

konsultationspsykiatri

KLINISKA RIKTLINJER FÖR KONSULTATION-LIAISONPSYKIATRI

Huvudredaktör

Lars Wahlström

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

© 2022 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Kompetens AB
ISBN 978-91-7741-345-5

Redaktör: Bibbi Fagerström
Omslag och grafisk form: Catharina Ekström
Omslagsfoto: Mikael Svensson/Scandinav

Första upplagan, första tryckningen

KOPIERINGSFÖRBUD! Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt förbjudet utan medgivande av förlaget, Gothia Kompetens AB, Stockholm. Förbudet avser såväl text som illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande.

Gothia Kompetens
Box 22543, 104 22 Stockholm
Kundservice 08-462 26 70
info@gothiakompetens.se
www.gothiakompetens.se

Gothia Kompetens – kompetensutveckling och kunskapsförmedling
för och av oss som jobbar med förskola, skola, vård och omsorg.
Tillsammans utvecklar vi både verksamheter och människorna i dem.
Verksamhetsnära kompetensutveckling – för en bättre dag på jobbet.

Innehåll

FÖRFATTARPPRESENTATION	10
FÖRORD AV REDAKTIONEN	13
1. VAD ÄR KONSULTATION-LIAISONPSYKIATRI OCH VARFÖR BEHÖVS DEN?	15
Sammanfattning	15
Introduktion	15
Definition	16
Nivåer av konsultation-liaison	18
Kompetens och bemanning	20
Aspekter på ekonomi och drift	21
CL-psykiatrins innehåll	23
Argument för CL-psykiatri (särskilt för beslutsfattare)	24
Rekommenderad litteratur	25
Övrig litteratur	26
2. AKUTA TILLSTÅND INOM KONSULTATIONSPSYKIATRI	27
Sammanfattning	27
Suicidriskbedömning	27
Våldsriskbedömning	31
Akut agitation	33
Delirium	43
SIADH och hyponatremi	53
Antikolinergt syndrom	55
Katatoni (inklusive malignt neuroleptikasyndrom)	56
Serotonergt syndrom	59
Litteratur	61
3. KONSULTATION-LIAISONPSYKIATRI I PRAKTIKEN	64
Sammanfattning	64
Inledning	64
Vilka är konsultationspsykiatrins patienter?	65
Hur en konsultation går till	67
Den biopsykosociala modellen	72
Vem är konsultpsykiatrikern?	77
Rekommenderad litteratur	80
Övrig litteratur	80

4. KONSULTATION-LIAISONPSYKIATRI I OLIKA MEDICINSKA SPECIALITETER ..	81
4 A. NEUROLOGISKA SJUKDOMAR	81
Epilepsi	82
Parkinsons sjukdom	84
Multipel skleros	85
Huntingtons sjukdom	87
Rekommenderad litteratur	89
Övrig litteratur	89
4 B. PSYKOONKOLOGI OCH PALLIATIV MEDICIN	90
Inledning	90
Psykiatrisk diagnostik	90
Farmakologi	91
Cancerrehabilitering	93
Palliativ medicin	96
Rekommenderad litteratur	97
4 C. OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI, PERINATALPSYKIATRI	98
Sammanfattning	98
Bakgrund	98
Diagnoser	99
Behandling	101
Psykiatrisk vårdplan inför förlossning och BB-tid	107
Rekommenderad litteratur	110
Endometriös och psykiatri	111
Psykofarmakologisk och psykologisk behandling vid endometriös	113
Rekommenderad litteratur	113
4 D. ENDOKRINOLOGI – SKÖLDKÖRTEL, BISKÖLD-KÖRTEL, PROLAKTIN OCH DIABETES MELLITUS	114
Sköldkörtel och bisköldkörtel	114
Prolaktin	117
Rekommenderad litteratur	118
Diabetes mellitus	118
Rekommenderad litteratur	119
4 E. NJURMEDICIN	120
Bakgrund	120
Samtidig psykisk sjukdom och njursjukdom	121
Psykofarmakabehandling och njursvikt	121
Rekommenderad litteratur	122
4 F. KARDIOLOGI	123
Inledning	123
Hjärtinfarkt	123
Hjärtsvikt	124
Farmakologiska överväganden	125
Rekommenderad litteratur	126
Övrig litteratur	126

4 G. GASTROENTEROLOGI	127
Irritable Bowel Syndrome (IBS) och funktionell dyspepsi	127
Noncardiac chest pain, Functional heartburn och Narcotic bowel syndrome	128
Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)	129
Illamående	129
Rekommenderad litteratur	129
4 H. ORGANTRANSPLANTATION	130
Konsultpsykiatrisk utredning	130
Psykiatriska komplikationer	131
Rekommenderad litteratur	131
4 I. INFEKTIONSSJUKDOMAR	132
HIV	132
Andra infektioner	133
Rekommenderad litteratur	133
5. PSYKOLOGISKA REAKTIONER PÅ FYSISKT TRAUMA OCH SJUKDOM	134
Sammanfattning	134
Att bemöta patienter	134
Kris och krisreaktioner	135
Riskfaktorer för utveckling av psykisk ohälsa	137
Barn och ungdomar	138
Att bemöta patienter och deras närstående	139
Egna reaktioner i mötet med patienter	142
Rekommenderad litteratur	143
6. DEN KOGNITIVA DIMENSIONEN	144
Sammanfattning	144
Inledning	144
Screening av kognitiv funktionsnedsättning	145
Kognitiv funktionsnedsättning – terminologi	148
Rekommendationer vid BPSD	152
Kognitiv svikt vid andra somatiska sjukdomar	153
Rekommenderad litteratur	155
7. UTMANANDE PATIENTER INOM SOMATISK SJUKHUSVÅRD	156
Sammanfattning	156
Kommunikationssvårigheter	157
Kognitiv påverkan samt autism	158
Relationella svårigheter, affektreglering, misstro	161
Compliance	164
Demoralization och copingstrategier	165
Rekommenderad litteratur	168
8. LÅNGVARIG SMÄRTA	169
Sammanfattning	169
Bakgrund	169
Smärtyper	170
Diagnoser vid långvariga smärtor	172

Samsjuklighet	173
Diagnostiska aspekter på samsjuklighet	174
Smärtanalys	175
Smärtanamnes	177
Klinisk undersökning	178
Behandling av långvarig smärta	180
Läkemedelsbehandling	181
Psykiatrisk behandling	181
Samarbete	181
Rekommenderad litteratur	182
Övrig litteratur	182
9. BEROENDETILLSTÅND I KONSULTATION-LIAISONPSYKIATRIN	185
Sammanfattning	185
Alkoholberoende	185
Behandling av alkoholabstinens	187
Bensodiazepinberoende	187
Behandling av opioidberoende	189
Rekommenderad litteratur	193
10. FUNKTIONELLA TILLSTÅND	194
Sammanfattning	194
Bakgrund	194
Begreppet funktionell	198
De funktionella tillstånden	200
Mekanismer bakom funktionella tillstånd	205
Behandling vid funktionella tillstånd	209
Konsultpsykiatriskt samarbete	213
Konsultationspsykiatriska utvecklingsområden	214
Kvalitetsindikatorer	215
Patientinformationsmaterial	216
Rekommenderad litteratur	216
Övrig litteratur	216
11. FARMAKOLOGI FÖR KONSULTATION-LIAISONPSYKIATERN	217
Sammanfattning	217
Introduktion	217
Resonemang kring administration av läkemedel	221
Psykofarmaka vid anestesi och kirurgi	222
Resonemang kring receptorer och signalsubstanser (neurotransmittorer)	223
Resonemang kring interaktioner	225
Resonemang kring distributionsvolym	226
Avvikelse på EKG inklusive QTc-tiden	233
Rekommenderad litteratur	240
Övrig litteratur	240

12. PSYKOLOGISK BEHANDLING INOM KONSULTATION-LIAISONPSYKIATRI	254
Sammanfattning	254
Psykologisk behandling – för vem	255
Stegvis vårdorganisation för psykologisk behandling	256
Steg 1: Ett validerande bemötande och information	258
Steg 2: Psykologisk behandling i grupp och via internet	261
Steg 3 och 4: Individuell psykologisk behandling	264
Slutsats	266
Rekommenderad litteratur	267
Övrig litteratur	267
13. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDS-KURATOR I SOMATISK VÅRD – ARBETE MED PATIENTER MED PSYKISK OHÄLSA	271
Kurator inom somatisk vård	271
Samarbete med kurator inom somatisk vård under pågående psykiatrisk behandling	273
Rekommenderad litteratur	274
14. JURIDISKA OCH ETISKA FRÅGOR INOM CL-PSYKIATRI	275
LPT inom somatisk vård	275
Bakgrund	275
Diagnostiska aspekter	277
Psykiatrisk behandling	279
Behandling av somatisk sjukdom under tvångsvård	282
Nödvärn och nödrätt	284
Samarbete	285
Litteratur	285
Bedömning av beslutsförmåga	286
Fyrfältsmetoden (FQM)	288
Rekommenderad litteratur	292
Övrig litteratur	292
15. PSYKIATRISKA KONSULTATIONER I PRIMÄRVÅRDEN	293
Organisationen	294
Patienterna	294
Samverkan primärvård – specialistpsykiatri	295
Psykiatrisk konsultation i primärvården	296
Hur kan konsultationsverksamhet i primärvården läggas upp?	297
Patienterna	299
Rekommenderad litteratur	301
16. SOMATIK FÖR PSYKIATRE	302
Sammanfattning	302
1. Den akut dåliga patienten	302
2. Några medicinska tillstånd	309
3. Somatiska/psykiatriska "mimics"	318
Rekommenderad litteratur	322

Svenska Psykiatriska Föreningen har utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden:

- Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd nr 1
- Förstämningssjukdomar* nr 2
- Ångestsyndrom* nr 3
- Alkoholproblem nr 4
- Självmoordsnära patienter nr 5
- Tvångsvård nr 6
- Äldrepsykiatri nr 7
- Ätstörningar nr 8
- Personlighetsstörningar* nr 9
- Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom pdf www.svenskpsykiatri.se
- Schizofreni nr 10
- Äldrepsykiatri nr 11
- Suicidnära patienter nr 12
- Psykiatrisk tvångsvård nr 13
- Bipolär sjukdom nr 14
- ECT nr 15
- Ätstörningar nr 16
- Personlighetssyndrom nr 17
- Transkulturell psykiatri nr 18
- Beroendemedicin i öppenvården nr 19
- Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri nr 20
- Konsultationspsykiatri nr 21

**) under revidering*

Författarpresentation

Huvudredaktör

LARS WAHLSTRÖM, med.dr, överläkare, Konsultenheten
Psykiatri Sydväst.

Redaktion

MONIKA KÖNIG, specialist i psykiatri och onkologi, överläkare
vid BUP:s konsultteam och VUB-teamet, SLSO.

MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD, doktorand och överläkare,
Konsultenheten Psykiatri Sydväst.

Övriga författare

MARIE BENDIX, med.dr, överläkare, Konsultenheten Psykiatri
Sydväst och lektor vid Umeå universitet.

MARGARETA BLOMDAHL-WETTERHOLM, överläkare, Konsultenheten
Psykiatri Sydväst.

LARS BLOMSTRÖM, tidigare chefsöverläkare, Capio Maria och
sakkunnig i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

PETRA BYGDEVALL JONSSON, specialist i gynekologi och psykiatri,
överläkare, Psykiatri Sydväst.

NAOMI CLYNE, docent, överläkare, Njurmedicin i Lund, Kliniska
vetenskaper, Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus.

THOMAS EKLUNDH, med.dr, överläkare vid Psykiatri Sydväst.

DANIELA ENACHE, med.dr, ST-läkare vid Psykiatri Sydväst.

CARL ESTENFELDT, specialistsjuksköterska, Konsultenheten
Psykiatri Sydväst.

BJÖRN GERDLE, professor i smärta och rehabmedicin,
Linköpings universitet.

THOMAS HESSLOW, leg. psykolog, privatpraktiserande.

ABHAIS ISSURSING, överläkare, Psykiatrin, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

LOVISA JÄRNMARK, överläkare, enhetschef vid Konsultenheten Psykiatri Sydväst.

BJÖRN OWE LARSSON, med.dr, chefsöverläkare Psykiatri Sydväst.

OLOF LEKHOLM, överläkare, Medicin och akutsjukvård, Alingsås Lasarettets akutmottagning.

MALIN LJUNGDAHL, överläkare, leg. psykoterapeut, Konsultenheten Psykiatri Sydväst.

DIANA LORENZ, leg. kurator, psykolog, Karolinska Universitets-sjukhuset.

ÅSA RINGQVIST, specialist i psykiatri och smärtlindring och överläkare Skånes universitetssjukhus.

CARL SJÖSTRÖM, specialist i psykiatri och rehabiliteringsmedicin och överläkare vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Sandviken.

CHARLOTTE THERUP SVEDENLÖF, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, doktorand och enhetschef för Regionalt kunskapscentrum Kris- och Katastrofpsykologi, Region Stockholm.

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten

DAN GOTHEFORS

Förord av redaktionen

Detta är den första samlade boken på svenska om konsultationspsykiatri. Vid sammanställandet har vi haft för ögonen vad en allmänpsykiater behöver veta för att göra en god konsultpsykiatrisk insats, men också vad chefer respektive beställare kan behöva insikt i för att starta och bygga upp verksamheter med lite högre ambitionsnivå, konsultation-liaisonpsykiatri. I det inledande kapitlet förklaras varför vi använder denna term som vi förkortar CL-psykiatri. När det är lämpligt skriver vi också konsultationspsykiatri respektive konsultpsykiater.

Efter det första introducerande kapitlet med metaperspektiv inleds den kliniska delen med ett avsnitt om akut konsultation som är rätt omfattande, eftersom temat berör all akutpsykiatri/sjukhus i landet. I anslutning till det följer ett allmänt kapitel om CL-psykiatri i praktiken och därpå ett antal kapitel som översiktligt ser med konsultationspsykiatriska ögon på olika medicinska specialiteter med tyngdpunkt på de områden som har mest genomslag i den konsultpsykiatriska kliniken. Sedan följer flera kapitel som syftar till att ge insikt i arbetssättet för konsultpsykiatrin, först förståelsen av att psykologiska reaktioner, ibland på svåra upplevelser, är utgångspunkten för all psykiatrisk bedömning i en somatisk kontext, därefter kompetensen att bidra till att ”utmanande” patienter får adekvat vård och behandling samt kapitel om långvarig smärta och beroende. Funktionella tillstånd är ett centralt område för CL-psykiatrin och har på senare tid gjort ett utvecklingssprång och tar därför större utrymme. Det följs av det likaledes centrala kapitlet om psykofarmakologi vid samtidig somatisk och psykiatrisk problematik. Psykologiska behandlingsmetoder och kuratorns roll för CL-

psykiatern kommer därefter. Kapitlet om LPT är förhållandevis detaljerat för att detta är nödvändig baskunskap och kapitlet innehåller också ett avsnitt om bedömning av beslutsförmåga. Psykiatrisk konsultation till primärvården berörs mer fokuserat i ett kapitel. Vi har valt att avsluta boken med ett kapitel om somatisk sjukdom för psykiatern, i första hand för att konsultpsykiatern i dagens högspecialiserade vård stöter på alla typer av akuta somatiska problem och för att det ansluter väl till vår grundläggande strävan att närma somatik och psykiatri till varandra.

Trots ambitionen att få en geografisk spridning av författarna har en avsevärd tyngdpunkt hamnat på Konsultenheten vid Psykiatri SV (Karolinska Huddinge). Den verksamheten har fått för Sverige unika möjligheter att utveckla CL-psykiatri och erfarenheterna därifrån kan förhoppningsvis tjäna som modell för andra. Vi har i redigeringen arbetat in synpunkter från ett antal kolleger verksamma inom konsultationspsykiatri i Sverige.

Vi vill slutligen särskilt tacka våra externa granskare (kapitel inom parentes); Sven Pålhagen (4a), Emil Najjar (4f), Per-Johan Lindfors (4g), Lars-Olov Wahlund (6), Maria Wahlström Norlin (7).

Lars Wahlström, huvudredaktör
Monika König
Myrto Sklivanioti Greenfield

1. Vad är konsultation-liaisonpsykiatri och varför behövs den?

LARS WAHLSTRÖM

Sammanfattning

- Behovet av psykiatrisk kompetens i den somatiska vården ökar i och med avancerade behandlingsmetoder och då allt fler överlever med tidigare dödliga sjukdomar.
- Det finns beprövade arbetsmodeller för hur psykiatrisk konsultation till somatisk sjukvård kan byggas upp och utvecklas mot ökad integrering (konsultation-liaison).
- De potentiella vinsterna av utbyggd konsultation-liaisonverksamhet är förbättrade psykiatriska och somatiska behandlingsutfall, ökad kostnadseffektivitet för somatisk vård samt ökad patienttillfredsställelse med vården, ökad psykologisk kompetens hos somatisk personal och ökad patientsäkerhet.

Introduktion

Det finns ett tydligt samband mellan somatisk sjukdom och förekomst av psykiska sjukdomar och symtom. Generellt gäller att ju fler somatiska symtom, desto högre sannolikhet för psykiatrisk diagnos. Punktprevalensen av psykiatriska diagnoser är cirka 20–25 procent i befolkningen, men i enkätundersökningar av ineliggande patienter inom somatisk sjukvård hamnar prevalensen högre, 30–60 procent, beroende på specialitet och åldersgrupp. Patienter

med kroniska sjukdomar, som cancer, HIV, diabetes och hjärtsvikt lider oftare av exempelvis depression, men vården har inte anpassats till det när överlevnaden ökat. Det psykiska lidande detta medför upptäcks oftast inte och det är ännu färre som får hjälp. Följden är försämrad livskvalitet, men även risk för minskad följsamhet till somatisk behandling.

De svårast psykiskt sjuka dör fortfarande 15–20 år tidigare än andra i Sverige, huvudsakligen till följd av somatiska sjukdomar. Primärvården möter de flesta patienter med ångest och depression, men många får enligt studier inte rätt diagnos och behandling.

Definition

Konsultation-liaisonpsykiatri kan beskrivas som den gren av psykiatri som fokuserar på patienter inom somatisk sjukvård eller primärvård, vilka har psykiatriska problem som interfererar med somatisk utredning, vård och behandling, liksom på patienter med långvarig psykiatrisk sjukdom och samtidig kroppslig sjukdom.

Bakgrunden till att detta specialområde existerar är sjukvårdens tudelning i somatisk och psykiatrisk vård. När den moderna biomedicinen uppstod uteslöts från början psykiatriska patienter, vilka vårdades på särskilda mentalsjukhus. Eftersom samsjukligheten då som nu var stor behövde dessa patienter särskild medicinsk kompetens och mentalsjukhusen hade ofta egna anställda somatiska läkare och sjukvårdsavdelningar. De somatiska akutsjukhusen å sin sida saknade länge psykiatrisk kompetens. Termen *consultation-liaison (CL) psychiatry* skapades i USA redan på 1930-talet för att beskriva den särskilda arbetsform som uppstått på några amerikanska akutsjukhus, där enstaka psykiatriker träffade somatiskt sjuka patienter. En annan beteckning som täcker ungefärligen samma sak är *General hospital psychiatry*. *Psykosomatisk medicin* har med tiden fått flera betydelser och finns i Tyskland kvar i specialiteten *Psychosomatische Medizin*, som där existerar parallellt med CL-psykiatri.

I USA har man definierat CL-psykiatri som inriktad på att behandla "behavioral conditions in patients with medical and surgical problems, especially when patients have complex or long-term conditions". Av det framgår att det alltid är frågan om samsjuklighet, inte sällan till en betydande grad av komplexitet, och patienten befinner sig dessutom i en somatisk kontext.

Konsultation innebär i det här sammanhanget att en specialist tillfrågas av en kollega från en annan specialitet, men inte behandlar eller tar över det direkta behandlingsansvaret för patienten. Aktiviteten uppstår on-demand och är alltså reaktiv och engagemanget avslutas i allmänhet med en åtgärd, ett förslag till handläggning och remissvar. Syftet är att lösa ett mer eller mindre akut problem, exempelvis bedömning av suicidalitet eller handläggning av beteendestörning.

Liaison (eng. förbindelse, relation) å andra sidan beskriver samarbete kring en patient över en gräns, klinikens, specialitetens eller yrkesgruppens, eller att psykiatern direkt deltar i en annan specialitets teamarbete. Aktiviteten är proaktiv och har två huvudsyften. Det viktigaste, eftersom det legitimerar hela verksamheten, är att undanröja (psykiatriska) hinder för det somatiska utrednings/behandlingsarbetet. Det andra syftet är att identifiera och underlätta behandling av psykiatrisk sjuklighet.

I Sverige har man hittills kallat all sådan här verksamhet konsultationspsykiatri, eftersom något annat än reaktiv verksamhet on-demand knappt har existerat. Historiska undantag är enskilda kolleger som mer specialiserat arbetat mot exempelvis neurologi (Anders Lundin), HIV (Lars Wahlström) eller cancervård, där liaisonverksamhet funnits vid Karolinska sjukhuset i många år (Loma Feigenberg, Christina Bolund). I Göteborg var Torgny Persson och Kerstin Malmcrona tidiga konsultpsykiatriska pionjärer.

I internationellt perspektiv är Sverige på det här området långt efter en del andra länder. USA hade redan under mellankrigstiden, med hjälp av privata donationer, enskilda sjukhus med CL-verksamhet. I dag är CL-psykiatri i USA en erkänd subspecialitet, vars organisation, ACLP, har 1 500 medlemmar – varje höst anordnas en större vetenskaplig konferens. Från 2021 är *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry* (f.d. *Psychosomatics*) organisationens vetenskapliga tidskrift.

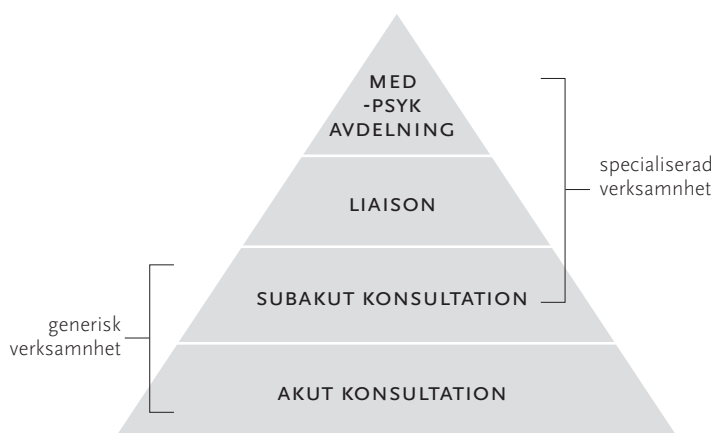
I Europa heter motsvarigheten European Association of Psychosomatic Medicine och har årliga konferenser. Här har England och Nederländerna kommit längst i utvecklingen. Särskilt de engelska erfarenheterna är värdefulla, eftersom sjukvårdssystemet har många likheter med vårt, och flera exempel i det följande är hämtade därifrån. Även i England är CL-psykiatri en erkänd subspe-

cialitet organiserad i *Faculty of liaison psychiatry*. Specialistutbildningen innehåller i det här fallet ett års handledd praktik inom konsultationspsykiatri enligt ett särskilt curriculum. Sedan mer än 20 år ges en veckolång kurs i avancerad CL-psykiatri, där även utländska deltagare är välkomna. Varje år anordnas ett antal möten med kliniska, vetenskapliga eller organisatoriska foci. Bland våra nordiska grannländer är CL-psykiatrin starkast etablerad i Norge.

Nivåer av konsultation-liaison

I princip utövas CL-psykiatri på likartat sätt i olika länder, oavsett hur sjukvården finansieras respektive organiseras. I det följande beskrivs området först utifrån ett sjukhusperspektiv, se figur 1.

Organisatoriskt kan man beskriva verksamheterna i form av en pyramid, där aktiviteten längre ner är generisk för att bli alltmer specialiserad ju högre upp man kommer. I basen har vi den *akuta konsultationen*, då snabbhet och tillgänglighet dygnets alla timmar prioriteras. Aktiviteten är helt reaktiv och riktar sig till somatisk akutverksamhet med frågeställningar som kräver direkt handläggning, som exempelvis bedömning av suicidrisk, agitation och/eller våldsamt beteende på basen av konfusion, psykos eller substanspåverkan. Dessa uppdrag utförs nästan uteslutande av läkare under utbildning, kopplat till jourorganisationen vid en psykiatrisk klinik. För denna typ av konsultation finns totalt sett i Sverige stor klinisk erfarenhet och väletablerade rutiner, det saknas dock struktur och incitament för metodutveckling och forskning.



Figur 1.

KONSULTATIONSPSYKIATRI MOT AKUTSJKUHUS

Vid den *subakuta/icke-akuta konsultationen* rör det sig om förfrågningar som kan kräva mer tid och förberedelser, exempelvis journalgenomgång, intervju med behandlande läkare och sjuksköterska, kanske sökning i den medicinska litteraturen. En förutsättning för kvalitet är att det finns möjlighet till uppföljning. En allt större del av konsultation sker i dag i öppenvård mellan somatiska specialistmottagningar och psykiatrisk konsultmottagning. Personkontinuitet och specialiserade kunskaper är faktorer som den somatiska motparten då kräver för att uppskatta tjänsten som bör utföras av specialist.

Liaison innebär att CL-psykiatrin arbetar integrerat med andra professioner i samma somatiska verksamhet genom att delta i ronder, vårdkonferenser, utbildningar, handledning och liknande och ibland träffar patienten tillsammans med somatisk personal. Ett viktigt moment är att det ur patientens synvinkel inte sker någon "bortremittering" och patientmötet sker med fördel i somatikens lokaler. Särskilt för så kallade funktionella tillstånd inom neurologin är detta mer eller mindre en förutsättning för att komma vidare från utredningsskede till behandling och rehabilitering. Liaisonarbete innebär också att psykiatern får möjlighet att påverka ett långt större antal ärenden än dem som bedöms personligen. Ett ytterligare mål med liaisonarbetet är att höja det somatiska teamets kompetens i att handlägga psykologiskt/psykiatriskt utmanande situationer och patienter.

Vid samvårdnadsavdelningar somatik-psykiatri, "med-psychunits", vårdas patienter som har ett tydligt behov av somatisk sjukvård, men som samtidigt kräver psykiatriska insatser, ofta främst omvårdnadsmissigt. Detta rör några av sjukvårdens mest utmanande patienter, med ibland extremt långa vårdtider och inte sällan vårdskador som konsekvens av bristande samverkan och kompetens och organisatoriska stuprör. Exempel är patienter med svåra beteendestörningar och/eller beroendeproblem och kronisk smärta, misstänkt patomimi, eller patienter med psykotisk depression och samtidigt behov av somatisk sjukhusvård. Läkare och sjuksköterskor på en sådan avdelning bör antingen ha dubbel somatisk/psykiatrisk kompetens eller arbeta parallellt. Erfarenhetsmässigt krävs tydliga intagningskriterier respektive mål med verksamheten. Några olika modeller finns ute i världen, från inriktning mot akuta psykiatriska

tillstånd med korta vårdtider (exempelvis Rochester, N.Y.), över enheter med även elektiv intagning (Iowa respektive Maastricht) till avdelningar för patienter med ”komplexa medicinskt oförklarade besvär” (Leeds). Det har aldrig funnits något motsvarande i Sverige.

Med kortare vårdtider inom somatisk vård och allt fler patienter som lever vidare med behov av avancerad sjukvård har även CL-psykiatrin blivit alltmer öppenvårdsinriktad. Många somatiska verksamheter har psykiater eller psykologer knutna till sig i organisatoriskt olika former. Två exempel ges här:

I ett samarbete i London mellan King’s hospital och kommunen utvecklades en modell för vård av patienter med extremt svårreglerad diabetes (3 Dimensions of care For Diabetes, 3DfD). Utgående från HbA_{1c}-värdet allokeras patienter till ett diabetesteam med särskild bemanning av psykiater, socialarbetare och frivilligorganisationer. Projektet är vetenskapligt utvärderat med lika goda resultat på blodsockerkontrollen som nyare läkemedel och har införts vid en handfull mottagningar.

Psykoonkologiska mottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset bemannas av onkologisjuksköterskor med psykoterapeutisk kompetens och av psykiater. Nära samverkan sker med kuratorer och medicinsk psykologi.

Kompetens och bemanning

Vissa krav måste ställas på en konsultverksamhet för att den dels ska kunna erbjuda tillräcklig kvalitet, dels vara överlevnadsduglig över tid. Utifrån europeiska erfarenheter behövs minst två CL-psykiatriker som stomme och dessa måste ha ett administrativt stöd. Efter utländsk förebild har det blivit uppenbart att sjuksköterskor vidareutbildade i CL-psykiatri kan fylla viktiga funktioner, som samordnare för teamet och i vårdplaneringar, i direkt behandling och omvårdnad för somatiska patienter med till exempel hög ångest samt som stöd i bemötande och omvårdnad för somatisk omvårdnadspersonal gällande utmanande patienter. Sjuksköterskor kan dessutom ha en viktig funktion i bedömning och handläggning av patienter med suicidalitet. Teamet behöver självfallet närhet till psykologisk kompetens för behandling, men också för utredning av exempelvis kognitiv funktion, där även arbetsterapeuter har en plats. Samarbete med fysioterapeuter med särskild kompetens är nöd-

vändigt när det gäller patienter med funktionella neurologiska besvär respektive kronisk smärta. Kuratorer är nödvändiga samarbetspartner och tillhör oftast den somatiska verksamheten. Lokala förhållanden avgör de olika professionernas organisatoriska tillhörighet, men det är en fördel att kunna samarbeta i samma team.

Aspekter på ekonomi och drift

CL-psykiatri kan beskrivas utifrån olika nivåer av kompetens och bemanning utgående från olika sjukhus storlek och inriktning. Vi följer här den engelska strukturen, där man beskrivit detta i fyra nivåer. Nivåbeskrivningen speglar att sjuksköterskor har en central roll i det engelska sjukvårdssystemet.

Grundnivån, Core liaison service, avsedd för ett sjukhus med cirka 500 sängplatser utöver öppenvård, behöver för bemanning kontorstid 2 specialister, 0,6 underläkare, 8 sjuksköterskor och 4 övrig personal. Om verksamheten också ska klara jourtid, benämnt Core24, krävs totalt 25 heltidstjänster. Enligt den årliga inventeringen av CL-psykiatri i England hade 2018 22 sjukhus uppnått minst Core24-nivån, motsvarande 33 procent av samtliga sjukhus. Sverige hade 2020 möjligen ett sjukhus som uppfyllde dessa krav.

I Sverige, liksom i övriga världen, tillhör konsultpsykiatri vanligen den lokala psykiatriska verksamheten. Bland fördelarna med detta finns kontinuiteten i vårdkedjor till akutpsykiatri och psykiatrisk slutenvård, inte minst tvångsvård, liksom möjligheten för läkare under utbildning att lära sig CL-psykiatri. Till nackdelarna med sådan tillhörighet hör höga trösklar för utveckling av liaison – fördelarna med verksamheten kommer alltid att synas på ett annat ställe än där kostnaden ligger. Vissa har därför pläderat för att CL-psykiatri ska vara en del av den somatiska verksamheten, för att på så sätt säkra finansiering och överbrygga stigmatisering och ojämlikhet i vården. Utgående från Oxford University pågår nu en multicenterstudie som bland annat jämför dessa modeller (the HOME study).

Kvalitet handlar i högsta grad om innehåll. Med stöd av Faculty of liaison psychiatry finns en kommitté, PLAN, som på begäran utvärderar och ackrediterar enskilda konsultenheter. Dess utvärderingsmall kan med fördel användas som instruktion även i Sverige, när det gäller yttre och inre förutsättningar, samt vad som kan för-

väntas av en CL-verksamhet utifrån ”best practice” inom CL-psykiatri, oberoende av storlek, modell eller funktion. En motsvarighet finns för enheter inriktade på barn och ungdomar till 16 års ålder.

FAKTARUTA 1. KVALITETSINDIKATORER

Adapterat från den brittiska PLAN (Baugh et al., 2020) och O’Keefe et al. (2007), som i sin tur bygger på internationell jämförelse, ges här ett urval indikatorer anpassade för svenska förhållanden:

- Akut tillgänglighet för diskussion under kontorstid.
- Responstid för bedömning tre nivåer (utesluter akut(emergency)): självskada samma dag, subakuta inom slutet av nästa vardag. CL-ärenden (subspecialist) enligt bokning.
- Skriftliga instruktioner finns för handläggning gällande somatiska patienter som bedöms enligt tvångslagstiftning.
- Konsultationsteamet möts regelbundet (daglig kontakt och veckomöten).
- Den psykiatriska konsulten har tillgång till psykiatriska och somatiska journaler.
- Vid liaisonarbete har konsulten specialistkompetens i psykiatri och i tjänsten utrymme att fördjupa sig i det somatiska specialområdet.
- Kris- och vårdplan upprättas för alla patienter där det är relevant.
- Tydlig vårdstruktur för kvinnor i den perinatale perioden.
- Inget automatiskt avisande av alkohol-/drogpåverkade patienter.
- Rutinmässigt inhämtande av strukturerade data avseende fallvolym, syfte med intervention (konsultpsykiatrisk problemformulering, se faktaruta 3 i kapitel 3), skattningar av symtom och behandlingsutfall, patient- och remittentnöjdhet (se Trigwell et al., 2015).

Primärvården som första linjens psykiatri besitter redan mycket psykiatrisk kompetens. Samtidigt har primärvården ansvar för många patienter med komplex problematik. De stora patientgrupperna med utmattningsstillstånd eller funktionella (”somatiserande”) tillstånd kräver särskild kompetens och samverkan. Denna kan organiseras på olika sätt, vilket framgår av kapitel 15. För CL-verksamhet gentemot primärvård blir samarbete med psykologer/psykoterapeuter särskilt viktigt.

CL-psykiatrins innehåll

Grunden för varje CL-psykiatrisk bedömning och intervention är den biopsykosociala modellen (se kapitel 3 och 10 för närmare beskrivning). Det är en utvidgning av och perspektivförskjutning från den konventionella biomedicinska modell som fortsätter att ge fantastiska medicinska framsteg (och i undantagsfall ökat lidande). I varje patientmöte innebär det att vårt kunnande i somatisk medicin och psykiatri i första hand kompletteras med en psykologisk förståelse av människors reaktioner på somatisk sjukdom och skada (kapitel 5). För den psykiatriskt utbildade är det därefter basalt att undersöka människors sociala förhållanden i nära relationer, familj, arbete, ekonomi, kulturella förhållanden och så vidare (se kapitel 13).

Självfallet grundar sig CL-interventioner, liksom inom övrig medicin, på bästa tillgängliga grad av evidens. Men forskningsunderlaget för många medicinska och psykologiska behandlingar med högst evidens baseras på patientgrupper med enstaka och välavgränsade problem och utesluter alltså den komplicerade patienttyp vi ofta möter. För patienter med långvariga somatiska problem är livsförhållandena ofta komplicerade och inte sällan finns en personlighetsproblematik eller neuropsykiatriska drag. Många patienter med mycket sjukvårdskontakter utvecklar starka åsikter om vilken behandling och vilket bemötande de föredrar. CL-psykiatrin bygger därför av nödvändighet till avsevärd del på ”best practice” och klinisk erfarenhet – inställningen till olika förståelse- och behandlingsmodeller blir eklektisk och en palett av metoder behövs i behandlingsutbudet.

