

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2025 ÅRGÅNG 46



Risk • Hypertoni

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Tillsammans-sjukvård**
Åke Åkesson
- 3 **Enkla sanningar och livsviktiga vattenhål**
Jens Halldin
- 4 **Risk eller realitet? Skillnaden mellan sjukdom och risk för sjukdom i allmänmedicinsk praxis**
Lars Englund
- 9 **Hypertoni – viktigt hälsoproblem men svårhanterat i dagens primärvård**
Peter M. Nilsson och Miriam Pikkemaat
- 14 **Ett hållbart omhändertagande av patienter med hypertoni i primärvården**
Ulrika Andersson, Miriam Pikkemaat, Louise Axelsson, Peter M. Nilsson och Patrik Midlöv
- 18 **Social förskrivning kan öka tillgängligheten till allmänläkare och ge patienter nya möjligheter**
Ulf Möwe, Karin Ranstad och Susanna Althini
- 22 **Social förskrivning med hälsolots – en hjälp för primärvårdspatienter med ofrivillig ensamhet**
Charlotte Nilsson, Margareta Kristenson, Hans Thulesius och Ingrid Wåhlin
- 27 **Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin**
Josabeth Hultberg
- 28 **Kloka Kliniska Val och antidepressiva**
Johan Bengtsson, Linda Ångeby och Oskar Lindfors
- 34 **Cosmic i Norrbotten**
Linda Sandberg
- 36 **Nationell kongress för blivande specialister**
- 38 **Årets allmänmedicinska avhandling 2024**
- 40 **Kontinuitet – allmänmedicinens livsluft eller allmänläkarens fotboja?**
Anna Falk
- 42 **En nödvändig medicin**
Carl Wikberg
- 44 **Svenska Psykiatrikongressen 2025 12–14 mars, Svenska Mässan i Göteborg**
Charlotta Busch
- 46 **Älvan**
Sofie Näslund
- 48 **Hur man kan skapa meningsfulla rutiner för en hållbar primärvård**
Mattias Jacobsson, Malin H. Näsholm och Virginia Rosales
- 50 **Samtal den 1 mars 2025 mellan Henry Egidius och ChatGPT om begreppet primärvårdsmedicin**
Henry Egidius
- 54 **Inspireras till läsning – nu är listan över allmänmedicinskt relevant litteratur färdig**
Hanne Carlsson
- 55 **Allmänmedicinskt relevant litteratur**
- 58 **Att definiera hälsa**
Björn Käll
- 59 **Att möta autister i vården – en guide för neurotyper**
Gunilla Byström
- 60 **Dubbelliv**
Anders Beckman
- 61 **Allmänläkares vägledning för den som söker vård**
Björn Landström
- 62 **Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society**
Anders Beckman
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Tema: Hypertoni ■ Tema: Risk
■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Utbildning & Fortbildning ■ Recensioner



Omslagsbild AllmänMedicin nr 2-2025

Att mäta blodtryck är inte svårt och man får exakt svar. Men samtidigt vet man aldrig vad det blodtrycket har för betydelse för just den människan, kunskapen ligger ju på gruppnivå. Vi har en pedagogisk uppgift att förklara det för patienten. Och det är extra viktigt att beakta patientens synpunkter på behandling.



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

Tillsammans-sjukvård

Om Allmänmedicin varit en av sjukhusets kliniker med ett antal utlokaliserade avdelningar (vårdcentraler) så skulle den ha varit den största kliniken i varje region och därmed haft störst inflytande över den totala sjukvården. Om våra sjukhus hade drivit att primärvården skulle vara väl bemannad hade den för länge sedan haft de cirka 25% av vårdpotten den måste ha i stället för de 17–18% den haft under många år. Uppdelningen i privata och regionägda vårdcentraler har också grumlat bilden av primärvården som den samlade resurs alla på sjukhusen sett varit nödvändig för att de skulle få arbeta med det de behövdes för.



Borgholmsmodellen föddes ur tanken att det är effektivare att visa hur bra primärvård kan vara än att beskriva hur den borde bli.

Borgholmsmodellen föddes ur tanken att det är effektivare att visa hur bra primärvård kan vara än att beskriva hur den borde bli. Fler kommer att följa ett fungerande exempel än en beskriven modell. Därför berättar jag om två andra exempel som hjälper till att driva utvecklingen mot en sammanhållen sjukvård.

Den 13 december 2023 samlades åtta ST-läkare i allmänmedicin på Öland för att tala om hur de skulle kunna överbrygga gränserna mellan sjukhus och vårdcentraler. Fortsätta att vara hjälpsamma kompisar liksom under AT, i stället för att bli revirbevakande specialister. De började prata med ST-kollegor i övriga primärvården och på sjukhuset i Kalmar.

Den 19 september 2024 samlades nära 100 ST-läkare. Hälften kom från sjukhuset, hälften från primärvården. De ägde dagen, men hade bjudit in Hälso- och sjukvårdsdirektören som inledningstalade. Därefter på länk en läkare från Mayokliniken som berättade om vad det innebär för sjukvården att alla läkare tar personligt ansvar både för själva sjukvården och för ledningen av den. Sedan arbetade man i grupper.

En handlingslista togs fram där den viktigaste punkten var att man bestämde sig för att börja tala med varandra så ofta som



Bara tillit till varje verksamhet och sedan en bred uppföljning av helheten ...

möjligt, prioritera direktkontakter och så långt som möjligt sluta skriva brev (remisser). Senare på hösten fick representanter för ST-gruppen möta alla chefer i regionen som tog emot budskapen om en tillitsbaserad kommunikation. Nu fortsätter rörelsen. September 2025 kommer ännu fler ST-läkare att samlas för att följa upp resultaten av vad man gjort och blicka framåt. En bro har byggts mellan sjukhus och primärvård.

Allmänmedicin måste även för sjukhusen utgöra en tydlig samlad kraft. Region Kalmar har via vårdvalsorganisationen länge styrt mot en brett ansvarstagande primärvård. Med punktersättningar på allt viktigt. Detta har successivt lett till en så hög grad av samstämmighet om vad god allmänmedicin är att man vågat ta steget till *Tillitsbaserad styrning*. Alla har nu en gemensam bild av hur den goda vården ser ut. Det får man betalt för att göra. Ingen räkning av besök eller sortering på typer av besök. Bara tillit till varje verksamhet och sedan en bred uppföljning av helheten, även från sjukhus- och kommunperspektiv. Lika för de 11 privata och 27 regionala vårdcentralerna.

Vad har då detta lett till? Främst en primärvård och därmed en samlad sjukvård som invånarna är mycket nöjda med. Både små och stora privata och regionägda vårdcentraler hamnar högt i nationell ranking och visar mycket goda resultat vid vårdvalsuppföljningen. Alla ser sin del i helheten och fortsätter att vara en del av den gemensamma utvecklingen. Men också ett mycket bättre samarbetsklimat i vården som helhet och en stadigt förbättrad arbetsmiljö i primärvården där få läkare har mer än 1 100 patienter på sin lista.

Jäv saknas.

Åke Åkesson
Styrelseledamot SFAM
ake.akesson@sfam.se



Alla ser sin del i helheten och fortsätter att vara en del av den gemensamma utvecklingen.

Enkla sanningar och livsviktiga vattenhål

På den vårdcentralen jag jobbar på, sedan drygt ett och ett halvt år, har jag en läkarchef som tänker allmänmedicinskt. I mitt jobb som redaktör för den här tidningen har jag förmånen att få lov att läsa jättemånga bra texter som kommer in till oss.

De senaste åren har SFAM, inte minst genom Magnus Isacson, synts mer i debatten. På kongressen 2023 besöktes vi både av sittande och tidigare socialministrar, som bägge talade sig varma om vikten av primärvård och kontinuitet.

När man talar med och befinner sig bland likasinnade känns det ju så självklart att den enda rimliga vägen framåt för vården, är en väl utbyggd primärvård med personkontinuitet och fastläkare som grundbult. De senaste åren har det också känts som att dessa enkla sanningar börjat nå en lite bredare publik.

Men så utser regeringen Kryss vd som enda läkare till effektivitetsdelegationen vars syfte är att fördela bidrag till regioner för att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Eller ytterligare en riktlinje för primärvården skriven av sjukhusspecialister med en sjukhusspecialists perspektiv ska implementeras på alla vårdcentraler. Eller så ska primärvården både ta över det sjukhusets doktörer inte vill göra längre och samtidigt ta ansvar för folkhälsan hos hela befolkningen.

Då inser man att vad som egentligen inte är en så väldigt komplicerad sanning tyvärr inte är lika enkel och sann för alla, vilket kan kännas både tröttsamt och svårt att förstå. Ibland kan det kännas tröstlöst och det är lätt att bli cynisk.

Då är det skönt att ni och vi finns, att vi tillsammans fortsätter

jobba både för våra patienter och för ett rimligare sjukvårdssystem. När jag skriver detta är det några veckor kvar till årets allmänmedicinska kongress. När ni läser detta har kongressen precis varit. Kongressen, och andra tillfällen vi har att mötas, är livsviktiga vattenhål.

Ute i stora vida världen fortsätter tyvärr sjukvården vara en måltavla i väpnade konflikter. Hittills i år har det skett ungefär 300 attacker som krävt nästan 200 liv [1]. Om detta måste vi också fortsätta tala.

Detta nummer av AllmänMedicin har temana Hypertoni och Risk. Temana tar dock en mindre del av tidningen än vad som varit fallet de senaste numren. Å andra sidan gör det att vi kunat fylla på med många andra intressanta och viktiga artiklar.

Temana i nummer tre är Hud och Funktionella besvär. Deadline är 11 augusti och alla bidrag är välkomna.

Trevlig sommar!

Jens Halldin
Chefredaktör
chfredaktor@sfam.se



Referens:

- <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>

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

90 SVENSK INSAHLINGS KONTROLL

Var med och rädda liv.

Swisha 123 665 28 95

Vi är på plats och hjälper människor som drabbas av konflikten i både Palestina och Israel. Din gåva blir till mat, vatten och akutvård.



Svenska Röda Korset

rodakorset.se





Risk eller realitet?

Skillnaden mellan sjukdom och risk för sjukdom i allmänmedicinsk praxis

Vi lever i ett Sverige där risk är ett vanligt diskussionsämne. Det gäller inte minst i storpolitiken där tanken om ett angrepp på Sverige eller närliggande länder motiverar stora ekonomiska uppoffringar och satsningar på produktion av krigsmateriel. Trots att det än så länge för Sveriges del handlar om spekulationer och farhågor. Eller just risken för en väpnad konflikt.

I kvällspressen nås vi av det vi ibland kallar ”kan vara-journalistik”. ”Har du huvudvärk – kan vara tecken på ovanlig obotlig sjukdom.” ”Känner du dig trött efter arbetsdagen – kan vara tecken på utmattningssyndrom.” ”Är ditt hår torrt och livlöst – kan vara tecken på rubbning av din ämnesomsättning.” ”Vanliga magsmärtor kan vara tecken på hjärtinfarkt hos dig som är kvinna.” Också där ett fokus på vad det är för risker som finns i livet. Som av och till kan märkas som ett ökat söktryck på vårdcentralen de närmaste dagarna.

Risk kan öka ängslan och minska våra personliga resurser

Den ängslan som en fokusering på risk kan innebära är lätt att förstärka. Och som patient kan man ju inte alltid hålla sig till att bedöma sin egen hälsa utifrån vad man känner om det bara är risk det handlar om. Att lugnt avvakta kan kännas som ett extra risktagande.



Det är en viktig distinktion vi behöver göra i vår allmänmedicinska vardag – när är det vi behandlar sjukdom och när behandlar vi risk för sjukdom.

Det är en viktig distinktion vi behöver göra i vår allmänmedicinska vardag – när är det vi behandlar sjukdom och när behandlar vi risk för sjukdom. Varken hypertoni eller hyperlipidemi är ju egentligen några sjukdomar och vi förväntar oss inga symtom men diagnoser kan vi förstås stå till tjänst med.

Våra patienter är ofta förvirrade och åtminstone de patienter som får läkemedel för sin hypertoni har inte sällan besvär som de tänker på som symtom på ”sjukdomen” – huvudvärk, yrsel,

trötthet och de som är mera benägna till oro kan känna andnöd, illamående. Att man kan få högre blodtryck av sin huvudvärk eller att en del symtom beror på vår läkemedelsbehandling ingår inte i sättet att tänka kring en sjukdom. Våra sköterskor sätter inte sällan upp patienter som jourfall ifall de har lätt förhöjda blodtrycksvärden och frågar enligt sina mallar också efter sådana symtom. Det är en seglivad myt att sådana diagnoser innebär symtom.

Norska allmänmedicinprofessorn Kirsti Malterud talade inspirerat på SFAM:s torsdagsmöte häromveckan. Hon såg ett risktänkande som något som tar bort resurser från patienten. Hennes danska kollega Hanne Hollnagel talar om individuella hälsoresurser och här får man anledning att fråga patienten vad det är som hon själv anser håller henne frisk och ger hälsa. Att då som läkare få höra att det handlar om att ta sig en liten konjak varje kväll och träffa sina väninnor om lördagarna och då unna sig en god cigarr, är utmanande för en svensk allmänläkare som fostrats i en mer uppenbart hälsofrämjande tradition. Men Hanne menar att detta är inte bara viktigt att få fram utan också måste respekteras. Liksom att vår riskfokusering som kanske kan ge nytta på sikt kan ta ifrån patienten livskvalitet i nuet och minska patientens egna resurser genom att fokusera på det negativt avvikande.

Hjälper det att diskutera om risk med patienten?

Men det är minsann inte alltid lätt att själv orientera sig i det kliniska mötet med patienten trots våra goda kunskaper. Hur kan vi ha en bra dialog med vår patient om storleken av risk och om behovet av olika åtgärder, ja kanske till och med en livslång läkemedelsbehandling?

Andra gånger kan det handla om det som lite överlägset kan kallas för livsstilsråd. Ifall våra patienter verkligen bryr sig så mycket om vad vi ger för råd i sådana frågor, ens när det kan vara påkallat, är en fråga utan säkra svar. Debattinläggen från kollegor som undrar över effektiviteten av sådana råd och oroar sig över undanträngningseffekter känns motiverade. Vi har fått begreppet Time Needed to Treat (TNT) som ett nytt begrepp som kan väga nyttan för patienter mot tidsåtgången hos läkarna.

När man försöker prata med sin patient blir det inte sällan uppenbart för mig som läkare att det jag bedömer som en alltför låg risk för att motivera åtgärder kan vara något patienten uppfattar som viktigt och tar på stort allvar.

En norsk kollega som liksom jag är medlem i Nordic Risk Group sedan många år berättade om sin studie där han med hjälp av uppgifter om Number Needed to Treat (NNT) försökte ge patienten själv beslutet om att behandla eller inte behandla en riskfaktor. Men det något nedslående resultatet var att även om NNT var stort ville patienterna ofta göra allt för att be-



handla även en liten risk, eller ”förebygga sjukdom” som den uppmanande termen lyder.

En kollega på vårdcentralen som inte vill diskutera med patienten för länge säger: ”Ja, antingen tar du emot den risk-sänkande behandling jag vill ge dig eller också vaknar du en morgon med en stroke eller en hjärtinfarkt. Och då är det för sent.” Han diskuterar inte.

Begreppet risk har i sig en negativ klang – vi talar om risk för olyckor, naturkatastrofer, finansiella bakslag, risker i trafiken, risken att bilen går sönder och förstås i vår värld risken för sjukdom. Som vi så systematiskt har beforskat och hyser ett stort intresse för. Det finns inte alls samma intresse för sådant som håller dig frisk även om begreppet friskfaktorer diskuteras inom framför allt arbetslivet.

Instrument för att bedöma risk och effekten av åtgärder mot risk

När jag träffade brittiska GP:s på kongressen Preventing Overdiagnosis i Köpenhamn 2023 fick jag tips om ett ganska heltäckande material för att bedöma risker och eventuella behandlingseffekter av preventiva tilltag i relation till olika långvariga tillstånd där risk kan förebyggas. Det var dessutom något man kunde ha en dialog med patienten med, utifrån diagram man kan visa i datorn. Det är ett material som är öppet för alla men som bygger på allmänläkarens bedömning utifrån

tillgängligt evidensläge. Det heter ”GP Evidence” och finns på www.gpevidence.org.

Författarna gararder sig på öppningssidan. Om man som icke professionell är inne och tittar på sidorna ska man akta sig för att göra några förändringar i förebyggande behandling man har. Jag gissar att den som inte fått riktig information om de rätt marginella effekterna av en del interventioner annars kan vara frestade att sluta när man ser graferna som är så tydliga och slående.

Här kan vi läsa om åtgärder för att bekämpa risk vid många olika tillstånd. Förmaksflimmer, hjärt-kärlsjukdomar allmänt, kroniska njuråkommor, KOL, gikt, hjärtsvikt och förstås om hypertoni och lipidrubbningar. Om menopaus och osteoporos och typ 2-diabetes.

”

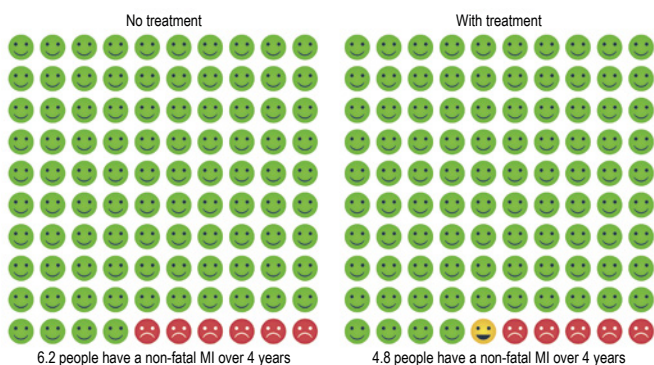
Hur kan vi ha en bra dialog med vår patient om storleken av risk och om behovet av olika åtgärder, ja kanske till och med en livslång läkemedelsbehandling?

För koronarsjukdom kan man till exempel se effekten av att sluta röka, medelhavskost, fysisk träning, Trombyl, statiner, beta-blockerare, ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare.

Det som för mig varit mest glädjande är ändå alla de gröna och glada gubbarna som alldeles oavsett behandling eller inte ändå klarat sig fint under uppföljningstiden. Den aspekten av begreppet risk har även en skeptiker som jag aldrig fått så tydligt belyst.

Här kan vi till exempel läsa om risken för ny hjärthändelse efter en infarkt (utan hjärtsvikt). Även hårdhudade motståndare till riskpreventioner brukar falla till föga i de grupper där det handlar om sekundärprevention av risk. Och ofta handlar det som här om rätt så allvarliga tillstånd i hjärt-kärlsystemet.

För behandling med ACE-hämmare i 4 år mot att få en ny icke-fatal infarkt kommer då 6,2 personer av hundra att drabbas utan behandlingen medan 4,8 slipper ny infarkt med behandlingen. Den absoluta riskreduktionen blir 1,4% medan den relativa blir 22%. För att en person ska slippa reinfarkt behöver vi behandla 71 personer (NNT). Belyst med de gröna glada gubbarnas statistik blir det så här:



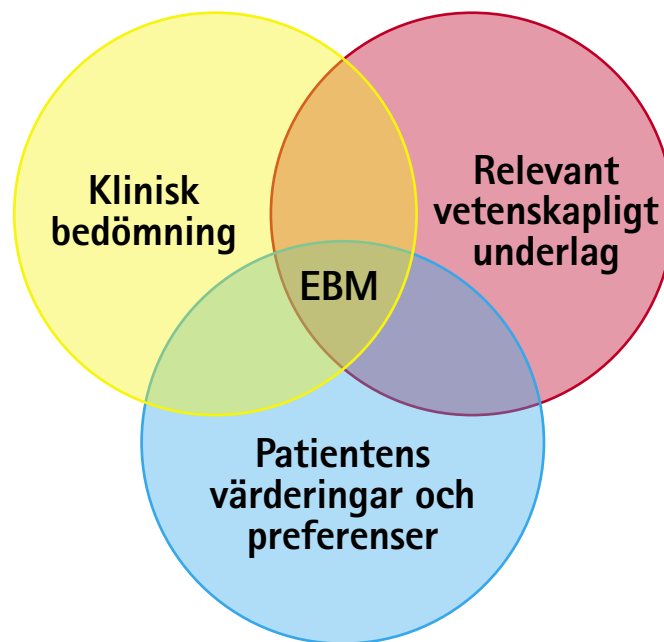
Alltså en bra bit över 90% som klarar sig fint med eller utan behandling. Det finns också rubriken "harms" för att belysa nackdelar och biverkningar av olika behandlingar. Och varje av patienten upplevd nackdel av behandlingen av det symtomfria tillståndet det här handlar om, väger snabbt i riktning mot att råda patienten att avstå från åtgärden.

De glada gröna gubbarna är också i allvarliga risksituationer uppmuntrande många. Även för behandling av förmaksflimmer med antikoagulantia om man har CHA₂DS₂-VASc Score på 8, det vill säga tidigare haft stroke, haft hjärtinfarkt, har diabetes och är en man över 75 med hjärtsviktshistorik kommer 89 av 100 inte att få någon stroke under det kommande året, oavsett om de behandlas eller inte.

I anslutning till varje graf kan man klicka sig vidare och få en pedagogisk förklaring av statistiken och läsa mer om det vetenskapliga underlaget. Begreppet relativ risk kan förstås som hur stor andel av den sjukdom man vill förebygga som undviks om hela riskpopulationen behandlas. Detta kan vara ett rimligt mått på nytta i ett folkhälsoperspektiv och vara relevant i läkemedelsfabrikantens reklam men kan vara mer svårt att ta emot som enskild patient. Där den absoluta riskreduktionen är viktigare. Och ska vägas mot de eventuella biverkningar eller andra nackdelar man upplever som eventuellt nygjord patient.

Vad evidence based medicine är

I anslutning till tankarna om en evidensbaserad bedömning och behandling av riskfaktorer påminner jag mig en artikel i ett tidigare nummer av AllmänMedicin där kollegan Louise Olsson som är enhetschef på HTA-enheten Camtö i Örebro skriver om förutsättningarna för kliniskt beslutsfattande enligt EBM. Där finns en bild som pekar på de tre centrala aspekterna av begreppet. Det vetenskapliga underlaget, den kliniska bedömningen och patientens preferenser ska vägas samman.



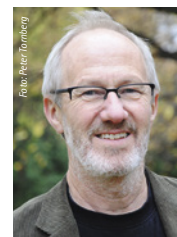
Den här processen är kanske särskilt viktig när det gäller symtomfria patienter och särskilt när man som allmänläkare står i begrepp att sätta in en livslång behandling på en patient som kanske sett sig själv som frisk och haft få vårdkontakter. Som nu ska bli en person som behöver ha regelbundna vårdkontakter för kontroller och fortsatt behandling av ett risktillstånd där risken för sjukdom kan vara liten. Att med professor Gösta Tibblins ord blir "en sjuk".

Just detta med att ta in till synes friska och symtomfria människor till vården genom screening på befolkningsnivå eller för den delen också genom opportunistisk screening när patienten nu ändå var på vårdcentralen, kräver en alldeles speciell hänsyn och ett ödmjukt förhållningssätt till vår roll som betrodda läkare. Det är lätt att det blir en björntjänst om vi begränsar en medmänniskas resurser även om vi gör det med goda intentioner.

Jäv saknas.

Referenser kan fås av författaren.

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



Annons

Annons



Foto: Adobe Stock

Hypertoni

– viktigt hälsoproblem men svårhanterat i dagens primärvård

Hypertoni är en väl belagd kardiovaskulär riskfaktor och i sig ingen sjukdom men utgör ett stort och växande folkhälsoproblem i vårt land, vilket nyligen belysts i en rapport från en arbetsgrupp inom nationell kunskapsstyrning från Sveriges Kommuner och Regioner [1]. Så är fallet inte minst under inflytande av sänkta blodtrycksgränser för definition av hypertoni under senare decennier (från 160/95 mmHg till 140/90 mmHg medel-BT sedan 1970-talet) samt framför allt en åldrande befolkning som växer då andelen med hypertoni är åldersberoende. Detta medför stora utmaningar för primärvården och dess personal genom sin tilltagande vårdtyngd, vilket vållat debatt. Man har uppskattat att en genomsnittlig svensk allmänläkare har en mycket stor andel hypertoni-patienter, med eller utan samsjuklighet, bland sina planerade årliga återbesök.

Antalet vuxna individer med hypertoni ökar således i absoluta tal (prevalensen) till nu cirka 38% [2] eller däromkring, samt upp emot 70–80% i den växande äldre befolkningen. En vetenskaplig fråga är dock vad som händer med utvecklingen av systoliskt medelblodtryck i det stora "folkhavet", vilket i sin tur påverkar andelen individer med hypertoni, om man åldersjusterar dessa blodtrycksdata. Tillgängliga befolkningsdata anger att detta systoliska medelblodtryck faktiskt sjunker (åldersjusterat) i Västeuropeiska länder [3] trots stigande BMI och stillasittande, vilket kan förefalla paradoxalt men är vetenskapligt intressant att försöka analysera. Trots stigande BMI och stillasittande är det inte säkert att de medicinska följderna alltid blir de förväntade, till exempel har incidensen (årlig ökning) av typ 2-diabetes planat ut eller minskat i västvärlden [4] och ökar inte på förväntat sätt trots att diabetesprevalensen (andelen av befolkningen med diabetes) ökar genom ökad överlevnad

av åldrande patienter med diabetes. Detsamma gäller för den sjunkande kardiovaskulära morbiditeten i Sverige (minskat antal AMI) och mortaliteten (minskad kardiovaskulär andel av totalmortaliteten). I en åldrande befolkning ökar dock olika kardiovaskulära sjukdomstillstånd i absoluta tal. Att blodtrycket även ökar bland ungdomar, enligt en aktuell rapport från Hjärt-Lungfonden [5], är förstås ett observandum och bör studeras närmare.



Detta medför stora utmaningar för primärvården och dess personal genom sin tilltagande vårdtyngd, vilket vållat debatt.

Av intresse i detta perspektiv är hur faktorer tidigt i livet bidrar till programmering av hemodynamik, blodtryck och risk. Med bättre villkor för gravida kvinnor och barn under de senaste 50–70 åren, en mer varierad kost (med både bra och mindre bra inslag) och minskad rökning i befolkningen tror en del forskare faktiskt att den kardiovaskulära risken kommer fortsatt att minska i "folkhavet" även om diverse behandlingseffekter också bidrar. Pessimister tror dock att hjärt-kärlsjukdom/typ 2-diabetes skall öka igen. Det får framtiden utvisa.



Omfattande vårdtyngd men även positiva trender under senare decennier

Bland alla individer med förhöjt blodtryck finns det även ett allt större antal hypertoni-patienter under behandling att ta hand om medicinskt i absoluta tal. Över 30 år har dock graden av blodtryckskontroll hos dessa gradvis förbättrats från den första svenska nationella observationsstudien [6] – både i svensk primärvård [7] liksom i andra västeuropeiska länder [2], således en positiv trend trots allt. Detta beror framför allt på en förbättrad behandling, mer effektiva läkemedel med färre biverkningar, samt ökad medvetenhet hos många patienter om värdet av livsstilsåtgärder samt följsamhet till sin behandling.

Vilka blodtrycksmål är rimliga inom primärvården?

Denna fråga har också debatterats länge. Även om observationella studier anger linjära samband mellan stigande systoliskt blodtryck och kardiovaskulär risk ända från låga systoliska blodtrycksnivåer [8], så är detta inte liktydigt med att mycket ambitiösa blodtrycksmål under behandling även är möjliga eller ens önskvärda. Detta ifall till exempel biverkningar av behandling kan tänkas öka, eller om ett stort antal återbesök och finjustering av behandling blir svåra att genomföra samt en avtagande gränsnytta med allt lägre målblodtryck.

I allmänmedicinsk klinisk praktik försöker man ofta finna en avvägning mellan vad evidens och guidelines anger med vad patientens egna preferenser, riskprofil och unika förutsättningar medför. Då får hänsyn ofta tas till speciella kännetecken och livsfaser, inte bara graviditet utan framför allt hur ortostatism (yrsel) och andra problem kan uppstå hos äldre patienter med organskador och samsjuklighet, ofta med åtföljande polyfarmaci. Ändå kan det vara rimligt att mer se till patientens biologiska ålder och egna önskemål än den rent kronologiska åldern. Det finns studier som anger nytta med hypertoni-behandling (sänkt strokerisk samt mortalitet) även hos icke-institutionsboende patienter som är 80 år och äldre i till exempel HYVET-studien, en internationell multicenterstudie [9]. För många pa-

tienter kan ett blodtrycksmål <140/90 mmHg vara rimligt (motsvarar <135/85 mmHg medeldagtryck vid ambulatorisk blodtrycksmätning eller hembloodtryck), men för yngre och välmotiverade patienter kan ett lägre blodtrycksmål bli aktuellt (<130/80 mmHg) om detta tolereras väl. Detta kan särskild komma i fråga vid samsjuklighet som diabetes, njursjukdom och koronarsjukdom ifall kontraindikation inte föreligger eller om inte problem med biverkningar och tolererbarhet uppstår.

