

Sammanfattning T11 Läkarprogrammet

Individ och samhälle

Dannejaha.se – 2021-04-30

Version 1.0

Sammanfattning och svar på alla Case m.m

Allmänmedicin

Öroninflammation

Kriterier för behandling:

- < 2 år (bilateral) > 12 år
- Spontant perforerad
- (Barn 1-12 år endast vid komplicerande faktorer) => Smärta trots beh, infektionskänslig, missbildning i ansiktsklett/öra, skallfraktur, cochleaimplantat, öronopererad (ej rör), hörselnedsatt

Behandling: Kåvepenin (3x5dagar) => Ampencillin (3x10 dagar), tar Hi-Inf

Allergi => Erymax (erytromycin)

Rörbehandlad: Terracotil + polymyxin B droppar lokalt i 3x3 7dagar räcker ofta.

Uteblivet svar på exspektans/behandling => Odlä + Amoxicillin

Basal läkemedelsgenomgång

Hög kronologisk ålder ska inte hindra behandling, många svarar bättre än yngre. Däremot med hög biologisk ålder (sköra) bör man prioritera livskvalité över förebyggande behandling. Kognitivt sviktande har svårt att identifiera och rapportera biverkningar, var därför försiktig. Biverkningar orsakar var 10:e sjukhusinläggning hos äldre, majoriteten kan undvikas (50-90%)

Organdelas påverkan med åren

Hjärna: små marginaler, risk för trötthet, yrsel, kognitiv förmåga

Blodtryck: Lättare få ortostatism, risk för yrsel, fall, trötthet.

Njurfunktion sjunker, risk för ansamlingar

Mag-tarm: ökad risk för blödningar och förstoppning

Läkemedelsgång:

Analys, uppföljning, omprövning. Syfte att öka kvalite. Kan hitta obehandlade åkommor eller justeringar som behövs.

Huvudvärk – migrän

Symptom: Ensidigt huvudvärk, pulserande, kommer ibland, kan ha aura/zig-zag fenomen för ögonen.

Behandling: Ipren => Sumatriptan.

Förebyggande: Amitriptylin, Metoprolol

Livvstil för reducera frekvensen: Äta regelbundet, sova lagom (ej lite/mycket), minska stress.

Inomhusrelateade hälsobesvär

3 delar: Fysiskt, Psykiskt, socialt

Slemhinna/luftväg: Irritation ögon/näsa/svalg, nästäppa, snuva, hes, hosta, luftvägsinfektioner, försämring av astma.

Hud: Värmekänsla torr, klåda, utslag, försämring eksem.

Allmänt: Trött, koncentration, huvudvärk, luktöverkänslig

Komfortproblem: Obehaglig lukt, torr eller dåligt luft, instängt, temperatur

Riskfaktorer: BRISTFÄLLIG VENTILATION OCH UNDERHÅLL, pälsdjur, kvalster, växter (benjaminfikus), smutsigt, partiklar (matlagning, ljus, damm), drag, buller, fukt, mögel, psykosocialt.

Utredning: Hitta behandlingsbara tillstånd känsliga för miljöfaktorer. Kartlägga tidssamband.

Ansvarig för fukt/mögel: Arbetsmiljö (arbetsgivare enl arbetsmiljölagen => arbetsmiljöverket), Hyresrätt (hastighetsägaren, miljöbalken =>Miljöbalken), bostadsrätt (föreningen), egen ägare (eget ansvar).

Behandling: Ta bort skadlig exponering, informera, ev LM.

Koppling WHO: Fukt/Mögel och => Luftvägssymtom, luftvägsinfektioner hos barn, försämring av astma hos barn, nyinsjuknande i astma, allergisk rinit.

Hypotyreo

Utredning: TSH, T4

TPO-ak

Behandling: Levaxin

=> Nya prover tidigaste efter 6v

=> Tas **ej** ihop med järn (försämrar upptag av levaxinet)

Lunginflammation

Astma => Ventoline/Atorvent (Sapimol)

Behandling KOL => Doxycyklin (H.Inf, M.Catarrhalis, Pnemokocker)

Svullet knä

Orsaker => Artros, Reaktiv artrit

Behandling akut => Ledpunktion, Kortisoninjektion, Alvedon

Behandling långsiktigt => Artrosskola

Allmänmedicin – Försäkringsmedicin

Man får själv vara hemma sjuk 7 dagar.

Försäkringskassan har INGET med de första 14 dagarna att göra. Läkarintyg kan begäras från dag 8 för att betala sjuklön. => Dag 15 tar FK över och Arbetsgivaren är skyldig att anmäla vidare.

Sjukfrånvaro ligger på en låg stabil nivå. Kvinnor högre än män. Det är främst muskel/skelett -problem som svänger. Ingen koppling till folkhälsa/sjukdom. Försäkringskassan har försäkringsutredare (ej med-examen). Istället finns Försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) för råd.

Omställningsförsäkring: Tillfällig kompensation för inkomstbortfall, brygga.

Försäkringskassan vill: patientens tillstånd och hur sjukdom påverkar individen
Arbetsgivaren: Efter 30 dagar ska arbetsgivare skapa plan för återgång till arbete.
Arbetsförmedlaren: Vad behövs för insatser för att komma vidare till arbete. Prioritera stöd till personer långt ifrån arbetsmarkanden.
Kommunen: Yttersta försörjningsstödet för medborgaren.

Sjukpenning

Enbart vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom / skada.
Bortse från: Ekonomiska, sociala, arbetsmarknad osv.

Rehabiliteringskedjan

- att bedöma nedsatt arbetsförmåga

Arbetslösa



Vid dag 150 friskförklarades och sedan blir dålig igen, så återgår man till dag 150.

Utredning

Försäkrade (telefon, SASSAM-personligt möte, avstämning).
Arbetsgivare (plan för återgång till arbete, kontakt vid dag 90 för rätt till rehab)
Vården (bedömningsunderlag, komplettering).
Försäkringsmedicinsk utredning: Aktivitetsförmåga AFU

Alternativ till sjukskrivning

Kontakta arbetsgivare direkt
Stöd från arbetsförmedlingen, beskriva medicinska faktorer som begränsar
Sjukförsäkring: Resor istället för sjukpenning, deltidssjukskrivning, förebyggande sjukpenning.

Förebyggande sjukpenning (Intyg FK 7265): Ordinerar av läkare vid förhöjd sjukrisk, förebygga frånvaro och sjukdom. Ersättning för tid förlorad för att genomgå behandling. Jobba 100% och ersätter förlorad tid. Behandlingsplan ska vara godkänd av FK. Man måste vara borta minst 2h/dag dag för ersättning.

Sjukpension

Aktivitetsersättning: < 30 (19-29) år. Beviljas max 3 år i taget. Nedsatt i minst 1 år pga sjukdom. Planerade insatser med aktiviteter och medicinsk eller arbetsinriktad rehabilitering. Förlängd skolgång.

Sjukersättning: 30–65 år. Striktare än aktivitetsersättning, därför får många ofta ett avslag när de fyller 30. **Måste vara uppfyllda:**

- Sjukdom stadigvarande (resten av livet, alla arbeten, även ovanliga, anpassade och tillrättalagda)
- Medicinska insatser uttömda
- Arbetsinriktade insatser uttömda

Man kan beviljas sjukersättning redan som 19-åring om det är speciella omständigheter att man aldrig kommer kunna jobba. Aktivitetsersättning är dock mer fördelaktig då man kan få ersättning till fritidsaktiviteter osv.

Förvaltningslagen

Beslutsgången:

- **Bedömningsbart underlag** – utredningsskyldighet
- **Diaglog** med den som beslutet gäller
- **Kvalitetssäkring** av försäkringspecialist (både avslag och beviljade)
- **Skriftlig kommunikering** – överväg 14d period inkomma med synpunkter – skickas hem till patienten (här tar patienten kontakt med doktorn => men FK har redan bedömningsunderlag).
- **Beslut:** Försäkringsutredare alternativt beslutsfattare (sjukersättning)
- **Omprövning** – ny prövning inom FK (ny tjänsteman)
- **Överklagan:** Förvaltningsrätten, kammarrätten (prövningstillstånd), högsta förvaltningsdomstolen (rättspraxis)

Konflikt med arbetsgivare

Rätt till kostnadsfritt möte med företagshälsovården och då samtal med arbetsgivaren. Dock arbetar företagshälsovården för arbetsgivaren så blir lite "rävsax".

Läkare kan ringa arbetsgivare och säga det inte är något medicinskt. Rehab-coordinator kan kopplas in på vårdcentralen. Så kan den stå för kontakten. Företagshälsovården kan komma senare.

Sjukskrivning

Läkarens roll:

Bedömma sjukdom, DFA (diagnos-funktionsnedsättning-aktivitetsbegränsning), grad och längd av sjukskrivning, för-nackdelar med sjukskriven, behov av andra externa kontakter (arbetsgivare), skriva läkarintyget.

Intyg ska utfärdas noggrant, bara uttala sig om sådant man har kännedom om och förklara icke allmänt kända termer.

Finns diagnosspecifika beslutsstöd för sjukskrivningslängd och grad. Sjukskrivning ska vara en aktiv åtgärd. Ska finnas en tydlig gräns och motivera sin bedömning.
<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>

DFA – Diagnos Funktionsnedsättning Aktivitetsbegränsning

D - Diagnos – Sjukdom enligt ICD-10

F - Funktionsnedsättning: Kan man av underlag bedöma grad? Är det en förväntad följd av diagnosen?

A - Aktivitetsbegränsning: Kan man av underlag bedöma art och grad? Är det en följd av diagnosen och funktionsnedsättningen? Vad får det för konsekvenser? Hur länge kan fokus, sittande, stående osv hållas.

Försäkringsjuridik: Är arbetsförmågan en förväntad följd av diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning?

Exempel som föreläsaren dock klaga över...:

A Svårigheter att initiera, planera och organisera sitt arbete. Svårighet att fatta beslut och att hålla fokus på arbetsuppgifter under längre tid. Nedsatt stresstolerans. Ökat behov av återhämtning.

F Nedsatt initiativförmåga. Uttalad trötthet. Ambivalens. Sömnstörning. Ökad uttrötthet. Nedsatt koncentrationsförmåga.

D Recidiverande depression

Allmänmedicin – Case 1

CRP är inte av vikt vid Otit eller Tonsillit.

Case 1 – Elias – Öroninflammation – AOM – Akut media otit

Anamnes: 10 mån, syster 3 år. Förkyld 1v och i går feber. Vaknat gråtandes, morgonen opåverkad igen. Dricker, äter dåligt. Öroninflammation 3 mån sedan med god effekt av behandling.

Status: Sitter stilla, gulgrön snuva. 38.3C. Snuva. (Hjärt/Lunga/Hud)

Öron vä: kärlinjecerad trumhinna, nedsatt rörlighet. (Långvarig, Sekretorisk otit, förkyld öra) **Hö:** kraftigt rodnad trumhinna, förtjockad, buktande (AOM).

Sekretorisk otit ofta vid förkylning och går ofta över av sig själv.

Problem: Sekretorisk otit (Otosalpingit) SOM + Akut media otit AOM + ÖLI

Orsak: Pnemokocker (50%), HiB (25), Moraxella (10%), Strep

Provtagning: Ingen. Vid slött barn (dåligt AT) => Skicka till Akuten

Behandling: Kåvepenin 3x5 dagar 25mg/kg (dubbel normal dos). < 1 år och bilateralt. Inget recidiv och svarade bra på förra behandlingen. Remiss till öronklinik om > 3mån sekretorisk.

Terapisvikt: Odlå och byt till Amoxicillin. Vid resistens => Spectramox

Recidivotit: Ny otit inom 1 månad. 10 d Kåvepenin eller byta till Amoxicillin.

Behandling: <1, > 2, < 2år bilat, 2-12 år avvakta (smärtlinda + uppfölj 2-3d).

Uppföljning: < 4 år med bilat AOM eller AOM+SOM, hörselnedsättning. Äldre barn och vuxna med dubbelsidiga besvär, kontroll efter 3 mån om hörsel försämrad.

Öronbarn: 3 på 6 mån eller 4 på 12 mån.

Rör-barn: Terracortil 3x5-7d.

Komplikationer: Mastoidit (1 på 10000).

Case 2 – Caroline – Halsont - Tonsillit

Anamnes: 14 år flicka. 38-39C sedan 3 dagar. Ont. Huvudet och halsen. Dricker och äter utan problem.

Status: 38.5C, MoS generellt rodnade slemhinnor, stora tonsiller, smetiga beläggningar. Strep A negativt. CRP 100.

CRP är inte av vikt eftersom det är AT vi går efter ändå. CRP kan inte diffra åt oss och avgör inte om det ska behandlas med antibiotika.

Faryngotonsillit – Halsfluss behandling – Centokriterier.

- Feber > 38,5
- Ömmande adeniter i käkvinklar
- Beläggning på tonsillar
- Frånvaro av hosta

3+ = Möjlig Strep A infektion => Strep A test => Positivt = Antibiotika, annars avvakta.

Tonsillit orsaker: 60% bakterier (GAS Strep A, Strep C/G, Fusiobacterium necroporum), 40% virus (EBV, Adeno-virus)

Neg Strep A och frånvaro av hosta talar EMOT halsfluss (faryngotonsillit). 12-50% är bärare av Strep A, därför ej screena.

Positivt Strep A: Kåvepenin 3x10d 12.5/kg (vuxen 1gx3). PC-Allergi eller Recidiv (ny inom 1 månad): Klindamycin.

Terapisvikt finns inte vid GAS tonsillit.

Upprepade Recidiv > 3 ggr/år så erbjuder man tonsillektomi. Tänk på familjesmitta.

Mononukleos - Körtelfeber

Debut med feber och sjukdomskänsla några dagar. Diagnos med snabbtest Monospot (kan tas efter 5 dagar) eller serologi.

Lever/mjältförstoring. Yngre-kissing-disease. Halsinfektion 2-3 veckor.

Undvik träning iaf 1 månad, ta leverstatus.

Case 3 – Komplikationsfritt mål - Diabetes

Anamnes: 46 år kvinna, gravididiabetes, hypotyres levaxin beh, HT.

Status: HbA1c 45, Fp-Glc 7.1. LDL 3,8, eGFR 89

Läkemedel: Enalapril (biverkning hosta 25% ACE hämmare).

Risikfaktorer: BMI, Graviditetediabetes (7-8ggr ökad risk),

Vid gravididiabetes följs man sedan efter varje år.

Diabetes vid 11.1 venöst. 12.2 kapillärt. Gräns för 7.4 då ska man ta om det.

HbA1c > 48. Fp-Glc 7.1. Glukosbelastning: 11.1/12.2 med.

2 Fp (faste), glukosbelastningstest (räcker med ett), Fp + HbA1c eller

Lägre nivåer för att få graviditetsdiabetes (2h > 8.5)

Pre-diabetes fastande 6.5-6.9 (i USA sätts metformin in).

HbA1c ska tas med 2-3 månaders intervaller då det går på röda blodkropparna och deras levnadstid (120d).

Problem: Eventuellt diabetes eller begynnandes, höga blodfetter, övervikt

Bakgrund: Kost, hälsa, ärftlighet, slump, metabola syndromet

Diskutera med patienten: Livsstil (kost och träning), ärftlighet.

Beställer venöst fastevärde 7.2 och 2h 12.1. BT 140/75. => DM2 som ges besked på ett nytt möte.

Prevalens: 5–7%. 20% över 80 år.

Nyinsjuknande: fp-Glukos, HbA1C, Hb, CRP, Elstatus, Lipidstatus, Urinsticka, ALAT; B12, EKG, TSH, T4. GAD och I2-antikropp (60-80% har). LADA har GAD-pos 8%.C-peptid (nedbrutning av Insulin, tas efter mat Glukos > 7).

Inför årskontroll: Samma (inga AK), ögon (ögonbotten)/njure (Lab)/hjärta (EKG).

Typ 1 diabetiker har 12E långverkande ungefär. Till mat 4E.

Behandling: Livsstil, Metformin (500 mg start, titrera sakta upp pga magproblem med 2v mellanrum 500mg upp till 1+1g morgon+kväll), statiner, status.

Uppföljning efter 2–3 månader => HbA1c. Diabetesköterska / dietist (ökad förståelse och hur man administrerar). Ofta 6mån/ssk, 6mån/läkare (2 så 2 besök totalt om året med halvår mellan).

HbA1c mål ökar med åren. < 45 (debut), 50 (5år), 60 (10år) 70

LDL: < 2.5 första, < 1.8 sjuka.

BMI < 25 och **BT** < 140/95

Case 4 – Tonårsmamma – Järnbristanemi med Rektalcancer

Anamnes: 41 år kvinna. Trött. Icke-rökare. Liknande symptom tidigare.

Status: 38C feber senaste 10d. Opåverkad, MoS rodnade gombågar.

Behandling: Cocilana-Efytin

Fråga: Anemi, Tyroidea, B-symtom (malignitet), Händelser i livet (psykiatriskt), diabetes, långdragen infektion. Andra mediciner. Avföring/blod (fungerar kroppen normalt).

Undersöka: Tyroidea, mage, BT, lungor osv.

Lab-prover (på VC): Hb, CRP (infektion, ÖLI ger ändå 20-30), Glukos, BMI

Vid lågt Hb: MCV, TIBC, Ferretin, Fe2+, Retikolocytter, Järn, B12, Folat, Trombocyter, Vita.

Svar: 80 MCV (Microcytär), tidigare Hb visar på högre.

Vita/Trombocyter/Reticolocytter normala.

Hb är ganska stabilt i åren upp till 70 års ålder.

- 90% av anemierna är järnbrist = Låg ferretin (om ej infektion). (Ulcus NSAID, Polyper, Cancer, IBD, Hemorrojder, Mens). (Malabroption, Glutenintollerans, Vegan, Gastric bypass)
- TIBC högt (transferrin som ökar sin förmåga att binda järn).
- TIBC lågt talar för sekundäranemi (ACD, Anemi vid kronisk sjukdom), kan vara: SLE, IBD, RA, Infektioner (KOL, TBC, trycksår, AIDS), njursvikt)

Sekundäranemi, prover: SR, Krea (eGFR),

P-Järn	4 (9-34)	P-Ferritin	8 (13-148)	ALAT	0,6 (0,15-0,75)
P-TIBC	86 (47-80)	B-SR	22 (2-24)	ALP	1,2 (0,6-1,8)
P-järnmättnad	0,05 (0,10-0,50)	eGFR	88 (80-125)	GT	0,5 (0,15-1,2)
F-Hb x 1	neg	TSH	1,5 (0,4-3,7)		

Järnbrist-anemi: Microcytär, Högt TIBC, lågt Järn.

Kontrollera orsak av blödning: F-Hb (låg specificitet, friar inte alla friska). Positivt F-Hb är indikation för snabbare utredning. Proctoskopi på VC (Klyx kvällen och morgonen innan). Coloskopi och Gastroskopi. => Alarmsymptom. Hittas ingen blödningskälla ska man ändå följa upp. Järntabletter kan maskera malignitet.

Behandling: Duroferron 1x2-3 100g beroende på hur magen klarar och gärna med C-vitamin (ökar upptag).

Rikliga blödnings rektalt och risk för malignitet (viktnedgång) och IBD. => Bekräftad tumör i tarmen. Proctoskopi går inte att genomföra för smärta => **SVF. Sigmoidumstomi.**

SYMPTOM OCH KLINISKA FYND

	GAS-tonsillit hos små barn (< 3 år)	GAS-tonsillit hos större barn & vuxna	Virustonsillit (alla åldrar)
Viktigaste fynd & symtom	- Utdragen, måttlig feber - Varig snuva - Krustor nedanför såriga näsborrar	Centorkriterierna: Se nedan.	följande tecken talar <i>för</i> virus och <i>mot</i> GAS: - Rinnsnuva - Hosta - Heshet - Konjunktivit - Diarré - Ålder < 3
GAS i närmiljö	Ofta	Ofta	Ej så ofta
Munhåla och svalg	Ofta, men ej alltid - halsont - sväljningsbesvär	- Halsont - Sväljningsbesvär - Röda och svullna tonsiller & farynx - Smultrontunga - Petekier i gommen	- Halsont - Sväljningsbesvär - Röda och svullna tonsiller - Gråaktiga, lätt genomskinliga blåsor i bakre svalgväggen - Inflammation i tandkött och kindslemhinna
Hud	- Impetigo - Paronyki	- Impetigo - Paronyki - Scarletina	
Lymfkörtlar		Ömmande, förstörade lymfkörtlar i käkvinklarna	Generell adenopati
Övriga fynd och symtom		- Huvudvärk - Illamående - Kräkningar - Buksmärtor - Röd och svullen uvula - Typisk ålder: 5-15 år	Vid mononukleos: Uttalad tonsillsvullnad som försvårar ätande och andning, mjältförstoring, ögonlocksödem

Allmänmedicin – Case 2

Case 1 – Gustav – Hög UVI / Urosepsis

Bakgrund: 87 årig man, SÄBO, svår demens, nyligen bytt KAD (prostatahyperplasi), Rullstol (artros knä och höft)
Symptom: Feber 39C, Diarre, Tachykardi, högt AF 22, Positiv nitur, BT 160/90
Diff-diagnoser: UVI/Urosepsis, Gastroenterit, Prostatit, Feber vid KAD-Byte
Utredning: Urinodla, Bukstatus (njurloger)
Behandling: Vård i hemmet? (Kolla SIP, Samordnad individuell plan), Preseptisk?
=> Behandla på hemmet
Ciprofloxacin 500 mg x 2 (ex första dosen med Cefotaxim om mobilt team). Alt 2 Bactrim (finns flytande).

