

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2026 ÅRGÅNG 47



- 2 Hur ser vi till att 1/1100 faktiskt leder till bättre vård?
Andreas Stomby
- 3 Roliga och tråkiga traditioner
Jens Halldin
- 4 Läkaren som klev ut från vårdcentralen och hittade hem
– om arbete med medborgardialoger
Jenny Berggren
- 9 Kontinuitet i en fragmenterad tid
Agmall Sarwari
- 10 Min roll som samhällsvare
Bengt Järhult
- 14 Allmänmedicinen tar mig långt
Jenny Berggren
- 16 Barn och mat – barndietisten svarar
Sofie Näslund
- 19 Till frågan om förstoppning
Staffan Svensson
- 25 Årets medicinska avhandling 2025
- 26 Tidig upptäckt av cancer via symtom och tecken
Elinor Nemlander
- 30 Digitalisering i primärvården
Hanna Glock
- 33 Hur gick det sen? Uppföljning till artikeln
Ett nej kan bli vändpunkten i Allmänmedicin #1 2025
Åsa Kadowaki
- 34 Många äldre patienter med polyfarmaci positiva till
deprescribing om allmänläkaren stödjer detta
Naldy Parodi López
- 36 – Ni måste visa att ni vill vara basen på riktigt
Alexander Hagerius
- 38 SFAM D – ett nytt råd för digitalisering och AI-utveckling
Marek Czajkowski
- 40 Beräkningsmodellen
Bertil Hagström och Andreas Thörneby
- 42 Att vara trygg i osäkerheten
Evelina Rosenqvist
- 44 Vård till människor i papperslöshet
Stina Nydén och Matilda Persson
- 46 Den papperslösa pappersparadoxen
Kristin Augutis
- 48 Vi som är födda vid havet
Malin Klittvall
- 50 Tio minuter för att orka vidare
Zeyad Albadri
- 52 Intryck från psykiatrins hjärta
– något för oss allmänläkare i periferin också?
Lars Englund
- 54 Min smukke hud
Sofie Näslund
- 56 Värdera din kompetens genom webbenkäter
i Multi Source Feedback
Jan-Eric Olsson
- 58 Konsultationskunskap för specialister
Manne Fridell
- 59 Om berättelsens kraft i vården
Christer Petersson
- 60 Vårdelös vård
Linus Källgård
- 62 Insikter om äldre
Björn Landström
- 63 SFAM informerar, kalendarium

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Tema: Allmänläkaren & samhället ■ Tema: Barnmedicin
■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Utbildning & Fortbildning ■ Recensioner



Omslagsbild AllmänMedicin nr 2-2026

Allmänläkare har många fasta och återkommande samarbetspartners. När man listar upp dem, och inser hur många de är, inser man att det är ogörligt att ha rutiner, eller fasta former, för dem alla och man får respekt för sig själv trots att man inte har sådana rutiner. När man vidare tänker på att alla i den vänstra delen av bilden, det vill säga regionen, har synpunkter på vad vi ska göra och hur det ska göras, inser man att det är viktigt att vi själva tar kommandot.



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

Hur ser vi till att 1/1100 faktiskt leder till bättre vård?

Dagens Medicin rapporterade tidigare i våras om fortsatt ökning av antalet nyblivna specialister i allmänmedicin. Ungefär 25% av alla nya specialistbevis år 2025 var inom vår specialitet – en positiv utveckling. Det finns fortsatt stor spridning i landet och det går långsamt, men ökningen visar ändå att det går att få till en förändring och regioner kan lära av varandra.

Jag själv har förmånen att arbeta på en välbemannad vårdcentral. Senaste året har jag funderat mycket kring hur vi ska se till att 1/1100 faktiskt genererar bättre vård för våra patienter. Vården blir inte automatiskt bättre för att vi blir fler. Det kan leda till att icke-medicinska uppgifter förs över till läkargruppen, att vi blir lite mer bekväma och gör mindre patientarbete, att tillgängligheten styrs mot patienter som inte skulle träffat läkare alls.

Många kollegor har bara sett underbemannade verksamheter med arbetssätt som är anpassade för bristande tillgänglighet och dålig kontinuitet. Där en mur av andra professioner har skapats för att skydda allmänläkaren. Som en konsekvens har vi blivit passiva istället för att skapa arbetssätt som främjar kontinuitet, gör det enkelt att få kontakt och prioriterar de sjukaste. Ofta i ren självbevaringsdrift.



Många kollegor har bara sett underbemannade verksamheter med arbetssätt som är anpassade för bristande tillgänglighet och dålig kontinuitet.

Observationsstudier visar ett samband mellan kontinuitet med fast läkare och minskat behov av sjukvård och minskad mortalitet. Orsakssambanden ska tolkas försiktigt, men den kliniska erfarenheten talar starkt för att kontinuitet är eftersträvansvärt av en mängd anledningar, oavsett dess effekter på hårda utfall. Klart är dock att det är arbetssättet och kvaliteten i den vård som utförs som gör skillnaden. Därför måste vi allmänläkare kliva fram och se till att mer resurser också leder till bättre vård, vi behöver bekänna färg.

Det innebär inte att vi ska vara tillgängliga dygnet runt 365 dagar per år, inte kan arbeta deltid eller ha andra uppdrag, vil-

ket somliga verkar tro. Däremot innebär det att ta kontrollen över sitt arbetssätt med patienternas bästa i sikte, vara beredd att ibland omprioritera sin tid när akuta patientbehov uppstår, kanske jobba över en dag för att gå hem tidigare en annan. Det innebär att fylla medicinska möten med bra innehåll, handleda studenter och yngre kollegor med hög kvalitet, delta i fortbildning och hänga med i allmänmedicinsk forskning.



Däremot innebär det att ta kontrollen över sitt arbetssätt med patienternas bästa i sikte ...

I den kliniska vardagen behöver vi prioritera samverkan med kommunen för våra allra sjukaste patienters skull. Kanske ska vi vara tillgängliga för både hembesök och telefonkonsultationer samma dag. Vi behöver underlätta för patienten att få kontakt med den egna läkaren och styra våra uppföljningar som anpassas utifrån patientens behov. Vi behöver ha bättre dialog med sekundärvården och ta vår del av ansvaret för att patienterna i gråzonen inte ska tappas bort.

Jag kan vara både blögd och naiv – men jag tror verkligen att den trend vi ser med ett växande antal allmänläkare är här för att stanna. Det kliniska arbetet kommer att bli mer tillfredsställande och utrymmet för att driva forskning, fortbildning och kvalitetsutveckling blir större. Tillsammans behöver vi alla kliva fram och se till att det också gör våra patienter friskare och mer välmående.

Jäv saknas.



Andreas Stomby
Ordförande SFAM
andreas.stomby@sfam.se

Roliga och tråkiga traditioner

Temana i detta nummer är barn samt allmänläkaren och samhället. I barndelen har vi två intervjuer om pediatrika vardagsproblem, som alla allmänläkare stött på otaliga gånger. Inte desto mindre, eller kanske just därför, en viktig fråga att lyfta. I den andra temadelen har vi texter av, för AllmänMedicins läsare, bekanta ansikten.

En nyare form av läkares deltagande i samhället, är de influencers som via sociala medier sprider kunskap och/eller åsikter i medicinska frågor. Vi har till det här numret försökt få till ett samtal med en av de största allmänmedicinska sådana. Men det fanns inte på hela våren någon lucka i hans schema för att prata med AllmänMedicin.

Som traditionen pliktär så innebär våren att årets allmänmedicinska avhandling utses för att diplomerar på den allmänmedicinska kongressen senare under våren. I år är det två avhandlingar som premieras, du kan läsa autoreferat om bägge i detta nummer.

En annan tradition har blivit att jag här på mina rader presenterar hur de senaste månaderna har sett ut gällande militära attacker på sjukvården. Detta är ju en tradition som det hade varit härligt om den inte behövdes. Eller i alla fall om det gick åt rätt håll, att angreppen på sjukvården och sjukvårdspersonal i militära konflikter minskade. Men tyvärr är det precis tvärtom.

Sedan jag skrev min senaste spalt har det skett nästan 400 attacker mot sjukvården och 342 sjukvårdspersonal har mör-

dats. Mer än en tredjedel av attackerna under perioden har varit i Libanon.

Vidare angående det nummer som du nu läser är en av recensionerna lite extra speciell för mig. När jag, på läkarlinjens termin 5, första gången fick lov att träffa patienter var det på Hjällbo vårdcentral, under handledning av Kristian Svenberg. Efter examen som vikarierande underläkare, ST och sedermera specialist i allmänmedicin jobbade jag i Hjällbo, under många år tillsammans med Kristian.

Under de 19 år Kristian var i Hjällbo (ett år mer än vad det blev för mig) skrev han dagbok om sina patientmöten. Dessa dagböcker har nu blivit en bok, som recenseras av Christer Petersson på sidan 59 och kan köpas i bokhandlar i verkligheten och på nätet. Gör det.

Nästa nummer av AllmänMedicin har temana *Världens styrning* och *Blod*, deadline är 10 augusti.

Trevlig sommar och så ses vi på Nordiska Allmänmedicinska Kongressen i Jönköping!

Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Kurs i hållbar diagnostik och behandling

Hur ska man veta vilka av våra insatser i vården som är meningsfulla? Hur driver vi diagnostik som faktiskt gynnar patienten och är hållbar på sikt? Vad är den praktiska innebörden av begrepp som överdiagnostik, lågvårdsvård och överanvändning av medicinska resurser? Om detta och mycket annat handlar denna kurs, där du med föreläsare och kollegor skaffar dig verktyg för att fatta beslut som är till nytta för dig själv och dina patienter. Efter kursen har du den kompetens som behövs för att jobba med Kloka Kliniska Val i din organisation!

SFAM:s kurs i hållbar diagnostik gavs första gången i januari 2025. På tidigare kurser tog platserna snabbt slut. Nu ges kursen för fjärde gången och det finns nya chanser, men kursplatserna är begränsade och först till kvarn gäller!

NÄR: Den 14-16 oktober 2026

VAR: Stockholm

ARRANGÖR: Svensk Förening för Allmänmedicin

För mer information och anmälan - följ QR-koden
Håll också utkik i SFAM:s nyhetsbrev



Läkaren som klev ut från vårdcentralen och hittade hem

– om arbete med medborgardialoger

I Allmänmedicin Nr 1-2023 skrev jag under rubriken *Allmänmedicin, kvinnohälsa och integration* [1] om en samtalskväll i november 2022 med utlandsfödda kvinnor i Berga. Kvällen gav många värdefulla lärdomar och väckte en idé om medborgardialoger. Tre år senare blickar jag stolt tillbaka på *Samtal för bättre hälsa och vård* – ett arbete med medborgardialoger och likarätt som vi startade 2023 och som fortfarande pågår.

Sprida kunskap om kropp och hälsa

Vid våra medborgardialoger, som hittills i huvudsak har riktat sig till utlandsfödda kvinnor, pratar vi om ett tema som deltagarna själva får önska i förväg. Från vården delar vi med oss av våra kunskaper om hur kroppen fungerar, vad en själv kan göra för att hantera olika besvär och må bra och vilken hjälp det finns att få från vården och andra aktörer. Med bilder, modeller, praktiska övningar, enkel svenska och pauser för översättningar har vi lyckats förklara ganska detaljerat kring till exempel blodsockerreglering och hur träning påverkar vår hjärna och stresssystem.

Jag minns speciellt hur jag stod med legobitar och nycklar i händerna för att försöka förklara insulinets roll i glukosomsättningen. Kvinnorna som stod runt om var tysta och tittade koncentrerat. Jag närmade mig slutet av förklaringen och började oroa mig för att detta nog blev mer detaljerat än vad någon skulle ha nytta av. Men då utbrast en av kvinnorna: ”Jaha, är det därför jag blir tjock av att äta kolhydrater!”

Ofta delar kvinnorna med sig av egna tips och erfarenheter till varandra. Jag tvivlar på att något vi från vården säger gör lika stort avtryck som när till exempel Shahin som berättade om hur hon med träning och hälsosam kost hade förbättrat sin diabetes, gått ner i vikt och börjat må mycket bättre. Eller Fahiya som valde att berätta om sin resa från utmattning med kroppsliga symtom till ökad kunskap om ångest, ångesthantering och vägen tillbaka till arbete och ett bättre mående.

Vården lär av medborgarna

Vid medborgardialogerna ber vi deltagarna att berätta om sina upplevelser som patienter och anhöriga i möten med vården. Vad är viktigt för dig? Vad fungerar bra? Vad fungerar mindre bra? Varför blev det inte bra och hur tänker du att det kan bli bättre? Att vara öppna med att vi förstår att det inte alltid blir bra i möten med vården, och att be om hjälp att förstå hur vi kan bli bättre, har lett till givande samtal i god ton.

Det är generellt mindre jobbigt att få kritik när vi själva ber om den. Synpunkter och upplevelser som lyfts är värdefull återkoppling som vi kan använda till att förbättra verksamheten. Det säger egentligen sig själv att vi inte kan skapa en lika god vård för våra medborgare om vi inte lyssnar in deras behov, erfarenheter och förslag på förbättringar. Jag ser framför mig att vi i framtiden bjuder in olika grupper till medborgardialoger, men jag anser att vi bör rikta oss till de grupper i samhället som inte redan hörs mest.

Ganska sällan hamnar deltagarnas önskemål i konflikt med vårdens uppdrag. Möjligen kan det till en början upplevas så när till exempel missnöje uttrycks över att inte få tid till läkare, få ta prover eller recept på medicin. Men när vi ber att få veta



Material som användes till att förklara blodsockerreglering



Medborgardialog i Berga kyrka. Tema: blodsocker, blodtryck och kolesterol.

mer så har vi ofta identifierat situationer där vi i vården kan bli bättre. Till exempel: ”Om jag inte får ta prover eller får ett recept för mina besvär så önskar jag en förklaring till varför det inte behövs.” Begriplighet.

Vi har blivit påmind om det kanske självklara, men som vi glömmer ibland ändå. Om hur svårt det kan vara att kommunicera via telefon på ett annat språk än sitt modersmål och att de flesta vill träffa samma personal i möten med vården – det skapar trygghet. ”Kan hela familjen få ha samma läkare?” Att få utrymme att lyfta sina egna tankar, oro och önskemål.

Vi har fått möjlighet att förklara olika yrkesrollers kompetens och hur vården är organiserad. Träffarna har också blivit en möjlighet att hjälpa enskilda individer att få kontakt med rätt vårdinstans eller kanske återknyta kontakt dit de har känt sig avvisade och inte vågat höra av sig igen. Kanske finns det de som anser att detta skapar en sorts gräddfil för de som deltar. Jag ser det som ett sätt att bidra till en mer jämlik vård. Våra vanliga kanaler in till vården står öppna, men är i praktiken inte lika tillgängliga för alla.

Att samverka för störst nytta och nå målgruppen

Gruppen utlandsfödda kvinnor är enormt heterogen. Helst skulle jag vilja använda ett begrepp som inte definierar människor utifrån vad de inte är (svenskfödda). Vi har provat att bjuda in människor oavsett bakgrund till träffarna, men då märkt att det kom färre utlandsfödda.

Exempel på ämnen som diskuterats:

- Psykisk hälsa/ohälsa och stress
- Blodtryck, blodsocker och kolesterol
- Kvinnohälsa
- Den religiösa fastan
- Sömn

Inledningsvis samarbetade vi med Berga församling och KFUM Bollihop kring träffar som ägde rum i Berga kyrka kvällstid. Kyrkan är en väletablerad träffpunkt i området för många olika grupper av människor och vi har ett fint samarbete. Men tidigare upplägg innebar mer arbete med att nå ut med inbjudan och byggde på att jag och mina kollegor arbetade utanför ordinarie arbetstid. Med det upplägget blir det sannolikt svårare att få verksamheten att fungera över tid.

Sedan hösten 2025 samarbetar vi med Familjecentralen/Öppen förskola och projektet ”Tillsammans in” som riktar sig till utlandsfödda människor, men i praktiken är det kvinnor som kommer. ”Tillsammans in” har träffar varje fredag förmiddag och att medborgardialogerna nu sker på dagtid och med en redan etablerad verksamhet där målgruppen finns har underlättat och avlastat för oss.

Ekonomiskt stöd att komma igång

Till uppstart av arbetet med medborgardialoger har vi kunnat använda ekonomiska medel från Region Östergötlands utvecklingspott. Sedan några år ingår områdesansvar (åter igen) i vårdcentralernas uppdragsbeskrivning. Utvecklingspotten ska användas till att, i samarbete med lokal samhällsaktör, göra insatser som förbättrar och utjämnar omotiverade skillnader i hälsa bland människor i lokalområdet.



Jag tror bestämt att idéer och initiativ som uppstår i klinisk verksamhet har mycket bättre förutsättningar att bli framgångsrika, än insatser som tvingas fram genom öronmärkta pengar ...

Uppdragsbeskrivningen stämde precis överens med vår initiala idé och jag glädjer mig att Utvecklingspotten för 2025/2026 tillåter att vi jobbar vidare med idéer från 2023/2024. Jag tror bestämt att idéer och initiativ som uppstår i klinisk verksamhet har mycket bättre förutsättningar att bli framgångsrika, än insatser som tvingas fram genom öronmärkta pengar kopplade till allt för specifika krav från regionernas utvecklingsenheter.

Att lyfta arbete med likarätt, diskriminering och normkritik

Parallellt med medborgardialogerna fanns en ambition att internt satsa på fortbildning inom likarätt, diskriminering och normkritik. Vi startade ett Likarättsteam på vårdcentralen, som likt Diabetesteam eller Sårvårdsteam får i uppdrag att samla in och sprida kunskap till hela verksamheten.

Likarättsteamet inledde starkt under 2023/2024 med att besöka Stora Likarättsdagarna i Malmö, bjuda in Funktionsrätt Östergötland att ge sin syn på verksamheten och hålla

Deltagarnas berättelser:

**Kontinuitet
= trygghet!**

**Inte så
annorlunda
önskemål!**

**Tanke,
oro,
önskan!**

**Ett
gemensamt
språk!**

**Bli sedd &
lyssnad på!**

Begriplighet

föreläsning och workshop på personalmöte. Men sen har det varit mer vilande. Orsaken är framför allt svårigheter att hitta tid och struktur samtidigt som alla vanliga arbetsuppgifter behöver göras.

Jag känner mig inte orolig att arbetet med likarätt ska läggas ner. Vi puttrar på och kommer med stor sannolikhet att ha likarättsarbete som övergripande mål i verksamheten i höst. Genom att jag nämner det här så blir det också svårare att ändra på. Arbete med likarätt, diskriminering och normkritik är inte en sprint, utan ett långlopp.

Jag inser att små stegvisa förändringar är mer hanterbart än allt för stort och mycket på en gång. Vi har börjat ta emot läkarstudenter på valbar VFU med tema jämlik vård och har som vårdcentral börjat associeras med likarättsarbete och medborgardialoger. Det förpliktat och hjälper oss att hålla i och höja ribban.

Pengarna från utvecklingspotten har vi gjort slut på men arbetet med medborgardialoger och likarätt fortsätter. Jag fick tidigt stöd från den lokala ledningen som uttryckte att målet var att göra detta till en del av ordinarie verksamhet. Vi är inte där riktigt än, men på god väg. Många kollegor har under åren deltagit vid träffarna och intresset för vårt initiativ har varit stort både lokalt och nationellt. Jag hoppas att vi kan inspirera andra att pröva något liknande. En enkel bra idé som sprider sig brett gör sannolikt större nytta än att vi utvecklar något bra ännu mer, men bara lokalt hos oss.

För egen del har jag funnit en mycket meningsfull och för mig ny roll i att vara allmänläkare. Förr i tiden var allmänläkaren en given del av det lokalsamhälle som hen ansvarade för. Någonstans på vägen gick det förlorat, men jag tycker vi ska försöka hitta tillbaka dit. Allmänmedicinen och samhället kan inte fungera åtskilda från varandra.

#tillsammansförallmänmedicin

Hör gärna av er om ni vill veta mer eller har idéer som ni vill dela med oss.

Jäv saknas.

Jenny Berggren
Allmänläkare,
Capio vårdcentral Berga, Linköping
jenny.berggren@capio.se



Referens:

- <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-1-2023/a/allmanmedicin-kvinnohalsa-och-integration/1919/963195/38141443>

Deadline för nr 3-2026 är 10 augusti!

Teman är Blod / Vårdens styrning

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

Annons

Annons

Kontinuitet i en fragmenterad tid

Samhället har blivit en plats för snabba transaktioner. Vi svajpar oss till relationer, beställer mat med ett knapptryck och förväntar oss omedelbar behovstillfredsställelse. En friktionsfri tillvaro som göder villfarelsen av absolut kontroll, vilket skapar inflexibilitet, en oförmåga att hantera det oförutsedda.

Långsamt har vi tränats i att sluta vara medborgare och istället se oss själva som kunder.

Transformationen har självklart inte stannat vid sjukvårdens dörrar. Idag marknadsförs hälsa i samma förpackning som snabbmat. Genom appar kan man på några minuter chatta sig till ett recept, och vården styckas upp i digitala besök, i tillfälliga kontakter med anonyma läkare som aldrig förut sett patienten. På det moderna sjukhuset är logiken å sin sida organspecifik; patienten reduceras alltmer till ett hjärta, en lunga eller en specifik diagnoskod.

Men en plats stretar emot.

En plats där tiden, relationen och den fysiska närvaron fortfarande utgör själva fundamentet: den lokala vårdcentralen.

I primärvården har vi inte lyxen – eller förbannelsen – att stycka upp människan. Vi måste rymma kontexten. När vi lyfter blicken från ett symptom och ser hur arbetsmiljö, oro och sociala villkor krokarm med biologin, blir vår medicinska bedömning skarpare. Det handlar inte bara om mjuk empati; det är en livsviktig klinisk blick.

Vissa romantiserar vårdcentralens väntrum som ett mikrokosmos av Sverige. Sanningen emellertid är att våra väntrum idag utgör en ofta brutal karta över ett segregerat samhälle. Sjukdomspanoramata följer postnumren.

”

I primärvården har vi inte lyxen – eller förbannelsen – att stycka upp människan. Vi måste rymma kontexten.

På vårdcentralerna i utsatta områden följer samhällets hårda spår hela vägen in i undersökningsrummet. Här ser vi hur det tunga, monotona kroppsarbetet sätter sig i ryggkotor och axelleder. Missbruk. Hur dyrare mediciner väljs bort, och billigare och äldre alternativ föredras. Hur oro över otrygga anställningar eller ett skakigt uppehållstillstånd manifesterar sig som hjärtklappning och sömnlöshet. Smärtan patienten söker för handlar sällan enbart om muskler, utan bär lika ofta på en historia om klass och ärvt utanförskap.

”

Smärtan patienten söker för handlar sällan enbart om muskler, utan bär lika ofta på en historia om klass och ärvt utanförskap.

Ovanpå detta vilar den stora mänskliga komedin. Mycket av det som landar i våra mottagningsrum är egentligen inte strikt medicinskt, utan existentiellt. Det bottenar i en lika banal som svårhanterlig sanning: en dag ska vi dö, fast vi inte vill.

Vi lever i en kultur som har extremt svårt att härbärgera lidande, sorg och naturligt åldrande. Det betraktas närmast som medicinska felsteg, vilka kan och bör åtgärdas. Allmänläkaren förväntas ofta skriva ut piller eller remisser för att bota själva livet. Men ingen skiktröntgen botar rädslan för ändlighet, inget antidepressivt läkemedel löser djup ensamhet. Ofta är den viktigaste – och svåraste – medicinska åtgärden att sitta kvar i det obotliga. Att erbjuda närvaro när bot saknas.

I en tid präglad av uppbrutna strukturer och misstro mot institutioner, blir allmänläkarens handlingar radikala motståndshandlingar.

När jag följt en patient över tid uppstår något som ingen algoritm kan ersätta: tillit. Jag vet hur patienten ser ut som i vanliga fall, och i ögonvrån ser jag när patienten är allvarligt sjuk. Känner vi patienten, kanske även hans föräldrar och barn, behöver vi inte beställa tio onödiga prover för att stilla vår egen eller patientens ångest. Vi kan vila i relationen.

Allmänläkaryrket handlar därmed om långt mer än att agera medicinsk tekniker som servar biologiska maskiner. Vi är samhällsbyggare. Det sociala klistret i lokalsamhällen som riskerar falla isär.

En patient som känner sig sedd och ihågkommen av sin läkare, känner sig i förlängningen också mer sedd av det samhälle läkaren representerar. När allt annat rör sig i ljusets hastighet, låt oss vara långsamma. Och stå kvar i det komplexa, långsiktiga och djupt mänskliga.

Att stanna kvar som fast läkare på en vårdcentral, inte minst där behoven är som störst, är ett löfte. Ett sätt att säga till patienterna:

– Jag är kvar här. Ni är värda min tid. Samhället har inte övergett er.

Jäv saknas.

Agmall Sarwari
Allmänläkare,
Älvsjö Centrum vårdcentral,
författare och skribent
a.sarwari82@gmail.com



Min roll som samhällsvarelse

På 77:e året i min levnadsbana hör det väl till att fundera på vad allt gick ut på. Detta i min roll som allmänmedicinare och skribent när en ny primärvård skulle byggas upp för 40–50 år sedan. Dags för bokslut, särskilt i dessa dagar när jag var morgon med viss förvåning konstaterar att jorden ännu inte bränts upp i ett globalt kärnvapenkrig.

Det har varit de stora frågorna i samhället som intresserat mig som allmänläkare och jag har glatt mig åt att det funnits fora där jag som doktor på landet passat in; i Amnestys *Hälsa- och sjukvårdsgrupp*, i föreningen *Läkare mot kärnvapen* och i praktiskt flyktingarbete på min vårdcentral. Både när sådant har skapats vid flyktingströmmar och vid hembesök hos gömda flyktingar.

Värderingar tidsbundna

Jag har funderat mycket på hur så stor del av tyskarna kunde stödja Hitler, hur rysar accepterat ett statskapitalistiskt system med Putin, när de väl fick frihetsmöjligheter, och hur nu Maga-rörelsen bär upp Trumfs allt mer diktatoriska fasoner och krig. Även min primärvård och svenska allmänmedicin baseras till syvende och sist på kollektiva värderingar om jämlikhet och solidaritet. Det är skrämmande att se hur politiska och religiösa system med godhetens retorik görs om till grym verklighet för de mest utsatta [1]. Allmänmedicinens kärnvärden kan snabbare än vi tror nivelleras under sådan täckmantel. SFAM har anledning att uppmärksamma utvecklingen och agera i tid.

Har jag levt i en illusion om att världen och världen ändå blir bättre? Har mina drivkrafter varit andra än jag själv trott? En naiv idealist med skrivklåda och hävdelsebehov?

Inte ens min morfar Gustav Mosessons livsverk, som folkpartistisk riksdagsman, är bestående. Han spelade en central roll i tryckfrihetsfrågor, för humanare kriminalvård och för lagen om religionsfrihet 1951. Han skulle bara veta att idag krymper demokratin i Sverige och världen [2]. Rädslan för det främmande har skapat



Illustration: Annika Andén

Sveriges näst största parti. Barn får snart sitta i fängelse. Kommer det gå bättre med allmänmedicinen som idé än med liberalismen?