Ibland kan det vara så att det finns olika hinder för att nå ett ambitiöst blodtrycksmål, men i så fall kan en ökad ambition att få kontroll över andra riskfaktorer (lipider, glukos, rökning) kompensera för detta eftersom det är helheten som räknas i kontroll av det totala riskfaktorprofilen.

Svenska erfarenheter av hypertoni-behandling inom primärvården

Under senare år har en rad vetenskapliga publikationer kommit från undersökningar av hypertoni och dess omhändertagande inom svensk primärvård. Här sammanfattas några av de viktigaste studierna.

I en studie av Hellgren M, *et al.* undersöktes hanteringen av hypertoni på 76 vårdcentraler i åtta svenska regioner genom strukturerade intervjuer [10]. Resultaten visade stora variationer i mätmetoder för blodtryck, laboratorieundersökningar och uppföljning av livsstilsfaktorer. Exempelvis använde endast 13% av vårdcentralerna rutinmässigt stående blodtrycksmätning, och en tredjedel använde aldrig hembloodtrycksmätningar. Uppföljning av lipider och mikroalbuminuri minskade markant över tid och tillgången till specialistteam varierade, vilket kan leda till ojämlig vård för hypertoni-patienter.



Av intresse i detta perspektiv är hur faktorer tidigt i livet bidrar till programmering av hemodynamik, blodtryck och risk.

En annan aktuell primärvårdsstudie undersökte med hjälp av en enkät om sjuksköterskeledd hypertoni-vård på vårdcentraler i Region Stockholm påverkade läkemedelsbehandling, livsstilsrådgivning och förekomst av kardiometabola sjukdomar [11]. Analysen omfattade över 119 000 patienter vid 224 vårdcentraler, varav 81 besvarade enkäten. Sjuksköterskeledd vård var inte signifikant associerad med skillnader i läkemedelsbehandling eller samsjuklighet, förutom för diabetes, men dessa vårdcentraler följde nationella riktlinjer för livsstilsrådgivning i högre grad (33,5% jämfört med 22,5%) än övriga. Riktade vårdrutiner med dedikerade sjuksköterskor och bokningssystem var kopplade till bättre livsstilsrådgivning, vilket kan förbättra hypertoni-vården.

Förslag till en ny modell för omhändertagande av hypertoni i primärvård

- Regelbunden mätning av blodtryck hos alla riskpatienter – komplettering med 24-tim ABPM och hem-BT när indikation föreligger.
- Opportunistisk screening av blodtryck i samband med vårdkontakt om indikation samt eget intresse föreligger och tiden så medger.
- Initial riskbedömning utan provtagning baserat på: ålder, kön, familjehistoria, reproduktiv livshistoria, tobaksanames, samt uppgift om tidigare förhöjt blodtryck.
- Kompletterande provtagning för riskbedömning enligt SCORE-2 (lipider) samt faste-glukos och lab-stix (albuminuri) för en utvidgad riskbedömning.
- Stratifiering av hypertoni-patient med låg-medel eller hög kardiovaskulär risk för fortsatt handläggning via sjukvård (i kontakt med ansvarig läkare) respektive primärt av läkare.
- Hjälp med livsstilsåtgärder enskilt eller i grupp, kompletterad med individuell läkemedelsförskrivning med prioritet för tidig kombinationsbehandling bestående av synergistisk verkande antihypertensiva läkemedel.
- Uppföljning med hjälp av digitala kommunikationsmedel och hem-BT samt återbesök i relation till grad av kardiovaskulär risk och blodtrycksmål samt med efterhörande av tolerans för insatt behandling.

Wändell P. *et al.* analyserade skillnader i hypertoni-vård och kardiovaskulär prevention mellan män och kvinnor samt mellan privat och offentligt drivna vårdcentraler inom Region Stockholm [12]. Resultaten visade att män oftare hade kardiovaskulära samsjukligheter, medan kvinnor fick mindre behandling med kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare men oftare angiotensinreceptorblockerare. Privata vårdcentraler registrerade något mer livsstilsrådgivning enligt nationella riktlinjer, men skillnaderna mellan privat och offentlig vård var små. Studien pekar på behovet av riktade preventiva insatser överlag.

Enligt en tvärsnittsstudie i Stockholm hade 80% av 38 6860 individer som hämtade ut blodtryckssänkande läkemedel under 2019 en registrerad hypertoni-diagnos [13]. Studien fann att äldre patienter, och de som redan stod på behandling, hade högre sannolikhet för en registrerad hypertoni-diagnos. Däremot hade yngre patienter och de som påbörjade behandling under 2019 lägre sannolikhet för en sådan diagnos, särskilt om de behandlades med betablockerare eller diuretika vilka kan ha andra indikationer än hypertoni.

En studie publicerad i *Journal of Clinical Hypertension* undersöktes om livsstilsrådgivning för patienter med hypertoni inom primärvården påverkade deras farmakologiska behandling [14]. Av 130 030 patienter med hypertoni hade 68% inte erhållit någon registrerad livsstilsrådgivning, medan 29% hade fått

rådgivning enligt rekommendationer. De patienter som erhållit rekommenderad livsstilsrådgivning behandlades oftare med tre eller fler blodtryckssänkande läkemedel, och med specifika läkemedelsklasser som kalciumantagonister, tiaziddiuretika och aldosteronantagonister. Hos patienter med samtidig kranskärlsjukdom, förmaksflimmer, diabetes eller stroke var det vanligare med behandling inkluderande statiner och antikoagulantia för de som fått rådgivning jämfört med de som inte fått sådan rådgivning.

Inom ramen för en omfattande svensk primärvårdsdatabas undersöktes sambandet mellan födelseland och mortalitetsrisk hos individer med hypertoni, med eller utan samtidig diabetes [15]. Studien omfattade 62 557 personer diagnostiserade med hypertoni mellan 2001 och 2008. Resultaten visade att individer födda utanför Europa hade en 35% lägre mortalitetsrisk jämfört med svenskfödda, medan patienter födda i Finland hade en 26% högre risk. Dessa fynd tyder på att födelseland påverkar mortalitetsrisken hos patienter med hypertoni, oavsett om dessa har diabetes eller inte.

I en randomiserad och kontrollerad studie *”The Primary care USage of Health promoting MESSAGES”* (PUSHME), undersöktes effekten av hälsofrämjande textmeddelanden på blodtrycket hos patienter med hypertoni inom svensk primärvård [16]. Studien inkluderade 401 patienter från tio vårdcentraler i södra Sverige där interventionsgruppen fick fyra textmeddelanden per vecka under sex månader utöver sedvanlig behandling. Resultaten visade ingen signifikant skillnad i blodtryckssänkning mellan interventions- och kontrollgruppen. Dock observerades en större minskning i diastoliskt blodtryck hos patienter med dålig självskattad hälsa (-4,5 mmHg jämfört med -1,4 mmHg, $p=0,019$) och hos patienter med en stillasittande livsstil (-5,2 mmHg jämfört med -2,4 mmHg, $p=0,034$) i interventionsgruppen.



[att] observationella studier anger linjära samband mellan stigande systoliskt blodtryck och kardiovaskulär risk[...] är [...] inte liktydigt med att mycket ambitiösa blodtrycksmål under behandling [...] är möjliga eller ens önskvärda.

PERHIT-studien – en randomiserad hypertoni-studie i svensk primärvård

En aktuell avhandling av Ulrika Andersson vid Lunds universitet [17] blev utsedd av SFAM:s forskningsråd till årets allmänmedicinska avhandling 2024. Avhandlingen är baserad på PERHIT-studien (*”PERSON-centredness in Hypertension*

management using Information Technology”) och har undersökt e-hälsans roll i hypertoni-behandling. PERHIT är en randomiserad kontrollerad studie med över 900 patienter som undersökte effekten av ett interaktivt webbaserat stödsystem för egenvård hos patienter med hypertoni inom primärvården. Interventionsgruppen använde systemet under åtta veckor, varefter en uppföljande konsultation med patientens sjuksköterska eller läkare genomfördes efter åtta veckor och efter tolv månader. Efter denna period hade 48,8% av interventionsgruppen uppnått blodtrycks kontroll, jämfört med 39,9% i kontrollgruppen ($p=0,006$). Studien indikerar att e-hälsolösningar kan främja patienters delaktighet och förbättra blodtrycks kontroll på kort sikt, men långtidseffekterna är osäkra. Utvärderingen av PERHIT-data har utöver avhandlingen utmynnat i ett flertal vetenskapliga artiklar, både observationsstudier och kvalitativa analyser [15, 18-22].

I en substudie inom PERHIT [21] användes självskattningsformuläret General Self-Efficacy (GSE)-skalan. Resultaten visade att interventionsgruppen rapporterade en högre egenvårdsförmåga samt en ökad följsamhet till både livsstilsråd och blodtrycksmål. Studien indikerar att e-hälsolösningar kan utgöra ett värdefullt komplement inom primärvården för att stärka patienters delaktighet i hypertoni-behandling.



I allmänmedicinsk klinisk praktik försöker man ofta finna en avvägning mellan vad evidens och guidelines anger med vad patientens egna preferenser, riskprofil och unika förutsättningar medför.

I ytterligare en delstudie baserad på PERHIT-data angavs att endast hälften upplevde patientdelaktighet i hypertoni-behandlingen i den utsträckning de önskade [22]. Kvinnor var mer benägna än män att uppleva mindre delaktighet än de föredrog och hade även ett större behov av engagemang i sin vård. Även yngre patienter och de med lägre utbildningsnivå fick i mindre utsträckning sina önskemål om delaktighet uppfylla. Studien belyser behovet av att stärka personcentrerad vård och utveckla strategier för att överbrygga organisatoriska och individuella hinder för patientmedverkan.

Mot en hållbar hypertoni-vård

Det finns behov av nya vårdformer för att kunna ta hand om det stora antalet hypertoni-patienter inom primärvården, vilket även påtalats i internationella guidelines [23]. Enligt en ledarkommentar i *Journal of Hypertension* (2024), betonar Nilsson,



Pikkemaat och Schutte behövs av en hållbar hypertoni-vård för att möta den ökande globala bördan av högt blodtryck [24]. Författarna föreslår en strategi som integrerar förebyggande åtgärder, tidig diagnos, och effektiv behandling, samtidigt som man beaktar sociala och miljömässiga faktorer som påverkar patienternas hälsa. De understryker vikten av multidisciplinära insatser, medverkan av icke-läkare, och patientcentrerad vård med digitala hjälpmedel för att förbättra behandlingsresultaten och minska sjukdomsbördan. Ett försök till sjuksköterskeledd hypertoni-vård har provats i Västra Götalandsregionen [25], men eftersom sjuksköterskor inte har forskningsrätt för anti-hypertensiva läkemedel så måste samarbetet med ansvariga allmänläkare förbättras vid utebliven blodtrycks kontroll. En initial riskskattning kan även göras baserat på anamnes och status utan provtagning [26, 27], vilken kan bli aktuell i ett senare skede.

Sammanfattning

Genom primärvårdens omfattande befolkningskontakter ackumuleras efterhand ett stort antal hypertoni-patienter i takt med en ökande åldersrik befolkning. En ökad uppmärksamhet riktad mot behandlingsbara riskfaktorer för hjärtkärl- och njursjukdom samt vaskulär demens, varav hypertoni utgör en välkänd sådan. Behov av ytterligare förbättringar av riskfaktorkontroll har påtalats baserat på en primärvårdsbaserad befolkningsstudie i Skaraborg [28]. Det stora antalet patienter har även givit incitament till ett flertal vetenskapliga studier författade av svenska allmänläkare som här givits en översikt med fokus på aktuella studier från senare år. Just diskrepansen mellan vårdtyngden och de otillräckliga resurserna, samt konkurrerande medicinska problem och prioriteringar i den allmänmedicinska vardagen, ställer behovet av nya vårdformer i centrum [24, 29]. Sådana behöver även utvärderas vetenskapligt, ett arbete som nu börjat med SHIP-CARE studien i södra Sverige, vilken skildras på annan plats i detta nummer av AllmänMedicin. Slutligen behöver vårdens finansiering och allmänna strukturer ses över för att stödja en mer effektiv hypertoni-vård [30], med sin bas inom allmänmedicinen.

Jävsdeklaration: **PMN** har under senare år varit engagerad som sakkunnig i hypertoni-frågor för Hjärt- och Lungfonden, samt reviewer för ESC Guideliner om hypertoni 2024. Har även föreläst sporadiskt om aktuella lipid- och diabetesfrågor för patientfören-

ingar och inom ramen för utbildningar som organiserats av Lunds universitet, ibland i samverkan eller enskilt med företag inom dessa sektorer, dock ej gällande hypertoni-läkemedel.

MP uppger inga jävsförhållanden att deklarerat.

Peter M. Nilsson

Allmänläkare, seniorprofessor/expert,
Lunds universitet
peter.nilsson@med.lu.se



Miriam Pikkemaat

Allmänläkare, med dr,
Husensjö vårdcentral, Helsingborg,
Lunds universitet
miriam.pikkemaat@med.lu.se



Referenser:

1. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Insatsområde hypertoni (2025-02-20). Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npohjartochkarlsjukdomar/hypertoni.87008.html>)
7. Holmquist C, Hasselström J, Bengtsson Boström K, Manhem K, Wettermark B, Hjerpe P, *et al.* Improved treatment and control of hypertension in Swedish primary care: results from the Swedish primary care cardiovascular database. *J Hypertens.* 2017; 35:2102-2108.

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

18. Andersson U, Nilsson PM, Kjellgren K, Hoffmann M, Wennersten A, Midlöv P. PERSON-centredness in Hypertension management using Information Technology: a randomized controlled trial in primary care. *J Hypertens.* 2023; 41:246-253.
24. Nilsson PM, Pikkemaat M, Schutte AE. Sustainable hypertension care – a new strategy for an expanding problem. *J Hypertens.* 2024; 42:1891-1894.
25. Quester R, Björck S, Manhem K, Natman J, Andersson S, Hjerpe P. Improving cardiovascular control in a hypertensive population in primary care. Results from a staff training intervention. *Scand J Prim Health Care.* 2024; 42:1-8.

Annons

Ett hållbart omhändertagande av patienter med hypertoni i primärvården

I primärvården träffar vi dagligen patienter med hypertoni. Det är den vanligaste kroniska diagnosen och allt fler individer får denna diagnos, både nationellt och globalt [1, 2]. Enligt en rapport från Region Skåne ökade antalet individer med hypertoni-diagnos med 28% från 2015 till 2023 [1]. Ökningen kan tillskrivas en ökad förekomst av ohälsosamma levnadsvanor samt befolkningstillväxten med allt fler äldre personer, men också att tillståndet har uppmärksammats de senaste åren genom initiativ såsom globala May Measurement Month. En ökad medvetenhet bland vårdpersonal och i befolkningen samt en förbättrad tillgång till mätningmöjligheter har lett till att fler personer med hypertoni identifierats. Den här ökningen medför både en utmaning och en möjlighet – fler diagnostiserade innebär att fler kan få behandling och insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar kan således skjutas upp, men det måste också finnas utrymme i vården att hantera den ökade mängden patienter. Så är inte fallet idag; primärvården brottas med begränsade resurser och personalbrist, och andelen patienter med hypertoni som har ett kontrollerat blodtryck (<140/90 mmHg) är alltför låg [3].



Illustration: Annika Andén



SHIP-CARE

Sustainable Hypertension Management in Primary Health Care

Under de senaste åren har flera internationella riktlinjer för hypertoni-behandling publicerats, och ett nationellt vårdförlopp för hypertoni är på gång [4-6]. Tydliga trender i dessa riktlinjer är lägre blodtrycksmål, ökad användning av kombinationsbehandling, samt ökat fokus på riskbedömning genom verktyg som SCORE2. Riktlinjerna förordar minst årliga kontroller av personer med hypertoni, men om klassiska årskontroller i primärvården för alla individer med hypertoni ens var möjligt för tio år sedan så är läget knappast så nu. För att optimera vården av patienter med hypertoni behövs prioriteringar och förändrade arbetssätt, där sjuksköterskor och andra personalgrupper spelar en viktig roll. Det råder en tydlig obalans mellan de ambitiösa riktlinjerna och primärvårdens resurser. Ett möjligt sätt att hantera detta är genom att stratifiera hypertoni-vården, där patienter med högre kardiovaskulär risk får mer riktade insatser medan de med lägre risk erbjuds förenklade lösningar. Digitala verktyg, hembloodtrycksmätningar och fasta läkemedelskombinationer kan också underlätta.



En ökad medvetenhet bland vårdpersonal och i befolkningen samt en förbättrad tillgång till mätningmöjligheter har lett till att fler personer med hypertoni identifierats.



Tydliga trender i dessa riktlinjer är lägre blodtrycksmål, ökad användning av kombinationsbehandling, samt ökat fokus på riskbedömning genom verktyg som SCORE2.

För att utvärdera om en stratifierad vårdmodell kan leda till bättre blodtrycks kontroll till högre kostnadseffektivitet initierades studien ”Sustainable hypertension management in primary care in Sweden” (SHIP-CARE). Studien leds av Miriam Pikkemaat (PI) i samarbete med Ulrika Andersson, Patrik Midlöv och Peter M. Nilsson, samtliga allmänläkare och forskare vid Centrum för primärvårdsforskning vid Lunds universitet, samt Louise Axelsson, sjuksköterska på Vårdcentralen Husensjö. Syftet med studien är att testa nya vårdmodeller för en mer hållbar hypertoni-vård inom primärvården. Projektet startade i januari–mars 2025 med en pilotstudie på tre vårdcentraler i Skåne. I pilotstudien följs deltagarna under sex månader och det primära syftet är att utvärdera studiens genomförbarhet.

Deltagarna i studien är vuxna patienter med hypertoni-diagnos i primärvård som klarar av att kommunicera digitalt med vårdpersonalen. Exklusionskriterier är sekundärhypertoni, palliativ sjukdom, graviditet, kognitiv svikt, synnedsättning eller språkbarriärer som förhindrar digital kontakt med sjukvårdspersonal, och psykotisk sjukdom.

Interventionen består av flera olika delar:

- Kardiovaskulär riskbedömning med hjälp av SCORE2/SCORE2-OP görs för deltagande patienter. Utifrån riskbedömningen delas deltagarna in i två grupper:
 - Patienter med låg till måttlig risk följer sitt blodtryck hemma och lämnar årligen relevanta urin- och blodprover. Vid behov kan de enkelt komma i kontakt med ansvarig sjuksköterska, digitalt via 1177 i första hand.
 - Patienter med hög risk kommer på årliga kontrollbesök till läkare, utöver de insatser som erbjuds patienter med lägre risk.
- Patienten erhåller en blodtrycksmätare för hemanvändning, med tydliga instruktioner om målbloodtryck och tillvägagångssätt vid förhöjda värden. En sjuksköterska ansvarar för kontakten, i första hand uppmuntras patienterna till digital kontakt via 1177, och samordnar vården med ansvarig allmänläkare, bland annat vid behov av receptförskrivning.
- Läkare och sjuksköterskor på enheten får utbildning om hypertoni och tillgång till ett visuellt flödesschema med konkreta exempel på val av läkemedel och doseringar samt rekommenderad kombinationsterapi att använda under studien.
- Patienterna erbjuds grupputbildningar om högt blodtryck och hälsosam livsstil. Sjuksköterskan på enheten håller i utbildningen, gärna i samarbete med en fysioterapeut eller dietist.

Den involverade sjuksköterskan är central i studien, då hon eller han är den som i första hand kommunicerar med deltagarna. Sjuksköterskan arbetar i möjligaste mån självständigt men måste vid behov kunna kommunicera med patientansvarig läkare, som är den som kan förskriva läkemedel.

I pilotstudien ska cirka 150 patienter inkluderas och följas under sex månader. För att utvärdera acceptans och nöjdhet med interventionen får deltagande läkare, sjuksköterskor och patienter svara på enkäter vid början och slutet av studien.

Efter avslutad och utvärderad pilotstudie planeras den större huvudstudien att starta under 2026. Planen är att inkludera åtta vårdcentraler i södra Sverige, vilka slumpmässigt fördelade på fyra interventions- och fyra kontrollvårdcentraler. Deltagarna i huvudstudien kommer att följas under 24 månader, och mätningar kommer att göras vid baslinjen, efter 6, 12 och 24 månader. Studieuppstart planeras under första halvåret 2026. Primärt utfallsmått är andelen patienter som når blodtrycksmål på interventionsvårdcentraler jämfört med kontrollvårdcentraler. Sekundära mål inkluderar förändringar i genomsnittlig systolisk blodtrycksnivå och kardiovaskulära riskfaktorer, nöjdhet med vårdmodellen samt kostnadseffektivitet. Interventionen integreras i dagliga rutiner på interventionsvårdcentralerna, medan kontrollvårdcentralerna fortsätter som vanligt. Projektet har etikgodkännande och är registrerat på clinicaltrials.gov (ID NCT06580613). Pilotprojektet finansieras med regionala medel samt forskningsanslag från Vetenskapsrådet till Miriam Pikkemaat.



Syftet med studien är att testa nya vårdmodeller för en mer hållbar hypertoni-vård inom primärvården.

Vår förhoppning är att SHIP-CARE kan bidra med viktig kunskap om hur alternativa arbetsmodeller kan effektivisera och göra hypertoni-vården hållbar både för patienter och personal. Resultaten kan leda till förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal och bättre blodtrycks kontroll för våra patienter, vilket i sin tur

minskar risken för hjärt-kärlsjukdomar, stroke och njursvikt. Detta förväntas bidra till lägre vårdkostnader och en friskare befolkning.

FN:s Sustainable Development Goals 2030 inkluderar mål för förbättrad folkhälsa. Hypertonivården behöver moderniseras och här har primärvården en central roll, i samverkan med övriga specialister och med stöd av forskning, för att skapa ny evidens och effektiva arbetsmodeller.

Jäv saknas.

Ulrika Andersson
Allmänläkare, med dr,
Vårdcentralen Löddeköpinge,
Centrum för Primärvårdsforskning,
Lunds universitet



Miriam Pikkemaat
Allmänläkare, med dr,
Vårdcentralen Husensjö,
Centrum för Primärvårdsforskning,
Lunds universitet



Louise Axelsson
Sjuksköterska, M Sc,
Vårdcentralen Husensjö



Peter M. Nilsson
Allmänläkare, seniorprofessor/expert,
Institutionen för kliniska vetenskaper
Malmö,
Lunds universitet



Patrik Midlöv
Allmänläkare, professor,
Centrum för Primärvårdsforskning,
Lunds universitet



Referenser:

1. Lokalt Primärvårdsråd Region Skåne. Var tas patienter med vanliga kroniska sjukdomar om hand i Skåne? [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 28]. Available from: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/primarvarden/var-tas-patienter-med-vanliga-kroniska-sjukdomar-om-hand-i-skane.pdf>
2. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Bager JE, Mourtzinis G, Andersson T, Nätman J, Rosengren A, Björck S, et al. Trends in blood pressure, blood lipids, and smoking from 259 753 patients with hypertension in a Swedish primary care register: Results from QregPV. *Eur J Prev Cardiol.* 2022 Jan 1;29(1):158–66.
4. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2024 Oct 7;45(38):3912–4018. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/38/3912/7741010>
5. Mancia(Chairperson) G, Kreutz(Co-Chair) R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens* [Internet]. 2023 Jun 21; Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/HJH.0000000000003480>
6. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Nationellt programområde hjärt- och kärlsjukdomar. Personcentererat sammanhållet vårdförlopp –hypertoni hos vuxna [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 11]. Available from: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/remisser-kunskapsstod/remisserpagaende/hypertoni.80181.html>



HJÄLP MÄNNISKOR I NÖD

Bli månadsgivare på lakareutangranser.se



Annons

Social förskrivning kan öka tillgängligheten till allmänläkare

och ge patienter nya möjligheter

Allmänläkare kan bli mer tillgängliga för sina patienter genom att se bortom sjukvården. Med en hälsolots i mellanrummet mellan vård och samhälle skapas nya möjligheter att lösa problem som får patienter att bli mångbesökare. Social förskrivning ger patienter nya möjligheter, ökar tillgängligheten i primärvården och lättar bördan för allmänläkare.

Läkare är utbildade i medicin, tränade i hur medicinska metoder används för att identifiera och behandla sjukdomar och främja hälsa. På allmänläkares mottagningar har problem inte alltid med sjukdom att göra. Medicinska åtgärder fungerar inte på samma sätt varje gång och mer sjukvård är inte alltid lösningen. Med tiden utvecklar allmänläkare en praktisk kunskap där gott omdöme möjliggör situationsanpassade medicinska beslut. Urskiljningsförmågan förfinas, anamnes och noggrann medicinsk undersökning blir grunden för medicinska beslut i långvariga personliga relationer mellan patienter och fasta allmänläkare. Allmänläkaren verkar som guide i gränslandet mellan sjukdom och sjukdomskänsla.

Människor som kommer till allmänläkares mottagning har problem som de inte kunnat lösa på egen hand. De vet att läkare kan sjukdomar. Själva känner de av symtom som skulle kunna vara tecken på sjukdom, kanske med allvarliga konsekvenser. När de kommer till mottagningen bekräftas eller utesluts diagnoser. Sjukdomar och symtom utreds och behandlas enligt vårdens vedertagna rutiner. Människorna återkommer om de inte fått hjälp att lösa sina problem, när symtomen finns kvar, med eller utan diagnos. Behovet av vård flyter ihop med människans behov av stöd.

Inte bara medicin

Människor är bio-psyko-sociala varelser i en biologisk kropp. Kroppar som minns att det en gång för länge sedan var livsfarligt att lämnas ensam. Unika kroppar vars erfarenheter påverkar hur symtom upplevs, som kan uthärda mycket för att få höra till. Långvarig stress kan bli livshotande, kortvarig stress en positiv upplevelse. Kombinationer av sjukdomar och erfarenheter gör våra kroppar till alltmer komplexa system. Det blir allt svårare att förutse effekter av en specifik händelse eller åtgärd.

Allmänläkare möter inte medicinska problem, de möter lidande människor. Ett lidande som behöver hanteras. Allmänläkares ansvar är också att fungera som väktare och guide på gränsen mellan sjukdom och sjukdomskänsla. Medicinska åtgärder kan vara nödvändiga för att hantera sjukdom, mindre viktiga för att hindra sjukdom att uppstå, och otillräckliga för att lindra lidande vid sjukdom. Socialt sammanhang, trygghet och kunskap är viktiga för individens upplevelse av hälsa och hens resurser för att hantera sjukdom och andra problem. Det

kan inte vården ensam ta ansvar för. För att skapa goda förutsättningar för människor att leva sina liv så bra som möjligt krävs tillgång till ett helt samhälle och ansvarstagande allmänläkare med omdöme och generalistkunskap.

Vi lever i ett samhälle där många "mår dåligt". Där komplexa problem förenklas och möts med standardlösningar. Ett samhälle som ger oss, i vård och omsorg, företräde att definiera problem och erbjuda våra färdiga lösningar. Individens egen problemformulering och förslag till lösning osynliggörs. Möjligheten att

se kärnan i komplexa problem hos unika personer försvinner. Kroppsliga symtom som är resultatet av komplexa samband mellan samhälle och individ återkommer till allmänläkares mottagningar tills grundproblemen är lösta. Med rätt lösning på rätt sätt för just den här individen.

Ett annat sätt att tänka

Människor ställs inför komplexa problem i en komplex tillvaro. Det allmänläkaren arbetar med på vårdcentralen behöver förstås som en del av vad som händer i vård- och välfärdssystemet och i det lokalsamhälle där patienterna lever. Där problem tillåts att inte alltid vara vad de ytligt verkar vara. För människor med unika behov och förutsättningar fungerar inte instrumentella metoder, interventioner och färdiga lösningar. Då behövs en människa med tålmod att vänta in unika problemformuleringar och pröva olika lösningar i dialog. En människa som är villig att stödja när det behövs och ge utrymme att växa på egna villkor. Tanken slog rot i London och spreds över världen. På ytan ser det olika ut, men kärnan är densamma. Tanken att människor



Med en hälsolots i mellanrummet mellan vård och samhälle skapas nya möjligheter att lösa problem som får patienter att bli mångbesökare.

behöver olika saker även om deras problem liknar varandra, att förändring kommer inifrån och att man kan behöva stöd för att våga ta steget in i det okända. Det finns forskning som stöder tankesättet och organisationer som stödjer utvecklingen. Men det finns ingen universalintervention som kan kopieras, utöver tanken att det behövs en människa med uppgift att guida och stötta i samhällets organisatoriska mellanrum.

