

Akut internmedicin – Behandlingsprogram 2010

ADMINISTRATIVA PROGRAM

Anmälningspliktiga sjukdomar	2
Behandlingsbegränsning – ”Ej HLR”	3
LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall)	4
LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård	5
Rutin då anhörig ej kan spåras.....	6
Åtgärder vid dödsfall.....	6

Redaktion:
Johan Hulting
Inger Gretzer Qvick
Ulf Ludwigs
Stefan Sjöberg

Stockholms läns landsting

ADMINISTRATIVA PROGRAM

Anmälningspliktiga sjukdomar

Definition

Nedanstående smittsamma sjukdomar är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen (2004:168) och smittskyddsförordningen (2004:255). Se www.smittskyddsinstitutet.se. Anmälningspliktiga sjukdomar indelas i allmänfarliga, samhällsfarliga och anmälningspliktiga utöver allmänfarliga. Anmälan sker från laboratorier och behandlande läkare till landstingets smittskyddsläkare och till Smittskyddsinstitutet. Anmälningsblankett mm finns på www.sminet.se.

Allmänfarliga sjukdomar

Med allmänfarlig sjukdom avses smittsam sjukdom som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning. Samtliga är anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga:

Campylobacterinfektion, difteri, fågelinfluensa (H5N1), EHEC (infektion med enterohemorragisk E. coli), giardiainfektion, gonorrhé, hepatit A-E, Hivinfektion, infektion med HTLV I eller II, influensa A (H1N1), s k svininfluensa, klamydiainfektion, kolera, MRSA (infektion med meticillinresistenta gula stafylokker), mjältbrand, paratyfoidfeber, pest, infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G, polio, rabies, salmonellainfektion, shigellainfektion, syfilis, tuberkulos, tyfoidfeber, virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nefropathia epidemica).

*Från och med 15 juli 2009 ändrades Socialstyrelsens föreskrift så att anmälningsplikten för influensa A (H1N1) begränsas till vissa delar, nämligen att bara fall som vårdas på sjukhus anmäls från vården men fortsatt alla fall som diagnostiseras på laboratorier.

Samhällsfarliga sjukdomar

Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Samtliga är anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga:

Smittkoppor, sars (svår akut respiratorisk sjukdom).

Anmälningspliktiga sjukdomar utöver allmänfarliga sjukdomar

Dessa sjukdomar kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Samtliga är anmälningspliktiga men bara en del av dem är smittspårningspliktiga (markerade med (S) i listningen nedan):

Atypisk mykobakterieinfektion, botulism (S), brucellos (S), cryptosporidiuminfektion (S), denguefeber, echinokockinfektion (S), entamoeba histolyticainfektion (S), enterobacteriaceae-infektion som producerar ESBL (Extended Spectrum Betalactamase; anmäls endast från laboratorierna), gula febern, GAS (beta-hemolyserande grupp-A-streptokocker), invasiv infektion haemophilus influenzae, invasiv infektion harpest (tularemia), kikhosta (S),

legionellainfektion (S), leptospirainfektion, listeriainfektion (S), malaria; meningokockinfektion, invasiv mässling (S), pneumokockinfektion, invasiv papegojsjuka (S), påssjuka (S), röda hund (S), sorkfeber (nephropathia epidemica), stelkramp, trikinos (S), Q-feber, vancomycinresistent enterokocker (VRE) (S), vibrioinfektion exkl. kolera (S), viral meningoencefalit, yersiniainfektion (S).

Behandlingsbegränsning – ”EJ HLR“

Definition

Alla patienter som drabbas av eller påträffas med *oväntat* hjärt- och/eller andningsstopp bör bli föremål för hjärt-lungräddning (HLR). En viktig förutsättning är kännedom om tidsförhållanden. Om mer än 15 min förflutit sedan hjärt-/andningsstoppet inträffade är HLR meningslöst och bör ej utföras. För patienter som inte bör behandlas med HLR måste läkare fatta beslut om behandlingsbegränsning i form av en ”Ej HLR-ordination”.

