

inte sin policy till dessa områden utan öppnar också dörren för garanterat överksamma metoder, som t ex homeopati. Bara de för saken frälsta kan mena att sådana metoder ger »medborgarna ... en säkrare hälso- och sjukvård«. Detta blir särskilt tydligt då lagstiftningen inte ger en legitimerad läkare utrymme att aktivt föreslå en patient behandling enligt s k komplementära metoder.

Det är just detta som gör landstingets ståndpunkt udda och avvikande. Socialstyrelsen, tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården, stöder heller inte policyförslaget utan är klart reserverad. Detta försöker landstinget dölja genom att i policyn bara påpeka att »Socialstyrelsen ... har informerats«. Socialstyrelsen har således varken tillstyrkt eller godkänt den planerade verksamheten.

Även lagstiftaren går en annan väg – riksdagen har nyligen beslutat att utöka antalet yrken för vilka det krävs legitimation, och har aviserat att ytterligare yrken kan komma att föras in under det ansvar och den tillsyn som legitimationen innebär.

**Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)** har i en rapport konstaterat att effekten av de s k alternativmedicinska metoderna sällan är vetenskapligt bevisad, och att utövarna enligt kritiker ägnar sig åt att sälja falskt hopp till lidande och sjuka. Detta är särskilt bekymmersamt då man vet att det bland

dem som vänder sig till detta alternativ inte bara finns personer med banala åkommor utan också sådana med kroniska besvär.

SBU:s rapport konstaterar vidare att nyttan av de s k komplementärmedicinska metoderna är osäker.

**Landstingsförbundet** har i en stor undersökning, framtagen av forskare vid Linköpings universitet, konstaterat samma sak. Man anser att det visserligen kan finnas positiva effekter av viss s k komplementärmedicinsk behandling (dock utan att ange vilken), men att det samtidigt föreligger risker inte bara med enskilda s k komplementära metoder utan också vid samtidig och samverkande behandling. Vad gäller metodernas effekter drar Landstingsförbundet samma slutsats som många andra som studerat saken, nämligen att »de utvärderande studier som genomförts har endast i mindre utsträckning gett entydigt positiva resultat«.

**Den nuvarande politiska ledningen i Stockholms läns landsting** står således ensam i denna fråga – bakom sig har den bara utövarna av den s k komplementära medicinen. Några logiska och för alla begripliga skäl till den nya policyn står inte att finna. Ett par frågor inställer sig därför: Är policyn en eftergift för att kunna bilda politisk majoritet i landstinget med miljöpartiets stöd? Är pati-

enternas rätt till en säker och granskad vård bortkompromissad i ett politiskt maktspel?

**Landstinget är berett** att ta ekonomiska medel i anspråk – som läkarna behöver för sin kompetensutveckling – för att läkarna skall tvingas skaffa sig information om verksamheter som inte vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det absurda i landstingets nya policy kan beskrivas som om en astronom som önskar utbildning inom sitt fält skulle erbjudas en kurs i astrologi.

**Stockholms läkarförenings syn** på saken är enkel och tydlig: Om landstingsfullmäktige beslutar att genomföra denna policy kommer föreningen att mycket tydligt och klart råda alla läkare att inte befatta sig med frågan på det sätt landstinget föreslår. Vi kommer att uppmana övriga fackliga organisationer att göra detsamma. Vi kommer att informera allmänheten om att landstinget nu anser att ökad tillgång till garanterat överksamma metoder innebär att man får en säkrare hälso- och sjukvård än om man går till sin husläkare!

Stockholms läns landsting tycker tydligen att det är bättre eller lika bra att en sjuk person får massage med varma stenar än besöker sin husläkare!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Historien upprepar sig

Konflikten mellan våra två ordföranden väcker kusliga minnen till liv hos oss gamla fackliga kämpar. Vi påminns om att i början av 1970-talet lanserades från bl a Socialdepartementet tanken att de flesta mindre sjukhus skulle läggas ned och ett stort antal sjukhusläkare omskolas till distriktsläkare. Genom gemensamma ansträngningar från Svensk kirurgisk förening, Sveriges läkarförbund och Spri (Spri rapport 4/77) lyckades man stoppa galenskaperna då.

