

PROFESSIONELL UTVECKLING

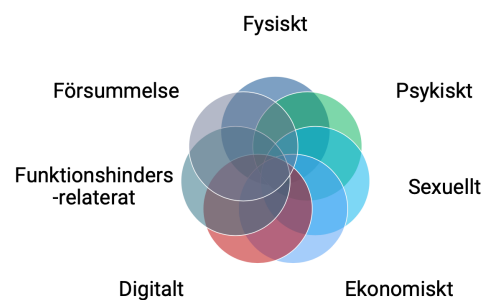
VÅLD I NÄRA RELATION

Våld i nära relationer (VNR) är ett omfattande folkhälsoproblem som drabbar personer oavsett kön, ålder, socioekonomisk status eller etnicitet. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att identifiera och hjälpa våldsutsatta.

DEFINITION

Våld i nära relationer definieras som fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomiskt eller materiellt våld som sker i en nära relation, oftast mellan nuvarande eller tidigare partners (känslomässigt band → svårare att bryta upp). Vanliga former av våld:

- **Fysiskt våld** - ex. slag, sparkar och knuffar
- **Psykiskt våld** - ex. hot, kontroll, isolering och kränkningar
- **Sexuellt våld** - ex. åtvingade sexuella handlingar.
- **Ekonomiskt våld** - ex. kontroll över offrets ekonomi
- **Digitalt våld** - ex. installera övervakningskameror eller att hänga ut någon på nätet
- **Funktionshindersrelaterat våld** - denna typ är direkt kopplat till offrets funktionshinder, såsom att placera livsnödvändiga saker överst i en hylla för en person som är rullstolsburen
- **Försummelse** - får inte den allmänna hjälp en person behöver → ex. fel kläder efter väder, inte tillräckligt med mat eller kommer till skola/arbete i smutsiga kläder



OBS! De hänger ofta ihop och sammanstrålar → våld kan uttryckas på flera olika sätt. Har det en gång förekommit en typ av våld ökar risken för återupprepning.

FÖREKOMST OCH UTSATTHET

- Drabbar främst kvinnor, men män och barn är också utsatta
- Våld förekommer i alla samhällsgrupper.
- Särskilda riskgrupper
 - Gravida
 - Personer med funktionsvariation
 - Äldre
 - HBTQ+
 - Utsatta av hedersrelaterat våld och förtryck
 - Kvinnor med utländsk bakgrund

DÖDLIGT VÅLD

Föregås ofta av gräl eller konfrontationer, som på olika sätt går att härleda till **manligt privilegium och makt att bestämma över hemarbete, pengar och barnuppfostran**. Detta kan medföra en vilja att **hämnas på partnern**, genom att orsaka smärta och lidande → kan även leda till mord på kvinnans barn eller gemensamma barn.

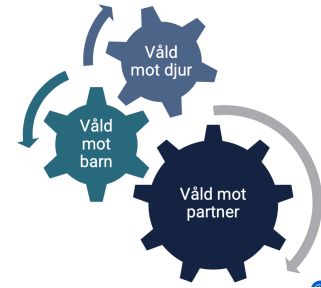
Andra och relaterade motiv:

- Känsla av äganderätt över sin partner → kontroll

- Svartsjuka, misstanke om otrohet eller att kvinnan inlett ett nytt förhållande
- Kvinnan har bestämt sig för att lämna eller försöker göra det
- Vårdnadstvister

VÅLD SMITTAR

Om våld förekommer mellan två partners ses en ökad risk att ena parten utsätter ev. barn. Barnet kan i sin tur agera aggressivt mot djur eller i skolan. Vid upptäckt av våld behöver vi därför tänka att våld kan förekomma i andra konstellationer → partners som bråkar argstint bör föranleda orosanmälan om att barn far illa.



BARN

Bevittnande av våld räknas enligt lag som att barnet själv utsatts för brott (Barnfridsbrott enligt Brottsbalken).

Barn kan i dessa lägen uppvisa ospecifika symtom:

- Ångest
- Sömnsvårigheter
- Aggressivitet
- Koncentrationsproblem
- Somatiska besvär.

Våld **påverkar hjärnans utveckling** och ökar risken för psykisk och fysisk ohälsa på lång sikt. Barn har ofta en stark känsla av att vilja vara lojal mot båda föräldrar → ha svårt att berätta för andra. Som vårdpersonal har vi skyldighet att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa!

TENTA

Fråga 4:3 (2 poäng):

Hos din 2-åriga patient, nämn vilka statusfynd du ska vara uppmärksam på för att kunna avgöra om icke-accidentell skada föreligger. Motivera dina svar.

***Svarsförslag:** Skador som inte överensstämmer med barnets motorik eller aktivitetsgrad. Skador av olika åldrar. Flera olika typer av samtidigt skador, exv hematom, rivmärken, skrubbsår. Skada och särskilt hematom utanför platser som utsätts för dagliga mindre trauman (exv. smalben), särskilt bakom öron, underliv eller likn. Skador på läppar och läppband. Försummelse, icke-adekvata kläder eller dålig hygien.*

ÄLDRE

Våld mot äldre är ofta **underrapporterat** och kan förbises som "naturlig" åldrandeproblematik. Förövaren är ofta en **partner eller vuxet barn**, ibland också vårdpersonal. Det är vanligt att äldre är **beroende** av sin förövare för vård, ekonomi eller boende → försvårar hjälpsökande.



Våldet kan ha pågått i decennier eller debutera sent i livet och de allra flesta har svårt att adressera annan typ av våld än "fysiskt våld" som våld. Symtomen kan även likna andra tillstånd vi stöter på hos äldre med blåmärken, depression, förvirring → kräver vaksamhet från vården, varpå det är viktigt att **ställa frågor även till äldre** på ett respektfullt och normaliserande sätt.

OBS! Konsekvenserna vid förekomst av våld mot äldre kan bli värre. En ung person som knuffas omkull får ett blåmärke, medan en äldre person med osteoporos kan bryta höften (associerat med hög mortalitet)

KONSEKVENSER PÅ HÄLSAN

- **Fysiska skador** - allt från blåmärken till livshotande skador
- **Psykisk påverkan** - ex. depression, ångest, PTSD och självmordstankar
- **Kronisk ohälsa** - ex. långvarig smärta, sömnstörningar och missbruk
- **Barn som bevittnar våld** - riskerar att utveckla beteendestörningar och psykisk ohälsa

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ROLL

Vårdgivare har en lagstadgad skyldighet att agera vid misstanke om våld, där screening och frågor bör ställas på ett icke-dömande sätt i enrum (hänvisa till rutiner och använd dig av professionell tolk istället för familj). Dokumentation ska därefter vara noggrann och objektiv och i journalen föras in under "tredje person" eller liknande, där endast vårdpersonal kan läsa detta. Anmälningsplikt gäller om barn far illa eller om det finns allvarlig fara (oavsett ålder).

ATT BEMÖTA EN VÅLDSUTSATT

Det är viktigt att försöka skapa trygghet och tillit. Ställ öppna, normaliserande frågor såsom:

"Det är vanligt att människor lever i relationer som inte fungerar så bra och sånt kan få konsekvenser för hur personen mår. Det kan t ex handla om ..."

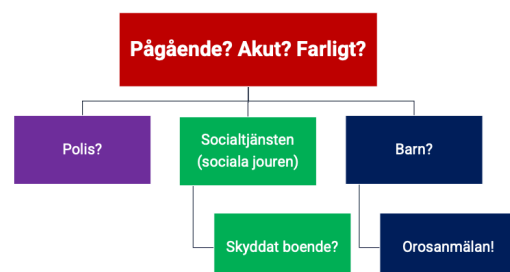
- ... att någon bestämmer över allt eller talar nedsättande till en
- ... eller att någon tar på ens kropp på ett sätt som inte känns bra ... eller slag, knuffar och sparkar."

"Är det här något som du känner igen dig i ...?" Bekräfta personens upplevelser utan att pressa. Informera därefter om möjligheter till hjälp (socialtjänst, kvinnojour och psykolog). Erbjud även uppföljning och stöd.

OBS! Ta hjälp av frågeformulär som screening och basera anamnesen på svaren.

HANDLÄGGNING AKUT

Vid förekomst av våld måste vi alltid ställa oss frågan om det är pågående, akut och farligt? Om svaret är ja på någon av dessa bör vi dra öronen åt och fundera kring hur oroliga vi är. Om du är orolig för patienten är den bästa indikatorn på att agera → ha låg tröskel att ta till skyddsåtgärder (konsultera Socialtjänsten som har bättre koll på dessa saker, såsom skyddat boende). Fundera även kring om det är aktuellt att tillkalla polis.



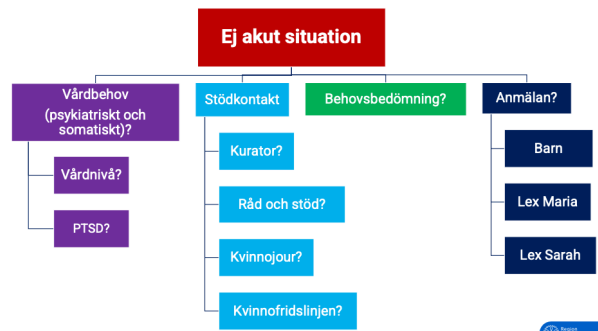
Något vi måste ta hänsyn till är dock om patienten INTE vill ha vår hjälp → ta ställning till att bryta sekretess eller inte. Resonera med patienten om det är aktuellt att lägga in hen som ett steg i processen.

OBS! Att röja sekretess får endast göras om det föreskrivna straffet för genomfört brott är minst ett års fängelse eller vid försök till brott två års fängelse. Ex. på sådana brott är mord, dråp, våldtäkt, grov misshandel, människohandel, olaga frihetsberövande och grov kvinnofridskränkning

HANDLÄGGNING I ÖVRIGA FALL

Vi ska i alla lägen utgå från tänket i stycket ovan, men vidare handläggning blir inte häpnadsväckande mindre akut. Bilden till höger beskriver på ett bra sätt tänkbara insatser:

- **Vårdbehov** - på vilket sätt och var kan vi bäst hjälpa denna individ
- **Stödkontakt** - säger sig självt
- **Behovsbedömning** - kan bli aktuellt vid förekomst av våld mot äldre → kan bli aktuellt med mer stödinsatser eller flytt till annat boende
- **Anmälan** - Lex Maria står för avvikelser inom vården och Lex Sarah inom Socialtjänsten → hade "detta fall" kunnat handläggas på bättre sätt



UPPFÖLJNING

Oavsett handläggning måste du se till att det finns en uppföljning, så det hela inte bara rinner ut i sanden (patienten känner sig avvissad). Vissa patienter kanske endast berättar en liten del vid första besöket, för att sen öppna upp sig mer vid kommande besök om de märker att vi tar det de säger på allvar.

OBS! Vid skadedokumentation är det viktigt att känna till att blåmärken kan dröja upp till 3-5 dagar efter våldet innan de syns → boka återbesök för dokumentation! Dokumentationen är i sin tur viktig då den kan komma att utgöra stödbevis → dessa anteckningar ska innehålla lokalisation, storlek, färg och form i skrift samt gärna bilder. Detta bör skrivas under ett dolt sökord.

HINDER FÖR ATT SÖKA HJÄLP

Exempel på hinder som kan förhindra att en våldsutsatt söker hjälp är:

- Skam, skuld, rädsla för förövaren, ekonomiskt beroende och normalisering av våld
- Bristande tillit till samhället eller tidigare negativa erfarenheter av vården.

TENTAFALL

SARA 16 ÅR

Sara, 16 år, söker tillsammans med sin mamma på akuten för **långt sittande buksmärtor**. Du läser i journalen före besöket att Sara tidigare har haft kontakt med habiliteringen då hon har diagnosen **medelsvår psykisk utvecklingsstörning**. Hon har också haft en del kontakt med vårdcentralen för **diffusa symptom**, men har inga andra diagnoser. Familjen har **tackat nej till LSS stödinsatser** och hon bor tillsammans med mamma, pappa och bror.

Hon kommer nu tillsammans med sin mamma som följer med in i rummet. Sara sitter med huvudet sänkt och tittar ned i golvet och svarar varken ja eller nej på några av dina frågor. Däremot svarar mamman snabbt att Sara inte pratar så mycket. Att hon har varit som vanligt, inget som har avvikit men att Sara har klagat på ont i

magen i några veckors tid. Du upplever mamman som lite **lätt forcerad** och som att hon **inte riktigt vill lämna utrymme** för dig att ställa frågor till Sara?

Hur går du vidare i samtalet och vad ska du tänka på när du undersöker Sara

Svar: Samtal i enrum, för att kunna ställa frågor om våldsutsatthet, social situation och relation till föräldrar. Du undersöker även med respekt för integritet och traumamedvetet bemötande (ex. kvinnlig kollega på rummet och fråga om lov vid undersökning av kroppen → titta efter blåmärken och skador.

Efter att ha bett mamman sätta sig i väntrummet med ursäkten att du behöver undersöka Sara samtalar du med Sara i enrum, men ber kvinnlig sköterska vara med i rummet. Du ställer bland annat frågor om hur hon mår, hur hon har det hemma och om hon blivit utsatt för något mot sin vilja eller någon typ av våld. Sara är fortsatt mycket tystlåten och fortsätter att stirra ned i golvet och svarar varken ja eller nej på dina frågor, men börjar till sist stilla gråta. Du ber att få undersöka henne och gör detta varsamt med respekt för hennes integritet. Du känner på buken och tittar efter märken på kroppen som skulle kunna tyda på våld. Sara har redan lämnat basala blodprover som alla är ua, men urinsticka visar positivt graviditetstest. När du går ut från undersökningsrummet märker du att mamman inte sitter i väntrummet dit du hänvisat henne, utan vankar av och an precis utanför rummet. Hon undrar om de kan gå hem nu och blir irriterad och motsträvig när du säger att Sara behöver stanna en stund till.

Hur bedömer du situationen och hur önskar du fortsätta handläggningen av Sara? Beskriv även hur du önskar dokumentera besöket?

1. Stark misstanke om barn som far illa (våld i nära relation, ev. sexuellt våld)
2. Orosanmälan och kontakt med socialjouren
3. Kontakt med gyn för undersökning och dokumentation samt kuratorskontakt. Eventuellt lägga in om vi vill vinna tid kring utredning av sociala situationen och våldsutsatthet
4. Dokumentation i mall som är dold i journal på nätet

LENA 35 ÅR

Du jobbar på en vårdcentral och träffar Lena 35 år som besväras av långvarig generell smärta i kroppen, framför allt besvär i nacke och ländrygg. Hon har nu varit sjukskriven för detta i ca 6 månader och kommer för förnyad sjukskrivning. Förutom smärta besväras Lena också av trötthet, vilket hon varit sjukskriven för upprepade gånger tidigare under diagnos utmattningsdepression. Utredningar har tidigare gjorts där man inte hittat någon tydlig förklaring till vare sig smärtan eller tröttheten. När du läser igenom journalen tycker du att det finns väldigt lite information om Lenas sociala situation. När du träffar Lena framkommer det att hon har två barn som är 3 och 5 år, hon jobbar som enhetschef på ett medelstort företag. Det framkommer dessutom att Lenas man börjat dricka alltmer senaste 2-3 åren och Lena berättar att det hänt flera gånger att han blivit otrevlig och till och med riktigt hotfull i samband med detta.