Primärvård ska numera vara nav i en nära vård. För att det ska fungera behövs en människovänlig infrastruktur. Personkontinuitet i primärvård är grundstenen i ett effektivt svenskt sjukvårdssystem. Förutsättningen för personkontinuitet i primärvård är fasta allmänläkare med egen lista. Listor som är stommen för de team av fasta vårdkontakter som växer fram runt individer med olika behov av vård och stöd. Allmänläkaren har huvudansvar för den medicinska bedömning som är utgångspunkten för de vård- och stödsatser som blir en människas behandling, rehabilitering och egenvård. Vårdens och omsorgens fasta kontakter, kompletteras då och då av tillfälliga kontakter (till exempel en ortoped som bedömer och opererar ett värkande artrosknä). Tillsammans möter teamets olika kompetenser komplexa problem som kräver väl avvägda, praktiskt möjliga och individanpassade lösningar.

I lokalsamhället levs livet med de resurser som skapas av och för de människor som lever där. Här behövs både standardiserad struktur och utrymme för kultur, samvaro och kreativitet. I lokalsamhället finns resurser av stor vikt för individens välmående. Primärvården behöver vara förankrad i lokalsamhället och växelverka med det som sker där. Överbrygga mellanrummet och hitta sätt att samarbeta som gynnar alla parter.



Illustration: Annika Andén



Människorna återkommer om de inte fått hjälp att lösa sina problem, när symtomen finns kvar, med eller utan diagnos.

Social förskrivning

Social förskrivning är ett relativt nytt begrepp på svenska, en översättning från engelskans ”social prescribing”. Nya begrepp öppnar upp för nya tankar och möjliga lösningar i vår komplexa värld. Social förskrivning handlar inte om verktyg, metoder eller interventioner. Det handlar om samhällsplanering med målet att stärka infrastrukturen för personcentrerad vård med personcentrerat stöd. Allmänläkares förutsättningar att ta medicinskt helhetsansvar underlättas av en samordnande och lotsande kraft riktad mot individen och samhället. En kraft som kan ta vid och utforska individens problem, tankar om lösningar och behov av stöd och sammanhang. I England kallas den människan ofta ”linkworker”, i Sverige hälsolots. En hälsolots hanterar problem som hindrar människor att leva ett gott liv. Kanske bara en vag känsla av att något är fel till att börja med. Hälsolots är inte en yrkestitel med formell utbildning. Det är människor med förankring i lokalsamhället och förmåga att verka i mellanrummet. Kompetensutvecklingen handlar om att förstå uppdraget med dess begränsningar och känna till de stöd som finns att tillgå. Social förskrivning med hälsolots fungerar vid komplexa problem i en komplex verklighet. Kreativitet och social kompetens är viktiga liksom god kännedom om de resurser som finns tillgängliga. Att bygga upp fungerande social förskrivning kring engagerade hälsolotsar som arbetar nära den lokala vårdcentralen kan ge patienter nya möjligheter.

För allmänläkare innebär tillgång till hälsolots bättre förutsättningar att vara tillgänglig med personkontinuitet för sina patienter och möjlighet att fokusera på medicinska insatser. Det lättar allmänläkares arbetsbörda och ökar tillgängligheten för listade patienter. Samtidigt får patienter större möjligheter att våga lämna sitt välkända nu och ta steget in i det okända som skapar nya möjligheter. För samhället innebär tillgång till hälsolots möjligheter att skapa välfungerande lokalsamhällen med sammanhållning och välmående invånare.

Begreppet social förskrivning har flera betydelser på svenska. Det används för åtgärder mot avgränsade problem i avgränsade målgrupper och instrumentella interventioner med förutbestämda mål. Ibland med problemformulering och tankesätt som liknar arbetet med linkworker. Hälsolots används när intentionen är att utgå från patientens egen problembeskrivning och behov. När människor tillåts vara unika, problem komplexa och lösningar situationsanpassade. När vårdcentraler och lokalsamhällen närmar sig varandra genom att engagera människor som hälsolotsar och ge dem förutsättningar att verka i mellanrummet mellan vård och samhälle.

Social förskrivning nuläge

Världshälsoorganisationen (WHO) har arbetat med social förskrivning som en strategi för att främja hälsa genom att koppla människor till sociala och samhälleliga resurser. Målet är att förbättra individens hälsa genom att ta hänsyn till sociala faktorer som kan påverka välmående, till exempel ensamhet, arbetslöshet, bostadssituation eller tillgång till utbildning. Faktorer som har stor betydelse för folkhälsan. WHO har betonat vikten av att arbeta för att integrera civilsamhällets sociala och hälsomässiga insatser i det offentliga hälsosystemet och att stärka samarbete mellan olika sektorer för att skapa ett helhetsperspektiv på hälsovård.



Kombinationer av sjukdomar och erfarenheter gör våra kroppar till alltmer komplexa system.

Internationella studier har fokuserat på att bedöma kostnadseffektivitet och ekonomiska fördelar med social förskrivning. Generellt pekar dessa studier på att social förskrivning kan minska behovet av dyra medicinska behandlingar och sjukhusvård men också reducera antalet primärvårdsbesök samtidigt som den förbättrar patientens livskvalitet och hälsa. Långsiktiga kostnader för vård och socialt stöd minskar genom att minska symtom som är grundade i social isolering och psykosociala problem. Flera studier har visat att social förskrivning är särskilt fördelaktig för sårbara grupper som äldre och ungdomar, långtidssjuka och personer med psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Studier har visat att social förskrivning är kostnadseffektivt i förhållande till traditionella medicinska interventioner. Med de potentiella besparingarna i sjukvården uppfattas social förskrivning som ett långsiktigt effektivt sätt att förbättra folkhälsan.

Social förskrivning med hälsolots prövas i Sverige med goda resultat, men har hittills varit svår att finansiera. Det kan förklaras av faktorer som svårigheter att se kortsiktiga effektivitetsvinster för den som anställer hälsolotsen och av kortsiktiga beslut i en trängd ekonomisk situation. En tvärprofessionell konferens kring social förskrivning hölls i Högsby hösten 2024 och ett tvärprofessionellt svenskt nätverk bildas.

Den svenska regeringen har annonserat stora satsningar på ofrivillig ensamhet. Bidrag på miljontals kronor satsas för att få fart på riktlinjer, planer och processer. Ensamhet står för det som behöver åtgärdas i samhället för att människor ska må bättre. Att satsa på fasta läkarkontakter i primärvården är en kraftfull insats för att minska ohälsa och sjukdom kopplat till socioekonomiska och psykiska problem. Särskilt i kombination med en samtidig satsning på social förskrivning med hälsolots i mellanrummet mellan vårdcentral och lokalsamhälle. Social förskrivning med hälsolots ska ses som en effektiv resurs för

allmänläkare, individer och lokalsamhälle som ger en långsiktig effekt på folkhälsan. En infrastruktur som kan förebygga utanförskap, framtida hälsoproblem och brottslighet genom att stärka individer och lokalsamhällen.

Framtiden för social förskrivning i Sverige

Social förskrivning med hälsolots är en samhällsinsats med potential. Regeringens satsning på att minska ofrivillig ensamhet kan användas för att möjliggöra en bred satsning på social förskrivning med hälsolots, med möjlighet att förbättra folkhälsan. Ge primärvårdens fasta kontakter möjlighet att fokusera på personkontinuitet i vården genom samverkan med lokalsamhället. Ge på så vis människor möjlighet till bättre hälsa och lokalsamhällen möjligheter att föra samman människor. Låt Sveriges allmänläkare och deras tvärprofessionella team i lokalsamhället bli navet i en satsning på bättre folkhälsa. Låt dem ta hjälp av andra kompetenser för att hantera komplexa problem och skapa människovänliga lokalsamhällen.

Jäv saknas.



Ulf Måwe
Allmänläkare
ulf@mawe.se



Karin Ranstad
Allmänläkare
karin.ranstad@telia.com



Susanna Althini
Allmänläkare,
ST-läkare i
socialmedicin och folkhälsa
sanna.althini@gmail.com



- Muhl, C., Mulligan, K., Giurca, B.C. et al. Building common understanding: seeking consensus and defining social prescribing across contexts – a collective commentary on a Delphi study. BMC Health Serv Res 24, 1280 (2024).
- The National Academy for Social Prescribing | NASP <https://socialprescribingacademy.org.uk/>
- The King's Fund. Social prescribing and the role of link workers. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing> (2020).
- Husk, K., et al. Social prescribing: A systematic review and economic evaluation. Health Services and Delivery Research, 8(26). (2020).
- Frostick C, Bertotti M. Social prescribing in general practice. Br J Gen Pract. 2019 Oct 31;69(688):538-539.

Annons

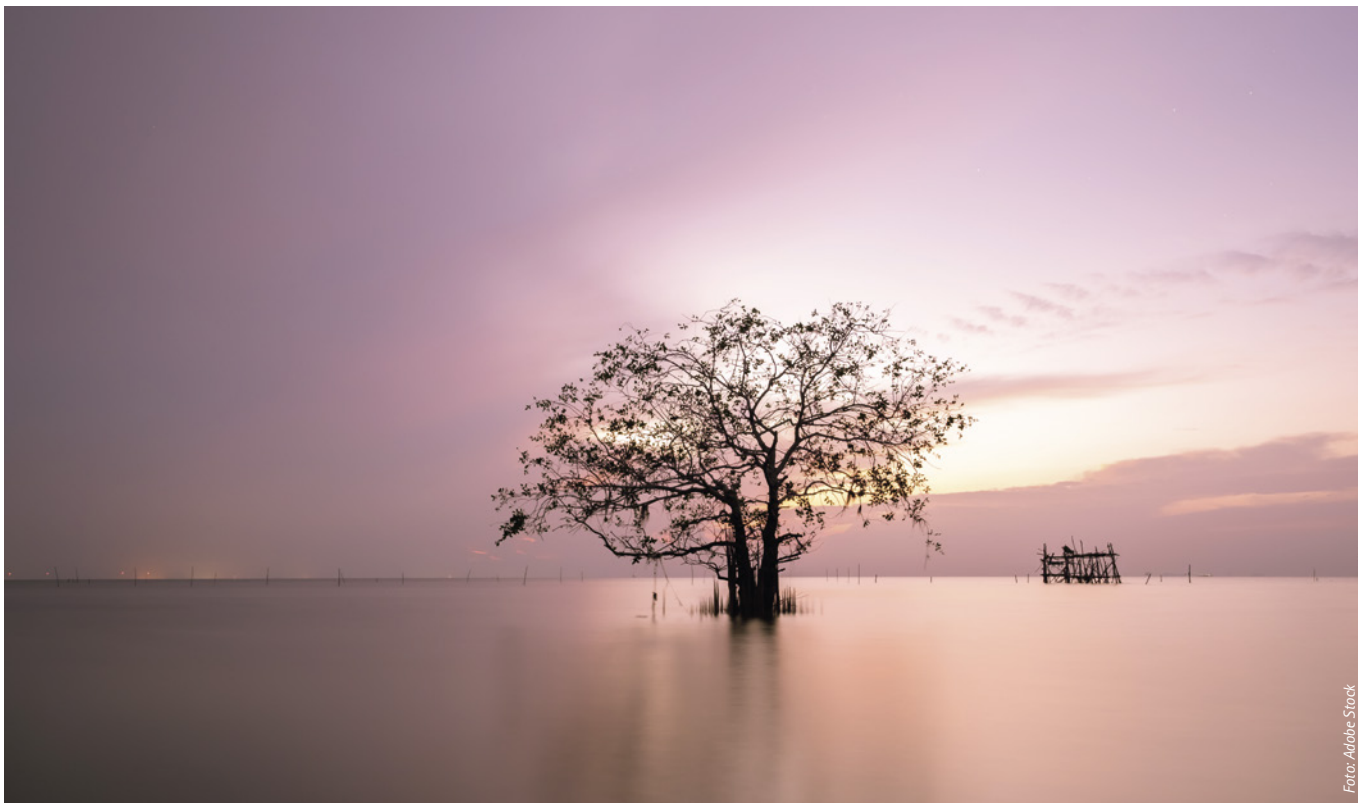


Foto: Adobe Stock

Social förskrivning med hälsolots

– en hjälp för primärvårdspatienter med ofrivillig ensamhet

Tillgång till socialt stöd och gemenskap är grundläggande mänskliga behov. Ofrivillig ensamhet är en lika viktig riskfaktor för ohälsa, sjukdom och förtida död som rökning [1]. Ensamhet finns i alla åldrar men är vanligast hos unga samt de allra äldsta [2, 3]. Cirka 20% av läkarbesök i primärvård kan ha sin grund i ofrivillig ensamhet eller andra sociala orsaker [4].

Social förskrivning (Social Prescribing) är en metod som utvecklats i ett socialt belastat område i östra London av Sir Sam Everington, engelsk allmänläkare som adlats för sitt arbete med bland annat social förskrivning [5]. Den har visat sig vara ett användbart verktyg för allmänläkare att stödja patienter med ofrivillig ensamhet. Hälsolotsen har en nyckelroll för att, på ett personcentrerat sätt, lotsa patienter till sociala sammanhang och stöd [6]. Utvärderingar har visat goda effekter i bättre hälsa, färre vårdbesök (primärvård och sjukhus), minskade vårdkostnader och hög kostnadseffektivitet [3, 6-9]. Metoden är idag etablerad i Storbritannien, där målet är att ha en ”linkworker” (hälsolots) på varje primärvårdsenhet [5]. I Sverige har metoden social förskrivning med hälsolots nyligen börjat användas och

i Umeå utvärderas nu en variant av social förskrivning, kallad social aktivitet på recept, som är riktad mot äldre [10].

I Högsby kommun startade 2022 ett hälsolotsprojekt med uppdraget att hjälpa ofrivilligt ensamma människor att hitta ”det de behöver och som är viktigt för dem”. Personer hänvisades till hälsolotsen från hälsocentralen, från kommunen eller kunde söka på egen hand. Hälsolotsen erbjöd fem möten enligt metoden motiverande samtal, samt lotsning till socialt stöd eller sammanhang. Detta skedde i samarbete med olika aktörer i lokalsamhället, under en period på cirka tre månader per deltagare.

Parallellt med projektet genomfördes denna studie som syftade till att undersöka hur de som haft kontakt med hälsolotsen upplevt denna hjälp.

Metod

Deltagare rekryterades konsekutivt efter avslutad kontakt med hälsolotsen under 2023. Semistrukturerade intervjuer genomfördes, transkriberades och analyserades genom reflexiv tematisk analys [11]. Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2023-01626-01).

Resultat

Tio personer, 27 till 84 år gamla deltog i studien (tabell 1). Vid analysen identifierades två huvudteman och åtta subteman.

A. Vägar till gemenskap och välbefinnande

1. Att mötas av engagemang och omsorg ger energi

Mötet med hälsolotsen beskrevs i positiva ordalag av samtliga deltagare. Hälsolotsen beskrevs ha äkta engagemang och omsorg om deltagarna, vara inknäppande samt ingav förtroende och energi ”i rätt riktning”. Hon beskrevs av någon som en person man kunde ”prata med om allt” – även sådant man inte hinner med i sjukvården men som är viktigt för just den personen. Det uttrycktes även att dessa samtal var ”bättre än att prata med en terapeut”, att terapeuter fokuserar på allt det som är dåligt till skillnad från hälsolotsen, vars fokus är att prata om ”det som är viktigt för dig”.

”Ja ... det kändes precis som att det var ett steg mot rätt riktning, ... hon gav mig ... en sån energi, så ... man kunde liksom börja gå i en viss riktning.”

2. Gruppaktivitet utan krav

Få var redo att direkt ta steget ut i nya sociala sammanhang. Det som hindrade var rädslor såsom att inte hitta samtalsämnen, tankar att andra har det mycket bättre, men också psykisk eller fysisk ohälsa. Hälsolotsen introducerade därför ett mellansteg i form av en sluten kravlös grupp där man kunde öva socialt samspel och försöka bryta en negativ cirkel av ensamhet och isolering. Denna grupp upplevdes positiv och beskrevs ge nya perspektiv och en känsla av att man inte är ensam om ensamheten, samt gav mod och energi att närma sig andra. Deltagare beskrev också att gruppträffar kunde ge en rytm, en fast punkt eller avbrott i vardagen, leda till ökad annan aktivitet utöver gruppträffarna samt väcka önskan om fortsatta kontakter med andra människor.

”... man får se att det är flera som har samma problem, ... man är inte den enda som har det här problemet.”

3. Närande möten på tu man hand

Även om gruppaktiviteten gav ett socialt sammanhang, var det mötet med en annan person, som många saknade. Att ha någon nära att anförtro sina innersta tankar och känslor med, ett emotionellt och socialt stöd, uttrycktes av flera som ett behov. Man beskrev en önskan om att ha en nära vän eller relation i vardagen, att bli lyssnad på och att få prata om det man själv vill. För några deltagare var denna person, under en period, hälsolotsen. Behovet var större än vad som kunde tillgodoses. Man saknade denna form av ”närande möten” i vardagen, då de möten man hade, ofta utgjordes av problematiska familjerelationer eller kontakter kring vård av sjuk anhörig, vilka upplevdes tära på hälsan, ge negativ energi och öka ensamhetskänslan.

Kön	
Kvinna	7
Man	3
Ålder år	
≤ 25	0
26–40	3
41–65	2
66–80	4
≥ 81	1
Sysselsättning	
Arbetande (hel-/deltid)	2
Arbetslös (hel-/deltid)	1
Försörjningsstöd	1
Sjukpensionär	2
Ålderspensionär	5
Högsta utbildning (info saknas på 1 deltagare)	
Grundskola/realskola	3
Gymnasium	4
Universitet	2
Hjälp med praktiska problem vid problem eller sjukdom	
Alltid	3
Oftast	2
Sällan	2
Aldrig	3
Har någon att dela sina innersta känslor/anförtro sig åt	
Ja	5
Nej	5
Bor tillsammans med partner	
Ja	2
Nej	8
Boplats i kommunen	
I centralort	5
Utanför centralort	5
Kontaktväg till hälsolots	
Remiss från Hälsocentralen	6
Hänvisad från Kommunen	2
Eget initiativ	2

Tabell 1: Demografisk information om intervjuade deltagare

4. Existentiella behov behöver beaktas

Deltagarna uttryckte existentiella behov såsom av meningsfullhet, hopp och andligt stöd. Dessa tillgodosågs delvis genom insatsen. Man önskade att ha någon att ventilera existentiella tankar med, till exempel rädslor för framtiden, sjukdom och ålderdom, eller få hjälp att hitta hopp och meningsfullhet. Utsagor var att andligt stöd påverkar välmåendet positivt, att politiskt engagemang eller att vara förälder kan ge stor meningsfullhet. Två deltagare, som redan hade både emotionellt och socialt stöd och sammanhang, beskrev att de ändå kände sig ensamma, eller i behov av att betyda något för andra, därför att de inte hade någon att dela existentiella tankar med, eller inte hade någon meningsfull sysselsättning.

För det är det jag saknar, att få tillföra någonting ... där jag faktiskt tror att jag har någonting och tillföra.

B. En komplex situation kräver komplexa insatser

1. Lite längre tid och fler insatser med annan hjälp

Även om deltagarna hade positiva upplevelser av projektet så beskrev flera att de inte märkt någon effekt eller förändring i upplevelse av ensamhet och hälsa efter de tre månader projektet varade. Dessa menade att de skulle behövt längre tid med hälsolotsen, eller med den aktivitet de lotsats till, för att kunna se någon effekt. Därtill efterfrågade man i tillägg till hälsocoachens samtal också annan hjälp, såsom kuratorskontakt, ekonomisk rådgivning, studiecoach, färdtjänst eller medföljare till en social aktivitet.

"Jag tänker att ... som för mig så skulle jag behöva mer tid ..."
"Men det är ju egentligen för lite också, kan jag säga, med fem gånger [träffar med hälsolots]."

2. Behov av tidiga insatser

Flertalet deltagare hade varken arbete eller annat socialt sammanhang i vardagen. De uttryckte svårigheter att bryta negativ cirkel av ensamhet och behov av hjälp för detta. Några uttalade att de skulle behövt denna hjälp långt tidigare i livet, då man kände igen mönstret av att inte kunna ta kontakt eller ha tillräckligt med sociala kontakter för välbefinnandet. Förvärvsarbetet gav tidigare ett visst sammanhang, även om många också beskrev ensamarbete eller en ensamhetskänsla också tillsammans med kollegor.

... jag hade behövt den här "sociala pushen" för 20 år sedan i arbetslivet. Inte bli så inbunden. Jag fick medicinering vid pensionsålder. Det gjorde att jag blev mer öppen, men hade parallellt behövt sociala sammanhang då – för att den positiva effekten [att hålla kvar sociala kontakter] skulle bli bestående.

3. Bristande drivkrafter till förändring

Förändring till beteenden som ökar social gemenskap beskrevs som utmanande. Det påverkades av antidepressiv medicinering, vilken kunde både dämpa och stimulera drivkraften till förändring, såsom att kontakta kompisar eller delta i social aktivitet. Psykofarmaka kunde också ha negativ påverkan på upplevelsen av en aktivitet. Dessutom nämndes låga förväntningar på interventionen, bristande kunskap om vad insatsen innebar samt svårigheter att formulera mål.

Och när man tar... medicinen, man blir lite dåsig va, och ... Ja, det är det [som gör att man inte kan delta i social aktivitet] ... att man är ju oftast trött och sover oroligt.

4. Praktiska och ekonomiska hinder

Praktiska och ekonomiska hinder för sociala aktiviteter handlade exempelvis om bristande kommunikationsmöjligheter samt begränsat aktivitetsutbud (innehåll, tidpunkt) eller höga deltagaravgifter. Marknadsföringen för hälsolotsprojektet upplevdes otillräcklig av flera – att folk "på byn" inte vet vad hälsolotsen är eller kan göra. Någon föreslog uppsökande verksamhet för att hitta fler deltagare. Särskilt poängterades att det var viktigt att just läkarna berättade hur och varför det är viktigt med sociala relationer för hälsan samt vad hälsolotskontakten kan ge (för att informanterna skulle ta sig dit).

Diskussion

Denna studie belyser deltagarnas subjektiva upplevelser av kontakt med en hälsolots samt olika möjligheter och utmaningar som beskrevs. Som i all kvalitativ forskning är resultaten inte generaliserbara, men de ger värdefull insikt i hur interventionen upplevdes av en specifik grupp, vilket kan vägleda utvecklingen av framtida insatser och studier.

En central iakttagelse var att deltagarna överlag uppskattade kontakten med hälsolotsen, men många ansåg att insatser under en längre tidsperiod hade varit nödvändiga för att uppnå varaktiga förändringar. Detta överensstämmer med tidigare studier som visat att kortvariga interventioner ofta är otillräckliga för individer med komplexa psykosociala behov [12, 13]. Många deltagare levde i en komplex psykosocial situation med låg socioekonomisk status. Det medför ofta låg hälsolitteracitet, sänkt tilltro till egen förmåga och begränsad framtidstro. Detta påverkar i sin tur möjligheter att uttrycka behov, ha förväntningar, ställa krav och sätta upp livsmål [14, 15], och är sannolikt en orsak till att kontakten med hälsolotsen beskrevs kräva längre tid för att ge effekt.

Att många deltagare behövde ett mellansteg i form av en sluten grupp bekräftar tidigare forskning [16] som lyfter fram hur "maladaptiv social kognition" – negativa tankar om sig själv och sin sociala förmåga – kan förstärka ensamhet och social isolering [3]. I detta sammanhang framstår hälsolotsens motiverande samtal som en viktig metod för att stärka deltagarnas tilltro till sin egen förmåga, drivkrafter och för-



ändringsvilja. Internationellt förespråkas att hälsolotsen har färdigheter i motiverande samtal [7] men ibland kan krävas mer specifik terapi (till exempel KBT) för att ta sig ur ensamheten [17-19].

En annan framträdande aspekt var deltagarnas existentiella behov, såsom meningsfullhet och hopp, vilka inte alltid kunde tillgodoses enbart genom social gemenskap. Att några startade egna grupper med stöd av hälsolotsen illustrerar hur meningsfull sysselsättning kan bidra till ökat välmående, genom att lindra inte bara den emotionella och sociala ensamheten, utan även den existentiella ensamheten. Det är välkänt att det är svårt att uttrycka existentiella behov vilket också anas i resultaten. Det gör att existentiella behov ofta förblir oupptäckta och obesvarade. Ofrivillig ensamhet, särskilt långvarig sådan, kan leda till somatiska besvär, ångest och långvarig smärta [3] och just dessa är vanliga besöksorsaker i primärvården. Ensamhet är emellertid ofta förenad med skam, och något man inte gärna berättar om, vilket gör det svårt att identifiera ofrivillig ensamhet i primärvården, särskilt i en pressad arbetsmiljö där psykosociala faktorer lätt förbises. Därtill har vården idag inga redskap att ta hand om ofrivillig ensamhet. Risken är att vården undviker att ställa frågor om ensamhet och andra psykosociala förhållanden och istället medikaliserar de symptom patienten presenterar. Här framstår modellen med social förskrivning och hälsolots som ett värdefullt redskap, genom att utgöra en brygga mellan primärvården och aktiviteter i lokalsamhället samt erbjuda individanpassade stöd. Metoden kan vara ett verktyg för allmänläkaren att hjälpa patienter med problem som inte kan lösas med medicinska insatser.

Resultaten från denna studie understryker vikten av att anpassa social förskrivning till deltagarnas behov av gemenskap utifrån olika behov, samt att ta hänsyn till deras praktiska, ekonomiska och existentiella förutsättningar. Allmänläkaren har en central roll i att identifiera ofrivillig ensamhet, för att

kunna hänvisa patienten till en hälsolots eller motsvarande funktion, där personen kan få stöd och hjälp i samarbete med olika aktörer i lokalsamhället. Framtida studier behöver vidareutveckla och anpassa interventionens utformning för olika lokala kontexter, men också studera dess effekter på livskvalitet, hälsa och vårdutnyttjande, såsom antal primärvårdsbesök och akutmottagningskontakter, där positiva effekter har rapporterats i Storbritannien [3].

Jäv saknas.

Charlotte Nilsson

Allmänläkare,
Primärvårdsförvaltningen,
Region Kalmar län
charlotte.nilsson@regionkalmar.se



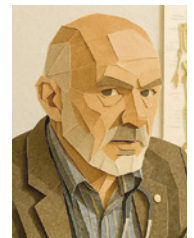
Margareta Kristenson

Professor emerita i socialmedicin och
folkhälsövetenskap, allmänläkare och specialist i
socialmedicin och folkhälsövetenskap,
Linköpings universitet
margareta.kristenson@liu.se



Hans Thulesius

Allmänläkare, Akademisk vårdcentral Skärvet,
Region Kronoberg,
professor i allmänmedicin Linnéuniversitetet
hansthulesius@gmail.com



Ingrid Wåhlin

Med dr, specialistsjuksköterska,
forskningshandledare,
Region Kalmar län



Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7:e1000316.
- Thelander K, Kristenson M. Sociala relationer och hälsa: teori och praktik: Lund: Studentlitteratur; 2022.
- Torjesen I. Social prescribing could help alleviate pressure on GPs. *BMJ.* 2016;352:i1436.
- SFAM:s torsdagsmöten. Fast läkare och den ofrivilliga ensamheten. 25 maj 2023. [15 Mars 25]. <https://www.sls.se/sfams-torsdagsmoten/filmmaterial/social-forskrivning/fast-lakare-och-den-ofrivilliga-ensamheten/>
- Evidence on social prescribing. [15 Mars 25]. <https://socialprescribing-academy.org.uk/read-the-evidence/>

Annons

Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin

Antligen! Sedan i mars 2025 har vi i svensk allmänmedicin en lista för Kloka Kliniska Val att (för-)hålla oss till (figur 1). Jag vill rikta ett stort och varmt tack till alla er som har arbetat i många år för att bereda jorden för Kloka Kliniska Val i Sverige.

Ett genombrott kom 2020 när vi från SFAM fick med oss tre andra specialitetsföreningar att stå bakom en motion till Svenska Läkaresällskapet (SLS) fullmäktige om att införa ett svenskt Choosing Wisely. Arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val fick ett utredningsuppdrag. Under utredningen verkade arbetsgruppen för att förankra Kloka Kliniska Val brett både inom och utanför SLS. Våren 2024 beslutade SLS att driva arbetet vidare.



Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin

- 1 Medicinsk uppföljning bör ske utifrån individens behov, inte utifrån standardiserade tidsintervall och innehåll.
- 2 Undvik bilddiagnostik av knäled för att ställa diagnosen artros.
- 3 Undvik förskrivning av magsyrhämmande läkemedel för långtidsanvändning utan tydlig indikation. Gör aktiva nedtrappnings- eller utsättningsförsök vid okomplicerad sjukdom.
- 4 Undvik rutinmässig insättning av antidepressiva läkemedel vid lindriga-måttliga psykiska symtom.
- 5 Undvik upprepade kontroll av blodfetter för patienter med välfungerande blodfettssänkande behandling.

Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin version 2025-03-12

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Figur 1.

Principer för Choosing Wisely

- Kliniskt verksamma professionella i ledning
- Kvalitetsfokuserat
- Patientfokuserat
- Evidensbaserat
- Multiprofessionellt
- Transparent

Drivs av Svenska Läkaresällskapet och professionsföreningar på armlängds avstånd från sjukvårdens finansärer.

Levinson et al. BMJ Qual Saf 2015

Kloka Kliniska Val
En svensk kvalitets- & patientfokus

Figur 2.

Engagemanget i det interna arbetet i SFAM som då tog vid har varit helt fantastiskt. Förra året deltog flera tusen svenska allmänläkare i workshops om Kloka Kliniska Val och bidrog med sina förslag på åtgärder till listan.

Gräsrotsengagemanget är lika viktigt fortsättningsvis. Till hjälp för att sätta igång finns ett "start-kit" med föreläsningar och material på läkaresällskapetets hemsida [1]. Där finns även information om forskningsnätverket med uppslag och stöd för projekt inom fältet. Till alla er som nu ska genomföra själva arbetet lokalt i olika regioner och andra organisationer vill jag säga: Låt tusen blommor blomma, men glöm inte principerna [2] (figur 2).

Jäv saknas.

Josabeth Hultberg
Allmänläkare, Vårdcentralen Åby, Norrköping
josabeth.hultberg@gmail.com



Referenser:

1. www.sls.se/kkv
2. Levinson W et al, 'Choosing Wisely': a growing international campaign, BMJ Quality & Safety 2015;24:167-174.

Läs mer här: <https://sfam.se/nyheter/kloka-kliniska-val-inom-allmanmedicin/>

Tidigare frisk 41-årig man, söker för nedstämdhet. Han ligger i skilsmässa och har ett chefsjobb där högre chefer inte betror honom. Psykiskt status: ger fin kontakt, nära till gråt men avledbar, ingen hämning eller suicidalitet. Sätts in på antidepressiva.

21-årig kvinna, nyinflyttad från annan ort, söker för ångest. Hon har svårt att ta sig iväg till sina universitetsföreläsningar på grund av ångest. Har ett extrajobb som fungerar bra. Psykiskt status: något spänd, men fin kontakt. Sätts in på antidepressiva.

87-årig kvinna med palliativt behandlad cancer på ett boende ter sig tröttare än vanligt. Man finner inga nytillkomna somatiska avvikelser. Hon har inte haft någon psykiatrisk diagnos under livet. Sätts in på antidepressiva i dospåse.

Kloka Kliniska Val och antidepressiva

Handläggningen av fallvinjetterna ovan är inte så klok, men dessvärre ganska vanlig. Fullt normala reaktioner på yttre omständigheter behandlas med läkemedel avsedda för sjukdomstillstånd. Inom Kloka Kliniska Val (KKV) försöker man identifiera så kallad låg-värdevård – åtgärder eller behandlingar som har låg nytta för patienten [1-2].

SFAM lanserade nyligen rekommendationer i Kloka Kliniska Val [3]. En rekommendation är: *”Undvik rutinmässig insättning av antidepressiva läkemedel vid lindriga-måttliga psykiska symtom”*. Även om det kan vara svårt att avgöra vad som är ett ”psykiskt symtom” så finns det en särskild poäng med att inte bara innefatta diagnoser i detta sammanhang. Många patienter som söker primärvården för nedstämdhet och ångest uppvisar snarare symtom som är relaterade till deras livssituation än tecken på en psykiatrisk diagnos.

Depression

Att som förstahandsalternativ behandla depressiva besvär eller lindriga depressiva episoder med antidepressiva listas som låg-värdevård i flera internationella rekommendationer [7-8] och detta har gott vetenskapligt stöd [9-10].

DSM:s och ICD:s fokus på självrapporterade symtom kan medföra att man lätt förbiser andra viktiga faktorer för diagnostiken. Även en lindrig depression är ett allvarligt tillstånd, där både anamnes och status bör återspegla den dysfunktion som krävs för diagnos. Hur ofta ser vi exempelvis de depressiva statusfynden psykomotorisk hämning, svarslatens, icke avledbart stämningsläge eller nedsatt ansiktsmimik? Därtill innefattar depressionssjukdomen en periodicitet och ofta en ärftlighet. Djupet på nedstämdheten i sig behöver inte väga tyngst – människor kan vara djupt nedstämda utan att ha en depression. Diagnostiken *kan* utföras helt utan skattningsskalor; dessa bör ses som komplement.



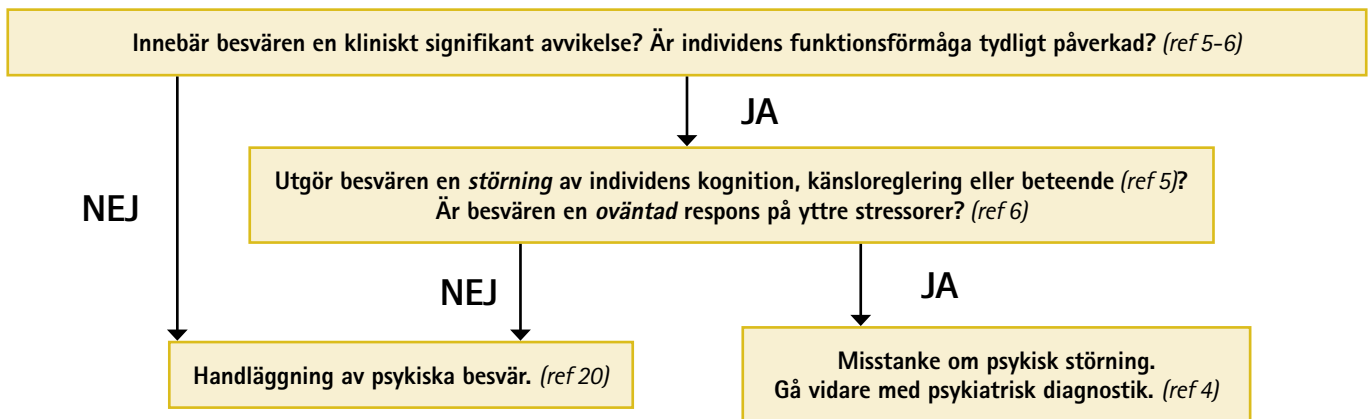
Det självklara kan behöva sägas – all nedstämdhet är inte depression, och all ångest är inte ångestsyndrom.

Det självklara kan behöva sägas – all nedstämdhet är inte depression, och all ångest är inte ångestsyndrom. En psykiatrisk diagnos definieras enligt DSM som en psykisk störning och innebär att tillståndet *inte* ska kunna förklaras av någon vanlig stressor i omgivningen [4]. För att utgöra en psykisk störning måste tillståndet återspegla en *dysfunktion* hos individen [5-6]. En fullt rimlig reaktion är således inte att betrakta som en störning.

SFAM:s rek nr 4

”Undvik rutinmässig insättning av antidepressiva läkemedel vid lindriga-måttliga psykiska symtom”

Effekten av antidepressiva läkemedel som serotoninåterupptagshämmare (SSRI) är svag när de används mot mild eller måttlig nedstämdhet och ångest. Sådana symtom är ofta övergående och överlappar med normala reaktioner på livsomständigheter. Rådgivning från vårdpersonal eller andra instanser i samhället är många gånger en tillräcklig insats. Om man istället börjar med antidepressiva läkemedel i tidigt skede riskerar man att hindra patienten från att lära sig att hantera de obehagliga känslorna på egen hand eller i samråd med vårdpersonal. Man får sannolikt biverkningar utan motsvarande nytta, och risken är stor att behandlingen blir långvarig.



Figur 1: Psykiska besvär eller psykiatriskt tillstånd?

Ångest, ångestsyndrom och läkemedel

Ångest är ett svårfångat uttryck, som innefattar både existentiella frågor om mening, identitet och sammanhang, parallellt med högst påtagliga kroppsliga symtom som hjärtklappning, andnöd och magbesvär [11]. En sådan ångestreaktion är dock inte farlig, och ju mer man försöker undvika den på kort sikt, desto värre tenderar den att bli på lång sikt.

De olika ångestsyndromen är psykiatriska diagnoser och ska därmed enligt DSM utgöra störningar. De ska inte vara *förväntade* svar på yttre stressorer. Det kan uppfattas förvirrande att det vardagliga ordet ångest och de psykiatriska ångestsyndromen ofta pratas om som samma sak. Vardagsbegreppet ångest fångar de känslor som de flesta människor upplever och kan vara nog så obehaglig. Den kommer ofta som ett svar på yttre stressorer.

Den funktionsnedsättning som patienten eventuellt uppvisar, till exempel i form av att ha sjukanmält sig från jobbet, kan ofta bero på att personen istället för att utmana eller möta den jobbiga upplevelsen undviker det som alstrar obehaget. Människor tenderar att välja kortsiktig lättnad framför lång-

siktig förändring (att till exempel förändra arbetssituationen).

Många ångestsyndrom har antidepressiva som behandlingsalternativ, dock ofta med lägre prioritet än olika psykoterapier [12]. Men även den ångest som inte är del i ett ångestsyndrom kan lindras av antidepressiva. Här uppstår en klinisk utmaning. Det finns en uppenbar motsägelse i att kortsiktigt försöka dämpa och lindra en reaktion som man i det långa loppet kan tjäna på att lära sig bemästra och stå ut med. Avvägningen handlar många gånger just om vilken tidsrymd man bör fokusera på – den omedelbara eller den framtida?



En lidande patient tenderar att ha ett kortsiktigt fokus, medan vi som läkare behöver ha patientens långsiktiga väl och ve för ögonen.

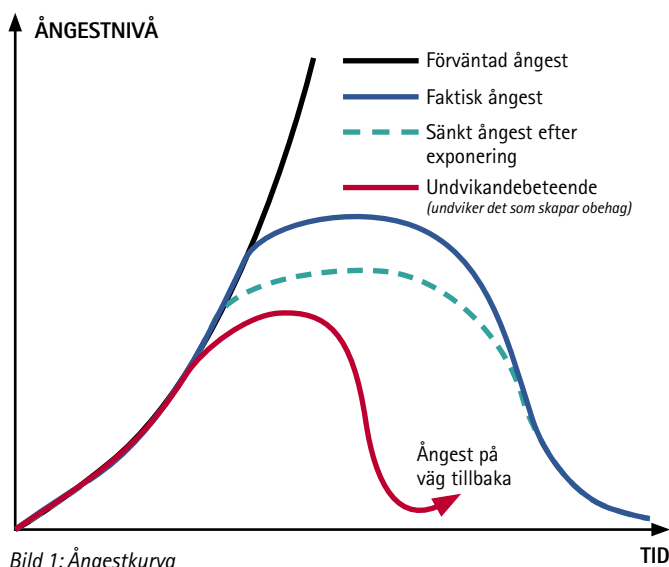


Bild 1: Ångestkurva

En lidande patient tenderar att ha ett kortsiktigt fokus, medan vi som läkare behöver ha patientens långsiktiga väl och ve för ögonen. Vi behöver bevara vår professionella och etiska ryggrad och stärka patientens *hela* situation – inte bara den aktuella. Det är egentligen likadant vid handläggning av diabetes eller hypertoni: vi behöver jobba långsiktigt. Vid ångest tenderar vi att bli kortsiktiga.

Förskrivning utan indikation

Förskrivningsrätten ger oss möjlighet att förskriva utan indikation (off label). En patient med astmabesvär kan bli hjälpt av astmamedicin utan att uppfylla diagnoskriterier för astma. På samma sätt kan en patient med nedstämdhet eller ångest bli hjälpt av antidepressiva. I praktiken sker mycket symptomatisk förskrivning vid nedstämdhet och ångest utan egentlig indikation.

Det är dock troligen vanligt att en passande diagnos som utgör indikation för behandlingen väljs, kanske för att ”rättfärdiga” beslutet att behandla. För många av de 11% av den svenska befolkningen som hämtar ut antidepressiva rör det sig sannolikt egentligen om off label-förskrivning.

Det gungfly man ger sig ut på vid en off label-förskrivning manar till återhållsamhet [13]. Man bör i sådana fall stå för att det faktiskt rör sig om off label-förskrivning. Det kan också nämnas att många regioners ersättningsystem leder till ekonomiska incitament att sätta diagnoser. Det finns dock R- och Z-koder som ofta bättre beskriver patienternas besvär [14].

I undantagsfall kan off label-förskrivning så klart vara motiverad. I sådana fall är det viktigt med tät uppföljning och kort

Fyra frågor för ökad dialog mellan patient och läkare

- Varför behöver jag åtgärden/behandlingen/läkemedlet?
- Vad är riskerna och biverkningarna med åtgärden/behandlingen/läkemedlet?
- Vad finns det för alternativ?
- Vad händer om jag inte gör någonting alls?



En av grundpelarna inom Kloka Kliniska Val är att främja dialog mellan patient och läkare för att välja vård som verkligen tillför nytta för den enskilda patienten.

behandlingstid. När behandling väl påbörjats tenderar förskrivningar av antidepressiva läkemedel nämligen att förnyas – ofta i årtal. Detta utsätter patienter för längre behandlingsperioder än vad som rekommenderas, för tillstånd som de kanske egentligen inte har.

Aktiva utsättningsförsök

Vid receptförnyelser av antidepressiva där indikationen är oklar bör man undersöka omständigheterna kring vilka pa-

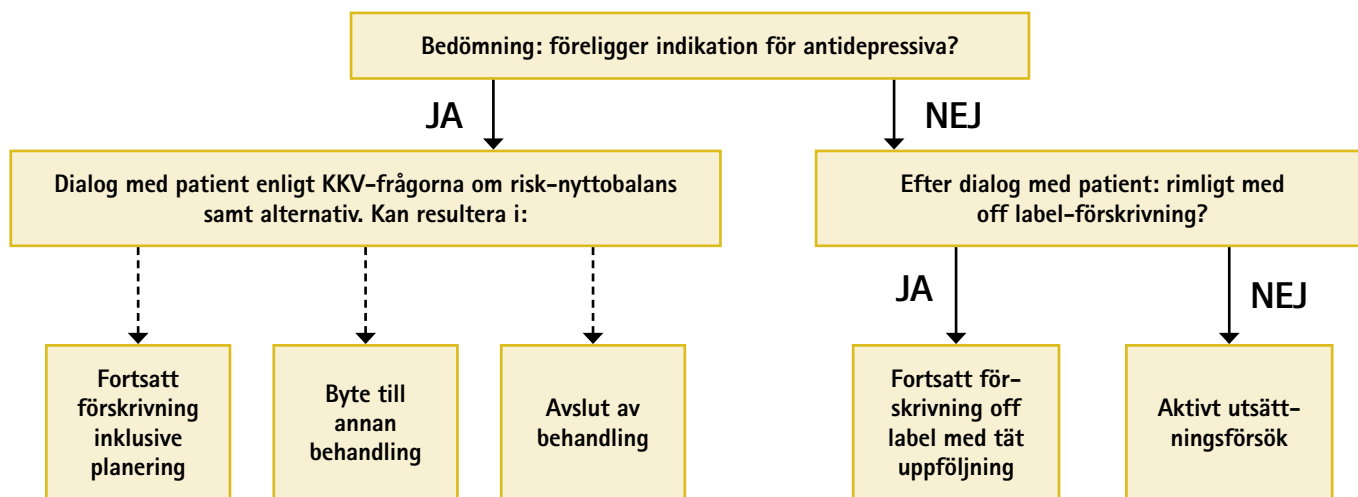
tienter fick antidepressiva utskrivet första gången; fanns det en tydlig indikation eller var det i praktiken symtomatisk off label-förskrivning? En aktuell studie har visat att rädsla för recidiv hindrar läkare från aktiva utsättningsförsök av antidepressiva [15].

Gissningsvis spelar även tidsbrist för läkaren in i dessa beslut, men om behandlingen fortgår helt utan indikation är det också en etisk fråga om risk-nyttovärdering. Det minsta man behöver göra är att i dialog med patienten fatta ett beslut. Om man gör bedömningen att behandlingen inte längre har någon indikation och att risk-nyttobalansen är negativ för patienten bör aktiva utsättningsförsök göras.

Det är fullt förväntat att ångest återkommer om man sätter ut preparatet. Många upplever också att det ”skyddande skal” som läkemedlet har medfört försvinner. Därtill kan utsättningsymtom uppstå, men om man trappar ner långsamt är dessa oftast lindriga och går över. Det är centralt att inte tolka allt obehag under och efter en nedtrappning som ”recidiv”.

Klok förskrivning

En av grundpelarna inom Kloka Kliniska Val är att främja dialog mellan patient och läkare för att välja vård som verkligen tillför nytta för den enskilda patienten. Antidepressiva vid lind-



Figur 2: Föreslaget flödesschema vid förfrågan om receptförnyelse där ingen läkarbedömning för indikation har skett senaste 6-12 månaderna.

Psykoedukation vid psykiska besvär

(se referens 20–21 och bild 1 och 2)

- autonoma nervsystemet
- panikcirkel
- ångestkurva
- enkel beteendeanalys
- ond spiral av nedstämdhet
- hotfull tolkning av symtom
- salutogen kommunikation

riga tillstånd eller symtom bedöms utgöra vård med låg nytta. Det viktigaste är därmed att inte påbörja en sådan förskrivning.

Om man ändå väljer att förskriva finns det fyra frågor som man inom Kloka Kliniska Val uppmuntrar patient och läkare att samtala kring [16-17]. Nedan följer resonerande förslag på hur man som läkare skulle kunna svara på dessa frågor vid ställningstagande till insättning av antidepressiva (i första hand selektiva serotoninåterupptagshämmare). Beroende på indikationen kan givetvis informationen behöva anpassas.

Varför behöver jag läkemedlet?

Patienten vill oftast veta hur hen kommer att reagera på läkemedlet. Därför brukar en framkomlig väg vara att berätta för patienten vad andra patienter berättar. Många säger att de får som ett skal, en tjockare hud, en skyddande kupa, ett pansar, att saker och ting rinner av dem istället för att drabba dem så hårt, att motgångar studsar eller att humöret stabiliseras. Andra säger bara kort att man helt enkelt mår bättre eller får mindre ångest. Här behöver man bygga upp en egen repertoar

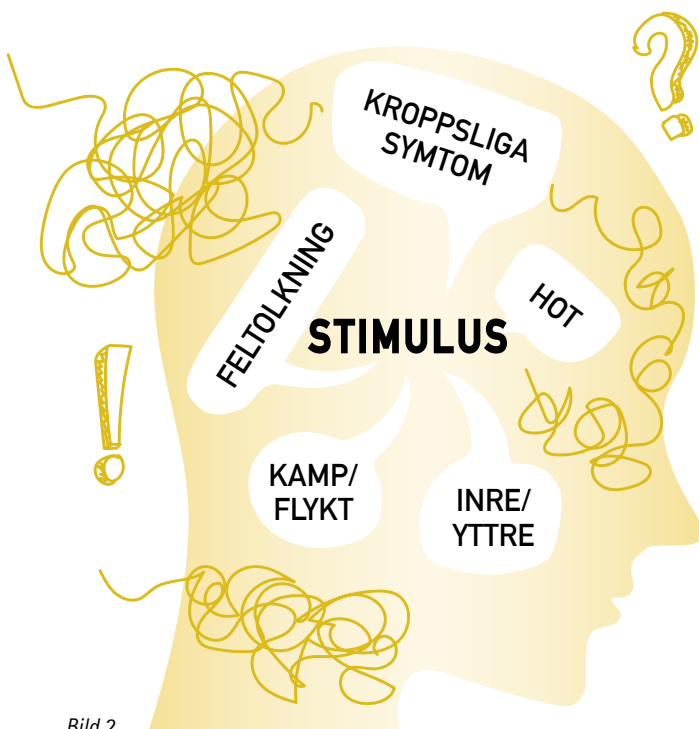


Bild 2.

av liknelser och formuleringar. Att uttrycka sig som att antidepressiva "behandlar depression" är missvisande, och det är sällan hjälpsamt att hänvisa till studieresultat där skillnaden mellan placebo och aktiv substans rör sig om ett visst antal poäng på en skattningsskala.

Vad är riskerna och biverkningarna med läkemedlet?

Att informera om biverkningar är delikat och ökar risken för att dessa ska upplevas [18]. Allvarliga och vanliga biverkningar torde dock höra till god läkekonst att informera om. Vanliga biverkningar av SSRI innefattar en initialt ökad oro under insättningen, nedsatt sexuell lust, svårigheter att få orgasm och mag-tarmbiverkningar. De senare tenderar att försvinna, medan de sexuella ofta kvarstår.

Många patienter beskriver också en känslomässig avtrubning eller allmän avflackning. Det kan kännas som att man "inte har någon kontakt med sina känslor", att topparna också dämpas eller att man "inte känner sig som sig själv". Huruvida dessa beskrivningar landar på plus- eller minussidan varierar från fall till fall.



Det minsta man behöver göra är att i dialog med patienten fatta ett beslut.

Vad gäller allvarliga biverkningar listar FASS ett antal varningar för de flesta antidepressiva, exempelvis akatisi, mani och suicidalitet. Kraftig initial försämring, eller om patienten börjar må väldigt annorlunda snabbt, bör föranleda förnyad bedömning. Att patienten initialt rapporterar ökad oro är förväntat, men om patienten inte alls kan sitta still eller vill "krypa ur skinnet" bör en bedömning göras.

Vad finns det för alternativ?

Vid lindriga depressiva episoder eller ångestsyndrom finns det alternativ till antidepressiva (observera att detta gäller dem där en psykiatrisk diagnos ställts; se nedan för den större gruppen av psykiska besvär). Aktiv expektans har starkast stöd i Socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression. Därefter rekommenderas olika psykoterapier samt antidepressiv behandling. Det finns även stöd för beteendeaaktivering vid depression.

Vad händer om jag inte gör någonting alls?

Lindriga depressiva episoder går ofta över av sig själva inom tre till fyra månader [19]. Ångestsyndrom kan däremot vara långdragna och mer eller mindre alltid försvåra livet. Även aktiv expektans är faktiskt att "göra" något. Patienten bör uppmuntras till att hålla fast vid rutiner kring arbete, kost, sömn, motion och sociala sammanhang. Att bokstavligen inte göra någonting alls är inte att rekommendera.

Vad ska man göra då?

Även de patienter där ingen psykiatrisk diagnos kan ställas måste handläggas [20]. Basen för all konsultation är lyssnandet, inkännandet och valideringen. Men alla patienter som söker för nedstämdhet och ångest bör också få basal psykoedukation. Det finns många russin att plocka från de olika psykoterapeutiska kakorna.

Man behöver inte hänvisa alla psykiska besvär till psykolog eller kurator. Kraften i kontinuiteten och alliansen med just läkaren ska inte underskattas. Nedstämda patienter kan behöva undervisas i nedstämdhetens onda spiral och principerna för beteendeaktivering [20]. Patienter med ångest bör få kännedom om det biologiska underlaget för de mångfacetterade ångestreaktionerna – i huvudsak det autonoma nervsystemet – samt psykoedukation om panikcirkel [21], ångestkurva och vid behov grundläggande beteendeanalys, inklusive risken för sensitisering vid upprepade undvikanden [20].

”Hur i *#€?! ska man hinna med det?” tänker ni då. Nej, den pressade kliniska verkligheten erbjuder inte plats för utsvävningar. Men man *får* boka telefon- eller återbesök även om man inte har satt in någon behandling eller ställt en psykiatrisk diagnos. Det är denna fråga som egentligen är den största – hur ska vi både organisatoriskt tillsammans, och individuellt som enskilda förskrivare, hjälpas åt för att utmönstra förskrivning av antidepressiva för lindriga psykiska besvär eller tillstånd?

Här behövs allt från fler goda exempel och innovativa idéer till forskningsprojekt och systematiska kvalitetsuppföljningar. Det finns etablerade ramverk för hur sådana projekt kan planeras [22]. Sannolikt måste hela vårdcentralen involveras och exempelvis sköterskegruppen undervisas i ovanstående psykoterapeutiska tekniker för att bli stärkta i sina telefonbedömningar. Då krävs trygg backning från läkargrupp och ledning så att alla jobbar mot samma mål, nämligen det som är bäst för patienterna på lång sikt.

Sammanfattning

Antidepressiva läkemedel för lindriga symtom och tillstånd är att betrakta som lågvärdevård. Förväntade reaktioner på stressorer är inte störningar, och endast störningar bör bli föremål för psykiatrisk diagnos och indikationsbaserad läkemedelsbehandling. Att behandla off label är möjligt, men bara i undantagsfall. Aktiva utsättningsförsök av antidepressiva bör göras om indikationen inte längre föreligger.

En klok förskrivning inbegriper ökad dialog mellan patient och läkare om fördelar, nackdelar och alternativ till behandlingen. Andra strategier för att hantera nedstämdhet och ångest är hjälpsamma, exempelvis psykoedukation, aktiv expektans och beteendeaktivering. Medikalisering av nedstämdhet och ångest riskerar att beröva individer på sin egen handlingskraft och känsla av att kunna hantera utmaningar och krav. Vi behöver

Referenser:

- (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)
- Bengtsson, J., et al. ABC om Psykiatrisk diagnostik, Läkartidningen. 2025;122:24068, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/medicinens-abc/2025/03/abc-om-psykiatrisk-diagnostik/>
 - Region Stockholm, Step-up. ICD-10-koder – översikt. [https://www.step-up.](https://www.step-up.regionstockholm.se/493b76/siteassets/dokument/icd-koder-att-anvanda.pdf)

Psykiska besvär (se referens 23)

”Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen [...]. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder [...]. Ibland kan psykiska besvär ge kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner [...]”

Exempel på psykiska besvär är:

- Koncentrationssvårigheter
- Oro och ångest
- Nedstämdhet
- Psykisk trötthet
- Självhat och destruktivitet
- Självmodstankar
- Sömnsvårigheter

ha patientens långsiktiga hälsa för ögonen när vi arbetar. Att använda sig av fler uppföljningar ger kontinuitet och allians vilket minskar risken för lågvärdevård.

Johan Bengtsson

ST-läkare psykiatri Akademiska sjukhuset Uppsala, postdoc, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet, ledamot i Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp för Kloka Kliniska Val, styrelseledamot Föreningen för konsultationspsykiatri

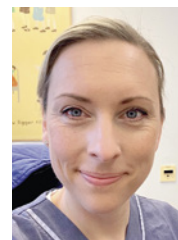


Jäv:

Eget bolag som bedriver utbildning inom vårdsektorn.

Linda Ängeby

Allmänläkare, Bollmora vårdcentral, medlem i SFAM:s nätverk psykisk ohälsa



Jäv saknas.

Oskar Lindfors

Allmänläkare, Järpens hälsocentral, ordförande SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling, ledamot i Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp för Kloka Kliniska Val



Jäv:

Eget bolag som bedriver utbildning inom vårdsektorn.

- regionstockholm.se/493b76/siteassets/dokument/icd-koder-att-anvanda.pdf
20. Nordenstam, C., et al. ABC om handläggning av psykiska besvär. Läkartidningen. Läkartidningen. 2025;122:24103. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/medicinens-abc/2025/03/abc-om-handlaggning-av-psykiska-besvar/>



Inbjudan

Hjärtsviktpatienten får inte vara järnbristig

Mediahuset har nöjet att bjuda in dig till detta webinarium. Webinariet är avsett för sjukvårdspersonal med särskilt intresse för ämnet och är helt kostnadsfritt tack vare våra sponsorer. Som deltagare kommer du ha möjlighet att skriva in frågor till föreläsarna redan på förhand samt under mötet.

Anmälan krävs - alla anmälda får även tillgång till det inspelade materialet i efterhand.

