



**Kloka Kliniska Val  
inom allmänmedicin**

## SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN (SFAM) 2025

SFAM är allmänläkarnas vetenskapliga och professionella förening och arbetar för att främja utbildning, fortbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin. SFAM är en medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet och en specialitetsförening i Sveriges Läkarförbund. Både färdiga och blivande specialister i allmänmedicin är välkomna som medlemmar.

---

© Svensk Förening för Allmänmedicin  
Illustrationer: Istockphoto  
Grafisk formgivning: Svenska Läkaresällskapet

Kontakt: SFAM:s kansli  
E-post: [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se)  
Hemsida: [www.sfam.se](http://www.sfam.se)

# Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin

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

## 1

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

Patientcentrerad vård innefattar individanpassad medicinsk uppföljning både vid kortvarig och långvarig (kronisk) sjukdom. Uppföljningen anpassas sett till tidsintervall, form och innehåll, baserat på bland annat patientens förmåga till egenvård, symtomens allvarlighetsgrad, risk för komplikationer, etc.

Effekten av att vid kronisk sjukdom följa alla patienter med ett standardiserat fast intervall, oavsett om det är 6, 12 eller 18 månader, jämfört med individanpassad uppföljning är inte vetenskapligt studerat med stark metodik. Dock talar klinisk erfarenhet för att patientcentrerad uppföljning är gynnsam och säker när organisatoriska förutsättningar finns.

För vissa med svårare sjukdom, skörhet av andra skäl eller mycket hög risk för komplikationer kan kortare uppföljningsintervall vara lämpligt. För många med lindrig, välreglerad sjukdom eller låg risk kan längre uppföljningsintervall ge lika bra resultat och ökad autonomi. Färre kontakter med vården kan också öka känslan av hälsa trots närvaro av sjukdom eller riskfaktorer. Att individualisera uppföljningsintervall kan öka chansen att följa prioriteringsplattformen – mer till dem med störst behov.

Innehållet i uppföljningar bör också individualiseras då färdiga ”provpaket”, till exempel ”diabetesårskontroll” eller ”hypertonipaket”, eller standardiserade mallar för vad som ska gås igenom, ofta innehåller fler tester och fler punkter än nödvändigt för många patienter. Det leder till diagnosfokuserade möten istället för patientcentrerade möten. Det finns även risk att viktiga tester eller frågor som inte ingår i mallen missas för enstaka patienter där det finns anledning att använda andra tester än de på förhand bestämda, eller då patienten har något annat viktigt att ta upp.

Standardisering kan leda till att mer resurser än nödvändigt tas i anspråk eftersom standardisering har som mål att inte missa eller fördröja. Det leder till att omfattande insatser görs för alla trots att bara ett fåtal har hög risk. Standardisering riskerar minska tillämpningen av det professionella omdömet som är av vikt för att fånga det ovanliga på ett effektivt sätt i en primärvårds-kontext.

Rekommendationen innebär inget hinder för att vissa prover beställs gruppvis, till exempel natrium, kalium och kreatinin med eGFR, men innehållet i sådana grupper hålls med fördel begränsat.

En adekvat bemanning med möjlighet till kontinuitet i patient-läkarrelationen, fortbildning och kollegiala diskussioner är en förutsättning för att göra omdömesgilla kliniska bedömningar och därigenom anpassa vården efter den individuella patientens behov. När sådana förutsättningar saknas, såsom vid grav underbemanning och hyrläkarberoende med brister i kontinuitet, kan standardisering i vissa fall vara att föredra av patientsäkerhetsskäl.

