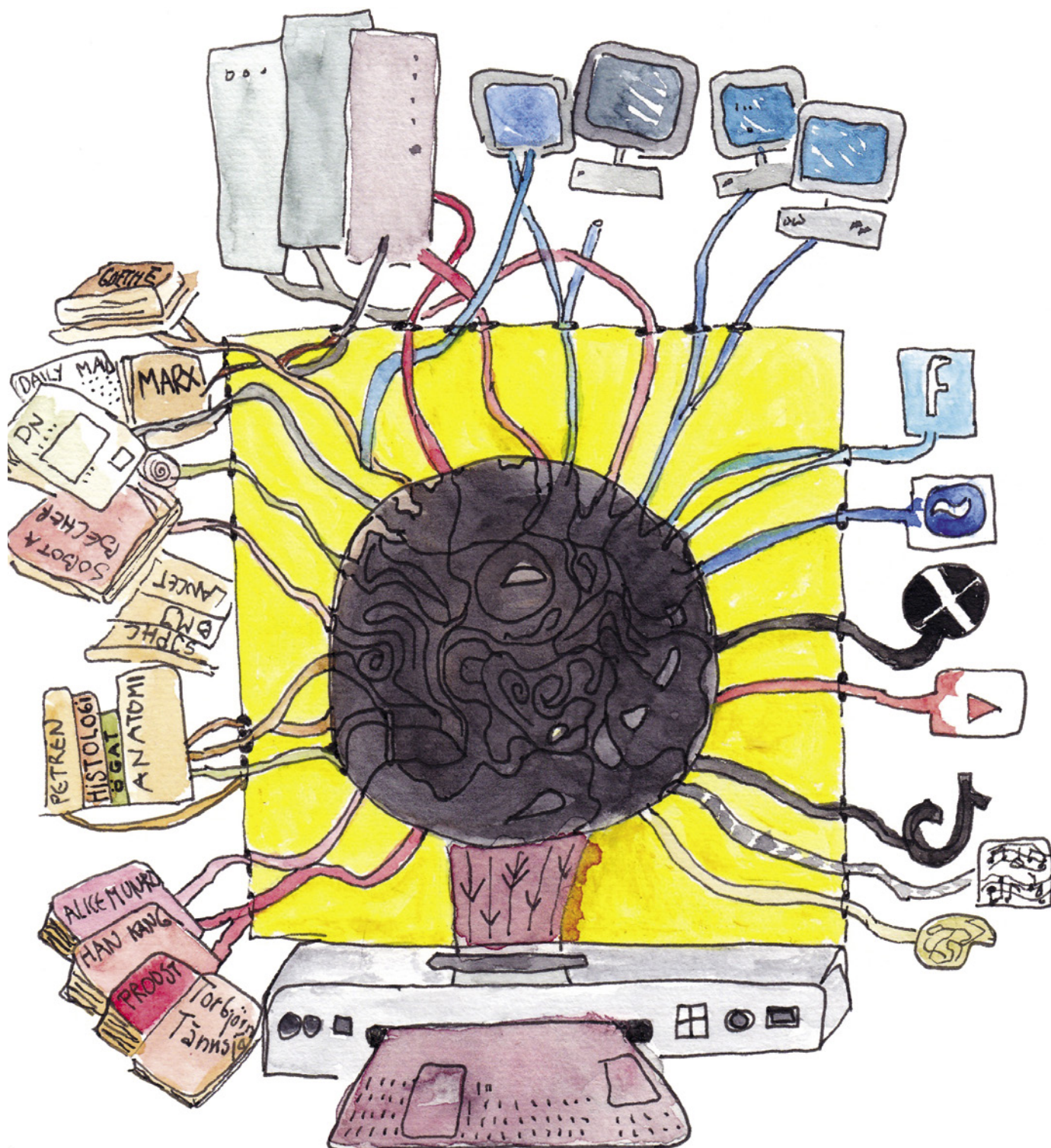


AllmänMedicin

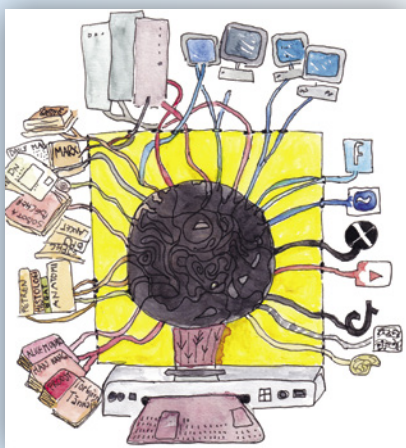
TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2024 ÅRGÅNG 45



- 2 **Vetenskap har en självklar plats i allmänmedicinen**
Andreas Stomby
- 3 **Ungdomlig teknikoptimism?**
Jens Halldin
- 6 **En svår position för en människa att klara**
David Gyll
- 8 **Artificiell narrativ medicin**
Helena Vallo Hult
- 12 **AI kan inte ersätta vårt omdöme
– men det kan underlätta arbetet runtomkring**
Artin Entezarjou
- 14 **AI & Makten över besluten
– Vad alla borde veta om algoritmer i offentlig sektor**
Christer Rosenberg
- 18 **Hur ungdomsvänlig är den vård jag ger?**
Elisavet Pataridou
- 22 **Tonårskillars möten med vårdcentralsläkare**
Johanna Haraldsson
- 26 **Allmänläkarens roll på ungdomsmottagningen**
Mariko Yoshinaga Galvér
- 29 **Kan en distriktsläkare ta hand om sin lista på distans?**
David Ojalvo
- 32 **Rapport från ST-dagarna 2024**
Ludvig Cokorilo, Anna Berg och Stina Schell
- 36 **Sfampen podcast är tillbaka**
Ulrika Elmroth
- 36 **Utmärkelsen Årets allmänläkare Väst
går 2024 till Karl-Axel Eriksson**
- 38 **Glesbyggsmedicinsk konferens och den erfarna läkaren**
Annika Björk
- 43 **Minnesord: Hans Edvard Åberg**
Ragnar Asplund och Birgitta Danielsson
- 44 **Konsten som terapi**
Christer Petersson
- 48 **Siktet inställt på en reglerad fortbildning**
Anders Lundqvist
- 50 **Välkommet tillskott i postcovidfrågan
– en självhjälpbok som ger hopp för postcovidpatienter**
Carl Sjöström
- 52 **Kalejdoskopiska betraktelser kring livets slut**
Anders Lundqvist
- 54 **Låt oss gå vilse**
Olle Hellström
- 55 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Tema: AI ■ Tema: Ungdomsmedicin
■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Utbildning & Fortbildning ■ Recensioner



Omslagsbild AllmänMedicin nr 4-2024

AI är en insamling av information från alla håll som struktureras och koncentreras på beställning. Den förutsätter att informationen man finner är sann och tillförlitlig. Man kan väl inte begära att själva AI ska sortera bort icke tillförlitligt material? Till exempel utsagor av Trump eller Musk? Eller nån som vill sälja Ozempic på osaklig grund?



Annika Andén
Illustratör,
pensionerad allmänläkare
annika.anden@gmail.com

Vetenskap har en självklar plats i allmänmedicinen

Vi allmänläkare har ett utmanande uppdrag. Varje dag hanterar vi enorma mängder information från våra patienter, både direkt och indirekt. Allt från banala till allvarliga symtom och sjukdomar ska processas, värderas och åtgärdas. Det ska göras snabbt, jämlikt, personcentrerat, i enlighet med riktlinjer, med kontinuitet och helst prioriterat enligt den etiska plattformen. Allt vi gör ska dokumenteras enligt organisationens önskemål, indikatorer ska registreras, register fyllas i. Patientsäkerheten får inte äventyras varför vi samtidigt ska agera både hängslen och livrem åt patienter som inte gör som bestämt, trots dokumenterat patientkontrakt i journalen. IT-systemen försvårar oftare än de underlättar.

Dessa oförenliga krav skapar frustration, tar bort arbetsglädje och riskerar att flytta fokus från kärnan i vårt jobb – att möta och hjälpa människor så bra vi bara kan. En stark önskan att få jobba med professionell frihet utifrån det som passar bäst i stunden uppstår. Henry Egidius *Manifest för en tidsenlig syn på läkares professionalism* [1] i AllmänMedicin nr 3 belyser mycket klagande svårigheten för en allmänläkare att verka i ett samhällssystem byggt kring mätning och uppföljning av mål snarare än professionell tillit. Henrys text argumenterar för att allmänläkarens kärnkompetens kretsar kring att verka i en primärvårdskontext snarare än kring kunskapen kopplad till medicinska discipliner. Därtill att allmänläkarens kunskapsbas uppstår genom erfarenhet av ett oändligt antal möten med enskilda patienter som ger förmåga att lösa problem i enskilda situationer, med användning av generella medicinska kunskaper.

Hos mig kopplar detta till en diskussion som verkar ha pågått inom svensk allmänmedicin och SFAM långt före min tid – vad är egentligen vårt förhållningssätt till vetenskap? I SFAM:s stadgar anges att ett av föreningens ändamål är att stödja forskning inom allmänmedicin. Om vi som förening ska stödja forskning inom allmänmedicin, behöver vi rimligen också använda oss av den när vi gör vårt jobb som allmänläkare. Jag har svårt att tro att ett särskilt stort antal kollegor skulle hävda motsatsen. Samtidigt finns helt klart uppfattningar om att vi som förening fjärrar oss från vetenskap för att istället fokusera på erfarenhet och klokskap.

De historiska skeenden som lett fram till denna uppfattning är för mig både oklara och oväsentliga. Så som diskussionen ser ut idag tror jag dock att SFAM ofta misstolkas, några exempel:

- Kritik mot riktlinjer och kunskapsstyrningen handlar inte om att avfärda all vetenskaplig evidens. Det handlar om att belysa systemets uppenbara svagheter när det kommer till hållbarhet, undanträngningseffekter, prioriteringar, personcentrering etcetera.
- Kritik mot validiteten i medicinsk forskning är inte det samma som åsikten att den ska läggas ner helt. Det är snarare en central del i den vetenskapliga processen som alla forskare ska delta i för att göra den bättre.

- Ifrågasättandet av relevans för nya forskningsresultat i allmänmedicinsk kontext handlar om att generaliserbarhet till primärvård och breda patientpopulationer allt som oftast saknas. Inte att vi vill fortsätta göra som vi alltid har gjort.

Listan kan göras längre, men det här är, vad jag uppfattar, några av SFAM:s käpphästar när vi diskuterar vetenskap i relation till vår specialitet.

Denna kritik är valid och viktig i debatten. Samtidigt har vi ett ansvar att göra det vi kan för att komma runt dessa problem med att integrera vetenskap i vår kliniska vardag. Jag har några förslag:

- Vi som profession ska ta ett kliv framåt i våra verksamheter. Vi ska finnas med i rummen där beslut i medicinska frågor fattas, vi ska på konstruktiva sätt ifrågasätta och ge input för att förbättra det som behöver förbättras, och bevara det som fungerar.
- Vi ska behålla och höja den vetenskapliga kompetensen hos alla kollegor, oavsett forskningsintresse eller ej, för utan den finns inte förmåga att värdera och diskutera aktuella och nya medicinska insatser.
- Vi ska fortsätta belysa vikten av att forskningsfrågor ställs av oss och våra patienter, för vi har en unik klinisk kompetens och erfarenhet som många gånger saknas i forskning om ”nära vård”. Vi behöver vara aktiva och visa att vi vill finnas med i dessa processer.
- Vi forskande allmänläkare måste inse att det är genom våra kollegor som forskningen ska komma till nytta, och därmed se till att sprida den i allmänmedicinska tidskrifter, utbildningar och kongresser. Det är vår skyldighet gentemot samhället.
- Vi behöver våga vara kritiska mot vetenskapen bakom våra egna hjärtefrågor så som kontinuitet, kloka kliniska val och konsultationsteknik. Det är vårt ansvar att vara ledande när dessa områden ska beforskas med högsta möjliga kvalitet.

Jag som vetenskaplig sekreterare känner ett stort engagemang för att på bästa sätt följa våra stadgar och stötta allmänmedicinsk forskning. Vi som förening ska fortsätta främja våra medlemmars dagliga arbete med att förena erfarenhet, vetenskap och patientens preferens vilket är kärnan i evidensbaserad medicin.

Jäv saknas.

Andreas Stomby
Vetenskaplig sekreterare SFAM
andreas.stomby@sfam.se



Referens:

1. <https://allmanmedicin.sfam.se/shared/article/manifest-for-en-tidsenlig-syn-pa-lakares-professionalism/x-DLiptj>

Ungdomlig teknikoptimism?

Samtidigt som jag sitter och pysslar med det sista inför det här numret, som du nu har i din hand, dyker nyheten upp att Doktor24 kommer säga upp alla sina sjuksköterskor. Istället ska en chattbot vara det första patienterna möter och som sedan ska bedöma om de behöver ”träffa” en läkare. Tidigare har samma chattbot, när 1177 försökte införa den, bland annat sagt till patienter med bröstsmärta att vänta tills dagen efter och hänvisat till stängda mottagningar. Detta verkar möjligen slipats på. När SVT testade hamnade de varje gång hos en läkare. En verkligt turlig slump med tanke på att Doktor24 får dubbelt så mycket betalt för en läkarkontakt jämfört med en sköterskekontakt.



Att framåtblickande teknikoptimism väldigt ofta kombineras med ett ganska osminkat geschäft gör nog att jag tenderar att slänga ut bägge med samma badvatten ...

Att framåtblickande teknikoptimism väldigt ofta kombineras med ett ganska osminkat geschäft gör nog att jag tenderar att slänga ut bägge med samma badvatten, vilket såklart kan vara orättvist mot framtidsspanarna. Samtidigt är visionärerna tyvärr alltför ofta ganska grunda i sin medicinska förankring kombinerat med en inte sällan aningslös klockartro på allt som verkar nytt och fräscht.

Nåväl, även om jag inser att jag säkert kan framstå som en boomer vill jag inte bli betraktad som luddit. Det är klart att teknikens landvinningar ska användas även inom allmänmedicinen och våra patientmöten. Därför behöver vi också prata om hur vi tänker och vill, vilket jag tycker görs förtjänstfullt i det här numret.

När jag var på min förra vårdcentral tänkte jag ibland på att jag ganska sällan träffade ungdomar. Jag hade massor med barn och många medelålders och äldre som patienter. Den vårdcentralen jag är på nu har generellt lägre trösklar för att få träffa sin doktor vilket, inser jag nu, innebär att jag faktiskt träffar många fler ungdomar. Detta gör att jag får fräscha upp saker som till delar legat i träda under ett antal år. Så för mig personligen passar del två av numrets tema som hand i handsk. I ungdomsmedicin-temat har vi artiklar både om hur man jobbar bättre mot ungdomar på vårdcentral och ungdomsmot-

tagning plus en spännande studie om tonårskillars möte med vårdcentralsläkaren.

Skriventerna i denna del av numrets tema är skrivna av medlemmar i SFAM:s nyaste nätverk, Nätverket för barn- och ungdomshälsa.

Min spalt i förra numret handlade om att vård och vårdpersonal i allt större utsträckning blivit måltavlor i militära konflikter. Sedan jag för två månader sedan skrev de raderna har det tyvärr inte gått åt rätt håll. Nästan 200 attacker har skett och bortsett från några få mindre händelser handlar det fortsatt om Palestina, Ukraina och nu även Libanon.

Läkare utan gränser har startat en namninsamling för att sjukhus, vårdpersonal och patienter ska skyddas i krig och konflikter [1]. Läkarförbundet har gått ut och uttalat stöd för namninsamlingen [2].

En anknytande fråga som har diskuterats en hel del är om Sverige, som EU önskar och flera andra EU-länder gör, ska ta emot skadade från Gaza. Precis som vi gör med skadade från Ukraina sedan den konfliktens början. Här har inte Läkarförbundet uttalat sig, men Vårdförbundet har däremot tagit tydlig ställning [3]. Även Sjukhusläkarna har kritiserat Sveriges passivitet i frågan [4].

Kollegan Agmall Sarwari, som intervjuades i förra numret som varandes både allmänläkare och författare och vars bok recenserades i nummer två, kritiserar upprört men välformulerat såväl den svenska hållningen som läkarförbundets tystnad i en krönika i Göteborgs Posten [5].

Nästa års teman är Demens/Fortbildning, Hypertoni/Risk, Hud/Funktionella besvär samt Levnadsvanor/Nära vård. Deadline för första numret 2025, som alltså har temana Demens och Fortbildning, är 7 januari. Alla bidrag är som vanligt välkomna.

God läsning, god jul och gott nytt år så ses vi igen 2025.

Jäv saknas.

Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Referenser:

- <https://lakareutangranser.se/sjukvard-aldrig-en-maltavla>
- <https://slf.se/nyheter/lakarforbundet-stodjer-lakare-utan-gransers-namninsamling/>
- <https://www.expressen.se/debatt/vi-ar-redo--lat-oss-ta--emot-skadade-fran-gaza/>
- <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/08/sjukhuslakarna-bekymrande-att-regeringen-nekar-gazapatienter/>
- <https://www.gp.se/kultur/kultardebatt/sverige-maste-ta-emot-patienter-fran-gaza-9a3c7d1c-0fd7-4842-b9d2-761fd7223495>

SVENSK ALLMÄNMEDICINSK KONGRESS

SFAM

Stockholm | 7–9 maj 2025

Välkommen till Svensk Allmänmedicinsk Kongress
Stockholm, Münchenbryggeriet | 7-9 maj 2025

*Praktik och evidens –
Hur får allmänläkaren ihop det?*

Ta chansen att skicka in abstracts före den 29 december.
Mer information om anmälan kommer inom kort på:

sfamkongress.se

Anmälan för SFAM:s ST-dagar 2025 i Göteborg har nu öppnat!

Varmt välkommen att anmäla dig på www.stdagarna.se

Early Bird-avgift gäller fram till 30 april 2025.



Allmänläkarens möjligheter

Vägen till ett hållbart arbetsliv

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2025

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2025.

Tid: onsdagen den 7 maj kl 16.00-18.00

Plats: Münchenbryggeriet, Torkel Knutssonsgatan 2, Stockholm

Digitalt deltagande: Kommer att erbjudas via länk. Anmälan görs till kansli@sfam.se, skriv namn och mejladress dit länk ska skickas.

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

S4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

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

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

Välkommen!

Magnus Isacson – SFAM:s ordförande

En svår position för en människa att klara

Ar 1769 skapade den ungerska uppfinnaren Kempelen Farkas den Mekaniska Turken – en skicklig schackspelare robot. Roboten var i själva verket en, förvisso intrikat, robotarm som styrdes av en människa som gömde sig under bordet. Det dröjde tvåhundra år innan maskiner på riktigt kunde mäta sig mot människan i schack. På 1970-talet, kom de första schackdatorerna som kunde vinna över professionella schackspelare och när IBM:s superdator Deep Blue slog Garry Kasparov 1997 var striden mellan människa och maskin inom schack avgjord.

Men i mer komplexa spel som Go, kunde traditionellt programmerade superdatorer fortsatt inte mäta sig med människan då "brute force" inte var gångbart på grund av de många valmöjligheterna i varje omgång. Men sedan kom utvecklingen inom maskininlärning, den teknik som ligger bakom språkmodellerna som vi idag fascineras av. Med denna teknik kunde programmet AlphaGo 2016 slå professionella Go-spelare, någonting som sågs som ett stort framsteg för den nya AI-teknikens möjligheter.

Även om spel som schack och Go är komplexa så kan de inte jämföras med en biologisk varelse, eller mänskligt liv. Men trots skillnaden mellan liv och spel finns beröringspunkter som kan användas för att problematisera den roll en del hoppas att AI kommer ta inom vården.

Datorerna spelar en självklar roll inom schacken (som på intet sätt har tappat intresse trots förlusten mot maskinerna), de används bland annat för att utvärdera schackmatcher och analysera de drag som görs. Ofta beskriver schackkommentatorer vissa drag som "omänskliga". Det är drag som datorn utvärderar som bäst, men som ändå inte skulle rekommenderas för en människa att spela då uppföljningen kräver en nivå av precision som är svår att uppnå. Det är drag som minimerar risken för en förlust, men också kräver perfekt spel för att inte positionen ska kollapsa. För datorn spelar det ingen roll att vägen till seger är som att gå på lina



Illustration: Annika Andén

över ett högt stup, den väljer ändå denna väg framför en väl upptrampad stig.

Jag tänker på detta när jag läser att den inflytelserika AI-gurun, och hälsooptimeraren, Ray Kurzweil tar omkring 100 tabletter dagligen och får veckovisa injektioner – allt för att förlänga livet tills dess att vi uppnår singulariteten; den punkt när tekniken når en exponentiell tillväxt som möjliggör tekniken för att vårt medvetande kan fortsätta leva för evigt. För Kurzweils skull får man hoppas några av de närmare 10 miljoner kronor per år han lägger på hälsovård gör någon slags nytta – men det är också lätt att argumentera för att det inte låter som ett hälsosamt liv. AI-optimister beskriver ibland att den nya teknologin är som att ha en egen läkare i fickan. Man kan ifrågasätta om detta ska ses som något positivt.

Tyranniserade av evidens

En av grundarna till konceptet evidensbaserad medicin, David Sackett, har beskrivit att den medicinska praktiken kan bli tyranniserad av evidens om det saknas klinisk expertis [1]. Det krävs kunskap, erfarenhet och omdöme för att avgöra om den externa evidens som finns är lämplig och tillämplig i det enskilda fallet. Man kan höra ett eko av detta resonemang i en artikel av Fanny Nilsson i Dagens Arena med titeln *Hur mycket sjukvård tål Sverige?* [2] I den beskriver Nilsson patienten Marie-Louise som går på sex olika mottagningar och får femton olika mediciner för sina olika sjukdomar. Detta kan ses som en medicinsk överaktivitet – då flera av behandlingarna sannolikt



bygger på teoretiska resonemang om hur man bör optimera behandlingen för var och en av de sjukdomar som vi med åldern ofta drabbas av. Trots att vanliga, normala, multisjuka äldre patienter sällan inkluderas i studierna är de ofta målgruppen för behandlingarna som studeras. Bland de vanligaste patienterna, de multisjuka äldre, så är den externa evidensen ofta svag – vilket innebär att större krav ställs på lyhörddhet för patientens önskemål samt läkarens kliniska bedömning [3].

En tro på att mer alltid är bättre inom sjukvård skapar en grogrund för aktörer som vill öka människors vårdkonsumtion. Det finns potential att få fler som, liksom Kurzweil, storkonsumerar hälsovård. Ett av de innovativa AI-företag som hör-sammar efterfrågan på maximal hälsodatainsamling är Neko Health, startat av Spotify-grundaren Daniel Ek. Neko Health erbjuder Body Scan – en ”preventiv hälsoundersökning” som ger en ”helhetsbild av din hälsa”. En artikel i Aftonbladet beskriver hur det går till. Förutom att ta puls och blodtryck ställer sig reportern i en scanner där ”70 sensorer och fyra kameror” registrerar ”flera miljoner datapunkter”. Efter detta faller maskinens dom: ”Du har 1 824 hudförändringar över hela kroppen.” I artikeln påpekar läkaren Andreea Valdman att: ”Så många födelsemärken eller prickar skulle en läkare inte hinna analysera under ett vanligt läkarbesök.” Detta kan diskuteras. Utifrån bilder på de två hudförändringar som maskinen anser att man bör ta en extra titt på kan man se att dessa ser snälla ut. Man kan alltså argumentera för att vid en normal koll av hudkostymen så tar en läkare sannolikt ställning till hundratals (tusentals?) hudförändringar. Men vi är inte så dumma att vi räknar dem.

Förutom det olämpliga i att skrämman upp personer med denna typ av information så finns också risken för överdiagnostik. Redan 2014 uppskattades det att närmare hälften av alla malignt melanom-diagnoser i USA var överdiagnostik [4]. Det vill säga hudcancer som aldrig skulle leda till några symtom eller något lidande för patienten. Sedan dess har kurvan över incidensen av malignt melanom-diagnoser fortsatt uppåt, vilket sannolikt innebär att överdiagnostik är ett ökande problem. Denna risk föreligger vidare för en mängd diagnoser som i allt högre grad kan upptäckas av algoritmer som ges tillgång till alltmer data om oss.

