

The logo for SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) is displayed in a large, blue, outlined font. The letters are spaced out and have a modern, clean aesthetic. The background of the entire page is a photograph of a large, red-brick building with two prominent domes, situated behind a line of lush green trees. In the foreground, there is a body of water with a fountain spraying water upwards. The sky is blue with light clouds.

SFAM

Svensk förening för allmänmedicin

Svensk Allmänmedicinsk Kongress

Uppsala 24–26 April 2024



SFAM

Svensk förening för allmänmedicin

Vart är vi på väg?

Senast SFAM Uppsala stod värd för SFAM:s kongress var 2009. Temat var Växtkraft och programmet pryddes av bilder på de då ca fyrtio ST-läkarna i allmänmedicin som fanns i Region Uppsala. Idag är antalet ST-läkare mer än tre gånger så många, ett tecken på växtkraft! När kongressen nu återvänder till den eviga ungdomens stad knyter vi an till växande och utveckling med temat: *Vart är vi på väg?* Kongressen hoppas såväl kunna belysa vägen framåt som inspirera till och visa hur allmänläkare kan leda världens utveckling. Vi erbjuder ett brett program som på olika sätt anknyter till temat.

På onsdagens invigning öppningstalar John Ioannidis, professor vid Stanford, under rubriken *Evidence and guidelines: trustworthy or not?* Linn Getz tar vid med en bred allmänmedicinsk ansats *Core Values in general practice, a royal road to sustainable health care*. På torsdagen inleds dagen med en keynote kring *Vad händer med kunskapen i postsanningens tid?* med filosofen och akademiledamoten Åsa Wikforss. Minna Johansson, Årets lejon 2023, allmänläkare från Uddevalla och forskare vid Göteborgs universitet, medverkar på flera sätt under kongressen och avslutar med en keynote på fredagen. På fredagen kommer också Seamus O'Mahony, författare och gastroenterolog från Irland, hålla en keynote om döden. Hela kongressen avslutas med ett panelsamtal *Vart är vi på väg?* med Magnus Isacson och Karin Tegmark Wisell.

Utöver det vetenskapliga programmet så hoppas vi att kongressen också blir ett tillfälle att återse bekanta, göra nya bekantskaper och få ett ansikte på många av de namn man ser i artiklar och diskussioner kring världens utveckling. En höjdpunkt på det sociala programmet kommer att vara kongressbanketten i Rikssalen på Uppsala slott. På Vasaborgen fattade till exempel Gustav II Adolf beslut om att Sverige skulle ge sig in i det som kom att bli det 30-åriga kriget - så det är en miljö där det finns en tradition av att fatta viktiga beslut kring Sveriges utveckling...

Varmt välkomna till Uppsala och SFAM-kongressen 2024!

Johan Birging Hultegård, kongressgeneral
Kongresskommittén SFAM Uppsala

Program: Översikt tisdag 23 april – fredag 26 april

	Tisdag 23 april	Onsdag 24 april		Torsdag 25 april	Fredag 26 april	
8.30				Keynote: Åsa Wikforss Gustav Nilsson Stora Salen	Årets avhandling– Karin Rystedt Stora Salen	
9.00						
9.30				Fika i utställningen 09.45 - 10.15	Parallella sessioner 09.15 - 10.00	
10.00						
10.30		Nätverks- och rådsmöten	Examinand och examinatorsmöten	Presymposium: Psykiska symtom i primärvården <i>Sal B</i>	Examinander parallella redovisningar 10.15 - 12.00	Keynote: Seamus O'Mahoney Stora Salen
11.00						
11.30					Keynote: Minna Johansson Stora Salen	
12.00						
12.00	Prekongresslunch i restaurangen 12.00 - 13.00	Lunch i utställningen 12.00 - 13.00		Lunch i restaurangen 12.00 - 13.00	Avslutning: Vart är vi på väg? Magnus Isacson, Karin Tegmark Wisell Stora Salen	
12.30		Lunch grab-n-go 12.30				
13.00	Prekongress: Hållbart allmänmedicinskt arbetssätt <i>Sal B</i>	Invigning + keynote: John Ioannidis Linn Getz Stora Salen		Parallella sessioner 13.00 - 14.45		
13.30						
14.00						
14.30		Fika i utställningen 14.30 - 15.00		Fika i utställningen 14.45 - 15.15		
15.00		Nätverk för psykisk ohälsa 15.00 - 17.00 <i>Sal K6</i>	Parallella sessioner 15.00 - 16.00			
15.30						
16.00				Parallella sessioner 15.15 - 17.00		
16.30						
17.00						
17.30		Prekongress: Mingel på Norrlands Nation	SFAM-kören repetition 17.30-19.00 <i>Green Room</i>	Fullmäktigemöte SFAM 16.00 - 18.00 <i>Stora Salen</i>		Stadsvandringar 16.30 - 18.00
18.00	Mingel i utställningen plan 6 18.00 - 20.00			SFAM-kören repetition 18.00-18.30 <i>På slottet</i>		
18.30			Bankett Uppsala slott 18.30 -			
19.00						

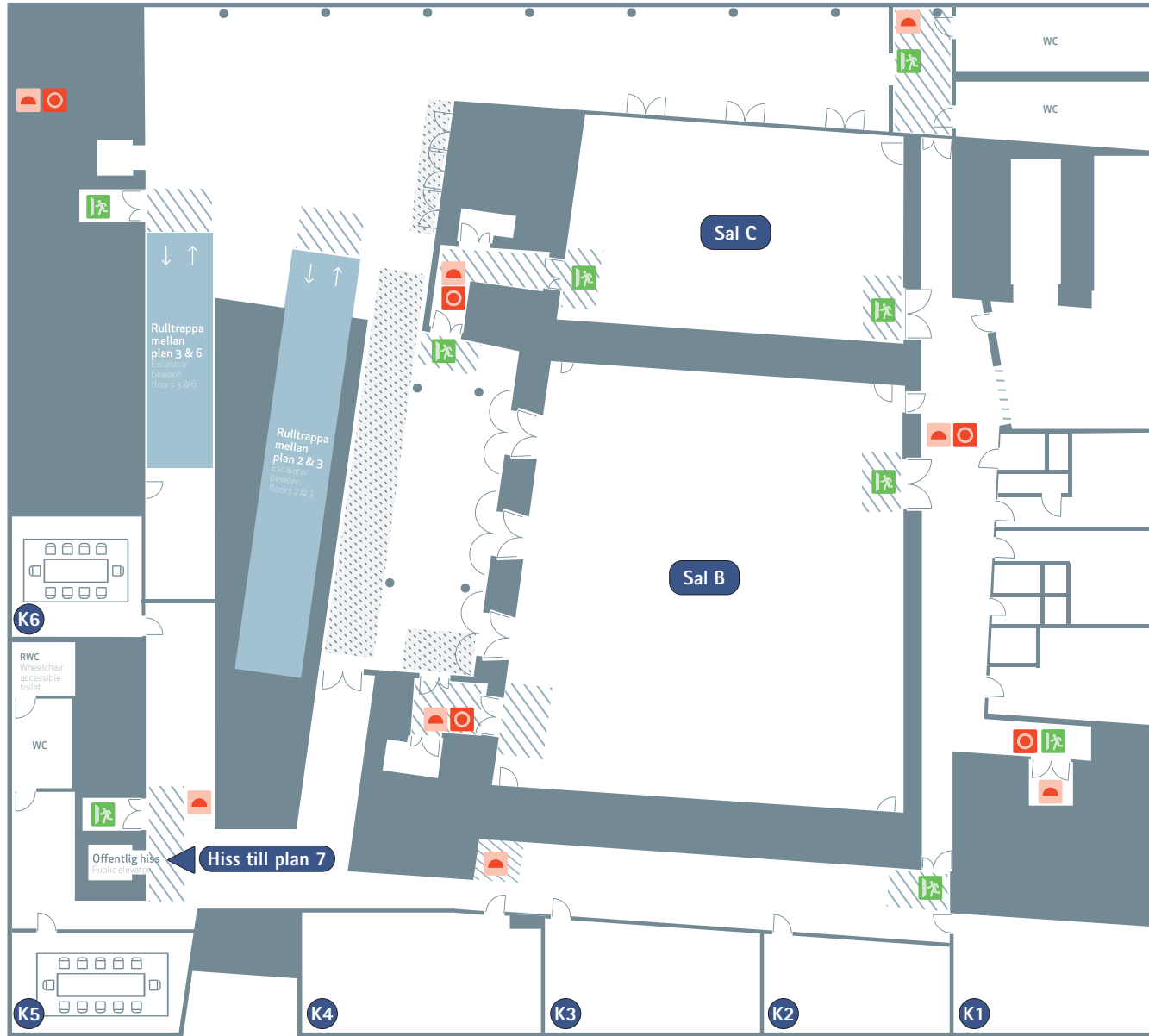
Sal B

12.00	Prekongresslunch i restaurangen 12.00 - 13.00
12.30	
13.00	13.10 Välkommen <i>Moderatorer: Cecilia Lundin och Malin André</i>
13.30	Allmänmedicinskt arbetssätt med diagnostiska tester - grundläggande begrepp och särskilda utmaningar <i>Oskar Lindfors, Sofia Zettermark</i>
14.00	Tolkning av labbdata - varför blir provsvar röda? <i>Johan Skogö</i>
	Bensträckare 14.15-14.30
14.30	Stopp och tänk - när ska jag göra ett hjärteko? <i>Jonas Selmeryd</i>
15.00	Fika 15.00-15.30
15.30	Strålande möjligheter att upptäcka avvikelser - hur gör vi kloka kliniska val inom radiologin? <i>Mathias Axelsson</i>
16.00	Frågestund och paneldiskussion
16.30	
17.00	
17.30	Prekongress mingel på Norrlands Nation 17.30 - 20.00
18.00	
18.30	
19.00	

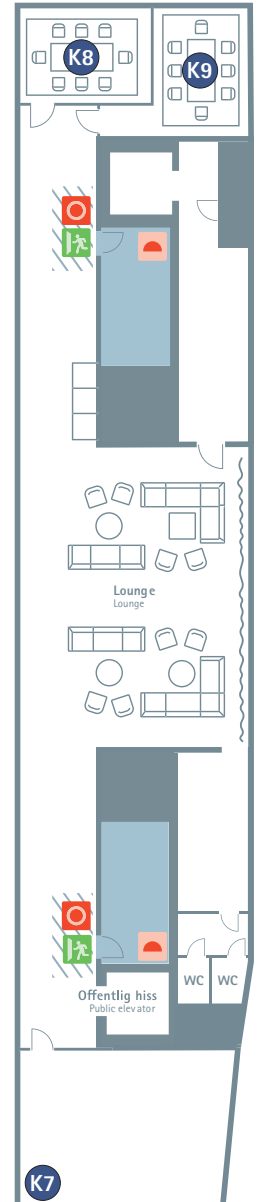
8.30							Examinandmöte Sal K1		Presymposium Sal B Moderatorer: Anna Svensson Malin André			
9.00												
9.30	Nätverks- och rådmöten gemensam fika 09.30 - 10.00											
10.00	Fortbildningsrådet 10.00 - 11.00 Sal K3	Lokalföreningsmöte Sal K7	Rådet för sköra äldre i primärvården Sal K8	Rådet för hållbar diagnostik och behandling Sal K6	SFAM-Q Sal K9	Studierektors-nätverket Sal K4	Fika 10.00 - 10.30		Fika 09.45 - 10.15			
10.30												Fortsättning presymposium: Psykiska symtom i primärvården
11.00	Nätverk för fortbildnings- samordnare 11.00 - 12.00 Sal K3						Genomgång skriftligt prov för examinander Sal K1	Examinators-möte Sal K2				
11.30												
12.00	Lunch i utställningen 12.00 - 13.00											
12.30												
13.00	Invigning + keynote: John Ioannidis, Linn Getz 13.00 - 14.30 Stora Salen Moderatorer: David Gyll och Johan Birging Hultegård											
13.30												
14.00												
14.30	Fika i utställningen 14.30 - 15.00											
		Stora Salen	Sal B	Sal C	Sal K3/K4	Sal K1						
15.00	Nätverk för psykisk ohälsa 15.00 - 17.00 Sal K6	"Opioidförskrivningens dilemman och möjliga lösningar i primärvården." Symposium. Anna Svensson, Hanna Ljungvall	"Så kommer du igång med ditt förbättringsarbete!". Workshop anordnat av representanter ifrån SFAM- Q. Jenny Berggren, Marek Czajkowski, Fredrik Bertsson Semb, Naldy Parodi López	"Prioritera tiden rätt - workshop med principer och verktyg för prioritering." Eva Arvidsson, Malin André, Anna Wingård Holst, Cecilia Björkelund	"Proaktiv uppföljning vid kronisk sjukdom - Individualisering och minskad administration". Symposium Magnus Røjvall, Katarina Wettin, Rita Fernholm, Sara Banegas m fl	Påverkar valet av läkemedelsklass vid behandling av högt blodtryck, den senare följsamheten? Karl Laurell						
15.30						"Uppföljning och screening för typ 2 diabetes mellitus hos kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes i primärvården". Amanda Björk Javanshiri						
						"PUSHME – livsstilsråd via sms till patienter med hypertoni: en randomiserad kontrollerad studie". Susanna Calling, Beata Borgström Bolmsjö						
16.00							"Till sist är det jag som måste göra jobbet": Deltagarnas erfarenheter av en levnadsvaneintervention för patienter med högt blodtryck". Hanna Glock					
16.30							Fullmäktigemöte SFAM 16.00 - 18.00 Stora Salen					
17.00										Stadsvandringar 16.30 - 18.00		
17.30												
18.00	SFAM-kören repetition 17.30-19.00 Green Room							Mingel i utställningen plan 6 18.00 - 20.00				
18.30												
19.00												