När det gäller psykologisk behandling har KBT-baserade synsätt under flera decennier haft en given plats i de snabba interventioner av CL-psykiatrin som ofta blir nödvändiga under allt kortare vårdtider i akutsjukvården. Manualbaserade psykologiska behandlingar har senare, exempelvis via internet, inneburit att nya patientgrupper inom somatiken har kunnat nås. För en del ”somatiska” patienter har andra förståelsemodeller utvecklats, exempelvis för patienter med patomimi respektive funktionella symtom (se kapitel 10 och 12). Många patienter har också nytta av beteendeaktivering, motiverande samtal, medicinsk yoga och inte minst fysioterapeutiska metoder.

Argument för CL-psykiatri (särskilt för beslutsfattare)

För dem som arbetar nära patienterna har det länge varit självklart att CL-psykiatri gör nytta för den enskilda patienten. Men lönar det sig verkligen om man ser till ekonomin respektive psykiatriska och somatiska utfall? Det finns flera skäl till att frågan inte är så lätt att besvara. Konsultpsykiatriska patienter tar per definition del av interventioner från flera håll, vilket medför att den rigorösa metodik som används för att studera enstaka interventioner sällan går att använda. Dessutom syftar interventionerna ofta till flera saker samtidigt, exempelvis att påverka diagnostisk utredning, psykiska symtom, omvårdnad och följsamhet till somatisk behandling. Särskilt för de mest komplexa patienterna är det därför svårt att kvantifiera det bidrag som ett biopsykosocialt synsätt ger i den biomedicinska kontexten. Med detta sagt har de senaste årens forskning ändå visat att CL-psykiatriska interventioner under vissa förutsättningar har effekt på vårdtider respektive patienters psykiska respektive somatiska hälsa.

Ett radikalt grepp för att studera effekten av CL-psykiatri togs 2009 i Birmingham med arbetssättet RAID (Rapid Assessment Intervention and Discharge). En mindre konsultpsykiatrisk verksamhet ersattes med ett välbemannat CL-psykiatriskt team med sjuksköterskor som bas. Utvalda patienter bedömdes snarast efter ankomst till sjukhus och somatisk personal fick viss handledning och utbildning. Vid utvärdering efter ett år konstaterades snabbare utskrivning av äldre patienter, särskilt genom identifikation av fler patienter med depression, demens och delirium (akut konfusion). Man betonade de stora potentiella sekundära vinsterna i form av högre kvalitet på behandling, bemötande och omhändertagande av utsatta patientgrupper samt högre tillfredsställelse hos patienter och somatisk personal. Varje investerat pund minskade kostnaderna för det somatiska sjukhuset med fyra pund – senare utvärderingar av RAID som i dag är infört på ett antal engelska sjukhus har visat på förhållandet 1:2,5.

Även studier med annan design från USA, Kanada och Frankrike har visat på förkortade vårdtider av *proaktiv* CL-psykiatrisk verksamhet. Att patienterna identifieras och behandlas tidigt under inläggningen är av betydelse, men troligen även att det multidisciplinära teamet följer patienterna aktivt, handleder somatisk omvårdnadspersonal och hjälper till i handläggning av komplexa patienter.

Med den höga förekomsten av psykisk problematik hos somatiska patienter kan screening vara meningsfull för de patientgrupper där psykiska symtom är särskilt vanliga, exempelvis långvariga sjukdomstillstånd som cancer, kronisk smärta eller IBS. Screening för psykiska besvär ska bara genomföras om den kliniska verksamheten är utformad för att ta hand om den problematiken.

För väldefinierade somatiska diagnoser har det varit lättare att påvisa positiva effekter på psykiatrisk symtombörda (diabetes, hjärtsjukdom, cancer) och i vissa fall även på somatiska utfall (diabetes).

CL-psykiatri ger också en nytta för somatisk personal, vilken är svårare att mäta men likafullt viktig – närvaron av psykiatrisk kompetens har i studier indikerat en ökad förmåga att bemöta patienter med beteenden som försvårar vårdarbetet (se kapitel 7) och leder erfarenhetsmässigt till ökad etisk medvetenhet i frågor som gäller frivillighet och tvång, respektive rätt att avstå behandling och därmed ökad rättssäkerhet (kapitel 14).

Sjukvårdens ekonomiska uppbyggnad gör att incitament för införande av CL-psykiatri för närvarande saknas. Uppdelningen i olika beställarrör för psykiatrisk och akutsomatisk vård leder till att CL-psykiatrin ekonomiskt oftast belastar en annan gren av organisationen än den somatiska vården, där den positiva effekten på exempelvis vårdtid och kvalitet kan synas.

Rekommenderad litteratur

- Fossey, M. & Godier-McBard, L. (2020). *Commissioning liaison psychiatry services*. Centre for Mental Health Report. London, 2020.
- Levenson, J. (red.) (2019). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry (3rd ed.)*. Washington DC: APA Publishing.
- Lloyd, G. & Guthrie, E. (red.) (2012). *Handbook of liaison psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wahlström, L. (2018). Konsultation-liaisonpsykiatri för integration somatik och psykiatri. *Läkartidningen*. 2018;115:E4AA.
- www.clpsychiatry.org
- www.eapm.eu.com
- www.rcpsych.ac.uk

Övrig litteratur

- Baugh, C., Blanchard, E. & Hopkins, I. (red.) (2020). *Psychiatric Liaison Accreditation Network (PLAN) Quality Standards for Liaison Psychiatry Services*, Sixth Edition. Publication number: CCQI 326. Royal College of Psychiatrists, 2020. www.rcpsych.ac.uk/plan.
- Doherty, A. M., Gayle, C., Morgan-Jones, R., Archer, N., Laura-Lee, Ismail, K. & Werner, A. (2016). Improving quality of diabetes care by integrating psychological and social care for poorly controlled diabetes: 3 Dimensions of Care for Diabetes. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2016;51: 3-15.
- Hussain, M. & Seitz, D. (2014). Integrated Models of Care for Medical Inpatients With Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Psychosomatics* 2014;55:315-325.
- Leue, C. et al. (2010). Managing complex patients on a medical psychiatric unit: An observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention. *Journal of Psychosomatic Research* 2010;68: 295-302.
- Muskin, P., Skomorowsky, A. & Shah, R. N. (2016). Co-managed Care for Medical Inpatients, C-L vs C/L Psychiatry. *Psychosomatics* 2016;57:258-263.
- O'Keefe, N. et al. (2007). Benchmarking a liaison psychiatry service: a prospective 6-month study of quality indicators. *Psychiatric Bulletin* (2007), 31, 345-347. doi: 10.1192/pb.bp.107.014837.
- Parsonage, M. & Fossey, M. (2011). *Economic evaluation of a liaison psychiatry service*. London School of Economics and Political Science och Centre for Mental Health. London 2011.
- Smith, C. et al. (2019). *Liaison psychiatry—measurement and evaluation of service types, referral patterns and outcomes (LP-MAESTRO): a protocol*. *BMJ Open*. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032179.
- Tadros, G. et al. (2013). Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *The Psychiatrist* 2013;37: 4-10. doi: 10.1192/pb.bp.111.037366.
- Toynbee, M. et al. (2021). The effectiveness of inpatient consultation-liaison psychiatry service models: A systematic review of randomized trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;71:11-19. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2021.04.003.
- Trigwell, P. et al. (2015). *Framework for Routine Outcome Measurement in Liaison Psychiatry (FROM-LP)*. Faculty report. Faculty of Liaison Psychiatry Royal College of Psychiatrists. 2015.
- van Schijndel, M., van Wijngaarden, J. & van de Klundert, J. (2021). Organization and Outcomes of Integrated Inpatient Medical and Psychiatric Care Units: A Systematic Review. *Psychiatric Services* 2021; 00:1-13; doi: 10.1176/appi.ps.202000416.
- Yrondi, A. et al. (2014). Economic impact of consultation-liaison psychiatry in a French University Hospital Centre. *L'encephale*. 2014;42: 112-115. DOI: 10.1016/j.encep.2014.10.015.

2. Akuta tillstånd inom konsultationspsykiatri

BJÖRN OWE-LARSSON

Sammanfattning

Akutpsykiatriska tillstånd inom somatiken kräver snabb handläggning, enligt överenskomna rutiner baserade på specifik organisation, lagrum och bästa tillgängliga kunskap om behandling.

I detta kapitel går specifikt igenom konsultationspsykiatrisk bedömning, handläggning och akut behandling vid

- risk för suicid och våld
- agitation
- delirium (akut konfusion)
- SIADH och hyponatremi
- antikolinergt syndrom
- katatoni (inklusive malignt neuroleptikasyndrom)
- serotonergt syndrom.

Utförlig information om akutpsykiatriska tillstånd finns att läsa på SPF:s hemsida. Tillämpning av LPT inom somatiken avhandlas i kapitel 14.

Suicidriskbedömning

Bakgrund

Suicidriskbedömning är en viktig uppgift inom akut psykiatrisk konsultationsverksamhet på somatiska akutmottagningar och avdelningar. Kunskap om suicidriskbedömning är likaledes viktig inom medicinska och kirurgiska specialiteter, liksom vid vårdcentraler.

Diagnostiska aspekter

Grunden vid suicidriskbedömningen är en strukturerad klinisk bedömning av patienten (Socialstyrelsen). Vid en sådan strukturerad kartläggning genomgås patientens anamnes, psykiska status och viktiga riskfaktorer, liksom patientens livssituation, funktionsnivå och sociala nätverk. Utifrån denna kartläggning görs en klinisk bedömning av patientens suicidrisk, vilken utgör en viktig del vid den vidare handläggningen av patienten.

Vid en suicidriskbedömning är följande riskfaktorer viktiga att kartlägga:

- grad av suicidalitet (suicidtrappan)
- psykisk sjukdom och dess grad
- tidigare suicidförsök
- substansbruk
- sociala stressfaktorer
- somatisk sjukdom: Neurologiska sjukdomar som ALS, MS, Huntingtons sjukdom, epilepsi, stroke, traumatisk hjärnskada eller spinalskada har visats vara förknippade med ökad suicidrisk. Även vid cancersjukdom, diabetes, reumatisk sjukdom och HIV-infektion är risken ökad och sannolikt gäller detta även vid flera andra tillstånd med svår somatisk sjukdom. Risken kan vara mest förhöjd i samband med sjukdomsbesked eller sent i sjukdomen, speciellt vid tillkomst av depression eller funktionsnedsättning.

Psykiatrisk behandling

Vid förhöjd eller svårbedömd suicidrisk hos en patient på somatisk enhet bör läkaren vid den somatiska enheten utfärda en akut konsultationsremiss till psykiatrin för suicidriskbedömning.

En vanlig situation på somatiska akutmottagningar är bedömning av suicidrisken hos en patient som inkommer akut i samband med ett suicidförsök, vanligen genom intoxication. Patienten bör bedömas av psykiatrikonsulten så snart patienten medverkar till samtal och ej är somnolent eller sederad. Vid den psykiatriska bedömningen ges rekommendation om tillsynsgrad samt behov av vidare uppföljning. Bedöms suicidrisken vara så hög att kontinuerlig tillsyn (extravak) rekommenderas åligger det, vid frivillig vård, vid många sjukhus, den somatiska enheten att ordna med kontinuerlig tillsyn.

I allmänhet bör patienten bedömas på nytt när patienten är medicinskt färdigbehandlad för ställningstagande till fortsatta psykiatriska insatser samt dessförinnan vid behov.

Det är lämpligt att patienten överförs till en medicinsk akutsjukvårdsavdelning så snart detta är möjligt, då de medicinska och fysiska övervakningsmöjligheterna är mer optimala på en avdelning. Innan sådan överföring har kommit till stånd är det mycket viktigt att adekvat övervakning av patienten sker under vistelsen på akutmottagningen; det händer att patienter avviker från en akutmottagning trots pågående vårdbehov.

Om vården inte kan ges med patientens samtycke (patienten kanske till och med vill lämna sjukhuset, trots akut behov av medicinsk övervakning på grund av intoxikation) utfärdas vårdintyg om patienten bedöms uppfylla rekvisit för detta, till exempel depressionstillstånd med hög suicidrisk och behov av nödvändig vård. I allmänhet utfärdas vårdintyget av leg. läkare på akutmottagningen; läkaren tillser vidare att patienten övervakas och att psykiatrijouren direkt kontaktas genom sökning och akutremiss. För fortsatt handläggning, se LPT inom somatisk vård, kapitel 14.

När patienten är somatiskt färdigbehandlad efter en intoxikation, vanligen följande dag, men beroende på intoxikationens art och grad ibland efter längre tid, ska ny psykiatrisk bedömning göras. Vid denna avgörs huruvida patienten ska övertas till en psykiatrisk avdelning för fortsatt inläggande vård och behandling, eller om patienten bedöms kunna gå hem med snar psykiatrisk uppföljning polikliniskt. Lämpligen erhåller patienten då en återbesökstid direkt vid hemgång ("tid i handen") till lämplig akutpsykiatrisk enhet eller mottagning inom några dagar eller till och med följande dag om så bedöms indicerat. Vid hög eller svårbedömlig suicidrisk kan inte patienten skyddas säkert i öppenvård och indikationen för inläggning på psykiatrisk avdelning är därför stark.

En annan vanlig klinisk situation, då suicidriskbedömning är viktig, uppkommer då en patient som under inläggande vård för utredning och behandling av somatisk sjukdom förmedlar psykisk försämring, varvid även dödsönskan, suicidtankar eller till och med suicidplaner kan tillkomma. I sådant fall bör akut psykiatrisk konsultation begäras och i remissen ges en redogörelse för de symtom som framkommit vid samtal med läkare liksom med omvårdnadspersonal.

Vid den psykiatriska konsultationen bedöms om tillståndet kompliceras av depression eller annan psykisk sjukdom och rekommendation gällande behandling ges i sådant fall. Baserat på suicidriskbedömningen vid konsultationen ska även en rekommendation gällande tillsynsnivå av patienten ges. Tvångsvård kan bli aktuell om patienten utvecklats en allvarlig psykisk störning och inte medverkar till nödvändig behandling.

Om svår depression, med förhöjd suicidrisk, bedöms föreligga kan i vissa fall ECT-behandling bli aktuell. I sådant fall vårdas patienten fortsatt på den somatiska avdelningen om den somatiska sjukdomen kräver sådant omhändertagande och den psykiatriska kliniken ansvarar för ECT-behandlingen.

Vid vissa somatiska tillstånd kan det vara nödvändigt att akut utsetta psykofarmaka på grund av interaktion eller biverkning (till exempel tillkomst av hyponatremi eller förlängd QTc-tid), varvid patientens psykiska sjukdom kan försämrats. Det är tillrådligt att psykiatrisk konsultation begärs inför sådana förändringar, för bedömning och rekommendation gällande alternativa psykofarmaka.

Det är vidare viktigt att uppmärksamma att vissa läkemedel kan framkalla depression, till exempel kortikosteroider, betablockerare, L-dopa, vareniklin (CHAMPIX), meflokin (Lariam) med flera, se kapitel 11, farmakologi.

Samarbete

Vid psykiatrisk konsultationsbedömning av suicidrisk är det viktigt att inhämta information från somatisk läkare, omvårdnadspersonal, ambulanspersonal eller anhöriga för att erhålla adekvat anamnes. Det är vidare viktigt att den psykiatriska konsultläkaren lämnar tydlig information, både muntligt och i remissvar, gällande rekommenderad tillsynsgrad och planerad uppföljning av patienten. För frivilligt vårdad patient ansvarar på många sjukhus den somatiska enheten för tillsynen av patienten. Vid tvångsvård ansvarar den psykiatriska kliniken för tillsynen (extravak) av patienten på den somatiska enheten.

När patienten är somatiskt färdigbehandlad bedöms huruvida patienten ska överföras till psykiatrisk avdelning för fortsatt behandling eller utskrivs med snar psykiatrisk poliklinisk uppföljning.

Våldsriskbedömning

Bakgrund

Våldsriskbedömning ingår i den kliniska bedömningen i förekommande fall vid akutpsykiatriska konsultationer. Risken för framtida våld är dock svår att förutse. Vid våldsriskbedömningar inom psykiatri kan man i bästa fall nå en precision (det vill säga den andel av de bedömda som korrekt identifieras) på högst 70–75 procent för att förutse framtida våldshandlingar på längre sikt. Riskbedömningar med kortare tidsperspektiv (dagar, veckor) är dock osäkrare (SBU).

Vid tecken på agitation hos en patient på somatisk enhet är det viktigt att snabbt bedöma patienten och ta ställning till behandling och andra åtgärder – se avsnitt ”Akut agitation”.

Diagnostiska aspekter

Vid bedömning av våldsrisk hos en patient är följande kliniska och anamnestiska faktorer av betydelse:

- tidigare våldshandlingar
- aggressiva tankar och beteenden
- substansbruk
- typ och grad av psykisk sjukdom
- sociala stressfaktorer
- vid flera somatiska sjukdomar kan agiterade tillstånd uppträda, vilket kan öka våldsriskerna (se avsnitt ”Akut agitation”).

En användbar skattningsskala som stöd i våldsriskbedömningen, baserat på anamnestiska och aktuella fynd, är *Våldsriskscreening-10* (V-RISK-10) (pdf av svensk version finns länkad till psykiatristod.se). Ett bedömningsinstrument för aktuella statusfynd är Bröset Violence Checklist (tabell 1).

Tabell 1. Bröset Violence Checklist (BVC) – 1 poäng per item

Förvirring	Bullrig	Verbalt hotfull
Retlig	Fysiskt hotfull	Attackerar föremål

Patienter med hög våldsrisk kännetecknas av:

1. Manifest våld.
2. BVC-poäng avseende något item
 - 1) fysiskt hotfullt beteende och/eller
 - 2) verbalt hotfullt beteende och/eller
 - 3) våld mot föremål.
3. Om det finns en tidigare våldsanamnes och patienten har BVC > 2 (oavsett vilka BVC-items).

Vid dessa tillstånd bör patienten snarast bedömas av läkare på den somatiska enheten och akut konsultationsremiss till psykiatrin utfärdas vid behov.

Psykiatrisk behandling

Om våldsrisk hos en ineliggande patient bedöms som förhöjd bör fortlöpande uppföljning av tillståndet göras och förebyggande åtgärder insätts. Om akut agitation uppkommer ska patienten omgående bedömas av läkare och fortsatt handläggning ska ske enligt en tydlig behandlingsstrategi, se avsnitt "Akut agitation".

Vid förekomst av allvarlig psykisk störning ska vårdbehovet relaterat till våldsrisk i förekommande fall vägas in vid bedömning gällande eventuell tvångsvård, både vid ställningstagande till vårdintygsutfärdande respektive vid bedömning gällande intagningsbeslut.

Om en patient lämnar sjukhuset och är farlig för närstående, annan person eller sig själv, har verksamheten (till exempel en somatisk klinik) skyldighet att underrätta vederbörande närstående eller annan. Detta regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner finns för att:

... någon närstående omedelbart underrättas när en patient som lämnar eller avser att lämna sjukhuset är farlig för någon annans personliga säkerhet eller sitt eget liv. Om patienten är farlig för en viss person ansvarar verksamhetschefen för att även denna person och, om det behövs, lämplig myndighet omedelbart underrättas (Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), 4 kap, 3 §).

Samarbete

Vid bedömd förekomst av förhöjd våldsrisk hos en patient på somatisk enhet bör remiss för akut psykiatrisk konsultation utfärdas. Vid den psykiatriska konsultationen görs en våldsriskbedömning utifrån patientens eventuella psykiska symtom till följd av psykisk sjukdom eller sekundärt till följd av somatisk sjukdom. Vid konsultationen är det viktigt att ha ett gott informationsutbyte med den somatiska enhet där patienten vårdas, och väga in de uppgifter som framkommit i den aktuella våldsriskbedömningen.

Akut agitation

Bakgrund

Akut agitation kan förekomma vid ett flertal olika sjukdomstillstånd, och ingår i bedömningen vid omkring 10 procent av akuta psykiatriska konsultationer på somatiska enheter.

Agitation kan yttra sig som motorisk och/eller verbal oro, irritabilitet, bristande samarbetsvilja, vokala utbrott, hotfulla gester eller anfall, och kan även kulminera i aggression med direkt våld. Ett våldsamt beteende är dock inte obligat vid tillståndet, men våldsriskerna är förhöjd.

Diagnostiska aspekter

Agitation kan uppträda till följd av somatisk eller psykisk sjukdom, liksom av substanspåverkan eller abstinens. Ibland är etiologin oklar, och i en del fall kan agitationen vara ett rent instrumentellt agerande.

Agitation vid somatisk sjukdom

Vid flera somatiska sjukdomar kan agitation uppträda som en del i patientens destabiliserade tillstånd. Patienten kan även drabbas av psykiska symtom sekundärt till den somatiska sjukdomen, till exempel manifforma eller psykotiska symtom, vilket kan öka risken för agitation.

Agitation till följd av somatisk sjukdom kan förekomma vid till exempel:

- metabola tillstånd, till exempel hyper- eller hypoglykemi, elektrolytstörning

- neurologiska sjukdomar, till exempel stroke, blödningar, meningit/encefalit, skalltrauma, epilepsi/postiktalitet, hjärntumör
- njursvikt eller leversvikt
- infektioner
- tyreotoxikos
- kardiopulmonella sjukdomar, hypoxi
- smärttillstånd
- urinretention
- demens
- delirium
- läkemedelsintoxikation
- läkemedelsbiverkan, till exempel av kortison.

Agitation vid psykisk sjukdom

Vid flera psykiska sjukdomar kan agitation uppträda vid ökad sjukdomsgrad. En försämring i den psykiska grundsjukdomen kan även förstärkas av samtidig somatisk destabilisering.

Agitation vid substanspåverkan/intoxikation och beroendesyndrom

Substanspåverkan kan utlösa agitation, till exempel alkoholintoxikation, centralstimulantia, övriga droger. Likaså kan alkoholabstinens medföra agitation.

Om orsaken till patientens agiterade tillstånd är oklar genomförs en snabb diagnostisk bedömning baserad på anamnes, status och provtagning/undersökning:

- Anamnestiska uppgifter som är viktiga i bedömning är förekomst av känd psykisk eller somatisk sjukdom, substansbruk, tidsförlopp (anhöriganamnes viktig) och eventuella fluktuationer i status.
- Somatiskt status, inkluderande vitalparametrar, medvetandegrad, utvidgat neurologstatus.
- Psykiskt status: orienteringsgrad, formell och emotionell kontakt, grundstämning, affekter, motorik, psykossymtom (tankestörning, desorganiserat tal eller beteende, vanföreställningar, hallucinationer), suicidalitet, sjukdomsinsikt.
- Provtagning, undersökning: blodprover, drogscreening, vid behov EKG, DT/MR-hjärna, EEG, lumbalpunktion.

Vid oklar etiologi bör patientens agiterade tillstånd presumtivt tolkas som orsakat av somatisk sjukdom tills motsatsen är bevisad. Talande mot primär psykiatrisk orsak till patientens psykiska symtomatologi är till exempel abrupt insjuknande, känd somatisk sjukdom eller tillkomst av somatiska symtom, atypiska eller fluktuerande symtom, substansbruk eller avsaknad av psykiatrisk anamnes (speciellt hos personer över 50 år).

Akut handläggning av patient med agitation på somatisk enhet

I ett akut skede med lätt till måttlig agitation genomförs avledningsstrategier med ett lågaffektivt bemötande (se nedan, "Icke farmakologisk behandling"). Peroral medicinering erbjuds vid behov (se nedan). Läkare på den somatiska enheten ska snarast bedöma patienten, och begära akut psykiatrisk konsultation vid behov.

Vid förekomst av svår agitation och hög våldsrisk hos patient på somatisk enhet bör ordningsvakter tillkallas för att skydda medpatienter och personal. Omvårdnadspersonal kan i ett akut skede även ingripa enligt nödvärn eller nödrätt (se avsnitt LPT inom somatiken, kapitel 14). Leg. läkare på den somatiska enheten måste snarast bedöma patientens tillstånd och i förekommande fall även ta ställning till utfärdande av vårdintyg om patienten bedöms ha en allvarlig psykisk störning och ej medverkar till vården, samt begära akut psykiatrisk konsultation.

Patienten medverkar till vård och behandling

Vid läkarbedömningen måste snabbt avgöras om patienten är mottaglig för information och i stånd att medverka till behandling. Om så är fallet brukar situationen vanligen stabiliseras genom tydlig behandlingsstrategi och god patientinformation.

Om agitationen bedöms bero på en försämring i somatiskt status, till exempel ökad smärta, försämrat bukstatus, urinretention, kardiopulmonell försämring eller annat somatiskt tillstånd, vilket alltid måste övervägas, ska adekvata åtgärder inledas och adekvat medicinering erbjudas. Behov kan föreligga av olika somatiska akuta konsultationer, till exempel smärtläkare, internmedicinare eller kirurg.

Ångestlindrande och annan symptomatisk medicinering bör erbjudas i förekommande fall.

Vid beteendestörningar med tillkomst av agitation hos patienter med bland annat personlighetsyndrom, utvecklingsrelaterade störningar (till exempel autism), kognitiva funktionsnedsättningar (till exempel demens), anpassningsstörning eller instrumentellt beteende bör man i första hand försöka anpassa handläggningen genom ett lågaffektivt bemötande, skapa förståelse för patientens frustration genom validering, och mobilisera patientens egna resurser att hantera tillståndet. Detta handhavande kan ofta möjliggöra en avklaring av den aktuella situationen som lett till patientens agitation. Peroral medicinering kan erbjudas i ångestlindrande syfte vid behov. Akut psykiatrisk konsultation kan begäras för bedömning och vidare handläggning vid mer svårbedömda eller svårhanterbara tillstånd, varvid även ställningstagande till tvångsvård kan göras i förekommande fall.

Om patientens agiterade tillstånd senare fortgår, trots ovanstående åtgärder, och patienten ej bedöms lida av en allvarlig psykisk störning, får läkaren på den somatiska enheten ta ställning till, eventuellt i samråd med bedömande konsultläkare från psykiatri, om patienten ska skrivas ut från den somatiska avdelningen, om detta ej är kontraindicerat. Det kan till exempel röra sig om ett instrumentellt beteende eller ett vårdförlopp där den medicinska övervakningen håller på att avvecklas, och fortsatt somatisk heldygnsvård ej längre bedöms vara nödvändig. Vid beroendeproblematik kan LVM-anmälan vara aktuell, även akut LVM-anmälan i förekommande fall.

Vid allvarliga psykiatriska tillstånd, som psykoser, svåra affektiva tillstånd (till exempel mani eller psykotisk depression), katatoni eller substansutlösta tillstånd bör man vid ökad sjukdomsgrad och tillkomst av agitation vara proaktiv med farmakologisk behandling och snarast erbjuda medicinering. Agitation kan även tillkomma till följd av manifforma eller psykotiska symtom sekundärt till somatisk sjukdom (till exempel encefalit, delirium), vilket likaledes kräver akut behandling. Om patienten ej medverkar till farmakologisk behandling i dylika fall, kan medicinering med stöd av LPT bli aktuellt, se nedan.

Patienten medverkar ej till vård och behandling; bedöms lida av allvarlig psykisk störning

Om patienten av leg. läkare på den somatiska enheten bedöms lida av en allvarlig psykisk störning och patienten ej medverkar till behandling i sitt agiterade tillstånd bör leg. läkare på den somatiska enheten utfärda ett vårdintyg, och akut kontakta psykiatrijouren genom sökning och akutremiss. I vissa fall utfärdas vårdintyget av psykiatrijour (leg. läk) i samband med den akuta konsultationen. För vidare handläggning, se LPT inom somatiken, kapitel 14.

Icke farmakologisk behandling

Vid agitation hos en patient ska man inledningsvis se över omgivande faktorer, stimulusnivå och de omvårdnadsinsatser som kan påverka patientens status.

Det är viktigt att garantera säkerheten för patienten, medpatienter och personal. Läkare och övriga medarbetare ska aldrig utsättas för potentiellt farliga situationer, inte genomföra samtal ensamma, och begränsade samtalsutrymmen ska undvikas. Potentiellt farliga föremål ska tas bort. Om våldsrisken bedöms hög kan i förekommande fall ordningsvakter tillkallas och närvara för att övervaka situationen.

Vid samtal ska ett säkert avstånd hållas till patienten med likaledes respekt för patientens behov av fysiskt utrymme. Vidare bör samtalet hållas till exempel på patientens rum, om detta bedöms tillräckligt rymligt, för att minska störande externa stimuli. Väntetiden ska minimeras, och samtalet hålls respektfullt samt med uppvisande av en omtänksam attityd. Medarbetare med god erfarenhet och adekvat utbildning i bemötande ska medfölja vid samtalet.

Vid agitation är avledningsstrategier viktiga, och man bör i första hand försöka anpassa samtal och handläggning genom ett lågaffektivt bemötande av patienten, skapa förståelse för patientens frustration genom validering, och mobilisera patientens egna resurser att hantera tillståndet. Detta handhavande kan ofta möjliggöra en avklaring av den aktuella situation som lett till patientens agitation.

Vid samtal är följande strategier sammanfattningsvis viktiga:

- Håll avstånd, respektera patientens integritet och behov av fysiskt utrymme.
- Upprätta samtalskontakt med patienten; var kortfattad, tala lugnt och tydligt.

- Provocera inte, undvik konfrontation.
- Undvik långvarig ögonkontakt eller konfrontativ kroppshållning.
- Lyssna fokuserat på vad patienten säger.
- Validera patientens känslor och önskemål.
- Erbjud patienten valmöjligheter och föreslå behandling.
- Sätt tydliga gränser.

Vid agitation kan tillståndet snabbt förändras och i vissa fall övergå i våldshandling. Under samtalet är det viktigt att ge akt på patientens symtom och uppträdande. Om patienten uppvisar till exempel aggressiv ansiktsmimik, fientlighet, motorisk oro, hotfull kroppshållning, hög röstvolym, verbala hot, intensiv ögonkontakt, plötsliga rörelser, minskat avstånd och provocerande bemötande, ska alltid beredskap för adekvata åtgärder finnas, i händelse av att patienten försöker tillgripa våldshandling.

Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling är ofta aktuell vid agitation och bör erbjudas patienten. Medverkar patienten till medicinering är i första hand peroral medicinering aktuell.

Tvångsmedicinering med stöd av LPT ges i allmänhet i form av intramuskulär injektion.

Peroral medicinering

Anxiolytika/sederande

- Sederande antipsykotika, till exempel olanzapin. Fentiazinderivat, som prometazin eller alimemazin, kan även provas i lindrigare fall.
- Bensodiazepiner (oxazepam, lorazepam eller diazepam) är lämpligt vid till exempel katatoni, psykotiska ångesttillstånd eller till äldre (se nedan). Bensodiazepiner är även indicerat vid amfetaminpåverkan, liksom vid behandling av alkohol- och bensodiazepinabstinens.
- Vid beteendestörning hos patient med till exempel personlighetssyndrom bör bensodiazepiner undvikas, då dessa preparat kan minska impulskontrollen.

Antipsykotisk medicinering

I ett akut skede ges lämpligen olanzapin, som även har en sederande effekt.

Centralstimulantia bör utsättas temporärt vid akut agitation, liksom antidepressiva vid maniska symtom.

För äldre (geriatrisk population), patienter med måttlig till svår kognitiv svikt, liksom patienter med somatisk sjuklighet, till exempel hjärt-kärlsjukdom ska ovanstående läkemedel med antikolinerg effekt undvikas.

För dessa patienter är bensodiazepiner att föredra (till exempel oxazepam, lorazepam eller eventuellt diazepam) som anxiolytika/sederande. Klometiazol är även ett alternativ.

Haloperidol i låg engångsdos (0,5–1 mg) är lämpligt antipsykotikum för dessa patientgrupper. Vid känd QTc-förlängning (> 450ms) kontaktas kardiolog för eventuell modifiering av dos.

Injektionsbehandling med stöd av LPT

Vid psykostillstånd, svåra affektiva tillstånd, som mani, eller vid andra tillstånd med svåra psykiska symtom och hög sjukdomsgrad, bör man vid agitation vara proaktiv med farmakologisk behandling. Om peroral medicinering och omvårdnad inte är tillräcklig (= svårbehandlad), eller om patienten inte medverkar till peroral medicinering, bör vid hög våldsrisk agitationsbehandling med intramuskulär tvångsinjektion (tabell 2) tillämpas, förutsatt att patienten är föremål för vård enligt LPT (intagningsbeslut enligt LPT 6b §). Haloperidol i kombination med prometazin har god evidens för behandling av psykosinducerad agitation.

Beslut om injektionsbehandling med stöd av LPT (17 §) fattas av ansvarig psykiater (chefsöverläkaren eller specialistläkare med delegation) vid den psykiatriska kliniken; i vissa fall finns även behov av fastspänning enligt LPT 19 §. För detaljer kring denna handläggning, se avsnitt LPT inom somatiken, kapitel 14. Vid tvångsåtgärder närvarar psykiatrisk personal på den somatiska enheten, och den psykiatriska primärjouren ska bedöma patienten på plats om chefsöverläkaren inte närvarar vid injektionsbehandlingen.

För äldre patienter, liksom vid förekomst av kognitiv svikt eller somatisk sjukdom, till exempel hjärt-kärlsjukdom, ska dosen av haloperidol reduceras och lorazepam användas i stället för prometazin (se tabell 3). Vid amfetamininducerad agitation, agiterad katatoni,

malignt neuroleptika syndrom (MNS) respektive serotonergt syndrom ska behandlingen modifieras (se "Undantag" i tabell 2).

Tabell 2. LPT. Intramuskulär injektionsbehandling vid agitation.

<p>Patienten vårdas enligt LPT, ordination sker av chefsöverläkaren vid psykiatri enligt LPT 17 §.</p> <p>Sätt ut/pausa peroral antipsykotisk behandling. Reducera injektionsdos om patienten redan fått peroral behandling (eller injektionsbehandling).</p> <p><i>Notera undantag nedan!</i></p>	
<p>1. Haloperidol (Haldol) 5 mg + prometazin (Phenergan) 50–100 mg.</p>	<p>Bedöm efter 1–2 timmar, om fortsatt agitation med våldsrisk fortsatt enligt punkt 2.</p>
<p>2. Haloperidol 5 mg + prometazin 100 mg + zuklopteniolacetat (Cisordinol-Acutard) 100–150 mg.</p>	<p>Bedöm efter ytterligare 1–2 timmar, om behov av ytterligare agitationsbehandling, ges lorazepam, se kommentar nedan.</p>
<p>Undantag</p> <ul style="list-style-type: none"> • För äldre patienter liksom vid förekomst av kognitiv svikt eller somatisk sjukdom, till exempel hjärt-kärlsjukdom, ska doser reduceras och prometazin undvikas, se Tabell 3! • Vid agitation på grund av amfetaminspsykos används ej ovanstående strategi. I stället ges lorazepam 4–8 mg im. (upp till 16 mg/dygn, beaktande vitalparametrar). Beträffande antipsykotika kan tillägg i stället göras med olanzapin, munsönderfallande tablett upp till 20 mg (obs: samtidig parenteral administration av bensodiazepiner och olanzapin är kontraindicerat på grund av risk för kardiopulmonella komplikationer). • Agitation vid katatoni och malignt neuroleptikasyndrom (MNS) ska ej behandlas med antipsykotiska läkemedel utan med bensodiazepin (lorazepam) eller ECT, se avsnitt "Katatoni". • Agitation vid serotonergt syndrom ska behandlas med bensodiazepiner (lorazepam), se avsnitt "Serotonergt syndrom". 	

Kommentar tabell 2:

Ovanstående behandlingsstrategi har ofta mycket god effekt mot agitation vid psykiatriska tillstånd som till exempel mani eller akut psykos, liksom vid till exempel THC-utlöst drogpsykos.

