

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2025 ÅRGÅNG 46



Levnadsvanor • Nära vård

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

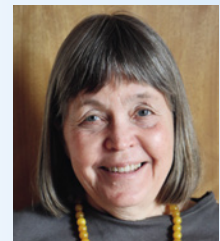
- 2 **Ingen god och nära vård utan allmänmedicinen**
Andreas Stomby
- 3 **Nära vård – en idé att hålla fast vid**
Jens Halldin
- 5 **Ska vi behandla sjukdom eller livsstil?
Tankar kring förskrivning av GLP-1-analoger**
Camilla Berggren
- 6 **– Levnadsvanor är en självklar del i vårt arbete**
Jens Halldin
- 12 **Effekt av implementeringsstöd till primärvården
för att uppnå ett förstärkt arbete med levnadsvanor
– en experimentell, parallellgruppsstudie**
*Ylva Nilsagård, Daniel Robert Smith, Fredrik Söderqvist,
Emma Nilsing Strid och Lars Wallin*
- 15 **Riktade hälsosamtal minskar dödligheten
– en kunskapsgenomgång**
Lars Jerdén, Mats Börjesson, Yvonne Forsell och Margareta Kristenson
- 19 **Hälsosamtal i LSS
– för jämlik hälsa, delaktighet och tillit till vård**
*Patrik Wennberg, Cecilia Brännström, Carina Gustafsson, Åsa Hörnsten,
Lars Isaksson-Jonsson, Ingeborg Nilsson, Kristina Lindvall, Anna Sjöström,
Elin Granholm Valmari och Emma Wasara.*
- 22 **Dricker din patient för mycket?
ABC för hantering på vårdcentralen**
Sven Wählin och Sven Andréasson
- 24 **Livsstilsinterventioner – evidensen som behövs men oftast saknas**
Amanda Niklasson, Marcel Ballin och Oskar Lindfors
- 29 **Evidensen för Fysisk Aktivitet på Recept och Riktade Hälsosamtal
– vad är problemet?**
Amanda Niklasson, Marcel Ballin och Oskar Lindfors
- 34 **Primärvården som nav eller kärna**
Petra Widerkrantz
- 36 **Eufemismen Nära Vård:
Tillgänglighet för vad och för vem?**
Bengt Järhult
- 38 **Kommunikation av forskningsresultat: vi behöver sitta vid rodet**
Veronica Milos Nymberg
- 40 **Intervju med en dansk ST-läkare**
Sofie Näslund
- 44 **Från Borås till Lissabon:
healthcare in transition och global rättvisa på WONCA 2025**
Maria da Silva och Sunera Sadacali
- 47 **Torsten Green Petersens debut som romanförfattare:
En läkares avsked till yrkeslivet**
Stig Andersson
- 48 **Leva med autism – viktig bok för allmänläkare**
Björn Landström
- 50 **En pamflett i ett angeläget medicinskt ärende**
Lars Englund
- 51 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Tema: Levnadsvanor ■ Tema: Nära vård ■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Recensioner



Omslagsbild AllmänMedicin nr 4-2025

Av livsstilsråden sticker motionen ut som det riktigt positiva. Det är inget man ska avstå från. Den hamnar på plussidan direkt, lite är bra, mer är bättre och mycket inte nödvändigt. Ut och spring bara.



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

Ingen god och nära vård utan allmänmedicinen

Senaste året har min kvällsläsning med barnen ägnats åt Harry Potter. I böckerna figurerar den onde trollkarlen Voldemort, som oftast benämns med ”den som inte får nämnas vid namn”. Det är ett sätt att förtränga det obehagliga, att låtsas som att allt är frid och fröjd.

Ungefär på samma sätt är det lätt att känna inför uttrycket ”God och Nära vård”. I detta fall rör det sig om en i grunden positiv, och för allmänläkare naturlig, målbild (till skillnad från Voldemort), men tyvärr har begreppet malts sönder i sjukvårdssystemets organisatoriska kvarnar. Det har lakats ur och till slut blivit vad som helst eller ingenting alls. Många blir så provocerade att det inte bör nämnas vid namn.

Göran Stiernstedts utredning *Effektiv vård* som avslutades år 2016 konkluderade: ”... värdet av hälso- och sjukvården uppstår på mikronivån, i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården.” och ”Förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården kan endast åstadkommas genom åtgärder som påverkar förutsättningarna för mötet eller interaktionen mellan patienten och vården”. Den efterföljande utredningen *God och Nära vård* av Anna Nergårdh skulle ge förslag för att omsätta *Effektiv vård* i praktik. Här tror jag att beslutsfattarna gick vilse.

Visserligen innehöll *God och Nära vård* en del konkreta förslag, till exempel att staten skulle finansiera 1 250 ST-tjänster i allmänmedicin, stärkt rättighet till listning på specifik läkare och inte vårdenhet, uppdrag åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om patientansvar för fast läkare. Som helhet uppfattar jag den dock som alldeles för diffus med skrivningar om hur primärvården ska vara ”navet”, samordning, interprofessionellt arbete i team, koordinering. I sak kan sådana förändringar vara positiva för många patienter, men de blev sannolikt en förevändning för att ta arbetet bort från vårdgolvet och in i mötesrummen. Som vi alla vet, och som *Effektiv vård* så tydligt belyste, kan vården inte förändras utan konkreta förbättringar för mötet mellan vård och patient.

Det är uppenbart att många av de krafter som driver *God och Nära vård* inte är särskilt intresserade av att ha specialister i allmänmedicin med i diskussionerna. Fokus läggs hellre på andra professioner och ”innovativa arbetsätt” i linje med narrativet att vi aldrig kommer kunna bli tillräckligt många

allmänläkare ändå, andra lösningar behövs. Vi behöver därför fortsätta debattera detta, både på nationell och regional nivå vare sig vi vill det eller inte. På vårdcentralerna, där arbetet utförs, finns sällan någon motsättning mellan de olika professionerna eller kommunal respektive regional primärvård. Min erfarenhet är att vi drar åt samma håll och vill göra det bästa för patienten i allmänhet. Det är också uppenbart att brist på allmänläkare försvårar arbetet för alla andra professioner. Bristen kan inte kompenseras med speciella mottagningar för utvalda patientgrupper, hemsjukvårdsronder, digitala kontaktvägar etcetera. När vårdcentralen bemannas med tillräckligt

många allmänläkare kan vi ta vårt medicinska ansvar fullt ut, de andra professionerna får arbeta med det de kan bäst och teamarbetet fungerar för de komplexa patienter där det behövs. Detta gäller även gentemot sekundärvården som nu marknadsför vård i hemmet som århundradets innovation, gärna utan samverkan med oss allmänläkare för vilka arbetssättet är självklart och erfarenheten stor.

Sista åren har vi fått alltmer draghjälp i arbetet med att koka ner omställningen till något konkret. Både Socialstyrelsen, IVO, Vård och Omsorgsanalys och Distriktsläkarföreningen belyser bristerna på olika sätt. De vill ha vår input för att förstå vad som funkar. Därför kan vi inte agera som i Harry Potter och sluta nämna det hela vid namn. Vi behöver fortsätta bjuda in oss med armbågen till diskussionerna, göra våra röster hörda och visa att riktigt bra primärvård inte kan byggas utan fasta allmänläkare och patienten i centrum.



När vårdcentralen bemannas med tillräckligt många allmänläkare kan vi ta vårt medicinska ansvar fullt ut, de andra professionerna får arbeta med det de kan bäst och teamarbetet fungerar för de komplexa patienter där det behövs.



Andreas Stomby
Ordförande SFAM
andreas.stomby@sfam.se

Nära vård – en idé att hålla fast vid

För snart tio år sedan la Göran Stiernstedt fram sin utredning *Effektiv vård*. I utredningen talades om att Sveriges vård var för sjukhustung och att resurser behövde omfördelas till primärvården. Man talade också om att vården skulle vara nära patienten. Jag minns att jag tyckte det kändes väldigt positivt och att nu måste det väl hända något.

Jag minns också när jag uttryckte dessa mina förhoppningar till min äldre kollega Dirk, så sa han ungefär: ”Jag har hört det här med jämna mellanrum i 30 år, tyvärr så kommer det inte heller den här gången att bli mer än vackra ord.”

Så här nästan ett decennium senare är det ju bara att konstatera att Dirks krassa realism var mer träffsäker än min optimism. Nog kan man sympatisera med känslan av att utveckla eksem så snart någon talar om nära vård. Samtidigt är det, precis som Andreas Stomby skriver om i sin ledare, något som vi måste hålla fast vid och se till att fylla med allmänmedicinsk relevans.

Nära vård-delen av numrets tema är lite mindre. Desto fylligare än delen om Levnadsvanor. Temat börjar med en intervju med två av de ledande för att stärka arbetet med levnadsvanor, en av dessa även ordförande i SFAM:s råd för levnadsvanefrågor. I slutet på temat är två inlägg som diskuterar det faktiska evidensunderlaget för det arbete som görs och rekommenderas.

Ordningen på inläggen bygger inte på någon rangordning, utan snarare är ett pedagogiskt försök att få till ett fortsatt

samtal och diskussion. Våra sidor är öppna för detta viktiga fortsatta samtal.

Sedan jag i början av oktober skrev min text till nummer tre har det skett drygt 150 attacker mot sjukvården med drygt 500 döda. Nästan alla dessa dödsfall har skett i Sudan, där världens just nu största flyktingkris utspelar sig. Samtidigt fortsätter vår regering sitt trumpna motstånd mot att ta emot patienter från Gaza för vård i Sverige. Nu har 16 europeiska länder tagit emot nästan 1 000 patienter från Gaza.

När ni får det här numret i brevlådan har det precis varit andra advent. En månad efter andra advent, nämligen den 7 januari, är det deadline för AllmänMedicin nummer 1 2026. Temana i detta nummer är Riktlinjer och Luftvägsinfektioner. Alla bidrag, både till temana och andra delar av tidskriften, är hjärtligt välkomna.

God Jul och Gott Nytt År

så ses och hörs vi nästa år!

Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2026

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2026.

Tid: tisdagen den 26 maj kl 13.00-15.00

Plats: Elmia, Elmiavägen 11, 554 54 Jönköping

Digitalt deltagande: kommer att erbjudas via länk.

Anmälan senast 19 maj via länk nedan

Alla som deltar digitalt anmäler sig. Du som deltar fysiskt anmäler dig om du är fullmäktigedelegat. Du som deltar fysiskt i rollen som observatör behöver inte anmäla dig.
<https://sfam.se/anmalningsformular-till-sfams-fullmaktige-2026/>

Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet.

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:

§4. 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! Andreas Stomby – SFAM:s ordförande

Annons



Ska vi behandla sjukdom eller livsstil?

Tankar kring förskrivning av GLP-1-analoger

I dag kan vi behandla många sjukdomar och förebygga sjukdom genom läkemedel. Det är ju bra.

Flertalet sjukdomar har en stark koppling till vår livsstil, och till obesitas (BMI>30), framför allt de kardiovaskulära sjukdomarna, diabetes och KOL. Men även vissa cancerformer, artros och flera andra diagnoser har koppling till obesitas. Frågan är dock när man ska sätta in läkemedel och när man i stället bör inrikta sig mot interventioner för en mer hälsosam livsstil?

Läkemedel som tidigare var förbehållet diabetiker, såsom GLP-1-analogerna (Ozempic, Wegovy), efterfrågas nu av patienter med övervikt och obesitas utan diabetesdiagnos. Skillnaden är att typ 2-diabetiker inte kan reversera sjukdomen enbart med livsstil, även om de kan skjuta upp starten med insulin.

Socialstyrelsen rekommenderar kombinerad levnadsvanebehandling samt tillägg av läkemedlet orlistat för patienter med obesitas och BMI>35, eller vid samsjuklighet (exempelvis diabetes) eller andra ökade hälsorisker. Däremot finns inga rekommendationer i dagsläget kring behandling med de effektivare och ofta efterfrågade GLP-1-analoga läkemedlen, som inte heller är förmånsberättigade till skillnad från orlistat. Huruvida GLP-1-analoger ska sättas in, blir en bedömning läkaren själv får göra från fall till fall.

En av anledningarna är att det saknas tillräckligt med kunskap kring dessa läkemedel och dess långtidseffekter. Viktuppgång några år efter avslutad behandling är sannolik. Dessutom minskar inte bara fettet utan även en del av muskelmassan, vilket har negativa effekter på hälsan på sikt.



Frågan är dock när man ska sätta in läkemedel och när man i stället bör inrikta sig mot interventioner för en mer hälsosam livsstil?

Övervikt och obesitas kan i många fall reverseras med livsstilsförändringar enbart. Men det kan vara svårt, eftersom grundproblematiken ofta är multifaktoriell. Vi behöver ta reda på mer kring de bakomliggande orsakerna till just vår patients viktuppgång och se hela människan även utifrån ett psykosocialt perspektiv för att bemöta och behandla på rätt sätt. Inte sällan är övervikt och obesitas kopplat till psykisk ohälsa såsom



Inte sällan är övervikt och obesitas kopplat till psykisk ohälsa såsom exempelvis ångest och depression. Tillstånd, där fysisk aktivitet har en bevisad positiv effekt och hellre är att föredra som del av behandlingen än läkemedel för viktning.

exempelvis ångest och depression. Tillstånd, där fysisk aktivitet har en bevisad positiv effekt och hellre är att föredra som del av behandlingen än läkemedel för viktning. Sömnproblem, stress och livssituation påverkar också viktuppgång och bör väl adresseras i första hand.

Orsakerna kan skilja sig åt från fall till fall och beroende på samsjuklighet kan olika insatser krävas liksom samordning mellan olika instanser. Det kräver större insatser från vården och inte minst primärvården. Dock är vårdens resurser till livsstilsomfattning begränsade och andelen patienter med överviktsproblematik ökande och ofta krävs livslång uppföljning. Samtidigt har läkemedelsbehandling visat sig mer effektiv för viktning än kombinerad levnadsvanebehandling och därmed mer kostnadseffektiv. En risk kan då bli att behandlingen kommer att glida mot överförskrivning av läkemedel, snarare än att satsa på ett mer strukturerat och organiserat omhändertagande av patienter med övervikt och obesitas. För vad är det egentligen vi behandlar och varför? Och vilken typ av behandling är egentligen bäst för just den patient vi möter i primärvården?

Jag tror det behövs en noga patientcentrerad analys och individuell risk-nytta-bedömning, kring vilka patienter som verkligen har nytta av läkemedelsbehandling. Samt att stöd kring levnadsvanor och psykosociala aspekter bör prioriteras som en del av en strukturerad behandling för dessa patienter.

Jäv saknas.

Camilla Berggren
Specialist allmänmedicin
cberggren2010@hotmail.com



– Levnadsvanor är en självklar del i vårt arbete

Vi bad Malin Skogström och Mats Börjesson att berätta om det nationella programområdet och varför de tycker att arbetet med levnadsvanor är så viktigt. Det blev ett samtal om levnadsvanearbete, prevention, evidens, folkhälsoarenor och fitness.

Vad har Nationellt programområde levnadsvanor för uppdrag?

– Vårt uppdrag är att arbetet med levnadsvanor inom hälso- och sjukvården ges förutsättningar för att nå sin fulla potential, som en självklar del av behandling, rehabilitering och primärprevention.

– Detta är ett sätt att bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård.

Vilka jobbar i Nationellt programområde levnadsvanor?

– Vi är sex ledamöter inklusive ordförande från sjukvårdsregionerna och två kommunala ledamöter. Vi har en tvärprofessionell sammansättning och detta fortsätter in i 2026 med uppställningen psykolog, allmänläkare, läkare inom specialiserad vård, fysioterapeuter, folkhälsostrateg och kommunal representation. Arbetet hålls ihop av vår processledare som är sjuksköterska.

– Den kompetens som alstras av denna tvärprofessionella grupp möjliggör de steg som vi behöver ta för att få levnadsvanearbetet att fungera i hela hälso- och sjukvårdssystemet och för att kunna identifiera aktörer för samverkan i detta.

Kan ni nämna något konkret som ni har arbetat med?

– Vi har tagit fram vårdprogram, skapat en instruktion för enhetlig dokumentation som säkerställer att de frågor vi ställer om levnadsvanor är valida, användbara samt genererar information i exempelvis kvalitetsregister vilket underlättar uppföljning/utvärdering, precis publicerat en nationell webbutbildning tillsammans med Regionalt Cancercentrum (RCC), tagit fram en VIS-rapport (VIS = värden i siffror) med uppföljning av indikatorer för levnadsvanearbete i hälso- och sjukvård, publicerat en generisk modell för levnadsvanor som ger vägledning för hur levnadsvanorna tobaks- och nikotinbruk, alkoholvanor, matvanor och fysisk aktivitet kan integreras vid framtagande av vårdförlopp och andra kunskapsstöd och nu även startat upp en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd för sömn- och vakenhetsstörningar.

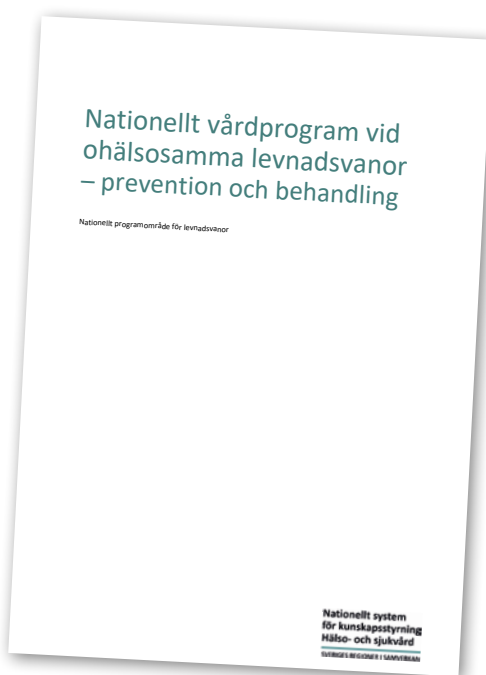
– En viktig del av arbetet är samverkan med andra nationella programområden samt myndigheter som Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och

Folkhälsomyndigheten och exempelvis SFAM.

(Länkar till de ovan nämnda rapporterna samt mer om NPO återfinns i faktaruta.)

Du är allmänläkare Malin – hur ser du på allmänläkarens roll i levnadsvanearbetet?

– För mig har dialogen om levnadsvanor och möjligheten att



MALIN SKOGSTRÖM: är allmänläkare och arbetar som tillförordnad enhetschef vid Enhet kunskap inom Förvaltning Nära vård och hälsa, Region Skåne och är även ledamot i Nationellt Programområde (NPO) Levnadsvanor samt ordförande i SFAM:s levnadsvaneråd.



MATS BÖRJESSON: är specialist internmedicin och kardiologi, han arbetar som överläkare och professor vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och är även ordförande i NPO Levnadsvanor.

erbjuda stöd för levnadsvaneförändring alltid varit en viktig del i patientmötet, en grundbehandling vid de flesta kroniska sjukdomar. Jag har valt vårdcentraler med det tvärprofessionella team som krävs och där detta arbete har fått ta plats. För mig som läkare skapar denna struktur precis det utbud som vi behöver erbjuda våra patienter.

”

– Min roll som läkare blir då att se till att kopplingarna mellan levnadsvanor och det tillstånd eller den sjukdom som patienten söker för kommer fram i dialogen, när det är relevant, och patienten kan göra informerade val för sin hälsa.

– Min roll som läkare blir då att se till att kopplingarna mellan levnadsvanor och det tillstånd eller den sjukdom som patienten söker för kommer fram i dialogen, när det är relevant, och patienten kan göra informerade val för sin hälsa. Detta tänker jag är en självklar del för alla allmänläkare. Vi vet att vi utgör en viktig del av hälso- och sjukvårdens kunskapsorganisation och åtnjuter ett högt förtroende bland våra patienter. Det vi säger spelar roll.