8.30	Keynote: Åsa Wikforss, Gustav Nilsson					Poster- presentation
9.00	08.30 - 09.45					
9.30	Stora Salen Moderator: Andreas Stomby					
10.00	Fika i utställningen 09.45 - 10.15					
10.30	Examinander parallella redovisningar	Examinander parallella redovisningar	Examinander parallella redovisningar	Examinander parallella redovisningar	Examinander parallella redovisningar	
11.00	10.15 - 12.00	10.15 - 12.00	10.15 - 12.00	10.15 - 12.00	10.15 - 12.00	
11.30	Stora Salen	Sal B	Sal C	Sal K3/K4	Sal K1	
12.00	Lunch i restaurangen 12.00 - 13.00					
12.30	Lunch i K6: Allmänläkarkonsulter					
	Stora Salen	Sal B	Sal C	Sal K3/K4	Sal K1	
13.00	Open Science and sustainable care	Ökad kontinuitet mellan patienter och allmänläkare minskar mortalitet, inläggningar och akutmottagningsbesök Sven Engström, Malin André	Clinical characteristics, morbidity, and mortality of heart failure patients based on subgroup: a community-based approach, Jason Davidge	Vart är vi på väg - i djungeln av riktlinjer med omdömet som kompass? Rita Fernholm	Att göra fel – det är inte bara patienten som tar skada. Workshop Jenny Berggren	
			Kniven, örten och orden- primärvårdsperspektiv på patientrelationen/läkarrollen och ensamheten under covidpandemin. Marija Kramar			
13.30		"Yrkets röst": En hörnsten i allmänmedicinsk etik? Linus Johnsson	Behandlingssvikt vid lunginflammation Olof Cronberg	Att arbeta mot existentiella hot - ska vi orka det också? Varför och hur jobbar läkare mot kärnvapen. Vendela Englund Burnett		
	Bensträckare 13.45 - 14.00					
14.00	Open Science and Sustainable care forts.	Hållbar behandling med PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Workshop Susanne Steen, Josabeth Hultberg, Charlotta Malmer Hagstam, Eva Arvidsson	Destination: digitalisering av primärvården Ann Frisinger, Panos Papachristou	Skönlitterärt skrivande för läkare. Elisabeth Wolpert	Att göra fel – det är inte bara patienten som tar skada, fortsättning. Workshop	
14.30			Antibiotikasmarta vårdcentraler Carl Fridolfsson, Héléne Rödin			
			Patienters och läkares uppfattning om lämplig användning av safety-netting vid konsultationer, Rita Fernholm			
15.00	Fika i utställningen 14.45 - 15.15					
	Hjälp! Min patient har många kroppsliga symtom; Carl Sjöström, Arwa Josefsson, Mattias Rööst, Oskar Lindfors	Symposium Från gisslan till inflytande: Hur kan kunskapsstyrningen komma till nytta för vanliga primärvårdspatienter? Magnus Nord, Halfdan Petursson, Eva Arvidsson m.fl.	Presentation av ett nybildat nätverk för Barn-och ungdomsintresserade allmänläkare	Journal Club med Fishbowl-diskussion - en workshop om metoden för kritisk granskning av klinisk vetenskap Marek Czajkowski, Ulf Eriksson		
15.30			Det är mina besvär och då är det mej dom ska lyssna på -tonårskillars upplevelser av att gå till läkaren på vårdcentralen. Johanna Haraldsson			
16.00	Bensträckare 16.00 - 16.15					
16.30	Hjälp! Min patient har många kroppsliga symtom, forts.	"Hållbar riktlinjearbete och prioritering bland multisjuka i den allmänmedicinska vardagen" forts.	Time Needed to Treat - vår tid är en ändlig resurs som måste prioriteras varsamt Amanda Niklasson, Minna Johansson	Journal Club med Fishbowl-diskussion - en djupdykning i kritisk granskning av forskning, forts.		
17.00						
17.30						
18.00	SFAM-kören repetition 18.00-18.30 På slottet					
18.30	Bankett Uppsala slott 18.30 -					
19.00						

Plan
3



Plan
7





- 1 Praktikertjänst
- 2 Region Uppsala
- 3 Capio Närsjukvård AB

- 4 SFAM / Mitt-i-ST
- 5 Zenicor Medical Systems AB
- 6 HemoCue AB
- 7 Medibas AB
- 8 Studentlitteratur
- 9 PrimärvårdsKvalitet
- 10 Achima Care AB
- 11 Uppsala Närakut Aleris
- 12 L'Oreal Dermatological Beauty
- 13 Transportstyrelsen
- 14 Distriktsläkare.com
- 15 Sibbo Medical Devices
- 16 Familjeläkarna
- 17 Aidian
- 18 Svenska Distriktsläkarföreningen
- 19 Karolinska Universitetssjukhuset/ANOVA
- 20 Försvarsmedicincentrum

Övriga utställare

Svenska läkare mot kärnvapen
 Sömnutredningsmottagningen, Akademiska sjuhuset
 Kvinnliga Läkares Förening

Sammanställning abstracts

Onsdag 15–16

Opioidförskrivningens dilemman och möjliga lösningar i primärvården

Anna Svensson, Tierps vårdcentral; doktorand Uppsala Universitet.

Hanna Ljungvall, socionom; med. dr Uppsala Universitet.

Bakgrund: Tidigare studier visar att opioidförskrivning vid långvarig smärta upplevs problematiskt och kan vara förknippat med obehag i allmänläkarrollen. I ett samarbete mellan Uppsala Universitet och Region Uppsala pågår ett forskningsprojekt som syftar till att optimera smärtbehandlingen hos patienter med långvarig smärta och samtidig opioidbehandling i primärvården. Forskningsprojektet består av förstudier bestående av en kartläggning av nuläget med bl a intervjuer av förskrivare och patienter samt en interventionsstudie. Interventionen är en personcentrerad och teambaserad behandlingsmodell inkluderande vårdsamordnare.

Innehåll: Utifrån våra erfarenheter från förstudierna berättar vi hur vi skulle kunna arbeta med opioidförskrivning och eventuella opioidnedtrappningar på ett klokt sätt i primärvården, utan att det ger undanträngningseffekter för andra patientgrupper. Läkariintervjustudien visar att opioidbehandling vid långvarig smärta i primärvården är konfliktfyllt och att nedtrappningar tar så mycket tid och energi att de många gånger prioriteras bort, trots att läkaren egentligen inte tycker att behandlingen bör fortgå. Ur intervjustudierna framgår att ett personcentrerat arbetssätt för denna patientgrupp är hjälpsamt samt att en vårdsamordnare bör kunna stötta patienten, men även avlasta läkaren. Ökad kunskap om begrepp relaterade till opioidbehandling såsom fysiologiskt beroende, substansbruksyndrom, abstinenssmärta och utsättningssymtom är nödvändig. Presentationen erbjuder en bakgrund inom ämnet utifrån, nya

infallsvinklar på personcentrerad vård och ökad kunskap om begrepp associerade med opioidbehandling, vilket kan förbättra kommunikationen med patienten och bidra till trygghet i allmänläkarrollen.

Så kommer du igång och vidare med förbättringsarbete!

SFAM-Q, rådet för kvalitet och patientsäkerhet, anordnar en workshop i förbättringsarbete.

Marek Czajkowski, Avestahälsan vårdcentral; doktorand, Örebro universitet

Jenny Berggren, Capio vårdcentral Berga, Linköping

Fredrik Bertsson Semb, Tiskens vårdcentral, Falun

Naldy Parodi López, med. dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vart är vi på väg? Hur vet vi att en förändring leder till förbättring?

Vi går igenom grunderna i förbättringsarbete och ger handfasta och konkreta tips på hur du kan komma igång, komma vidare och komma i mål med förbättringsarbete. Från teori till praktik. Oavsett om du har en idé, redan har kört igång och kört fast eller inte har en aning om vad du ska ta dig an, så ger vi dig tips på hur du kommer vidare från där du är.

Prioritera tiden rätt

Eva Arvidsson, med. dr; Primärvårdens FoU enhet Futurum, Region Jönköping

Malin André, docent Uppsala universitet

Cecilia Björkelund, senior professor Göteborgs universitet

Anna Wingård Holst, Närhälsan Backa; med. dr

Många av kunskapsstyrningens förslag innebär en ambitionshöjning för primärvården med nya arbetsuppgifter, men tiden räcker inte till för allt vi vill och borde. För att göra rätt saker på den tid vi har kan horisontell prioritering vara till hjälp. I denna workshop går vi tillsammans igenom principer för prioritering och provar verktygen genom några exempel.

Proaktiv uppföljning vid kronisk sjukdom - individualisering och minskad administration

Magnus Röjvall, regional medicinsk chef Capio Närsjukvård

Katarina Wettin, chief medical operations officer Capio Närsjukvård

Rita Fernholm, Boo Vårdcentral; med. dr Karolinska institutet

Sara Banegas, chefsläkare Praktikertjänst

Emma Isaksson, sjuksköterska, Capio vårdcentral Helsingborg Centrum

André Isaksson, IT-chef Capio Närsjukvård

Vi vill dela med oss av nya arbetssätt i primärvården och diskutera hur vi inom Capio Närsjukvård tillsammans med Medrave utvecklat en ny kvalitetsrapport samlad för kronisk sjukdom, istället för diagnosspecifikt. Genom att kombinera fördelarna med flera system och bygga ihop de tekniska lösningarna kan vi nu förekomma receptförnyelsen, få ett bättre underlag för prioritering och individualisering samt väsentligen minska administrationen. Vi beskriver detta från olika perspektiv, demonstrerar hur verktygen fungerar och hur det uppfattas av patienter och medarbetare samt vidgar perspektiven i en pannelldialog.

Påverkar valet av läkemedelsklass vid behandling av högt blodtryck, den senare följsamheten?

Karl Laurell, Luthagens vårdcentral, Uppsala; doktorand Uppsala universitet

Bakgrund: Biverkningar vid behandling med blodtrycksmedicin är vanliga men skiljer sig åt i typ och frekvens mellan olika blodtrycksklasser. Meta-analyser visar att följsamheten till behandling är generellt dålig. Det är möjligt att detta i hög grad påverkas av biverkningar.. **Syfte:** Att bedöma om valet av blodtrycksklass vid behandling av hypertoni påverkar senare följsamhet till behandling. **Metod:** Metod target trial emulation applicerades på fyra länkade nationella registerdatabaser vilka inkluderade alla som påbörjat behandling för högt blodtryck med en rekommenderad blodtrycksmedicin mellan 2011 och 2018. Justering gjordes med en

Poisson-regressionsmodell och inkluderade ålder, kön, fetma, ursprungsland, utbildning, civilstånd, inkomst och året för behandlingsstart. Kontinuerlig följsamhet innebar att en individ konsekutivt hämtade recept som täckte minst 80% av behandlingsdagarna. Multipel följsamhet innebar att en individ vid en viss tidpunkt nyligen hade hämtat ut ett recept som täckte minst 80% av behandlingsdagarna oavsett följsamhet dessförinnan. Utfallen angavs på klassnivå (initial klass) eller behandlingnivå (fortsatte med någon godkänd blodtrycksklass).