DEN OMÄNSKLIGA BLICKEN

När man går till läkaren, eller en annan expert, underkastar man sig dennes blick. Denna blick är delvis den kritiska sakliga expertens blick, men förhoppningsvis också en inklämmande medmänsklig blick. Den sakliga expertens blick kan identifiera och särskilja farliga hudförändringar. Den medmänskliga blicken väljer att inte presentera hundratals hudförändringar för en person med hälsoångest.

När vi använder AI inom medicin måste vi ställa oss frågan: Vilket mål strävar teknologin efter? Är det att optimera patientens livslängd, minska symtom eller förbättra deras subjektiva välbefinnande? Dessa mål kan vara i konflikt med varandra och kräver en balans som ofta innefattar ett etiskt och moraliskt ställningstagande. AI riskerar att ge råd och föreslå behandlingar som kanske är medicinskt optimala, men som i praktiken är omöjliga eller ohanterliga för patienter att leva med. Precis som i schack kan ett drag vara tekniskt överlägset, men svårt för en

människa att följa upp. Insatser för att optimera hälsan utifrån extern evidens kan leda till ett liv med sämre hälsa för patienten. Medicin handlar inte bara om att hitta en statistiskt korrekt behandling – det handlar om att vårda människor i deras helhet, med känslor, erfarenheter och omgivningsfaktorer, och försöka hitta lämpliga lösningar i en viss livssituation.

”

En tro på att mer alltid är bättre inom sjukvård skapar en grogrund för aktörer som vill öka människors vårdkonsumtion.

Om vi alltmer tillåter algoritmer att kartlägga och göra bedömningar av våra hälsorisker så riskerar vi även att öka vår upptagenhet kring risk för sjukdom, vårt åldrande och vår förestående död. I Liv Strömquists bok *Pythian pratar* beskriver hon hur allt fler människor försöker påverka oss genom olika typer av råd. Nu riskerar vi att öppna upp för att även maskiner ska utsätta oss för denna påverkan. Strömquist citerar i ett kapitel sociologen Zygmunt Bauman som beskrivit hur den moderna människan gått från att ha döden som bödel till att istället ha den som en ständigt närvarande fångvaktare. I en serieruta låter Strömquist Döden (våldigt fritt) utlägga Baumans resonemang till den hälsooptimerade människan han precis ryckt huvudet av:

”Man kan inte kontrollera döden! Det är grundvillkoret för hela existensen, VISSTE DU INTE DET din dumma rädda tönt?!?”

Jäv saknas.

David Gyll
Specialist allmänmedicin
Bälinge vårdcentral, Region Uppsala
Medlem i SFAM:s Råd för
hållbar diagnostik och behandling
gyll.david@gmail.com



Referenser:

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 januari 1996;312(7023):71–2.
2. Nilsson E. Hur mycket sjukvård tål Sverige? *Dagens Arena* 5 september 2023, <https://www.dagensarena.se/essa/hur-mycket-sjukvard-tal-sverige/>
3. Barosa M. What multimorbidity shows us about guideline-driven evidence-based medicine [Internet]. 2022 [citerad 21 oktober 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.sensible-med.com/p/what-multimorbidity-shows-us-about>
4. Estimating Overdiagnosis of Melanoma Using Trends Among Black and White Patients in the US - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35293957/>



Artificiell narrativ medicin

*Referat från Narrativ Rond på Hagabion i Göteborg den 26 september 2024.
Arrangerad av Svensk förening för Narrativ Medicin.*

AI är här för att stanna. Vi över-
sköljs idag av nyheter om vad AI
klarar av att göra, samtidigt har
vi svårt att få våra egna datorsystem att
kommunicera och faxen blir alltför ofta
räddningen när annat havererar. Men
vad har AI för potential inom medicinen?
Vad händer med tilliten och det
mellanmännsliga mötet när vi i allt stör-

re utsträckning kommunicerar med AI
istället för människor? Är medicinen för
komplex för automatisering av AI eller
riskerar vi att stå utan arbete framöver?
Kan AI vara en framtidsmöjlighet för
narrativ medicin?

Torsdagen den 26 september sam-
lades ett 40-tal deltagare för ett samtal
om AI och om hur det kan tänkas bli

att vara människa, patient eller läkare i
framtidens sjukvård. **David Sundemo**,
allmänläkare och forskare med fokus på
medicinsk artificiell intelligens och **Jo-
nas Ivarsson**, professor i informatik vid
Göteborgs universitet diskuterade utifrån
sina respektive perspektiv, under ledning
av **Valle Erling**, ordförande i Svensk för-
ening för Narrativ Medicin.

Det blev en spännande och engagerande timme som rörde sig mellan konkreta förklaringar och exempel på AI i vardagen och vården, både nu och i framtiden, samt grundläggande mänskliga frågor om etik och moral, kunskap och kunskapssyn, bildning och betydelsen av det mänskliga mötet. Sammanfattningsvis kan konstateras att samtalet ställde fler frågor än det gav svar, och att ämnet engagerar visade sig inte minst i den efterföljande diskussionen med frågor från publiken. Diskussionen ville inte ta slut och fortsatte på Hagabions bar efter seminariet samt i Facebook-gruppen för Narrativ medicin.

AI – mellan skräck och eufori

Kan AI lösa världens kris? Den inledande frågan ledde in samtalet på hur vi kan hantera AI inom medicin. Från ett läkarperspektiv menar David att det finns potential på lång sikt för AI att automatisera instrumentella uppgifter och ersätta arbetsuppgifter som idag utförs av läkare och sjuksköterskor. Samtidigt lyfter införandet av AI i vården viktiga etiska frågor om ansvar och vad som är rätt och fel. Exemplet med självkörande bilar är belysande – hur ska dessa fordon programmeras för att fatta beslut baserade på AI i situationer där en olycka är oundviklig? Vad händer när AI gör fel, vem ska ställas till svars och utifrån vems perspektiv? Programmeraren som har utvecklat algoritmerna, biltillverkaren eller den som äger bilen?

AI synliggör den här typen av frågeställningar, frågor som blir särskilt relevanta i vården, i relation till patienter. Inte minst ansvarsfrågan är ständigt aktuell i vården, och här finns, som Jonas lyfte, olika typer av bias som man behöver förhålla sig till. En typ av bias innebär att AI, eftersom den tränas på data som kan vara partisk, riskerar att återproducera snedfördelade mönster och skevheter som redan finns. Samtidigt som det också kan hjälpa till att synliggöra dessa, vilket i sin tur lyfter frågor om rättvisa och jämställdhet. Man skulle kunna justera för bias men vad vill vi åstadkomma, vilken typ av orättvisor vill vi justera för och vem ska bestämma det? Automation bias är ett annat exempel, som relaterar till ansvarsstrukturen inom vården. Vi har AI-system som ger rekommendationer och vi tenderar att lita på AI, men är det rimligt att läkaren är ansvarig för beslut som fattas.



Illustration: Alma Klingberg



Tekniken är inte ond eller god. Men vi ser just nu hur AI används i ett destruktivt syfte på många arenor.

Vad det handlar om är – kan och vill vi lägga över besluten på AI? Här brukar man prata om ”human-in-the-loop”, det vill säga att involvera mänskliga bedömningar i utvecklings- och beslutsprocesser. AI kan förbereda och ge underlag, men en människa bedömer det slutgiltiga beslutet, till exempel juridiska aspekter och att göra helhetsbedömningar. Inom vården kan det handla om att AI kan användas för screening men inte fatta beslut om medicinska problem.

Samtalet handlade också om hur man skall förhålla sig till den kommersiella användningen av AI. ”Tekniken kan vi lita

på, men inte oss själva” säger Valle och citerar den ledande AI-forskaren i Norge Inga Strømke. Tekniken är inte ond eller god. Men vi ser just nu hur AI används i ett destruktivt syfte på många arenor. De ideal vi vill att vårt samhälle skall bygga på kan konkurreras ut av ideal vi helst inte vill se i ett demokratiskt samhälle. Ett effektivt utnyttjande av AI-teknik i kommersiella eller moraliskt tveksamma syften måste motverkas, men hur?

Skenvishet i stället för vishet – om AI och kunskap

Samtalet fortsatte med frågor kring kunskap och kompetens. Frågan är kanske inte så mycket om AI kommer ta över och ersätta, utan hur vi kan samarbeta med AI och dela upp arbetsuppgifter och ansvar. AI kan ta över rutinmässiga uppgifter, men vad händer om dessa är nödvändiga för att lära sig mer kvalificerat arbete? Detta är särskilt relevant för läkaryrket, där rutiner och att få träna på arbetsuppgifter är viktigt för att bygga upp expertis och för den långsiktiga kompetensutvecklingen. AI kan ersätta de som redan är experter, men hur blir det

i framtiden? Ska framtidens läkare tränas av AI? Erfarenhet och erfarenhetsbaserad kunskap är svåra att automatisera.

Idag är det enkelt att interagera med AI utan att det krävs kunskap och kompetens. Här tillkommer den senaste utvecklingen inom AI, med generativ AI och nya språkmodeller som ChatGPT, som till skillnad från tidigare teknologier skapar nytt innehåll från data och härmar mänskligt tal och beteende. Dessa modeller ger snabba resultat och svar på frågor och har visat sig prestera bra i sjukvårdskontext. Till exempel presterar de långt över marginal för vad som krävs på det amerikanska läkar-examensprovet. Frågan är vad som händer med människan när vi externaliserar kunskap, ny teknik och nya verktyg?

Generativ AI och nya språkmodeller ger snabba svar, men det blir också (allt för?) lätt att hamna i AI-genererad text utan kontext och sammanhang. Elever och studenter blir bättre på att lösa uppgifter, men presterar sämre på prov. Vi behöver fokusera på processen, och lära oss att ”prompta”, det vill säga ställa rätt frågor till AI:n, annars tappar vi lärandet. Vi riskerar att bli, som Valle uttryckte det ”skenvisa istället för visa”.

I Platons dialog Faidros berättar Sokrates att i en fjärran forntid hade guden Thot uppenbarat sig för en egyptisk farao vid namn Thamus. Thot berättade för faraonen om de uppfinningar han ville skänka till det egyptiska folket. Efter varje gåva gladdes sig Thamus och hyllade gudens generositet. Slutligen presenterade Thot bokstäverna och förklarade:

– Min konung! Om egyptierna lär sig det här blir de visare och mer minnesgoda, för det här har jag uppfunnit som en drog för minne och vishet.

Thamus svarade:

– Mångkunnige Teuth! En kan framföda uppfinningar, men en annan måste avgöra vilken skada och nytta de medför för dem som ska använda dem. Nu är du bokstävernas far, och av välvilja säger du att deras verkan är motsatsen till den verkliga. När man lär sig dem försummar man nämligen minnet, vilket leder till glömska, för i förlitan på skriften låter man sig påminnas av främmande tecken utifrån, inte inifrån av egen kraft. Du har alltså uppfunnit en drog som inte hjälper människan att stärka minnet, utan hjälper henne att påminna sig. Dina lärjungar ger du skenvishet, inte sann vishet.



Illustration: Annika Andén

Även om vi ”lärt” oss hantera bokstävernas externaliserande effekt kan Sokrates poäng gälla för såväl dagens digitala hjälpmedel som för artificiell intelligens.

Artificiell narrativ medicin – om AI lyssnar är det verkligen någon som lyssnar?

För att återknyta till den inledande frågan om AI:s potential i vården, återstår frågan om hur AI kan påverka patientmötet. Kan AI hantera riktiga medicinska fall i den verkliga världen? Och oavsett det, krävs det inte en människa, en riktig läkare, för att förmedla empati och medkänsla?

Det finns flera perspektiv visade det sig. Vi behöver ställa frågor som: Vad är lagligt? Vad kan vi göra? Vad vill vi göra? Och kanske den viktigaste, vad går förlostat? Värdet av den mänskliga läkaren blir centralt, inte minst för narrativ medicin, som sätter patientmötet och patientens berättelse i centrum. Det emotionella och existentiella spelar roll, den delade upplevelsen, igenkänning och medkänsla. Men det är också så att betydelsen av berättelsen varierar mellan olika patientmöten, till exempel mellan en patient med halsont och en patient som väntar på ett cancerbesked.

Intressant nog visar studier att AI upp-

levs som mer empatisk jämfört med läkare i vissa patientmöten. Igen, här handlar det om den mänskliga avvägningen och vikten av att vara transparent med att det är AI, samt att vara lyhörd för olika patienters behov. Jonas avslutande referens till låten ”Suspicious Minds” illustrerar hur misstänksamhet påverkar relationer. Patienten kanske föredrar ett AI-genererat svar framför ett läkarbesök, men får inte tro att AI är en riktig läkare. Det måste byggas på ömsesidigt förtroende, utan osäkerhet om vem man pratar med.

Det är uppenbart att introduktionen av AI i vår tid åter får oss att ställa människans grundfrågor på ett sätt man inte gjort de sista årtiondena. Det är också våra diskussioner runt dessa frågor som kommer att vara avgörande för huruvida tillämpningen av AI kommer att vara mänskligheten till gagn. I vården ställs dessa frågor på sin spets. Vad innebär det att existera som människa? Vad är rätt och fel? Vad är förhållandet mellan kropp och själ? Vad är kunskap? Vad är meningsskapande i våra liv? I vården måste vi, hur långt tekniken än utvecklas, kunna handskas med mysteriet att vara människa. Patientens känslor som rädsla, utsatthet, maktlöshet, skuld, lidande måste ännu så länge uppfattas utifrån ett mellanmänniskt möte där patientens berättelse i vid mening värnas.

Artificiell narrativ medicin som begrepp ger förutsättningar för vården att lyfta dessa frågor.

Jäv saknas.



Helena Vallo Hult

Lektor i informatik, Högskolan Väst, Utvecklingsledare, NU-sjukvården, Styrelseledamot i Svensk förening för Narrativ Medicin
helena.vallo.hult@vgregion.se

Här kan du se hela samtalet:

<https://youtu.be/tWaYH-5Dial?feature=shared>

Annons

AI kan inte ersätta vårt omdöme

– men det kan underlätta arbetet runtomkring

Många av oss inom primärvården har tröttnat på digitaliseringens tomma verklighetsfrånvända löften. Överbelastade system, komplexa IT-lösningar och ökade administrativa bördor har snarare gjort vår arbetsdag mer ansträngande. Men tänk om digitaliseringen istället kunde frigöra oss så vi kan göra det vi gör bäst – vara läkare för våra patienter?

Läkaryrket handlar ofta om att hantera "brasklappar"

I min avhandling *eVisits in the digital era of Swedish Primary Care* [1, 2] undersökte jag bland annat möjligheterna och begränsningarna med automatiserad anamnes och AI-baserad triagering. Resultaten visade att vi inte kan uppnå enhetliga bedömningar enbart genom automatiserad anamnes. Det mänskliga mötet mellan patient och vårdgivare är kärnan där värde uppstår genom relationsbyggande samt möjligheten att fånga upp nyanser och individuella behov.

Visst, det finns evidens för att vi kan hantera till exempel okomplicerade urinvägsinfektioner med enkla frågeformulär, men för majoriteten av kliniska situationer krävs vårt professionella omdöme för att säkerställa korrekt diagnos och behandling.



Illustration: Annika Andén



Kärnan i allmänmedicin och läkaryrket som helhet är att hantera alla de "brasklappar" som uppstår i nästan varje klinisk situation.

Kärnan i allmänmedicin och läkaryrket som helhet är att hantera alla de "brasklappar" som uppstår i nästan varje klinisk situation. Det finns alltid unika faktorer som gör att vi inte kan följa ett förutbestämt schema. AI kan vara ett värdefullt verktyg före och efter att vi har tillämpat vårt omdöme, men det kan i dagsläget inte ersätta det. När situationen förändras behöver vi återigen använda vårt omdöme för att anpassa vården efter patientens specifika behov.

Forskargruppen PETRA omvärldsbevakar AI åt primärvården

Det är lätt hänt att dra all AI över en kam, men ChatGPT och nya generationens AI ("stora språkmodeller") har förvånat världen med nya förmågor som vi inte tidigare har sett. För att vi som allmänläkare ska ta en plats i försäret vad gäller införandet av AI i vården, startade jag tillsammans med flera allmänläkar-kollegor forskargruppen PETRA (*Primary care Emergent Technology Research and Advancement*). Inom kort kommer vi publicera två systematiska översiktsartiklar samt en studie där vi stresstestar stora språkmodeller vad gäller bedömning av komplexa allmänmedicinska fall. Vi har ännu inte hittat ett AI-system som kan ersätta ett fullständigt omdöme, men ser samtidigt betydande framgång i AI:ns förmåga till att uppnå detta.

Omdöme består av flera komponenter

Här kan vi påpeka att begreppet "omdöme" har flera komponenter och ligger på en skala som stora språkmodeller nyligen har börjat klättra i. Hur lång tid det tar innan de uppnår mänskligt omdöme vet vi inte, men det är tydligt att de hittills uppvisat egenskaper motsvarande Daniel Kahnemans [3] instinktiva, snabba, och trubbiga "system 1"-tänkande, men även nyligen börjat utforska det reflektiva, långsamma, mer precisa "system 2"-tänkande. AI-modellen GPT-4 har visat hög prestation vad gäller system 1-tänkande, och den nyligen släppta modellen GPT-ol visar stigande system 2-förmågor.

Där AI-modellerna ännu brister är i förmågan att tolka saker i sitt sammanhang samt att veta när mer information behöver inhämtas för att förstå det aktuella sammanhanget på bästa sätt för att lösa den aktuella uppgiften. Hur lång tid det tar innan vi får system med denna kompetens vet vi inte, men vi kan konstatera att vi inte är där idag och att AI därmed inte bör ersätta uppgifter som kräver bedömning av sammanhang.

Även om tekniken är imponerande, så lär det alltid finnas en efterfrågan för mänsklig kontakt. Även om patienter har tillgång till all information om sitt tillstånd på internet, vill de oftast höra det från en människa de litar på. Ingen vill få ett cancerbesked från en chattbot.

Att återta tiden med patienten

Vi känner alla igen situationen där patienten i slutet av konsultationen tar upp ytterligare en sökorsak. Tiden är knapp, och tanken på den extra dokumentationen stressar oss. Genom att låta AI sköta det administrativa runtomkring kan vi istället fokusera på att vara närvarande med patienten, hinna svara på alla frågor så de förstår sin behandlingsplan, och bygga den tillit som krävs för en stark vårdrelation.

Digitalisering som stöd, inte ersättning

Vid sidan av mitt kliniska arbete som allmänläkare deltar jag

i arbetet med att bygga digitala lösningar för primärvården, utöver att enbart forska om dem. Vi har utvecklat ett verktyg som transkriberar det som sägs i kliniska möten och använder detta som underlag för att automatiskt skapa utkast till besöksanteckningar, mötesanteckningar, notat, remisser, och intyg. Som en digital personlig läkarassistent. Genom att automatisera dessa processer som ofta innebär dubbeldokumentation så kan vi frigöra tid och energi till det kliniska arbetet. AI kan hjälpa till efter att omdömet har tillämpats, och när situationen förändras kan den underlätta processen för att anpassa vården och hantera efterarbetet.

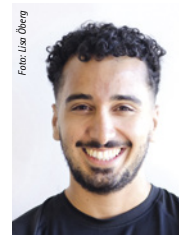
Framtidens vård: att värna om det mänskliga

AI kan ännu inte ersätta vårt professionella omdöme. Det finns dessutom en genuin efterfrågan på det mänskliga mötet. Låt oss värna om dessa oersättliga komponenter och digitalisera på ett sätt som stärker vår närvaro.

När jag i slutet av mitt patientbesök ser patienten i ögonen, sammanfattar vår överenskommelse, och ber patienten återberätta det, samtidigt som jag ser att detta automatiskt hamnar i journalen, så känner jag att primärvårdens framtid, för en gång skull, ser ljus ut.

Jävsdeklaration: Jag är anställd på Tandem Health AB inom Medical Operations. Jag äger aktier i Investor AB och äger fonder inom Avanza Global.

Artin Entezarjou
Allmänläkare
Cario Vårdcentral Angered,
produktutveckling på Tandem Health
artin.entez@gmail.com



Referenser:

- Entezarjou, A. (2022). eVisits in the digital era of Swedish primary care. Doctoral Thesis (compilation), Department of Clinical Sciences, Malmö. Lund University, Faculty of Medicine. https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/115373187/Avh_Artin_Entezarjou_HELA.pdf
- Entezarjou, A., AllmänMedicin nr 2 2023, Digitala läkarbesök och automatiserad triage: resultat från en avhandling vid Lunds universitet <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-2-2023/a/digitala-lakarbesok-och-automatiserad-triage-resultat-fran-en-avhandling-vid-lunds-universitet/1919/1001371/39922269>
- Kahneman D, Tänka, snabbt och långsamt (engelsk originaltitel: Thinking, Fast and Slow), 2011 (på svenska 2012, Volante).

Annons

AI & makten över besluten – Vad alla borde veta om algoritmer i offentlig sektor

• Maja Fjaestad & Simon Vinge (red.) • Förlag: Volante • Utgiven: 22 maj 2024
• Antal sidor: 224 • ISBN: 978-91-7965-380-4



AI & Makten över besluten

– Vad alla borde veta om algoritmer i offentlig sektor

”Att sjösätta eller tillåta samhällsbärande digitala lösningar utan att förstå hur tekniken är uppbyggd eller hur lösningarna hanterar medborgares data är att tillåta sig att medvetet ignorera den nya teknikens maktmedel.”

Ett av många tänkvärda citat ur antologin *AI och makten över besluten – Vad alla borde veta om algoritmer i offentlig sektor*, sammanställd av redaktörerna Maja Fjaestad, docent i teknikhistoria, affilierad forskare vid Institutet för framtidsstudier och expertkoordinator vid Centrum för hälsokriser vid Karolinska Institutet och tidigare statssekreterare i Socialdepartementet 2018–2022 och Simon Vinge, chefsekonom på akademikerförbundet SSR, och tidigare medarbetare på Finansdepartementet, Statsrådsberedningen, och inom Kommunal.

Antologin omfattar viktiga ämnesområden och tar läsaren, i sina spännande och snabbt uppskissade kapitel, genom skandaler som skolplattformen i Stockholm, plattformen för fördelning av elever i Göteborg, eller exempel från utlandet på algoritmer i offentlig förvaltning som inte alls fungerat som förväntat och där medarbetare och medborgare utsatts för såväl ekonomisk skada som mentalt lidande under flera år.

Antologin har elva olika välmeriterade skribenter där flera är forskare inom området AI och samhälle: Charlotta Kronblad skriver om *Algoritmisk orättvisa – Göteborgs felkodade algoritm för skolplaceringar*, Johan Hirschfeldt om *Algoritmer och sociala bidragssystem – två nationella skandaler* och Markus Matteby om *ett ministerbesök, intrapenorer och kommunala perspektiv: En uppgörelse*. Marcin De Kaminski skriver om *Digitala hot och risker som formativt ledstjärna* och Ulrika Björkstén om *Vetenskapsjournalistikens algoritmer före och under covid-19-pandemin*. Nasim Farrokhnia skriver om *Algoritmer i vården: hot eller möjlighet för profession och patient* och Fia Ewald om *Vem tjänar algoritmerna? Ett maktperspektiv på digitalisering*. Stefan Larsson skriver om *Juridisk fixering och flexibilitet – den europeiska AI förordningen och generativ AI* och Cecilia Magnusson Sjöberg om *Algoritmerna och rättssäkerheten – juridik, administration och teknik måste väga lika*. Jakob Dexe skriver om *Transparens problemet: att förklara en algoritm* och Karim Jebari om *Artificiell intelligens och offentlig rättfärdighet*.

