

Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin – stöd för bearbetning och implementering i klinisk vardag

Sedan mars 2025 har svensk allmänmedicin en lista för Kloka Kliniska Val. Denna ger rekommendationer angående behandlingar och undersökningar som bör avstås under vissa omständigheter och är resultatet av en strukturerad arbetsprocess inom såväl SLS som SFAM.

Målsättning

Att undersöka hur Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin kan användas i praktiken på din vårdcentral.

Bakgrund

Kloka Kliniska Val (KKV), även internationellt känt som "Choosing Wisely", handlar om att inom vården fokusera på åtgärder som verkligen gynnar patienten och samtidigt minska onödiga eller potentiellt skadliga insatser. Under 2025 har SFAM publicerat fem Kloka Kliniska Val för allmänmedicin, utgångspunkten för denna anvisning. [Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin – SFAM](#)

Svenska läkaresällskapet har sammanställt bakgrundsinformation om KKV i en film. För att komma i gång med arbetssättet på en arbetsplats finns ett start-kit. Innehållet består av filmer för professionen och för patienter samt planscher. Se www.sls.se/kky.

Start-kit och de förslag som finns nedan för kollegiala diskussioner, är tänkta som hjälp för att implementera arbetet med KKV på den lokala arbetsplatsen.

Diskussionsfrågor kopplade till de fem Kloka Kliniska Valen

1. Medicinsk uppföljning bör ske utifrån individens behov, inte utifrån standardiserade tidsintervall och innehåll.

- Håller ni med?
- Hur ser det ut i nuläget med er uppföljning av patienter med långvarig behandling av kroniska sjukdomar och riskfaktorer? Vem har ansvar för väntelistan?
- Finns kontinuitet i fasta kontakter? Vilka finns i teamet runt patienten?
- Vad står i vägen för en individualiserad uppföljning?
- Vad behöver du som läkare göra för att tillse att individens behov får styra? Vad behöver övriga medarbetare på vårdcentralen göra?

2. Undvik bilddiagnostik av knäled för att ställa diagnosen artros.

- Av vilka skäl röntgar ni knän där artros utgör den huvudsakliga kliniska misstänkta diagnosen? Vilka av dessa skäl är rimliga och i vilka situationer skulle ni vilja avstå?
- Vad skulle behövas för att avstå när röntgen inte är indicerat? Fundera utifrån din egen praktik och om det behövs någon förändring på verksamhetsnivå.

3. Undvik förskrivning av magsyrahämmande läkemedel för långtidsanvändning utan tydlig indikation. Gör aktiva nedtrappnings- eller utsättningsförsök vid okomplicerad sjukdom.

- Hur startar behandlingen med PPI vanligtvis?
- I vilken utsträckning är indikationen tydlig för dig vid ställningstagande till ny ordination/recept?
- Vad skulle du behöva för att bedöma indikation på ett effektivt sätt?
- Vad skulle du behöva för att göra ned- och utsättningsförsök på ett enkelt sätt?
- Hur kan man skapa gemensamma arbetssätt på er verksamhet?
- Vad säger Primärvårdskvalitetsindikatorn PVQ-Lm01 (andel patienter som förskrivits PPI > 28 tabletter som har en evidensbaserad indikation) er? Hur jobbar ni med människorna bakom siffrorna?

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

- Vad kan ligga bakom insättning av antidepressiva läkemedel enligt ovanstående trots vetskap om tveksam nytta?
- Vad kan göra det svårt att avstå insättning av antidepressiva läkemedel?
- Vad kan du som läkare göra för att använda antidepressiva läkemedel mer ändamålsenligt?
- Vad behöver ni göra tillsammans på verksamheten för att avstå antidepressiv medicinering vid lindriga-måttliga psykiska symtom?
- Vad säger Primärvårdskvalitetsindikatorn PVQ-Dep03 (mäter andel patienter med ny depressionsepisod som fått antidepressiva läkemedel) er?

5. Undvik upprepad kontroll av blodfetter för patienter med välfungerande blodfettssänkande behandling.

- Håller ni med?
- Finns det något som hindrar en individualiserad uppföljning av blodfetter? Vilka nackdelar kan tänkas med att inte kontrollera upprepat?

- Om ni som verksamhet vill individualisera kontroller av lipider – hur kan ni enklast göra?

Förslag på metod

Materialet är tänkt att användas i en kollegial grupp, till exempel läkargrupp på en vårdcentralenhet eller en FQ-grupp. Arbetet kan med fördel delas upp på två mötestillfällen.

Första mötet (ca 30 min)

Börja med att tillsammans se den elva minuter långa filmen [Varför Kloka Kliniska Val?](#) och dela med er av era reflexioner efteråt. Läs därefter igenom rekommendationerna Kloka kliniska val inom allmänmedicin. Välj om ni vill fokusera på en punkt eller flera. Välj den ambitionsnivå som är lämplig i ert fall. Vid genomgången av de fem punkterna är reflektionen och det kollegiala utbytet viktigast. Inventering av arbetssätt och hur ni förhåller er till det som presenteras kan vara en bra utgångspunkt. Som förberedelse kan ni exempelvis samla användbara data. Kan Primärvårdskvalitet/MedRave vara till nytta såsom föreslås i dokumentet? Vem/vilka kan samla in, presentera data och eftersöka liknande initiativ i er region? Förankra planerna med verksamhetschefen och ta ställning till vilka personer, kompetenser och resurser som behövs i processen.

Andra mötet (ca 60 min)

Rekapitulering av första mötet, och eventuell presentation av insamlade data. Gemensam prioritering av vad ni vill fokusera på. Hur skall det fortsatta arbetet utformas? Vilken ambitionsnivå skall ni ha i fortsättningen? Finns behov av fortbildningsinsatser för olika professioner? Vad vill ni ha för mål? När ska era mål vara uppfyllda? Hur kommunicerar ni KKV med patienterna? Under detta andra möte kan ni med fördel utgå ifrån diskussionsfrågorna ovan.