

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2020 ÅRGÅNG 41



Att skriva intyg

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Att skriva intyg är en ansvarsfull uppgift
Annika Larsson
- 3 Glesbygdsmedicin i praktiken
Ingrid Eckerman
- 4 God och nära vård del 4 – SFAM:s remissvar
Magnus Isacson
- 5 Det finns resurser – allt handlar om prioriteringar
Panteha Hatefi och Lisa Sallmén
- 6 En svensk Choosing Wisely-kampanj – en framgång för SFAM
Jonas Sjögren
- 9 Att skriva sjukintyg – ett arbetsmiljöproblem
Ingrid Eckerman
- 10 Hur kan arbetet med sjukskrivningar och rehabilitering bli bättre för såväl patienter som distriktsläkare?
Margaretha Lööf-Johansson
- 12 Konsten att skriva intyg
Karin Starzmann
- 15 Läkaren och sjukskrivningarna – en avhandling
Karin Starzmann
- 16 Att skriva intyg
– nödvändigt ont eller livsnödvändig sjukvårdande åtgärd?
Lovisa Anderzon
- 17 Vårdintyg – den tuffaste utmaningen
Ingrid Eckerman
- 18 Trafikmedicin för allmänläkaren – läkarintyg för körkort
Lars Englund
- 20 Dödsfallsutredning
Gisela Pettersson och Johanna Loisel
- 24 Att skriva intyg om mat på förskola – ett dilemma
Urvalet gjort av Ingrid Eckerman
- 25 Medicinska intyg om tortyrskador i primärvården
Frída Johansson Metso
- 28 Räkna inte med "normalt flöde" av spirometri under pandemin
Hanna Sandelowsky
- 30 Kronisk och akut njursvikt är allmänläkarens ansvarsområde
Elisabeth Wolpert
- 32 Hunden
Kristian Svenberg
- 34 Remittera din patient till rätt undersökning
Torsten Cederlund och Mats Osbeck
- 35 Covid-19-rehabilitering – en ny uppgift för primärvården
Ingrid Eckerman
- 37 Handen på hjärtat
Josabeth Hultberg
- 38 Yoga – ett komplement till fysioterapi
Marian E. Papp och Per E. Wändell
- 39 Prevention i primärvården kan minska kardiovaskulär död
Mai-Lis Hellénus
- 41 Doktorn som inte ville bli patient
Åke Larsson
- 43 Vem bryr sig? – om allmänmedicin
Peter Olsson
- 44 Dags för kommunalt anställda läkare?
Bo Bergstad
- 46 Heidi Stensmyren, avgående förbundsordförande:
"Jobbet är som ett maraton, man måste vara uthållig"
Gösta Eliasson
- 48 Anhörigas insatser till äldre är omfattande
Anders Wimo
- 50 Tobias Alfvén: Samverkan stärker vår profession
Gösta Eliasson
- 53 Ett grönländskt äventyr
Ida Lindgren och Anna Z. Malmström
- 56 Digifysisk glesbygdskonferens
Ingrid Eckerman
- 58 Examensavslutning med förhinder
Karin Lindhagen
- 59 "Störst av dem är allmänmedicinen"
Magnus Isacson
- 59 AllmänMedicin gratulerar
- 60 Två "hus" hjälper allmänläkaren i patientkonsultationen
Joel Freilich
- 61 Farsoter och politik hör alltid samman
Anders Jeppsson
- 62 IBS-bok med tveksam nytta för allmänläkare
Erland Svensson
- 63 SFAM informerar, kalendarium

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema-artiklar ■ Klinik & forskning ■ Utbildning & Fortbildning ■ Blandat



Omslagsbild

AllmänMedicin nr 3-2020

Intygsskrivande är en av de myndighetsutövningar som kan vara problematiska för en allmänläkare. Jag upplever det ibland som att jag förvandlas från en hjälpare som patienten kan anförtro sig åt till ett rundningsmärke som samma patient istället måste ljuga för. Körkortintyg efter drog/rattfylla eller, vid demens, anmälan om olämplighet att inneha vapen är nog svårast. Att skriva vårdintyg kan vara smärtsamt då man gör det men om man sedan har fortsatt kontakt blir det oftast bra.



Annika Andén
Illustratör
annika.anden@gmail.com

Att skriva intyg är en ansvarsfull uppgift

Intyg är temat för detta nummer. Intyg. Vilken känsla får du i kroppen när du hör ordet?

Allmänläkare är kanske den specialisten som skriver flest intyg. Jag misstänker också att de allra flesta av oss när vi hör ordet intyg tänker på läkarintyg för sjukpenning i första hand, och på den frustration som ibland är förknippad med dessa. Det finns förstås en mängd andra intyg i vår vardag också, till allehanda instanser och av allehanda karaktär. Är alla intyg verkligen nödvändiga? Ett exempel: Där jag är verksam efterfrågade skolorna tidigare intyg för specialkost. Ska jag som allmänläkare intyga att barnet/ungdomen mår bättre av laktosfri kost fast vi inte kontrollerar detta med provtagning utan bitt föräldrarna pröva laktosfritt? När skolan fick börja betala för de intyg de begärde fungerade det plötsligt lika bra med intyg från skolsköterskan!

Friskintyg för olika ändamål prioriteras sedan länge bort hos oss på grund av brist på läkare. Att det finns någon privat aktör i närheten som erbjuder intygstjänster är inte självklart över allt. Att jobba på en sådan mottagning måste också vara ett väldigt speciellt arbete, att i stort sett enbart ägna sig åt att skriva intyg och det på patienter man aldrig träffat förut!

När det gäller sjukintygen och sjukskrivningsprocessen har missnöjet de senaste åren hos både läkare och patienter fångats upp av regeringen. Man har tillsatt flera offentliga utredningar kring detta och flera olika betänkanden är klara eller ute på remissrunda. Om några av dessa kan du läsa i detta nummer.

Sjukvården ska ju vara lika över landet, men så är förstås inte fallet. Vi har 21 olika regioner med olika styrning och olika förutsättningar. Samarbetet med Försäkringskassan ser också väldigt olika ut i de olika regionerna. I Region Jönköping finns till exempel ett pågående samverkansarbete med Försäkringskassan där representanter från Försäkringskassan ska finnas ute på vårdcentralerna. I Västerbotten handlar samarbetet däremot om regelbundna träffar på ledningsnivå angående vad som är på gång inom respektive organisation, aktuell statistik och avvikelser. Detta enligt SoU 2020:24 *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Det är med andra ord inte konstigt att både sjukpenningtalet och upplevelsen av sjukskrivningsprocessen skiljer sig mellan olika delar av landet.

Att skriva intyg är en ansvarsfull uppgift. I den bästa av världar är intyget bara

en liten del av pågående och långvarig patient-läkarrelation. Huvudfokus ligger då inte på intyget utan på det hälsoproblem som föranleder patientkontakten. Vad kan patienten själv göra för att börja må bättre? Vad kan sjukvården bidra med? Vilka andra instanser kan behöva bli delaktiga?

Med rätt förutsättningar kan även de patientbesök som inkluderar intygsskrivning bli givande möten. Vi i SFAM tror att en fast allmänläkare med en tillräckligt begränsad lista är ett steg på vägen även mot detta mål. Det skapar möjlighet till kontinuitet och också till ett bra samarbete med andra professioner som behövs för ett aktivt rehabiliteringsarbete. Då kan fokus flyttas från sjukskrivningsprocess till rehabiliteringsprocess, från intyg till att bygga relationer.



Annika Larsson
Vice ordförande

annika.larsson@sfam.se

SFAM informerar



SFAM

SFAMS styrelse 2020

Från vänster Panteha Hatefi, kassör, Lisa Sallmén, Andreas Thörneby, Björn Landström, vetenskaplig sekreterare, Annika Larsson, vice ordförande, Anna Elmerfeldt Wallinder, Gösta Eliasson, facklig sekreterare och Magnus Isacson, ordförande.

Glesbygdsmedicin i praktiken

Det är spännande att göra AllmänMedicin. En vecka före manusstopp: Hjälp – jag har inget material! Det blir ingen tidning! En vecka efter manusstopp: Hjälp – hur ska jag få rum med allt detta?

Glesbygdsmedicinska konferensen i Funäsdalen (se sid. 56) lockade mig – jag har ju antikroppar. Efter Mora gjorde jag en klumpig urstigning ur lilla husbilen och befann mig plötsligt på rygg på marken. Ont framför allt i höger fot. Någon måste titta på den.

Jag fortsatte norrut till Älvsbyns vårdcentral. Foten måste röntgas. De rekommenderade Mora – men det var i fel riktning! Särna välkomnade mig. Jag fortsatte norrut.

I Särna röntgades min fot. Den distala fibulafrakturen var tydlig. Jag fick en ortos och kryckor och kunde fortsätta. På fyra timmar hade jag fått foten bedömd, röntgad och behandlad, samtidigt som jag rest 8 mil i rätt riktning.

Särna vårdcentral är en tvåläkarstation med filial i Idre. Upptagningsområdet är drygt 2 000 personer med ett tillskott på 30 000 under högsäsongerna. Här kan nästan alla sjuksköterskor och undersköterskor hantera röntgenapparaten för skelett och lungor. En dag i veckan kommer en röntgensköterska från Mora för halsryggar m.m. Alla bilder skickas till Mora för bedömning av röntgenläkare.

På konferensen hörde jag att kostnaderna för investeringar i nya lokala apparater är ungefär lika stora som för transporter av patienter till sjukhuset. För att det ska bli lönsamt och kvaliteten bibehållas behöver antalet lokala undersökningar öka. Värdet för patienterna är stort.

De ensamkommande ungdomarna då? Vidareflykt till Frankrike har återupptagits trots coronan, av såväl ungdomar som barnfamiljer. I Facebookgruppen ökar desperationen och självmordstankarna. Vi administratörer kontaktas av stackare som snabbt blev uppskrivna till 18 år och aldrig fick något svenskt nätverk. De som var barn när de kom och nu ska utvisas när de fyller 18 år också i riskgruppen. Minst fyra självmord och tre allvarliga



Skadad fot.

Foto: Ingrid Eckerman

självordsförsök hittills i år vet vi om.

Andra har kämpat sig fram till en studentexamen med fina betyg – och står nu arbetslösa p.g.a. coronan. Migrationsverket vägrar att sträcka ut ett lillfinger, att göra en annorlunda bedömning av deras möjlighet att försörja sig – trots att de har möjlighet.

Det känns cyniskt när Svenska Läkarsällskapet (SLS) gör en kampanj för barn och ungdomars psykiska hälsa, men undantar uppåt 10 000 ungdomar och mer än 2 000 familjebarn som saknar de fyra sista siffrorna och som hotas av utvisning till våld och osäkerhet.

I Sverige finns också 30 000 statslösa, inklusive barn födda i Sverige. De kan

inte utvisas, får inte uppehållstillstånd och får inte arbeta. De lever i limbo.

Majoriteten av Sveriges invånare blundar inför vad som händer – det är tungt att förstå hur vårt land hanterar andra människor. Det tär på oss hundratusentals hjälpare. Maktlösheten inför makten. Att ta emot våra vänners och bonusbarns förtvivlan och desperation. Att säga farväl inför ett ovisst öde.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm
chefredaktor@sfam.se



SFAM informerar

SFAM:s kongress flyttad

Den allmänmedicinska kongressen i Åre 2020 flyttas till 19–21 maj 2021 med pre-kongress 18 maj. Kongressen i Gävle 2021 ställs in. Mer info finns på <http://sfam2020.se/>.



Svensk Allmänmedicinsk
Kongress 2021

Åre, 19–21 maj

Nordiska kongressen kanske ställs in

Den nordiska kongressen i allmänmedicin var planerad till Stavanger 16–18 juni 2021.

I skrivande stund är det inte klart om den kommer att äga rum.

Håll utkik på hemsidan
www.ncgp2021.no.



God och nära vård del 4 – SFAM:s remissvar

Med reservation för nedanstående påpekanden uppfattar SFAM att detta huvudbetänkande, tillsammans med de tre tidigare delbetänkandena, utgör ett starkt officiellt erkännande av primärvårdens och allmänmedicinens betydelse för ett hållbart sjukvårdssystem.

De flesta författningsförslagen har främst symbolisk betydelse

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) delar utredningens problemformuleringar och instämmer i beskrivningen av framgångsfaktorer och hinder för den nödvändiga omställningen i svensk sjukvård. Vi har inga invändningar mot befintliga författningsförslag, men vi bedömer de flesta förslagen framför allt vara av symbolisk betydelse.

Åtgärder för att öka relationskontinuitet saknas

Vår viktigaste kritiska synpunkt är att även om utredningen på flera ställen förtjänstfullt lyfter betydelsen av relationskontinuitet i sjukvården så saknas i stort sett helt skarpa förslag med potential att uppnå tillräcklig sådan. I synnerhet saknar vi konkretion kring systematisk personlig listning inom primärvården och vi finner det anmärkningsvärt att det saknas förslag om listningstak eller andra handfasta sätt att skapa rimlig arbets-situation för primärvårdsteamet när man samtidigt beskriver problem med att rekrytera och behålla kompetent personal. Vi är tveksamma till att förslagen sammantaget kommer att ge ett tillräckligt förändringstryck för att uppnå förstärkning av kärnan i primärvården (generalistkapacitet) och resursöverföring mellan olika delar av sjukvårdssystemet.

Allmänläkares involvering i kommunal hälso- och sjukvård bör förtydligas

För att stärka den kommunala sjukvården är det av yttersta vikt att man på ett tydligare sätt involverar allmänläkare såväl i den strategiska planeringen, till exempel genom inrättande av MAL (medicinskt ansvarig läkare), som i den kliniska vardagen. I möjligaste mån bör den kommunala sjukvården knytas

tätare till och integreras i den regiondrivna primärvården. Det förutsätter tid och en avgränsad patientlista för allmänläkarna. Vi vill även betona vikten av hög omvårdnadskompetens i den kommunala hälso- och sjukvården genom god bemanning med sjuksköterskor och undersköterskor.

Vårdplanssammanfattning bör införas, men benämningen "patientkontrakt" överges

SFAM instämmer i betydelsen av dels ökad delaktighet, dels förbättrade tekniska möjligheter att åskådliggöra och överblicka planeringen för vården för den enskilde. Även om vi inte tror att det förstnämnda kommer att ske genom ökad reglering eller formaliserade planverktyg tillstyrker vi förslaget om införande av en överblickbar vårdplanssammanfattning, men med tillägg att föreslagen benämning, patientkontrakt, bör överges för att undvika missförstånd.

Vi vill särskilt påtala att individuella planer utgör ett komplement till en fast, personlig, medicinskt ansvarig läkare. Rätt utformade kan dessa verktyg vara av godo men vi ser en betydande risk att de blir ytterligare en administrativ börda och kan komma att ses som en ersättning för den personliga kontinuiteten.

En ekonomisk satsning på forskning och utbildning inom primärvården saknas

SFAM instämmer i konstaterandet att det måste etableras en ut-hållig forsknings- och utbildningsverksamhet utanför de traditionella miljöerna, en slutsats som förstärks av den obetydliga andel av forskningsmedel som idag går till primärvård och allmänmedicin. Fortsatt kompetensutveckling bör underkastas samma kvalitetskrav som grund- och vidareutbildningen. Fortbildning bör således göras obligatorisk och dokumenteras i portfölj.

Vi ser positivt på att SAFU:s förslag om en nationell fond för primärvård och allmänmedicin fått en framträdande plats i utredningen men saknar ekonomisk satsning inom forskning och utbildning som står i rimlig proportion till den sjukvård som utförs i primärvården.

Övriga synpunkter

Vad gäller förslagen kring lagen om läkarvårdsersättning (LOL) respektive fysioterapiersättning (LOF) har vi inga särskilda synpunkter, förutom att vi vill understryka att det finns gott om andra situationer än just glesbygd, där den fria marknaden inte råder och där marknadskrafterna via lagen om vårdvalssystem inte förmått tillgodose befolkningens rätt till jämlik tillgång på sjukvård och rehabilitering.

Vi har inga särskilda synpunkter kring begreppen slutet respektive öppen vård, men föreslår att man byter ut begreppen primärvård – specialiserad vård – högspecialiserad vård till primärvård – sekundärvård – tertiärvård.

Magnus Isacson
Ordförande
SFAM

magnus.isacson@sfam.se



God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Statens offentliga utredningar 2020:19.

Det finns resurser

– allt handlar om prioriteringar

I maj presenterade särskild utredare Sofia Wallström, generaldirektör för IVO Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS.

Kostnaden för Nya Karolinska i Solna (NKS) fram till 2040 beräknas till 57 miljarder kronor. Det är en enorm summa, beklämmande när SOU 2020:19 God och nära vård fastställer att resurser behöver satsas på primärvård. Böcker och artiklar har skrivits om byggnationen av NKS, en med titeln ”Allt görs liksom baklänges”.

Skattemedel fördelas mellan primärvård, sekundärvård och tertiärvård. Utredningen beskriver de omprioriteringar Stockholms läns landsting har gjort under åren bygget har pågått för att undvika underskott. Övrig sjukvård har fått sparbetting. NKS-projektet har kostat lika mycket årligen som all annan sjukvård i regionen. Primärvården har varit underfinansierad och inte kunnat garantera en fast läkare till de invånare som behöver det.

Argumentet att det saknas resurser faller platt – allt handlar om prioriteringar. Redan tidigt i planeringen fastslogs att vården ska bedrivas i nätverk runt patienten med sammanhållen vårdkedja som ger kontinuitet för patienten. Då måste tertiärvården vila på en stabil primärvård.

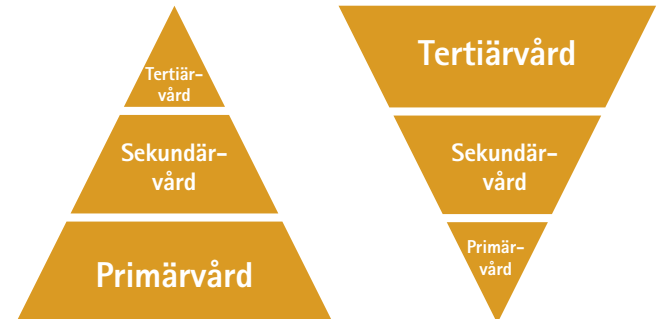
Verksamhetsinnehållet om högspecialiserad vård fastställdes efter påbörjad inflyttning 2017 och samordnades inte med regionens övriga planering, trots att den starkt påverkade sjukvården liksom forskning och utbildning. Styrelsen drev därtill en konsultdriven ny verksamhetsmodell med omfattande intern organisationsförändring på kort tid, samtidigt som flytten till den nya sjukhusbyggnaden förbereddes. De problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats samt ger konsekvenser för multisjuka patienter.

Man kan ifrågasätta hur delaktighet, samverkan och demokrati har fungerat inom organisationen. Trots att NKS lika mycket

varit ett verksamhetsprojekt som byggprojekt har kontrollmekanismerna fokuserat på det senare. Arbetsmiljö och patientsäkerhet har fallit mellan stolarna.

I direktiven till utredningen saknar vi ett bredare patientperspektiv, till exempel hur omstruktureringen i regionen påverkat vården i stort, vilka effekter den haft på befolkningens hälsa och om undanträngningseffekter förekommit.

Vi kan konstatera att projektet NKS har fått förödande konsekvenser för regionen och satt djupa svårläkta sår många år framåt med en i övrigt underfinansierad sjukvård. Politikerna i regionen



Fördelning av resurser mellan primärvård, sekundärvård och tertiärvård.

NKS är ett exempel på hur pyramiden av resurser fördelas upp och ner.

har förbrukat sitt förtroendekapital gällande argumentet att det saknas pengar och att ekonomin är begränsad. Det handlar om politisk vilja och prioriteringar.

Det ska bli intressant att se om politikerna kan ta med sig lärdomarna i det fortsatta arbetet med God och nära vård och de behovsprövade omstruktureringar och investeringar som sjukvården kräver för att tillgodose medborgarnas reella behov av hälso- och sjukvård.

De rekommendationer som utredningen kommer fram till är självklarheter och borde funnits med vid projektstart. Utredningen kan tolkas som strukturerad och dokumenterad kritik. Den verkar gå till arkivet då utredningen valt att inte återkoppla lärdomar till beslutsfattarna kring projektet NKS.

NKS är ett konkret bevis på vad som händer när demokratiska processer förbises. Ett sorgligt kapitel i regionens sjukvårdspolitiska historia som är svårt att reparera. Det vore klädsamt för politikerna och sjukhusledningen om de inte fortsätter på en illa vald väg utan har mod till översyn och omvärdering av fattade beslut gällande verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell. Denna passiva efterklokhet utan handlingskraft som vi bevittnar strör mer salt i såren.

Med det aktuella kunskaps- och behovsläget inom sjukvården, är det rimligt att avsätta så mycket skattemedel till ett så smalt uppdrag som högspecialiserad vård är och som endast kommer en bråkdel av befolkningen till del?



Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. Slutbetänkande om utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll. SOU 2020:15



Panteha Hatefi
SFAM:s styrelse



Lisa Sallmén
SFAM:s styrelse
lisa.sallmen@sfam.se

En svensk Choosing Wisely-kampanj – en framgång för SFAM

Vid Svenska Läkaresällskapets fullmäktige i våras motionerade SFAM med stöd från flera andra specialistföreningar om att starta en svensk kampanj enligt modellen ”Choosing Wisely”. Efter många års påverkansarbete genom bland annat artiklar och uppvaktningar blev det en historisk framgång. Motionen antogs och fullmäktige beslutade att tillsätta en arbetsgrupp med representation från flera sektioner för att sondera förutsättningarna för en svensk ”Choosing Wisely”-kampanj.

Choosing Wisely startades i USA 2012 och har sedan dess spridits till ett flertal länder. Målet är att stödja kommunikation mellan patienter och vårdgivare för att underlätta val av vård som är evidensbaserad, inte har skadliga nettoeffekter, inte innebär överflödiga undersökningar; dvs. ”to reduce waste and harm” och att mönstra ut så kallad ”low value care”.

Lokalt anpassade kampanjer har sedan dess startats i över 20 länder, bland annat i Danmark och Norge där kampanjen kallas ”Gjør kloke valg”.

Syftet är således att minska överdiagnostik och överbehandling. Den bärande tanken är att det skall ske genom professionens initiativ och framför i dialog med patienter, men också patientorganisationer och andra samhällsaktörer. Det är inte fråga om att ransonera sjukvård för att spara pengar utan ett professionellt initiativ för att reducera onödiga åtgärder för att inte slösa bort sjukvårdens begränsade resurser och samtidigt minska risker att skada patienter.

Drivkrafterna för överbehandling är många. Kommersiella intressen och reklam driver upp exempelvis läkemedelskonsumtion, diagnostiska och terapeutiska åtgärder, screeningprogram och allmänna hälsokontroller. Kulturella föreställningar och förfelade förväntningar från patienter leder också till onödiga åtgärder. Bristande förmåga hos läkare att hantera den ständigt närvarande osäkerheten kan leda till en rad dyra och po-

tentiellt skadliga insatser. Goda intentioner bakom riktlinjer, vårdprogram och ”kunskapsstyrning” kan leda till omotiverade kaskader av diagnostiska och terapeutiska åtgärder som också ger undanträngningseffekter. Att göra för mycket leder sällan till ifrågasättande.

Redan startåret 2012 för Choosing Wisely publicerade allmänläkarna Josabeth Hultberg och Saskia Bengtsson en artikel i Läkartidningen ”Överdiagnostik och överbehandling – hög tid att nyktra till”.

SFAM:s fullmäktige 2013 beslutade att tillsätta ”Onödiga gruppen”, som presenterade en fempunktslista på onödiga åtgärder vid fullmäktige i Västerås 2014, men enighet om en fortsättning nåddes inte.

Jonas Sjögren presenterade

Choosing Wisely vid Prioriteringscentrums möte 2016, vilket inte satte något avtryck.

SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling, SFAM-H, bildades 2017 och har sedan dess arbetat målmedvetet för en svensk Choosing Wisely-kampanj. SFAM-H har författat skrivelser, uppvaktat SLS flera gånger, kontaktat andra specialitetsföreträdare och formulerat motionen som, trots ett visst motstånd, till sist antogs av SLS fullmäktige.

Sammanfattningsvis handlar Choosing Wisely om att sluta göra det som vi på vetenskaplig grund kan enas om är onödigt och skadligt. Att ta itu med detta för läkarkåren är ett nödvändigt och självklart moraliskt ansvar. När professionen tar ansvaret är det både mer trovärdigt och genomförbart i den kliniska praktiken.

Jonas Sjögren
Västerås

jon.sjogreen@gmail.com



Svenska Läkaresällskapet

Länkar

SFAM-H, rådet för hållbar diagnostik och behandling

<https://sfam.se/foreningen/radet-for-hallbar-diagnostik-och-behandling/>

Choosing Wisely

<https://www.choosingwisely.org/>

Gjør kloke valg (Norge)

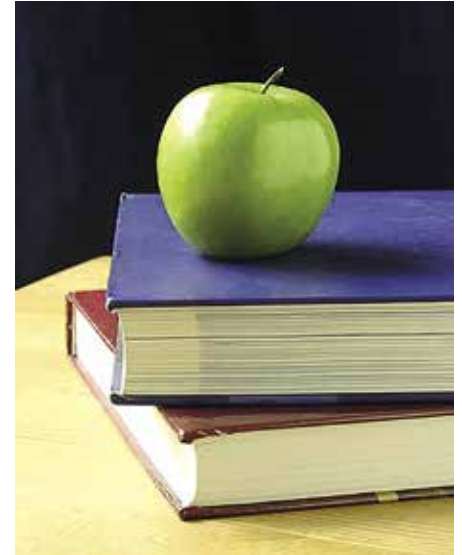
<https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>

Bengtsson S, Hultberg J. Överdiagnostik och överbehandling – hög tid att nyktra till. *Lakartidningen*.se 2012-12-04

Inbjudan till webinarium



XVII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården blir i år som webinarium



Torsdagen den 3 december 2020 kl. 14–15:30

Plats: valfri, det går även att ta del av materialet i efterhand via vår hemsida.

TEMAT FÖR ÅRET:

Prioriteringar och förbättringsarbete i pandemins spår. Finns det en vårdskuld och hur hanterar vi den i så fall? Hur säkerställer vi att det behov av ändrade arbetssätt som pandemin har fört med sig verkligen leder till förbättringar och ökad kvalitet? Korta föreläsningar varvas med interaktiva seminarier.

Kostnad: Gratis

På SFAM-Q:s sida kommer länken till webinariet att publiceras innan 3:e december:

<https://sfam.se/foreningen/kvalitets-och-patientsakerhetsradet-sfam-q/>

Har du frågor kontaktar du din närmaste SFAM Q representant:

Rita Fernholm (ordf).....	Nacka	rita.fernholm@gmail.com
Eva Arvidsson.....	Jönköping	evaarv@gmail.com
Fredrik Berntsson Semb	Dalarna	fredrik.semb@regiondalarna.se
Jenny Berggren	Östergötland	jenny.berggren@regionostergotland.se
Christer Rosenberg	Blekinge	rosenberg.christer@outlook.com
Marek Czajkowski	Dalarna.....	marek.czajkowski@regiondalarna.se
Magnus Isacson (styr, repr)	SFAM	magnus.isacson@sfam.se



Nyhet 2021:
Pre-kongress
18 maj

Väl mött på . . .



Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2021

Åre, 19–21 maj

TEMA: HÅLLBARHET 2.0

Varmt välkommen till ett inspirerande och brett kongressprogram!

Nyhet i år: Pre-kongress 18 maj för ST och nyblivna specialister.

OBS! Information är färskvara, i år mer än någonsin.

Håll dig uppdaterad kring eventuella förändringar via kongressens webbplats!

www.sfam2021.se

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Att skriva sjukintyg – ett arbetsmiljöproblem

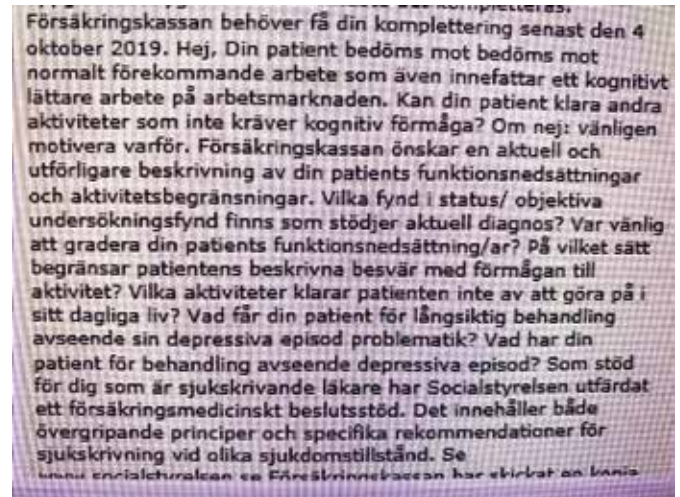
Försäkringskassan är – eller borde vara – en försäkring som faller ut vid sjukdom, och där inbetalda avgifter går just till detta. Lagreglerade frivilliga sjukkassor har funnits sedan 1891. År 1931 skapades *erkända sjukkassor*, en i varje kommun. 1955 blev försäkringen obligatorisk. Från början betalade man in en särskild sjukförsäkringsavgift. Senare bakades avgiften in i den allmänna skatten i form av utebliven löneförmån (arbetsgivaravgiften). Under många år har socialförsäkringarna varit en kassako för staten, dvs. stora delar av inbetalningarna har gått in i statens svarta hål [1].

Det senaste decenniet har klagomålen på Försäkringskassan varit legio, från läkarnas och patienternas sida [2-3]. Det har samband med de politiskt beslutade ekonomiska åtstramningarna.

År 2008 ändrades lagstiftningen. En övre gräns sattes för sjukskrivning, den s.k. stupstocken, när arbetsförmågan i samtliga ”normalt förekommande arbeten” skulle prövas efter 6 månader. Samtidigt det blev svårare att få förtidspension, och ansvaret för långtidssjukas försörjning flyttades till kommunerna. År 2015 skrevs in i regeringens regleringsbrev till Försäkringskassan att sjukpenningtalet (antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning eller rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år) skulle sänkas. Trycket på försäkringshandläggarna att öka andelen avslag blev större, och antalet avslag steg snabbt [4, 5].

Karolinska Institutet gjorde en enkät 2017 [6]. Den visade att läkarnas upplevda svårigheter med Försäkringskassan hade ökat väsentligt sedan föregående enkät 2013. 77 % upplevde flera svårigheter i kontakten med Försäkringskassan: nåbarhet, kommunikation, bemötande, begäran om kompletteringar av intyg, brister i handläggares kompetens samt förutsägbarhet och rättssäkerhet i processerna. ”Således föreligger det en stor förbättringspotential inom flera områden i samverkan mellan läkare och Försäkringskassans handläggare.”

År 2018 publicerade Riksrevisionen en rapport om bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa [7]. Man påpekade brister i tydligheten av de krav som ställs på läkare, och att primärvårdsläkare har svårt att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar så som krävs. Risk finns att regeringens mål inte säkerställs, dvs. att rätt ersättning ges till rätt



Kalle Forsberg har bidragit med bilden.

person. Läkare uppgav att de funderade på att byta specialitet, alternativt att byta yrke, för att slippa från intygen.

Läkare har Sveriges längsta utbildning. Man tränas i att lära känna patienten, att av subjektiva och objektiva fynd förstå människan och dennas kapacitet. Tillsammans med patienten planerar man vägen framåt. Att fylla i ett intyg blir en formalitet som man tvingas att lägga ner mycket energi på. Att därefter få brev om kompletteringar från en oerfaren handläggare som inte ens verkar ha läst intyget känns djupt kränkande. Kalle Forsbergs bild är en bra illustration.