Det har varit de stora frågorna i samhället som intresserat mig som allmänläkare och jag har glatt mig åt att det funnits fora där jag som doktor på landet passat in ...

Egen start

Hur började det för min del 1969? Med tanke på dagens historieförfälskning om det röda 70-talets Lund; vi var en mindre

grupp på kursen som var politiskt aktiva, jag dock inte i något parti. Det stora flertalet var föga intresserade av sociala frågor, läste för att bli duktiga doktorer och för att kunna göra karriär. Våldigt lite av den dåvarande samhällsdiskussionen letade sig in i föreläsningssalarna. Social- och allmänmedicin var långt borta och lågvärderade. Det så kallat medicinska gällde.

Jag retade mig tidigt på den okritiska inställningen till läkemedelsindustrin hos föreläsare och kursare och när Semper bjöd kursen på fest upphävde jag min protest. Det var inte populärt att tala om muta och på anslagstavlan sattes det upp en väl synlig kommentar: ”B.J. tycker inte om barnmat.” Löjligt, men det bidrog till ett livslångt kritiskt sinne till läkemedelsindustrins marknadsföring och läkares dåligt dokumenterade läkemedelsförskrivning motsvarande dagens Kloka Kliniska Val [3].

Vapenvägran

Studietiden präglades annars av Vietnamkriget, där 1,5–3,8 miljoner dödades av den amerikanska krigsföringen. Jag ansökte om vapenfri tjänst men mina sam-

vetsbetänkligheter ansåg utredaren inte vara tillräckligt djupa och jag dömdes till fängelse i Tidaholm.

Fängelsedirektören tyckte nog det var olustigt att en ung medicinare, som straff för att inte vilja döda, satt i cellen bredvid mördare som dödat. Logik? Han utverkade ett specialtillstånd så jag släpptes ut 06.30, fick traska genom staden under nyfikna blickar, jobba på vårdcentralen, och låstes sedan in 17.30. En plit som låst in mig på kvällen kände inte till arbetsplikten. Han blev min förste patient nästa morgon.

Det fina med Tidaholm var att jag upptäckte allmänmedicinen och hur roligt det var att vara vårdcentralsdoktor.

SMON

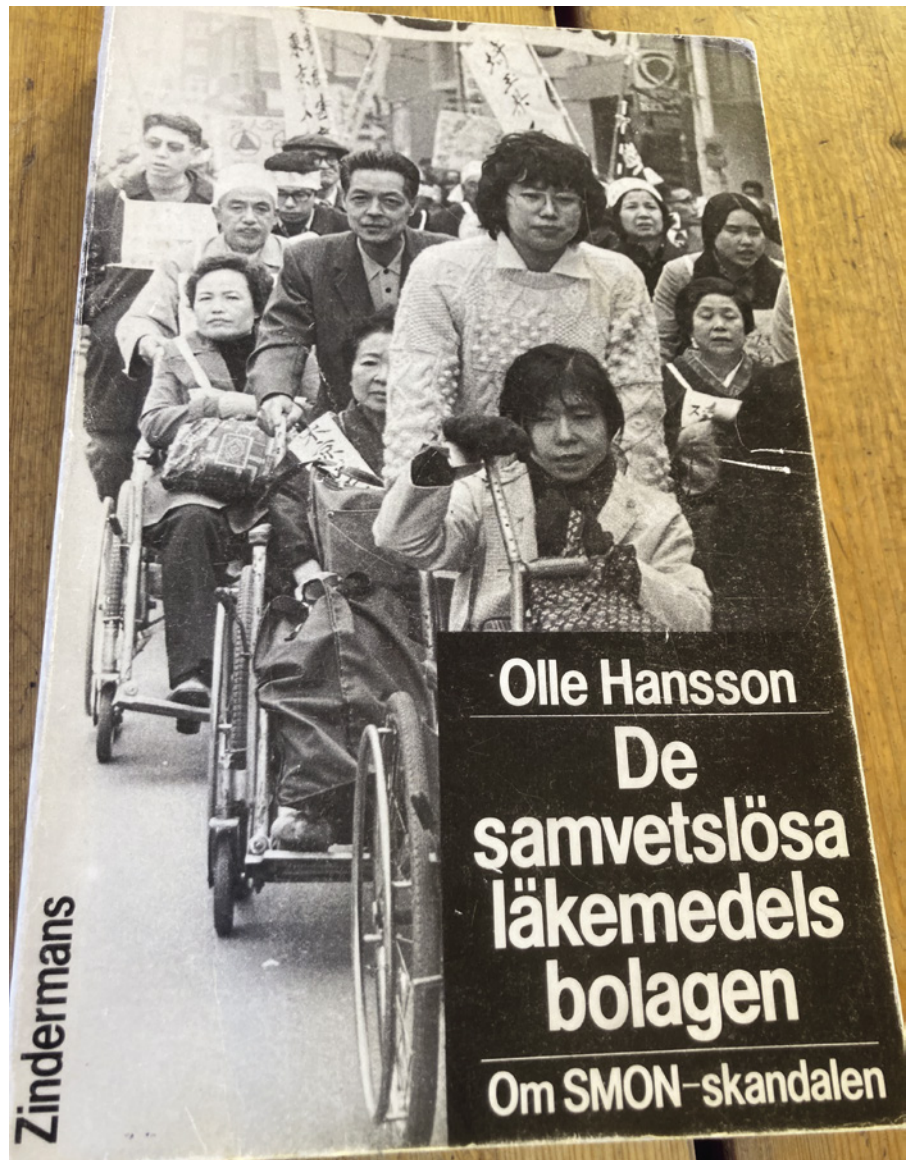
Under AT-utbildningen upptäckte jag till min glädje att det gick att förena medicinsk kunskap med samhällsengagemang. Och att jag inte var ensam utan att kollegor kunde sluta upp. Idag kanske det är bortglömt, särskilt hos yngre, men då var det stort: SMON-skandalen.

En barnläkare, Olle Hansson, beskrev svåra neurologiska skador av mag-tarmmedlet oxikinolin, mest känt som Entero-Vioform. I Sverige var det ett medel att ta vid utlandsresa mot turistdiarré, men i Japan användes det dagligdags i stor utsträckning. 11–30 000 blev skadade, många livslångt [4, 5]. Hansson blev kronvittne i rättsliga processer, där Ciba-Geigy, då ett av världens största bolag, länge förnekade samband och skadeståndsanspråk.

Jag kunde samla många läkare i ett upprop mot läkemedelsbolagets agerande. Detta var ju innan internet och jag gick runt på klinikerna och samlade namn. Bojkotten blev internationell och Hanssons förtida dödsdag 1985 blev *the Anti-Hazardous Drug Day* på många håll i världen. Det var som ung medicinare stort att vara en del i detta. Tyvärr var inte SMON den sista biverkningskandalen där business går före etik och medicinsk sakkunskap.

Tagamet-historien

I min nit mot industrins marknadsföring hamnade jag fel 1978. Jag gick till storms mot försöket från företaget SK&F att få allmänläkare att förskriva det nya magsårmsmedlet cimetidin på vidgade, ej



Jag retade mig tidigt på den okritiska inställningen till läkemedelsindustrin hos föreläsare och kursare ...

godkända indikationer. SK&F fälldes i industrins kontrollorgan NBL. Att Läkartidningen lyfte fram Arjeplogfallet [6] som en medicinsk kommentar berodde nog mycket på att en medicinsk redaktör,

mig ovetande, hade uppdrag för Astra. Han skickade mig halvhemliga dokument med kritik mot preparatet. Astra hade nämligen Losec i pipeline och ville inte att SK&F skulle ta marknadsandelar.

Än värre blev en reklamkampanj från SK&F, där jag i helfigur på deras bekostnad fick framträda och, utan censur eller ekonomisk ersättning, lägga fram min kritik. Det jag inte insåg var att tre andra läkare fick ge en positiv bild av det nya preparatet. Som helhet stärkte det bara SK&F som seriöst bolag. SK&F var således smartare än jag, men jag lärde mig hur en kritik av samhällsförhållanden kan utnyttjas av krafter utom min kontroll [7].

Tillika anmälde någon mig till Läkareförbundets etiska råd, idag EAR. Utslaget blev att mitt deltagande i reklamkampanjen var oförenlig med läkaretiken. Fin bumerang. Jag protesterade förstås offentligt, men så här i efterhand tycker jag kritiken var rättvis. Att nuförtiden Kry och andra nätläkarbolag kan tapetsera tunnelbanan och förstärka förkylningsoro för att få kunder, bara 2017 appreciam för 260 miljoner [8], är ett utslag av en förändrad tidsanda där få bryr sig. Idag har Novo helsidesannonser i rikstidningar för att trissa upp obesitastigmatiseringen och skapa efterfråga på sina preparat.

Sjukvårdens styrning

SMON blev för mig ögonöppnaren för vad vinstintresse i vården kan göra i organisationer och med enskilda läkare. Det är en problematik som eskalerat senaste 25 åren, omformat också min specialitet, inte gått min väg men som jag ägnat mycket tid åt att diskutera; inte minst Läkareförbundets roll [9-11]. Sjukvårdens organisation får väl sägas vara en del i en allmänläkares samhällsengagemang och förutom många debattartiklar i Läkartidningen, AllmänMedicin med flera, har jag varit del av ett nätverk mot olämplig styrning av sjukvården där 200 läkare deltar [12].

”

Jag protesterade förstås offentligt, men så här i efterhand tycker jag kritiken var rättvis.

Marknadsstyrning, New Public Management (NPM) och privatisering är i nätverket vanliga samtalsämnen, men jag har i nätverket upptäckt att sjukvård är en komplicerad sak på systemnivå; min ungdoms mer svartvita syn att allt privat är farligt/dåligt och den offentliga driften i huvudsak är lyckosam/bra, har nyanserats. Inte minst de administrativa

och politiska byråkratierna måste stöpas om. Läkarkompetens måste styra vårdheterna.

”

Nästan aldrig har någon ansvarig svarat samtidigt som regionpolitiker motiverar sin existens med den lokala, demokratiska förankringen.

I lokalpressen har jag genom åren säkert skrivit 200 artiklar om vårdfrågor, allmänmedicin, primärvårdens bemanning och etiska frågor. Nästan aldrig har någon ansvarig svarat samtidigt som regionpolitiker motiverar sin existens med

Referenser:

1. <https://www.dn.se/insandare/kristdemokraterna-sviker-det-kristna-budskapet/>
2. https://www.v-dem.net/documents/75/V_Dem_Institute_Democracy_Report_2026_lowres.pdf
3. <https://forening.sls.se/kkv/hem>
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Subacute_myelo-optic_neuropathy
5. Hansson O. De samvetslösa läkemedelsbolagen. Om SMON-skandalen. Zindermans 1977. ISBN 9152802280
6. Järhult B. Tagamet från distriktsläkarens utmarker. Läkartidningen 1978;75:3533-4
7. Järhult B. Min och allmänmedicinens relation till läkemedelsindustrin under 40 år. AllmänMedicin 2/2017. <https://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1497513337/tidskriften/pq10kj7vc2fct9jqmryu.pdf>
8. <https://www.svd.se/a/6n001W/reklam-upprorde-vill-fa-oss-att-ringa-for-minsta-lilla>
9. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/bort-med-allt/>
10. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/entrovardig-partner-maste-gora-upp-med-sin-historia/>
11. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/mot-ett-dyrt-diskriminerande-sjukvardssystem/>
12. Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården. <https://www.network-styrning.com/>
13. Nilsson F. Åk till Akuten. Natur och kultur 2025. ISBN 978-91-27-19095-5.
14. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/ardet-sa-konstigt-att-myndigheterna-inte-litarpaa-oss-lakare/>

den lokala, demokratiska förankringen. Inte ens vid allvarlig kritik mot felaktig strukturomvandling av vårdcentraler och sjukhus finns intresse att ompröva beslut, inte ens vid uppenbara falskriker typ finansieringen av nätläkarbolag.

Det är tveksamt om jag, som i grunden är för offentlig drift, under min livstid får uppleva ett folkligt uppror i försvar av ett skattefinansierat sjukvårdssystem utan administrativt maktvälde, kommersiella drivkrafter, stordrift och internationella ägarintressen i vård och äldreomsorg. Jag kan bara hoppas att Fanny Nilssons klokskap sätter igång politiska processer [13, 14].

Jäv saknas.



Bengt Järhult
Pensionerad allmänläkare i Ryd,
tidigare i Olofström
bengt_jarhult@hotmail.com

En dag på jobbet ...

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

Berätta, skicka bilder!

chefredaktor@sfam.se

Annons

Allmänmedicinen tar mig långt

Jag behöver inte cykla särskilt många kilometer från mitt hem innan jag är framme vid vårdcentralen. Men platsen och rollen jag växlar till tar mig långt. In i en annan värld. Jag lämnar min egen bubbla och kommer närmare verkligheten. På vårdcentralen möter jag människor från samhällets alla skikt. När jag cyklar hem igen är jag inte samma person.

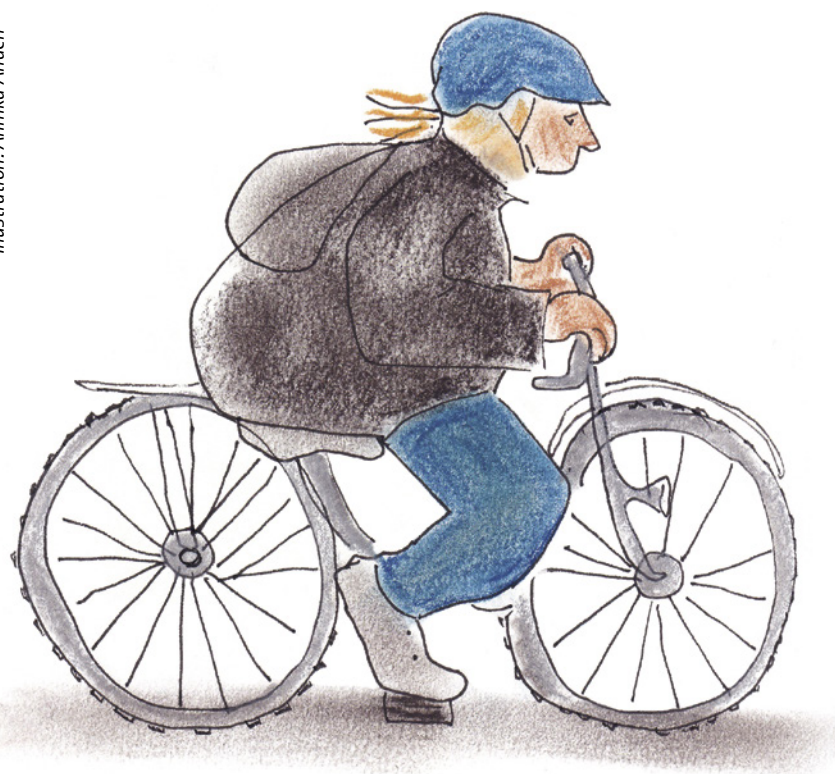
Vardagen som allmänläkare lär mig mycket om livet och om hur olika människors livsförutsättningar ser ut. Om hur vi oftast är mest lika varandra innerst inne och om hur olika vi kan hantera det som möter oss genom livet. Vardagen som allmänläkare, att få lyssna till så många människors livsberättelser, har hjälpt mig att bli medveten om fler perspektiv än de jag hade med mig från en rätt så privilegierad uppväxt. Världen blir mindre svart-vit och jag bär nyanserna med mig hem.

Livet som allmänläkare lär mig mer om mig själv. Igenkänningen av mig själv i andra. Det skänker tillfredsställelse och meningsfullhet när jag i min roll kan göra skillnad för andra. Känsla av otillräcklighet när jag inte förmår att förstå, vinna förtroende eller förmedla trygghet. Frustration när resultaten av samhällets misslyckanden resulterar i trasiga människor som söker mig, men där jag saknar verktygen som behövs för att laga dem. Jag bär många olika känslor med mig hem – men väldigt sällan likgiltigheten.



Vardagen som allmänläkare lär mig mycket om livet och om hur olika människors livsförutsättningar ser ut.

Illustration: Annika Andén



Jag inser allt mer att det verkligen är genom att lindra och trösta som jag kan göra störst nytta. Men rädslan för att missa det som går att bota driver mig ibland i en annan riktning. Bort från hjälp att hantera det som är, i jakt efter den osannolika lösningen som vi hoppas ska uppenbara sig bara vi letar tillräckligt länge och långt. Att förhålla sig till och acceptera osäkerhet är en utmaning, men att erkänna mina tillkortakommanden har lett mig längre än mina försök att förneka dem. Jag bär en mer ödmjuk syn på yrkesrollen med mig hem.

Jag möter många som snabbt öppnar upp till delar av sitt innersta. Jag möter andra som är slutna. Ibland kan jag ana varför, andra gånger går det mig helt förbi. Ibland är jag närvarande och lyckas bättre läsa av den som sitter framför mig. Ibland är jag någon helt annanstans. Jag minns kvinnan som utbrast: "Men du lyssnar ju inte!". Jag minns känslan i kroppen när jag insåg att hon hade rätt.

Jag minns hur jag skämdes, men hur bra det också kändes att högt erkänna att hon hade rätt och att be om ursäkt. Jag bar skam blandat med tacksamhet för en andra chans med mig hem.



Att förhålla sig till och acceptera osäkerhet är en utmaning ...

Jag möter människor som drabbas av den rådande utvisningspolitiken. Familjer som splittras och barn som ska utvisas. Mamman som frågar sig om det är någon vits med att skaffa en större säng till sitt barn, när de sannolikt ska utvisas

inom kort. Skolbarnet som berättar om sin pappa som är fast i Mellanöstern och att de inte har träffats på tre år. Jag ser hoppet i hans ögon sida vid sida med sorgen och oron – förstärkt av den senaste tidens eskalerande krigsföring där borta. Jag ser mina egna söner framför mig och försöker föreställa mig dem i samma situation, men blotta tanken blir för svår att närma sig. Men skolbarnet framför mig är mer än bara sorg och oro. Jag möter ett barn, som trots det som är, mår ganska bra, klarar skolan framgångsrikt och har skapat sig ett meningsfullt liv med planer för framtiden. Jag bär sorg, hopp och förundran över människans förmåga till motståndskraft med mig hem.

Jag möter människor som inte har råd med sina läkemedel och de som går hungriga. Ibland säger de det rakt ut, andra gånger dröjer det innan jag förstår hur det ligger till. Skammen över att vara fattig sitter ofta djupt. Regeringen har lyckats bra med att förmedla att i dagens Sverige har den som är fattig sig själv att skylla – budskapet som ska få oss att acceptera sänkta bidragstak och höjd gräns för hög-



Jag ser mina egna söner framför mig och försöker föreställa mig dem i samma situation, men blotta tanken blir för svår att närma sig.

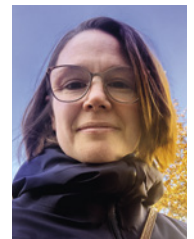
kostnadsskydd för läkemedel. Budskapet som ska kväva kritik mot skattelättnader för de allra rikaste och de som redan har råd att äga. Jag bär påminnelsen om att ingen blir rik på bidrag och att ingen väljer att vara fattig med mig hem.

Som allmänläkare har vi ett ansvar att slå larm om farsoter som uppstår i samhället. Fattigdom och ojämlika samhällen skördar liv och hälsa i större omfattning än något annat. Var är allmänläkarnas

upprop? Det ekar ganska tyst i förhållande till situationens allvar. Fattigdom och ojämlikhet beror på strukturella orsaker och är samhällets misslyckande – inte individens. Fattigdom är botbart, ökad jämlikhet går att skapa – genom omfördelning av resurser. I ett samhälle som öppnar ögonen och bestämmer sig för att agera kan människors hälsa vara mer rättvist fördelad. Jag bär en vilja att förändra samhället med mig hem.

Jag är inte samma människa när jag kommer hem från vårdcentralen. Jag är rikare, i långt mer än bara en bemärkelse.

Jäv saknas.



Jenny Berggren
Allmänläkare,
Capio vårdcentral Berga, Linköping
jenny.berggren@capio.se

med events

| Möten | Kongresser | Webinarier | Podcaster | On-demand |

Hos oss möts Läkarsverige!



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



medevents.se

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

Medevents drivs av Mediahuset i Göteborg AB som är landets ledande arrangör av evenemang för läkare och vårdpersonal. Utöver evenemang publicerar Mediahuset några av Sveriges mest lästa tidskrifter inom medicin. Läs mer på mediahuset.se

Barn och mat

– barndietisten svarar

Att börja äta fast föda är ett stort steg i ett barns utveckling. Men varför är vissa barn nyfikna på allt medan andra tvekar inför nya smaker? Och vad är dagens kunskap kring matintroduktion i förhållande till matallergi? **Tina Lundkvist**, barndietist i Region Gävleborg, hjälper oss reda ut hur barn lär sig äta – samt hur föräldrar och råd från sjukvården – kan hjälpa dem på vägen.



Att lära sig äta är både motorik och sinnesupplevelser

Vad händer egentligen när barn lär sig äta och dricka?

– Det handlar om två saker, motorik och sensorik. Motoriken är barnets förmåga att föra maten till munnen, bita av, tugga och svälja. Sensoriken handlar om hur barnet upplever maten – alltså smak, konsistens, temperatur, lukt och hur den känns i munnen. Båda delarna behöver utvecklas för att barnet ska känna sig tryggt med mat.

"Barn reagerar olika på mat"

Varför verkar vissa barn mer känsliga för mat än andra?

– Den sensoriska utvecklingen är högst individuell, redan hos friska barn. En utmanande start i livet kan dessutom påverka, och senarelägga, barnets ätförmågor. Det kan handla om att ha fötts för tidigt med behov av syrgas, ha haft behov av sondmatning eller behövt genomgå kirurgiska ingrepp – eller för all del vara fullgången men ha haft en spädbarnstid kantad av sjukdom. Men som sagt, även friska barn kan ha en mer eller mindre lättutlöst kväljreflex samt vara mer eller mindre känsliga för hur mat luktar, känns eller smakar. Det är alltså helt normalt att barn reagerar olika.

Hur kan man hjälpa barnet att vänja sig vid olika livsmedel?

– Genom att låta barnet utforska maten. Barnet behöver få titta på maten, känna på den, lukta på den och smaka små mängder. Det är så barnet tränar sin acceptans för olika konsistenser och smaker.

"Vissa smaker är lättare än andra"

Finns det mat som brukar vara lättare för barn att hantera och acceptera?

– Ja, generellt sett är drycker och torra livsmedel, som lätt smälter i munnen, enklare än mat som kräver mer tuggning eller har blandad konsistens, så som yoghurt med fruktbitar eller pasta med sås. När det gäller smak brukar sött och salt vara lättare att acceptera än syrligt eller beskt.

– Men återigen, barn är olika. En del gillar smakrik mat medan andra föredrar milda smaker. Många barn vill gärna äta ett livsmedel i taget.

"Matvägran kan vara en normal fas"

Många föräldrar upplever att barn plötsligt blir kräsna. Varför händer det?

– Det är ofta något som kallas neofobi, alltså rädsla för ny mat. Neofobin brukar börja runt 20 månaders ålder och kan pågå upp till ungefär sex års ålder. Barnet kan då plötsligt börja säga nej till mat som tidigare fungerat och vara mindre intresserat av att prova nytt.

Vad kan, eller ska, föräldrar rådås att göra då?

– Det viktigaste är att fortsätta erbjuda olika livsmedel utan press. Barnet behöver få utforska maten på ett kravlöst sätt. För de flesta går den här fasen över. Det är bra att ha en dialog med personalen på förskolan (och med vuxna i andra sammanhang där barnet får måltider) eftersom de kan ge föräldern tips på vad som fungerar att äta hos dem, och i vilka kombinationer som barnet accepterar livsmedlen.

"Smaksensationer handlar om upplevelse – inte näring"

När kan man börja ge barnet smaksensationer?

– WHO rekommenderar enbart amning de första sex månaderna och därefter adekvat säker tilläggskost tillsammans med fortsatt amning i två år eller längre. Sveriges rekommendationer följer i stort sett WHO:s med skillnaden att amning rekommenderas i ett år eller så länge mor och barn önskar.

– Men när barnet visar nyfikenhet kan man, från tidigast fyra månaders ålder, ge pyttesmå smaksensationer.



Neofobin brukar börja runt 20 månaders ålder och kan pågå upp till ungefär sex års ålder.



Hur små mängder pratar vi om?

– Ungefär från ett kryddmått upp till en tesked av familjens mat. Det kan ges på ett finger eller en liten sked. Poängen är inte att maten ska bidra med energi eller näring, utan att barnet ska få uppleva nya smaker och konsistenser. Det är viktigt att smakproven inte ersätter amning eller bröstmjölk ersättning.

"Det finns inget stöd för att undvika viss mat under graviditeten"

Många undrar över förebyggande insatser för att undvika utveckling av allergier. Ska man undvika vissa livsmedel under graviditet eller spädbarnstid?

– Nej, det finns inga vetenskapliga belegg för att mammor ska undvika vissa livsmedel under graviditet eller amning för att minska allergirisken hos barnet. Tvärtom tyder mycket på att en varierad kost kan vara positiv för barnets toleransutveckling. Studier har till exempel visat att barn till mammor som ätit jordnötter i måttlig mängd under graviditeten har lägre risk för sensibilisering mot jordnötter.

LÄS MER OM BARN OCH MAT

Rikshandboken

Barnhälsovård:

Mat & dryck



Livsmedelsverket:

Matvanor, hälsa & miljö:

Spädbarn



Riktad information

till MVC och BVC



Och när barnet själv börjar äta?

– Tidigare råd om att vänta länge med livsmedel som ägg, fisk eller jordnötter har ändrats. Nyare forskning visar att tidig och upprepad introduktion kan bidra till att minska risken för allergi. Detta gäller både för barn, som har föräldrar som är allergiska, och för barn som inte har arvet för att utveckla födoämnesallergi. Det viktiga är att maten introduceras i en säker konsistens och att barnet fortsätter äta den regelbundet. Det är heller inte längre rekommenderat att introducera ett livsmedel i taget, bättre att introducera flera livsmedel samtidigt. Rekommendationen nummer är dessutom att alla livsmedelsgrupper gärna ska vara introducerade senast när barnet är ungefär ett år gammalt.

– Om en förälder eller sjukvårdspersonal misstänker att det föreligger en födoämnesallergi är det viktigt att detta följs upp för att minska risken att barn eller ammande mamma utesluter livsmedel i onödan!

"Måltider är mer än bara mat"

Vilka råd ger du till familjer som vill främja bra matvanor?

– Försök ha regelbundna måltider och ät tillsammans. Låt barnet tidigt vara med vid bordet och känna delaktighet. Undvik småätande och behåll ätandet vid matbordet. Undvik skärmanvändning vid måltider.

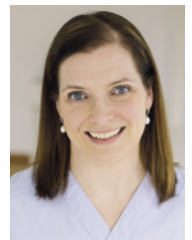
– Låt barnet ta i maten med handen och prova själv. Kladda är bra. Vill barnet hålla i en sked ska det få göra det – det tränar både motorik och självständighet. Följ också barnets signaler om mättnad (viktigt redan vid amning och flaskmatning i tidigare åldrar givetvis) och undvik att använda mat som belöning eller tröst.

