

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER I 2026 ÅRGÅNG 47



Riktlinjer • Luftvägsinfektioner

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Kunskapsstöd är verktyg och inte mallar**
Panteha Hatefi
- 3 **Ljus och mörker**
Jens Halldin
- 4 **Vården behöver lyfta blicken och se det större perspektivet**
Klas Ly Hagert
- 6 **Evidensen för livsstilsinterventioner finns i de nationella riktlinjerna**
Lars Jerdén, Lena Lönnberg, Malin Skogström och Lars Weinehall
- 9 **Viktigt att kritik av evidens för Riktade hälsosamtal har saklig grund**
Lars Jerdén, Mats Börjesson, Yvonne Forsell och Margareta Kristenson
- 13 **Debatten om levnadsvanorna – dags att förstå poängen?**
Amanda Niklasson, Marcell Balin och Oskar Lindfors
- 17 **Akut bronkit**
Jon Pallon
- 19 **Nässprej med koksalt kortar sjuktid och minskar antibiotikaanvändningen**
Karin Rystedt
- 21 **Hur skyddar vi våra mest sårbara från SÄBO-relaterade infektioner och överanvändning av antibiotika?**
Anna Moberg
- 24 **Antibiotikaförskrivning i primärvården**
Olof Cranberg
- 27 **Till frågan om riktlinjer**
Staffan Svensson
- 29 **Referat: Njursviktsmöte på AstraZeneca**
Bernd Sengpiel och Staffan Svensson
- 33 **Information – en avgörande faktor för hälsa?**
Viveca Gyberg
- 34 **Beror graden av uppnådd blodtrycks kontroll på vårdens struktur? En jämförelse av hypertoni patienter mellan två skånska vårdcentraler**
Filip Siljehult, Peter M. Nilsson och Miriam Pikkemaat
- 39 **Litiumorotat, ett möjligt genombrott för behandling av Alzheimers sjukdom?**
Sven Hagnerud
- 41 **Refluxverifierad laryngospasm med frekvensminskning efter Toupet-fundoplikation – pH-mätning som nyckel till rätt kirurgisk behandling**
Jakob Dalimi och Bahir Hadi
- 44 **Årets handledare i allmänmedicin i region Västerbotten**
- 44 **Årets handledare inom allmänmedicin i Västmanland**
- 45 **Årets allmänläkare Väst**
- 46 **Varför lyckas vi inte med kontinuitet i primärvården i Sverige? intervju med Fanny Nilsson**
Charlotta Busch
- 50 **En nödvändig medicin II – Samverkotril®**
Carl Wikberg
- 52 **Om att inte ta ett prov**
Staffan Svensson
- 55 **Medicinsk solidaritet – intervju med Märit Hallmin**
Lars Englund
- 58 **Multifrisk**
Margareta Troein
- 59 **Vård i Verkligheten – en essä om begrepp, visioner och den där platsen där allt faktiskt händer**
Carl Wikberg
- 61 **En projektidé om mätning av jäv**
Staffan Svensson, Karin Mossberg, Minna Johansson och Hålfédán Pétursson
- 62 **En bok alla som möter äldre bör läsa**
Lena Åström
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema: Luftvägsinfektioner ■ Tema: Riktlinjer
■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Utbildning & Fortbildning ■ Recensioner



Omslagsbild AllmänMedicin nr 1-2026

Förkylningar utgör en betydande del av allmänläkarens vardag. Patienter som söker vård är oroade eller besvärade. Det är tacksamt att sätta in medicin, men läkning påverkas sällan av medicinering. Problemet för oss blir att låta bli medicinering och att urskilja de få som verkligen har nytta av en antibiotikakur. För att avstå behövs kunskap och erfarenhet. Det är hos oss kunskap om förkylningar finns. Och tack Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens)!



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

Kunskapsstöd är verktyg och inte mallar

Ofta när vi säger riktlinjer pratar vi om olika typer av kunskapsstöd och vårdprogram. Produkter som omvandlat tillgänglig evidens till praktiska rekommendationer för de som sköter den faktiska vården av patienter. Detta är ju önskvärt då det annars vore ohanterligt för oss alla att sätta oss in i de tusentals forskningsstudier som täcker vårt område, värdera deras kliniska relevans och väga dem mot varandra. Problemet för oss är ofta tolkningen av dessa och hur de ska omsättas i praktiken utifrån en allmänmedicinsk vardag och perspektiv samt brist på prioriteringar mellan patientgrupper och mellan åtgärder. Det är därför viktigt att se kunskapsstöden som ett av många verktyg för att nå målet om en patientsäker och kvalitativ vård.

Vi vill alla ha en kunskapsbaserad vård av god kvalitet, men tänker man närmare på vad vi menar med kunskap och kvalitet inser man att riktlinjer inte kan vara garanten för det, utan bara en pusselbit. Att ge god vård handlar om mer än evidensbaserad kunskap. För att fatta medicinska beslut behöver vi också ha djupare kunskap om den enskilda individen, både kliniskt och om situationen samt vad personen värdesätter i sitt liv. Läkarlegitimationen är det körkort vi behöver för att på ett optimalt sätt använda kunskapsstödsverktyget. Men som komplement till förarkunskap behövs kännedom om terräng, väder och perspektiv – bilen behöver manövreras utifrån en kontext. Den som kör bilen rattar och bestämmer hastighet, väljer balansen mellan gas och broms och vilka funktionaliteter i bilen som behövs för tillfället. Det är föraren som styr bilen utifrån erfarenhet och vad som är rätt för tillfället.



Inga algoritmer kan fånga vad det är att vara människa och vår självförståelse.

Det är sällan någon som uttrycker att det är bilen som bestämmer och styr, så varför upplever många att det är så med våra kunskapsstöd? Vi har fri användarrätt av dessa stöd, precis som med bilen kan vi välja bort dessa om vi bedömer att det finns klokare sätt att nå målen. De är inga kokböcker som ska följas, utan ett stöd att tillgängliggöra senaste kända kunskap och de ska användas med förnuftiga och kritiska ögon. Legitimiteten kommer från användarna, där tillit och tillämpbarhet är centrala delar. Är det ingen som använder dem blir innehållet inte implementerat, kunskapsstöden blir vårdens bihang.



De är inga kokböcker som ska följas, utan ett stöd att tillgängliggöra senaste kända kunskap och de ska användas med förnuftiga och kritiska ögon.

Styrning och organisation baseras alltför ofta på oförnuft och känsla. Vi vet de facto att det saknas samhällsekonomiska resurser och sjukvårdsprioriteringar att genomföra rekommendationerna. De idealiska måttstock som föreslås förutsätter att sjukvården i grunden är organiserad på ett optimalt sätt för att vara realiserbara. De kan inte ensamma öka kvalitén i vården och utan prioriteringar blir den orättvist distribuerat. Även om vi gjorde allt som står i våra kunskapsstöd, kommer det garanterat snart komma nya förväntningar att göra mera. Innehållet är dagsfärskt och föränderligt, det som var viktigt idag kan vara obsolet imorgon. De behöver precis som med bilen användas omdömesfullt, utifrån tillgängliga resurser och varje enskild patients förutsättningar, önskingar och behov. Minst lika viktiga verktyg är förtroendefulla relationer med kontinuitet samt kloka och etiska prioriteringar.

Kvalitet handlar inte bara om vad som förmedlas men också hur, trygghet och tillit till sjukvården är minst lika viktiga. Att vården finns där när man behöver den och att det finns tid att prata, bli lyssnad på. Att man får bygga relationer över tid som fylls med existentiellt innehåll. Inga algoritmer kan fånga vad det är att vara människa och vår självförståelse.

För 2026 önskar jag ett mer utvidgat professionellt kurage att stå emot föreställningen om evidensstyrning och att vi genom handling värnar vår professionella integritet. Den allmänmedicinska kompetensen med dess helhetssyn och allsidighet är sjukvårdens superkraft att vara stolt över och känna trygghet i. Osäkerhet kommer vara vår ständige följeslagare och bemöts bäst med ödmjukhet. Låt oss lämna tanken om den riktlinjestyrda vården till förmån för en mer förnuftig vård.



Panteha Hatefi
Styrelseledamot SFAM
panteha.hatefi@sfam.se

Ljus och mörker

När jag skriver detta har Vita huset precis lagt upp en AI-bild på Donald Trump som är på promenad med en pingvin på Grönland. Årets första veckor har inte direkt gjort att den dystopiska känsla samtidigt kan ge, när man ser sig om i världen, har bleknat. Samtidigt nås jag av rapporter [1] om att Fanny Nilsson talat på ett möte i Växjö, arrangerat av Liberalerna och läkarföreningarna i länet, till vilket det kom 200 personer till en lokal med sittplatser för 130. Bland de som kom var det både många från sjukvården och många politiker. Politiker som fick höra att istället för att ägna tid och kraft åt snömos, som *God och Nära vård*, på riktigt borde satsa på primärvården.

Givetvis ska man passa sig för att jämföra äpplen och päron. Men samtidigt får man inte glömma bort att det sker bra saker, även om samtidigt ibland kan kännas mörk.

I det här numret har vi en intervju med Fanny Nilsson där hon bland annat lyfter den viktiga frågan om vi allmänläkare är beredda på att ta det ansvar som krävs, vid en riktig satsning på primärvården. Vi har också en intervju med Märith Halmin om det viktiga jobb hon har gjort som läkare i Gaza.

Sedan jag författade min förra chefredaktörstext har det skett 130 attacker mot sjukvården som krävt nästan 250 liv [2]. Under den senaste perioden är det framför allt i Ukraina detta skett, följt av Syrien och Palestina.

Numrets teman är luftvägsinfektioner och riktlinjer. Riktlinjer står också i fokus på debattsidorna. Den kritik av

Levnadsvanearbetet och *Riktade hälsosamtal* som var med i förra numrets tema ifrågasätts och vi hann även få med en replik på detta. Vägen framåt är att vi fortsätter debattera och diskutera och AllmänMedicins debattsidor står fortsatt öppna.

I år hålls ingen svensk allmänmedicinsk kongress eftersom den nordiska kongressen (NGGP) hålls i maj i Jönköping. I samband med detta hålls också SFAM:s fullmäktigemöte. Jag hoppas vi alla ses i Jönköping.

Nästa nummer har deadline 16 mars och temana är Barnmedicin och Allmänläkaren & samhället. Alla bidrag är välkomna, både om man vill skriva om något av temana eller om något annat.



Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referenser:

1. <https://www.smp.se/debatt/baro-sex-procent-i-kronoberg-har-en-egen-lakare/>
2. <https://extranet.who.int/ssa>

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2026

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

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

Tid: tisdagen den 26 maj kl 13.00-15.00

Plats: Elmia, Elmiavägen 11, 554 54 Jönköping

Digitalt deltagande: kommer att erbjudas via länk.

Anmälan senast 19 maj via länk nedan

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

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

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

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

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

Välkommen! Andreas Stomby – SFAM:s ordförande



Vården behöver lyfta blicken och se det större perspektivet

O mständigheterna kring barn och ungdomars uppväxt har förändrats markant över kort tid. Vi vuxna tycks mer angelägna om att förbereda vägen för barnen snarare än barnen för vägen. Denna omvända KBT där vuxna insisterar på att allt obehagligt helst undanhålls barnen. Varför behöver det ta 20 min att få en 3-åring på vägen på BVC? Vi är ytterst angelägna om våra barns fysiska säkerhet parallellt med att vi tycks likgiltiga kring vad som sker framför skärmen. Vi är obekväma med att överföra värderingar. Vi saknar trygghet i att vissa värderingar är bättre än andra. När vuxna tappar självförtroendet i sitt ledarskap kommer ungdomar att finna vägledning på annat håll. Tiktok och övriga sociala medier är inget bra substitut. Kan vi då vara överraskade när våra ungdomar sedan ropar på hjälp?

Vad är sjukvårdens uppdrag i detta?

Än så länge har sjukvårdens respons varit fler diagnoser. Diagnoser vars syfte är att leda till bättre behandling. Tyvärr tvingas vi konstatera att måendet bland våra ungdomar fortsätter att försämrans trots att sjukvårdens insatser på dessa områden mångdubblats. Till exempel är nu $\frac{2}{3}$ av dagens ungdomar – de som borde vara vår friskaste kohort – för ”sjuka” för att kallas till mönstring. Hur hade vi resonerat om vi gjort samma observation vid åtgärder såsom exempelvis PCI på patienter med kärlkramp?

Beaktas det att diagnoser kan ha baksidor? Innan ett nytt läkemedel lanseras på marknaden krävs rigorösa prövningar, så pass att nyttan överväger riskerna. Görs någon sådan prövning beträffande diagnoser? Vet vi om dessa diagnoser ger ökad livskvalitet över tid? En diagnos riskerar begränsa patienter då vissa livsval inte lämpar sig för individer med exempelvis autism.



När vuxna tappar självförtroendet i sitt ledarskap kommer ungdomar att finna vägledning på annat håll.

Diagnoser ger också mer psykosomatiska symtom, då patienter med diagnoser omedvetet sensitiserar sig för symtom – precis som vi alla kan känna ett illamående då vi efter en gemensam middag får höra att våra gäster drabbats av matförgiftning. Dessa diagnoser sätts också trots att vi ofta anser oss ha en alternativ



Illustration: Annika Andén

bakomliggande förklaring till en patients mående, vilket bör diskreditera en diagnos inom psykiatriska tillstånd för den som är insatt i DSM-5. Vi behöver också fundera vad en diagnos, inom psykiatriska tillstånd, skickar för signal till föräldrar. Med sådan art av sjukdom bör väl huvudansvaret ligga hos sjukvården?

Fler problem uppstår när diagnostiken sker så lättvindigt och godtyckligt (det är 50% högre risk att erhålla en ADHD-diagnos om man är född sent på året kontra tidigt). Hur ska vi bli klokare då vi studerar dessa grupper av patienter när en autismdiagnos är allt från Elon Musk till den individ vars handikapp är uppenbart för hela samhället redan vid 3 års ålder. Vad säger då diagnosen om prognos och behandling?

Vad har dessa behandlingsinsatser för baksidor? Är det en bra idé att manipulera med ungdomars känsloreglering via antidepressiva under deras formativa år, i en tid i livet där det bör anses normalt att vara vilsen och behöva ”hitta sig själv”? Därutöver tillkommer biverkningar som viktuppgång och nedsatt sexlust. Att lindra ångest med läkemedel riskerar också förlänga lidande, då individen kan förmås fortsätta i banor som är själva orsaken till ångesten. Är det etiskt försvarbart att medicinera bort sorg vid bortgång av anhörig? Är inte sorg tänkt att lära oss något kring vad som är viktigt på riktigt? Samtalsterapi kan inte heller anses vara utan risker. En behandling som är



potent nog att bota är också potent nog att försämma. Är det alltid konstruktivt att fråga hur en ungdom mår? Är det alltid något positivt att normalisera psykisk ohälsa? Det lär också finnas ytterligare risker vid terapiesessioner med ett betydande auktoritetsgap. Barn vill vara vuxna till lags. Ett långsökt men ändå relevant skräckexempel kan vara "bortträngda minnen" och dess konsekvenser.



Diagnoser ger också mer psykosomatiska symtom, då patienter med diagnoser omedvetet sensitiserar för symtom ...

Vad kan hända när sjukvården inkräktar på föräldrarnas roll?

Föräldrars roll är unik. Föräldrarna är de enda med förutsättningar att vara verkligt närvarande. Det är föräldrar, till skillnad mot vårdpersonal, som har "skin in the game", det vill säga de som drabbas när vägledning och beslut är felaktiga. Föräldrar är de som bör vara mest angelägna om att barnen växer upp till att bli kompetenta och trygga individer. Att vi föräldrar ibland glömt bort hur man uppnår det är inte ett skäl att ersätta oss – istället är det ett argument för tryggare och bättre föräldraskap.

Vi kanske kan påminna oss om hur våra tidigare generationer bar sig åt. Är det svårt eller gör vi det svårt? Hur kan en barnuppfostran som var absolut norm fram till och med

häromdagen nu plötsligt anses oduglig. Hur kommer det sig att de generationer som vuxit upp i Sverige utan aga också är de mest traumatiserade? Aga tillhör obestridligen det förflutna – men har vi inte tappat bort oss något i vad som är rimliga konsekvenser och vad som är aga?

Vi befinner oss nu i den absurda verkligheten där lärare blir anklagade för misshandel för att fysiskt förflytta stökiga elever. Vad hände med tillrättavisande som något kärleksfullt? Idag tycks det enbart vara ett bevis på misslyckat lågaffektivt bemötande. Rättigheter i all ära, men det nonchalerar det uppenbara i att alla beslut bygger på avvägningar. Hur bär vi oss åt när vi behöver få ett strejkande barn till skyddsrummet?

Läkareden säger; Vi ska aldrig skada. Inte nog med att vi gör mer skada än nytta i detta, vi riskerar även en forskjutning av samhällets ändliga resurser. Resurser vars nytta är större där lidandet uppstår snarare än där det förmodligen ändå inte kan botas. Läkemedel kan inte vara lösningen på en nödvändig kulturförändring.

Vi läkare i primärvården – som förväntas se helheten – behöver istället bli bättre på att, ett respektfullt vis, låta bli att sjukdomsförklara livet utan att patienter känner sig avfärdade. Det är svårt, och kanske är det därför det inte görs i den omfattning det borde. Det är det ansvarsfulla att göra. Däri ligger läkekonsten i denna fråga och det är där vi kan göra skillnad på riktigt.

Inga jäv.

Klas Ly Hagert
Allmänläkare
Vårdcentral Tisken, Falun
hagert.klas@gmail.com



Visit our website
for latest
information!



NC 2026

GP JÖNKÖPING

26–29 MAY

Welcome to
24th Nordic Congress
of General Practice
2026

Jönköping
Konsert & Kongress

**Abstract submission and registration
to the congress is now open!**







Evidensen för livsstilsinterventioner finns i de nationella riktlinjerna

Socialstyrelsen har sedan 2011 nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Dessa rekommenderar och prioriterar åtgärder vid tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. I den senaste uppdateringen av riktlinjerna poängteras också att rådgivningen ges när det är kliniskt relevant och med hänsyn tagen till patientens hälsolitteracitet [1]. Skriftlig ordination av fysisk aktivitet (FaR) har tidigare kritiserats av allmänläkare [2]. I *AllmänMedicin* 4/2025 är dock kritiken på en helt annan nivå [3]. Författarna slår redan i ingressen fast att ”det saknas solid och konklusiv evidens för att sjukvårdssatsningar riktade mot att förbättra befolkningens levnadsvanor har kliniskt relevanta effekter”.

Det är alltid uppfriskande med en kritisk granskning, och författarna sätter fingret på flera oklara punkter i riktlinjerna. Studierna om matvanor och fysisk aktivitet har en uppföljningstid på maximalt 18 månader, och antaganden om hur effekterna kvarstår därefter är naturligtvis osäkra. Riktlinjerna skulle också kunna vara tydligare när det gäller hur lång tid de olika åtgärderna beräknas ta. Ekonomiska beräkningar finns, men tidsåtgång behöver redovisas för att möjliggöra analyser av *Time Needed to Treat*.

Utfallsmåttet i Socialstyrelsens granskning av evidensen har sedan 2011 varit förändring av den levnadsvana som rådgivningen avser. Författarna efterfrågar i stället utfallsmått som dödlighet, sjuklighet och livskvalitet. Vi menar att det finns solid och konklusiv evidens för att förbättrade levnadsvanor leder till minskad dödlighet och sjuklighet samt förbättrad livskvalitet. Om vi begränsar oss till studier med de utfallsmått som författarna föreslår, riskerar vi att förkasta huvuddelen av relevant forskning. Det har vi inte råd med när det gäller riskfaktorer som förklarar en mycket stor del av sjukdomsburden. ”Bästa tillgängliga kunskap” måste vara vägledande i mötet med denna stora folkhälsoutmaning.

Vi blir också osäkra på författarnas bedömning av sambandet mellan levnadsvanor och sjukdomsburda. Det exempel som ges på ett tydligt dos-responssamband är rökning och lungcancer. Det sambandet började misstänkas redan på 1930-talet och visades i flera studier i början av 1950-talet. Sedan dess har kunskapen om sambanden mellan levnadsvanor och sjukdomsburda vuxit dramatiskt. Vi undrar hur författarna ser på evidensen för sambanden mellan de fyra levnadsvanorna och sjukdomsburdan?

Författarna slår alltså tidigt fast att evidens saknas för att hälso- och sjukvårdens insatser för att förbättra levnadsvanor har kliniskt relevanta effekter. Samtidigt saknas resonemang kring vårdens arbete med alkohol och tobak. Allmänläkare har sedan 1970- och 1980-talen varit ledande i utvecklingen av metoder för rökavvänjning och arbete med riskbruk av alkohol. SFAM var till exempel drivande i Riskbruksprojektet under många år. Hela detta arbete avfärdas nu utan argument.

I stället fokuserar författarna på matvanor och fysisk aktivitet. Kunskapsunderlaget till de nationella riktlinjerna omfattar 666 sidor [4]. När det gäller matvanor avfärdas fem RCT som visar en ökning av det dagliga intaget av frukt och grönsaker med i genomsnitt 0,8 portioner per dag. Huvudinvändningen är att studierna bygger på självrapporterade kostdata. Frågan är vilken alternativ metod som föreslås. Alla som arbetat med nutritionsforskning vet hur svårt det är att använda objektiva mätmetoder. Kritiken riskerar att diskvalificera merparten av koststudierna,

vilket leder till slutsatsen att ”fler studier behövs”. Det är otillräckligt när ohälsosamma matvanor i Sverige bidrar till sjukdomsburdan i samma storleksordning som hypertoni, tobak, diabetes och obesitas [5].

Författarna menar att en extra daglig portion frukt och grönsaker har en liten effekt. Den bedömningen delar vi inte. Författarna hänvisar själva till två referenser som talar för motsatsen, och dessutom stöds detta av

EPIC-Norfolk-studien [6]. Däremot har de rätt i att uppföljningstiden är begränsad. Ohälsosamma matvanor är dock ett så omfattande problem att frågan måste aktualiseras återkommande, när det är kliniskt relevant. Det går inte att ”vaccinera” patienten mot återfall med en engångsinsats.

När det gäller fysisk aktivitet tycks författarna ha missat Socialstyrelsens uppdatering av kunskapsläget i den senaste revideringen av riktlinjerna (2024). Kritiken riktas, i två artiklar [3, 7], mot en studie som inte längre ingår i underlaget [4]. Det aktuella underlaget består av nio RCT, där utfallsmåttet antal steg per dag mättes objektivt med stegräknare. Effekten var i genomsnitt 931 fler steg per dag efter 6–12 månader. Även detta är, enligt vår mening, en kliniskt relevant effekt, som liksom matvanor kräver uppföljning över tid.

Författarna lyfter samhällsinsatser som alternativ till livsstilsinterventioner i hälso- och sjukvården och ansluter sig därmed



Vi menar att det finns solid och konklusiv evidens för att förbättrade levnadsvanor leder till minskad dödlighet och sjuklighet samt förbättrad livskvalitet.



till ett ”någon-annan-ismens” perspektiv. Vi instämmer i att samhällsinsatser är viktiga och de kompletterar vårdens arbete. Men hälso- och sjukvården är en del av samhället, och framgångsrika insatser sker ofta i samverkan mellan primärvård, kommun och civilsamhälle. Primärvårdens lokala samhällsorienterade arbete har dock nedprioriterats under senare decennier, trots att efterfrågan från andra aktörer finns.



Vi undrar hur författarna ser på evidensen för sambanden mellan de fyra levnadsvanorna och sjukdomsördan?

Författarna föreslår att andra sektorer ska bära huvudansvaret för levnadsvanearbetet men presenterar ingen motsvarande granskning av evidensen för dessa insatser. Vi menar att samma krav på evidens bör ställas där, innan generella slutsatser dras. De samhällsinsatser som refereras rör främst skatter på alkohol och tobak, där evidensen är stark. Men dessa åtgärder utgör endast en del av de samhällsinsatser som krävs, och för många andra är evidensen begränsad.

Åtgärder inom och utanför hälso- och sjukvården bör inte ställas mot varandra. De kompletterar varandra. Riksdagen kan höja skatten på cigaretter, och vården kan samtala med patienter om rökstopp inför kirurgi. Båda behövs.

Vi vill påminna om ändringen i hälso- och sjukvårdslagen 2023. Det är numera ett av primärvårdens grunduppdrag att ”tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar”. Livsstilsinterventioner är därmed inte valfria utan nödvändiga för att följa lagen. Författarna föreslår att resurser flyttas från hälso- och sjukvården till andra sektorer. Vi menar tvärtom att hälso- och sjukvården behöver stärkas – för patienternas skull och för att leva upp till lagstiftningen. Det är helt nödvändigt att hälso- och sjukvården står stadigt som en kunskapsorganisation, med möjlighet och ansvar att vara delaktig i frågan om befolkningens behov.

Sammanfattningsvis menar vi att författarnas slutsats – att hälso- och sjukvårdens livsstilsinterventioner saknar klinisk relevans – inte är hållbar. De bygger sin slutsats på en snäv syn på evidens, selektiv läsning av riktlinjernas kunskapsunderlag och en problematisk uppdelning mellan ”samhällsinsatser” och ”sjukvårdsinsatser”.

Ohälsosamma levnadsvanor är bland de största bidragen till sjukdomsördan i Sverige i dag. Att då avfärda vårdens ansvar med hänvisning till metodologisk osäkerhet är inte vetenskaplig stringens, utan handlingsförklaming. Hälso- och sjukvårdens uppgift är att leverera bästa möjliga vård baserad på bästa tillgängliga kunskap. När lagen dessutom tydligt slår fast primärvårdens förebyggande uppdrag blir frågan inte om

livsstilsinterventioner ska bedrivas i vården, utan hur de ska göras bättre, mer långsiktiga och mer jämlika. Den diskussionen för vi gärna – men då på grundval av hela evidensläget, inte genom att dra undan mattan för ett arbete som redan i dag gör påvisbar nytta för våra patienter.

Jäv: Författarna utgjorde expertgruppen i projektledningen vid revideringen av riktlinjerna 2024.



Lars Jerden
Specialist allmänmedicin, docent,
Primärvårdsledningen, Region Dalarna
lars.jerden@regiondalarna.se



Lena Lönnberg
Fysioterapeut, med dr,
verksamhetsutvecklare, CIFU Forskning,
Region Västmanland
lenn.lonnberg@regionvastmanland.se



Malin Skogström
Specialist allmänmedicin,
enhetschef Enhet Kunskap,
Förvaltning Nära vård och hälsa, Region Skåne
malin.skogstrom@skane.se



Lars Weinehall
Specialist allmänmedicin,
senior professor i allmänmedicin
och epidemiologi,
Umeå universitet
lars.weinehall@umu.se

Referenser:

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor.
2. SFAM gör lista över åtgärder som är onödiga. Läkartidningen 2014;111:CYXS.
3. Niklasson A, Ballin M, Lindfors O. Livsstilsinterventioner – evidensen som behövs men oftast saknas. AllmänMedicin 4/2025.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Bilaga: Kunskapsunderlag – Vård vid ohälsosamma levnadsvanor.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
6. Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Nicholas Day N. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. PLoS Med 2008 Jan 8;5(1):e12.
7. Niklasson A, Ballin M, Lindfors O. Evidensen för Fysisk Aktivitet på Recept och Riktade Hälsosamtal – vad är problemet? AllmänMedicin 4/2025.

IBD-mötet i Mälardalen 2026

Halvdagsmöte

Datum: 19 mars | Plats: Hilton Stockholm Slussen | Tid: kl. 13:00-19:00

Mediahuset bjuder in till ett kostnadsfritt halvdagsmöte med tema IBD.

Återigen samlas vi för det årliga IBD-mötet i Mälardalen.

Välkommen att ta del och fördjupa dig i vad som är nytt och viktigt inom området.

Vetenskaplig styrgrupp:

Charlotte Hedin, Biträdande överläkare, docent,
Karolinska Universitetssjukhuset

Susanna Jäghult, Leg sjuksköterska, Med Dr, Södersjukhuset

Grigorios Petrousis, ST-läkare, MSc, Karolinska Universitetssjukhuset

Föreläsare:

Katarina Bilén, Stephan Haas, Sophie Vrang, Moa Bertilsson,

Katarina Pihl Lesnovska, Ófeigur Orri Victorsson,

Kristin Schmieder och Matilda Ahdrian

Fler föreläsare tillkommer.

