

Professionell utveckling

FÖRSÄKRINGSMEDICIN

Försäkringsmedicin består av två delar: medicin och juridik. Inom läkarkåren beskrivs sjukskrivningar som något besvärligt och tidskrävande, så för att i framtiden kunna bespara dig själv värdefull tid kan det vara bra att lära sig grunderna bakom en sjukskrivning väl. Till din hjälp finns ett

försäkringsmedicinskt beslutsstöd, som tar upp:

- Övergripande principer för en sjukskrivning
- Rekommendationer för bedömning av arbetsförmåga, kopplat till olika yrken och diagnoser. Detta avsnitt tar även upp rimliga tidsintervall för en sjukskrivning.



OBS! Viktigt att belysa är dock att det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte är regler, utan endast en vägledning i arbetet med sjukskrivningsärenden.

GRUNDLÄGGANDE BEGREPP

EKONOMISKA TERMER

- **Sjuklön** - Sjuklöneperioden är 14 dagar och utdelas av arbetsgivaren, där ersättningen är 90% av inkomstbortfallet. Först görs dock ett karensavdrag. Arbetsgivaren bedömer om arbetstagaren har rätt till sjuklön den första sju dagarna, och måste därefter kunna uppvisa ett läkarintyg. Sjuklönen är "steglös", dvs. antingen 0 eller 100%.
- **Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)** - Ett belopp som räknas fram av Försäkringskassan, vilket ligger till grund för hur mycket pengar som betalas ut i form av exempelvis sjukpenning eller föräldrapenning. SGI är den beräknade årliga inkomsten för en arbetstagare, där det finns ett tak på 40k (månadslön). Tjänar en person över detta belopp får den inte ersättning för mer.
- **Sjukpenning från Försäkringskassan** - Ekonomisk ersättning vid sjukdom när den försäkrade går miste om arbetsinkomst som är sjukpenninggrundande. En försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hens arbetsförmåga med minst 25%. Sjukpenning kan ges på 25, 50, 75 eller 100%.
- **Sjuktärrättning** - Ersättning för patienter som troligen aldrig kommer kunna arbeta pga. sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Alla möjligheter till rehabilitering ska ha prövats utan att arbetsförmågan har förbättrats. Upp till 65 års ålder.
- **Aktivitetserättning** - För unga personer mellan 19-29 år med nedsatt arbetsförmåga med minst 25%. Omprövas vart tredje år. Det krävs 2 olika läkarutlåtande.

ARBETSFÖRMÅGA

Arbetsförmåga är ett relationellt begrepp, och innebär att individens förmågor och funktion ställs i relation till vilket arbete hen har i



nuläget (eller till ett arbete som är vanligt förekommande på arbetsmarknaden). Arbetsförmåga handlar således om en balans mellan människans resurser och arbetet.

OBS! Stillasittande arbete (ex. på kontor) tenderar att kräva mer kognitiv arbetsförmåga, medan mer rörliga arbeten (ex. snickare) tenderar att kräva mer fysisk arbetsförmåga.

ALLMÄN SJUKFÖRSÄKRING

Den allmänna sjukförsäkringen ersätter förlorad arbetsinkomst vid sjukdom, och kraven för detta är **sjukdom** samt **nedsatt arbetsförmåga**. Patienten behöver även ett juridiskt dokument på detta, varpå vi läkare behöver utfärda sjukskrivningsintyg.

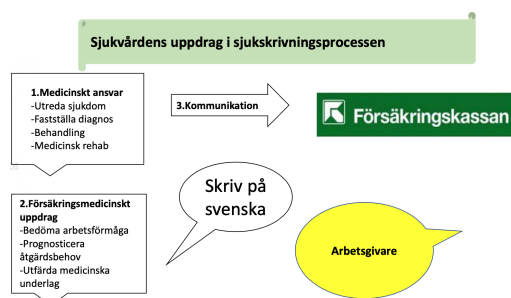
Viktigt att hålla koll på är att den allmänna sjukförsäkringen ENBART täcker sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, och därav INTE är något av nedanstående:

- **Eländsförsäkring** - vi får ingen ersättning för "missöden" eller att "livet kommer emellan". Hit räknas bland annat uppbrott och död i familjen.
- **Yrkesförsäkring** - vi är inte försäkrade till ett specifikt yrke, utan mot arbete i största allmänhet (med undantag för de första 180 dagarna). Detta innebär, att om patienten inte kan återgå till sitt jobb efter 180 dagar (men skulle klara av annat jobb på arbetsmarknaden) tvingas patienten att återgå till ett annat arbete denne klarar av.
- **Försörjningsförsäkring** - kan vara sjukskriven under massa år → motivationen att komma tillbaka minskar.
- **Omställningsförsäkring** - försörjningen är tänkt för att TA SIG TILLBAKA till arbetet, inte för att bli försörjd.