"Nyfikenhet är nyckeln"

Till sist sammanfattar Tina sitt viktigaste råd vid matintroduktion för små barn:

– Föräldern bör vara lyhörd och fånga upp barnets ätintresse när det visar sig. Se måltider som ett tillfälle för barnet att upptäcka världen. Som vuxen, utforska maten tillsammans med barnet. Mat kan benämnas på så många olika sätt, mer än bara god eller inte god. "Det knastrar i munnen", "det här smälter på tungan", "den kalla ärtan var lite hård medan den varma är mjuk" och så vidare. Ju mer nyfikenhet och mindre press kring maten, desto större chans att barnet utvecklar en trygg relation till mat.

Jäv saknas.



Sofie Näslund

Allmänläkare, barnhälsovårdsöverläkare,
Region Gävleborg
sofie.naslund@regiongavleborg.se

Referens:

Rikshandboken och Barnläkarföreningen och Livsmedelsverket

Annons

Till frågan om förstoppning

Staffan Svensson samtalar med Jenny Bergström om förstoppning hos barn.



Berätta lite om vad du jobbar med.

– Jag heter Jenny Bergström och är barnsjuksköterska samt stomiterapeut och jobbar på Specialistcentrum för Barn & Unga Gamlestaden i Göteborg. Ett av mina specialintressen sedan väldigt många år tillbaka är funktionell förstoppning hos barn.

Varför är du så intresserad av det?

– Jag har jobbat på Drottning Silvias barnsjukhus som stomiterapeut inom barnkirurgi. Där var jag med i teamet för anorektala avvikelser och Hirschsprungs sjukdom. Denna patientgrupp måste sköta sina tarmvanor livet ut efter operation.

– Jag träffade även på de mest hårdnackade förstoppningspatienterna, som efter utredning visade sig ha funktionella rubbningar. Där fick jag upp ögonen för funktionell förstoppning, jag tycker det är intressant att det inte är en sjukdom i sig utan mer av ett tillstånd som väldigt många barn söker för. Jag känner att jag kan hjälpa till och skapa goda rutiner/tarmvanor och inte bara hjälpa barnet utan hela familjen, som ofta blir involverad.

Hur menar du då?

– Barn med funktionell förstoppning kan ta tid att få ordning på. Om det även genererar avföringsläckage kan det bli en stor skämsfaktor i familjerna, som går ut över barnet, som i sin tur inte kan hjälpa det. Det gäller att ha täta kontakter initialt och införa en bra medicinsk behandling tillsammans med rutiner, förståelse och pedagogiskt lärande på barnets nivå som kontinuerligt följs upp.

Vad skulle du säga är de vanligaste orsakerna till funktionell förstoppning?

– Det beror delvis på barnets ålder. Det finns många orsaker som kost, blöj användning, samband med potträning, och att barnet håller sig och inte prioriterar att gå på toaletten trots signaler. Även psykosociala faktorer som skilsmässa, oro och stress, i skolan eller hemma, är vanliga orsaker. För lite fysisk aktivitet kan göra det värre.

– För spädbarn är ofta övergången mellan amning och fastare föda en stor bidragande orsak. Ibland i kombination med att barnet inte kan slappna av i sin bäckenbotten samtidigt som det krystar för att försöka få ut bajset, vilket kallas dyschezi.

Som dyspepsi fast tvärtom, alltså. Ger dyschezi alltid förstoppning?

– Nej, dyschezi i sig ger oftast inte förstoppning, men om bajset blir hårdare



och barnet bajsar allt mindre mängd vid varje försök, kan det komma in i en ond cirkel där förstoppning blir ett faktum eftersom avföringen samlar på sig i ändtarmen.

Men det där med amning, hur är det med spädbarn som får bröstmjölk ersättning?

– Bröstmjölk ersättning kan ge hårdare avföring, och barn som får det ska helst bajsas åtminstone varannan dag.



... jag tycker det är intressant att det inte är en sjukdom i sig utan mer av ett tillstånd som väldigt många barn söker för.

Jag tycker att förstoppning ofta verkar komma när barn börjar i förskolan eller skolan?

– Precis, föräldrarna är stressade över att komma i tid, man hinner inte gå på toaletten, skoltoaletterna upplevsäckliga, och så vidare. Allmänt är psykosociala faktorer som sagt väldigt viktiga.

Vilka symtom har barnen som kommer till dig? Det måste ju vara de barn som vi inte lyckats bota på vårdcentralen?

– Det är nog ungefär samma symtom, fast mer uttalade. De flesta har ont i magen, ofta efter måltid, illamående och matleda eller har uppspänd och svullen buk. Ibland har de avföringsläckage – i fyra femtedelar av fallen beror sådant läckage på förstoppning. Urinläckage är inte heller ovanligt, problemet är att ändtarmen trycker på urinblåsan.

– Anal smärta är vanligt och kan bero på analfissur och/eller analprolaps. En del lyckas inte bajsas fastän de försöker,

många barn upplever att bajset fastnar på vägen ut och att de inte tömmer så det blir tomt. En del har blod på pappret när de torkar sig, vanligtvis till följd av en fissur. Långvarigt eller mycket blod i avföringen skall naturligtvis utredas.

– Många har också haft förstoppning länge men inte lyckats med bra compliance i behandlingen, vilket kan bero på uppföljningen. Många familjer jag har pratat med upplever att de har släppts alldeles för tidigt från vårdcentralen, oftast med makrogol utskrivet, utan uppföljning av hur det fungerar.

Jag tycker en del barn med förstoppning har andra symtom också, som inte uppenbart hänger ihop med detta.

– Ja precis, en del får dålig aptit och går inte upp i vikt, de kan se glåmiga ut och vara mörka och halonerade under ögonen. En del får allmänna symtom som huvudvärk, illamående, de kräks, är allmänt trötta och lättirriterade, har låg energi.

Är det några särskilda barn som är mer benägna att utveckla det här, är det ärftligt?

– Funktionell förstoppning anses vara multifaktoriell, så det finns ärftliga faktorer, livsstilsfaktorer såsom kost, vätskeintag och fysisk aktivitet samt sociala och psykologiska faktorer. Det är bra att fråga om föräldrarna har samma besvär.

– Vi får inte heller glömma att funktionell förstoppning är överrepresenterat hos barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd och neurologiska funktionsrubbingar.

Hur många procent av förstoppning har organisk orsak?

– Cirka 5% av all förstoppning anses ha organiska orsaker, resten är funktionell.

Hur ska man då sortera ut de fåtal barn som har något organiskt bakomliggande från övriga?

– Det är inte alltid så lätt, men det finns ett antal röda flaggor som beskrivs i Barnläkarföreningens nationella riktlinjer och som alltid skall beaktas var barnen än söker: vårdcentral eller barnmottagning, de finns samlade i en lista (se punktilistan) [1].



Röda flaggor/alarmsymtom

- Mekoniumavgång >48 timmars ålder
- Förstoppningsdebut <1 månads ålder
- Förstoppningsdebut vid helmning
- Trådsmal avföring
- Kräkningar, utspänd buk
- Blodtillblandad avföring utan analfissur
- Dålig viktutveckling
- Utvecklingsförsening
- Sakral hudförändring
- Anala avvikelser
- Psykosociala problem
- Hereditet för Mb Hirschsprung eller celiaki
- Feber

Källa: Nationellt vårdprogram [1]

Kan du förklara ”anala avvikelser” som står med i listan?

– Det finns barn som föds med anal-atresi, vilket innebär avsaknad av ändtarmsöppning, det är en slags anorektal missbildning. Det finns olika varianter och svårighetsgrader av tillståndet. De här barnen upptäcks oftast redan på BB men det finns en variant där anus är synligt men anterioriserad, det vill säga felplacerat långt framåt, oftast närmare scrotum hos pojkar eller den bakre slidväggen hos flickor.

– Jag har träffat på några få av de här barnen, sådana som inte upptäckts på BB eftersom de har beckat, sedan har de åkt hem och man söker efter några veckor till månader med förstoppning.

Hur är det med förstoppningsbehandlingen då, går ni på makrogol direkt?

– Ja det blir ju en del makrogol förstads eftersom det är förstahandspreparat, men även tarmstimulerande läkemedel används med viss framgång, samt bulkmedel och såklart rektal medicin om det är svår förstoppning.

– Men först ser vi över de icke-medicinska faktorerna. Allt det jag redan nämnt i den vägen är viktigt. Det är bra att fråga barn som är lite större hur de själva ser på saken. Ibland tar vi även ut föräldrarna från rummet för att kunna höra barnets upplevelse.

Brukar barnen kunna svara på dina frågor?

– Det beror på hur jag ställer frågan. Att ställa samma fråga till ett barn och en vuxen kan skilja sig enormt i ordval. Men det är ju det som vi barnsjuksköterskor är experter på. Barnet måste få känna sig sedd och lyssnad på utan föräldrar som pratar över huvudet på hen. Det inger också förtroende för dig som vårdgivare och det blir lättare med compliance i behandlingen.

– Man kan till exempel börja med att fråga barnet varför det har kommit hit idag. Jag försöker alltid få fram barnets version först, innan jag frågar föräldrarna om de uppfattar situationen på samma sätt. Det är också viktigt att kartlägga vid vilka tidpunkter på dagen barnet eventuellt läcker avföring, det kan ge viktiga ledtrådar till hur vi kan förändra och förebygga situationen.

Du nämnde tidigare att barnen ofta skäms?

– Jo, alla barn vill i grunden göra rätt, men många skäms när de misslyckas och inte klarar att göra föräldrarna nöjda. Det finns inga friska barn som läcker avföring med flit, men däremot märker de ofta inte av läckaget eller tycker inte att det är viktigt eftersom de är upptagna med lek.

– I skolåldern är det många barn som inte tar sig tid att gå på toaletten eftersom det tar lång tid, eller upplevs som stressande, och de missar då lek och att vara först ut på rasten med de andra. För att få vara med från början i leken, det är det absolut viktigaste för barnet. Då börjar hållbeteendet och förstoppning och även läckage blir ett faktum. Detta kan bli otroligt stig-

matiserande för vårdnadshavarna, speciellt om alla andra känner lukten, men inte barnet. Ofta bidrar föräldrarna dessutom till skuldbeläggandet genom att projicera sina egna känslor på barnet.

Så när du fått fram all den där informationen, vad gör du åt det?

– Dels handlar det om att bryta negativa attityder hos föräldrarna och försöka bryta mönster som är skuldbeläggande. Då hjälper det ofta att förklara hur det hänger ihop, jag brukar visa en figur (se figur 1) som illustrerar hur den onda cirkeln uppstår och hålls igång. Vi gör också alltid en resa genom mag-tarmkanalen med hjälp av en stor plansch, och förenklar språket så mycket som möjligt. Att använda liknelser är fantastiskt bra.

– Till exempel kan tjocktarmen liknas vid en biltunnel där bilarna (bajskorvarna) ska åka in och ut. Ibland blir det kö in till tunneln och fler bilar står på kö än vad som kommer ut, då blir det förstoppning. Då brukar även papporna förstå fenomenet, haha.

– Sedan handlar det mycket om att få till rutiner, till exempel att man schemalägger en stund på toaletten direkt efter måltid för att utnyttja den gastrokologiska reflexen, och en till direkt efter att barnet kommer hem från förskolan eller skolan. Jag brukar också ge råd om sittposition, att barnet skall ha en pall under fötterna när det bajsar, så att den anorektala vinkeln blir rakare, vilket underlättar tömningen.

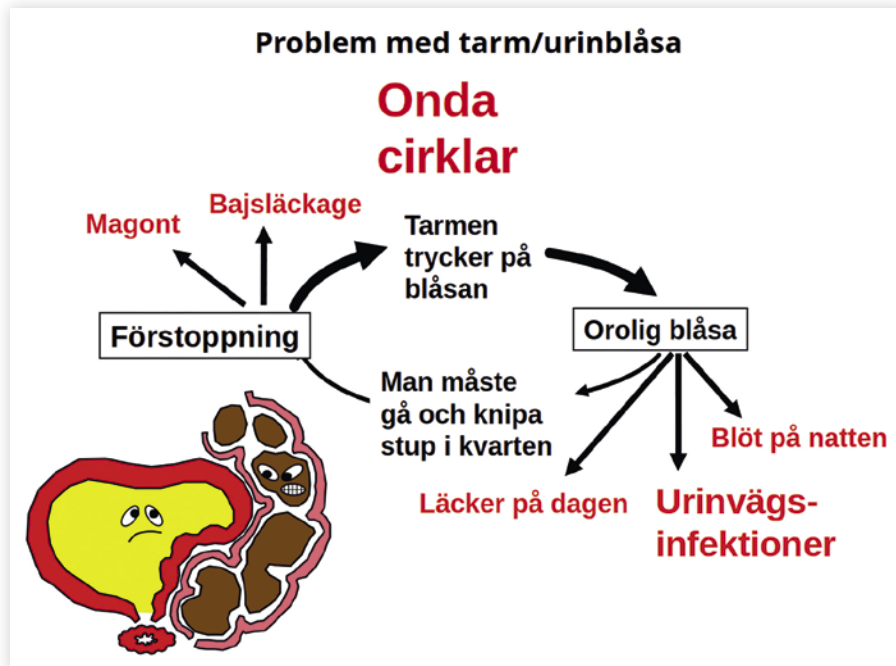
– Jag ger också råd om att variera kosten, om sömnvanor och om att försöka öka den fysiska aktiviteten när det behövs.

Hur ofta behöver du be en läkare förskriva medicin?

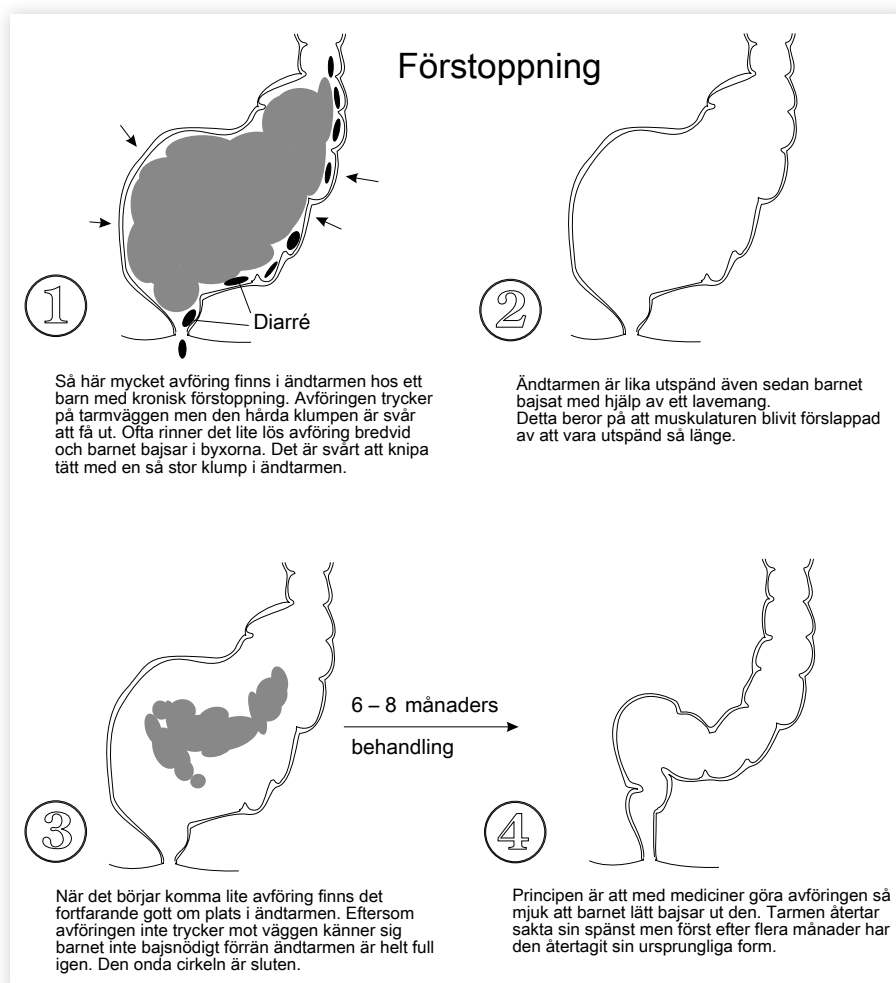
– Våldigt ofta. Vi börjar vanligen med någon form av förstahandsvalet, makrogol. Många gånger har patienterna redan provat det via primärvården, men har inte fått tillräckligt höga doser eller slutat för snabbt. Barnen är ofta skeptiska till att dricka makrogol, så det gäller att presentera medicinen som något positivt, till exempel i ett fint glas med sugrör i.

Det finns flera olika sorter, vilken fungerar bäst?

– Jag brukar låta barnet få smaka på olika makrogolpreparat på mottagningen och



Figur 1: En ond cirkel i ändtarmen och urinblåsan. Efter Trygve Nevéus, 2006.



Figur 2: Ändtarmens utseende vid kronisk förstoppning.

Bild av Ragnar Hanås. Sammanställt som informationsblad av Uro/Tarmgruppen, Barnkliniken NU-sjukvården, Trollhättan.

TARM-DAGBOK Månad.....

Typ 1		Separata hårda klumpar, som nötter
Typ 2		Korvformad men med klumpar
Typ 3		Som en korv men med sprickor på ytan
Typ 4		Som en korv eller orm, smidig och mjuk
Typ 5		Mjuka klumpar med skarpa kanter
Typ 6		Fluffiga bitar med trasiga kanter
Typ 7		Vattnig, inga fasta bitar. Enbart vätska.

X= försökt bajs (0 resultat) B=bajsat ordentligt b=bajsat lite K= mycket kladd k= lite kladd

Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Läroplan																																
Morgn																																
Förmiddag																																
Eftermiddag																																
Kväll																																
Läroplan																																
Övrigt																																

Figur 3: Tarndagbok, från Angereds närsjukhus, Göteborg.

bestämma själv. Det finns varianter med och utan salt (makrogol 3350 är med salt och makrogol 4000 utan), och olika smaker. Många barn har svårt att få i sig de salta smakerna.

– De med salt är Movicol, Lacrofarm, Laxido och Omnicol, juniorversionerna av dem har neutral smak, men vuxenpåsarna är ofta smaksatta med lime. De utan salt är Omnilax (apelsin smak), Forlax junior (grape/citrus) och Dulcosoft (neutral smak), men Dulcosoft finns inte på förmån.

– Allmänt kan det vara svårt för små barn att få i sig större mängder makrogol, så det gäller att hitta en variant som fungerar. Man kan leka fram situationer och exempelvis låta en docka eller ett gosedjur smaka på medicinen för att göra det mer lustfyllt.

Jag tycker många verkar sluta med makrogol efter ett tag när symtomen försvunnit, och så återfaller de i förstoppning.

– Exakt, det är därför det är så viktigt med tät uppföljning de första månaderna. Via digitalt besök, telefon eller på plats. Föräldrarna upplever då en känsla av att någon äntligen ”tar hand” om dem och inte släpper dem för tidigt. Jag har till

och med varit så påstridig ibland med uppföljning att föräldrarna själva har velat glesa ut besöken, då känner jag att vi har lyckats.



Det viktigaste är att förklara att man behöver behandla många månader, ofta 3–6 månader, ibland ett helt år, ...

– Det viktigaste är att förklara att man behöver behandla många månader, ofta 3–6 månader, ibland ett helt år, innan en utspänd ändtarm har börjat vänja sig vid en mer normal mängd avföring och har kommit in i en bra rytm. Jag visar en bild (se figur 2) för att illustrera det. Ibland mäter vi även ändtarmen med ultraljud, men det är inte ett diagnostiskt instrument utan mer ett komplement i förstoppningsbehandlingen. Det kan

även vara bra för att visa föräldrarna hur ändtarmen trycker upp mot urinblåsan.

Så vad gör ni när makrogol inte fungerar?

– Då finns det andra preparat att ta till, det där är bra beskrivet i Barnläkarförningens riktlinjer [1]. Där finns också ett praktiskt doseringsschema för olika sorters makrogol vid olika kroppsvikt.

Hur brukar ni följa upp behandlingen?

– Som jag redan sagt så är tät uppföljning att föredra initialt. På besöken kan vi dosjustera eller prova andra preparat, samt att vi ibland ger barnen i läxa att fylla i en tarndagbok, då går vi igenom den (se figur 3). Vi uppmanar också föräldrarna att samarbeta med förskolan, skolan och fritids, och skriver gärna ett intyg till pedagogerna, om föräldrarna vill det.

Slutligen, du nämnde att stillasittande kan leda till förstoppning, är det någon särskild form av träning du rekommenderar?

– Oavsett vilken träning är det bra om den börjar tidigt så att barnen är vana. Att få en tonåring som aldrig sprungit en meter att börja med löpning är i stort sett omöjligt. Börja med att efterhöra vad barnen/ungdomarna tycker om att göra och försök att involvera föräldrarna i aktiviteten.

Tack!

Jäv saknas.



Staffan Svensson

Allmänläkare,

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

Referens:

1. Mårtensson T, Grimheden P, et al. Funktionell förstoppning hos barn och ungdomar. Nationellt vårdprogram Version 1.1 (2025-05-15). https://gastro.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/10/2025/05/NVP_FF_Ver1.1_250515.pdf

Annons

Annons

Årets medicinska avhandling 2025

Årets allmänmedicinska avhandling blev i år två avhandlingar. Priset delas ut i samband med Nordiska kongressen i Jönköping 26 – 29 maj. Motiveringarna till utmärkelserna var följande:

Elinor Nemlander tilldelas priset Årets allmänmedicinska avhandling 2025 för sin forskning med fokus på tidig upptäckt av cancer utan att orsaka överutredning och skada. Delstudierna baseras på stora datamaterial där avancerad statistik och maskininlärningsmetoder har använts. Avhandlingen uppvisar både metodologisk bredd och hög kvalitet. Ramberättelsen är välskriven med en grundlig metoddiskussion och gedigen etisk reflektion. Resultaten ger insikter om riskbedömning och beslutsstöd i primärvården samt banar väg för nya metoder som kan identifiera personer med förhöjd risk för cancer.

Hanna Glock tilldelas priset Årets allmänmedicinska avhandling 2025 för sitt viktiga bidrag till kunskapen om digitalisering i primärvård, ett område där nya metoder ofta implementeras utan vetenskapligt underlag. Genom en bred metodologisk ansats kombineras kvalitativa och kvantitativa studier som belyser både vårdpersonals och patienters erfarenheter samt faktiska effekter av digitala verktyg. Avhandlingen kopplar digitalisering till mätbar hälsopåverkan och synliggör samtidigt frågor om arbetsbelastning, patientmedverkan och jämlik vård som har betydelse för allmänmedicinsk klinisk vardag.

Avhandlingarna presenteras var för sig, med början på nästa uppslag, i denna tidningen.

Welcome to
24th Nordic Congress
of General Practice
2026

Jönköping
Konsert & Kongress

NC 2026
GP JÖNKÖPING
26-29 MAY

Visit our website
for latest
information!

NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE

SFAM

Tidig upptäckt av cancer via symtom och tecken

Den 31 januari 2025 disputerade jag på Karolinska Institutet med avhandlingen *Early Cancer Detection Through Symptoms and Signs*. Det är en otrolig ära att få presentera min forskning här i AllmänMedicin och att få SFAM:s pris för bästa avhandling.

Arbetet växte fram ur en klinisk vardagsfråga: kan vi använda den information som redan finns i primärvården – symtom, diagnoskoder, laboratorievärden och vårdkontakter – för att tidigare identifiera patienter med cancer?

Utgångspunkten var inte att skapa ett nytt screeningprogram, utan att bättre förstå den symtombaserade vägen till diagnos, den väg där majoriteten av våra patienter rör sig. Avhandlingen består av fem delstudier.

Studie I

– symtom i en selekterad population

Den första studien genomfördes på en selekterad grupp patienter, nämligen de



Utgångspunkten var inte att skapa ett nytt screeningprogram, utan att bättre förstå den symtombaserade vägen till diagnos ...

som remitterats till lungonkologisk mottagning med misstänkt lungcancer. Patienterna besvarade en omfattande enkät om symtom och bakgrundsfaktorer före sin läkarbedömning på kliniken. Vi analyserade om det utifrån enkätsvaren gick att skilja patienter med lungcancer från dem utan cancer.

En viktig delfråga var om vi kunde identifiera mönster för att förutsäga cancer hos patienter med olika rökvanor, eftersom riktlinjer och vårdprogram ofta väger tungt mot rökning trots att cirka 15 procent av de som får lungcancer aldrig har rökt.

Resultaten visade att symtomkombinationer kan ha god prediktiv förmåga i en högriskpopulation (ungefär 60 procent av de 504 inkluderade patienterna hade lungcancer). Samtidigt blev det tydligt att resultaten inte utan vidare kan överföras till primärvården, där prevalensen av lungcancer är betydligt lägre.

Detta är en central metodologisk lärdom: kontexten avgör signalvärdet. En modell kan skilja grupper åt statistiskt, men ändå generera många falskt positiva i en lågprevalenspopulation. Här skiljer sig primärvårdens verklighet från sjukhusets, eftersom de flesta patienter med cancersuspekta symtom inte har cancer.

Studie II

– validering av riskvärderingsverktyg för tjock- och ändtarmscancer

I nästa delarbete validerade vi ett svenskt riskbedömningsverktyg för tjock- och ändtarmscancer med primärvårdsdata från en annan region. Verktyget hade tidigare utvecklats i Västra Götalandsregionen, men en vanlig kritik mot denna typ av studier är att de sällan valideras externt.

Vi replikerade därför studien med primärvårdsdata från Region Stockholm och jämförde resultaten. Studien omfattade 2 920 patienter med icke-metastaserad tjock- och ändtarmscancer och 11 628 matchade kontroller, nästan sex gånger fler patienter än i originalstudien. Samtliga fem symtomgrupper i verktyget var oberoende associerade med cancer: ändrade avföringsvanor, rektal blödning, viktnedgång, buksmärta, samt anemi. När symtom kombinerades ökade den positiva prediktiva förmågan ytterligare. Kombinationen blödning och buksmärta hade ett positivt prediktivt värde (PPV) på 9,9 procent, och blödning tillsammans med ändrade avföringsvanor 7,8 procent i gruppen över 50 år.

Resultaten var stabila mellan regionerna, vilket talar för att regionala studiers generaliserbarhet i Sverige sannolikt är hög och att nationellt användbara beslutsstöd är möjliga.

Samtidigt illustrerade studien hur beroende prediktion är av hur data registreras och kodas. En symtomdiagnos i journalen är inte bara ett uttryck för patientens upplevelse, utan också för läkarens tolkning, prioritering och kodning. Våra modeller speglar därför inte enbart biologi utan även kliniskt omdöme.

Det är både en styrka och en svaghet. Styrkan är att klinisk erfarenhet redan är inbyggd i data. Svagheten är att variation i kodning och dokumentation kan påverka resultaten. Ett beslutsstöd som

Illustration: Annika Andén



bygger på kodade symtom förutsätter att symtomet har tolkats och registrerats, annars fångas det inte upp.