Mötet riktar sig till sjukvårdspersonal och är kostnadsfritt tack vare våra sponsorer.

Programmet har utformats självständigt av programgruppen. Sponsorererna har inte haft något inflytande över det vetenskapliga innehållet.

Program presenteras inom kort.

13:00–14:00 *Ankomst med lunch*

14:00–15:00 *Post-ECCO*

Medicinska uppdateringar från ECCO

– *Katarina Bilén*

Uppdateringar om omvårdnad från ECCO

– *Katarina Pihl Lesnovska*

15:00–15:15 *SWIBREG, Föreläsare: TBD*

15:15–15:35 *Tarmultraljud - Stephan Haas*

15:35–15:50 *Paus*

15:50–16:35 *IBD-case – ST-läkare Ófeigur Orri Victorsson,
Kristin Schmieder*

16:35–17:20 *IBD och behovet av ett holistiskt förhållnings-
sätt – Matilda Ahdrian, Sophie Vrang &
Moa Bertilsson*

17:20–17:35 *Paus*

17:35–18:35 *Pågående och kommande studier inom IBD i
Mälardalen, Föreläsare: TBD*

18:35 *Avslut och middag*

Anmäl dig redan nu!



För mer information och anmälan:

<https://medevents.se/events/ibd-2026> eller skanna qr-koden





Viktigt att kritik av evidens för Riktade hälsosamtal har saklig grund

Vi som varit granskare av evidensen för den svenska modellen för Riktade hälsosamtal [1] får kritik i senaste numret av tidskriften *AllmänMedicin* [2]. Man menar att vår systematiska översikt är svag och att det saknas evidens för de beskrivna effekterna på förtida total död, död i hjärtkärlsjukdom liksom på fysiologiska markörer (blodtryck, kolesterol, fasteblodsocker, BMI och midjemått).

Vi håller inte med. Vi anser att kritikernas slutsatser bygger på osakliga argument och vi vill bemöta dessa, eftersom de ger en felaktig bild av de granskade studiernas kvalitet och innehåll.

Ett klarläggande är viktigt, framför allt med respekt för de som genomfört dessa studier.

Ett första argument gäller RCT eller observationsstudie. Kritikerna noterar att samhällsinsatserna i de granskade studierna var omfattande eller mycket omfattande. Detta gäller för alla observationsstudierna (från Västerbotten och Jönköping) [3-8]. Man citerar också den WHO-rapport som beskriver att man vid utvärdering av komplexa samhällsinterventioner inte kan använda RCT [9]. Där är vi helt överens.

Men, man anger i nästa steg att regioner idag inför Riktade hälsosamtal utan att det samtidigt genomförs samhällsinsatser och att därför RCT borde kunna användas. Detta har ingen relevans för de studier med samhällsinsatser vi granskat [3-8].

Däremot tror vi det är olyckligt om implementering av en insats inte sker på samma sätt som i grundstudien. Vi inkluderade en RCT-studie [10], och den hade inte någon samhällsintervention. Detta kan förtjäna kritik eftersom studien inte fyllde inklusionskriterierna. Orsaken att vi tog med den var att den fyllde alla delar av inklusionskriterierna vad gäller individ-interventionen. Vi diskuterar i vår rapport att denna intervention hade begränsad effekt.

Kritikerna beskriver att de två största observationsstudierna visade 9% [3] respektive 29% [4] lägre dödlighet för de som erbjudits att delta, och 34% [3] respektive 43% [4] lägre dödlighet för de som tackade ja jämfört med populationsbaserade kontroller. Man beskriver att Intention to treat-analys använts och att denna analysmetod ”anges minska risken för bias”. Men, man hävdar samtidigt att studiernas design är så svag att andra underliggande faktorer kan ligga bakom den observerade effekten. Man hänvisar bland annat till faran av snedvridning av resultat på grund av att de som väljer att delta ofta är friskare än de som tackar nej.

Men det är just detta som Intention to treat tar hänsyn till; det mäter effekten av insatsen för alla inbjudna; det vill säga medräknat de individer som inte deltog. Data ovan illustrerar en ”utspädningseffekt” det vill säga det spelar roll att delta och effekten är större bland dem; men effekten för hela gruppen är fortfarande anmärkningsvärt stor, vilket också referees till

vår artikel i *BMC Public Health* kommenterade. Vi menar att denna effekt är viktig och bör respekteras.

Man kritiserar Habostudien (Jönköping) [4] för att den bara inkluderade män – och där kan vi instämma. Men inte i övrig kritik. I denna studie kontrollerade man inte för effekt av utbildning eller inkomst på studiens resultat men man jämförde studiepopulationen och referensgruppen (män i jämförbar ålder i hela landet) och visar att medelnivån av inkomst var densamma medan utbildningsnivån var lägre i Habo. Genom att inte kontrollera för detta, har man möjligen undervärderat sina fynd.



Vi anser att kritikernas slutsatser bygger på osakliga argument och vi vill bemöta dessa, eftersom de ger en felaktig bild av de granskade studiernas kvalitet och innehåll.

Kritikerna menar att, om det fanns en effekt i nedgång i dödlighet var detta huvudsakligen en spegling av det som skedde i hela landet, då dödligheten generellt minskat i den svenska befolkningen över tid. Också detta har studiernas författare kontrollerat för. Själva grundansatsen var, i båda fallen, att jämföra utvecklingen i interventionsgruppen med individer i motsvarande åldrar i hela landet. Analysen i den största studien [3] kontrollerade också för effekt av tid. Slutsatsen är att mortaliteten sjunker mer än hos jämnåriga män och kvinnor, av liknande socioekonomisk status i övriga landet.

Kritikerna noterar att enbart en av levnadsvanorna, matvanor, förbättrades över tid. Man tar detta som ytterligare grund för att de tydliga fynden avseende mortalitet och fysiologiska markörer beror på bias. Vi delar inte denna tolkning. Frågan om låg observerad effekt på levnadsvanor är intressant och vi har i tidigare publikationer diskuterat möjliga förklaringar till detta [1, 11-12]. Vi är överens med kritikerna att det finns problem med självrapporterade mått på levnadsvanor. En möjlig förklaring till skillnader i resultaten kan vara att mätmetoderna för dödlighet och fysiologiska markörer har en betydligt högre



precision än de självskattade mått som har använts för att mäta individers levnadsvanor i de granskade studierna.

En annan möjlig förklaring till fynden är effekter av psykosociala faktorer. I de motiverande samtal som sker, och som utgår från individens egen hälsokurva eller -stjärna, är ett mål att stärka individens tilltro till egen förmåga [13]. Detta är en grundläggande psykologisk resurs med effekt på självskattad hälsa, på stress och sömn men också på blodtryck [14] liksom på förtida död (total död och död i hjärtkärlsjukdom) [13, 15]. Vi hoppas att kommande studier innefattar även dessa dimensioner.



Slutsatsen är att mortaliteten sjunker mer än hos jämnåriga män och kvinnor, av liknande socioekonomisk status i övriga landet.

Författarna kritiserar att vi inte inkluderat studier av allmänna hälsokontroller, såsom omfattande analyser av bland annat Cochrane [16]. Orsaken är att dessa inte fyllde inklusionskriterierna för vår analys. Den dominerande delen av dessa studier gällde screening av riskfaktorer eller latent sjukdom och bara enstaka innefattade individriktad livsstilsrådgivning. Men, framför allt hade ingen av dessa studier någon samhällsintervention.

Den svenska modellen av Riktade hälsosamtal är utvecklad i, och har tillämpats i sin fulla form, enbart i Sverige, och det finns därför inga internationella studier av specifikt denna modell att jämföra med. Detta är orsaken till att inga internationella studier ingick i granskningen.

Behovet av en kombination av individ- och samhällsinsatser är grunden i klassisk och modern teori om beteendeförändring [17], det vill säga insatser behöver ske både på individnivå för att stödja individens motivation och tilltro till sin förmåga att ändra vanor och därtill på samhällsnivå genom olika former av insatser som möjliggör detta. Man kan inte separera och se vilka delar av dessa som är mest viktiga, liksom vi inte kan säga om anestesiform är viktigare än kirurgteknik för gott resultat av operationer.

Vi menar att de granskade studierna tydligt visar att den svenska modellen för Riktade hälsosamtal hade effekter på förtida dödlighet och fysiologiska markörer [1, 11-12] och att de svagheter i studiedesign som kritikerna angett inte har saklig grund. Vi menar också att arbetet med att förebygga sjukdom behöver utvecklas, inte avvecklas.

Vårt samhälle har, på många sätt, förändrats sedan 1980- och 90-talen. Insjuknande och död i hjärtkärlsjukdom har sjunkit kraftigt. Nyckelhålmärkning av mat, som utvecklades under Västerbottenarbetet, tillgång till cykelbanor, rökfria offentliga lokaler med mera har genomförts, och det är idag i många fall enklare att ha goda levnadsvanor.

Men, vi har oförändrat stora skillnader i insjuknande och död i hjärtkärlsjukdom mellan socioekonomiska grupper, liksom i förekomst av ohälsosamma levnadsvanor, och skillnaderna i förväntad livslängd mellan socioekonomiska grupper fortsätter öka [18].

För att minska dessa klyftor behöver vi alla hjälpas åt. Vi är överens om att samhällsinsatser som underlättar goda levnadsvanor inte ska underskattas – det är ju en grund för den svenska modellen. Men, insatser behöver också ske på individnivå. Hälsokurvan eller -stjärnan är pedagogiska redskap för att hjälpa individen att se att detta är relevant för individen själv, och få redskap att agera. Detta är särskilt viktigt för att minska socioekonomiska skillnader i hälsa, och enbart samhällsinsatser riskerar att öka dessa skillnader [19].

Vem ska då göra vad?

Insatserna i Västerbotten minskade de socioekonomiska skillnaderna avseende förtida död. Arbetet skedde i brett samarbete mellan olika aktörer i primärvård och lokalsamhället och en hälsoekonomisk analys visade mycket stor kostnadseffektivitet (besparingar inom hälso- och sjukvården) [20].

Vi vet att primärvården är hårt belastad och förstår den frustration som finns när krav och uppdrag inte möts med motsvarande resurser. Men, vi tror inte att vägen fram är att förneka viktiga fynd från kollegor vars studier visat effekt utan vi tror att vägen fram är ökat samarbete mellan aktörer.

Vi är överens med kritikerna att samhällsinsatser är avgörande viktiga och menar att dessa behöver stärkas. Det är angeläget att regioner tydligare kopplar samman det individinriktade förebyggande arbetet med ett stärkt befolkningsinriktat arbete vid regionens folkhälsoavdelningar och utvecklar samarbetet med aktörer i det lokala folkhälsoarbetet. Hälso- och sjukvården har en viktig roll, men inte ensam utan tillsammans med andra aktörer som påverkar samhället.



Vi är överens med kritikerna att samhällsinsatser är avgörande viktiga och menar att dessa behöver stärkas.

Mycket forskning pågår för att utveckla formerna för detta. Vi menar att den svenska modellen för Riktade hälsosamtal, i nuvarande eller utvecklad form, har en viktig roll i arbetet för att minska skillnader i hälsa. Vi tror att detta behöver ske i samarbete mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården (folkhälsovetare, hälsopromotörer, sjuksköterskor, socialmedicinare, allmänläkare med flera), samt med aktörer i lokalsamhället (kommuner och civilsamhälle) och på nationell nivå.

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



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



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



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



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



Referenser:

1. NPO Levnadsvanor. Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2022-08-24.
9. WHO. Health promotion evaluation: Recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. 1998. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108116>.
11. Kristenson M, Börjesson M, Forsell Y, Jerdén L. Modellen för riktade hälsosamtal – viktig förebyggande hälsoinsats. Läkartidningen 2024;121:23178.
12. Börjesson M, Kristenson M, Jerdén L, Forsell Y. The Swedish model of health dialogues, a combined individual- and community-based primary preventive program for cardiovascular disease, is associated with reduced mortality: a systematic review. BMC Public Health (2025) 25:3288.
20. Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. BMC Public health 2018; 18:452.

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

**NAAKA
DAGEN** Våren 2026

27 april 2026

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

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

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

Plats: Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

Sista anmälningsdatum: 27 mars 2026

Varmt välkomna!
NAAKA

För mer information och
anmälan skanna här:



Annons



Debatten om levnadsvanorna – dags att förstå poängen?

Vi tackar Jerdén och kollegor för deras kommentarer [1, 2] till våra artiklar från föregående nummer av *AllmänMedicin* [3, 4]. Vi är uppenbart onse. För den som inte är insatt riskerar det att te sig som att ord står mot ord. Vi vill igen försöka förtydliga vår ståndpunkt och återfå fokus på kärnfrågorna. Individuellt riktade livsstilsinterventioner till stora delar av den allmänna befolkningen i sjukvårdens regi är en dyr, ineffektiv och ohållbar strategi med svagt vetenskapligt stöd.

Vad diskuterar vi egentligen?

Livsstilsinsatser tänkta att utföras av sjukvården ska granskas utifrån samma principer som allt annat vi ska göra. Kan interventionen förväntas ge kliniskt betydelsefull påverkan på hälsoutfall? Står den eventuella vinsten i proportion till resursåtgång, risker och undanträngningseffekter [3, 5]? Den övergripande frågan är huruvida det finns vetenskapligt stöd för att folkhälsan kommer förbättras genom att sjukvården generellt ska prioritera allt fler individriktade livsstilsinsatser till allt fler med allt lägre risk för sjukdom – till en allt större resursåtgång.

Vi skriver i första meningen i vår artikel [3] att levnadsvanor solklart påverkar folkhälsan. Att levnadsvanor påverkar hälsoutfall, även när effekterna är stora och vetenskapligt välförankrade, är dock otillräckligt för att hävda att livsstilsinterventioner är effektiva [3, 5]. Ett blodtrycksläkemedel anses exempelvis inte effektivt bara för att hypertoni är en vanlig och stark riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. Att ett läkemedel visats sänka blodtrycket är i grunden också otillräckligt för att veta om det är effektivt. Det är först när läkemedlet visats minska sjukdom och död som det bör rekommenderas, förutsatt att fördelarna överväger nackdelarna.

Inte heller sänks kraven på vetenskaplig granskning baserat på att hypertoni är vanligt i befolkningen. På samma sätt måste vi granska livsstilsråd. Vi är alltså helt eniga i att förbättrade levnadsvanor skulle påverka folkhälsan. Däremot är evidensen svag för att just sjukvårdens livsstilsinsatser riktade till en bred lågriskpopulation förbättrar folkhälsan i proportion till de resurser som krävs [5-7].

Att se våra artiklar som en uppmaning att förbjuda allt livsstilsrelaterat arbete i sjukvården är en vanttolkning. I primärvården arbetar vi med livsstil och levnadsvanor dagligen. Frågan är var gränserna går för när sjukvården gör reell nytta. Expansion av vård riktad mot allt fler personer med allt lägre sjukdomsrisk ger oftast ingen eller liten nytta för individen, gör allt fler personer till patienter och minskar genom undanträngningseffekter tillgängligheten till högvårdevård [8-9].

Jerdén och kollegor skriver att *”Riksdagen kan höja skatten på cigaretter, och vården kan samtala med patienter om rökstopp inför*

kirurgi. Båda behövs.” [1]. Exemplet är dock inte representativt för frågan som helhet eftersom effekterna av just rökavvänjning inför operation har ovanligt stark evidens [10] jämfört med livsstilsinsatser i stort [3-6]. Gruppen som ska opereras och röker är dessutom liten och välavgränsad med en tydligt förhöjd riskprofil.

De som är sjuka, har en funktionsnedsättning, skada, hög sjukdomsrisk eller på annat sätt är i behov av *medicinskt* anpassade råd, stöd eller behandlingar är beroende av sjukvårdens insatser. Sviker vi dem havererar folkhälsan. Just dessa personer riskerar att trängas undan om en friskare, resursstark och mycket större andel av befolkningen istället prioriteras av sjukvården [8-9].



Livsstilsinsatser tänkta att utföras av sjukvården ska granskas utifrån samma principer som allt annat vi ska göra.

Frågan om undanträngningseffekter måste börja tas på allvar – inte bara avfärdas med att man ”förstår den frustration som finns när krav och uppdrag inte möts med motsvarande resurser” [2]. Det är att förminska problemet. Upplevelsen av en sådan obalans är bara en konsekvens. Frågan handlar om hållbarhet i sjukvårdssystemet och hela samhället i stort, när sjukvården tar en allt större andel av våra gemensamma resurser [8-9, 11].

Igen, kort om evidens

Vetenskaplig granskning för beslut om införande och rekommendationsgrad för sjukvårdsinsatser ska följa grundläggande principer för evidensbaserad medicin – livsstilsinterventioner inkluderat [5]. Djupare metodologiska resonemang återfinns i våra artiklar i *AllmänMedicin* 4 2025 [3, 4]. I en av kommentarerna skriver man att *”Bästa tillgängliga kunskap måste vara vägledande i mötet med denna stora folkhälsoutmaning”* [1]. Även om den sammanställda evidensen är den bästa tillgängliga är den dock inte automatiskt stark nog eller tillräcklig för att insatser ska prioriteras. Det är aldrig ett krav att kunna *motbevisa* en möjlig effekt för att *inte* rekommendera en insats. Brister och fallgropar i levnadsvaneforskning är välkända. Just därför kombinerar modern epidemiologi resultat från flera olika



studier och metoder för att bedöma orsakssamband, så kallad triangulering [12].

Vad gäller evidensen för riktade hälsosamtal skriver man att vår kritik bygger på osakliga argument [2]. Man menar exempelvis fortsatt att det inte går att studera effekten av hälsosamtal utan samtidiga samhällsinsatser. ”Man kan inte separera och se vilka delar av dessa som är mest viktiga, liksom vi inte kan säga om anestesiform är viktigare än kirurgteknik för gott resultat av operationer.” Liknelsen är oförståelig. Det är självklart att man även studerar och utvecklar anestesimetoder och kirurgiska tekniker i separata kliniska prövningar – ofta genom RCT. Även om många operationer kräver en sövd patient, går det utmärkt att studera effekter av olika kirurgiska tekniker genom att använda sig av samma anestesiform och vice versa.



Frågan handlar om hållbarhet i sjukvårdssystemet och hela samhället i stort, när sjukvården tar en allt större andel av våra gemensamma resurser.

På samma sätt är hälsosamtal utförda av vårdpersonal och samhällsinsatser separata entiteter. Även om de påverkar varandra kan, ska och behöver effekterna av respektive del utvärderas. Precis som att ortopediska operationer är beroende av fysioterapi för ett gott resultat, finns det också ortopediska åkommor som går utmärkt att behandla med endast fysioterapi utan operation. HTA-enheten CAMTÖ har nu också gjort en systematisk översikt om svenska modellen för riktade hälsosamtal [13]. De bedömde att endast studier utan samhällsinsats var relevanta att inkludera, och slutsatsen blev att hälsosamtal inte har någon positiv effekt.

I diskussionen om bias i observationsstudierna på riktade hälsosamtal från Västerbotten [14] och Habo [15] hänvisas till att intention to treat analys (ITT) genomförts [2, 16]. En ITT-analys är en statistisk metod där alla deltagare analyseras i den grupp de tillhörde vid studiestart, oavsett om de fullföljt enligt plan eller inte. Syftet är att minska risken för att systematiska skillnader mellan deltagare som fullföljer interventionen och de som hoppar av/inte följer studieprotokollet påverkar studieresultaten. Resultaten speglar bättre effekter på befolkningsnivå, där följsamheten kommer variera. När en ITT genomförs i RCT:er behålls styrkan av randomiseringen – att grupperna sannolikt är jämförbara vid baseline [17]. ITT kan också göras för observationsstudier, men risken för skillnader mellan grupperna vid studiestart kvarstår oförändrad eftersom randomisering saknas. Riskerna för andra typer av bias påverkas inte heller av en ITT-analys och måste fortsatt värderas [18]. Risken för bias i observationsstudierna på riktade hälsosamtal är överhängande [4], men negligeras konsekvent av förespråkarna [2, 16].

I vår artikel [4] lyfter vi även den välkända healthy volunteer bias i studier på hälsosamtal. Fenomenet innebär att friskare personer oftare tenderar att tacka ja och delta i studier, vilket snedvrider resultaten så att de framstår bättre än i verkligheten [19, 20]. I den allmänna debatten och inför beslutsfattare lyfts ofta de ”bästa” siffrorna för att framhäva effekter av riktade hälsosamtal, inte ITT-resultaten. Hjärt-Lungfonden och Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS-nätverket) argumenterade exempelvis för att riktade hälsosamtal bör skrivas in i Socialstyrelsens (SoS) riktlinjer baserat på att Västerbottenstudien visat 35% minskad dödlighet [21]. Region Uppsala anger specifikt i bakgrunden till sin analys om kostnadseffektivitet av att införa riktade hälsosamtal att studien från Habo visat att män som deltar i hälsosamtal har 43% lägre dödlighet jämfört med rikssnittet [22]. Siffrorna efter ITT-analys är 9% [14] respektive 29% [15].

Teorin är att riktade hälsosamtal ska förbättra befolkningens levnadsvanor och via påverkade riskfaktorer minska förtida död. Den redovisade mortalitetsminskningen i observationsstudierna [14, 15], även efter ITT-analys, var minst sagt häpnadsväckande. Men, för levnadsvanorna var det *endast* utfallet självrapporterade matvanor som förbättrades [16]. När effekten på hårda effektmått inte alls följer det teoretiska ramverket är det mest sannolikt att bias förklarar utfallet. Denna tolkning stärks ytterligare av resultaten från en ny svensk studie som analyserat hur insjuknande i ischemisk hjärtsjukdom och död påverkats mellan 1987–2023 i alla regioner som då infört riktade hälsosamtal [23]. Tvärt emot studieresultaten från Västerbotten [14] och Habo [15] såg man inga effekter alls. Studiens slutsats är att de tidigare påstådda effekterna av riktade hälsosamtal bör omvärderas.



Att ifrågasätta en prioriteringsordning där stora resurser går till de med lägst risk, och att diskutera hur vi ska utföra det preventiva uppdraget är nödvändigt för att sjukvården ska kunna uppfylla sitt kärnuppdrag enligt HSL

Hälso- och sjukvårdslagen, samhället och resurser

I flera debattartiklar [24, 25], inte bara de aktuella kommentarerna [1, 2], hänvisas till hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för att motivera att sjukvården ska arbeta mer med prevention för lågriskindivider – med antydningar om att ifrågasättanden är att förespråka avsteg från lagstiftningen. Lagen ålägger dock inte sjukvården att okritiskt införa preventiva åtgärder med



osäkra effekter. HSL förbjuder inte heller en värdering av vilka preventiva insatser som görs bäst i sjukvården eller om den mest basala preventionen riktad till lågriskpopulationer bör ske på samhällsnivå.

Konsekvent utesluter förespråkarna tyvärr den föregående lagtexten i HSL 3 kap 1§: ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.” [26]. Att ifrågasätta en prioriteringsordning där stora resurser går till de med lägst risk, och att diskutera *hur* vi ska utföra det preventiva uppdraget är alltså tvärtom nödvändigt för att sjukvården ska kunna uppfylla sitt kärnuppdrag enligt HSL.



För ett fungerande samarbete mellan sjukvården och samhället behövs en förståelse för att insatser av andra aktörer, eller inga insatser alls, kan vara minst lika värdefulla

Sjukvården är inte bästa aktör för allt. För ett fungerande samarbete mellan sjukvården och samhället behövs förståelse för att insatser av andra aktörer, eller inga insatser alls, kan vara minst lika värdefulla. Man får inte heller glömma att varje krona som läggs på sjukvård också kunde ha lagts på skolan, fritidsgårdar, idrottsföreningar och samhällskampanjer. Skattepengar är en ändlig resurs. Det handlar inte om att flytta ansvar, ”nån-annan-ism” eller att vara ”handlingsför-lamad” [1]. Det handlar om hållbara prioriteringar och att fördela våra gemensamma resurser för befolkningens bästa. En oförsiktig fördelning av skattemedel minskar kvarvarande ekonomiska resurser till annat som skulle kunna påverka människors hälsa mer. Att kräva resurser till just sjukvården för att införa insatser med svag vetenskaplig grund är oansvarigt och skapar undanträngningseffekter i samhället som helhet.

Avslutning

Nivån på debatten behöver höjas. Vi har ett gemensamt mål att förbättra folkhälsan, men olika syn på hur vi når dit. Det är irrelevant om kunskapsunderlaget är 666 sidor långt [1]. Att avfärda större resonemang baserat på att en FaR-referens som framhävs i både FYSS [27] och debattartiklar [28] inte finns med i just SoS senaste kunskapsstöd [1] (vilket vi heller aldrig påstått) – och i stället hänvisa till data som SoS själva anger har begränsat vetenskapligt underlag – är oseriöst och flyttar fokus från kärnfrågorna. Våra artiklar [3, 4] hade ett bredare

syfte: Att visa på hur den vetenskapliga nivån ser ut i riktlinjer och debatter i stort, samt att visa hur skakig grunden är för det som hävdas vara ”evidensbaserat”.

Levnadsvanearbete måste hanteras likt andra sjukvårdsinsatser. Alla måste blicka förbi sin egen horisont och tåla granskning, för att sätta sitt arbete och sina intressen i perspektiv. Den eviga frågan om undanträngningseffekter kvarstår alltså obesvarad. Vad ska sjukvården sluta göra om vi trots den svaga vetenskapliga förankringen i stället ska fokusera på breda livsstilsinterventioner till stora delar av den allmänna befolkningen?

Jäv: Marcel Ballin är anställd på Läkemedelsverket, 751 03, Uppsala, de slutsatser som framförs i artikeln är författarnas egna och representerar inte nödvändigtvis myndighetens syn.

Amanda Niklasson

ST-läkare, Sotenäs vårdcentral,
doktorand Göteborgs Universitet
amanda.niklasson@vgregion.se



Marcel Ballin

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



Oskar Lindfors

Allmänläkare, Järpens hälsocentral
oskarlindfors81@hotmail.com



Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

- Jerdén L, Lönnberg L, Skogström M, Weinehall L. Evidensen för livsstilsinterventioner finns i de nationella riktlinjerna. *AllmänMedicin* 1/2026
- Jerdén L, Börjesson M, Forsell Y, Kristenson M. Viktigt att kritik av evidens för Riktade hälsosamtal har saklig grund. *AllmänMedicin* 1/2026
- Niklasson A, Ballin M, Lindfors O. Evidensen för Fysisk Aktivitet på Recept och Riktade Hälsosamtal – vad är problemet? *AllmänMedicin* 4/2025.
- Niklasson A, Ballin M, Lindfors O. Livsstilsinterventioner – evidensen som behövs men oftast saknas. *AllmänMedicin* 4/2025
- Johansson M, Niklasson A, Albarqouni L, Jørgensen KJ, Guyatt G, Montori VM. Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes. *Ann Intern Med.* 2025 Aug;178(8):1215. doi: 10.7326/ANNALS-25-01852. PMID: 40825212.

Annons

Akut bronkit

Akut hosta med infektiös etiologi är en av de vanligaste besöksorsakerna inom infektionsområdet i svensk primärvård, särskilt under vinterhalvåret, och de flesta som jobbar kliniskt torde ha fått en stor vana att handlägga dessa patienter. Trots denna snabbt förvärvade erfarenhet verkar diagnostiken utmana, och många läkare upplever svårigheter att skilja ut behandlingskrävande pneumonier från mer banala bronkiter, särskilt när symtomen befinner sig i gränslandet mellan opåverkat och allmänpåverkat och när lungauskultationen avslöjar någon form av biljud. Inte sällan tillgrips då ett snabbtest för CRP i hopp om att få en tydlig start- eller stoppsignal för antibiotikaförskrivning.