PARTER I EN SJUKSKRIVNING

Vid en sjukskrivning är många parter ansvariga, och nedan följer en kort sammanfattning kring dessa:

- **Individen** - ska medverka aktivt i planering och åtgärder som syftar till att hen kan återgå till arbete på hel- eller deltid, alternativt till annat arbete.
- **Hälso- och sjukvården** - har tre viktiga uppdrag:
 - a. **Medicinskt ansvar** → Utredda sjukdom, fastställa diagnos, behandla och föreslå medicinsk rehab
 - b. **Försäkringsmedicinskt uppdrag** → bedöma arbetsförmåga, prognostisera åtgärdsbehovet och utfärda medicinska underlag. I dessa lägen är det av yttersta vikt att formulera sina intyg på svenska, så att ALLA förstår dem. Förklara därför medicinska termer så att både patienten och de på försäkringskassan förstår vad som står.
 - c. **Kommunikation** → till Försäkringskassan och arbetsgivaren (inte ansvar för detta, men måste kommunicera med dem)



- **Arbetsgivare** - har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön och ansvarar för att en riskbedömning genomförs enligt systematiskt arbetsmiljöarbete och ska bedöma risken för skadlig inverkan på graviditet eller amning eller för annan ohälsa. Vid riskbedömningen ska hänsyn tas till arten, graden och varaktigheten av exponeringen. Arbetsgivaren ska därefter avgöra vilka åtgärder som behöver vidtas. Om det visar att det finns risk för skadlig inverkan på graviditet eller amning eller för annan ohälsa eller olycksfall ska arbetsgivaren snarast vidta de åtgärder som behövs för att undanröja riskerna. Om det inte går att undanröja riskerna ska arbetsgivaren vidta alla åtgärder som är praktiskt möjliga och rimliga för att ge kvinnan andra arbetsuppgifter. Arbetsgivaren kan anlita expertstöd från företagshälsovården vid behov. Föreskrifterna om gravida och ammande arbetstagare gäller i all verksamhet. Det är arbetsgivaren som ansvarar för arbetsmiljön och som bedömer om en gravid ska stängas av från arbetet.
- **Företagshälsan** - är en expertresurs som kan användas vid uppdrag som är arbetsrelaterade, både förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande. När en sjukskrivning är aktuell så kan företagshälsovården användas för: individuellt stöd i arbetslivsinriktad rehabilitering och anpassning, ex tidig bedömning, samtalsstöd, rådgivning/utbildning gällande rehabilitering och arbetsanpassning, arbetsförmågebedömningar, stöd vid missbruksproblematik, stöd vid rehabiliterings- och avstämningmöte
- **Försäkringskassan** - fattar beslut om sjukskrivning, bedömer rätten till ersättning och ansvarar för att individens behov av rehabilitering utreds. Informationen i läkarintyget ligger till grund för beslutet som Försäkringskassan tar. Däremot innebär inte att läkarens bedömning innebär rätt till ersättning!!! Försäkringskassan skall dessutom **samordna insatser från hälso- och sjukvården** tillsammans med arbetsgivaren. Till detta har de hjälp av **rehabkoordinatorer**, som fungerar som en spindel i nätet.

KRAV VID EN INTYGSSKRIVNING

Gäller oss läkare!

- **Kompetens** - goda kunskaper i att utfärda intyg. Saknar du detta ska du antingen avstå, eller se till att skaffa dig tillräcklig kompetens.
- **Noggrannhet** - bedömningen ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder. Stora problem uppstår därför när tiden är den bristande faktorn → utfärdas slarvigt.
- **Saklighet** - läkaren ska i utlåtande endast styrka sådant som har saklig och professionell grund och åtskilja detta från annan information, vars sanningshalt inte kan bedömas. Din slutliga signatur ska stödja DIN undersökning.

HoS PROCESS FÖR SJUKSKRIVNING OCH REHABILITERING

1. FÖRSÄKRINGSMEDICINSK UTREDNING OCH BEDÖMNING

Detta görs alltid först!

Först och främst görs en **medicinsk bedömning**, där du som läkare utreder om det föreligger sjukdom eller inte. Skulle du INTE hitta någon sjukdom, då kan du inte gå vidare till steg 2 (den försäkringsmedicinska bedömningen slutar här). Skulle du dock hitta sjukdom går du vidare till den **försäkringsmedicinska bedömningen** (bestående av de fyra nedanstående rubrikerna):

FUNKTIONSFÖRMÅGA

Funktionsförmågan bedöms baserat på:

- **Undersökningsfynd** - avvikelser i status, fysiskt som psykiskt. De undersökningsfynd du som läkare gör ska ingå i läkarintyget, för att stödja den diagnos du satt. Fynd som inte korrelerar till diagnosen behöver inte skrivas med.
- **Testresultat**
- **Observationer** - ge konkreta exempel på hur funktionsnedsättningen visat sig vid undersökningen. Notera även annan information som framkommit av undersökningen, såsom om patienten är trött eller uttrycker smärta.
- **Grad av nedsättning** - lätt, måttlig eller svår

AKTIVITETSBEGRÄNSNING UTIFRÅN ARBETETS KRAV

I dessa fall får vi intervjua patienten om vilka krav de har på arbetet, lita på det de berättar och därefter göra en bedömning kring vad vi anser dem klara/inte klara av. I bilden till höger ses några bra frågor att ställa i denna situation.