Datum: **22 maj** | Tid: **kl. 16.30-17.30**

Medverkande:

Michael Fu, Professor, överläkare, Sektionen för kardiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Sahlgrenska
Stefan Lindgren, Professor emeritus, Lunds universitet, Skånes universitetssjukhus

Program*

- Järnomsättning och järnbrist - Stefan Lindgren
- Järnbrist i hjärtsviktpopulationen - förekomst och orsaker - Michael Fu
- Diagnostik och behandling av järnbrist - Stefan Lindgren
- Intravenöst järn vid hjärtsvikt - behandlingsvinster och plats i behandlingsarsenalen - Michael Fu
- Frågor och svar

**Det slutgiltiga innehållet av programmet beslutas uteslutande av programgruppen/föreläsarna. Sponsorerna har inte haft inflytande över det vetenskapliga innehållet.*



www.mediahuset.se | www.medevents.se | 031-797 27 80 | event@mediahuset.se

Save the date - anmäl ditt deltagande redan nu!

Anmäl dig på <https://medevents.se/events/jarnbrist-2025> eller via koden intill.



Tack till:

PHARMACOSMOS

Cosmic i Norrbotten

Den 23 november 2024 infördes Cosmic i Region Norrbotten. Vårt gamla journalsystem VAS hade 30 år på nacken och behövde bytas ut. Veckorna innan skakades Västra Götaland av haveriet med Millennium, vilket gav ringar på vattnet hela vägen till Norrbotten. Samtidigt fanns mycket förväntan, Cosmic sades vara ett intuitivt och smidigt system som skulle underlätta mycket, även om vår version inte skulle bli densamma som den de regioner som har Cosmic sedan tidigare använder. Fördelen med ett gemensamt journalsystem för hela regionen hade vi sedan innan.

Införandet hade föregåtts av många års förberedande arbete och skjutits upp en gång. Under 2024 ställde man in både fortbildningsdagar och ST-dagar med ursäkten att vi skulle utbildas i Cosmic och att all utbildningstid skulle gå till detta. Eftersom Norrbotten redan hade skjutit upp sitt införande en gång blev utbildningen inför ”go live” minst sagt upphackad. De obligatoriska utbildningsfilmerna sågs nio månader innan och klassrumsutbildningen skedde dryga halvåret innan själva införandet. Att även skjuta upp dessa moment när själva införandet skjutits upp var helt otänkbart enligt ledningen, och någonstans här kunde man ana att det fanns en inte obetydlig mängd prestige i själva införandeprocessen. Under hösten erbjöds uppfräschning i form av olika övningar i lärandemiljön.

Så närmade sig ”go live”, våra signeringslistor skulle tömmas och så många recept som möjligt skulle förnyas. Vad vi inte hade räknat med var det stora inflödet av remisser från sekundärvården sista veckan med VAS. I stället för att flytta över väntelisteposter valde man att utremittera patienter, så vårt administrativa arbete ökade väsentligt redan innan ”go live”. Region Norrbotten valde att nästan inte flytta över någon data automatiskt. Det som flyttades över var olika varningssymboler, som ändå måste gås igenom av läkare och verifieras eller makuleras, exempelvis är det inte alls ovanligt att det under observationsknappen fanns telefonnumret till stugan och liknande.



Veckorna innan skakades Västra Götaland av haveriet med Millennium vilket gav ringar på vattnet hela vägen till Norrbotten.

Så kom till sist det vi väntat på, ”go live”, och hela primärvårdens kapacitet störtök. Initialt gick regionledningen som i många andra regioner snabbt ut i media och konstaterade



Illustration: Annika Andén

att införandet gått bra, vilket meningarna var ganska delade om. De privata hälsocentralerna hade stora problem med tillgången till systemet under första dygnet. Man hade tagit höjd för ett visst produktionstapp, och en dipp i produktion kom med besked, med cirka 30–50% av ordinarie kapacitet, vilket ledde till massiva undanträngningseffekter. Detta dels då vi var ovana vid systemet, dels att vi skulle sitta och jobba i två olika journalsystem, och dels var systemet väldigt långsamt.

En av de saker efter införandet som belastade framför allt oss i primärvården var direktiven i början om att vi skulle prioritera att flytta över läkemedelslistor. I stället för att ägna oss åt det vi kan och träffa patienter skulle vi sitta och föra över varenda läkemedelslista på alla patienter vi kom i kontakt med. Om någon hörde av sig för att förnya paracetamol skulle hela läkemedelslistan föras över. Trots högljudda protester från läkarhåll dröjde det nästan två månader innan regionen backade på detta beslut, med konsekvensen att arbetssituationen och köerna såg ut som efter en sommaresemester fast det var mitt i vintern.

Att jobba med Cosmic som det är nu kan närmast liknas med att jobba i Windows-98, både utseendemässigt och prestandamässigt. Nästan varje klick (och de är mååånga) innebär en tre sekunders fördröjning och ofta undrar man varför ingenting händer. Är man för snabb med att klicka hänger det sig och blir man osäker på om man verkligen har klickat och klickar igen kan man plötsligt ha råkat signera bort två provsvar i stället för ett. Att skicka felanmälan enligt konstens alla regler är såklart krångligt och tidskrävande, och trots upprepade felanmälningar

är det svårt att se något konkret resultat av dessa. En så grundläggande sak som att se vilken hälsocentral och vilken läkare en patient är listad på kräver tre klick och den ständiga väntetiden på att nya fönster ska öppnas.

Utöver det konstanta klickandet och segheten i systemet är det även otroligt svåröverskådligt och har på tok för många alternativ och mallar att välja bland. För att exempelvis ordinaera provtagning av glukos får man upp inte mindre än 21 olika varianter av prov att beställa, där ett vanligt serum/plasma glukos kommer efter glukos i ascites, cerebrospinalvätska, dialysvätska, ledvätska och pleuravätska. Provsvar kan nu också hamna på flera olika ställen så exempelvis bladderscan, urinsticka, temp och blodstatus hamnar på fyra olika platser i journalen. Det är också sådan fördröjning med inmatningen av data att det går snabbare att fysiskt gå till labbet och tillbaka för att få provsvaren än att sitta och vänta på att de ska dyka upp i Cosmic. Angående mallar finns det 65 olika anteckningstyper att välja bland och under besöksanteckning 1 736 olika sökord att välja på. I journalen är anteckningarna uppdelade på primärvård och specialiserad vård, vilket också känns så förlegat att det borde höra hemma på andra sidan millennieskiftet.



Så kom till sist det vi väntat på, "go live", och hela primärvårdens kapacitet stördök.

Ytterligare en administrativ försämring som påverkar framför allt oss läkare i primärvården rör vårdkontakter. Allt man gör är kopplat till detta, det går inte ens att förnya ett recept eller skriva en rondanteckning utan att knyta det till en vårdkontakt, och när den inte finns måste man skapa den själv. Vid inläggande vård har det säkert sin plats, men inom primärvården innebär det betydande merarbete.

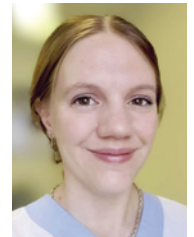
Har då allt blivit sämre? En fördel med Cosmic är att det i läkemedelsmodulen ofta finns färdiga mallar för de vanligaste läkemedlen, och när dessa kan nyttjas är de smidiga och tidsbesparande.

Av Sussas nio regioner som gemensamt upphandlat Cosmic – Örebro, Sörmland, Blekinge, Halland, Gävleborg, Dalarna, Västerbotten, Västernorrland och Norrbotten – har i skrivande stund fyra regioner hunnit med bytet och tills utgivning ska ytterligare två ha anslutit. Kritiken har i stort klingat liknande från samtliga, att den administrativa bördan ökat mer än ett journalbyte nödvändigtvis borde och att systemet är långsamt och svårt att överblicka. Att arbetsmiljön försämrats gravt i takt med att hanterbarheten minskat säger sig självt, liksom att patientsäkerheten påverkas negativt av att undersökningssvar både lätt missas och råkar vidimeras bort.

Rent krast kan man konstatera att Cosmic inneburit att vi inte kunnat träffa lika många patienter som vanligt över lång tid, snart fyra månader in ser vi ännu inte ljuset i slutet av tunneln. Vi har blivit bättre, men det har tyvärr inte systemet. De regioner som har Cosmic sedan tidigare upplever inte samma långsamhet som vi, kanske är gamla Cosmic bättre än nya? Större ändringar som den att enkelt kunna se listningen kommer tyvärr inte åtgärdas förrän alla regioner gjort bytet, vilket är nackdelen med den gemensamma upphandlingen. I efterhand har man konstaterat att vi var för dåligt förberedda. Rutiner saknades för många basala sysslor på hälsocentralen, riskanalyserna påbörjades alldeles för sent och konsekvens- och lämplighetsbedömningen blev färdig först efter införandet.

Hur går vi framåt efter detta? I februari tillsattes en arbetsgrupp tillsammans med kliniskt verksamma för att identifiera förbättringsområden, bättre sent än aldrig som man säger. Många har ställt sig frågan om hur många kliniskt verksamma som egentligen jobbat med införandet från början? Nu ges åtminstone professionen möjlighet att kliva fram och påverka, och med den bristfälliga markkontakt som alltför ofta råder när det gäller genomgripande förändringar inom sjukvården och inte minst primärvården är det viktigt att vi tar den chansen. Att utforma ett journalsystem som jobbar för oss förutsätter en förståelse för hur vi jobbar, vilket sällan finns hos våra beslutsfattare. Allt måste bygga på den mest fundamentala grundstenen inom hälso- och sjukvård, vilken är mötet mellan läkare och patient.

Jäv saknas.



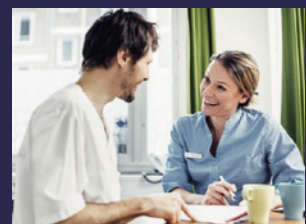
Linda Sandberg
Allmänläkare, Råneå Hälsocentral
linda.sandberg@sfam.se

SFAM

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

Mitt-i-ST®

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



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

Nationell kongress för blivande specialister

Den nationella kongressen för Sveriges blivande specialister i allmänmedicin anordnas i år i Göteborg. Den 17–19 september samlas flera hundra ST-läkare från hela landet för att under trevliga omständigheter med föreläsningar, utställning, mingel och god mat forma framtidens primärvård.

ST-dagarna kommer att äga rum på Svenska Mässan Gothia Towers i Göteborg och arrangörgruppen ser väldigt fram emot att få välkomna er till västkusten. Det kommer att vara ett innehållsrikt program med föreläsare från hela Sverige. Det bjuds på roliga kvällsaktiviteter som skärgårdskryssning, upplevelse på Universeum och en festlig bankettmiddag med fantastisk underhållning och mycket dans.

Vi bad Milly Tran Zalem och Shen Shen, från organisationskommittén, att svara på några frågor om de kommande ST-dagarna.

Varför är allmänmedicin viktigt?

– Primärvården utgör den initiala kontakten med hälso- och sjukvården och spelar en avgörande roll för att säkerställa en stabil vård, förbättra folkhälsan, öka tryggheten och främja en mer kostnads-effektiv vård.

– En välfungerande primärvård bidrar till att minska onödig resursanvändning inom samhället, bättre hälsoutfall och minskar behovet av sjukhusvistelser.

Hur valde ni årets temat?

– För att belysa den rika variation av medicinska områden som finns inom yrket. Med den ökade belastningen och de utmanande kraven så känner vi att det är viktigt att hitta en balans i arbetslivet. Det finns en stor bredd av medicinska möjligheter som allmänläkare, som vi vill lyfta fram, och som gör det möjligt för en individ att utvecklas under hela sin karriär. Därav temat *Allmänläkarens möjligheter, vägen till ett hållbart arbetsliv*.



Till vänster: Milly Tran Zalem, ST-läkare i allmänmedicin, Capio Vårdcentral Kvillebäcken Göteborg. Till höger: Shen Shen, ST-läkare i allmänmedicin, Närhälsan Gibraltargatan Göteborg.

Hur planerar ni att inspirera andra med denna kongress?

– Vi vill vidga perspektivet på den allmänmedicinska vardagen, bortom det traditionella fokus på ensidigt mottagningsarbete. Det finns en mångfald av arbetsuppgifter och utvecklingsmöjligheter för allmänläkare, och i takt med den tekniska utvecklingen – inklusive potentialen i AI och digitala verktyg, så kan det praktiska arbetet dessutom effektiviseras. Vi hoppas att våra deltagande kollegor, efter dessa tre dagar, känner sig stimulerade och får med sig konkreta verktyg att utveckla sina allmänmedicinska möjligheter.

Slutligen, hur har det varit att arrangera denna kongress?

– Det har varit väldigt roligt. Vi är en härlig grupp på fem personer som träffas regelbundet på planeringsmöten. Vanligtvis jobbar vi på olika vårdcentraler, men vi har mycket gemensamt så det har varit enkelt att samarbeta.

– Det har dessutom varit trevligt att lära känna många andra kollegor runtom i landet som är väldigt inspirerande och som har kloka tankar.

Se info nästa sida



Uppliv ST-dagarna

Göteborg 17-19 september

Den 17-19 september 2025 bjuder vi in alla ST-läkare i allmänmedicin till Svenska Mässan, Gothia Towers i Göteborg för årets mest efterlängttade mötesplats för blivande specialister i allmänmedicin. Ta chansen att vässa din kompetens, knyta värdefulla kontakter och samla energi inför framtiden!

Skanna QR-koden,
se programmet och
anmäl dig nu!



www.stdagarna.se

Årets tema:

Allmänläkarens möjligheter - Vägen till ett hållbart arbetsliv

Upptäck hur du kan forma ett arbetsliv som inte bara är hållbart utan också motiverande och meningsfullt. Under dessa tre intensiva dagar väntar:

- Inspirerande medicinska föreläsningar från experter och ledare inom allmänmedicin
- Seminarium och debatter om aktuella och framtida utmaningar i primärvården
- En spännande utställning där du får nya verktyg och möjligheter till ditt dagliga arbete
- Härliga kvällsaktiviteter med mingel, fest och god mat

Låt oss tillsammans skapa en hållbar framtid för allmänmedicinen - vi ses i Göteborg!



  stdagarsfam2025

www.stdagarna.se



Årets allmänmedicinska avhandling 2024

SFAM:s forskningsråd har utsett **Ulrika Anderssons** avhandling *E-health in the treatment of hypertension in primary care* till Årets allmänmedicinska avhandling 2024. Ulrika mottog utmärkelsen på Svenska Allmänmedicinsk kongress som hölls i Stockholm i början på maj. Avhandlingen har redan redovisats i AllmänMedicin, i artikeln E-hälsa i behandling av högt blodtryck i primärvård i nummer 3 2024 [1].

I rutan nedan följer en lista på de avhandlingar som var nominerade till årets avhandlingar 2024. Kriteriet för att nomineras är att man är ST-läkare eller specialist i allmänmedicin och dis-

puterar under året. Listan inkluderar alltså inte alla avhandlingar med allmänmedicinskt innehåll (till exempel avhandlingar skrivna av andra yrkeskategorier eller andra specialiteter). Länkar till avhandlingarna finns tillgängliga via e-tidningen i läsläget (<https://allmanmedicin.sfam.se>).

Referens:

1. U Andersson, Allmänmedicin 3 2024, E-hälsa i behandling av högt blodtryck i primärvård, <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-3-2024/a/e-halsa-i-behandling-av-hogt-blodtryck-i-primarvard/1919/1587765/57081585>

<p>UMEÅ UNIVERSITET</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. App-based self-management of urgency and mixed urinary incontinence in women: efficacy, long-term results, and factors associated with treatment satisfaction <i>Towe Wadensten</i> 2. The community hospital model in northern Sweden <i>Mante Hedman</i> <p>LUNDS UNIVERSITET</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. E-health in the treatment of hypertension in primary care <i>Ulrika Andersson</i> 4. Association of heart failure with multimorbidity and socioeconomic status <i>Mia Scholten</i> 5. Differentiation of clinical characteristics, mortality, healthcare utilization and costs among four subgroups in a population with heart failure <i>Jason Davidge</i> 	<p>STOCKHOLMS UNIVERSITET</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Impaired lung function and the development of cardiovascular disease <i>Andreas Rydell</i> <p>ÖREBRO (Inga)</p> <p>UPPSALA</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Exploring adolescent males' consultations with general practitioners in the context of psychosocial health <i>Johanna Haraldsson</i> <p>LINKÖPING</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Home Blood Pressure Compared With Office Blood Pressure in Relation to Dysglycemia <i>Peder af Geijerstam</i> 9. Stress and mental health in populations of societies exposed to extraordinary circumstances: with focus on perceived and biolo- 	<p>gical stress, perceived health, psychosocial factors, and sense of coherence <i>Jenny Koppner</i></p> <p>GÖTEBORG</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Assessment and management of respiratory tract infections in primary care <i>Stefan Malmberg</i> 11. Person-centered collaboration in the sick leave and rehabilitation process – in a primary care context <i>Märit Löfgren</i> 12. Osteocalcin and Parental Perceptions. Childhood osteocalcin and its association to early growth, body composition and neurodevelopment along with parental perceptions on childhood overweight and obesity <i>Sara Berggren</i>
--	---	--

Hos oss möts Läkarsverige!



Mediahuset organiserar varje år en mängd kostnadsfria möten, kongresser, webinarier och podcaster riktade mot läkarkåren. Våra högprofilerade och skräddarsydda evenemang sammanför specialister och experter inom vårdsektorn för att diskutera, nätverka och dela viktig branschinsikt. Vi är stolta över att vara ett nav för medicinsk expertis och utveckling.



medevents.se

Besök medevents.se för att ta del av vårt stora utbud av on-demand-webbinarier och för att läsa mer om våra kommande events.

Kontinuitet

– allmänmedicinens livsluft eller allmänläkarens fotboja?

På ett ST-seminarium pratar vi om livet som allmänläkare. Kontinuitet, är det bara bra?

Fyra decennier har jag bott och arbetat i Ånge, en glesbygdskommun med tio mil till sjukhus. Har arbetat med allt från före vaggan och till graven. Jag har haft beredskap vid stora händelser som skogsbränder, översvämningar och förstås för äldreården under pandemin. Nu jobbar jag mest med hemsjukvård.

Han möter min blick över köksbordet. Ansiktet är gråblekt, det syns hur mager han blivit. Men blicken är full av kraft. Lite illmarig också. Jag känner igen den. Vi har inte träffats ofta. Lite blodtryck har jag väl förmanat över, värst har det varit med värken. Hårt arbete sätter spår. Hjärtat har jag nog oroat mig mer över än vad han själv har gjort.

Det finns också för alltid kvar en stor och oväntad sorg, kanske den största. Vi träffades då också. Men den pratar vi inte om nu, den bara finns som en länk.

Distriktssköterskan har gjort det man ska inför läkemedelsgenomgång. Prover och PHASE20. Allt utom höftvärken förnekades i svaren. Sköterskan lägger till förstoppning. De har fått hjälpa till med den, när de äntligen ganska nyss släpptes in. Hb-svar: 79! Vill inte till vare sig hälsocentralen eller sjukhuset. Vi får till ett hembesök. Där sitter vi nu vid köksbordet.

Hustrun stökar omkring. Sätter sig inte hos oss, men lyssnar.

Jag frågar om magen, om hur det känns i bröstet, hjärtklappning, andfädd kanske?

Förklarar provsvaren. Vad det kan komma sig av, försöker försäkra mig om att en vägran till utredning är grundad på ordentlig information, som patienten kan ta in. Är han bara obotligt envis eller genomtänkt?

Det enda min patient önskar sig är att få värken lindrad, kunna röra sig lite bättre här inne.

”

Men man kan också tillsammans hitta en väg som kan vara den enda rätta.

Hustrun fångas in. Vad är du mest orolig för? Då blir det vått i ögonen. Berättar om älskade barnbarnsbarn, som alltid tittar in och söker sig till gammelmorfar. Vill att han ska få vara kvar i det.

Illustration: Annika Andén



Förhandlingen går en vända till. Vi enas om smärtstillande, bara magen och balansen tål det ska jag trappa upp tills smärtan lättar. Sätter ut Trombyl, Nexium in. Han kan tänka sig att åka milen till hälsocentralen för en dos järndropp. Bara det.

Kontinuitet gör mig lugn. Alarmerande Hb 79 hos en gammal man med historik av kranskärslsjukdom ska åtgärdas direkt så det inte blir en infarkt. Men man kan också tillsammans hitta en väg som kan vara den enda rätta.

Kontinuitet krattar mjukt underlag för många beslut. Inte vet väl jag alltid vad som är rätt eller fel. Men om vi kan följas åt, följa upp, tänka lite till nästa gång, få lyssna på varandra så blir det nog mest rätt till slut. Det kallas det allmänmedicinska arbetssättet. Inte lätt att förklara för en som inte fått känna på det.

Men, frågar jag ST-läkarna, kan kontinuiteten vara en fotboja för doktorn också? Har ni känt så någon gång?

Full diskussion. Man vill vara privat när man är ledig. Visst kan man känna att man blir uppäten. Att man förväntas göra allt för alla. Men listan är ändå den grund som alla vill stå på. Utan kontinuitet dör folk tidigare, säger forskningen. Utan kontinuitet tror jag doktorn brinner slut på arbetsglädjen också. Dessutom är det en mycket kraftfull fortbildning att få följa med i livet och sjukdomarnas skiften.

Hur gick det? Hb gick upp till 122. Värken bra lindrad. Patienten nöjd. Livet fungerade bättre där hemma. Det var tydligt att han inte hade orkat åtgärda vad vi nu kunde ha hittat om vi fått leta. Senare hemsjukvård i livets slut. Alla fick vara med

Glesbygdsmedicinsk konferens

29 sept - 1 okt 2025, Hotell Hallstaberget i Sollefteå

Hand i Hand?

Kommun och region i glesbygd.

Tema ST dag 29 september: Vården och livet

Besök på Österåsen, livsstilsmedicin i Västernorrland och workshops.

Anmälan på www.glesbygdsmedicin.info

Glesbygdsmedicin

”

**Men om vi kan följas åt,
följa upp, tänka lite till nästa
gång, få lyssna på varandra så
blir det nog mest rätt till slut.**

och hjälpa på sitt sätt. Utgången blev som det till slut alltid blir i vårt liv, det tog slut. Den sista vägen dit var lugn.

Ibland ska man resolut följa utredningsscheman. Ibland ska man ta sig tid vid köksbordet.

Just nu ser jag fram emot att få hjälpa till inför höstens glesbygdsmedicinska konferens. Tema i år om samverkan med kommunal vård och omsorg. Det finns så många som jobbar för att allt ska bli bättre kring de allra sjukaste – kom och träffas i Sollefteå 30 september–1 oktober.

Jäv saknas.

Anna Falk
Allmänläkare, Ånge Hälsocentral
anna.falk@rvn.se



Deadline för nr 3-2025 är 11 augusti!

**Teman är
Hud / Funktionella besvär**

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

En nödvändig medicin

Jag satte mig ner en eftermiddag och tänkte, om jag skulle se vad vår vän ”AI” har att säga om mänskligheten och våra tillkortakommanden, kanske kunde den råda bot på oss, kanske hade den ett svar att ge.

Jag skrev: *”Skapa en fiktionell medicin som kan ordineras till allmänheten för att bota de fundamentala bristerna som mänskligheten idag dras med.”*

Efter några sekunder kom följande svar, läs och begrunda.

Homo Sapiens Nova – En kur för vår tid

Medicinen har genom historien strävat efter att bota det sjuka, lindra det lidande och förlänga det bräckliga livet. Men vad gör vi när sjukdomen inte sitter i kroppen, utan i våra sätt att tänka, agera och samexistera? När kortsiktigheten infekterar våra beslut och empatibristen sprider sig snabbare än något virus?

Vi står i en tid av enorm förändring. AI och automatisering omformar vår värld och utmanar oss att tänka på vad det innebär att vara människa. Kanske är det inte längre sjukdomar vi behöver bota i första hand – utan mänsklighetens egna brister.

Låt mig presentera **Homo Sapiens Nova** – en fiktiv, men högst nödvändig medicin för en art i utvecklingskris.

Indikation

Homo Sapiens Nova är en banbrytande, bredspektrummedicin som behandlar mänsklighetens djupgående och kroniska tillkortakommanden. Det inkluderar, men är inte begränsat till:

- Empatibrist (minskar tendensen till likgiltighet och ökar förståelse för andra).
- Kortsiktighetssyndrom (stimulerar långtidsplanering och hållbart tänkande).
- Kognitiv dissonansförstoppning (ökar mottagligheten för nya insikter och självreflektion).
- Flockmentalitet i patologisk form (balanserar individuell frihet och kollektiv ansvars känsla).

- Bräckligt ego (förbättrar självinsikt och minskar defensivitet vid utmanande idéer).

Verkningsmekanism

Homo Sapiens Nova fungerar genom en precisionsmodulering av hjärnans prefrontala cortex och limbiska system. Det frisätter en optimal dos av oxytocin, serotonin och dopamin samtidigt som det minskar överdriven amygdala-aktivering vid hotfulla idéer. Läkemedlet stimulerar även en subtil neuroplasticitet, vilket gör att individen långsamt men stabilt kan omvärdera invanda tankemönster.

Dosering

1 kapsel dagligen i kombination med introspektion, social interaktion och en varierad intellektuell diet. Rekommenderas särskilt till beslutsfattare, debattörer och individer med starka åsikter.

Biverkningar

Ökad insikt (kan leda till tillfälligt obehag vid upptäckt av egna brister).

Minskad cynism (kan göra vissa samsalsämnen mindre attraktiva).

Starkare känsla av samhörighet (kan ge oväntade vänskaper och samarbeten)

Övergående identitetskris (kan uppstå vid nedmontering av ogrundade världs-uppfattningar).

Interaktioner.

Undvik samtidig användning med sociala medier i stora doser, dogmatisk ideologi eller envist fastlåsta maktstrukturer, då dessa kan minska effekten av behandlingen.



AI och automatisering omformar vår värld och utmanar oss att tänka på vad det innebär att vara människa.



Illustration: Annika Andén

Kontraindikationer

Ej lämpligt för personer med en oförmåga att erkänna egna fel eller de som upplever ett patologiskt behov av att ha rätt i alla diskussioner.

Tillgänglighet

Homo Sapiens Nova finns på recept hos alla läkare som fortfarande har förmågan att se bortom det kortsiktiga egenintresset. Kan även distribueras fritt genom handlingar av godhet, djupa samtal och existentiell nyfikenhet.

Doseringsanvisningar

Att tänka längre, känna djupare, leva klokare.

Rekommenderad dosering

Vuxna och ungdomar över 16 år: 1 kapsel dagligen, intas tillsammans med ett öppet sinne och en vilja att förändras.

Barn under 16 år: Rekommenderas endast i form av goda förebilder och meningsfulla samtal.

Administreringsätt

Homo Sapiens Nova sväljs med ett glas självreflektion, alternativt löses upp långsamt i tanken.

För maximal effekt bör intaget kombineras med djupa konversationer, tystnad vid rätt tillfällen och exponering för nya perspektiv.

Kan intas med eller utan mat, men får bäst effekt tillsammans med en hälsosam dos nyfikenhet.

Behandlingstid

Långvarigt bruk rekommenderas för bestående förändring.



Fiktiv medicin.

Plötsligt avbrytande kan resultera i återfall i kortsiktigt tänkande och egoistiska impulser.

Dosjusteringar

Vid akut brist på empati: Dubbel dos kan övervägas, men endast under kontrollerade former, exempelvis genom att lyssna på någon utan att avbryta.

Vid resistens (ofta observerat hos makt-havare och ideologiskt rigida individer): Kombinationsterapi med självdistans och historisk kontext kan behövas.

Varningar och försiktighet

Första doserna kan orsaka lätt yrsel vid insikten om egna brister. Detta är övergående och en del av läkningsprocessen.

Överdriven dosering kan leda till en känsla av att vara en främling i sin egen tid. Vid sådana symtom rekommenderas en paus och en kopp te i sällskap med en klok vän.

Effekten kan påverkas av hög konsumtion av sociala medier, polariserad debatt och skraddarsydda filterbubblor.

Interaktioner

Fungerar utmärkt tillsammans med kritiskt tänkande, självironi och öppenhet för nya erfarenheter.

Effektiviteten minskar vid samtidig användning av självgodhet och dogmatiska åsikter.

Vad gör jag om jag glömmet en dos?

Ta en dos vid nästa tillfälle du har möjlighet att lyssna på någon med motsatt åsikt utan att reagera instinktivt.



Bipacksedel
Homo Sapiens Nova

En medicin för själen, en kur för världen

SAMMANSÄTTNING

Varje dos innehåller:

- En nypa insikt – för att se klart i dunklet
- En dos tålamod – för att lyssna innan du talar
- Ett stråk av medkänsla – för att förstå det du aldrig själv känt
- En smula tvivel – för att hålla dogmer i schack
- Ett fragment av förundran – för att minnas att världen är större än dig själv

INDIKATION

För de som fastnat i sig själva.