– Som läkargrupp kan vi också bidra till att skapa den struktur för levnadsvaneåtgärder som behöver finnas tillgänglig på något sätt, som exempelvis tobaksavvänjning eller rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol. För visst har vi väl alla upplevt de där patienterna med ett blodtryck som vi inte lyckas få välbehandlat och där det senare visar sig vara ett riskbruk av alkohol som vi behöver börja med att adressera och erbjuda stöd för.

Mats, hur förhåller sig olika faktors påverkan på vår hälsa som genetik, levnadsvanor, miljö och tillgång till hälso- och sjukvård?

– Våra levnadsvanor är den faktor som betyder mest för vår allmänna hälsa av de faktorer du räknade upp. Siffror på detta kom redan för 20-talet år sedan från Center for Disease Control (CDC), som då uppskattade att våra levnadsvanor stod för 50% av vår totala hälsa, medan genetik och miljö stod för cirka 20% vardera.

– Tillgången på hälso- och sjukvård (läs: korta köer) förklarar cirka 10% av hälsan, trots dess självklara betydelse i akuta och urakuta sjukdomsförlopp. Viktigt att konstatera att vi idag satsar den överväldigande delen av resurser just på tillgången till sjukvård, medan insatser riktade mot levnadsvanor, som prevention eller behandling, endast åtnjuter marginella resurser.

Mats, hur ser ni på hälso- och sjukvårdens roll inom levnadsvanearbetet?

– När det gäller arbete med levnadsvanor som behandling av sjukdom så har hälso- och sjukvården i stort sett hela ansvaret. Exempelvis genom att se till så att patienter med olika sjukdo-

Illustration: Annika Andén



mar erhåller den evidensbaserade behandling som guidelines och vårdprogram föreskriver i form av råd och stöd för mer hälsosamma levnadsvanor. Detta ansvar kan vi aldrig avsäga oss, liksom vi inte kan avsäga oss ansvaret för att vi erbjuder den bästa farmakologiska behandlingen till varje patient. Att erbjudas råd vid ohälsosamma levnadsvanor enligt guidelines är en rättighet för patienterna.



– När det gäller arbete med levnadsvanor som behandling av sjukdom så har hälso- och sjukvården i stort sett hela ansvaret.

– När det gäller primärprevention, så är ju detta någonting helt annat, och mer komplext. Här ansvarar många aktörer, varav hälso- och sjukvården är en. Eftersom vi vet att olika determinanter påverkar individens levnadsvanor som till exempel socioekonomi, sociala nätverk, var man bor och arbetar, så delas ansvaret för det primärpreventiva arbetet mellan många olika aktörer.

– Medan folkhälsan schematiskt ansvarar för prevention på befolkningsnivå, så har skola, idrottsrörelse, kommuner, politik, bostadsbyggande, transporter och hälso- och sjukvården alla ett ansvar för primärpreventionen på individnivå. Hälso- och sjukvårdens roll är uppenbar: att bistå med kunskap från både forskning och empiri om omfattningen av levnadsvaneproblemet, ta fram evidens för dess effekter på hälsan och att utbilda andra aktörer i dessa förhållanden.

– För att till exempel skolan eller politiker skall kunna ta rätt beslut, så måste hälso- och sjukvården förse dem med kunskap och information om hur vanligt och farligt otillräckliga levnadsvanor är. Primärvården har ju fördriktigt fått ett utökat ansvar för preventivt arbete av regeringen. Återigen, primärvården har inte hela ansvaret för prevention, men utgör en helt oundgänglig pusselbit.

Malin, hur hanterar vi socioekonomiska faktorer påverkan på hälsan, när vi ibland känner oss hjälplösa som läkare?

– Jag tror att det handlar om att skapa en struktur som säkrar samverkan med andra aktörer som kan bidra. Det behövs både hälsofrämjande och förebyggande insatser av andra aktörer och samhällsinriktade insatser som stärker individens möjligheter och handlingsutrymme för hälsosamma val. Men de utmaningar som hälso- och sjukvården inte kan lösa eller adressera på ett värdeskapande sätt, innebär inte att vi inte kan vägleda om var individen kan få stöd.

– Jag kan ge ett exempel. BarnSäkert är en metod för BVC för att identifiera riskfaktorer för barn som far illa eller riske-

rar att fara illa samt säkerställa att det lokala utbudet av stöd i kommunen och närområdet tillgängliggörs för familjen. Vårdnadshavare som kommer till BVC erbjuds upprepade gånger att besvara ett digitalt frågeformulär, innehållande frågor om ekonomisk oro, nedstämdhet, extrem nivå av stress, riskbruk eller missbruk av alkohol och våld i nära relationer. Svaren följs upp i samtal med BHV-sjuksköterska som har tillgång till en resurspalett som tagits fram i samverkan med socialtjänsten i aktuell kommun.

– Här används alltså den folkhälsoarena som BVC utgör till att identifiera riskfaktorer och där stödet i stor utsträckning handlar om att en helt annan aktör möter upp med det stöd som redan finns att tillgå – vi bidrar alltså med att koppla ihop behov med lokalt utbud av stöd. Jag tror att vi kan skapa liknande strukturer i andra delar av primärvården, här finns mycket att lära.

Mats, kan du ge några konkreta exempel på effekten av levnadsvaneintervention vid några olika kroniska tillstånd, jämfört med exempelvis läkemedelsbehandling? Hur ser evidensen ut?

– Effekterna kan i många fall jämföras med läkemedelsbehandling. Ett av de mest välstuderade områdena är högt blodtryck. Här har man i meta-analyser av meta-analyser kunnat fastslå att effekten av regelbunden fysisk aktivitet på blodtrycket är jämförbart med effekten av ett läkemedel, varken mer eller mindre. Effekten erhålls också på toppen av ordinarie medicinering. Fysisk aktivitet är oftast inte ett ensamt alternativ till läkemedelsbehandling vid hypertoni, utan ett komplement.



– Jag tror att det handlar om att skapa en struktur som säkrar samverkan med andra aktörer som kan bidra.

– Ett annat aktuellt exempel är cancerbehandling. På senare år har man lyft fram betydelsen av goda levnadsvanor för att minska risken för olika cancerformer, men också för att tåla behandling, förbättra rehabilitering och för tidigare återgång i arbete eller motsvarande. I somras kom också en studie som visade behandlingseffekt av fysisk aktivitet på patienter med gastrointestinal cancer, som var lika effektiv som läkemedelsbehandlingen. Jag tror att vi bara är i början av denna utveckling, mot en allt större betydelse av fysisk aktivitet som behandling i hälso- och sjukvården, i takt med den ökade levnadsvanerelaterade ohälsan.

Kan du, Mats, på ett enkelt sätt förklara varför det lönar sig med prevention?

– En stor del av vår hälsa bestäms redan idag av våra levnadsvanor och andelen levnadsvanerelaterad ohälsa förvän-



Illustration:
Alma Klingberg

tas öka i framtiden. Vi blir allt äldre, och därmed sjukare, men våra levnadsvanor, resulterande bland annat i ökad vikt och minskad fitness, kommer att procentuellt betyda allt mer i framtiden. Vi kunde i en artikel nyligen prediktera att gastrointestinal cancer kommer att bli betydligt vanligare. Dessa förändringar är systemhotande, med stora risker för hälso- och sjukvården om utvecklingen av ogynnsamma levnadsvanor ej bryts.

– Vi kan inte vänta på ökningen av sjuka patienter, utan det är helt nödvändigt att försöka att förebygga denna utveckling. Återigen, detta är inte enbart primärvårdens ansvar, det är allas vårt ansvar inom hälso- och sjukvården att informera om vad som förväntas i framtiden och att delta i det preventiva arbetet.

– Jag är övertygad om att politiker och beslutsfattare inte helt förstått vidden av vad som väntar och därmed kanske nödvändiga politiska beslut fördröjs eller uteblir. För detta har vi alla ett delansvar. Genom att nedprioritera preventivt arbete medverkar vi i denna negativa utveckling.

Levnadsvanan fysisk aktivitet ägnar du ju särskilt mycket tid åt Mats, både i kliniken och forskningsmässigt. Varför är fysisk aktivitet så intressant ur ett medicinskt perspektiv, vilken evidens finns?

– Jag tror det är få, eller inga, som betvivlar det vetenskapliga underlaget till att fysisk aktivitet är starkt associerat till förbättrad hälsa, inom i stort sett alla specialistområden. Våra studier utgör ju bara en liten del av alla de tusentals studier som visar samma eller liknande effekter. Människor som rör sig

mer och har en högre kondition (fitness, VO₂max) är friskare och lever längre. Sambanden är tydliga för hjärt-kärlsjukdom, men också för muskuloskeletala besvär, cancer och mental hälsa.

– Vad som är intressant ur ett kliniskt perspektiv, tycker jag, är att effekterna tycks vara underskattade. Man är ibland kvar i gamla synsätt, som att förbättrade levnadsvanor, inklusive ökad fysisk aktivitet, ger liten eller marginell tilläggs effekt till läkemedel, när effekten sannolikt är större än så. Anledningen till detta kan vara att man blandar ihop den större effekten av till exempel blodtryck på en individ med lägre effekt i kliniska studier, som kan bero på bristande compliance.

– Denna sammanblandning tycker jag är mycket intressant. Det vill säga, problemet är inte bristande effekt av fysisk aktivitet utan bristande följsamhet till ordinationen. Och här närmar vi oss pudelns kärna, att hitta receptet på hur man åstadkommer levnadsvaneförändring. Då får vi också större kliniska effekter.

Antalet steg eller fitness? Vad väger tyngst Mats, och varför?

– ”Fitness is king”, som jag brukar säga. Vår aeroba prestationsförmåga eller fitness är starkast sammankopplat med sjukdom och död, av alla mått på fysisk aktivitet. Fitness är en minst lika stark riskfaktor som andra klassiska riskfaktorer som blodtryck och kolesterol för hjärt-kärlsjukdom, enligt American Heart Association.

– Även om fitness innefattar en genetisk komponent, så är den till största delen beroende av att man rört sig på en tillräcklig intensitet under en tillräcklig tid. Att mäta fysisk aktivitet är notoriskt svårt. Självskattad fysisk aktivitet med hjälp av frågeformulär behöver man ofta använda i stora studier, men samstämmigheten med fitness eller mer objektivt uppmätt aktivitet med så kallad accelerometrar är låg.

– Antalet steg är ett enkelt mått, som med relativt god reliabilitet kan erhållas från stegmätare eller från telefonen. Vi har nyligen kunnat visa att vanliga steg innehåller över 80% av hälsoinformation, av det som erhålls via accelerometri, baserat på samband med riskfaktorer.

– Att 10 000 steg inte är någon absolut gräns som man måste uppnå, har vi vetat länge, men exakt hur många steg man bör rekommenderas att gå, kommer sannolikt att vara individbaserat utefter fitness och vilken sjukdom vi vill ha effekt på. Individbaserade steg-rekommendationer är efterlängtade och kommer sannolikt att underlätta den kliniska appliceringen. Jag tror att rekommenderade steg kommer att ingå i rutinbehandlingen i framtiden för många sjukdomar.

Om man som allmänläkare aldrig har öppnat FYSS – vilket avsnitt är ditt bästa tips Mats?

– Boken FYSS, som först kom ut för cirka 20 år sedan, produceras av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), som är en delförening i Svensk Förening för fysisk aktivitet och idrottsmedicin (SFAIM) inom Svenska Läkaresällskapet. En undersökning från YFA visade glädjande nog att nästan alla läkare har hört talas om FYSS. Men inte alla har läst den eller använder den i kliniken regelbundet.



– För dem så är tipset att den första delen av boken kan ses som en lärobok om fysisk aktivitet, och hur man kan ordinera fysisk aktivitet i praktiken. För att underlätta detta finns kapitel om intensitet, typ och duration av fysisk aktivitet liksom om riskbedömning och om träning vid infektion.

Den andra delen av FYSS-boken utgörs av 39 kapitel kring nyttan av fysisk aktivitet specifikt för olika sjukdomar, inklusive indikationer, mekanismer, ordination, biverkningar mm. Mitt råd är att öppna boken eller hemsidan (www.fyss.se) och pröva den i kliniken.

Som NPO-ordförande, vilka viktiga steg tror du Mats att hälso- och sjukvården behöver ta inom levnadsvanearbetet de närmaste fem åren?

– Baserat på den förväntat ökade levnadsvanerelaterade ohälsan i framtiden, så är det en fråga om överlevnad för en samhällsfinansierad hälso- och sjukvård, som jag ser det, att jobba med levnadsvanor inom det vardagliga arbetet i kliniken. Våra gemensamma resurser riskerar att inte räcka till om utvecklingen fortsätter som förväntat. Ett ökat fokus på levnadsvanor för att både förebygga och behandla sjukdom tror jag är en förutsättning för att vi skall lyckas tillhandahålla en jämlik hälso- och sjukvård för alla. Detta kommer alltså på toppen av en redan ansträngd arbetssituation för till exempel primärvården.

– Trots detta, kan vi inte nedprioritera det preventiva arbetet,

för då ökar problemen ännu mer på sikt. Men vi behöver sannolikt hitta nya arbetsformer och samarbeten för att gemensamt med andra aktörer få till en bred prevention i samhället. Hälso- och sjukvårdens huvudsakliga uppgift i detta arbete, borde vara att förse beslutsfattare och andra aktörer med kunskap kring omfattning av och betydelsen av förbättrade levnadsvanor.

– Men, inte att förglömma, vi har ensamt ansvar för att vi inom både primär- och slutenvård använder oss av den behandlingseffekt som förbättrade levnadsvanor kan ha. Även här kan vi behöva samarbeta multidisciplinärt, inklusive att engagera nya yrkeskategorier, för att få nödvändiga behandlingsstrukturer på plats.



– På senare år har man lyft fram betydelsen av goda levnadsvanor för att minska risken för olika cancerformer, men också för att tåla behandling, förbättra rehabilitering och för tidigare återgång i arbete eller motsvarande.

– För många år sedan ansågs farmaceuter onödiga på vårdavdelningar, medan de idag anses ovärderliga på många håll, inte minst för att avlasta sjuksköterskor i arbetet med läkemedel. Jag ser gärna en framtid med både hälsopromotörer och socialmedicinare som resurser i arbetet med levnadsvaneförändring i vården.

Jäv saknas.

Jens Halldin
 Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Den nationella webbutbildning som tagits fram tillsammans med RCC hittar du här: www.levnadsvanor.se

VIS-rapporten med uppföljning av indikatorer för levnadsvanearbete i hälso- och sjukvård:
<https://vardenisiffror.se/Rapport/npolevnadsvanor>

Läs mer om NPO Levnadsvanor hos SKR:
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npolevnadsvanor.56440.html>

Annons



Foto: Adobe Stock

Effekt av implementeringsstöd till primärvården för att uppnå ett förstärkt arbete med levnadsvanor

– en experimentell, parallellgruppsstudie

Act in Time-projektet syftar till att testa en prototyp för hur vårdcentraler kan stödjas i att förstärka sitt arbete med levnadsvanorna fysisk inaktivitet, ohälsosamma matvaror, tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Här ges en kort översikt om en av delstudierna [1].

Svensk primärvård registrerar ungefär 40 miljoner besök per år och möter patienter genom hela livsspannet vilket innebär en unik möjlighet att arbeta med levnadsvanor. Men det ställs stora krav på medarbetarna som förväntas förstärka

levnadsvanarbetet i en tidspressad verksamhet där man beskriver en hög arbetsbelastning, begränsat inflytande över sin arbetssituation, tung administration och ett ständigt pågående inflöde av riktlinjer [2], där prioriteringarna inte alltid är tydligt uttalade.

I region Örebro erbjöds år 2021 intresserade vårdcentraler att delta i projektet Act in Time, ett samarbete mellan Område Nära vård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningens Utvecklingsenhet, Hälsovalsenheten och Universitetssjukvårdens forskningscentrum. Att delta som inter-





Foto: Maria Bergman, Region Örebro län

ventionsenhet innebar att få ett års stöd i syfte att förstärka det hälsofrämjande arbetet. För att uppnå detta uppmunrades medarbetarna att inför planerade besök skicka ut levnadsvaneformulär för att avgöra vilka patienter som det var relevant att ta upp levnadsvanor med, ge rätt rekommendationer utifrån de nationella riktlinjerna och registrera åtgärder med KVÅ-koder i journalen.

Fem vårdcentraler önskade få detta stöd (interventionsenheter) och för att kunna genomföra en parallellgruppstudie matchades fem vårdcentraler (kontrollenheter).

Syftet var att utvärdera effekten (upptaget) av en 12-månaders multifacetterad implementeringsintervention för att uppnå ett förstärkt hälsofrämjande arbete. Vår hypotes var att de vårdcentraler som fått interventionen skulle öka sitt levnadsvanearbete och även behålla en ökning av arbetssättet, mer jämfört med kontrollvårdcentralerna, från baslinje till sex månaders uppföljning. Specifikt



Svensk primärvård registrerar ungefär 40 miljoner besök per år och möter patienter genom hela livsspannet vilket innebär en unik möjlighet att arbeta med levnadsvanor.

handlade det om att jämföra andelen registrerade åtgärder för levnadsvanor och utskickade levnadsvaneformulär under sex månader vid baslinje, tolv månaders intervention och sex månaders uppföljning mellan interventions- och kontrollvårdcentraler.

Stödet baserades på Astrakans 30-stegsmodell för förändringsledning [3] – som är en sammansättning av beprövade metoder som Kotters åtta steg [4] och principer för förändringsledning, beteendevetenskap och motivationsteori [5] – samt på implementeringsforskning. Strategierna finputsades utifrån de erfarenheter och förväntningar på stöd för att kunna förstärka levnadsvanearbetet som personal och chefer delade med sig av vid baslinjen [6, 7]. En central del i interventionen var användandet av interna och externa faciliterare.

Stödet till vårdcentralerna gavs av fyra verksamhetsutvecklare med lång klinisk erfarenhet och kunskap om levnadsvanearbete som fick stöd i att leda i föränd-

ring av forskningsledaren för projektet (externa). Stödet riktades till respektive chef som utsåg 2–3 medarbetare som de tillsammans med (interna) skulle leda arbetet på respektive vårdcentral. I starten hölls möten mellan de externa och interna veckovis vilket glesades ut successivt utifrån behov. Utöver arbete relaterat till de fyra faserna Insikt, Analys, Planering och Implementering fick verksamheterna stöd genom bland annat bildande av nätverk för interna faciliterare och för chefer, framtagande av lathundar och hands-on stöd.



Syftet var att utvärdera effekten (upptaget) av en 12-månaders multifacetterad implementeringsintervention för att uppnå ett förstärkt hälsofrämjande arbete.

Totalt registrerades 511 687 besök på de tio vårdcentralerna under studieperioden. Under implementeringsfasen skickade interventionsenheterna ut 8,6 gånger så många levnadsvaneformulär som kontrollenheterna och visade en rå skillnad i medelupptag som ökade från 1,1 per 1 000 besök vid baslinjen, till 27,2 under implementeringsfasen och 63,3 i uppföljningsfasen.

Medelvärde för upptag mätt genom KVÅ-koder per 1 000 besök var för interventionsenheterna 39,7 (baslinje), 65,5 (aktiv fas) och 136,5 (uppföljningsfas) jämfört med 38,6 (baslinje), 38,3 (aktiv fas) och 73,2 (uppföljningsfas) för kontrollvårdenheterna.