- **Frågor att ställa för att få information om patientens arbete eller sysselsättning**
 - Vilka uppgifter har du i ditt arbete eller sysselsättning?
 - Vad gör du, hur gör du och när gör du dem?
 - Vilka uppgifter eller aktiviteter är svåra att utföra?
 - Vilka uppgifter eller aktiviteter går bra att utföra?
- På vilket sätt skulle anpassningar underlätta möjligheterna att arbeta eller utföra dina uppgifter?
- Exempelvis schema, arbetsuppgifter, arbetsställningar, arbetshjälpmiddel eller arbetsbelastning.
- Hur upplever du din arbetsmiljö, stöd från chef och arbetskamrater i ditt arbete?

Den sista frågan i bilden är av yttersta vikt att belysa. En arbetsplats patienten trivs på kommer vara lättare att återgå till, och sannolikt lättare att kommunicera med vad gäller arbetslivsanpassning. Är det istället tvärtom, då finns risken att patienten själv kommer vilja dra ut på sjukskrivningen för att "slippa" gå tillbaka.

ARBETSFÖRMÅGA OCH BEHOV AV SJUKSKRIVNING

I denna del görs en sammanvägning av de tidigare två delarna (funktionsförmåga och arbetets krav), för att kunna göra en helhetsbedömning. Viktigt här är att ha en dialog med patienten om den egna förmågan i förhållande till krav, samt även vilka möjligheter till anpassning patienten ser.

En funktionsnedsättning kan vara **faktisk**, vilket innebär att patienten inte kan arbeta (ex. brutet ben som snickare). Den kan även vara **terapeutisk**, vilket innebär att patienten bör avstå arbetsuppgifter för att underlätta läkning (arbete kan förvärra eller försvåra rehabiliteringen). Till den terapeutiska nedsättningen räknas bland annat:

- **Medicinska risker för att tillståndet försämras** → ex. nattarbete vid diabetes, då insulindoser ska ställas in, eller psykiatriska tillstånd, då det är viktigt att patienten sover om nätterna.
- **Medicinska restriktioner** → ex. tunga lyft efter en operation. Risk att strukturer eller operationsärr kan skada.
- **Allvarlig olycksrisk** → ex. koncentrationssvårigheter inom ett yrke med arbetsfordon

Syftet med en sjukskrivning är att **främja hälsa och arbetsåtergång**, och risken vid komplicerade sjukskrivningar är att patienten fastnar i detta läge → icke hälsofrämjande. Detta problem kan uppstå vid **oklara diagnoser**, där vi som läkare inte finner något "fel" på patienten. I dessa lägen är det väldigt vanligt att vi som läkare sätter en symptomdiagnos, såsom *R53 sjukdomskänsla och trötthet*, men detta är INTE tillräckligt. Detta på grund av att vi inom vården inte kan behandla detta tillstånd, vilket gör att det finns en risk att patienten inte alls mår bättre när sjukskrivningen löper ut och då kräver sjukskrivning på nytt → bildas en ond spiral.

En annan viktig aspekt, för att minimera risken för en komplicerad sjukskrivning, är att undersöka om det finns några risker med sjukskrivningen → kan förvärras i samma veva:

- Missbruk/beroende
- Våld i nära relation
- Låg motivation

OBS! Om sjukskrivning felaktigt rekommenderas kan det få stora konsekvenser för individen och samhället.

BEHOV AV BEHANDLINGS- OCH REHABILITERINGSINSATSER

Föreläsaren vidrörde inte denna rubrik ytterligare under föreläsningen, men likt i all annan vård är det givetvis att yttersta vikt att vi kommer fram till hur vi går vidare med patienten.

2. SJUKSKRIVNING OCH REHABILITERING

Detta görs endast om summan av kardemumman blir att sjukskrivning är aktuellt!

SJUKSKRIVNINGS- OCH REHABILITERINGSPLAN

Skapa en individuell plan, i samverkan med patienten, där ni kommer fram till hur planen kommer se ut och i vilken riktning ni kommer jobba. Planera för **vad som ska göras**, i vilken **grad** respektive **längd** sjukskrivningen ska sträcka sig samt när den planeras att **avslutas**. Det är viktigt att patienten är medveten om att sjukskrivningen kommer att ta slut, då det annars finns risk för intåg i den onda spiralen. Ett avslut kan dock göras stegvis, där patienten successivt återgår till jobbet mer och mer. I detta skede ska även en **uppföljning** planeras in.