Resultat: Sammanlagt 341 182 personer med medianåldern 61 år inkluderades. Initiering av blodtrycksmedicinering med en Angiotensinreceptorblockerare eller en Kalciumflödeshämmare var associerat med bättre följsamhet på klassnivå för både kontinuerlig och multipel följsamhet jämfört med ACE-hämmare och Tiaziddiuretika. På behandlingnivå var samtliga klasser likvärdiga med undantag för Tiaziddiuretika som var associerad med både sämre kontinuerlig och multipel följsamhet.

Konklusion: Initiering för behandling av högt blodtryck med Angiotensinreceptorblockerare eller Kalciumflödeshämmare är associerat med en tydligt förbättrad följsamhet jämfört med Tiaziddiuretika eller ACE-hämmare.

Uppföljning och screening för typ 2 diabetes mellitus hos kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes i primärvården

Amanda Björk Javanshiri, Vårdcentralen Södertull, Lund; doktorand Lunds universitet

Bakgrund: Tidigare graviditetsdiabetes (GDM) ökar avsevärt risken att senare utveckla typ 2 diabetes (T2DM), vilket kan förebyggas genom systematisk uppföljning och preventiva insatser. Syftet med studien var att undersöka om patienter med tidigare GDM följdes upp i primärvården i Skåne enligt de nationella riktlinjerna. **Metod:** Studien utgjordes av en retrospektiv journalgranskning. Studiepopulationen bestod av 161 kvinnor, varav 83 inkluderades, som 2018 diagnosticerades med GDM på Endokrinmottagningen Skånes Universitetssjukhus i Lund. Vi undersökte

huruvida primärvården i mellersta Skåne erbjuder systematisk uppföljning, granskade informationsöverföringen mellan sluten- och primärvården samt utvärderade uppföljningens kvalitet.

Resultat: Totalt hade 29% av studiepopulationen följts upp av primärvården. I 55% av fallen förekom det inte någon kommunikation mellan sluten- och primärvården. I de fall där uppföljningens kvalitet kunde utvärderas kontrollerades blodsocker i samtliga fall. Samtal kring levnadsvanor skedde i 70% av fallen. Vikt och riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom kontrollerades i mindre än hälften av fallen. Erbjudande om primärprevention förekom i två fall och i 24% av fallen planerades årlig kontroll. **Konklusion:** Uppföljningen av kvinnor med tidigare GDM inom primärvården i Skåne saknades i sju av tio fall. Studien visade också att det finns stor potential att förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp.

PUSHME – livsstilsråd via sms till patienter med hypertoni: en randomiserad kontrollerad studie

Susanna Calling, docent; FoU-chef Primärvården Skåne, Centrum för Primärvårdsforskning, Region Skåne
Beata Borgström Bolmsjö, docent; Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne
Moa Wolff, med dr, Centrum för Primärvårdsforskning, Region Skåne

Bakgrund: Högt blodtryck är den största orsaken till förtida död och en viktig riskfaktor för hjärtkärlsjukdom. Goda levnadsvanor kan förbättra blodtrycket men är svårt att uppnå. Syftet var att undersöka om regelbundna sms med livsstilsråd kan bidra till förbättrat blodtryck hos patienter med hypertoni i primärvården. **Metod:** År 2020-23 genomfördes en randomiserad kontrollerad interventionsstudie vid 10 vårdcentraler i södra Sverige, med inklusion av 401 deltagare med hypertoni. Blodtryck, vikt, midjemått, HbA1c och lipider mättes vid baslinjebesöket och efter sex månader, och ett frågeformulär om levnadsvanor, sjukhistoria, läkemedel, livskvalitet och självskattad hälsa besvarades. Deltagarna i interventionsgruppen fick fyra sms med livsstilsråd per vecka under sex

månader. Förändring i blodtryck beräknades mellan baslinje- och uppföljningsbesök, och skillnad mellan grupperna studerades genom oberoende t-test. **Resultat:** Vid uppföljningen hade deltagare som fått sms lägre diastoliskt blodtryck än kontrollgruppen ($p < 0.05$), men ingen skillnad sågs mellan grupperna avseende systoliskt blodtryck. Förändringar av blodtrycksläkemedel skedde hos 51 (13%) deltagare. Bland deltagare utan läkemedelsförändring hade interventionsgruppen en större sänkning av diastoliskt blodtryck ($p < 0.05$) i specifika grupper, exempelvis äldre och stillasittande, jämfört med kontrollgruppen. Dessutom sågs icke-signifikanta trender avseende systoliskt blodtryck. **Slutsats:** Våra resultat indikerar att sms med livsstilsråd kan vara ett bra komplement till konventionell hypertoni behandling för vissa patientgrupper. Då hypertoni är ett utbrett folkhälsoproblem med ökad risk för hjärtkärlsjukdom, kan sms utgöra en enkel och resursbesparande del i det hälsofrämjande arbetet för patienter med hypertoni i primärvården.

Till sist är det ju jag som måste göra jobbet”: Deltagarnas erfarenheter av en levnadsvaneintervention för patienter med högt blodtryck

Hanna Glock, doktorand Lunds universitet

Bakgrund: Hjärtkärlsjukdom kan förebyggas genom förändrade levnadsvanor, men sådana förändringar är svåra att genomföra och vidmakthålla. Sms-interventioner med råd om levnadsvanor har visat små men mätbara effekter. Vårt mål var att utforska deltagarnas erfarenheter av en levnadsvaneintervention via sms för patienter med högt blodtryck, och implikationer för framtida interventioner. **Metod:** Vi genomförde en levnadsvaneintervention via sms på nio vårdcentraler i tre regioner i södra Sverige. Genom strategiskt urval selekterades 14 deltagare för telefonintervjuer rörande sin upplevelse av sms-interventionen. Vi använde en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor. Intervjuerna spelades in och transkriberades

ordagrant. Beteendeteorin "Reasoned action approach" användes som teoretiskt ramverk. **Resultat:** Analysen resulterade i tre teman. "Blodtryck och levnadsvanor, hur allvarligt ska man ta det?" visade på ett behov av ökad kunskap om i vilken utsträckning levnadsvanorna påverkar blodtrycket och risken för hjärtkärlsjukdom. "Sms:en – en nyttig påminnelse i behov av individanpassning" beskrev att interventionens design upplevdes ändamålsenlig, men med utrymme för förbättringar avseende individanpassning och fler aha-upplevelser. "Som vatten på en gås eller en spark i baken – när förändras beteende?" visade hur vissa deltagare svarade på "knuffen till förändring" medan andra inte gjorde det. **Konklusion:** Anpassning av interventionen till deltagarnas tidigare kunskaper, vanor och begränsningar skulle kunna öka effekten. Man kan också öka andelen råd som kan tillämpas i vardagen. Slutligen kan man tillhandahålla interventionen i nära anslutning till hypertoni diagnos eller andra motiverande faktorer.

Torsdag 13.00-13.45

Open Science and Sustainable Care

Gustav Nilsson, med dr., docent i neurovetenskap, Karolinska Institutet
Karin Mossberg, allmänläkare, med dr, Göteborgs universitet
Marek Czajkowski, allmänläkare, doktorand Örebro universitet
Minna Johansson, allmänläkare, direktor Global Center for Sustainable Healthcare
Shai Mulinari, docent sociologi, Lunds universitet

Panel:
John Ioannidis, professor of medicine, Stanford university
Seamus O'Mahoney, gastroenterologist, writer

Moderator:
David Gyll, ST-läkare i allmänmedicin, Uppsala

Open Science is a movement working to increase transparency and accessibility of scientific endeavors and results. Transparency is a cornerstone of science and serves as a mechanism to mitigate conflicts of interest and

ensure the integrity of research and healthcare practices. Conflict of interest can influence clinical practice and lead to unsustainable healthcare. It can also harm public trust in scientific endeavours and healthcare delivery. Apart from scientific research and publication, disease definitions and guidelines are areas where different stakeholders may not share a goal of sustainable and patient-centered care. In this session we will explore a few themes in the intersection between Open Science and sustainable healthcare, and discuss how conflict of interests may harm openness and sustainability:

- How can Swedish research promote Open Science and more replicable research results?
- Can transparency mitigate unethical pharmaceutical marketing or is there a need for stronger regulations?
- Does conflict of interest influence systematic reviews and clinical practice?
- Are guidelines transparent about underlying evidence and resource need? Can Time-Needed-to-Treat be used as a tool for more transparent prioritisation?
- Disease definitions are a central component of clinical practice - what influences their formation?

The session consists of short presentations by Swedish researchers with reflections by our honoured guests professor Ioannidis and dr O'Mahony, which both have written extensively about unsustainable practices in research and clinic, and how they can be counteracted.

The session is held in English.

Har personlig kontinuitet mellan allmänläkare och patienter i primärvårdspopulationer samband med mortalitet och nyttjande av akutvård? – En systematisk litteraturoversikt

Sven Engström, med. dr; Futurum – akademien för hälsa och vård, Region Jönköping
Malin André, docent Uppsala universitet

Bakgrund: Syftet med denna systematiska litteraturoversikt var att undersöka effekter av

personlig kontinuitet mellan allmänläkare/familjeläkare och patienter i vanliga primärvårdspopulationer
Metod: I fyra databaser (Embase, PubMed, Scopus, Web of Science) söktes studier publicerade mellan 2000-01-01 och 2023-11-05. Inklusionskriterier var studier där samband mellan personlig läkarkontinuitet i primärvård och dödlighet respektive nyttjande av sjukvård analyserades.

Resultat: Litteratursökningen identifierade 5 811 unika referenser vars titlar och abstracts granskades och 52 artiklar valdes för genomläsning i fulltext. Hittills har 16 studier inkluderats i de slutliga analyserna. Fulltextgranskning fortgår och ytterligare studier kommer att inkluderas.

Vi har i dessa studier funnit att hög personlig kontinuitet hos allmänläkare:

- 1) sannolikt förhindrar för tidig dödlighet (3 studier, 5 312 563 deltagare),
- 2) sannolikt minskar risken för sjukhusvistelse (7 studier, 5 545 705 deltagare.)
- 3) troligen kan minska akutmottagningsbesök (6 studier, 1 145 509 deltagare.)
- 4) sannolikt kan minska användningen av jourcentral eller motsvarande (1 studie, 4 552 978 deltagare)
- 5) kan möjligen sänka användningen av specialisthälsovård (1 studie, 10 264 deltagare)
- 6) kan möjligen sänka användningen av komplementära och alternativa vårdgivare (1 studie, 9 473 deltagare).

Slutsats: Resultaten i den systematiska översikten indikerar att hög jämfört med låg kontinuitet i relationen mellan patient och allmänläkare är relaterad till I lägre mortalitet samt minskar behov av akuta vårdinsatser. Resultaten kan vara av värde vid organisering av hälso- och sjukvården, särskilt primärvård.

”Yrkets röst”: En hörnsten i allmänmedicinsk etik?

Linus Johnsson, med. dr, Centrum för forsknings- och bioetik, Uppsala Universitet

Bakgrund: Många allmänläkare stressas av det till synes omöjliga i att samtidigt följa riktlinjer, arbeta hållbart och göra patienten nöjd. Går det att, i detta tidevarv, urskilja en moralisk kärna

inom allmänmedicinen som skulle kunna vara beständig?

Metod: Studien är en del av ett grounded theory-projekt som omfattar observationer av och intervjuer med 16 allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Den fokuserar på ”yrkets röst”, ett av fyra begrepp i teorin som fångar de krav som ställs på allmänläkaren när den fattar vardagsetiska beslut.

Resultat: Yrkets röst kan förstås som en lins som bryter det etiska krav som den andre – ofta patienten – genom sin blotta närvaro ställer på allmänläkaren. Denne tillämpar, medvetet eller omedvetet, sin professionella erfarenhet på situationen genom tre frågor: Bör jag ingripa eller stå tillbaka? Bör jag säga vad jag tänker eller hålla tand för tunga? Och bör jag fokusera på den jag har framför mig eller ta ett fågelperspektiv? Problemet kommer därmed att falla inom en av åtta ”ramar” som fångar de värden som ur ett professionellt perspektiv framstår som viktigast.
Konklusion: Under presentationen kommer jag att visa hur yrkets röst kan användas för att medvetandegöra vad som står på spel i vardagliga, etiskt problematiska situationer. Begreppet är tillräckligt koherent för att fungera som hörnsten i en teori om allmänläkarens etik, och förklarar hur etiska beslut som allmänläkaren intuitivt uppfattar som skäliga, men som det saknas socialt stöd för, ändå kan vara legitima.