Skribenterna skriver om vad brist på kompetens vid upphandlingar av AI-verktyg kan leda till, rätten för den enskilde, men också juridiken, det vill säga vikten av att politiker stiftar

lagar som både skyddar medborgarna, och skapar möjlighet för att innovation, demokratiska processer och öppenhet. Texterna tar särskilt upp aspekter rörande införande och användning av AI, demokratisk insyn och transparens, inte bara i algoritmerna själva, utan också i de processer som leder fram till besluten att upphandla och använda sig av AI.

Vi som arbetar i vården påminns om korrupsionsskandalen i Region Skåne med AI-verktyget Vårdexpressen och bristerna i 1177 Direkt, ett föråldrat AI-verktyg som pausats i fyra regioner, anmälts av två regioner till Läkemedelsverket som fortfarande har plattformen under tillsyn, (se mitt debattinlägg *ChatGPT är för farligt att användas i hälso- och sjukvården* i nr 2 i AllmänMedicin i år [1]).

Fia Ewald skriver att ”de stora IT-tjänsteleverantörerna, och i vissa fall enskilda konsultföretag, har haft vida större inflytande över inriktningen på den offentliga digitaliseringen än gemene man” och ”En del i kampanjverksamheten har varit de digitaliseringsråd som tillsatts av olika regeringar, där näringslivet, framförallt de stora IT- och molnleverantörerna, varit välrepresenterade”.

De stora globala IT-företagen Microsoft, Apple, Google och Amazon är inriktade även på hälso- och sjukvård. Plattformarna X och Meta dominerar i princip alla aspekter av många människors liv. De globala IT-bolagen dominerar marknaden för hårdvara (datorer, tangentbord, mobiltelefoner) för mjukvara (Officepaketet 365, informationssystem, sökmotorer, e-handel, administrativa system, sociala medier, och gaming) men också infrastruktur (datalagring, molnlösningar, serverhallar med mera).

Dessa globala IT-företag har en ständigt pågående lobbyverksamhet i Bryssel gentemot EU för att motverka regleringar som ska skydda medborgares integritet, säkerhet, inklusive patientsäkerhet, demokratiskt oberoende och frihet – de så viktiga lagrummen MDR, Cybersecurity Act, Cyber Resilience Act, The Artificial Intelligence Act, NSI2-Directive, och EU Cyber Solidarity Act.

En spegling av globala IT-företags makt och förhållningssätt är Region Skånes och Västra Götalandsregionens försenade implementering av det amerikanska företaget Oracle-Cerners Millennium – ett vårdinformatiksystem med AI-beslutsstöd. Oracle-Cerner, har kommit undan med att inte följa svensk lag

för mjukvara och vårdinformationssystem; NMI, regelverket för Nationella Medicinska Informationssystem och MDR, medicintekniska regelverket, för mjukvara i vården. De båda regionernas koncernledningar agerar inte och Millennium införs trots protester från Läkarförbundet rörande otillräckliga utbildningar, en ofärdig undermålig plattform och bristande patientsäkerhet.

I denna betraktelse över antologin *AI & Makten över besluten* vill jag citera redaktörernas val av citat ur Faidros där Platon (428–348 f.Kr.), dialogernas mästare, skriver om skriftspråkets uppfinnande. I Platons dialog berättar Sokrates om den uppenbarade guden Thots möte med faraonen Thamus och om skrivkonsten Thot genom Thamus ville skänka till det egyptiska folket.

Thamus svarade: – Mångkunnige Teuth! En kan framföda konstprodukter, en annan avgöra vilken skada och nytta de medför för dem som ska använda dem. Nu är du bokstävernas far och av välvilja säger du att deras verkan är motsatsen till den verkliga. När man lär sig dem försummar man nämligen minnet, vilket leder till glömska, för i förlitan på skriften låter man sig påminnas av främmande tecken utifrån, inte inifrån av egen kraft. Du har alltså uppfunnit en drog som inte hjälper människan att stärka minnet, utan hjälper henne att påminna sig. Dina lärjungar ger du skenvishet, inte sann vishet. De kommer att läsa mycket utan att bli undervisade, de kommer att skenbart inse mycket, men för det mesta inte fatta någonting; de kommer att bli otrevliga att umgås med och bli skenvisa, inte visa.

Man kan se Platons text som en metafor för vad nya uppfinningar, tänkta att underlätta för mänskligheten, kan befaras få för konsekvenser för det mänskliga tänkandet.



Illustration: Annika Andén

Redaktörerna beskriver inledningsvis vad AI-algoritmer är; att algoritmer snarare är en fråga om struktur än teknik. Det hjälper oss i vården att förstå AI bättre med exemplet standardiserade vårdförlopp för cancersjukdomar, eller de personcenterade och sammanhållna vårdförloppen inom SKR:s Kunskapsstyrningssystem. Dessa vårdförlopp består alla av analoga flödesschema som vi kan sätta upp på en vägg – och därmed visualisera en medicinsk beslutsprocess.

När dessa beslutsprocesser programmeras och ”man infogar dessa algoritmer i den digitaliserade tekniken händer något”, skriver redaktörerna. ”Vi kan skala upp det, göra dem mer komplexa bortom all enkel genomskinlighet och med AI kan vi lägga till ytterligare en nivå: det kallas också för *maskininlärning*, och det kan beskrivas som ett system av algoritmer som har tränats av en träningsalgoritm stället för att programmeras direkt”.

I dess mest komplexa form är de en ”black box” – de är så avancerade att man inte ens kan undersöka hur dessa Large Language Models, LLM, som ChatGPT eller Large Multi-modal Models, LMMs som kan generera text, bild, ljud och video – ens kom fram till sitt resultat: *Varför just du fick just det specifika svaret på din specifika fråga – som du kanske grundar ett medicinskt beslut på?*

När vi använder en sökmotor riskerar vi att bli kartlagda hur vi tänker genom de frågor vi ställer. Utan att vi vet om det kan våra sökmönster användas för att få oss att köpa en viss vara, ett klädesplagg, en bil eller en resa – i värsta fall blir vi därigenom kontrollerade, vilka vi förmodas rösta på och hur vi påverkas att rösta på ”rätt” kandidat eller parti genom ett till synes banalt flöde på internet.

En skribent skiljer ut sig från alla övriga i boken genom att hen representerar ett multinationellt och globalt dominerande IT-företag, Microsoft, där hen innehar en mycket hög chefsposition. Microsoft har en omsättning på 143 miljarder USD och 166 000 anställda världen över och vars lobbyister kommit långt in i riksdagens och regeringens korridorer. Jag går särskilt in på detta kapitel, då skribenten, Nasim Farrokhnia, insiktsfullt och kompetent, samtidigt färgad av sin roll som medicinsk toppchef på Microsoft, skriver om algoritmer i hälso- och sjukvårdssystemet.

När *AI & Makten över besluten* vill visa hur viktigt det är att vara transparent och öppen är det lite förvånande att redaktörerna Maja Fjaestad och Simon Vinge, i de annars informativa slutsidorna över respektive skribent, inte nämner att Nasim Farrokhnia är hög chef inom Microsoft Health Care and Life Sciences, först som Europachef, senare Global chef (Executive) Det nämns heller inte att författaren före sitt engagemang i Microsoft var kvalitets- och forskningschef på Kry 2018–2020 och att hon var Sverigechef på psykologappen Mindler, innan hon anställdes av Microsoft.

Att Nasim Farrokhnia sitter i toppskiktet inom Microsoft Health Care med det uttalade syftet att företagets produkter ska användas inom hälso- och sjukvården samtidigt som hon är ordförande i eHälsoläkarförbundet, inom Svenska Läkarförbundet, är en etisk diskussion i sig. En komplicerande faktor är att eHälsoläkarförbundet har en styrelse som består av digitaliseringsdirektör, digitaliserings- och utvecklingschefer från regioner, medicinsk chef från privat vårdkoncern, inklusive vd:n

från ett stort IT-baserat medicinskt kunskapsförmedlingsföretag, se <https://slf.se/ehalsolakarforeningen/om-oss/>.

Jag tror det är viktigt att skilja på roll och person – men också att förstå vilken roll man har som hög chef inom Microsoft – vad faktiskt ens uppdragsgivare har för avsikter och hur dessa avsikter kan användas under olika intresseorganisationers paraply för att påverka en samhällig utveckling på ett för Microsoft gynnsamt sätt.

Redaktörerna för denna antologi och Läkarförbundet borde fundera över etiken: hur man förhåller sig, inte bara till Läke-medelsföretag, där Läkarförbundet har en etisk vägledning, utan även till multinationella globala IT-företag som Microsoft, liksom till MedTech industrin i stort. Det hade varit så enkelt att i presentationen av skribenterna i antologin tydligare precisera de roller Nasim Farrokhnia har och har haft – det hade accepterats av läsaren, gett möjlighet till reflektion och vidgat trovärdigheten för texten och boken.

Nasim Farrokhnia har valt rubriken *Algoritmer i vården: hot eller möjlighet för profession och patient*. Hon förhåller sig positiv till användandet av algoritmer, ”givet att läkaren fortsatt sitter i förarsätet” och hon anlägger ett intressant perspektiv: ”Endast genom att sätta tekniken i ett maktperspektiv kan vi göra en fullödlig analys av algoritmernas intåg i vården. Att utöva läkaryrket i möte med patienter är både maktutövning och ansvarstagande och bygger på läkarens kärnkompetenser diagnostik och behandling. Vad innebär – utifrån detta – algoritmer i vården?”.

Hennes anslag ligger alltså på den enskilde läkarens ansvar och beslutsprocess. Hon beundrar samtidigt de stora språkmodellerna och AI-baserad bildanalys. Nu är dessa två teknologier två olika varianter av AI – det finns väldigt många olika teknologier och det kommer nya varianter varje vecka. Det är erkänt svårt att hänga med i en extremt snabb teknikutveckling.

Hon refererar till sex principer som WHO:s rapport, *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models* [2] bedömer avgörande för mänskligheten vid utvecklande av avancerade AI-modeller:

- Att algoritmen skyddar individens autonomi.
- Att algoritmen är designad för människans välbefinnande, säkerhet och det allmänna intresset och att algoritmer ej åsamkar skada.
- Att transparens i algoritmens process och beslut är säkerställd.
- Att algoritmen tillämpas ansvarstagande.
- Att algoritmen är inkluderande, jämlik och utan bias, skevhet eller fördomar.
- Att algoritmen är långsiktigt hållbar och kan modifieras om behov och yttre omständigheter förändras.

Därefter presenterar Farrokhnia i en tabell WHO:s beskrivning av potentiella nyttor och, riskerna med AI-algoritmer, men jag noterar att hon gör en felöversättning av tabellens överskrift. WHO-rapporten diskuterar LMM:s, Large Multi-modal Models, – inte all typ av AI-teknologi.

I sin text har Farrokhnia skrivit ”*Tabell 1. Potentiella nyttor och risker i olika tillämpningar av AI-algoritmer*” men i originalet står det: ”*Table 1. Potential benefits and risks in various uses of LMMs in health care*”. En stor multimodal modell, LMM, är en avancerad typ av artificiell intelligens som kan förstå och

generera innehåll i text, bilder, ljud och video. Det är en teknik Microsoft äger, vill marknadsföra och sälja, inklusive produkter Microsoft säljer som krävs i infrastrukturen för att alls kunna driva LMM:s och lagra all den data som produkten genererar.

Farrokhnia borde tagit med den direkt följande tabellen i WHO:s rapport ”*Table 2. Risks to health systems associated with use of LMMs in health care*”. Jag tar med båda här i original för att läsaren ska få bilda sig en egen uppfattning om nyttorna och riskerna med att använda LMM:s i hälso- och sjukvården, och de sammanlagda riskerna för hälso- och sjukvårdssystemet.

Use	Potential or proposed benefits	Potential risks
Diagnosis and clinical care	<ul style="list-style-type: none"> Assist in managing complex cases and review of routine diagnoses Reduce the communication workload of health-care providers ("keyboard liberation") Provide novel insights and reports from various unstructured forms of health data 	<ul style="list-style-type: none"> Inaccurate, incomplete or false responses Poor quality training data Bias (of training data and responses) Automation bias Degradation of skills (of health-care professionals) Informed consent (of patients)
Patient-guided use	<ul style="list-style-type: none"> Generate information to improve understanding of a medical condition (as a patient or as a caregiver) Virtual health assistant Clinical trial enrolment 	<ul style="list-style-type: none"> Inaccurate, incomplete or false statements Manipulation Privacy Less interaction between clinicians and patients Epistemic injustice Risk of delivery of care outside the health system
Clerical and administrative tasks	<ul style="list-style-type: none"> Assist with paperwork and documentation required for clinical care Assist in language translation Completion of electronic health records Draft clinical notes after a patient visit 	<ul style="list-style-type: none"> Inaccuracies and errors Inconsistent responses depending on prompts
Medical and nursing education	<ul style="list-style-type: none"> Dynamic texts suited to each student's needs Simulated conversation to improve communication and to practise in diverse situations and with diverse patients Responses to questions accompanied by chain-of-thought reasoning 	<ul style="list-style-type: none"> Contribute to automation bias Errors or false information undermine the quality of medical education New burden of learning digital skills
Scientific research and drug development	<ul style="list-style-type: none"> Generate insights from scientific data and research Generate text for use in scientific articles, manuscript submission or peer-review Analyse and summarize data for research Proofreading De novo drug design 	<ul style="list-style-type: none"> Cannot hold algorithms accountable for content Algorithms encode bias towards the perspectives of high-income countries Generate information and/or references that do not exist Undermine key tenets of scientific research, such as peer review Exacerbate differential access to scientific knowledge

Table 1: Potential benefits and risks in various uses of LMMs in health care

Type of risk	Description
Overestimation of the benefits of LMMs	There may be a tendency to 'technological solutionism', or over-estimation of the benefits of LMMs while ignoring or downplaying challenges in its use, including its safety, efficacy and utility.
Accessibility and affordability	Equitable access to LMMs may be lacking for several reasons, including the "digital divide" and subscription fees to access LMMs.
System-wide biases	Use of ever-larger data sets could increase biases encoded in LMMs, which could be automated throughout a health-care system.
Impacts on labour	Use of LMMs could lead to job losses in some countries and require health workers to retrain and adjust to use of LMMs. Data annotation and filtering can lead to low wages and to untreated psychological distress.
Dependence of health systems on ill-suited LMMs	Dependence on LMMs could make health systems vulnerable if LMMs are not maintained or (in low- and middle-income countries) are updated only for use in high-income countries. Furthermore, lack of preservation and protection of privacy and confidentiality could undermine trust in health-care systems by people who are not confident that their privacy will be protected.
Cybersecurity risks	Malicious attacks or hacking could undermine safety and trust in the use of LMMs in health care.

Table 2: Risks to health systems associated with use of LMMs in health care

Ett problem med Farrokhnia's text är att hon inte alls tar upp EU:s regelverk och certifieringsprocessen av AI-algoritmer skapade för hälso- och sjukvård. Hon förklarar istället vad utvecklare på IT-bolag kan göra för att minska riskerna vid produktutveckling, testning och träning av algoritmerna. Det kallas för "riskmitigering", ett ord som vi måste lära oss vad det betyder – ordet används inom medicinteknik, mjukvara för hälso- och sjukvård och användas numera även inom praktisk medicin.

Farrokhnia har alltså en tydlig positiv syn på medarbetarens och patienters nytta av olika AI-verktyg. På slutet skriver hon "För ett lyckat införande behöver professionalitet, integritet, demokratisk insyn säkras samt risker begränsas och förebyggas" varvid hon skriver ett förslag på förhållningssätt i sex punkter, ironiskt nog inte olik WHO:s sex principer eller det som står i EU:s olika regelverk och kommande cybersäkerhetslagar.

Jag fastnar för en av slutmeningarna i Farrokhnia's text: "Jag tror starkt på reglering för att möjliggöra, för att ge oss ledstänger till en ansvarsfull och nyttodrivna utveckling och för att föregripa avarter och missbruk". Det är bra och viktigt – jag tolkar det som att det är Farrokhnia's egen uppfattning och inte Microsofts.

I kontrast nämner, i samma antologi, Karim Jebari att "många algoritmer ägs av företag och företagen betraktar dem som affärshemligheter" och vidare "algoritmernas bristande transparens kan utgöra hinder för möjligheten att övervaka, förstå och förklara fall där maskininlärning används i offentligt beslutsfattande".

Vårt hälso- och sjukvårdssystem får en ökad sårbarhet om besluten över vårdprocesser överlämnas till algoritmer i stora vårdinformationssystem. Det finns risker med Big Health Data, stora mängder journaldata, som behövs för att träna stora multi-modala AI-modeller. Vi vet att journaldokumentation i sig innehåller fel och att AI-modeller, som ChatGPT och mer avancerade, som LMM:s, riskerar koncentrera dessa fel och

forskning visar att AI-modellerna har svårt att hitta de mindre vanligt förekommande medicinska tillstånden.

Samtidigt – vi läkare gör också regelbundet fel i vårt arbete, det är en del av att vara människa – och som Jacob Dexe skriver i sin text: "Vi måste acceptera att det kommer gå fel ibland. Vi håller fortfarande på att lära oss leva med och förstå algoritmerna. Transparens och förklaringar är viktiga delar i lärandet, men den levda erfarenheten kommer vara än viktigare".

Antologin *AI & Makten över besluten – Vad alla borde veta om algoritmer i offentlig sektor* är ett mycket viktigt och lärorikt bidrag i debatten om vad mänskligheten ska ha artificiell intelligens till, vad okontrollerat skapande av algoritmer kan få för konsekvenser, vilka regelverk och lagar som behövs för att AI-teknologi inte skall skada och hur vi behöver skapa en infrastruktur i samhället där algoritmerna är transparenta, öppna, möjliga att utvärdera, kritisera och kontrollera – och inte undvika att använda AI-teknologi där det kan göra mest nytta.

Är redaktörernas valhända hantering av upplysningen om att författaren Nasim Farrokhnia är en hög global Microsoftchef ett tecken i tiden? De stora multinationella globala företagen är skickliga i att komma långt in i viktiga fora som är till för att oberoende granska, kritiskt beskriva och debattera samtid och framtid.

Marcin De Kaminskis sluttext i sitt kapitel sammanfattar bokens budskap:

"Att sjösätta eller tillåta samhällsbärande digitala lösningar utan att förstå hur tekniken är uppbyggd eller hur lösningar hanterar medborgares data är att tillåta sig att medvetet ignorera den nya teknikens maktmedel – algoritmerna – och den inverkan de kommer att ha på medborgarnas tillit till samhällets förmåga att utvecklas i samklang med den digitala tidsålder vi lever i."

Vi som läkare och medmänniskor får aldrig förlita oss till 100% på vad som presenteras för oss i tidningar, böcker, på nätet, streamingsidor, i riktlinjer, medicinska internetsidor skrivna av aldrig så välnomerade forskare och kollegor – eller för den delen resultat och förslag av avancerade AI-algoritmer. Vi måste sträva efter att tänka själva och kritiskt granska, diskutera och reflektera över såväl resultat som den kunskapen som ligger bakom – **likväl som vi måste ifrågasätta oss själva, våra bevelsegrunder, vår kunskap och våra beslut.**

– Och denna text, skriven av mig, måste också tåla att ifrågasättas.

Jäv saknas.

Christer Rosenberg

Allmänläkare, MDR Clinical Evaluation Expert, Senior medicinsk rådgivare till eHälsöföretag, som Visiba, Cuviva med flera, till privata och offentliga vårdgivare, myndigheter och organisationer
christerrosenberg4@gmail.com



Referenser:

1. ChatGPT är för farlig för att användas i hälso- och sjukvården, AllmänMedicin nr 2 2024, <https://allmanmedicin.sfam.se/shared/article/chatgpt-ar-for-farlig-for-att-anvandras-i-halso-och-sjukvarde/Iy0SW6mF>
2. *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models, WHO 18 januari 2024*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>

Hur ungdomsvänlig är den vård jag ger?

Min resa inom ungdomsmedicin började med en SK-kurs som jag gick halvvägs in i min ST. Inför kursen hade vi som hemuppgift att intervjua en ung patient. Vi skulle ställa två frågor: ”Tycker du att vården du fått på vårdcentralen är ungdomsvänlig?” och ”Vad är viktigt för att du ska känna att den vård du får är anpassad för ungdomar?” Frågorna var ganska enkla, men det visade sig vara svårare än jag trott att hitta en ung patient att intervjua. Jag började fundera: var har ungdomarna tagit vägen? Träffar jag inga ungdomar? Är de så friska att de inte söker vård? Och vilka av mina patienter ska jag egentligen klassa som ungdomar? Kanske har jag betraktat dem som barn eller vuxna?

Nästa uppgift var att gå igenom en checklista över vad som kännetecknar ungdomsvänlig vård (tabell 1). Listan är framtagen av WHO [1] och anpassad till svenska förhållanden av SFUM (Svensk Förening för Ungdomsmedicin). Att gå igenom listan var en riktig ögonöppnare. Det blev många kryss i ”nej”-rutan. Vissa punkter handlade om ganska enkla saker, som att ha en ungdomsvänlig hörna i väntrummet med moderna möbler, konst och en regnbågsflagga. De flesta (om inte alla) vårdcentraler har en barnvänlig hörna med leksaker eller ett akvarium. Hur svårt kan det vara att göra något liknande för ungdomar? Varför har vi inte tänkt på det tidigare? Andra punkter, som att erbjuda enskild samtalstid rutinmässigt till alla patienter över tolv år, kändes inte lika enkla. Hur ska jag

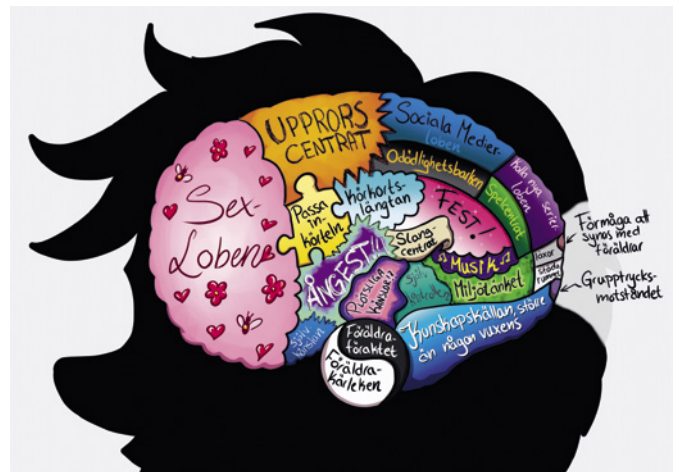


Bild 1: Ungdomshjärnan – av Jenny Halluna. Illustration av hjärnas speciella ”anatom” under tonåren. <https://sffu.barnlakarforeningen.se/verktygslada/ungdomshjarnan/>

på ett bra sätt säga till föräldrarna att jag vill träffa deras barn på tu man hand?

När vi sedan träffades på kursen sa en av kursledarna: ”Tonåringar är varken stora barn eller små vuxna, de har sina egna behov, och vi är här för att lära oss hur vi bäst kan tillgodose dessa behov.” Vi tittade på den unga hjärnans unika anatomi (bild 1) – en bild

B. Hur ungdomsvänlig är din verksamhet?

Undersök hur ungdomsvänlig din verksamhet är genom att besvara följande frågor. De är framtagna från världshälsörganisationens omfattande bedömning av ungdomsvänlig vård och anpassade till svenska förhållanden av SFFU:s referensgrupp. Läs mer om WHO:s global standards här: [Global Standards for quality health care services for adolescents - World | ReliefWeb](https://www.who.int/publications/m/item/global-standards-for-quality-health-care-services-for-adolescents)



	Ja	Nej
1 a. Finns det text på mottagningens hemsida som riktas specifikt till ungdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 b. Finns information om verksamheten på sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 c. Uppdateras verksamhetens öppettider och kontaktpuppgifter regelbundet på nätet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 d. Har unga möjlighet att kontakta verksamheten digitalt (t.ex. för tidsbokning eller rådgivning)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Finns utarbetat samarbete för omhändertagande av ungdomar med vårdbehov med närliggande?		
a. Ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Elevhälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Barn- och ungdomsklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vårdcentral (första linje för barn och unga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. BUP-mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har verksamheten specifika riktlinjer gällande hur ungdomar som söker akut bör följas upp inom verksamheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Finns utarbetade rutiner för när patienten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Har behov av preventivmedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vill ha kondomer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Misstänker STI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Oroar sig för graviditet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabell 1: Hur ungdomsvänlig är din verksamhet?