Du funderar på vad det finns för orsaker till att även framgångsrika och starka personer såsom Lena kan välja att stanna kvar i en relation som innefattar hot och våld?

Svar: Vidmakthållande faktorer är rädsla, kärlek, medlidande, hat, skuld, hopp, beroende, vilja att förstå, barn och isolering.

Vilka ytterligare frågor vill du ställa till Lena vad gäller hennes utsatthet?

Svar: Fördjupade frågor kring våldet, ex. vilken typ av våld hon blir utsatt för. Om hon även blivit utsatt för någon typ av fysiskt eller sexuellt våld där det kan krävas dokumentation. Hur och vida han utövat våld mot barnen. Frågor kring socialt stöd och skyddsfaktorer.

Lena säger att hon älskar sin man och att de ändå kan ha fina stunder tillsammans även om han kan vara både kontrollerande och hotfull mot henne, särskilt när han druckit. Hon tycker synd om honom då hon förstår att han inte mår bra och skulle gärna vilja hjälpa honom, men när hon har försökt prata om hans drickande blir han ännu argare och tycker inte att det är något problem. Även om hon många gånger kan bli rädd för honom så har han aldrig slagit henne, men däremot slog han sönder en hylla i köket här om veckan och då blev hon väldigt rädd. Han har aldrig varit hotfull mot barnen men hon har märkt att de gärna går in på sitt rum och är tysta när pappa kommer hem onykter. Lena har ibland funderat på skilsmässa men är orolig dels för sin ekonomiska situation, hur det skulle bli med barnen och hur hennes man skulle reagera.

Lena berättar att hon sover väldigt dåligt på nätterna. Vaknar ofta med mardrömmar och har svårt att somna. Känner sig spänd och stressad i kroppen. Även när hon är ensam hemma reagerar hon på minsta ljud och låser alltid dörren om sig.

Vad finns det för hjälp som du kan erbjuda Lena?

Svar: Samtalsstöd av kurator/psykolog på VC. Kontakt med kommunens våld i nära relation. Kontakt med hjälporganisationer.

Finns något som du bör göra i denna situation?

Svar: Orosanmälan avseende barnen, där vi i möjligaste mån ska informera henne om detta.

När du sen ska undersöka Lena, vad är då viktigt att tänka på vid undersökningen?

Svar: Traumamedvetenomsorg (respektfullt och fråga om lov), titta efter skador och sedan noggrant dokumentera ev. fynd.

HEDERSRELATERAT VÅLD OCH FÖRTRYCK

Hedersrelaterat våld och förtryck (HRV/F) handlar om kontroll, begränsningar och våld för att bevara familjens eller släktens heder. Detta skiljer sig från våld i nära relationer, bland annat genom att flera personer (ofta släktingar) är involverade i kontrollen eller våldet (se bild). Centrala begrepp är:

- **Heder** - familjens sociala anseende, ofta kopplat till kvinnors kyskhed och lydnad
- **Kollektivt våld** - involverar flera aktörer i ett socialt nätverk
- **Skam** - viktig drivkraft för att upprätthålla kontroll → rädsla att förlora ansiktet inför omgivningen.

Hedersrelaterat våld och förtryck

Kollektivbaserat
Vanligt med flera gärningspersoner
Sanktioner
Brottet ofta sanktionerat av familj/slakt eller liknande grupp
Planerat
Vanligt att brottet planerats under lång tid

Annat våld i nära relation

Individbaserat
Vanligtvis en gärningsperson
Fördömt
Brottet ofta fördömt av familj/slakt eller liknande grupp
Oplanerat
Sker ofta oplanerat

SÄRSKILT SÅRBARA GRUPPER

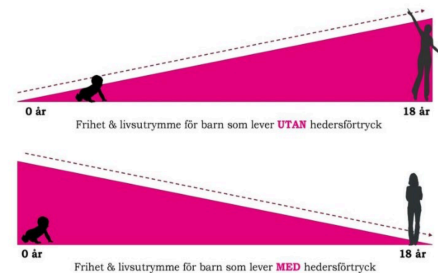
Det är främst flickor/kvinnor som utsätts (kyskhed och lydnad → **oskuldsnorm**), men även pojkar/män kan vara utsatta genom till exempel förväntningar att kontrollera systrar eller att ingå i arrangerade äktenskap. HBTQ-personer riskerar i särskilt hög grad utsatthet inom hederskontext → omvändelseförsök och tvångsäktenskap. Detta då det råder en **stark heteronorm**.

OBS! Kan förekomma oberoende av etnicitet, religion eller nationalitet, men är vanligare i patriarkala strukturer där familjens rykte är centralt. Idag finns många lagar i Sverige som gör alla försök till tvångsäktenskap olagliga.

FORMER AV HEDERSRELATERAT VÅLD OCH FÖRTRYCK

- **Fysisk och psykisk misshandel**
- **Social isolering** - begränsning av vänner, fritidsaktiviteter och sociala medier
- **Tvingande kontroll** - klädsel, rörelsefrihet och skolgång
- **Barn- och tvångsäktenskap**
- **Könsstympning**
- **"Importfruar"** - unga kvinnor som förs till Sverige i arrangerade äktenskap
- **Ära och skuld som påtryckningstekniker**

Inte helt otänkbara medför dessa konsekvenser på individens hälsa
→ ex. depression, sömn- och ätstörning, koncentrationssvårigheter, utmattning och fysiska skador. Bilden till höger påvisar skillnaden mellan att barn normalt sätt kan påverka sitt liv mer och mer med stigande ålder, men att trenden är den omvända i hedersrelaterade kontexter.



VÅRDEN

SIGNALER

Som läkare är det avgörande att känna igen tecken som kan tyda på HRV/F:

- Patienten undviker att prata fritt, svarar kortfattat eller verkar rädd
- En familjemedlem svarar åt patienten eller kräver att vara närvarande
- Upprepad frånvaro från skola eller vård
- Oklara somatiska symtom eller självskadebeteende
- Unga personer med oro inför utlandsresor (risk för bortförande/äktenskap)
- Begränsade möjligheter att delta i fritidsaktiviteter eller ha vänner

VÅRT ANSVAR

Vårdpersonal har en skyldighet att agera vid misstanke om HRV/F, särskilt när barn är inblandade. För att nå dit krävs ett professionellt bemötande:

- Skapa en trygg miljö där patienten kan tala enskilt
- Tydliggör sekretessregler och anmälningsskyldighet
- Undvik att använda anhöriga som tolk → använd alltid auktoriserad tolk
- Ställ öppna frågor:
 - "Känner du dig fri att göra dina egna val?"
 - "Finns det regler hemma som du måste följa strikt?"
 - "Är det någon som kontrollerar dig eller hindrar dig från att träffa vänner?"

Tidiga vårdkontakter är ofta avgörande, där vi ibland är den enda vuxna utanför familjen som får möjlighet att upptäcka HRV/F. I dessa lägen krävs tvärprofessionellt samarbete, t.ex. med kuratorer, socialtjänst, skolor och kvinnojourer.

BARN SOM FAR ILLA

Barn som far illa omfattar:

- Fysisk misshandel

- Sexuella övergrepp
- Omsorgssvikt (försummelse)

Dessa typer av övergrepp är ofta osynliga utåt → barn kan sakna synliga skador (kan finnas interna skador) eller förmåga att berätta.

FYSISK BARNMISSHANDEL

Fysisk barnmisshandel innebär att en vuxen person orsakar ett barn kroppsskada, sjukdom, smärta eller försätter barnet i vanmakt (eller liknande tillstånd). Detta kan ex. ske genom att den vuxne slår barnet med eller utan tillhygge. Exempel på detta är slag, bett, sparkar, skakningar, kvävning och förgiftning → frakturer, bukskador, blåmärken och i sällsynta fall dödsfall (tragiskt nog...)

TYPISKA SKADOR VID FYSISKT VÅLD MOT BARN

- **Skador av olika åldrar** - dagsgamla kontra nyttillkomna
- **Mönstrade hudskador** - sannolikt använt tillhygge → varierat frisk och skadad hud
- **Skallfrakturer och shaken baby syndrom**
- **Kotpelarnära revbensfrakturer**
- **Extremitetsfrakturer** - armar, ben och fingertoppar är vanligast
- **Blåmärken på spädbarn**
- **Blåmärken på "udda ställen"**
- **Skador på bukorganen**



OVANLIGT MEN FÖREKOMMER

Nedanstående två är oftare orsakat av mammor:

- **Förgiftning** - accidentell intox ofta < 2,5 år. Vid intox hos äldre barn bör vi tänka ett steg längre
- **Munchausen by proxy** - utsätter barn för skador eller ger läkemedel för att framkalla symtom eller ljugar om att barnet har symtom hen inte har. Läs tidigare journal noga och jämför med föräldrarnas beskrivning

OMSTÄNDIGHETER SOM TALAR FÖR MISSSHANDEL

- Inkonsekvent eller ändrad anamnes - ex. skada stämmer inte överrens med anamnes
- Föräldrar visar låg oro, söker vård sent eller skyller på syskon
- Upprepade skador i olika stadier av läkning

KVÄVNING/STRYPNING

- Vanligaste dödsorsaken vid barnamord (0-4 år)
- Ofta inga yttre tecken
- Kräver låg kraft - spädbarn extra sårbara

SEXUELLA ÖVERGREPP MOT BARN

Sorgligt nog är detta väldigt vanligt, där cirka 25 % av flickor och 7 % av pojkar någon gång utsätts för penetrerande övergrepp. Förövaren är ofta någon i barnets närhet, ofta med gott rykte och upplevs som "bra med barn" → barnen litar ofta på denna individ. Övergreppen sker i alla samhällsklasser och i alla åldrar.

Faktorer som förhindrar avslöjande:

- Barn är för små, saknar språk, är rädda eller manipulerade → kan ibland inte förstå vad som är fel

- Skuld, skam, hot eller känslomässigt trauma hindrar barn från att berätta → våga fråga ändå!

Sällan ses något utanpå och sällan berättar utsatta barn. De flesta orosanmälningar handlar därför om avvikande sexuellt beteende i ung ålder → barnet leker oral- eller analsex, vilket är något de inte ska ha kännedom om i den åldern. Ovanliga medicinska fynd som dock kan noteras är:

- **Halvmåneformade sår bakom öronen** - nån har tagit ett fast grepp
- **Blödningar/petekier i hårda gommen** - efter oral penetration
- **Brännskador** - generellt lokaliserade till insida lår
- **Bit- och sugmärken** - specifika lokaler
- **Blåmärken och slitskador** - specifika lokaler
- **Könssjukdomar och graviditet** - i "för ung ålder"

OMSORGSSVIKT (FÖRSUMMELSE/NEGLECT)

Omfattar olika typer av försummelse:

- **Fysisk** - ex. brist på mat, hygien och kläder
- **Känslomässig** - ex. brist på trygghet, kärlek och gränssättning
- **Medicinsk** - ex. ej följer upp sjukvård
- **Psykisk hälsa** - ex. ignorerar psykiska besvär
- **Dental försummelse**

TENTAFALL

ELSA, 5 ÅR

Elsa, 5 år, har kommit in med båda sina föräldrar till barnakuten. Du har sett Elsa i väntrummet och hunnit tänka att det "inte ser ut som en inläggning". Du har sett henne äta både en och två piggelin och röjt ordentligt i väntrummet. Noggrann som du är läser du igenom hela hennes (märkligt nog väldigt långa) journal innan du träffar henne.

Väl i rummet berättar mamman att Elsa är född sjuk, men på grund av diverse vårdmissar har hon aldrig fått någon ordentlig utredning eller diagnos. I dag har hon varit slö och inte velat äta eller dricka alls. Hon har varit hemma från förskolan och har även kräpts mörkbrunt/rött vid några tillfällen. Några gånger under dagen har Elsa blivit blek, nästan grå i ansiktet. Pappan påpekar dock att sedan han kom hem från jobbet vid 17-tiden har Elsa varit pigg. Du undersöker henne noggrant, tar noggrann anamnes och jämför den med vad som står i journalen och dina egna undersökningsfynd.

I journalen ser du att de sökt väldigt många gånger och att Elsa utsatts för många olika typer av undersökningar, men att man aldrig hittat något avvikande. Föräldrarna anamnes går isär och flickan du ser framför dig har normala vitalparametrar, urinsticka och ser helt opåverkad ut. Fin färg i ansiktet och leker glatt med ditt stetoskop.

Det finns en diagnos som denna anamnes ger stark misstanke om (även om det i vissa fall kan vara rimligt att utesluta en somatisk diagnos). Vilket tillstånd bör du misstänka?

Svar: Münchausen syndrom by proxy bör misstänkas eftersom Elsa, trots sin ringa ålder har genomgått många undersökningar och provtagningar utan att patologiska fynd någonsin gjorts, mammans falska beskrivning av att Elsa är "född sjuk", att anamnesen för den aktuella dagen inte stämmer med Elsas nuvarande status samt att föräldrarnas anamnes starkt går isär.

Med tanke på din misstanke om Münchhausens syndrom by proxy vill du undersöka och även samtala med Elsa i enrum (utan föräldrarna i rummet), vilket kräver lite förberedelse av föräldrarna.

Resonera kring hur du kan gå tillväga för att kunna genomföra detta?

Svar: Du inleder besöket med att berätta hur det kommer gå till. Du ger ramarna. Du förklarar att du är jour och det betyder att du kan bli störd och kan behöva lämna rummet, men att du i så fall kommer tillbaka igen. Du berättar vidare att ni först kommer att prata allihopa, du kommer undersöka Elsa, därefter kommer du prata lite med Elsa själv (då får föräldrarna befinna sig i väntrummet) innan ni alla avslutar tillsammans.

SEXUELLT VÅLD

SEXOLOGI

Mer intresse än avgörande för tentan!