Clinical characteristics, morbidity, and mortality of heart failure patients based on subgroup: a community-based approach

Jason Davidge, Capio Vårdcentral Halmstad; doktorand Lunds Universitet

Bakgrund: Hjärtsvikt (HF) är en diagnos med betydande dödlighet, vårdbehov och som påverkar individens livskvalitet. Det finns tillgänglig behandling men tidigare undersökningar i Region Halland (RH) visar att behandlingen användes suboptimalt vilket påverkar vårdbehovet. Syftet med projektet är att undersöka handläggningen avseende diagnostik och behandling av HF i RH.

Metod och resultat: Hittills har tre projekt slutförts. Det första är en undersökning av distributionen mellan de tre olika HF fenotyperna samt de som saknar diagnostisk ekokardiografi

(EKO), och effekten av mono-, dubbel- och trippelterapi avseende mortalitet. En algoritm har skapats för att kunna undersöka distributionen på ett populationsbaserat sätt. Resultatet visar att fördelningen skiljer sig jämfört med tidigare registerbaserat studier, att ett-års mortaliteten var högst bland patienter som har diagnostiserats utan EKO, och att kombinationsbehandling minskar mortalitetsrisken oavsett HF fenotyp. Den andra studien är en fördjupad undersökning av HF patienterna diagnostiserade utan EKO. Majoriteten fick sin diagnos på sjukhuset (58%) jämfört med primärvården (42%). De först nämnde hade en högre mortalitet initialt men skilde sig inte från de som diagnostiserades inom primärvården efter 30 dagar. Den tredje studien undersöker riskfaktorer vid utskrivning som förutsäger återinläggning inom 100 dagar. Patienter med högre NTproBNP, nedsatt njurfunktion, ålder över 75 år och sjukhusvistelse längre än 6 dagar var associerade med en ökad risk för återinläggning. Det sista delarbetet ska undersöka effekten av behandling på vårdkonsumtion (antal vårdkontakter och antal dagar i sjukhusvård) och kostnader under de första två åren efter en HF diagnos. Därigenom värderas hur handläggning och behandling påverkar mortalitet, morbiditet och hälsoekonomi hos hjärtsviktpatienter.

Kniven, örten och orden- primärvårdsperspektiv på patientrelationen/läkarrollen och ensamheten under covidpandemin

Marija Kramar, Höga Kustens Hälsocentral

Bakgrund: I denna studie undersöktes flera teman kopplade till relationen mellan patient och läkare i Sverige 2021. Detta var i direkt anslutning till perioden för de hårdaste restriktionerna under covid19-pandemin. Studiens syfte var att utforska: 1) Hur påverkades den socialt isolerade patientens relation till läkaren? 2) Hur påverkades läkarrollen av rekommendationerna om sociala restriktioner under covidpandemin?

Metod: Kvalitativ intervjustudie med två patienter som levt under isolering under pandemin samt en specialistläkare i allmänmedicin.

Resultat: Det framkom ingen skillnad i patienternas relation till patientansvarige läkare (PAL) under pandemin som båda hade långvarig

relation till PAL. Det framkom hög tilltro till fysiska besök. Telefonbesök kunde upplevdas som distansskapande.

Teman som berördes i intervjuer med läkaren var: 1) Normalisering av samtal kring ensamhet och isolering. I intervjuerna lyfts också en diskrepans mellan läkarens utbildning i frågor som berör det existentiella kontra förväntningar på läkaren. 2) Ökad relationell distans till patienter som sekundär effekt av färre fysiska besök och barriärsutrustning. Telefon/digital kontakt beskrevs försvåra bedömningen jämfört med fysisk kontakt 3) Digitala plattformar upplevdes i viss mån leda till ökade förväntningar på läkartillgänglighet.

Slutsats: Ingen förändring framkom i patienternas relation till PAL under pandemin, urvalet var begränsat och annat urval hade kunnat lyfta andra aspekter. Fysiska besök upplevdes som mindre distansskapande jämfört med digitala besök. I läkarintervju framkom diskrepans kring utbildning i existentiella frågor kontra dess förekomst i arbetslivet. Dessa aspekters påverkan på vårdkvalitet såväl som läkarcompetens bedöms som väl värda att undersöka i framtida studier

Behandlingssvikt vid lunginflammation

Olof Cronberg, Vårdcentral Växjöhälsan, Växjö; doktorand Lunds universitet

Bakgrund: Även om svenska riktlinjer för lunginflammation rekommenderar penicillin V (PcV) som förstahandsval får många patienter bredspektrumantibiotika. Ett vanligt argument bland allmänläkare är att behandlingssvikt är vanligare vid PcV. Syftet var att analysera hur vanligt återbesök och behandlingssvikt är vid behandling av lunginflammation med PcV jämfört med bredspektrumantibiotika.

Metod: I denna registerbaserade studie har besök för nedre luftvägsinfektioner (NLI) i Kronobergs län studerats. Ett indexbesök för lunginflammation definierades om det inte hade skett något NLI-besök under de föregående 30 dagarna. Ett återbesök definierades om det hade skett ett nytt NLI-besök inom 30 dagar. En behandlingssvikt definierades som ett byte av antibiotika inom 30 dagar.

Resultat Av 18 815 indexbesök för lunginflammation under perioden 2006–2014 fick 34% PcV, 27% doxycyklin, 26% ingen behandling

och 14% andra antibiotika. Avsaknad av behandling kan bero på att patienten remitterades till annan vårdnivå, att det var ett återbesök eller att koppling till läkemedelsbehandling saknades (t ex vid dosdispensering). Återbesök skedde totalt vid 22% av indexbesöken. Andelen var 27% för PcV, 20% för doxycyklin och 21% för annan antibiotika. Behandlingssvikt förekom totalt vid 6,5% av indexbesöken. Andelen behandlingssvikt var 11% för PcV, 5,0% för doxycyklin och 5,4% för annan antibiotika. En ny analys med data från perioden 2018–2022 kommer att redovisas vid kongressen.

Konklusion

Både återbesök och behandlingssvikt var vanligare vid PcV än vid bredspektrumantibiotika

Vart är vi på väg - i djungeln av riktlinjer med omdömet som kompass

Rita Fernholm, Boo vårdcentral; med. dr Karolinska institutet

Bakgrund: Allmänmedicin år 2024, på väg in i en ny tidsålder. En framåtblickande föreläsning in i en verklighet där efterfrågan vida överstiger tillgången på primärvård. En verklighet där vi inte kan arbeta som tidigare. Stetoskop och läkarböcker kompletteras med hundratals riktlinjer, beslutsstöd och vårdförlopp från den nationella kunskapsstyrningen, triagerings-bottar som ska välja vilka patienter som när oss, integrerade program i våra journaler som ska påtala farliga läkemedelskombinationer och sjunkande Hb. Sekundärvården flyttar ut vård "nära patienten" för patienten bästa men utan medföljande resurser. Hur ska vi hantera denna verklighet?

Syfte: Att belysa riskerna och möjligheterna när vi inte kan göra vårt arbete på samma sätt som tidigare. I denna nya verklighet blir patientens roll tydligare, där vi behöver samskapa vården med patienter och närstående. Ett samskapande/partnerskap som även gäller tiden mellan besöken till sjukvården. Riskerna kan minskas med tydliga partnerskap där konkreta verktyg som safety-netting, teach-back och professionsgranskade webplatser med information riktade till patienter kan användas.

Mål: Att inge hopp om en bra primärvård i framtiden där vi kan känna oss nöjda med vår insats tack vare att vi bjuder in patienter och närstående till ett aktivt partnerskap i vården.

Innehållet baseras på erfarenhet samt på egen och andras forskning inom området.

Att arbeta mot existentiella hot - ska vi orka det också ?" Varför och hur jobbar läkare mot kärnvapen

Vendela Englund Burnett, Ordförande Svenska Läkare mot Kärnvapen

I augusti 2023 publicerade över 100 medicinska tidskrifter (inklusive Lancet, BMJ, New England Journal of Medicine och JAMA) i en gemensam ledare ett upprop till läkare och andra inom hälso- och sjukvården (Reducing the risks of nuclear war – the role of health professionals, 2023). Här trycker man på vårt ansvar som läkare att utifrån vår kunskap informera allmänheten och våra politiker/beslutsfattare om riskerna med kärnvapen, risker som enligt Guterres (generalsekreterare FN) aldrig varit större sedan det kalla kriget på 50- och 60-talen. Ledaren uppmanar oss att engagera oss. Svenska Läkare mot Kärnvapen har sedan mer än 40 år enträget arbetat förebyggande mot detta , det största, omedelbara och ultimata hotet mot mänsklighetens liv och hälsa. Vårt föredrag har ett upplägg där vi svarar på frågor: Varför är kärnvapen ett ärende för läkare? WHO och WMAs bedömningar och sommarens gemensamma upprop i medicinska tidskrifter beskrivs kort, liksom att/ hur läkare jobbat mot kärnvapen sedan 1945 .

Vad händer vid kärnvapenattack och vad kan vi som läkare göra då?

Det finns inga "små användbara" kärnvapen. Vi presenterar en rapport om konsekvensen av endast en kärnvapenexplosion över Stockholm (Förebygga är enda medicinen, 2023), ställt i relation till sjukvården.

Kan Kärnvapenkrig vinnas?

Kärnvapenkrig skulle enligt klimatmodeller döda miljarder- de flesta indirekt, vi beskriver två scenarier: Ett "litet lokalt" ex mellan Indien och Pakistan med, minskande kaloritillgång, "Nuclear famine "(2 miljarder döda) och ett mellan USA och Ryssland, Kärnvapenvinter (5-6 miljarder döda)

Vad kan jag som läkare göra för att förebygga detta hot ?

Vi ger exempel på hur vi läkare enskilt och gemensamt, kan använda vår kunskap och vårt förtroendekapital för att på sikt bidra till kärnvapnens avskaffande. Föredraget slutar därför i hopp (viktigt) och visar på att detta tunga uppdrag är möjligt att ta sig an och att arbetsmetoder och arbetskamrater finns.

Att göra fel – det är inte bara patienten som tar skada - workshop

Jenny Berggren, Capio vårdcentral Berga, Linköping

Hur förebygger vi vårdskador och hjälper oss själva och varandra att hantera när vi oundvikligen ibland trots allt gör fel?

Att göra gott och inte skada är två av världens etiska principer. Men i läkaryrket går det inte att helt skydda sig från att göra misstag. Hur skapar vi en verksamhet som både lyfter och lär av misstag som sker och samtidigt värnar och stöttar den som har gjort fel? Vad är "psychological safety" och hur gör vi för att nå dit?

Kom och dela med dig av dina erfarenheter och/eller lyssna till andra. Går det att vara en bra läkare trots att en gör fel? Vilka strategier är mer eller mindre hjälpsamma för att komma vidare? Hur hanterar du din värsta kritiker? Var hittar du stöd och hur kan vi stötta varandra på bästa sätt?

Torsdag 14.00-14.45

Hållbar behandling med PrimärvårdsKvalitet (PVQ) - Workshop

Susanne Steen, projektledare

PrimärvårdsKvalitet SKR

Josabeth Hultberg, Åby vårdcentral, Norrköping, SFAMs råd för Hållbar diagnostik och behandling och SLS arbetsgrupp för Kloka Kliniska Val

Malin André, docent Uppsala universitet
Charlotta Malmer Hagstam, Centrumkliniken, Trelleborg och PrimärvårdsKvalitet SKR

Eva Arvidsson, med. dr; Primärvårdens FoU enhet Futurum, Region Jönköping

Mål: Ge deltagarna fördjupad kunskap om användning av PVQ som verktyg för att minska överbehandling. Tillsammans identifiera nya områden för indikatorer inom överdiagnostik/överbehandling.

Syfte: Inspirera till användning av PVQ som ett verktyg för att minska överbehandling och öka kvalitén i primärvården.

Upplägg: Vad är hållbar vård? Drivkrafter bakom överdiagnostik och överbehandling, samt principerna för Kloka Kliniska Val/Choosing Wisely. Presentation av hur PVQ använts för att minska antibiotikabehandling på en vårdcentral i Skåne. Kortfattade exempel på mått inom andra medicinska områden för att minska överdiagnostik och överbehandling som finns i PVQ. Diskussioner i mindre grupper för att fånga nya idéer om ytterligare områden som berör överbehandling/överdiagnostik där indikatorer i PVQ behöver skapas. Efter sammanställning av framkomna förslag diskuteras dessa med företrädare från hållbarhetsrådet som en avslutande reflektion.