KAD bärare är asymptomatiskt koloniserade (30-40%), så pos nitur inte avgörande man får därför göra urinodling.

SÄBO är de som inte klarar sig hemma trots full tillsyn.
LSS är annat, det är stöd som särskilt boende (handikapp)

Case 2 – Helene - Rhinosinuit

Bakgrund: 32 år kvinna, lärare. Inga andra kända sjukdomar.
Symptom: Förkyld 5d, smetig snuva (ej säker vargata), huvudvärk, ömhet näsa/panna vid framböj, ingen säker feber (brukar ha under temp). Svalg rodnat, ingen beläggning.
Rinofaryngit (akut förkylning):
Rhinosinut: Nästäppa, Nasal sekretion, ansiktsmärta.
Akut bakteriell: Vargata, dålig lukt, ensidig snuva/värk, > 10d eller värre efter 5d.
Utredning: CT-sinus, Punktion av sinus
Agens: Pneumokocker (60%), H. Inf (30%), Moraxella (10%)

Behandling:
Informera om att tar flera dagar att läka och symptomlindra gäller.
Nässkölj, smärlindrande, febernedsättande, nässpray (avsvälla), sova högläge
Akut Bakteriell: Kåvepenin 1.6g 3x7 dagar => Terapisivikt/andrahand Doxy
Akut Virus: Invänta...
Kronisk: Nasonex (steroid-spray).

Case 3 – Kevin - Förkylningsastma

Bakgrund: 1,5 år, börja förskola vid 1 år. 4 månader av och till med snor (gröngult) och nu feber 39C i 2d. Fått hosa, speciellt natt. Åter mindre, dricker bra.
Symptom: Feber, är aktiv. MoS svullet. Rodnade slemhinnor. Svullna lgl i käkvinklar. Öron lätt kärlinjicerade trumhinnor. Lungor obstruktiva biljud bilat utan sidoskillnad. AF 30.
Diffar: ÖLI, (Förkylnings) Astma, Allergier
Infektionsutlöst astma: 90% blir bra innan 6 år och kommer bara för förkylning.
Barn < 3 år utan atopi (förälder astma) krävs 3ggr luftvägsobstruktion vid förkylning.
Barn > 3 år kan man sätta det vid första besväret.
Bronkopulmoni dysplasi: Kommer ut med astma-liknande symtom (för tidigt födda barn).
Vanligaste virus: Rhino, Adeno, Influenta, RS
Utredning: Inspektera huden, lyssna lungor osv.

Behandling: Aeromir (betastimulerare) ev adrenalin (flutide)
Beta-stim kan ske med Spacer + Spray eller nebulusator. Beh vänta 15m beh.
Adrenalin kan ges i tabletter eller inhalationer.
Evt kan man ge Leukotrinrecep-agonist (Monteluklast)
Uppföljning: Återbesök för utvärdering

Case 4 – I Nedre regionen – X-uteri graviditet + IBS
Bakgrund: 38 år kvinna, jobb läkemedelsföretag, 2 barn, koloskopi 2 år u.a, ev stress, livmoderinf 2 år, depression (press), UVler reciverande
Aktuellt problem: Täta miktions-trägningar sedan 3 dagar. Buksmärta nedreregionen (flera år), omväxlande avföring (inget blod)
Diff-diagnoser: IBS/IBD/Celiaki/Laktosintollerans, Appendicit, Endometriosis, Graviditet?, UVI? STI?, Cancer, X-uteri grav
Utredning: Bukstatus, Temp, Hb, CRP, Urinsticka, graviditetstest, Gynstatus? PR?
Prover: CRP, urinsticka, HB, Temp, Bakstatus, PR,
Prover skicka: Transglutaminas-AK
Fråga: Har besvären ändrats sig med åren? Årftlighet? När uppstod det? Efter graviditet? Ny sexpartner, preventivmedel? Sista mens, förlossningarna.

Vidare:
Tål mjölk men haft svårt med lök, kål och bönor pga gas. Inga kramper eller knip och förbättras inte efter avföring. Ingen miktionsveda men trägning. Smärtorna ökat sedan 2d. 2 normala förlossningar + 1 legal abort. Har spiral insatt och drogs för 2 år sedan sedan livmoderinf inflammation. Sista mens en vecka sent och rosa/brun som pågått i 5 dagar. Buken ua.
Urinsticka: neg nitrit, ERY + 4. Gravtest positivt.
Handläggning => Kan vara ett X-uteri grav eller spontanabort
=> Akut till Gyn-akuten

Diffar: Celiaki, Laktosintollerans, IBD
Åtgärder: Remiss till dietist, Koloskopi om nytillkomna symtom > 40.
Tarmreglerande medel (inolaxol, movicol) => SSRI

Case 5 – Motigt värre - KOL

Bakgrund: 60 år, tid sjukskriven och dep, Sertrailin, Salores (lindrig HT), luftrörskatarr tidigare (AB beh). Frisk i övrigt.
Symptom: Flera år andfådd vid promenader, sämre nu vid arbete. Värst på morgonen. Inga bröstsmärtor men lättare tryck. Slemhosta mest på morgonen, piphosta vid sänggående. Röker.
Diff-diagnoser: KOL, Hjärtsvikt, Astma, Lungcancer, Angina (ansträngnings-utlöst, med riskfaktorer => Sjukhus), (Anemi)
Utredning: Hjärta, Lungor, Underben (svullna?), Spirometri, Rtg-pulm
Frågor: Alarmsymptom (vikttnedgång, nattliga svettningar), Psykstatus?
Lab: Hb, CRP, EKG, Saturation (gångtest), PEF

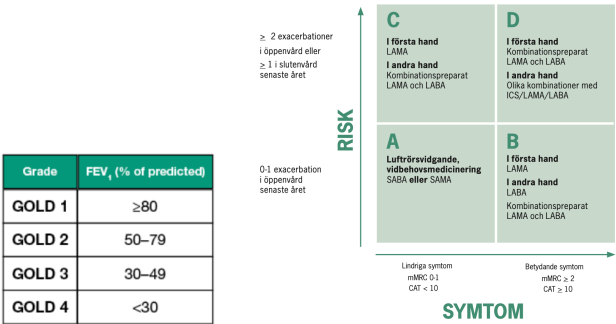
- * **Instabil angina:** Akut till sjukhus, smärtstillande, syrgas, laddningsdos ASA.
- * **Stabil angina:** Basbehandling med långverkande nitropreparat. Tillägg som kardioprotektion ASA och betablockad ev också kalciumantagonist.
- * **Spasmangina:** Betablockaden ersätts av en kalciumantagonist.

EKG: Sinus, avflackade T-våg V4-6.
Sat 95%, PEF 205 (medelvärde 370). Pulm generellt svaga ljud, lätt förlängd expirium, enstaka ronchi. BT 140/80. Hb 153, BMI 23.

Behandling och åtgärd: Rökstopp, Vaccin mot pneumokocker/influenta, inhalationer (GOLD 1-4?)
Spirometri görs på VC, skickar på rtg-pulm

		Före bronkdilatation	Före bronkdilatation	Efter bronkdilatation	Efter bronkdilatation
Variabel	Normal- värde	Patientens värde	% av normalvärde	Patientens värde	% av normalvärde
VC	3,9	2,8	72 %	2,9	74 %
FVC	3,8	2,7	71 %	2,8	73 %
FEV1	2,9	1,5	52 %	1,6	55 %
FEV1/FVC		0,55		0,57	

KOL utan reversibilitet. Rtg var OK. CAT-formulär 15p (KOL-test).
FEV1/FVC som gäller vid KOL (ej VC och FVC).
FEV1/FVC < 0.7 = KOL.



Viktigaste behandling: RÖKSTOPP! Mediciner är symptomlindrande och hjälper inte med dödlighet. Träning, vaccination (pnemokock + covid + influensa)

Allmänmedicin – Case 3

Ett lärarproblem – Depression

Bakgrund: 37 år kvinna. Nyutbildad lärare. Tidigare vårdbiträde. Svår klass utan stöd av kollegor. Allt bra hemma (gift 15 år, barn 14 år).

Aktuellt: 2v. Tappat lust, svårt att sova, tappat aptit, vill inte ha medicinering. Förtvivlad. Ber om sjukskrivning. Dåligt känslösvar.

Diff-diagnoser:

Depression: (2v + 5 av intresse/nedstämd(minst en av) + glädje/aptit/sömnstörning/koncentration/suicid/psykomotorisk agitation/energilös/värdelöskänsla),

Utmattningssyndrom: 6 månader med och 2v med utmattning. Brist på energi (B) och 4 av 6 (koncentration, svårt med stress, irritabel, somatiskt, svag, sömnstör)

Stressreaktion (anpassningsstörning, krisreaktion): Reaktion på stark stress (våld, rån, krig), < 1 månad, minst 2 dagar långt. Stark ångest och klarar ej socialt.

Utredning: Suicid, MADRS (bra för uppföljning), Kontakta arbetsgivare, Droger. Tidigare psykiska besvär. Status: Hjärta, lungor, puls, neuro Hb, Glukos, TSH, Peth, B12, D, Ca, jon-kalk

Del 2: Varit på väg att skilja sig men avbrytit pga dottern, som är enda bra i livet. MADRAS 33/54 (nära gränsen till svår depression). ÅB tid finns först om 3 veckor.

Åtgärder: KBT, Sjukskriva (1v själv, 2v sjuklön arbetsgivare läkarintyg), Socialstyrelsen har diagnoser och riktlinjer med stöd för sjukskrivning:

- ⇒ Lindrig depression upp till 3 månader I första hand. (deltid)
- ⇒ Medelsvår till svår sjukskriva helt/deltid upp till 6 månader.

DFA => Diagnos, Funktionsbegärnsning, aktivitetsbegränsning

Funktionsnedsättning => Läkarens status, sådant man kan se, sömnstörningar går bra eftersom det kan man ”se”. Psykstatus.

Aktivitetsbegränsning => Behöver inte berätta orsaken utan uppgifterna. (Svårt att komma i tid, svårt med kontakter, svårt att hålla koll på barnen). ”Ange vad uppgiften grundas på” är då t.ex. patientens berättelse.

Medicinsk behandling: Sertralin 50mg 1v, 100 mg från v2.

100 % sjukskrivning

Lyftet - Lumbago

Bakgrund: Man 33 år, bagare. Tungt lyft 2 mån sedan sökte akuten för ryggskott och sjukskrevs 2v. Blev inte riktigt bra. Successivt sämre vid arbete. Sjukskrivits igen och tar Oxy-norm. Bor på landet och har hundar och renoverar.

Bagare: Tunga lyft.

Aktuellt: Sjukskrivningen går ut och vill inte gå tillbaka. Har ont, sover dåligt. Kommer knappt ur sängen på morgonen.

Diff-diagnoser: Diskbråck, Lumbago, Cancer, Kotlidning (spondylosistes), Spondylodiskit, Mb Bechterev

Utredning: Utstrålade smärtor? (andra tecken på rotpåverkan?) Problem med miktion, avföring? (Cauda equina), beskriva debuten? Smärta vid hosta/nysa? (diskbråck). Testa kraft: knäböj, tå/häl-gång.

Röda flaggor: Feber, avföring/miktion, utstrålade smärtor, < 18, > 55. Konstant eller progressiv (vila, under natten), tidigare cancer, infektion, steroidbehandling, droger, sänkt allmäntillstånd, vikt förlust, kyfos/skolios.

Gula flaggor: Rädsla för ökad smärta, kognitivt, bettende.

Tecken inflammatoriskt: Ryggsmärta mer natten, morgonstelhet, smärta/stelhet förbättras av fysisk aktivitet.

Prover: CRP, SR (Spondyliter), Hb, MR-översikt rygg

Stelhet, tid på dygnet. Hosta/nysning diskbråck

Status: Ryggstatus, kraft-test. Neurologi. Hjärta.

Laseagues test: Positivt om strålar ner i benet (diskbråck)

Åtgärder: Fysioterapeut, smärtlindra (NSAID, Alvedon, sätt ut OxyNorm).

Information, arbetsanpassning, sjukintyg (sänk arbetstid). Råd att leva som vanligt.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

- Vid fysiskt lätt arbeten (med få lyft, böjningar och vridningar) kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 1 vecka.
- Vid fysiskt tunga arbeten (med lyft, böjningar och vridningar) kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 2 veckor främst för att det är svårt med yngre lyft.

Höstlov – Atypisk Pnemoni (Mykoplasma)

Bakgrund: Kvinna 41 år. Förskolelärare. Barn 8+10 år med höstlov och haft hosta senaste veckorna. Röker.

Symtom: Hosta, feber 3d med 38.9C. Svårt sova pga hostattacker (torr)

Vill ha sjukintyg då ej orkar arbeta. Redan varit hemma 5d. Covid 19 neg.

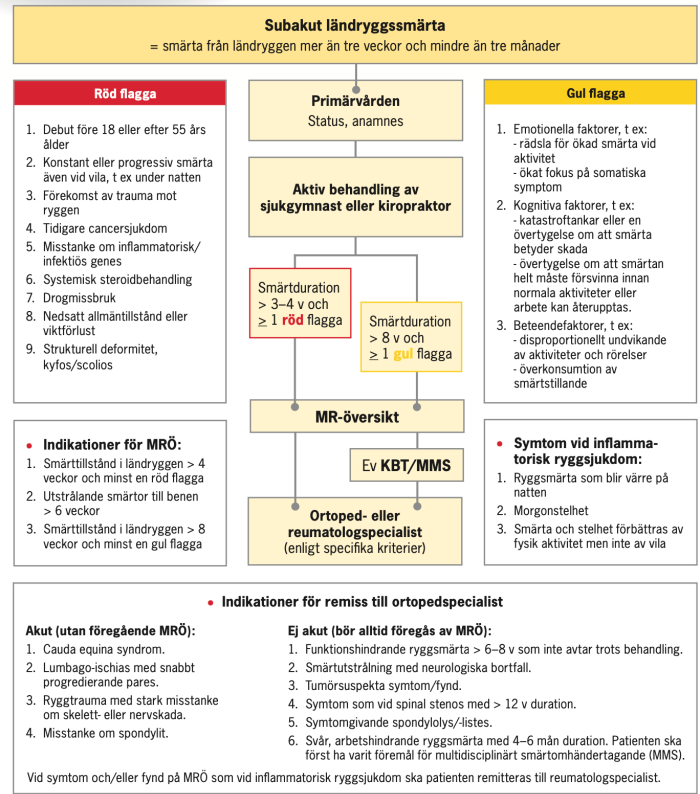
Lab: CRP 46, SR 65 (Typisk för Mykoplasma)

Diff-diagnoser: ÖLI, Pnemoni (Mykoplasma / Pneumokocker), Influensa (snabbare), Bronkit, Covid-19, KOL-exacerbation (obstruktiva biljud), TBC

Vanligt att inte höra något på lungorna med mykoplasma.

Utredning: PCR mykoplasma ev, RTG (cancer, rökning, typ av penomni). Kan börja behandling direkt.

Åtgärder: AB (doxyferm 2x3 sedan 1x4). Paracetamol. Sjukskriva 2v. Information om rökningen. Hostmedicin (Molipect eller Cocillana). Kontrollröntga efter 6-8v då 40+ (Rökare extra riskgrupp så då kanske man gör det även vid lite yngre ålder).



Allmänmedicin – Case 4

Case Snickarglädje – Hjärtsvikt NYHA klass 2

Bakgrund: 72 årig man ked tidigare inferior infarkt, angina. CABG-op och därefter symptomfri. Står på Trombyl, Furix, Atorvastatin.

Aktuellt problem: Andfådd och trött

Diff-diagnoser: KOL. Hjärtsvikt, Anemi, Arythmi, Diabetes, Lungemboli, Infektion, Sköldkörtel, Arbetsrelaterad lungskada, Tyst ischemi.

Utredning på rummet/VC: Lyssna på lungor, hjärta, SpO2, EKG, Blodtryck, PEF, leta tecken på svikt (ödem)

Vidare: Blir trött redan efter kort sträcka, nattsömn bra, aptit dålig men går ej ner i vikt. Rökt vid festliga tillfällen, annars ej. => Troligt hjärtsvikt.

Beställa prover: TSH, Njurprover, elektrolyter, NT-proBNP.
proBNP kan användas för att följa och öka sannolikheten för diagnos. Inte garanterat Hjärtsvikt (HT, förmaksflimmer osv kan också påverka).
UKG för att säkerställa diagnos (EF) – Systolisk/Diastoliskt svikt. < 40% är måttlig och < 30% är uttalada/svår hjärtsvikt.
RTG lunga för att se mängd vätska => Mer diuretika. => Visar vänsterförstorat hjärta.

NYHA Klass ger prognosen.

Lab		
B-Hb	137	134-170
P-glu	5,3	
Vikt	85	
BMI	26	
P-TSH	3	0,33-4,7
eGFR	67 ml/min	>60
P-K	3,9	3,6 - 4,4
P-Na	140	137-145
NT-proBNP	550	<300

I

No limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue breathlessness, fatigue, or palpitations.

II

Slight limitation of physical activity. Comfortable at rest, but ordinary physical activity results in undue breathlessness, fatigue, or palpitations.

III

Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest, but less than ordinary physical activity results in undue breathlessness, fatigue, or palpitations.

IV

Unable to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms at rest can be present. If any physical activity is undertaken, discomfort is increased.

3A klarar > 200m gång. 3B klara inte 200m gång.

Diagnos ställe med **Symptom** (andfådd, trött, ankelsvullnad) ihop med **kliniska** fynd (UGK med nedsatt EF). > 70 år har ca 10% hjärtsvikt.

Definitionen av hjärtsvikt: Pumpförmågan räcker inte till för att ge perifer perfusion trots normalt fyllnadstryck

Orsak att få hjärtsvikt: Ischemisk hjärtsjukdom, HT, inlagringssjukdom, klaff-sjukdom

Behandla:

Informera patienten: Motion, begränsa vätskeintag (max 2 liter/d), Peth om tveksamt med alkoholen. Väga för att se vätska (2kg+/3d = mer furix).

Vaccinera mot Pnemokocker och influensa varje år

Mediciner:

- ACE-hämmare (20 mg Enalapril eller 10 mg ramipril), börja med 1.25mg och följ Krea+Kalium+BT. Krea får stiga upp till 30%.. Biverkning: Torrhosta, angioödem.
- ARB (Angiotensin-receptor block) Kandesertan/Valdesertan. Måste följa här med ges vid biverkning. – Alternativ till ACE vid biverkning.
- Beta-blockad (Metoprolol, Bisoprolol, Karmedilol). Får ta lång tid (månader) att nå måldos och ska vara stabil i sin svikt. Kolla Puls/BT/Trötthet.
- Aldosteron-hämmare (spironolakton) som tillägg om det andra inte hjälper.

Remiss till kardiologen om detta inte hjälper (ICD, Pacemaker)

Uppföljning: 1-2 ggr / år, sköterska, status, elektrolyter.

Renodlad diastolisk svikt får bara diuretika. Enda som hjälper.

Case Aktiv pensionär - Artros

Bakgrund: Pensionär, HT (Salures), fotboll tidigare. Utomlands från 3v.

Aktuellt: Haltar, ont i vä knä efter vandring

Diffar

- Artros:** Tidigare knäskada, övervikt, belastande arbete, halmgul ledvätska. CRP normal. Klinisk diagnos så Rtg ger inget direkt, behöver ej korrelera med fynd.
- Trauma:** Stabilitets-tester, minisk/korsband. Ledpunktion fett/blod. Höfter!
- Osteonekros:** Ovanligt.
- Gikt:** Kristallartrit (tå vanligast), tiazider (Salures), Alkohol. Urat. CRP ökad.
- Pseudogikt:** Pyrofosfat-gikt, snabb påkommen smärta, fler kvinnor. Kristallera i ledvätska.
- Reaktiv artrit:** Utlandsresa, infektion, magsjuka (campylobacter, salmonella). CRP ökad.
- Septisk artrit:** Feber, skör patient, CRP
- Reumatisk artrit:**
- Borreliartrit:** Kan komma veckor upp till 2 år efter fästingbett. Knäet är vanligaste leden.

Knäpunktion för symptomlindra och diagnos.

Lab: Temp, CRP akut. (Urat om Gikt hade varit misstanken).

Behandling:

Rörelse, smärtlindring (Alvedon, Ipren), artrosskola, gå ner i vikt, knäprotes. Har kvar 90% efter 10 år och 80% efter 20 år. Stavar/käpp för avlastning. TENS kan hjälpa. Man kan ge kortisoninjektion i knä-leden (ledospan).

Case Yrväder – BPPN – Benign lägesyrsel

Bakgrund: Öronbarn, kvarstående trumhinneperforation hö, diabetes, ej rökare, bilat höftprotes, coloncancer 10 år. Gråstarr vä. 2v sedan Sertralin pga depression.

Aktuellt: Yrsel

Diff-Kroniskt: Perifer neuropati (B12, diabetes), Alkohol, Läkemedel (sertralin, toltoredin), Ålder (MS, svikt, syn, känselnedsättning), multisensorisk yrsel (presbyotasi)

Diff-Akut: Benign lägesyrsel, Hjärtproblem (arytmi, aortstenos), anemi, stroke, labyrinthit

Anamnes: När det uppstår, butik (postural), Dix-hallpike (BPPN, 30s vid lägeändring), Meniers (upp till 5h), cerebellär infarkt (dagar). HINTS (central yrsel).