REHABILITERINGSÅTGÄRDER

Inom vården är vårt uppdrag att **medicinskt rehabilitera** patienten, men parallellt med detta ska det även pågå en **arbetslivsinriktad rehabilitering** (arbetsgivarens ansvar).

Utöver de två ovan nämnda typerna av rehabilitering finns det andra viktiga faktorer patienten skall bibehålla, för att upprätthålla och återfå funktionsförmåga. Hit räknas **rutiner**, **aktivitet** och **sociala kontakter**. Detta för att den sjukskrivne inte ska tappa greppet om verkligheten, vilket helt klart kommer försvåra återgången till det vardagliga livet. **OBS!** Just detta stycke är viktigt att trycka på under tentan.

KOORDINERADE INSATSER

För att all denna rehabilitering och kommunikation skall flyta på på smidigast sätt kan en rehabkoordinator inkluderas i bilden. Dennes uppgift är att vara ett personligt stöd till patienten, genom att tillvarata patientens resurser och främja patientens delaktighet samt egna ansvar.

Till koordinerade insatser räknas även samordning inom hälso- och sjukvården, med god dokumentation så att nästa kollega kan fortsätta på den bestämda planen.

ARBETSÅTERGÅNG OCH PLANERING AV UPPFÖLJNING

För att arbetsåtergången ska flyta på så smidigt som möjligt för patientens del, är det viktigt att vi (i rimlig mån) successivt trappar ned en sjukskrivning. Se till att patienten har kontakt med sin arbetsgivare om vilka arbetsuppgifter hen ska ådra sig under sina första dagar tillbaka på arbetet. Finns det något patienten själv anser är lättare?

Vad gäller uppföljning är det viktigt att inte ha för långt mellan tillfällena, där ett bra tidsintervall skulle kunna vara en gång i månaden. Notera dock att denna uppföljning inte alltid behöver vara med en läkare, utan lika gärna kan ske med en rehabkoordinator eller SSK.

Om återgången inte går som planerat, att det inte skulle fungera, är det viktigt att samlas igenom och gå igenom/revidera planen. Sjukskrivningen måste få ett slut! Är inte detta möjligt kommer patienten enligt rehabiliteringskedjan bli tvungen att leta efter annat arbete, alternativt om möjligt anpassa sina arbetstider i samråd med arbetsgivaren.

REHABILITERINGSKEDJAN

Enligt lagen har en sjuk eller skadad anställd rätt till rehabilitering. Detta bestäms i följande lagar:

Socialförsäkringsbalken, Arbetsmiljölagen och Arbetsanpassning AFS.

1. Enligt rehabiliteringskedjan, som regleras via **Socialförsäkringsbalken**, bedöms arbetsförmågan de första 90 dagarna i relation till de uppgifter som ingår i det ordinarie arbetet.
2. **Efter 90 dagar** skall arbetsförmåga bedömas mot alla uppgifter arbetsgivaren kan erbjuda
3. **Efter 180 dagar** mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Detta innebär att patienten inte längre är garanterad sitt ursprungliga arbete om en anses kunna genomföra något annat - ex har man en knäskada kan man ej vara en kubbande anestesiläkare, men man kan fortfarande arbeta administrativt. Detta glömmar många bort.

Dag 15-90	Dag 91-180	Dag 181-364	Efter dag 364
Fk betalar sjukpenning om arbetstagaren inte kan utföra sina vanliga arbetsuppgifter	Fk betalar sjukpenning om arbetstagaren inte kan utföra något arbete alls hos arbetsgivaren Ev etablera kontakt med AF	Fk betalar sjukpenning om arbetstagaren inte kan utföra ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden	Maxgräns för sjukpenning undantag: Sjp, fortsättningsnivå (75%-nivå) eller Sjp, fler på normalnivå (80%-nivå)

Rehabiliteringskedjan syftar till att göra sjukskrivningar till en **omställningsprocess**, snarare än en passiv aktivitet. Syftet är att få personer att **kunna försörja sig själva** då man ser att **passivitet i sjukdom** snarare leder till **mer ohälsa**.

3. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Till sist!

Detta tycker vi personligen flyter ihop ganska mycket med sistnämnda delen i *Arbetsåtergång och planering av uppföljning*, men kanske värt att belysa igen. Följ upp sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen → fortsätt, avsluta eller revidera under dessa möten och se till att patienten själv medverkar i sin egen rehabilitering. Heta tips till dessa uppföljningstillfällen är att:

1. Ha återbesöket innan sjukskrivningstiden löper ut
2. Gör en förnyad försäkringsmedicinsk bedömning och du upplever att ni bara står och stampar → rätt diagnos?