6. Ingår utbildning i ungdomsvänlig vård och bemötande i introduktionen vid nyanställning av följande yrkeskategorier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Läkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sjuksköterskor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Övrig personal som arbetar med eller är intresserad av att arbeta med ungdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Finns system för kontinuerlig kompetensutveckling inom ungdomsmedicin i verksamheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Finns tydligt anslag med information om tystnadsplikt och vad det betyder, t ex i väntrummet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erbjuder man rutinmässigt unga över 12 år enskild samtalstid med vårdpersonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 a. Uppmuntras ST-läkare att arbeta inom elevhälsan som del av sin utbildning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 b. Uppmuntras ST-läkare att arbeta på ungdomsmottagning som del av sin utbildning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 a. Är hela eller delar av väntrummet anpassat för ungdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 b. Finns regnbågsflagga i väntrummet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har ungdomar möjlighet att anmäla sig på mottagningen så att ingen annan hör vad de söker för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Finns rutiner/riktlinjer som säkerställer att unga får god och rättvis vård oavsett beteende eller utseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 a. Har verksamheten regelbundna enkäter till tonårspatienter för att följa deras tillfredsställelse med vården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 b. Från vilken ålder svarar den unge på egen hand? (varierar mycket)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har verksamheten en specialistläkare med ansvar för ungdomsmedicin? (Jfr allergiansvarig eller diabetesansvarig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 a. Finns det ett ungdomsråd på kliniken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 b. Får rådet bestämma i vissa frågor? Vilka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 c. Får någon i rådet ingå i planeringsmöten på kliniken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Använder man äldre ungdomars kompetens för att låta dem handleda yngre i behandlingen av en gemensam sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

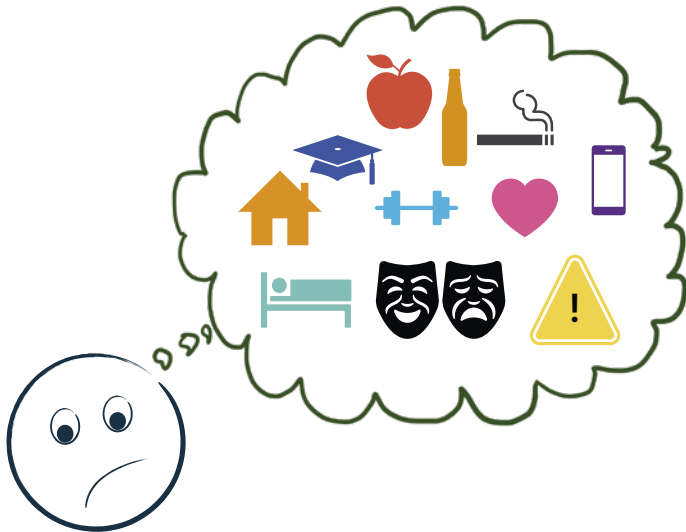


Bild 2: S-HEEADSSSSS: Den psykosociala anamnesen. **Strengths:** styrkor, salutogenes. **Home:** hemförhållandena. **Education:** skola, sysselsättning. **Eating:** matvanor och kroppsuppfattning. **Activities:** fritid, kompisar, fest. **Drugs:** droger, alkohol, tobak. **Sex:** sexualitet. **Suicid:** depression, självskada. **Safety:** säkerhet. **Sleep:** sömn. **Screen:** skärmtid, sociala medier.

som skiljer sig mycket från anatomin i läroböckerna. Sexualiteten har tagit över frontalloben, känslorna är intensiva och tar mycket plats, och det syns en kunskapskälla som är större än hos vuxna samt en "odödlighetsbank". Vi fick även se riktiga magnetkamerabilder som visar hur mycket den vita och grå substansen i hjärnan förändras under tonåren, vilket kan förklara det ökade sömnbehov som många tonåringar har. Vi blev också varnade för tonåringars bristande tidsuppfattning: gårdagen känns som länge sedan, och besvär i en vecka kan upplevas som en evighet – något att beakta när man tar anamnes.

Därefter introducerades vi för ungdomsmedicinens verktygslåda. Det kanske viktigaste verktyget av alla är HEEADSSS [2] (bild 2): en akronym som hjälper oss att ta en strukturerad psykosocial anamnes och identifiera det som inte alltid syns vid första ögonkastet. Under senare år har det finslipats och nyligen har ett extra "S" lagts till i början (S-HEEADSSSS) för att påminna oss om att undersöka tonåringens motståndskraft och salutogena faktorer (bild 3). Vad är hen bra på? Finns det ett gott förhållande till någon vuxen? Vi pratade också om hur vi kan använda NRS (Numeric Rating Scale) för att bedöma hur patienten mår (där 0 är absolut botten

Salutogen anamnes

- Berätta vad du tycker är roligt!
- Vad tycker du att du lyckas bra med?
- Vad skulle kunna bli bättre?
- Något som du känner dig stolt över?
- Vad gillar kompisarna hos dig?
- Hur fixar du besvärliga situationer så att det löser sig?

Bild 3: Salutogen anamnes.

Ungdomsåren	Tidig 10-13/14 år	Mellan 13-17 år	Sen 17-20 - 23 år
Biologi	Pubertets-utveckling startar	Avplanande kroppsutveckling	Vuxen kropp
Kognition Identitet Autonomi	Tänker mest konkret, här och nu men begynnande abstrakt tänkande Omnipotens och osårbarhet Störd och förändrad body image	Vem är jag egentligen? Identitetsutvecklingen maximal. Romantiska relationer. Rollspel och experimenterande med olika livsstilar Åter till konkret tänkande vid stress	Framtiden blir verklig. Pessimism. Yrkesval och livsstilsval baserade på egen kompetens och intresse
Sociala arenan	Familjen och föräldrarevolten dominerar. Diskussioner, argumenterande, fantiserande och drömmande.	Duger jag? Jämnåriga den viktigaste arenan. Flockbeteende. Vill vara unik. Platsar jag bland de jämnåriga? Experimentlusta	Innehållet i relationer blir viktigt. Föräldrar, sjukvården och viktiga vuxna åter som samtalspartners
Sexualitet	Utforskande av den egna kroppen	Romantiska fantasier. Testar flirtande och sexuella relationer	Inleder stabila relationer med ömsesidighet.

Kristina Berg Kelly/Marika Augustis 2009 modifierat från WHO

Bild 4: Det bio-psyko-sociala utvecklingsschemat. <https://sffu.barnlakarforeningen.se/verktygslada/bio-psyko-sociala-utvecklingsschemat/>

och 10 motsvarar toppen), samt hur en 24-timmarsanamnes kan ge en detaljerad bild av patientens livssituation. Ett annat användbart verktyg var hur man snabbt kan göra en mognadsbedömning (bild 4).

Efter kursen återvände jag till vårdcentralen fylld av entusiasm för allt jag lärt mig. Det kändes inte längre svårt att be föräldrarna lämna rummet en stund så att jag kunde prata ensam med patienten. Och det var överraskande hur mycket som kan komma fram under den stunden. Jag träffade till exempel en 13-årig kille som sökte med sin pappa för huvudvärk, och när jag träffade honom ensam berättade han om hur jobbigt det var att hans pappa "tvingade" honom att följa med på alla utflykter, när han helst ville stanna hemma. Vi kom överens om att jag skulle ta upp detta med pappan. Jag träffade också en 19-årig tjej som sökt vård flera gånger för diffusa symtom, som huvudvärk, magbesvär och trötthet. Den här gången tog jag en strukturerad psykosocial anamnes, och det visade sig att hon varit med om ett sexuellt övergrepp som hon aldrig pratat om, vilket gjorde att hon kände sig äcklad av sig själv.

Utöver arbetet på vårdcentralen har jag fått möjlighet att arbeta på ungdomsmottagningen, som är samlokaliserad i samma byggnad (jag är så glad att jag fortsätter där även som specialist). Patienterna skiljer sig något från dem jag möter på vårdcentralen; det är en blandning av gynekologi, psykiatri och sexologi. Ibland handlar det bara om att bekräfta vad som är normalt. Samarbetet med barnmorskor och kuratorer är också fantastiskt. Jag kan varmt rekommendera alla ST-läkare att under sin utbildning arbeta några timmar på en ungdomsmottagning – det är både roligt och lärorikt.

Nyligen såg jag också till att det finns en ungdomsvänlig hörna i vårdcentralens väntrum (se före och efterbild bild 5-6). Det handlar om enkla åtgärder som ändå gör skillnad. Bland annat har vi satt upp en regnbågsflagga, kort med kontaktuppgifter till Karlshamns UMO och Ungdomsjouren samt affischer från Svensk Förening för Ungdomsmedicin om ungdomars rätt till delaktighet i sin vård, till enskilda samtal och



Bild 5 & 6: Ungdomsvänlig hörna i väntrummet på Brunnsgrändens vårdcentral. Bilder före- och efter. Bland annat: Sommerfeiring 2023 av Hilde Thomsen. Regnbågsflagga. Kort med kontaktuppgifter till Karlshamns UMO och till Ungdomsjouren Karlshamn. Väntrumsanslag av Svensk Förening för Ungdomsmedicin om ungas rättighet till delaktighet i deras vård, till samtal på tu man hand och sekretess.

till sekretess. Tyvärr är vårt väntrum inte så stort, och denna hörna ligger nära småbarnshörnan – inte optimalt, men ändå en början.

Att arbeta med ungdomar är både en utmaning och en möjlighet. Det kräver att vi anpassar oss efter deras unika behov, men också att vi vågar skapa en miljö där de känner sig sedda, trygga och hörda. Genom små justeringar i hur vi bemöter och inreder våra mottagningar kan vi göra stor skillnad i hur ungdomar upplever vården. För mig har utbildningen inom ungdomsmedicin varit en ögonöppnare och gett mig nya verktyg som jag ser fram emot att fortsätta använda och utveckla i mitt dagliga arbete. Att ge ungdomar den vård de förtjänar innebär att lyssna på dem, att förstå deras livssituation och att arbeta tillsammans för att stärka deras hälsa – både fysiskt och psykiskt. Som distriktsläkare har vi en unik möjlighet att vara en trygghet och ett stöd i en av livets mest formativa perioder. Låt oss ta vara på den möjligheten.

Jäv saknas.



Elisavet Pataridou
Allmänläkare
Brunnsgrändens vårdcentral, Karlshamn
expatarid@icloud.com

Referenser:

1. *AA-ha! guidance 2D edition* (2023) World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/initiatives/global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescent/aa-ha!-guidance-2d-edition> (Accessed: 10 September 2024).
2. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent Psychosocial Assessment: The HEEADSSS. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2017 May 1;55(5):24-27. doi: 10.3928/02793695-20170420-03. PMID: 28460146.

<https://www.>



LÄNKTIPS!

Ungdomsbarometern

<https://www.ungdomsbarometern.se/rapporter/>

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar – Riktlinjer och handböcker

<https://fsum.nu/for-medlemmar/riktlinjer-och-handbocker/>

Svensk förening för Ungdomsmedicin

<https://sffu.barnlakarforeningen.se/>

Annons

Tonårskillars möten med vårdcentralsläkare

Ungdomar har i flera internationella studier rapporterat att det kan vara svårt att tala med läkaren på vårdcentralen, särskilt när det gäller känsliga ämnen [1, 2]. De har känt sig avfärdade och inte tagna på allvar av ointresserade och kyliga vårdcentralsläkare [1, 2]. Dessutom oroar de sig för att föräldrarna ska få veta vad de har sagt [2, 3].

Detta verkar vara extra problematiskt för tonårskillar. Dels finns det studier som menar att killar har svårare än tjejer för att visa sig sårbara och berätta om känsliga besvär [4, 5], dels verkar det som att läkare har svårare att kommunicera med tonårskillar jämfört med tonårstjejer [6]. Dessutom har tonårskillar dubbelt så hög dödlighet som jämnåriga flickor, vilket främst är kopplat till psykisk ohälsa och ohälsosamma beteenden, som till exempel användning av alkohol och droger [7, 8]. Symtom på psykisk ohälsa hos svenska ungdomar har mer än fördubblats sedan 1980-talet [9-11]. Dessutom samvarierar psykisk ohälsa med ohälsosamma beteenden och med somatiska symtom, såsom huvudvärk och magont [12, 13]. Men även om de somatiska symtomen för tonårskillen till vårdcentralsläkaren, så är det inte säkert att han förmår berätta för läkaren om andra, allvarigare symtom eller hälsorisker.

Känsliga samtal om till exempel psykisk ohälsa eller ohälsosamma beteenden kan underlättas av att tonårskillen får konfidentialitet [14, 15], här definierat som att få egen tid med läkaren (i enrum utan föräldrar eller andra anhöriga) och att få tystnadsplikten innebörd förklarad för sig. Vi vet från forskning i andra länder att tonårskillar sällan får konfidentialitet vid läkarbesök, men detta var inte studerat i Sverige innan denna avhandling [16, 17]. Det var heller inte känt om möjligheterna till konfidentialitet påverkas av psykisk ohälsa och ohälsosamma beteenden, det vill säga om de tonårskillar som har störst

behov av enskilda läkarsamtal är de som får möjlighet till det.

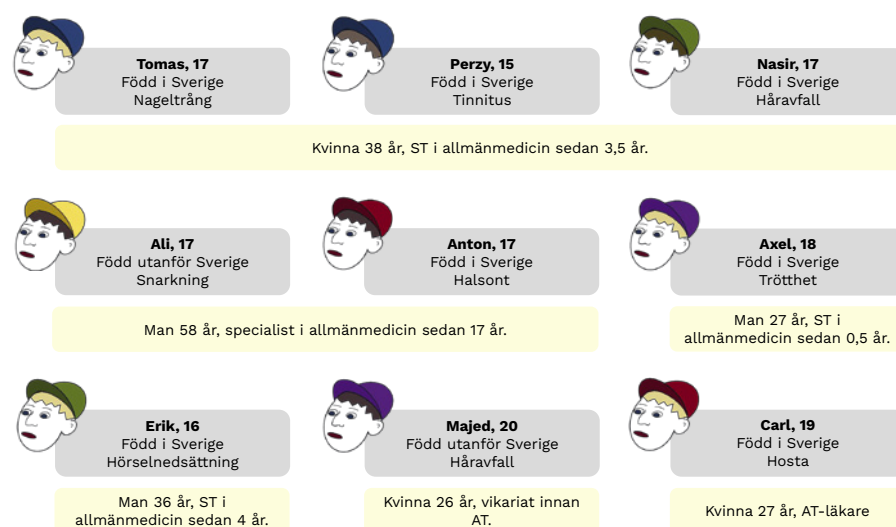
Tonårskillar som besöker läkare på vårdcentral träffar oftast en specialist eller ST-läkare i allmänmedicin, men de kan även råka på läkare med annan eller lägre utbildning (AT-läkare, hyrläkare utan specialistkompetens i allmänmedicin, vikarierande underläkare) [18, 19]. Jag har därför valt att inte använda ordet *allmänläkare* i denna text, utan *vårdcentralsläkare*.

Vårdcentralsläkare berättar på sin sida att de kan uppleva att tonårskillar är ovilliga att berätta fullt ut om sina besvär [20], trots läkarnas ideal enligt vilka de bör försöka möta varje patient där den är [21]. Det finns alltså en skillnad mellan vårdcentralsläkarens intentioner och tonårskillars upplevelser, men också en gemensam upplevelse av problematisk kommunikation. Följaktligen skulle en bättre förståelse av vad som händer i möten mellan tonårskillar och vårdcentralsläkare kunna bidra till förbättrade konsultationer.

Avhandlingens övergripande syfte var att studera tonårskillars möten med vårdcentralsläkare med fokus på deras upplevelser samt erfarenheter av konfidentialitet i relation till psykisk ohälsa och ohälsosamma beteenden. Den består av fyra delarbeten.

Metod

I delarbete I utvecklades en modell över sambanden mellan symtom på psykisk ohälsa, somatiska symtom och ohälsosamma beteenden med hjälp av explorativ och konfirmativ faktoranalys. Data hämtades från *Liv och Hälsa ung, Sörmland*, en skolbaserad enkätundersökning som genomförs vart tredje år i Sörmland [22]. Svar från killar i årskurs 9 i grundskolan och år 2 på gymnasiet användes. Sambanden utforskades med hjälp av explorativ faktoranalys baserad på 2 823 svar från år 2011 (svarsfrekvens 80%). Modellen testades därefter med hjälp av konfirmativ faktoranalys på motsvarande enkäter från 2 358 killar år 2014 (svarsfrekvens 85%).

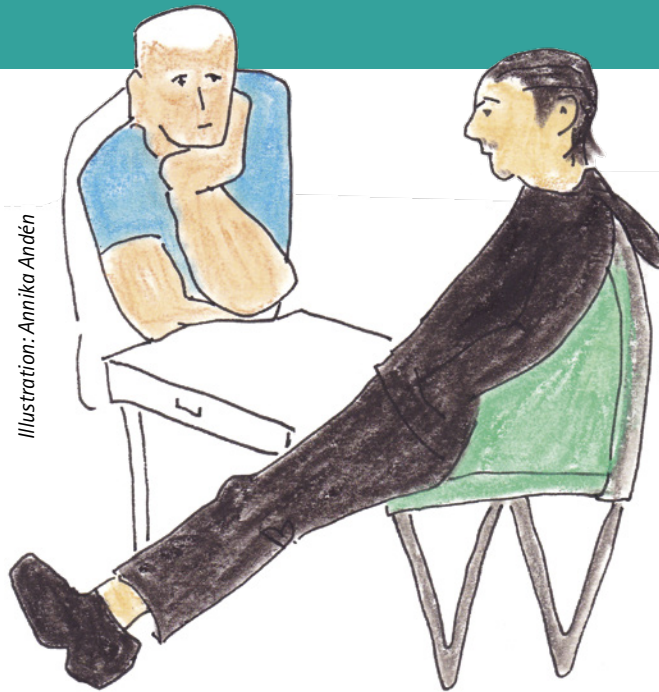


Figur 1: Studiedeltagarna i delarbete III och IV beskrivna med pseudonym, ålder, ursprung och besöksorsak (killarna) respektive kön, ålder och arbetslivserfarenhet (läkarna). En läkare träffade tre killar, en annan två och övriga fyra läkare en tonårskille var. (Eftersom vi använde födelseår istället för ålder som inklusionskriterium hade Majed hunnit fylla tjugo år).

Delarbete II undersökte tonårskillars önskemål och erfarenheter av konfidentialitet i relation till symtom på psykisk ohälsa och ohälsosamma beteenden. Data från *Liv och Hälsa ung 2014* användes (n=2 358) och analyserades med hjälp av en strukturell ekvationsmodell baserad på modellen från delarbete I.

För att nå en djupare förståelse av tonårskillars möten med vårdcentralsläkare genomfördes därefter en kvalitativ studie med reflexiv livsvärldsforskning enligt Dahlberg som teoretisk grund [23]. Data samlades in våren 2022 på två offentligt drivna vårdcentraler i Region Sörmland. Nio killar 15 till 19 år gamla och sex läkare deltog (se figur 1). Besöken videofilmades och efter konsultationen intervjuades killarna om sina upplevelser. Ingen av tonårskillarna kände läkaren sedan tidigare. I delarbete III utforskades tonårskillars upplevda erfarenheter med hjälp av reflexiv tematisk analys av intervjudata. I delarbete IV analyserades video-observationerna med fenomenologisk-hermeneutisk metod och resultaten speglades i den danske filosofen K.E. Løgstrups tankar om det etiska kravet [24].

Illustration: Annika Andén



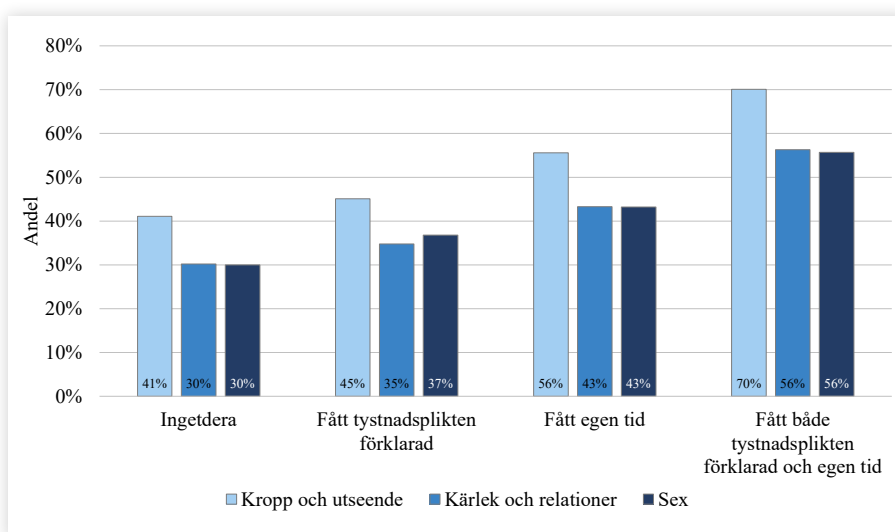
Resultat

I delarbete I sågs att självrapporterade symtom på psykisk ohälsa och ohälsosamma beteenden samvarierade i fyra grupper: riskbenägenhet, otrygghet, vantrivsel och värk. Riskbenägenhet beskriver en benägenhet att ägna sig åt normbrytande beteenden som till exempel att skolka, stjäla eller använda alkohol, tobak och narkotika. Otrygghet handlar om att inte känna sig trygg i sin vardag, vare sig hemma eller i skolan, utomhus eller inomhus. Vantrivsel beskriver ett allmänt dåligt mående, dysterhet och missnöje med livet. I den sista gruppen, värk, samlas olika typer

av värk och beskriver snarare en tendens att uppleva smärta än olika organiska sjukdomar. Det fanns även samband mellan grupperna; framför allt korrelerade vantrivsel med både otrygghet och värk. Dessa samband visade sig också genom att vanliga symtom som stress, oro, nedstämdhet och insomningssvårigheter var kopplade till både vantrivsel och värk. Genom att stämma av några symtom i varje grupp kan vårdcentralsläkaren skaffa sig en snabb överblick över tonårskillens hälsa.

I delarbete II framkom att de flesta tonårskillar vill ha egen tid, utan föräldrar närvarande, med vårdcentralsläkaren (86%, n=1 865) och att få förklarad för sig vad tystnadsplikten innebär (83%, n=1 771). Ungefär hälften av tonårskillarna (53%, n=1 200) rapporterade att de hade besökt en vårdcentralsläkare senaste året. Av dessa rapporterade 74% (n=837) att de hade fått egen tid med vårdcentralsläkaren och 42% (n=456) att de hade fått tystnadsplikten förklarad för sig. De som hade fått egen tid med vårdcentralsläkaren och tystnadsplikten förklarad kände sig oftare bekväma med att ställa känsliga frågor om kroppen, kärlek och sex (figur 2). Den strukturella ekvationsmodellen visade att dessa resultat nästan inte alls påverkades av de symtom på psykisk ohälsa eller ohälsosamma beteenden som tonårskillarna rapporterade. Oavsett hur de mår, så behöver alltså tonårskillar konfidentialitet för att de ska känna sig bekväma att diskutera sin hälsa med läkaren.