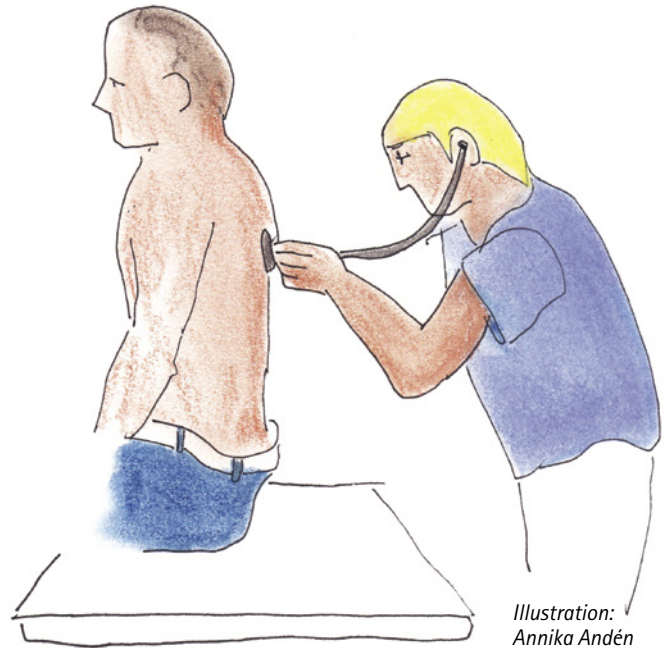
Varför är det då ibland så svårt att gå från oklar till ”kliniskt klar”, som regnbågsbroschyren uttrycker det? En första förklaring kan vara att det saknas internationell konsensus gällande diagnostiska kriterier för akut bronkit, liksom själva benämningen på tillståndet (även i forskningslitteratur används en rad olika begrepp som ”akut hosta” och ”nedre luftvägsinfektion exklusive pneumoni”). Detta leder ofrånkomligen till att nationella expertgrupper, liksom enskilda kliniker, skapar egna definitioner där nedre luftvägsinfektioner ofta betraktas som ett kontinuum mellan akut bronkit och pneumoni.

Längs detta kontinuum ryms även atypiska infektioner och diverse blandformer. Med akut bronkit avses dock vanligen ett självläkande tillstånd karaktäriserat av nytillkommen hosta med eller utan slembildning, ringa andningspåverkan och ingen eller lätt påverkan av allmäntillståndet, där pneumoni inte misstänks och där hostan inte är orsakad av bakomliggande lungsjukdom. Symtomen uppstår till följd av den inflammation som ses i bronkernas epitel, vilken leder till hyperreaktivitet och slembildning (till skillnad från den rethosta och ”baksnuva” som kan ses vid övre luftvägsinfektioner).

”

... många läkare upplever svårigheter att skilja ut behandlingskrävande pneumonier från mer banala bronkiter ...

En andra förklaring kan möjligen härledas till anatomin, där man via en gränsdragning i höjd med larynx brukar skilja mellan ”övre” och ”nedre” luftvägsinfektioner, och där akut bronkit således klassificeras som en nedre luftvägsinfektion i sällskap med infektioner i trakea, bronkioler och alveoler (till exempel pneumoni, influensa, SARS-CoV-2-infektion och KOL-exa-



cerbation). Den anatomiska närheten ger delvis överlappande symtom, vilka ibland är svåra att särskilja.

För det tredje är den mikrobiella etiologin vid akut bronkit i stora delar densamma som vid andra nedre luftvägsinfektioner, inklusive pneumoni, och omfattar över 30 olika virus, bakterier och atypiska bakterier, både enskilt och i kombination [1, 2]. Den vanligaste etiologin är luftvägsvirus, vilka i forskningsstudier påvisas i cirka hälften av fallen (till exempel rhinovirus, influensavirus, RSV, metapneumovirus och coronavirus), medan bakterier ses hos ungefär en femtedel (till exempel *Haemophilus*, *Moraxella*, pneumokocker och *Mycoplasma*) [1]. Hos varannan patient med akut hosta påvisas dock ingen patogen alls, vilket kan skyllas på provtagningsproblem, analytiska problem eller på icke-infektiös etiologi, till exempel astma. Ett motsatt problem är att nämnda mikrober kan förekomma även hos symptomfria personer, vilket skapar tolkningsproblem hos sjuka patienter även vid påvisat agens.

Klinisk tankegång

Hur bör man då närma sig en patient med akut hosta på trolig infektiös grund? I primärvården har vi varken möjlighet eller goda anledningar att skicka patienten på en akut DT thorax för att ställa en säker diagnos. Istället jobbar vi med anamnes, status, och möjligen labb för att ställa en klinisk diagnos. Idealt sett väger vi även in kunskap om de forskningsbaserade pre-oddsen (pre-test-probability) vid akut infektiös hosta i primärvården, vilka anger att endast 5% av patienterna har en behandlingskrävande pneumoni (med reservation för lokala variationer på grund av epidemiologi och triageringsformer) [3].

Den första och viktigaste uppgiften är att, likt vid alla infektioner, bedöma allmäntillståndet och leta efter tecken på allvarlig sjukdom. Vid sådan misstanke måste man omedelbart överväga byte av vårdnivå. Regnbågsbroschyrens inledande trafikljus ger god vägledning i tolkningen av vitalparametrar och allmäntillstånd. Patienter med akut bronkit är opåverkade eller endast lätt påverkade. Dessutom förväntas de flesta parametrar som andningsfrekvens, saturation, puls och blodtryck ligga normalt eller endast lätt förhöjt. Lungauskultation

kan däremot ofta avslöja spridda, orena andningsljud, liksom ibland lättare obstruktivitet, och patienterna kan ofta beskriva slemmiga upphostningar. Anamnestiskt är nydebuterad hosta ett kardinalsymtom, och det är även vanligt förekommande med både lokala symtom som snuva och tryck över bröstet, och systemiska symtom som feber, muskelvärk, huvudvärk, trötthet och allmän sjukdomskänsla.



... även i forskningslitteratur används en rad olika begrepp som "akut hosta" och "nedre luftvägsinfektion exklusive pneumoni" ...

Olyckligtvis hamnar flertalet patienter i en sorts gråzon, där en eller ett par parametrar eller fynd avviker från det förväntade vid bronkit, och där tolkningen blir svår. Det är därvid helt acceptabelt att beställa ett CRP, men man ska ha klart för sig att CRP varken är obligat för diagnos, eller är särskilt träffsäkert när det kommer till diagnostik. Sambandet mellan CRP och radiologiskt bekräftad pneumoni har undersökts i flertalet studier, som alla kommer fram till lite skiftande resultat. Tydligt är dock att det finns en betydande överlappning i CRP-värden mellan olika nedre luftvägsinfektioner, både sett till anatomisk lokal och till mikrobiell etiologi.

I Sverige används fortfarande Läkemiddelsverkets riktmärken från 2008, där CRP <20 talar emot pneumoni, medan CRP >100, eller CRP >50 efter en vecka med symtom, ger stöd för pneumoni [4]. Observera dock att endast var tredje patient med CRP >100 har en radiologiskt bekräftad pneumoni, och att pneumoni är möjlig även vid CRP <20, särskilt vid immunosuppression [3]. Primärvårdskvalitet anger att högst 40% av patienter med nedre luftvägsinfektion bör testas med CRP, och sett till hela riket uppnås detta mål (28% enligt aktuell Medrave-data); däremot är spridningen stor mellan olika regioner, från 20% i Jönköping till 59% i Örebro. Lungröntgen ska inte användas rutinmässigt men kan hjälpa till i differentialdiagnostiken vid behov. Märk väl att vanlig lungröntgen är underlägsen DT thorax i detta avseende [5].

En annan sak att tänka på är att inte fastna i den falska dikotomin bronkit/pneumoni, utan även överväga andra nedre luftvägsinfektioner som influensa, RSV och SARS-CoV-2, KOL- och astmaexacerbation, tuberkulos och kikhosta. Dessutom kan patienter hosta av helt andra anledningar än infektion, som till exempel lungemboli, lungcancer, hjärtsvikt, läkemedelsbiverkningar och främmande kropp.

Behandling

När man är färdig med sina överväganden och har bestämt sig

för diagnosen akut bronkit så kommer man till det sista steget, som rör behandling och uppföljning. Den viktigaste åtgärden blir då att lugna patienten genom att informera om tillståndets självläkande natur och gynnsamma prognos. Det är även viktigt att ge patienten rimliga förväntningar genom att upplysa om att hostan kan vara envis och kvarstå i många veckor, ibland mer än en månad. Skriv gärna ut Folkhälsomyndighetens patientinformation och förklara att hostan även fyller en funktion vid luftvägsinfektioner. Behandlingsmässigt bör egenvårdsråd vara en hörnsten, men ställd inför en patient med plågsam hosta kan det ändå vara lätt att känna sig "hjälpnödig" och vilja tillgripa förskrivning eller rekommendation av mer eller mindre evidensbaserade preparat, inklusive antibiotika, hostmedicin, bronkdilatantia, inhalationssteroider och naturpreparat.

Antibiotika saknar dock kliniskt meningsfull effekt oavsett mikrobiell etiologi och ska inte förskrivas i normalfallet [6]; här anger Primärvårdskvalitet att högst 10% av patienterna bör få antibiotika. Hostmedicin förskrivs ofta, men det saknas moderna studier som visar någon effekt jämfört med placebo. Bronkdilatantia och inhalationssteroider ska inte förskrivas till patienter utan känd astma, eftersom det finns måttlig evidens för att de saknar effekt på hostan vid akut bronkit.

Prognosen är god och 90% av patienterna är fria från hosta inom en månad [2]. Gränsen för vidare utredning är något flytande, men som tumregel kan man vänta sex-åtta veckor om det inte föreligger särskilda skäl. I händelse av tidig försämring bör man dock ompröva diagnosen. Likaså kan ett tidigt återbesök vara befogat vid gränsdragningsproblem gentemot andra nedre luftvägsinfektioner.

Inga jäv.

Jon Pallon
Allmänläkare, med dr,
Akademisk vårdcentral Skärvet,
Växjö, Institutionen för kliniska vetenskaper
i Malmö, Lunds universitet
jon.pallon@gmail.com



Referenser:

1. Ieven M, Coenen S, Loens K, Lammens C, Coenjaerts F, Vanderstraeten A, et al. Aetiology of lower respiratory tract infection in adults in primary care: a prospective study in 11 European countries. *Clin Microbiol Infect* 2018;24:1158–63.
2. Ebell MH, Merenstein DJ, Barrett B, Bentivegna M, Hulme C, Hamer C, et al. Acute cough in outpatients: what causes it, how long does it last, and how severe is it for different viruses and bacteria? *Clin Microbiol Infect* 2024;30:1569–75.
3. van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C, Zuithoff NP, de Jong PA, Coenen S, et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013;346:f2450.
4. Läkemiddelsverket. Behandlingsrekommendation vid nedre luftvägsinfektion. 2008.
5. Waterer G. What is pneumonia? *Breathe (Sheff)* 2021;17:210087.
6. Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD000245.

Nässprej med koksalt kortar sjuktid och minskar antibiotikaanvändningen

Så här års utgör luftvägsinfektioner en stor del av kontakterna på vårdcentralen. De allra flesta är självläkande och ofarliga infektioner, men för den som drabbas kan symtomen vara nog så besvärliga och resultera i frånvaro från arbete och skola.

Kan symtomen lindras med vitaminer, mineraler, nässprej och liknande egenvårdsprodukter? Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, rapporterade 2024 att det saknas vetenskapligt stöd för sådan behandling [1]. De fann att samtliga studier i ämnet hade hög risk för bias och till största del var sponsrade av företag som säljer produkterna.

Strax därpå kom en ny randomiserad studie som undersökte effekten av nässprejer och beteendeintervention vid vanliga luftvägsinfektioner [2]. Den här studien initierades av primärvårdsläkare i Storbritannien och var helt utan koppling till företag. Deltagarna var vuxna med minst tre självrapporterade luftvägsinfektioner under ett normalt år eller med minst en riskfaktor för allvarligare luftvägsinfektion (nedsatt immunförsvar, hjärtsjukdom, astma, lungsjukdom, diabetes, nedsatt leverfunktion, stroke, allvarliga neurologiska problem, obesitas eller ålder ≥ 65 år). Totalt randomiserades 13 799 personer till fyra armar: vanlig sjukvård, gel-baserad nässprej (innehållande polymer med buffrande förmåga och mentol), nässprej med koksaltlösning (natriumklorid, NaCl) och en fjärde grupp som fick råd om fysisk aktivitet och stresshantering via en digital plattform.



Kan symtomen lindras med vitaminer, mineraler, nässprej och liknande egenvårdsprodukter?

Deltagare som randomiserades till behandling med någon typ av nässprej instruerades att påbörja behandlingen vid första symtom eller vid smittorisk för luftvägsinfektion: de rekommenderades två sprejningar i vardera näsborren, upp till sex gånger per dag, till och med två symtomfria dagar. Patienterna som randomiserats till beteendeintervention erbjöds stegmätare och information via en webbsida om fysisk aktivitet och stressreduktion.

Under sex månader rapporterade deltagarna hur många för-

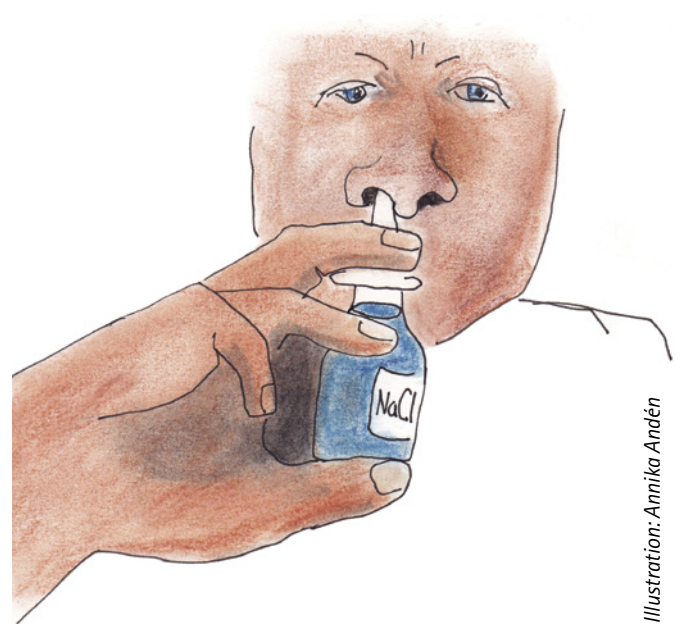


Illustration: Annika Andén

kylningsdagar de upplevt, frånvaro från arbete och eventuell antibiotikabehandling. Medelåldern var 61 år och 87% var vaccinerade mot influensa A under det senaste året. Mediananvändningen av nässprej var tre gånger per dag och den vanligaste orsaken att starta behandling med nässprej var tidiga infektionssymtom.

De som randomiserades till vanlig sjukvård hade i medeltal 8,2 sjukdagar, vilket var signifikant fler sjukdagar jämfört med dem som använde gelsprej (6,5 dagar; IRR 0,82 [99% CI 0,76–0,90]; $p < 0,0001$) och koksaltlösning (6,4 dagar; 0,81 [0,74–0,88]; $p < 0,0001$). För deltagare som fick beteendeintervention var skillnaden i antal sjukdagar mindre och inte signifikant (7,4 dagar; 0,97 [0,89–1,06]; $p = 0,46$). Antalet förlorade arbetsdagar var signifikant lägre i de båda sprejgrupperna jämfört med vanlig vård. Alla interventioner gav signifikant lägre antibiotikaanvändning jämfört med vanlig sjukvård; vid nässprej med vanligt koksalt minskade antibiotikaanvändningen 25%.

Störst effekt av nässprejerna sågs hos dem som normalt hade frekventa luftvägsinfektioner. Deltagare som använde gelsprej rapporterade oftare huvudvärk än de som använde koksaltlösning. Gelsprejen finns inte på den svenska marknaden. Det gör däremot nässprej med koksalt som finns att köpa på de flesta svenska apotek. Koksaltlösning kan även lätt blandas hemma. En tesked NaCl (finsalt från mataffä-

ren) blandat med en halv liter kranvatten ger en lite lagom hyperton saltlösning.

Verkningsmekanismerna för koksaltsprejen kan vara flera. Förutom att sprejen mekaniskt sköljer bort viruspartiklar från näslemhinnan så kan tillförsel av NaCl påverka det intracellulära immunförsvaret. Flera typer av immunceller (neutrofiler, makrofager, dendritceller) har hög halt av hypoklorsyra (HOCl) intracellulärt vilket fungerar som ett slags inbyggt antiviralt försvar. Ökad tillgång på kloridjoner har visats öka den intracellulära hypoklorsyraproduktionen och yttre tillförsel av NaCl har visats stärka just den här försvarsmekanismen [3].



Antalet förlorade arbetsdagar var signifikant lägre i de båda sprejgrupperna jämfört med vanlig vård.

Bland deltagarna som randomiserades till beteendeinterventionen var det 85,5% som tog aktiv del av materialet på webbsidan. Det rapporterades dock inte hur många av dem som faktiskt ökade sin fysiska aktivitet eller hur mycket. Tidigare studier av träning och luftvägsinfektioner har inte gett entydiga besked, så en mer detaljerad analys av effekten av olika fysisk aktivitetsnivå hade varit intressant.



Koksaltlösningen blandas lätt och billigt hemma och kan minska konsumtionen av andra läkemedel, inte minst antibiotika.

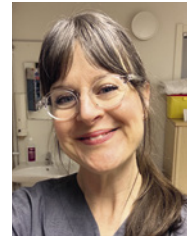
Studien är stor och välgjord. Invändningar kan göras mot att deltagarna självrapporterade sina symtom och att behandlingen inte var blindad för deltagarna – men å andra sidan var detta ett pragmatiskt och verklighetsnära upplägg. Effekten på antibiotikaanvändningen är avhängig hur forskrivningsnivån var från början och det är inte säkert att effekten skulle bli lika stor i en lågforskrivande svensk primärvårdskontext. Trots att deltagarna använde sprejen mer sällan än påbjudet så gav behandlingen signifikanta effekter av betydande storlek. Det här resultatet är relevant för många – i synnerhet för oss som ofta drabbas av förkylningar.

Nässprej med koksalt lindrar symtom och kortar sjuktiden vid vanliga luftvägsinfektioner. Sprejen är enkel att använda och utan större biverkningar. Koksaltlösningen blandas lätt och billigt hemma och kan minska konsumtionen av andra läkemedel, inte minst antibiotika.

Inga jäv.

Karin Rystedt

Allmänläkare, med dr,
Vilans vårdcentral, Skara, Centrum för
antibiotikaresistensforskning, CARE,
och Avdelningen för samhällsmedicin
och folkhälsa, Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet, Strama Västra Götaland
karin.rystedt@vgregion.se



Referenser:

1. Effekten av vitaminer, mineraler samt medicintekniska produkter vid förkylning. Publikationstyp: SBU Bereder, Rapport 383, Publicerad: 29 augusti 2024.
2. Little P, Vennik J, Rumsby K, et al. Nasal sprays and behavioural interventions compared with usual care for acute respiratory illness in primary care: a randomised, controlled, open-label, parallel-group trial. *Lancet Respir Med.* 2024 Aug;12(8):619-632.
3. Ramalingam S, Cai B, Wong J et al. Antiviral innate immune response in non-myeloid cells is augmented by chloride ions via an increase in intracellular hypochlorous acid levels. *Sci Rep.* 2018 Sep 11;8(1):13630.



Deadline för nr 2-2026 är 16 mars!

*Teman är Barnmedicin /
Allmänläkaren & samhället*

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

Hur skyddar vi våra mest sårbara från SÄBO-relaterade infektioner och överanvändning av antibiotika?

Det är sent en januarikväll när hemjournen får ett samtal från ett äldreboende. ”Gunnel är inte som vanligt”, säger sjuksköterskan. Den annars leende 89-åringen ligger stilla med slutna ögon, andningen snabb, huden varm. En siffra på pulsoximetern blinkar: 91%, tempen visar 38° C. Hon har varken ätit eller druckit idag. Hemjournen försöker hinna tänka: Pneumoni? Virus? Lungemboli? Slutet? Anhöriga vill att ”allt som går” ska göras – men vad innebär det här och nu, i Gunnels liv och kropp? Behöver jag åka ut? I vårdplanen står att sjukhusvård bara är aktuellt vid exempelvis fraktur.



Möjligheten att ge intravenös behandling på plats kan kännas som en trygg lösning – men väcker också svåra frågor.

Den här situationen är inte unik. Tvärtom blir den allt vanligare i takt med att våra mest sköra äldre vårdas på särskilda boenden, där infektioner är en del av vardagen och antibiotika ofta bara ett telefonsamtal bort. Möjligheten att ge intravenös behandling på plats kan kännas som en trygg lösning – men väcker också svåra frågor. När gör vi mest nytta? När gör vi minst skada?

I takt med en åldrande befolkning ökar behovet av vård på de särskilda boendena (SÄBO). Samtidigt har antalet och andelen boende på SÄBO minskat i Sverige sedan 1990-talet från drygt 128 000 (24% av åldersgruppen) personer till cirka 82 000 (12% av åldersgruppen) [1]. Vårdtiderna på sjukhus har kortats och de som idag flyttar in på SÄBO har större vård- och omsorgsbehov än tidigare. Våra allra äldsta löper en ökad risk att drabbas av infektioner, dels på grund av skörhet, dels på grund av andra riskfaktorer. Det finns en stor risk för spridning av infektioner på SÄBO, vilket vi alla såg konsekvenserna av under covid-19 pandemin.

Vid punktprevalensmätningar har man sett att de vanligaste infektionerna vid antibiotikabehandling på SÄBO är hud- och mjukdelsinfektioner, följt av urinvägsinfektioner och luftvägsinfektioner. Av luftvägsinfektionerna är den största andelen lunginflammationer [2].

Varje infektionsepisod medför risk för sänkt livskvalitet, sjukhusvård och död och risk för antibiotikabehandling. Eventuell

antibiotikabehandling leder i sin tur till risk för biverkningar, som till exempel svampinfektioner, magbiverkningar och infektion av *Clostridium difficile*, men också risk för utveckling av antibiotikaresistens. Det är därför av största vikt att skydda äldre från onödiga infektioner och onödig antibiotikabehandling.

I Östergötland har vi i ett kvalitetsarbete sett en trend med 100% ökning av intravenösa antibiotika i form av ceftriaxon på SÄBO över en femårsperiod (2013–2018). År 2018 var antalet ordinationer i Östergötland 102 och 6 år senare (2024) 144 stycken. Ökningen har alltså fortsatt i nästan samma takt. I kvalitetsarbetet konstaterades att lunginflammation var den vanligaste orsaken till ceftriaxonbehandling. Att kunna hantera svårare infektioner på SÄBO utan att behöva skicka patienter till sjukhus kan vara oerhört värdefullt för patienterna, samtidigt som användning av ett så pass potent bredspektrumantibiotika förstås driver antibiotikaresistens och leder till oönskade biverkningar.

Illustration: Annika Andén



I kvalitetsarbetet såg vi att läkarbedömning endast var gjort i ett av tre fall före ordination. Ceftriaxon administreras endast en gång per dag, vilket lämpar sig väl för hemsjukvård. Samtidigt kan man fråga sig om inte de patienter som behöver intravenös behandling kräver en annan typ av övervakning än vad som kan erbjudas på SÄBO? Det visade sig också att 39% avled inom en månad och nästan hälften (49%) av patienterna avled inom 3 månader från ordinationstillfället. I Region Skåne har den ökande användningen av ceftriaxon lyfts och en riktlinje har tagits fram som föreslår bensylpenicillin för behandling av pneumonier när intravenös behandling på SÄBO är aktuellt. Man har också förtydligat att ceftriaxon inte bör användas på SÄBO. Det är viktigt att beakta att resistensutveckling sker inte enbart hos mikroorganismer hos den behandlade individen, utan även i miljön via till exempel avloppssystem. Detta medför en potentiell risk för ekologiska störningar.



Vårdtiderna på sjukhus har kortats och de som idag flyttar in på SÄBO har större vård- och omsorgsbehov än tidigare.

Vad är det då för mikrober som orsakar lunginflammation hos äldre på SÄBO? Detta är ett outforskat område. Endast ett fåtal studier har studerat bärarskap i luftvägarna av potentiellt invasiva bakterier, såsom *Streptococcus pneumoniae* och *Haemophilus influenzae* medan studier saknas i nordisk kontext [3-5]. Det finns hypoteser om att mikrobiomet i övre luftvägarna spelar roll och skyddar mot mer potentiellt allvarliga infektioner [6], likt asymtomatisk bakteriuri kan vara skyddande mot symtomgivande urinvägsinfektion [7].

För att motverka spridning av infektioner blir smittförebyggande arbete oerhört viktigt i SÄBO-kontexten. Infektioner på SÄBO klassas som vårdrelaterade utifrån Socialstyrelsens definition [8]. Inom begreppet ”vårdrelaterad pneumoni” rymmer ”ventilatorassocierad” och ”sjukhusförvärdad” lunginflammation. Detta gör begreppet något förvirrande, när vi talar om patienter på SÄBO. SÄBO är speciellt då det är både en bostad, en vårdinrättning och en arbetsplats, vilket förstås ställer högre krav på följsamhet till vårdhygieniska rutiner, samtidigt som det inte alls liknar en sjukhusmiljö.

I internationell litteratur nämns ibland *nursing home acquired pneumonia*, alltså SÄBO-relaterad lunginflammation, vilket är ett tilltalande begrepp. Huruvida dessa infektioner skiljer sig epidemiologiskt är oklart i nuläget, därför planerar vi en longitudinell studie på SÄBO som undersöker både bärarskap och etiologi vid infektion. Man skulle kunna tänka sig att det epidemiologiska mönstret skiljer sig från andra samhällsförvärdade och sjukhusförvärdade infektioner. Dels utifrån vaccinationsinsatser som kan spela roll, dels då omsättningen av

vårdtagare inte är lika hög som på en sjukhusavdelning. Den fysiska miljön skiljer sig från en traditionell sjukhusmiljö och påminner mer om ett hem, vilket gör det utmanande att upprätthålla en hög hygienisk standard. Samtidigt är den inte helt jämförbar med en hemmiljö, eftersom man delar utrymmen som lunchrum med flera andra omsorgstagare och möter personal som kommer och går.

Sammanfattningsvis är gruppen individer som bor på SÄBO extra sköra för infektioner och behöver skyddas så långt det går. Vaccinationer fungerar förebyggande och bör prioriteras. Utbildningsinsatser inom äldreomsorgen rörande vårdhygien är sannolikt underdimensionerade och behöver få ökat utrymme. Därtill bör antibiotika användas rationellt även i denna grupp, det vill säga när det gör större nytta än skada och när det är aktuellt, välja antibiotika med så smalt spektrum som möjligt. Om intravenös behandling är nödvändig bör bensylpenicillin kunna erbjudas vid misstänkt pneumoni.

Detta innebär fler administrationstillfällen och leder förstås till ökad arbetsinsats från sjuksköterska, men det kanske ändå är rimligt att sjuksköterskan utvärderar en svårt sjuk patient mer än en gång per dag? Det finns också ett stort behov av att öka kunskapen om epidemiologi inom SÄBO-miljön för att förbättra både hantering och förebyggande av dessa infektioner.

Inga jäv.

Anna Moberg

Allmänläkare
Kärna vårdcentral, Linköping,
Universitetslektor i allmänmedicin,
Institutionen för Hälsa Medicin och Vård,
Linköpings universitet
anna.moberg@liu.se



Referenser

1. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommisionen. SOU 2020:80.
2. Folkhälsomyndigheten. Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2024 www.folkhalsomyndigheten.se 2025.
3. Maruyama T, Gabazza EC, Morser J, et al. Community-acquired pneumonia and nursing home-acquired pneumonia in the very elderly patients. *Respir Med.* 2010 Apr;104(4):584-92. doi: 10.1016/j.rmed.2009.12.008. Epub 2010 Jan 8. PMID: 20060700.
4. El-Solh AA. Association between pneumonia and oral care in nursing home residents. *Lung.* 2011 Jun;189(3):173-80. doi: 10.1007/s00408-011-9297-0. Epub 2011 Apr 30. PMID: 21533635.
5. Ridda I, MacIntyre CR, Lindley R, et al. Lack of pneumococcal carriage in the hospitalised elderly. *Vaccine.* 2010 2010/05/21;28(23):3902-3904.
6. de Steenhuisen P, Sanders EA, Bogaert D. The role of the local microbial ecosystem in respiratory health and disease. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2015 Aug 19;370(1675):20140294. doi: 10.1098/rstb.2014.0294. PMID: 26150660; PMCID: PMC4528492.
7. Wullt B, Sundén E, Grabe M. Asymptomatic Bacteriuria is Harmless and Even Protective: Don't Treat if You Don't Have a Very Specific Reason. *Eur Urol Focus.* 2019 Jan;5(1):15-16. doi: 10.1016/j.euf.2018.07.004. Epub 2018 Jul 18. PMID: 30030090.
8. Socialstyrelsen. Termbank [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; [citerad 2016-10-26]. Hämtad från: <http://termbank.socialstyrelsen.se>

Annons

Antibiotikaförskrivning i primärvården

I november 2025 disputerade jag på en avhandling om antibiotikaförskrivning i primärvården [1]. Jag har tidigare skrivit i Allmänmedicin nummer 2 2021 om min första artikel. Den visade att antibiotikaförskrivningen minskade under perioden 2006–2014 trots att antalet infektionsbesök inte minskade. Förskrivningen minskade framför allt till barn under fem år och vid luftvägsinfektioner. Eftersom utvecklingen är likartad i andra länder, så är det rimligt att tro att minskningen beror på yttre faktorer såsom vaccinationsprogrammen. Den visade också att överförskrivningen jourtid var marginell efter att ha justerat för ålder, kön och diagnos, varför det inte lönar sig att göra särskilda kampanjer mot jourverksamheten. I den andra artikeln kunde vi konstatera att användningen av CRP ökade vid nedre luftvägsinfektioner samtidigt som vi förskrev mindre antibiotika till akuta bronkiter. Här är det rimligt att tro att Stramas kampanjer har gjort nytta.

