

Almen Medicin

Københavns Universitet

Af Asma Bashir

www.asmabashir.com

Kilder:

Almen medicin, 2. udgave
Noter fra forelæsninger og holdtimer
Noter fra klinik
Noter fra absalon
Noter i omløb

KONSULTATION

- Før konsultation
 - Patienten beslutter at gå til lægen
- Patientens del
 - Henvendelsesårsagen – aftale om emne/emner for konsultationen
 - Patientens fortælling – funktionsnedsættelse, hvad patienten ikke kan i hverdagen pga. symptomet (fakta) og hvad det betyder for patienten ikke at kunne (værdier)
Forestillinger om sygdomsmekanismer
Frygt eller andre følelser – er det noget der bekymrer patienten?
Forventninger/ønsker til lægen om indholdet/resultatet af konsultationen
Fællesforståelse af patientens problem
- Lægens del
 - Det faglige filter – lægens beslutning om det er en lægelig arbejdsdiagnose
 - Diagnoseprocessen
 - Diagnostisk interview
 - Objektiv undersøgelse
 - Parakliniske undersøgelser
 - Håndbøger, database
 - Lægens beslutning om hvad patienten fejler
- Fællesdel
 - Konklusion – fællesforståelse af tilstanden og dens konsekvenser ubehandlet
 - Handlemuligheder – fællesforståelse af indikationer for yderligere undersøgelser eller behandling – eller vente og se an
 - Plan – fællesforståelse af de praktiske opgaver og ansvarsfordelingen mellem læge og patienten
 - Informeret beslutning – a) lægens beslutning om planen er fagligt/etisk korrekt, og b) patientens beslutning om at følge planen eller ej
 - Sikkerhedsnet – aftale om hvad der skal observeres, og hvordan patienten skal reagere

TEORISPØRGSMÅL

Tema uge 1

1. Værdigrundlaget for almen praksis og dens plads i det samlede sundhedsvæsen. s. 11-24

Almen praksis (AP) repræsenterer almindeligvis den første kontakt i sundhedsvæsenet, dvs. det drejer sig ikke om patienter med diagnose, men personer med helbredsrelaterede problemstillinger. Den første kontakt til lægen er åben og uhindret uanset problemstilling. Den vigtigste opgaver for lægen er at sortere mellem trivielle og det, der betyder noget for liv og helbred. Ca. 85-90% af henvendelser klarer praktiserende læger selv, mens 10-15% henvises til praktiserende speciallæge, til sygehus og til behandling hos fysioterapeut m.m.. AP siges at have en gatekeeper-funktion i forhold til patienterne på den ene side og sundhedsvæsenets ydelser på den anden side. Ud over arbejdet med helbredsproblemer har praktiserende læger mange opgaver med sundhedsfremmende og forebyggende sigte f.eks. børneundersøgelser og svangreundersøgelser, kontrol af kroniske sygdomme og udfærdiger attester til brug for f.eks. kommunens socialforvaltning og forsikringsselskaber.

Værdigrundlag – en helhedsopfattelse af patienten

Den praktiserende læge arbejder ud fra en opfattelse af at patienten er en helhed af fysiske, psykiske, sociale, kulturelle og eksistentielle elementer. Denne opfattelse anvendes i forløbet af diagnostik og behandling. Elementerne kommer ind via det lange kendskab til patienten. Konsultationen er baseret på den patientcentrerede metode og effektiv kommunikation. Begge parter indgår i en terapeutisk alliance: lægen som ekspert på det medicinske og patienten som ekspert på sig selv og sit liv. Alliance er grundlaget for den patientcentrerede arbejdsmåde. Lægen har en personlige ansvar for patienten, som er en væsentlig del af lægerollen. Lægens kompetence består i at kunne samle informationer og kunne se sammenhænge, at skabe overblik og prioritere indsatsen. Den praktiserende læges mål er at kunne behandle og/eller rådgive patienten i alle stadier, hvor et helbredsproblem skal løses i forståelse med patienten og ud fra patientens forudsætninger. Udover funktion som rådgiver/konsulent fungerer lægen som visitator, hvor opgaven består i at hjælpe patienten til en optimal behandling gennem visitation til relevante specialister og specialafdelinger. Patienten skal sikres behandling i sit nærmiljø med ↑ cost-effektivens efter princippet om lavest mulige effektive omsorgsniveau (NEON-princippet). Princippet indebærer, at sygehusafdelinger og speciallægepraksis udnyttes bedst muligt til lige netop det ekspertområde, de repræsenterer. Visitationsfunktionen er afgørende for at kunne skabe kontinuitet og sammenhæng i patientens forløb, hvor lægen fungerer som koordinator og tovholder for patientens behandling ved inddragelse af det øvrige sundhedsvæsen.

Centrale værdier i læge-patient-forholdet

- *Tillid* – tillidforholdet bygger på at lægen har en specialviden og -kompetence, som patienten har en forventning om, kan afhjælpe et helbreds-mæssigt problem. Tilliden beskyttes af en række regler og en moralkodeks som den praktiserende læge skal overholde: lægeløfte, tavshedspligt og etiske regler. Lægens tillid til patienten er også afgørende. I den sidste ende er tillid imidlertid en personlig følelse, der bygger på en personlig, gensidig vurdering af forholdet mellem 2 personer.
- *Frit lægevalg* – patientens adgang til at vælge læge (og lægens adgang til at frasige sig en patient) er derfor essential, fordi tilliden hermed kan beskyttes i praksis
- *Tilgængelighed* – patienten skal selv kunne definere, hvornår almen lægehjælp ønskes. Den fri og

uselektede adgang til AP er tryghedsskabende og er nødvendigt element i et sundhedsvæsen, hvor der er kapacitets- og ressourceproblemer. Den fri tilgængelighed skal gælde for alle – lige adgang – og understøttes af at være vederlagsfri for patienten.

- *Kontinuitet* – opnås når tilknytningen mellem læge og patient har en vis varighed. Kontinuitet giver mulighed for at udvikle et personligt forhold mellem læge og patient, der giver lægen basis for at forstå patienten som en individual person. Lægen påtager sig et lægeligt ansvar for patienten, og at patienten oplever lægen som en kompetent og samlende person for ens helbredsmæssige problemer.

Usikkerhed i klinisk arbejde

Lægen kan være lidt usikker i sine kliniske beslutninger, idet symptomer og undersøgelser ikke er entydige mht. at skelne mellem f.eks. banal og alvorlig sygdom. Usikkerheden i klinisk arbejde reduceres gennem samtale om symptomerne, den kliniske vurdering og evt. gentagen kontakt for at iagttage forandringer over tid. I den diagnostiske proces inddrager lægen epidemiologi i primærsektoren (sygdommens incidens og prævalens på befolkningsniveau (↓ sensitivitet, ↑ specificitet), kobler symptomerne og kliniske fund, opstiller effektive undersøgelsesprogrammer og erindrer samtidig, at initiale symptomer på sygdom kan være lette og atypiske.

2. Symptomfortolkning, sygdomsadfærd, lægesøgning og referencerammer. s. 25-39

Der er stor forskel på den måde, patienterne præsenterer deres helbredsproblemer på i hospitalsverdenen og i AP. I hospitalsvæsenet rettes behandlingen ofte mod de velafgrænsede lidelser. I AP er præsentationen af patientens problemer ofte kompleks, idet psykologiske, eksistentielle, familiemæssige, arbejdsmæssige, sociale og kulturelle forhold farver symptombilledet.

Godt 40% af konsultationerne drejer sig om aftalte kontroller af en kendt sygdom, udfærdigelse af helbredsattester, svangreprofylakse, børneundersøgelser osv. I de resterende knap 60% af henvendelserne er det symptomer f.eks. smerter (40%), bekymring eller angst for sygdom, der ligger bag henvendelsen.

De hyppigste symptomer hos kvinden i alderen 20-44 år er i følgende rækkefølge

- Træthed
- Hovedpine
- Fordøjelsesbesvær
- Rygsmerter
- Smerter i underekstremiteterne
- Emotionelle/psykiske problemer
- Mavesmerter
- Menstruationsforstyrrelser
- Ondt i halsen
- Brystsmerter

Menneskets personlige og tidligere oplevelser i relation til påvirkninger fra det sociale og kulturelle miljø er

afgørende faktorer for om sundhedsvæsenet bliver kontaktet. De årsagsforklaringer, vi gør brug af, er tillærte og overvejende kulturbestemte. Sundhedsvæsenet påvirker også befolkningens sygdomsadfærd. Når læger eller sundhedsmyndigheder anbefaler folk at søge læge ved modermærker, der vokser eller sår der ikke heler, påvirker vi patientens lægesøgningstærskel, eller læger styrer patientens adfærd gennem opfølgende kontroller i forbindelse med kroniske lidelser.

Symptomerne kan for personen have betydninger på 3 niveauer

1. *Den fysiske oplevelse* – smerter, sanseoplevelser som øresusen, ↓ syn, feber, træthed, kortåndethed eller ↓ førlighed
2. *Den bevidste vurdering* – personens viden og erfaring om sygdom. Symptomer fra organer som patienten opfatter som vigtige f.eks. hoved, hjerte og øjne, tillægges større betydning end symptomer fra andre organer
3. *Den følelsesmæssige reaktion* – usikkerhed og angst i forhold til et bestemt symptom. Tidligere erfaringer i forbindelse med sygdom eller helbredsproblemer. "Hvad er der sket? Hvorfor er det sket for mig? Vil det gøre ondt? Skal jeg dø? Angst for alvorlig sygdom forstærker som regel de fysiske gener eller omvendt, hvor patienten fornægter symptomerne. Den personlige, den sociale og den kulturelle baggrund vil i betydelig grad påvirke den følelsesmæssige reaktion.

Sagt med andre ord, er sygdomsadfærd baseret på patientens subjektiv opfattelse af helbredsproblemet og har derfor mere betydning end selve symptomet.

Sygerollen

Når et menneske udtrykker behov for hjælp, omsorg eller pleje, går det ind i sygerollen. Rollen er kulturelt tillært dvs. man er alene eller man er sammen med sin familie ligesom i Østen. Den har både positive og negative konsekvenser.

De positive konsekvenser

- Bedre mulighed for at blive rask
- Fritagelse for krav og forventninger, der påhviler raske personer
- ↑ omsorg og opmærksomhed fra omgivelserne
- Rollen som personen i centrum af familien

De negative konsekvenser

- Forpligtelse for patienten til selv at gøre noget for at blive rask
- Afhængighed af andre som følge af den ↓ evne til at klare sig selv
- ↓ omsorg – hvis omgivelserne føler, at sygerollen trækker for langt ud, kan konsekvenser blive vrede, social isolation og faldende omsorg
- ↓ arbejdsindtægt, tab af goodwill hos arbejdskolleger/arbejdsgiver og risiko for fyring

Det er en vægtning af disse ovenstående konsekvenser, der afgør, hvor lang tid patienten vælger at blive i sygerollen. Varigheden er også afhængig af sygdommens natur samt psykologiske og eksistentielle forhold

hos patienten og ikke mindst omgivelsernes reaktion på sygerollen.

Egenomsorg

Egenomsorg defineres som individets omsorg for eget helbred. Den omfatter sundhedsbevarende, sygdomsforebyggende og selvbehandlende foranstaltninger; den omfatter også individets viden om, hvornår og hvordan man bør bruge den professionelle sundhedstjeneste.

Det er påvist, at egenomsorg signifikant nedsætter antallet af fraværsdage, og det er ligeledes påvist, at ca. 90% af egenbehandling er helt eller delvis relevant. 1/3 af dem, der kontakter læge, har forinden brugt håndkøbsmedicin. Apotekerne og www.sundhed.dk udgør med deres informationer – mundtlige og skriftlige – en væsentlig kilde til højnelse af egenomsorgen. Det er uklaret, om man også kan informere for meget og på den baggrund skabe ængstelse og flere lægekontakter.

Fordele ved egenomsorg

- Giver folk større ansvar for eget helbred og medfører større selvstændighed
- Er med til at flytte ansvar og magt fra fagfolk til lægpersoner – en demokratisering
- Kan reducere omkostningerne i sundhedstjenesten
- Kan beskytte folk mod at blive udsat for risikabel professional diagnostik og behandling
- Er vigtig i det forebyggende sundhedsarbejde
- Vil forøge folks viden og medføre ↑ adherence

Ulemper ved egenomsorg

- Kan være farligt
- Tilslører samfundets ansvar
- Kan føre til skyldfølelse
- Kan forstærke de helbredsmæssige forskelle mellem de sociale klasser – social ulighed
- Kan fremme irrationelle charlatanprægede behandlingsformer
- Kan udvikle sig til medicinsk navlebeskuen

Når egenomsorgen ikke rækker eller en person i netværket er bange for mere alvorlig lidelse, opstår der behov for kontakt til sundhedsvæsenet.

Patientrollen

3 forhold spiller en rolle for overgang fra sygerollen til patientrollen

- Bagvedliggende årsager til lægekontakt
- Patient-lægeforholdet
- Sundhedsvæsenets organisation (adgang til sundhedsydelserne)

Bagvedliggende årsager til lægekontakt

- *Patientrelaterede* – generende symptomer som smerte, svimmelhed, træthed, feber og opkastninger

eller madlede. Et ønske om at få en diagnose og prognose. Blandede tilstande, hvori indgår smerter, træthed, nedtrykthed, angst, usikkerhed, ensomhedsfølelse, insufficiensfølelse og sociale eller familiære problemer. Ellers drøftelse om deres privatliv eller deres arbejdsmæssige problemer med lægen under 4 øjne. Patienten har oftest forberedt sig ved at spørge familie, venner og kolleger om deres viden og erfaringer og har skaffet sig viden fra bøger eller internettet. Derfor virker det nogle gange overraskende, at patienten går til læge. Forklaringen er at patienten ikke har brug for mere viden, men har brug for hjælp til at finde ud af det, hvad denne viden betyder for vedkommende. Epidemiologisk forskning har vist, at dårligt selv vurderet helbred er god forudsigtelse af førtidspension, medicinforbrug, ↓ funktionsevne, ↑ antal hjertesygdomme og død.

Illness-disease begrebet er en forklaringsmodel for patientens og lægens forskellige fortolkning af samme symptom. Det at opleve sig selv syg, uden at lægen kan finde en objektiv forklaring betegnes på engelsk *illness* f.eks. træthed, mens påvisning af en objektiv sygdom af lægen betegnes *disease* f.eks. hypertension. Problemer i patient-lægeforholdet kan opstå i de situationer, hvor der er forskellige opfattelse af helbredstilstanden. Den praktiserende læge integrerer og vægter derfor patientens helbredsopfattelse ind i den lægefaglige biomedicinske opfattelse gennem den patientcentrerede metode. (*Hvis du skal op til eksamen hos John SA, så elsker han figur 2.3, s. 35*)

		Patientakse (subjektiv)			
		Godt helbred			
Lægeakse (objektivt)	Syg	4) Patient: "Jeg er rask" Læge: "Du er syg"	1) Patient: "Jeg er rask" Læge: "Du er rask"	Rask	
		2) Patient: "Jeg er syg" Læge: "Du er syg"	3) Patient: "Jeg er syg" Læge: "Du er rask"		
		Dårligt helbred			

I situationen 1 og 2 er der ingen større problemer, idet der er fuld overensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse. I situationen 3 og 4 er der forskellige opfattelse af helbredstilstanden, her kan der opstå problemer i lægepatient-forholdet.

- *Lægereleterede* – ca. 50% af konsultationerne er opfølgning på et tidligere problem eller kontrol af en kronisk lidelse samt forebyggelse.
- *Samfundrelaterede* – ca. 10% kommer for at få udfyldt en attest f.eks. en attest på et godt helbred (forsikringsattest) eller en attest på det modsatte (uarbejdsdygtighedsattest)

Patientens kendskab og tillid til lægen har en betydning i forholdet. Det er påvist, at troen på lægens evner falder med patientens uddannelsesniveau, således de dårligst uddannede er de mest skeptiske. En anden faktor er, om man vil forstyrre den travle læge. Tidligere erfaringer fra kontakter med lægen er af stor betydning for hvad man gør, når et nyt helbredsproblem opstår. Det er specielt oplevelsen af at blive taget alvorligt og forstået og oplevelsen af faglig kompetence hos lægen, der er afgørende for at patienten kan arbejde videre med sit problem, følge lægens råd og ordination, benævnes *adherence* (vilje og evne til at følge lægens råd). Adherence bygger på, at det gensidige kendskab og de positive relationer mellem patient og læge udvikles og udbygges gennem mange år.

Referanceramme

Lægens og patientens syn på årsag-virkningsforholdet omkring et helbredsproblem kaldes i det daglige for

referencerammen for problemet. Man skelner mellem 4

- *Den biomedicinsk referenceramme* – sygdommen skyldes ændringer i biologiske processer i organismen. Behandlingen er medicinsk eller kirurgisk påvirkning af de biologiske processer, og patientens rolle er passiv
- *Social/miljømedicinsk referenceramme* – sygdommen skyldes ydre påvirkninger, hvor organismens mulighed for tilpasning bliver overskredet. Behandlingen består i at fjerne de belastende ydre påvirkninger, og patientens rolle kan være aktiv og passiv
- *Psykologisk/psykosomatisk referenceramme* – sygdommen skyldes utilstrækkelige handlinger i forhold til opfyldelse af behov. Behandlingen består i indsigt i sammenhæng og dialog om forhindringer og mulige handlinger. Patientens rolle er aktiv
- *Skæbnen* – nogle mennesker sætter deres sygdom i relation til skæbnen. Der er intet videnskabeligt grundlag, men sygdomsforklaringen er usynlige kræfter, straf for begåede synder osv. Behandlingen består i bøn, kure, renselse m.m. Patientens rolle er passiv, dog aktiv ved bønnen og kurene

Det er afgørende at lægen og patienten er i samme referenceramme når der kommunikeres, eller at lægen er opmærksom på hvis referencerammen er forskellig.

3. Ydelsesformer i almen praksis. s. 63-75

Læge-patientkontakter, også betegnes grundtydelser, forekommer i 3 former

- Telefonkonsultation
- Konsultation i lægeklinik
- Sygebesøg i patientens hjem

De nyeste er

- E-mailkonsultation
- Forebyggelseskonsultation

Ydelserne i AP kan opdeles i kontakterne i dagtiden kl. 8-16 inkl. lægens ugentlige sene konsultation, og kontakterne i vagttiden hverdage kl. 16-8, lørdage-søndage og helligedage døgnet rundt. Den praktiserende læge er via overenskomsten med Sygesikringen forpligtet til at kunne give en konsultationstid senest 5 hverdage efter henvendelsen. I nogle praksis har man "åben konsultation" på bestemte tidspunkter, hvor patienterne med akutte tilstande frit kan henvende sig uden forudgående aftale.

Telefonkonsultationer

Lægens daglige telefontid mellem kl. 8 og 9 er et velkendt og etableret begreb. Den telefoniske form gør lægen let tilgængelig for patienterne, da næsten alle har umiddelbare adgang til telefon. Patienterne sparer transporttid og venten på lægens besøg, og lægen udnytter tiden rationelt. Lægen har dog svært ved at leve op til efterspørgslen, da undersøgelserne har vist at det ofte er svært at komme igennem til lægen. Kommunikationsmulighederne via telefon er ringere end ved en konfrontationsydelse. Diskrete signaler fra patienten, hvis lægen ikke kender patienten i forvejen, kan blive overhørt. Der er ingen mulighed for objektiv undersøgelse og beslutningerne træffes alene på anamnesen (↓ diagnostisk sikkerhed). Selvom det er

telefonkonsultationen, skal lægen stadig give rum til patientens forestillinger, frygt og forventninger. Herefter skal lægen resumere og uddybe anamnesen efterfulgt af en forhandling med patienten om hvad der skal gøres. Det er vigtigt at sikre sig til slut at patienten føler sig tryk ved den truffe beslutning.

I 2005 udgjorde telefonkonsultationer 44% af alle ydelser i dagtiden i AP.

Telefonkontakten er billigere for Sygesikringen end klinikydelser og sygebesøg.

Konsultationer i lægens klinik

Den mest almindeligste form for ydelse i AP. Konsultation i klinikken medfører at læge og patient mødes i et professionelt miljø. Undersøgelles- og behandlingsfaciliteter, hjælpepersonale og IT-teknologi er tilgængelige. Indretningen af moderne praksis søger at undgå et unødvendigt køligt, klinisk præg af venteværelse, modtagelse og konsultationsrum til fordel for et mere venligt miljø.

I 2005 udgjorde denne ydelse 54% af alle ydelser i AP.

Hjemmebesøg

En praktiserende læge aflægger i gennemsnit 1 sygebesøg pr. arbejdsdag. Sygebesøgene aflægges især hos gamle og andre kronisk bevægelseshæmmede patienter. De er også vigtige i forbindelse med akut sygdom. Hjemmebesøgene kan aflægges som en forebyggelsesydelse hos borgere > 75 år med det formål at undgå at sygdommen udvikler sig og borgeren bevarer funktionsniveauet. Hjemmet giver også lægen et godt indtryk af patientens daglige liv, værdier og historie samt en vurdering af hvorledes samspillet er mellem kropsfunktioner, aktivitetsniveau og de fysiske forhold i hjemmet f.eks. er der let toiletadgang for den gangbesværede hofteartrosepatient? Tyder rengøringsstandarden på at der er brug for hjemmehjælp? Ulemperne ved hjemmebesøg er at de er tidsmæssigt ressourcekrævende og at muligheder for at undersøge patienterne i hjemmet kan være ringere end i konsultationen.

I 2005 udgjorde hjemmebesøg 2,4% af alle ydelser i AP.

Konsultationer via e-mail

F.eks. tidsbestilling og receptfornyelse. Desuden egner den form sig til konkrete spørgsmål og til svar på nogle undersøgelsesresultater. De egner sig ikke til brede problemstillinger eller sonderende henvendelser. Det er en fordel, hvis lægen og patienten kender hinanden.

I 2005 udgjorde den form 0,5% af ydelserne i AP.

Aftalt forebyggelseskonsultation

Konsultationen indeholder samtale og rådgivning med forebyggende sigte vedrørende kost, motion, rygning, alkohol og andet misbrug, kronisk sygdom samt sociale og psykiske forhold. Emnet skal være aftalt på forhånd. Kan handle om primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Sammen med patienten sættes mål for behandling. Konsultationen opbygges omkring den motiverende samtale og patientens egen motivation.

Honoreres med et højere beløb. Til en aftalt forebyggelseskonsultation er der knyttet muligheden for tillægsydelsen "supplerende specifik forebyggelsesindsats". Denne ydelse kan bruges, når lægen foretager en systematisk risikovurdering efter godkendte kliniske vejledninger og anbefalinger og hvor lægen gennemfører en fagligt anerkendt og anbefalet helbredsopfølgning f.eks. en årskontrol. Disse ydelser er rettet mod alle de store kroniske sygdomme (de 8 folkesygdomme).

Udover disse sygesikringsydelser har AP et betydeligt antal private ydelser til sygemeldinger, attester til socialforvaltning og forsikringselskaber, vaccinationer i forbindelse med udlandsrejser m.m.

Visitation

3 forhold er afgørende ved visitationen, hvilken ydelse er den rette

- Hvilken type ydelse patienten skal have
- Hvor ydelsen skal finde sted
- Hvornår ydelsen skal finde sted

Visitation til en bestemt ydelse i AP er i sin natur en klassifikation af patienterne, som hviler på en klinisk beslutning, foretaget på baggrund af en større eller mindre mængde data om patienten. Ud over den medicinske henvendelsesårsag er kendskabet til patientens evne til at håndtere problemer (mestring), graden af støtte fra netværk og social stress, men også patientens vanlige personlige stil er vigtig for lægens stillingtagen. Lægens visitation af patienter er på det foreliggende grundlag præget af dikotome overvejelser: kræver tilstanden akut indlæggelse eller ej? Skal patienten ses af lægen eller ej? Penicillin eller ej? osv.

Lægevagt

Uden for AP åbningstider (hverdage kl. 8-16) varetages den akutte lægebetjening af befolkningen i det primære sundhedsvæsen af lægevagtordningen (læger under specialuddannelse i almen medicin og praktiserende læger). Lægevagten har egne kliniklokaler, der hyppigt er placeret på sygehusene. Lægerne, der aflægger sygebesøg, kører ofte i egen bil, men i større byer transporteres lægerne rundt i taxa.

Lægevagtsarbejdet adskiller sig fra andet arbejde i AP. Vagtlægen kender som regel ikke patienten og må danne sig et hurtigt indtryk af en oftest akut tilstand uden den baggrundsviden om patienten. Ved telefonkonsultationer træffes vagtlægen uden at kunne undersøge patienten beslutninger alene på baggrund af anamnesen. Der er ingen kontinuitet i form af et fast patient-lægeforhold og kendskab til patientens samlede sygehistorie.

I 2003 udgjorde lægevagten 8,3% af det samlede antal grundydelse i AP. Ydelserne fordelte sig på 53% telefonkonsultationer, 34% klinikkonsultationer og 13% besøg.

4. Den diagnostiske proces i almen praksis. s. 77-89

Ordet diagnose betyder "at erkende igennem". Anvendelsen af diagnose er først og fremmest et redskab for læger til at kommunikere med andre læger og til at danne grundlag for den fortsatte udvidelse af vores kollektive viden. For patienten er det i sig selv vigtigt at sætte navn på hvad der er galt. Endelig påvirker det også omgivelsernes forventninger og indstilling til patienten, at hun har fået en diagnose, og diagnosen kan i nogle tilfælde også give adgang til en række rettigheder. Når diagnosen er stillet, bliver det samtidigt muligt at fremlægge og drøfte behandlingsmuligheder med patienten.

Enten-eller-beslutninger

Lægen skal hele tiden træffe konkrete beslutninger om hvad der skal ske her og nu. F.eks. om det drejer sig om en livstruende eller banal tilstand? Skal patienten undersøges eller ikke undersøges? Disse repræsenterer dikotome vurderinger med enten-eller problematik, hvor lægen forsøger at udelukke alvorlige tilstande.

Straks-diagnoser

Ud over at udelukke alvorlige tilstande leder lægen efter tegn, der umiddelbart kan give diagnosen (mønstergenkendelse). Dette er baseret på klinisk erfaring, hvor diagnosen stilles gennem anamnese, klinik eller paraklinik, da symptomerne og fundene med stor sikkerhed taler for en bestemt diagnose.

Den hypotetisk-deduktive metode

Når en patient præsenterer en læge for en problemstilling, danner lægen med det samme en række hypoteser/teorier om hvilke mulige forklaringer der kan være (tænk hest før zebra). Disse forklaringer vil være mere eller mindre sandsynlige og de efterfølgende faser i konsultationen bruges til at indsamle oplysninger, der kan øge eller reducere



sandsynlighederne for de dannede hypoteser/teorier. Undervejs kan der opstå nye hypoteser/teorier hos lægen, som så kræver afklaring gennem indhentning af yderligere oplysninger. Hvis anamnesen ikke giver et klart billede, fortsætter lægen med den objektive undersøgelse, hvor lægen fortsætter med at genere hypoteser/teorier, der søges be- eller afkræftet. Hvis den objektive undersøgelse heller ikke giver en tilstrækkelig klarhed over årsagen, må lægen overveje supplerende parakliniske undersøgelser. Lægen skal være klar over mulig risiko for falske svar (negative som positive), som kan forvirre og måske føre på vildspor. Risikoen øges med antallet af undersøgelser, der udføres. Henvielse til sygehus indebærer også en risiko for at starte et uheldigt forløb, som den praktiserende læge ikke har kontrol over.

Den fokuserede hypotetisk-deduktive metode er den mest anvendelige i AP. Men i visse situationer er lægen alligevel bedre tjent med at benytte sig af en induktiv tilgang til problemstillingen, hvilket svarer til den metode, der anvendes ved optagelse af en medicinsk journal.

Den diagnostiske proces

Når man præsenteres for en patient med f.eks. en typisk lungebetændelse, arbejder man med sandsynligheder for at bestemte symptomer og kliniske fund optræder ved denne sygdom, og man trænes implicit i at vurdere sensitivitet ($A/(A+C)$ – positiv test) og specificitet ($D/(B+D)$ – negativ test). I andre tilfælde hvor diagnosen er uafklaret, optrænes evnen til at vurdere den prædiktive værdi af forskellige tegn og fund for sygdom ($A/(A+B)$) og for fraværet af sygdom ($D/(C+D)$). Disse prædiktive værdier er helt afhængige af prævalens af sygdomme, der typisk vil være meget \uparrow på en specialafdeling. Grundvilkårene for arbejdet i AP er at mange af de mennesker, vi møder, er raske, og at prævalens af de enkelte sygdomme er \downarrow sammenlignet med situationen på hospitalet. I forhold til den diagnostiske proces betyder det, at vi ofte skal udelukke sygdomme, og de prædiktive værdier for positive diagnoser bliver langt \downarrow end på hospitalet, mens den prædiktive værdi af negative diagnoser er \uparrow i praksis end på hospitalet, da de fleste jo er raske.

	Rask	Syg	
Test +	Sandt positiv (a)	Falsk positiv (b)	Positiv prædiktiv værdi ($a/a+b$)
Test -	Falsk negativ (c)	Sandt negativ (d)	Negativ prædiktiv værdi ($d/c+d$)
	Sensitivitet ($a/a+c$)	Specificitet ($d/c+d$)	Prævalens ($a+c/a+b+c+d$)

Sensitivitet og specificitet beskriver hvor god/dårlig testen er til at finde de syge blandt alle syge og udelukke sygdom blandt alle raske
Positive prædiktiv værdi (PPV) – antallet af sandt positive diagnoser divideret med summen af sandt positive + falsk positive diagnoser
Negative prædiktiv værdi (NPV) – antallet af sandt negative diagnoser divideret med summen af sandt negative + falsk negative diagnoser

De prædiktive værdier er afhængige af sygdommens prævalens og er derfor forskellige på hospital og i AP

Sygehistorien og forhåndskendskabet til patienten spiller en central rolle i AP, og mange diagnose kan med rimelig sikkerhed stilles på grundlag af patienthistorien.

Lungestetoskopien tjener også til at give lægen tid til omtanke og til at planlægge det videre forløb af en konsultation. Mens lægen stetoskoperer, fjernes patientens fokus fra lægen, hvilket kan give lægen oplysninger der kan bruges i den diagnostiske proces.

Selvom det ikke er muligt i første omgang at nå frem til en specifik diagnose, vil det ofte være tilstrækkeligt med rimelig sikkerhed at have udelukket alvorlige tilstande og specifikke sygdomme, patienten kan have haft i tankerne. Lægen i AP er tilbageholdende med at stille en tentative diagnose og udnytter mere tiden til at følge udviklingen. Dette stemmer ikke altid overens med patientens forventninger om at få problemet løst her og nu. Dette kræver en forklaring, hvis patient-lægeforholdet ikke skal lide under. Lægekunsten består i at tage udgangspunkt i patientens perspektiv, men bevare sin lægefaglighed. Man skal også grundigt overveje, hvorvidt man skal gøre noget f.eks. at tage en blodprøve og lignende, da der vil være risiko for falsk positive fund. Omvendt er der risiko for doctor delay, hvor en diagnose skulle have stillet tidligere for at opstarte den tidlige behandling.