MYTER OM MÖDOMSHINNA

Slidkransen är en veckad slemhinnekrans som blir mer elastisk av östrogen, alltså kan prepubertala flickor och kvinnor efter klimakteriet få lite stelare slidöppning med större risk för sprickbildning. Av kvinnor i fertil ålder som samtycker till sex blöder 1 av 5 vid första samlaget, men kan lika gärna blöda femte eller hundra gången. Orsaker till sprickbildning kan vara till exempel stress eller nervositet → ger för lite lubrikation och mer spända slidmuskler. Myten om mödomshinna urspringer från **hymen imperforatus** (heltäckande "mödomshinna"), vilket är en anatomisk avvikelse som kan leda till smärta, infektioner och endometrios (mensen kommer inte ut) → måste opereras.



Oskuldsintyg är en svår fråga. 2018 kom Socialstyrelsen med riktlinjer om att vi inte bör skriva oskuldsintyg eftersom vi inte får intyga något vi inte kan se, MEN att som läkare bara neka till intyg och inte följa upp eller ta ansvar för hur den informationen landar (hos ex föräldrar) kan få större konsekvenser. Ett förslag är att informera vårdnadshavare via brev eller ännu hellre i person att det inte finns en heltäckande hinna i slidan och att det inte går att se om en kvinna haft penetrerande samlag. Om du misstänker att en ungdom under 18 riskerar våld eller hot i hemmet gäller som vanligt orosanmälan till socialtjänsten. Om du tror att kvinnan kommer råka riktigt illa ut utan intyget pratar med socialjouren direkt. Vid dessa samtal är det viktigt att även ta upp preventivmedel, könssjukdomar, och graviditetstest!

OBS! Slidöppningen påverkas inte av att en tränar, sportar, rider, cyklar, använder tampong, gör en gynekologisk undersökning, onanerar eller har samlag.

KVINNLIG URETRAL EJAKULATION

Kvinnlig uretral ejakulation kallas även för fontänorgasm. Idag råder fortsatt oklarheter kring hur detta helt och hållet fungerar, men det finns två teorier:

1. Kommer från den kvinnliga homologen till prostata, Skene's körtlar, som mynnar ut i uretra.



Finns vissa belägg att G-punktsstimulering (tryck mot framsidan av slidväggen, till exempel genom att göra en "koms-koms"-rörelse mot magen med fingrarna inne i slidan) stimulerar Skene's körtlar. Om det är några teskedar vätska kommer det med största sannolikhet från kvinnliga prostatan (nästan samma ämnen som i sperma minus spermier).

2. Om stora mängder (över någon deciliter) är det även vätska från urotelcellerna i urinblåsan samt prostatasekret från Skene's körtlar – tror man! Det är inte urin, men hittills finns ingen bra forskning på exakt vad det är eller hur det går till.

KÖNSÖVERSKRIDANDE LÄGGNING OCH UTTRYCK

Tips när du möter transpatienter!

- Om din patient har en könsbekräftande behandling → fråga vilket namn och pronomen hen föredrar och använd det i journalen.
- Om det är befogat för symtomen hen söker för, fråga om hormoner! Till exempel kan en transman som behandlas med testosteron, men har kvar sin slida och underliv, få sköra slemhinnor och upprepade UVI:er och behöva lokalt östrogen.
- I många fall är transsexualiteten inte relevant för sjukdomen patienten söker för. Ta då inte upp det. Det är utmattande att hela tiden behöva upprepa sin historia för andras nyfikenhet.
- Var uppmärksam på tecken till nedstämdhet eller ångest. Transpersoner har en kraftigt ökad risk för suicid.

ATT TA SEXUALANAMNES

Låt inte din egen känsla av obehag, rädsla för att inte kunna hantera svaret, eller nervositet över ämnet hindra att du frågar. Fråga, lyssna på svaret, informera om det du kan, kolla upp det du inte kan!

Frågan "Det är vanligt med sexuell påverkan vid X. Hur är det för dig?" är öppen, normaliserande och förklarar samtidigt varför du frågar. Ålder, etnicitet, känd partner eller inte, religion spelar ingen roll. Våra egna föreställningar om vem som har sex gör att vi inte frågar patienter som skulle behöva få frågan. Kom ihåg att även en minskad lust till onani kan uppfattas som en stor förlust! Det är extra viktigt att vi frågar dem med sjukdomar eller läkemedel, vilka kan påverka sexuell funktion.

OBS! Säg "partner" och inte pojkvän/flickvän/fru/man.

EREKTIL DYSFUNKTION

ED HOS ÄLDRE MÄN

ED hos äldre män stiger proportionerligt med åldern. Det kan bero på:

- **Läkemedel** - de vi vet kan ge sexuella biverkningar är antidepressiva, neuroleptika, gabapentin, interferoner, betablockad, Finasterid och morfin.
- **Ateroskleros** - vid erektion måste blodflödet öka 25 gånger, vilket ställer stora krav på kärlen. Ateroskleros (rökning, diabetes mm) gör det svårare att få erektion. Observera även att en ED kan vara första tecknet på en hjärtkärlsjukdom.
- **Neurogena orsaker** - ryggmärgsskada, autonom dysfunktion som vid typ 1 diabetes (får ED ofta redan vid 40 år och beror på skada på både sympatiska och parasympatiska nervplexa), neurodegenerativa sjukdomar eller nervskada vid operation.

BEHANDLING

Peroral behandling är förstahandsalternativ vid behandling av impotens. Nedan sammanfattas olika PDE-5-hämmare:

- **Sildenafil (Viagra)** - ger maximal effekt efter 30-60 min och har en duration upp till 12 timmar.
- **Tadalafil (Cialis)** - ger maximal effekt efter 2 timmar och kan ha effekt upp till 36 timmar. Kan tas i högre doser innan sex eller i lägre doser dagligen, där det sistnämnda är bättre om patienten vill kunna vara mer spontan eller har sex flera gånger i veckan.
- **Vardenafil (Levitra)** - ger maximal effekt efter 20 minuter och har en duration på ca 4 timmar.
- **Avanafil (Spedra)** - ger maximal effekt efter 15-30 minuter och duration upp till 24 timmar.

Börja alltid med högsta dos (så att patienten kan lita på att medicinen verkligen fungerar) och trappa sedan ner. Kom ihåg att PDE-5-hämmare är kontraindicerat vid nitroglycerin (vb vid kärlkramp) på grund av kraftiga blodtrycksfall av PDE-5-hämmare, vilket kan leda till cerebral ischemi. En patient som får hjärtinfarkt efter intag av PDE-5-hämmare MÅSTE informera ambulanspersonalen om detta, trots att det kan tyckas vara pinsamt!

ED HOS UNGA MÄN

Tänk på:

- Tobak, alkohol, droger, antidepressiva och anabola steroider
- Porrkonsumtion
- Relationer, stress, prestationsångest, nyförelskad (allt som aktiverar sympatikus)
- Bibehållen natt-/morgonerektion och erektionsförmåga vid onani skiljer på somatisk och psykologisk orsak → viktig fråga!!!

OBS! Somatiska orsaker till ED kan vara hypogonadism och MS, men är väldigt sällsynt och är knappast enda symtomet.

BEHANDLING

Behandling för unga män är i första hand livsstilsråd och samtalsterapi. Vad gäller för tidig utlösning (ejaculatio praecox) brukar det definieras som **tid mellan penetration och utlösning mindre än två minuter**.

Det finns sällan en bakomliggande fysisk orsak, men gener spelar in, och i sällsynta fall kan det röra sig om hypertyreos eller MS. Diskutera vad han sätter det i relation till:

- Tidigare samlag?
- Porr?

En metod att hantera tidig utlösning är start-stopp, att genom onani lära sig var gränsen för utlösning går och sedan, när njutningen når 7-8 på en 10-gradig skala, ta en paus och göra något som är mindre intensivt för att sedan börja igen. Andra metoder som kan användas för att hantera tidig utlösning är att ge partnern orgasm först, använda kondom, lokalbedöva ollonet med lidokaingel (använd kondom så att partnern inte också blir bedövd).

Även SSRI-preparat kan testas (sista utväg, sällan indicerat), antingen Paroxetin 20-40 mg eller ett kortverkande Dapoxetin som enbart har indikation tidig utlösning och används vid behov. Även

VULVODYNI

Vulvodyni (tidigare kallad vestibulit) är ett kroniskt smärttillstånd i yttre genitalia och bäckenet. Det börjar ofta av ett initialt smärttillstånd eller trauma. Möjliga orsaker:

- Upprepade svampinfektioner
- Kondylombehandling
- Upprepade smärtsamma samlag eller samlag med otillräcklig lubrikation → negativ spiral
- Sexuellt våld eller trauma
- Prestationsångest och stress ger en ökad smärtsam anspänning i bäckenbotten → som att få huvudvärk av kroniskt spända nackmuskler)

BEHANDLING

- Bara ha sex när en vill och aldrig ha sex som gör ont (förebyggande och behandling!)
- Akupunktur, TENS och sjukgymnastik (träningsprogram för bäckenbottenmuskulaturen och kroppskännedom)
- KBT och annan terapi ofta fokuserad på att bryta smärtbeteende, stress, relationer och gränssättning
- Desensibilisering - att använda xylocain gel flera gånger per dag, lära sig beröra det smärtsamma området utan rädsla för smärta, och även för att ge tillbaka fokus på underlivet som kvinnorna ofta har "stängt av" mentalt. Efter någon månad kan en övergå till olja eller mjukgörande salva istället.
- Undvika överdrivet tvättande
- Avstå från penetrerande sex i flera veckor, för att samtidigt hitta tillbaka till njutningen med utforskande sexualitet och intimitet för att bryta den negativa spiralen. Hitta aktiviteter som inte gör ont. Sensualitetsträning med partner.
- Du kan, som med annan kronisk smärta, pröva Saroten i låg dos till natten och trappa upp. Saroten kan dock ha sexuella biverkningar vilket måste övervägas.

SEXUELLA BIVERKNINGAR VID ANTIDEPRESSIVA

Sexuella biverkningar vid antidepressiva omfattar dämpad libido, svårare "att tända", erektionsproblem, ejakulationsstörning, svårt att få lubrikation, anorgasmi eller minskad njutning vid orgasm.

Frekvensen av sexuell dysfunktion beräknas vara 40–50 procent hos obehandlade deprimerade individer, då depressionssjukdomen i sig har en sexuellt dämpande effekt → saknar en lust och glädje. I behandlingsstudier av SSRI-preparat har dock också en stor del av patienterna sexuella biverkningar, vilka tyvärr inte minskar under behandlingstiden.

BEHANDLING

- Sexuella biverkningar kan vara dosrelaterade och om dosen är hög kan dosreduktion vara ett alternativ.
- Byte till annat SSRI-preparat → escitalopram är bäst av SSRI
- Byt till Mirtazapin, Voxra eller Brintellix
- "Drug holiday" - ett dygn före planerad sexuell aktivitet är ett alternativ för patienter som behandlas med SSRI med kort halveringstid. Detta alternativ är enkelt och har i studier visats fungera bra i cirka hälften av fallen. Om planen är att ha sex under helgen, hoppa över fredagens och lördagens dos och börja igen på söndag.

SEXUELL LUST

NEDSATT LUST

Nedsatt sexlust måste värderas i relation till något annat:

- Partners sexlust?
- Hur mycket lust hen tror att en ska ha?
- Hur har det varit tidigare?
- Hur mycket hen vill ha?

Viktiga frågor att ställa är:

- "Hur fungerar det med onani?"
- "Har du kvar livslusten i övrigt?" - för att skilja mellan nedsatt sexuell lust och en depression
- "Kan du fortfarande tända på saker du tidigare tänt på? - filmer, fantasier, attraktiva personer mm)"

Nedsatt lust som inte beror på problem i relationen kan bero på:

- Hypotyreos
- Diabetes
- Depression,
- Hyperprolaktinemi - kan vara orsakat av neuroleptika, amning eller hypofystumör och sänker östrogen och testosteron)
- Stress
- Tumör i hypofys eller hypothalamus
- Sömnproblem
- Psykiatriska diagnoser
- Testosteronbrist (både män och kvinnor)
- Smärta
- Tidigare negativa erfarenheter eller sexuellt trauma
- SSRI
- Hjärt-kärlproblem

En del människor upplever aldrig spontan lust, här är kvinnor med sexuellt trauma överrepresenterade.

Däremot kan de uppleva sexuell lust sekundärt till intimitet och genital stimulering, det blir en cirkulär respons med känslomässig intimitet, sexuell stimulans, tillfredsställelse och känslomässig intimitet. Detta kallas responsiv lust och bygger på trygghet och tillit → lusten kommer på grund av den sexuella situationen, inte innan.

Sexuell tändning har både en gas och en broms. Gasen är allt som upplevs sexuellt attraherande och bromsen är alla anledningar varför det är en dålig idé att ha sex just nu (ex. stress, irritation, otrygghet, tidigare trauma eller skam). Ofta när någon vill uppleva mer sexuell lust tenderar de att fokusera på att öka gasen (ex. nya underkläder, leksaker eller mer sexinspiration). Det kan fungera för vissa, men många behöver istället fundera på vad som trycker på bromsen och börja plocka bort det som hämmar sexlusten istället.

HYPERSEXUALITET

Hypersexualitet är ofta ångestdriven! De sexuella handlingarna utförs för att dämpa återkommande kraftig ångest → blir de problematiska först när de får konsekvenser för individen eller omgivningen. Behandlingen går ut på att lära individerna att hantera sin ångest på ett annat sätt än genom sexualitet.

En annan typ av hypersexualitet beror på medicinering. L-Dopa och andra dopaminagonister som används för behandling av Parkinson och RLS kan i höga doser ge hypersexualitet som biverkan. Även frontallobsskador i form av trauma, stroke, frontallobsdemens och tumörer kan ge hypersexualitet, liksom mani.

FOLKHÄLSOINFORMATIK

Arbete med att förhindra att folk blir patienter!

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet med det övergripande ansvaret för folkhälsofrågor i Sverige. Myndighetens uppdrag är att "stärka och utveckla folkhälsan". Arbetet syftar till att "främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot". Välfärden ska nå framgångar i alla samhällets grupper.