SJUKINTYGET

Nedan följer lite kort hur ett sjukintyg är uppbyggt, och vilka uppgifter som ska fyllas i vart. I bilden nedan ses även exempel på hur vissa punkter ser ut i själva sjukintyget:

1. **Smittbärarpenning** - aktuellt att kryssa i denna ruta om patienten bär på en samhällsfarlig smitta → får ej arbeta.
2. **Intyget är baserat på...** - ska idag baseras på klinisk undersökning, och att vara på plats är absolut att föredra.
3. **I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan** - vad undersökningen korreleras emot, både yrke samt arbetsuppgifter.
4. **Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga** - det tillstånd som orsakar mest nedsättning ska stå överst, och endast de sjukdomar med påverkan på arbetsförmågan skall nämnas under denna punkt. För att ta ett exempel bör inte hypertoni nämnas.
5. **Funktionsnedsättning** - beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer. Stärk din bedömning
6. **Aktivitetsbegränsning** - den del Försäkringskassan i huvudsak kollar på. Ge här konkreta exempel på situationer och aktiviteter i patientens arbete där svårigheter uppstår. Beskriv hur ofta dessa uppstår samt graden av svårigheterna. Här är det även viktigt att uppge om det finns någon aktivitet som skulle vara direkt farlig för patienten att utföra.
7. **Medicinsk behandling** - vilken behandling är startad, hur länge kommer den fortgå och är det fortsatt några testresultat som inväntas?
8. **Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmåga** - lägg samman all info från ovanstående punkter, och gör en bedömning kring hur mycket patienten kan tänkas arbeta samt hur länge en eventuell sjukskrivning skulle kunna vara. Till din hjälp finns det försäkringsmedicinska beslutsstödet.
9. **Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle** - viktiga uppgifter för såväl Försäkringskassan samt arbetsgivaren. Snackar vi 1 månad eller 1 år?
10. **Åtgärder som kan underlätta patientens återgång till arbete** - tips till arbetsgivaren

1. Smittbärarpenning **Hjälps**

☐ Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till fråga Diagnos (4) och Nedsättning av arbetsförmåga (8)).

2. Intyget är baserat på I datum (år, månad, dag)

☐ min undersökning av patienten

☐ min telefonkontakt med patienten

☐ journaluppgifter från den

☐ annat

Ange vad annat är:

3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan? **Hjälps**

☐ Nuvarande arbete

☐ Arbetsökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

☐ Föräldradaglighet för vård av barn

☐ Studier

4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

Diagnoskod enligt ICD-10 SE	

5. Funktionsnedsättning

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

6. Aktivitetsbegränsning

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

Aktivitetsbegränsningen är de konsekvenser som en sjukdom eller skada har för individens förmåga till aktiviteter i arbetet.

Vad patienten inte kan göra i sina arbetsuppgifter

Det är viktigt att läkaren begränsar sin bedömning till det som han eller hon verkligen kan bedöma och ta ansvar för.

Till sist skriver du som läkare under sjukintyget, där du ställer dig bakom samtliga uppgifter i intyget.

OBS! Att skriva sjukintyg tar tid!

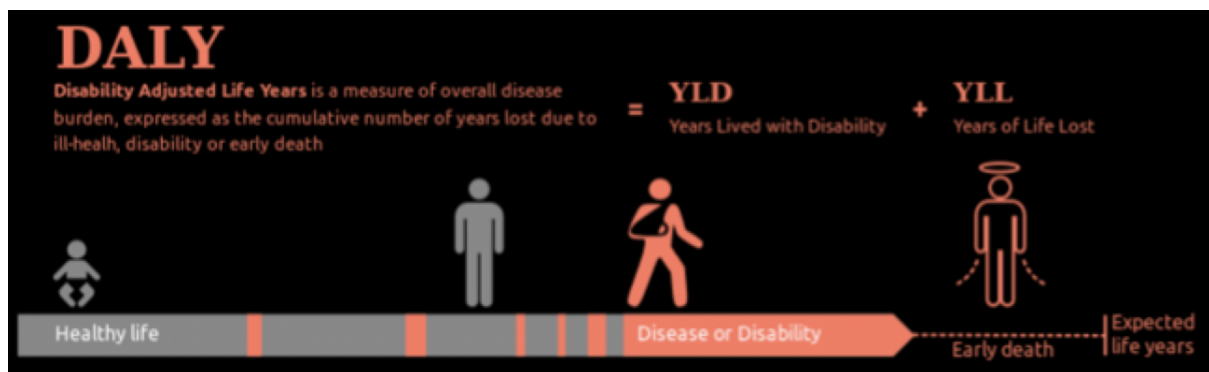
GLOBAL KIRURGI

GRUNDLÄGGANDE BEGREPP

DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS

DALY står för Disability adjusted life years, och är ett kombinerat mått som illustrerar ohälsa/sjukdomsbörda hos en population genom att kombinera summan av år som förlorats pga funktionsnedsättning (years lost to disability, YLD) och för tidig död (years of life lost, YLL).

DALYs kan användas för att avgöra i vilken utsträckning patienter med en viss sjukdom på gruppnivå får en jämlik vård. Detta görs genom att DALYs är ett mått på vilken **sjukdomsbörda** en viss sjukdom orsakar i en befolkning. Detta ger värdefull information för att avgöra vilket vårdbehov som föreligger i befolkningen, vilket i sin tur är en grund för att avgöra i vilken utsträckning vården är jämlik. DALY ger alltså inte så mycket information om vilken livskvalitet befolkningen lever med.