Undersöka: HINTS, Neurologstatus, Kolla öron, Blodtryck, Psykstatus (sertralin), Dix-Hallpike. Känna igenom nacke?

Provtagning: EKG, Elektrolyter, Hb, CRP, Glukos

Akuten => Yrsel med neurologisk påverkan, öroninfektion, svimma (sick sninus, aorta stenos)

BPPV => Försök lösa med Epleys manöver, kan behandlas hemma med. Informera om att det är ofarligt.

Kroniska: Nedsatt sensorik? Sjukgymnas, gångstavar, B12, diabetes prover, bra skor.

Basal läkemedelsgenomgång: Propavan olämpligt (långverkande, dagtrötthet, antikolinerg). Toltoredin (antikolinerg).

Olämpliga till äldre: Propavan, Toltoredin, Tramadol, Benzo (långverkande), glibenclamide (DM2), kodein (citodon, pga svårstyrd omvandling till morfin i kroppen)

GFR < 30 = ej Metformin, dosreducera simvastatin (bättre då med atorvastatin).

GFR < 45 dosreducera.

Case Camilla - UVI

Bakgrund: 28 år kvinna, två barn. Återkommande blåskatarrer under halvår. Urinodlingar tagna med ofta bakterier. Oklart vilka behandlingar men god effekt.

Urografi utfört i samband med flera cystiter vid 23 år.

Aktuellt: Sveda, täta trängningar vid miktion

Diffar: UVI, STI (Klamydia), Pyelonefrit (feber), Svamp (Klåda och flytningar).

UVI: Primärpatogen (80% E. coli,10% Saprofyticus), Sekundärpatogener (Klebsiella, Proteus, enterokocker).

Utredning:

Sexualanamnes, CRP, Vita, Framfall efter förlossning? Dunkömhets över njurar? Gynundersökning vid recidiv. **Recidiverande 2 på halvår och 3 på år.** (då bör man även göra gyn-status). Urinsticka.

Odling tas alltid vid: recidiv, gravida, män. Barn (>2år), Feber, sjukhus eller utomlands

Vidare utredning

Urografi (ofta efter njurstensanfall) och cystoskopi.

Långtidsbehandling med nitrofurandatin

Börja leta efter stenar om proteus vid odlingssvar

Behandling: Nitrofurandatin (50x3 3-5d) eller Selexid (1x3 3-5d) => Trimetoprim (odling krävs), Cefo (odling krävs). Om febril, 7d istället för 5.

Gå på toa efter samlag. Ev. tranbärsjuice hos yngre.

Allmänmedicin – Case 5

Case – Hjärtklappning - Förmaksflimmer

Bakgrund: 78 årig kvinna. Svärreglerad HT, inlagd 1 månad sedan tryck över bröstet + BT 205 => 190/85. Står på Enalapril, Metoprolol, Salues, Amlodipin. ArbetsEKG lätt sänkt arbetsförmåga. Trög pulsstegring, låg slutfpuls, kraftig BT stegring.

Lätta EKG förändringar i Vila. Oregelbunden rytm. EF 45% (lätt sänkt)

Problem: Hjärtklappning, förmaksflimmer på EKG.

Orsaker till flimmer: HT, Svikt (klaffel, infarkt), Hypertyreos, missbruk, elektrolytrubbningar, infektion, anemi.

Utreda: Alkohol, Tyretoxikos (viktnedgång, svettningar, tremor, diarre), Infektion, blödningar, svikt (svullnad ben),

Prover på VC: Hb, CRP, Temp.

Prover beställa: TSH, Elektrolyter (Mg, K, Na+), leverprover + kaogulation (APTT, PK. Trc) (då vi funderar sätta in antikoag), Peth (om osäker på patienten).

Ofta får man svar till dagen efter och då sätter in NOAK.

Risikfaktorer för **CHA2DS2-VASc** = 5p. Ålder > 75, Hjärtsvikt, Hypertoni, Kvinna) Vid 1 poäng rekommenderas behandling.

Man räknar bara kvinnligt kön efter 65 års ålder.

Elkonvertering: Om debut inom 48h kan konvertering göras direkt. Annars vill man att de ska stå på anti-koagulantia i 3 veckor, alternativt TE-UKG. Tidigare elkonvertering är lättare att bryta. Om lyckad, kan NOAK sättas ut efter 4v om man inte har förhöjd risk med ChadVasc. 30% är kvar i sinus efter 1 år.

Sänka pulsen: Står redan på metoprolol, så kan inte ge det.

Digoxin (digitalis) kan ges för att sänka vilopulsen. Smalt terapeutiskt spann, så kontroll efter par veckor.

HAS-BLED: För blödning, inte lika vedertagen som Chadvask. Riskfaktor för att blöda att ta hänsyn till. Men ska extremt mycket till för att avstå behandling ändå

NOAK: Ger risk för blödningar som ger inläggning, GI (40%), CNS (10%)

Förmaksflimmer

- **Paroxysmalt:** Max 7 dagar, spontant omslag.
- **Persisterande:** > 7 dagar, kräver behandling (EI eller Läkemedel)
- **Permanent:** Går ej att konvertera.

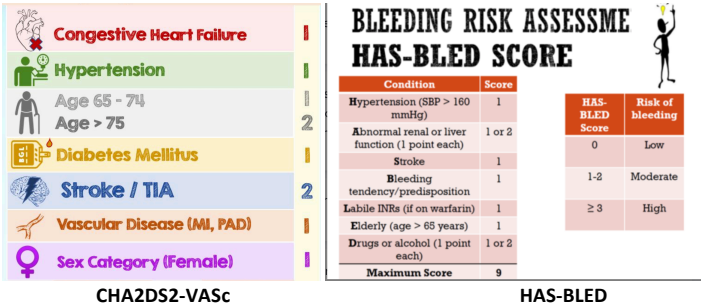
Behandla

- **Eliquis** vid låg njurfunktion (GFR till 15), Morgon + Kväll.
- **Pradaxa**, antidote. EJ pga lågt eGFR (ej < 30), ej Pascal.
- **Xarelto:**
- **Lixiana:**
- **Waran:** Patient med mekanisk klaff och anti-fosfolipid-syndrom eller dålig njurfunktion (eGFR < 15)

Alla som får antikoagulantia får remiss till AK-mottagning. NOAK var 3e månad med kreatenin, efter 1 år halvår. Waran mycket oftare i början.

Viktning information: Ej ta NSAID (Trombyl!), ha på sig halsband, åka in om slår sig. Konvertering mest för livskvalite, ingen skillnad i mortalitet.

Ablation: Bränna bort flimmer i hjärtat. Främst för unga.



Blodtrycks-medicinering
Kommer inte i andra Case så tas upp här.

ACE-Hämmare: (Enalapril): Hjärtsvikt
ARB (Angiotensin):
Betablockerare (Metoprolol):
Tiazid-diuretika (Salures): Enda grupp som har effekt på dödlighet/sjukdom.
Calcium-antagonist (Amlodipin):

Case - Åldern tar ut sin rätt . Hypotyreos
Bakgrund: 52 år kvinna. Gift, 3 barn. Ärftlighet hjärtinfarkt (far+syskon), röker ej, cyklar. Menopaus 2 år sedan. Snarkningar. Inga mediciner. BMI 27.
Aktuellt: Ögonlocks svullna. Oro kring hjärtinfarkt. Höga blodfetter.
Diff-diagnoser: Hyperkolesterolemi, Hypotyreos, Alkoholkonsumtion, Leversjukdom, njursjukdom (svullnad, nefrotisk syndrom = ödem ögon), Allergi (kvalster, om morgonen?), Sömnapne (snarkning)
Provtagning: TSH, T4, Lever (ALAT, ALP, Peth), Albumin/Krea

Svullnad vid Hypotyreos. Myxödem, antikroppar som sätts i bindvävnad (Mysin slås ihop med polysackarider). De försvinner efter behandling.
Oftast är det autoimmun orsak. Lithium och jod-brist andra orsaker.

TPO-Ak: TSH > 10 och lågt T4 behöver man inte ta det. Då är diagnosen klar. Vid tveksamheter ska det tas (TSH 4-10).
Ultraljud och punktion: Knöl > 1 cm.
T3: Om uttalad hypotyreos behöver man inte ta T3 (räcker med T4). T4 faller först. Om T3 också är sänkt är det uttalad. I praktiken tas det inte i primärvården.

Behandling: Levxin 25 ug. Målvärde TSH 0.4–2.5 (lägre än referens). Vill inte piska på hjärtat när man har riskfaktorer och är äldre. Nya prover efter 6-8v.
Gravida målvärde: Går gärna upp 50%. Första trimester < 2.5. Övrigt under 3.5.

Lipidmottagning: Om fortsatt höga blodfetter efter behandling och ärftlighet. Xantom, förstagsrads släkting inna 45 (män) eller 55 (kvinna).

Case - Surt sa räven
Bakgrund: 49 årig man. Tidigare frisk, egenföretagare, ej rökare, golf
Aktuellt: Buksmärtor senaste månaderna, sura uppstötningar och halsbränna, trött, rastlös, irriterad. Svårt att somna. Besvären tilltagit.
Diff-diagnoser: GERD/Reflux (sura uppstötningar), Dyspepsi (smärta i epigastriet), Gastrit, Helicobacter-infektion, Cancer (ventricel/ulcus), Stress, Funktionell dyspepsi (stress-relaterat?), Alkohol/Kaffe, NSAID, (Gallbesvär).
Ulcus lindras av att man äter.
Gallbesvär blir irriterat av fett intag.
Alarmsymptom: Viktnedgång och sväljningssvårigheter, dysfagi avföring, kräkningar, melena (blod), anemi eller debut > 50 år => SVF
Provtagning: Hb, Vikt
Beställa: Peth, ASAT, ALAT, ALP, GT, F-Helicobacter
Råd: Alkohol, ej äta innan sova och högläge.

Ompeprazol testdos (dubbel dos 7 dagar). Gav ingen effekt.
Högt GT och ALAT. => Fundera på Alkoholanamnesen.

Alkohol kan vara del i sjukdomstillstånd: Depression, stress, ångest, hypertoni, flimmer, reflux, ulcus, dyspspsi (sphinkter-relaxation), pankreatit, sömnsvårighet, Gikt, Psoriasis, sebhroiska eksem, maligniteter

GT ökning enbart ofta kopplat till övervikt eller läkemedel.
GT + ALAT kan fundera på alkoholöverkonsumtion
Peth: Bildas enbart i närvaro av alkohol, specifika. < 0.5 = låg. > 3.0 är hög.
Korrelerar mot mängden alkohol.

Alkohol
1 standardgläd = 33 cl starköl, 1.5dl vin, 4cl starksprit. 12g alkohol.
Risikbruk: 14 (män) 9 (kvinnor) standardglas. Vid ett tillfälle 5 män 4 kvinnor.

Läkemedel

- **Campral:** Minskat suget (glutamatantagonist), kan dricka. Mycket GI biverkningar. 6-12 månader.
- **Naltrexone:** Opiatantagonist, går att dricka.
- **Antabus:** Mår dåligt vid intag, tas på VC 3ggr/v för att få compliance.

Motiverande samtal

Allmänmedicin – Case 6

Svindlande höjder – Diabetes typ 2

Bakgrund: 67 år. 20 år DM2. Hjärtinfarkt 3 år sedan. Slutade röka och hunden dog. Absolutist. Ökat sötsug och +20kg sedan hundens bortgång.
Aktuellt: Glukost 18.9, HbA1C 89, BT 145/100, Hb 120.
Problem: Dålig compliance, långvarig hyperglykemi, viktuppgång, hypertoni, trött.
Förklaring: Compliance, 20 år DM2 => sämre insulinproduktion, matvanor, kärlsjuk (ökat blodtryck?)

Målvärde BT hos Diabetiker: 140/85. **Neuropati** => 130/80

Provtagning och målvärden: Elstatus, BMI (<25), LDL (< 2.5 eller < 1.8, sekundärprevention), HDL, eGFR, TSH
HbA1c (< 60-70 hos de som haft det längre, annars < 48, efter några år < 52), kobalaminer (metformin påverkar).
Övrig uppföljning: Ögonbottenfoto, Illamående? Törst? Polyuri, Fråga om depression.

Plöstlig ökning av krea => Ultraljud njurar?
NDR – Risk-score eller SCORE-risk (Risk för kärlsjukdom inom 10 år).
Kan avstå statiner om < 40, låg risk i kalulator

Labsvar: LDL (2.8 ska vara < 1.8) och HDL (0.8 ska vara > 1.1). Krea hög, eGFR 44, C-peptid 2.1 (hög)
Undersöka: Syn (ögonbotten), depression, impotens, fötter (monofilament 2PD och stämgaffel)
Behålla: SGLT2 hämmare även om försiktigt vid GFR < 45 (1:a hand om hjärt-kärl-sjukdom och metformin inte räcker), Sänka metformin. Ej nyinsätta vid eGFR < 60
Sätta in: Victoza (GLP1, andrahandsval vid hjärt-kärl). Vikt – 5% och -10 HbA1c på 6 månader, annars sätta ut igen.
Höja Atorvastatin till 80 (LDL < 1.8 mål).

Vid övervikt är det tvärtom (GLP-1 först och sedan SGLT2).
Blodtrycket Metoprolol (blodtryck) eller Loop-diuretika (Lasix) för högt Kalium
Lägga till: Dietist och fysisk aktivitet (ska ner 10 kg).
Njursvikt: DPP4-hämmare och vid väldigt dålig funktion:
Insulin (< 15) => NPH till natten 10E => Upp 2-4E var tredje dag. Hålla faste-socker mellan 5-6.

Lämpliga remissfall till njurmedicin						
Ålder	<55 år		55-75 år		>75 år	
U-Alb/Krea kvot (g/mol)	< 30	>30	< 30	>30	< 30	>30
eGFR>60 ml/min/1,73m²		Remiss		Konsultation med nefrolog		Konsultation med nefrolog
45-59 ml/min/1,73m²	Remiss	Remiss		Remiss		Konsultation med nefrolog
30-44 ml/min/1,73m²	Remiss	Remiss	Remiss	Remiss		Remiss
15-29 ml/min/1,73m²	Skyndsam remiss	Skyndsam remiss	Remiss	Remiss	Konsultation med nefrolog	Remiss
<15 ml/min/1,73m²	Akut remiss	Akut remiss	Skyndsam remiss	Skyndsam remiss	Remiss	Remiss

På toppen – Huvudvärk – Blandhuvudvärk (Migrän + Spänning)
Bakgrund: 38 år kvinna, återkommande HV sedan 20 års ålder, rektor och befordrad sedan 3 månader.
Aktuellt: Huvudvärk, övervikt, illamående när HV kom. Ej kräkts.

Trolig förklaring

- Spänningshuvudvärk:** Debut sällan efter 50. Ingen begränsning i duration, fluktuerar.
- Migrän:** Debut sällan efter 40. 4-72h/attack. Någon gång på en månad (1–3) och avgränsade attacker. Tidigt på morgonen. Följs av andra symptom som: Aura, illamående, kräkning, ljud/ljus känslig. Kan följa menscykel och sluta när man går in i menopaus. Årftlighet mor => dotter.
- Hortons, Läkemedelsutlöst:**
- Högt blodtryck:** > 180 systoliskt.
- (Hjärttumör):** Kräkning, går med dygnet, vaknar med. Vid Hosta?
- (Temporaliserterit):** Ovanligt hos unga. Ta SR
- (Anemi), (Meningit): (Stroke):**

Varning: HV som debuterar efter 50 år är extra varning. Temporaliserterit och tumör?
Undersökning: BT, palpera muskler och temporalartärer, nackstelhet, rutinnervstatus, Hb, CRP, SR.
Migrän diagnos: Duration 4-72h, 2 av symptom,
Råd: Sova, kost, rutiner, stress
Behandling: NSAID / Paracetamol i första hand => Primperan (mot illamående) Triptaner vid attacker (Selektiv Serotonin-RA, ej vid HT eller kärl-sjukdom, ej 65 år eller vid aura-fasen pga Stroke-risk)
Profylaktiskt (3 per månad): Motoprolol (100-200mg/d) eller TCA (Amitryptilin)
Spänningshuvudvärk: Alvedon/NSAID och fysioterapeut.
Kronisk/Terapiresistent migrän: Imovir (monoklonala AK => Neurolog). Prova 2 proxylax innan remiss.

Från höglättån till slättland – Angina + Reflux/Hernia
Bakgrund: Man 54 år, ÖLI, halsbränna (novalucol med viss effekt). Från Afghanistan, sverige sedan 10 år.5 barn. Trauma i bakgrunden, nedstämd. Pappa dött ung.
Aktuellt: Bröstsmärta, tryck i bröstet bakom sternum sedan några år, värre senaste månaderna. Halsbränna som förvärrats. Trött och andfått. Lätt ömhet i epigastriet. Ospecifika EKG förändringar som kan tala för hjärtsjukdom.
Troliga förklaringar

- Reflux:**
- Ångest/oro:**
- Kardiellt/Angina/Hjärtsvikt:**
- Muskel-skeletalt:** Palpation, rörelse-relaterad
- Lungemboli/Pleurit:** Andningsrelaterad?
- Tietzes syndrom:** Inflammation vid bröstbenet och revbenen.

Fråga: Andningskorrelerad, i vila, nydebuterat?
Provtagning: Hb (blödning?), CRP, Saturation
Vidare: Ej smärta i vila, ej andningskorrelerad, dyspne samtidigt som bröstsmärta. Ansträngningsutlöst och försvinner vid vila. Ibland stråla till vänster arm. Halsbränna vid tunga lyft och framtåtlutning.
Trolig förklaring: Stabil angina och reflux.
Pre-test probability (PTP): Lipider, diabetes, rökning, ålder.

- Typisk angina:** Obehag i bröst vid ansträngning och lindras av vila/NO eft 5m
- Atpyisk angina:** Uppfyller 2 av kraven.
- Non-angina:** Uppfyller 0-1 av kraven.
- Dyspne:** -

	Typical		Atypical		Non-anginal		Dyspnoea*	
Age	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

< 15 % behövs ingen utredning. > 85% direkt kardiolog (ingen...)
Utredning:

- Arbets-EKG** vid låg misstanke och patient kan cykla.
- Myocard-scint** är bättre, kräver mer och dyrare.

Provtagning: Lipider (HDL, LDL, TG), Glukos, BT, Krea, Na+, K+, Leverprover (inför statin-behandling, proBNP
Behandling: Statiner (Atorva), PPI (Omeprazol), NitroSpray-profylax, Tromblyl (minskar mortalitet, sätt ut om fel diagnos), Metoprolol. Ev ACE-hämmare.

- Profylax:** Betablockerare, Långverkande nitro, Kalcium-antagonist
- Invänta** provsvar innan man sätter in på statiner.

Remisser: Lungröntgen, Gastroskopi (Då Omeprazol inte hjälpt helt)

Små och stora djur -
Bakgrund: 17 år kille, receptfri allergitablett med oklar effekt. 4-års ålder allergitestad u.a. Ej rökare.
Aktuellt: Återkommande förkylningar flera år. Nästäppa. Ögonbesvär med klåda under vår och nära katt. Slemhinnesvullnad vid status, annars u.a.

Troliga förklaringar:

- Allergi (Allergisk rinit):**
- Polyp**
- Infektion:** Osannolikt.
- Överanvändning nässpray:**
- (Frammande Kropp/Mekansikt hinder (barn)): Ensidigt.

Utvidgad anamnes: Katt? Björk? Pålsdjur? Dygnsvariation?
⇒ Phadiatop, blodprov (kan tas under allergisäsong och behandling). Ingår grupper av allergener. Björk, timotej, gräbo, katt, hund, häst, kvalster, mögel. Positiv svar ej garanterat likställt med allergi.
⇒ RAST kan tas för specifika allergenet för att undvika falska positiva.

Behandling:
Desloratidin (antihistamin), **Livostindroppar** (ögon), **Mometason** spray (näsa)
Kvalster tål in 60+, kyla eller luftfuktighet < 50%. Kvalsterskydd för sängen finns.
Andrahand:
⇒ **Dymista:** Kortison + antihistamin
Akut: Kortison PO
Profylax: Vaccinering/allergi-terapi. mot pollen/kvalster, när svaret inte är tillräckligt bra med behandling.

Basal läkemedelsgenomgång

Inlämning med handledare. 65+.

- **Mål:**
Genomföra och dokumentera basal läkemedelsgenomgång (faktainsamling, ställningstagande och plan för utvärdering) för patient >65 år i enlighet med strukturerat metodstöd
- **Arbetsmetod:**
Studenten samlar självständigt in nödvändig fakta, tar i samråd med handledare ställning till aktuell läkemedelsbehandling i enlighet med metodstödet punkter samt dokumenterar ev förändringar och plan självständigt. Handledare bedömer genom diskussion, journalanteckning och uppdaterad läkemedelslista.

Faktainsamling

Läkemedelslista, diagnoser, blodtryck, njurfunktion, symtom/problem, följsamhet
Läkemedelsavstämning: Måste ha en uppdaterad läkemedelslista. Egenvård med. Läkaren ska veta patientens tillstånd, behandlingseffekt, risker och biverkningar. Patienten ska veta vilka läkemedel och varför/när/hur de ska tas. Mina sparade recept behöver inte stämma (dosökningar, ej använda, osv).