Myndigheten arbetar för "en god och jämlik hälsa för ett hållbart samhälle", men trots att folkhälsan i Sverige blir allt bättre, blir den inte det för alla → i vissa grupper minskar medellivslängden, vilket understryker behovet av fortsatt arbete. Till myndighetens arbetsuppgifter hör bland annat:

- **Samla in och analysera data** - grunden för folkhälsoarbetet!!
- **Ta fram kunskapsunderlag och metodstöd**
- **Samordna ANDTS-arbetet (Alkohol, Narkotika, Dopning, Tobak och Nikotin samt Spel om Pengar)**
 - Sätter åldersgränser
 - Klassificerar hälsofarliga varor
- **Ansvara för smittskydd, inklusive beredskap och internationella hot**
 - Vaccinationsprogram
 - Beredskap vid utbrott av smittsamma sjukdomar
- **Utföra mikrobiologiska laboratorieanalyser**
 - Om nytt agens dyker upp (ex ebola eller apkoppor) → analys, smittspåra och sprida information
- **Hälsofrämjande arbete** - samordnande myndighet
 - Psykisk hälsa och suicidprevention.
 - Matvanor, fysisk aktivitet, stillasittande, övervikt och obesitas.
 - Friluftsliv

SMITTSKYDD

- Smittskyddsfrågor och vaccinationsprogram
- Föreskrifter, rekommendationer och vägledningar till hälso- och sjukvårdspersonal
- Beredskap
 - stöd och planering vid utbrott av smittsamma sjukdomar
 - samordnar försörjning av läkemedel inför vissa utbrott
 - har beredskapslager för vissa smittskyddsläkemedel
 - skydd mot internationella hot mot människors hälsa (IHR)
- Antibiotikaresistens och vårdhygien
- Förebyggande mot hiv och STI
- Kontaktpunkt mot EU och WHO

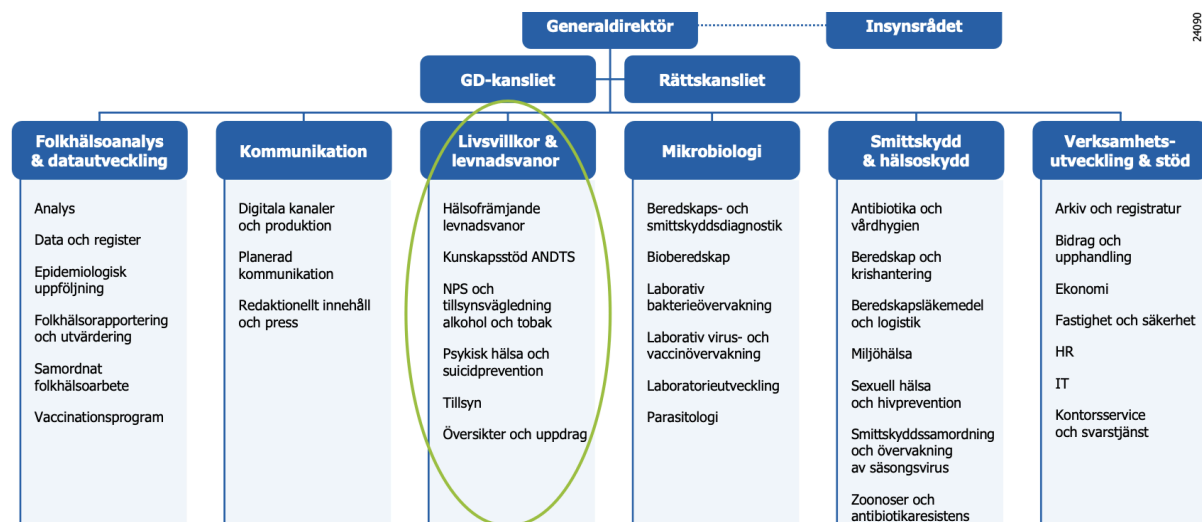
MIKROBIOLOGI OCH LABORATORIEANALYSER

- Gör mikrobiologiska laboratorieanalyser och akut diagnostik av vissa smittämnen
- Utvecklar kvalitet och metoder för diagnostik

Internationellt samarbete

- Folkhälsoarbete inom EU, WHO och FN
- Skydd mot och hantering av gränsöverskridande hot mot människors hälsa
- Sveriges politik för global utveckling

ORGANISATION



Sammanfattning av delar av det ovan!

LIVSVILLKOR OCH LEVNADSVANOR (LL)

Vi följer och analyserar folkhälsan och tar fram kunskapsunderlag om hälsofrämjande och förebyggande arbete inom:

- **Psykisk hälsa och suicidprevention**
 - Implementering av Sveriges **nya nationella strategi**
- Matvanor - i samarbete med livsmedelsverket
- **Fysiskt aktivitet och stillasittande**
- Övervikt och obesitas
- **Friluftsliv**
- **Alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotinprodukter samt spel om pengar (ANDTS)**
 - Utreder och föreslår vid behov klassificering av nya psykoaktiva substanser
 - Tillsyn av verksamhetsutövare som hanterar alkohol, hälsofarliga varor och tobaks- och nikotinprodukter
 - Vägledning för län och kommuner i reglerna i alkohollagen, tobak och liknande produkter
 - Tar fram föreskrifter enligt alkohollagen, tobak och liknande produkter.
- Uppväxtvillkor och hälsosamt åldrande



En god och jämlik hälsa – åtta målområden

Ansvarar även för:

- genomförandet av undersökningen **Skolbarns hälsovanor** och insamling av barns längd och vikt genom Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)
- myndighetens handlingsplan för att utveckla den praktiska **tillämpningen av barnkonventionen** i myndighetens verksamhet.

Inom de fetmarkerade har de **nationellt samordningsansvar**. Allt detta tar avstamp i de åtta målområdena som är del i de nationella folkhälsomålen.

PSYKISK HÄLSA OCH SUICIDPREVENTION

Samordna och stödja implementeringen av **Det handlar om livet**. Nationell strategi psykisk hälsa och suicidprevention.

Kunskapshöjande insatser för att **minska stigma** psykisk ohälsa. *Slutredovisning april 2025*

Tillsammansuppdraget: Samordna och stödja implementeringen av Nationell strategi ofrivillig **ensamhet**.

Några av regeringsuppdragen som förstärker grunduppdraget som redovisats ovan. Återrapporterar sedan till regeringen.

EXEMPEL PÅ REGERINGSUPPDRAG - DET HANDLAR OM LIVET

Vision

Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen, och där ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid

Övergripande mål

- En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen
- Färre liv förlorade i suicid
- Minskad ojämlikhet i psykisk hälsa
- Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd

Delmål

- Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället
- Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet
- Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa
- Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare
- Vård och omsorg som möter individens behov
- Stärkt suicidpreventivt arbete
- Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Utifrån dessa mål har man lagt fram en handlingsplan enligt följande:



Tar fram 3-årig myndighetsgemensam handlingsplan med aktiviteter



Bygger upp uppföljningssystemet



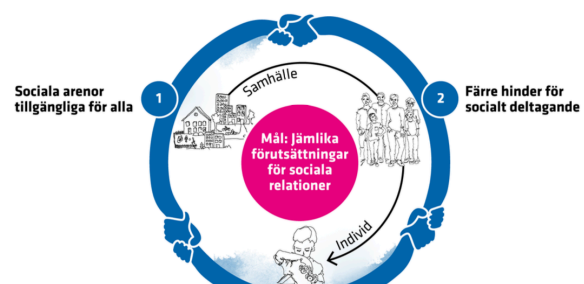
Involverar och tillhandahåller stöd till andra aktörer



Kommunicerar och sprider strategin

EXEMPEL PÅ REGERINGSUPPDRAG - DET HANDLAR OM LIVET

Många i Sverige är ofrivilligt ensamma. Handlar om att skapa arenor för alla grupper, minska hinder för socialt



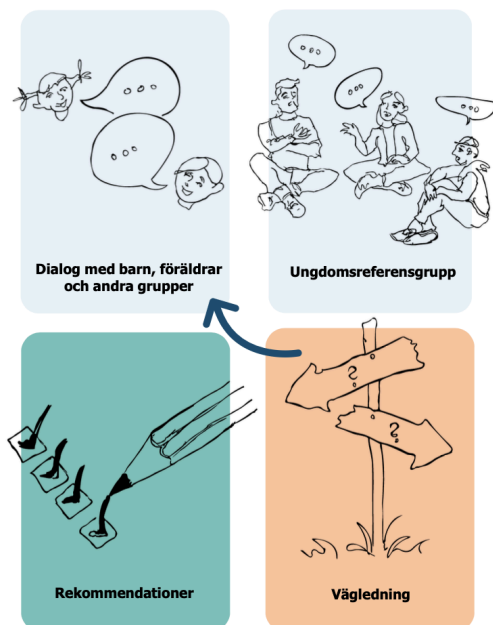
deltagande vilket skulle leda till färre människor i långvarig ensamhet.

STÖD FÖR BALANSERAD OCH SÄKER SKÄRMANVÄNDNING BLAND BARN OCH UNGA

Uppdraget handlar om att sammanställa kunskap samt rekommendationer till föräldrar, barn och unga samt techbolag och beslutsfattare. Underlag för detta kommer ut under 2024.

De tydligaste forskningsresultaten rörande skärmtid för barn och unga visar:

- Högre total skärmtid, skärmanvändning före sängdags och under natten kan leda till sämre och kortare sömn
- Högre total skärmanvändning kan leda till ökad förekomst av depressiva symtom, delvis genom sämre sömn
- Högre användande av sociala medier kan leda till ett ökad missnöje med den egna kroppen
- För de yngsta barnen (0-5 år) kan högre skärmtid leda till försämrad sömn och i viss mån ökat aggressivt beteende.
- Högre skärmtid är en riskfaktor för problematiskt användande
- Problematiskt användande är förknippat med negativa hälsoutfall
- **Barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är särskilt sårbara.**
 - Barn och unga med NPF i form av ADHD och autism löper högre risk att utveckla dataspelsberoende, problematisk internetanvändning/skränmanvändning
 - Barn upp till 12 år med mycket skärmtid har mer symtom på ADHD
 - Barn med NPF kan däremot utveckla sina sociala förmågor genom att spela vissa typer av aktiva dataspel med kompisar
 - Barn med NPF är mer utsatta på nätet än andra barn.



POSITIVA ASPEKTER

- Få studier som undersöker digitala mediers positiva effekter på hälsa och välbefinnande
- Sociala medier kan vara en viktig kanal för sociala relationer för unga
- Positiva upplevelser - ett sätt att leka och umgås: man kan lära sig nya saker; avkoppling och underhållning
- För sårbara grupper kan aktivitet online ha en viktig och inkluderande hälsofrämjande betydelse.

Att känna gemenskap med andra. Om jag skulle vara mobbad i skolan då kanske man kan hitta andra som också känner samma sak.

UPPMANING TILL TECHBOLAGEN

- Följ befintlig lagstiftning och direktiv
- Minska risken för att barn och unga fastnar vid skärmen
- Minska risken för utsatthet eller exponering för skadligt innehåll
- Förbättrad åldersverifiering.

UPPMANING TILL BESLUTFATTARE OCH POLICYUTVECKLARE

- Kontrollera att de lagar och regler som finns på området efterlevs - sätt in åtgärder om det inte fungerar som tänkt. Gäller främst barnkonventionen och GDPR
- Utse en oberoende instans som kan märka och sätta åldersgränser på digitala plattformar och appar ur ett folkhälsoperspektiv
- Utred möjligheterna att ytterligare begränsa marknadsföring för barn och unga under 18 år.
- Kräv att techbolagen är transparenta med teknisk utformning och datahantering och låt oberoende forskare studera hur algoritmer och interaktionsdesign påverkar barn och ungas användning och hälsa.

REKOMMENDATIONER

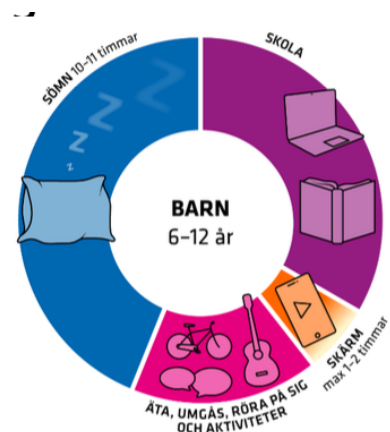
OBS! Skärmanvändningsrekommendationerna handlar om skärmtid på **fritiden**, exempelvis sociala medier, videoklipp och streamade filmer. Att lyssna på musik, radio och poddar tas inte upp i rekommendationerna och inte heller **skolrelaterad skärmanvändning, hjälpmedel till barn och unga med funktionsnedsättning** eller digitala verktyg till olika samhällstjänster.

- Generella rekommendationer kring sömn
 - Lägg undan mobil 30-60 min innan läggdags
- Åldersanpassade rekommendationer
 - 0-2 år
 - 2-5 år
 - 6-12 år
 - 13-18 år
- Rekommendationer till föräldrar om deras egen användning
 - Om förälder använder mobil väldigt mycket påverkar detta samspelet med barnet - kan bli mer utåtagerande

Rekommendationerna syftar till att vägleda till att förklara hur man kan använda digitala medier på ett balanserat sätt och varför det är viktigt. Det gäller att man får balans i vardagen och sova bättre, undvika att lägga för mycket tid på digitala medier, styra innehållet och hur man förhålla sig till det, minska utsattheten, hantera beroende och minska risken för konflikter.



Rekommendationer för
barns och ungas digitala
medieanvändning



GENUSMEDICIN

VAD HANDLAR GENUSMEDICIN OM?

- Vilka kategoriseringar kan förstärkas genom medicinska ingrepp?
- Vilka kategoriseringar kan ifrågasättas?
- Hur behandlas kroppen för att passa in i normen?
- Hur behandlas normen för att få fler kroppar att passa in?
- Vad för andra synsätt är möjliga och vilka former av stöd möjliggör de?

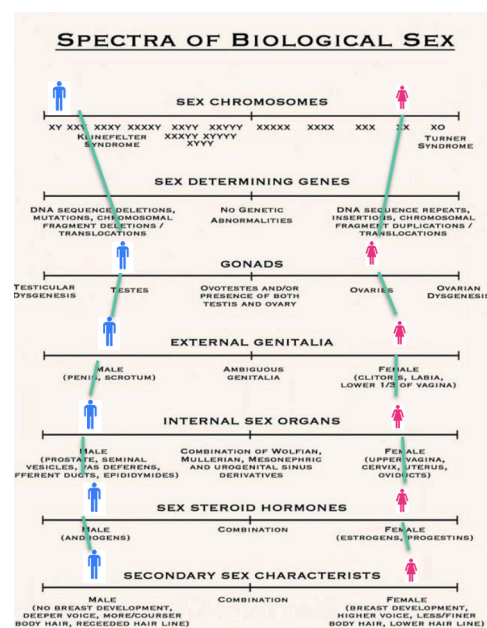
Förklara föräldrarnas reaktion med hjälp tvåkönsmodellen och redogör för begreppen biologiskt kön och genus.

Svarsförslag: Förklara att vårdpersonalens svårighet att avgöra barnets kön och föräldrarnas reaktion kan ses baserad på tvåkönsmodellens uppdelning av kön i två dikotoma kategorier (man/kvinna) utifrån kroppsliga karakteristika såsom kromosomer, hormoner, inre och yttre könsorgan och kroppsliga karakteristika. Föräldrarnas reaktion och fråga kan förstås utifrån den starka kulturella norm som tvåkönsmodellen utgör i meningen att den specificerar att det endast finns två kön och att individer förväntas kategoriseras som ett av dessa vid födseln.