Vilka är vi då som minskar vår förskrivning?

I min tredje artikel studerade jag de 161 läkare i Kronoberg som varit aktiva under hela nioårsperioden 2006–2014. I början resulterade 45% av infektionsbesöken i antibiotika och mot slutet bara 35%. Nästan alla läkare (84%) minskade sin antibiotikaförskrivning under perioden. De 161 läkarna hade haft 2/3 av alla infektionsbesök och skrivit ut 2/3 av all antibiotika. Dessa delades in i tre grupper: lågförskrivare över tid,

högförskrivare över tid och de som minskade sin förskrivning över tid. Det var ingen skillnad mellan läkarna avseende deras ålder, kön, utbildningsnivå.

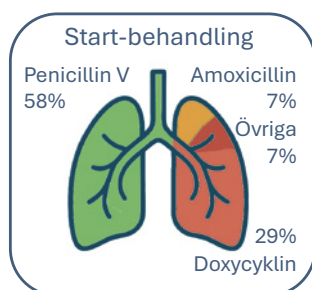


Den viktiga slutsatsen var dock att PcV fortfarande försvarar sin plats som förstahandsrekommendation i primärvården vid lunginflammation hos hemmaboende patienter.

Däremot visade det sig att högförskrivarna satte in antibiotika vid lägre CRP-nivå (median 23 mg/L) än minskningsgruppen (median 33) och lågförskrivarna (median 45). Strep A-test togs på ungefär 1/5-del av alla luftvägsinfektioner. Nästan alla (95%) med positiv Strep A fick antibiotika. Av de patienter med negativ Strep A fick 35% antibiotika av alla fall hos högförskrivarna, 22% i minskningsgruppen och 15% hos lågförskrivarna. Samma mönster sågs vid val av diagnos. Högförskrivarna satte

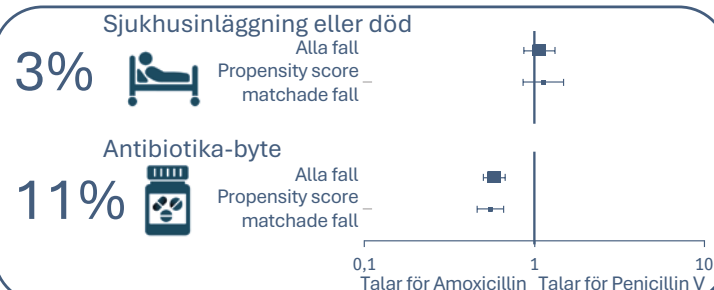
Penicillin V som rekommenderat läkemedel vid lunginflammation i primärvården

Behandlingssvikt – Amoxicillin jämfört med Penicillin V (ref)



34 306 fall av lunginflammation i södra Sverige 2018–2021

Utfall



Slutsatser

- Ingen skillnad för sannolikhet för inläggning för nedre luftvägsinfektion eller död när Penicillin V jämförs med Amoxicillin.
- Antibiotikabyten var vanligare med Penicillin V.
- Andra länder med liknande resistensmönster skulle kunna överväga att lägga till Penicillin V som förstahandsbehandling.

Sammanfattning av resultaten i studie IV

diagnosen ÖLI vid 29% av alla fall, minskningsgruppen vid 38% och lågförskrivarna vid 46% av alla fall. Min konklusion var att hur vi tolkar provsvar och bedömer diagnoser förklarar skillnaden mellan grupperna.

En liten knorr på denna studie var att jag också studerade förekomsten av återbesök och senare antibiotikarecept. Vid 14–15% av infektionsbesöken kom patienten åter inom 30 dagar. Det var statistiskt signifikant fler som kom tillbaka efter att träffat en högförskrivare, men nivån var inte kliniskt signifikant. Samma sak kan sägas om sannolikheten för sekundär antibiotikabehandling som förskrevs till 42–44% av de som kom åter.

Penicillin V duger ännu vid lunginflammation

I den fjärde artikeln tittade jag på risk för terapivikt vid behandling av lunginflammation med penicillin V (PcV) eller amoxicillin i primärvården. Med terapivikt avsåg jag dels sjukhusinläggning eller död, dels antibiotikabyte. Jag studerade barn över fem år och vuxna, som inte hade KOL eller stod på dosdispenserade läkemedel. Ungefär 10% skickades till sjukhus samma dag och ingick inte i studien. Av totalt 34 306 fall behandlades 58% av fallen med penicillin V, 7% med amoxicillin, 29% med doxycyklin och 7% med övriga antibiotika. Den justerade oddskvoten för sjukhusinläggning eller död för fall behandlade med amoxicillin jämfört med PcV var 1,07 (95% KI 0,87-1,32) det vill säga ingen skillnad.

Bilden var densamma vid sensitivitetsanalyser av subgrupper och vid propensity score-analys. Genom att matcha patienter



Illustration: Annika Andén

som fått amoxicillin mot lika många patienter som fått penicillin och som är så lika som möjligt avseende kända variabler (ålder, kön, CRP, samsjuklighet och så vidare) kan man få en ”rättvisare” jämförelse mellan behandlingarna.

Däremot var antibiotikabyte vanligare vid PcV (14% av fallen) än vid amoxicillin (9%). Jag trodde att det framför allt berodde på att vi läkare har lättare att byta antibiotika om det första preparatet var ett smalspektrum, men en av mina granskare menade att biotillgängligheten för PcV var sämre än för amoxicillin. Den viktiga slutsatsen var dock att PcV fortfarande försvarar sin plats som förstahandsrekommendation i primärvården vid lunginflammation hos hemmaboende patienter.

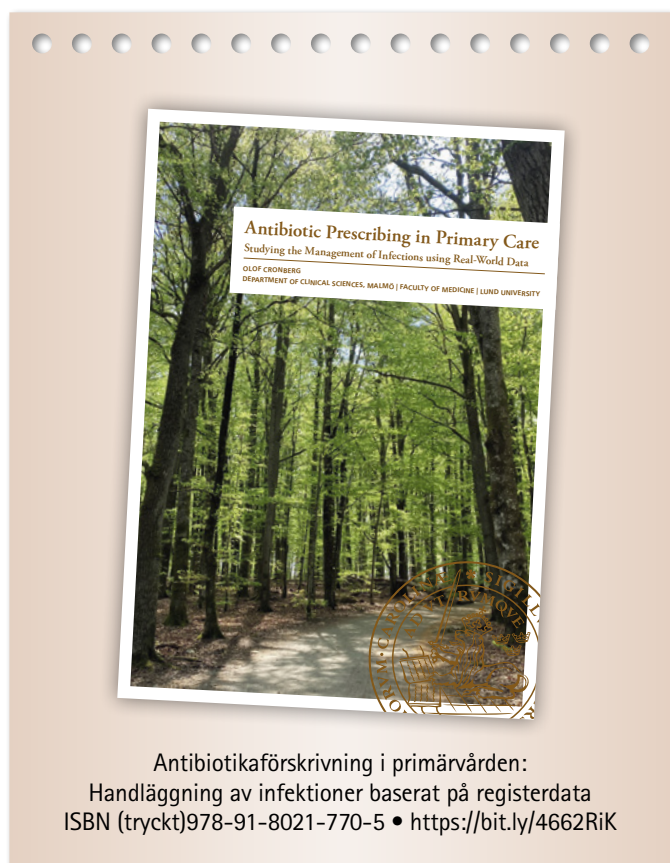
Vid slutet av disputationen fick jag frågan om vilken förskrivargrupp som jag själv tillhör. Jag blev svaret skyldig för det har jag inte kollat upp, men i ljuset av mina forskningsresultat hoppas jag att jag är en lågförskrivare.

Inget jäv.



Olof Cronberg

Allmänläkare, med dr, Vårdcentralen Växjöhälsan
olof.cronberg@abc.se



Antibiotikaförskrivning i primärvården:
Handläggning av infektioner baserat på registerdata
ISBN (tryckt)978-91-8021-770-5 • <https://bit.ly/4662RiK>

Referens:

1. **Cronberg, O.** *Antibiotic Prescribing in Primary Care – Studying the Management of Infections using Real-World Data.* (Thesis). Faculty of Medicine, Lund University, Doctoral Dissertation Series 2025:117. 110 p. <https://bit.ly/4662RiK>

Annons

Till frågan om riktlinjer

Vad är det med riktlinjer som är så laddat? Eller, hur ska man säga, uppfordrande? Jag har varit handledare för ett antal allmänmedicin-ST-läkares FoU-arbeten och ett ständigt återkommande ämnesförslag är: *Följer vi riktlinjen?* Följer man, till exempel, den i riktlinjen stipulerade utredningsgången vid en viss misstanke, tar man de rekommenderade proverna, skriver man ut viss behandling?

Nuförtiden har man i Göteborgs primärvård avskaffat FoU-arbeten med egen datainsamling eftersom alla istället ska göra *scoping reviews*. Vill man göra något annat får man istället gå FoU-kursen i Borås. Men när det fortfarande stod adepterna fritt att välja metod, brukade jag försöka styra bort dem från frågeställningar som enbart handlade om att följa riktlinjer. Främst för att det blev så tråkiga resultat.

”Jaha, i 91% av fallen gör man som riktlinjen säger, när en man under 70 år har PSA över 3, på Gråbjörnens vårdcentral.”

Följt av några försök att uttolka vad som förenade de irreguljära 9% av männen, eller deras läkare, vilket vanligen föll på att bägge var alldeles för fåtaliga.

Som alternativ till att studera ren riktlinjeföljsamhet tycker jag det är intressantare att fråga sig: *Är det en bra idé att följa riktlinjen?* Eller mer specifikt: *När är det lämpligt att göra avsteg från riktlinjen, hur ofta händer det och vad blir följderna?* Andra varianter är: *Vilka skrev egentligen det här och vad vet de om hur primärvård fungerar?* och *Vem betalade dem?*, där det sistnämnda för övrigt beforskas av dr Czajkowski vid Avestahälsans vårdcentral [1].



... det är intressantare att fråga sig: *Är det en bra idé att följa riktlinjen?*

Frågeställningen: *Följer vi riktlinjen?* (med det rafflande svaret 91%) kan förvisso vara en ingång i den sortens mer kritiska resonemang. Men dessa resonemang är betydligt mer krävande att föra, eftersom man då måste man sätta sig in i bakgrunden till riktlinjens rekommendationer. Där ingår sjukdomens epidemiologi och hur den avspeglas på ens egen vårdcentral, diagnosverktygens parametrar med risk för falska negativa och positiva fynd, behandlingarnas för- och nackdelar, etcetera. Först när man har en hygglig uppfattning om allt detta är man i skick att säga något om hur bra riktlinjen egentligen är.

Och där har vi generalistens dilemma. Som distriktsläkare

känner jag ofta att *det här kan inte vara rimligt* när jag läser en eller annan rekommendation. Men som distriktsläkare har man sällan eller aldrig möjlighet att faktiskt gå till botten med det som skrivs i KOL-riktlinjen, och om man till äventyrs skulle ha det återstår riktlinjerna om benskörhet, fetma, depression, hjärtsvikt och hypertoni. Generalistens lott är att vara måttligt insatt i många sjukdomar och därigenom inte vara väl insatt i någon. Det är förmodligen därför vi distriktsläkare är så ödmjuka och behagliga att umgås med – vi har sedan länge förstått att det inte är lönt att spela Allan och låtsas vara allvetande.



Känslan av att *det här inte kan vara rimligt* bottenar nog ofta i diskrepansen mellan det jag gör och det jag enligt riktlinjen borde göra.

Känslan av att *det här inte kan vara rimligt* bottenar nog ofta i diskrepansen mellan det jag gör och det jag enligt riktlinjen borde göra. Alltså att jag i mitt nuvarande yrkesutövande inte gör det som riktlinjen anbefaller och att jag inte heller ser hur det skulle vara möjligt att klämma in denna extra arbetsuppgift i mitt schema. Här får man akta sig för den psykologiska fallgropen att likställa *har inte tid med* och *är dåligt*. Det tankefelet kan leda till reflexmässigt avfärdande av allt som inte får plats i schemat, utan hänsyn till om det faktiskt är mer högvärdevård än något man redan gör.

Kampen om utrymmet i tidboken hade underlättats om nya riktlinjer i genomsnitt föreslog minst lika mycket ta bort som lägga till. Men riktlinjer tenderar att utvidga snarare än begränsa sjukdomsdefinitioner och insatser, vilket leder till fler patienter och fler uppgifter. Frågan om vad man ska sluta göra när man börjar med det nya, brukar inte heller väcka något större intresse hos riktlinjeförfattarna. Ett exempel är debatten om sänkt **riktvärde** (men gåtfullt nog inte sänkt diagnosgräns) för hypertoni till 130/80 mmHg, där proponenterna uttryckte det sålunda:

”Genom att arbeta personcentrerat är vi övertygade om att våra kollegor, med omdömesgill applicering av de föreslagna rekommendationerna, kan balansera patientnytta mot överbehandling på ett effektivt sätt.” [2]

I längden kan vi inom allmänläkarkåren inte stå som passiva

mottagare och utförare av riktlinjer som i många stycken ställer oresonliga krav på vår förmåga. Att strutsa det nya i hopp om att det snart går över, eller bara allmänt tappa sugen på allt som kommer ”uppifrån”, är varken trevligt eller konstruktivt. Vi behöver istället en metod för att överpröva riktlinjer, och vid behov ändra rekommendationerna i dem, så att de insatser som blir kvar faktiskt gör mer nytta än skada och har en chans att hinnas med på en vanlig vårdcentral.

Det där har vi debatterat inom SFAM och ett förslag som heter **PV-Prio** utarbetas under våren 2026. Namnet anspelar på primärvårdsprioritering och tanken är att PV-Prio ska fungera som ett filter att lägga ovanpå på riktlinjer, så att endast det rimliga i dem sipprar igenom. Några tidstypiska riktlinjer används som pilotfall och vidare detaljer om saken kommer att lyftas i framtida nummer av tidskriften Allmän-Medicin.

Inga jäv.



Staffan Svensson

Allmänläkare, Nötkärnan Bergsjön vårdcentral
staffan.svensson@pharm.gu.se



Illustration: Annika Andén

Referenser:

- 1 Czajkowski M, Olsson L. Conflicts of interest and industry funding declared in systematic reviews of interventions for six common diagnoses. *Scand J Prim Health Care* 2025; 1-9.
- 2 Brunström M, Jernberg T. Vårdförlopp hypertoni ligger ännu på ritbordet – men kontureerna tar form. *Läkartidningen* 2025-08-29. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/vardforlopp-hypertoni-ligger-annu-pa-ritbordet-men-kontureerna-tar-form/>

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

Referat:

Njursviktsmöte på AstraZeneca

När en av oss (nämligen Bernd) skulle gå på ett möte med AstraZeneca om kronisk njursvikt, väcktes flera frågor. Inbjudan kom från avdelningen för *Regional Market Access* där man arbetar för att främja dialog mellan firman och omvärlden, och upplägget var ett tvåtimmars "rundabordssamtal" kring kronisk njursjukdom i allmänhet och det Nationella vårdprogrammet för kronisk njursjukdom i synnerhet [1]. Tanken med Bernds deltagande var att bevaka frågan ur ett kliniskt primärvårdsperspektiv, för Västra Götalandsregionens koncernkontors räkning.

Vi ställde oss först frågan: *Vad är AstraZeneca ute efter?* Syftet med sådana möten är i regel att bana väg för en eller annan produkt, och då kan man så att säga *följa pengarna* till det patentskyddade läkemedel eller den diagnos det i grunden handlar om. Talas det bara om diagnosen och inte om läkemedlet, är målsättningen ofta att utvidga diagnosdefinitionen så att fler patienter kan komma ifråga för en viss, icke nämnd läkemedelsbehandling [2].



... då kan man så att säga följa pengarna till det patentskyddade läkemedel eller den diagnos det i grunden handlar om.

Detta är visserligen inte något konstigt. Läkemedelsindustrins *raison d'être* är ju att ta fram och sälja läkemedel, och ökad användning av läkemedel är av godo när det finns underdiagnostik och underbehandling. AstraZeneca har också framforskat flera värdefulla standardpreparat i primärvården, till exempel metoprolol och candesartan.

Men i det här fallet kunde vi inte utan vidare se vad AstraZeneca hade i kikaren. Av de läkemedel som omnämns i vårdprogrammet har de flesta sedan länge utgångna patent och är därmed billiga. Det handlar om blockerare av renin-angiotensin-aldosteron-systemet (RAAS) som ACE-hämmare och angiotensinreceptorantagonister (ARB), samt aldosteronantagonister (alias mineralokortikoidreceptorantagonister, MRA) som spironolakton och eplerenon. Hämmaren av SGLT2 dapagliflozin (Forxiga) ägs visserligen av AstraZeneca men patentet är på väg att löpa ut och minst åtta generikavarianter står och stampar i FASS farstu. Det enda någorlunda nya i vårdprogrammet är den icke-steroidala MRA:n finerenon

(Kerendia), men den saluförs av Bayer och varför skulle AstraZeneca vilja hjälpa dem?

Nåväl, mötet drogs igång av personalen från AstraZenecas reklamavdelning. Bland övriga deltagare märktes en distriktsläkarkollega, en njurmedicinare, en socialdemokratisk regionpolitiker och en patientrepresentant. Mötet kretsade kring de nya riktlinjerna och medan njurmedicinaren var något skeptisk till att sätta diagnosen "njursvikt" på dem med marginellt sänkt estimerad glomerulär filtrationsratio (eGFR), så var man från annat håll mycket angelägen om att alla med eGFR <60 mL/min/1,73 m² skulle ha just den diagnosen, oavsett ålder (figur).

Den kategorisering som används i riktlinjen spänner över hela befolkningen, som därmed delas in i olika grader av diagnosen Chronic Kidney Disease – de med eGFR över 60 hamnar i diagnoskategori CKD 1 och 2 (figur). En invändning mot detta system är att gränsen mellan sjuka och friska blir svärbegriplig när opåverkade människor sjukförklaras. En annan invändning är att CKD 3 (eGFR 30–59) innefattar en mycket heterogen grupp människor, från helt friska till tämligen njursjuka.

Från klinikerhåll påpekades här att patienterna ibland blir arga om man ställer kroniska diagnoser på dem. Särskilt om man gör det utan att berätta varför, och om diagnosen i sig inte medför någon ändring i vården. Det kan till exempel röra sig om en 80-åring som redan står på candesartan och empagliflozin mot hjärtsvikt, och som nu har ett eGFR på 57. Men argumentet om nackdelar med diagnossättning fick ett blandat mottagande i gruppen. Detsamma gällde beskrivningen av en patient med SGLT2-hämmare som utvecklade ketoacidosis, något märkligt eftersom det är en visserligen ovanlig men väl-etablerad och erkänt farlig biverkning.

Bernd använde sedan uttrycket "sjuk på riktigt" i diskussionen, vilket inte gick hem så väl hos vissa deltagare. Syftet med

		Persisterande albuminuri (U-albumin/kreatinin kvot)			
		A1	A2	A3	
		Normal till lätt albuminuri	Måttlig albuminuri	Hög grad albuminuri	
		<3 g/mol	3–30 g/mol	>30 g/mol	
GFR kategori (mL/min/1,73 m ²)	CKD stadium				
	1	Normal eller hög	≥90		
	2	Lätt nedsatt	60–89		
	3a	Mild till måttlig nedsättning	45–59		
	3b	Måttlig till svår nedsättning	30–44		
4	Svår nedsättning	15–29			
5	Uttalad nedsättning	<15			

Ökad risk

Figur: Värdering av risk för försämrad njurfunktion vid kronisk njursjukdom. Grön = låg risk. Gul = måttligt ökad risk. Orange = hög risk. Röd = mycket hög risk.

uttrycket var att man i kliniken behöver särskilja de patienter vars sänkta njurfunktion får konsekvenser för hälsan, från dem där det bara är ett bifynd. I många fall överskuggar andra risker de renala, och att screena oselektat för njursvikt i syfte att ” hitta alla ” och behandla dem preventivt leder till höga number needed to treat (NNT), samt att resurser tas från patienter med etablerade sjukdomar och risktillstånd. Det finns således en gradient i hur angeläget det är att bry sig om njurfunktionen, och denna gradients form beror av patientens övriga sjuklighet och väntade livslängd. Denna poäng visade sig vara oväntat svår att förmedla.

Mötet kom också in på många andra ämnen. Bland annat berättades om blodtrycksscreening av allmänheten i köpcentra, varvid man ibland hittar personer med så högt blodtryck att de skickas direkt till akutmottagningen. Några reflektioner från mötet, förutom att man inte alltid kan göra alla nöjda, följer här.

Till att börja med så är kronisk njursjukdom så nära sammanvävt med typ 2-diabetes och ischemisk kärlsjukdom, att ett enskilt fokus på njurarna i viss mån blir konstlat. Som generalister är vår uppgift att skapa en övergripande bild av patienten och värdera vad som är mest lönt att jobba med. Vilka patologier, givet denna individs situation och önskemål, ska man bry sig om och vilka ska man släppa?

Men riktlinjerna och upplägget att organisera vården kring diagnoser går på tvärs med helhetsprincipen. Stuprören för de enskilda organen och sjukdomarna borde istället bytas ut mot ett mer allmänt vattenfall, där man gör en samlad riskbedömning för alla tillstånd. Att vi i primärvården har krav på olika specialsjuksköterskor är i någon mån en eftergift för stuprörs- och riktlinjetänkandet – kommer vi i framtiden också ha njursviktssjuksköterskor på vårdcentralerna?

En annan reflektion handlar om surrogatvariabler. Här är måtten som gäller diabetes typ 2 och ischemisk hjärtsjukdom – HbA1c, blodtryck, LDL – så inarbetade att man i praktiken ofta blandar ihop sjukligheten med dess riskfaktor. Dessa tre variabler har för övrigt den stora pedagogiska fördelen att de är responsiva: man kan påverka dem genom behandling. I jämförelse är eGFR betydligt trögare och kan, såvida det inte rör sig om akuta tillstånd, knappt väntas vända till det bättre: kvittot på en lyckad behandling är istället att eGFR försämrats långsammare.

Denna tröghet kan bidra till att eGFR inte slagit an på samma sätt som de tre andra måtten. En annan skillnad dem emellan är att eGFR är formelberäknat och till stor del betingas av kön och ålder. Här kan man fråga sig hur vanligt det egentligen är att patienter har ” normalt eller högt ” eGFR, det vill säga ≥ 90 , enligt riktlinjens klassifikation (figur). På Närhälsan Styrso vårdcentral, med cirka 4 000 listade och en stor andel äldre, identifierade en sökning i MedRave på antalet patienter med uppmätt kreatinin under 2025 totalt 1660 individer. Av dessa

hade 165 (10%) ett eGFR på 90 eller högre, medan 1100 (66%) hade eGFR som var 60 eller lägre. Således klassades en majoritet av de provtagna patienterna in i den utredningskrävande

diagnoskategorin CKD grad 3.

Stadieindelningen i riktlinjen är hämtad från intresseföreningen KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Indelningen lanserades 2012 men har först på senare år lobats för i större skala, i takt med att allt fler patentskyddade läkemedel fått indikationen njursvikt. AstraZeneca är ”Bronze Strategic Partner” i KDIGO och, för att återvända till inledningens fråga om firmans intresse, gjorde vi slutligen en utvidgad sökning [3]. Här dök

det upp något som möjligen är gåtans lösning: baxdrostat, en aldosteronsyntashämmare som sänker blodtrycket och studeras på indikationen kronisk njursvikt – en kombinationstablett med dapagliflozin är under utprovning i två fas 3-studier [4]. Kom ihåg att det var här ni läste det först.

Inga jäv.

Bernd Sengpiel

Allmänläkare, Närhälsan Styrso vårdcentral
bernd.sengpiel@vgregion.se



Staffan Svensson

Allmänläkare, Nötkärnan Bergsjön vårdcentral
staffan.svensson@pharm.gu.se



Referenser:

1. Lind af Hageby S, Andersson J, Daenen K, Fernström A, Persson A, Wolpert E, m.fl. Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom. Version 4; 2025-04-04. <https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/nationellt-vardprogram-for-kronisk-njursjukdom.pdf>
2. Sismondo S. Ghost-Managed Medicine. Mattering Press; 2018. <https://www.matteringpress.org/wp-content/uploads/2018/07/Sismondo-Ghost-managed-Medicine-2018-1.pdf>
3. AstraZeneca: Our pipeline – Cardiovascular, Renal and Metabolism (as of 6 November 2025). <https://www.astrazeneca.com/our-therapy-areas/pipeline.html#cvrm>
4. Dwyer JP, Maklad N, Vedin O, Monyak J, Myte R, Chertow GM, m.fl. Efficacy and Safety of Baxdrostat in Participants with CKD and Uncontrolled Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Journal of the American Society of Nephrology. 2025;

Annons

Annons

Information – en avgörande faktor för hälsa?

Sedan internet tagit allt mer plats i våra liv har det informationslandskap en patient befinner sig i förändrats drastiskt. Patienter exponeras idag för ett mångfacetterat digitalt innehåll som är drivet av algoritmer och stora språkmodeller (large language models, LLM) där en individs uppmärksamhet och engagemang prioriteras framför korrekt information. En individs informationsmiljö kan bestå av flera informationsflöden från sociala medier, sökmotorer, appar, hälsodata från exempelvis klockor och telefoner, artificiell intelligens (AI) chatbots och sociala grupper.

Idag är det vanligt att en patient söker på internet före och efter man gör ett besök inom vården. Det gör att flera olika informationskällor kommer att forma patientens förväntningar, farhågor och föreställningar. Vi vet idag också att en persons hälsa och hälsoutfall kan påverkas av den information individen tillgodogjort sig och därmed kan ses som en avgörande faktor för hälsa på samma sätt som utbildningsnivå och socioekonomisk status. Här har vårdpersonal en betydelsefull roll i att vägleda i den komplexa informationsmiljö en patient idag vistas i.

För att bättre förstå vårdpersonalens roll i patientens informationsmiljö utforskades kognitiva, personliga och samhällsliga aspekter hos både patienter och vårdpersonal. En sökning gjordes i PubMed och Google Scholar mellan 1:a mars och 30:e April 2025. Termerna "information environment", "information ecosystem", "information space", "primary care", "healthcare provider", "primary care provider", "infodemic management", "infodemic" och "Do Your Own Research" användes. Sökningen begränsades till artiklar på engelska publicerade från och med 1 januari 2015. De artiklar som bedömdes relevanta granskades och fler referenser identifierades via deras referenslista. Även myndighetsorganisationers publikationer inom ämnet granskades och inkluderades.

Efter en litteraturgenomgång skapades ett ramverk som vi kallar **informationsrymd** för att visualisera dagens informationslandskap. Begreppet rymd är valt för att göra det lättare att föreställa sig informationsmiljön som tredimensionell istället för som en platt miljö där information går fram och tillbaka. Det gör det också möjligt att förstå att såväl patienten som vårdpersonalen finns i informationsrymden, men också själva påverkar och påverkas av informationen. Även om vårdpersonal inte kan ändra strukturen i stort på den informationsrymd en patient

befinner sig i bör man som vårdpersonal vara medveten om att den individuella informationsrymden kan påverka en patients kunskap, förväntningar och farhågor och till och med hälsoutfall.

Ett aktivt förhållningssätt hos vårdpersonal kring information kan bidra till att förstå var patienten befinner sig i informationsrymden och skapa tillit. Enkla frågor som exempelvis: "Har du läst något online eller pratat med någon anhörig om något som du vill ta upp?" kan öppna för samtal kring information. Genom att bekräfta att patienten kommer att få information från olika håll kan förståelsen öka mellan patient och vårdpersonal kring var i informationsrymden man befinner sig.