**Nu hörs åter liknande** tongångar från Ansvarskommitténs ordförande Mats Svegfors och, av alla, vår ordförande Eva Nilsson Bågenholm. I aningslös övertro på medicinens framgångar tror dessa att medborgarna i framtiden kan klara sig med så gott som enbart öppenvårdskontakter vid sjukdom och olycksfall. Man glömmer att merparten av sjukhusens arbetsuppgifter är rutinmässig vardags-

sjukvård, s k länssjukvård, som redan i dag lider skriande brist på vårdplatser.

Befolkningsutvecklingen, med bl a fler sårbara äldre medborgare, kommer att öka platsbehovet, vilket också framhålls av flera delförfattare i Ansvarskommitténs bakgrundsmaterial.

Det förefaller som om förbundet inte analyserat dessa frågor tillräckligt, utan lutar sig mot vad som förefaller landstingspolitiskt opportunt. Denna politiskt korrekta inställning gynnar inte våra medlemmar som i öppen och slutet vård sliter med att försöka finna vårdutrymme för sina patienter.

**I WHO:s rapport** No 744 »Hospitals and health for all« betonas att samverkan mellan öppen och slutet vård är viktig och att ingen öppenvård klarar sina uppgifter utan backup från en kedja väl fungerande lokala sjukhus.

Läkarna i såväl öppen som slutet vård

samt våra patienter torde ha gemensamma intressen av att länssjukvården inte utarmas ytterligare.

**Frågan har** en både facklig och vårdetisk aspekt. Läkarförbundet har här en viktig uppgift att verka för en realistisk dimensionering av antalet vårdplatser nu och i framtiden.

**Ulf Lindsjö**

docent, Uppsala; f d läkarombudsman, f d ledamot av Sylfs styrelse, Läkarförbundets centralstyrelse, förhandlingsdelegation m m ulflindsjo@hotmail.com

**Folke Nilsson**

docent, Skanör; f d facklig sekreterare i Svensk kirurgisk förening m m

**Lars Thorén**

professor emeritus, Uppsala; f d ordförande i Svensk kirurgisk förening m m

## Penicillin V är förstahandsval vid behandling av erythema migrans

I Peter Wahlbergs och Dag Nymans inlägg i Läkartidningen 9/2006 (sidan 668) kommenterar författarna de sammanfattande resultaten från avhandlingen »Erythema migrans in Primary Health Care« som Louise Bennet publicerade i Läkartidningen 4/2006 (sidan 203).

Wahlberg och Nyman ifrågasätter behandling med penicillin V vid erythema migrans (EM) och menar att det kan ge falsk säkerhet samt att patienterna riskerar att få en spridning till centrala nervsystemet. De skriver att »... spridd borreliainfektion med involvering av centrala nervsystemet inte alls är ovanlig hos patienter med erythema migrans (EM). I rapporter från både USA och Europa förekommer den hos ca 10 procent av EM-patienter och uppåt.»

De refererar till tre studier som visat hematogen spridning av spiroketer hos patienter med singel EM utan allmänsymtom. De menar vidare att man därför bör använda ett antibiotikum som passerar blod-hjärnbarriären för att patienten inte skall riskera att utveckla spridning till nervsystemet, och rekommenderar amoxicillin istället för penicillin V som förstahandsval.

**Sverige har en lång terapitradition** med penicillin vid borreliainfektioner. Thyresson beskrev redan 1949 den framgångsrika behandlingen av acrodermatitis chronicum atrophicum med penicillin, och Hollström visade nio år senare samma goda effekt hos patienter med erythema migrans [1]. I Åsbrinks stora patientmaterial från tidigt 1980-tal beskrevs god effekt av penicillin V vid behandling av EM [2]. Sedan flera år tillbaka rekommenderar Läkemedelsverket penicillin V som förstahandsbehandling vid EM vid frånvaro av andra kliniska symtom [3]. Detta är en rekommendation som expertgruppen inte funnit skäl att ändra sedan dess.

Kriterierna för att påvisa spridning av borreliapirocheter till CNS kräver förutom pleocytoos och intratekal antikroppsproduktion framför allt kliniska neurologiska symtom. Enbart hematogen spridning utan klinisk bild är inte liktydigt med neurogen spridning även om enstaka spirocheter teoretiskt skulle kunna ha passerat blod-hjärnbarriären.

Den vanligaste manifestationen av borreliainfektion i Sverige är EM. I den sydsvenska epidemiologiska studien

från 1990-talet hade 73 procent av patienter med borreliainfektion bara EM utan annan samtidig manifestation såsom neuroborrelios eller artrit [4]. De flesta EM i Sverige orsakas av spiroketen *Borrelia afzelii*, som generellt har en låg benägenhet att disseminera, och har därigenom låg tendens att spridas till CNS [5].