Om ej fullgod effekt uppnås, trots ovanstående strategi enligt punkt 1 och 2, rekommenderas:

- Lorazepam 4(-8) mg im. Bedömning efter 1–2 timmar. Om fortsatt agitation repeteras lorazepam. Maxdos/dygn av lorazepam = 16 mg, beaktande av vitalparametrar.

- Vid okontrollerad agitation, överväg kontakt med IVA-jour för ställningstagande till sövning och överföring till IVA. Överväg ECT i det fortsatta förloppet. Om patientens sövts, väck patienten under kontrollerade former nästkommande dag; om fortsatt svår agitation vid uppvaknandet sövs patienten åter ner igen och ECT ska övervägas/aktualiseras.

Om en patient, som behandlats enligt tabell 2, behöver fortsatt agitationsbehandling under flera dagar är det rekommenderat att följa ett fyradagarsschema för injektionsbehandling som framtagits vid Psykiatri Sydväst, Huddinge sjukhus i samarbete med klinisk farmakologi. Detta säkerställer att den rekommenderade maxdosen på 20 haloperidolekvivalenter/dygn inte överskrids:

1. Dag 1: Haloperidol 10 mg + zuklopentixolacetat (Cisordinol-Acutard) 150 mg. Dag 2: Haloperidol 5 mg.
2. Dag 3: Haloperidol 10 mg.
3. Dag 4: Börja om som vid dag 1.

Sedativa är exkluderade då de inte påverkar beräkningen.

Zuklopentixolacetat kan upprepas var 48 till 72 timme med maxdos 400 mg inom 2 veckor.

Tabell 3. LPT. Intramuskulär injektionsbehandling vid agitation: äldre/kognitiv svikt/somatisk sjukdom

Patienten vårdas enligt LPT, ordination sker av chefsöverläkaren vid psykiatrien enligt LPT 17 §. Sätt ut/pausa peroral antipsykotisk behandling. Reducera injektionsdos om patienten redan fått peroral behandling (eller injektionsbehandling).	
1. Haloperidol (Haldol) 1,25 – 2,5 mg + lorazepam 1–2 mg.	Bedömning efter 1–2 timmar, om fortsatt agitation med våldsrisk – fortsatt enligt punkt 2.
2. Haloperidol 1,25–2,5 mg + lorazepam 1–2 mg.	Bedömning efter ytterligare 1–2 timmar, om behov av ytterligare agitationsbehandling kan ordinationen av lorazepam upprepas vid enstaka tillfälle.
<p>Kommentar: För äldre patienter liksom vid förekomst av kognitiv svikt eller somatisk sjuklighet, till exempel hjärt-kärlsjukdom, är dosen reducerad av haloperidol (1,25–2,5 mg).</p> <p>Lorazepam (1–2 mg im.) ordineras i stället för prometazin, då antikolinerga preparat bör undvikas för dessa patientgrupper på grund av ökad risk för konfusion. Prometazin kan även ge QTc-förlängning. Zuklopentixolacetat (Cisordinol-Acutard) används endast undantagsvis till dessa grupper, men kan övervägas vid punkt 2 i tabellen. Låg dos, 50 mg, används i sådant fall.</p>	

Säkerhetsåtgärder och monitorering vid injektionsbehandling enligt LPT

Monitorering av puls, blodtryck, andningsfrekvens och saturation ska utföras så snart som situationen tillåter och eventuell förekomst av biverkningar ska monitoreras (tabell 4). Vid kraftig sedering övervakas patienten avseende medvetandegrad, puls, blodtryck, andningsfrekvens och saturation, initialt var 15:e minut och därefter enligt läkarens ordination. EKG tas så snart det är möjligt. Kontroll av blåsvolym ska ske.

Tabell 4. Övervakning vid injektionsbehandling: biverkningar och särskilda överväganden

Övervakning Bedömning av eventuell andningspåverkan eller sedering. Vitalparametrar. EKG. Kontroll blåsvolym med bladderscan.	Alla patienter som givits injektionsbehandling för agitation ska övervakas kliniskt. Monitorering av puls, blodtryck, andningsfrekvens och saturation ska utföras så snart som situationen tillåter. Vid tecken till sedation eller andningspåverkan övervakas patienten med medvetandegrad, puls, blodtryck, andningsfrekvens och saturation, initialt var 15:e minut och därefter enligt läkarordination. Dessa kontroller görs av den somatiska personalen. Extravak från den psykiatriska bakavdelningen närvarar ständigt med patienten och kan påkalla somatisk personal vid behov. EKG tas så snart det är praktiskt genomförbart. Risk för urinretention föreligger vid medicinering med till exempel haloperidol och zuklopentixolacetat. Risk föreligger även vid situationer med fastspänning. Mätning av blåsvolymen med bladderscan bör ske rutinmässigt, och på vida indikationer.
QTc-förlängning	Vid känd QTc-förlängning (> 450ms) kontaktas kardiolog för eventuell modifiering av de doser av antipsykotiska läkemedel som anges i tabell 3, givet ökad risk för plötslig hjärtdöd och ventrikeltakykardi.
Akut dystoni	Ge biperiden (Akineton) 5 mg intramuskulärt.
Akatasi	Dosreduktion av antipsykotisk medicinering med tillägg av bensodiazepiner och propranolol.
Agitation vid accidentell klopazinsättning	Kliniskt tillstånd som kan likna exciterad katatoni. Sedvanlig agitationsbehandling kan övervägas. Handläggning som vid katatoni; dock är det fördelaktigt med skyndsam återinsättning av klopazin.

Delirium

Bakgrund

Delirium (akut konfusion) innebär en störning av uppmärksamhet (minskad förmåga att rikta, fokusera, upprätthålla och skifta uppmärksamhet), liksom av medvetenhet (försämrade orienteringsgrad relaterat omgivningen). Vidare utvecklas störningen under kort tid (timmar till ett fåtal dagar) och har oftast ett fluktuerande förlopp under dygnet. Även störning av kognitiva funktioner framträder (till exempel minnessvårigheter, desorientering, språklig förmåga, visuospatial förmåga eller perception). Symtomen förklaras inte bättre av någon manifest eller debuterande kognitiv sjukdom, utan störningen är en direkt fysiologisk följd av annat medicinskt tillstånd, substansintoxikation eller substansabstinens, exponering för ett gift, eller har multipel etiologi (DSM-5).

Delirium är vanligt i somatisk heldygnsvård (10–40 procent av patienterna; ännu högre prevalens på IVA och bland terminala patienter). Äldre patienter har en högre risk att drabbas av tillståndet, och mer än 30 procent av sjukhusvårdade äldre patienter utvecklar delirium. Delirium förlänger vanligen vårdtiden och kan utgöra ett starkt obehag för patienten och är associerat med sämre prognos och högre mortalitet. Det är således mycket viktigt att diagnostisera (och journalföra diagnosen, F05) samt behandla tillståndet.

Diagnostiska aspekter

Exakta mekanismer till uppkomsten av delirium är ej kända, men en påverkad transmission av bland annat glutamaterga och kolinerga system anses vara bidragande och leder till en svikt av hjärnans högre funktioner. Äldre personer löper större risk att drabbas av delirium på grund av minskad kompensatorisk förmåga. Riskfaktorer för delirium är bland annat hög ålder, kognitiv svikt eller demens, tidigare konfusion, syn- eller hörselnedsättning, kronisk sjukdom, större kirurgi samt antikolinerga läkemedel.

Bland de vanligaste medicinska orsakerna till delirium märks infektion med allmänpåverkan, höftoperation eller annan större operation, trauma (speciellt höftfraktur eller skalltrauma), organsvikt, hjärt-kärlsjukdom, CNS-sjukdom, urinstämning, förstoppning, malnutrition, smärta, elektrolytrubbning eller läkemedel såsom antikolinergika.

Även miljöfaktorer som social isolering, sensorisk deprivation eller byte till ny miljö (till exempel byte av avdelning) ökar risken för delirium. Postoperativt delirium är ej ovanligt på ortopediska avdelningar (efter höftoperation) eller andra postoperativa enheter. Tillståndet uppträder oftast 1–3 dagar postoperativt, går ofta helt i regress inom några dagar, men kan uppvisa ett fulminant förlopp.

Läkemedelsutlösta tillstånd, där delirium kan ingå i symtombilden, är till exempel antikolinergt syndrom, malignt neuroleptika-syndrom, serotonergt syndrom eller läkemedelsutlöst hyponatremi (se respektive avsnitt).

DELIRIUM TREMENS är den speciella form av delirium som kan uppträda vid alkoholabstinens, se kapitel 9.

Differentialdiagnoser

- Delirium tremens.
- Demenssjukdom: Till skillnad från delirium utvecklas demens långsamt progredierande, fluktuerar ej under dygnet och är icke reversibelt. Delirium kan dock utvecklas även hos patient med samtidig demenssjukdom, se ovan.
- Psykisk sjukdom: Konfusion kan ingå i symtombilden vid psykiatriska tillstånd som cykloid psykos, postpartumpsykos av cykloid typ och kortvarig psykos. Symtombild, utredningsfynd och anamnes (inklusive anhöriganamnes) bör vägleda diagnosen i dessa fall.

Symtom

Utmärkande för delirium är det hastiga insjuknandet (timmar till ett fåtal dagar) och det fluktuerande förloppet över dygnet. En klassisk och ej ovanlig situation är en patient som nattetid är stökig och uppvisar påtagliga symtom, men följande förmiddag uppträder adekvat.

Vanliga symtom vid delirium är:

- desorientering (bristande orientering till tid, rum, person eller situation)
- minnesstörning
- oförmåga att fokusera
- illusioner eller hallucinationer (ofta i form av synhallucinationer)

- vanföreställningar (ofta sekundärt till illusioner/hallucinationer)
- splittrad tankeverksamhet
- personlighetsförändring
- känsloutträngningar eller känslöväxlingar
- ångest, rädsla
- agitation med utagerande beteende
- störd dygnsrytm (patienten sover eller är sömnig dagtid, men aktiv och rastlös nattetid).

Symtombilden kan uppvisa betydande variation mellan olika patienter. Delirium kan vidare indelas i en hypoaktiv respektive hyperaktiv form. Vid hypoaktivt delirium är patienten sluten, tyst och tillbakadragen, och det finns en risk att patienter med denna diskreta symtomatologi inte får korrekt diagnos. Ett hyperaktivt delirium är däremot lätt att upptäcka tack vare den omfattande symtombilden.

Screening och bedömningsinstrument

Ett lämpligt bedömningsinstrument för delirium och kognitiv nedsättning är 4AT (<https://www.the4at.com/>), vars fyra items tar upp:

- vakenhet
- kognitiv förmåga
- uppmärksamhet
- akut förändring eller fluktuerande förlopp.

Testet kan användas för att bedöma ett sannolikt delirium, men även för att följa och utvärdera insatt behandling, eller för att bedöma om en patient är i riskzonen för att utveckla delirium. Det är vidare viktigt att bedöma om patienten har hallucinationer eller vanföreställningar, gärna med kompletterande information från personal eller anhöriga.

Andra screeninginstrument med god diagnostisk tillförlitlighet för delirium är till exempel CAM (Confusion Assessment Method), OSLA (Observational Scale of Level of Arousal) och RASS (Richmond Agitation Sedation Scale).

På avdelningar med förekomst av patienter med hög risk att utveckla delirium kan det vara lämpligt att i preventivt syfte screena för tillståndet, till exempel patienter över 65 år.

Behandling

Behandlingen av delirium är multifaktoriell. Omvårdnadsåtgärder är mycket viktiga, både i preventivt syfte och som behandlingsåtgärd vid förekomst av delirium, och fortgår parallellt med den somatiska utredningen, vars syfte är att finna medicinska utlösande orsaker och behandla dessa. Läkemedel som kan förvärra symtombilden (till exempel antikolinergika) ska undvikas och utsättas i förekommande fall. Farmakologisk behandling av delirium med psykofarmaka kan vara nödvändig i syfte att möjliggöra fortsatt utredning och behandling i de svårare fall, där omvårdnadsåtgärder och medicinska åtgärder ännu ej givit tillräckligt resultat, till exempel vid tillkomst av agitation eller sömnbrist.

Det är viktigt med kontinuerlig uppföljning och bedömning av en patient med delirium under vårdtiden. Rätt behandlat brukar ett delirium avklinga inom några dagar eller en vecka. En patient med delirium ska i allmänhet vårdas inneliggande tills tillståndet är helt utläkt.

1. Omvårdnad.

Vid delirium är omvårdnaden en omistlig del av det preventiva arbetet och behandlingen. Det har visats att preventiva omvårdnadsinterventioner har kunnat minska förekomsten av postoperativt delirium från cirka 20 procent till 5 procent på somatiska avdelningar. Preventiva omvårdnadsinsatser har även visats vara effektiva för äldre medicinska patienter, där insjuknandet i delirium minskade, liksom även antalet dagar med delirium. Icke-farmakologiska interventioner, som fokuserade på orientering, psykologisk oro, mobilisering, vätskebalans, malnutrition, perception och sömnproblem, reducerade vårdtiden och behovet av antipsykotisk medicinering.

Följande omvårdnadsåtgärder är viktiga:

- Informera patienten, anhöriga och personal om tillståndet och involvera patienten och anhöriga i vården.
- Patienten är ofta i behov av närvarande och aktiv omvårdnadspersonal för stöd och orientering. Tillse ansvarig personal för att minimera olika kontakter, vilket stimulerar en god vårdrelation och minskar risken för paranoida föreställningar.
- Empatiskt bemötande och ångesthantering, förmedla trygghet, motarbeta ej patienten, följ patienten i stället.

- Förbättra patientens orienteringsförmåga – ha tydliga samtal (gärna av samma personer) med patient regelbundet, påminn om situation, person, tid och plats (minst tre gånger per dag), ha tydligt schema för aktiviteter för att skapa förutsägbarhet. Använd klocka på väggen, kalender etcetera. Patienten bör ha några personliga saker på rummet, till exempel fotografier av anhöriga. Tills se tv/radio, kontakt med omvärlden. Involvera anhöriga och uppmuntra besök av dem.
- Kortfattad och enkel kommunikation, förklara vad man gör, men använd gärna avledning vid till exempel provtagning.
- Korrigera sensoriska brister, tills se hörapparat eller glasögon vid behov. Optimera tydligheten i miljön – adekvat belysning dagtid, reducera oväsen.
- Viktigt med fysisk mobilisering och stimulans till kognitiv aktivitet. Mobilisera patienten så fort som möjligt, träna patientens ADL-förmåga, sjukgymnast vid behov.
- Öka patientens delaktighet – självskattning, till exempel mot smärta.
- Uppmuntra patienten att äta och dricka regelbundet; säkerställ vätskebalans och nutritionsstatus.
- Motverka urinretention och förstoppning.
- Viktigt att se över vårdmiljön och ta bort föremål som kan vara skadliga om patienten är eller bedöms kunna bli agiterad.
- Tills se god sömnreglering och dygnsreglering, ljussättning/mörkläggning. Prioritera enkelrum för att tills se lugn och ro samt tystnad under natten, eventuellt öronproppar.
- Följ gärna förloppet med hjälp av omvårdnadspersonalen, till exempel med instrument Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) – eventuella fluktuerande förlopp kan då avslöjas.
- Genomför uppföljningssamtal, då många har skrämmande minnen från en episod av delirium.

2. Somatisk utredning och handläggning.

Det är viktigt att snabbt genomföra en somatisk utredning för att identifiera och behandla underliggande medicinska orsak/-er till ett delirium.

- Provtagning:
 - blodstatus
 - elektrolyter, inklusive kalcium
 - glukos
 - njur- och leverfunktion
 - tyroideastatus
 - infektionsparametrar
 - hjärtprover
 - urinsticka, urinodling.
- Somatiskt status. Systemisk påverkan på grund av malignitet ska uteslutas. EKG, lungröntgen och DT/MR ska övervägas i förekommande fall. Om patienten nyligen är opererad bör postoperativt delirium misstänkas.
- Uteslut alltid delirium tremens. På vida indikationer bör tiaminbehandling insättas initialt under utredningen (se ovan).
- Läkemedelsgenomgång. Undvik antikolinerga och sederande läkemedel, liksom opioider om möjligt. Uteslut till exempel antikolinergt syndrom, malignt neuroleptikasyndrom, serotonergt syndrom eller läkemedelsutlöst hyponatremi, vilka alla kan medföra delirium (se respektive avsnitt).
- Behandla förstoppning. Vid urinstämma är tappningskateter att föredra, och KAD undviks i möjligaste mån.
- Tillse adekvat smärtlindring.
- Geriatrisk konsultation begärs till äldre och multisjuka högriskpatienter.
- Psykiatrisk konsultation begärs akut vid agiterade tillstånd, där patienten inte medverkar till behandling, liksom vid utfärdat vårdintyg.

3. Farmakologisk behandling.

I de flesta fall är omvårdnadsåtgärder och behandling av underliggande medicinska orsaker tillräckliga för att handlägga en patient

med delirium och tillståndet kan ofta hävas utan tillägg av psyko-farmaka. Antipsykotisk medicinering och behandling av agitation eller sömnstörning kan dock ibland vara indicerat.

Sederande preparat med antikolinerg effekt, till exempel prome-tazin eller alimemazin, ska undvikas vid delirium. Bensodiazepiner ska undvikas, liksom opioider om möjligt; vid pågående medicine-ring reduceras dosen, och abrupt utsättning ska undvikas. Benso-diazepiner kan ge nedsatt kognitiv funktion och därför medföra en risk för ökad förvirring. Vid akut agitation kan dock bensodiazepi-ner vara nödvändigt i sederande syfte i kombination med haloperi-dol. Bensodiazepiner kan även vara indicerat vid terminalt deliri-um. Bensodiazepiner utgör vidare förstahandsval vid behandling av alkoholabstinens och delirium tremens.

- *Sömnmedicinering*

Om behov uppkommer rekommenderas klometiazol, ett kort-verkande hypnotikum med god sömninducerande effekt, 1 kap-sel (300 mg) till natten. Om utebliven effekt efter 1–2 timmar ges ytterligare 1(–2) kapslar.

- *Antipsykotika*

Antipsykotiska läkemedel kan provas och är effektivt mot både agitation och psykotiska symtom vid delirium. Kortvarig be-handling ska eftersträvas.

Haloperidol rekommenderas, och ges i låg dos peroralt under kort period, tablett 0,25–0,5 mg x 2; i vissa fall 1 mg x 2, eller undantagsvis ännu högre dosering (maximalt 3–4 mg/dygn).

Bland antipsykotika har haloperidol vissa fördelar vid be-handling av delirium, då läkemedlet är väl beprövat, saknar antikolinerg effekt, ger vanligen ringa kardiovaskulär biverkan (ger ej hypotoni; kan dock sällsynt ge ventrikulär arytmi, liksom förlängd QT-tid; kontrollera EKG!), och saknar aktiva metabo-liter. En viss risk för extrapyramidala biverkningar (EPS) föreligger, speciellt vid doser över 2–3 mg/dygn, vilket noggrant får monitoreras i förekommande fall (risperidon har något lägre risk att ge EPS, och är i sådant fall ett alternativ, 0,5–1 mg x 2; kan dock ge hypotoni vid insättningen). Haloperidol ger psyko-motorisk hämning, men ej sedering, vilket bör undvikas vid delirium. Regelbunden dosering är bättre än administrering vid

behov. Var uppmärksam på att extrapyramidala biverkningar kan uppträda. Antipsykotika ska utsättas när tillståndet hävts.

Vid kraftigare beteendestörning och då patienten ej medverkar till peroral behandling kan administrering av haloperidol intramuskulärt vara nödvändigt (i förekommande fall med stöd av LPT). Normaldosering vid akut intramuskulär administrering är 5 mg – för äldre eller vid förekomst av somatisk sjukdom (till exempel hjärt-kärlsjukdom) bör dosen sänkas till 1,25–2,5 mg.

Haloperidol kan även administreras intravenöst; i sådant fall ska dock kontinuerlig EKG-övervakning genomföras för att möjliggöra kontroll av eventuell tillkomst av förlängt QT-intervall eller av ventrikulära arytmier. Intravenös administrering av haloperidol sker därför främst på IVA.

Haloperidol metaboliseras i stor utsträckning i levern; hos patienter med delirium beroende på leversvikt rekommenderas halvering av dosen haloperidol, eller annat lämpligt preparat.

I vissa situationer är det fördelaktigt att använda neuroleptika med sederande effekt, till exempel quetiapin eller olanzapin. Dessa preparat bör dock användas med försiktighet hos äldre och vid behandling av delirium, då de båda har antikolinerg effekt. För patienter med Parkinsons sjukdom eller Lewy Body-demens bör man dock använda quetiapin (1,25–25 mg x 2) i stället för haloperidol, om neuroleptika bedöms nödvändigt.

- *Sederande läkemedel*

Vid tillfällig agitation kan klometiazol provas om peroral medicinering är möjlig att administrera.

Vid ohållbara situationer med kraftig agitation kan akut intramuskulär injektion bli nödvändig (i förekommande fall med stöd av LPT) för att bryta tillståndet. I sådana fall är bensodiazepiner indicerade, ofta i kombination med haloperidol. Diazepam och lorazepam är möjliga preparat. Lorazepam har dock flera fördelar i form av snabb och kortvarig effekt, låg risk för ackumulering, avsaknad av aktiva metaboliter och förutsägbar biotillgänglighet. Lämplig dos av lorazepam är 1–2 mg im (i svåra fall eventuellt 4 mg im), och kan upprepas vid enstaka tillfälle.

FAKTARUTA 2. DELIRIUM OCH COVID-19-INFEKTION

Prevention, detektion och behandling av delirium vid covid-19-infektion är egentligen desamma som hos andra riskpatienter, men de vanliga omvårdnadsåtgärderna för prevention av delirium är svårare att genomföra i isoleringsmiljöer, som i sig dessutom kan förvärra delirium. Farmakologisk behandling av agitation kan behöva övervägas i ett tidigare skede, bland annat för att minimera smittorisk. Behandling för covid-19 utvecklas snabbt och flera psykofarmaka interagerar med denna – studera interaktionstabeller. Bensodiazepiner bör reserveras för de tillstånd då antipsykotika är mindre lämpliga (till exempel Lewy Body-demens och parkinson). Av p.o. antipsykotika föredras olanzapin på grund av minskad interaktionsrisk, vid i.m. administrering kan haloperidol ges (EKG! Obs ökad risk för myo/perikardit vid covid-19). Vid parenteral medicinering krävs extra uppmärksamhet på biverkningar, vitalparametrar och medvetandegrad hos covidpatienter.

Risken för psykiatriska följd tillstånd, framför allt posttraumatiska tillstånd, efter delirium respektive IVA-vård på grund av covid-19, synes vara förhöjd och screening utförs på en del post-IVA-mottagningar och postcovidmottagningar.

https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/liaison-psychiatry/maganement-tips-for-suspected-delirium-in-covid19-updated.png?sfvrsn=56cf38b1_4.

Samarbete

Delirium utreds och behandlas på somatisk avdelning. Om tillståndet upptäcks hos en akutsökande patient inläggs patienten för konfusionsutredning på en somatisk enhet. Vid behov av psykiatrisk bedömning eller behandling med psykofarmaka utfärdas konsultpsykiatrisk remiss. I akuta tillstånd, till exempel agitation och vårdintygsärenden, ska akut psykiatrisk konsultation begäras. Delirium kan jämföras med allvarlig psykisk störning, och tvångsvård kan bli aktuellt om patienten ej medverkar till nödvändig vård och behandling och till exempel uppvisar kraftfull agitation. Psykiatri ansvarar då för LPT-vården på den somatiska avdelningen, och den somatiska enheten ansvarar för den somatiska vården (se LPT inom somatiken, kapitel 14).

SIADH och hyponatremi

Hyponatremi är den vanligaste elektrolytrubbningen och kan utvecklas akut eller kroniskt beroende på etiologin, och indelas i hypo-, hyper- eller euvolem form. Bland äldre patienter, speciellt vid förekomst av riskfaktorer, bör natrium frikostigt kontrolleras vid försämring i kognitivt status (till exempel letargi eller konfusion), liksom bland psykiatriska patienter, då en försämring kan misstolkas som en försämring i grundsjukdomen, men bero på hyponatremi.

Mild hyponatremi (130–135 mmol/l) är oftast asymtomatisk, men vid hyponatremi hos främst äldre patienter kan symtom förekomma redan vid omkring 130 mmol/l, till exempel smygande apati, trötthet, aptitlöshet, illamående.

Vid måttlig (125–129 mmol/l) och svår hyponatremi (<125 mmol/l) beror symtomen på om hyponatremien utvecklats akut (<36–48 timmar) eller kroniskt. Ju långsammare hyponatremien utvecklas, desto lägre natriumkoncentrationer tål patienten. Akut hyponatremi ger allvarligare symtom. Vid kronisk utveckling, som är vanligast, kan hyponatremi vara relativt asymtomatisk på grund av adaptiva mekanismer; dessa mekanismer kan dock utebli, speciellt hos äldre. Symtomen kan till en början vara ospecifika, till exempel trötthet, illamående, huvudvärk och myalgi. Därefter kan svårare symtom tillkomma, som delirium, agitation, hallucinationer, kräkningar, inkontinens, gångsvårigheter och andra neurologiska symtom, vilket kräver akut omhändertagande.

Vid hyponatremi <116 mmol/l uppträder vanligen allvarliga neurologiska symtom beroende på tillkomst av hjärnödem, vilket leder till ökat intrakraniellt tryck. Kliniska tecken på hjärnödem är till exempel kräkningar, förvirring, diastolisk hypertoni, positiv Babinski och förstärkta reflexer. I sin allvarligaste form kan tillståndet orsaka cerebral herniering med kramper, hypoxi, koma och även död. Svår hyponatremi, med allvarliga neurologiska symtom, är därför ett medicinskt akutillstånd i behov av omedelbart omhändertagande och behandling. Utvecklas hyponatremien akut kan allvarliga symtom även uppträda vid högre natriumvärden.

SIADH (syndrome of inappropriate antidiuretic hormone) är den vanligaste formen av hyponatremi och utvecklas successivt och är kronisk till sin karaktär. Utlösande orsak till SIADH ska eftersökas och korrigeras. SIADH orsakas vanligen av malignitet, CNS-sjuk-

dom, lungsjukdom eller av läkemedel. Flera psykofarmaka kan orsaka tillståndet; bland antidepressiva preparat har SSRI och venlafaxin högst risk att ge upphov till SIADH. De flesta fallen av SSRI-utlöst hyponatremi uppträder under de närmaste veckorna efter insättning av SSRI-preparat, eller efter dosökning. Det är därför rekommendabelt att kontrollera natrium inom 2–3 veckor efter insättning av SSRI eller venlafaxin, samt vid behov hos patienter med riskfaktorer som högre ålder, kvinnligt kön, medicinering med diuretika, låg BMI, och en basnivå av natrium i plasma < 138 mmol/l.

Andra psykofarmaka som kan ge upphov till SIADH är anti-psykotiska läkemedel (neuroleptika). I motsats till antidepressiva, som SSRI, finns vad gäller neuroleptika ingen tydlig korrelation med ålder eller kön vid utvecklandet av hyponatremi. Hyponatremi kan även uppträda efter längre tids användning av neuroleptika, och ej endast under de första veckorna efter insättning. Vidare verkar läkemedelsdosen ej vara av tydlig betydelse vid utvecklandet av hyponatremi.

I förekommande fall ska aktuellt läkemedel som orsakar SIADH utsättas och ersätts av alternativa preparat.

Symtomgivande hyponatremi ska behandlas på akutmedicinsk vårdavdelning eller intensivvårdsavdelning. Akut hyponatremi kräver snabb korrigerande, medan kronisk, långsamt påkommen hyponatremi behandlas med långsam korrigerande. Symtomatisk akut hyponatremi (till exempel på grund av psykotisk polydipsi eller iatrogen övervätskning) är i regel intensivvårdsfall och kräver snar behandling med infusion av hypertont natriumklorid enligt speciell regim.

Kronisk hyponatremi behandlas i första hand med vätskekarens samt korrigerande av utlösande orsaker. Ett alternativ är tolvaptan-behandling. Kronisk hyponatremi, med allvarliga neurologiska symtom, bör initialt vårdas på intensivvårdsavdelning och behandlas med infusion av hypertont natriumklorid enligt anpassad regim.

Alltför snabb natriumkorrigerande ska undvikas på grund av risken för osmotiskt demyeliniserings-syndrom (central pontin myelinolys).

Antikolinergt syndrom

Antikolinergt syndrom är ett allvarligt tillstånd utlöst av antikolinergt verkande substanser och kan förekomma vid till exempel överdosering av läkemedel eller andra preparat (accidentellt eller i berusningssyfte), vid intoxicationer i suicidsyfte, eller iatrogen på intensivvårdsavdelningar ("atropinpsykos").

De initiala symtomen vid antikolinergt syndrom (inom en timme efter peroral dos) är torra slemhinnor, törst, rödflammig torr hud, mydriasis, ackommodationssvårigheter, takykardi och hypertermi. Därefter tillkommer centrala symtom som ångest, kognitiv påverkan, motorisk oro eller hallucinos; även agitation kan tillstöta. I svåra förgiftningsfall förekommer delirium eller till och med medvetslöshet. I dessa fall är tarmparalys och urinretention regel.

Symtomen sammanfattas väl i den engelska minnesramsan: *"Blind as a bat, mad as a hatter, red as a beet, hot as a hare, dry as a bone, the bowel and bladder lose their tone, and the heart runs alone."*

Antikolinergt syndrom kan utlösas av belladonnaalkaloider som atropin, hyoscyamin och skopolamin. Dessa förekommer både i vissa läkemedel samt i växter. Missbruk av sådana växter förekommer, varvid främst effekter som eufori och hallucinationer eftersträvas.

Ett flertal läkemedel har antikolinerg aktivitet; förutom antikolinergika (till exempel atropin, biperiden, skopolamin) även vissa antihistaminer och fentiazinderivat, antiemetika, vissa antidepressiva respektive antipsykotika läkemedel, karbamazepin med flera farmaka.

Hos äldre patienter kan svårare antikolinerga biverkningar, till exempel koncentrationssvårigheter och kognitiv svikt, uppträda vid behandling med antikolinerga läkemedel. Man bör därför generellt undvika förskrivning av farmaka med antikolinerg effekt till denna patientgrupp. Vid misstanke om eller konstaterat antikolinergt syndrom utsätts antikolinerga läkemedel, och noggrann anamnestisk genomgång görs gällande intag av andra antikolinerga preparat.

Antikolinergt syndrom kräver symtomatisk behandling på medicinsk akutvårdsavdelning eller intensivvårdsavdelning. Antidotbehandling med fysostigmin ges vid svåra symtom.

Katatoni (inklusive malignt neuroleptikasyndrom)

Katatoni är ett psykomotoriskt syndrom med dysreglering av motoriken och påverkan av affektiva och viljemässiga funktioner. Vanligt förekommande symtom är hypokinesi, immobilitet, mutism, tillbakadragenhet, matvägran, stirrande blick, negativism, posering och rigiditet. Ibland förekommer även affektiv förändring och excitation. Vid lindriga fall framträder ett fåtal diskreta symtom medan allvarliga fall, med förekomst av bland annat autonom instabilitet, är potentiellt livshotande tillstånd som kräver akut behandling. Tidig diagnos är viktig för att förhindra allvarlig symtomutveckling, och katatoni har vanligen god behandlingsrespons.

Katatoni kan vara relaterad antingen till psykisk sjukdom, ett medicinskt tillstånd eller vara av idiopatisk art. Affektiv sjukdom, speciellt bipolär sjukdom, och schizofreni är de vanligaste orsakerna till katatoni, men katatoni förekommer även vid bland annat autism. Katatona symtom har rapporterats förekomma i omkring 10 procent av akutfall inom vuxenpsykiatri. Medicinska orsaker till katatoni (infektioner, främst cerebrala, till exempel encefalit eller meningit; CNS-sjukdomar, till exempel hjärntumör, stroke; autoimmuna sjukdomar som anti-NMDA-receptorencefalit eller SLE; endokrina sjukdomar; intoxicationer; läkemedelsutlöst; drogutlöst) har beräknats ansvara för 20–40 procent av alla fall med katatoni i olika undersökningar.

Vid katatoni framkommer anamnestiskt ibland en smygande debut över dagar eller någon vecka, men ibland ett mer akut insjuknande med tidsförlopp av timmar eller någon dag. Symtomen kan variera och uppträda med ett fluktuerande förlopp under delar av en dag, men gå i regress och återkomma senare, ofta föregående av eller i samband med en depression, mani eller psykos, eller somatiskt tillstånd enligt ovan. Symtombilden kan således vara komplex. Ett fluktuerande förlopp kräver återkommande observation och god dokumentation samt kommunikation mellan avdelningspersonal och ansvarig läkare.

Katatoni kan delas upp i två typer (som kan övergå i varandra):

- *Akinetisk (stuporös) katatoni*
- *Hyperkinetisk (exciterad/agiterad) katatoni*

Båda typerna kan utvecklas till ett allvarligt slutstadium som kräver akut behandling:

- *Malign (letal) katatoni*

Akinetisk (stuporös) katatoni är den vanligare formen och präglas av symtom som immobilitet, mutism, stupor, stirrande blick, rigiditet med flera symtom.

Hyperkinetisk (exciterad/agiterad) katatoni är mindre vanlig och präglas, som namnet anger, även av psykomotorisk agitation.

Malign (letal) katatoni är ett allvarligt och potentiellt livshotande tillstånd och kännetecknas av rigiditet, delirium eller förändrad medvetandegrad, autonom instabilitet och hypertermi, och kräver akut handläggning. Komplikationer vid malign katatoni är bland annat pneumoni, tromboembolism, arytmier, rabdomyolys och njursvikt.

Malign katatoni innefattar akinetisk katatoni av malign karaktär, liksom deliriös mani som kan betraktas som en malign hyperkinetisk katatoni. Vid deliriös mani föreligger en extrem grad av uppvarvning i form av maniska symtom i kombination med delirium, psykotiska symtom, bisarrt beteende, affektiv labilitet och autonom påverkan.

Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BF CRS) kan användas för diagnostik samt bedömning av svårighetsgraden av katatoni. Skalan tar även upp flera symtom som kan uppträda vid katatoni och som ej anges i DSM-5.

Malignt neuroleptikasyndrom (MNS) är ett läkemedelsutlöst katatont tillstånd, och kan ses som en särskild form av malign katatoni. MNS utlöses av antipsykotisk medicinering (neuroleptika) genom påverkan av det dopaminerga systemet, främst genom blockad av dopamin D₂-receptorn. Incidensen hos patienter som medicinerar med antipsykotika har rapporterats vara 0,01–0,1 procent. MNS kan utlösas av samtliga antipsykotika. Medicinering med litium i kombination med antipsykotisk medicinering (särskilt haloperidol) har rapporterats öka risken för MNS. Liknande symtom som vid MNS kan sällsynt uppträda vid medicinering med andra dopaminantagonister (antiemetika, till exempel metoklopramid och droperidol), liksom efter snabb utsättning av dopaminerga läkemedel.

En potentiell risk att utveckla MNS finns hos varje patient som

inleder behandling med antipsykotisk medicinering. Ett antal riskfaktorer för att utveckla MNS har rapporterats, som snabb dosökning och/eller höga doser av antipsykotika, liksom parenteral behandling eller polyfarmaci av dessa preparat, CNS-sjukdomar/skador, dehydrering, malnutrition, agitation, utmattning, akatisi, järnbrist, tidigare katatona symtom, manligt kön samt ålder (vanligast 20–25 år). Förekomst av tidigare episod av MNS i anamnesen ökar också risken.

