

Allmänmedicinskt Arbetsätt

Henrik Åhsberg Karin Mossberg

20250903-04



Våra intressekonflikter

- Betalning från läkemedelsföretag: 0 kronor
 - Patent: Inga
 - Relationer med finansiella sponsorer: Inga
- Forskningsbidrag: Karin: HjärtLungFonden, ALF, FoU regionalt och lokalt
- Annat: Karin: Obetalt arbete för SFAM-H och lön för NAG Obesitas

Presentation Karin och Henrik



Presentation

Vad heter du?

Var arbetar du?

Hur länge har du varit ST-läkare?



Praktiskt om kursen

Schema

Torsdag

9.00- 12.00

12.00-13.00 lunch

13.00-16.30

Fredag

9.00- 12.00

12.00-13.00 lunch

13.00-16.00

Innehåll



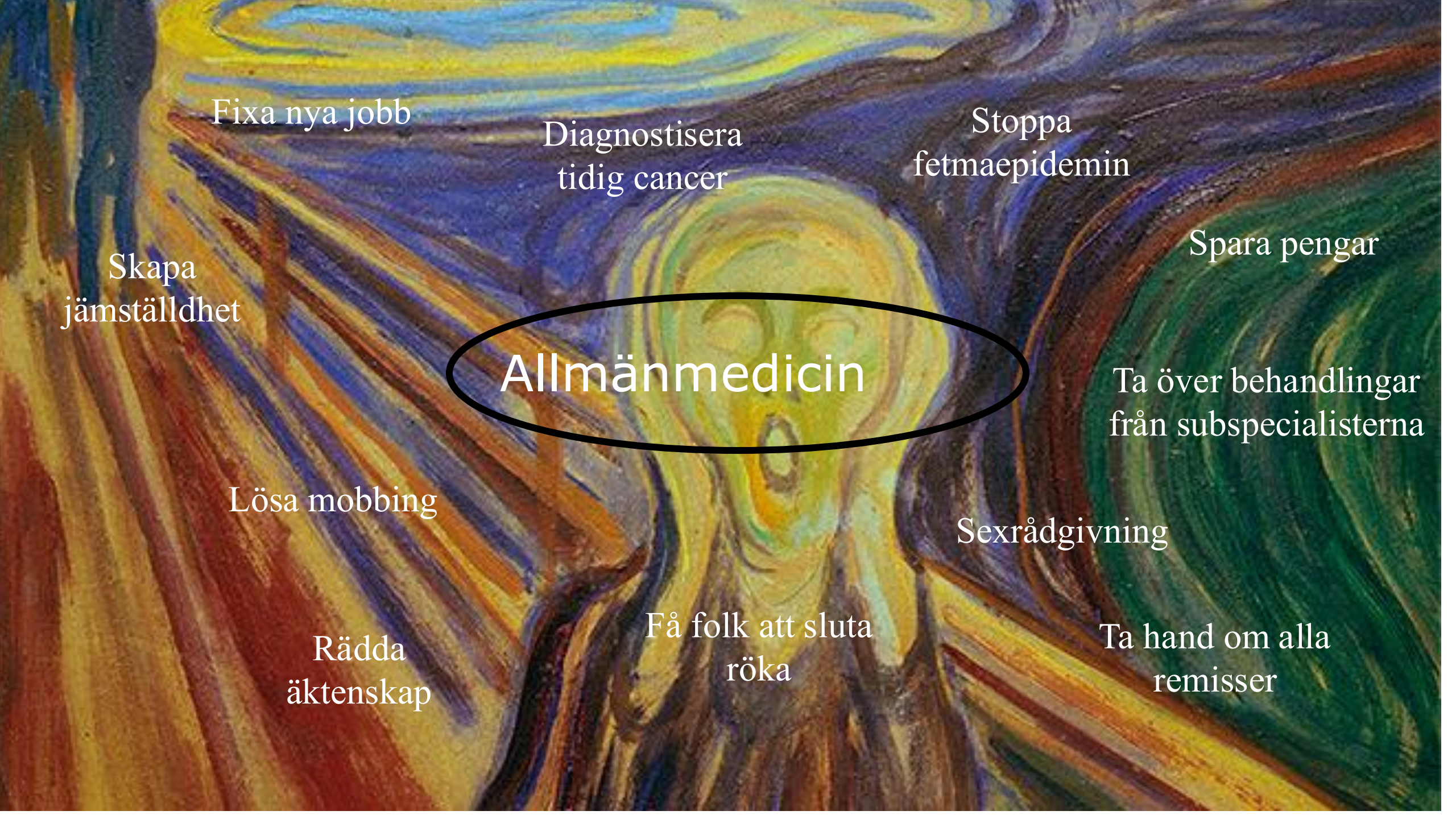
gruppdiskussioner

föreläsning

reflekterande
skrivövning

Vad är allmänmedicin?

Enl SFAM: "Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom. I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man också under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in personens hela livssituation."



Fixa nya jobb

Diagnostisera
tidig cancer

Stoppa
fetmaepidemin

Skapa
jämsällldhet

Spara pengar

Allmänmedicin

Ta över behandlingar
från subspecialisterna

Lösa mobbing

Sexrådgivning

Rädda
äktenskap

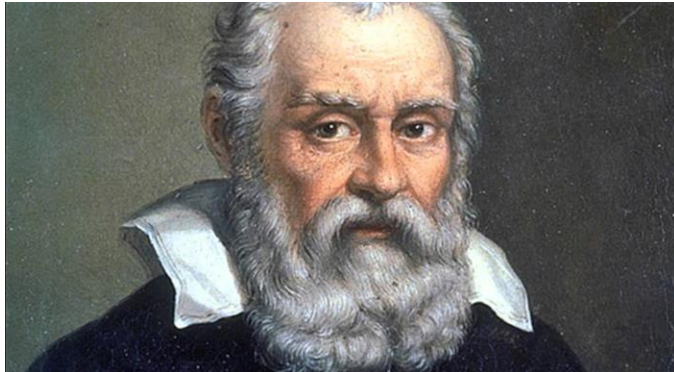
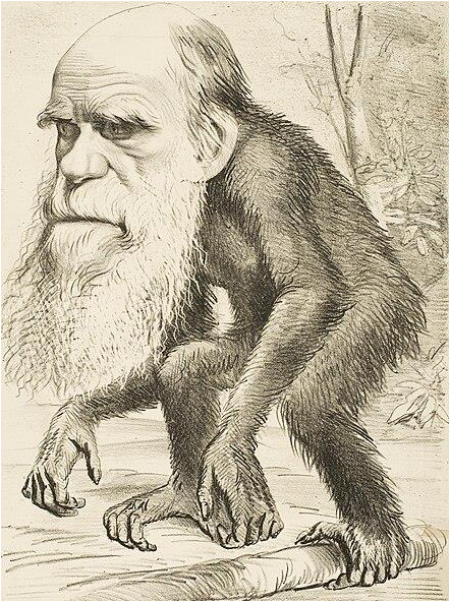
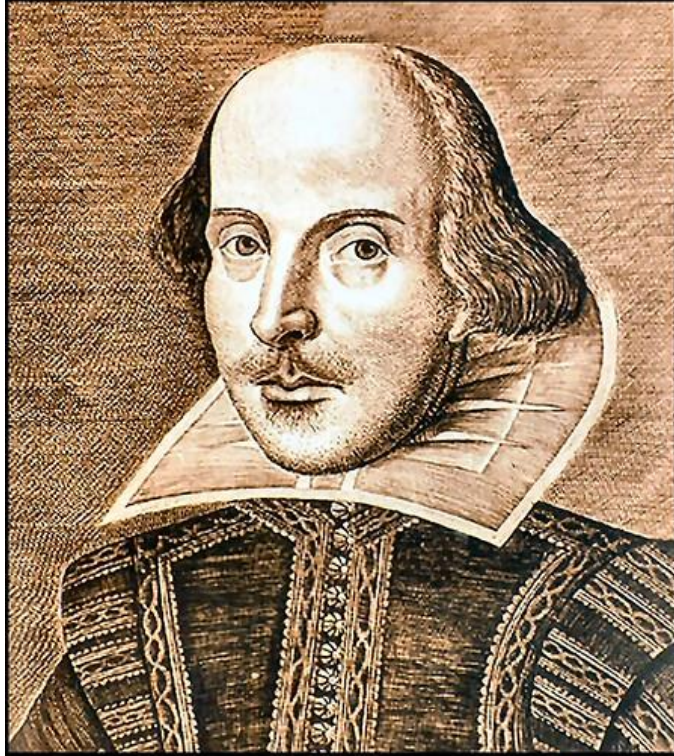
Få folk att sluta
röka

Ta hand om alla
remisser

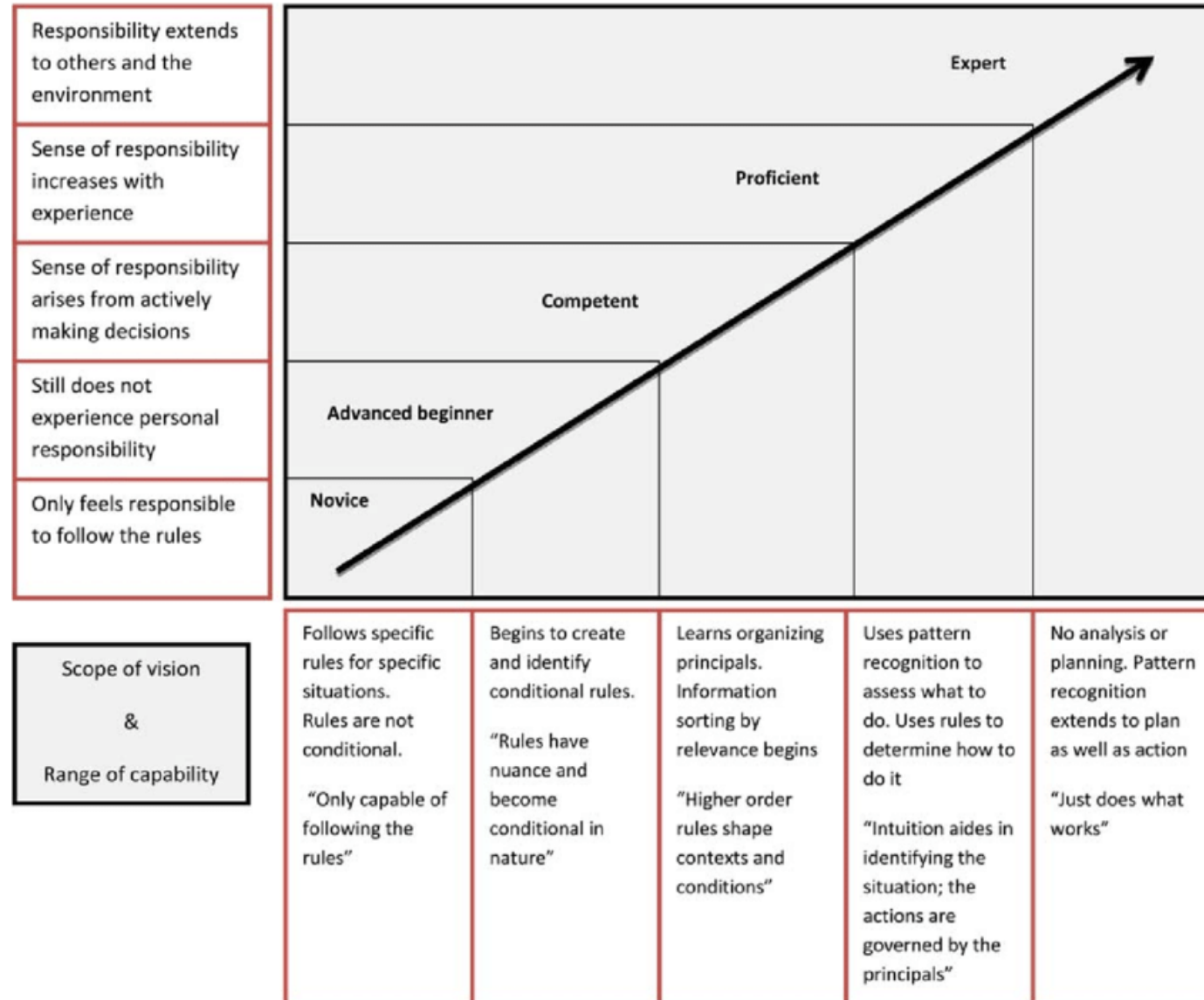
Bikupa

- Vad skaver i din allmänmedicinska vardag?
- Vad är det som är svårt med att vara allmänläkare?
- Vad är man duktig på om man är en bra allmänläkare?

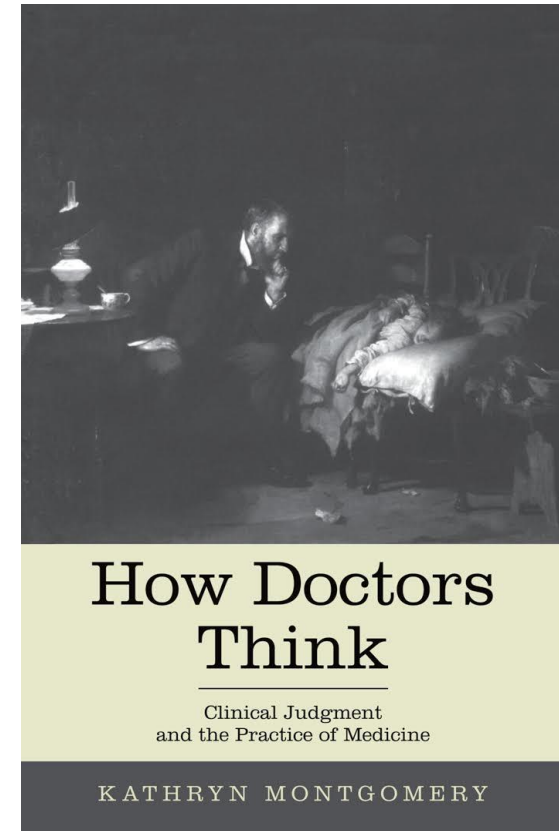




Dreyfus & Dreyfus - kompetensutveckling



- "Medicine, then, is a learned, rational, **science-using practice** that describes itself as a science even though physicians have the good sense not to **practice** that way"



Kursens agenda

Att få bättre förståelse för vad som
är allmänmedicin – för att kunna
hitta ett allmänmedicinskt
arbetssätt (praxis)

CORE VALUES AND PRINCIPLES OF NORDIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE



1. We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organising principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality person-centred care.

2. We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

We care for our patients throughout their lives, tending to them through disease and suffering while encouraging progress toward health. We help patients understand their own health – to confront and manage their limitations, improve and maintain their well-being.

Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment elsewhere. When equally effective interventions are available, we choose those that cost less.

3. We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.

We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

4. We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.

We engage professionally with our patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps us to recognise the links between social factors and sickness, and to deepen our understanding of how life and life events leave their imprint on the human body. We promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

To safeguard our long-term resilience as caregivers, we attend to our own well-being.

5. We remain committed to education, research, and quality development.

We engage actively in the training of our future colleagues. We implement and promote research that is suited to the knowledge needs of General Practice/Family Medicine. We take a constructively critical view of new knowledge and approaches within our areas of specialisation.

6. We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

Respect for human dignity is a prerequisite for healing and recovery.

We acknowledge that many circumstances contribute to health inequalities: childhood experiences, housing, education, social support, family income/ unemployment, community structures, access to health services, etc.

We recognise our duty to speak out publicly on specific factors that cause or worsen disease, increase inequality in health outcomes, or make resources less accessible to certain people.

7. We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

We engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate.

**We promote continuity of
doctor-patient relationships as
a central organising principle.**



Vad är kontinuitet:

- Att patienten får träffa samma läkare vid varje besök

I litteraturen:

- Informational continuity
- Longitudinal continuity
- Interpersonal continuity

Patientlagen (2014:821)

6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering

- 1 § Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- 2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.
- 3 § Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

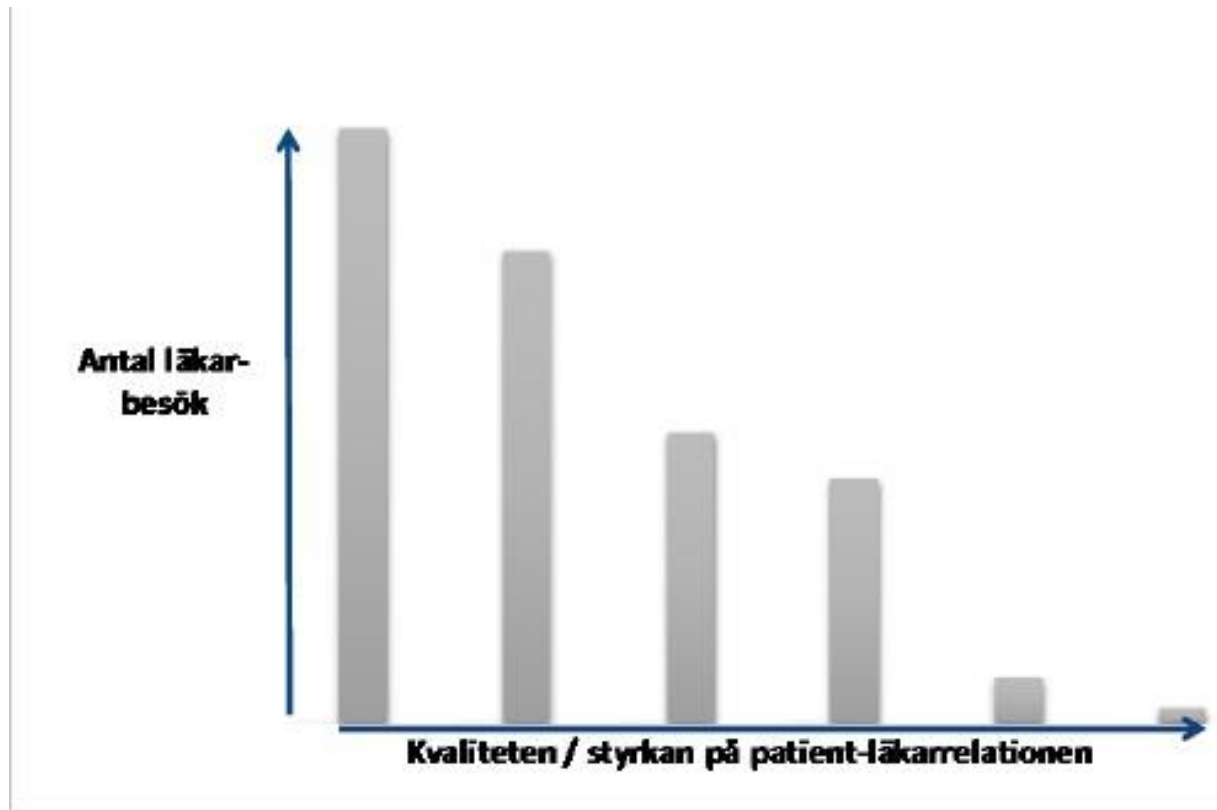
Valfrihet för patienterna

3 § Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Hälso- och sjukvårdslag
(2017:30)

Betydelsen av kontinuitet hos patienter med funktionella magtarmsjukdomar



Patienter med bäst kontinuitet med läkare i primärvården hade hälften så många besök på akutmottagningen

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE, 2017
VOL. 35, NO. 2, 113–119
<https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333303>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study

Hannes Kohnke^a and Andrzej Zielinski^b

^aRonneby Primary Health Care Centre and Blekinge Centre of Competence, Ronneby, Sweden; ^bLyckeby Primary Health Care Centre and Blekinge Centre of Competence, Lyckeby, Sweden

ABSTRACT

Objective: The primary objective of this study was to determine the association between longitudinal continuity of care (CoC) in Swedish primary care (PC) and emergency services (ES) utilisation.

Study design: A cross-sectional analysis of longitudinal population data. *Setting.* PC centres, out-of-hours PC facilities and emergency departments (EDs) in Blekinge County in southern Sweden.

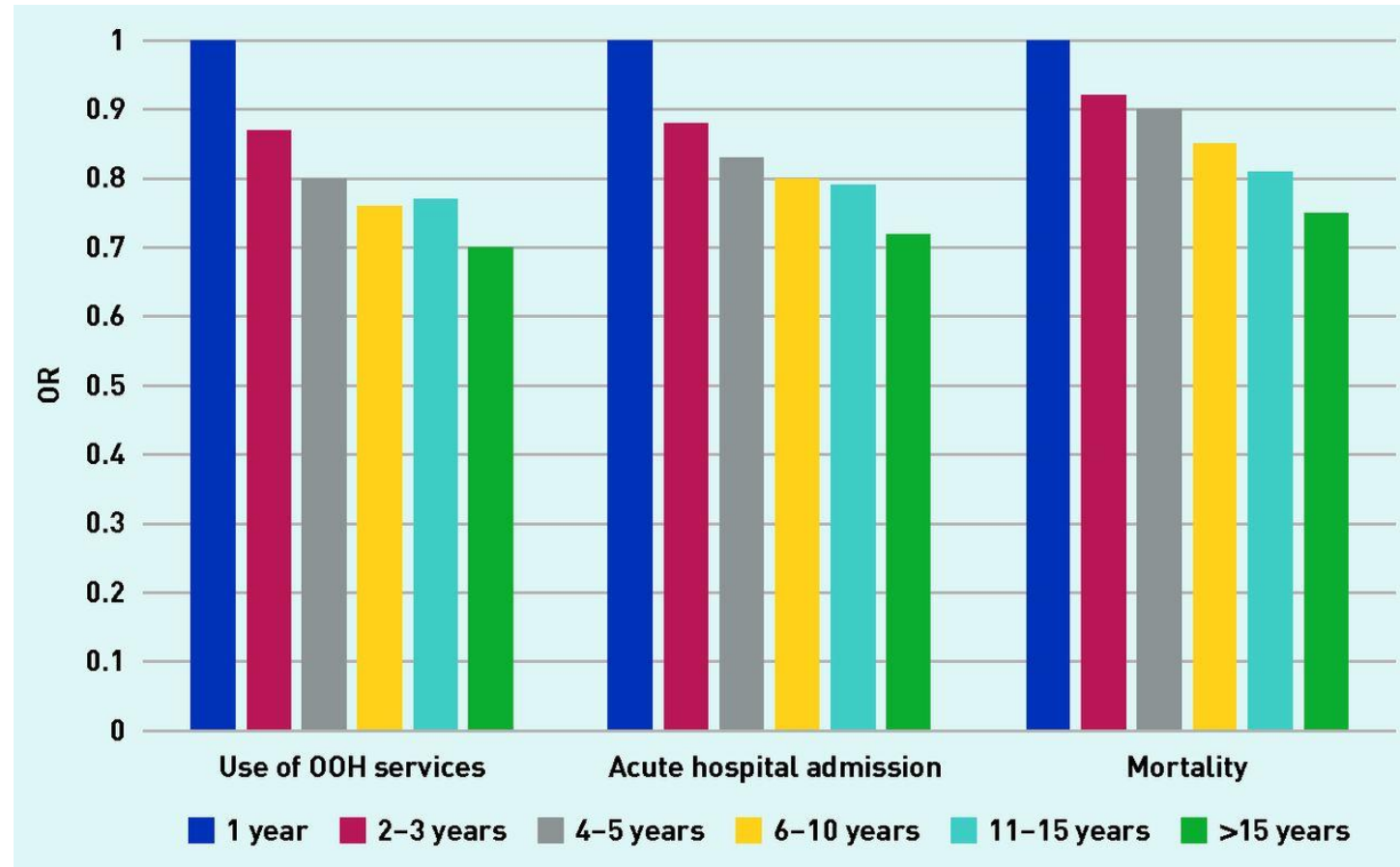
ARTICLE HISTORY

Received 24 August 2016
Accepted 9 March 2017

KEYWORDS

Continuity of patient care;
primary health care: health

Associationen mellan kontinuitet mätt som antal år med samma allmänläkare och odds för att besöka jourcentral, akuta sjukhusinläggningar och mortalitet under år 2018



Hogne Sandvik et al. Br J Gen Pract
doi:10.3399/BJGP.2021.0340

Stabil läkarbemanning är avgörande för kontinuitet och vårdkvalité i primärvården

Sambandet mellan läkarstabilitet och patientnöjdhet finns för
alla de mått som används i den nationella patientenkäten!

Låt även ST ta ansvar för relation och kontinuitet

Vi vet alla hur viktigt det är med relation och kontinuitet och jag predikar det i princip dagligen. Men hur bra är vi allmänläkare själva egentligen på att tillämpa relation och kontinuitet? Jag inser att jag kanske predikar för de redan frälsta som förmodligen är de som läser denna ledare men jag vill ändå poängtera att det inte bara är politiker och förvaltning som står i vägen för att vi ska få till en stark primärvård med relation och kontinuitet.

Vi har nyligen lanserat ett policydokument från SFAM angående ST-läkares utbildning och hur vi ska ge dem möjligheten att bli så bra specialister som möjligt. Ett dokument som varit ute på remiss i föreningen vilket givit oss många värdefulla inspel. En av de saker vi betonar i vårt dokument är just kontinuiteten och att våra ST-läkare ska ges möjlighet att på ett tidigt stadium ta ansvar för sina patienter.

Menti

Har du en egen patientlista?



Reflektion – Kontinuitet



Tips på vidare läsning

[Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway](#), Hogne Sandvik m.fl, British Journal of General Practice, 2022

[Kontinuitet i praktiken](#), Andreas Thörneby, Allmänmedicin nr 1, 2020

[Läkares personkännedom sparade liv och resurser: Personlig kontinuitet viktig i ett nytt svenskt vårdssystem](#), Lars Borgquist/Sven Engström, Läkartidningen nr 51-52, 2018

<http://clipart-library.com/>

We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

Överdiagnostik





Privatpersoner utan

Onöd drabb

Sverige • Att f
varnar läkare f
vården.

Läkartidningen

START

AKTUELLT

KLINIK OCH VETENSKAP

OPINION

AKTUELLT – START

NYHETER

PATIENTSÄKERHET

KULTUR

KRÖNIKA

RECENSION

MÄNNISKOR & MÖTEN

MINNESORD

POD

SENASTE NU-sjukvårdens direktör: Fler läkare behöver jobba helg



KONTAKT

SKRIV

PREM

NYHETER

Sfam märker ökad patientoro efter växande marknad med blodtest

Företag erbjuder hälsokontroller genom ett enkelt blodprov – men vid avvikelser bollas

Hälsokontroller

BMJ

BMJ 2012;345:e7191 doi: 10.1136/bmj.e7191

Page 1 of 13

Generella hälsokontroller leder inte till minskad mortalitet eller morbiditet

Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 Copenhagen, Denmark

Abstract

Objectives To quantify the benefits and harms of general health checks in adults with an emphasis on patient-relevant outcomes such as morbidity and mortality rather than on surrogate outcomes.

Design Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. For mortality, we analysed the results with random effects meta-analysis, and for other outcomes we did a qualitative synthesis as meta-analysis was not feasible.

Data sources Medline, EMBASE, Healthstar, Cochrane Library, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, EPOC register,

compared with the control group and an increased number of people with self reported chronic conditions, and one trial found an increased prevalence of hypertension and hypercholesterolaemia. Two out of four trials found an increased use of antihypertensives. Two out of four trials found small beneficial effects on self reported health, which could be due to bias.

Conclusions General health checks did not reduce morbidity or mortality, neither overall nor for cardiovascular or cancer causes, although they increased the number of new diagnoses. Important harmful outcomes were often not studied or reported.

MEN LILLA GUBBEN
GICK DET INTE BRA PÅ
HÄLSOKONTROLLEN?

DOKTORN SA
ATT JAG HAR
FÅTT EN RISK-
FAKTOR!



Vad driver på...

- Media
- Läkemedelsbolag
- Privata aktörer
- Osäkerhet
- Politiker





ÖVERSIKT

Överdiagnostik – vad är det?