En prediktiv modell visade att den relativa effekten (riskkvoten) ökade linjärt under den aktiva fasen. I medeltal var upptaget för intervention 1,07 och 2,0 gånger mot kontroll vid 1 och 12 månader och 1,69 vid uppföljning.

Jäv saknas.



Ylva Nilsagård
Fysioterapeut,
docent medicinsk vetenskap,
Örebro universitet
ylva.nilsagard@oru.se



Daniel Robert Smith
Statistiker, med dr,
Örebro universitet
daniel.smith@regionorebrolan.se



Fredrik Söderqvist
Folkhälsovetare,
docent folkhälsovetenskap,
Örebro universitet
fredrik.soderqvist@regionorebrolan.se



Emma Nilsing Strid
Fysioterapeut,
docent medicinsk vetenskap,
Örebro universitet
emma.nilsing-strid@regionorebrolan.se



Lars Wallin
Barnsjuksköterska,
senior professor omvårdnad,
Högskolan Dalarna

Referenser:

1. Nilsagård YE, Smith DR, Söderqvist F, Strid Nilsing EN, Wallin L. Achieving health-promotion practice in primary care using a multifaceted implementation strategy: a non-randomized parallel group study. *Impl Sci Comm.* 2025;1:11.
2. Nilsen P, Fernemark H, Seing I, Schildmeijer K, Ericsson C, Skagerström J. Working conditions in primary care: a qualitative interview study with physicians in Sweden informed by the Effort-Reward-Imbalance model. *BMC Primary Care.* 2021;22.
3. Odell K. *Förändringshandboken för ledare och medarbetare.* Stockholm: Liber AB; 2019.
4. Kotter JP. *Leading Change.* Brighton, MA: Harvard Business Review Press; 2012. 208 p.
5. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68-78.
6. Strid EN, Wallin L, Nilsagård Y. Expectations on implementation of a health promotion practice using individually targeted lifestyle interventions in primary health care: a qualitative study. *BMC Prim Care.* 2023;24(1):122.
7. Strid Nilsing E, Wallin L, Nilsagård Y. Exploring expectations and readiness for healthy lifestyle promotion in Swedish primary health care: a qualitative analysis of managers, facilitators, and professionals. *Scand J Prim Health Care.* 2024;42(1):13.

Riktade hälsosamtal minskar dödligheten

– en kunskapsgenomgång

Den svenska modellen Riktade hälsosamtal har sedan 1980-talet utvecklats i primärvården, framför allt i Habo nära Jönköping och i Västerbotten.

Arbetsättet, som illustreras nedan, innehåller två delar, dels ett besök för undersökning av riskfaktorer med ett motive-rande samtal baserat på individens resultat illustrerat som stjärnprofil eller hälsokurva, dels att detta sker i en kontext av samhällsinriktade åtgärder som underlättar hälsosamma vanor. Socialstyrelsen lyfter i sina nationella riktlinjer riktade hälsosamtal som en strukturerad metod för att uppmärksamma och stödja personer att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

Trots att detta arbetssätt sedan länge genomförs rutinmässigt i flera av landets



Även i en "intention to treat-analys", där effekten för alla som erbjudits hälsosamtal analyseras, således även de som avstod, visar studierna stora och signifikanta effekter ...

regioner (för närvarande 13) publicerades den första systematiska kunskapsgenomgången först 2022 [1]. En expertgrupp, bestående av artikelförfattarna, fann sju artiklar [2–8] som uppfyllde inklusionskriterierna som, utöver genomförande som beskrivs ovan, var en studiedesign som innefattar kontroll/referensgrupp och en uppföljningstid av minst ett år [1].

Resultaten visar tydlig effekt på total (förtida) dödlighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom (måttlig tillförlitlighet).

Även i en "intention to treat-analys", där effekten för alla som erbjudits hälsosamtal analyseras, således även de som avstod, visar studierna stora och signifikanta effekter: i Västerbotten en sänkning av den totala förtida dödligheten med 9 procent och i den mindre studien i Habo med 29 procent. Studierna visar även lägre nivåer av blodtryck, kolesterol, blodglukos, midjemått och BMI (måttlig/låg tillförlitlighet), med stora effekter på blodtrycksnivåer, samt förbättrade

Den svenska modellen Riktade hälsosamtal

Befolkningsbaserad: alla personer i utvalda åldersgrupper inbjuds

– Enkät (brev eller digitalt)

Levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, alkohol, tobak), livssituation, psykosociala faktorer, självskattad hälsa och ärftlighet för CVD

– **Blodprov:** Kolesterol, p-Glukos

– **Mått:** Blodtryck, BMI, midja-stuss kvot

Hälsostjärna / Hälsokurva

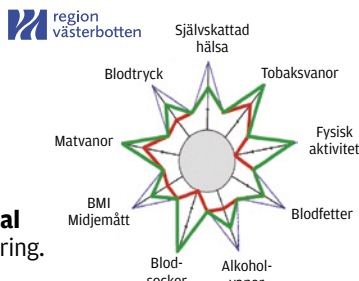
Hälsosamtal – särskilt utbildad personal

Motiverande samtal – med stöd till förändring.

Tidig identifiering av fysiologiska riskfaktorer
Om kvarstår efter kontroll, remiss till läkare.

Hela processen integrerad i primärvården.

Samhällsintervention som underlättar beteendeförändringar, i samarbete med aktörer i lokalsamhället.



Hälsokurvan

© Region Jönköpings län

Namn: _____ Personnummer: _____
Datum: _____ Enhet: _____
Uttorare: _____
Telefon nr: _____

	Låg risk ← → Hög risk			
	1	2	3	4
1 Fysisk aktivitet, kcal/vecka	>2000	1000-2000	500-999	<500
2 Mat, Matpöding	59-73	36-51	23-35	<19
3 Alkohol, glas/vecka	≤4	4-9	10-18	>18
4 Tobak, ... Annat <input type="checkbox"/> Snus <input type="checkbox"/> Vattenpipa <input type="checkbox"/> Cig/dag	Stök	Stök/annat	1-9	>9
5 Livssituation	5	3-4	<3	
6 Psykisk hälsa	<3	3-4	5-7	
7 Ärftlighet, diabetes	0	1	2	
8 Ärftlighet, hjärtkärlsjukdom	Får (ålder)	Mor (ålder)		
9 BMI, kg/m ²	<20	20-24	25-29	>30
10 Midjastusskvot	<0,78	0,78-0,82	0,83-0,87	>0,88
11 Blodtryck, mm Hg	<140	140-159	160-179	>180
12 S-Kolesterol, mmol/l	<5,0	5,00-6,49	6,50-7,50	>7,50
13 Kronisk sjukdom				
14 Vikt, kg	18 S-LDL, mmol/l	22 P-Glukos, mmol/l		
15 Längd, meter	19 S-HDL, mmol/l	23 P(FI)-Glukos, mmol/l		
16 Midja, cm	20 S-TG, mmol/l	24 HbA1c, mmol/mol		
17 Stuss, cm	21 S(FI)-TG, mmol/l	25 y-GT, µkat/l		
		26 HB, g/l		

matvanor (måttlig tillförlitlighet). För rökning, alkoholvanor och fysisk aktivitet ses inga signifikanta förändringar.

Resultaten har även publicerats i Läkartidningen [9] och nyligen i BMC Public Health [10].

Studierna talar för att både hälsosamtal och samhällsinriktade åtgärder bör ingå. Nyckelhålmärkning av mat startade i Västerbotten. Sedan studierna gjordes har ytterligare en rad samhällsinriktade åtgärder som rökfria miljöer, cykelvägar och utegym, genomförts i Sverige, vilket bör göra det enklare att genomföra denna del av arbetet.

Eftersom åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor är en viktig del av hälsosamtalen är det förvånande att effekterna på dessa var små, förutom avseende matvanor. En orsak kan vara att levnadsvanorna utvärderades via subjektiva skattningar och lägre precision i mätmetod kan ha spelat en roll för utfallet. Effekten på fysiologiska markörer är däremot tydlig, vilket talar för att deltagarna ändrat levnadsvanor, men de kan också bero på tidig identifiering av hypertoni, hyperlipidemi och prediabetes.



Studierna talar för att både hälsosamtal och samhällsinriktade åtgärder bör ingå.

I ett ST-arbete från Dalarna studerades de 134 (av 291 inbjudna) personer, 50 år gamla år 2020 eller 2021 som genomförde hälsosamtalen [11]. De flesta hade avvikande mätvärde på en eller flera riskfaktorer. ST-läkaren följde dessa deltagare i nio månader via journaler. Ingen kallades till besök hos allmänläkare, två fick telefonsamtal med läkare, fem fick statiner och tio deltagare fick ny eller ändrad blodtrycksmedicin. Frånvaron av läkarbesök kan förstås ha påverkats av den pågående covidpandemin.

Riktade hälsosamtal förefaller således inte påverka allmänläkarnas arbetssituation



mycket. Själva arbetet utförs av legitimerad personal med särskild utbildning [12] och dessa har en tydlig manual kring hur de ska följa upp avvikande provsvar.

Kostnadseffektiviteten i Västerbottens hälsosamtal har undersökts [13]. Författarna undersökte kostnaden för ett vunnit kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), som var 650 kr räknat ur ett samhällsperspektiv. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv översteg de ekonomiska vinsterna kostnaderna.

Expertgruppens slutsatser blev att den svenska modellen med måttlig tillförlitlighet ger stora hälsoeffekter, särskilt

vad gäller minskad förtida dödlighet. Allmänläkarna är inte nyckelpersonerna vid genomförandet av modellen, utan det görs av personal som särskilt tränats för detta. Läkaren har dock en viktig roll att med en positiv inställning stötta den personal på vårdcentralen som genomför hälsosamtalen.

Jäv: Lars har publicerat tillsammans med författare av studierna från Västerbotten, dock inte om hälsosamtal, Margareta har publicerat tillsammans med Hans Lingfors, dock inte om hälsosamtal.



Lars Jerdén
Allmänläkare, docent, Primärvårdsledningen, Region Dalarna
lars.jerden@regiondalarna.se



Mats Börjesson
Internmedicinare och kardiolog, överläkare och professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
mats.borjesson@gu.se



Yvonne Forsell
Psykiatriker och geriatriker, professor, Institutionen för global folkhälsa, KI
yvonne.forsell@ki.se



Margareta Kristenson
Allmänläkare, professor emerita i socialmedicin och folkhälsovetenskap, Linköpings universitet
margareta.kristenson@liu.se



Eftersom åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor är en viktig del av hälsosamtalen är det förvånande att effekterna på dessa var små, förutom avseende matvanor.

Referenser:

1. NPO Levnadsvanor. Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård, 2022-08-24.
2. Weinehall L, Westman G, Hellsten K et al. Shifting the distribution of risk: results of a community intervention in a Swedish programme for the prevention of cardiovascular disease. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(4):243-250.
3. Weinehall L, Hellsten G, Boman K et al. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? – 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl* 2001;56:59-68.
4. Lingfors H, Persson LG, Lindström K al. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only: Results from the Live for Life health promotion programme. *Prev Med* 2009;48(1):20-4.
5. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open* 2015;18;5(12):e009651.
6. Hellstrand M, Simonsson B, Engström S et al. A health dialogue intervention reduces cardiovascular risk factor levels: a population based randomised controlled trial in Swedish primary care setting with 1-year follow-up. *BMC Public Health* 2017;17:669.
7. Eliasson M, Eriksson M, Lundqvist R et al. Comparison of trends in cardiovascular risk factors between two regions with and without a community and primary care prevention programme. *Eur J Prev Cardiol* 2018;25(16):1765-1772.
8. Lingfors H, Persson LG. All-cause mortality among young men 24-26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study. *BMJ Open* 2019;29;9(1):e022474.
9. Kristenson M, Börjesson M, Forsell Y, Jerdén L. Modellen för riktade hälsosamtal – viktig förebyggande hälsoinsats. *Läkartidningen* 2024;121:23178.
10. Börjesson M, Kristenson M, Jerdén L, Forsell Y. The Swedish model of health dialogues, a combined individual- and community-based primary preventive program for cardiovascular disease, is associated with reduced mortality: a systematic review. *BMC Public Health* (2025) 25:3288.
11. Törnlund Maja. Hälsosamtal på Tiskens vårdcentral – vad händer vid medicinska fynd? ST-arbete, Region Dalarna, 2023.
12. Nationellt programområde för levnadsvanor. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård, version 3 2024-05-16. <https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/levnadsvanor.pdf>
13. Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. *BMC Public Health* 2018; 18:452.

ANNONS 180 x 113

Annons

Hälsosamtal i LSS

– för jämlik hälsa, delaktighet och tillit till vård

Intellektuell funktionsnedsättning påverkar cirka 1–3 procent av världens befolkning. Att uppskatta förekomsten är dock utmanande på grund av variationer i terminologi och metoder för datainsamling. I Sverige uppskattas livstidsprevalensen till omkring 1 procent av den allmänna befolkningen [1]. Personer med intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning har avsevärt kortare förväntad livslängd än övriga befolkningen [2, 3], ofta till följd av ohälsosamma levnadsvanor och begränsad tillgång till förebyggande vård [4]. Riktade hälsosamtal, som i Västerbotten kallas Västerbottens hälsoundersökningar (VHU) har länge varit en bidragande del till Västerbottens framgångsrika folkhälsoarbete. Samtalen erbjuds via hälsocentraler och sjukstugor till de som fyller 40, 50 och 60 år [5], men deltagandet bland personer i LSS-boenden har varit lägre än befolkningen i övrigt. För att möta denna ojämlikhet startades därför ett pilotprojekt 2022 där VHU anpassades för målgruppen och genomfördes kostnadsfritt i hemmiljö [6].

Pilotprojekt i samverkan

Målgruppen i det genomförda pilotprojektet var personer med intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning i LSS-boende i Umeå- och Vännäs kommun. Genomförandet initierades av kommunala sjuksköterskor som bjöd in till en hälsoundersökning och ett hälsosamtal i hemmiljö. Utöver de vanliga åldersgrupperna som idag erbjuds hälsoundersökning och samtal inom VHU, det vill säga vid 40, 50 och 60 års ålder, så erbjöd detta projekt deltagande även till åldersgrupperna 30 och 70 år. Anledningen var att hjärt-kärlsjukdom är vanligare och även drabbar yngre inom denna målgrupp.



Personer med intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning har avsevärt kortare förväntad livslängd än övriga befolkningen ...

Som en förberedelse inför hälsosamtalen inom LSS genomgick de kommunala sjuksköterskorna samt arbets- och fysioterapeuter i projektet samma grundutbildning som sjuksköterskorna som genomför riktade hälsosamtal på hälsocentralerna inom VHU. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter bidrog med stöd,



Illustration: Annika Andén

till exempel genom att föreslå samtalsverktyg, anpassade för deltagarna i projektet. Samtliga moment; hälsoundersökning, provtagning och besvarande av hälsoformulär samt hälsosamtal genomfördes i deltagarens hem.

Hur gick det?

Deltagandet i pilotprojektet var högt, 75 procent, totalt 20 personer av de som erbjöds hälsosamtal tackade ja [6]. Detta är markant högre jämfört med tidigare redovisat deltagande inom målgruppen och även något högre än deltagandet generellt i VHU [7]. Eftersom sjuksköterskorna hade god personkännedom kunde verktygen i samtalet anpassas efter deltagarens behov och förmågor. Bland annat användes olika typer av bildstöd och samtalsmetoden Teach-back som bygger på att vårdpersonal ber personen att sammanfatta given information för att säkerställa förståelsen [8, 9].

I flera fall deltog närstående aktivt i hälsosamtalen och samverkan skedde även med boendepersonal. Inom pilotprojektet visade sig 93 procent av deltagarna uppfylla kriterierna för metabolt syndrom. Totalt hade 40 procent av deltagarna så

pass hög risk för sjukdom att det fanns indikation för läkemedelsbehandling. En slutsats från pilotprojektet var att arbetssättet bättre attraherar och når fram till personer som annars riskerar att stå utanför förebyggande hälsoarbete. Efter pilotprojektet har arbetssättet implementerats i Umeås, Vännäs och Robertsfors kommuner och genomförs i Nära Vård-samverkan.



En slutsats från pilotprojektet var att arbetssättet bättre attraherar och når fram till personer som annars riskerar att stå utanför förebyggande hälsoarbete.

Fortsatt utveckling genom samskapande forskning

Pilotprojektet visade på att ett mer jämlikt och personcentrerat hälsoarbete för personer i LSS-boende är möjligt att genomföra. Det framkom dock att deltagarna ofta hade svårt att ta till sig viktig men komplex information och det framfördes önskemål om ytterligare stöd för kommunikation och kognition. Nästa steg är att vidareutveckla och utvärdera modellen i nära samverkan med målgruppen. Ett forskningsprojekt har därför initierats där personer med intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning, närstående, personal och forskare i en tvärvetenskaplig forskargrupp vid Umeå universitet tillsammans utvecklar och testar en *anpassad ”verktyglåda” för kommunikations- och kognitionsstöd*. Målet är att skapa metoder och material som är bättre anpassade till individen och stärker dennes delaktighet och förståelse. Resultaten av denna forskning kan ligga till grund för nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården och vara användbara även för andra grupper med låg hälsolitteracitet, till exempel personer med begränsad utbildning.

Hälsofrämjande vårdprogram – även för personer med funktionsnedsättning

Inom Region Västerbotten erbjuds personer med obesitas beteendemedicinsk behandling. Detta behandlingsprogram ställer dock krav på sociala och kognitiva förmågor som lämpar sig för gruppbehandling, vilket i praktiken utesluter många personer med intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning.

Forskningen om hälsofrämjande insatser för vuxna inom denna grupp är begränsad, och det saknas evidens för långsiktiga effekter. HealthMatters, en utbildningsmodell där utbildare tränas för att i sin tur utbilda andra, har utvärderats i en randomiserad kontrollerad studie och visade förbättringar i hälsostatus, självförtroende och kondition hos personer med intellektuell funktionsnedsättning [10]. Eftersom deltagarna

i studien hade mild intellektuell funktionsnedsättning och inte behov av anpassade undervisningsstrategier, är det dock oklart i vilken utsträckning programmet är tillämpbart för personer med måttlig funktionsnedsättning – vilket gäller de flesta inom LSS.

Inom forskningsprojektet planeras därför även att utveckla och utvärdera ett anpassat vårdprogram för personer med intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning inom LSS, som utöver hälsosamtalen behöver ett mera långsiktigt stöd för hälsosamma levnadsvanor. Programmet kommer att utvecklas genom samskapande med målgruppen, närstående och personal.

Jäv saknas.

Referenser:

1. McConkey R, Craig S, Kelly C. The prevalence of intellectual disability: A comparison of national census and register records. *Res. Dev. Disabil.* 2019;89:69-75.
2. Ng N, Flygare Wallen E, Ahlstrom G. Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: a Swedish national retrospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2017;17:269.
3. Chan JKN, Correll CU, Wong CSM, et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine.* 2023;65:102294.
4. Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer med funktionsnedsättning. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/>
5. Norberg M, Wall S, Boman K, et al. The Vasterbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Glob Health Action.* 2010;3.
6. PROJEKTIL 3.0 Slutrapport – Västerbottens hälsoundersökningar i LSS-boende. 2023.
7. Spath E, Wennberg P, Johansson R, et al. Cohort Profile: The Northern Sweden Health and Disease Study (NSHDS). *Int J Epidemiol.* 2024;54.
8. Always Use Teach-Back! Toolkit. <https://teachbacktraining.org/>
9. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, et al. Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLoS One.* 2020;15:e0231350.
10. Marks B, Sisirak J, Chang YC. Efficacy of the HealthMatters program train-the-trainer model. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2013;26:319-34.