Att möta tankar som är orsakade av felinformation kan vara svårt då starka föreställningar ofta är kopplade till en persons identitet. Patientens tillit till vårdpersonal är viktig och det bästa sättet att öka tilliten är troligen genom god kontinuitet, där en relation mellan vårdpersonal och patient byggs upp över tid vilket i sin tur ger god förutsättning för dialog. Då kan även vårdpersonalen hjälpa till att guida patienten i dennes informationsrymd och på så sätt påverka den som avgörande hälsofaktor. Hälso- och sjukvårdssystemet i stort behöver också sträva mot att vara aktivt i informationsrymden med uppdaterad och lättillgänglig information som exempelvis 1177.se.

Sammantaget är informationsrymden där en individ befinner sig en avgörande hälsofaktor där vårdpersonal och vårdsystemet har en viktig roll att bidra med information och vägledning till patienten.

Inga jäv i förhållande till den aktuella publikationen.

Viveca Gyberg
Allmänläkare, Surbrunns vårdcentral,
med dr, Institutionen för medicin, enheten för
kardiologi, Karolinska Institutet Solna
vivecagyberg@gmail.com

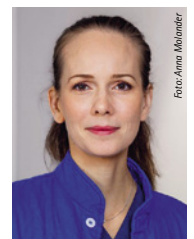


Foto: Anja Almqvist

Originalartikeln i Lancet Primary Care: Navigating information space: the role of health-care providers in the health-information journey of patients. Maïke Winters PhD, Elisabeth Wilhelm, MSc, Jonas Pick, MD, Helena Nordenstedt, MD, Viveca Gyberg, MD, Tina D Purnat, MSc. Lancet Primary Care. Volume 1, Issue 3100040 September 2025. DOI: 10.1016/j.lanprc.2025.100040

Beror graden av uppnådd blodtryckskontroll på vårdens struktur?

En jämförelse av hypertonipatienter mellan två skånska vårdcentraler

Primärvården spelar en avgörande roll för invånarnas hälsa och välbefinnande. I detta ST-arbete jämfördes hypertonipatienter vid vårdcentralerna i Degeberga och Tollarp med fokus på uppnått blodtryck, blodtrycksbehandling samt andelen patienter som uppnådde målbloodtryck vid respektive vårdcentral.

Bakgrund

Högt blodtryck är vanligt förekommande i Sverige och globalt [1], och är den viktigaste riskfaktorn för följsjukdomar såsom stroke, hjärtinfarkt och njursvikt [2]. Det finns vältolerabla antihypertensiva läkemedel tillgängliga i Sverige, men trots detta är hypertontikontrollen bland svenska patienter sämre än den i många jämförbara länder [1]. Det är alltså av stor betydelse att diagnostisera hypertoni i befolkningen och att sträva efter att individer med etablerad hypertoni uppnår målbloodtryck. Detta är en åtgärd dels för att undvika förtida sjukdom, lidande och död, dels försvarbart ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv [3]. Nuvarande riktlinjer från European Society of Cardiology (ESC) från 2024 anger målbloodtrycket till under 130/80 mmHg för de flesta hypertonipatienter om detta kan tolereras [4]. Emellertid har vi inom svensk primärvård som regel följt tidigare riktlinjer vilka angav ett målbloodtryck <140/90 mmHg [5] och därför valt detta blodtryck som utgångspunkt för denna retrospektiva primärvårdsstudie.

Tollarp är ett litet samhälle 15 km utanför Kristianstad med cirka 3 550 invånare 2021 [6] och Degeberga ligger 26 km från tätorten med en befolkning på omkring 1 360 invånare (2021). Tollarps vårdcentral hade 6 258 listade patienter strax inn-

an sammanslagningen av vårdcentralerna på de två orterna, medan vårdcentralen Degeberga hade 2 990 listade patienter strax innan sammanslagningen. Dessa har tidigare fungerat som två självständiga vårdcentraler, men sedan 1 november 2023 utgör vårdcentralen Degeberga en filial till Tollarps vårdcentral. Beslutet fattades mot en bakgrund av att man under flera år haft bemanningsproblem i Degeberga, framför allt på läkarsidan.

Detta förhållande kan tänkas ha påverkat kvalitetsaspekter i omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom eller riskfaktorer såsom hypertoni.

Syfte och metod

Syftet med denna studie (ST-arbete) var att kartlägga hur många av patienterna vid vårdcentralen Tollarp respektive vårdcentralen Degeberga som uppnådde målbloodtrycket <140/90 mmHg. Ett



ytterligare syfte var att undersöka bakomliggande faktorer av betydelse för uppnådda resultat avseende huvudsyftet.

Det var en retrospektiv tvärsnittsstudie som involverat 1 954 patienter med diagnosen essentiell hypertoni som sökt vård på respektive vårdcentral under perioden 2021-01-01 – 2023-10-31. Data har samlats in med hjälp av IT-systemet Medrave M4, där blodtryck mätta på respektive mottagning hämtades från Medrave M4 månadsvis och medelvärde för varje patient räknades ut. Läkemedelsbehandling vid studiens slut samt uppgifter om sam-sjuklighet, rökning, njurfunktion (eGFR och förekomst av proteinuri) hämtades från journaler. Granskning av enstaka journaler genomfördes vid behov.

Resultat

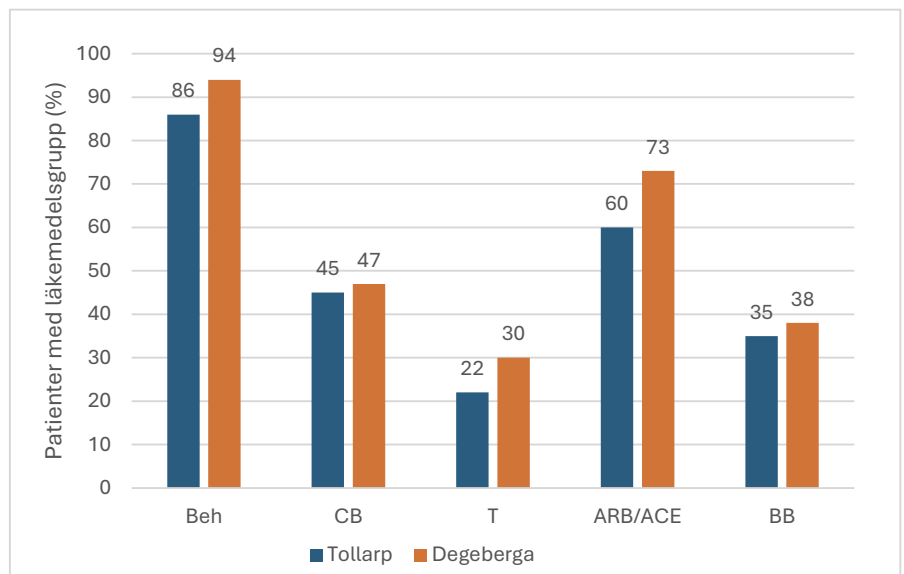
Totalt inkluderades 1 165 patienter från Vårdcentralen Tollarp, varav 1 102 (95%) patienter fått sitt blodtryck mätt minst en gång. Från Degeberga inkluderades 789 patienter, varav 81% hade fått sitt blodtryck mätt minst en gång. Totalt hade 479 patienter i Tollarp (41%) ett genomsnittsbloodtryck <140/90 mmHg jämfört med 263 patienter i Degeberga (33%), vilket innebär att fler patienter i Tollarp uppnådde målbloodtryck ($p < 0,001$).

Patienterna i Tollarp patienter hade lägre medelvärden för systoliskt och diastoliskt blodtryck jämfört med Degeberga (142,9 mmHg vs 145,0 mmHg, $p = 0,006$; respektive 78,8 mmHg vs 81,0 mmHg $p = 0,006$). Cirka 50% av Tollarps patienter fick sitt blodtryck uppmätt minst en gång per år, jämfört med knappt en tredjedel i Degeberga.

Som framgår av figur 1 så förskrevs det signifikant mer tiaziddiuretika och ARB/ACE-hämmare till hypertoni-patienter i Degeberga än i Tollarp. Vårdcentralen Degeberga hade också en signifikant högre behandlingsgrad totalt.

Patienternas medelålder var lägre i Tollarp än i Degeberga (65,6 år vs 68,5, $p = 0,001$). eGFR var högre i Tollarp jämfört med Degeberga (70,0 vs 65,2 ml/min/1,73m², $p = 0,001$). Läkare i Degeberga förskrev i genomsnitt ett högre antal olika blodtryckssänkande preparat till sina hypertoni-patienter (1,9 vs 1,6 preparat/patient ($p < 0,001$)).

Det var vanligare att patienter med typ 2-diabetes uppnådde målbloodtryck



Figur 1: Läkemedelsbehandling för hypertoni i Tollarp och Degeberga vid studiens slut.

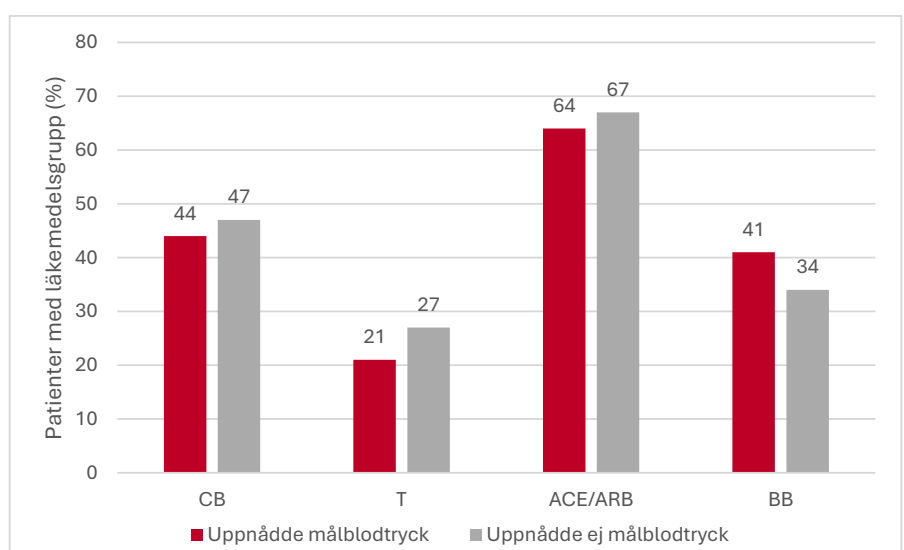
Fördelning av förskrivning av respektive läkemedelsgrupp vid studiens slut 2023-10-31, både Tollarp och Degeberga. Beh: någon behandling överhuvudtaget; CB: kalciumantagonist; T: tiazid; ARB/ACE: angiotensinreceptorblockerare/hämmare av angiotensinomvandlande enzym; BB: betablockad.

jämfört med patienter utan diabetes ($p < 0,001$), och samma mönster sågs hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom ($p < 0,001$). Vid multivariat logistisk regressionsanalys fanns ett signifikant samband mellan uppmätt målbloodtryck och förekomst av ischemisk hjärtsjukdom (OR 1,69, $p < 0,001$) samt typ 2-diabetes (OR 1,71, $p < 0,001$).

Det var fler patienter med typ 2-diabetes listade i Tollarp jämfört med

Degeberga ($p = 0,001$), medan det inte förelåg någon signifikant skillnad i förekomst av ischemisk hjärtsjukdom eller stroke mellan vårdcentralerna. Fler män än kvinnor, oavsett om de var listade i Tollarp eller Degeberga, hade typ 2-diabetes och ischemisk hjärtsjukdom ($p = 0,001$ respektive $p = 0,001$).

Vid jämförelse mellan patienter som uppnådde målbloodtryck och de som inte gjorde det noterades ingen signifikant



Figur 2: Fördelning av förskrivna hypertoni-läkemedel hos patienter som uppnådde och inte uppnådde målbloodtryck vid studiens slut 2023-10-31, i både Tollarp och Degeberga.

CB: kalciumantagonist; T: tiazid; ARB/ACE: angiotensinreceptorblockerare/angiotensinomvandlande enzym; BB: betablockad.

skillnad i medelvärde för eGFR, antal blodtryckssänkande läkemedel eller ålder.

Det förelåg däremot en signifikant skillnad i läkemedelsförskrivning (figur 2), där patienter som inte uppnådde målblodtryck i större utsträckning behandlades med tiaziddiuretika (p-värde <0,001). Patienter som uppnådde målblodtryck behandlades i högre grad med betablockerare jämfört med de som inte uppnådde målblodtryck (p = 0,004). Det förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad i förskrivning av ACE-hämmare/ARB eller kalciumantagonister mellan grupperna.

Vidare var förekomsten av ischemisk hjärtsjukdom och typ 2-diabetes signifikant högre i gruppen som uppnådde målblodtryck jämfört med gruppen som inte gjorde det (p-värde <0,001 respektive <0,001), däremot sågs inte heller någon skillnad i förekomst av stroke eller TIA.

Diskussion

Denna observationsstudie kunde påvisa att hypertoni-patienter listade i Tollarp i genomsnitt hade lägre blodtryck och i större utsträckning uppnådde målblodtryck jämfört med patienter listade i Degeberga. Detta kan delvis bero på en högre andel patienter med typ 2-diabetes i Tollarp. Patienter med diabetes och ischemisk hjärtsjukdom uppnår i regel målblodtryck i större utsträckning, vilket kan relateras till lägre blodtrycksmål och mer intensiv behandling vid samsjuklighet.

Skillnaden i behandlingsresultat kan även bero på organisatoriska faktorer. Under studieperioden hade vårdcentralen Tollarp en stabil bemanning med fasta läkare, vilket sannolikt bidrar till bättre kontinuitet och uppföljning. Vårdcentralen Degeberga var däremot mer beroende av stafettläkare, vilket kan ha påverkat behandlingsresultaten negativt, även om detta inte formellt analyserats i studien.

Patienterna i Degeberga rökte i större utsträckning än i Tollarp. Tolkningen begränsas dock av att rökdata saknades för en betydande andel av patienterna, vilket gör att några säkra slutsatser inte kan dras.

Andra faktorer som kan påverka blodtryckskontrollen är socioekonomiska belastningsfaktorer, arbetslöshet och ohälsosamma levnadsvanor, vilka inte har kontrollerats för i denna studie.

Blodtryckskontrollen i studien ligger i nivå med vad som tidigare rapporterats

i svenska registerstudier [7, 8], men det finns fortsatt förbättringspotential för vårdcentralen Tollarp som sedan 1 november 2023 blivit ansvarig för filialen i Degeberga och dess patienter.

För att förbättra hypertoni-vården i Tollarp har ökad användning av hemblodtryck och ambulatorisk 24-timmars blodtrycksmätning föreslagits. Därutöver har behovet av tydligare individuella målblodtryck för enskilda patienter lyfts. Ett ytterligare sätt att förbättra hypertoni-vården i Sverige, främst genom avlastning av läkarna, är så kallad ”task-sharing” med sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning för patienter med lägre kardiovaskulär risk, vilket tidigare har rapporterats om i AllmänMedicin [9].

En sådan modell utvärderas för närvarande inom ramen för SHIP-CARE-studien, där en pilotstudie preliminärt har visat lovande resultat för blodtryckskontrollen. En nationell huvudstudie påbörjas under 2026 [10].

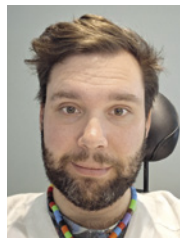
Denna studie har några svagheter. Studien inkluderade inte data från hem-

blodtryck eller ambulatorisk 24-timmars blodtrycksmätning, vilket utgör en metodologisk begränsning. Det är möjligt att blodtryckskontrollen hade framstått som bättre vid användning av sådan mätteknik vid båda vårdcentralerna, men detta kan inte bedömas inom ramen för studien.

Vidare har Medrave M4 inte kunnat inhämta uppgifter från Apodos-systemet, vilket sannolikt medför en underskattning av behandlingsfrekvensen hos patienter som använder dosdispenserade läkemedel, ofta äldre patienter.

Sammanfattningsvis var medelblodtrycket under en tvåårsperiod lägre hos patienter med hypertoni listade i Tollarp jämfört med patienter listade i Degeberga. Blodtryckskontrollen låg i nivå med vad som tidigare rapporterats från svenska vårdcentraler [7, 8], men resultaten visar samtidigt att det finns ett tydligt förbättringsutrymme, både lokalt i Tollarp och generellt inom svensk primärvård.

Jäv saknas.



Filip Siljehult
ST-läkare,
Vårdcentralen Tollarp
filip.siljehult@skane.se



Peter M. Nilsson
Allmänläkare,
seniorprofessor/expert,
Institutionen för kliniska
vetenskaper Malmö,
Lunds universitet
peter.nilsson@med.lu.se



Miriam Pikkemaat
Allmänläkare, Vårdcentralen
Husensjö, Helsingborg,
docent, Centrum för Primär-
vårdsforskning, Institutionen
för kliniska vetenskaper
Malmö, Lunds universitet
miriam.pikkemaat@med.lu.se

Referenser:

1. Bin Z, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Ezzati M, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million. *Lancet*. 2021;398: 957–980.
7. Holmquist C, Hasselström J, Bengtsson Boström K, Manhem K, Wettermark B, Kahan T et al. Improved treatment and control of hypertension in Swedish primary care: results from the Swedish primary care cardiovascular database. *J Hypertens*. 2017; 35(10):2102–2108.

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

8. Bager JE, Mourtzinis G, Andersson T, Nätman J, Rosengren A, Hjerpe P 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;29(1):158-166
9. Nilsson PM, Pikkemaat M. Hypertoni – viktigt hälsoproblem men svårhanterat i dagens primärvård. *AllmänMedicin* 2025; (Nr. 2): 9–13.
10. Andersson U, Pikkemaat M, Axelsson L, Nilsson PM, Midlöv P. Ett hållbart omhändertagande av patienter med hypertoni i primärvården. *AllmänMedicin* 2025; (nr. 2): 14–16.

Annons

Annons

Litiumorotat,

ett möjligt genombrott för behandling av Alzheimers sjukdom?

Litium har använts framgångsrikt mot bipolär sjukdom i decennier. I höstas kom ett vetenskapligt genombrott om litiums roll vid Alzheimers sjukdom. I *Nature* publicerades en artikel där forskare vid Harvard hade undersökt 27 olika metaller i hjärnan hos avlidna alzheimerpatienter. En metall stack ut – litium. Halten var markant lägre i hjärnvävnaden hos alzheimerdrabbade [1].

Forskarna upptäckte att litium fastnar i de skadliga plack som bildas i hjärnan – i stället för att nå ut i den omgivande hjärnvävnaden. Följden blir en ond cirkel: ju fler plack som bildas, desto mer litium försvinner in i dem, och litiumbristen i omgivande hjärnvävnad blir ännu värre.

Men om litium fastnar i placken, hur ska då tillfört litium hamna i omgivande vävnad där brist råder? Olika litiumsalter testades. Det vid bipolär sjukdom ofta använda saltet litiumkarbonat lagrades upp i placken medan saltet litiumorotat band mycket svagare till dem. Med litiumorotat kunde mer litium nå ut i hjärnvävnaden.



Och när möss med anlag för Alzheimers sjukdom fick små doser litiumorotat i dricksvattnet, förhindrades de sjukliga förändringarna och minnesproblemen.

Och när möss med anlag för Alzheimers sjukdom fick små doser litiumorotat i dricksvattnet, förhindrades de sjukliga förändringarna och minnesproblemen. Den mängd litium mössen fick var en bråkdel av de litiummängder som används vid behandling av bipolär sjukdom. Med så låga doser är risken för biverkningar mycket lägre.

Efter att ha läst artikeln i *Nature* skrev jag om den på *Nya rön i Läkartidningen* [2]. Dagen därpå blev jag uppringd av en distriktsläkare som säger:

”Det finns en studie Nunes et al. där man testat en mikrodos av litium. Redan efter tre månader sågs en signifikant skillnad mellan grupperna där litiumgruppen presterade på samma nivå som tidigare medan placebogrupperna hade försämrats. Efter 15 månader var resultaten ännu tydligare.”

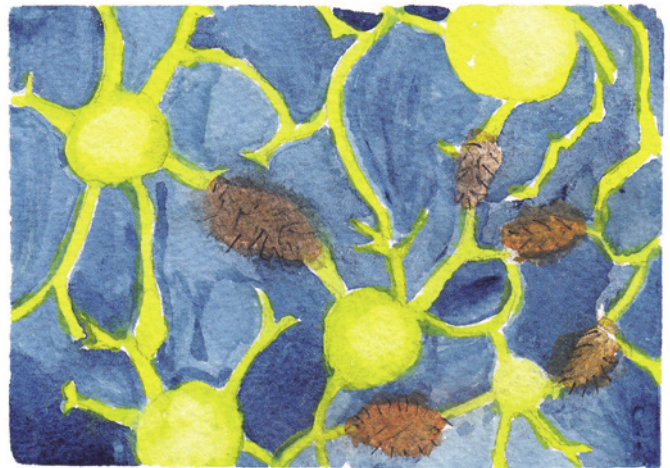


Illustration: Annika Andén

I studien [3] användes 0,3 mg/dag av antingen litiumkarbonat eller litiumglukat. En mycket låg dos. I Sverige finns Carblit som godkänt läkemedel vid bipolär sjukdom innehållande litiumkarbonat. Enligt produktresumén är startdosen vid profylaktisk behandling av bipolär sjukdom 300 mg/dag [4].

Och det finns fler spännande studier. En epidemiologisk studie har visat på ett samband mellan litium och Alzheimer. I Danmark såg man att områden med högre nivåer av litium i dricksvattnet hade lägre insjuknande i demens, men resultatet är svårtolkat och till viss del motsägelsefullt utan linjär korrelation [5]. I en dubbelblindad, randomiserad placebokontrollerad studie med litiumkarbonat hos patienter med lindrig kognitiv störning såg man mindre kognitiv försämring i litiumgruppen och att fosforylerat tau minskade [6]. I en annan liknande studie som varade under längre tid såg man att litiumgruppen var mer stabil och en ökning av A β 1–42 (Vid Alzheimers är A β 1–42 typiskt sänkt jämfört med friska). Skillnaderna mellan grupperna var små, men de verkade vara kumulativa [7]. Studierna är emellertid för små för att vi ska kunna veta om behandling med litium skiljer sig från placebo [8].

Litiumorotat, det enda saltet som hade effekt i Naturestudien, har däremot aldrig prövats på människor med Alzheimers sjukdom. Det är inte givet att effekten är lika tydlig hos människor som på möss. Det finns inga kliniska studier så vi vet inte om det fungerar. Därför är kliniska prövningar så viktiga att få till. För tänk om ett billigt salt i låg dos skulle kunna bromsa en sjukdom som medför så mycket lidande?

Men ett billigt ämne, svårt att patentera, är inte lätt att tjäna pengar på. Då hjälper det inte att alzheimermarkörer som p-tau-217 förväntas kunna kontrolleras med blodprov på vård-

central [9, 10] eller att det räcker att behandla med så låga doser av litiumorotat att allvarliga biverkningar inte förväntas. Om det inte går att tjäna pengar på behandlingen har läkemedelsbolagen få incitament att bekosta dyra studier. Men det gör det inte mindre viktigt. Kanske det finns en särskild möjlighet nu när Swetrial byggs upp efter ett regeringsbeslut 2025.



Men ett billigt ämne, svårt att patentera, är inte lätt att tjäna pengar på.

Swetrial inrättades som ett resultat av utredningen Ds 2023:8 och ska fungera som ett partnerskap för att underlätta kliniska prövningar i Sverige [11]. I Swetrial lyfts demenssjukdomar fram som ett särskilt viktigt område där behovet av kliniska studier är stort [12]. Även om utredningen lägger särskild vikt vid företagsinitierade prövningar, lyfter den även fram vikten av att nya läkemedel kommer patienterna till godo. Läkemedelskandidater som är svåra att kommersialisera kan till och med behöva en extra skjuts. Rituximab vid MS och diflunisal vid Skellefteåsjukan är exempel på det. Kanske är det just Swetrial, som kommer att ge den extra skjuts som behövs för att potentiella läkemedel – svåra att kommersialisera – undersöks ”hela vägen”? Förhoppningen finns i alla fall. Även i den Nationella läkemedelsstrategin lyfts ”utveckling av nya läkemedel och kliniska prövningar” fram som ett av tre prioriterade områden [13]. Förutsättningarna för staten att underlätta för viktig forskning även på substanser svåra att tjäna pengar på bör således vara goda.

Sedan tidningen AllmänMedicins temanummer om demens kom ut för ett år sedan har Alzheimers sjukdom diskuterats flitigt i tidningar, radio och tv. Men trots de mycket spännande resultaten som publicerades i *Nature* – nämns nästan aldrig litiumorotat. Jag undrar vad det beror på? Kanske för att vi ännu inte vet litiumorotats effekt på människa vid Alzheimers sjukdom? Litiumorotat kommer inte bli någon blockbuster, men det hindrar inte att det skulle kunna bli ett viktigt läkemedel. För att få veta det behövs kliniska studier.

Jäv: CaroCare® publicerar populärvetenskapligt material – löjligt enkelt: och innehar sidorna litiumorotat.se, lithiumorotate.uk och lithiumundalzbeimer.de

Sven Hagnerud
Allmänläkare, psykiater, fil mag
inriktning företagsekonomi,
CaroCare® och Region Uppsala
sven.hagnerud@carocare.eu



- Referenser:** *(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)*
1. Aron L, Ngian ZK, Qiu C, Choi J, Liang M, Drake DM, et al. Lithium deficiency and the onset of Alzheimer's disease. *Nature*. Epub 6 augusti 2025;645(8081):712–21. doi: 10.1038/s41586-025-09335-x
 3. Nunes MA, Viel TA and Buck SA. Microdose Lithium Treatment Stabilized Cognitive Impairment in Patients with Alzheimer's Disease. *Curr Alzheimer Res* 2013;10(1):104–7. doi: 10.2174/1567205011310010014
 9. Wimo A. Nya läkemedel mot Alzheimers sjukdom – vilka konsekvenser får det för primärvården. *Allmänmedicin*. 2025;46(1):13–5.
 12. Dunås E. ”Roligt att gå upp på morgonen” [Internet]. *LäkemedelsVärlden*. 2025 [citerad 10 januari 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.lakemedelsvarlden.se/peter-asplund-om-starten-for-swetrial/>

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

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

På plats och räddar liv i Gaza.



Svenska Röda Korset

Swisha din hjälp till 123 665 28 95

Refluxverifierad laryngospasm med frekvensminskning efter Toupet-fundoplikation

– pH-mätning som nyckel till rätt kirurgisk behandling

Aterkommande kvävningssänsa, plötslig andnöd och nattliga uppvaknanden är vanliga men diagnostiskt svårtolkade symtom i primärvården. De tolkas ofta som astma, ångest, panikattacker eller sömnstörning och leder inte sällan till upprepade vårdkontakter utan att någon sammanhållen förklaring etableras. Laryngospasm uppmärksammas sällan tidigt, trots att tillståndet kan vara starkt ångestframkallande och ha betydande påverkan på livskvaliteten.

Patienter med denna symtombild har ofta varit föremål för utredning inom flera specialiteter. I detta fall hade öron-, näs- och halsvården inte kunnat erbjuda en avslutande behandling av symtomen, medan gastroenterologisk bedömning huvudsakligen fokuserade på refluxsjukdomen som isolerat tillstånd. Symtomens konsekvenser i luftvägarna riskerade därmed att hamna mellan specialiteter.

Den allmänmedicinska relevansen i fallet ligger i behovet av att knyta samman dessa perspektiv. Genom att betrakta reflux och laryngospasm som delar av samma kliniska problematik kunde symtombilden förstås och hanteras mer sammanhållet, trots att den avgörande diagnostiken och behandlingen skedde i specialiserad vård. För allmänläkaren speglar detta ett vanligt kliniskt scenario, där patienter återkommer med kvarstående besvär efter delutredningar och där helhetsbedömning blir avgörande.

Fallet belyser även primärvårdens roll i symtomlindring och trygghetsskapande åtgärder när definitiv behandling ännu saknas. Användningen av midazolam (Buccolam) vid svåra laryngospasmepisoder gav patienten möjlighet till snabb symtomlindring och ökad upplevd kontroll, men skedde off-label och efter individuell bedömning. Detta illustrerar hur allmänläkaren ibland behöver balansera evidens, klinisk erfarenhet och patientens situation vid behandling av ovanliga men potentiellt mycket plågsamma symtom.

