

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2025 ÅRGÅNG 46



Hud • Funktionella besvär

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Tillsammans bygger vi starkare allmänmedicin
Andreas Stomby
- 3 Att se sammanhangen
Jens Halldin
- 4 Atopisk dermatit – den undervärderade folksjukdomen
Magnus Falk
- 8 Nationellt vårdförlopp för svårsläkt sår
– vem har råd att inte implementera?
Natalja Jacobsson
- 12 AI och maskininlärning i tidig hudcancerdiagnostik
– nytt beslutsstöd för primärvården
Panos Papachristou
- 14 Onödig vård av patienter med funktionella besvär
och hur vi kan bli bättre
Oskar Lindfors
- 16 Du är också din patient
Arwa Josefsson
- 20 Känslors betydelse för funktionella somatiska symtom
Mattias Rööst
- 23 Funktionella besvär i den danska sjukvården
Marianne Rosendal
- 26 Funktionella besvär: Den sista bastionen för verklig hälsa
Christian Nordenstam
- 29 Hur hjälper vi patienter att återhämta sig från
funktionella symtom? Praktiska råd i Primärvård
Carl Sjöström
- 31 Temadag: Funktionella besvär
- 34 Rapportering från SFAM-kongressen 2025
Ord och bild
- 38 Vetenskapsjournalisten som fortbildare
Björn Landström
- 39 Ny styrelse och ny ordförande
- 42 Om SFAM:s ekonomi
Panteha Hatefi
- 44 NCGP 2026: Sustainability
– Empowering GPs for a sustainable tomorrow
Kongresskommittén SFAM Jönköping
- 45 Risk, chans eller realitet
Bertil Hagström
- 46 Den direkta vägen till kvalitativ sjukvård
Att översätta patienters berättelser
till medicinska begrepp och omvänt
Jesus Ramos och Martin Ramos
- 47 Uteblivet besök
Sunera Sadacali
- 48 Allmänläkare som specialitet och som patient
Staffan Nilsson
- 50 Från sjukvårdsbiträde till folkhälsohälsoläkare
Subjektiva reflektioner över primärvårdens
och allmänmedicinens utveckling från 1965
Ingrid Eckerman
- 56 En godnattsaga för vårdanställda om kungen och bagarna
Kristofer Schultz
- 60 Skickligt om svensk sjukvård i ett europeiskt perspektiv
Björn Landström
- 62 Sömnigåtan – en kritisk läsning ur klinisk vardag
David Ojalvo
- 63 SFAM informerar, kalendarium

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Tema: Hud ■ Tema: Funktionella besvär ■ Blandat ■ Recensioner



Omslagsbild AllmänMedicin nr 3-2025

Hudförändringar kunde tyckas lämpa sig väl för bedömning via bilder på nätet. Tyvärr är det inte så. Man behöver se i verkligheten för att bedöma djup, grad av smetighet, lukt eller annat. Dermatoskopet däremot är ett välkommet tillskott för att se bättre.



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

Tillsammans bygger vi starkare allmänmedicin

Rollen som ordförande i föreningen har börjat sjunka in. Jag är tacksam för uppdraget och ska, tillsammans med styrelsen, göra mitt bästa för att SFAM fortsätter vara relevant för alla medlemmar och tar plats i debatten. SFAM ska vara en plattform som ni medlemmar kan använda för att förbättra vår specialitet. Att förvalta och utveckla denna plattform kommer att vara en väldigt viktig del av mina två år. För det är tillsammans vi bygger starkare allmänmedicin för våra patienters skull.

Allmänmedicinens kombination av relationskompetens, helhetsperspektiv och generalism är stimulerande. Min nyfikenhet och vilja att förstå andras perspektiv kommer väl till pass, för det är nästintill omöjligt att hjälpa om vi inte har nått samförstånd kring tanke, oro och önskan. Att inte ha tydliga ramar som definierar vad som är mitt, eller någon annan specialists organsystem är befriande eftersom det sätter fokus på att hjälpa och inte frågan om någon annan borde göra jobbet. Samtidigt som det många gånger är utmanande när en tydlig ansvarsgräns saknas.

SFAM är ledande i debatten, inte bara om allmänmedicin, utan hela sjukvårdens kärnfrågor. I ett samhälle präglad av snabb teknisk utveckling, ständigt informationsflöde och politiska utspel är det lätt att gå fel. När sjukvården görs till en plats för transaktion av medicinska tjänster förminskas den till att handla om ny teknik, sporadiska kontakter, optimerad femårsöverlevnad och effektiva flöden. Med denna utveckling missar vi något centralt som inte är mätbart i form av hårda utfall. Vi går miste om sjukvårdens förmåga att skapa trygghet, att följa en människa genom livet och finnas nära till hands när behov uppstår men utan att tränga sig på i onödan.



SFAM är ledande i debatten, inte bara om allmänmedicin, utan om hela sjukvårdens kärnfrågor.

Samtidigt kan rollen som fast läkare också vara belastande. Vi behöver bekänna färg och visa att vi vill ta det ansvaret. Här behöver vi lyfta fram både patienternas perspektiv på vinsten av att ha en fast läkare likväl som våra gröna öar där man lyckats organisera sitt arbete på ett bra sätt. I boken *A fortunate Woman* av Polly Morland får vi följa en distriktsläkare på den brittiska landsbygden. Det är en fin beskrivning av arbetet som allmän-



Samtidigt kan vi inte blunda för att rollen som fast läkare också kan vara belastande. Vi behöver bekänna färg och visa att vi vill ta det ansvaret.

läkare men svårt att applicera i svensk primärvård. Det är få av oss som vill arbeta med både dag- och kvällsmottagning, med ständig tillgänglighet för befolkningens behov. Men det finns något viktigt att greppa tag i, då rollen som fast läkare ställer krav på viss flexibilitet. Mina patienters behov kommer inte vara lika stort från dag till dag och ibland kanske jag måste prioritera min patient före någon annan planerad uppgift. Här behöver SFAM tillsammans med våra fackliga kollegor verka för en bra arbetsmiljö där var och en är beredd att, kanske ibland på bekostnad av sig själv, vara flexibel för vi vet att vi får tillbaka det en annan dag. Så länge vi trampar vatten för att hålla huvudet över ytan är detta en orimlig förväntan.

Vad utfallet blir av de kommande åren får vi se. Om jag kan skriva en ny ledare och konkludera att vi närmat oss följande mål skulle jag vara mer än nöjd:

- Betydelsen av relationskontinuitet har blivit ännu tydligare genom både allmänmedicinsk forskning och vår röst som hörs i debatten.
- Mer pengar har allokerats till primärvården, med följden att fler ST-läkare i allmänmedicin har börjat sin resa mot specialisering.
- Kombinationen av mer tid och lagkrav har gjort intern och extern fortbildning till en självklar del av vårt arbete.
- Allmänmedicinsk vetenskap har fortsatt växa och SFAM har tagit en mer aktiv roll för att möjliggöra allmänmedicinsk forskning.

En större andel av Sveriges befolkning har en fast allmänläkare, med relationskontinuitet. Den vård vi erbjuder baseras i större utsträckning på evidens som utgår från allmänmedicinskt perspektiv och vår medicinska kompetensnivå har ökat. Våra patienter får en bättre vård och vi ett roligare arbete.

Andreas Stomby
Ordförande SFAM
andreas.stomby@sfam.se



Att se sammanhangen

Vad är det för tider, när ett samtal om träden nästan är ett brott, för det döljer tystnad om så många illdåd? Orden är från Bertolt Brechts dikt till kommande generationer som han skrev 1939 och som Athena Farrokhzad lyfte i sitt sommarprat för några år sedan. Orden ringer också i mina öron när jag sitter och ska formulera min text till detta numret av AllmänMedicin.

Det är över 450 mil landvägen från Göteborg, där jag sitter, till Gaza. Men samtidigt är det så nära. Säkrlart på grund av de fruktansvärda bilder, siffror och händelser som når oss varje dag. Men också när man ser vad som görs och inte görs. Hur Läkare utan gränser, Röda Korset och andra organisationer varje dag kämpar för att ge hjälp och stöd. Samtidigt som vår regering, trots vädjanden från FN och EU, uppmaningar från Svenska Läkaresällskapet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Sjukhusläkarna och Vårdförbundet, vägrar ta emot skadade patienter från Gaza.

Fram till den första september har det hittills i år, i olika krig och väpnade konflikter, skett nästan 900 attacker mot sjukvården som sammanlagt krävt nästan 1 200 liv. Flest attacker har varit i Ukraina och Palestina, flest döda är det i Sudan.

Jag har skrivit om det innan och kommer att göra det igen. För mig är det självklart att vi som läkare har ett ansvar att se det större perspektivet, att vi ser världen utanför våra mottagningsrum och att vi står upp för att rätten till liv och hälsa är universell.

Just att vilja se de större sammanhangen, att vi vill ta ansvar för mer än våra patientmöten är något som är med i flera av

svaren från vår nya styrelse, när de på sidorna 39–41 bland annat svarar på vad som fick dem att gå med i SFAM.

På förra årets allmänmedicinska kongress var det en programpunkt om funktionella besvär. I det här numret har vi med texter, av flera av deltagarna på detta symposium, i det ena av numrets två teman. I januari kommer det att hållas en temadag om funktionella besvär, inbjudan finns på sidan 31.

Numrets andra tema är hud. Kroppens största organ, som man fick lära sig en gång i tiden, och ett ämne som är ständigt aktuellt i den allmänmedicinska vardagen.

I årets sista nummer av AllmänMedicin är ett av temana **Levnadsvanor**. Det är ju ett ämne som senaste året varit ganska hett omdebatterat. Dessutom har vi i våra led företrädare för "bägge sidor", om uttrycket tillåts. Detta lovar gott inför årets sista tema.

Även det andra temat **Nära vård** finns det ju en del både åsikter och känslor kring, som förhoppningsvis kan leda till bra och viktiga texter.

Deadline för nummer fyra är 13 oktober och även bidrag som inte anknyter till temana är givetvis välkomna.

Trevlig höst!

Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



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

Atopisk dermatit

– den undervärderade folksjukdomen

Atopisk dermatit är en sjukdom som drabbar inte mindre än var fjärde person i befolkningen [1, 2]. Hos en del av dessa är besvären lindriga eller tillfälliga och yttrar sig bara under en avgränsad period i livet, såsom i barndomen, medan den hos andra ständigt återkommer eller aldrig helt går i regress. Hos många som drabbas är sjukdomen förenad med ett stort lidande, inte minst på grund av klåda och medföljande sömnsvårigheter, men också på grund av smärtande hudsprickor (särskilt om det drabbar händerna) och psykosociala aspekter. Många med atopisk dermatit skäms för sina lesioner och får ofta en bild av att omgivningen tycker de ser kosmetiskt otäcka ut [1]. Mer än 10% har rapporterats ha depressiva symtom associerade med sjukdomen [3, 4], och har rapporterats medföra en 2–3-faldig ökad risk för ångest och depression [5].

Mer än hälften uppger också att de i varierande omfattning har behövt vara sjukskrivna på grund av sin atopiska dermatit [3, 4]. Dessutom påverkas såväl yrkesval som förmågan att delta i vissa fritidsaktiviteter eller sociala sammanhang [1]. Det kan handla om såväl motions- och idrottsaktiviteter och att bli blöt och svettig om kläderna, som att behöva dela rum med andra i samband med övernattnings med mera.

Som bekant var smörjbehandlingar med kortikosteroider och mjukgörande under lång tid den allena rådande och rakt igenom dominerande behandlingen vid atopisk dermatit, blygsamt flankerad av andra för patienten mindre tillgängliga terapier såsom ljusbehandling, oljebad och PUVA [6]. Perorala steroider har överlag god symtomatisk effekt, men följs som regel av snart recidiv vid utsättning och har med tanke på dess många negativa biverkningar av långtidsbruk aldrig varit ett gångbart alternativ. Immunsänkande terapier såsom metotrexat och ciklosporin har också använts (utanför

godkänd indikation) mot svårare besvär, med varierande effekt [2, 6].

På 90-talet introducerades topikal behandling med kalcineurinhämmare som alternativ till kortikosteroiderna, i form av takrolimus och pimekrolimus, som effektmässigt brukar jämföras med topikala grupp I-II-steroider, och som hittat sin plats framför allt på hudlokaler där topikala steroider anses mindre lämpliga, såsom i ansiktet och tunn hud.

På senare år har dock behandlingsalternativen fått ett efterlängtat tillskott av immunspezifika läkemedelsbehandlingar riktade mot cytokiner med central betydelse för patofysiologin bakom atopisk dermatit. Den i dagsläget mest beprövade av dessa är IL-4-hämmarna dupilumab, tralokinumab och lebrizumab, och förutom dessa finns även tre så kallade JAK-hämmare (abrocitinib, baricitinib och upadacitinib) [2, 6]. Vi kommer att återkomma till dessa.



Som bekant var smörjbehandlingar med kortikosteroider och mjukgörande under lång tid den allena rådande och rakt igenom dominerande behandlingen vid atopisk dermatit ...

Atopisk dermatit misstas ofta vara en delmanifestation av atopisk allergi, vilket är felaktigt. På läkarutbildningen har många av oss fått lära oss om ”den atopis-



Illustration: Annika Andén

ka marschen”, som visserligen ger en i många fall adekvat bild av hur atopisk dermatit, födoämnesallergi, astma och rinokonjunktivit presenterar sig under uppväxtåren, men som lätt för tankarna åt att de är olika manifestationer av IgE-medierad atopisk allergi, vilket inte stämmer, då IgE i sig har underordnad betydelse för patofysiologin bakom atopisk dermatit [2]. Däremot finns en stor samsjuklighet mellan sjukdomen och astma, rinokonjunktivit och födoämnesallergi.

Istället är den viktigaste orsaken bakom atopisk dermatit en försämrad hudbarriär, bland annat avhängig av en nedsatt hudfetsproduktion som gör att huden blir torr, lätt spricker, lättare blir skadad av yttre exponeringar och som följd av vävnadsskada inflammerad.

Som kanske allra starkast bakomliggande faktor för den försämrade barriärfunktionen är hos många dock en genetiskt betingad nedsatt produktion av filaggrin, ett protein som bildas i keratinocyterna och som har central betydelse för hur keratinet omvandlas och binds samman i stratum corneum för att ge så god styrka och barriärfunktion som möjligt [7]. Brist på filaggrin orsakar fjällning, mikrofissurer och hudtorrhet.

Basbehandling	Patientutbildning
	Mjukgörande läkemedel Lokal inflammationsdämpande behandling vid aktivt eksem och därefter vid behov som underhållsbehandling Kortikosteroid, kalcineurinhämmare
Kompletterande behandling vid otillräcklig effekt	Medicinsk ljusbehandling
	Systemisk inflammationsdämpande behandling vid svårt eksem* (presenteras i rekommendationsordning)
	Interleukinhämmare
	Ciklosporin (begränsad tid)
	Metotrexat (saknar godkänd indikation) JAK-hämmare

Figur 1: Översiktlig behandlingsmodell för Atopisk dermatit.
(Källa: Läkemedelsverket: Atopisk dermatit – behandlingsrekommendationer, 2023)

Förutom inflammatoriska processer orsakade av vävnadsskada bidrar också mikrober på huden, inte minst staphylococcus aureus, till att driva på inflammationen, och mikrobiota som i normalfallet bidrar till hudens barriärfunktion kan få en motsatt effekt [2, 7].

För ett par år sedan genomfördes en välbehövlig revidering av Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för atopisk dermatit, detta mot bakgrund av de många nya, effektiva, systemiska behandlingsoptioner som tillkommit [6]. Som alltid var användningen av dessa nya ”biologiska” läkemedel återhållsam, men i takt med att erfarenheten vuxit, tolerabilitets- och säkerhetsaspekter har kunnat stärkas, och allt fler patienter med sjukdomen rapporterar livsomvälvande förbättring av symtom som under större delen av deras liv varit handikappande i tillvaron, har användningen ökat markant.

Till en början skulle patienterna, av kostnadsskäl, också först ha provat någon annan systemisk behandling, såsom metotrexat eller ciklosporin (trots att dessa saknar godkänd indikation för

atopisk dermatit). Trots goda erfarenheter, framförallt av IL-4-hämmarna, både ifråga om effekt och tolerabilitet, är dessa ännu behandlingar som anses förbehållna specialistdermatologin, medan vi som verkar i primärvården snällt får traggla på med kortisonkrämer, kalcineurinhämmare och mjukgörare, och remittera vidare



Atopisk dermatit misstas ofta vara en delmanifestation av atopisk allergi, vilket är felaktigt.

vid otillräcklig effekt.

I de nya behandlingsrekommendationerna (figur 1) lyfts alltjämt mjukgörare fram som fundament i basbehandlingen, detta med tanke på den underliggande barriärskada som patienter med

MedDRA-klassificering av organsystem	Frekvens	Biverkning
Infektioner och infestationer	Vanliga Mindre vanliga	Konjunktivit Herpes zoster
Blodet och lymfsystemet	Mindre vanliga	Eosinofili
Ögon	Vanliga Mindre vanliga	Allergisk konjunktivit Torra ögon Keratitis Blefarit
Allmänna sjukdomar och tillstånd på administreringsställe	Vanliga	Reaktion på injektionsstället

Figur 2: Exempel på biverkningsförteckning för IL-4-hämmare, det här fallet för tralokinumab.
(Källa: FASS)

sjukdomen har. Begreppet ”mjukgörare” har med rätta ifrågasatts, då det inte primärt handlar om att göra huden mjuk utan att bidra till en förbättrad barriärfunktion i huden, men då uttrycket är så vida etablerat har man valt att behålla det (och i förlängningen kan ju huden sägas bli mjukare av att torrheten reduceras). I basbehandlingen inräknas också topikal steroider och kalcineurinhämmare.

En viktig hörnsten i de reviderade behandlingsrekommendationerna är att vid otillfredsställande effekt av basbehandlingen ska patienterna, utan förbehåll, erbjudas annan behandling. I detta lyfts särskilt klådfrihet fram som den kanske viktigaste målvariabeln. En patient som inte blir klådfri på enbart topikal behandling (förutsatt nödvändig följsamhet) ska alltså inte behöva nöja sig med att ha det så, utan informeras om de kompletterande behandlingar som finns att tillgå.

Långvarig topikal behandling med grupp III-steroider ger risk för hudatrofi och striae, och kan vid stora ytor även riskera att ge lindriga systemiska effekter. Det kan dessutom vara en tidsödande process att smörja stora kroppsytor som en del av den dagliga rutinen, och många patienter upplever att krämerna och salvorna är kladdiga och luktar illa [8]. Ljusbehandling kan ha god effekt hos vissa, men tillgängligheten till behandling via sjukvården är låg och geografiskt varierande, och i sammanhanget bör riskerna med UV-exponering beaktas [6].

Såväl bland de nya som tidigare använda systemiska behandlingarna mot atopisk dermatit utmärker sig IL-4-hämmarna som läkemedel med mycket goda behandlingsutfall, men också säkerhet och tolerabilitet [6]. Biverkningarna är i jämförelse med många andra vanligt använda läkemedel få och till karaktären beskedliga (se figur 2). Behandlingarna ges som subkutan injektion varannan vecka, men kan erfarenhetsmässigt med tiden glesas ut hos patienter som svarar bra på den.

Vad gäller kostnaden för behandling ligger den på drygt 20 000 kr/mån vid ordinarie dosering, vilket förstås gör det till en begränsande faktor. Dock ska man då betänka att den totala kostnaden för behandling av hudsjukdomar är myck-

Jäv saknas.



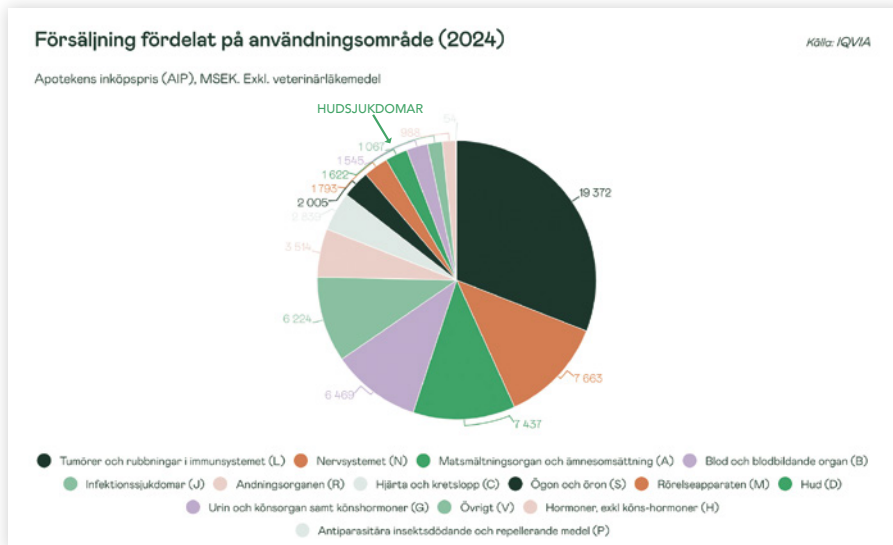
Magnus Falk

Allmänläkare, Kärna Vårdcentral, Linköping
Prof. i allmänmedicin, Linköpings Universitet
magnus.falk@liu.se

Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

1. Ali F, Vyas J, Finlay AY. Counting the Burden: Atopic Dermatitis and Health-related Quality of Life. *Acta Derm Venereol.* 2020 Jun 9;100(12):adv00161.
2. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2020 Aug 1;396(10247):345-360. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31286-1.
3. Ring J, Zink A, Arents B, Seitz I, Mensing U, Schielein M, et al. Atopic eczema: the burden of disease and individual suffering – results from a large EU-Study in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33: 1331–1340.
4. Chester J, Kaleci S, Liberati S, Alicandro T, Rivi M, Bonzano L, Guanti M, Andreone P, Pellacani G. Atopic dermatitis associated with autoimmune, cardiovascular and mental health comorbidities: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Dermatol.* 2022 Feb 1;32(1):34-48.



Figur 3: Nationella läkemedelskostnader för olika sjukdomsgrupper. (Källa: Lif, 2024: <https://www.lif.se/lakemedelsstatistik/lakemedlen-det-saljs-mest-av/>) I figuren har hudsjukdomar markerats som förtydligande.

et låg i jämförelse med motsvarande för många andra sjukdomsgrupper, såsom neurologiska, respiratoriska och gastrointestinala sjukdomar (se figur 3).

Med tanke på att allmänmedicinen som disciplin inte utmärker sig som en grupp som starkast driver överbehandling eller handskas ovorsamt med hälso- och sjukvårdens resurser [10] kan man

fundera på om dessa tolerabla och för många patienter med underbehandlad atopisk dermatit dokumenterat effektiva behandling inte skulle gå att lägga i händerna på patientens allmänläkare, som ju till vardags hanterar betydligt riskablare läkemedel än dessa, istället för att behöva remittera till hudspecialist.

CAMTÖS TEMADAG – 10 OKTOBER 2025

Varför så bråttom? Om evidens och införande av nya metoder i sjukvården



Info & anmälan

09.30 Inledning, Louise Olsson, docent kirurgi och chef Camtö
09.40-10.00 Det teknologiska imperativet och den utopiska drömmen, Rolf Ahlzen, docent medicinsk humaniora, Camtö, Hotellrum 9–10 okt
10.00-10.45 Nya vägar till godkännande av läkemedel – med mindre evidens, Staffan Svensson, allmänläkare och specialist i klinisk farmakologi, ledamot i Svenska Läkaresällskapet (SLS) nämnd

PAUS

11.00-11.20 AI och bröstcancer, Sofia Franz, klinisk. Fysiolog, HTA Syd
11.20-11.50 Införande av nya organisatoriska modeller och evidens, Stella Cizinsky, VC kardiologkliniken, USÖ, ledamot i SLS:s nämnd

LUNCH

12.50-13.40 Bör sjukvården köpa grisen i säcken? Douglas Lundin, chefsekonom, TLV

PAUS MED FIKA

14.00-14.40 Så skulle digitaliseringen ha gått till – en kontrafaktisk genomgång, Mikael Hoffman, klinisk farmakolog, f d ordförande NEPI
14.40-15.20 Debatten och evidensen, samtal med Agnes Wold, professor em i mikrobiologi
15.20-15.30 Avslutande ord, Louise Olsson

Det går att anmäla sig även efter 2 oktober.

Annons

Nationellt vårdförlopp för svårläkta sår

– vem har råd att inte implementera?

– **G**ör det fortfarande ont i magen? frågade läkaren och tittade bekymrat på patienten. Då testar vi att lägga på ett lite större plåster, nu har det väl snart gått två månader och tidigare plåster har inte hjälpt. Och så bokar vi ett återbesök om två veckor.

Han skickade hem patienten och skrev med stadig hand i journalen ”Buksmärta UNS”.

Jag vaknade kallsvettig och förstod att det bara var en feberdröm. Vilken tur. Man skickar väl inte hem patienter med långvariga symtom utan att göra en utredning. Eller?

”Huden är kroppens största organ”. Denna utslitna fras kan alla från student till pensionerad överläkare. Och att huden agerar kroppens första och starkaste fysikaliska och immunologiska barriär mot yttre faktorer är de flesta med på. Men sedan tycks vi hamna i en paradox. Hur kommer det sig att det fortfarande accepteras *spontana* sår som inte läker i detta stora starka organ utan att man blir nyfiken på varför?

Om vi tittar tillbaka i tiden för cirka 40 år sedan fanns det ett begrepp som benämndes *kroniska sår*. Lite överdrivet, men man accepterade helt enkelt att patienten kunde ha stora *hål* i huden utan yttre åverkan och att man inte hade några botemedel mot detta fenomen.

Som tur var långt ifrån alla accepterade denna syn på hudsår.

2003 bildade eldsjälarna i Sverige sårcentra och man startade det nationella kvalitetsregistret RiksSår. Ytterligare 20 år senare är vi äntligen framme i modern form av sjukvård som åstadkommit *Nationellt vårdprogram för svårläkta sår* och *Nationellt vårdförlopp*, det vill säga ett strukturerat arbetssätt för

bedömning och behandling av svårläkta sår. Sa jag ”kroniska sår”? Nej. Kroniska sår finns inte, detta är ett fenomen som hör till det förflutna. Nu bubblar det i luften och alla pratar om svårläkta sår.

Oavsett om man träffar en som har mångårig erfarenhet inom sårvården eller någon som är helt ny på banan har alla patienter i Sverige samma chans att få en strukturerad bedöm-

ning och korrekt diagnos. För diagnosen är avgörande för att patienten ska få korrekt behandling. Inte bara inom sår. Precis som med långvarig buksmärta. Man brukar ta anamnes över utveckling av symtomen, smärta, ta hänsyn till patientens övriga sjukdomar och läkemedel, levnadsvanor, vikt med mera för att göra en riktad utredning och komma fram till en lämplig behandling. Svårare än så är det inte. Ett hudsår är ett symtom och att låta patienten gå med *symtomdiagnos* i flera år är inte värdigt modern sjukvård, så länge det finns möjlighet att finna orsaken till symtomet.

”

Lite överdrivet, men man accepterade helt enkelt att patienten kunde ha stora hål i huden utan yttre åverkan och att man inte hade några botemedel mot detta fenomen.

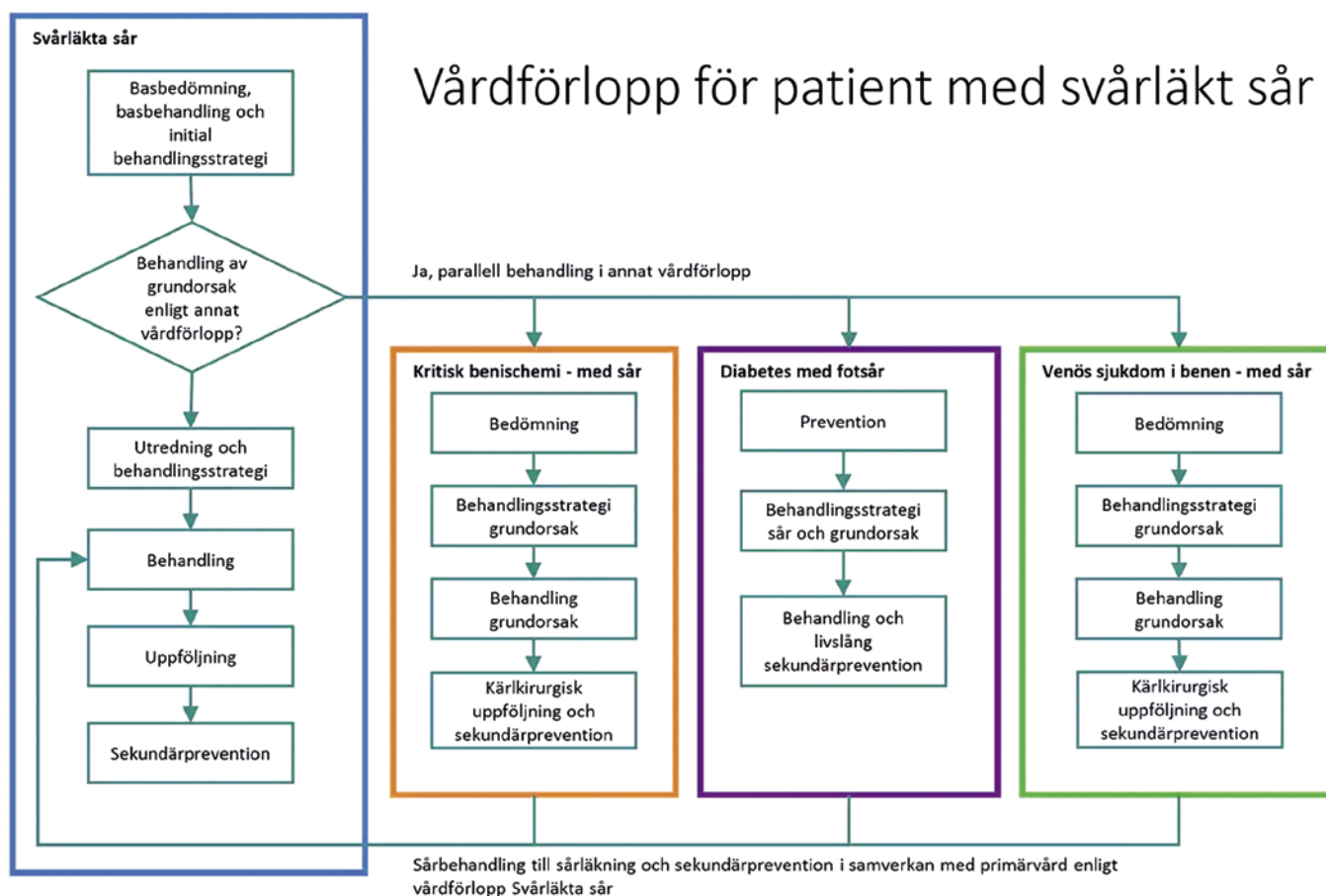
Vad tvingas vi till genom vårdförloppet?