En annan metodologisk utmaning är fall-kontrolldesignen. Kontrollgruppen måste representera den population som gav upphov till fallen, annars riskerar man selektionsbias och felaktiga riskestimater. I primärvårdsforskning, där prevalensen är låg och patienterna heterogena, är detta särskilt viktigt.



Här skiljer sig primärvårdens verklighet från sjukhusets, eftersom de flesta patienter med cancersuspekta symtom inte har cancer.

Studie III – maskininlärning och tjock- och ändtarmscancer

I den tredje studien utvecklade vi en prediktionsmodell för att identifiera icke-metastaserad tjock- och ändtarmscancer i primärvård med hjälp av en maskininlärningsmetod (gradient boosting). Vi inkluderade 542 patienter med

stadium I–III tjock- och ändtarmscancer och 2 139 matchade kontroller från samma vårdcentraler.

Vi analyserade samtliga diagnoskoder registrerade i primärvården, både symptomdiagnoser och kroniska diagnoser. Data delades i tränings- och testset för intern validering. Modellen uppnådde en sensitivitet på 73 procent och en specificitet på 83 procent, och en area under the curve (AUC) på 0,83.

De starkaste bidragen till modellen kom från järnbristanemi, rektal blödning och buksmärtor. Även till synes benigna diagnoser, såsom hemorrojder, kunde i vissa fall dölja bakomliggande malignitet.

Men även här gällde samma metodologiska princip som i studie II. Maskininlärning förändrar inte de epidemiologiska villkoren. Designen var fortfarande fallkontroll, med dess styrkor och begränsningar.

Studie IV – populationsperspektivet

En central del av avhandlingen var uppbyggnaden av den populationsbaserade kohorten Stockholm Early Detection of Cancer Study (STEADY-CAN), med över 2,7 miljoner vuxna individer i Region Stockholm. Genom att länka primärvårdsdata, förskrivningsdata, socioekonomiska data, laboratoriedata och cancerregister skapades möjligheten att studera mönster före diagnos i verklig vård.

Under perioden 2011–2021 insjuknade cirka 140 000 individer i cancer inom kohorten. Denna infrastruktur möjliggör nu fortsatt primärvårdsnära forskning om

tidig cancerupptäckt. STEADY-CAN har etablerats som en långsiktig forskningsplattform med flera pågående och planerade projekt, inklusive doktorandprojekt och internationella samarbeten. Arbetet med kohorten har också möjliggjort extern finansiering för fortsatt utveckling och analys av primärvårdsdata inom cancerområdet.



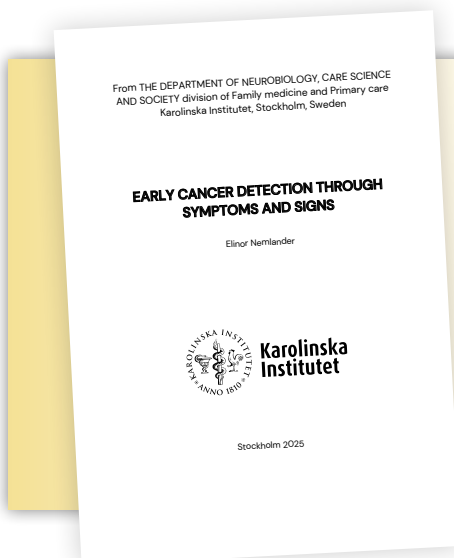
Ett beslutsstöd som bygger på kodade symtom förutsätter att symtomet har tolkats och registrerats, annars fångas det inte upp.

Studie V – från diskrimination till klinisk relevans

Avhandlingens sista studie, som vid disputationen förelåg som manuskript och nu är vidareutvecklad och under granskning i en högt rankad tidskrift, undersökte nydebuterad anemi och dess prediktiva värde för cancer och död.

Det kan vid första anblick framstå som en självklar fråga. Sambandet mellan anemi och cancer är välkänt. Men i primärvårdens kontext är bilden mer komplex. Anemi är vanligt, särskilt hos äldre och hos menstruerande kvinnor, och orsakas ofta av andra tillstånd än malignitet. Det som saknas i litteraturen är inte kunskap om att anemi kan vara en cancersignal, utan hur stark denna signal faktiskt är i en oselekterad primärvårdspopulation och hur risken förändras över tid.

Studien bygger på den populationsbaserade STEADY-CAN-kohorten och omfattade 190 057 personer med nydebuterad anemi och lika många ålders- och könsmatchade kontroller. Till skillnad från många tidigare studier definierade vi anemi som en dokumenterad övergång från normalt Hb till anemi, vilket bättre speglar den kliniska situationen i primärvården, där det just är förändringen över tid som väcker misstanke. ➡



EARLY CANCER DETECTION THROUGH SYMPTOMS AND SIGNS

Elinor Nemlander

Publicerad: 2025

ISBN: 978-91-8017-852-5

Länk till avhandlingen:

https://openarchive.ki.se/articles/thesis/Early_cancer_detection_through_symptoms_and_signs/27628539/1?file=51515861

Resultaten visade att nydebuterad anemi var starkt associerad med både cancer och död. Under de första tre månaderna efter anemiutveckling var risken för cancer mer än åttafaldigt ökad, och risken för död nästan lika kraftigt förhöjd. Riskerna avtog över tid, men kvarstod upp till 1 år för cancer och upp till 18 månader för död.

När vi inkluderade de röda blodkropparnas storlek (MCV) framträdde ett mer nyanserat mönster. Mikrocytos var kopplad till ökad cancer risk, framför allt gastrointestinal och hematologisk cancer. Makrocytos däremot var starkare associerad med död än med cancerdiagnos, vilket antyder att den i högre grad speglar systemisk sjukdom, samsjuklighet eller biologisk sårbarhet snarare än dold malignitet.

Två enkla, redan tillgängliga parametrar, Hb och MCV, kan alltså bidra till riskstratifiering i vardagen. Samtidigt illustrerar studien primärvårdens grundproblem: att skilja den tidiga cancersignalen från den stora mängden godartad och ospecifik sjuklighet.

Det är först när vi kvantifierar riskerna i vår egen kontext som vi kan börja diskutera var gränsen för vidare utredning bör gå.

Vad har jag lärt mig?

Den kanske viktigaste lärdomen är att prediktion inte är detsamma som förbättrad överlevnad.

Att kunna identifiera risk statistiskt är bara första steget. Nästa steg är att avgöra hur kunskapen ska omsättas i klinisk praxis utan att skapa överdiagnostik, oro och undanträngning.



Att kunna identifiera risk statistiskt är bara första steget. Nästa steg är att avgöra hur kunskapen ska omsättas i klinisk praxis utan att skapa överdiagnostik, oro och undanträngning.

Jag har också blivit mer medveten om hur mycket våra data speglar vårt eget arbetssätt. Prediktionsmodeller i primärvården bygger inte bara på biologi, utan på hur vi dokumenterar, prioriterar och följer upp.

Samtidigt visar arbetet att primärvårdsnära forskning är möjlig och nödvändig. Cancer är ett relativt ovanligt utfall för varje patient som besöker en allmänläkare, men cancermisstanke är inte ovanligt och utredningar görs ofta. Därför är stora kohorter och evidens från den kontext där kunskapen ska användas avgörande för att utveckla träffsäkra beslutsstöd och riktlinjer som hjälper oss att utreda rätt patienter i rätt tid.

Framtiden

Den symtombaserade vägen till cancerdiagnos kommer även fortsättningsvis till stor del att vara primärvårdens ansvar. Digitala beslutsstöd och riskmodeller kan

bli ett stöd, men de måste vara validerade i rätt population och implementerade med förståelse för klinisk verklighet. Jag har blivit mer medveten om hur låg den absoluta risken för cancer är vid de flesta symtom i primärvården och hur viktigt det är att väga samman flera faktorer över tid. Framtiden kommer sannolikt att innehålla mer digitalt beslutsstöd. Men oavsett hur sofistikerade modellerna blir, kommer de att behöva samexistera med kliniskt omdöme, kontinuitet och systemförståelse.

Jag har också blivit mer övertygad om att vi behöver mer primärvårdsnära forskning. Verktyg som utvecklas i sjukhusmiljö räcker inte. Våra patienter, våra arbetsvillkor och våra beslutssituationer ser annorlunda ut.

Tidig cancerupptäckt är inte en teknisk fråga i första hand. Det är en fråga om balans: mellan att hitta signifikant cancer tidigare och att undvika att utreda dem som inte har den. Det är i den balansen primärvårdens styrka ligger och där forskningen måste börja.

Inga jäv.



Elinor Nemlander

Allmänläkare, Liljeholmens vårdcentral, med dr, Karolinska Institutet, nationell samordnare tidig upptäckt av cancer elinor.nemlander@regionstockholm.se

Publikationer i avhandlingen

- I. Nemlander, E., et al. (2022). "Lung cancer prediction using machine learning on data from a symptom e-questionnaire for never smokers, former smokers and current smokers." PLoS One.
- II. Nemlander, E., et al. (2023). "Validation of a diagnostic prediction tool for colorectal cancer: a case-control replication study." Family Practice.
- III. Nemlander, E., et al. (2023). "A machine learning tool for identifying non-metastatic colorectal cancer in primary care." European Journal of Cancer.
- IV. Nemlander, E., et al. (2025). "The Stockholm early detection of cancer study (STEADY-CAN): rationale, design, data collection, and baseline characteristics for 2.7 million participants." European Journal of Epidemiology.
- V. Nemlander, E., et al. (2026). "Incident anaemia as a marker of cancer and mortality: a population-based cohort study in 380,114 adults from the Stockholm Early Detection of Cancer Study (STEADY-CAN)." BMJ Oncology.

Annons

Digitalisering i primärvården

Digitaliseringen kan upplevas som en våg som sköljer över oss – i samhället och inom hälso- och sjukvården. Från att de första digitala journalsystemen utvecklades på 1950-talet har det på många sätt gått fort. Nu har vi möjlighet att använda digital text och video för kontakt med patienter, och AI för triagering. På andra sätt har det gått långsamt – exempelvis använder många regioner fortfarande fax.

Det finns stora förväntningar på att digitaliseringen ska bidra till att förbättra vården. Men för personal och patienter kan den upplevda nyttan vara blandad beroende på systemens användbarhet i en klinisk verklighet. Det finns en hel del forskning på området, men utvecklingen går fort och nya digitala verktyg införs ofta utan tillräcklig utvärdering. Inom de flesta områden behövs mer kunskap utifrån ett svenskt primärvårdsperspektiv.



Det finns stora förväntningar på att digitaliseringen ska bidra till att förbättra vården.

Syftet med min avhandling var att undersöka och utvärdera användningen av digitala verktyg i primärvården i södra Sverige [1]. Den första delstudien utforskade allmänläkares erfarenheter av digitaliseringen, där ett viktigt område var digitala kontaktvägar [2]. Den andra delstudien undersökte en sådan kontaktväg i form av chattbesök i skånsk primärvård [3]. Om delstudie 1 och 2 var mer problematiserande, så undersökte delstudie 3 och 4 mer av möjligheterna i form av patientupplevelse och effekter på levnadsvanor av en hälsofrämjande sms-intervention vid hypertoni [4, 5].

Delstudie 1: Allmänläkares erfarenheter av digitaliseringen

Under 2019 bjöds läkare på vårdcentraler i Skåne och Kronoberg in att besvara en digital enkät avseende generella synpunkter om digitaliseringen samt specifikt om digitala kontaktvägar, digitala verktyg för uppföljning av kroniska sjukdomar och AI. Totalt 100 allmänläkare gav ett eller flera fritextsvar.

Genom kvalitativ innehållsanalys [6] fann vi tre teman: *attityder*, *barriärer* och *farhågor* kring digitaliseringen. *Attityderna* var mestadels positiva på det övergripande planet. Man lyfte att det här var framtiden och kunde ge stora möjligheter. Samtidigt så framhöll allmänläkarna att digitala verktyg var användbara under vissa förutsättningar. Att det kunde vara lämpligt för vissa patienter och besvär men inte för andra, och att nya digitala verktyg behövde utvärderas mer.



... utvecklingen går fort och nya digitala verktyg införs ofta utan tillräcklig utvärdering.

Barriärer för användandet var framför allt en bristande teknisk infrastruktur. Det gav *farhågor* i form av dels risker för patienterna, med risk för patientskada på grund av dysfunktionella system och risk för ökad ojämlikhet i vården eftersom de mer resursstarka ofta är mer digitala. Dels såg man risker för professionen, där digitaliseringen beskrevs som en ”stressdrivande tidstjuv” med höga informationsflöden, ett ökat antal patientingångar och hopp mellan olika system. Man såg att det kunde göra arbetet mer ineffektivt, och resultera i mindre tid att träffa patienter.

Värdet av det mångfacetterade personliga mötet lyftes. Allmänläkarna uttryckte oro för att en del av det värdet försvinner när digitala filter kommer emellan. Om man vänder på det, så blir en viktig fråga hur man kan behålla värdet av det personliga mötet när digitaliseringen ökar.

Delstudie 2: Chattbesök i skånsk primärvård

Primärvården Skåne online, Region Skånes enhet för digitala besök i primärvård, infördes under 2020. Patienterna loggar in digitalt och får svara på flervalsfrågor om sina besvär. De får därefter chatta med en sjuksköterska, som vid behov kan lämna över till en allmänläkare. Med hjälp av registerdata från 2021 analyserades vilka patienter som sökte, besöksdiagnoser samt vårdkontakter inom 14 dagar efter chattbesöket.



Samtidigt så framhöll allmänläkarna att digitala verktyg var användbara under vissa förutsättningar.

Totalt genomfördes 10 084 chattbesök till sjuksköterska (n=5817) eller allmänläkare (n=4267) under perioden. Besökarna var relativt unga, med en stor andel mellan 20–39 år (42%) och få över 60 år (8%). Nästan hälften diagnostiserades

med olika typer av hudbesvär (47%). Näst vanligast var luftvägsdiagnoser (20%), och därefter urinvägsdiagnoser (6%). De flesta patienter (74%) hade inte någon fysisk vårdkontakt med sjuksköterska eller läkare inom 14 dagar efter chattbesöket. Majoriteten av efterföljande besök genomfördes i primärvård. Det var få som sökte akutmottagning (1,6%) och mycket få som lades in på sjukhus (0,4%). Fysiska besök var vanligare efter chattbesök till sjuksköterska (31%) än efter chattbesök till allmänläkare (20%).

En mer detaljerad analys av chattbesöken till allmänläkare visade att 11% genomförde ett fysiskt besök hos läkare i primärvård inom 14 dagar, och för 6% rörde det samma typ av diagnos som chattbesöket. Patienter med infektioner (främst luftvägar) samt ospecificerade diagnoser (exempelvis rådgivning) hade en högre uppföljningsfrekvens jämfört med den grupp som fått andra diagnoser.

Sammanfattningsvis så var patienter som sökte vård via chatt förhållandevis unga och hade enklare typer av diagnoser, och de flesta behövde inte söka fysisk vård efter chattbesöket. Det talar för att okomplicerade besvär kan handläggas via chatt, men väcker frågor kring resursfördelning.



Det talar för att okomplicerade besvär kan handläggas via chatt, men väcker frågor kring resursfördelning.

Delstudie 3 och 4: Hälsofrämjande sms vid hypertoni i primärvård

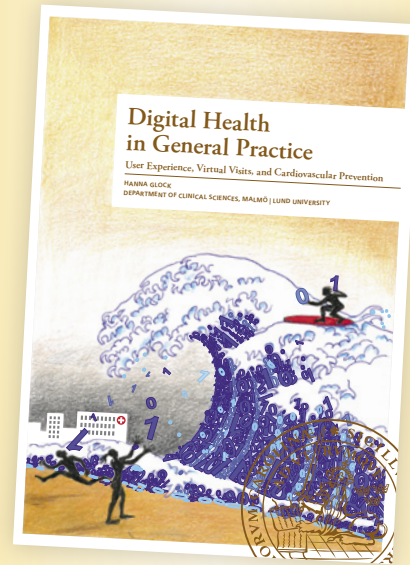
Kroniska sjukdomar ökar i betydelse i och med att samhällsutvecklingen och den medicinska utvecklingen går framåt. En större del av befolkningen får sjukdomar där levnadsvanorna spelar en roll. Samtidigt har hälso- och sjukvården svårt att hinna med det förebyggande arbetet.

För att undersöka om digitala verktyg på ett enkelt sätt kan bidra i det arbetet genomfördes studien *Primary care USage of Health promoting MESSAGES* (PUSHME), där 401 patienter med högt blodtryck på tio vårdcentraler i södra Sverige randomiserades till att få hälsofrämjande sms eller enbart behandling som vanligt. Syftet var att påverka levnadsvanorna och förbättra blodtrycket och andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

Interventionsgruppen fick fyra sms per vecka i sex månader. Sms:en handlade om allmän hjärt-kärlhälsa (inklusive alkohol och stress), matvanor, fysisk aktivitet samt rökning (enbart till rökare).

Delstudie 3: Patienternas erfarenheter

Deltagarnas upplevelse av interventionen utforskades genom telefonintervjuer med ett strategiskt urval ($N=14$). Materialet



DIGITAL HEALTH IN GENERAL PRACTICE: USER EXPERIENCE, VIRTUAL VISITS, AND CARDIOVASCULAR PREVENTION

Hanna Glock

Publicerad: 2025

ISBN: 978-91-8021-707-1

Länk till avhandlingen:

<https://portal.research.lu.se/sv/publications/digital-health-in-general-practice-user-experience-virtual-visits/>

analyserades genom systematisk textkondensering [7, 8]. Beteendeteorin *Theory of planned behavior* användes som ramverk [9, 10].

Vi fann tre teman. Det första temat – *Blodtryck och levnadsvanor, hur allvarligt ska man ta det?* – samlade deltagarnas tankar kring blodtrycket. De sträckte sig från att man knappast tänkte på det alls, till en uttalad oro för hjärt-kärlsjukdom. Samtliga deltagare framhöll att levnadsvanorna är viktiga för blodtrycket, men exakt hur viktiga, och vilka vanor, var man mer osäker på.

Det andra temat – *Sms:en, en nyttig påminnelse med behov av individanpassning* – fokuserade på upplevelsen av interventionen. Deltagarna såg det som positivt att få sms:en, och uppskattade informationsmängden och enkelheten. Samtidigt efterfrågade man en ökad individanpassning till tidigare kunskaper, intressen och begränsningar.

Det tredje temat handlade om förändring och sammanfattas av rubriken *Som vatten på en gås eller en spark i baken – när förändras beteende?* För vissa deltagare verkade sms:en rinna av just "som vatten på en gås". Man beskrev att "det visste jag redan" eller att det "kunde vara bra för andra". För andra verkade samma sms fungera som en "knuff" till förändring. Dessa deltagare beskrev konkreta förändringar som att börja träna regelbundet eller minska på alkoholen. ➡

Med hjälp av det beteendeteoretiska ramverket identifierades faktorer av möjlig betydelse för effekt av interventionen: att hälso- och sjukvården stod som avsändare, att sms:en förtydligade vikten av hälsosamma levnadsvanor vid hypertoni samt att de innehöll specifika förslag på förändringar som kunde tillämpas i vardagen. Individanpassning skulle kunna bidra till ökad effekt.



Deltagarna såg det som positivt att få sms:en, och uppskattade informationsmängden och enkelheten.

Delstudie 4: Effekter på levnadsvanor

Självrapporterade data avseende rökning, alkoholvanor och fysisk aktivitet samlades in vid studiestart och efter sex månader. Sms-gruppen rapporterade totalt sett förbättrade levnadsvanor jämfört med kontrollgruppen. Det var få rökare, och ingen förändring i andelen rökare. Andelen med alkoholkonsumtion över fyra glas per vecka minskade i sms-gruppen men var oförändrad i kontrollgruppen. Logistisk regressionsanalys påvisade en liten till måttlig, statistiskt signifikant sänkning av alkoholintaget i sms-gruppen (OR 0,35, 95% CI 0,15–0,81). Liknande resultat sågs för fysisk aktivitet, som ökade med motsvarande ungefär 25 minuters rask promenad per vecka i sms-gruppen. Statistisk analys gav här oddskvot 0,60 (95% CI 0,37–0,98) för fysisk aktivitet <150 minuter per vecka i sms-gruppen jämfört med kontrollgruppen.

Sammantaget talar resultaten för en liten men potentiellt betydelsefull effekt av hälsofrämjande sms till hypertoni-patienter i svensk primärvård.

Slutsatser

- Nya digitala verktyg i primärvården bör utvärderas strukturerat, helst redan innan införande. Personal och patienter bör inkluderas mer och tidigare i utvecklingsprocessen.
- Chattbesök i primärvård kan vara lämpligt för enklare besvär, men behöver studeras ytterligare avseende effekter på resursanvändning och jämlik tillgång till vård.
- Hälsofrämjande sms till vårdcentralspatienter med hypertoni kan ha effekt på levnadsvanor, och effekten skulle potentiellt kunna förbättras genom individanpassning.

Jäv saknas.

Hanna Glock

Allmänläkare, med dr,
Vårdcentralen Delfinen, Höganäs,
Enhet Kunskap, Förvaltning Nära vård
och hälsa, Region Skåne,
Centrum för Primärvårdsforskning,
Institutionen för kliniska vetenskaper Malmö,
Lunds universitet
hanna.glock@med.lu.se



Referenser:

1. Glock H. Digital Health in General Practice: User Experience, Virtual Visits, and Cardiovascular Prevention [doktorsavhandling]. Lund: Lunds universitet; 2025.
2. Glock H, Milos Nymberg V, Borgström Bolmsjö B, Holm J, Calling S, Wolff M, Pikkemaat M. Attitudes, Barriers, and Concerns Regarding Telemedicine Among Swedish Primary Care Physicians: A Qualitative Study. *Int J Gen Med*. 2021;14:9237-46. doi:10.2147/IJGM.S334782.
3. Glock H, Jakobsson U, Borgström Bolmsjö B, Milos Nymberg V, Wolff M, Calling S. eVisits to primary care and subsequent health care contacts: a register-based study. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):297. doi:10.1186/s12875-024-02541-y.
4. Glock H, Borgström Bolmsjö B, Milos Nymberg V, Wolff M, Calling S. 'In the end, I'm the one who has to do the job': Participant experience of a lifestyle intervention for patients with hypertension. *Scand J Prim Health Care*. 2023;41(4):457-68. doi:10.1080/02813432.2023.2271042.
5. Glock H, Björk Javanshiri A, Borgström Bolmsjö B, Jakobsson U, Milos Nymberg V, Wolff M, et al. Promoting lifestyle change through text messages to patients with hypertension: A randomized controlled trial in Swedish primary care. *Prev Med Rep*. 2025;51:103009. doi:10.1016/j.pmedr.2025.103009.
6. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.
7. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795-805. doi:10.1177/1403494812465030.
8. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. 3rd ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2014.
9. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
10. Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: the reasoned action approach. 1st ed. New York (NY): Psychology Press; 2010.

Har du varit med om något inom vården som du inte kunnat släppa?

En patient, ett möte eller en känsla?
Nu har du chansen att skriva om det

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi & SLS- KUF bjuder in till:

En Nationell Skrivartävling

Kategori 1

ALL
VÅRDPERSONAL

Kategori 2

LÄKARSTUDENTER
& AT/BT-LÄKARE

För mer information och ansökan se www.sfmpp.se

🏆 Upp till 5000 kr i pris + publicering
📅 Deadline: 30 september 2026



Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi
The Swedish Association of Medical Psychology
Member of the International Balint Federation

Hur gick det sen?

Uppföljning till artikeln *Ett nej kan bli vändpunkten* i Allmänmedicin #1 2025

Inte sällan får jag frågan: ”men hur går det för patienterna?” Det var relativt lätt att svara på när jag hade egen mottagning på en av vårdcentralerna i Linköping, mellan åren 2010–17. Den patient som inte återtog sitt liv återkom eller så hände något nytt belastande i livet och det behövdes påminnelse om vad som är hjälpsamt att göra. Numera träffar jag enbart kollegors patienter för fördjupade bedömningar och graden av återkoppling varierar. Men då och då hör någon av sig och berättar.

Den här gången kom ett mejl från en annan stad. Det var ett glatt tillrop gällande den person jag intervjuat [1] efter att han fått sitt andra avslag från Försäkringskassan på ansökan om sjukersättning, klivit ur sin rullstol för gott och kommit in på lokförarutbildningen efter andra försöket. Nu hade han hört av sig till arbetsterapeuten, likaså rehabiliteringskoordinator på sin vårdcentral. Han ringde för att han ville uppdatera henne om vad som hänt.

Utbildningen till lokförare är numera avslutad. Han fick stipendium som en av de tre bästa på utbildningen och hade inte varit frånvarande en enda dag från studierna. Hälften av deltagarna i hans kurs har fått jobb och han är en av dem. Han kör numera åt Västtågen.



Stressproblematik i alla dess former är inte uttryck för sjukdom utan för rädsla som tagit över livsvalen.

Det här är en person som vid arbetsförmågeutredning beskrevs som oförmögen att koncentrera sig, plågad av värk och delvis osjälvständig i sin livsföring.

Jag reser regelbundet med Västtågen då jag har kvar min mamma i Skövde. När jag skrev artikeln om att släppa symptomupptagenhet och omfokusera till vad man vill fylla sitt liv med, var det min önskan att i framtiden kunna resa med vår tidigare patient. Nu kan jag det, vilket inger värme och hopp.

Hopp om att fler ska bli trygga med att släppa sin rädsla för hur kroppen känns och istället skapa fysisk och mental stabilitet med andning och kroppshållning. Äta regelbundet av alla näringsämnen, sova på natten, var uppe på dagen och röra på sig – gärna utomhus. Hjärnan mår liksom övriga kroppen bra av att användas. Det är demensförebyggande att lära sig nya saker och vara fysiskt aktiv/träna balans.

Att vara stressad är att inte ha bestämt sig för vad som är viktigt – och göra det. Rädsla, katastroftankar och sympatikusaktivering ockuperar uppmärksamheten och aktiverar fight/flight som coping, vilket ger kortsiktig lättnad, men långsiktig sensitisering för det som undviks. Ett liv ska inte överlevas utan levas. Stressproblematik i alla dess former är inte uttryck för sjukdom utan för rädsla som tagit över livsvalen. Och då mår man inte bra.

Men det finns ingen sjukvård som kan leda till välmående när det inte handlade om sjukdom från början. När de autonoma nervsystemen och kroppens andra regleringssystem hamnat i otakt, handlar det istället om att bli medveten, bli mer än sin rädsla via acceptans och att leva varierat mellan prestation och återhämtning. Den centrala färdigheten i detta är att lära sig att avstå och sluta jämföra sig med andra. Och att sluta jämföra sig med sig själv, då det var den livsstil jag hade som utmynnade i stressobalansen.

Idag önskar jag att det salutogena perspektivet och beteendemedicin ska bli en självklar del av svensk allmänmedicin.

Jäv saknas.