Bakgrund

Laryngospasm är ett plötsligt, ofta mycket skrämmande tillstånd med kortvarig ventilationssvikt, där utlösande faktorer kan vara reflux eller sensorisk hyperreaktivitet i larynx [1–2]. Utredning vid denna typ av symtom inkluderar esofageal funktion, då motilitetsstörning och hiatusbräck är vanligt förekommande [3]. Den genomförda 24-timmars pH-mätningen avser distala värden (kateter på 38,5 cm). Proximala pH-data saknas. Trots detta visar mätningen patologisk sur reflux distalt, vilket utgjorde central indikation för kirurgi [4]. Begränsad tolerans för syrahämmande behandling, särskilt PPI-utlöst dermatit, kan försvåra medicinsk terapi och bidra till att kirurgi blir den mest rimliga åtgärden [5].

Fallbeskrivning

Man i 45-årsåldern: under mer än 30 år har laryngospasmepisoderna påverkat vardag och sömn. Han har vid enstaka tillfällen sökt akut för besvären. Patienten hade återkommande episoder sedan tonåren, ofta kopplade till sur eller stark mat. Logopedkontakt gav delvis förbättring men kvarstående besvär.

Sväljningsröntgen visade esofagusdysmotorik med tertiära kontraktioner samt ett mindre hiatusbräck. Gastroskopi visade glipande cardia på cirka två skop-bredder och refluxsjukdom.

Total tid pH < 4: 6,6% (referens <5%), 6,8% i liggande.

Tidigare behandlingar inkluderade omeprazol, antacida (Gaviscon) och famotidin (Pepcid) utan tillfredsställande effekt. Vid svårare attacker har han använt midazolam (Buccolam) med god symtomlindring, enligt ordination från distriktsläkare i samråd med ÖNH-läkare vid specialistmottagning.

Episodregistrering

Patienten har dokumenterat sina laryngospasmepisoder i realtid i anteckningsappen i sin iPhone. Samtliga registrerade episoder har exakta datum. Den första loggade händelsen representerar den episod som patienten själv valde som startpunkt när han började sin systematiska registrering efter råd om att föra episodlogg. Därefter har alla episoder noterats löpande och möjliggjort kvantitativ analys.

Episodfrekvensen var hög före Toupet-fundoplikation (2024-03-07), men minskade avsevärt postoperativt, med inga episoder registrerade efter juli 2025 fram till minst november samma år.

Resultat

Se tabell 1 och figur 1.

Diskussion

Händelsefrekvens per 100 person-dagar är ett incidensmått som används när observationstiden skiljer sig mellan perioder. Måttet standardiserar antalet episoder till 100 dagars uppfölj-

Period	Uppföljningstid (dagar)	Antal episoder	Händelsefrekvens /100 person-dagar	Rate ratio	p-värde
Före op	264	13	4,9	-	-
Efter op	503	8	1,6	0,33	<0,01

Tabell 1: Antal laryngospasm-episoder och händelsefrekvens före och efter Toupet-fundoplikation.



Figur 1: Intervall mellan laryngospasmepisoder över tid (dagar). X-axeln visar datum för varje registrerad episod och Y-axeln antal dagar till nästa episod. Varje datapunkt representerar intervallet mellan två på varandra följande episoder. Den vertikala streckade linjen markerar datum för Toupet-fundoplikation (7 mars 2024). Efter operationen ses tydligt längre intervall mellan episoderna jämfört med den preoperativa perioden.

ning och möjliggör därmed en rättvis och jämförbar frekvens mellan pre- och postoperativ fas. Detta förbättrar läsbarheten och ger en statistiskt transparent presentation av effekten av kirurgisk intervention.

Laryngospasm kan utlösas av reflux och sensorisk hyperaktivitet [1–2]. Motilitetsstörning och glidande hiatusbräck, såsom i detta fall, är etablerade riskfaktorer för patologisk reflux [3]. Den distala pH-mätningen visade tydligt patologiska värden och utgjorde en avgörande faktor vid ställningstagandet till operation [4]. Den postoperativa minskningen i episodfrekvens talar för att reflux bidragit till attackerna.

Buccolam i kliniskt sammanhang

Midazolam (Buccolam) kan förkorta attacker, minska lidande och eventuellt dämpa minnesbilden av dramatiska episoder. Därmed kan risken för PTSD minska hos patienter med upprepade kvävningssattacker. Användningen vid laryngospasm är dock off-label och bör bedömas individuellt.

Slutsats

Distal pH-mätning kan vara tillräcklig för kirurgisk indikation

när övrig klinik stöder refluxorsakad laryngospasm. Toupet-fundoplikation ledde till tydlig minskning av episodfrekvensen, vilket understryker vikten av korrekt diagnostik och individanpassad kirurgisk behandling.

Samtycke: Skriftligt patientsamtycke för publicering har inhämtats. Jävsdeklaration: Inga jävsförhållanden föreligger.

Jakob Dalimi
Allmänläkare, Hyllie Vårdcentral, Malmö
jakob.dalimi@hyllie-varldcentral.se



Bahir Hadi
PhD, specialist i kirurgi, Kirurgen.dk,
Charlottenlund, Danmark



Referenser:

1. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope*. 1991;101(4 Pt 2 Suppl 53):1–78.
2. Morrison MD, Rammage LA, Emami AJ. The irritable larynx syndrome. *J Voice*. 1999;13(3):447–55.
3. Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, Gyawali CP, Roman S, Smout AJ, et al. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil*. 2015;27(2):160–74.
4. Roman S, Zerbib F, Belhocine K, Varannes SB, Mion F. Ambulatory pH-impedance monitoring for GERD: normal values and day-to-day variability in healthy subjects. *Gut*. 2006;55(6):720–7.
5. Spechler SJ, Souza RF. Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma: pathogenesis, progression, and prevention. *N Engl J Med*. 2014;371(9):836–45.

Uppdatera din e-postadress!

Missa inte någon information från SFAM. Logga in via www.slf.se och uppdatera din adress.

Västsvenska IBD-mötet 2026

Halvdagsmöte

Datum: 17 mars | Plats: Radisson Blu Scandinavia Hotel | Tid: kl. 13.00-19.00

Mediahuset bjuder in till ett halvdagsmöte med tema IBD.

Årets program fokuserar på aktuella frågor och utveckling inom IBD-området.

Under mötet kommer vi bland annat att diskutera vad som är nytt och viktigt inom fältet, ta del av en rapport från ECCO 2026 (European Crohn's and Colitis Organisation), samt få en uppdatering om pågående och kommande studier inom IBD i VGR.

Vetenskaplig styrgrupp:

Jenny Gunnarsson, överläkare,

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska sjukhuset

Georgios Mavroudis, överläkare,

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra sjukhuset

Föreläsare:

Eva Klingberg, Amin Mountagui, Antonio Molinaro, Maria Hermansson, Johann Hreinsson, Jonas Varkey, Katarina Bilén, Börje Jonefjäll och Marie Andersson.

Preliminärt program*:

13.00–14.00 *Ankomst med lunch*

14.00–14.45 Reuma/Gastro – Vem gör vad och när – Eva Klingberg

14.45–15.05 Rapport från ECCO - del 1 – Amin Mountagui

15.05–15.20 Paus

15.20–15.50 Rapport från ECCO - del 2 – Katarina Bilén

15.50–16.20 PSC – Antonio Molinaro

**16.20–18.00 Pågående och kommande studier inom IBD i VGR
- vad är på gång och varför?:**

16.20–16.40 **JAK vid ASUC – Börje Jonefjäll**

16.40–17.00 **Kirurgisk behandling av UC och livskvalitet
– Maria Hermansson**

17.00–17.20 **Paus**

17.20–17.40 **Checkpointhämmare – Johann Hreinsson**

17.40–18.00 **Sarkopeni vid UC – Jonas Varkey**

18.00–18.15 SWIBREG-uppdatering – Marie Andersson

18.15–18.30 Avslut och utvärdering

18.30 *Middag för de som önskar*

Mötet riktar sig till sjukvårdspersonal och är kostnadsfritt tack vare våra sponsorer. Programmet har utformats självständigt av programgruppen.

*Sponsorerna har inte haft något inflytande över det vetenskapliga innehållet.

Anmäl dig redan nu!



För mer information och anmälan: <https://medevents.se/gas> eller skanna qr-koden



Årets handledare i allmänmedicin i region Västerbotten

Svensk förening för allmänmedicins (SFAM) lokala förening i region Västerbotten vill härmed meddela att ST-läkarna i allmänmedicin i Umeå och Skellefteå samt Södra Lappland fått nominera sina handledare till årets handledare i allmänmedicin i region Västerbotten 2025.

Flera fantastiska nomineringar inkom och 5 december tilldelades **Kia Eriksson**, specialist i allmänmedicin och verksam som distriktsläkare på Mariehems hälsocentral i Umeå, årets handledarpris i allmänmedicin.

Motiveringen var följande från hennes ST-läkare:

Med genuint intresse, engagemang, och med tanke på hennes breda uppdrag och arbetsbörda, en imponerande och aldrig fallerande tillgänglighet, ger Kia ST-läkarna trygghet att handlägga så långt självständigheten når med vetskapen att tryggt stöd finns några steg eller ett telefonsamtal bort.

Med fötterna stadigt på jorden, djupt rotad inom allmänmedicinen, kryddat med glesbydsmedicinens perspektiv, med gedigen erfarenhet av primärvårdsläkarens och livets utmaningar och samtidigt alltid med sikte på nästa kvalitetsförbättring och senaste användbara rön för patienternas och verksamheten, inspirerar Kia till fortsatt och hållbar karriär i primärvården.

Kia bidrar till en klinisk vardag för utbildningsläkarna där deras utveckling blomstrar.

Kort sagt: Kia is the wind beneath utbildningsläkarna på Mariehems wings.



Årets handledare inom allmänmedicin i Västmanland

SFAM Västmanland har återigen utsett "Årets handledare inom allmänmedicin i Västmanland" och 2025 års pristagare heter **Maria Melin** och är specialist i allmänmedicin på Sala Väsby vårdcentral.

Årets motivering är följande:

Med sitt pedagogiska, ödmjuka och lyhörda sätt ger Maria en otroligt gedigen och stödjande handledning. Trots mångårig erfarenhet och stor kunskap värdesätter hon allas idéer och skapar en öppen och respektfull arbetsmiljö.

Maria är inte bara uppskattad av sina kollegor utan också mycket omtyckt av sina patienter, vilket gör henne till en naturlig förebild för alla ST-läkare. Hon har alltid patientens bästa i fokus och utstrålar stor empati. Det är alltid enkelt att ta kontakt med henne för stöd eller frågor, vilket skapar en trygg och lärorik miljö för oss under utbildning.

Hon värdesätter allmänmedicin, primärvård, kloka kliniska beslut och kontinuitet, vilket ytterligare förstärker hennes roll som en förebild.



Årets allmänläkare Väst

För fjärde året delas utmärkelsen **Årets allmänläkare Väst** ut för att uppmärksamma en allmänläkare och förebild som eftersträvar tillgänglighet och kontinuitet i sin verksamhet.

Kriterierna för nominering var vidare att läkaren har en medmänsklig hållning, betonar patientens egen berättelse och inser det samhälleliga perspektivets betydelse. Vederbörande har också medverkat som handledare i någon del av studenternas grundutbildning i Västra Götalandsregionen (VGR) eller Halland och är verksam inom primärvård i VGR eller Halland.

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

De nominerade 2025 var:

- Liana Tahrodi
- Marie Eckerlid
- Halfdan Hilmarsson
- Christian Sivander
- Bengt Aldell
- Kristoffer Domargård
- Marcin Szakiel
- Hossein Babaeikiadehi
- Szabolcs Szilagyi
- Karolina Sandell
- Loizos Pieri
- Emelie Strannberg
- Johan Ärlig
- May Wahdan
- Marc Ticaco

Vi är så glada att i år ha fått in så många fantastiska nomineringar där samtliga belyser det faktum att vi har förmånen här i väst att ha många läkare som varit aktiva länge i det kliniska arbetet samtidigt som de deltar i utbildningen av nya läkare år efter år och har en betydande roll i samhället inom sitt område samt bidrar till utvecklingen av sina arbetsplatser.

Efter överväganden enades beslutande gruppen om att nomineringen av Hossein Babaeikiadehi bäst möter kriterierna för utmärkelsen. Hossein nomineras för sitt långvariga arbete inom allmänmedicin i Göteborg och beskrivs som en stöttepelare med en mycket bred kompetens med en förmåga att möta varje patient och kollega respektfullt och med ett varmt hjärta som bottnar i närvaro. Han bidrar till en god arbetsmiljö och arbetar kontinuerligt på ett föredömligt sätt genom att dela med sig av sin kunskap till kollegor men också till läkarstudenter och ST-läkare genom att handleda samtidigt som han som mentor sprider inspiration och glädje.



Citat från nomineringen: "Hossein är inte bara en läkare, han är en trygghet, en inspirationskälla och en ovärderlig kraft i vår verksamhet ... Hossein är en läkare som gör skillnad varje dag. Han är en förebild för oss alla."

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

Varför lyckas vi inte med kontinuitet i primärvården i Sverige?

intervju med Fanny Nilsson

Fanny Nilsson arbetar som ST-läkare i internmedicin på Nyköpings Lasarett, dit hon pendlar varje dag från Stockholm. Tidigare arbetade Fanny i Stockholm på olika sjukhus, men trivs bättre med att arbeta i det lite mindre formatet med bred generell internmedicin. I den här intervjun pratar vi om boken *Åk till Akuten*, som Fanny Nilsson är författare till.

– De multisjuka äldre är en viktig patientgrupp för mig. De flesta patienter jag har är över 80 år. De dekompenserar i något organsystem och hamnar på akuten och är multisjuka. De blir uppsplittrade på olika specialister och får dålig kontinuitet. Jag ser deras lidande samtidigt som det är dem vi lägger så oerhört mycket resurser på. De patienterna funderar jag på och möter väldigt ofta. Jag tänker ibland att jag har skrivit boken för dem.

Hur uppstod idén till att skriva den här boken?

– Jag har skrivit om sjukvårdspolitik, samhälle och medicin i flera år, och det som hela tiden dök upp i debatten var hur det är i andra länder. Någon skriver till exempel en rapport om att ”så här borde vi göra för så gör man i Holland”. Man sitter bakom sitt skrivbord och funderar över det, men jag tänkte att det räcker inte. Jag ville gå till botten med hur saker och ting faktiskt fungerar, och om de fungerar bättre i andra länder.

– Först tänkte jag att jag skulle skriva det som ett reportage och försökte att pitcha det till lite olika redaktörer. Men då var det en redaktör som sa: ”Du borde skriva en bok, det här är nog en bok istället.” Först tyckte jag att det var en jättedålig idé. Sen gick jag och funderade lite på det där och kom fram till att han hade nog rätt. Och så provade jag. Jag började med att åka till Spanien. Sedan växte projektet och det blev fler länder. Till slut blev det faktiskt en bok.

Jag tänker att det kan vara inspirerande för andra läkare att höra lite om hur upplägget var. Hur finansierades det här projektet? Hur gjorde du med resor, boende, ledig tid från ditt arbete på sjukhuset? Fick du stipendium?

– Till en början bad jag min chef om en månad ledigt, då jag tänkte att jag först skulle testa och se hur det skulle vara att åka iväg och göra research en månad i Spanien. Då sa min chef: ”Jack Kerouac skrev väl boken *På drift* på sju dagar? Behöver du verkligen en månad?”

– Chefen gav mig en månad. Sedan skulle jag egentligen på randning efter det, men den blev framflyttad, och då tänkte jag att ”nej men vad fäsen”, då kanske det ska ta lite längre tid. Det

blev ett halvår. Jag tog ut komledighet och semester och använde mina sparpengar till att köpa Interrailkort. Sov på vandrarhem och delade våningssäng med främmande människor.

– Senare sökte jag och fick ett litterärt arbetsstipendium av Natur och Kultur. Det var en kul överraskning, eftersom det är ett stipendium som många söker, och det är svårt att få. Det hade jag inte förväntat mig. Även om stipendiet var generöst så räckte det inte för att täcka alla kostnader, utan jag hade sparat pengar, komp och semester för att kunna utföra projektet.



– Jag ville gå till botten med hur saker och ting faktiskt fungerar, och om de fungerar bättre i andra länder.

Hur gick det till rent praktiskt? Kan du beskriva hur en dag kunde se ut i ditt arbete med boken?

– Oj, hur en dag kunde se ut? När jag var på resa mejlade jag kors och tvärs och försökte få till bokintervjuer med en massa människor på olika språk. Försökte göra research på holländska och spanska, språk som jag inte ens kan själv. Planerade hela tiden efterhand vilka städer jag skulle åka till. Det var ett extremt dynamiskt schema som byggde på vilka jag fick kontakt med och om det var intressant att prata med dem. Bokens innehåll är mestadels baserat på de intervjuer jag gjorde med läkare, forskare och patienter. Men en stor del av researcharbetet, vilket var kul att upptäcka, var att jag pratade med folk på gatan.

– Om man ska förstå ett lands sjukvårdssystem, måste man också förstå dess kultur och historia. Var systemet kommer ifrån. Det är en väldigt intressant del att undersöka, och jag tror också att det gör boken roligare att läsa. Lite som en journalistisk roadtrip på räls. Jag har pratat med otroligt många människor och haft många patientmöten. Alla är inte med i boken, men flera av dem, som är bärande berättelser i boken, har jag bara träffat för att jag bodde hemma hos någon på ett

Airbnb till exempel. Hela researcharbetet gjorde jag ganska förutsättningslöst, jag bara undersökte och visste inte riktigt vad jag skulle komma hem med.

– Därefter började arbetet med att skriva. Jag hade jättemånga ljudfiler och anteckningar som jag behövde sortera och försökte hitta trådar kring vad jag egentligen ville berätta. Jag använde de olika länderna för att gestalta olika aspekter av sjukvårdssystemen, och dess problematik. Man får resa genom sjukvårdssystemens komplexitet via dessa länder. Jag reste på våren och skrev på sommaren. Det tog ett halvår.

Vad skulle du säga att boken handlar om i stora drag? Har du ett budskap med boken?

– Ja, flera budskap. Det handlar om sjukvårdens framtid. Hur ska vi möta medicinens oändliga komplexitet som bara växer och växer? Möjligheter som idag övergår vad vi kan erbjuda patienterna. Samtidigt har vi brist på sjukhuspersonal i alla länder. Alla vill ha mer pengar och mer personal. Befolkningen blir allt äldre och mer komplext sjuka. Hur ska vi lösa den här ekvationen? Det är den övergripande frågan, och den tampas alla länder med. Därför försöker jag söka svar i andra länder med.

– Jag har framför allt tre budskap. Det första är att vi måste ha primärvård på riktigt, som alla säger, det andra är att vi måste reglera privatsjukvården och det tredje är att vi måste sluta med struntmedicin.



Foto: Sally Halberg

Varför tror du att det är så svårt att bedriva primärvård? Hur ska primärvården klara av att utföra alla de uppgifter, som önskas av oss ute i primärvården, när specialisterna endast ser till sin egen specialitet, det vill säga arbetar i så kallade stuprör?

– Jag har tänkt jättemycket på det här. Varför fungerar inte primärvård i Sverige, när det fungerar i andra länder? Dels finns det en historisk förklaring till det. Vi har alltid haft en svag primärvård i Sverige. Däremot har vi alltid haft en stark sjukhusvård utifrån olika historiska och politiska anledningar.



– Bokens innehåll är mestadels baserat på de intervjuer jag gjorde med läkare, forskare och patienter.

– Man jämför ofta med andra länder, till exempel Holland, som ofta används i debatten som exempel på en välfungerande sjukvård för att de har ett försäkringssystem. Men när jag åkte dit och undersökte landets primärvård är det inte alls försäkringssystemet som är anledningen till varför deras primärvård fungerar, utan det är för att de har total primärvårdsdominans.

– I Holland har 97% av befolkningen en fast läkare, som ofta följer dem genom flera decennier. Allmänläkarna är ansvariga även jourtid, de arbetar på akutmottagningarna. 1177 eller liknande finns inte, det är remisskrav till akuten och det är allmänläkaren som skriver remissen. Allt bygger på allmänläkaren. Liknande system har man lyckats med i Danmark och i Norge, alltså att med hjälp av fastläkarreformen vända ett system, som vårt i Sverige, till att bli mer likt systemet i Holland. Varför är vi inte där och hur skulle vi kunna nå dit? För det måste vi, nå dit. Primärvård är det smartaste vi har kommit på, det mest kostnadseffektiva.

– En fungerande primärvård som den i Holland gör att folk lever längre. Patienterna är mycket nöjdare. Läkarna är mycket nöjdare. Vad mer kan man önska sig som sjukvårdspolitiker? Varför lyckas vi inte med det? En aspekt är din fråga om de så kallade stuprören. Det är för att sjukhusläkarna får bestämma så mycket. De skriver riktlinjer som allmänläkarna ska följa. De dikterar vad allmänläkarna ska göra.

– I God och Nära vårds anda har man flyttat ut uppgifter som sjukhusen gjorde tidigare, till primärvården. Men resurstillsättningen har inte följt med. Det är faktiskt något jag inte har undersökt i andra länder, det vill säga om man gör mer på sjukhusen av själva utredningsarbetet, och om man gör mer i primärvården i Sverige än i andra länder. Jag vet inte om det är så, men flera beskriver att primärvården har ett väldigt stort uppdrag som tidigare låg på sjukhusen.

– Men så tänker jag på den här klagosången om primärvården; varför går det inte, det går inte, vi behöver bli fler. Hösten 2025 kom Läkarförbundet med en undersökning om att det i snitt är 1 700 patienter per specialistläkare i primärvården i

Sverige. Och det är inte så långt ifrån 1 100 patienter. De läkare som demonstrerade i Spanien, som jag pratade med, och de läkare som demonstrerade och protesterade i Holland, hade långt fler patienter än det. I Spanien hade de upp emot 50 patientbesök per dag, vilket är helt bisarrt. I Holland var det många som hade över 2 000–2 500 patienter per specialistläkare, och de protesterade mot att det var för mycket. Men de har ändå på något sätt kontinuitet med sina patienter. Så varför går inte det i Sverige?

– Ibland undrar jag om allmänmedicinen i Sverige verkligen vill vara primär. Vill man verkligen vara primärvård? Vill man ta det här totala helhetsansvaret om patienterna som grundidén är med allmänmedicin? Det är kanske lite provokativt att säga, men nu säger jag det i alla fall. Är man redo att vara den sortens doktor och verkligen ha kontinuitet? Ni är säkert splittrade, tänker jag. Jag tror att det finns olika bilder av vad man ska vara som allmänmedicinare. Alla tycker inte att kontinuitet är viktigt, uppenbarligen. Och vissa kanske har valt att arbeta inom primärvården för att man vill jobba lite mindre. Man vill arbeta under mottagningstid, inte under jourtid.

– Vi har lägst antal patienter per läkare i Sverige, och det är inte bara primärvården som står för det. Vi läkare som arbetar på sjukhus träffar alldeles för få patienter generellt. Det är en negativ trend att ST-läkare träffar färre och färre patienter. Hur ska vi komma runt det?

– Och, som sagt, är allmänmedicinerna redo att axla den enorma omställning som man hela tiden lobbar för att man vill ha? Är vi redo att göra som man har gjort i Norge, där man rekryterade sjukhusläkare till primärvården?

Jag tänker att du har tag i någonting när du säger att det är sjukhusläkarna som dikterar villkoren för allmänläkarna. Jag tror att i Danmark och Norge, har primärvårdsläkarna en helt annan och starkare ställning och kan vara med och påverka mycket mer kring vad som ska ligga på allmänläkarna. Allmänmedicinare vill nog axla ansvaret, som du nämnde, men det kommer hela tiden nya krav från sjukhusen om vilka nya uppgifter vi ska ta över. Nu är det obesitasvården, klimakteriebehandling, förslag om målvärde för blodtryck 130/80 mmHg. Hur många fler patienter skulle det generera? Och allmänläkarna får inte vara med och påverka sådana beslut i någon större omfattning. Det är det jag menar med att specialistklinikerna endast ser till sin egen specialitet.

– Jag håller med. Det skriver jag också om i boken. I Holland förhandlar allmänläkarna om vad som ska vara deras uppdrag

gentemot sjukhusen. Och jag pratade för Sjukhusläkarna nyligen och sa ungefär: det är vårt fel, nu får vi skärpa oss. Vi får sluta med att sätta upp de här grindarna. Nu måste vi hjälpa allmänläkarna. Vi kan inte bara putta ut allting till dem.

– Då var det en som opponerade sig och sa: ”Men det är inte vi som bestämmer det här, det är politikerna. De säger; *det här är primärvård, det här är första linjens psykiatri, eller bla, bla, bla... till oss säger de att så här många besök får ni ha och ni ska ha de här indikationerna.*”



– En aspekt är din fråga om de så kallade stuprören. Det är för att sjukhusläkarna får bestämma så mycket.

– Det tyckte jag var en intressant aspekt, för min bild har också varit att det är sjukhusläkarna själva som trycker ut allting till primärvården. Men det finns också en politisk förflyttning av uppgifter i God och Nära vårds anda, fast det inte har följt med några resurser.

– Men generellt tänker jag också på att det är så dålig stämning mellan primärvård och sekundärvård. Det är sura remisser och surt svar fram och tillbaka. En ilska och en frustration. Samarbetet kring patienterna lyser verkligen med sin frånvaro. Jag tycker att vi ska ha en dialog om våra gemensamma patienter. Då måste vi gräva ner stridsyxorna och försöka initiera en kontakt, ta till exempel med njurläkarna, som skulle kunna åka ut till vårdcentralen och hjälpa till med kluriga njurfall. Allmänläkarna kommer till oss internmedicinare. Varför möts vi inte? Vi har så lite kontakt med varandra på ett sätt som man inte har i andra länder, upplever jag.

– I Holland, eftersom det är remisskrav till sjukhuset måste man ringa sjukhuset varje gång man vill skicka in en patient, och diskutera först. Det är även något de har infört på Södersjukhuset nu, med god effekt. De har ett telefonnummer till akuten som man uppmanas ringa som doktor om man vill



Illustration: Annika Andén

remittera in en patient. Och det är egentligen helt självklart, varför skulle man inte kunna göra det? Varför är det inte det arbets sättet vi har? Och det är det jag försöker säga, provocera lite grann, att vill ni allmänläkare detta? Vill ni axla? Är ni med? Vi vill prata med er och vi vill att ni ska hålla i samma patient och inte byta patienter mellan er.

Men vill ST-läkarna i internmedicin randa sig på vårdcentralen?
– Det tror jag inte.

Varför inte då?

– Varför ska vi det? Vi ska inte ha kontinuiteten med patienten på vårdcentralen, det ska ST-läkarna i allmänmedicin ha.

Jo, men jag tänker att vi randar oss på sjukhusen inom flera olika specialiteter och ser hur ni jobbar och hur det fungerar där. Är det inte en vits med att ni också förstår hur det fungerar i primärvården och jobbar där? Sedan förstår jag så klart att ni gör det under AT.

– Ja, precis, jag har jobbat sex månader på vårdcentralen under AT. Under ST-utbildningen i internmedicin finns det så många olika specialiteter man kan randa sig inom. Vad ska man välja och vad ska man välja bort? Jag väljer till exempel bort randningar på gastro, lung, medicin, endokrin och infektion, eftersom jag inte hinner. Det får inte plats i min ST.

Jag syftar på det du pratade om tidigare, att vi behöver få en bättre förståelse för hur det är att arbeta i primärvård och på sjukhus, gräva ner stridsyxan och få till en bättre dialog. Och då kan de kommande generationerna av läkare som ska arbeta, få bättre förutsättningar för det, om man förstår hur det är att arbeta på vårdcentralen, vad det innebär, vad man ska göra och inte göra, när man senare arbetar som exempelvis internmedicinare på sjukhuset.

I din bok reser du till några olika länder för att ta reda på mer om det landets sjukvård och i synnerhet primärvården. Du tar oss med land för land och lyfter fram styrkor respektive svagheter.

Vi kan titta lite på Storbritannien. Vad tycker du är problemet med PA, det vill säga Physician Associates, och med NHS, National Health Service?

– Det är intressant det de har hittat på med PA, Physician Associates. PA måste ha någon form av grundutbildning, tre år inom biologi eller naturvetenskap. Sedan får man lära sig medicinsk kunskap på något vis och arbeta som läkarassistent inom primärvården. De ska avlasta allmänläkarna, men de får ta emot otrigerade patienter och i princip försöka agera som allmänläkare, vilket har lett till katastrofala bieffekter och flera uppmärksammade patientfall. De har fått fler tider och fler besök, men patientnöjdheten har sjunkit som en sten eftersom patienterna inte träffar några doktorer. Detta är ett starkt varnande exempel på att vi inte ska uppgiftsväxla till en yrkesgrupp som inte har kompetens för arbetsuppgiften.