Karin Starzmann ger på sid. 12 råd om hur läkarintyg bättre kan uppfylla Försäkringskassans krav. Margaretha Löf-Johansson beskriver på sid. 10 de tio förslag som ett betänkande lagt fram. Kanske blir framtiden lite ljusare för intygsskrivande läkare.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Referenser:

1. Valfärdsexpert: Urholkade socialförsäkringar försämrar jämlikheten. Dagens Arena 17.1.2017. <https://www.dagensarena.se/opinion/urholkade-socialforsakringar-forsamrar-jamlikheten/>.
2. Sundström Dahl, K. Om läkares uppfattningar om sjukskrivningar och sjukintyg. Uppsala Universitet, Sociologiska institutionen. C-uppsats vt 2018. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1213975/FULLTEXT01.pdf>.
3. Wingborg, M. Fattigdom gör inte människorna friska. En granskning av de hårdare tagen i sjukförsäkringen. Katalys 2019. <https://www.katalys.org/publikation/no-39-fattigdom-gor-inte-manniskor-friskare-en-granskning-av-de-harda-tagen-i-sjukforsakringen/>.
4. Rautio, K. Sjukförsäkringen behöver repareras – en kort sjukförsäkringsanalys från LO. LO 2019. [https://stockholm.lo.se/home/lo/res.nsf/vRes/lo_distriktet_i_stockholm_sjukforsakringen_kortanalys_2019_pdf/\\$File/Sjukf%C3%B6rs%C3%A4kringen%20-%20kortanalys%202019.pdf](https://stockholm.lo.se/home/lo/res.nsf/vRes/lo_distriktet_i_stockholm_sjukforsakringen_kortanalys_2019_pdf/$File/Sjukf%C3%B6rs%C3%A4kringen%20-%20kortanalys%202019.pdf).
5. Handläggare på Försäkringskassan: Fler avslag ger högre lön. SVT 17.10.2018. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/handlaggare-pa-forsakringskassan-fler-avslag-ger-hogre-lon>.
6. Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan – kvalitativa och kvantitativa analyser av enkätsvar år 2017 och jämförelser med tidigare år. Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin. Rapport 4/2020. ISBN 978-91-7831-755-4. <https://ki.se/media/100044/download>.
7. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar. En granskningsrapport från Riksrevisionen. RiR 2018:11. <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2018/bedomning-av-arbetsformaga-vid-psykisk-ohalsa---en-process-med-stora-utmaningar.html>.

Hur kan arbetet med sjukskrivningar och rehabilitering bli bättre för såväl patienter som distriktsläkare?

Sedan 2007 har vi ett bekymmersamt läge för arbetet med att skriva sjukintyg. Det har i hög grad varit belastande för vården och med ekonomiskt och psykiskt lidande för många patienter som fått sina sjukskrivningar underkända och därmed inte klarat sin ekonomi. Kanske kan det bli bättre om de nya förslagen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesserna går igenom. Det förutsätter ett politiskt beslut om genomförandet och extra pengar.

Själva intygsskrivandet

Arbetet med sjukskrivningar är en mycket viktig del i arbetet som distriktsläkare och skall göras korrekt. Avsikten med lagen är att en sjuk skall ha ekonomisk trygghet så länge sjukdomen kvarstår. Det förpliktar eftersom det är skattepengar vi handskas med. Möjligheten att vara sjukskriven är en del av välfärdskontraktet som vi betalar skatt för. Primärt är sjukskrivning framför allt en viktig del av en medicinsk behandling och rehabilitering i form av vila, läkning, avlastning och återhämtning.

I det nuvarande sjukintyget finns ett medicinskt kunskapsstöd som utformats av socialstyrelsen och som man kan länka till för varje diagnos man sjukskriver för.

Jag vet att många läkare kopierar text ur detta och lägger in i intyget och de som gör så hävdar att deras intyg alltid blir godkända. För mig är det svårt att förstå, och jag upplever det som betänkligt eftersom varje person är unik, sjukdomsförlopp ser olika ut och personerna har speciella förutsättningar på arbetet som måste beaktas. Handläggarna kräver dessutom att patientens hälsotillstånd ska bedömas i rummet med så långt möjligt mätbara objektiva fynd. Annars kommer intyget tillbaka för kompletteringar eller blir underkänt.

Läkarkåren har brottats med ett myndighetsutövande från Försäkringskassan (FK) som kan kännas kränkande för oss som legitimerade när vi bedömer hur vård och behandling skall läggas upp vid en sjukskrivning.

Hur skulle det se ut i vården om andra myndigheter skulle ifrågasätta enskilda läkares arbete fortlöpande? Om Läkemedelsverket skulle börja ifrågasätta receptordinationer, om Strålskyddsmyndigheten skulle underkänna röntgenremisser eller Socialstyrelsen val av en behandlingsmetod?

Kontraproduktiva år som pågår

För drygt tio år sedan kom den sista tillämpningen av sjukskrivningsreglerna. Den styrdes av utslaget från två kammarrättsdomar, kampen mot fusk i centrum och politiskt formulerade mål om hur många procent som FK skulle minska andelen sjukskrivningar med. Det fanns uppgifter i media om att handläggare som hade fina resultat fick bonus och extra ersättningar för sina insatser.

Enskilda läkares bedömningar ifrågasätts många gånger på ett icke rättssäkert sätt från Försäkringskassans handläggare. Regelverket om hur ett intyg skulle vara formulerat har ändrats ofta. Det ställs krav på att läkarna skall kunna beskriva med mätbara metoder vilken funktionsnedsättning en patient har vid besöket och i förhållande till arbetet.

Ett stort problem är att vården saknar kompetens för arbetsförmågebedömningar. Det självklara borde vara att företagshälsovårds- och arbetsmiljökompetens kopplas in. Samtidigt har det skett en nedmontering av företagshälsovården som medfört att den är svagare än någonsin. Detta tycks bero på att frågan handläggs av tre olika departement och därför trillat mellan stolarna. Ingen tar ansvar. Detta i en tid då den företagshälsovårdskom-



Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Betänkande från utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess. SOU 2020:24. 500 s. Norstedts Juridik 2020. ISBN 9789138250471

En sjukförsäkring anpassad efter individen. SOU 2020:26. Slutbetänkande från utredningen "En trygg sjukförsäkring med människan i centrum" (S 2018:05). Norstedts Juridik 2020. 165 s. ISBN 978-913825049-5

Två olika offentliga utredningar om sjukskrivningsprocessen hade remissvarsstopp i augusti: Dels 2020:24 *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings och rehabiliteringsprocess* och dels 2020:26 *En sjukförsäkring anpassad efter individen*.

SFAM:s styrelse tycker att utredningarnas förslag känns rimliga. Våra remissvar blev: "SFAM har tagit del av dessa remisser och har inga invändningar mot utredningarnas förslag."

Magnus Isacson, ordförande

petensen behövs mer än någonsin med tanke på den förändring arbetslivet gått igenom och hur sjukdomspanoramat ser ut.

Resultatet är att många sjukskrivningar blir underkända. Förtvivlade patienter hamnar i ekonomiskt komplicerade situationer och får svårt att klara ekonomin. Värst blir det för barnfamiljer, lågavlönade och kvinnor. Domstolarna får ett ökande antal överklaganden av beslut, tagna av FK, om in- dragen sjukpenning och sjukersättning, och allt flera patienter tycks få rätt.

Idag sitter vi läkare och vården fast i långa, kontraproduktiva och tidskrävande processer med sjukskrivningsarbetet, ofta beroende på vilken handläggare som bedömer. Undanträngningseffekt uppstår på läkartider. För sjuka patienter uppstår en obegriplig och kränkande situation som ofta innebär att de vill ha en ny läkarbedömning och kompletteringar i intygen. Sjuka och funktionsnedsatta patienter har ofta svårt att förstå breven från FK. I bästa fall får den sjuke sina pengar efter långa överklagningsprocesser. Många sjuka försämras av detta – framför allt de med utmattning som inte orkar hantera situationen.

Nytt betänkande med tio förslag till förändringar

Betänkandet och utredningen *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings och rehabiliteringsprocess* om hur sjukförsäkringen kan förändras har varit ute på remiss.

Tre ledstjärnor i förslaget är individens upplevelse av sjukskrivningsprocessen, samverkan och bättre stöd för återgång i arbete. För att en förändring skall ske krävs att det läggs en proposition i riksdagen i höst och att det fattas ett politiskt beslut om genomförandet.

Det allmänna intrycket av utredningens förslag är att liten uppmärksamhet har ägnats åt vårdens speciella frågor. Istället säger man under punkt 10 att det skall utredas vidare. Önskvärt är skyndsamt. Vidare har man glömt att i den stora samverkanssamordningen i punkt 2 ta med Läkarförbundet.

Övriga delförslag torde avsevärt underlätta arbetet för vården, som idag drar ett tungt lass för den yrkesinriktade rehabiliteringen med våra rehabiliteringskoordinatorer, men vi saknar i primärvården kompetens för arbetsförmågebedömningar.

De tio förslagen

1. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesserna skall syfta till att personen återfår sin arbetsförmåga.
2. FK ges i uppdrag att samordna samverkan mellan alla aktörer: Arbetsförmedlingen (AF), Arbetsmiljöverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Socialstyrelsen, SKR, Arbetsgivarverket, Svenskt Näringsliv, LO, TCO och Saco. Ett avtal bör upprättas och en styrgrupp bildas. Samhällsinformation bör utformas i frågan.
3. Det behövs en gemensam digital yta för planering av sjukskrivnings- och rehabprocesserna.
4. Bättre stöd måste ges till personer i sjukskrivnings- och rehabprocess, oavsett behov, i enlighet med 30 kap SFB.
5. Ökade drivkrafter och stöd till arbetsgivares förebyggande insatser samt stöd för återgång i arbete. Tidigare förslag om Hälsoväxling bör tas upp på nytt gällande ekonomiska drivkrafter genom utökat kostnadsansvar för arbetsgivare.
6. Konsultation av experter vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Arbetsgivarens skyldighet att konsultera en expertresurs bör regleras i 30 kap. 6§ SFB.

Historik

På 70-talet skrev läkare "Idem" = samma som tidigare i alla rutor på blanketten vid förlängning av sjukskrivning. Regelverket var sådant och Försäkringskassan, FK, krävde inte svar på varför. Naturligtvis var det inte rätt att handlägga en så viktig fråga på det sättet. Biskop Ingemar Ström skrev på 70-talet med en kritisk underton att "läkare skriver ofta ut 50 000-kronors checkar i form av sjukskrivningar utan att motivera varför".

Dessutom var det vanligt med flera års långa sjukskrivningar utan rehabilitering. Fusk förekom. Försäkringskassans uppdrag var att kontrollera att den sjuke var hemma och låg i sängen. Grannars angiveri var vanligt när de såg den sjuka arbeta svart eller ökade tungt arbete på gården, samtidigt som personen fick pengar från FK.

På 80-talet ändrades rollen för handläggarna på FK till att rehabilitera långtidssjuka till återgång i arbete i stället för att kontrollera att sjuka höll sig hemma i sängen. Nu skulle de motivera den sjuke till att göra besök på arbetsplatsen för att påskynda tillfrisknandet. Speciella resurser ställdes till förfogande för uppdraget som gick att söka lokalt. Samordningsansvaret låg på ansvarig handläggare på myndigheten. Alla som var med i arbetet då tyckte att det var ett smidigt och meningsfullt arbetssätt. Tyvärr stupade modellen på att det inte fanns pengar för ekonomisk samordning mellan berörda myndigheter.

Plötsligt på 2000-talet överfördes arbetet till hälso- och sjukvården att sköta den yrkesinriktade rehabiliteringen. Särskilda pengar delades ut till dåvarande landsting som fick sökas för att få tillgång till framför allt psykologresurser och sjukgymnastinsatser. Ju flera fall som fick rehab desto mera pengar fick varje hälsocentral eller annan läkarmottagning. På mottagningar tillsätts numera en rehabiliteringskoordinator som har samma arbetsuppgifter som handläggarna på FK hade haft tidigare.

7. En förvaltning skapas av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete hos Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
8. Utveckla samarbetet mellan AF och FK för att möta personens behov av stöd.
9. En utredning ges i uppdrag att se över hur ett utökat ansvar ska kunna åläggas socialtjänsten för människor som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI), har medicinska begränsningar och uppbär försörjningsstöd.
10. Det bör utredas hur hälso- och sjukvårdens utlämnande av medicinska uppgifter kan underlätta sjukskrivnings- och rehab processerna.

Jäv saknas.

Margaretha Löf-Johansson
Specialist i allmänmedicin
Lindsdals HC Kalmar
0485.40311@telia.com



Konsten att skriva intyg

Den svenska sjukförsäkringen motverkar fattigdom och minskar inkomstklyftorna. Det är därför av största vikt att de som faktiskt har nedsatt arbetsförmåga får de förmåner de enligt lagen har rätt till.

Många läkare upplever det som betungande att sjukskriva patienter. En lösning som kom fram i en av våra studier var att överföra långa och komplexa sjukskrivningar till speciella sjukskrivningsteam [1]. Ett år efter min disputation fick jag möjlighet att starta upp ett sådant sjukskrivningsteam på Ågårdsskogens vårdcentral i Lidköping, vilket mottogs mycket positivt både i läkargruppen och sjuksköterskegruppen. Själv slutade jag på vårdcentralen i december 2019, men en annan läkare övertog min roll och teamet finns fortfarande kvar.

I sjukskrivningsteamet träffade jag varje vecka rehabkoordinatorn, en arbetsterapeut med vidareutbildning i rehabkoordinering. Vi gick igenom alla långa sjukskrivningar. Ibland träffade jag patienten för en second opinion, speciellt de riktigt komplexa där Försäkringskassan underkänt tidigare intyg.

Jag fick under det år som jag arbetade i sjukskrivningsteamet en väldigt bra inblick i sjukdomspanoramat på en stor vårdcentral (19 000 listade). Några fall var botbara genom ytterligare behandlingar och rehabiliteringsåtgärder. Flertalet av de riktigt långa sjukskrivningarna hade grava funktionsnedsättningar med aktivitetsbegränsningar, där vi med dagens kunskapsläge inte kan förklara vad som orsakat sjukdomen och än mindre vad som skulle kunna bota den. Enligt min mening ska dessa patienter ha rätt till sjukersättning och inte utsättas för naiva bedömningar från Försäkringskassan.

Under min tid i sjukskrivningsteamet var jag mycket noggrann med att ta B-PEth och drogprov, vilket gjorde att mina kollegor blev mer stringenta med att kontrollera alkohol och ibland drogtest vid sjukskrivning. Vi fick napp på en del och kunde hjälpa dessa patienter med rehabilitering.

När jag tittar i backspegeln hur sjukskrivningsfrågan har debatterats och hur sjuka individer har behandlats de sista 15 åren blir jag ledsen. Fokus har flyttats från individens sjukdom till hur läkare uttrycker sig i ett läkarintyg. Jag har därför försökt

att förmedla min kunskap om hur man skriver ett välformulerat läkarintyg via Youtubefilmerna [2] och lathunden på Researchgate [3]. Det finns även ett frågeformulär som patienten kan fylla i [4]. Detta frågeformulär finns på svenska och arabiska [5]. Jag hoppas att min lathund och Youtubekanal kan hjälpa patienter och minska stressen för läkarna.

Det är viktigt att komma ihåg att den svenska sjukförsäkringen och arbetslagstiftningen förhindrar fattigdom och minskar inkomstklyftorna [6]. Sverige är unikt med obegränsad sjukskrivningslängd. Här i London är det väldigt få patienter som efterfrågar sjukskrivning. Däremot har jag sett många exempel på sjuknärvaro, där det hade varit bättre om personen stannat hemma istället för att jobba. I t.ex. USA finns det ett problem att cancerpatienter inte genomgår hela sin cellgiftbehandling för hen inte har råd att vara borta från jobbet.

"Fokus har flyttats från individens sjukdom till hur läkare uttrycker sig i ett läkarintyg."

Sverige är ett land där många med någon form av sjukdom är på arbetsmarknaden, till skillnad från andra länder där man ofta lämnar arbetsmarknaden. För att detta ska fungera med sjukskrivningsperioder, lönebidragsanställningar och andra förmåner måste vi läkare bidra med vår kompetens i form av intyg. Ibland kan det vara svårt att förstå varför ett läkarintyg behövs, det är helt enkelt en del i den svenska samhällskulturen.

Verktyg för att göra ett bra jobb

Alla enheter som försöker hålla hög kvalitet när det gäller sjukskrivningar bör ha en rehabkoordinator som tar kontakt med patienten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och arbetsgivaren. Om rehabkoordinatorns grundprofession är arbetsterapeut så kan hon det språk som Försäkringskassan förväntar sig att vi ska uttrycka oss med.

Tag fram bra rutiner kring sjukskrivningar som alla följer på vårdnheten. Triagesköterskan kan t.ex. skicka patienten vidare till rehabkoordinatorn istället för att boka in patienten på en telefonid för förlängning av sjukskrivning.

Låt patienten fylla i frågeformuläret där du enkelt kan över-sätta patientens ord till ICF ord [4].

Det är viktigt att tillräckligt mycket tid avsätts för att kunna ett bra jobb. Tala med er chef på läkarmötet och se till att ni får tid till arbetsuppgiften. Om ni inte får det får ni lägga problemet i er chefs knä.

Enklaste sättet att få tillbaka patienten till arbetet är att vara en duktig kliniker och bota patienten. Här skiljer sig Sverige och England åt, då det är mycket lättare att remittera till specialist här, men väntetiderna är långa, speciellt nu efter corona lock down.

Länkar

- Läkarintyg med Karin Starzmann. <https://www.youtube.com/channel/UC262QNg-Fwz7aZIGRohWcIQ>.
- Lathund 2018-11-16 Karin Starzmann 1. https://www.researchgate.net/publication/329389831_Lathund_2018-11-16_Karin_Starzmann_1.
- Frågor inför sjukskrivning med ICF-koder. https://www.researchgate.net/publication/329389740_Fragor_infor_sjukskrivning_med_ICF_koder_2018-05-11.
- Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icf/>.

Att formulera sig i ett läkarintyg så att Försäkringskassan förstår

Vi läkare är skolade i att skriva journal och vi är vana att bara använda ord som hör hemma i ruta 5 på läkarintyget. Problemet för läkare är att fylla i ruta 6, aktivitetsbegränsningar. Ofta är det saker som vi inte kan observera vid undersökningen. Att använda samma ord i alla intyg fungerar inte. Det är viktigt att beskriva den individuella patienten och beskriva arbetsuppgifter som han/hon har.

Funktionsnedsättning

I ruta 5 ska funktionsnedsättning – observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat – beskrivas. Begrepp som kan vara bra att använda är nedsatt kognitiv flexibilitet, att snabbt kunna skifta från ett ämne till ett annat eller svårigheter att planera och förhålla sig till tid. Även beskrivningar kring omdöme och problemlösningsförmåga kan göra att Försäkringskassan förstår bättre hur patienten fungerar. Hur patienten talar med dig och vilken energi patienten kommunicerar med är något som går att observera. Här går det att se om patienten har kognitiv flexibilitet eller går tillbaka till samma ämne i samtalet hela tiden.

"Flertalet av de riktigt långa sjuk-skrivningarna hade grava funktionsnedsättningar med aktivitetsbegränsningar ... Enligt min mening ska dessa patienter ha rätt till sjukersättning och inte utsättas för naiva bedömningar av Försäkringskassan."

Aktivitetsnedsättning

I ruta 6 ska aktivitetsbegränsningarna som funktionsnedsättningen leder till beskrivas. Det är detta som kallas DFA kedjan, det ska hänga ihop: Diagnosen, Funktionsnedsättningen och Aktivitetsbegränsningarna. Det går inte att skriva massor av aktivitetsbegränsningar om det inte framgår vad som orsakat detta. Exempel på aktivitetsbegränsningar är:

- **Att företa en enstaka uppgift.** Exempel: Har stora svårigheter att utföra datorarbete. Klarar inte att arbeta i kassan, har räknat fel flera gånger.
- **Att företa en mångfald av uppgifter.** Exempel: Ta emot kunder i receptionen samtidigt som AA svarar i telefon. Montering vid bandet, missar (ofta/ibland/hela tiden) att göra vissa moment vid monteringsarbetet.
- **Att hantera stress och andra psykologiska krav.** Exempel: Arbetar ofta under tidspress och AA klarar inte alls att hantera sina arbetsuppgifter då. AA får flera gånger per arbetsdag gå emellan elever som bråkar, klarar inte att hålla sig lugn och göra detta på ett bra sätt.
- **Att genomföra en daglig rutin.** Exempel: Glömmer att borsta tänderna. Har kört fel på väg till jobbet.



Illustration: Annika Andén

- **Att lära sig nya saker.** Exempel: Klarar aldrig/ibland inte att lära sig nya arbetsuppgifter.

Andra begrepp är: att fokusera uppmärksamhet, lösa problem, fatta beslut, arbeta under tidspress, ta ansvar för arbetsuppgifter, kommunicera med en eller flera personer, läsa/skriva, att köra bil.

Alla dessa begrepp ska graderas, beskrivas om det är mycket eller lite. Om nedsättningen är mer än 50 % är det ett stort problem.

Deltidssjukskrivning eller heltidssjukskrivning

Deltidssjukskrivning ifrågasätts av Försäkringskassan oftare än heltidssjukskrivning. Det är alltid bra att i samma intyg använda flera procentsatser av sjukskrivning för då framgår det en tydlig planering. Det är bättre med ett längre sammanhållet intyg än flera korta intyg. Med flera korta intyg ökar risken för avslag och kompletteringar.

Intyg för aktivitetsersättning

Under sista året har intyg för aktivitetsersättning för unga vuxna som har gått i särskolan eller fått sin diagnos under barndomen

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Klassifikationen ICF gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell. ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. Klassifikationen kompletterar ICD-10 eftersom två personer med samma sjukdom kan ha olika nivåer av funktionstillstånd.

ICF omfattar fyra komponenter:

- Kroppsfunktioner och kroppsstrukturer
- Aktiviteter och delaktighet
- Omgivningsfaktorer
- Personfaktorer

blivit vanligare i primärvården. Flera läkare jag hört har beskrivit det som betungande. Vi har som allmänläkare ofta inte träffat dem tidigare. Ofta är individen uppenbart multihandikappad, men i mer subtila fall kan det kännas som att vi inte har kontroll på vad vi intygar. Exempel: En välklädd ung kvinna som har kognitivt begåvningshandikapp och ADD kommer in på rummet. Jag brukar fråga om hon klarar sin ekonomi själv med allt vad det innebär, betala räkningar och öppna bankkonto. En annan sak är kontakt med myndighetsperson. Klarar hon att ta sådana kontakter själv? En bra fråga är om hon har bokat läkarbesöket själv. Det är en objektiv bedömning som går att skriva i intyget. Om det är oklarheter är det väldigt bra att låta

en arbetsterapeut göra en funktions- och aktivitetsbedömning. Även i dessa situationer kan orden i min lathund hjälpa till att se patienten med andra glasögon.

Jäv saknas.

Karin Starzmann
GP

Peckham, London
karin.starzmann@gmail.com



Foto: Olov Kullberg

Referenser:

1. Bengtsson Boström K, Starzmann K & Östberg AL. Primary care physicians' concerned voices on sickness certification after a period of reorganization. Focus group interviews in Sweden. Scand J Prim Health Care. 2020;38:146-55.
2. Starzmann K. Läkarintyg med Karin Starzmann. YouTube. 2019.
3. Starzmann K. Lathund för sjukskrivning: DOI 10.13140/RG.2.2.18613.52965; 2018.
4. Starzmann K. Frågor inför sjukskrivning med ICF koder 2018: DOI 10.13140/RG.2.2.21968.97284; 2018 [cited 2020 /08/05].
5. Starzmann K. Frågor inför sjukskrivning arabiska: DOI 10.13140/RG.2.2.11063.78244; 2018 [cited 2020 /08/05].
6. Korpi W, Palme J. The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. American sociological review. 1998;66:1-87.

Tipsa mig gärna om det är något nytt ni vill att jag ska belysa i min lathund eller på Youtubekanalerna!

Annons

Läkaren och sjukskrivningarna

– en avhandling

Syftet med min avhandling *The physician and the sickness certification* var att studera sjukskrivningar med fokus på läkarens sjukskrivningspraxis och olika faktorer betydelse för sjukskrivning [1].

Den första studien handlade om huruvida kvinnliga och manliga läkare sjukskrev olika [2]. Data hämtades från primärvårdsjournalen, så alla sjukskrivningar hämtades från första dagen. Andra studier baserar sig på Försäkringskassans data och då missas de första 14 dagarna och de sjukskrivningar som inte går till Försäkringskassan utan bara till arbetsgivaren eller socialen. Med data från 33 486 läkarintyg och 516 läkare gick det inte att påvisa någon skillnad mellan kvinnliga och manliga läkare. Vi kunde visa att specialister i allmänmedicin gjorde längre sjukskrivningar än AT-, ST- och stafettläkare. Det kunde förklaras med att distriktsläkarna hade en annan patientpopulation med 78 % av patienterna med de längsta sjukskrivningarna.

I den andra studien byggde vi en flernivåmodell men patient på den lägsta nivån, läkare på andra nivån och vårdcentral på tredje nivån [3]. Studiens utfallsvariabel var om patienten blev sjukskriven när denne sökte vård på vårdcentralen. I denna studie inkluderades bara patienter med arbete, 64 354 patienter.

Det var patientnivån som hade störst betydelse med 95 % av variationen, 1,5 % på läkarnivå och 3,5 % på vårdcentralnivån. Den modellen som både hade diagnos och socioekonomi var bäst. De faktorer som hade högst oddskvot (OR) var psykiatrisk diagnos OR = 16, muskuloskeletal diagnos OR = 6 och diagnos från andningsorganens OR = 4,5. Det var 16, 6 respektive 4,5 gånger högre "risk" för sjukskrivning om patienten hade dessa diagnoser. De socioekonomiska faktorerna som hade störst betydelse var låg utbildning ≤ 9 år OR = 1,7, socialbidrag OR = 1,4 och att arbeta inom hälso och sjukvård OR = 1,4. Att vara arbetslös påverkade inte risken för sjukskrivning. Läkares utbildning eller kön hade ingen betydelse. Slutsatsen blev att patienterna blev sjukskrivna för de var sjuka.

Den tredje studien jämförde patienter med nya sjukskrivningar för symtomdiagnos med en matchad kontrollgrupp [4]. Denna studie baserade sig på 444 läkarintyg från primärvården. Läkarintyg som hade en symtomdiagnos var något sämre formulerade, 44 % resp. 56 %, $p = 0,008$. Fler var utfärdade via telefon men de var inte sämre. Patienterna med symtomdiagnos hade större vårdkonsumtion och genomgick fler undersökningar och utredningar.

I båda grupperna saknades det rehabilitering och kontakt med arbetsgivaren. Rehabkoordinatorn var involverad i 6,5 % av patienterna och det var mellan dag 9–770 av sjukskrivningsperioden. Oftast blev rehabkoordinatorn involverad först när Försäkringskassan kontaktade vårdcentralen. I denna studie såg jag stora skillnader mellan läkare som behärskade ICF-språket som Försäkringskassan efterfrågar och de läkare som inte gjorde det. En del intyg innehöll inga aktivitetsbegränsningarna medan andra hade upp till 10 stycken och den vanligaste var att inte kunna lyfta. Den funktionsnedsättning som beskrevs oftast var

smärta. Funktionsnedsättningar faller sig mer naturligt då det är vårt medicinska språk.

Den fjärde studien var en kvalitativ studie med fokusgruppintervjuer av läkare i primärvården [5]. Alla typer av läkare som arbetar i primärvården, AT, ST, fasta specialister och stafettläkare, intervjuades. Sjukskrivningsuppdraget upplevdes som känsloladdat och en utmaning att behärska. Trots stödsatser som rehabkoordinatorer, som beskrevs mycket positivt, upplevde flera läkare sjukskrivningsuppdraget som tungt och planerade att lämna specialiteten på grund av detta.

Jäv saknas.

Karin Starzmann
GP

Peckham, London
karin.starzmann@gmail.com



Referenser:

1. Starzmann K. The physician and the sickness certification. Avhandling. University of Gothenburg; 2018.
2. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Björkelund C, Bengtsson Boström K. No physician gender difference in prescription of sick-leave certification: a retrospective study of the Skaraborg Primary Care Database. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(1):48-54.
3. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Ohlsson H, Björkelund C, Bengtsson Boström K. Diagnoses have the greatest impact on variation in sick-leave certification rate among primary-care patients in Sweden: A multilevel analysis including patient, physician and primary health-care centre levels. *Scand J Public Health*. 2015;43(7):704-12.
4. Starzmann K, Hjerpe P, Bengtsson Boström K. The quality of the sickness certificate. A case control study of patients with symptom and disease specific diagnoses in primary health care in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2019;37:319-26.
5. Bengtsson Bostrom K, Starzmann K, Östberg AL. Primary care physicians' concerned voices on sickness certification after a period of reorganization. Focus group interviews in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2020;38(2):146-55.



Starzmann, Karin.
The physician and the
sickness certification.
Doktorsavhandling.
Sahlgrenska akademien, Gö-
teborgs universitet 2018.

ISBN 978-91-629-0356-5

Att skriva intyg

– nödvändigt ont eller livsnödvändig sjukvårdande åtgärd?

Arbetsglädje för mig är känslan att vara behövd och att jag får följa människor och deras liv över tiden. I skrivprocessen tillämpar jag mina medicinska kunskaper, analyserar, reflekterar och formulerar ner detta på ett intyg. Under en arbetsdag träffar jag som distriktsläkare många olika människor med sina unika livshistorier. Idag är det inte ovanligt att många har hunnit ha mycket kontakt med vården och träffat en rad olika stafettläkare som de fått återberätta denna livshistoria för.

Plötsligt en dag råkar våra vägar mötas i just mitt mottagningsrum. Jag lyssnar och tar in vad den personen vill berätta. Hur kunde deras liv gå i kras? Vad var det som var så påfrestande att de föll och sedan inte orkade resa sig och omorientera sig utan hamnat i ett stresstillstånd och utmattning? Så stressande att inte kunna få ihop sin vardag och arbeta och dessutom behöva vända ut och in på sina känslor och svårigheter för att jag som doktor ska kunna med rätt uttryck och formuleringar hjälpa dem till en fristad när sjukskrivningen godkänns.

"Tänk om alla på en arbetsplats höll på att flytta runt hela tiden, flytta till andra arbetsplatser och ingen satt kvar tryggt i båten och planerade framåt för att utveckla arbetsplatsen?"

Häromdagen träffade jag just en patient som hade blivit nekad sjukskrivning fast hon upplevde det omöjligt att klara av att arbeta. Vi pratade länge och väl och fast jag kände att den här personen besitter en massa kunskaper och erfarenheter så går det inte nu att klara ett jobb med



Illustration: Annika Andén

ansvar och tidspress. Först måste den här människan få tillbaka lugn och balans i sitt inre. Här behövs stödjande insatser och att hon senare får prova arbeta med något som inte blir för ansvarsfullt på en gång.

När vi skildes åt hade vi en plan över vad som ska hända, ny medicin och en remiss till vuxenhabiliteringen. Hon ursäktade sig över att hon tagit för mycket av min tid när vi hade dragit över tiden med råge. Ja, det innebar att jag efter besöket fick diktera, skriva ett omfattande läkarintyg, remiss, boka uppföljning och att det tog långt mer än 30 minuter. Men hennes ögon och hjärta på insidan log mot mig när hon stod utanför dörren i korridoren och sa hej då. Det övervägde min vedermöda. Jag hade den här eftermiddagen fått en vän som kände förtroende och tillit till mig. En bra början på våra fortsatta kontakter i vården.

Det här hade aldrig hänt om jag hade varit en stafettläkare. Då hade jag inte kunnat erbjuda en telefontid om fyra veckor. Därför skulle jag inte för allt smör i Småland vilja bli stafettläkare, en doktor

som arbetar för att få större frihet i sitt arbetsupplägg och ekonomiskt försprång. Jag skulle aldrig vilja sälja ut min yrkessjäl på det viset och aldrig få skörda frukten av mitt och patientens första möte. Aldrig få se hur det går för min patient och därmed inte heller kunna utvärdera min egen arbetsinsats och gå miste om att utvecklas i mitt yrke.

Tänk om alla på en arbetsplats höll på att flytta runt hela tiden, flytta till andra arbetsplatser och ingen satt kvar tryggt i båten och planerade framåt för att utveckla arbetsplatsen? Vad drivs du av i ditt inre? Är det att du ska få det bra? Eller att både du och din omgivning ska befinna er i samklang?

Att skriva intyg låter torrt och tråkigt men innebär ofta att få finnas till och hjälpa en annan människa genom att författa ihop något sakligt och sanningsenligt. Jag hjälper någon igenom en livskris. Tur att inte jag ska avgöra om patienten har rätt till ekonomisk ersättning.