Deltagarna själva beskriver hälsoundersökning och hälsosamtal som positiva upplevelser. Både personal och närstående beskriver det som en ögonöppnare och i många fall kommer resultaten från hälsoundersökningen som en chock över hur illa det står till med hälsan. Det framfördes också önskemål om tätare intervall och att fler personer på boenden skulle erbjudas att delta.

”Upplevelsen är positiv för projektet i sin helhet. Ett intressant och viktigt projekt för att öka målgruppens jämlikhet i samhället, för god, nära och rättvis vård. Ett viktigt ämne, och informationen har väckt intresset i personalgrupperna att jobba vidare med detta.”

– Enhetschef [6]

Patrik Wennberg

Allmänläkare, professor i allmänmedicin, Umeå universitet,
koordinator för Västerbottens hälsoundersökningar, Folkhälsoenheten,
Region Västerbotten
patrik.wennberg@umu.se

Cecilia Brännström

Dietist, utvecklingsledare,
Folkhälsoenheten,
Region Västerbotten
cecilia.brannstrom@regionvasterbotten.se

Carina Gustafsson

Sjuksköterska, utvecklingsledare,
Folkhälsoenheten,
Region Västerbotten
carina.gustafsson@regionvasterbotten.se

Åsa Hörnsten

Distriktssköterska, professor i omvårdnad,
Umeå universitet
asa.hornsten@umu.se

Lars Isaksson-Jonsson

Distriktssköterska, LSS,
Umeå Kommun
lars.jonsson.2@umea.se

Ingeborg Nilsson

Arbetsterapeut, professor i arbetsterapi,
Umeå universitet
ingeborg.nilsson@umu.se

Kristina Lindvall

Dietist, doktor i folkhälsovetenskap,
Umeå universitetsamt Folkhälsoenheten,
Region Västerbotten
kristina.lindvall@umu.se

Anna Sjöström

Distriktssköterska,
postdoktor,
Umeå universitet
anna.e.sjostrom@umu.se

Elin Granholm Valmari

Arbetsterapeut, med dr, universitetslektor
och studierektor,, Umeå universitet
elin.granholm@umu.se

Emma Wasara

Psykolog, utvecklingsledare, folkhälsoenheten,
Region Västerbotten
emma.wasara@regionvasterbotten.se

ANNONS 180 x 113

Dricker din patient för mycket?

ABC för hantering på vårdcentralen

Den frågan ställer vi oss ofta, men hur går vi vidare? Problemet som vår patient vill ha hjälp med bör vara utgångspunkten i mötet, och allt relevant i sammanhanget diskuteras. Ställer vi oss frågan om patienten dricker ”för mycket”, så är det en medicinsk bedömning vi ska göra, och den ska kopplas till aktuellt problem. Har vi patienten med oss så långt är stöd till förändring en tacksam uppgift.

Första steget – Uppmärksamma patienten

Här är dina rutiner avgörande. När ska du väcka frågan? Och hur? Många läkare har bestämda diagnoser, provresultat eller situationer där man alltid väcker frågan. Exempel på diagnoser kan vara hypertoni, depression, ångest, psoriasis med flera. Provresultat kan innefatta levermarkörer, MCV, triglycerider, och situationer kan vara skador, skilsmässor, arbetslöshet, längre sjukskrivning eller sjukskrivning för vissa diagnoser.

Det är en fördel om man informerar kort om olika faktorer, inklusive alkohol, som kan påverka den sjukdom som patienten söker för, samt att en del individer av bland annat genetiska skäl är mer känsliga för alkohol. Frågor om alkoholkvantalet bör vara konkreta och mätbara: flaskor vin i veckan, antal öl per kväll etcetera. Även i anonyma undersökningar uppger man mindre än hälften av sann konsumtion. Hos dig är underskattningen säkert större, man vill ju inte framstå i dålig dager hos sin doktor. Skriftliga frågeformulär kan underlätta och ger bättre resultat. Mängdfrågan är således svår och inte alltid avgörande eftersom individers känslighet, särskilt vid sjukdom, varierar stort.

Kvarstår frågan om din patient dricker för mycket? Det gör den ofta. Då kan nästa steg vara att erbjuda patienten att ta reda på mer om sina alkoholvanor, och om de eventuellt påverkar hennes hälsa. Nyckeln är att det är patienten som äger sin hälsa och äger frågan, inte du som behöver veta. Undersökningen heter Hälsokoll alkohol.

Andra steget

– Hälsokoll alkohol

Hälsokoll alkohol är en hälsokontroll med fokus på alkohol. Den

består av biologiska markörer, frågeformulär och ett rådgivande samtal och bygger på »The Drinker's check-up«, som visat god effekt i en rad RCT-studier [1, 2]. De ingående bedömningsinstrumenten och biokemiska analyserna är också väl validerade. Ett tänkbart upplägg är att intresserade patienter bokas in till en sjuksköterska som förklarar upplägget, beställer labbprover och ger patienten ett antal frågeformulär. Patienten fyller i bedömningsformulären hemma, eller på nätet, före ett återbesök på mottagningen.

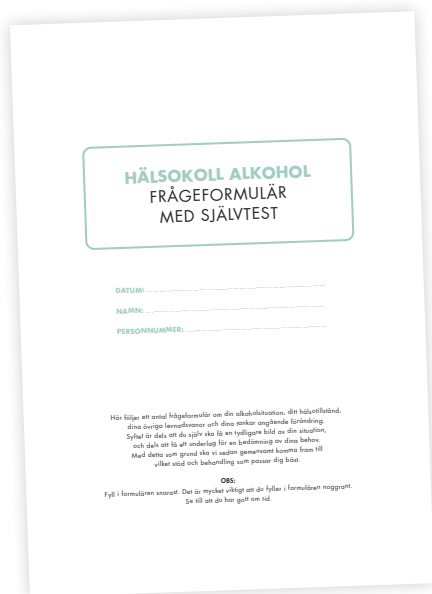


Frågor om alkoholkvantalet bör vara konkreta och mätbara: flaskor vin i veckan, antal öl per kväll etcetera.

Formulären [3] innefattar alkoholkonsumtion under fyra veckor, diagnoskriterier för beroende, beroendets svårighetsgrad, psykiskt mående, övriga levnadsvanor och motivationsfaktorer. De biologiska markörerna består av ALAT (alaninaminotransferas), ASAT (aspartataminotransferas), GT (glutamyltransferas), MCV (erytrocyt medelvolym) och PEth (fosfatidyletanol), det vill säga markörer som speglar såväl alkoholkonsumtionens storlek som skador på lever och blod/benmärg. Slutligen, om det inte gjorts tidigare, kan en fysisk undersökning av lever, blodtryck, hjärta och hud vara relevant, då dessa ofta påverkas av alkohol. För beskrivning av 15-metoden, där Hälsokoll alkohol är en del, och ingående bedömningsinstrument finns en manual [4].

Denna utredning ger en bild av konsumtionen, (både mängder och dryckesmönster), visar alkoholens konsekvenser för kropp och själ samt patientens tankar om förändring. Patienten får vid återbesöket återkoppling på sina resultat och tillfälle att diskutera olika handlingsalternativ. Denna objektiva återkoppling brukar vara ytterst uppskattad eftersom patienten ofta varit mycket ensam med sina funderingar om hur allvarlig situationen är, om prognos och om oddsen att kunna dricka ”normalt”. Från en orolig omgivning har budskapet ofta varit känslomässigt laddat med klander och uppmaning till nykterhet.

För många räcker denna bedömning med återkoppling för att förändra alkoholvanorna på egen hand. Erbjud gärna en uppföljning några månader senare för att se hur det gått.



Frågeformuläret som ingår i Hälsokoll Alkohol.

Illustration: Annika Andén



Tredje steget – Stöd till förändring

Ibland krävs mer. Man kan då erbjuda stöd till förändring och samtidigt följa upp de hälsoproblem patienten sökte för. Stödet kan vara något av läkemedel som minskar sug. De flesta patienter känner inte till att denna typ av läkemedel finns. De kan förklaras som att de är för att minska behovet och för att dricka mindre. Antabus finns förstås för de som vill ha stöd att inte dricka alls.

Patienten kan också välja psykologisk behandling i form av KBT-stöd. Detta är en behandling som varje läkare enkelt kan utföra med stöd av en manual. Den innebär 4–5 korta uppföljande besök och att patienten får ”hemläxor” för att utforska sina konsumtionsmönster, problemsituationer och strategier. Effekten har visat sig bäst om patienten är med i valet av stöd och behandling.

”

Patienten får vid återbesöket återkoppling på sina resultat och tillfälle att diskutera olika handlingsalternativ.

15-metoden

De tre stegen som beskrivits ovan finns sammanfattade i 15-metoden [5]. 15-metoden är anpassad för primärvård och passar oavsett om det rör sig om en för en individ ohälsosam konsumtion, riskbruk, eller vid diagnoserna skadligt bruk och alkoholberoende av lätt eller måttlig svårighetsgrad. Alla ingående komponenter i 15-metoden har hög evidens och ett starkt forskningsstöd. Flertalet rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruk och beroende [7].

En vårdcentral som vill profilera sig i hälsofrågor eller alko-

holproblematik skulle kunna marknadsföra Hälsokoll alkohol som ett erbjudande på hemsidor. ”Funderar du på ditt drickande? Gör vårt test och se hur du ligger till!”

Jäv saknas.



Sven Andréasson
Överläkare Beroendecentrum Stockholm,
professor emeritus, Karolinska Institutet

Sven Wåhlin
Allmänläkare,
före detta överläkare
Beroendecentrum
Stockholm



Litteratur:

1. Hester RK, Delaney HD, Campbell W. The college drinker's check-up: outcomes of two randomized clinical trials of a computer-delivered intervention. *Psychol Addict Behav.* 2012;26(1):1-12.
2. Hester RK, Squires DD, Delaney HD. The Drinker's check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *J Subst Abuse Treat.* 2005;28(2):159-69.
3. <https://www.riddargatan1.se/493a92/globalassets/verksamheter/alkohol-och-halsa/pdf/halsokoll-alkohol.pdf>
4. http://dok.slo.sll.se/BeroendeC/Alkohol/RG1_15-metoden_20211126_KORRI.pdf
5. Wåhlin S, Andréasson S. Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat. *Läkartidningen* 15 sep, 2015
6. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, et al. AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
7. Socialstyrelsen (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende Stöd för styrning och ledning.

Livsstilsinterventioner

– evidensen som behövs men oftast saknas

Levnadsvanor påverkar otvivelaktigen hälsan. Det är däremot orimligt att likställa epidemiologiska samband mellan levnadsvanor och sjukdomsrisk med att sjukvårdspersonal kommer minska sjuklighet genom att försöka förändra människors livsstil. Det saknas solid och konklusiv evidens för att sjukvårdssatsningar riktade mot att förbättra befolkningens levnadsvanor har kliniskt relevanta effekter. Samtidigt riskerar sådana satsningar att flytta fokus och resurser från andra insatser, inom såväl sjukvården som samhället, med större nytta och potential att förbättra folkhälsan.

Bristande evidens

Även ansedda riktlinjer överskattar ofta positiva effekter av sjukvårdsinsatser som syftar till att förbättra människors levnadsvanor, men missar risker, undanträngningseffekter och överförbarhet till klinisk verklighet [1]. Av de 379 livsstilsinterventioner sjukvården rekommenderas utföra enligt National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannien har endast 3% starkt eller måttligt starkt vetenskapligt stöd för att de hjälper människor förbättra sina vanor [2].

Livsstil och hälsa är komplext och påverkas av många olika faktorer. För att en livsstilsintervention ska minska risken för sjukdom behöver interventionen lyckas åstadkomma en förbät-

ring av levnadsvanorna som är tillräckligt stor och som bibehålls över tid. Resultat från studier som endast jämför hälsoutfall mellan personer med olika grad av hälsosamma levnadsvanor är därför otillräckliga som underlag för att rekommendera breda livsstilsåtgärder inom sjukvården. I stället är det just effekten av insatserna, som till exempel rådgivning från vårdpersonal, som bör studeras [1]. Tabell 1 visar vägledande frågor för hur man kan göra en mer fullständig evidensvärdering av livsstilsinterventioners effekter.



Det saknas solid och konklusiv evidens för att sjukvårdssatsningar riktade mot att förbättra befolkningens levnadsvanor har kliniskt relevanta effekter.

1. Ger de bakomliggande studierna direkt eller endast indirekt evidens för att interventionen (till exempel rådgivning) kommer ge positiva effekter?

- Finns det direkt evidens för effekt på kliniskt relevanta utfallsmått?
- Om inte, finns det indirekt evidens för effekt på kliniskt relevanta utfallsmått?
 - Interventionen leder till önskad beteendeförändring (helst från högkvalitativa randomiserade studier), och;
 - personer som ändrar beteende får nytta av förändringarna (vanligtvis från observationsstudier)?

2. Hur säkra är vi på att studiernas metod och resultat kan översättas till klinisk verklighet?

- Liknar interventionen som ska införas i klinisk praxis studieinterventionen, och är den genomförbar i klinisk verklighet?
- Förväntas målgruppen för interventionen i klinisk praxis vara lika benägna att ändra beteende som studiedeltagarna?
- Är beteendeförändringen som rapporteras i studierna noggrant utvärderad, och är den tillräckligt stor och varaktig efter interventionens slut för att kunna påverka kliniskt relevanta utfallsmått?

3. Orsakar interventionen skada, och vad är undanträngningseffekterna?

- Kan det finnas psykosociala bieffekter av livsstilsråd som inte aktivt efterfrågats?
- Hur stor del av vårdpersonalens tillgängliga tid skulle behövas för att implementera rekommendationen?

Översatt från: Johansson M, Niklasson A, Albarqouni L et al. *Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes: A Popular but Questionable Approach to Improve Public Health*. Ann Intern Med. 2024 Oct;177(10):1425–1427. doi: 10.7326/ANNALS-24-00283. Epub 2024 Sep 10. PMID: 39250805.

Tabell 1: Vägledande frågor för att utvärdera evidensen för livsstilsinterventioner



skattas eftersom grupperna ofta skiljer sig åt i viktiga avseenden [6, 7].

Överförbarhet till klinisk verklighet

När man granskar evidensunderlaget för en livsstilsintervention ska man noggrant värdera om de underliggande studiernas utfallsmått och effekter är kliniskt relevanta, om studiemetoderna håller för tolkningarna som gjorts, samt om effekterna kan förväntas överföras från studiemiljö till klinisk verklighet. Risker för att systematiska snedvridningar (bias) påverkat resultaten ska noggrant beaktas.

Det är exempelvis vanligt att studiepopulationen avviker från den population som man avser implementera interventionen i – vilket ofta medför att studieresultaten inte motsvarar de effekter som kan förväntas i verkligheten. Det är exempelvis välkänt att de som väljer

att delta i studier är friskare och mer benägna att följa instruktioner än den allmänna befolkningen [8, 9].

Det är också vanligt att studier på livsstilsinterventioner använder självrapporterade utfallsmått, exempelvis självskattad fysisk aktivitet eller matvanor före och efter intervention. Dessa riskerar att ge missvisande resultat. Till exempel har självskattad stillasittande tid visats underskattas i genomsnitt 105 minuter per dag [10]. Socialstyrelsens rekommendationer om kvalificerade rådgivande samtal om matvanor är ett exempel på okritisk tolkning av självrapporterade data med osäker relevans.



Livsstil och hälsa är komplext och påverkas av många olika faktorer.

Man anger att kvalificerade rådgivande samtal kan medföra en ökning med 1,00 (95% konfidensintervall 0,71–1,29) portion självrapporterad frukt eller grönsaker per dag vid uppföljning efter 6–18 månader [11]. Socialstyrelsen bedömer att effekten är kliniskt relevant då en portion frukt och grönsaker mer per dag också visat samband med 5–10% minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, stroke och vissa cancertyper i andra studier [12, 13]. Bedömningen är dock ytterst långsökt och osäker. En liten effekt (en ”portion frukt”) på ett högst osäkert surrogatmått (att studiedeltagare själva anger ökat fruktintag efter rådgivning) efter kort tid (6–18 månader) kan inte extrapoleras till kliniskt relevanta långtidseffekter [11].

Man behöver också bedöma om interventionerna är praktiskt genomförbara i verklighetens sjukvård. Har deltagarna exempelvis fått orimligt rigorösa insatser kommer effekterna inte bli samma om bara delar av interventionen införs i klinisk

Olika typer av evidens

När det vetenskapliga stödet för sjukvårdsinsatsers effekter granskas bör man skilja på *direkt* och *indirekt evidens*. Sjukvårdens livsstilsarbete ska bedömas utifrån samma principer [1]. Om den planerade interventionen innehåller avgränsbara separata delmoment, exempelvis en sjukvårdsdel och en samhällsdel, är det också viktigt att utvärdera sjukvårdsdelen separat för att avgöra om och i vilken utsträckning den bidrar till den samlade effekten.

Direkt evidens för effekter av en insats (som till exempel kostrådgivning) fås främst från välgjorda randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) på **kliniskt relevanta utfallsmått** som dödlighet, sjuklighet och livskvalitet. En sådan är den danska studien Inter99 [3, 4]. Studien inkluderade 59 616 personer som randomiserades till att antingen erbjudas screening och riskvärdering följt av individualiserad livsstilsrådgivning upp till fyra gånger under en femårsperiod, eller till att inte bjudas in till screening och rådgivning. Efter en uppföljningstid på tio år sågs ingen skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp gällande incidens av diabetes [3], ischemisk hjärtsjukdom, stroke eller total dödlighet [4].

I brist på direkt evidens kan man istället söka efter *indirekt evidens* för en interventions effekter genom att sammanväga resultat från olika studier. Helst kombineras då resultaten från RCT:er på effekter på **surrogatmått**, som till exempel motionsvanor, kostmönster och biomarkörer, med resultat från andra studier som undersökt hur surrogatmått samverkar med kliniskt relevanta utfallsmått. De senare utgörs oftast av observationsstudier. I indirekt evidens ingår alltså **antaganden** om att effekter på surrogatmått kommer ge kliniskt relevanta följder baserat på observationsstudiernas samband, något som i verkligheten inte är självklart [1].

Observationsstudier kan bidra till stark evidens om effekterna är stora och helst har ett dosrespons samband, som till exempel riskökningen för lungcancer av rökning [5]. Ett erkänt problem med observationsstudier är dock att effekterna riskerar över-



vardag [1]. En svensk RCT på Fysisk Aktivitet på Recept (FaR) illustrerar problematiken [14]. I studien fick interventionsgruppen FaR men också gratis cyklar. Resultatet visade enbart signifikant ökad cykling bland dem som fick cyklar och FaR jämfört med kontrollgruppen.

Gratis cyklar är förstås en orimlig sjukvårdsinsats, och därtill kan man inte dra några slutsatser kring effekterna av FaR utan samtidig cykelgåva. Trots detta inkluderades studien i en systematisk översikt om FaRs effekter [15] som ofta refereras till. Så görs även i exempelvis FYSS 2021 (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) som anger att just denna systematiska översikt ger vetenskapligt stöd för att FaR medför positiva effekter [16].

FYSS är ett välkänt kunskapsstöd, som även Socialstyrelsen hänvisar till [11]. Att studier likt cykel-RCT:n får spridning och okritiskt anges visa att FaR är effektivt trots att metoden inte stödjer sådana slutsatser är minst sagt problematiskt. När kunskaps- och beslutsstöd inte underbyggs av noggrannare vetenskaplig granskning medför det en övertro på insatsens nytta. Detta i sin tur påverkar politiker och beslutsfattare, med orimlig fördelning av resurser och prioritering av insatser.

Negativa effekter

Även livsstilsinterventioner riskerar att medföra negativa effekter, såväl för enskilda individer som för sjukvården och sam-

hället i stort. Detta missas ofta i både studier och riktlinjer.