Introduktion till begreppet

Oskar Lindfors, specialistläkare i allmänmedicin
oskarlindfors81@hotmail.com

Hálfdán Pétursson, med dr, specialistläkare i allmänmedicin

Minna Johansson, med dr, specialistläkare i allmänmedicin

Josabeth Hultberg, specialistläkare i allmänmedicin

[LÄS ARTIKEL SOM PDF](#)

CITERAS SOM:

Läkartidningen. 2023;120:23044

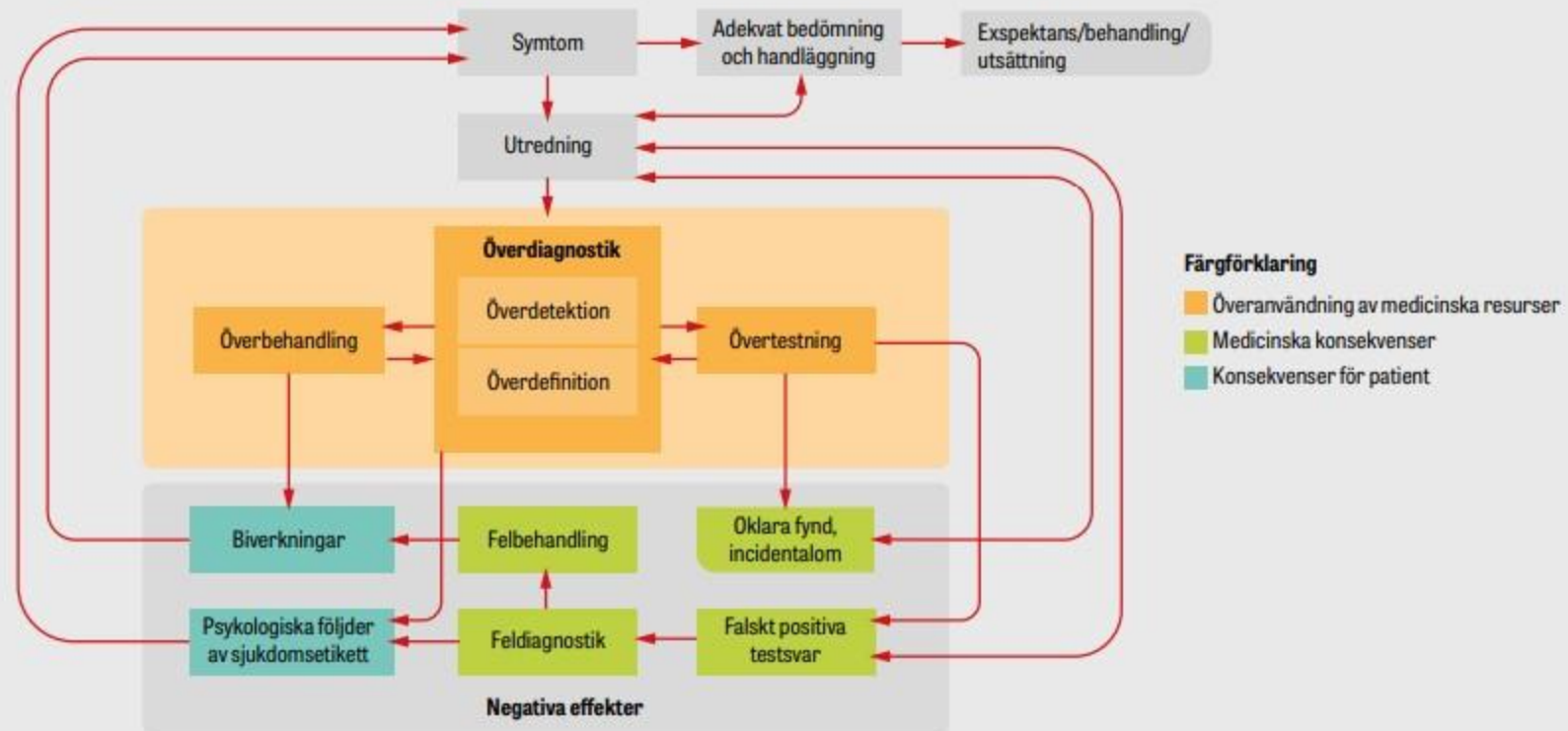
Läkartidningen 46-47/2023

Lakartidningen.se 2023-11-15

[23 KOMMENTARER](#) | [KOMMENTERA](#)

Överdiagnostik

FIGUR 1. Begrepp och kopplingar



► Schematisk bild av begrepp som används i artikeln och kopplingar mellan dem. När negativa effekter sätter i gång nya processer i en kedjereaktion kan det benämnas kaskadeffekter. I figuren har inte medtagits negativa följder avseende tid och kostnad för sjukvård och patient och inte heller undanträngningseffekter. I en verklig situation är sambanden mer komplexa, med svåröverblickbara direkta och indirekta effekter.

Överdiagnostik

1. **överdetektion** = när patienter som inte har några symtom får en diagnos, men som aldrig skulle leda till skada
2. **överdefinition** = definierar normala livsomständigheter eller riskfaktor som sjukdom

Prediabetes

Hypertoni

Depression

Dyspepsi

Artros

BPH

Övervikt



”Medical science is making such wonderful advances,
that very soon none will be well”

Allen Frances, 2013

Reflektion – överdiagnostik



Tips på vidare läsning

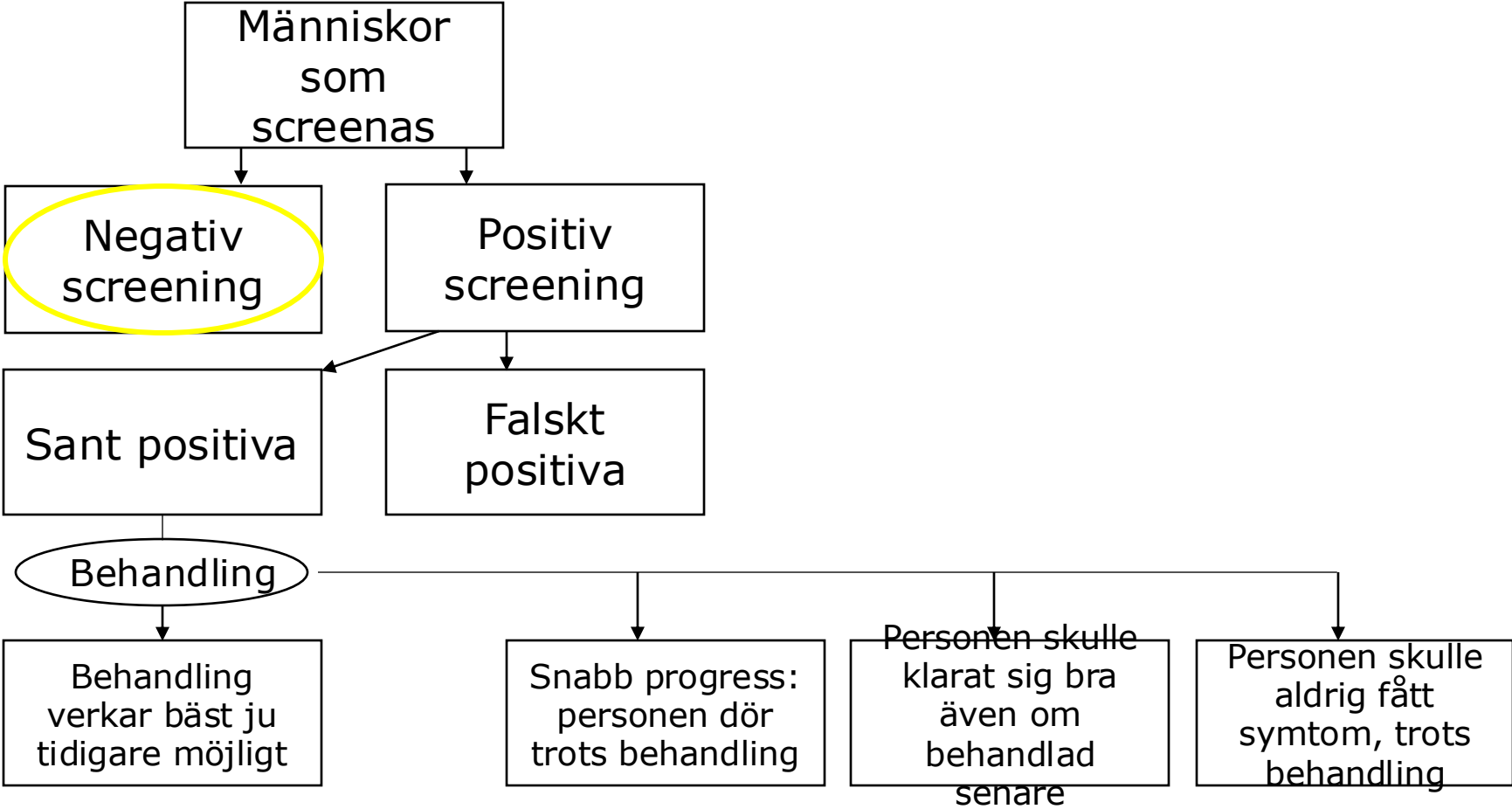
[Överdiagnostik – vad är det? Introduktion till begreppet](#) Oskar Lindfors/Hálfván Pétursson mfl, Läkartidningen nr 46-47, 2023

<http://clipart-library.com/>

Screening

- Syftet är att minska mortalitet och morbiditet genom att upptäcka och behandla riskfaktorer eller förstadium till sjukdom hos människor som inte har några symtom
- Effektiv screening måste inte bara leda till att upptäcka sjukdomen i ett tidigt stadium, utan också leda till förbättrad prognos, samt minska symtomatisk sjukdom och död

Screeningkaskaden



Falskt negativa resultat

=de patienter som har en normal mammografi men som ändå har cancer

Benefit

- -

Harm

- Inger trygghet – försenad diagnos

Sant negativa resultat

=de patienter som har en normal mammografi och som heller inte har någon cancer

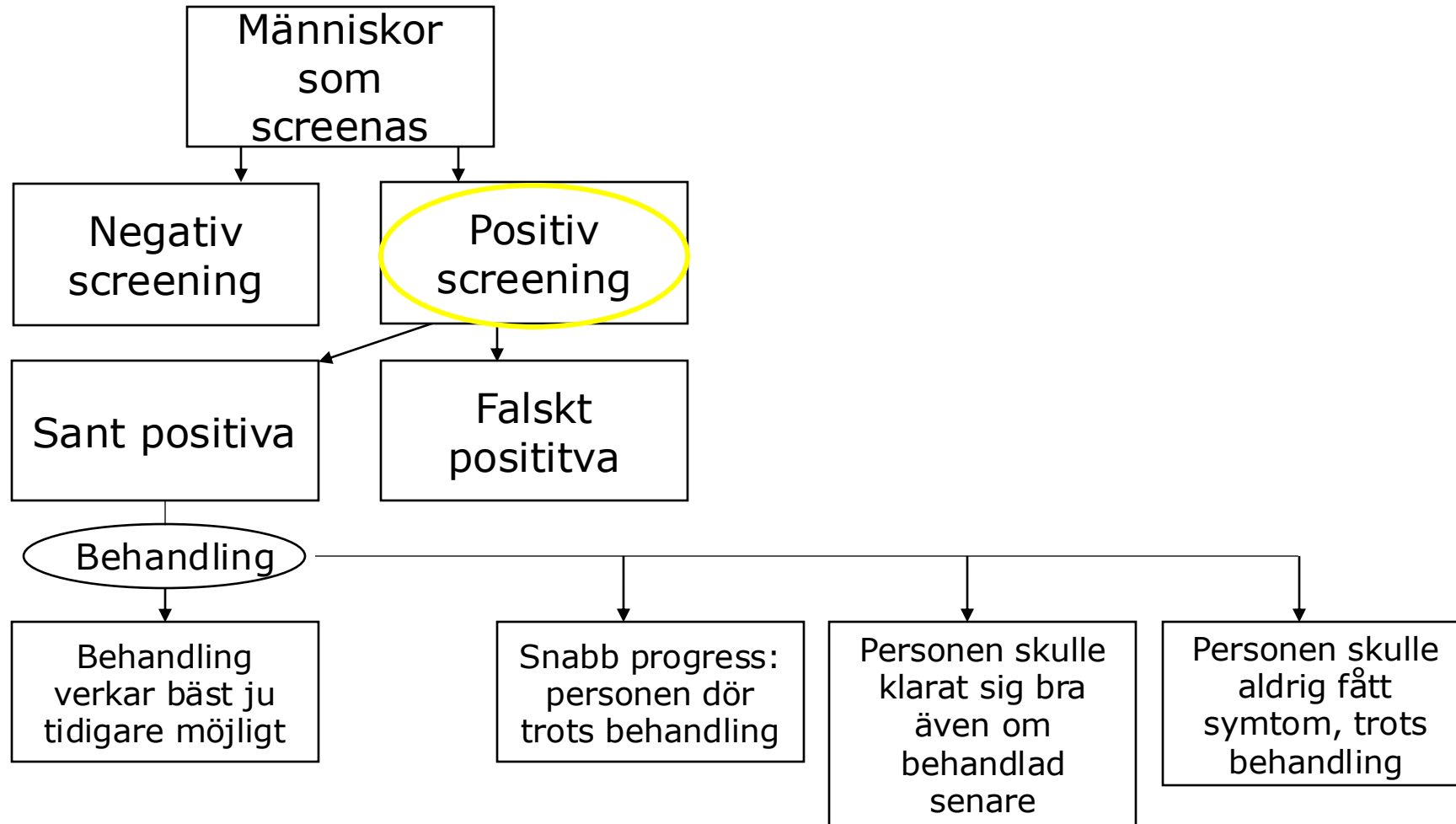
Benefit

- Inger trygghet

Harm

- Söker ytterligare trygghet
- Negligerar symtom

Screeningkaskaden



Falskt positiva resultat

=de patienter som har en avvikande mammografi, men biopsi och ultraljud visar att det inte är en malign tumör

Benefit

- Falskt alarm

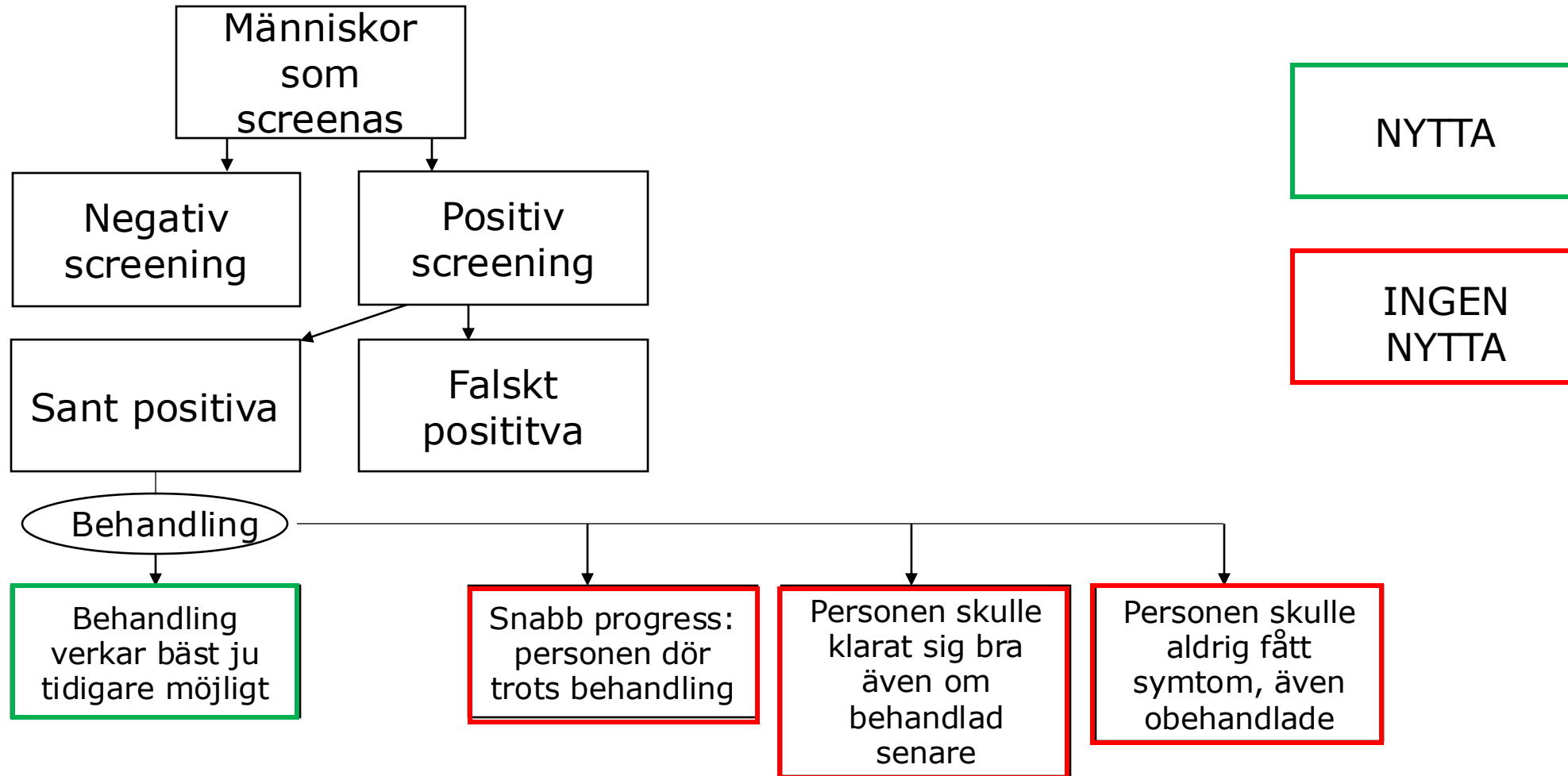
Harm

- Negativa psykosociala konsekvenser

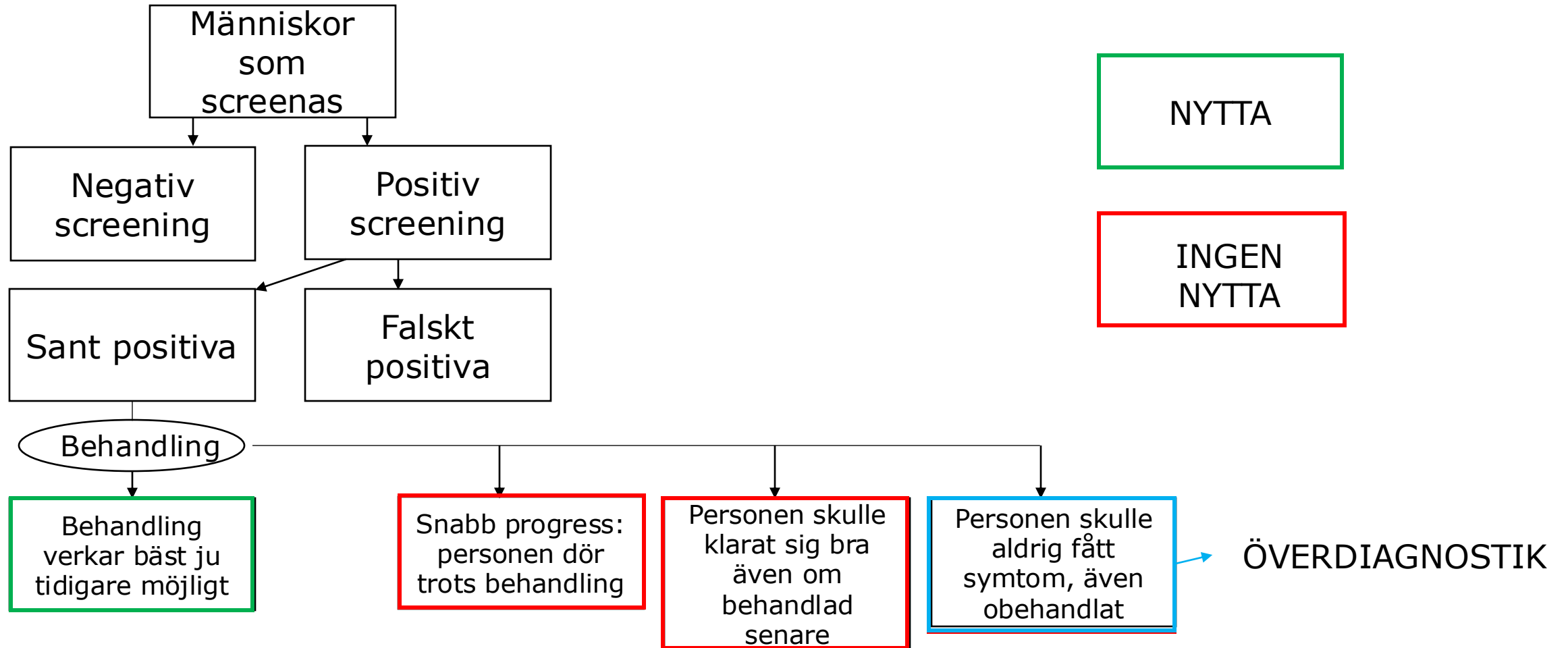
Sant positiva resultat

=de patienter som har en avvikande mammografi, dessutom visar biopsi och ultraljud att det är en malign tumör

Screeningkaskaden



Screeningkaskaden



Överdiagnostik

= när patienter som inte har några symtom får en diagnos, men som aldrig skulle utveckla sjukdomen

Varför ska vi bry oss om överdiagnostik?

Eftersom vi inte vet vem som är överdiagnostiserad på individnivå, finns en stor risk att de som överdiagnostiseras får behandling. MEN patienten som är överdiagnostiserad kommer inte ha någon nytta av behandlingen. OCH nästan all behandling innebär en risk.

- **Screening för lungcancer**

räddar 12 000 av 160 000 dödsfall i lungcancer varje år i USA

(Ma 2013)

- **Samhälls-interventioner för att minska rökning**

räddar 160 000 liv i USA varje år

(Holford 2014)

ALL-NITE DRIVE-THRU
SCREENING CLINIC

I'M
OBLIGED TO
INFORM YOU:
YOU HAVE THE
RIGHT TO REMAIN
ANXIOUS.

ANYTHING
YOU SAY
WILL BE USED
TO FURTHER
TEST YOU.

IF YOU DO
NOT ALREADY
HAVE A DIAGNOSIS,
ONE WILL BE
PROVIDED
FOR YOU.

Statistically-Funny.blogspot.com



 Sastin

Reflektion – screening



<http://clipart-library.com/>



An initiative of the ABIM Foundation

[LEARNING NETWORK](#) [NEWS](#) [CONTACT US](#)

[Our Mission](#)

[Clinician Lists](#)

[For Patients](#)

[Getting Started](#)

[Success Stories](#)



Choosing Wisely®

Promoting conversations between patients and clinicians

Principer för Choosing Wisely

- **Kliniker i ledning**
- **Kvalitetsfokuserat**
- **Patientfokuserat**
- **Evidensbaserat**
- **Multiprofessionellt**
- **Transparent**



Syfte att underlätta dialogen mellan patienter och deras vårdgivare för att välja vård som är:
Evidensbaserad
Till mer nytta än skada
Ett svar på patientens behov

**Drivs av läkaresällskap
och professionsföreningar**

**På armlängds avstånd från
sjukvårdens finansiärer!**





Svenska
Läkaresällskapet

ÖVERSIKT

Kloka kliniska val – att avstå det som inte gör nytta för patienten

Överdiagnostik och överbehandling har uppmärksamats allt mer både i Sverige och internationellt [1], framför allt på grund av stigande vårdkostnader [2]. Noggranna beräkningar från USA visar att 20–30 procent av sjukvårdsutgifterna går till åtgärder utan patientnytta [3]. Liknande resultat rapporteras från andra utvecklade länder [4], och även i Sverige går sjukvårdsutgifter till åtgärder som saknar patientnytta [2]. Förutom ökande kostnader leder överdiagnostik och överbehandling, så kallad lågvärdevård (low-value care), till undanträngningseffekter och risk för patientskada [5]. Behovet av att minska åtgärder med liten, tveksam eller ingen patientnytta har blivit ännu tydligare under coronapandemin [6].

»Choosing wisely« är en internationell kampanj som syftar till att identifiera åtgärder i sjukvården som saknar patientnytta och underlätta utmönstringen av dem. Kampanjen lanserades av American Board of Internal Medicine 2012 [7] och är i dag spridd till fler än 20 länder [8]. Sverige har ännu inte startat någon formell kampanj, även om Choosing wisely be-

Martin Almquist, docent, överläkare, kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus Lund
● martin.almquist@med.lu.se

Hålfån Pétursson, med dr, specialistläkare, allmänmedicin, Omtanken vårdcentral, Källered

Josabeth Hultberg, specialistläkare, allmänmedicin, Vårdcentralen Åby, Region Östergötland

Herman Holm, överläkare, Psykiatri Skåne, Malmö

Mathias Axelsson,

mönstras betonar kampanjen patientens medverkan. Vid varje konsultation bör patienten ställa läkaren fem frågor: om åtgärden behövs, om det finns alternativ, om den är farlig, vad som händer om man inte gör något alls och vad den kostar (Fakta 2) [11].

Effekter av Choosing wisely och hinder för utmönstring

I USA fick kampanjen snabb och bred acceptans, och redan efter fem år hade 80 amerikanska specialitetsföreningar anslutit sig [11]. Kampanjen uppfattas som legitim – en klar majoritet av läkare som intervjuats har högt eller mycket högt förtroende för kampanjens rekommendationer [11]. Processen har initialt fokuserat på att ta fram listor på åtgärder att deimplementera för varje specialitet och att förankra dessa i professionen. I Sverige har medicinkliniken vid Skånes universitetssjukhus Malmö arbetat enligt samma principer och listat både åtgärder som bör minska och åtgärder som bör öka (Fakta 3) [12]. Man har dock sett att det inte räcker med att ta fram listor och publicera dem, utan det krävs mer för att utmönstringen



SFAM
Svensk förening för allmänmedicin



Vad är viktigt för dig?

Det är viktigt att vården du får är utifrån dina behov. I ditt möte med vårdgivaren - diskutera gärna:

- Varför behövs undersökningen eller behandlingen?
- Finns det några risker?
- Vilka alternativ finns?
- Vad händer om undersökningen eller behandlingen inte görs?





**Kloka Kliniska Val
inom allmänmedicin**

Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin

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

Gruppdiskussion KKV

Diskutera er tilldelade punkt. Ca 5 minuter.

Förslag på diskussionsfrågor finns på borden.

Presentera kort era resonemang för hela gruppen 1-2 min.

Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin

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


Reflektion



Tips på vidare läsning

[Rapport från arbetsgruppen Kloka Kliniska Val](#), Martin Serrander m.fl, SLS, 2023

<http://clipart-library.com/>

A group of women in athletic wear are celebrating on a track. One woman in a red top and black shorts has her arms raised. Another woman in a pink and white striped shirt is also celebrating. The background is a blurred outdoor setting.

**Body
scans**

**Annual
exams**

**can do
more
harm
than
good**

WE'RE CHOOSING WISELY

**We prioritise those whose needs
for healthcare are greatest.**



Vertikal och horisontell prioritering

Vertikal prioritering - prioritering mellan olika patientgrupper (utredningar och behandlingar) inom **ett** sjukdoms- eller verksamhetsområde.

Horisontell prioritering – prioritering mellan olika patientgrupper (utredningar och behandlingar) inom **olika** sjukdoms- eller verksamhetsområde.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

- Systematisk kartläggning av evidens för olika insatser t ex diabetes, demens, endometriosis
- Hjälper beslutsfattare satsa på de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ger mest nytta
- Tillstånds- och åtgärdspar

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

- Rangordning av åtgärder som hälso- och sjukvården *bör* eller *kan* erbjuda. Prioriteras 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
- FoU - åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, och endast inom ramen för kliniska studier.
- Icke-göra - åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls.

Exempel depression och ångestsyndrom

Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering
<p>Vårdsökande med symtom på depression eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Hög tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov</i></p>	1	Åtgärden ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.
<p>Vårdsökande utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom, barn, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Screening för depression eller ångestsyndrom</i></p>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är starkt för att åtgärden inte ger någon effekt på symtombörda av depression.

Exempel depression och ångestsyndrom

Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering
Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnos-frihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons) jämfört med placebo, men ger preparatberoende biverkningar
Egentlig depression, svår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons). Det vetenskapliga underlaget är starkt.

Vertikal och horisontell prioritering

Vertikal prioritering - prioritering mellan olika patientgrupper (utredningar och behandlingar) inom **ett** sjukdoms- eller verksamhetsområde.