Lovisa Anderzon
Teleborgs vårdcentral, Växjö
lovisa.anderzon@kronoberg.se

Vårdintyg – den tuffaste utmaningen

Att skriva vårdintyg (LPT) är något av det svåraste man tvingas göra som läkare. Läkarens uppgift, som vi är tränade till, är att bilda en allians med patienten för att tillsammans planera vägen framåt. Här ska man tvinga patienten för att skydda denne från sig själv, eller från att skada någon annan. Att vara orsak till att en människa, som inte begått brott, med våld förs in i en polisbil – det är tungt. Vårdintyg är i högsta grad integritetskränkande, men inte desto mindre kan det vara livsnödvändigt. Det händer att patienten själv förstår nödvändigheten av tvång – en patient sökte upp mig för att tacka.

Det är inte alltid solklart när man får/ska skriva vårdintyg. Vad är en allvarlig psykisk störning? Om en patient är psykiskt någorlunda frisk – får vi då hindra hen att skada sig själv? Den här patienten funderar jag fortfarande på, efter trettio år. Kunde jag ha gjort något?

Jag larmades av anhöriga. Mannen hade diabetes men nekade behandling. Han hade sedan länge ett sår på benet

Kriterier för tvångsvård

Tre kriterier måste vara uppfyllda för LPT-vård

1. Patienten lider av en allvarlig psykisk störning.
2. Patienten har, p.g.a. sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt, ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.
3. Patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2, eller till följd av patientens psykiska tillstånd finns det grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Till definitionen allvarlig psykisk störning räknas

- Tillstånd av psykotisk svårighetsgrad oavsett etiologi, tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med något av symtomen förvirring, hallucinationer, tankestörningar eller vanföreställningar.
- Tillstånd med självmordsrisk, ofta när det rör sig om depressionstillstånd.
- Svårare personlighetsstörningar med psykotiska impulsgenombrott eller andra psykotiska episoder alternativt starkt tvångsmässigt beteende.

som han vägrade få omlagt. Såret hade börjat lukta illa.

När jag kom fram till huset såg jag ryggen på honom när han sprang ut i skogen.

Han var alltså i hyggligt somatiskt skick. Anhöriga kunde inte verifiera vanföreställningar, självmordstankar eller annat som kunde ha befogat polishämtning.

Ett par år senare blev jag åter kallad till mannen. Han var då sängliggande och konfusorisk. Kvällen innan hade en annan jourläkare varit där, men bedömt att han inte kunde skriva vårdintyg. Men nu skrev jag intyget och skickade honom med ambulans till det psykiatriska sjukhuset. Där ansåg man att han var i alltför dåligt somatiskt skick och skickade honom vidare till akutsjukhuset. Då hade det gått för långt, och han avled i sepsis.

Var detta ett långsamt självmord? En depression? Eller var det "bara" läkar-skräck?



Illustration: Annika Andén

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Psykiatrisk tvångsvård. Kliniska riktlinjer för vård och behandling. Svensk psykiatri nr 13. Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning 2013. <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/03/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Psykiatrisk-Tv%C3%A5ngsv%C3%A5rd.pdf>

Trafikmedicin för allmänläkaren

– läkarintyg för körkort

Att skriva intyg för körkort innebär en utmärkt möjlighet att diskutera livsstilsfaktorer med patienten. För en riskbrukare av alkohol eller en droganvändare kan det vara utslagsgivande för att patienten ska ändra sina levnadsvanor.

På en del vårdcentraler är det brukligt att tacka nej till patienters förfrågan om en tid för körkortsintyg. Det tycker jag är synd. När det gäller att följa en patient som begått ett rattfylleri finns det nog ingen bättre metod för att påverka hans riskdrickande än styrkandet av nykterhet för att få tillbaka sitt körkort. För den diabetiker som sköts på vårdcentralen är det också naturligt att fylla i det enkla intyg som krävs. För lastbilschauffören som behöver förnya sitt C-körkort kan det bli ett bra tillfälle att möta en person med behandlingsbara riskfaktorer för framtida sjuklighet.

I världen är död och skada genom trafikolyckor ett stort folkhälsoproblem. Det dör 3 700 personer om dagen (1,4 miljoner om året) i krockar i trafiken, och många unga skadas för livet med stor förlust i Quality adjusted life years (QUALY). I Sverige är vi dock någorlunda skonade från denna farsot, men sjukdomar i trafiken är utan tvekan en viktig riskfaktor för olyckor också hos oss. En undersökning från Australien [1] menar att det kan röra sig om så mycket som en fjärdedel av alla trafikdödade som förolyckas i krockar som orsakats av akut eller bakomliggande sjukdom.

"För lastbilschauffören som behöver förnya sitt C-körkort kan det bli ett bra tillfälle att möta en person med behandlingsbara riskfaktorer för framtida sjuklighet."

De krav som gäller för olika sjukdomar och körkortsinnehav finns reglerat i Transportstyrelsens föreskrifter. Den som har krav om läkarintyg från Transportstyrelsen har fått ett brev (ofta ett så kallat föreläggande) där det specificeras vad som krävs för undersökningar och vilket intyg det gäller. Se till att personen skickar in detta innan besöket bokas.

Alla intyg vi behöver är tillgängliga via Transportstyrelsens hemsida där det också finns allmän info om trafikmedicin. Några intyg kan fyllas i och skickas digitalt. I våra journalsystem finns intygen också inlagda. De intyg som är vanliga för en allmänläkare är de som handlar om alkohol, narkotika och läkemedel, diabetes och intyg för förlängning av högre behörigheter efter 45 års ålder.

Rattfylleristen

För läkarintyg om alkohol, narkotika och läkemedel är den vanligaste situationen att en person begått ett grovt rattfylleribrott, det vill säga haft en alkoholhalt i blodet över 1,0 promille. Detta förfarande kallas "utvidgad lämplighetsprövning" och syftar till att påvisa om det finns någon diagnos att ställa. I denna grupp handlar det för det mesta om ett problematiskt drickande och inte så sällan om ett alkoholberoende. Dessa patienter ska följas i minst 6 månader innan de kan få tillbaka sitt körkort och under denna tid lämna minst 4 omgångar blodprover. För drograttfylleri gäller minst 6 provtagningar under samma tid.

Det är viktigt med en bra anamnes och ett öppet och ärligt samtal med patienten som syftar till att se om hen uppfyller kriterier för beroende eller missbruk. I diagnostiken och i intygsblankettens frågor gäller fortfarande DSM IV (inte 5) och ICD 10.

Jag brukar avsätta ordentligt med tid till det första besöket, men ser sedan inte patienten igen förrän det är dags att avsluta kontrollperioden. Det besöket kan vara kort om allt gått bra med provtagningen. Vid uppföljande intyg brukar jag påbörja kontrollerna utan nytt läkarbesök men avsluta med ett sådant.

Journaluppgifter som kan tala för en alkoholrelaterad diagnos är ovärderliga. Om du misstänker att illegala droger kan vara inblandat i ett vanligt alkoholrattfylleriärende är urinprover (övervakade) också nödvändiga. Använd gärna hårprover som ger en logg på allt intag av sådana substanser de senaste 3 månaderna. Det föredras av både de provtagna och personalen och är inte dyrare (om de är negativa). Om Cannabis är den misstänkta drogen är dock urinprov att föredra. Urinscreening för droger med urinsticka duger aldrig i körkortssammanhang!

För att styrka nykterhet krävs alltid provtagning med CDT och GT enligt Transportstyrelsens föreskrifter. Transaminaser och MCV kan ge ytterligare information. Peth är känsligt och har hög specificitet och kan rekommenderas som komplement. Både Peth och CDT kan numera användas som ett underlag för att ställa diagnosen missbruk fast anamnesen och kriterier i övrigt inte ger stöd för det. Se det nya PM från Transportstyrelsen på hemsidan!

Sen man återfått sitt körkort krävs en lång uppföljning med fortsatt provtagning. Det ger oss i vården goda möjligheter att följa personer där vi kan göra stor nytta genom att påverka en så viktig riskfaktor för framtida sjukdom som riskbruk/missbruk/beroende av alkohol. Att ha en engagerad sköterska eller undersköterska som sköter de "oannonserade" kallelser som krävs är guld värt. Hen blir också en viktig framgångsfaktor med de kontrollerande och stöttande (oförberedda) telefonkontaktarna.

Idag är det många som får möjligheten att efter ett rattfylleri ansöka om alkohol. Information om det finns på hemsidan där det också finns en bra sida med frågor och svar. Minst tre olika läkarintyg krävs. Regelverket är svåröverskådligt, men vad som krävs framgår av de förelägganden som patienterna får.

TRANSPORTSTYRELSEN

Vägtrafik Sjöfart Luftfart Järnväg

Sök på webbplatsen

Vägtrafik Körkort Trafikmedicin

Trafikmedicin

De här sidorna riktar sig till dig som jobbar inom vården eller är optiker och vill rapportera in synintyg.

Digitalt läkarintyg

Du som är läkare kan idag skicka in två typer av läkarintyg för körkort till Transportstyrelsen digitalt. Det går snabbt, enkelt och är säkert.

[Läs mer om digitalt läkarintyg.](#)

Läkares anmälningsskyldighet

Du som är läkare har skyldighet att anmäla den körkortshavare som är medicinskt olämplig att ha körkort. Reglerna gäller även för den som har taxiförarlegitimation, traktorkort och körkortstillstånd.

[Läs mer om läkares anmälningsskyldighet.](#)

Medicinska PM

[Läs våra promemorior om trafikmedicin och körkort.](#)

Relaterad information

[Blanketter för läkare och optiker](#)

Översyn av körkortskrav för syn och diabetes

Transportstyrelsen har genomfört ett arbete med att se över de trafikmedicinska kraven för diabetes och synfunktionerna för att få ha körkort. Arbetet är nu klart och har resulterat i två rapporter.

[Läs mer om rapporterna gällande syn och diabetes.](#)

www.transportstyrelsen.se/sv/jarvag/

Diabetes

För den allra största delen av de diabetiker som sköts på vårdcentralen kan vi specialister i allmänmedicin skriva de läkarintyg för körkort som krävs. Även för den som har insulin och innehar körkort för lastbil, buss och taxi. Enbart vid allvarligare ögonsjukdom krävs ett kompletterande ögonläkarintyg. Annars handlar intyget om risk för, kunskap om och förekomst av allvarlig hypoglykemi vilket ju är ovanligt bland våra typ 2-diabetiker.

Beträffande synen är det lämpligast att personen har ett intyg från optiker som utvisar visus och korrektion. Annars får du kolla det själv med och utan korrektion. I ögondelen av intyget efterfrågas numera inte undersökning enligt Donders eller av ögonrörlighet/dubbelseende, men om det finns episoder av stroke i anamnesen kan det vara befogat med sådan undersökning. Synfältsdefekter efter stroke eller ögonmuskelpareser upptäcks ju inte på ögonbottenfotot.

Jag tycker det är befogat att vi som har den bästa medicinska kunskapen om sjukdomen och dess konsekvenser ska sköta dessa läkarintyg. Det går fort och kan baseras på diabetessköterskans uppgifter. Hen kan dock inte skriva själva läkarintyget.

Länkar

- **Föreskrifter:** <https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/Korkort/regler-som-styr/>
- **Trafikmedicin:** <https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/Korkort/trafikmedicin/>
- **Blanketter:** <https://www.transportstyrelsen.se/sv/Blanketter/Vag/korkort/lakare-och-optiker/>
- **Alkolås:** <https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/Korkort/forlorat-korkort/alkolas-efter-rattfylleri/>

Förlängning av körkort för högre behörigheter

Som högre behörigheter räknas tung lastbil (och undergrupper) med eller utan släp, samt körkort för buss. Taxiförarlegitimation räknas också som en högre behörighet, men om man bara har sådan (och B-körkort för personbil) omfattas man inte av dessa periodiska kontroller. Hälsokontrollerna sker genom hälsodeklaration fram till 45 års ålder, därefter läkarintyg vart 5:e år.

Bedömningen bygger till största delen på uppgifter från vår journal om genomgångna sjukdomar. Ibland kan vi behöva kolla sjukhusklinikernas journal också, då genomgången sjukhusvård efterfrågas. Blanketten är i de flesta avseenden självförklarande när det gäller vad vi behöver undersöka. Syndelen är rätt omfattande här, men undersökningen är enkel och snabb att utföra för den rutinerade allmänläkaren. Optikerintyg brukar jag alltid kräva innan besöket.

För de frågor som handlar om epilepsi, annan neurologisk sjukdom, diabetes, njursjukdom, psykisk sjukdom, ADHD, psykisk utvecklingsstörning mm, räcker en fråga till patienten "har du eller har du haft?" om vi inte har uppgifter i vår journal eller något uppenbart framgår i samtalet med patienten. Ett enkelt hörseltest för att kunna intyga att busschauffören kan kommunicera med sina passagerare kan behövas. Att rörelseförmågan är bra nog märker man vid gång från väntrummet. Om du efter samtalet misstänker begynnande demens får det utredas på sedvanligt sätt.

Om man får en känsla av att det kan förekomma missbruk/beroende kan det vara befogat med provtagning för det. Bäst är att vara öppen med det inför patienten och inte ta prover i smyg. Urinprov för droger samt Peth, CDT och GT kan vara bra då, men inte sådan provtagning som allmän screening anser jag. Jag tar inget urinprov eller blodprov rutinmässigt annars, inte heller för eventuell upptäckt av diabetes.

Jag gör däremot ett status – lyssnar på hjärta och lungor, kollar blodtryck och slår reflexer. Det är sällan jag hittar något

förvånande här. En anamnesfråga om besvärande snarkning ger ibland napp och kan ibland föranleda fördjupad anamnes om andningsuppehåll, dagtrötthet och insomningar, ibland remiss för utredning beträffande sömnapné. Vid den fysiska undersökningen kan jag passa på att ställa frågor om livsstilsfaktorer, inklusive rökning och alkohol. Kanske särskilt om magen är stor och konditionen verkar klen. Kan det rent av kallas en ”opportunistisk screening”?

"När man ska anmäla krävs det stor allmänmedicinsk kompetens för att man ska behålla patientens förtroende."

Läkares anmälningsskyldighet

I bakgrunden finns i alla patientbesök vår skyldighet att anmäla den som av medicinska skäl inte längre är lämplig att inneha körkort. Något annat sätt att förebygga olyckor eller incidenter orsakade av trafikfarlig sjukdom har vi inte i Sverige. Innehavet av körkort för personbil (B) gäller i praktiken livslångt utan

några hälsokontroller till dess att läkaren säger till eller anhöriga påverkar personen att självmant lämna in sitt körkort.

Det är verkligen en grannliga uppgift som läkare att ta upp frågan om körkortsinnehavet. När man ska anmäla krävs det stor allmänmedicinsk kompetens för att man ska behålla patientens förtroende.

Om det krävs en kognitiv utredning (vid misstanke om demens eller efter stroke) eller provtagning (vid missbruk/berende) och patienten inte går med på det ska vi också anmäla. Det finns en blankett för anmälan där de två situationerna av orsak till anmälan (påvisad olämplighet/medverkar inte till utredning) framgår.

Jäv saknas

Lars Englund
F.d. chefsläkare på Transportstyrelsen
Ordförande i
Svensk Trafikmedicinsk Förening (STMF)
Jakobsgårdarnas vårdcentral, Borlänge
englund1@telia.com



Referens:

1. Lindsay, V.L.A. and Baldock, M.R.J. 2008. Medical conditions as a contributing factor in crash causation. Centre for Automotive Safety Research, University of Adelaide, South Australia, Australia. (<http://casr.adelaide.edu.au/rsr/RSR2008/LindsayV.pdf>). Accessed 2 September 2019.

Dödsfallsutredning

Då en person avlider i Sverige finns ett robust regelverk om vilka uppgifter som ska utföras och av vem, där de flesta ankommer på en läkare verksam inom offentlig hälso- och sjukvård. Reglerna är utspridda i en rad olika författningsbestämmelser varför det kan vara svårt att hitta den information som behövs. Här följer en vägledande sammanfattning.

Att konstatera dödsfall

Den första uppgiften är att konstatera att döden verkligen har inträtt. Enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2015:15 skall särskilt undersökas kroppens läge, hela huden, ögonens bindehinnor, öron- och näsöppningarna samt munhålan [1]. Auskultation av hjärta och lungor samt kontroll av hornhinne- och/eller pupillreflex gör de flesta. Betydligt säkrare dödstecken är likfläckar, likstelhet och tecken till förruttnelse. Det ska utvärderas om den avlidne har något explosivt implantat (t.ex. en

pacemaker). Platsen ska beaktas, t.ex. om det förekommer tecken till missbruk. Den läkare som har fastställt ett dödsfall ansvarar för att den avlidna får ett id-band.

Om det föreligger uppenbara *skäl för rättsmedicinsk undersökning*, t.ex. vid ett grovt våldsbrott, ska undersökningen av den avlidna kroppen av rättssäkerhetsskäl göras mer översiktligt.

En lokal rutin kan vara att undersökningen görs av en sjuksköterska när dödsfallet är förväntat på grund av sjukdom eller nedsatt hälsotillstånd, eller om kroppen uppvisar säkra dödstecken.

Skäl för rättsmedicinsk undersökning och polisanmälan

I föreskriften HSLF-FS 2015:15 sammanfattas obduktions- och begravningslagens bestämmelser [1, 2, 3].

Skäl för rättsmedicinsk undersökning finns vid *onaturlig död*. Observera att onaturliga dödsfall kan inträffa även på äldreboenden och inom hemsjukvården.

- Då misstanke uppstår om att ett brott är begånget.
- Då dödsfallet har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (t.ex. olycksfall, skada, förgiftning) och inte enbart av sjukdom.
- Vid misstanke om att det förekommit fel eller försummelse inom sjukvården eller omsorgen.
- Då identiteten på den avlidne inte kan fastställas.
- Då det är svårt att avgöra om något av ovanstående föreligger, exempelvis om den avlidne som påträffats haft ett känt missbruk, varit kroppsligt frisk (oavsett ålder) eller vid framskriden förruttnelse.

Ytterligare skäl är att ”vinna upplysningar av särskild vikt för miljöskydd, arbetarskydd, trafiksäkerhet eller annat liknande intresse.”

Om det finns skäl för rättsmedicinsk undersökning ska läkaren som konstaterar dödsfallet anmäla det till polisen

så att en rättsmedicinsk obduktion kan komma till stånd. Läkare inom hälso- och sjukvården kan inte skriva remiss för rättsmedicinsk obduktion, utan polisen ger Rättsmedicinalverket (RMV) uppdraget. Polisens inblandning i dödsfall sträcker sig betydligt längre än till "brott" eller "inte brott". Rättsmedicinsk obduktion får utföras oavhängigt den avlidnes eller anhörigas inställning.

Polisen har egna författningsbestämmelser som reglerar den polisiära hanteringen av dödsfall [4], och det är polisen som beslutar om en rättsmedicinsk undersökning ska utföras eller inte. Polisen kan besluta att rättsmedicinsk undersökning *inte* ska utföras, trots att läkaren initialt uppfattat skäl för rättsmedicinsk undersökning. Polisutredningen har då sannolikt klargjort att det inte finns någon misstanke om onaturlig död, och ansvaret återgår till sjukvården.

Skilj på onaturligt dödsfall och okänd dödsorsak

Den läkare som konstaterar dödsfallet vid en polisanmälan måste tydlig formulera vilket eller vilka skäl för rättsmedicinsk undersökning som föreligger. Samtliga dödsfall kan i initialskedet förefalla "oklara".

Läkaren förväntas, i de ärenden då skäl för rättsmedicinsk undersökning inte är uppenbara, göra en egen dödsfallsutredning. Denna kan, utöver undersökningen av den döda kroppen, bestå av inhämtande av uppgifter från anhöriga och/eller andra närstående och en genomgång av patientjournalen. Även efter sådan kan frågetecken kvarstå om vad den avlidne dött av, i bemärkelsen vilken sjukdom



Illustration: Annika Andén

som varit av störst betydelse för dödens inträde. Då kan läkaren remittera för en klinisk obduktion, vilket sker i samråd med anhöriga.

När blir det fel?

Svårigheter uppstår i ärenden där det är osäkert om *skäl för rättsmedicinsk undersökning* verkligen föreligger, och vid dödsfall som läkaren inte känner igen som onaturliga. Ett exempel är då en

äldre skör person ramlar och ådrar sig en fraktur och i efterförloppet avlider i en lunginflammation. Dödsfallet är egentligen onaturligt (eftersom ett fall legat bakom), men ofta bevittnat och brottslig handling ovanligt. Därför polisanmäls dessa dödsfall sällan (även om det rimmar illa med lagen), vilket sannolikt är den mest förnuftiga hanteringen av samhällets resurser.

Ärendetypen ska dock inte sammanblandas med sådana där ett mer betydande trauma lett till döden, t.ex. när en person avlider på en vårdavdelning efter en trafikolycka. Det finns inte någon fastslagen borte tidsgräns – är dödsfallet onaturligt ska polisanmälan göras, även om lång tid förflutit.

Tveksamhet kan uppstå vid misstanke att fel eller försummelse inom sjukvården har legat till grund för ett dödsfall. Många sådana fall polisanmäls inte, och andra anmäls fastän det inte riktigt finns skäl (t.ex. då dödsfallet orsakats av en känd biverkan).

Det kan diskuteras hur långt upp i ålder någon kan anses vara "tidigare frisk" och vad som menas då "inte enbart sjukdom" ligger bakom ett dödsfall.

Exempel på onaturlig död

- Tilltäppning av luftvägarna, t.ex. främmande kropp i munnen/svalget (bolusdöd)
- Fall/hopp från höjd, i trappa, från tak, stege eller liknande
- Misstänkta förgiftningar
- Alla typer av fordonsolyckor
- Nedkylning
- Drunkning
- Hängning
- Penetrerande våld (t.ex. skott/projektil eller skarpkantat)
- Inandning av brandgaser (kolmonoxidförgiftning) och/eller brännskador
- Klämningar
- Instrumentellt orsakade skador vid medicinska ingrepp (t.ex. penetration av inre organ)
- Då en avlidne inte går att "känna igen" på grund av förruttelse, brännskador eller andra omfattande skador
- Obevittnade dödsfall hos sedan tidigare friska personer (oavsett ålder), t.ex. vid misstänkt plötslig spädbarnsdöd

En person med t.ex. ALS som verkade pigg dagen innan men som hittas död i en säng är inte ett ärende som polis och rättsläkare uppfattar som onaturligt, eftersom det finns en känd sjukdom som förklarar dödsfallet. Varje ärende är inte alltid svart eller vitt, utan måste bedömas individuellt.

Dödsbevis

Efter att en läkare konstaterat ett dödsfall ska ett *dödsbevis* utfärdas under förutsättning att den avlidnes identitet är känd. Om en avliden kropp är så förändrad att den inte går att känna igen föreligger skäl för rättsmedicinsk undersökning, och rättsläkaren utfärdar då dödsbeviset efter att identiteten fastställts. I vissa områden tycks polisen ha skapat rutiner som kräver ett dödsbevis direkt, oavsett om identiteten är okänd. Då får man försöka komma överens om vad som är mest lämpligt. Läkare kan inte lastas för att ha utfärdat ett "blankt" dödsbevis.

Konstaterandet av dödsfallet och utfärdandet av dödsbeviset ska utföras senast i samband med att den avlidna kroppen kommer till ett bårhus. Det bör i kommunikationen med inblandade parter klargöras t.ex. vem som tar ansvar för transport av kroppen och underrättar anhöriga om dödsfallet. Enligt HSLF-FS 2015:15 ska det finnas etablerade lokala rutiner [1]. Läkaren som utfärdar dödsbeviset får inte vara släkt med den avlidne och måste ha tillräckligt medicinskt underlag.

Dödsbeviset ska skickas till Skatteverket inom en arbetsdag. I och med ifyllandet av dödsbeviset tar läkaren ställning till om sjukvården ska fortsätta handlägga dödsfallet eller om polisanmälan ska göras. Läkaren måste göra en formell polisanmälan och inte bara sätta rätt kryss på blanketten, så att överlämningen till rättsväsendet blir tydlig.

Allt som rör konstaterandet av dödsfallet, t.ex. säkerställandet av identiteten, hur döden har fastställts och eventuell

kommunikation med polisen, ska dokumenteras i patientjournalen där också en kopia av dödsbeviset sparas. Särskilt i de ärenden där det är svårt att avgöra om skäl för rättsmedicinsk undersökning föreligger är noggrann dokumentation viktig.

Dödsorsaksintyg

Den andra blanketten som läkare ska utfärda vid dödsfall är *intyg om dödsorsak*. Av detta ska framgå en välgrundad bedömning av vad personen ytterst avlidit av, följt av ett eller flera underliggande tillstånd. Blanketten är utformad så att ett tidsmässigt, logiskt dödsförlopp ska kunna förstås. Vid vissa dödsfall kan det vara svårt, även efter en klinisk obduktion, att ange en sådan "händelsekedja", och då får man ange den mest rimliga dödsorsaken. Symptom på död (cirkulations- eller andningsstopp och liknande) kan inte anses utgöra en fullgod dödsorsak, eftersom det är fysiologiska fenomen som alla avlidna uppvisar. Istället måste läkaren bedöma *vad* som har orsakat cirkulations- eller andningsstoppet – en tämligen kvalificerad medicinsk bedömning.

Inom sjukvården ska dödsorsaksintyget utfärdas inom tre veckor [5], vilket möjliggör att en klinisk obduktion hinner utföras. Då dödsfallet hanteras inom rättsväsendet utfärdas dödsorsaksintyget av den rättsläkare som utför obduktionen.

Dödsorsak och dödssätt är två skilda begrepp

På dödsorsaksintyget ska anges på vilket sätt en person har avlidit (*dödssätt*), motsvarande engelskans "manner of death", vilket är något helt annat än *dödsorsak*. Dessa begrepp blandas ofta samman. När dödsfallet orsakats av sjukdom är dödsättet "naturlig död", ett dödssätt som helt saknar kryssruta på blanketten. De övriga dödssätten är avsiktligt vållad av annan (homicid), självmord och olycksfall.

En minnesregel är att läkaren vid ifyllandet av blanketten bör reflektera om hen är den mest lämpliga att handlägga ärendet då dödssättet är något annat än naturlig död. Eftersom skäl för rättsmedicinsk undersökning då oftast föreligger bör läkaren sannolikt polisanmäla dödsfallet.

Jäv saknas



Gisela Pettersson
Specialist i rättsmedicin, överläkare
gisela.pettersson@rmv.se



Johanna Loisel
Specialist i rättsmedicin,
enhetschef, överläkare

Båda: Rättsmedicinalverkets
Rättsmedicinska enhet i Umeå

Referenser:

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall, HSLF-FS 2015:15
2. Lag (1995:832) om obduktion mm
3. Begravningslag (1990:1144)
4. Polismyndighetens riktlinjer om åtgärder vid dödsfall som kan ha orsakats av yttre påverkan m.m., PM 2016:14
5. Begravningsförordning (1990:1147)



Pettersson G, Eriksson A. ABC om Handläggning av dödsfall. Läkartidningen 2014;48:2164–2168.
<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/medicinens-abc/2014/11/handlaggning-av-dodsfall/>

Wärn G, Zilg B. Brister i utfärdandet av dödsorsaksintyg. Läkartidningen 2019-09-10.
<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2019/09/brister-i-utfardande-av-dodsorsaksintyg/>

Annons

Att skriva intyg om mat på förskola – ett dilemma

Denna diskussion ägde rum i Facebookgruppen Distriktsläkare – läkare inom primärvården under våren 2020.

Inlägg

Jag blev ombedd att skriva ett så kallat egenvårdsintyg till förskola för ett litet barn med många födoämnesallergier, för allt från komjölk till majs, korn, råg, vete, äggvita och många fler. Förskolan vågade, med utgångspunkt i ett intyg med de uppräknade sannolika allergierna, inte ge barnet annat än vatten.

Ärendet är överlämnat till barnallergolog och specialintresserad dietist men förskolan behövde ett intyg med en gång. Det skulle stå att barnet kunde äta ett visst varumärkes gröt eller välling, som sannolikt innehåller minst ett av födoämnena barnet reagerar på, eller åtminstone hade hög RAST-titer för.

Jag hade inte observerat barnet när det ätit denna produkt och jag visste inte vilken av företagets cirka tio produkter som avsågs.

Jag skrev i intyget att barnet hade många födoämnesallergier och att jag var ombedd att intyga att barnet kunde äta X men att jag inte visste något om det och att jag därmed inte kunde intyga något, men att så länge de inte fick något annat besked och inte noterade någon reaktion hos barnet gick det sannolikt bra att ge barnet X.

Jag är ganska noga med att bara skriva saker i intyg som jag faktiskt och säkert kan intyga. Hur hade ni gjort? Vägrat skriva intyget? Skrivit intyget formulerat mer som modern önskade? Eller agerat betongkloss och hänvisat till allergologen med sannolik väntetid på cirka sex veckor?



Kommentarer

– Jag brukar göra som du. Skriva intyget men bara intyga det jag kan. T.ex. föräldrarna uppger att osv. Då slipper man striden men intygar inget fel. Är förvånad över att skolorna accepterar intyg som egentligen inte säger ngt dock.

– Jag försöker säga till patienten att ”det intyg du önskar kan jag inte skriva, och du vill säkert inte betala för ett papper där det inte står nåt du har nytta av.” Inte helt lätt. Vi hade i höstas en anstormning av kräsna barn som ville ha intyg till skolan där jag fick ta strid ... Skulle aldrig släppts igenom triage, men, men ...

– Vi hade en rätt konstruktiv dialog med kommunen och det landade i att det räckte att fild berättade för en ssk vad barnet inte tålde, ssk gjorde en telefonanteckning som därefter skrevs ut och skickades till föräldrarna. Det är ju en helt onödig arbetsuppgift för vården men det lättade trycket lite på läkargruppen i alla fall.

– Jag skrev ett brev till skolorna i kommunen och sa att de inte får hänvisa till oss för intyg om saker de själva tycker verkar orimligt att bevilja. Tror de att det är medicinskt ska de gå via skolsköterskan som får skriva remiss. Sen ringde skolsköterskan och var mycket nöjd att detta styrdes upp så de slapp en massa ungar som kom med nonsensintyg. Det blev väldigt bra faktiskt!

– Jag hade absolut vägrat att skriva ett intyg. Vi kan inte intyga det vi inte behärskar och ska knappast intyga något som inte riktigt verkar stämma.

– Jag hade bett förälder skriva vad som ska intygas, i ett Word-dokument. Sen hade jag inlett med ”Härmed intygas att förälder uppgivit följande”, före f:s text och som avslutning hade jag använt ”barnet är planerat till barnallergolog för utredning”. Självklart ska hon lämna detta på en usb-sticka, du kan lämna tillbaka den med intyget och slipper ha en jobbig konversation på mail.

*Urvalet gjort av
Ingrid Eckerman*

Medicinska intyg om tortyrskador i primärvården

I år är det tio år sedan Europadomstolen slog fast att vården, framför allt primärvården, är skyldig att utreda och dokumentera tortyrskador. ”RC mot Sverige” handlar om en asylsökande iransk man, RC, som i sin asylansökan uppgav att han blivit torterad i hemlandet. Han fick avslag av Migrationsverket eftersom den medicinska dokumentationen inte ansågs tillräckligt stark.

RC hade besökt en vårdcentral för att få sina skador dokumenterade. Han behövde intyget för att stärka sin asylansökan. Läkaren som träffade honom var inte specialist på tortyrskador och Migrationsverket ansåg att dokumentet var otillräckligt. När ärendet överklagades till Europadomstolen blev bedömningen den motsatta: En patient kan inte förväntas få tag på en expert på tortyrskador, därför räcker en vårdcentralers dokumentation. Europadomstolen tolkar Europakonventionen för de mänskliga rättigheterna som gäller som lag i Sverige.

Redan före RC-domen fanns det internationella absoluta förbudet mot att återsända asylsökande som riskerar tortyr. Vad domen tillförde var tydliggörandet av vilken typ av medicinskt intyg som krävdes för att tortyrberättelsen ska anses styrkt: Basal dokumentation i primärvården räcker. För patienten är det viktigt att, med juridiskt språk, göra sannolikt, att hen utsatts. I vanliga fall måste asylsökande bevisa att hen i framtiden skulle kunna utsättas för övergrepp, men tortyrbrottet ses som så allvarliga att specialregler gäller. Tidigare tortyr stärker bedömningen att övergreppen skulle riskera att upprepas om personen utvisas.