Destination: digitalisering av primärvården

Ann Frisinger, civ.ing.; tekn dr Karolinska Institutet

Panos Papachristou, med. dr Karolinska Institutet

Bakgrund: Primärvården upplever ökande vårdvolym och kvalitetskrav, men resurserna är begränsade. Innovativ IT kan hjälpa primärvården att möta vårdbehoven. Det är dock oklart varför många införandeinitiativ misslyckas när andra branscher varit mer framgångsrika. Studiens syfte var att genom intervjuer med primärvårdsaktörer ta reda på vad som går rätt, fel och vad som särskiljer primärvården från andra branscher när det gäller digitalisering.

Metod: En kvalitativ innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer genomfördes i Region Stockholm omfattande femton läkare, representerande olika organisationsnivåer inom primärvården, samt en applikationsleverantör. Ett AI-baserat diagnostiseringsverktyg för malignt melanom användes som exempel på IT-införande. Studien publicerades 2023-03-13 i BMC primary care under namnet "The voice of healthcare:

introducing digital decision support system into clinical practice – a qualitative study”.

Resultat: Introduktion av ny IT kräver ett multidimensionellt perspektiv och hantering där man lär från tidigare misstag, fokuserar framgångsfaktorer, anpassar till sjukvården, beaktar organisationens IT- och kvalitetsförbättringsmognad, kontinuerligt arbetar med förbättring, reflekterar över omgivande faktorer vid förändringsarbete, tillser engagemang och tillit från berörda parter.

Exempel på vårdens styrkor, möjligheter, svagheter, och utmaningar kunde åskådliggöras. Målände uttalanden exemplifierade vad som går rätt, fel och vad som särskiljer sjukvården från andra branscher. Förslag på hur man kommer vidare gavs.

Slutsats: Accelererad digitalisering av primärvården är nödvändig för att möta framtida krav kring vårdvolymer, kvalitet, och konkurrens från nya aktörer på marknaden. Ökad digitalisering kommer ske men behöver anpassas till vården. Tag plats, nu kör vi!

Antibiotikasmarta vårdcentraler

Carl Fridolfsson, kriterieleadare för Antibiotikasmarta Vårdcentraler, Antibiotikasmart Sverige samt Strama-koordinator, Region Jönköpings län

Hélène Rödin, arbetsgruppsdeltagare Antibiotikasmarta Vårdcentraler, Antibiotikasmart Sverige, Strama Stockholm

Bakgrund: Antibiotikasmart Sverige är en nationell kraftsamling som leds av Folkhälsomyndigheten, RISE - Research Institutes of Sweden, Nationell arbetsgrupp Strama och ReAct med finansiering från Vinnova. Visionen är ett antibiotikasmart Sverige – ett samhälle där alla bidrar till att antibiotika fungerar och fortsätter rädda liv.

Metod: I arbetet med att nå visionen om ett antibiotikasmart Sverige har vårdcentralerna en nyckelroll. De hanterar ett brett spektrum av besöksorsaker, bland annat olika infektionstillstånd. Både vårdhygien och Stramaarbete är inkluderat och vi vill se detta som ett komplement till det lokala arbetet då vi lyfter bra arbetssätt som redan finns för att sprida dem till fler. Vi vill stimulera till ett fortsatt förbättringsarbete med ett strukturerat och bredare angreppssätt med möjlighet att diplomera

sig som antibiotikasmart vårdcentral genom att arbeta med och uppfylla antibiotikasmarta kriterier. Kriterierna tar upp punkter kring samverkan, arbetssätt, mätningar och kompetensutveckling. Kriterierna ämnar att stödja verksamheterna med att implementera delar av Stramas 10-punktsprogram mot antibiotikaresistens och Vägledning för vårdhygieniska arbete framtaget av NAG Vårdhygien.

Resultat: För närvarande pågår pilottestning av kriterierna och utvärdering av arbetssättet på ett 20-tal svenska vårdcentraler med olika storlek. Syftet med pilotfasen är att testa, utvärdera och påverka kriteriernas utformning för att kunna erbjuda breddinförande av utvärderade kriterier för Antibiotikasmarta sjukhus under 2024. **Slutsats:** Genom perspektivförskjutning blir arbetet mot antibiotikaresistens allas ansvar i ett samhälle där alla bidrar till att antibiotika fungerar och fortsätter rädda liv, vårdcentralerna bidrar med hjälp av Antibiotikasmart Sveriges kriterier och kan arbeta på ett konstruktivt och systematiskt sätt

Patienters och läkares uppfattning om lämplig användning av safety-netting vid konsultationer

Rita Fernholm, Boo vårdcentral; med. dr Karolinska Institutet

Bakgrund: En lovande metod för att hantera klinisk osäkerhet och därigenom minska risken för vårdskador på grund av diagnostiska förseningar är att använda safety-netting (det vill säga att kommunicera strukturerad information till patienter om när och var de ska söka vård igen). Syftet var att utforska läkares och patienters uppfattning om när och hur safety-netting kan tillämpas framgångsrikt inom primärvård och akutsjukvård.

Metod: Intervjuer och fokusgrupper med patienter och läkare genomfördes. Data analyserades induktivt med hjälp av ”the framework method for qualitative analysis”.

Resultat: För att hantera diagnostisk osäkerhet med safety-netting betonade läkare och patienter behovet av att förstå förutsättningarna för konsultationen (det vill säga var i vården man befinner sig, patientens kapacitet, den maktobalans som föreligger i mötet). Dessutom

betonade deltagarna vikten av att etablera en ömsesidig förståelse för patientens perspektiv och av det eventuella allvaret i situationen innan man började använda safety-netting.

Konklusion: Etablerandet av en gemensam mental modell mellan läkare och patient av förutsättningarna för det kliniska mötet är en avgörande faktor som påverkar hur safety-netting kommuniceras och tas emot samt dess förmåga att stödja patienter i problemlösnings och planering efter besöket. Vi föreslår att framgångsrik användning av safety-netting kan betraktas som en teamaktivitet, där läkaren och patienten samverkar för att följa hur patientens tillstånd utvecklas efter vårdbesöket. Vidare tyder våra resultat på att framgångsrikt implementerad safety-netting behöver anpassas till den kliniska kontexten i allmänhet och till patient- läkarmötet i synnerhet.

Skönlitterärt skrivande för läkare

Elisabeth Wolpert, distriktsläkare, med dr, författare

Skrivande är ett sätt att utforska känslor och tankar, relationer och historia. Föreläsaren växte upp med två föräldrar som överlevde Förintelsen i Polen - något som mindre än 2% av Polens judar gjorde. Föreläsarens pappa berättade mycket ur sitt liv medan mamman inte ville tala om krigsåren. Berättelserna och tystnaden satte sig som en sorg i bröstet. Sorg över alla som förlorade sina liv och sorg över människors ondska. Författaren har som vuxen tagit skrivarkurser i många år och under 2023 gett ut romanen "de avhuggna, de räddade" som inbunden bok, ljudbok och e-bok. Boken har fått goda omdömen av såväl professionella aktörer som den vanliga läsaren. I seminariet diskuteras bokens innehåll, skrivarkurser, berättarperspektiv och hantering av historiska berättelser. Tillfälle att köpa boken till kollegialt pris finns.

Torsdag 15.15-17.00

Hjälpl! Min patient har många kroppsliga symtom

Oskar Lindfors, Järpens hälsocentral, ordförande i Rådet för hållbar diagnostik och behandling, SFAM

Carl Sjöström, konsultläkare psykiatri och rehabiliteringsmedicin, Primärvården Västra Gästrikland, Region Gävleborg

Arwa Josefsson, specialist i allmänmedicin och psykiatri, leg. psykoterapeut, VUP Stockholm

Mattias Rööst, docent, Allmänmedicinskt kunskapscentrum, Växjö

David Gyll, ST-läkare Svartbäckens VC, Uppsala

Bakgrund: Symtom som inte förklaras av biomedicinskt sjukdom är vanliga inom hela sjukvården. Funktionella besvär kan ge funktionspåverkan och patienterna har ingen självklar plats i vårdapparaten. Oidentifierade funktionella besvär leder ofta till överutredning och övertestning. Detta kan medföra irrelevanta fynd och överbehandling men också leda till felaktiga förklaringsmodeller som tränger undan effektiva interventioner.

Syfte: Att i symposieform (60 min) ge deltagarna kunskap om fungerande förhållningssätt för den breda och heterogena gruppen av patienter med olika funktionella besvär samt att i workshopform (60 min) komma fram till förslag på hur vården för de mest komplexa patienterna, där primärvården ensam inte klarar av att hjälpa patienten, skulle kunna organiseras.

Innehåll

- Vårdet av förklaringsmodeller:
- Positiv diagnostik
- Konkreta konsultationstips
- Minskning av iatrogena skador
- Språket vi använder
- Exempel från andra länder
- Transdiagnostiska angreppssätt
- Gruppdiskussioner

Mål: Att ge ökad kunskap och förmåga hos deltagarna att hjälpa personer med funktionella besvär samt att skapa konkreta förslag kring hur vården kan organiseras, som kan användas för vidare bearbetning och stöd till regionerna

Från gisslan till inflytande: Hur kan kunskapsstyrningen komma till nytta för vanliga primärvårdspatienter?

Magnus Nord, Vårdcentralen Valla, Linköping, med. dr Linköpings universitet

Eva Arvidsson, med. dr; Primärvårdens FoU enhet Futurum, Region Jönköping

Hálfdán Pétursson, Omtanken vårdcentral, Källered; Universitetslektor, med. dr Islands universitet

Minna Johansson, Närhälsan Herrestad vårdcentral;

Direktör, Global Center for Sustainable Healthcare; med. dr Göteborgs universitet, Cochrane Sverige

Märit Löfgren, Herkules vårdcentral, Borås; vice projektledare för Processtöd för implementering i primärvården (PRIMP), Västra Götaland

Bakgrund: Nationell klinisk kunskapsstyrning (NKK) ska bidra till god och jämlik vård. I arbetet att ta fram kunskapsstöd har allmänmedicinare ofta saknats eller varit underrepresenterade vilket gör att det allmänmedicinska perspektivet har varit svårt att företräda och att riktlinjerna riskerar att kan bli omöjliga eller t.o.m. skadliga att följa i primärvården.

Innehåll: Seminariet inleds med en kort presentation om kunskapsstyrningen i NKK.

Magnus Nord, SFAMs råd för sköra äldre, berättar hur rådet varit delaktiga i kunskapsstöd för kognitiv svikt, palliativ vård och skörhet.

Eva Arvidsson presenterar resultat från en primärvårdsstudie om mångsjuklighet där man funnit att de flesta av patienterna med en kronisk sjukdom har minst en till och att vi i allt mindre utsträckning följer riktlinjer ju fler sjukdomar en patient har. Samtidigt berörs många patienter av ett flertal olika nya riktlinjer/vårdförlopp.

Minna Johansson och **Hálfdán Pétursson**, från Nationell arbetsgrupp Över-/underdiagnostik och behandling, presenterar två kunskapsstöd ("checklistor") framtagna för att stödja arbetsgrupper att ta hänsyn till mångsjuklighet samt att minska risker för över-/underdiagnostik i vårdförlopp och riktlinjer.

Märit Löfgren berättar om Processtöd för Implementering i Primärvården (PRIMP) i Västra Götaland: konkreta aktiviteter för att resultatet av införandet av personcenterade och sammanhållna vårdförlopp ska bli verkligt personcenterad och sammanhållen primärvård.

Sedan följer ett fortsatt samtal med två gäster: **Andreas Stomby**, vetenskaplig sekreterare i SFAM och **Madelene Johanson**, områdeschef öppenvård i Region Värmland om hur vi allmänläkare bäst engagerar oss i, eller försöker förändra, arbetet med kunskapsstyrning.

Seminariet kommer genom konkreta exempel att visa på möjligheter att som kliniskt aktiv vara med och påverka riktlinjer och vårdförlopp och blir användbara och relevanta för våra patienter.