Generellt redovisas sällan bieffekter av livsstilsinterventioner [1, 2]. Psykologiska bieffekter och stigmatisering har rapporterats [17, 18]. Bland de livsstilsinterventioner som rekommenderas av NICE i Storbritannien har endast 5% övervägt risken för psykologiska bieffekter och ingen har tagit hänsyn till praktiska utmaningar för patienterna som ska försöka följa råden [2].

Risken för undanträngningseffekter är en nyckelfaktor som ofta förbises [1]. Då sjukvården generellt sett rekommenderas förmedla livsstilsinterventioner till stora delar av befolkningen blir risken för undanträngningseffekter stora, särskilt då positiva effekter av insatserna oftast är små eller obefintliga [1, 19]. Undanträngningseffekter utgörs av den vård, både för samma och andra patienter, som behöver prioriteras ner eller bort till fördel för annat. Resurser är, och kommer alltid vara, begränsade. Det gäller såväl pengar som mänskliga resurser, inkluderande vårdpersonalens tid. Det är inte heller unikt för läkare, utan är lika viktigt för andra personalkategorier.

Time Needed to Treat (TNT) kan användas för att uppskatta tiden det skulle ta att genomföra rekommenderade insatser [19]. På systemnivå är det totala tiden som krävs för att implementera insatsen som är det avgörande. Exempel: *För en person beräknas ett hälsosamtal ta en timme och ska utföras vid 40, 50, 60 och 70 års ålder. Tänker man att det ”bara*



Risken för undanträngningseffekter är en nyckelfaktor som ofta förbises.

tar en timme var tionde år” upplevs insatsen knappt påverka sjukvårdssystemet alls. Den korrekta analysen utgår dock från att vården varje år ska kalla alla som är 40, 50, 60 eller 70 år gamla till ett entimmesamtal och därtill utföra tillhörande administration och uppföljningar.

För att enkelt illustrera tidsåtgången utgår vi från en vårdcentral med 10 000 listade patienter. Cirka 5% av den svenska befolkningen ingår i målpopulationen [20] vilket motsvarar 500 av vårdcentralens patienter. Det skulle då behöva avsättas 500 timmar sjuksköterskeinsats per år bara för att genomföra själva hälsosamtalen. Det motsvarar 12,5 veckors heltidsarbete för en sjuksköterska, och då är inte tid för kallelser, administration och uppföljningar medräknade. Även om inte alla förväntas komma till sitt hälsosamtal är tidsbehovet uppenbart stort. Kallas enbart 40-åringarna ska 130 personer kallas och tidsåtgången blir 3,25 veckor. Tiden som ska avsättas till hälsosamtal kan inte användas till annat. Att då enbart begära mer personal för att fylla behovet är naivt i en tid med brist på vårdpersonal. I stället behövs en motivering om vilka arbetsuppgifter som i så fall anses mindre viktiga och som ska nedprioriteras till fördel för hälsosamtalen.

En svensk hälsoekonomisk rapport beskriver att en minskning med 10% av andelen som röker, är överviktiga, fysiskt inaktiva och/eller konsumerar alkohol skulle medföra 180 000 färre vårdtillfällen i specialiserad öppenvård eller slutenvård och cirka 1 300 000 färre primärvårdsbesök per år [21]. Beräkningarna baseras dock på flera mycket långtgående antaganden kring samband och effekter. Resultaten kan därför inte användas som stöd för att breda livsstilsåtgärningar i sjukvården minskar framtida vårdbehov så pass att de övervinner negativa följder av undanträngningseffekterna vi behöver hantera idag. För svenska förhållanden är det totala tidsbehovet för genomförandet av sjukvårdens rekommenderade livsstilsinsatser inte beräknade. Storbritannien skulle dock uppskattningsvis behöva sju gånger så många allmänläkare och fem gånger fler sjuksköterskor för att implementera rekommendationerna från NICE, och det förutsatt att livsstilsrådgivning var sjukvårdens enda uppgift [22].

Samhället har störst inverkan på människors dagliga liv. Samhällsinsatser är effektiva i folkhälsoarbetet och ska inte underkattas [23]. Sådana insatser når till skillnad från sjukvårdens individinriktade arbetsätt den breda massan effektivt. Därtill syftar sjukvårdens livsstilsarbete till stor del till att lindra biverkningarna av ett samhälle som försvårar hälsosamma vanor. Sjukvården och samhället kan komplettera varandra i livsstilsarbetet, men också vara konkurrenter. När sjukvården kräver mer resurser (pengar och personal) för att klara mer livsstilsarbete blir mindre resurser kvar till andra samhällsaktörer.

En ökad sjukvårdsinsats kan på så sätt försämra möjligheterna till satsningar på annat håll med större potential att förbättra basala folkhälsobehov, som till exempel skola och trygga boendemiljöer. När livsstilsinterventioner utvärderas bör man därför både beakta samhällsinsatser som ett alternativ och avväga risken att sjukvården tar mer av de gemensamma resurserna än försvarbart.

Konklusion

Läkare och övrig vårdpersonal ska självklart prata med sina

patienter om levnadsvanornas betydelse för hälsan när det finns medicinskt behov och önskan i enskilda konsultationer. Men utan tydlig evidens för att sjukvården kan förbättra befolkningens levnadsvanor är skadeverkningarna för folkhälsan av att okritiskt framtvunga prioriteringar av sådana insatser större än nyttan.

Jäv: Marcel Ballin är anställd på Läkemedelsverket, de slutsatser som framförs i artikeln är författarnas egna och representerar inte nödvändigtvis myndighetens syn.



Amanda Niklasson
ST-läkare, Sotenäs vårdcentral,
doktorand Göteborgs universitet
amanda.niklasson@vgregion.se



Marcel Ballin
Med dr, epidemiolog, associerad forskare,
Uppsala universitet
marcel.ballin@uu.se



Oskar Lindfors
Allmänläkare, Järpens hälsocentral
oskarlindfors81@hotmail.com

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

- Johansson M, Niklasson A, Albarqouni L, Jørgensen KJ, Guyatt G, Montori VM. Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes. *Ann Intern Med.* 2025 Aug;178(8):1215. doi: 10.7326/ANNALS-25-01852. PMID: 40825212.
- Albarqouni L, Ringsten M, Montori V, Jørgensen KJ, Bulbeck H, Johansson M. Evaluation of evidence supporting NICE recommendations to change people's lifestyle in clinical practice: cross sectional survey. *BMJ Med.* 2022 Sep 13;1(1):e000130. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000130. PMID: 36936567; PMCID: PMC9978760.
- Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ.* 2014 Jun 9;348:g3617. doi: 10.1136/bmj.g3617. PMID: 24912589; PMCID: PMC4049194.
- Ballin M, Nordström A, Nordström P, Ahlqvist VH. Cardiorespiratory fitness in adolescence and premature mortality: widespread bias identified using negative control outcomes and sibling comparisons. *Eur J Prev Cardiol.* 2025 May 15:zwaf267. doi: 10.1093/eurjpc/zwaf267. Epub ahead of print. PMID: 40368403.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2024: Bilaga – Kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

Annons

Evidensen för Fysisk Aktivitet på Recept och Riktade Hälsosamtal

– vad är problemet?

Fysisk aktivitet på recept (FaR) och riktade hälsosamtal (RH) är två metoder som i Socialstyrelsens (SoS) nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor anges som exempel på ”strukturerade metoder och arbetssätt för att uppmärksamma och stödja personer att förändra ohälsosamma levnadsvanor” [1]. Från politiskt håll satsar man även stort på dessa metoder. Regeringen avsatte närmare 100 miljoner kronor för att öka användningen av FaR under 2023 och 2024, med målet att fullt utbyggt satsa 100 miljoner kronor per år [2]. De flesta regioner (17 av 21) erbjuder nu RH i någon utsträckning [3], och debattörer anser att SoS bör skriva in RH som en central rekommendation i sina riktlinjer [4].

Förespråkare för FaR och RH argumenterar för att metoderna är viktiga förebyggande insatser som har starkt vetenskapligt stöd [5, 6]. Syftet med den här artikeln är att beskriva det vetenskapliga underlaget för FaR och RH för att skärskåda om de stora satsningarna verkligen är så motiverade som förespråkarna påstår.

FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

En systematisk översikt av ett fåtal studier med stora brister

En systematisk översikt från 2019 används flitigt som referens när det vetenskapliga underlaget för FaR ska lyftas fram [7], så även i det välkända kunskapsstödet *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS 2021)* [8]. I översikten inkluderades fem randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) på FaR, där två studier inte påvisade några effekter [9, 10], medan tre studier redovisade positiva effekter men hade viktiga metodologiska svagheter [11-13].

En förlitade sig enbart på **självs kattad** fysisk aktivitet [11], ett erkänt problem då människor tenderar överskatta hur mycket man rör på sig [14]. Fenomenet illustreras av resultatet i en av

de andra studierna, som beskrev en ökning i **självs kattad** fysisk aktivitet som inte kunde bekräftas vid objektiv mätning med stegräknare [12]. I den tredje studien lottade man deltagare till antingen en grupp som fick ”lågintensiv intervention” med rådgivning och stegräknare, eller en grupp som fick ”medelintensiv intervention” i form av **FaR och gratis cyklar**. Resultaten visade ingen skillnad mellan grupperna, förutom att gruppen som fått varsin ny cykel cyklade mer än de som inte fick någon cykel [13]. Att gratis cyklar medför ökad cykling är rimligt, men ger inget stöd för effekten av FaR ensamt. Inte heller speglar studien en reell sjukvårdsinsats.



Att gratis cyklar medför ökad cykling är rimligt, men ger inget stöd för effekten av FaR ensamt.

Författarna till översikten bedömde att det saknas underlag för att bedöma FaR:s effekter på mortalitet, sjuklighet och hälsorelaterad livskvalitet. Vidare beskriver man att FaR har ingen eller möjligen liten effekt för surrogatvariabler som vikt, midjemått, blodsocker och sexminuters gångförmåga. Effekten på blodtryck och blodfetter beskriver man som osäker. Men trots frånvaron av kliniskt relevanta effekter drog författarna slutsatsen att FaR är effektivt [7]. Detta är ett typexempel på när studiemetoder och -resultat inte håller för eller stöttar den tolkning som översiktens författare och förespråkare för FaR gör.

Tolkningsbegränsning i observationsstudie

En svensk observationsstudie har försökt undersöka den kliniska relevansen av FaR genom att jämföra personer som deltagit i ett hälsopromotionsprogram med fokus på FaR med personer ur den generella befolkningen som inte deltagit. Resultaten visade att gruppen som deltog i hälsopromotionsprogrammet hade mellan 12–21% lägre risk för en första hjärt-kärlhändelse, död i hjärt-kärlsjukdom och total dödlighet vid uppföljning efter 22 år jämfört med kontrollgruppen [15].



Detta vore rimligen en kliniskt relevant effekt, givet att effekten med säkerhet kan tillskrivas just hälsopromotionsprogrammet. Det förutsätter dock att det inte finns några andra skillnader, såväl mätbara som icke-mätbara, mellan deltagarna och icke-deltagarna. Detta antagande är i praktiken omöjligt att uppfylla med en traditionell observationell design. I studien tog man inte hänsyn till vare sig grundläggande bakgrundsfaktorer som till exempel kardiovaskulär riskprofil, levnadsvanor, läkemedel eller sjuklighet vid studiestart. Det är alltså högst sannolikt att grupperna **inte** är jämförbara. Detta är ett av skälen till att man inom epidemiologi fokuserar på att använda sig av en variation av designar när man vill bedöma orsak och verkan, så kallad triangulering [16, 17].

Även om studieresultaten skulle avspeglade ett "sant" utfall, är det orimligt att använda dessa som stöd för effekter av satsningar på FaR. Studiedeltagarna fick nämligen en uppsjö av andra samtidiga insatser förutom FaR, som till exempel matlagingskurser, stöd för viktnedgång, rökstopp, stresshantering och veckovisa föreläsningar, samt ett samhällsriktat program [15]. Man kan alltså omöjligt avgöra vad som gav de effekter man såg i studien, och dessutom bör interventionen i sin helhet betraktas som orimlig att genomföra i klinisk verklighet.



som nu införs i regionerna inte innehåller tydligt kopplade samhällsinsatser. WHO:s rekommendation om utvärdering av *komplexa samhällsinterventioner* är alltså inte tillämplig [23]. RCT är den starkaste metoden för individuellt riktade interventioner [24], så även för RH. En RCT på RH:s effekter pågår i Region Stockholm just nu [25].



En RCT på RH:s effekter pågår i Region Stockholm just nu.

RIKTADE HÄLSOSAMTAL

Både möjligt och lämpligt att utvärdera i RCT

Den så kallade "svenska modellen" för RH har beskrivits som unik genom att kombinera individuell rådgivning inom sjukvården med samhällsinsatser [6, 18]. När kritiker påpekat det bristande vetenskapliga underlaget, inklusive bristen på RCT:er [19, 20], har förespråkare för metoden hänvisat till att WHO avråder från RCT vid utvärdering av komplexa samhällsinterventioner [6, 21, 22]. Själva hälsosamtalet i RH är dock en **individuell** sjukvårdsintervention och **inte** en komplex befolkningsintervention, särskilt med tanke på att de program

Stark evidens för att hälsosamtal inte är effektivt

Resultat från stora befintliga RCT:er avseende hälsokontroller och individriktad livsstilsrådgivning från Danmark [26, 27] och stora systematiska Cochrane-översikter [28, 29], ger stark och tydlig evidens för att det **inte** minskar total dödlighet, insjuknande/död i hjärt-kärlsjukdom eller cancer. Trots detta menar förespråkare för RH att den internationella evidensen inte är applicerbar i Sverige. Man menar att den svenska modellen för RH har ett så unikt upplägg att endast de egna studierna är relevanta [6, 18, 21-22]. Det är högst osannolikt att Sverige är så unikt att alla andra studieresultat skulle vara totalt irrelevanta här. SoS genomgång av FaR granskar exempelvis även internationella studier [1], även om de inte är helt identiska med den svenska FaR-modellen. Hela evidensläget måste självklart vägas in när riktlinjer skrivs, så även för RH.

Svag systematisk översikt på svenska modellen för RH

Nationellt Programområde (NPO) Levnadsvanor har sammanställt en systematisk översikt av den svenska modellen för RH [6, 18]. Sex observationsstudier och en RCT identifierades.





I RCT:n randomiserades studiedeltagarna till antingen RH eller en kontrollgrupp som inte fick RH med uppföljning efter ett år [30]. 880 personer bjöds in till studien, men bortfallet var mycket stort, vilket är en betydande begränsning och dessutom illustrerar svårigheterna i överförbarhet till klinisk verklighet. 420 (48%) av de som tillfrågades om att delta tackade nej direkt. Av de som tackade ja randomiserades 231 till interventionsgrupp och 229 till kontrollgrupp, från vilka ytterligare 66 respektive 52 personer sedan föll bort innan uppföljningen där totalt 342 personer kvarstod (knappst 39% av de som ursprungligen bjödits in för att delta).



Det är högst osannolikt att Sverige är så unikt att alla andra studieresultat skulle vara totalt irrelevanta här.

Resultaten visar att interventionen inte hade effekt på vikt, kolesterol, blodsocker, blodtryck, rökning eller fysisk aktivitet. Däremot rapporterade man vad som beskrivs vara signifikanta effekter på BMI som minskade med 0,3 kg/m², minskat midjemått med 2,1 cm och minskad midja-stuss-kvot med 0,002. Alla dessa mått är dock surrogatvariabler, där förändringarna knappast kan anses vara kliniskt relevanta. Andelen med **självrporterade** ohälsosamma matvanor minskade mer

i RH-gruppen, men för alkohol rapporterade männen i kontrollgruppen störst minskning.

De två största observationsstudierna i NPO levnadsvanors systematiska översikt visade 9% [31] respektive 29% [32] lägre risk för total dödlighet för de som *erbjudits* RH, och 34% [31] respektive 43% [32] lägre risk för de som *tackade ja*, jämfört med populationsbaserade kontroller. Intention-to-treat-analys användes och anges minska risken för bias. Men studiernas design är fortsatt så svaga att andra underliggande faktorer med större sannolikhet varit mer avgörande för de observerade effekterna på dödlighet än just interventionen RH.

I studien som genomfördes i Västerbotten [31] justerar man för studiedeltagarnas ålder, kön och utbildning, medan studien från Habo [32] enbart inkluderade män och **jämförde** utbildning och inkomst mellan grupperna, men utan att justera för dessa, eller några andra, variabler i de statistiska analyserna. I praktiken antar man alltså att de som valt att tacka ja och delta i hälsosamtal har samma förutsättningar och grundläggande risk för sjukdom och död (förutom utbildningsnivå för Västerbottenstudien) jämfört med kontrollerna. Man antar också att det inte förekommit några andra förändringar i samhället eller sjukvården som kunnat påverka mortaliteten under de decennier studierna pågick. Men som enkla exempel kan anges att det är välkänt att de som tackar ja till att delta i studier generellt är friskare än de som tackar nej [33, 34], och att dödligheten generellt minskat i den svenska befolkningen över tid [35].

Problematiskt att inkludera samhällsinsatser när RH utvärderas

Samhällsinsatserna i studierna av RH varierade, men var generellt breda, mycket intensiva och grundläggande för stu-

dieuppläggen. Kombinationen av individuell rådgivning och samhällsinsatser beskrivs som en styrka med RH, men vid vetenskaplig granskning är kombinationen av flera vitt skilda insatser en metodologisk svaghet som omöjliggör identifiering av nyckelfaktorer för utfallen. När RH idag införs i regionerna ingår dessutom inte motsvarande samhällsinsatser som i studierna, och samhället i stort har förändrats betydligt sedan studierna genomfördes.

Orimlig tolkning av RH:s effekter

NPO levnadsvanor översikt drar trots de beskrivna svagheterna i de ingående studierna slutsatsen att RH har stora effekter på både total dödlighet och död i hjärt-kärlsjukdom, samt har positiva effekter på blodtryck, kolesterol, fasteblodsocker, BMI och midjemått [18]. Teorin bakom RH är att främjandet av hälsosamma levnadsvanor minskar sjuklighet och död. Ändå kunde översikten endast rapportera effekter på självrapporterade matvanor, men inte för fysisk aktivitet, alkoholvanor eller rökning.

Att RH inte, eller endast obetydligt, påverkar grundmekanismen (levnadsvanor), men ändå på något sätt skulle ligga bakom de mycket stora effekterna som rapporteras, främst mortalitet, är orimligt och stärker ytterligare tolkningen att resultaten beror på bias. Och även om vi skulle bortse från slutsatsen om studiernas låga tillförlitlighet är det högst osannolikt att effekterna av att införa RH idag skulle ge samma effekter som studieinterventionerna på 1980- och 90-talet. Då var dödligheten generell högre, inte minst kardiovaskulär mortalitet [36], och samhället annorlunda jämfört med idag.



Tvärtom visar det evidensunderlag som dess förespråkare själva hänvisar till, inte några kliniskt relevanta effekter.

Konklusion

Det saknas robust evidens för att satsningar på FaR och/eller RH har potential att förbättra folkhälsan. Tvärtom visar det evidensunderlag som dess förespråkare själva hänvisar till, inte några kliniskt relevanta effekter. Studierna har flera svagheter, lyckas inte justera för viktiga källor till bias och interventionerna är ofta multikomponenta, vilket gör det omöjligt att isolera effekterna av just FaR och RH. Flera av studieinterventionerna är omöjliga att överföra till klinisk verklighet. Men även i de fall där insatserna är teoretiskt möjliga är de ofta betydligt mer omfattande än vad som är praktiskt genomförbart. De avspeglar inte heller vad som rekommenderas och införs i sjukvården idag. De väntade effekterna i verklighetens sjukvård är därför sannolikt ännu mindre än i studierna.