5. Hyppige symptompræsentationer i almen praksis. s. 91-93

De 10 hyppigste diagnose hos mænd og kvinder ved direkte kontakt med praktiserende læge

- Mænd
 - Ryggener
 - Skader
 - Hypertension
 - Astma/bronchitis
 - Øvre luftvejsinfektioner (ØLI)
 - Tendinit/bursit
 - Koronar hjertesygdom
 - Myalgier
 - Helbredskontrol
 - Dyspepsia/ulcus
- Kvinder
 - Svangreskabskontrol
 - Hypertension
 - Prævention
 - Urinvejsinfektion (UVI)
 - Vaginit/fluor vaginalis

- Neuroser
- Ryggener
- Myalgier
- Øvre luftvejsinfektioner (ØLI)
- Menstruationsbesvær

Mulige sygdomme til hoste og vejrtrækningsbesvær – forkølelse, bronkitis (ØLI), astma, KOL, hjerteinsufficiens, reflux, allergier osv.

Mulige sygdomme til ondt i maven – mavesår, kræft i tyktarmen, gynækologi, sygdom i leveren eller bygspytkirtlen, nyresten, psykogene årsager (problemer på arbejdspladsen eller hjemme). Hvis akut lavt i abdomen og smerter ved bevægelse → appendicitis? Diffuse smerter hvis samtidig kvalme og diare → gastroenteritis. Hvis smerter højere oppe → mavekatar (halsbrand, sure opstød, spiselindring, forværring af øl, vin og spiritus eller af stærkt krydret mad), galdevejskolik eller måske pankreatit. Smerter mere lokaliseret i lænden → nyresten med urinvejskolik. Vægttab og blødning fra tarmen → kræft.

Mulige diagnoser til ondt i ene øret → akut otitis media (AOM), sekretorisk otitis media (SOM). Antibiotika ved øreinfektioner har uafklarede berettigelse. Diagnostik af væske i mellemøret er vanskelig. Indikationerne for indsættelse af trommehindedræn er uklare. Hvis tilstanden ikke spontant forbedres, ordineres antibiotika. Ved mistanke om SOM, laves tympanometri, hvor den vil vise flade kurver. Man vil først først afvente og se tilstanden an. Det er fordi hos de fleste børn som regel ses en periode med væske i mellemøret. Det er en tilstand med særledes stor tendens til spontan helbredelse.

Mulige diagnose til hyppige vandladninger og vandladningssmerter – blærebetændelse (svie og kløe ved vandladning) og kønssygdom (klamydia).

Træt og uden energi – ↓ stemningsleje, psykiske belastninger, infektion (viral), kræftsygdom med blodmangel, jernmangel, gastrointestinal sygdom med malabsorption, endokrin sygdom (diabetes mellitus, thyreoideasygdom). Den hyppigste årsag → myxødem og tyreotoksikose.

6. Organisation og drift af AP. s. 239-248

De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, der har indgået en aftale med Den offentlige Sygesikringen for at have en AP. Sygesikringen hører under regionerne og har indgået aftaler med PLO (Praktiserende Lægers Organisation) vedrørende arbejde i AP. Det betyder at de praktiserende lægers arbejdsforhold er underlagt aftaler med det offentlige. I Landsoverenskomsten (2006) er der bestemt bl.a. hvor mange ydernumre (= fuldtidslæger) der må være i et bestemt geografisk område. Man kan enten overtage en andens praksis (den eksisterende læge går på pension) eller sjældent får tildelt et 0-ydernummer, hvor der er behov for en ekstra læge i et bestemt område. Lægens betaling fra Sygesikringen består dels af basishonorar (1/3), dels af ydelseshonorar (2/3), som lægen modtager for hver enkelt patientkontakt. Besøget afhænger af ydelsens art f.eks. konsultation, sygebesøg, kirurgisk indgreb.

PL0 er de praktiserende lægers fagforening og varetager de praktiserende lægers interesser mht. økonomi og arbejdstilrettelæggelse.

Sygesikringsgrupper

- *Gruppe I* – udgør ca. 99%. Man tilhører en bestemt praksis, bopæl i en given afstand fra lægen (15 km). Speciallæge kræver henvisning. Lægehjælp gratis
- *Gruppe II* – frit lægevælg fra gang til gang inkl. speciallæger uden henvisning. Ingen afstandsgrænser. Både hos den praktiserende læge og hos speciallægen er der en vis egenbetaling – Sygesikringen betaler kun en del af lægens honorar.

Landsoverenskomsten & Profylakseaftalen

Arbejdet i AP er primært reguleret af 2 store aftaler mellem det offentlige og PL0 – Landsoverenskomsten og Profylakseaftalen.

Landsoverenskomsten bestemmer

- Hvor mange ydernumre (= fuldtidslæger) der må være i et bestemt område
- Afstandsregler – hvor langt fra praksis kan patienten bo og stadig være tilmeldt praksis? Hvilken service skal der ydes til patienter mht. telefon- og åbningstider?
- At der skal etableres en lægevagtordning uden for dagtiden
- Rammer og omfang for patientbehandlingen
- At lægen primært skal tage vare på sygdomsbehandling, men også skal deltage i forebyggelsen af folkesygdommene f.eks. diabetes, hjertesygdom og lungesygdom
- At lægen varetager rådgivning vedrørende svangreskabsforebyggelse og sterilisation
- At lægen får et fast årligt honorar for de tilmeldte gruppe I-patienter – basishonoraret – uanset om patienterne kontakter lægen eller ej
- Størrelsen af lægens honorar forskellige ydelser

Profylakseaftalen redegør for de særlige forebyggelse helbredsundersøgelser, der tilbydes gravide og børn samt vaccinationer.

Ved denne offentlige regulering er der fordele og ulemper.

Fordele

- Ingen penge direkte mellem patient og læge
- Optimal patientbehandling mulig uden skelen til patientens egenøkonomi
- Ordrede forhold, hvad angår størrelsen af patientgruppen
- Lægen er ikke nødt til at konkurrere på service eller f.eks. receptudskrivelse for at få patienter

Ulemper

- Ingen reel konkurrence på lægefagligt standard eller på service over for patienterne
- Træghed, når nye metoder på diagnostik- og behandlingsområdet skal indføres

- Risiko for overbehandling af patienter, når de ikke selv skal betale helt eller delvist
- Offentlig styring betyder færre frihedsgrader for den praktiserende læge

Når man etablerer sig som praktiserende læge ved at købe en eksisterende praksis, betaler man for goodwill (svarer til investering i en forretning med fremtidige forventede indtjeningsmuligheder), inventar og evt. klinikbygningen. Man overtager også den tilhørende patientgruppe, arbejdsopgaver og ledsagende honorering.

Ved 0-ydernummer har man ingen patienter, ingen arbejdsopgaver og intet honorar. Man investerer i lokaler og inventar og ansætter personale. 0-ydernummer er gratis.

En mindre del af den praktiserende læges arbejde hører ikke under sygesikringsområdet. Patienter, der ønsker attester og vaccinationer i forbindelse med udlandsrejser, kan ikke få denne ydelse betalt af Sygesikringen, men må selv betale. Arbejdsattest er delvist reguleret af aftaler med det offentlige.

Forskellige praksisformer

- Solopraksis (30%) – lægen arbejder alene i egen praksis
- Kompagniskabspraksis (61%) – patienterne er tilmeldt praksis og ikke den enkelte læge
- Samarbejdspraksis (9%) – patienterne er tilmeldt solopraksis, hvor læger samarbejder med hinanden og deler personale

Økonomi i praksis

En sund økonomi i praksis er en forudsætning for

- At praksis råder over up-to-date diagnostik og behandlingsmæssigt udstyr
- At der er tilstrækkeligt personale i klinikken til at yde patienterne en god behandling og service
- Gode arbejdsforhold for personale og læger i klinikken
- Gode ydre rammer (lokaler + inventar)
- Mulighed for efteruddannelse og kvalitetsudvikling
- At der ikke er nogen økonomisk tilskrivelse til at "overbehandle patienterne"
- At lægens privatøkonomi afspejler arbejdsindsatsen

En dårlig økonomi i praksis medfører bl.a. risiko for

- Dårligere patientservice og -behandling
- U hensigtsmæssigt hyppige patientkontakter
- Faglig og kvalitetsmæssig stagnation
- Desillusionerede praktiserende læger
- Problemer med rekruttering af nye læger til specialet

7. Samarbejde i og uden for praksis. s. 249-266

Den praktiserende læge indgår som en meget central person, der ser og opfanger problemerne (gatekeeper-rolle) og dernæst afslutter eller "spiller bolden videre" i det meget komplekse netværk af personer og strukturer af medicinsk og social art, som det danske sundhedsvæsen består af. Den praktiserende læge er

vejleder, visitator og koordinator af et patientforløb med kvalitetsoplevelsen og samtidig sørger for at der er god overensstemmelse med samfundets ønsker om udredning og behandling for lavest mulige omkostninger svarende til begrebet NEON (Nærmeste Effektive OmsorgsNiveau).

Forventninger og forudsætninger for et samarbejdende sundhedsvæsen

- Tilgængelighed
- Information om undersøgelser og behandlingsmuligheder
- Kontinuitet og sammenhæng
- Tovholder med personlig ansvar (den praktiserende læge)

Praksiskonsulentordning

Praktiserende læger er ansat på sygehusene et antal timer om måneden til i samarbejde med sygehusene og det fagpolitiske system at definere en forudsigtelig kerneadfærd i den enkelte afdeling og hos den enkelte praktiserende læge i forbindelse med samarbejde om fælles patientforløb. Det gøres bl.a. ved

- Udsendelse af lokale faglige vejledninger om aftalte patientforløb af typen "Hvem gør hvad?" der beskriver den ideelle arbejdsdeling og koordination mellem AP og sygehusene
- Ønsker til udredning i AP før henvisning til sygehus
- Praksiskonsulenterne medvirker til at udvikle gode standarder for kommunikation omfattende såvel henvisninger, ambulente notater som epikriser
- Der arbejdes med elektronisk kommunikation, efteruddannelsestilbud, informationssystemer ved hjemmesider og kvalitetskontrol af tilbud til patienter med et fælles forløb

Shared care

Shared care beskriver forudsætningerne for at samarbejde mellem forskellige kulturer / mellem 2 afdelinger / mellem AP og sygehuset. Der er 7 trin

1. Velfungerende kulturer med visionære ledere, der prioriterer samarbejde
2. Fælles kultur, forståelse og ansvar
3. Fælles retningslinier mellem aktørerne (sektorerne) – hvem gør hvad?
4. Klare aftaler om kommunikation (henvisninger, epikriser, ambulante notater)
5. Sikre implementering – det er ikke nok at skrive det skal indlæres, evt. ved undervisning
6. Virker det? Kvalitetssikring
7. Revision af retningslinier, kommunikationsmåder, ressourcer?

Integrated care er f.eks. når almen mediciner og speciallæge eller hjemmesygeplejerske mødes med patient og de behandler i fællesskab.

De vigtigste dokumenter for udvekslingen af informationer i dette samarbejde er

- Henvisning
- Epikrise

Faste fælles aftaler om informationsflow er uhyre vigtigt.

Den gode henvisning hindrer dobbeltundersøgelser og giver mulighed for god visitation. Indholdet skal være målrettet og relevant. En række faktuelle oplysninger skal foreligge: telefonnummer, aktuel adresse, handicap, tolkebehov, egen læges telefonnummer ved behov for kontakt om supplerende oplysninger, koordinering ved udskrivelse m.m..

Epikrise giver et fyldestgørende overblik over indlæggelsen og fungerer tit som resume i hospitalsjournalen.

Kommunernes opbygning og funktion

Lægens rolle i samarbejde med kommunerne er at beskrive

- Det medicinske perspektiv
- Prognosen
- Behandlingsmulighederne
- Funktionsbegrænsninger

Men ikke at afgøre sagen – det er kommunens ansvar

Der findes

- *Børn- & ungeforvaltning* – alle børn 0-18 år med somatiske eller trivselsproblemer. Samarbejdet sker med den kommunale skolesundhedstjeneste gennem et samarbejde med kommunelægen eller sundhedsplejersken. I de tilfælde, hvor man er i tvivl, hvorvidt et barn udvikler sig aldersvarende, kan man benytte PPR (den pædagogiske-psykologiske-rådgivning) i kommunen. Her er der ansat skolepsykologer, kliniske psykologer, tale/høre-pædagoger og evt. fysio/ergoterapeuter til at tage sig af børn, der ikke udvikler sig aldersvarende eller børnefamilier med familiemæssige problemer som f.eks. psykisk sygdom og/eller misbrugsproblemer hos forældrene. De giver samtidig forslag til, hvordan problemerne evt. kan afhjælpes. Hvis foranstaltninger koster kommunen penge, skal sagsbehandleren i børn- & ungeafdelingen inddrages. Som læge har man skærpet underretningspligt til børn- & ungeafdelingen i kommunen vedrørende børn der har behov for særlig støtte (tarv) og børn der lever i risiko for skade på sundhed eller udvikling (velfærd). PPR vurderer også forældrenes forældreevne i sagerne.
- *Ældre & handicapsforvaltning* – hjemmeplejeudbygningen med bl.a. døgnpleje, nybygning af plejehjem og ældrevenlige boliger samt ændring af enkeltværelserne i de gamle plejehjem til plejehjemslejligheder. Ændret levevilkår afhænger af samspillet mellem funktionskapaciteten, de psykiske ressourcer og de sociale betingelser. Ligesom en positiv oplevelse af eget helbred, en veludviklet egenomsorg og mestringskompetence ved sygdom giver et bedre livsforløb.
- *Social- & arbejdsmarkedsforvaltning* – tager sig af sygedagpenge, førtidspension, aktivering, revalidering, fleksjob, kontanthjælp.

Temaug 2

8. Screening – for og imod. s. 158-160

Ved screening forstås en systematiseret undersøgelse af hele befolkningen eller nærmere udvalgte befolkningsgrupper. Screening i sig selv kan ikke bruges til at stille en konkret diagnose, men har alene til formål at finde frem til den gruppe af personer, der skal undersøges yderligere mhp. at be- eller afkræfte

resultatet af screeningen. Screening kan vedrøre en risikofaktor eller et tidligt stadium af en sygdom. Formålet er at forebygge sygdommens opståen ved at fjerne eller mindske påvirkningen af risikofaktoren samt ved tidligt sygdomsstadium at bedre prognosen ved en tidlig behandlingsindsats.

WHO har fastlagt en række kriterier for screeningsundersøgelser, og i Danmark er disse yderligere suppleret med krav fra Sundhedsstyrelsen.

1. Sygdommen skal udgøre et væsentligt sundhedsproblem
2. Der skal være en accepteret og effektiv behandling for patienter med erkendt sygdom
3. Diagnose- og behandlingsfaciliteter skal være tilgængelige
4. Sygdommen skal kunne påvises i et latent eller tidligt symptomgivende stadium
5. Der skal være egnede test eller undersøgelsesmetoder
6. Testen/undersøgelsesmetoden skal være acceptable for befolkningen
7. Sygdommens forløb i ubehandlede tilfælde, herunder udviklingen fra latent til manifest fase, skal være tilstrækkeligt belyst
8. Behandlingsindikationerne skal være klart definerede
9. Omkostningerne ved sygdomsopsporing, herunder ved diagnostik og behandling af patienter, skal stå i rimeligt forhold til sundhedsvæsenets samlede udgifter
10. Screeningsindsatsen skal være en fortløbende proces og ikke en engangsforanstaltning

Sundhedsstyrelsens supplerende regler

11. Screeningsmetodernes validitet, tekniske effektivitet og prædiktive værdier af testen skal være beskrevet
12. Etiske, psykologiske og psykosociale konsekvenser af screening inkl. falsk negative og falsk positive testsvar, skal være beskrevet
13. De sundhedsøkonomiske konsekvenser af screening skal være beskrevet
14. Der skal foreligge detaljerede beskrivelser af organisation, styring, ressourcer, uddannelse og patientinformation

Fordele ved screening

- Bedre prognose for nogle af de syge, der findes ved screening
- Mindre belastende behandling og efterbehandling for nogle syge
- Ressourcebesparelse (billigere behandling i tidlige stadier)
- Beroligelse på det følelsesmæssige plan for dem, der får et normalt testresultat

Ulemper ved screening

- Længere sygdomsperioder for de syge, der ikke får ændret deres prognose
- Overdiagnosticering og -behandling af tilstande, der ikke kan betegnes som egentlig sygdom (eksempelvis carcinoma in situ, der aldrig var udviklet videre) og af dem der får et falsk positivt screeningssvar med risiko for bekymring og evt. sygeliggørelse og falsk negativt screeningssvar med risiko for fejlagtig beroligelse af personer
- Ængstelse, sygeliggørelse, komplikationer (morbidity) og i sjældne tilfælde død hos nogle af dem,

der får falske resultater og mulig risiko ved selve screeningstesten

- Ressourcekrav (flere patienter skal undersøges og behandles i tidlige stadier)

Man skelner mellem følgende former for screening

- Massescreening – alle i befolkningen f.eks. cervixcancer
- Højrisikoscreening – definerede risikogrupper f.eks. diabetes retinopati
- Opportunistiske screening – tilfældig ved konsultationen
- Gråzonescreening – patienten kan gøre krav på undersøgelse (mammografi, PSA, BMD-målinger)

Eksisterende screeninger

- Screening for brystkræft – mammografi til kvinder mellem 50-69 år hvert 2. år
- Screening for livmoderhalskræft – smear til kvinder mellem 23-49 år hvert 2. år, 50-65 år hvert 5. år
- Screening for Downs syndrom – nakkefoldsscreening og doubletest
- Screening for tarmkræft under afprøvning

I AP

- Forebyggende helbredsundersøgelse – reduktion af risikofaktorer
- Administrative screeninger – udstedelse af kørekort og tegning af forsikring

9. Sundhedsfremme i almen praksis. s. 200-212

Definition af sundhed (WHO):

*Ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse,
men en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velvære.*

Understøttelse af individers, grupper eller samfundets egne sundhedsbevarende og sundhedsfremmende aktiviteter kan ske uanset sundhedstilstand, også ved handicap og sygdom. Sundhedsfremme kan både være ressourcepåvisende og risikoreducerende for grupper af mennesker. Ofte anvendes ordet "sundhedsfremme" i mere snævert betydning, hvor samfundet "oppefra" skaber rammer og muligheder for patienter og borgere.

Eksempler er gode boligforhold og godt arbejdsmiljø. God ernæring. Sundhedspolitisk arbejde til forbedring af livsstil og levekår. Bedre sociale kår for de dårligst stillede til imødegåelse af den sociale ulighed i sundhed. Netværksdannelse. Sundhedsformidling herunder træning af problemløsningsevne og mestring.

Inden for almen medicin arbejdes med begrebet sundhedsbrøken – en model, der beskriver sundhedstilstanden som forholdet mellem patientens ressourcer og belastninger. Hvis belastningerne overstiger ressourcerne, opstår vantrivsel og sygdom. Det sker også, hvis ressourcerne ikke er til stede eller ikke bruges. Denne balance mellem patientens kræfter og belastninger kaldes også trivselsbrøken, forebyggelsesbrøken eller ressourcebrøken. Ud fra denne model er det lige så vigtigt at finde ud af det hvad der holder folk raske (salutogenesis) som hvad der gør folk syge (pathogenesis). Sundhedsfremme handler således om dels at styrke personens mestringsevne og ressourcer dvs. at maksimere de positive kræfters

indflydelse, dels at reducere belastninger dvs. at minimere de negative kræfters indflydelse.

Sundhedsfremme på samfundsniveau handler om at lægen kan være en lokal eller offentlig ressourceperson, der kan være med til at fremhæve muligheder for at styrke sundheden generelt eller påpege forhold, herunder sociale belastninger, der må forventes at påvirke (lokal)-befolkningens sundhed. Lægen kan også gennem tværfagligt netværksarbejde påvirke sundhedsforhold.

For at ændre livsstil, kræver det, at patienten er parat. Mange er ikke parate, især rygere, og dermed ikke motiverede for at ændre noget som helst. Forandring som en proces er en kombination af 2 fremherskende modeller på området "Stages of change" og "readiness to change" og krydret med trafiksymbolik

- 2/3 er i tvivl (ambivalente) – (GULE/ORANGE). Lægen skal forsøge at afdække det dilemma som patienten er i
- Nogle kommer i forsvarsposition (RØDE), mens andre er dårligt forberedte på ændring uden motivationen (GRØNNE). Konfrontation og argumentation hjælper ikke
- En proces er igang i patienten. Lægen skal i et roligt tempo lade patienten tale varm på egne grunde til ændringer, der kan øge paratheden og forudsige ændringer
- Tilbagefald skal forstås som erfaringskabelse i forhold til nye (bedre motiverede og forberedte) ændringsforsøg i stedet for som et nederlag (tanker, følelser og adfærd)
- GRØNNE patienter skal have konkret rådgivning, vejledning, hjælp og evt. henvisning

Den motiverende samtale er baseret på følgende

- Motivation skal komme fra patienten selv og ikke pådutte af lægen
- Patientens opgave, ikke lægens, er at formulere og finde en løsning på sin ambivalente indstilling
- Forsøg på overtagelse er ikke en effektiv metode til løsning af ambivalensen
- Lægen er i rollen som rådgiver lyttende, spørgende og tilbageholdende
- Lægen er styrende når det gælder om at fastholde patientens opmærksomhed på emnet og på arbejdet med problemet, men ikke-styrende når det drejer sig om definition af mål og valg af metode
- Parathed til forandring er et produkt af interaktion mellem lægen og patienten

I den forebyggende arbejde skal lægen integrere sin biomedicinske viden med sin psykologisk-sociologisk-kulturelle viden om patienten (mestringsevne og ambivalens) samt fungere som patientens sundhedskonsulent samt samfundets forebygger.

10. Psykiske problemer og sygdomme i almen praksis. s.109-130

Angsttilstande

Angst er et normalt psykisk fænomen og et alarmsignal for mennesket. Angsten kan optimere et menneskes præstationer, mens en angst der tager overhånd, patologisk angst, kan virke hæmmende.

Panikangst der er pludseligt opstående angstanfald uden sammenhæng med særlige situationer. Anfaldene er ofte voldsomme og uventede med hyperventilation, hjertebanken, svimmelhed, paræstesier, susen for ørerne, angst for at miste kontrollen over sig selv osv. Samtale og medicinske behandling hjælper.

Generaliseret angst, hvor symptomerne er mere konstante og kun varierer lidt over tid. Patienten er nervøs, bekymret og motoriske spændt med autonome symptomer som hjertebanken, sved, rysten og mundtørhed.

Fobiske angstilstande, der optræder i bestemte situationer, hvor angsten kan vise sig f.eks. ved agorafobi (angst for at færdes alene uden for hjemmet) eller socialfobi (angst for at være i sociale situationer), der udløses, når patienten føler andre opmærksomhed rettet mod sig og frygter at blive kritiseret.

Enkelfobier, hvor angsten retter sig mod specifikke objekter eller situationer som f.eks. edderkopper, højder, flyvning, elevatorer osv. Enkelfobier er hyppigst hos børn, men kan vare ved i voksenalderen.

Andre nervøse tilstande med angst er tilpasningsreaktioner, hvor patienten kan få både nervøse og depressive symptomer efter en eller flere belastende livsbegivenheder

- Posttraumatiske belastningsreaktioner – efter svær belastning som f.eks. krigsoplevelser eller tortur
- Somatoforme tilstande – f.eks. hypokondri med vedvarende klager over somatiske symptomer på trods af at de er udelukket
- Obsessive-kompulsiv sygdom (OCD) – patienten er plaget af tvangstanker eller tvangshandlinger.

Psykologisk behandling varierer fra rådgivning til intensiv psykoterapi. Medikamentel behandling består af antidepressive præparater. Benzodiazepinbehandling (anxiolytika) medfører stor fare for tilvænning og toleranceudvikling. Stofferne mister desuden virkning i løbet af uger til måneder.

Kriser

En pludselig afgørende ændring i livsvilkårene. Man skelner mellem *livskriser* (pubertet, klimakterium, børn der flytter hjemme fra, forældre der dør osv.) og *traumatiske kriser* (pludselige dødsfald, uventet afskedigelse, skilsmisse osv.). Reaktionen i den traumatiske krise er forskellige fra person til person. Nogle vil reagere roligt og velafbalanceret, hovedparten vil være lettere apatiske og rådvilde mens nogle få vil reagere med desorientering, angst, psykomotoriske forstyrrelser, motorisk og psykisk uro og måske, endda voldsom panik eller bevidsthedsforstyrrelser, som det ses ved den akutte belastningsreaktion.

Man taler om 4 krisefaser

1. *Chokfasen* – varer fra timer til dage med akutte stressreaktioner og emotionelle udbrud
2. *Reaktionsfasen* – varer nogle uger og omfatter subakutte stressreaktioner med svækket psykiske forsvar og regressive forsvarsmekanismer
3. *Bearbejdningsfasen* – varer nogle måneder, hvor den ramte begynder at tilpasse sig den nye situation, men hvor der kan opstå posttraumatiske stressreaktioner
4. *Nyorienteringsfasen* – kan vare 1-2 år med symptomer som tristhed og tilbagetrækning, afhængigt af evnen til at bearbejde krisen, samtidig med at patienten søger at leve videre under de nye forhold

Posttraumatisk belastningsreaktion er karakteriseret ved at traumet genopleves, at lignende omstændigheder udløser et stærkt ubehag, og at der kommer en psykisk overfølsomhed med angst og irritabilitet. Der kan være mareridt, søvnbesvær, koncentrationsbesvær, opfarende adfærd og vredesudbrud samt tilbøjelig-

hed til at fare sammen. Udløses af krigsoplevelser, tortur, forfølgelse, voldtægt og seksuelle overgreb.

Somatoforme tilstande

Personen henvender sig gentagne gange med fysiske klager uden noget organisk grundlag. Somatoforme tilstande er karakteriseret ved somatiske symptomer og klager over legemlig sygdom med krav om fysiske undersøgelser til trods for tidligere normale fund og påvisning af at tilstanden er psykisk betinget. Medicinsk uforklarige symptomer (MUS) består af et spektrum af sygdomme strækkende sig fra lette, forbigående gener til kronisk invaliderende sygdomme. Behandling af somatoforme/MUS er vanskelig mht. helbredelse, men det er alligevel vigtigt at stille diagnosen så patienten kan støttes psykisk og så overundersøgelse og -behandling undgås. Målet med behandlingen er at undgå en forværring af sygdommen evt. gennem støttende psykoterapi så patienten får lettelse for sin bekymring og ikke bliver invalideret fysisk.

I behandling af patienten kan man bruge TERM-modellen

- Forståelse – symptomanamnese, signaler om emotionelle problemer, angst og depressions-symptomer, belastninger, stress, funktionsniveau, sygdomsforståelse samt forventninger til behandling og udredning
- Lægens bord og Anerkendelse – kliniske og parakliniske undersøgelser, give feedback på resultater af undersøgelser, anerkende, at symptomerne er reelle, at forklare, at der ikke er behov for yderligere undersøgelser eller somatiske udredninger.
- Sammenhæng forhandles – forhandling af ny fælles forståelsesmodel, simple forklaringer, demonstrationer
- Konkret efterforløb forhandles – opsummering af resultatet af dagens samtale, aftale om mål, indhold og form, akutte, subakutte og kroniske tilfælde, overveje henvisning til psykiater
- Håndtering af kroniske tilfælde – undgå unødvendige undersøgelser og overbehandling
- Efterforløbet – afslutning, kort samtalerække, statuskonsultation og faste tider

Depression

I gennemsnit ser hver praktiserende læge ca. 1 deprimeret patient/dag. Mange af patienterne kommer med somatiske klager i form af f.eks. træthed, smerter, mavebesvær, klager mht. bevægeapparatet, appetit- eller søvnbesvær osv. Patienten klager over at kroppens organsystemer "ikke fungerer". Hvis der ikke opstår mistanke om somatisk sygdom, skal du overveje, om der foreligger en depressionstilstand. For at komme videre kan du indlede med nogle screeningsspørgsmål:

- Er du ked af det?
- Har du tabt lysten og interessen for det hele eller evnen til at glæde dig over noget?
- Har du ingen kræfter eller energi?

Hvis patienten svarer ja til 2 af spørgsmålene, er der grund til at mistænke depressionstilstand.

Diagnose depression kræver at symptomerne har været konstant til stede i mindst 2 uger, ligesom der skal være mindst 2 kernesymptomer og mindst 2 ledsagesymptomer:

- I Depressive kernesymptomer:

- Nedtrykthed
- ↓ lyst eller interesse
- ↓ energi eller ↑ trætharhed
- II Depressive ledsagesymptomer
 - ↓ selvtillid eller selvfølelse
 - Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
 - Tanker om død eller selvmord
 - Tænke- eller koncentrationsbesvær
 - Agitation eller hæmning
 - Søvnforstyrrelser
 - Appetit- eller vægtændringer

Ud fra antallet af symptomer kan man groft inddele depression i let, moderat og svær. En mere præcis inddeling af depression i grader kan gøres med *Hamiltons depressionsskala*, som også er et værdifuldt instrument til monitorering af behandlingen, idet den måler, hvordan depressionen udvikler sig.

Der kan være mange årsager til depression, dels arvelige forhold, dels udløsende faktorer, som kan være organiske og biologiske (cerebral, systemlidelser, fysiologiske ændringer, medicin, misbrug) eller psykosociale (traumatiske, belastninger, tabsoplevelser, livsændringer, konfliktforhold m.m.). Depressive symptomer ses også ved angst, kriser og tilpasningsreaktioner, demens, OCD, somatoforme tilstande, personlighedsforstyrrelser og forskellige somatiske lidelser som f.eks. klimakterielle problemer. Depressioner er ofte enkeltepisoder, men de kan være tilbagevendende.

Spørg altid patienten om der er suicidal tanker, f.eks. om hun har mest lyst til ikke at vågne i morgen, om hun har mest lyst til at dø, om hun evt. har lagt planer osv.

Man skal være opmærksom på årsagsfaktorer i relation til behandlingen. Organiske og biologiske faktorer skal søges behandlet eller fjernet, og i de tilfælde hvor depression er udløst af psykosociale faktorer, er støttende samtaler eller egentlig psykoterapi f.eks. kognitiv terapi, psykodynamisk terapi eller interpersonal terapi, vigtigt.