---

## Referenser

- Linnét K, Gudmundsson LS, Birgisdóttir FG, Sigurdsson EL, Johannsson M, Tomasdóttir MO, Sigurdsson JA. Multimorbidity and use of hypnotic and anxiolytic drugs: cross-sectional and follow-up study in primary healthcare in Iceland. *BMC Fam Pract*. 2016 Jun 6;17:69. doi: 10.1186/s12875-016-0469-0. PMID: 27267943; PMCID: PMC4896036.
  - Tomasdóttir MO, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, Hetlevik I, Getz L. Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PloS One*. 2015 Jun 18;10(6):e0130591. doi: 10.1371/journal.pone.0130591. PMID: 26086816; PMCID: PMC4472345.
  - Porter J, Boyd C, Skandari MR, et al. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. *J Gen Int Med* 2022. Epub ahead of print. doi: 10.1007/s11606-022-07707-x.
  - Privett N, Guerrier S. Estimation of the Time Needed to Deliver the 2020 USPSTF Preventive Care Recommendations in Primary Care. *Am J Public Health* 2021;111(1):145-149. doi: 10.2105/AJPH.2020.305967.
  - Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Family Practice* 2009;10:70. doi: 10.1186/1471-2296-10-70.
-

## 2

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

Knäledsartros är en klinisk diagnos som ställs på basen av anamnes och status. Vid typisk klinisk bild tillför inte bilddiagnostik något värde utan det bör enbart göras vid atypiska symtom eller misstanke om annan orsak till besvären. Bilddiagnostik används inför operativa ingrepp men saknar värde vid uppföljning av artros och vid funktionsbedömning. Rekommendationen är i linje med nationella och internationella riktlinjer.

Förekomsten av radiologiskt identifierbara degenerativa förändringar är hög och stiger med åldern, detta gäller även hos personer helt utan symtom. Sambandet mellan graden av ledförändring vid bilddiagnostik och symtom är svagt. Avvikande fynd utan klinisk relevans tillför ingen nytta och riskerar att leda till överdiagnostik och ökad rörelserädsla.

---

### Referenser

- National Institute of Clinical Excellence. NICE clinical guideline NG226. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. National Institute of Clinical Excellence, 2022.
  - Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen, 2021.
  - Mourad, C., et al. "Prevalence of structural lesions and osteoarthritis in femorotibial joints of asymptomatic participants from the lausanne knee study." *Osteoarthritis Imaging* 3 (2023): 100123.
  - Bedson, John, and Peter R. Croft. "The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature." *BMC musculoskeletal disorders* 9 (2008): 1-11.
-

**3**

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

Protonpumpshämmare (PPI) är mycket effektiva läkemedel med utbredd användning vid bland annat gastroesofageal refluxsjukdom och magsår. Negativa konsekvenser av långtidsanvändning inkluderar ökad risk för tarminfektion, lunginflammation, benskörhet, njursjukdom och näringsbrister (vitamin B12, järn).

I vissa situationer är långvarig behandling motiverad, till exempel vid Barretts esofagus, allvarlig esofagit eller hög risk för magsäcksblödning, men i många fall förskrivs behandling, inte sällan i hög dos under lång tid, utan tydlig anledning. Aktuella riktlinjer rekommenderar nedtrappning till lägsta effektiva dos och/eller utsättning när medicineringen inte längre behövs. Gradvis nedtrappning minskar risken för rekyleffekt med återfall i symtom som kan tolkas som att behandlingen bör fortsätta.

---

**Referenser**

- Freedberg DE, Kim LS, Yang YX. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 2017 Mar;152(4):706-715.
  - Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Hassan A, Bercik P, Moayyedi P. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD011194.
-

## 4

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

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

---

#### Referenser

- Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2011; 198:11–16. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.076448.
  - Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA* 2010; 303:47. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.076448.
-



## 5

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

Att ta ställning till patientens risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar är en viktig del av en allmänläkares arbete. I detta ingår provtagning för analys av blodfetter och eventuell behandling för dessa.