Delarbete III visade hur viktigt det var för tonårskillarna att känna sig tagna på allvar och lyssnade på av vårdcentralsläkaren. Dessutom framkom det att tonårskillarna avgjorde om de hade blivit förstådda och tagna på allvar utifrån läkarens förmåga att anpassa sig till deras behov. Här avses både upplevelsen av att den medicinska bedömningen utgår ifrån hur han har beskrivit sina besvär och upplevelsen av att läkaren anpassar sitt bemötande efter hans individuella



Figur 2: Andel tonårskillar som svarat "ja" på frågan om de kände sig bekväma att fråga vårdcentralsläkaren om sin kropp och sitt utseende, om kärlek och relationer och om sex, fördelat på om de varken fått tystnadsplikten förklarad eller fått tid i enrum med läkaren, endast fått tystnadsplikten förklarad, endast fått tid i enrum med läkaren, eller om de både fått tystnadsplikten förklarad och tid i enrum med läkaren. Baserad på svar från 1 200 killar i årskurs 9 i grundskolan och år 2 på gymnasiet som i enkäten *Liv och Hälsa Ung, Sörmland, 2014* uppgett att de hade besökt vårdcentralsläkare det senaste året.

Att bli lyssnad på

Individuell anpassning visar att han blivit förstådd och tagen på allvar

Om jag liksom säger liksom sanningen hur det är och sen så formar han ju efter det... det gör ju mig nöjd liksom... att han gör sitt bästa för liksom gå efter det jag har berättat och formar sin åsikt efter det... kollar och ser hur det är och sånt där och sen berättar hur det är (Erik, 16)

Att hantera oro och osäkerhet

Hans oro och brist på erfarenhet gör att han känner sig sårbar och generad

Att bli förstådd och omhändertagen

Han blir litad på, bekräftad, känner sig trygg och hoppfull

Att kunna välja och välja bort föräldrastöd

Även om han kan behöva stöd, så vill han äga mötet och få sitt privatliv respekterat

Hon ställer en fråga som jag inte vet något svar på... och då blir det mer som att... eeh... jag typ chansar mig fram (Perzy, 15)

När hon pratade så tog hon pauser och kollade på mig, för att se så att det... ja... så att det stämde /.../det kändes som att hon ville att jag skulle rätta henne om hon hade fel (Tomas, 17)

Dom lyssnar mer på en själv då, inte liksom me nån förälder som liksom säger hur dom känner... utan ja det känns som att de bara är mej dom lyssnar på /.../ för de är liksom mina besvär och då är det liksom mej dom ska lyssna på (Carl, 19)



Figur 3: I delarbete 3 om tonårskillars upplevelser av möten med läkare på vårdcentral framkom ett övergripande tema, Att bli lyssnad på, och tre teman: Att hantera oro och osäkerhet, Att bli förstådd och omhändertagen och Att kunna välja och välja bort föräldrastöd. (De citerade killarna, Carl, Tomas och Perzy, heter egentligen något annat.)

behov, såsom lugnt tempo och enkla, tydliga förklaringar (figur 3).

I delarbete IV framträder tydligt besökens komplexitet och tonårskillens ansträngningar. Han måste anstränga sig till sitt yttersta för att förstå och göra sig förstådd, hantera osäkerhet och utsatthet, men också för att navigera mellan mannens självständighet och pojkens behov av föräldrastöd. Den mängd av svårigheter som tonårskillen möter ställer höga krav på vårdcentralsläkaren som enligt det etiska kravet måste svara upp mot allt detta.

Diskussion

I avhandlingen diskuteras resultaten utifrån två konsultationsmodeller, som båda kan bidra till att bemöta tonårskillens behov. Den första modellen, som ofta föreslås av ungdomsmedicinska intresseföreningar, innebär att konsultationen inleds och avslutas med för-

äldrar närvarande, men att ungdomen får vara ensam en stund med läkaren i mitten av konsultationen, och att denna stund lämpligen används till psykosocial anamnes [25]. Denna modell bidrar med en standardiserad struktur för att ge ungdomar konfidentialitet, något som

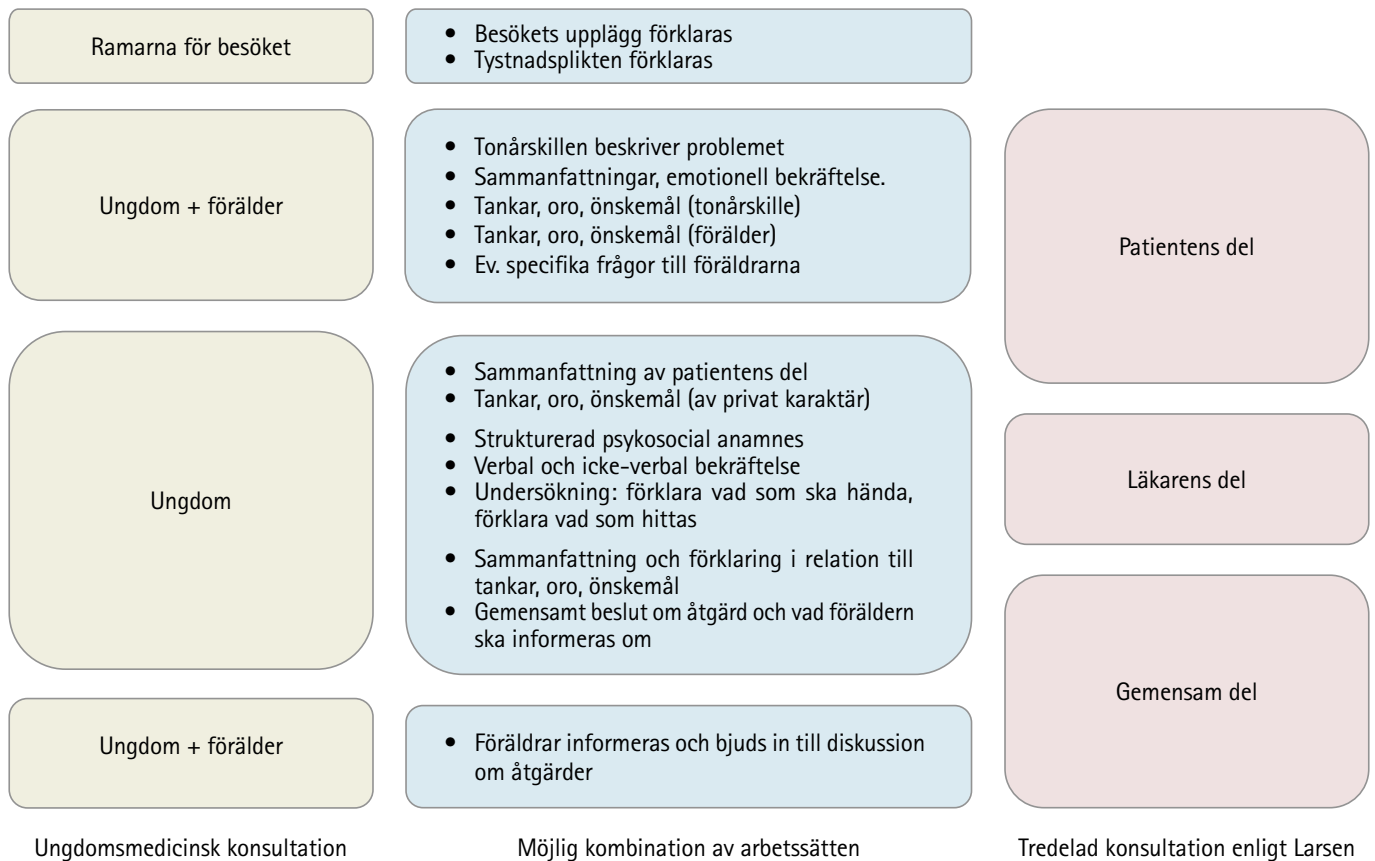


... tonårskillar under en konsultation med en vårdcentralsläkare möter många kognitiva, emotionella och relationella svårigheter, som de måste anstränga sig till sitt yttersta för att hantera.

avhandlingen har visat förbättrar tonårskillarnas möjligheter att ta upp sina egna funderingar. I den andra modellen, en tredelad konsultationsmodell beskriven av Jan-Helge Larsen (som används bland annat på konsultationskurserna på Kalymnos) tillmäts patientens känslor och upplevelse av problemet stor betydelse och patientens livsvärld införlivas i konsultationen [26-29]. Ett sådant arbetssätt skulle kunna bidra till att tonårskillarna upplever sig tagna på allvar och får den individuella anpassningen de efterfrågar. Modellen betonar även betydelsen av att bekräfta patientens känslor, vilket skulle kunna minska känslor av pinsamhet och skam under konsultationen. Avhandlingen avslutas med ett förslag om hur dessa två modeller kan kombineras.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan den här avhandlingen bidra till en större förståelse för tonårskillars behov när de besöker en



Figur 4: Ett förslag till hur de två befintliga konsultationsmodellerna skulle kunna kombineras, baserad på avhandlingens resultat. För att inte missa tankar, oro och önskemål av mer privat karaktär bör frågan även ställas med killen i enrum. Kom ihåg att tonårskillar kan vara ovana, osäkra och obekväma, och att de därför och behöver stöd, förklaringar och tillräckligt med tid för hinna förstå vad som händer och sägs.

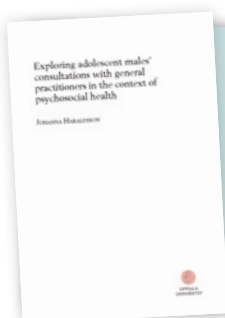
vårdcentralläkare. Avhandlingen visar hur vårdcentralläkare kan öka möjligheterna för tonårskillar att samtala om viktiga och känsliga aspekter av hans hälsa, och på så sätt påverka tonårskillars största hälsorisker genom att träffa dem en stund i enrum utan föräldrar samt förklara tystnadsplikten för dem. Den visar också att det är väldigt viktigt för tonårskillarna att känna sig tagna på allvar, vilket innebär att vårdcentralläkaren behöver bevisa sin förståelse och sitt fulla engagemang i ord och handling under hela konsultationen. Man

ser även att tonårskillar under en konsultation med en vårdcentralläkare möter många kognitiva, emotionella och relationella svårigheter, som de måste anstränga sig till sitt yttersta för att hantera. Mötets komplexitet ställer även höga krav på vårdcentralläkare, som kan få svårt att leva

upp till det etiska kravet att ta väl hand om alla aspekter av tonårskillens sårbarhet. Genom att kombinera två befintliga konsultationsmodeller skulle tonårskillarnas behov bättre kunna tillgodoses (figur 4).

Jäv saknas.

Johanna Haraldsson
Allmänläkare, med dr,
Vårdcentralen Strängnäs, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap/
allmänmedicin, Uppsala universitet och Centrum för klinisk forskning,
Region Sörmland/Uppsala universitet
johanna.haraldsson@uu.se



Avhandlingen *Exploring adolescent males' consultations with general practitioners in the context of psychosocial health*, försvarades vid Uppsala universitet den 14 juni 2024.

Läs hela avhandlingen här:
<http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1853564/FULLTEXT01.pdf>

Referenser: (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

- Løgstrup, K.E., *The ethical demand. 1st ed. Selected works of K.E. Løgstrup.* 2020, Oxford: Oxford University Press. 224.
- EuTEACH – European training in effective adolescent care and health. *EuTEACH Modules: Module A3.* [cited 2021 June 30]; Available from: <https://www.unil.ch/euteach/en/home/menuinst/what-to-teach/euteach-modules-1.html>.
- Larsen, J.-H. and P. Larson, *Patientsamtalet: handbok i mötet mellan läkare och patient.* 1. uppl. ed. 2015, Lund: Studentlitteratur.

Allmänläkarens roll på ungdomsmottagningen

Det finns cirka 270 ungdomsmottagningar i Sverige och där jobbar framför allt allmänläkare, gynekologer och ibland barnläkare. Enligt en enkät som jag gjorde i FSUM (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar) i maj 2024 är 68% av de läkare som jobbar på ungdomsmottagningar allmänläkare (11 län som har svarat).

Trots att det finns stort behov av läkare på ungdomsmottagningar, saknas det ofta utbildning i ungdomsmedicin för ST-läkare i allmänmedicin och ämnet uppmärksammas i mindre omfattning jämfört med utbildningar om BVC och MVC.

Jag jobbar som allmänläkare på ungdomsmottagning på heltid och det har varit utmanande samtidigt som det är mycket intressant och givande. Jag tänkte ge exempel på vanliga problem som vanligtvis dyker upp på ungdomsmottagningen.

Ungdomsmottagning i Uppsala tar emot ungdomar mellan 12–22 års ålder, besöket är kostnadsfritt och de söker på grund av olika besvär framför annat gynekologisk och andrologiska besvär. Vi har kuratorer och kan ta emot lättare psykiska besvär, såsom stresshantering.

Menstruationsrelaterade besvär och lite om p-piller

Många unga kvinnor söker till ungdomsmottagning för att de önskar sig p-piller. Detta är inte bara som ett preventivmedel utan även vid behandling mot besvärliga menstruationer. Östrogeninnehållande behandling (kombinerande p-piller, p-plåster) fungerar väl mot mensvärk och kan hantera besvärliga blödning genom att ta dem långcykliskt (hoppa över sock-

erpillerna i kartan) men östrogenbehandling kan öka risk för trombos. Där är det bra med allmänmedicinsk kompetens för att utvärdera risken för venös tromboembolism, till exempel hereditet och anamnes om tidigare migrän med aura. Gestagenbehandling däremot (mellanpiller, hormonspiral och p-stav) ger ingen ökad risk för trombos, men de kan vara sämre på att hantera blödning.

När man jobbar på vårdcentralen skriver allmänläkare mer sällan ut p-piller och vanligtvis är det barnmorskor som tar hand om den behandlingen. Det finns olika p-piller (mer än 30 produkter på marknaden) men det är oftast bara några få preparat som är "favorit" på mottagningen. Det finns en ganska dyr kurs om p-piller som förvisso är bra, men sannolikt behövs det endast en enklare genomgång för en allmänläkare som jobbar på en ungdomsmottagning.

Man behöver göra en riskbedömning för ungdomar som är yngre än 15 års ålder, framför allt när de söker ensamma till mottagningen. Det momentet kräver att man gör en bedömning om mognadsgrad hos den unge patienten.

Oregelbundna menstruationer och stress

Dagens ungdomar utsätts för mycket stress, exempelvis långa skoldagar, träningar många kvällar och helger, Snapchat och annan social media där de har koll på varandra dygnet runt. Många har höga krav på sig själva och ibland kan detta leda till problem med ätande. Detta i sin tur kan, hos tjejer, leda till oregelbundna menstruationer på grund av hypotalamisk



- 1 Samtal med läkare i ungdomsmottagning.
- 2 Samtal med kurator.
- 3 Information om hormonspiral.
- 4 Information om preventivmedel för ungdomar.
- 5 Kondomrum.



Välkommen till ungdomsmottagning! Kollegor i UM City Uppsala.

hämning. Dessa patienter utgör en stor grupp som söker läkaren på ungdomsmottagningen.

Man kan ta blodprover för att utesluta till exempelvis prolaktinom, PCOS, hypotyreos. Oftast finner man inte något avvikande i proven gällande dessa, man kan ibland se pressade värde av LH, FSH som orsakats av stress. I detta fall är det viktigaste i behandlingen förbättring av livsstil och hjälp att hantera stress. Det är en patientgrupp som oftast är krävande och inte sällan utmanande för läkaren.

Pojkar på ungdomsmottagningen

Unga killar söker något mindre ungdomsmottagningen jämfört med tjejer. Det händer ofta att pojkar kommer tillsammans med sina kompisar för att hämta kondomer. Hos oss brukar de få dessa i ett enskilt samtal då de får möjlighet att berätta om sitt mående, ställa frågor om kroppen och vid behov ta upp sexuella besvär.

Här kommer allmänmedicinsk kunskap till nytta till exempel fimosis och sjukdomar i skrotum. Man får inte heller glömma att testikelcancer är den vanligast förekommande cancer bland unga män i åldrarna 15–35 år i Sverige.

Sexuellt överförbara sjukdomar och vaginala infektioner

På ungdomsmottagningen tar man vanligtvis prov för klamydia och gonorré som primärt prov för sexuellt överförbara sjukdomar, vid kliniska symtom tas även mykoplasma. Det behövs inte gynekologisk undersökning för att ta prov. Tjejerna kan ta själv med pinne och pojkarna kan lämna urinprov. I Uppsala kan man själv lämna prov genom 1177.

Svampinfektioner är vanligt hos unga tjejer och mikroskopet

är ett verktyg för oss att på plats bedöma huruvida besvären kan vara svamp att jämföra med att ta svampodling där det kan ta flera dagar tills man erhåller svar. Det är svårt att skilja eksem och svampinfektion i vulva, då kan ett wet smear vara vägledande i bedömningen.

Jag tror att många vårdcentraler har ett mikroskop och det kan vara till stor hjälp för att sätta rätt diagnos. Exempelvis bakteriell vaginos (clue cells), obalans i östrogen (förändrat utseende av epitelceller) och vid en trichomonas infektion kan man se dem simma i mikroskopet.



I vården är det inte solklart vem som tar hand om till exempel en 15-årig tjej som har mensvärk.

Könsdysfori (transungdomar)

Könsdysfori innebär det lidande som uppstår när det inte finns samstämmighet mellan tilldelat kön vid födelsen och könsidentitet. Många av dessa ungdomar söker till ungdomsmottagning och önskar att bli remitterade till könsidentitetsmottagning (KIM). Dessa remisser har ökat med 10 gånger under på 10 år. I Uppsala är det nu 3-4 års väntetid från remissdatum till första besöket. Konsekvenser av könsdysfori är till exempel att und-

vikande av aktiviteter (undvika duschning, undvika speglar), begränsat matintag för att försöka förhindra kroppsutveckling.

I Uppsala län krävs att man gör MINI-Kid [1] när man skriver remiss till KIM, intervjun tar cirka en timme och där är allmänläkarens kunskap och erfarenhet i bedömning av psykisk ohälsa en tillgång. Patientgruppen har ibland komplex psykiatrisk samsjuklighet. Från ungdomsmottagningen kan man erbjuda transkillar preventivmetod som kan ge amenorré om man önskar blödningsfrihet.

Vem tar hand om ungdomar?

I vården är det inte solklart vem som tar hand om till exempel en 15-årig tjej som har mensvärk. Jag tycker att det är ett mycket givande, intressant, roligt och stimulerande att som allmänläkare jobba på en ungdomsmottagning. Men ungdomsmedicin och allmän gynekologi är precis lika viktig på vårdcentralerna, därför hoppas jag på ett ökande intresse för detta.

Jäv saknas.

Mariko Yoshinaga Galvér

Allmänläkare

Ungdomsmottagningen i Uppsala City
mariko.yoshinaga.galver@region uppsala.se



Referens:

1. Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, Milo KM, Stock SL, Wilkinson B. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*. 2010 Mar;71(3):313-26. doi: 10.4088/JCP.09m05305whi. PMID: 20331933.

FSUM
UPPSALA 2025

Tänk fritt

Att flytta gränser



KONFERENS-
INFORMATION



Att tänka rätt är stort – men tänka fritt är större

FSUM-konferens i Uppsala 2025

Varmt välkomna till FSUM:s årliga konferens för Sveriges ungdomsmottagningar i Uppsala. Ett viktigt forum för kunskapsdelning, inspiration och nya perspektiv. Tillsammans ska vi utforska hur vi kan bryta mönster och flytta gränser.

7-9 maj 2025 | Uppsala Slott | <https://fsum uppsala2025.se/>

Kan en distriktsläkare ta hand om sin lista på distans?

Distansarbete har blivit alltmer populärt sedan pandemin, och digitalisering är nu en oundviklig del av vårt yrkesliv. Att konsultera en läkare via video har utvecklats till en affärsmodell. Politikerna är ambitiösa och vill satsa mer på digitala lösningar, vilket ses som ett arbetssätt som eventuellt skulle kunna öka tillgängligheten. Vissa förändringar sker så snabbt att man inte hinner resonera kring dem. Det senaste jag har upplevt är möjligheten för heltidsanställda distriktsläkare att arbeta 75 procent på distans. Det väcker förstås frågor. Kan en specialist i allmänmedicin ta hand om sina patienter på detta sätt? Hur påverkar det andra läkares arbetsmiljö? Är det patientsäkert?

Vad säger forskningen?

Lakoma och hennes kollegor publicerade nyligen en artikel [1] i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* där de undersökte kvaliteten på digitala konsultationer och brukarnas karaktäristika i Finland. De betonar framför allt att det saknas tillräckligt starka bevis för att utvärdera fördelarna med det digitala arbetssättet. Uppföljning av kroniska sjukdomar, förbättrad egenvård och nöjda patienter nämns bland fördelarna. De uppmärksammar också att denna enkla tillgänglighet skulle kunna ta resurser från dem med större vårdbehov.

Studien granskade ett område med 62 000 invånare (vilket är jämförbart med Gotland). Under studieperioden genomfördes 6 997 digitala besök och 16 347 besök på vårdcentraler. De som sökte digital vård var oftast kvinnor, yngre och högutbildade individer med mindre kroniska tillstånd, medan pensionärer föredrog att söka vård på plats. Kontaktsakerna var främst konjunktivit, övre luftvägsinfektion och akut urinvägsinfektion vid digitala besök, medan smärta i ländryggen, övre luftvägsinfektion, öroninflammation, hypertoni och buksmärta vid besök på vårdcentral.

Författarna konstaterade att patienter med komplexa tillstånd möjligen inte kontaktar den digitala kliniken. I en annan studie [2], där Salisbury och hans kollegor undersökte hur digitala konsultationer påverkar arbetsbördan inom primärvården, framhöll författarna att digitala konsultationer kan öka arbetsbelastningen om förutsättningarna inte är tillräckligt strikta. De påpekar också att digitala konsultationer kan leda till en undanträngningseffekt, där resurser tas från patienter med komplexa tillstånd eller de som saknar tillgång till internet.

Egen erfarenhet

Om jag får berätta om min egen erfarenhet av distansarbete har det fungerat som en utmärkt lösning när jag varit lätt förkyld och kunnat arbeta hemifrån några dagar. Dessutom fick jag möjligheten att arbeta på distans i tre veckor när jag avslutade min tjänst i Visby. Det var särskilt lämpligt för uppföljningar

av patienter med psykisk ohälsa eller långtidssjukskrivning. Några korta insatser kunde jag också göra för patienter som jag kände mycket väl. När det gällde patienter som jag inte hade kännedom om, blev jag tvungen att hänvisa dem till ett fysiskt besök. Hur skulle man till exempel kunna sjukskriva en patient med ryggsmärta utan att genomföra en fysisk undersökning?

Slutsatser

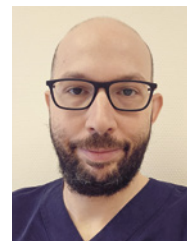
Innan nya arbetssätt införs bör man analysera konsekvenserna. Det är orimligt att förvänta sig att en heltidsanställd distriktsläkare skulle kunna ta hand om sin lista genom att mestadels arbeta på distans. Forskningen visar att yngre, kvinnliga och högutbildade individer tenderar att söka vård för milda infektioner. Så snart en patient med öroninflammation eller buksmärta söker vård, kommer andra läkare att undersöka dem istället för patientansvarig läkare. Kontinuiteten riskerar att brista, och risken för undanträngningseffekter kan öka.

En annan fråga är hur läkaren ska hinna med uppföljningen av sina patienter med kroniska sjukdomar. Om det är lättare att skriva ut antibiotika på distans, hur ska vi då förhålla oss till våra riktlinjer och samtidigt undvika utvecklingen av antibiotikaresistens?

Tillgänglighet till vården är en politisk fråga, men digitalisering är inte den mirakulösa lösningen. Att kunna arbeta på distans är bra när man inte kan vara på plats under en kortare period. Utöver det kliniska arbetet kan man handleda, delta i möten och arbeta med verksamhetsutveckling på distans. På lång sikt behövs däremot distriktsläkare på plats, där man hittar ett sammanhang bland sina kollegor och patienter.

Jäv saknas.

David Ojalvo
Allmänläkare
Segeltorps Vårdcentral
davidojalvo@gmail.com



Referenser:

1. Lakoma, S., Pasanen, H., Lahdensuo, K., Pehkonen, J., Viinikainen, J., & Torkki, P. (2024). Quality of the digital gp visits and characteristics of the users: retrospective observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2380921>
2. Salisbury C, Murphy M, Duncan P. The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. *J Med Internet Res*. 2020 Jun 16;22(6):e18203. doi: 10.2196/18203. PMID: 32543441; PMCID: PMC7327596.