Blodtryck: **Sittande + ortostatiskt** (direkt + 3min värde). Ska ha BT < 140/90. Lågt BT ger generellt trötthet och nedsatt kognition/oro.

Njure: Utgå ifrån **eGFR medel** (medelvärde Cystattin-C och kreatinin), pga minskad muskelmängd är inte kreatinin enbart lämpligt.

Symtom: Ny sjukdom eller biverkningar från mediciner. Behandla inte symptom utan att utreda (då det kan vara biverkning).

Interaktion ABCD

- **A:** Sannolikt ingen klinisk betydelse
- **B:** Klinisk betydelse ännu ej fastställd
- **C:** Kan leda till ändrad effekt eller biverkningar (dosanpassa?)
- **D:** Kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser, utebliven effekt. Bör undvikas.

Ställningstagande:

Kvarstår indikationen? Har effekten utvärderats? Biverkningar? Olämpligt läkemedel för äldre? Dos-anpassat till njurfunktionen? Interaktioner?

Behövs fortf smärtbehandling? Omezaprol? Justera BT behandling? Är behandling mot depression/oro utvärderad? => **Använd FAS-ut om utsättning (bok)**
Man kan testa genom att trappa ner (Stått på Omezaprol kan behöva trappa ut under flera månader).
Hyponatrimi vanligt med SSRI hos äldre.
SSRI + Trombyl, blödningsrisk, mage. Fallrisk.

Åtgärdsplan:

- Dokumentation av läkemedelsförändringar
- Planera uppföljning
- Korrekt och fullständig läkemedelslista
- Anpassad information till patienten

Utvärdering

- Enligt åtgärdsplanen

Läkemedel

Långverkande benzodiazepiner (nitrazepam, diazepam)

Ansamlas hos äldre (högre andel fett).
Dagtrött, sämre kognition, muskelsvaghet => fall

Propiomazin (Propavan)

Stor risk för dagtrött (hang-over), restless-legs, behöver inte trappas ut.

Sömnmedel:

Kontrollera sömnbehovet, undvik lång nattfasta
Förstahandsval => Zopiklon

Smärtbehandling:

Tramadol olämplig pga hög risk förvirring/illamående/yrsel.
Koedin olämpligt pga individuell metabolisering, risk för överdocering av **Paracetamol** (man vet inte om att det innehåller paracetamol). Förstoppar.
Oxycodon: 5mg/dag annars om det behövs. Uttrappning.
Paracetamol: bra smärtbehandling för äldre, max 3g/dygn.

Antikolinerga (Atarax, Theralen, Lergigan, Trycykliska)

Olämpliga pga kognitiva störningar, muntorrhet, förstoppning, urinretention.

Glibenklamid (Syfonylurea)

Risk för långvarig hypoglykemi, spec vid nedsatt njurfunktion.

Njurfunktion – Dosjustera:

Metformin (eGFR < 30 = kontraindicerat, < 45 försiktig),
ACE-hämmare (Hyperkalemi), Kaliumsparande diuretika, **Digoxin** (mät koncentrationen), **Simvastatin** (biverkningar), **Opioider** (illamående, sedering),
Atenolol, **Sulfonylurea**,
Furadantin (UVI, ej verksam GFR < 40)
Tiazider (ej verksam vid GFR < 30).

Smalt Terapeutiskt intervall: Waran, Digoxin, antiepileptika => Observant vid ändringar.

Verkar på samma receptorer:

ASA – SSRI (omega 3, vitlök)
Kolinesterashämmare – Antikolinergika

Hindrar absorption (Ge med intervall och bestämda tider)

Kalcium – Ciprofloxacin, Järn – Doxycyklin, Kalcium – Levaxin

Induktion / Hämning av metabolism

Johannesört – Warfarin, Karbamazepin – Felodipin, Flukonazol – Fentanyl

Elimination / Hämmar utsöndring

NSAID – Litum, Spironolakton - Digoxin

Geriatrik

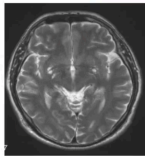
2024 till 2030 ökar 80+ från 600k till 800k.

Åldrande

Ökat antal symtom 80+: Trötthet, nedsatt minne, ont i rygg/ben, svårt gå, hörsel
Njurfunktion: 12% vid 80 och 27% vid 90 år har < 30 ml/min/1.73m², akta NSAID
Bröstkorg: svårare andningsarbete, minskat thorax (simulerar hjärtförstoring), parenkymfibros basalt.

Dödsgenteorin: Kontinuerlig rDNA förlust apoptos, telomeras
Katastrofteorin: mRNA fel, defekt protein självförstärkande process
Slitageorin: Cellmetabolism, livslängd reparation-regeneration
Organteorin: Ett organ hypofys, thyroidea autoimmunitet
Homeostas förlust: autoimmunitet

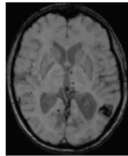
Exempel på förändringar i hjärnan



Vida perivaskulära rum



Ökande atrofi



Mikroblödningar

Man kan tolka normala förändringar av arterioler som lakunära infarkter.
Multipla mikroblödningar ska hanteras och följas.

Under och överdiagnostik

Konfusion

Konfusion enda symtom vid stroke i 42% av fallen.
Behandla orsak: Observation, syn/hörsel, minskad personkontakt, lugn och ro, mediciering.
Läkemedel: Neuroleptika (Haloperidol), Benzo, Clometiazol

Aspiration

Akut aspiration

Aspirationspneumonit med surt maginnehåll.
Interstitiella infiltrate perihilärt ödem.

Aspiration med matrester, basiskt maginnehåll, vanligt vid dysfabi, atelektas, nodulära fokala förändringar.
Vanlig orsak till pneumoni hos äldre.

Kronisk aspiration

Mindre mängd mat och främst natten. Ofta defekt orofarygeal reflex. Basalt i underlober.
Diffus fibros, bronkit, hosta, reciverande pneumonier (även med PEG). => Vanlig orsak till Lungabcess

Pneumonit

Infiltrat som inte svarar på Antibiotika: Eosinofil pneumoit, hjärtinkompenserad, TBC, malignitet?

Kronisk eosinofil pneumonit:

Migrerande infiltrat, typiskt på RTG. Svarar på Steroider.

Bronkoalveolär cancer:

Cryptogen organiserad pneumoit, snabb tillväxt (10-14d), ofta ej lgl spridning.

Andfåddhet

Överväg arytmi
EKG och proBNP (< 300) utesluter i praktiken hjärtsvikt.

Ulcus

80% saknar vanligaste symptomen (smärta)
Vanligt med: illamående, vikt förlust, matleda

Mesenterialkärlsocklusion

Äldre har mer tunntarmsdilatation, gas-vätskenivå, colondilatation
Digitalis medicinering kan försämra venösa flödet och därmed öka risken.

Peritonit

Symtom: Buksmärta, illamående, kräkning, takykardi, feber, palpömheter, defense, ändrade tarmljud.
Vanliga orsaker: Penetration av gallsten, abscess, malignitet, ulcusperforation, urinblåseperforation, divertikuliter, mesenterikärlocklusion.

Höftfraktur

Äldre som ramlat och söker för smärta i knäet kan vara höftfraktur, titta alltid både knä och höft.
Smärta vid inåttrotation.

Skelettförändring – Atrit och Artros

Gemensamt: Urkalkning, Usur, Cystor, synovit
Artrit: Urkalkning
Artros: Subkondral scleros
Atypisk artrit: Sekundär amyloidos (vid RA, smärta/volyminsk), Hyperaparatrydism
Atypisk Artros: Hemokromatos (osteoporos, osteofyter MCP)

Feber ses hos 1/3 av sepsis vid artrit och 40% vid KOL exacerbation.

Rehabilitering för äldre

Principer (3): Variation (åldern är ett tal), Aktivitet, Optimal Hälsa (förebygga)
Vanligaste orsaken till förlust av funktion hos äldre är inaktivitet eller immobilisering. => Fokusera på funktionsmål istället för kliniska fynd/symptom

Kroppshållningen ändras, huvud skuuts fram, dorsal kyfos, platt lumbal rygg => Fallrisk. Muskelsvagheter. Kompressiva kotfrakturer. Stela leder som ger thorakal restriktion => dyspne och infektioner.

Neurologiskt: Demens, squeuele efter hjärnskada, parkinsonsm, perifer neuropati

Barthel Index (Beskriver persons hjälpberoende, deskriptivt, evaulerande och prediktivt) och **Katz ADL-index** (utföra aktivitet självständigt eller använder personlig hjälp) kan användas för att identifiera omvårdnadsbehov, t.ex. med kommunen.

Bedöma motorisk förmåga: Stop walking when talking (stannar för att prata är indikation på fallrisk), **Berg balanskala** (stå stilla och göra en rörelse). **Resa från stol. Timed up and go** (resa från stol och sätta sig, tiden). **Gånghastighet** (< 60 cm/s löper större risker och mer behov).

Funktionsbedömning

Slutenvård inom 24h från ankomsten. **Primärvården** senaste 5 dagar från utskriv.
Utvärdering: FIM, MAS, S-COVs, Berghs balanskala, 10 meters gång, Neuro.
Mål: Behålla muskeltonus (rörlighet och längd), bibehålla normalt rörelsemönster (lägesändringar).

Subluxerad axel vanligt hos äldre. Är instabil och kan skadas, lyft aldrig i den. Träna genom aktiv rörelse.

Hjälpmiddel: Kan få borttagande av trösklar, mattor, montering av ramper, duschplats osv. Viktigt med översyn av bostaden och närmiljön.

Geriatrisk – Case

Case 1 – Jan – Depression

Anamnes: 78 år fd arkitekt. Änkling sedan 3 år.Dotter hjälper med hushåll. HT, hjärtinfarkt, stroke, spondylos.

Problem: Nedstämd, generell sjukdomskänsla, tappat intresse, smärtor, trött förstoppad.

Medicinering: Noromix, Trombyl, Simvastatin, Sobril, Alvedon, Ipren.

”SIG E CAPS” = Depression och Dysthymic. Sleep, Interest, Guilt, Energy, Concentration, Appetite, Psychomotor, Suicidal ideation.

Depression hos äldre: Ångest, smärta, anhedoni, somatik (syn, förstopp, ADL).

Egentlig depression (DSM-5):

- Symptom 2 veckor med 1 av: nedstämd, minskat intresse/glädje
- Samtidigt: Sömnrubbing, kardinalsymtom (energiförlust, koncentraionsproblem), **dödstankar**, viktförändring

Dystymi: Nedstämd 2 år.

Utredning: Anhörigsamtal, somatisk status, T3, TSH, B12, Folat, Järn, Hb, Elstatus, CT-Skalle, MMSE/MMT, MADRS/GDS (> 5p = depression)

Svar: GDS 11p, MMT 24p. (Registrering, minne, 3-steg, meningar) BT 120/65, bilat rassel på lungorna.

=> Måttlig depression, sjunkande BT, Tecken på hjärtsvikt. Organisk förstoppning. Troligen kognitiv svikt utlöst av anhörig död.

Plan: Sertralin 50 mg (1+0+0) öka till 100 mg efter 1 vecka. Uppföljning om 2 veckor via telefon och återbesök om 4v. EKG innan start (QTc tid förlängd). Informera om biverkningar och att effekt nås efter 2-4v av antidepressiva.

Uppföljning vid återbesök: Compliance (Tas tabletter), mät koncentrationen av LM i blodet. Fördjupa anamnes, följa upp om problemen blivit bättre. Byte av behandling? Mirtazapin (sederande) om sömn påverkad, överväg även doshöja. Om psykotiska besvär: Överväg ECT och undvika TCA (antikolinergika). Sömnbesvär överväg zopiklon kortvarigt. ECT vid terapivikt?

Skilnad gammal och ung: Ryggsmärta (kroppsliga symtom), irritation, oro, alkohol/tablett-missbruk, skuldkänslor. **Suicid:** Topp bland unga, ökar efter 75 år igen. Svårt upptäcka bland äldre, få försök.

Case 2 – Gunnar – Demens

Anamnes: Akut inlagd för feber och förvirring. 74 år.Fd rökare. Period med alkoholism i yngre år. HT 10 år. Prostatacancer OP 3 år.

Problem: Infektion akut inkommen med kognitiva besvär. Hitta, orientera, exekutiva funktioner, ataxi.

Medicinering: Oklart.

Demenskriterier (DSM-5):

- Symptomduration 6 månader
- Försämring/ändring i EN kognitiv domän (minne, exekutiv, uppmärksamhet, språk, social cognition, spatial förmåga)
- Minskat ADL
- **Ej Konfusion! Sätts sällan på sjukhus om inte anhöriganames.**
- Ej annan sjukdom som kan förklara: psykos, schizofreni, depressionn, cancer

Utredning: Anamnes, somatisk status, labrpover (calcium viktigt), anhörigsamtal, MMT, CT-skalle (ofta obligat för att utesluta andra orsaker, måste ej vara färsk men bör finnas en från senaste åren).

MMT < 10 svår. 10-20 måttlig, > 20 lätt-måttlig.

Utvidgad demensutredning: Geriatrik/neuropsykiatrisk klinik/minnesklinken 5 veckor efter utskrivning: Likvor-diagnostik, + någon bild MR/PET/SPECT (något) + Neuropsykolog.

Diffar: Demenssjukdomar (AD, Vask, bland, FTD, LBD), Hypotyreoas, B12, Maliginitet, Hydrocephalus, subduralhematom, missbruk, tiamin, infektion (UVI), gypoglykemi, hyperkalcemi.

Förväntade Likvorfynd

- **AD:** Tau (total+fosforylerat) ökat, Beta-amoylid sänkt

Behandling: Kolinesterashämmare (Aricept, AD, bland, EJ VD) 5mg 1+0+0+0 (ökas till 10 mg), fysisk aktivitet. Ebixa (memantin)

Uppfölja: MMT, anhörigsamtal + patientsamtal, samtal för biverkningar och effekt 1–2 veckor. Följer behandling var 3–6 månad med ADL, cognition (MMT t.ex.) och samtal. Fördel med diagnos för att få tillgång till hjälp och demensboende.

Case 3 – Per - Malnutrition

Anamnes: 82 år, stroke, äldreboende, viktförlust, hosta.

Problem: Dricker dåligt. Gått ner i vikt sedan ankomst äldreboende efter stroke halvår sedan.

Medicinering: Trombyl 75mg.

Diffar: Mekaniska hinder, tandproblem, torrhet.

Utredning: BMI, Viktkurva, somatiskt (MoS, BT, dehydrering, bukstatus), kostregistrering, Järn, Hb, B12, Albumin, CRP. Gastroskopi eller **Röntgen sväljningsfas**. Går att mäta arm-omkrets och veck i buken (görs sällan).

Svar: PEM (protein-energinutrition), BMI 19, överarmsomfång 17 cm, Hb 110, Hypoalbuminemi (19), TIBC 38 (låg proteinkapacitet, lågt TIBC, anemi bör höja TIBC). Sväljröntgen utan mekaniskt hinder. Ej apraxi/neglekt.

Vidare: Logoped: (Sväljträning), Dietist (kostanpassa), Uska (matning och kaloriregistrering), Arbetsteruapet (rörelse, matredskap).

PEG (måste ha längre perspektiv) eller Sond inom 5 dagar om ej bättre.

Kriterier för PEM: Minskad vikt, minskad muskler/styrka, minskad andning/hjärt kapacitet, tunn hud, minskad metabolism, hypotermi, apati, ödem, immunbrist.

PEM utredning: Albumin och TIBC (bör se båda låga) och ingen CRP (infektion).

Case 4 – Elsa – Palliativ vård

Anamnes: 82 år, uttalade blanddemens (AD+Vask). Stroke 2 år med övergående vä kroppsfrörlamning. Återhämta sig till självständig.

Problem: Talar enstaka ord, svår att tolka. Tacklat av senaste året. Äter ej själv, behandlingsförsök med antidepressiva utan resultat.

Mediciner: Risperdal, Ibumetin, Movicol, Inj Behepan.

Diffar: Tandstatus, MoS, cancer, mekaniska hinder (ventrikel, esophagus), dyskordination pga demens/stroke.

Utredning: Somatiskt (MoS, hjärta/lungor). Svalg-fibroskopi, gastroskopi, Järn, Hb, TSH, leverstatus, Elektrolyter. Fråga personal (habitualtillstånd). NSAID? => Paracetamol istället.Varför står på Risperidon? Kan eller vill inte äta?

Svar: -7kg på 3 månader (56kg). Lab anemi och lågt albumin. Avstår från skopi. Risperidal för paranoia drag, trött av det. Ej deprimerad. Ej smärta, klagar på trötthet och illamående vid mat.

Åtgärder: Smärtor? Buk/MoS status, förstoppad, svamp, sätta ut Risperidal, byta NSAID mot paracetamol. Ta bort ett läkemedel i taget. Movicol, extra järn.

Palliativ behandling: Ta Hb och Järn (ge Ferromyn), Smrtbehandla (Panodil) Vb, Illamående med Supp Primperan vb. Muntorrhet (saliversättning), Dietist, anhörigkontakt förklara ej vidare utreda, personal meddela strategi. SIP Plan när patienten sviktat (ej till akuten). Inga fler utredningar Förebygg trycksår Morfin VB. Ompröva beslut. **Ej Terminal vård!**

Palliativt kit: Man kan överväga det men verkar inte behöva det i stunden.

Case 5 – Greta - Trycksår

Anamnes: 83 år. Feber. Minskat matintag, inkontinens, bjöka, stroke, immobilitet (rullstol)

Problem: Växande trycksår i sacrum 3x5cm, 37.8C. Kategori 3 (fullhudsskada)

Riskfaktorer (Modifierad Nortonskala): Psykisk status (klar 4), Fysisk aktivitet (rullstol, 2), Rörelse (begränsad 2), Födointag (), Vätskeintag (), Inkontinens (), Allmäntillstånd = 18p, ökad risk

Sår:

- Typ: Arteriell, venös, tryck, iatogen, malign, diabetes, infektiös
- Djup: Rodnad (iatrogen), Kategori 2, **Kategori 3 (subcutis syns)** - fullhudsskada, **Kategori 4:** Ner till ben/muskel, infektion.

Behandling: Minska riskfaktorer. Sjukgymnast, USKA (vändscephma), Madrass (antidecubitus), kosttillägg, begränsad sitt-tid, kateter temporärt. Undvika inkontinensskydd i säng (dåligt för läkning). Panodil mot feber och smärta. Hydrogel (Intrasite gel), Cavilon(Zink-salva) runt och förband (Allevyn?), byta var 2-3:e dag. Sårvårdsjournal. Kostillskott extra 500kcal/dag.

Såret förvärras och går till Kategori 4 (ner till ben).

=> Odlar från såret och sätta in Heracillin 750mg 1x3. Sårömläggning med Iodosorb (vid infektion) som vid förbättring byts tillbaka till Intrasite. Mekanisk rengöring viktigt.Mot Isutet Salvkompress (Jelonet vaselinbaserat). Försätta förebyggande.

Modifierad Nortonskala

A. Psykisk status

4 Helt orienterad till tid och rum	3 Stundtals förvirrad	2 Svarar ej adekvat på tilltal	1 Okontaktbar
------------------------------------	-----------------------	--------------------------------	---------------

B. Fysisk aktivitet

4 Går med eller utan hjälpmedel	3 Går med hjälp av personal	2 Rullstolsburen	1 Sängliggande
---------------------------------	-----------------------------	------------------	----------------

C. Rörelseförmåga

4 Full	3 Något begränsad	2 Mycket begränsad	1 Orörlig
--------	-------------------	--------------------	-----------

D. Födointag

4 Normal portion	3 3/4 av normal portion	2 Halv portion	1 Mindre än halv portion
------------------	-------------------------	----------------	--------------------------

E. Vätskeintag

4 Mer än 1 000 ml/dag	3 700 – 1 000 ml/dag	2 500 – 700 ml/dag	1 Mindre än 500 ml/dag
-----------------------	----------------------	--------------------	------------------------

F. Inkontinens

4 Nej	3 Tillfällig	2 Urin- eller tarminkontinent (KAD)	1 Urin- och tarminkontinent
-------	--------------	-------------------------------------	-----------------------------

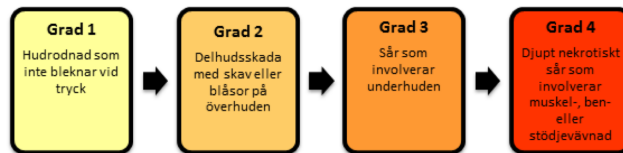
G. Allmäntillstånd

4 Gott	3 Ganska gott	2 Dåligt	1 Mycket dåligt
--------	---------------	----------	-----------------

Räkna ihop poängen.

20 p eller lägre = ökad risk för tryckskada.

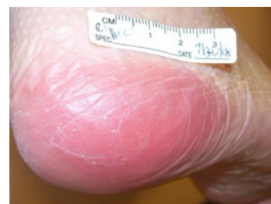
Mycket aktiv trycksårsprofylax/skäript totalomvårdnad!