Dokumentation av tortyrskador

Tortyrskadade, många av dem med långvarig smärta och psykisk ohälsa, behöver identifieras så tidigt som möjligt för en god behandlingsprognos. Patienten kan också ha andra orsaker till att söka utredning och dokumentation – exempelvis att styrka ett vittnesmål eller söka upprättelse, i svensk eller internationell domstol. Just nu pågår en rättegång i Tyskland mot en högt uppsatt underrättelseofficer som övervakat tortyr i Assads syriska fängelser, och i Sverige förbereds liknande åtal. Medicinsk dokumentation är viktig för att stärka brottsoffers berättelse och den bör göras så tidigt som möjligt, helst aktualiseras redan vid hälsoundersökningen.

I den här texten är fokus dock snarare på dem som har akuta skäl att söka dokumentation, de som likt RC söker asyl. Sammanhanget ställer krav på vårdpersonal att ha kunskaper om asylprocess och tortyrskador, vana att skriva intyg som är begripliga för Migrationsverket, trygghet i att höra tortyrberättelser och möjlighet att agera skyndsamt. Ofta är patienten mycket stressad när intyget efterfrågas, och hen har sällan varit aktuell på vårdcentralen innan. Det finns risk att patienten avvisas, om kunskap om tortyrskadades starka vådrättigheter saknas.

”RC mot Sweden”: Vad innebär basal dokumentation?

”RC mot Sweden” visade att den asylsökande ska göra sannolikt att hen utsatts för tortyr genom att besöka vårdcentralen. Allmänläkaren på vårdcentralen förutsätts inte vara expert på tortyrskador utan ska utifrån sin kompetens dokumentera det hen ser. Västra Götalandsregionen har antagit dokumentet ”Riktlinjer för Tortyrskador” [1] som kan ge vägledning. Intyget bygger på tre delar:

- Patientens berättelse om hur skadorna uppstått.
- Undersökning och dokumentation av fysiska och psykiska skador, inklusive diagnoser.
- Bedöm samstämmigheten mellan hur patienten förklarar exempelvis sina ärr och de skador och sjukdomar som kan dokumenteras.

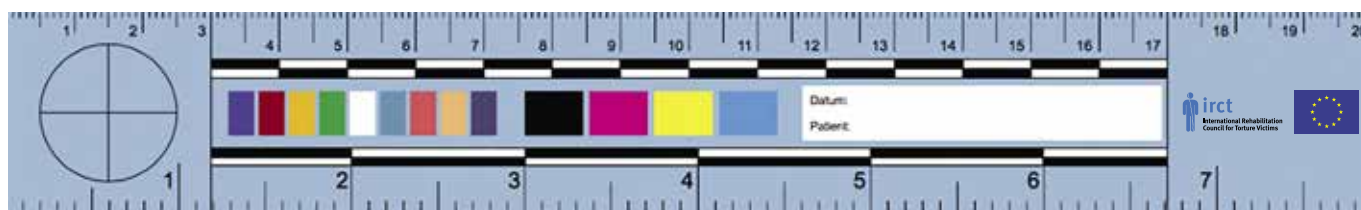
”Tortyrskadade, många av dem med långvarig smärta och psykisk ohälsa, behöver identifieras så tidigt som möjligt för en god behandlingsprognos.”

Undersökningen går till som många andra: Be patienten ta av sig, men gör det med hänsyn till att tortyr ofta utförs mot nakna personer. Be därför patienten att visa en kroppsdel i taget. Tänk på att patienten kan ha svårt att berätta om skador hen själv inte kan se, exempelvis på ryggen. Gör därför en undersökning från huvud till tå, även om du låter dig ledas av anamnesen.

Beskriv ärr och skadors utseende och placering. Notera påverkan på funktions- och rörelseförmåga. Använd gärna smärteckning som redskap, både för barn och vuxna, för att underlätta för den som har svårt att tala om sina skador. Det kan vara särskilt viktigt för skador som rör genitalier, sexuell aktivitet, problem vid urinering med mera.

Glöm inte att fråga om det funnits skador som inte lämnat ärr. Be patienten beskriva skadans utseende i akut tillstånd och hur läkeprocessen sett ut. Fråga även efter mer subtila effekter. Till exempel kan personer som under lång tid suttit i mörker vittna om överkänslighet och röda ögon vid starkt ljus, i många månader eller år efteråt. Undersök även om det finns pigmenteringar på kroppen eller kroppsbehåring saknas fläckvis, som kan indikera att patienten varit bunden.

Bifoga, om patienten ger sin tillåtelse, foton som du kan ta med vanlig mobilkamera. Bilder på skadan i närbild är viktigt, men även sådana som visar mer av patienten så det blir tydligt var på kroppen skadan sitter. Notera när och av vem



fotot tagits samt patientens personuppgifter. Det finns medicinska linjaler som kan hjälpa betraktaren att förstå skadans storlek och färg (bild 1). Transkulturellt Centrum har tagit fram sådana, som finns att beställa kostnadsfritt för vårdgivare i Stockholm.

Glöm inte att notera i journalen att din patient varit utsatt. Använd ICD-10-SE koden Y07.3 (Misshandel utövad av myndighet), som är en tilläggskod till T74 (Misshandelssyndrom).

Intygets formuleringar

Om läkaren bedömer att symtom och skador kan stämma med patientens berättelse bör hen skriva att "skadorna kan ha uppkommit på det sättet" eller är "förenliga med" patientens berättelse. Om berättelsen inte kan styrkas bör läkaren skriva det och patienten informeras. Detta är viktigt, inte minst eftersom det ger möjlighet att rätta till missförstånd. Tänk på att avsaknaden av fynd inte innebär att patienten talar osanning, bara att kroppen inte kan styrka berättelsen, och med tanke på tiden som gått är det inte underligt om märken saknas.

Helst bör dokumentationen utformas som ett intyg (av liknande typ som tidigare "Rättsintyg") men en journalkopia duger bra. Ett pågående arbete i Region Skåne, projektet "Dokumentation, identifiering och kunskap om tortyr" har i

samarbete med Migrationsverket skapat en ny mall för tortyrskadedokumentation. Intyget förväntas klart under hösten 2020. Migrationsverkets nuvarande blankett "Utlåtande från läkare vid prövning av hälsotillstånd i ärenden om uppehållstillstånd eller verkställighetshinder" har begränsningar.

Om du skriver intyg till Migrationsverket, notera om patientens ohälsa kan göra det svårt för hen att klara asylprocessen. Exempelvis kan kognitiv nedsättning, depression och post-traumatisk stress (PTSD) påverka minnet eller göra att hen undviker att tala om händelser. Det är vanligt att psykisk ohälsa påverkar förmågan att formulera en kronologisk berättelse med detaljer, som eftersträvas i asylprocessen.

Fördjupad dokumentation

Om patienten, via vårdcentralens intyg, gjort tortyr sannolik och Migrationsverket ändå tvekar övergår ansvaret till myndigheten, som ska initiera en fortsatt utredning av experter. Vårdcentralens arbete kan alltså aktivera en omvänd bevisbörda.

Enligt FN:s standard för tortyrskadedokumentation, Istanbulprotokollet (IP) [2], och EU:s Asylprocedurdirektiv, ska dokumentationen bekostas av allmänna medel och genomföras effektivt och av personer med kompetens, vilket i många länder innebär att läkaren är specialist i rättsmedicin. I Sverige har dock Rättsmedicinalverket avsat sig ansvaret, och vårdkedjan för den som söker expertdokumentation är oklar. I dagsläget är det framför allt Röda Korsets behandlingscenter som genomför expertdokumentation samt några få offentliga mottagningar, bland annat Göteborgs Kris- och traumamottagning. Intyget tar några dagar att färdigställa och väger oftast tungt.

IP-dokumentation kräver en större insats, och till skillnad från den basala dokumentationen involverar en IP-utredning fler yrkeskategorier, ofta en psykiater eller psykolog. Psykisk ohälsa är inte en omfattande del av basal dokumentation. Det kan vara en nackdel för patienten eftersom det, som nämnts ovan, inte är ovanligt att somatiska fynd saknas eller är svårtolkade.

Det är dessutom en artificiell gräns, att sära på somatisk och psykologisk tortyr och dess konsekvenser. Tortyrtekniker som inte lämnar märken – exempelvis hot mot familj, skenavrättningar, sensorisk deprivation eller överstimulering, att tvingas delta i att skada medfångar och olika sorters skamfyllda förödmjukelser – nämner patienterna sällan om de inte tillfrågas, eftersom även de lägger större vikt vid somatiska skador. Tekniker med psykologiskt fokus leder dock oftare till större ohälsa än enbart fysiskt våld [3].

I en utvidgad undersökning som IP läggs lika stor vikt vid psykisk ohälsa som somatisk. Det är viktigt att återigen understryka att avsaknaden av somatiska fynd inte betyder att patienten talar osanning. Detta gäller även psykisk ohälsa: Trots



Illustration: Katarina Liljequist

att tortyr är den händelse som i högst utsträckning leder till PTSD [4] lider inte alla torterade av psykisk ohälsa i stunden de möter vården. Många självläker och PTSD kan debutera försenat, många år och decennier efter händelserna.

Betänk också att medan somatiska skador kan bli svårare att dokumentera ju längre tid som går har psykisk ohälsa snarare en tendens att förvärras och kan ofta vara diagnostisk – de påträngande minnena i PTSD kan vara vittnesmål av tortyrscener.

Att tänka på i dokumentation av tortyrskador:

- Skriv bara det som du i din profession har kompetens att uttala dig om. Subjektiva bedömningar (exempelvis synpunkter på asylprocessen) underminerar intyg.
- Minns att vårt främsta ansvar är mot patientens hälsa, så pressa inte patienter alltför mycket att berätta mer för att dokumentationen ska bli mer fullständig. Notera i intyget om patienten inte velat prata om en händelse, eller ge möjligheten att bara svara ja eller nej på riktade frågor. Det finns checklistor med tortyrmetoder att utgå ifrån. Tänk dock på att vara försiktig med fråga-svarfrekvenser, som kan upplevas lika ett förhör. Dessutom utgår checklistor och stängda frågor från din kunskap om vad som kan ha hänt – vilket kan innebära att patienten inte lyfter sådant som för dig är otänkbart.
- Skriv behandlingsrekommendationer för patienten, där vårdbehov samt det som inte undersökts i det aktuella intyget framgår.

10 år efter "RC mot Sweden":

Hur kan kunskapen om tortyrskador förbättras?

När Sverige ratificerade tortyrkonventionen 1985 byggdes en imponerande kompetens kring tortyrskadade i vårt land. Idag är mycket borta. Kunskapen är inte en del av grundutbildningen för något vårdyrke. Kännedom om de vanligaste teknikerna och deras konsekvenser är en viktig del av kompetensutveckling, speciellt på mottagningar där många patienter har migrations-

bakgrund. Uppemot en tredjedel av alla asylsökande berättar om tortyrupplevelser och de har starka rättigheter, fastslagna i den ovanligt medicinska konventionen – de har rätt inte bara till dokumentation, utan också till så full rehabilitering som möjligt.

35 år efter konventionens ratificerande, 10 år efter den tydliga domen RC mot Sverige i Europadomstolen, saknas kompetens både på basal- och expertnivå för att identifiera, dokumentera och rehabilitera tortyröverlevare. Just nu pågår insatser på flera håll i landet, bland annat i de tre största regionerna, för att öka kompetensen. Förhoppningsvis vill många av er bidra till den satsningen.

Jäv saknas.

Frida Johansson Metso

Leg. Psykolog
Transkulturellt centrum, Region Stockholm
frida.johansson-metso@sl.se



Referenser

1. Närhälsan. (2019). Riktlinjer Tortyrskador. Västra Götalandsregionen.
2. UNHCR (2004). Professional training series no. 8/Rev.1 Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. United Nations: New York and Geneva.
3. Basoglu, M. (2009). A multivariate contextual analysis of torture and cruel, inhuman, and degrading treatments: Implications for an evidence-based definition of torture. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 135-145. Doi:10.1037/a0015681.
4. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R., Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 302. 537-49. 10.1001/jama.2009.1132.

Vill du veta mer?

På Transkulturellt Centrums hemsida, bland våra kunskapsområden, finns förslag på formuleringar i intyg, utbildningsfilmer, manualer, konsultationsmöjlighet och mycket annat.

Transkulturellt Centrum är ett kunskapscentrum inom Region Stockholm för medarbetare inom hälso-, sjuk- och tandvård som möter patienter med migrationsbakgrund. Hör gärna av dig för kostnadsfri konsultation rörande tortyrskadedokumentation.

<https://www.transkulturelltcentrum.se/>

Annons

Räkna inte med " normalt flöde" av spirometrier under pandemin

Nästan över en natt i mars 2020 förändrade covid-19-pandemin hälso- och sjukvårdens vardag. Att möta en ny samhällsfarlig sjukdom utan riktlinjer om kunskapsbaserad vård har varit utmanande. Med stor flexibilitet, kreativitet och pragmatism har primärvården dock lyckats väl med att ställa om verksamheterna med bibehållet mål att erbjuda hög kvalitet och god kontinuitet i vården.

Snabbt efter pandemiutbrottet insåg man att användning av spirometrar och nebulisatorer kunde sprida smittan. Lungfunktionsundersökningarna har fått stå tillbaka, och nebulisatorer har bytts ut mot spray och andningsbehållare (spacer).

Emellertid tillhör patienter med kronisk lungsjukdom riskgruppen för en komplicerad covid-19 och borde därmed få fortsatt högklassig vård och stöd i egenvård. De flesta patienter med svårare astma eller KOL är väl medvetna om sina ökade risker med Covid-19 och har därmed varit extra noga med att följa de basala hygienråden, sett till att de har inhalationsmediciner hemma och försökt att arbeta på distans.

På min vårdcentral på Södermalm i Stockholm bunkrade vi i mars sprayinhalatorer och spacer så att de säkert skulle räcka för behandling av vårt vanliga inflöde av akuta astmapatienter under pollensäsongen. Till vår glädje har dessa patienter dock i stort sett uteblivit under 2020. Paradoxalt nog har jag aldrig tidigare haft så många välmående patienter med astma eller KOL som under den gångna våren. Förbättrad följsamhet till ordinationer och basala hygienråd, noggrann egenvård samt generellt lägre risk för vanliga luftvägsinfektioner i samhället har sannolikt bidragit.

I de regioner där smittspridningen varit stor har astma/KOL-vården under pandemin präglats av frustrationer med svårigheter med distansbedömningar, osäkerhet för vad som gäller för lungfunktionsundersökningar samt minskad avsatt tid för just astma/KOL-verksamheten. Å andra sidan har pandemin på många sätt varit en ögonöppnare: T.ex. har hygienaspekterna kring spirometrar och inhalatorer uppmärksamats, distansundersökningar med PEF-mätning fått en renässans, och spirometrier på distans med hjälp av nya, av TLV godkända, mobilapplikationer introducerats.

Astma och KOL som kliniska diagnoser har tydliggjorts: diagnoserna och monitorering av dessa sjukdomar är i hög grad baserade på anamnes och status snarare än spirometers numeriska värden. Dessutom har pandemin påmint oss om att ett besök på astma/KOL-mottagningen inte enbart handlar om spirometri. Även symtomskattning, undervisning i inhalationsteknik, mätning av syremättnad vid gång i korridor och/eller trappa ("POX-promenad", som är aktuell såväl på akuta covid-som "post-covid"-sjuka), patientutbildning, rökavvänjning och livsstilssamtal ingår i kunskapsbaserad astma/KOL-vård.

Spirometrin behövs sällan brådskande och patienterna med diagnostiserad eller misstänkt astma eller KOL kan allt som

oftast handläggas på klinisk basis över en överskådlig tid. Vi kan dock inte vänta hur länge som helst med att handlägga patienter med astma och KOL utan en spirometriundersökning. Spirometri är en viktig basundersökning för att kartlägga lungornas funktion, följa astmapatienters behandling och öka vår förståelse för differentialdiagnostiken hos patienter med andningssymtom.

För närvarande saknas nationella riktlinjer om hygienaspekter vid dynamisk spirometri och inhalationsbehandlingar i primärvården. Socialstyrelsen råder till att skjuta upp rutinkontroller och använda spray + spacer (SoS, juli 2020). Sveriges Kommuner och Regioner arbetar för fullt med att framställa mer detaljerade rekommendationer med en tänkt publicering under hösten 2020. Regionala aktörer inom primärvård, klinisk fysiologi och vårdhygien har på en del håll kommit med praktiska råd utifrån det aktuella, lokala smittspridningsläget.

På NAAKA:s hemsida publicerar vi några sådana dokument. Medan förståelsen för hur coronaviruset sprider sig ökar finns



Astma/KOL-sjuksköterskan Åsa Ahlqvist Knutsson vid Capio Ringen Vårdcentral med skyddsutrustningen i områden med stor samhällsspridning av coronavirus (som t.ex. Stockholm).

Foto: Hanna Sandelowsky

det många oklarheter kvar. NAAKA:s förslag för strategier för spirometrieförfarande under pandemin är evidensbaserade där evidens finns. När evidens saknas bör lungfunktionsmätningar så som övrig astma/KOL-vård genomföras enligt försiktighetsprincipen och alltid anpassas efter det aktuella smittspridningsläget i regionen i fråga.

"Astma och KOL som kliniska diagnoser har tydliggjorts: diagnoserna och monitorering av dessa sjukdomar är i hög grad baserade på anamnes och status snarare än spirometerns numeriska värden."

Några tankar, tips och råd för en god spirometripraxis under pandemin:

- **Fortsätt att hårdprioritera spirometrier** i regioner där smittspridningen av coronavirus är hög. Återhållsamhet rekommenderas även i regioner med lägre smittorisk då patienten trots allt kan uppleva en risk för smitta.

- **Grundprincipen är alltid att avstå från undersökning** med spirometri, PEF eller "mini-spirometer" (FEV_1/FEV_6 -mätare) på mottagningen hos luftvägsinfekterade patienter. Spirometrin kan göras efter minst 1 vecka utan symtom på luftvägsinfektion. Självklart ska utföraren också vara fri från luftvägssymtom.

Covid-19 sprids via droppar och vid spirometri finns en stor risk för stänk. Det finns fortfarande oklarheter om aerosolbildning vid spirometriundersökning. Själva undersökningen anses inte vara aerosolbildande, men hostandet, som är vanligt i slutfasen av den forcerade utandningen, kan mycket väl bilda aerosoler i rummet. Ett tips just nu är att låta den lätt hostande patienten göra **tre** långsamma utblås för vitalkapacitet (slow VC, SVC) utöver **en till tre** forcerade utandningar för att fånga ett representativt värde för enskundsvolymen (FEV_1). På det sättet kan spirometern framställa "kvoten" FEV_1/VC som kan användas istället för FEV_1/FVC .

- Spirometriundersökningen kan med fördel demonstreras för patient med ett **videoklipp** (t.ex. på SKR:s hemsida).
- **Filter** finns för nuvarande inte till alla upphandlade spirometrier i primärvården. Om det finns, ska det användas enligt tillverkarens instruktioner.

Om det finns, ska det användas enligt tillverkarens instruktioner.

- **Handdesinfektion** ges till patienten före undersökning.
- Alla utövare använder **handskar** vid kontakt med munstycke och **skärmvägg** mellan patient och utförare. Om spirometern inte har ett filter bör utövaren dessutom använda **visir** som går ner över näsa och mun och gärna ett **engångsförkläde**.
- Nationella rekommendationer om **andningsskydd** saknas i dagsläge p.g.a. bristande evidens, särskilt för utförandet av dynamiska spirometrier i primärvårdsmiljöer. I regioner med hög smittspridning bör försiktighetsprincipen följas och andningsskydd blir då en del av skyddsutrustningen. Internationellt rekommenderas FFP3-andningsskydd hos spirometriutföraren när patienten påbörjar sina utblås (Association for Respiratory Technology and Physiology Covid-19 Group, UK, 2020). Obs att samma FFP3-skydd kan användas i fyra timmar av utövaren.

- Tänk på **placering av patienten** i rummet vid utblås.
- Evidensen om effekterna av **ventilering** av rummet är motstridig. Enligt försiktighetsprincipen vill man undvika eventuella aerosolvirvlar i rummet och därför rekommenderas "normal" rumsventilation, och att fläkt och fönster/dörröppning bör undvikas i 15 minuter efter spirometrin så att alla partiklarna hinner landa ner på en yta.

- Eftersträva att ha **tomma ytor** i rummet och **desinficera material och ytor** innan nästa patient tas in.

- **Pulverinhalator för beta-agonisten får ej återanvändas** i samband med reversibilitetstest. Patientens egen pulverinhalator kan med fördel användas; en pulverinhalator med snabbt verkande beta-agonist kan förskrivas till patienten före undersökningen och patienten medtar den sedan till spirometrin. Om mottagningen ska tillhandahålla beta-agonisten för reversibilitetstestet bör den administreras med en spray + spacer. Sprayflaskan och spaceren ska då rengöras på särskilt sätt (se t.ex. Region Stockholms dokument på www.naaka.se).

Spirometriundersökningen kommer att ta längre tid än tidigare, så räkna inte med ett "normalt flöde" av spirometripatienter i höst. En uppskattning kan vara 45–60 minuter per undersökning istället för det nuvarande 30–45.

Hur vi får till ett flöde och rutiner utifrån gemensamma riktlinjer lär vi se under det kommande året. Håll utkik hos ditt lokala kunskapscenter eller www.naaka.se.

Jäv: Erhållit arvoden från Medituner och AstraZeneca för medverkan i vetenskapliga referensgrupper; Boehringer Ingelheim, Novartis och AstraZeneca för utbildningsaktiviteter; Bonniers för granskning av faktatexter.



Hanna Sandelowsky

Ordförande i SFAM:s nätverk för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare (NAAKA) samt i styrgruppen för utbildningen i Nationellt Spirometrikörkort Capio Ringen Vårdcentral, Stockholm hanna.sandelowsky@ki.se

Länkar:

NAAKA = Nätverket för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare
www.naaka.se

Spirometriundersökning vuxen, SKR <https://skrplay.screen9.tv/media/9yAr0Xi9Ic4w3jXzwozOPg/spirometri-undersokning-vuxen>

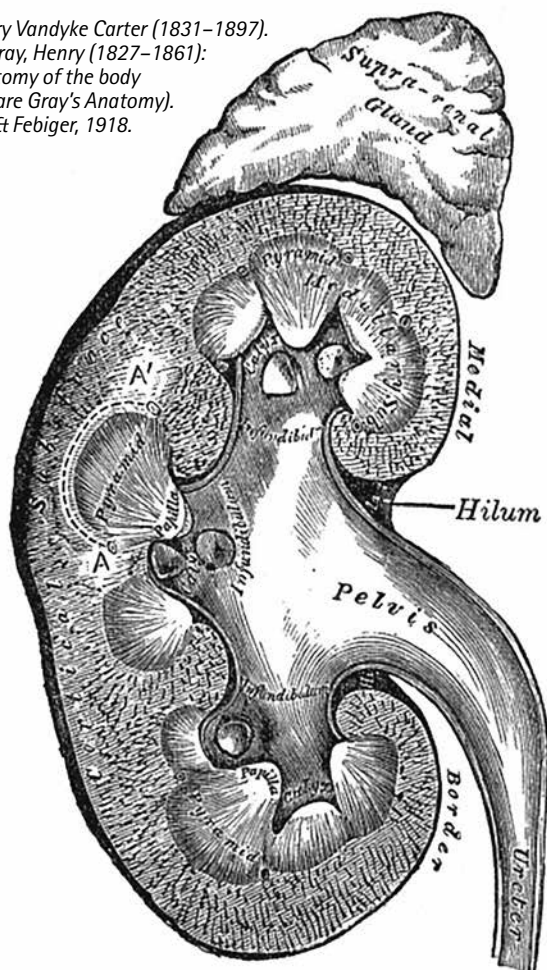
Kronisk och akut njursvikt är allmänläkarens ansvarsområde

Kronisk njursvikt, *chronic kidney disease* (CKD), är vanligt bland primärvårdens patienter. Det är primärvårdens läkare som skall utreda och diagnostisera CKD. Förhöjd glukosnivå och förhöjt blodtryck driver diabetespatienterna till CKD; här ligger primärvårdens främsta förbättringspotential inom njurmedicin. Fördjupning av njurmedicinsk kunskap leder till ökad förståelse också vad gäller diabetes typ 2 och hjärtsjukdomar, några av allmänmedicinens klassiska ansvarsområden.

CKD är till en början en dold diagnos. CKD3 ger sällan symptom och upptäcks vid årskontroller för hypertoni, diabetes typ 2, hjärtsjukdom och vid hälsokontroller. Många patienter hamnar dock i ett sluttande plan där eGFR vandrar nedåt till de symtomgivande stadierna CKD4 och CKD5, det senare kan kräva dialys eller transplantation. Prevalensen av CKD3 anses vara 5 % men diagnosgraden är lägre.

Av patienter med terminal njursvikt är det 30 % som bedöms ha hypertoni och/eller diabetes som bakomliggande faktor [1].

Henry Vandyke Carter (1831–1897).
Ur Gray, Henry (1827–1861):
Anatomy of the body
(senare Gray's Anatomy).
Lea & Febiger, 1918.



Det bör vara en stor motivator för oss i primärvården att få ned "vår" andel av de terminalt njursjuka eftersom vår andel till stora delar är behandlingsbar.

Sänk blodtrycket till målvärdet

Behandling av blodtryck till målvärdet är en viktig faktor för att förebygga och undvika försämring av njursjukdom. En patient med ett blodtryck 170/100 behöver två eller tre blodtrycksläkemedel som sätts in konsekutivt. Läkaren bör vara aktiv och motivera målvärdet. En patient som kan medverka själv bör få en skriftlig instruktion om hur hen kan höja ett läkemedel t.ex. en gång mellan läkarbesöken. Patienten får inte gå lång tid med högt blodtryck.

Hemblodtrycksmätare är viktiga instrument. Ta reda på när mätaren kalibrerades och vart man kan hänvisa patienten att kalibrera sin mätare.

Sköterskor och läkare bör samarbeta kring att en patient med ett svårt blodtryck kommer flera gånger under samma termin till vårdcentralen, tills målblodtrycket har nåtts.

Blodsockerkontroll

För patienter med diabetes typ 2 har många vårdcentraler årskontroller hos respektive läkare och diabetesköterska minst en gång per år. Trots det når många patienter inte åldersadekvata målvärden för HbA1c. De nya diabetesläkemedlen (GLP 1-analoger och SGLT2-hämmare) bör integreras i behandlingsarsenalen. Vid insulinhöjningar behöver man arbeta aktivt och tätt med patienten.

Diabetes typ 2-patienter har en kraftigt ökad risk för negativa kardiovaskulära händelser, två- till trefaldig ökning jämfört med patienter som inte har diabetes typ 2 [2]. Det finns ingen anledning att spara på läkemedel för dessa patienter. Det är viktigt att pressa patienter med diabetes typ 2 till överenskomna målvärden för blodtryck, HbA1c och lipider och att samtidigt arbeta med hälsosamma levnadsvanor.

Förfinad bestämning av GFR

Diagnosen CKD ställs vid eGFR < 60 ml/min vid två tillfällen med minst 3 månader emellan. Om patienten är yngre än 50 år så startar utredningen redan vid eGFR < 80 ml/min. Finner man avvikande värden på eGFR bör man direkt ta om eGFR Kreatinin, lägga till eGFR Cystatin C samt instruera patienten om två dagar utan kött eller motion före provtagning, för att minimera felvärden på P-Kreatinin (s.k. "kött- och motions-fasta").

Blir eGFR fortfarande < 80 ml/min för en ung patient bör man vara frikostig med ett Iohexolclearance, då eGFR Kreatininbaserat blir mer fel hos unga som har mer muskler. Iohexolclearance är en lågkontrastundersökning som görs på klin. kem lab och som ger oss det mest exakta värdet på GFR som vi kan få. Iohexolclearance har frikänt flera av de unga patienter

som jag har utrett. När en patient med eGFR Krea 60 ml/min och eGFR Cystatin C 80 ml/min har fått ett Iohexolclearance > 90 ml/min har utredningen kunnat avslutas. Minns att eGFR är ett uppskattat värde, efter en formel. Just nu kostar Iohexolclearance i Stockholm ca 1 400 SEK.

Lipidsänkare och pneumokockvaccin

Patienter med CKD har förhöjd risk för hjärtinfarkt. Lipidsänkare har visats minska incidensen av hjärtinfarkt hos dessa patienter [3]. Rekommendationen är att alla patienter > 50 år som får diagnosen CKD3–5 bör få lipidsänkare. Målvärdet är inte vetenskapligt bestämt, men eftersom dessa patienter är riskpatienter för hjärtkärlsjukdom torde det vara rimligt att lägga LDL åtminstone < 3. De bör också få pneumokockvaccin redan vid diagnos CKD3.

CKD spänner från symtomfrihet till besvärande symtom

Vid eGFR 58 ml/min får patienterna inga symtom av CKD3. Diagnosen "kronisk njursvikt" låter mer dramatisk än dess innehåll. När eGFR klättrar nedåt kommer patienten att få symtom, kanske redan vid eGFR < 45 ml/min (s.k. CKD3b). De främsta faktorerna som orsakar besvär är stigande urea som kan ge trötthet, minskad aptit och klåda; anemi pga erytropoetinbrist; acidosis p.g.a. retention av vätejoner vilket kan ge hyperkalemi; samt störning i kalcium- och fosfatbalans (försiktighet med kalktillskott).

Provtagningen vid årskontrollen vid CKD3 och eGFR < 60 ml/min är ej omfattande. Fler prover tas redan vid CKD3b, dvs. eGFR < 45 ml/min [4].

Albuminläckage är tecken på njurskada och skall behandlas

Albuminuri är en orsak till att eGFR ytterligare minskar och till ökad dödlighet [1]. Vid patienternas årskontroll för hypertoni och diabetes typ 2 skall U-Albumin/Kreatinin mätas. Den friska kvoten ligger på U-Alb/Krea < 3. När U-Alb/Krea stiger är det ett tecken på att njurarna släpper igenom protein och att njurarna inte mår bra.

Det som minskar U-Alb/Krea är sänkt blodtryck (vid albuminuri sänks målvärdet till < 130/80), sänkt blodsocker, utsättning av NSAID preparat samt insättning/höjning av RAAS-blockad, dvs. ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare (ARB). De senare läkemedlen minskar albuminuri i en effekt som är skild från den blodtryckssänkande effekten.

Höjningen av ACE-hämmare eller ARB skall göras stegvis eftersom dessa läkemedel kan orsaka akut njursvikt. T.ex. höj Enalapril 5 mg eller Candesartan 8 mg per 4 veckor, med kontroll av P-Krea en vecka efter läkemedelshöjningen. Är patienten ung, med friska njurar, kan det räcka med kontroll av P-Krea efter varannan höjning av ACE-hämmare/ARB och något snabbare höjningar av läkemedlet.

Region Stockholms vårdprogram Viss.nu, Njursvikt och Albuminuri, har en detaljerad beskrivning för utredning, diagnos och behandling av kronisk njursvikt.
<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Njurar-urogenital/Njursvikt-och-albuminuri/>

Definitioner:

CKD = Chronic Kidney Disease

eGFR = estimerad glomerulär filtrationshastighet

CKD stadium 1: eGFR >90 ml/min och njurskada (t.ex. albuminuri, cystinjurar)

CKD stadium 2: eGFR 60–89 ml/min och njurskada (t.ex. albuminuri, cystinjurar)

CKD stadium 3: eGFR 30–59 ml/min, provtaget två gånger med 3 månaders mellanrum

CKD stadium 4: eGFR 15–29 ml/min

CKD stadium 5: eGFR <15 ml/min

CKD 3–4 är de vanligaste formerna av CKD i primärvård

Akut njursvikt är ett akut primärvårdsärende

Akut njursvikt är inte vanligt bland alla vårdcentralens patientbesök, men det är en diagnos som vi inte får missa. Definitionen är en nyttillkommen njurskada med kraftig stegring av kreatinin och/eller försämring av urinproduktion inom timmar till dagar. Risken för patienten blir ansamling av kvävehaltiga metaboliter, metabol acidosis, hyperkalemi och/eller hyperfosfatemi.