Både FaR och RH är redan i sitt grundutförande resurskrävande och leder till undanträngningseffekter av vård med större nytta. Det är därför oroande att politiker, chefer och ledning i regionerna avsätter stora summor pengar och framtvingar prioritering av metoderna trots skakig vetenskaplig grund. Pengarna borde istället läggas på sjukvård med förväntad nytta och stringent oberoende utvärdering av metodernas eventuella potential.

Jäv: Marcel Ballin är anställd på Läkemedelsverket, de slutsatser som framförs i artikeln är författarnas egna och representerar inte nödvändigtvis myndighetens syn.



Amanda Niklasson
ST-läkare, Sotenäs vårdcentral,
doktorand Göteborgs universitet
amanda.niklasson@vgregion.se



Marcel Ballin
Med dr, epidemiolog,
associerad forskare,
Uppsala universitet
marcel.ballin@uu.se



Oskar Lindfors
Allmänläkare, Järpens hälsocentral
oskarlindfors81@hotmail.com

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

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2024: Bilaga – Kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
7. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å, et al. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2019 Mar;53(6):383-388. doi: 10.1136/bjsports-2018-099598. Epub 2018 Nov 9. PMID: 30413421.
15. Journath G, Hammar N, Vikström M, et al. A Swedish primary healthcare prevention programme focusing on promotion of physical activity and a healthy lifestyle reduced cardiovascular events and mortality: 22-year follow-up of 5761 study participants and a reference group. *Br J Sports Med.* 2020 Nov;54(21):1294-1299. doi: 10.1136/bjsports-2019-101749. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32680841; PMCID: PMC7588408.
18. NPO Levnadsvanor. Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2022-08-24.
25. Ballin, M., Backman Enelius, M., Dini, S. et al. Health dialogue intervention versus opportunistic screening in primary care for type 2 diabetes and cardiovascular disease prevention in settings with low socioeconomic status (DETECT): study protocol for a pragmatic cluster-randomized trial. *Trials* 25, 672 (2024).

Annons

Primärvården som nav eller kärna

Primärvården sägs vara, eller behöva bli, navet eller kärnan i en nära vård, men var befinner sig patienten i det här hjulet – eller är det inte egentligen en frukt?

Primärvård=kommun+vårdcentral+andra vårdval+fysioterapeuter och allmänläkare på nationella taxan+? Eller är primärvård ”bara” ett samlingsnamn på alla landets vårdcentraler?

Nästa steg för en god och nära vård har nu lagts fram av regeringen som en proposition [1] till riksdagen med lagändringar som föreslås börja gälla 1 juli 2026. Bland annat förtydligas kraven på samarbete mellan kommun och region där kommunerna också måste ha en medicinskt ansvarig för rehabilitering i tillägg till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Hela propositionen är skriven som om primärvården vore en organisation istället för en beskrivning av sådan vård som inte kräver någon särskild kompetens eller teknisk resurs. Förslagen inkluderar visserligen en ändring av just hälso- och sjukvårdslagen, men inte av primärvårdsdefinitionen.



Antagligen är det inte ett misstag utan i bästa fall hur regeringen tänker sig att vården borde fungera.

Antagligen är det inte ett misstag utan i bästa fall hur regeringen tänker sig att vården borde fungera. En samlad primärvård, ett nationellt primärvårdsuppdrag, men utan att avveckla lagen om valfrihet och vårdvalssystemet eftersom ett förstatligande inte ser ut att bli av. Det är alltså kommunerna och regionerna som

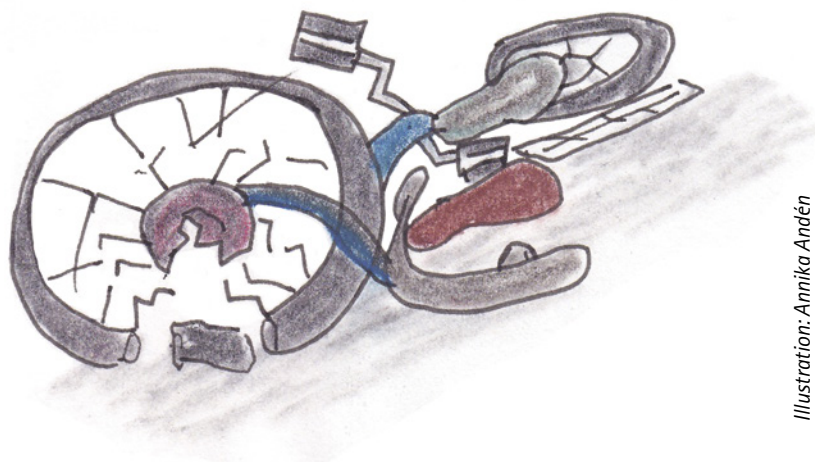


Illustration: Annika Andén

huvudmän som bestämmer över uppdragen medan vårdgivarna, det vill säga varje organisation var för sig, ansvarar för hur vården ges.

Kommunerna och regionerna ska samverka sägs det, men eftersom det inte är huvudmännen som ansvarar för patientens vård, så är det lite oklart vad man egentligen ska samverka om? Förfrågningsunderlagen inom vårdvalssystemet? Uppdraget för den specialiserade vård som inte är upphandlad? Elevhälsan? Digitala remisser?

Primärvårdsnivå eller Primärvården som en sammanhängande entitet är långt från vardagen på en vårdcentral där närmaste grannvårdcentralen är en konkurrent om personal, patienter och vårdersättning.

En vårdcentral kan ha listade i många olika kommuner med varsin tolkning av kommunala primärvårdsuppdraget, som de ju har egna beslutsmandat över. På många sätt får vårdcentralen också bestämma själv, en privat driven mer än en i offentlig regi, trots att där också finns ett förfrågningsunderlag och tillhörande instruktioner och krav.

Ofta kommer det som en obehaglig överraskning för sjukhusanställda att ekarrarna inte sitter fast i det tänkta primärvårdsnavet. Kanske ser de sig inte heller som del av något hjul som behöver ha ett nav. Ska vi inte hellre försöka stoppa

(tankar om) hjulet som snurrar runt patienten – patienten är inte ens i mitten idag, vårdcentralen är inte navet.

Navet brukar dessutom vara till ytan minsta delen av hjulet, det är kanske inte så vi vill ha det. Navet kan bara lyckas med att hålla ihop hela hjulet om det är en riktig sammanhängande helhet, inte flera små isolerade navbitar, in till hålet i mitten där patienten borde befinna sig.



Om det verkligen ska skapas ett hjul runt patienten – då måste vi nog också acceptera att primärvårdens uppgift även kan behöva vara att försöka hålla kvar patienten i mitten.

Om det verkligen ska skapas ett hjul runt patienten – då måste vi nog också acceptera att primärvårdens uppgift även

kan behöva vara att försöka hålla kvar patienten i mitten. Kanske måste primärvården till och med bilda en bur som kan stänga in och begränsa patientens väg in till sjukhus, de kommunala, privata och regionala verksamheterna tillsammans.

Är det verkligen ett hjul eller en bur vi håller på att bygga?

Jag tror patienterna eller politikerna istället ser en mumsig frukt framför sig, kanske ett äpple, med fruktköttet som lockar med sin goda doft och härliga färg med



Att se den framtida primärvården som en samling kärnor i ett stadigt kärnhus tycker kanske också allmänläkare verkar mer aptitligt i sammanhanget.

flera hårda, oätliga kärnor som gömmer sig där inne någonstans. De ser vården utifrån. Inte inifrån mitten av ett trasigt hjulnav.

Att se den framtida primärvården som en samling kärnor i ett stadigt kärnhus tycker kanske också allmänläkare verkar mer aptitligt i sammanhanget. Kanske för att det känns tryggt med ett skyddande fruktkött mellan kärnan och omvärlden. Det är ju kärnan som måste bevaras för att sedan skapa tillväxt.

Att ge mer pengar till vårdcentralerna eller att anställa fler allmänläkare gör inte fruktköttet automatiskt mindre åtråvärt. Inte heller att sätta upp hinder eftersom den sortens åtgärder istället tenderar att öka åtrån efter godsakerna.

För att placeringen i mitten av ett hjul ska bli intressant behöver vi kanske börja se patienten som någon som ska lockas till vårdcentralen, som en intressant och välkommen celebritet, en person att bjuda in till mitten, med sin vårdpeng, istället

för en misstänkt niding till patient som måste sättas i bur och som planerar att äta upp frukten och kasta bort kärnhuset.

Jäv saknas.



Petra Widerkrantz

Allmänläkare, Medicinsk rådgivare på
Enheten för kunskapsstyrning, Avdelningen
för hälso- och sjukvårdsstyrning,
Region Skåne
petra@hack.org



Illustration:
Ylva Cardell
Widerkrantz

Referens:

1. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2025/09/prop-20252619/>

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

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

På plats och räddar liv i Gaza.



Svenska Röda Korset

Swisha din hjälp till 123 665 28 95



Eufemismen Nära Vård:

Tillgänglighet för vad och för vem?

Det känns ovant att använda ordet fattig. Vårt så kallade välfärdssamhälle har under min yrkesbana haft omskrivningar, ofta med akademisk touch, för olika fattigdomsfenomen. Dessa är centrala för en allmänläkare. Intresset för socialmedicin, och hur sociala förhållanden speglas på en vårdcentral, stod i topp på 80-talet när min stora generation allmänläkare släpptes ut på grönbete.



Folkhälsa, jämlikhet, och glesbygdsutbud av vård kom i skuggan för alla hurtfris- ka propåer om ökad produktivitet och patientgenomströmning.

Sedan kom marknadstänkandet i början av 90-talet. Skola och vård skulle utsättas för konkurrens och styras med ekonomiska incitament. Att det skulle gå galet stod tidigt klart. Folkhälsa, jämlikhet, och glesbygdsutbud av vård kom i skuggan för alla hurtfris- ka propåer om ökad produktivitet och patientgenomströmning.

Nu säger till och med den liberala skolministern i Tidö- regeringen att vinsten till aktieägare är en styggelse för under- visningskvalitet och partiledningen kräver totalstopp. Det är ännu osäkert vad retoriken i slutändan får för konsekvenser. Skollobbyn och ägarintressen, nu också multinationella, är sammanflätade med politiker och är mäktiga krafter.

Problemen i vården, inte minst i primärvården, är en spe- gelbild av skolans situation. Också här frodas fusk med ersätt- ningar och kriminella element infiltrerar vårdenheter. Intresset från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) och regionled- ningar har varit svalt, för att inte säga obefintligt, för att upplysa människor om dessa förhållanden och stäv- ja utnyttjandet av systemet.

Men Stadsmissionen an- vänder i en ny undersök- ning just ordet med den moraliska laddningen. *Fat- tighetsrapport 2025* kallas forskningsrapporten med konnotationer till Nya tes- tamentets tid och Jesu syn på rikedom och ansvarsta- gande för de minst bemed- lade. Surt sa räven då ansva-



riga för fattigdomens utbredning inte kan avfärda rapporten som någon extremistisk politisk illvilja. 700 000 människor lever i social och materiell fattigdom 2024, nästan dubbelt så många som 2021. Snart väntar Tidös bidragsreform (socialbidrag) som kommer förvärra situationen än mer för dem som har det sämst ställt. Ordet ”reform” är förstås avsiktligt malplacerat.

SKR sammanställer patientenkäter vad gäller omdöme om vårdcentraler. Löpande statistik samlas in om tillgänglighet till vårdcentraler. En medicinsk bedömning, oftast per telefon, ska ske inom tre dagar oberoende av vad saken gäller. Det kallas ”vårdgaranti”. Utifrån dessa osäkra parametrar rangordnas vårdcentraler i länen. Det är en ytlig värdering av vårdcentralers arbete utifrån marknadsliberala idéer. Jag har sett mig tvungen att i östra Kronobergs monopoltidning, Smålandsposten, påpeka ofullständigheterna i rankingen. Det medicinska handlandet, den egentliga vårdkvaliteten värderas inte, än mindre det inre arbetet. Hur till exempel en vårdcentral är tillgänglig, ställer upp för hembesök, äldreboenden och palliativ vård. Samt hur många och vilka patienter som remitteras till sjukhusets akut. Och om äldre sköra i onödan skickas in till överfulla avdelningar, när de borde skötas i primärvården.



Det medicinska handlandet, den egentliga vårdkvaliteten värderas inte, än mindre det inre arbetet.

Det är hög tid att allmänmedicinens företrädare slår näven i bordet och kräver ett slut på alla falska och missvisande parametrar i värderingen av primärvården. Det är dags att återupprätta socialmedicin. Hur är tillgängligheten till vård för de 700 000 fattiga, som ofta inte har råd att söka på vårdcentraler eller lösa ut de allt dyrare läkemedlen? Det är dags för SFAM att i samhällsdebatten kräva nedsatta patientavgifter och att uppvakta regionledningarna så att de fattigas vårdbehov och hälsa tillgodoses.

Allt fagert tal om ”God och nära vård” är en eufemism, vars syfte är att dölja det 30-åriga sveket; att människor har rätt till en egen fast läkare, som har rimliga arbetsförhållanden och ett rimligt patientantal. Och att dölja det faktum att en svällande administrativ överklass, utan tillräcklig medicinsk kompetens, tagit sig nära maktens köttgrytor; med goda löner och rundliga fallskärmsavtal som faller ut när de misskött sig eller behagar sluta.

Jäv saknas.



Bengt Järhult
Pensionerad allmänläkare, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com



Illustration: Annika Andén

Kommunikation av forskningsresultat: vi behöver sitta vid rodret

"Du har inte verklig förståelse för något om du inte kan förklara det för din mormor".

Albert Einstein

I en tid där vetenskapliga genombrott kräver årtal av hårt arbete, användning av rigorösa metoder och miljontals kronor i finansiering, är det paradoxalt att resultaten ofta når enbart en liten krets av forskare, kliniker och patienter. Samtidigt sprids pseudovetenskap och falska nyheter som löpeld genom sociala medier, ofta utan någon som helst vetenskaplig grund. Det är dags att ta tillbaka makten över forskningskommunikationen.



Samtidigt sprids pseudovetenskap och falska nyheter som löpeld genom sociala medier, ofta utan någon som helst vetenskaplig grund. Det är dags att ta tillbaka makten över forskningskommunikationen.

Den omvända pyramiden

Vi står inför en kommunikationsparadox: ju mer avancerad och noggrant framtagen forskningen är, desto mer komplicerad tolkning av resultat och mindre räckvidd. Vetenskapliga artiklar publiceras i tidskrifter med höga trösklar för förståelse, både språkligt och vetenskapligt. Samtidigt konsumerar miljontals människor dagligen innehåll från influencers, bloggare och självutnämnda experter som sprider pseudovetenskap i lätt-smälta format.

Det är som en omvänd pyramid: få har kompetensen att kritiskt granska forskning, men många konsumerar stora mängder information – ofta utan filter. Detta skapar ett vakuum där

pseudovetenskap får fäste och påverkar kollektiva uppfattningar. Det mest aktuella och skrämmande exemplet är när USA:s hälsominister nyligen påstod att användning av paracetamol under graviditet kan orsaka autism, trots att en omfattande registerstudie med över 2,5 miljoner barn inte visade något sådant samband [1]. Dessutom kan kausala samband inte bevisas med registerstudier, utan det krävs prospektiva kontrollerade studier. Det finns många exempel, från vaccinationsmotstånd (trots att vaccin är den medicinska uppfinningen som i särklass har räddat flest liv de senaste decennierna), till diverse råd om hälsa och livsstil utan någon som helst vetenskaplig grund. Det kan tyckas påverka enstaka individer, men felaktig tolkning av forskningsresultat kan ha stora negativa effekter på befolkningsnivå. Forskare har till exempel kunnat skapa simulerade modeller som visar att desinformation kan väsentligt ändra sjukdomsspridning under en pandemi, även i populationer med begränsad smitta [2].

Sociala medier har förändrat spelplanen

Informationslandskapet har förändrats radikalt de senaste åren. Läsning av långa artiklar och böcker har fått ge vika för korta videor, snabba nyhetsflöden och algoritmstyrda innehållsströmmar. Plattformar som Tiktok, Instagram och Youtube når miljarder användare, men vetenskapligt innehåll är ofta frånvarande, begränsad eller förvrängt. "Cherry-picking" av vetenskapliga fynd som stärker de egna uppfattningarna har aldrig varit så blomstrande, och grundarna av evidensbaserad medicin Archie Cochrane och David Sackett vänder sig sannolikt i graven idag.

Forskarvärlden måste ta ansvar

Det är dags att forskarsamhället tar ett större ansvar för hur forskningsresultat kommuniceras. Det räcker inte att publicera i vetenskapliga tidskrifter – vi måste också bli mer aktiva i att

Vetenskaplig sammanfattning	Populärvetenskaplig sammanfattning
This study investigated the correlation between prenatal acetaminophen exposure and neurodevelopmental outcomes using sibling-matched cohort analysis.	A study investigating if use of paracetamol during pregnancy influenced child's brain development showed no increased risk for autism or ADHD.

Tabell 1: Exempel på plain language summary (på engelska).



Illustration: Annika Andén

översätta resultaten till ett språk och format som är tillgängligt för allmänheten. Det handlar inte om att förenkla forskningen, utan om att göra den begriplig.

Några konkreta steg:

1. Vetenskapliga tidskrifter inför **populärvetenskapliga sammanfattningar** vid sidan av de vetenskapliga abstrakten. Vissa förlag har redan börjat med så kallade "plain language summaries" [3], men det är långt ifrån standard. Dessa sammanfattningar bör vara skrivna med syftet att nå en bred publik, inklusive beslutsfattare, journalister, lärare och vanliga medborgare. De kan också lättare delas i sociala medier och tränga undan desinformation och "fake news".



Forskningen borde vara en naturlig del av arbetet, och inte ett sidospår som tar tid från kliniken.

2. Stora publiceringsförlag utvecklar vidare och skärper rutiner kring upptäckt av det eskalerande fenomenet av massproducerad forskning, så kallad "**paper-mills**", som är framtagna med hjälp av AI, och som dagligen dras tillbaka efter publikation. Ibland är skadan redan skedd och uppgiften om "retraction" påverkar inte en redan skapad massövertygelse (såsom i Lancet-artikeln som ledde till myten om mässlingsvaccin och autism).
3. Som forskande allmänläkare har vi ett gyllene läge: våra studieresultat är oftast relevanta för en stor del av befolkningen, och vi är tränade i kommunikationstekniker. Vi borde dela våra forskningsresultat inte bara till en begränsad skara fräls-

ta kollegor på konferenser och vetenskapliga möten, utan också oblygt dela i sociala medier, till vetenskapsjournalister, till kollegor på arbetsplatsen och till de patienter vi möter. Forskningen borde vara en naturlig del av arbetet, och inte ett sidospår som tar tid från kliniken.

4. Vi behöver utbilda *forskningskonsumenter*, inte bara *forskningsproducenter*. Universitet och forskningsinstitut bör skärpa sin roll i att utbilda studenter och utbildningsläkare i att kritiskt granska vetenskap, även de som inte väljer en forskningsbana.
5. Lärosätena måste också stärka allmänhetens förmåga att konsumera forskning kritiskt. Det kan ske genom öppna föreläsningar, samarbete med medier, och genom att forskare själva blir mer närvarande i offentliga samtal.

Vetenskapens trovärdighet står på spel

Om vi inte agerar nu riskerar vi att förlora något fundamentalt: vetenskapens trovärdighet. När falska påståenden får större spridning än evidensbaserad kunskap undermineras hela det vetenskapliga systemet. Det påverkar inte bara individers hälsa och livsval, utan också politiska beslut, lagstiftning och samhällsutveckling.