Kategori 1:

Hudrodnad som inte bleknar vid tryck

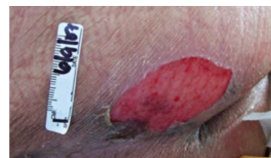
Intakt hud med rodnad på ett avgränsat område, vanligtvis över benuskott, som inte bleknar vid tryck. Mörkt pigmenterad hud kan sakna detta tecken, men färgen skiljer sig från omkringliggande hudområden. Området kan vara smärtsamt, fast, mjukt, varmare eller kallare än annan hud. Kategori 1 trycksår kan vara svårt att upptäcka hos personer med mörk hudfärg. Kategori 1 trycksår kan indikera att personen är i riskzonen för att utveckla djupare trycksår.



Kategori 2:

Delhudsskada

Delhudsskada som visar sig som ett ytligt öppet sår med rosaröd sårbädd utan fibrinbeläggning. Kan också vara en intakt eller öppen/sprucken serumfylld blåsa. Visar sig som ett blankt eller torrt ytligt sår utan fibrinbeläggning eller ytligt hematom. Denna kategori ska inte användas för att beskriva hudflikar, hudskador efter häfta, inkontinensrelaterad dermatit eller maceration.



Kategori 3:

Fullhudsskada

Fullhudsskada. Subkutan fett är synligt, men ben, sena eller muskler syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup. Kan inkludera underminering och fistlar. Djupet av ett Kategori 3 trycksår varierar beroende på anatomisk lokalisering. Nästrygg, öra, bakhuvud och malleoler saknar subkutan fettvävnad och Kategori 3 trycksår kan vara ytliga på dessa lokaliseringar. Motsatsen gäller för områden med riklig subkutan fettvävnad som kan utveckla extremt djupa Kategori 3 trycksår. Ben/senor är inte synliga eller palpabla.



Kategori 4:

Djup fullhudsskada

Djup fullhudsskada som involverar ben, sena eller muskel. Fibrin eller nekros kan synas. Ofta förekommer underminering och fistlar. Djupet av Kategori 4 trycksår varierar med anatomisk lokalisering. Exempelvis saknas subkutan fettvävnad på nästrygg, öra, bakhuvud och malleoler och sår på dessa lokaliseringar kan vara ytliga. Kategori 4 trycksår kan involvera muskler och stödjävnad (till exempel fascia, sena, ledkapsel) vilket gör det sannolikt att osteomyelit och osteit uppstår. Blottade ben och muskler är synliga eller direkt palpabla.



icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt

Fullhudsskada där sårbotten är täckt av död vävnad/nekros (gul, gulbrun, grön eller brun) och/eller sårskorpa (gulbrun, brun eller svart). Det är inte möjligt att avgöra djupet förrän tillräckligt med nekros och/eller fibrin har tagits bort. Stabil (torr, fast, intakt utan rödhet eller fluktuation) sårskorpa på hämlarna fungerar som kroppens naturliga (biologiska) "plåster" och ska inte avlägsnas.



Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt

Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa som uppstått på grund av tryck, och/eller skjuv som medfört skada på underliggande vävnad. Området kan upplevas smärtsamt, hårt, mjukt, varmare, och kallare vid jämförelse av intilliggande hud. Djup vävnadsskada kan vara svårt att upptäcka på individer med mörk hudfärg. Såret kan utvecklas vidare och döljas av en tunn sårskorpa. Utvecklingen kan gå fort och involvera ytterligare vävnadslager trots optimal behandling.



Geriatrik – Case 2

Case 6 – Kurt – Gick igenom snabbt och bara vissa frågor.

Kliniska problem: Apraxi, nedsatt sensorisk, apatisk, lindrig svaghet i hö hand. ADL problem med bad/dusch och med av- och påklädning.

Ytterligare information som behövs: Fysio och arbets-terapeut, logoped. Kan bedöma Katz-Index och FIM. Bedöma rehab.

Vårdplanen: Läggs i mina planer och

Del 2:

Gradera patientens funktionsbegränsning med Katz-index och ta behandlingsmål: (Bad, påklädning, toalett, förflytta, gå på toa, äta): C

Del 3:

Inför hemgång SIP (Samordnad individuell plan) som går ihop med kommunen för att planera. Kan ha

Vårdformer	Kommun	Landsting
Dagrehabilitering	x	x
Hemrehabilitering	x	x
Korttidsboende	x	
Särskilt boende	x	
Växelvård/trygghetsboende	x	
Serviceboende	x	
Hemsjukvård	x	x
Kommunal hemtjänst	x	
Sjukgymnastik	x	x
Arbetssterapi	x	x
Sluten vård geriatrisk/akutvård		x
Öppen vård primärvård/specialistvård		x

Case 7 – Hans

Vad ingår i begreppet kognition: Tänka, perception, minne, språk, sälla, planera, sortera.

Huvudgrupperna är: Minne, högre intellektuella funktioner och kortikala funktioner.

Hur bedömer du kognition och ser regelverk för vapen och körkort ut:

Räcker att ha en överenskommelse med patienten. Annars anmäla till transportstyrelsen.

Körupphåll TIA:	Vanlig behörighet 2 veckor tills färdigutredd	Yrkestrafik 3 månader
Stroke	2-3 månader	minst 6 månader

Vapen: Ska anmälas men om man har tillstånd som kan förbättras så markeras detta. Anmäls till polisen alltid. Frågar om har vapen => Då anmäler. Man skriver att tillståndet kan bli bättre och ny bedömning kan behöva göras i framtiden. Sekretesslagen (straff > 2 år) är inte är tillämplig för vapenlagen, dvs anmälningsplikt gäller, oavsett eventuell straffpåföljd eller inte. Observera - Om vapenlicensen dras in måste vapnet säljas eller göras obrukbart.

Återbesök om 3 månader, för att se om förbättring skett och kan vara med. Består problemen =>

Kan han fortsätta köra bil => Beror på utfallet

Kan han ha kvar sitt skjutvapen => Beror på utfallet

Kan han jaga älg => Ja, men kanske inte med skjutvapen.

Case 8 – Marie

Vilka per/postoperativa komplikationer kan ha bidragit till kliniska problem:

Trött, svårt med förflyttning, smärta i ben, anemi, morfin, nedkylning, dehydrering, elektrolytrubbning.

Vilka ytterligare komplikationer vill du motverka under den fortsatta behandlingen: Dödlighet, proppar, vätskeansamlingar, muskelförtvining, fall.,

infektioner. Klexane sätts in för minska DVT och lungemboli.

Vad är fysioterapeutens roll i rehab: Gångträning och mobilisering.

Träningsprogram. Gång hjälpmedel och undvika sarkopeni.

Vad är Arbetsterapeutens roll i rehab: Hjälpmedel i hemmet, hembesök, halkskydd.

Är dåligt smärtlindrande (ska ha mer långverkande morfin), tramadol ger man inte till så gamla och Alvedon ska vara max 2x3.

Downton fall index riskfaktorer: SSK kan göra. Fallit, Sömnmedel, nedsatt motorik,

Påverkbara faktorer finns på nästa sida.

Förebyggande åtgärder: Fallförebyggande åtgärder i hemmet (mattor, sladdar, gånghjälpmedel), kompletterande utredning (yrsel, frånvaroepisoder) , läkemedelsgenomgång (morfin, lugnande...). => Osteoporosutredning.

Case 9 – Stig

Trägningsinkontinens med lätt avflödes hinder.

Testa Betmiga (slappna av glatt muskel i blåsa). Nokturi kan behandlas med desmopressin.

Man kan testa blåsträning och minska diuretika (ingen effekt i detta fallet...)

Typer av urin-problem nästa sida.

Orsaker till nokturi

- **Polyuri**
 - Diabetes mellitus
 - Diabetes insipidus
 - Excessivt vätskeintag
- **Nattlig polyuri**
 - Störning i dygnsrytm av antidiuretiskt hormon (ADH) – Hjärtsvikt
 - Sömnapné
 - Njursvikt
- **Problem med lagring av urin**
 - Nedsatt blåskapacitet
 - Ofrivilliga blåsmuskelsammandragningar som ger trängningar – Avflödes hinder, till exempel prostatahyperplasi med resturin – Åldersförändringar
- **Sömnproblem**
 - Det kan vara svårt att avgöra om sömnproblem eller nokturi är det primära

Case 10 – Birgit

Orsaker: Depression, dåligt insikt, religös övertygelse...

Handläggs: Gå igenom det igen, Psykiatrikonsult, infektioner?

Övrigt

Patientens uppfattning från början att hon inte vill bli opererad gäller trots konfusionen. Sonen kan inte ta över hennes beslutsfattande.

Bilaga

KATZ INDEX

Bad	
Oberoende:	badar helt själv, eller får hjälp med att tvätta ryggen
Delvis beroende:	får hjälp med tvättning av en kroppsdel; ingen övervakning.
Beroende:	får hjälp med fler kroppsdelar, hjälp att komma i och ur badkaret, tvättar sig inte själv.
På- och avklädning	
Oberoende:	tar på och av kläderna, även ytterkläder, hängslen och spännen.
Delvis beroende:	får hjälp med att knyta skor
Beroende:	klär sig inte själv eller förblir delvis oklädd.
Toalettbesök	
Oberoende:	tar sig till toaletten, av och på toalettstolen, ordnar kläderna, torkar sig.
Delvis beroende:	får hjälp med antingen att ta sig till toaletten, torka och tvätta sig eller med att ordna kläderna.
Beroende:	använder bäcken eller hink även dagtid. Får hjälp till och från toaletten samt hjälp att använda denna.
Förflyttning	
Oberoende:	tar sig i och ur säng och stol utan hjälp. Kan använda mekaniska hjälpmedel vid behov.
Delvis beroende:	tar sig i och ur säng och stol med hjälp av en annan person.
Beroende:	hjälp vid att ta sig i och ur säng och/eller stol. Kan inte flytta sig från ett ställe till ett annat.
Kontinens	
Oberoende:	klarar urin- och fecesavgång. Kan ha KAD eller stomi, men sköter det själv.
Delvis beroende:	tillfälliga misslyckanden.
Beroende:	hjälp med KAD, blåsträng, lavemang eller använder bäcken dygnet runt.
Födointag	
Oberoende:	för maten från tallrik till munnen. Delning av maten och liknande bedöms ej.
Delvis beroende:	hjälp med att skära kött och bre smör på smörgås.
Beroende:	hjälp att föra maten till munnen, äter inte alls eller t.ex. sondmatning.

Risikfaktorer för fraktur

Icke påverkbara riskfaktorer	Möjliga påverkbara riskfaktorer
Ålder	Låg benmassa
Hereditet för osteoporosfrakturer	Rökning
Tidigare frakturer	Fysisk inaktivitet
Längdminskning över 3 cm	Fallbenägenhet
Kvinnligt kön	Tidig menopaus
Genomgången steroidbehandling	Bristfällig kost
	Låg vikt/lågt BMI
	Östrogenbrist
	Nedsatt syn
	Medicinering som påverkar medvetandegrad
	Pågående peroral steroidbehandling
	Kognition
	Låg solexponering
	Behöver hjälp med armar för att resa sig ur stol

Indikation för bentäthetsmätning

- Lågenergifraktur av höft, kota, radius, humerus, bäcken, revben
- Kortisonbehandling > 3 mån
- Svagare riskfaktorer som föranleder utredning > 65 år – minst en av:
- BMI < 22 eller vikt < 55 kg
- Ärtflighet (mor med höftfraktur)
- Tidig menopaus
- Sjukdom eller läkemedel som påverkar frakturrisk
- Ökad fallbenägenhet
- Observera att om klar indikation för behandling finns kan Du avstå från bentäthetsmätning hos den äldre patienten

Prevention och behandling av fallrisk

6. Fallförebyggande åtgärder i hemmet

- undvika lösa mattor, sladdar, vägghandtag, gummimatta i badrum, anpassade gånghjälpmedel både inom – och utomhus, god belysning

7. Ev kompletterande utredning och behandling av fallorsaker

- yrsel (central, lägesutlöst), frånvaroepisod (TIA, rytmrubbning, epilepsi), neuropathi, blodtryck, hypoglykemi, inkontinens, nedsatt syn (anpassade glasögon)

8. Genomgång av läkemedel som påverkar osteoporosrisk och fallbenägenhet

- neuromuskulär funktion, lugnande, neuroleptika, opioidanalgetika
- översyn av blodtrycksmedicinering, särskilt vid ortostatism, diuretika

Osteoporos - definition (WHO)

Osteopeni: BMD värde (T-score) som avviker med 1 upp till 2.5 SD under medelvärde för referenspopulation av unga kvinnor som anses uppnått peak bone mass

Osteoporos: BMD värde (T-score) på 2.5 SD eller lägre under medelvärde för referenspopulation av unga kvinnor som anses uppnått peak bone mass

Prevention och behandling av osteoporos (benskörhet)

1. Ställ diagnos.

2. Kartlägg riskfaktorer hos patienten och i hennes miljö.

- Rökning och uttalat alkoholintag bör avrådas.
- Regelbundna kostvanor
- Undvik bantning
- Vara utomhus minst 15 min (för D vitamin produktion)

3. Rekommendera ökad fysisk aktivitet.

- Skelettbelastande aktiviteter (t ex promenader skall rekommenderas minst 30 min dagligen).

4. Överväg medikamentell behandling.

- Kalcium- och vitamin D-tillskott i kombination skall övervägas för äldre personer, framförallt för dem som har särskilt boende eller vistas mycket inomhus.
- Bisfosfonater kan övervägas för äldre personer med hög risk för frakturer Alendronat 1g/vecka alternativ ibandronat 1 g/månad. Riskreduktion 50%
- Hormonsubstitution bör komma ifråga för kvinnor med osteoporos eller frakturrisk i omedelbar postmenopausal period.
- Specialistpreparat PTH fragment sc dagl (Preotact, Forsteo), Strontium, SERM (Evista, visat reducerar kotfraktur men ej höftfraktur)

5. Sanering av läkemedel som påverkar osteoporosrisk

- Om möjligt reducera peroral kortisonbehandling.

Definition av konfusion

ICD 10: Konfusion, **förvirring** eller delirium definieras som ett psykologiskt ospecifikt organiskt cerebralt syndrom som kännetecknas av samtidigt uppträdande störningar av medvetande, uppmärksamhet, uppfattningsförmåga, tänkande, minne, psykomotorisk funktion, känslor – och vakenhet. Tillståndets varaktighet växlar och svårighetsgraden varierar från mild till mycket uttalad. Likartad definition som DSM-IV, men inkluderar även sömnstörning.

DSM-IV definitionen är likartad men betonar den snabba debuten och att tillståndet fluktuerar under dagen.

För diagnos av konfusion krävs alltså:

Medvetandestörning, med minskad medvetenhet om omgivningen, och svårigheter med uppmärksamheten.

Intellektuell försämring, med nedsatt minne, desorientering, försämrat tal eller nedsatt perception

Förloppet är snabbt och växlande.

Orsak är en fysiologisk följd av ett somatiskt tillstånd

Vanliga orsaker till konfusion

Kategori	Exempel
Läkemedel	Psykofarmaka, särskilt sedativa, hypnotika, neuroleptika. Antikolinergt verkande medel. Många hjärt-kärlmedel, levodopa, analgetika, alkohol och bensodiazepiner vid utsättande
Infektioner	Pneumoni, UVI, sepsis m.m.
Metabola sjukdomar	Hypoxi, hypoglykemi, störningar i vätske- och elektrolytbalansen, dehydrering, anemi, lever- och njursvikt
Kardiovaskulära sjukdomar	Hjärtsvikt, hjärtinfarkt, rytmrubbningar
CNS	Skalltrauma, epilepsi, infektioner, cerebrovaskulär sjukdom
Övrigt	Sömnbrist, operation, förstoppning, urinretention, miljöförändring, sensorisk deprivering, abstinens ex från alkohol eller droger

Ta prover: CRP, TSH, T4, Hb, Glukos, Elstatus, lever....

De vanligaste inkontinens typerna inom geriatriken

Typ av inkontinens	Patofysiologi	Symtom
Trängnings (urge). Ofrivillig urinavgång med trängningar	Detrusorinstabilitet eller överaktivitet, sfinkterrelaxation	Starka trängningar, hinner ej till toaletten i tid
Stress/ansträngning. Bristande funktion i uretrasfinktern samt ökat buktryck	Bristande uretrafunktion pga anatomiska förändringar	Droppinkontinens, eller mer, vid hosta, nysande, fysisk aktivitet
Blandad. Kombination av trängnings- och stressinkontinens	Se ovan. Vanligt hos kvinnor och äldre personer	Som ovan
Överflynnads. Övertänjning av blåsan	Hypokontraktil detrusor, uretrastriktur, prostatahyperplasi	Frekvent inkontinens, trängnings och stressymtom
Funktionell. Bestående försämring av fysisk eller kognitiv funktion	Oförmåga att hinna till toaletten i tid på grund av fysisk eller kognitiv funktionssvikt	Trängningssymtom och funktionsinskränkning
Omedveten eller reflex. Neurologisk skada	Nedsatt blåscompliance, sekundärt till strålbehandling, pelviskirurgi eller myelomeningocoele	Inkontinens efter blåstömning eller kontinuerlig inkontinens

Övrigt: fistlar, urethrasjukdom mm. Urininkontinens kan också delas in i tillfällig och kronisk.

Arbets- och miljömedicin

Vibrationsskador

Delas in i **HAV** (Hand och arm-vibrationer, verktyg) och **HKV** (helkroppss, fordon, från ryggen). Mäts i acceleration m/s²) och vägs sedan över 8h. Gränsvärden får ej överskridas. Skador kan uppstå redan vid 1m/s².

Ofta i medelåldern, runt 30-40 år. Skada på grova/tunna nerver och i sensoriska cortex.

Insatsvärde innebär att medicinska kontroller och arbetsmiljöåtgärder måste vidtas. (> 100)

Gränsvärden får aldrig överskridas (> 400)

Läkarundersökning Ska ske innan exponering (upptäcka extra känsliga) och sedan regelbundet var 3:e år för att upptäcka tidiga tecken. Informera om risker.

INSATSVÄRDEN OCH GRÄNSVÄRDEN			
Insatsvärden	Gränsvärden	Perifer nervskada	
Helkroppsvibrationer 0,5 m/s ²	Helkroppsvibrationer 1,1 m/s ²	Grovtråd Aß, Aα perception vibration motorik	Tunntråd Aß, C smärta temperatur
Hand-armvibrationer 2,5 m/s ²	Hand-armvibrationer 5,0 m/s ²		
Exponeringsvärden avser vibrationsmedelvärden under en 8-timmars-period			

Arbetsgivares ansvar:

Göra riskvärdering, Informera om risker, anordna medicinska kontroll (insatsvärde, skada, känd skadlig miljö?)

Medicinska kontroller: Anställning, 3 år, 6 år, 12 år. Inom 1 mån vid besvär.

HAVS – Hand-arm vibrationer

Från att använda verktyg. Domnar/ont när använder händerna. Kan tappa saker.

Svårt knyta skosnören. Händer mycket vid kalla händer.

Hand-arm vibrationer (HAVS) => Vasospasm, Neuropati, Muskuloskeletala besvär/skador => Hjärtinfarkt? Generellt sämre känsel, kraft och finmotorik.

Latenstider på 6v till 14 år för skador har angetts.

Prognos: Har nervskada uppstått går den ej i regress. Vita fingrar kan förbättras något.

Symptom och diffar – Triad (Neuropati, Vadospasm, Muskuloskeletalt)

- Neuropati:** Vanligare och oftare tidigare debut än vasospasm. Pirningar i fingrarna, smärta, stickningar, nedsatt känsel, köldkänslighet. (Hypotyreos, Diabetes, Anemi, Infektion, Neuroborrelios)
=> Ta HbA1c, B12, Folat, Homocystein, TSH, T4!
- Vasospasm:** vita fingrar utlöst av kyla/fukt/vibratiner – sekundär Raynauds. Primär Raynauds drabbar främst yngre (kvinnor > män) och båda händer => Testa pulsar Allens test). (3% av män, 20% av kvinnor, Bindvävssjukdom, SLE, tyriodes, malignitet, Mb Buerger, betablockerare, migränmedicin)
Ta => SR/CRP, Hb, Vita, TSH.
- Muskuloskeletala besvär:** smärta, tendinit, nedsatt kraft, nedsatt rörelse.

Utredning:

- Monofilament (2.83 OK men ofta är det grovarbetare och då accepterar man 3.61)., 2
- PD (2 punkts diskriminering, klara 7 av 10, 5mm skillnad).
- Temperatur, känna av varmt och kallt (25/40 grader)
- Vibrationssinne: Känna av vibrationer av olika karaktär
- Finmotorik (Purgue Pegboard)
- Styrka: Jamar-dynamometer, Pinchgrepp, Nyckelgrepp
- Karpaltunnelsyndrom-test (Phalens, Tinels, **Nattlig domning?**), Neurografi
- Undersöka övre extremitet: Nacke (Rhizopati, TOS), Axlar (Impingment/Rotatorkuff/Ac-led), Armbågar (Pikondylit, Radialtunnelsyndrom, Ulnaris/Medianus), Handleder (De Quervains tendinit, Tumbasartros, Dupuytren, triggerfinger).

Innan till arbetsmedicin => Basala blodprover, Neurografi, Remiss handkirurgen.

Rekommendationer: Undvik vibrationerna. Vid karpaltunnelsyndrom operera, rök/snus-stopp. Varm klädsel. Fortsätta följa om exponering fortsätter.