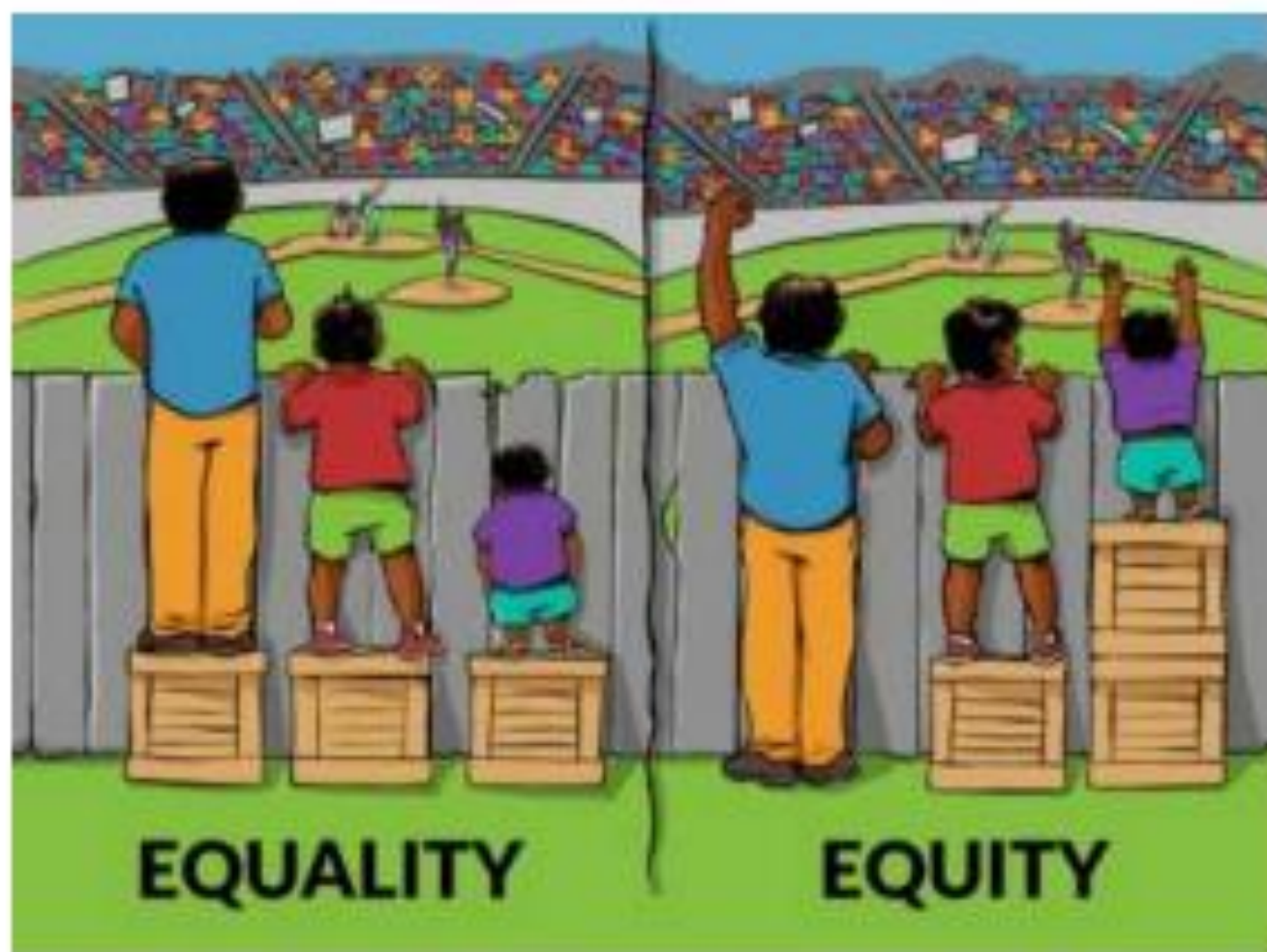
Horisontell prioritering – prioritering mellan olika patientgrupper (utredningar och behandlingar) inom **olika** sjukdoms- eller verksamhetsområde.

Horisontell prioritering

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

HSL 3 kap. 1§





Etisk plattform för prioriteringar

(SOU 1995:5, Prop 1996/97:60)

Människovärdesprincipen

- alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället

Behovs- och solidaritetsprincipen

- resurserna bör satsas på områden (individer eller verksamheter) där behoven är störst

Kostnadseffektivitetsprincipen

- rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälso- och livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika åtgärder eller verksamheter.

Människovärdeprincipen

Behovs och solidaritetsprincipen		Kostnads effektivitetsprincipen	
Hälsotillståndets svårighetsgrad	Patientnytta (effekt av åtgärd)	Åtgärdens kostnadseffektivitet	E
<p>*Aktuellt hälsotillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lidande • Funktionsnedsättning • Livskvalitet 	<p>*Effekt på aktuellt hälsotillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lidande • Funktionsnedsättning • Livskvalitet 	<p>*Direkta kostnader</p> <ul style="list-style-type: none"> • Åtgärder i hälso- och sjukvård • Andra åtgärder tex resor 	V
<p>*Risk för</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förtida död • Invaliditet/fortsatt lidande • Försämrad livskvalitet 	<p>*Effekt på risk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förtida död • Invaliditet/fortsatt lidande • Försämrad livskvalitet <p>*Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden</p>	<p>*Indirekta kostnader</p> <p>.....i förhållande till patientnyttan</p>	E
			N
			S
Prevention	- Diagnostik	- Behandling	- Rehabilitering

Gruppövning horisontell prioritering



Reflektion – vad innebär "störst behov"? Hur gör ni på era enheter?



Tips på vidare läsning:

[Vårdanalys: Bättre stöd behövs för horisontella prioriteringar](#), Joakim Andersson, Läkartidningen.se, 2020-06-12

[Vårdens svåra val](#), Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, SOU 1995:5

<http://clipart-library.com/>

DN DEBATT

DN Debatt. "Mer resurser löser inte den svenska vårdkrisen"

UPPDATERAD 2022-02-07 PUBLICERAD 2022-02-04



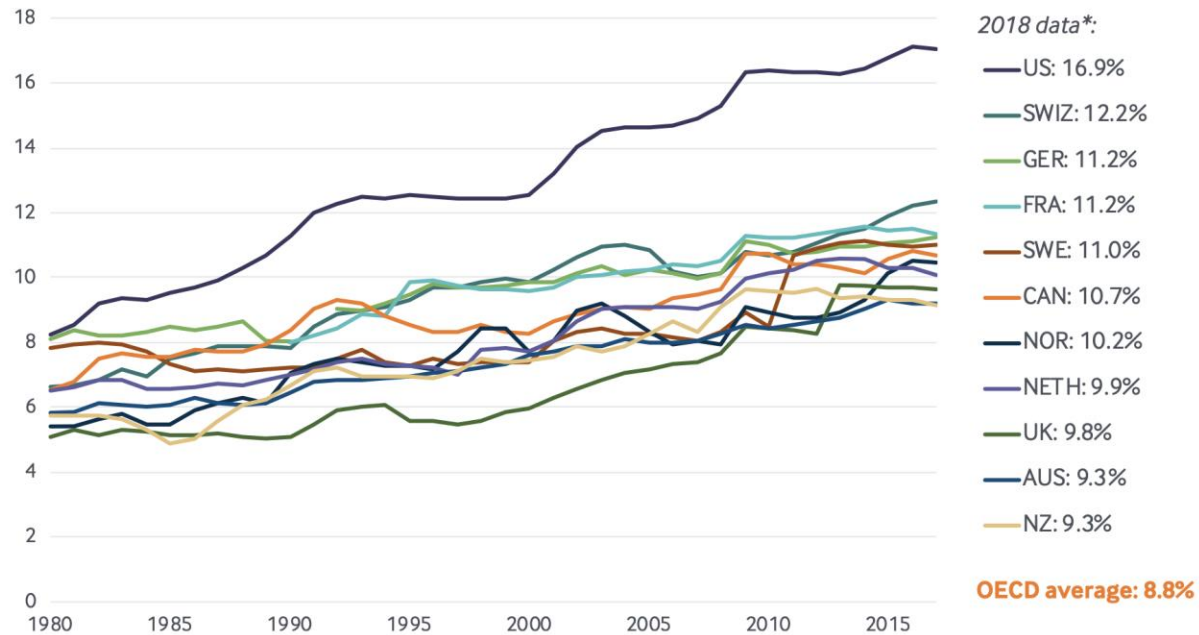
Vården har gått från att framför allt hjälpa personer med symtom på sjukdom, till att lägga allt större resurser på att försöka förebygga sjukdom, skriver artikelförfattarna. Foto: Leif R Jansson/TT

DN DEBATT 5/2.

Elva allmänläkare: Från alla håll hörs larm om att vården går på knäna och enligt många stavas lösningen mer pengar. Samtidigt talas det för lite om de onödiga medicinska insatserna som åter upp samhällets resurser. Det breda folkhälsoarbetet görs ute i samhället,

Vi har aldrig lagt en större andel av våra gemensamma pengar och mänskliga resurser på vården än i dag

Percent (%) of GDP, adjusted for differences in cost of living



Notes: Current expenditures on health. Based on System of Health Accounts methodology, with some differences between country methodologies. GDP = gross domestic product. OECD average reflects the average of 36 OECD member countries, including ones not shown here. * 2018 data are provisional or estimated.

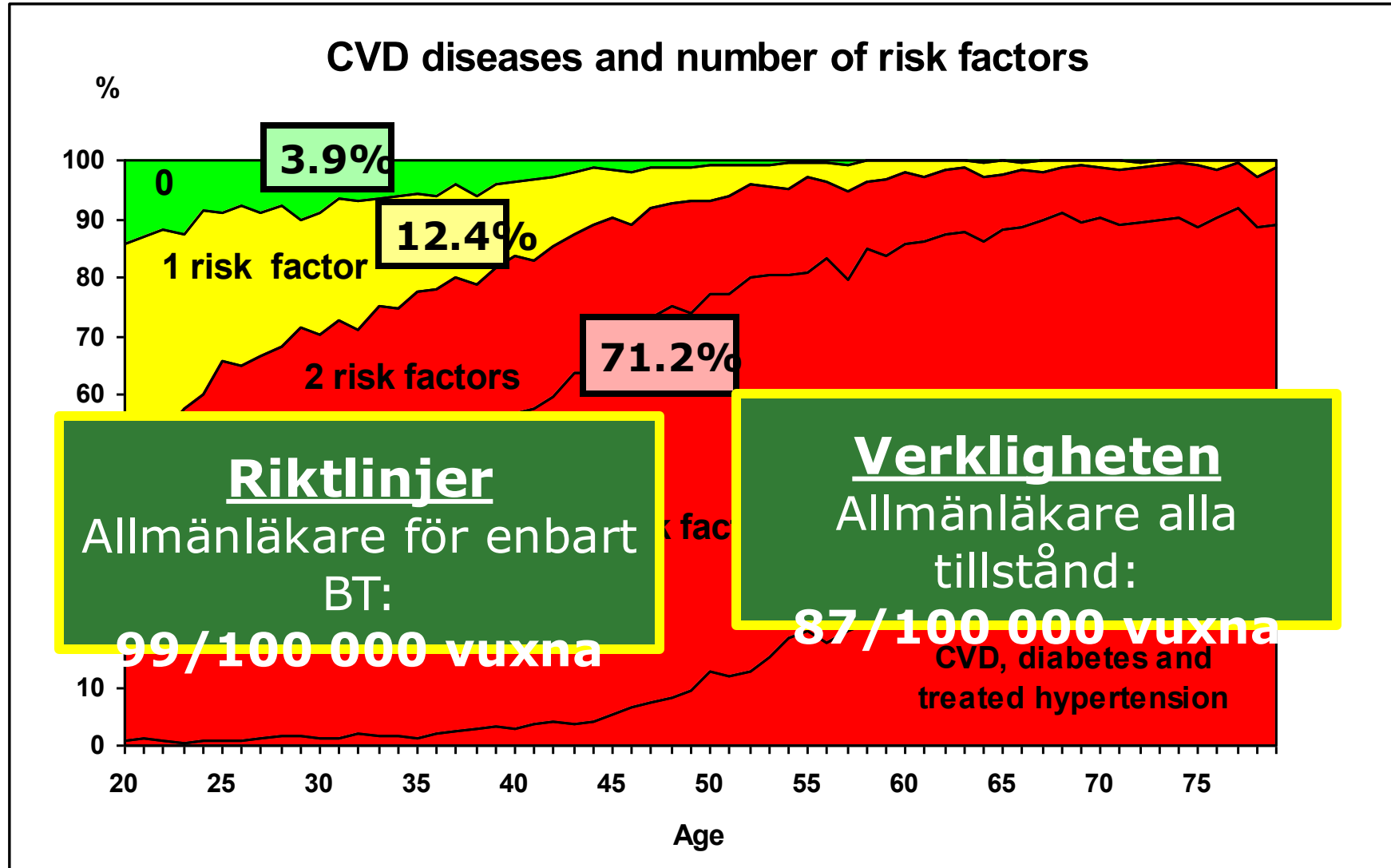
Data: OECD Health Statistics 2019.

- Åldrande befolkning
- Mer avancerade (och dyrare) interventioner
- Slöseri – OECD: 20% av vårdens utgifter är slöseri
- **Kraftig expansion av vad som anses vara vårdens uppgift**

Om vi skulle följa riktlinjer och kvalitetsindikatorer skulle sjukvården kollapsa




Expansion av medicinskt territorium



Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care



Justin Porter, MD¹ , Cynthia Boyd, MD, MPH², M. Reza Skandari, PhD³, and Neda Laiterapong, MD, MS⁴

¹Department of Medicine, University of Chicago, Chicago, IL, USA; ²Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD, USA; ³Imperial College Business School, Centre for Health Economics & Policy Innovation, Imperial College London, London, UK; ⁴Departments of Medicine & Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Chicago, Chicago, IL, USA.

BACKGROUND: Many patients do not receive guideline-

INTRODUCTION

- Allmänläkare skulle behöva arbeta 27 timmar per dygn för att följa alla primärvårdsriktlinjer

PARTICIPANTS: Hypothetical panels of 2500 patients, representative of the adult US population based on the 2017–2018 National Health and Nutrition Examination Survey.

MAIN MEASURES: The mean time required for a PCP to provide guideline-recommended preventive, chronic disease and acute care to the hypothetical patient panels. Estimates were also calculated for visit documentation time and electronic inbox management time. Times were re-estimated in the setting of team-based care.

KEY RESULTS: PCPs were estimated to require 26.7 h/day, comprising of 14.1 h/day for preventive care, 7.2 h/day for chronic disease care, 2.2 h/day for acute care, and 3.2 h/day for documentation and inbox management. With team-based care, PCPs were estimated to require 9.3 h per day (2.0 h/day for preventive care and 3.6 h/day for chronic disease care, 1.1 h/day for acute care, and 2.6 h/day for documentation and inbox management).

et al. calculated 10.6 h/day were needed for a PCP to manage the top ten chronic diseases.⁸ These studies suggested at least 18 h/per day are needed for a PCP to provide preventive and chronic care management, not accounting for other tasks.

Since 2005, there have been changes in the structure of primary care. Traditionally, PCPs cared for patients primarily by themselves. However, new team-based care models, such as the Comprehensive Primary Care Initiative Plus (CPC+), increasingly involve other care providers in providing patient care.^{9–11} Many healthcare organizations have encouraged this shift; for example, a National Academy of Medicine report urged new payment models to “pay for primary care teams to care for people, not doctors to deliver services.”¹² These models may save PCP time by shifting tasks traditionally performed by the PCP to other members of the care team. Theoretically, the time savings may allow PCPs to focus on

Applying the time needed to treat to NICE guidelines on lifestyle interventions

Loai Albarqouni ^{1,2} Victor Montori ^{1,3}
Karsten Juhl Jørgensen,^{1,4} Martin Ringsten,^{5,6} Helen Bulbeck,⁷
Minna Johansson ^{1,8}

10.1136/bmjebm-2022-112225

There is a growing emphasis on interventions

During piloting, changes to the preregistered

- Att följa all livsstils-rekommendationer skulle kräva fler läkare (alla specialiteter) och 5 gånger så många sjuksköterskor (alla specialiteter) som finns i dag
- Är det en rimlig strategi att försöka förbättra folkhälsan genom att vårdpersonal ger (i de flesta fall ineffektiva) livsstilsråd till en individ i taget?

in more detail has been reported elsewhere.⁵ In short, we multiplied the time needed for the relevant category of healthcare personnel to provide each recommended intervention to one individual by the number of eligible individuals in the UK population and converted those numbers into full time equivalents (FTEs) per 10 000 adults. A prospectively developed protocol and all extracted data are available at osf.io/42juh and osf.io/jw3ar/.

An IOLI was defined as any non-pharmacological intervention provided by clinicians to adults to improve their mental or physical health by targeting one or more of the following

patient and prevalence when the intervention would be given once a year. Population statistics was retrieved from UK government website.¹¹

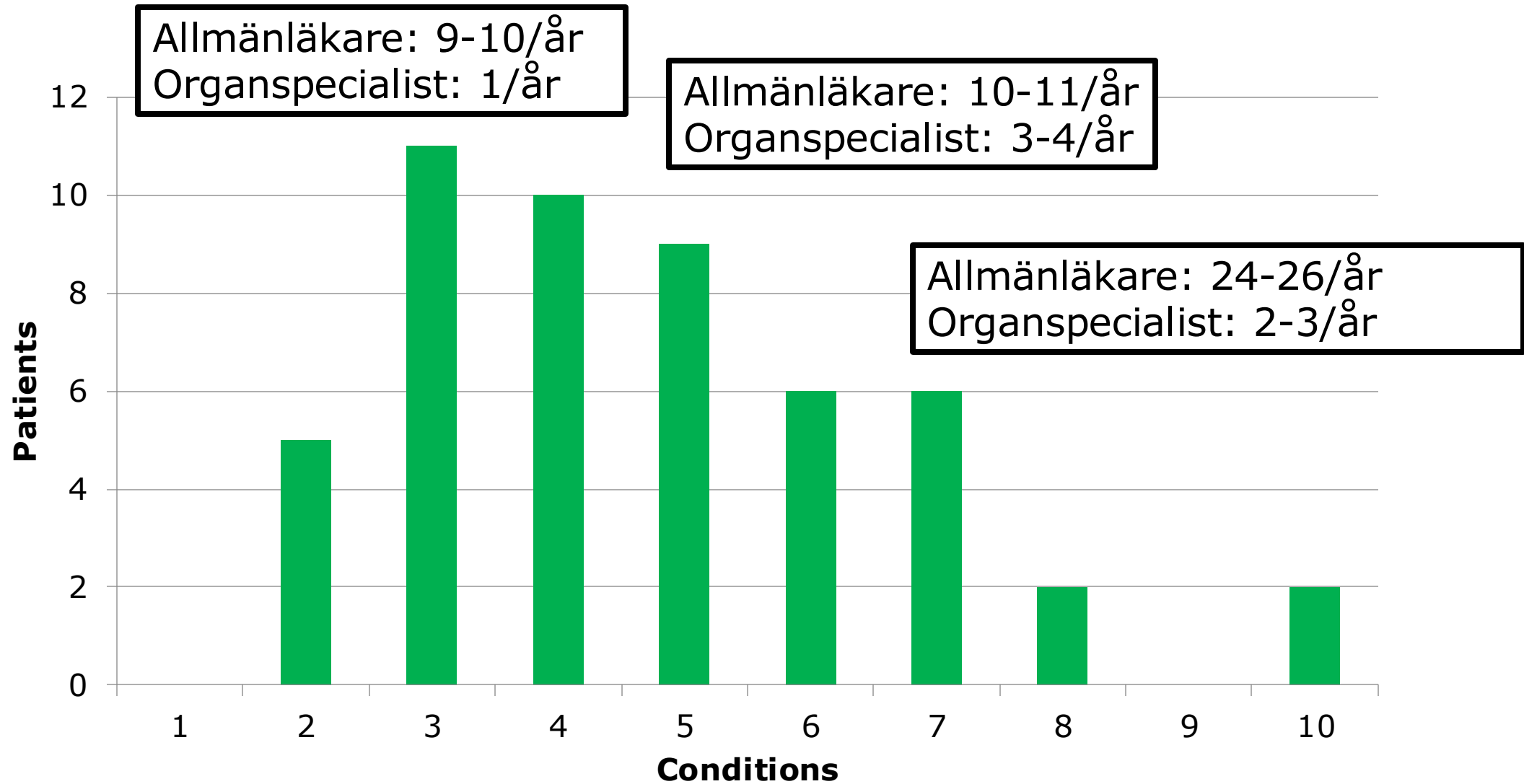
We identified 57 NICE guidelines with 379 IOLI recommendations. In total, we estimated that 45 716 hours of GP time and 294 160 hours of nurse time per 10 000 adults of the general UK population would be needed to implement all 379 recommendations. This means that 42 full-time GPs (45 716/1084) and 271 full-time nurses (294 160/1084), would be needed per 10 000 adults to provide the IOLIs recommended. There are currently 28 FTE medical doctors (6 GPs and 22 in other specialties) and 57 FTE nurses (of which 3 are in primary care)

Behandlingsbördan bör inkluderas i kliniska riktlinjer

MALCOLM WILLETT



Antal årsbesök vid samsjuklighet



40% av patienter med kroniska diagnoser rapporterar att det är omöjligt att upprätthålla nuvarande investering av energi, tid och pengar i sin sjukvård

Tran et al, Mayo Clin Pro 2020

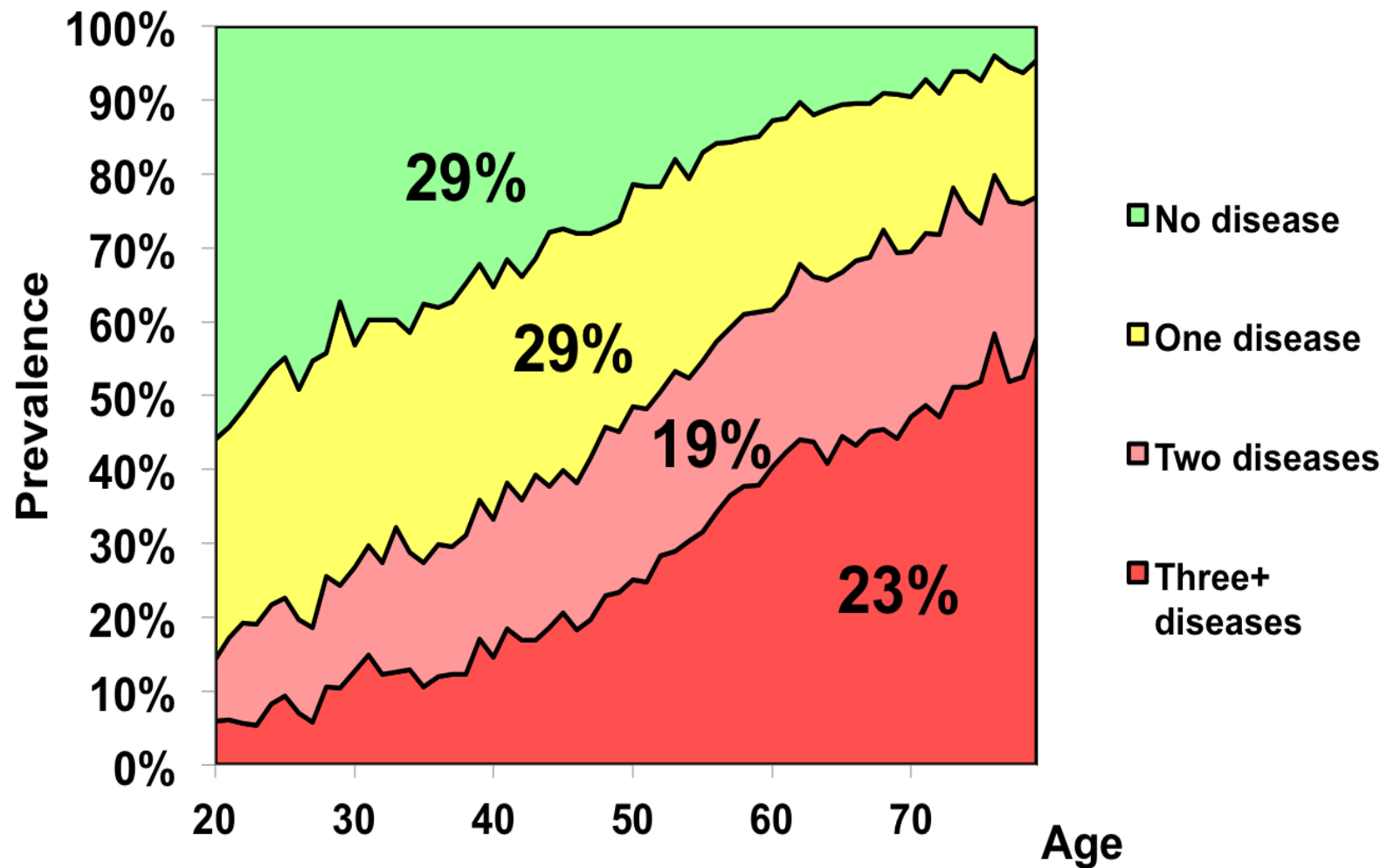
79-årig kvinna med KOL, diabetes, osteoporos, hypertoni och artros:

- 12 olika mediciner, 19 doser per dag vid 5 olika tillfällen
- 14 icke-farmakologiska interventioner (om alla kostråd räknas som ett)
- Flera utbildnings- och rehab-besök
- Minst 2-4 besök till vårdcentral och 1 besök till ögonläkare per år

Boyd JAMA 2005

Table 3. Treatment Regimen Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 79-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteoarthritis, and COPD*

Time	Medications†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	



Time Needed to Treat (TNT)

thebmj

covid-19

Research ▾

Education ▾

News & Views ▾

Campaigns ▾

Jobs ▾

Analysis

Guidelines should consider clinicians' time needed to treat

BMJ 2023 ; 380 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072953> (Published 03 January 2023)

Cite this as: *BMJ* 2023;380:e072953

Article

Related content

Metrics

Responses

Peer review

Minna Johansson, director¹, Gordon Guyatt, distinguished professor², Victor Montori, professor³

[Author affiliations ▾](#)

Minna Johansson, Gordon Guyatt, and Victor Montori argue that assessing the implementation time of guidelines would help make best use of clinical resources

Clinical practice guidelines aim to contribute to efficient and high quality care.¹ Efforts are already made to overcome barriers to implementation such as lack of credibility because of financial or intellectual conflicts of interests, and clinicians' inability to change habits or keep up to date with new recommendations. However, what is rarely acknowledged is that implementing guidelines may require appreciable clinician time and therefore have considerable opportunity costs in the clinical encounter. Including an assessment of time needed to implement

”The patient paradox”

Vi tenderar att behandla dem som behöver oss minst och bryr oss minst om dem som behöver oss som mest

”Opportunity costs”

Om vi göra mer av en sak,
vad ska vi INTE göra istället

RISK – ett svårt koncept?

MAT

Studie: Ost kan sänka risken för hjärtsjukdom



Ost innehåller en hel del mättat fett – men det tycks inte skada hjärtat, visar ny forskning.

Kaffe kan öka risken för diabetes



En ny studie visar att mer än tre koppar kaffe om dagen kan öka risken för diabetes

1/1



Publicerad 3 sep 2014 03.04

Drick ett par gånger i veckan – minska risken för diabetes



NYHETER fre 28 jul 2017

Alkohol kan minska risken för att utveckla diabetes, om man dricker det några gånger i veckan. Det har danska forskare kommit fram till i en ny studie, skriver **BBC**.

Låt oss säga att du ska köpa ett växthus, priset är 50000kr men du får den för 25000kr, hur mycket har du sparat?

- Subtraktion

25000kr

= ABSOLUT
förändring

- Division

50%

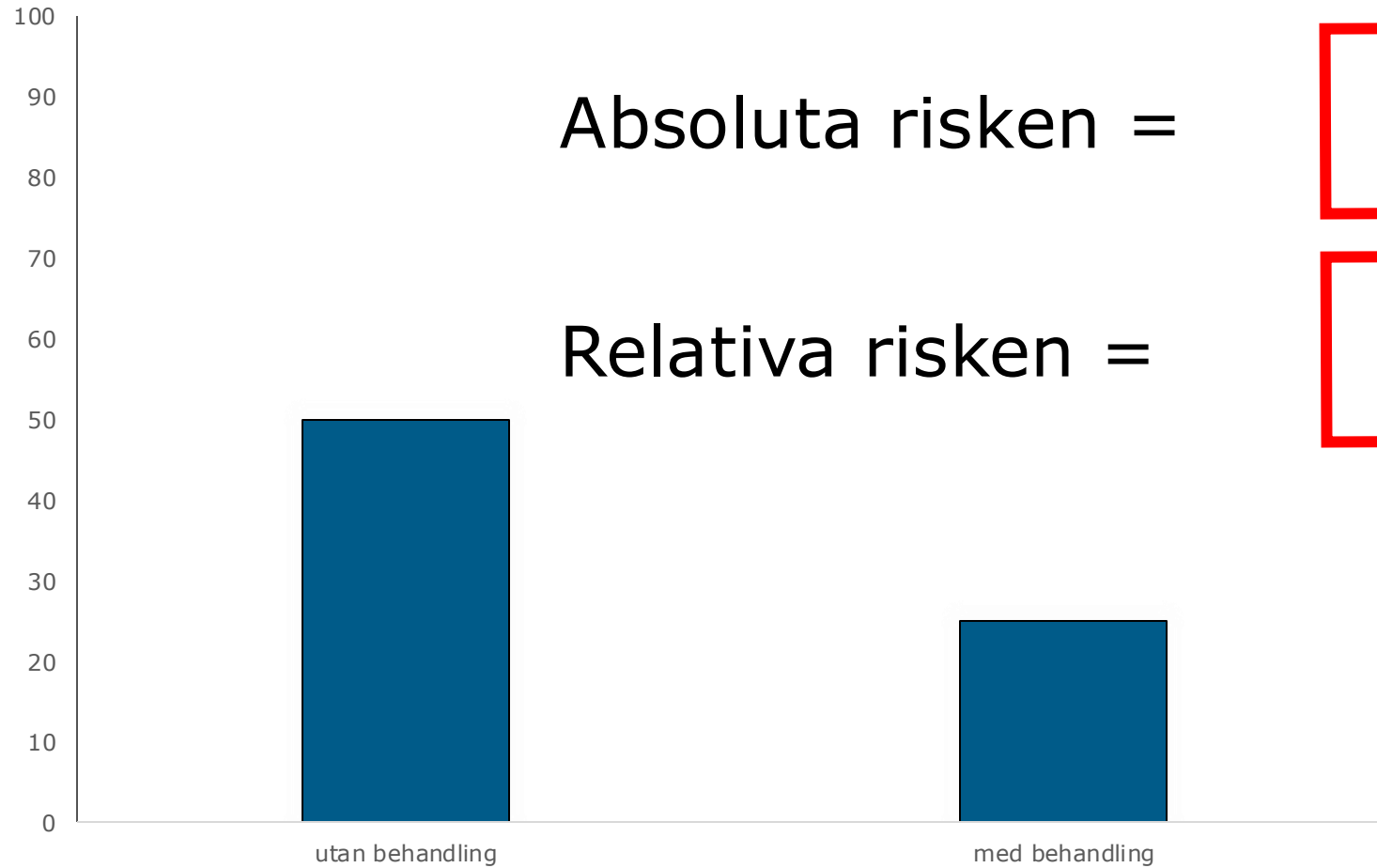
= RELATIV
förändring

Ett tuggummi kostar 2 kr, men du får den för 1kr, hur mycket har du sparat?