Först och främst är det viktigt att vi synliggör patienterna som har svårläkta sår, att dessa ska inkluderas i vårdförloppet för att kunna ha chans till korrekt behandling. Patienter som har ett sår som inte har läkt eller börjat läka inom fyra till sex veckor ska betraktas som svårläkt och ska inkluderas i vårdförloppet. Det finns undantag där patienter med kritisk ischemi, diabetesfotsår och trycksår ska inkluderas omgående, utan fördröjning. Patienter med atypiska sår till exempel vaskuliter, pyoderma gangrenosum, hudtumörer med mera, sånt som hudläkare går igång på, ska också inkluderas omgående för att dessa inte förväntas läka utan specifikt inriktad behandling.

Vad händer när vi tar beslut att patienten ska ingå i vårdförloppet?

Patienten ska genomgå basbedömning. Och basbedömning är precis vad det låter, en väldigt basal undersökning som dock möjliggör att kunna få en uppfattning om eventuell/a orsaker





till sår och sortera dessa i olika boxar som vårdförloppet förgrenar sig till.

Trots att det finns så många vackra och långa diagnoser är cirkulatoriskt orsakade sår de vanligaste och står för mer av hälften av samtliga svårläkta sår. Därför är det så otroligt viktigt att göra bedömning av cirkulationen. Var sitter såret? Har patienten palpabla pulsar? Har patienten värk i foten på natten? Är det en diabetiker? Före detta storrökare? Vi kan rätt snabbt fatta misstankar om ischemi i benet och hinna rädda ett ben från amputation.

Eller är benet svullet och huden är lite brunaktigt missfärgad (så kallade hemosiderinutfällningar), finns det synliga åderbräck, atrophie blanche? Då har vi klinisk bild av venös insufficiens och patienten behöver kartläggas med venös duplex för att kunna göra en bedömning av möjliga kärlkirurgiska behandlingar. Venösa sår uppskattas utgöra 60–70% av alla svårläkta sår men långt ifrån alla dessa patienter genomgår utredning med duplex och remitteras till kärlkirurg.

Sedan finns det ju så klart patienter som kan ha blandning

av dessa cirkulatoriska störningar och det kan påverka utseende av såren. Därför är det så viktigt att man gör samma grundläggande undersökning på alla patienter med svårläkta sår. ”Wax off, wax on” som en vis karatelärare en gång sa i filmen.

Vid diabetesfotsår sitter såren på foten (vilket sammanträffande) och patienterna har både nedsatt arteriell cirkulation och tecken till polyneuropati. Dessa patienter ska remitteras till diabetesfotteam och väl inne i förloppet avslutas de aldrig då vi har att göra med mycket sköra ömtåliga fötter.

Har man kommit så långt och fått fram att såret inte sitter där venösa och arteriella sår brukar uppstå så har vi inte så mycket att välja på i den rollen som möter patienter utanför specialistklinikerna. Det finns trycksåren och atypiska sår kvar.

Har patienten nedsatt rörlighet (sitter i rullstol, sängliggande), eventuella cirkulatoriska störningar och såret sitter över benutskott som är utsatt för tryck ska vi behandla det som ett trycksår. Avlastning och nutrition i kombination med översyn av patientens allmänna status är avgörande och ska sättas in så



Ett hudsår är ett symptom och att låta patienten gå med symptomdiagnos i flera år är inte värdigt modern sjukvård, så länge det finns möjlighet att finna orsaken till symptomet.

fort såret upptäcks. Ni vet såklart att vid trycksår kategori I finns det inte någon synlig defekt i huden utan det yttrar sig enbart som en rodnad som inte bleknar vid tryck och blir svårare att uppmärksamma på melaninrik hud.

Atypiska sår som vi dermatologer vill gärna ta hand om är en frisk blandning av tillstånd där de vanligare är hudtumörer, inflammatoriska tillstånd som vaskuliter, pyoderma gangrenosum, hematologiska maligniteter exempelvis hudlymfom, kalcifylaxi (vaskulär förkalkning som är vanligare hos patienter med kronisk njursjukdom, diabetes, warfarinbehandling) och flera andra. Dessa sår står dock för endast 10–15% av alla svårläkta sår. Så när man har gjort bedömning att såret sitter på en lokal som inte är typisk för cirkulatoriska sår, patienten har normal arteriell och venös cirkulation, och detta inte är ett trycksår eller diabetesfotsår, ska patienten remitteras vidare till en hudmottagning för att få en korrekt diagnos och behandling. Rent krasst; mer specifika kunskap krävs faktiskt inte av inremitterande.



Jag ser ett ljus i tunneln när jag tänker på att tack vore ett strukturerat arbetssätt som man guidas till inom vårdförloppet kan patienter oavsett var i Sverige de befinner sig få likvärdig högkvalitativ och effektiv vård.

Vad menas med basbehandling när man inte riktigt vet vad exakta diagnosen är?

”Wax off, wax on”!

Ett öppet sår är alltid en risk för mjukdelsinfektion. Se till att såret rengörs och debrideras från ickelevande material som kan leda till infektion.

Swullnad är alltid en hämmande faktor för sårhäkning. Oavsett sårorsaken om inte patienten har kritisk ischemi i benet gagnas de flesta av kompressionsbehandling anpassad till arteriellt status.

De flesta patienter har ont av sina sår och särskilt vid sårdebridering. Se till att ta smärtanamnes och sätta in lämplig smärtbehandling. Patienter som är väl smärtlindrade har lägre kortisolnivåer, bättre sömn, matlust och läker bättre.

Tryckavlastning och nutrition. Koppla in experter på sina områden såsom arbetsterapeuter, dietister, ortopedtekniker om det behövs.

Men sen då, när såret är läkt kan vi väl slappna av och fira?

Ja, men på ett välkontrollerat sätt (det finns väl inga kontrollmänniskor bland er därute, eller?)

Bara man börjar fundera på saker så kommer man fram till svaren. En patient som redan en gång har utvecklat ett arteriellt, tryck- eller diabetesår har kvar sina risker och givetvis kvarstår det viss risk beroende på orsaken för flera sår. Ett venöst sår som man lyckas läka med kompressionsbehandling har hela 80% risk att komma tillbaka om inte man behandlar orsaken. Därför behöver vi tänka smart och ha uppföljande kontakt efter att såret är läkt. Fungerar kompression och avlastning? Finns det tecken till recidiv? Nyttillkommen smärta som kan vara orsakad av en ny artärstenos? Tar patienter sin mediciner som är insatt i sekundärpreventivt syfte?

Efter att ni har läst denna text vågar jag klistra in bilden på vårdförloppet och hoppas att ni alla känner nu att det är ett enkelt flöde där patienten slussas vidare till rätt instans utifrån mest trolig orsak/er till såret och under tiden påbörjar man basbehandling för att optimera förutsättningar för läkning.

Det finns cirka 40 000 patienter med svårläkta sår i Sverige och man vet att kostnad för vården av dessa patienter ligger på minst 2,5 miljarder kronor per år. Man kan tro att vi lägger guld och diamanter på såren. I verkligheten visar det sig att omläggingsmaterialet står för endast 13% av dessa kostnader, resten är vad personalen och alla oändliga besök och inläggningar inom vården kostar. Otaliga besök som diagnostiseras ”Hudsår UNS” kostar oss dyrt och leder till allvarliga konsekvenser för patienterna. Hoppas att ni blir lika provocerade som jag.

Jag ser ett ljus i tunneln när jag tänker på att tack vore ett strukturerat arbetssätt som man guidas till inom vårdförloppet kan patienter oavsett var i Sverige de befinner sig få likvärdig högkvalitativ och effektiv vård. Jag hoppas att jag allt oftare kommer att drömma om arbetsplatser där vi prioriterar klokt och avsätter tid och resurser för det som ger oss långsiktiga vinster och besparingar. Förändringar tar tid och resurser och bara orden *implementeringsprocess för vårdförlopp Svårläkta sår* kan skrämja vem som helst. Men om vi tänker att bakom dessa långa formella ord ligger ett enkelt och konkret sätt för omhändertagande av komplexa patienter med svårläkta sår så hoppas jag att flera blir sugna på att ansluta till dem regioner som redan är i gång med gapanalyser och implementering och att vi snart kan skryta med sårbehandling i världsklass i hela Sverige.

Jäv saknas.

Natalja Jacobsson

Allmänläkare och hudläkare,

Vårdcentralen Ljungsbro,

Region Östergötland,

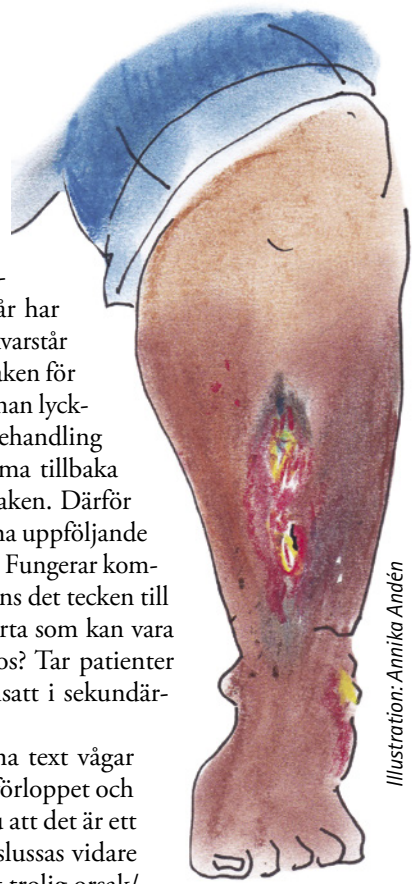
Capio hudmottagning i Motala,

doktorand, Linköpings universitet

natalja.jacobsson@regionostergotland.se



Illustration: Annika Andén



Annons

AI och maskininlärning i tidig hudcancerdiagnostik

– nytt beslutsstöd för primärvården

Hudcancer är en av de vanligaste cancerformerna och diagnosen kan vara utmanande, särskilt för melanom. Tidig upptäckt är avgörande för prognos och överlevnad. Artificiell Intelligens (AI) kan hjälpa primärvårdsläkare att identifiera svårdiagnostiserade hudcancerfall, samt minska onödiga remisser och excisioner – vilket i sin tur förbättrar patientflöden och frigör resurser för patienter med större behov.

AI som beslutsstöd i den kliniska vardagen

AI har visat sig öka känsligheten för melanom hos primärvårdsläkare från 67% till 88%, och motsvarande förbättring har setts i handläggning och remissbeslut [1]. Fler patienter med potentiellt allvarliga förändringar identifieras i tid, samtidigt som onödiga remisser och ingrepp för godartade lesioner minskar.

Hur AI och maskininlärning (MI) fungerar

AI- och MI-modeller kan analysera bilder av hudförändringar, till exempel tagna med ett dermatoskop kopplat till en smartphone, och kombinera detta med kliniska data såsom patientens ålder, kön, lesionens storlek och tidigare sjukdomshistoria. Djupinlärningsmodeller har konsekvent visat på hög klassificeringsnoggrannhet (>90%) [2, 3].

AI kan också underlätta dokumentation och datahantering, vilket frigör mer än en timme per vecka för dermatologer, vilka i dagsläget hanterar en okontrollerad volym av inkommande remisser från primärvården [4].

I en nyligen publicerad svensk studie uppnådde en smartphonebaserad AI-applikation en AUROC¹ på 0,96 för melanom med NPV² 99,5%, vilket skulle kunna minska onödiga remitteringar och excisioner i primärvården [5].

Evidens för klinisk nytta

Systematiska översikter visar att AI kan matcha eller överträffa dermatologers prestanda [6]. För melanom har djupinlärningsmodeller uppnått en sensitivitet >92% och en specificitet >87%, medan vissa modeller för basalcancers (BCC) och skivepitelcancer (SCC) når upp till 83–90% sensitivitet och 92–98% specificitet [7-9].

- AUROC (Area Under the Receiver Operating Characteristic curve):** mäter hur väl en AI/MI modell skiljer mellan godartade och maligna lesioner; högre värde är bättre.
- NPV (Negative Predictive Value):** sannolikheten att ett negativt testresultat verkligen innebär att patienten inte har sjukdom.

När AI används som beslutsstöd ökar den sammanvägda (läkarens bedömning ihop med AI:s bedömning) sensitiviteten från 74,8% till 81,1% och specificitet från 81,5% till 86,1% [6]. Detta innebär att primärvårdsläkare känner större trygghet i sina beslut och variationen i diagnostisk kompetens mellan kliniker kan på så sätt minska.

Läkarperspektiv på AI

Intervjuer visar att läkare värdesätter AI som beslutsstöd men efterfrågar samtidigt transparens, utbildning och tydliga riktlinjer [1]. Många ser AI som ett sätt att öka precisionen i triage och förbättra patientflöden. I en annan studie, där läkare fick använda en AI-baserad mobilapplikation, framkom betydelsen av *tillit* till AI, *användbarhet* och *användarupplevelse* av själva mobilapplikationen samt hur AI kan tillämpas i *det kliniska sammanhanget* som centrala teman för en framtida implementering inom klinisk praxis [10].

Utmaningar

Följande utmaningar kvarstår för att AI/MI-modeller inom hudcancerdiagnostik ska kunna implementeras på bred front inom vården:

- **Datakvalitet och generaliserbarhet:** AI-modeller är starkt beroende av stora och korrekt märkta datamängder [2].
- **Hudtoner:** Begränsad variation i träningsdata påverkar noggrannhet för mörkare hudtyp [3].
- **Overfitting:** Algoritmer kan prestera dåligt på nya populationer [4].
- **Brist på utvärdering i verkliga miljöer:** Många studier är experimentella; enbart smartphonebilder kan ge varierande kvalitet [5].
- **Etik och reglering:** Låg specificitet kan leda till överdiagnostik; patientsekretess och algoritmernas ”svarta låda”-karaktär är centrala [6].
- **Klinikeracceptans:** Oro för urholkning av kompetensnivå och överberoende [1].
- **Långsiktig prestanda:** Kräver kontinuerlig övervakning [7].

Framtid och implementering

För att AI ska bli ett tryggt/hållbart verktyg i primärvården behövs:

- Standardiserad validering med mångsidiga datamängder
- Prospektiva studier i verkliga kliniska miljöer
- Förklarbar AI (Explainable AI)
- Human-in-the-loop-modell: AI som komplement till mänsklig expertis
- Kostnadseffektiva och tillgängliga lösningar

Slutsats

AI- och MI-modeller för tidig hudcancerdiagnostik erbjuder stora möjligheter för primärvården. Den vetenskapliga evidensen visar på hög diagnostisk prestanda, ökat förtroende hos läkare och färre onödiga åtgärder. Med noggrann utveckling, etiska riktlinjer och integration i det kliniska arbetsflödet kan AI bli ett värdefullt komplement som stärker allmänläkares beslutsprocess, effektiviserar patientflöden och bidrar till förbättrade patientresultat.

Jävlbindningar: Medgrundare och chefläkare för AI Medical Technology.



Panos Papachristou
Allmänläkare, med dr, Grevturemottagningen,
AI Medical Technology
panos@aimedtech.com

Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

1. Jones OT, Calanzani N, Scott SE, Matin RN, Emery J, Walter FM. User and Developer Views on Using AI Technologies to Facilitate the Early Detection of Skin Cancers in Primary Care Settings: Qualitative Semistructured Interview Study. *JMIR Cancer*. 2025;11:e60653.
4. Jaklitsch E, Thames T, de Campos Silva T, Coll P, Oliviero M, Ferris LK. Clinical Utility of an AI-powered, Handheld Elastic Scattering Spectroscopy Device on the Diagnosis and Management of Skin Cancer by Primary Care Physicians. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231205979.
5. Papachristou P, Söderholm M, Pallon J, Taloyan M, Polesie S, Paoli J, Anderson CD, Falk M. Evaluation of an artificial intelligence-based de-

cision support for the detection of cutaneous melanoma in primary care: a prospective real-life clinical trial. *Br J Dermatol*. 2024;191(1):125-133.

7. Krakowski I, Kim J, Cai ZR, Daneshjou R, Lapins J, Eriksson H, Lykou A, Linos E. Human-AI interaction in skin cancer diagnosis: a systematic review and meta-analysis. *Npj Digit Med*. 2024;7(1):78.
10. Helenason J, Ekström C, Falk M, Papachristou P. Exploring the feasibility of an artificial intelligence based clinical decision support system for cutaneous melanoma detection in primary care – a mixed method study. *Scand J Prim Health Care*. 2024 Mar;42(1):51-60. doi: 10.1080/02813432.2023.2283190.

**NAAKA
DAGEN** Hösten
2025

20 oktober 2025

En utbildningsdag om astma, allergier
och KOL för allmänläkare av allmänläkare

NAAKA (SFAM:s nätverk för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare) anordnar en utbildningsdag för allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin.

Under dagen kommer vi att belysa en rad frågor som allmänläkare ställs inför i det dagliga arbetet med personer med astma, allergier och KOL.

- Hur utreder vi allmänläkare luftvägsbesvär?
- Hur strukturerar vi vårt arbete?
- Hur hänger KOL ihop med psykisk ohälsa?
- Vad kan kronisk hosta stå för?
- Vilka nyheter finns det inom ämnesområdet allergi?
- Och så favoriten i repris: "Inhalationsteknik".

Plats: Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

Varmt välkomna!
NAAKA

För mer information och
anmälan skanna här:



SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

**Astma
Allergi, KOL
Allmänmedicin**
Nätverket för Astma-Allergi- och KOL-intresserade Allmänläkare

Onödig vård av patienter med funktionella besvär och hur vi kan bli bättre

Patienter med funktionella besvär presenterar många gånger samma eller liknande symtom som patienter med sjukdomar inom en klassisk sjukdomsmodell, där etiologisk förklaring finns. Christian Nordenstams artikel i detta nummer handlar om hur funktionella besvär kan uppkomma och hur de skiljer sig från strukturella sjukdomar. När vården fel- eller övertolkar signaler från den normala fysiologin som tecken på patofysiologi riskerar vi att utsätta dessa patienter för onödig vård. Och i förlängningen till att besvären vidmakthålls och försämras [1, 2]. Vi riskerar också att ”skapa” patienter ifall vi benämner normal fysiologi som vore den patologi, genom att en individ då lätt identifierar sig som en patient – trots att hen är fullt frisk.



Funktionella tillstånd betraktas ofta som uteslutningsdiagnoser. Men faktum är att det finns anamnestiska och kliniska tecken och symtom som ger hög träffsäkerhet för att diagnostisera funktionella tillstånd, så kallad positiv diagnostik.

Funktionella tillstånd betraktas ofta som uteslutningsdiagnoser. Men faktum är att det finns anamnestiska och kliniska tecken och symtom som ger hög träffsäkerhet för att diagnostisera funktionella tillstånd, så kallad positiv diagnostik. Exempelvis har det visat sig säkert att ställa diagnosen irritabel tarm baserat på dess typiska kliniska presentation och någon utredning är i typfallet inte nödvändig [3]. Det har också visat sig att allmänläkare är skickliga, och snabba, på att fånga dessa tillstånd med låg risk för fel [4]. En grund i diagnostiken är att skilja på symtom och faktiska fynd samt typiska mönster i anamnes och symptomutbredning, som stämmer med fysiologisk aktivering och inte med kända patofysiologiska mönster.

Detta behöver vi ta fasta på och öva upp vår förmåga att lita på. Vi behöver låta funktionella diagnoser bli självklara som preliminära diagnoser redan vid första mötet och se på dem som vilka differentialdiagnoser som helst. För om vi fortsät-

ter att betrakta dessa tillstånd som uteslutningsdiagnoser, då är risken för skadliga effekter stor. Om man inte benämner en funktionell diagnos som en tänkbar differentialdiagnos för patienten i ett tidigt skede, riskerar det också att bli svårare att introducera det som den mest sannolika diagnosen senare, i de fall där vissa utredningar eller undersökningar ändå är motiverade i initialskedet.

Tröskeln att som läkare då ta upp att det rör sig om ett funktionellt tillstånd kan bli högre, vilket kan leda till att man tar sats för samtalen. Och att gå satsandes in i ett sådant samtal kan bädda för konflikt eftersom man som läkare har ett stort så kallat informationsavstånd till patienten. För att få patienten med sig i ett sådant möte gäller det, i enlighet med klichén, att möta patienten där hen är och bit för bit ta hen med sig till den funktionella planhalvan. Och den uppgiften är grannlaga, särskilt om man går in i mötet uppladdad. Du kan läsa mer om konsultationstips i Carl Sjöströms artikel.

Patienter med funktionella besvär, det vill säga besvär som kan förklaras av normala fysiologiska skyddsreaktioner som inte längre fungerar på ett hjälpsamt sätt, beräknas stå för en stor andel av alla besök såväl i primärvård som sekundärvård [5]. Många av dessa blir nöjda och symptomlindrade av normaliserande besked om besvärens art, utan någon djupare förklaringsmodell. Något enstaka extra medicinskt test eller undersökning är sannolikt i de flesta fall ingen större katastrof, i den mening att det inte försämrar utfallet för just den individ som är patient just nu.

Totalt sett riskerar det däremot att bli många onödiga tester och undersökningar. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv ökar förstås risken för skadeverkningar när tester utan nytta tas, då det kan leda både till falskt positiva utfall och överdiagnostik – som riskerar leda till fel- och överbehandling såväl som det kan ge negativa psykologiska effekter och göra personer till patienter i onödan. Onödiga vårdinsatser ger också undanträngningseffekter och är resursmässigt ohållbart [6].

Även väsentligt ofarliga rutinåtgärder i vården har dessutom nackdelar och kan i sällsynta fall leda till stor skada; även ett enkelt blodprov kan potentiellt leda till en tromboflebit som i sin tur i värsta fall kan leda till en allvarlig infektion eller allvarlig blödningskomplikation till blodförtunnande behandling. Det är när det ena leder till det andra som skadan ofta blir som störst och också är svår för oss i vården att förutspå.

I Mattias Röösts artikel kan du fördjupa dig i hur psykologiska försvar och ångestekvivalenta manifestationer kan vara bidragande för de patienter som har de allra svåraste funktionella tillstånden, och hur affekt fokuserad terapi kan vara ett sätt att komma åt problemen. Den värsta skadan med onödiga



insatser riskeras i denna patientgrupp, som har svårare funktionella besvär och/eller starkare föreställningar och rädslor kring sina besvär.

Vården riskerar här att ställa till med stor skada, ifall vi inte vågar stå fast vid medicinska bedömningar utan faller till föga för tester och undersökningar, som inte sällan leder till utredningskaskader [6]. Risken för fynd utan relevans, medikaliserings och överdiagnostik är bland dessa patienter överhängande. Och för varje ny undersökning som görs blir patientens besvär bara sämre och hen blir allt mer övertygad om att det finns något biomedicinskt fel [2]. Ju mer vi letat, desto allvarligare måste felet vara – eftersom vi inte ens lyckas hitta det med de mest avancerade testerna – tycks ibland den omedvetna tolkningen hos patienten vara.



Ur ett patientsäkerhetsperspektiv ökar förstås risken för skadeverkningar när tester utan nytta tas, då det kan leda både till falskt positiva utfall och överdiagnostik ...

Att höja sin kompetens i att handlägga patienter med funktionella besvär behöver inte vara svårt. Att öka medvetenheten om funktionella besvär och aktivt lyfta det som en differentialdiagnos – särskilt vid oklara fall – istället för att starta utredningar på allt för vaga grunder, samt att öva på att känna igen typiska nyanser i patienternas berättelser och typiska mönster i symtom och status är ett bra första steg.

Att vidare bekanta sig med och integrera de förklaringsmodeller som finns [7], så att man känner sig trygg när man

ska förklara för sina patienter, och att lära sig några grundläggande psykologiska behandlingsmetoder [8] gör att handläggningen blir roligare. Patientfrågorna i Kloka Kliniska Val fungerar väl både för att påminna sig själv om att medicinska in-

satser bör ha en tydligt positiv nytto balans för att rekommenderas och för att få patienter att lättare förstå detta [9].

Några sådana redskap i händerna kan hjälpa att gå in i möten med denna patientgrupp med nyfikenhet istället för med en klump i magen. För att bemästra strategierna behöver man förstås också öva. För själva konsultations-

metodik är den vanliga tredelade konsultationsmodellen, som lärs ut på svenska grundutbildningar och ST-kurser, lämplig som utgångspunkt. De strategier som är hjälpsamma i möten med funktionella patienter lämpar sig väl för att integrera i den.

På samma sätt som vid konsultationsträning är videoanalys och kollegiala reflektioner, gärna under handledning av en van konsultationshandledare, lärorikt för att hitta de strategier och förklaringsmodeller som fungerar bäst för just dig. Hur du kan hantera klumpen i magen kan du läsa om i Arwa Josefssons artikel *Du är också din patient* i detta nummer. Även egenterapi, eller psykologisk handledning, kan vara av godo och kanske borde det erbjudas alla allmänläkare på samma sätt som det erbjuds psykologer.

Tillsammans kan konsultationsträning, självomhändertagande och ökad kompetens om positiv diagnostik och förklaringsmodeller för funktionella besvär minska risken för onödiga vårdinsatser och överdiagnostik och öka chansen att känna sig tillfreds med sitt jobb – och i slutändan att vara en sådan läkare du vill vara.

Jäv saknas.



Oskar Lindfors
Allmänläkare, Järpens Hälsocentral
oskarlindfors81@hotmail.com

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

1. Maroti D, Dehdari B, Von Below C. Funktionella somatiska symtom och nya behandlingsperspektiv: Psykodynamisk känslofokuserad korttidsterapi har god effekt. *Läkartidningen*. 2023;120:23073.
5. Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JG, et al. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *The Lancet*. 2024;403(10444):2649-2662.
7. Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. Functional somatic symptoms in children and adolescents: A stress-system approach to assessment and treatment. *Springer Nature*, 2020.
8. Nordenstam C, Bengtsson J, Domargård K, et al. Handläggning av psykiska besvär. *Läkartidningen*. 2025;122:24103.

Du är också din patient

En vanlig fråga jag får när jag föreläser om funktionella besvär är: *Hur får du med patienten på tåget?* Kanske behöver vi först ställa en annan fråga: *Är jag själv med på tåget?*

Funktionella besvär är tillstånd där vi ”inte hittar något”. Eller där de objektiva fynden inte till fullo förklarar det patienten upplever. Där besvären handlar mer om en fysiologi i obalans, än om en tydlig medicinsk patologi [1]. Karakteristika som många läkare känner igen är långdragen smärta, utmattning och autonom dysreglering utan förklarande medicinska fynd [2]. Under de år som jag har undervisat om funktionella besvär, har jag sett hur kollegor ofta upplever patientgruppen som utmanande.

Så länge vi varken är trygga med diagnostik, handläggning eller hjälpsamma förklaringsmodeller bakom funktionella besvär, kommer mötet med patientgruppen att fortsätta vara besvärlig och väcka obehag. Det är naturligt.

Att då möta sitt eget obehag med nyfikenhet och närvaro, är att gå före och ge plats för sin patient på samma tåg. När du börjar med dig själv, blir det också lättare för patienten att följa efter. Det handlar om att *ta hand om* sitt obehag, framför att fly från eller försöka bekämpa det [3]. Det gäller både dig och din patient.



Funktionella besvär är tillstånd där vi ”inte hittar något”. Eller där de objektiva fynden inte till fullo förklarar det patienten upplever.

Hot och anpassning

Obehag är information från våra anpassningssystem, signaler om ett uppfattat hot. Det aktiverar kamp- och flyktimpulser, som ska hjälpa oss att *bli av med* det som hotar. Vanligen genom att gå till anfall *mot* eller avlägsna sig *från* det. För att göra det behöver kroppen genomgå en fysiologisk omställning, en *anpassning*. Eller gå i *försvar*, om man så vill [4]. Anpassningen innebär en förändrad aktivitet i det autonoma nervsystemet, men också i immun- och hormonsystemet. Sådana fysiologiska anpassningar sker inte bara vid hot, då vi ofta kallar det *stress* eller *ångest*. Det sker också när kroppen signalerar behov, och ryms under begreppet *känslor* [5].

I vår kultur kallas dessa signaler från friskt fungerande anpassningssystem ofta för *symtom*, även i vardagligt språk. När vi sätter en medicinsk etikett (symtom) på signaler från an-

passningssystemens naturliga aktivitet, blir det också vårdens uppgift att *få bort* signalerna. Plötsligt har vi börjat betrakta *fysiologi* som om det vore *patologi*. Då är risken stor att vi också börjar handlägga obehag från en autonom anpassning som tecken på en medicinsk sjukdom.

Hot kan vara yttre eller inre, och ”verkliga” eller inlärd. Ett verkligt inre hot kan till exempel vara en bakterie eller ett virus. Inlärd hot kan utgöras av våra egna tankar och känslor, som i sig kan utlösa en anpassningsreaktion [6,7]. Ibland har vi till och med lärt

oss att reagera negativt på de signaler som kommer från en redan pågående anpassning (till exempel hjärtklappning). Det förstärker hotupplevelsen ytterligare och en ond cirkel uppstår, där anpassningen till slut skenar [8]. På sikt kan det bidra till en mer eller mindre konstant obalans i systemen. Den negativa upplevelsen av signalerna, skapar i sig nya signaler.