Stockholm Workshop Scale – Vita fingrar

V0, inga symptom
V1, ibland attacker av vita fingrar, endast distala falanger
V2, ibland attacker av vita fingrar distala/mellan falanger
V3, frekventa attacker, involverande alla falanger på de flesta fingrar

HKV – Helkroppsvibrationer

Från att köra fordon, t.ex. traktorer.

Helkroppsvibrationer => Lumago, diskdegeneration, hörselskada?

Diagnostik: Finns ingen validerad teknik. Anamnes om historik är basen.

Ryggundersökning. Vid fortsatta eller förvärrade symtom ska undersökning vidgas (RTG, lab-prover) => Remiss till ortoped.

Diffar och symptom:

- Ryggbesvär:** Enda där man funnit starkt underlag med koppling. Överväg spinal stenosis, spondylolistes, tumör osv.

Belastningsrelaterade skador

Repetitiva arbeten, armar ovan axelhöjd, vridna arbetsställningar, tunga lyft, precision med höga synkrav (tandläkare).

Typisk patient: Kvinna 58, från Folkhälsovård, Nackmyalgi, städerska, domningar och kraftlöshet i armar. Går även i axlar, armar och ländrygg. Svårt arbeta.

Stöd smärtmodulering och svarar dåligt på smärtbehandling.

Behandla: Smärtlindra, Specialistbedöm (ortoped, neurolog, reumatolog, smärtrehab), CRP, Rtg/MR (om Spondylos OK för åldern sällan kopplat till kliniska symptomen).

Karpaltunnelsyndrom: Repetitiva, böjda rörelser, och vibrationer ger risk för.

Lateral Epikondylit: Repetitiva rörelser, kraftgrepp, vibrerande verktyg.

Supraspinatussenan: Arbeta över axelhöjd (> 30g abduction minskar blodförsörjningen, >90g kläms senan). Kan utvecklas till sen-ruptur

Subakromiellt impingement syndrom (Inklämningssyndrom i axel): Arbeta över axelnivå, repetitiva rörelser, manuell hantering (lyfta, bära, hålla verktyg).

Ont i Nacken – Myalgi: Belastning av nackligament (långvarig böjning. Hjärn förvärrar. Tandvård, industri, truck (titta runt/upp/bak vid köra).

Lumbago: Kopplat till tunga lyft och böjda/vridna arbetsställningar. => Räknar ut ländryggsbelastning med Mainz-Dortmund-Dose-Model

Innan remiss: Basutredd, diagnos, uppgifter om exponering, arbetsplats, titel.

Allergisk alveolit

Astma – yrkesorsakad

Vanligt hos frisörer, orsakas av Persulfat (ammonium, natrium, kalium). Hos frisörer med misstänkt astma ska man alltid överväga kontakt med företagshälsovård eller arbets- och miljömedicinsk specialistenhet.

Behandling: Minska exponering

Blyförgiftning

Fukt och mögelrelaterade hälsobesvär

Yrkesorsakad inklämningssyndrom i axeln

CMR – klassificering (Carcinogen Mutagen Reproduktionstörande)

A1: Epidemiologiska studier

B1: Djurstudier

H362/Lact är märkning för sådant som går över i modermjölken

Thalidomide (Neurosedyne), 1 piller räckte för att ge extremitets-missbildning hos barn.

Ftalater, mjukgörare i plast som är förbjuden. Minskade könsorgan hos barn.

Bisfenol A – napfflaskor, insidan av konserverburkar, kvitto. Konkurrerar ut östrogenet.

Dioxiner (PCB) – Samlas i fett och går då vidare i näringskedjan (fet fisk) Överförs via modermjolk och är cancerframkallande och hormonstörande.

Beteendeförändringar och sänkt immunförsvar. – Agent Orange och BT-KEMI

Flammskyddsmedel hormonstörande

PFAS – Gore-tex, vatten och fuktavstötande. Påverkar blodfetter.

Bly: Lagras i fettet, T1/2 1-2 mån i blod och 5-20 år i skletett. Passerar placenta och BBB. Våxande hjärna extra känslig. Akut encefalopati, lägre IQ.

Metylkviksilver: Mental och motorisk utvecklingsstörning.

EFSA: Bekämpningsmedel på frukt. Oftast exotiska frukter och kryddor.

Arsenik: Barn ska bara äta max 4 riskakor PER VECKA för att undvika få i sig för mycket.

Kadmium: Reproduktionsstörande, ansamlas i placenta och försämrar fostertillväxten.

Arbetsgivare ska vid gravid: Undanröja risk, omplacera och annat rätt med ersättning från försäkringskassa med aktivitetspenning. Arbetsgivaren ska göra individuell bedömning där andra saker för personen vägs in. Om kompetens inte räcker kan företagshälsovården kopplas in.

Vid fysiskt påfrestande kan man få gå hem tidigast 60d innan beräknad partus.

Förbjudna arbeten

- ⇒ Arbete under förhöjt tryck (dykning)
- ⇒ Rök-kem dykning
- ⇒ Gruvarbete
- ⇒ Blyarbete – Följer blyhalten i blodet. Kvinnor < 50 har lägre gräns.

Gravid kvinna och risker

- ⇒ Arbete med cytostatika => Omplacera (Generellt inte hantera sådana störande ämnen även om skydd används).
- ⇒ Organiska lösningsmedel => Undvika pga hudupptag (fettlösligt) och inandning.
- ⇒ Anestesi-gaser => Oklart, man går på kvinnans vilja om omplacering
- ⇒ Joniserad strålning => Omplaceras, foster ska max få 1 mSv/år (det allmänheten får ungefär). Flygpersonal får 1-6 mSv.
- ⇒ Bekämpningsmedel => Undvika, kan tas upp i huden
- ⇒ Securitas-väktare => Hot och våld, går ofta med egna personens upplevelse.
- ⇒ DJ på nattklubb => Buller ska undvikas, > 80 dBA minskar tillväxt (minskad genombildning av placenta). Låg frekvens förstärks i fostervatten. Hörselorgan utvecklas från v 26.
- ⇒ Nattarbete => Placeras till motsvarande på dagtid
- ⇒ Frisör => Undvika vissa färger, klipp före färga, byt handskar, ventiler.
- ⇒ Tunga lyft => Rätt till graviditetspenning fra 60d innan partus. Ges i 50d. Lyft max 20kg/gång och 100kg/arbetsdag.

Exempel

Tidigare klassificeringssystem			Nytt klassificeringssystem (CLP)	
Faroklass	Farokod	Farosymbol med farobeteckning	Faroklass, Farokategori	Faropiktogram med signalord
Mycket giftig	T+		Akut toxicitet (oral, dental, vid inhalation), kategori 1, 2 och 3	
Cancerframkallande	T		Lufvägssensibilisering, kategori 1 Mutagenitet i könsceller, kategori 1A och 1B Cancerogenitet, kategori 1A och 1B Reproduktionstoxicitet, kategori 1A och 1B Specifik organotoxicitet – enstaka exponering, kategori 1 Specifik organotoxicitet – upprepade exponering, kategori 1 Fara vid aspiration, kategori 1	
Cancerframkallande	Xn		Mutagenitet i könsceller, kategori 2 Cancerogenitet, kategori 2 Reproduktionstoxicitet, kategori 2 Specifik organotoxicitet – enstaka exponering, kategori 2 Specifik organotoxicitet – upprepade exponering, kategori 2	

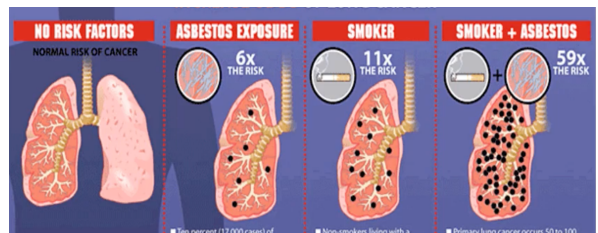
Arbetsrelaterad cancer

Ca 2-8% av all cancer är arbetsrelaterad. Allmänt accepterat med 1/100k. Inom yrken är denna ökning mer accepterad.

Asbest / Eternit förbjöds totalt 1982, utveckling av PleuraMesoteliom efter lång tid (30 år). Finns fortfarande på byggarbetsplatser.

Prostatacancer: Pesticider, Krom, Nattarbete

Bröstcancer: Nattarbete (melatonin)

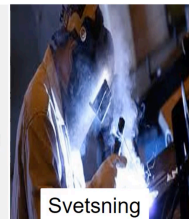


Krom

Krom (VI)

Cancer: lunga, näsa, bihålor

- Läderfabrik
- Skottillverkning
- Färgpigment



Nickel

Cancer: lunga, näsa, bihålor

- Metallbearbetning
- Legeringar



Kadmium

Cancer: lunga

- Färgpigment
- Lödning

Exponering	Förekomst/Yrke	Cancerform	IARC-klass
Aromatiska aminer	Gummi-industri, färgtillverkning, målare, hårfrisör	Lunga, urinblåsa, hud	1

Exponering	Yrke	Cancerform	IARC
"Pesticider"	Sprutförare Fruktodlare Trädgårdsmästare	Lunga Prostata Hjärna Lymfom, leukemi	2A (1991)
Organiska fosforföreningar (OP) Glyfosat		Non-Hodgkin-lymfom	2A (2015)

Lagar och regler

Arbetskadeförsäkringen: Lagstadgad (alla som arbetar eller studerar) och Kollektivavtal (platser med kollektivavtal).

Ersätta inkomstförlust, föra statistik (dålig pga få anmälan).

Omfattar olycksfall på eller till/från arbete, och smitta.

Försäkringskassan prövar om grundkrav uppfyllda (Varaktigt nersättning skaffa inkomst i minst 1/15 och under minst 1 år).

FK avgör => Överklagar till **förvaltningsrätten**

Ersättning för inkomstförlust (livränta), dödsfall (efterlevands livränta), rehabilitering, tandvård osv.

Livränta är mellanskillnaden tidigare och ny inkomst. Tak på 7.5 Prisbasbelopp.

AFA kan ge 10% extra. Krävs diagnos på ILO-lista och kollektivavtal + FK godkänd.

Du kan få AFA även om du inte får livränta.

Försäkringskassan

prövar ersättning vid

AFA

- Kostnader för sjukvård utomlands, tandskador och särskilda hjälpmedel
- Arbetskadesjukpenning (karensdagar)
- Livränta vid varaktigt inkomstförlust
- Dödsfall

- Arbetsolycksfall
- Färdolycksfall
- Godkänd arbetssjukdom enligt den lagstadda arbetsskadeförsäkringen
- Arbetssjukdom enligt ILO-konventionen
- Dödsfall
- Smitta

Arbetsmiljölagen

Mindre arbetsplatser med 5 anställda ska ha skyddsombud. 50st ska ha ett huvudskyddsombud och kommitté.

Systematiskt arbetsmiljöarbete gäller alla arbetsgivare. => Undersöka, genomföra och följa upp verksamhet för att undvika olycksfall.

Medicinska kontroller: Se så hälsa medger visst arbete, upptäcka ohälsa tidigt, underlag för åtgärder.

Tjänstbarhetsintyg utfärdas av företagshälsovården, hänvisa dit. Alla kan anmäla/SKA anmäla sjukdom kopplad till arbete. Räcker att det KAN ha samband. Anmäler bara ålder kön och diagnos, inte mer om personen det berör.

Följa upp: Innan arbete startar, 3-6 månader senare och var 2 år.

H317: Allergisk hudreaktion. **H334**: Allergi, astma, andningssvårigheter

Arbets- och miljömedicin – Seminarie 1 och 2

<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/allergologi/astma-yrkesorsakad/>

Inledande quiz

Vem ansvarar för kostnaderna för företagshälsovård: Arbetsgivare

Hur blir man specialist inom företagshälsovården: Genom att göra ST i arbetsmedicin eller arbets- och miljömedicin, eller skaffa tilläggsspecialitet i Arbetsmedicin, genom minst två års handledt tjänstgöring (om man sedan tidigare är specialist i klinisk patientnära specialitet).

Vad kan arbetsgivaren få hjälp av med företagshälsovården: Medicinska kontroller vid specifika arbetsmiljörisiker, riskbedömning av arbetsmiljön, utbildning av personalen i korrekt arbetsteknik

Vilka av förljande är auktoriserade företagshälsor 2020: AB Previa, Avonova Hälsa AB, Feelgood Företagshälsa

Vilka kompetenser ska finnas på företagshälso för att auktoriseras:

Arbetsorganisation, Beteendevetenskap, Ekonomi, Ergonomi, Medicin, Teknik

Case 1 – Frisören

<https://www.youtube.com/watch?v=7k-022lYaPM>

Risker för: Atopi, eksem, Astma, försämring av astma, smittsamma sjukdomar (Corona)

Blandar färg: Vid fönster för ventilation, handskar (Nitrit) på för skydd, skaka istället för blanda för undvika ångor. (Väteperoxid och ammoniak). Gör det på egen plats och inte i köket intill livsmedel.

Hårprodukter: Gele (tar i), hårspray (andas in)

Tvätta: Tvål, Shampo osv och vatten, sliter

Mekaniskt arbete: Tänka på olika ställningar och variera hand som används. Ljusterbar stol. Sjukgymnastik för förebygga.

Stress, utmattning: Många driver eget, ekonomi, pandemi ställer till.

Åtgärder:

Bra ventilation, utbilda hantering av kemikalier (använda mer skonsamt och skydd), handskar, ögonskydd, bättre arbetsställning (ergonomi). Sprida ut färgningen över tid.

Tjänster att upphandla från FHV:

Ergonom (arbetsställning)

Teknik (ventilation och mask?)

Riskutbildning för t.ex. kemikalier

Hälsokontroller (astma?)

Det goda brödet – Allergisk astma (mjöl-allergi)

Phadiatop: > 0.35 = signifikant.

Spirometri: Kan vara normalt vid ansträngning och yrkes-relaterad på mottagning. Gå vidare med PEF och metakolin-test.

Metakolintest: FEV1 minskat 20% efter inandning och blir bättre efter bronkdilatation. Indikation för Astma (kan ha Sacoidos, KOL, rinit med).

PEF-test i en vecka => Vid förbättrat utan exponering => > 20% variabilitet stödjer astma-diagnosen.

Yrkesrelaterad astma: Säkerställd astma, exponering i arbetsmiljö och tidssamband (FEV1 eller PEF).

Åtgärder: Dammfritt mjöl, tätslutande lock, städa ofta, kapsla in tömning, hantera säckar rätt, se över rutiner.

Sambandsbedömning: Känd allergen, exponering, **tidssamband**

Vidare åtgärd: Byt arbetsuppgifter då när man väl börjat utvecklat problem kommer det inte att fungera.

Köttstyckaren Anton

Vårdcentralen: Fysioterapeut, Arbetsterapeut, Fundera på omplacering?

Informera. Skyldighet att anmäla till arbetsmiljöverket. Remiss till AMM.

Arbetsgivaren/FHV: Varierade arbetsuppgifter, ergonomisk utrustning, förebygga repetitiva arbete, erbjuda medicinska kontroller. Besöka arbetsplatsen.

Anton: Byta jobb, ställa krav på arbetsgivare, återhämtning mellan passen

Case 2 – Luften som inte räcker till

Riskfaktorer: Tidigare rökare, svetsare i trånga utrymmen

Bakgrund: Man 61 år, svetsare, ex-rökare, ingen allergi.

Problem: 25 år reciverande bronkiter, 3 år slemhosta, andnöd vid arbete

Diagnos: Kronisk bronkit, KOL

Utredning: Alfa-1-antitrypsin ua, FEV1/FVC < 70%, ej reversibel. Rgt Emfysem.

Vidare utredning: Kartlägga arbetsmiljön och skyddsutrustning. Blir det bättre vid ledighet? proBNP för hjärtsvikt. Långtids-spirometri

Exponeringar:

Mangan: Kan ge manganism, därför finns riktvärde för mängd man får exponeras för. Ger parkinson-liknande sjukdom.

- **Svartplåt:** Järn-oxid
- **Rostfritt:** 6-värt krom

Hälsorisker: Svetsrök, svetsblänk, KOL, Lunginflammation (pnemokocker), Cancer, Ögonsjukdom (melanon), nedsatt fertilitet, Astma, lungödem, kronisk bronkit.

Behandling och åtgärder: Förbättra arbetsmiljö och skydd, byta arbetstuppgifter? Inhalationer? Utbildning, Vaccination (pnemokocker?), Hälsokontroll.

Övrigt: Risk för retinalt malignt melanon pga svetsblänk?

Skyddsutrustning:

- Bra allmän ventilation (men räcker ofta inte då man är nära källan)
- Punktugsug nära svetspunkten
- Fläktassisterat andningsskydd
- Ansiktsskydd för svetsblänket

Om man upptäcker brister ska det anmälas (skyldighet) till: Arbetsmiljöverket. Detta om man misstänker samband mellan arbete och sjukdom.

Case 3 – Ont i händerna - Vibrationsskador

Bakgrund: 46 år kvinna. 6 besök på 4 år för ont i händerna. Stum i händer sedan 7 år, tappar saker. Försämrade finmotorik. Tandtekniker sedan 29 år.

Problem: Ont i händerna vid arbete. Domnar på natten. Köldutlöst vita och värkande fingrar.

Diagnos: MS Buerger, Reynaus fenomen (primär eller sekundär till rökning).

Vibrationsskador (HAVS), Karpaltunnelsyndrom. MS? Parkinsons

Utredning: Tinells/Phalens test. 2PD, Nervstatus. Stockholmsskala för raynauds.

Kartlägga arbetet. => Vibrationsskador

Prover utesluta annat: Glukos, Folat, Kobalaminer, Hb, SR, TSH, Neurografik

Behandling: Exponeringsstopp, rökstopp? använda vantar utomhus (värme). Testa Nifedipin mot kärlkontraktion.

Övrigt: Anmäla skada till FK och AFA försäkring för ekonomiskt stöd. Viktigt med noggranna journalanteckningar. Anmäla arbetsplatsen till arbetsmiljöverket? Koppla in företagshälsovården. Koppla in stöd (kurator) för att byta arbete.

Lisa väntar barn

Gravida får inte sysselsättas i arbete med Bly, dykning, kem, gruvarbete under jord. Rätt att slippa exponeras => Om inte kan omplaceras => graviditetespenning.

Flera av riskerna kvarstår vid amning (som bly går över).

Kvinnan har skyldighet att informera om sin graviditet och arbetsgivaren att vidta åtgärder.

- **Tungmetaller:** Kvicksilver, bly, kadmium
- **Vibrationer:** Ökad frekvens av missfall, för tidig födsel
- **Lösningsmedel:** Risk för missfall och missbildning.
- **Buller:** Hindrar utveckling och foster han hora ljud efter v26 (> 80dB)
- **Tungt arbete:** Kan ge för tidig födsel.
- **Stress:**

Läkare kan sjukskriva en period för att undvika exponering, om det tar tid. Vid exponering av bly ska man regelbundet ta blodprov för mätning.

Rättsmedicin

Rättmedicinläkare: Obduktion, levandeundersökning (rättintyg, misshandel, sexuella övergrepp, skador), yttranden, domstolsförhandlingar.

Rättsliga rådet: Socialstyrelsen, kan inte överpröva rättsmedicinska omdömen, men man kan omvärdera. Mer vanligt med rättspsykiatriska prövningar. Ordförande är jurist med domarerfarenhet.

Vittnet-Sakkunnig: Får inte tacka nej. Man bör ringa någon från rättsmedicin för att se hur man ska agera.

Dödsorsaksutredning

Ska utföras på alla dödsfall, kontakta anhöriga och fylla i papper som ev. ska till polis osv.

Rättskipning

Förundersökning: Har brått begåtts? Vilket brott? Vem kan ha begått det? Av Polis (okänd gärningsman) eller åklagare (känd gärningsman eller stor utredning)

Offentlighet och sekretess

Tryckfrihetsförordningen

Allmänna handlingar är skrift/bild/LJUD och förvaras eller upprättad hos myndighet.

Allmänna: Skickas till eller från myndighet eller bereds där.

ICKE allmänna: Minnesanteckningar (för beredning av ärende, utredningar, utkast) och bred/meddelanden (personligen till innehavande befattning). Alltså helt personliga blir inte allmänna handlingar (kärleksbrev...). Står där något som kopplar till verksamhet blir det allmän.

Begäran om att ta del av allmän handling ska ske så snart som möjligt (skyndsamt). Får inte efterfråga syftet med begäran mer än för att pröva hinder. Måste vara svenska medborgare.

Rättsintyg har sekretess (förundersökningar av brott). Därför är polis och brottsutredningar sekretess då det annars kan skada.

Sekretess gäller hälso- och sjukvården för enskildas hälsotillstånd och personliga förhållande, om det inte står klart att uppgifter kan röjas utan lida men (personen och närstående).

Patientsäkerhetslagen: Man får inte röja sådant som man fått veta om hälsotillstånd. Står inget om men.

Brottsbalken berättar att om man bryter mot sekretess/tystnadsplikt kan ge böter eller fängelse högst 1 år.

Yttrandefrihetsgrundlagen:

Varje svensk medborgare är gentemot det allmänne försäkrad rätt enligt denna grundlag i ljud/video offentligt uttrycka känslor/tankar offentligt.



Offentlighetsprincipen: Meddelarfrihet, rätten hatt meddela massmedia, journalister och författare om uppgifter som rör allmän verksamhet. Man får berättas om sekretessbelagda oegentligheter som man har insyn i. Gäller också hälso- och sjukvårdspersonal, men inte personliga uppgifter (utan rutiner osv). Straffbart att försöka eftersöka källan.