28-32% av DALY:s globalt orsakas av kirurgiskt åtgärdbara tillstånd. Detta innebär inte att de är botbara - men man kan minska sjukdomsbördan och den påverkan det har på en befolkning.

KIRURGISKA RESURSER

5 miljarder av jordens befolkning (av 8 miljarder ish) har inte tillgång till säker kirurgi till överkomlig kostnad när den behövs. Av dem 5 miljarder har inte 2 av dem någon som helst tillgång till kirurgisk vård. Fördelningen av kirurgiska resurser globalt är så illa att den rikaste 1/3 har 73% av alla ingreppen och den fattigaste 1/3 endast har 3,5% av ingreppen.

VÄGEN FRAMÅT - THE BELLWETHER PROCEDURES

Genom att kartlägga sjukdomsbördan så har man identifierat vilka operationer som bör kunna utföras i ett land för att kunna tillgodose befolkningens behov. Detta kartlades av Lancet 2015 och kallades för the essential surgery package. För att lättare kunna mäta och utveckla sjukhusen identifierades 5 operationer som kallas för **skvalleringrepp**. Detta innebär i korta drag att om ett sjukhus kan utföra dessa fem operationer - kan man utföra resten. Dessa kallas för **The Bellwether procedures**:

- Kejsarsnitt
- Ljumsbråck
- Öppna blindtarmsoperationer
- Operativa behandlingar av öppna frakturer
- Kataraktoperation

VARFÖR KIRURGI?

Kirurgi är kostnadseffektivt och har därmed ett betydande hälsoekonomiskt värde. Därav har man funderat på om man kan utveckla "midlevel health-care providers". Detta innebar, i Sierra Leone exempelvis, att man lärde upp sjuksköterskor att utföra kejsarsnitt. Nackdelen med detta är att det inte finns kompetens vid komplikationer, men man ser att detta kan vara en del av lösningen.

Målet till 2030 är att öka tillgängligheten, arbetskraften, volymen, förbättra mortaliteten och ekonomiska villkor. Men detta kommer inte att gå undan. För att detta skall kunna träda i kraft krävs det ett ekonomiskt sunt system. Idag har inte befolkningen råd att betala för operationerna.

VÅRDPLAN FÖR ATT OPTIMERA VÅRDEN

VAD ÄR EN VÅRDPLAN

Definitionsmässigt är en vårdplan något "som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient". Det kan ses som ett sätt att förlänga patientens självbestämmande, när denne till sist inte förmår att beskriva detta själv. Om en vårdplan utfärdas i tid kan patientens preferenser noteras, vad gäller vårdens innehåll och plats. Detta underlättar sedan för oss att kunna bedriva en vård vi tänker gagnar patienten, samt går i linje med dess önskemål.



VARFÖR ÄR DET VIKTIGT ATT GÖRA EN VÅRDPLAN?

Inom vården vägleds vi av medicin-etiska principer, likt de som ses på bilden. Vi vet sedan tidigare att vi ska bedriva en god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, men ses all vård som "god" hos samtliga patienter?

Beslut om begränsning av livsuppehållande vård fattas av leg. läkare, men ska helst göras i samråd med patient och anhöriga. Detta beslut kan även komma från patienten själv, varpå vi inom vården behöver acceptera det (patienter har rätt att avstå vård). Patienter har rätt till medbestämmande, där vi ska jobba för att de involveras så mycket som möjligt i deras egen vård. De har dock ALDRIG rätt att kräva en viss typ av vård.



OBS! Tillhörande den etiska plattformen, utöver människovärdesprincipen i bilden, har vi även behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

UTMANINGAR VID VÅRD AV PATIENT MED SVÅR SJUKDOM

Vi har idag otroliga resurser, vad gäller mediciner och tekniska hjälpmedel, som kan förlänga livet på de allra flesta individerna. En viktig fråga vi dock måste ställa oss är "om ett förlängt liv innebär ett med kvalitet, eller ett med förlängt/ökat lidande"? Döden är inte alltid det sämsta alternativet, och maximal vård är inte alltid optimal vård!

Vi kommer i framtiden att fatta flera medicinsk-etiska beslut som kommer att påverka människors död, och i dessa lägen är det fördelaktigt om en vårdplan kunnat upprättats i tid så att patienten på ett eller annat vis kan få sin sista önskan igenom. Har ingen vårdplan utfärdats, eller har inga beslut fattats (vilket också är ett beslut) så är det fulla åtgärder som gäller i händelse av ex. hjärtstopp → kan vakna upp med bestående men efter ett hjärtstopp som kan försämra situationen ytterligare.