De flesta fall av neuroborrelios i Sverige orsakas av *B. garinii* [5], en spirokete som ger upphov till endast ca 25 procent av EM-fallen [6]. *B. burgdorferi sensu stricto*, som orsakar Lyme borreliosis i USA, har isolerats vid endast enstaka tillfälle i Sverige [7].

**I klinisk praxis har man i Europa** inte upplevt terapivikt med penicillin V vid behandling av EM utan allmänsymtom. Dessutom är det viktigt att poängtera att det inte finns några europeiska antibiotikastudier som visar på bristande effekt med penicillinbehandling vid EM [8]. I en klinisk uppföljningsstudie i Sydsvertige följdes 570 patienter som 1992 behandlats för EM med penicillin V. Under en 5-årsperiod utvecklade ingen av dessa en spridd borreliainfektion [9]. Hade Wahlbergs och Nymans teorier gällt hade åtminstone ca 60 fall utvecklats neuroborrelios.

Det är nödvändigt att behandlingsrekommendationen bygger på kliniska studier. Jämförande behandlingsstudier mellan penicillin V och amoxicillin vid EM saknas med något undantag.

**Fördelarna med penicillin V** är stora framför antibiotika med bredare spektrum med större risk för resistensutveckling och biverkningar. Mot bak-

grund av våra kliniska erfarenheter står vi fast vid rekommendationen att penicillin V är förstahandsbehandling vid EM utan andra symtom.

**Louise Bennet**  
medicine doktor, distriktsläkare,  
Ronneby läkarstation  
louise.bennet@ltblekinge.se

**Susanne Stiernstedt**  
medicine doktor, överläkare,  
infektionskliniken, Karolinska  
Universitetssjukhuset Solna  
susanne.stiernstedt@karolinska.se

**Johan Berglund**  
docent, distriktsläkare, Ronneby  
läkarstation, Landstinget Blekinge,  
Karlskrona

**Lars Hagberg**  
professor, överläkare, infektionskliniken,  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,  
Göteborg

**Mats Karlsson**  
medicine doktor, överläkare,  
infektionskliniken, Karolinska  
Universitetssjukhuset Solna

**Ingegerd Olsson**  
medicine doktor, överläkare, hudkliniken,  
Södersjukhuset, Stockholm

**Katharina Ornstein**  
medicine doktor, överläkare,  
infektionskliniken, Universitetssjukhuset  
i Lund

Peter Wahlberg och Dag Nyman svarar på nästa sida.

### REFERENSER

- Hollström E. Penicillin treatment of erythema chronicum migrans Afzelius. *Acta Derm Venereol* (Stockh) 1958; 38:285-9.
- Åsbrink E, Olsson I, Hovmark A. Erythema chronicum migrans Afzelius in Sweden. A study on 231 patients. *Zbl Bakt Hyg* 1986; A 236:229-36.
- Läkemedelsverket. Behandling av och profylax mot fästingöverförda infektioner. Information från Läkemedelsverket 1998;9(2).
- Berglund J, Eitrem R, Ornstein K, Lindberg A, Ringnér Å, Elmud H, et al. An epidemiologic study of Lyme disease in southern Sweden. *N Engl J Med* 1995;333:1319-24.
- Ornstein K, Berglund J, Nilsson I, Norrby R, Bergström S. Characterization of Lyme borreliosis isolates from patients with erythema migrans and neuroborreliosis in southern Sweden. *J Clin Microbiol* 2001;39:1294-8.
- Bennet L, Fraenkel CJ, Garpom U, Halling A, Ornstein K, Stjernberg L, et al. Effect of gender on clinical appearance of erythema migrans caused by *B. afzelii*. Submitted.
- Ornstein K, Berglund J, Bergström S, Norrby R, Barbour AG. Three major Lyme borreliosis genospecies (*Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii* and *B. garinii*) identified by PCR in cerebrospinal fluid from patients with neuroborreliosis in Sweden. *Scand J Infect Dis* 2002;34:341-6.
- Aberer E, Kahofer P, Binder B, Kinaciyan T, Schauerl H, Berghold A. Comparison of a two- or three-week regimen and a review of treatment of erythema migrans with phenoxymethylpenicillin. *Dermatology* 2006;212:160-7.
- Bennet L, Danell S, Berglund J. Clinical outcome of erythema migrans after treatment with phenoxymethyl penicillin. *Scand J Infect Dis* 2003;35:129-32.