Annons

Annons

Rapport från ST-dagarna 2024

Det blev en hejdundrande fest på Sunlight Hotell i Nyköping natten till den 11 oktober i år. Heliumbalonger innehållande LED-belysning flög fram över dansgolvet och bandet Läkarrock underhöll från scenen.

Men för att inte gå händelserna i förväg så måste vi förklara bakgrunden till varför detta spektakel ägde rum. I år anordnades SFAM:s ST-dagar i Nyköping den 9–11 oktober. Detta var den 21:a upplagan av konferensen för ST-läkare inom allmänmedicin som hålls varje år i SFAM:s regi. Temat för konferensen var mod, relationer och hållbarhet.

Konferensen inleddes genom att SFAM:s ordförande Magnus Isacson höll ett inledningstal om vad det var som fick honom att välja allmänmedicinen och hur han hamnade som ordförande inom SFAM. Även Ylva Sandström från Distriktsläkarförbundet kom och berättade om deras arbete och nämnde då bland annat deras rapport där de räknat ut att regionernas arbete för att nå målet om en allmänspecialist per 1 100 invånare kommer att ta 88 år.

Därefter var det dags för konferensens keynote speaker, Sir Sam Everington som blivit inbjuden från England. Där arbetar han som GP i en utsatt del av östra London, Bromley by Bow, och han har blivit adlad för sitt visionära arbete inom allmänmedicinen. Sam berättade framför allt om det arbete

som de gjort med Social Prescribing. Det arbetet innebär att vårdcentralerna i området arbetar mycket nära lokalsamhället och att man kan förskriva sociala aktiviteter samt umgänge på recept genom att vårdcentralen har flera olika verksamheter tätt knutna till sig.

Rent praktiskt görs arbetet av Social Prescribers som är anställda på vårdcentralerna, men som inte nödvändigtvis har medicinsk utbildning. Den viktigaste meriten för att bli en sådan är att ha god kännedom om lokalsamhället. Eftersom vi alla vet att många tillstånd som patienterna söker primärvården för inte går att bota med mediciner så är detta ett bra komplement till den traditionella vården. Framför allt berättade Sam om modet som ligger bakom att göra en sådan här förändring och möjligheterna som öppnas genom att tänka utanför boxen. Det blev också tydligt hur viktigt relationer är i arbetet som allmänmedicinare och för att få till förändring.

Därefter hölls ett flertal parallella seminarium som handlade om KOL och astma, proktologi, mat och hälsa med mera. Föreläsningdagen avslutades sedan med Arwa Josefsson som berättade om patienter med funktionell problematik och hur man kan bemöta dem på ett bra sätt inom primärvården. Arwa är specialist i allmänmedicin och psykiatri och arbetar mycket med den här patientgruppen. Ett viktigt budskap



Detta var den 21:a upplagan av konferensen för ST-läkare inom allmänmedicin som hålls varje år i SFAM:s regi.



Välkomna till Nyköping! Konferensen öppnas av konferenciererna Ludvig Cokorilo och Anna Berg.



SFAM:s ordförande Magnus Isacson inleder ST-dagarna med ett tal om varför han blev allmänläkare och hur han hamnade i SFAM som ordförande.

från hennes föreläsning är hur vi som profession pratar om funktionella symtom med patienten och hur man kan belysa att det handlar om normala kroppsliga reaktioner. Har du till exempel någon gång sagt till patienten att ”nu sticker det till!” och förväntat dig något annat än att patienten ska spänna sig och tycka att det gör ont?

Kvällsunderhållningen för dagen var ett live-quiz på Nyköpings teater med Teater Sörmland som producerat en frågesport med medicintema. En otrolig kombination av teaterunderhållning och rävling i ett. Frågorna framfördes skickligt av teatergruppen genom återupplivande av gamla Monty Python-sketcher och teatraliskt framförd Doctor Jones bland annat. De lyckades verkligen fånga publiken och få dem att spela med.



Eftersom vi alla vet att många tillstånd som patienterna söker primärvården för inte går att bota med mediciner så är detta ett bra komplement till den traditionella vården.

Torsdagen rivstartade med att Peter Fors, skapare av diabeteshandboken.se, visade många spännande bilder på obehagliga bensår. Han pratade också om vikten av att vi som läkare behöver lära oss detta och att vi behöver vara delaktiga i



Ylva Sandström från DLF berättar om fackets arbete för allmänläkarkåren inför ett gäng energiska deltagare på konferensens första dag.

behandlingen av bensår på vårdcentralerna. Take home message var att inte stå med händerna på ryggen och titta på såren, utan att undersöka sårhålan ordentligt, gärna med knappsond (eller jättelik pincett).

Därefter kom Josabeth Hultberg och berättade om arbetet med kloka kliniska val som till stor del är sprunget ur SFAM:s arbetsgrupp för hållbar diagnostik och behandling. För att vi ska få en hållbar vård för oss som arbetar i sjukvården och inte minst för våra patienter gäller det att vi börjar prioritera bort lågvårdevård. Många länder har kommit längre än Sverige i detta arbete, bland annat Kanada och Norge och de har mycket matnyttig information på sina lokala webbplatser.



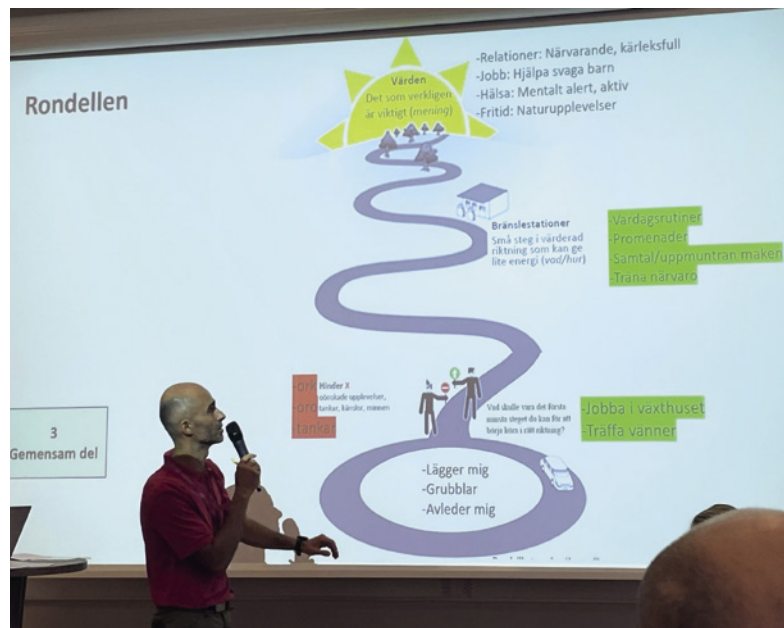
Sir Sam Everington från Bromley by Bow i England pratar om konceptet Social prescribing.



Peter Fors, skapare av diabeteshandboken.se, föreläser om diabetes typ 2 med fokus på fot- och bensår.



Erik Hemmingsson föreläser om obesitas med tyngdpunkt på orsaker, bemötande, definition och vägen framåt.



Allmänläkare Hamed Shayegh håller seminarium om fokuserad ACT med praktiska verktyg för vardagen och konkreta patientfall.

Efter detta fick deltagarna välja mellan olika intressanta seminarier såsom trafikmedicin, insulinbehandling vid typ 2-diabetes, status via video, konsultationsmetodik, mitt-i-ST, Snacka om Sjuktl, kronisk njursjukdom och så vidare.

Föreläsningdagen avslutades sedan med en presentation om övervikt av Erik Hemmingsson som är docent på Gymnastik och Idrottshögskolan (GIH) som har forskat på ämnet i 25 år.

Han berättade om orsaker till övervikt och fetma, andra sätt att mäta övervikt på än BMI och delade även sina tankar om när man bör överväga att behandla övervikt och fetma. Detta följdes upp av en paneldebatt där David Gyll, Ylva Trolle Lagerros, Erik Hemmingsson och Abeer Witwit deltog. Ämnet är ju mycket aktuellt i och med de nya läkemedel som kommit på marknaden och debatten balanserar alltid på en knivsegg mellan övervikt kopplat till ohälsa, kroppspositivism och samhällets ideal. Det gäller att vi inom sjukvården bildar oss en bra kunskapsbas och en tydlighet kring när övervikt ska betraktas som sjukdom och när det i så fall ska behandlas.



... debatten balanserar alltid på en knivsegg mellan övervikt kopplat till ohälsa, kroppspositivism och samhällets ideal.

Därefter återkommer vi till det som inledde rapporten. På kvällen bjöds det på tre-rättersmiddag och för underhållningen stod Anna Bergendahl. Anna är läkare, artist, vinnare i Melodifestivalen 2010 och uppvuxen i Nyköping. Lokalproducerat och hållbart, alltså temaenligt. Därefter dansades det in på småtimmarna till bandet Läkarrock och konferensdeltagarna verkade knyta nära vänskapliga band med varandra. En och annan jätteballong flög fram över dansgolvet och enligt uppgift försvann även en ballongpelare spårlost.



Anna Bergendahl på scen under bankettmiddagen.



Bankettmiddag torsdag kväll med underhållning från scen av Anna Bergendahl.

Fredagen avslutades med att representanter från SKR, Soci- alstyrelsen, Praktikertjänst och region Västerbotten kom för att prata om hur vi alla kan och måste arbeta för att nå målet om en allmänspecialist på 1 100 patienter. Därefter fick vi en fin dragning av en allmänläkares historia av Jerker Bjerkeryd. Och sist men inte minst så kom Kjell Asplund och pratade om forskningsfusk och flera viktiga insikter bland annat kopplat till Macchiarini-fallet.

Sammanfattningsvis så har temat mod, relationer och hållbar- het löpt som en röd tråd under konferensen. Det krävs mod för att jobba som allmänläkare och att prioritera bland alla riktlinjer som vi har att förhålla oss till. Det krävs också mod för att våga leva med en viss osäkerhet, vilket är nödvändigt för att vi ska kunna bli hållbara inom vår specialitet. Det är vi själva som är ytterst ansvariga för vår arbetssituation och det finns många po- sitiva exempel där ute på hur man kan jobba för att få mera makt och kontroll i vardagen. Exempel som vi bör sprida till varandra.

Man bör heller inte underskatta vikten av relationer med både patienter och kollegor för vårt framtida yrkesliv. Relationer är ju lite av allmänmedicinens kärna och något vi måste fortsätta att värna om. Konferensens huvudtalare väckte ytterligare en tanke; eventuellt behöver vi jobba mer med relationer i lokal- samhället för att kunna erbjuda primärvårdens patienter en god och nära vård på riktigt.

Jäv saknas.



Det berömda dansgolvet i Hotell Sunlights källare. Läkarrock underhåller på scen.



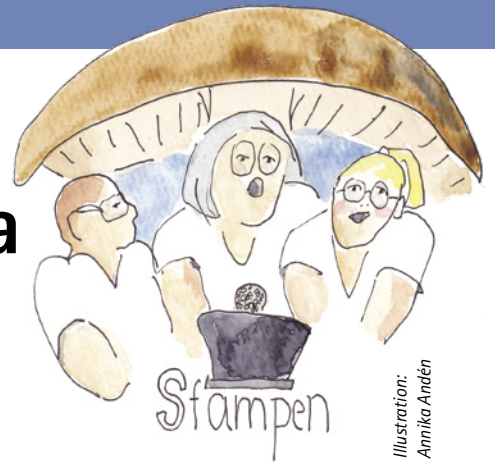
Ludvig Cokorilo
ST-läkare
Vårdcentralen
Bagaregatan,
Nyköping
ludvig.cokorilo@regionsormland.se



Anna Berg
Allmänläkare
Vårdcentralen Bagaregatan,
Nyköping



Stina Schell
Allmänläkare
Vårdcentralen
Bagaregatan,
Nyköping



Sfampen podcast är tillbaka

Efter ett par års paus har *Sfampen* podcast startat igen, i delvis nytt format. Det är trion Maria Stenman, Jakob to Baben, bägge ST-läkare i allmänmedicin och Ulrika Elmroth, specialist i allmänmedicin, som tagit initiativet. Under hösten har en handfull avsnitt spelats in och kommer att publiceras med

början i november 2024. Syftet är inspiration, fortbildning och omvärldsbevakning inom allmänmedicinens breda fält.

”Liksom tidigare är upplägget oftast att en person intervjuas om ett tema, men vi kommer även testa oss fram med olika former av samtal och konstellationer”, säger Jakob to Baben.

”Vi har inget fast publiceringsintervall, utan vill tillgängliggöra avsnitten för lyssnarna så fort de är klara”, säger Maria Stenman. ”Målet är ungefär ett avsnitt per månad, men det kan bli tätare i perioder då vi har hittat intressanta ämnen och personer. Håll utkik där du hittar poddar och prenumerera gärna, så missar du inget avsnitt.”

Vad skulle du vilja höra om i Sfampen? Tipsa gärna redaktionsgruppen om personer och ämnen att bjuda in.



Maria Stenman.



Jakob to Baben.



Ulrika Elmroth.

Ulrika Elmroth
Allmänläkare

ulrika.elmroth@icloud.com

Utmärkelsen Årets allmänläkare Väst går 2024 till Karl-Axel Eriksson

För tredje året delas utmärkelsen **Årets allmänläkare Väst** ut för att uppmärksamma en allmänläkare och förebild som eftersträvar tillgänglighet och kontinuitet i sin verksamhet. Kriterierna för nominering var vidare att läkaren har en medmänsklig hållning, betonar patientens egen berättelse och inser det samhällliga perspektivets betydelse. Vederbörande har också medverkat som handledare i någon del av studenternas grundutbildning i Västra Götalandsregionen (VGR) eller Halland och är verksam inom primärvård i VGR eller Halland.

Nomineringarna lämnades till en beslutandegrupp bestående av medlemmar från lärarkollegiet vid Allmänmedicin Sahlgrenska akademien, studierektorsorganisationer i berörda sjukvårdsområden, representant för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) samt en representant för studenterna från Läkarutbildningsrådet (LUR).



Karl-Axel Eriksson.

De nominerade 2024 var:

Izabella Khoda Karam	Karin Borg
Maria Johansson	Murisa Roos
Karl-Axel Eriksson	Linn Josefsson

Samtliga nomineringar som inkommit var mycket bra och belyste det faktum att vi har förmånen här i väst att ha många läkare som varit aktiva länge i det kliniska arbetet samtidigt som de deltar i utbildningen av nya läkare, år efter år, och har en betydande

roll i samhället inom sitt område samt bidrar till utvecklingen av sina arbetsplatser.

Efter överväganden enades beslutandegruppen om att nomineringen av Karl-Axel Eriksson bäst möter kriterierna för utmärkelsen. Dr Karl-Axel Eriksson nomineras för sitt enastående arbete inom allmänmedicin i Göteborg. Han kombinerar professionell skicklighet med djup medmänsklighet, betonar kontinuitet och förebyggande vård, och har haft en betydande inverkan på utbildning.

Citat från nomineringen: ”Karl-Axel är den som klarar att bygga förtroendefulla relationer med de svåraste patienter som vi andra går bet på.”

Utmärkelsen Årets allmänläkare Väst delas ut av Allmänmedicinskt centrum och Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa vid Sahlgrenska Akademien.

Annons



Lycksele.

Foto: Annika Björk

Glesbygdsmedicinsk konferens och den erfarna läkaren

Den 24:e konferensen i Glesbygdsmedicin ägde rum i Lycksele och samlade medicinare från hela Sverige. Årets tema var *Tillsammans i Glesbygd – Glesbygdsmedicin i förändring – resurser och samarbeten*.

Det är snart tio år sedan jag för första gången fick använda den röda skylten och presentera mig som doktor. Det har jag vant mig vid sedan dess. Under de tio åren upplever jag att hela vården har blivit ängsligare. Vi inom allmänmedicinen, och då speciellt i glesbygd, försöker vara en motpol till detta och vara en trygg punkt för befolkningen. När jag var ny doktor sade en överläkare till mig att överutredning är ett privilegium för nya doktorer, det tog jag till mig och så är det. Med god handledning blir överutredningarna färre och arbetet lugnare. Men att inte utreda för mycket och vara trygg med det patientarbete som görs är inte lätt och flera olika krav drar i oss. Å ena sidan en politik som pratar om omedelbar tillgänglighet och å andra sidan långt ifrån oändliga resurser. Vi kan inte göra allt för alla.

Vår konferens inleddes med en ST-dag där vi hade workshops och föreläsningar. Både akuta frågeställningar och tips och trix i handläggning från verkligheten. Lars Johansson föreläste om röda och akuta ögon. Dagen avslutades med gruppdiskussion. Hur blir man en erfaren distriktsläkare direkt? Vi kom förstås inte fram till svaret på det, men frågans kärna lyftes: Hur det är



Sofie Lyhammar och Lina Ärlebrant om digitala patientmöten.



Hálf dán Pétursson om Kloka Kliniska Val.

Foto Annika Björk



Foto: Anna Falk

att inte räkna till, att det alltid finns mer att lära sig, hur man ska tackla ångesten kring att inte kunna och veta allt. Egna förhållningssätt förmedlades, som att inte glömma att ta med patienten i besluten och vara tydlig med att min bedömning gäller här och nu. Att patienten är välkommen tillbaka som det viktigaste i patientsäkerhetsarbetet. Vikten av att inte vara ensam med dessa funderingar diskuterades och fina exempel på handledning och stöttning delades. Det verkar inte finnas några genvägar.



Men att inte utreda för mycket och vara trygg med det patientarbete som görs är inte lätt och flera olika krav drar i oss.

Jag har nu upplevelsen att jag befinner mig i ett mellanläge, jag är när denna tidning trycks förhoppningsvis nybliven specialist i allmänmedicin. Samtidigt som jag är trygg, när jag läser patientens bokningsorsak, och känner att jag nog även denna gång reder ut detta och kommer vara en god doktor åt patienten, är det fortfarande svårt. Övriga provsvar, svåra anamneser och hög belastning gör mig osäker. Missar jag något nu?

Temat för konferensen behandlade de mycket aktuella frågeställningarna kring hur vi hjälper varandra och hur resurserna ska fördelas. Inledde gjorde företrädare för det lilla sjukhuset med det stora upptagningsområdet, Lycksele, med hur man samarbetar med primärvården, men också hur man planerat strategiskt sedan nittiotalet för att alls ha ett sjukhus kvar. Under konferensen fick vi också ny inblick i hur vi kan använda digitala resurser för att förbättra vården på ett mycket konkret sätt med exempel från Sofie Lyhammar och Lina Ärlebrant med status på distans och hur patienterna upplever digitala patientmöten.

Under konferensen föreläste Hálf dán Pétursson om *Kloka kliniska val*. Ni är säkert många som är insatta i detta begrepp. Som jag ser det är behovet att arbeta med detta en direkt kon-

Årsmöte 12 mars 2025

Vi välkomnar dig till digitalt årsmöte den 12 mars kl 19–21. Årsmötet inleds med en 30 minuter lång rapport från Martin Annsberg kring hur det är att arbeta som allmänläkare på Svalbard.

För att delta på årsmötet och få handlingarna anmäl dig på www.glesbygdsmedicin.info under fliken årsmöte. Handlingarna skickas i god tid inför mötet.



Lina Årlebrant modererar vetenskapliga programmet där Mante Hedman, en av föreläsarna, berättar om sin avhandling. Foto: Anna Falk



Konferensbild Foto Annika Björk

sekvens av den brytpunkt i medicinen vi står vid just nu. Att göra MR helkropp och ta alla prover som finns på varje patient är teoretiskt möjligt. Men vem gynnar det? I vården är vi nog ganska överens om att det inte gynnar patientens hälsa i de flesta lägen, men det är inte alltid patientens bild. Då kommer min tvekan: Tänk om jag missar något? Jag ska alltså lära mig att balansera på gränsen där jag utreder de som bör utredas och lugnar, tröstar och rätt bemöter de som inte ska det. Att göra kloka val för en resursrimlig vård där lågvärdesvård rensas ur min vardag och trygghet för patienterna är viktigt, men också trygghet för mig som doktor.

Mante Hedman gav ett kort referat av sin avhandling om *Sjukstugemodellen i norra Sverige* [1]. Hanna Blåhed om omställningen till nära vård i praktiken och Hanna Morian om telemedicin i akuta sjukvårdsteam. Att driva innovation i områden som har stora behov ger känsla av samhörighet och vilja att tänka bra och rimligt för befolkningen. Där vi tillsammans kan känna trygghet och stolthet över en vård som är behovs-



Niklas Wärme om samisk hälsa.

Foto: Annika Björk



Bli medlem i SFGM

Svensk Förening för Glesbyggsmedicin genom att swisha 150 kr till 123-090 48 13 Ange namn och e-post.

Besök vår hemsida: www.glesbyggsmedicin.info

Följ oss på: Instagram: glesbyggsmedicin

störd och rimlig för alla oavsett vart man bor och vem man är.

Vi fick också lyssna på ett fint exempel på handlingskraft i en vård med begränsade resurser. Niklas Wärme berättade för oss om hur han började besöka de renskötande samerna i Jämtland (vilket han också skrivit om i AllmänMedicin [2]). Hur han över tid återkommer för att möta patienterna på deras hemmaplan för en inkluderande vård som är flexibel och fokuserar på patienternas vilja och förutsättningar var mycket inspirerande att lyssna till.

Torfinn Beer hade också en mycket uppskattad föreläsning om hur vi som distriktsläkare kan vara behjälpliga rättsligt när människor far illa på olika sätt. Hur vi dokumenterar för att hjälpa patienten och när vi kan få hjälp av rättsmedicin.

På årsmötet valdes jag som ordförande i Svensk förening för glesbygdsmedicin (SFGM) och efterträder Anna Falk. Till min stora glädje sitter hon kvar i styrelsen och guidar mig och de andra. Att ha förmånen att prata om svåra val, om vad man vågar och inte med en så erfaren kollega är utvecklande och det är jag väldigt tacksam för.

Samtidigt har jag nu fått förmånen att vara handledare för en AT-läkare. Att lära andra för att lära sig själv blir väldigt tydligt för mig när vi har våra handledningstider. Att det yrke vi valt är ett lärlingsyrke, där det är många vägar till Rom och att den



Diplomering nya specialister med glesbygdsmedicinsk profil. Anna Westman och Kristina Wallberg. Flankerade av Anna Falk och Catharina Ingvarsson.



Glesbygdsmedicin

Konferens i Västernorrland

29 september – 1 oktober 2025

Tema: Hand i Hand?
Kommun och region i glesbygd.

Tema ST-dag 29 september: Vården och livet
Besök på Österåsen, livsstilsmedicin i Västernorrland och workshops.



kliniska konsultationen går i gråskala i en värld där många kräver svartvita beslut gör det utmanande att handleda. Det vi gör har hög inverkan på individnivå på ett mycket direkt sätt. Att hitta strategier för patientsäkerhet och läkartrygghet även när man inte vet eller kan är svårt, och vi är alla nya i början.

”

Vi måste tänka själva och sätta upp våra regler för hur vi möter och tar hand om våra patienter.

Vår konferens hade färre deltagande än vanligt. En uttalad orsak är att det i de flesta regioner dras ner drastiskt på konferenser och fortbildning för vårdpersonal. En del ersätts med digitala utbildningar och en del inte alls. Min åsikt är att när läkare inte har möjlighet att prata med varandra blir vården ängslig. Att utvecklas i sin roll och sin kliniska konsultation för att vara trygg med kloka kliniska val och patientsäkerhet kräver handledning och att vi har kollegor att samtala och lära av. Trygga läkare ger effektiv vård, det är jag säker på.

Vi på vårdcentralerna måste gå samman. Inte göra allt sekundärvården säger åt oss. Vi måste tänka själva och sätta upp våra regler för hur vi möter och tar hand om våra patienter. Vårdcentralernas framtid och vårt berättigande som allmänmedicinare hänger på att vi har en plats. Att vi är kloka, erfarna, tydliga med vad vi kan och öppna med vad vi inte kan. Att vi hjälps åt. Identifierar lågvärdesvård och tillsammans pratar om rimlighet, om arbetsmiljö, om vad vi kan hjälpa till med och vad vi ska hjälpa till med.