VÅRDBEGRÄNSNING

Grundinställningen i vården är att göra allt som är medicinskt möjligt, det vill säga inga begränsningar. Att komma upp med vårbegränsningar innebär att vi preciserar begränsningarna, vilket exempelvis kan röra sig om:

- Avstå HLR
- Avstå antibiotika vid infektion
- Avstå intensivvård
- Avstå sjukhusvård

Ovanstående ska alltid dokumenteras i journalen, så att all vårdpersonal är informerad kring hur de ska agera i olika lägen. Risken med detta är dock att vårdens fokus blir att avstå från vård, där patienten inte erbjuds någonting istället. 0-HLR är INTE likställt med "gör ingenting" vid försämring. Upprätta en vårdplan, där det tydligt framgår vilka önskemål som finns samt vilka vårbegränsningar som fastslagits.

FÖR- OCH NACKDELAR MED EN VÅRDPLAN

FÖRDELAR MED ATT GÖRA/TA STÄLLNING

- Patientens behov kan mötas genom handlingsberedskap (Göra gott)
- Vård som inte gagnar patienten/som patienten inte vill ha ges inte (Inte skada)
- Patientens autonomi stärks

OBS! Det finns evidens som stödjer att en vårdplan ökar vårdens kvalitet, möjliggör ökad livskvalitet samt minskar lidande.

RISKER MED ATT AVSTÅ

- Maximalt istället för optimal vård
- Ökat lidande för patient och närstående
- Symtomlindring uteblir
- Patienten har inte fått chans att förbereda sig och påverka hur livets slut ser ut
- Närstående har inte fått chans att förbereda sig
- Resurskrävande - andra får mindre vård
- Utan vårdplan och ställningstagande till vårbegränsningar finns risk att:
 - Vården missar att göra gott
 - Vården skadar patienten
 - Patientens autonomi begränsas
 - Vårdens resurser räcker i mindre utsträckning till alla patienters behov

NÄR ÄR DET DAGS ATT GÖRA EN VÅRDPLAN?

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) har vi inom vården en skyldighet att planera vården för en patient som närmar sig livets slut, men kan med fördel gärna belysas i ett tidigare skede om patienten är öppen för det. Det som skall ingå i en vårdplan är:

- Vem är patientens fasta vårdkontakt, som tar huvudansvar för vårdens innehåll?

- Planering av framtida vård, både vad gäller symtomlindring och omvårdnadsinsatser. Fundera ut "alla" tänkbara scenarion, och kom upp med en rimlig åtgärd för var och ett av dem. Hur ska patientens smärta behandlas? Aptitlöshet/illamående? Oro? Tilltagande leversvikt med ascites? Glöm heller inte bort närstående, hur de ska få information och stöd. I bilden till höger ses ett exempel på hur olika insatser är förutbestämda, i händelse av försämring eller uppkomst av specifika symtom.
- I möjligaste mån, planering av vad som ska göras, respektive vad som INTE ska göras (vårdbegränsningar).

Mål: Att Gunnar ska bli trygg med hemsjukvården så att hans önskan om att få vara i sitt hem fram till livets slut kan förverkligas. Vid anslutning till hemsjukvården bedöms Gunnar vara nära livets slut.

Medicinska insatser:

Smärta: Morfin 10 mg ½ v b. Betapred som antiinflammatorisk behandling mot smärtan från leverkapseln. Om svårare smärta: Morfin 0,5 ml s.c.
Tilltagande leversvikt/-koma, ascites: God omvårdnad + adekvat symtomlindring enligt ordinationer, se läkemedelslista. Ev spironolakton mot ascites, vid mycket besvär kan ev tappning bli aktuellt.
Aptitlöshet, illamående: Betapred, 8 tabl x 1. Sänk 1 tablett var 3:e dag till lägsta effektiva dos 2 – 6 tabletter).
Oro: Oxascand per oralt v b. Om sväljningssvårigheter, inj. Midazolam v b.
Närstående: Information och stöd.
Omvårdnadsinsatser: Besök 2 ggr/v. Stötta familjen. Trygghetslarm. Symptomskattning smärta och illamående.
Hjärtstopp: Vid hjärtstopp ska inte återupplivning påbörjas (0 HLR).
Infektion/sepsis: Gunnar önskar inte förlänga sitt liv. Ingen utredning, antibiotika ej aktuellt, utan fokus på symtomlindring.

HUR GÅR DET TILL ATT GÖRA EN VÅRDPLAN?

Att formulera en vårdplan kan ses som en process, som inkluderar flera möten och professioner:

- Förberedande möte** - SSK berättar för patient och närstående hur det går till när en vårdplan formuleras, och vilka saker som brukar tas upp
- Vårdplansmötet** - minimum är att läkare och patient deltar. Även närstående får vara med, vid godkännande av patienten.
- Uppföljande möte** - SSK följer upp mötet med läkaren och stämmer av med patienten och närstående.

