

## **AKO-Nytt Skåne NV 2025-01-24**

### **Minnesanteckning från AKO-möte Skåne NV**

**Tid:** Fredagen den 24 januari

**Närvarande:** Jenny Andersson, Lotta Fredholm-Elén, Janina Fries, Helene Lennström Kathuria, Anders Navntoft (endast om DVT), Ramune Blinstrubiene, Madeleine Smith, Åsa Theander, Tina Runeke, Martin Vernet, Anna Karin Widborg, Ulrika Wåhlin, Lina Hjärpe Skoglund, Anna Parnfelt, Magnus Garbergs Johansson, Karin Åkerberg (slutet av mötet)

### **Nytt från AKO Skåne**

- **AKO-dag 15 oktober:** Den 15 oktober kommer vi att ha vår årliga dag för de allmänläkare som har uppdrag för AKO Skåne. Mer information och länk till anmälan kommer när dagen närmar sig.
- **Kommande datum för AKO fortbildning:** För schemaläggare som vill kunna planera innan anmälan öppnar så finns kommande datum på AKO Skånes hemsida [Fortbildning AKO - Vårdgivare Skåne](#). Det är fortsatt mycket viktigt att anmäla sig så snart man vet när man kan gå, detta då vi behöver avboka lokaler långt i förväg utan att drabbas ekonomiskt. Ibland behöver vi även utöka lokalen om fler än väntat anmäler sig, och det kan vara svårt med för kort varsel.
- **AKO-rapport om vanliga kroniska sjukdomar i patientmötet:** AKO Skåne har släppt en ny rapport i december som beskriver hur ofta riktlinjerna har uppdaterats och illustrerar då vikten av läsa ofta för att hålla sig uppdaterad. [Vanliga kroniska sjukdomar i patientmötet](#)
- **Uppdaterad handbok för dödsfall utanför vårdinrättning:** Region Skåne har tagit fram en reviderad upplaga av "Handbok för dödsfall utanför vårdinrättning". Denna tillsammans med tillhörande bilagor finns från 23 januari publicerat på [Dödsfallshantering - Vårdgivare Skåne](#). Revideringen har gjorts av en arbetsgrupp med flera representanter från region, kommuner och berörda aktörer. Handboken som helhet är nedkortad jämfört med tidigare men omfattar samtliga delar och områden som kan vara aktuella. Bland annat är avsnittet förtydligat gällande *förväntat dödsfall* för patienter som också har kommunal primärvård (Avsnitt 1.7) Även blanketten "Underlag vid förväntat dödsfall" är uppdaterad. Den publiceras på samma sida på vårdgivare i Skåne, samt som ifyllbar blankett i PMO.

- **Remiss för hemsjukvård:** I förra nyhetsbrevet berättades om en regiongemensam remiss för hemsjukvård. Detta stämmer tyvärr inte, den är endast framtagen i samverkan mellan kommunerna i Skåne men inte godkänd av regionen. När även regionen har godkänt den är intentionen att den ska kunna läggas i PMO. I nuläget kan man i lokal samverkan mellan varje enskild kommun och vårdcentral använda sig av denna om sådan rutin författas.
- **Frågor specifikt till AKOare i NV:** Rör interna frågor inom AKO.

### Nytt från AKO NV

- **Stopp för hyrläkare i regionen – konsekvenser för specialiserad vård:** Lina Hjärpe Skoglund, klinikrepresentant internmedicin, redogör för hur hyrläkarstoppet påverkar de internmedicinska mottagningarna i Helsingborg, och i förlängningen primärvården. Njurmottagningen kommer klara sig utan hyrläkare då man har förstärkt med internationellt rekryterade, timanställda och ST-läkare. Över sommaren kan det periodvis bli viss brist men man finns regionala grupper som arbetar på samverkan inom regionen för att täcka för semestrar. Primärvården bör inte påverkas av det fattas läkare i noursektionen. Endokrinmottagningen är hyrläkarfri sedan några månader, tack vare timanställning och nyrekrytering. Just nu är tillgängligheten för primärvårdens patienter något försämrade men kommer att bättras under tidig vår. Reumamottagningen och lungmottagningen har det tuffare. Lungmottagningen kommer få hjälp av läkare från Ängelholm och SUS som bemannar en linje vardera för att täcka behovet i Helsingborg. Det kan påverka tillgängligheten på mottagningen då bristen inte täcks upp av dessa två inlånade linjer. Det hade varit svårt att hitta lungläkare även om hyrstoppet inte införts eftersom det är en stor brist i hela Sverige på dessa. Man planerar för snabbspår för de som vill specialisera sig inom lungmedicin men kommer inte lösa problemen på kort sikt. Reumamottagningen är svår att bemanna upp och är avhängigt ett regionalt samarbete, man kommer få hjälp från SUS. Hittills har inga dispenser godkänts alls trots att man tryckt hårt på patientsäkerhetsrisker. Gastromottagningen har också låg bemanning för tillfället på grund av sjukdom och föräldradighet. Där har man aldrig haft hyrläkare då dessa inte har gått att uppbåda, även om behovet har funnits.
- **Uppföljning efter besök på sjukhus – när kan primärvården ta över:** Överenskommelsen mellan primärvården och specialiserad vård i NV är att vårdcentralen har möjlighet att ta över uppföljning om den ska ske 4 veckor eller senare efter kontakt på sjukhuset. Om uppföljning behövs tidigare än så ska sjukhuset ombesörja detta, eller ringa vårdcentralen. I undantagsfall kan man faxa remissen, men svårt att hantera om vi behöver ha kontakt med patienten för inbokning inom 1-2 veckor. Inte alltid som telefonnummer stämmer och tar tid för kallelser per post att komma fram. Se överenskommelse [Samverkan mellan sjukhusen i nordväst och offentlig och privat primärvård](#) Det händer att man nu därför tummar på den medicinska bedömningen, genom att skriva