Det som utmanar väcker rädsla

Bara det att vi läkare *upplever* patienter med funktionella besvär som utmanande räcker för att aktivera en naturlig del av våra anpassningssystem – rädsla [7,9]. Inte nödvändigtvis för att vi är rädda för våra patienter, utan snarare för det som växer inom oss själva. Det kan vara påminnelsen om vår egen otillräcklighet eller att känna oss maktlösa inför en annan människas lidande. Det kan också handla om upplevda krav på utredningar, förskrivningar, intyg med mera.

Kulturellt sett är vi också vana vid att rikta uppmärksamheten utåt vid rädsla, och vi letar efter hotet utanför oss. Det kan leda till att vi uppfattar det som att det är *patienten* som är problemet. Rädslan tar sig då uttryck i kamp mot patienten: vi dömer, förminskar och distanserar oss till patientgruppen ”*som inte har något*”, där det ”*sitter mellan öronen*”. Eller i flykt från ansvar, där vi fortsätter att utreda och remittera, tycker synd om, eller fokuserar på och intygar funktionsnedsättningar hos patienten.

Varför gör vi så? Hur underligt det än kan låta, är det vårt sätt

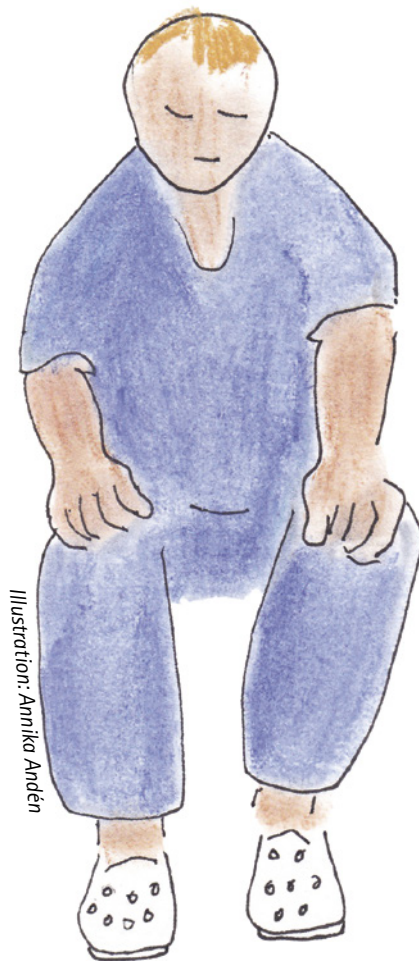


Illustration: Annika Andén

att göra precis samma sak som våra patienter, när de försöker *bli av med* funktionella symtom. Vi söker den *lättnad* som uppstår när vi blir av med det obehag som är kopplad till rädsla. Men rädslan handlar egentligen om det hotfulla i att inte räcka till, eller idén om att något allvarligt kan hända dig eller din patient. Lättnaden är dock tillfällig, men rent impulsivt väljer vi människor beteenden som ger belöning nu framför sådana som är hjälpsamma på sikt. Precis som våra patienter, söker vi läkare också sätt att dämpa upplevelsorna av en anpassningsreaktion, så länge vi betraktar signalerna som tecken på hot [7,9]. Men att handlägga våra patienter genom ett undvikande av eget obehag, stämmer dåligt med den läkare vi vill vara. Det riskerar snarare att förstärka obehaget på längre sikt.

Vägen framåt: Från att stå ut med till att ta hand om

Vi säger ofta att patienter ska lära sig att leva med sina symtom, och *stå ut* med sitt obehag. Men att bita ihop och trycka undan våra signaler är ett kampbeteende, *samtidigt* som det är en flykt från möjligheten till utveckling.

Med vår kunskap om människokroppen har vi läkare ett unikt läge att gå i första ledet, genom att börja ta våra egna anpassningsreaktioner på allvar. Lära oss att identifiera våra signaler, både de som informerar oss om våra behov (känslor) och det som signalerar hot (stress) [3]. Det innebär att *ta hand om* de signaler som i grunden är till för att skydda oss, framför att *stå ut med* eller försöka *bli av med* ett obehag. Till syvende och sist är de blott naturliga signaler från en homeostas i anpassningsläge.



Att då möta sitt eget obehag med nyfikenhet och närvaro, är att gå före och ge plats för sin patient på samma tåg.

Så för att få patienterna med på tåget, låt oss börja med oss själva. Ett första steg i att släppa kampen, avstå flykten och hjälpa kroppen att hitta tillbaka till jämvikt, är att öva på att vara medvetet närvarande med sitt obehag när det uppstår. För uppstår gör det. Utgå från att det *ingår*, både när vi träffar patienter med funktionella besvär och vid utmaningar i övrigt. Att då stanna upp, vända sig in mot kroppen och förmedla en intention: *”Hej kroppen, jag märker att du är orolig. Jag tar dig på allvar och vill hjälpa dig att känna dig trygg”*. Det är ett sätt att börja ge plats för kroppens reaktioner. En enkel minnesregel som hjälper dig med detta är SOAS (se faktarutan).

Till ytterligare hjälp kan vi odla något som kallas *självmmed-känsla*. Det är ingenting vi har automatiskt, utan en förmåga vi kan utveckla. Självmedkänsla handlar om att möta sig själv med värme, förståelse och vänlighet – särskilt(!) när vi har det svårt [10]. Det handlar inte om att tycka synd om sig själv. Tvärtom. Att ge plats för oss själva när det känns tufft, utan

SOAS – ett verktyg för att återvända till sig själv

SOAS är ett konkret regleringsverktyg som du kan använda för att återvända till dig själv, särskilt i situationer där du känner dig pressad, trängd eller otrygg. När du har börjat känna av effekten av SOAS – inte bara i teorin, utan som kroppslig erfarenhet – blir det tydligare för dig hur du kan använda det för att vägleda dina patienter i deras lidande.

Prova att följa dessa fyra steg, då och då under dagen, särskilt när du känner dig utmanad:

1) *Stanna upp*. Låt kroppen stillna. Sätt ner fötterna och släpp spänningen i axlarna. Ta ett långsamt, medvetet andetag, ända ner i magen. Med kroppen signalerar du nu till hjärnan att du inte är i fara. Det dämpar aktiveringen i hotsystemet och hjälper dig att återvända till nuet.

2) *Observera*. Lägg märke till hur du har det just nu. Känn efter, utan att döma: *”Min kropp reagerar som om den vore utsatt för hot”*. Sätt ord på obehaget, tyst för dig själv *”Jag märker av ett obehag av att min puls ökar, det blir trögare att andas, energin har gått ur mig och jag vill härifrån”*. Att sätta ord på obehag är ett sätt att bekanta sig med det, det lugnar.

3) *Acceptera*. *”Att också jag är mänsklig och att obehag utlöser kamp-/flyktimpulser, även hos mig”*. Vi styr inte över våra impulser, men vi kan välja vad vi gör med dem och vi kan öva på att *avstå* att följa dem. Att medvetet stå kvar en stund, inte för att tvinga sig själv till något, utan för att hjälpa nervsystemet att erfa *”Jag klarar av att vara här”*. Det är att ge utrymme för obehag, och för något nytt.

4) *Svara an/Släppa taget*. Från ett läge där ditt nervsystem nu är reglerat, kan du nu välja hur du vill *agera* – utifrån den läkare du vill vara. Vad du vill bidra med, och medverka till.

Svara an, är den sunda versionen av kamp. Det är att vara rak, genuin och ärlig, till exempel. *”Jag förstår att det här är en svår situation, och jag vill gärna hjälpa dig. Det finns inget medicinskt tillstånd som motiverar ett sjukintyg, men det finns mycket du kan öva på för att må bättre. Vill du att jag visar dig?”*. Att *släppa taget*, är den tryggare versionen av flykt. Som inte handlar om att hänvisa till någon annan när det hettar till, utan att släppa impulsen om att gå in i sådant som inte leder någonvart medicinskt, som en klen motiverad provtagning eller remiss.

Vad just du ska svara an eller släppa, beror på dig och din kontext, och kan kopplas till frågor som *”Vem vill jag vara som läkare för min patient?”*, *”Vad vill jag bidra med – just nu, i detta möte”*. *”Vad behöver jag i så fall avstå (kamp/flykt) – för att kunna stå kvar i mig själv?”*

att vare sig förstora, förminska eller förneka det som pågår. Detta hjälper oss att släppa på spänningar och därmed lugna anpassningssystemens aktivitet.

Inget av detta är särskilt komplicerat. Men att ge sig själv utrymme för att stanna upp och *agera* framför att impulsivt *reagera*, tar till en början tid och kan kännas ovant. De flesta av oss behöver aktivt öva på detta. Kroppen är inte heller alltid bra på att skilja ovana från hot, vilket kan leda till att inlärning av nya beteenden i sig kan få anpassningssystemen att reagera. Då finns risken att man avfärdar värdet av att öva (kamp) eller skjuter upp det till en annan dag (flykt).

Först vi – sedan patienten

Vi kan inte få patienten med på tåget om vi själva inte är med. När vi lär oss att ta vårt eget obehag på allvar och ger utrymme för det, blir det tydligare för oss hur vi kan förmedla en hjälpsam väg för våra patienter. Funktionella besvär är i första hand ett

uttryck för en otrugg upplevelse av en pågående anpassning. När du övar på att ta hand om ditt eget obehag, i stället för att försöka bli av med det, visar du också vägen för patienten att göra detsamma. Så går vi från symtom som ska utredas och behandlas bort, till signaler som vi medvetet ger plats för. Så stärker vi också vår förmåga att möta utmaningar med närvaro och större trygghet.

Jäv saknas.



Arwa Josefsson
Specialistläkare i
allmänmedicin och psykiatri,
leg psykoterapeut, Stockholm

Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

3. Farb, N., Daubenmier, J., Price, C. J., Gard, T., Kerr, C., Dunn, B. D., ... & Mehling, W. E. (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in psychology*, 6, 763.
4. Kozłowska, K., Scher, S., & Helgeland, H. (2020). *Functional somatic symptoms in children and adolescents: A stress-system approach to assessment and treatment* (p. 383). Springer Nature. Sid. 87.
6. Lenaert, B., Boddez, Y., Vlaeyen, J. W., & van Heugten, C. M. (2018).

Learning to feel tired: A learning trajectory towards chronic fatigue. *Behaviour research and therapy*, 100, 54-66.

7. Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592.
10. Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

OM INGENTING FINNS KVAR, FINNS INGENTING ATT RÄDDA

Krig tar människoliv. Men i krigssituationer kan modern sjukvård och läkare fortfarande rädda många.
Vid ett kärnvapenkrig försvinner den möjligheten.
Vid ett kärnvapenkrig försvinner alla möjligheter.

Används kärnvapen står sjukvården maktlös.
Hjälp oss se till att det aldrig händer.



Läs mer om oss på SLMK.org
Eller swisha en gåva som hjälper
kampen mot kärnvapen



SVENSKA LÄKARE
MOT KÄRNVAPEN

Annons

Känslors betydelse för funktionella somatiska symtom

Patienter som söker sjukvård för kroppsliga symtom där ingen enskild somatisk eller psykiatrisk sjukdom kan hittas tillhör vardagen inom allmänmedicin men också inom flera andra specialiteter. I studier uppskattas förekomsten till minst 20% av alla allmänmedicinska bedömningar [1]. Patienterna har vanligen en hög sjukvårdskonsumtion, upplever sig ofta missförstådda och riskerar överdiagnostik och iatrogena skador. Från att tidigare benämnts med olika termer såsom psykosomatik, medicinskt oförklarade symtom eller somatiforma syndrom har tillståndet ersatts med begreppet funktionella somatiska symtom (FSS) som beskrivs som skapade av komplexa interaktioner mellan biologiska och psykosociala faktorer [2]. Man poängterar att inte se tillståndet dualistiskt. Tillstånd som vanligen inkluderas i FSS är exempelvis gastrointestinala symtom som IBS, smärttillstånd som fibromyalgi och neurologiska symtom exempelvis funktionella pareser och kramper. Förklaringsmodellerna kring FSS skiljer sig något men har flera gemensamma grunder inom ett biopsykosocialt perspektiv [3,4]. Det finns dock fortsatta frågetecken kring individuella variationer och olika faktors relativa betydelse inom ett biopsykosocialt spektrum för orsaker till FSS vilket manar till stor ödmjukhet vid möten med patienter med FSS. Det är viktigt att så specifikt som möjligt försöka förstå patientens symtom och även om det är ovanligt att FSS feldiagnostiseras förekommer det vilket talar för att vara öppen för att ompröva diagnosen [5]. Tyvärr präglas ofta diskussionerna om orsak och behandling för FSS fortfarande av polarisering mellan olika inriktningar istället för nyfikat utforskande.



Tyvärr präglas ofta diskussionerna om orsak och behandling för FSS fortfarande av polarisering mellan olika inriktningar istället för nyfikat utforskande.

Inom allmänmedicin möter vi patienter med funktionella symtom över ett stort spektrum, allt från spontant övergående enskilda symtom som behöver en begränsad insats hos en stor grupp patienter till mycket uttalade och invalidiserande

symtom från flera organsystem med stort sjukvårdsbehov. Det finns dock en tendens att se FSS som en homogen grupp när det i själva verket finns en mycket stor spridning av symtomens allvarlighetsgrad. Vid FSS med mindre uttalade symtom behövs vanligen enbart en begränsad diagnostisk bedömning följt av information, normalisering och enkla råd. En utmaning i de fallen är att begränsa utredning och överdiagnostik. Vid mer uttalade symtom däremot, som svår IBS, smärtproblematik och funktionella neurologiska symtom, behövs ett mer aktivt omhändertagande med tydliga diagnostiska överväganden avseende biopsykosociala faktorer och individualiserade åtgärder [6]. Inom svensk vård saknas dock ett tydligt upplägg för stegvis vård för patientgruppen inom primärvården och det finns endast ett fåtal sekundärvårdsenheter som tar emot patienter med FSS.

Allmänmedicinskt arbetssätt

Erfarna allmänläkare är generellt väl förtrodda med att möta patienter med funktionella tillstånd och konsultationsmetodiken är väl lämpad för att fånga in tillståndet vid tydliga fall. En metasyntes av kvalitativa studier beskriver dock flera utmaningar för allmänläkare i möten med patienter med FSS [7]. Här poängteras svårigheter för läkare att hantera inkongruensen mellan den dominerande biomedicinska sjukdomsmodellen och patienternas symtomatologi och svårigheter att nå en gemensam förståelse mellan läkare och patient samt betydelsen av att ett biopsykosocialt angreppssätt. Uppfattningen är att framgångsrika möten med patienter med FSS inkluderar ett stort fokus på kognitiv och känslomässig allians med patienten, inklusive tillit, partnerskap och stöd, och en flexibilitet hos läkaren att se patientens symtom ur flera perspektiv. Det finns evidens för att allmänmedicinska principer kan vara effektiva för att minska somatiska symtom vid FSS även om effektstudier är ovanliga. I en randomiserad engelsk studie av långvariga somatiska symtom erbjöds interventionsgruppen en ”utvidgad allmänmedicinsk bedömning” bestående av fyra konsultationer, hos dedikerade allmänläkare med speciell utbildning i allmänmedicinskt arbetssätt för FSS. Interventionen fokuserade på en detaljerad anamnesupptagning och validering av symtom, etablering av en biopsykosocial förklaringsmodell och en gemensam strategi för hantering av symtom. Studien visade ett number needed to treat på 4,2 för att nå en kliniskt signifikant minskning av de somatiska symtomen [8]. Däremot visade en dansk randomiserad studie av ett kortare utbildningsprogram för omhändertagande av FSS av allmänläkare i klinisk vardag inte någon effekt på patienternas symtom [9]. Sammantaget kan det tala för att det allmänmedicinska arbetssättet behöver



fördjupas och ges ytterligare plats i behandlingen av patienter med FSS. Det finns dock en stor andel patienter som inte blir hjälpta av begränsade interventioner och tillgängliga metoder inom primärvården. Exempelvis har den vanligaste terapiformen vid FSS – kognitiv beteendeterapi – endast små effekter i vetenskapliga studier [10]. Det finns därför ett stort behov av pågående forskning och implementering av individualiserade och stegvisa behandlingar för att förbättra omhändertagandet av denna stora patientgrupp.

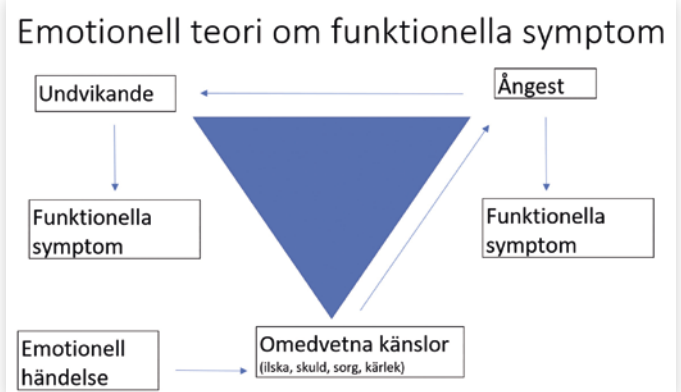
Emotionellt fokuserat förhållningssätt

Även om det generellt behövs ett brett biopsykosocialt förhållningssätt till FSS är det också viktigt att försöka komma fram till specifika faktorer som påverkar symtomen. Det är tydligt att psykologiska och känslomässiga faktorer har stor betydelse för att skapa och/eller vidmakthålla FSS hos vissa patienter. Tidiga traumatiska upplevelser och alexitymi är överrepresenterat hos patienter med FSS och studier visar ett samband mellan emotionell dysreglering och dels påverkan på somatosensoriska och noceptiva cerebrala mönster och dels förändringar i neuroimmunologiska markörer hos patienter med FSS [11-14]. Därtill har psykodynamiska korttidsterapier med högt emotionellt fokus i form av EAET (Emotional Awareness and Expression Therapy) och ISTDTP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy) visat goda resultat i ett flertal studier av patienter med FSS [15-18]. Vidare visar en pågående studie om stegvisa interventioner för patienter med komplex FSS att ett tidigt fokus på emotionella faktorer ger minskade symtom [19]. Detta talar för att tidigt i möten med patienter med misstänkt FSS aktivt undersöka emotionella faktorer betydelse. Dels för att tillsammans med patienten nå en gemensam förklaringsmodell till symtomen och kunna undvika onödig medicinsk utredning och dels för att kunna erbjuda rätt insatser.

Känslor och funktionella somatiska symtom

Ur ett affekt-fokuserat och psykodynamiskt perspektiv kan FSS förstås som helt eller delvis orsakade och vidmakthållna av undvikande av komplexa känslor (sorg, skuld, ilska, kärlek) orsakade av exempelvis anknäringstrauman [20]. Detta leder till fysiologiska ångestreaktioner och psykologiska försvar/undvikande för att hålla känslor borta och hantera ångest. Processen är automatiserad och mer eller mindre omedveten vid nya tillfällen under livet som triggar liknande komplexa känslor. Ångesten uttrycker sig vanligen i neurofysiologiska reaktioner relaterade till tvärstrimmig muskulatur (spänningar som kan ge upphov till smärttillstånd), glatt muskulatur (exempelvis gastrointestinala symtom) eller kognitiv påverkan (tankesvårigheter, dissociation, tunnelseende och yrsel). Psykologiska försvar inkluderar exempelvis intellektualiserande, katastroftänkar, att vända känslor mot sig själv i självkritik eller mer komplicerade mekanismer som exempelvis projektioner (att förlägga sina egna känslor hos någon annan) eller svartvitt tänkande [20]. Ur det här perspektivet kan FSS skapas och underhållas såväl genom de fysiologiska ångestreaktionerna som de psykologiska försvarerna (figur 1). De fysiologiska reaktionerna är observerbara i mötet med patienten och kan användas i diagnostiken (tabell 1).

Traditionellt har FSS hanterats som en uteslutningsdiagnos, det vill säga negativ diagnostik men ett mer aktivt diagnostiskt



Figur 1: Affektfokuserad och psykodynamisk teori om uppkomst och vidmakthållande av funktionella somatiska symtom.

Fysiologisk reaktion	Observation under känslufokuserat samtal	Exempel på funktionella symtom vid långvarig dysreglering
Tvärstrimmig muskulatur	Spänningar i armar, händer. Suckar. Rör på sig.	Smärtproblematik, spänningshuvudvärk.
Glatt muskulatur	Frånvaro av spänningar. Magbesvär, illamående.	IBS, buksmärtor, epigastralgi.
Kognitiva/perceptuella reaktioner	Förvirring. Tunnelseende. Frånvarande i mötet.	Funktionella neurologiska symtom

Tabell 1: Exempel på observerbara fysiologiska reaktioner på ångest i samband med emotionell palpation.

förhållningssätt förespråkas. Ur ett anamnestiskt perspektiv föreslås ett antal faktorer som talande för emotionellt orsakade somatiska symtom. Dessa inkluderar **a**; att symtomen har uppkommit i tidsmässig relation till en emotionellt stressfylld situation, **b**; att symtomen förändras som respons på emotionella faktorer, **c**; multipla symtom som förändras i karaktär, **d**; förekomst av undvikande exempelvis katastroftankar, **e**; symtomen kan ses som meningsfulla eller bärande av en betydelse [21]. Ett annat sätt att bedriva positiv diagnostik för känslomässiga faktorer vid FSS är emotionell palpation influerat av affektfokuserad och psykodynamisk terapi men som mycket väl kan inkluderas i en allmänmedicinsk konsultation [22]. Detta beskrivs nedan.

Emotionell palpation

Emotionell palpation syftar till att i stunden under mötet observera patientens reaktioner under ett samtal med högt emotionellt fokus. Det är nödvändigt att patienten är delaktig och ett sätt att leda in konsultationen är att ställa frågan: Skulle du vara intresserad av att undersöka om känslomässiga faktorer kan ha en påverkan på dina symtom? Kan vi tillsammans titta på ett tillfälle där du fick mycket symtom eller ett känslomässigt jobbigt tillfälle för att försöka förstå mer? Om känslomässiga faktorer är viktiga kommer detta sannolikt att trigga ångestreaktioner eller undvikande hos patienten som är observerbara och ett ytterligare fokus på känslor kan ge patienten en tydlig upplevelse av sina somatiska symtom.

Under samtalet är det viktigt att observera patientens kroppsliga reaktioner. Om patienten vid ett känslomässigt fokus reagerar med att bli mobiliserad, spänd och suckar tolkas det som att patienten tolererar känslufokus och kan uppmuntras att fördjupa sin känslomässiga upplevelse. Om patienten däremot börjar uppvisa tecken på magbesvär, illamående eller kognitiv påverkan som respons på ett känslomässigt fokus talar det för att patienten har nått sin ångesttröskel och ytterligare fokus på känslor blir inte meningsfullt. Istället behöver patientens ångest regleras innan man återgår till ett emotionellt fokus. Exempel på interventioner för ångestreglering är att rekapitulera: ”Det verkar som att när vi pratar om den här situationen väcker det känslor som leder till obehag i kroppen med illamående. Kan det vara så?”. Ett annat sätt är att stanna upp och lägga fokus på de kroppsliga symtomen tills patienten blir mobiliserad igen. Om patienten däremot svarar med att hålla känslor borta genom undvikande, exempelvis prata om tankar eller bli självkritisk, behöver det påtalas innan man ånyo fokuserar på känslor i en specifik situation. Vanligen behöver undvikanden poängteras vid flera tillfällen för att patienten ska bli medveten om att det är ett sätt för denna att hantera känslor.

Genom en emotionell palpation där man fokuserar på känslor, hjälper patienten reglera eventuell hög ångest och bli medveten om hur känslor hålls borta kan man ofta på kort tid få en uppfattning om emotionella faktorer är viktiga för att förstå patientens symtom. Reaktioner som talar för FSS med emotionell orsak är att patienten upplever ökade symtom i stunden i form av exempelvis smärtor, IBS-symtom eller neurologiska symtom efter att undvikande av känslor hanterats eller att symtomen

minskar och försvinner vid genuin upplevelse av underliggande känslor som sorg eller ilska. Vid uteblivna reaktioner bör det däremot leda till vidare utforskande av andra orsaker till patientens symtom. Man bör vara medveten om vissa fallgropar vid emotionell palpation. Funktionella symtom kan förekomma som pålagring till en biomedicinsk sjukdom, exempelvis funktionella neurologiska symtom vid MS, där grundsjukdomen riskerar att missas vid ett ensidigt emotionellt fokus. En annan fallgrop är att uteblivna reaktioner vid emotionell palpation kan bero på komplicerade psykologiska försvar som inte identifieras och att hypotesen om emotionell orsak därför felaktigt förkastas. Men i de fall patienten får en tydlig upplevelse av symtomförändring under samtalet kan det bidra till att patienten får en ökad förståelse för sina symtom och interventionen kan också vara terapeutisk. Som följd kan patienten få en minskad önskan om fortsatt ensidig biomedicinsk diagnostik och en öppenhet för vidare psykologisk behandling.

Sammanfattningsvis är FSS ett tillstånd som allmänläkare möter frekvent i sin kliniska vardag där ett klassiskt patient-centrerat allmänmedicinskt arbetssätt är viktigt. För att på ett effektivt sätt bemöta patienter där emotionella faktorer spelar en stor roll i patientens symtomatologi finns det anledning att komplettera den allmänmedicinska konsultationen med psykoterapeutiska perspektiv för att förbättra diagnostiken och tillsammans med patienten nå en gemensam förståelse för symtomen.

Jäv saknas.

Mattias Röst
Allmänläkare, docent i allmänmedicin,
ISTDP-terapeut,
Vårdcentralen Capio Hovshaga, Växjö,
Institutionen för kliniska vetenskaper,
Malmö, Lunds universitet
mattias.roost@gmail.com



Referenser:

- (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)
- Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W and on behalf of the EURONET-SOMA Group. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Medicine* 2020; 18; 34. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1505-4>.
 - Johansen ML, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* 2017;100;647-654.
 - Burton C, Mooney C, Sutton L, White D, Dawson J. Effectiveness of a symptom-clinic intervention delivered by general practitioners with an extended role for people with multiple and persistent physical symptoms in England: the multiple symptoms study 3 pragmatic, multicentre, parallel-group, individually randomised controlled trial. *Lancet* 2024;402:2619-29.
 - Lumley MA, Schubiner H, Lockhart NA, Kidwell KM, Harte SE, Clauw DJ, et al. Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain*. (2017) 158:2354–63. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001036.
 - Abbass A, Lumley MA, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and metaanalysis of within-treatment effects. *J Psychosom Res.* (2021) 145:110473. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110473.



Funktionella besvär i den danska sjukvården

År 2018 gav den danska Hälso- och sjukvårdsmyndigheten ut nya rekommendationer för utredning, behandling, rehabilitering och avstigmatisering av funktionella besvär [1].

Rekommendationerna har haft en avgörande betydelse för organisationen av detta område och för att säkra erbjudande om behandling till en stor patientgrupp som tidigare har blivit bemötta med skepsis och ofullständiga förklaringar av deras symtom och ibland direkt skadliga behandlingsförsök inom sjukvården. Att vi i Danmark har lyckats att etablera en ny och mer meningsfull organisation beror på en rad omständigheter som föregick rekommendationerna och gradvis visade att det fanns ett behov för en förändring.

Första steget på vägen

Den första kliniken för funktionella besvär etablerades i Aarhus 1999 med Per Fink som ledare. Det var en försöksverksamhet, och kliniken var under många år främst en forskningsklinik finansierad delvis av det danska forskningsrådet, delvis av det dåvarande Aarhus län. Förutom att man fick sina första erfarenheter genom att fokusera på patientgruppen på ett annorlunda sätt, etablerade man även en del av den evidens som man idag vilar på avseende diagnoskriterier och behandling. Ända från början hade kliniken ett nära samarbete med Forskningsenheten för Allmänmedicin i Aarhus, vilket gjorde att hanteringen av hela symtomspektrumet från de prediagnostiska symtomtillstånden till de svåra kroniska funktionella besvären blev inkluderade i såväl forskning som i det kliniska arbetet.

Evidens och kunskapsöverföring

Ur bakgrundsdata från 978 patienter, varav 701 var från primärvården, gjorde man år 2007 en rad statistiska analyser, som visade ett särskilt symtomtöns-ter hos patienter med funktionella be-

svär [2]. Dessa analyser lade grunden till nya diagnoskriterier för sjukdomen. Det karakteristiska symtomtöns-tret stämde samtidigt överens med några av de mest utbredda funktionella syndromdiagnoser-na, till exempel irriterabel tjocktarm och kroniskt trötthetssyndrom, men man kunde nu samla dessa i en diagnos.

Samtidigt blev det enligt de nya kriterierna möjligt att skilja mellan lätta/moderata och svåra tillstånd av funktionella besvär. Efter denna studie följde en rad studier som bekräftade studiens validitet [3]. Som allmänmedicinare känner vi igen, att olika och med tiden skiftande syndromdiagnoser är samma fenomen snarare än att de hör hemma i olika medicinska specialiteter. Distriktsläkare var också de första som tog till sig den nya kunskapen.

Ur ett utbildningskoncept utvecklat till allmänmedicin 1999 [4, 5], har utbildning i funktionella besvär nu blivit en obligatorisk del av specialistläkarutbildningen i allmänmedicin. Spridningen av ny kunskap om funktionella besvär både bland vårdpersonal och till befolkningen har visat sig vara helt central. Utöver

utbildningen av blivande distriktsläkare, gjordes det år 2011 ett stort arbete med att etablera en hemsida med generell information om sjukdomen till både yrkesverksamma och lekmän [6] och det gjordes en informationsbroschyr med folkkupplysning – *Når kroppen siger fra* [7]. Broschyren används runtom i Danmark av yrkesverksamma inom sjukvården och sociala funktioner.