1kr

50%

Risken att dö de kommande 5 åren



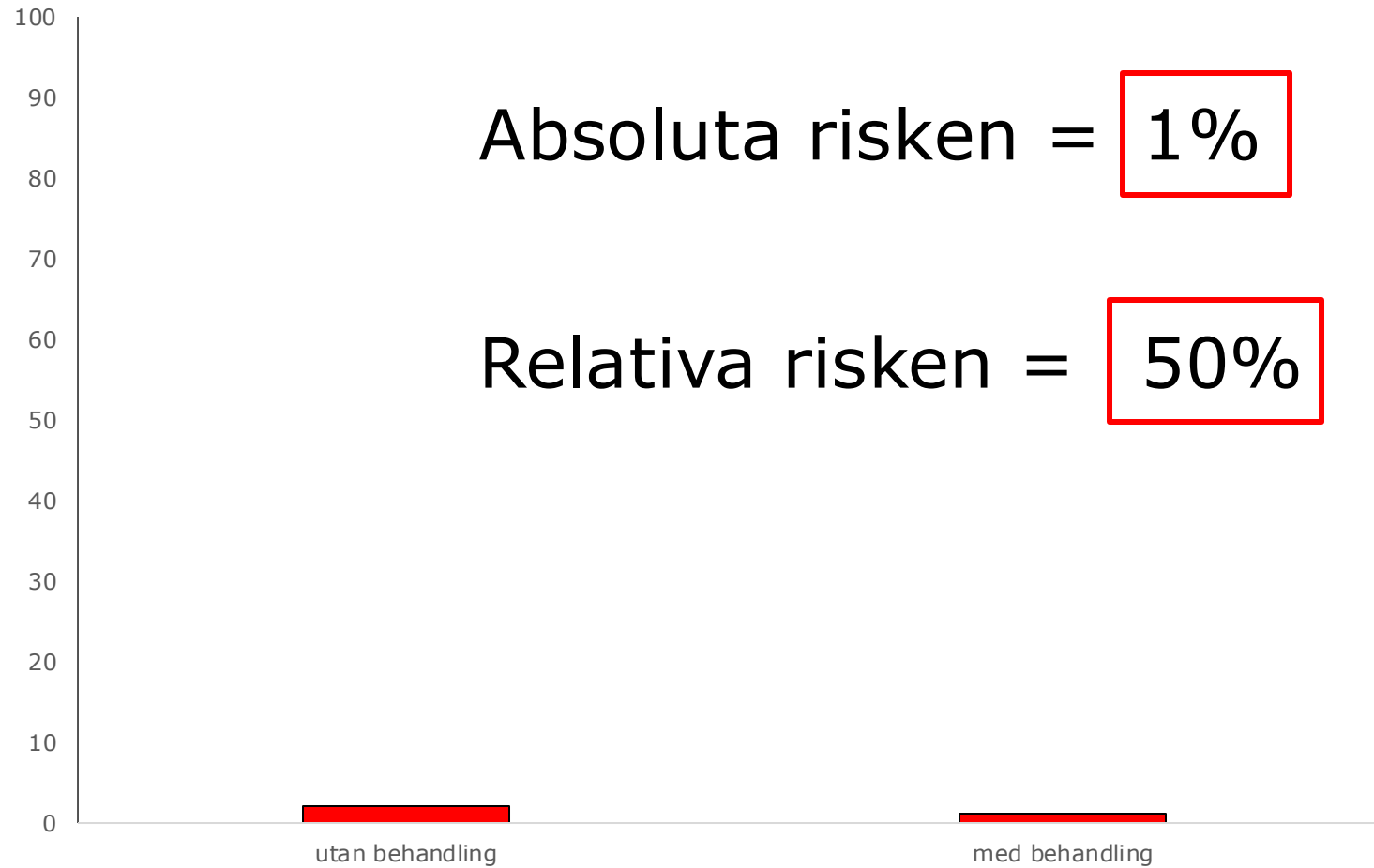
Absoluta risken =

25%

Relativa risken =

50%

Risken att dö de kommande 5 åren



Problemet:

Den relativa risken säger
ingenting om vad vi startar från
"50 % av vad?"

Patientfall Marie

Marie kommer akut till vårdcentralen då hon har en akut ihållande bröstsmärta sedan en timme tillbaka. Hon verkar smärtpåverkad. På EKG finner du T-negativisering lateralt. Dessutom har hon ett blodtryck på 150/110mmHg. Marie är 60 år, ex-rökare, BMI 27. Hennes far dog i hjärtinfarkt vid 65 åå. I övrigt frisk och medicinfri.

Marie drabbades av en hjärtinfarkt och fick PCI på sjukhuset. Du får remiss för uppföljning av Maries riskfaktorer för att drabbas av ytterligare en hjärtekärlhändelse. Du finner att Marie upprepat har ett förhöjt diastoliskt blodtryck runt 110mmHg.

Ska blodtrycket behandlas?

Har Marie nytta av hypertonibehandling?

- 380 män med uttalad diastolisk hypertension avseende kardiovaskulärhändelse eller död
- Randomiserades till behandling med hydroklortiazid alt placebo

	behandling	placebo
1,5 år	2%	27%
5 år	8%	80%
10 år	15%	95%
15 år	21%	99%

72% kommer dra fördel av
behandlingen (80-8)
 $NNT = 1/0,72 = 1,4$

Patientfall Eddie

82-årig man. Bor ensam på en gård, där han pysslar hela dagarna. Han är frisk, icke-rökare och brukar inte gå till vårdcentralen. Hans goda vän har uppmuntrat honom att kolla sitt blodtryck och vid upprepade mätningar ligger blodtrycket i genomsnitt på 160/80mmHg.

Ska vi sätta in behandling mot hypertoni?

Startdos Esidrex

En dag ringer Eddie och berättar att han svimmade av efter att han byggt en stenmur en varm sommardag. När han reste sig upp svartnade det för ögonen och han kom inte ihåg mer. Han tror att han glömt att dricka ordentligt. Vid undersökning hittar du inget avvikande, men du misstänker att dehydrering i kombination med Esidrex gett honom ett lågt blodtryck så att han svimmade av.

Eddie undrar om han verkligen behöver fortsätta med medicinen, vad svarar du?

Vad är risken att Eddie drabbas av en kardiovaskulär händelse eller död?

Randomiserad kontrollerad studie för behandling vs placebo i mild hypertoni, män 70-80 år.

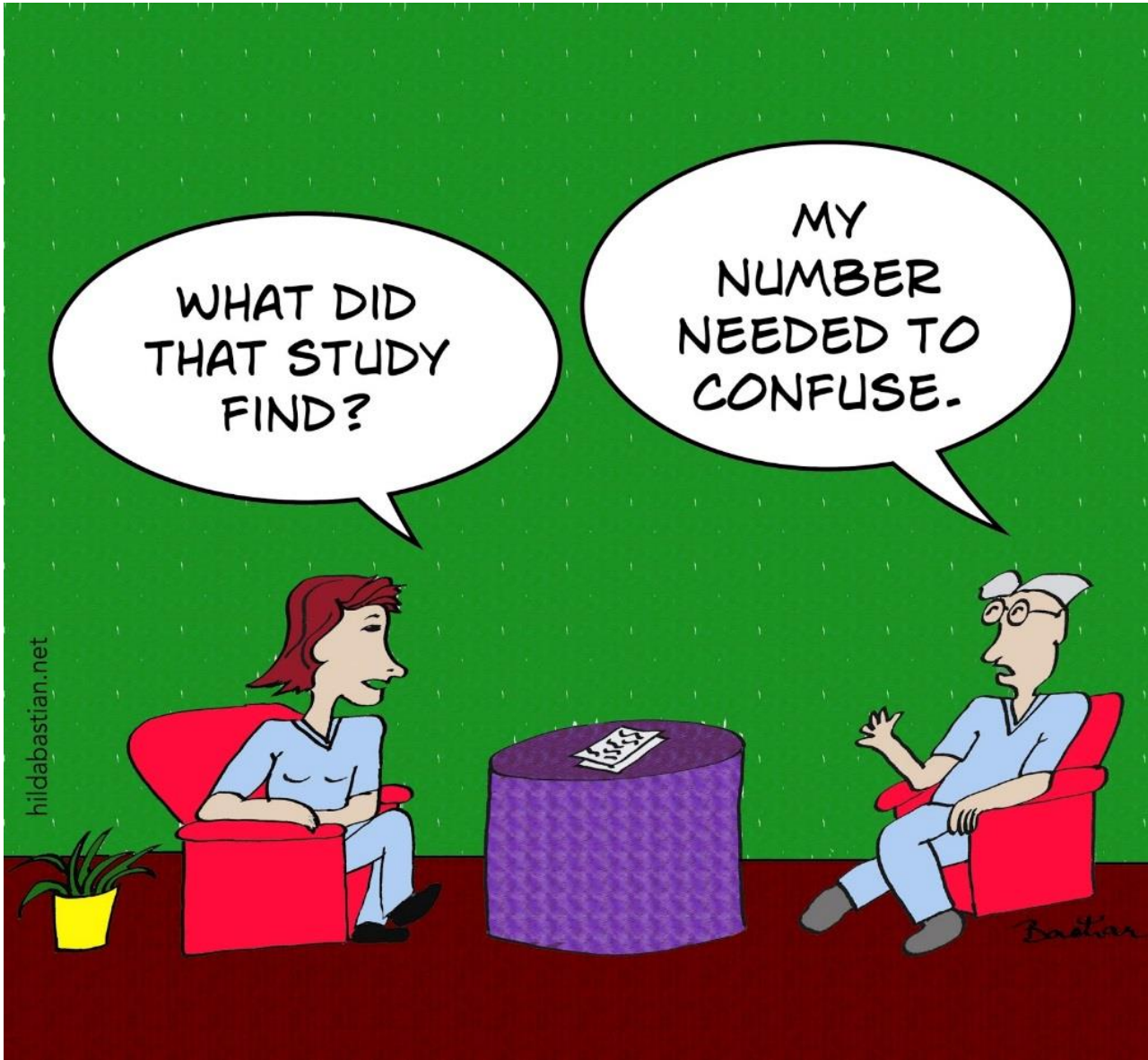
5-års risk

Placebo 18%

Behandling 13%

5% kommer dra fördel av behandlingen

$NNT = 1/0,05 = 20$



hildabastian.net

Bastian

ASCOT-LLA

Sever et al. The Lancet, 2003

Patienter 40-79år, välreglerad hypertoni och normala lipidvärden, 10mg atorvastatin vs placebo

- Effektmåttet: dödlig och icke-dödlig hjärtinfarkt
- Antal i interventionsgrupp och placebogrupp: 100 av 5168 (1,9%) vs 154 av 5137 (3,0%)
- Tid för interventionen: 3,3 år

Risk kan uttryckas i:

- Relativ risk: $1,9/3,0 = 0,63 = 63\%$
- Relativ riskreduktion: $1-0,63=37\%$
- Absolut risk: $(154/5137)-(100/5168) = 1,1\%$
- NNT: $1/0,011 = 91$ över 3,3 år

GRUPPARBETE: Att beräkna risk

- Effektmåttet
- Antal i interventionsgrupp och placebogrupp
- Tid för interventionen

Risk kan uttryckas i:

- Relativ risk/relativ riskreduktion
- Absolut risk
- NNT

BACKGROUND

Semaglutide, a glucagon-like peptide-1 receptor agonist, has been shown to reduce the risk of adverse cardiovascular events in patients with diabetes. Whether semaglutide can reduce cardiovascular risk associated with overweight and obesity in the absence of diabetes is unknown.

METHODS

In a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, event-driven superiority trial, we enrolled patients 45 years of age or older who had preexisting cardiovascular disease and a body-mass index (the weight in kilograms divided by the square of the height in meters) of 27 or greater but no history of diabetes. Patients were randomly assigned in a 1:1 ratio to receive once-weekly subcutaneous semaglutide at a dose of 2.4 mg or placebo. The primary cardiovascular end point was a composite of death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke in a time-to-first-event analysis. Safety was also assessed.

RESULTS

A total of 17,604 patients were enrolled; 8803 were assigned to receive semaglutide and 8801 to receive placebo. The mean (\pm SD) duration of exposure to semaglutide or placebo was 34.2 ± 13.7 months, and the mean duration of follow-up was 39.8 ± 9.4 months. A primary cardiovascular end-point event occurred in 569 of the 8803 patients (6.5%) in the semaglutide group and in 701 of the 8801 patients (8.0%) in the placebo group (hazard ratio, 0.80; 95% confidence interval, 0.72 to 0.90; $P<0.001$). Adverse events leading to permanent discontinuation of the trial product occurred in 1461 patients (16.6%) in the semaglutide group and 718 patients (8.2%) in the placebo group ($P<0.001$).

CONCLUSIONS

In patients with preexisting cardiovascular disease and overweight or obesity but without diabetes, weekly subcutaneous semaglutide at a dose of 2.4 mg was superior to placebo in reducing the incidence of death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke at a mean follow-up of 39.8 months. (Funded by Novo Nordisk; SELECT ClinicalTrials.gov number, NCT03574597.)

The authors' affiliations are listed in the Appendix. Dr. Lincoff can be contacted at lincofa@ccf.org or at the Department of Cardiovascular Medicine, Cleveland Clinic, 9500 Euclid Ave., J2-3, Cleveland, OH 44195.

*A list of the SELECT trial investigators is provided in the Supplementary Appendix, available at [NEJM.org](https://www.nejm.org).

This article was published on November 11, 2023, and updated on November 30, 2023, at [NEJM.org](https://www.nejm.org).

N Engl J Med 2023;389:2221-32.

DOI: 10.1056/NEJMoa2307563

Copyright © 2023 Massachusetts Medical Society.

CME
at [NEJM.org](https://www.nejm.org)

SELECT-studien

Lincoff et al. NEJM, 2023

Patienter med kardiovaskulär sjukdom, >45år, BMI > 27, utan diabetes

- Effektmåttet: kardiovaskulär mortalitet eller händelse
- Antal i interventionsgrupp och placebogrupp: 569/8803 (6,5%) vs 701/8801 (8,0%)
- Tid för interventionen: 3,3år

SELECT-studien

Lincoff et al. NEJM, 2023

	Behandling	Placebo
Kardiovaskulär h/m	569 (a)	701 (b)
Ingen h/m	8234 (c)	8100 (d)
Totalt	8803	8801

Relativ risk (RR): $[a/(a+c)] / [b/(b+d)]$

$(569/8803) / (701/8801) = 0,81 = 81\%$, dvs den relativa risken att drabbas av kardiovaskulär händelse/mortalitet om man får behandling

Relativ riskreduktion: $[b/(b+d) - a/(a+c)] / [b/(b+d)]$ eller $1-RR$

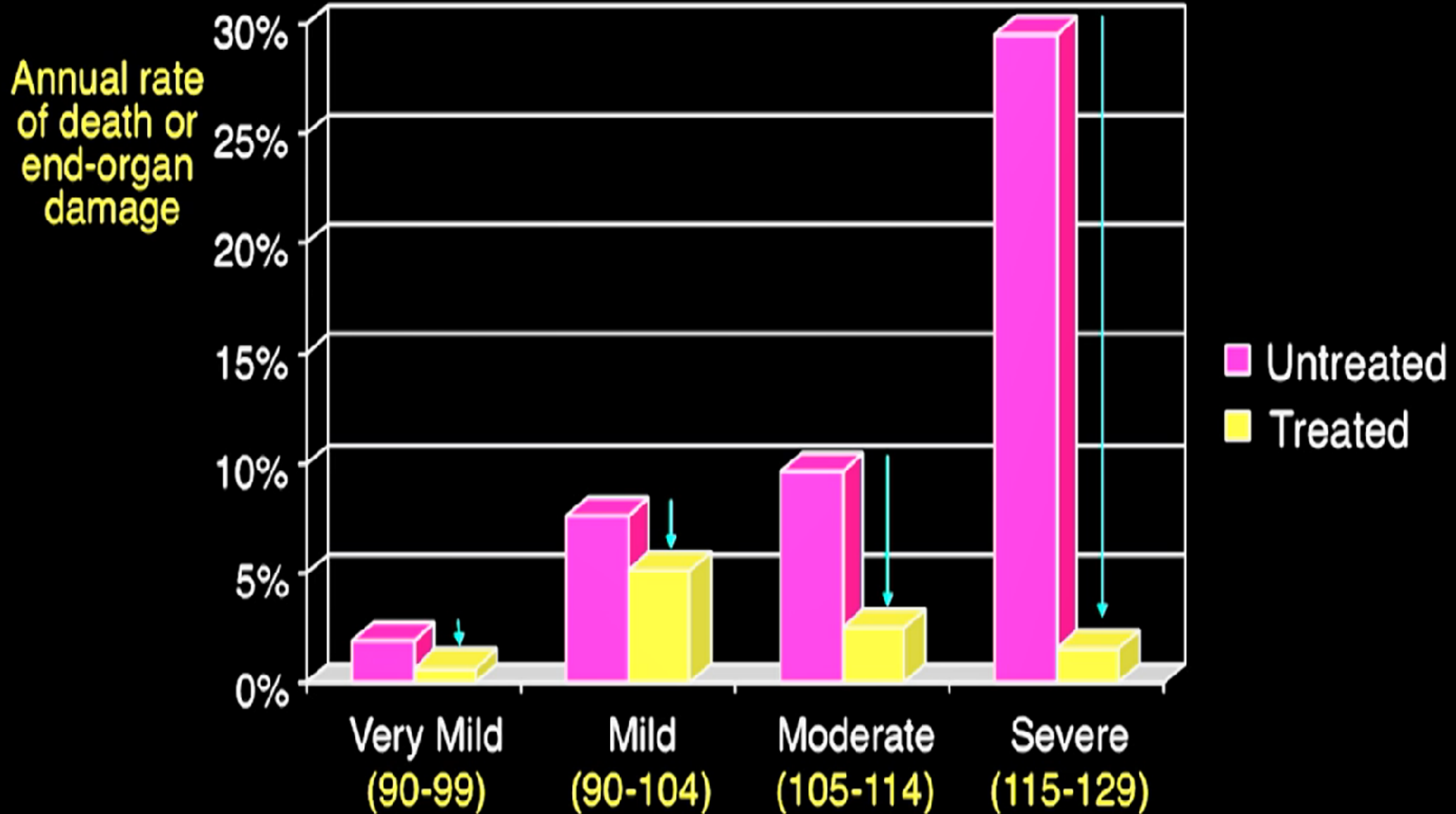
$1-0,81 = 19\%$, dvs den relativa riskreduktionen med behandling för att drabbas av kardiovaskulär händelse/mortalitet

Absolut risk/absolut riskreduktion: $[b/(b+d) - a/(a+c)]$ $701/(701+8100) - 569/8803$ (6,69+5%) vs $701/8801$ (8,0%) $8,0-6,5 = 1,5$ procentenheter

NNT: $1/0,015 = 67$ över 3,3 år

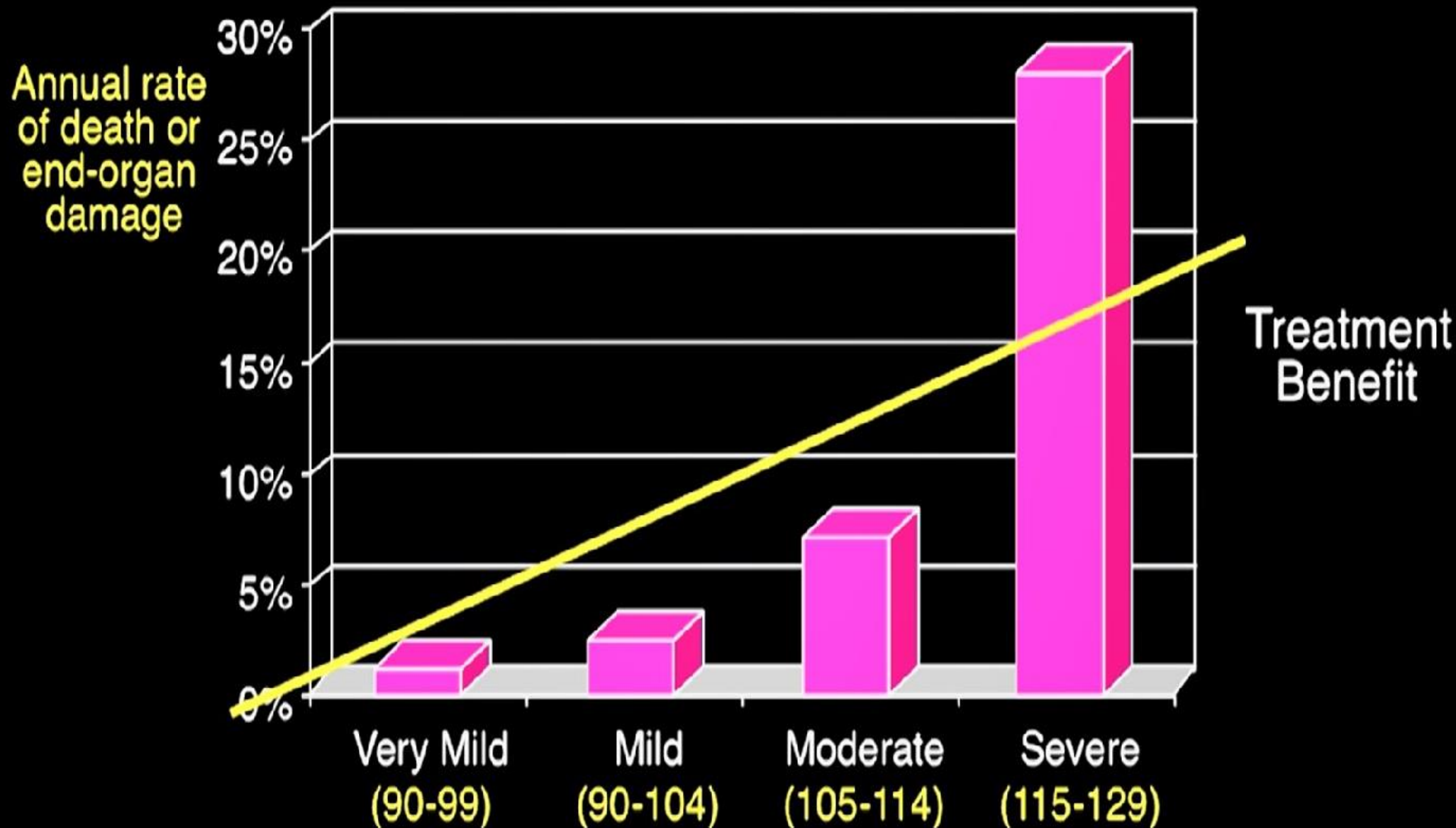
Effect of treatment across the spectrum of diastolic hypertension

Gilbert
Welch,

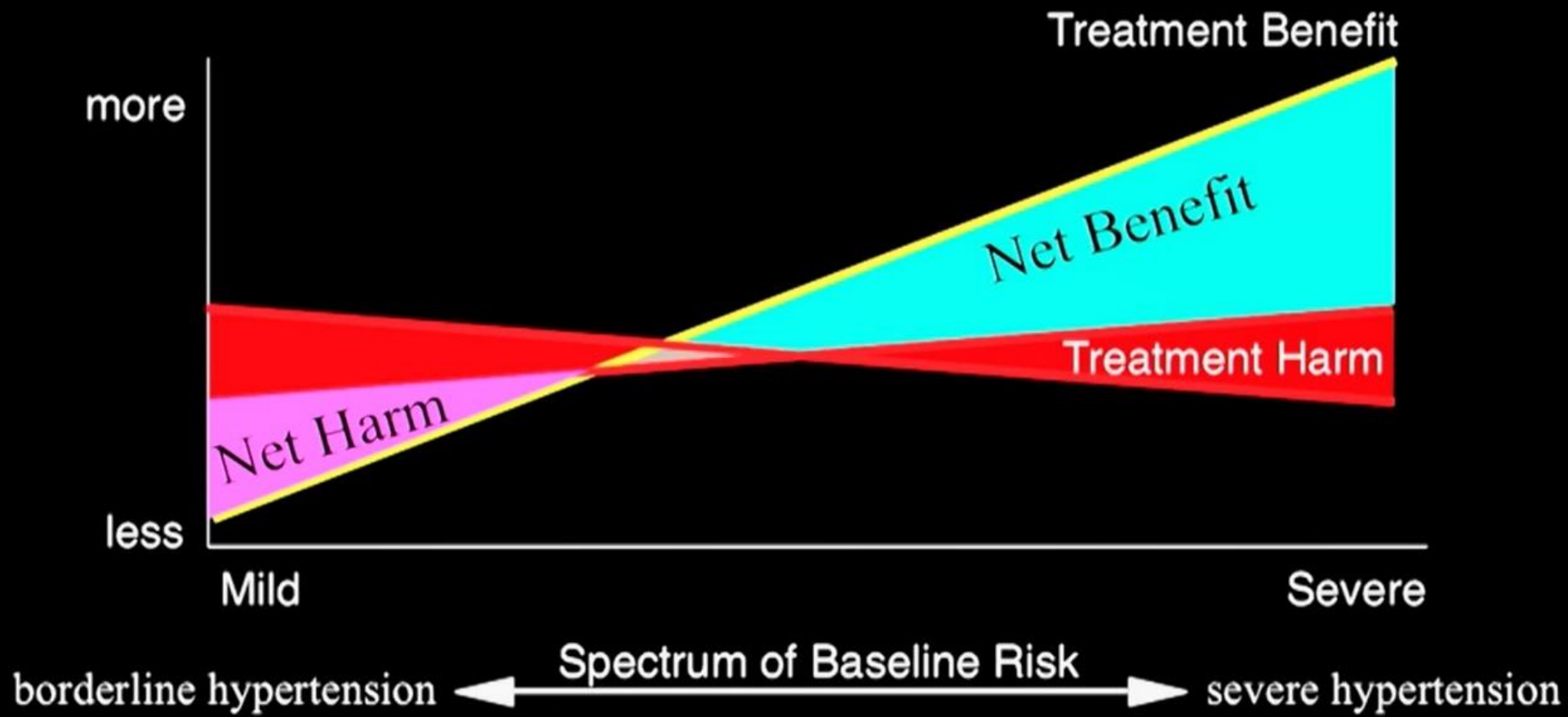


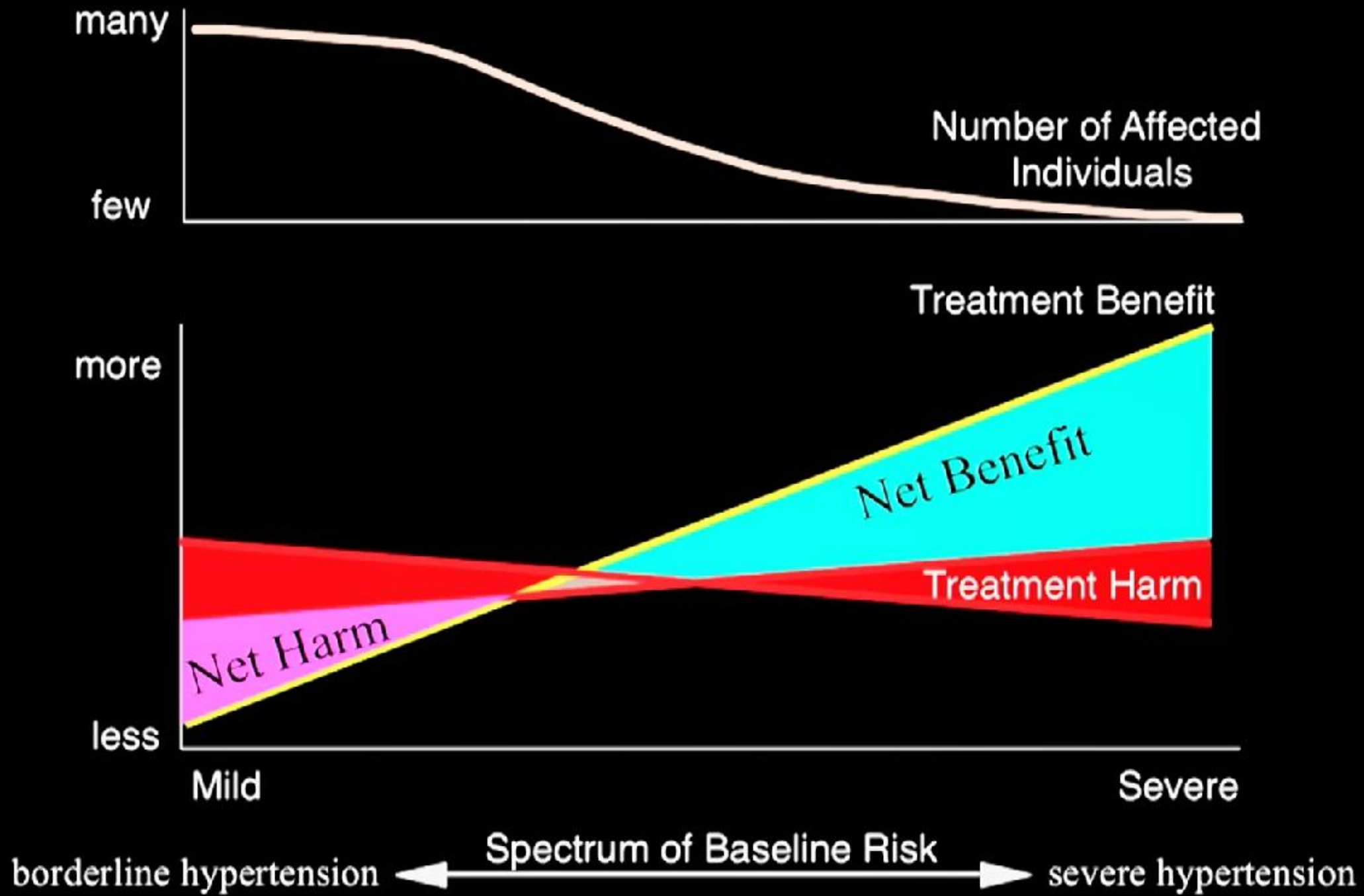
Effect of treatment across the spectrum of diastolic hypertension