Presentation av nybildat nätverk för Barn-och ungdomsintresserade allmänläkare

Ida Petersson-Schmidt, spec. allmänmedicin, barnhälsovårdsöverläkare, Region Kronoberg
Anna Jurland, spec. allmänmedicin, Mora
Maria Birgerheim, spec. allmänmedicin, Jönköping

Bakgrund/Syfte: En stor del av vårdbesök för barn och unga sker inom primärvården, de allra flesta läkare inom barnhälsovården är allmänläkare och många inom elevhälsan och på ungdomsmottagningar likaså. Vi vill därför bjuda till en dialog om hur vi kan stärka barn- och ungdomsperspektivet inom primärvården och ta ett mer samlat grepp om gruppen barn och unga. Vad behöver vi som allmänläkare för att bli trygga med att bedöma och behandla ungdomar som söker vård? Hur när vi fram till den stora gruppen ungdomar med psykisk ohälsa? Kan primärvården bli mer ungdomsvänlig? Och hur kan vi samverka med vårdgrannar för att tillsammans skapa förutsättningar för bästa tänkbara hälsa för kommande generationer?

“Det är mina besvär och då är det mej dom ska lyssna på” - tonårsskillars upplevelser av att gå till läkaren på vårdcentralen

Johanna Haraldsson, spec. allmänmedicin; doktorand, Uppsala universitet
Linus Johnsson, spec. allmänmedicin; med. dr, Centrum för klinisk forskning, Region Sörmland/Uppsala universitet
Ylva Tindberg, specialist i pediatrik; docent Centrum för klinisk forskning, Region Sörmland/Uppsala universitet
Per Kristiansson, spec. allmänmedicin; docent Uppsala universitet
Lena Nordgren, sjuksköterska; docent, Uppsala universitet

Bakgrund: Tonårsskillar rapporterar att det är svårt att prata med allmänläkare. De vill diskutera sin psykosociala hälsa, men blir avfärdade och inte tagna på allvar. Detta är särskilt problematiskt för tonårsskillar, som jämfört med jämnåriga tjejer har dubbelt så hög mortalitet, främst kopplat till livsstil och psykisk ohälsa. Studiens syfte var att utforska hur tonårsskillar upplever besök hos läkare på vårdcentral.
Metod: Alla tonårsskillar mellan 15 och 19 år som oavsett orsak besökte läkare på två vårdcentraler i Region Sörmland mellan 4 mars och 20 maj 2022 bjöds in. Enskilda semistrukturerade intervjuer spelades in digitalt, transkriberades och analyserade med tematisk analys.
Resultat: Nio tonårsskillar deltog. Ett övergripande tema, Att bli lyssnad på, och tre teman utarbetades: Att bli förstadd och omhändertagen. Att hantera oro och osäkerhet och Att kunna välja och välja bort föräldrastöd. I ett bra möte bryr sig läkaren om honom. Läkarens förståelse genomsyrar besöket, som anpassas efter hans behov. Tonårsskillarna betvivlade sin förmåga att uttrycka sig och förstå, och oroade sig därför för att bli utan hjälp. De kämpade med skam, och med att balansera föräldrastöd med privatliv och att vara den som läkaren lyssnar på.
Slutsats: Tonårsskillar är särskilt utsatta pga. sin pågående kognitiva och emotionella utveckling, bristande erfarenhet av läkarbesök samt maskulinitetsnormer, men allmänläkaren kan med enkla medel ändå ge dem ett gott besök.

Journal Club med Fishbowl-diskussion - en workshop om metoden för kritisk granskning av klinisk vetenskap

Marek Czajkowski, Avestahälsan vårdcentral, Örebro; doktorand, Örebro Universitet
Ulf Eriksson, Karlskrona

Bakgrund: Journal Club i form av en workshop med fokus på att kritiskt granska en vetenskaplig artikel på ett strukturerat men också lättsamt och informellt sätt.
Innehåll: Workshopen kommer att inledas med en presentation av Journal Club-konceptet, en snabb genomgång av tillgängliga verktyg för systematisk kritisk granskning av vetenskapliga texter, och ungefär en timmes gemensam aktivitet. Tanken är att ha ett plenärt seminarium enligt "cats and fishbowl"- modellen där deltagarna får välja om de vill sitta i en inre eller yttre cirkel. I den inre cirkeln (fishbowl) kommer vi uppmontra deltagarna att löpande granska kritiskt den presenterade av oss artikeln i fokus, eventuellt med tips från någon av oss om vilka detaljer som är viktiga att titta på. I den yttre cirkeln (cats) kommer deltagarna att följa mallen för kritisk granskning, lyssna på diskussionen och ta anteckningar. Deltagarna från den yttre cirkeln kommer att ha möjlighet att ta plats i den inre cirkeln vid frågor eller kommentarer. Inga förkunskaper behövs. Artikeln kommer att delas ut på plats. Kopior till deltagarna tillhandahålls av workshopsledarna.
Mål: Att förbättra allmänläkarnas kännedom om Journal Club- konceptet, öka förståelsen för evidensbaserad allmänmedicin, vetenskaplig och statistisk metodik samt kritiskt tänkande. Detta kan vara användbart i den kliniska vardagen för att hålla sig uppdaterad kring ny kunskap, nya metoder, rutiner och riktlinjer inom allmänmedicin.

Time Needed to Treat – vår tid är en ändlig resurs som måste prioriteras varsamt

Amanda Niklasson, Närhälsan Munkedal vårdcentral; doktorand Göteborgs universitet, Global Center for Sustainable Healthcare
Minna Johansson, Närhälsan Herrestad vårdcentral; med.dr, Direktör, Global Center for Sustainable Healthcare, Göteborgs universitet, Cochrane Sverige

Innehåll: Riktlinjer förväntas höja kvalitén och jämlikheten i vården. Men eftersom vårdens uppdrag ökat närmast exponentiellt senaste decennierna, är det i dag omöjligt för vårdpersonal, speciellt i primärvården, att följa alla riktlinjer. En amerikansk studie visar exempelvis att allmänläkare skulle behöva arbeta 27 timmar per dygn för att följa alla riktlinjer som gäller för våra patienter (1), och Storbritannien skulle behöva sju gånger så många allmänläkare bara för att följa riktlinjerna om livsstilsinterventioner (2). En möjlig lösning vore om författare av riktlinjer beräknar hur stor andel av vårdpersonalens tid som skulle krävas för att följa rekommendationerna. I januari lanserade vi i BMJ konceptet Time Needed to Treat (TNT) i detta syfte (3). I korthet är TNT en metod för att underlätta för författare av riktlinjer och andra beslutsfattare att ta hänsyn till vilka undantränings effekter det skulle få om vårdpersonalen följde deras rekommendationer. Det övergripande syftet är att använda den begränsade tid vi har med patienten på det som har störst nytta och betydelse för individen, samt att öka tillgängligheten för patienter med störst vårdbehov.

Syfte: I denna workshop kommer deltagarna lära sig beräkna och använda TNT, men också diskutera metodens användbarhet och utvecklingsmöjligheter utifrån ett allmänmedicinskt perspektiv.

Mål: Workshopens mål är att deltagarna ska förstå syftet med att beräkna TNT, samt kunna använda metoden i relevanta situationer. Målet är också att vi i forskargruppen ska få viktiga inspel inför utveckling och beforskning av TNT-konceptet.

Årets avhandling 8.30-9.10

Luftvägsinfektioner i primärvård – aspekter av diagnostik och behandling.

Karin Rystedt, Närhälsan Hentorps VC, Region Skåne

Presentation av en avhandling som visat att penicillin V i fem dagar inte ger sämre klinisk effekt än den rekommenderade tiodagarsbehandlingen. Penicillin V är Sveriges mest sålda antibiotikum och den vanligaste orsaken till penicillinbehandling är

halsfluss med grupp A streptokocker. Avhandlingen visade att tio dagars penicillinbehandling ger högre andel patienter med biverkningar än den kortare kuren: var tredje patient som behandlades med penicillin i tio dagar drabbades av diarré, jämfört med var fjärde som behandlades i fem dagar. I avhandlingen ingick även studier av svalgprov hos patienter som nyligen behandlats för streptokocktonsillit, av penicillin Vs effekt på resistensförekomst i tarmen och av CRP hos primärvårdspatienter med influensa-lik sjukdom.

Fredag 9.15-10.00

Obesitas och fetma - en kritisk analys av begrepp och insatser

Sofia Zettermark, Närhälsan Hjällbo vårdcentral; med. dr Lunds universitet
Karin Mossberg, Herrestads vårdcentral, Närhälsan Uddevalla; med. dr och adjungerad universitetslektor Göteborgs universitet
Oskar Lindfors, Järpens hälsocentral, Region Jämtland Härjedalen, ordförande i Rådet för hållbar diagnostik och behandling (SFAM-H)
David Gyll, Svartbäckens vårdcentral, Uppsala
Staffan Svensson, Närhälsan Hjällbo vårdcentral; med dr WHO definierar övervikt och fetma som "ansamling av fettväv som utgör en risk för hälsan". Men ska detta betraktas som en normalvariant, en riskfaktor eller en sjukdom?

De senaste åren pågår en kampanj för att byta ut begreppen fetma och övervikt till begreppet obesitas. Det kan ses som en medikalisering av tillståndet som drivs både av en vilja att avstigmatisera övervikt, men också ekonomiska intressen som vill förändra attityden till läkemedelsbehandling för viktnedgång.

Livsstilsförändring är basen för viktnedgång, även vid läkemedelsbehandling. Insatser för att påverka människors livsstilsvanor rekommenderas brett av riktlinjer för många typer av tillstånd. Många av insatserna saknar dock stöd och är mycket resurskrävande. Är det rimligt att vi allmänläkare lägger en stor del av vår tid med patienten på livsstilsråd? Hur påverkas

patient-läkarrelationen? Och kan viljan att motarbeta sjukdom också bli ett moraliskt påbud som lägger skulden för samhällsproblem på individen?

Hur påverkas vi och våra patienter av synen på vissa kroppar som lidande av sjukdomen obesitas? Leder det verkligen till en avstigmatisering av fetma och övervikt? Eller finns det risker med begreppsfrskjutningen?

Allmänläkarna som klev ut från vårdcentralen och vann nya lärdomar från kvinnorna i lokalsamhället

Jenny Berggren, Capio vårdcentral Berga, Linköping

Johanny Sabbagh, Capio vårdcentral Berga, Linköping

"Samtal för bättre hälsa och vård" – medborgardialog med utlandsfödda kvinnor i Berga. Ett samarbete med Svenska kyrkan och KFUM Bollhop, med medel från Utvecklingspotten (Region Östergötland).

Nu vill vi dela med oss av våra erfarenheter, lärdomar & framtida idéer från vårt första år med medborgardialoger. Vi hoppas kunna inspirera fler vårdcentraler till att bjuda in människor i lokalsamhället, till samtal om hur individen kan göra för att främja sin hälsa och om hur vården kan bli ännu bättre. Vi lät deltagarna välja ämne och skapade utifrån det interaktiva föreläsningar till varje träff. Under 2023 har vi pratat stress & psykisk hälsa/ohälsa, blodsocker/blodtryck & kolesterol samt kvinnohälsa.

Vilka är utmaningarna med att nå ut till människor med annan kulturell bakgrund, varierande utbildningsnivå och språkkunskaper? Vilka knep finns att ta till? Vi bad varje gång även deltagarna att dela med sig och har fått lyssna till deras upplevelser från att vara patient & anhörig i vården. Men vad händer när vi ber patienterna att berätta om det som inte upplevs bra i möten med vården? Vågar vi öppna den dörren?

Hot och våld i vården

Carolina Emdin, vice ordförande DLF
Marina Tuutma, ordförande DLF

Vårdpersonal har en hög risk att utsättas för våld. Undersökningar som bland andra SLF gjort visar att mellan 8-38% av all vårdpersonal utsatts för fysiskt våld någon gång under karriären. Läkare i primärvården och de som befinner sig tidigt i karriären är mer utsatta, men nästan alla som arbetar kliniskt har någon gång mött verbal aggression från patienter eller deras anhöriga. Det förekommer också hot på sociala medier och våldsbrott i närheten av vårdcentraler i utsatta områden. Hot och våld är något som läkare behöver vara förberedda på. På workshopen får du lära dig mer om och öva på hotfulla situationer.

Användningen av pEth i primärvården

Åsa Thurfjell, doktorand, sakkunnig i hälsöfrämjande arbete i Region Stockholm, vårdutvecklingsledare Akademiskt primärvårdscentrum

Bakgrund: Blodprovet PEth (Fosfatidyletanol) används mer och mer inom svensk primärvård som ett sätt att lyfta alkohol i mötet med patienten. PEth kan med hög specificitet och sensitivitet identifiera alkoholkonsumtion. Samtidigt kan användningen av PEth i primärvården vara utmanande av flera skäl t.ex. hur patienter informeras om att läkaren beställt ett PEth-värde samt svårigheter att tolka resultatet.