Förklara att tvåkönsmodellen också hänger ihop kategoriseringen av sociala och kulturella företeelser och beteenden i två genus – manligt respektive kvinnligt. Föräldrarnas reaktion kan därmed förstås som ett uttryck för svårigheten att definiera barnets genus i ljuset av vårdpersonalens svårighet att definiera barnets kön

BEGREPP

- **Biologisk kön** - Fokus på biologiska och kroppsliga karakteristika
 - Kön är ett kontinuerligt och formbart spektrum vars pooler representerar det som är "typiskt" för en kvinna respektive en mans kropp.
- **Genus** - Fokus på sociala företeelser/egenskaper/beteenden



INTERSEX/DSD/VSD

I Sverige föds ca 20 barn per år med oklart kön - dvs vars kön inte kan bestämmas vid födseln. Dessa får bedömas och behandlas via DSD team.

- **Exempel: Om man föds utan vagina och utan livmoder:**
 - Hälso- och sjukvården bör som förstahandsalternativ erbjuda dilatationsbehandling till patienter med DSD som själva önskar behandling för outvecklad vagina eller vaginal trånghet.

TVÅKÖNSMODELLEN

Tvåkönsmodellen baseras på att vi har två kön, vilka ses som varandras motsats och som i stor utsträckning definieras utifrån kroppsliga karakteristika så som kromosomer, hormoner, inre och yttre könsorgan och kroppsliga karakteristika.

Detta utgör en stark kulturell norm vilket kan väcka starka känslor hos föräldrar vid födsel av ett barn som avviker från detta då man räknar med att kunna kategorisera barnet utifrån vår tvåkönsmodell.

KIRURGI, AUTONOMI OCH BARNETS BÄSTA

Centrala medicinetiska principer måste specificeras och tillämpas:

1. Rätten till kroppslig integritet
2. Respekt för autonomi och fokus på barnets bästa

Perspektiv på ovanstående:

- barnets liksom den framtida vuxna individens välbefinnande måste stödjas.
- Patients rätt att delta i eller själv fatta beslut som påverkar dem, nu eller senare i livet, måste respekteras. Det här inkluderar en rätt till god och adekvat information om olika interventioner och deras kort- och långsiktiga effekter
- Även om det är viktigt att ha fokus på barnets bästa så är det också viktigt att stärka relationen barn-föräldrar.

TENTAFALL

Ett barn får diagnosen partiell androgenokänslighet (PAIS). DSD teamet erbjuder föräldrarna samtalsstöd och genetisk vägledning. Föräldrarna är upprörda och säger att de tycker att det vore bra med ett kirurgiskt ingrepp så att barnets kön ser antingen mer kvinnligt eller mer manligt ut.

Reflektera kring etiska värden och normer som står på spel i fallet. Förklara hur dessa bör påverka DSD teamets sätt att bemöta föräldrarna och varför teamet erbjuder samtalsstöd och genetisk vägledning, men inte i första hand könskirurgi.

I detta fall aktualiseras flera viktiga etiska värden, särskilt autonomi, kroppslig integritet och principerna om att göra gott respektive att inte skada. Eftersom barnet med PAIS är för litet för att själv kunna uttrycka sin könsidentitet eller ge ett informerat samtycke, blir det centralt att bevara barnets framtida möjlighet till autonomt val. Respekt för kroppslig integritet innebär att man inte bör genomföra irreversibla ingrepp utan tydliga medicinska skäl, särskilt när syftet främst är att anpassa utseendet efter sociala normer om kön. Även om föräldrarna agerar med barnets bästa i åtanke, måste deras önskemål vägas mot barnets rätt till att senare i livet själv definiera sin identitet och kropp.

Vidare innebär principen om att **inte skada** att vården bör undvika ingrepp som riskerar att orsaka fysisk eller psykisk skada, särskilt om nyttan är osäker. Könskirurgi på små barn med DSD har visat sig kunna medföra komplikationer som minskad känsel, behov av upprepade kirurgi, och en ökad känsla av utanförskap. Eftersom dessa risker är väldokumenterade, samtidigt som vinsterna främst är socialt motiverade och inte medicinskt nödvändiga, anses det etiskt mer försvarbart att avvakta med kirurgi tills barnet själv kan delta i beslutet. DSD-teamets erbjudande om samtalsstöd och genetisk vägledning syftar därför både till att stödja föräldrarnas krishantering och att skapa utrymme för reflektion, snarare än att snabbt tillgodose ett önskemål som kan begränsa barnets framtida handlingsutrymme. Det handlar ytterst om att skydda barnets rätt till en öppen framtid där identitet och kropp inte är förutbestämda av vuxenvärldens normer.

FÖRFRÅGAN OM TIDIG KIRURGI

Ett längre historiskt perspektiv på DSD (differences in sex development), biologiskt kön och genus kan hjälpa föräldrar att **ompröva sin önskan** om tidig kirurgi **genom att synliggöra att vår nuvarande tvåkönsmodell inte alltid varit självklar eller allenarådande**. I antikens Grekland och Rom fanns till exempel en mer flytande syn på kön, där kroppen sågs som en gradskillnad snarare än en dikotomi – kvinnor kunde betraktas som "ofullständiga män" snarare än som fundamentalt annorlunda.

På liknande sätt har flera icke-västerländska kulturer, såsom hijra i Indien eller två-andliga personer (two-spirit) i vissa nordamerikanska ursprungskulturer, erkänt fler än två kön eller sociala genusroller. Att förstå att kön inte alltid **förståtts som strikt biologiskt binärt**, och att individer med **avvikande könsutveckling** har funnits och ibland haft specifika roller i samhället, kan ge **föräldrar en mer nyanserad bild av sitt barns situation**. Det historiska perspektivet öppnar för en emancipation från det moderna västerländska trycket att omedelbart "passa in" i en av två könsmallar och skapar utrymme för att vänta med medicinska ingrepp **tills barnet själv kan uttrycka sin könsidentitet**. Detta kan **främja barnets autonomi** och minska risken **för framtida könsdysfori** eller **känsla av övergrepp** kopplat till oönskade ingrepp i barndomen.

SOCIALSTYRELSENS REKOMMENDATIONER

Hälso- och sjukvården bör erbjuda specialiserat psykosocialt stöd till barn, ungdomar och vuxna med DSD (s. 39).

Hälso- och sjukvården bör erbjuda specialiserat psykosocialt stöd till föräldrar i samband med utredning, behandling och uppföljning av barn och unga med DSD (s. 36).

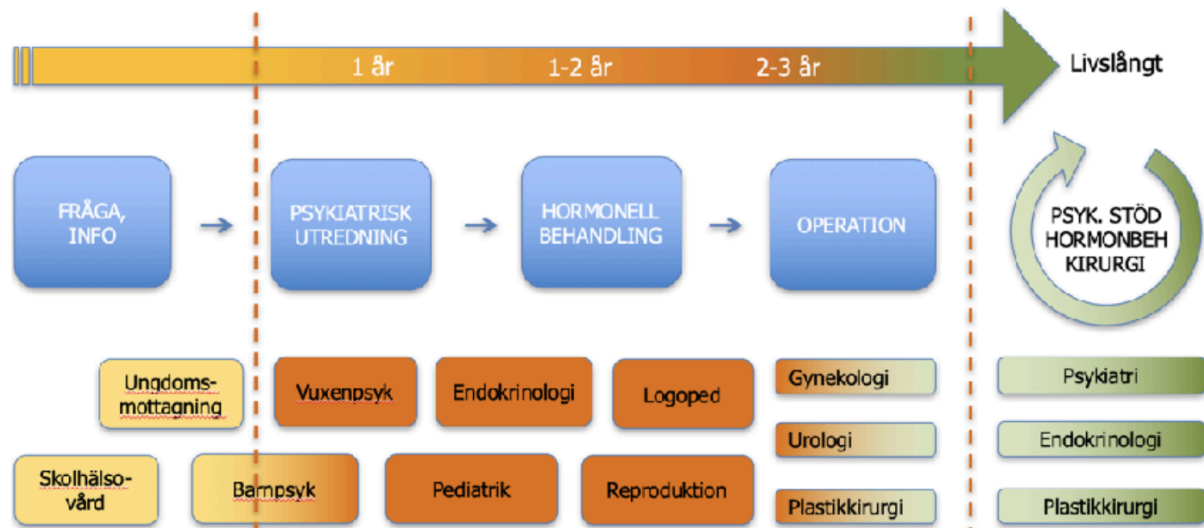
Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall genomföra klitoriskirurgi och/eller vulva-/vaginalplastik vid 46,XX CAH innan personen själv kan vara delaktig i beslutet om och när kirurgi bör genomföras.

SAMMANFATTNINGSVIS

1. Arbetet med kvinnohälsa innebar stora förändringar - men genus blev inte hela storyn.
2. Kön är komplext. "Genusmedicin" innefattar inte enbart ett fokus på skillnader mellan kvinnor och män utan också en förståelse för hur normer om kön förstärks och utmanas i medicinen.

3. Medicinetisk analys i fältet genusmedicin behöver ett brett fokus. Exempelvis behövs en intersektionell ansats och ett kombinerat begreppsligt och kliniskt fokus.

KÖNSBEKRÄFTANDE KIRURGI



- FtM = Female to male
- MtF = Male to female

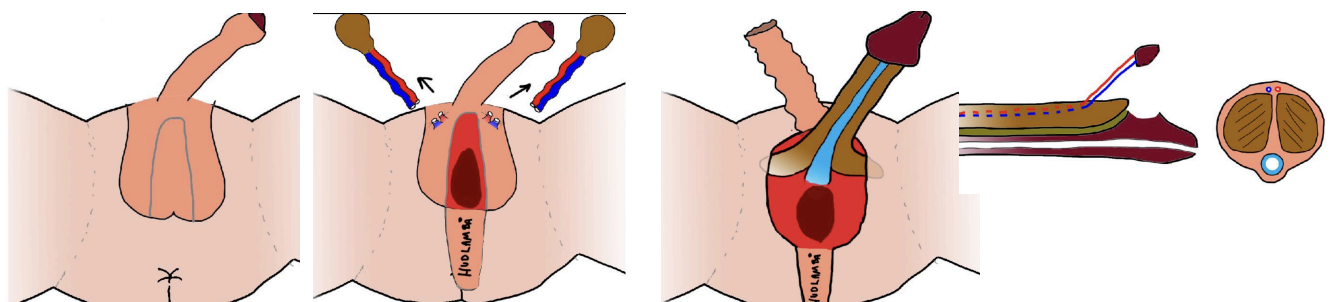
Anatomin skiljer män och kvinnor men "alla delar" finns.

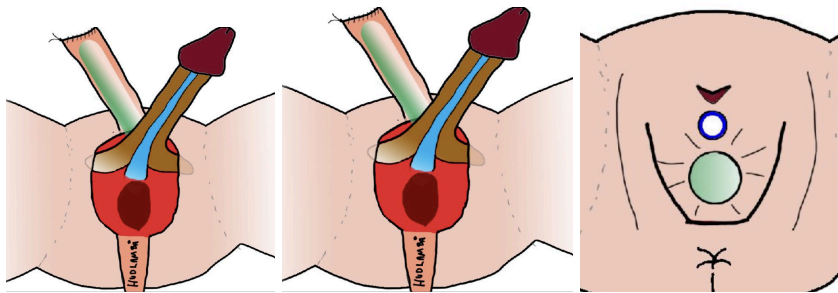
MtF

Kirurgisk behandling innefattar:

- **Penisamputation, orchidektomi och vaginoplastik**
- **Klyvning bakre momissur och klitoristäckning**
- **Bröstaugmentation** - ger en mer kvinnlig kroppsform eftersom MtF-patienter ofta har bred bröstorg och brett mellan axlarna. Implantation av silikon läggs vanligen bakom m pectoio major. Samma teknik som på biologiska kvinnor som genomgår breast augmentation.
- Kan även slipa bort **centrala delen av larynxbrosket** för att ta bort adamsäpplet - men ger ärr på framsidan av halsen.
- **Facial Feminization surgery** - Os zygomaticus justeras för att skapa mer kvinnlig ansiktsproportion.

Principen är att ta bort svällkroppar och testiklar, men att bevara penishuden. Skapar därefter en **vaginalkavitet** och bevara en del av ollonet som klitoris. Penishuden som man bevarat används sedan på insidan i vagina. Tar därefter fram klitoris (föredetta och urinrörsmynning = **Klar!**)





FtM

Kirurgisk behandling:

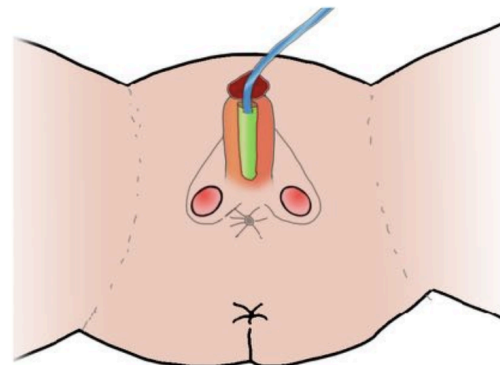
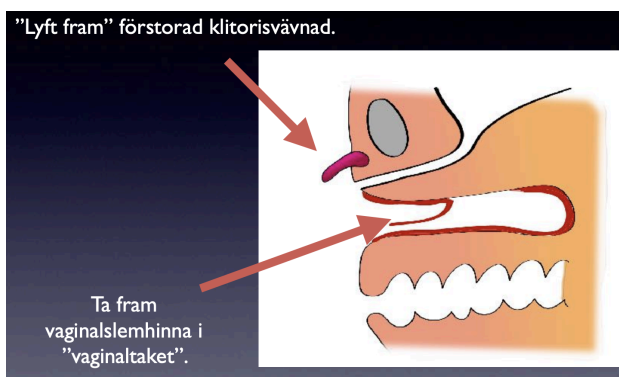
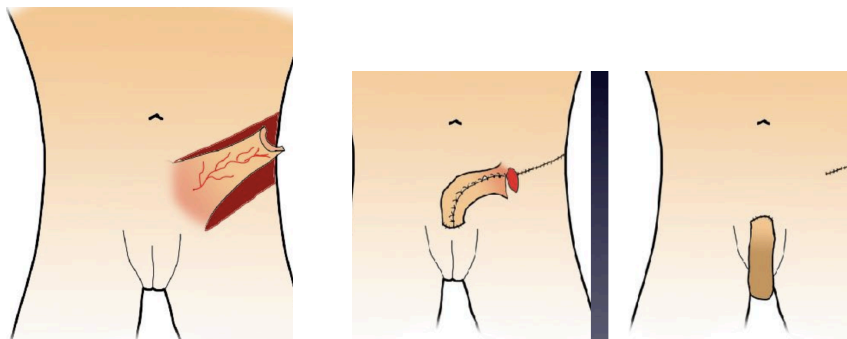
- Ta bort livmoder/äggstockar
- Ta bort bröst (mastekomi) - skulpterar bröstkorgen så behöver således inte vara radikalt opererad.
- Många patienter avstår peniskonstruktion. Passar lätt in socialt med enbart hormonbehandling och efter att bröstet tagits bort.