Replik:

## Amoxicillin har fördelar vid behandling av tidig borrelios

Vi är glada över att vårt inlägg angående amoxicillin kontra penicillin V vid behandling av borreliainfektionens primärmanifestation erythema migrans (EM) har givit upphov till en kommentar av flera experter.

Först beklagar vi vår otydliga formulering »... spridd borreliainfektion med involvering av centrala ...«. Vi borde ha skrivit: »... spridd borreliainfektion med risk för involvering ...« för undvikande av missförstånd.

**Historia och tradition** är viktiga för förståelse och som grund för handlingar, men de är alltid färgade av tidens tankar. Av Thyressons 57 akrodermatitpatienter 1949 blev 20 helt botade. Hollström 1951 behandlade sina patienter med penicillin G och ansåg detta vara något bättre än vismut och arsenik! Penicillin V syntetiserades inte förrän 1959 av Sheehan och blev därmed möjligt att använda i stor skala. Under 1960-talet observerade vi EM komma och gå av sig självt utan att någonsin ge upphov till symptom från nervsystemet eller lederna.

**Den kliniska bilden** vid borreliainfektion av det centrala nervsystemet är inte entydig och misstolkas ofta i daglig rutin. Vi vet att ett påfallande stort antal meningiter kan vara asymtomatiska eller ha ospecifika symptom under kortare eller längre tid. Detta gör att ofta ingen undersökning av likvor företas. Även denna kan i tidigt skede av infektionen ge missvisande negativt utfall.

**Det totala antibiotiketrycket** på miljön är viktigt, men detta minskar inte ifall vi är tvungna att upprepa behandlingar på grund av otillräcklig effekt. Det ekologiska argumentet för användning av V-penicillin före amoxicillin vid infektioner är i sig självt baserat på teori, evidensgrad IV b i »Vårdprogram för samhällsförvärd pneumoni«, utgivet av Svenska infektionsläkarföreningen 2004. Tidigare antibiotikabehandling påverkar resistensnivån, men effekten torde vara obefintlig efter 12 månader. Amoxicillin är knappast mer resistensbefrämjande än vilket penicillinpreparat som helst [1].

**Ornstein isolerade Borrelia afzelii** hos 31 av 32 kulturer från EM; det är att obser-

vera att hon hade 50 procent positiva kulturer i sitt material. Vår erfarenhet visar att 30 procent av EM är förorsakade av B afzelii vid liknande frekvens av positiva kulturer [2]. Vi vet heller inte med säkerhet att detta subspecies skulle vara särskilt penicillinkänsligt, och inte heller är organotropismen så framträdande i alla material.

**Frågan gäller ju inte effekten** på själva erytemet, utan om det har effekt på möjlig involvering av centrala nervsystemet. Skribenterna anser att fakta talar för att penicillin V är lika bra som amoxicillin. Uppskattningen att 60 patienter av 570 borde ha identifierats med komplikationer på grund av otillräcklig behandling med penicillin V är dock inte hållbar. För att uppnå en tillräcklig statistisk utslagkraft för att upptäcka en 10-procentig skillnad i utfall behövs ca 3 000 patienter [3]. Vi är helt överens om att en jämförande studie med tillräcklig kraft skulle behövas för att vi med större säkerhet skulle få veta vilken behandling vid EM vi helst skall välja.

**Vi vill nu minimera risken** för otillräcklig behandling genom att rekommendera amoxicillin, vars farmakokinetik och farmakodynamik talar för en säkrare effekt. Om vi har fel, blir alla patienter ändå adekvat behandlade både i Sverige och hos oss. Om vi har rätt, utsätts däremot somliga patienter i Sverige för risk för problem senare.

**Peter Wahlberg**

professor, MKD, Mariehamn, Åland, Finland  
peter.wahlberg@aland.net

**Dag Nyman**

professor, MD, Jomala, Åland, Finland  
dag.nyman@aland.net

REFERENSER

1. Hay AD, Thomas M, Montgomery A, Wetherell M, Lovering A, McNulty C, et al. The relationship between primary care antibiotic prescribing and bacterial resistance in adults in the community: a controlled observational study using individual patient data. *J Antimicrob Chemother* 2005;56: 146-53.
2. Carlsson SA, Granlund H, Jansson C, Nyman D, Wahlberg P. Characteristics of erythema migrans in Borrelia afzelii and Borrelia garinii infections. *Scand J Infect Dis* 2003;35:31-3.
3. Altman, DG. How large a sample? In: Gore SM, Altman DG, editors. *Statistics in practise*. London UK: British Medical Association; 1982.