Innehåll och mål : Föreläsningen presenterar aktuell kunskapsläge om PEth med fokus på forskningsresultat och pågående studier om PEth i samband med behandling av hypertoni i svensk primärvård. Forskningen studerar PEth från både läkarens och patientens perspektiv. Målet med föreläsningen är att öka kunskapen om PEth och ge ett tillfälle för erfarenhetsutbyte om hur PEth kan stödja allmänläkare att samtala om alkohol. Både styrkor och potentiella fallgropar med PEth kommer diskuteras.

Hur kan vi arbeta tillsammans med artrospatienten?

Regina Bendrik, fysioterapeut, Strömsbro Hälsocentral, Gävle; doktorand Uppsala universitet.

Bakgrund: Patienter med artros i höft eller knä får sin diagnos sent i sjukdomsprocessen,

kommer sent igång med träning och har svårt att bibehålla en fysisk aktiv livsstil över tid. Detta trots att fysisk aktivitet förbättrar smärta, funktion och livskvalitet samt minska risken för följsjukdomar. I en avhandling har utvärderats om individualiserade interventioner om fysisk aktivitet där man utgår från patienten och stöttar patientens egna val utifrån intressen, förutsättningar och förmågor, har effekt på fysisk aktivitetsnivå över tid och på smärta, funktion och livskvalitet. Det var 141 patient i primärvård som följdes upp efter 6, 12 och 24 månader.

Resultatet visade att det enkla har effekt! Patienter valde själva promenader till stor del och även vardagsaktivitet och cykling. Få valde styrketräning. Att samma patient valde samma aktivitet vid baslinjen, 12 och 24 månader var vanligt vid promenader (50 %) men inte vid

styrketräning (2 %). Signifikant fler kvinnor, äldre och personer med svaga ben valde promenader. Högt BMI och smärta var inte ett hinder. Män valde förutom promenad också vardagsaktivitet och cykling.

Kliniska implikationer: Vården bör ändra fokus. Vårdens medarbetare kan arbeta tillsammans för artrospatienten! Enkla råd om fysisk aktivitet kan ges av familjeläkare, diabetes- och hypertonsköterska. I stället för att erbjuda träningsprogram bör utgångspunkten vara att utgå från vad patienten redan gör, tidigare har gjort och själv tror kommer att fungera över tid. Grundbehandling (artrosskola), mätning av funktion och uppföljningar livslångt bör ske hos fysioterapeut.

Anteckningar: _____

Posters

Multimorbiditet och Venös Tromboembolism

Jonatan Ahrén¹
MirNabi Pirouzifard¹, med.dr.
Björn Holmquist², med.dr.
Jan Sundquist¹, med.dr.
Kristina Sundquist¹, med.dr.
Bengt Zöller¹, med.dr.

1. Centrum för primärvårdsforskning, Lunds universitet/Region Skåne, Malmö
2. Department of Statistics, Lunds universitet

Bakgrund: Multimorbiditet, två eller fler kroniska sjukdomar, har blivit allt vanligare. Venös tromboembolism (VTE) är en vanlig förekommande potentiellt dödlig sjukdom. Multimorbiditet har visats associera med VTE. Syftet var att undersöka vilka multimorbiditets sjukdomskluster som associerar med VTE. **Metod:** En svensk tvärsnittsstudie (1997-2015) där nationella patient registret och multi-generations registret länkades. Totalt inkluderades 2 694 442 svenskfödda individer i studien var 49% kvinnor och medelåldern var 32 år. Multimorbiditet definierades baserat på en lista med 45 kroniska diagnoser och en score på 0-≥5 användes för att avgöra svårighetsgraden av multimorbiditet. En principalkomponentsanalys (PCA) genomfördes varvid nio olika multimorbiditets sjukdomskluster identifierades. Odds ratio (OR) för VTE och de nio olika sjukdomsklustren beräknades. **Resultat:** I studien var 16% (n=440 742) av deltagarna multimorbida varav kvinnor utgjorde 58 % av de multimorbida. Multimorbiditet var associerat med lägre utbildningsnivå samt högre ålder. Sju av de nio multimorbiditetsklustren var associerade med VTE. Av de 45 inkluderade kroniska diagnoserna associerade 44 med VTE. OR för VTE för de tre första sjukdomsklustrena i PCA analysen var: sjukdomskluster 1 (kardiometabola sjukdomar) 3.44 (95%CI 3.24-3.65), sjukdomskluster 2 (psykiska sjukdomar) 2.25 (95%CI 2.14-2.37) och sjukdomskluster 3 (gastrointestinala sjukdomar) 4.35 (95%CI 3.63-5.22). Det fanns även association mellan multimorbiditetens svårighetsgrad och OR för VTE. Exempelvis var OR=8.17 (95%CI 6.32-

10.55) för multimorbiditetsscore ≥5 inom sjukdomskluster 1. **Slutsats:** I denna nationella tvärsnittsstudie har vi visat en stark association mellan sju olika multimorbiditets sjukdomskluster och VTE. Fortsatta studier behövs för att avgöra de kliniska implikationerna av multimorbiditet för VTE risk.

INSOMNIAC - Internetbaserad kognitiv beteendeterapi och fysisk aktivitet vid insomni

Hanna Ljungvall, socionom; med. dr Uppsala universitet
Mia-Mari Stråle, psykolog; doktorand Uppsala universitet
Kristoffer Bothelius, psykolog; med. dr Uppsala universitet
Annika Bring, fysioterapeut; med. dr
Sören Spörndly-Nees, fysioterapeut; med. dr Uppsala universitet

Bakgrund: Det finns vetenskapligt stöd för internetbaserad kognitiv beteendeterapi vid insomni (IKBTi) samt för behandling med fysisk aktivitet vid insomni. Dock saknas vetenskaplig utvärdering av en kombinerad behandling med IKBTi och internetbaserat stöd för fysisk aktivitet. I projektet "INSOMNIAC" vill vi bidra till att effektivisera den nära vården genom att utvärdera och vidareutveckla den befintliga IKBTi. I projektets första fas, utvecklas en behandlingsmodul med en internet-baserad stödsats för att främja den fysiska aktivitetsnivån som tilläggsbehandling till den befintliga IKBTi, hos personer som söker vård för insomni. Som en del av co-designprocessen är syftet att studera patienters och behandlares erfarenheter och uppfattningar av deltagande i nuvarande IKBTi samt att utifrån deltagarnas upplevelser av IKBTi och egen fysisk aktivitet studera uppfattningar kring typ av stöd i en framtida internetbaserad behandlingsmodul för att öka fysisk aktivitet. **Metod:** Semi-strukturerade intervjuer och tematisk analys av 15 tidigare patienter och 5 behandlande vårdgivare. **Resultat:** IKBTi ansågs flexibel och lätt att anpassa efter livssituationen. Att påbörja behandling innebar ett fönster för stegvis förändring och möjlighet till nya rutiner för sin fysiska aktivitet. Deltagarna ansåg att det var

viktigt med en personlig kontakt, samt individanpassade instruktioner och feedback som blev validerande och motiverande. Behandlarna efterfrågade individuell bedömning inför behandlingsstart för att uppnå detta.

Slutsats: IKBTi upplevdes som lättillgängligt och flexibelt, men både patienter och behandlare betonade vikten av personlig kontakt även vid internetbaserade vård. Patienter och behandlare var positiva till ett tillägg med fokus på ökad fysisk aktivitet.

Precision medicine for rare disease patients. Can it change an individual's quality of life? Diagnosis of 17q12-microdeletion syndrome in adult multimorbid individual with fatigue and long sick leave

Emmanouil Kokoroskos, Husläkarmottagningen Täby centrum; doktorand Karolinska Institutet
Giedre Grigelioniene, docent Karolinska institutet

Bakgrund: Variable degree of intellectual disability (ID) is common in chromosomal disorders, and it can dramatically affect the quality of life. Different somatic symptoms associated with the same genetic condition may lead to clinical complications, that knowing the diagnosis can be followed up and eventually avoided. New technologies in genetic testing have revolutionized precision medicine, providing information regarding chromosome abnormalities, gene dose abnormalities and monogenetic disorders simultaneously.

We report the case of a 34 years old female multimorbid adult with chronic fatigue and her odyssey to the diagnosis of 17q12 microdeletion syndrome and mild intellectual disability (ID). The aim is to motivate surveillance in Primary care for rare diseases, chromosomal conditions, and ID.

Metod: Case report.

Resultat: Our patient with juvenile cataract, unspecified insulin-dependent DM, CKD, hypomagnesemia and unspecified hypothyroidism underwent an in-depth investigation after a long period of sick leave. Whole genome sequencing analysis diagnosed 17q12 microdeletion syndrome and

neuropsychiatric examination verified GP's suspicion for mild ID.

Konklusion: Early onset of multimorbidity, long course of unexplained neuropsychiatric symptoms, multiorgan engagement and learning difficulties should be red flags for ID and rare diseases. Considering that whole genome array testing has been available in Sweden since 2014 and that rare diseases affect 3.5% – 5.9% of the worldwide population, GPs can play a critical role in the early detection of syndromic conditions.

Citerade vetenskapliga artiklar för vanliga interaktionsvarningar i primärvården – en jämförelse mellan tre internationella beslutsstöd och Janusmed

Naldy Parodi López, spec allmänmedicin; med. dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Carina Tukukino, sjuksköterska; doktorand Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Staffan A Svensson, Närhälsan Hjällbo vårdcentral; med dr
Susanna M Wallerstedt, överläkare i farmakoterapi/klinisk farmakologi; professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Bakgrund: Interaktionsvarningar utgör ett stöd vid beslut om läkemedelsbehandling i sjukvården. I Sverige används Janusmed, internationellt är Lexicomp, Micromedex och Stockley väletablerade. Dessa fyra källor grundas alla på vetenskapliga artiklar. Presenterade klassificeringar och rekommendationer kan dock skilja sig. Vi undersökte för vanliga interaktionsvarningar i primärvården vilka artiklar som citerades i de fyra beslutsstöden.

Metod: Utgångspunkten var de sju vanligaste kliniskt betydelsefulla interaktionsvarningarna enligt Janusmed hos 302 patienter ≥ 65 år i primärvården. Dessa var alendronat/kalcium, levotyroxin/kalcium, levotyroxin/omeprazol, warfarin/paracetamol, citalopram/furosemid, citalopram/omeprazol och citalopram/lägdos acetylsalicylsyra. Samtliga var klassificerade som C-interaktioner i Janusmed, alltså hanterbara genom till exempel dosjustering. Efter att vi extraherat samtliga vetenskapliga artiklar som citerats i de fyra beslutsstöden för de aktuella interaktionsvarningarna, noterade vi hur många av dessa som överensstämde mellan respektive

internationellt beslutsstöd och Janusmed. Även klassificeringar noterades.

Resultat: Totalt citerades 114 vetenskapliga artiklar i de fyra beslutsstöden. Varken Lexicomp eller Micromedex varnade för läkemedelskombinationen citalopram/furosemid. Antalet citerade artiklar per interaktionsvarning var i Janusmed 4–14 (median: 6), Lexicomp 0–25 (7), Micromedex 0–10 (2) och Stockley 0–15 (9). Överlappningen av vilka artiklar/interaktionsvarning som citerades varierade: mellan Janusmed och Lexicomp citerades 0–9 samma per interaktion (median: 61%), mellan Janusmed och Micromedex 0–7 (22%), samt mellan Janusmed och Stockley 0–5 (44%). De C-klassificerade interaktionsvarningarna i Janusmed motsvarade följande klassificeringar: Lexicomp: 1 "B/No action needed"; 2 "C/Monitor therapy" och 3 "D/Consider therapy modification"; Micromedex: 1 "Minor", 3 "Moderate" och 2 "Major"; och Stockley: 3 "Moderate" och 4 "Severe".

Slutsats: Citerad vetenskaplig litteratur för vanliga interaktionsvarningar i primärvården varierar avsevärt mellan etablerade beslutsstöd.