En ny symtomepidemi blomstrar

År 2015 visade TV2 en dokumentärfilm om biverkningarna av HPV-vaccinet som givits till flickor i 12-årsåldern. Det orsakade en våldsam ökning i förekomsten av HPV-vaccinbiverkningar i Danmark, samtidigt som man inte såg samma epidemi i resten av världen. Förutom att många flickor drabbades av biverkningar som den offentliga sjukvården uteslutande hanterade med omfattande utredningar men ingen behandling, ökade antalet av familjer som avstod från vaccinet väldigt snabbt. Det gjorde att en stor patientförening, Kræftens Bekæmpelse (Den Danska Cancerföreningen), reagerade. De gjorde beräkningar på hur många som skulle få cancer senare i livet på grund av den minskade HPV-vaccinationstäckningen. Den samlade bilden tvingade hälsovårdsmyndigheten att agera.

Vid dåvarande tidpunkt var Søren Brostrøm direktör för Hälsovårdsmyndigheten, ursprungligen specialistläkare i gynekologi och obstetrik, och han kände till funktionella syndrom från sitt kliniska arbete. Han tog konstruktivt tag i frågeställningen och startade en arbetsgrupp som granskade den aktuella evidensen och utifrån den skapade de nya rekommendationerna 2018. Omedelbart efter det kom ännu en vägledning: ”Kodning af funktionelle lidelser – Vejledning til sundhedspersonale” [8]. Det infördes nya diagnoskoder för funktionella be-



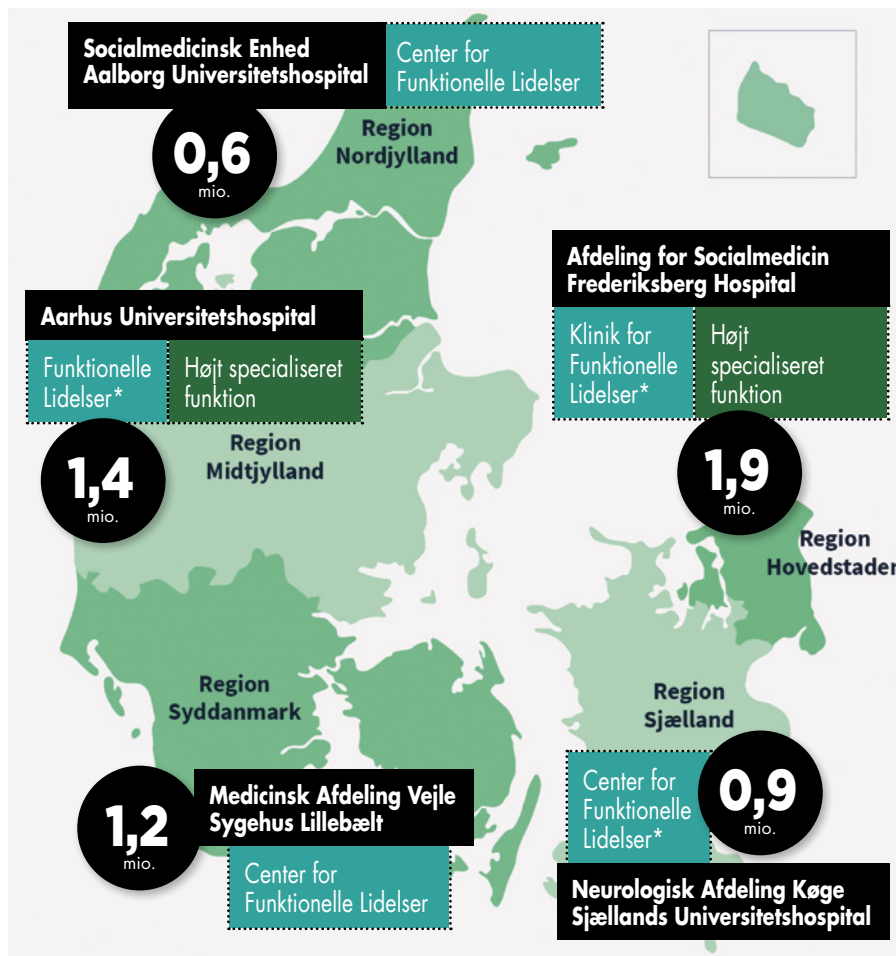
svär i den danska versionen av ICD-10 med syftet att få en bättre överblick över patientgruppen.

Den nuvarande organisationen i Danmark

Sedan 2018 har det etablerats fem centra för behandling av vuxna med funktionella besvär. Det finns nu ett center i varje region som en del av den somatiska sjukvården. På dessa centra utförs behandling av de mest sjuka patienterna, det vill säga i första hand dem med multi-organ-funktionella besvär.

Det förutsätts att primärvården har utfört en tillräcklig utredning av patienten innan remiss skickas, men man inleder alltid med en grundlig journalgenomgång och anamnes vid första besöket, som utförs av en läkare och tar cirka två timmar eller ibland längre tid. På centret arbetar man tvärprofessionellt och medarbetargruppen är sammansatt av läkare (allmänmedicinare, socialmedicinare, psykiatrer med flera), psykologer, fysioterapeuter/psykomotoriska terapeuter, sjuksköterskor och socionomer. Varje center behandlar i genomsnitt 250 patienter per år. Center som är markerade med en stjärna i figur 1 behandlar även patienter med hälsoångest, medan denna grupp i övriga regioner behandlas inom psykiatrin.

Dessa regionala centra har med tiden haft utmaningen att en del patienter inte har kunnat närvara vid upprepade besök eller till exempel i gruppbehandling. Det beror på att det bland annat har varit långa avstånd till ett center och/eller på grund av svår sjukdom, där patienten redan innan är sängliggande. Därför har man sedan 2021 utökat dessa centra med en högspecialiserad funktion. Den högspecialiserade funktionen finns endast i två regioner och behandlingen sköts på båda ställen i samarbete mellan neuro-



Danmark består av fem regioner. På kartan ser man befolkningsmängden i varje region. Läs mer om varje region: <https://rn.dk/Om-Region-Nordjylland/Fakta-om-nordjylland/Regioner-i-danmark>

logavdelningar och ett tvärprofessionellt team från dessa centra. Funktionen innebär att det finns vårdplatser och möjlighet för ett vårdförlopp över flera månader, med förklarande eller förtydligande undersökningar innan inläggning och uppföljning efter utskrivning.

Slutligen arbetar man på avdelningen i Aarhus med utveckling av digitala behandlingslösningar. Dessa lösningar ska kunna användas av de inte så allvarligt sjuka, men oberoende av geografi.

För barn och ungdomar beskrivs organisationen annorlunda i rekommendationerna från 2018. Här valde man redan från början att organisera utredning och behandling i samarbete mellan pediatriken och barn- och ungdomspsykiatrin. Det har den stora fördelen att patienterna kan placeras mera fritt beroende på vilket behov de har. Är det till exempel de funktionella besvären som är huvudproblematiken, kan barnet oftast stanna inom pediatriken med en anknuten barn- och ungdomspsykiatriker.

Finns det däremot en hög grad av psykiatrisk co-morbiditet, kan barnet överflyttas till barn- och ungdomspsykiatrin, som även har möjlighet till sjukhusinläggning med observation av personal inom psykiatrin. Dessvärre har denna modell inte utvecklats i samma fart som organisationen inom vuxenvården. Medan pediatriken har tagit till sig modellen, har barn- och ungdomspsykiatrin inom alla



Som allmänmedicinare känner vi igen, att olika och med tiden skiftande syndromdiagnoser är samma fenomen snarare än att de hör hemma i olika medicinska specialiteter.

områden varit nödlidande i Danmark, och man har därför på många ställen valt att nedprioritera behandlingen av funktionella besvär. En bild som vi dessvärre känner igen från vuxenområdet innan det flyttades till självständiga enheter med avsatta resurser till exakt denna sjukdom.

Rådgivning till primärvården

Förutom behandling av patienter ska dessa centra även fungera som kunskapscenter. Det har stor betydelse för primärvården, då dessa centra i hög grad utför rådgivning antingen i samband med remittering av patienter eller vanlig telefonrådgivning till primärvården. Flera av dessa centra anordnar dessutom eftermiddagsmöten eller heldagsseminarier, där de bjuder in sjukvårdspersonal till en uppdatering om funktionella besvär. Det finns speciellt ett behov av att förmedla den senaste kunskapen om hur vi i nuläget förstår sjukdomen och hur denna förståelse förmedlas till patienterna.



Överföring av ny kunskap om funktionella besvär i både yrkesgrupper och till befolkningen har visat sig vara helt central.

Även Hälso- och sjukvårdsmyndigheten har haft ett särskilt fokus på arbetet i primärvården. Det har skapats flera arbetsgrupper, som har arbetat fram verktyglådor till 1) behandling av vuxna i primärvården och 2) behandling av barn och unga i den primära sektorn, även inom kommunerna. Utöver det har de senast utgivit målinriktad information till patienter och anhöriga om diagnosen funktionella besvär [9].

Var står vi idag?

Vi befinner oss på en mycket bättre plats än innan 2018. I samband med covid-19 såg vi som förväntat en uppblossande ökning i efterföljande långtidssymtom. De



Förutom behandling av patienter ska dessa center även fungera som kunskapscenter.

första åren upprättades därför center för långtidssymtom av covid, men efterhand som epidemin lade sig, stängdes dessa centra igen och patienter med långtidssymtom kan idag hänvisas till center för funktionella besvär istället. Samma sak gäller de patienter som upplever långvariga och multipla symtom efter vaccin. Vi ser på symtommönster och skiljer inte mellan olika utlösande orsaker. Det betyder att det idag finns ett bra behandlingserbjudande till många av de patienter med invalidiserande symtom, som annars skulle falla mellan stolarna i vårt sjukvårdssystem.

Det tar lång tid att utveckla ett nytt område, och det handlar inte enbart om organisation inom sjukvården, utan även om att fortlöpande bli klokare på sjukdomen och inte minst att sprida den kunskap som redan finns. Konkret är dessa centra och därmed även primärvården fortfarande begränsade av att kapaciteten till specialiserad behandling är för liten (upp till

två års väntetid), att det inte finns avsatta resurser till att ta hand om kunskaps- och rådgivningsfunktionen, och att området för barn och unga hamnar på efterkälken.

Med det sagt, är vi ändå utan tvivel på rätt väg. Den nuvarande danska organisationen av området skapar synlighet och det har blivit tydligt även för beslutsfattare att funktionella besvär är en allvarlig och mot kroppsliga funktioner hotande sjukdom på nivå med andra folksjukdomar, och att behandling gör en skillnad för patienten, för sjukvården och för socialtjänsten.

Jäv saknas.



Marianne Rosendal
Allmänläkare, PhD, senior forskare,
Funktionelle Lidelser,
Aarhus Universitetshospital
och Forskningsenheten
för allmänmedicin, Aarhus.



Översatt av:

Charlotta Busch
charlotta.busch@regionhalland.se

Referenser:

1. Funktionelle lidelser – anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering, Sundhedsstyrelsen 18 juni 2018, <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Funktionelle-lidelser---anbefalinger-til-udredning-behandling-rehabilitering-og-afstigmatisering>
2. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *PsychosomMed*. 2007;69(1):30-9.
3. Budtz-Lilly A, Schroder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):180.
4. Fink P, Rosendal M, Schroder A, Ostentfeld-Rosenthal A, Rask CU, Toscano L, et al. Funktionelle lidelser – udredning og behandling. Fink P, Rosendal M, editors. København: Munksgaard; 2012. 11-244 p.
5. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*. 2002;43(2):93-131.
6. www.funktionellelidelser.dk
7. Når kroppen siger fra https://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Na_r_kroppen_siger_fra.pdf
8. Kodning af funktionelle lidelser – Vejledning til sundhedspersonale <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Vejledning-til-anvendelse-af-koder-for-funktionelle-lidelser>
9. Anbefalinger og vejledninger om funktionelle lidelser <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Funktionelle-lidelser/Anbefalinger>

Funktionella besvär:

Den sista bastionen för verklig hälsa

Funktionella besvär har länge varit en gåta för vetenskapen. Att trots upprepade provtagningar och undersökningar inte kunna påvisa en tydlig förklaring till upplevda symtom skapar frustration hos både läkare och patient. Läkarna undrar till slut när patienterna ska förstå att fler prover och mediciner inte kommer att hjälpa, och patienterna undrar när vi ska sluta skylla deras till synes uppenbart kroppsliga symtom på någon slags diffus inre ångest. Deras svårfångade natur gör att de ibland kallas för *medicinskt oförklarade symtom*, men denna term har nu till synes nått vägs ände; idag går dessa nämligen i allra högsta grad att förklara.

Det menar i alla fall dr Kasia Kozłowska och medförfattare i boken *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents (2020)*. I boken förklarar de att vi har en allt djupare förståelse för de neurofysiologiska mekanismer som ger upphov till funktionella tillstånd, hos barn så väl som vuxna. Gravt förenklat uppstår de på grund av störningar i kroppens neurofysiologiska reglering, vilken i sin tur uppkommer när kroppens stresssystem (som i modellen består av de fyra komponenterna HPA-axeln, immunförsvaret, det autonoma nervsystemet och hjärnans eget stresssystem) efter upprepade fysisk och/eller psykisk stress fastnar i en långvarig under-, över-, eller på annat sätt felaktig, aktivering.

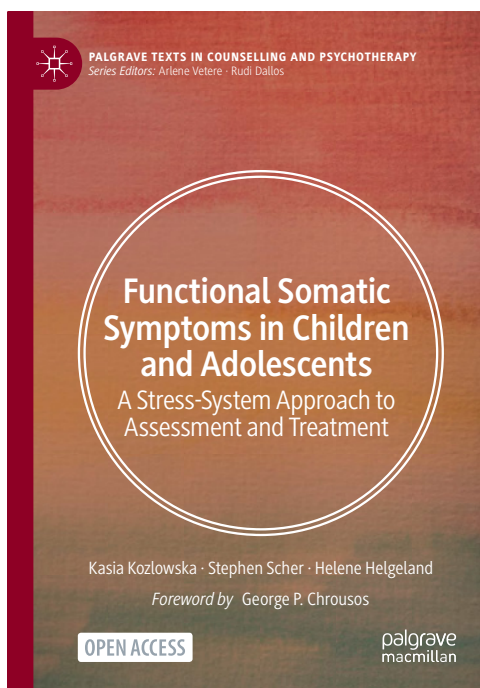
Kroppen, förklarar Kozłowska, gör ingen skillnad på psykisk och fysisk stress. Droppen som får bägaren att rinna över kan utgöras av vitt skilda faktorer, såsom en skilsmässa, en infektion eller en hjärnskakning. Och för att vara tydlig: det förefaller vara ett nästintill okontroversiellt påstående bland många av de experter som jobbar med dessa tillstånd att ME/CFS, fibromyalgi, postcovid med flera, är olika manifestationer av detta fenomen [1-2; bild 1]. Modellen innebär en vetenskapligt underbyggd och medicinskt trovärdig modell som med sitt fokus på de fysiologiska mekanismerna gör det lättare att avvärja patienterna och anhöriga i deras misstänksamhet mot förklaringar som inte går i linje med den klassiskt biomedicinska modellen.

Man får ha förståelse för att patienter blir misstänksamma. Läkare faller också offer för den falska dikotomin mellan den klassiska skolmedicinen, där allt som känns eller gör ont bara *ska* gå att förklara med organiska eller strukturella avvikelser, och det som inte faller inom dessa ramar, som istället blir de psykogena, flummiga *låtsassjukdomarna*. Den senare utgör en kategori av lidande som vi inte riktigt begriper oss på, och har i kulturen fått en betydligt lägre status än ”riktiga” (med andra ord: organiska) sjukdomar [3]. Att vi är känsliga för förklaringsmodeller som i vår kulturella kontext antyder att det vi har inte är en riktig sjukdom är egentligen inte särskilt konstigt.

När vi bedömer att patientens symtom saknar organisk förklaring pratar vi kanske trevande om ”ångest” och ”stress”, utan att patienten köper ett ord av det vi säger; det är ju tydligt att problemet sitter i kroppen. Och patienten har ju rätt. Problemet sitter i kroppen. Men läkaren har också rätt. Det sitter i psyket och i själen också. Hur skulle det egentligen kunna vara annorlunda? Kropp, själ och psyke hänger ju alla ihop. Liksom tid och rum har slagits ihop till *rumtid* har begreppet *mindbody* etablerats för att förmedla samma budskap: dessa skenbart separata fenomen är i själva verket fundamentalt förenade. Denna falska dualism borde en gång för alla kunna dödförklaras, om vi bara kollektivt vågar skriva under dödsbeviset.

Det verkar alltså som att vi börjar närma oss en vetenskapligt underbyggd och medicinskt trovärdig förklaring till funktionella besvär. Men vad innebär egentligen detta för sjukvården? Om vi till att börja med lyckas med den stora utmaningen att förklara dessa symtom på ett sätt som patienten accepterar, vad gör vi sen? Hur åtgärdar vi en störning i kroppens neurofysiologiska reglering?

För de organiska sjukdomstillstånd vi är vana vid (och som i allt väsentligt är det uttryck kulturen anser vara legitima uttryck för sjukdom) gäller att sjukdomen och dess orsak kan ses som ett ont som behöver utrotas för att återställa normal funktion och hälsa. Behandlingen kräver sällan någon särskild ansträngning av patienten och logiken bakom är självklar: bakterier gör dig sjuk, medicin dödar bakterierna, du blir frisk.



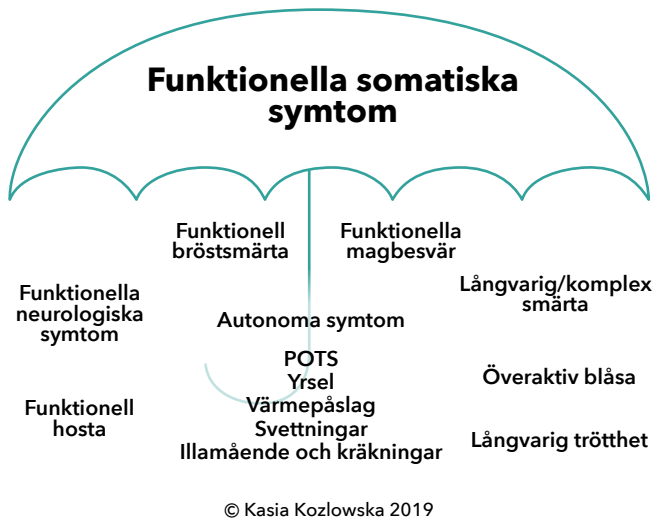


Bild 1.

Men när det kommer till funktionella tillstånd är denna pedagogiska modell inte längre tillämpbar. Symtomen uppstår här inte som en följd av en organisk sjukdomsprocess som vi kan bekämpa, utan av kroppens desperata försök att upprätthålla vår funktion under långvarigt prövande omständigheter. Att se symtomen som något ont som *måste bort* blir därför en kamp mot kroppens naturliga fysiologi, en kamp vi inte kan vinna. Ju mer energi vi lägger på att med näbbar och klor försöka bli kvitt symtomen, desto tydligare signalerar vi till stresssystemet att det behöver aktivera sig för kamp, vilket endast förvärrar besvären. Med filosofen Alan Watts ord: ”som att försöka släta ut vågor på vattnet med ett strykjärn”. Denna *somatosensoriska förstärkning* är i regel en primärt drivande orsak till långdragna och förvärrade symtom vid funktionella tillstånd [4]. Principen kan också kännas igen för den som har haft problem med sömnen eller sexlusten: ju hårdare man försöker tvinga kroppen att lyda, desto svårare blir det. En viktig behandlingsprincip är därför just *acceptans*, varför Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vunnit mark som lovande behandling vid långvarig smärta och funktionella tillstånd.

När vi släpper kampen och desperationen så ger vi kroppen en chans att lugna ner systemet, vilket i sig kan räcka långt för att minska symtomen. Vi förändrar också vår attityd till dem, och hur mycket av den totala symtomupplevelsen är egentligen



Läkarna undrar till slut när patienterna ska förstå att fler prover och mediciner inte kommer att hjälpa, och patienterna undrar när vi ska sluta skylla deras till synes uppenbart kroppsliga symtom på någon slags diffus inre ångest.

ett uttryck för just ett överdrivet fokus på, eller rädsla för symtomen? Acceptans är dock bara ett första (men ytterst viktigt) steg, och allt annat än ett passivt nederlag. Att förstå symtomens natur, och därmed se att den väg man så länge vandrat inte leder dit man trodde, innebär också att en ny väg framåt uppenbaras.

Denna nya väg innefattar behandlingsprinciper som vi i sjukvården inte är vana vid, och som innebär ytterligare utmaningar för vården, inte minst just för att det i slutändan inte är kliniker som behöver göra det stora jobbet, utan patienten. Trots att åtgärderna på pappret kan låta skrattretande simpla innebär de i praktiken en enorm utmaning. I korthet skulle man kunna säga att de går ut på att på olika sätt hjälpa kroppen reglera sig själv, genom att ta hand om sin hälsa.

Kozłowska pratar om ”bottom-up”- och ”top-down”-strategier. Bottom-up innebär att reglera stresssystemet via kroppen: det första steget är att få till en fungerande sömn, men även regelbunden fysisk aktivitet och kosten berörs, så väl som avslappning genom kroppsscanning och andningsövningar. Top-down innebär istället psykologiska metoder. Dessa är bland annat KBT för att minska symtomupptagenhet, psykoedukation och mindfulness, med målet att våga närma sig symtomen och bli trygg i att de inte är farliga, samt i synnerhet en tro på att man kan bli bättre. En annan psykologisk behandlingsmetod som bygger på liknande principer är Pain Reprocessing Therapy (PRT) som studerats med hoppfulla resultat [5].



Man får ha förståelse för att patienter blir misstänksamma.

Vikten av positiva förväntningar understryks särskilt, om och om igen, och verkar vara ett återkommande tema för både kliniker och patienter som beskriver hur de eller deras patienter efter många år av kamp äntligen blir kvitt sina besvär [1, 6-8]. Utan hopp om förbättring kan en sådan inte heller uppnås. Kanske kan detta förklara varför patientföreningar, ofta med ett fokus på avvikande biomekanismer utom vår kontroll och en närmast renodlat organisk förklaringsmodell, kan vara förenade med en sämre prognos [1-3]. När symtomen har funnits tillräckligt länge riskerar de bli en del av ens identitet, vilket naturligtvis gör patientens uppfattning av besvären svårare att rucka på, och därmed att behandla. Man kan också fråga sig om detta kan förklara varför barn har bättre prognos vid funktionella tillstånd [1]. Det finns dock gott om patientfall där även vuxna blivit mer eller mindre kvitt sina funktionella besvär [6-8].

Vad innebär allt detta slutligen för en svensk allmänläkare? Kozłowskas mindbody-program är mycket omfattande, ofta erbjuds till och med slutenvård initialt. Man jobbar multi-professionellt och intensivt för att komma ner på djupet med patienterna som alla har grava funktionella besvär (och som i fallbeskrivningarna oftast blir helt återställda). Vi har inte dessa resurser, och de flesta av våra patienter har dragits med

sina besvär länge. De kan också förvisso vara besvärliga nog att störa livet väsentligt, men sällan nog att fullständigt ta över det.

De fullständiga behandlingsprinciperna innebär att först utesluta organiska orsaker, och samtidigt varken under- eller överutreda besvären. Vi behöver sedan vara tillräckligt trygga i vår förklaring av symtomens funktionella natur för att patienterna skall kunna acceptera den, och känna hopp om förbättring. Sen är det dags att ordna deras sömn, få dem att börja träna och att sluta med morfin (de som behandlas med opioider får ej delta i Kozlowskas program då det anses så pass kontraproduktivt), och jobba med KBT och avslappningsövningar.



Denna somatosensoriska förstärkning är i regel en primärt drivande orsak till långdragna och förvärrade symtom vid funktionella tillstånd.

Det är med andra ord lättare sagt än gjort. Även om vi hade tillräcklig tid till var och en av de många patienter vi träffar med funktionella besvär så gäller det också att patienten är beredd att göra förändringar, men behandlingar som innebär att patienten ska göra långsiktiga förändringar verkar allmänt anses vara praktiskt taget meningslösa. Det är kanske inte så konstigt att vi istället ofta landar i att pröva någon ny medicin eller beställa ett till blodprov bara för att ”lösa problemet” den här gången, eller att patienterna söker sig till patientföreningar som trots allt kan ge en länge efterlängtdad känsla av sammanhang och tröst. De flesta har inte heller så grava besvär att den omfattande vård som erbjuds i mindbody-programmet är nödvändig, och då kanske det räcker med att lyssna, validera, normalisera och förklara att kroppen kan få kännas, och *göra* ganska lite. Själv kämpar jag fortfarande med det första steget, att hitta ett sätt att förklara symtomen utan att det tolkas som att det ”bara sitter i huvudet”, och därefter sakta öppna för de övriga principerna,



När symtomen har funnits tillräckligt länge riskerar de bli en del av ens identitet, vilket naturligtvis gör patientens uppfattning av besvären svårare att rucka på, och därmed att behandla.

lite i taget. Det har hänt att patienter gråter av lättnad för att min förklaring är precis vad de längtat efter att få höra, men något vanligare är det kanske ännu att patienten tycker att jag snackar goja. Jag intalar mig själv att det är en del av processen.

Men det är just denna till synes omöjliga uppgift som fascinerar mig med funktionella besvär. De utgör på något sätt den sista bastionen för *verklig hälsa*, där den medicinska vetenskapen inte längre har svaren och där farmakologi och kirurgi inte längre utgör en lösning. Istället måste vi förlita oss på det som inte riktigt går att beskriva med empiriska termer: att göra det man finner meningsfullt trots symtom, att finna acceptans, hopp och att lära sig slappna av, samt det vi innerst inne vet att våra läkemedel aldrig fullt ut kan ersätta: att ta väl hand om sin kropp.

För att kunna arbeta hälsofrämjande krävs därför två grundläggande principer: *var och en ansvarar ytterst för sin egen hälsa*, och *en förändring är alltid möjlig*. Detta handlar inte om att skuldbelägga patienten, utan det är det enda budskapet som innebär hopp.

Funktionella besvär är beviset på att vilken syn vi än väljer att ha angående vad som är sjukt och friskt, vad som är biokemi och vad som är psykologiskt eller andligt, vad vi själva kan förändra och vad som är utom vår kontroll, så kommer vi inte ifrån det faktum att för att kunna må bra så måste vi ta hand om både kropp och själ, och ta ansvar för vår hälsa. Detta är något sjukvården aldrig kan göra åt patienten; det finns ingen quick-fix. Oavsett hur duktiga vi är på att förklara, validera, normalisera och behandla, kommer en del patienter vara missnöjda och fortsätta ha symtom, och detta är något vi själva behöver öva på att acceptera.

Låt läkaren dra en lättnadens suck.

Jäv saknas.

Christian Nordenstam
ST-läkare, Wetterhälsan, Jönköping
christiannordenstam@gmail.com



Referenser:

1. Kozlowska K, Scher S, Helgeland H. Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents. Palgrave Macmillan; 2020, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3>
2. Fink P, Rosendal M (redaktörer). Functional Disorders and Medically Unexplained Symptoms. Aarhus University Press; 2015.
3. Shorter E. From Paralysis to Fatigue. Free Press; 1992.
4. Nordenstam C, et al. ABC om Handläggning av psykiska besvär. Läkartidningen. 2025;122:24103.
5. Ashar YK, et al. Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2022 Jan 1;79(1):13-23.
6. Sachs NJ. Mind Your Body. Penguin Random House; 2025.
7. The Oslo Chronic Fatigue Consortium; Alme TN et al. Chronic fatigue syndrome: real illnesses that people can recover from. Scand J Prim Health Care. 2023 Dec;41(4):372-376.
8. Recovery Norway. Stories. <https://www.recoverynorway.org/stories/>

Hur hjälper vi patienter att återhämta sig från funktionella symtom?

Praktiska råd i Primärvård

Symtom kan förklaras av antingen skada eller sjukdom (strukturellt problem) eller en störning i kroppens sätt att fungera (funktionellt problem). Att hjälpa patienter med funktionella symtom till tillfrisknande innebär ofta en stegvis förflyttning – för både läkare och patient – från en biomedicinsk sjukdomsmodell där symtom är tecken på sjukdom, till en bredare biopsykosocial symtommodell där symtom är reversibla signaler från något av kroppens anpassningssystem. Läkaren kan bäst se sig som patientens ledsagare i denna förflyttning, som kan ta olika lång tid för olika patienter (och läkare) och ske i olika många steg (som ibland känns som att de går bakåt).

Svåra besvär det går att bli frisk ifrån

En tränad allmänläkare kan ofta relativt snabbt känna sig säker på att patienten presenterar symtom som är funktionella. Patienten däremot kan ha en lång historia av tidigare misslyckade vårdbesök som lämnat en känsla av att inte vara tagen på allvar



Illustration: Annika Andén



Patienten har i regel stor nytta av att känna igen sina symtom i hur de beskrivits av andra.

bakom sig, och behöver ofta längre tid och någon form av belägg för att den funktionella förklaringen är den rätta. Kontinuitet, tålmod och pedagogisk färdighet brukar underlätta. Patienten har i regel stor nytta av att känna igen sina symtom i hur de beskrivits av andra. Kanske har patienten redan hittat en stark igenkänning i biomedicinskt orienterade diagnoser; en igenkänning som kan bli en nog så stark sjukdomsidentitet som till och med utgör hinder för tillfrisknande. Att få ta del av patientberättelser från patienter som tillfrisknat från liknande symtombild kan vara till stor hjälp för patienten. Patientens övertygelse om att det går att bli frisk har visat sig vara en stark avgörande faktor för prognosen både vad gäller funktionella symtom och långvarig smärta [1, 2]. Språkdräkten har stor betydelse, där vi som läkare har stor möjlighet att bidra till förändrad sjukdomsbild genom att förmedla språkliga öppningar till förbättring. Att läkaren genomgående, i sin hållning och språkbruk förmedlar att det går att bli frisk och att patienten själv kan lära sig att bemästra sina symtom kan göra stor skillnad.