Information och samråd

Beslut om behandlingsbegränsningar är vanligen ett rent medicinskt ställningstagande. Det baseras på bedömningen att HLR ej förväntas vara framgångsrik. Kortsiktigt kan ett lidande förlängas om HLR påbörjas vid terminal sjukdom. Man skall informera anhöriga vid förväntade dödsfall samt lämna besked om behandlingsbegränsning.

Behandlingsbegränsningar kan dock leda till svåra etiska ställningstaganden i vissa fall. Belutet skall då så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten, eller där detta ej är möjligt, med anhörig/närstående. Beslutande läkare skall besitta adekvat kompetens och tillräcklig kunskap om patienten. Beslutet bör även tagas i samråd med kollegor. När beslutet fattats är det viktigt att berörd personal informeras. Så kallat livstestamente saknar juridisk giltighet men vägs in som en viljeyttring från patienten.

När kan ”Ej HLR”-beslut komma ifråga

Följande anvisningar är avsedda som stöd för beslut men gör inte anspråk på att omfatta alla patienter som kan komma ifråga för beslut om behandlingsbegränsning.

1. Patienter med svår akut sjukdom där HLR ej förväntas vara framgångsrik. Detta gäller patienter med multipel organsvikt, stroke med medvetslöshet, utbredd ventilatorkrävande pneumoni/ARDS och cirkulatorisk chock.
2. Patienter med terminal sjukdom. Här ingår patienter med spridd cancer, svår stroke, grav hjärt- eller lungsvikt, njursvikt där ingen ytterligare terapi finns att erbjuda.
3. Patienter med irreversibel eller svår hjärnskada. Hit hör hjärnskada speciellt vid progressiva hjärnsjukdomar med avancerad demens och totalt vårdberoende och/eller persisterande vegetativa tillstånd. Patienter med hjärnskada efter hjärt-lungräddning tillhör denna grupp.
4. Patienter som endast får palliativ vård. För vissa patienter är det rimligt att endast bedriva behandling som syftar till att lindra plågor men ej förlänga liv. Det rör sig om patienter i livets slutskede.

Vem fattar beslut om behandlingsbegränsning?

Beslut fattas av patientansvarig läkare eller bakjour. I akuta situationer kan beslut fattas av behandlande läkare som vid osäkerhet kontaktar bakjour.

Vad innebär beslut om ”Ej HLR”?

Det innebär att ingen åtgärd (varken farmakologisk, mekanisk eller elektrisk) skall vidtagas

vid hjärt- eller andningsstopp. I övrigt behandlas patienten enligt gängse rutiner och kan bli föremål för såväl diagnostiska som andra behandlingsåtgärder.

Om patientansvarig läkare så bedömer kan, i specifika fall, denna behandlingsbegränsning modifieras till t ex ”Ej HLR, dock defibrillering x 2 vid ventrikelflimmer” eller ”Ej HLR, dock atropin vid bradykardi” eller ”Ej HLR, dock elkonvertering vid snabb ventrikeltakykardi”.

Om andra behandlingsbegränsningar bestäms anges detta som särskild ordination, t ex ”Ej ventilatorbehandling”, ”Ej intensivvård”.

Beslut om behandlingsbegränsning kan alltid omprövas senare.

Hur skall beslut om ”Ej HLR” dokumenteras

Beslut om behandlingsbegränsning *dokumenteras skriftligen* med datum och läkarens signatur enligt lokala rutiner. Beslutet skall också motiveras och dokumenteras i journalen. Omprövning sker vid väsentlig förändring av tillståndet. Om beslutet upphävs måste även detta dokumenteras och signeras.

LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall)

Bakgrund

Vård enligt LVM är tillämplig när *generalindikationen* samt någon av *specialistindikationerna* i 4§ LVM är uppfyllda, Lagen är endast tillämplig för vuxna missbrukare. För åldrarna 15-20 år tillämpas som regel LVU (Lagen om vård av unga).

Generalindikationen innebär att missbrukaren till följd av ett *fortgående missbruk* av alkohol, narkotika, eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt.

Specialistindikationen innebär att missbrukaren till följd av missbruket:

1. Utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara (*hälsoindikationen*).
2. Löper uppenbar risk att förstöra sitt liv (*sociala indikationen*).
3. Kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (*våldsindikationen*).