Primärvårdens frågor till en läkemedelsinformationscentral – en deskriptiv analys

Naldy Parodi López, spec. allmänmedicin; med. dr
Daniel Pouragheli, spec. klinisk farmakologi
Julia Izsak, ST-läkare klinisk farmakologi; med. dr
Hannah Colldén, apotekare; med. dr
Daina Lasaitiene, spec. reumatologi; med.dr
Wenhao Wu, apotekare
Ausra Saxvik, spec. allmänmedicin; doktorand
Carina Tukukino, sjuksköterska; doktorand
Alla vid Klinisk farmakologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Background: Drug treatment is one of the most common interventions in health care, implying challenging decisions. Guiding information are not always easily available. In Sweden, health care professionals can pose drug-related queries to one of seven drug information centres. The extent of, and type of, queries posed by primary health care professionals in Region Västra Götaland has not previously been explored.

Method: In this descriptive study, all queries posed during 2022 to the drug information centre in Region Västra Götaland, were extracted and analysed.

Results: Out of 618 queries posed to the drug information centre, 104 (17%) queries, including 183 drugs, originated from primary health care professionals (physicians: n=99, 95%; nurses: n=3, 3%; and pharmacists: n=2, 2%); 453 (73%) originated from specialised health care, and 61 (10%) from others. The most common queries from primary health care professionals concerned adverse drug reactions (n=31, 30%), pharmacotherapy (n=22, 21%), prescribing issues, e.g. medicine shortages (n=20, 19%), pharmaceutical issues, e.g. crushing a drug (n=12, 12%), drugs in pregnancy/lactation (n=7, 7%), drug interactions (n=7, 7%), and other (n=5, 5%). The drugs most often appearing in queries regarding adverse drug reactions (n=69, 38%) encompassed drugs from the cardiovascular system (n=21, 11%) including antihypertensives (n=13, 7%) and lipid-lowering drugs (n=8, 4%).

Conclusions: One out of six queries to the drug information centre in Region Västra Götaland originates from primary health care professionals. One third of them concerns adverse drug reactions, of which the majority involved cardiovascular drugs.

Diagnostisk tillförlitlighet för kolorektalcancer av ett kvantitativt immunokemiskt fekalt hemoglobintest hos symtomatiska patienter i primärvården

Anna Lööv AT-läkare, Örebro; doktorand Örebro universitet
Louise Olsson, docent Örebro universitet;
enhetschef HTA-enheten Camtö
Mikko Hellgren, Kumla vårdcentral; universitetslektor Örebro universitet
Cecilia Högborg, spec allmänmedicin; med. dr, Umeå universitet
Mikael Lilja spec allmänmedicin; docent, Umeå universitet
Elvar Theodorsson professor, Linköpings universitet
Alexandra Metsini hälsoekonom; doktorand Örebro universitet

Anna Moberg spec allmänmedicin; universitetslektor, Linköpings universitet
Anna Segernäs spec allmänmedicin; adjungerad universitetslektor, Linköpings universitet

Bakgrund: Allt mer evidens framkommer som stödjer användningen av kvantitativt immunokemiskt F-Hb i utredningen av patienter med symtom på kolorektalcancer i primärvården. I Storbritannien har det redan implementerats. Ett kvantitativt test innebär större flexibilitet och kan användas för prioritering inför koloskopi eller för att, åtminstone för vissa grupper och vid negativt test, identifiera en mycket låg risk för kolorektalcancer som inte motiverar ytterligare tarmutredning.

De flesta tidigare studier har dock fokuserat på patienter som redan remitterats för utredning. Denna nu pågående primärvårdsbaserade studie (FIKA 3) syftar till att kartlägga den diagnostiska tillförlitligheten och prediktiva värden avseende kvantitativt immunokemiskt F-Hb för kolorektalcancer.

Metod: En prospektiv, nationell multicenterstudie för utvärdering av kvantitativt immunokemiskt F-Hb hos patienter från 40 år och uppåt som söker i primärvården med symtom associerade med kolorektalcancer pågår sedan 2021. Patienter med symtom som representerar hela spektrumet från låg till hög misstanke om kolorektalcancer identifieras av allmänläkare och inkluderas via någon av ca 30 medverkande vårdcentraler i Sverige.

Studiedeltagarna skickar in två faecesprover från separata dagar samt besvarar ett kort symtomformulär. Faecesproverna analyseras vid lab i Linköping, Örebro och Östersund med QuikRead go® (Aidian Oy). Det analytiska intervallet är 10–200 µg Hb/g faeces. Referenstest är länkning till Svenska kolorektalcancerregistret två år efter inklusion samt koloskopi för de som remitteras för detta av kliniska skäl.

En modellbaserad kostnadseffektivitetsanalys baserad på den kliniska studien kommer också att utföras.

Att öka fysisk aktivitet hos personer med höft eller knäartros – en randomiserad kontrollerad studie med uppföljning efter 6, 12 och 24 månader

Regina Bendrik, fysioterapeut, Strömsbro hälsocentral, Gävle; doktorand, Uppsala universitet

Margareta Emtner, professor, Uppsala universitet

Lena Kallings, docent, Uppsala universitet och Gymnastik- och Idrottshögskolan

Kristina Bröms med. dr, Uppsala universitet.

Bakgrund: Patienter med artros i höft eller knä får sin diagnos sent i sjukdomsprocessen, kommer sent igång med träning och har svårt att bibehålla en fysiskt aktiv livsstil över tid. Detta trots att fysisk aktivitet förbättrar smärta, funktion, livskvalitet och minskar risken för följsjukdomar.

Metod: Vår hypotes var att fysisk aktivitet på recept skulle öka fysisk aktivitet mer än individuellt råd mätt efter 6, 12 och 24 månader. Receptgruppen (FaR) erhöll en patientcenterad rådgivning, formulerade mål för aktivitet, registrerade sina aktiviteter och kom på fyra uppföljningar under sex månader. Rådgivningsgruppen erhöll ett besök med muntlig och skriftlig information om artros och träning, mål att göra egen vald aktivitet 30 min, 3 ggr/v och råd att träna styrketräning i vardagen, exempelvis trappgång.

Resultat: Det var 141 patienter som inkluderades, 72 patienter kom att ingå i receptgruppen (FaR) och 69 patienter i rådgivningsgruppen. Medelålder var 60,3 (8,3) år, 72 % var kvinnor, 74 % hade knäartros och 26 % höftartros. Resultatet visade ingen skillnad mellan grupperna i fysisk aktivitet mätt med accelerometer och frågeformulär efter 6, 12 och 24 månader. Det var heller ingen skillnad mellan grupperna i övriga kliniska mått (funktion, smärta, livskvalitet) vid de olika mätpunkterna.

Konklusion: Fysisk aktivitet på recept med fyra besök var inte överlägset individuell rådgivning med ett besök baserat på information, målsättningsdiskussion och individualiserad fysisk aktivitet och styrketräning som utförs i det dagliga livet. Denna studie indikerar att enkla aktiviteter i vardagen är lätta att bibehålla över tid för artrospatienter men mer forskning behövs.

Comprehensive MRI assessment reveals sparse brain findings in non hospitalized post-COVID patients with cognitive impairment

Serena Fineschi, Östhammars vårdcentral; associerad forskare, Uppsala universitet

Sven Haller, specialist neuroradiologi; gästprofessor, Uppsala universitet

Johan Wikström, professor sektionen för neuroradiologi, Uppsala universitet

Bakgrund: Impaired cognitive ability and fatigue are among the most frequently reported neuropsychiatric symptoms in Post-COVID. It is unclear whether brain fog is secondary to structural brain changes.

Metod: In this study we present a multimodal neuroimaging analysis in 36 post-COVID patients and 36 individually matched controls who had mild SARS CoV-2 infection from Mars 2020 to February 2022.

Study protocol comprised assessment of physical fatigue (FSS), mental fatigue (MFS), depression (MADRS) and anxiety (HAD). Post-COVID symptom severity (SSS) was assessed by a score based on 17 symptoms. Neurocognitive status was assessed by RBANS. Magnetic resonance imaging was performed at the Uppsala University Hospital. Grey matter analysis (voxel based morphometry, VBM), white matter analysis (track based spatial statistics, TBSS), brain connectivity (resting fMRI analysis) and brain perfusion analysis were performed.

Resultat: Patients had higher levels of physical fatigue, mental fatigue, depression and anxiety (P<0.001). Neurocognitive test showed lower rate of RBANS total scale index score in patients (P<0.001), in particularly Attention and Language domains were more affected (P<0.001), whereas Visuospatial domain was not impaired (P 0.152).

Slutsats: We did not find any significant difference in grey matter volume and white matter structure between patients and controls. We observed a significant positive correlation between RBANS total scale index score and grey matter volume in right superior/middle temporal gyrus (p<0.05), and a significant negative correlation between white matter integrity and SSS (p<0.05) in the same area. At the resting fMRI analysis we observed minor differences in connectivity. Brain perfusion was not impaired.

Interferon-signaturer och inflammation i fibromyalgi

Serena Fineschi, med dr, Östhammar VC, inst för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet

Joakim Klar, inst för immunologi, genetik och patologi, Uppsala Universitet

Kristin Ayoola Gustafsson, inst för immunologi, genetik och patologi, Uppsala Universitet

Kent Jonsson, med dr, inst för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet, Nyköpings lasarett

Bo Karlsson, inst för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet

Niklas Dahl, professor, Institutionen för immunologi, genetik och patologi, Uppsala Universitet

Bakgrund: Fibromyalgi (FM) är en idiopatisk kronisk sjukdom som kännetecknas av utbredd muskuloskeletal smärta, hyperalgesi och allodyni, ofta associerade till trötthet, kognitiv dysfunktion och andra symtom. Patologin bakom FM är inte klarlagd. Autoimmunitet och neuroinflammatoriska mekanismer har beskrivits, men rollen av B-lymfocytens och interferon signatur är okänd. Frånvaro av biomarkörer leder ofta till fördröjd diagnostik. Frågor som vi lyfte är: Har FM patienter interferonsignatur? Finns uppreglade inflammatoriska serumproteiner? Korrelerar inflammationsnivå i serum med smärta? Finns det möjliga plasmamarkörer? **Metod:** Vi genomförde RNA sekvensering av total RNA från perifera B-celler, samt analys av en panel av inflammatoriskt serum proteiner (Olink Inflammatory panel), hos 30 FM-patienter och 23 friska matchade kontrollindivider.

Resultat: RNA-sekvensering analys avslöjade 60 differentiellt uttryckta gener i de två grupperna. FM-patienter visade ökat uttryck av 25 interferon-reglerade gener, såsom S100A8 och S100A9, VCAM, CD163, SERPINA1, ANXA1 och en ökad interferonsignatur. Dessutom var FM associerat med förhöjda nivåer på 19 inflammatoriska serumproteiner, såsom IL8, TNF-a, CD40, TNFSF14 och TNFRSF9, som korrelerade med FMsvårighetsgrad. Bland de inflammatoriska proteinerna, AXIN1, STAMBP och SIRT2 visade den högsta relativa ökningen i patientgrupp, detta var i linje med en tidigare oberoende studie och föreslår möjlig framtida användning av dessa proteiner som markörer.



Vi vårdar livet

Capio Närsjukvård erbjuder primärvård på över 100 platser i 13 landsting och regioner samt online i hela landet, året runt. Ca 925 000 patienter har valt att lista sig hos oss och vi är över 5000 medarbetare som är dedikerade att göra skillnad för våra patienter.

Tillsammans strävar vi efter att förbättra folkhälsan på våra anläggningar i Sverige, Norge och Danmark som en del av Ramsay Santé, Nordens största vårdgivare sedan 2018. Välkommen att vara en del av vår vision - **att vårda livet!**



På plats under SFAM. Träffa våra rekryterare.

Praktikertjänst är på plats för att främja utbildning, fortbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin.

Prata med oss på plats om du vill veta mer om Sveriges största vårdkooperativ med både de nöjdaste patienterna och medarbetarna.



**Vi ses i Uppsala
den 24-26 april!**



Region Uppsala

Här hittar du våra lediga tjänster

Vi söker distriktsläkare

Nära vård och hälsa

SFAM 2024

8 visningar
Publicerades för 7 dagar sedan
DELA

lokaler och hotell

- Uppsala Konsert & Kongress
- Best Western Hotel Svava
- Clarion Collection Hotel Uppsala
- Clarion Hotel Gillet
- Elite Hotel Academia
- Radisson Blu Hotel, Uppsala
- Scandic Uplandia
- Uppsala Central Station
- Norrlands nation
- Linnæus garden
- Uppsala Castle



SFAM

Svensk förening för allmänmedicin