Symtomdebut av MNS inträffar vanligen under första behandlingsveckan (oftast inom 72 timmar) med antipsykotisk medicinering, ibland redan under det första dygnet, och så gott som alla fall av MNS debuterar inom 30 dagar efter att medicinering med antipsykotika inleddes.

Utredning

Vid misstänkt katatoni bedöms patientens symtom av katatoni innan, samt efter administration av lorazepam (lorazepamtest).

Ett positivt lorazepamtest innebär en tydlig klinisk förbättring av symtomen (minst en halvering av totalpoängen på BFCRS). Efter att symtomen avklingat vid ett positivt test återkommer det katatona statuset successivt om ej ny administrering av lorazepam sker.

Ett negativt lorazepamtest utesluter inte katatoni, vilket är viktigt att understryka.

Vid utredning gällande misstänkt katatoni inhämtas anamnes, psykisk och somatisk status, laboratorieundersökningar samt riktade undersökningar i specifika fall. Insamlade fakta ingår i utredningen av utlösande orsak samt vid bedömningen av eventuella komplikationer, och det är viktigt att fastställa om autonom instabilitet föreligger.

Vid misstänkt katatoni på somatisk vårdavdelning rekommenderas akut konsultationsremiss till psykiatri. Om patienten vårdas på psykiatrisk avdelning ska akut remiss till medicinkonsult utfärdas vid tecken på autonom instabilitet.

Observera att vitalparametrar och prover (CK och myoglobin) varken bekräftar eller avfärdar diagnosen katatoni, utan ger information om huruvida tillståndet är av malign karaktär eller inte.

Behandling

Vid katatoni ges behandling med bensodiazepiner. Om tillståndet därvid ej snabbt reverseras är ECT förstahandsval.

Vid malign utveckling krävs högre vårdnivå med monitorering och symtomatisk behandling på medicinsk akutvårdsavdelning eller i svåra fall på intensivvårdsavdelning.

Vid malignt neuroleptikasyndrom kan, förutom ovanstående regim och utsättning av antipsykotika, även behandling med bromokriptin respektive dantrolen i vissa fall bli aktuell.

Serotonergt syndrom

Serotonergt syndrom är ett allvarligt och potentiellt letalt tillstånd, beroende på förhöjd serotonerg aktivitet. Syndromet utlöses av serotonerga läkemedel eller andra substanser som höjer den serotonerga aktiviteten, och kan uppträda vid terapeutisk läkemedelsbehandling, vid intoxicationer eller på grund av oavsiktlig interaktion mellan serotonerga preparat.

Det är ovanligt att serotonergt syndrom orsakas av ett enda preparat, vanligen är orsaken två eller flera preparat med olika verkningsmekanismer. Syndromet kan även uppkomma vid användning av läkemedel i terapeutiska doser. Kombination av MAO-hämmare med andra serotonerga preparat är speciellt riskfyllt; ett exempel vid antidepressiv behandling är kombinationen moklobemid och SSRI. Vidare måste uppgifter om intag av serotonerga droger noga inhämtas.

I en studie av drygt 100 intensivvårdskrävande fall var de fem vanligaste orsakerna till serotonergt syndrom: överdos; kombination av antidepressiva med somatiska MAO-hämmare; kombination av antidepressiva och opioider (tramadol eller fentanyl var vanligast); kombination av flera antidepressiva eller byte mellan antidepressiva; bruk av narkotika med serotonerga egenskaper.

Serotonergt syndrom är en klinisk diagnos och kan graderas i lindriga, medelsvåra och svåra fall, men klara avgränsningar föreligger inte. Symtomen har rapporterats uppträda inom en timme hos omkring 30 procent av patienterna efter exponering eller doshöjning av serotonerga preparat, och inom 6 timmar hos cirka 60 procent av patienterna. Lindriga fall kan förbises eller misstolkas; en dosökning eller tillägg av ytterligare ett serotonergt preparat kan i sådant fall leda till snabb och dramatisk försämring av patienten.

Vid svåra, livshotande tillstånd förekommer delirium, allvarlig hypertermi och muskulär rigiditet, varvid komplikationer i form av rabdomyolys, arytmier, disseminerad intravasal koagulation (DIC) och njursvikt kan tillkomma.

Vid tillkomst av neuromuskulära symtom (till exempel tremor, hyperreflexi eller klonus), i varierande kombination med autonoma och mentala förändringar, hos en patient som medicinerar med serotonerga preparat ska serotonergt syndrom alltid misstänkas. Symtomen kan indelas i nedanstående kategoritriad:

- **Autonoma symtom:** Svette (diafores), hypertermi (svår >38,5°C), takykardi, instabilt blodtryck (hyper-/hypotoni), diarré, ökad tarmperistaltik med ökade tarmljud, takypné/dyspné, dilaterade pupiller (mydriasis), illamående.
- **Mental påverkan och andra CNS-manifestationer:** Akatysi, rastlöshet, ångest, insomni, hypomani, agitation, delirium; med ökande svårighetsgrad i allvarliga fall. Andra allvarliga CNS-manifestationer är generella kramper (sällsynt), koma och positiv Babinski.
- **Neuromuskulära symtom:** Hyperreflexi, klonus, myoklonus, tremor, ryckningar, muskelrigiditet. Klonus (inducerad, spontan eller okulär) är ett viktigt fynd för att fastställa diagnosen, men tillkomst av muskelrigiditet kan maskera klonus, hyperreflexi och tremor. De neuromuskulära symtomen är oftast tydligast i de nedre extremiteterna.

Serotonergt syndrom ska övervakas och behandlas på medicinsk akutvårdsavdelning eller på IVA vid svår symtomatologi. Vid behandling av serotonergt syndrom utsätts serotonerga preparat, och symtomatisk behandling ges i kombination med bensodiazepiner, eller i svårare fall med serotoninantagonist. Om symtomen ej går i snabb regress kan muskelrelaxering under respiratorbehandling bli aktuellt. Vid adekvat behandling är prognosen i allmänhet god, men dödsfall förekommer.

Litteratur

- Adler, M. (2019). *Handbok i Klinisk Psykiatrisk Diagnostik*. Psykiatriutveckling Sverige AB.
- Almvik R., Woods P. & Rasmussen, K. (2000). The Bröset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpersonal Violence*. 2000; 15: 1284-1296.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. (2013). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- American Psychiatric Association: *MINI-D 5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5®*, svensk utgåva (2014). Stockholm: Pilgrim Press AB.
- Arciniegas, D. B. & Anderson, C. A. (2002). Suicide in Neurologic Illness. *Curr Treat Options Neurol*. 2002; 4(6): 457-68.
- Bak, M., Weltens, I., Bervoets, C. et al. (2019). The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019; 57: 78-100.
- Baldaçara, L., Sanches, M., Cordeiro, D. C. & Jackowski, A. P. (2011). Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Braz J Psychiatry*. 2011; 33(1): 30-9.
- Bengtsson, J., Bodén, R., Törnblom, E. & Steinholtz, L. (2019). ABC om Akut katatoni. *Läkartidningen*. 2019; 117: 479-83.
- Björkhem Bergman, L. & Josephson, F. (2008). Hyponatremi vid antidepressiv behandling. *Läkartidningen*. 2008; 105(3): 135.
- Bjørkly, S., Hartvig, P., Heggen, F. A. et al. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(6): 388-94.
- Boyer, E. W. & Shannon, M. (2005). The serotonin syndrome. *N Engl J Med*. 2005; 352(11): 1112-20.
- Brown, T. M. & Boyle, M. F. (2002). Delirium. *BMJ*. 2002; 325(7365):644-7.
- Bush, G., Fink, M., Petrides, G., Dowling, F., Francis, A. & Catatonia, I. (1996). Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93(2): 129-36.
- Cuesta, M. & Thompson, C. J. (2016). The syndrome of inappropriate antidiuresis (SIAD). *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2016; 30(2): 175-87.
- Deiner, S. & Silverstein, J. H. (2009). Postoperative delirium and cognitive dysfunction. *Br J Anaesth*. 2009; 103 Suppl 1:141-6.
- De Picker, L., Van Den Eede, F., Dumont, G., Moorkens, G. & Sabbe, B. G. (2014). Antidepressants and the risk of hyponatremia: a class-by-class review of literature. *Psychosomatics*. 2014; 55(6): 536-47.

- Dunkley, E. J., Isbister, G. K., Sibbritt, D., Dawson, A. H. & Whyte, I. M. (2003). The Hunter Serotonin Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity. *QJM*. 2003; 96(9): 635-42.
- Fazel, S. & Runeson, B. (2020). Suicide. *N Engl J Med*. 2020; 382(3): 266-274.
- Fink, M. (2013). Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2013;(441): 1-47.
- Fink, M. & Taylor, M. A. (2009). The catatonia syndrome: forgotten but not gone. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(11): 1173-7.
- Francescangeli, J., Karamchandani, K., Powell, M. & Bonavia, A. (2019). The Serotonin Syndrome: From Molecular Mechanisms to Clinical Practice. *Int J Mol Sci*. 2019; 20(9): 2288.
- Gardner, D. M., Murphy, A. L., O'Donnell, H., Centorrino, F. & Baldessarini, R. J. (2010). International consensus study of antipsychotic dosing. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(6): 686-93.
- Giftinformationscentralen: <https://giftinformation.se/lakare/substanser/serotonergt-syndrom/>.
- Hannon, M. J. & Thompson, C. J. (2010). The syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: prevalence, causes and consequences. *Eur J Endocrinol*. 2010; 162 Suppl 1: S5-12.
- Large, M. & Niessen, O. (2017). The limitations and future of violence risk assessment. *World Psychiatry*. 2017; 16(1): 25-26.
- Malmgren, L., Rosén, J., Dahlman, D. & von Wöwern, F. (2016). Baljväxt orsakar förgiftning med antikolinergt syndrom. *Läkartidningen*. 2016; 113: DY6T.
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *N Engl J Med*. 2017; 377(15): 1456-66.
- McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B. & Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*. 2019; 5(2): e18.
- Meulendijks, D., Mannesse, C. K., Jansen, P. A., van Marum, R. J. & Egberts, T. C. (2010). Antipsychotic-induced hyponatraemia: a systematic review of the published evidence. *Drug Saf*. 2010; 33(2): 101-14.
- Nishtala, P. S., Salahudeen, M. S. & Hilmer, S. N. (2016). Anticholinergics: theoretical and clinical overview. *Expert Opin Drug Saf*. 2016; 15(6): 753-68.
- Olsson, K. & Öhlin, B. (2012). ABC om hyponatremi. *Läkartidningen* 2012; 17-18: 888-892.
- Petersén, Å. & Lundberg, L. (2009). Malignt neuroleptikasyndrom - sällsynt diagnos med hög dödlighet. *Läkartidningen*. 2009; 106(18-19): 1273-6.
- Piehl, F. & Winnerbäck, K. (2010). Nyupptäckt autoimmun encefalit misstogs för psykisk sjukdom. Anti-NMDA-receptorencefalit ställer krav på korrekt differentialdiagnostik. *Läkartidningen*. 2010; 107(9): 589-91.

- Rasmussen, S. A., Mazurek, M. F. & Rosebush, P. I. (2016). Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World J Psychiatry*. 2016; 6(4): 391-8.
- Roadset, J. O., Hartvig, P. & Bjørkly, S. (2011). V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2011; 26(2): 85-91.
- Rousseau, A. & Sjödin, I. (2004). ABC om konfusion på somatisk avdelning. *Läkartidningen*. 2004; 101(26-27):2270-4.
- SBU. (2005). *Riskbedömningar inom psykiatri. Kan våld i sambället förutsägas?* Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005.
- SBU. (2016). *Hantering av hot och våld inom psykiatri – förebyggande åtgärder*. SBU Kommenterar nr 2016_12.
- SBU. (2020). *Bedömningsinstrument för att identifiera delirium hos patienter inom slutenvården*. SBU 2019/718. Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2020.
- Sienaert, P., Dhossche, D. M., Vancampfort, D., De Hert, M. & Gazdag, G. (2014). A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry*. 2014; 5: 181.
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. 2017-12-4.
- Truedson, P., Ott, M., Bernberg, E. & Werneke, U. (2020). Malignt neuroleptikasyndrom och serotonergt syndrom. Två allvarliga biverkningar vid behandling med psykotropa läkemedel. *Läkartidningen*. 2020; 117: F3LI.
- Wallsten, T. (huvudredaktör) et al. (2013). *Psykiatrisk tvångsvård. Kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Svensk Psykiatri, Nr. 13. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB.
- Wu, Y. C., Tseng, P. T., Tu, Y. K. et al. (2019). Association of Delirium Response and Safety of Pharmacological Interventions for the Management and Prevention of Delirium: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(5): 526-535.
- Yousaf, U., Christensen, M. L., Engholm, G. & Storm, H. H. (2005). Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer*. 2005; 92(6): 995-1000.
- Zalpuri, I. & Rothschild, A. J. (2016). Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *J Affect Disord*. 2016; 198: 23-31.

3. Konsultation-liaison-psykiatri i praktiken

MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD OCH LARS WAHLSTRÖM

Sammanfattning

Detta kapitel innehåller beskrivning av

- karakteristiken hos patienter som blir aktuella för konsultation-liaisonpsykiatri
- tillvägagångssättet vid en psykiatrisk konsultation inom somatiken
- den konsultationspsykiatriska problemformuleringen
- den biopsykosociala modellen i konsultation-liaisonpsykiatriskt sammanhang
- konsultpsykiaterns särskilda kompetens som expert, kommunikatör och teamarbetare.

Inledning

I det här kapitlet använder vi beteckningen CL-psykiatri för att beskriva praktiken vid icke-akut konsultation-liaison, i kontrast till den akuta konsultationen.

Målet för CL-psykiatri är i de flesta fall, i motsats till vid akuta konsultationer, inte att göra en engångsbedömning och producera ett remissvar. I stället blir uppgiften att komma fram till en förståelse av patientens tillstånd tillsammans med patienten, genom att ta hänsyn till patientens berättelse, vår psykiatriska expertis och somatikerns fynd och synvinklar.

Konsultpsykiatriern försöker analysera alla relevanta aspekter inte bara av sjukdomen utan också av personen som har sjukdomen,

vilket sedan syntetiseras till en fallformulering. Sedan ska denna kommuniceras till patienten och vårdteamet och bli substrat för formulering av en handläggningsplan.

Vad är skillnaden mellan akut psykiatrisk konsultation och CL-psykiatri?

Den akuta psykiatriska konsultationen är helt reaktiv och rör frågeställningar som kräver direkt handläggning, som exempelvis bedömning av suicidrisk, agitation och/eller våldsamt beteende på basen av konfusion, psykos eller substanspåverkan.

Till skillnad däremot är arbetet inom CL-psykiatri till sin intention proaktivt och mer undersökande, för att möta de egentliga frågeställningar som värden av en specifik patient reser.

Konsultpsykiatriska bedömningar är ofta tidskrävande och konsultpersonal måste ha avsatt tid för den flexibilitet som krävs för dessa stundom komplicerade fall. Det är också därför det ofta är lämpligt att organisatoriskt skilja det CL-psykiatriska uppdraget från de akuta psykiatriska uppdragen, vilket annars tenderar att prioriteras i patientflödet.

Vilka är konsultationspsykiatrins patienter?

Grovt sett tillfaller patienterna en av följande kategorier:

- **Patienter med psykiska störningar sekundära till medicinsk sjukdom eller behandling:** Exempel är psykologiska reaktioner på somatisk sjukdom eller skada, psykiatriska följder av långvarig somatisk sjukdom eller invalidiserande behandling, sekundära pålagringar på somatisk sjukdom (till exempel funktionella kramper vid EP), neurokognitiva störningar och hjärnorganiska syndrom.
- **Patienter med somatisk manifestation av primär psykisk störning:** Inkluderar kroppssyndrom, funktionella symtom och patomimi. Dessa patienter fokuserar ofta på somatiska symtom vid stress (psykofysiologisk aktivering). Individer som har svårt att tolka interoceptiva stimuli, till exempel patienter med autistiska drag, intellektuell funktionsnedsättning, kognitiv svikt med flera, som presenterar somatiska symtom, kan också tillhöra denna kategori.

- **Patienter med komplex somatisk-psykiatrisk samsjuklighet:**
Är patienter med allvarlig psykisk sjukdom som insjuknar somatiskt, eller beteendestörningar som leder till kroppslig sjukdom, abnormt eller dysfunktionellt sjukdomsbeteende, med svårigheter i kommunikationen med vården som resultat.

Remisser till CL-psykiatri kan avse patienter inlagda på sjukhus inom somatik (oftast icke-akuta avdelningar) eller polikliniska patienter som följs av somatisk specialistvård.

Ibland kan en konsultation begäras utan patientkontakt beträffande till exempel farmakologisk behandling, liaison/vägledning, handledning av personal eller psykoedukation, respektive i etiska frågor.

En konsultläkare eller konsultsjuksköterska kan delta regelbundet eller vid behov i multidisciplinära teamkonferenser eller psykosociala ronder, så kallad liaison.

Slutligen kan en remiss gälla konsultation utan patientkontakt, med önskan om stöd eller assistans för personal gällande särskilt utmanande patienter där till exempel personlighetsaspekter eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar påverkar somatisk behandling, se kapitel 7.

En definierande aspekt av konsultationspsykiatri är att den primära ”uppdragsgivaren” inte är patienten utan den remitterande somatikern. Uppgiften är att hjälpa och stödja konsultanden att hantera psykiatriska/psykologiska aspekter så att somatisk vård och behandling kan genomföras. Någon gång kan detta påverka patientens motivation och insikt och enstaka patienter kan känna sig missförstådda eller stigmatiserade när en psykiatriker tillkallas. Erfarenhetsmässigt är dock detta sällan ett problem och i själva verket är det ofta en fördel att psykiatrikern uppfattas som en del av det somatiska teamet. Många patienter och närstående upplever det som positivt att uppfattas som en hel människa av sjukvården.

I kapitel 1 beskrevs att psykiatern är rådgivande i konsultsituationen och behandlingsansvaret ligger kvar hos konsulterande läkare. Det innebär konkret att exempelvis psykiaterkonsultens råd om psykofarmakologisk medicinering ska övervägas av ansvarig somatiker som tar ansvar för den sammanlagda ordinationen med beaktande av interaktioner etcetera. Situationen är en annan vid LPT-

vård eller vid viss överenskommen liaisonverksamhet, då psykiatern tar ansvar för psykiatriska ordinationer och somatikern för sin del.

Skriftliga överenskommelser mellan somatiska verksamheter och psykiatrisk klinik underlättar samarbetet. En sådan kan innehålla definitioner av ansvarsområden, exempelvis att patienter med psykos som debuterar i seniet vårdas på geriatrisk/medicinsk klinik, men att psykiatrin kan bistå med tillfällig övertagning vid allvarligare omvårdnadsproblem. Det finns också över landet olika formuleringar av ansvaret för extravak under HSL-vård mellan verksamheter. Detsamma gäller rutiner gällande transport av patient mellan klinikerna, som av säkerhetsskäl bör tydliggöras skriftligen.

Hur en konsultation går till

a) Allmänna principer för konsultpsykiatrisk bedömning

- Ett konsultpsykiatriskt uppdrag börjar med att försöka förstå vad som är det egentliga problemet och orsaken till konsultationen, vad som efterfrågas eller behövs i verkligheten bakom och bortom den explicita frågeställningen på remissen (latenta och manifesta frågeställningar), se faktaruta 3.

Faktaruta 3. Bakom den explicita frågeställningen på remissen döljer sig oftast en eller flera av följande frågeställningar, den konsultpsykiatriska problemformuleringen:

- a. bedömning och diagnosfråga (inklusive funktionella frågeställningar, kognitiva bedömningar med mera)
- b. vårdplanering inklusive frågor om handläggning inom psykiatris processer
- c. övertagning för fortsatt psykiatrisk vård
- d. riskbedömning
- e. LPT-frågeställning eller andra juridiska och etiska frågor
- f. farmakologisk fråga
- g. bedömning av beslutsförmåga
- h. hanterande av beteendestörning
- i. psykologisk/omvårdnadsintervention (psykiatriska omvårdnadsfrågor inom somatik)

(listan kan även användas för kategorisering och uppföljning av utförda konsultpsykiatriska insatser, se faktaruta 1, kapitel 1), omarbetad från Guthrie, 2016.

- Bedömning av funktionssvikt och symtombörda vid somatisk sjukdom. Står det i proportion till somatiska fynd? Om inte, misstänk och undersök psykisk störning.
- Bred och orienterande psykiatrisk undersökning, även om patienten inte spontant berättar om psykiska symtom. Tänk speciellt på krisreaktion, ångest, depression, kognition, personlighetsyndrom, neuropsykiatriska diagnoser, psykiskt traumatiserande upplevelser och även substansbruk som kan påverka beteende och compliance. Enkla psykiatriska semistrukturerade intervjuer (till exempel MINI) och enkla skattningsskalor (till exempel MADRAS, HADS) kan vara lämpliga.
- Bedömning av somatiska faktorer som kan ha lett till sekundära psykiska symtom inklusive biverkningar av behandlingar, läkemedelsutlösta psykiska symtom, missbruk, organisk hjärnpåverkan.
- Kognitiv bedömning ingår alltid (se kapitel 6).
- Undersökning av patientens egna föreställningar om (den somatiska) sjukdomen och dess orsak – detta bestämmer patientens emotionella och kognitiva reaktion på symtomen och diagnosen.
- Heteroanamnes inklusive närståendesamtal (om möjligt) och intervju med relevant vårdpersonal.

b) Moment i konsultationen

Här beskrivs punkter som är specifika eller särskilt viktiga i konsultpsykiatriska sammanhang och kännedom om basal psykiatrisk bedömning förutsätts.

1. Inför bedömningen av patienten

1. Remissbedömning

Utifrån remissen bedöma:

- akut eller subakut bedömning, annan handläggning
- konsultationsorsak och förväntningar baserat på samtal med remittenten (manifesta och latenta frågeställningar).

Det är optimalt om en initial riskbedömning inkluderande patientens insikt och beredvillighet att medverka till bedömningen kan göras av remittenten.

2. Journalgenomgång och diskussion med remitterande läkare/personal

Speciell betoning på både tidigare besvär och anamnes på det aktuella besväret. Särskilt fokus kring information om tidigare funktion och kognition (information från psykiatri, kuratorer, fysioterapi, arbetsterapi, logopedier kan vara mycket relevant).

Lägg möda på att intervjua den omvårdnadspersonal som har bäst information om aktuell funktion och beteende (inklusive uppmärksamhet, konfusion, agitation samt matintag, sömn, ADL). På grund av roterande scheman och ständigt ny personal kan konsulten behöva hjälpa omvårdnadspersonalen att notera den typen av information. Ibland finns en eller flera nyckelpersoner, till exempel en undersköterska eller en sjukgymnast som återkommer, och som kan ge väsentlig information.

Konsulten ska också sätta sig in i relevanta aspekter av aktuella somatiska tillstånd, vilket kan innebära litteratursökning, att slå upp i konsultpsykiatrisk litteratur eller samtal med somatiker. Gör en egen värdering av om somatiska undersökningar behöver kompletteras eller provsvar följas upp.

2. Interaktion med patient

2.1 Situation och lokal

Som vid alla bedömningar utanför psykiatrin är det viktigt att man träffar patienten på en plats som skyddar integritet, värdighet och sekretess för patienten, men dessutom i tillämpliga fall beaktar risk-situationer (våld, suicid).

Man ska dessutom försöka optimera förutsättningar för samtalet, beroende på patientens fysiska mående, somatiskt status, men även annat som kan försvåra kommunikation (inklusive nedsatt syn, hörsel, neglect, rörlighet, tolkbehov).

2.2 Rätt introduktion

Som angetts tidigare, initieras kontakten med patienten efter konsultandens initiativ. Det är alltså inte alltid klart för patienten vem man pratar med och varför. Målet med samtalet och patientens önskemål kan klargöras redan nu.

2.3 Intervju

Omfång och djup på samtalet avgörs av frågeställning och patientens tillstånd; endast relevanta delar av följande går igenom.

Förutom sedvanlig psykiatrisk bedömning ska man försöka undersöka:

- Förlopp av den aktuella presentationen/ problem och problemformulering från patientens perspektiv. Även patientens förståelse av vårdförloppet, eventuell diagnos, acceptans.
- Patientens styrkor/resurser och psykosociala och psykologiska behov.
- Den somatiska sjukdomens påverkan på livskvalitet och funktion.
- Psykosomatisk stress:
 - utlösande sårbarhetsfaktorer (personlighet, uppväxt, trauma)
 - symtomformande/patoplastiska faktorer (kommunikation, attribution, kultur, media)
 - biologiska stressreaktioner: akut och kronisk stress
 - vidmakthållande faktorer: betingning, ”sekundärvinst”.

2.4 Undersökning/status

- Behov av strukturerad intervju? Självs-kattningsinstrument kan användas främst inför öppenvårdsbesök.
- Uppmärksamhet/kognition; MMSE, MoCA, klocktest, the4at (delirium), specifika frågor eller screeningsformulär.
- Psykofysiologisk reaktivitet (sympatikus): kall, slapt handslag, muntorrhet, blekhet, tremor, rödflammig, tunga, djupa andetag, hyperventilering, svettning.
- Tal, stämning/affekt/perception i relation till somatisk sjukdom.
- Riktad fysisk undersökning (vid till exempel katatoni).

3. Heteroanamnes (efter patientens medgivande)

- Familj, vänner (beakta behov av samtycke från patienten).
- Vårdgivare, ibland externa sådana.
- Läkemedelsförteckning.

4. Analys

- Identifiering av konsultpsykiatriska formuleringar.
- Diagnostik, inklusive differentialdiagnostik.
- Utforma terapeutisk strategi.

5. Respons/intervention

5.1 Interventioner och åtgärder

Nästa viktiga steg är att med utgångspunkt i diagnos(erna) formge fallformuleringen samt ge förslag på intervention eller planering.

Exempel på interventioner kan vara följande:

- Bedömningen/samtalet i sig kan vara tillräcklig intervention, KBT eller annan teknik kan användas.
- Läkemedel.
- Råd till omvårdnadspersonal/läkare om bemötande eller omvårdnad.
- Omvårdnadsintervention av konsultsjuksköterska: stödsamtal, MI, ångestreduktion.
- Möte med somatisk personal som punkthandledning eller vårdplanering.
- Fysioterapi, psykoterapi.
- Remittering till psykiatri, primärvård, rehab med mera.

5.2 Återkoppling till inremitterande

Detta är ett mycket viktigt moment. Sammanfattande bedömning bör inkludera diagnostiskt resonemang under beaktande av biologiska, psykologiska, sociala och eventuella kulturella aspekter. Det är väsentligt att den konsultpsykiatriska problemformuleringen (se faktarutan) adresseras detaljerat, men samtidigt koncist i en form och språkdräkt som kan användas av remittenten. Återkopplingen bör ske både skriftligt och muntligt med strävan till öppet samtal med vårdpersonal och läkare.

Detta är viktigt eftersom man

- adresserar och förhoppningsvis besvarar frågan i remissen och den konsultpsykiatriska problemformuleringen
- får möjlighet att förmedla psykiatrisk kunskap
- hjälper somatikern att få tillgång till en patients mentala liv och upplevelse av vården
- bidrar till en helhetssyn på människan.

I sammanfattningen ska man reflektera över vad som är relevant i den aktuella konsultpsykiatriska problemformuleringen:

- Aktuella problemet (patient och diagnoser). Patientens beskrivning och diagnostisk beskrivning, ”review of systems” (genom-

gång av organsystem eller/och relevanta psykiatriska och kognitiva domäner).

– Vidmakthållande faktorer.

Skyddande faktorer (styrkor, stöd):

- Rekommendation/planering (se 5.1 ovan) inklusive:
 - patientsäkerhetsaspekter, suicidrisk
 - förslag vidare psykiatrisk utredning
 - vad ska somatisk vårdgivare göra: läkemedel, undersökningar
 - omvårdnad; förhållningssätt och bemötande.

Dokumentation av konsultationen i journal sker lämpligen med särskild mall som innehåller relevanta sökord, som somatisk anamnes, analys svar att beakta, läkemedelsgenomgång/interaktion, krisplan, riskbedömning. Journalanteckningen ska, inte minst av säkerhetsskäl, vara tillgänglig för ansvarig somatisk klinik.

6. Återkoppling patient/anhöriga

7. Uppföljning

Eventuell uppföljning på avdelning eller via CL-mottagning, psykiatri, primärvård. Försök säkerställa att rekommendationerna följer med patienten vid utskrivning.

Den biopsykosociala modellen

Den västerländska sjukvårdens enorma framgångar baseras på en biomedicinsk sjukdomsmodell. På 1970-talet föreslog den amerikanska internmedicinaren och psykiatern George Engel en utvidgning av denna begreppsmodell, som han ansåg ”inte lämna utrymme för sjukdomens sociala, psykologiska och beteendemässiga dimensioner”, och kallade den den biopsykosociala modellen (BPS). Engel poängterade att livsstil, beteenden, tankar och känslor kan påverka det fysiska tillståndet.

1989 skrev Zbigniew Lipowski i en nu klassisk artikel om psykiatri att ”efter en period som kännetecknades av ensidig betoning på psykodynamiska och sociala frågor, eller vad som kan kallas ’hjärnlös’ (brainless) psykiatri på grund av dess försummelse av hjärnprocesser, bevittnar vi en motsatt trend mot extrem biologism

eller 'mindless' psykiatri". Han argumenterade att "dessa tre aspekter (biologiska, psykologiska och sociala) är inte reducerbara eller ömsesidigt förklarande och är oundgängliga för förståelsen och behandlingen av den enskilda patienten". I och med denna artikel etablerades den moderna konsultation-liaisonpsykiatrin med insikten att få tillstånd är monofaktoriella, av naturen "en mikrob = en sjukdom"; snarare finns det vanligtvis flera interaktiva orsaker och bidragande faktorer. Den biopsykosociala modellen är alltså en tvärvetenskaplig modell som ser på sammankopplingen mellan biologi, psykologi och sociala faktorer/miljöfaktorer.

I all god psykiatrisk praktik ingår ett biopsykosocialt perspektiv. Inom CL-psykiatrin har BPS-modellen utvecklats till ett instrument som hjälper klinikern att synliggöra såväl "individen som har en sjukdom" som att se individen i sjukvårdsammanhanget, med beaktande av processen över tid. Den har dessutom visat sig pedagogiskt användbar i kommunikationen med patienter och somatisk personal.

Fallanalys enligt BPS innebär att man tänker i två dimensioner (tabell 5):

- Horisontellt analyserar man de olika faktorer som skulle kunna vara relevanta för att förstå patientens aktuella situation och symtomatologi utifrån biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. I synnerhet vid misstanke om funktionell störning eller faktitia kan det vara viktigt att lägga till en kolumn med beskrivning av iatrogena faktorer.
- Den vertikala dimensionen representerar ett processtänkande och analyserar vad som skulle kunna ha bidragit som sårbarhetsfaktorer, utlösande faktorer, men även vad som vidmakthåller det aktuella problemet.

Tabell 5. Den biopsykosociala modellen med iatrogena faktorer, exempel

Faktorer	Bio	Psyko	Sociala	Iatrogena
Predisponerande	Somatisk sjukdom Fysiskt trauma Begåvnings-handikapp	Personlighet NP-störning Copingstrategier Trauma	Anhörigas sjukdomsbeteende i patientens barndom. Livshändelser Ekonomi Ensamhet Missbruk	<i>Otydlig information Vårdgivarångest</i>
Utlösande	Insjuknande med somatiska symtom Fysisk skada/smärta Fysiologisk händelse	Krisreaktion Depression/ångest Panikattack Akut dissociation	Aktuella livshändelser, inklusive potentiella trauman Kultur/media FK, AF, familj	<i>Läkarbyte, bristande kontinuitet, misstag i vården</i>
Vidmakthållande	Neuroendokrina förändringar (depression, hypervigilans), smärta (sensitivering)	Oro över orsak Undvikande av symtomprovokation	Stigma av oklar diagnos Förlust av jobb, autonomi "Sekundärvinst", sociala medier	<i>Journalmängd Tidsbrist Nya utredningar Inte känna sig trodd</i>

Konkret exempel – fiktivt fall (tabell 6)

Kvinna, 25 år. Utredd på Neuro för svaghet i höger arm och ben med plötslig debut 5 månader tidigare, varierar mellan mild svaghet och total pares. Extensivt utredd och misstanke om funktionell genes varför hon träffar multidisciplinära utredningsteamet, bestående av neurolog, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och psykiatriker.

Patienten har varit rädd att hon fått MS eller någon annan ”hemska neurologisk sjukdom”. Har en stöttande familjeläkare som rekommenderat utredning utomlands.

Övriga sjukdomar: Frisk från ALL med cellgiftsbehandling i barndomen, IBS-besvär. Cykelolycka en vecka innan symtomdebut, friad u.a. på akuten. Patienten upplever sig ha blivit snabbt avfärdad.

Mor med svåra depressioner under patientens barndom. Far jobbade mycket utomlands. En syster. Patienten föredrog ensamlek, trivdes ej i skolan, men inte mobbad. Upplevde det skönt att börja jobba med något praktiskt. Beskriver sig som ”ensamvarg”, har några få bekanta. Ej debuterat sexuellt.

Ingen tidigare psykiatri, men kuratorskontakt vid 19 års ålder.

Har nu flyttat hem igen, eftersom hon inte klarar vardagen. Fram till symtomdebut arbetat som personlig assistent till klient med svår MS som ska flytta till anpassat boende. Har trivts, men varit trött och sliten, svårt att sova.

Patienten kan inte på uppmaning mobilisera sina högra extremiteter, men man noterar vissa automatiska rörelser vid distraktion. Arbetsterapeuten noterar att hon skyddar mycket och håller handen stilla nära kroppen, ibland hänger armen i ett mitellalikhnande bandage. Neurologen noterar positiv Hoovers tecken och frånvaro av några tecken till övre/nedre motorneuronpåverkan.

En analys enligt BPS illustreras i tabell 6.

Tabell 6.

Faktorer	Bio	Psyko	Sociala	Iatrogena
Predisponerande	<p>Kemoterapi som barn (givit exekutiva svårigheter?)</p> <p>Ärftlighet för depression</p> <p>IBS (anamnes för funktionella)</p>	<p>Emotionell neglect i barndomen relaterad till mammas depression ökar risken för FND</p> <p>ALL (allvarlig sjukdom) som barn</p> <p>Arbetar med allvarliga sjukdomar, men begränsad kunskap om dessa</p> <p>Finns personlighet/AST-drag? Copingstrategier?</p>	<p>Föräldrarnas hantering av pats ALL?</p> <p>Family cohesion?</p> <p>Ensamhet Låg acceptans för mental ohälsa</p>	<i>Otydlighet från vården</i>
Utlösande	<p>Fysisk skada/smärta Cykelolycka</p>	<p>Krisreaktion?</p> <p>Stress kring föräldrarnas förväntningar att hon ska studera</p>	<p>Aktuella livshändelser: Kontakten med klienten som hon har lärt känna och jobbat med i flera år ska snart avslutas</p>	<i>Läkarbyte, bristande kontinuitet, läkarmötet på akuten</i>
Vidmakthållande	<p>Ev smärta/besvär/andra förnimmelser från cykelolyckan samt minskad användning av handen/arm? Hur tolkas kroppssignaler?</p> <p>Aktuellt: Depression? Utmattnings? Sömnproblem?</p>	<p>Slipper jobba/träffa nya klienter, studera (undviker fruktat misslyckande – kroppslig sjukdom är en viktig och allvarlig ursäkt!?), bor hos sina föräldrar och omhändertas (sjukrollen)</p>	<p>Pat och familjens illness behaviour (viktigare att få diagnos än symtomlindring, tro på strukturella skador/fel som kan påvisas av teknik/modern medicin)</p>	<i>Familjeläkarens approach</i>

Med utgångspunkt i BPS och tillsammans med patienten formuleras en förklaringsmodell som främjar patientens (och familjens) förståelse av symtomen (se även kapitel 10).