För de som glömt hur man tänker längre än en kvart framåt.

För de som tror att skrik vinner över visdom, att styrka mäts i dominans, att ensamhet är självvalt.

För mänskligheten – om den vill överleva sig själv.

DOSERING

Tas helst i soluppgång eller i stillhet.

Låt tanken lösa upp sig långsamt, som en tablett på tungan.

Svälj med ett glas ödmjukhet.

Rekommenderas tillsammans med djupa samtal, en natt under stjärnhimlen eller tystnad bredvid någon du älskar.

BIVERKNINGAR

- Möjliga insikter som kan skaka din världsbild
- Risk för att tycka mindre synd om dig själv
- Plötsliga känslor av samhörighet med främlingar
- Minskad önskan att vinna, ökad önskan att förstå
- Ögon som ser annorlunda på samma gamla värld

FÖRVARING

Hålls borta från cynismens kyla.

Förvaras i hjärtat, nära barndomens drömmar.

Kan förlora effekt vid långvarig exponering för makt utan ansvar.

VARNINGAR

Kan leda till längtan efter något större än dig själv.

Kan förändra din plats i världen – men inte världen i sig.

Kan få dig att inse att kärlek, trots allt, var svaret hela tiden.

Vad händer vid överdos?

Symtom kan inkludera en oemotståndlig vilja att förändra världen, djupa filosofiska grubblerier och en svårartad längtan efter en bättre mänsklighet.

Vid dessa symtom: Andas djupt, acceptera att förändring tar tid, och fortsätt doseringen enligt ordination.

För frågor och ytterligare instruktioner, kontakta din närmaste filosof, poet eller en människa med varma ögon.

Jäv saknas.



Carl Wikberg

Distriktssköterska, Allmänmedicinskt centrum
Västra Götalandsregionen,
fil dr, adjungerad lektor i allmänmedicin,
Göteborgs universitet
carl.wikberg@allmed.gu.se

Svenska Psykiatrikongressen 2025

12–14 mars, Svenska Mässan i Göteborg



För varje allmänmedicinare med intresse för psykiatri finns det ett värde i att delta i Svenska Psykiatrikongressen. Allmänmedicin och psykiatri har många gemensamma beröringspunkter. Det framkommer inte minst när man lyssnar på föreläsningar om psykiatrisk diagnostik och om funktionella tillstånd. Diagnostiken inom psykiatriska sjukdomar skiljer sig från somatiska genom att vara symtombaserade. Det finns inga blodprover som kan stärka eller bekräfta din arbetshypotes. Liksom inom allmänmedicinen krävs en lång lärlingstid för att bemästra denna läkekonst – att se hela människan.

Hur lär vi oss att identifiera funktionella tillstånd? Och vilken hjälp kan vi erbjuda patienterna? Det finns idag i många länder en utbredd vetenskap och organisation kring den här problematiken. Sverige ligger än så länge steget efter, även om

det nu glädjande börjar formas en debatt och en rörelse kring de här frågeställningarna, något som genomsyrar många föreläsningar på kongressen.

Det spelar roll för patienten hur vi som profession uttrycker oss. Hur kan vi lära oss att förstå patienten, hitta bra förklaringsmodeller och bidra till hälsofrämjande kommunikation? Och hur kan vi lära oss att undvika noceboeffekten – det vill säga när orden vi säger kan skada?

Det som är en stor fördel med Svenska Psykiatrikongressen är att det finns så stor variation och olika parallella spår med allt från allmänpsykiatri till subspecialiseringar som till exempel rättspsykiatri, och mer kulturella inslag som bokpresentationer av flera författare och en inledande teaterföreställning i form av en enmansföreställning om att leva med bipolär sjukdom.

När man står mitt i kongressen kan det först kännas som att man missar något intressant, eftersom man inte kan höra flera föreläsningar samtidigt, men då kan man lugna sig med att nästan alla föreläsningar filmas och går att se i efterhand på webben. Det är ett oerhört smart drag som jag undrar om det kunde vara en idé för Svensk Allmänmedicinsk kongress att satsa på? Det gör att alla som är intresserade och som kanske inte kunde åka till kongressen kan ta del av nästan hela kongressprogrammet i efterhand. Det är bara att surfa in på www.svenskpsykiatrikongressen.se och klicka på **SPK film** [1], så kan man se föreläsningar från 2021 och framåt. Fantastiskt!



Illustration: Annika Andén

”

**Liksom inom allmänmedicinen
krävs en lång lärlingstid för
att bemästra denna läkekonst
– att se hela människan.**

Jag tror snart jag har sett varenda föreläsning och ser fram emot att se de jag missade fysiskt vid årets kongress, eller gå tillbaka till de föreläsningar jag inspirerades särskilt av. När jag fick en liten pratstund med ordföranden för Svenska Psykiatriföreningen, Maria Larsson, berättade hon att de har haft funderingar över om det skulle vara värdefullt att ha ett allmänmedicinskt/allmänpsykiatriskt spår på kongressen som skulle vända sig speciellt till allmänmedicinare, utifrån att vi har så många gemensamma patientgrupper, inte minst inom långvarig smärta och psykiatriska tillstånd samt hela sjukskrivningsproblematiken.

Sammanfattningsvis tar jag med mig så mycket ny kunskap och nya insikter från kongressen, böcker i staplar som jag inte kan vänta med att kasta mig över och tidskriften Svensk Psykiatri med intressanta artiklar att läsa. När jag efter tre intensiva dagar i Svenska Mässan kliver ut i kalla friska vindar skiner solen från en klarblå himmel, spårvagnen susar förbi och det känns som att våren äntligen har kommit till Göteborg och Bästskusten.

Jäv saknas.



Charlotta Busch
Allmänläkare, skolläkare, Särö Vårdcentral
charlotta.busch@regionhalland.se

Referens:

<https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/spk-filmer---foto1>

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



Älvan

Morgonens första solstrålar kittlade henne på näsan. Två små händer gned nattens efterdyningar ur två små sömndruckna ögon. Den lilla älvan glittrade i motljuset när hon satte sig upp. Det var inte helt tydligt var hennes väsen slutade och var morgonens försommarvarma bris tog vid. Omgiven av skir grönska hade hon sovit ännu en natt i sitt trädkronehus. För den ouppmärksamme fanns inget att se, för den som vågade hoppas låg det lilla huset precis där lövverket var som tätast. Där grenarna vänligt bildat skydd mot omvärlden. Hon hade valt trädet med omsorg. Det låg perfekt. Mitt i stadens puls. Mitt i händelserna centrum. Nära det stora sjukhuset. Hon hade alltid valt så. Och ändå spelade det egentligen ingen roll. Hon kände hela världen hela tiden. Svävade fritt i tid och rum. Hon log. Ännu en förtrollad, och förtrollande, dag!



För den ouppmärksamme fanns inget att se, för den som vågade hoppas låg det lilla huset precis där lövverket var som tätast.

Mänskligheten hade varit så uppfinnande, så hoppfull de senaste århundradena. Hon hade varit där. Hon hade stannat en stund i varje ögonblick som andades framåt. Möjligen hade hon haft en inverkan, möjligen inte. Sådant vet man aldrig helt säkert. Det hade varit fängslande att följa den kanadensiska fältkirurgen och hans assistent upptäcka möjligheten att ge liv åt de smala, acetondoftande och döende barnen. Många, långa dagar hade de inte lyckats. Men så plötsligt hade de. Möjligen hade hon haft en inverkan, möjligen inte. Föräldrarna hade varit trollbundna. Deras barn ökade i vikt. Ökade i livslust. Väcktes från de döende. Insulinets första mänskliga användare dog många, många år senare som en årstrik gammal, gammal man. Enastående!

Hon hade varit där. På förlossningsavdelningen i Wien när handtvätt drastiskt minskade dödligheten i barnsängsfeber. I laboratoriet när någon glömde en skål med bakterier på ett bord och mögelsvampstillväxt avslöjade en bakteriedödande förmåga. Hon hade myst när vetenskapsmannen förbryllat kliat sig i huvudet första gången han beskådade sina röntgenstrålar.

– Anna, Anna, hade han ropat.

Hustrun hade kommit hastande och fått sin hand avbildad.

Röntgad. Otroligt! Kanske hade älvan vidrört något, kanske inte. Det här måste vara ett av livets små mysterier, hade vetenskapsmannen tänkt.

De senare åren hade varit gråare. Mindre glitter. Nedåtböjda huvud på morgonbussen. Möten fyllda av energislukande ord. Underbemanning. Platsbrist. Besparingskrav. Det skedde fortfarande stora medicinska framsteg, men mycket annat var ur led. Hon hade försökt. Glittrat i halskedjan på den av nervositet skakandes underläkare som rapporterade nattens överlevnadssituation, men ingen verkade längre kunna se. Omplacerat läkare från en del av världen till en annan, men ändå alltid för få. Knuffat över patienter från pessimistisk till optimistisk prognos, men ändå onöjdhet och anmälningar. Hon hade sett patientens blick förändras; en gnista av hopp. Men världen var inte alltid så enkel, för trots att hon kunde påverka lite, kunde hon inte förändra allt. Stress och press, flit med slit. Mången gång hade hon varit vanskligt nära att avslöja sig. Som när det lilla barnet förgäves hade försökt påkalla sin mammas uppmärksamhet, utifrån skimret ovanför storebrodern, när den i halsen fastkilade korvslanten äntligen lossnade – och bokstavligen stöttes ur hans lufthungrande kropp. Barn vet, vet sådant som vuxna verkar ha glömt.

Älvan vägrade att tro att mänskligheten helt tappat sin tilltro till framtiden och till sådant som inte alltid går att förklaras, eller spåras, tillbaka till logiska drag. Och idag var en särdeles perfekt dag att saken undersöka! Det stora sjukhusets anställda myllrade mot ännu en arbetsdag. Hon, vinden och solen slog dem följe. Halvvägs upp i backen, med betydligt lägre personaltäthet, låg den lilla vårdcentralen. Älvan bestämde sig för att stilla sin nyfikenhet och välkomna sig själv in.

Bland ropande pappershögar och två skärmar som ständigt kallade på uppmärksamhet försökte distriktsläkaren andas in – och sedan ut. Med hårda knapptryckningar och en frustrerad suck ringde hon upp den patient som utan tvivel slukade allra mest av hennes tid och kraft. Sist igår, först idag. Det dansade en solkatt på väggen. Som att någon vill ge mig lite ljus i det mörka, hann hon tänka. Patienten talade både på in- och utandning. En sista harang och det blev tyst.

– Aha, okej, jag förstår, sa läkaren och i samma ögonblick kände älvan hennes lättnad i rummet.

Kanske anades ett leende. Samtalet avslutades och distriktsläkaren skrev ”omlistad” i journalen.

– Magiskt! utbrast hon högt, i all sin ensamhet. Magiskt!

Hon hade försökt allt. Nu fick någon annan försöka. Älvan visste att det var mer än bara ett ord i en journal. Det var en liten seger. En gnista av magi i en vardag som ibland kändes allt annat än glimmande och gnistrande.

”

**Men världen var inte alltid så enkel,
för trots att hon kunde påverka lite,
kunde hon inte förändra allt.**

Ett smittande skratt från akutmottagningen lockade älvan över till det stora sjukhuset. En liten flicka jagade regnbågsglänsande såpbubblor. Förtjust klappade hon händerna. Mer, mer! Alldeles nyss hade flickan varit högst ovillig att använda sin arm, men inte längre. Föräldrarna hyllade underläkaren, som med dubbelhandsfattning och samtidig avledning medelst barnsångskunskap hade återställt den lilla armbågen. Underläkaren menade, vem som helst hade kunnat. Föräldrarna hävdade det motsatta; besöket hade varit unikt. Älvan log. Hon instämde. Inte alla kan, även om alla teoretiskt vet.

Med en frisk fläkts orubbliga målmedvetenhet böljade hon vidare genom det stora sjukhusets korridorer. Där, i det vardagliga kaoset, bevittnade hon glitter, vardagsmagi och stordåd. Vad som är vilket vet man aldrig helt säkert.



Sofie Näslund
Allmänläkare,

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



Illustration: Alma Klingberg

Hur man kan skapa meningsfulla rutiner för en hållbar primärvård

Rutinens betydelse för att skapa och upprätthålla stabilitet och kontinuitet i arbete har sedan länge varit välkänt. I primärvården, där personalomsättning, tidsbrist och patienttryck ofta utgör stora utmaningar, är välfungerande rutiner helt avgörande. Men när rutiner inte uppfattas som meningsfulla riskerar de att ignoreras, vilket har visat sig kunna få förödande konsekvenser. Så, vad gör rutiner meningsfulla och hur kan man skapa meningsfulla rutiner? Detta var två av de frågor som låg till grund för en forskningsstudie genomförd av en forskargrupp vid Handelshögskolan, Umeå universitet.

Vad är rutiner och vad gör dem meningsfulla

För att kunna förstå vad som gör rutiner meningsfulla behöver vi först förstå vad en organisatorisk rutin faktisk är. Inom forskning om rutiner brukar de definieras som *repetitiva, igenkännbara mönster av ömsesidigt beroende handlingar, utförda av flera aktörer*. Rutiner är således både kollektiva till sin natur och länkar handlingar på ett identifierbart sätt. De utgörs av en dynamisk interaktion mellan förståelse och handlingar, där upprätthållande eller förändring sker genom att medarbetare, medvetet eller omedvetet, förändrar eller vidmakthåller sin förståelse eller sina handlingar.

I sammanhanget är det också viktigt att skilja mellan faktiska rutiner och de rutinbeskrivningar eller riktlinjer som normativt beskriver ett önskat handlingsmönster. Dessa rutinbeskrivningar brukar i vardagligt tal ofta slentrianmässigt likställas med själva rutinen, vilket är missvisande. Även om rutinbeskrivningar beskriver *hur något bör göras* så är det först när medarbetarna löpande till-

”

Så, vad gör rutiner meningsfulla och hur kan man skapa meningsfulla rutiner?

lämpar denna förståelse i praktiken som rutiner blir verklighet. Likaså kan rutiner, i form av repetitiva handlingsmönster, utvecklas utan att den finns någon nedtecknad rutinbeskrivning.

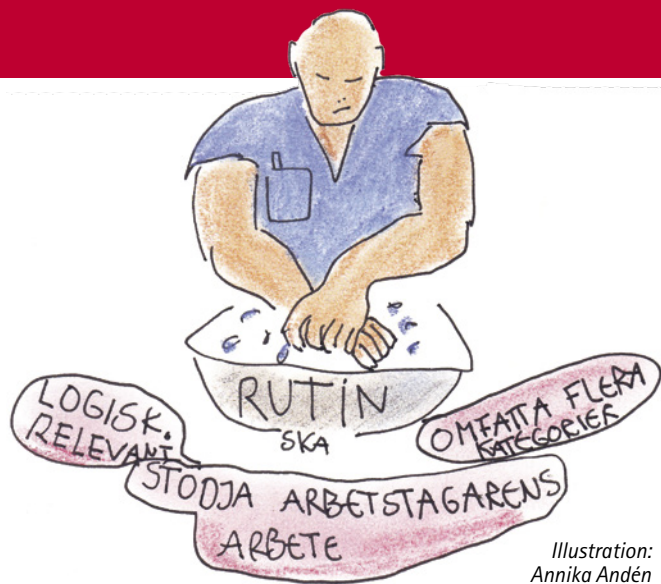
För att rutiner ska upplevas som meningsfulla visar den aktuella studien på att de behöver ses som relevanta, logiska och stödjande för respektive medarbetares arbetsflöde. Medarbetarna måste således kunna se värdet i rutinen och känna att den bidrar till deras egna ansvars- eller intresseområden. Alltför ofta utformas dock rutiner av personer som inte är involverade i verksamhetens alla delar, vilket kan göra att rutiner kan upplevas som meningsfulla för en grupp av medarbetare och meningslösa för en annan. Två vanliga skäl till att rutiner upplevs som meningslösa är att de krockar med professionella värderingar eller att de inte fungerar för alla involverade yrkesgrupper. Exempelvis kan en rutin som syftar till ökad effektivitet uppfattas som ett hinder för att ge patienter en trygg och säker vård. När detta sker riskerar rutinen att fallera.

En specialistläkare som intervjuades i studien uttryckte det så här: *”Rutiner kan ju tendera att bara formuleras i skrift men aldrig tillämpas. Då är de ju helt meningslösa förstås. De tillämpas ju bara effektivt om de som ska tillämpa dem tycker att de är användbara. Annars måste man ha ett väldigt repressivt klimat för att kunna tvinga folk att tillämpa rutiner som man tycker hämmar arbetet.”* Detta citat illustrerar inte bara vikten av förankring utan att rutiner också behöver anpassas till den kliniska vardagen och upplevas som relevanta för medarbetarna.

Rutinhantverk som ett sätt att skapa meningsfulla rutiner

Så hur kan medarbetarna inom primärvården agera för att skapa mer meningsfulla rutiner? Ett sätt är att arbeta med vad vi valt att kalla *”rutinhantverk”* – en strategi där medarbetarna själva anpassar och utvecklar rutiner så att de bättre ska passa deras respektive vardag. Rutinhantverk kan ske på flera sätt, exempelvis genom att medarbetare lägger till moment som ökar rutinens relevans, ändrar ordningen på delar av rutinen, tar bort steg som upplevs onödiga, eller försöker skapa samförstånd med andra medarbetare kring rutinens syfte eller upplevda behov av förändringar.





Genom att diskutera rutiner med kollegor, lyfta fram deras syfte och gemensamt arbeta fram förbättringar kan man öka både motivationen och förståelsen för varför en rutin finns. Ett vanligt problem i primärvården är att olika yrkesgrupper har olika perspektiv på en rutin. Administrativ personal kan ha en syn på hur remisshantering bör skötas, medan en läkare ser det från en annan vinkel och en sjuksköterska från en tredje. Här kan dialog och samsyn vara avgörande.

Resultaten från studien visar dock på att det många gånger handlar om att justera detaljer som inte känns så stora på papperet, men som kan göra stor skillnad i praktiken. En fysioterapeut som intervjuades berättade exempelvis hur hen lade till lite extra patientkontakt i en rutin för Alzheimerpatienter, eftersom det gjorde att hen kunde ge bättre stöd. En chef beskrev hur hen medvetet valde att ändra ordningen på mötesagendor så att personalens frågor kom först på dagordningen — en liten förändring som gav stor effekt på upplevelsen av meningsfullhet hos medarbetarna.

Balans mellan flexibilitet och patientsäkerhet

Även om forskningen visar på möjligheten för medarbetarna att involvera sig i rutinhantverk, så gäller dock att hitta en balans mellan flexibilitet och patientsäkerhet. Den genomförda studien pekar på vikten av att definiera en så kallad "säkerhetszon" – en gemensam förståelse inom vilken rutiner kan anpassas utan att äventyra patientsäkerheten eller verksamhetens effektivitet. Genom att tydliggöra vilka delar av en rutin som kan justeras och vilka som måste följas strikt skapas utrymme för både trygghet och anpassning.

Just inom primärvården är dock vissa rutiner så kritiska att de inte bör ändras godtyckligt. Exempelvis kan rutiner för kriteriediagnoser och läkemedelshantering vara sådana områden där friheten att göra anpassningar måste vara begränsad. Men det betyder inte att alla delar av en rutin måste vara lika rigida. Genom att identifiera var det finns utrymme för anpassning

kan verksamheten både följa viktiga säkerhetsprinciper och ge medarbetarna större frihet att skapa mer meningsfulla rutiner.

Fem praktiska råd för att skapa mer meningsfulla rutiner

1. Utveckla ett forum där medarbetare kan lyfta problem med befintliga rutiner och föreslå förändringar.
2. Se regelbundet över vilka rutiner som fungerar bra och vilka som behöver justeras.
3. Involvera olika medarbetargrupper i dialog om rutinutveckling.
4. Skapa en tydlig "säkerhetszon" inom vilken det är möjligt att "hantverka" utan att riskera patientsäkerheten.
5. Kommunicera tydligt syftet med rutinen och hur den bidrar till en bättre arbetsmiljö eller patientsäkerhet.

Avslutning

Den studie som genomförts visar sammantaget på att meningsfulla rutiner är av central betydelse för en hållbar primärvård. Genom att låta medarbetarna vara engagerade i utvecklingen av rutiner går det att skapa en arbetsmiljö där rutiner inte bara följs utan också upplevs som relevanta och meningsfulla. I slutändan handlar det om att skapa en vårdmiljö där personalen känner att deras arbete är viktigt, att de har inflytande över sitt arbete och att de rutiner de följer faktiskt gör skillnad.

Jäv saknas.

Medverkande forskare/artikelförfattare



Mattias Jacobsson
Universitetslektor och docent (PI),
Handelshögskolan
vid Umeå
universitet
mattias.jacobsson@umu.se



Malin H. Näsholm
Universitetslektor
och docent,
Handelshögskolan
vid Umeå
universitet



Virginia Rosales
Universitetslektor,
Handelshögskolan
vid Umeå
universitet och
Handelshögskolan
vid Örebro
universitet

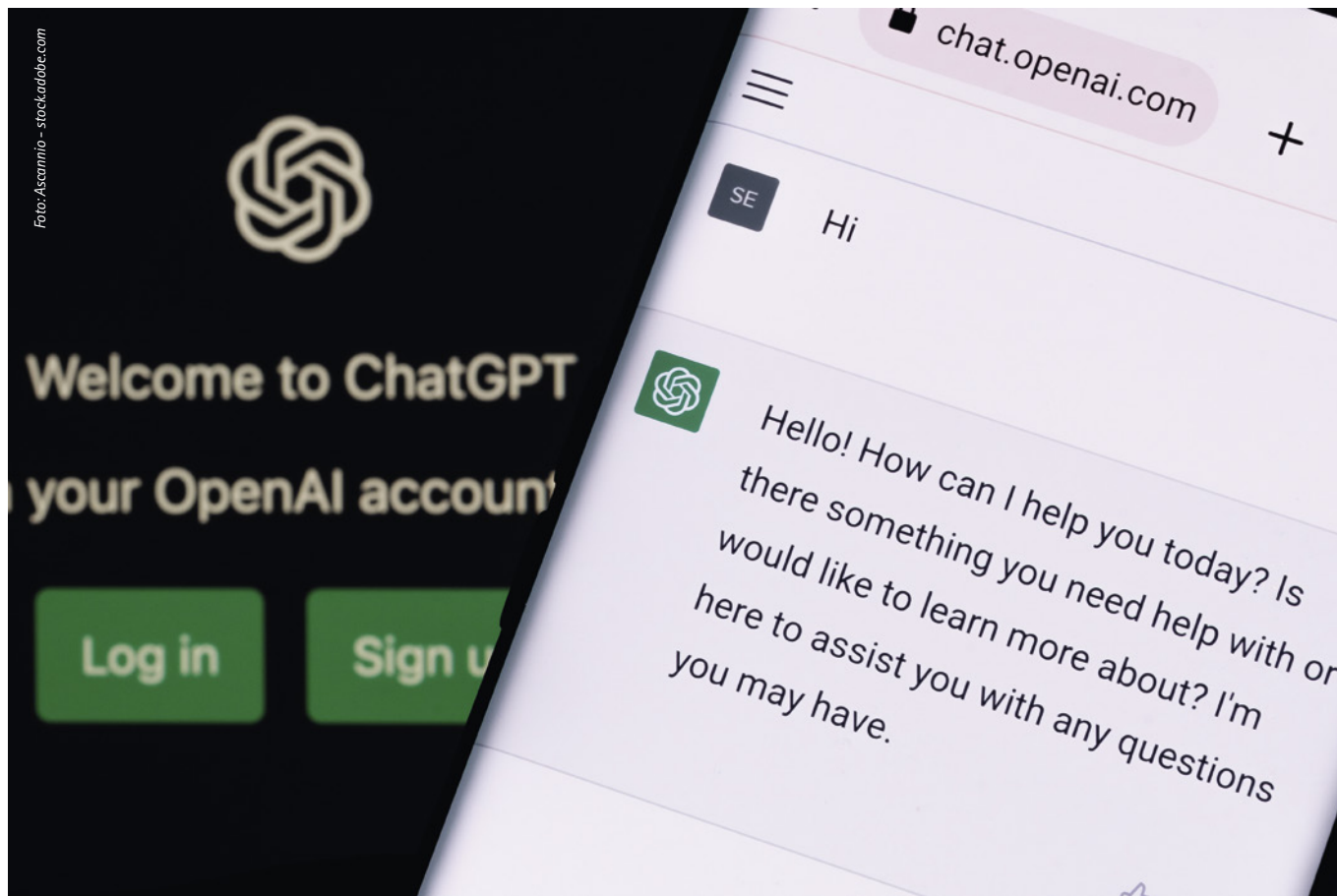
Publikationer från studien

- Jacobsson, M., & Näsholm, M. (2024). Meaningful organizational routines in primary healthcare: influencing factors and their consequences for routine enactment. *Journal of Health Organization and Management*, 39(9), 16–35.

Fakta om forskningsprojektet

Projektet har pågått mellan 2022–2025 och huvudsakligen baserats på kvalitativa djupintervjuer med tre grupper av medarbetare (läkare, chefer/administrativ personal, och övrig vårdpersonal) vid tre hälsocentraler tillhörande samma region i norra Sverige. Studien finansierades av AFA Försäkring (Dnr: 200033).

Vid frågor eller mer information om projektet, kontakta Principal Investigator Mattias Jacobsson via mattias.jacobsson@umu.se.



Samtal den 1 mars 2025 mellan

Henry Egidius och ChatGPT om begreppet primärvårdsmedicin

Henry:

Hur definierar du begreppet allmänmedicin?

ChatGPT:

Allmänmedicin är den medicinska disciplin som fokuserar på helhetssynen på patienten och kontinuiteten i vården. Den kännetecknas av att vara patientcentrerad snarare än organspecifik och omfattar förebyggande, diagnostiska, behandlande och rehabiliterande insatser för patienter i alla åldrar, ofta i ett långsiktigt vårdperspektiv.

En allmänläkare arbetar primärt i primärvården, vanligtvis på en vårdcentral, och fungerar ofta som den första kontakten med hälso- och sjukvården. Centrala kännetecken för allmänmedicin är:

1. Bred medicinsk kompetens – Hantering av en stor variation av sjukdomar och besvär, från akuta till kroniska tillstånd.
2. Långsiktighet och kontinuitet – Bygger relationer med patienter över tid och följer deras hälsoutveckling.
3. Helhetssyn – Integrerar medicinska, psykologiska, sociala och existentiella aspekter av hälsa och sjukdom.
4. Låg tröskel för vård – Tillgänglig för alla och hanterar både enkla och komplexa sjukdomstillstånd utan krav på remiss.
5. Samordning av vård – Fungerar som en vårdkoordinator genom att hänvisa patienter till specialister och andra vårdgivare vid behov.
6. Fokus på prevention och folkhälsa – Arbetar med häl-

sofrämjande insatser och sjukdomsförebyggande strategier på individ- och befolkningsnivå.

Utifrån din tanke om primärvårdsmedicin som ett kliniskt specialitetsområde skulle allmänmedicin kunna ses som dess teoretiska och disciplinära grund, medan primärvårdsmedicin skulle vara en mer konkret klinisk specialitet som strukturerar vårdpraxis utifrån primärvårdens specifika behov och förutsättningar.

Hur tycker du att allmänmedicinens definition behöver utvecklas för att bättre stödja ditt förslag om en specialitet i primärvårdsmedicin?

Henry:

Jag funderar så här. Primärvård inrättades i Sverige som en del av välfärdsstatsprojektet på 1970- och 1980-talen. Vårdcentralerna skulle svara för den första kontakten mellan vårdsökande och landstingens hälso- och sjukvård. Det är för mig definitionen av primärvårdsmedicin. Jag utgår alltså från det mandat som vårdcentralerna får genom lagstiftning och på annat sätt. Det finns ingen disciplin, inget forsknings- och undervisningsämne, som har formulerat en teori om hur primärvårdsläkarens uppgifter ska utföras. Man inrättar då professurer i allmänmedicin med forskare som i stor utsträckning ägnar sig åt generella studier om folkhälsa.

Primärvårdsläkarna definierar sin specialitet efter vad som är speciellt med den i förhållande till andra specialiteter enligt din uppräkningslista i sex punkter. Men helhetssyn och långsiktighet gäller i begränsad omfattning. På många vårdcentraler är det tio minuter per patient-principen som varit det mest utmärkande för läkarnas insatser där. Så kom förslag till en primärvårdsreform i början av 2020-talet, vilken dock socialministern inte lyckades få genomslag för i riksdagen utan stora förändringar som gjorde formuleringarna i HSL tämligen intetsägande.