Om en patient inte vill ha läkemedelsbehandling eller har god följsamhet till välfungerande läkemedelsbehandling, anpassad utifrån risken för hjärt-kärlsjukdom, bör man undvika att rutinmässigt fortsätta kontrollera nivån av blodfetter. Detta då det mycket sällan leder till behandlingsåtgärd. Om behandlingen inte är välfungerande bör behandlande läkare utforska orsakerna genom ett patientcentrerat angreppssätt vilket kan innefatta upprepad provtagning av blodfettsnivån.

---

**Referenser**

- McCormack J P, Holmes D T. Your results may vary: the imprecision of medical measurements BMJ 2020; 368 :m149 doi:10.1136/bmj.m149.
  - PEER simplified lipid guideline 2023 update. Michael R. Kolber, Scott Klarenbach, Michel Cauchon, Mike Cotterill et al. Canadian Family Physician Oct 2023, 69 (10) 675-686; DOI: 10.46747/cfp.6910675.
  - Stenehjem K, Herren D, Pulver G, Combs B. Association of Frequency of Lipid Testing With Changes in Lipid-Lowering Therapy. JAMA Intern Med. 2017;177(10):1529–1531. doi:10.1001/jamainternmed.2017.3954.
-

## Hur togs de allmänmedicinska Kloka Kliniska Val-rekommendationerna fram?

Förslag på allmänmedicinska Kloka Kliniska Val (KKV)-rekommendationer togs fram vid workshops med lokalföreningar i SFAM under 2024. De 739 inkomna förslagen bearbetades av Rådet för hållbar diagnostik och behandling (SFAM-H) till 22 konkreta förslag till vilka tänkbara formuleringar togs fram. På SFAMs råds- och lokalordförandemöte i september 2024 bearbetades materialet ytterligare genom grupparbeten och storgruppsdiskussioner och slutligen ett röstningsförfarande.

Styrelsen valde därefter ut fem förslag på rekommendationer och lämnade dem till Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet (SFAM-Q) respektive Forskningsrådet för synpunkter inom rådets respektive expertområde. Tillsammans med Forskningsrådet och SFAM-H har styrelsen med utgångspunkt i detta sedan gjort ett utkast till fem allmänmedicinska KKV-rekommendationer, som gått på remiss i hela föreningen innan definitivt fastställande.

Vid urvalet av rekommendationer har vi strävat efter att få med såväl diagnostiska och terapeutiska som organisatoriska åtgärder, vilket var tre kategorier som tydligt utkristalliserades i det insamlade workshopmaterialet. Allmänmedicinska principer och arbetssätt som relationskontinuitet, individualiserad vård och hantering av osäkerhet genom uppföljande kontakt är till hjälp för att vi tillsammans med patienterna ska kunna följa rekommendationerna.

### Förslag på uppföljning via PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet finns på nästan alla Sveriges vårdcentraler och är en hjälp att följa effekter av försök till utmönstring, en viktig faktor för att nå resultat (ref Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment. European commission, European Union, 2025).

### Förslag på mått i PrimärvårdsKvalitet som man kan använda sig av relaterat till Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin

- PVQ Läkemedel Lm01: Andel patienter som förskrivits protonpumpshämmare > 28 tabletter som har evidensbaserad indikation
- PVQ Depression Dep09: Andel patienter med ny depressionsepisod som fått psykologisk behandling
- PVQ Depression Dep03: Andel patienter med ny depressionsepisod som behandlas med anti-depressiva läkemedel
- PVQ Depression/Ångest Dep/Ån01: Andel patienter med SSRI som har registrerad evidensbaserad indikation
- PVQ Levnadsvanor Le07Dep: Andel patienter med depression som fått rådgivning/FaR vid otillräcklig fysisk aktivitet, på vårdcentral
- PVQ Levnadsvanor Le09Dep: Andel patienter med depression som fått rådgivning vid riskbruk av alkohol





För frågor eller mer  
information kontakta  
[kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se)

**SFAM**  
Svensk förening för allmänmedicin

**ADRESS** Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm  
**E-POST** [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se) **HEMSIDA** [www.sfam.se](http://www.sfam.se)