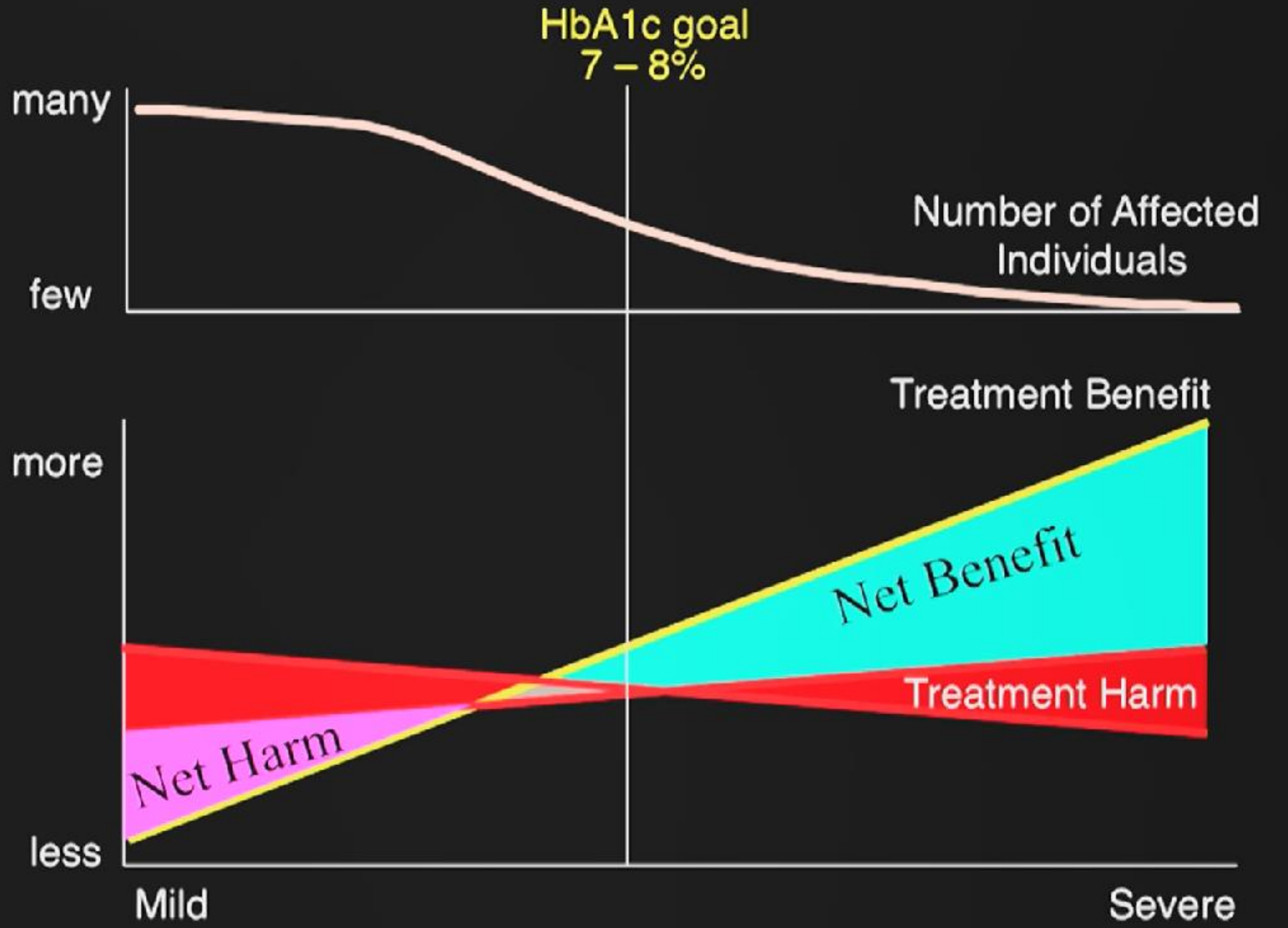
Gilbert Welch
NCGP 2017



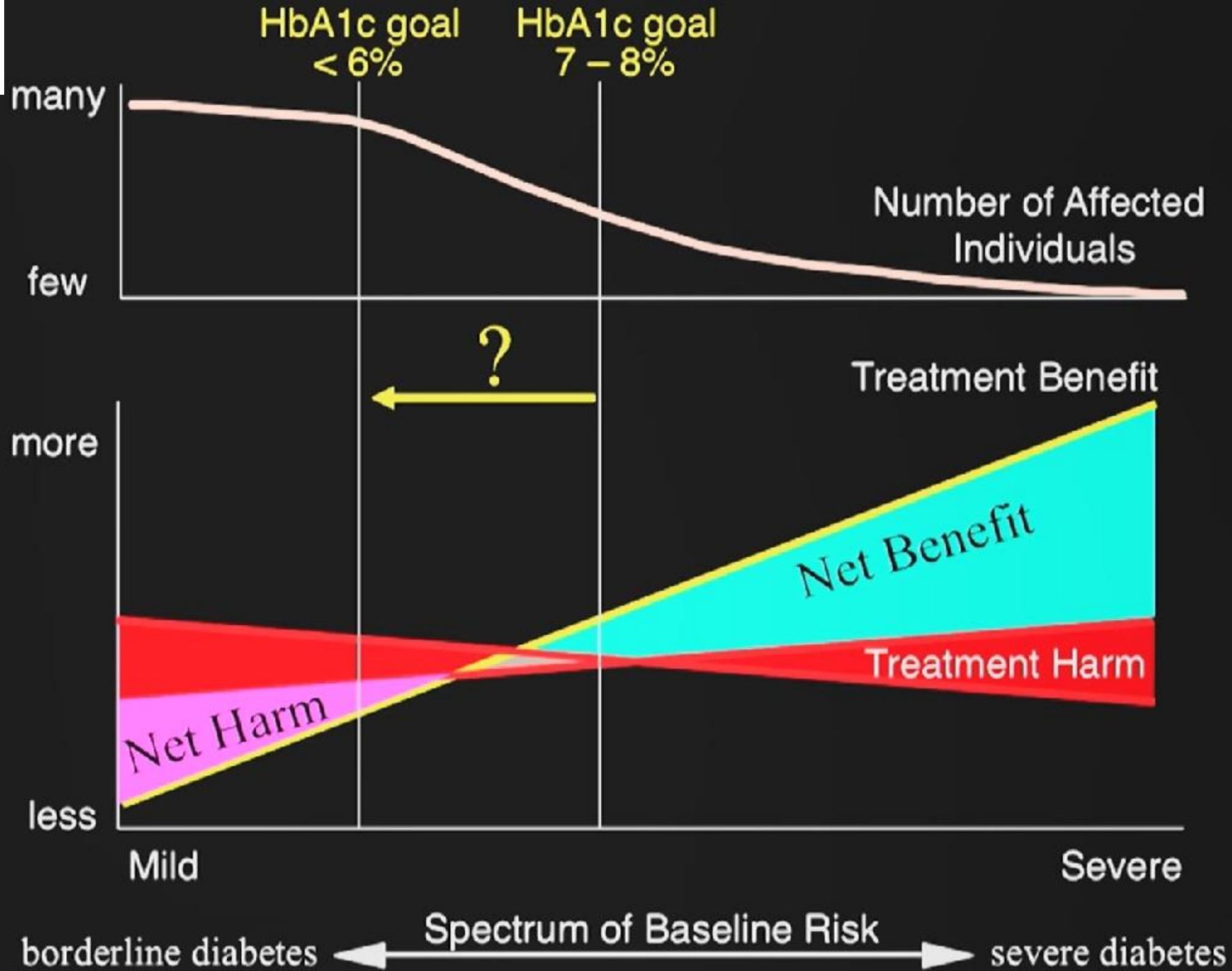
**ALL OF OUR
INTERVENTIONS
POSE SOME
HARM**



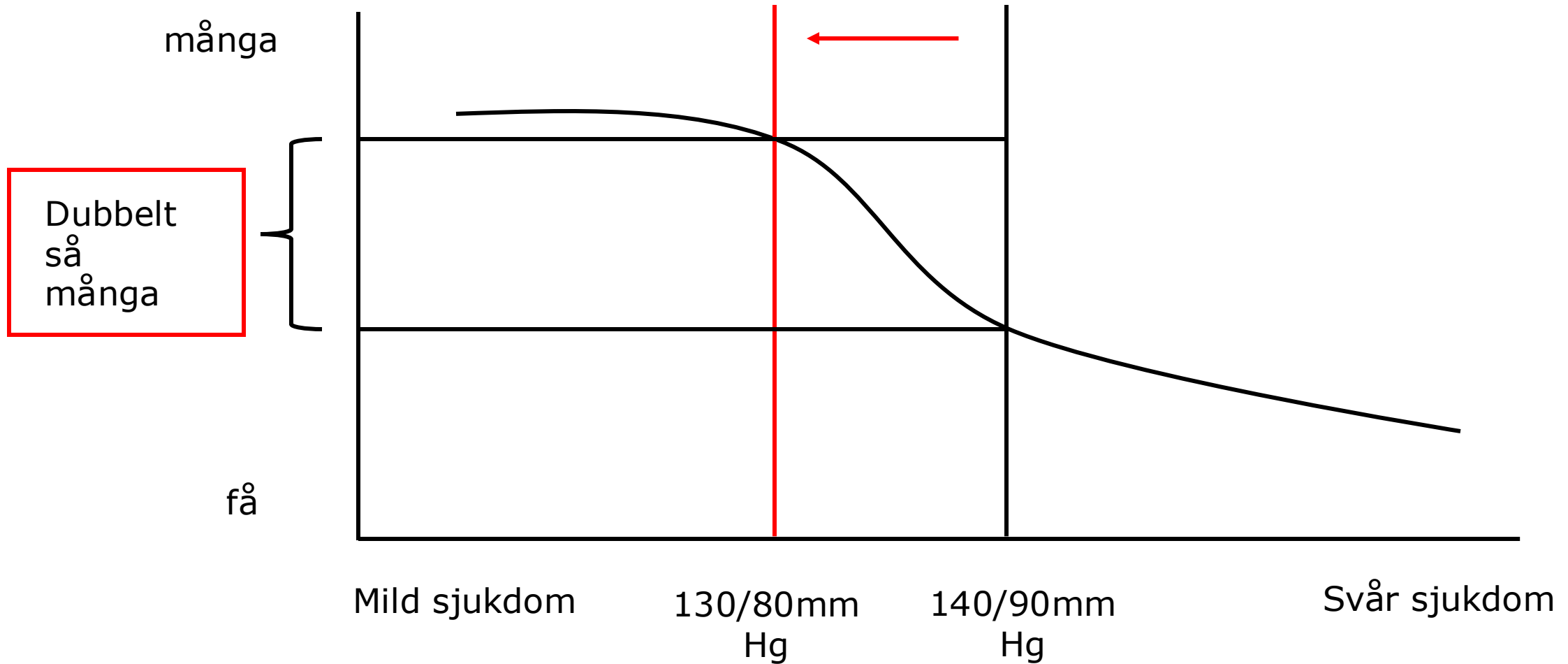


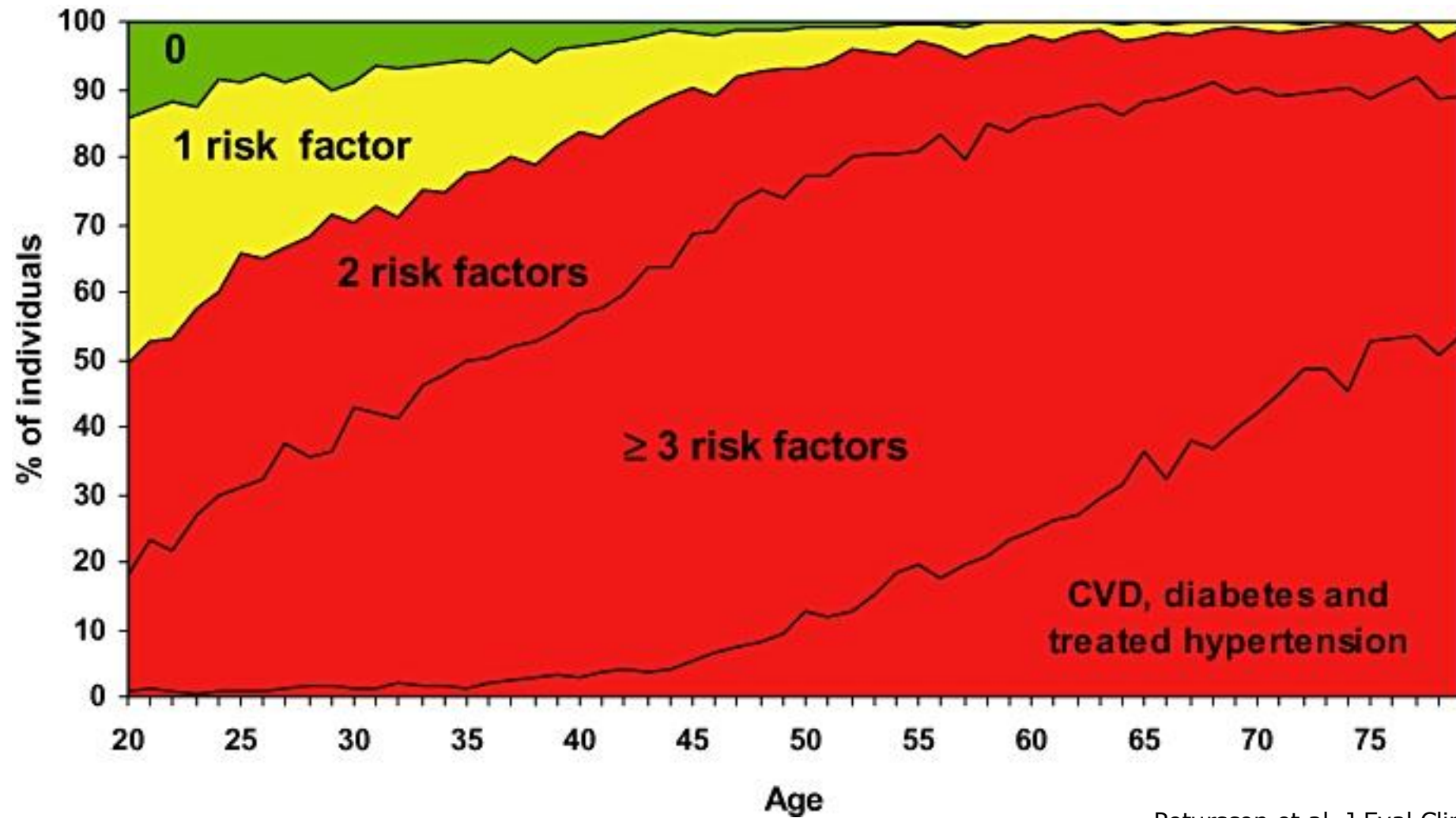


borderline diabetes ← Spectrum of Baseline Risk → severe diabetes

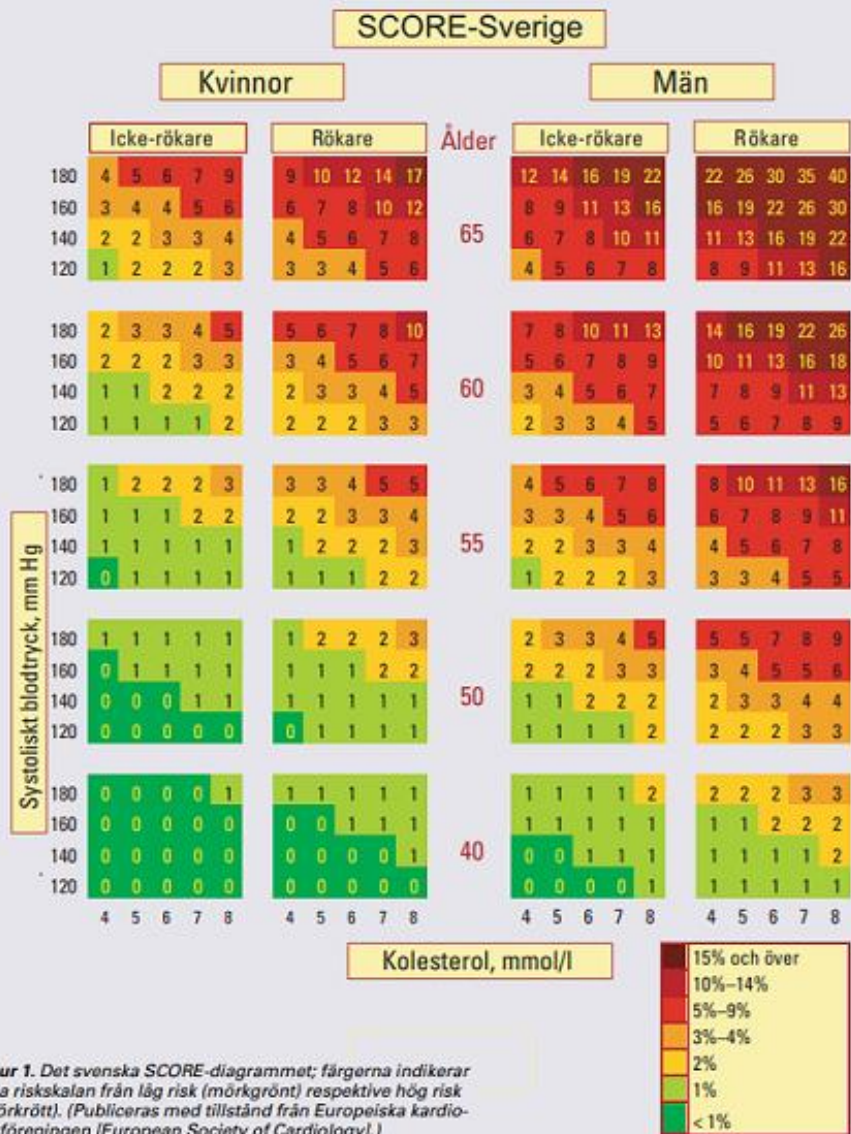


Sänkta målvärden innefattar fler patienter...





Petursson et al, J Eval Clin Pract 2009



Figur 1. Det svenska SCORE-diagrammet; färgerna indikerar hela riskskalan från låg risk (mörkgrönt) respektive hög risk (mörkrött). (Publiceras med tillstånd från Europeiska kardiologföreningen [European Society of Cardiology].)

Totala risken att dö i kardiovaskulär sjukdom inom 10 år

Hög (5–9 procent) eller mycket hög (>10 procent) risk överväg farmakologisk behandling mot hypertoni och hyperlipidemi

Måttligt förhöjd risk (1–4 procent) ge stöd till förändrade levnadsvanor riktat mot rökning, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet.

SCORE2 & SCORE2-OP
10-year risk of (fatal and non-fatal) CV events in populations at low CVD risk



Women

Men

Non-smoking

Smoking

Non-smoking

Smoking

Non-HDL cholesterol

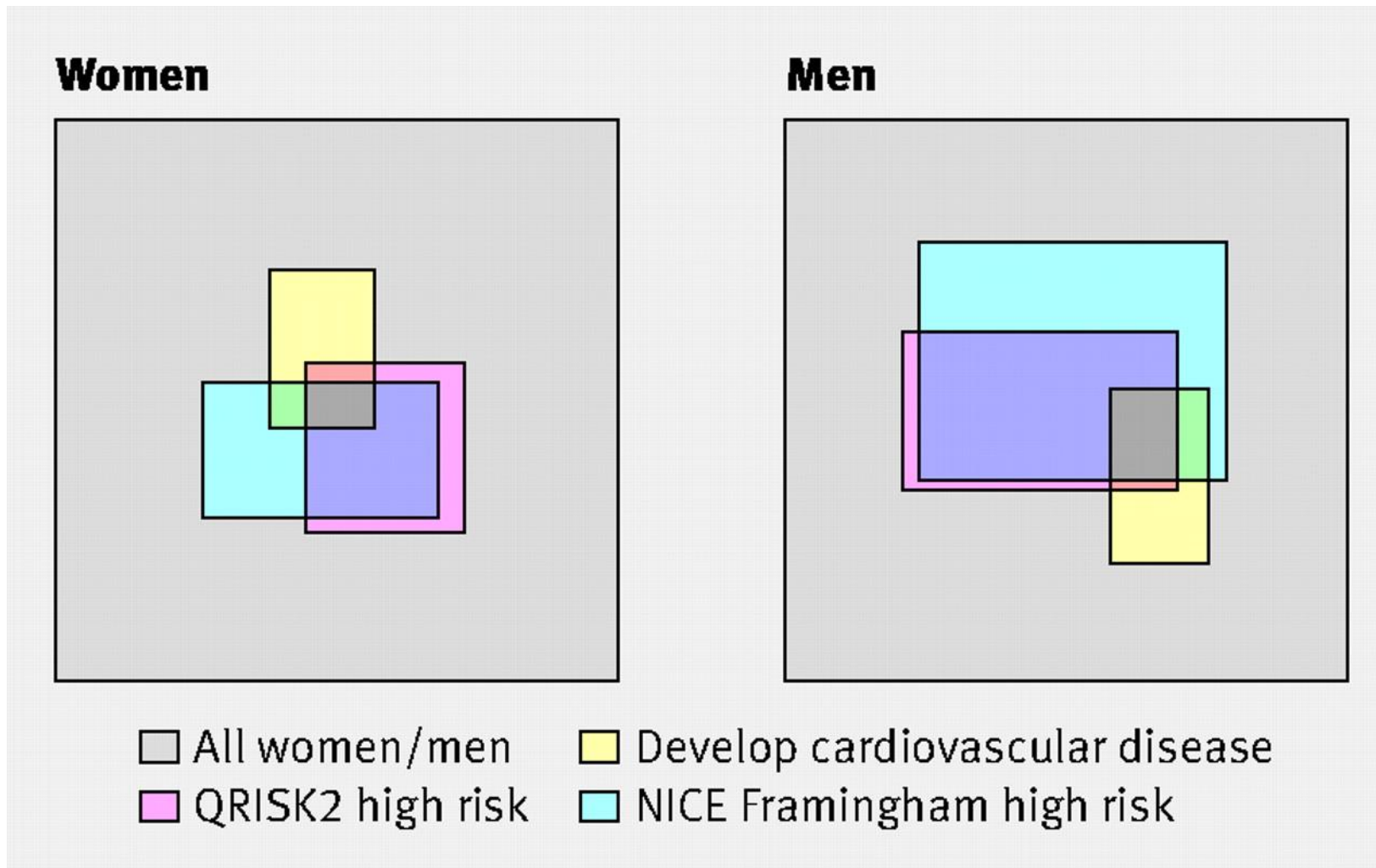
Systolic blood pressure (mmHg)
SCORE2-OP

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9 mmol/L
150 200 250 mg/dL

Systolic blood pressure (mmHg)	Non-smoking				Smoking				Age (y)	Non-smoking				Smoking			
	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9		3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9
160-179	28	29	30	31	31	32	33	34	85-89	29	35	42	49	29	35	42	49
140-159	26	27	28	29	29	30	31	32	80-84	28	33	40	47	27	33	40	47
120-139	24	25	26	27	27	28	29	30	75-79	26	32	38	45	26	32	38	45
100-119	23	24	25	26	25	26	27	28	70-74	25	30	36	43	25	30	36	43
160-179	20	21	22	23	25	26	28	29		23	27	32	37	26	31	36	41
140-159	18	19	20	21	23	24	25	26		21	25	29	34	24	28	33	38
120-139	16	17	18	19	20	21	22	23		19	22	26	31	22	25	30	34
100-119	15	15	16	17	18	19	20	21		17	20	24	28	19	23	27	31
160-179	15	15	16	17	21	22	23	24		19	21	24	27	24	27	31	34
140-159	13	13	14	15	18	19	20	21		16	18	21	23	21	23	26	30
120-139	11	11	12	13	15	16	17	18		14	15	18	20	18	20	23	26
100-119	9	10	10	11	13	14	15	15		12	13	15	17	15	17	19	22
160-179	10	11	12	12	17	18	19	20		15	16	18	19	22	24	26	28
140-159	9	9	10	10	14	15	16	16		12	13	14	16	18	19	21	23
120-139	7	7	8	8	11	12	13	14		10	11	12	13	14	16	17	19
100-119	6	6	6	7	9	10	10	11		8	8	9	10	12	13	14	15

SCORE2 and SCORE2-OP
risk chart for fatal and non-fatal (MI, stroke) ASCVD
Low CVD Risk (1)

Andelen män och kvinnor som klassificerats ha en hög 10-års risk av kardiovaskulära händelser (≥20%) via QRISK2 och NICE version of the Framingham equation, vilka sedan fick en kardiovaskulär händelse



Reflektion



Tips på vidare läsning

[Guidelines should consider clinicians' time needed to treat](#), Minna Johansson m.fl, BMJ volume 380, 2023

[INT](#), Global center for sustainable healthcare, 2024

<http://clipart-library.com/>

Info ang skrivövning/examen imorgon

- Kommer att ske för hand med penna och papper.
- Förbered genom att tänka på ett patientfall ni haft som berört/skavt den senaste tiden.
- Ni kommer att läsa upp er text i mindre grupper om 6 pers.

We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.