Definitioner - typ av missbruk

1. *Alkohol* (enligt alkohollagen) innebär alkoholdryck med >2,25 volymprocent alkohol.
2. *Narkotika* (enligt narkotikastrafflagen) innebär läkemedel eller hälsofarliga varor med starkt vanebildande egenskaper samt preparat som med lätthet kan omvandlas till sådana varor. Läkemedelsverket kungör en förteckning över narkotika.
3. *Flyktiga lösningsmedel* avser preparat som inandas (”sniffas”) i berusningssyfte, t.ex. toluen (thinner), trikloretylen, xylen och bensen. De återfinns i fläck- och nagellacksborttagningsmedel. Vanligt är toluen, men också olika sorters lim, bensin, butan och drivgaser i sprayförpackningar.
4. *Med missbruk av alkohol* avses en konsumtion som leder till allvarliga följder för den enskilde i form av medicinska och sociala problem.
5. *Fortgående missbruk av alkohol* innebär att det inte är tillfälligt utan varaktigt.
6. *Med missbruk av narkotika* avses allt icke-ordinerat bruk av narkotika. I princip allt injektionsmissbruk samt dagligt eller så gott som dagligt missbruk, oberoende av intagningsätt och medel, är att betrakta som fortgående missbruk av narkotika. Bedömningen av vad som är missbruk är dock strängare när det gäller ungdomar.

7. *Ett vanemässigt bruk av flyktiga lösningsmedel* är enligt Socialstyrelsen att betrakta som ett fortgående missbruk.

Läkares anmälningsplikt

En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas vara i behov av vård eller omedelbart omhändertagande enligt LVM skall anmäla detta till socialtjänsten. Anmälningsplikten gäller för läkare både i privat och i offentlig tjänst. Anmälningsplikten gäller inte om missbrukaren kan erbjudas tillfredsställande vård inom hälso- och sjukvården (t ex går med på frivillig avgiftning). Om patienten avviker efter allvarligt missbrukstillbud så skall en LVM-anmälan ske i efterhand. Det är viktigt att patientens identitet är säkerställd före anmälan.

Omedelbart omhändertagande: Om läkaren bedömer att det föreligger ett behov av snabbt omhändertagande, "akut LVM", t ex då missbruket är omedelbart livshotande, så tar man kontakt med jourhavande tjänsteman på socialnämnden. Vid behov ordnar denne polishandräckning.

Om patienten vårdas pga somatisk åkomma och har ett samtidigt LVM-beslut och vill avvika så kontaktar man snarast jourhavande socialtjänsteman. Sjukhuset har inte rätt att kvarhålla någon mot sin vilja i denna situation, t ex med hjälp av väktare.

Vårdbehov

En av förutsättningarna för vård enligt LVM är att möjligheterna att tillgodose missbrukarens behov av vård i frivillig form är uttömda eller har befunnits otillräckliga. Socialnämnden gör denna bedömning.

LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård)

Bakgrund

För att psykiatrisk tvångsvård skall komma ifråga skall tre förutsättningar vara uppfyllda. Tvångsvård får enligt 3§ LPT endast ges om patienten:

1. Lider av en allvarlig psykisk störning,
2. På grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård, och
3. Motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbarligen saknar förmåga att ta ställning i frågan.

Hänsyn skall också tas till om patienten är farlig för andras hälsa eller personliga säkerhet. Till allvarlig psykisk störning räknas psykotiska tillstånd av alla kategorier. Däremot räknas inte missbruk som psykisk störning. Tvångsåtgärder får vidtas innan intagningsbeslut är fattat om det är oundgängligen nödvändigt. Depånjektioner av antipsykotiska medel skall inte ges i sådan situation.

Tillstånd som orsakas av somatiskt utlösta mentala störningar eller demens ingår.

Vårdintyget

Vårdintyget kan utfärdas av läkare med svensk legitimation eller läkare som har Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg. Vårdintyget får inte vara äldre än fyra dagar. Det måste vara rätt ifyllt, daterat och underskrivet.