Steg 1: Förklara

Patientens behov av förklaring till sina symtom går inte att komma runt. Däremot har olika patienter olika behov av djup i förklaringen. Vissa kan känna sig trygga med beskedet ”det ser ut som det ska” och utifrån detta själv hitta vägar till tillfrisknande, medan man med andra behöver kartlägga inblandade faktorer mer noggrant. Att kartlägga inblandade faktorer kan upplevas som mödosamt och svårt, men att tillsammans med patienten skapa en tidslinje som innehåller både biomedicinska, psykologiska och sociala händelser brukar kunna underlätta. Som läkare behöver vi ibland ta hjälp av annan (psykosocial, fysio- eller arbetsterapeutisk) kompetens för kartläggningen. Information om funktionella tillstånd riktad till patienter och allmänhet har länge varit en bristvara i Sverige, men det finns nu

bra information att tillgå (se tipsruta). Den viktigaste delen av förklaringen är att funktionella symtom är reversibla störningar av kroppens anpassnings/försvarssystem, som är lika verkliga som sjukdomsorsakade symtom.



Information om funktionella tillstånd riktad till patienter och allmänhet har länge varit en bristvara i Sverige, men det finns nu bra information att tillgå.

Steg 2: Ge en bild av tillfrisknandet

Vid långvariga funktionella besvär får man ha respekt för att tillfrisknande kan ta lång tid. De faktorer som är inblandade i symtomproduktionen kan vara flera, i vissa fall långvariga och komplext sammanhängande. I andra fall kan det gå fort när patienten väl känner sig trygg i att våga testa rehabiliteringsinsatser. Patienten kan, efter lång tid som patient, ha en lång väg att gå för att uppleva sig som ”under tillfrisknande” eller ”frisk”. Att tidigt förbereda patienten på att det kommer att komma bättre och sämre dagar, och att ”nya symtom” kan dyka upp brukar vara hjälpsamt, men det är lika viktigt att påminna om att det inte finns någon ”ruta ett” när man väl börjat gå i rätt riktning. Bara att ha fått en ökad förståelse för hur kroppen reagerat är ett behandlingssteg i sig. Tillfrisknande från funktionella symtom sker stegvis och innebär att hitta en hållbar balans mellan gas, broms och ibland friläge.

Färdighetsguiden *Att planera återhämtning* från www.bodysymptoms.org eller *Arbetsboken* från www.neurosymptoms.org kan hjälpa patienten att få en realistisk – och hoppfull – bild av hur tillfrisknandet kan gå till.

Steg 3: Bredda insatserna (om det behövs)

Vid funktionella symtom kan det vara enstaka eller många

orsaksfaktorer inblandade. Beroende på komplexiteten kan vi behöva vara flera från vården inblandade. En trygg allmänläkarkontakt är i regel grundläggande, men ofta blir det aktuellt med någon form av behandlings- eller rehabiliteringsinsats från annan vårdpersonal. Långvariga och omfattande funktionella symtom kan behöva kvalificerade insatser. Ett vanligt bakomliggande problem för patienter med funktionella symtom är bristande återhämtningsstrategier. Andra behöver hjälp med att öka sin aktivitetsnivå på ett hållbart sätt. Såväl psykologiska som fysio- och arbetsterapeutiska insatser kan vara mycket hjälpsamma för bägge problemen. Försök att åstadkom teamarbete utifrån de lokala förutsättningarna. Det kan ofta räcka med korta avstämningar med inblandad personal där man stämmer av och planerar för den kommande perioden.

Jäv: Enskild firma med föreläsnings- och handledningsuppdrag från offentliga och privata vårdgivare.



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

Referenser:

1. von der Warth R, Nau A, Rudolph M, Bengel J, Glattacker M, Illness and treatment beliefs as predictors of rehabilitation outcome in patients with mental disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 155, 2022, 110750, ISSN 0022-3999, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110750>.
2. Fors M, Öberg B, Enthoven P, Schröder K, Abbott A. The association between patients' illness perceptions and longitudinal clinical outcome in patients with low back pain. *Pain Rep.* 2022 Apr 27;7(3):e1004. doi: 10.1097/PR9.0000000000001004. PMID: 35505791; PMCID: PMC9049027.
3. www.bodysymptoms.org (läst 250811)
4. www.neurosymptoms.org (läst 250811)
5. www.viktigtpariktigt.nu (läst 250811)
6. www.recoverynorway.org (läst 250811)

Tre tips som kommer att göra arbetet enklare och roligare:

1. Träna på att ge en individualiserad förklaringsmodell. Använd papper och penna, whiteboard. Patientinformationssajter (nedan) kan ge inspiration.
2. Använd patientinformation. www.bodysymptoms.org [3] och www.neurosymptoms.org [4] är omfattande, väl validerade webbplatser som finns i svenska översättningar. Den svenska www.viktigtpariktigt.nu [5] innehåller patientinformation om hur autonoma nervsystemet kan regleras tillbaka till normal funktion. www.recoverynorway.org [6] publicerar tillfrisknandeberättelser av patienter med allvarliga och långvariga symptomtillstånd av typen ME/CFS och postcovid (engelska/norska).
3. Följ upp patienten längs vägen till tillfrisknande. Enbart besked om att "allt ser bra ut" eller "hör av dig om du inte blir bättre" brukar inte räcka. Vid nya symtom eller osäkerhet hos dig själv eller patienten om att bedömningen är den rätta kan man behöva ta ett omtag.

Temadag:

Funktionella besvär

13 januari 2026

Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm

Funktionella besvär har fått alltmer uppmärksamhet de senaste åren. Därför bjuder vi nu in till en temadag för att samla läkarkollegor som är intresserade av och jobbar med funktionella tillstånd. Syftet med dagen är att dela kunskap, tankar, erfarenheter och idéer kring hur vården av funktionella tillstånd kan förbättras i Sverige – såväl i individuella patientmöten som i större

perspektiv. Och inte minst vad SFAM som förening kan göra.

Temadagen är i första hand ett möte med fokus på kunskapsutbyte framför en utbildningsdag. Det förväntas att alla deltagare bidrar till ett rikt innehåll under dagen, som kommer att innehålla diskussioner och workshops. Detaljerat program skickas ut till anmälda deltagare cirka en månad före evenemanget.



Anmälan: Evenemanget sponsras av SFAM och är gratis för SFAM-medlemmar. Medlemskap krävs för deltagande. Anmälan och mer information via länk nedan eller qr-kod. Du kan anmäla dig först, och sedan teckna medlemskap. Det är begränsat antal platser och först till kvarn gäller.

Sista anmälningsdag är 12 december.

Anmäl dig och säkra din plats för temadagen 13 januari med qr-koden eller på denna länk: <http://bit.ly/3JfEUNs>

Väl mött!



Arwa Josefsson
Specialistläkare i
allmänmedicin
och psykiatri, leg
psykoterapeut



Oskar Lindfors
Specialistläkare
i allmänmedicin



Mattias Rööst
Docent och spe-
cialistläkare
i allmänmedicin,
ISTDP-terapeut



Carl Sjöström
Specialistläkare
i psykiatri och
rehabiliterings-
medicin

Hållå där Arwa och Oskar, den här temadagen 13 januari, vad är det?

A: Vi tyckte det var dags att samla personer som jobbar med, eller är extra intresserade av funktionella besvär.

O: Vi har båda hållit i både workshops, utbildningar och symposier inom området och det är uppenbart att intresset är stort och att många kollegor längtar efter att utveckla sin kompetens.

A: Återkopplingen från många kollegor är också att de tycker att det är roligare att jobba med patientgruppen ju mer medveten man blir om vad funktionella besvär egentligen handlar om.

O: Och då har vi funderat på hur man kan ta nästa steg, både för att sprida kompetens som hjälper det enskilda patientmötet, men också för hur funktionella besvär kan lyftas upp på agendan i sjukvårdssverige.

A: Ja, vi ligger till exempel en bra bit efter Danmark, där begreppet funktionella lidelser är väl etablerat inom alla läkarespecialiteter, och som haft tydliga riktlinjer från sin motsvarighet till Socialstyrelsen sedan 2018.

Det låter spännande, men då måste man vara någon form av expert för att få komma?

A: Absolut inte. Men vi tror att de som kommer är lite extra intresserade.

O: Till exempel att man har valt att aktivt gå in för att möta dessa patienter med större medvetenhet, jämfört med hur de

traditionellt bemötts i svensk sjukvård.

A: Många gånger har vi sett en kultur av nedlåtande bemötande av patientgruppen, med en hel del skadlig passivisering, medicalisering och psykiatisering som följd.

Det står i inbjudan att det inte är någon fortbildning, vad menas med det?

O: Man kan väl se på det som ett möte som handlar om nästa rimliga steg i en svensk sjukvårdskontext. Det kommer att finnas strukturerade programpunkter, som till exempel konsultationsfärdigheter och kanske ett par kortare presentationer.

A: Men poängen är i huvudsak att sikta framåt, komma på nya idéer. Så det blir mycket interaktion, både i stora och små grupper.

Så målet är att utveckla ämnesområdet och hitta vägar framåt för att sprida mer kompetens?

A: Exakt. Och etablera all den kompetens som redan finns.

O: Det är verkligen på tiden att funktionella besvär blir en självklar del av dagordningen.

A: Det är sjukvårdens samlat största patientgrupp. De har ofta utvecklat ett stort lidande och vården har inte varit en hjälpande hand i det. Vi hoppas att detta kan bli starten på något nytt. Uppåt och framåt, mot ett bättre omhändertagande av våra patienter.

Annons

Annons



Rapportering från

SFAM-kongressen 2025

Organisationskommittén för årets kongress.

Foto: Jenny Hammar

Årets kongress hölls på Münchenbryggeriet i Stockholm 7–9 maj. Flera av föredragen och panelsamtalen från kongressen finns att titta på i efterhand på:
<https://www.youtube.com/@SFAM-kongress>
Skanna qr-koden för att komma direkt dit.



I samband med kongressen hölls SFAM:s fullmäktige, årets lejon och årets handledare utsågs och inte minst var det final för årets examinander i allmänmedicin.

Alla bilder från kongressen är tagna av Jenny Hammar.







Årets examinander



Under kongressen presenterade årets examinander sina uppsatser, du kan läsa om dem här <https://sfam.se/wp-content/uploads/2025/05/Sammanfattningar-for-examensuppsatser-2024-2025.pdf> På kongressbanketten diplomerades årets examinander: Alhasan Alomari, Ann-Marie Schultz, Dagrún Inga Thorsteinsdottir, David Yang, Ebba Lidman,

Filip Sundal, Jenny Törnqvist, Johan Birging Hultegård, Johan Larsson, Kristin Hansén, Lars Wikberg, Linda Assarsson, Lucas Cristea, Sofie Sandahl, Sofia Drath och Vindya Siribadana. Följande är också godkända på examen, men hade ingen möjlighet att delta på kongressen: Alexandra Berglöf, Carolin Sandstedt, Fadi Aldaeiekh, Isabell Klarqvist, Klas Hagert, Lovisa Saletti, Martin Brodelius och Niklas Hadorn.



Foto: Elisabet Abdo



Årets Lejon är en riktig veteran i SFAM-sammanhang men något av en doldis som inte söker ramplyuset för uppmärksamhetens skull. Årets pristagare brinner för allmänmedicinen, konsultationen och patientmötet. Under många år har vederbörande på ett strävsamt sätt verkat för en rimligare medicinsk praktik och redan för 13 år sedan uppmärksammades Choosing Wisely på debattplats i Läkartidningen. Sedan dess har årets lejon med stor känsla för taktik och lagarbete varit en starkt bidragande faktor till att vi nu kunnat lansera de första allmänmedicinska rekommendationerna i Svenska läkaresällskapets Kloka Kliniska Val.

Hon har varit en av hjärnorna bakom och medförfattare till den motion till SLS fullmäktige, som SFAM tog initiativ till och flera andra specialitetsföreningar och enskilda SLS-medlemmar undertecknade, om att påbörja Choosing Wisely i Sverige. Hon var därefter medlem i SLS:s sonderingsgrupp för Kloka Kliniska Val och fortsatte, när SLS småningom beslutade att införa Kloka Kliniska Val i Sverige, att vara med i den arbetsgrupp som formerades. Genom hela arbetet har hon idogt hållit fast vid grundprinciperna för hållbar diagnostik och behandling liksom för Choosing Wisely-rörelsen. I tillägg har hon varit medlem i rådet för hållbar diagnostik och behandling sedan starten 2017 och bidrar där med skarpa ögon, vass penna, historisk förankring i SFAM och allmänmedicinen och inte minst skarpa analyser och iakttagelser.

Sammanfattningsvis är hon troligen den enskilt mest betydelsefulla personen bakom att Kloka Kliniska Val nu finns i Sverige och utan hennes viktiga insatser är det inte säkert att kampanjen alls blivit till. Och nu finns också de fem första allmänmedicinska rekommendationerna.

Årets Lejon är Josabeth Hultberg.



Årets handledare 2025

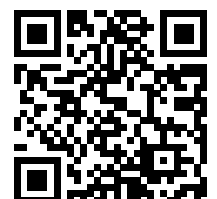
Anneli Vinensjö – Billingens vårdcentral, Skövde

Motivering: Anneli Vinensjö har haft stor betydelse för sin ST-läkares utveckling till färdig specialist. Hon har varit en förebild och inspiratör, samt skapat tid för reflektioner kring det allmänmedicinska förhållningssättet. Genom videospelningar och sit-in har hon stimulerat till en god konsultationsutveckling. Anneli Vinensjö har varit lyhörd och anpassat schema för sin ST-läkare efter behov och arbetsbelastning.

”Hon besitter också en härlig personlighet, sprider värme och glädje” enligt sin ST-läkare Sofia Drath.

SFAM:s kompetensvärderingsråd 2025

Flera av föredragen och panelsamtalen från kongressen finns att titta på i efterhand på: <https://www.youtube.com/@SFAM-kongress>
Skanna qr-koden för att komma direkt dit.



Vetenskapsjournalisten som fortbildare

Amina Manzoor, vetenskapsjournalist på Expressen, höll en föreläsning på SFAM:s kongress i Stockholm i maj om att skriva om forskning för en intresserad allmänhet där vi allmänläkare ibland ingår.

Allmänjournalister läser inte medicinska studier. Vetenskapsjournalister däremot läser medicinska studier. Det påstår i alla fall Amina Manzoor.



Jag tror inte att allmänläkare särskilt ofta läser hela vetenskapliga artiklar ens inom det egna fältet.

Jag tror inte att allmänläkare särskilt ofta läser hela vetenskapliga artiklar ens inom det egna fältet. Abstrakt läses säkert oftare men behovet av att andra håller koll på området kanske delvis tillfredsställs av en vetenskapsjournalist?

Under corona 2020–22 publicerades många preprints, det vill säga studier som inte granskats på det sedvanliga vetenskapliga sättet (peer-review). Många av dessa studier blev inte publicerade på det etablerade sättet senare. Men kanske bidrog de ändå till att det forskades intensivt om coronaviruset.

En vetenskapsjournalists uppdrag är att förklara den vetenskapliga processen, sätta den nya forskningen i sitt sammanhang. Amina Manzoor underströk vikten av att vara noga med att skilja på fakta och åsikter, och inte bli en anförare av forskarens agenda, och vikten att följa upp med fler artiklar i samma område med de kommentarer som ofta kommer från andra forskare.

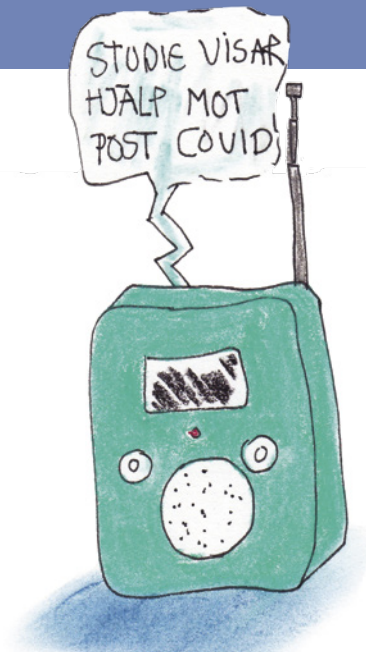
Vetenskapsjournalistiken idag är utsatt för nedskärningar. Färre läser mer nyanserade artiklar. Det skärper kraven på journalisten: Vad vill människor läsa om? Vad behöver människor veta? Vetenskap och sjukvårdsrapportering får mest utrymme när något ”omvälvande” publiceras. Som vetenskapsjournalist måste Manzoor vara seriös i själva texten, men kan tillåta sig (eller redaktören tillåter sig) en spetsig rubrik som lockbete till en nyanserad text.

Amina Manzoor gav oss råd om hur vi kan förhålla oss när en journalist ringer och vill höra dina kommentarer till ny forskning, en ny medicin eller annan behandlingsmetod. Var medveten om att du då blir kontaktad i egenskap av ”expert”. Svara snabbt men inte snabbare än att du hinner förbereda dig, skilj på fakta och åsikter, poängtera att det kan vara ett stort avstånd mellan forskningsresultat och klinisk patientnytta, skilj på korrelation och kausalitet och påpeka vilka kunskapsluckor som finns.

Manzoor gav oss också tips om tidskrifter för att hålla oss informerade om forskning i det breda fält som är allmänläkarens: *New England Journal of Medicine (NEJM)*, *British Medical Journal (BMJ)*, *Science*, *Nature* och *The Lancet*. Att ha en prenumeration på någon av dem i pappersformat på din vårdcentral kanske gör att diskussioner om forskningsresultat lättare kommer igång?

Jäv saknas.

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



Amina Manzoor gav oss råd om hur vi kan förhålla oss när en journalist ringer och vill höra dina kommentarer till ny forskning, en ny medicin eller annan behandlingsmetod.

Ny styrelse och ny ordförande

På SFAM:s fullmäktige 7 maj valdes en ny styrelse och även en ny ordförande då Magnus Isacson, som tidigare meddelats, inte ställde upp för omval. Magnus valdes dock till sammankallande i valberedningen, övriga ledamöter i den nya valberedningen är Stina Schell, Nazila Mansimli, och Emil Péclard.

Här följer en kort presentation av styrelsen medlemmar. Mer om styrelsen och kontaktuppgifter finns på SFAM:s hemsida, <https://sfam.se/foreningen/organisation/styrelse/>.



Andreas Stomby

Roll i styrelsen?

Ordförande, kontaktperson Kvalitets- och patient-säkerhetsrådet, hemsidan.

Var jobbar du?

Halvtid som distriktsläkare och medicinsk rådgivare på Bra Liv Råslätt vårdcentral i Region Jönköpings län, 20% adjungerad universitetslektor vid Linköpings universitet och resterande 30% som ordförande för SFAM.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

Sedan år 2023.

När gick du med i SFAM?

Minns inte säkert, men runt år 2021 då jag blev vetenskaplig sekreterare. Under min tidiga tid som ST-läkare var SFAM relativt okänt för mig.

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Jag har alltid gillat att tänka på systemperspektivet och hur olika organisatoriska aspekter kan förbättras, så även inom allmänmedicinsk forskning vilket ledde till att jag ställde upp som vetenskaplig sekreterare. Under åren i styrelsen har jag lärt mig otroligt mycket om allmänmedicin och svensk sjukvård. Jag kände att jag hade mer att ge även utanför forskningsfrågorna och tackade ja till ordförandeposten.

Jag vill driva många frågor med grundinställningen att våra patienter oftast mår bäst av relationskontinuitet, välutbildade allmänläkare, allmänmedicinsk forskning i primärvård, bra digitalisering etcetera. Listan kan göras lång.



Andreas Thörneby

Roll i styrelsen?

Tillförordnad vice ordförande, kontaktperson Rådet för hållbar diagnostik och behandling, tidskriftsredaktionen.

Var jobbar du?

Kinna vårdcentral.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

16 år.

När gick du med i SFAM?

Under första året på ST, alltså 2003 eller 2004.

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Jag har nog alltid tyckt det har känts självklart att vara med, dels för det utvidgade professionella sammanhanget, dels för att man annars förlorar sin rätt att klaga på sådant som inte fungerar. Jag vill främja den professionella logiken, systematisk relationskontinuitet, försvara generalismen mot uppdelning och subspecialisering, och återupprätta allmänläkarens tolkningsföreträdare kring sitt arbete. Jag vill i det lilla försöka bidra konstruktivt till mer eftertänksam och rationell styrning och organisering, och motverka fragmentering och perversa incitament.



Sara Jansson

Roll i styrelsen?

Skattmästare (kassör), kontaktperson ST-rådet.

Var jobbar du?

Lisebergs vårdcentral i Stockholm sedan 2015.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

Sedan år 2021.

När gick du med i SFAM?

Jag gick med i SFAM 2024.

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Jag hade tidigare varit med i planeringsgrupp för SFAM:s ST-dagar i Stockholm 2019, och kände till SFAM, men hade inte utrymme för att fokusera på annat än det kliniska arbetet efter jag blev specialist. 2024 fick jag fråga om jag ville vara med i SFAM Stockholms styrelse, och kände att det nu var dags att engagera mig mer. Fokus för Stockholm SFAM 2024 låg mycket på att förbereda inför kongressen i Stockholm 2025, där jag var aktiv i programarbetet och hade budgetansvar.

Deltagande i SFAM har gett mig ett forum där jag kan lyfta blicken, diskutera vad som är viktigt för mig som allmänläkare i ett större perspektiv och att lära mig mer kring det organisatoriska som påverkar mycket av den kliniska vardagen.

Teman för tidigare kongresser 2019 (kontinuitet) och 2025 (praktik och evidens) är båda viktiga frågor för mig. Jag vill värna om kontinuiteten i allmänmedicin, att vi behåller det relationella som grund, utan att våra möten med patienter bara handlar om transaktioner mellan två utbytbara parter. Har man en rimlig lista, såsom målet 1/1 100 kan man ha ännu bättre förutsättningar för att kunna ha detta. Vi behöver bli fler

allmänläkare och då behövs utbildningsplatser, god ST-utbildning, att arbetet som allmänläkare ses som attraktivt och att fler vill vara kvar i primärvården.

En viktig del i det är också fortbildning av specialister och att vi ska ha möjlighet att utveckla vår kompetens. Det bör vara självklart att specialister deltar i kurser och kongresser och att fortbildning och forskning prioriteras. Vi behöver arbeta evidensbaserat, men då behöver också evidensen ha allmänmedicinsk relevans. Riktlinjer kan inte bara baseras på sekundärvården, och kan inte spikas utan att allmänläkare tillfrågas.

Jag är fortfarande ny i styrelsen och ny i SFAM, och ser fram emot att bygga på det jag har med mig och att lära mig mer. Det känns läskigt på ett sätt men också hedrande att få vara med.



Anders Lundqvist

Roll i styrelsen?

Facklig sekreterare med uppgift att sammanställa nyhetsbrevet, skriva protokoll, att-göra-listor, diarieföring, enstaka remissvar med mera. Kontaktperson Fortbildningsrådet, Kompetensvärderingsrådet.

Var jobbar du?

Timanställd på Vårdcentralen Näsby, Kristianstad. Frågedoktor. Grupphandledare. Etikseminarier för AT. Kompetensvärdering. SPUR-inspektör. Engagerad i LIPUS genomlysning av fortbildning.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

Sedan 1991.

När gick du med i SFAM?

1987.

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Jag ville komma med i ett sammanhang präglad av yrkes stolthet där utveckling av allmänmedicinen var den främsta uppgiften.

Fortbildning ligger mig varmt om hjärtat. Den vill jag kämpa för. Vi behöver ett större utrymme för reflektion än vad vi har möjlighet till idag. Berättelsens kraft vill jag lyfta fram i det sammanhanget. Riktlinjer behöver möta verkligheten i de unika fallen. Fortbildning ska vara en integrerad del av arbetet. Jag vill kunna bidra till en reflekterande allmänmedicinsk praktik där vetenskap och beprövad erfarenhet är fundamentet, men där kontinuitet, relationsbyggande, kollegial dialog, patientcentrering, ödmjukhet, omdömesförmåga, samarbetsförmåga, och förmågan att handskas med osäkerhet är omistliga beståndsdelar och egenskaper i allmänläkarens yrkeskunnande. Ett viktigt steg på vägen för att värna reflektionsutrymme är att uppnå bemanningsriktvärdet 1 på 1 100.



Beata Borgström Bolmsjö

Roll i styrelsen?

Vetenskaplig sekr., kontaktperson Forskningsrådet.

Var jobbar du?

Vårdcentralen Sorgenfri, Malmö.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

Sedan 2014.

När gick du med i SFAM?

För länge sedan, när jag bestämde mig för att göra ST i allmänmedicin kring 2009 (började som ST i kirurgi).

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Jag gick med i SFAM för att det är själva navet i vår profession, där vi kan lära oss mer, dela erfarenheter och tillsammans utveckla vår specialitet så att den blir hållbar i framtidens sjukvård. Föreningen är viktig för att vi ska kunna växa som yrkesgrupp och ha en starkare röst, inte minst i dialogen med sjukhusspecialisterna.



Susanna Althini

Roll i styrelsen?

Övrig ledamot, kontaktperson Rådet för Torsdagsmöten.

Var jobbar du?

I primärvården på Gotland som sakkunnig i allmänmedicin.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

Sedan 2018.

När gick du med i SFAM?

Ungefär 2011 när jag blev ST-läkare.

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Jag gick med för att jag ville förstå min uppgift i välfärdssystemet/samhället och varför verkligheten på vårdcentralen inte kändes riggad för mig att få ta helhetsansvar för mina patienter.

Jag vill att alla i allmänheten ska känna sig trygga med sin allmänläkare. Det vill säga trygga med en människa som har hög generalistkompetens, och urskilningsförmåga vad gäller att skilja på att vara sjuk och på att må dåligt. En människa som är utbildad för att hantera komplexitet och leda det allmänmedicinska teamet runt sina listade människor och stötta dem över tid i sin strävan efter att bli friskare och må bättre.

Jag tänker att om det ska funka jämlikt måste vi få ordning på fasta kontakter i vård och omsorg och visa hur de roller som faktiskt finns beskrivna i lag, (det vill säga fast läkarkontakt i primärvård, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt i hemtjänst liksom vårdnadshavare för barn/unga upp till 18), kompletterar varandra och är infrastrukturen för personcentrerat arbete.

Tillfredsställelsen i att kunna ta medicinskt helhetsansvar för sin patient uppstår i exakt samma möte som det hälsofrämjande i att känna sig trygg med sin vård. Så min viktigaste fråga som jag vill driva är att vi får ordning på fasta kontakter – på alla organisationsnivåer. Fortbildning i kollegial dialog och kompetensvärdering är kärnan i att utveckla professionellt kliniskt omdöme.



Panteha Hatefi

Roll i styrelsen?

Tidigare skattmästare i fem år, numera övrig ledamot, kontaktperson Rådet för sköra äldre i primärvården.

Var jobbar du?

Kliniskt på Axelsbergs vårdcentral samt sedan 2014 på VISS (med primärvårdens kunskapsstöd regionalt), Stockholm.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

Sedan 2010.

När gick du med i SFAM?

Kommer inte ihåg, var nyfärdig specialist.

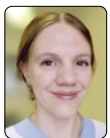
Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Jag gick med av solidariska skäl, för att stötta vår specialitetsförening.

Det är många frågor jag brinner för, så här kommer ett axplock. Jag önskar skapa större förståelse för att sjukvårdens resurser är allas våra gemensamma och att man oavsett specialitet ska handha med dessa utifrån ett systemperspektiv. Vi måste förstå att alla delar hör ihop och för att kunna nyttja de resurser vi har mest effektivt behöver vi samlas kring detta faktum.

Revirpinkerier och mer till den som skriker högst hör inte hemma här. Kunskap ska användas med eftertanke och i ett större sammanhang där alla delar tas i beaktande. Detta gäller även den överbyråkratiska dikeskorningen.

Jag anser också att det saknas en etisk bärighet inom sjukvården, från styrningsnivå ned till vårdgolvet. De principer vi har om alla människors lika värde och störst behov först måste omsättas i praktik, här har vi dessutom normförskjutningar i samhället som verkar i motsatt riktning. Jag arbetar aktivt med att skapa utrymme för prioriteringar och kloka kliniska val i våra kunskapsstöd. Jag önskar boosta vår allmänmedicinska integritet, öka utrymmet för det professionella omdömet och påminna om att man ibland behöver använda sig av lite ”f**k-off-kapital”. Vi har en unik specialitet som kommer till sitt bästa med kontinuitet och när vi fokuserar på de medmänniskor som söker sig till oss framför övrigas förväntningar av oss.



Linda Sandberg

Roll i styrelsen?

Övrig ledamot, kontaktperson till Utbildningsrådet och podden SFAMpen.

Var jobbar du?

Råneå Hälsocentral samt studierektor för Östra Norrbotten.

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

Sedan 2024.

När gick du med i SFAM?

2017 när jag påbörjade min ST.

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

För att jag i grunden tycker att jobbet som distriktsläkare är världens bästa yrke och inte kan låta bli att engagera mig. Jag vill få fler att upptäcka och välja allmänmedicin som specialitet och bidra till att ingjuta mod och självförtroende i kåren. Vår specialitet har blivit styvmoderligt behandlad tillräckligt länge, det är dags att ändra på detta och ta tillbaka taktpinnen.

Vi behöver sätta vårt eget narrativ och fortsätta hamra in budskapet med 1/1 100 samt motverka ogenomtänkta beslut och funktionell dumbhet. Det är ju trots allt vi som kan allmänmedicin bäst.



Åke Åkesson

Roll i styrelsen?

Övrig ledamot, kontaktperson Levnadsvanerådet.

Var jobbar du?

Region Kalmar, Utvecklingsledare

Hur länge har du varit specialist i allmänmedicin?