Behandlingsstrategi ved depression

- Depressionstilstand af lettere grad
 - Samtalebehandling, usikker virkning af medikamentel behandling
- Depressionstilstand af moderat grad
 - Samtalebehandling alene i 1-2 uger. Ved manglende forbedring eller forværring gives medikamentel antidepressiv behandling. Fortsat samtalebehandling
- Depression af svær grad, som kan være med eller uden psykotiske symptomer
 - Foruden samtalebehandling altid medikamentel antidepressiv behandling

Henviining til psykolog, hvor 12 x med tilskud, hvis man er mellem 18-37 år. OCD og angst fra 18-28 år.

Herudover affektive klinikker og Røde Kors offerrådgivning.

Ved svære depressive symptomer overvejes om vedkommende skal henvises til psykiatrisk behandling, evt. under indlæggelse. Henvisningskriterier

- Suicidalrisiko (indlæggelse)
- Psykotisk tilstand med hallucinationer, vrangforestillinger, agitation eller stupor (indlæggelse)
- Udtalt spisevægring med livstruende udvikling (indlæggelse)
- Manglende respons på behandling, evt. efter 2-3 behandlingsforsøg med et antidepressivum fra en anden præparatgruppe (indlæggelse eller henvisning)
- Sociale eller familiemæssige forhold, der gør ambulans behandling vanskelig (indlæggelse)
- Behov for formaliseret psykoterapi, som egen læge ikke selv behersker (henvisning)
- Usikkerhed mht. diagnose eller videre behandling (henvisning eller indlæggelse)
- Patienter med bipolar affektiv sindslidelse (henvisning eller samråd)
- Indikation for kombinationsbehandling / anfaldforebyggende behandling (henvisning eller samråd)

Mani

Tilstand præget af ↑ stemningsleje med optimisme, velvære og et smittende humør, i de sværere tilstande elementer af andre grundstemninger f.eks. vrede, irritabilitet eller depression. ↓ søvnbehov. Manier kan gå helt over i psykoser med hallucinationer og vrangforestillinger samt særledes aggressive adfærd. Tilstanden kan ses ved indtagelse af rusmidler som amfetamin, ecstasy og kokain eller i efterforløbet.

Som stemningsstabiliserende psykofarmaka bruges lithium eller farmaka som carbamazepin, oxcarbazepin og valproat. Behandlingen varetages primært af psykiater eller i samråd med dem. Antipsykotisk medicin og benzodiazepiner i akutte faser.

Misbrug

Misbrug handler om indtagelse af stoffer eller alkohol for at opnå en særlig ændring af de psykiske funktioner, især eufori. Disse stoffer påvirker bevidsthedsniveau, stemningsleje, tænkning, følelser m.m.

Det kan dreje sig f.eks. om *alkohol*, hvor afhængighed gradvist udvikles, så drikkemønstret bliver mere stereotyp, og personen oplever hyppigt kontroltab, dvs. manglende evne til at ophøre med alkoholindtagelse. Der kommer toleransudvikling og abstinenssymptomer, som forsvinder igen efter passende alkoholindtagelse. Af somatiske følgetilstande ses leverskader, eosophagusvaricer, cancer og psykiske følgestilstande bl.a. en dementiell tilstand præget af svækkede kognitive funktioner og personlighedsmæssig primitivisering. Wernickes encefalopati er en akut tilstand med bevidsthedsforstyrrelse, oftalmoplegi, nystagmus og ataksi (manglende koordination), der skyldes tiaminmangel.

Delirium tremens er en akut indsættende psykotisk abstinensstilstand præget af bevidsthedssløring, desorientering, hallucinationer og vrangforestillinger samt kraftig tremor og fysiologiske symptomer, der kan blive livstruende. Tilstanden optræder typisk først efter mange års stort alkoholforbrug (10-15 år) og i relation til pludselig nedsættelse eller ophør med alkoholindtagelse. Disse patienter skal indlægges til behandlingen. Behandling ved alkoholmisbrug er disulfiram (Antabus) som udløser en alkohol-antabus-reaktion ved

indtagelse af selv små mængder. Støttende og opfølgende samtaler er vigtig for at sikre motivationen. Ledsagende lidelser såsom depression, angst, personlighedsindtagelse og psykoser skal behandles.

Afhængighed af sedative og hypnotika er anden for form misbrug. Her får patienten en række tanke- og adfærdsendringer efter brug af stoffet, og der vil tillige være fysiologiske konsekvenser. Mange af disse patienters medicinafhængighed er lægeskabt, idet læger har forskellige tærskel for medicinordination. Ophør med sedative og hypnotika kræver en langsom aftrapning. Det er ofte nødvendigt med samtidig psykoterapi og behandling af eventuel angstlidelse med f.eks. SSRI.

Demens

Tænk på demens hvis

- Det er en pårørende, der bringer patienten til læge
- Patienten ser hen på den pårørende ved spørgsmål (Headturning sign)
- Der er besvær med at finde ord i samtalen, besvær med at formulere sætninger
- Der er umiddelbare hukommelsesproblemer
- Der er påfaldende ændringer i den daglige adfærd og personlighed
- Der oplyses om besvær med at finde rundt i kendte omgivelser
- Der er vedvarende ændringer i humør (træthed, nedtrykt, indelukkethed)

Ved screening for demens anvendes MMSE og urskivetest. Diagnosen stilles ud fra ICD-10-kriterierne og er en samling af symptomer på svækkelse af hjernens funktion, varende over 6 måneder. Alle kriterierne skal være opfyldt, og symptomerne må ikke skyldes en anden somatisk lidelse.

Differentialdiagnoser:

- Depression
- Delir
- Medicinpåvirkning
- Alkoholmisbrug
- Myksødem
- Anæmi (perniciosa)

Typer af demens

- Alzheimers demens – stødt fremadsskridende
- Vaskulær – trinvist aftagende funktion
- Lewis body demens – som Parkinson med bevægeforstyrrelser og hallucinationer
- Frontotemporal demens – debut før 50-årsalderen. Frontalt præget

Behandlingsmuligheder er overvejende socialmedicinske pga. den dementes forringede muligheder for at begå sig socialt. Demente er meget plejkrævende for både familier og hjemmepleje og kan have behov for ophold i skærmede enheder. Patienter med vaskulær demens bør behandles med acetylsalicylsyre for at reducere risikoen for nye infarkter, og en evt. blodtryksforhøjelse skal være velbehandlet.

I forbindelse med demente patienter kan det blive aktuelt med værgemål, måske begrænset til specielle formål, uden at den demente fratages hele sin selvbestemmelsesret. Det kan være en personlig værgemål til at tage sig af opgaver af retslig art, bolig, økonomi m.m. Den praktiserende læges opgave i forbindelse med indsættelse af værgemål er at udstede en attest, der beskriver patientens tilstand.

Tvangindlæggelse

- **Røde** papirer – på fareindikation. Kræver sindssyge eller en tilstand der kan sidestilles hermed. Nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Indlægges indenfor 24 timer
- **Gule** papirer – på behandlingsindikation. Hvis helbredelse eller afgørende bedring i tilstand er væsentlig forringet uden indlæggelse. Indlæggelse indenfor 1 uge.

Temaug 3

11. Håndteringen af syge børn i almen praksis. s. 131-147

Karakteristika af børnefamilier med hyppigt syge børn

- Barnet er i alderen 6 måneder til 2 år
- Barnet passes i daginstitutionen
- Familien med ringe erfaring med børn (yngre mødre eller 1. gangsforældre)
- Social belastet familier (lavere socialklasse, korterevarende uddannelse)
- Familier belastet af sygdom hos søskende eller moderen

I almen praksis ses:

- 50% af børn < 2 år
- 20-25% af børn > 2 år

Sygdomspanoramaet hos børn domineres af virusinfektioner i luftvejene og mavetarmsystemet.

Symptomer og objektive fund, der altid er tegn på tilstedeværelsen af alvorlig sygdom

- Sløv/apatisk. Barnet vil kun ligge i sengen, kan ikke afledes. Er ikke interesseret i omgivelserne
- Drikker ikke og manglende vandladning. De fleste syge børn vil ikke spise, men kan lokkes til at drikke. Når vandladningen bliver sjældnere eller ophører → tegn på alvorlig dehydrering
- Irritable. Barnet reagerer med irritation og gråd over for lyd, lys og berøring → tegn på meningitis
- Besværet vejrtrækning. Barnet higer efter vejret. Indtrækninger og evt. perifer cyanose
- Nakkestiv. Barnet kan ikke sætte panden mod knæene eller se med på navlen → meningitis
- Petekialt udslæt. Punktformede blødninger i huden. Fosvinder ikke når man stryger fast hen over dem → meningokoksepsis og -meningitis
- Huden gråbleg, evt. svedig og kølig → sepsis

I de fleste tilfælde vil tilstedeværelsen af bare 1 af de nævnte symptomer/objektive fund føre til akut indlæggelse af barnet.

Øvre luftvejsinfektioner

Forkølelse, astma bronchitis, pseudocroup. Sjældent lungebetændelse, fremmedlegemer

- *Forkølelse* – skyldes > 100 forskellige virusstyper indenfor rhinovirus, RS-virus og adenovirus. Inkubationstid 1-3 dage, varighed 4-7 dage. Risiko for forkølelse ↑ ved passiv rygning. Symptomer: først vandigt, senere gulligt næsesekret, tæt næse, nysen, kradsen og ømhed i halsen, småhoste og varierende grad af mæthed. Let feber hos småbørn. Behandling: hovedsageligt lindrende medicin, evt. detumescerende næsedråber ved tæt næse og øresmerter
- *Astma* – prævalens 10-15% i småbarnsalderen og 5-10% i skolealderen. 50% inden 3-årsalderen. Der skønnes omkring ½-delen at vokse fra det eller at have en symptomsvag periode i skoleårene. Symptomer: periodisk eller langvarig hoste, hvæsen og/eller vejtrækningsbesvær, langvarig hoste efter en forkølelse, nattehoste og hoste eller forpustelse ved fysisk anstængelse, karakteristiske astmaanfald. Symptomer fluktuerende. Årsager og forværring ved forkølelsvirus, fugtigt og tåget vejr, irritative stoffer (tobaksrøg, støv), allergener (pollen, støvmider, pelsdyr) og fysisk anstrengelse (leg, sport). Forældre henvender sig når barnet har haft flere ugers natlig hoste. Såfremt barnet inden for det sidste år har haft et eller flere af symptomerne kontinuerligt eller i flere perioder af > 2 ugers varighed og af en vis sværhedsgrad, skal astmadiagnosen mistænkes. Hvis samtidig disposition for atopiske lidelser, skærpes mistanken. Udredning med RAST-prøve (blodprøve) eller priktest i huden. St.p. og lungefunktionsundersøgelser (LFU). Påvisning af sibilierende, ekspiratoriske rhonchi og/eller ↓ peak flow kan bekræfte mistanken om astma, men normale undersøgelser udelukker ikke astma. Behandling ved de første milde hosteepisoder gode råd og se tiden an. Bronkodilaterende mikstur kan have effekt. Efter flere længerevarende eller sværere symptomepisoder påbegyndelsen af inhalationsbehandling hhv. baby-spacere til børn < 5 år og pulverinhalatorer til børn > 5 år. Evt. inhalationssteroid som grundmedicin supplereret med bronkodilaterende inhalationsbehandling efter behov. Dosis afhængigt af sværhedsgrad af astma. Målet er symptomfrihed på mindst mulig dosis. Tobaksrygning i hjemmet og udløsende faktorer så vidt som muligt fjernes. Grundig instruktion og 2-3 konsultationer med 1 uges interval efter diagnosen er stillet, er velegnet til at formidle forståelse af sygdommen, miljøsanering og medicineringen. Herefter monitorering efter behov, mindst 1-2 x årligt og tilstanden drøftes ved de profylaktiske børneundersøgelser.
- *Pseudocroup* – akut inflammatorisk ødem i larynx i tilslutning til viral infektion i de øvre luftveje, hyppigst adeno- og parainfluenzavirus. Starter typisk med forkølelssymptomer og subfebrilia fulgt af natlig sølvelignende hoste, hæs stemme og evt. inspiratorisk stridor. Den følgende morgen symptomerne ofte forsvundet, men kan recidivere de følgende nætter. Hyppigst i 1-3-årsalderen. Forældrene informeres om at barnet skal sidde op, beroliges og have kold luft. Hvis ingen bedring, skal barnet indlægges. Inhalationssteroid eller po steroid har effekt ved middelsvære tilfælde.
- *Lungebetændelse (pneumoni)* – skelnes mellem bakterielle, virale (hyppigst) og atypiske (sjældne) pneumonier. Ved bakteriel pneumoni akut debut med højfebrilia, svær hoste, takypnø og evt. stødende og påskyndet respiration, spil af alae nasi, interkostale indtrækninger og muligvis et cyanotisk skær. Ved virale pneumonier typisk udvikling over dage og uden så dramatiske symptomer. Atypiske pneumonier ses oftest i epidemier. Ved stetoskopi høres krepitation. Røntgen af thorax vejledende, ikke sikker diagnostisk test. Ved bakteriel pneumoni → antibiotika, typisk V-penicillin evt. under indlæggelse. Ved virale → tiden ses an.

Ondt i maven

- *Akutte mavesmerter* – ofte i forbindelse med febrilia og af og til i forbindelse med otitis media. Kan være gastroenteritis, UVI, gastritis, appendicitis eller psykogene smerter. I spædbarnsalderen de sjældne tilstande: Meckels divertikel, mb. Hirschsprung og invagination.
- *Appendicitis* – hyppigst forekomst > 2-årsalderen. Klager over mavesmerter, evt. opkastninger og feber. Mavesmerter diffuse lokaliseret i hele maven og ikke nødvendigvis kun i højre fossa iliaca. Smerter vedvarende, forværring ved bevægelse. Let febrilia (37,5°-38,5°). Enten obstipation eller diarre. Hos småbørn < 2 år feber, opkastninger og diare, hvor sygdomsbilledet ligner en almindelig gastroenteritis. Ved perforation og peritonitis feberen > 39°, barnet ligger helt stille, ofte med højre ben bøjet, og mavesmerterne tiltager voldsomt. Da perforation særligt hyppigt hos børn → akut indlæggelse af barnet ved mistanke om appendicitis.
- *Kroniske mavesmerter* – psykogene eller psykosomatisk karakter. Forekommer især i skolealderen, ofte omkring 10-årsalderen. Ofte hos sensitive og samvittighedsfulde børn. Ingen feber. Diffuse smerter, ofte periumbilicale, optræder pludseligt, uden måltidsrelation og ofte i forbindelse med anspændte begivenheder og psykosociale problemstillinger (skolegang, familiedynamik, familieproblemer). Organiske årsager: afføringsforstyrrelser inkl. obstipation, fødevarerintolerans og i sjældne tilfælde inflammatoriske tarmsygdomme (colitis ulcerosa eller mb. Crohn) < 15-årsalderen. Ved feber → tænk infektion i abdomen, øvre luftveje og urinveje. Bakterielle foci behandles med relevant antibiotika. Mavetarminfektion behandles med beroligelse og råd om væske og kost. Mistænkes appendicitis eller tegn på akut abdomen → akut indlæggelse. Børn med recidiverende mavesmerter og manglende trivsel → henvisning til pædiater

Hovedpine

- *Spændingshovedpine* – 30-50% af skolebørn. Føles som et stramt bånd omkring hovedet. Lette og moderate smerter varende fra 30 minutter til få dage. 1% hovedpine > 15 dage. Årsager: stress såvel positive (forventning, spænding) som negative (problemer i hjem og skole, ængstelse, nedtrykthed), 2) forkert arbejds- eller siddestilling (skolemøbler), 3) problemer med bidfunktion (skære tænder), 4) smerter fra bevægeapparatet (nakke og ryg) og 5) ↓ syn.
- *Migræne* – 2-3% ved skolestart, 5-8% i puberteten. Ofte i panden eller i en af tindingerne. Smerter kommer i anfald og beskrives som kraftig og pulserende. Forværring under bevægelse. Varighed 1-6 timer (varierende fra 2-48 timer). Ledsagesymptomer: ↓ appetit, kvalme, opkastning, lys- og lydoverfølsomhed. Børnene er blege og stille og vil helst sove. Ofte andre familiemedlemmer med migræne. Årsager: ukendt. 2) fysisk eller psykisk stress af både positive og negativ karakter, 3) sult (uregelmæssige måltider), 3) ↓ eller ↑ søvn, 4) stærkt lys eller støj (flimrer fra tv og ↑ lydtryk), 5) sukker (og andre fødeemner) og 6) andet (smerter, tobaksrøg, hormonelle faktorer osv.).

Detaljeret anamnese – starttidspunkt, hyppighed, alvor (ophør med skole, sport, leg?), varighed, ledsagesymptomer, udløsende og lindrende faktorer. Spørge ind til barnets og forældrenes opfattelse og bekymringer samt evt. lignende tilfælde i familien. Familien skal føre en hovedpinedagbog i en periode og medbringe den ved efterfølgende konsultation. En almindelig somatisk undersøgelse inkl. måling af BT,

suppleret af en enkel neurologisk undersøgelse inkl. synsundersøgelse. Muskulaturen i tindinger, nakke og skuldre palperes, og ryggen vurderes. Blodprøver oftest unødvendige. Undersøgelse hos neurolog og skanning sjældent nødvendig. Hovedpine ekstremt sjælden hos småbørn < 5 år og skal vurderes i forhold til cerebral tumor. Ved pludselig hovedpine, ↑ feber og nakkestivhed skal man mistænke meningitis.

Den forebyggende behandling er regelmæssig søvn og spisevaner, undgå fysisk og psykisk stress, et stort motionspensum (udspænding af musklerne, vurdering af siddemøbler). Medicinsk behandling som forebyggende (sjældent børn) eller anfaldsbehandling. NB! et langvarigt dagligt forbrug af smertestillende kan give sekundær hovedpine. At føre en hovedpinedagbog for at registrere virkningen af behandling. Hvis ej bedring, er der grundlag for at vurdere barnet påny og overveje andre diagnoser.

Ondt i øret

Den typiske patient med AOM er en lille dreng på 2 år, der har været forkølet nogle dage. Det sidste døgn er der kommet feber, natlig grædetur og forældre har ofte mistanke om øresmerter. De første døgn er det en virusinfektion, senere koloniserer bakterier mellemøret via tuba auditiva, og vi har en bakteriel infektion (strep. pneumonia, H. influenza, B. catarrhalis).

Behandling er smertestillende. Antibiotika har kun moderat effekt på smerterne og forløbet, hvorfor en afventende holdning mht. antibiotika 2-3 døgn hos raske børn, mens immunsvækkede og småbørn med kraftig AOM bør have antibiotika, primært smalspektret penicillin-V. Vigtigt med kontrol af trommehinden og hørelsen efter 4 uger, da der ofte er væskedannelse i mellemøret (SOM), som kan medføre ↓ hørelse, ofte omkring 20 dB. Effekten af SOM på den sproglige udvikling er ringe. Men da SOM kan give periodevis øresmerter og ubehag samt balanceproblemer og disponere til AOM, er kontrol af SOM indiceret og behandling af langvarige dobbeltsidige tilfælde tilrådelig, hvis der er symptomer. Behandlingen består i indoperation af trommehindedræn efter passende observationsperiode.

Sepsis

Barnet er alment påvirket og temperatur ↑ eller uregelmæssigt svingende. Sløv/apatisk, undertiden uroligt og konfust med påskyndet puls og vejrtrækning. På trods ↑ temperatur kølig hud. Ved mistanke om sepsis akut indlæggelse.

Meningitis

Akut med feber, intens hovedpine, kvalme og opkastninger samt påvirket almentilstand. Barnet gråbleg og overfølsomt for lyd, lys og berøring. Spisevægring og apati. Kramper 10%. Sløret bevidsthed og shock. NRS eller Kernigs tegn. Et makulært, småpletet lyserødt, ofte forbigående eksantem. Ved meningokoksepsis petekkier kan flyde sammen i større hudblødninger. Akut indlæggelse under udrykning med lægen som ledsager mhp. at sikre frie luftveje og behandling af evt. kramper. Opstå i løbet af timer til 1 døgn. Omgående antibiotika iv evt. im. Personer i husstanden behandles forebyggende med ciprofloxacin.

Viral meningitis har langsommere forløb, kan vare op til 1 uge før symptomerne kommer. Feber, ret stærk hovedpine, svimmelhed og opkastninger. NRS, men tilstanden kun let påvirket. Et typisk forløb er at barnet

først får tegn på en banal viral sygdom, forkølelse eller gastroenteritis, hvorefter barnet bliver relativt rask. Efter få dage bliver barnet påny syg med feber og tegn på meningitis.

Feberkrampe

Krampeanfald hos neurologisk raske børn i alderen 6 måneder til 5 år ved feber > 38°C og uden tegn til intrakraniell sygdom. Hyppigst generaliserede tonisk-kloniske krampeanfald varende højst 15 minutter, og hvor barnet efter overstået kramper vågent og upåvirket. Simple krampeanfald behandles med rektal diazepam. De mere sjældne komplicerede feberkrampe består af 1) halvsidige krampe, 2) varighed > 15 minutter, 3) 2 anfald indenfor 24 timer eller 4) pareser efter barnet er vågnet op (Todds pareser). Børn med komplicerede feberkrampe henvises til nærmere neurologisk undersøgelse. Barnet med febril status med en krampevarighed > 30 minutter skal indlægges akut. 1. gangstilfælde af feberkrampe indlægges som oftest som en hjælp og støtte til de opskræmte forældre. Information til forældrene, at feberkrampe ikke fører til hjerneskade, at 2 ud af 3 får krampe igen og at der findes effektiv behandling.

12. Værdien af børneprofylaktisk sundhedsarbejde i almen praksis. s.147-156

Undersøgelse	Bemærkninger
1 uges undersøgelse	Børneundersøgelse. I forbindelse med ambulante fødsel eller hjemmefødsel
5 ugers undersøgelse	Børneundersøgelse
3 måneders undersøgelse	Ingen børneundersøgelse. Vaccination mod Difteri-tetanus-kighoste-polio (1) Vaccination mod Haemophilus influenza tybe b (1)
5 måneders undersøgelse	Børneundersøgelse. Vaccination mod Difteri-tetanus-kighoste-polio (2) Vaccination mod Haemophilus influenza tybe b (2)
12 måneders undersøgelse	Børneundersøgelse. Vaccination mod Difteri-tetanus-kighoste-polio (3) Vaccination mod Haemophilus influenza tybe b (3)
15 måneders undersøgelse	Ingen børneundersøgelse. Vaccination mod Mæslinger-fåresyge-røde hunde (1)
2 års undersøgelse	Børneundersøgelse
3 års undersøgelse	Børneundersøgelse
4 års undersøgelse	Børneundersøgelse. Vaccination mod Mæslinge-fåresyge-røde hunde (2)
5 års undersøgelse	Vaccination mod Difteri-tetanus-kighoste-polio (4)

Forebyggende helbredsundersøgelser af børn på bestemte alderstrin er en del af de lovbestemte forebyggende sundhedsordninger, der tilbydes alle børn i førskolealderen. Helbredsundersøgelserne og tilknyttede vaccinationer er vederlagsfri. Formålet med dem er at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og socialt.

Lægen skal have viden om

- Børns psykomotorisk udvikling
- Medfødte misdannelser
- Aktuelle screeningsundersøgelsesernes gevinst og begrænsninger (PKU, TSH, udvidet metabolisk screening, hørescreening, vægt, højde, hovedomfang)

Og kunne vurdere

- Forældrenes kontakt og håndtering af barnet (øjeblikkontakt, måde at holde, tale og trøste m.m.)

- Forældrenes rammer
- Samspillet i familien

Og drøfte og informere om

- Sund livsførelse – kost, motion, stimulation, søvnmønstre og ulykkesprofylakse
- Aktuelle problemfelter f.eks. overvægt, fysisk passivitet foran tv, video og PC. Autoritetskriser

De væsentligste elementer ved børneundersøgelser er

- *Barnets fysiske trivsel* – vægt, højde og hovedomfang foretages ved hver enkelt børneundersøgelse og plottes ind på et diagram. Som en tommelfingerregel skal lægen reagere, hvis barnets vækstkurve falder 2 percentiler under den personlige kurve. Her skal lægen kigge efter evt. tegn på sygdom eller omsorgssvigt. En ekstra kontrol aftales inden for nogle måneder, hvor barnets tilvækst påny vurderes. Ved manglende god forklaring på barnets manglende trivsel → henvisning til pædiater
- *Barnets psykomotoriske udvikling* – vurdering af den mentale og sociale udvikling og lægge vægt på den generelle kontaktevne, blikkontakt, smil, sprogudvikling og barnets motoriske kunnen. Vurderes i forhold til milepæle/grove pejlepunkter
- *Samspillet i familien inkl. pasningsform og opdragelse* – afgørende for barnets trivsel. Glæde, omsorgsevne og overskud hos forældrene. Såfremt forældrene fremkommer med problemer og bekymringer, vurderes om der er behov for opfølgende samtaler eller henvisninger til andre instanser (PPR, psykolog, talepædagog, socialcenter m.m.)

Omsorgssvigt

Omsorgssvigt (passivt eller aktivt), børnemishandling og seksuelt misbrug af børn.

Der kan være tegn på familiedisharmoni, magtesløshed, forvirring eller barnets signaler om vantrivsel. Der er tendens til at omsorgssvigt og børnemishandling forekommer i særlige familiemønstre med unge forældre, der er isolerede og marginaliserede, arbejdsløse med økonomiske problemer eller hvor der forekommer alkohol- og stofmisbrug og psykisk sygdom.

Lægen har ved mistanke om omsorgssvigt skærpet indberetningspligt overfor kommunen og er forpligtet til at rette henvendelser til socialcentret (sagsbehandleren). Dagsinstitutioner er ligeledes en vigtig observatør. Forældre skal informeres om (offentlighedsloven) at lægen tager kontakt til andre instanser f.eks. sundhedsplejerske eller daginstitutionen.

13. Den gynækologiske patient i almen praksis. s.157-174

Gynækologiske og obstretiske problemstillinger omfatter tilsammen ca. 10% af alle henvendelser til den praktiserende læge dvs. i gennemsnit 3 henvendelser/dag.

De hyppigste henvendelsesårsager, som udgør 50%

- Profylaktisk smear
- Prævention
- Svangreundersøgelser

De sidste 50% er henvendelser med symptomer

- Udflåd, evt. ledsaget af kløe og svie
- Underlivssmerter
- Blødningsforstyrrelser
- Klimakterielle gener

Nogle af symptomerne kan optræde samtidigt f.eks. blødningsforstyrrelser som en del af symptomatologien i forbindelse med klimakteriet.

Profylaktisk smear

I de fleste regioner indkaldes kvinder mellem 23-59 år til celleprøve hvert 3. år for at påvise evt. celleforandringer i livmoderhalsen, dels før de giver symptomer, dels før de udvikler sig til cancer.

Celleprøven tages i 3 situationer: 1) screening som ovenfor beskrevet, 2) kontrol. Hvis kvinden har haft lette celleforandringer eller efter behandling for celleforandringer og 3) ved suspekter symptomer som f.eks. pletblødning eller kontaktblødning, hvor hun henvises videre til gynækolog.

Ved den gynækologiske undersøgelse (GU) skal lægen inspicere introitus og vagina for hud- og slimhindeforandringer m.m., og portio undersøges for sår og polypper m.m.. Observer også mængde og udseende af vaginalsekret. I samme séance tages wet smear til undersøgelse for infektion og evt. podning for klamydia. Wet smear fremstilles med et vatpind fugtet med NaCl 0,9% der opfanger vaginalsekret direkte fra vagina og blandingen placeres på et objektglas ved at rule en dråbe af. Dækglasset placeres, og præparatet kan mikroskoperes i fasekontrastmikroskop med 400 x forstørrelse på 0,5-1 min. GU afsluttes med eksploration hvor uterus' lejring, størrelse og eventuel ømhed vurderes samt gennempalpation af parametrierne for udfyldninger og ømhed. Bækkenmuskulaturen palperes for evt. ømhed, især ved klager over underlivssmerter. Kvinden skal knibe sammen i skeden ved mistanke om slaphed i bækkenbunds-muskulatur evt. ledsagende urininkontinens.

Prævention

- *P-piller* – findes som kombinationspræparater med samme dosis østrogen og gestagen i alle piller og som sekvenspræparater der består af nogle piller med en hormonsammensætning af østrogen og gestagen og andre piller med en anden hormonsammensætning. Beskytter ikke mod kønssygdomme. Lav-dosis p-piller kan bruges under amning. Absolute kontraindikationer: tromboemboliske lidelser, leverlidelser, mamma- og endometriecancer samt de relative kontraindikationer: > 35 år, ryger, diabetes med karforandringer, hypofysetumorer, fedtstofskifteforstyrrelser og hypertension.
- *P-ring* – en blød ring, der indholder østrogen og gestagen. Ringen skal lægges op i skeden og ligge i 3 uger, hvorefter den fjernes og nogle dage efter kommer menstruation.
- *P-plaster* – indeholder østrogen og gestagen. Anbringes 1 x om ugen i 3 uger, derefter 1 uge uden plaster, hvor menstruation kommer.
- *Spiral* – negativ klamydiapodning ved oplægning. Orientering om pletblødning og evt.

- længerevarende menstruation de første måneder efter oplægningen. Beskytter ikke mod kønssygdomme. Hormonspiral velegnet til præklimakterielle kvinder og ved kraftige menstruationer.
- *Mini-piller* – udelukkende gestagen, til kvinder med kontraindikationer mod østrogener f.eks. også under amning. Kan give blødningsforstyrrelser, især i de første måneder. Skal tages meget præcist.
 - *Pessar* – en barrieremetode, sikkerheden afhængig af brugeren. Uden bivirkninger. Skal bruges sammen med sæddræbende crème. Der skal tages mål til den rigtige størrelse og patienten skal have instruktion i brugen hos egen læge.
 - *Implanon* – et lille gestagendepot/stav, der indsættes under huden på indersiden af overarmen af lægen. Kan dislokaliseres.
 - *Nødprævention*
 - *Fortrydelsespiller* tages helst indenfor 1 døgn efter ubeskyttet samleje eller ved kondomsvigt, men kan tages indtil 72 timer efter ubeskyttet samleje. Består udelukkende af gestagen og tager 2 piller med 12 timers interval. Købes i håndkøb. Kontrol hos egen læge efter 4 uger mhp. kontrol af virkningen og snak om fremtidig prævention.
 - *Spiral* kan evt. oplægges som nødprævention indtil 5 dage efter ubeskyttet samleje.