En samsyn kring vårdplanen är något som eftersträvas, och för att nå dit krävs god kommunikation. Med fördel kan du som ansvarig läkare beskriva hur du ser på situationen/brukar göra i "dessa" fall. Förklara för närstående att "jag tror detta skulle kunna skapa ett större lidande än gott för din pappa", om det uppstår situationer där samsyn inte fullt nåtts. Förklara givetvis, med vetenskaplig evidens/klinisk erfarenhet, varför du tänker som du gör. Till sist dokumenteras vårdplanen i journalen.

OBS 1! Det finns inga riktlinjer för hur länge en vårdplan håller, och med anledning av det kan det vara värt att revidera vårdplanen med jämna mellanrum. För en person på särskilt boende kanske en revidering per år räcker, medan det för en annan patient kan behöva revideras oftare (i takt med försämring eller uppkomst av nya medicinska åkommor).

OBS 2! En vårdplan är inte juridiskt bindande, utan ska fungera som ett stöd i den vård som bedrivs för patienten (ex. om något händer när jourhavande läkare är på plats). Läkare är ansvarig för innehållet, men kan med fördel rådgöra med annan leg. personal på avdelningen. Viktigt är även att en vårdplan endast gäller på den enhet/klinik den upprättats på.

ETT EXEMPEL FRÅN TENTA, PÅ UTFORMANDE AV VÅRDPLAN

Gösta kan få smärta av sina skelettmetastaser och ska då bli insatt på smärtlindring, om det inte räcker med Paracetamol så ska han få ett morfinpreparat. Det finns också risk för urinstämning och då ska Gösta i första hand använda ren intermittent kateterisering eftersom han inte vill ha en kvarvarande kateter. Om Gösta får en urinvägsinfektion eller lunginflammation så vill han ha antibiotika. Om det behövs så vill Gösta vårdas på sjukhus vid en svår infektion. Om Gösta får ett hjärtstopp så vill han inte att det sker någon hjärtlungräddning.

SAMTALSKNEP

- "Nu blir fokus att du ska ha det så bra som möjligt och klara dig själv hemma. Det kan vara klokt att ha en plan om du skulle försämrats, så att du/ni vet var ni kan vända er och få hjälp".
- "Vad är viktigt för dig om din hälsa skulle försämrats?"

- "Finns det något du inte vill vara med om?"
- "Finns det något som oroar dig när du tänker på hur det ska bli framåt?"

Viktigt med fokus på vad som kan/ska göras, och inte bara på det som inte kan/ska göras (=vårdbegränsningar). Vården kan göra så otroligt mycket när det kommer till att smärtlindra och öka livskvaliteten den sista tiden i livet, men många patienter tänker tyvärr att vårdbegränsningar innebär att de inte kommer få någon hjälp alls. Förklara då att det finns massvis vården kan göra, men att fokus inte kommer att ligga på att förlänga livet.

HUR DOKUMENTERAS EN VÅRDPLAN?

- Vilka närvarar?
- Patientens egen medverkan?
- Ansvarig läkare?
- Beskrivning av patientens tillstånd
- Vårdbegränsningar eller ej?
- (Övergripande) behandlingsmål

Utöver ovanstående punkter bör även patientens egen inställning och önskningar framgå. En patient kan i dagsläget läsa allt vi skriver via sin journal, men hellre att vara öppen och ärlig vid dialog med patienten så att denne vet vad som kommer att formuleras.

KLASSIFICERING FÖR STATISTIK

ICD-10

ICD-10 SE är en terminologi för klassifikation av diagnoser, och står för **Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), version 10, i svensk översättning. ICDs terminologi är uppbyggd i olika kapitel med gemensamma tillstånd eller orsaker, som ex. "Skador och förgifningar", "Graviditet", "förlossning", "Infektionssjukdomar" och "tumörer". Bokstaven (ex. C) syftar på kapitel C (tumörsjukdomar) och siffran (ex. 50.3) organ/lokal i kroppen (bröstkörteln nedre inre kvadrant). Det främsta syftet med ICD är att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem, som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården.

Kapitel (ger bokstav i koden)
Avsnitt
Kategori (3-ställig nivå) [L89 Trycksår](#)
Subkategori (4-ställig nivå) [L89.2 Trycksår, grad 3 \(sic!\)](#)
Fördjupningskod (5-ställig nivå) [L89.9F Trycksår på höft/lår](#)

VÅRDÅTGÄRDER (KVÅ)

En åtgärds kod är en kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård. Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister då de används för att följa kirurgiska och medicinska åtgärder. I bilden till höger ses exempel på några åtgärds koder.

DT019 Läkemedelstillförsel, peroral (läkemedel kan anges med ATC-kod)
PN008 Bedömning av att sköta sin egen hälsa
QN025 Stöd och/eller träning i att sköta sin egen hälsa
QV001 Information/undervisning om hälsa-ohälsa
QX004 Preoperativ förberedelse

JEA00 Appendektomi
JJA20 Biopsi av lever
FQBoo Hjärt-lungtransplantation