Jag tycker att det urholkar allmänmedicinen totalt.

– Ja, och alla andra länder verkar rädda för Storbritanniens exempel, det är bara de som har hittat på det här systemet. De har en tanke om att allmänläkaren ska vara en slags ledande person och chef på vårdcentralen och att andra yrkesgrupper

ska utföra patientarbete, men att allmänläkaren inte ska ta lika många patienter själv. Och det gör att man kommer längre ifrån vad det innebär att vara doktor.

– Storbritannien är med i boken som ett varnande exempel. De har ett stort skifte från offentlig till privat vård via privata sjukvårdsförsäkringar. De har underfinansierat den offentliga vården, och då har fler och fler börjat förflytta sig till att de betalar för privata sjukvårdsförsäkringar. Man betalar helt enkelt ur egen ficka när de blir sjuka, om man får en cancerdiagnos och behöver opereras och det är för lång väntetid inom den offentliga sjukvården. När det sker i så stor skala som i Storbritannien, när ett system når en viss tippningspunkt, flyr personalen från det offentliga till det privata för att ta hand om patienterna där.

– I Storbritannien är det även utbrett inom akutsjukvården. Jag var på en ambulansstation där ett ambulansföretag hade börjat erbjuda privat ambulanssjukvård, eftersom patienter kan få vänta cirka 15–18 timmar på en ambulans. En gammal människa som har ramlat och frakturerat höften kan bli liggandes på golvet i hemmet nästan ett dygn, eftersom ambulansen från den offentliga vården inte hinner komma tidigare. Nu kan man betala för att en ambulans ska komma och köra en till ett privatsjukhus där det finns kapacitet.

– I Storbritannien har man en sjunkande livslängd och en ökande spädbarnsdödlighet. Barnen i Storbritannien är kortare än motsvarande i andra länder på grund av undernäring. Hur ser det egentligen ut när den här framgångssagan NHS (National Health Service), som vi har hämtat mycket inspiration från, fallerar på grund av underfinansiering och dåligt reglerad privatsjukvård?

Om hur sjukvården fungerar i andra länder som Fanny reste till och har skrivit om, kan ni läsa i boken *Åk till akuten*, som finns i var och varannan bokaffär eller nät-handel just nu.

Jäv saknas.

Charlotta Busch

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



Åk till akuten:

Hur mycket sjukvård har vi råd med?

Författare: Fanny Nilsson

Förlag: Natur Kultur Allmänlitteratur

Utgiven: 2025-08-22

Språk: svenska

Antal sidor: 320

ISBN: 9789127190955

Recenserad i *AllmänMedicin* 3-25

<https://bit.ly/3MiptWA>

En nödvändig medicin II – Samverkotril®

En klinisk fallstudie från Byråkratistan om medicinsk expertis, administrativ semantik och den akuta bristen på samverkan



Illustration: Annika Andén

I landet Byråkratistan har myndighetsstrukturen historiskt präglats av hög dokumenttätthet och låg genomtränglighet för medicinsk expertis. Den centrala myndigheten *Smittoteket* innehar ett dubbelt uppdrag:

1. att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar, och
2. att till varje pris bevara och reproducera sina styrdokument.

Under de senaste åren uppstod betydande oenighet kring handläggningen av faryngotonsillit. Professor Majros Gasslén förespråkade en mer generös provtagningsstrategi, baserad på vad hon benämnde som *tillgänglig medicinsk expertis*.

Smittotekets Tydlighetsavdelning uttryckte dock en oro att denna expertis kunde leda till "ökad otydlighet", varpå man valde att avpublicera Gassléns rekommendationer. Parallellt publicerade Läkemedelsmaktigheten dokument som förespråkade testning, medan den ideella gruppen Halskramarna avrådde från all form av antibiotikaförskrivning, gärna i samtliga kliniska situationer.

Detta gav upphov till ett nytt syndrom i landet, *Beslutsfattarpannkaka multiplex*, kännetecknat av labyrintlik handläggning och systeminducerad yrsel.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka effekterna av ett hypotetiskt läkemedel, **Samverkotril®**, framtaget för att:

1. Öka samverkan mellan aktörer med låg interaktionsgrad.
2. Minska incidensen av administrativ semantik.
3. Undersöka om medicinsk expertis kunde återintroduceras som en relevant variabel i beslutsfattande.

Metod

Studiedesign

En kvalitativ-kvasi-experimentell mötesinterventionstudie genomfördes i Sal Konsensus vid tre separata tillfällen (n = 3 möten). Ingen kontrollgrupp inkluderades eftersom samtliga försökspersoner vägrade delta i en grupp där samverkan förväntades utebli.

Population

Deltagare var:

- 1 Professor i medicin (Gasslén)
- 3 tjänstemän från Smittoteket
- 2 representanter från Läkemedelsmaktigheten
- 1 observatör från Halskramarna
- 0 representanter från primärvården (på grund av tidsbrist)

Intervention

Deltagare instruerades att inhämta en "virtuell dos" Samverkotril®, definierad som:

"En mental inställning av ren och odelad medicinsk expertis, administrerad i tankemässig form."

Administration skedde peroralt i form av resonemangsbaserad diskussion.

Datainsamling

Observationer dokumenterades löpande av en neutral skribent med erfarenhet av meningslöshetsteori.

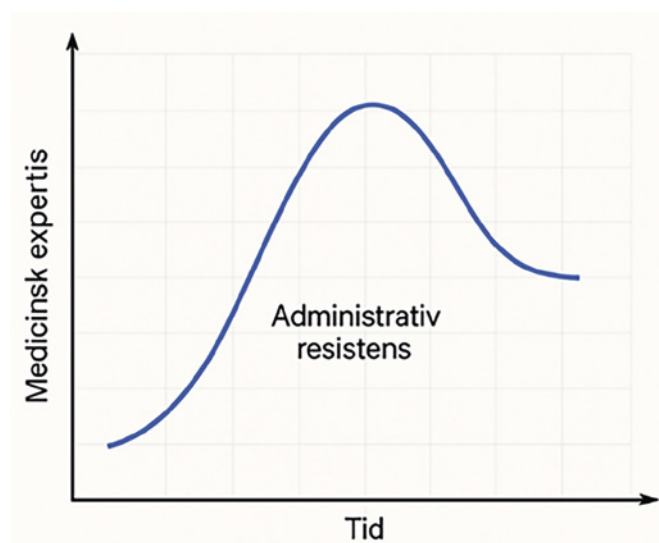
Utfallsmått

Primära utfall:

- Uppkomst av ögonkontakt
- Förekomst av faktisk dialog
- Antal dokument som smälte samman till en gemensam fil

Sekundära utfall:

- Konsensusgrad
- Allergisk reaktion mot administrativ semantik
- Plötsligt intresse för medicinsk expertis



Figur 1: Grafisk representation av systemets reaktion på medicinsk expertis.

Statistisk analys

Ingen formell statistisk analys genomfördes, eftersom analyserna riskerade att generera ytterligare dokument.

Resultat

Huvudfynd

Interventionen ledde till följande observerade utfall:

Utfall	Före intervention	Efter intervention
Ögonkontakt	0%	67%
Sammanhängande dialog	12%	58%
Oförenliga dokument	14 st	1 st (sammanfogat)
Konsensusgrad	låg	måttligt förhöjd
Exponering av medicinsk expertis	marginell	överdosering nära
Irritation över semantik	hög	akut allergisk reaktion

Tabell 1: Effekter av Samverkotril® i Sal Konsensus

Övriga observationer

- Ett tidigare låst PDF-dokument började spontant generera Word-versioner.
- En tjänsteman yttrade spontant: "Jag förstår vad du menar", vilket aldrig tidigare noterats i studiemiljön.
- Halskramarnas observatör visade tecken på akut svettning vid blotta omnämmandet av "penicillin".

Trots dessa lovande resultat valde Smittoteket att avvakta fortsatt implementering i väntan på ytterligare "administrativ evidens".



Diskussion

Studien visade att Samverkotril® hade mätbar effekt på både beteende och dokumentstruktur. Effekten bedöms bero på interventionens rena innehåll av medicinsk expertis.

Trots detta kvarstod betydande systemresistens. Detta kan förklaras av:

1. En överhängande oro att tydlighet skulle minska den administrativa kontrollen.
2. En lång tradition av institutionell misstro mot det kliniska förnuftet.
3. En upplevd risk att samverkan skulle kräva faktisk samverkan.

Professor Gasslén sammanfattade problematiken i ett ofta citerat replikskifte:

"Medicinsk expertis är medicinsk expertis."

Smittoteket svarade:

"Det är just detta som gör det så svårhanterligt."

Slutsats

Samverkotril® visade potential att reducera Beslutsfattarpannkaka multiplex genom att:

- Främja samverkan
- Sänka semantiken
- Öka förekomsten av klinisk logik

Implementeringen förhindrades dock av strukturell osäkerhet kring huruvida medicinsk expertis ska räknas som... expertis.

Tioårsuppföljning

- Samverkotril® registrerades aldrig.
- Smittoteket ersattes av **Klarhetsverket**, vars motto blev: "Vi gör all otydlighet tydlig – i nya otydliga riktlinjer."
- Professor Gasslén, nu pensionerad, sitter omgiven av dammiga pärmar. På väggen hänger fortfarande planschen: "**Medicinsk expertis är medicinsk expertis.**"

Han suckar, harklar sig, och viskar:

"Det var inte svårare än så."

OBS! Alla eventuella personer, miljöer eller händelser som kan uppfattas som kopplade till verkligheten är helt fiktiva och fullständigt påhittade.

Jäv saknas.

Carl Wikberg

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



Om att inte ta ett prov

Ett koltbarn rullas in på mitt rum på vårdcentralen, vecklar sig ur vagnen och börjar klättra på britsen. Föräldrarna, bekymrade och med barnets namn intatuerat, berättar att han haft banangul, lös avföring och ätit dåligt senaste fem dagarna. Även hög feber och ”nästan feberkramp”, men druckit bra och kissat som vanligt. Jag börjar undersöka pilten, som är afebril, livlig, medverkar fint och inte har ont någonstans. Halvvägs genom status spänner mamman ögonen i mig och säger: ”Jag vill ta ett infektionsprov så att vi kan vara säkra”!



Hur kan man som förälder inte se att han är frisk?

Jag svarar att jag ska undersöka färdigt först och förundras samtidigt över vilken enorm betydelse vissa patienter tillmäter detta enda prov, CRP. Det här barnet är helt uppenbart friskt förutom en släng av virusdiarré. Han springer och hämtar min reflexhammare och skrattar. Hur kan man som förälder inte se att han är frisk? Hur högt CRP skulle han behöva ha för att jag skulle skicka honom till akuten? Sjuhundra?

Som förälder har man förvisso svårt att bedöma sitt barn objektivt, jag fattar det. Jag inser också att lång utbildning och tjugo års arbete i primärvård har format min blick för när någon är uppenbart frisk eller sjuk. Dr Lagerberg, som sitter i rummet bredvid mig på Bergsjöns vårdcentral, utom när hon håller konsultationskurser i grekiska övärlden, brukar också påpeka att patienters önskemål om röntgen eller blodprover i själva verket är rop på hjälp: ”Se mig”, ”Lyssna på mig”, ”Ta mig på allvar”.

Allt det där känner jag till. Men jag kan ändå inte undgå att bli lite sur. Varför tycker de att ett simpelt blodprov skulle smälla högre än min kliniska bedömning? Och vems fel är det egentligen att det har blivit så? Vi måste som läkarkår ha begått något fundamentalt fel när vi skapade en kultur med så stark övertro på labbprover och avbildningar. Eller ligger det utanför vårt inflytande? Är allt en bieffekt av att samhället premierar det partikulära och skenbart exakta framför helheten, gestalten?

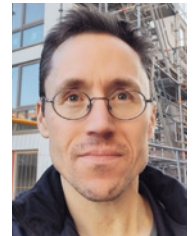
Näväl, jag gör några extra, i grunden meningslösa, undersökningsmanövrer – se där, en snorkråka! – och förklarar för de oroliga föräldrarna att det här inte är farligt, att det går över inom några dagar, fortsatt truga i honom dryck, sänk febern, etcetera. Som avslutning säger jag att inget blodprov behövs eftersom



Allt det där känner jag till. Men jag kan ändå inte undgå att bli lite sur.

det ändå inte skulle ändra min bedömning. Här är jag beredd på motstånd, men med viss förvåning noterar jag att de utan vidare godtar beskedet. Sorti föräldrar och pojke, tillbakastoppad i vagn. Efteråt undrar jag om jag har mitt grånande hår och lagom blaserade sätt att tacka för detta? Eller hade jag helt enkelt bara flyt? Allt hopp är kanske inte förlorat.

Jäv saknas.



Staffan Svensson

Allmänläkare, Nötkärnan Bergsjön vårdcentral
staffan.svensson@pharm.gu.se

Illustration: Annika Andén



En dag på jobbet ...

**Hur såg din dag ut?
Var det en vanlig dag
... eller en ovanlig?**

Berätta, skicka bilder!
chefredaktor@sfam.se

Svår KOL-möte 2026

Datum: 28 april 2026 | Plats: Citykonferensen, Ingenjörshuset | Tid: kl. 08:30-16:45

Karolinska Svår KOL Centrum och Mediahuset bjuder in till ett heldagsmöte om svår KOL i Region Stockholm.

Ett möte om verksamhetsutveckling och klinisk forskning för att förbättra vården av patienter med svår KOL.

Plats:

Citykonferensen Ingenjörshuset
Malmskillnadsgatan 46
Stockholm

Föreläsare:

Ranjh Hamed, verksamhetschef,
Anders Lindén, överläkare & professor,
Nikolaos Lazarinis, sektionschef & medicine doktor,
Magnus Sköld, överläkare & professor,
Anna Ehlin, specialistsjuksköterska,
Anna Ridderby, specialistsjuksköterska,
Lowie Vanfleteren, överläkare & docent,
Apostolos Bossios, överläkare & docent,
Pontus Andell, överläkare & docent,
Pernilla Sönnersfors, fysioterapeut & medicine doktor

Programöversikt

- 08:30–09:00 **Registrering, kaffe och öppning av utställning**
Administration och en första möjlighet att besöka industripartnerernas montrar.
- 09:00–09:10 **Välkomsthälsning**,
Ranjh Hamed, verksamhetschef, *Anders Lindén*, överläkare & professor
- Förmiddagssession: Klinisk verklighet och utveckling**
- 09:10–09:30 **Presentation 1: Karolinska Svår KOL centrum - vad gör vi där?**
Om bakgrund och praktisk verksamhet.
Nikolaos Lazarinis, sektionschef & medicine doktor
- 09:30–10:20 **Presentation 2: Kan aldrig-rökare ha svår KOL?**
Om förekomst, särdrag och aldrig-rökares sjukdomsbörda.
Magnus Sköld, överläkare & professor
- 10:20–10:50 **Presentation 3: Sjukhistoria vid svår KOL.**
Om hur vi kan få fram viktig klinisk information vid patientbesöket.
Anna Ehlin, specialistsjuksköterska, *Anna Ridderby*, specialistsjuksköterska
- 10:50–11:05 **Kaffepaus & Utställningsbesök**
- 11:05–11:35 **Presentation 4: Inflammation vid svår KOL – vad vet vi och vad som är viktigt?**
Om hur kunskap om biologiska mekanismer formar framtidens biomarkörer och behandling. *Anders Lindén*, överläkare & professor
- 11:35–12:25 **Presentation 5: Läkemedelsbehandling vid svår KOL – vilka alternativ finns?**
Om evidens, begränsningar och behov av utveckling.
Lowie Vanfleteren, överläkare & docent
- 12:25–13:30 **Lunch och nätverkande**
- Eftermiddagssession I: Viktig samsjuklighet**
- 13:30–14:00 **Presentation 6: Bronkiektasier vid svår KOL - en bortglömd samsjuklighet?**
Om förekomst, betydelse och behandling.
Apostolos Bossios, överläkare & docent
- 14:00–14:30 **Presentation 7: Hjärtsjukdom vid svår KOL**
Om att upptäcka och hantera kardiovaskulär risk hos multisyka KOL-patienter.
Pontus Andell, överläkare & docent
- 14:30–15:00 **Presentation 8: Behandling och omhändertagande bortom läkemedel**
Om rehabilitering & digitala stödverktyg.
Pernilla Sönnersfors, fysioterapeut & medicine doktor
- 15:00–15:30 **Kaffepaus**
- Eftermiddagssession II: Ny diagnostik och behandling**
- 15:30–16:00 **Presentation 9: Små luftvägar och svår KOL**
Om hur impulsoscillometri kan användas vid svår KOL.
Nikolaos Lazarinis, sektionschef & medicine doktor
- 16:00–16:30 **Presentation 10: Endobronkeal ventilbehandling**
Om en ny metod för minskad lungvolym och vilka patienter som kan ha nytta av metoden. *Ranjh Hamed*, verksamhetschef
- 16:30 – 16:45 **Avslutning och summering: Ranjh Hamed**, verksamhetschef, *Anders Lindén*, överläkare & professor

Välkommen
- anmäl dig redan nu!

Mötet är kostnadsfritt och riktar sig till sjukvårdspersonal.
*Det slutgiltiga innehållet av programmet beslutas utslutande av programgruppen/föreläsarna. Sponsorerna har inte haft inflytande över det vetenskapliga innehållet.

Arrangör: Karolinska, Svår KOL Centrum i samarbete med Mediahuset

KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET



Anmäl ditt deltagande redan nu:
<https://medevents.se/events/sk2-2026> eller skanna qr-koden

Välkommen till KOL PÅ FRAMKANT 2026

KOL- centrum 10 år

KOL-centrum vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Mediahuset bjuder in till ett årligt möte om KOL. Denna gång är temat: KOL - dåtid, nutid och framtid!

Arrangör:

KOL-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Programkommitté:

Dr. Lowie Vanfleteren, universitetssjukhusöverläkare och lektor, företrädare för KOL-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs universitet, Göteborg

Dr. Anders Andersson, vårdenhetsöverläkare, KOL-centrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

13 maj på Clarion Hotel Karlatornet i Göteborg

Preliminärt program*

Förmiddagsprogrammet går på svenska

08.15 – 09.00 Mingle med kaffe/te och smörgås

09.00 – 09.15 Välkomsthälsning: 10 år med KOL-centrum!

- Dr. Lowie Vanfleteren, företrädare för KOL-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs universitet, Göteborg

09.15 – 09.45 Varför behövs ett specialiserat KOL-centrum när KOL följs via varje vårdcentral? Vad kan vi göra på KOL-mottagning som ej görs via vårdcentral?

- Dr. Anders Andersson, vårdenhetsöverläkare KOL-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

09.45 – 10.15 Hur jobbar vi idag på KOL-centrums KOL-mottagning?

- "Teamet på KOL-centrum"

10.15 – 10.45 Paus

10.45 – 11.15 Hur fungerar digitala stödverktyg vid patient-centrerad multidisciplinär behandling av KOL? Eller är papper och penna bättre?

- Malte Frerichs, Sjuksköterska, KOL-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

11.15 – 11.45 Uppföljning efter KOL-exacerbation, varför lyckas vi inte följa de uppsatta målen och vad kan vi göra?

- Dr. Nikolaos Lazarinis, Karolinska Institutet, Stockholm

11.45 – 12.15 Kardiovaskulära risker i samband med KOL-exacerbationer, är det verkligen så farligt?

- Dr. Rickard Zeijlon, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

12.15 – 13.15 Lunch

Eftermiddagsprogrammet går på engelska

13.15 – 13.45 Exacerbation phenotypes in COPD. Preliminary results of the CATALINA study.

- prof. Wim Janssen, Catholic University of Leuven, Leuven, Belgium

13.45 – 13.55 Bensträckare

13.55 – 14.25 The emerging role of biologics in COPD

- prof. Wim Janssen, Catholic University of Leuven, Leuven, Belgium

14.25 – 14.55 Lung volume reduction for patients with emphysema. Where are we and where are we heading too?

- prof. Dirk-Jan Slebos, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

14.55 – 15.25 Kaffe/te

15.25 – 16.00 Lung transplantation in patients with severe emphysema

- Dr. Jesper Magnusson, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg

16.00 – 16.15 Sammanfattning av dagen och på återseende!

- Dr. Björn Lindqvist, verksamhetschef specialist-medicin,

- Dr. Lowie Vanfleteren, företrädare för KOL-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs universitet, Göteborg

 VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Anmälan: <https://medevents.se/events/kpf2-2026> eller skanna QR-koden här intill.



Medicinsk solidaritet

intervju med Märit Hallmin

Jag hamnade framför tv:n och SVT:s innehållsrika årskrönika Nyhetsåret 2025, Bilderna vi minns [1]. Det som berörde mig starkast var vittnesmålet från afghanska flyktingen Masoome Hoseinzade inifrån skolskjutningen på Campus Risbergska i Örebro. Hon kom till Sverige med hopp om ett bättre liv, men undrar i slutet av intervjun om det är så att ”svenskar inte vill att jag bor här”. Hon får utlopp för sina känslor med kampsportsträning.

Jag blev också berörd till tårar av vittnesmålen från läkarkollegan inom intensivvården, Märit Hallmin, och hennes berättelse om arbete i Gaza under värsta möjliga förhållanden. Döden, barnen, svälten, drönarna, de urskillningslösa bombingarna. Allt kunde kännas för mycket för vem som helst, men jag upplevde också ett starkt släktskap med Märits arbete. Så för AllmänMedicins räkning har jag fått en intervju och ett samtal med henne om medicinsk solidaritet som ett grundläggande läkarvärde och om läkaretiken.

Men tillåt mig först några ord om mig själv som kan förklara

min starka reaktion. Jag har i dagarna jobbat mitt femtionde år som läkare. Till min 75-årsdag nyligen fick jag från släkt och vänner en fin donation till Läkare Utan Gränsers arbete. Solidaritet har alltid varit en ledstjärna för mig.

Jag hade mitt första riktiga jobb under tiden jag vikarierade ihop min AT på Björkhagens vårdcentral i södra Stockholm 1975. Därefter åkte jag direkt till en liten vårdcentral i ett palestinskt flyktingläger i södra Libanon och arbetade och bodde i lägret i tre månader.

Det fanns en kristen kyrka i lägret och de flesta som bodde där hade av Israels expansion fördrivits från Galileen i det forna Palestina. En del hade förgäves nycklarna kvar till sina hem i Palestina. Många hade redan bott i lägret i 25 år och skulle aldrig ens som turister få återvända till sina rötter.

Arbetet på kliniken var inte heroiskt på något sätt. Det handlade om basal sjukvård, ibland mer likt en distriktssköterskemottagning med sårömläggningar och aktiviteter ute i lägret om vikten av amning och om sårvårdens och det akuta omhändertagandets ABC. Särskilt barnen i lägret fångade mig på min fritid och jag hoppas att det finns palestinska vuxna idag som fortfarande kan sjunga *Imse vimse spindel* på svenska med tecken till.

Jag fick med mig rudimentära kunskaper i arabiska och kan idag i mitt halvtidsarbete på multikulturella Jakobsgårdarnas vårdcentral i Borlänge, fråga patienter från mellanöstern på deras språk om det gör ont när jag trycker på buken, fråga om de har blod i avföringen och ordinera en tablett tre gånger om dagen. Glädjen och förvåningen är stor i patienternas ögon och patient-läkarrelationen och den goda allmänmedicinska konsultationen får en gratis extraskjuts. Sedan min tid i Libanon klappar mitt hjärta särskilt för det palestinska folket och därav min beundran för och min medkänsla med Märits engagemang som arbetat på en helt annan nivå, men med samma läkarens solidaritet som ledstjärna.

Några av läsarna av AllmänMedicin kanske känner mig som mångårig ledare av tillfälliga SFAM-kören där vi på SFAM-mötena en gång om året sjungit svenska körklassiker, men också sånger från Sydafrikas kamp mot apartheid och sånger om allmänläkarens vardag med toner från ockuperade länder i världen.

I min kör som jag leder hemma i Falun, Falu Fredskör, sjunger vi efter en turné på Västbanken, de sånger som vi lärde oss av palestinska körer där. Vi sjunger också sånger från Ukraina, Sydafrika, Östeuropa, judiska Klezmersånger och sjunger mot imperialism varhelst den visar sig. Jag ser ett samband mellan min läkargärning och arbetet med körsången och ser dem som liknande uttryck för solidaritet och medmänsklighet.

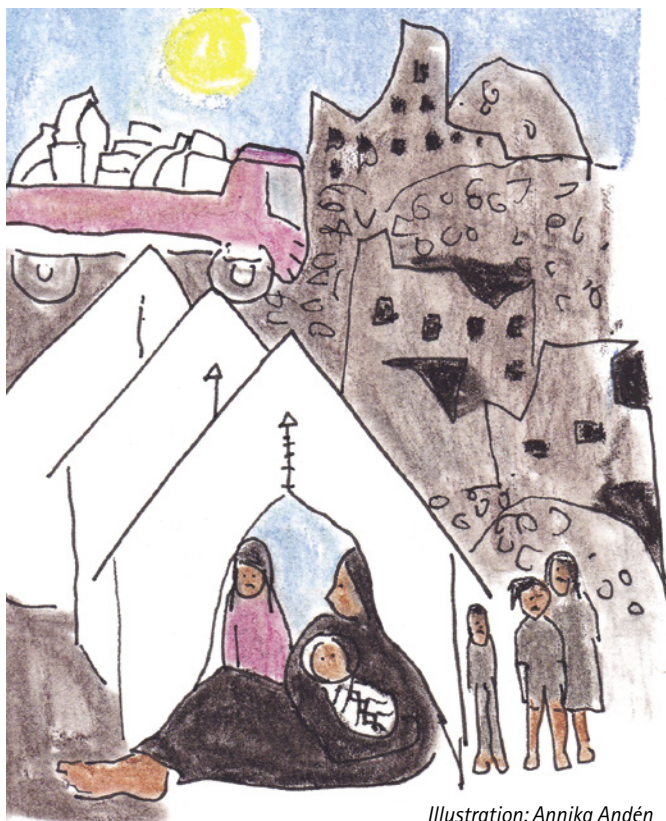


Illustration: Annika Andén

Märit – vad är det som driver dig?

– Ja, man skulle vilja säga något positivt laddat ord, men det har jag inte. Jag har använt ordet skuld och det säger alla att det är dumt, men man kan ju inte styra sina känslor. Om jag ändå skulle beskriva det lite mer positivt skulle jag säga ”ansvar”. Jag känner att jag dragit en vinstlott i livslotteriet. Det är ju inte så att jag har gjort något bra för att ha fått födas i Sverige och trots att jag inte har föräldrar med hög inkomst har jag kunnat gå läkarutbildningen och blivit läkare. Det är ju en ren slump och det finns andra som dragit mycket sämre lotter. Det är inte mitt fel att jag hamnat här men det är inte heller tack vare att jag gjort något. Men det finns ett ansvar att göra något för alla de som inte haft det lika lätt.



– Men det finns ett ansvar att göra något för alla de som inte haft det lika lätt.

– Det här är inte bara på en diffus existentiell nivå, det är också rent konkret. När jag jobbade i Jemen 2016 var det svenska politiker som satt i en soffa i Saudiarabien med en shejk eller kung där och förhandlade om vapenexport. Det var fullt möjligt att de bomber som drabbade Jemen var svenska.

– Den svenska vapenexporten är ju en av världens största per capita och de förtjänsterna bidrar till vår välfärd och till exempel till att vi kan ha gratis läkarutbildning. Jag betalade tillbaka på den skada som vi faktiskt åsamkade den jemenitiska befolkningen. Och det är ju tydligt också i relation till Israel dit vi både säljer och köper vapen från.

Vad tycker du om begreppet ”Medicinsk solidaritet” som något specifikt som kännetecknar läkarens roll?

– Det finns i vår yrkesetik. Det är inget man kan välja, det ingår när vi ska ge vård till dem med störst medicinskt behov. Redan där ingår begreppet solidaritet. Att identifiera och ge vård till de som är mest utsatta. Det ingår i den svenska etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen som handlar om det och som också kallas ”solidaritetsprincipen”.

Du har lång erfarenhet av arbete under svåra förhållanden. Du har jobbat i Afghanistan, Jemen, Syrien och Libanon – var det något som var särskilt med ditt arbete i Gaza?