Om patienten söker på vårdcentralen för illabefinnande – ta alltid ett P-Krea/eGFR Krea. Det ingår i det mest basala hälsostatus. Om P-Krea är förhöjt jämfört patientens basnivå så ta om P-Krea/eGFR om 1–2 dagar och ta en urinsticka samtidigt. Urinsticka är ett viktigt verktyg för att utvärdera mikrohematuri och mikroalbuminuri.

Nedanstående rekommendationer är tagna från Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd (NKK):

- Vid fortsatt högt eller stigande kreatinin (lågt eGFR): Kontakta njurmedicinskt specialiserad vård
- Värdera grad av albuminuri (U-albumin/U-kreatininkvot): Måttlig, kraftig eller mycket kraftig
- Mikroskopisk hematuri: Överväg inflammatorisk njursjukdom, vaskulit eller infektion.
- Makroskopisk hematuri: Överväg njur-, urinblåse- eller urinvägscancer.
- Missstänkt urinretention: Överväg kontroll med bladderscan eller tappning med kateter.

Jäv saknas.

Elisabeth Wolpert
SLSO Kista vårdcentral
elisabeth.wolpert@gmail.com



Referenser:

- Svenskt njurregister, årsrapport 2018. ISSN 2002-4584.
- Ralph A. DeFronzo. Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2017 Jul; 40(7): 813-820.
- Ferro CJ, Mark PB, Kanbay M, et al. Lipid management in patients with chronic kidney disease (published correction appears in Nat Rev Nephrol. 2019 Feb;15(2):121). *Nat Rev Nephrol.* 2018;14(12):727-749.
- Njursvikt och Albuminuri. Viss.nu. Hämtat 29.8.2020.

Hunden

Jag är på väg mot de östra förorterna där jag ska träffa min saxofondoktor, S. Instrumentfodralet har jag hängt på styret och cykeln står lutad mot en parksoffa ovanför en grönyta med en fotbollsplan i mitten. Jag har matsäck med mig. Det är coronatider, tidningarna är fulla av dödsannonser och litet längre bort sitter en kvinna och talar engagerat med någon i sina hörlurar. Jag uppfattar endast fragment av samtalet men det handlar om corona. I ett av husen här ovanför bodde jag som liten om somrarna hos mina morföräldrar. Jag blir full av minnen.

Jag höjer blicken litet och ser konturerna av äldreboendet bakom träden. Blixtnsabbt ser jag en scen träda fram ur skuggorna. Det är säkert trettio år sedan och jag är jour i hemsjukvården och har fått ett samtal. De vill att jag ska konstatera ett dödsfall på sjukhemmet. Detta var en ganska vanlig uppgift under dessa jourer och det var inte ovanligt att många hade avlidit ensamma, utan anhöriga, som idag under coronakrisen.

Jag beredde mig på ett liknande scenario då jag denna gång gick in på "hemmet". Sjuksköterskan berättade litet. Det var en man i 80-årsåldern som hade kommit med de andra flyktningarna undan kriget i hemlandet. Han hade varit snickare och hade vänner och familj här, han älskade hundar och hade varit i stort sett frisk men hastigt tacklat av och inte klarat sig hemma. Det var visst hjärtsvikt. Mot slutet hade det gått fort, och nu ikväll då hon gått in till honom låg han stilla i sängen, blek och kall och utan att andas. Sjuksköterskan insåg att akuta åtgärder varit meningslösa.

Då jag kommer är klockan strax efter tolv på natten. Man pekar på en dörr längst bort i korridoren. Jag går dit med min väska och knackar på. Långsamt öppnas dörren och en kvinna tittar ut. Jag förklarar vem jag är och hon släpper in mig.

Det är knäpptyst i rummet som är fullt av folk. Nära sängen sitter en gammal kvinna och håller den döde i handen. Det är hans hustru, får jag veta. Män, kvinnor och barn har trängt ihop sig på stolar och flera sitter på golvet. Alla tittar på mig, några talar svenska och översätter då jag presenterar mig. Den döde ligger mitt i sängen. Han har vitt hår och ett yvigt skägg. Ansiktet ser fridfullt ut och hans händer vilar på bröstet. Han är lång och kraftig.

Det enda som egentligen hörs i det tysta rummet är den snabba andhämtningen från en jättelik hund, kanske en sankt Bernhard, som ligger i sängen vid mannens fotända. Den har tjock vitgrå päls och tittar på mig med stora sorgsna ögon. När jag möter hundens blick hör jag hur flera i rummet suckar, någon reser sig upp och pekar och säger "det är hans hund, vet du, ingen kände honom så väl som hon". Jag går fram till mannen, hälsar på hustrun och utför min ritual inför publik. Kontrollerar att han inte andas, att hjärtat inte slår, att pupillerna inte reagerar på ljus.

Samtidigt känns det inte riktigt som att han är död. Alla dessa människor har ju känt honom, flera kanske i hela hans liv. Deras samlade tystnad blir plötsligt så påtaglig, han fortsätter att leva genom dem alla i en gemenskap, säkert fylld både av kärlek och konflikt men som leder honom vidare på nya stigar. Jag tycker plötsligt att mannen ser lurig ut och blinkar åt mig med ena ögat. Är han verkligen död?

"Vi vet aldrig
var döden väntar oss
– så låt oss vänta
den överallt."

Michel de Montaigne
1553–1592



Illustration: Annika Andén

Jag sitter tyst en stund och pratar sedan litet med hans hustru. Till sist tar jag farväl och bockar för alla i den stora församlingen. Det sista jag ser innan jag stänger dörren är hunden, som betraktar mig med sina stora ögon samtidigt som hon nästan lekfullt lägger huvudet på sned, till en hälsning.

Jag går ensam ut i den tomma korridoren.



Kristian Svenberg

Flyktingmedicinsk mottagning,
Regionhälsan, Göteborg
kristian.svenberg@vgregion.se

SFAM informerar

Mycket att lära på distans från WONCA

WONCA, allmänläkarnas internationella organisation, har så smått börjat med webinarier.

Följ utvecklingen!

<https://www.woncaeurope.org/m/events/webinars>

Annons

Remittera din patient till rätt undersökning

Röntgenundersökningar är ett viktigt diagnostiskt verktyg för att ställa rätt diagnos och behandla patienten men medför också att patienten utsätts för joniserande strålning som kan orsaka hälsoskada.

En medicinsk röntgenundersökning ska vara till nytta för patienten. Studier har visat att ett betydande antal röntgenundersökningar inte är nödvändiga och därför inte är till nytta för patienterna. Två av tio datortomografiundersökningar har varit oberättigade eller skulle utförts med någon annan metod.

De europeiska strålsäkerhetsmyndigheterna organiserade 2016 en gemensam tillsynsinsats med inriktning mot val av lämpliga radiologiska undersökningar. Slutsatserna visade på behovet av att öka medvetenheten inom sjukvården om lämplig användning av röntgenundersökningar.

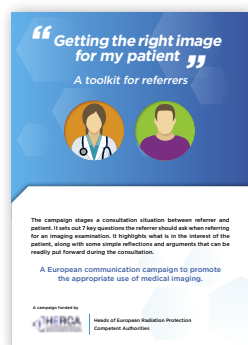
En ökad kunskap inom vården ger fördelar för patienten. Rätt diagnos ställs snabbare, rätt behandling kan påbörjas utan dröjsmål och de slipper genomgå onödiga undersökningar som inte tillför något.

Lagstiftningen på området har skärpts. Sedan den 1 januari 2020 ska vårdgivare som utför diagnostiska undersökningar tillhandahålla riktlinjer för remittering. Riktlinjerna ska vara ett stöd för dig vid remittering av dina patienter.

– Riktlinjerna ska underlätta för läkarna att välja rätt undersökning när de skriver remisser. Felaktiga remisser kan medföra att patienten utsätts för strålning helt i onödan, säger Anja Almén, utredare på Strålsäkerhetsmyndigheten.

Kampanj för ökad strålsäkerhet

I samband med den internationella radiologidagen den 8 november 2019 startade den europeiska samarbetsorganisationen HERCA (Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities) en kampanj *Getting the right image for my patient* för att minska antalet onödiga röntgenundersökningar. Kampanjen riktar sig till läkare i Europa som dagligen remitterar patienter till röntgenundersökningar.

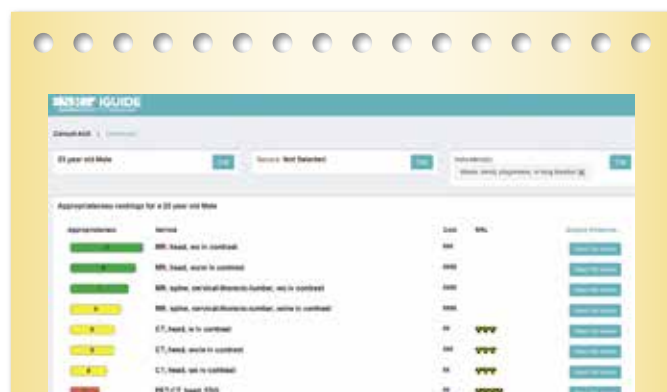


Kampanjmaterialet är en uppställning av sju viktiga frågor som läkaren bör ställa sig innan remiss till radiologiska undersökningar skrivs. Syftet med frågorna är att öka medvetenheten och kunskapen hos läkarna för att underlätta att välja den mest lämpliga röntgenundersökningen eller annan metod som MR eller ultraljud. Materialet kan också vara till hjälp i kommunikationen med patienten när det gäller undersökningen.

De nationella kampanjerna för att minska antalet onödiga röntgenundersökningar är anpassade efter nationella behov och bygger på det gemensamma grundmaterialet som har utvecklats av HERCA. I Sverige har vi valt att belysa frågan i ett avsnitt av Strålsäkerhetsmyndighetens podcast, Strålsäkert.

iGuide – ett hjälpmedel

För att minska antalet onödiga röntgenundersökningar har Strålsäkerhetsmyndigheten finansierat ett forskningsprojekt i Region Jönköpings län där man undersökt effekten av ett datoriserat beslutsstöd som integrerats i sjukvårdens remisshanteringssystem. Beslutsstödet ska göra det lättare för läkarna att välja rätt typ av undersökning och säkerställa att de patienter



iGuide nyttig i primärvården

Fyra vårdcentraler inom Bra Liv, Region Jönköpings län, har ingått i ett pilotprojekt där iGuide:s funktion och användbarhet utvärderats. En av dessa vårdcentraler är Tranås VC där undertecknad arbetar. iGuide utgör en bra funktion med tanke på de krav vi ställs inför angående strålskydd, bedömning av korrekta röntgenindikationer samt ekonomi.

Bra Liv har utbildat och delegerat till sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor att skriva röntgenremiss som del av utrednings- och jourarbete. Det har varit värdefullt med åsikter från de olika yrkeskategorierna.

Med iGuide drar man nytta av programmets automatiska funktioner för ett optimalt val av röntgenundersökning, baserat på patientsymtom och remisskrivarens frågeställning. Lägsta strålningsdos och kostnad redovisas enkelt.

Den vårdgivare som ändå har specifik önskan om val av undersökning ges möjlighet att motivera annan undersökning än vad iGuide rekommenderar.

Mats Osbeck
Utvecklingsledare & Läkarsstrateg
Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköping
mats.osbeck@rjl.se



som remitteras till en röntgenundersökning verkligen är i behov av det.

– Vi använder idag ett digitalt beslutsstöd iGuide. Utifrån den information som vi fyller i ger programmet olika poäng som ger en vägledning till om en röntgenundersökning är berättigad eller inte. Den ger också svar på vilken typ av undersökning som kan komma i fråga, säger Daniel Sjögren, läkare vid medicin- och geriatriska kliniken på Höglandssjukhuset i Eksjö.

iGuide är framtaget av den europeiska radiologföreningen (ESR). iGuide har i ovan nämnda projekt anpassats till svenska förhållanden. Framgångsfaktorn för dessa typer av beslutsstöd är att de integreras i vårdens IT-system så att remittenten inte upplever det som ett hinder utan som ett stöd.

Jäv saknas.

Torsten Cederlund

Chef för enheten för medicinska bestrålningar
Strålsäkerhetsmyndigheten
torsten.cederlund@ssm.se



Sju frågor

De sju frågorna som en remittent bör ställa sig innan hen remitterar till en radiologisk undersökning:

- Om jag redan har ställt en diagnos, vilket mervärde ger en radiologisk undersökning?
- Ska min patient genomgå ännu en radiologisk undersökning om hen har genomgått en nyligen?
- Ska jag remittera en patient till slätröntgen/ konventionell röntgenundersökning eller en CT-undersökning om det finns alternativ där man inte använder joniserande strålning?
- Är min patient medveten om att en CT-undersökning inte är helt riskfri?
- Hur kan jag säkerställa att min patient får genomgå den mest lämpliga radiologiska undersökningen?
- Varför är det viktigt att fråga om en patient kan vara gravid?
- Varför ska jag särskilt överväga om det är nödvändigt att remittera ett barn för en radiologisk undersökning?

Lyssna på podden!

Röntgen – nyttan måste överväga risken. Strålsäkert, Strålsäkerhetsmyndighetens podcast, <https://bit.ly/2tZuwCP>



HERCA:s webbplats, grundmateriet om kampanjen på engelska <https://bit.ly/2R1960B>



Covid-19-rehabilitering – en ny uppgift för primärvården

Coronapandemin ger hela tiden nya upptäckter. Länges låg uppmärksamheten på akutsjukhusen, som tagit hand om de sjukaste patienterna, samt äldreboendena, där dödligheten varit hög.

Primärvårdens insatser har inte belysts på samma sätt, trots att man fått lägga om sin verksamhet för att ta hand om de mindre sjuka. Nu rapporteras om långvarigt sjuka med förlängt vårdbehov hos patienter som ej krävt sjukhusvård. Behovet av rehabilitering börjar bli synligt. Många av de patienter som krävt sjukhusvård behöver långvarig multiprofessionell rehabilitering.

Vid ett webinarium med SFAM den 4 juni 2020 redogjordes för erfarenheter från primärvården [1].

Johanna Wallensten, specialist i allmänmedicin och rehabiliteringsmedicin, Akademiskt primärvårdscentrum i Region Stockholm, har frågat allmänläkare om deras erfarenheter. Många rapporterar att patienter som haft en klinisk covid-19-infektion men ej behövt sjukhusvård (och därför ej blivit virus-testade) kan ha långdragna symtom.

Vanliga symtom är orkeslöshet, febertoppar eller förhöjd

temperatur, försämrad kondition, andfäddhet, värk i muskler och leder, huvudvärk, hjärtklappning, bröstsmärta, hosta och halsont. Mer sällsynt är svullna händer och fötter, rodnader, hudutslag, stickningar, pinnringar och vikttnedgång. Symtomen är fluktuerande och relaterade till fysisk aktivitet.

Svårigheter som finns är dels att bedöma smittsamheten och dels att fastställa diagnos. Lång sjukfrånvaro och isolering kan medföra psykiska komplikationer. Arbetsgivare vill inte ha tillbaka misstänkt smittförande anställda.

Andra frågor som uppstått är om patienten får kroniska besvär, sjukskrivning eller ej, samt ökat vård- och rehabiliteringsbehov framöver.

I Spanien testades 70 000 personer som hade haft en misstänkt covid-19-infektion för IgG-antikroppar. Hos dem som haft lukt bortfall fanns antikroppar i 43 %, men hos övriga endast i 13 %. Orsakerna kan vara att testet är dåligt, att alla inte bildar IgG-antikroppar eller att covid-19 inte är så vanligt bland dem med symtom. Motsvarande tester hade ej gjorts i Sverige, och vi vet därför lite om förekomsten av covid-19 i befolkningen.

Kristian Borg, professor i rehabiliteringsmedicin vid Karolinska Institutet och Danderyds sjukhus, belyste behoven för dem som varit svårt sjuka i covid-19 [2]. Många tusen patienter hade skrivits ut från sjukhusen. Enbart två Stockholms sjukhus hade skrivit ut 4 000 patienter. Systematisk uppföljning saknas, men rehabiliteringsbehoven hamnar hos primärvården. Av de inlaggande är två tredjedelar i behov av motorisk rehabilitering, att lära sig gå igen. En tredjedel behöver kognitiv rehabilitering. Rehabilitering för arbetsåtergång måste vara multiprofessionell. Många patienter kommer att behöva en längre tids rehabilitering, och rehabilitering behövs på olika nivåer och av olika typer.

På Gröndals vårdcentral i Stockholm hade man gjort en sammanställning av sina trettio patienter med långdragna symtom. De har de symtom som rapporterats ovan. "Bröstmärta" utgörs snarast av trånghets känsla i övre delen av bröstkorget. Symtomen fluktuerar, och hög puls kan vara enda fyndet. Det rör sig om ett distinkt fysiskt tillstånd, inte bara ångest.

För de trettio patienterna finns en hög eller mycket hög klinisk misstanke på covid-19 infektion. Symtomdurationen är över fyra veckor, och man har letat efter andra diagnoser som skulle kunna förklara symtomen. Fyra hade positiv serologi för IgG-antikroppar.

Smittsamheten är en viktig fråga. Patienterna kommer till vårdcentralen först efter 2–3 veckor, och då är svaltest negativt. Hur smittsamma är dessa patienter med fluktuerande symtom? Dessa patienter bör ha god kontinuitet i vården, hos "sin egen" läkare, och för dem är "infektionsakuten" inte en bra vårdform.

Slutsatserna från denna sammanställning är att 2–4 % av patienter med covid-19-infektion får långdragna symtom. Det blir ett stort antal nya patienter på varje vårdcentral som behöver utredas för potentiellt allvarliga differentialdiagnoser. Vårdbehovet är stort. Kanske majoriteten av dem som haft lindrig sjukdom inte bildar IgG-antikroppar.

Hjälp från forskarna efterfrågas när det gäller smittsamhet, utredningsbehov, vilken plats serologi har i den här patientgruppen, behandlingsalternativ och även vilken information som ska ges till patienterna.

Kommentarer

Kontinuitet är en viktig faktor för dessa patienter. Patienten måste styras till samma läkare, och organisationen måste an-



Så hanterar du uttalad trötthet efter covid-19. Praktiska råd från Sveriges arbetsterapeuter till dig som vårdar dig själv i hemmet.

https://www.arbeterapeuterna.se/media/2824/saa-hantera-du-uttalad-troetthet-efter-covid-19_webben.pdf

passas. Om patienten sedan tidigare har en "egen" läkare är det denna som bäst kan avgöra vad som är vad i symtombilden.

Anpassad fysisk aktivitet är viktig under rehabiliteringsfasen. Patienterna ska inte uppmuntras till vila. Samtidigt kan vissa träningsbenägna patienter behöva uppmanas att lyssna på sin kropp.

Samtidigt som nya strukturer för rehabilitering byggs upp bör de användas för att kartlägga epidemin och dess långtidseffekter. Projektet på Gröndals vårdcentral visar att basal "gräv där du står"-forskning kan ge intressant information.

När detta läses har det gått fyra månader sedan webinarier. I coronaperspektiv är det en lång tid. Frågan har under denna tid belysts ytterligare, och troligen har nya kunskaper kommit.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Referenser:

1. SFAM lunchwebbinar: Covid-19 och långdragna förlopp 4.6.2020. Hämtat 7.6.2020. <https://www.youtube.com/watch?v=XvuqMoTLx4E>.
2. Behovet av rehabilitering måste mötas efter svår covid-19. Lakartidningen.se 2020-04-28 (uppdaterad 2020-05-06) <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/04/behovet-av-rehabilitering-maste-motas-efter-svar-covid-19/>.

SFAM informerar

AllmänMedicin finns som e-tidning och på Facebook!

I e-tidningen kan du lätt anpassa text och typsnitt för bästa läslighet.

Ladda ner appen Tidskriften AllmänMedicin eller gå in på hemsidan sfam.se/tidskriften.



På Facebooksidan "Tidskriften AllmänMedicin" kan du kommentera artiklarna.



Handen på hjärtat

Handen på hjärtat. Det är en gest jag kommer på mig med vid särskilda ögonblick i möten med människor som berättar något som berör mig starkt.

Eftersom jag har förmånen i mitt arbete som distriktsläkare att få lyssna på människors berättelser hela dagarna, så är det oftast på mottagningen det händer. Det kan vara något uppenbart svårhanterligt, som när någon har förlorat ett barn, eller bär med sig krigsupplevelser. Sådant som sägs i förtroende, med det outtalade avtalet att min skyldighet är att lyssna och ta till mig det som sägs. Då söker sig handen till bröstet, mot hjärtat, och trevar sig ibland uppåt halsgropen, och halsen som kanske har blivit röd.

Ibland är det något som vid första anblicken ter sig trivialt. Som hon som sökte tillsammans med sin man för rodnad i ögonvitan. En kärnbristning i ögat. Hon förklarade att hon visste att det bara var ett brustet blodkärl och inget vi skulle göra något åt. Men kom ändå, och det var något så viktigt att de tyckte att det var bäst att komma tillsammans. När de berättade – och jag förstod – att det röda ögat förde dem tillbaka till intensivvårdsavdelningen där hon legat ett drygt år tidigare efter en akut hjärnskada och var rödsprängd i ögonen, då sökte sig min hand mot bröstet så där. Hon hade haft en tung rehabiliteringstid och var nu nästan, men inte helt återställd.

"Hittills har min hand aldrig sökt sig mot hjärtat inför kryssen i rutorna på ett formulär."

Hon kom inte ihåg, men han beskrev hur han sett henne fjättrad av slangar och sladdar i sjuksängen. Hur det under många långa dagar hade varit osäkert om hon skulle överleva. Hur alla monitorer visat höga tryck, kanske blodtrycket, kanske också trycket i huvudet, han visste inte säkert. Men han såg att hennes ögon var rödsprängda. Som nu. Så kunde jag kanske mäta ett blodtryck också? Det kunde jag.

Och jag kunde lyssna på berättelsen. Lägga handen på hjärtat av tacksamhet för förtroendet, ta berättelsen till mig, och försöka greppa dess mening och relevans för dagens läkarbesök. Förstå något mer än vad som skulle framgått ur en triageringsalgoritm.

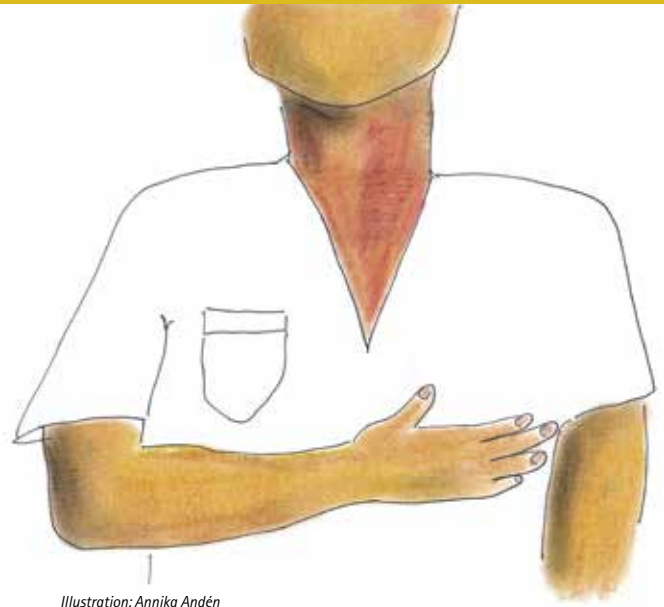


Illustration: Annika Andén

Jag tänker på systemen som allt mer börjar användas i primärvården: Collabodoc och Doctrin och andra frågeformulär som patienten får fylla i för att sorteras rätt – eller i alla fall sorteras – i sjukvårdsorganisationen. Svar som ges hemma via internet, på en pektdator i väntrummet, eller muntligt till en sjuksköterska per telefon, på frågor ställda enligt strikta beslutsstöd.

För den som lyckas ta sig in i sjukvården väntar nya formulär: livsstilsenkäter på väntrumsdatorn, symtomskattningsformulär – hur ont har du på en skala? Kartläggning av läkemedelsbiverkningar i PHASE-20 på sjukhemmet där den timvikarierande undersköterskan plikttröget har kryssat för så gott det går om patienten med demens och hjärtsvikt har förstoppning, smärta, oro, sömnsvårigheter, nedstämdhet, förvirring, yrsel eller hudutslag. PHQ-9, MADRS, HAD som ska ge mått på patientens nivå av "psykisk ohälsa", eller kanske sjukdom, eller är det lidande som ska fångas i kryssrutorna?

Hittills har min hand aldrig sökt sig mot hjärtat inför kryssen i rutorna på ett formulär.

Jäv saknas.

Josabeth Hultberg
VC Åby, Norrköping
josabeth.hultberg@gmail.com



Personer och händelser i texten är anonymiserade.
Texten är tidigare publicerad i Läkartidningen nr 37 2019.

SFAM informerar

Läkarorganisationer tar upp läkemedel och miljö

SFAM tillsammans med Läkare för Miljön och Läkarförbundet har tagit fram en liten skrift med handfasta råd om hur förskrivande läkare kan minska läkemedels effekter i miljön.

Broschyren kan laddas ner här: <https://slf.se/app/uploads/2020/01/lakemedel-och-miljo-2020.pdf>



Yoga – ett komplement till fysioterapi

Det ökade intresset för att förbättra hälsan med komplementära metoder är kanske en orsak till att antalet yoga-studier och yogautövare har ökat kontinuerligt under senare år. Utövandet av yogabaserade övningar har påvisats ha låga till måttliga effekter på olika sjukdomssymptom vid ett flertal olika sjukdomstillstånd, inklusive vid behandling av cancer.

De effekter som har rapporterats gäller hälsorelaterad livskvalitet, symtomhantering, välbefinnande, ökad fysisk funktion, hantering av stress, smärta samt effekt på mentala symptom. Olika komplementära metoder där yoga ingår kan ha mer eller mindre starka placebo- eller förväntanseffekter. Yoga kan företrädesvis användas som komplement till annan konventionell behandling för att förbättra upplevd hälsa och symptom.

Yoga kan rekommenderas till dem som vill öka fysisk funktion, förbättra livskvalitet och hälsa, minska upplevd stress och smärta, minska riskfaktorer vid hjärt- och kärlsjukdomar samt för hantering av symptom.

Vad är yoga?

Yogabaserade övningar är en form av ”mental” fysisk aktivitet. Yoga beskrivs i litteraturen som en kroppsorienterad form av medvetenhets- och självregleringsträning. De huvudsakliga komponenterna innefattar kroppsövningar, andningsövningar samt närvaroträning och avslappning.

Syftet med yoga är att sammankoppla närvaro/medvetenhet med andning och rörelse där proprioception och uppmärksamhet till inre kroppen (interoception) ingår. Interoceptionen är en central del i kroppsbaseade metoder.

Enligt äldre skrifter beskrivs yoga som ett system med olika förhållningssätt till omvärlden och sig själv, gällande livsstil och med tekniker för kropp och sinne, för att i åtta steg uppnå självförverkligande och meditation.

De flesta yogastilar i väst och i Sverige är baserade på Hatha-yoga som är en fysisk form. Andra former kan vara mer inriktade på meditation och andningsövningar.

Många yogaövningar utförs ofta statiskt (isometriskt) för att ge tid till reflektion. Övningar för patienter är ofta modifierade och med hjälpmedel som stolar, stöd av vägg, yogaklossar för

Detta är en kortfattad översikt av yoga och dess effekter.

En utförlig litteraturlista kan fås från författarna.

Läs mer på NIH:s hemsida News in Health.

<https://newsinhealth.nih.gov/search/site/yoga>

att avlasta armar samt kuddar. De vanligaste övningarna är stående halvmåne, katt/ko, broposition, balansövningar, liten solhalsning. Andra övningar förekommer som stående, sittande och liggande och de utförs både statiskt och dynamiskt med andningsreglering (bild 1). En allmän dosrekommendation är två till tre gånger per vecka, med 20–30 minuter per tillfälle.

Vad vet vi om effekterna av yoga?

Skaderisken vid yoga har inte påvisats vara högre jämfört med andra former av fysisk aktivitet. En sidoeffekt som rapporteras av vissa övningar (opublicerade data) är risken för ökad gastro-ösofagal reflux.

Översiktsstudier av kronisk, icke-specifik ländryggssmärta har visat små till måttliga förbättringar på fysisk funktion och smärta. Effekterna kan kvarstå upp till ett år efter behandling. Vid artros kan yoga minska smärta och stelhet och öka fysisk funktion och livskvalitet.

Yoga kan användas som ett led i återhämtningen under och efter cancerbehandling. Positiva effekter har setts på cancertrötthet (fatigue), kognitiv trötthet, hälsorelaterad livskvalitet, mentalt välbefinnande, sömn, ångest och smärta.

Blandade resultat rapporteras om effekten på blodtrycket. Yogaprogram som inkluderar både mental avslappning och andningsövningar tycks ge större effekt.

Hos KOL-patienter kan fysisk funktionsförmåga och lungfunktion förbättras av yoga, framför allt där andningsövningar ingår. Patienter med obstruktiva lungsjukdomar kan få ökad livskvalitet, minskad självskattad ansträngning och ökad självbemästrning.

Smärta, ångest och depression är de mentala ohälsotillstånd där yoga kan ge symtomlindring. Yoga kan användas i stresshanterande syfte med positiva effekter på kortisol, blodtryck och inflammationsmarkörer.

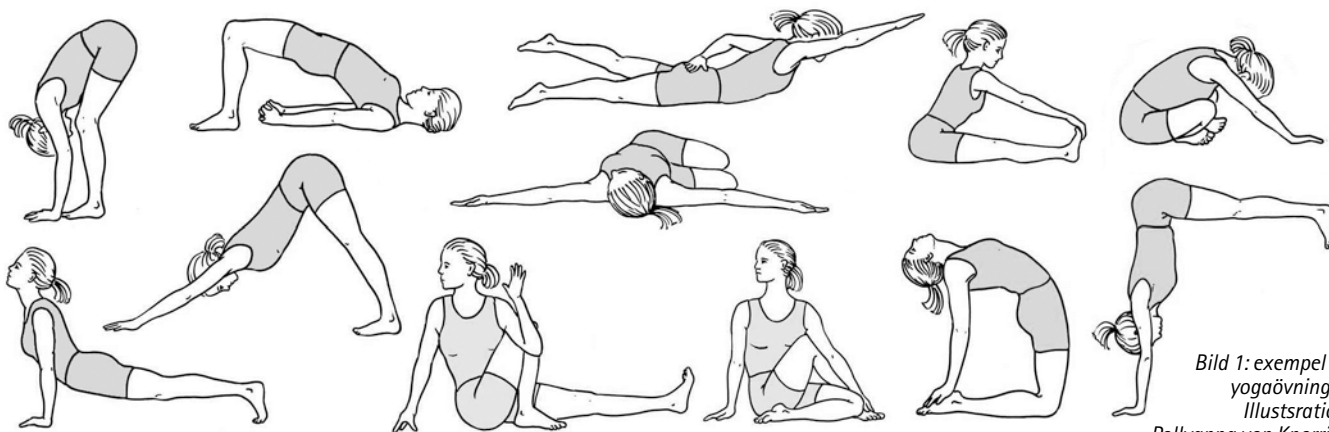


Bild 1: exempel på yogaövningar.
Illustration:
Pollyanna von Knorring

Yoga kan ge samma effekt som till exempel styrketräning och balansträning. Konditionen tränas dock inte så bra i yoga. Förbättrad fysisk funktion ses ofta med muskelstärkande övningar, rörlighet och balansförmåga. Andningskontrollen har en lugnande effekt på parasympatiska nervsystemet.

Yoga kan rekommenderas för förbättring av fysisk funktionsförmåga, hantering av symptom vid olika sjukdomstillstånd, stresshantering, mental hälsa och livskvalitet.

Författarnas erfarenheter

Författarnas egna erfarenheter (MP) är att deltagare i yogakurser beskriver ett mentalt lugn och en harmonisk känsla i kroppen som känns annorlunda än efter fysisk aktivitet.

De rapporterar ofta en ökad sömnkvalitet och mindre "ältan-de tankar". Ryggpatienter med smärta blir ofta bättre av att utföra roterande övningar (dvs. brösttryggen roterar synkroniserat med andningen) i olika kroppspositioner (framför allt stående) och finner dem smärtreducerande i några dagar. Mekanismen är troligen ökad fysisk funktion som ökad muskelstyrka och rörlighet framför allt i bålregionen.