Udflåd

- *Candidainfektioner* – kløe og svie i genitalier evt. hvidt grynet udflåd. Ved GU rødme og hævelse af vulva og vaginalslimhinden, ofte faste hvide ostelignende belægninger. Udflåd kan være cyklisk præget med forværring op til menstruation. Hos mandlige partner kortvarig rødme, hævelse, svie og kløe og måske hvidlige belægninger på glans penis og præputium. Årsager: ukendt, antibiotika, graviditet, p-piller, diabetes og immunsygdomme samt sæbe/deodorant/vaskemiddel. Diagnosen stilles ved wet smear visende hyfer og sporer. Imidazol til lokalbehandling i skeden og udvendigt. Mycostatin eller ketokonazol tabletter. Evt. partnerbehandling.
- *Bakteriel vaginose* – et gråligt homogent evt. skummende udflåd uden cyklisk præg med ↑ pH. Ubehagelig lugt af fisk med forværring efter samleje da sæden er basisk. Ingen kløe. Årsager: infektion med *Haemophilus vaginalis* (*Gardnerella*), *Mobiluncus*, *Bacteroides* eller anaerobe bakterier. Ved GU karakteristiske udflåd, men normale slimhinder. Wet smear viser cluecells (epitelceller med bakterier på overfladen). Metronidazol som tabletter eller vagitorier. Interaktion med alcohol. Spørg ind til graviditet. Evt. partnerbehandling ved gentagne recidiver.
- *Trichomonas vaginitis* – grøngulligt skummende udflåd, evt. en let kløe og irritation. Dyspareuni. Årsag: en flagelat – *trichomonas vaginalis*. Ved GU en rød ulcereret slimhinde (jordbærlignende). Wet smear viser typiske flagelater med hale. Metronidazol. Partnerbehandling obligatorisk.
- *Klamydia* – sjældent udflåd eller symptomer ved infektion i vagina eller cervikalkanalen. Symptomer kan være svie, kløe og purulent udflåd. Risiko for spredning til uterus og parametrier, også i forbindelse med intrauterine indgreb f.eks. abort og spiralloplægning. Komplikation: infektionsbetinget sterilitet. Prøvetagning ved podning fra cervix og urethra hos kvinder og urinprøve fra mænd. Makrolider eller tetracyklin. Partnerbehandling obligatorisk. Interaktion med p-piller.
- *Gonore og syfilis* – sjældne, dog lidt stigende de seneste år. Husk dem ved anamnese med relevante kontakter, udlandsrejser. Podning (kulpodepind ved gonore) ved mistanke. Syfilis behandles med penicillin og gonore med makrolid.

- *Herpes simplex* – kløe og prikken i hud og slimhinder efterfulgt af blærer og sår. Både type 1 (40%) og type 2 (60%) kan give infektion. Dyrkes i specielt medium. Differentialdiagnoser: candidasår, eksem og primær syfilis. Efter infektion livslang bærer med risiko for recidiver samt risiko for overførsel af smitte til barnet. Aciclovir tabletter. Sectio ved manifest herpesudbrud.

Salpingitis

Defineres som infektion i endometriet, salpinges, ovarier og peritoneum, PID – pelvic inflammatory disease.

Årsager: klamydia, gramnegative tarmbakterier, streptokokker, stafylokokker, mycoplasma og gonore.

Ofte ret vage og diffuse symptomer, så diagnosen er vanskelig. Der er

- Ømhed af nedre abdomen
- Ømhed af adnexer og rokkeømhed af uterus ved GU
- Temperatur > 38° rektalt
- ↑ CRP og/eller SR
- ↑ leukocytal
- Evt. purulent sekretion fra cervix

Praktiske overvejelser

- Podning for klamydia og evt. gonore
- Evt. graviditetstest
- Fjern spiral hos unge og kvinder med fremtidigt graviditetsønske evt. efter start af behandling
- Alvorlige syge indlægges

Vigtige differentialdiagnoser – appendicitis, UVI, ovariecyste, ekstrauterin graviditet, spontan abort, corpus luteumblødning, endometrioses m.m.

Behandlingen består af tetracyclin eller makrolid. Ved mistanke om anaerobe infektioner, alvorlige infektioner eller manglende effekt efter 3 dage → tillægsbehandling med metronidazol eller ciprofloxacin. Evt. partnerbehandling. anbefales ro, evt. sengeleje og kontrol efter behandling. Henvielse til gynækologisk speciallæge ved fortsat ømhed eller mistanke om saktosalpinges.

Kroniske underlivssmerter

Konstante eller intermitterende smerter i > 6 måneder. Tilsyneladende uden fysisk sygdom, men vigtigt at udelukke organiske årsager som infektion, bækkenmyoser, endometriose, tørhed i skeden osv.

Undersøgelser – GU, urinundersøgelser, evt. colonundersøgelse, UL af det lille bækken, laparoskopi m.m.

Lægen skal opfatte patientens smerter som reelle, udrede dem tilstrækkeligt til at patienten føler sig taget alvorligt.

Behandling vanskelig og omfatter information (TERM-modellen), analgetika, ændringer i patientens livsstil samt evt. fysioterapi og psykologisk behandling.

Blødningsforstyrrelser

- Dysfunktionelle blødninger – forstyrrelser i hormonel kontrol af endometriet uden påviselig årsag
- Amenore
 - Primær amenore hvis menarch ikke er indtrådt ved 16-18 år
 - Sekundær amenore ved udebleven menstruation > 3-6 måneder
- Oligomenore – blødningsintervaller > 35 dage-6 måneder
- Menoragi – regelmæssige blødninger > 80 ml, normal eller ↑ varighed
- Metroragi – blødningsmønster uden cyklisk præg og af varierende styrke
- Kontaktblødning – blødning ved/efter coitus og ved undersøgelse

Vigtigste undersøgelse GU kan give svar på om der er cervikalpolypper, sår, infektioner, udfyldninger som tegn på ekstrauterin graviditet, myofibromer, tumorer osv. Andre undersøgelser podninger, fjernelse af polypper, wet smear, hCG, hæmoglobin m.m.. Hvis usikker diagnose, suppleres i relevante tilfælde med blodprøver: FSH/LH, østradiol, prolaktin, androgener. Henvisning til UL-skanning. Vurdering hos gynækolog.

Vær afventende med abrasio/histologisk prøve ved

- Menoragi alene
- Sporadisk midtcyklusblødning hos kvinder < 40 år
- Præventionsrelaterede blødninger
- Præmenstruel blødning
- Sporadiske menstruationsblødninger < 1 år efter sidste menstruation (menopause)
- Endometrium < 4-5 mm ved UL-skanning

Behandlingen efter årsag

- Substitutionsbehandling med HRT eller p-piller
- Cyklisk gestagen fra 15-26. cyklusdag reducerer blødningsmængden med 25%
- Fibrinolysehæmmer (Tranexamsyre) reducerer blødningsmængden med 50%
- Prostaglandinhæmmer (NSAID) reducerer blødningen med 25%
- Gestagenspiral reducerer blødningsmængden med 97% dog pletblødning 3-6 (12) måneder
- P-piller eller metformin til kvinder med PCOS afhængigt af graviditetsønske
- Kirurgi ved ekstrauterine graviditeter, tumorer, cyster, fibromyomer
- Fjernelse af spiral til medicinsk behandling

Indikationer for henvisning til gynækolog

- Primær amenore efter fyldte 18. år
- Hormonel lidelse, hvor man ikke får blødningskontrol (blødning i > 10 dage i > 3 cyklusser)
- Mistanke om organisk lidelse

- Postmenopausal vaginalblødning, hvor der efter primær udredning opstår ny blødning, vedvarende blødning eller ved mistanke om cancer
- Uklare og komplicerede hormonelle lidelser
- Uklare palpationsfund ved GU

Klimakterium

Tidsintervallet med overgang fra reproduktiv til ikke-reproduktiv fase. Gestagen produktionen falder før østrogen produktion, der medfører anovulation og uregelmæssige blødninger strækkende over nogle år. Menopause er tidspunktet for sidste menstruation, men kan først bedømmes efter 1 år.

2/3 af alle kvinder har symptomer i form af blødningsforstyrrelser, hedeture, psykisk labilitet, søvnproblemer, led/muskelgener, urogenitale gener osv, hvor ½-delen ønsker behandling.

Anamnesen indeholder frygt, forventninger, holdning til evt. østrogenbehandling, samtale om seksuallivet og livskrise. Kost, kalk, D-vitamin, tobak og motion, familiær disposition til brystkræft og osteoporose i familien.

Undersøgelser består af GU, blodprøver (hgb, FSH/LH, TSH) og graviditetstest.

Behandling: symptomatisk

- Cyklisk gestagen i 12 dage/cyklus, til der ikke mere kommer bortfaldsblødning
- Cyklisk hormonbehandling med tabletter eller plaster – risiko for brystcancer, derfor grundig overvejelse og behandlingsvarigheden bør ikke overstige 5 år, herefter fornyet vurdering
- Kontinuerlig østrogen/gestagenbehandling fra 2-3 år efter menopausen
- Østrogenvagitorer eller -creme til lokalbehandling af urogenitale gener
- Hormonspiral efter gennembrudsblødning induceret af gestagen
- Clonidin forsøges mod hedeture, hvor østrogen er kontraindiceret f.eks. efter mammacancer
- Osteoporose behandles profylaktisk med kalk, D-vitamin og motion ½ time/dag, undgå tobakrygning, alkohol med måde
- Manifest osteoporose behandles med kalk, D-vitamin og bifosfonater

14. Den gravide patient i almen praksis. s. 159-162

Symptomer

- Manglende menstruation
- Morgenkvalme
- Brystspænding

Graviditet påvises ved en immunologisk test på kvindens urin ganske få dage efter udebleven menstruation. Hvis graviditeten er ønsket, skal lægen finde ud af det, om det drejer sig om en risikograviditet eller ej f.eks. arvelige forhold, tidligere sygdomme og infektioner, sociale forhold, arbejde, indtagelse af folinsyre, medicin, alkohol og rygning.

Den gravide skal tilbydes en risikovurdering, der består i en blodprøve (doubletesten) i uge 9 (8-11) og/eller en nakkefolds-skanning i uge 12 (11-13) samt svangreundersøgelsesprogram. Ved risiko $> 1/250$ for kromosomale defekter tilbydes supplerende undersøgelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve, der med stor sikkerhed kan påvise arvelige sygdomme eller kromosomfejl. Risiko ved disse undersøgelser er at 1 ud af 100 prøvetagninger ender med abort. Skanning for misdannelser foretages i ca. 18-20 uge, der kan påvise en række sygdomme og misdannelser. Det er vigtigt at informere om skanninger og mulige konsekvenser i form af et abnormt svar eller fund, så kvinden kan tage stilling til om hun vil handle på disse hvis hun tager imod tilbudet.

Formålet med svangreundersøgelser er at bevare moderens samt barnet liv og helbred under svangerskab, fødsel og barselsperiode. Svangreundersøgelser foretages i følgende uger

1. *Svangreundersøgelse 6-10 uge* – svangre- & vandrejournal udfyldes til svangreamb og jordemoder. De arvelige, sociale og arbejdsmæssige forhold noteres. Helbredsmæssige og gynækologiske forhold noteres mhp. evt. henvisning til obstetisk afdelingen, hvis det drejer sig om risikograviditet. Familiær disposition. Tidligere somatiske og/eller psykiske sygdomme. Medicin, alkohol, rygning. Screening for hepatitis B. Blod- & Rhesustype. Screening for rubella, parvovirus, toksoplasmose, HIV hvis relevant.
2. *Svangreundersøgelse ca. 25 uge* – vurdering af graviditeten med fokus på fosterets vækst og kvindens trivsel. Information om faresignaler f.eks. tegn på præeklampsi og UVI. Rhesus bestemmelse af foster hos rhesus negative kvinder.
3. *Svangreundersøgelse ca. 32 uge* – vurdering af graviditetens udvikling mhp. fosterets vækst og præsentation og kvindens trivsel. Evt. tegn på præeklampsi og UVI. Evt. fødselsønsker
4. *Svangreundersøgelse, kontrol efter fødslen (8 uger)* – vurdering af moderens fysiske og psykiske tilstand. Fødselsforløb, amning, forholdet til barnet, vandladning, vægt, BT, humør, fremtidig prævention. GU inkl. knibefunktion

Abort

Der er mulighed for abort ved uønskede graviditet. Denne skal foretages senest i 12. graviditetsuge. Lægen skal henvise kvinden til gynækologisk afdeling. Kvinden skal have information om medicinsk og kirurgisk abort. GU udføres mhp. fastsættelse af graviditetens længde og der testes for klamydia. Kvinden skal underskrive anmodning om abortus pro. Der skal aftales med patienten at de mødes efter indgrebet mhp. en snak om selve oplevelsen og evt. problemer samt en snak om fremtidig prævention.

Ufrivillig barnløshed

9 ud af 10 par med normale forhold i genitalier og normalt samliv kan opnå graviditet i løbet af 1 år. Hvis ej graviditet efter 1 år, opstartes et undersøgelsesprogram, hvor oplysninger om menstruationsmønster, samlejefrekvens, evt. genitale infektioner og operationer i dette område noteres. GU og undersøgelse af manglende genitalier mhp. podning for klamydia. Undersøgelse for ægløsning ved S-Progesteronmåling over 1 uge før forventet menstruation og undersøgelse af mandens sæd kvalitet. Hvis alt er normalt, venter man endnu 1 år. Efter endnu 1 år uden graviditet henvisning til fertilitetsklinikken.

Temaugge 4

15. Kroniske tilstande i almen praksis. s. 175-198

Kroniske sygdomme er relativt hyppige og udgør en væsentlig del af det daglige arbejde i praksis. De hyppigst forekommende langvarige sygdomme er muskel- og skeletsygdomme (16,3%), hjertekarsygdomme (6,5%), sygdomme i nervesystem og sanseorganer (5,2%) og åndedrætssygdomme (5,0%).

De 8 folkesygdomme som sundhedsvæsenet fokuserer på

- Diabetes type 2
- KOL
- Hjertekarsygdomme
- Osteoporose
- Muskel- og skeletlidelser
- Astma og allergiske sygdomme (overfølsomhedssygdomme)
- Forebyggelige kræftsygdomme
- Psykiske lidelser

Forebyggelse hos patienter med ↑ risiko for hjertekarsygdomme

Dyslipidæmi er en vigtig risikofaktor ved iskæmisk hjertekarsygdom og det gennemsnitlige kolesterolniveau i et land er en god prædikator for hyppigheden af iskæmisk hjertekarsygdom. Andre risikofaktorer: rygning hypertension og diabetes type 2. Når man skal beregne risiko for hjertekarsygdomme, skal det ikke alene vurderes på baggrund af en enkelt risikofaktor, men på baggrund af personens totale risiko for at udvikle iskæmisk hjertekarsygdomme.

Vurdering af totalrisiko er baseret på SCORE-systemet (Systematic COronary Risk Evaluation). Følgende risikofaktorer indgår i vurderingen af patientens samlede risiko for iskæmisk hjertekarsygdom: køn, alder, rygevaner, systolisk blodtryk og S-Kolesterol. Faktorerne forstærker hinandens effekt på sygdomsudviklingen. Skemaet kan kun bruges til raske, ikke folk med kendt hjertekarsygdom, diabetes eller familiær hyperkolesterolemie.

Rådgivning om livsstil er fundamentet for håndtering og behandling af iskæmisk hjertekarsygdom. Livsstilsråd gælder for både personer uden tegn på iskæmisk hjertekarsygdom og personer med iskæmisk hjertekarsygdomme. Patienter med en absolut 10 års risiko for at dø af hjertekarsygdom (CVD) på < 5% bør der almindeligvis ikke behandles medikamentelt. Hos patienter med en absolut 10 års risiko for at dø af CVD på 5% eller > bør man først forsøges at motivere patienten til at efterleve livsstilsrådene. Ved en absolut 10 års risiko for at dø af CVD på 10% eller > vil der oftest være nødvendigt at iværksætte medicinsk behandling udover at motivere til livsstilsændringer.

Rådgivning om livsstil

- *Rygeophør* – rygning fordobler risikoen for at udvikle iskæmisk hjertekarsygdom: ↑ kulilte i blodet, dårligere respiration, påvirkning af karvæggen og hjertemusklens iltforsyning, påvirkning af koagulationssystemet og måske ↑ vasokonstriktion pga. nikotin.

- Kostomlægning og motion svarende til Motions- & Ernæringsrådets anbefalinger (www.meraadet.dk)
 - Spis frugt og grønt – 6 om dagen
 - Spis fisk og fiskeoplæg – flere x om ugen
 - Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød – hver dag
 - Spar på sukker – især i sodavand, slik og kager
 - Spar på fedtet – især i mejeriprodukter og kød
 - Spis varieret og bevar normalvægten
 - Sluk tørsten i vand
 - Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter/dag

Virkningsmekanismer for kostens betydning synes at være flere: det mættede fedt f.eks. dyrefedt, medfører ↑ LDL-kolesterol. Komplekse kulhydrater som kornprodukter og grøntsager nedsætter LDL mens fisk virker antitrombotisk og nedsætter risikoen for udvikling af rytmeforstyrrelser.

- *Alkohol* – personer, der indtager 2-3 genstande dgl., har ↓ risiko for iskæmisk hjertekarsygdom sammenlignet med personer, der ikke har noget alkoholindtag. Ved ↑ indtag af alkohol ses ↑ dødelighed af andre årsager end iskæmisk hjertekarsygdom. Man skal derfor ikke anbefale folk uden alkohol i at indtage alkohol. Alkohol kan bl.a. forårsage kardiomyopati.
- *Motion* – virkningsmekanismen kompliceret og omfatter kredsløbsfysiologiske, muskuloskeletale og metaboliske ændringer, ↑ HDL-kolesterol, mens ↓ LDL-kolesterol og blodets triglyceridniveau, samtidig med at moderat fysisk aktivitet har en sænkende virkning på ↑ blodtryk. Motion har også en neurohormonal stimulerende effekt med ↑ optimisme og bedre humør. Der foretrækkes regelmæssig fysisk aktivitet, da de positive ændringer i blodlipiderne er kortvarige f.eks. korte daglige gåture er bedre end en lang tur i weekenden. Stor fysisk udfoldelse i ungdommen er ikke forbundet med ↓ forekomst af iskæmisk hjertekarsygdom senere i livet. Anbefalingen på 30 minutters moderat fysisk aktivitet hver dag er nok til voksne for at opnå en dokumenteret sundhedseffekt.

Den farmalogisk behandling af dyslipidæmi, hypertension eller hyperglykæmi begyndes efter nøje overvejelse, fordi behandlingen principielt er livsvarig og ikke nødvendigvis harmløs.

- Acetylsalicylsyre (Hjertemagnyl®) anbefales til personer med velreguleret hypertension og mænd med multifaktoriel ↑ risiko for iskæmisk hjertekarsygdom. Gives ej som forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdomme pga. risiko for blødning i mavearmkanalen og hjernen. Dosis 75 mg dgl.
- Lipidsænkende medicin (Simvastatin®) på baggrund af den samlede absolute risiko for iskæmisk hjertesygdom og lipidprofilen. Bedst effekt hos personer med ↑ risiko. Målet er
 - Totalkolesterol < 5,0 mmol/l og LDL-kolesterol < 3,0 mmol/l. Patienten med CVD eller DM totalkolesterol < 4,5 mmol/l og LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l
 - HDL-kolesterol > 1,0 mmol/l og triglycerider < 2 mmol/l. ↑ værdier udgør dog ikke behandlingsmål i sig selv
 - For patienter med meget ↑ værdier (f.eks. familiær hyperkolesterolemie) reduktion på mindst 50% for LDL-kolesterol realistisk og det kan være svært at opnå LDL < 3,0 mmol/l hos disse personer.
- Antihypertensive behandling – uden diabetes BT < 140/90 mmHg, med diabetes BT < 130/80

Forebyggelseskonsultation

Praktiserende lægers overenskomst giver mulighed for at tilbyde en særlig forebyggelseskonsultation til personer der har en 10 års risiko for at dø af hjertekarsygdomme på 5% eller >. Konsultationen er baseret på en motiverende samtale mhp. livsstilsændringer, patientens egen vurdering, specifik rådgivning afhængigt af risikoprofil og aftale/kontrakt om livsstilsændringer.

Opfølgende konsultationer for at tage følgende problemstillinger op

- Vurdering af om behandlingsmålene er nået
- Hvordan går det med livsstilsændringerne? Er der behov for mere rådgivning om livsstil? Skal der, efter at patienten er stoppet med rygning, f.eks. tages hul på kostvejledning?
- Vurdering af behov for evt. supplerende medicinsk behandling. Kan der forventes yderligere effekt af livsstilsændringerne?
- Ved medicinsk behandling vurderes indikationen for justering af behandlingen, hvis målet ikke er nået eller hvis der er bivirkninger. Er der ikke effekt af en iværksat behandling eller er indikationen for behandlingen forsvundet, må man overveje at seponere den
- Det er vigtigt at spørge til patientens syn på, hvordan det går og hvordan han/hun har det! Uden patientens fortsatte accept af behandlingen vil kompliance være dårlig

Diabetes type 2

En livsstilssygdom. Optræder oftest > 40-årsalderen, men ses med ↑ hyppighed helt ned til teenagealderen. Type 2 diabetikere kan forårsage følgesygdomme (makrovaskulær og mikrovaskulær sygdom) hvilket resulterer i en overdødelighed på 2-3 x sammenlignet med ikke-diabetikere og en 5-10 år kortere restlevetid. Risikoen for følgesygdomme kan nedsættes ved livsstilsændringer samt ved polyfarmakologisk behandling.

Screening for diabetes type 2

- ↑ tørst / ↑ vandladning
- Spontan vægttab
- Træthed/uoplagthed
- Synsforstyrrelser
- Genitalkløe
- Hyppige infektioner

Risikotilstande med ↑ risiko for diabetes type 2

- Overvægt BMI > 30 kg/m²
- Type 2 diabetes blandt forældre eller søskende
- Hjertekarsygdomme eller udtalt familiær disposition herfor
- Fodsår
- Tidligere gestational diabetes, fødsel af store > 4,5 kg børn eller dødfødsler
- ↓ fysisk aktivitet og ↑ alder

I henhold til WHO's diagnostiske kriterier kan man benytte blodglukose (BG) til at stille diagnosen.

Behandlingsmål

- HbA_{1c} < 6,1%
- Fastende plasmaglukose < 7 mmol/l
- Ikke-fastende plasmaglukose < 10 mmol/l
- BT uden mikroalbuminuri < 130/80 mmHg
- BT med mikroalbuminuri < 125/80 mmHg
- Total kolesterol < 4,5 mmHg
- Hos overvægtige væggtab på 5-10% har god virkning på regulation

Det anbefales at patienten møder til kontrol hver 3. måned. Glukose, blodtryk, lipider og vægt måles og afhængigt af om behandlingsmålet er nået eller ej, kan lægen sammen med patienten vælge at ændre behandlingsintensiteten eller at ændre ambitionsniveauet, som behandlingsmålet er udtryk for. En gang om året screenes patienten for følgesygdomme og behandlingsmål tages op til revision. Farmaka til behandling af glukose, blodtryk, lipider og hjertemagnyl som blodfortynding anbefales specielt til alle type 2 diabetes med mikroalbuminuri og klinisk hjertekarsygdom.

Komplians ved livsstilsændringer er ca. 10-20% mens complians til farmakologisk behandling er 50-70%. Manglende compliance er hindring for at patienten drager nytte af de nye medicinske landvindinger og er stor udfordring for den praktiserende læge. Følgende kan bidrage til ↑ complians i AP

- Den motiverende samtale
- Patientuddannelse inkl. hjemme-blodsukkermåling
- Brug af patientdagbøger
- Henvisning til diabetesskoler og tværfagligt samarbejde med diabetesambulatoriet, lokale speciallæger, diætister og statsautoriserede fodterapeuter, evt. brug af sygeplejerske i AP
- At etablere en metode til at minde patienterne om at der er tid til at blive kontrolleret (evt. computerudskreven indkaldelse)

KOL – Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

En langsomt progredierende sygdom karakteriseret ved vedvarende luftvejsobstruktion (FEV₁/FVC < 70%) som følge af kronisk bronkitis eller emfysem. Kan være delvis reversibel. Vigtigste årsag: rygning. 15% af alle rygere udvikler KOL. Virkningsmekanismen er acceleration af det aldersbetingede fald i lungefunktionen.

	Klinisk stadium	Spirometri	Brug af sundhedsvæsen
Mild	Tobakshoste, mindre eller ingen åndenød	FEV ₁ > 80%	Ukendt
Moderat	Åndenød (+/- hvæsen) ved anstrengelse og hoste (+/- sekret)	FEV ₁ 50-79%	Kendt i AP
Svær	Åndenød ved beskeden anstrengelse eller konstant. Svær hvæsen og hoste, cyanose, perifer ødemer og polycytæmi hos nogle	FEV ₁ < 50%, evt. hypoxi og hyperkapni	Oftest kendt i specialafdeling og i AP

Diagnosen stilles vha. spirometri og måling af FEV₁ og FVC. Hvis FEV₁/FVC < 70% kan tilstanden skyldes KOL eller astma. Ved den initiale udredning skal der udføres reversibilitetstest med bronkodilatator for at

udelukke astma (stigning i FEV1 > 500 ml taler stærkt for astma). Graden af KOL (mild, moderat eller svær) klassificeres ved FEV1 i forhold til den forventede FEV1-værdi (alder og køn) og angives i %.

Røntgenundersøgelse af thorax foretages når der er differentialdiagnostiske overvejelser – hoste kan være et symptom på lungecancer eller når FEV1 < 60%.

Behandling

- Mild sygdom FEV1 80% – rygeophør. Ved åndenød inhaleres beta₂-agonist eller antikolinergikum
- Moderat sygdom FEV1 50-79% – som ovenfor. Evt. behandling med inhalationsteroid. Forsøg med langtidsvirkende bronkodilatorer. Årlig influenzavaccination. Fysisk træning. Vægtreduktion/sund mad (malnutrition er almindelig blandt KOL-patienter)
- Svær sygdom FEV1 < 50% – som ovenfor. Evt. behandling med inhalationssteroid. Henvielse til specialist mhp. vurdering af
 - At få diagnosen verificeret
 - Hjertekomplikationer og evt. behandling herfor
 - Indikation for hjemmeiltbehandling
 - Indikation for forstøver

Et væsentlig element i behandlingen af KOL er at inddrage patienterne i planlægningen af kontrol og behandling vha. af undervisning og informationer. Flere sygehuse har oprettet lungeskoler hvortil patienterne kan henvises.

Akut eksacerbation af KOL

Mange KOL-patienter får 2-4 x om året en akut forværring med tiltagende hoste, purulent ekspektoration, dyspnø, temperaturforhøjelse (subfebril), angst/uro og i svære tilfælde bevidsthedssløring pga. hypoxi og hyperkapni. Den vigtigste årsag til eksacerbation er viral eller bakteriel bronkopulmonal infektion.

Behandling:

- Behandling af udløsende faktorer – ved mistanke om bakteriel infektion antibiotika f.eks. penicillin 2 mio. x 3 eller ampicillinpræparat 500 mg x 3 i 10 dage
- Bronkodilaterende behandling – ↑ dosis af inhaleret beta₂-agonister og antikolinergika, evt. i kombination. Po bronkodilatorer: beta₂-agonister eller i sjældne tilfælde teofylliner
- Behandling af luftvejsødem – prednisolonkur f.eks. 50 mg i 3 dage, 25 mg i 3 dage, 12,5 mg i 3 dage
- Forhindring af sekretproblemer – rigelig væskeindtagelse for at undgå udtørring af luftvejssekreter
- Opfølgning – aftale om kontrol efter 1 eller få dage, så lægen kan sikre sig, at tilstanden er bedret

Faktorer der taler for indlæggelse ved KOL-eksacerbation

- Svært ↓ lungefunktion i stabil fase
- Patienten er i forvejen i langtid-iltbehandling
- Patienten er pga. åndenød blevet immobile under eksacerbationen

- Patienten kan ikke sove eller spise pga. åndenød
- Ambulant behandling har ikke forbedret tilstanden i løbet af få dage
- Komplicerede sygdomme som f.eks. iskæmisk eller kongestiv hjertesygdom

Objektiv

- Kliniske tegn på pneumoni
- Nytilkomne perifere ødemer eller dehydrering
- Patienten er konfus, udtrættet eller angst
- RF > 25
- P > 120

16. Forebyggelse i almen praksis. s. 200-212

- *Primær forebyggelse* har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå. F.eks. forbedring af dårlige boliger og dårligt arbejdsmiljø. Vaccinationer. Formidling om skadevirkninger af rygning og alkohol. Kostvejledning. Motion i skolen
- *Sekundær sygdomsforebyggelse* handler om tidlig opsporing af sygdom for derved at afkorte et sygdomsforløb eller medvirke til bedre prognose
F.eks. screening for cervixcancer. Påvisning af fejludvikling hos enkelte individer
- *Tertiær sygdomsforebyggelse* handler om forebyggelse af yderligere sygdom eller tilbagefald hos i forvejen syge mennesker.
F.eks. mange former for behandling af kroniske sygdomme. Tidlig opsporing af komplikationer. Rygeophør ved hjertesygdom. Velreguleret sukkersyge
- *Kvartær forebyggelse* – f.eks. forebyggelse af overmedicinering (polyfarmaci). At beskytte patienten mod overbehandling, risikofyldte undersøgelser der måske ikke hjælper

Man skelner mellem

- Borgerrettede forebyggelse – primær forebyggelse rettet mod den raske del af befolkning
- Patientrettede forebyggelse – sekundær og tertiær forebyggelse der indeholder elementer af sundhedsfremme og rehabilitering og som følger sundhedsvæsenet sammen med patienter f.eks. kontroller af diabetes mellitus, hypertension m.m.
- Rehabilitering – sundhedsaktiviteter der indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme med det formål at patienten lærer at leve med sin kroniske sygdom og begrænse det psykiske, fysiske eller sociale funktionstab sygdommen kan medføre. Genoptræning, mestring, genplacering på arbejdsmarkedet, evt. revalidering m.m.

Der foregår en betydelig forebyggelsesindsats i AP ud over de skemalagte forebyggende undersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer, smear-screening, opsøgende hjemmebesøg m.m.. Der er forebyggende elementer i 2/3 af alle konsultationer. F.eks. den praktiserende læges tilbagevendende kliniske og parakliniske kontrol af patienter med diabetes type 2 eller hypertension mhp. justering af behandling og samtaler om patientens egne muligheder for at udskyde eller undgå komplikationer til sygdomme.

I det forebyggende arbejde skal lægen integrere medicinsk-biologisk viden om eksempelvis risikofaktorerens potentielle skadevirkninger, medicinsk-psykologisk viden om eksempelvis mestringsstrategier og ambivalens, men samtidig også viden om netop den patient, han sidder over i netop denne konsultation. Patienter er ikke ens, og derfor skal de behandles forskelligt – også når det gælder forebyggelse. Når det gælder livsstilsrådgivning, foretager praktiserende læger ikke bare en risikovurdering, men også en ressourcevurdering af den enkelte patient.