2007.

När gick du med i SFAM?

Lite oklart – bör ha varit ungefär 2006.

Varför gick du med i SFAM och vilka frågor vill du driva?

Under många år i Infektionsläkarföreningen där jag också var ordförande 1998–2001 såg jag hur viktigt det var med en balanserande kraft till det rent fackliga arbetet där jag också var engagerad. En fackförening kan och ska kanske inte vara altruistisk – det kan SFAM.

Min absolut viktigaste målsättning är att alla läkare även i primärvården ska ha en bra arbetsmiljö. De ska vara delaktiga, ha medansvar och därmed arbetsglädje. När det är så får vi en bra sjukvård. Sjukvården ska ledas av läkare. Inte som administrerande chefer med personal- och ekonomisystem utan som medicinska visionärer, strateger och tydliga ledare för alla vårdprofessioner.



Nya styrelsen 2025: Andreas T., Panteha, Andreas S., Linda, Åke, Sara, Anders och Beata. Susanna saknas på bilden.
Foto: Jenny Hammar

Om SFAM:s ekonomi

När jag skriver detta har jag precis avgått som kassör efter fem år och går dubbelt med min efterträdare Sara Jansson för överlämning. När jag började hade jag fått höra att min huvudsakliga uppgift var att lägga budget årligen inför årsstämman. Det visade sig bli bara en liten del av uppdraget. Att ta ansvar för ekonomin innebär att sätta sig in i hela föreningens arbete.

Förutom att kontinuerligt bevaka intäkter och kostnader, attesterar kassören 700–800 fakturor per år, granskar alla avtal och budgetar för diverse aktiviteter samt medverkar vid möten om dessa, svarar på mail gällande ekonomiska frågor, lönerrevision, dialog och samarbete med olika råd, främst kompetensvärderingsrådet (KVR) samt ser över och uppdaterar riktlinjer. Lärorikt. Arbetet sker i nära samarbete med kansliet och ordförande. Jag hade förmånen att få ta del av kunskap från Heléne Swärd som byggt upp kansliet och varit den röda tråden centralt i SFAM, hon hade koll på allt tills hon slutade 2024.

Jag har under mina år försökt att föra över ansvaret för ekonomin från kansliet till styrelsen, att se över utgifterna samt se till att beslut blir mer transparenta och förutsägbara.

Punkten ekonomi brukar vanligtvis inte väcka större engagemang på årsstämmor, och årsredovisningen är inte lätt att dechiffrera. Samtidigt är ekonomin förutsättningsskapande för föreningens aktiviteter och överlevnad. Här kommer därför en kort presentation. Siffror och andelar skiftar mycket mellan åren och jag har försökt göra en så rättvis uppskattning som det går, framför allt baserat på uppgifter för budgetåren 2022–24, med främsta syftet att kunna ge en förenklad översiktsbild av läget. En del i den demokratiska processen i en förening är informerade medlemmar.

Så vad lägger vi pengarna på? Den största potten är kansliet och styrelsens arbete. Vi har en heltidsanställd på kansliet, Isabelle Körner Johnsson. Kansliets lokalkostnader och en del omkostnader har vi kunnat dra ned till en tredjedel i samband med flytten till Svenska Läkaresällskapet (SLS) 2023. Främsta utgifterna för styrelsen är att vi haft en 40% avlönad ordförande samt utgifter kopplade till olika möten.

Våra tio råd, tidskriftsredaktionen och podden har 50 000 kr årligen vardera till sitt förfogande, främst för möten (successivt ökat från 20 000 kr). Sedan 2021 är SFAM medlemsförening i SLS, vilket innebär att vi centralt betalar våra medlemmars medlemsavgifter till SLS. Vi har hittills valt att inte debitera medlemmarna för detta, men avgifterna är indexreglerade och kostnaderna kommer snart att passera en halv miljon kronor årligen.

Vår största intäkt är medlemsavgifterna, som glädjande nog ökat i och med över 50% fler medlemmar senaste fem åren. Våra ”basutgifter” centralt, tidskriften samt föreningsarbetet kostar över fem miljoner kr och medlemsavgifterna täcker knappt tre femtedelar av dessa. För att ekonomin ska gå runt behöver vi

även intäkter från huvudsakligen Mitt-i-ST, SFAM:s kongress och SFAM:s ST-dagar.

Vi har en god ekonomi med sparkapital som motsvarar ett års utgiftsbehov, det kom väl till hands pandemiåren då många aktiviteter fick ställas in med minusresultat som följd. Det är så klart inget självändamål med pengar på banken och vi har senas-

	Årsbokslut 2022	Årsbokslut 2023	Årsbokslut 2024
Intäkter			
Medlemsavgifter	2 655 759	2 916 678	3 195 213
AllmänMedicin	50 000	51 500	32 000
Mitt-i-ST	3 838 320	5 115 000	4 587 000
Specialistexamen	356 500	551 000	551 000
Kompetensvärderingskurser	586 700	607 400	248 300
Kongress	0	1 326 811	613 745
ST-dagar	958 312	225 873	380 372
SFAM Q Kvalitetsdag	103 200	104 000	14 000
NAAKA dagen			72 200
Övrigt	94 861	36 000	32 956
Summa	9 286 652	10 934 262	9 726 786
Kostnader			
Kanslikostnader	-1 257 607	-1 119 712	-1 611 507
Styrelsens arbete	-1 100 997	-1 089 115	-1 605 482
Rådens arbete	-102 776	-247 393	-471 435
Föreningsarbete	-839 157	-1 227 107	-1 272 352
AllmänMedicin	-336 157	-368 945	-405 646
Podcast AllmänMedicin	-	-10 617	-1 495
Mitt-i-ST	-3 064 971	-3 961 185	-4 658 580
Kompetensvärderingskurser	-500 552	-534 067	-249 385
Specialistexamen	-416 710	-609 292	-605 314
ST-dagar	-68 386	-148 024	-5 684
SFAM Q Kvalitetsdag	-97 484	-101 273	-12 981
NAKKA dagen			-71 606
Skatter, ränteintäkter, övr	-104 892	-94 408	230 836
Summa	-8 536 701	-9 511 138	-10 740 631
Resultat	749 951	1 423 124	-1 013 845

En närmare bild av föreningens intäkter och kostnader finns i tabellen som visar årsbokslut 2022–24 såsom det presenterades på fullmäktige. 2024 lades det en minusbudget för att återinvestera överskottet 2023. Tabellen har visuellt översatts i tårtdiagram (se nästa sida). Då 2024 var ett mindre representativt år med en del obalanserade utgifter (investeringar) visas även 2023, som mer visar ett ”vanligt” år.

te åren gjort investeringar i föreningen, främst på KVR. Under åren 2020–24 har vi bland annat ökat kompetensvärderarnas arvoden med över 60%. KVR har en ordförande, en kanslist samt ansvariga för Mitt-i-ST respektive specialistexamen som är avlönade. Övriga anställda i föreningen, förutom de redan angivna, är redaktörer för tidskriften respektive hemsidan.

Utmaningar inför framtiden är ökade utgifter, mycket till följd av inflationen och vårt mål har varit att så länge det är möjligt inte öka medlemsavgifterna. Vi har också ett pågående generationsskifte i föreningen och en alltmer pressad klinisk vardag för våra medlemmar gör att det blir svårt att avsätta ideell tid, som är grunden i vårt arbete. Det återspeglar sig också i att det är svårt att komma iväg på fortbildning, till

exempel kvalitetsdagen. Dagens bristande förutsättningar gör vårt arbete med de allmänmedicinska kärnvärden än viktigare, men är också det som lägger hinder i vägen för vårt fortsatta utvecklingsarbete.

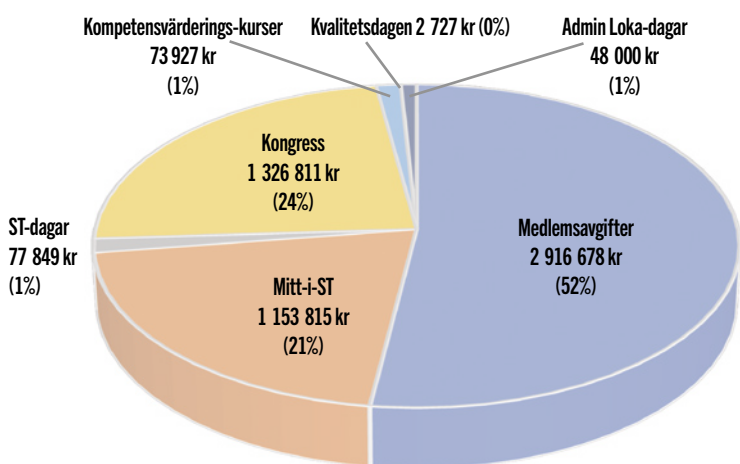
Har ni frågor är ni alltid välkomna att ställa dessa till styrelsen.

Jäv saknas.

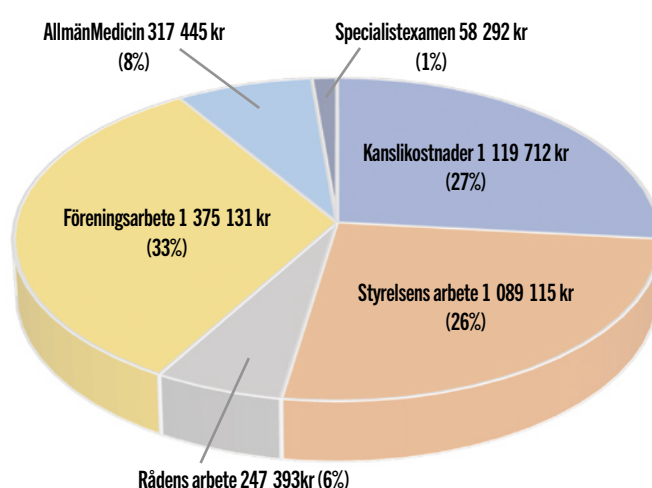
Panteha Hatefi
Styrelseledamot SFAM
panteha.hatefi@sfam.se



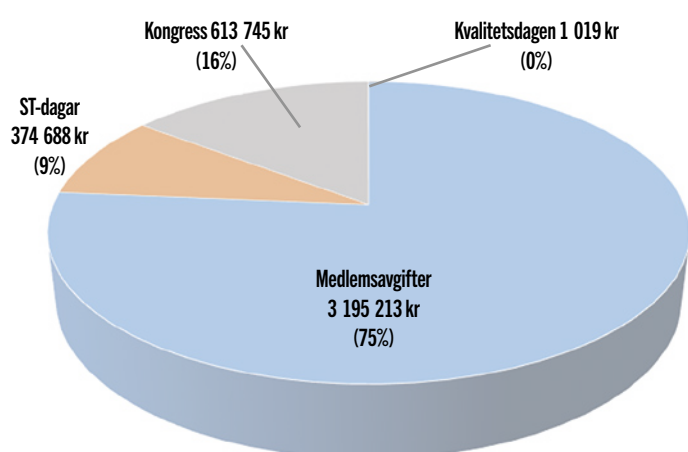
Nettointäkter 2023



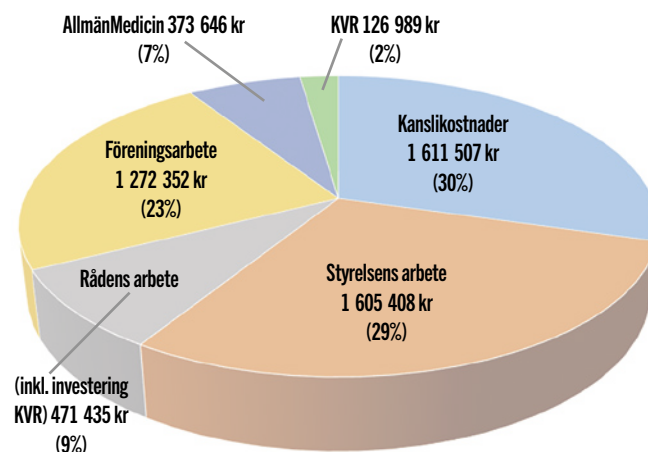
Nettokostnader 2023



Nettointäkter 2024



Nettokostnader 2024



NCGP 2026:

Sustainability

– Empowering GPs for a sustainable tomorrow

I maj 2026 står Jönköping värd för den nordiska allmänmedicinska kongressen Nordic Congress of General Practice (NCGP). Planerna att hålla NCGP i Jönköping startade redan våren 2022 och med mindre än ett år kvar är nu kongressförberedelserna i full gång. Kongressen kommer beröra teman som knyter an till hållbarhet inom sjukvården med det övergripande temat *Sustainability – Empowering GPs for a sustainable tomorrow*. 2026 kommer den årliga SFAM-kongressen bakas in i NCGP och fullmäktigemöte, firande av examinaner, rådsmöten och dylikt kommer äga rum under kongressen. Även ST-dagarna ser i dagsläget ut att utgå. Nästa års allmänmedicinska kongress i Sverige blir alltså NCGP.

Föreläsningar, workshops, seminarier och panelsamtal under kongressens gång kommer bidra till möjligheten att utforska hur primärvården och specialister i allmänmedicin kan stärkas för att möta framtiden. Olika fokusområden kommer beröras, däribland digitalisering, kontinuerlig fortbildning, jämlik vård, överdiagnostik och överbehandling, kloka kliniska val, resiliens och miljö.

Programmet har börjat utformas och en del talare är redan inbokade, bland andra kommer Margaret McCartney och Victor Montori, två världsstjärnor på den medicinska himlen. Utöver de programpunkter

som planeras av kongresskommittén finns gott om utrymme för den som vill skicka in förslag på programpunkter, abstrakt för posterpresentation så väl som annat innehåll, till exempel workshops, seminarier eller föreläsningar.

Det kommer ges gott om tillfällen att möta och prata med kollegor och kongressdeltagare för att utbyta tankar och erfarenheter. Det vetenskapliga programmet kompletteras med mingel, sociala aktiviteter och kongressmiddag med fest.

Kongressen går av stapeln 26–29 maj 2026 med pre-kongress för ST-läkare och nya specialister 25–26 maj. Anmälan till kongressen öppnas 3 november och från början av september kan den som önskar skicka in abstrakt och programinnehåll.

Se till att hålla koll på hemsidan för kontinuerliga uppdateringar. Där kommer fortlöpande information om nya programpunkter och viktiga datum under året.

Vi hälsar er alla varmt välkomna och ser fram emot en fantastisk kongress!

Kongresskommittén
SFAM Jönköping

SFAM

**NC 2026
GP JÖNKÖPING
26-29 MAY**

**Welcome to
24th Nordic Congress
of General Practice 2026**

Jönköping
Konsert & Kongress

**Visit our website
for latest
information!**

Want to know more
about the city?
destinationjonkoping.se

Risk, chans eller realitet

Lars Englund skrev en fin betraktelse över det viktiga begreppet risk i Allmänmedicin (nr 2 2025) om hur man som behandlande läkare skulle kunna presentera patientens risk och som brottas med beslutet att låta sig behandlas med läkemedel eller ej. Det kan vara, låt oss säga, måttligt högt blodtryck eller ett lipidvärde utanför normalvärdesområdet. Det är klurigt.

Vetskapen om risken att vi ska dö bär vi med oss i stort sett hela livet. I slutändan är ju risken 100%, men dessförinnan är den mer svårgripbar och att ange i storlek. En del är födda som djärva och risktagande medan andra är mer försiktiga. Många har upplevt händelser i livet, som kan ha påverkat synen på hur man ska förhålla sig till utmaningar. Livet omkring oss berättar om hemska ting som kan drabba oss, massmedia, i viss mån sjukvården, men framför allt läkemedelsindustrin vill gärna vara med och föreslå riskminskande åtgärder när det gäller hälsan.

I stora befolkningsstudier kan man visa på väldigt små, men signifikanta, riskförändringar av en intervention. Den relativa riskminskningen blir då ett slagkraftigt argument för att med ett läkemedel förhindra till exempel en kardiovaskulär händelse. En motsvarande absolut risk kan i ett sådant exempel minska från 3% till 2%. Å andra sidan gör sannolikt inte den enskilda patienten ett glädjeskutt för det, men däremot blir väl läkarna på behandlande slutenvårdsenhet nöjda med en reducering av aktuellt tillstånd i populationen med en tredjedel, relativ minskning på 33% RRR.



Vetskapen om risken att vi ska dö bär vi med oss i stort sett hela livet. I slutändan är ju risken 100%, men dessförinnan är den mer svårgripbar och att ange i storlek.

Så, för mig som allmänläkare och patientens allt i allo, hur ska jag resonera? Vi har ju både ett patient- som befolkningsansvar. Det är klurigt, för inte ens vi själva har helt klart för oss hur vi vill ha det.

För cirka 10 år sedan frågade jag drygt 100 läkare (mest allmänläkare) om alternativet att behandlas utifrån en presentation av risk som relativ riskreduktion RRR eller som en förändring av absolut risk, men uttryckt som chansen att inte drabbas av händelsen (alltså öka chansen från 97% till 98% med en åtgärd, enligt ovan exempel). Många ville behandlas med RRR medan få ville det när chansökning från 97% till 98% presenterades.

Lars Englund tar upp de glada engelska figurerna för att åskåd-

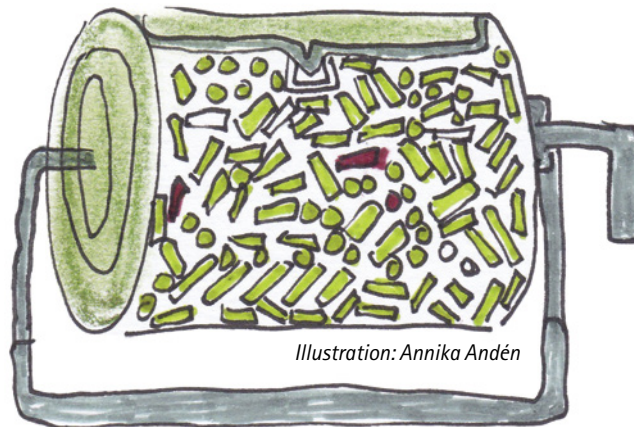


Illustration: Annika Andén

liggöra den absoluta risken och den oftast lilla riskminskning som behandlingen oftast innebär, när det gäller just behandling av en risk (exempel finns på <https://gpevidence.org/conditions/coronary-heart-disease/>). Samtidigt tror jag, att när man bara nämner ordet risk, så far gärna tankarna iväg till hot och fara medan begreppet chans eller möjlighet har en ljusare klang.

Vid diskussion om chansen att undslippa en händelse använde jag, som då verksam doktor, antingen tombolan med 100 lotter som exempel för patienten, där tre lotter var nitlotter men minskade till 2 nitlotter om behandlingen accepterades eller med andra ord 97 alternativ 98 vinstlotter. Ett annat sätt kan vara att exemplifiera med ett 100 cm måttband då riskförändringen åskådliggörs med någon enstaka centimeter. Att vända på steken, kallat framing, menar jag är ett bättre sätt att få med patienten i ett beslutsfattande. Själv vill jag benämna detta angreppssätt som NOPI, det vill säga Non Occurrence Probability Increase.

Jäv saknas.



Bertil Hagström
Pensionerad allmänläkare, med dr

Referenser:

- Hagström B, Gunnarsson R K, Rosenfeld. Att presentera den förbättrade möjligheten att hålla sig frisk kan vara bättre än att tala om förändring i risk: användning av ökningen av sannolikheten för icke-förekomst (NOPI). *Scand J Prim Health Care* 2013;31:38-40, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23889596/>
- Hagström B. Presentationen av risk påverkar valet av behandling. *Läkartidningen*. 2014;111:CSFT, <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Nya-ron/2014/02/Presentationen-av-risk-paverkar-valet-av-behandling/>
- Hagström B. Orisken är mycket större än risken. *Sjukhusläkaren*. 2020 nummer 5, <https://www.sjukhuslakaren.se/kronika/orisken-ar-mycket-storre-an-risken/>

Den direkta vägen till kvalitativ sjukvård

Att översätta patienters berättelser till medicinska begrepp och omvänt

Läkarprofessionens uppdrag är mångfacetterat och innefattar vetenskapligt arbete, administrativa uppgifter, samordning av vårdinsatser samt direkt patientkontakt. Dessa aspekter samexisterar och interagerar kontinuerligt, vilket ställer höga krav på professionell mångsidighet och anpassningsförmåga.

Vetenskap i möte med det mänskliga

Medicinsk utbildning vilar huvudsakligen på naturvetenskaplig grund. I den kliniska verkligheten möter dock läkaren inte endast sjukdomar, utan människor – individer med unika livs-omständigheter, erfarenheter och uttrycksätt. Detta förutsätter en särskild kompetens: förmågan att tolka och översätta mellan medicinskt fackspråk och patientens personliga narrativ.

Den kliniska konsultationen som översättningsprocess

Konsultationer präglas ofta av ofullständig och mångtydig information. Patienter beskriver symtom med sina egna ord, vilka påverkas av kulturell och social bakgrund, livserfarenhet och emotionellt tillstånd. Dessa subjektiva berättelser måste transformeras till medicinska begrepp som är tillämpbara inom diagnostik och behandling. Samtidigt krävs att den medicinska informationen återförs till patienten på ett begripligt, respektfullt och autonomistärkande sätt. Denna dubbla översättningsprocess – från vardagsspråk till medicinsk terminologi och tillbaka – är en kärnkompetens inom vårddyrket.

Patientens språk som nyckel till förståelse

För att till fullo förstå patientens problematik måste vårdpersonal utveckla en lyhördhet för både det uttalade och det osagda. Ord kan bära olika betydelser beroende på individ och sammanhang. Det krävs aktiv och empatisk lyssning, kulturell kompetens samt förmåga att tolka icke-verbala signaler såsom kroppsspråk, tystnader och tonfall.

Att hantera ovisshet – en professionell färdighet

Patientfall i klinisk vardag motsvarar sällan de idealiserade exempel som förekommer i läroböcker. Att fatta välgrundade beslut trots bristfällig information är en central del av det kliniska arbetet. Detta förutsätter ett utvecklat omdöme och en förmåga att erkänna och hantera ovisshet som en integrerad del av det professionella ansvaret – snarare än som ett misslyckande.

Medicinsk översättning som pedagogisk metod

Inom medicinsk utbildning bör begreppet ”medicinsk översättning” inte begränsas till språklig tolkning. Det handlar om att förmedla och integrera kunskap mellan skilda domäner – mellan vetenskap och vardagsliv, mellan kroppsliga och själsliga dimensioner, mellan vårdpersonalens och patientens perspektiv. Detta kan konkretiseras genom reflekterande samtal, patient-



Illustration: Annika Andén

nära undervisningsmoment och fallbaserat lärande där såväl teknisk som kommunikativ kompetens tränas parallellt.

Avslutande reflektion

Medicinens teknologiska och vetenskapliga utveckling är enorm. Vi har tillgång till mycket information och det finns många olika interventionsprotokoll. Men trots detta kvarstår behovet av den grundläggande mänskliga förmågan att lyssna, förstå och förklara. Det är i detta översättningsarbete – i det levande mötet mellan vårdpersonal och patient – som vårdens kvalitet ytterst avgörs i praktiken.

Jäv saknas.



Jesus Ramos

Allmänläkare, med dr, fd adjungerad professor i Biostatistik, Baskiens universitet. Regionhälsan Blekinge
jesus.ramosmartinez@regionblekinge.se



Martin Ramos

Läkarstudent, termin 9, Göteborgs universitet
gusrammag@student.gu.se

VÄNTRUM 5

Illustration:
Annika Andén

Uteblivet besök

En dag som börjar som alla andra. Jag väntar på en patient, en äldre kvinna som jag följt i fem år. Det är dags för uppföljning. Hon kommer inte. Någonting känns genast fel. Jag öppnar hennes journal, och där står det: hon har avlidit på sjukhuset. Det blev ingen uppföljning. Bara ett avslut. Ett frånvaroögonblick som gav utrymme för reflektion. Döden.

Hon kommer aldrig mer att sitta i väntrummet, tyst och tålmodig. Aldrig mer kommer jag att insistera på det eviga onödiga samtalet om att sluta röka, trots alla bestämmande riskfaktorerna, trots att hennes blodkärl var som tickande bomber.

Jag minns hennes lugn, hennes stillsamma sätt att tala. En kvinna jag lärde känna i ett ständigt sorgearbete, ända fram till sin död. Sorgen efter sin son, som led av cancer och som hon överlevde. Två år stod hon ut, men smärtan var förkrossande. Den syntes i hennes porer, i hennes rörelser, hur hon satte sig bredvid bordet, hennes melankoliska röst, hennes suckande andning. I den bortvända blicken, livströttheten.

Outtröttligt arbetade hon som undersköterska på ett äldreboende. Hon var stolt över sitt arbete inom omsorg, *det var ett viktigt arbete*, nämnde hon.

”Den här världen har ingen räddning”, brukade hon säga. Hon syftade på krigen.

Claudicatio gjorde att benen värkte. Hon blev andfädd när hon gick. Men ändå var hon på väg att återhämta sig. Enligt sjukhusjournalen hittade hennes barnbarn henne döende på golvet i sitt hem; efter flera återupplivningsförsök gick hon inte att rädda.

Livet kommer och går. Människorna som kliver in genom våra undersökningsrum lär oss livets förgänglighet. Att se varje möte som heligt. Att pausa mellan varje patient. Att ge dem några ord och ett minne efter att de lämnat oss. Vissa försvinner av andra skäl. Det handlar inte om att klamra sig fast, utan om att respektera varje liv i dess egen unikhhet.

Jäv saknas.

Sunera Sadacali
Allmänläkare

Närhälsan Boda Vårdcentral, Borås
sunera.sadacali@vgregion.se



Allmänläkare som specialitet och som patient

Några funderingar utifrån egna erfarenheter som patient och mångårig klinisk erfarenhet som distriktsläkare.

Det känns annorlunda i högra tummens fingerblomma. När jag greppar en varm tekopp måste jag vara försiktig för att inte bränna mig, känna efter först med ett annat finger för att få koll på temperaturen. Känsln är nedsatt på höger tumme och även inom ett mindre område på vänster tumme. Även kraften är påverkad. Jag måste ofta lyfta ett mjölkpaket med båda händerna ut ur kylskåpet. Neurokirurgen säger att det kan bli bättre men tar lång tid, ett år eller så.

Jag har inte fått något svar än på brevet jag skickade för en dryg vecka sedan till distriktsläkaren som undersökte mig på

”

Jag tog fasta på hennes bedömning att det rörde sig om en stukning, tog det lugnt under resten av veckan och klarade nätterna med opioidanalgetika.

vårdcentralen dagen efter den våldsamma kollisionen i längdskidspåret. Hade jag själv fått ett sådant brev skulle jag definitivt svara, om än lite oroligt och skamset. Hon bedömde att det var mycket låg sannolikhet för frakturer och att resan på 23 mil till Östersund för en datortomografi av nacken inte var motiverad.

Jag tog fasta på hennes bedömning att det rörde sig om en stukning, tog det lugnt under resten av veckan och klarade nätterna med opioidanalgetika. Testade att åka ett par kortare skidturer vilket gick ganska dåligt. Hade svårt att klara de nypreparerade längdskidorna med superglid. Upplevde att balansen var dålig och tänkte att det berodde på polyneuropatin i fötter och ben efter cytostatikabehandlingarna jag fått under snart tre års tid för återkommande malignt lymfom. I en liten nerförsbacke landade jag på baken men kunde resa mig utan hjälp. På vägen hem till Norrköping körde jag bil flera timmar i sträck.

Två dagar efter hemkomsten träffade jag min granne och kirurgöverläkare som sa att något måste göras. Hon skrev en akut remiss till datortomografi av nacken. Efter första undersökningen direkt åter för kompletterande bilder med kontrast.

Två akutläkare gick till attack för att tvinga på mig en ”äkta” halskrage.

Senare fick jag förklaringen misstänkt instabil fraktur i kotan C1 och fraktur även i kotan C6. Ännu kraftigare trauma och kanske annan träffvinkel så hade jag kunnat dö på fläcken med tanke på de livsviktiga centra som finns i förlängda märgen. Neurokirurgen var dock inte så bekymrad för frakturen i atlaskotan men lite mer fundersam på den i sjätte nackkotan. Jag måste höra av mig om de neurologiska symtomen skulle tillta, vilket de inte gjort så här långt.

Känslnedsättningen i tummarna och viss kraftnedsättning i höger hand kan jag leva med. Väl tillbaka hemma från fjällresan var det dags för återbesök hos hematologen vilket jag särskilt bett om men ansågs onödigt eftersom allt nu var bra. PET-datortomografin var bra utan tecken på förstörade lymfkörtlar eller annan patologi. Men i blodproverna fanns resultat som tydde på något annat. Min fru hade noterat några blåroda hudförändringar på min kropp. Själv hade jag inte velat se dem.

”

Min fru hade noterat några blåroda hudförändringar på min kropp. Själv hade jag inte velat se dem.

– Kan det vara lymfom, frågade min fru.

– Ja det kan det, svarade hematologläkaren.

En blårod tumör på bröstet excidera-



Illustration: Annika Andén

des ett par dagar senare och PAD visade åter diffust storcelligt B-cellslymfom. En stor besvikelse. Jag hade hoppats på bot eller åtminstone en längre tids remission, men nu i stället kom återfall 3–4 månader efter högdos cytostatika och autolog stamcellstransplantation i höstas.

Några veckor senare var jag kallad för årlig kontroll hos min husläkare sedan flera år.

– Vad kan han göra för dig nu, i det här läget, undrade min fru.

Kanske inte några självklara eller tydliga frågor men jag ville ändå träffa honom eftersom ett förtroende byggts upp under många år. Han snabbade på diagnosen förra våren när lymfomet recidiverade första gången och har även sett till att min prostatacancer blivit utredd.

– Vad har hänt med dig, var hans inledande fråga, triggad av den iögonfällande stela halskragen.

– Du är hårt drabbad sa han, när han insåg att jag var drabbad både av lymfomrecidiv och nackfrakturer samtidigt.