Illustration: Annika Andén

Åsa Kadowaki
Psykiater, leg KBT-psykoterapeut och handledare Samrehab, Distriktsrehabiliteringen, Region Kalmar
asa.kadowaki@lakaremedgranser.org



Referens:

- <https://allmanmedicin.sfam.se/shared/article/ett-nej-kan-bli-vandpunkten/JMWk7RkN>

Många äldre patienter med polyfarmaci positiva till deprescribing

om allmänläkaren stödjer detta

Nyligen publicerade jag tillsammans med svenska och internationella medförfattare en artikel om äldres inställning till deprescribing [1]. Det saknas en etablerad översättning av deprescribing till svenska, därför använder vi den engelskspråkiga termen. Bakgrunden till studien och några fynden presenteras här.

Användning av fem eller fler läkemedel (polyfarmaci) är vanligt hos äldre i Sverige, och det är associerat med ökad risk för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och sjukhusinläggningar. I Sverige har Socialstyrelsen sedan minst 20 år tillbaka arbetat för att förbättra läkemedelsbehandling hos äldre, bland annat genom att öka uppmärksamhet för vissa läkemedel eller läkemedelsgrupper som anses potentiellt olämpliga för äldre. Integrerade beslutsstöd i journalsystem som hjälper till att identifiera dessa läkemedel har också bidragit till detta.

Deprescribing är en process som innebär utsättning eller dosreduktion av läkemedelsbehandling där riskerna bedöms överstiga nyttan. I denna process tar man hänsyn till den specifika patientens behandlingsmål, funktion, samt värderingar och preferenser. I Sverige har äldre patienter som kommer på läkarbesök till vårdcentralen ofta polyfarmaci och är således kandidater för deprescribing. För att möjliggöra arbete med deprescribing är det viktigt att förstå patienternas inställning, men det har saknats svenska studier som utforskar detta.

Vi gjorde en anonym enkätstudie bland 101 patienter som varit på läkarbesök vid fyra vårdcentraler i Region Kalmar län och Västra Götalandsregionen, maj 2022 – december 2023. Data inhämtades som en del av en större multinationell studie. Alla patienter var ≥ 65 år och behandlades regelbundet med minst fem läkemedel. Följande frågor användes för att under-

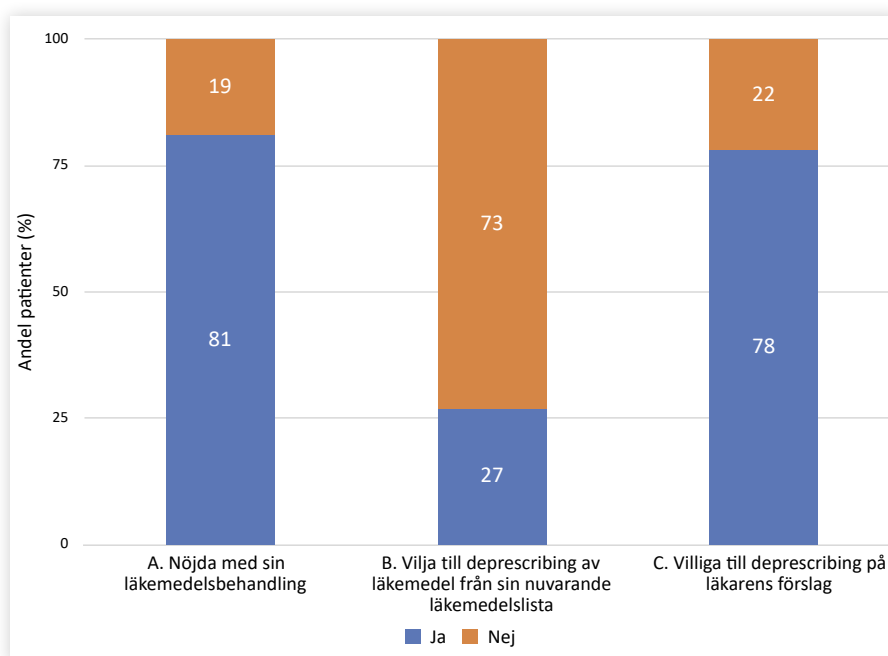


... de flesta äldre patienter är villiga till deprescribing om detta rekommenderas av deras läkare.

söka patientens inställning till och beslut om läkemedelsbehandling: "När du tänker på din nuvarande läkemedelslista, är det någon eller några mediciner som du skulle vilja sluta ta eller minska dosen

av?" (patienter som svarade "ja" på denna fråga bedömdes *vilja* deprescribing), samt "Om min läkare sa att det var möjligt skulle jag vara villig att sluta med ett eller flera av mina läkemedel" (de som svarade "Håller med" eller "Håller helt med" på en 5-gradig skala bedömdes som *villiga* till deprescribing på läkarens förslag). Enkäten innehöll även frågor om bland annat nöjdhet med sin läkemedelsbehandling, orsaker till varför man ville avsluta eller dosreducera sina läkemedel, vilka specifika läkemedel det gällde, vem patienten ville prata med om deprescribing, och vilka faktorer som underlättar deprescribing.

Totalt angav 81% av patienterna att de var nöjda med sin nuvarande läkemedels-



Figur 1: Äldre patienters inställning till deras läkemedelsbehandling utifrån tre enkätfrågor: (A) "Jag är i allmänhet nöjd med min nuvarande läkemedelsbehandling", (B) "När du tänker på din nuvarande läkemedelslista, är det någon eller några mediciner som du skulle vilja sluta ta eller minska dosen av?", samt (C) "Om min läkare sa att det var möjligt skulle jag vara villig att sluta med ett eller flera av mina läkemedel". I frågorna A och C användes en 5-gradig skala, de som svarade "Håller helt med" bedömdes nöjda, respektive villiga till deprescribing. På fråga B, bedömdes de som svarade "ja" vilja utföra deprescribing.



Illustration: Louise Adermark

behandling. På frågan om de ville avsluta eller dosreducera ett eller flera läkemedel från deras nuvarande medicinlista, svarade 73% ”nej”. En större andel, 78% var villiga till deprescribing på läkarens förslag (figur).

De 27% som själva ville avsluta eller dosreducera nämnde 48 specifika läkemedel. Läkemedelsbiverkningar var den vanligast angivna orsaken och angavs av 52% (14/27 patienter). Blodsockersänkande läkemedel var den vanligaste läkemedelsgrupp patienterna ville avsluta eller dosreducera (26%; 7/27 patienter). Av de 73% som inte själva ville avsluta eller dosreducera, var 74% (55/74 patienter) villiga till deprescribing på läkarens förslag.

Totalt angav 91% av patienterna att deras allmänläkare var den person de skulle vilja prata med om deprescribing. Gällande vilka faktorer som skulle underlätta deprescribing angav patienterna främst stöd från sin allmänläkare (68%), planer eller instruktioner för att avsluta eller dos-

reducera ett läkemedel (38%), möjlighet att börja ta läkemedel igen om man behöver det (23%), och att man istället skulle kunna ta ett annat läkemedel (22%).

Vår studie visade således att de flesta äldre patienter är villiga till deprescribing om detta rekommenderas av deras läkare. Att 73% inte beskriver någon aktiv vilja

till deprescribing, men flertalet av dem samtidigt är villiga till deprescribing om deras läkare rekommenderar det, visar på den centrala rollen som allmänläkare har för att stödja patienter i deras beslut, samt i att leda diskussioner om deprescribing. Hinder som begränsad konsultationstid, fragmen-

terad vård, samt riktlinjer som fokuserar på enskilda sjukdomar riskerar att påverka implementering av deprescribingstrategier i primärvården. I detta sammanhang är gemensamt beslutsfattande mellan patient och allmänläkare avgörande för att bygga patientens förtroende och säkerställa att beslut om deprescribing återspeglar patientens individuella preferenser och

önskemål. Ett observandum är att biverkningar var den vanligaste orsaken till att patienter vill utföra deprescribing, men att studien inte kan uttala sig om det faktiskt fanns orsakssamband mellan läkemedlen och de symtom patienterna uppfattade som biverkningar.

Att de flesta patienter vänder sig till sin allmänläkare för frågor kring deprescribing, och att stöd från sin allmänläkare identifierades som den viktigaste faktorn som skulle underlätta deprescribing, belyser allmänläkarens centrala roll i läkemedelsbehandlingen.

Jag personligen hoppas att denna studie kan bidra till att öka intresset för ämnet i Sverige och att primärvårdsläkare får mer stöd för deprescribing i sitt dagliga arbete. Det kan till exempel handla om att ta fram specifika rekommendationer för deprescribing av läkemedel som ofta används i primärvården. Vissa sådana har redan tagits fram (Fas Ut) men inte varit öppet tillgängliga. Det kan också handla om att ha ett beslutsstöd tillgängligt i den elektroniska journalen. I detta arbete kan samverkan mellan allmänmedicin och andra specialiteter som klinisk farmakologi, och även andra professioner som intresserar sig för området, vara av stort värde.

Jäv saknas.



Naldy Parodi López
Allmänläkare, med dr,
ST-läkare i klinisk farmakologi,
Sahlgrenska akademien,
Sahlgrenska universitetssjukhuset
naldy.parodi.lopez@gu.se

Referens:

1. Parodi López N, Thulesius H, Mannheimer S, Jungo KT, Weir KR, Rozsnyai Z, Streit S, Vidonsky L, Lüthold R. Patients' perspectives on deprescribing in Swedish primary care: an exploratory survey study. *Scand J Prim Health Care*. 2026 Dec;44(1):2636593. doi: 10.1080/02813432.2026.2636593. Epub 2026 Mar 1. PMID: 41766353; PMCID: PMC12954800.



– Ni måste visa att ni vill vara basen på riktigt

Vem bryr sig om sjukvårdspolitik?

– Ganska många verkar det som, säger läkaren och författaren Fanny Nilsson vars bok om svensk och europeisk sjukvård sålde slut snabbare än någon kunnat tro. Med boken som utgångspunkt samlades politiker, tjänstemän och sjukvårdspersonal en blåsig kväll i Göteborg för ett samtal där primärvården kom att stå i fokus.

Det är fullsatt i lokalen när Fanny Nilsson berättar om sina upptäckter från resan genom europeisk sjukvård. Genom intervjuer och möten med representanter från olika områden inom vårdapparaten försöker hon svara på frågor om hur svensk sjukvård mår och vad vi exempelvis inte ska göra för att hamna i samma situation som Storbritannien, där allt tycks gå åt fel håll.

– Där spädbarnsdödligheten ökar, livslängden sjunker, barnen är kortare än jämförbara länder på grund av att de är undernärda, säger Fanny Nilsson och målar upp tre slutsatser under kvällen.

Slutsats nummer ett i boken är primärvård, primärvård, primärvård och Fanny uppmanar allmänläkarna att kliva fram och visa vilja att vara basen i svensk sjukvård på riktigt.

– Vi måste göra den här omförflyttningen. Vi bara måste dit. Det kostar mindre, sänker dödligheten och patienten blir nöjdare.

Nederländerna tas upp som ett exempel med en total primärvårdsdominans, där sjukhusläkarna betraktar sig som konsulter

till primärvården eftersom det är allmänläkarna som styr vården och vet vad som är bäst för sina patienter. Även Norges fastläkarreform har haft en stor betydelse för norsk sjukvård där studier visat på en betydande lägre risk att dö eller behöva åka till akuten och läggas in på sjukhus, för den som har haft en fast läkare under längre tid.

– Det är riktigt hårda data på att era relationer med patienter har betydelse, menar Fanny Nilsson.

Slutsats nummer två i boken handlar om reglering av privatsjukvården. I Storbritannien har utvecklingen gått till att man kan köpa akutsjukvård och cancersjukvård. I Sverige finns liknande system med sjukvårdsförsäkringar, och det finns inga krav på vinstbegränsningar.





– Det ger systemhotande effekter. När alldeles för många rör sig till den privata sektorn riskerar den offentliga vården att bli en b-vård.

Den tredje slutsatsen är att vi måste prioritera vård efter värde. Idag bedrivs en vård där en stor andel av patienterna utsätts för läggvård med onödiga kontroller, mediciner och röntgenundersökningar. Detta drabbar inte minst äldre personer och bidrar till högre kostnader för vården och ett större lidande för patienter.

När kvällen går vidare till panelsamtalen handlar den första frågan om varför vi inte lyckas med just relationell kontinuitet?

– Samhället gör att andra saker pockar på, vi har ett klimat idag där man vill ha vård helst igår, svarar Susanne Lidén, sjuksköterska och primärvårdschef.

Det är också något som politikern Thony Andreasson möter i sin vardag. Han ser en alldeles för låg efterfrågan på god primärvård, i stället vill man ha snabb tillgänglighet och den bästa expertiskunskapen. Ett sätt att verka för kontinuitet och göra primärvården till basen i hela systemet är att införa remisstvång till akuten, menar Björn Järbur, sjukhusdirektör NU-sjukvården. Då blir det tydligt för patienten att det är primärvården som är första steget och att distriktsläkarna får vara dem som har huvudkontakten med patienterna.

På frågan om inte klinikerna själva är ansvariga för den relationella kontinuiteten svarar Henrik von Sydow, specialist i allmänmedicin och vårdcentralschef, att så är det till viss del men att det samtidigt är svårt att styra om från sin tillgänglighet i dagens system.

– Vi är rädda i en konkurrensutsatt verksamhet att förlora intäkter, våra patienter, om vi gör något som gör oss mindre populära, säger han.

Så hur ska man egentligen bygga primärvården som navet i svensk sjukvård? Jonas Claesson, övergripande hälso- och sjukvårdsdirektör, menar att det måste börja med att man skapar en gemensam bild av hur systemet ska byggas utan några organisatoriska hålrum, för det är där problemen uppstår. Politikern Cecilia Andersson betonar också vikten av att diskutera prioriteringar med befolkningen, kopplat till en gemensam målbild.

– Det är ju de som är våra uppdragsgivare och finansierare, säger hon.

SFAM:s lokalföreningar Skaraborg, Södra Älvsborg och Storgöteborg arrangerade en paneldiskussion med representanter från sjukvård, politiker och tjänstemän. Utgångspunkt till samtalen är Fanny Nilssons bok *Åk till akuten: Hur mycket sjukvård har vi råd med?*

Medverkande:

- Fanny Nilsson, ST-läkare i internmedicin vid Nyköpings lasarett och författare
- Erik Åberg, specialist i allmänmedicin, Studierektor Göteborg, moderator, SFAM
- Andreas Stomby, docent och specialistläkare i allmänmedicin. Ordförande för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

Representanter från vården:

- Björn Järbur, läkare och ekonom, sjukhusdirektör, NU-sjukvården
- Susanne Lidén, sjuksköterska, kandidat i hälso- och sjukvårdsorganisation, primärvårdschef, Närhälsan Östra Skaraborg
- Maria Taranger, specialist i internmedicin och hematologi, överläkare, områdeschef på Sahlgrenska
- Henrik von Sydow, specialist i allmänmedicin, vårdcentralschef, ordförande för PrimÖr (intresseorganisation för privata vårdgivare inom vårdval vårdcentral)

Medverkande politiker och tjänstemän:

- Jonas Claesson, specialist i anestesi och intensivvård samt klinisk farmakologi, övergripande Hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen
- Karin Looström Muth, specialist i internmedicin/endokrinologi/diabetologi, Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör
- Thony Andreasson Aderum, Regionpolitiker Västra Götalandsregionen (MP), vice ordförande operativa hälso- och sjukvårdsnämnden
- Cecilia Andersson (C), ledamot operativa hälso- och sjukvårdsnämnden

Kvällen avslutas med att SFAM:s ordförande, Andreas Stomby, får besvara frågan om hur allmänläkarna ska bli basen i sjukvården och vad SFAM kan göra. Han menar att det handlar om att kliva fram och våga bära ansvaret som fasta läkare och ge vård med kontinuitet i rimlig tid. Att vi slutar träffa våra kollegors patienter. Det är sådant som kan göras här och nu. Om vi sedan ska nå något liknande som i Nederländerna eller Norge så behöver man göra en större förändring. Det är också något som diskuteras i SFAM.

– Vi har inget konkret förslag ännu, men ni kommer märka att det är på gång, avslutar Andreas Stomby.

Jäv saknas.

Alexander Hagerius
ST-läkare, fil.kand,
Närhälsan Brämaregården vårdcentral
alexander.hagerius@vgregion.se



SFAM D

– ett nytt råd för digitalisering och AI-utveckling

I mars 2025 fick jag en förfrågan från SFAM:s styrelse om att representera föreningen i Svenska Läkaresällskapets eHälsokommitté. Kommittén bevakar utvecklingen inom eHälsa, klinisk informatik och den snabba utvecklingen av AI. För mig, som relativt nybliven allmänläkare med långvarigt intresse för samspelet mellan kliniskt arbete och digital teknik, var uppdraget både hedrande och utmanande.

Just då hade jag arbetat i två år som medicinsk digitaliseringsstrateg i Region Dalarna. Jag hade varit involverad i övergången från den regionala videoplattformen Min vård till 1177 Direkt, pilot med telemonitorering, kvalitetssäkring av teledermatologi, men även deltagit i regional förankring av SUSSA:s gemensamma Cosmic-rutiner och varit medicinskt ansvarig för migreringsenheten vid införandet av Cosmic som skulle komma 2024, men som blev framflyttad till 2025. Parallellt med kliniskt arbete som ST och mina doktorandstudier har jag engagerat mig i systematiska översikter kring nyttan av videoläkarbesök och AI-baserad vårddokumentation.



Samtidigt fick digitaliseringen av vården ökad uppmärksamhet, i och med att nio regioner bytte journalsystem till Cosmic.

Trots det kände jag mig ganska otillräcklig i rollen som representant för allmänmedicinen i eHälsokommittén. Diskussionerna handlade bland annat om hälsoappar, standardiseringar, EU-regelverk för EHDS och AI, och dialoger med myndigheter som E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen – i frågor som kunde påverka primärvården, men där jag upplevde att allmänläkarnas röst saknade en robust kanal. När jag därför hörde av mig till SFAM framkom att någon etablerad intern grupp som kunde fungera som bollplank inom dessa områden inte fanns.

Samtidigt fick digitaliseringen av vården ökad uppmärksamhet, i och med att nio regioner bytte journalsystem till Cosmic. Jag blev också direkt involverad i Cosmic-införandet i Region Dalarna som medicinskt ansvarig under både för- och införandefas. I detta arbete hade jag tillgång till en välfungerande referensgrupp med verksamhetsrepresentanter från samtliga divisioner, inklusive chefsläkare, vilket jag upplevde som en viktig framgångsfaktor i rollen. Erfarenheten förstärkte min

känsla av att en balanserad digital utveckling kräver sådana referensgrupper för professionell förankring på alla nivåer. Rösterna som påminner om att fokus bör ligga på patientnytta och säkerhet tillsammans med effektivitet och användarvänlighet i det kliniska vardagsarbetet – och på att undvika lösningar som tar tid utan att skapa värde.

I november hörde SFAM av sig. Styrelsen ville starta ett digitaliseringsråd och ge mig mandat att dra igång den. Det kändes stort och återigen mycket hedrande, men också som att äntligen hitta en saknad pusselbit. Det finns många aktuella frågor som skulle passa perfekt för sådan förankring: strukturen för primärvårdsjournaler, användning av generativ AI på vårdcentral, samt långsiktiga nyttor och risker med exempelvis AI-baserad vårddokumentation.

Efter ett femtiotal mejl och ett par brainstormingmöte – bildades SFAM:s råd för digitalisering och AI-utveckling (SFAM D) vid årsskiftet. Syftet är att verka för en ändamålsenlig, evidensbaserad och professionellt förankrad digitalisering i linje med allmänmedicinens kärnvärden.

Vi hade en formell kick-off vecka 10 i år och är fortfarande i uppstartsfas med sju ledamöter med kompletterande klinisk, teknisk och vetenskaplig kompetens.

Exempel på potentiella fokusområden som diskuterats hittills:

- identifiering av ”låg hängande frukter” där digitala lösningar kan ge stor effekt i primärvården,
- kunskapspridning från lyckade digitala projekt i primärvården,
- samspelet mellan teknik och verksamhet på mikro-, meso- och makronivå,
- vägledning för allmänläkare kring användning av generativ AI i kliniskt arbete,
- samt trygga förutsättningar för early adopters att testa nya verktyg.

I en tid där digitalisering ofta drivs snabbare än den traditionella vetenskapliga evidensen hinner genereras och utvärderas, behövs en kraftsamling av kompetens inom professionen. SFAM D är ett försök att skapa just det – en relevant diskussionspartner med ambition att bidra till att den digitala utvecklingen i primärvården sker med patientnytta och allmänmedicinens kärnvärden i centrum.

Inga jäv.

Marek Czajkowski
Vårdcentral Avesta
marek.czajkowski@regiondalarna.se



Annons

Beräkningsmodellen

När Bertil Hagström rotar i gamla papper hittar han ett dokument med en bemanningsberäkning för sin vårdcentral som han gjorde för över 40 år sedan. Det blir starten på en dialog med kollegan Andreas Thörneby och en reflektion över då, nu och framåt.

Bertil: När den sista kungligt utnämnde provinsialläkaren dog 1973, hade denne ersatts av den landstingsanställda distriktsläkaren. Allmänmedicinen växte fram och blev egen specialitet 1981. SPRI:s (Statens planerings- och rationaliseringsinstitut) dokument "Primärvård – innehåll och utveckling" från 1978 betydde mycket för mig. Begreppen närhet, tillgänglighet, helhetssyn, kontinuitet, kvalitet/säkerhet och samverkan lockade mig och jag ville försöka förverkliga dem.

I Storvik med 4 300 invånare var jag ensam distriktsläkare i början och vi behövde bli fler när upptagningsområdet skulle utvidgas till 7 300. Pengar var inget problem; såväl professioner som politiker var upprymda av utsikterna att skapa en ny vårdnivå. Behov gick före budget. SFAM och Distriktsläkarförbundet var aktiva, och jag tror att det var DLF som tog fram modellen som jag utgick från i mina beräkningar på bilden. Skulle en sådan modell vara meningsfull att använda i dag?

Andreas: Ja, även om jag misstänker att beräkningen skulle bli krångligare idag, med primärvårdens expanderande uppdrag, komplexitet och ökande multiprofessionalitet. Det första

jag tänker är dock att modellen visar att man i sin bemanningsplanering bör utgå uppgiften som ska lösas, inte vad pengarna anses räcka till. Vad hände sedan?

Bertil: Det gick inte fort. Jag ser i gamla nostalgidokument att det tog 3–4 år innan vårdcentralen fick luft under vingarna. När vi var fem läkare bildade vi vårdlag med fem distriktsköterskor med vardera ett geografiskt område, alltså inte listor. Det gav möjlighet till förtroendefullt samarbete och uppgiftsväxling, eller rättare sagt delegering.



Pengar var inget problem; såväl professioner som politiker var upprymda av utsikterna att skapa en ny vårdnivå.

Det var en spännande tid med smidiga, ofta informella, kontakter med sjukgymnast, arbetsterapeut, specialistläkare på de närliggande mindre sjukhusen. Vi höll hårt i patient-läkarkontinuiteten, vilket också gav kontinuitet för distriktsköterskorna. Tillvaron bröts sedan ner under 1990-talet.

Andreas: Det var nog i slutet av den nedbrytningsperioden jag började arbeta. Ända sedan jag första gången satte foten på en vårdcentral, som AT-läkare i Vansbro, för drygt tjugo år sedan har frågan om primärvårdens bemanning och resurser för det svåravgränsade uppdraget varit aktuell.



Dagens paradig är att resurser frikopplats från uppdrag.

Jag har insett att ingenstans i sjukvården är gapet mellan vad som vore möjligt att åstadkomma (med systematisk kontinuitet och behovsbaserad resurssättning) och vad som är realistiskt i praktiken (givet nuvarande förutsättningar) så stort som inom primärvården. Det är en ständig källa till frustration och sorg. Dagens paradig är att resurser frikopplats från uppdrag. Märkligt men sant. Konsekvensen är etisk stress för medarbetarna. Men vad var det som hände på 90-talet, mer konkret?

Teoretisk bemanningsplan för Storviks Hälsocentral

Förutsättningar: 1. Centralen beräknas ha ett upptagningsområde på ca 7300 inv (Storvik, Gästrike-Hammarby, Kungsgården, Åshammar)

2. Varje läkare tjänstgör 42 v/år=1.680/år
avgår: 6 v semester
1 v vård av sjukt barn/egen sjukdom
2 v extern kurs
1 v tjänstgöring på sjukhus, ml. tjänst, grav. ledigh. föräldrarledighet.

3. AT12 mån=0,5 läk/år
FV 12 mån=0,75 läk/år

4. 1 läkarbesök/år=7.300 besök per år

Befolkningsbehov	v/år	tim/v	tim/år
1. Mott exkl jour/beredskap (25 min per besök)	52	60	3040
2. Bufferttid för x läk	42	7,5xX	315X
3. Läkarmott på servicehus (ca 100 pers)	52	5	260
4. lokalt sjukhem (30 pat)	52	6	312
5. Soc. vårdskonferens	52	1	52
6. Hemsjukvård ca 30 pat?	52	6	312
7. Reha-grp	50	0,75	38
8. HVC	50	6	300
9. MVC	50	-	-
10. Utbildn internt med ref + övrig pers	42	3xX	126X
11. Utbildning utanför HC inom Landst	42	1xX	42X
12. Handledning AT//FV/ul inkl tid för dl	42	5	210
13. Personalkonferens	42	0,5X	21X
14. Skolhälsovård	36	3	108
15. Administration	42	4	168
16. Jour/beredskap	52	18	936
17. Utvecklingsarbete	42	1X	42x
18. Friskvård	40	1	40

Summa: 5776 + 546X
Formel: (1.680 - 546) X = 5776 X = 5776/1134 • ca 5 läkare

Add: Utbildningssidan ngt snällt tilltagen. Möjlighet till 1 mån sjuk-tjänst/år/läk bör finnas. Utbildn ext i Landsnget bör snarare vara 2 än 1 timme. Förskolans sjuk-hälsövård ej inräknad. Hemsjukvården torde öka kraftigt. Primärvårdens jourverksamhet kan komma att öka med ev bakjourssystem (riktad mot servicehus, sjukhem). Distroläk arbete är enl norm ca 35% av veckoarbetstiden och skall i nuläget läggas till ovanstående bemanningsanta (gäller Storvik).

Avgår från ovanstående bemanning möjlighet av FV/AT tjänst, men svårigheter att få helårstäckning torde föreligga.

Storvik 840229
Bertil Hagström
Distr. läk. /D61
Hälsocentralen
812 00 Storvik

Bertil: En kombination av händelser; den omogna husläkarreformen, Ädelreformen som splittrade vårt viktigaste team, den tilltagande ekonomiska krisen under 90-talet och den gryende New Public Management (NPM)-filosofin.

Andreas: Hur gick det till när man började frikoppla uppdrag från budget och sätta tanken om kontinuerliga effektiviseringar, alltså nedskärningar, i verket?



En seriös primärvård arbetar med medicinska behov utifrån HSL.

Bertil: Det är svårt att peka på en särskild händelse som avgörande. Runt millennieskiftet hände mycket. LOV och LOU infördes, privatiseringsvägen svepte fram och SKR (över-) bemannades av personer med medellång universitetsutbildning. NPM blev ett lockande verktyg. Det är knepigt när efterfrågan och inte behoven tillåts avgöra. Då återstår bara pengapungen som redskap. Mer sentida styridéer som värdebaserad vård och nu bolagiseringen av Gävleborgs primärvård har samma grundläggande brister. En seriös primärvård arbetar med medicinska behov utifrån HSL. De behoven kan i allt väsentligt bara bedömas och hanteras på markplanet. För det krävs rimlig tid, autonomi och resurser som stämmer.