Motivationssamtalen er en samtalestil, der giver mulighed for en værdig kommunikation. Princippet er, at lægen tager udgangspunkt i patientens egen opfattelse af det gode og det dårlige ved at ryge og får patienten til at overveje fordele og ulemper ved livsstilen. På den måde kan patientens egne motiver for evt. ændring trækkes ind i dialogen. Lægens rolle er at være facilitator for patientens refleksion – vende tingene lidt på hovedet, så patienten kan se på sin livsstil på en lidt anden måde end før. Lægen hjælper på den måde patienten til at arbejde med både den modstand, der helt naturligt ligger i at skulle ændre, og med den motivation, hun har for at ændre. Men det er patienten selv der skal tage beslutningen om at ændre. Det kræver at lægen respekterer patientens opfattelse og giver den tid, det nu engang tager at omlægge vaner.

17. Sundhedsbrøken. Empowerment. s. 202 og s. 207-209

Inden for almen medicin arbejdes med begrebet sundhedsbrøken – en model, der beskriver sundhedstilstanden som forholdet mellem patientens ressourcer og belastninger. Hvis belastningerne overstiger ressourcerne, opstår vantrivsel og sygdom. Det sker også, hvis ressourcerne ikke er til stede eller ikke bruges. Denne balance mellem patientens kræfter og belastninger kaldes også trivselsbrøken, forebyggelsesbrøken eller ressourcebrøken. Ud fra denne model er det lige så vigtigt at finde ud af det hvad der holder folk raske (salutogenesis) som hvad der gør folk syge (pathogenesis). Sundhedsfremme handler således om dels at styrke personens mestringsevne og ressourcer dvs. at maksimere de positive kræfters indflydelse, dels at reducere belastninger dvs. at minimere de negative kræfters indflydelse.

Ressourcer omfatter alt, der styrker sundhed og modstandskraft i krop og sjæl. 4 områder har betydning

- Trivsel
- Mestring
- Overskud
- Social støtte

Forskningen viser at følelsen af sammenhæng eller mening med livet har betydning for sundhed og evne til at mestre sygdomme, belastninger og traumer. Evnen til at tro på at man selv aktivt kan bidrage til at løse problemer eller bestemme over sit eget liv, har en positiv indflydelse på helbredet.

Forebyggelse ved opsporing af belastninger, risikofaktorer eller tidlige sygdomsstadier foregår sporadisk i den enkelte konsultation som opportunistisk screening eller som systematiseret screening. Lægen skal være opmærksomhed på patientens manglende selvværd eller afdækning af sociale risikoparametre, som også skal indgå i overvejelserne.

Lægens opgave er at lede bort fra risikotænkning og fokusere på ressourcemobilisering hos patienten ved at spørge direkte til patientens ressourcer for at få flyttet fokus over på patientens stærke sider. Ressourcefremmende dialog giver et andet samarbejde mellem læge og patient og er et godt supplement til samtalen om belastninger og risikofaktorer. For at øge ressourcerne hos den enkelte, bruges et særligt redskab, *empowerment*, der er en proces eller en indsats, der gøres for at give borgere handleevne, kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed. F.eks. motiverende og sundhedsfremmende samtaler, understøttelse af forælderrollen, understøttelse af ressourcer hos kroniske patienter.

18. Ældre mennesker i almen praksis. s. 267-283

Alderdom er ikke en sygdom, men med årene øges risikoen for svækkelse og sygdom. Denne ↑ sårbarhed skyldes aldersforandringer fra molekylenniveau over cellenniveau til sammensatte organfunktioner. Kroppens homøostatiske mekanismer bliver med alderen mere følsomme for f.eks. udtørring (↑ risiko for delir), mindre præcise f.eks. besvær med at genopnå normalvægt efter sygdom, langsommere f.eks. tager rehabilitering efter operation længere tid, og sværere at opretholde over længere tid hvad der bevirker at f.eks. hedebløge kan være livstruende for ældre.

Med alderen øges risikoen for at miste ætefælle, familie og venner. Stort set alle mister sociale roller ved ophør på arbejdsmarkedet. Risikoen for isolation og afhængighed af andre mennesker øges med alderen. Døden kan være nærværende. Den enkelte menneskes psykiske evne til at håndtere disse forandringer i livet (mestringsevne) har stor betydning for hvordan man klarer alderdommen.

De hyppigste årsager til lægekontakter blandt ældre mennesker er hjertekarsygdomme, sygdomme i bevægeapparatet, psykiske problemer og lungeproblemer.

Fakta siger at gamle mennesker i Danmark har aldrig haft så gode levekår som idag. De fleste gamle er raske, aktive og klarer sig godt.

- Det er formentlig kun ca. 4% der lever under EU's fattigdomsgrænse
- 6% af 65+ årige er ufrivilligt alene
- 20% af 65+ årige får hjemmehjælp, oftest lettere praktisk hjælp
- 40% af 80+ årige får hjemmehjælp
- 25% af 80+ årige kommer ikke på gaden
- 2-3% af 80+ årige har regelmæssig kontakt med hjemmesygeplejen
- 6% af 65+ årige behøver så meget hjælp, at de må bo på plejehjem
- 25% af 85+ årige behøver så meget hjælp, at de må bo på plejehjem
- 50% af alle sengedage bruges af 65+ årige
- 25% af 75+ årige indlægges mindst 1 x årligt

Diffuse symptomer

Gamles symptomer og sygdomsbilledet kan være anderledes end yngres. Gamle oplyser ikke altid om hvordan de har det, fordi de anser eventuelle skrøbeligheder for at være en naturlig del af alderdommen. Gamle har ofte flere påvirkede helbredsforhold samtidig, der kan gøre udredningen svær. Hvis mental

svækkelse/forvirring indgår, kan tilstanden og udredningen yderligere være vanskelig. Almen symptomer som træthed, svimmelhed, ↓ appetit, usikker gangfunktion, vægttab og mentale problemer kan være eneste symptom på underliggende somatisk sygdom (f.eks. UVI) og skal altid give anledning til diagnostiske overvejelser og ikke blot tilskrives aldring. Specielt træthed i form af uoverkommelighedsfølelse er en prognostisk markør mht. ændringer i helbred og bør tages alvorligt som et første udtryk for et nyt helbredsproblem. Evnen til at reagere med temperaturstigning kan være ændret med alderen, og feber er ikke nødvendigvis til stede ved infektionssygdomme. Især svære syge (f.eks. septikæmi, meningitis, peritonitis) kan blot være subfebrile eller endda hypoterme, og klassiske infektionstegn kan være erstattet af almen svækkelse, træthed og delir. Smerter kan være mindre dominerende end hos yngre, f.eks. kan AMI blot give uro i brystet, almen svækkelse eller åndenød. Mavesår behøver ikke at præsentere sig med lokaliserede symptomer, men kun med ↓ appetit, vægttab og anæmi. Akut abdomen kan præsentere sig med lette smerter og ikke nødvendigvis defence ved bughindebetændelse.

Fald

Fald er den hyppigste ulykke hos ældre mennesker. Ca. 30% af alle > 65 år oplever at falde mindst 1 x årligt og risikoen for gentagelse fordobles året efter det første fald. Hos 2-6% medfører fald et knoglebrud, hvor lårbensbrud er den alvorligste og rammer > 8000 ældre/år. Det er vigtigt at få afgrænset, om der er specifik årsag eller sygdom fra hjerte eller hjerne eller der er tale om dårlig balance pga. almen svækkelse i et sammensat sygdomsbillede. Det kan være det første tegn på et demensforløb pga. neurodegenerative påvirkning af det følsomme balanceapparat. Deprimerede ældre mennesker kan også have ↑ faldtendens. De er ofte ukoncentrerede og trækker sig tilbage fra det sociale liv, der har holdt dem i gang fysisk og psykisk. Lettere somatiske skrøbeligheder oveni kan medvirke i årsagskæden. Ortostatisk reaktioner og polyfarmaci. Nogle hypertonicere har pludselig for kraftig effekt af deres antihypertensive, fordi dosis ikke er blevet justeret som årene er gået. Endvidere har ikke så få ældre et større alkoholforbrug, end de faktisk kan tåle, da tolerance for alkohol nedsættes med alderen. Der er gode grunde til at tænke på de 5 D'er (demens, depression, delir, droger og druk) undervejs i anamnesen.

Osteoporose

En tilstand med ↓ knoglemasse og ændring af knoglearkitekturen der fører til ↑ frakturrisiko. Typiske osteoporotiske brud forekommer i rygsøjlen, håndled og lårbenshals.

Ifølge WHO er osteoporose defineret ud fra knoglemasse værdier målt ved knoglemineralundersøgelser

- Normal knoglemasse – 0-1 SD under gennemsnit
- ↓ knoglemasse – 1-2,5 SD under gennemsnit
- Osteoporose – > 2,5 SD under gennemsnit
- Udtalt osteoporose – > 2,5 SD under gennemsnit + påvist fraktur

Disponerende faktorer

- Arv
- Kropsbygning

- Tobak
- Motion
- Kost

Sekundære faktorer

- Forskellige kroniske sygdomme
- Medikamentel behandling
- Tidlig menopause
- Træningstilstand, kropsfunktion m.m.

Disse faktorer skal afklares og der udføres klinisk undersøgelse med højde, vægt, vurdering af ryggen (kyfose) og evt. blodprøver med hgb, SR, calcium, albumin, kreatinin, TSH, PTH, kortisol samt henvisning til knogleskanning (BMD-skanning).

Knogleskanningen udføres hvis mindst 1 af følgende forhold er til stede

- Lavenergifraktur
- Glukokortikoidbehandling med > 5 mg prednisolon/dag i > 3 måneder
- Arvelig disposition i lige linje til osteoporotisk fraktur
- BMI < 19 kg/m²
- Menopause < 45 år
- Sygdom, der disponerer til osteoporose

Behandling

- Motion, fysisk aktivitet påvirker udviklingen af maksimal knoglemasse og bremser knogletabet
- Tobakophør
- Tilstrækkelig calciumindtagelse – mindst ½ L mælkeprodukter dgl. eller 1-1,5 g calcium som tabletter
- Faldprofylakse med f.eks. balancetræning, kontrol af syn, fjernelse af løse småtæpper osv.
- Multivitamin 800 mg calcium og 10 mikr.g. D-vitamin dgl. anbefales som kosttilskud til de fleste 65+
- Bisfosfonater, raloxifen
- PTH-præparater
- Østrogener peri- og postmenopausalt hos kvinder i sjældne tilfælde

Lægens opgaver i forhold til gamle patienter

Lægen skal give god tid til at lytte til den gamle. Skal være nærværende og tale tydeligt. Tillid og tryghed er forudsætning for at informationer kan gives og modtages optimalt. Lægen skal være lydhør overfor træthed, åndenød og uforklarede smerter. Utsigtet væggtab eller dårligt selvoplevet helbred er risikomarkører på at noget kan være galt. Der er ↑ sårbarhed af helbredet efter sociale begivenheder som flytning og tab af ægtefælle samt ikke mindst hvis man har været indlagt på sygehus. Lægen skal være opmærksom på såsom UVI eller kognitiv usikkerhed, som de gamle ikke selv vil nævne.

Specielle helbredsproblemer

- *Syn, hørelse, evnen til at tygge mad eller passe et par sko* – afgørende betydning for livskvalitet
- *Forstoppelse* – f.eks. forårsaget af dehydrering eller iatrogene årsager først og fremmest medicinbivirkninger. Lægen skal understrege vigtigheden af rigtig fiberrig kost og fysisk aktivitet
- *Urininkontinens* – lægen skal vurdere hvilken type inkontinens det drejer sig om, udføre de mest simple udredninger med vandladningsskema og udelukke de mest almindelige sygdomme, der forårsager inkontinens. Social isolation pga. inkontinens bør ikke forekomme
- *Livsstil* – efterlevelse af de almindelige kendte livsstilsråd om at bevæge sig, spise sundt og undgå overdriven brug af stimulantia. Opfordring til fysisk aktivitet
- *Funktionsevne kan vurderes ved at sammenholde*
 - Hvor meget hjælp personen får
 - Om der er træthed ved mobilitet (Avlunds mobilitetstest)
 - Hvor mange x personen kan rejse og sætte sig på en stol på et ½ minut

Hvis funktionsevnen falder, skal lægen udelukke at det skyldes sygdom

I AP

- *Helbreds vurdering* – medicinsk anamnese, objektiv undersøgelse og evt. laboratorieundersøgelse med grundig gennemgang af håndkøbs- og receptpligtig medicin
- *Funktionsevnevurdering* – en objektiv måling af funktionsevnen f.eks. Avlunds mobilitets/træthedsskala samt "rejse-og-sætte-sig-testen" inkl. aspekter af hvordan dagligdagen fungerer og hvilken hjælp der evt. gives
- *Mental vurdering* – undersøgelse for kognitiv funktion, humør og evt. overforbrug af alkohol eller andre stimulantia (husk de 5 D'er: delir, depression, demens, druk, droger)
- *Social vurdering* – netværk, bolig, økonomi og mulighederne for deltagelse i lokalsamfund: transport, social samvær, fysisk aktivitet osv. Et stærkt netværk reducerer dødeligheden og øger chancen for at blive rask efter sygdom og omvendt kan social isolation bidrage til svækkelse og tidlig død

5 D'er

- *Demens* – vurdering af den kognitive funktion med Mini Mental State Examination, urskivetest eller lignende psykometrisk test. Almindelig daglig levevis (ADL), humør og adfærd
- *Depression* – kan være svær at diagnosticere. Symptomer på f.eks. myksødem, anæmi, hjertesygdom eller infektioner kan minde om depression. Eller depression kan komme til udtryk i somatiske symptomer: træthed, anoreksi, vægttab, ændret søvnmønster eller immobilisation. ↑ selvmordshyppighed, især hos mænd. Medikamenter som digoxin, betablokkere og benzodiazepiner kan give bivirkninger i form af depression. Depression kan vurderes hva. Geriatrik Depressions-skala. Behandling er omsorg, støtte og medicin. Evt. psykologisk hjælp.
- *Delirium* – gamle har lettere ved at udvikle konfusion og delirium (forvirringstilstand) ved sygdommen. Delirium udløses ved metaboliske forstyrrelser, infektioner og forgiftninger. Det er en overset tilstand med uklarhed, manglende koncentrationsevne, desorientering, fejltolkninger stigende til hallucinationer og usammenhængende tankegang. Den gamle er præget af passivitet og

inaktivitet end af agitation. Tilstanden vekslende i intensitet. Medikamenter specielt non-steroide antireumatika, antikolinergika, digoxin, psykofarmaka, steroider og morfika kan udløse/forværre delirium, ligesom alkohol og for hurtig seponering af hyponotika/sedative. Vigtigt med basal væsketerapi og eliminerer den udløsende årsag. Psykofarmaka ej gives uden diagnostisk afklaring.

- *Droger (medicin)* – vær opmærksom på polyfarmaci og interaktioner. Interaktionsrisikoen kan let blive uoverskuelig. Obs medicin i doseringsæsker. Hyppigste symptomer: uforklaret træthed, forvirring, depression, svimmelhed, fald, ortostatisk reaktioner, obstipation, Parkinson lignende symptomer. Der tilstræbes rational farmakoterapi hos ældre
 - Er medikamentel behandling nødvendig? Er medikamentel behandling effektiv?
 - Start slow – go slow
 - Indikation for fortsættelse af behandling er lige så vigtig som indikation for påbegyndelse
 - Følg regelmæssigt op. Overvej om hvordan og hvornår et medikament kan seponeres
 - Når nyt medikament tilføjes – kan et andet seponeres?
 - Alle nye symptomer kan være forårsaget af lægemidler
 - Bivirkninger skal ikke behandles med nye medikamenter
 - Sørg for at have løbende overblik over den samlede aktuelle medicinindtagelse
 - Årlig gennemgang af al medicin
 - Husk relevante interaktioner (naturlægemidler og kosttilskud)
 - God kommunikation med aktører i sundhedsvæsenet, der yder farmakologisk behandling
- *Druk (alkohol)* – ses som en lettere intellektuel reduktion, der i mange tilfælde er reversibel, hvis misbruget ophører. Tænk alkohol ved ukarakteristiske symptomer. Manglende kost kan føre til fejlernæring med anæmi og evt. kardiell inkompensation som det kliniske billede, der præsenteres. Forbruget bliver ofte undervurderet. Demente har formentlig ↑ følsomhed for alkohol.

KLINISKE EKSAMENSSPØRGSMÅL

Klinisk spørgsmål 1

Peter på 3 år har haft feber og været urolig og sovet dårligt. Peter er nr. 2 af 2. Mor ringer om morgenen. Hun er bekymret, for feberen er næsten 40°. Han drikker fint, ser tegnefilm i fjernsynet og virker ikke urolig. Har fået en supp. panodil om morgenen. Hvad vil du sige til moderen?

Lægen vil stille en række spørgsmål for at sikre sig der ikke er nogen alvorlige symptomer samt danne et indtryk af familien

- Hvor længe barnet har haft feber? Drikker barnet? Våde bleer? Aktivitet (leg)? Viser interesse?
- Andre symptomer – forkølelse, trækker i ørerne, hoste, opkast, diarre, udslæt (petekkier), klager over smerter, hovedpine
- Hvad er det for en familie lægen har med at gøre? Hvad er det for en mor (ressourcer, uddannelse, socialklasse, gift/enlig, ung mor)? Tidligere erfaringer med det første barn? Er moderen i stand til at tolke barnets udtryk – om det er alvorligt sygt?
- Hvordan er temperaturen målt?
- NRS?
- Udslet (petekkier)?
- Omgivelserne? Er det andet barn også syg eller andre i familien?
- Evt. infektionsfokus (øre, mave, hals, sår)
- Vurdering af bekymringsgrad? Er moderen trygt ved afventen? Eller er hun ængstelig?
- Vurder behovet for ydelse (konsultation)?
- Feber > 38,5°C > 1 døgn skal barnet ses samme dag !!!
- Alarmsymptomer
 - Små børn
 - Forældre meget ængstelige
 - ↑ feber (> 40,5°C)
 - Barnet slapt (stille, sløv, bleg hud)

Information til moderen

Hun skal give barnet rigeligt med væske, da det mister meget væske, giv barnet let påklædning for at undvige varmen, gerne en klud opvredet i koldt vand og lægge det på panden, som kan være lindrende og kølende. Hun skal holde øje med hvor meget barnet drikker og tisser. Hun skal kun give panodil, hvis barnet klager over smerter og ikke for at få feberen ned.

Moderen skal komme ind med barnet, da barnet har haft feber > 38,5°C i > 1 døgn eller komme akut ind hvis barnet er sløjt og utilpas, barnet har mistet meget væske (↑ perfusion), får feberkrampe, barnet får hurtig eller stødende vejrtrækning eller moderen får mistanke med meningitis.

I konsultation

St.p. et c., kig på huden, lymfeknuder, NRS, otoskopi, kigge i fauces, observer almen tilstand.

Hvis ej fokus, kan barnet sendes hjem igen med information til moderen om at henvende sig ved forværring af feber, symptomer eller påvirket tilstand.

Klinisk spørgsmål 2

67 år gammel mand, tidligere kontorchef, gift, henvender sig med tiltagende dyspnø gennem nogle måneder. Er ryger gennem mange år. 20 pakker. Ellers rask. Rtg-billede for 3 måneder siden viser i.a. Intet vægttab eller påvirket AT. Hvad vil du gøre?

Åndenød eller dyspnø betegner den subjektive fornemmelse af besværet vejtrækning. Patientens alder er en afgørende faktor. Hos børn skyldes åndenød hyppigst infektion og/eller astma, hos yngre voksne astma eller psykiske årsager, og hos ældre er hjerteinsufficiens og KOL mest almindeligt.

Anamnese

- Drejer det sig om åndenød ved anstrengelse? Tale- eller hviledyspnø?
- Ledsagende hoste og opspyt af slim?
- Hvilken farve har opspytet? Grøn, gul, hvid, rød?
- Feber?
- Smerter evt. respirationssynkront?
- Tidligere hjertelungesygdomme eller allergi?
- Brystsmerter eller hjertebanken?
- Hvor længe og hvor meget ryger han? – direkte sammenhæng mellem kumuleret tobaksforbrug (antal pakkeår) og sværhedsgraden af KOL
- Er funktionsniveauet påvirket?
- Hvorfor fik han lavet røntgenbilledet for 3 måneder siden?

Klinik

- Almen tilstand: akut/kronisk præget? pibende vejtrækning i hvile? Hudfarve? Ernæringsstilstand?
- St.c. et p.
- Peak flow måling
- Spirometri: FEV1/FVC for at vurdere om det drejer sig om let KOL (FEV1 \geq 80%), moderat KOL (FEV1 = 50-79%), svær KOL (FEV1 = 30-49%) og meget svær KOL (FEV1 < 30%)
- Reversibilitetstest ved differentialdiagnostiske overvejelser overfor astma
- Pulsoxymetri, temperatur, BT og puls
- Blodprøver inkl. infektionstal. Ved mistanke om lungecancer LDH, SR, laktat
- D+R af ekspektorat
- Podning fra halsen
- Røntgen af thorax – mistanke om pneumoni, pneumothorax og altid ved mistanke om lungecancer
- EKG og EKKO – mistanke om hjerteinsufficiens (hviledyspnø)
- Grundig undersøgelse af ekstremiteter – ved mistanke om lungeemboli (DVT) og KOL (ødemer)

Differentialdiagnoser

- Hos ældre – hjertesvigt (lungeødem, lungeemboli, pulmonal hypertension), lungebetændelse, astma, pneumothorax, fremmedlegemer, lungecancer, bronkoektasier, TB, KOL
- Hos unge personer – α_1 -antitrypsin mangel eller cystisk fibrose

Diagnose i casen formentligt begyndende KOL, da lungecancer er udelukket pga. et normalt røntgenbillede for 3 måneder siden samt intet væggtab eller påvirket almen tilstand.

Behandling og råd

- Opfordrer patienten til rygestop evt. nikotinsubstitution (Zyban® (bupropion), Champix® (Vareniclin))
- Ved let KOL – information samt influenzavaccination. Reduktion af risikofaktorer (rygning). Korttidsvirkende bronkodilatorer ved behov
- Moderat KOL – + evt. 1 eller flere langtidsvirkende bronkodilatorer. Evt. lungerehabilitering
- Svær KOL – + inhalationssteroid ved gentagne eksacerbationer.
- Meget svær KOL – + pulsoxymetri mhp. indikation for evt. iltbehandling
- Ved pneumoni po antibiotisk behandling f.eks. Primcillin i 7 dage
- Patientuddannelse, opfordring til fysisk aktivitet og evt. henvisning til lungerehabilitering
- Henvisning til lungeafdelingen ved meget svær KOL og/eller saturation < 90% i hvile, ved differentialdiagnostiske problemer eller diskrepans mellem spirometريفund og symptomer. Medicinsk behandling med bronkodilatorer og inhalationssteroid ved symptomer. Antibiotika ved akut forværring i KOL, hvilket oftest skyldes nedre luftvejsinfektion.

Alarmsymptomer – patienten skal indlægges akut

- Hviledyspnø
- Cyanose
- Cerebral påvirkning
- Udtrættet patient
- Hos voksne astmapatienter PF > 100, RF > 25

Klinisk spørgsmål 3

28 år gammel mand, chauffør, gift med jævnaldrende sosu-assistent henvender sig med hoste og anfaldsvis dyspnø, især ved anstrengelse. Ingen feber, ingen hævede ben, BT: 130/80. Ikke ryger. Ved stetoskopi høres enkelte ronchi. Ingen kreptation. Hvordan vil du gribe konsultationen ad?

Anamnese

- Hvor længe har han haft disse symptomer? Hvor tit?
- Forværrende eller lindrende faktorer?
- Ledsagende feber eller andre symptomer?
- Tør eller produktiv hoste?
- Hoste om natten? Hoste ved fugtig luft, støv eller anstrengelse?

- Allergier? Atopisk dermatitis som barn?
- Lungelidelser i familien?
- Er kæresten også syg?

Klinik

- St.c. et p.
- Peak flow måling
- Spirometri og reversibilitetstest med bronkodilatator med bedring på 20% er diagnostik for astma
- Røntgen af thorax – ved mistanke om pneumoni, pneumothorax eller malign lidelse
- Blodprøver bl.a. infektionstal
- α_1 -antitrypsin måling hos personer < 50 år med svært ↓ lungefunktion

Differentialdiagnoser

- Infektioner, anstrengelsesudløst astma, hyperaktive slimhinder, emfysem, bronkoektasier, intrabronkial tumor, atypisk pneumoni, bronkolit, fremmedlegemer, TB, lungeemboli, pneumothorax, pleurit, pulmonal hypertension, sarkoidose, SLE. Refluks. Irriterende dampe. α_1 -antitrypsin mangel. Psykogent.

Diagnose i casen højst sandsynligt anstrengelsesudløst astma. Hvis spirometri ikke giver noget svar, sendes patienten hjem med et peak flow til monitorering i 3 døgn, hvor døgnvariation på 20% er diagnostik.

Behandling – 5 trin (GINA kriterier) fra mild intermitterende astma til kronisk svær astma. Behandlingsmål FEV1 > 90%, behandles til symptomfrihed og helst bivirkningsfrit.

- *Ved mild intermitterende astma med symptomer < 1 x ugentlig* – inhalation af beta₂-agonister ved symptomer. Hurtigvirkende β_2 -agonister (salbutamol, terbutalin, formoterol) → symptomlindring inden for 10 min, effektive i 2-4 timer. Bivirkninger: let oftest forbigående tremor og takykardi. Antikolinerge bronkodilatatorer ipratropium ved akut svær astma ved ej effekt af β_2 -agonister.
- *Behov for β_2 -agonist > 1 x ugentlig* – indikation for regelmæssig profylaktisk behandling. Tillæg inhalationssteroid (200-400 mikgr. budesonid/dag). De reducerer inflammationen i luftvejene og dæmper hyperaktiviteten. Tillæg alternativt leukotrien-receptorantagonist (singulair®). Kan anvendes ved anstrengelsesudløst astma. Også effektiv mod mild astma og som tillægspræparat ved moderat til svær astma med utilstrækkelig effekt af behandling med inhalationssteroider med eller uden langtidsvirkende β_2 -agonister
- *Dårlig symptomkontrol* – tillæg inhalation langsomt-virkende β_2 -agonist (salmeterol, formoterol) med 12 timers effekt og bruges altid i kombination med inhalationssteroider. Kombinationsbehandlingen anvendes ved moderat til svær astma ved manglende effekt af inhalationssteroider alene. Hvis kun moderate effekt, øges dosis af inhalationssteroid. Hvis ingen effekt – seponer langtidsvirkende β_2 -agonist. Tillæg alternativ Singulair®
- *Ved vedvarende dårlig symptomkontrol* – øges inhalationssteroid til 400 mikgr. budesonid/dag. Ved doser > 400 mikgr/dag igennem længere tid binyrebarkinsufficiens og osteoporose. Tillæg f.eks. Singulair® (eller theophyllin). Fortsat dårlig sygdomskontrol oral steroid behandling i laveste doser,

der giver symptomkontrol. Henvisning til specialist. Overvej differentialdiagnoser og evt. behov for anti-IgE-behandling (subkutane injektioner)

Klinisk spørgsmål 4

32 år gammel kontorassistent kommer med hovedpine gennem 3 uger. Den mindste er lige startet i vuggestue og har været meget syg. Hun har ikke fået megen søvn. Har meget travl på arbejdet. Manden er læge og har mange vagter. Hvordan vil du håndtere dette?

Anamnese

- Hvornår er den startet?
- Er det konstant hovedpine eller kommer den på bestemte tidspunkter i døgnet?
- Udvikling og ændring over tid?
- Smertetype, -styrke og -kvalitet?
- VAS fra 1 til 10?
- Hvor er den lokaliseret?
- Ledsagende symptomer eller smerter fra andre steder? (synsforstyrrelser, svimmelhed, kvalme, opkastninger?)
- Neurologiske klager?
- Effekten af evt. smertestillende?
- Hvorfor kommer patienten først nu?
- Hvordan påvirker den hendes dagligdag?
- Sygemeldinger?

Klinik

- Almen tilstand
- Feber eller andre tegn på infektion?
- Er patienten vågen, klar og orienteret?
- Palper muskulaturen på hovedet, nakken og kæberegionen grundigt
- Bevægelighed af nakke og hals. Obs NRS
- Palper tindingeregionen for a. temporalis
- Undersøgelse for sinusitis – hovedforoverbøjning
- Temperatur, BT og puls

Neurologiske undersøgelse

- Synsfelt for hånd
- Øjenbevægelser (det store H)
- Pupillernes størrelse og lysreaktion (direkte & indirekte)
- Kraft i arme og ben
- Biceps-, patellar- og akillesreflekser
- Patientens gang og øvrige spontan motorik

Årsager til hovedpine

- Forandringer i bevægeapparatet (degenerative forandringer omkring cervical columna)
- Migræne – med eller uden aura
- Spændingshovedpine
- Hovedpine ved akutte infektioner – meningitis/encefalitis
- Langsynethed
- Øjensygdomme
- Tandskæren
- Rumopfyldende intrakraniell process
- Muskelspændinger
- Hovedpine efter hovedtraume
- Medicinudløst hovedpine

Diagnosen i casen formentlige drejer sig om hovedpine betinget af stress og manglende søvn samt evt. muskelspændinger.

Behandling

- Samtale med patienten hvis det drejer sig om hovedpine relateret til stress
- Fysioterapi ved involvering af bevægeapparatet
- Analgetika
- Seponer analgetika hvis medicinudløst hovedpine
- Korrektions af arbejds- og siddestillinger
- Ved migræne anfalds- og forebyggende behandling
- Ved længerevarende hovedpine udfyldelse af en hovedpinedagbog for en præcis beskrivelse
- Opfølgningstid om ca. 2-3 uger

Alarmsymptomer

- Pludselig, voldsom og ny hovedpine (SAH)
- Udtalt ledsagesymptomer (kvalme, opkastninger, svimmelhed, neurologiske udfald)
- Kraftig hovedpine om morgenen (hjernesvulst)
- Tiltagende hovedpine
- Ny hovedpine hos p-pillebrugere (stroke)
- Hovedpinedebut > 50-årsalder (hjernesvulst, hydrocephalus)
- Hovedpine sammen med sløvhed, synsforstyrrelser eller andre neurologiske fund (hjernesvulst)

Klinisk spørgsmål 5

56 år gammel jord- og betonarbejder følte et voldsomt knæk i ryggen da han løftede en tung spand, kan dårligt bevæge sig uden stærke smerter. Han ringer og fortæller dig han har det skidt. Han har ligget hjemme i sengen en uge. Du har givet ham smertestillende medicin. Hans arbejdsgiver har bedt om en sygeerklæring. Ingen tidligere ryg anamnese og ingen andre sygdomme. Hvad vil du stille op?