Vetenskapen måste återta sin plats i det offentliga samtalet – inte som en elitistisk institution, utan som en tillgänglig och relevant kraft för alla [4].

En gemensam uppgift

Att ta tillbaka makten över forskningskommunikationen är inte en uppgift för enskilda forskare eller kommunikatörer, det är en gemensam uppgift för hela forskarsamhället. Det kräver nya strukturer, nya vanor och ett nytt förhållningssätt till hur vi ser på kunskapens roll i samhället.

Vetenskapen har aldrig varit viktigare – men den måste också bli mer tillgänglig, mer begriplig och mer närvarande i människors vardag. Först då kan vi bygga ett samhälle där kunskap, inte desinformation, får styra.

Jäv sakns.

Veronica Milos Nymberg

Allmänläkare, Vårdcentralen Laröd Helsingborg, docent, Centrum för primärvårdsforskning och Institutionen för Kliniska Vetenskaper Malmö, Lunds universitet
veronica.milos_nymberg@med.lu.se



Referenser:

1. Ahlqvist VH, Sjöqvist H, Dalman C, Karlsson H, Stephansson O, Johansson S, Magnusson C, Gardner RM, Lee BK. Acetaminophen Use During Pregnancy and Children's Risk of Autism, ADHD, and Intellectual Disability. *JAMA*. 2024 Apr 9;331(14):1205-1214.
2. Bernardin, A., Perez-Acle, T. Assessing the impact of misinformation during the spread of infectious diseases. *Sci Rep* 2025. **15**, 34740.
3. Gunn E. Give it to me straight: plain language summaries and their role in scholarly journals. *Sci Ed*. 2024;47:12-13.
4. Vetenskapsrådet: Kommunikation av forskning till allmänheten. www.vr.se/uppdrag/forskningskommunikation

Intervju med en dansk ST-läkare

Hallå där, Lui Näslund Koch, vem är du?

– Jag är ST-läkare i allmänmedicin i Köpenhamn där jag bor med min fru, också läkare, och våra två barn. Jag sitter också i styrelsen för fackföreningen Yngre Læger som bedriver politiskt påverkansarbete och bland annat förhandlar kollektivavtal för 16 700 yngre läkare i Danmark. Vi företräder läkare under specialiseringstjänstgöring men även nyblivna specialister, oavsett anställningsform, sjukhus, privat mottagning eller region.

– Jag genomgår just nu fas 2 under min ST. Det innebär att jag är tillbaka i vårdcentralarbete efter 2,5 års tjänstgöring på fem olika sjukhuskliniker.

På tal om din ST-utbildning, hur ser utbildningen ut inom allmänmedicin i Danmark?

– I Danmark behöver alla nytexaminerade läkare söka en KBU (klinisk basisuddannelse), vilket är den danska motsvarigheten till svensk AT. KBU innebär sex månader inom internmedicin, kirurgi eller psykiatri samt sex månader inom allmänmedicin. Därefter har du rätt att arbeta självständigt.

– Om man ska bli allmänläkare behöver man sedan göra ytterligare en sex månaders introduktionstjänst på en vårdcentral/primärvårdsmottagning. Först därefter kan man söka en ST, eller som det heter i Danmark hoveduddannelse. Den



Lui Näslund Koch, tillsammans med styrelsen för Yngre Læger, stående som nummer två längst bak.



börjar med ett år på vårdcentral följt av två år på fem olika sjukhuskliniker (internmedicin, kirurgi/akutverksamhet, gynekologi/obstetrik, pediatrik och psykiatri), innan fas 2, då man återgår till sex månader på samma vårdcentral som man började på, för att slutligen i fas 3 byta till en annan vårdcentral under sista året.

Hur ser din arbetsdag ut som ST-läkare på den vårdcentral där du nu är placerad?

– I Danmark är i princip alla allmänläkare egenföretagare, så även mottagningen där jag är placerad. Jag börjar min dag klockan 8.00 med telefon- eller besökstider direkt. Vi har inga morgonmöten just hos oss. Patienterna bokas vanligtvis på kvartar, men tiden kan förlängas vid till exempel förväntat svåra och mer omständliga samtal. Ibland gör jag hembesök. En typisk dag tar jag emot 15–20 patienter på mottagningen och samtalar med 20 patienter under timmen för telefonsamtal. Varje dag har jag en halvtimmes handledningstid och lite administrativ tid för att bedöma inkomna prov- och undersökningssvar samt för att svara på e-postfrågor från patienter.

– Det finns en hög grad av valmöjlighet vad gäller innehåll på mina mottagningsdagar. Nuvarande målbeskrivning för ST är ett tämligen övergripande dokument, men från 1 januari 2026 gäller en ny målbeskrivning som är betydligt mer krävande och specifik i sin utformning. Utifrån att jag möter så pass många patienter som jag gör på mina placeringar, fyller jag med råge nuvarande målbeskrivning. Jag finner det givande att samtala med patienter vilket gör att jag träffar en hel del patienter med depressiva besvär och ångest. Jag uppskattar dock även praktiska moment som till exempel chirurgia minor. Givetvis har jag också planerade årskontroller för de stora folksjukdomarna. Sedan, vilket jag tror skiljer från Sverige, ansvarar jag för mödrahälsovård där jag följer kvinnor under deras graviditet och barnhälsovård där jag följer barn under deras första år.

– På min mottagning kan vi göra gynekologiska undersökningar, spirometri och vi har ett litet laboratorium med EKG-möjlighet. Vår mottagning har inte rektoskopimöjlighet, men några har. Mig veterligen har ingen mottagning ett ögonmikroskop.



Lui Näslund Koch, ST-läkare i allmänmedicin i Danmark. Han sitter även i styrelsen för fackföreningen Yngre Læger.



Patienterna bokas vanligtvis på kvartar, men tiden kan förlängas vid till exempel förväntat svåra och mer omständliga samtal.

Jag har förstått att den lagstadgade och kollektivavtalsbundna arbetstiden är 37 timmar per vecka i Danmark, vad tänker du om det i förhållande till Sveriges 40 timmar per vecka?

– Det är en stor önskan bland yngre läkare i Danmark att kunna ha en större flexibilitet när man arbetar som läkare. Det är således en viktig fråga för oss i Yngre Læger. När man diskuterar antalet timmar för en arbetsvecka måste man också tänka på andra aspekter än just de faktiska timmarna. I Danmark har vi endast möjlighet till två dagar vård av sjukt barn, i praktiken

också endast om verksamheten tillåter, och det finns heller ingen rätt till arbetstidsförkortning när man har yngre barn som i Sverige. För egen del har jag avtalat med arbetsgivaren om att jag arbetar 32 timmar per vecka, resterande del är vigd åt fackligt arbete.



För ett år sedan lanserades den mest omfattande reformen av sjukvårdssystemet på 20 år med mål att fokusera och rikta om sjukvården mot primärvård.

– Vad gäller allmänläkares arbetstid bör man också tillägga, som jag nämnde tidigare, att de flesta är egenföretagare med allt vad det innebär kring att driva ett företag. Våldigt få allmänläkare arbetar bara 37 timmar per vecka. Tiden utöver handlar ofta om icke-patientrelaterade uppgifter vad gäller till exempel drift, organisation och redovisning, eller kanske helt enkelt att måla om lokalerna.

Vilka är de stora diskussionsämnena i dansk primärvård just nu?

– Den danska primärvården genomgår just nu stora förändringar. För ett år sedan lanserades den mest omfattande reformen av sjukvårdssystemet på 20 år med mål att fokusera och rikta om sjukvården mot primärvård. Danmark har länge satsat på sjukvård i världsklass på landets större sjukhus, men det har endast varit möjligt på bekostnad av primärvårdens utveckling.

– Under de senaste 20 åren har det skett en fördubbling av antalet sjukhusläkare samtidigt som antalet allmänläkare minskat från 3 500 till 3 400 under samma period. Hälften av läkarna rapporterar dessutom symtom på utmattning, både hos sjukhusläkare och läkare inom primärvården faktiskt. Önskat vore 5 000 allmänläkare i Danmark.

– Delar av reformen försökte avskaffa den danska modellen med tätt och gott samarbete mellan privata allmänläkare och den offentliga sektorn. Allmänläkarna har hittills haft stort inflytande och beslutandemandat, vilket nu befarades gå förlorat. Men, genom ett stort engagemang från enade läkare, och då inte bara allmänläkare, lyckades man få politikerna att förstå att primärvården är starkast i gott samarbete.

– Parallellt med reformen pågår intensiva diskussioner av mer praktisk karaktär kring vad en allmänläkare bör, och inte bör göra, till exempel genom rörelsen Vælg Klogt.

Jag har förstått att Danmark sneglar på svensk primärvård och funderar på att ta efter vissa delar, vad är det man anser är bra i svensk primärvård?

– Det beror nog på vem man frågar. De danska myndigheterna gillar nog idén om kontroll över verksamheten genom

anställda läkare snarare än egenföretagare. Man kan lättare styra en allmänläkare om denna är anställd. Det är svårt för myndigheter, i nuläget, att acceptera att läkarna är självbestämmande. De kan inte följa/syna allt vi gör. För de danska allmänläkarna är just oberoendet viktigt, och ansvarskänslan, som man har för sina patienter som man känner väl genom stark kontinuitet.

”

Jag hoppas på en sjukvård där ett större omhändertagande sker i primärvården och endast det nödvändiga på sjukhus

– När man nu etablerar regionala vårdcentraler/mottagningar i Danmark bygger det till stor del på svenska modellen med central styrning. Det har dock hittills varit svårt att bemanna dessa enheter vilket påverkat engagemanget, för att inte tala om kontinuiteten, på dessa arbetsplatser.

– Det sistnämnda är ju det som ÄR allmänmedicin och som gång på gång visat sig öka överlevnaden, minska onödiga inläggningar och stärka omhändertagandet av patienter med flera olika sjukdomar.

Slutligen, vad hoppas du på inför framtiden?

– Min förhoppning är att alla danskar har en fast läkare. En läkare som känner dem och därför kan ge den bästa behandlingen för den enskilde individen. En läkare som också gärna känner patientens föräldrar och barn – och därigenom får förståelse för vilken inverkan relationerna och kontexten kan ha för patientens symtom.

– Möjligheten till begränsning av antalet listade patienter är högprioriterat, helst 800–1 200 vilket gör att man kan ha en god överblick. Jag hoppas på en sjukvård där ett större omhändertagande sker i primärvården och endast det nödvändiga på sjukhus. Jag hoppas på mer jämlik hälsa i vårt land, färre utbrända kollegor samt att vi läkare får arbeta med patientnära arbete och avlastas på arbete som kan utföras av någon annan, som dessutom ofta utför uppgiften bättre.

Några uppmärksamma läsare undrar nog hur det kommer sig att vi delar samma efternamn, ska vi avslöja kopplingen mellan oss?

– Haha ja, det tycker jag. Min fru är din syster – och våra barn är således kusiner.

Jäv saknas.

Sofie Näslund
Allmänläkare, Barnhälsovårdsöverläkare och
studierektor för ST-läkare i primärvården,
Region Gävleborg
sofie.naslund@regiongavleborg.se



Visit our website for latest information!

NC 2026
GP JÖNKÖPING
26-29 MAY

Welcome to
24th Nordic Congress of General Practice 2026

Jönköping
Konsert & Kongress

Abstract submission and registration to the congress is now open!

SFAM

Annons

Från Borås till Lissabon:

healthcare in transition och global rättvisa på WONCA 2025

Vi var två allmänläkare från Borås som deltog vid årets WONCA World Conference 2025 i Lissabon (17–21 september 2025). Vi var där för att presentera vad vi kallar vår ”lilla revolution”, en resa där en vårdcentral i ett socioekonomiskt utsatt område, med majoritet migranter och stora utmaningar, på bara fyra år lyckades vända en djup kris till påtagliga framsteg i både vårdkvalitet och arbetsmiljö.

Från kaos till förändring

Under mer än tio år präglades vårdcentralen av svagt ledarskap och strukturella problem som hotade patientsäkerheten. Läkemedelsförskrivningen låg alarmerande högt, både avseende narkotika och antibiotika. Arbetsmiljön var fientlig, samarbetet bröts ned av intern konkurrens och kommunikationen präglades stundtals av rena övergrepp. Patientförsummelse med allvarliga konsekvenser var tyvärr inte ovanliga, och IVO-anmälningar samt Lex Maria-fall hörde till vardagen.

Förändringen tog fart 2019–2020. Efter flera års resultatlösa anmälningar till regionen gick en grupp tidigare medarbetare och en nyanställd läkare till medierna. Den granskning som följde blev avgörande. Under trycket från opinionen tvingades regionen att agera. Ledningen byttes ut och en ny chef med mer inkluderande ledarskap tillträdde. Samtidigt byttes omkring 80 procent av personalen ut.



Tillsammans med nuvarande WONCA-president Viviana Martinez-Bianchi.

Tillsammans med nästa WONCA-president Pilar Astier-Peña.

Resultaten, och vägen framåt

Förvandlingen blev påtaglig. Medarbetarna fick utrymme att aktivt bidra med idéer, och ett mer stabilt läkarteam skapade både bättre kontinuitet i vården och förbättrade möjligheter för handledning av ST och andra kollegor. Arbetsmiljön är idag betydligt mer hållbar, och även om siffrorna ännu inte fullt ut speglar utvecklingen märks tydligt högre kvalitet i den medicinska vården.

Denna erfarenhet delade vi i Lissabon som ett exempel på hur man kan motverka den så kallade ”The inverse care law” [1], att vård ofta ges mest där behoven är som minst, och istället leva upp till principerna i hälso- och sjukvårdslagen: vård ska ges där den behövs som mest. Presentationen avslutades med en uppmaning: att välja att arbeta för de mest behövande, att våga praktisera ”Less is more” och att försvara rättvisa både innanför och utanför konsultationsrummet.

Hälsa och global rättvisa

WONCA-konferensen blev också en plattform för solidaritet. Tillsammans med andra kollegor från hela världen deltog vi i en protest mot folkmordet i Gaza och krävde att WONCA tar ställning genom att utesluta Israel som medlemsstat så länge ockupation och folkmord pågår. Vi belyste de svåra förhållanden som palestinska vårdarbetare lever under, kidnappningar, tortyr, frihetsberövanden och död, och presenterade två e-posters om medicinsk etik samt dokumenterade fall av tortyr där israeliska läkare varit aktivt inblandade.

Trots försök från konferensledningen att begränsa solidaritetsaktionerna, bland annat genom att flytta presentationer och ta bort protestbilderna från WONCA:s interna sociala medier,



25TH WONCA WORLD CONFERENCE
17 – 21 SEPTEMBER 2025
LISBOA CONGRESS CENTRE – CCL

„New vision for primary health care and sustainable development“

Global Health Equity: advocating for justice as the best ethics.

Sadacali, Sunera
Health Workers for Palestine Spain (HW4P-Spain)



"The genocide in Palestine continues, weekly concentration of health professionals".

HW4P-Spain is dedicated to ensuring that the right to health is universally respected. Through advocacy, awareness, and ethical commitment, we challenge systemic injustices and strive for health equity for Palestinians.



Introduction

Founded in October 2024, HW4P-Spain is a collective of Spanish health professionals committed to promoting global health equity and social justice in response to the 76-years occupation and the ongoing genocide in Gaza since October 7, 2023.

Core objectives

- Advocate for the right to healthcare for Palestinians.
- Support Palestinian health professionals' right to work in safe, dignified conditions.
- Raise awareness about the targeted attacks on Palestinian healthcare infrastructure and personnel.

Key activities

- Highlighting deliberate targeting of hospitals and healthcare workers, threatening healthcare services amidst escalating violence
- Campaigning against unethical practices, including a boycott of Teva Pharmaceutical Industries
- Exposing violations against Palestinian health professionals, such as torture and illegal imprisonment

Ethical Focus:

- Advocating for the integration of the International Bill of Human Rights and International Humanitarian law into the analysis of social and political determinants of health, to ensure accountability and uphold the rights and dignity of affected populations.

Global Action:

- Participating in an international network advocating for health justice for Palestine
- Working to end the ongoing health apartheid in Palestine



Concentration in Barcelona, Spain



Health workers protest in front of a health centers across Spain

Join us in advocating for justice and health equity!

Närhälsan Boda Vårdcentral
Sunera Sadacali
MD

E-mail: sunera.sadacali@vgregion.se
Phone: 0046728473404
Web: [Health workers 4 Palestine | hw4p](https://healthworkers4palestine.org)

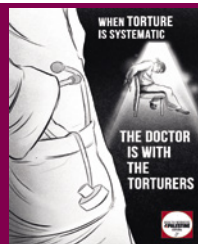


25TH WONCA WORLD CONFERENCE
17 – 21 SEPTEMBER 2025
LISBOA CONGRESS CENTRE – CCL

„New vision for primary health care and sustainable development“

Health justice in prisons: the role of Israeli health professionals in the torture of Palestinian detainees

Sadacali, Sunera
Health Workers for Palestine Spain (HW4P-Spain)



"Leaflet by Marina Hoyos, HW4P-Spain, webinar"

Imprisonment represents a severe deprivation of liberty, but it must not entail the loss of **fundamental human rights**, including the right to health

Over **10,000 Palestinians** are currently imprisoned in Israeli facilities, the majority of them unlawfully detained, including children.

Since the onset of the occupation, **autopsies and survivor testimonies** have documented systematic torture.

Aim

To investigate how **Israeli healthcare professionals** participate, actively or passively, in **torture and inhuman treatment** of Palestinian detainees.

Methodology

Documentary research approach based on:

- Testimonies from former detainees
- Human rights reports
- Medical ethics guidelines
- Legal frameworks and international protocols

Key findings

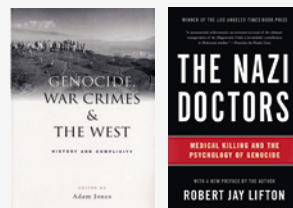
- **Medical assessments** are performed under coercive conditions and often ignore visible injuries or critical health needs.
- **Failure to document or report** signs of torture and degrading treatment.
- **Confidential health data** is routinely shared with interrogators and prison authorities.
- **Substandard medical care** is the norm, and ethical obligations are systematically violated.
- Health professionals operate under **structural anonymity and impunity**.

Ethical violations

Despite clear international standards like the Tokyo Declaration (WMA), Istanbul Protocol and UN Nelson Mandela Rules, Israeli Health professionals are complicit in practices that amount to cruel, inhuman, and degrading treatment.

Conclusions & Call to Action

- There is an urgent need for a global accountability framework. Torture must be addressed not only as a legal and political issue but as a public health and professional ethics crisis.
- Prison health systems should incorporate prevention, documentation, and advocacy for detainee rights.
- Family doctors, human rights advocates, and medical associations must work together to ensure health justice within prisons.



Books on medical involvement in torture across contexts.

This e-poster is based on the work of Juan Gervás and Mercedes Pérez Fernández published in www.nogracias.org and <https://hw4p.es/>

Närhälsan Boda Vårdcentral
Sunera Sadacali
MD

E-mail: sunera.sadacali@vgregion.se
Phone: 0046728473404
Web: [Health workers 4 Palestine | hw4p](https://healthworkers4palestine.org)



växte stödet från kollegor världen över. Ett öppet brev med över 2 000 underskrifter överlämnades till WONCA:s nuvarande (Viviana Martinez-Bianchi, USA) och framtida president (Pilar Astier-Peña, Spanien), med krav på konkreta åtgärder. Viviana lovade återkomma efter mötet med kommittén.