I en publicerad kvalitativ studie av författarna rapporterar patienter med astma och KOL ökad ork som att de har lättare att gå uppför backar jämfört med innan de började med yoga. Även en ökad självbeträffningsförmåga som att de blev mer uppmärksamma på andningen och en förbättrad andningskontroll. Vissa rapporterar att de kunde minska på medicineringen. Mekanismen kan vara de djupa andetag som sker automatiskt vid utförandet av kroppsövningarna.

Yoga på recept och i FYSS

Yoga finns med på listan av olika typer av fysisk aktivitet på 1177 och i FYSS. I Fysisk aktivitet på recept (FaR®) ordinerar yoga av läkare, fysioterapeuter och sjuksköterskor.

Yoga finns på de flesta kommunala anläggningar, gym, simhallar, träningsanläggningar, vissa vårdcentraler och yogastudios.

Flera fysioterapeuter, sjuksköterskor och ett antal läkare undervisar i yoga. Nu finns även en poänggivande kurs på Karolinska Institutet "yogaträning som kompletterande behandling vid olika sjukdomstillstånd" (7,5 poäng) där majoriteten av deltagarna är vårdpersonal.

Jäv saknas. Marian Papp arbetar som kursledare och yogalärare/yogaterapeut.



Marian E. Papp
Med.dr, kursledare
marian.papp@ki.se



Per E. Wändell
Senior professor
Institutionen för neurobiologi,
vårdvetenskap och samhälle,
Sektionen för allmänmedicin och
primärvård, Karolinska Institutet

Prevention i primärvården kan minska kardiovaskulär död

Individ- och populationsinriktat preventivt arbete i primärvården startade på mindre orter som Habo, Strömstad och Norsjö. I Sollentuna har man visat att det är möjligt att implementera arbetssättet även i ett storstadsområde. 22 års uppföljning av det preventiva arbetet visade att risken att avlida i kardiovaskulär sjukdom minskat med 20 procent.

Snabb kunskapsutveckling

AllmänMedicin nummer 2-2020 bjöd som alltid på spännande och matnyttig läsning. Arbetet med levnadsvanor inom primärvården fick stort utrymme och belystes ur olika perspektiv.

Kunskapen om levnadsvanornas eller livsstilens betydelse för vår hälsa, och i synnerhet för vårt stora folkhälsoproblem kardiovaskulära sjukdomar, har ökat markant de senaste decennierna. Flertalet randomiserade kontrollerade studier visar att förändrade levnadsvanor och sjunkande nivåer av olika kardiovaskulära riskfaktorer leder till ett minskat insjuknande och en minskad dödlighet i kardiovaskulära sjukdomar liksom en lägre total dödlighet. Internationella och nationella dokument för att förebygga och behandla kardiovaskulära sjukdomar poängterar sedan lång tid tillbaka att levnadsvanearbete eller livsstilsförändring utgör basen.

Pionjärer i svensk primärvård

Många olika försök i Sverige samt runt om i världen har gjorts för att implementera preventiva arbetssätt i hälso- och sjukvården. Hälften av landets regioner erbjuder idag någon form av allmänna hälsokontroller. I svensk primärvård startade preventivt arbete i Norsjö i Västerbotten, i Habo i Jönköpings län samt i Strömstad i Västra Götaland redan i mitten på åttiotalet.

Nyligen publicerades resultat från ett individ- och populationsinriktat kardiovaskulärt preventionsprogram i primärvården i Sollentuna [1]. Preventionsprogrammet "En hjärte-



Sollentuna

Sollentuna är en av Stockholms norra kranskommuner och har vuxit snabbt de senaste decennierna. 1990 hade kommunen 50 000 invånare och idag 74 000. Befolkningstätheten är 1 400 invånare per kvadratkilometer. Drygt 30 % av invånarna har utländsk bakgrund, och utbildningsnivån är förhållandevis hög.

sak” startade 1988 och man började då oavsett kontaktorsak erbjuda besökare på de fyra vårdcentralerna i Sollentuna kommun en enkel gratis hälsokontroll med fokus på kardiovaskulära riskfaktorer. Längd, vikt, midjemått och blodtryck mättes och blodprov för kontroll av blodfetter togs. En enkel frågeenkät fylldes också i på plats på vårdcentralerna. Efter hälsokontrollen skedde en uppföljning hos ordinarie läkare eller sköterska. Riskindivider erhöll råd och stöd till förändrade levnadsvanor.

Stöd till beteendeförändring

Som stöd till beteendeförändring initierades ett samarbete med Korpen Sollentuna och remiss till motion (en föregångare till FaR, fysisk aktivitet på recept) användes flitigt. Efter tio år när aktiviteten var som högst fanns 27 olika motionsgrupper tillgängliga varje termin. En föreläsningsserie varje onsdag erbjöds deltagare och deras familjer under 17 år. Grupper för vikttnedgång, stresshantering och rökavvänjning erbjöds också och en dietist på halvtid anställdes. Under det första decenniet arrangerades också ett 70-tal möten med livsmedelsbutiker, föreningar, skolor, folktandvård, apotek m.fl. i kommunen för att informera om den nya preventiva satsningen och stimulera till olika hälsofrämjande samarbeten.

5 761 individer (medelålder 45,6 år +13,7) som registrerades i programmet mellan 1988 och 1993 (interventionsgruppen) har följts i svenska register under 22 år och jämförts på individnivå med en väl matchade referensgrupp från övriga kommuner i Stockholms län (1:6, 34 556 individer). Alla individerna följdes till och med december 2011.

I interventionsgruppen insjuknade 698 personer (12,1 %) i en första kardiovaskulär händelse och 4647 personer (13,4 %) i referensgruppen. 308 (5,3 %) respektive 2261 (6,5 %) personer avled i kardiovaskulära sjukdomar. Totalt avled 919 (16,5 %) respektive 6405 (18,6 %) personer under uppföljningstiden. Risken att insjukna i hjärtsjukdom var 12 % lägre i interventionsgruppen och risken att avlida i hjärtsjukdom 21 % lägre. Den totala mortaliteten var 17 % lägre i interventionsgruppen jämfört med i referensgruppen. Var god se figur 1, A-C.

Preventivt arbete i svensk primärvård fungerar och räddar liv

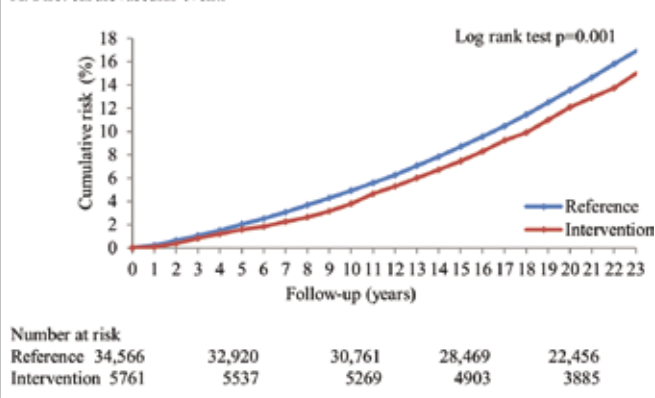
Sammantaget visar resultaten från Sollentuna, Västerbotten och Habo [1-3] att det finns svenska modeller som fungerar. Arbets-sätten skiljer sig något åt men likheterna är större än skillnaderna. De slutsatser vi drar från vår långtidsuppföljning i Sollentuna är att det var möjligt att implementera ett storskaligt individ- och populationsinriktat preventivt arbete i den kliniska vardagen i primärvården. Arbetet ledde till en lägre risk att insjukna och avlida i kardiovaskulära sjukdomar och även till en lägre total dödlighet. Uppskattningsvis har 175 dödsfall förhindrats eller senarelagts under observationstiden. Den svenska primärvården är väl utbyggd och har en bred kontaktyta mot befolkningen och det ger goda förutsättningar för preventiva insatser.

Jäv saknas.

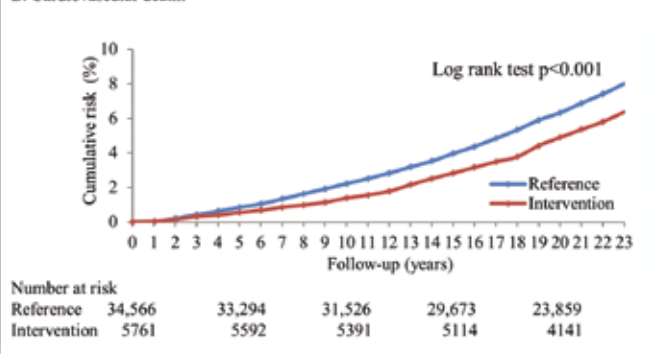
Mai-Lis Hellénus
Professor
Institutionen för medicin, Karolinska Institutet
mai-lis.hellenius@ki.se



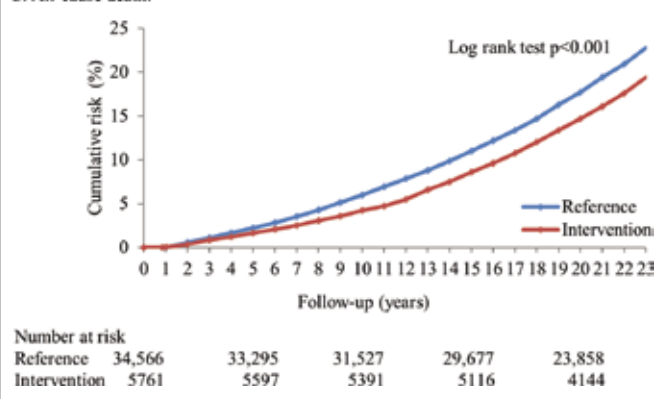
A. First cardiovascular event.



B. Cardiovascular death.



C. All-cause death.



Referenser:

1. Journath G, Hammar N, Vikström M, et al. A Swedish primary healthcare prevention programme focusing on promotion of physical activity and a healthy lifestyle reduced cardiovascular events and mortality: 22-year follow-up of 5761 study participants and a reference group (published online ahead of print, 2020 Jul 17). *Br J Sports Med*. 2020;bjsports-2019-101749. doi:10.1136/bjsports-2019-101749.
2. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009651. Published 2015 Dec 18. doi:10.1136/bmjopen-2015-009651.
3. Lingfors H, Persson LG. All-cause mortality among young men 24-26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study. *BMJ Open*. 2019;9(1):e022474. Published 2019 Jan 29.

Doktorn som inte ville bli patient

Första april och vintern rasar äntligen ut, Nöbbelövs mosse hemmavid torkar ut. Kanske dags för första riktiga joggingrundan för året efter vinterdvalan. Plockar fram älsklingsskor, joggingskor, jag köpte på rea i höstas och träningskläderna. Som jag längtat.

Litet stretching och försiktigt iväg, först snabb promenad, sedan lunktempo. Känns härligt, men får en konstig känsla: småont mellan skulderbladen. Suttit för mycket och fel vid skrivbordet? Eller är du verkligen i så dålig form? Börjar jogga igen, men det onda tar i – måste stanna, mjuka upp och sedan gå. Smärtan släpper: på igen. Samma stegrande smärta mellan skulderbladen. Saktar ner och går, släpper. Kortar ner min vanliga runda till hälften och går hem, hänger modfärdig in i kläderna. Så usel kondition vid sextiofyra.

En vecka senare sol och varmt och ny joggingrunda, med samma dystra resultat. Noterar nu att smärtan mellan skulderbladen är exakt samma smärta som den jag fått när jag skyndat till tåget med den ryggsäck jag fick i julklapp. Den som inte passar, utan ger ont i ryggen hur jag än släpper ut remmarna. Ligger längst in i klädkammaren. Beklagat mig för min fru på kvällen.

– Du började ju få hösnuva förra våren, säger hon. Det är säkert det igen. Prova litet nässpray ska du se att det går över.

Maj och jag cyklar ner till centrum. Står som vanligt upp i uppförsbacken till monumentet. Plötsligt ännu mer ont, men nu framtill i bröstet. Som ett band. Vad i ...?

Två cykelturer till i veckan, den sista tillsammans med min fru. Vi ska sjunga i domkyrkan tillsammans med vår besökande kör, nyss anländ från Barcelona. Orkar inte hålla hennes tempo, utan tvingas ge upp och gå sista metrarna av backen. Till och med en enkel kirurg börjar dunkelt ana att det inte är hösnuva. Men vi ska sjunga i domkyrkan nu och sedan umgås med gästkören under helgen.

Hemkomna från vår konsert förberedelser inför kvällens buffé och bäddar om för gästerna. Plockar undan vår påbörjade packning inför flyg- och musikalresan till London i övermorgon. Min frus 65-års-



dag och tillika present. Kirurghjärnan har sakta lagt ihop ett och ett.

Du har kanske instabil angina, eller rent av hjärtinfarkt?

Nej, inte jag och framför allt inte nu. Vi har inte tid. Först gästande kör att hysa och umgås med och i övermorgon flyg till London.

Måste trots allt testa den gnagande misstanken och går en kort, snabb promenad i den nu tjugogradiga värmen. Får ont i ett band tvärs över bröstet igen och tvingas stanna, böja mig framåt för att hämta andan, för att sedan sakta ta mig hem.

– Jag måste nog tyvärr åka till akuten, säger jag till min fru när jag kommit hem. Du får gå själv på körmiddagen i församlingshemmet i kväll.

– Vadå akuten? Och precis nu när vi har körgäster ända från Barcelona och jag har bakat en paj.

– Jag tror faktiskt jag kan ha fått en hjärtinfarkt.

– Du hjärtinfarkt? Du skämtar. Du som jobbar och joggar, inte röker och ingen i släkten som haft infarkt.

– Jag har ju berättat att jag fått ont i ryggen sista månaden jag försökt jogga och idag fick jag skitont mitt över bröstet i uppförsbacken till monumentet. Orkade inte med i ditt tempo. Jag vågar inte flyga till London utan att ha kollat. Men jag kan ta bussen till akuten.

Resten är historia – och visst körde min fru mig till akuten och visst var det instabil angina, som nu utvecklats till en mindre hjärtinfarkt. Halvakut kranskärlsröntgen dagen därpå visade en uttalad förträngning precis i början av den vänstra nedåstigande grenen av det vänstra kranskärlsträdet.

– Du hade tur som kom i tid, sade röntgenläkaren, när han ballongvidgade och stentade den täta förträngningen.

– Vi på röntgen brukar kalla stenoser just på den platsen för ”widow maker”, tillade han. Den har tagit livet av många män i din ålder genom att strypa blodtillförseln till huvudpumpen, vänster kammare.

Jag blundade och svalde: vad hade hänt om vi flugit till London i övermorgon som planerat?

Min gamle klinikchefs ord ringer i öronen: ”Varje patient som söker akut för smärta har alltid någon orsak till det onda. Det är din uppgift som läkare att ta reda på orsaken.”



Åke Lasson
Specialist i kirurgi
Lund
ake.lasson@gmail.com

Annons

Vem bryr sig?

– om allmänmedicin

Peter Olsson i Jokkmokk reflekterar

Min artikel "Rör inte mina levnadsvanor" [1] i förra numret av AllmänMedicin fick flera läsare att höra av sig med positiva tillrop och även längre reflektioner. Artikeln sändes vidare i olika nätverk.

Alla som kämpar med formuleringar vet hur *sällsynt* det är att man som skribent får respons på det mödosamt nedpräntade. Jag fick kanske femton mail från kända och okända. Låter kanske inte så mycket för de som räknar likes och följare på sociala medier som jag avstår ifrån. Vad var det man reagerade på?

Måste det vara koncentrerat och tillspetsat, eller precist och konstruktivt? Inte som denna text mer sökande?

Trots att jag genom åren har skrivit (för?) mycket har jag bara upplevt sådan respons en gång tidigare. "Nonsens i NDR, sluta med ranking och redovisa jäv" 2008 [2] fick uppmärksamhet på socialstyrelsen, och i följande nummer svarade styrgruppen och Kjell Asplund kommenterade.

Det som *förenar* artiklarna, om levnadsvanor och NDR, är att jag hade arbetat mycket med själva ämnena. Jag kunde många detaljer och hade övervägt synvinklar och inte minst det kritiska perspektivet.

Jag lär väl inte få något svar från dem som kritiseras i levnadsvanarbetet? De har sina resurser säkrade redan. Nu var väl inte min text heller så inbjudande till diskussion.

I samma nummer av AllmänMedicin finns fler mycket bra och välformulerade texter med skarp kritik av utvecklingen av mer eller mindre tvingande kunskapsstöd och standardiserade vårdförlopp.

Men *vem bryr sig* om allmänmedicinska synpunkter? Tyvärr är professionen också uppdelad i olika särintressen som speglas i olika råd och nätverk, även i SFAM.

Är utvecklingen obönhörlig, oberoende av våra invändningar?



Illustration: Annika Andén

Några oväntade reaktioner på en artikel i AllmänMedicin 2-2020 fick Peter Olsson att reflektera över om allmänmedicinska texter och synpunkter påverkar utvecklingen, med exempel från sina olika arbetsuppgifter genom åren.

Har till exempel alla inlägg och texter med krav på *jävsdeklarationer* haft någon som helst inverkan? Det borde vara ett minimikrav på författare till riktlinjer, rekommendationer och kunskapsstöd att öppet redovisa. Det rimliga vore förstås att jäv skulle diskvalificera deltagande, det gäller i alla andra sammanhang i samhället. Men korruptionen brer ut sig.

Jag har i sommar lyssnat på Bornemarks "det omätbaras renässans". Kommer hennes tankar att få något genomslag?

Jag är i slutet av mitt arbetsliv och funderar på om allmänmedicinen som vi sett den kommer att vara en *historisk parentes*. Trots alla tröttsamt återkommande utredningar och "satsningar".

Vem är det som bestämmer egentligen, vem bromsar och vem är det som skjuter på?

Är vi som är kritiska mot levnadsvanearbete i majoritet, och ska politiker eller projektledare styra vårt arbete i minsta detalj?

När jag var *regionchefsläkare* (då var "region" en del av landstinget) fick vi som läkare när vi såg dagordningen till möten välja ut kanske två av tio punkter där vi skulle välja att protestera mot allt tokigt och feltänkt.

När jag avgick föreslog jag att den administrativa nivån skulle läggas ned, det skulle inte märkas i själva verksamheten.

Som *studierektor* i allmänmedicin i många år, för övrigt en mycket givande uppgift med många fina kolleger, såg jag en tilltagande byråkratisering och intygskrav i det oändliga. Protester hjälpte föga och utvecklingen fortgår.

Avslutningsvis skulle jag bland olika arbetsuppgifter i mitt yrkesliv vilja lyfta fram *biståndsarbetet*. Visst har jag varit kritisk mot "Läkare utan gränser", men där finns ändå en flexibilitet och öppenhet för diskussion och förändring. Aktuella exempel är självkritik i både hur lokalanställda hanteras och framställningen av hur de hjälpbehövande presenteras i följderna av "black lives matter"-rörelsen.



Peter Olsson
Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com

Referenser:

1. Olsson P. Rör inte mina levnadsvanor. AllmänMedicin 2020;2:38-9 <https://allmanmedicin.sfam.se/1919/AllmanMedicin/304347/Nr-2-2020/13713865/Ror-inte-mina-levnadsvanor>.
2. Olsson P. Nonsens i NDR, sluta med ranking och redovisa jäv. AllmänMedicin 2008;4:26-7) <https://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1454676201/tidskriften/nv0hfoktepvqlapvmjk.pdf>.

Dags för kommunalt anställda läkare?

Äldrevårdens bemanning och kompetens kommer att granskas. Den kommunala sjukvården står idag för drygt 25 % av sjukvårdens kostnader, och i äldreboenden finns de mest multisjuka människorna idag.

Det är läge att lyfta fram frågan om läkare anställda i kommunerna. Idag finns läkarmedverkan vid äldreboenden i form av avtal mellan kommun och region. Läkarna har ställning som konsulter, dvs. de kommer när någon frågar. Mig veterligt finns ingen medicinskt ansvarig läkare i någon kommun.

Historik

Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna fick ansvar för medicinska insatser och personal i särskilda boenden och i dagverksamheter, med undantag för läkarinsatser. Ansvarigt statsråd var socialminister Bengt Lindqvist. I propositionen motiverade han att läkarinsatserna skulle vara kvar i landstinget så här:

"Enligt min mening är det angeläget att undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och övrig biträdespersonal integreras i den kommunala organisationen. Det är samtidigt viktigt att insatserna från läkare görs tillgängliga och dimensioneras så att människorna som bor i särskilda boendeformer kan få den läkarhjälp de behöver. Även om läkarmedverkan har stor betydelse i vårdarbetet så är dessa insatser tidsmässigt i allmänhet en liten del av det samlade service-och vårdarbetet. Med utgångspunkt i de motiv som ligger till grund för denna reform ser jag inte skäl att ge kommunerna ett ansvar för sådan hälso-och sjukvård som meddelas av läkare. Jag ser det som naturligt att läkarinsatserna hålls samman i primärvården."

Innan Äldrelegationens förslag skulle komma i månads-skiftet mars/april 1989 skrevs följande i en ledare i sjuksköterskornas tidning Vårdfacket 5/89:

"SHSTF har utvecklat sitt synsätt: förutsättningarna för ett lyckat resultat är att sjuksköterskorna och distriktssköterskorna finns anställda inom äldrevården – inte får rollen som konsulter. De utgör grundförutsättningen för att god omvårdnad ska kunna utvecklas och genom att arbeta i laget och bidra med sina kunskaper höjer de kompetensen hos sjukvårdsbiträden och undersköterskor. ... Avsaknaden av förslag om att även läkarna ska integreras utgör förutsättningen för att sjuksköterskornas självständiga yrkesfunktion ska bli påtaglig och erkänd."

Socialminister Bengt Lindqvists memoarer kom 2012 med rubriken "Blindstyret". I ett avsnitt om äldrepolitiken beskriver han hur det gick till när vi fick den konstruktion vi nu har.

När det gällde fördelning av ansvar mellan kommuner och landsting fanns inte meningsskiljaktigheter på traditionellt sätt mellan politiska partier eller block utan det var mellan dem som representerade kommun eller landsting. För Socialdepartementet och kommunerna var det naturligt att tänka sig att det skulle finnas läkare i kommunerna, framförallt med geriatrisk kompetens. Detta blockerades helt av företrädarna för landstingen.

Kompromissen blev att kommunerna i lag skulle ha MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), som fick ansvaret att kalla in läkare när man bedömde att det behövdes. Bengt Lindqvist avslutade detta avsnitt med *"jag bedömer för övrigt att den här frågan kommer att bli aktuell på nytt under 2010-talet"*. I de stora utredningar som har kommit på senare år har frågan delvis varit uppe.

"Hur mycket hänsyn tas i ett biståndsbeslut till en individs medicinska förhållanden?"

Tankar för framtiden

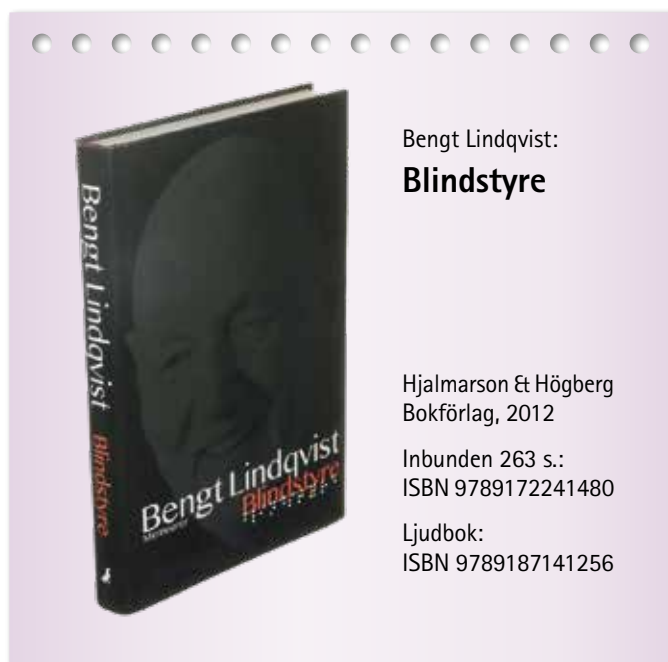
När nu äldrevården och dess framtid har kommit i fokus kan det vara läge att ta upp frågan om läkarmedverkan i en kommuns ledningsfunktion.

En läkare i en kommuns ledningsfunktion skulle kunna benämnas MAL, medicinskt ansvarig läkare, eller kanske chefsläkare för kommunal sjukvård för att matcha den slutna vårdens chefsläkare. Vilka arbetsuppgifter skulle en sådan läkare ägna sig åt?

Avtal med regionen: En uppgift är deltagande i de avtal en kommun har med regionen för läkarmedverkan på ett äldreboende och i hemsjukvård. Framförallt är en uppföljning av det som finns skrivet i ett avtal väsentligt. En viktig del är tiden som är rimlig för att klara av en god medicinsk kvalitet i relation till hur många äldre som bor på ett äldreboende. Multisjuka med många mediciner och svåra avvägningar kräver tid, anhöriga skall informeras och förberedelser för hur försämringar skall hanteras för att undvika förflyttning till akutmottagning.

Fortbildning: Ett viktigt ansvarsområde skulle vara regelbunden fortbildning inom aktuella områden för läkare som har tillsyn vid äldreboenden och, tillsammans med MAS, ansvar för fortbildning för sjuksköterskor och undersköterskor. Detta skulle innebära en medicinsk kompetens som håller över tiden.

SFAM initierade i mitten på 1990-talet ett utbildningsprogram, som innehöll bl.a. individuella utbildningsplaner och utbildningsgrupper (FQ). Detta är ett utbildningskoncept väl värt att finnas specifikt i äldrevården, där läkare på äldreboenden är ensamma i sin gärning samtidigt som äldrevården är full av etiska frågeställningar.



Bengt Lindqvist:
Blindstyre

Hjalmarsen & Högborg
Bokförlag, 2012

Inbunden 263 s.:
ISBN 9789172241480

Ljudbok:
ISBN 9789187141256

Kvaliteten på läkararbetet: En kommun äger idag rätt att själv rekrytera läkare på regionens bekostnad om man inte ser förbättring efter att ha påtalat brister. Hur ofta har detta skett? Det är en grannliga uppgift. Vem gör den idag? En MAL kan ha ansvar för att bedöma kvaliteten av läkarnas arbete och vid behov ta upp en diskussion med vederbörande. Om ingen förbättring tas frågan upp med regionen om byte.

Läkemedelsanvändning: Ett stort och viktigt område som rymmer många uppgifter, där samarbete bör ske med MAS, apotekare och läkemedelskommitté.

Medicinsk utveckling: Ansvar för att följa den medicinska utvecklingen, medverka till att införa metoder för nära diagnostik och behandling, och se till att det finns fungerande tillsyn för

utrustningen. Här ingår att följa den medicinska utvecklingen på de kliniker på närmaste sjukhus dit remisser skrives. Det dubbla huvudmannaskapet kan här innebära problem. Ansvar och kostnaden för sjuksköterskornas arbete ligger hos kommunen, men om läkare ordinerar hamnar ansvaret och kostnader hos regionen.

Myndighetskontakter: Delta i bedömning av eventuell Lex Maria anmälan och kontakter med IVO. Följa Socialstyrelsens skrivelser av olika slag. Kontakt med Smittskyddsläkaren som är länk till Smittskyddsmyndigheten.

Det går säkert att hitta ytterligare viktiga områden för en läkare i kommunens ledning. Finns det idag en obalans i diskussionerna mellan region och kommun, där regionerna är starka med läkarkompetens medan kommunerna saknar detta i sin ledning? Kan den aktuella frågan om syrgas på äldreboenden vara ett exempel?

En annan aspekt är om kommunerna i sin organisation skall ha anställda läkare som sköter sjukvården i äldreboenden. Utan tvekan behövs en starkare medicinsk inriktning inom en kommuns socialtjänst eller omvårdnadsförvaltning, som ansvarar för de mest sjuka äldre. Hur mycket hänsyn tas i ett biståndsbeslut till en individs medicinska förhållanden?

När Sverige hade folkhälsosjukdomar på 1900-talet byggdes det sanatorier och epidemisjukhus men på 2000-talet när multistjuka-sköra äldre dominerar rustas geriatriken ner och finns punktvis kvar i landet. Hur har det kunnat bli så?

Jäv saknas.



Bo Bergstad

Allmänläkare i ca 40 år
Gävle
abbergstad@gmail.com

Doktor Glad: Vi vill pitcha en affärsidé, ok?

Problem: Många ouppklarade brott, långa utredningstider, arga och ledsna brottsoffer.

Lösning: Digitaliserade distanspolis! Vi ger maximal tillgänglighet till kvalificerade polistjänster genom ett enkelt mail eller videosamtal.

Brott som vi utreder: Förolämpning, snatteri, nedskräpning, förgelseväckande beteende, fyndförseelse. Vi räknar således med att klara minst 60 % av allt polisarbete som idag sker på en fysisk polisstation.



Genom att låta poliser som i vanliga fall arbetar med högprioriterade brott jobba hos oss istället avlastar vi den vanliga fysiska polisen som får möjlighet att ägna sig åt tyngre ärenden!

För varje snatteri- och nedskräpningsärende vi tar emot debiterar vi polisbudgeten ENDAST HÄLFTEN av vad en genomsnittlig mordutredning kostar!

Ren vinst för samhället!
Deal?

Doktor Glad
Konsult i ehälsöfrågor
Doktor Glad AB
doktorgladab@gmail.com



Kommentarer:

– Genialt! Och om poliserna, mot förmodan, inte räcker till så kan de fysiska stationerna ju alltid anlita Rent-A-Cop AB under tillfälliga toppar i belastningen.

– Tack @dokor_glad för att ni vidareutvecklade idén. Vi borde raskt lösa problemen för armén också – där skulle vi dessutom lösa ett arbetsmiljöproblem genom att soldaten slipper ev. beskjutning.

– Bör inte det också kompletteras med privata polisförsäkringar? Om man verkligen behöver en fysisk polis får man det, bara man betalar lite extra?

Heidi Stensmyren, avgående förbundsordförande:

"Jobbet är som ett maraton, man måste vara uthållig"

Heidi Stensmyren har varit Läkarförbundets ordförande sedan 2014. I november 2020 avgår hon. Som förbundsordförande har hon varit en sann allmänläkarvän som målmedvetet kämpat för att stärka primärvården. Uthållighet och resultatintention verkar ligga i generna, hon har anvisat nya vägar för förbundet och har numera en given plats på sjukvårdsarenan. I den här intervjun reflekterar hon över sin ordföranderoll, fast läkare och fortbildning.

När AllmänMedicin fick en intervju med Heidi Stensmyren i Almedalen sommaren 2014 var hon ny som ordförande. Sedan dess har det hänt en hel del. Nyttillkomna utredningar om effektiv och nära vård, ändrad grundutbildning och bastjänstgöring. Och i år är det coronapandemi och inställd Almedalsvecka. Därför får intervjun denna gång göras på distans.

Coronapandemin har haft stor inverkan på Läkarförbundets arbete, särskilt på planeringen av avtalsrörelsen och fackförbundsarbetet. Som narkosläkare har Heidi Stensmyren också ryckt in och jobbat kliniskt och har med egna ögon sett vad en pandemi kan ställa till med. Och trots alla ifrågasättanden av Folkhälsomyndigheten tycker hon att de har gjort ett bra jobb.

– De ser till hela befolkningen, inte bara ur smittskyddssynpunkt, utan också ur ett socialt perspektiv. Jag tycker att de har varit ödmjuka i sin framtoning när det saknats fakta att gå efter. Tyvärr tenderar media att blåsa upp till konflikt så fort vetenskapliga fakta inte är samstämmiga.

Framgångsrik strategi

Den gången när fullmäktigemötet gjorde klart att Heidi Stensmyren hade valts till ordförande fick hon applåder och alla såg

hur sprudlande glad hon blev. Och den entusiasmen har hållit i sig, inte minst för förbundets hjärtefråga: ett ökat professionellt inflytande i hälso- och sjukvården. I sex år har hon synts på tv, mött politiker och deltagit i debatter, seminarier och workshops, inte minst i Almedalen.

Primärvården har länge varit en prioriterad fråga för förbundet, och kravet på en reform med fast läkare och listtak har Heidi Stensmyren drivit hårt – ända in i kaklet. Detta parallellt med det fackliga arbetet, krav på bättre fortbildning och åtgärder mot vårdplatsbristen.