Förhandlingsoffentlighet: domstolar och huvudförhandlingar är offentliga så ingen döms bakom stängda dörrar. Ibland är det stängt om det är mycket privata frågor.**Förvaltningsprocesslagen:** ger förvaltningsdomstolar en liknande regel.

Undantag från sekretessen

Allmänna handlingar kan undantas och undantag från undantagen (ej lämnas ut) finns med.

- Offentlig och sekretesslagen: Brott mot underårig, uppgifter till polis och åklagare ang. Minimumstraff 1 år. Grov misshandel OK, ej normal grad.
- Man kan själv fränsäga sin sekretess => Fråga patienten => **journalanteckna**
- Riksdagen och regering får lov att ta del av sekretessbelagda => Anna Lind mordet fick man löpande info som sedan regeringen offentliggjorde.
- För att undvika att brott utförs (säkerhet vid spårvägar, köra bil, båt osv). => Berusad patient som signalerar köra i berusat skick
- Mot den enskilde det gäller så är där oftast ej sekretess.
- Barn har viss sekretess mot föräldrarna och avvägs mot mognad och vad uppgiften gäller. Ska vara betydande men för att neka föräldrarna och unga ska vara i rimlig ålder (12 år).
- Tvångsvård, vård för missbrukar och psykiskt sjuka är öppet för att inte kunna gömma folk.
- Polisen ska kunna komma och fråga efter individen, men kan inte begära in en lista med personer. Sjukhus är generellt inte ett gömställe (Hitta dementia osv)
- IVO, lag om rättsintyg
- Anmälningssplikter: Vapenlagen, cancerregister, bristande häsla för körkort, missbruk, infektionssjukdomar

Undantag från undantag

- Fara för närstående eller sig själv, generellt svårt, skriv inte in sådant anhöriga säger när detta är problem.

Frivillig läkare

- Ska vara rådgivare, anmäla till socialstyrelsen.
- Utse en verksamhetschef (sig själv troligen)
- Dokumenterat kvalitetsystem enligt socialstyrelsens krav.
- Ha patientförsäkring
- Journalföra patientkontakter. Räcker med block, men förvaras säkert

Situationer

- Släkt ringer och frågar om barn, skriver ut hostmedicin => Följa fullt regelverk då det är sjukvård.
- Frågas om råd vid middagsbordet och medicinskt svar så ska det dokumenteras fullt. Slippa: säga då "ni bör uppsöka läkare" :-D
- Granne vill ha Rtg-remiss. Själva remissen är förfrågan till annan sakkunnig och ingen hälso-sjukvård. Görs dock en bedömning innan så är det medicinskt och fullt regelverk gäller.
- Tävlingsläkare vid idrott måste följa fullt regelverk om det är annat än vad lekman skulle klara.
- Vård på flygplan är svårt då det kan räknas efter flygets flaggning eller land man befinner sig över. Är det svenskt plan eller svenskt luftrum ska fullt svenskt regelverk gälla som grund.
- Nödsituationer (trafikolycka) kan brister i dokumentationen vara försvarbart, dock kan ställas till svars för felaktig handläggning.
- TV-program svårt bedömt pga identifiera frågeställare och yttrandefrihet kan gälla.
-

Dödsorsaker

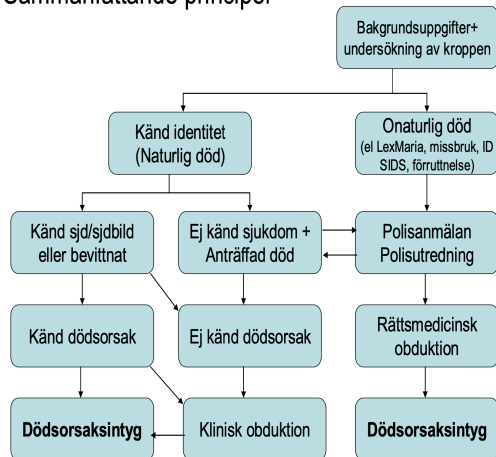
I Sverige finns 5 dödsorsaker

- ⇒ Annas vållande (mord)
- ⇒ Själv mord
- ⇒ Sjukdom
- ⇒ Olycka
- ⇒ Oklart

Dödsbevis

Dödsorsaksintyg

Sammanfattande principer



Fyndplatsundersökning

Rättsläkare: Bedöma kroppen (skador, likfenomen), dödstidspunktbedömning, omständigheter, råda polis i fortsatt hantering av dödsfallet.

Vanlig läkare: Beakta skador, tecken på sjukdom, likfläckar, likstelhet, omständigheter. ID-märk kroppen och kom överens om fortsatt hantering. LÖS INGA BROTT.

Dödsprocessen

Premortal fas = skendöd: Arreflexi, hypotermi.

Postmortal fas = likfenomen, förruttelse.

Likfläckar: Blodet hamnar lågt liggande och blodet finns i intakta blodkärl.

Blåmärken har utädrat blod, medan likfläkt är gult och fint fett. Används för att avgöra om kroppen är flyttad efter döden, efter viss tid kvarstår likfläckar.



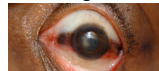
Likstelhet

Man stannar i den position som man dör i. Vänstra bilden rimlig, hö flyttad.



Tache Noire

Brunaktig intorkning av ögonvitan. Luft torka ut bindhinnan.



Förruttelseförändring (Marmorering)

Enzymer och bakterier bryter ner. Blåsor med brunaktig förruttelse. Ofta tidigt nere vid blindtarmen tidigt (tolka ej som blåmärke). Röttgas bildas och allt svullnar. Blod: Svartrött, spröd, krackelerar, höglansig yta.

Förruttelsevätska: Smutsbrun, seg konsistens, matt yta



Mummifiering och Likvaxbildning (Adipocere)

Varmt, torrt och skyddat. Likvax = Förtvålas, sker i fuktig och syrefattig miljö.



Dödstidsbedömning

likfläckar/likstelhet, förruttelseförändringar, rättsentomologi (insekter hur de koloniserar kroppar).

Algor Mortis (avsvalningskurvor): Kärntemperatur mäts med anal-termometer och jämförs med omgivningens temperatur. Beroende på vikt/kläder läses tiden av. Grovt 1C per timme.

Kalium i ögonvätska: Ökar med tiden och kan ge information under några dagar.

Idiomuskulär vulst: Slå på överarms-muskulatur. Färskt dödsfall ger kontraktion och vulst (bula). Kan avgöra inom 12h, grovt.

Elektrisk retbarhet: Retar vi ögat och ser hur mycket ansiktet drar ihop sig.

Vitala reaktioner – Uppkommit när person var vid livet

Blödningar t.ex. till kroppshålor, blåmärken, petechier, trombosor, embolier. Dessa kräver cirkulation.

Aspiration: Sot, Magsäcksinnehåll, blod

Nedsvälning av sot, blod, sant.

Mallory Weissrupturer i ventrikel-slemhinnan

Kismärken: Knipit vid ögonen som då blir ett ställe där sot inte syns.

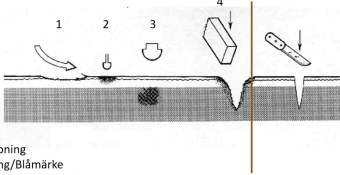
Läkning av sår vilket stadie (inflammation, organisation, läkning).

Post mortala skador

Oregelbundet sår men med tydliga kanter kan vara tecken på djur. Prickar kan kan vara myror.

Trubbigt våld

Skador utan skarpa eller skärande kanter. Nivåer av skador mot huden.



1. Hudavskrapning
2. Hudblödning/Blåmärke
3. Blödning/subkutan blödning
4. Sårskada vid trubbigt våld/krosskada



Hudblödning – Blåmärke

Tramlines (linjer med blåmärke på sidor) slag-våld.

Mönstring, sko t.ex. beskriva mönster och ta mått.

Vävnadsbryggor (strängar mellan vävnader) är tydligt tecken på trubbigt våld.

Rodnader försvinner snabbt och ska därför undersökas snabbt (inkl Petekier)

Datering av blåmärken, om man ser gult blåmärke är det sannolikt inte äldre än 18 timmar.

Stick-skador

Beskriva kanterna (skarpa?) och ändarna (spetsig? Trubbig?)

- | Sticksår | Skärsår |
|--------------------------------------|--|
| 1. Såret djupare än hudsårets längd | 1. Hudsårets längd större än sårets djup |
| 2. Våldsinverkan vinkelrät mot huden | 2. Våldsinvekan tangentiell mot huden |

Stickkanalens längd kan utforskad med röntgen.

Subdural-blod kan representera blodet vid dödstillfället (läkemedel osv).

Leverskador: Fallolyckor, klämningsolyckor, trafik, hjärtmassage, barnmisshandel

Själv-mord eller mord

Själv-mord

- Handled, hals, hjärta
- Enstaka djupa sår
- Provsnitt
- Symmetri i skadebild
- Undviker "känsliga" lokaler
- Inga stick genom kläder
- Kniv på fyndplats

Mord

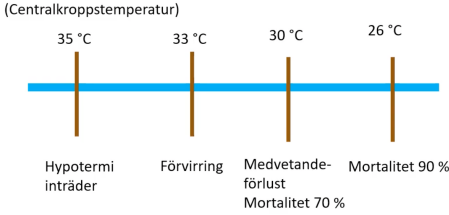
- Avväjningsskador
- Stick genom kläder
- Tecken på handgemäng
- Andra lokaler
- Asymmetri i skadebild
- För personen själv otillgängliga platser
- Kniv saknas

Själv-tillförfogat: symmetri, yttligt, åt samma håll. Osv.

Hypotermi

Ofta klär personen av sig pga värme upplevs vid låg temperatur. Personen kan även försöka ta skydd och gömma sig. Detta ihop gör att man kan tro att det är någon annan som orsakat det. Syns lokala frostsador på utskjutande delar.

Ofta syns langerhangska öar välbevarade vid hypertermi. I andra dödsfall så börjar nedbrytning.



Wischnewski blödningar



Barnmisshandel

Shaken Baby Syndrome: Subduralhematom, hjärnparenkymskada, ögonbottenblödning. Har dock dåligt vetenskapligt stöd.

Orsaker till lättare få skador på skelettet: Osteogenesis imperfecta, infantil cortical hyperosteos, kongenital syfilis, kopparbrist, kongenital D-vitaminbrist.

Munchasen par proxy: Föräldrarna ger falsk information om ett sjukt barn, som inte är sjukt. Leder till smärtsamma undersökningar.

Mongolfäckar är mer blåaktigt glänsande, osäkert kallar man på återbesök, om blåmärke ska det vara borta.

Skottskador

Mord: Vapen ej nära, flera dödande skador, ej typiska skador

Själv-mord: Typiska skador, vapen vid kropp, psykisk sjukdom.

Elskador

...

Värmeskador

Fäktarställning/boxarställning: Flexion i handled

Värmeslag (solsting): Dålig temperaturreglering, varm, röd, torr, obetydlig svettning, snabb puls, hög temp.

Värmeutmattning (hypovolem chock): Uttalad vätskeförlust genom elektrolytförlust (svettning), grådaskig, kall, fuktig hud, svag långsam puls, svimma

1 grad: Rodnad

2 grad: Blåsbildning

3 grad: Vävnadsundergång

4 grad: Förkolning

Rättsintyg - Kommentarer

Formalia

Skippa personnummer då K-nummer kan användas för att hitta personnummer. Man behöver inte ha med det (för utlämnande). Misstänkt gärningsman kan begära ut från Polisen K-nummer. Bilder kan också tas ut av gärningsman så man får ta dessa på bra sätt.

Försöka matcha så att kvinnlig kollega sitter med som vittne och skriv personen. Vittnet kan kallas till rätten och vittna, även om det verkar ovanligt. Objektivt vittne inget krav men det är bra för att inte lögner/otydligheter ska dyka upp sen. Anhörig kan inte vara vittne.

Undersökning av målsägande är alltid frivilligt. Viktigt att informera om att rättsväsendet får informationen (allt) och ta samtycke. Berätta det tidigt för att inte hamna i moraliskt dilemma. Att sekretess inte föreligger.

Bakgrundsinformation

Ha med allt som kan förklara märken. Som saker som att målsägande skulle slagit (skadad nagel). Spekulera in i att någon såg eller inte såg.

Undersökningsprotokoll

Kolla både munslemhinnor och tänder. Se om det är färska skador (skarpa kanter). Negera övriga skador på lokalisation. Tandskador kan värderas av tandläkare.

Om rundat => Centrum, annars beskriva yttre begränsningen. Protuberanten, 7:e halskota (prominens) för att beskriva nack-beskrivning. Axeln är för diffus för detta. Kan ange hals/nacke. Vid struhtag kan vara bra ta bild för

Hudavskrapningar kan skippa bredden på och istället säga längden och typen. Beskriver dock det man ser och inte att det är en hudavskrapning.

Överarmen fram/back, underarmen sträck och böjsida. Använd armhåla istället för axillen, insida istället för medialt. Med armhåla => Armhåleveck (fram/beck). Yttre nackknölen (protuberanten). Örats övre vidfästning. Blödning är något pågående, så i ögonen kan synas röda punkter.

Om ett märke är olika längd/bredd så säg i vilken längd de gäller. Sena sår att det löser uppifrån vänster, till ner höger (sneförlöpande, grader behövs ej). Rödaktigt glänsande strimformad.

Undvika undersöka yttre könsdelar. Om misstanke om våldtäkt får gynekolog undersöka. Yttre undersökning ger inte så mycket här. Frikostligt med rekommendationer till KK och då skriva det i rättsintyget.

Undersökningsfynd Presentera enligt skadetyper eller enligt kroppsregion. Här kan man skriva blåmärke och hudavskrapning. "Hudavskrapning och blåmärke på vänster arm".

Uppkomstsätt, berätta om de olika skadorna hur de kan ha uppstått och sedan ge en samlad bild som avslutning. Uppkommit genom trubbigt våld och trubbigt skrapande våld. Finns det en samlad skadebild? Sådant som inte matchar samlad bild får hamna i separat ansats.

Till nästa gång => Fall 2, rån. Mall Kroppsundersökning (inte yttrande).

Nästa yttrande => Ingen kroppsundersökning
Rättsintyg baserat på journaler från vårdtillfället
Mallen som ligger sist
Fråga 16 => Fram

Rättmedicin – Frågor

Fråga 1

”Du är semestervikarie för en allmänläkare och kallas till en patients bostad. Patientens anhöriga har hittat honom liggande död i sängen. Bredvid sängen påträffas ett s.k. avskedsbrev. I det förbjuder han att någon obduktion genomförs. Av sjukjournalen framgår att allmänläkaren har behandlat patienten för depression. Patienten har flera gånger varit intagen för läkemedelsöverdoseringar. Hans självmord kommer därför inte som någon överraskning. Vad gör du?”

Misstänkt självmord och då ska det polisanmälas och rättsmedicinsk obduktion sker även om avskedsbrev motsatte sig detta (kan vi veta att personen ens skrivit det?). Skipa yttre undersökning då detta görs av rättsmedicin, vill inte förstöra bevis.

- **Begravningslagen 4 kap 2+4§:** Dödsbevis ska utfärdas utan dröjsmål av läkare, ej närstående. Om förhållande för rättsmedicinsk undersökning om obduktion. Ska läkare som fastställt döden snarast anmäla till polisen. Dödsbevis lämnas till polisen.
- **Lagen om obduktion m.m 17§:** Rättsmedicinsk obduktion mot avlidnes vilja

Fråga 2

”Fru Karlsson lider av mammarcancer. Hon har utbredda metastaser och har skrivits ut från onkologiska kliniken för terminalvård i hemmet. Hon handläggs av den allmänläkare som Du vikarierar för. Distriktssköterskan meddelar nu per telefon att fru Karlsson avlidit. Vem utfärdar dödsbeviset och intyg om dödsorsaken?”

Vikarierande läkare som får samtal och om åker till plats får skriva intyget.

Alternativ kan jourläkare (Falck?) tillkallas. Bäst vore om läkaren som jourläkaren skriver dödsorsaksintyget (med hjälp av journalen), vilket också kan skickas in inom 3 veckor? Vid väntat dödsfall kanske yttre besiktning redan är gjord med? Man ska inte lägga över det på SSK t.ex.

- **Begravningslagen 4 kap 2:** Dödsbevis ska utfärdas utan dröjsmål av läkare, ej närstående
- **Begravningsförförordningen 14§+15§:** Skyndsamt lämna information mellan läkare för att utfärda dödsbevis och intyg om dödsorsak. + Läkare som fastställer dödsfall ska lämna dödsbevis senast nästa vardag. Yttre undersökning ska ske (innan eller efter).
- **Begravningsförförordningen 16§:** Läkare som utfärdat dödsbevis ansvarar för att intyg om dödsorsak utfärdas. När denne begär det, är läkaren som vårdat patienten som ledde till dödsfallet skyldig att utfärda det. Utfärdande läkare tar ställning till klinisk obduktion. Intyg ska sändas inom 3 veckor till Socialstyrelsen.

Fråga 3

”Du tjänstgör som avdelningsläkare på en kirurgisk klinik och har jour. Du får in en 20-årig man med djupa skärsår på vänster arm med en artärskada som åtgärdas. Efteråt talar patienten om för Dig att han fick skadorna när han slog sönder fönsterrutan till en juvelerareffär, där han tänkte stjäla smycken. Polisen ringer nu och undrar om någon man med visst utseende och viss klädsel finns på avdelningen. Denna man vars namn polisen inte känner till - är misstänkt för inbrottet och har setts bege sig till sjukhuset. Vad svarar Du?”

Ber om ett nummer att ringa tillbaka polisen på för att säkerställa att det är dem. Om beskrivning är specifik nog får sekretess brytas och svara.

- **Patientsäkerhetslagen 6 kap 15§:** Utöver vad som anges i lagen är sjukvårdspersonal skyldig att lämna ut uppgifter som gäller huruvida någon vistas på sjukhusinrättning om uppgifterna begärs av t.ex. polis, kronofogden, Skatteverket osv.

Fråga 4

”Du är avdelningsläkare och på din avdelning behandlas en patient för metanolförgiftning. Han är medvetslös och behandlas i respirator. Enligt anhöriga rör det sig om suicidförsök; enligt vännerna - varav en tjänstgör på lasarettet - har han förgiftats av en väninna. Din överläkare anser att fallet måste polisanmälas och delegerar uppgiften till dig. Vad gör Du?”

- **Offentlighets- och sekretesslagen 10 kap 23§:** Eftersom det kan röra sig om mordförsök, och då straff minst 2 års fängelse, får man bryta sekretess och polisanmäla. Man får lov, men måste inte.
- Om överläkaren tycker det ska anmälas kan hen göra så själv.
- Alternativt är att vännerna gör det om det faktiskt ligger en misstanke.
- Överlever patienten => Kan polisanmäla. Om patienten dör => Polisanmälan. Så man kan låta det löpa sin gång med.

Fråga 5

”Fru Persson har opererats för mammarcancer och vårdas för detta på kirurgiska kliniken. En väninna till fru Persson ringer till avdelningsläkaren och vill veta vilken sjukdom fru Persson vårdas för. Får avdelningsläkaren lämna ut uppgiften?”

- **Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap 1§:** Nej man får inte lämna ut uppgifter om att patienten befinner sig på platsen eller om sjukdomen. Då måste patienten gett medgivande till detta.
- Sekretess ska provas vid varje fall och man hade kunnat be personen i telefonen vänta medan man ”undersöker” (frågar personen), men i praktiken lite jobbigt.

Fråga 6

”En 35-årig man som är HIV-positiv ringer jourhavande läkare på en internmedicinsk klinik och talar om att han tänker begå självmord med hjälp av tabletter. Läkaren försöker tala patienten till rätta men hör plötsligt att telefonluren slår mot någonting. Därefter blir det tyst. Läkaren ringer då polisen som åker till platsen. Har läkaren handlat rätt?”

- **Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap 1§:** Eftersom läkaren är i tjänst är det en patient-läkar-relation och där gäller normal sekretess.
- **Brottsbalken 24 kap 4§:** Nödvärn/nödrätt (fara för liv) om det skulle strida mot sekretesslag. Ringer polis vid misstänkt självmordsförsök.
- Vårdpersonal ska alltid förutsätta HIV/Blodsmitta och därför ska/behöver man inte berätta detta.

Fråga 7

”Polisen begär att få veta när S.K. - som är inlagd för KOL med exacerbation - skrivs ut för att då anhålla honom, eftersom han är misstänkt för att ha begått ett brott, som han kan få fängelsestraff för. Skall sjukvårdspersonalen lämna den önskade uppgiften?”

- **Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap 1§:** Patienten lyder under sekretess.
- Grundregeln är att sekretess gäller gentemot polisen och att muntlig eller skriftlig information (exempelvis journalkopior, kvitton från kortbetalning) inte får lämnas ut. Det finns dock vissa undantag enligt nedan.
- Eftersom polisen kan fråga hela tiden... så är praxis att istället säga när patienten skrivs ut.
- Polisen ska dock kunna ringa och beskriva en person och få reda om den befinner sig på platsen. Sjukhuset ska inte vara ett gömställe.
 - Säkerställa att det är Polisen som ringer, ringa upp.
 - **Patientsäkerhetslagen 6 kap 15§:** Utöver vad som anges i lagen är sjukvårdspersonal skyldig att lämna ut uppgifter som gäller huruvida någon vistas på sjukhusinrättning om uppgifterna begärs av t.ex. polis.