Det blev ett bra besök. Ganska snabbt avklarat med hög grad av empati. En fråga jag hade sedan tidigare om indikationen för att återuppta statinbehandling diskuterades och var snabbt avklarad.

Vad vill jag säga med denna berättelse? Det är inte så lätt att välja rätt diag-



Jag drar mig till minnes flera hårt drabbade patienter där jag tror mig ha haft mycket att bidra med, som allmänläkare bland alla superspecialister.

nosmetod i glesbygd när man måste väga in praktiska frågor som långa transportsträckor till sjukhus. Hade jag sökt på en akutmottagning på sjukhus hade det varit enkelt och självklart att omgående lägga mig i datortomografer.

Träning på bedömning av akuta skador är på sin plats inför tjänstgöring i glesbygd. Ödmjukhet och beredskap att lära av missade diagnoser och andra misstag är väsentligt för den professionella utvecklingen. Att snabbt ta initiativ till kommunikation med den drabbade patienten är avgörande.

Allmänläkaren som partner i vården, en första ingång vid oklara symtom och

det stora värdet i att ha en kontakt över flera år där besöken ibland mynnar ut i snabb remiss för utredning. Men ibland endast en stunds samtal, diskussion om frågor patienten funderat över och empatisk avstämning av livssituationen. Jag drar mig till minnes flera hårt drabbade patienter där jag tror mig ha haft mycket att bidra med, som allmänläkare bland alla superspecialister.

Allmänmedicin är en trevlig och intressant specialitet, inte minst om man har ett brett människointresse. Känslan är god, att ofta med enkla medel, baserade på långvarig kunskap om den specifika patienten och kanske även dennes anhöriga, lösa problem som skulle kräva betydligt större resurser utan specifik personkännedom.

Jäv saknas.



Staffan Nilsson

Allmänläkare, Vårdcentralen Vikbolandet, docent, Institutionen för hälsa medicin och vård, Linköpings universitet
staffan.g.nilsson@liu.se

Bokrecensenter sökes!



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

Hör av dig till:
chefredaktor@sfam.se

Från sjukvårdsbiträde till folkhälsoläkare

Subjektiva reflektioner över primärvårdens och allmänmedicinens utveckling från 1965

Sedan ett par år träffas vi regelbundet, yngrekursen ht 1963 från Karolinska Institutet. Av oss 104 blev fyra allmänläkare. Kollegorna har berättat om spjutspetsforskning och andra erfarenheter. Snart är det vår tur. Detta är min berättelse.

Bilderna av Annika Andén kommer från *AllmänMedicin 2016–2021*, när jag var chefredaktör.

Vägen till allmänläkarkompetens

När jag växte upp i Saltsjöbaden, en villaförort sydost om Stockholm, gjorde provinsialläkaren hälsokontroller i skolan och vaccinerade oss mot smittkoppor och tbc. Hos distriktssköterskan kunde man få öronen spolade.

Sommaren 1965 arbetade jag som sjukvårdsbiträde hos provinsialläkaren Erik Dahlman. Han skrev anteckningarna i svarta vaxduksböcker, besök efter besök. Under socialmedicinkursen fick vi under hans ledning besöka det nybyggda ålderdomshemmet Sjötäppan.

”

Allmänmedicin verkade vara det område där jag skulle kunna göra störst nytta för att förebygga att ungdomar blev knarkare.

Jag blev försenad med legitimationen och hann inte ansöka om provinsialläkartjänst. Jag gjorde en halv AT-tjänstgöring, sex månader primärvård och tre månader psykiatri. På Handens långvårdssjukhus träffade jag dr Buga från Estland. Han började som ensam provinsialläkare i ett mindre jordbruksområde, men utvecklingen gjorde honom till en av flera distriktsläkare på en modern mottagning i ett miljonprogramområde. Här kunde ambulanserna från Nynäshamn stanna för akut hjälp. Mödra- och barnavård ingick i tjänstgöringen, kanske även skolhälsovården. De maskinskrivna journalerna i A4-mappar delades med specialistmottagningarna.

Psykiatrin blev ett år på Maria ungdomsklinik. Där träffade jag sniffande, supande, knarkande ungdomar. Läkemedel användes i undantag. Personalen var betydligt mer erfaren än jag och vägrade serva mig som på sjukhuset. Jag fick lära mig att använda mig själv – ”the doctor is the medicine”. Det var en hård läxa med stor nytta.



Dags att välja specialitet. Allmänmedicin verkade vara det område där jag skulle kunna göra störst nytta för att förebygga att ungdomar blev knarkare. Där träffade man hela familjen, och kunde följa barnet.

Min FV-utbildning (”fortsatt vidareutbildning”) till allmänläkarkompetens gick helt och hållet via sjukhusen: medicin, pediatrik, gynekologi, psykiatri, långvård.

Att bygga upp en modern primärvård

Min första tjänst var i Bollmora, Tyresö 1977. Jag var den enda fast anställda läkaren och fick informellt det medicinska ledningsansvaret. Journalerna i A4-format var sorterade på år–månad–dag. Inget korsregister på patientens namn fanns. Journalletande var en daglig rutin. Det fanns akuttider varje dag och icke akuta tider om sex veckor.

1980 blev jag efterföljaren till provinsialläkaren Folke Murvall i Nacka och fick starta en helt ny vårdcentral i Ektorp. Vi övertog Murvalls journalarkiv – tre lådor med kort i A6-format. Anteckningarna skrevs på maskin med ett halvt radavstånd. En nyupptäckt diabetiker: ”Törstig, kissar mkt. Glykosuri+++ . Remiss NS.” Om patienten var återkommande under lång tid tejpades korten till ett dragspel.



Illustration: Annika Andén

Genomtänkta rutiner och snabba sekreterare gjorde att journalerna tillbringade minimal tid utanför arkivet. Korsregistret var viktigt. Distriktssköterskorna fick flytta in till närliggande lokaler och dela kafferum med oss. De sörgde sin självständighet. Att kontinuitet är viktigt visste vi. Vi läkare följde därför distriktssköterskornas och barnhälsovårdens upptagningsområden.

Det var en rolig tid. Vi hämtade idéer från mer utvecklad primärvård ute i landet. Lerum bidrog med ett tidsboknings-system med förberedda återbesök. Från Ljusdal hämtade vi vårdplaneringsgrupper med distriktssköterska, distriktsläkare, hemvårdsassistent från kommunen samt läkare och sjuksköterska från långvården, kompletterat med direktinläggning på geriatriken (utan besök på akuten). För knepiga patienter i arbetsför ålder hade vi rehabmöten med socialtjänsten, psykiatri och arbetsförmedlingen. En egen idé var alkoholtvättningen i samarbete med socialtjänsten och psykiatri. Organisering utifrån områdesansvar var en självklarhet.

Vi byggde upp samarbete med sekundärvården. De första åren hade vi grupphandledning från psykiatri, därefter Balintgrupper. En neurolog på Södersjukhuset var tillgänglig för telefonkonsultation en timme varje fredag. En reumatolog reste runt till vårdcentralerna och undersökte patienter tillsammans med läkargruppen.



Illustration: Annika Andén

Regelbundna träffar utanför arbetstid, ibland på läkarbåten, med alla distriktsläkare i Nacka – Värmdö möjliggjorde utveckling. Journmottagningen organiserades med deltagande av alla läkare i Nacka – Värmdö, där lokalkännedom och rutiner kring psykofarmaka och sjukskrivningar var viktiga.

Något som inte förändrades var ronderna på ålderdomshemmen. Stängningen av de stora institutionerna för utvecklingsstörda innebar ett nytt arbetsfält med mindre omsorgsboenden. Här hade vi de första åren stor nytta av omsorgssjuksköterskan och omsorgsöverläkaren.

Medvind för primärvården i Stockholm

När vi startade Ektorps vårdcentral var vi tre läkare på 23 000 invånare. På 1980-talet växte primärvården, nya vårdcentraler startades, utbildningstjänster inrättades och vi blev fler specialister på vårdcentralen. Med ett rimligt antal invånare per läkare kunde vi släppa fram patienterna direkt till läkarnas telefontider. Anamnes och provtagning var gjort när patienten kom till sin läkare. Datajournal, utvecklad av norska öronläkare, förenklade vår vardag.

Det gjordes satsningar i utsatta områden. Ökade resurser gav möjlighet till ökat samarbete mellan primärvården, socialtjänst och lokalsamhället. Varje nyfött barn fick ett hembesök, men här fick de flera.



Det var en rolig tid. Vi hämtade idéer från mer utvecklad primärvård ute i landet.

Vi hade en framsynt sjukvårdsdirektör. Något år innan den kortlivade husläkarlagen trädde i kraft 1994 erbjöd vi invånarna att lista sig på en läkare. Reklambladen i brevlådorna följde vår områdesindelning, med två läkare, en distriktssköterska och ”en halv” sekreterare i varje vårdlag. Även utbildningsläkarna placerades i teamen och träffade både kroniker och akutpatienter. Eftersom systemet var välfungerande med god kontinuitet fortsatte det även efter att lagen upphörde.

Lästips om mig själv och läkarrollen:

Distriktsläkarens vardag: Gråt, skratt och distans. I: Christina Rosenqvist. Läkare är också människor. Carlssons 1992.

Ingrid Eckerman, folkhälsoläkare och facklig förtroendeman – Nacka. I: Björn Carlsson. Rapport från verkligheten. Människor i vården reflekterar. Kommentus 1999.

I landet var bristen på allmänläkare fortfarande stor. I några fall lyckades läkarna driva fram ”gröna öar”. Resurser satsades på en vårdcentral så att man fick en stabil personalbemanning, för att därefter kunna satsa på nästa. Norrut, där socialdemokratin dominerade, var motståndet mot denna ojämlikhet stort. I stället smetade man ut de tillgängliga resurserna, med följd att det blev ännu svårare att bemanna med läkare.

Folkhälsoarbete i Nacka

I Norsjö, en liten ort i Västerbotten, var dödligheten i hjärtkärlsjukdomar hög. Kommunen och primärvården tog ett helhetsgrepp med hälsosamtal med 40-åringar, nyckelhålsmärkning av livsmedel med mera. Detta hade god effekt, jämfört med en ort där ingen intervention gjordes. Det vanliga förebyggande arbetet i primärvården handlade om tidig upptäckt av sjukdom och att minska långtidssjukskrivning. Stuprörsprojekt med inriktning på någon folksjukdom startades, typ ryggskola och screeningprogram.

När Miljöpartiet var med och styrde landstinget/regionen i Stockholms län satsade de på folkhälsa. Till primärvården i varje kommun gavs ett ekonomiskt bidrag motsvarande 0,25 distriktsläkare och 1,0 distriktssköterska. Eftersom jag läst folkhälsovetenskap på Nordiska hälsovårdsskolan i Göteborg (sorgligt nog nedlagd av en borgerlig regering) blev jag tillfrågad, och Folkhälsoenheten i Nacka uppstod [1].

Norsjöarbetet var en ouppnåelig dröm – resurser och mandat räckte bara för primärvårdens verksamhet. Jag frågade mig: Finns det faktorer som är gemensamma för flera folksjukdomar? Jag kom fram till fem levnadsvanor: rökning, hög alkoholkonsumtion, låg fysisk aktivitet, olämplig kost samt stress nu eller tidigare i livet.



Det är alltså inte avgörande för arbetsmiljön och verksamheten om den är offentligt eller privat ägd. I stället är det personalens möjlighet till inflytande som är viktig.

Tillsammans med ”min” distriktssköterska tog vi fram ett paket för att underlätta för vårdcentralerna att kvalitetssäkra arbetet med levnadsfaktorer: utbildning i samtalsteknik, informationsmaterial för väntrummen och patienter, samt ”screening” i form av en fråga per levnadsvana som registrerades i journal. En journalmodul för kvalitetssäkring lades till. Tanken var att varje enhet själv skulle formulera sitt lokala hälsoprogram [2].

Jag var inte ansluten till någon forsknings- eller utvecklingsenhet. Därför blev arbetssättet aldrig testat ordentligt. Umeå universitet tog upp tankarna som vidarebefordrades till Socialstyrelsen. På vägen försvann enkelheten, insikten att förändring av arbetssätt sker från golvet samt kopplingen till verksamhetsdriven kvalitetssäkring.

Forskning, utbildning och utveckling

Det statliga provinsialläkarämbetet inrättades redan på 1600-talet. I hela Sverige fanns som mest drygt 300 provinsialläkare. Förutom läkarlegitimation krävdes tre års sjukhustjänstgöring för att få en tjänst. 1973 flyttades tjänsterna till landstingen och fick benämningen distriktsläkare.

Sveriges första vårdcentral Dalby i Skåne grundades 1968, och till den knöts en forsknings- och utvecklingsinstitution vid Lunds universitet [3]. Den vetenskapliga föreningen Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) grundades 1973. 1981 blev allmänmedicin en egen specialitet, och 1982 utnämndes den första professorn i allmänmedicin. 1989 hölls första specialistexamen. På 1990-talet reformerades utbildningen utifrån allmänläkarnas behov [4]. Den sjukhusklinikbundna randningen minskades radikalt och ersattes av handledning, allmänläkarledd utbildning och egna arbeten. Konsultationsteknik, reflektion och kvalitetsarbete (FQ-grupper) blev bärande element i fortbildningen.

En rad olika råd bildades: Fortbildning, utbildning, forskning, kvalitet och patientsäkerhet, sköra äldre, levnadsvanor. SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling har drivit kvalitetsarbetet upp till Svenska Läkaresällskapet under rubriken ”Kloka kliniska val”.

Datajournalerna möjliggjorde ett kvalitetsarbete utifrån ”gräv där du står”-konceptet. Primärvårdens patienter blir aldrig slutbehandlade. De dyker upp med jämna och ojämna mellanrum, med tillfälliga, långvariga och/eller kroniska besvär i olika kombinationer, från livets början till dess slut. Datamängden blir enorm och synnerligen diversifierad, vilket omöjliggör traditionellt uppbyggda kvalitetsregister. I stället utgår kvalitetsarbetet från förbättringsmöjligheter för en viss grupp patienter på vårdcentralen. Till exempel ”hur sköter vi våra diabetespatienter utifrån HbA1c, vikt och rökning?” Diskussion i kollegial grupp medför att följsamheten till riktlinjer ökar. Sedan 2016 finns ett nationellt system [5].

Som pensionär var jag under tio år chefredaktör för vår vetenskapliga tidskrift AllmänMedicin. Att beskriva vad som hände inom FOUU var att ingjuta hopp hos kollegorna. Vi gör mycket. Vi är bra.



Illustration: Annika Andén

Läs mer om allmänmedicinens utveckling i Sverige:

Swartling, Pelle. Den svenska allmänmedicinens historia. Läkartidningen 2006;103(24-25):1950-53 https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/4/4318/LKT0624s1950_1953.pdf

Dahlin, Bengt. Från provinsialläkare till primärvård – en historisk exposé <https://www.bengtdahlin.se/>

Glesbygdsmedicin. Tema, AllmänMedicin 2017;1:15-35 <https://sfam.se/tidskriften/wp-content/uploads/2020/09/Allman-Medicin-2017-1.pdf>

Glesbygdsmedicin

Glesbygd finns inte bara i Norrlands skogar och fjälltrakter, utan även i Roslagen, Värmland, Småland och skärgårdarna. Avstånden till sjukhusen är långa, och primärvårdens arbetsuppgifter skiljer sig delvis från dem i tätbebyggda områden. God kontinuitet avlastar, och ”onödig” sjukvård undviks i hög grad.



Det är inte lokalerna och utrustningen man säljer i en privatiserad vård. Det är personalen och – allra viktigast – patientstocken.

Peter Berggren har i Storuman skapat ett center för utveckling av glesbygdsmedicin, numera i internationella samarbeten. Här började man tidigt använda olika metoder för distansmedicin. Glesbygdsmedicin är (ännu) inte en tilläggspecialitet, men akut- och traumamedicin ingår i utbildningen för glesbygdsläkare.

Per Ullhammar vikarierade sommartid som provinsialläkare i Djurö, Värmdö. Till att börja med åkte han ut till öarna med egen båt. Sedan fick han landstinget att satsa på en liten båt, sedan en stor båt, till sist två båtar. Verksamheten är sedan länge permanentad. Skärgårdsdoktor har också funnits på Västkusten.

Sjukstugor är en viktig vårdform som borde kunna fungera även i tätbebyggda samhällen [6]. I Stockholm är det kanske geriatriken som sköter den funktionen.

En liten historia från glesbygden: När den nya unga distriktsläkaren efterträdde provinsialläkaren skulle ”otyget” bort med fulla väntrum där människor tvingades vänta i timmar. I stället infördes tidsbeställning. Men det blev klagomål – den sociala aspekten föll bort. Det var vanligt att vänner som bodde i olika byar stämde träff i doktorsnäs väntrum. Där fick de gott om tid för ett samtal.

Ledarskap och arbetsmiljö

Provinsialläkarna var tillsatta av Kunglig Majestät och var i princip sina egna chefer. När de ersattes av distriktsläkare fanns det i Stockholm några få som hade administrativt ansvar för sina kollegor – som till exempel skrev på semesteransökningar. På vårdcentralerna skötte vi oss själva med hjälp av en vårdcentralsföreståndare, som hade flera vårdcentraler att sköta. Landstingets pengar var en enda stor elastisk säck, ingen visste vad saker och ting kostade. Jag förstod aldrig att jag kanske borde förankra uppåt (var?) när jag startade nya verksamheter.

Allmänläkaren Mikael Ohrling hade varit chef för primärvården i sydvästra delen av Stockholms läns landsting. Han hade infört tämligen självständiga vårdcentraler. När han tog över även södra och sydöstra delarna ville han fortsätta på den linjen. Från facken hävdade vi att ansvaret var så stort att det inte kunde ges till den ”som tog det på sig”. Vi krävde utlysning och tillsättning efter meriter. Detta lockade många läkare, och vi fick goda chefer. I de fall där vi inte fick en meriterad sökande fick vårdcentralen en tillförordnad chef för att en ny utlysning skulle kunna göras senare.

Efter några år gjordes en stor arbetsmiljöundersökning. Det visade sig att personalen var mer nöjd i denna offentliga verksamhet än vad den varit på de privata företag som tidigare gjort samma undersökning.

Det är alltså inte avgörande för arbetsmiljön och verksamheten om den är offentligt eller privat ägd. I stället är det personalens möjlighet till inflytande som är viktig. Toppstyrning kan också förekomma i stora vårdbolag.

1990-talskrisen

Under 1980-talet byggdes primärvården ut i Stockholms län. Specialistutbildningen utvecklades, och antalet specialister i allmänmedicin ökade. Framtiden såg ljus ut.

Den ekonomiska krisen på 1990-talet förändrade allt. Offentlig verksamhet sparade in på allt som inte var ålagt i lag. Verksamheter slogs ihop, sjukhus stängdes. Tjänster för utbildningsläkare tillsattes inte. Sekreterare avskedades, läkarna fick ta över uppgifterna.

Ekonomi skulle styras upp, verksamheterna skulle ägna sig åt ”kärnverksamheten”. New public management (NPM) infördes, allting skulle mätas. Besöksersättning ersatte kapitering, vilket medförde många korta besök. Kronikerna blev lidande. I Nacka föll vårdplaneringsgrupper, rehabmöten och alkoholmottagning bort. Journmottagningen såldes ut. Nacka-Värmdöläkarna bojkottade den, och den bemannades av läkare med andra specialiteter, från andra delar av Stockholm.

Medelåldern på allmänläkarkollektivet var hög, och bristen på ST-läkare medförde att även Stockholm drabbades av brist på allmänläkare. Med tiden tvingades landstinget/regionen justera ersättningen till en högre andel per capita-ersättning, viktad för ålder.

Sedan tidigare hade en viss privatisering skett. En personalgrupp bildade ett kooperativ och övertog vårdcentralen. Andra driftiga kollegor startade mottagningar i ”tomma” områden. I det dåvarande sjukvårdsområdet Södra Stockholm beslöt sig den borgerligt styrda sjukvårdsstyrelsen att alla vårdcentraler skulle vara privata före nästa val. På slutet gick det trögt.



Illustration: Annika Andén

Då sockrade de ersättningarna, och till sist nappade de sista personalgrupperna. Under flera år hade vissa vårdcentraler ett helt annat ekonomiskt läge än övriga.

Privatiseringen hade följder. En vårdcentral ägdes av några läkare. När de tröttnade sålde de till högstbjudande – ett riskkapitalbolag. Det gick bra, man fortsatte jobba som förut. Men när riskkapitalbolag nummer 3 tog över gav de order om hur personalen skulle jobba. Alla läkare och nästan alla sjuksköterskor försvann. Då hade läkarbristen blivit tydlig även i Stockholm, och det tog årtal att bemanna upp vårdcentralen igen.

Det är inte lokalerna och utrustningen man säljer i en privatiserad vård. Det är personalen och – allra viktigast – patientstocken.

Kronisk brist på allmänläkare

Det tog Socialstyrelsen årtionden att rekommendera en specialist i allmänmedicin per 1 100 invånare. Men allmänmedicin är en bra grundspecialitet för arbete inom många sektorer. Dessutom arbetar många läkare icke-kliniskt, till exempel som forskare eller chefer. Andra är barnlediga, sjuka, studerar. Min bedömning är att man måste utbilda cirka 20 procent ”för många” specialister för att täcka behoven helt. Detta har både Socialstyrelsen och våra professionella organisationer bortsett från.

Utvecklingen och framtidshoppet under 1980-talet raserades under 1990-talet. Att man slutade tillsätta ST-tjänster under krisåren, och därefter tillsatte alldeles för få tjänster, har lett till att flera årskullar specialister uteblivit. För att råda bot på det måste man ”överutbilda” allmänläkare i varje region. Men det sker i allmänhet inte [7, 8]. Distriktsläkarföreningen visar

hur det med nuvarande planering tar minst 50 år tills målet en allmänläkare per 1 100 invånare är uppnått.

Den försämrade arbetsmiljön på vårdcentralerna har, åtminstone i Stockholm, lett till att läkare byter arbetsplats. De får inte styra sin arbetsdag, de får en alltför tung börda av kroniker, de känner att de inte hinner med.

Ett löfte som inte infriats är omställningen till nära vård, där primärvården har resurser för att vara den grund som hela sjukvården står på [9, 10]. En vård där krämpor och sjukdomar handläggs på lagom nivå och inte, på grund av brister i generalistvården (primärvård, barnsjukvård, geriatrik) tvingas till stuprörssjukvården där remisserna korsar varandra i cyberrymden. En vård där samarbete vida trumfar ekonomism och där ”kloka kliniska val” är en klinisk riktlinje.

Jag har haft min fasta bilmekaniker, fasta hårfrisör, fasta tandläkare. Men en fast läkare som hjälper mig att hålla ihop vården? Det verkar omöjligt.

Jäv saknas.

Ingrid Eckerman

Pensionerad allmän- och folkhälsohälsoläkare, före detta facklig ombudsman, tidigare chefredaktör för AllmänMedicin, Stockholm
ingrid.eckerman@gmail.com



Referenser:

1. Eckerman Ingrid, Ekbom Riita. Nackamodellen för förebyggande arbete i primärvården. En beskrivning av Folkhälsoenheten i Nacka. SLPO oktober 2003, https://drive.google.com/file/d/0B0FqO8XKy9NRRXNuQ3lxNELQd2s/view?resourcekey=0-R7PvoHw7pirY3e_Nmgbgrw
2. Eckerman, Ingrid. Är det hälsofrämjande att fråga efter levnadsvanor? AllmänMedicin 2020;2 <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-2-2020/a/ar-det-halsoframjande-att-fraga-efter-levnadsvanor/1919/304347/13713825>
3. Hovellius, Birgitta. Allmänmedicin – läkarvetenskapens modernisering. AllmänMedicin 2023;3:42-46 <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-3-2023/a/allmanmedicin-lakarvetenskapens-modernisering/1919/1080597/43146071>
4. Rudebeck, Carl Edvard. Odödlig men sårbar – händelser och skeden i den svenska allmänmedicinens utveckling under 1900-talet. AllmänMedicin 2023;3:38-40 <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-3-2023/a/ododlig-men-sarbar-handelser-och-skeden-i-den-svenska-allmanmedicinens-utveckling-under-1900-talet/1919/1080597/43146063>
5. PrimärvårdsKvalitet (PVQ), SKR <https://skr.se/primarvardskvalitet.32919.html>
6. Sjukstugemodellen kan nog inspirera vården i högre grad. Lakartidningen 3.6.2024 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/03/sjukstugemodellen-kan-nog-inspirera-varden-i-hogre-grad>
7. DLF-rapport: Reformen mot fast läkare går i snigelfart. Lakartidningen.se 2025-06-05 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/09/socialstyrelsen-om-omstallningen-till-nara-var-d-takten-behoover-oka/>
8. Snigelfart mot målet: Tar runt 50 år att nå full bemanning. Distriktsläkaren 2025;2:22-26 <https://etidning.distriktslakaren.se/p/distriktslakaren/2025-06-12/a/snigelfart-mot-malet-tar-runt-50-ar-att-na-full-bemanning/1735/1943125/63610875>
9. Socialstyrelsen om omställningen till nära vård: Takten behöver öka. Lakartidningen.se 2024-09-03 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/09/socialstyrelsen-om-omstallningen-till-nara-var-d-takten-behoover-oka/>
10. Inget av målen har nåtts i omställningen till god och nära vård. Lakartidningen.se 2025-03-31 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2025/03/inget-av-malen-har-natts-i-omstallningen-till-god-och-nara-var-d/>

Annons

En godnattsaga för vårdanställda om kungen och bagarna

Det var en gång en kung som bodde i ett stort kungarike. Det var ett förmöget kungarike, och kungen var så klok att han förstod att skälet till att kungariket var så förmöget, var att folket mädde väl. Mädde befolkningen väl kunde de arbeta och betala skatt, och kungen kunde bygga vägar, skolor, och hem för de äldre invånarna som inte längre kunde arbeta.

För att folket skulle må väl behövde de bröd att äta. Fick de inte bröd blev de genast hungriga, arbetade inte lika bra, och kunde inte betala lika mycket skatt. De kunde också bli oroliga, och börja fundera på om de kanske skulle göra sig av med kungen, och skaffa en ny kung som såg till att de fick bröd. Det, ville kungen inte vara med om. Därför hade han ordnat så att folket alltid skulle få bröd.

För länge sedan hade kungen byggt ett stort bageri. I detta bageriet bakades bröd till hela folket. I bageriet jobbade de bästa bagarna och bagarlärningar kom från när och fjärran för att lära sig baka bröd där. Både fattig och rik köpte bröd till samma pris – för det mesta av brödet betalades av skattepengarna kungen fick in.

Folket fick sitt bröd och var nöjda, arbetade och betalade skatt. Kungen var också nöjd. Han fick in skattepengar och kunde bygga vägar, skolor och äldreboenden, och behövde inte vara orolig för att bli utbytt mot en annan kung.

Eftersom brödet var så viktigt i riket utsåg kungen den skickligaste och kunnigaste bagaren till sin särskilde rådgivare, överbagaren. Detta eftersom kungen ju inte kunde baka bröd! I allt som hade med bröd att göra fattade de beslut tillsammans och allt var gott.

Men så hände det en dag att människorna i riket trivdes så bra att de blev fler. De skaffade barn, och människor från andra länder hörde hur bra det var i kungariket där alla fick bröd och flyttade dit med sina familjer.

Plötsligt räckte inte brödet längre till.

Kungen bestämde sig då för att han skulle ta hjälp av bagarna och erbjöd dem att öppna bagerier på egen hand. Mot att de bakade bröd och inte sålde det dyrare än kungens bageri, så skulle de få betalt av kungen för att de bakade bröd.

Priset för att få pengar av kungen för att baka bröd var att man tog väl hand om pengarna så att de inte tog slut. I kungens bageri tog pengarna vid den här tiden aldrig slut. Tillsammans bakade kungens bageri och bagarnas egna bagerier massor av bröd, och återigen var allt gott i kungariket.

Tiden gick och så skedde det att många bagare blev gamla och inte orkade baka bröd längre.

Att så skulle ske hade överbagaren berättat för kungen, men kungen hade inte lyssnat för han var upptagen med att bygga vägar, skolor och äldreboende.

När situationen väl kom till hans kännedom brydde han sig inte så mycket om det eftersom allting ju dittills hade fungerat väl med bageriet. Dessutom kostade det mycket pengar att utbilda bagare: Bagarlärningarna var inte så duktiga från början och det tog längre tid för dem att baka bröd. Kungen hade istället hoppats att det skulle komma färdiga bagare till riket från andra länder. Det gjorde det också, men inte tillräckligt många för att ersätta de bagare som inte orkade baka bröd längre.

Nu var det fara å färde. Utan bagare blev det inget bröd. Utan bröd inget arbete. Utan arbete ingen skatt. Dessutom fanns det ju en risk att kungen skulle bli utbytt. Kungen gick därför till överbagaren och frågade hur han skulle göra.

Överbagaren svarade att det behövdes bagare för att baka bröd. Utan bagare blev det inget bröd. Därför skulle man ta in många bagarlärningar som snart skulle bli färdiga bagare. I värsta fall fick man ta hjälp av kringresande bagare – dessa var dock mycket dyrare än de egna bagarna, och de brydde sig inte om rikets väl eftersom de snart skulle resa vidare.

Kungen tog in både fler bagarlärningar och kringresande bagare på sitt bageri enligt de råd som han fått av överbagaren. Det skulle dock visa sig att det var för sent.

På kungens bageri blev det katastrof. Eftersom bagarna inte hann med att baka bröd till det hungriga folket hade de fått börja baka småfranska. Det blev människorna inte mätta av, men de svält inte heller ihjäl.

Alla bagarna var utbildade för att baka bröd och inte småfranska, och de såg att människorna inte blev mätta, arbetade sämre, och inte kunde betala lika mycket skatt. Bagarna blev ledsna och trötta. Vissa blev så ledsna och trötta att de inte längre kunde baka bröd. Vissa slutade och gick över till de bagerier som ägdes av andra bagare. Bagarlärningar slutade och blev konditorer istället.