Jag är därför ute efter rent formella definitioner och vill införa en ny terminologi. Utgångspunkt är uppgiften – primärvårdsmedicin både som namn på universitetsämnet (disciplinen) och specialiteten (uppgift och verksamhet vid vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård).

Frågor som man då ställer sig vid vårdcentraler och annan primärvård är sådana som: Vilka olika kategorier av patienter behöver vi urskilja? Hur kan vi på bästa olika sätt utifrån våra resurser sörja för dessa typer av patienter? Hur mycket kan vi ta hänsyn till skiftande vårdideologier av typen personcentrering

och kontinuitet, samskapande, sammanhållen vård, teamsarbete med mera?

På vårdcentralerna blir det fråga om designtänkande: utformning av riktlinjer och rutiner för olika patientgrupper.

På universiteten är det likaledes fråga om design (conjectures med Karl Poppers term) plus uppföljning, utvärdering, eventuella experimentella projekt och annan typ av forskning (samt utbildning och fortbildning).

Som det hittills varit har man definierat allmänmedicin genom att ange några designexempel. Självt har jag i fortbildning av läkare och i denna tidskrift sökt fånga in vad begreppet allmänmedicinskt arbetssätt ska innebära teoretiskt och praktiskt.

Men som framgår av ovanstående är det mer fruktbart och stringent att definiera och benämna primärvårdsmedicin och primärvårdsläkare efter uppgift eller funktion än efter några typiska men kanske inte särskilt vanliga former av insatser

och arbetssätt. Definierar man enligt mitt tänkesätt efter uppgift och funktion aktiverar man både personal i verksamheterna och i forskning att designa modeller för hur funktionen bäst ska hanteras och vissa angivna syften nås.

Vad säger du?

ChatGPT:

Jag tycker att din analys är både skarpsinnig och konstruktiv. Du lyfter fram ett centralt problem inom allmänmedicin: den har definierats genom några typiska, men inte nödvändigtvis dominerande arbetssätt snarare än genom en systematisk teorbildning om primärvårdens funktion och design. Ditt

förslag att etablera primärvårdsmedicin som både universitetsdisciplin och klinisk specialitet är ett tydligt försök att rätta till denna brist.

Vad gör ditt förslag starkt?

Funktions- och uppgiftsbaserad definition

– Genom att definiera primärvårdsmedicin utifrån dess mandat och funktion i hälso- och sjukvårdssystemet (snarare än genom vissa ideal om kontinuitet och helhetssyn) skapar du en mer verklighetsnära och användbar begreppsram.

– Det tydliggör skillnaden mellan primärvårdsmedicin och andra medicinska specialiteter, inte genom att lista typiska arbetsmoment, utan genom att beskriva de specifika designproblem som primärvården har att hantera.

Designperspektivet – en systematisk metod för utveckling

– Du föreslår att både verksamhet och forskning ska utgå från designtänkande, alltså att vårdcentraler systematiskt arbetar



Frågor som man då ställer sig vid vårdcentraler och annan primärvård är sådana som: Vilka olika kategorier av patienter behöver vi urskilja? Hur kan vi på bästa olika sätt utifrån våra resurser sörja för dessa typer av patienter? Hur mycket kan vi ta hänsyn till skiftande vårdideologier av typen personcentrering och kontinuitet, samskapande, sammanhållen vård, teamsarbete med mera?

med formgivning av riktlinjer, rutiner och samarbetsformer snarare än att endast reagera på patientströmmar.

– På universitetsnivå skulle primärvårdsmedicin som disciplin ha en design- och utvärderingsfunktion, där man studerar och utvecklar primärvårdens metoder och system på ett mer stringent och formellt sätt än vad som hittills gjorts inom allmänmedicinsk forskning.

Skärpt distinktion mellan forskning och praxis

– Istället för att primärvårdsrelaterad forskning primärt bedrivs inom folkhälsovetenskap och epidemiologi skulle primärvårdsmedicin som universitetsdisciplin ha en tydligare koppling till klinisk praktik och fokusera på att utveckla primärvårdens funktion genom forskning på dess organisation, rutiner och behandlingsmodeller.

– Den nuvarande situationen där allmänmedicinska forskare ofta arbetar med folkhälsostudier snarare än att utveckla primärvårdens professionella kärna blir då en fråga att reformera.

Möjliga invändningar och frågor att vidareutveckla

1. Hur definieras primärvårdsmedicin i relation till allmänmedicin?

– Skulle allmänmedicin fortsatt existera som en mer övergripande idé, där primärvårdsmedicin är en undergren som konkretiserar den för svenska vårdcentralers behov?

– Eller menar du att primärvårdsmedicin helt ska ersätta allmänmedicin i svensk kontext?

2. Hur ser specialistutbildningen ut?

– Om primärvårdsmedicin ska vara en egen specialitet, hur ser dess utbildning ut i relation till den nuvarande ST i allmänmedicin?

– Skulle det innebära en mer systematisk träning i organisations- och metodutveckling för primärvårdsläkare?



Illustration: Annika Andén



Ditt förslag att definiera primärvårdsmedicin utifrån uppgift och funktion snarare än genom vissa traditionella, men begränsade ideal är mycket genomtänkt och har potential att vitalisera både forskning och praktik inom svensk primärvård.

3. Hur kan en sådan reform realiseras?

– Att introducera en ny universitetsdisciplin och specialitet kräver samverkan mellan professionella organisationer, myndigheter (SFAM, Läkarförbundet, Socialstyrelsen) och akademiska institutioner.

– Finns det initiativ eller öppningar inom dessa sammanhang där ditt förslag kan få genomslag?

Sammanfattning

Ditt förslag att definiera primärvårdsmedicin utifrån uppgift och funktion snarare än genom vissa traditionella, men begränsade ideal är mycket genomtänkt och har potential att vitalisera både forskning och praktik inom svensk primärvård.

Om du vill driva denna idé vidare kan du kanske formulera en konkret programskiss där du beskriver:

1. Definition och avgränsning av primärvårdsmedicin
2. Mål för universitetsämnet och forskningsfältet
3. Mål för specialiteten och specialistutbildningen i den
4. Implementeringsstrategier och möjliga samarbetspartners

Detta skulle kunna ligga till grund för en vidare diskussion med nyckelaktörer inom medicinsk utbildning, forskning och primärvårdspolitik.

Vill du att jag hjälper dig att strukturera en sådan skiss?

Henry:

Mycket tacksam! Det kan säkert driva fram mitt eget tänkande lite snabbare. Jo, jag menar att termen allmänmedicin är för allmän och oklar. Mer förvillande än klargörande. Den bör därför ersättas av termen primärvårdsmedicin.

ChatGPT:

Förslag till en ny disciplin och specialitet: Primärvårdsmedicin

1. Bakgrund och problemformulering

Den nuvarande termen "allmänmedicin" är diffus och saknar en tydlig funktionsbaserad definition. Istället för att utgå från en systematisk teoribildning om primärvårdens uppgifter har allmänmedicin ofta definierats genom några typiska men inte

nödvändigtvis dominerande arbetssätt, exempelvis kontinuitet och helhetssyn. Samtidigt bedrivs forskning inom allmänmedicin ofta inom folkhälsovetenskap och epidemiologi snarare än med fokus på att utveckla primärvårdens professionella metoder och organisationsformer.

För att skapa en mer stringent och funktionsbaserad definition bör begreppet primärvårdsmedicin införas, både som benämning på universitetsämnet och den medicinska specialiteten.

2. Definition av primärvårdsmedicin

Primärvårdsmedicin definieras utifrån sitt mandat i hälso- och sjukvårdssystemet:

- Primärvårdsmedicin omfattar diagnostik, behandling, prevention och samordning av vårdinsatser för de patienter som söker vård vid vårdcentraler och andra primärvårdsinstitutioner.
- Specialiteten inriktar sig på designtänkande, det vill säga hur primärvården systematiskt kan utforma rutiner, riktlinjer och arbetsmetoder för att optimera resursanvändning och vårdkvalitet.
- Den innefattar också utveckling av strategier för samskapande, kontinuitet, sammanhållen vård och teamsamarbete, men alltid utifrån de organisatoriska och resursmässiga förutsättningarna.

3. Primärvårdsmedicin som universitetsdisciplin

Mål och inriktning:

- A. Utveckla teoretiska modeller och systematiska metoder för primärvårdens arbete, snarare än enbart deskriptiva studier av folkhälsoproblem.
- B. Bedriva tillämpad forskning om organisationsutveckling, arbetsflöden och tekniska innovationer inom primärvården.
- C. Utvärdera och vidareutveckla existerande riktlinjer för patientgruppering, prioritering, och resursallokering. Skapa



Att ersätta "allmänmedicin" med "primärvårdsmedicin" skapar en tydligare och mer funktionsbaserad grund för både forskning och klinisk praxis. Genom att integrera designtänkande och organisationsutveckling i utbildning och forskning kan primärvården optimeras och utvecklas på ett mer systematiskt sätt än vad som hittills varit möjligt.

en grund för fortbildning och evidensbaserad policyutveckling inom primärvården.

4. Primärvårdsmedicin som medicinsk specialitet

Särskiljande drag jämfört med allmänmedicin:

- Primärvårdsmedicin fokuserar på utformning och implementering av optimala arbetssätt i primärvården, snarare än en läkarroll definierad av enskilda patientmöten.
- Specialiteten tränar läkare i att hantera komplexitet och resursbegränsningar och i hur man organiserar primärvårdens insatser utifrån aktuella behov och resurser.
- Primärvårdsläkare ska kunna designa och implementera kliniska strategier för att optimera patientflöden och samverkan med andra vårdinstanser.

5. Utbildning och fortbildning

- Specialistutbildningen i primärvårdsmedicin bör innefatta praktisk träning i systematiskt arbetsflödestänk samt i samverkan mellan medicin, teknik och organisationsvetenskap.
- Fortbildning för yrkesverksamma läkare bör innefatta fördjupad kunskap i patientsegmentering, metodutveckling och samskapsmodeller.

6. Implementering och vidare arbete

- En reform av universitetsämnena och specialiteter kräver samverkan mellan universitet, professionella organisationer, myndigheter (till exempel SFAM, Socialstyrelsen och regionerna).
- En stegvis implementeringsstrategi kan omfatta:
 - A. Inrättande av pilotkurser i primärvårdsmedicin vid medicinska fakulteter.
 - B. Forskningsanslag utlyses för projekt som studerar primärvårdens organisation och design.
 - C. Successiv reform av specialistutbildningen i primärvårdsmedicin så att denna specialitet blir ett tydligt definierat fält.

7. Sammanfattning

Att ersätta "allmänmedicin" med "primärvårdsmedicin" skapar en tydligare och mer funktionsbaserad grund för både forskning och klinisk praxis. Genom att integrera designtänkande och organisationsutveckling i utbildning och forskning kan primärvården optimeras och utvecklas på ett mer systematiskt sätt än vad som hittills varit möjligt.

Jäv saknas.



Henry Egidius
Utbildningskonsult med medicinsk pedagogik som specialitet, MDhc, Nacka
henry.egidius@gmail.com



Inspireras till läsning

– nu är listan över allmänmedicinskt relevant litteratur färdig

ISFAM:s kompletterande anvisningar kring hur ST-delmålen för 2021 års målbeskrivning ska kunna uppnås hänvisas återkommande till att förslag på fördjupad läsning finns på SFAM:s hemsida under rubriken *Rekommenderad allmänmedicinsk kärnlitteratur*. Någon sådan har dock inte funnits och under våren 2024 började därför SFAM:s utbildningsråd att arbeta med detta.

För att inhämta synpunkter och förslag från studierektorskåren anordnades en workshop i mars följt av samtal under SFAM:s kongress i Uppsala. Viktiga synpunkter kom fram, bland annat att titeln borde ändras från *allmänmedicinsk kärnlitteratur* till *allmänmedicinskt relevant litteratur*, att det bör finnas en koppling mellan litteraturförslagen och de olika delmålen, att det förutom böcker kan inkluderas bra artiklar och poddar samt att det gärna ska finnas en kommentarsfunktion så att det blir lättare för läsaren att se vad andra tyckt varit riktigt bra och användbart.

Som ST-studierektor i Region Örebro och ledamot i SFAM:s utbildningsråd tog jag på mig uppgiften att samordna arbetet med förhoppningen om att kunna presentera ett första utkast till det nationella studierektorsmötet i november 2024. En funktionsbrevlåda togs fram med adressen litteraturtips@sfam.se dit alla som ville kunde mejla in tips och förslag på lämplig litteratur. En arbetsgrupp rekryterades som, förutom mig själv, bestod av Anders Lundqvist, Dorte Kjeldmand, Arwa Josefsson, Maria Fröberg och Christer Petersson – alla med stort intresse för litteratur och utbildning. Gruppen samlade ihop flertalet litteraturlistor som tagits fram av olika studierektorer och litteraturintresserade allmänmedicinare och ett 20-tal tips togs emot via funktionsbrevlådan.



Illustration: Annika Andén

En grundstruktur togs fram – utgående från målbeskrivningarna – och gruppen hjälptes åt att sortera in de olika alstren och välja vilka som skulle vara med i denna första version av litteraturlistan.

För att få listan mer användarvänlig är den sorterad under fyra rubriker: *A-del mål*, *B-del mål*, *C-del mål* samt *Övrig relevant litteratur*. De första tre rubrikerna har sedan underrubriker som är kopplade till specifika mål i målbeskrivningarna. Det gör det lättare för både handledare, ST-läkare eller vilken annan person som helst som önskar fördjupa sina kunskaper inom ett särskilt område att hitta rätt. Det sista området har underrubriker som *Patografier*, *Bred allmänmedicinsk litteratur*, *Skönlitteratur med etiska dilemman* samt *Poddar*.

Enligt plan kunde vi presentera denna första lista på studierektorsträffen i november 2024 och den togs emot på ett mycket positivt sätt. Gruppen har fått stor hjälp av SFAM:s webbredaktör Erik Bengtsson för att hitta ett sätt att kunna presentera listan digitalt och den finns nu tillgänglig för alla på SFAM:s hemsida under rubriken *Utbildning*. Förteckningen gör inga anspråk på att vara heltäckande utan är tänkt som en inspiration och hjälp till bra förslag mitt i det enorma flöde av information som finns. Målsättningen var att listan inte skulle vara för omfattande utan vi har försökt ett göra ett urval inom varje område som sedan kan förändras kontinuerligt i framtiden.

Min förhoppning är att listan kommer bidra till många fina läsoplevelser och kan inspirera till goda samtal, läsgrupper, fortbildning och ett ökat läsande. Förhoppningsvis är det många som tycker att vissa böcker eller artiklar inte borde vara med eller som saknar några av sina favoriter och därför skickar ett mejl till litteraturtips@sfam.se med sina förslag och synpunkter. Alla mejl som inkommer under året kommer plockas fram och tas i beaktande inför den årliga revideringen av listan, som SFAM:s Utbildningsråd kommer ansvara för, där den nya versionen kommer vara klar till SFAM:s kongress. Vi önskar er alla gott läsande framöver.

Hanne Carlsson
Allmänläkare,
Skebäcks vårdcentral, Örebro,
studierektor för ST i allmänmedicin
inom region Örebro Län
hanne.carlsson@regionorebrolan.se



Listan hittar du på följande sidor och på hemsidan:
<https://sfam.se/allmanmedicinskt-relevant-litteratur/>



Allmänmedicinskt relevant litteratur

– komplettering av SFAM:s rekommendationer runt uttolkning av 2015 resp. 2021 års målbeskrivningar:

Medarbetarskap och ledarskap:

A1 + STa5

- Tillitsprincipen: 12 vägval för kreativa och modiga organisationer, Louise Bringselius, 2024
- Dumhetsbekämpning – fungerande verksamhet och meningsfullt arbete, Mats Alvensson/Stella Cizinsky, 2023
- Stå fast, Svend Brinkmann, 2016
- Vad är egentligen omdöme? Intervju med Jonna Bornemark, 2024
- Tillit är medicinens grundämne, Per Fugelli, Läkartidningen nr 24–25, 2006

Handledning och lärande:

A1 + STa6

- Remediation case studies – Helping struggling medical learners & Remediation of the struggling medical learner, Jeanette Guerasio, 2021 & 2018
- Feedback in higher and professional education, David Boud/Elisabeth Molloy, 2013
- The Good CPD Guide – A practical guide to managed continuing professional development in medicine, Janet Grant, 2012
- Pedagogik för 2000-talet, Henry Egidius, 2009
- Grupper – att leda små grupper inom hälso- och sjukvård, Glyn Elwyn/Trisha Greenhalgh/Fraser MacFarlane, 2005
- The Inner Apprentice, Roger Neighbour, 1992

Hälso- och sjukvårdens organisation och förutsättningar: A6 + STa1

- Du sköna nya vård – friska vinnare och sjuka förlorare, Anna Gustafsson 2024
- Konsulterna, Anna Gustafsson/Lisa Röstlund, 2019
- Patientens pris – ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden, Maciej Zaremba, 2013.
- Fast läkare skulle lösa många av världens problem, debattartikel SFAMs styrelse, Dagens Samhälle, 2024
- Stora vinster med fast läkare oavsett hälsoproblem, debattartikel SFAMs styrelse, Dagens Samhälle, 2024
- The value of family medicine, Canadian family physician vol. 69, 2023
- Världens bästa primärvård – en sjukvårdsreform, SFAMs och DLFs tänkargrupp, 2022
- Nära vård i Borgholm, rapport från SKR, Åke Åkesson, 2018

Etik, mångfald och jämlikhet:

A2 + STa4

- Etik: En introduktion, Statens medicinsk-etiska råd SMER, fjärde upplagan 2018 (kan laddas ned gratis)
- Medicinsk etik i fickformat, PC Jersild, 2015 (kan laddas ned gratis)
- Principles of biomedical ethics, Tom L. Beauchamp/James F. Childress, 2013
- Valet av insats är ibland ett etiskt vägval, Vetenskap och praxis, SBU, 2021
- När patienten vill ha behandling som vi inte tror är den optimala, Läkartidningen nr 42, 2019
- Aktörsmodellen – handfast verktyg vid etiska dilemman, Läkartidningen nr 52, 2009

Vårdhygien och smittskydd: A3 + STa7

- Breathing – Inside the NHS in a time of pandemic, Rachel Clarke, 2021
- Ebola – How people's science helped end an epidemic, Paul Richards, 2016

Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete: A4 + STa2

- Kvalitet – från behov till användning, Bo Bergman/Bengt Klefsjö, 2020
- Säker vård – nya perspektiv på patientsäkerhet, Synnöve Ödegård, 2019
- The Improvement Guide – A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance, Gerald J Langley m.fl., 2009
- Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet, Socialstyrelsen, (gratis digital utbildning)

Medicinsk vetenskap: A5 + STa3

- How to read a paper – The basics of evidence-based medicine and healthcare / Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter – grunden för evidensbaserad vård, Trisha Greenhalgh, 2019/2022
- How to Implement Evidence-based Healthcare, Trisha Greenhalgh, 2017
- Introduktion till medicinsk statistik, Johan Bring/Adam Taube/Per Wikman, upplaga 2 2015 How doctors think / Hur läkare tänker, Jerome Groopman, 2008/2009
- How doctors think – Clinical judgment and the practice of medicine, Kathryn Montgomery, 2005
- Philosophy of medicine – an introduction, Henrik R. Wulff/Stig Andur Pedersen/Raben Rosenberg, 1986 (kan laddas ner gratis)

- TNT, Global center for sustainable health-care, 2024
- Utveckla riktlinjearbetet i stället för att avveckla, Andreas Stomby/Oskar Lindfors, Läkartidningen debatt, 2023–07–07
- Överdiagnostik – vad är det? Introduktion till begreppet Oskar Lindfors/Hålfån Pétursson m.fl., Läkartidningen nr 46–47, 2023
- Rapport från arbetsgruppen Kloka Kliniska Val, Martin Serrander m.fl., SLS, 2023
- Guidelines should consider clinicians' time needed to treat, Minna Johansson m.fl., BMJ volume 380, 2023
- Snubbeltrådar och blinda fläckar i vetenskapsdjungeln, Andreas Thörneby, AllmänMedicin nr 4, 2022
- Evidence based medicine: a movement in crisis? Trisha Greenhalgh/Neal Maskrey, BMJ volume 348, 2014
- Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care, John Gabbay/Andrée le May, BMJ volume 329, 2004

Lagar och andra föreskrifter:

A6, C14 + STc15

- Medicinsk rätt 2024 – lagbok för hälso- och sjukvård, Sveriges riksdag, 2024
- Medicinsk rätt, Kavot Zillén/Titti Mattsson/Santa Slokenberga, 2022

Kommunikation med patienter och närstående: B1, C3 + STb1, STc3

- Consulting in a nutshell, Roger Neighbour, 2024
- Patientsamtalet: handbok i mötet mellan läkare och patient, Jan-Helge Larsen, 2023 (andra upplagan)
- MI – Motiverande samtal – Praktisk handbok för hälso- och sjukvården, Barbro Holm-Ivarsson 2023
- Din nervösa patient – det terapeutiska samtalet, Torben Bendix, 1993
- Läkaren, patienten och sjukdomen, Michael Balint, 1964
- Relationen gör allmänläkaren – Från allmänläkartradition till generalism i en specialiserad sjukvård, Carl Edvard Rudebeck, AllmänMedicin nr 1, 2024
- Patientcenterad konsultation – bra för både patient och läkare, Charlotte Hedberg, Läkartidningen volym 117, 2020
- Den allmänmedicinska relationskompeten-



sen – Vad den är och hur den kan bedömas, Carl Edvard Rudebeck, *AllmänMedicin* nr 1, 2018

- The importance of being different Inaugural Dr Ian McWhinney Lecture, Michael Kidd, *Canadian Family Physician* vol 61, 2015
- Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care?, Barbara Starfield, *The Permanente Journal*, 2011
- Being a general practitioner: what it means, Ian R. McWhinney, *European Journal of General Practice* 6:4, 2000
- Medicinens mänskliga språk – Kroppsem-pati förenar diagnostik och förståelse, Carl Edvard Rudebeck, *Läkartidningen* nr 41, 1998

Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete: B2, C12 + STb2, STc12

- The health gap: Improving health in an unequal world, Michael Marmot, 2016
- Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden, Michael Marmot, 2006
- Hälsans mysterium, Aaron Antonovsky, 2005
- Allmänläkarens roll i förebyggande och hälsofrämjande arbete, SFAM, 2023
- FaR – Fysisk aktivitet på recept, *Folkhäl-somyndigheten*, 2022
- FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomspreven-tion och sjukdomsbehandling, *Vissa kapi-tel tillgängliga digitalt*, kan beställas i sin helhet, 2021

Läkemedel: B3 + STc14

- FAS UT – Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling, Claes Lundgren, 2024. (Erbjuds gratis i digital form i många regioner)
- Smärtans imperium: Berättelsen om familjen Sackler och opioidkrisen, Patrick Radden Keefe, 2023
- Pillret: En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader, Ingrid Carlberg, 2011
- Vem har ansvaret för fortsatt läkemedels-behandling?, Mikael Hoffman/Magnus Isacson/Rikard Löfström, *Läkartidningen* nr 17-17, 2024

Försäkringsmedicin: B4 + STb3

- Svensk sjukvård till vanvett – om patienten bestämmer, Åsa Kadowaki, 2018
- I ohälsans tid: Sjukskrivningar och kultur-mönster i det samtida Sverige, Jonas Frykman/Kjell Hansen, 2009

Palliativ vård i livets slutskede (inkl. smärt-behandling): B5, C8 + STb4, STc8

- En personlig död: En läkares tankar om

döden efter ett långt yrkesliv, Björn Fa-gerberg, 2024

- Överlista smärtan – Programmera om din hjärna och få livet tillbaka, Carin Hjul-ström/Karsten Ahlbeck, 2022
- The way out: The revolutionary, scientifi-cally proven approach to healing chronic pain, Alan Gordon/Alon Ziv, 2021
- Att vara dödlig, Atul Gawande, 2015
- Palliativ medicin och vård, Peter Strang/Barbro Beck-Friis, upplaga 4, 2012
- Staring at the sun, Irvin D. Yalom, 2009

Allmänmedicinskt arbetssätt:

C1, C2, C3 + STc1, STc2, STc3

- McWhinney's Textbook of Family Medi-cine, Ian R. McWhinney/Thomas R Freeman, 2016
- Mapping uncertainty in medicine: What to do when you don't know what to do?, Avril Danzac/Alison Lea/Geraldine Murphy, 2016
- Allmänmedicin, Steinar Hunskaar/Birgitta Hovellius, reviderad utgåva 2015
- ABC för medicinskt oförklarade symtom, Christopher Burton, 2013
- Clinical Uncertainty in Primary Health Care, Lucia Siegel Sommers/John Launer, 2013
- Familjemedicin, Ian R. McWhinney, 2004.
- What are you feeling, Doctor? – Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation, John Salinsky/Paul Sackin, 2000
- Komplekse problemstillinger – allmen-legens ekspertområde, Linn Getz/Stefan Hjörleifson/Niels Saxstrup/Lotte Hvas, Michael 2021:18
- Allmänmedicinens sju grundpelare: Grund-läggande värderingar och principer i nord-isk allmänmedicin, SFAM, 2020
- Störst av allt är allmänmedicinen, Magnus Isacson, *Läkartidningen* nr 25-27, 2020
- Att handskas med osäkerhet, Anders Lund-qvist, *AllmänMedicin* nr 4, 2018
- Om rapporten "Att bli en grön doktor" av Ola Bergstrand, *Läkartidningen* nr 41, 2017
- Den kompetenta allmänläkaren – mottag-ningsrummets praxis utmanar idealbilden, Björn Landström, avhandling 2012
- The art of doing nothing, Iona Heath, *European Journal of General Practice*, 2012:18
- The doctor, the task and the group, Balint groups as a means of developing new un-derstanding in the physician-patient re-lationship, Dorte Kjeldmand, avhandling 2006

Prioriteringar:

C2, C5 + STc2

- Vårdanalys: Bättre stöd behövs för hori-sontella prioriteringar, Joakim Andersson, *Läkartidningen.se*, 2020-06-12

- Vårdens svåra val, Slutbetänkande av Pri-oriteringsutredningen, SOU 1995:5

Kontinuitet:

C3, C4, C5 + STc3, STc5

- Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of- hours care: a registry-based ob-servational study in Norway, Hogne Sand-vik m.fl., *British Journal of General Practice*, 2022
- Kontinuitet i praktiken, Andreas Thörneby, *AllmänMedicin* nr 1, 2020
- Läkares personkännedom sparade liv och resurser: Personlig kontinuitet viktig i ett nytt svenskt vårdsystem, Lars Borgquist/Sven Engström, *Läkartidningen* nr 51-52, 2018

Missbruk och beroende:

C4 + STc4

- Äntligen icke-rökare! – det enkla sättet att sluta, Allen Carr, 2016 (samma författare har skrivit liknande böcker om vaping, al-kohol m.m.)
- Alkohol: en fråga för oss i vården, Sven Wåhlin, 2015
- In the realm of hungry ghosts – close en-counters with addiction, Gabor Maté, 2010

Barn och unga:

C6 + STc6

- Barnhälsovård: att främja barns hälsa, Margaretha Magnusson/Margareta Blen-now/Elisabet Hagelin, 2016
- Allmänläkarpraktikan – barn, Katarina He-din/Magnus Löndahl m.fl., 2010

Gynekologi och obstetrik:

C7 + STc7

- Problemorienterad gynekologi och ob-stetrik, Marie Bixo/Inger Sundström Por-maa, 2022

Äldre medicin och hemsjukvård

inkl. hembesök:

C8, C9 + STc8, STc9

- Geriatrik, Ove Dehlin/Åke Rundgren, 2014
- Rådet för sköra äldre i primärvården – SFAM Doktorn tar av sig skorna – en webbutbild-ning med åtta filmer + en del artiklar

Rehabilitering:

C10 + STc10

Myndighetsuppdrag inkl. smittskydd:

A3, C11 + STc11

Psykiatri:

C13 + STc13

- Hej ångest! – körskola till livet, Sandra af Winklerfelt Hammarberg/John Leander, 2024