I 80% af tilfældene findes ingen sikker årsag til smerten. Udløses af normale bevægelser fra hverdagen samt ved tunge løft, specielt i foroverbøjede, skæve arbejdsstillinger eller ved arbejde på vibrerende ting. Disponerende faktorer mistrivsel i hjemmet, på arbejde, inaktivitet, rygning og overvægt. Ved udstråling til bagsiden af benene tales om ischias. Ved sådanne symptomer skal diskusprolaps overvejes.

Anamnese

- Har patienten smerteudstråling til benene eller sidder smerterne i bækkenringen?
- Tidligere rygproblemer?
- Hvilesmerter?
- Funktionsniveau til dagligt?
- ↓ kraft? Føleforstyrrelser? Unormal vandladnings- og afføringsmønster?
- Ressourcer/belastninger på arbejdet og hjemmet?
- Ryger han? Overvægt?

Klinik

- Bevægetest – foroverbøjning-bagoverbøjning-sidebøjning, rotation
- Perkussionstest på processus spinosi i det aktuelle område af lænderyggen – positiv perkussionstest er faretegn (tænk cancer eller inflammation)
- Asymmetri af muskler
- Laseques test
- Reflekser
- Sensibilitetsundersøgelse
- Hæl- og tågang samt knæbøjning
- Rektaleksploration ved mistanke om cauda equine-syndrom
- Segmentær roddiagnostik
- Røntgen af columna ved mistanke om kompressionsfraktur eller vedvarende svære smerter > 6 uger

Differentialdiagnoser

- Diskusprolaps, spinalstenose, mb. Bechterew (HLA-B27, associeret med tarminfektioner), kompressionsfraktur af vertebrae, tumor (vægttab, træthed, fraktur), infektion, scheuermann (multifaktorel, afkalkning af torakale eller lumbale), spondyl artrit (osteoartrose i ryggraden), ischias

Behandling

- At informere, afdramatisere, undgå at gøre for meget for de fleste og gør tilstrækkeligt for de få
- Analgetika (cocktail med panodil, ibuprofen, tramadol) evt. i kombination med spasmolytikum
- Mobilisering efter evne (belastning til smertegrænsen)
- Sengeleje bedst i psoasleje dvs. med hofter og knæ bøjet 90° og understøttet med pude
- Hurtig tilbagevenden til arbejde frem for sygemelding og passivitet bedrer prognosen
- Rygtræning
- Stor betydning hvis patienten forbliver aktiv. Bedst at gå på arbejde, selvom man har ondt og

langvarig sygemelding forbedrer ikke situationen samt risiko for fyring. Evt. mulighedserklæring

- Arbejdsgiveren skal anmelde skaden til Arbejdsskadestyrelsen

Klinisk spørgsmål 6

23 år gammel kvinde med periodevise koliksmarter gennem ½ år. Løber maraton. Lidt vekslende afføring. Intet blod i afføringen. Intet vægttab, AT god. Arbejder som sygeplejerske i en akut modtageafdeling, hvor der er meget travlt. Hvad vil du sige til hende. Skal hun undersøges?

Det drejer sig om funktionel tarmsygd, hvor der ikke er nogen påviselig strukturel, infektiøs eller biokemiske årsag. Visceral hypersensitivitet for tarmdilatation, ↓ smertetærsklen, forstyrret tarmmotilitet og postinfektiøs enterocolitis har været foreslået. Nyere viden peger på en forstyrrelse af nervecellefunktionen lokalt i tarmen, ligesom forstyrret smerteoverførsel mellem nervesystem og CNS. Kosten og psykologiske faktorer som stress kan formentlig disponere til symptomer.

Det er en klinisk eksklusionsdiagnose, som baseres på en kombination af smerter i abdomen, ændret afføringsmønster og mangel på påviselig organisk skade. Ifølge ROM-II kriterier med mindst 12 måneder med smerter/ubehag i abdomen, hvor 2 ud af 3 skal være opfyldte

1. Lindres ved defækation
2. Ændring af afføringsfrekvens
3. Ændring af afføringskonsistens

Andre symptomer er følelse af oppustethed og knibesmerter, som oftest lindres ved tømning af tarmen. Meget tarmluft kan give udspilning af colon med træk i ligamenter i højre og venstre flexur strålende om i ryggen. Smerter tværs over abdomen svarende til colon transversum og trykken ned i højre fossa pga. udspilning af coecum. Forstyrret tømning af tarmen – hyppige toiletbesøg, følelse af ikke at få tarmen helt tømt, ændret afføringsmønster (kugleformede fækalier eller diarre).

Detaljeret anamnese

- Psykologiske faktorer?
- Tidligere sygdomme?
- Rejseanamnese?
- Stress til dgl.?
- Funktionsniveau til dgl.?

Klinik

- Palpation af abdomen, stetoskopi af abdomen, rektal eksploration
- Ved alder < 40 år uden alarmsymptomer og normal klinik sjældent indikation for yderligere udredning
- Ved debut af symptomer ved alder > 40 år og alarmsymptomer (vægttab, blod i afføring, natlige symptomer, storvolumen diare) og/eller familær disposition til coloncancer/IBD: udredning med paraklinik, sigmoideoskopi
- Tyndtarmspassage, gastroskopi, UL af abdomen. Fæces for volume- og fedtmåling.

Cøliakiudredning. Laktosebelastning. Fæcesprøver (calprotectin)

- Urin D+R ved mistanke om UVI
- GU ved mistanke om gynækologisk lidelse

Differentialdiagnoser

- Coloncancer, ulcerus colitis, mb. Crohn, mikroskopisk colitis, cøliaki, laktoseintolerans, bakteriel overvækst i tyndtarmen, galdevejssygdomme, galdesyremalabsorption, pancreasinsufficiens, gynækologisk sygdom, giardiasis, amøbiasis, bakteriel colitis
- Specifik fødevareintolerans, fibromyalgia, depression/angst og kronisk træthedssyndrom

Diagnose i casen tyder på colon irritabile

Behandling

- Psykologisk håndtering – vigtigt at patienten kan håndtere sine symptomer. Forklar sygdommens godartede natur at tarmproblemerne er kroniske, at der ikke findes medicinsk behandling og at sygdommen ikke leder til komplikationer. Har vekslende intensitet gode og dårlige perioder.
- Ændring i kost – undgå gasdannende fødevarer, fed mad og enkle kulhydrater (pasta, brød). Undgå mælk, pizza, juice, æbler, fersken og sorbitol. Ved tendens til forstoppelse anvendes fibre, som ikke er alt for gasdannende (f.eks. kornfibre). Søg gerne hjælp hos en diætist.
- Mod diarre gives loperamid
- Mod tenesme prøves spasmolytika evt. duspatalin
- HUSK eller visiblin kan forsøges både ved obstipation og diarre
- Motion
- Kontrol konsultation om 1 måned eller kontakt ved forværring.

Klinisk spørgsmål 7

27 år gammel kvinde kommer med smerter ved samleje i dybden. Ingen blødning, intet udflåd. Arbejder som smørrebrødsjomfru og slæber tit på store kasser. Samme kæreste i 5 år. Ingen børn. Du undersøger og finder ved inspektion normale forhold, ved palpation ingen ømhed ved uterus eller salpinges, men i bækkenmuskulaturen. Hvad fejler hun? Hvilke behandlingsmuligheder er der?

Smerter i forbindelse med samleje. Der skelnes mellem extern og intern dyspareuni.

Tørre evt. atrofiske slimhinder i vulva og vagina, vulvodyni, vulvititis, cervicitis, urethritis, clitorisphimosi, hymen persistens, endometriose eller anden intraabdominal patologi, kongenitte anomalier i vulva. Prolaps (arbejde, løfteteknik). Bækkenbundmyoser. Dysplasia. Cancer.

Psykisk kan det være angst for graviditet, tidligere seksuelt misbrug, problemer i parforhold. Depression

Anamnese og undersøgelser

- Arbejdsstilling?

- Spænder ubevidst?
- Forhold til sin kæreste?
- Tidligere underlivsinfektioner?
- Ledsagende symptomer? Blødning eller udflåd? Svie og kløe?
- Urinstix
- CRP
- Klamydia-test
- GU og wet smear

Behandling

- Aldersforandringer behandles med lokal estradiol
- Infektioner behandles med relevant antibiotika
- Ved funktionelle forandringer henvises til gynækolog
- Hvis psykisk betinget → samtale og støtte i form af sikker prævention, evt. henvisning til sexolog
- Samtale med sin mand hvis problemer i forholdet
- Udstræknings- og træningsøvelser via fysioterapi ved bækkenbundsmyoser
- Smertebehandling med Saroten® amitriptylin 30 mg til natten nedsætter vulvodynien og kan forsøges når al anden mulig årsag er udelukket.

Klinisk spørgsmål 8

21 år gammel kvinde kommer med kløende udflåd, uden lugt og let dysuria. Det klør på de ydre skamlæber. Professionel svømmer. Ved inspektion ser du hytteostlignende fluor vaginales. Hvad fejler hun? Hvad vil du gøre?

Candida albicans, hvor svampen er skiftet fra at være en asymptomatisk blastospore til en symptomatisk hyfe. Evt. udløsende faktorer som antibiotikabehandling og diabetes. Der debuterer hurtigt vulvovaginal kløe og klumpet hvidt udflåd. Slimhinderne viser tegn på inflammation med ødem og rødme.

Diagnosen stilles ved identifikation af svampehyfer i wet smear. pH normal. Ved behandlingsresistens bør der podes. Ved recidiverende tilfælde tages blodsukker.

Differentialdiagnoser

- Dystrofier, atrofier, allergier, kronisk irritation, herpes og papillomavirus
- Mikrotraumatisering (cykling, ridning, tætsiddende tøj, intensiv badning)

Behandling

- Snak om klor, badning etc. pH neutral sæbe.
- Lokalbehandling af vaginal candida med imidazolderivater f.eks. Brentan® miconazol, Canesten® clotrimazol eller pevaryl® econazol i høj/middelhøj koncentration, kort behandlingstid til generne er væk. Evt. po antimykotika ved lokal irritation forårsaget af vaginaltabletter og salver. Engangsdosis

med Diflucan® fluconazole 150 mg. Ved vulvit → Brentacort® hydrocortisone og miconazol crème 2 x dgl. i 2 uger. Ved kroniske recidiverende candida (4 eller > pr. år) → henvisning til gynækolog. Ved kroniske recidiverende gener er det af betydning at stille den rigtige diagnose gennem direkte mikroskopi og podning. I sådanne tilfælde tablet Diflucan® fluconazole 150 mg 1 x ugentligt. Partnerbehandling ej nødvendig

Klinisk spørgsmål 9

47 år gammel kvinde med hyppig vandladning og nyopstået inkontinens. Det er 6 mdr. siden at hun sidst havde menstruation. Har født 2 gange. BMI 30. Ved gynækologisk undersøgelse ser man let descensus af uterus, lille cystocele. Hvad vil du gøre?

Den hyppigste årsag er dårligt fungerende støttevæv eller ophængningsapparat pga. mange graviditeter, vaginal fødsel (især langvarige og komplicerede vaginale fødsler), overvægt, alder, tungt fysisk arbejde og østrogenmangel (atrofi). Når det intraabdominale tryk stiger, komprimeres blæren udefra, og trykket inde i blæren stiger. Under normale forhold vil blærehalsen være tilsvarende komprimeret udefra, og der vil derfor ikke være nogen trykforskel mellem blære og blærehals. Hvis blærehalsen er sunket ned under bækkenbunden pga. svaghed i ligamenter og muskulatur, vil den ikke på samme måde være komprimeret udefra, og trykket indvendigt vil falde. Blæretrykket vil overstige trykket i urethra med inkontinens til følge.

Anamnese og klinik

- Kronisk hoste eller tungt fysisk arbejde – kan give slapt bækkenbund
- Svie eller kløe ved vandladning for at udelukke UVI. Urinstix, hvis positiv urin D+R
- GU – ofte men ikke altid et cysto- eller urethrocele. Der kigges efter tumorer og atrofi af slimhinderne

Kvinden har formentligt stressinkontinens – ufrivillig vandladning, når trykket i blæren overstiger det maksimale tryk i urethra.

Behandling

- Vægttab
- Rygestop hvis kronisk hoste pga. dette
- Fysioterapi og bækkenbundsøvelser. Knibeøvelserne udføres med mindst 8 kontraktioner x 3 om dagen, effekt hos > 50%
- Østrogen vagitorier – slimhinde øgende (presser blæren væk)
- Medicinsk behandling med Duloxetine (serotonin-noradrenalin-genoptagelses-hæmmer, SNRI) med virkning på nervestimulationen i bækkenbunden og bedre effekt end placebo og knibeøvelser. Bivirkninger: hovedpine, kvalme, søvnløshed og maveproblemer
- Kirurgi i form af slyngoperation
- Antibiotika ved UVI

Klinisk spørgsmål 10

22 år gammel kvinde nedtrykt og træt gennem ½ år efter brud med kæreste. Er studerende. Bor hjemme. Møder ikke op på universitetet. Orker ingenting. Er ikke bekendt med at der er depressioner i familien. Plejer at være en aktiv med mange veninder. Hvad er næste skridt?

Arvelige forhold spiller en stor rolle for de affektive lidelser, men hos den enkelte patient udløses en depression ofte af en række psykosociale forhold f.eks. arbejdsløshed, familieproblemer, skilsmisse. Komorbidity til en række somatiske lidelser samt til lægemidler som kortison, NSAID og betablokkere. Sammenhæng med overforbrug af alkohol.

Nedtrykthed, manglende lystfølelse og energi, ↑ træthedsbarhed. Alle hændelser fortolkes i et negativt lys. Søvnproblemer ved indsovning samt ved gennemsovning. Tidlig morgenopvågning med nedtrykthed. Legemlige symptomer såsom svimmelhed, hovedpine, diffuse gener fra mavetarmkanal, ↓ libido, ukarakteristiske smerter. Selvbebrejdelser af mere diffuse og senere specifik art. Tanker om død stigende til selvmordstanker og egentlig selvmordsplanlægning (OBS!). Angst som et ledsagesymptom til en depressive tilstand. ↓ psykomotorisk tempo i form af langsomme bevægelser, langsom tale og mimikfattighed. Diffuse somatiske klager kan være et tegn på depression.

Vinterdepression er karakteriseret ved ↑ søvntrang og stærk behov for kulhydrater (slik, chokolade) relateret til vintertiden eller til overgang fra efterår til vinter eller fra vinter til forår.

Depressionsdiagnosen skal stilles ved et klinisk interview iht. ICD-10 kriterierne første gang patienten henvender sig

- A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldt – varighed af depressiv episode mindst 2 uger
- B. Ingen tidligere episode med hypomani, mani eller blandingstilstand – organiske ætiologi udelukkes
- C. Depressive kernesymptomer – nedtrykthed, ↓ lyst / interesse, manglende energi eller ↑ træthedsbarhed
- D. Ledsagesymptomer – ↓ selvtillid eller selvfølelse. Selvbebrejdelser eller skyldfølelse. Tanker om død eller selvmord. Tanke- eller koncentrationsbesvær. Agitation eller hæmning. Søvnforstyrrelser. Appetit- og vægtændring. ↓ libido.

Grad

- Let grad – mindst 2 symptomer fra C og mindst 2 fra D
- Moderat grad – mindst 2 fra C og mindst 4 fra D
- Svær grad – alle 3 fra C og mindst 5 fra D

Melakoliformt syndrom – mindst 4 af følgende

- ↓ lyst eller interesse
- Svækket emotional reaktivitet
- Tidlig opvågning med morgenforværring
- Hæmning eller agitation
- ↓ appetit og vægttab

- ↓ libido

Differentialdiagnoser

- Bipolar lidelse, angst, personlighedsforstyrrelser, belastningsreaktioner, stress, udbrændthed, skizofreni, misbrug (alkohol), endokrinologiske lidelser (thyroidealidelser, parathyroidealidelser), parkinsonisme, cancer og somatisk lidelse

Taget symptomerne i betragtning, nedtrykthed, træthed og orker ingenting, lyder diagnosen på depression.

Kriser kunne være en anden diagnose, men mindre sandsynligt

- Pludselig afgørende livsændring
- PTSD
- Akutfasen, reaktionsfasen, bearbejdningsfasen, nyorienteringsfasen

Behandling

- Lette til moderate depression kan behandles i AP, lette tilfælde ofte tilstrækkeligt med samtalebehandling, mens moderate tilfælde med en kombination af et SSRI-præparat og samtalebehandling. Bivirkninger af medicin: rastløshed, uro, kvalme, opkastning, diarre, hovedpine og søvnforstyrrelser. Disse forsvinder igen
- Kognitiv terapi og interpersonel terapi. Konsultation med jævne mellemrum, 1-2 x ugentlig indtil sikker effekt af behandling.
- Ved risiko for selvmord → indlæggelse
- Søvnforstyrrelser reguleres med et hypnotikum i ↓ dosis, men kun over kortere tid
- Svære depressioner og melakoliformt syndrom behandles af læger med erfaring i dette eller af speciallæge evt. under indlæggelse
- Inddragelse af pårørende med vejledning om sygdommens art og information om at det ikke kan nytte noget at bede patienten tage sig sammen.
- Lysterapi ved vinterdepression
- Eltroxin – hvis ↓ stofskifte pga. ↑ TSH
- Opfølgende tid om 1-2 uger mhp. revurdering af diagnosen
- Herefter opfølgingshyppighed hver 1-2 uge til remission, derefter sjældnere

Forebyggende behandling med antidepressiva bør fortsætte i 6 og helst 12 måneder efter første episode for at forebygge fornyet episode. Psyko-eduktion (patientundervisning) i form af råd og vejledning om sygdommen og dens konsekvens, årsag og behandlingsmuligheder bliver her afgørende.

Selvpleje

- Livsstilsråd om sundhed
- Tilbageholdenhed med indtagelse af alkohol
- Rigelig motion – vist at have en positiv virkning på depressionstilstanden

- Nedsættelse af psyko-sociale stressfaktorer
- Sygemelding kan komme på tale

Håndtering af patienten i krisen

- Observation, somatisering, psykolog, psykoterapi (specielt ved PTSD)
- Observere patienten tilpasse sig de nye livsomstændigheder
- Evt. henvisning til
 - Affektive klinikker
 - Psykoterapeutisk center
 - Psykiatrisk skadestue

Klinisk spørgsmål 11

35 år gammel kvinde med tørt kronisk håndeksem. Har svært ved at passe sit arbejde. Oplyser desuden at fået tendens til hoste og dyspnø ved anstrengelse. Hvordan vil du gribe konsultationen ad?

Kløende tørre, røde pletter og tendens til fissure. Rammer overvejende hænderne. Exkorationer ses, men vesikler er ikke hyppige. Symptomerne kan begynde pludseligt, ofte efter en periode med langvarig tørhed af huden og koldt vejr. Forårsager til tider lange perioder med sygemelding. Da det beskadigede hornlag lettere slipper allergener igennem, disponerer denne lidelse til udvikling af kontaktallergi.

I casen spørges ind til evt. atopisk dermatitis som barn. Hvad arbejder hun med? Lindrende og forværrende faktorer? Her tænkes både på hænderne og hoste og dyspnø. Hoste og dyspnø kun i forbindelse med arbejdet eller også i fritid eller om natten? Ryger hun?

Objektivt se efter eksemets sværhedsgrad. Udredning for begyndende astma: LFU (FEV1/FCV). St.c. et p.

Differentialdiagnoser

- Allergisk kontakteksem. Oftest klinisk umuligt at skelne fra et ikke-allergisk eksem, men anamnese kan ofte adskille de to. Atopisk eksem. Psoriasis. Overvej evt. OCD med hyppig tvangspræget håndvask

Drejer sig formentligt om håndeksem af ikke-allergisk type, ofte resultat af vådt, beskidt arbejde/hyppig håndvask. Samt begyndende astma.

Behandling

- Akut eksem → gruppe II-III steroidcreme dgl. i 1-2 uger, herefter erstattes med modsvarende steroidalve og nedtrappes
- Kronisk eksem → vedligeholdelsesbehandling med svagest mulige steroid evt. UVB-lys
- Sekundær infektion → kombinationsbehandling med gruppe I-II steroidcreme og antimikrobielt middel som Fusidin® med hydrocortison, Fucidinsyre 10 mg/g + hydrocortison 30 mg/g crème, Fucicort® fusidinsyre 20 mg/g + betamethason som betamethasonvaleret 1 mg/g.

- Henvisning til dermatolog mhp. lappeprøver
- Astma-medicin afhængig af sværhedsgrad. Ved usikker diagnose hjemme peak flow-måling i 3 dage
- Skal meldes af arbejdsgiver til arbejdsskadestyrelsen, hvis eksemet har relation til arbejdet → hvis ja → mulighed for revalidering

Klinisk spørgsmål 12

48 år gammel kvinde ondt i hele kroppen. Tidligere skolelærer. Pensioneret pga. udbrændthed. Bor alene, ikke mange ressourcer. Kommer ofte med ukarakteristiske klager uden man finder et organisk grundlag. Ingen vægttab eller appetitløshed. Blodprøver ia. Hvad vil du stille op med hende?

Somatoforme tilstande er karakteriseret ved somatiske symptomer og klager over legemlig sygdom med krav om fysiske undersøgelser til trods for tidligere normale fund og påvisning af at tilstanden er psykisk betinget. Medicinsk uforklarige symptomer (MUS) består af et spektrum af sygdom strækkende sig fra lette, forbigående gener til kronisk invaliderende sygdom. Behandling af somatoforme/MUS er vanskelig mht. helbredelse, men alligevel vigtigt at stille diagnosen så patienten kan støttes psykisk og så overundersøgelse og -behandling undgås. Målet med behandlingen er at undgå en forværring af sygdommen evt. gennem støttende psykoterapi så patienten får lettelse for sin bekymring og ikke bliver fysisk invalideret.

I behandling af patienten kan man bruge TERM-modellen

- Forståelse – symptomanamnese, signaler om emotionelle problemer, angst og depressions-symptomer, belastninger, stress, funktionsniveau, sygdomsforståelse samt forventninger til behandling og udredning
- Lægens bord og Anerkendelse – kliniske og parakliniske undersøgelser, give feedback på resultater af undersøgelser, anerkende, at symptomerne er reelle, at forklare, at der ikke er behov for yderligere undersøgelser eller somatiske udredninger.
- Sammenhæng forhandles – ny fælles forståelsesmodel, simple forklaringer, demonstrationer
- Konkret efterforløb forhandles – opsummering af resultatet af dagens samtale, aftale om mål, indhold og form, akutte, subakutte og kroniske tilfælde, overvej henvisning til psykiater
- Håndtering af kroniske tilfælde – undgå unødvendige undersøgelser og overbehandling
- Efterforløbet – afslutning, kort samtalerække, statuskonsultation og faste tider

Klinisk spørgsmål 13

Maren (52 år) kommer til kontrol for sin sukkersyge. Hun er gift, har børn og børnebørn og et godt liv, siger hun selv. Hun er i behandling med metformin 2 x 2. Hendes BMI er 28, BT 132/85. Hb1Ac 7,5 faste blodsukker 8,9, ingen sukker i urin. Hvordan vil du gribe konsultationen ad?

Hendes BMI, HbA1c, BT og faste blodsukker er ↑.

Anamnese

- Har hun indsigt i sin sygdom? føler hun sig selv syg (illness)?

- Har hun forsøgt livsstilsændringer?
- Motivation for at ændre?
- Hvad laver hun til hverdag?
- Ryger hun?
- Er hun uddannet? Ressourcerne?

Plan

- Samtale om hendes motionsvaner, kost, rygestatus, lipidprofil → Den motiverende samtale
Husk forandring er som proces, kombination af "stages of changes" og "readiness to changes", og krydset med trafiksymbolik
- Empowerment – fremhæv og øg hendes ressourcer
- Behov for diætist?
- Opfølgende kontrol om 3 måneder mhp. vægt og BT og faste og langsom BS

Mål for blodtrykket < 130/80 mmHg. Hvis hun har mikroalbuminuri, skal BT være < 125/80. Hypokalorisk kost mhp. vægttab. Blot få kg vægttab har en udtalt effekt på B-glukose og BT, hvor insulinfølsomhed øges og BT falder med 1,2-1,6 mmHg for hvert kg. Motion mindst en ½ time dgl. De almindelige retningslinier for sund, hjerteligt kost, hvor kulhydrater udgør ca. 50-55 % af energimængden, fedt 30 % og protein 20 %.

Hvis livsstilsændringen ikke hjælper, suppleres medicinsk behandling. Simvastatin ved ↑ lipider. Antihypertensive behandling. Årlig kontrol af øjne og fødder (øjnelæger og fodterapeut).

Klinisk spørgsmål 14

Kaj Hansen (67 år), nylig pensioneret bogholder, gift med jævnaldrende lægesekretær. Ingen dispositioner til hjertekarsygdomme. Kommer til kontrol for sit forhøjede blodtryk. Han er i 3-stofbehandling. BT måles i klinikken til 150/95. Ikke ryger. Hvad vil du sige?

Årsagen til primær hypertension anses at være multifaktoriel med kraftig hereditær baggrund. Kendte eksogene faktorer er overvægt, ↑ indtag af salt og psykosociale forhold. Sjældent sekundær hypertension. Renal genese (stenose af nyrearterier, forværret nyresygdom). Endokrin sygdom (fæokromocytom, Cushing's syndrom, hyperaldosteronisme, hyperparathyroidisme, hyperthyreose). Coarctatio aortae.

Oftest helt symptomløst. Træthed og hovedpine kan forekomme.

Anamnese og klinik

- BT sammenlignes med tidligere målinger. Kan det være tale om white coat hypertension?
- Ekstra salt på maden?
- Har han andre lidelser såsom forhøjet stofskifte, fæokromatom m.m.?
- Har han taget sin medicin som vanligt eller er der compliance problemer?
- Er han overvægt?

Plan

- Han skal udstyres med et BT-apparat hvor han derhjemme skal måle blodtryk flere x om dagen i 3 dage for at få overblik over BT inden justering af medicin
- Blodprøver hvis nødvendigt: TSH, creatinin, carbamid
- Den motiverende samtale mhp. vægttab. Empowerment
- Opfølgende BT-kontrol om 2-3 uger

Klinisk spørgsmål 15

Fru Madsen (63 år) kommer til kontrol for sin kronisk obstruktive lungesygdom. FEV1 65%. BT 150/95. Ryger stadig lidt. Hvordan vil du gribe det an? Hvor tit vil du se hende og hvad vil du gøre ved kontrollerne?

Permanent obstruktiv lungefunktionsnedsættelse pga. langsom progredierende sygdom i luftvejene (neutrofil obstruktiv bronkit) og i lungevævet (emfysem). Ætiologi rygning (85%).

Åndenød ved anstrengelse samt hoste og opspyt af slim ved moderat KOL. Pibende vejrtrækning. Ved svær sygdom ses tillige underernæring, muskelsvaghed, knogleskørhed og ødemer. Karakteristisk er akutte forværringer (eksacerbationer) ofte pga. nedre luftvejsinfektion.

FEV1/FVC < 0,7 selv efter behandling med steroid eller bronkodilaterende midler (i modsætning til astma, hvor der ses forbedring). Sygdomsgraden bedømmes ud fra måling af FEV1.

- Let KOL – FEV1 \geq 80%
- Moderat KOL – FEV1 50-79%
- Svær KOL – FEV1 30-49%
- Meget svær KOL FEV1 < 30%

Differentialdiagnoser

- Astma, hjertesvigt, lungecancer, bronkiektasier, TB, hos unge α 1-antitrypsin mangel eller cystisk fibrose.

Anamnese

- Har patienten sygdomsindsigt? Føler hun sig selv syg (illness)?
- Funktionsniveau?
- Funktions- eller hviledyspnø?
- Ødemer?
- Er lungefunktionen blevet værre?
- Er patienten influenzavaccineret?
- Har patienten forsøgt at nedtrappe cigaretter?
- Er hun overvægtig?
- Er patienten tidligere kendt med \uparrow blodtryk eller er det white coat hypertension?

Objektiv – st.c. et p. Sat (behov for ilt?)

Behandling

- Den motiverende samtale – rygestop. Det eneste der dokumenteret stopper yderligere lungefunktionsnedsættelse
- Empowerment – fremhæv og øg ressourcerne
- Opfordring til fysisk aktivitet
- Evt. henvisning til lungerehabilitering
- Evt. osteoporoseprofylakse ved fortsat rygning, inaktivitet, undervægt m.m.
- Hjemmeblodtryksmåling i 2 uger – er der behov for opstarte antihypertensiv behandling? Hvis ja, kontrol af BT efter 2-4 uger.
- Kontrol for KOL om 1 år eller ved behov mhp. FEV1, dyspnøgrad, fysisk aktivitet, BT, saturation, opfølgning af behandlingsmål, medicinstatus, evt. eksacerbationer

Klinisk spørgsmål 16

Rikke 25 år ny gravid for første gang, hun kommer til 1. graviditetsundersøgelse sammen med sin tyrkiske mand. Hvilke emner vil du tale med hende om?

Udfyldelse af vandrejournal og svangrejournal 6.-10. uge til svangreamb og jordemoder. Bestemmelse af gestationsalder/termin. Man optager en anamnese samt BT, vægt, hgb, vitamin D, blodtype + antistofscreening, urinprøve evt. prøver for rubella og parvovirus. Screening af HbsAg, HIV og syfilis. Sociale forhold, rygning, medicin og stoffer. Folinisyre. Jerntilskud senest fra uge 18, ellers uge 10. Tilbud af risikovurdering (doubletest i 9. uge, nakkefoldsskanning 11.-13. uge). Tilbud om fostervands- eller moderkageprøve hvis risiko for Downs syndrom eller trisomi 13 og 18 > 1:250. Misdannelsesskanning i 18-20. uge. Patienten skal informeres om konsekvenser af disse undersøgelser, så de har mulighed for at sige nej tak hvis de under alle omstændigheder vil beholde barnet. Henvisning til obstetriker ved sygdomstilstande hos moderen f.eks. diabetes, epilepsi, tidligere anamnese med tromboembolisk sygdom, SLE etc. Graviditetsundersøgelse ved egen læge i uge 25 og 32 med kontrol af symfysefundus-(SF)-mål, hjertelyd, BT, urinstix, almentilstand. I uge 34 vurdering af fosterstilling og antistofbestemmelse ved rhesus blodtype hos moderen. Ved normal graviditet kontrolleres kvinden hos jordemoder i uge 15-16 samt i uge 29, 33, 37 og 39.

Risikobestemmelse af erhvervsbeskæftigede gravide. Udførelsen af en risikobedømmelse er primært arbejdsgiverens ansvar, senest når denne får besked om graviditeten. Arbejdstilsynet kan konsulteres ved behov. Arbejde foran computerskærm og natarbejde bedømmes i normale tilfælde ikke at udgøre en risikofaktor. Hvis man ikke kan omlægge arbejdet, således at eksponeringen fjernes, har kvinden ret til sygedagpenge. Husk kryds i graviditetsbetinget "sygdom" (gælder ikke kvinder med eget firma).