En känsla av möjlighet

Vi lämnade konferensen med en stark känsla: förändring är möjlig. Som vårdpersonal har vi en unik roll i kampen mot orättvisor, både lokalt och globalt. Att stå upp för liv, humanitära lagar och jämlik vård är inte kontroversiellt. Det är fundamentalt för att värna de etiska principer som bär vår profession, inte minst den mest grundläggande, *primum non nocere*: först av allt, skada inte.

Jäv saknas.

Maria da Silva
Allmänläkare
Närhälsan Boda vårdcentral,
Borås



Sunera Sadacali
Allmänläkare
Närhälsan Boda vårdcentral, Borås
sunera.sadacali@vgregion.se

Referens:

1. The inverse care law, Tudor Hart, Julian, The Lancet, Volume 297, Issue 7696, 405–412, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>

Annons



Flodhästens erinran • Torsten Green Petersen • Förlag: Eddy.se ab • Utgiven: 2025
• Språk: Svenska • Antal sidor: 308 • ISBN: 9789189840447



Torsten Green Petersens debut som romanförfattare:

En läkares avsked till yrkeslivet

Torsten Green Petersen har varit yrkesmässigt verksam som allmänläkare och psykiater. På senare år har han ägnat sig åt att fotografera fåglar och skriva kulturartiklar. Förutom talrika artiklar har han gett ut två fackböcker, *Fågeln blick* samt *Mular och fläckor*. Med *Flodhästens erinran* debuterar han som romanförfattare.

Storyn består i att en 70-årig psykiater har sin sista arbetsdag på mottagningen där han har arbetat ensam. Han har psykoanalytisk utbildning, men han har tillämpat de psykoanalytiska metoderna ganska fritt. Nu gör han sig i ordning för att avsked från arbetet och några patienter. Morgonen är besvärlig för honom. Han har värk i nacken och artros i knäna. En stroke för ett par år sedan gör att han ser sämre åt höger. Han känner sig gammal och tror att livet inte har så mycket mer att erbjuda. En ljuspunkt är de båda barnbarnen, vilkas utveckling han hoppas kunna följa.

Vi får följa hans mottagande av patienter den sista dagen. De lider av olika psykiatriska åkommor och deras problematik presenteras i några fall utförligt, i andra fall kortfattat. Men det är de talrika utvecklingarna hans tankar gör i all sin flyktighet som låter oss lära känna den gamle psykiatern. Det är romanens kärna, författarens huvudsyfte. Vi får veta att han älskar poesi och att Ekelöf, Saarikoski, Tranströmer och Beckman hör till favoriterna. Vid avskedet från den första patienten undrar hon om de skulle mötas någon gång vid hyllan för poesi i bokhandeln. Hon hade förstått hans intresse. Då dyker plötsligt minnet av dikten om Titanics undergång upp; *Några måste lämna båten*. Den hade gripit honom djupt när han läste den som ung. Tre unga män som offerar sina liv.

Vi får också genom hans tankeassociationer veta att konst är viktigt för honom. Han har gjort sina lärospån i exempelvis krokiteckning och han har halvt intorkade färgtuber där hemma. I Ekelöfs sällskap hade han rest till Efesos för att möta orientens konstskatter och han hade letat efter dess mystik i Nordafrika. Hans tankar flyktar hela tiden och hamnar vid olika mål.

Ofta hamnar de hos fåglar. De hade fascinerat honom sedan barndomen. Han hade många gånger undrat hur det kändes

att flyga, att betrakta allt från ovan, att enkelt kunna lyfta på vingarna när en fara hotade. Psykiatern avslöjar sin stora kunskap om fåglar när han beskriver sina utflykter och resor i fågelskådandets tecken, men nu tycks dessa vara minnen blott när ålderdomskrämporna sätter in. Det är nu inte lika lätt att övernatta i ett tält längre.

På kvällen efter den sista arbetsdagen drabbas han av hjärtinfarkt. Han överlever den, men den understryker hans påbörjade försök att avsluta sitt läkarliv. När han i sina ansatser kommer till stetoskopet stannar han upp. Stetoskopet är inte bara ett arbetsredskap, det är läkaryrkets symbol. Han kämpar en stund med sig själv. Till slut lämnar han stetoskopet i soporna.

Det finns mycket i romanen som är hämtat från författarens eget liv. Den avslöjar en grundläggande tvehågsenhet. Läkarlivet ställs ifråga. Är det värt alla studier, alla jourer, allt slit och dess påfrestningar på familjelivet? Livet har en mängd andra sätt att levas på. En person som psykiatern med sin begåvning, sin känslighet och mångfald av intressen har alltid ett kompromissa för att leva. Vad han än väljer lockar andra alternativ med sina utmaningar och förtjänster. Har man då anlag för nedstämdhet och depression, hamnar man lätt i ett depressivt tillstånd. Det har romanens psykiater erfarenhet av.

Stilen är inte helt lyckad. Den är ojämn. Vissa delar överflödar det med metaforer, i andra delar är de mycket fåtaliga som i avsnitten med barnbarnen. Jag har också känslan av att författaren vill omfatta allt för mycket i romanen. Genom renodling av några teman skulle den kanske bli mer slagkraftig. Men romanen speglar en begåvad författare och den är läsvärd.



Stig Andersson
Pensionerad allmänläkare, MD,
Sjukvårdshistoriker, Säftele
gits15793@gmail.com



Leva med autism – fakta och tips • Clara Törnvall • Förlag: Natur Et Kultur
• Utgiven: 2025 • Språk: Svenska • Antal sidor: 135 • ISBN: 9789127189355



Leva med autism – viktig bok för allmänläkare

Clara Törnvall, producent på Sveriges Radio, har tidigare skrivit två ögonöppnande böcker om autism. *Autisterna – kvinnor på spekrat* (2021) som handlade om vuxna kvinnor med autism som osynliggjorts både för andra och sig själva. De har lidit av återkommande depressiva besvär i frustration över sin sociala annorlundahet. Efter diagnosen har de förstått sig själva bättre och inte förtvivlat försökt passa in. Nästa bok *Vanliga människor – Autistens guide till galaxen* (2023) var skriven utifrån den autistiske personens perspektiv

och var ett försök att förklara för den neurotypiska (det vill säga de flesta) hur tillvaron ter sig ur ett autistiskt synsätt. Den var lättsamt och humoristiskt skriven utifrån en bakgrund som ofta var tung, men som gav ett hoppfullt perspektiv.

Nu har Clara Törnvall tagit ytterligare ett steg och publicerat en liten rådgivningsbok *Leva med autism* för autistiska ungdomar. Hon har samlat in tips och råd från barn och ungdomar 10–18 år och sammanställt på dryga hundra sidor med roliga och pedagogiska bilder av Maja Sten.



RÖSTER OM AUTISM - BÄST

Signe, 18 år: Det bästa med min autism är mitt sinne för detaljer och att jag har lätt för att verkligen nördna ner mig i något utan att tappa fokus.

Juni, 12 år: Att jag kan njuta mer eftersom jag upplever sinnesintryck starkare och lägger märke till detaljer. Och när jag får lust med något kan jag sitta och hålla på med det i flera timmar utan att bli uttråkad.

Simon, 13 år: Att jag har väldigt bra minne. Det gör att jag kan lägga mer tid på datorspel och annat som jag gillar, än att plugga.

Ester, 10 år: Det bästa med min autism är mina specialintressen och "superkrafter".

Erik, 16 år: Det bästa är att jag får tillgång till specialklass, vilket är nice.

RÖSTER OM AUTISM – SVÅRAST

Erik, 16 år: Det jobbigaste är att jag inte ser mig själv som "normal", att andra dömer mig.

Juni, 12 år: Det jobbigaste är att mina känslor kan växla väldigt snabbt. Samtidigt som jag kan njuta starkt är baksidan att jag också kan uppleva intryck som väldigt jobbiga.

Signe, 18 år: Förändringar är jobbigast. Jag får ofta meltdowns av dem, framför allt om de presenteras på fel sätt. Det är också jobbigt att vara intryckskänslig. Jag har nästan alltid hörlurar på mig för att jag inte kan filtrera och hantera alla ljud. Det är också jobbigt att jag inte kan läsa andras signaler så bra och att saker jag säger inte alltid kommer ut så som jag menar det. Jag kan låta som att jag är arg eller ledsen fast jag inte alls är det.

Simon, 13 år: Det jobbigaste är att jag är dålig på att kontrollera min ton och att jag inte är bra på att läsa av signaler, vilket gör att jag lätt hamnar i bråk. Jag kan ha en hård ton, så att andra tror att jag är arg.

10

fast jag är glad.

Ester, 10 år: Det sämsta är också mina "superkraft-er". Lukt, smak, ljud, ljus. Solen är hemsk. Det är också jobbigt att försöka hålla ögonkontakt.



11

Urklipp från boken *Leva med autism – fakta och tips*.

Bokens målgrupp unga med autism kan lätt utvidgas till många fler, autism är ett spektrum och innehåller synsätt som många kan känna igen sig i. Den vanliga uppfattningen att autister är fokuserade på ett intresse och ägnar begränsad uppmärksamhet åt annat är ju en vanlig egenskap också hos många neurotypiska.

Autism är en diagnos enligt psykiatrimanualen DSM 5. Autism är dock ingen sjukdom utan ett annorlunda sätt att uppfatta världen. Det föregår, nu och tidigare, en ständig diskussion om psykiatriska diagnoser eftersom de är kriteriebaserade i DSM 5. Sista ordet är inte sagt.

Vad är då autism? Den autistiska hjärnan filtrerar bort mindre än den neurotypiska hjärnan och blir därigenom känsligare för många sinnesintryck. Det innebär att autister ofta drar sig undan kollektiva sammanhang – stora fester, midsommarfirande, konserter med mera. Det innebär också att det lätta kaos som kan råda i ett klassrum blir påfrestande. Denna sensoriska känslighet är tröttande och varje sådan ansträngning kräver återhämtning på ett annat sätt än för den neurotypiska personen.

Den neurotypiska (näja inte alla) kanske njuter av det ständiga bakgrundsljudet på ett fullsatt café – som att befinna sig på ett ständigt pågående mingel. För autisten är det plågsamt. Den autistiske måste välja att koncentrera sina krafter och kan på så sätt utveckla en god livskänsla och hög kompetens inom ett specialiserat område.

Leva med autism är uppdelad i tretton pedagogiska kapitel, exempelvis *Myter*, *Prata med andra*, *Hitta rutiner*, *När det blir*

svårt. Några av kapitlen är särskilt tänkvärda. I kapitlet *I hemmet* påminns man om den tröttande känsla som kan framkallas av många saker i rummen. I kapitlet *När det blir svårt* för Törnvall ett nyanserat resonemang om skärmars för- och nackdelar, så mycket klokare än den polariserade politiska debatten om mobiltelefoner.

Skolsituationen är ofta svår: "Jag blir tröttast av skolan ... det är så mycket som händer, ljud, människor. Man ska lyssna på läraren och prestera, men det går inte" säger Liv 14 år. Liv är en av många barn och ungdomar vars yttranden ger en trovärdighet och livfullhet åt boken. Avsnittet om skola hade gärna fått vara mer omfattande eftersom skolsituationen för många autistiska är det största problemet och i tilltagande grad lett till frånvaro från skolan.

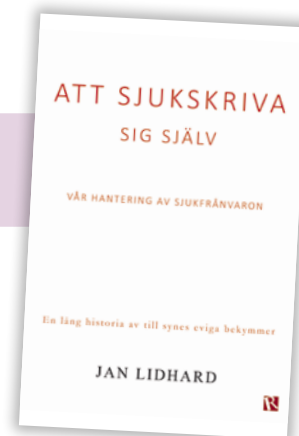
Varför behöver vi allmänläkare läsa en bok om autism? Vi möter inte bara de tre procent av befolkningen som fått diagnosen utan också en större grupp som har vissa autistiska drag och där missförstånd lätt uppstår. Clara Törnvalds senaste bok är ett lättillgängligt sätt att bilda sig en uppfattning i den svåra konsten att förstå våra medmänniskor.

Jäv saknas.

Björn Landström
Allmänläkare, Tidans vårdcentral,
vd Skaraborgsinstitutet för forskning
inom hälso- och sjukvård
bjornlandstrom@gmail.com



Att sjukskriva sig själv • Jan Lidhard • Förlag: Recito förlag • Utgiven: september 2025
 • Språk: Svenska • Antal sidor: 113 • ISBN: 978-91-7765-900-7



En pamflett i ett angeläget medicinskt ärende

Den tidigare opolitiska tjänstemannen i förra S-regeringskansliet, Jan Lidhard, har ägnat sig åt frågan om sjukskrivning länge. För undertecknad som själv disputerat på området, och varit med i debatten, är andra perspektiv än det medicinska särskilt spännande. Jan Lidhard har i den koncisa och lättlästa boken *Att sjukskriva sig själv* gett oss en skarp och både åsiktsfylld och faktarik granskning av vår hantering av sjukskrivningsfrågan. Underrubriken *En lång historia av till synes eviga bekymmer* anger tonen i författarens kritiska hållning.

Det som är särskilt glädjande är att författaren rankar den allmänmedicinska kunskapen högt och han berömmar SFAM:s uppfattningar som de kommit till uttryck i remissvar med mera. Han har en hel del referenser till vår tidskrift och refererar debatten som varit här, men även i stora media som dagstidningar och Läkartidningen. En nyttig rekapitulation.



Författarens huvudtes är dock att vi inom professionen, och även i Försäkringskassans värld, inte fått någon politisk styrning av hur vi ska se på rätten till sjukskrivning och på sjukdomsbegreppet.

Han fokuserar på det avgörande i det första mötet mellan allmänläkaren och vår patient som med författarens språkbruk ”kräver” sjukskrivning. Undvikandet som strategi och medicinaliseringen som vår tids sjuka angrips med rätta. Författarens huvudtes är dock att vi inom professionen, och även i Försäkringskassans värld, inte fått någon politisk styrning av hur vi ska se på rätten till sjukskrivning och på sjukdomsbegreppet.

Undfallenhet som lett till fördunkling och förvirring är en kapietelrubrik i den frågan.

En rättmätig kritik av all den skada som begreppet utmattningssyndrom har inneburit avhandlas. Han kallar diagnosen ovaliderad och hypotetisk och undrar hur Socialstyrelsen i sitt beslutsstöd för sjukskrivning kunde rekommendera årslånga sjukskrivningar som inte visats ha någon rehabiliterande effekt. Han pekar särskilt på läkarens problematiska sjukskrivningskonsultationer när det saknas hållpunkter för arbetsförmåga i objektiva fynd eller intryck från status.

Han pekar på ledstjärnan ”Stay Active” som har revolutionerat vår syn på besvär från rörelseapparaten och fått oss att undvika passiviserande vila som behandling. Författarens åsikt att detsamma bör gälla också vid ”psykisk ohälsa” stämmer med den aktuella debatten om skillnaden mellan psykiska besvär och psykiatriska tillstånd och hur man behandlar dessa.

Skriften har många pregnanta men sanna one-liners som till exempel: ”Många sjukskrivande läkare har blivit hjälpnödiga björntjänsleverantörer.” Företagshälsovården som skulle kunna ha en betydelsefull roll gentemot arbetsplatserna ”tronar på minnet av fornstora dar”. Och den feighet han ser som en viktig förklaring till problem på området hittar han mest hos politiker som är passiva: ”Vad sägs om KBT för fega politiker i ansvarig ställning?”

För oss alla som brottas med att definiera gränsen mellan sjukdom och ”Common Mental Disorders”, som författaren kallar den vanligaste orsaken till sjukskrivning, är boken en grafiskt tilltalande, nyttig och lättläst liten volym som passar fint för tankar efter arbetsdagens slut för den trötta allmänläkaren. Rekommenderas varmt.

Jäv saknas.

Lars Englund
 Allmänläkare, Jakobsgårdarnas vårdcentral,
 Borlänge
 englund1@telia.com



Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Andreas Stomby
andreas.stomby@sfam.se

Tillförordnad vice ordförande

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Skattmästare

Sara Jansson
sara.jansson@sfam.se

Facklig sekreterare

Anders Lundqvist
anders.lundqvist@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Beata Borgström Bolmsjö
beata.borgstrom-bolmsjo@sfam.se

Övriga ledamöter

Susanna Althini
susanna.althini@sfam.se

Panteha Hatefi
panteha.hatefi@sfam.se

Linda Sandberg
linda.sandberg@sfam.se

Åke Åkesson
ake.akesson@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet
Vakant tills vidare

Kompetensvärderingsrådet

Margareta Troein
margareta.troein@med.lu.se

Kvalitets- och
patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Fredrik Bernstsson Semb
fredrik.semb@regiondalararna.se

SFAM:s torsdagsmöten
Anna Flod
info@sfamstorsdagsmoten.se

ST-rådet
Zahra Baldawi
strad.sfam@gmail.com

Utbildningsrådet
Anna Beck, anna.beck@norrboten.se

Rådet för sköra äldre i primärvården
Magnus Nord
magnus.nord@regionostergotland.se

Forskningsrådet
Mats Martinell
mats.martinell@pubcare.uu.se

Rådet för levnadsvane frågor
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
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vregion.se

Nätverket för
fortbildningssamordnare
Jannike Norström
jannike.norstrom@vregion.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
Anna Segernäs, anna.segernas@liu.se

EURACT
www.euract.eu
Vakant

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

The European Young Family Doctor
Movement (EYFDM)
Adebayo Sanusi
strad.sfam@gmail.com

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

Nordic Federation of General
Practice/ApS
www.nfgp.org
Andreas Stomby, andreas.stomby@sfam.se

Nordic Young General Practitioners (NYGP)
Nazila Mansimli
strad.sfam@gmail.com
Kevin Håkansson
strad.sfam@gmail.com

Nordiska kongressen
Anna Davelid
anna.davelid@rjl.se

Scandinavian Journal
of Primary Health Care
Anna Nager, anna@nager.se

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@regiondalararna.se

GOTLAND
Kajsa Persson
kajsa.persson@gotland.se

GÄVLEBORG
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

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

MELLANSKÅNE
Cecilia Terning
cecilia.terning@skane.se

NORDVÄSTRA SKÅNE
Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*
NORRBOTTEN
Tim Stenberg
tim.stenberg@norrboten.se

SKARABORG
Klas Fellbrant
klas.fellbrant@gmail.com

STOCKHOLM
Maria Wolf
maria.wolf@regionstockholm.se

STOR-GÖTEBORG
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@vregion.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
Klaus Stein
klaus.stein@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

Ansvärlig 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

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

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

Charlotta Busch
charlotta.busch@regionhalland.se

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



🌸 Kalendarium

**2026****Januari**

Temadag: Funktionella besvär
13.1, Stockholm

Vecka 3-kursen, kurs i kompetensvärdering
19-21.1, Stjärnholms slott

SK-kurs Kloka Kliniska Val
26-28.1, Häringe Slott

10th EYFDM Forum
30-31.1, Tallinn, Estland

Februari

Temadag Kloka Kliniska Val
3.2, SLS-huset, Stockholm

SLS Preventionsdag
13.2, SLS-huset, Stockholm

Maj

Nordiska Allmänmedicinska Kongressen (NCGP)
26-29.5, Jönköping med prekongress 25-26.5

Utgivningsplan för 2026

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Ut-givning	Tema
1	7.1	26.1	2-3.3	Riktlinjer/Luftvägsinfektioner
2	16.3	13.4	19-20.5	Allmänläkaren Et samhället/Barnmedicin
3	10.8	31.8	5-6.10	Vårdens styrning/Blod
4	12.10	2.11	7-8.12	Kollegiala grupper/Lever

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 Boltstern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam.se godkänner du att de publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som 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.

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

Följ SFAM på



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

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