Jag åkte hem från konferensen med stor tillförsikt att vi kommer reda ut det här, tillsammans.

Jäv saknas.

Annika Björk

Ordförande Svensk förening i glesbygdsmedicin,
Allmänläkare, Närhälsan Dals Ed vårdcentral
annika.bjork@colorido.se



Referenser:

1. The community hospital model in northern Sweden, Hedman, Mante, Umeå universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, <https://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1834537/FULLTEXT01.pdf>
2. Fjällmottagningen, AllmänMedicin nr 2 2024, sid 12-15, https://allmanmedicin.sfam.se/shared/article/fjallmottagningen/_f_GzXrA

VÅRDGIVARE: LÅT ÅRETS JULGÅVA OCKSÅ GE VÅRD!



Vill du själv ge en gåva?
Scanna koden!



9001090



Läkare i Världen arbetar för allas lika rätt till vård och hälsa, med fokus på de mest utsatta i samhället. Vi vet att detta också är något ni - som arbetar inom vården - brinner för och jobbar med dagligen.

Så ge er personal en välförtjänt julklapp i år och välj Läkare i Världen för årets julgåva. Ni kan välja att bidra till vårdinsatser i Sverige eller vårt globala nätverks akuta insatser i Gaza. Tillsammans ser vi till att fler människor får tillgång till vård!

Läs mer på: lakareivarlden.se/julgava

Minnesord:

Hans Edvard Åberg



Professor Hans Edvard Åberg, Stockholm, har avlidit i en ålder av 89 år efter en tids sjukdom. Han efterlämnar barnen Maria, Petter och Ulrika med familjer.

Han föddes i Västanfors 1934 och tog studentexamen i Ludvika 1954. Han påbörjade studier i medicin 1956 vid Uppsala universitet, disputerade där 1969 på en avhandling om förmaksflimmer och blev docent i praktisk medicin och överläkare med ansvar för angiologiska sektionen vid Uppsala universitet. Under åren 1983–87 var han klinisk lärare i allmänmedicin i Uppsala.

Under 80-talets senare hälft kom allmänmedicin att utvecklas alltmer som akademisk disciplin vid alla medicinska lärosäten.

1988 inrättades Allmänmedicinska institutionen vid Karolinska Institutet i Stockholm, initialt med en personalstyrka på tre personer, Hans som ledare och förste professor, hustrun Kerstin och en sekreterare. De var inhysta i en trerummare granne med en sjukhemsavdelning vid Paradistorget i centrala Huddinge. Sedan utökades personalen i rask takt. Institutionen behövde flytta till rymligare lokaler, forskare anställdes, läkarutbildningen i allmänmedicin fick allt fastare former och ett nätverk med distriktsläkare etablerades för fortbildning och kvalitetsarbete.

Distriktsläkarens arbete har inslag från de flesta medicinska områden. Hans tog vara på distriktsläkares nyfikenhet för att starta forskningsprojekt på institutionen. Han bjöd in distriktsläkare från Stockholmsområdet att komma med idéer och projekt från sin vardag; han startade gruppdiskussioner och handledde allt fler forskningsprojekt. Många av projekten utgick ifrån vanliga, men ofullständigt förstådda symtom i den kliniska vardagen. Några var helt nya för akademisk forskning och en del ledde fram till doktorsavhandlingar.

I april 1992 ägde den första doktorsdisputationen rum. Sedan kom forskningen vid institutionen att spänna över många områden. Migrationsmedicin identifierades tidigt som ett angeläget område liksom astma, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes.

Hans Åbergs arbete utgjorde den grund som behövdes för institutionens utveckling inom Karolinska Institutet.

Vi är många som saknar Hans som forskare, lärare, underfundig och intresserad samtalspartner och, framför allt, som god vän.

Ragnar Asplund

Docent i allmänmedicin,
Avdelningen för allmänmedicin och primärvård,
Karolinska Institutet

Birgitta Danielsson

Med dr, pensionerad allmänläkare, Stockholm



Konsten som terapi

Jag läser den franske författaren Alain de Bottons bok *Art as Therapy* [1], en stimulerande bok om konstens möjligheter att ge tröst och djup åt våra liv. Alain är en mycket produktiv författare med judisk, mångkulturell bakgrund. Han har skrivit en lång rad essäsamlingar i vitt skilda ämnen: om kärlek och ångest, om lycka och arbete, om konsten att resa och läsa. Han frågar sig till exempel om läsning av Proust kan förändra våra liv och vilken tröst vi kan finna hos filosoferna. Han har skrivit en guide till religion för ateister. Alain de Botton är ingen faktanörd. Han skriver enkelt, kunnigt och engagerat om ämnen med stor relevans för frågan om hur vi kan leva våra liv.



Budskapet är inte att konsten kan bota sjukdomar, men däremot hjälpa oss att leva ett rikare och kanske sannare liv.

Boken *Art as Therapy* är en slags lärobok i att utveckla sina sinnen. Konsten har en förmåga att återställa vår känslighet, menar de Botton. Den kan tvätta bort vaneseende och lära oss att upptäcka skönheten i vardagen, att se det nya i sådant som vi har sett tusentals gånger. Att bli av med vanföreställningen att det bara är spektakulära nyheter och glamour som gäller. Varje tes illustreras av kända och mindre kända verk ur konsthistorien och samtiden. Alain de Botton skriver klokt och måttfullt om hur minne, hopp, sorg och självkänedom etcetera, kan gestaltas och påverka vår existentiella hälsa. Genom många konkreta exempel och vackra illustrationer får hans texter substans. Budskapet är inte att konsten kan bota sjukdomar, men däremot hjälpa oss att leva ett rikare och kanske sannare liv. Jag menar att författaren Agneta Pleijel i sin bok *Dubbelporätt* berör samma kvaliteter: ”Konst är att krympa avståndet mellan verkligheten och upplevelsen av den.” [2]

Konst som ett sätt att komma närmare det verkliga.

Sorgen i stenen

Hos de Botton får den amerikanske skulptören Richard Serra illustrera sorgen med hjälp av ett stort, svart, rektangulärt stenblock, som ligger alldeles ensamt i en mörkgrå hall. Det svarta stenblocket hjälper oss att ta till oss insikten att sorgen och smärtan är nödvändiga delar av livet, som vi inte bör fly undan, menar de Botton. Det finns inga flyktvägar. Serras

konstverk hjälper oss att gå på djupet, att stå kvar en tid för att se detta och sedan kunna gå vidare. Titeln på verket är *Fernando Pessoa*, alltså samma namn som den portugisiska författaren som visste en del om sorg. Jag minns med glädje hans *Orons bok* [3]. Pessoa är inte alls min meningsfrände, men kanske en slags mental frände, som gör att jag känner igen och kan ta till mig hans text på djupet.

Konsten kan skapa en känsla av rymd och storhet som kan öppna upp ur sorgens fångelse. Den tyske konstnären Caspar David Friedrich romantiska landskap har just den där förmågan att skapa rymd. Precis som öppna landskap vid hav och hed och fjäll kan göra i levande livet. Agneta Pleijel [2] låter den österrikiske konstnären Oskar Kokoschka (1886-1980) ge en lektion för sina elever framför en målning av Friedrich. Pleijel skriver: ”Han visade med vilken uppmärksamhet och kärlek varje liten kvist hade återgivits. Seende är kärlek sade han till dem. Att se är kärlek. Friheten att se kommer inifrån.” Följdriktigt grundade Kokoschka efter andra världskriget en skola för seende i Salzburg. Den var till för alla, inte bara för konstnärer.



Påskmorgon (1835), målad av tyske konstnären Caspar David Friedrich (1774–1840).



Målning av Paul Klee.

Foto: Efraimstochter_pixabay.com

Den fjärde dimensionen – ett utvecklat seende

Våren 2016 såg jag på Moderna museet i Stockholm en välkomponerad och väl genomtänkt utställning med den tysk-schweiziske konstnären Paul Klee (1879–1940) och svensken Ivan Aguéli (1869–1917). Hos båda är gränsen mellan ord och bild bitvis upplöst i ett gemensamt språk med naturens och tingens tecken å ena sidan och alfabetets bokstäver å andra sidan. Aguélis milda landskap med stora, öppna linjer, ljusinsläpp över kupoler, moskéer, och palmer i gröna oaser kunde te sig enkla i jämförelse med Klees sofistikerade färgpussel, som så genialt förenar enkla ting i yttervärlden med föreställningar och drömmar i den inre världen.

Men det enkla hos Aguéli har många bottnar. Både han och Klee var på jakt efter en andlig dimension, som de benämnde ”den fjärde dimensionen” och ”en annan tänkbar värld”. Ett allmänmänniskt sökande kort och gott, som idag kanske tar sig starkast uttryck i konsten?

Jag tror att filosofen Jonna Bornemark säger viktiga saker i denna fråga. Hennes bok *Det omätbaras renässans*, är en uppgörelse med mätsamhälle och pedanternas världsherravälde [4].



Motiv från Visby 2 målad 1892 av Ivan Aguéli.

Foto: Aguelimuseet.se

I boken, som fick ett osannolikt stort genomslag i Sverige, öppnar hon stora perspektiv på mänsklig kunskap. Det kalkylerande förnuftet: *ratio*, som kräver exakt mätande måste enligt Bornemark ge utrymme åt det resonerande förnuftet *intellectus*, som ständigt står i dialog med *icke-vetandet*. Konst och humaniora kan skapa vägar in i detta icke-vetande och gestalta kunskap som är nödvändig för människan och samhället. Om vi försummar den möjligheten kommer människan att reduceras till summan av sina mätetal och därmed bli alltmera maskinlik och kalkylerbar som en robot.

Det är från den medeltida filosofen Nicolaus Cusanus (1401–1464) Bornemark har hämtat begreppet *icke-vetande* som är ett av de centrala i boken. Allt mänskligt kunskapssökande sker enligt Cusanus mot en horisont av icke-vetande, som finns i det allra största och det allra minsta. Det är inte helt lätt att fånga essensen i Cusanus/Bornemarks *icke-vetande*. Det tycks rymma både sådant som vi ännu inte vet och sådant som i princip är *övetbart* i snävt rationella termer.

Sammanfattningsvis är moderniteten enligt Bornemark pedanternas, det vill säga de manual- och kontrolltrognas tidsålder. ”Visst finns där nyanserad filosofi och världsöppnande poesi, men de har förblivit underströmmar.” Hon hyser förhoppningar om att dessa underströmmar kan växa i betydelse. Jag menar att utställningar som denna på Moderna museet representerar en sådan underström och att det finns släktskap mellan ”den fjärde dimensionen” hos Aguéli/Klee och Bornemarks icke-vetande. Ett skarpare seende är kanske den gemensamma grunden?



Konsten kan skapa en känsla av rymd och storhet som kan öppna upp ur sorgens fångelse.

Intim beröring av det verkliga

I sin introduktion till utställningen på Moderna museet skrev Fredrik Liew att båda konstnärerna försöker frammana det andliga ”genom ett intimt vidrörande av den verklighet som finns alldeles nära. Genom kontakt med en sten, ett träd, ett tecken som finns i samma livsrum som de själva rör sig i.”

Min egen erfarenhet av ting och varelser i naturen, liksom nära kontakter med patienter och andra människor, bekräftar intuitivt den uppfattningen. Andlighet ser jag då som omistlig kunskap om helheter och övergripande sammanhang. Konsten är troligen den bästa förvaltaren av denna andlighet i en tid när religionerna inte längre har självklart tolkningsföreträde. Det resonerande förnuftet, *intellectus* kan begreppsliggöra, men inte alls uttömma den andliga dimensionen. Det kalkylerande förnuftet – *ratio* – kommer alltid att behövas för att överleva och hantera problem, som vardagen ständigt ställer oss inför. Konsten ger inga lösningar, men den ger perspektiv.

Både Aguéli och Klee talar ett långsamhetens språk i en tid av accelererande hastigheter på många plan.

I samma utställningskatalog citeras Aguéli själv: ”Målningen är ett slags beskrivande poesi. Den lägre arten av målning skildrar tingen. Den högre arten av målning skildrar ett sinnestillstånd och ett själsligt utvecklingsstadium. Den målning som endast efterapar tingen kan vara ett hädiskt verk. Den målning som uttrycker ett själstillstånd genom en vision av tingen leder själen till grader av större sinnesstyrka.” Och lite tidigare i samma text: ”Människan som är nära Gud ser varken på samma sätt eller samma ting som den som är fjärran från hans anlete.”

Aguéli är inte solklar. Hans religiöst präglade språk kan kännas främmande, men alldeles klart är att han menar att vårt seende bestäms av vårt sätt att uppfatta världen. Ingen ny sanning, men Aguéli ger den en egen personlig och konstnärlig gestaltning som tillför något av värde. Den franske filosofen Gaston Bachelard citeras i samma katalog med några rader av poeten Rainer Maria Rilke. Hans ord öppnar perspektiven både utåt och inåt:

*Världen är stor, men inom oss
är det djupt som havet*

The face of God

Konstmuseet Vandalorum i Värnamo håller stilen med originella utställningar i gränslandet mellan konst, design och vetenskap. Hösten 2017 visade man bland annat en utställning med temat *The Face of God* om den tjeckiska konstnären Milka Belia Havelns sökande efter ordning i kaos. Hon studerade insekter och mycket annat. I bikupans surr tyckte hon sig uppfatta en högre ordning som pekade mot det outgrundliga. Det var lätt att dras in i hennes värld präglad av såväl mystik som den systematiska tankens klarhet. Jag gick länge i utställningsladorna och tog till mig av tankar och sinnrikt konstruerade konstföremål.



Illustration: Annika Andén



Konst och humaniora kan skapa vägar in i detta icke-vetande och gestalta kunskap som är nödvändig för människan och samhället.

Det tog flera veckor innan jag förstod att Milka Belia Havel var en helt uppdiktad person utan grund i verkliga livet. Hennes filosofi och konst var konstruerad och presenterad på ett sätt som gjorde den trovärdig trots en hel del fantastiska inslag. Inför utställningen hade man till och med gett ut en bok där flera framstående svenska författare gav sin bild av konstnären. Jag lät mig luras och kände mig väldigt snopen. Var går gränsen för fake news. Hur påverkar detta lurendrejeri min syn på exempelvis den fjärde dimensionen hos Aguéli ovan? Har den samma illusoriska karaktär och vad är den i så fall värd? Finns det något bra sätt att skilja agnarna från vetet?

Jag vet sannerligen inte. Kanske finns det ingen säker gräns mellan fiktion och verklighet? Kanske måste vi som barnet lära oss att leva och leka i båda utan att förneka behovet av fasta punkter i den yttre verkligheten, i mänskliga möten inklusive konsultationen. Konsten kan inte ersätta den vardagliga verkligheten. I bästa fall kan den fördjupa upplevelsen av den och låta den komma närmre.

Jäv saknas.

Christer Petersson
Pensionerad allmänläkare, Växjö
cpetersson121@gmail.com



Referenser:

1. de Botton, Alain & Armstrong, John (2016) *Art as Therapy*. Phaidon Press.
2. Pleijel, Agneta (2020). *Dubbelporätt*. Stockholm. Norstedts förlag.
3. Pessoa, Fernando (2007) *Orens bok*. Lysekil. Bokförlaget Pontes
4. Bornemark, Jonna (2018) *Det omätbaras renässans*. Stockholm: Volante förlag

Deadline för nr 1-2025 är 7 januari
och teman för nästa nummer är:

Demens / Fortbildning

Har du något du vill bidra med? Kontakta redaktören
så snart som möjligt via mejl: chefredaktor@sfam.se

Annons



Siktet inställt på en reglerad fortbildning

Ledningen för en så kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården kan inte fortsätta att betrakta fortbildning som en slags förmån vid sidan om arbetet. Fortbildningens uppenbara betydelse för patientsäkerhet och vårdkvalitet gör att arbetsgivaren behöver se på fortbildning som en oundgänglig del av själva arbetsinsatsen. När regionernas ekonomi befinner sig i kris kommer signaler om fortbildningstopp som ett brev på posten. Så kan det inte få fortsätta.

Nu kanske en reglerad fortbildning kan bli verklighet om **Utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård** (S 2023:10) hörsammar önskemål från vår profession. Utredningen grundar sig i EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv och ett riksdagsbeslut från april 2022 som fastställde att den dåvarande regeringen skulle se över ett eventuellt krav på kontinuerlig fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonal. Både Läkarförbundet och Läkaresällskapet har länge efterlyst en reglering och välkomnar utredningen som ska lägga fram sina förslag 30 maj 2025. Kanske det kan bli slut på en sådan absurditet som fortbildningsstopp?

Förhoppningsvis kommer utredningen till att börja med föreslå en lag om fortbildning. Den kommer i så fall innebära ett obligatorium, det vill säga **att** fortbildning ska äga rum. Lagtexten kommer inte handla om **hur**-frågan. Det kan i så fall senare komma ett uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta föreskrifter och allmänna råd, och professionen måste involveras i det arbetet. Allt detta är i skrivande stund hypotetiskt.



Både Läkarförbundet och Läkaresällskapet har länge efterlyst en reglering och välkomnar utredningen som ska lägga fram sina förslag 30 maj 2025.

Läkarförbundet har under lång tid följt den negativa utvecklingen när det gäller antalet externa fortbildningsdagar för läkare. Allmänläkare ligger dessvärre i botten. Antalet externa fortbildningsdagar har mer än halverats mellan 2005 och 2022. Läkarförbundet anser att minimum bör vara i snitt tio dagars extern fortbildning per år, och sammanlagt en halv dags intern och egen fortbildning i veckan. Med extern fortbildning avses till exempel fördjupad utbildning, deltagande

i vetenskapliga möten, auskultation och studiebesök. I någon region finns redan sådana överenskommelser mellan fack och arbetsgivare, och i region Kalmar finns det med i vårdvalet sedan 2015. I verkligheten kan dock inte dessa möjligheter utnyttjas.



Allmänläkare ligger dessvärre i botten. Antalet externa fortbildningsdagar har mer än halverats mellan 2005 och 2022.

Förbundet vill ha en reglering som tydliggör både arbetsgivarens skyldighet att se till att tid och pengar finns avsatta och arbetstagarens skyldighet att delta i fortbildning. Fortbildning helt baserad på frivillighet har inte visat sig vara tillräcklig för att tillgodose verksamhetens och den enskilde allmänläkarens behov. I en pressad vardag där varannan allmänläkarstol står tom, väljer allt för många bort fortbildningsaktiviteter eftersom det indirekta patientarbetet hopar sig under frånvaron. Minsta motståndets lag gör sig gällande, vilket i det långa loppet leder till en utarmning av kompetensen. Det blir stagnation i stället för utveckling.

Ansvaret för professionell utveckling är tudelat. Allmänläkaren redovisar sina och verksamhetens behov och arbetsgivaren skapar förutsättningar för lärandet. Den individuella fortbildningsplanen inbegriper ett urval av lämpliga lärandemetoder i olika sorters lärandemiljöer. Uppföljning och revidering bör ske i kollegial dialog och tillsammans med ledningen på arbetsplatsen.

Allmänmedicinskt lärande utgår från devisen *av, med och för allmänläkare*, och befrämjas av en reflekterande kollegial dialog varhelst aktiviteterna äger rum. På så vis utvecklas omdömesförmågan och allmänläkaren kan lättare göra kloka kliniska val. Kunniga allmänläkare är grunden för en hållbar hälso- och sjukvård.

Det yrkeslivslånga lärandet för allmänläkaren ryms i det internationella begreppet CPD (Continuing Professional Development) som ser lärandet som en integrerad del av arbetet, det vill säga en kontinuerlig process. Det andra begreppet CME (Continuing Medical Education) fokuserar på lärandeaktivite-



ter utanför arbetsplatsen och är för snävt i förhållande till alla de kompetenser som allmänläkaren behöver tillägna sig och utveckla. Poängberäkning av CME handlar om deltagande och säger inget om inlärningseffekten. Det skapar dessutom en onödig byråkrati.

För att befrämja en lärandekultur på arbetsplatsen är det lämpligt att utse en lokalt fortbildningsansvarig allmänläkare. Skrivningar om fortbildning ska finnas i ackrediteringsvillkoren i vårdvalet. Här kan anges förekomst och uppföljning av individuell fortbildningsplan, förekomst av lokalt fortbildningsansvarig allmänläkare, deltagande i FQ-/Balintgrupp samt vissa tidsmått för sammanlagd extern respektive intern fortbildning i benchmarkingsyfte och som stöd för verksamhetens och individens planering.



Allmänmedicinskt lärande utgår från devisen av, med och för allmänläkare, och befrämjas av en reflekterande kollegial dialog varhelst aktiviteterna äger rum.

SFAM har två policydokument kring detta som är lite mer utförliga. *Allmänläkares yrkeslivslånga lärande – kunskap och läkekonst* [1] samt *Om reglering av det yrkeslivslånga lärandet* [2]. Dessutom finns instruktioner och manual till kompetensutvecklingsplan på Fortbildningsrådets flik på hemsidan [3]. I det långa loppet behöver allmänläkaren engagera sig i ett yrkeslivslångt lärande, och en lag om obligatorisk fortbildning skulle kunna underlätta en sådan lärandeprocess. Tillkomsten av en lag kan också förhindra stora fluktuationer när det gäller deltagande i lärandeaktiviteter. Arbetsgivaren blir förpliktad att tillhandahålla resurser och andra förutsättningar för lärandet oavsett det ekonomiska läget. En recertifieringsmodell med poängberäkning kan däremot bli ett alltför stelbent verktyg i förhållande till hur inlärningsbehoven och val av lärandemetod kan växla under ett långt yrkesliv. Bättre då att följa upp följsamheten till ackrediteringsvillkoren på gruppnivå.

Förutom en förbättring av patientsäkerhet och vårdkvalitet ger ett ökat reflektionsutrymme i form av kollegial dialog, positiva effekter för arbetsmiljön. Rekryteringsbefrämjande åtgärder är vad som behövs om vi ska nå Socialstyrelsens nationella riktmärke för fast läkarkontakt, 1 specialistläkare i primärvården på 1 100 invånare. Det är dit vi ska.

Jäv saknas.

Anders Lundqvist

Facklig sekreterare SFAM,
Medlem av SFAM:s Fortbildningsråd
anders.lundqvist@sfam.se



Referenser:

- <https://sfam.se/wp-content/uploads/2024/05/Allmanlakares-yrkeslivslanga-larande.pdf>
- <https://sfam.se/wp-content/uploads/2024/06/Om-reglering-av-det-yrkeslivslanga-larandet.pdf>
- <https://sfam.se/foreningen/fortbildningsradet/>

SFAM

Du som gör din ST i allmänmedicin, välkommen att anmäla dig till SFAM:s mittvärdering

Mitt-i-ST®

Mitt-i-ST® är SFAM:s metod för extern kompetensvärdering halvvägs genom ST-utbildningen i allmänmedicin.



Intresserad? Läs mer på sfam.se/foreningen/mitt-i-st eller kontakta mittist@sfam.se. Välkommen!

Postcovid : en självhjälpsguide • Specialister vid kliniken för postcovid i Oxford • Förlag: Turkan förlag
• Utgiven: 2022 • Svensk översättning: Anna Rohde • Antal sidor: 200 • ISBN: 9789180375924



Välkommet tillskott i postcovidfrågan

- en självhjälpbok som ger hopp för postcovidpatienter

Hjälpen för patienter med långvariga besvär efter covid har sett olika ut över världen och även i Sverige har olika regioner löst vårdinsatser på olika sätt. Hur postcovid bäst ska beskrivas har också debatterats, och nyligen aktualiserats i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Postcovid och andra närliggande tillstånd och syndrom* [1]. I praktiken har det oavsett vårdform eller synsätt handlat om att söka svar på frågan "Hur hjälper vi bäst patienten?". En tilltalande motfråga kan vara "Hur hjälper patienten bäst sig själv?".