## Genmäle till Hans Huldt: Nej, inga läroböcker behöver skrivas om!

Hans Huldt hävdar i Läkartidningen 14/2006 (sidan 1119) att en ST-läkare gav en god och kanske livräddande behandling när adrenalin ordinerades intravenöst (HSAN 803/05).

Tyvärr saknas i beslutet viss information som förklarar HSANs bedömning. Patienten hade dagen före besöket på akutmottagningen undersökts och behandlats på vårdcentral med 6 mg Betapred (12 tabletter à 0,5 mg) och Tavegyl för utslag på bålen troligen betingat av Trimetoprim Sulfa. Hon uppsökte nästa dag akutmottagningen vid ett länsdels-sjukhus.

**Hon uppger själv** i sin anmälan att hon inte hade andningssvårigheter och hävdade att uppgifterna i journalen om att hon upplevt svullnadskänsla i halsen och varit andfådd var felaktiga. Skälet till att hon sökte på nytt var att hon plågades av utslag och klåda på bål, armar och ben samt öron. I status fanns inte antecknat att patienten tedde sig andfådd, ej heller fanns tecken på stridorös andning, och vid undersökning av lungorna framkom intet tydande på astma. Blodtryck och puls var normala.

**Om nu läkaren misstänkte** svullnad av slemhinnorna i övre andningsvägarna borde läkaren ha undersökt munhåla och svalg och även försökt inspektera larynx, vilket inte skedde.

Adrenalin ges intravenöst vid anafylaktisk chock, vid svår astma som del i allergisk reaktion och vid hotfullt övre andningshinder på grund av svullnad, ödem, i slemhinnor.

Ansvarsnämnden gjorde den bedömningen att det inte fanns skäl att misstänka något av dessa tillstånd. Ansvarsnämnden ansåg därför att patienten utsattes för en behandling förenad med risker och till vilken det inte fanns någon grund.

**Arne Nygren**

medicinskt sakkunnig vid HSAN  
medarny@brevet.nu

## Replik till Björn Zackrisson om patientsäkerhet: Inlägget styrker mig i uppfattningen att hela regelverket måste ses över

Björn Zackrisson, medicinsk chef i Capio Sjukvård Norden, kommenterar i Läkartidningen 17/2006 (sidan 1342), under rubriken »Föräldrade tankar om patientsäkerhet från förra HSAN-chefen provocerar«, min debattartikel i ett tidigare nummer av Läkartidningen.

**Vad först gäller anonymiteten** i rapporteringssystemet är jag helt klar över att en sådan ordning kan ha många fördelar. Jag vidhåller emellertid att de argument som Socialstyrelsen anfört emot väger över; jag citerar: »Lex Maria är sedan länge ett väl utvecklat system för att främja patientsäkerheten och en viktig symbol för öppenhet och insyn. Det ligger en trygghet i öppenheten såväl för patienten som för yrkesutövarna, som har rätt att ställa krav på ett rättssäkert förfarande och objektiva och lika bedömningar. Ett öppet system, naturligtvis med beaktande av gällande sekretessregler, ligger i linje med den grundlagsstadgade offentlighetsprincipen och den svenska förvaltningsrättens grundtanke att värna öppenheten.«

**Jämförelsen med det danska** systemet är inte helt adekvat. Av Socialstyrelsens redogörelse framgår att den som i enlighet med bestämmelserna i den danska lagen fullgör sin rapportering visserligen inte till följd av rapporteringen kan drabbas av disciplinära åtgärder eller liknande, men att det också utövas tillsyn av s k ämbetsläkare som finns i varje län och som kan ta initiativ till utredning och åtgärd av händelser som kommit till deras kännedom. Inom flyget har man ett minutiöst kontrollsystem med bl a regelbundna läkarundersökningar och kunskapsprov.