"Hur länge har vi inte talat om att förstärka primärvården? Ändå har vi inte gått iland med det. Det känns tungt."

Om det är något Heidi Stensmyren är särskilt nöjd med under sitt ordförandeskap, så är det att ha medverkat till ett mer synligt Läkarförbund, och hon är stolt över påverkansarbetet i samband med januariöverenskommelsen. Det är viktigt, menar hon, att bilden av läkaryrket sprids och att den stämmer med verkligheten. Bland annat lyckades hon ta död på myten om läkarnas "guldkantade" jour och beredskap. Det har tagits fram information, byggd på läkares egna bilder och berättelser, det har skrivits krönikor, intervjuats och man har producerat filmer. Den strategin har varit framgångsrik, enligt Heidi Stensmyren.

Om arbetsglädje

Arbetsglädje måste finnas om man ska vara uthållig i jobbet. Att förbundet ökat medlemsantalet från 47 000 till 55 000 under Heidi Stensmyrens ordförandeskap är visserligen en fjäder i hatten, men glädjen när hon får återkoppling från medlemmar är ännu större.

– Jag blir jätteglad när kollegor hör av sig och berättar om sin gärning. Vi kämpar hårt för att läkare ska ta på sig fler uppdrag, och när någon gjort det, och gjort det bra, blir jag glad och stolt.

Det blåser på toppen

Som ledare måste man vara beredd på kritik. Medier har påstått att det funnits personalproblem på förbundet och kritiserat konferensresor och managementutbildningar. Drevet började gå, men tystnade ganska fort efter några tillrättalägganden. Det som känts verkligt tungt i ordförandeskapet är inte påhopp, utan den otålighet hon känner när strukturella förändringar är på gång men inget händer.



Heidi Stensmyren vid renoveringen av Läkarförbundets hus på Villagatan 5 i Stockholm.

– Trots att alla verkar vara överens rör det sig ibland väldigt långsamt framåt. Hur länge har vi inte talat om att förstärka primärvården? Ändå har vi inte gått iland med det. Det känns tungt.

Fast läkare och listtak

Vi kommer osökt in på primärvårdsreformen. Läkarförbundet vill införa fast läkare och listtak. Har Läkarförbundet lyckats?

– Ja, det tycker jag. Vi har inte nått ända fram, men vi är på god väg, och självklart ska vi fortsätta.

Men hur kommer det sig att det inte hänt något, trots att två tunga utredningar betonar vikten av kontinuitet och fast patient-läkarrelation?

– Jag tror det beror på att krisen inte är tillräckligt allvarlig. Problemet med tillgänglighet och kontinuitet finns, men är inte djupt nog. Och det finns alltid ett inbyggt motstånd mot stora strukturella förändringar.

Vad beror motståndet på? Fega politiker? Bristande vilja?

– Jag har mött många duktiga politiker men dom behöver profilera sig. Sjukvård är en samhällsfråga som angår oss alla, men den är för politiserad. Den är en arena för politiska och ideologiska skiljelinjer och då finns det incitament att inte komma överens utan i stället positionera sig.

Jag påminner om att det funnits ett motstånd inom förbundet också. På nittioalet fanns primärvården knappt på kartan. Finns det något internt motstånd idag?

– Nej, jag uppfattar att det råder konsensus och enighet när det gäller förbundets positiva primärvårdslinje.

Fortbildning och kunskapsstyrning

I många andra länder är läkarnas fortbildning reglerad, varför inte i Sverige? Heidi Stensmyren anser att staten borde stå för kostnaden.

– Sverige har en hög självbild när det gäller forskning och sjukvård. Det gör att man inte uppmärksammar problemen med bristande fortbildning. En reglering av Socialstyrelsen, skulle leda till säkrad fortbildning, men även till ökade kostnader för regionerna, vilket inte är så populärt. Tyvärr är detta ekonomiska argument kontraproduktivt, eftersom vi vet att det uppstår många negativa effekter av försummad fortbildning.

"Den (sjukvården) är en arena för politiska och ideologiska skiljelinjer och därmed finns incitament att inte komma överens utan i stället positionera sig."

Vem anser du bör ha ansvaret för fortbildningens finansiering?

– Staten. Idag överförs stora summor från statskassan till regionerna för olika ändamål. Det rimliga är att staten även tar kostnaden för fortbildning. Då skulle den synliggöras, vården bli effektivare och regionens kostnader minska på längre sikt.

Hur ska man då se på det system för kunskapsstyrning och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp som nu är på



Heidi Stensmyren

Yrke: Specialist i anesthesi- och intensivvård.

Bor: Stocksund, Stockholm

Ålder: 47 år

Familj: Gift, två döttrar 10 och 16 år och tre vuxna bonusdöttrar

Uppdrag (urval):

- Ordförande för Sveriges läkarförbund sedan 2014
- 2017-2019 varit ordförande för Världsläkarorganisationen, WMA, "Medical Ethics Committee"
- Sitter i SACO:s och Folksam:s styrelser, SBU:s nämnd, i stiftelsen Forska!Sverige och i regeringens expertgrupp för Life Science
- Tidigare varit ordförande för Sveriges Yngre Läkarens Förening (SYLF) och för Stockholms läkarförening
- Nominerad till ordförandeposten i World Medical Association (WMA) 2021

gång? Var finns fortbildningen? Blir vården bättre och mer likvärdig?

– Jag kan tycka att det är både bra och dåligt. Det är alltid bra med initiativ som syftar till förbättrad vård. Men det finns en risk att byråkratin tar över och att alstren inte uppdateras snabbt nog. Om systemet för kunskapsstyrning blir en tillgång eller ej beror i sista hand på hur det används.

SFAM får ett gott betyg

I Almedalen 2014 fick Heidi Stensmyren frågan om vad hon tänker om SFAM. Hon svarade: *"Jag tänker att det är en väldigt aktiv förening med uttalad attityd. Men framförallt tänker jag fortbildning."*

Det är ett gott betyg. Men SFAM har idag knappt 2 000 medlemmar, betydligt mindre än hälften av landets ST- och kliniskt verksamma allmänläkare. I Norge är det annorlunda. Nio av tio allmänläkare är medlemmar i Norsk forening for allmennmedisin (NFA), motsvarigheten till SFAM. Och för

norska ST-läkare är medlemskap obligatoriskt. Varför medlemsantalet för SFAM inte ligger i nivå med det norska har Heidi Stensmyren inget svar på.

– Jag vet inte. En orsak kan vara att Norge har ett nationellt reglerat system med krav på kompetensutveckling där SFAM:s motsvarighet har en formaliserad roll, vilket nog kan ha betydelse.

"Det rimliga är att staten även tar kostnaden för fortbildning."

Ordförandejobbet – ett maratonlopp

Hemligheten bakom den närmast outtömliga energin är att hon är uthållig som få. Så här uttrycker hon sig i en intervju i Dagens Nyheter: *"Jag är inte explosiv som en sprinter, jag är en långdistanslöpare. Jag är uthållig och ger mig inte. Jag håller på ända tills jag får till det jag har tänkt."*

Heidi Stensmyren har aldrig varit trött på att kämpa eller känt uppgivenhet i rollen som ledare. Och det gäller att se det positiva.

– Jag är bra på att fira våra framgångar, dom ger mig stimulans.

Hon jämför påfrestningarna i ordförandejobbet med ett maratonlopp, vilket är logiskt eftersom hon löptränar dagligen och har deltagit i många maratonlopp.

– När mjölksyran kommer så gör det så ont så att man vill lägga av. Men då brukar jag tänka på att det kanske gör ännu ondare för de andra!

Och slutligen, vad blir det för jobb härnäst?

– Vet inte. För att vara ordförande måste man vara engagerad och jag känner att jag har gjort mitt uppdrag för Läkarförbundet. Då ska man släppa taget. Troligtvis kommer jag att ägna mig åt något operativt ledningsuppdrag i framtiden. Och just nu kandiderar jag till ordförande för World Medical Association, WMA 2021.

Jäv saknas.

Gösta Eliasson
Redaktör för AllmänMedicin
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Anhörigas insatser till äldre är omfattande

SNAC-projektet (Swedish national study on aging and care) är en omfattande longitudinell populationsbaserad kohortstudie som startade 2000, bland annat på initiativ av och med ekonomiskt stöd från Socialdepartementet. Syftet med SNAC är att skapa förutsättningar för forskning och analys av olika frågor kring åldrandet, sjukdomsutveckling och uppkomsten av vårdbehov hos de äldre för att ge underlag till hur vård och omsorg skall planeras. SNAC har resulterat i ett flertal doktorsavhandlingar och vetenskapliga artiklar.

SNAC genomförs i fyra områden i Sverige:

- Nordanstig i Hälsingland (ansvarig: allmänläkaren och professor emeritus Anders Wimo,
- Kungsholmen i Stockholm (ansvarig neurologen och professor Laura Fratiglioni),
- Karlskrona i Blekinge (ansvarig allmänläkaren och professor Johan Sanmartin Berglund),
- Fem kommuner i Skåne (ansvarig geriatrikern och professor Sölve Elmståhl).

Tidigare har man från SNAC bland annat publicerat en rapport om prevalensutvecklingen av demens i Sverige. I den senaste rapporten har samspelet mellan informell och formell vård och omsorg hos hemmaboende personer 80 år och äldre analyserats. Rapporten "Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende – förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet" visar att de anhörigas insatser är 1,9–4,4 gånger mer omfattande än den formella insatserna i form av hemtjänst.

Jäv saknas för denna rapport.

Anders Wimo
Professor emeritus
Sektionen för Neurogeriatrik, Karolinska
Institutet
anders.wimo@ki.se



Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende
– förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet

Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende – förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet. SNAC 2020.

Laddas ner via
www.snac.org eller
www.snacnordanstig.se

Annons

Tobias Alfvén: Samverkan stärker vår profession!

Svenska Läkaresällskapet har luft under vingarna. Nu genomförs en historisk reform där många sektioner blir medlemsföreningar. Borta är den tidigare bilden av ett konservativt sällskap för Stockholmsläkare. Barnläkaren Tobias Alfvén är ny på ordförandeposten och vill se mer samverkan mellan olika specialiteter.

Arbetar du heltid som ordförande?

– Att vara ordförande i Svenska Läkaresällskapet är ett förtroendeuppdrag. Man väljs på två år och kan omväljas en gång. Men det är inget man kan försörja sig på, och man förutsätts ha kvar sitt vanliga jobb. Arbetet är ganska omfattande och bygger på ideella krafter, precis som arbetet i SLS sektioner.

Vad vill du åstadkomma som ordförande?

– Jag brinner för att få igång diskussioner och möten över specialitetsgränserna. Jag tycker att det blivit viktigare än någonsin att vi i professionen höjer vår röst och talar med en röst där så är möjligt.

"Det finns en kraft i organisationen som är imponerande."

Har du några hjärtefrågor?

– Jag är väldigt glad över att få vara med och arbeta med föreningens kärnvärden vetenskap, utbildning, etik och kvalitet. Får vi in dem i svensk hälso- och sjukvård



Barnläkaren Tobias Alfvén är ny på SLS ordförandepost och vill ha samverkan mellan specialiteterna.

Foto: Johan Adelgren, Södersjukhuset

och inte bara fokuserar på pinnar och ökad sjukvårdsproduktion har vi kommit långt. En annan hjärtefråga för mig är föreningsdemokratin. De motioner vi fått till fullmäktige den senaste tiden visar att föreningsdemokratin fungerar. Vidare hoppas jag att vi kan bli en starkare röst och ta ett bredare grepp på hälso- och sjukvården. Hur hänger samhälle och hälsa ihop?

Hur mår SLS nuförtiden? Riksstämman lades ner, kansliet har flera nya medarbetare och medlemsstrukturen ska ändras.

– Tack, utmärkt! Det finns en kraft i or-

ganisationen som är imponerande. Det bedrivs ett intensivt arbete inom våra delegationer, kommittéer och arbetsgrupper. Och kansliet är ett väloljat maskineri som med stor kraft stödjer de ideella krafterna och driver arbetet framåt. Vi gör ett fantastiskt jobb tillsammans med SLS många sektioner.

Kan du ge något exempel?

– Ja, se bara på allt som hänt under pandemin. Initiativ till klinisk forskning om covid-19, tillkomst av en specialitetsövergripande covid-19-grupp, etiska frågor har belysts och vårdprogram för omhändertagande av covid-19 patienter



Svenska
Läkaresällskapet

"Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Syftet är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet." Svenska Läkaresällskapetets webbsida www.sls.se

har tagits fram snabbt, så nog kan man säga att SLS varit aktivt. Och nu har vi en stor medlemsreform på gång.

SLS har ibland kritiserats för att vara konservativt, omodernt och Stockholmsinriktat, hur ser du på den kritiken?

– Jag har hört sådana kommentarer, och det framkom även i den medlemsenkät SLS genomförde för några år sedan. Vi har lyssnat på kritiken och kraftsamlat för att erbjuda utbildnings- och fortbildningsaktiviteter över hela landet och öka den digitala närvaron. Min uppfattning är att kritiken har minskat. Att SLS bara skulle bry sig om Stockholmsläkarna stämmer inte. Vi arbetar för alla läkare för att förbättra hälso- och sjukvården och vi har arbetsgrupper över hela landet.

"... det är först när specialiteterna samarbetar som vi kan påverka utvecklingen."

Så hur ser verksamheten ut idag?

– Vi arbetar utifrån våra kärnvärden och kommer att fortsätta prioritera läkares fortbildning, satsa resurser för att stimulera medicinsk forskning och stödja läkare som forskar. Vi värnar den etiska plattformen för prioriteringar och principen att vård ska ges efter behov och på lika villkor. Vi kommer också att fortsätta utveckla SLS modell för professionsbaserad kvalitetsrevision, så kallad Hippokratesrevision, och arbeta med högaktuella frågor som "vårdskulden", kunskapsstyrning och hälso- och sjukvårdens styrning och organisation.

SLS belönar förtjänstfulla kollegor, är det inte litet gammalmodigt?

– Varje år delar SLS ut ett stort antal priser och det rör sig om mycket pengar. Om det är gammalmodigt? Nej, tvärtom, idag behöver engagerade kollegor mer än någonsin uppmärksamhet och stöd för fortsatta insatser, inte minst forskningsintresserade yngre kollegor.

SFAM blir medlemsförening i SLS

SFAM är en av sektionerna inom Svenska Läkaresällskapet (SLS) och kommer, liksom många andra sektioner, att bli medlemsförening i SLS. Det innebär bland annat att SFAM:s samtliga medlemmar ansluts till SLS och att SFAM tilldelas ett antal fullmäktigemandat. SFAM betalar en samlad medlemsavgift till SLS och SFAM-medlemmar slipper betala årsavgift till SLS.

Hur tänker du runt överbehandling och "Choosing wisely"?

– Jag ser överdiagnostik och överbehandling som ett stort och allvarligt problem inom många sektorer av hälso- och sjukvården. Därför är den senaste motionen "Välj vård klokt" både viktig och välkommen, eftersom det är en fråga som professionen äger. Vem, om inte de som möter patienten, kan se problemen och göra något åt dem? Men vi får inte nöja oss med att identifiera problemet och säga "någon måste göra något" utan våga ta tag i problemet. Motionen har lett till att en arbetsgrupp tillsätts och att vi kommer att arbeta mer aktivt med frågan. Här har Läkaresällskapet sin kanske viktigaste roll – att kanalisera drivkrafterna.

Hur ser sjukvården ut om fem år? Har professionen vunnit eller förlorat terräng?

– Utmaningen för professionen är global, och jag tror att professionen kommer att bli starkare. Coronapandemin är ett bra exempel på vilken handlingskraft den besitter. Jag är djupt imponerad av alla initiativ och ansträngningar som har kunnat minska följdverkningarna av covid-19.

Läkarna har onekligen visat prov på handlingskraft under coronapandemin. Kommer det att fortsätta när pandemin har ebbat ut?

– Vi ska inte tro att det finns någon naturlag som säger att professionen alltid är stark. Stark eller svag, det beror på hur vi själva agerar. Som jag tidigare sagt, det som stärker kåren är samverkan över specialitetsgränserna.

Vilken betydelse kommer regionernas system för kunskapsstyrning och nya vårdförlopp att få?

– Det är ganska nytt. Med tiden kommer vi att få veta hur stor betydelsen blir. Det handlar om kärnvården och självklart ska Läkaresällskapet då ha en plats. SLS står för ett vetenskapligt-medicinskt kunnande utan administrativa och politiska hänsyn och professionen får aldrig släppa ifrån sig uppgiften att ta fram ny kunskap. Och aldrig nedlåta sig till att sitta med som gisslan. Men återigen, det är först när specialiteterna samarbetar som vi kan påverka utvecklingen.

"Vi har ett behov av forskningssamarbete ... där primärvården ställer forskningsfrågor och är en aktiv part."

Primärvården har varit underbemannad och underfinansierad i många år. Vad är din förklaring till att ingenting har hänt?

– Jag håller med om problemformuleringen, svensk primärvård har fått allt större krav och bristen på allmänläkare är ohållbar. Men man får inte glömma att det finns fullbemannade vårdcentraller, gröna öar med välfungerande primärvård. Orsaken till att vi inte lyckats åstadkomma detta överallt är komplex

och kan kanske bero på att ingen tagit sig an problemet på allvar. Det har saknats politisk kraft och vilja.

Bör listning ske på vårdenhet eller på fast allmänläkare?

– Läkaresällskapet anser att listning bör ske på fast läkare, vår nämnd har diskuterat frågan ingående.

Vad säger SLS om listtak?

– SLS hade ingen invändning till innehållet i Anna Nergårdhs utredning. Inte heller till förslaget att ge Socialstyrelsen uppdraget att definiera lämplig liststorlek och att eventuellt reglera det i en föreskrift. Framförallt är det viktigt att patienter med de största vårdbehoven ges tillgång till primärvård tills den är tillräckligt utbyggd.

Behövs det mer primärvårdsforskning?

– Ja, när vi pratar omställning räcker det inte att införa fast läkare. Utbildning och fortbildning får inte tappas bort och primärvårdsforskningen måste få en mer framskjuten plats. Vi har ett behov av forskningssamarbete mellan den nära vården och sjukhusen, där primärvården ställer forskningsfrågor och är en aktiv part.

Jäv saknas.



Gösta Eliasson
Redaktör AllmänMedicin
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Tobias Alfvén

**Aktuell som:
Nyttillträdd ordförande för
Svenska Läkaresällskapet.**



Ålder: 48 år

Familj: Fru, två barn.

Bor: Stockholm

Karriär och uppdrag: Genomgick läkarprogrammet vid Karolinska Institutet, doktorerade 2002 och är nu docent i global barnhälsa och specialist i pediatrik. Arbetat med hälsofrågor för FN i Vietnam och Genève. Deltagit i uppbyggnaden av SLS kommitté för global hälsa, och varit dess ordförande fram till uppdraget som vice ordförande för SLS 2018. Varit ledare för den

arbetsgrupp som tog fram förslaget till medlemsreform.

Nuvarande arbete: Innehåller ett kliniskt lektorat och kombinerar kliniskt arbete som barnläkare vid Sachska barn- och ungdomssjukhuset med forskning och undervisning vid Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet.

Gillar att göra på fritiden: Att vara med familjen

Om jag hade ett valspråk skulle det vara: "Tillsammans för allas bästa möjliga hälsa"

SFAM informerar

SFAM:s digitala fortbildningsserie

SFAM:s digitala lunchmöten fortsätter under hösten 2020 på torsdagar jämna veckor, 12.05–12.55. Lunchmötet följs kl. 13.15–17.00 av en workshop med fördjupning och kollegial dialog. Mötena sker på Zoom. Allt spelas in och kan ses på SLS:s youtubekanal.

Program och anmälan <https://sfam.se/foreningen/organisation/sfam-projekt/>
Se video i efterhand <https://www.youtube.com/channel/UCpmNAXaJA0dw0gpLoFgc4jg>





Ett grönländskt äventyr

I Region Gävleborg finns det möjlighet att göra fyra veckors utlandspraktik under ST-utbildningen inom allmänmedicin, som en alternativ sidotjänstgöring. Kravet är att man ska ha en handledare på plats samt redogöra för sin auskultation när man kommer tillbaka.

Vi är två ST-läkare på Hälsocentralen Södra i Sandviken som under hösten 2019 reste till Nuuk på Grönland för att praktisera på Dronning Ingridis Sundhedscenter i två veckor. Vi valde att dela upp vår utlandspraktik på två olika tillfällen. Anna hade tidigare varit två veckor i Malawi och Ida åkte senare två veckor till Hawaii, men det är två helt andra historier. I denna artikel berättar vi om vårt grönländska äventyr.

Vi ville besöka ett annat nordiskt land för att kunna jämföra primärvården och gärna från det glesbygdsmedicinska perspektivet. Vi funderade på Island, men landade till slut på Grönland. Vi hade inga kontakter på Grönland sedan tidigare utan googlade. Vi hittade kontaktuppgifter till Nuuks primärvård och mailade chefen på praktikplatsen våren 2019. Vi bifogade varsitt personligt brev på engelska, fick svar dagen efter (på danska) att vi var välkomna när vi ville och det passade oss bäst att komma i oktober 2019. Därefter stämde vi av med vår chef,



Stadsdelen i Nuuk där vi bodde.

Foto: Privat

studierektor och handledare som godkände praktikplaceringen. Flyg och boende bokade vi själva och kunde lämna in rese- och logiräkning till arbetsgivaren senare.

Vi flög via Köpenhamn till Kangerlussuaq med Air Greenland. Från Kangerlussuaq fick vi åka ett litet propellerplan till Nuuk där vi landade på en liten platta mellan bergen och Isfjorden. Nuuk som ligger vid inloppet av Isfjorden på Grön-

lands västra sida är huvudstad och med sina ca 17 000 invånare är det den största staden på Grönland. Vi slogs direkt av den tydligt nordiska prägeln med färgglada trähus och lugna bostadsområden. Vi hade hyrt bostad via AirBnb i den äldre stadsdelen av Nuuk med gångavstånd till centrum och sjukhuset. Från vardagsrummet hade vi fantastisk utsikt över fjorden, vi såg stora isflak flyta förbi och vid några tillfällen såg vi valar. Varje kväll hade vi sagolik solnedgång och på natten syntes norrskenet.

I centrala Nuuk ligger Dronning Ingridis Hospital, landets största sjukhus. Hit kommer patienter från hela Grönland via flyg, helikopter och båt för att få behandling. Här får de bo på patienthotellet som ligger vid sjukhuset. På resten av Grönland finns det några mindre sjukhus och flera sjukstugor. Sjukstugorna bemannas i vissa fall enbart av sjuksköterskor. När patienter är i behov av mer avancerad vård skickas de till Dronning Ingridis Hospital, alternativt kan läkare åka hem till patienten för att göra bedömning på plats. För att vara en liten stad är sjukhuset välutrustat med flera klinker (akutmottagning, medicin, kirurgi, gynekologi/obstetrik, pediatrik och psykiatri). Här finns också tandläkare, apotek, labb, röntgen, fysio-



Dronning Ingridis Sundhedscenter.

Foto: Privat



och arbetsterapi. De patienter som inte kan handläggas på Grönland flygs till Danmark eller Island för vård. Mer än hälften av läkarna i Nuuk kommer från Danmark och stannar på kontrakt från en vecka till några år, likaså sjuksköterskor.

Stadens vårdcentral, Dronning Ingrid's Sundhedscenter, ligger i anslutning till sjukhuset. Det var på vårdcentralen vi hade vår placering. Här jobbade just då 14 läkare, varav 6 stycken specialister i allmänmedicin. Upptagningsområdet för vårdcentralen är relativt stort med 20 000 invånare, Nuuk med omnejd.

De sjukdomar som behandlades på Sundhedscentret var ungefär samma som vid svenska vårdcentraler. Vi lade märke till att tuberkulos, depression och sexuellt överförbara infektioner var vanligt. Många av patienterna hade också ohälsosam livsstil med mycket fet mat och lite motion, det fanns hög konsumtion av tobak och alkohol.

Varje förmiddag, efter morgonmötet, hade läkarna telefonrådgivning och hade då möjlighet att boka in patienter på besök, provtagning eller hänvisa dem till akuten. Många gånger kunde de lösa patientens frågor över telefonen. På eftermiddagarna hade läkarna mottagning med ny- och återbesök, oftast 15–30 minuter. Det var vanligt att patienter uteblev från besöken. En möjlig förklaring till detta är att sjukvården på hela Grönland är kostnadsfri, så patienter debiteras inte för uteblivet besök. Det är även gratis med läkemedel som skrivs på recept.

Här fanns också inriktade mottagningar såsom prickmottagning, gynmottagning, lilla kirurgi-mottagning och TBC-mottagning. Läkarna skrev ut bl.a. preventivmedel och satte in intrauterina spiraler och p-stav och bedömde postmenopausala blödningar. Lilla kirurgin sköttes av ST-läkarna som fick träna på att ta bort hudförändringar. PAD skickades till Danmark för analys.

Det fanns också en livsstilsmottagning som bemannades av en sköterska. Hit kom patienter med diabetes typ II, hypertoni, övervikt, astma/KOL och patienter som önskade hjälp med rökavvänjning. Sköterskan gick igenom blodprover, blodtryck och förnyade recept och vid behov konsulterades läkare. Patienterna ansvarade själva för att ringa och boka in när det var dags för årskontroll. Det fanns inga väntelistor



Utflykt på Isfjorden.

Foto: Privat

och inga brev eller kallelser skickades ut från Sundhedscentret. Kommunikationen skedde via telefon.

Sundhedscentrets BVC hade dagar med drop-in-mottagning för vaccinationer. Inga kallelser skickades ut, föräldrarna ansvarade själva för att komma på kontroller för sina barn.

En dag följde vi med sköterska på hembesök och till äldreboende. Sköterskan levererade läkemedel till patienter som hade svårt att ta sig till apoteket, kontrollerade blodtryck, la om sår och lindade ben. Inga prover kunde tas i hemmet. Äldreboendet rondades inte av läkare på

plats. Om patienter på äldreboendet behövde vård skickades de till sjukhuset för undersökning. Äldreboendet låg beläget fint vid havet med utsikt över Isfjorden och bergen som omgav staden.

Akutmottagningen, Skadestuen, bemannades av allmänläkarna. Det var oftast två ST-läkare som delade på passen under dagen, med en specialist i allmänmedicin som bakjour. Hit kom alla typer av patienter, allt från urinvägsinfektion till traumalarm. Akutläkaren var också ansvarig för att springa på hjärtalarm på sjukhusets avdelningar och agerade då som teamledare. Sköterskorna på aku-

Faktaruta Grönland

- Befolkning: 56 000, varav 88 % inuiter
- Språk: Grönländska, andra språk danska
- Yta: 2 miljoner km² (fem gånger större än Sverige)
- Inlandet är täckt av kilometertjock is, alla städer finns längs kusterna
- Del av Danmark med långt gående självstyre
- Valuta: Dansk krona
- Stor fiskeindustri
- Nästan alla livsmedel importeras, framförallt från Danmark
- Det finns inga vägar mellan städerna, transport sker via båt/flyg/helikopter
- Klimat: Arktiskt, västkusten mildare p.g.a. Golfströmmen
- Djurliv: Endast åtta landlevande däggdjur (isbjörn, ren, myskoxe, fjällräv, varg, hermelin och polhare), många fågelarter, valar, sälar och fiskar



ten träffade alltid patienterna först för en triagering och kunde oftast handlägga ärendet själva utan läkarkontakt, ibland rådfrågades läkare. Sköterskorna hade mandat att skriva remisser till röntgen och skriva recept på alla mediciner utom opioider och medel mot erektil dysfunktion. Antibiotikaförskrivningen var hög.

Förutom tiden på sjukhuset passade vi på att utforska Nuuk och dess omgivning. Det fanns gott om mysiga restauranger och caféer i centrum som bl.a. serverade typisk grönländsk mat såsom hellefisk, pilgrimsmusslor, räkor, val, myskoxe och ren. I centrum fanns också flera museer, bl.a. konstmuseum och Grönlands nationalmuseum som var väl värda ett besök. Som turist hör det också till att man ska ta en båttur på Isfjorden in mot

inlandsisen, vilket vi förstås gjorde. Vi lyckades pricka in strålende sol den dagen och fick njuta av tusentals isberg som flöt förbi båten i ett klarblått glaciärvatten. Förutom detta tog vi många promenader runt om i staden och tittade på de fina färgglada husen och vandrade en dag upp på stadens närmsta fjäll, Lille Malene, där

vi hade fin utsikt över Nuuk och havet.

Vi skulle rekommendera alla som har möjlighet att ta chansen och åka på utlandspraktik. Det är lärorikt och en upplevelse att se sjukvården i ett annat land. Vi är väldigt nöjda med vår tid på Grönland och drömmer oss fortfarande tillbaka.



Ida Lindgren
ida.lindgren@regiongavleborg.se

Båda ST-läkare vid Sandviken
Södra Din Hälsocentral,
Region Gävleborg



Anna Z. Malmström
anna.zmoraj.malmstrom@regiongavleborg.se



ÅRETS TEMA *Kris & utveckling*

ST-Dagarna i Visby. 2021
8-10 September



Digifysisk glesbygdskonferens

Glesbygdsmedicin:

– ett sätt att jobba – ett sätt att vara – ett sätt att leva

Den 20:e glesbygdsmedicinska konferensen blev digifysisk, i linje med den digifysiska vård som ges i norrländska glesbygden. I salen var vi högst femtio personer. Utspridda i landet satt ytterligare ett tjugotal deltagare.

Föreningens ordförande Anna Falk välkomnade oss. Hon är studierektor och arbetar på Ånge hälsocentral, dit patienter kan ha sju mil och ytterligare tio mil till sjukhus. Konferenserna har gjort begreppet glesbygdsmedicin ("rural medicine") känt. Internationellt finns Euripa och Rural Wonca. ST med glesbygdsinriktning finns sedan 2008. Trauma, palliativ vård och psykiatri ingår i målbeskrivningen.

Akutmedicin

Ambulanssjuksköterskan Lars Edeborg kör bedömningsbilen, lokaliserad i Los som har sex mil till lättakuten i Ljusdal. Lars var i tjänst den 2 april 2017 när en buss fylld med skolbarn körde av vägen söder om Sveg. Tre personer hade avlidit när första ambulansen kom, men alla andra överlevde. Utkommenderingen av ambulanserna försenades, vilket ökade trycket på dem som kom först. Att alla jobbade enligt samma koncept förenklade lagarbetet.

Från Svegs vårdcentral berättade Läkaren Marcus Weinmacker, Fjällhälsan Härjedalen, om hur man tog hand om alla som inte behövde sjukhusvård. Diskussionen var kritisk mot utvecklingen där primärvården "glöms bort" och utesluts ur larmkedjan. I kris måste alla nivåer i den prehospitla vården med. Primärvården måste in i ledningsfunktionen.

Martin Annsberg, Sälens vårdcentral, berättade om akut smärtlindring. Förutom intraosseös injektion framhöll han möjligheten till nasal läkemedelsdistribution. Det är effektivt framför allt på barn och kan ges ute i backarna.

Distriktssköterskan Lena Fjällgren i Funäsdalen, själv same, berättade om AXG, akutsjukvård i extrem glesbygd (väglöst land). Renskötare utbildas i hur första hjälpen kan ges med de verktyg som står till buds. På SoS finns nu en fjällräddningskoordinator med fjällkunskap.

Forskning och utveckling

Andreas Lundqvist, enhetschef på Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) i Storuman, berättade om forskningen och det internationella samarbetet. Man tittar nu på vårdkedjor och använder simuleringsmodeller. Ett samarbete med Kry har inletts för att se hur det går att distansronda särskilda boenden.

Peter Berggren, som startade GMC, är nu chef för Närsjukvård Södra Lappland – ett område stort som Schweiz, med 40 000 invånare och 500 anställda. Här bedrivs utveckling för sömlöst samarbete mellan region och kommuner, där alla olika nivåer är integrerade. Fokus växlar från "patienten i centrum" till "invånarnas behov". Man måste komma från beställarsystemet och skapa relationell kontinuitet, något som enligt forskningen ger effektivitet. Fyra norrländska områden är piloter, och nationella lagförslag ska tas fram.