Boken *Postcovid : En självhjälpsguide* med undertiteln *Lär dig att hantera de vanligaste symtomen* skrevs 2022 av 17 brittiska kliniska specialister på vård för postcovidpatienter, och har en tilltalande och seriös ansats i att hjälpa patienten att hjälpa sig själv. Den finns i en svensk översättning sedan utgivningsåret, men har nog inte fått den spridning som den skulle ha kunnat få.

I boken används flitigt exempel och citat från patienter som blivit hjälpta och tillfrisknat, vilket ger trovärdighet och verklighetsförankring. Författarskaran från The Post-Covid Clinic i Oxford har också en förtroendeskapande bredd med lungläkare, rehabiliteringsläkare, arbetsterapeut, fysioterapeut, KBT-terapeut, kardiolog, reumatolog, och idrottsmedicinare.

Boken, som uttalat riktar sig till patienter, balanserar genomgående på ett bra sätt mellan att skapa trygghet och tydligt hopp om förbättring och att visa respekt för hur funktionsnedsättande besvärerna kan vara. Återkommande påminns om att de flesta symtomen vid postcovid är bekanta sedan tidigare vid andra tillstånd och generellt har god prognos på sikt, men att besvärerna kan vara nog så svåra att hantera och kräva kvalificerad hjälp även från sjukvården ibland.

Man placerar postcovid bredvid tidigare kända tillstånd som vården haft svårt att hantera på grund av att symtomen inte passar in i en traditionell sjukdomsmodell. Boken genomsyras mestadels av ett helhetsperspektiv av individ och omgivning, i kontrast mot förenklade synsätt med kroppen som en apparat som gått sönder. Bland de många råd och tips på övningar som ges märks att författarna har erfarenhet av att en bred, biopsykosocial sjukdomsmodell har hjälpt många patienter vid kliniken i Oxford.

Boken är inriktad på förbättring, och är inte en genomgång av spekulationer kring kausalitet. Det gör att man mestadels kan neutralisera de frågor om postcovidens komplexa uppkomst som blivit laddade i både Sverige och Storbritannien. Man tonar ner behov av avancerade medicinska utredningar och betonar god prognos och rehabiliteringsmöjligheter, och detta stämmer väl överens med Socialstyrelsens slutsatser där primärvården utgör kärnan i postcovidvården.

Grundläggande för att lyckas, framhåller författarna, är att patienten känner sig trygg i att ha en förklaring av symtomens uppkomst. Därför läggs också mycket av bokens innehåll på att förklara symtomens uppkomst och hur de kan förekomma trots att "alla undersökningar är normala". Gemensamt för de flesta symtomområdena är att förklaringsmodellerna lämnar utrymme för förbättring och tillfrisknande.

Det nämns att 205 symtom har kopplats till postcovid, men lyckligtvis begränsar sig boken till de vanligaste och allvarligaste. Med bakgrund till symtomens uppkomst och ofta konkreta råd om egen hantering går man igenom symtomområdena fatigue, hjärntrötthet, andfäddhet, nedstämdhet, ångest, luktstörningar, bröstsmärtor, hjärtklappning, yrsel, återkommande feber och problem med hår, naglar och hud. I kapitlet om att hantera sina symtom ges konkreta övningar för att komma till rätta med symtomen. Särskilt kapitlet om andnöd, yrsel, att trappa upp sin fysiska aktivitet och doftträning innehåller övningar som många patienter troligen har saknat.

Området Fatigue bygger mycket på den ofta använda batterimetaforn, som har både för- och nackdelar. Det ges tips som känns igen från beteendearikad rehabilitering med till exempel kvotering av uppgifter, att växla aktiviteter och att långsamt vänja sig vid en ökad aktivitetsnivå. Området psykologiska aspekter och stress avhandlas på ett nyanserat sätt utan att fastna i frågor om kausalitet, där också postcovidpatienternas unika situation beskrivs. Att många postcovidpatienter farit illa av att vården inte kunnat möta behov av förklaring och stöd under och efter pandemin beskrivs, och man pekar på vikten av att bli tagen på allvar för sina symtom. Kapitlet om *Psykologiska reaktioner* och *Att anpassa sig till sjukdom* har relevans för många fler tillstånd än postcovid.

I kapitlet om att *Komma tillbaka till jobbet* märks det att det har gjorts försök att anpassa innehållet, men på sina ställen haltar råden något utifrån svenska förhållanden. Men överlag är anpassningen till svenska förhållanden ambitiös och det torde för den genomsnittlige läsaren inte ställa till några bekymmer. Som ett resultat av att många författare bidragit finns en del upprepningar, och terminologin varierar lite mellan kapitlen, men om boken läses utifrån det kapitel som känns mest relevant för en själv är det ett mindre problem.

Utifrån Socialstyrelsens kunskapsstöd passar denna självhjälsbok in väl och den skulle kunna användas som studiematerial för både personal och patienter, till exempel i gruppinsatser. De sammanfattande råden *Bli återställd steg för steg* skulle kunna presenteras av alla i sjukvården som möter patienter med långvariga besvär av typen postcovid.

1. Kom ihåg att du kan bli återställd.
2. Skapa ett återhämtningsprogram. Inga förhållningssätt är hjälpsamma om de tillämpas på ett extremt sätt. Balansera komponenter i livet.
3. Börja med daglig avslappningsaktivitet.
4. Kom ihåg att vägen till återhämtning inte alltid är jämn.
5. Fira förbättringarna.
6. Sök hjälp för psykisk ohälsa.
7. Öva på att säga nej och var öppen och ärlig mot andra.
8. Försök att bli av med så många stressfaktorer som möjligt.
9. Håll lagom koll på dina symtom.

Bokens heltäckande ansats och många patientexempel borde skapa en hög igenkänningsfaktor för patienter med post-

covidbesvär och det är naturligtvis en förutsättning för god självhjälsplitteratur. Och många av de tips och övningar som rekommenderas skulle kunna stöttas av personal i sjukvården. På samma sätt som många symtom och orsaksfaktorer vid postcovid är gemensamma för andra långvariga syndrom är vissa av tipsen i *Postcovid: En självhjälsguide* användbara för patienter med andra långvariga besvär, till exempel utmattningssyndrom och andra långvariga komplexa trötthetstillstånd.

Jäv: Genom min enskilda firma så har jag tagit emot föreläsningsarvoden från offentliga och privata vårdgivare och vid ett tillfälle under de senaste tio åren läkemedelsföretaget AstraZeneca.



Carl Sjöström

Specialist psykiatri och rehabiliteringsmedicin,
Primärvården Västra Gästrikland,
Region Gävleborg
carl.sjostrom@regiongavleborg.se

Referens:

1. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikel-katalog/kunskapsstod/2024-8-9183.pdf>

90 SVENSK INSAMLINGS KONTROLL

GÖR EN LIVSVIKTIG INSATS

Bli månadsgivare på lakareutangranser.se

MEDECINS SANS FRONTIERES LÄKARE UTAN GRÄNSER



En personlig död : en läkares tankar om döden efter ett långt yrkesliv

• Björn Fagerberg • Förlag: Fri Tanke • Utgiven: 2024
• Språk: svenska • Antal sidor: 262 • ISBN: 9789189732964



Kalejdoskopiska betraktelser kring livets slut

I dag dör de flesta av oss i hög ålder på sjukhus eller äldreboenden. Döden som realitet har på så vis blivit osynliggjord för andra än vårdens medarbetare och de närstående. I en sekulariserad värld har den existentiella dimensionen av livets slut trängts undan, och vårdens innehåll i detta skede har ofta följt standardiserade mallar inriktade på problemlösning med ett förhållandevis lågt inslag av personcentrering. Det finns en omfattande kritik mot medikaliseringen av livets slut i det moderna samhället.

Hur hamnade vi här? Det är en fråga som läkaren och forskaren Björn Fagerberg, 80 år, har ägnat en hel del funderande åt de senaste åren. Han bjuder oss i boken *En personlig död* på en svindlande tvärvetenskaplig resa baserad på yrkeserfarenheter, filosofi, idéhistoria och inte minst sina egna smärtsamma erfarenheter av död i den egna familjen. I förordet av P. C. Jersild noteras att forskning om hur det går till att dö till stor del saknas. Ingen människa vet hur hon kommer att reagera i en svår kris. Praktiska förberedelser som livsslutsdirektiv underlättar för närstående, men tankar om döden hålls ofta borta när livet ska levas till fullo långt upp i åren.



Till levnadskonsten hör också konsten att dö, men det är inte så lätt när dödsfruktan griper tag i oss.

Lärdomar om döendet finns i stället att hämta från berättelser. Författaren börjar med essäernas mästare Michel de Montaigne i kapitlet som handlar om dödsfruktan. Till levnadskonsten hör också konsten att dö, men det är inte så lätt när dödsfruktan griper tag i oss. Alla kan inte vara lika stoiska och illusionsfria

som Seneca inför döden. En kulturell världsbild är en motvikt mot dödsfruktan genom att skapa mening och mål i tillvaron genom att ange hur livet bör levas. Den kan vara religiös eller sekulär. I det första fallet erbjuds en tro på livet efter detta och i det andra finns en symbolisk odödlighet, det vill säga att mina insatser i livet lämnar spår efter sig till kommande generationer. Ett socialpsykologiskt perspektiv presenteras, *terror management theory*, vilket kastar ljus över fenomenet omedveten dödsfruktan.

Andra kapitel handlar om erfarenheter av näradödenupplevelser, gränssituationer mellan liv och död, och naturligtvis ålderdomen. Döden förr kontrasteras mot den moderna döden. Patienterna själva kommer till tals genom sina egna berättelser med kända namn som Kristian Gidlund och Peter Noll till exempel. I det sammanhanget nämns också vad medicinsk humaniora och narrativ medicin kan bidra med. I kapitlet *Brytpunkten* (som kanske vissa gånger snarare är ett skeende än en given tidpunkt), berättas om den palliativa vårdens framväxt och utmaningar. Riksföreningen Rätten till en värdig död och dess historik presenteras, liksom inställningen till dödshjälp i andra länder. Författaren knyter ihop säcken i det sista kapitlet *En personlig död*, med resonemang kring att den existentiella dimensionen av döden behöver utvecklas i samhällen med en stark kultur av individuellt oberoende. Personlig död inbegriper också individens förhållningssätt. Finns här kunskaper, sammanhang och insikter som ökar sannolikheten att förlika sig med sin ändlighet, och därmed i viss utsträckning vara förberedd inför sin död? "Är det överhuvudtaget möjligt?" frågar författaren ödmjukt. Individualism, konsumtion, värderingar och mening i samtiden analyseras, och i avsnittet om människans inre värld beskrivs hur vi relaterar till vår omgivning, det mänskliga kollektivet. Vi påverkas starkt av den kultur vi lever i, oavsett om den är religiöst eller sekulärt präglad. Döden är inte bara min utan är också en del av andras liv. I den känslan av samhörighet avslutas boken. Fint med Leonard Cohens avskedsbrev till flickvännen Marianne i slutet (hon som han sjunger om i låten *So Long Marianne*). I ett appendix utvecklar författaren psykologiska och biologiska förklaringar till näradödenupplevelser.

Vi som är allmänläkare är bekanta med medicinens hybris och fenomenet medikalisering, men samtidigt förankrade i vår samtid med lockrop om självförverkligande och individualisering. "Alla vill till himmelen men ingen vill dö" för att citera Timbuktus gamla låt, även om invändningen till den formuleringen är att det faktiskt finns personer med önskemål om att få hjälp med att dö. Ni fattar nog andemeningen. För mig som frisk pensionär låter ju frasen "sjuttio är det nya femtio" som en fantastisk besvärjelse för att hålla tankar om döden borta.

Ögonblick av "memento mori" får mig att vakna till ibland. Jag kan villigt erkänna att kallelser till screening eller att bli omsprungen i motionsspåret av någon som verkar äldre kan skapa känslor av obehag, låt vara av varierande intensitet. Trots egna smärtsamma livserfarenheter av död i familjen, har jag sällan tankar om min egen förestående död.

För att förverkliga idén om en personlig död passar idén om fast läkarkontakt för alla utomordentligt väl in i bilden. En personlig läkare med relationell kontinuitet kommer att ha stora möjligheter att närma sig frågor kring livets slut, när det finns en djup kännedom om patienten och dennes preferenser.

Det har skrivits en hel del som är läsvärt utifrån ett medicinskt perspektiv om livets slutskede, men den här boken tar ett större

grepp om döden än de jag har läst tidigare. Den är pedagogiskt upplagd och varje kapitel är framåtsyftande, vilket stimulerar läsandet. Här finns lärdom i mängder från filosofer, idéhistoriker, religionsvetare, psykologer, från författarens egen verksamhet som läkare och forskare, och inte minst hans personliga livserfarenhet, vilket skapar ett kalejdoskopiskt intryck. Boken är försedd med en omfattande referenslista, person- och sakregister, samt noter. Omslagsbilden med Edvard Munchs *Mellom klocken og sengen* är fantastisk. Jag är imponerad av författarens

djupdykning i ämnet och sättet han förmedlar lärdomarna på. Denna lärobok, om döden, rekommenderas varmt till alla som arbetar inom hälso- och sjukvård och äldreomsorgen.

Jäv saknas.

Anders Lundqvist

Timanställd allmänläkare, Vårdcentralen Näsby,
Kristianstad, facklig sekreterare i SFAM:s
styrelse

anders.lundqvist@sfam.se



Bokrecensenter sökes!

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

Hör av dig till:

chefredaktor@sfam.se





Foto: Emma Larsson

En oväntad glänta : tankar om hälsa och existens • Anders Rosengren

• Förlag: Bokförlaget Korpen • Utgiven: 4 oktober 2024

• Antal sidor: 128 • ISBN: 9789189945104



Låt oss gå vilse

Boken *En oväntad glänta* av Anders Rosengren, läkare och professor i molekylär medicin, kom ut 2024. Sedan 2016 leder han den nationella satsningen Livsmedelsverket (https://sustainable-public-meal.eu/sv/). Boken *Hela livet: en läkares erfarenheter om hälsa*, kom ut 2021. I den väver Rosengren samman stora livsfrågor med små konkreta tips som gör det lättare att hantera vardagen. Nu kan vi tillsammans med författaren och stora poeter tänka och se att ... ”Det finns mitt i skogen en oväntad glänta som bara kan finnas av den som gått vilse.” (Tranströmer)

Med Rosengrens senaste bok i handen får vi läsa vad mer vi, med djupare kunskap om existentiell hälsa, i praktiken kan göra för människor. I boken anför flera nordiska författares och litterära nobelpristagares verk. Rosengrens tankar kring dessa får oss att se värdet av att vara öppen för känslor och lyssna mer än tala. Författaren har själv lång erfarenhet av att förhålla sig framgångsrikt i möten med andra. Också andligt innehåll i flera av bokens tolv kapitel; Tillit, Ensamhet, Möten väcker hopp. Sista kapitlet, Förundran, följs av Avslutande tankar. Där betonas värdet av att läkare – och patienter – ser över egna upplevelser och sammanhang i livet. Författarens välfunnet inflikade dikter ger också vetenskapliga förklaringar djupare mening. Dag Hammarskjölds *Vägmärken* väcker tunga minnen. I bokens efterord påminner Rosengren om att Tranströmers och Martinsons poesi närmar sig naturen och öppnar för att förundras över ofattbara mysterier i det enkla livet. Valda

dikter ”innebär en hälsosam vändning av det tvärsäkra till det ödmjuka”.

Boken talar med oss. Den ger praktiskt, litterärt och andligt underlag för att förstå den existentiella hälsans natur. Professor Rosengren har konstfullt, och i harmoni med sin värld, kunnat tänka samman sitt huvudbudskap med studier av molekylära kvanta. Den existentiella hälsans natur är mest förståelig om konceptet hälsa inte reduceras med avseende på sin ofrånkomliga subjektivitet. Indirekt säger oss boken att globala marknadskrafter kan betyda mycket för hur medicinen kommer att utvecklas, inte bara teoretiskt.

I synnerhet allmänläkare på vårdcentraler kan vinna stort på att läsa och lägga boken till grund för gruppsamtal. Framhållna författares litterära verk kan få läkare att förundras över frågor som aldrig kan förklaras. För den vilsegångna finns alltid en möjlighet att en oväntad glänta ändå kan dyka upp. ”Nu har jag fått massor av information. Men vad handlar allt om?” (Henrik Tikkanen)

Jäv saknas.



Olle Hellström

Pensionerad allmänläkare, med dr, Djurås
kilsolle16@gmail.com

När du swishar behandlas dina uppgifter av Röda Korset. Läs hur på rodakorset.se/personligintegritet

90 SVENSK
INSÄMLINGS
KONTO KONTROLL

Hjälp drabbade av konflikten i Palestina och Israel.



Swisha 123 665 28 95



Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande

Emil Péclard
emil.peclard@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Andreas Stomby
andreas.stomby@sfam.se

Skattmästare

Panteha Hatefi
panteha.hatefi@sfam.se

Facklig sekreterare

Anders Lundqvist
anders.lundqvist@sfam.se

Övriga ledamöter

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Jenny Berggren
jenny.berggren@sfam.se

Linda Sandberg
linda.sandberg@sfam.se

Åke Åkesson
ake.akesson@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Nikolaos Georgiannos
nikos.georgiannos@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Margareta Troein
margareta.troein@med.lu.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Fredrik Berntsson Semb
fredrik.semb@regiondalarna.se

SFAM:s torsdagsmöten

Anna Flood
info@sfamstorsdagsmoten.se

ST-rådet

Mujahed Abassi
mujahedsebastian@outlook.com

Utbildningsrådet

Anna Beck, anna.beck@norrboten.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Lena Pomerleau
lena.pomerleau@regionstockholm.se

Forskningsrådet

Susanna Calling
susanna.calling@med.lu.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Malin Skogström
malin.skogstrom@skane.se

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Oskar Lindfors
oskarlindfors81@hotmail.com

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter

Gunilla Malm
gunilla.a.malm@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

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

Studierektorsnätverket

Tova de Ruvo Lohmann
tova.deruvo-lohmann@regionstockholm.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Nikos Pounaras
nikolaospounaras@gmail.com

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården
Katarina Hedin, katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för fortbildningssamordnare

Jannike Norström
jannike.norstrom@vgregion.se

SPUR-inspektioner – samordning

Louise Wänström
louise.wanstrom@gmail.com
Rikard Viberg, rikardviberg@msn.com

Svensk förening för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info
Anna Falk, anna.falk@rvn.se

Nätverket för psykisk ohälsa

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

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

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

EURACT

www.euract.eu
Nikos Georgiannos
nikos.georgiannos@gmail.com

EQUIP

equip.woncaeurope.org
Eva Arvidsson, evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Vakant

Euripa

euripa.woncaeurope.org
Anna Falk, anna.falk@rvn.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS

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

Nordic Young General Practitioners (NYGP)

Linn Ekström
Nazila Mansimli
nazila.mansimli@skane.se

Nordiska kongressen

Anna Davelid
anna.davelid@rjl.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

Wonca Europe

Se EGPRN, EURACT och EQUIP

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

Lokalföreningar

BLEKINGE

Anna Lövgren
anna.lovgren@regionblekinge.se

DALARNA

Filip Sundal
filip.sundal@regiondalarna.se

GOTLAND

Kajsa Persson
kajsa.persson@gotland.se

GÄVLEBERG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

HALLAND

Michael Lovric
michael.lovric@regionhalland.se

JÄMTLAND

John Dunberg
john.dunberg@regionjh.se

JÖNKÖPING

Karolin Planting
karolin.planting@rjl.se

KRONOBERG

Brendan Brouwer
brenbrou@hotmail.com
www.sfamkronoberg.se

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

MELLANSKÅNE

Ingrid Stener
ingrid.stener@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*

NORRBOTTEN
Maria Nordendahl
maria.nordendahl@gmail.com

SKARABORG

Klas Fellbrant
klas.fellbrant@gmail.com

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@regionstockholm.se

STOR-GÖTEBERG

Niklas Lehtipalo
niklaslehtipalo@yahoo.se

SYDOSTSKÅNE*

SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund
clary.hagglund@skane.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.t.eriksson@gmail.com

SÖDRA ÄLVSBERG

Luisa Ocampo Molano
luisa.ocampo.molano@vgregion.se

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

UPPSALA

Johan Birging Hultegård
johan.hultegard@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

Anna-Maja Åberg
annamaja.sundin.oberg@regionvasterbotten.se

VÄSTERNORRLAND*

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@regionkalmar.se

VÄSTMANLAND

Jenny Krifors
jenny.krifors@ptj.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Anna Tomczyk
anna.Tomczyk@regionvarmland.se

ÖSTERGÖTLAND

Emil Kristensson
emil.kristensson@regionostergotland.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Utkommer med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 600 kr per år. kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvarig utgivare

Ingrid Eckerman
ingrid.eckerman@gmail.com

Layout

InformationsMedia i Göteborg AB, avd. syd
Annika Cederlund
annika@informationsmedia.se

Annonser

InformationsMedia i Göteborg AB
Jean Lycke
Marieholmsgatan 10 C, 415 02 Göteborg
070-277 15 11
jean@informationsmedia.se

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

Redaktion

Jens Halldin, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Christer Petersson
cpetersson121@gmail.com

Lars Englund
englund1@telia.com

Björn Landström
bjorn.landstrom@skaraborgsinstitutet.se

Staffan Svensson
staffan.svensson@pharm.gu.se

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Hemsida: www.sfam.se/tidskriften • **Webmaster:** hemsidan@sfam.se

Utgivningsplan för 2025

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	7.1	27.1	3.3	Demens/Fortbildning
2	17.3	7.4	19.5	Hypertoni/Risk
3	11.8	1.9	6.10	Hud/Funktionella besvär
4	13.10	3.11	8.12	Levnadsvanor/Nära vård

SFAM:s kansli

Post: Box 738, 101 35 Stockholm
Besök: Klara Östra kyrkogata 10
www.sfam.se, kansli@sfam.se

Isabelle Körner Johnsson
isabelle.kornerjohnsson@sfam.se
Tel: 070-522 52 21

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

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Följ SFAM på



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

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

Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam.se godkänner du att de publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som i e-tidningen på SFAM:s hemsida: www.sfam.se/tidskriften.

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

Följ debatten på Ordbyte!

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

Bli medlem:

Skicka ett tomt mail (utan rubrik eller innehåll) till sfam-ordbyte+subscribe@googlegroups.com från den epost-adress du vill använda.

Avsluta medlemskap:

Skicka, från den adress du är registrerad på, ett tomt mail till sfam-ordbyte+unsubscribe@googlegroups.com.

Kalendarium



2025

Januari

Kurs i kompetensvärdering
13-15.1, Oxelösund

Mars

Svenska psykiatrikongressen
12-14.3, Göteborg

Nationell Balintkonferens

Månadsskiftet mars/april, Lund

Maj

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2025
7-9.5, Stockholm

FSUM-konferens 2025

7-9.5, Uppsala

European General Practice Research Network (EGPRN)
8-11.5, Göteborg

September/oktober

WONCA World Conference
17-21.9, Lisabon, Portugal

SFAM:s ST-dagar 2025

17-19.9, Göteborg

Konferens Glesbygdsmedicin

29.9-1.10, Västernorrland

2026

Maj

Nordiska allmänmedicinska kongressen (NCGP)
26-29.5, Jönköping med prekongress 25-26.5

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.
<https://sfam.se/events/>

Kontrollera alltid aktuell information på respektive hemsida.



Kollegial dialog online

Möt kollegor i smågrupp.
<https://sfam.se/dialog/>

Lyssna på AllmänMedicin!

Här kan du lyssna på upplästa artiklar ur tidskriften AllmänMedicin och ta del av inspelade intervjuer.
<https://sfam.se/tidskriften/podcast/>

Provinsialläkarstiftelsen

Kurser i samarbete med Distriktsläkarföreningen.
<https://slf.se/dlf/vart-arbete/aktuella-kurser/>

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