Blanketten, SoSB 42023, finns på www.socialstyrelsen.se.

Läkare utan specialistkompetens i psykiatri eller rättspsykiatri utfärdar vårdintyget enligt 4§. Tvångsvård är ett undantag från huvudregeln att vård bygger på frivillighet.

Polishandräckning

Kan begäras av läkare som är offentliganställd eller har landstingsavtal. Biträde av polismyndighet begärs för läkarens personliga skydd när undersökningen skall genomgöras. Polishandräckning för personligt skydd gäller också vid hembesök. Läkare på mottagande klinik kan också begära handräckning för överflyttning.

Kvarhållning och intagning enligt LPT

När patienten kommer till psykiatrisk klinik, noteras tiden och läkaren fattar beslut om kvarhållning.

Själva beslutet om intagning enligt LPT skall sedan ske inom 24 timmar från det att patienten anlände till sjukvårdsinrättningen.

Rutin då anhörig ej kan spåras

1. Om patienten vårdats tidigare: Sök i gamla journaler och akutjournalen efter namn på anhöriga. Kontrollera i ambulansjournalen: Var patienten ensam vid påträffandet?
2. Rådfråga akutpersonalen. Anhöriga kan ha följt med in och i bästa fall finnas kvar på akutmottagningen.
3. Finkamma patientens kläder och tillhörigheter. Sök efter adressböcker, anteckningsböcker och dylikt.
4. Om patienten inte vårdats på sjukhuset tidigare. Sök via "Landstingsdata-Enator". Ger tillgång till personuppgiftsregistret med namn på make/maka, barn under 18 år samt det gemensamma vårdregistret (GVR) med information om tidigare sjukhusvård, besök på vårdcentral mm. Fordrar behörighet. Vissa sekreterare har utökad behörighet för insyn i känsliga kliniker och diagnosuppgifter.
5. Ring skattemyndigheten som har en särskild enhet för upplysningar om eventuell make/maka, barn med adress och telefonnummer till vederbörande.
6. När alla ovanstående åtgärder har prövats och ingen anhörig har påträffats så ring polisen och informera tjänstgörande chefsjuksköterska och lämna över ärendet till kurator. Skicka skriftlig rapport med personnummer + journalkopia till kurator snarast.
7. Vid utfärdande av dödsbevis skall läkaren kontrollera huruvida kontakt med anhöriga erhållits. Har så ej skett skall ansvarig överläkare informeras och denne initierar eventuella ytterligare åtgärder.

Åtgärder vid dödsfall

Definition

En människa är död när alla cerebrala funktioner utsläcks irreversibelt vilket sker efter andnings- och hjärtstopp i 15-20 minuter. Det kan finnas EKG-aktivitet en lång tid efter dödens inträffande. Det åligger läkaren att inspektera kroppen noggrant för att utesluta dödsfall pga yttre våld. Endast läkare får fastställa dödsfall.

Säkra dödstecken

Likfläckar ses efter 20-30 min. Likstelhet uppträder efter 2-4 tim och försvinner efter ca 36 tim. Vid förgiftning eller grav hypotermi kan man misstaga sig på yttre dödstecken.

Personen död före ankomsten till akutmottagningen

Ambulanspersonal skall ej påbörja HLR om säkra dödstecken enligt ovan föreligger. Polisen ombesörjer att den döde förs direkt till bårhus. Normalt kontaktas distriktsläkare (via SOS) för konstaterande av dödsfall och utfärdande av dödsbevis.

Ambulansen skall ej köra döda personer men det finns några undantag:

1. Dödsfall på allmän plats. 2. Då polis beordrar. 3. Barn under 15 år. 4. Särskilda omständigheter (ambulanspersonalen kontaktar då akutmottagningen). Dessa kategorier transporteras till närmaste akutsjukhus.

Sedvanliga rutiner med dödsbevis, anhörigkontakter osv.

Personen ej säkert död före ankomsten till akutmottagningen

Ambulanspersonalen skall påbörja HLR om personen inte visar livstecken och saknar säkra dödstecken. Man skall inte ta ställning till "Ej HLR" oavsett om personen har kända svåra sjukdomar, hög ålder osv. Ambulans-sjuksköterska kan avbryta HLR efter kontakt med läkare om insatsen varit resultatlös under 30 min.