Allmänläkaren

Det generella
”Evidensbaserad
Vetenskap”

Det allmängiltiga/specifika
”Person-centrerat”

”It is about integrating the
individual clinical expertise and
the best external evidence”

David Suckett, BMJ



Aristoteles

- Episteme – veta **att**
- Techne – veta **hur**
- Phronesis - veta **när**



Vildkatter

Systematik	
Domän	Eukaryoter Eukaryota
Rike	Djur Animalia
Stam	Ryggradsdjur Chordata
Understam	Ryggradsdjur Vertebrata
Klass	Däggdjur Mammalia
Ordning	Rovdjur Carnivora
Familj	Kattdjur Felidae
Släkte	Felis
Art	Vildkatt <i>F. silvestris</i>

- Afrikanska underarter
 - *Felis silvestris cafra* ([södra Afrika](#))
 - *Felis silvestris foxi* (västra Afrika)
 - *Felis silvestris griselda* ([Centralafrika](#))
 - **[Falbkatt](#) eller Afrikansk vildkatt (*F. s. lybica*) ([Nordafrika](#))**
 - *Felis silvestris ocreata* (Östra Centralafrika)
 - *Felis silvestris mellandi* (Västra Centralafrika)
 - *Felis silvestris ugandae* ([Uganda](#))
- **Definieras utifrån likheter**

Livsvärlden

Luiz och Sally

Mor och son

Unika individer

Definieras utifrån olikheter



Begreppsvärlden

- -----

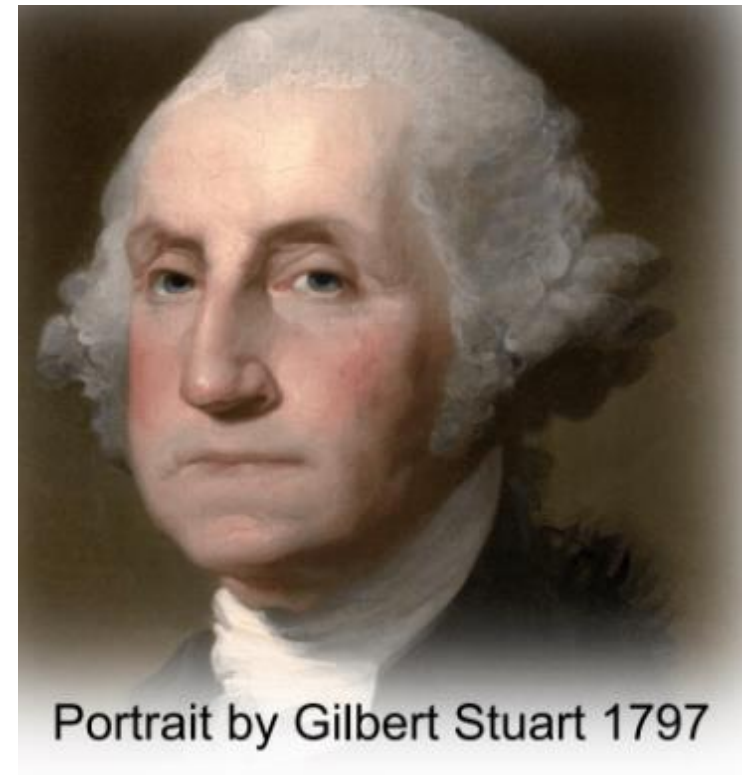
- **Livsvärlden**

- Infektionssjukdomar
- Bakteriella sjukdomar
- Pneumoni
- Lobär pneumoni
- -----
- Linda – Svea - Amira

EBM från början...

George Washington

- Halsfluss år 1799
- Åderlåtning (3,75l blod på 10 tim)
- Dog dagen efter



Portrait by Gilbert Stuart 1797

EBM från början...

- Lunginflammation ca 30% dödlighet
- Dr Paerre Louise 1835
- Dr John H Bennet 1855
- 4 av 129 dog (ca 3,1%)



Photo: The Burns Archive

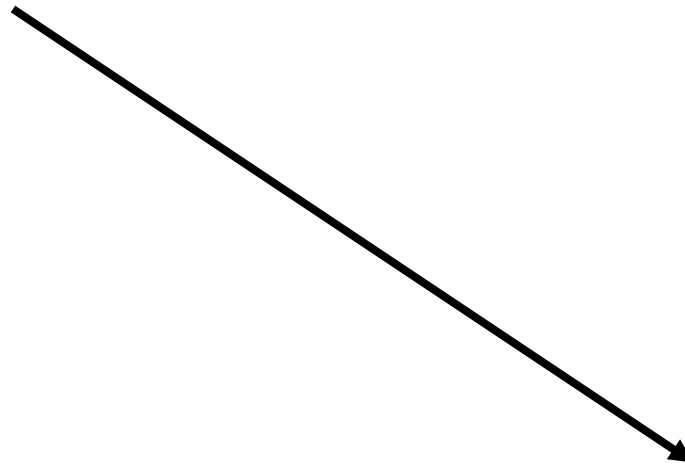
Hur gjorde man förr...

PM Pärm
från sjukhuset

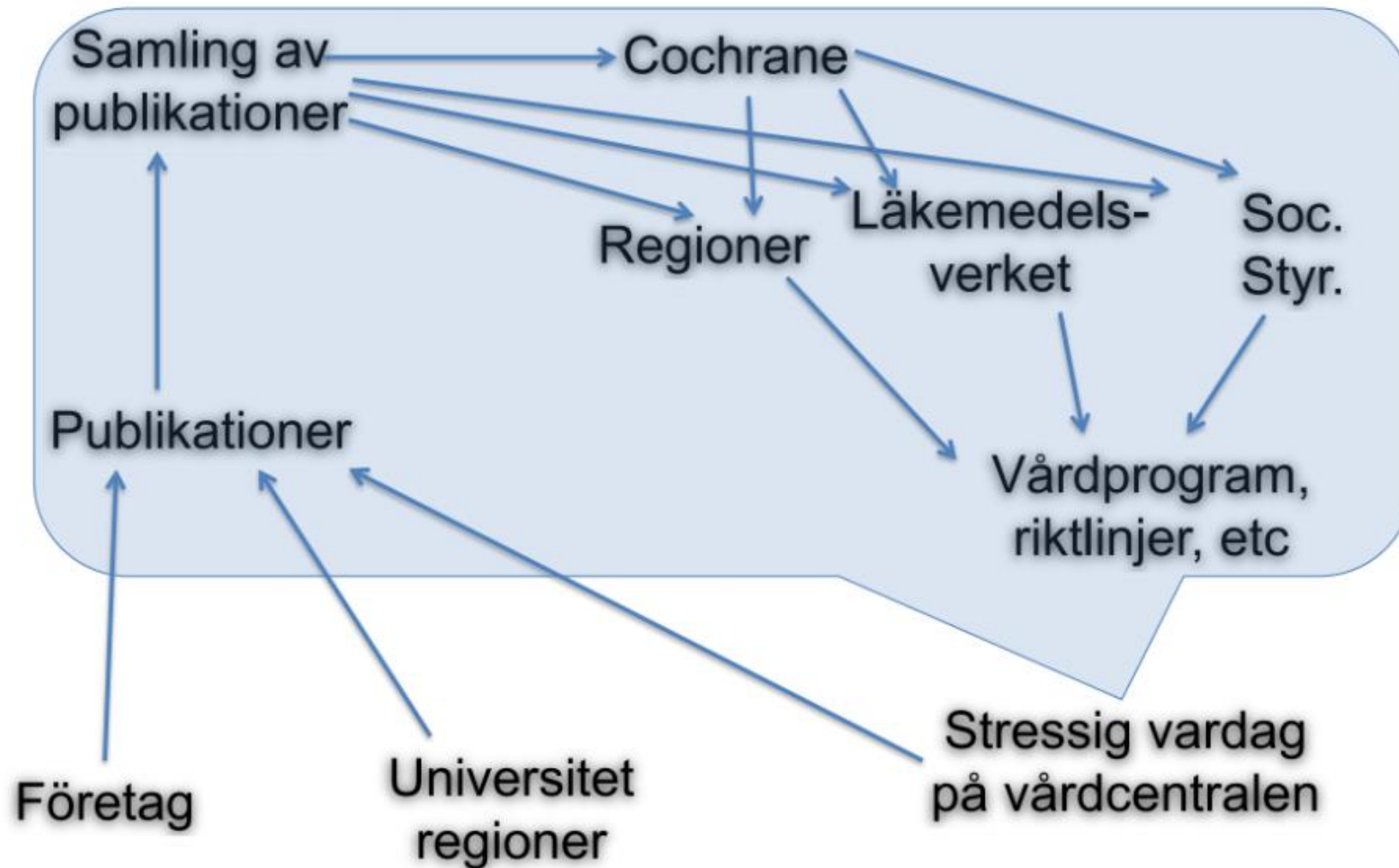
Överläkaren
berättar vad man
ska göra

Lunch och resor
sponsrade av
läkemedelsföretag

Stressig vardag
på vårdcentralen



Hur det fungerar idag...



EBM – evidensbaserad medicin



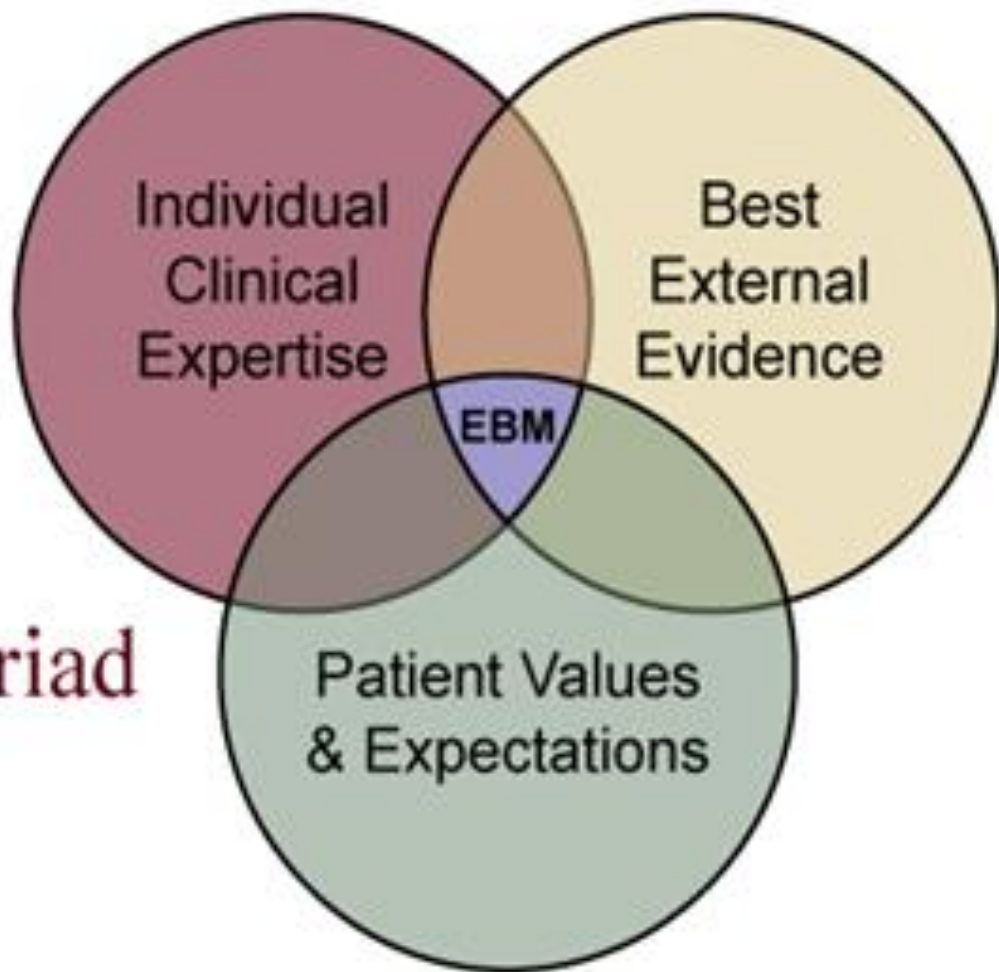
Riktlinjer

EBM = evidensbaserad medicin

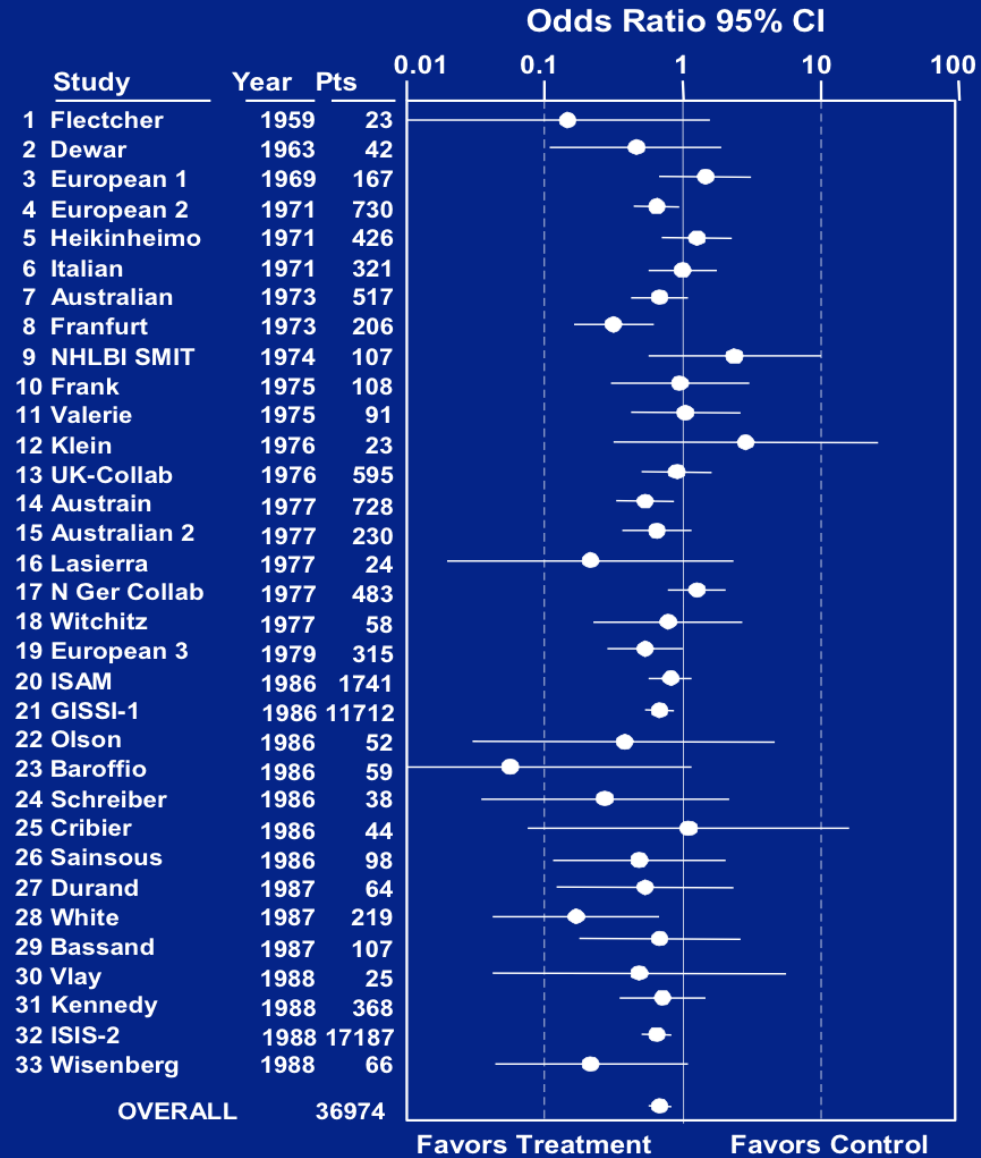
- Graderas efter starkaste bevis
- RCT anses vara "bästa" studierna
- Homogengrupp där man jämför en enskild parameter



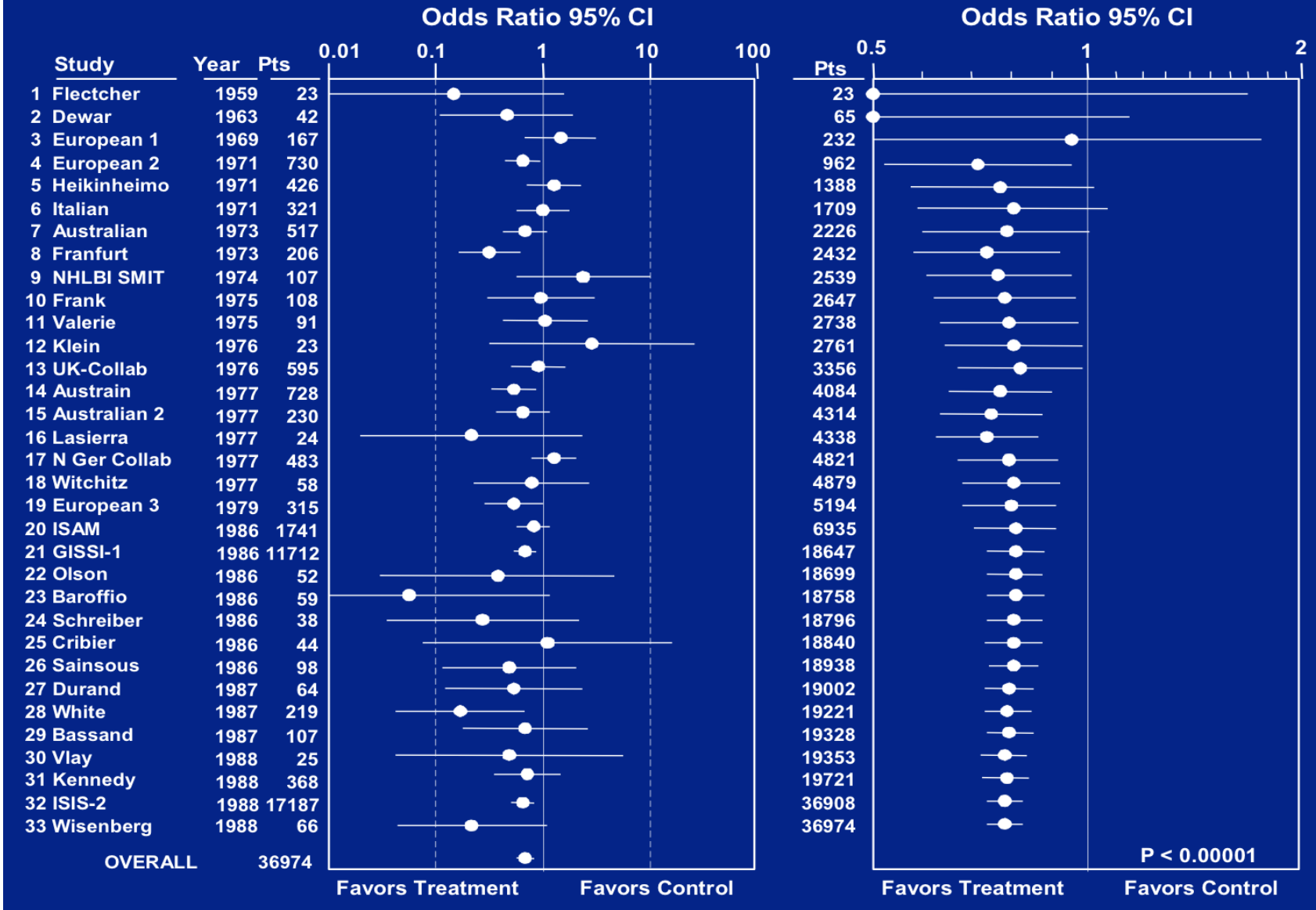
The EBM Triad



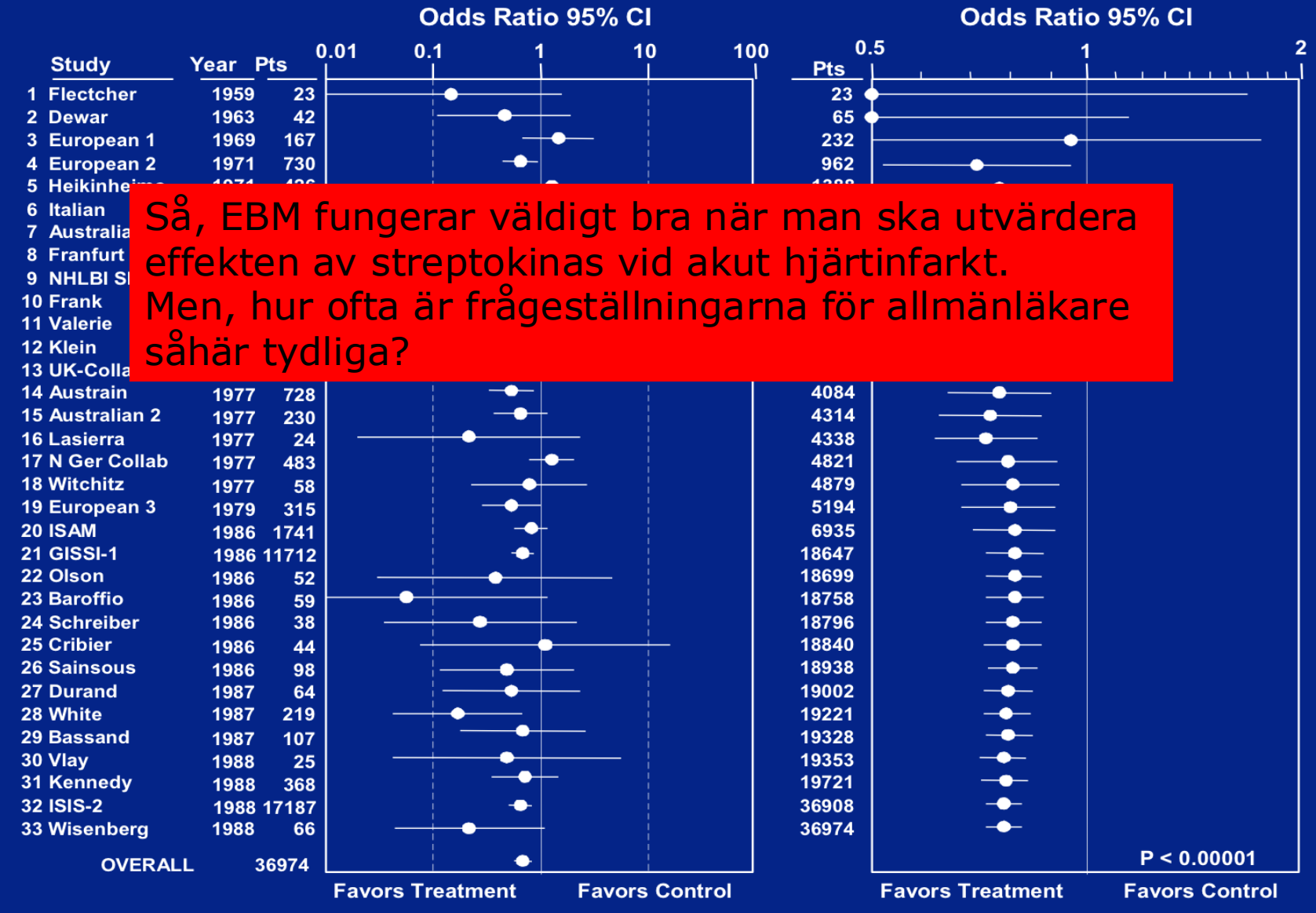
Intravenous Streptokinase Therapy for Acute Myocardial Infarction



Intravenous Streptokinase Therapy for Acute Myocardial Infarction



Intravenous Streptokinase Therapy for Acute Myocardial Infarction





Hypertoni

Depression

Artros

Diabetes

Rektalblödning

Smärta

Trötthet

Sömnsvårigheter

Migrän

Osteoporos

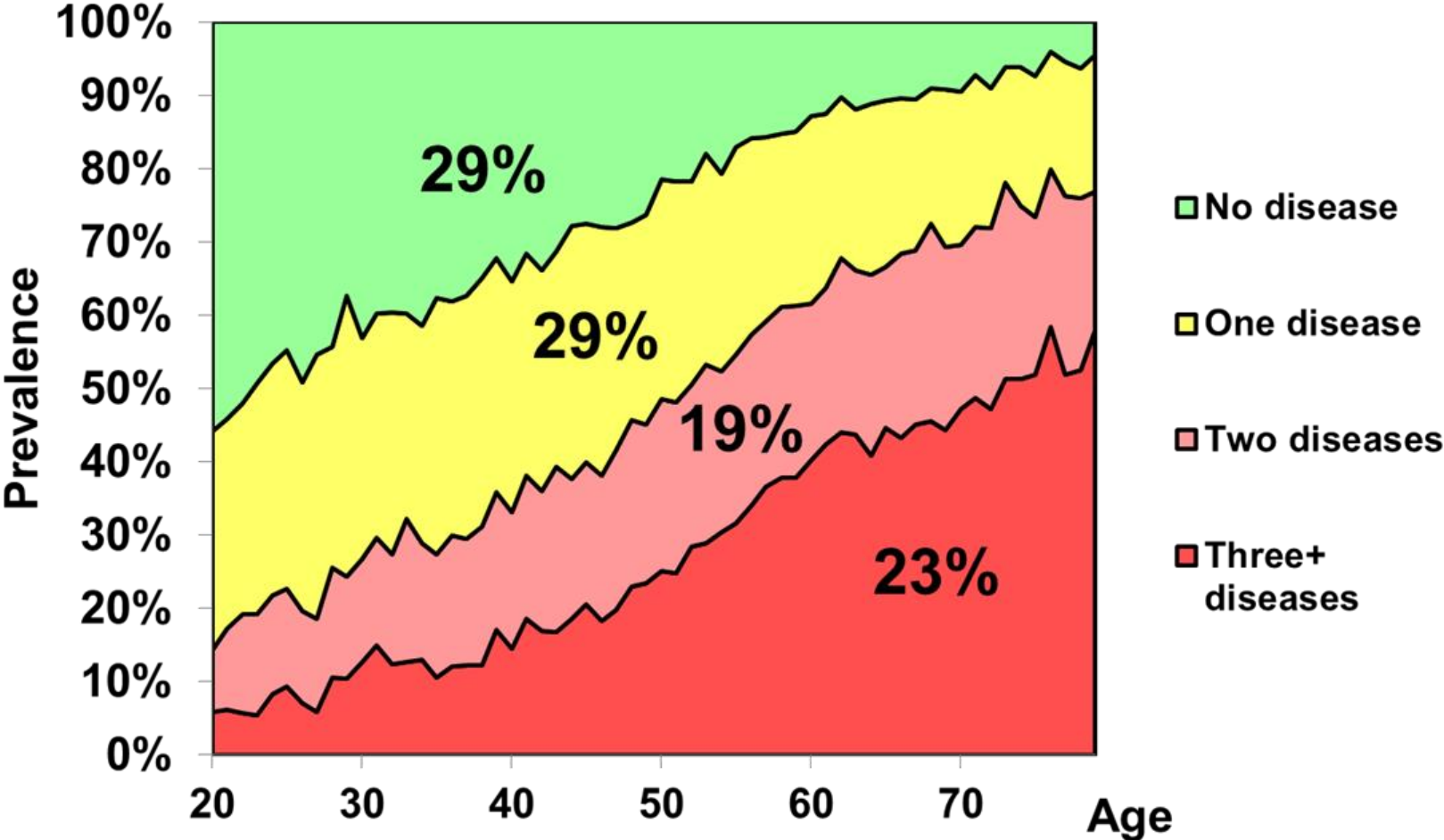
Problemet

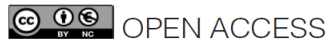
Depression

Hypertoni



Multimorbitet = Samsjuklighet





Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines

Siobhan Dumbreck,¹ Angela Flynn,¹ Moray Nairn,² Martin Wilson,³ Shaun Treweek,⁴ Stewart W Mercer,⁵ Phil Alderson,⁶ Alex Thompson,⁷ Katherine Payne,⁷ Bruce Guthrie¹

Diabetes typ 2

32 potentiellt allvarliga
medicin-
sjukdomsinteraktioner

133 potentiellt
allvarliga medicin-
medicininteraktioner

Depression

6 potentiellt allvarliga
medicin-
sjukdomsinteraktioner

89 potentiellt allvarliga
medicin-
medicininteraktioner

Hjärtsvikt

10 potentiellt allvarliga
medicin-
sjukdomsinteraktioner

111 potentiellt allvarliga
medicin-
medicininteraktioner

Är riktlinjerna relevanta för primärvården?

- **22 av 45** NICE guidelines från 2010 och 2011 var relevanta för primärvården
- I dessa 22 guidelines fanns 1185 rekommendationer, av vilka **495** var relevanta för primärvården
- Studien baserades på 1573 vetenskapliga publikationer, men bara 590 (**38%**) av dessa var baserade på typiska patienter i primärvården



How good is the evidence to support primary care practice?

Mark H Ebell,¹ Randi Sokol,² Aaron Lee,¹ Christopher Simons,³
Jessica Early²

10.1136/ebmed-2017-110704

¹Department of Epidemiology and Biostatistics, College of Public Health, University of Georgia, Athens, Georgia, USA

²Department of Family Medicine, Tufts University, Boston, Massachusetts, USA

³Tufts Family Medicine Program, Cambridge Health Alliance, Revere, Massachusetts, USA

Correspondence to:

Dr Mark H Ebell, Department of Epidemiology and Biostatistics, College of Public Health, University of Georgia, 125 Miller Hall, UGA Health Sciences

Abstract

Our goal was to determine the extent to which recommendations for primary care practice are informed by high-quality research-based evidence, and the extent to which they are based on evidence of improved health outcomes (patient-oriented evidence). As a substrate for study, we used Essential Evidence, an online, evidence-based, medical reference for generalists. Each of the 721 chapters makes overall recommendations for practice that are graded A, B or C using the Strength of Recommendations Taxonomy (SORT). SORT A represents consistent and good quality patient-oriented evidence; SORT B is inconsistent or limited quality patient-oriented evidence and SORT C is expert opinion, usual practice or recommendations relying on surrogate or intermediate outcomes. Pairs of researchers abstracted the evidence ratings for each chapter in tandem, with discrepancies resolved by the lead author. Of 3251 overall recommendations, 18% were graded 'A', 34% were 'B' and 49% were 'C'. Clinical categories with the

Summary box

What is already known about this subject?