Om man väljer en peniskonstruktion finns två metoder:

1. Falloplastik (Ljumsklambå) - stort hudrör
2. Metoidioplastik - används förstorad klitoris.

En princip inom all typ av kirurgi - finns det två metoder för att lösa ett problem, så är antagligen ingen av dem perfekt.

	Metaoidioplastik	Falloplastik
Storlek	+	+++
Sexuell känsel	Ja	Nej
Erektion	Ja	(Ja)
Urinrör	Ja	Nej
Antal operationer	en	flera



Sy ihop tagstället för vaginalslemhinna i vaginaltaket - detta inskar diametern, men inte längden på vagina. Skapar urinrör samt testikelimplantant.

FÖRSÄKRINGSMEDICIN

Förutsättningarna för att ha rätt till sjukpenning är att man:

1. Är försäkrad i Sverige – försäkringstillhörighet (FTH)
2. Har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI)
3. Har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

För att vara försäkrad för sjukpenning i Sverige måste man ha en inkomst från en arbetsgivare som har sin verksamhet i landet. Det innebär till exempel att den som bor i Danmark och arbetar i Sverige kan få sjukpenning när arbetsförmågan är nedsatt.

SJUKSKRIVNING VID GRAVIDITET

- Graviditetsbesvär som är ovanligt svåra kan räknas som sjukdom och ge rätt till sjukpenning.
- Det viktigt att besvären tydligt framgår i det intyg som läkaren skriver.
- Vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga ges sjukpenning på samma sätt som om man inte var gravid.
- Sjukpenningen kan betalas ut med en fjärdedel, halv, tre fjärdedelar eller hel, beroende på hur mycket patienten kan arbeta.

VANLIGA BESVÄR

Trötthet • Illamående • Foglossning • Svullnad •
Andfåddhet • Vadkramper • Sömnbesvär • Förvärrar •
Åderbråck • Förstopning • Hjärtklappning • Hemorrojder
• Karpaltunnelsyndrom

VEM SKA FÅ SJUKSKRIVNING

Det finns försäkringsmedicinskt beslutsstöd som kan hjälpa med bedömningen om sjukskrivning bör föreligga.

Graviditet

Förvärrar och hotande förtidsbörd
O47

Graviditetsillamående, graviditetskräkningar
O210, O212, O218, O219, O211

Graviditetsrelaterad rygg- och bäckensmärta (inklusive symfyseolys)
O267

ILLAMÅENDE

- **Aktivitetsbegränsning** - kan vara svårt med uppmärksamhet, utföra aktiviteter i arbetet samt begränsa mellanmännsliga interaktioner och relationer. Framförallt jobbigt med vissa arbetsuppgifter och miljöer med starka lukter, psykiskt och fysisk belastning och höga ljudnivåer.
- **Funktionsnedsättning** - illamående och kräkningar kan ge betydande kroppsliga funktionsnedsättningar. Problem med lukt känslighet trötthet, fysisk uthållighet, koncentrationssvårigheter, huvudvärk, matleda.

Kan ge deltidssjukskrivning om det finns dygnsvariation, ex mycket värre på morgonen.

RYGG OCH BÄCKENSMÄRTA

- **Aktivitetsbegränsning**- svårt att sitta, stå, gå, gå i trappor. Smärtrelaterade sömnstörningar kan ge svårigheter att fokusera uppmärksamheten.
- **Funktionsnedsättning** - Smärtintensiteten är belastningsrelaterad och ökar under och efter belastning. Nedaatt funktionsförmåga korrelerar till den upplevda smärtans svårighetsgrad.

FÖRVÄRKAR

- Överväg ersättning för resor till och från arbetet istället för sjukpenning om det är transporten till arbetet som sätter gränser.
- I kombination med flerbördsgraviditet eller andra riskfaktorer krävs ofta sjukskrivning på heltid.
- **Aktivitetsbegränsning** - Den gravida kan ha svårigheter att gå, stå, sitta, att böja sig, utföra lyft, samt en känslighet för fysisk och psykisk belastning (exempelvis hög stressnivå, exponering för hot och våld). Tillståndet kan även ha en påverkan vid mellanmänniska interaktioner och relationer.
- **Funktionsnedsättning** - Förvärrar kan ge nedsatt fysisk funktion i samband med sammandragningarna. Förvärrarna orsakar smärta och kan även ge problem med koncentration, oro och stresskänslighet.

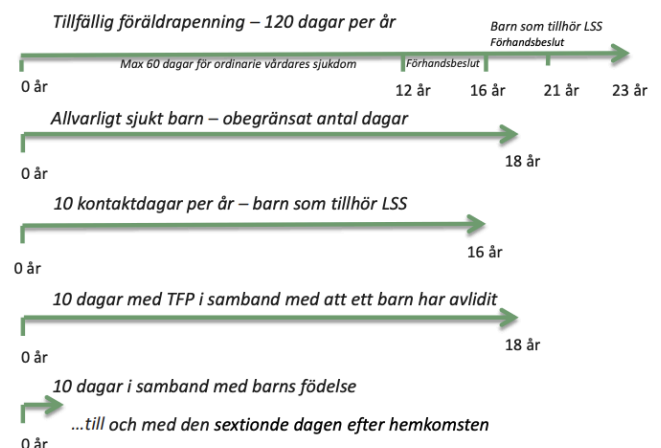
GRAVIDITETSPENNING

- Fysiskt påfrestande arbete – tidigast 60 dagar före beräknad förlossning
- **Risker i arbetsmiljön – från och med den dagen förbudet gäller**
- Längst till och med den elfte dagen före den beräknade tidpunkten för förlossningen
- Kan fås på 25, 50, 75 eller 100 procent.
- **Förutsatt att omplacering inte kan ske**

FÖRÄLDRAPENNING I SAMBAND MED GRAVIDITET

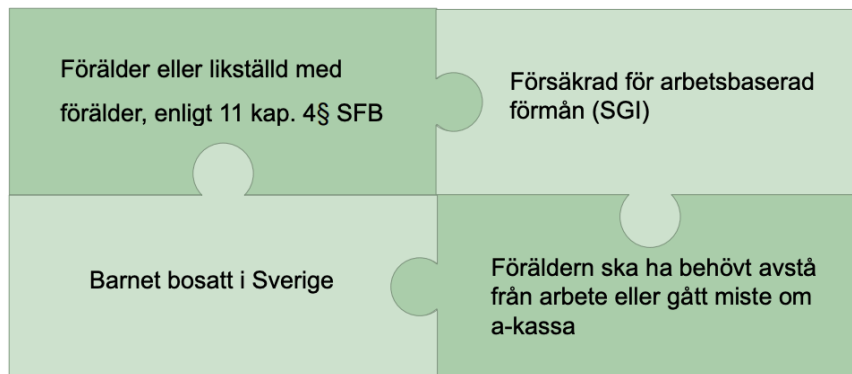
Den som är gravid har rätt att ta ut **föräldrapenning (FP)** redan 60 dagar innan barnet beräknas födas. Detta kan också användas av båda föräldrarna under föräldrautbildning och besök på mödravården.

Vad är skillnaden mot **tillfällig föräldrapenning (TFP)**? Tillfällig föräldrapenning är ersättning du kan få när du stannar hemma från jobbet (eller avstår från att söka arbete och går miste om a-kassa) för att ta hand om ett sjukt barn.



TILLFÄLLIG FÖRÄLDRAPENNING (TFP)

För att tillfällig föräldrapenning ska kunna betalas ut behöver dessa grundläggande förutsättningar vara uppfyllda:



VILKA ANLEDNINGAR ÄR GILTIGA?

När en förälder behöver avstå från arbete för att vårda barn, som inte fyllt 12 år, i samband med:

- Sjukdom eller smitta hos barnet (akut sjukdom).
- Sjukdom eller smitta hos barnets ordinarie vårdare (för barn äldre än 240 dagar, max 60 dagar per barn och år).
- Besök i samhällets förebyggande barnhälsovård (BVC, BUP, tandläkare).
- Vårdbehov som uppkommer när barnets andra föräldrar besöker läkare med ett annat av familjens barn.
- Besök på institution, t.ex. habiliteringen.
- Deltagande i kurs som anordnas av sjukvårdshuvudman (region eller kommun).
- Läkarbesök när barnet har en allvarlig sjukdom.
- Läkarbesök som är en del i behandlingen av barnet.
- Deltagande i behandling som är ordinerad av läkare i samma syfte som i punkten ovan.

Det finns 120 dagar med tillfällig föräldrapenning per barn/år.

TFP FÖR BARN MELLAN 12-16

Barn som har ett särskilt behov av vård eller tillsyn

1. Barn med långvariga/kroniska sjukdomar eller funktionshinder.
2. Barn som drabbas av en akut sjukdom eller skada.

Läkarutlåtande krävs från första dagen (ej förhandsbeslut)

1. Läkarutlåtande 7447 – tillfällig föräldrapenning för barn som fyllt 12 men inte 16 år.
 - a. Kräver motivering varför förälder måste vara med
2. För enstaka läkarbesök behövs inget läkarutlåtande men läkaren behöver intyga att förälders närvaro har varit nödvändig vid besöket detta kan göras på ex. läkarvårdskvitto, intyg om sjukvård eller liknade.

OBS! Informera även föräldrarna om att de inte kan få tillfällig föräldrapenning för samma tid om det inte bedöms att båda föräldrarna krävs som en del i behandlingen av barnet, jag kommer i så fall skriva det på läkarutlåtandet. Tenta.

OBS! Kan göra ett förhandsbeslut - vilket innebär att föräldern kan anmäla vård av barn utan enskilt intyg vid varje gång.

Men om barnet behöver inläggande vård och föräldrarna är mycket oroliga. Vad kan man göra då?

Du skriver ett läkarutlåtande där det framgår att barnet vårdas inläggande på sjukhus och då kan möjligheten till tillfällig föräldrapenning finnas för båda föräldrarna samtidigt. Så länge som barnet vårdas inläggande på sjukhus kan möjligheten till tillfällig föräldrapenning finnas för båda föräldrarna och därefter om det bedöms att båda föräldrarna krävs som del i barnets behandling

TFP FÖR BARN MELLAN 16-21 (23) ÅR

- Barn som omfattas av LSS
- Rätt till tillfällig föräldrapenning vid sjukdom eller smitta
 - Akut sjukdom = ny sjukdom eller försämring av grundsjukdom eller funktionsnedsättning.
- Intyg krävs från och med den åttonde dagen.

TFP GÖR ALLVARLIGT SJUKT BARN

- Lagstiftning från 2005/2006 (Proposition 2005/06:159).
- Avser barn 0 – 18 år ("vanlig" TFP 16 år).
- Föräldrar har rätt till tillfällig föräldrapenning under ett obegränsat antal dagar ("vanlig" TFP 120 dagar).
- Båda föräldrarna har rätt till ersättning för samma barn och tid ("vanlig" TFP i regel en förälder).
- Försäkringen kan delas in i tre faser:
 1. **Misstankefas** - utredningsfas, innan diagnosen är ställd
 2. **Efter diagnosticering**
 3. **Eftervårdsfas** - eftertiden, ex vid behandling med cytostatika, kommer barnet sannolikt vara omtöcknat

BEGRÄNSNINGAR MED TFP

- Tillfällig föräldrapenning inte finns i förebyggande syfte utifrån att barnet riskerar att bli försämrad i sin SJUKDOM och därför kan inte skriva ett läkarutlåtande för tillfällig föräldrapenning (**TENTA**)
- Kan inte få TFP för omvårdnad eller tillsyn vid funktionsnedsättning utan för det får man **omvårdnadsbidrag**.

SEXUELL HÄLSA VID KRONISK SJUKDOM

"...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled."

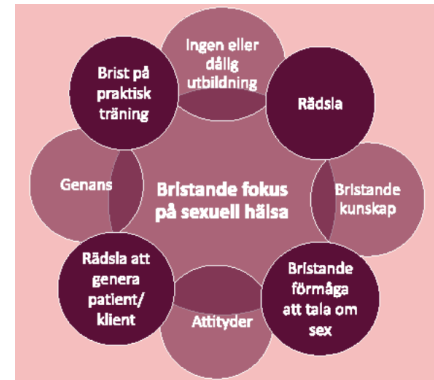
Sexuell hälsa påverkas ofta av:

- Fysiska och psykiska sjukdomar
- Biverkningar av mediciner
- Hormonförändringar
- Olika former av smärtproblematik

Men den sexuella hälsan prioriteras ofta bort inom sjukvård och rehabilitering. Detta resulterar ofta i att information och frågor kring sexuella förändringar inte framkommer till patienter och att de därmed inte tror att det är vanligt förekommande. Detta i sin tur kan leda till oro och känslor av att vara ensam om problemen vilket gör det ännu svårare för dem att ta upp ämnet med vårdpersonal.

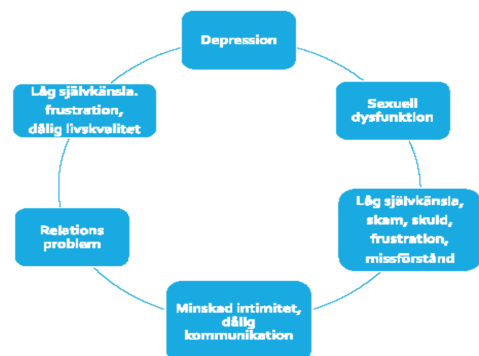
VIKTIGA FRÅGOR

- Hur ofta pratar vi sex med våra patienter?
- Vem tar initiativet till att prata om sex, jag eller patienten?
- Har jag en sådan attityd så att det är möjligt för patienterna att ta upp sina frågor kring sexualitet
- Tycker jag att det är viktigt att prata med patienterna om sexuella frågor?
- Har patientens ålder betydelse? Patientens kön?
- Är det okey att som patient ha dessa behov?



RISKER

- Att inte prata om sexuell hälsa kan i värsta fall påverka behandlingsresultat och försämra grundsjukdomen
- Om patienten upplever biverkningar av medicinen finns risk för bristande följsamhet
- En person med en kronisk sjukdom skiljer sig inte från andra när det gäller behoven av att uttrycka sin sexualitet



TIPS

Det går oftast bra att prata om sex ganska odramatiskt genom att först uppmärksamma att det är ett vanligt problem. Undvik att moralisera kring eller rangordna olika sexuella upplevelser och handlingar. Det är lust, respekt och ömsesidighet som avgör vilka sexuella upplevelser som är bra eller dåliga, oavsett vilka sexuella uttryck vi talar om, om det sker i en säng eller via webcam.