Andreas: Regionerna har under hela den tid jag kan överblicka haft märkvärdigt stora svårigheter med att ta fram konkreta dimensioneringsmått för primärvården. Socialstyrelsens riktvärde 1/1 100 från 2022 är en milstolpe [1], men bara ett första steg, inte minst eftersom det trots allt bara berör en yrkesgrupp.



För mig vore drömmen att även läkare arbetade områdesvis och att listningen initialt blev passiv inom motsvarande områden.

En skillnad mellan nu och då tror jag är den ökade multiprofessionaliseringen av primärvården. Det är en utveckling på gott och ont, mest gott, och det gör att alltför enögt läkarfokuserade primärvårdsstrategier kommer att misslyckas. Men samtidigt har den diagnostiska och terapeutiska generalisten, allmänläkaren, tillsammans med omvårdnadsgeneralisten, distriktsköterskan, faktiskt en särställning som unikt lämpade [2] för många av primärvårdens huvuduppgifter, inte minst som bärare av relationskontinuitet över tid. Det bör vi kräva respekt för.

Bertil: Ja, någonstans måste det kunna erbjudas en trygghet i denna nu förvirrade och fördärvade primärvård. En tillitsfull relation. Och tillit måste i princip bygga på en kontinuitet. Jag vill påstå att paret distriktsläkare/distriktssköterska var ett oslagbart team. Jag är osäker på om vi kan komma tillbaka till det som grundbult i primärvården. Går det?

Andreas: Jag vill tro det. Om regionerna vågar göra gemensam sak och inför nationell listning på fast läkare, inte enbart på enhet som idag, och vågar införa gränser för uppdragets storlek (1/1 100 i genomsnitt), och börja räkna på vilka resurser systemet skulle kräva, då vore vi en bra bit på väg. Det kräver lagändringar, bland annat i LOV. Om sedan liknande krav ställs för distriktssköterskeuppdraget och man reglerar teamsamverkan har vi kommit ännu längre. Det skulle troligen kräva att Ädelreformen vidareutvecklas.

Bertil: Jag tror också på den allmänmedicinska primärvårdens renässans om man utgår från idén om listning på en namngiven läkare. För mig vore drömmen att även läkare arbetade områdesvis och att listningen initialt blev passiv inom motsvarande områden. Då kan generalistteamet bli en ställföreträdare för tillit även till andra yrkesgrupper och institutioner. Det vore trygghetskapande. I denna den snabba digitaliseringens tidevarv tänker jag att en fast punkt måste finnas för vårdtagaren, och det borde vara allmänläkaren och det allmänmedicinska teamet.

Jäv saknas.



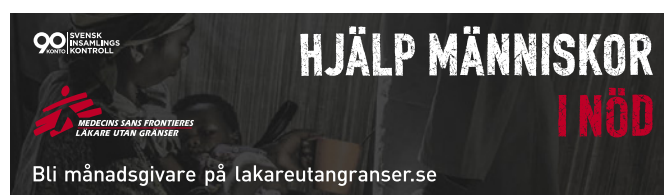
Bertil Hagström
Pensionerad allmänläkare, med dr, Horred
hagstrom.berdil@gmail.com



Andreas Thörneby
Allmänläkare, Nötkärnan Örby
Familjeläkare och BVC
andreas.thorneby@sfam.se

Referenser:

- <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/05/socialstyrelsen-1-100-invanare-per-distriktslakare>
- <https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/fast-lakare-skulle-losa-manga-av-vardens-problem/>



Att vara trygg i osäkerheten

Min slutsats är tydlig. Hudförändringen som patienten söker vårdcentral för är en seborroisk keratos. Helt ofarlig. Men har den inte några lite väl mörka prickar i sig?

– Det här är en godartad hudförändring, säger jag. Men det skadar aldrig att hålla ögonen på den, om den skulle förändra sig. Patienten tackar och går, och jag hoppas att han känner sig nöjd.

Min handledare råkar vara med mig den här dagen på AT-placeringen, och när vi är ensamma får jag faktiskt en tillsägelse. Hon tycker att jag inte borde ha lagt till den sista brasklappen, om att patienten ska fortsätta bevaka det som är annorlunda på kroppen. Jag förstår hur hon tänker, och jag tror att hon förstår hur jag tänker, så jag försöker inte förklara det för henne. Men efter jobbet försöker jag förklara det för mig själv.

När jag går förbi affären på vägen hem i den ruggiga höstkvällen, berättar den regniga löpsedeln om kändisars senaste göranden. Men förra veckan stod det något om en missad diagnos. Vanlig huvudvärk var hjärntumör. Konstant trötthet var en rubbning av ämnesomsättningen. Rubrikerna är menade att skapa hälsopanik, och också frustration och ilska mot läkarna som kanske bara gick på rutin och inte på allvar lyssnade på patienten.

”

Jag förstår hur hon tänker, och jag tror att hon förstår hur jag tänker, så jag försöker inte förklara det för henne.

På läkarlinjen fick man höra liknande historier, om än mer medicinskt avancerade, där syftet var att slipa vårt diagnostiska sinne, men också att vara avskräckande exempel. Jag kommer aldrig glömma fallet om kvinnan som sökte gång på gång för rodnad och svullnad i ansiktet. Allergiska attacker såklart, eftersom de gick över. Men ingen tydlig utlösande faktor. Det visade sig vara en tumör i bröstkorgen som komprimerade avflödet i vena cava. Tumören hade gått för långt för att kunna behandlas.

Som student hade jag ambitionen att förstå situationer bättre, att tänka det oväntade. Det var en glädje och en drivkraft, som väl också var lite nedsolkad av tanken på att någon annan inte riktigt hade klarat av sitt jobb.



Illustration: Annika Andén

På en klinisk placering träffade jag på ett patientfall där kirurgen hade råkat sy ihop ett stort kärl under en rutinoperation. Det ledde till en lång vårdtid, och irreversibla skador för patienten. I mitt inre skrev löpsedlarna sig själva. I ett förhoppningsvis lugnare tonläge frågade jag min handledare hur det hade kunnat gå så här, och vad man hade kunnat göra annorlunda. Svaret, som jag fick tänka på länge och väl, var – ingenting. Och handledaren stod helt säker i det svaret: vid operationer som utförs i stor mängd fick man räkna med att komplikationer skulle uppstå. Även om kirurgerna gjorde sitt bästa. I slutändan hämtade sig patienten, och ångrade inte operationen.

Löpsedlar får nog inte unga läkare att oro sig för den egna hälsan särskilt ofta, men berättelserna skrämmer upp en på andra sätt. Tänk om jag blir den som missar diagnosen? Tänk om jag blir den som ville hjälpa, men i stället lurade patienten, och invaggade någon i falsk trygghet? Här kan det ta tid innan man vågar vara ärlig mot sig själv.

För när man tar ifrån patienten tryggheten, även om den kanske kunde vara falsk, gör man det då verkligen inte för att bespara sig själv oro och ångest? Skräckberättelserna kanske har lärt mig att det värsta av allt vore att missa en diagnos, men är det säkert att patienten skulle uppleva detsamma? Och är den lilla risken för katastrof värd att för alltid gå runt med ångestkänsla i magen?

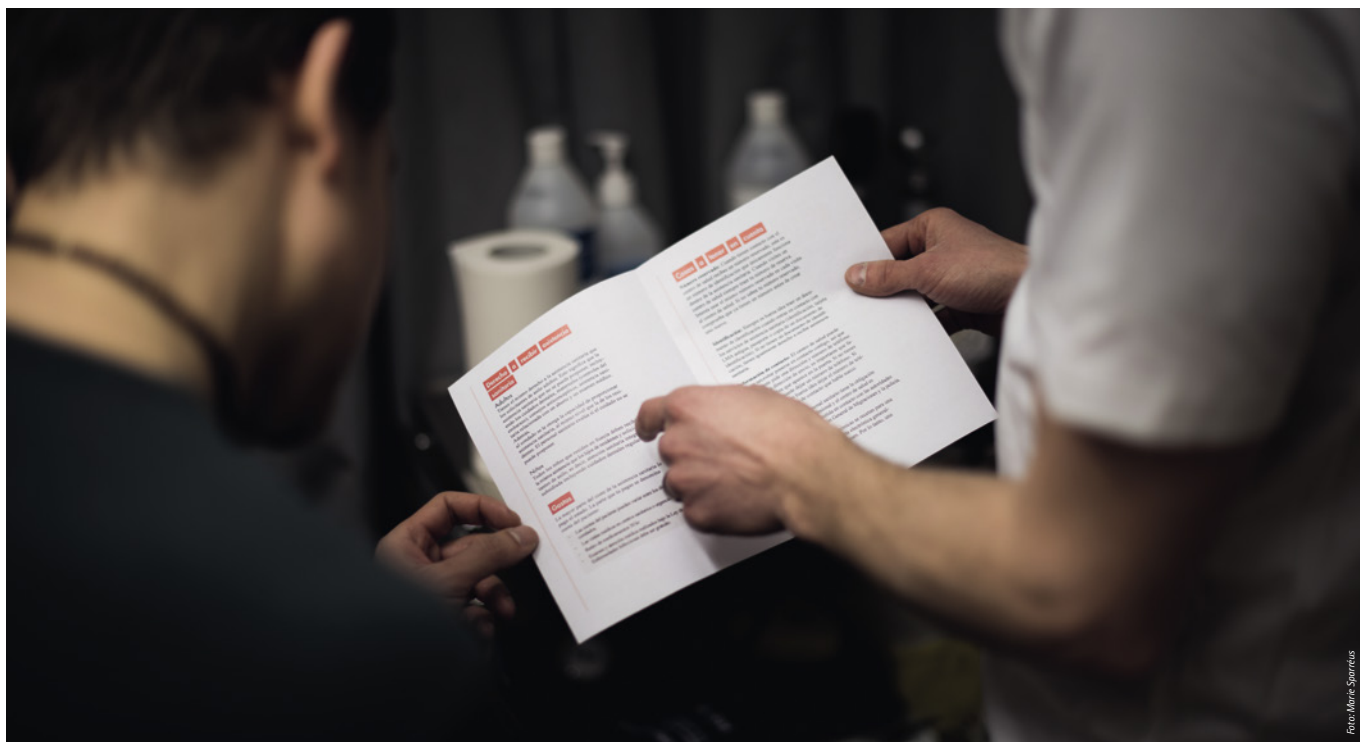
Varje dag har jag som läkare ansvar för att ge besked. Det kan kännas som att ge kloka råd, eller som att dela ut domar. Och om överdriven försiktighet gör att jag själv kan sluta tänka på mitt svar, kanske det har rakt motsatt effekt för patienten. Så att släppa taget om vaksamheten handlar nog inte bara om att lära sig den fina balansen mellan att tänka för mycket och för lite. Kanske är det också dags att börja se det som en del av mitt ansvar.

Jäv saknas.

Evelina Rosenqvist
Specialistläkare i Internmedicin,
Akademiska Sjukhuset, Uppsala
evelina.rosenqvist@akademiska.se



Annons



Vård till människor i papperslöshet

Allt eftersom migrationspolitiken förändras ökar osäkerheten kring vilken vård som ska erbjudas till personer i papperslöshet. Papperslösa barn har samma rätt till hälso- och sjukvård som folkbokförda barn. Papperslösa vuxna personer har rätt till vård som inte kan anstå, vilket är en utvidgning av den vård som definieras som omedelbar, och omfattar därmed mer än akut sjukvård.

Socialstyrelsen konstaterade 2014 att det var omöjligt att skapa en lista som täckte in alla sjukdomar som skulle ingå. Myndigheten fastslog att det är upp till den behandlande läkaren att avgöra om patientens åkomma ska bedömas som vård som inte kan anstå. Man konstaterade vidare att begreppet inte stämmer överens med etablerade etiska principer inom svensk sjukvård och att det riskerar att leda till etiska dilemman för vårdpersonal.

En problematisk aspekt av begreppet är att det ålägger vårdpersonal att med lagstöd göra skillnad på människor. Alla människors lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället är den princip som ska gå först. Att lagstiftningens utformning tvingar läkare att frångå detta är ett etiskt problem. När det är upp till varje enskild läkare att bedöma om det är vård som kan anstå eller ej riskerar det att skapa en skillnad i vilken vård som erbjuds.

Detta innebär dessutom en påtaglig risk för vårdskador när beslut inte baseras på behov och man frångår vetenskap och beprövad erfarenhet. Osäkerhet inför begreppet gör också att personer nekas vård, ibland redan i receptionen på vårdcentralen eller via en avslagen remiss till specialistvården, utan att patienten först har fått en fullgod medicinsk bedömning. Enligt Socialstyrelsen måste dock patienten i varje enskilt fall alltid undersökas enligt gängse praxis för att man ska kunna avgöra om vården kan anstå eller ej.



För papperslösa personer uppstår ibland de första svårigheterna redan vid kontakten med vården, när de ska legitimera sig. Människor i papperslöshet har ibland giltig id-handling som ett utländskt pass och ibland inte. Trots att det inte finns något krav på giltig id-handling, för att få vård, är det inte ovanligt att papperslösa patienter krävs på legitimation. I vissa fall kan en person identifiera sig med hjälp av ett utländskt pass. Men ett giltigt pass är inte bevis på att personen har tillstånd att vistas i Sverige. En person kan ha ett giltigt hemlandspass och ändå leva i papperslöshet här.

Det centrala är därför att varken avsaknad av id-handling eller innehav av ett utländskt pass säger något om en persons juridiska status. Vården behöver därför utgå från att papperslöshet inte kan avgöras utifrån vilka handlingar en person kan eller inte kan visa upp.

Det är inte heller ovanligt att personer krävs på bevis att de är papperslösa. Något sådant bevis finns dock inte. Som papperslös kan man inte bevisa att man saknar tillstånd att vistas i landet. Att befinna sig i papperslöshet innebär att sakna tillstånd att vara i landet, exempelvis till följd av att ha kvarstannat efter att ett visum eller annat tillstånd har gått ut, ha sökt asyl och fått avslag eller kvarstannat efter att en viseringsfri tid löpt ut. EU-medborgare kan i vissa fall sakna tillstånd att vistas i Sverige.



... svårt för vårdpersonal att på ett fullgott sätt avgöra om en person är papperslös eller ej.

Skälen till att en person befinner sig i papperslöshet kan variera stort och det är svårt för vårdpersonal att på ett fullgott sätt avgöra om en person är papperslös eller ej. Bedömningen av patientens juridiska status måste således utgå från vad patienten berättar.

På Röda Korsets Vårdförmedling i Göteborg och Stockholm ser vi återkommande hur krav på legitimation eller intyg om papperslöshet försenar eller hindrar nödvändiga vårdinsatser som i värsta fall leder till att viktig vård uteblir.

Erfarenheter från vårt arbete visar att okunskap om lag 2013:407 [1] står för ungefär hälften av de hinder som papperslösa möter i vården. Vårdpersonalens kunskap om exempelvis identifiering av papperslösa patienter, receptförskrivning samt innebörden av vård som inte kan anstå är ibland bristfällig. För många är det också okänt att den enskilda vårdgivaren får full ekonomisk ersättning för den vård de ger en papperslös patient. På Svenska Röda Korsets vårdförmedling ser vi att den sammantagna okunskapen kring papperslösas rättigheter till vård leder till att patienter inte alltid får den vård som vårdgivarna är skyldiga att erbjuda.

Utöver okunskap hos vårdpersonal utgör patienternas egen informationsbrist, om deras rättigheter, och rädsla ett vanligt vårdhinder. Många av de patienter som vi möter beskriver en rädsla för att berätta att de är papperslösa. De undviker att söka

För mer information hör gärna av dig till Röda Korsets vårdförmedling:



Telefon: 020-21 10 00 **E-post:** papperslos@redcross.se **SMS:** 072-349 98 08

Läkarförbundets vägledning till vårdpersonal om vård till människor i papperslöshet:



Vård som inte kan anstå – frågor och svar:



vård av oro för att bli angivna till myndigheter och riskera utvisning. Ofta räcker det med att informera om att vårdpersonal arbetar under sekretess för att patienten ska känna sig tryggare med att besöka den offentliga vården.

Det övergripande uppdraget för Röda Korsets vårdförmedling är att arbeta för en jämlik vård efter medicinska behov, oavsett juridisk status. Vi finns som stöd för patienter som har svårt att navigera i sjukvården och/eller har blivit nekade vård som de är i behov av. En stor del av arbetet handlar om att stärka personer i att själva kunna navigera i sjukvårdssystemet. Genom att informera patienten om dess tillgång till vård ökar möjligheten att ta eget ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande.

Vi finns även för vårdpersonal som behöver stöd och råd i möten med patienter i papperslöshet. Vår erfarenhet är att det inte alltid är lätt att göra rätt och vi kan bistå med information och stöd kring exempelvis receptförskrivning, remisser till specialistvård som nekats eller när det är svårt att tolka aktuell lagstiftning.

Jäv saknas.



Stina Nydén
Specialistsjuksköterska,
Svenska Röda Korsets
Vårdförmedling Göteborg
papperslos@redcross.se



Matilda Persson
Specialistsjuksköterska,
Svenska Röda Korsets
Vårdförmedling Göteborg
papperslos@redcross.se

Referens:

1. Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2013407-om-halso-och-sjukvard-till-vissa_sfs-2013-407/

Den papperslösa pappersparadoxen

Ironiskt nog är det få patienter som genererar lika mycket papper som de papperslösa, det slår mig efter ett nyligt patientmöte. Det medicinska är inte krångligare än vanligt. Artros är artros, demens är demens och ångest är ångest, kroppen tar ingen hänsyn till migrationsstatus. Däremot blir allt runt omkring en smula stökigare. Mer onödig administration, mindre överblick.

Patienten som precis lämnade rummet och jag har hankat oss fram på knackig svenska med stöd av Google translate. Han önskar ingen tolk, man vet ju inte vem som är i andra änden på luren, men det hade helt klart underlättat. Patienten bor långt bort från vårdcentralen men vill inte gå någon annanstans. Eftersom bank-id saknas har patienten inte tillgång till vårt digitala bokningssystem, det är drop-in som gäller. Det har vi varje dag och tillgängligheten är god, men rädslan att inte släppas in gör att patienten startat sin resa vid kl 05. Han är trött och hungrig när vi ses vid kl 10.

Vi tragglar oss igenom dagens ärenden. Ska recepten skickas till apoteket här nära oss som är vana att hantera papperslösa? Eller till andra sidan av den stora staden där patienten de facto bor? Vi enas om här. Pengar till att hämta ut allt finns inte, en dyr medicin är utan förmån, då betalar inte regionen. Hjälporganisationen som kanske kan hjälpa patienten ekonomiskt, alltså ge honom kontanter i handen, ligger här. Tyvärr har de bara öppet när vi och apoteket har stängt. Så totalt kommer det bli tre resor tvärs över stan för att hämta ut medicinerna. Vi pustar och suckar lite åt det hela.

Alla recept görs, diger lista, jag kommer ihåg att skriva i ”utan tillstånd, VGR betalar” på allihop, rätt nöjd blir jag. Nostalgiskt minns jag hur detta, att fixa e-recept till papperslösa, fått flertalet kollegor på sjukhusrandningarna att häpna, men här blir förstås ingen imponerad. Jag byter till rätt enskilt apotek. Trycker på skicka i väg, eller försöker. Adressen är för lång, det finns förstås ett c/o i adressfältet. Tar bort det långa namnet, får i väg.

Rackarns, nu har jag ju glömt återställa c/o namnet. Näväl. Men vänta – det behövdes ett recept till, måste jag nu göra om allt? Om recepten inte kommer i väg samtidigt kan det hända att apoteket tar 50 kr per laddning recept, det skulle då innebära 100 kr idag och det har patienten inte råd med. Men jag kan ju inte själv makulera de recept jag redan skickat och de är för hela året, förskrivningskollen funkar inte när man har reservnummer. Apoteket på torget öppnar om en timme. Uff. Det här blir för krångligt. Jag skriver på ett papper och ber apoteket vara schyssta och se det som en omgång recept även om de gick i väg med tre minuters mellanrum. Tummar hålles.

Sen skulle vi gärna läsa i NPÖ vad senaste budet hos kirurgen var, kan de verkligen sagt att de opererar om patienten får ordning på sina ”torra muskler”? Men det går inte när personnumret inte är helt. Varför i hela friden går det inte att ha ett och samma reservnummer hos alla? tänker jag frustrerat, men slår bort tanken lika fort. Smidiga lösningar på IT-problem är helt enkelt inte det vi i vården gör bäst. Jag skriver ytterligare ett brev och ber snällt om en uppdatering.

Senaste veckan har jag även fått tre mejl angående samma patient från Röda Korsets vårdförmedling. Två telefonsamtal har det också blivit det sista. Det tjuvar när patienten behöver hjälp av sekundärvården. Alla individer gör sitt bästa, men en hel del extra krångel blir det. Helt klart mest jobbigt för patienten förstås men jag tycker allt en liten smula synd om mig själv också som får lägga onödig tid och energi på det här medicinskt banala ärendet, tidboken är ju inte precis tom i övrigt.

En dryg halvtimme har gått. Patienten har baxats ut ur rummet med diverse lappar i handen. Jag pustar ut. Skönt att



Illustration: Annika Andén

proverna är bra i alla fall. Nej jädrans, nu gick jag i fällan igen. Eftersom personnumret inte är komplett blir, obegripligt nog, bara vissa patologiska prover markerade som röda i labblistan. Den präktiga anemin presenteras med en svart betryggande siffra. Suck.

Patienten har redan börjat sin färd hem tvärs genom staden, jag skickar ett sms och ber att han kommer tillbaka en annan dag. Tänk om patienten bara kunde ”se över och ordna sin migrationsstatus” som kirurgen skrev i ett av sina senaste brev. Vad skönt det hade varit för alla inblandade.

Jäv saknas.



Foto: Anna Baren

Kristin Augutis
Allmänläkare,
Nötkärnan Bergsjön vårdcentral
kristin.augutis@notkarnan.se

Annons

Vi som är födda vid havet

Jag är född vid havet. På sjukhuset i Lysekil på 70-talet. I förlossningsrummet. Som förvisso inte hade havsutsikt, men hög salthalt i luften utanför. På sommaren, mitt i juli, mitt i semestertiden. Var det varmt? Var där många sommargäster på orten med lång historia av besökare? Badade de i havet? Fick de salt på kroppen och i håret? Fick de den rekreation de önskade?

Under tiden pågick det vanliga. Födslar och dödsfall, förkylningar och hjärtinfarkter. Som nu. Hade vårdpersonalen ett bra schema, en bra bemanning för sommarsäsongen? Hade de beredskap för den tillfälligt ökade befolkningen, för evenemangen och turismen? Hade de beredskap för det oväntade? På orten längst ut på näset vid fjorden, med hela havet utanför, som fortfarande lockar så många särskilt under sommaren. När det oftast är fint väder, regnfritt och torrt, men inte sällan blåsigt och friskt.

Vi som är födda vid havet, var vi bor gör detsamma.

Ja, låt mig vara lite filosofisk, kanske är det så. Låt mig ta er med längs Ebba Lindqvists fina dikt. Det är något med det vi har med oss. Havet, skogen, fjället, staden. Det vi är vana vid. Jag är uppvuxen i Lysekil med familj kvar. Återvänt alla sommarjobbade somrar i yngre år, kört hemtjänstrally på småvägar och hjälpt äldre på avlägsna grusvägar. Studerat på annan ort på platta slätten och landat i den medelstora staden några mil från yttersta kustbandet. Där har jag trivts bra. Allmänmedicinnörd med fokus på utveckling, allt vi kan förbättra och samarbeta kring, samverka med kommunen och andra aktörer. Den centrala synen på patienten. Den som behövs överallt. Nära det större sjukhuset som av många uppfattas långt borta trots bara en kvart på motorvägen. För att det ligger ett annat välfyllt men mer planerat sjukhus nära, som dock inte är som det var förut? Eller för att patienten som inte vill åka känner sig trygg med vårdcentralen?



Illustration: Annika Andén

Det blåser alltid en vind omkring vårt hus.

Är det därför jag inte räds stormen? Kus-ten i november, inblåsta segelbåtar i juli, använder inte paraply för det är ingen idé. Med respekt för naturens krafter, gör som träd på strand och fjäll, anpassar formen. Är det därför jag tål när det blåser på jobbet i vården? Acceptans i vården att vi aldrig blir färdiga, att vi aldrig hittar den perfekta lösningen eller hinner ställa om till det som förändras? Utveckling av förmåga att ändra kurs vid nya medicinska upptäckter och möjligheter, vid katastrofer, vid pandemier eller ändrade förväntningar?

Vi vaknar med salt på tungan.

Salt från storm eller salt från tårar? Salt från svett när vi springer fram eller från sol som gassar? Salt på hud efter bad, vinterbad som sommarbad? Saltade vägar vid utmanande kustväg? Saltbalans och kluriga hjärtsviktsmedicineringar?

Våra vägar bär över branta berg, och vi kämpar alltid mot stormen.

Karga berg och fjäll utmanar, lockar oss, tillfredsställer oss när vi lyckas. Berg ger oss hisnande utsikt och perspektiv. Stormen blåser men vi står stadigt. I natu-

ren och i yrkeslivet. Utmaning att hitta bra stigar och avsatser för att ta oss fram på ett tillräckligt säkert sätt utan att det svindlar och vi rasar. I glesbygden känns liknelsen nära arbetet vi gör varje dag i det stora sjukvårdssystemet som vi inte alltid förstår. Att kämpa mot stormen är också att bemästra den. Med rätt sorts segel vid rätt tillfälle på sjön. Med bäst sorts kläder som håller oss torra. Att fånga vind i segel så vi rör oss fram i den hastighet vi bemästrar, ibland behov av det snabba, ibland tryggt med det lugnare. Att reva seglen och tänka om när det är nödvändigt.

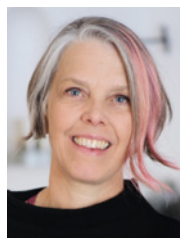
Rensopat och bart ligger vårt liv framför oss – en öde berghäll, ensam med solen och vågorna.

Det låter enkelt, men vart tar livet oss? När vi minst anar finns nya möjligheter för nya arbetsuppgifter och chanser som tas. För mig nytt arbete som handledare och frågedoktor bland flera utbildningsläkare. I Lysekil. Jag som är född där på 70-talet. I förlossningsrummet som fanns där då. Allmänmedicinnörden nu med mer erfarenhet och oändligt med nyfikenhet för det utvecklande. Med möjlighet att dela med mig till ny generation alldeles nya doktorer som startar sin resa.

Vid havet. I stormarna. På de öde berg-
hällarna med solen och vågorna. Med salt
på tungan. Längs de saltade vägarna.