- ▶ Clinicians are encouraged to base their practice on the best available evidence.
- ▶ However, much evidence is derived from subspecialty populations or addresses rare, uncommon problems.
- ▶ The extent to which recommendations for primary care practice are guided by high-quality evidence is unknown.

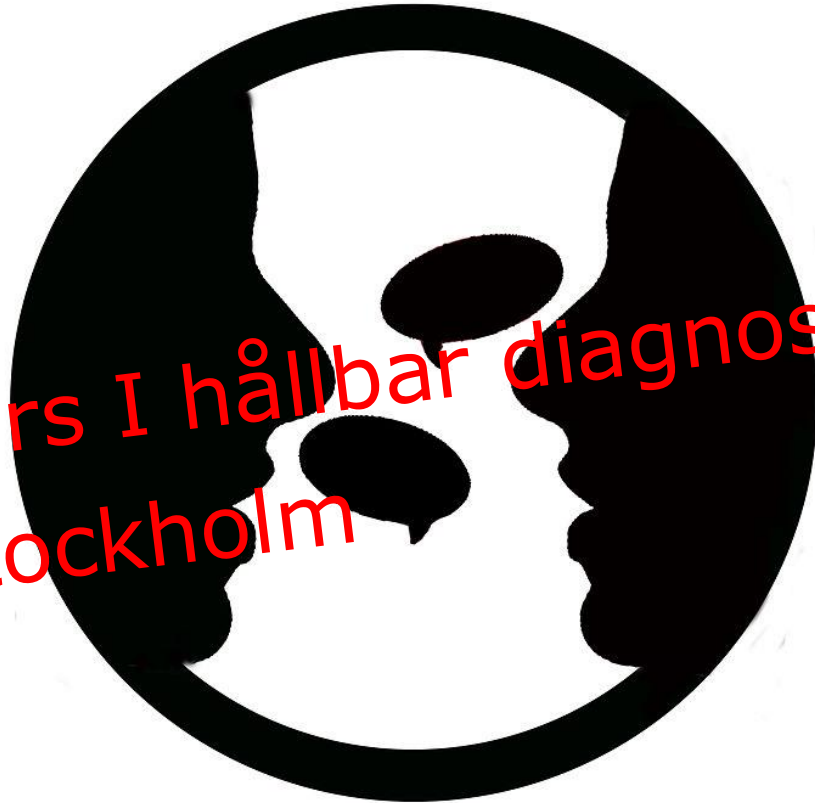
What are the new findings?

- ▶ In a primary care-oriented medical reference, 18% of recommendations were based on consistent, high-quality patient-oriented evidence (Strength of Recommendations Taxonomy (SORT) A), while approximately half were based on

- I en primärvårdskontext byggde endast 18% av rekommendationerna på högkvalitativa patientorienterade evidens

”I long for a day, when instead of guidelines, doctors are simply given summaries of evidence, with clear indications of the limitations and extent of uncertainty, and always acknowledging possible harm. This would encourage clinicians to think instead of telling them what to do.”

Reflektion



Kurs I hållbar diagnostik 12-14 nov 2025,
Stockholm

Tips på vidare läsning

How to read a paper – The basics of evidence-based medicine and healthcare / Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter – grunden för evidensbaserad vård, Trisha Greenhalgh, 2019/2022

How to Implement Evidence-based Healthcare, Trisha Greenhalgh, 2017

How doctors think / Hur läkare tänker, Jerome Groopman, 2008/2009

How doctors think – Clinical judgment and the practice of medicine, Kathryn Montgomery, 2005

Philosophy of medicine – an introduction, Henrik R. Wulff/Stig Andur Pedersen/Raben Rosenberg, 1986
([kan laddas ner gratis](#))

[Evidence based medicine: a movement in crisis?](#) Trisha Greenhalgh/Neal Maskrey, BMJ volume 348, 2014

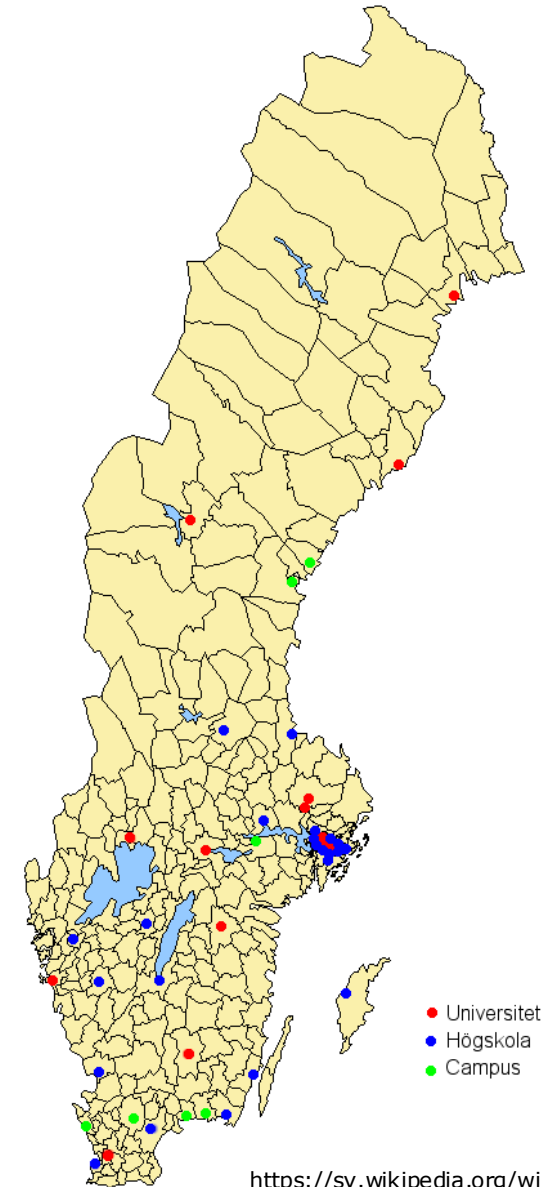
[Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care](#), John Gabbay/Andrée le May, BMJ volume 329, 2004

**We remain committed to
education, research,
and quality development.**



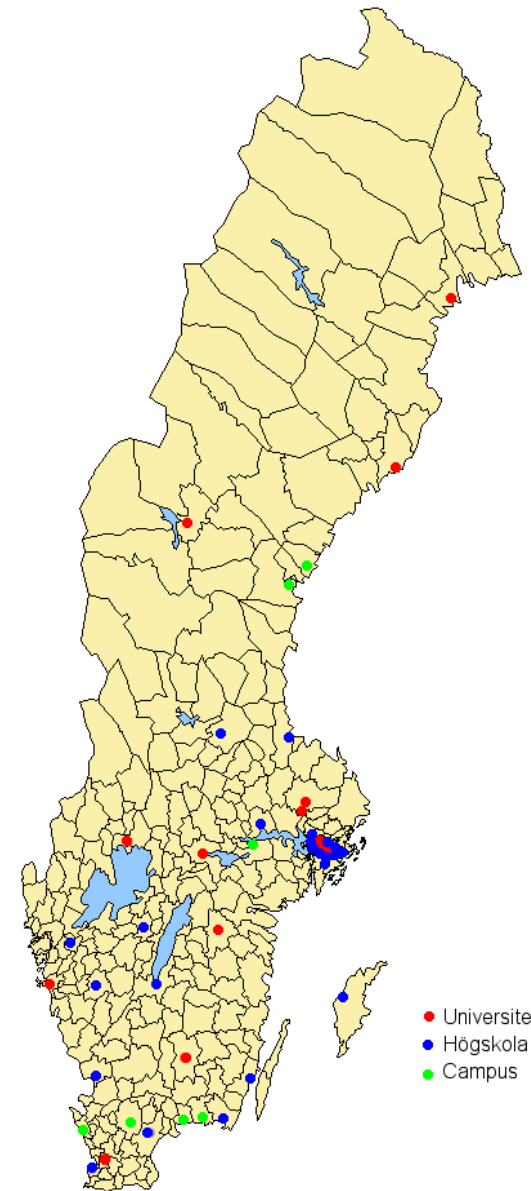
3% av allmänläkarna har
disputerat

30% av organspecialisterna
har disputerat

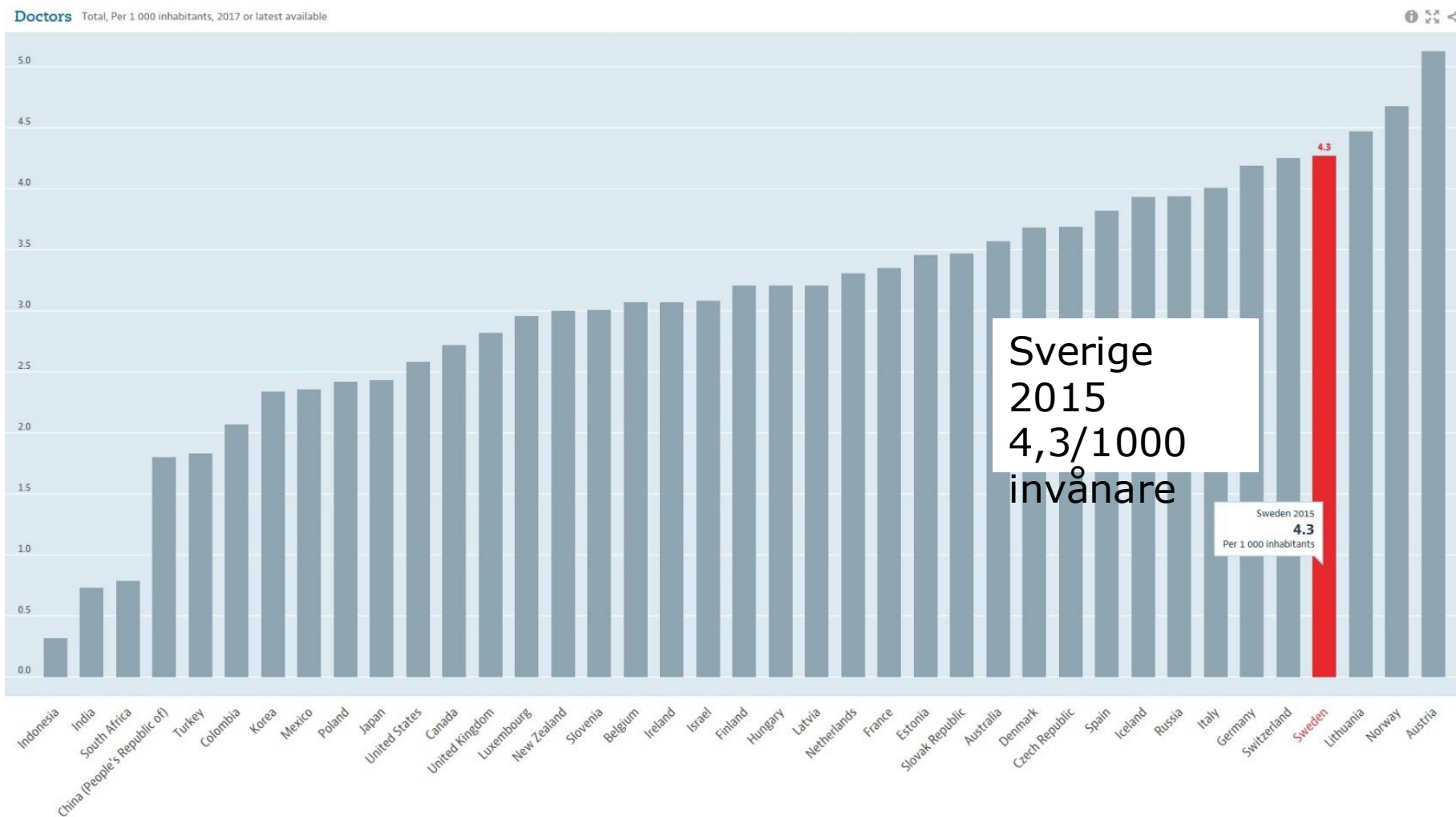


Nationella medel för
utbildning, forskning och
sjukvård till allmänmedicin:

10% utbildning
1-2% forskning

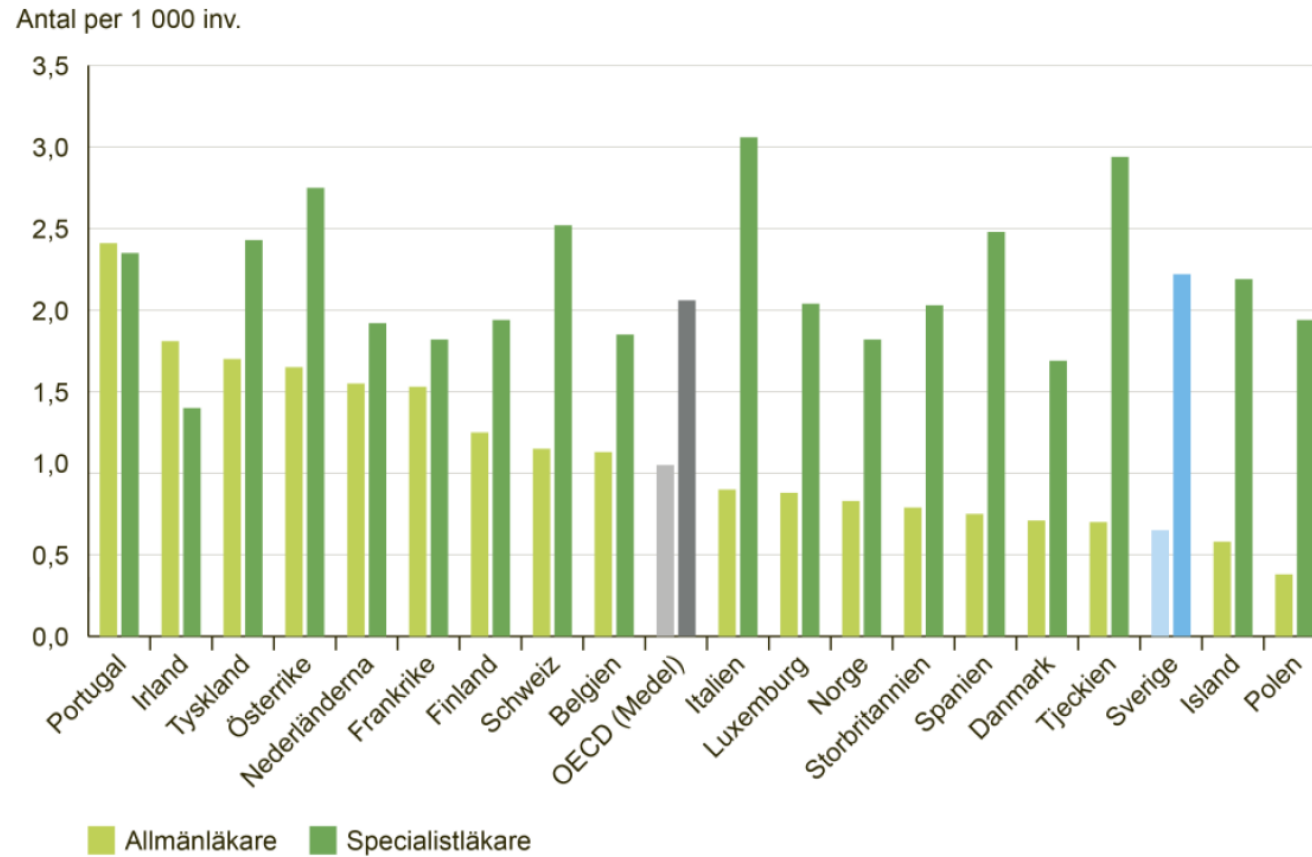


Läkartäthet, per 1000 invånare

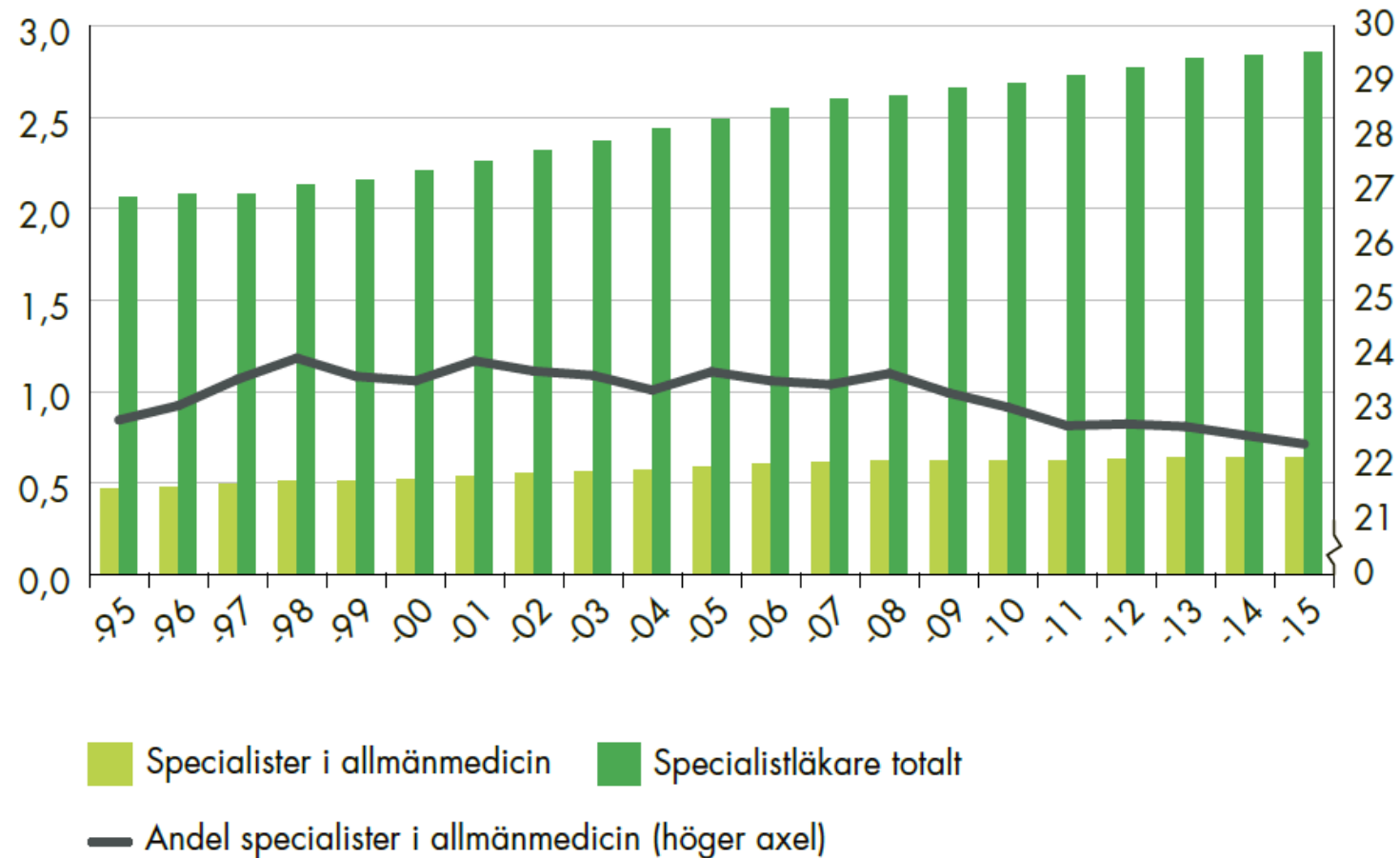


Läkartäthet, per 1000 invånare

Figur 1. Allmänläkare och specialistläkare inom OECD, 2015 (eller senaste år, per 1000 invånare).

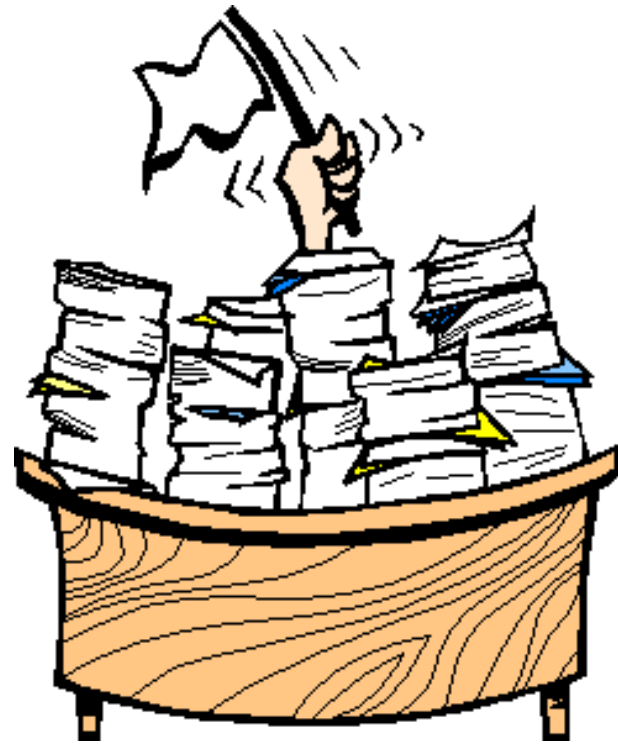


Andel allmänläkare i Sverige

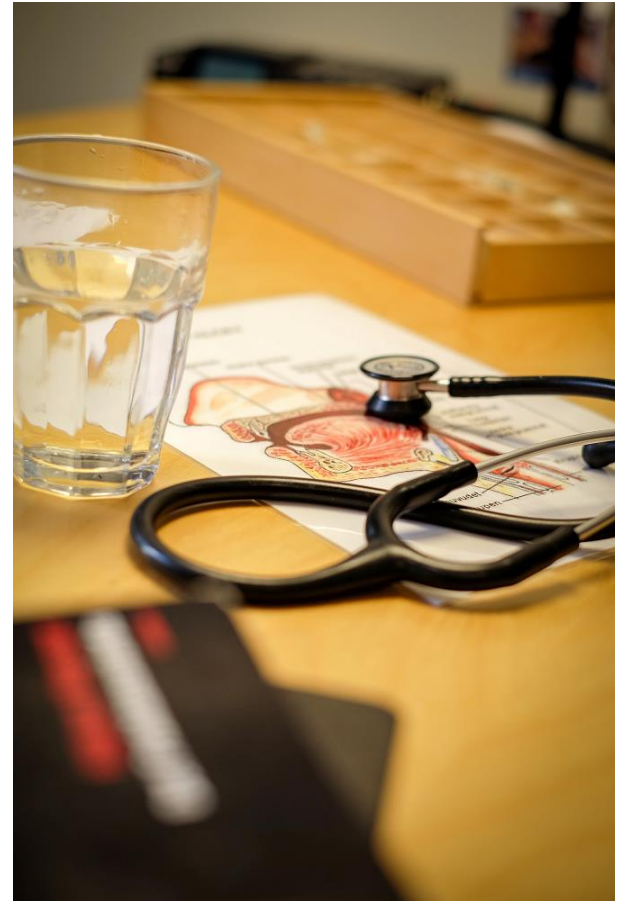




<http://crossinmens.se>



<https://thejourneyofbuildingourfamily.wordpress.com/2013/11/06/waiting-for-inspection/>

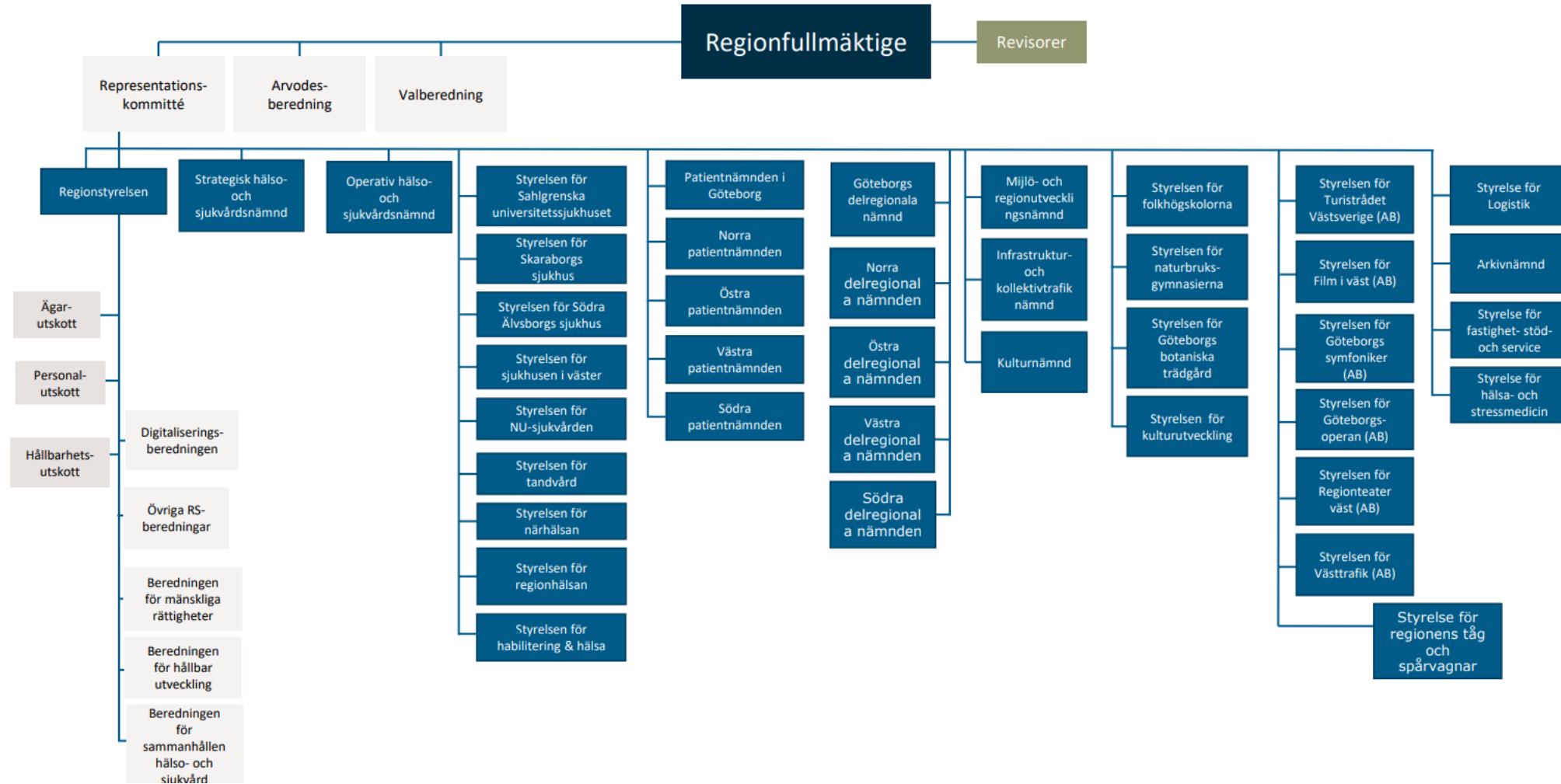


Siloeffekten

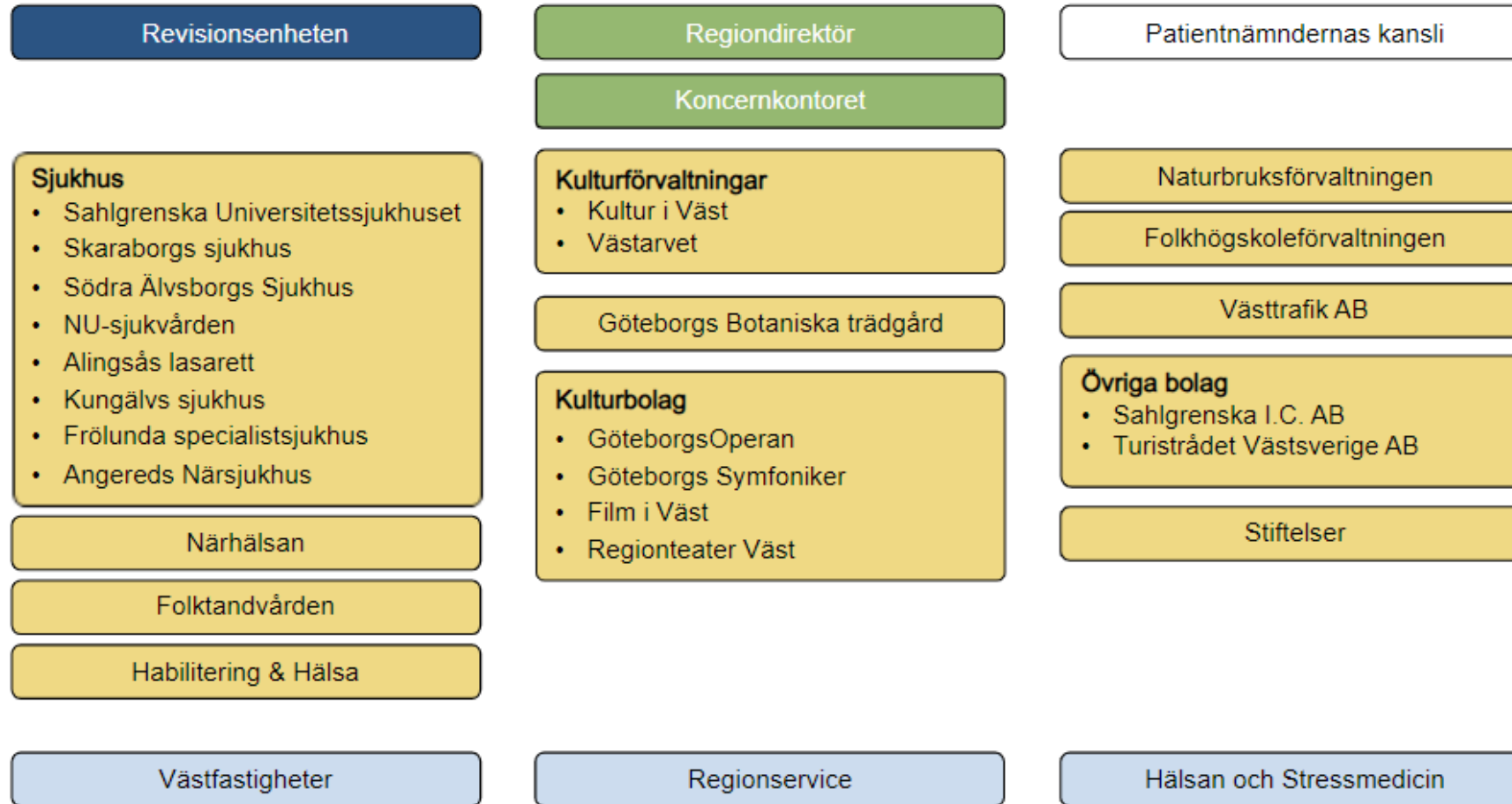


<http://esheninger.blogspot.com/2016/12/the-silo-effect.html>

VGR:s politiska organisation 2023 till 2027



VGR:s tjänstemannaorganisation



■ Granskande verksamhet

■ Utförarverksamheter

■ Serviceverksamheter

■ Samordnat kansli för stöd till regionstyrelsen och centrala nämnder inklusive hälso- och sjukvårdsnämnderna.

- Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) med förutsättningar att bedriva vårdcentral inom Vårdval Vårdcentral.
- Innebar att invånarna själva hade rätt att välja vårdgivare inom PV
- Regionerna har löst det på olika sätt

- [VGR kokbok Vardcentral 180619 omslag \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)
- Men vem bestämmer vad som ska stå i KoK-boken?

Reflektion



Tips på vidare läsning

Du sköna nya vård – friska vinnare och sjuka förlorare,
Anna Gustafsson 2024

Konsulterna, Anna Gustafsson/Lisa Röstlund, 2019

Patientens pris – ett reportage om den svenska
sjukvården och marknaden, Maciej Zaremba, 2013.

["Fast läkare skulle lösa många av vårdens problem"](#),
debattartikel SFAMs styrelse, Dagens Samhälle, 2024

[The value of family medicine \(nih.gov\)](#), Canadian
family physician vol. 69, 2023

[Världens bästa primärvård – en sjukvårdsreform](#) SFAMs
och DLFs tänkargrupp, 2022

[Nära vård i Borgholm](#), rapport från SKR, Åke Åkesson,
2018

We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

- **Foto: SVT/TT**
- **Stor skillnad i livslängd i Göteborg**
- UPPDATERAD 19 JANUARI 2015PUBLICERAD 12 JANUARI 2015
- **De senaste tjugo åren har klyftorna ökat kraftigt i Göteborg och det speglar av sig i hur göteborgarna mår. Idag skiljer det lika mycket i livslängd mellan olika delar av Göteborg, som mellan Sverige och Nicaragua.**
- Det tar drygt femtio minuter att åka elvans spårvagn från Långedrag vid havet i väster till Bergsjön uppe på höjden i öster, men skillnaden i medellivslängd är desto större.
- Vid ena änden i Långedrag lever män tills de är 83 år gamla och kvinnorna kan förvänta sig att fylla 85. I Bergsjön är medellivslängden 74 år för män och 79 för kvinnor. Nio års skillnad för män, sex för kvinnor.



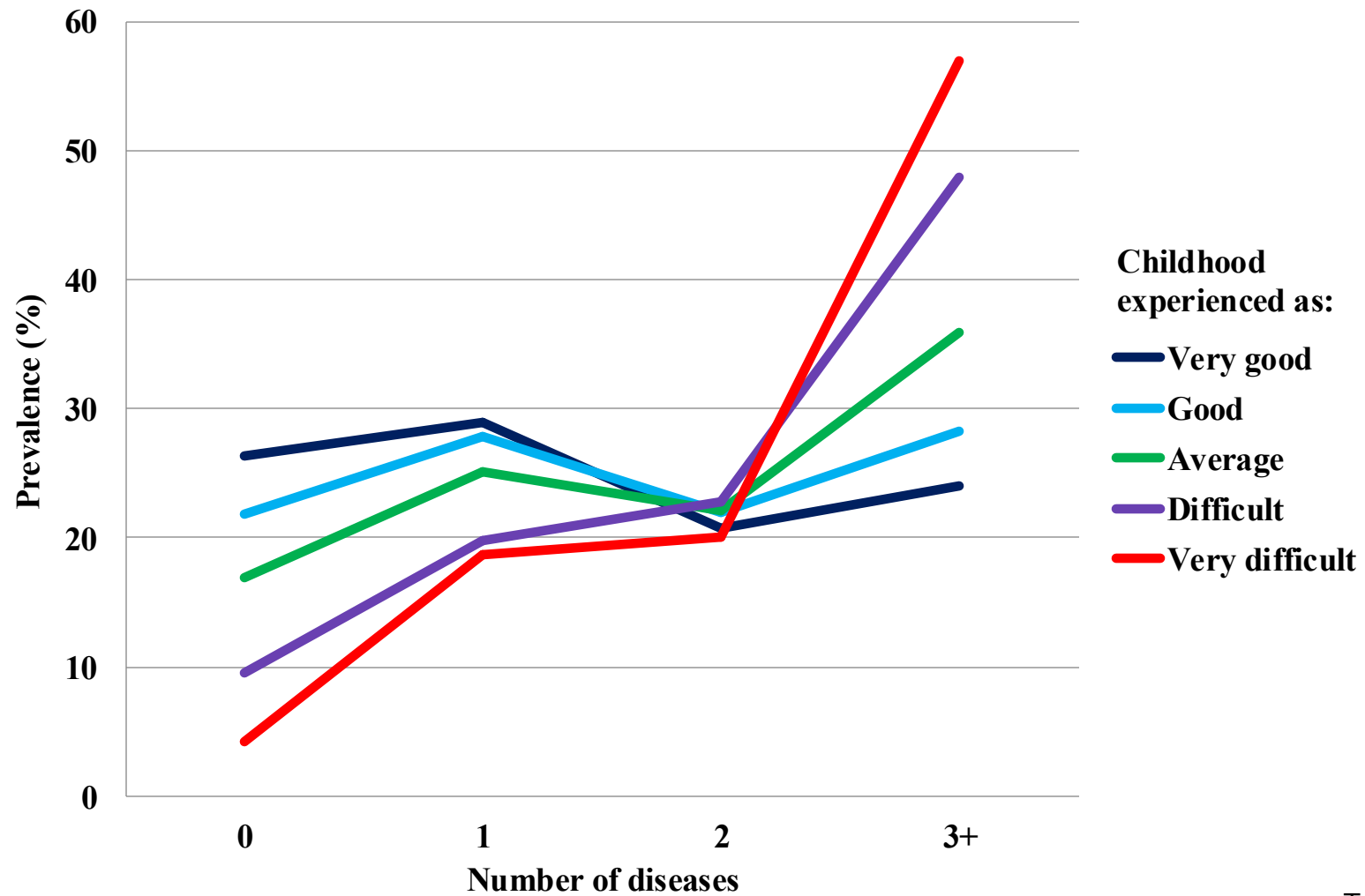
Ny studie: Krigsbarns psykiska ohälsa kan gå i arv

2017-11-30

Psykisk ohälsa förknippad med utsatthet under barndomen kan överföras till nästa generation. Det visar en ny studie av andra generationens finska krigsbarn som evakuerades till Sverige under andra världskriget. Studien är gjord av forskare vid Uppsala universitet tillsammans med det amerikanska forskningsinstitutet National Institutes of Health (NIH) och Helsingfors universitet.



Multimorbiditet och barndomserfarenheter





Fallbeskrivning

- Man, 35 år. Ryggsmärta sedan ngr år. MR visar spinal stenosis. Opereras, komplikationer. Frekv besök. Så småningom frisk.
- Hustru, 35 år. Söker frekv VC pga trötthet, buksmärter. Utreds extensivt, prover och undersökningar u.a. SS u.d. UMS.
- 2 söner, 6 resp 9 år. Väs friska, men 6-åringen kämpar i skolan. ADHD?

Fallbeskrivning, forts.

- Telefonsamtal efter semester: Maken är polisanmäld. Döms för grov kvinnofridskränkning, fängelse 2 år.
- Barnen ålagda att träffa pappan.
- Utredning visar på att 6-åringen har ADHD, svagbegåvad.

Idag, 15 år efter händelsen:

- Mamman har ny man, stabil relation.
- Sönerna vuxna, välanpassade. F.d. 6-åringen har chefsposition med personalansvar.



We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

“Medicine is a science of uncertainty and an art of probability”



William Osler

Skillnad allmänmedicin och övriga specialiteter

- Tidigare i förloppet
- Färre diagnostiska hjälpmedel
- Ingen möjlighet till observation

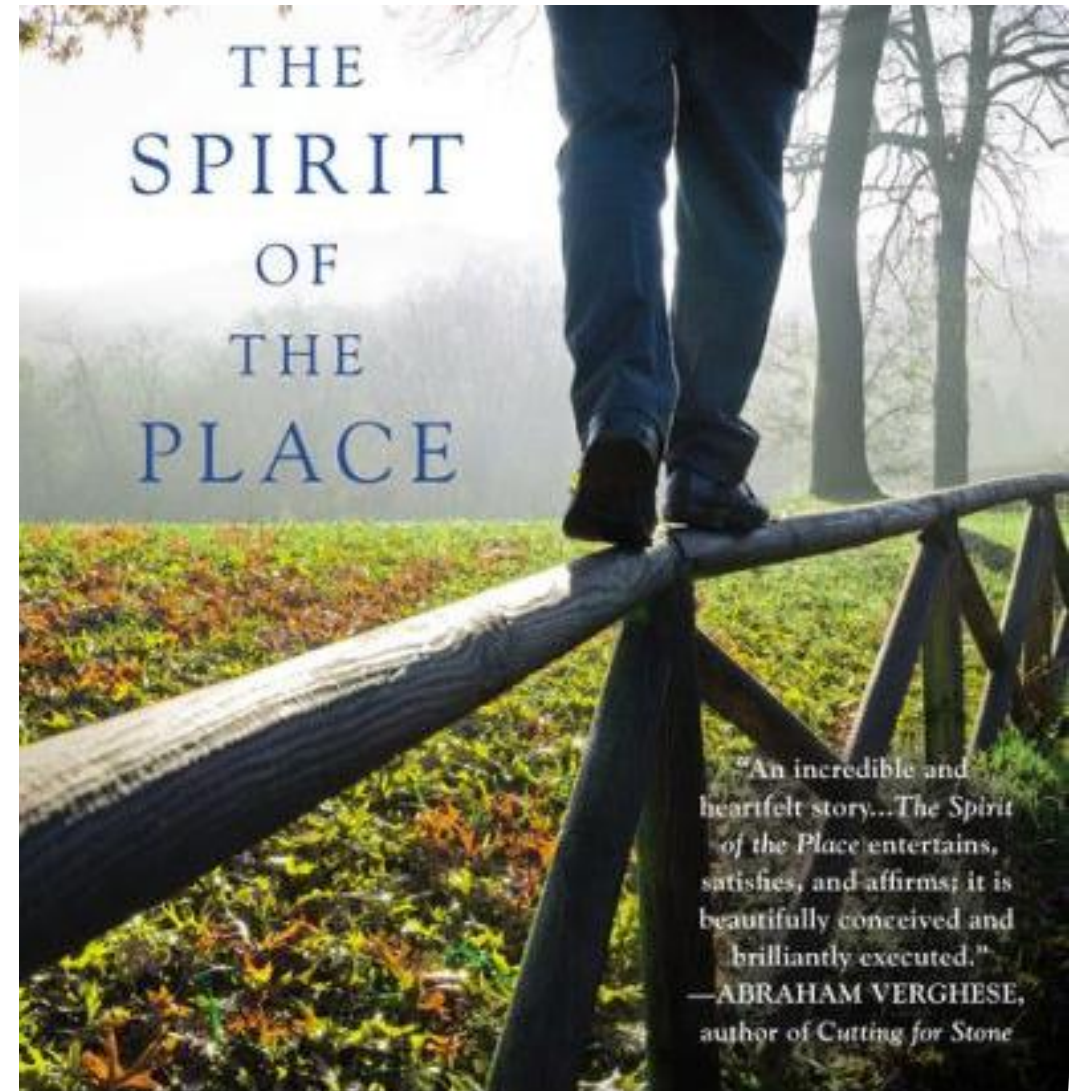
Att handskas med osäkerhet

- ”Även om läkaren inte är en filosof är hans eller hennes vånda inte sällan av filosofisk natur”

Carl-Edvard Rudebeck, prof emeritus, Tromsö

- **Att vara allmänmedicinare är att ständigt arbeta med osäkerhet**

**-How´d you know to go in?
-Didn´t. I got lucky. That´s
the damn thing about
doctorin´ - you´re always
making 100% of the
decision on 50% of the data**



SAMUEL SHEM
AUTHOR OF *THE HOUSE OF GOD*

Om erfarenhet

"En fråga om beräkning å ena sidan, om erfarenhet å den andra. Om den ena är välgrundad måste den överensstämma med den andra"

Denis Diderot



Gustav 72 år

- Tidigare frisk man, icke-rökare, ensamboende
- Insjukande med snuva, hosta och feber för 5 dagar sedan, mest torrhosta, mest nattetid, nu är febern borta, men han känner sig svag
- Allmäntillstånd ua, ingen dyspné, på lungorna hörs lätta rassel basalt bilateralt, CRP 75. POX 94%

Ska Gustav få antibiotika eller inte?



Beslutet kan vara avgörande

- Gustav kan behöva antibiotika för att undvika en svår pneumoni
- Ett recept kan driva på antibiotikaresistensen, och öka risken för tarminfektion för Gustaf



Bikupa - Osäkerhet

- Hur hade du handlagt fallet med Gustav?
- Fler ex på vanligt förekommande osäkerhet inom allmänmedicin?
- Hur handskas vi med ”uncertainty” inom allmänmedicin?



Omfamna osäkerheten

- Arbeta med och inte emot osäkerhet
- Läkare som accepterar osäkerhet gör färre fel

Engebreetsen E, Heggen K et al. Med Health Care and Philos 2016 Malterud K, Guassora AD et al. Br J Gen Pract 2017 Nowotny H. Polity Press 2016 Simpkin AL, Schwartzstein RM. New Engl J Med 2016

Reflektion



Tips på vidare läsning

The health gap: Improving health in an unequal world, Michael Marmot, 2016

Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden, Michael Marmot, 2006

Hälsans mysterium, Aaron Antonovsky, 2005

Mapping uncertainty in medicine: What to do when you don't know what to do?, Avril Danzac/Alison Lea/Geraldine Murphy, 2016

ABC för medicinskt oförklarade symtom, Christopher Burton, 2013

Clinical Uncertainty in Primary Health Care, Sommers/Launer edt, 2013

What are you feeling, Doctor? – Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation, John Salinsky/Paul Sackin, 2000

[Komplekse problemstillinger – allmenlegens ekspertområde](#), Linn Getz/Stefan Hjørleifson/Niels Saxstrup/Lotte Hvas, Michael 2021:18

[Att handskas med osäkerhet](#), Anders Lundqvist, Allmänmedicin nr 4, 2018

Gruppövning

Remissgenomgång



Patientfall 1

Mottagande enhet
Frågeställning

Närhälsan Herrestad vc
Bäste kollega!

Mam 89år

Patient som vårdats inneliggande på MÄVA 1 på grund av pneumoni. Var god se bifogad epikriskopia.
Vi har skickat remiss för polikliniskt UCG avseende patientens nyupptäckta blåsljud.

Tacksam övertag av vårdansvar för patienten samt uppföljande lungröntgen om cirka en månad.

Med vänlig hälsning

Underläkare
MÄVA 1
US

Åtgärd
Remissbekräftelse

Patientfall 2

Mottagande enhet
Frågeställning

Närhälsan Herrestad vc

Mam 45 år

Hej!

Pat som står på Nebidobehandling och mår bättre kliniskt och även labbmässigt. Har meddelat via telefon att han känner att det blir sämre effekt i slutet av vecka 9 och 10 efter injektion och vill få lite tätare injektioner. Vi provar nu var åttonde vecka Nebidoinjektion och kontroll av PSA och testosteron om ett år, nästan blir i april 2019.

Planerar inget återbesök eller kontroll hos oss.

Med vänlig hälsning

Urologmottagningen

Åtgärd
Remissbekräftelse

Patientfall 3

Frågeställning


Bästa kollega!

66-årig man som tidigare haft depressionsepisoder och maladaptiva krisreaktioner, gjort ett suicidförsök för 30 år sedan med pistol. Enligt patienten diagnostiserad med utmattningsdepression via vårdcentralen. Somatiskt har han även grön starr, thalamusstroke 2012. Behandlas med Trombyl, Persantin, Atorbir och Losartan/Hydroklortiazid. Även morbus Bechterews.

Inkom 180409 då han varit deprimerad en längre tid, till slut nått en krispunkt som resulterade i panikångestsymtom och maladaptiv krisreaktion, samt mycket självmordstankar/planer och dålig sömn. Blev inlagd för läkemedelsstabilisering och har erhållit Citalopram 40 mg 1 x 1 och Seroquel 50 mg 0 + 0 + 2 som tillfällig humörstabiliserande. Även Lergigan 25 mg 1 vid behov, max 3 om dagen, för att ersätta patientens Oxascand som tillfällig ångestdämpande. Patienten önskade inte något annat än Propavan för sömnen.

Tacksam för övertag av patienten och uppföljning av hans mediciner samt att erbjuda samtalsterapi då han önskar detta, patienten ska själv ta kontakt med er för detta.

Med vänlig hälsning


läkare

Bästa kollega!

Tack för remissen. Vi ber härmed att få återsända remissen, eftersom patienten har satts in på läkemedel som ni behöver följa upp. Dessutom ser vi att patienten blir stabil innan vi kan ta över inom primärvården. Detta enligt överenskommelser i regionen.

Vi skickar således tillbaka remissen och gör inget medicinskt övertag.

Med vänlig hälsning

Karin Mossberg

ST-läkare allmänmedicin

Att gå bara på att vi satte in Quetiapin som skäl till att inte ta emot pat låter ju lite väl magstarkt för mig har väl ingen speciell uppföljning av detta, det handlar ju bara om att trappa ut det i takt med att pat ty sig ha fått stabil luft under vingarna igen. Det rör sig ju om en utmattningsreaktion. Pat har en viss vulnirabilitet som vid några tillfällen i livet triggats såsom nu och tanken var att Quetiapin skulle hjälpa extra över detta mentala slukhål. Väl uppe på fastare mark är det inget speciellt alls med detta fall. De bara att fasa ut Quetiapin/Seroquel som vad som helst.

Uppföljning psykiatrin är ju väldigt vanskelig och i det här fallet verkar det ju betydligt rimligare att ta en snabb check på vårdcentralen än att vänta i eviga tider på uppföljning på en öppenvårdsmottagning. Vad kan vara bäst för pat.

Med vänlig hälsning

Bästa kollega!

I de riktlinjer som framkommit mellan psykiatrin och öppenvården står det klart att det är öppenvårdens ansvar att följa upp patienten efter att dom varit ineliggande för suicidförsök.

Jag skulle vilja hänvisa till dom utbildningar som vi har varit på där det uttrycktes väldigt klart och tydligt att ansvaret ligger på öppenvårdspsykiatrin. När ni inom öppenvårdspsykiatrin följt upp patienten och bedömer att patienten är stabil kan patienten således senare remitteras ut till Primärvården. Om ni bestämmer att patienten inte skall ses inom öppenvårdspsykiatrin tycker jag att vi lyfter frågorna upp till våra chefer som vår diskutera detta vidare.

Med vänlig hälsning

NÄRHÄLSAN HERRESTAD VÅRDCENTRAL

Karin Mossberg

Läkare

Patientfall 4

2018-06-07 07:59 / marla73

Läk

Vårdkontakt

2018-04-17 KARD05

UPPFÖLJNING (ALLMÄNREMISS) KARD03

Önskad undersökning

Uppföljning

Mottagare av remiss

Vederbörande läkare

Adress

Medicinmottagningen

Adress

Östra sjukhuset

Frågeställning/Anamnes

Hej!

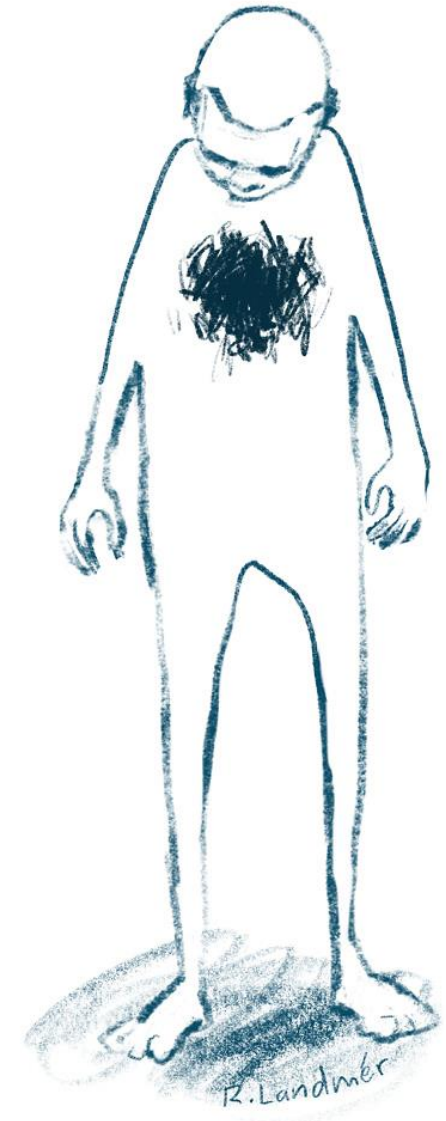
Patienten som ingått i SCAPIS-studien där man funnit en stenosis i mellersta LAD. Har lite atypiska bröstsmärtor och vi har därför gått vidare med ett arbetsprov. Har även satt in sekundärprevention med ASA, Metoprolol och Atorvastatin.

Tacksam om ni kan följa upp detta hos er. Var god se journalanteckning 2018-04-17, KARD05.

Med vänlig hälsning

Överläkare

Hållbart arbetsliv – utmaningar?

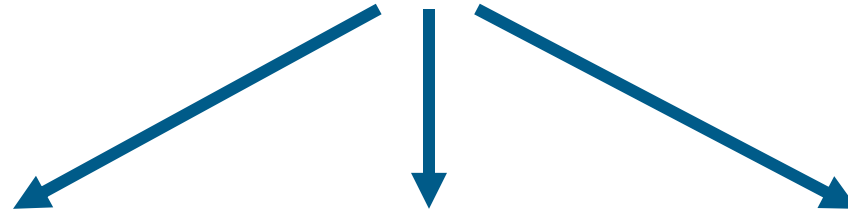


Hållbart arbetsliv – hur?

- Fundera för dig själv 2-3 minuter
- Gå laget runt och resonera vid bordet 5 minuter



"work-load"



Onödiga kliniska
uppgifter
"BURDEN"

Nödvändiga kliniska
uppgifter

Administrativa
Uppgifter
?

Respons på moral stress

Kompromissa med dina principer, sänk standard och förväntningar tills de överensstämmer med rådande förhållanden



Transactional
general
practice

Vägra att kompromissa mot påbud, protestera och stå upp för dina principer, föregå med gott exempel och argumentera för din sak



Relational
general
practice



	Relational general practice	Transactional general practice
Approach	långsiktig patientcentrerad	kortsiktig fokuserar på ett symtom utfallsorienterad
Prioritering	genomtänkt "handlägga rätt patient"	bekvämt se någon patient snabbt
Tillgänglighet	patientupplevt behov oftast långsamt	algoritm-baserad "triage" oftast snabbt
Kontinuitet	viktigt	saknas ofta
Bäst lämpade ändamål	kroniska sjukdomar komplexa problem	akuta eller avgränsade orsaker tydliga riktlinjer finns
Risker	försening beroende självgodhet	missar komplexa eller allvarliga tillstånd ser inte hela bilden (patienten)

Reflektion



Tips på vidare läsning

[Om rapporten "Att bli en grön doktor" av Ola Bergstrand](#), Läkartidningen nr 41, 2017

Skrivövning

Välj ett konkret patientfall som skavt/berört utifrån en allmänmedicinsk kontext. Ej fokus på det medicinska.

1. Beskriv fallet (25%)
2. Inåtvänd reflektion (25%)
3. Utåtvänd reflektion (25%)
4. Beskriv och utveckla det allmänmedicinska i fallet (25%)

«What does a GP do?»

Committed to **whole persons**, not diseases
and adapts the medical map to the human terrain

Expert in handling **complex challenges**

- illness/disease in low-risk context
- individual/population health

Generalist competence: **«practical wisdom»**

Hur ska vi stärka vår specialitet?

- Kräva evidens
- Dela evidens med varandra
- Tänka kritiskt
- Vara med i framtagandet av riktlinjer
- Själva stå för och utforma vår fortbildning
- Visa politiker vad vi behöver inom allmänmedicin
- TA KOMMANDOT!



shutterstock.com • 608003417

”Civil olydnad” med professionalitet

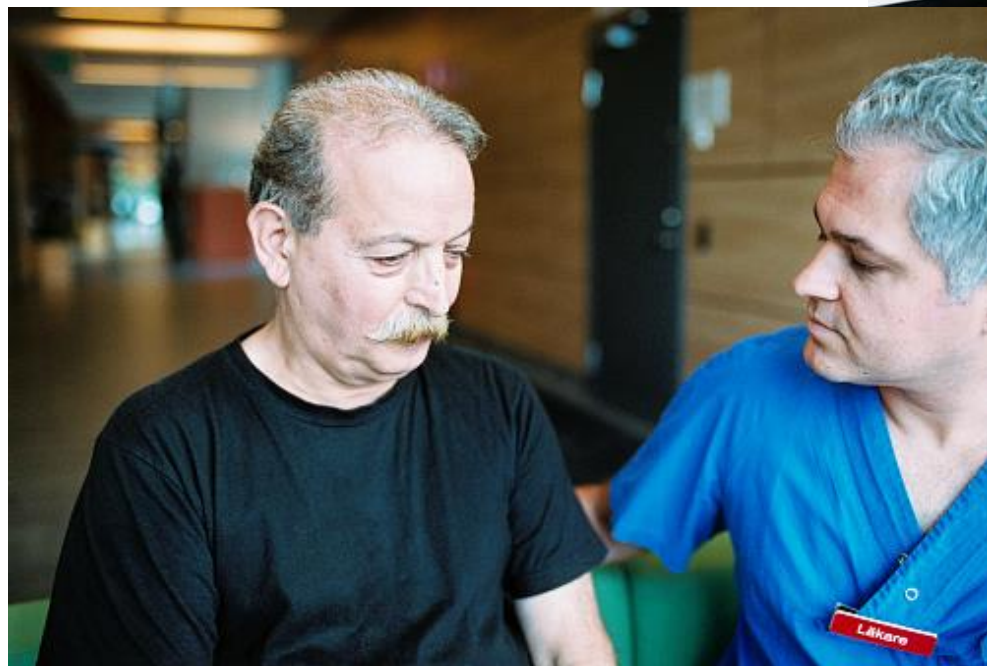
- Våga säga nej
- Våga tänka utanför boxen
- Stå för det du gör och gör inte det som du inte kan stå för

We Can Do It!



«Når menneskene vil hverandre vel, oppstår tillit»

Per Fugelli



Kursutvärdering





TACK!