När kungen såg vad som hände med hans eget bageri blev han både arg och ledsen. Varför lämnade bagarna hans bageri, det som en gång i tiden varit hela rikets ögonsten?



Illustration: Annika Andén

Bestört över situationen kallade kungen till sig överbagaren. Kungen frågade överbagaren vad han skulle göra och överbagaren svarade att för att baka bröd behövs det bagare. Finns det inte bagare blir det inget bröd. Men bagare pratar med andra bagare, och ordnar man så att de trivs i bageriet berättar de det för andra som sedan vill jobba där de också. Man behöver också ta in bagarlärningar för att trygga tillväxten av nya bagare. I värsta fall får man ta in kringresande bagare.

Kungen blev arg och sade till överbagaren att detta var ju precis samma sak som han sagt förra gången och då hade det ju inte hjälpt. Överbagarens förslag kostade pengar och tog för lång tid.

Som det var nu var pengarna snart slut och det samma gällde för tiden. Förstod inte överbagaren det?

Överbagaren berättade att han förstod hur man bakade bröd och drev ett bageri, men inte visste hur man fick fram pengar eller tid som inte fanns. Han var

inte heller intresserad av dessa frågor och när han sade detta sista tappade kungen tålmodet, avskedade honom och bannlyste honom från riket.

Kungen lovade också sig själv att han aldrig mer skulle lita på en bagare. De trodde ju att det fanns obegränsat med pengar och kom med förslag som inte fungerade. Faktiskt, tänkte kungen, är det bagarnas fel att det inte finns något bröd.

Kungen tog beslut som gjorde det omöjligt för bagare att vara med och bestämma. Ville man vara med och bestämma fick man inte längre vara bagare, och ville man vara bagare fick man inte vara med och bestämma. Som ny särskild rådgivare valde kungen istället fogden, för han visste allt om pengar. Högre skatter behövdes nu för att driva bageriet. Hädanefter skulle det vara kungen och fogden som tillsammans bestämde i kungens bageri.

Överbagaren blev förstås mycket arg och ledsen han också. Han reste till ett annat

land för att baka bröd där och lovade att aldrig återvända. Innan han reste höll han dock ett råd med de andra bagarna och berättade om hur orättvist kungen behandlat honom. Han hade försökt ge kungen råd, men kungen hade inte lyssnat. När kungen väl tagit till sig råden hade det varit för sent. När det sedan gick dåligt hade överbagaren, ja faktiskt alla bagare, fått bära skulden för detta. Efter detta var det svårt för bagarna att lita på kungen.

På plats i kungens bageri stod det snart klart för fogden att han inte kunde baka bröd. Därför behövde han hjälp att förstå vad bagarna egentligen gjorde. Detta var ju viktigt eftersom kungen inte litade på bagarna längre.

För att bevaka bagarna anställde fogden därför massor av småfogdar, minst en för varje bagare. Småfogdarna fick i uppgift att mäta det som gjordes och gick runt med måttband i kungens bageri. Småfogdarna förklarade för fogden att kaos rådde i bageriet: Ibland var en småfranska 10,5cm i diameter, och ibland var den 10,75cm i diameter. Så kunde man inte ha det!

Bagarna fick nu baka sina småfranska med linjal och rapportera in varje småfranska i ett särskilt system. Snart räckte bagarna inte till ens för att baka småfranska, och istället fick man baka skorpor.

På bagarnas egna bagerier gick det bättre. De hade tagit väl hand om sina bagare och sett till att de hann med att baka de bröd som behövdes. Detta var ju inte så konstigt, för deras bagerier var inte större än att ägaren kunde träffa sin bagare dagligen och se så att de mätte bra och hade tillräckligt med mjöl och jäst. Som regel jobbade ägaren fortfarande som bagare och visste därför fortfarande hur livet som bagare var.

Men även dessa bagerier drabbades av att folket inte fick tillräckligt mycket bröd. I och med att kungens bageri kostade massor av pengar, nu när skatten skulle räcka till alla småfogdarna och allt som skulle mätas, blev det inte lika mycket pengar över till bagarnas egna bagerier. Fast att priserna på jäst och mjöl gick upp fick de inte mer betalt av kungen.

Det var ju inte heller rätt att man i kungens bageri mätte allt men inte i bagarnas egna bagerier. Därför fick de egna bagarnas bagerier också börja mäta sina bröd, och i viss mån anställa småfogdar. Detta tillsammans gjorde att bagarnas egna bagerier också fick börja baka småfranska. Men man bakade i alla fall småfranska och inte skorpor som på kungens bageri.

Nu var det riktigt illa för kungen. Folket var hungrigt och trots att allt mer pengar gick till bagerierna blev det inte fler bröd. För att lösa situationen gav kungen fogden i uppdrag att göra en utredning och skriva en rapport. Fogden pratade därför med sina småfogdar och med småfogdarna i de bagerier som ägdes av bagare. Viktigt för fogden var att han inte pratade med en enda bagare – för dem hade kungen sagt att man inte kunde lita på.

När en tid hade gått var fogden redo med sin rapport. Han fann att problemet var att kungen bestämde över kungens bageri. Att det gick bättre för bagarnas egna bagerier var för att kungen inte bestämde över dem.

När kungen fått läsa rapporten blev han mycket fundersam. Långt in på natten vandrade han fram och tillbaka i de stora salarna på sitt slott. Hans bageri kostade nu så mycket pengar att han hade svårt att betala för nya vägar, skolor och äldreboenden.

Skorporerna som bakades räckte inte till för att mätta folket. Kungen var orolig, och det med rätta eftersom det hade dykt upp människor i riket som kallade honom för "kung Hunger" och hetsade folket att göra uppror. Livet hade för kungen blivit en vända, och allt för att det inte bakades bröd.

En natt när kungen befann sig mitt i sina mörkaste tankar dök den goda fen upp.

Hon hade en vana av att dyka upp vid just sådana tillfällen. Hon talade klarspråk med kungen.

Den goda fen förklarade för kungen att han inte kunde vara ovän med bagarna längre. Han behövde dem för att kunna ge folket bröd, och de behövde honom för att kunna förrätta sitt värv.

Kanske var det också så att kungen hade för mycket att tänka på för att på ett bra sätt kunna driva ett bageri. Han behövde ju också tänka på att bygga vägar, skolor och äldreboenden. Istället kunde han ju uppdra åt sitt bageris ledning att baka tillräckligt med bröd utan att bekymra sig så mycket om hur. Kungen övervägde den goda fens ord noga.

Samma natt besökte den goda fen överbagaren. Han befann sig långt bort i ett fjärran land och var mycket olycklig. Han saknade tiden då han och kungen drev kungens bageri tillsammans. Den goda fen förklarade för överbagaren att han inte kunde vara ovän med kungen längre, för folket svalt eftersom brödet inte räckte till. Överbagaren övervägde den goda fens ord noga.

Den goda fen besökte också fogden och förklarade för honom att det behövs bagare för att baka bröd och att bagarna bakar fler bröd om de inte behöver mäta varje bröd. Hon förklarade också för fogden att småfogdarna ju inte behövdes om han litade på bagarna. I slutändan ville ju bagarna baka bröd åt folket, det var det de kunde och tyckte om att göra. Även fogden övervägde den goda fens ord noga.

När kungen hade funderat färdigt skickade han efter överbagaren och tog bort hans bannlysning. När överbagaren kommit åter till riket bjöd kungen honom och fogden på ett gästbud. De åt och drack tillsammans och talade om både gott och ont som varit. Stämningen var god trots att samtalet var öppenlyst och inte styrde undan från sådant som var svårt att tala om. Kungen, fogden och överbagaren bestämde sig för att lösa frågan om bröd till folket tillsammans.

Det kungen önskade var det samma som folket: Bröd i tillräcklig mängd. Fogden ville att kungens bageri, liksom bagarnas egna bagerier, skulle ta väl hand om pengarna de fick av kungen så att de inte tog slut. Överbagaren ville att bagarna skulle få baka riktiga bröd av hjärtans lust, och detta kunde de bara göra om de var tillräckligt många.

När de jämkat och diskuterat, blivit ovän-

ner och vänner igen otaliga gånger kom de till slut fram till en gemensam plan. Kungen skulle fortsätta äga sitt bageri, men driften skulle han lämna över till fogden och överbagaren gemensamt. Kungen skulle avhålla sig från att gå in och styra i bageriet så länge det bakades tillräckligt mycket bröd.

Man enades om att kungens nycker inte hörde hemma i hur ett bageri skulle skötas på lång sikt. Kungen accepterade detta motvilligt men lovade att respektera det man kommit fram till. Överbagaren skulle hålla bagarna på gott humör så att de bakade bröd – för det godaste brödet kommer från en glad bagare som gör det han är bäst på. Bagarlärlingar skulle det finnas många så att man inte riskerade hamna i en ny bagarbrist.

Eftersom det nog hänt vid både ett och två tillfällen att bagarna slösat med mjölet när de mjölade bakbordet – helt enkelt för att det till synes fanns oändligt mycket, skulle fogden med ett litet antal småfogdar finnas kvar på bageriet. Men man kom fram till att bröden framöver inte skulle mätas.

Ganska snart efter att planen satts i verket stod det klart att det blivit bättre än man kunde ha anat. När bagarna inte var ständigt bevakade, skulle mäta bröd och skriva rapporter, hann de med att baka en massa bröd. I sällskap med andra bagare och bagarlärlingar kände de arbetsglädje och stolthet över sitt värv. De arbetade hårt och innerligt. När bagarna berättade för andra bagare hur bra de nu hade det på kungens bageri för andra bagare blev de nyfikna och ville jobba där de också.

Det hände ibland att de goda samtalen mellan bagarna drog ut på tiden och gjorde att färre bröd bakades, men då mindes bagarna det fogden sagt om att de skulle vara försiktiga med kungens pengar, som ju var folkets pengar och i förlängningen deras egna pengar.

Snart började vissa bagare komma med idéer på hur man skulle få brödet att jäsa snabbare och få bättre färg vid gräddning. Då gick kungen in med pengar och lät dessa bagare hjälpa till att forska och utveckla bageriet. Bagarna fick sedan lära

sig dessa nya metoder på regelbunden basis på arbetstid.

För att underlätta beslut i bageriet lärde sig fogden och överbagaren snart att det var viktigt att både lyssna på det bagarna på golvet sade och att använda sig av bagare i chefsleden. Bagare fick igen både vara chefer och rådgivare. Bagarna som var chefer jobbade kvar på golvet på deltid, och förstod därför hur de andra bagarna tänkte och vad som bekymrade dem. Bageriet drevs med lyhördhet, samförstånd, och ömsesidig respekt.

Aftonbön

Vårt Hälsovalskontor, du som är i Gävle.
Låt vår ersättning bli stor
Låt oss ta hand om våra patienter
Låt oss göra vårt jobb och inte andra klinikers
Ge oss de förutsättningar vi behöver
och straffa oss inte för att vi har patienter med hjälpmedel
liksom vi inte straffar er för att ni sällan är oss till hjälp.

Brödet som strömmade ur bageriet var det godaste bröd som någon mindes att de ätit, och ryktet om brödets förträfflighet, bagarnas flit, och kungens visdom spreds när och fjärran. Ånyo kom folk från andra länder för att lära sig baka bröd i kungens bageri.

Bagarna var nöjda, kungen var nöjd och folket var nöjt.

Sedan levde de lyckliga i alla sina dagar

Snipp snapp snut, så var sagan slut.

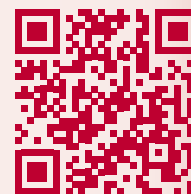
Jäv saknas.



Kristofer Schultz

Allmänläkare, Premicare Bergsjö hälsocentral
kristofer.schultz@premicare.com

Vill du se och höra författaren läsa denna berättelse, skanna qr-koden eller gå in via länken nedan.



<https://www.youtube.com/watch?v=aYqMqq0FzX4>

Utsätt oss inte för granskning
För sådant ni inte ger oss tillräckligt med medel för att göra.
utan rädsla oss från underfinansiering
Ditt är initiativet
Din är makten och beräkningsmodellerna
i evighet.
Amen.

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

**GÖR EN
LIVSVIKTIG INSATS**

Bli månadsgivare på lakareutangranser.se

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER



Åk till akuten : Hur mycket sjukvård har vi råd med? • Fanny Nilsson

• Förlag: Natur Kultur Allmänlitteratur • Utgiven: 2025-08-22

• Språk: svenska • Antal sidor: 320 • ISBN: 9789127190955



Skickligt om svensk sjukvård i ett europeiskt perspektiv

En ST-läkare i internmedicin som skriver: ”Det är faktiskt ofattbart att vi inte bättre anammat den mest kostnads-effektiva, säkraste, tryggaste och mänskligaste delen av den medicinska vetenskapen: allmänmedicinen.” Hur kan vi inte glädja oss åt det perspektivet.

ST-läkaren och Aftonbladsfrilansaren heter Fanny Nilsson. Hennes nyutkomna bok *Åk till akuten* är uppbyggd som en resa genom några europeiska länders sjukvård. Hon har tagit tåget genom Europa, intervjuat sjukvårdspersonal och forskare och även spontanintervjuat folk på stan om deras syn på landets sjukvård. Man får intrycket att många människor har bra tankar om sjukvård. Hon är påfallande påläst och källförteckningen är omfattande, användbar och riktar sig till både en intresserad allmänhet och professionen.



Boken blir därför också en träning i att stå ut med att det inte finns några gottköpslösningar på samhällets mest komplexa verksamhet.

Europas länders sjukvård har sina ursprung i antingen Otto von Bismarcks försäkringssystem från 1870-talet eller Aneurin Bevens statliga NHS (National Health Service) från 1948. Sedan har olika blandformer utvecklats.

I Spanien arbetar 27% av läkarkåren i primärvården, i Sverige 18%. Således är tillgängligheten till egen allmänläkare mycket större i Spanien än i Sverige men arbetsbelastningen är även

där övermäktig och efter stora läkarprotester har förhållandena förbättrats. Här som på många ställen i boken är hon medveten om och har inga standardlösningar för den internationella (läs Europa för det handlar mest om det) sjukvårdskrisen. Boken blir därför också en träning i att stå ut med att det inte finns några gottköpslösningar på samhällets mest komplexa verksamhet.

I Nederländerna har människorna en stark relation till sin allmänläkare, de flesta är privata men försäkringssystemet är strikt och tillåter inte de vinster som numera finns i svensk sjukvård. Idén om en egen läkare är mycket levande. Nederländerna har också ryktet och visst forskningsstöd att ha världens ”bästa” sjukvård (enligt bioetikern Ezekiel Emanuel).

Storbritannien som med sitt NHS länge varit en förebild för svenska allmänläkare (engelska GPs) har nu en sjukvård som verkar bryta ihop av kostnads- och ojämlikhetsskal. Många NHS- sjukhus har avdelningar för bara försäkringspatienter.

Dessa tre länders sjukvård beskrivs av Fanny Nilsson med illustrativa exempel på de problem, och de är omfattande men mestadels hanterbara, som ländernas sjukvård har. Hon utgår ifrån och återkommer boken igenom till tre värden som ett vårdssystem bör ha: tillgänglighet, kvalitet och kostnad. Dessa tre värden går inte att maximera samtidigt. Hög tillgänglighet går ut över kvalitet. Hennes tes är att politikerna bör bjuda in befolkningen mer i samtal för att få en sjukvård, med de kompromisser som är nödvändiga, som balanserar tillgänglighet, kvalitet och kostnad.

Sverige har färre allmänläkare och färre vårdplatser än de flesta europeiska länder. Samtidigt har svensk sjukvård erkänt hög medicinsk kvalitet internationellt sett. Vad finner hon för orsak till denna paradox? Mycket av det goda ryktet handlar om att medicinska framsteg (diabetes, hjärtsjukdomar och cancervård) kunnat omsättas för stora delar av befolkningen utifrån den nationella jämlikhetsideologin som är formulerad i svensk sjukvårdslag.

Det är en häpnadsväckande väldokumenterad och samtidigt spännande skriven bok som för en allmänläkare återkommande väcker tankar om vårt ofta meningsfulla arbete och hur det är organiserat. Någon lika passionerad översikt av svensk sjukvård på ett begränsat utrymme har jag inte läst, och det av en internmedicinare.

Nedläggningen av mindre lasarett har medfört både färre vårdplatser och längre resor. Hon påpekar, den för allmänläkare ganska självklara saken, att många patienters sjukdomar inte kräver högsta expertkunskap utan att ett mindre sjukhus klarar det mesta av människors behov av inläggande sjukvård. Fanny Nilsson arbetar i Nyköping och beskriver det mindre sjukhusets fördelar med minskad subspecialisering och därigenom bättre helhetssyn på patientens hälsotillstånd. Skräckbilden är Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm med Sveriges längsta väntetider och det kaos som det innebär för patienter och personal. Överhuvudtaget är sjukvården i Stockholm med sina många fragmenterande vårdval (en del av dem upphävda) en sorts skräckbild av sjukvårdsorganisering som ger ojämlik sjukvård och bristande helhetssyn. Valfrihetens yttersta pris är ojämlik tillgång till sjukvård, den ståndpunkten ägnar Fanny Nilsson mycken kraft att visa.

Kapitlen genomsyras av vad en bra avhandlingskappa bör styras av (och ofta inte gör); en röd tråd där man kan följa författarens tankegångar. Många kapitel slutar i en fråga som hon försöker besvara i nästa kapitel. Det ger boken framåt driv och hjälper läsaren att koncentrera sina egna tankar om hur sjukvård i kris ska hanteras. Boken är förstås särskilt intressant för sjukvårdsfolk, men jag tror många andra kommer att uppskatta den.

Debatten om offentlig sjukvård, privat sjukvård och försäkringssystem försöker hon nyansera. Men vinster i välfärden och organisationssystem som hotar kontinuiteten (till exempel nätläkare) har hon inte mycket till övers för. Kontinuitet, att läkare och sjuksköterskor ska känna sina patienter, ökar både medicinska resultat och delaktighet. Ett exempel är ”det spanska miraklet” där de hårt arbetande allmänläkarna också har fin draghjälp av hälsosam medelhavskost.

”

Erfarna allmänläkare med sin breda erfarenhet är ofta bäst skickade att stå för den helhetsbedömning som försvinner sipprande ur svensk sjukvård.

AI har hon en sund men inte överdriven skepsis till, hon är förstås rädd för att dialogens alla nyanser ska försvinna i chattsamtal. Dock har hon en stor tilltro till att det ska komma datorprogram som lyssnar på patientsamtalet, skriver språkligt korrekta journalanteckningar, förbereder recept och formulerar

remisser. Det är som att hon här drabbas av den lättja som är så lätt att falla för när vi ändå måste göra vår egen skriftliga journal och analys av ett patientmöte. Annars kanske vi inte behövs.

”

Någon lika passionerad översikt av svensk sjukvård på ett begränsat utrymme har jag inte läst, och det av en internmedicinare.

Om allmänläkarnas framtid uttrycker hon oro. Ska allmänläkaren bli en sorts överordnad person som ger råd till ett team av lägre utbildad personal? Det låter som våra möten med patienter riskerar försvinna. Alla unga kollegor uppmanas tänka över risken.

Passionen hos Fanny Nilsson når sin höjdpunkt i slutet när hon beskriver hur vi överutred och överbehandlar multisjuka patienter i sina sista livsveckor till höga kostnader och liten nytta för dessa människor. Hon efterlyser här mer av praktisk omsorg (vårdpersonal till hands) och att ta mycket mer hänsyn till vad patienten önskar eller uttryckt i förväg.

Fanny Nilsson skriver att ”allmänmedicin är en av de erkänt svåraste specialiteterna bland läkare, men tyvärr inte bland patienter och politiker”. Hon beskriver, kortfattat men effektivt, evidensmedicinens framgångsrika och delvis förödande historia. Evidensbegreppet står på tre ben och innefattar mer än vetenskapliga studier. Evidensen består också av den professionella erfarenheten hos läkare och av patienternas perspektiv vilka många gånger förlorats i formulärmedicinen (vårdriktlinjer). Erfarna allmänläkare med sin breda erfarenhet är ofta bäst skickade att stå för den helhetsbedömning som försvinner sipprande ur svensk sjukvård.

Titeln på boken är förstås inte en uppmaning utan den verklighet som centraliserad sjukvårdsrådgivning (1177) alltför ofta slutar i.

Så vad föreslår Fanny Nilsson? Sluta göra sådant som gör liten nytta för patienterna. Så som rörelsen ”too much medicine” som i sin svenska form startades av några allmänläkare (Carl Edvard Rudebeck, Göran Sjönell och Josabeth Hultberg) och nu spridit sig till Svenska Läkaresällskapet (Kloka Kliniska Val). Och att inte minst ha en dialog med medborgarna om vilken sjukvård vi ska ha.

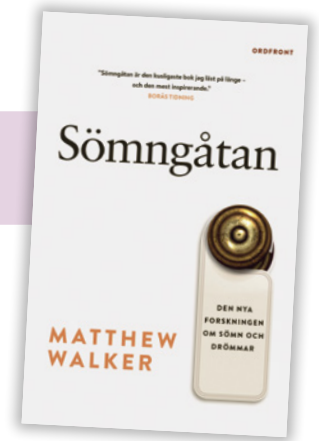
Jag är övertygad om att boken fyller en funktion på våra vårdcentraler, att läsas i studiecirkelform som ett kunskapsunderlag för en diskussion om vårdens nutid och framtid.

Jäv saknas.

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



Sömngåtan : den nya forskningen om sömn och drömmar • Matthew Walker • Översättare: Nils Håkanson
 • Förlag: Ordfront Förlag • Utgiven: 2019-05-17 • Språk: svenska • Antal sidor: 418 • ISBN: 9789177750758



Sömngåtan

– en kritisk läsning ur klinisk vardag

För ett par år sedan tipsade en av mina kollegor om professor Matthew Walkers bok *Sömngåtan*. Walker bytte från psykiatri till psykologi och neurovetenskap, och har forskat om sömn i flera år. I denna bok försöker han ge svar på frågan ”Varför sover vi?”

Som specialist i allmänmedicin träffar jag ofta patienter med sömnproblem. Insomni, med sin höga prevalens, är en vanlig förekommande folksjukdom. Följaktligen vill man veta mer om sömn och ta ställning till om detta är en bok jag kan rekommendera till mina patienter.

Sömngåtan är en mycket lärorik bok som erhåller en vetenskaplig ton. Författaren sammanfattar många fakta och studier på ett lättbegripligt sätt och jag tycker inte att innehållet är svårt att förstå. Han går igenom sömnens fysiologi och struktur i detalj och det är inspirerande att ta del av hans forskning inom området. Walker drar även viktiga slutsatser som rör samhällets grundläggande strukturer. Bland annat presenterar han tydliga rekommendationer om att skoltiden för tonåringar bör senareläggas eftersom deras fysiologi naturligt är inställd på att somna senare är vuxna. Han skriver att i sin natur cirka 40% av befolkningen är morgonpigga och 30% är kvällsmänniskor. Det passar därför inte alla att börja arbeta tidigt på morgonen och en viss flexibilitet är nödvändig för att öka produktiviteten i arbetslivet.

Läsaren kan också hitta svar på frågor som rör drömmarnas betydelse, varför man sover dåligt den första natten på ett hotellrum och vilken den optimala sovrumstemperaturen är. Svaret på det sista är 18,3 grader.

Gång på gång betonar Walker sömnens vikt och betydelse. Genom boken förstår man lätt att man inte bör missa en enda natts sömn. Ur ett patientperspektiv kan detta vara mer eller mindre oroväckande. Om en patient med sömnsvårigheter läser om alla allvarliga konsekvenser av sömnbrist finns risken att problematiken förvärras, eller att patienten söker hjälp på ett mer desperat sätt. Då uppstår frågan hur vi bäst kan hjälpa dessa patienter. Här kan vi fånga upp skillnaderna mellan Walkers rekommendationer och verkligheten som blir tydliga.

Boken är troligen skriven med det amerikanska samhället och dess vårdssystem i åtanke. Walker skriver att ”... allmänläkare har [...] sällan fått med sig annat än klart begränsade kunskaper i sömnfrågor från utbildning och praktik”. Enligt honom kan allmänläkare inte göra mer än att skriva ut sömntabletter och han rekommenderar starkt att man konsulterar en sömnläka-

re. Samtidigt framhåller han att 40 miljoner amerikaner lider av insomni – men hur ska så många patienter få tillgång till en sömnläkare? I Sverige har vi bra förutsättningar för att ta hand om denna patientgrupp, särskilt i enighet med aktuella rekommendationer att erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT).

I boken avråds från medicinering vid insomni och författaren diskuterar utförligt nackdelarna och riskerna med z-preparat (framför allt Zolpidem). Effekten av melatonin framställs som osäker. Däremot saknas resonemang kring hur han ser på behandlingar med till exempel antihistaminer, mirtazapin, propiomazine och liknande. Alla patienter svarar inte på KBT och det är inte ovanligt att vi som läkare hamnar i situationer där vi behöver göra en risk/nytta analys. Å ena sidan finns det riskerna med kronisk sömnbrist, å andra sidan riskerna med medicinering. Det är i grunden mycket positivt att boken uppmanar att avsluta långvarig användning av Z-preparat, men att hitta lämplig behandling för insomni är en del av den terapeutiska patient-läkarrelationen.

Författaren påpekar också att medicinska misstag nu är den tredje vanligaste dödsorsaken i USA, efter hjärtinfarkt och stroke. Han betonar vikten av att vårdpersonal får tillräckligt med sömn för att undvika misstag. Walker uppmanar till och med patienter att fråga sin läkare hur han eller hon har sovit. På allvar. Patienten bör även överväga att skjuta upp ett ingrepp om läkaren inte har sovit ordentligt. Jag finner detta något provokativt. Läkare och sjukvårdspersonalen har ett yrkesansvar och det måste finnas gränser mellan patientens frågor och vårdpersonalens privatliv. Sådana frågor riskerar att underminera förtroendet. Dygns- och veckovila i Sverige har varit en aktuell fråga de senaste åren och det är viktigt att dessa regler följs.

Sömngåtan är sammanfattningsvis en bra bok, men det akademiska perspektivet tar mycket plats. Den saknar förankring i läkares vardag och kliniska praxis. Efter att ha läst boken tänker jag själv tala betydligt mer om sömn i min praxis. Att rekommendera boken till patienter med sömnsvårigheter är nog dock bara lämpligt i utvalda fall.

Jäv saknas.

David Ojalvo
 Allmänläkare
 Vårdcentralen Wisby Söder, Gotland
davidojalvo@gmail.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

Nikolaos Georgiannos
nikos.georgiannos@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Margareta Troein
margareta.troein@med.lu.se

Kvalitets- och

patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Fredrik Berntsson Semb
fredrik.semb@regiondalararna.se

SFAM:s torsdagsmöten

Anna Flood
info@sfamstorsdagsmoten.se

ST-rådet

Zahra Baldawi
strad.sfam@gmail.com

Utbildningsrådet

Anna Beck, anna.beck@norrboten.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Lena Pomerleau
lena.pomerleau@gmail.com

Forskningsrådet

Susanna Calling
susanna.calling@med.lu.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Malin Skogström
malin.skogstrom@skane.se

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Oskar Lindfors
oskarlindfors81@hotmail.com

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter

Gunilla Malm
gunilla.a.malm@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

Sonja Holmquist
sonja.holmquist@regionstockholm.se

Studierektorsnätverket

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

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

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

Swe-GRIN

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

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för fortbildningssamordnare

Jannike Norström
jannike.norstrom@vgregion.se

SPUR-inspektioner – samordning

Louise Wänström
louise.wanstrom@gmail.com

Rikard Viberg, rikardviberg@msn.com

Svensk förening för glesbygdsmedicin

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

Nätverket för psykisk ohälsa

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

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

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

EURACT

www.euract.eu
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
Magnus Isacson, magnus.isacson@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

Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

Wonca Europe

Se EGPRN, EURACT och EQuIP

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

Lokalföreningar

BLEKINGE

Anna Lövgren
anna.lovgren@regionblekinge.se

DALARNA

Filip Sundal
filip.sundal@regiondalararna.se

GOTLAND

Kajsa Persson
kajsa.persson@gotland.se

GÄVLEBOG

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 ÄLVSBOG*

NORRBOTTEN
Tim Stenberg
tim.stenberg@norrboten.se

SKARABORG

Klas Fellbrant
klas.fellbrant@gmail.com

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@regionstockholm.se

STOR-GÖTEBOG

Niklas Lehtipalo
niklaslehtipalo@yahoo.se

SYDOSTSKÅNE*

SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund
clary.hagglund@skane.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.t.eriksson@gmail.com

SÖDRA ÄLVSBOG

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

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

UPPSALA

Johan Birging Hultegård
johan.hultegard@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

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

VÄSTERNORRLAND*

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@regionkalmar.se

VÄSTMANLAND

Jenny Krifors
jenny.krifors@ptj.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

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
**2025**

Oktober
NAAKA-dagen
20.10, Stockholm

November
Allmänläkardynet
6-7.11, Aspenäs, Lerum

SFAM:s kurs
i hållbar diagnostik
12-14.11, Stockholm

Digitalt seminarium
för kompetensvärderare
25.11, Zoom-möte

2026

Januari
Temadag: Funktionella besvär
13.1, Stockholm

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

10th EYFDM Forum
30-31.1, Tallinn, Estland

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

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

**Kontrollera alltid aktuell information på
respektive hemsida.**



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

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

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

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

Utgivningsplan för 2025

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
4	13.10	3.11	8-9.12	Levnadsvanor/Nära vård

Utgivningsplan för 2026

1	7.1	26.1	2-3.3	Riktlinjer/Luftvägsinfektioner
2	16.3	13.4	19-20.5	Allmänläkaren & 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 Boltenstern
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.

Följ SFAM på



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

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