- Behandlingsplan upprättas, innehållande kontakt med fysioterapeut för avslappningsövning, kroppskännedom och förståelse av funktionella symtom, eventuellt också med arbetsterapeut.
- Ny konsultpsykiatrisk bedömning av sömnproblem, depression och ångest och adressering av faktorer kring symtomdebut ("utlösande"). Bedömning av vårdnivå för uppföljning.
- Familjeläkare är en viktig person att involvera och få samförstånd med. Sannolikt samtalskontakt med primärvårdsкуратор.
- I senare skede kan en bedömning om psykoterapi komma i fråga.

Vem är konsultpsykiatriern?

En konsultpsykiatriker ska upprätthålla medicinsk expertis, visa bra kommunikationsförmåga och kunna samverka och medverka i teamarbete.

1. Medicinsk expert

Konsultpsykiatern är psykiatrins representant inom den somatiska vården. God och uppdaterad psykiatrisk kunskap och kännedom om psykiatrins organisation är därför väsentlig. Vår auktoritet som experter vilar dessutom på att vi inte är främmande för det somatiska område som fallet gäller. Därför måste man orientera sig om aktuellt medicinskt område, ibland återvända till konsultpsykiatriska textböcker (se kapitel 1) och ofta söka information på annat sätt, exempelvis via somatiska kolleger.

En bra konsultpsykiatrisk bedömning bottnar i en djup förståelse för samspelet mellan fysisk och psykisk hälsa och i förmågan att se psykiska symtom och beteendens plats i sammanhanget av somatisk sjukdom och inte minst vårdens kontext.

2. Kommunikatör

Kommunikationsförmåga och interpersonell kompetens är essentiella egenskaper för konsultpsykiatriern. Arbetet innebär att man ständigt försöker tolka, medla, vara advokat eller kommunikatör

mellan patienten, närstående och andra vårdgivare, inte minst den reguljära psykiatrin.

Konsultpsykiatriker tränar kontinuerligt på att syntetisera information från många håll. Det innebär att integrera den medicinska expertisen med patientens sjukdomsnarrativ och dessutom vara medveten om det existentiella perspektivet, som utöver olika biopsykosociala faktorer specifika för just den personen, innefattar mänskliga frågor om livets mening, döden och lidande.

Vidare är det viktigt att nå fram till en kommunicerbar formulering av problemet, göra det begripligt för patienten, hjälpa kollegerna förstå patientens reaktioner och symtom och genom detta direkt eller indirekt bidra till vårdplaneringen.

Konsultpsykiatern strävar efter att göra den psykiatriska terminologin och sättet att tänka förståelig och greppbar för somatisk vårdpersonal. För att fördjupa sig i fallet brukar man ofta använda sig av den biopsykosociala modellen.

3. Teamarbetare och liaison

Arbete inom konsultationspsykiatri har ofta varit den ensamma eldsjälens lott. I en utvecklad verksamhet krävs i stället en balans mellan behovet att kunna arbeta självständigt och att fungera som del av ett team som delar kunskap och erfarenheter. I ideala fall innehåller teamet läkare, sjuksköterskor och psykologer, men även andra hälsoprofessioner kan ingå och träffas regelbundet för falldiskussioner. Eftersom ärendena inte sällan är komplexa, presentationerna atypiska, sällsynta eller etiskt och personligt utmanande, är detta arbetssätt nödvändigt, både för att hålla en hög professionell nivå i det enskilda fallet och för ömsesidigt lärande och stöd.

Arbete i liaison, det vill säga samarbetet med andra specialiteter, det medicinska teamet, hälsoprofessioner, socialtjänsten och andra myndigheter, är likaledes ett teamarbete, men av annorlunda slag, då funktionerna av expert och kommunikatör används. Den psykiatriska konsultens direkta uppdrag är att hjälpa konsultanden, men i begreppet liaison ligger ambitionen att försöka överbrygga klyftor mellan psykiatri och somatik, "psyke" och "soma" – med patienten som hel varelse i fokus. Här ingår också naturligt undervisning och handledning av kolleger och personal, i flykten, punktvis eller schemalagt.

Tabell 7. Bedömningsinstrument som kan användas inom CL-psykiatri

Instrument	Syftar att mäta
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Används för att upptäcka ångest och depression hos personer med fysiska hälsoproblem.
PHQ-9 och PHQ-2	Depression
MADRS	Depression
GAD-7	Ångest
EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	Screening för depression perinatalt
MoCA (Montreal Cognitive Assessment) MMSE (Mini-Mental State Exam)	Kognitiv screening
DUDIT, AUDIT	Screening substansbruk
4-AT	Screening av delirium
EQ5D	Hälsorelaterad livskvalitet
WHODAS (WORLD HEALTH ORGANIZATION. DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE)	Funktionshinder
Hälsoskattning för cancerrehabilitering	Screening av hälsoproblem, inklusive psykiska besvär, särskilt vid cancer.

Rekommenderad litteratur

- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
- Guthrie, E., McMeekin, A., Thomasson, R., Khan, S., Makin, S., Shaw, B. & Longson, D. (2016). Opening the 'black box': liaison psychiatry services and what they actually do. *BJPsych Bulletin* (2016), 40, 175-180, doi: 10.1192/pb.bp.115.051771.
- Lipowski, Z. J. (1989). Psychiatry: Mindless or Brainless, Both or Neither? *Can J Psychiatry*, 1989; 343:249-54.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I. & Aarsland, D. (red.) (2018). *Lærebok i psykiatri*, 4.e upplagan. Kapitel Konsultasjon-liaisonpsykiatri. Oslo: Gyldendal.
- Royal College of Psychiatrists & Faculty of Liaison Psychiatry. Framework for Routine Outcome Measurement in Liaison Psychiatry (FROM-LP)* (2015). Faculty Report FR/LP/02, 2015: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/liaison-psychiatry/framework-for-routine-outcome.pdf?sfvrsn=6df8b8e9_2.
- Wahlström, L. (2018). Konsultation-liaisonpsykiatri – steg på vägen mot en integration av somatisk och psykiatrisk vård. *Läkartidningen*, 2018, 115:E4AA.
- Wise, M. G., Rundell, J. R. & American Psychiatric Pub. (2002). *The American Psychiatric Publishing textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Övrig litteratur

- <https://www.internetmedicin.se/material/HADS.pdf>
- <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/informationsmaterial/epds-formular/>
- https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/mellansverige/rehabilitering/halsoskattning-for-cancerrehabilitering_uppsala-orebro.pdf
- <https://www.the4at.com/>

4. Konsultation- liaisonpsykiatri i olika medicinska specialiteter

I samarbetet med olika medicinska specialiteter behövs särskilda kunskaper inom varje specialområde. Detta kapitel gör nedslag i centrala områden i den konsultpsykiatriska kliniken och kan också vara användbart för allmänpsykiatern som möter patienter med somatisk samsjuklighet.

4 a. Neurologiska sjukdomar

MARIE BENDIX OCH MALIN LJUNGDAHL

De flesta neurologiska sjukdomar har även kognitiva, psykologiska och beteendemässiga uttryck, varför överlappningen med psykiatriska sjukdomar är stor. Denna överlappning utmanar klinikern avseende differentialdiagnostik – psykiska symtom kan vara ett uttryck för neurologisk sjukdom på samma sätt som neurologiska symtom kan stå för en psykiatrisk sjukdom (se kapitel 10). Dessutom är psykiska symtom och psykiatriska sjukdomar vanligt förekommande vid neurologiska sjukdomar. Det är olyckligt när psykiatrisk samsjuklighet inte upptäcks, vilket tyvärr inte är ovanligt. Behandling av psykiatriska tillstånd kan ofta ge ökad livskvalitet och funktion, även hos patienter med kroniska och progredierande neurologiska sjukdomar.

Nedan beskrivs några neurologiska tillstånd, utvalda för att behöva av psykiatrisk kompetens inom vården av dessa patientgrupper särskilt lyfts fram, och där samarbeten finns etablerade på vissa håll i landet. Därtill kommer en lång rad av andra tillstånd (till exempel vaskulära, inflammatoriska och neurodegenerativa sjukdomar), där samarbete med psykiatri gynnar patienternas behandling och vård.

Epilepsi

Sammanfattning

- Psykiska sjukdomar är vanliga hos patienter med epilepsi.
- De flesta psykofarmaka kan användas för patienter med epilepsi, men interaktioner och påverkan på kramptröskel kan kräva tät uppföljning, till exempel serumkoncentrationsbestämning och samarbete med neurolog.
- Socialstyrelsen rekommenderar att psykiater ingår i multidisciplinära team.

Bakgrund

Epilepsi kännetecknas av återkommande attackvikt uppträdande symtom, det vill säga motoriska och sensoriska övergående förändringar, beroende på epileptisk aktivitet i hjärnan, som också ofta påverkar medvetandet.

Psykiatriska sjukdomar, särskilt ångest och depression, är vanligt förekommande och drabbar ungefär en tredjedel av patienter med epilepsi och samsjuklighet med autismspektrumstörningar och ADHD är vanlig. Vid samtidig psykiatrisk sjukdom ökar risken för behandlingsresistens och tidig död. Risken för suicid är ökad, särskilt efter diagnosbesked om epilepsi och hos unga individer. Det förekommer också att patienter drabbas av psykiska symtom (ångest, dysfori, sällan psykos), som uttryck för anfallsmanifestation, och dessa symtom upphör då när anfallet upphört.

Vid temporallobsepilepsi är typiska symtom band annat déjà vu, derealisations- och depersonalisationsupplevelser, ångest, rädsla och autonoma symtom. Det är inte ovanligt med funktionell pålagring, det vill säga att patienter med genuin epilepsi också har funktionella anfall (se kapitel 10).

Diagnostiska aspekter

Kognitiva svårigheter är vanliga hos patienter med epilepsi och kan komplicera diagnostik och behandling. Adekvat rädsla för konsekvenserna av sjukdomen behöver avgränsas från behandlingskrävande ångestsyndrom.

Läkemedelsbehandling med antiepileptika kan i sig påverka exempelvis aptit, sömn och trötthet och behöver därför inte vara tecken på en egentlig depressionsepisod.

Psykiatrisk behandling

Vid psykoterapeutisk behandling behöver man ta hänsyn till patientens kognitiva förmåga. Vid farmakologisk behandling är få psykofarmakologiska preparat kontraindicerade. Ett undantag är bupropion, som ger ökad kramprisk. Även om också andra preparat eventuellt kan sänka kramptröskeln kan den sammantagna effekten, på grund av förbättrat psykiskt mående, ge förbättrad anfallskontroll.

Eventuell förändring i anfallsfrekvens bör kontrolleras efter ändrad farmakologisk behandling. Många antiepileptika har också psykiatriska bieffekter, vilket är viktigt att ta i beaktande. Då många antiepileptika interagerar starkt med andra preparat (både med andra antiepileptika och med flertal psykofarmaka) är det viktigt att kontrollera serumnivåer av både antiepileptika och psykofarmaka.

Samarbete

Många patienter har komplexa funktionsnedsättningar, relaterade till medicinska, psykologiska och sociala faktorer, vilka ofta kräver insatser från kurator, psykolog, neuropsykolog eller arbetsterapeut. Samarbete mellan neurolog och psykiater underlättar insättning och uppföljning av psykofarmakologisk behandling med påverkan på kramptröskel. Inkludering av psykiater i epilepsiteam förbättrar förutsättningar för adekvata insatser.

De nationella riktlinjerna för epilepsi prioriterar högt att patienter med epilepsi och funktionsnedsättning får tillgång till specialiserade team, där också psykiater med erfarenhet och kunskap om epilepsi ingår.

Parkinsons sjukdom

Sammanfattning

- Psykiska symtom och syndrom är vanliga hos patienter med Parkinsons sjukdom.
- Psykiska symtom är ofta kopplade till sjukdomen själv, men också relaterade till den dopaminriktade behandlingen.
- Effekt och biverkningar av psykofarmakologisk behandling kan skilja sig från sedvanlig psykiatrisk behandling.
- Tätt samarbete mellan psykiatri och neurologi, inom ramen för multidisciplinära team, kan gynna patientens vård.

Bakgrund

Parkinsons sjukdom (se även kapitel 6) är en neurodegenerativ förändring av dopaminsystemet i hjärnan, vilket leder till hypokinesi, rigiditet och tremor. Icke-motoriska och särskilt psykiska symtom, som nedstämdhet, anhedoni, apati, ångest, sömnstörningar och psykotiska symtom, är vanliga. Depression och/eller ångestsyndrom förekommer hos minst en tredjedel av patienterna och dessa symtom kan debutera före de motoriska symtomen.

De psykiska besvären påverkar livskvalitet och funktion, liksom de motoriska och kognitiva symtomen. Det är inte ovanligt med pålagring av funktionella motoriska symtom (funktionell tremor), särskilt hos yngre patienter.

Diagnostiska aspekter

Psykiska symtom och psykiatriska sjukdomar kan vara en följd av grundsjukdomen i sig eller kan vara associerade med den livspåverkan som sjukdomen innebär.

Psykiska symtom kan också bero på den dopaminerga behandlingen, vilken kan ge psykiska biverkningar, exempelvis stereotypa beteenden, hypomani, nedsatt impuls kontroll, som tar sig uttryck i överdrivet köp- och spelberoende, hypersexualitet. Illusioner och hallucinos ses ofta hos patienter med avancerad sjukdom.

Psykiatrisk behandling

Innan en psykofarmakologisk behandling inleds är det viktigt att först försöka optimera den dopaminriktade behandlingen. Dess-

utom skiljer sig, för personer med Parkinsons sjukdom, den farmakologiska behandlingen av psykiatriska sjukdomar i vissa fall från standardbehandlingen.

Enligt de nationella riktlinjerna för vård vid Parkinsons sjukdom bör patienter med depression erbjudas behandling med SNRI, tricycliska preparat eller KBT (om patienten kan tillgodogöra sig psykologisk behandling). SSRI:s effekt är inte säkerställd och bör erbjudas endast undantagsvis. Psykotiska symtom bör i första hand behandlas med klozapin på grund av dess endast måttliga påverkan på motoriska symtom. Klinisk erfarenhet talar också för goda effekter av quetiapin i det akuta skedet. Däremot bör olanzapin inte användas, då effekt på psykotiska symtom saknas och de motoriska symtomen försämras. ECT och i mindre grad TMS kan ha positiv behandlingseffekt på både psykiska och motoriska symtom.

Samarbete

Socialstyrelsen rekommenderar att patienter med Parkinsons sjukdom har tillgång till multidisciplinära team.

Medverkan av psykiater specificeras inte i Socialstyrelsens riktlinjer, men det finns internationell litteratur och erfarenhet från samarbete i Sverige som talar för att tätt samarbete med psykiater kan optimera handläggningen.

Multipel skleros

Sammanfattning

- Psykiska symtom är mycket vanligt vid multipel skleros och suicidrisken är påtagligt ökad.
- Vid behandling behöver man tänka på hur bieffekter av olika psykofarmaka kan påverka de neurologiska symtomen.
- Tätt samarbete mellan psykiatri och neurologi, inom ramen för multidisciplinära team, kan gynna patientens vård.

Bakgrund

Multipel skleros (MS) är en kronisk inflammatorisk demyeliniserande sjukdom i centrala nervsystemet, som ofta går med skovvisa neurologiska symtom. Ibland kallas den också en inflammatorisk neurodegenerativ sjukdom och ungefär hälften av patienter med

MS drabbas mer eller mindre av kognitiva svårigheter, en form av subkortikal demens. Psykiska symtom och psykiatriska sjukdomar förekommer hos cirka 60 procent av patienter med MS och bidrar i hög grad till morbiditet och mortalitet. Varannan patient utvecklar klinisk signifikant depressionssjukdom, och var tredje ångestsjukdom. Risken för bipolär sjukdom är fördubblad och för psykosjukdom tre gånger högre jämfört med normalbefolkningen. Därtill kommer ökad risk för substanssyndrom. Vid MS föreligger en påtagligt ökad risk för suicid; 3 procent av patienterna suiciderar, och risken är ökad 7,5 gånger jämfört med normalbefolkning och högre än vid andra neurologiska och kroniska somatiska sjukdomar. Suicidala symtom förekommer hos en tredjedel av patienterna, där risken är ökad vid depression, manligt kön, ung ålder, första åren efter diagnosbesked, social isolering, nytillkommen funktionsförlust och substanssyndrom.

Den höga samsjukligheten med psykiatriska sjukdomar pekar mot ett komplext och multifaktoriellt samband som ännu inte är fullständigt kartlagt. Det verkar finnas en genetisk koppling mellan bipolär sjukdom och MS, men inte med andra affektiva tillstånd, där snarare en dysfunktion i HPA-axeln och regional hjärnpåverkan misstänks. Dessutom påverkas det psykiska måendet av att individen diagnosticerats med allvarlig kronisk sjukdom, av MS-behandlingen samt av psykosociala faktorer.

Diagnostiska aspekter

Även om affektiva tillstånd är vanliga vid MS är de ofta svårdiagnosticerade och går ofta obehandlade. En orsak till bristande upptäckt är svårigheten att skilja vanliga MS-symtom som fatigue, smärta, kognitiva besvär, viktnedgång och sömnproblem från en egentlig depressionsepisod.

Affektlabilitet, med plötsliga och intensiva känslouttryck som inte alltid är kopplade till det underliggande stämningsläget, förekommer hos 10 procent av patienterna med MS och svarar bra på SSRI-behandling.

Psykiatrisk behandling

Farmakologisk behandling vid psykiatriska sjukdomar och MS motsvarar i stort sett sedvanliga riktlinjer.

Det som är viktigt att tänka på är hur bieffekterna kan påverka de neurologiska symtomen. Till exempel kan extrapyramidala biverkningar av antipsykotiska läkemedel påverka balans och koordination, som redan kan vara ett problem vid MS, varför andra generationens antipsykotika är att föredra. SSRI och KBT rekommenderas vid depression, men om det också förekommer smärta kan SNRI också vara ett bra alternativ.

Litium kan användas vid behandlingsresistenta affektiva tillstånd och forskning talar för att det kan förbättra MS i sig, där dock ökad diures kan förvärra eventuell blåsdysfunktion.

Samarbete

Socialstyrelsen rekommenderar att patienter med MS har tillgång till multidisciplinära team.

Medverkan av psykiater specificeras inte i Socialstyrelsens riktlinjer, men med tanke på den stora samsjukligheten med psykiatriska sjukdomar kan man tänka att ett tätt samarbete mellan neurolog och psykiater kan optimera behandlingen.

Huntingtons sjukdom

Sammanfattning

- Psykiska symtom är en del av Huntingtons sjukdom.
- Psykiska symtom behandlas som vanligt, ofta hjälper SSRI och låga doser neuroleptika.
- Tätt samarbete mellan psykiatri och neurologi inom ramen för multidisciplinära team kan gynna patientens vård.

Bakgrund

Huntingtons sjukdom är en ärftlig, dominant, progredierande sjukdom med motoriska, kognitiva och psykiska symtom.

Ofta förekommer en personlighetsförändring, som ibland kan föregå övriga symtom med flera år.

Diagnostiska aspekter

Det är tveksamt om man kan tala om samsjuklighet, då psykiska symtom och beteendeförändringar är en del av Huntingtons sjukdom.

Depression, irritabilitet och apati förekommer ofta. Tvångssymtom och psykos kan komma senare, i samband med de motoriska symtomen. Misstänksamhet är det vanligaste psykotiska symtomet och vad gäller beteendeproblematik kan irritationen ibland övergå till aggressivitet.

Personlighetsförändringen liknar den vid frontallobsdemens och den nästan alltid förekommande kognitiva funktionsnedsättningen liknar en subkortikal demens.

Psykiatrisk behandling

All behandling vid Huntingtons sjukdom är symtomlindrande, så också vad gäller de psykiska symtomen.

Information och stöd till hela familjen är viktigt samt att lindra symtom och kompensera för funktionsnedsättningar. De psykiska symtomen kan behandlas enligt sedvanlig psykiatrisk regim. Ofta kan SSRI och låga doser neuroleptika hjälpa för symtom som nedstämdhet, oro och irritabilitet. Låga doser neuroleptika kan också ha en dämpande effekt på de ofrivilliga rörelserna, hjälpa till med sömnen och minska eventuella psykotiska symtom.

I klinisk praxis föredras atypiska neuroleptika.

Samarbete

Att arbeta i team med olika yrkeskategorier kring patient och anhöriga ökar möjligheten till att olika stödjande åtgärder sätts in i de olika faserna av sjukdomsförloppet.

Då psykiska symtom är en stor del av sjukdomen är god samverkan mellan neurolog och psykiater av avgörande betydelse för behandlingen.

Rekommenderad litteratur

- Bendix, M. & Lindbom, U. (2018). Multiprofessionella epilepsiteam med psykiatrisk kompetens. *Läkartidningen*, 2018;115:E9ET.
- Levenson, J. (red.) (2019). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry* (3rd ed.). Washington DC.
- Lundin, A. (red.) (2001). ... med ett litet hål för själen: psykisk ohälsa vid kroppslig sjukdom och skada, s. 99-126. Stockholm: Natur & Kultur.
- Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer. Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stöd för styrning och ledning*: www.socialstyrelsen.se, november 2019.
- Socialstyrelsen. *Sällsynta hälsotillstånd, Huntingtons sjukdom*: <https://www.sve-modis.se/wp-content/uploads/2021/03/Tremor-riktlinjer-2-revidering-2021-1.pdf>. Sid 24-25. www.socialstyrelsen.se, 2019.
- Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi. Stöd för styrning och ledning*: www.socialstyrelsen.se, februari 2019.

Övrig litteratur

- Butler, C. & Zeman, A. Z. (2005). Neurological syndromes which can be mistaken for psychiatric conditions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005;76 Suppl 1: i31-38.
- Carrozzino, D., Bech, P., Patierno, C. et al. (2017). Somatization in Parkinson's Disease: A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2017; 78: 18-26.
- Fregni, F., Simon, D. K., Wu, A. & Pascual-Leone, A. (2005). Non-invasive brain stimulation for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of the literature. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005; 76:1614-1623.
- Kanner, A. M. (2016). Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. *Nat Rev Neurol*, 2016;12(2):106-116.
- Murphy, R., O'Donoghue, S., Counihan, T. et al. (2017). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2017; 88:697-708.
- Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi*: www.socialstyrelsen.se, februari, 2019.
- Taylor, J., Anderson, W. S., Brandt, J., Mari, Z. & Pontone, G. M. (2016). Neuropsychiatric Complications of Parkinson Disease Treatments: Importance of Multidisciplinary Care. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2016; 24:1171-1180.
- Unti, E., Mazzucchi, S., Palermo, G., Bonuccelli, U. & Ceravolo, R. (2017). Antipsychotic drugs in Huntington's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2017;17: 227-237: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27534434/>.

4 b. Psykoonkologi och palliativ medicin

MONIKA KÖNIG OCH LARS WAHLSTRÖM

Inledning

Socialstyrelsen rapporterade 2011 om ökad somatisk sjuklighet och död vid samtidig psykiatrisk diagnos vid bland annat cancersjukdomar. För samtliga studerade cancerformer, utom cancer i hjärna och nervsystem, var dödligheten högre vid samtidig psykisk sjukdom. Dessa siffror har bekräftats i senare studier. Anledningarna kan vara många: patients' delay respektive doctors' delay, lägre deltagande i cancerscreening i denna patientgrupp, bristande följsamhet till cancerbehandling, svårigheter för cancervården att identifiera och stötta patienter med psykiatrisk komorbiditet.

För att kunna ge patienter med psykiatrisk samsjuklighet adekvat onkologisk behandling kan särskilda insatser behövas, till exempel justering av medicinering, informationsutbyte och tätare samarbete mellan psykiatri och cancerbehandlande team, ledsagning.

Depression och ångest är vanligare hos cancerpatienter, men försämrar inte i sig cancerprognosen, åtminstone vad gäller senare i sjukdomsförloppet. Screening för psykiska symtom och uppföljning av dessa är viktigt för att identifiera patienter i riskzonen för att utveckla depression/ångest.

Föreställningen att positivt tänkande kan förbättra cancerprognosen eller minska risken för recidiv förekommer bland cancerpatienter och anhöriga, och kan bidra till känsla av skuld eller utvecklande av hälsoångest.

Suicidrisken efter ett cancerbesked är förhöjd – 12 gånger högre risk än normalbefolkningen under första veckan efter diagnosbesked – men sjunker till 3 gånger förhöjd risk efter 1 år. Högre suicidrisk vid cancerformer med dålig prognos, samt vid samsjuklighet med psykiatri eller beroende.

Psykiatrisk diagnostik

- Screening utförd av exempelvis kontaktsjuksköterska med till exempel "Hälsoskattning för cancerrehabilitering", Distressstermometern eller PHQ-2/9 kan identifiera patienter i riskzonen för att utveckla depression/ångest och ge indikation för psykia-

trisk bedömning. Den fullständiga skattningsskalan PHQ-9 innehåller också frågor om symtom som trötthet, minskad matlust, illamående, sömnstörning och minskad psykisk energi. Dessa symtom förekommer ofta antingen som cancersymtom eller som biverkan av cancerbehandling, varför större vikt bör läggas vid kardinalsymtomen nedstämdhet och minskat intresse.

- Hyperkalcemi är inte ovanligt vid cancersjukdom och ger som tidigt symtom depressivitet och kognitiv sänkning. Bestämning av joniserat kalcium (och s-albumin) bör därför ingå i depressionsutredning av cancerpatienter.
- Fråga om dödsönskan och suicidal intention bör ställas av onkolog eller kontaktsjuksköterska, åtminstone vid diagnossamtal och brytpunktssamtal.

Farmakologi

- Klinisk erfarenhet talar för att det finns effekt av antidepressiva hos cancerpatienter även vid tveksam diagnos, beroende på symtomöverlappning med kroppsliga symtom, och kanske också att för att cancerpatienter jämfört med de patienter vi vanligen ser i psykiatri ofta har mindre psykiatrisk komorbiditet.
- Generellt: studera interaktionstabeller noga om du planerar insättning av antidepressiva hos patient som behandlas med cytostatika och/eller antihormonell behandling.
- Antidepressiva som inhiberar CYP_{2D6} starkt (bupropion, duloxetin, fluoxetin, paroxetin, TCA) blockerar metaboliseringen av den antiöstrogena substansen tamoxifen till dess aktiva metabolit endoxifen. Detta minskar effekten av tamoxifen (ges för att minska risken för återfall i hormon känslig cancer som till exempel bröstcancer och ovarialcancer), och ökar därmed risken för recidiv. Vid samtidig behandling med tamoxifen rekommenderas därför i första hand (es)citalopram eller venlafaxin, sertralin (max 100mg), i andra hand vortioxetin.
- Vissa psykofarmaka kan minska vallningar (vanlig biverkan av antiöstrogen cancerbehandling): venlafaxin, citalopram, pregabal.

- Undvik antidepressiva (TCA, citalopram, escitalopram) och neuroleptika (klozapin, ziprasidon, iv haloperidol) som förlänger QT-intervallet, särskilt vid kardiotoxiska cytostatika som till exempel antracykliner (risk för kumulativ hjärttoxicitet).
- Var observant på ökad blödningsrisk till följd av koagulationsrubbning eller medicinering – försiktighet med SSRI och venlafaxin.
- Vid sömnstörning och minskad aptit är mirtazapin ett bra val. Blockering av 5HT₃ kan dessutom minska illamående.
- Vid risk för kramper (till exempel vid hjärntumör eller hjärnmetastaser) – undvik läkemedel som sänker kramptröskeln, som bupropion och de flesta neuroleptika (haloperidol mindre risk).
- Kortison ges ofta i relativt höga doser i samband med cytostatika- eller strålbehandling eller i palliativt syfte. Biverkningar att beakta: sömnstörning, agitation, hypomani, muskelsmärta, muskelsvaghet, artralgi.
- Vid neuroendokrina tumörer som utsöndrar serotonin är behandling med SSRI kontraindicerat.
- Vid bipolär sjukdom och sväljningssvårigheter på grund av cancer (ÖNH) eller cancerbehandling kan Litium beredas flytande ex tempore.
- För patienter med förlängsammad tarmmotilitet eller urinretention, eller med stomatit sekundär till cytostatika eller strålbehandling bör man välja ett antidepressivum med minsta möjliga antikolinerga effekter, exempelvis SSRI.
- Cyklofosfamid (cytostatika som ofta används i kombination med andra vid flera olika cancerdiagnoser) i kombination med SSRI ger ökad kumulativ risk för SIADH. Dessutom har vid cyklofosfamidbehandling rapporterats fall med hyponatremi associerat med ökad total vätskevolym, akut vattenförgiftning och ett syndrom som liknar SIADH. Cave kombination med indometacin!
- Bupropion kan hämma aktiveringen av cyklofosfamid och därmed minska dess antitumorala effekt.

- Inducerare av CYP₄₅₀ (till exempel karbamazepin, johannesört, kortikosteroider) kan vid samtidig cytostatikabehandling medföra ökning i koncentration av cytotoxiska metaboliter.
- Ondansetron och palonosetron, 5HT₃-blockerare som används mot illamående, kan i kombination med SSRI ge serotonergt syndrom, och ger dessutom ökad risk för QT-förlängning (se även (es)citalopram och neuroleptika ovan).
- Melatonin är förutom ett hormon också en antioxidant. Alla antioxidanter eller ämnen som minskar syretillgång (till exempel rökning) är kontraindicerade vid strålbehandling, då de minskar vävnadens känslighet för strålbehandling.

Fatigue

Fatigue kallas den trötthet och energibrist, ibland också med påverkan på minne och koncentrationsförmåga, som kan uppkomma under/efter cancerbehandling eller vid avancerad cancersjukdom.

Liknande symtom beskrivs vid andra kroniska sjukdomar som njursvikt, MS etcetera. Genesen beskrivs vara multifaktoriell: ökning av inflammatoriska cytokiner, kända bieffekter av cancerbehandling, psykologisk stress, smärta, sömnstörning, kronisk aktivering av HPA-axeln.

Anpassad träning, KBT, psykoedukation kan hjälpa. Studier har gjorts för att undersöka om centralstimulantia/modafinil kan motverka trötthet och förbättra kognitiv funktion, hittills dock utan övertygande resultat.

Cancerrehabilitering

Cancerrehabilitering syftar till att ge cancerpatienter och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt under och efter avslutad cancerbehandling.

Utifrån symtom kan det till exempel handla om samtalsstöd, behandling av ångest och depression, hjälp och anpassning till sexuella följdverkningar, hjälp och stöd vid återgång i arbete, fysioterapi, kontakt med dietist. I flera regioner används "Hälsoskattning för cancerrehabilitering" för kartläggning av rehabiliteringsbehov.

Patienter som får adjuvant behandling mot sin cancersjukdom och går på regelbundna kontroller för att upptäcka eventuella tidiga

recidiv kan utveckla en överdrivet ökad oro och vaksamhet för kroppsliga symtom, som kan utvecklas till hälsoängest. Psykoeducation och KBT är ofta hjälpsamt.

Komplementär- och alternativmedicin

Antioxidanter: känslighet för strålbehandling är högre vid god syretillgång och lägre vid hypoxi. Detta beror dels på att produktionen av fria radikaler (som står för en inte obetydlig del av DNA-skadorna) ökar vid närvaro av syre, dels på att syre hämmar reparationen av enkelsträngsbrott på DNA genom att sätta sig på brottytan.

Såväl rökning som intag av antioxidanter är alltså kontraindicerat under strålbehandling. Johannesört kan inducera CYP_{3A4}, vilket leder till minskad koncentration av vissa cytostatika, till exempel irinotekan.

Många patienter ser inte antioxidanter eller örtpreparat som läkemedel och berättar därför inte alltid att de tar dem. Fråga!

Stamcellstransplantation

(SCT) kan vara allogen (från annan givare) eller autolog (från patienten själv) och görs framför allt vid leukemi, myelodysplastiskt syndrom (MDS), lymfom och myelom. Före SCT behandlas patienten med cytostatika (konditionering) och en tid efteråt är immunförsvaret nedtryckt.

Komplikationer som Graft versus Host (GvH) är vanliga. Isoleeringen som krävs samt biverkningarna är djupt påfrestande för många patienter.

Konsultpsykiatern kan tillfrågas om depressions-/suicidriskbedömning, som ofta är komplicerad hos dessa svårt sjuka patienter, liksom om farmakologiska frågeställningar (ängest, sömn).

Delirium (akut konfusion)

Vid cancersjukdom bör följande utlösande orsaker särskilt övervägas vid akut konfusion:

- Hyperkalcemi (PTH-relaterad peptid kan produceras av vissa tumörer, osteolytisk bendestruktion vid skelettmetastasering, tumörproduktion av vitamin D-analoger), med symtom som depression, förvirring, letargi, illamående, förstoppning, polyuri.

- Tumörorsakad intrakraniell tryckstegring vid CNS-tumörer eller hjärnmetastaser.
- Encefalopati som biverkan av cytostatika (ifosfamid), med audiovisuella hallucinationer, konfusion, synstörningar, mardrömmar och kramper. Vid symtom: avbryt behandlingen och ge metylenblått 50 mg x 3.
- SIADH-liknande symtom vid behandling med cyklofosfamid (se ovan).
- Relativ opioidöverdosering.
- Neutropen feber.
- Litiumintox (vid litiumbehandling och sänkt allmäntillstånd, feber etcetera).
- Och förstås, som vanligt: serotonergt syndrom och malignt neuroleptikasyndrom.
- Immunbehandling med checkpointhämmare (ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab) ökar T-cellssvaret hos patienten, vilket kan medföra immunrelaterade biverkningar, bland annat utslag och klåda, kolit, hypofysit, tyreoidit, binjureinsufficiens. Mera sällsynta, men allvarliga biverkningar, är pneumonit, myokardit, neurologiska symtom. Kontakta omedelbart onkolog vid misstanke! Behandlingen är cortison i högdos.

Samarbete

För att ett sjukhus ska uppnå status av Comprehensive Cancer Center måste onkologiska klinikerna ha tillgång till konsultpsykiater och andra psykosociala resurser, som kuratorer och psykoterapeutiskt utbildade onkologisjuksköterskor.

Palliativ medicin

Bakgrund

Palliativ kommer från det latinska ordet *pallium* som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen i livets slutskede.

Den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom av svår sjukdom. Syftet är (enligt WHO, 2002) inte bara att lindra de fysiska och psykiska symtomen utan att även erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd för patienten och dennas närmaste. Den palliativa vården ser döendet som en normal process, den varken påskyndar eller fördröjer döden. Den stödjer patienten att leva med största möjliga välbefinnande till livets slut.

Medvetenheten om psykiska besvär och psykiskt lidande är hög inom palliativ vård, men det finns ett icke täckt behov av farmakologisk konsultation kring patienter som har svårartad ångest samt för psykiatriska patienter i livets slutskede.

Diagnostik

Beakta att ångest kan vara sekundär till kroppsliga orsaker som smärta, hypoxi, förstoppning, eller vara läkemedelsbiverkan. Glöm inte missbruk, liksom att även den svårt sjuka kan ha en depression.

Var uppmärksam på de psykologiska aspekterna av att vara svårt sjuk eller döende.