**Det är självklart att tyngdpunkten** i patientsäkerhetsarbetet ligger och skall ligga ute i sjukvården, såväl den offentliga som privata. Min förmodan att Socialstyrelsens förslag skulle få större effekt för den offentliga än den privata vården har uppfattats som provocerande av Björn Zackrisson. Jag beklagar om jag uttryckt mig olyckligt. Den privata vården är ju organiserad i många olika former. De som arbetar inom den offentliga vården har som regel det gemensamt att de omfattas av ett stort nätverk av arbetskamrater m fl, att organisationen inte är konkurrensutsatt och att anställ-



Björn Zackrissons replik i Läkartidningen 17/2006.

ningsförhållandena är trygga. Så är det inte alltid inom den privata vården.

Jag finner det därför generellt sett förklarligt om egenföretagare eller anställda inom denna sektor drar sig för att meddela eventuella misstag till Socialstyrelsen även om det inte kan leda till påföljd, i vart fall då patienten inte kommit till skada (i så fall anmäler sannolikt patienten). Men denna min förmodan är verkligen inget uttryck för att man skulle vara mindre angelägen om att värna om sina patienter.

**Det personliga ansvaret** har diskuterats livligt i anledning av den nyss meddelade HD-domen i den s k Kalmarfallet, och den diskussionen kommer säkert att fortsätta. Att man betonar det personliga ansvaret hindrar inte att också organisationens ansvar understryks. Utvecklingen har – och detta gäller även HSANs bedömningar – alltmera gått mot en fokusering på detta.

**Björn Zackrisson skriver** att Socialstyrelsens förslag är bra under förutsättning att 7-dagarsregeln tas bort (trots att förslaget inte förespråkar anonymitet?). Detta innebär att ingen händelse som anmäls efter att ha rapporterats i laga ordning skulle kunna föras vidare till HSAN av Socialstyrelsen, i vart fall såvitt avser disciplinpåföljd. I dagens system skulle då ansvaret för befogade ingripanden eller markeringar mot enskilda i dessa fall läggas helt på patienten eller åklagare. Detta förefaller mig betänkligt, av skäl som jag tidigare utvecklat.

Björn Zackrissons inlägg styrker mig i uppfattningen att det är dags att se över regelverket i sin helhet.

**Anita Werner**  
chef för Hälso- och sjukvårdens  
ansvarsnämnd (HSAN) 1993–2002  
anita.werner@zeta.telenordia.se

## Fysiotek – hjälp till fysisk aktivitet

Bengt Kjellman visade i en litteraturgenomgång förra året att fysisk träning kan ha positiv effekt vid depression [1]. Den fysiska aktiviteten bör ses som ett komplement till psykoterapi och/eller medicinering. Ett problem är svårigheten att få patienten att komma igenom de första passen då det ofta »tar emot«. Många patienter är också rädda och oroliga för att gå ut. Att finna möjligheter att motivera och stödja patienter med depression att aktivera sig fysiskt är därför av intresse för klinisk psykiatri.

**Den s k fysiotekmodellen** har funnits i Sverige i cirka fem år. Fysiotek finns på flera platser i landet, och i exempelvis Malmö finns ett »huvudfysiotek« vid Kockum fritid samt flera mindre enheter för ökad tillgänglighet. Många patienter med somatiska diagnoser, t ex diabetes och hjärtsjukdom, blir också remitterade. Remiss sker med hjälp av grönt recept, som kan skrivas även av annan personal än läkare.

**På fysioteket möter** patienten en »fysiotekare«, som kan vara sjukgymnast eller ha annan relevant erfarenhet. Man diskuterar lämpliga motionsformer och gör upp ett träningsschema. Aktiviteten behöver inte vara förlagd till särskilda motionslokaler utan kan t ex innebära stavgång i närheten av bostaden. Fysiotekaren försöker lägga ribban så att det inte blir ett misslyckande.

I Norge har man motsvarande satsning med Opplandsprojektet.

Det finns andra möjligheter att hjälpa patienter med psykiatrisk diagnos till fysisk aktivitet. Man kan se över sjukgymnastfunktionen i psykiatriska vårdteam och om möjligt öka timmarna för denna insats. Vid sjukskrivning kan fysisk aktivitet rekommenderas som del i behandlingen, vilket ofta görs redan nu.

**Gunilla Dored**  
leg läkare, specialist i allmän psykiatri,  
Stehag  
bejmert-dored@telia.com

### REFERENSER

1. Kjellman B. Indikationer finns för att fysisk aktivitet har terapeutisk effekt vid depression. Motion värdefullt komplement till gängse antidepressiv behandling. Läkartidningen 2005;102:312-4.
2. Rydlöv H. Fysisk aktivitet på recept. En ettårs-uppföljning.