Fråga 8

"På akutmottagning inkommer med ambulans en 40-årig person tillsammans med personal från kriminalvården. Personen är intagen på anstalt och har sedan en tid tillbaka matvägrat och senaste tiden har han även vägrat vätska. Du bedömer att personen är allvarligt medtagen. Personen kan pressa fram till dig att någon vård är utesluten. Ett besked som han tidigare upprepat till läkare som observerat honom på anstalten. Tjänstemännen från kriminalvården uppger att personen konsekvent vägrat mat och vätska samt att handlandet är i syftet att uppmärksamma samhället på den oförrätt personen upplever sig blivit utsatt för. Du inser att om personen inte får vätskebehandling skyndsamt kan följderna bli allvarliga och personen kan avlida. Hur agerar du?"

- Pratar med patienten och försöker övertala om att påbörja behandling. Troligen utan lycka med tanke på tidigare ställningstagande. Högst tveksamt om LTP.
- **Patientlagen 4 kap 4§:** Vård för att avvärja fara som akut hotar om patientens vilja är okänd och patient medvetlös.
- **Patientlagen 4 kap 1-2§:** Patienten ska själv bestämma och respekteras som grund. Samtycke ska inhämtas.

Fråga 9

"Chefläkaren på det sjukhus där du arbetar är inblandad i anställningsprocessen av en ekonom. Ekonomen har till chefläkaren uppgett att denne tidigare haft dig som läkare. Chefläkaren arbetar hemifrån och ringer upp dig på avdelningen och ber att du utifrån patientjournalen redogör för ekonomens sjukhistoria. Hur hanterar du chefläkarens begäran om information?"

- **Patientdatalagen 4 kap 1§:** Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.
- Lagen är diffus med "annat arbete", det har ju med jobbet att göra, man bör fråga om samtycke först. => **Man nekar**

Fråga 10

"Du är jourhavande på en kvinnoklinik. Polisen kommer med en 30-årig kvinna, som är misstänkt för narkotikasmuggling; man tror att hon placerat en kondom med heroin i vagina. Polisen begär därför gynekologisk undersökning. Hon motsätter sig undersökningen och slår och sparkar så snart någon närmar sig henne. Polis undrar om det finns möjlighet att söva henne?"

- Som misstänkt gärningsman har man inte möjlighet att neka undersökningen. Polisen ska se till att den genomförs (hålla fast?). Akta agiterad delirium då patienten kan avlida av för mycket aktivitet.
- Sövnning bör gå under tvångsvård och där finns inget LPT (behandling).
- Kvinnliga poliser ska medverka och det ska ske inom några timmar (6+6h).
- **Rättegångsbalken 28 kap 12§:** Undersökning om fängelse finns i straffskalan. Avser undersökning yttre, inre och prover. Det får ej riskeras ohälsa eller skada.

Fråga 11

"Socialnämnden ber i en skrivelse till överläkaren på en barnkirurgisk klinik om utlämnande av sjukjournalen avseende en 6-årig pojke, som tidigare varit inlagd för femurfraktur. Enligt anteckningarna i sjukjournalen uppkom frakturen vid en trafikolycka. Socialnämnden meddelar att utredning pågår om pojken skall omhändertas, då det föreligger misstanke om att pojken misshandlas i hemmet. Skall journalen utlämnas?"

- **Socialtjänstlagen 14 kap 1§:** Anmälan om och avhjälpande av missförhållanden. Både får och har skyldighet att göra det, då det är en myndighet. =>

Myndigheter, befattningshavare och yrkesverksamma som anges i första stycket är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd.

Man ska skicka de uppgifter som är av betydelse, inte allt.

- **Offentlighets- och sekretesslagen 10 kap 2§:** Reglerar bara att man får utlämna så mycket som är nödvändigt för den _utlämnande_ parten => Sekretess hindrar inte att en uppgift lämnas till en enskild eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet.

Fråga 12

"Du tjänstgör som avdelningsläkare på kirurgiska kliniken vid X-köpings lasarett, och driver tillsammans med några kollegor en privat kvällsmottagning. En av patienterna vid denna mottagning önskar att få se sin sjukjournal. I denna har antecknats att patientens hustru i förtroende meddelat att patienten är alkoholmissbrukare och att han i alkoholpåverkat tillstånd brukar slå henne. Hon vill inte att detta kommer fram till maken, men hon tycker att läkaren bör få kännedom om makens alkoholmissbruk, vilket han säkert inte själv talar om. Kvinnan är rädd för maken. Vad gör Du?"

- **Patientsäkerhetslagen 6 kap 12–13§:** För att skydda patient kan man sekretessbelägga delar av journalen innan utlämning. Man får inte röja uppgifter som tros kunna komma till skada för patienten eller närstående.
- För allmän verksamhet gäller: **Offentlighets- och sekretesslagen 7§.**

Fråga 13

"En kvinna inkommer med klara tecken på appendicit. Du som överläkare hade tänkt att yngste underläkaren skulle få göra sin första appendectomi under Din assistans. Innan patienten sövs säger hon: "Jag tillåter endast att biträdande överläkaren, som jag känner personligen mycket väl och som jag har stort förtroende för, opererar mig. Vad gör Du då?"

- **Patientlagen 4 kap 1–4§:** Självbestämmande och ska få tacka ja eller nej till vård. Har rätt till det.
- **Patientlagen 5 kap 1§:** Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Försök så långt det går, annars får man ge de alternativ som finns.

Fråga 14

"En läkare kallas till en lägenhet av föräldrarna till en 8-årig pojke. Läkaren misstänker akut appendicit och vill remittera pojken till sjukhus. Pojken och hans anhöriga vägrar. Hur förfar läkaren?"

- **Lagen med särskilda bestämmelse om vård av unga 6§:** Socialnämnden får besluta att den som är under 20 år omedelbart skall omhändertas, om det är sannolikt att den unge behöver beredas vård med stöd av denna lag, och rättens beslut om vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för den unges hälsa eller utveckling eller till att den fortsatta utredningen allvarligt kan försvåras eller vidare åtgärder hindras.
- Om **socialnämndens** beslut om omhändertagande inte kan avvaktas, får **nämndens ordförande eller någon annan ledamot** som nämnden har förordnat besluta om omhändertagande. Beslutet skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde. Borde klassas som livsnödvändig vård. Fråga om socialnämnden tagit över vårdnaden och sedan få utföra.
- Föräldrarna är förmyndare och sociala jouren borde kontaktas för akut omhändertagande enligt LVU.

Fråga 15

"Du är avdelningsläkare på en kirurgisk klinik och har som patient en 16-årig flicka med skador som hon fått då hon åkte bak på en moped som körde av vägen. Föräldrarna kräver nu som vårdnadshavare för flickan att få veta vad som hänt. Flickan är mycket angelägen om att föräldrarna inte skall få veta hur hon fått sina skador då föräldrarna inte tycker om hennes umgänge. Flickan ber Dig därför säga att hon fått skadorna vid ett fall i trappa. Vad gör Du?"

- **Offentlighets- och sekretesslagen 12 kap 3§:** Sekretess i förhållande till vårdnadshavare. Flickan är över 12 år och mogen, således autonom. Därför kan hon styra vad man får säga, men inte be en ljuga. Gäller dock inte med undantag för:
- **Föräldrabalken 6 kap 11§:** Vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavare ska därvid i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.
- Man måste därför överväga om situationen är av skada för barnet och därför föräldrar måste få veta för att kunna ingripa.
- **Ljug inte.** Man får säga att man inte kan utlämna information, inte säga felaktig information.

Fråga 16

"Pelle Persson är en av de bästa i fotbollslaget. Han har fått en ledbandsskada i högra fotleden som bör läka på några veckor. Han kan inte spela i nuvarande skick, men kräver att få en lokalbedövningsspruta för att kunna delta i seriefinalen på söndag. Han säger att han själv tar ansvaret. Vad gör Du som behandlande läkare?"

- **Patientlagen 5 kap 1§:** Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- **Patientsäkerhetslagen Kap 6, paragraf 1-2§:** Sjukvård ska utföras med vetenskap och beprövad erfarenhet. Man bär själv ansvar för att fullgöra sina uppgifter. Sprutan ska inte lämnas ut då det ansvaret inte kan lämnas över (administreras felaktigt). I så fall får man hjälpa till den dagen.
- Spruta kan i så fall eventuellt ges av läkare på dagen, om detta nu har evidens nog för att kunna hjälpa och inom rimliga skade-risker. Då patienten ber om det.

Fråga 17 ”Johansson kör med sin bil till ett sjukhus och lämnar en lätt skadad kvinna på akutintaget. Han talar om att han kört på henne på gatan. Johansson, som läkaren känner till som astma-patient, luktar sprit och tänker uppenbarligen köra sin bil från sjukhuset. a. Skall läkaren omedelbart anmäla olyckan till polisen? b. Hur förhåller sig läkaren gentemot Johansson med tanke på att han är alkoholpåverkad och har för avsikt att fortsätta att köra bil. c. En timme efter det att Johansson lämnar sjukhuset kommer en polisman och frågar vem som avlämnat en vid en trafikolycka skadad kvinna. Polismannen vill vidare veta om denna man verkade alkoholpåverkad. Skall läkaren lämna ut uppgiften?” A – Nej finns inget krav att anmäla olyckan. - Olyckan måste INTE anmälas pga för lågt straffvärde (böter / fängelse max 6 månader). Offentlighets- och sekretesslagen 10 kap 23§: Straffvärdet, får lämnas. Offentlighets- och sekretesslagen 10 kap 24§: Straffvärde, får lämnas om annat än böter. Finns ingen skyldighet att anmäla. B – Ja, här har vi moralisk skyldighet. Förhindra brott. - Man har anmälningsskyldighet om medicinsk olämplighet endast om man finner det vid undersökning eller journalgenomgång. Inte allmänt beteende. Måste då även meddela patienten om det. Körkortslagen 10 kap 5§: Om en läkare vid undersökning/journalgenomgång av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon. Offentlighet och sekretesslagen: Avbryta eller förhindra pågående brott. Vi ska polisanmäla. Då det moraliskt finns risk att personen kör på någon igen. C – Gråzon att varit försiktig med att lämna namn och alkoholpåverkan. - Personen som lämna av är inte patient utan privatperson. Eftersom personen inte blir behandlad så kan man svara på frågorna som ett vittne. Sedan kan det kanske anses olämpligt att lämna ut då man vet vem det är pga det är en patient. Fråga 18 ”Du är allmänläkare och en av Dina patienter berättar att fadern, som också är Din patient, slutat att ta insulin. I stället behandlas hans diabetes nu av en akupunktör. Fadern är i dåligt skick. Vad gör Du?” - Fråga patienten om det är okej att kontakta hans pappa för att ta in på kontroll. Offentlighets- och sekretesslagen 10 kap 1§: ... inte hindra att en uppgift lämnas till en annan enskild eller myndighet om den enskilde samtycker. - Man kan komma runt det genom att kalla till återbesök eller ”extra kontroll” utan att berätta något om barnet. Fråga 19 ”Du är forskarstuderande och håller på med kemiska undersökningar avseende förekomsten av visst protein i levern hos personer med kroniskt alkoholmissbruk. Du behöver en liten bit lever från 30 fall. Eftersom obducenten redan tillvaratar en bit av lever vid obduktionerna behöver denna bit göras något större. Eftersom detta rör forskning på avlidna behövs då ytterligare byråkrati?” - Ska man forska på människor måste man skicka in en etisk ansökan. Såvida det inte gäller kvalitetsstudier. Gäller även avlidna. Samtycke från levande personen eller i avlidnas fall anhöriga. Men kanske kan man anta att man har samtycke då bit redan ska avlägsnas. Lag om etikprövning av forskning som avser människor 4§: ” innebär ett fysiskt ingrepp på en avliden människa, eller ” Lag om transplantation 3§: Biologiskt material avsett för transplantation eller annat medicinskt ändamål får tas från en avliden människa om denne har medgett det eller det på annat sätt kan utredas att åtgärden skulle stå i överensstämmelse med den avlidnes inställning. Lag om obduktion 7,8,10§: Närstående ska underrättas och ges tid att yttra sig. Om personen ville genomgå obduktion. Om det är oklart vad personen ville.	Fråga 20 ”Du är överläkare på en akutklinik. En onsdag får Du in en patient med en djup underbens–trombos. Du ordinerar heparin. Påföljande måndag upptäcker Du att en kollega från kardiologen, som varit bakjour lördag-söndag, satt ut heparin och i stället ordinerat streptokinas eftersom de har en annan behandlingstradition på denna klinik. Patientens tillstånd var hela tiden oförändrat. Får det gå till så? (För principfallet anses läkemedlen ha likvärdig behandlingseffekt) ” - Med likvärdig effekt får man byta (vetenskap och beprövad erfarenhet) PatientsäkerhetslagenAllmänna skyldigheter 1§: ”Hälsa- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. ” PatientsäkerhetslagenAllmänna skyldigheter 4§: Hälsa- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. - Man ska vara försiktig med byta mediciner med tanke på biverkningar kan öka och Fråga 21 ”Du är privatpraktiker och har som patient en 35-årig kemist med svårbehandlad enterit. Han medger att han är narkotikamissbrukare och förser sig med morfin på arbetsplatsen (farmaceutisk industri). Vad gör Du?” - Troligen ett ringa narkotikabrott och därför är straffvärdet för litet för att bryta sekretessen. - Man skulle kunna tvångsvårda personen om livet i övrigt berörs. (LVM). Först ska frivillig vård erbjudas (LARO?) => motsätter sig kan LVM vara lösning. Narkotikastrafflag 2§: brott som avses i 1 § första stycket med hänsyn till arten och mängden narkotika samt övriga omständigheter att anse som ringa, döms för ringa narkotikabrott till böter eller fängelse i högst sex månader. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall 4§: Tvångsvård om...Utsätter sig själv eller andra för fara... löper risk att förstöra sitt liv.... Komma att alvarligt skada sig själv eller närstående. Privatpraktiserande skrivs för att det inte har betydelse för att göra LVM, kan göras av både privata och offentligt anställda.
---	---

Allmänmedicin - Konsultation

Hela konsultationen, förutom själva undersökningen, ska spelas in! Det är mycket viktigt att konsultationens avslutning (gemensam del) med information och fortsatt

Patientens del

- ⇒ Tanke: Föreställningar
- ⇒ Oro
- ⇒ Önskan: Förväntningar

Använda: Kvitto och Sammanfattning

=> Slutsammanfatta därefter.

=> Fråga om där är något annat de har tänkt på.

L: Innan jag undersöker dig vill jag försöka sammanfatta: Du kommer i dag för att du har haft jätteont i magen, sura uppstötningar osv. Du tänker att det troligen är magkatarr (tanke), men tanken om cancer (oro) spökar också någonstans. Därför vill du gärna ha både en gastroskopi och tabletter mot magsyra (önskan). Är det rätt uppfattat?

Undvik att ställa direkta frågor som:

"Hur länge har du?" => Ge istället kvitto eller fråga "Kan du berätta mer?"

Börja: Berätta hur är det med dig? Hur har du haft det? Kan du berätta mer?

Berätta!

Vad har du själv haft för funderingar om vad dina besvär kan bero på?

Är det något särskilt du är orolig för?

Är det något annat du vill prata med mig om i dag?

Läkarens del

Fördjupad anamnes

- ⇒ OPQRST
- ⇒ MAPLES
- ⇒ Lab
- ⇒ Undersökning

Gemensam del

DU: Sammanfatta patientens del

L: Du berättade tidigare att du kommer i dag för att du haft jätteont i magen, sura uppstötningar osv. Du hade funderat över magkatarr (tanke), men tanken om cancer (oro) spökade också någonstans. Därför ville du gärna ha både en gastroskopi och tabletter mot magsyra (önskan). Du berättade också att du varit mycket stressad sista tiden på arbetet och druckit mycket kaffe.

JAG: Sammanfatta läkarens del

L: Jag har nu undersökt dig och hört dig berätta om dina besvär och jag hittar ingenting farligt eller något som tyder på cancer. Däremot är du öm över magsäcken. Det är inte ovanligt med magkatarr i samband med stress och även vid hög kaffekonsumtion, som du berättat om. Jag föreslår att du får prova en tablett mot magsyra, precis som du själv föreslog, men att vi väntar lite med en eventuell gastroskopi och ser först hur tabletterna fungerar.

VI: Gemensam förståelse och vidare beslut

L: Hur tycker du det låter? P: Bra. L: Har du själv någon fundering över vad du kan göra åt stressen och kaffedrickandet? P: Jag skulle nog kunna försöka trappa ner på kaffet och jag har faktiskt redan bokat tid med min chef för samtal om arbetssituationen. L: Det låter ju jättebra. Du har redan kommit en bra bit på väg hör jag.

VAD: Hur man ska följa upp upp

PATIENTCENTRERAD KONSULTATION I TRE DELAR

PATIENTENS DEL

Fem kort



Något mer?

LÄKARENS DEL

Diffdiagnos



GEMENSAM DEL

1. DU	Patientens frågor Tanke Oro Önskan	2. JAG	Underlag för läkarens bedömning och åtgärd Ge svar på tanke, oro, önskan
3. VI	Förhandling Gemensam förståelse Beslut	4. VAD	Säkerhetsnät Ta med sig hem

Illustration: Sofia Åström

Divertikulit

Viktigt att få bort förstoppning.

Tidigare utfört CT colon

Metronidazol: T **Flagyl**. T Metronidazol.

Trimetoprim-sulfam: T Bactrim. T Bactrim forte. T **Eusaprim forte**.

CRP + Temp

Ska man på ny CT?

Ledarskap och organisation

Eleven

- Fundera över era erfarenheter och framtid
- Öppen diskussion (även om digitalt)
- Hemuppgift

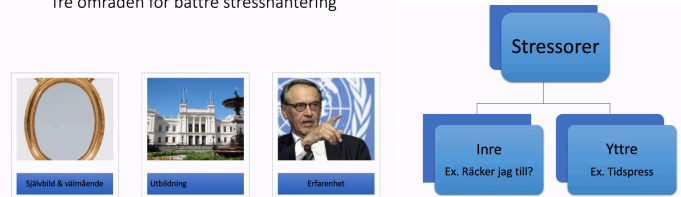


Feedback

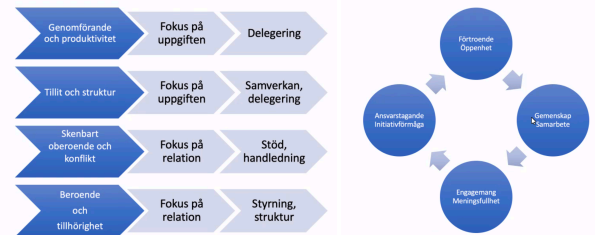
Jag -budskap

- Beteende – Vad jag ser eller hör
- Känsla – Vad jag känner när jag ser eller hör
- Behov – Mina behov i den aktuella situationen
- Önskan – Det jag önskar ska hända

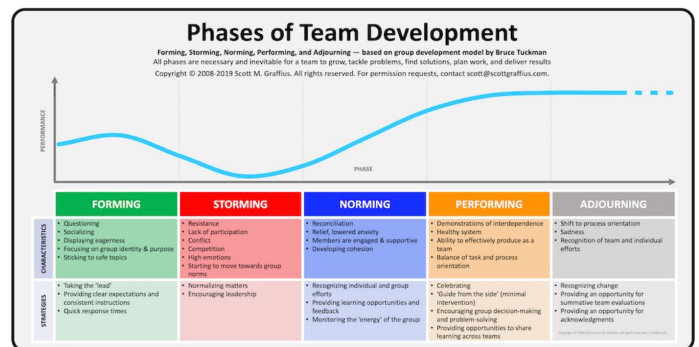
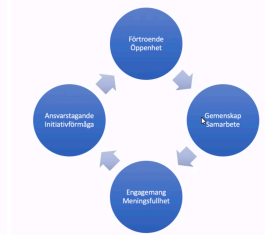
Tre områden för bättre stresshantering



Integrative Model of Group Development (IMGD)
(Susan A. Wheelan)



Medarbetarskap



Hemuppgift

Allmänt

Du skall beskriva en situation utifrån dina erfarenheter under praktikplaceringen. Om du inte stöter på något som du tycker passar under din aktuella placering, kan du beskriva från tidigare placeringar/Vikariat eller när du arbetat.

Uppgift

Beskriv en situation där du tycker att ledarskapet brustit eller varit bra. Vilka effekter fick ledarskapet på uppgiften? Reflektera kring om situationen kunde hanterats annorlunda och gör det gärna utifrån bilden "Chef och Ledarskap".

Totalt skall uppgiften omfatta en till två A4-sidor. Du lämnar in din uppgift i Moodle senast 2021-04-23

På seminariedag två kommer du att presentera och leda en kortare diskussion kring dina uppgifter. Du disponerar då cirka 10 minuter.

För att uppgiften ska vara godkänd krävs:

Beskrivning enligt instruktionerna

Muntlig presentation under seminarium 2

Från termin 11 VC placering och annan termin eller från arbetslivet inom sjukvården. Håller sig inom sjukvården.

Använda Ledning – Situation bilden som stöd.

1–2 sidor med 1.15 eller 1.5 radavstånd. Valfritt typsnitt.

Lämnas in senast 23 april.

Går igenom 10min och har några diskussionsfrågor kring det.

Kan ha PP, ritat, bara muntligt