I Lysekil får jag använda allt det jag
kan, vara trygg i fötterna och ge den
trygghet jag har. För allmänmedicinen
som är bland det finaste vi har med sam-
arbete och trygghet för det som fortsätter
övertaska oss. Och i höst står vi som värd
när landets trygga glesbygdsmedicinare
kommer till oss med alla sina klokheter.
Från havet, skogen, fjället och staden.
Varmt välkomna hit på Glesbygdsmedi-
cinsk konferens 13–14 oktober 2026. Vi
är beredda. Vi ses längst ut vid fjorden,
med hela havet utanför.

Jäv saknas.



Malin Klittvall
Allmänläkare,
Närhälsan Lysekil
vårdcentral
malin.klittvall@vgregion.se

Vi som är födda

vid havet

Vi som är födda vid havet,
var vi bor gör detsamma.

Det blåser alltid en vind omkring vårt hus.

Vi vaknar med salt på tungan.

Våra vägar bär över branta berg,
och vi kämpar alltid mot stormen.

Rensopat och bart ligger vårt liv framför oss
– en öde berghäll, ensam med solen
och vågorna.

Ebba Lindqvist (1908-1995)

Alltid beredd!

Konferens 2026
13-14 oktober
12 oktober ST dag
Lysekil



Glesbygdsmedicin

Tio minuter för att orka vidare

Varje natt, vid två-tretiden, sitter hon i köket. Det är så hon beskriver det för mig när hon till slut söker hjälp. Det dämpade ljuset. Kylens monotona surr. Hur hon rör sig långsamt, med handen mot bänken för att hålla balansen när smärtan tilltar.

– Migränen, säger hon, är inte möjlig att vila bort. Den tar över. Den kryper fram bakom ögat och breder ut sig tills allt annat bleknar.

Ändå fortsätter hon. Hon är själv läkare. Van vid att lyssna, bedöma, bära andras oro. Nu sitter hon på andra sidan, återhållsam, nästan urskuldande i sitt sätt att beskriva sina besvär. Vi talar om frekvens, duration, utlösande faktorer. Det som går att strukturera. Men mellan raderna finns något annat. En vardag som inte pausar.

Hon arbetar fortfarande. Anpassar tempot, men stannar inte. Hon möter patienter, lyssnar genom illamående, står kvar i ljus som förvärrar smärtan. Hon säger det utan att dramatisera.



Det medicinska språket fungerar, men räcker inte riktigt till. Det som blir tydligt är inte bara smärtan, utan priset hon betalar för att inte stanna.

Hemma finns mer ansvar. En förälder som nyligen insjuknat och nu behöver hjälp med det mesta. Kontakter som ska samordnas, läkemedel som ska justeras, en kropp som ska flyttas varsamt mellan säng och rullstol. Barn som ska hämtas, tröstas, få sina liv att fungera. Det finns ingen paus.

Vi talar om behandlingar. Profylax. Akutläkemedel. Sömn, belastning, återhämtning. Det medicinska språket fungerar, men räcker inte riktigt till. Det som blir tydligt är inte bara smärtan, utan priset hon betalar för att inte stanna.

– Jag behöver bara korta stunder, säger hon. Tio minuter räcker ibland.

Jag hör vad hon säger. Och vad hon inte säger. Att dessa minuter inte löser något, men gör det möjligt att fortsätta. Hon ber inte om mycket. Inte om att bli fri från smärtan, kanske för att hon vet att det inte är realistiskt. Hon söker något mer anspråkslöst, en möjlighet att hålla ihop ett liv där kraven inte minskar.

I mötet förskjuts min roll. Inte bort från det medicinska, men vidare. Från att enbart behandla till att också bevittna. Att erkänna det arbete som inte syns i journalen. Den ansträngning som ligger bakom varje fungerande dag.

När hon går därifrån tänker jag att vissa patienter förändrar hur man förstår sitt uppdrag. Vi är tränade att lindra, att åtgärda, att bota när det är möjligt. Men här finns något annat, något som handlar om att stödja ett liv som pågår trots smärta. Att se det. Att inte förringa det. Och att, när våra åtgärder inte räcker hela vägen, ändå stå kvar.

Det här är också medicin.

Jäv saknas.



Zeyad Albadri
Distriktsläkare,
Öxnehaga vårdcentral, Jönköping
zeyad.albadri@rjl.se

Nå ut med Mediahuset



Det här är Mediahuset

Vi är branschledande inom marknadsföring, utbildning och kommunikation inom den nordiska hälso- och sjukvårdssektorn och landets främsta arrangör av medicinska evenemang. Med våra produkter och aktiviteter stödjer vi olika behov av utbildning, kunskapsdelning och information – och skapar samtidigt plattformar för annonsörer att nå ut med sina budskap.

130 +

Evenemang årligen

Vi arrangerar många live-events och webinarier varje år.

90 +

Sajter

Vi hjälper våra kunder att designa och utveckla effektiva och snygga sajter.

27 +

Publikationer

Vi har lång och gedigen erfarenhet av att trycka och distribuera publikationer. Framförallt inom medicin och hälsa.



Intryck från psykiatrins hjärta

– något för oss allmänläkare i periferin också?

På Münchenbryggeriet i Stockholm hölls 11–13 mars årets upplaga av Svenska Psykiatriska Föreningens (SPF) kongress ”SPK 2026”. Som en av få allmänläkare på plats var det en speciell känsla att mingla på samma ställe där SFAM-kongressen hölls för mindre än ett år sedan. Då fyllt av bekanta kollegor och nu nästan bara okända ansikten som ändå kändes igen i samma stolta utstrålning av sin profession och i sina målinriktade steg runt om i de villande och vackra lokalerna. Ett visst brus av läkemedelsproducenter och andra representanter för privat och offentlig psykiatrisk vård var tydligare än på SFAM-mötet.

För ett år sedan publicerade vår redaktionsmedlem Charlotta Busch en mer heltäckande bevakning av 2025 års SPK-kongress i Göteborg [1]. Där hade Charlotta efter kongressen tagit del av alla de förtjänstfullt inspelade föredrag hon missat. Jag tillåter mig att istället ge en personligt färgad spaning över det som är nytt och kommande inom psykiatri och reflekterar över sådant som också är relevant för oss allmänmedicinare. Det blir förstås subjektivt utifrån vilka av alla de upp till sju parallella föredrag jag tyckte var intressant att bevista.

Spaning 1: Exit DSM

Som också framgår av artikel i Läkartidningen, författad av ST-läkaren i psykiatri och debattören Johan Bengtsson, publicerad bara några dagar efter SPK 2026, finns det starka skäl att överge DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) inom svensk psykiatri [2].



ADHD beskrivs här som en mer dynamisk diagnos som man kan ha under perioder, men som sedan kan försvinna ...

Utöver det som framgår i denna artikel sades det av en tongivande styrelsemedlem i SPF om DSM, att det inte kunde användas eftersom det kom från USA som inte längre kan ses som ett land man kan lita på. Varken utrikespolitiskt eller vetenskapligt.

Ett system som vill hitta så många nya diagnoser som möjligt där det sker en medikalisering av sådana normala psykiska be-



SPF presenterar som förening helt framt egna riktlinjer för en rad stora och viktiga sjukdomsgrupper inom psykiatri.

svär som de flesta har i livets olika skeden, innebär framför allt en möjlighet för privatpraktiserande amerikanska psykiatriker att tjäna mer pengar helt enkelt. Att DSM inte är fritt tillgängligt utan kostar tusenlappar att ta del av angavs också som skäl. Och ICD-11 verkar också ta över rollen att ge matnyttig text om hur man ställer diagnos.

Spaning 2: "De neuropsykiatriska tillstånden är väl inte mer 'neuro' än andra psykiatriska tillstånd"

Ett annat citat från kongressen, från en av de tongivande psykiatrikerna – ”Varför ska vi kalla det neuropsykiatriskt. Det är väl inte mer 'neuro' än annat psykiatriskt.” Nya tider.

Man hänvisade till debattartikeln i Svenska Dagbladet [3] med SPF:s ordförande Jonas Eberhard som förste författare. ADHD beskrivs här som en mer dynamisk diagnos som man kan ha under perioder, men som sedan kan försvinna och inte ge tillräckligt funktionshinder för att platsa som diagnos. På samma sätt som till exempel bipolära och andra psykiatriska tillstånd som kan ge stort lidande och stort funktionsbortfall i perioder, men som kan variera med mer normal och hög funktion med eller utan rätt medicinska åtgärder.

Frageställningen ADHD innebär inte ett gott skäl till ett specialspår inom psykiatri. Man menar i artikeln att det i stället behövs en ”bedömning baserad på bred utredning, förståelse av kontext och funktion, prioritering samt systematisk uppföljning och omprövning.” Vidare: ”Det finns inget blodprov, ingen hjärnskanning och ingen testning som kan ersätta en professionell helhetsbedömning av symtomens förlopp och svårighetsgrad, utvecklingshistoria, funktionsnivå och samsjuklighet.”

Synsättet fick dock mothugg i en avslutande paneldiskussion med titeln *Var står psykiatrisk diagnostik idag* och det förestår sannolikt en lång diskussion inom psykiatri i denna fråga.

Spaning 3: Kloka kliniska val

Tio kloka kliniska val (KKV) inom psykiatri är beslutade och presenterade i senaste numret av AllmänMedicins systertidning Svensk Psykiatri [4] och beskrevs nu för första gången på kon-

gressen. Flera KKV känns relevanta också för allmänläkare där vi har en av våra fem KKV som rör psykiatri och som också har sin motsvarighet inom psykiatrin – ”Undvik antidepressiva läkemedel vid lindrig depression”.

Det man annars vill undvika är bland annat snabb diagnos och behandling och att ställa diagnos eller påbörja behandling utan planerad uppföljning. Adekvat egenvård mot ångest och sömnsvårigheter krävs innan man sätter in läkemedel och särskilt vill man undvika antipsykotiska läkemedel vid behandling av sömnproblem.

Avslutande ”Undvik att följa riktlinjer utan att använda ditt omdöme för att anpassa dem till din patients behov och önskemål” pekar på SPF:s självständighet när det gäller riktlinjer mer allmänt.

Spaning 4: Riktlinjernas plats

Det börjar finnas riktlinjer från så många olika håll att bara detta faktum gör dem mer lämpade att se som ”inspiring suggestions” och ”tänkvärda tips” än något man behöver följa.

SPF presenterar som förening helt framtida egna riktlinjer för en rad stora och viktiga sjukdomsgrupper inom psykiatrin [5]. Men berättar också frukostigt att det finns andra riktlinjer som till exempel europeiska riktlinjer, nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, Nationella Vård- och Insatsprogram från SKR och många regionala riktlinjer, som till exempel Psykiatristöd från Stockholms läns landsting och från viss.nu som innebär ett primärvårdsprogram för bland annat psykiatri.



Just funktionsstörningen eller lidandet är inom psykiatrin ett första kriterium för att över huvud taget ställa en diagnos ...

Man vill dock mena att det är från läkarna inom SPF som de mest relevanta aspekterna för det kliniska arbetet finns. Ett arbete för psykiatrisk diagnostik allmänt pågår och presenterades på SPK men arbetsgruppen inväntar Socialstyrelsens färdigställande av översättning av ICD-11 innan publicering blir av.

Spaning 5: Funktion snarare än diagnos eller Diagnos på den funktionsnedsättning patienten har

När vi skriver våra intyg för sjukskrivning ser vi alltid frågan – Vill du använda ICF för att göra din bedömning av patientens funktionsnedsättning? Den oöverskådliga och alltför omfattande manualen har dock avskräckt. Nu arbetar man inom psykiatrin med ”core sets” för specifika diagnoser som ska underlätta.

Just funktionsstörningen eller lidandet är inom psykiatrin ett första kriterium för att över huvud taget ställa en diagnos varför detta synsätt på diagnos som bygger på en kvantifiering av funktionsstörning, blir särskilt viktigt.

Spaning 6: Patienterna ska också vara med

En annan spaning är att det finns en sammanhållen organisation, NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa – nsph.se) som binder ihop olika patientorganisationer. Och den höll också några riktigt vettiga föredrag. Samarbete med patienter och deras organisationer är mer tydligt inom psykiatrin än inom allmänmedicinen. Där tyvärr motsvarande organisationer ofta vill medikalisera mer och hålls under armarna av läkemedelsindustrin.



Det finns en tydlig önskan om mer samarbete med oss allmänläkare, eller i alla fall med ”primärvården”.

Spaning 7: Mer samarbete med allmänmedicinen

Det finns en tydlig önskan om mer samarbete med oss allmänläkare, eller i alla fall med ”primärvården”. Jag skulle tro att SFAM:s Nätverk Psykisk Ohälsa kan bli en viktig samtalspartner. Att nätverket finns var inte känt bland så många, men bland en del tongivande psykiatriker efterlystes just en sådan mer specialiserad enhet inom SFAM.

Inga jäv.

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



Referenser:

1. <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-2-2025/a/svenska-psykiatrikongressen-2025-12-14-mars-svenska-massan-i-goteborg/1919/1904223/62701575>.
2. https://lakartidningen.se/opinion/debatt/dags-att-skrota-lobbyprodukten-dsm/?utm_medium=email&utm_source=Newsletter&utm_campaign=Psykisk%20oh%C3%A4lsa%20kopplat%20till%20jobbet%20vanligast%20hos%20svenska%20distrikts%C2%AD%C3%A4kare
3. <https://www.svd.se/a/xrPz0V/adhd-ar-psykiatri-inte-en-egen-vardektor-skriver-debattorer>
4. <https://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>
5. <https://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>

Min smukke hud

När Charlotte Näslund Koch, ST-läkare i dermatologi och venerologi vid Gentofte Hospital norr om Köpenhamn, 2023 undersökte en ung kvinna med psoriasis upplevde hon något oväntat. Samtidigt som patienten berättade om skammen över sin hud, om obehaget att besöka en simhall eller vara intim med sin man, drogs Charlottes blick till psoriasisplacken på kvinnans rygg. De presenterade sig plötsligt inte som del av en sjukdom, utan som ett vackert mönster. Som målade blommor. Som konst. Kontrasten mellan patientens upplevelse och det visuellt synliga väckte ett driv inom Charlotte, ett driv till förändring. Det var nog ingen slump att just psoriasisaffekterad hud gav upphov till vad som komma skulle, 2024 disputerade Charlotte på psoriasis och dess samsjuklighet.

Efter arbetsdagen funderade Charlotte vidare på våra nutida skönhetsideal i förhållande till rådande (o)kunskapsläge, i befolkningen, för vanligt förekommande hudsjukdomar. Smittar psoriasis? Kan man bada med eksem? Kan man bota alopeci, eller förresten, vad är egentligen alopeci?

Inspirerad till att utmana samhällsidealet, och samtidigt bidra till ökad kunskap i samhället, spånade Charlotte på hur hon skulle kunna göra just detta. Vad är egentligen skönhet? Hur ser vanligt förekommande sjukdomar i huden ut? Och, hur når man befolkningen?

Charlotte skapade fotoutställningen *Min smukke hud* som premiärvisades på Kulturhuset Indre By i centrala Köpenhamn i september 2025. Utställningen visar vanliga människor med vanliga hudsjukdomar. En tid senare möts vi upp för en intervju.

Hur fick du idén till en fotoutställning? Är du konstnärlig av dig?

– Njæe, det vet jag inte, men jag såg plötsligt min vän framför mig. Han som bär sin hårlöshet med stolthet. Han brukar säga, har man träffat mig minns man mig. Han kallar det sin superkraft. Andra kallar det alopecia areata. Jag såg honom vackert avbildad i en konsthall – och jag hade min idé klar. Min drivkraft har varit önskan att göra skillnad för patienter som lider av sin hud-åkomma. Att minska den snäva synen på hur hud förväntas se ut.

Hur hittade du rätt samarbetspartners för att förverkliga idén?

– Jag kände sedan tidigare till den danska dokumentärfotografen Marie Hald. Hon är känd för att kunna skildra mänsklig utsatthet utan att exploatera den. Det var en förutsättning för att kunna genomföra projektet med tanke på att forskning visar att personer med hudsjukdomar kämpar med stigmatisering, låg livskvalité, social isolering, ångest och depression. Marie tackade ja direkt. Tillsammans med sjuksköterskan Anna Krontoft Belling sökte vi sedan och fick finansiering från LEO-stiftelsens ”Education and Awareness Grant”.

Och sen, vad hände sen?

– Hösten 2024 påbörjades fotograferingen. Vänner och patienter tillfrågades om att bli porträtterade. Några enstaka tackade



Alopeci Jeg dyrker hudens skønhed i dens bare æstetik, fra en blød og hårløs plet til vild og spættet mosaik, samt utilsjoret rå, når alle hårstrå ryger ud. For sådan er mit kunstværk - til dig, min smukke hud.



Vitiligo Jeg reflekterer solen, så din hud, den lyser op, fra hvide, bløde skyer, som jeg maler på din krop. Det gi'r kontrast til farver som brug af kaltet lud, for sådan er mit kunstværk - til dig, min smukke hud.

nej. Slutresultatet blev 16 konstfotografier som viser människor med akne, atopiskt eksem, psoriasis, handeksem, hidradenitis suppurativa, hyperhidros, urtikaria, nevus flammeus och faktiskt fräcknar. Fotograferingen har givetvis skett helt utan smink och bilderna visas helt utan filter.

Du berättade att du ville utmana samhällsidealet och utbilda befolkningen. Berätta mer.

– Till varje fotografi finns en dikt skriven av min hudläkarkollega, överläkare Jesper Elberling. Dikterna är tänkta att locka



Nevus flammeus

Jeg væver dig et mærke, som funkler mørkt og lyst. Det er et sjældent smykke af en spundet ametyst og prægtige venoler i et filtret sammenskud, for sådan er mit kunstværk - til dig, min smukke hud.



Psoriasis

Jeg smeder mørke pletter med tykke, hvide skæl. På albuer og knæ, de står som gletscher på et fjeld og drysser skæl som is og sne, der er i overskud, for sådan er mit kunstværk - til dig, min smukke hud.

till reflektion och eftertanke. Vid varje fotografi finns även en QR-kod till sundhed.dk (motsvarande 1177.se) för att betraktaren lätt ska kunna informera sig om hudsjukdomen.

Har du redan märkt att du har gjort skillnad?

– Ja, faktiskt – direkt efter vernissagen. En mamma till ett barn som besökte vernissagen berättade att de dagen efter mött en kvinna med ett rött märke i ansiktet och barnet hade stolt sagt till sin mamma: ”Det där, det är ett nevus flammeus och det är ingenting konstigt.” Det var magiskt att få höra.

Hela projektet också varit en del av en tilltänkt publikation.

– Jajamensan. De som avbildades och de som besökte vernissagen fick besvara ett antal frågor. För de som fotograferades var det ofta själva fotograferingen som var förlösande. Att få känna sig vacker och önskad. Det ligger helt i linje med forskningen som visar att destigmatiserande åtgärder har effekt på måendet hos patienter med hudsjukdomar. Artikeln är accepterad i tidskriften JEADV (Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology) [1].

Fotografierna är otroligt vackra – vad händer nu?

– Originalfotografierna visas på Gentofte Hospital. I höstas fick vi sedan ett bidrag från en privat fond för att kunna skapa en vandringsutställning. Mottagarna kommer att vara utbildningsinstitutioner och deras enda åtagande är att besökare på utställningen besvarar frågorna som ligger till grund för artikeln. På önskemål från vernissagebesökare har vi också tagit fram konstboken ”Min smukke hud” [2] samt skapat möjligheten att köpa vissa av fotografierna som väggplanscher för till exempel väntrum.

Allt låter så enkelt och glädjefyllt när du berättar om projektet. Har det inte funnits några utmaningar?

– Inte så många alls faktiskt. Vi har mötts av hejarop och stöttning. Det svåraste var nog att boka lokal för själva vernissagen, tydligen bokas konsthallar flera år i förväg. Möjligen att det var lite utmanande att hitta personer, med akne och akneärr, som ville ställa upp för fotografering. Många berättade om en traumatiserande tonårstid och ville helst inte väcka den björn som nu sov stilla i vuxen ålder.

Om du får drömma fritt, vad hoppas du på framöver?

– Jag har redan en tanke om en uppföljande fotoutställning där fokus ligger på hudens naturliga variationer som till exempel olika hudtyper, rynkor och ärr. Och tänk, tänk att få visa fotografierna på Louisiana. Det vore en dröm.

Slutligen frågar jag vad den stora behållningen varit. Min syster, Charlotte alltså, som nu bott i Danmark i över 15 år, förstår först inte frågan. Förstår inte det svenska uttrycket. Vi skrattar båda.

– Det har varit oerhört berikande att möta personer som bär sin yttre karaktäristika med stolthet, ofta med en otrolig utstrålning. Och det har varit fantastiskt att se suget efter denna typ av initiativ i samhället.

Jäv: Nej

Sofie Näslund
Allmänläkare, barnhälsovårdsöverläkare,
Region Gävleborg
sofie.naslund@regiongavleborg.se



Referens:

- 1 Näslund-Koch C, Elberling J, Skov L, Fabricius S, Zachariae C, Krøntoft ASB. 'My Precious Skin'-A photo exhibition to promote awareness and destigmatization of skin diseases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2026 Mar 7. doi: 10.1111/jdv.70408. Epub ahead of print.
- 2 Min smukke hud, Charlotte, Näslund Koch, Anna Sophie Nicoló Belling Krøntoft og Jesper Vraemark Elberling (digte), FADL FORLAG, ISBN 9788776251116



Värdera din kompetens

genom webbenkäter i Multi Source Feedback

Möjligheten att få feedback om sin kompetens från medarbetare och patienter genom anonyma enkäter från vår webbtjänst Multi Source Feedback (MSF) för läkare, har använts av cirka hundra läkare per år sedan 2016. En av dem är Anna Beck.

– Som studierektor i Norrbotten sedan 2013 valde jag tidigt att genomföra en egen MSF. Upplevelsen var dubbel: både sårbar och stärkande. Jag fick konkret, användbar information om hur mitt arbetssätt och min kommunikation uppfattas – kunskap jag inte hade kunnat få från enbart enskilda kollegiala samtal.



Anna Beck, allmänläkare, ordförande SFAM Utbildningsråd, studierektor Norrbotten – Luleå/Boden.

MSF för läkare är vår svenska vetenskapligt validerade och anpassade version [1-3] av General Medical Councils Multi Source Feedback Questionnaire (GMC-MSFQ) från Storbritannien, ett av världens mest beprövade 360-graders instrument för kompetensvärdering som lanserades av General Medical Council 2012 [4, 5], något vi berättade om in en artikel i AllmänMedicin 3 2016 [6]. 360-graders värderingar och varianter av GMC-MSFQ används fortfarande i många anglosaxiska länder som en del av läkares revalidering [7]. I bland annat Storbritannien och Australien är det obligatoriskt för alla läkare att vart femte år använda GMC-MSFQ som en del av sin revalidering för att få behålla sin legitimation [8].

Från vår svenska GMC-MSFQ-version byggde Thomas Marmolin, med stöd av undertecknad, en webbtjänst 2016 som vi döpte till *Multi Source Feedback (MSF) för läkare*. Tjänsten skapades i en äldre version av Ruby on Rails som vi nu flyttat till en säker miljö i domänen msf360l.se, länkad till en portal på SFAM:s hemsida. Du hittar länken till MSF för läkare här: <https://sfam.se/foreningen/st/msf-for-lakare/>. Vårt ideella projekt är nu säkrat för framtiden i SFAM och kostar inget att använda.

MSF för Läkare

I MSF för läkare jämförs din egen bedömning med medarbetares bedömningar av dina kunskaper och färdigheter, din förmåga till reflektion och utveckling, din

undervisningsförmåga och ditt förhållningssätt. Din empati och konsultativa förmåga jämförs med patienternas bedömningar.

Hur går det till att få feedback från medarbetare och patienter?

Gå till msf360l.se. På förstasidan finns blå knappar till webbenkäter för självvärdering, medarbetar- och patientenkäter. Genom att klicka på knappen ”Läkare” kan du registrera dig med namn och e-post. Då tilldelas du en personlig kod som du måste spara och komma ihåg.

Logga in med koden så kommer du vidare till en deltagarsida med anvisningar om hur du skickar meddelanden till dem du önskar feedback från. Alla svar ges frivilligt och är anonyma. Se vidare information i webbtjänsten.

Börja med självvärderingen som ger dig översikt över enkäternas samtliga frågor. Självvärderingen tar fem till tio minuter att besvara. Den kan du sedan använda för att jämföra dina egna svar med svar från medarbetare och patienter som du kan diskutera med handledaren eller kollega.

Minst 15, men helst 35, patientenkäter per läkare behövs för att ge representativa svar. Se detaljer i programmet. På en liten arbetsplats kan det vara ett problem att samla tillräckligt antal svar. ST- och BT-läkare kan då använda sina kontakter på andra arbetsplatser. Personalomsättningen kan tidsmässigt utnyttjas av erfarna specialister för att samla fler svar under en längre tid. När du fått in

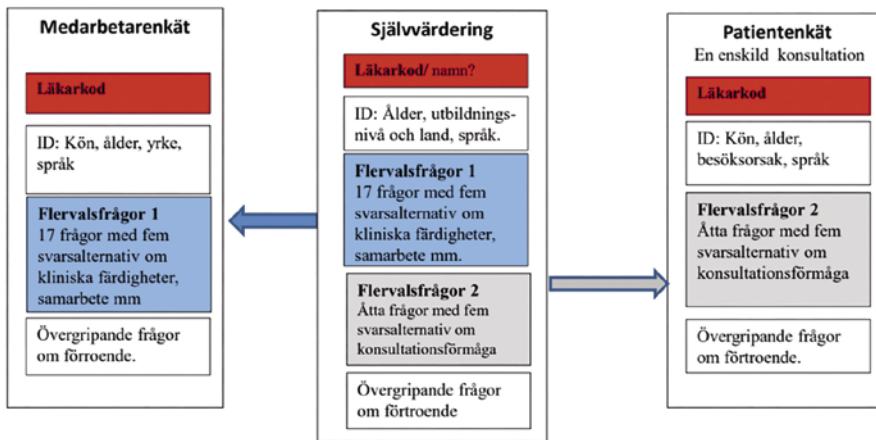
Kön/ålder i år	<15	15–20	21–40	41–60	61–80	>80	Totalsumma
Kvinnor	44	16	128	208	273	61	732
Män	58	35	205	352	344	95	1 095
Totalsumma	102	51	333	560	617	156	1 827

Tabell 1: 1 827 patientvärderingar i MSF för läkare från 2016-09-13 till och med 2025-09-12. Köns- och åldersfördelning.



MSF för läkare. Strukturen i de tre enkäterna

Syftet är att jämföra dina svar med patienters och medarbetares svar



I varje enkät ingår även en öppen fråga för konkret feedback

Figur 1: MSF för läkare består av tre enkäter med frågor kopplade till varandra. Syftet är att jämföra dina svar med patienters och medarbetares svar. Självvärderingens frågor är uppdelade i block som relaterar till motsvarande delar i medarbetarenkäten och patientenkäten.

minst 10 medarbetarenkäter eller minst 20 patientenkäter öppnas automatiskt en resultatrapport. Det finns även en övningsdatabas med demorapporter. Använd inte övningsdatabasen för självvärdering om du själv önskar jämförande feedback.