“Vi vet att personer som genomgår den där behandlingen kan uppleva minskad sexuell lust - är det något du vill prata om?”

“Det är inte ovanligt att XX påverkar sexlivet. Hur är det för dig? Är det något du har funderat på?”

Övriga take aways:

- Kunskap ger patienten ett sakligare sätt att se på kropp och sexualitet. Det kan många gånger ge minskad oro och ångest.
- Att ge kortfattad information om hur könsorganen fungerar
- Att normalisera utseende och funktioner
- Att ge information om vad man kan göra för att få bättre sexuell hälsa.

VANLIGASTE PROBLEMEN

SEXUELL DYSFUNKTION

- Nedsatt sexuell lust
- Nedsatt upphetsningsförmåga hos kvinnor/erektionsproblem hos män
- Nedsatt orgasm/ejakulationsförmåga
- Tidig utlösning
- Smärtor vid sexuell aktivitet
 - **Vestibulit, råd innan remiss till specialistenhet (tenta)**
 - Information om undvika överdrivet tvättande, använda sig av oljetvätt Råd att undvika smärtsamt sex
 - Desensibilisering, smörj med xylocain 2% x flera varje dag, övergå sen till mjukgörande eller olja efter någon månad
 - Saroten i lågdos till natten
 - Sjukgymnastik med fokus på bäckenbotten
 - Akupunktur
 - Terapi/ KBT med fokus på sexualitet, gränssättning, stress, relationer mm
 - Sensualitetsträning med partner
- Vaginism

HJÄRT OCH KÄRLSJKDOM

- Erektionsproblem 20-70%
- Smärta och lubrikation problem 43-73%
- Rädsla för sexuell aktivitet
- Förändrad partnerrelation
- Läkemedel Depression
- Minskad lust

SEXUELLA PROBLEM VID DIABETES HOS PERSONER MED VAGINA

- Minskad lust 20-78%
- Minskad upphetsning 14-76%
- Minskad lubrikation 26-50%
- Smärta vid samlag 0-43%
- Nedsatt förmåga till orgasm 10-84%

SEXUELLA PROBLEM VID DIABETES HOS PERSONER MED PENIS

- Erektionsproblem 30-87%
- Minskad lust 55%
- Minskad upphetsning

- Retrograd ejakulation

NEUROLOGISK SJUKDOM

En neurologisk sjukdom kan innebära trötthet, koncentrationssvårigheter, förlorad förmåga att kontrollera tarm-blåsfunktion, nedsatt känslighet eller överkänslighet i yttre genitalia, lubrikation, orgasmsvårigheter, nedsatt lust och erektionsproblem.

TENTAFRÅGA

Om Sara hade haft recidiverande depression, tvång eller någon annan sjukdom som gjorde att hon hade behövt ha kvar ett SSRI-preparat i högdos resten av livet, vad hade du kunnat göra för att minska de sexuella biverkningarna? Ge två exempel.

- Drug holiday
- Byta till annat SSRI t.ex. **Escitalopram** som har minst sexuella biverkningar av alla SSRI
- Lägga till Mirtazapin, Bupropion eller Bupropion

CANCER OCH SEX

Beskriv minst 5 viktiga steg eller element som är viktiga att tänka på i den sexuella rehabiliteringen för en cancerpatient

- Att den påbörjas **sa snart** som möjligt – både av psykosociala skäl och för att eventuellt kunna minska risken för irreversibla skador i genitalierna hos både män och kvinnor.
- Tidig och **kontinuerlig** information och inbjudan till samtal om den sexuella hälsan och stöd är viktigt som komplement till medicinska åtgärder.
- Om patienten upplever nedsatt sexuell förmåga som ett problem ska hen få **stödsamtal**, information och råd om sexuell rehabilitering.
- Det är viktigt att bjuda in eventuell **partner**.
Det är viktigt att erbjuda både skriftlig och muntlig information och sedan **följa upp den**.
- Det är viktigt att vara **lyhörd** för vad sexuell hälsa innebär för den jag samtalar med.
Det är viktigt att tänka på att sex är **mer än vaginalt** samlag.
- 10 år efter behandling känner 30 % av cancerpatienterna av fatigue, dvs stor trötthet och håglöshet – det är viktigt att komma ihåg att den sexuella rehabiliteringen kan vara en **lång process**.
- Det är viktigt att samtliga patienter, även **äldre och ensamstående**, informeras om hur behandlingen kan förväntas påverka deras sexliv.
- Det är viktigt att komma ihåg att **även i sen palliativ fas** kan sexualiteten vara av stor betydelse och information efterfrågas.

VAD PÅVERKAR DEN SEXUELLA HÄLSAN

- **Kirurgi** - Förändrad kroppsuppfattning, anatomin förändras, nerver och blodkärl påverkas, stomi, tarm och urinläckage
- **Antihormonell behandling** - påverkar erektion, lust, klimakteriet
- **Strålbehandling** - Påverkar blodkärlens elasticitet, nerver, erektion, lubrikation, påverkan på tarm och blåsa, hormoner
- **Cytostatika** - illamående, trötthet, torra slemhinnor generellt, infertilitet

VANLIGA LÄKEMEDEL OCH PÅVERKAN PÅ SEXUELL FUNKTION

1. **Citalopram och Velafaxin** (påverkan på lust, lubrikation/erektion och orgasm/utlösning)
2. **Dolcontin** (påverkan på lust, lubrikation/erektion)
3. **Propranolol** (lubrikation/erektion).
4. **Mirena (lust)**

SAMMANFATTNINGSVIS

Den sexuella hälsan största fiende är tystnaden...

LÄKARENS FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL KAM

KAM - KOMPLEMENTÄR, ALTERNATIV OCH INTEGRATIV MEDICIN

KAM är ett samlingsbegrepp för behandlingar som inte ingår i skolmedicinen och som inte har tillräckligt vetenskapligt stöd för att användas inom etablerad sjukvård.

- **Alternativ** = **egen världsbild (keyword)** med **unik förklaringsmodell (keyword)**, diagnos och behandling: ett alternativ. Exempelvis **Homeopati, kinesisk akupunktur**.
 - Används istället för konventionell vård → homeopati istället för cytostatika ex
- **Komplementär** = Förklaring, diagnos och behandling i stort förenligt med skolmedicinen: ett komplement. T. ex naprapati, antioxidanter.
 - Används tillsammans med konventionell vård → akupunktur för smärta under cancerbehandling
 - Liknande världsbild och förklaringsmodell som skolmedicin.
- **Integrativ medicin:** Att integrera skolmedicin, KAM och TM. En strategi som WHO vill främja.

Hur skiljer sig alternativ mot komplementär medicin åt? (tenta)

Gränsen mellan alternativa och komplementära metoder är diffus. En och samma metod kan i vissa fall ev rentav passa in i kategorin alternativ medicin och komplementär medicin samtidigt beroende på syftet med den specifika behandlingen. Tex klassas aromaterapi med syfte att dämpa postoperativ oro som *komplementär medicin*, medan aromaterapi i syfte att bota cancer istället bör klassas som *alternativ medicin*.

	Sverige	Kina
Ex: Svensk Shamanism	TM	KAM
Ex: Kinesisk akupunktur	KAM	TM

Må kanske var upprepning men tåls att läsas igen då jag tyckte det var orimligt luddigt:

Komplementära terapier bygger på en världsbild, och har förklaringsmodeller, diagnos och behandlingsstrategier som är i stort sett förenliga med skolmedicin/etablerad sjukvård. Det kan därmed sägas vara ett komplement till skolmedicin, medan **alternativa terapier** snarare utgör alternativ till skolmedicin. Alternativa terapier bygger däremot i princip på en annorlunda världsbild och avsevärt annorlunda förklaringsmodeller än dem som används inom skolmedicin/etablerad sjukvård.

TRADITIONELL MEDICIN

Traditionell Medicin å andra sidan omfattar **hälsosystem med djupa kulturella och historiska rötter**, ofta inom en viss befolkning eller region, som används för att diagnostisera, behandla och förebygga sjukdomar. KAM är stort i I-länder, medan TM är större i U-länder. Huruvida det kallas TM eller KAM beror alltså på lokal tradition.

Den etablerade hälso- och sjukvården kallas **Skolmedicin, konventionell medicin eller allopatisk medicin**.

Gränserna mellan vad som är skolmedicin respektive komplementär/alternativ medicin förskjuts över tid.

EXEMPEL PÅ KAM

1. **Manuella terapier**
 - a. Kiropraktik, naprapati, massage, kinesiologi, taktil stimulering
2. **Kinesisk medicin och indiska traditioner**
 - a. Akupunktur (vanligast), akupressur, shiatsu, qigong, yoga
3. **Medel och substanser**
 - a. Naturläkemedel, homeopati, kosttillskott
4. **Andliga och mentala terapier**
 - a. Meditation, andningsövningar
5. **Övrigt**
 - a. Dianetik, humorterapi



WHO FÖR INTEGRATIV MEDICIN (TENTA)

Ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvård:

- KAM och TM är en möjlighet för dem som inte har råd/tillgång till vanlig (skolmedicinsk) sjukvård, varför kombinationen skolmedicin och KAM/TM tillsammans når fler behövande.

Ökad autonomi:

- Utifrån att KAM och TM också motsvarar medborgarnas önskema (eller del av aktuell konsumtion) om hälso- och sjukvård, så kan följaktligen sådan vård anses motsvara ökad autonomi för patienten, vilket är ett värde som WHO vill främja.

Delmål i arbetet är ..

1. integration av skolmedicin och TM/KAM
2. ökad säkerhet inom TM/KAM

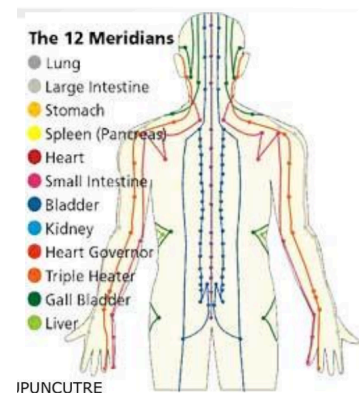
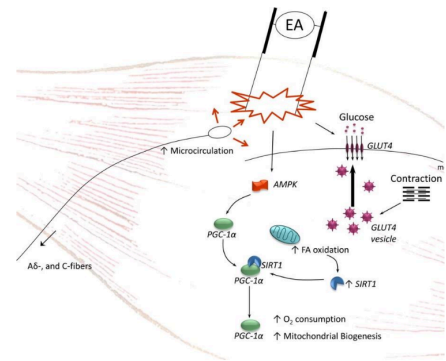
GRÄNSLANDET MELLAN KAM OCH SKOLMEDICIN

1. T ex KBT och interpersonell terapi (IPT) räknas idag alltmer som skolmedicin - medan dessa förr snarare räknades som KAM.
2. Mindfulness-baserad terapi (MBSR, MBCT) är fortfarande i gränslandet.
3. Vitamintabletter, kosttillskott
4. Västerländsk akupunktur vs kinesisk akupunktur

VÄSTERLÄNSK VS KINESISK AKUPUNKTUR

Centralt i jämförelsen är att det är olika förklaringsmodeller.

Aspekt	Kinesisk akupunktur (TCM)	Västerländsk akupunktur 
Grundfilosofi	Energiflöde (qi), balans	Neurofysiologisk förklaring
Diagnos	Puls, tunga, yin/yang-obalans	Medicinsk anamnes och undersökning
Syfte	Återställa energibalans	Lindra smärta, spänning m.m.
Vetenskaplig grund	Traditionell, icke evidensbaserad	Evidensbaserad vid vissa tillstånd
Används av	TCM-utövare	Leg. sjukvårdspersonal (fysioterapeuter, läkare etc.)



NÄR ANVÄNDS KAM

- KAM-metoder används framför allt vid långvariga sjukdomstillstånd
 - Ex. Ryggont, nedstämdhet, kronisk smärta, ledbesvär, allergi, stress, huvudvärk, migrän, sömnproblem, irritabel tarm
- Men även för att stärka hälsan mer generellt och för att förebygga sjukdom.

VARFÖR ANVÄNDS KAM?

Ett flertal anledningar finns det till att KAM används i större utsträckning.

- Sjukdomsbilden i samhället förändras mot mer kroniska och stressrelaterade sjukdomar
- Oro för biverkningar från läkemedel eller annat missnöje med konventionell vård
- Filosofisk och värdemässig överensstämmelse med KAM - holistisk syn på hälsa och sjukdom
- Goda resultat av behandlingarna

PROBLEMET MED KAM

- Oseriösa utövare
- Bristfällig forskning
- Svårt för klienten att hitta rätt
- Kan försena adekva behandling

LAGAR

PATIENTSÄKERHETSLAGEN OM KAM

- IVO kontrollerar legitimerad personal och deras verksamhet enligt Patientsäkerhetslagen (motsv tidigare LYHS 1998:531) 6kap 1 § :
Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Patientsäkerhetslagen innehåller även motsvarande den tidigare **s k kvacksalverilagen** i 5kap 1 § :
Andra (icke-legitimerade) än hälso- och sjukvårdspersonal får inte yrkesmässigt... behandla sjukdomstillstånd som infektiösa sjukdomar, cancer, diabetes, epilepsi, gravida, eller barn <8år, mm.

PATIENTLAGEN

”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.”

ALTERNATIVA BEHANDLING I SVERIGE

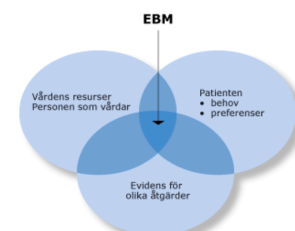
För hälso- och sjukvården föreligger **nästan** ett totalförbud medan alternativmedicinska utövare föreligger **nästan** inga begränsningar.

Detta blir en **vårdpolitisk paradox** eftersom **samma behandling** – exempelvis akupunktur, homeopati eller healing – **bedöms och regleras helt olika beroende på vem som utför den**, inte utifrån metodens evidens eller risk.

OBS! Som hälso- och sjukvårdspersonal är man legitimerad 24h om dygnet.

KAM OCH EVIDENS

Inom KAM har det traditionellt varit begränsat med forskning mycket pga för lite pengar. RCT som metod är dessutom svårare att använda inom KAM som istället bygger på personcentrerad behandling. MEN det kanske inte är så svart eller vitt, numer finns det en utveckling av studier och mer evidens för exempelvis naprapati, osteopati mm. Och även skolmedicinen har sina brister - ofta förbises placeboeffektens betydelse.