Konferensen 2021

Den glesbygdsmedicinska konferensen planeras till Arvidsjaur den 23–25 mars 2021. Inbjuden talare är Johan von Schreeb, en av grundarna av svenska Läkare utan gränser.



LISA MÅNSSON WIDÉN är föreningens sekreterare och var webinariumansvarig. Hon arbetar 25 % i Ljusdal och är studierektor för Hälsingland.



- Vi hade över 80 anmälda till konferensen men kunde bara ta emot 50. Vissa förbjöds av arbetsgivaren att resa. Vi lärde oss olika system men fick allt mer panik. En vecka innan konferensen startade fick jag kontakt med en person som hjälpte oss i ett nytt system.
- Koncentration utan uppehåll var det som gällde. På grund av GDPR finns deltagarna inte där med namn och bild. De kan bara skriva i chatten.
- Jag är väldigt nöjd och fick också beröm.

ANNA FALK har varit i föreningens styrelse sedan 2002 och är nu omvald ordförande.



- Vi jobbar mycket ensamma, och det är viktigt för identiteten att träffas varje år. När coronan slog till erbjöd hotellet oss att flytta konferensen och göra den coronasäker. Att kunna göra webinarium har vi nytta av för konferensen i Arvidsjaur 23–25 mars.
- Ja, jag kan vara trött på att ordna konferenser, men aldrig sista dagen. Här har Christina Abelson och Funäsdalens vårdcentral förberett allt mycket väl. Jag är så glad att Göran Stiernstedt kom trots tågtrassel. Han har en relation med föreningen sedan minst tio år. ST-läkarna flockades runt honom efter föredraget.
- Vi har medlemmar även utanför de fyra norrlandslänen: Upplandskusten, Öland, Gotland, Vänerområdet. Fler är välkomna!

Vårdsamverkan Sverige – Norge

Göran Hallman, socialmedicinare, är folkhälsopolitisk strateg i Region Jämtland Härjedalen. Han introducerade oss i det norska sjukvårdssystemet med sina hierarkiska stuprör. Fastlege-reformen anser han är den största privatiseringen av offentlig verksamhet i Norden. Nu bemannas glesbygden med stafettläkare då fastlegene drar till städerna.

Patientens bästa, oavsett lagar, kan vara att få vård på det närmaste sjukhuset. År 2016 påbörjades vårdsamverkan mellan regionen och St Olavs hospital i Trondheim, med en avdelning i Röros. Senare tillkom Tynset sykehus.

Det har varit många juridiska och legala hinder att lösa, t.ex. narkotiska preparat som förs över gränsen i ambulansen. Vägen gick genom Nordiska ministerrådet. Just nu står det stilla på grund av coronapandemin.

Göran Stiernstedt

Göran Stiernstedts utredning om digifysisk vård nämnde glesbygdsmedicin 165 gånger, så det var naturligt att han fick mycket plats.

Göran menar att ett proaktivt arbetssätt, i stället för ett reaktivt, ger stora vinster och kan ge dramatisk minskning av intag på sjukhus. Ett vårdval bör innebära att man väljer en helhet och får teamkontinuitet. Samlokalisering för sjukvårdsfolk från olika huvudmän, t.ex. att dela kafferum, ger bättre samverkan. Mer glesbygdsmedicin till städerna!

Digitala system fungerar bäst när man känner varandra. Det är upp till vårdgivaren att i samarbete med patienten bestämma kontaktform.

Diskussionen handlade bland annat om områdesansvar för t.ex. dödsbevis och lokalt smittskydd. Om det är fullt på akut-

Färdiga specialister

Tre nya specialister fick diplom från Svensk förening för glesbygdsmedicin för genomförd ST-utbildning i allmänmedicin med glesbygdsinriktning: Hanna Lindvert, Niclas Gran och Lev Reznichenko.

Stipendiater

Andreas Lundgren var 2019 års stipendiat och deltog i Rural Wonca, Albuquerque, New Mexico.

Lana El Bahová, Ljusdal, är årets stipendiat. Hennes planerade resa till Bangladesh blev tyvärr inställd.



mottagningen så finns lösningen utanför sjukhuset. Varför randar sig inte sjukhusspecialisterna i primärvården?

ST-dagen: Akut omhändertagande

Efter en teoretisk genomgång enligt ABCDEX-modellen (X = stoppa stor blödning) fick ST-läkarna öva på att ordna fria luftvägar, spjåla brutna ben och gipsa handleder.

Text och foto:
Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Vill du veta mer?

Svensk förening för glesbygdsmedicin glesbygdsmedicin.info • AllmänMedicin 1–2017, tema glesbygdsmedicin sfam.se/tidskriften



Examensavslutning med förhinder

Normalt pågår specialistexamen i allmänmedicin under ett drygt halvår från sista augusti till början av mars, med högtidlig avslutning vid SFAM:s kongress i maj. Den består av fyra moment: *portfölj* som lämnas in i början av oktober, *skriftligt prov* senare i oktober, *uppsats* klar senast i början av mars, och slutligen *praktikdag*, där en erfaren och för ändamålet utbildad specialist i allmänmedicin kommer till examinandens mottagning och sitter med vid patientbesök samt har samtal med examinandan, handledaren och chefen.

Traditionsenligt avslutas examen vid SFAM:s kongress, som 2020 skulle hållas i Åre i mitten av maj. Nästan alla examinander brukar delta för uppföljande möten samt presentationer av sina uppsatser i seminarier som brukar locka många åhörare. Vid kongressbanketten får de sina diplom under högtidliga former och jubel. Det finns också gott om tid att delta i stor del av kongressprogrammet med dess föreläsningar, seminarier och workshops.

Men någon kongress i maj blev det inte för årets 36 examinander. Sista praktikdagen hade gjorts på tidplanens sista möjliga dag, 13 mars, precis innan pandemin slog till och gjorde resor och medsittning till omöjligheter.

Kongressen sköts upp till oktober, och diplomerna fick mer prosaiskt skickas per post. Men oktober blev också för osäkert. Nu håller vi tummarna för att det ska gå att hålla en vanlig kongress i Åre i maj 2021.

För examen 2020 - 2021 har vi 27 anmälda. Genom att planera för att alla praktikdagar läggs efter nyår hoppas vi pandemiläget inte ska sätta hinder i vägen en gång till. Och vi hoppas att vi får se många av båda årens examinander på kongressen i maj 2021!

Karin Lindhagen

Medlem i SFAM:s råd för kompetensvärdering
Uppsala



Läs mer om specialistexamen <https://sfam.se/specialistexamen/>



Inbjudan

KARDIOVASKULÄR SJUKDOM I ETT BRETT PERSPEKTIV

Snart är det dags för den 19:e upplagan av den årliga konferensen för läkare inom hjärt-kärlområdet. Hjert-Lungfonden är stolta över att från och med i år ha tagit över värdskapet för konferensen.

KARDIOVASKULÄR SJUKDOM I ETT BRETT PERSPEKTIV är en av landets mest omfattande utbildningsaktiviteter. Under två dagar får du möta forskare vars resultat ligger bakom behandlingsriktlinjer och lyssna till föreläsningar om viktiga

nyheter av praktisk och klinisk betydelse. På grund av den rådande situationen med Covid-19 satsar vi på ett digitalt möte 2021.

Läs mer och anmäl dig på:
hjärt-lungfonden.se/kardmotet2021

NÄR: 22-23 JANUARI 2021

VAR: ONLINE

CME – poäng:

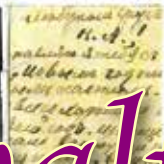


Oberoende fortbildning
av läkare

Godkänd av:



Lipus har granskat och godkänt denna kurs. Fullständig kursbeskrivning finns på lipus.se (Lipus-nr: 20200077)



Kultur-spalten

"Störst av dem är allmänmedicinen"

Först publicerad i Läkartidningen 25-27/2020.

Om jag talar både patienters och läkares språk, men saknar relation och förmåga att känna in, är jag bara en ekande algoritm, ett skrällande vårdprogram.

Och om jag har dr House förmåga att diagnosticera och känner alla hemligheterna och har hela kunskapen, men saknar tillit och förmåga till empati, är jag ingenting. Och om jag delar med mig av all min teoretiska kunskap och bränner ut mig själv i tillgängligheten och perfektionens namn, men saknar kontinuitet och helhetssyn, har jag ingenting vunnit.

Allmänmedicinen är tålmodig och god. Allmänmedicinen är inte stridslysten, inte skrytsam och inte uppblåst. Den är inte utmanande, häftig eller digital. Den brusar inte upp och vill ingen något ont. Den finner inte glädje i otillgängligheten men

"Om jag talar både människors och änglars språk, men saknar kärlek, är jag bara ekande brons, en skrällande cymbal. [...] Men nu består tro, hopp och kärlek, dessa tre, och störst av dem är kärleken."

Bibeln, Första Korinthierbrevet 13:1-13.

gläds med kontinuiteten. Allt bär den, allt lyssnar den på, allt hoppas den och allt uthärdar den.

Allmänmedicinen upphör aldrig. Den profetiska nätläkaren, den skall förgå. Den nationella kunskapsstyrningen, den skall tystna. Digitaliseringen som mål i sig, den skall förgå. Ty den nationella kunskapsstyrningen leder oss fel och nätläkaren är begränsad. Men när vårdcentralen och den riktiga allmänmedicinen ges möjlighet att blomstra utan politisk detaljstyrning, skall det begränsade förgå.

När jag var kandidat talade jag som en kandidat, förstod som en kandidat och tänkte som en kandidat. Men sedan jag blev allmänläkare har jag lagt bort algoritmerna och flödena. Ännu är min kunskap begränsad och aldrig kommer jag att bli fullärd. Men förtroendet mig och mina patienter emellan och min förmåga att se hela människan hoppas jag ska bli fullständig.

Men nu består kontinuitet, tillit och allmänmedicin, dessa tre, och störst av dem är allmänmedicinen.

Magnus Isacson
Ordförande SFAM
Tensta vårdcentral, Stockholm
magnus.isacson@sfam.se



AllmänMedicin gratulerar

Karl Daléns fond till Stockholmsläkare



Karl Daléns fond instiftades genom testamente år 1957 av distriktsläkaren Karl Dalén. Ändamålet är att främja distriktsläkares i Stockholm vetenskapliga forskning. Fonden förvaltas av Svenska Läkaresällskapet och delas ut årligen av Svensk förening för allmänmedicin.

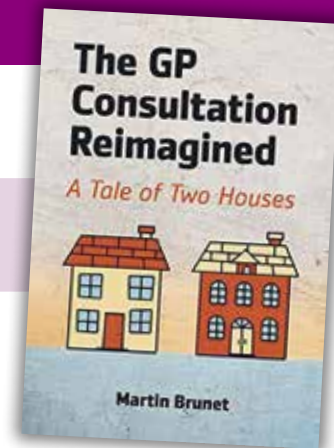
Senaste åren har ingen utdelning skett, men nu ska vi återuppta denna tradition. I år går priset till **Johanna Wallensten**. Prissumman är 6 756 kronor.

Sammandrag av motiveringen: "Johanna Wallensten, specialist i allmänmedicin, verksam i Stockholms län, har inlett angelägen forskning om långtidseffekter av Covid-19 och om rehabiliteringsmöjligheter för de drabbade. Det är av betydelse för allmänmedicin att kunskaperna om denna grupp fördjupas, till grund för bättre bemötande, behandling och rehabilitering."

För styrelsen
Magnus Isacson, Ordförande SFAM



Martin Brunet: *The GP Consultation Reimagined: A Tale of Two Houses*. Scion Publishing Ltd 2020. 190 s.
ISBN 1911510592
www.twohousesgp.com



Två "hus" hjälper allmänläkaren i patientkonsultationen

En av grundpelarna i allmänmedicinen, den patientcentrerade konsultationen, utmanas på många sätt i dessa tider då Covid-19 har vänt upp och ned på vår tillvaro. Vi tvingas till möten på distans och bakom masker och visir. Roger Neighbour, som har skrivit förordet till *The GP Consultation Reimagined: A Tale of Two Houses*, reflekterar över vår tid och menar hoppfullt att det som kommer att bestå efter krisen är den mänskliga naturen, den som söker hjälp och tröst i en tillitsfull relation. Martin Brunet, engelsk GP med stor erfarenhet av utbildning av blivande GP:s, vill i den här nyutkomna boken erbjuda ett nytt sätt att se på den patientcentrerade konsultationen. Han liknar den vid två hus som ska upptäckas vid varje möte: *The House of Discovery*, där läkare och patient jobbar sig fram till vad som är viktigt, och *The House of Decision*, där läkare och patient tillsammans jobbar fram en lösning.

Brunet vänder sig i det inledande avsnittet mot checklistor som ska bockas av under patientmöten, något han framför allt förknippar med sjukhuskulturen där målet i första hand är att sätta en diagnos och behandla en sjukdom. Han ser också förskräckt på den tentamen blivande GP:s behöver göra i England, där de mekaniskt kontrolleras om de lyssnat av patientens agenda på samma sätt som att de lyssnat på hjärta eller lungor. Vad de sedan gör med informationen de får fram från patientberättelsen lägger man inte samma fokus på.

Brunet är i övrigt en förespråkare av de konsultationsmodeller vi lär ut idag som grundar sig i Pendletons *ICE* där patientens tanke (idea), oro (concern) och önskan (expectation) ska pentreras innan läkaren börjar ställa sina frågor. Det är den modellen Neighbour, och sedan Larsen, har byggt vidare på till den så kallade Kalymnosmodell vi huvudsakligen lär ut till läkarstudenter och blivande allmänläkare i Sverige idag.

I Kalymnosmodellen delas konsultationen in i tre delar; patientens del, läkarens del och den gemensamma delen där allt knyts ihop. Även om Brunet ser fördelen med att dela upp konsultationen på det sättet menar han att den samtidigt riskerar att bli lite upphackad. Istället vill han likna konsultationen vid en dans och gör jämförelsen med britternas motsvarighet till "Let's Dance" där läkaren motsvarar den professionella dansaren medan patienten är kändisen som har varierande erfarenhet av att dansa. Likt den professionella dansaren för allmänläkaren sin partner och känner av vilken nivå hen ska hålla sig på så att patienten förblir i centrum genom hela dansen. Genom att lyssna in patienten redan från början av konsultationen, uppmuntra patientens deltagande och på ett pedagogiskt sätt delge sina egna tankar under konsultationens gång kan läkaren bygga empati och hålla dansen levande.

I "House of Discovery" ryms patientens liv och historia, men också symptom och fysiska tecken läkaren kan upptäcka. Delar av huset är redan kända för läkaren från tidigare möten medan andra är oupptäckta. Genom att dela sina tankar i "House of Discovery" kan patient och läkare sedan upptäcka "House of Decision" där målet är att finna gemensamma lösningar på problemet. Ett huvudmål genom hela konsultationen är att uppnå delad förståelse (shared understanding), något författaren ägnar ett helt eget avsnitt åt.

Boken är full av tips och metaforer. Här ges råd och tips om hur man "spräcker bubblan" som kan handla om krav och ilska som patienten kommer med till mötet, eller hur man närmar sig källaren i "House of Discovery" där mer känsliga ämnen i patientens liv gömmer sig. Man får också tips på hur man gör när man finner "dry rot" (när något allvarligt såsom en cancerdiagnos uppdagas). Här får läsaren bland annat tips på att fanga upp patientens grad av oro och överbrygga den med sin egen, men också att våga benämna det obehagliga. Vidare ägnas ett kapitel åt hur man närmar sig frågor om hur patienten sköter sin trädgård som symboliserar livsstil och hur man sköter sina kroniska sjukdomar.

"I House of Decision" finns rum som high tech-rummet som rymmer medicinska och tekniska detaljer där läkaren verkligen måste vara noga med att inte tappa bort patienten. Det finns rum som innebär olika möjligheter, option rooms, medan motsatsen är rum 101 som rymmer utredningar och behandlingar som är nödvändiga och ibland livräddande, men som också kan innebära ett lidande för patienten. Andra rum i huset är de tomma, de gömda och de låsta.

Efter genomgången av de två husen följer ett kapitel med värdefulla tips på hur läkaren kan hjälpa patienten att förutspå vad som kan komma närmast efter mötet, t.ex. hur behandlingen är tänkt att fungera och hur en möjlig tidsram kan se ut för när patienten ska söka vård igen.

I slutet av boken ger författaren några konkreta exempel på patientmöten med olika teman och tipsar blivande GP:s vad de kan tänka på inför sin kommande examen. Ännu fler exempel kan man hitta på bokens hemsida <https://www.twohousesgp.com/>.

Författaren refererar återkommande till tidigare litteratur och begrepp inom konsultationen utan att för den sakens skull göra anspråk på att boken ska vara vetenskaplig. Den bygger istället i stor utsträckning på författarens egna erfarenheter och reflektioner. Boken vänder sig till blivande såväl som erfarna allmänläkare, men passar egentligen alla professioner som möter patienter.

Det här är en mycket läsvärd bok som man kan återvända till om och om igen. Brunets sätt att skriva är personligt och

Farsoter och politik hör alltid samman



Hanne-Vibeke Holst:
Som pesten.
Månpocket 2019.
846 s.
ISBN 9789175039503

”Som pesten” är en relationsroman fylld med spänning, inte främst om hur den nya pandemin ska stoppas, utan mer om maktspelet i WHO, läkemedelsindustrin och dess maffia, där de inblandade är beredda att gå mycket långt för sina egna intressen. Allt detta tränger ner på ett personligt plan kring bokens huvudperson. Allt på en gång. Hanne-Vibeke Holst när hon är som bäst.

Holst utgår från året 2015 och det politiska läget då, med krisdrabbade flyktingar som självbelåtna länder vägrar att ta emot.

Den danske läkaren Karoline Branner flyttar med sin familj till Genève för att arbeta med epidemibekämpning på WHO. Men på kontoret möter hon oväntat motstånd i den politiska organisationen. Hemma blir hennes charmige men psykopatiske man allt mer rastlös, och dras in i den italienska maffians förgreningar i Schweiz.

Så kommer tecken på en ny influensapandemi. Huvudscenen är Genève med WHO:s huvudkontor på slutet av Avenue Appia och Palais des Nations, FN:s Europakontor, som skildras i detalj. Författaren har gjort mycket noggrann research. Miljön är äkta – jag har själv arbetat där och känner mig hemma direkt.

Samtidigt skildras den fattiga landsbygden i Ukraina, olika sjukhus och myndigheter i Danmark, miljöer i New York och i norra Uganda. De danska miljöerna är författaren väl hemma i och har skildrat i tidigare romaner. Möjligen kan jag tycka, att miljöskildringen från norra Uganda är något skissartad – jag har arbetat där, men känner inte helt igen mig. Men detta är undantag. Boken är ”fiktion baserad på en hög grad av realism”, som författaren själv uttrycker saken.

Flera handlingar skildras parallellt, för att efterhand flätas ihop allt mer, fram till det rafflande slutet. Det är välredigerat, och förtar inget av spänningen.

Boken är påbörjad och skriven före coronapandemin. Här är den profetisk. Författaren förutsade helt enkelt att en ny pandemi skulle komma, eftersom det alltid varit så i historisk tid. Romanen är en dystopi som blivit realism. Men den är mer än så.

Holst ser genom kulisserna och skildrar maktkampen, som uppträder i alla led, från pandemics källa i en liten by i Ukraina, till multinationella läkemedelskarteller som överväger hur länge man ska vänta med att släppa ett vaccin, för att vinsten ska bli så stor som möjlig.

Alla aktörer har egna intressen. Epidemins ursprung mörkas. Karteller och lobbyverksamhet kläs av och framträder nakna.

Den stora frågan om globala prioriteringar lyfts fram: Ska de som har störst behov få vaccinet först, eller de som kan betala mest? Vilken roll fyller den organiserade brottsligheten? Detta är frågor som kommit i skymundan under den nu pågående coronapandemin, men som borde ställas.

Romanen beskriver hur farsoter och politik alltid hör samman – något vi gärna vill glömma. Men hanteringen av epidemier är minst lika mycket en fråga om politik som medicin och naturvetenskap.

Karoline Branner läser och begrundar ”Pesten” av Albert Camus, vilket blir ett slags existentiell klangbotten genom romanen.

Att läsa romanen är ett *sine qua non* för alla pandemiintresserade. För alla andra också, för den delen. Även om den är 847 sidor lång (och gärna kunde varit ett par hundra sidor kortare) är det en bladvändare från första till sista sidan. Berättelsen skrevs från början som en tv-serie, men som tur var kom romanen emellan. Därför kan man ursäktas längden.

Utan att avslöja slutet, pekar boken på en ljus framtid efter pandemin: ”Gemensamma institutioner. Diplomatiska lösningar. Öppna samhällen. Pandemin ... skulle i värsta fall kunna bli den tändsticka som satte Valhalla i brand och ledde till ragnarök. Slutet. I stället kan den bli Begynnelsen ur de förkolnade resterna av den nedbrända ruinen kommer nya, livskraftiga skott att spira.”

Från min sida får boken många stjärnor, i väntan på att tv-serien kommer. Men det vore synd att vänta på den utan att läsa boken!

Anders Jeppsson

Allmänläkare och antropolog
Enheten för medicinens historia,
Lunds universitet
andjep@gmail.com



► Fortsättning från föregående sida.

medryckande. Bortsett från att författaren emellanåt hamnar en bit utanför sin husmetafor är boken genial och kan varmt rekommenderas. Liksom Kalymnoskursen en gång gav mig inspiration till att kasta mig in i konsultationer på ett nytt sätt, väcker den här boken min upptäckarlust igen, och berikar mig med ännu fler verktyg att ha med i kommande möten för att göra dem än mer patientcentrerade.

Jag håller med Roger Neighbour som i slutet av förordet skriver: ”This book will not teach you to improve your consulta-

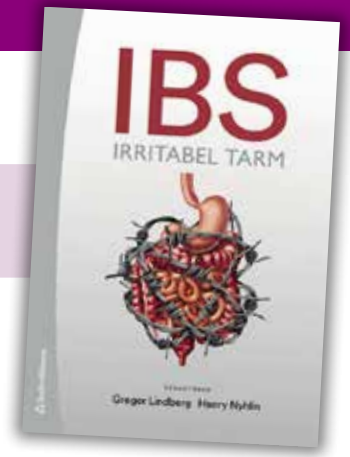
tions. That is its great merit. Instead, it will encourage you to learn how to consult better.” Jag tror att det här är en blivande klassiker.

Joel Freilich

Doktorand på LIME med forskningsfokus
på patientcentrering och multisjuklighet
Roslags Näsby Husläkarmottagning
Karolinska Institutet
joelfreilich@gmail.com



IBS. Irritabel tarm. Red. Greger Lindberg, Henry Nyhlin. Studentlitteratur 2020. 264 s.
ISBN 9789144130132



IBS-bok med tveksam nytta för allmänläkare

Enligt redaktörerna riktar sig boken till alla som kommer i kontakt med patienter som har IBS. Man hävdar att kunskapen om orsaken, utredning och behandling är förvånansvärt ytlig, även hos den specialiserade mag-tarmsjukvårdens företrädare.

De två redaktörerna har ambitionen skapa en multiprofessionell lärobok med experter inom alla delar i vården. 35 av de 39 författarna är läkare och forskare från olika specialiteter. Av dessa är endast två allmänläkare, Lars Agréus, professor emeritus, och Anna-Karin Norlin, doktorand. De intressantaste avsnitten var skrivna av icke-läkare, av psykolog och dietist. Kapitlet från patientorganisationen Stolta magar var det mest tankeväckande.

Avgörande för att sätta diagnosen irritabel tarm är att ha differentialdiagnoser i åtanke. Boken tar upp de flesta relevanta tillstånd och låter dem uppta 80 sidor, trots att de finns beskrivna på annat håll.

För att ställa diagnosen måste vissa symtomkriterier och duration vara uppfyllda, de s.k. Rome-kriterierna. De flesta författarna beskriver irritabel tarm som ett "funktionellt" tillstånd. Jag menar att det är bättre att använda "medicinskt oförklarade symtom".

För oss allmänläkare finns ett bra kapitel som behandlar utredning vid misstänkt IBS: anamnes, fysikaliskt status, blod- och avföringsprover och eventuellt vidare endoskopisk utredning. Motsvarande finns redan i Viss.nu, det medicinska stödet för primärvården i Stockholm, och övriga regioner har motsvarande medicinska riktlinjer.

Vikten av uppföljning och fortsatt kontakt betonas. Patienter med IBS bör ha en fast familjeläkarkontakt som fungerar som spindeln i nätet. Många akutbesök vid sjukhus kan undvikas.

När det gäller behandling betonas vikten av att patienten får en förklaring hur mag- och tarmkanalen fungerar och att förmedla tänkbara orsaker till varför patienten får sina symtom. Man beskriver olika psykologiska behandlingar: hypnosbehandling, traditionell KBT-behandling, mindfulness och psykodynamiska terapier. Varierande effekter på tarmsymtomen finns beskrivna.

Läkemedelsbehandling bör komma in som en senare del i behandlingen som komplement till diet och psykologisk behandling. Valet av läkemedel bör styras av de symtom patienten upplever mest handikappande. Man betonas vikten av att förklara att det finns inga mediciner som botar. Även läkemedel har begränsad effekt på symtomen.

Bokens intressantaste del är kapitlet **Patienters perspektiv på IBS**, skrivet av Cornelia Flood från patientorganisationen Stolta magar, som företräder barn, ungdomar och unga vuxna

med mag- och tarmsjukdomar. Stolta magars undersökningar visar att patienter upplever att vården ser IBS som en enkel sjukdom som man ska acceptera att man har. Vidare att vi inte tillräckligt beaktar den individuella upplevelsen. Vårdpersonal upprepar ofta att IBS inte är farlig. Som patient får man inte det bemötande och stöd som behövs.

Hon ger exempel på hur patienters vardag påverkas av förändrade avföringsvanor. Behov av närhet till toalett ger begränsningar i det sociala livet och svårigheter färdas med kollektivtrafik. Att leva med en mage man inte kan lita på skapar ångest, oro och daglig stress.

Förutom empatiskt bemötande betonar hon vikten av en grundlig utredning innan man sätter diagnosen IBS. Man efterfrågar att läkare och vårdpersonal tar sig tid att förklara IBS och diagnoskriterierna samt vilka behandlingsalternativ man kan testa. Det är viktigt att förklara hur psykologiska faktorer kan tänkas påverka symtomen.

Ett flertal patienter upplever att diagnosen IBS har satts för snabbt och utan ordentlig utredning, att IBS beskrivs som en slaskdiagnos. Att känna sig trygg i en korrekt fastställd diagnos är en förutsättning för att man skall kunna acceptera den och hitta sätt att kunna leva ett bra liv trots sin sjukdom.

Är detta en angelägen viktig bok för oss allmänläkare? Jag är tveksam. Jag läser den mer som en SBU-rapport om aktuella kunskapsläget. Man redovisar olika hypoteser och ingångar för att förstå fenomenet. Forskningsresultaten är tämligen magra med många studier med litet material. Man redovisar olika försök till behandling, men jag finner inte några nya revolutionerade behandlingar.

Erland Svenson
erland.svenson@gmail.com



AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar.

Hör av dig till chefredaktor@sfam.se!

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande

Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Facklig sekreterare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Björn Landström
bjorn.landstrom@sfam.se

Skattmästare

Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter

Maria Wolf, maria.wolf@sfam.se

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet

Susanne Steen
susanne.steen@yahoo.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin, sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet

Anna Nager, anna@nager.se

Rådet för levnadsvane frågor

Sven Wählin
sven.wahlin@sl.se

IT-rådet

Vilande

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Hålfån Pétursson
halfdanpe@gmail.com

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com
Sonja Holmquist
sonja.holmquist@sl.se

Gastroprima – för mag-tarm-intresserade allmänläkare

Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Studierektorsnätverket

Helena Schildt Tossman
helena.schildt-tossman@sl.se

Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Hanna Sandelowsky
hanna.sandelowsky@sl.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården

Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för fortbildningssamordnare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info
Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Nätverket för psykisk ohälsa

Katrin Hagskog-Engel
katrin.hagskog-engel@sl.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

www.egprn.org
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Euract

www.euract.se
Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Equip

www.equip.ch
Eva Arvidsson
evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sl.se

Euripa

euripa.woncaeurope.org
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se

Nordic Federation of General Practice/ApS

www.nfgp.org
Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Nordiska kongressen

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Wonca Europe

Se EGPRN, Euract och Equip

Meddela ändringar till chefredaktor@sfam.se och webmaster@sfam.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Anna Karin Fahlén
annakarinfahlen@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

Jenny Lillqvist
jenny.lillqvist@regionvasterbotten.se
Andreas Lindmark
andreas.lindmark@regionvasterbotten.se

JÄMTLAND

Kristina Halldorf
kristina.halldorf@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND*

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Pécclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Gunilla Stenninger
gunilla.stenninger@gmail.com
Christina Ledin
christina.ledin@regionvarmland.se

VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA

Anne Björk
annebjork@gmail.com

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@sl.se

GOTLAND

Susanna Althini
susanna.althini@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@rjl.se

KRONOBERG

Olof Cronberg
olof.cronberg@abc.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE

Anna Lövgren
annalovgren4@hotmail.com
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE

Ingrid Stener
ingrid.stener@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Katarina Hansson
kah@nlg.nu

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Ordf: Bernd Sengpiel
bernd@sengpiel.se
Kont.person: Sekreterare
Niklas Lehtipalo
niklas.lehtipalo@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Märit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG

Margareta Leonardsson-Hellgren
margareta.leonardsson-hellgren@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 500 kr per år. kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm
ingvar.krakau@ki.se

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10 C
Helen Semmelhofer
415 02 Göteborg
031-707 19 30
helen@mediahuset.se

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Christer Petersson
christer-p@telia.com

David Svaninger
david.svaninger@gmail.com

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Hemsida: www.sfam.se
webmaster@sfam.se


 Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

**2020****December**

XVII:e kvalitetsdagen
för primärvården
3.12 Webinarium

2021**Januari**

Kardiovaskulär sjukdom
Hjärt-lungfonden
22-23.1 Stockholm

EQuIP

26-27.1 Utrecht

Maj

Prekongress för ST-läkare
18.5 Åre

Svensk allmänmedicinsk
kongress
19-21.5 Åre

Juni

22nd Nordic congress
of family medicine
16-18.6 Stavanger, Norge

September

Balintkongress
1-5.9 Bryssel

På grund av rådande läge rekommenderas att kontrollera aktuell information på respektive hemsida.

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:
Se www.sfam.se/kalendarium

KursMedicin

www.kursmedicin.se
Nationella kurser i allmänmedicin i
samarbete med SFAM.

KursDoktorn

www.kursdoktorn.se
KursDoktors kurser är granskade
och godkända enligt SFAM:s
kriterier och anvisningar.

**Provinsialläkarstiftelsen**

Kurser i samarbete med
Distriktsläkarföreningen.
<https://slf.se/dlf/>
provinsialläkarstiftelsen/
aktuellakurser

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

Utgivningsplan för 2020

Nr	Manus- stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
4	12.10	16.11	14.12	Allmänmedicin i litteratur och fiktion

Utgivningsplan för 2021

1	11.1	8.2	15.3	Pandemin
2	29.3	10.5	14.6	Hur hanterar vi kunskap?
3	23.8	20.9	25.10	Allmänläkarrollen i förändring
4	11.10	8.11	13.12	Den nya primärvården

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning! Gör din beställning av extra nummer i god tid. Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

SFAM:s kansli

Box 503, Grev Turegatan 10E,
114 11 Stockholm
www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.se,
Tel: 08-23 24 05

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
Katarina Boltenstern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster
webmaster@sfam.se

Lyssna på podserien SFAMpen!
<http://sfam.ringla.nu/>



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska
Läkaresällskapet och är en
specialitetsförening i Sveriges
läkarförbund.

Publicering

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

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

Följ SFAM på**Följ debatten på Ordbyte!**

[http://sfam.se/foreningen/
organisation/ordbyte/](http://sfam.se/foreningen/organisation/ordbyte/)

VÄRVA nya medlemmar:

Be dem skicka ett tomt brev (utan
rubrik eller innehåll) till adress:
sfam-subscribe@yahoo.co.uk
från den epost-adress de vill
använda.

AVSLUTA medlemskap:

Skicka, från den adress du är
registrerad på, ett tomt mail till:
sfam-unsubscribe@yahoo.co.uk