Många är rädda för smärta eller ensamhet. Andra kämpar med att göra upp med sitt liv, har ambivalenta relationer, skuld känslor för vad man har gjort eller underlåtit att göra eller oroar sig för de efterlevande. En del har existentiell ångest för olika aspekter av döendet.

Psykiatrisk behandling

Medikalisera ej i onödan. Samtalsstöd ska alltid erbjudas och kan ges av olika professioner i teamet, som kurator, sjuksköterska, fysioterapeut. Observera läkemedelsinteraktioner.

Prioritera förbättrad sömn; förutom sedvanliga hypnotika och sedativa kan mirtazapin och quetiapin användas, i slutskedet även midazolam.

Haloperidol (även subcutant) eller ibland olanzapin används ofta (vid illamående och/eller konfusion). I tidigt skede även SSRI och mirtazapin. Vid ångest används bensodiazepiner; oxazepam har ofta redan provats, varför alprazolam och senare midazolam kan bli aktuellt. Diazepam används mer sällan på grund av ackumulationsrisken. Quetiapin i låg dos till kvällen kan verka stabiliserande. Vid KOL kan buspiron användas, eftersom det är andningsstimulerande.

Morfin och andra opioider har en central plats i behandlingen av döende och är verksamt mot smärta, illamående och dyspné. Observera obstipations- och antiemetikaprofylax vid all opioidbehandling.

Rekommenderad litteratur

Grassi, L. & Riba, M. (red.) (2014). *Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care*. Heidelberg New York Dordrecht London: Springer Verlag.

Heathcote, L. C. (2017). Pain and cancer survival: a cognitive-affective model of symptom appraisal and the uncertain threat of disease recurrence. *Pain*, 2017;158(7):1187–1191. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000872.

Hodgkiss, A. (2016). *Biological Psychiatry of Cancer and Cancer Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

König, M. & Bergfeldt, K. (2018). Psykisk ohälsa och cancervård – ett bättre samarbete behövs för jämlik vård. *Läkartidningen*, 2018,115:E9XH.

Lang-Rollin, I. & Berberich, G. (2018). Psycho-Oncology. *Dialogues Clin Neurosci*, 2018 Mar; 20(1): 13–22. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin.

Nationellt vårdprogram i akut onkologi: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/akut-onkologi/>.

Nationellt vårdprogram i palliativ vård. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-varld/>.

Socialstyrelsen (2011). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer*. www.socialstyrelsen.se, 2011.

4 c. Obstetrik och gynekologi, perinatalpsykiatri

MARGARETA BLOMDAHL WETTERHOLM, PETRA JONSSON-BYGDEVALL,
MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD OCH MARIE BENDIX

Sammanfattning

- Depression är vanligt förekommande under graviditet och efter partus.
- Risken att insjukna i bipolär sjukdom är, särskilt vid avbruten behandling, förhöjd under graviditet och förbunden med ökad risk för komplikationer.
- Risken att insjukna i svåra psykiska tillstånd är också starkt ökad efter förlossning.
- Postpartumpsykos är sällsynt men viktigt att identifiera pga sitt akuta insättande med risk för suicid och infanticid.
- Grunden för all läkemedelsbehandling under graviditet är en omsorgsfull risk-nyttobedömning, där risk för obehandlad sjukdom och dess konsekvenser ska vägas mot läkemedelsrisk för foster/barn. Särskilt vid svåra psykiska sjukdomar krävs ofta ett multiprofessionellt samarbete mellan psykiatri, mödrahälsovården, obstetrikern samt neonatologi och barnhälsovård.
- Inför förlossning rekommenderas behandlande psykiater att utfärda en vårdplan som delges patient och förlossnings-/BB-avdelning.
- Vid endometriosis kan en fördjupad psykiatrisk bedömning bidra till att samsjuklighet kan identifieras och adresseras.

Bakgrund

Medan psykiska sjukdomar förekommer i ungefär samma omfattning hos gravida som hos icke-gravida är risken att insjukna i svåra postpartala psykiska tillstånd starkt ökad. Då många psykiska sjukdomar debuterar i tonåren och tidig vuxenålder är det inte ovanligt att gravida och nyförlösta insjuknar i behandlingskrävande tillstånd för första gången. Dessutom ökar risken att återinsjukna för vissa sjukdomar.

Graviditet och postpartumperiod är i många avseenden en omväxlande period i livet. Biologiska faktorer, som hormonella och

immunologiska förändringar samt graviditetsrelaterade somatiska besvär, interagerar med psykologiska faktorer som till exempel föräldraförebild/uppväxtförhållanden, tidigare trauma, parrelation samt sociala faktorer.

Psykisk sjukdom under graviditet påverkar inte bara kvinnan utan även fostrets/barnets hälsa och neurokognitiva utveckling samt familjen i övrigt. Perinatale psykiska sjukdomar är associerade med död på grund av suicid (som är den vanligaste dödsorsaken i den perinatale perioden), beroendesjukdomar och misstolkning av fysiska symtom hos patienter med känd psykisk sjukdom (till exempel lungemboli). Behandlingsmotivationen brukar vara stark och det är viktigt med tidiga insatser – gravida/nyförlösta bör prioriteras i handläggning.

Vid förskrivning av läkemedel till kvinna i fertil ålder ska fråga om graviditet/graviditetsönskemål ställas och preparatval göras utifrån den aspekten. Kvinnan bör rådask att planera en graviditet i stabil psykiatrisk skede. I behandlings- och vårdplanering gällande såväl farmakologisk som psykosocial och psykologisk behandling behöver hänsyn tas till sjukdomens art och grad, tidsmässiga faktorer (som graviditetsönskan, pågående graviditet eller spädbarnstid/amning), psykosociala faktorer (som tillgång till stöd) och farmakologiska faktorer (som till exempel plasmavolymer, läkemedelsmetabolism och övergång i bröstmjölk).

Särskilt vid svåra psykiska sjukdomar krävs därför ofta ett multiprofessionellt samarbete mellan psykiatri, mödrahälsovården, obstetrikern samt neonatologi och barnhälsovård.

Diagnoser

Affektiv sjukdom

Depressionssymtom är vanligt förekommande under graviditet och efter partus. Mödra- och barnhälsovård screenar för depression med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) och cirka en femtedel av gravida/nyförlösta kvinnor faller ut på screening. Egentlig depression av måttlig till svår grad har dock en prevalens på cirka 5–10 procent. Insikten om att postpartumdepressioner ofta börjar redan under graviditeten har lett till diagnostiska förändringar i DSM 5 och ICD-11 (depression med perinatal debut). Kvinnor med tidigare recidiverande depressionsepisoder löper ökad

risk att återinsjukna i depressiv episod, särskilt under den postpartala perioden. Risken för återfall postpartum ökar om behandling sätts ut under graviditeten.

Bipolär sjukdom ökar risken för psykiska och somatiska komplikationer under graviditet, förlossning och postpartumperioden. Graviditet hos kvinnor med bipolär typ I betraktas av obstetriker som en högriskgraviditet. Risk för insjuknande i affektiv episod är påtagligt förhöjd, särskilt postpartalt. Indikationen för stämningsstabiliserande läkemedelsbehandling är stark.

Postpartumpsykos drabbar nyförlösta kvinnor, vanligen under de första dagarna till månaden, i en frekvens av 1–2 per 1 000 förlossningar. Den kännetecknas av ett akut psykosinsjuknande med affektiva inslag, ofta konfusionsbild och med mycket snabba växlingar i psykiskt status med risk för suicid och även utvidgat suicid. Kvinnor med bipolär sjukdom, tidigare anamnes på postpartumpsykos eller hereditet för bipolär sjukdom, löper hög risk att drabbas.

Litiumbehandling har evidens för att förebygga både affektiva episoder och postpartumpsykos. ECT-behandling är förstahandsval vid postpartumpsykos.

Ångestsjukdomar

Ångestsjukdomar är vanligt förekommande. Förlossningsrädsla och förlossningsfobi handläggs vanligen inom mödravården och är en vanlig orsak till önskemål om kejsarsnitt.

Sprutfobi och kräkfobi kan komplicera graviditeten, till exempel vid graviditetsillamående eller behov av behandling av graviditetskomplikationer som diabetes och trombosrisk. Dessa behandlas lämpligen med KBT, där tillgång bör prioriteras.

Kvinnor kan drabbas av PTSD efter svår förlossning. Dessa kvinnor möts ibland av motstånd från sjukvårdens sida, när det gäller att acceptera att förlossningstrauma kan jämföras med andra livshotande trauman. Detta behandlas med liknande metoder som vid andra trauman.

GAD (generaliserat ångestsyndrom) och OCD har en tendens att öka något efter förlossning, med fokus kring tvång och ångest kopplat till barnet.

Psykologisk behandling samt stödinsatser bör prioriteras. Läkemedelsbehandling med SSRI kan vara indicerat.

Psykossjukdomar

Symtombild och funktionsnivå varierar påtagligt inom denna diagnosgrupp. Indikationen för farmakologisk behandling är stark. Psykologisk behandling samt stödinsatser bör prioriteras. Graviditet hos kvinnor med psykossjukdom betraktas av obstetrikern som en högriskgraviditet. Särskilt vid schizoaffektiv sjukdom, men även vid andra psykossjukdomar, finns ökad risk för postpartumpsykos.

Multiprofessionellt samarbete och vårdplanering samt tidig samverkan med socialtjänst är en viktig del i vården av många patienter.

Ätstörningar

Kvinnor med ätstörningar har ofta svårigheter att hantera de kroppsliga förändringar som sker under graviditet och bristande näringsintag kan påverka fostret/barnet.

Psykologisk behandling samt stödinsatser bör prioriteras.

Neuropsykiatriska diagnoser

Både autismspektrumtillstånd och ADHD/ADD kan påverka den gravida och nyförlöstas förmåga i relation till graviditeten och barnet samt också i relation till vården.

Läkemedelsbehandling behöver ofta omprövas under graviditeten och psykologisk behandling samt stödinsatser bör prioriteras.

Oavsett psykiatrisk diagnos är kvinnans funktionsförmåga och sociala nätverk av yttersta vikt för att bedöma behov av stödinsatser från olika aktörer inom sjuk-/hälsovård och kommunen.

Behandling

Livsstilsfaktorer och egenvård

Användning av nikotinprodukter, alkohol och droger är vanligare vid psykiska sjukdomar – detta påverkar såväl fosterutveckling som föräldraskap. Avrådan och hjälp med avvänjning från rökning, alkohol och droger är av yttersta vikt och det är angeläget för vårdpersonal att vara lyhörd och uppmärksam på tecken som tyder på problem inom dessa områden.

Regelbundna vanor för sömn och mat samt fysisk aktivitet bidrar till förbättrat mående, liksom prioritering av aktiviteter i arbete och

på fritid för att skapa utrymme för minskad stress och återhämtning. Sjukskrivning kan vara befogat till exempel för att minska stress eller för att förebygga försämring.

Följande kan beaktas för patienter med psykisk sjukdom perinatalt. Relevans till enskilt fall bör bedömas och rapporteras explicit till Försäkringskassan utöver den sedvanliga psykiatriska bedömningen:

- Graviditeten och perioden efter förlossningen innebär en särskilt sårbar tid utifrån biologiska, psykologiska och sociala perspektiv. Särskilda relevanta belastande faktorer bör noteras.
- Perinatala tiden innebär ökad risk för insjuknande/försämring i psykisk sjukdom och för negativa konsekvenser för både mor och foster/barn samt oftast för resten av familjen.
- Risk för påverkan på anknytning och omsorgsförmåga bör vägas in.
- Nackdelar med sjukskrivning, som passivitet och att arbete inte kan fungera som beteendeaktivering, kan vara mindre relevanta under den här tiden.
- Sjukskrivning under tiden efter förlossning kan ofta vara på deltid och gäller en per definition begränsad period. En kort sjukskrivning under graviditeten eller efter förlossningen (vilket innebär att patientens partner eller annan närstående kan vara med och hjälpa till den första tiden) kan vara en bra investering med fördelar för patientens, barnets och familjens välmående och har positiva effekter för anknytning.
- Tillfälliga medicinförändringar på grund av graviditet och amning kan innebära ökad sårbarhet hos annars stabila och välfungerande patienter.

Läkemedel

Grunden för all läkemedelsbehandling är en omsorgsfull risk-nytto-bedömning, där risk för obehandlad sjukdom och dess konsekvenser för mor och foster/barn ska vägas mot risk för foster/barn av farmakologisk behandling på kort och lång sikt. Sjukdomens art och grad, tidigare sjukdomsförlopp och kvinnans funktionsförmåga är viktiga aspekter att ta hänsyn till i bedömningen.

Ju svårare sjukdom, desto starkare indikation för behandling:

- Låg risk – lindrig sjukdom och stabila förhållanden. Överväg utsättning av läkemedelsbehandling under uppföljning och utvärdering.
- Mellanrisk – man kan eventuellt överväga seponering av läkemedel före planerad graviditet och återinsättning efter första trimestern under noggrann observation, om patienten inte bedöms ha hög risk för allvarliga och snabba återinsjuknanden.
- Svår risk – risk för allvarlig sjukdom och nedsatt funktion. Hög indikation för farmakologisk behandling under hela graviditeten.

Farmakologiska aspekter under graviditet

- Risk för *missbildning* gäller framför allt vid exponering under de första tolv graviditetsveckorna. Hjärnans utveckling pågår dock under hela fosterlivet och fortsatt under barnets liv. Detta gör att missbildningsrisken för vissa preparat är tidsberoende, till exempel minskar risken för hjärtnmissbildningar när paroxetin insätts efter vecka tolv, medan risken för CNS-missbildningar vid behandling med valproat kvarstår.
- I samband med födseln kan barnet uppvisa tecken på läkemedelspåverkan/effekter, till exempel *neonatal adaptationsstörning* med bland annat hypoglykemi och sprittighet, vilket brukar vara spontant övergående, men är väl beskrivet vid SSRI/SNRI-behandling. Bensodiazepiner kan medföra abstinenssymtom och neuroleptika kan ge extrapyramidala symtom hos den nyfödda. Barnet kan även drabbas av andra biverkningar, som exempelvis hudförändringar vid lamotrigin eller kramper vid bupropion.
- *Långtidseffekter* på barnets kognitiva och psykomotoriska utveckling är svåra att studera på grund av komplex interaktion mellan ärftliga faktorer, psykosociala faktorer och livshändelser med mera. Negativa effekter är dock säkerställda gällande valproat.

För att generellt kunna ta ställning till läkemedelsbehandling under graviditet, med så god säkerhetsmarginal som möjligt, krävs ett stort antal exponerade fall. Generellt är kunskapen om negativa effekter på foster och barn bristfällig gällande nyare preparat. Kunskapsläget förändras snabbt och behandlande läkare behöver hålla sig uppdaterad, exempelvis genom Janusmed fosterpåverkan/amning.

Litium: Litium under första trimestern är förknippat med viss riskökning för bland annat hjärtmissbildning, men har en mycket viktig roll att fylla som stämningsstabiliserande läkemedel vid bipolär sjukdom och för att förebygga postpartumpsykos. Hos vissa patienter kan man, om man bedömer att det är kliniskt indicerat, pausa behandlingen under första trimestern och därefter återinsätta det. Vid litiumbehandling under graviditeten rekommenderas rikttat hjärtultraljud i graviditetsvecka 18–20. Dessutom behöver serum-koncentration samt sköldkörtel- och njurfunktion observeras och följas upp regelbundet under hela graviditeten. Dehydrering i samband med förlossning ökar risken för toxiska litiumnivåer, som är associerade med svåra biverkningar hos barnet. Litium kan återinsättas i pregravid dos direkt efter förlossningen på BB. Detta gäller framför allt högriskpatienter, men kan även vara aktuellt för medelriskpatienterna efter individuell bedömning.

Antiepileptika: Alla antiepileptika verkar medföra ökad missbildningsrisk, där dock skillnader finns avseende preparat och dos. Valproat är fosterskadande (teratogent) och försämrar barnets kognitiva utveckling. Valproat ska om möjligt undvikas under graviditet, men kan vara kompatibelt med amning. Lamotrigin har en viss ökad missbildningsrisk, som dock verkar vara dosberoende. Det är viktigt att följa serumkoncentration, som kan förändras påtagligt under graviditeten och postpartalt.

SSRI: SSRI under graviditet är relativt väl studerade. Mest dokumentation finns för sertralin. Om indikation för SSRI-behandling föreligger är risken sannolikt låg. Antidepressiva ska inte sättas ut före förlossningen. Det är dock viktigt att poängtera att indikation för SSRI-behandling bör finnas även om risken för preparatet är lågt. Vissa patienter står kvar på behandling under lång tid eller på felaktig indikation, utan ställningstagande till om läkemedlet fortfarande behövs.

Centralstimulantia: För denna grupp av läkemedel är erfarenheten begränsad. Försiktighetsprincipen bör råda och risken för konsekvenser av funktionspåverkan ställas mot bristande kunskap över långtidseffekter. Psykopedagogiska insatser kan vara ett gott alternativ.

Antipsykotiska läkemedel: Dessa preparat har vanligen stark indikation för behandling, även om erfarenheten är begränsad. Quetiapin och olanzapin är relativt väl beprövade under graviditet och am-

ning. Observera dock risk för metabol påverkan, vilket kan kräva särskild observation inom mödrahälsovården.

Sömnläkemedel: Propriomazin och prometazin är väl beprövade och riskerna bedöms vara låga vid användning under graviditet. Däremot bör preparaten inte användas regelbundet vid amning.

- Överväg utsättning av läkemedel vid lindrig sjukdomsbild. Följ upp och utvärdera.
- Prioritera, om möjligt, psykologisk behandling när detta är indicerat.
- Undvik polyfarmaci så långt det går.
- Lägsta möjliga, men effektiva dos.
- Undvik nya läkemedel.
- Välj preparat med tillförlitlig dokumentation gällande behandling under graviditet/amning.
- Frikostighet med koncentrationsbestämningar – läkemedelskoncentrationen förändras under graviditetens gång, till följd av ökad blodvolym och förändrad läkemedelsmetabolism.
- Informera obstetriker och neonatolog vid behandling med preparat som har ökad risk för negativa effekter på barnet (till exempel litium, antiepileptika, neuroleptika).
- Ha ett risk-nyttosamtal kring användning av läkemedel tillsammans med patienten, investera i psykoedukation, allians och adekvat uppföljning perinatalt.

Amning

Diskutera amningsönskemål med kvinnan under graviditeten. Läkemedel passerar över till bröstmjolk i varierande grad. Janus-med amning ger uppdaterad vägledning. Ibland kan amningsnedläggelse helt eller delvis vara att föredra för att kunna optimera farmakologisk behandling. Det kan också vara en fördel för att kvinnan ska kunna avlastas nattetid. Sömnbrist är en riskfaktor för återinsjuknande, särskilt vid bipolär sjukdom. Om kvinnan tar sederande läkemedel till natten måste ansvaret för barnet överlätas på partner eller annan vuxen person.

- Bröstmjolk kan ersättas av modersmjölksersättning.

Delamning kan också vara ett alternativ. Vissa barnläkarmottagningar kan följa spädbarnet med klinisk bedömning och s-koncentrationsbestämning av läkemedel hos barnet och därmed möjliggöra amning och samtidig behandling med till exempel litium och lamotrigin.

- Om nedläggning av amning – undvik bromokriptin och kabergolin (för att minska bröstmjölken) för kvinnor med psykosrisk.
- Barnets förmåga att bryta ner vissa läkemedel (benzodiazepiner, lamotrigin) är begränsad under de första månaderna och risk för ackumulering av läkemedel föreligger vid upprepad exponering.

ECT (Elektrokonvulsiv terapi)

ECT kan vara indicerat vid allvarlig symtombild hos en gravid kvinna, när andra alternativ varit verkningslösa eller symtombilden är mycket allvarlig, till exempel vid mycket svår depression, katononi, extrem suicidrisk, psykotisk agitation, svår malnutrition eller andra livshotande tillstånd. ECT ska ges i samverkan mellan psykiatri, anestesi, kvinnoklinik och barnklinik och det ska finnas akutberedskap, inklusive förlossningsberedskap, från och med graviditetsvecka 22. Under den senare delen av graviditeten finns det ökad risk för aspiration vid narkos, varför intubation bör ske.

Vid svåra psykiska sjukdomar efter förlossning kan ECT-behandling vara särskilt gynnsamt. Specifika postnatala tillstånd, som exempelvis postpartumpsykos, svarar ofta mycket snabbt och bra på ECT-behandling. Fördelen är ofta snabbt tillfrisknande, vilket minskar behovet av slutenvård med längre separation från barnet och samspelet mellan mor och barn kan komma i gång tidigare.

TMS (Transkraniell magnetstimulering)

Ett behandlingsalternativ vid medelsvår till svår depression, när annan behandling inte haft effekt. Behandlingen tar bara några minuter, men måste upprepas i en serie om 1–2 behandlingar varje dag, totalt 20 behandlingar.

Ett ökande antal studier rapporterar goda effekter av TMS vid depression under graviditet och postpartum, men det rekommenderas försiktighet då säkerheten för gravida/foster inte helt kunnat säkerställas.

Psykologisk behandling

Gravida bör ges företräde för psykologisk behandling när detta är indicerat. Tidsaspekten är viktig – behandlingen bör hinnas med i god tid före planerad förlossning. Vid anknytningsproblematik finns särskilda spädbarnspsykologer att tillgå via mödra-/barnhälsovården eller barn-/ungdomspsykiatrin. Studier kring effekt av psykologisk behandling under graviditet är begränsade, men KBT och IPT har viss evidens vid depression och ångestsyndrom. Även internetföremadlad KBT vid antenatal depression och förlossningsrädsla har studerats och bedöms vara av värde. Evidensen för KBT är dock starkare för postpartumdepression.

Även om evidensen för stödsamtal är bristfällig kan psykologiskt stöd vid MHV (mödrahälsovård) och primärvård/psykiatrisk mottagning sannolikt ha en viktig roll.

Psykiatrisk vårdplan inför förlossning och BB-tid

Behandlande psykiater rekommenderas att utfärda vårdplan som delges patient och förlossnings-/BB-avdelning. Obstetrik och mödravård har ett särskilt journalsystem och i en del regioner kan somatiska kolleger inte läsa psykiatrijournalen, vilket kan leda till att viktig information inte når fram.

Det finns god erfarenhet av att involvera specialintresserade psykiatriska sjuksköterskor och barnmorskor i förlossningsplanering, för utveckling av sammanhållna vårdplaner som innehåller viktiga aspekter avseende moderns och barnets hälsa samt vård- och omsorgsbehov utifrån psykiatriskt, obstetriskt, pediatrikt och socialt perspektiv.

Även om en orosanmälan enligt SoL formellt inte kan göras innan barnet är fött hindras informationsutbyte inte till skydd för det väntade barnet.

Flera regioner har samverkansteam, där socialtjänst och hälso- och sjukvård finns representerade. Vid gott samarbete kan akuta omhändertaganden undvikas och alternativa insatser, som andra vårdgivare eller utredningshem, planeras i god tid.

Förslag på utformning:

Faktaruta 4. Vårdplan:

Patient och närståendes medverkan:

Patientsamtycke för sammanhållen journalföring:

Somatisk diagnos:

Psykiatrisk diagnos inklusive substansbruk:

Tidigare/aktuell graviditet: Förlossningsdatum:

Psykiatrisk vårdkontakt:

Bemötandenaspekter: till exempel vid autism/personlighetssyndrom

Aktuella läkemedel inför förlossning:

(Litium under förlossning:

- Litium ska ej ges under aktivt förlossningsarbete
- God hydrering)

Läkemedelsordination efter förlossning:

- Pre-gravid dos:
- Cave! NSAID vid litium – Serumkoncentration:

Neonatolog/barnläkare:

- Kontakt inför förlossning:
- Extra barnobs på BB:
- Barnuppföljning på grund av amning:

Rekommendation obstetrisk vård:

- Förlängd vårdtid.
- Sömnprioritering.
- Psykiatrisk bedömning på BB.
- Ställningstagande till sjukskrivning av kvinnan så att partner kan ta föräldraledighet och avlasta under närmsta tiden efter partus.

Amning:

Om amningsnedläggning – Cave! Dostinex, Pravidel vid psykosrisk –

Tidigt hembesök av BVC:

Ev socialtjänstkontakt:

Psykiatrisk uppföljning postpartum:

Patientvignett:

32-årig kvinna med bipolär sjukdom typ 1, väntar sitt första barn, gravid i v. 6. Tidigare snabba och fulminanta återinsjuknanden i maniska psykoser men stabil, välmående och välfungerande sedan behandling med litium och kvetiapin. Både mor och syster med bipolär sjukdom, syster hade postpartumpsykos. Psykiater bedömer att risk för återinsjuknande är hög vid utsättning eller byte av behandling och ultraljud genomförs i vecka 18 via mödravården. Patienten följs på affektiv mottagning med regelbunden provtagning avseende litiumnivåer (1/mån; från v. 36 1/vecka), njur- och sköldkörtelfunktion. Psykiater skriver tillsammans med det ogifta paret intyg som i fall av akutpsykiatrisk försämring kan lämnas till socialtjänsten. Psykiater skickar förlossningsbrev med instruktion avseende hantering av litium under förlossning och BB-tid samt värdrekommendationer till obstetriska kliniken, där patient och partner träffar barnmorska. Vårdplan/förlossningsplan skrivs, där man planerar för utsättning av litium under aktivt förlossningsarbete, förlängd vårdtid på grund av risk för postpartumpsykos, psykiatrisk bedömning på BB och snar uppföljning hos psykiater postpartum. Paret träffar också barnläkare som planerar delamning så att patienten kan sova på nätter samt uppföljning av barnet med provtagning på barnmottagning. Eftersom förlossningen drar ut på tiden och litium blivit utsatt innan aktivt förlossningsarbete kommit i gång, utvecklar patienten manisk psykos i direkt anslutning till förlossningen och överförs till psykiatrisk avdelning. Socialtjänsten överlämnar vården till patientens partner som tar hand om barnet på BB. Patienten är helt återställd efter 3 ECT-behandlingar och skrivs ut till hemmet, med täta uppföljningar från psykiatrin under sjukskrivning så att partnern kan avlasta samt med tidigt hembesök från BVC.

Rekommenderad litteratur

Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. (2016). Information från Läkemedelsverket, 2016; 27(6):26–59.

Howard, Louise M., Hind, Khalifeh. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 2020;19:313–327.

Janusinfo. Region Stockholm: <https://janusinfo.se>.

Pacheco et al. (2021). Efficacy of non-invasive brain stimulation in decreasing depression symptoms during the peripartum period: A systematic review. *J Psychiatr Res*, 2021 Jun 8;140:443–460.

Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod TMS och ECT.

Regionalt vårdprogram Stockholm, 2014, uppdaterad 2021.

SBU (2021). *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2021. SBU-rapport nr 322. ISBN 978-91-88437-66-2.

<https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvc-forlossning/barnmorskemot-tagning/information-och-stodmaterial/psykisk-sjukdom/>.

Endometriosis och psykiatri

MARGARETA BLOMDAHL WETTERHOLM OCH
PETRA JONSSON-BYGDEVALL

Endometriosis är en kronisk, benign, östrogenberoende inflammatorisk sjukdom, som beror på att livmoderslemhinneliknande vävnad växer utanför livmodern, till exempel på äggstockar, bukhinna, tarm, urinblåsa eller bäckenvägg. Endometrioshärdarna kan ge upphov till inflammation och sammanväxningar i buken. Utbredningsgraden och endometrioshärdarnas utseende korrelerar inte med patientens besvär.

Endometriosis är en relativt vanlig sjukdom. Upp till 10 procent av kvinnor i fertil ålder är drabbade och tiden mellan symtomdebut och fastställande av diagnos är i genomsnitt sju år. Ungefär hälften av alla med endometriosis har dock inga eller bara lindriga eller periodvisa besvär. Vanliga besvär och symtom är dysmenorré, olika former av buksmärta, djup dyspareuni, allmän sjukdomskänsla samt fertilitetsproblem.

Diagnos kan ställas genom ultraljud, MRT eller laparoskopi. Behandlingen är vanligen hormonell, där man vill eftersträva amenorré och anovulation, men ibland blir kirurgi aktuellt. Ofta uppnås relativt god symtomlindring av behandling, men vissa kvinnor drabbas av komplikationer och svår smärtproblematik. Vissa kvinnor har också svårt att tolerera biverkningar vid hormonell behandling. Ibland kan SSRI-behandling mildra biverkningarnas effekter. TENS kan ha god effekt på menssmärta och eventuellt akupunktur kan även fungera bra mot smärta. Paracetamol och NSAID/COX-2-hämmare rekommenderas vid smärtskov.

Risk för beroendutveckling föreligger vid behandling med opioider.

Smärta vid endometriosis

Smärtan vid endometriosis är, liksom all smärta, en obehaglig och emotionell upplevelse. Smärtan kan vara cyklisk, periodisk, kontinuerlig och/eller bunden till vissa aktiviteter, till exempel gång, samlag, tarmtömning eller vattenkastning.

Långvarig endometriosisrelaterad smärta ger ibland en symtombild som liknar den vid kroniskt smärtsyndrom. Långvarig smärta

kan ge upphov till smärtspridning, sömnrubbnig, trötthet, nedstämdhet och generell muskelanspänning. Detta kan i sin tur leda till onda cirklar med ökad smärta, psykisk ohälsa, försämrade fysik, psykisk, kognitiv och socialt nedsatt funktion och nedsatt livskvalitet.

Beroende på individens sårbarhet och hanteringsstrategier finns det risk att studier, yrkesliv och familjebildning påverkas. Enligt en multicenterstudie, där livskvalitet och arbetsförmåga utvärderades, sågs en signifikant sänkt livskvalitet hos kvinnor med endometriosis. Graden av besvär och påverkan korrelerar ofta till graden av smärtan.

Psykiatrisk samsjuklighet

Inte sällan kan det behövas en fördjupad psykiatrisk bedömning för kartläggning och identifikation av möjlig psykiatrisk samsjuklighet. Psykiska besvär, som depression, är vanligare hos personer med endometriosis. Olika psykiatriska sjukdomar och neuropsykiatriska tillstånd kan bidra till försämrade förmåga att hantera smärta, ökad smärtupplevelse och svårighet att tolerera hormonell behandling. Den psykiska hälsan kan också påverkas negativt av ett svårt smärttillstånd som påverkar sömnen, det dagliga livet, den sexuella funktionen, fertiliteten och den generella livskvaliteten. För kvinnor som har utsatts för sexuella trauman kan gynekologiska undersökningar vara svåra att genomföra.

I Sverige finns numera ett antal endometrioscetra, som bedriver nationell högspecialiserad vård med avancerad kirurgi på uppdrag av Socialstyrelsen och dit kvinnor med svår endometriosis remitteras. Till dessa team finns det knutet ett antal olika specialister som samverkar kring bedömning inför eventuell operation. SBU rekommenderar i sin rapport från 2018 multimodal behandling med gynekolog, smärtläkare, fysioterapeut, sjuksköterska, kurator, sexolog och psykologisk/psykiatrisk expertis.

I SBU-rapporten lyfts också behovet av gott psykologiskt bemötande av patientgruppen. Kvalitativa studier visar att kvinnor upplever att de möts av bristande kunskap om endometriosis inom den ickespecialiserade vården. De upplever att det försenar diagnos av endometriosis och därmed behandling. Studierna visar även att kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte tar deras problem på allvar. Dessutom framkom att kvinnorna upplever att ökad kompetens och förbättrade attityder hos vårdpersonalen kan förbättra deras livssituation.

Användbara skattningsskalor

- Livskvalitet har bedömts med formulären EuroQoL, EQ-5D och EQ-VAS, Short Form-36.
- Depressionsskattning med Hospital Anxiety and Depression Scale eller PHQ-9.
- Endometriosis Health Profile (EHP-30) är i dag den enda validerade endometriosspecifika enkäten som finns i svensk översättning.
- Påverkan på sexualiteten med revised Sabbatsberg Sexual Rating Scale.
- Opioidriskverktyg (ORT), Audit och Dudit kan även vara av intresse i vissa fall.

Psykofarmakologisk och psykologisk behandling vid endometrios

Preparat som ofta används till kvinnor med endometrios är SSRI- och SNRI-preparat, där framför allt duloxetin är att föredra vid samtidig smärta.

För smärtbehandling kan även amitriptylin 10–50 mg till natten, gabapentin samt pregabalin vara ett alternativ.

Det finns pågående små studier kring melatoninbehandling, dels i syfte att förbättra sömn, dels utifrån hypotesen om melatoninets antiinflammatoriska och antioxidativa effekt. Svår smärta kan ofta störa nattsömmen, varför sömnmedicin kan vara aktuell.

Psykologisk behandling, till exempel med ACT (acceptance and commitment therapy), kan vara ett värdefullt tillskott till behandlingsarsenalen.

Smärtrehabiliteringsprogram kan även vara ett värdefullt komplement.

Rekommenderad litteratur

SBU (2018). *Endometrios – diagnostik, behandling och bemötande*. SBU, 2018.

SFOG:s ARG-rapport, nr 75 2016.

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård vid endometrios*.

Socialstyrelsen, 2018.

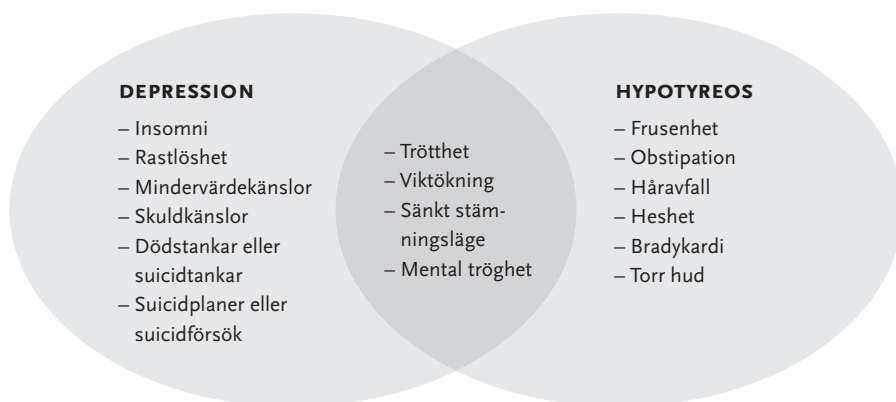
4 d. Endokrinologi – sköldkörtel, bisköldkörtel, prolaktin och diabetes mellitus

Sköldkörtel och bisköldkörtel

ABHA ISURSSING OCH LARS WAHLSTRÖM

Sköldkörtelrubbingar kan ge upphov till förändringar i stämningsläge och verklighetsuppfattning, ångest och kognitiv försämring, varför prover på sköldkörtelfunktion tas rutinmässigt inom psykiatri. Åtgärden görs snarare för att öka förutsättningarna för att identifiera, följa upp och behandla en eventuell tyreoidesjukdom än för att hitta ett orsakssamband mellan dessa tillstånd. Upp till en tredjedel av patienter inom psykiatri uppvisar avvikelser i sköldkörtelhormoner, men är kliniskt eutyroida. Hos dessa patienter normaliseras proverna oftast inom 1–4 veckor och behandling är inte indicerad. För konsultpsykiatern är en titt på tyreoideproverna rutin.

Då flera faktorer kan påverka HPA-axeln och orsaka avvikande provsvar ska tolkningen göras från fall till fall. Till exempel bör man ha högre misstanke om tyreoidesjukdom vid anamnes på kliniska symtom på tyreoidesjukdom eller tidigare tyreoidesjukdom, ärftlighet, kvinnligt kön. Äldre patienter, som ofta saknar eller har minimala symtom, patienter med hepatit C eller cancerpatienter under behandling med IL-2 löper högre risk att drabbas av tyreoidesjukdom.