Dödsbevis

Skrivs av den läkare som konstaterar dödsfallet. Tidpunkt för dödens inträde fastställs med ledning av uppgifter från vårdpersonal, anhöriga eller andra med kännedom om förhållandena. Om annan läkare skall utfärda dödsorsaksintyget skall detta anges under "Övriga upplysningar". Dödsbeviset skall snarast insändas till det lokala skattekontor i det område där den avlidne är folkbokförd.

Om den avlidne är folkbokförd utanför Sverige skickas dödsbeviset till Skattekontoret i Stockholm.

Dödsorsaksintyg

Den läkare som skriver dödsbeviset ansvarar för dödsorsaksintyg. Detta utfärdas inom tre veckor. Om patienten har en behandlande läkare kontaktas denne. Om denne inte är villig att skriva dödsorsaksintyget är han/hon skyldig att skyndsamt översända journalhandlingar.

Mottagande läkare ansvarar för **identifiering** av den döde. Om det inte går att få fram identitet kontaktas polismyndighet i det område där den avlidne påträffades.

Anhöriga: Läkaren skall se till att anhöriga underrättas. Om personen är identifierad men det inte är känt vem som är anhörig kan man få uppgift från folkbokföringsregistret på lokala skattemyndigheten. Efter kontorstid kan polisen hjälpa till.

Den läkare som skriver dödsorsaksintyg bör kontakta anhöriga och informera om dödsorsak om detta inte skett tidigare.

Obduktion – klinisk

1. Anhöriga skall så långt som möjligt informeras och tillfrågas.
2. Obduktion får utföras oavsett anhörigas inställning för att fastställa dödsorsak.
3. Obduktion får ej utföras mot anhörigas önskan enbart för att vinna viktig kunskap.

Obduktion – rättsmedicinsk

Polismyndigheten avgör om en rättsmedicinsk obduktion skall utföras. Läkaren, som konstaterar dödsfallet skall i vissa fall göra polisanmälan (se nedan), men inte begära rättsmedicinsk obduktion enligt vanligt remiss-förfarande. Anhöriga kan ej motsätta sig rättsmedicinsk obduktion.

Polisanmälan

Den läkare som konstaterar dödsfallet och skriver dödsbeviset skall göra anmälan till polismyndighet om

1. Dödsfallet kan ha orsakats av skada eller förgiftning.

2. Det är svårt att avgöra om dödsfallet har orsakats av yttre påverkan (oväntat dödsfall, när missbrukare påträffas död).
3. Dödsfallet kan ha samband med fel eller försummelse inom sjukvården.
4. Den döde ej har kunnat identifieras.

Läkaren kontaktar snarast möjligt polismyndigheten i det område där personen påträffades (polisens kommunikationscentral 08/4011900). Redogör för alla omständigheter och begär ett snabbt polisbeslut om det ska bli rättsmedicinsk obduktion eller ej.

Om polisen omedelbart fattar beslut om rättsmedicinsk obduktion kommer man till akuten och avvisiterar den avlidne. Polisen skall ha dödsbeviset i original (kopian till journalen). Polisen ansvarar för borttransport av kroppen. Läkaren gör upp med polisen hur anhöriga skall underrättas.

Om beslut ej tas omedelbart skall läkaren skicka en skriftlig förfrågan till polisens utredningsavdelning. Brevet till polisen skall innehålla uppgifter kring dödsfallet samt följande data: Namn på läkare som konstaterade dödsfallet + plats + klockslag. Hur patienten identifierats och av vem. Vem som kontaktat anhöriga, när de kontaktades och persondata på den eller de som underrättats om dödsfallet. Var kroppen finns för tillfället. Journalkopia skickas tillsammans med brevet. Detta avslutas med frågan "Hur med den döda kroppen förfaras skall?" Begär besked per telefon om beslut tas att ej genomföra rättsmedicinsk obduktion. Den läkare som dödförklarade personen skall då i regel skicka remiss till klinisk obduktion.