– Mängden våld och brutalitet chockade mig. Jag har ju ofta jobbat i krig och är väldigt medveten om att krig aldrig bara drabbar soldater och att det alltid är en civilbefolkning som kommer i kläm och som blir skadad. Här blev det så uppenbart. Jag såg över huvud taget inga militära förband som stred. Det enda jag upplevde var en civilbefolkning som ständigt blev attackerad från luften, uppifrån.

– Flera, flera gånger i Gaza vårdade jag hela familjer som kom.

Alltifrån spädbarn, deras föräldrar och far- och morföräldrar i samma traumarum därför att de hade träffats av samma explosion. Det har jag inte erfärat tidigare.

Finns det något i läkaretiken som manar oss till solidariskt arbete i andra länder tycker du? Kan det vara berikande för vårt arbete här hemma också?

– Att jobba i andra länder säger väl läkaretiken inget om och man kan hävda att det räcker att jobba utifrån principen om vård till de med störst behov i Sverige. Men sedan tycker jag att det känns konstigt att inte använda sig av sitt privilegium och sin styrka som nation och bistå i länder som är mindre lyckligt lottade. Det är märkligt om man inte ser den kopplingen, men att vi har en sådan etisk skyldighet kan man inte anse.

Du nämner dina fem veckor i Gaza och att sedan kunna komma hem till ”laktosfri latte” som ett privilegium. Kan du utveckla det?

– Det svåra är inte att komma hem utan att lämna. Det var verkligen extrema förhållanden i Gaza och jag måste erkänna att jag redan dag 1 började räkna ner till när jag skulle åka därifrån. Men när jag sedan lämnar blir detta med privilegiet man har så uppenbart. Som en örfil i ansiktet. Nu ska jag äntligen få komma hem, men kvar är ju mina palestinska kollegor som varit där i två år och som inte hade en aning om när det skulle ta slut eller om det nånsin tar slut. Och är fullt medvetna om att de aldrig kommer att kunna lämna. Det är svårt att bära med sig.

Kan du göra någon reflektion om nyttan av dina insatser i krigszoner jämfört med ditt arbete på Södersjukhuset?

– Ibland tror jag att nyttan inte är så himla stor och att vi har en lite megaloman bild av oss själva som läkare. Vi tänker att vi räddar liv och är fantastiska och så. Den känslan kan jag också få när jag jobbar med livshotande sjuka i intensivvården Sverige.



– Ibland tänker jag att ödet har sin gilla gång, vissa överlever och vissa dör och det är sällan som vi kan påverka de förloppen. Däremot finns det andra viktiga saker att göra, som till exempel god palliativ vård. Alltså se till att döden inte blir ett lidande. Det blir extra viktigt i konfliktområden där du har enorm resursbrist och där tillstånd man skulle kunna bota i Sverige inte går att bota där. Att då erkänna det och gå till palliativ vård i stället för att krampaktigt föröka rädda någon som inte går att rädda till varje pris, är viktigt.

”

– Jag betalade tillbaka på den skada som vi faktiskt åsamkade den jemenitiska befolkningen.

– Sedan tycker jag att min viktigaste uppgift när jag varit ute i konfliktområden är att vittna om det jag sett när jag kommit hem. Det problem som finns är inte ett medicinskt problem egentligen och heller inte ett humanitärt problem som kan lösas med humanitära insatser. Det är ett politiskt problem som kräver en politisk lösning. Och jag är inte politiker och uttalar mig inte som politiker men vill vittna så att man i Sverige är medvetna om läget och kan ta sitt politiska ansvar för att förändra situationen.

Har du fått beskyllningar om att stödja terrorister i ditt arbete? Hur tänker du kring det? Såg du också annat våld är Israels i Gaza?

– Jo, det finns folk som kallat mig Hamaskramare, men det berör mig inte för det är så felaktigt och så taget ur luften. Jag kan inte ens bli kränkt. Det är för mig helt självklart och jag känner mig supergrundad i att jag som läkare förhåller mig helt neutral. Jag är där för att ge vård till den patient som har störst medicinskt behov. Det spelar ingen roll vem den patienten är, det får vara Moder Teresa eller Hitler, "I don't care". Det är en jätteviktig medicinsk princip och den känns för mig helt självklar. Jag vet heller inte vem jag vårdar och jag skulle självklart också vårda en israelisk soldat om den hamnade på mitt sjukhus.

– Din andra fråga om annat våld. Ja, när en befolkning blir fullständigt desperat och ständigt hotas av död så uppkommer det även inre motsättningar. Det var ju gäng som rånade och drog runt och det fanns Gazabor som även drabbades av det våldet.

Kan du rekommendera andra läkare att arbeta i sådana situationer som du gjort? Hur kan du se den allmänmedicinska specialitetens plats här?

”

– Jag har ju ofta jobbat i krig och är väldigt medveten om att krig aldrig bara drabbar soldater och att det alltid är en civilbefolkning som kommer i kläm och som blir skadad.



HJÄLP MÄNNISKOR I NÖD

Bli månadsgivare på
lakareutangranser.se

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

– Jag skulle vilja säga att den allmänmedicinska specialitetens plats i konflikter och krig är så himla mycket större och är så jämlika undervärderad. Man tänker sig lätt att det i krig är trauma-

masjukvård som behövs men man glömmer att den absolut största basen av behov fortfarande är de basala förnödenheterna. Det är mat för dagen, tak över huvudet och så vidare.

– Nästa steg är ju att alla vanliga sjukdomar fortsätter. Blodförgiftning, stroke, tarmvred kommer som innan och det är ju ingen som slutar få tarmvred för att det är krig, eller hur?

– Bristen på basala förnödenheter skapar också en massa extrasjukdomar. Om man inte behandlar blodtrycket får man mer stroke. Men också typ i Sudan där man lever i flyktingläger under helt förskräckliga sanitära förhållanden sprids det kolera och så vidare.

– Och i Gaza hade vi enormt många typ 1-diabetiker som kom in med ketoacidosis. Orsaken där var inte brist på insulin utan avsaknaden av elektricitet i tältlägren som gjorde att man

inte kunde förvara insulinet kallt, så det tappade sin effekt. Så trots att man medicinerade sig som man skulle fick man ketoacidosis.

– Man måste fortsätta att tänka på det basala och på prevention. Och det allmänmedicinska är extremt viktigt och sedan kan sjukhusen få fokusera på sina traumapatienter. Om man inte ser till den basala sjukvården eller till allmänmedicinen finns det en stor risk att sjukhusen överbelastas med allt detta andra, plus alla traumapatienter.

”

– Sedan tycker jag att min viktigaste uppgift när jag varit ute i konfliktområden är att vittna om det jag sett när jag kommit hem.

Hur är det att komma hem?

– Den här gången har det känts ganska bra att komma hem. Det kan vara lite olika. Eftersom jag känner att det är så viktigt att vittna och att jag känner en så stor meningsfullhet i det, har den plattform jag fått gjort det lättare. Det har liksom vaccinerat mig mot det jobbiga med att komma hem.

– Det är jobbigt med att möta sitt eget privilegium och jobbigt med att allt det man sett som behöver bearbetas. Det gör man ju inte när man är där i akut krig. Det gör man ju också i efterhand när man kommer hem.

– Den här gången har det känts lättare och jag känner mig inte traumatiserad. Trots hur hemskt det var där nere så känner jag mig mest tacksam över att ha fått vara med om något så meningsfullt.

Kommer du att åka ut igen?

– Jo men, det tror jag, det var så jag bestämde mig för när jag började att jag ska åka ut någon gång per år eller vartannat år. Sedan är det inte hysteriskt skrivet i sten och det beror på vad det är för förfrågningar jag får. Man måste ändå känna sig lite stark när man åker.

Sjunger du?

– Nej, jag kan inte ta en enda ton korrekt och för allas skull är det bäst att jag håller käften. Jag är en sån som mimar när man ska sjunga ”Ja må hon leva”!

Är du igång och jobbar heltid igen?

– Ja, just denna vecka jobbar jag natt.

Jäv saknas.

Lars Englund

Allmänläkare, Jakobsgårdarnas vårdcentral,
Borlänge
englund1@telia.com



Referens:

1. <https://www.svtplay.se/video/ePvLzYZ/nyhetsaret-2025-bilderna-vi-minns>

Multifrisk

Jag är multifrisk.

Jag har varken grå starr eller grön starr, inte artros eller fibromyalgi och har sluppit diabetes och nedsatt ämnesomsättning. Jag kan räkna upp hundratals andra sjukdomar som jag inte har, från acne till nagelsvamp.

Däremot har jag en del åldersadekvata krämpor, som högt blodtryck och torra ögon, och en och annan mer allvarlig sjukdom som hittills hållit sig lugn. Jag vet ju att sådana slumrande åkommor snabbt kan bli mer hotfulla, men just nu går det bra. Jag vill ta i det problemet först när det uppstår.

I litteraturen skiljer man mellan *disease* som innebär diagnostiserad sjukdom och *illness* som är patientens upplevelse av hälsotillståndet. Mina *diseases* föranleder provtagningar och kontrollbesök då och då. När det gäller *illness* inser jag att mina

krämpor kräver inlägg i skorna, Dosett med mediciner, ibland middagslur och definitivt hjälpmedel för att öppna trilskan-de syltburkar och hårt sittande korkar i flaskor med vin med bubblor. En polygrip bör alla i min ålder ha!

Min livshållning är att glaset oftast är halvfullt. Jag njuter av att jag fortfarande är multifrisk.

Margareta Troein

Pensionerad allmänläkare, professor emeritus,
Lunds universitet
margareta.troein@med.lu.se



Vård i Verkligheten

– en essä om begrepp, visioner och den där platsen där allt faktiskt händer

Inledning: Mellan vision och vårdcentral

Det finns något nästan rituellt över hur svensk hälso- och sjukvård regelbundet introducerar nya begrepp. Vackra, svävande ord som landar som ett mjukt lager över en betydligt mer skrovlig verklighet. Vi har sett dem komma och gå: samordning, närhet, personcentrering, omställning. Alla bär löften, alla vill väl, men få överlever mötet med vardagen, när sällan kongruens med verkligheten.

Här, mitt i glappet mellan vision och verksamhet, uppstår frågan: Kan ett enda begrepp verkligen beskriva hela vården, och borde man ens försöka?

Placeboeffekten

När ett nytt begrepp lanseras händer det ofta något kortvarigt men påtagligt. Människor runt det börjar hoppas, tänka annorlunda, arbeta lite mer samlat. Det är en sorts organisatorisk placeboeffekt. Förväntan i sig blir verksam, åtminstone i början.

Men efter en tid bleknar effekten. Scheman spricker, patienter hopar sig, pärmar ställs undan. Det är inte ett misslyckande. Det är verkligheten som gör sig påmind. Visioner är lätta att uttala, men tyngre att bära.

God och Nära vård

Begreppet God och Nära vård är ett exempel på ord som nästan glittrar av självklarhet. Det är svårt att vara emot någonting som både är gott och nära. Men just därför riskerar begreppet att sväva för högt. När man börjar undersöka det mer noggrant uppstår nya frågor: Vad betyder god? Vad betyder nära? Och kan samma begrepp verkligen fånga vårdens variation?

Sverige är inte homogent, och vården är det inte heller. En vårdcentral i en storstadsförort har helt andra behov än en i inlandet. En skola i ett område med social utsatthet har andra förutsättningar än en skola med stabil socioekonomi. Lokaler, personal, rekrytering, befolkning, kultur, allt skiljer sig.

Ändå förväntas samma begrepp passa alla. Som att beskriva hela Sveriges klimat med ett enda ord. Det blir för grovt för att göra rättvisa åt verkligheten.

Närhet låter enkelt, men begreppet är svårfångat. Det kan vara geografiskt, relationellt, organisatoriskt eller digitalt. En patient kan bo långt bort men ha snabb digital access. En annan kan bo nära, men möter nya personer varje gång. Närhet blir därför ett ord som riskerar att betyda allt och därmed ingenting.

God vård lider av samma problem. Är god vård en fråga om medicinsk kvalitet, kontinuitet, bemötande, tillgänglighet eller tid per besök? I teorin är det allt detta. I praktiken blir det ofta det som just då är möjligt. Visionen svävar, och golvet lutar. Många reformer följer samma bana: först lanseras visionen, sedan strukturerna, därefter styrsignalerna, rapporterna och till slut början. Det som skulle frigöra energi slutar istället binda systemet hårdare. Visionen lyfter, men verksamheten står kvar och lutar.

Vård i Verkligheten

Därför behövs något mer jordnära. Inte som en ny slogan, utan som en arbetsprincip: Vård i Verkligheten. Det innebär att börja i förutsättningarna, inte i visionerna. Att erkänna olikheter som norm, snarare än undantag. Att utgå från de resurser som faktiskt finns, inte de resurser man önskar. Vård i Verkligheten accepterar att verksamheter skiljer sig åt och att de behöver olika lösningar. Det är inte ett hot mot jämlik vård. Det är förutsättningen för den.

En vårdcentral med många sköra äldre behöver andra arbetsätt än en med hög andel unga och arbetsföra. En skola med psykisk ohälsa behöver annat stöd än en skola med stabila förhållanden. Det är svårt att arbeta nära när lokalen är för liten, personalen för få och tiden inte räcker. Ingen reform fungerar utan rimliga resurser. När tid saknas faller även de bästa intentioner. Nära vård är i sin kärna relationell. Det handlar om trygghet, igenkänning och förtroende. Relationer överlever omorganisationer, riktlinjer, IT-haverier och styrsignaler. Det är inte något nytt arbetssätt, det är primärvårdens innersta logik.

Förändring måste inte ske genom stora systemskiften. Ofta är det de små, verkliga förbättringarna som gör skillnad: en administrativ avlastning, en stabil kontaktperson i skolan, ett fungerande teammöte, ett rum som inte är en skrubbe, en chef med tid att vara närvarande. Små saker, men utslagsgivande. Vi behöver se människan före modellen. Visioner förändras. Organisationer ritas om. Men människan består. Relationer består. Det är i dessa vardagliga, konkreta möten som vården faktiskt sker.

En verklig modell är därför inte storslagen. Den är inte byggd av slagord. Den är byggd av tre enkla steg: först en lokal analys, sedan en lokal lösning och därefter en lokal förankring. Det är inte spektakulärt. Men det håller.

Epilog: Där vården händer

Visioner kan ge riktning, men det är verkligheten som ger rörelse. God och Nära vård är ett vackert begrepp, men Sverige består inte av begrepp. Det består av väntrum, telefonköer, stökiga arbetsplatser och människor som försöker få vardagen att fungera. Vård i Verkligheten är därför inte en protest. Det är en återgång till det grundläggande: att vården sker där människor möts, inte där begrepp formuleras. Det är i det jordnära, envisa och ofta ofullständiga som det verkliga goda och det verkliga nära till slut uppstår.

Inga jäv.

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



Hos oss möts Läkarsverige!



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.

Missade du nedan webinarium? Se dem på medevents.se/on-demand



Pollenallergi, konsekvenser och behandling

Moderator: Johan Hellgren,
professor, överläkare, ÖNH kliniken Sjukhusen i Väster, Alingsås

Föreläsare: Christer Janson,
professor vid Institutionen för medicinska vetenskaper; Lung- allergi- och sömnforskning, Uppsala universitet

RS-Virus hos barn och vuxna

Moderator: Magnus Gisslén,
professor, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Arrangör: Mediahuset i Göteborg AB

SFFA





En projektidé om mätning av jäv

Vid minst fyra tillfällen det senaste året har vi och andra noterat att artiklar i Läkartidningen saknar jävsdeklaration. Detta trots ekonomiska intressekonflikter hos författarna, vilka påpekats till redaktionen och som sedan lett till att jävsuppgifter lagts till i nätversionen av artikeln. Att jäven alls upptäckts beror på att någon som känner till dem råkar läsa artikeln, så mörkertalet är förmodligen stort.

Hur stort mörkertalet är vore intressant att mäta, och vi skrev därför ihop ett projektutkast riktat till medicinstudenter vid Göteborgs universitet (se ruta). Uppgiften att granska *alla artiklar* är omfattande och en enskild student märkar kanske med en årgång av tidskriften. Det behövs därför ett antal hugade, och tanken med att denna beskrivning är att efterhöra om intresse finns vid andra utbildningsorter.

Uppgiften behöver naturligtvis inte inskränkas till medicinstudenter. Idén kan utvecklas till att gälla andra tidskrifter (inklusive Allmänmedicin) och möjligen dagstidningar. Resultaten skulle kunna leda in i en diskussion kring olika typer av jäv (ekonomiska *vs* de betydligt mer svårämna intellektuella jäven), och om ansvaret för jävsbelysning ligger enbart hos författarna eller delas även av redaktionen.

Undertecknade är gärna handledare för studenter vid GU, kontakta någon av oss vid frågor. Intresserade studenter vid andra medicinska fakulteter är också välkomna att höra av sig, så hjälper vi dem att kopplas till lämplig handledare!

Inga jäv.



Staffan Svensson
Allmänläkare
Nötkärnan Bergsjön vårdcentral
staffan.svensson@pharm.gu.se



Karin Mossberg
Allmänläkare
Närhälsan Herrestad vårdcentral
karin.e.mossberg@gu.se



Minna Johansson
Allmänläkare
Närhälsan Herrestad vårdcentral
minna.johansson@vgregion.se



Hålfván Pétursson
Allmänläkare
Omtanken Källered vårdcentral
halfdanpe@gmail.com

Sammanfattning av projektet: För läsare av medicinsk litteratur är det viktigt att veta om författare är jäviga, alltså om deras opartiskhet kan ifrågasättas. Ett exempel på jäv är om författaren av en artikel får ekonomisk ersättning för att göra reklam för den produkt som beskrivs i artikeln. Det finns flera exempel i Läkartidningen på att jävsdeklarationer saknas i pappersversionen av artikeln, och tillkommer först i den digitala versionen, efter påpekanden från läsare. Detta projekt går ut på att kartlägga förekomsten av jäv i Läkartidningen.

Frågeställning: I hur stor andel av Läkartidningens tryckta artiklar har författarna redovisat, respektive icke redovisat, ekonomiskt jäv? Skiljer sig detta mellan olika artikeltyper? I hur stor andel uppdateras den digitala artikelversionen med jävsuppgifter som saknas i den tryckta?

Genomförande/arbetsplan: Varje student får ett rimligt antal pappersutgåvor av Läkartidningen att arbeta med, baserat på

en tidsestimering. Studenten registrerar för varje artikel följande variabler: författare, artikeltyp, ämne och huruvida jäv redovisas. De artikeltyper som inkluderas är: originalstudier, översikter, fallbeskrivningar, medicinska kommentarer, ABC-artiklar, nya rön, debatt och brev. Därefter undersöks förekomsten av ekonomiskt jäv genom en kombination av sökmetoder i offentligt tillgängliga databaser, däribland företagsregister, Läkemedelsindustriföreningens öppna rapportering av värdeöverföringar, PubMed-sökning med granskning av stycke om conflicts of interest i författarnas andra publikationer, samt riktade webbsökningar. Utfallet och förekomsten av relevant ekonomiskt jäv bedöms i nästa steg tillsammans med den vetenskaplige handledaren. I de fall relevant jäv påvisas jämförs redovisningen med den i den digitala versionen av artikeln på Läkartidningens hemsida. Resultatet redovisas i form av tabeller med frekvenser och konfidensintervall, och gruppjämförelser görs med statistiska metoder för kategoriska data. Projektet kan med fördel involvera flera studenter som behandlar olika aspekter av frågeställningen.



Tranorna flyger söderut • Lisa Ridzén • Förlag: Bokförlaget Forum • Utgiven: 2024
• Språk: svenska • Antal sidor: 361 • ISBN: 9789137161228



En bok alla som möter äldre bör läsa

Något många läkare tycker är svårt är inte uppfylla patienters önskningar. Det kan till exempel vara att säga nej till en önskad sjukskrivning till Bengt med ryggsmärta och alkoholöverkonsumtion, säga nej till opioider till Karin som sliter i hemtjänsten med långvarig värk i kroppen eller att säga nej till Elsas önskan om en för oss uppenbart meningslös behandling mot den obotligt spridda cancern. Sympatin vi känner för dessa patienter får oss att vilja göra som de vill och se dem nöjda, men vår professionella sida ser att det inte kommer att gagna patienterna i längden och vi behöver nå dem känslomässigt för att få dem att känna att vi gör vårt val för deras skull.

Det är svårt och svårt är det också när alderdomen gör att kroppen, och ibland det kognitiva, sviktar och människan vi har framför oss ser annorlunda på hur återstoden av livet ska levas. Hur gör man? Vem bestämmer över en gammal människa? Hur är det att vara den gamla människan? Vilket liv och vilka tankar döljer sig bakom den skröpliga kroppen vi möter på mottagningen eller vid hembesöket? Vi ska ibland på ett kort ögonblick fatta, för den människan, livsavgörande beslut eller utöva påtryckningar i en riktning mot mindre självständighet.

Men om man inte klarar att vara självständig då? Hur långt får det gå innan samhället måste gripa in? Regeringen uppdrog nyligen "åt Socialstyrelsen att ta fram författningsförslag så att patienter med nedsatt beslutsförmåga ska få tillgång till vård på lika villkor som den

övriga befolkningen. Detta samtidigt som rättssäkerheten säkerställs för både patienter och de som arbetar inom i hälso- och sjukvården och tandvården."

Tranorna flyger söderut av Lisa Ridzén är en bok som alla som möter äldre personer i sitt yrke eller har äldre anhöriga bör läsa. Läsaren möter 89-årige Bo, som bor i ett hus i skogen med jämthunden Sixten. Hustrun Fredrika bor på SÄBO och är så långt in i sin demens att hon inte känner igen anhöriga längre. Ensamheten är uthärdlig med hjälp av den älskade Sixten, som alltid finns vid Bos sida. Vi får, genom Bos berättande för hustrun, omväxlande följa honom från uppväxten med den tväre fadern, till livet med hustrun och den älskade lille sonen Hans samt till nutiden med den vuxne Hans och barnbarnet Ellinor.

Läsaren får tillgång till den tystlåtna Bos alla känslor, som sällan avslöjas för någon utomstående då han genom uppväxten inte fått verktygen för det. Vi får möta skammen när inkontinensen åter gör sig påmind, ilskan över hemtjänstens inkompetens, glädjen över barnbarnet, uppgivenheten när kroppen inte lyder och osäkerheten runt frågan "hur säger man jag älskar dig". Läsaren får också genom Bo uppleva både den nya, ovana hemtjänstpersonalen och den mycket erfarna personalen, som gör långt mer än det som ingår i arbetsuppgifterna.

Berättelsens röda tråd är Bos förtvivlan och maktlöshet inför vad som komma skall och inför andra människors beslut över hans huvud, då hemtjänsten och sonen upplever att Bo inte kan ta hand om



Lisa Ridzén till sammans med Lennart Jähkel.

Sixten längre. Hur blir det med Sixten? Hur påverkas relationen till sonen? Kommer Bo och Hans att kunna ge varandra det avslut de vill kunna ge varandra? Det är en varm berättelse som är svårt att lägga ifrån sig och som sitter kvar länge i själen och får dig att tänka en gång till innan du bestämmer något över någon annan.

Är det någon bok en läkare eller anhörig behöver läsa är det denna. Själv lyssnade jag till en fantastisk berättar-Bo i form av Lennart Jähkel.

Lena Åström
Allmänläkare
Vårdcentralen Tåbelund,
Eslöv
lana.astrom@med.lu.se



Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Andreas Stomby
andreas.stomby@sfam.se

Tillförordnad vice ordförande

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Skattmästare

Sara Jansson
sara.jansson@sfam.se

Facklig sekreterare

Anders Lundqvist
anders.lundqvist@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

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

Övriga ledamöter

Susanna Althini
susanna.althini@sfam.se

Panteha Hatefi
panteha.hatefi@sfam.se

Linda Sandberg
linda.sandberg@sfam.se

Åke Åkesson
ake.akesson@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet
Vakant tills vidare

Kompetensvärderingsrådet

Margareta Troein
margareta.troein@med.lu.se

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

SFAM:s torsdagsmöten

Anna Flod
info@sfamstorsdagsmoten.se

ST-rådet

Zahra Baldawi
strad.sfam@gmail.com

Utbildningsrådet

Anna Beck, anna.beck@norrboten.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Magnus Nord
magnus.nord@regionostergotland.se

Forskningsrådet

Mats Martinell
mats.martinell@pubcare.uu.se

Rådet för 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

Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vregion.se

Nätverket för fortbildningssamordnare

Jannike Norström
jannike.norstrom@vregion.se

SPUR-inspektioner – samordning

Louise Wänström
louise.wanstrom@gmail.com

Rikard Viberg, rikardviberg@msn.com

Svensk förening för glesbygdsmedicin

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

Nätverket för psykisk ohälsa

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

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

www.egprn.org
Anna Segernäs, anna.segernas@liu.se

EURACT

www.euract.eu
Vakant

EQuIP

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

The European Young Family Doctor Movement (EYFDM)

Adebayo Sanusi
strad.sfam@gmail.com

Euripa

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

Nordic Federation of General Practice/ ApS

www.nfgp.org
Andreas Stomby, andreas.stomby@sfam.se

Nordic Young General Practitioners (NYGP)

Nazila Mansimli
strad.sfam@gmail.com

Kevin Håkansson
strad.sfam@gmail.com

Nordiska kongressen

Anna Davelid
anna.davelid@rjl.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Anna Nager, anna@nager.se

Wonca Europe

Se EGPRN, EURACT och EQuIP

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

Lokalföreningar

BLEKINGE

Anna Lövgren
anna.lovgren@regionblekinge.se

DALARNA

Filip Sundal
filip.sundal@regiondalararna.se

GOTLAND

Kajsa Persson
kajsa.persson@gotland.se

GÄVLEBOG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

HALLAND

Michael Lovric
michael.lovric@regionhalland.se

JÄMTLAND

John Dunberg
john.dunberg@regionjh.se

JÖNKÖPING

Karolin Planting
karolin.planting@rjl.se

KRONOBERG

Brendan Brouwer
brenbrou@hotmail.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

MELLANSKÅNE

Cecilia Terning
cecilia.terning@skane.se

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

NORRA ÄLVSBOG*

NORRBOTTEN
Tim Stenberg
tim.stenberg@norrboten.se

SKARABORG

Klas Fellbrant
klas.fellbrant@gmail.com

STOCKHOLM

Christine Rydholm
christinerydholm@hotmail.com

STOR-GÖTEBOG

Niklas Lehtipalo
niklaslehtipalo@yahoo.se

SYDOSTSKÅNE*

SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund
clary.hagglund@skane.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.t.eriksson@gmail.com

SÖDRA ÄLVSBOG

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

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

UPPSALA

Johan Birging Hultegård
johan.hultegard@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

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

VÄSTERNORRLAND*

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@regionkalmar.se

VÄSTMANLAND

Jenny Krifors
jenny.krifors@ptj.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Klaus Stein
klaus.stein@regionvarmland.se

ÖSTERGÖTLAND

Emil Kristensson
emil.kristensson@regionostergotland.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

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

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvärlig utgivare

Ingrid Eckerman
ingrid.eckerman@gmail.com

Layout

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

Annonser

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

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

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

Redaktion

Jens Halldin, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Christer Petersson
cpetersson121@gmail.com

Lars Englund
englund1@telia.com

Björn Landström
bjorn.landstrom@skaraborgsinstitutet.se

Staffan Svensson
staffan.svensson@pharm.gu.se

Charlotta Busch
charlotta.busch@regionhalland.se

Tryck

Multiply Solutions AB
Malmö
www.exakta.se



🌸 **Kalendarium**



2026

April

Digital fortbildning för Mitt-i-ST-värderare
10.4, digitalt

NAAKA dagen
27.4, Stockholm

Maj

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

Juni/Juli

Wonca Europe Conference 2026
30.6-3.7, Paris, Frankrike

September

SFAM:s ST-dagar 2026
21-23.10, Västerås

Oktober

24:e Internationella Balintkongressen
1-4.10, Århus, Danmark

Utgivningsplan för 2026

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

SFAM:s kansli

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

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

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

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Publicering

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

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

Följ debatten på Ordbyte!

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

Bli medlem:

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

Avsluta medlemskap:

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

Kontrollera alltid aktuell information på respektive hemsida.



Kollegial dialog online

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

Lyssna på AllmänMedicin!

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

Provinsialläkarstiftelsen

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

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

Följ SFAM på



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