Figur 3. Depression och hypotyreos delar till stor del klinisk bild och för differentiering krävs ofta att tyreoideprover tas.

Det är också relevant att ta sköldkörtelprover på patienter med terapiresistenta depressioner. Vid uttalad hypotyreos kan man få viss effekt av sköldkörtelhormon på depression. TSH > 10 mU/L bekräftar hypotyreosdiagnos och mycket lågt värde på T₄ bekräftar att sjukdomen är uttalad.

Tänk på att sköldkörtelfunktion (TSH, T₄) bör kontrolleras om detta ej skett de senaste 2 åren.

Litium och påverkan på sköldkörtel

Prevalens av hypotyreos hos patienter som behandlas med litium är cirka 20 procent.

TSH, T₄ och T₃ ska tas innan insättning av litium. Tänk på att kvinnor över 50 års ålder löper högre risk att utveckla hypotyreos och fråga också om ärftlighet för hypotyreos. Eftersom positivt prov på TPO är en riskfaktor bör man kontrollera TPO-antikroppar för att bedöma om det handlar om en högriskpatient. För uppföljning tas TSH och T₄ var 4:e månad.

Samtidig behandling med sertralin eller karbamazepin minskar effekten av Levaxin och höjer TSH-nivån.

Tilläggsbehandling med T₃ för terapiresistent depression

Flera mindre studier har visat effekt av T₃ som tillägg till anti-depressiva läkemedel vid svårbehandlad depression hos eutyroida patienter. Liothyronin (T₃) är inte godkänt för behandling av depression, men har ibland använts som tilläggsbehandling vid svårbehandlad depression.

Bland allmänheten finns en rörelse som hävdar att hypotyreos underbehandlas och olika naturpreparat marknadsförs på internet. Glöm därför inte att fråga patienter om användning av alternativmedicinska preparat (som också kan interagera med psykofarmaka). Endokrinologer har varnat för överbehandling.

Hypertyreos

De klassiska fysiska symtomen vid hypertyreos är värmeintolerans, tremor och viktnedgång, trots normal eller ökad aptit, samt hjärtklappning, frekvent tarmtömning och värmekänsla.

Psykiska symtom kan variera beroende på åldern, men ångest, rastlöshet och depressiva symtom är vanliga hos alla. I den yngre

gruppen ses oftare irritabilitet och även hyperaktivitet och psyko-motorisk agitation, medan äldre även kan uppvisa apati och trötthet.

TSH är suppresserat ($< 0,4$ mIE/L) och T_4 oftast förhöjt, men kan vara inom normalområdet vid lindriga/subkliniska former.

Ångest och depression i samband med hypertyreos brukar försvinna med antityroid behandling, men kan kvarstå lång tid, särskilt hos patienter med psykiatrisk samsjuklighet.

Subklinisk hypertyreos

Subklinisk hypertyreos kan också ha klinisk betydelse. För äldre medför det en ökad risk för förmaksflimmer, hjärtsvikt och död i hjärtsjukdom och är en riskfaktor för demens, medan det för yngre påverkar livskvalitet samt ger ökad risk för benskörhet.

TSH är då suppresserat och fritt T_4 i övre normalområdet.

Hyperparatyroidism

För konsultpsykiatern är hyperparatyroidism en ständig differentialdiagnos vid konsultation på ineliggande patienter, till exempel vid delirium, koma, agitation och personlighetsförändring. Numera är det dock sällsynt att CL-psykiatern är den som upptäcker detta tillstånd. Vanligaste psykiska symtom är ångest och depressiva symtom.

Äldre individer är känsligare för små avvikelser. Kirurgi botar i allmänhet även psykiatriska symtom, men kognitiva svårigheter kan finnas kvar längre tid.

Prolaktin

MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD

Prolaktinstegring är inte direkt associerad med psykiatriska symptom, men kan bli en aktuell fråga för psykiatern av två anledningar:

1. Prolaktinsekretion styrs i stor utsträckning via den hämmande effekten av tuberoinfundibulär dopamin på hypofysen. Direkt blockad av hypofysdopaminreceptorer möjliggör nämligen desinhiberad utsöndring av prolaktin. Behandling med antipsykotika kan därför leda till hyperprolaktinemi. Risperidon och paliperidon är starkast förknippade med förhöjt prolaktin och i mindre utsträckning olanzapin och ziprasidon. Risperidon har också förknippats med en signifikant ökad risk för hypofysadenom (0,5 per 1 000 patienter) jämfört med andra antipsykotika.

Patienter som får den behandlingen bör därför tillfrågas om förändringar i sexuell funktion och onormal laktation, medan serumprolaktin bör kontrolleras om patienten utvecklar tecken på sexuell dysfunktion eller galaktorré. Byte eller tillägg av ett antipsykotikum som har mindre risk för den biverkningen (till exempel aripiprazol) kan i sådana fall rekommenderas.

2. Å andra sidan, om prolaktininsöndringen behöver minskas, som vid prolaktinom eller när laktationen efter förlossning behöver hämmas eller avbrytas, kan man använda dopaminagonister (kaberogolin, bromokriptin). Dopaminagonister kan ge psykiatriska manifestationer som biverkan, framför allt psykotiska symptom och impulskontrollstörningar.

Behandling med dopaminagonister för att hämma mjölkproduktionen är kontraindicerad för patienter med risk för insjuknande i postpartumpsykos.

Rekommenderad litteratur

- Calissendorff, J. (2019). Hypotyreos – folksjukdom som ofta överbehandlas. *Läkartidningen*, 2019, 116:FL4C.
- Dickerman, A., Barnhill, J. W. (2012). Abnormal thyroid function tests in psychiatric patients – a red herring? *Am J Psychiatry*, 2012; 169(2):127–33. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11040631.
- Gitlin, M. (2017). Unipolar depression in adults: Augmentation of antidepressants with thyroid hormone. *Innov Clin Neurosci*, 2017; 14(3–4): 24–29.
- Kibirige, D., Luzinda, K. & Ssekitoleso, R. (2013). Spectrum of lithium induced thyroid abnormalities: a current perspective. *Thyroid Res*, 2013; 6(1): 3. doi: 10.1186/1756-6614-6-3.
- Läkemedelsverket (2017). *Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna, behandlingsrekommendation*. Läkemedelsverket, 2017.

Diabetes mellitus

LARS WAHLSTRÖM

Det sammantagna kunskapsläget tyder på att patienter med diabetes mellitus (DM), typ I och typ II med komplikationer, under ideala förhållanden borde screenas för psykiatriska symtom, särskilt depression (PHQ-2), och diabetesrelaterad psykisk ohälsa. Vid nedanstående tillstånd borde bedömning ske av psykiatriskt kompetent person. Vården i Sverige är långt ifrån att uppfylla dessa krav.

Många psykiatriska tillstånd är vanligare vid DM och förknippade med sämre diabeteskontroll, varför dessa ska identifieras och om möjligt behandlas. Vid depression är KBT och/eller SSRI förstahandsbehandling. Särskilt negativ påverkan med mer diabeteskomplikationer och sämre livskvalitet har *diabetes distress*, som inte ska förväxlas med depression som dock kan förekomma samtidigt. Förstnämnda kännetecknas av hög grad av oro kring diabetes och skuld/skamkänslor kring bristande kontroll av blodsockret. Här behövs särskilda insatser från diabetesteamet.

Psykologisk insulinresistens innebär svårigheter att följa insulinordinationer på grund av rädslor av olika slag (särskilt vid DM typ II). Inte ovanligt vid typ I-diabetes är *rädsla för hypoglykemi*, vilket

leder till sämre diabeteskontroll och stort lidande. Speciellt utformad KBT har påvisad effekt vid dessa tillstånd, särskilt om den är integrerad med diabetesvården.

Ätstörning och stort förhållande till mat är vanligare hos patienter med diabetes och särskilt komplicerat på grund av fokuseringen på energiintag och -förbrukning. Manipulation med insulin, i syfte att gå ner i vikt, kan förekomma vid typ I-diabetes. Perfektionism utgör en utmaning och hjälpmedel som appar kan motverka sitt syfte. Dessa patienter bör erbjudas omhändertagande av psykiatriska vårdgivare, med särskilt intresse och erfarenhet av detta, och behandlingen bör ske i nära samverkan med diabetesvården.

Tänk på att kognitionen kan vara nedsatt, särskilt hos äldre och patienter med långvarigt instabilt diabetesläge; screena med MoCA.

Vid medicinering med framför allt neuroleptika ska diabetespatienter, liksom för övrigt alla patienter med allvarlig psykisk sjukdom, screenas vad gäller metabola parametrar (viktuppgång, hyperlipidemi, glukosdysregulering).

Rekommenderad litteratur

Anderbro, T. (2019). Diabetes, kap. 5. I: A. Sarkohi & G. Andersson (red.) *Somatisk sjukdom. Ett biopsykosocialt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Can, J. (2018). *Diabetes* 42, 2018, s. 130–141.

SPF:s Kliniska riktlinjer. (2017). Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom: <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinjer-om-metabol-risk.pdf>.

4 e. Njurmedicin

NAOMI CLYNE

Bakgrund

Njurmedicinsk sjukdom diagnosticeras nästan uteslutande med hjälp av laboratorieanalyser, som plasmakreatinin, albumin i urinen eller njurbiopsi. Njursjukdom förekommer i alla åldrar och olika demografiska grupper.

Ibland går det att bota njursjukdomen, ofta kan den hållas under kontroll, tidvis progredierar den till njursvikt. Då blir behandling med njurtransplantation eller dialys livsnödvändig.

Diagnostiska aspekter

Kronisk njursvikt är ett förgiftningstillstånd som påverkar hela kroppen och medför uttalad trötthet, nedsatt fysisk och psykisk ork och uthållighet samt lätta koncentrationssvårigheter. Njursvikten i sig påverkar inte personligheten och ger inte upphov till psykiska störningar.

Njurfunktion ska alltid bedömas utifrån ett skattat GFR (eGFR), helst genom ett beräknat medelvärde på eGFR med cystatin C och kreatinin eller med ett uppmätt GFR med iohexolclearance.

Psykiatrisk behandling och samarbete

I samband med övergången till kronisk njursvikt, oftast när GFR $< 20 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, är det dags att förbereda patienten för dialysbehandling och/eller njurtransplantation, alternativt fortsatt medicinsk behandling.

Insikten om att livet för all framtid kommer att vara beroende av medicinskteknisk behandling utlöser ofta en existentiell kris.

Psykologiskt stöd vid njursvikt

Flertalet personer tar sig igenom livskrisen själva med hjälp av närstående och/eller det multiprofessionella teamet som finns på njurmottagningen. Enstaka personer behöver dock mer kvalificerad psykologisk hjälp.

Samtidig psykisk sjukdom och njursjukdom

Litiumnefropati

Patienter med psykisk sjukdom, som behandlats med litium i många år, kan utveckla litiuminducerad njurskada. Risken att utveckla njurskada är mindre vid välkontrollerade plasmalitiumnivåer. Progresstakten på njurfunktionsförsämringen brukar vara långsam.

Det finns inga övertygande belägg för att utsättande av litium efter det att njurskada konstaterats bromsar progresstakten, men det verkar finnas en brytpunkt då försämringen av njurfunktionen fortskrider trots utsättande av litium vid ett eGFR på ≤ 45 ml/min/1,73m². Därför finns anledning till tidig kontakt med nefrolog redan vid eGFR på ≤ 60 ml/min/1,73m², absolut indikation för remiss till nefrolog ligger vid ett eGFR ≤ 30 ml/min/1,73m².

Beslut om utbyte av litium mot ett annat läkemedel är alltid en fråga mellan psykiatern och patienten.

Psykofarmakabehandling och njursvikt

Patienter med psykisk sjukdom kan, precis som alla andra, utveckla njursvikt på grund av exempelvis hypertoni, diabetes mellitus eller polycystisk njursjukdom. Dessa patienter behandlas med njurmedicinska läkemedel av njurmedicinaren och med psykofarmaka av psykiatern.

En del psykofarmaka metaboliseras i eller utsöndras genom njurarna. Vissa har hög proteinbindningsgrad och distributionsvolymen kan variera. Alla dessa faktorer påverkar koncentrationen i plasma och kan inverka på patientens välmående om det blir obalanser.

Det är angeläget att dosanpassa psykofarmakan till patientens aktuella njurfunktion. Viktigt att påpeka är att läkemedel alltid ska doseras efter absolut GFR och inte efter relativ GFR som är normerad till kroppsyta. Än mera komplicerat blir det om patienten har dialysbehandling, eftersom vissa läkemedel dialyseras ut ur kroppen. Då kan man behöva ge en extradosis i mitten och slutet av dialysbehandlingen.

Faktaruta 5.

1. Vid övergång till dialysbehandling kan psykologiskt stöd behövas.
2. Vid behandling med litium – remiss till nefrolog:
 - a) (misstänkt) litiumnefropati
 - b) GFR < 60ml/min/1,73m²
 - c) urin-albumin-kreatinin kvot > 3 mg/mmol
 - d) årlig nedgång i GFR >2ml/min/1,73m².
3. Psykofarmakabehandling bör anpassas till absolut GFR.

Rekommenderad litteratur

<http://www.egfr.se> – formel för uträkning av relativ och absolut eGFR.

Nyman, U., Björk, J., Bäck, S.-E., Sterner, G. & Grubb, A. (2016). Estimating GFR prior to contrast medium examinations – what the radiologist needs to know! *Eur Radiol*, 2016;26:425–435.

Schoot, T. S., Molmans, T. H. J., Grootens, K. O. & Kerckhoffs, A. P. M. (2020). Systematic review and practical guideline for the prevention and management of the renal side effects of lithium therapy. *European Neuropsychopharmacology*, 2020; 31:116–32.

4 f. Kardiologi

MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD

Inledning

Hjärtsjukdom har en ömsesidig relation med stress, psykiatrisk sjuklighet och psykosociala faktorer generellt. Patienter med hjärt-kärlsjukdom har ökad förekomst av psykisk sjukdom och psykiatrisk patologi är relaterad till hjärtavvikelser. Akuta koronara syndrom har associerats med akut och kronisk stress, svåra och påfrestande livshändelser och katastrofer som jordbävningar. Dessutom har studier visat att depression, ångest och vissa personlighetsdrag som till exempel "hostility" är riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar.

Att diagnosticeras med hjärt-sjukdom kan associeras med hot om plötslig död eller allvarlig sjukdom och leda till kris eller anpassningsstörning med olika psykologiska reaktioner och även ångest och depression. Prevalensen för depression vid hjärt-kärlsjukdom beräknas till mellan 17 procent och 47 procent.

Samma symtom kan signalera både psykisk sjukdom och hjärt-sjukdom (till exempel panikattack och hjärtinfarkt, respektive depression och hjärtsvikt).

Stressreaktioner, utvecklade för adaptiv hantering av yttre hot, är nu för tiden ofta maladaptiva subakuta eller kroniska reaktioner på psykologiska stressfaktorer hos människor med stillasittande livsstil. Adrenalin, noradrenalin och kortisol som utsöndras kan därför ha negativa fysiologiska effekter och bidra till uppkomst av arytmier, hypertension, hyperlipidemi/dyslipidemi och ökad risk för trombos.

Hjärtinfarkt

Det finns flera hypoteser om mekanismerna, genom vilka emotionell stress kan utlösa en akut hjärtinfarkt (MI). Man vet till exempel att det finns en dygnsvariation i frekvens av MI, med ökning på morgontimmarna, något som antyder att hjärthändelser kan utlösas av externa aktiviteter, särskilt dem som aktiverar det sympatiska nervsystemet. Psykisk stress kan leda till ökat blodtryck, höjd hjärtfrekvens och vaskulär tonus och ökad trombocyttaggregation, vilket i sin tur kan påverka bildningen av aterosklerotiska plack.

Egentlig depression förekommer hos nästan 20 procent av pa-

tienterna efter MI och är förknippad med dålig efterlevnad av behandling efter MI. Dessutom har patienter som haft MI en ökad risk att begå självmord inom en månad efter MI, jämfört med individer utan tidigare hjärtinfarkt.

Behandling

För patienter med unipolär depression efter akut koronart syndrom (till exempel inom de senaste tre månaderna) rekommenderas behandling i form av psykoterapi (i första hand KBT) plus ett antidepressivt läkemedel (grad 2C rekommendation).

Endast psykoterapi är ett rimligt val för patienter som vill undvika biverkningar och läkemedelsinteraktioner; å andra sidan är medicinering utan psykoterapi ett rimligt alternativ hos patienter som inte vill, kan eller har tillgång till psykoterapi.

Hjärtsvikt

Flera studier kopplar depression, ångest och social isolering till ökad sjuklighet och dödlighet hos patienter med kranskärslsjukdom, den bakomliggande orsaken till hälften av fallen av hjärtsvikt. En betydande andel av patienter med hjärtsvikt har samtidiga kognitiva problem. Depression, trötthet, ångest, sömnproblem och smärta är också överrepresenterade hos patienter med hjärtsvikt.

Flera patologiska mekanismer som förekommer hos deprimerade patienter har relaterats till patogenesen av hjärtsvikt samt sämre prognos: neurohormonell aktivering (HP-axel och sympatikus), ökad trombocytaggregation, autonom neurokardiell dysfunktion (minskad hjärtfrekvensvariation och reducerad parasympatisk aktivitet) samt cytokinfrisättning.

Vid grav hjärtsvikt kan behandling med extern hjärtpump (left ventricular assist device, LVAD) komma i fråga. När psykiatriska symtom och kognitiva problem finns före ingreppet är risken ökad för komplikationer och sämre följsamhet till behandling. Kognitionen förbättras ofta parallellt med cirkulationen. LVAD är oftast en brygga till hjärttransplantation, men enstaka patienter stannar vid detta steg.

De psykiatriska övervägandena är desamma som vid övrig hjärtsjukdom och konsultpsykiatrisk bedömning, motsvarande den vid transplantation, görs ofta inför behandlingen.

Farmakologiska överväganden

- Flera randomiserade studier indikerar att relativt kortvarig behandling med SSRI efter MI är säker. En långtidsstudie fann dessutom att SSRI minskade förekomsten av kardiella händelser, medan effekt på överlevnad är mer osäker. Antidepressiva kan startas när diagnosen depression har ställts, förutsatt att det akuta koronarsyndromet har stabiliserats.
- Vid farmakologisk behandling rekommenderas SSRI, som sertralin (grad 2C rekommendation). Det finns inga belägg för att något specifikt SSRI är mer effektivt än andra. Sertralin orsakar sannolikt inte läkemedelsinteraktioner med hjärtmedicinering och har visat sig effektivt för depression vid postakut koronarsyndrom. Citalopram och escitalopram undviks vanligtvis hos patienter med hjärtsjukdom på grund av dosberoende risk för QT-intervallförlängning. EKG för att kontrollera för QTc-tiden rekommenderas.
- Rimliga alternativ till SSRI inkluderar serotonin-noradrenalin-återupptagshämmare, som venlafaxin, bupropion och mirtazapin. Noradrenergiska preparat ska användas med försiktighet och med kontroll av blodtrycket. Vid behandling med venlafaxin under 150mg brukar det inte vara kliniskt relevant och risken för blodtryckshöjning anses vara liten vid doser under 300 mg. Bupropion tolereras väl och har minimala effekter på hjärtfunktion och blodtryck, men några studier har visat att det kan höja blodtrycket, framför allt i kombination med nikotinplåster.
- Tricykliska antidepressiva är potentiellt kardiotoxiska och undviks.
- Monoaminoxidashämmare undviks också hos patienter med hjärtsjukdom, eftersom dessa mediciner kan orsaka episoder av hypotoni, dödliga läkemedelsinteraktioner och interaktioner med livsmedel.
- Interaktioner: fluoxetin, fluvoxamin och paroxetin är måttliga till potenta hämmare av cytokrom P₄₅₀-läkemedelsmetabolism och kan orsaka interaktioner genom att förändra blodnivåerna av andra läkemedel, som antikoagulantia, trombocythämmande medel, betablockerare och statiner, vilka är beroende av lever-enzymerna för clearance eller aktivering.

Rekommenderad litteratur

Wise, M. G., Rundell, J. R. & American Psychiatric, Pub. (2002). *The American Psychiatric Publishing textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Övrig litteratur

Cannon, J. A., Moffitt, P., Perez-Moreno, A. C., Walters, M. R., Broomfield, N. M., McMurray, J. J. V. & Quinn, T. J. (2017). Cognitive Impairment and Heart Failure: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Card Fail*, 23(6), 464-475: doi:10.1016/j.cardfail.2017.04.007.

Delville, C. L. & McDougall, G. (2008). A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. *Issues Ment Health Nurs*, 29(9), 1002-1017: doi:10.1080/01612840802274867.

Herr, J. K., Salyer, J., Lyon, D. E., Goodloe, L., Schubert, C. & Clement, D. G. (2014). Heart failure symptom relationships: a systematic review. *J Cardiovasc Nurs*, 29(5), 416-422: doi:10.1097/JCN.0b013e31829b675e.

Lundgren, S. et al. (2017). Depression and anxiety in patients undergoing left ventricular assist device implantation. *Int J Artif Organs*, 2017, Nov 15; doi: 10.5301/ijao.5000650.

Thomas, S. A., Chapa, D. W., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M. C. & Lee, H. J. (2008). Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Crit Care Nurse*, 28(2), 40-55.

https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-factors-in-acute-myocardial-infarction?search=acute%20coronary%20syndrome%20depression&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

4 g. Gastroenterologi

LARS WAHLSTRÖM

För konsultpsykiatern är framför allt funktionella mag-tarmsjukdomar av relevans. Dessa förklaras av kombinationer av motilitetsstörningar, visceral hypersensitivitet, mucosa- och immunfunktionsstörningar samt störningar i processandet av information från/till tarmen (brain-gut-axis).

Olika funktionella mag-tarmsjukdomar förekommer ofta över tid hos den enskilda individen och kan därför överlappa varandra. I anamnestagandet ingår identifiering av eventuell sexuell traumatisering.

Irritable Bowel Syndrome (IBS) och funktionell dyspepsi

De vanligaste funktionella mag-tarmsjukdomarna är Irritable Bowel Syndrome (IBS) respektive funktionell dyspepsi.

Undvikande, interpersonella svårigheter och upplevelse av stigma är vanligt och det finns en betydande samsjuklighet med ångest/depression och framför allt sömnstörning.

Dessa patienter handläggs till största delen via primärvården, men även via den medicinska gastroenterologin. Att säkerställa att patienten förstått och accepterat sin diagnos är grundläggande och förutsätter en genomtänkt konsultationsteknik. Därför är ett biopsykosocialt synsätt (se kapitel 3) nödvändigt i mötet med dessa patienter. Symtommodifierande insatser, som livsstilsråd, kostrådgivning, läkemedelsbehandling och psykologisk behandling (i första hand KBT) hjälper i många fall.

Förutom vid kliniskt uttalade psykiatriska problem kan konsultpsykiatern engageras när det samtidigt finns svårigheter i kommunikationen med vården, problem med compliance eller beteendestörning vid till exempel sjukhusvård. Bakgrunden är inte sällan ADHD, autism eller maladaptiva personlighetsfaktorer. Ofta är dessa mekanismer inte uppmärksammade och sällan diagnosticerade och patienten dessutom negativ till psykiatrisk utredning. En viktig uppgift för konsultpsykiatern kan då vara att identifiera mekanismer av detta slag, förmedla kunskap och stödja behandlande somatiker i bemötande och behandling.

Läkemedelsbehandling kan lindra symtomen vid IBS. Mot buksmärta har främst TCA och SNRI visats kunna ha en smärtlindrande effekt, som är delvis oberoende av ångest/depression. SSRI har främst en antidepressiv effekt och kan väljas då buksmärtan bedöms ha aggraverats av samtidig depression. Effektiv dos av TCA (oftast amitriptylin) är ofta mycket låg (10–50 mg/dag), vilket gör det attraktivt särskilt vid snabb tarmmotorik, då dess antikolinerga verkan kan ha effekt även på detta symptom. Annars kan en liten regelbunden dos loperamid fungera mot diarré. Mot förstoppning används i första hand bulkmedel eller makrogoler, men som andra linjens behandling kan mer specifik farmakologisk behandling i form av Prukaloprid eller Linaclotid användas.

Vid behov av ångest/depressionsläkemedel föredras vid förstoppning SSRI, som ofta leder till snabbare tarmpassage. Vid uppblåsthet har kostbehandling bäst effekt, men dimetikon kan provas.

Noncardiac chest pain, Functional heartburn och Narcotic bowel syndrome

Noncardiac chest pain liksom Functional heartburn tros ha samband med ökad smärtkänslighet; TCA respektive KBT kan ha effekt. Psykiatrisk samsjuklighet kan vara underdiagnosticerad.

Alltför ofta har återkommande/långvariga buksmärtor lett till beroende av opioider. Behandling av funktionell mag-tarmsjukdom med opioider medför ofta ett successivt ökat opioidbehov med förstoppningsproblematik och över tid en paradoxalt ökad visceral hypersensitivitet.

Detta kan leda till *Narcotic bowel syndrome*, ett fruktat, mycket svårbehandlat tillstånd som bör undvikas genom att opioider *aldrig* initieras som behandling av funktionell mag-tarmsjukdom. Behandlingen av Narcotic bowel syndrome innebär uttrappning av opioider enligt schema i samförstånd med patienten, varvid behandling med SSRI/SNRI och klonidin, spasmolytika och eventuellt bensodiazepin kan vara nödvändigt.

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

Vid inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är sekundära psykiatriska symtom som ångest/depression vanliga, vilket bland mycket annat kan leda till sämre compliance och många medicinerar med antidepressiva.

En del patienter kan behöva specialiserad psykologisk behandling för att hantera sin sjukdom.

Illamående

Illamående behöver inte stamma från GI-kanalen utan kan orsakas av exempelvis ångest, påverkan på balansorganet eller av läkemedelseffekt på illamåendecentrum eller kroniskt cannabisbruk.

Vid samtidig depression kan serotonerga antidepressiva paradoxalt nog ha effekt, liksom mirtazapin/mianserin genom 5-HT₃-blockad.

Rekommenderad litteratur

Levenson, J. L. (red.) (2019). *Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-liaison psychiatry*, Third edition. The American Psychiatric Association Publishing, 2019.

Ljótsson, B., Olén, O. & Lindfors, P.-J. (2019). Irritable bowel syndrome, kap 8. I: Sarkohi, A. & Andersson, G. (red.). *Somatisk sjukdom. Ett biopsykosocialt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

4 h. Organtransplantation

LARS WAHLSTRÖM

Konsultpsykiatrisk utredning

Konsultpsykiatrisk bedömning av patienter som kan bli mottagare av solida organ vid transplantation görs av två sammanhängande skäl; för det första för att identifiera psykiatriska/psykosociala problem som behöver adresseras för att göra patienten optimalt redo för transplantation. För det andra för att bedöma patientens förmåga att framgångsrikt gå igenom transplantationsprocessen och därefter klara av den regim som krävs av den som lever med ett transplanterat organ. Det finns inga absoluta psykiatriska kontraindikationer, men komplicerade fall reser etiska, filosofiska och terapeutiska dilemman och då krävs direkta diskussioner med transplantationsteamet som fattar beslut om transplantation.

Patienter som har en pågående psykiatrisk kontakt är oftast ändå betjänta av en särskild konsultpsykiatrisk bedömning. Denna görs på basen av journalmaterial och intervju och innehåller ett antal teman, där tänkbara riskfaktorer för negativt utfall värderas. Det finns åtminstone tre instrument för semistrukturerad intervju som är utvärderade internationellt och som screenar för riskfaktorer för försämrat utfall och potentiella interventionsbehov. Kollateral information från närstående behövs oftast.

Temana är:

- a. Kunskap om och förståelse av sjukdomen respektive transplantationsprocessen.
- b. Önskan/beslutsamhet att genomgå transplantation.
- c. Följsamhet till behandling/kontroller.
- d. Livsstilsfaktorer och förmåga till förändring.
- e. Socialt stöd – tillgänglighet, funktionalitet samt boende och ekonomi.
- f. Psykopatologi.
- g. Kognitiv nedsättning och neuro-organisk patologi.
- h. Personlighetsdrag/syndrom.
- i. Sanningsenlighet, bedrägligt beteende.
- j. Substansbruk respektive beroende; alkohol, droger, nikotin.

Sjuksköterskor vid transplantationskliniken har ofta gjort en bedömning av patientens förståelsenivå och kurator har som regel gjort en kartläggning av sociala förhållanden. Bristande socialt stöd är en tung riskfaktor, liksom pågående missbruk/beroende. Följsamheten är en kritisk punkt, eftersom den efter transplantationen avgör både livskvalitet (symtom) och överlevnad.

MoCA används med fördel för screening av kognitiv funktion som kan vara nedsatt vid exempelvis hjärtsvikt, men oftast förbättras efter insättning av hjärtpump (LAVD) eller nytt hjärta.

Psykiatriska komplikationer

Depression såväl före som efter transplantation har särskilt, vad gäller lunga, visat samband med sämre överlevnad. Den perioperativa processen kompliceras inte sällan av exempelvis delirium och avstöttningsreaktioner förekommer (GvH eller HvG). Transplanterade patienter har som andra somatiskt sjuka en högre risk för psykiatrisk sjuklighet; efter transplantation har prevalens för depression och ångesttillstånd visats vara mellan 20 procent (njure) och 60 procent (hjärta). Transplantationsupplevelsen kan vara traumatiserande och screening för PTSD och andra ångesttillstånd rekommenderas ofta.

Livet som transplanterad innebär begränsningar i livsföringen och livslång medicinering med immunosuppressiva; generaliserat har 60 procent av transplanterade personer gastrointestinala biverkningar, vilket innebär att exempelvis venlafaxin och SSRI sällan är bra behandlingsalternativ. Immunosuppressiva har också metabola effekter, som viktuppgång, hyperlipidemi och glukosintolerans. En del patienter kan behöva psykoterapeutisk behandling på grund av rädsla för avstötning eller svårigheter i anpassningen till livet som transplanterad.

Rekommenderad litteratur

Levenson, J. L. (red.). (2019). *Textbook of Psychosomatic medicine and Consultation-liaison psychiatry*, Third edition. The American Psychiatric Association Publishing, 2019.

Sefastsson, Y. & Wahlström, L. (2020). Utredning av kandidater för transplantation varierar stort. *Läkartidningen*, 2020;117:FUD4.

4 i. Infektionssjukdomar

LARS WAHLSTRÖM

HIV

Generellt finns en förhöjd psykiatrisk sjuklighet bland HIV-positiva personer, vilket motiverar särskilda konsultationspsykiatriska insatser gentemot gruppen.

Med modern HIV-behandling nås total smittfrihet, det vill säga inga virus i blod. Förutsättningen är god följsamhet till behandlingen. Vid perioder av bristande följsamhet eller sen upptäckt kan CNS engageras. Förr var den subcorticala aidsdemensen vanlig, med förlängsamning som främsta symtom och ibland psykotiska symtom, liksom cerebrala infektioner eller lymfom. Numera uppträder oftare HAND (HIV-Associated Neurocognitive Disorder) med subtilare kognitiva symtom, vilka kan påverka social funktion och följsamhet till behandling. Riskfaktorer är mångårig obehandlad infektion, högre ålder, liksom samtidig Hep C, missbruk eller psykiatrisk sjukdom. Det finns viss oenighet om betydelsen av HAND vid låga virusnivåer i plasma. Screening med MoCA rekommenderas.

HIV-patienter kan vara aktuella för konsultationspsykiatri på några olika vis:

1. Bristande följsamhet till HIV-behandling. Orsakerna är ofta en kombination av flera faktorer, som bristande kognitiv förmåga (primärt eller förvärvat), idiosynkratiska eller kulturella faktorer och depression. Missbruk är sällan orsak. Uppgiften blir främst diagnostik och råd om handläggning. Behandling av depression kan förbättra följsamheten.
2. Psykiatriska symtom, depression eller psykos, hos icke-psykiatriska patienter. Uppgiften kan innebära inledning av behandling och länkning till reguljär psykiatri. Observera möjligheten av psykiatrisk biverkan av anti-HIV-läkemedel.
3. Patienter med bakgrund som flyktingar, eller som förföljda exempelvis på grund av sexuell läggning, är överrepresenterade. Uppgiften här blir ofta att identifiera traumatisering och att lotsa vidare till behandling samt i socialpsykiatrisk anda samarbeta med kuratorer och myndigheter.

Behandling med antidepressiva läkemedel följer sedvanliga rekommendationer. Numera är interaktionsproblemen färre, men fortfarande används ritonavir som dels är en potent hämmare av CYP_{3A4} och kan höja koncentrationen av till exempel TCA, amfetamin och opioider, dels fås en lägre koncentration av ritonavir vid samtidig användning av johannesörtspreparat som då är kontraindicerade.

Behandlingen av delirium hos HIV-patienter särskiljer sig genom en ibland extrem känslighet för extrapyramidala biverkningar av neuroleptika.

Symtom på demens i samband med HIV-infektion går ofta, men ej alltid, tillbaka vid behandling med CNS-penetrerande antivirala preparat.

Andra infektioner

Virala meningoencefaliter, inklusive TBE, kan medföra besvärliga akuta eller långvariga psykiatriska och kognitiva symtom.

Oftast finns en ökad biverkningskänslighet för antipsykotika.

Vid depression och ångest vid postherpetisk neuralgi kan duloxetin eller amitriptylin föredras, eftersom de också kan ha analgetisk effekt.

En del antimikrobiella läkemedel kan ge psykiska symtom inklusive delirium. Detta gäller särskilt kinoloner (till exempel ciprofloxacin) och antimalarialäkemedel, men även till exempel cefalosporiner.

Rekommenderad litteratur

Levenson, J. (red.) (2019). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry* (3rd ed.), kapitel 26, Infectious Diseases. Washington DC: APA Publishing.

5. Psykologiska reaktioner på fysiskt trauma och sjukdom

CHARLOTTE THERUP SVEDENLÖF

Sammanfattning

Syftet med detta avsnitt är att öka konsultpsykiaterns kunskap och förståelse för patienters psykologiska reaktioner samt deras behov av stöd och/eller behandling vid akut trauma/sjukdom/handikapp (kroppsligt såväl som psykiskt) och därmed ge underlag för att på ett professionellt sätt befrämja återhämtningen.

Även behandlarens egna reaktioner beskrivs, i syfte att underlätta och uppmuntra till självreflektion, då det befrämjar samtalet mellan konsultpsykiatrikern och patienten.

Att bemöta patienter

Gedigen kunskap om hur människor reagerar i kris är nödvändig för att kunna skapa de bästa förutsättningarna för mötet/samtalet mellan läkaren och patienten. Vid en svår och allvarlig situation påverkas patientens kognitiva funktioner, vilket har betydelse för hur den information som läkaren ger uppfattas av patienten och dennes närstående. Därtill påverkas den mentala processen utifrån hur patienten tolkar informationen, vilket i sin tur inverkar på den fortsatta utvecklingen och återhämtningen efter skade- eller sjukdomsbeskedet.

Sjukvårdsbehov och önskemål samt krav hos patienter och närstående är individuella och har sin grund i en rad faktorer, som till exempel ålder och utvecklingsnivå, förmåga och strategi att hantera

svårigheter (så kallade coping-strategier), tidigare erfarenheter av traumatiska upplevelser och hur dessa hanterats samt hur relationen fungerar mellan patienten och närstående. Äldre personer kan ha specifika förutsättningar som sjukvården behöver ta hänsyn till, liksom de som har neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, exempelvis autism. När det gäller barn och ungdomar är det viktigt att beakta deras mognad och utvecklingsnivå.