att t ex elektrolyter ska följas upp om 4 veckor, vilket ju oftast behöver ske betydligt tidigare. Gäller ffa akuten, så Anna Parnfelt tar med sig frågan.

- **Sjukskrivningar hänvisas till primärvården i väntan på operation:** Man har från specialiserad vård, ffa ortopederna i både Helsingborg och Ängelholm, börjat hänvisa patienten till vårdcentralen för sjukskrivning i väntan på operation. Detta är inte enligt regelverket, intyg ska skrivas av den som har det medicinska ansvaret. Om patienten inte är färdigbehandlad med operation och påföljande rehabilitering så kvarstår ansvaret inom specialiserad vård. [Tillämpningsanvisningar sjukskrivningsansvar](#). Anna Karin Widborg tar kontakt med ortopederna.
- **DVT – akut handläggning, ny process i NV, Anders Navntoft klinikrepresentant BFM:** [Djup ventrombos - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne](#) är uppdaterad med informationen att man kan ge en dos rivaroxaban om man inte kan få ultraljudsundersökning samma dag. I NV har vi hittills inte haft möjlighet till akuta ultraljudsundersökningar men detta är en möjlighet från 17/2. Rutin har utarbetats, se bifogat dokument. Om man har misstanke om DVT enligt riktlinjen så skickas akut remiss till röntgen för ultraljud. Var noggrann med att inkludera Wells score och ev D-dimer, annars returneras remissen. Patienten ska sedan stanna kvar i väntrummet. Sekreterare (eller annan) ringer efter 15-20 min för att efterhöra när pat har tid för undersökning. Om den då inte kan utföras samma dag kan man ge en dos rivaroxaban utan föregående provtagning förutsatt att kontraindikationer inte föreligger. Man behöver alltså beställa hem rivaroxaban till vårdcentralen för detta ändamål. Om man på röntgen hittar en DVT kommer pat att hänvisas till akutmottagningen för provtagning inför, och insättning av läkemedelsbehandling. Av den anledningen ska patienten ha en remiss till akutmottagningen i handen (på samma sätt som vid misstänkt skelettskada) som denne kan slänga om misstanken avskrivs. Det är AK-mottagningen som sedan följer upp DVT-patienterna, inte vårdcentralen. Om man inte har möjlighet att skicka pat för ultraljud samma eller nästföljande dag, t ex inte har rivaroxaban hemma, så går det att fortsatt skicka patienten till akutmottagningen för vidare handläggning. I vissa fall kommer röntgen att boka in en uppföljande undersökning efter 5-7 dagar, se [DVT-utredning NVS](#).
- **Magnus Garberg Johansson, klinikrepresentant kirurgen:** Vid behandling av varicer ingår att man ibland skapar en tromboflebit som en del i behandlingen. Dessa ska då alltså inte behandlas utan självläka. Gruppen framför att det är viktigt att detta framgår tydligt i skriftlig patientinformation som pat får med sig efter ingreppet.
- **Digitala akutbladet – uppföljning av tidigare ärende:** Fråga från akutmottagningen om de kan initiera det digitala akutbladet om kommunen inte aktualiserat detta. Det ska gå så länge som

patienten är upplagd i systemet med bakgrundsinformation och kontaktuppgifter.