Klinisk spørgsmål 17

Peter er til 3 års undersøgelse, han er en glad dreng, han vokser som han skal, opfører sig normalt, spiser ok, men har haft vrøvl med ørerne, har haft mange infektioner, fået antibiotika mange gange, og til sidst fået

lagt dræn. Taler lidt dårligt. Vægten er stagnerende. Moderen er bekymret. Hvad vil du sige til moderen?

Sekretorisk otitis media (SOM) – ophobning af sterilt, serøst eller mukøst sekret i mellemøret. Årsager kan være hævelsen af slimhinden i de eustakiske rør. Normal tilstand i forbindelse med ØLI og efter AOM. Adenoide vegetationer. Dårlig tubaåbning pga. arvelige faktorer og ved ganespalte.

Hørenedsættelse og klapfornemmelse. Ofte almene trivselsproblemer. Ofte omgivelserne, der bemærker hørenedsættelsen. Boblen og knitren i øret. Barnet kan få lagt et dræn i ørene. Der kan i perioder komme flåd gennem drænet, især i forbindelse med akutte ØLI og nye tilfælde af AOM. Ringe effekt på den sproglig udvikling. Alder spiller en rolle, idet 9 ud af 10 børn ophører med at have SOM-problemer inden 6-årsalderen uanset behandling eller ej. Af sequelae efter tubulation er permanente trommehindeforandringer (perforationer, atrofi og myringosklerose).

Klinik

- Otoskopi – retraheret trommehinde, synlig væske i mellemøret evt. med bobler bag trommehinden
- Tympanometri – B-kurve (flad kurve) ved tympanometri. ↓ bevægelighed i siegels tragt
- Stemmegaffel test – Rinne negativ, Weber lateraliserer til øret med sekret

Differentialdiagnoser

- Akut purulent otitis media. Voksprop. Tumorer i rhinopharynx
- Sinusitis, tonsillitis, pneumoni, bronchitis, astma
- Otitis externa, traumer, fremmedlegemer

Anamnese

- Hvornår drænet er lagt?
- Har barnet allergier?
- Har barnet fået lavet adenektomi hvis forekomst af adenoide vegetationer?
- Forældrenes ressourcer? Er det enlig mor? Uddannelse? Ung mor?
- Hvad er moderen bekymret for?
- Hvad er barnets vægt? Følger det sin personlig vækstkurve på diagrammet?

Behandling

- Observation med ca. 1 måneds intervaller, hvor tubafunktionen forsøges bedret med Valsalva-lignende manøvrer. Otovent/ballon-pustning
- Undgåelse af røgfuldt miljø og priktest ved luftvejsallergi
- Hos større børn paracentese og opsugning af mellemøresekretet evt. ledsaget af adenektomi hvis samtidig forekomst af adenoide vegetationer
- Drænets funktionstid ca. ½ år, hvorefter en stor del skal retubuleres
- Antibiotika ved infektion
- Henvielse skal ØNH-læge ved recidiverende problemer og hørenedsættelse mhp. audiogram

- Henvisning til pædiater hvis barnets vækstkurve falder 2 percentiler under den personlige kurve

Klinisk spørgsmål 18

Kvinde 47 år pletblødt gennem 1 måned. Gik i overgangsalderen for ½ år siden. Ingen hormonbehandling. Har af og til lettere svedeture. Du undersøger hende og finder en let forstørret fibromatøs uterus. Frit til siderne. Hvad vil du gøre ved hende?

Årsag

- Metroragi – blødning på forkert tidspunkt, isoleret eller flere gange. Kan skyldes fibromer
- Pletblødningen kan også forekomme som kontaktblødning.

Anamnese

- Mængde af blod?
- Tyngdefornemmelse?
- Smerter? hvis fibromerne torkverer eller degenererer
- Urinretention? Ved trykgener fra fibromet
- Vægttab, træthed? – hurtigt voksende fibromer kan meget sjældent omdanne til sarkom

Behandling

- Cyklokapron® tranexamsyre, 2 tabletter á 500 mg x 3, hvilket kan øges til 3 tabletter x 2 i de dage, hvor der er størst blødning
- Kombination med NSAID-præparat øger virkningen
- P-piller og hormonspiral
- Henvisning til gynækolog mhp. kirurgisk fjernelse af fibromet eller hysterektomi
- Alle postmenopausale blødning skal på mistanke om corpuscancer (træthed, vægttab), henvises til gynækolog mhp. endometriediagnostik, specielt hvis der ikke foreligger en situation med nylig påbegyndt hormonbehandling. Normal henviser man patienten, hvis blødningen indtræffer efter > 1 år efter sidste blødning i menopause
- Ved kontaktblødning foretages en cervixabrasio og portiobiopsier for at udelukke livmoderhalskræft
- Samtale om kost, motion, osteoporose, kalk, D-vitamin

Klinisk spørgsmål 19

21 år gammel kvinde voldsom pollakisuri, træthed og vægttab. BS 23,0 mmol/l. Glucosuri og ketonuri. – Hvad vil du gøre?

Diabetes mellitus. Oftest yngre normalvægtig person med relativt akut indsættende sygdomsforløb: store urinmængder, tørst, træthed, vægttab, synsforstyrrelser. Evt. debut med ketoacidose.

Da patienten kommer første gang med disse svære symptomer og fund, skal patienten indlægges akut på medicinsk afdeling og have behandlingen.

Udredning og behandling

- P-Glukose, HbA1c
- Blodprøver – creatinin, carbamid, natrium, kalium, bihydrogencarbonat, BS, syre/base-status
- BT, puls, temperatur
- Hurtigtvirkende insulin
- Rehydrering
- Ved ketoacidose – mild ketoacidose (bikarbonat > 16 mmol/l) – subkutant insulin og po væske og kalium. Ved moderat til svær ketoacidose (bikarbonat < 16 mmol/l)
 - Isotonisk NaCl 20 ml/kg som bolus, evt. gentaget. Dehydrering korrigeres herefter gradvist igennem 48-72 timer (hurtigt rehydrering kan forårsage hjerneødem)
 - Insulininfusion (0,05-0,1 IE/kg/time) eller bolus påbegyndes og titreres efter BS-værdier. Der tilstræbes gradvist reduktion af BS med ca. 2 mmol/time. Iv. insulinbehandling gives ikke før den første dosis insulin er givet subkutant
 - S-Kalium falder med rehydrering og behandling med insulin – supplement påbegyndes efter første insulininjektion
 - Isotonisk NaCl udskiftes med kalium-natrium-glukoseblanding når P-Glukose ned til 12 mmol/l
 - Acidosen korrigeres ikke da den bliver korrigeret ved rehydrering og insulin behandling. Bikarbonat gives kun, hvis patienten ikke reagerer på behandlingen

Information

- Information om sygdommen og dens kroniske karakter
- Måling af BS før hovedmåltider og ved sengetid
- Henvisning til diabetes amb. mhp. oplæring i medicinering
- Ved opfølgende konsultationer faste og langsom BS
- Samtale om livsstilsændringer (kost, tobak, alkohol og motion)

Klinisk spørgsmål 20

23-årig danskstuderende henvender sig pga. tendens til hovedpine gennem de sidste 3 mdr. Kæresten gik for et halvt år siden. Han har svært ved at passe studiet, og sover mere end han plejer. Han spørger dig, om du tror, at det er en god ide at han bliver scannet. BT 101/77. Han er noget spinkel, men ser ellers sund ud. Hvordan vil du gribe konsultationen an?

Primær former for hovedpine

- Migræne
- Spændingshovedpine
- Hortons hovedpine og kronisk paroxysmal hemikrani
- Anden hovedpine uden strukturel læsion

Sekundære former

- Hovedtraumer
- Vaskulære sygdomme f.eks. arthritis (fortrinsvis temporalis), cerebrovaskulære insulter og epidural-, subarachnoidal- og subdural blødning
- Ikke-vaskulær, intrakraniel sygdom f.eks. cerebri tumor
- Indtagelse eller udsættelse for substanser f.eks. lægemidler, alkohol, kaffe- og colaabstinenser
- Ikke kranial infektion f.eks. som en del af infektionssygdom
- Metaboliske forstyrrelser f.eks. hypoxi, hypoglykæmi
- Andre strukturer i ansigtet (kranie, nakke, øjne, øre, sinus, tænder m.m.)
- Neuralgier f.eks. trigeminusneuralgi, Herpes zoster

I udredningen af hovedpine er anamnese vigtigst. Derefter følger somatisk og neurologisk undersøgelse samt evt. laboratorieprøver ved mistanke om hypoglykæmi, ↑ stofskifte eller hypoxi. Ud fra disse undersøgelser tages der stilling til, om patienten skal henvises videre eller om der skal foretages yderligere undersøgelser. De fleste af hovedpine er af godartede karakter.

Ekstra observation kræves ved

- Akut hovedpine der for patienten er unormal evt. subarachnoidalblødning
- Feber, almen påvirket, NRS, ildebefindende, maveonde og svimmelhed. Mistænk encefalit/meningit
- Neurologiske udfald – personlighedsforandringer (tumor, subduralt hæmatom)
- Hovedpine med morgenkvalme (↑ intrakranielt tryk)
- Hovedpine, der forværres ved anstrengelse
- Nytilkommen hovedpine hos ældre (cerebrovaskulær sygdom, malignitet, arteritis temporalis)
- Hovedpine med svedtendens, palpitationer og attackvis eller etableret hypertension (fæokromocytom eller hypertension)

Anamnese

- Den fysiske og psykiske tilstand?
- Karakteristika af hovedpine?
- Ledsagende symptomer?
- Provokerende faktorer: medicin, alkohol, tobak, kaffe/cola?
- Brud med kæresten, stress i forbindelsen med skole?

Se klinisk spørgsmål 4 for flere detaljer.

Når han ikke udviser tegn til neurologiske udfald og der er ingen mistanke om ↑ intrakranielt tryk, skal han ikke CT-skannes. Han skal udstyres med en hovedpinedagbog som han skal udfylde i 3 uger, herefter en opfølgende konsultation. Evt. henvisning til fysioterapi, hvis han spænder for meget og findes øm i nakkemusklene.

Klinisk spørgsmål 21

35-årig rengøringsassistent, enlig mor med 2 børn på 3 og 5 år. Har det sidste år haft flere sygdommeldinger af kortere varighed pga. nakke- og rygsmerter. Kommer nu igen pga. rygsmerter og vil gerne have en langtidssygemelding, sådan at hun kan aflaste ryggen i længere tid. Hvordan vil du gribe konsultationen an?

Smerter i lænderyggen uden smerteudstråling under knæet.

I 80% af tilfældene findes ingen sikker årsag til smerten. Udløses af normale bevægelser fra hverdagen. Kan også udløses ved tunge løft, specielt i foroverbøjede og skæve arbejdsstillinger eller ved arbejde på vibrerende ting. Disponerende er også mistroisæl i hjemmet og på arbejde, inaktivitet, rygning og overvægt. Symptomerne varierer fra ukarakteristisk træthedsfølelse over lænden til egentlige lændesmerter, som bedres ved hvile.

Differentialdiagnoser

- Piskesmæld, fibromyalgi, diskusprolaps, facitlædssyndrom

Anamnese

- Smerter? Kommer de i forbindelse med anstrengelse? Er der hvile eller natlige smerter?
- Er arbejdet belastende for ryggen? Tunge løft?
- Mulighed for omskoling?
- Tager hun smertestillende?
- Ressourcer derhjemme?
- Stress på arbejde?
- Børnepasning?
- Økonomi?

Behandling

- Analgetika evt. i kombination med muskelrelakserende (klorzoxazon). NSAID
- Mobilisering efter evne og til smertegrænsen. Ingen røde flag
- Information om røde flag
- I svære tilfælde kortvarigt sengeleje (enkelte døgn). Dette foregår bedst i psoasleje dvs. med hofter og knæ bøjet 90° og understøttet med pude
- Rygtræning, henvisning til fysioterapi. Genoptræning på tværfagligt rygcenter
- Hurtig tilbagevenden til arbejde frem for sygdommelding og passivitet bedrer prognosen
- Evt. mulighedserklæring
- Undgå sygeliggørelse
- Fremhæv ressourcerne. Hør om hendes netværk mhp. hjælp/aflastning til pasning af hendes børn
- Tværfaglighed – kontakt til arbejdsgiver og/eller socialforvaltning mhp. iværksætte tiltag der kan få patienten tilbage på arbejde.

Klinisk spørgsmål 22

50-årig advokat, gift, 2 voksne børn. Har eget advokatfirma, der går godt. Han var hos dig for en uge siden, fordi han gerne ville have et helbredstjek. Du målte BT til 160/95. Du tog blodprøver, der viste let forhøjede levertal og let forhøjede lipider, Han forventer at få noget medicin for sit blodtryk, som du siger, er for højt. Hvordan vil du gribe konsultationen an?

Anamnese

- Drejer det sig om white coat hypertension?
- Kostvaner, tobak, motion? Hans lipider er ↑
- Alkoholforbrug? Hans levertal er ↑
- Hvad er hans BMI?
- Diabetes?
- Stress i hverdag?

Behandling

- BT-målinger derhjemme i 2-3 uger
- Den motiverende samtale mhp. livsstilsændringer
- Livsstilsændringer – rygestop, vægttab (BMI < 25), ↓ indtag af salt, alkohol. Øg dgl. fysisk aktivitet (går ture i rask tempo i 40-45 minutter). Patienter uden risikofaktorer, organskade/kardiovaskulær sygdom tilbydes livsstilsændringer i 6-12-måneder før indsættelse af farmakologiske behandling.
- Patienter med grad 2 eller 3 hypertension skal umiddelbart uden forudgående tiltag påbegynde farmakologisk behandling. Risikoen for at udvikle hjertekarsygdom falder i takt med at BT falder. Farmakologisk behandling består af calcium-antagonister, ACE-hæmmere og angiotensin-II-receptorblokkere. Ved ukompliceret hypertension er det naturligt at starte med thiaziddiuretika

Klinisk spørgsmål 23

40-årig kvinde, lærer, gift, henvender sig fordi hun gennem det sidste år er blevet tiltagende træt og føler sig stresset og irriteret. Hun synes at arbejdet stresser hende og er bange for at gå ned med flaget. Kommer for at få et godt råd. Hvordan vil du gribe konsultationen an?

Der er tale om *social/miljømedicinsk referenceramme*, hvor symptomerne skyldes ydre påvirkninger, hvor organismens mulighed for tilpasning bliver overskredet.

Anamnese

- Hvordan er hendes hverdag? Stress?
- Kan hun have depression?
- Evt. ledsagende symptomer?
- Ressourcer derhjemme?

Differentialdiagnoser

- Depression, hjernetumor, myxødem, tyreotoksikose.

Behandlingen består i at fjerne de belastende ydre påvirkninger, og patientens rolle kan være aktiv og passiv. Støttende samtale hvis mistanke om depression.

Gode råd når du føler dig stresset

- Løs problemerne og også kedelige ting med det samme
- Styrk dit netværk og bed om hjælp. Tal med dine nærmeste om hvordan du har det
- Sæt farten ned. Gør en ting ad gangen og øv dig i at gøre tingene langsommere
- Del dagen og problemerne op i små bidder. Forhold dig kun til en ting ad gangen
- Læg "kunne/skulle/burde" tyranniet fra dig
- Læg planer og prioriter. Vær opmærksom på dine værdier og lad dine planer være afspejlet heraf
- Gør lidt mere af det du nyder lidt oftere
- Få en døgnrytme med rigelig søvn. Hold kroppen i form, pas på den, men pas også på at motion ikke bliver endnu en stressor
- Lev op til dine egne, men ikke nødvendigvis andres forventninger og skru generelt lidt ned for forventningsblusset
- Drik mindre kaffe, mere vand
- Husk at shit happens, det er ikke alt vi kan have kontrol over
- Brug regelmæssig afslapning eller mindfulness meditation til at holde dig ned i gear og i kontakt med dine livsværdier
- Undgå superman/superwomen-syndromet. Du kan og skal ikke nå alt
- Vis lidt svaghed, det er mere menneskeligt og gør andre mere trygge ved dig
- Plej flere interesser, vær alsidig
- Hold fri når du holder fri
- Fastsæt eventuelt fast kvarter til bekymringer – og gem dem til der
- Smil lidt mere, også selvom det virker kunstigt. Du vil hurtigt mærke effekten

Klinisk spørgsmål 24

83 år gammel kvinde, tidligere påvist cerebralt infarkt ved scanning, foretaget pga. lette neurologiske udfaldssymptomer som let tale besvær og konfusion, der dog svandt. Gennem ½ år 3 faldepisoder, hvor ægtefællen observerer at patient helt umotiveret falder, uden foregående varsel. Grov neurologisk undersøgelse normal. BT 155/90. Hvad vil du stille op med hende?

Anamnese

- Svimmelhed (cerebral årsag)?
- Hjertebanken (åndenød, synkoper)?
- Balancebesvær?
- Visus, hørelse? Dobbeltsyn?
- Mulig infektion (UVI)?
- Bevægeapparatet? ADL? Funktionsniveauet? Har hun artrose eller andre lidelser i benene? Ataksi, parese, svaghedsfølelse?

- Bruger hun hjælpemidler?
- Drikker hun?
- Kost?
- 5 D'er – Demens, Delir (infektion, metaboliske forstyrrelser, forgiftninger), Depression, Druk (alkohol) og Droger (polyfarmaci, manglende justering af medicin med alderen)
- Løse tæpper derhjemme?

Udredning og behandling

- MMSE og urskivetest
- St. c. et p.
- BT, Puls, temperatur, sat
- EKG – (kardiovaskulær årsager såsom aortastenose, arytmi, ortostatisk hypotension m.m.)
- Blodprøver: hgb, natrium, kalium, CRP, leuko inkl. diff., TSH, BS
- Urinstix – infektion?

Behandling

- Ved infektion – behandling med antibiotika
- Ved delir – indlæggelse
- Gennemgå hendes medicin
- Kontakte ældre- & handicapsforvaltningen mhp. hjælpemidler samt hjælp i hjemmet
- Henvi­sing til geriater, neurolog eller kardiolog afhængigt af fund
- Balancetræning
- Fjerne løse tæpper derhjemme

Klinisk spørgsmål 25

77 år gammel kvinde, for tiden belastet af at passe syg veninde, kommer i sommerperioden og klager over svimmelhed. Beskriver svimmelheden som turevis, måske lidt karruseltype. EKG, blodprøver og BT nat. Hvad vil du stille op med hende?

Ved ægte svimmelhed (vertigo) forstås fornemmelse af skinbevægelse af patienten og omgivelser i forhold til hinanden. Fornemmes som roterende, vippende, faldende eller dragende til en side. Kan udløses af stillings- eller hovedændring og ledsages ofte af kvalme/opkastning og usikker gang.

Afgræns over for faldtendens/usikker gang pga. atrose eller andre smerter i benene, parese, ataksi, dobbelt syn eller svaghedsfølelse. Ved disse tilstande er der ikke fornemmelse af skinbevægelse.

Diagnostiske tankegang

- Perifer svimmelhed – indre øre, n. vestibularis, mb. Ménière, BPPV
- Central svimmelhed – iskæmi f.eks. afklemning af a. vertebralis (pga. degenerative forandringer i columna cervicalis), migræne, epilepsi, alkohol, rusmidler og tobak.
- Aldersbetinget svimmelhed på baggrund af cerebrovaskulær sygdom f.eks. hypotension og arytmi

- Fastsiddende obstruerende ørevoks
- Spændingsbetinget svimmelhed ses ofte sammen med spændingshovedpine, angst og depressive symptomer
- Anden grund f.eks. hjertekarlidelse, diabetes, thyreoidealidelse og polyneurit

I casen skal der først sikres, at patienten ikke kan være dehydreret, da det er sommertid og hun passer sin veninde (belastning).

Anamnese

- Debut, varighed og intensitet
- Svimmelhedstype
- Provokerende og lindrende faktorer – kommer svimmelhed ved hoveddrejning?
- Ledsagesymptomer
- Anden sygdom
- Medicin, tobak, rusmidler

Klinik

- Vurdere patientens mentale tilstand?
- Påvirket af alkohol?
- Hudkulør – anæmisk?
- Puls, BT, st.c. et p.
- ↓ bevægelighed af nakken?
- Simple neurologiske undersøgelse – er der nystagmus?
- Otoskopi – ørevoks?
- Blodprøver – hgb, BS, thyroidea, nyretal, infektionstal

Mulige diagnoser

- Mb. Meniere, neuritis vestibularis, BPPV. Ortostatisk hypotension, dehydrering, ørevoks, tumor i den cerebellopontine vinkel.

Behandling

- Udløsende årsag søges fjernes
- Evt. henvisning til ørelæge eller neurolog hvis svimmelhed af ukendte årsager persisterer
- Holtermonitorering ved mistanke om arytmi
- Røntgen af columna ved mistanke om degenerative columna forandringer
- Hjemmebesøg evt. mhp. hjælpemidler f.eks. stok, rollator, gangstativ og kaldeanlæg/tryghedsalarm
- Advarsel mod pludselige bevægelser
- Evt. medicinsk behandling mod kvalme
- Opfølgende konsultation, telefonkonsultation eller hjemmebesøg aftales

Klinisk spørgsmål 26

27 år gammel kvinde henvender sig med hyppig vandladning. Du laver en stix og mikroskoperer urinen, der er blank. Hun klager endvidere over smerter ved samleje. Du har henvist hende til gynækolog, der finder bækkenbundsmysoser, men ellers ia. Arbejder som damefrisør i en salon, hvor der er meget at lave. Har en dreng på 8 år. Hvad vil du stille op med hende?

Anamnese og klinik

- Samtale om hendes hverdag. Stress?
- Tømmer hun blæren helt hver gang?
- Ressourcer derhjemme?
- Hendes forhold til hendes partner?
- GU for at sikre at der ikke foreligger nogen organiske årsager f.eks. cystocele medførende inkontinens (hyppige vandladninger)
- Urinstix for at se om hun kan have UVI
- Væske-vandladningsskema

Plan

- Rådgivning – empowerment (fremhæv ressourcer)
- Henvisning til fysioterapi mhp. bækkenbundstræning
- Antibiotika ved UVI

Klinisk spørgsmål 27

Peter er gymnasieelev, har været på introetur og kommer hjem med ondt i halsen, feber og svære synkesmerter. Du behandler ham med penicillin, men han bliver ikke bedre og efter 3 dage kommer han igen med høj feber, påvirket AT og stærke smerter i hals. Hvad vil du så gøre?

Patienten er behandlet for pharyngit/tonsillit, men fortsat syg. Det kunne dreje sig om kronisk pharyntitis, abscessus peritonsillaris, abscessus parapharyngealis, tonsillitis chronica, mononucleose, vincent's angina, eller anden virus i halsen.

Klinik

- Inspektion af munden – er der trismus? Rødme? Belægninger?
- Lymfeadenit universal?
- Evt. forstørret lever og milt?
- Temperatur, puls
- Blodprøver med infektionstal inkl. diff. tælling
- Monospot – kan påvise ↑ mængde atypiske lymfocytter (McKinley celler)

Casen giver mistanke om abscessus peritonsillaris, der specielt i starten kan ligne tonsillitis. Patienten kan have tiltagende synkesmerter, problemer med at åbne munden og manglende effekt af penicillin.

Plan

- Henvisning til ØNH-læge. Behandling er punktur af abscessen.
- Hvis en anden diagnose, rettes behandlingen efter denne.

Klinisk spørgsmål 28

60 år gammel diplomat henvender sig pga. hæmospermi og træthed. Kun en enkelt gang hæmospermi, ingen andre sygdomme. Tidligere rask og velbefindende. Gift og stadig i arbejde. Bange for cancer. Hvad vil du sige til ham? Skal han undersøges?

Hæmospermi kan være harmløs, men da han også klager over træthed, skal han undersøges nærmere.

Differentialdiagnoser

- Lokal uskyldig årsag
 - Er den dominerende forklaring
 - Optræder ofte som en enkeltstående episode
 - Langvarig seksuel abstinens, intensiv masturbation og heftige seksuelle samlejer er hyppige årsager til hæmospermi. Ofte pga. rift i urinrøret
 - Behøver almindeligvis ingen udredning
- Prostatitis, akut bakteriel
 - Meget stærke smerter i perineum som stråler ud mod mave eller ryg, feber, kulderystelser, dårlig almentilstand, dysuri, pollakisuri
 - Evt. fulgt af ↓ urinflow og obstruktions symptomer
 - ↑ CRP
- Prostatitis, kronisk
 - Hyppig tilstand med variabel symptomatologi
 - Smerter eller ubehag i perineum, vandladningsproblemer, udflåd, hæmospermi
 - Den kliniske undersøgelse ofte normal, prostata kan være palpationsømt og diffust forstørret
- Epididymitis
 - Fra barnealderen til ↑ alder, hyppigst efter puberteten
 - Langsomt indsættende smerter strålende op i abdomen, feber, sviende og hyppig vandladning, hurtig udvikling af hævelse og ømhed i epididymis
 - Hævelse og ømhed i epididymis og testis, fortykket øm sædstreng, kremasterrefleks tilstede
 - Positiv urinfund: pyeuri og bakteriuri
- Prostatakræft
 - Den hyppigste kræftform hos mænd
 - Vandladningssymptomer som startvanskeligheder, slap stråle, følelse af ufuldstændig blæretømning, afbrudt vandladning, behov for at presse/trykke, efterdryp, svie eller smerte ved vandladning og tidligere akut retention
 - Evt. rygsmerter, hæmaturi, hæmospermi, uræmi. Træthed, vægttab og anæmi
 - Fund kan være hård knude i prostate

- Mistanken forstærkes ved påvisning af ↑ prostata specifikt antigen (PSA). Diagnosen verificeres ved histologisk undersøgelse af nålebiopsi
- Andre årsager
 - Prostatabiopsi
 - Prostatakirurgi
 - Urologisk instrumentering
 - Strålebehandling
 - Hæmoridebehandling
 - Strukturelle
 - Systemiske eller vaskulære årsager
 - Blodfortyndende behandling

Anamnese

- Er det real hæmospermi, eller kan forklaringen være hæmaturi eller blod fra seksualpartneren?
- Hvor længe har der været blod i sæden?
 - Nogle få episoder – tænk infektion eller seksuel aktivitet
 - Flere episode – tænk patologisk tilstand
- Foreligger der tegn til anden underliggende sygdom? Hos personer < 40 år – tænk infektioner, hos personer > 40 år – tænk neoplasi eller andre strukturelle fejl
- Smertefuld vandladning? Tænk urethrit, cystitis eller prostatitis
- Smertefuld ejakulation? Tænk prostatitis eller obstruktion af sædlederen
- Instrumentering i urinvejene?
- Systemiske sygdomme? Tænk blødningsforstyrrelser, leversygdom, alvorlig ukontrolleret hypertension. Vægttab, nattesved, feber, kuldegysninger og knoglesmerter kan tyde på neoplasme eller infektiøs kilde
- Kan der være andre årsager til træthed?

Klinisk undersøgelse og plan

- Palpation af testes, epididymis og prostate. Vurder tegn på infektion eller svulster
- Temperatur, BT og puls
- Blodprøver – hgb, leuco inkl. diff. tælling, CRP, PSA
- Urinstix
- Henvisning til urolog, hvis ovenstående ikke giver svar eller giver mistanke om malign sygdom.
- Ved infektion antibiotisk behandling

Klinisk spørgsmål 29

Fru Jensens hjemmehjælp ringer og fortæller, at fru Jensen, som er 80 år, er lidt konfus, går og falder. T.p. 37,8. Klager over træthed, men ingen symptomer udover dette. Hun er slet ikke som hun plejer, siger hjemmehjælpen. Ønsker et sygebesøg. Hvad kan hun fejle?

Anamnese

- Hvordan er temperatur målt?

- De 5 D'er – demens (MMSE og urskive), depression (geriatrik depressionsskala), delir (infektioner, metaboliske forstyrrelser), druk (↓ tolerance for alkohol), droger (overfølsomhed for medicin)
 - Infektion f.eks. UVI
 - Tegn på delir – akut indsættende bevidsthedsændring, psykomotorisk ændret, tendens til sammenfaren, ↑ eller ↓ talestrøm, reaktionstid, hallucinationer, forstyrret nattesøvn
 - Polyfarmaci? – hvornår er medicin sidst gennemgået?
 - Dehydrering? - ↓ væskeindtag pga. infektion, forglemmelse m.m.?
 - Svimmelhed? – depression, arytmier, hypotension, dehydreret m.m.?
 - Delir – infektionsudløst (urosepsis)?
 - Delirium tremens – er hun alkoholiker?

Sygebesøg

- BT, puls og temperatur
- St.c. et p.
- Urinstix og dyrkning
- Grov neurologiske undersøgelse
- Otoskopi
- Blodprøver – hgb, leuco inkl. diff. tælling, CRP, BS

Behandling

- Behandling efter ætiologi
- UVI behandles med selexid, pivmecillinam eller ciprofloxacin
- Rehydrering
- Medicin gennemgås
- Indlæggelse ved tegn på delir
- Indlæggelse ved delirium tremens – tiamin iv. Stesolid så patienten falder i søvn

Klinisk spørgsmål 30

53 år gammel kvinde, kommer fordi hun efter en maveinfektion har fået nærmest universelt hævede led Ingen farveændring. På det tidspunkt, hun kommer til dig er maven i orden, men leddene smerter. Hvad vil du gøre?

Reaktiv artrit optræder få uger efter infektion i urogenitalsystemet eller mavetarmkanalen. Aseptisk immunologisk reaktion på infektiøs agens f.eks. ved infektioner i mavetarmkanalen og urogenitalorganer forårsaget af Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, klamydia. Der er en sammenhæng med forekomsten af vævstype HLA-B27, som forekommer hos 2/3 af patienterne.

Oligoartrit med hævelse og varme af leddene samt smerte ved belastning, evt. ledsaget af feber. Artritten optræder 1 til 4 uger efter den udløsende infektion og rammer hyppigst underekstremiteterne. Ved tarminfektioner vil man se aksiale artritter, entesopatier dvs. hævelse/ømhed ved senetilhæftninger, særligt

af hælsevenen og fascia plantaris, iridocyklitis og balanitis. Ved klamydia infektion vil man se mb. Reiter med triaden polyarthritis, conjunctivitis og urethritis.