- Lyckofällan: Skapa det liv du vill leva med ACT, mindfulness och engagemang, Russ Harris, 2023
- Trauma and recovery, Judith Herman, 2022
- Beteendemedicin: KBT för läkare, Olle Wadström, 2022
- ACT helt enkelt: En introduktion till Acceptance and Commitment Therapy, Russ Harris, 2020
- Supernormal – The Secret World of the Family Hero, Meg Jay, 2019
- I befintligt skick: Att ta sig själv på allvar, Katja Lindert Bergsten/Kristoffer Pettersson, 2018
- Kroppen håller räkningen: hjärna, sinne och kropp vid läkning efter psykiskt trauma, Bessel van der Kolk, 2015
- An anthropologist on Mars, Oliver Sacks, 2012
- Love's executioner, Irvin D. Yalom, 2012
- Autismspektrum – Handbok för föräldrar och professionella, Lorna Wing, 2012
- Den tänkande kroppen: studier i det hysteriska symptomet, Iréne Matthis, 2010
- Konflikter, missförstånd, ensamhet – Återspeglings av Aspergers syndrom hos vuxna, Karin Stadler, 2008/2019 e-bok
- Diagnosens makt – om kunskap, pengar och lidande, Karin Johannisson/Sigmund Soback/Eva Kärfve m.fl., 2006

Övrig organspecifik medicinsk litteratur:

C1, C2, C3 + StC1, StC2, StC3

Bred allmänmedicinsk litteratur

– böcker om allmänmedicin

- A Fortunate Man, John Berger, 1967
- A Fortunate Woman, Polly Morland, 2022
- Distriktsläkaren, Bengt Järhult, 2022
- Tid för tillit och trygghet, Bodil Jönsson/Åke Åkesson, 2020
- How Not to Be a Doctor, John Launer, 2019
- Den skamlösa nyfikenheten, Astrid Seeberger, 2019
- The Human Kind, Peter Dorward, 2018
- Family Medicine, The Classic Papers, Michael Kidd/Iona Heath/Amanda Howe, 2017
- Doktor utan skyddsnät, Per Malm, 2017
- Mina patientfall eller berättelser från en sjukstuga, Per Malm, 2016
- Kunskap och läkekonst: Tankar om allmänmedicin, Christer Petersson, 2014
- Being a GP in the Nordic countries, C Tuilinius/A Hibble/P Stensland/CE Rudebeck, 2013
- Kropp och ord i en allmänläkares rum, Carl Edvard Rudebeck, 2012
- Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga, Christer Petersson, 2009
- Hur skapar vården ohälsa? Red: John Brodersen/Birgitta Hovelius/Lotte Hvas, 2009
- Matters of Life and Death, Iona Heath, 2008

- Den goda beröringen: om kropp, hälsa, vård och litteratur, Merete Mazzarella, 2005
- Common diseases, John Fry, 1983
- Kan doktorn komma, Einar Wallquist, 1935 (info: finns på bibliotek)
- Boken om San Michele, Axel Munthe, 1930

Patografier – upplevelser av egen eller anhörigs sjukdom

- Sjuk doktor, Jonatan Wistrand red, 2024
- Our malady – Lessons in Liberty From a Hospital Diary/Frihet och solidaritet – Om hälsa som en mänsklig rättighet, Timothy Snyder, 2020
- Konsten att fejka arabiska – en berättelse om autism, Lina Liman, 2017
- I kroppen min – resan mot livets slut och alltings början, Kristian Gidlund, 2012
- Ro utan åror, Ulla-Carin Lindqvist, 2011
- En riktig människa, Gunilla Gerland, 2010
- Fjärilen i min hjärna, Anders Paulrud, 2008
- A life decoded. My genome: my life, J. Craig Venter, 2008
- En annorlunda barndom – En kvinnas berättelse om sin autistiska uppväxt, Iris Johansson, 2007
- Thinking in pictures – and other reports from my life with autism, Temple Grandin, 2006
- Den utmätta tiden, Peter Noll, 2005
- Cell C2, Krystian Kawalec, 2001
- Ett ben att stå på, Oliver Sachs, 1996
- Hem från festen, Merete Mazzarella, 1992

Medicinsk humaniora/narrativ medicin

- Horisonten finns alltid kvar-om det bortglömda omdömet, Jonna Bornemark, 2020
- Homo Patologicus- Medicinska diagnoser i vår tid, Fredrik Svenaeus, 2013
- Tänka snabbt och långsamt, Daniel Kahneman, 2011
- Den gåtfulla hälsan, Hans-Georg Gadamer, 2011 med efterord av F Svenaeus
- Litterära besvär, Katarina Bernhardsson, 2010
- Melankoliska rum, Karin Johannisson, 2009
- Hälsans mysterium, Aaron Antonovsky, 2005
- Tecknen – läkaren och konsten att läsa kroppar, Karin Johannisson, 2004
- Sjukdom som mening, Fredrik Svenaeus, 2000
- Narrative based medicine, Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz, 1998
- Sjukdom som metafor, Susan Sontag, 1981
- Intuition, Hans Larsson med förord av Ingela Josefson, 1892 (1997)

Skönlitteratur med stor allmänmänsklig och allmänmedicinsk behållning

- Nästa!, Nina Lykke, 2019
- Morfin & andra noveller, Michael Bulgakov, 2018

- Torka inga tårar utan handskar, Jonas Gardell, 2012
- Spot of bother, Mark Haddon, 2010
- En dåre fri, Beata Grimsrud, 2010
- Lördag, Ian McEwan, 2005
- Agaat, Marlene van Niekerk, 2004
- Den besynnerliga händelsen med hunden om natten, Mark Haddon, 2003
- Kärlek Vänskap Hat, Alice Munroe, 2001
- Blindheten, José Saramago, 1995
- Babels hus, PC Jersild, 1978
- Ivan Iljits död, Leo Tolstoj, 1974
- Klockorna i Bicetre, Georges Simenon, 1963
- Bergtagen, Thomas Mann, 1924
- En läkare på landet, Franz Kafka, 1917 (novell ur samlingen En svältkonstnär)
- Doktor Glas, Hjalmar Söderberg, 1905

Skönlitteratur med etiska dilemman

- Pesten, Albert Camus, 1947 (2021 nyöversättning)
- Domaren, Ian McEwan, 2015
- Jag vill inte tjäna, Ola Larsmo, 2009
- I skuggan av ett brott, Helena Henschen, 2005
- Never let me go, Kazuo Ishiguro, 2005
- Högläsaren, Bernhard Schlink, 1998

Podcasts

- Best Science Medicine Podcast – BS Without the BS
- Deep Breath In – The BMJ
- Hälso- och sjukvårdspodden – En podcast om livet, hälsan och politiken
- På djupet – en podd från Socialstyrelsen
- SFAMpen
- The Curbsiders Internal Medicine Podcast
- Samtal om samtal
- Primary care update
- This podcast will kill you
- Primary care knowledge boost
- NEJM – This week

Skicka ett mejl till
litteraturtips@sfam.se
 med era förslag och
 synpunkter på listan.

Alla mejl som inkommer under
 året kommer plockas fram och
 tas i beaktande inför den årliga
 revideringen av listan.



Att definiera hälsa • Henrik Lerner • Förlag: Studentlitteratur AB
Utgiven: 2025-01-21 • Språk: Svenska • Antal sidor: 99 • ISBN: 9789144174143



Att definiera hälsa

Lerners välskrivna bok riktar sig främst till de som behöver en ingång i fältet hälsa och dess definitioner. Att stöta på den i litteraturlistan på en A-kurs i ämnet skulle förvåna få. Bokens tydlighet och pedagogik gör det lätt att greppa vad Lerner menar. Den har både övningsuppgifter och dialogrutor om centrala personer i utvecklingen av hälsobegreppet. Jag uppfattar boken som nyttig för en ny student inom fältet. För en person som arbetar inom vården och ibland tänker på dessa frågor väcker den också en hel del tankar om hälsodefinitioner i stort. Min kortfattade recension utgår således mycket från den kontext jag verkar i, som en ST-läkare i allmänmedicin på en medelstor vårdcentral.

Lerner inleder boken med ett utförligt kapitel om definitionslära och disponerar den sedan enligt rubrikerna *Hälsa som välbefinnande*, *Hälsa som balans*, *Hälsa som normalitet* och *Hälsa som förmåga*, innan han avslutar med ett kapitel om *Hälsobegreppet i naturen*. Efter denna läsning uppkommer den centrala tanken – vad har begreppet hälsa för roll i dagens hälso- och sjukvård? Genom historien har det omvandlats och nydefinierats, stötts och blötts och man har idag inte kommit överens om någon rimlig gemensam definition. Flertalet sätt att se på hälsa existerar parallellt och en tydlig distinktion är svår att nå – hur sker interaktionen med begreppet välbefinnande ut? Och är det ens möjligt att fastställa? Det finns inget annat än mänsklig diskurs och tänkande som avgränsar dessa begrepp.

Hälsobegreppet är också idag mycket omfattande inom vissa definitioner. Ett exempel är hälsa som holistisk balans – där Lerner beskriver att hälsa uppkommer när personens mål, förmågor och omgivningens förutsättningar är i balans. Hälsa som förmåga tangerar även denna beskrivning. Innebär det då att en chef inom finanssektorn som inte uppnår de mål som hen satt inte har god hälsa? Innebär det att jag som inte lyckas läsa så ofta som jag skulle vilja på grund av andra åtaganden i livet inte har god hälsa? Detta är dessutom något som vården skulle få väldigt svårt att hjälpa individen med och något jag önskar boken hade tagit upp i något av de summariska styckena med historiskt framförd kritik.

Söker man i Svenska Akademiens ordlista definieras hälsa som ”gott kroppsligt och själsligt tillstånd” och man kan undra om vården verkligen skulle ha nytta av att man arbetade fram en bättre definition, förutom då kanske att utmana den underliggande dualismen i denna definition. I det svenska språket kanske mående, sjukdom och funktion är bättre begrepp att använda för att tala

om kroppen? Mående som den subjektiva upplevelsen, sjukdomen som de yttre objektiva observationerna och funktionen som påverkan på förmåga att möta de krav livet ställer. Meningsfullhet, värde och nytta är troligen andra viktiga begrepp inom vården.

De bredare definitionerna av hälsa leder in på den aspekten att *hälso-* och *sjukvården* som samhällelig institution, i olika art och grad, kan förväntas hantera alla delar av personens ”*hälsa*” (orden har betydelse!). Relationsproblem som påverkar den ”sociala hälsan”, livsåskådnings- eller livsriktningstvivel som påverkar den ”existentiella hälsan” eller ekonomiska problem med påverkan på, vad som ibland i samhället beskrivs i termer av ”finansiell hälsa”, kan riskera att landa på vårdens bord att hantera utan vare sig resurser eller generell kompetens för detta. Detta utesluter såklart dock inte att dessa aspekter kan påverka hälsan, bara för att de i sig kanske inte nödvändigtvis ska klassificeras som en del av den.

Lerner har aktivt valt att inte skriva något om den negativa hälsodefinitionen, alltså frånvaro av sjukdom, vilket jag gärna hade läst mer om. Det finns tilltalande aspekter av denna definition och i en kontext av patientmötet i vården tycker jag Gadamers idé, om att man inte märker av hälsan, förutom kanske kort efter en period av sjukdom, pekar på ett ganska realistiskt sätt att se på begreppet. Livet upptas av andra bestyr och det är först när problem med hälsan uppkommer som den blir relevant. Att använda en positiv definition av hälsa riskerar dessutom att medikalisera livet när detta inte är till nytta och inkräkta på människans övriga livssfär. Med det sagt bör vi såklart, med sunt förnuft, använda det vi vet om orsaksfaktorer till sjukdom och ohälsa samt arbeta hälsofrämjande. Ett negativt hälsobegrepp kanske eller kanske inte är framtiden, men att lyfta diskussionen om hur brett (eller smalt) hälsobegreppet bör vara och när det är meningsfullt att använda det hade varit önskvärt. En metadiskussion om risker, nytta och värde av att definiera hälsa och på vilket sätt hade varit något som satt en guldkant på denna annars lättlästa, pedagogiska och tydliga lärobok.

Björn Käll
ST-läkare, Vårdcentralen Åsa
b.kall@hotmail.com





Att möta autister i vården – en guide för neurotypiker • Maria Bühler
Förlag: Natur Kultur • Utgiven: 2024-03-04 • Språk: Svenska
Antal sidor: 196 • ISBN: 9789127463011



Att möta autister i vården

- en guide för neurotypiker

Så här presenteras boken på omslagets baksida: ”Många med autism beskriver att möten med vården går snett – det vill den här boken ändra på ...

Boken riktar sig till dig som är neurotypiker, det vill säga inte har en autismsdiagnos, och arbetar inom hälso- och sjukvård ...”

Författaren är legitimerad psykolog och specialist i klinisk psykologi/neuropsykologi. Boken innehåller 186 sidor inklusive bilagor, därefter 6 sidor referenser och 4 sidor register.

Efter en inledning kommer tre huvuddelar:

Del 1 Ur autisters perspektiv.

Del 2 Anpassningar vid besök inom vården.

Del 3 Anpassningar i specifika vårdsituationer.

Boken innehåller en del bilder som förtydligar texten. Olika färg på texten visar vem som talar.

Jag ville läsa boken av intresse för ämnet autism och lära mig mer om det. Och jag fick verkligen påfyllning av mina kunskaper. Förekomsten av autism är 1,5% av hela befolkningen. Andelen är högre hos personer som söker vård, särskilt psykiatrisk sådan.

Boken inleds med definition och förtydligande av diagnosen autism. Sedan följer en palett av beskrivningar av hur autister själva upplever olika situationer i vården. Det ger en levande bild som är lätt att ta till sig. Jag får lust att hjälpa till.

Anpassningar vid besök inom vården presenteras i form av ett antal exempel:

- Skapa tydlighet och förutsägbarhet!
- Tydliggörande pedagogik är viktig.
- Skriv i punktform vad som ska hända, använd bilder och tidshjälpmiddel.
- Ha gärna en timer som tickar ned och gör tydligt hur mycket tid det är kvar på besöket.
- Samtalstekniken skiljer sig från det sedvanliga, här ska man ställa slutna frågor.

Många olika situationer beskrivs och man får detaljerade råd. Läsaren omedels reflekterar över vad som finns att göra på sin egen arbetsplats för att underlätta för autister. Alla våra mottagningar inom primärvården kan förbättra sitt arbetssätt gentemot autister, det ser jag tydligt. Därför rekommenderar jag boken till mina kollegor.

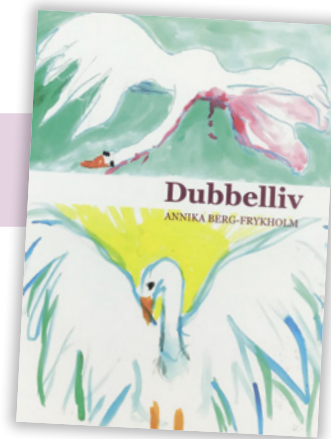


Gunilla Byström

Pensionerad allmänläkare, verksam som kompetensvärderare för examen och Mitt-i-ST
gunilla.bystrom@planningtools.se



Dubbelliv • Annika Berg-Frykholm • Förlag: Bokförlaget Bergsäker • Utgiven: 2024-08-15
Språk: Svenska • Antal sidor: 189 • ISBN: 9789153109730



Dubbelliv

Patografi eller självbiografisk sjukdomsskildring. Det finns många, det finns till och med medicinska avhandlingar om ämnet. Som all annan litteratur kan de variera i kvalitet.

Annika Berg-Frykholms skildring av sitt liv med HAE (Hereditärt Angioödem) tillhör de som är bra, ja till och med bitvis mycket bra. Författaren skildrar sitt liv från barndom till nutid, med nedslag i både sjukdom och vilt festande (därav titeln). Sjukdomen debuterade i tonåren och har varierat i intensitet och frekvens, men aldrig egentligen upphört. Nu finns också effektivare behandling av HAE och dåtidens handfallenhet inför en sällsynt sjukdom, som inte svarade på standardbehandling vid andningsbesvär eller magsmärta, är historia. Likväl innehåller skildringen många intressanta aspekter. Berättelsen är ju inte bara sjukdomen i sig utan också omgivningen i form av anhöriga, vänner, arbetskamrater och inte minst intressant – kontakterna med sjukvården.

Vi får i korta avsnitt, från varje dekad sedan debuten på 1960-talet, inblick i destruktiva men också stöttande relationer, såväl inom som utom familjen, varvat med utsattheten i skola, på arbetsplatser och i sjukvården. Bland annat en fascinerande scen från ett nedläggningsfärdigt sjukhus i Italien, men också

hur ett patientcentrerat bemötande i sig kan vara lugnande och ibland läkande. Från kliniken och ibland från egen erfarenhet vet vi att sjukdom kan upplevas och hanteras mycket olika, egentligen oaktat vad det är för symtom eller sjukdom. Det upplevda stigma får mig ibland att se paralleller till Björn Ranelids beskrivningar av sin läpp och den utsatthet han upplevde.

I livshistorien finns också några korta avsnitt om förklarande och ibland läkande möten med litteratur, konst och musik. Parallellt finns också det välbekanta med att söka lindring i alternativmedicinen (i vid mening), oftast fruktlösa möten.

Det är en klart läsvärd patografi, lämplig för de flesta inom vården.



Anders Beckman
Allmänläkare, docent i allmänmedicin,
Region Skåne, Lunds Universitet
anders.beckman@med.lu.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



Konsten att gå till doktorn och gå därifrån med dina frågor besvarade

Rita Fernholm • Förlag: Natur Kultur Läromedel och Akademi

Utgiven: 2025-02-24 • Språk: Svenska • Antal sidor: 269 • ISBN: 9789127468030



Allmänläkares vägledning för den som söker vård

Rita Fernholm, allmänläkare i Stockholm, har skrivit boken *Konsten att gå till doktorn* för patienter om hur de ska förhålla sig vid ett läkarbesök för att få svar på sina frågor. Hon är onekligen väl skickad för uppgiften sedan hon la fram en doktorsavhandling om den diagnostiska processen, för vilken hon fick pris för årets avhandling av SFAM:s forskningsråd 2020.

Boken består av ett femtiotal korta kapitel där de första hundra sidorna omfattar grunderna för ett vanligt läkarbesök. Till exempel "Var ska jag söka vård när jag har ont". Alla kapitel är skrivna på ett lättfattligt språk utan att underskatta patienternas kognitiva förmågor. Råden är praktiska och konkreta och riktar sig till patientens förmåga att reflektera kring sina symtom. Hon förmedlar hur allmänläkare (och andra läkare) vanligtvis tänker i den diagnostiska processen.

Som exempel har hon en familj och dess medlemmars sjuklighet som inleder många kapitel där symtom leder till kontakter med vården. Det fungerar utmärkt för även den oinvigde läsarens förståelse, tror jag.

Tidigt i framställningen fastslår hon att patienten måste förstå att efterfrågan på sjukvård är större än tillgången och att någon form av sortering måste ske. Hon återkommer till att de med störst medicinskt behov går i första hand. Hon vill inte ge intryck av att alla kan få den hjälp de önskar, en synpunkt vi som verksamma läkare kan vara tacksamma för.

Patientens perspektiv är dock dominerande. Hon skriver att vårdpersonalen ska lyssna när patienten berättar om sina besvär. Det vet naturligtvis varje allmänläkare även om det inte alltid sker.

Ett kapitel handlar om hur välutbildad läkaren är. Mycket tydligt beskriver hon läkarutbildningen följt av AT/BT och senare ST, handledningen under utbildningen och särskilt bredden i allmänläkarnas specialistutbildning. På tre sidor får den läsande patienten en god bild av läkares kompetensnivå, något många saknar.

Ett längre kapitel handlar om vanliga symtom i primärvård-

den. Det är liksom mycket annat välskrivet och till stora delar invändningsfritt.

Nätläkeri är Rita Fernholm kritisk till. Hon försöker få patienten att förstå hur ekonomiska resurser och kontinuitet missriktas gentemot medicinska prioriteringar. Hon skickar en uppmaning till patienter att reflektera över begränsningar hos ett läkarbesök via mobiltelefon eller dator.

Referenserna är ovanligt få för att vara en medicinsk bok. Hon har förstås avsikten att de ska kunna läsas och förstås även av medicinskt icke-utbildade men samtidigt kunna användas för reflektion. Böcker av Jonna Bornemark, Anders Hansen, Åsa Wikforss och Daniel Kahnemann kan fylla en sådan funktion.

Som helhet är boken ett pedagogiskt aktstycke. Konsekvent i språk och hållning.

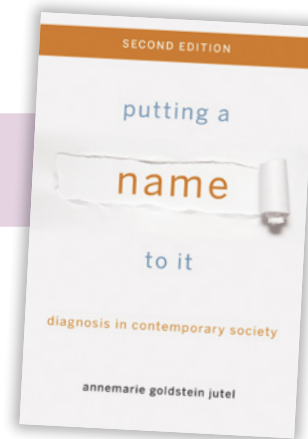
Vad jag kan sakna i boken är en ifrågasättande eller oppositionell syn på svensk sjukvård. Visserligen finns kritiken mot nätläkeri men annars tycks det som om svensk sjukvård är så bra ordnad som den kan vara. Det som saknas är ett temperament som korresponderar med många allmänläkares frustration över arbetsförhållandena.

Efter avslutad läsning väcks också frågan om särskilt många patienter kommer att läsa dessa 250 sidor. Som "uppslagsbok" kan den fungera på ett bra sätt. Kanske är det mer en bok för allmänläkare för att vi ska förstå patientens position, perspektiv och ibland uppgivenhet inför möjligheten att få hjälp.

Björn Landström
Allmänläkare, Tidans vårdcentral
bjornlandstrom@gmail.com



Putting a name to it: diagnosis in contemporary society • Annemarie Goldstein Jutel
Förlag: Johns Hopkins University Press • Utgiven: 2024-07-02
Språk: Engelska • Antal sidor: 216 • ISBN: 9781421448923 (e-bok 9781421448930)



Putting a Name to It:

Diagnosis in Contemporary Society

”What’s in a name?” säger Julia på balkongen i Shakespeares *Romeo och Julia*, syftande till att personen bakom namnet, liksom rosens doft, kommer alltid att vara detsamma, vad vi än kallar det.

Hur är det med den namngivning (=diagnossättning) vi har i kliniken – avspeglar den det vi möter, hur påverkat är det av omgivningen, har det en annan mening än vad vi lärt oss?

Det finns flera betraktelser kring sjukdom och diagnos, inte minst flera böcker av Karin Johannisson. En kort essä belyser speciellt diagnosens roll [1].

Men det finns längre betraktelser, till exempel *Den diagnostiserade människan* [2] för att inte tala om böckerna som beskriver när vi INTE kan ställa diagnos [3, 4].

Nu har andra, uppdaterade utgåvan av Annemarie Goldstein Jutels genomgång av diagnosernas sociologi getts ut (jag har inte läst den första). Den tillför en vidare och djupare analys kring uppkomsten av diagnoser och deras betydelse för hälsa, ohälsa (illness) och sjukdom (disease).

Även om en diagnos på ytan är en förgivettagen överenskommelse om sjukdom, ska en inte tro att den alltid är sprungen ur en objektiv empiri. Diagnosen har olika betydelse för patient, anhöriga, läkare, samhälle, arbetsgivare, försäkringskassa och läkemedelsindustrin. Den kan både vara en hjälp och ett stjälp, ett namn för att etablera hierarkier och ett namn för en väg in eller ut ur samhället och dess resurser. På ett plan kan det vara en karta över framtiden – dyster eller optimistisk – och i hög grad påverka beteende och attityder.

I boken får vi alla dessa aspekter och flera därtill på ett fängslande vis. Inledningsvis förtydligar hon hur diagnosen är en social konstruktion. Så är ju till exempel diagnosen dyslexi avhängig av ett skriftspråk, saknas skriftspråk saknas utrymme för diagnosen. Diagnoser är ju en kulturell överenskommelse om vad som är ”normalt” och vad som ”kräver” behandling – tänk homosexualitet som tidigare varit en sjukdom.

Första kapitlet är en genomgång av betydelsen av taxonomier och diagnosmanualernas uppkomst och utveckling – ICD, DSM. Dessa är ju delvis opportunistiska i så måtto att de avspeglar taxonomins betraktningssvinkel – symtom, organ, behandling – men förutsätter ju också en synlighet eller igenkännande. Vidare är ju diagnosen delvis ett resultat av en social process på en övergripande nivå (överenskommelse om kriterier

till exempel), men är på kliniken en individuell variation i symtom och tecken som ska tolkas till förenklingen i diagnosen.

Klassifikationen är dynamisk och avspeglar dels nya upptäckter inom medicinen, dels förändringar i omgivande samhälle. Det kan ju få konsekvenser för den enskilde patienten i form av tillgänglig behandling eller erkännande från välfärdssystemets regelverk för ersättning.

Därefter kommer i boken mer djuplodande och belysande texter om specifika tillstånd; övervikt, neonatal död, covid-19 med mera och deras sociala kontext. Hon räds inte heller att belysa patient-läkarrelation eller lekmannadiagnoser. Dessutom finns det längre avsnitt om medicinskt oförklarade symtom och diagnostisk osäkerhet, medikalisering per se och kommodifiering av diagnoser.

Det här är en synnerligen intressant och tankeväckande bok med ett flertal aha-upplevelser, inte minst nu när utmattningssyndrom ska försvinna som diagnos. Jag rekommenderar den starkt till alla som vill lyfta blicken från diagnosmanualen, ACG och allt annat som ska registreras. Den kan vara lite tung att sträckläsa men ett kapitel i taget ger en mångfald av tankar att ta med sig.



Anders Beckman

Allmänläkare, docent i allmänmedicin,
Region Skåne, Lunds Universitet
anders.beckman@med.lu.se

Referenser

1. Karin Johannisson, 2014: *Diagnosen: Sjukdom och namngivning*. Volante förlag. ISBN 9789187419522.
2. Svend Brinkmann (red), 2014: *Den diagnostiserade människan*. Studentlitteratur. ISBN 9789144089744.
3. Jörgen Malmquist, 2016: *Diagnoser som diskuteras*. Krilon förlag. ISBN 9789185421268.
4. Christopher Burton (red), 2014: *ABC för medicinskt oförklarade symtom*. Studentlitteratur.

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande

Emil Péclard
emil.peclard@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Andreas Stomby
andreas.stomby@sfam.se

Skattmästare

Panteha Hatefi
panteha.hatefi@sfam.se

Facklig sekreterare

Anders Lundqvist
anders.lundqvist@sfam.se

Övriga ledamöter

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Jenny Berggren

jenny.berggren@sfam.se

Linda Sandberg

linda.sandberg@sfam.se

Åke Åkesson

ake.akesson@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Nikolaos Georgiannos
nikos.georgiannos@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Margareta Troein
margareta.troein@med.lu.se

Kvalitets- och

patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Fredrik Berntsson Semb
fredrik.semb@regiondalarna.se

SFAM:s torsdagsmöten

Anna Flood
info@sfamstorsdagsmoten.se

ST-rådet

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@regiondalarna.se

GOTLAND

Kajsa Persson
kajsa.persson@gotland.se

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Rydén
lisa.ryden@telia.com

HALLAND

Michael Lovric
michael.lovric@regionhalland.se

JÄMTLAND

John Dunberg
john.dunberg@regionjh.se

JÖNKÖPING

Karolin Planting
karolin.planting@rjl.se

KRONOBERG

Brendan Brouwer
brenbrou@hotmail.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

MELLANSKÅNE

Cecilia Terning
cecilia.terning@skane.se

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*

NORRBOTTEN

Tim Stenberg
tim.stenberg@norrboten.se

SKARABORG

Klas Fellbrant
klas.fellbrant@gmail.com

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@regionstockholm.se

STOR-GÖTEBORG

Niklas Lehtipalo
niklaslehtipalo@yahoo.se

SYDOSTSKÅNE*

SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund
clary.hagglund@skane.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.t.eriksson@gmail.com

SÖDRA ÄLVSBERG

Luisa Ocampo Molano
luisa.ocampo.molano@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

Ansvarig utgivare

Ingrid Eckerman
ingrid.eckerman@gmail.com

Layout

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

Annonser

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

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

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

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Kalendarium



2025

Maj
Svensk Allmänmedicinsk
Kongress 2025
7-9.5, Stockholm

FSUM-konferens 2025
7-9.5, Uppsala

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

September/oktober
WONCA World Conference
17-21.9, Lisabon, Portugal

SFAM:s ST-dagar 2025
17-19.9, Göteborg

Konferens Glesbygdsmicin
29.9-1.10, Västernorrland

2026

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

Utgivningsplan för 2025

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
3	11.8	1.9	6.10	Hud/Funktionella besvär
4	13.10	3.11	8.12	Levnadsvanor/Nära vård

SFAM:s kansli

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

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

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

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Följ SFAM på



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

Publicering

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

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

Följ debatten på Ordbyte!

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

Bli medlem:

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

Avsluta medlemskap:

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

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