Att arbeta med Evidensbaserad medicin, **EBM**, innebär det att kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål.

BEMÖTANDE AV PATIENT SOM VILL VÄLJA KAM

- Informera om skolmedicin respektive KAM och dess skillnader
- Peppa för eget ställningstagande och främja autonomi
- Info att hälsotillståndet kan försämrats ju längre tid man går utan skolmedicinsk behandling sätts in, vilket motsvarar ett **rationellt skäl** till att välja skolmedicin.
- Att "insistera på att patienten måste lita på oss" duger INTE som svar = **irrationell grund** till att välja skolmedicin
- "Vi får inte förespråka något annat än vetenskap" duger INTE som svar
- Validera, att lyssna och efterfråga patientens egna tankar om behandling ger poäng

Vårdgivaren ska ge en patientfokuserad vård, vilket innebär bland annat att ha kunskap om, och en öppenhet inför komplementärmedicinska metoder.

OBS! Tipsa om bransch-råd för respektive verksamhet - dvs bygg upp kontakter med trovärdiga samarbetspartners.

MANUELLA TERAPIER

OSTEOPATI

Var finns osteopati?

- Grundades i USA under slutet av 1800-talet
- Stort i UK, USA, Australien, med flera länder.

Teoretiska grunder för behandlingsmetoden:

- Om skelettets olika delar inte är i balans och inte kan röra sig ordentligt, påverkas andra system i kroppen och sjukdom utvecklas
- Med manuella tekniker skapas en så gynnsam cirkulatorisk miljö som möjligt för att aktivera självläkning.

Delar av den praktiska metoden:

- **Manipulation (OMT):** för att frigöra låsningar och mobilisera.
- **Visceral osteopati:** mjuka tekniker för att påverka proprioceptorer i inre organs fascia.
- **Kraniell osteopati:** påverkar skallens suturer och spinalvätska.

Utbildning och legitimation:

- 4-årig osteopat-utbildning i Göteborg samt en 4,5-årig utbildning i Stockholm (examen från UK)
- Ej legitimeringsgrundande. Cirka 400 utövare i Sverige.
- Pågående utredning om osteopati ska bli legitimeringsgrundande yrke i framtiden, enligt motionen 2022/23:638.



KIROPRAKTIK

Syfte:

- Att återställa normal funktion i leder, muskler och nervsystemet.

Huvudsaklig behandlingsmetod är:

- Manipulering och justering – olika handgrepp för att mobilisera eller minska låsningar och spänningar i en led eller ett område.
- Träning och stretching.
- Råd om ergonomi och övrig egenvård.

Kontraindikationer:

- Osteoporos
- Blödningsbenägenhet
- Malign sjukdom
- Cervikal spondylos
- Med mera

Utbildning:

- 5 år heltidsstudier + 1 års efterföljande praktik före legitimation.
- Cirka 900 utövare i Sverige



NAPRAPATI**Naprapaten använder sig av en rad behandlingsmetoder:**

- **Manipulation** – normaliserar rörligheten och funktionen i leder.
- **Mobilisering** – specifik och lednära töjning för att normalisera ledrörligheten.
- **Triggerpunktsbehandling** – minskar smärtutstrålning.
- **Töjning (stretching)** – av muskler för att minska muskelspänningen och normalisera rörligheten.
- **Massage** – av muskler och bindväv för att mjuka upp vävnaden, minska muskelspänning och öka genomblödningen.
- **Träningsråd**
- **Sekundärprevention** – mot bakomliggande orsaker, som t.ex. muskulär obalans eller brister i arbetsmiljön. Innefattar även råd om ergonomi etc.

Kontraindikationer:

- Benskörhet
- Reumatiska sjukdomar med degeneration
- Frakturer

Utbildning:

- 4 år heltidsstudier + 1 år praktik före legitimation.
- Det finns cirka 1200 naprapater i Sverige.

EVIDENS

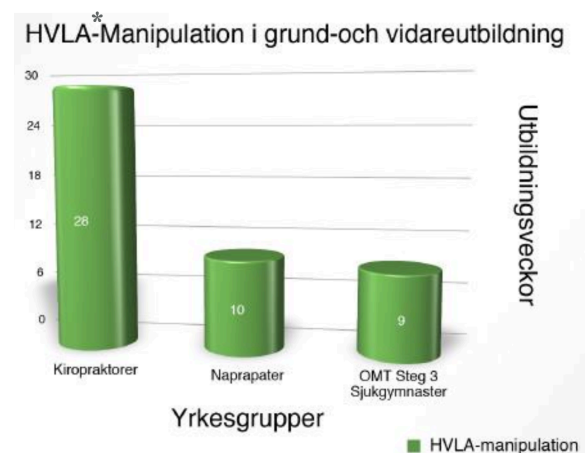
- **Evidensen är begränsad**
- Mobilisering/manipulering av låg ryggvärk har vissa fördelar jämfört med placebo men innebär inte tydliga fördelar jämfört med andra behandlingar
- **Om ländryggsvärk:** överväg manuell terapi som tillägg till träning, tex kiropraktik eller osteopati
- **Om kronisk smärta:** Fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder samt beteendemedicinska behandlingar visar var för sig statistiskt säkerställda effekter över tid jämför med

tillståndet före behandlingen. Det saknas dock studier som jämför respektive metod med mer passiv eller ingen behandling.

SKILLNADER



- **Kiropraktor:** mer inriktat på leder och skelett, medan naprapaten jobbar även med mjukdelar. Kiropraktor har längre utbildning.
- **Sjukgymnast:**
 - Kortare utbildning.
 - Sjukgymnaster, lite mer allsidiga i förhållande till sjukvårdens organisation, kan jobba inom alla specialiteter, medan naprapaten jobbar med ortopedi mestadels.
 - Sjukgymnast med vidareutbildning i OMT (ortopedisk manuell terapi) liknar naprapaten mycket i kompetens.
 - Ofta billigare att söka Sjukgymnast i offentlig vård, ibland längre väntetider
- **Osteopat:** räknas som **alternativmedicinsk terapi** med **annorlunda förklaringsmodeller** än de övriga.



HVLA = High velocity, Low amplitude. Central komponent vid spinal manipulering. Bilden syftar till frågeställningen om det borde föreligga gemensam utbildning för manuella terapier.

VAD FÅR JAG SOM LÄKARE...?

Remittera till : Personal med leg från Socialstyrelsen

- Naprapat, kiropraktor, ssk, sjuksköterska, läkare, sjukgymnast, tandläkare, dietist, psykolog, receptarie osv osv.

Förskriva:

- Informera, rekommendera och förskriva "väletablerade växtbaserade läkemedel". Ex Iberogast (mot funktionella magbesvär)
- Informera om "traditionella växtbaserade läkemedel," men ej förbehållslöst rekommendera eller ordinera dessa. Ex Johannesört

NATURLÄKEMEDEL

Väletablerat växtbaserat läkemedel (VBL) innebär att den aktiva substansen har använts som läkemedel vid den aktuella indikationen under minst 10 år inom EU. För att läkemedlet ska få denna klassificering krävs dessutom att det finns kliniska studier eller annan vetenskaplig dokumentation som bekräftar substansens effekt. Bedömningen grundas därmed på både långvarig användning och vetenskaplig evidens. I Sverige finns cirka 52 sådana läkemedel godkända av Läkemedelsverket, bland annat:

- **Cernitol** (råg/timotej/majs-pollen) – vid prostataförstoring
- **Echinagard** (röd solhatt) – vid förkylning
- **Prospan** (murgröna) – slemlösande hostmedicin
- **Remifemin** (silverax) – mot klimakteriebesvär
- **Valerina Forte** (valeriana) – mot sömnsvårigheter och oro
- **Solvenix** (hästkastanj) – vid venös insufficiens

Traditionellt växtbaserat läkemedel (TVBL) bygger däremot enbart på erfarenhet av långvarig användning – minst 30 år totalt, varav minst 15 år inom EES-området. Indikationen och effektbedömningen grundas inte på kliniska studier, utan på traditionell användning. Det kan förekomma studier om effekt och säkerhet, men dessa ligger inte till grund för godkännandet annat än ur säkerhetssynpunkt.

GLOBAL BARNHÄLSA

Barn är samma över hela världen, och därmed även pediatrik. Men behandling och profylaktisk behandling borde ibland skilja mellan länder på grund av olika ekonomier, sjuksomdspanorama och åldersfördelning,

- Barnadödligheten i världen 36 per 100 som föds levande

LEDANDE ORSAKER TILL BARNADÖD 0-59 månader

1. Prematur födsel och komplikationer (obs ingen sjukdom)
2. Pneumoni
3. Intrapartum events
4. Diarre
5. Sepsis/meningit
6. Kongenitala abnormalier

Efter den neonatala perioden dominerar infektioner.

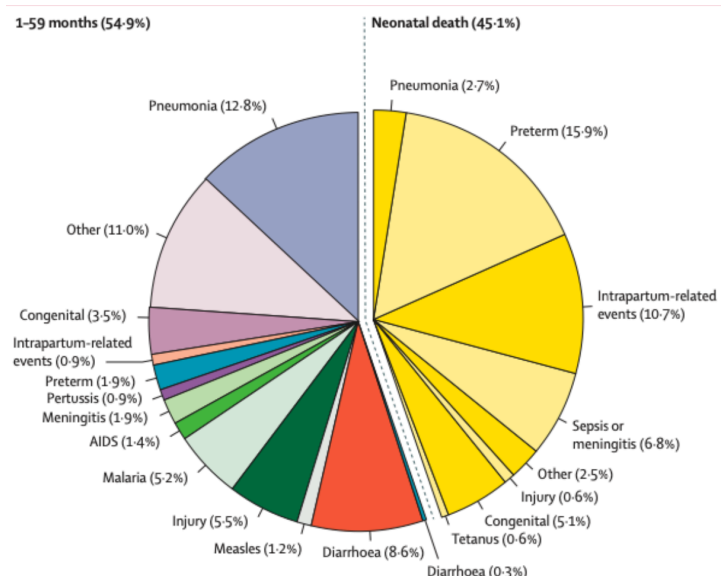
HYPOTERMI

Hypotermi klassas som temp under 35,5 grader vilket ökar dödligheten med 2.4 gånger. Omedelbar hud mot hud (kangaroo mother care) efter födseln reducerar mortalitet i prematura barn med 25%. Minskar även hypotermi och misstänkt sepsis.

AMMA

Att amma minskar barnadödligheten både i låginkomstländer och höginkomstländer. Däremot finns olika rekommendationer när det kommer till HIV-drabbade kvinnor och hur de ska amma. HIV kan smitta genom amning - mellan 8-16% risk att drabbas. Detta leder till, inte bara ökad risk för barnet att dö, utan även för mamman. Men om man däremot inte ammas som barn ökar mortaliteten också. 1,5 miljon barn dör årligen för att de inte ammas. Så hur ska man göra?

- Initiera amning inom första timmen i livet



- Exklusiv amning första 6 månaderna - dvs ingen annan mat eller dryck inklusive vatten

MALARIA

1995 var malaria den vanligaste orsaken till död bland barn globalt. Vad finns det för profylaktiska metoder som gör att dödligheten har gått från 1,5miljoner per år till 0.3 miljoner idag?

1. Ökad användning av myggnät
2. Dränerade sumpområden (antar att myggen bor där)
3. Socioekonomiska faktorer - läkemedel och boende.

HUR MINSKAR VI DÖDLIGHETEN

Prematura barn/neonatalvård:

- Förlossnings- och förloppmanagement
- Riktlinjer för återupplivning och träning
- Grundläggande andningsstöd (syrgas, CPAP)
- Känguruvård/ behandling av hypotermi
- Främjande av amning

Pneumoni och hjärnhinneinflammation:

- Vaccin (Pneumokocker, H. Influenzae, Meningokocker)
- Främjande av amning

Diarre

- Amma
- Vatten och sanitet
- Rotavirus vaccin
- Vätskeersättning
- Zinksupplement

GLOBAL SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

VAD ÄR SRHR

SRHR står för global sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

“Sexual and reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being in all matters relating to the reproductive system. It implies that people are able to have a satisfying and safe sex life, the capability to reproduce, and the freedom to decide if, when, and how often to do so. ”

RÄTTIGHETER

- Söka, ta emot och förmedla information relaterad till sexualitet
- Få utbildning om sexualitet
- Respekteras i sin kroppslig integritet
- Välja sin partner
- Bestämma dig för att vara sexuellt aktiv eller inte
- Ha samtyckta sexuella relationer

- Gå in i äktenskap som du samtyckt till
- Bestämma när och om du vill skaffa barn eller inte
- Bedriva ett tillfredsställande, säkert och njutbart sexualliv

VAD INGÅR?

- P-medel vård och konsult
- HIV/AIDS och STI prevention och behandling
- Säker abortbård och vård efter osäkra aborter
- Upptäckande och prevntion av GBV/Våld mot kvinnor
- Mödra- och förlossningsvård
- Infertilitet vård och konsultation
- Upptäckande, prevention och behandling av reproduktiva cancrar
- Konsultationer och vård för sexuell hälsa och välbefinnande
- Sexualundervisning



GLOBAL SNAPSHOT

- Komplikationer från graviditet och förlossning är ledande död, och skadeorsak för kvinnor mellan 15-49 i de flesta låg och medelinkomstländer.
- Komplikationer från graviditet ledande dödsorsak mellan 15-19
- 6/10 graviditeter är oönskade
- Runt 45% av alla aborter är osäkra. 97% av dessa är i LMIC
- 13% av mödradödligheten är pga osäkra aborter
- "Om en gravid person vill göra abort, så kommer den att göras, säkert eller osäkert beroende på möjligheter"
- Preventivmedel möjliggör flickors och kvinnors utbildning och arbete
- 1/3 kvinnor utsätts för fysiskt eller sexuellt våld under sitt liv
- 13% av kvinnor utsätts för våld i nära relation under 2018
- Efter graviditet och förlossning är våld mot kvinnor en av de största orsakerna till död mellan 15-49 år.
- 1 av 5 flickor globalt giftes som barn

MÖJLIGHETER

- Tillgång till SRH vård kan rädda upp till 99% av de som dör i mödradödlighet
- P-medel kan minska mödradödlighet med 44%
- Tillgång till säkra aborter kan minska mödradödlighet med 13%
- HIV prevention är upp till 28 gånger mer kostnadseffektiv än HIV behandling
- Att förse unga med hälsotjänster förhindrar graviditet hos barn, och hjälper unga slutföra skolan, gå in på arbetsmarknaden och delta i demokratiska processer och samhällsutveckling.

SAMMANFATTNING

- SRHR - mer än den vård som ges på sjukhus
- För att lösa SRHR problemen måste vi jobba strukturellt; preventivt och säkerställa tillgången till kvalitativ vård