Anamnese og klinik

- Udspørgen om nylig tarm- eller urogenitalinfektion
- Undersøge led for hævelser, senetilhæftninger for hævelser og ømhed og øjne for conjunctivitis
- Hvis i tvivl f.eks. ved monoartrit – foretages ledpunktur

Differentialdiagnoser

- Psoriasisartrit, septisk artrit (staph. aureus, gramneg. stave og postoperativt), rheumatoid artrit

Behandling

- I milde tilfælde NSAID
- I svære tilfælde henvisning til reumatolog mhp. intraartikulære steroidinjektioner eller systemisk prednisolonbehandling
- Ved længerevarende tilfælde kan Salazopyrin® forsøges

Klinisk spørgsmål 31

82 år gammel mand gift med jævnaldrende kvinde, tidligere cykelrytter og aktiv til langt op i årene. Hustruen lidt skrøbelig pga. RA og astma, men alt i alt har de klaret sig og godt. Har stor familie og godt familieliv. Hustruen kommer alene og klager over at manden hele tiden glemmer, hvad de lige har talt om, er desuden blevet lidt irriteret og indadvendt. Manden derimod mener ikke der er noget galt og synes ikke der er grund til undersøgelse. Hvad vil du stille op med ham?

Lyder som begyndende demens

Permanent eller fremadskridende mental svækkelse som følge af erhvervet hjernesygdom. Svækkelsen omfatter udover hukommelse også tænke- og orienteringsevne, forståelse, regnefærdighed, indlæring, sprog og dømmekraft.

Degenerative forandringer i hjernen indeles i

- Primær degenerative forandringer (> 50%) – demens af Alzheimers type. Lewis-body demens. Frontotemporal demens
- Sekundære degenerative forandringer – vaskulære forandringer (> 25%): multiinfarkt demens. Småkarssygdom. Demens forårsaget af hjerneblødning eller enkelt strategisk infarkt

Øvrige ca. 10% – myxødem, normaltrykshydrocephalus, B12-vitaminmangel, hjerneskade forårsaget af alkoholmisbrug, infektion, tumor, traume bl.a. kronisk subduralt hæmatom.

Demens kan endvidere indeles på baggrund af sygdommens lokalisering i hjernen

- Cortical: f.eks. Alzheimers sygdom

- Subcorticalt: f.eks. småkarssygdom

Alzheimers demens – langsomt indsættende demens med jævn progression i sygdomsudviklingen. Korttidshukommelsen svækkes som regel først, men senere ses også svækket langtidshukommelse. Der ses rumlig desorientering, der først giver sig til udtryk ved ↓ evne til at finde vej i nye omgivelser, progredierende til også at omfatte velkendte. Der ses ↓ sproglige evne, hvor det bliver svært for patienten at finde ordene. Endvidere apraxia – svigtende praktisk evne mht. ADL-funktioner (madlavning, af/påklædning, telefonering osv.). Normalt er personligheden bevaret i sygdommens første stadier. Der kan ses angst, usikkerhed og mistænksomhed. Sidst i forløbet kan der tilkomme neurologiske symptomer som ↑ tonus, tremor og myoklonier.

Lewis-body – det kliniske billede minder om Alzheimers demens, men psykiske symptomer som synshallucinationer og paranoid vrangforestillinger er tidligt forekommende. Ofte har patienten også tidligt i forløbet tegn på parkinsonisme. Behandling med antipsykotiske midler vil ofte forværre såvel de psykiske symptomer som parkinsonismen.

Frontotemporal demens – debuterer tidligt, ofte < 50-årsalderen, og begynder oftest langsomt. Personlighedsforandringer som manglende indsigt og distance, overtrædelse af sociale og retslige normer, hæmningsløs adfærd og konfabulering. Sent i forløbet ekkolali, stereotypier og mutisme. Der kan optræde vrangsymptomer og hallucinationer. Orienteringsevnen, sprogforståelse og hukommelse for detaljer er ofte velbevaret selv ved svær sygdom. Ved svær demens ses aggressivitet/agitationer.

Multiinfarkt demens – debut oftest pludseligt. Patienten ofte kendt med hjertekarsygdom eller risikofaktorer som f.eks. hypertension, diabetes og rygning. Symptomerne afhænger af hvor skaden sidder. Forløbet er fluktuerende. Personligheden er relativt velbevaret, evt. ↑ træghed. Ofte også somatiske symptomer som hovedpine og svimmelhed. Depression og angst er normalt ved denne type demens.

1. konsultation

- Anamnese – husk 5 D'er (demens, depression, druk, delir, droger). Spor dig ind på symptomerne ved at spørge patienten og pårørende om hukommelse før og nu. Løses problemerne som tidligere? Tendens til at fare vild? Svært ved at deltage i dgl. husholdning? Svært ved at finde ordene? adfærdsændring? Arv (vigtigst ved tidlige former)? Sociale forhold (skift af miljø)? Tidligere og nuværende sygdomme? Medicinering (psykofarmaka/præparater med antikolinerg virkning, polyfarmaci)? Misbrug? Toksiske substanser? Hovedtraumer? ADL-funktion.

2. konsultation

- Almen tilstand – ernæringsstatus og hydreringsgrad. St. p et c. BT og p. Visus og hørelse.
- Neurologisk status – styrke, koordination og refleksforhold. Hjernenervefunktion. Tonus. Parkinsonisme? Sproglig evne? MMSE score (score: 22-27 let demens, 15-22 middelsvær demens, < 15 svær demens) og urskivetest. Headturning sign.
- Blodprøver – hgb, leuko inkl. diff. tælling, trombocytter, erytrolyt folat, homocystein, levertal, albumin,

TSH, CRP, BS, kalium, natrium, ioniseret calcium

- EKG

3. konsultation

- Hvis ej demens – samtale og opfølgning
- Hvis mulig demens – ny konsultation om 3 måneder
- Hvis demens – plan for pleje og behandling. Henvisning til demensklínik for yderligere diagnosticering inkl. CT-skanning af cerebrum.

Evt. SPECT-skanning, lumbal punktur, EEG, neuropsykologisk test mm.

Københavns Kommune involveres. Social & Seviceforvaltningen til ældre > 65 år. Sundhedsforvaltningen til ældre < 65 år.

Specifik behandling hvis muligt f.eks. myxødem. Henvisning til neurokirurg ved mistanke om normaltrykshydrocephalus. Anden behandling vil være af symptomlindrende karakter. 1. gangsordination af kolinesterasehæmmere skal ske via specialklinik (geriater, psykiater eller neurolog). Receptfornyelse kan ske via praktiserende læge.

Behandling ved Alzheimers demens

- *Acetylkolinesterase-hæmmere (donepezil, galantamin og rivastigmin)* – ved let til moderat demens. Symptomatisk effekt, dvs. ingen bremsning af selve sygdomsforandringerne. Bedrer de kognitive funktioner, funktionsevne og neuropsykiatriske symptomer og udskyder sygdomsprogressionen ½-1 år. Bivirkninger: gastrointestinale, hovedpine, svimmelhed, muskelkramper, konfusion, bradykardi, søvnbesvær, hudkløe og hududslæt. Forsigtighed ved ulcus, epilepsi, astma og overledningsforstyrrelser i hjertet
- *NMDA (N-methyl-D-aspartat)-antagonist* – ved moderat til svær demens. Symptomatisk effekt dvs. ingen bremsning af selve sygdomsforandringerne. Glutamat overstimulerer NMDA-receptorerne, hvilket menes at bidrage til symptomerne og den neurotoksiske effekt. Memantine bringer den glutaminerge neurotransmission tilbage til fysiologisk niveau og bedrer kommunikationen i de glutaminerge neuroner. Memantine bedrer funktionsniveauet i dagligdagen og de kognitive funktioner hos patienter. Bivirkninger: hovedpine, svimmelhed, træthed, konfusion. Forsigtighed ved epilepsi, nylig AMI, ukontrolleret hypertension, ubehandlet hjerteinsufficiens og svært ↓ leverfunktion og nyrefunktion

Behandling ved Lewis-body demens

- Acetylkolinesterase-hæmmere (rivastigmin)
- Pga. neuroleptika overfølsomhed skal brug af selv atypiske neuroleptika så vidt som muligt undgås
- Tilbageholden med L-DOPA pga. risiko for bivirkninger i form af hallucinationer

Behandling ved frontotemporal demens

- Ingen specifik medicinsk behandling til frontotemporal demens. Evt. forsøg med selektive serotoninreuptake-inhibitorer (SSRI), men effekten på adfærd begrænset. Gennemsnit overlevelse 6 år

Behandling ved multiinfarkt demens

- Kontrol og eventuel behandling af cerebrovaskulære risikofaktorer (plasmalipider, hypertension, diabetes, rygning). En vis effekt af acetylkolinesterase-hæmmere og memantine.

Klinisk spørgsmål 32

52 år gammel kvinde. Gift socialrådgiver, 2 voksne børn. Normalvægtig, løber 7 km hver 2. dag. Kommer for at få svar på en S-Kolesterol. En 6 år ældre bror har fået et AMI og der blev konstateret ↑ kolesterol. Normalt BT, ikke ryger. S-Kol. 6,7 mmol/l, HDL 3,2 mmol/l, LDL 3,3 mmol/l. Hvad vil du sige til hende?

Samtale om patienten om kost, træning, tobak og alkohol. Da hun løber jævnligt, normalvægtigt og er ikke-ryger, men har en bror med AMI og ↑ kolesterol, kan hun være disponeret for en familiær hyperkolesterolemie og derfor være i risiko.

Hvis risikoen er absolut 10 års risiko på < 5% for fatal hjertekarsygdom (< 20% for iskæmisk hjertesygdom) anbefales alene livsstilsændringer. Hvis risikoen er absolut 10 års risiko på > 5% for fatal hjertekarsygdom (> 20% for iskæmisk hjertesygdom) f.eks. hos patienter med familiær hyperkolesterolemie, diabetes mellitus, hypertension og andre lidelser, tilrådes både kostvejledning og medikamentel behandling med simvastatin eller lignende præparat.

Patienten total kolesterol og LDL er høje. Det høje total kolesterol kan også være betinget af det høje HDL, som induceres af træning.

Samtale om kost og alkohol. Er der nogen ting som hun kan lave om på, skal hun gøre et forsøg på dette. Ellers skal hun sættes profylaktisk i simvastatin behandling med en lille startdosis 10 mg, herefter opfølgende kontrol om 1-2 måneder. Som alt andet medicin skal patienten informeres om bivirkningerne som søvnforstyrrelser, hukommelsestab, forstyrrelser i seksueldriften, depression og sjælden lungesygdom.

Behandlingsmål

- Total kolesterol < 5,0 mmol/l
- LDL < 3,0 mmol/l
- HDL > 1,0 mmol/l

Klinisk spørgsmål 33

87 år gammel kvinde, svær KOL og dårligt hjerte dog for tiden velkompenseret ifølge hjertelægerne. Udvikler ikke desto mindre ankelødemer. Kan ikke gå. Får 250 mg furix pga. hjerteinsufficiensen, ingen perifer arteriosklerose. Hun er ked af at få diuretika dosis sat yderligere op. Hvad så?

Der skal undersøges om patienten har en forværring af sin svær KOL.

Objektiv ved svære grader af KOL

- Åndenød

- Påskyndet respirationsfrekvens ved bevægelse
- Hyperflateret, tøndeformet thorax – ↑ total lungekapacitet og residualvolumen
- Vandret forløbende costae
- Tendens til hyperventilation
- Stærk ↓ ernæringstilstand
- Få tilfælde med højresidig hjerteinsufficiens med halsvenestase, hepatomegali, ascites og perifere ødemer – kronisk hypoxæmi fører til ↑ tryk i lungekredsløbet, der fører til belastning og højresidig hjerteinsufficiens og senere crurale ødemer. Behandling er ilt, der får hele kaskaden til at vende og ødemerne vil forsvinde
- St.p.: udvidede lungegrænser, tendens til costal respiration, forlænget eksspirium, svækkede respirationslyde med eller uden ronchi.

Anamnese og objektiv undersøgelse

- Hvorfor er hun ked af at få dosis op? Vandladning om natten? Faldrisiko?
- Hvad får hun af hjertemedicin? Calcium-antagonister, steroider, NSAID kan alle give ødemer
- Ryger hun?
- Har hun hjemme-ilt?
- St.p. et c.
- BT, P, temperatur
- Blodprøver inkl. syre/base-status
- Spirometri

Behandling

- Ilt-behandling
- Støttestrømper
- Venepumpeøvelser
- Diuretika dosis sættes op, men tiderne skal være morgen og middag (ej om aften da vandladningstrang om natten og dermed faldrisiko)
- Opfølgning – aftale om kontrol efter 1 eller få dage, så lægen kan sikre sig, at tilstanden er bedret
- Kontakt til kardiologerne mhp. koordination af en samlet behandlingsplan (Shared care: møde mellem de forskellige dele af sektorerne om den bedst mulige behandling af patienten)

Klinisk spørgsmål 34

25 år gammel kvinde, grønne afføringer med slim, mavekramper og opkastninger, formentlig opstået efter grill besøg. CRP 42. Blød i abdomen med diffus ømhed. Hvad vil du stille op med hende?

Diare < 2 ugers varighed er hyppigst infektiøs og selvlimiterende, men kan også være akut debut af kronisk sygdom, dog ikke sandsynligt i vores case.

Anamnese

- Hvor lang tid hun har haft diarre og opkastninger?
- Hvordan ser afføringen ud (tilblanding af blod, slim eller pus)?
- Hvordan ser opkast ud?
- Er der andre i familien der også er syge?
- Feber?
- Har hun kunne spise eller drikke noget siden besøg fra grill?

Undersøgelser rettes mod hydreringstilstand, undersøgelse af abdomen og rectum samt blodprøver: hgb, leuko inkl. diff. tælling, CRP, natrium, kalium, carbamid, creatinin. Derudover afhængig af den kliniske tilstand og diare varende > 2-3 døgn, tages supplerende fæcesundersøgelse: D+R for tarmpatogene bakterier. Undersøgelse for parasitter (orm, æg, cyster). Ved blodig diare bør gennemføres sigmoideoskopi eller koloskopi.

Behandlingen med rigelig væske i form mineralvand eller saftvand. Rehydrering foregår med færdigblandede elektrolytholdige væsker fra apoteket eller med vand, saftvand o.l. tilsat lidt sukker og salt. Ved moderat eller svært påvirket almentilstand bør patienten indlægges.

Følgende tarmpatogener er man forpligtet til at opgive til sundhedsmyndighederne

- Salmonella, Campylobacter, Yersinia, Giardia lamblia, amøbeinfektioner, EHEC, botulisme, VRE (vancomycinresistente enterococcus)

Profylaktisk antibiotikabehandling (kinolonpræparat) anbefales ikke rutinemæssigt, men i risikogrupper kan det være indiceret (immunsupprimerede, moderat til svær hjertelungesygge, inflammatorisk tarmsygge, personer med tidligere reaktive artritter og insulinbehandlede diabetikere)

Selvpleje – vær hjemme fra skole/arbejde, så længe diaren varer. Dette gælder især ved arbejde med småbørn, syge eller levnedsmidler. Brug så vidt eget toilet. Rengør brættet med klorhexidinsprit efter brug. Indskærp håndhygiejnen, flydende sæbe, engangsservietter. Undgå at håndtere mad. Snavset tøj og undertøj vaskes i maskine. Tag brusebad frem for karbad.

Alarmsymptomer ved kronisk diare

- ↓ appetit
- Vægttab
- Sygdomsfølelse
- Påvirket almentilstand
- Tegn på anæmi

Klinisk spørgsmål 35

65 år gammel kvinde henvender sig med en knude i venstre bryst svarende til øverste laterale kvadrant. Opstået inden for den sidste uge. Obj. finder du en suspekt tumor, men ingen forstørrede glandler i axillen. Hun er meget nervøs, spørger om det er kræft. Hvad vil du sige til hende?

Knuder i brystet

- Kræft – indtrukket brystvorte eller indtrækning af andre dele af brystet f.eks. hud, hvilket skyldes skrumpning af bindevævet, forårsaget af tumoren. Eksem på brystvorten eller appelsinhud. Evt. sekretion fra brystvorten
- Fibroadenomatose og fibroadenom – hos yngre kvinder
- Inflammatoriske tilstande
- Cyste
- Hormonelt betinget knude

Udredning

- Er der familiær disposition? Mamma eller ovariecancer
- Er hun i hormonbehandling (østrogen)?
- Hvor ofte undersøger hun brystet?
- Er der andre symptomer? Vægttab, feber, alment påvirket?

Plan

- Information om kræftpakke
- Henvielse til trippeldiagnostik dvs. klinisk undersøgelse, mammografi og finnålsbiopsi med svar til egen læge. Cancer skal altid udredes. Det er vigtigt at opdage i tide, da en knude, som er < 15 mm uden spredning, har meget god prognose. I alle tilfælde med en palpable resistens skal man udføre en finnålsbiopsi, og ved en tumor som ikke er palpable, opdaget ved mammografi, skal finnåls cytologi ske ved stereotaktisk metode. UL er bedst til yngre med meget kirtelvæv, mens mammografi er bedst til postmenopausale kvinder, hvor mamma er fedtinvoluerede.
- I henvielse skal der stå – familiær disposition, fund, evt. hormonbehandling, tidligere sygdomme, graviditet, hvad patienten er informeret om)

Klinisk spørgsmål 36

15 år gammel indvandrer dreng kommer med sin mor, der gerne vil have hjælp til at klare sønnen. Hans far og mor blev skilt, da han var 2 år gammel. Faderen tog tilbage til Marokko. Moderen giftede sig igen og fik 2 børn hurtig efter hinanden. Moderen har i hele patientens barndom klaget over, han var svær at styre. Han har været meget forstyrrende i klassen og har måttet skifte skole mange gange. Er rastløs og urolig, men god til det faglige. Forholdene i hjemmet er meget belastende for alle parter. Han skal nu flytte hjem til sin mormor. Hvor vil du søge hjælp til familien?

Forslag til diagnose – hyperkinetisk forstyrrelse (F90) – diagnostiske kriterier

- Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med mindst 6 af følgende
 - Kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skødesløse fejl
 - Kan ikke fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg
 - Synes ikke at høre, hvad der bliver sagt
 - Kan ikke følge instrukser eller udføre opgaver
 - Kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter

- Undgår eller afskyr opgaver, som kræver vedholdende opmærksomhed
- Mister blyanter, bøger, legetøj eller ting, som er nødvendige for at udføre opgaver og aktiviteter
- Lader sig let distrahere af ydre stimuli
- Er glemsom i forbindelse med dagligdagsaktiviteter
- Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder med mindst 3 af følgende:
 - Uro i hænder eller fødder, sidder uroligt
 - Forlader sin plads i klassen eller ved bordet
 - Løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde
 - Støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille
 - Excessiv motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre
- Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med mindst 1 af følgende
 - Svarer før spørgsmål er afsluttet
 - Kan ikke vente på at det bliver deres tur
 - Afbryder eller maser sig på
 - Taler for meget, uden situationsfornemmelse
- Begyndelsesalder < 7 år
- Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. både i skolen og hjemmet, såvel som ved klinisk undersøgelse
- Forstyrrelserne forårsager betydelige vanskeligheder eller vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner
- Skyldes ikke affektive lidelser (F30-F39), angsttilstande (F40-41) og opfylder ikke kriterierne for F84

Symptomer & klinik

- Fremtræder forvirret og letafledeligt
- Præget af perceptuelle problemer
- Trods normal begavelse betydelige indlæringsvanskeligheder i skolen
- Forsinket udvikling af sprog og tale, og ikke sjældent læsevanskeligheder
- Vanskeligheder med planlægning og overblik
- Svær ved at styre sit temperament og får hyppige raserianfald
- Let komme i slagsmål og ringe forståelse for sin egen andel i konflikter
- Udvikling i retning af direkte antisocial adfærd med handlinger som tyveri og hærværk.

Differentialdiagnoser

- Dårlig trivsel/tilpasning i skolen
- Dårlige sociale forhold
- Angsttilstande
- Mani (sjældent optrædende hos børn)
- Normal adfærd for alderen
- Relationsforstyrrelser / tilknytningsforstyrrelser
- Adfærdsforstyrrelser enten i form af oppositionel eller egentlig antisocial adfærd

- Kan være et resultat af ↓ impuls kontrol
- En følge af nederlag og skuffelser
- Vanskeligheder ved social omgang
 - Pga. impulsivitet
 - Vanskeligheder ved at tolke sociale signaler
 - Vanskeligheder ved at forstå eller leve sig ind i andre tankegang og følelser
- Emotionelle forstyrrelser
- Tourettes syndrom
- OCD
- Depression – depressiv adfærdsforstyrrelse – præget af udadrettede negativt betonedede adfærd

Udredning og klinik

- Hvor bor mormor?
- Er det en god ordning at barnet flytter til en mormor?
- Er det barnets tarv? Og er det mormors tarv?
- Hvordan er forhold til stedfar?
- Forhold til søskende?
- Er der noget misbrug (alkohol, tobak, rusmidler)?
- Social netværk?
- Omsorgssvigt (passiv, aktiv, seksuel)? Moderens forældreevne?
- Drejer det sig om hyperkinetisk forstyrrelse (han er fagligt begavet)? Opfylder han kriterierne?
- Objektiv undersøgelse af drengen

Plan

- Rådgivning/vejledning af forældre
- Henvielse til socialforvaltningen, pædagogisk-psykologisk rådgivningskontor, der drives af kommuner, børn- & ungerådgivning, børne- & ungdomspsykiatriske afdelinger samt speciallæger i psykiatri
- § 50 undersøgelse – omfatter barnets udvikling og adfærd, familie- & skoleforhold, sundhedsforhold, fritidsforhold og venskaber. Undersøgelsen skal endvidere afdække ressourcer og problemer hos barnet, familien og netværket. Her inddrages fagfolk (sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer eller lærere), som allerede har viden om barnet eller den unges og familiens forhold. Undersøgelsen skal afklare, om der er grundlag for at skride ind i barnets eller familiens liv. Undersøgelsen skal afsluttes 4 måneder efter at kommunen bliver opmærksom på at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte.
- Medikation i tilfælde af diagnosen ADHD
 - Centralstimulantia (Ritalin® eller Dexamfetamin®) fungerer som dopaminagonister og øger koncentrationsevnen. Effekt hos 2/3 af børn. Virker efter 20 minutter og effekten aftager efter 2-4 timer. De længerevarende præparater (f.eks. Ritalin Uno® eller Concerta®) har også en hurtig indsættende virkning med effekt > 6 timer. Bivirkninger: appetitløshed, mavepine, søvnforstyrrelser, forværring eller udløsning af tics, tristhed/depression, risiko for misbrug/psykose, hovedpine, let ↑ af blodtryk og puls, let perifer vasokonstriktion, ændring af

højde/vægt-kurve

- Ikke-centralstimulantia (f.eks. Strattera® (atomoxetin) virker via det noradrenerge system (noradrenerg reuptakehæmmer), maksimale effekt efter 6-10 uger, dosis optrappes over min. 1-2 uger. Mindre effektiv end centralstimulerende medicin. Den forværrer ikke komorbid tics, depression og bør overvejes frem for centralstimulerende medicin ved aktuelt misbrug af rusmidler eller alkohol. CAVA hjertekarsygdomme. Bivirkninger: døsigthed og vredladen adfærd

Klinisk Spørgsmål 37

21-årig mand, for tiden uden arbejde, henvender sig til dig og oplyser at han har været forkølet 5 gange på et halvt år. Han er rigtig træt af det og spørger om du tror der er noget galt med immunforsvaret? Hvordan vil du gribe konsultationen an?

Anamnese

- Varighed af enkelte forkølelse?
- Hvad har han tidligere arbejdet med?
- Vægttab, svedeture?
- Andre ledsagende symptomer? Feber, hoste, halssmerter, mavegener, hovedpine som forværres ved foroverbøjning?
- Kendt med astma?
- Har han fået antibiotika tidligere?
- Socialomgang – syge mennesker i omgangskreds?
- Seksualliv?
- Eksponeringer?
- Alkohol og tobak?
- Nogen former for medicin?
- Hvad er han bekymret for? Frygt, forestillinger, forventninger, følelser, funktion

Udredning

- Inspektion af fauces, podning
- St.c. et p.
- Blodprøver – hgb, leuko inkl. diff. tælling, CRP, LDH, ALAT, ASAT
- Palpation af bihuler samt percussion
- Otoskopi
- Grov ØNH undersøgelse

Differentialdiagnoser: erhvervede sygdomme såsom lymfom, AIDS. Immunsupprimerende medicin, cancersygdomme, leukæmier

Information om der ikke er nogen fare, hvis alle undersøgelser normale. Gode råd om kost. TERM-modellen. Spørg ind til ressourcer og belastninger. Kommer han for at få en erklæring om at være syg fordi han er

arbejdsløs?

Klinisk spørgsmål 38

22 årig, kontorassistent, ringer til dig og beder om noget antibiotika da hun mener at hun har blærebetændelse igen. Vil gerne have en recept på selexid, det har hun fået de andre gange. Du ser i journalen at hun er behandlet for cystitis 4 x tidligere det sidste år. Hvad vil du sige til hende?

Bakteriel infektion i urinvejene

Nedre UVI (cystitis) skyldes dårlig blæretømning, tidligere infektioner, medfødte misdannelser, blæretumorer, seksuel aktivitet (honeymoon cystitis) eller fremmedlegemer i urinvejene f.eks. kateter, cystoskop eller blæresten. Bakterierne er ofte gramnegative f.eks. E. coli (80%), proteus species (10%) eller Klebsiella species (10%). Dysuri, pollakisuri, urge, evt. hæmaturi. Der kan være ømhed over blæren.

Øvre UVI (pyelonefritis) er infektion ascenderende fra blæren. Kan skyldes recidiverende cystitis, dårlig blæretømning, vesikoureteral reflux, hydronefrose og nyresten. Symptomer: samme som ved nedre UVI plus feber og flankesmerter.

Urinstrix viser leukocyteterase (infiltration af leukocytter i mucosa og submucosa) og nitrit (70%). Urindyrkning med resistensbestemmelse er diagnostisk. Hvis samtidigt feber → blod D+R mhp. bakteræmi (urosepsis).

I casen skal kvinden komme til konsultation så hendes urin kan undersøges. Den skal være friskladt. Der anvendes stix med testfelt for bl.a. nitrit og leukocytter samt blod, direkte mikroskopi samt dyrkning som er obligatorisk ved recidiv og hyppige infektioner. Stix og mikroskopi er begge tilstrækkeligt sikre metoder i den akutte situation, men indebærer risiko for falske svar. Dyrkning er den mest sikre diagnostiske metode. Ved manglende vækst ved dyrkning skal andre årsager overvejes (klamydia hos unge kvinder).

GU mhp. afdække anatomisk disposition til UVI f.eks. slapt bækkenbund. Klamydia podning

Antibiotisk behandling efter resistensbestemmelse. Hyppigste anvendte præparater: sulfamethazol eller mecillinam. Ved allergi og langtidsprofylakse mod recidiverende cystitis (> 5-10 x årligt) anvendes trimetoprim eller nitrofurantoin. Ved pyelonefritis anvendes mecillinam eller ciprofloxacin. Ved komplicerede tilfælde med feber eller urosepsis iv gentamycin + ampicillin eller ciprofloxacin.

Desuden tilrådes at drikke rigeligt, dobbelt op og tømme blæren helt ved vandladningen. Kvinder rådes til at lade vandet efter samleje (skylle urinrøret igennem). Ved hyppigt forekommende blærebetændelse og gentagne tilbagefald kan der (med resistensbetemmelse) behandles forebyggende med dgl. tranebærsaft og/eller antibiotika i perioder på 3 måneder. Kvinder efter menopause kan behandles med lokal østrogensubstitution for at fremme slimhindernes naturlige beskyttelse.

Ved recidiverende infektioner henvisning til urologerne for videre udredning.

Klinisk spørgsmål 39

35-årig murer henvender sig til dig, fordi han i 2 uger har haft lidt løs afføring og lidt trykken omkring umbilicus og i epigastriet. Obj: finder du let ømhed omkring umbilicus og i epigastriet, men ingen udfyldninger. Han kommer egentlig bare for at sikre sig, at det ikke er noget alvorligt. Hvad vil du gøre?

Anamnese

- Spiselindring?
- Sure opstød?
- Halsbrand?
- Forværring ved øl, vin og spiritus eller af stærkt krydret mad
- Afføringsmønster – udseende og konsistens, evt. blod, pus eller slim tilblanding?
- Feber?
- Stress på arbejde?
- Rejseanamnese?
- Vægttab?
- Medicin?
- Omgivelserne (familien) med lignende symptomer?

Objektiv undersøgelse

- Palpation af abdomen, evt. rektal eksploration
- Breath test (HP-pusteprobe)
- Fæcesprøver – calprotectin, D+R
- Blodprøver – hgb, leuco, CRP, kalium, natrium, creatinin, carbamid

Diagnosen tyder på mavekatar.

Behandling

- Information om mulig årsag
- Opstart af protonpumpehæmmer
- Hvis positiv for helicobacter polyri – eradikationsbehandling
- Opfølgende konsultation om 2 uger – ved vedvarende gener tænk infektion, inflammatorisk tarmsygdomme, colon irritabile, cøliaki, laktoseintolerans. Afføringsprøver og blodprøver. Henvisning til gastroenterolog

Husk at tænke på referanceramme – patienten tænker ud fra psykologisk/psykosomatisk referanceramme, mens lægen tænker ud fra biomedicinsk referanceramme.

Klinisk spørgsmål 40

49 år gammel kvinde. Gift. Har 2 adoptivbørn fra Bulgarien. De blev adopteret som 7 og 8 år gamle, efter at have boet på børnehjem indtil da. Efter ankomsten til Danmark svært adfærdsforstyrrede, og det er ikke lykkedes at ændre deres situation. Kommunen har været inde over og har gjort alt hvad den kunne. Patienten er gift lægesekretær, ægtefællen selvstændig revisor. Pt. udviklede undervejs en depression, blev behandlet med Cymbalta 60 mg med god effekt. Kommer nu og fortæller, det ikke hjælper mere. Yderligere spidsbelastning med en dement far og stress på jobbet. Der er ½ års ventetid hos psykiateren. Hvad vil du gøre?

Anamnese

- Udspørgen om hendes psykiske tilstand mhp. vurdering af hendes depression? Selvmordstanker? Brug af Hamilton score
- Hjemmesituation?
- Ressourcer og belastning?
- Hvorfor får hun Cymbalta (SNRI)? (normalt gives ved generaliseret angst)
- Social netværk mhp. at få hjælp?

Plan

- Opfølgende samtale hvor hendes mand også kommer med
- Involvering af socialforvaltningen mhp. hjælp til hendes dement far
- Mulighedserklæring til arbejdet mhp. evt. går ned i deltid
- Henvi­sing til psykologisk behandling varierende fra rådgivning til støttende psykoterapi (patienten kan få lettet sine bekymringer)
- Evt. øgning til hendes Cymbalta eller seponer dette og opstart af et andet præparat
- Gode råd om kost og motion – har positiv virkning på depression