- Lina Hjärpe Skoglund, klinikrepresentant internmedicin.** Ny sektionschef på endokrin som kommer från Halland, har samlat på sig lite frågor angående remisser till och från primärvården. *Hypotyreos hos gravida, vem ansvarar för uppföljning.* [Hypotyreos - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne](#) säger att primärvården har ansvar för initialt omhändertagande vid nyupptäckt hypotyreos vid graviditet, av den anledningen att det ibland uppstår innan kvinnan har hunnit skriva in sig på MVC. När hypotyreosen är känd sedan tidigare, eller efter det initiala omhändertagandet, gäller att kvinnan ska skötas av läkare på MHV eller av endokrinolog.

*Patienter med typ 1-diabetes som åldras och hamnar på SÄBO, finns möjlighet att remittera ut till primärvården?* Generellt behövs individuella målnivåer där fokus är på välbefinnande och livskvalitet i stället för att sänka HbA1c ner till normala nivåer. För primärvårdsläkaren skulle detta bli en "sällanpatient" som det skulle ta mycket tid i anspråk att ha hand om. Det finns ingen riktlinje för allmänläkaren att få stöd av, och det finns också andra komplikationer som patienten kan drabbas av som inte brukar uppstå hos patienter med typ 2-diabetes. I vissa enskilda fall, om man är överens, kan det vara aktuellt men generellt i gruppen allmänläkare i mötet så säger vi nej till dessa.

*Patient med njursvikt och dialys som sköts av njurmottagning. Vem ansvarar vid annan sjukdom?* Gällde patient med känd grav kärlsjukdom som fick nekrotisk och ful tå. Remitterades till primärvården men remissen kom i retur. Konsensus i gruppen att det hade varit rimligt att primärvården hanterade denna patients perifera kärlsjukdom.
- Åsa Theander, AKOare:** Patient med PCOS där man remitterat från gyn för ställningstagande till och insättning av metformin, och i ett annat patientfall även spironolakton. Indikationen var då PCOS och inte diabetes. Anna Karin Widborg instämmer i att hon sett liknande remiss. Dessa ska primärvården inte handlägga. Om gyn ser indikation för metformin eller spironolakton för behandling av PCOS får de sätta in och följa upp, ingår inte i primärvårdens ansvar. Frågan skickas vidare till Anna Fröberg Alm som är AKO gynekologi.
- Lotta Fredholm-Elén, AKOare:** Man i 60-årsåldern som inte tillhör ärftlig riskgrupp för prostatacancer, remitterades enligt SVF pga PSA > 3 och normalt palpationsfynd. Svar kom från undersköterska som enbart skrev att provet kontrollerades om och då var < 3, ska följas upp med nytt prov av primärvården om 1 år. **Helene Lennström Kathuria, lokal cancersamordnare i NV,** svarar att det är enligt vårdförloppet. Numera ska provet tas om när det är < 10 innan vidare utredning. Om provet då är normalt följs patienten i primärvården. Lämpligt med 1 års intervall första gången med tanke på att det var >3 till att börja med, därefter enligt [Prostatacancer - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne](#) eller om annat angivits av urolog på remissvaret. I detta fall är koordinatörn

på urologen undersköterska. Det är önskvärt att detta förtydligas i kommande svar, både att hon är koordinator och att det följer vårdförloppet.

- **Madeleine Smith, klinikrepresentant ÖNH:** Det är mycket långa väntetider till operation av tillstånd inom ÖNH för närvarande. Framförallt tonsilloperationer på barn som kan få vänta upp till ett år. Det är ett regionalt problem så svårt att omfördela remisser för att korta köer, beror till viss del på personalbrist inom operationsverksamheterna.
- **Ramune Blinstrubiene, AKOare:** Pat remitterad till akuten på misstanke om lungemboli, ingen D-dimer togs och pat skickades hem. En vecka senare kontaktar pat igen, rekommendation från ledningsläkare att ta D-dimer på vårdcentralen. Denna var förhöjd, och pat fick skickas in igen. Fråga om varför man inte tog D-dimer i första kontakten på akuten. Svar från Anna Parnfelt, de använder sig av ett bedömningsinstrument för att värdera risk som då kanske inte föll ut i att ta provet. Man kan även använda sig av Wells score.
- **Martin Vernet, klinikrepresentant Mobilt team närsjukvård:** Remisser faxas oftast av dem in till akuten, uppfattningen är att de inte verkar läsas. Anna Parnfelt besvarar att alla pat som kommer till akuten med remiss betittas av triageläkare. Ibland träffar de patienten och gör en bedömning innan remissen läses. Önskemål från gruppen att remissen alltid ska läsas och aktuell frågeställning besvaras.
- **Kommande möten:** 7/3 (teams), 25/4 (teams), 16/5 (fysiskt med AW efter)

**Vid tangenterna:** Jenny Andersson