Insamlade enkätsvar från användare, medarbetare och patienter lagras i webbtjänstens databas som är lösenordsskyddad och åtskild från programmet. Ur databasen har vi tagit fram anonymt gruppmaterial, både kvantitativt och kvalitativt från september 2016 till nu.

Några resultat

Här presenteras ett urval av demografiska uppgifter. Av de 503 läkare som gjort självvärdering var 47% kvinnor och 53% män. 64% hade svensk grundutbildning, 25% i EU och 10% utanför EU. De flesta arbetade i Norrland, Södra Götaland och Östra Svealand. Webbtjänsten har använts av allmänläkare i 68%, av opererande specialiteter i 10%, av medicinska specialiteter, psyk- och akutläkare i cirka 4% vardera.

I databasen finns 4 621 enkätvärderingar från medarbetare varav 853 läkare, 1 250 sköterskor och 670 med övriga yrken. Tabell 1 visar ålder och könsfördelning för 1 827 patienter som lämnat enkätvärderingar mellan 2016-09-13 och 2025-09-12.

Diskussion

Cirka hundra läkare per år, i många specialiteter över hela Sverige, har fått feedback i webbtjänsten sedan september 2016. Kvantitativa resultat finns. Även kvalitativ innehållsanalys av enkäterna som gjorts med AI, skulle kunna presenteras i andra sammanhang. Många förbättringar har tillkommit i programmet under åren. Som ett stöd i bedömningen av enkätfrågorna har tio allmänmedicinska studierektorer enats om och rangordnat exempel på bedömningskriterier för tillräcklig respektive otillräcklig klinisk kompetens inom enkätens fem olika områden. Se bedömningskriterier i programmet.

Resultatrapporter har automatiserats. För att stimulera användning av patientenkäter är det nu enkelt att lämna eller skicka pappersinformation med QR-kod för e-svar. Genom att skapa ett medelindex och kriterier för godkänd svarsnivå har vi skapat förutsättning för användare att kvalificera sig för ett MSF-certifikat.

MSF är ett underskattat verktyg. Det är angeläget att sprida kunskap till våra yngre kollegor om MSF och hur den ska användas. MSF blir inte bättre än kulturen den landar i. Feedback är ett hantverk. Arbetsplatser vinner på att träna både givare och mottagare på feedback: gör den specifik, ge den i närtid, håll den objektiv och avsluta med en plan (STOP-principen). Den som tar emot

behöver också språk för att avdramatisera och omvandla reaktioner till lärande. Anna Beck blir ofta kontaktad av chefer som vill ha stöd i att kompetensbedöma erfarna specialister.

Många är mycket skickliga kliniker – men kan ändå behöva stöd i att se sina egna utvecklingsområden. Här fungerar MSF utmärkt. Instrumentet fångar klinisk kompetens, beteenden, kommunikation, samarbete och ledarskap på ett sätt som kollegiala enskilda samtal aldrig kan ge. MSF är ett av de verktyg som stärker det livslånga lärandet och behöver upptäckas av fler. Mina drygt 20 års erfarenheter som kompetensvärderare i SFAM och inom Region Stockholm har lärt mig vilket mervärde det tillför ST-läkarna att kombinera Mitt-i-ST-värderarens beskrivande kompetensanalys med feedback från kollegor, medarbetare och patienter genom kvantitativa och kvalitativa enkätsvar i MSF för läkare med fokus på god allmänmedicinsk praktik.

Jäv saknas.



Jan-Eric Olsson

Pensionerad allmänläkare, före detta studierektor, Hägersten
leo1130@telia.com

Referenser:

- (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)
3. Nytt svenskt instrument för kompetensvärdering av läkare. Läkartidningen. Åtkomstdatum: 09 mars 2026. [Online]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/vetenskap/nytt-svenskt-instrument-for-kompetensvardering-av-lakare/>
 4. J. L. Campbell. GMC Multi-Source Feedback Study Scientific report of the Main Survey (2008-10) Executive Summary. UK General Medical Council, 10 februari 2012.
 5. P. D. Rubin. Commentary: The Role of Appraisal and Multisource Feedback in the UK General Medical Council's New Revalidation System. Academic Medicine December 2012, vol. 87, nr 12, s. 1654–1656, 2012, doi: 10.1097/ACM.0b013e3182758c02.
 7. J. Lockyer och J. Sargeant. Multisource feedback: an overview of its use and application as a formative assessment. Can Med Educ J, vol. 13, nr 4, s. 30–35, aug. 2022, doi: 10.36834/cmej.73775.
 8. C. Vayro m.fl. Colleague appraisal of Australian general practitioners in training: an analysis of multisource feedback data. BMC Med Educ, vol. 22, nr 1, s. 494, juni 2022, doi: 10.1186/s12909-022-03559-5.



Konsultationskunskap för specialister

I slutet av november hålls kursen *konsultationskunskap för specialister* på Dufweholms Herrgård i Katrineholm. En utbildning som främst riktar sig till specialister i allmänmedicin. Deltagarna varvar korta teoripass med praktiska övningar i smågrupper och fokuserar på att ge konkreta tips som underlättar vardagen för läkare med patientmöten.



Malin Resman Friis gick kursen i höstas.

Hon är specialist i allmänmedicin sedan 18 år tillbaka och jobbar nu som studierektor i Region Skåne. Malin ville gå kursen för att fräscha upp sina egna kunskaper, men också för att hålla jämna steg med sina utbildningsläkare. Något hon menar att fler kollegor med lång tid i yrket borde göra.

– Jag tycker nog att framför allt de specialister som jobbat ett tag i större utsträckning har behov av att gå en konsultationskurs. Jag gör det för att hålla jämna steg med mina utbildningsläkare som redan har haft konsultationskurser på grundutbildningen, och ofta har den kunskapen med sig från början, säger Malin Resman Friis.

För läkare inom allmänmedicin är kunskapen om hur man pratar med patienterna extra viktig i vardagen, med många möten där läkaren inte alltid vet exakt vad konsultationen kommer handla om förrän man träffar patienten.

Kursen på Dufweholms Herrgård arrangeras av Provinsialläkarstiftelsen som har som uppdrag att olika sätt verka för ”provinsialläkarnas förkovran i yrket”. Kursen leds av de erfarna kursledarna Sofia Hellman, Staffan Ahlkvist och Malin Lagerberg, alla specialister i allmänmedicin och med lång erfarenhet av att ge kurser i konsultationskunskap.

– För min del var kursen ett bevis på att jag fortfarande kan konsultationens grunder, men övning ger ytterligare färdighet. Det var utvecklande och gav ytterligare tips på vad jag behöver fokusera på. Att få träna på patientmöten i en fiktiv miljö gav väldigt mycket, säger Malin Resman Friis.

Kursen bygger på väl beprövade metoder där deltagarnas konkreta patientmöten står i fokus, allt för att främja ett bättre möte mellan patient och läkare.

– Det spelar ingen roll hur breda medicinska kunskaper du har om du inte kan möta patienten där den befinner sig, då är det svårt att hitta en gemensam väg framåt, säger Malin Resman Friis.



– Alla som deltar i kursen lär av varandra, vi hjälps åt och får en möjlighet att reflektera över vårt arbete tillsammans, säger Malin Lagerberg, kursledare och läkare på Nötkärnan Bergsjön vårdcentral.

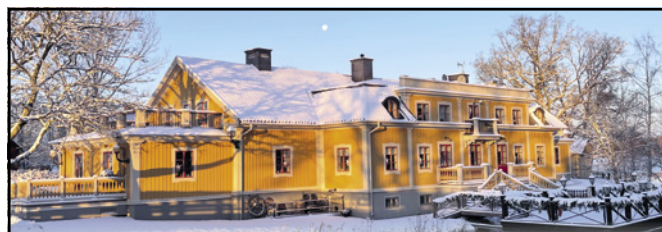
Jäv saknas.



Manne Fridell
Journalist, Göteborg



Illustration: Annika Andén



Provinsialläkarstiftelsens kurs i samtalsmetodik

25–27 november 2026, Dufweholms Herrgård

Välkommen till Provinsialläkarstiftelsens kurs i samtalsmetodik på Dufweholms Herrgård den 25–27 november. En unik möjlighet att uppdatera dina färdigheter i konsultation. Korta teoripass varvas med praktiska övningar i smågrupper under direkt handledning av erfarna kursledare.

Kursen fokuserar på att ge dig konkreta verktyg att använda i mötet med patienter för att underlätta vardagen som läkare. Du får även redskap att använda vid handledning i konsultationsteknik enligt samma modell som dagens ST-läkare i allmänmedicin. Vi arbetar utifrån självupplevda patientmöten. Handledning sker utifrån deltagarnas tidigare erfarenhetsnivå.

Kursen är i internatform på vackra Dufweholms Herrgård och vänder sig i första hand till specialister i allmänmedicin. Goda kommunikationer, nära Katrineholm.

Mer information och anmälan finns via Provinsialläkarstiftelsens hemsida (QR-kod).

Kursledare: Sofia Hellman, Staffan Ahlkvist, Malin Lagerberg, specialister i allmänmedicin





Hur har du det annars? • Kristian Svenberg • Förlag: Kristian Svenberg
• Utgiven: 2026-04-02 • Språk: svenska • Antal sidor: 180 • ISBN: 9789181119695



Om berättelsens kraft i vården

Kollegan Kristian Svenberg har skrivit en bok om berättelsens kraft i vården. Boken har titeln *Hur har du det annars?* En öppen fråga som kan leda åt alla håll. Inte minst lämplig om konsultationen har kört fast i ofruktbara detaljer om svårbegripliga symtom. Frågan är så öppen att alla svar är möjliga. Den öppnar för berättande, alltså ingen slump att den återkommer ofta i bokens tolv kapitel.

Kristian Svenberg är nog mest känd för artiklar och avhandling (2011) om somaliska flyktingars möte med svensk sjukvård. Den aktuella boken är ingen avhandling och knappast heller en lärobok, men man lär sig mycket av att läsa den. Kortfattat består den av berättelser om författarens möten med ett stort antal patienter vid två vårdcentraler i Göteborg under perioden 1992–2021. Främst invandrare, många från Somalia och Mellanöstern.

Svenberg rör sig fritt i tiden utan kronologiska ordning. Berättelserna samlas under teman och kapitelrubriker som *Tolkningar*, *Tortyr – ett mordförsök på tilliten*, *Var får jag tag på kamelkött*. Många sjukdomshistorier är tunga, svårlösta, för att inte säga olösliga. Med sin djupa empati, lätt tillbakåtlutande hållning och humor lyckas författaren undvika hopplösheten. Språket löper lätt. Även när han låter sina patienter berätta om outhärdlig tortyr behåller språket en nödvändig distans för att vara effektivt. För många av tortyroffren blir berättandet en ventil, som kan lätta något på trycket av den oerhörda smärta de bär på.

De flesta patientmöten förmedlas av tolk. Jag som under yrkeslivet bara arbetat med tolk vid sporadiska tillfällen lär mig mycket av alla konkreta (ibland dråpliga) exempel och av författarens reflektioner kring möjligheter och begränsningar med tolk i vården.

Många möten är överraskande. Det är lätt att le åt kvinnan i 60-årsåldern som söker för att hon vill bli längre. Hon har alltid lidit över sin kortvuxenhet och fått utstå många smädelser för den genom åren. När hon förstår att ingen bot finns att få blir hon besviken och säger lakoniskt: ”Vad synd. Jag som hoppades att du kunde hjälpa mig. Men det kan inte vara lätt att vara läkare”. Så lätt går det inte alltid. Flera uttrycker stark besvikelse över att inte få hjälp, några byter doktor eller vårdcentral. Vid några tillfällen uppstår starka konflikter som tycks hanteras väl i kollegiala samtal.

Genom hela boken är det *livsvärldens röst*, som hörs starkast. Det innebär att patienten med lite hjälp av en lyssnande doktor får berätta om sitt liv och sina symtom. *Medicinens röst* hörs då och då, kanske mest som försvarande för en djupare förståelse. Men några fall av uppenbara diagnostiska missar tydliggör behovet av den biomedicinska ryggraden. Författaren säger det vid flera tillfällen.

Alla i vården vet att det är svårt att förhålla sig till tro och sedvänjor i främmande kulturer. Författaren värjer inte för detta. Han visar på hur rasismen kan vara väl så stark mellan olika invandrargrupper, som mellan svenskar och invandrare. Kristna grupper från Mellanöstern tycker vi har låtit muslimer översvämma landet. Andra tycker att vi har släppt in alldeles för många kurder. Svenskarna är alltför godtrogna och det kommer att straffa sig på sikt menar man.

Flyktingars berättelser är ibland helt osanna eller starkt överdrivna. När Svenberg möts av sådana påståenden från invandrare själva försöker han ställa sig i flyktingens skor och tänka: Hur skulle jag själv gjort i ett hårt pressat läge? ”Jag är inte polis, jag är läkare”.



Jag som under yrkeslivet bara arbetat med tolk vid sporadiska tillfällen lär mig mycket av alla konkreta (ibland dråpliga) exempel och av författarens reflektioner kring möjligheter och begränsningar med tolk i vården.

Författaren är själv närvarande som subjekt i berättelserna. Han noterar detaljer i rummet, klädsel, kroppsspråk och vad som utspelar sig i periferin utanför fönstret. Många måsar hinner segla förbi genom åren och många sköna vindar livar upp när han cyklar längs älven mellan hemmet och jobbet. Ett helt kapitel ägnas åt författarens egna, lätt hypokondriska sjukdomssymtom som resulterar i flera tveeggade möten med vården. Att gå in i patientrollen ger perspektiv på den egna läkarrollen.

På de sista sidorna i boken skriver Svenberg om mötet som ”yrkets glödande centrum”. Den vackra metaforen är väl grundad i bokens patientberättelser. Som läkare känner vi bara fragment och pusselbitar av patienternas liv, men ett gott möte kan vara som ”ett nedslag i en ljus glänta i solen”.

Som ung man hade författaren starka planer på att bli professionell musiker. Det blev medicinstudier istället, men musiken har fortsatt spelat en viktig roll i hans liv. Man kan nästan känna

den musikaliska rytmen i texten, lite som hos hans jazzfavorit Charlie Parker, fast lugnare och mer eftertänksamt. För den som vill ut ur den biomedicinska buren utan att släppa kontakten med den medicinska vetenskapen är detta en utmärkt bok. Här blåser det friskt från alla håll. Olika kunskapsformer blandas fritt. Intuitionen grundad i egen erfarenhet väger tyngst, men respekten för det evidensbaserade vetandet finns tydligt i bakgrunden.

Jäv saknas.

Christer Petersson
Senior allmänläkare, Växjö
cpetersson121@gmail.com



Vård utan värde – Undvik lågvärdevård och bli en klokare kliniker • Oskar Lindfors, David Gyll, Johan Bengtsson, Minna Johansson (red.) • Förlag: Studentlitteratur • Utgiven: 2026-04-28
• Språk: svenska • Antal sidor: 264 • ISBN: 978-91-44-19638-1



Värdelös vård

Det är nog få, åtminstone bland Tidskriften AllmänMedicins läsare, som undgått senaste årens ökade intresse för hållbar diagnostik och behandling. Begrepp som lågvärdevård, överdiagnostik och *Time Needed to Treat* har fått allt mer centrala platser inom den medicinska, och särskilt den allmänmedicinska, diskussionen. Det startas växande initiativ som *Too Much Medicine*, *Choosing Wisely* och vår svenska version *Kloka Kliniska Val*. Hittills har det dock saknats en grundläggande sammanställning av hela fenomenet lågvärdevård – något som författarna till boken *Vård utan värde* vill ändra på.

Boken är skriven av fyra redaktörer (Oskar Lindfors, David Gyll, Johan Bengtsson och Minna Johansson) med 15 medförfattare, ett namnkunnigt gäng som redan innan har stått för stora delar av allt som skrivits inom ämnet i Sverige. Flera har varit delaktiga i artikeln *Överdiagnostik – vad är det?*, som utsågs till ”årets översiktsartikel” i *Läkartidningen* år 2023. *Vård utan värde* tar sig an ett betydligt bredare ämne, men de 260 sidorna är relativt lättlästa. Texten genomsyras av en stark vetenskaplig koppling med omfattande referenser, men lyfts

också av många träffande fallbeskrivningar som bidrar med pedagogisk konkretisering.

Vård utan värde är studentlitteratur, och ges ut av förlaget med samma namn. Och kanske ligger dess allra största värde och potential just i detta, att den inte riktar sig enbart till de redan frälsta, utan har ambitionen att (ganska ingående) introducera ämnet till blivande kollegor oavsett specialitet. När jag examinerades 2018 existerade på läkarprogrammet i stort sett inte alls någon diskussion om lågvärdevårdens existens eller konsekvenser för patienter, vård och samhälle. Hög aktivitet var i regel synonymt med hög effektivitet. Om boken, som första svenska kurslitteratur inom ämnet, kan bidra till att lärosätena börjar täppa igen detta allt mer betydande hål i utbildningen, så har den gjort en stor förtjänst inte bara för studenterna utan även för vårt framtida vårdssystem och befolkning. Stora ord, jag vet, men i en tid där många av lågvärdevårdens drivkrafter ökar samtidigt som färre ska vårda fler, blir det allt viktigare med den sunda skepsis och det kritiska förhållningssätt som boken syftar till att sprida på bred front. Förutom läkare borde målgruppen inkludera andra vårdpro-

fessioner med kliniskt beslutsfattande samt riktlinjeförfattare och vårdutvecklare.

Några fantasifulla illustrationer ska man inte vänta sig, rent grafiskt är innehållet mer likt en generisk myndighetsrapport, men strukturen är utmärkt tydlig. Figurer och diagram är ritade med pedagogisk omsorg och bär träffsäkert fram sin poäng. Ibland funderar jag på varför jag aldrig fått se just det här diagrammet tidigare, kan jag låna in det till min lågvårdevårdsföreläsning för AT-läkare?

Strukturellt är boken uppdelad i fyra delar och i sin tur i kortare kapitel, som inte nödvändigtvis måste läsas i ordning, utan är relativt fristående. **Första delen** ger mestadels bakgrund till vad lågvårdevård är (svårare att definiera än man kan tro). Hur kan den identifieras, eller omvänt, hur vet man om en viss insats är lågvårdevård eller ej?

Del 2 benämns *Lågvårdevård i kliniken* och för tankarna till Kloka Kliniska Val, utifrån hur kapitlet är uppbyggt, med kortfattade konkreta exempel på lågvårdevård från ett dussintal olika specialiteter. Perspektivet är dock mer berättande och resonerande – några direkta listor på icke-göra presenteras inte. *Vård utan värde* är snarare en bok, som lär en hur man lagar mat från grunden, än en receptsamling. Medförfattarna, från olika specialiteter, ger en konkret historisk och nutida inblick i hur lågvårdevården kan förekomma och behöva hanteras på olika sätt i respektive specialitet eller område. Psykiatrin, vars diagnoser inte går att ”detektera” eller ställa objektivet, beskrivs som ”ett eget kapitel” och får också ett helt eget kapitel.

Del 3 behandlar mekanismer och drivkrafter bakom lågvårdevård, från medikaliseringens begynnelse till AI och ny teknik på gott och ont. Som icke-forskande kliniker uppskattar jag särskilt mycket det allmänbildande kapitlet om forskning och hur man kritiskt granskar den. Där bjuds allt från små tips (ett exempel: att vara extra vaksam på just slutsatsen i abstract, för att inte svälja överoptimistisk tolkning av forskningsresultat)

till en gedigen inblick i forskningens motsvarighet till lågvårdevårdens angränsande stora gråzon av tveksamheter: QRP, Questionable Research Practices.

Fjärde och sista **delen** är allra mest handfast – hur gör vi som enskilda medarbetare för att motverka vård utan värde? Hur undviker man defensiv medicin utan att äventyra patientsäkerheten? Här redogörs för befintliga initiativ mot lågvårdevård, klok användning av tester och ett eget kapitel med djupdykning i evidensbaserade metoder för utmönstring (de-implementering) av lågvårdevård. Boken lever alltså som den lär – när målet är att motverka ineffektiv sjukvård måste medlen (metoderna), som föreslås, vara bevisat effektiva.

Kan studentlitteratur vara läsvärd även för ”färdiga” läkare? Absolut. Delar av innehållet blir förstås repetition för den som följt med i diskussionerna om hållbar vård, men många delar är nya även för mig. Relevansen är definitivt lika stor om man befinner sig mitt i den kliniska vardagen som om man har den framför sig.

Jag kan inte summera boken bättre än vad föreståndaren för Prioriteringscentrum i Linköping, Lars Sandman, gör i förordet: En högvärdebok om lågvårdevård. Förra året storköpte jag Fanny Nilssons bok *Åk till akuten* och delade ut till chef och kollegor omkring mig – både av altruistiska och egoistiska skäl. Jag visste att Vårdsverige kunde bli bättre om boken fick stor spridning, men kände mig också lite stolt över att ge bort något riktigt välgjort och glad över att få fler att diskutera den med. Årets utdelningsbok blir sannolikt *Vård utan värde*.

Jäv saknas.

Linus Källgård
ST-läkare, Veddige/Bua vårdcentral
linus.kallgard@gmail.com



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



Ja, vi åldras. Två systrar om vad som väntar – fakta och funderingar

• Catarina Canivet och Maria Gruvstad • Förlag: Carlsson • Utgiven: 2025-10-21
• Språk: svenska • Antal sidor: 299 • ISBN: 9789189826731



Insikter om åldrande

I podden *Good morning Thailand* rapporteras om en 64-årig man som smugglat kokain. Den ena poddprataren undrade om en så gammal man verkligen var intresserad av droger. Den andra svarade "Sixtyfour years is not that old". Kanske har dessa 30–35-åringar svårt eller undviker att tänka sig in i en äldre människas situation.

Allmänläkaren Catarina Canivet och hennes syster, Maria Gruvstad, har tillsammans skrivit boken *Ja, vi åldras* med träffande illustrationer av den för tidskriften välkände Annika Andén. Catarina Canivet (som jag känner en frändskap med då vi delar födelseåret 1954) "tvingades" sluta som allmänläkare pandemiåret 2020 och har haft åren på sig att fundera över pension och åldrande. Hennes syster, några år yngre, är också nybliven pensionär.

Boken går systematiskt igenom åldrande ur olika aspekter – ålderism, sexism, pension, sexualitet, krämpor och vidare till livets slut. Fakta i form av vetenskapliga studier och olika uppfattningar hos äldre människor bildar underlag för författarnas ganska omfattande kommentarer i varje kapitel. Boken är resonerande i sin uppläggning och lockar hela tiden till egna tankar.

Huvudbudskapen är två:

1. åldrande är påtagligt fysiskt kännbart i kroppen, om än med stor individuell spridning. Att försöka trola bort detta med att ålder bara är en siffra är något som författarna menar är en förträngning av verkligheten.
2. äldrevården är eftersatt och kommer att bli det ännu mer om inte allmänhet och politiker ser till att den organiseras och finansieras så att omsorgen blir bättre. Till detta behövs också mer av kunskap om och insikt i vad åldrande innebär.

Vem talar för de äldre när Barbro Westerholm nu är död sedan 2023? I riksdagen är få (4%) av ledamöterna äldre. Så trots

att de är skeptiska till Westerholms begrepp "årsrika" ("som om man krampaktigt vill framhålla en av de positiva aspekterna av åldrandet, men blunda för de negativa") så var hon ändå en stark representant för de äldres behov.

Författarna är ense om det mesta. En konfliktpunkt där de inte lyckas nå konsensus är hur länge screening efter bröstcancer ska bedrivas. Sociologen Maria Gruvstad är upprörd över åldersgränser medan allmänläkaren Catarina Canivet väger in screeningens negativa effekter på ett skickligt vis.

Äldrevårdens brister är kopplade till låg status hos omsorgsarbeter – arbetsuppgifterna, arbetsmiljön i vid mening och lönen. De poängterar att bristen på kontroll av det egna arbetet är något som skrämmar bort yngre människor och tar tidsstyrningen inom hemtjänst/hemsjukvård som ett allvarligt missgrepp.

Ett ämne de inte väjer för är att tänka kring den förestående döden. Hur tankar på döden trängs undan och hindrar planering och åtgärder som underlättar både för den sjuke och de närstående. Om detta har också internmedicinaren Fanny Nilsson skrivit insiktsfullt i *Åk till akuten*. Överutredningar och överbehandlingar som gör den svårt sjukes sista tid svårare.

Ja, vi åldras är lätt i tonen om ett undanträngt ämne. Jag tror den kan aktualisera slumrande tankar hos en allmänläkare som har den åldrande verkligheten så nära sig själv varje dag.

Jäv saknas.

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



AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar. Hör av dig till [chefredaktor@sfam.se!](mailto:chefredaktor@sfam.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@regiondalarna.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@regiondalarna.se

GOTLAND

Kajsa Rosenlund
kajsa.rosenlund@gotland.se

GÄVLEBORG

Kristofer Schultz
kristofer.schultz@premiare.com

HALLAND

Michael Lovric
michael.lovric@regionhalland.se

JÄMTLAND

John Dunberg
john.dunberg@regionjh.se

JÖNKÖPING

Karolin Planting
karolin.planting@rjl.se

KRONOBERG

Brendan Brouwer
brenbrou@hotmail.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

MELLANSKÅNE

Cecilia Terning
cecilia.terning@skane.se

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*

NORRBOTTEN
Tim Stenberg
tim.stenberg@norrboten.se

SKARABORG

Femke Becht
fenna.becht@vregion.se

STOCKHOLM

Christine Rydholm
christinerydholm@hotmail.com

STOR-GÖTEBORG

Niklas Lehtipalo
niklaslehtipalo@yahoo.se

SYDOSTSKÅNE*

SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund
clary.hagglund@skane.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.t.eriksson@gmail.com

SÖDRA ÄLVSBERG

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

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

UPPSALA

Johan Birging Hultegård
johan.hultegard@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

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

VÄSTERNORRLAND*

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@regionkalmar.se

VÄSTMANLAND

Anna Papinski
anna.papinski@ptj.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Klaus Stein
klaus.stein@regionvarmland.se

ÖSTERGÖTLAND

Emil Kristensson
emil.kristensson@regionostergotland.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

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

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvarig utgivare

Ingrid Eckerman
ingrid.eckerman@gmail.com

Layout

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

Annonser

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

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

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
Järfälla, 2026
multipliesolutions.se



Trycksak
3041 0001

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

Utgivningsplan för 2026

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Ut-givning	Tema
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

Följ SFAM på



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

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

Publicering

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

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

Följ debatten på Ordbyte!

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

Bli medlem:

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

Avsluta medlemskap:

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

Kalendarium
**2026****Juni/Juli**

Wonca Europe Conference 2026
30.6-3.7, Paris, Frankrike

Oktober

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

SFAM:s ST-dagar 2026

21-23.10, Västerås

25:e Glesbygdsmedicinska konferensen 2026

- Alltid beredd
13-14.10, Lysekil

November

Provinsialläkarstiftelsens kurs i samtalsmetodik
25-27.11,
Dufweholms Herrgård

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

Kontrollera alltid aktuell information på respektive hemsida.

**Kollegial dialog online**

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

Lyssna på AllmänMedicin!

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

Provinsialläkarstiftelsen

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

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