I tidigt skede efter en akuthändelse, som till exempel en olycka, är det svårt, utifrån personens psykologiska reaktioner och själva händelsen, att förutsäga om individen på sikt kommer att utveckla psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Det finns inget klart samband mellan utveckling av psykisk ohälsa och de initiala psykiska och fysiska reaktionerna hos individen. Reaktionerna i det tidiga akuta skedet är oftast övergående.

Begreppet potentiellt traumatiserande händelse/skede/situation används i stället i inledningsskedet, hellre än att tala om psykisk traumatisering, för att undvika patologisering och påminna om och beakta att det finns en risk för senare komplikationer. Det är därför viktigt att alltid bedöma och planera uppföljning för patienten för att kunna följa hälsoutvecklingen.

Kris och krisreaktioner

En påfrestande livshändelse, som exempelvis plötslig allvarlig sjukdom (egen eller närståendes), förlust, olycka, kroppsskada, våld eller tvångsåtgärd, kan utlösa en psykologisk kris hos en individ och kan vara svårt att bemästra. Detta eftersom individens tidigare erfarenheter inte riktigt räckt till för att i stunden kunna bemästra situationen. Krisen handlar om en psykisk, fysisk och/eller social obalans. Människors förmåga att klara av fysisk och psykisk stress skiljer sig åt utifrån medfödda och förvärvade förutsättningar. Det kan till exempel handla om genetiska faktorer, fysisk alternativt psykisk sjukdom, funktionsnedsättning eller tidigare exponering för potentiell traumatisering, där återhämtningen varit ofullständig. Vid svåra och påfrestande situationer är det inte ovanligt att individens förmåga att minnas försämras, som exempelvis den information som läkaren ger till patienten. Även koncentrationsförmågan, uppmärksamheten och sättet att hantera situationen minskar (jämför stress-sårbarhets-modellen).

Det är individuellt hur människor reagerar vid en potentiellt traumatiserande händelse och reaktionerna ses som naturliga och oftast ändamålsenliga samt syftar i sin grund till överlevnad. De reaktioner som uppstår inledningsvis är såväl fysiologiska som emotionella, kognitiva och beteendemässiga. Hur de tar sig uttryck är oförutsägbart för både patienten och omgivningen, eftersom reaktionerna sker omedelbart och är utanför den viljemässiga kontrollen. Eftersom reaktionerna inte går att styra kan de i efterhand hos patienten kännas främmande, kanske ge upphov till skuld och skamkänslor eller osäkerhet om hur andra har uppfattat en själv.

Sömnstörning är vanligt förekommande i samband med potentiellt traumatiserande händelser. Sömn medför förstärkt inläring, men viss forskning har visat att det inte är farligt att sova dåligt första natten efter en händelse, då sömnlösheten i stället kan minska risken för att det traumatiska minnet konsolideras. De kognitiva funktionerna försämras dock på sikt av sömnbrist och det är därför viktigt att bedöma bakomliggande orsaker till sömnstörningen. Det är även viktigt att ge saklig information om att sömnstörningen oftast är övergående. Om det finns en underliggande problematik till sömnbesvären är det viktigt att patienten får samtalsstöd eller annan behandling för detta.

De fysiologiska reaktionerna är framför allt underordnade aktiveringen av det sympatiska respektive parasympatiska nervsystemet samt hormonell påverkan via katekolaminer och kortisol. Aktiveringen av nervsystemen ger upphov till exempelvis hjärtklappning, stegrat blodtryck och muntorrhet eller till illamående, lägre hjärtfrekvens och sänkt blodtryck.

Emotionella reaktioner är känslomässiga uttryck, som uppstår i samband med en svår påfrestning, och som visar sig som till exempel ilska, rädsla, oro, ångest, ledsenhet eller förvåning.

Skuld- eller skamkänslor kan lätt uppstå efter en svår händelse och det är mycket viktigt att vården är lyhörd för och uppmärksammar detta. Skuldkänslorna kan handla om att patienten tror sig vara ansvarig för eller bidragit till en olycka eller skadat en annan person eller att patienten tänker att hen inte gjort tillräckligt för att undvika sjukdomen. Det krävs att behandlingspersonalen sätter av extra tid för enskilt stödjande samtal för att undvika långvarigt lidande hos patienten. Även känslor av aggressivitet och hat kan förekomma i efterförloppet.

De kognitiva reaktionerna påverkar den drabbades tankar, minnesfunktioner, koncentrationsförmåga och bedömningsförmåga. Eftersom de emotionella reaktionerna, som stark rädsla, kan störa uppmärksamheten kan patienten få extra svårt att förstå den information som delgivits av konsultpsykiatrikern.

Beteendereaktioner uttrycks i till exempel rastlöshet, att inte kunna slutföra en uppgift eller som när barn springer runt i rummet och vill vidröra allt (aktivering under sympatikuspåverkan) eller tvärtom kan patienten bli passiv som kan ta sig uttryck i isolering, undandragande eller då barn plötsligt somnar (ökad parasympatisk påverkan). Vanligast är hyperaktivitet, som för med sig hypervigilans, till exempel skärpt tänkande, förhöjd vakenhet (jämför engelska begreppen freeze, fight, flight, fright, flag och faint). Även dissociation (motsatsen till association) förekommer hos drabbade vid en påfrestande händelse och innebär att den drabbades upplevelser, medvetande, minne, perception och deras konsekvenser hålls isär, det vill säga att patienten avskärmar sig från sina upplevelser. Det är både en psykologisk och en fysiologisk reaktion och i det akuta skedet kan denna reaktion vara hjälpsam i hanterandet av händelsen. När dissociationen kvarstår under en längre tid så är det ofta tecken på att patienten inte kunnat återhämta sig.

Riskfaktorer för utveckling av psykisk ohälsa

Det finns vissa faktorer som är starkt associerade med ökad risk för utveckling av psykisk och eller fysisk ohälsa efter potentiellt traumatiserande händelser/situationer. De riskfaktorer som framhålls i litteraturen, med ökad risk för ohälsa är bland andra:

- 1) typ av händelse som individen exponerats för, som våld, terror, misshandel och där uppsåtet är att skada en annan människa/grupp
- 2) exponeringsgraden som till exempel fysisk närhet till händelsen, svårt fysiskt skadad, förlust av närstående
- 3) om reaktionerna pågår länge trots stöd, dissociation, undvikande
- 4) personrelaterade faktorer
- 5) brist på skyddande faktorer, främst otillräckligt eller frånvaro av socialt stöd.

Det är viktigt att komma ihåg att de händelser som drabbar oss uppfattas olika av olika individer, men det är den subjektiva upplevelsen (patienten trodde att hen skulle dö eller att närstående skulle dö utan att det rent realistiskt var så) som har väsentlig betydelse för hälsoutvecklingen. Tänk på att fråga patienten om hur hen upplevde händelsen.

Olika händelsetyper predicerar alltså för mer eller mindre ohälsa på sikt, där interpersonellt våld (där en annan människa avsiktligt vill eller har skadat) är förenad med högst risk. Upprepat eller långdraget förlopp är en annan faktor som riskerar att leda till ökad risk för komplikationer senare på grund av långvarigt stresspåslag. Likaledes är kvarstående reaktioner och högt stresspåslag/arousal, funktionsnedsättning och undvikandebeteende förenat med högre risk för ohälsa på sikt. I litteraturen beskrivs också personlighetsrelaterade faktorer som är kopplade till risk för utveckling av psykisk och eller fysisk ohälsa. Bland dessa är till exempel de som varit traumatiserade tidigare utan egentlig återhämtning, tidigare eller pågående psykisk och eller fysisk sjukdom, ålder, socioekonomisk situation, smärta, samtidig livstress, barn och ungdomar samt genetiska faktorer mer riskabla.

En av de viktigaste, mest hälsofrämjande och skyddande faktorerna, är att få ett gott stöd, alternativt att veta att man kan få stöd när man själv vill och behöver från familj, vänner, skola, kolleger och arbetsgivare. Det är alltid viktigt att erhålla ett gott professionellt, medmänskligt bemötande och stöd från sjukvården.

För vissa patienter fordras därutöver tillgång till psykologisk professionell behandling.

Barn och ungdomar

Under barndomen och ungdomsåren sker det en betydande mognadsutveckling och det är viktigt att påminna sig om att det är stor skillnad mellan det nyfödda barnet och tonåringen. Det är inte helt ovanligt att sjukvården bemöter barn och ungdomar på samma sätt, oavsett ålder och mognad, och tror att deras reaktioner och behov är likvärdiga, som om de tillhörde en och samma grupp, det vill säga gruppen barn. Barns och ungdomars ålder och kognitiva, emotionella, språkliga och motoriska förmåga är avgörande utgångspunkter för vilket bemötande som är lämpligast att ge. Det gäller att ta

hänsyn till vad barnet kan förstå, tänka och berätta om konsekvenserna av det som inträffat, reaktioner på det som skett och hur individen hanterar sina känslor.

Risikfaktorerna för barn och ungdomar är liknande som för den vuxna, men därutöver är det viktigt att beakta om barnet till exempel förlorat eller separerats från förälder/vårdnadshavare/syskon under eller efter händelsen, skadats fysiskt eller själv upplevt livshot. Barn är även känsliga för den stress som kan uppkomma inom familjen i samband med en potentiellt traumatiserande händelse. Det som också är skyddande och främjande för barn och ungdomar mot utveckling av ohälsa på sikt är barnets egen förståelse av det inträffade och om sjukvårdspersonalen kunnat ge tydlig, ärlig och åldersanpassad information om vad som inträffat. Även tillgång till sin familj och nära vänner är betydelsefullt, inte minst för ungdomar.

Tänk på att enligt hälso- och sjukvårdslagen 2017 § 7 finns en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att ge information, råd och stöd till barn vars vårdnadshavare är sjuk eller har avlidit.

Att bemöta patienter och deras närstående

Inför mötet med patienten och hans närstående är det viktigt att läkaren förbereder sig väl för att syftet med mötet ska kunna uppfyllas på allra bästa sätt, som till exempel att kunna få en faktisk uppfattning om hur patienten mår, göra en undersökning, ställa diagnos, ge adekvat och anpassat stöd med mera. Patientens behov, utöver vård, kan vara mer inriktat på att få information om prognos och tröst och stöd.

Inneliggande patienter känner sig ofta utlämnade och i ett underläge gentemot sjukvårdspersonalen, då de inte sällan befinner sig i ett svagare psykiskt och stressfyllt tillstånd. Det är vanligt att patienten får svårt att klara sådant som hen normalt har förmåga och funktion till. Utifrån det har patienten en ökad känslighet för bemötandet från läkaren och sjukvårdspersonalen. För att kunna tillgodose patientens basala behov är det viktigt att informera och att lyssna på patienten och de närstående.

De grundläggande behoven som patienten har varierar från individ till individ och kan ofta handla om att få stöd kring egna reaktioner och att få viktiga frågor besvarade.

Exempel på frågor som drabbade ofta brottas med:

- Vad är det som händer med mig?
- Varför har jag fått den här sjukdomen eller skadan?
- Hur gick det till?
- Varför drabbades just jag?
- Mätte jag inte ha smittat min familj!
- Och vad kommer att hända framöver med mig?
- Hur ser framtiden ut?
- Vad är meningen med livet?
- Hur har jag egentligen levt mitt liv?

För de närstående kan det vara svårt och smärtsamt att se sina nära och kära lida, men även en stor rädsla för att den närstående kommer att dö av sjukdomen eller skadan. Det brukar leda till ångestreaktioner och kan vara svåra att hantera för den närstående. När en närstående blir inlagd på sjukhus väcker det ofta stor osäkerhet och en märkbar kontrollförlust och världen blir plötsligt som en fysisk och psykisk bergochdalbana med en pendling mellan hopp och förtvivlan.

Vad patienten har varit med om och hur personen upplever situationen/händelsen/skadan /sjukdomen präglar ofta reaktionerna. Upplevelse av hot, som till exempel stor fara för livet, väcker oftast ångestreaktioner, att ha förlorat någon eller en kroppsfunktion väcker vanligen sorgereaktioner, att vara rädd för att något speciellt kommer att ske kan leda till aggressivitet. Skuld känslor utgår oftast från upplevelsen av att ha ansvar och skamkänslor hänger ofta ihop med föreställningar om omgivningens reaktioner.

Vanliga och naturliga reaktioner på sjukdomsbesked och på plötsliga dödsfall:

- rädsla och oro, ”förnekande” och överklighetskänslor
- en del gråter, andra stänger av
- sedan: förtvivlan, ilska (mot sjukvården ibland), dödstankar, uppgivenhet, suicidtankar, meningslöshetskänslor
- hur förberedd var man och vad var omständigheterna kring dödsfallet?
- hur såg relationen till den döde ut?
- olika sorgereaktioner och ökad risk för förlängd sorg
- upptagenhet av minnet eller undvikande om förlusten.

Nedan följer en modell för bemötande samt hur patientens grundläggande behov ser ut. Den vilar på den samlade och bästa tillgäng-

liga kunskapen internationellt såväl som nationellt. Tänk på att inte sjukförklara utifrån de inledande reaktionerna.

Ta några minuter för dig själv innan du går in till patienten och reflektera över:

- Vad har patienten drabbats av – sjukdom och eller skador?
- Eventuellt upplevt subjektivt livshot?
- Finns närstående och är de också skadade eller sjuka?
- Vilken ålder kopplat till utvecklingsnivå har patienten (barn och ungdomar)?
- Vad har jag för syfte med mitt samtal och har jag avsatt tillräckligt med tid?
- Vad väcker detta inom mig själv?

Förbered dig på att kunna ta det lugnt och lyssna aktivt. Lova inte mer än du kan hålla.

När du går in till patienten:

- Presentera dig med namn (skriv gärna upp ditt namn på en lapp/lämna visitkort och lämna över till patienten).
- Berätta varför du kommer till patienten, vad du har för uppgift och syftet med ditt samtal.
- Trygga och lugna och få om möjligt ner patientens stressnivå.
- Var lyhörd för patientens (och närståendes) reaktioner och berättelse och var inkännande på ett professionellt sätt.
- Behöver du och får du lov att prata med närstående?
- Ge utrymme för patienten/närstående att ställa frågor, även om du inte kan besvara alla.
- Återkoppla din bedömning och ditt förslag på råd om fortsatt hjälp och behandling till patienten.

Lägg märke till om du får ögonkontakt med patienten, om patienten är kontaktsökande och ställer frågor till dig eller svarar på dina frågor. Vilket stämningsläge uppfattar du att patienten befinner sig i? Ta extra hänsyn till att sjukhusvistelsen kan innebära en kognitiv belastning för de flesta, men exempelvis äldre kan ha svårt att tolerera höga ljud eller andra stimuli. Minnessvårigheter och försämrad förmåga att fokusera uppmärksamhet och medvetenhet (konfusion), som i vissa fall förekommer hos äldre, ställer krav på högre lyhördhet hos läkaren/sjukvårdspersonalen.

Tänk på, när det gäller stöd och bemötande till barn, att utgå från

barnets perspektiv. Hjälp även föräldrar att återta sin föräldraförmåga. Rikta dig tydligt till barnet eller ungdomen, även när föräldrarna/vårdnadshavare är med i samtalet. Tänk på att informera åldersadekvat, ärligt och konkret. Var uppmärksam på att barnet har förstått din information genom att låta barnet förklara för dig hur hen uppfattat samtalet.

Glöm inte att inge hopp, eftersom barn har svårt för att själva tänka framåt, men undvik att använda ord som kan uppfattas som bagatelliserande.

Fortsatt stöd och behandling

Även om de allra flesta har god motståndskraft mot psykisk och/eller fysisk ohälsa efter svåra händelser så finns det de som är i behov av fortsatt stöd. Med utgångspunkt från beskrivningen ovan om riskfaktorer är det av stor betydelse att patienter får uppföljning. Detta för att kunna bedöma behov av fortsatt stöd och länkning eller remittering till vidare instans.

Vissa, med kvarstående problematik, som till exempel återupplevanden, dissociation, ångest, depression, kroppssymtom, bristande förmåga att ta hand om sig själv, suicidtankar eller -planer eller missbruk, behöver erhålla adekvat professionell traumafokuserad psykoterapi.

Egna reaktioner i mötet med patienter

För hälso- och sjukvårdspersonal upplevs arbetet med att möta, undersöka, bedöma och vårda akut drabbade patienter, och på samma gång vara ett stöd till patienten och närstående, som mycket meningsfullt och utvecklande. Samtidigt ställer arbetet mycket höga krav på förmåga till inlevelse och empati, professionalitet, ansvarsfullhet, flexibilitet, saktighet och självkänedom. Det finns också ofta en förväntan från patienten om ett gott, medmänskligt bemötande och att sjukvårdspersonal ska kunna stötta och lyssna samt svara på olika frågor.

Eftersom arbetet sker i relation till patienter kommer konsultpsykiatriern att använda sig själv som ett verktyg för att tolka och förstå patientens problematik och behov. Det som patienten där och då är uppfylld av påverkar förstås hens mående, vilket i sin tur kommer att beröra konsultpsykiatriern på olika sätt.

Att ständigt hantera möten med svårt lidande, oroliga patienter, olika slags reaktioner och patienters egen livshistoria, inte minst om det gäller barn, kan upplevas psykiskt påfrestande. Det kan även väcka egna tankar om livets mening och rättvisa.

Det är naturligt och vanligt att bli berörd eller själv reagera på olika sätt, när man möter en patient som varit med om hemska upplevelser. Samtidigt är det viktigt att inte lägga över sin egen reaktion på patienten utan i stället reflektera över vilka tankar och reaktioner som väcks inom mig själv. Detta för att förstå vad som hör hemma hos mig själv och vad som finns inom patienten. Att bli överbelastad av patientmöten ställer till det för oss i arbetet och kan försvåra ett professionellt bemötande. Det kan vara egna reaktioner av identifikation med patientens öde, skuld- eller skamkänslor, när behandlingar misslyckas eller när man tänker att man inte gjort tillräckligt för att bota patienten. Det är dock inte farligt att visa för patienten att man själv blir berörd av hens öde.

Mot bakgrund av detta är det angeläget att man själv har goda kriskunskaper om hur människor reagerar i svåra situationer, att man har en stor portion självkännedom, att man använder sig av självreflektion samt att man har ett gott stöd från kolleger och från arbetsorganisationen.

Ett sätt att underlätta arbetet och minimera egen risk för ohälsa eller utmattning är att det erbjuds regelbunden handledning.

Rekommenderad litteratur

Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C. C. et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 2007;70: 283–315; discussion 316–69. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283.

Søndergaard, H. P. & Bergh Johannesson, K. (2018). Posttraumatisk stress, kapitel 8. I: *Transkulturell psykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning Ab: http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2021/02/SPF_riktlinjer_transkulturell_psykiatri.pdf.

<https://www.katastrofpsykologi.se/>. Regionalt kunskapscentrum, Kris- och katastrofpsykologi, Region Stockholm.

6. Den kognitiva dimensionen

DANIELA ENACHE OCH MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD

Sammanfattning

Värdering av kognitiv funktion är en självklar del av varje konsultpsykiatrisk bedömning. I många situationer behöver en strukturerad screening göras. Det gäller särskilt då den kognitiva funktionen har betydelse för den medicinska behandlingen, exempelvis vid frågor om bristande compliance, utredning inför transplantation eller bedömning av beslutsförmåga. Ibland behöver konsultpsykiatern ta initiativ till en minnesutredning.

I kapitlet går de vanligaste demensformerna igenom, med särskild tonvikt på somatiska sjukdomars och läkemedels roll.

Inledning

Ett väl genomfört psykisk status innebär en snabb bedömning av flera kognitiva domäner, som vakenhetsgrad, uppmärksamhet, exekutiv förmåga, språklig förmåga och minne. Särskilt för ineliggande patienter är det viktigt att bedöma orienteringsfunktioner (orientering till tid, rum, person och situation) redan i början av samtalet. Desorientering innebär stora kognitiva svårigheter även i andra kognitiva domäner. I bedömningen av kognitiva aspekter bör ingå identifiering av svikt i kognition, bedömning av dess svårighetsgrad och profil samt konsekvenserna för behandling och omvårdnad.

Kognitiv funktionsnedsättning kan antingen vara medfödd, som till exempel vid intellektuell funktionsnedsättning, ADHD eller autism, eller debutera senare i livet vid exempelvis demenssjukdom, multipel skleros eller Parkinsons sjukdom.

Vid debut i vuxen ålder kan den kognitiva funktionsnedsättningen vara smygande och långsamt progredierande (exempelvis på neurodegenerativ basis som Alzheimers sjukdom) eller episodisk och övergående efter behandling av ett sjukdomstillstånd. Patienter med depression, utmattningssyndrom, vitamin-B₁₂-brist eller hjärtsvikt har ofta en kognitiv funktionsnedsättning som förbättras i samband med remission av den underliggande sjukdomen.

Kognitiv svikt kan uppträda akut, som vid delirium, och omvänt är kognitiva sjukdomar en av de vanligaste riskfaktorerna för delirium (se kapitel 2).

Under normalt åldrande påverkas olika kognitiva funktioner i varierande grad. De kognitiva funktioner som försämras med åldrande är relaterade till informationshantering, som bearbetningshastighet, arbetsminneskapacitet, hämmande funktion och långtidsminne. Däremot är andra kognitiva funktioner, som ordförråd och väl inlärd kunskaper, relativt välbevarade under normalt åldrande.

Screening av kognitiv funktionsnedsättning

Den kognitiva profilen hos patienter med kognitiv funktionsnedsättning är ofta ojämn och orsakar olika grader av funktionsnedsättning. Det är viktigt att identifiera de mest drabbade kognitiva domänerna, för att fastställa etiologin och svårighetsgraden av den kognitiva försämringen.

I DSM-5 beskrivs flera kognitiva domäner:

- inläring och minne (närminne, korttidsminne, långtidsminne, passiv (incidentiell) inläring)
- Språklig förmåga (expressiv språklig förmåga – benämna, finna ord, språkligt flöde, grammatik och meningsbyggnad; receptiv språklig förmåga – ordförståelse)
- perceptuell-motorisk förmåga (visuell perception, visuo-konstruktionsförmåga, perceptuell-motorisk förmåga, praxis, gnosis)
- exekutiva förmågor (planering, fatta beslut, arbetsminne, hantering av feedback/ självkorrigering av misstag, byta strategi, mental/kognitiv flexibilitet)
- komplex uppmärksamhet (bibehållen uppmärksamhet, selektiv uppmärksamhet, delad uppmärksamhet, bearbetningshastighet)
- social kognition (förmåga att uppfatta känslor, mentaliseringsförmåga).

Bedömning av kognition bör alltid vara en del av den bredare konsultpsykiatriska bedömningen, men formell testning görs inte som rutin för alla patienter. Kognitiv screening indikeras oftast vid misstanke om utveckling av demenssjukdom, vid primär sjukdom i centrala nervsystemet (CNS) eller behandling med känd anknytning till kognitiv påverkan, vid kompetensbedömning (se kapitel 14) eller när man misstänker att kognition påverkar medicinsk behandling, compliance eller funktion på ett avgörande sätt.

Mini-Mental State Examination – svensk revidering (MMSE-SR), klocktest och Montreal Cognitive Assessment (MoCA) är de mest använda testen i den kliniska vardagen och ger en snabb översikt av patientens kognitiva funktioner. MMSE-SR innehåller bedömning av orientering, uppmärksamhet, språklig förmåga och minne. MoCA innehåller några delar av MMSE-SR (test av minnet, uppmärksamhet och orientering) samt mer komplexa tester av visuospatial och exekutiv förmåga (klocktest och en anpassad Trail Making Test). MoCA anses vara känsligare än MMSE-SE för att upptäcka kognitiv funktionsnedsättning. Formulären för MMSE-SR och MoCA samt instruktion för användning finns på www.viss.nu (<https://www.viss.nu/administrativt-stod/blanketter-och-lankar>). För användning av MoCA behövs en certifiering, som kan genomföras via www.mocatest.org.

Det är viktigt att ta hänsyn till människors kulturella bakgrund och skolutbildning vid tolkningen av resultaten av de kognitiva testerna. För patienter som inte kan läsa eller skriva rekommenderas att använda den svenska versionen av RUDAS-S (*The Rowland Universal Dementia Assessment Scale*).

Vid kognitiv screening rekommenderas det att ta hänsyn till patientens användning av antikolinergiska läkemedel samt till riskbruk/missbruk av alkohol. Kognitiv screening kan göras hos patienter med alkoholmissbruk/alkoholberoende efter en period av minst 3–4 månaders nykterhet, som eventuell är verifierad med en fosfatidyletanol (PEth) eller kolhydratfattigt transferrin (CDT)-värde.

Varken MMSE-SR eller MoCA är validerade för undersökning av delirium. Bland de mest använda bedömningsinstrument för delirium hos patienter i slutenvården är Confusion Assessment Method (CAM), Observational Scale of Level of Arousal (OSLA) och Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). 4-AT används

ofta inom geriatriken och 1 poäng eller mer tyder på akut konfusion. Underliggande kognitiva sjukdomar är den vanligaste riskfaktorn för delirium, varför kognitiv screening rekommenderas efter ett vårdtillfälle med delirium (se kapitel 2).

Initiering av minnesutredning inför ställningstagande för remittering till minnesmottagning

En basal minnesutredning innebär:

- Anamnes angående kognitiv svikt (ärfthet för kognitiva sjukdomar).
- Heteroanamnes via anhörigintervju.
- Screeningtest för kognitiv funktion (MoCA, MMSE, klocktest med flera.)
- Arbetsterapeutisk bedömning för ADL och Instrumental ADL (om det finns tillgängligt) och kognitiv funktion.
- Blodprover: p-kalcium, homocystein, TSH, fritt T₄. Andra blodprover kan ordineras vid klinisk misstanke om HIV, borrelia, syfilis, vitamin D, folat, kobalamin, HbA_{1c}, läkemedelskoncentration (s-litiumkoncentration, valproatkoncentration).
- Datortomografi av hjärna med frågeställningen: tecken till medial temporallobatrofi (MTA), parietal atrofi (PA), global cortical atrofi (GCA), förändringar i vit substans (Fazekas).

Många patienter har redan undersökts med datortomografi av hjärnan och med andra diagnostiska frågeställningar. Skriv röntgenremiss för eftergranskning av tidigare bilder enligt demensprotokoll (frågeställning efter vitsubstansförändringar, medial temporallobatrofi, kortikal atrofi).

Vid misstanke om neurodegenerativ sjukdom ska patienten remitteras för utvidgad minnesutredning till en högspecialiserad kognitiv mottagning.

Kognitiv funktionsnedsättning – terminologi

- **Kognitiv funktionsnedsättning:** Beteckningen kognitiv funktionsnedsättning är ett paraplybegrepp, och ingen specifik diagnos i sig varken enligt DSM-5 eller ICD-11, och omfattar olika typer av kognitiva svårigheter associerade med funktionspåverkan.
- **Subjektiv kognitiv störning R41.8A enligt ICD-10** (eng. Subjective cognitive decline): Innebär att patienten upplever subjektiva minnessvårigheter och söker vård, men kognitiv testning visar ett resultat inom normalvariationen. Symtom debuterar under vuxenålder. Detta är en mycket heterogen diagnos, som kan inkludera patienter med en underliggande neurodegenerativ sjukdom, men också patienter med kognitiva svårigheter, vilka kan vara övergående efter adekvat behandling av underliggande sjukdom. Runt 10 procent av patienter med subjektiv kognitiv störning utvecklar en neurodegenerativ sjukdom.
- **Lindrig kognitiv funktionsnedsättning F06.7 enligt ICD-10 eller 6D71 enligt ICD-11** (Mild neurocognitive disorder i engelsk version av ICD-11 och DSM-5): Detta innebär objektiva kognitiva svårigheter, vilka medför en försämring av tidigare funktionsnivå men som ej påverkar dagliga aktiviteter. Prevalensen hos individer över 65 års ålder är beräknad till 4–19 procent, beroende på i vilken population studierna är genomförda. Dessa personer har en högre risk att utveckla en demenssjukdom.
- **Demenssjukdomar enligt ICD-10 och ICD-11 eller kognitiv sjukdom enligt DSM-5** (eng. Dementia (ICD-11), Major neurocognitive disorder (DSM-5): Demenssjukdomar är vanliga hos patienter över 65 års ålder, men kan förekomma även hos yngre personer. I Sverige insjuknar ungefär 25 000 nya personer per år i demenssjukdom och ungefär 150 000 personer har en diagnosticerad demenssjukdom i vårt land. De vanligaste formerna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, alkoholrelaterad demens, frontallobsdemens, demens vid Parkinsons sjukdom och Lewykroppsdemens.

Det finns olika orsaker till demenssjukdom och lindrig kognitiv funktionsnedsättning:

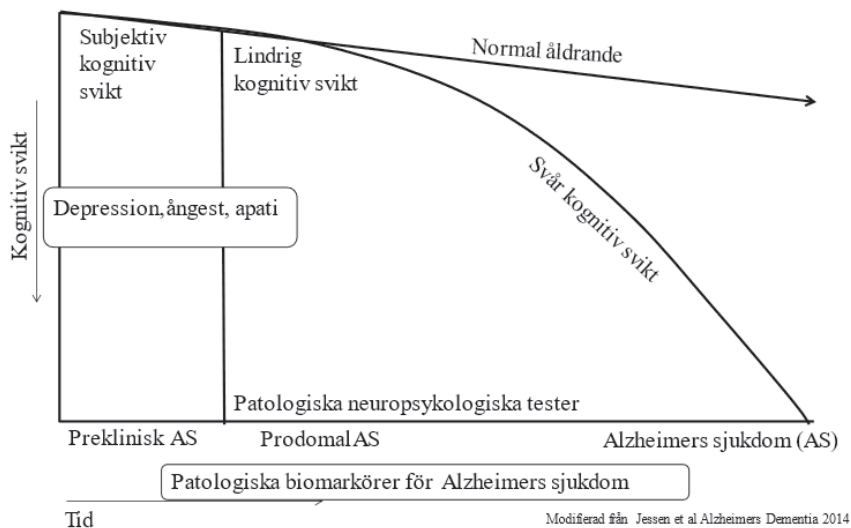
- Primära neurodegenerativa orsaker (till exempel Alzheimers sjukdom, Lewykroppsdemens, Parkinsons sjukdom, demens vid Picks sjukdom, Huntingtons sjukdom).
- Vaskulära orsaker (till exempel strategisk infarkt, subkortikal vaskulärdemens).
- Sekundära orsaker (till exempel alkohol, HIV, Downs syndrom, normaltryckshydrocefalus, hjärntumörer).
- Blandformer (hos äldre förekommer ofta blandformer med alzheimer och vaskulär patologi).

Orsaken till en lindrig kognitiv funktionsnedsättning eller till symtom, som vid kognitiv sjukdom, kan vara ett potentiellt botbart tillstånd, som till exempel svår depression, bipolär sjukdom, psykosjukdomar, PTSD, utmattningssyndrom, förgiftningar, vitaminrubbning, hjärntumörer etcetera.

Alzheimers sjukdom

De vanligaste symtomen är minnesstörning, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och funktionsnedsättning.

Minnesstörningar progredierar långsamt under flera år eller decennier, från stadier av subjektiv kognitiv svikt över lindrig kognitiv svikt till svår kognitiv svikt. Det episodiska minnet är vanligtvis påverkat från början av sjukdomen (till exempel svårigheter att minnas saker som man nyligen har gjort). Svårigheter med exekutiv förmåga och svårigheter att hitta ord kan förekomma från början av sjukdomen. Kliniskt kan man snabbt testa episodiskt minne, exekutiv och språklig förmåga med MMSE-SR eller MoCA. Kolinesterashämmare (donepezil, rivastigmin och galantamin) har en liten, men kliniskt signifikant, effekt på kognition och funktion vid all Alzheimers sjukdom. Memantin har en mindre effekt på kognition och rekommenderas för måttlig till svår Alzheimers demens.



Figur 4. Kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom: sjukdomsförloppet.

Frontallobsdemens

Frontallobsdemens är en neurodegenerativ sjukdom som drabbar frontal- och temporalloberna. Frontallobsdemens utgör 5 procent av alla kognitiva sjukdomar, debut är mellan 30 och 85 års ålder och vanligast före 65 års ålder.

De mest karakteristiska kognitiva och psykiatriska symtomen är:

- Personlighetsförändring – ofta ett av de första symtomen.
- Exekutiv förmåga: nedsatt uppmärksamhet, bristande uthållighet och perseveration, bristande självkorrigering, nedsatt tankeflexibilitet, svårigheter att planera, organisera och strukturera vardagen.
- Inlärning och minne är påverkat, men kan ofta förklaras av koncentrationssvårigheter, svårigheter att förstå instruktioner, minskad ordförståelse.

Debuten är smygande med långsam progress. Det finns inga biomarkörer och diagnostiken är framför allt klinisk. Patienterna kan feldiagnosticeras som psykiatriska sjukdomar (depression eller mani) eller neurologiska sjukdomar. Några studier tyder på att ungefär 25 procent av patienter med frontallobsdemens fortsätter vara feldiagnosticerade med en psykiatrisk diagnos 2 år efter att de har sökt vård första gången.

Vaskulär demens

Debuten av den kognitiva nedsättningen vid vaskulär demens kan vara plötslig som efter en strategisk infarkt i ett område som är viktigt för minne (exempelvis mediala temporalloben, thalamus, frontalloben), eller vara trappsteglikande efter multipla infarkter och mikroinfarkter. Symtomen fluktuerar ofta och varierar beroende på vilka områden i hjärnan som är mest påverkade av infarkt. Gångsvårigheter och andra neurologiska symtom kan vara en del av symptomatologin. Småkärlssjukdom är associerad med depressiva symtom och även svåra depressiva episoder (vaskulär depression).

Blandad demens, med en kombination av vaskulär och alzheimerspatologi, är den vanligaste demenssjukdomen hos patienter över 75 års ålder.

Alkohol demens

Det har diskuterats mycket om orsakerna till alkoholbetingad kognitiv sjukdom beror på direkt toxicitet av etanol eller på annan underliggande patologi (tiaminbrist), eller är multifaktoriell (neurotoxicitet samt multivitaminbrist).

Alkohol räknas ofta som en faktor som bidrar till utvecklingen av olika former av kognitiva sjukdomar. En review visade hög prevalens av alkoholmissbruk hos patienter med kognitiv svikt (9–22 procent) och hög prevalens av demens hos patienter med alkoholmissbruk (10–24 procent).

Injektioner med tiamin (vitamin B₁) rekommenderas som profylax till alla patienter med riskfaktorer för Wernicke-Korsakoffs syndrom.

Parkinson demens och Lewykroppsdemens

Kognitiv svikt förekommer ofta hos patienter med Parkinsons sjukdom (se även kapitel 4a) och är ett av de icke motoriska symtomen. Ungefär 50 procent av patienter med Parkinsons sjukdom har utvecklat demens 10 år efter diagnosen.

Lewykroppsdemens beskrivs ofta som en variant av Parkinsons sjukdom, vari de kognitiva symtomen debuterar innan eller samtidigt med parkinsonism. Hos patienter med Lewykroppsdemens förekommer ofta nedsatt uppmärksamhet (kognitiva funktioner fluktuerar under dagen), visuella hallucinationer som är detaljera-

de, parkinsonism, REM-sömnstörning och en ökad känslighet för antipsykotiska mediciner. Vid misstanke om Parkinsondemens eller Lewykroppsdemens rekommenderas i första hand MoCA för screening. Kolinesterashämmare (donepezil och rivastigmin) har en positiv effekt på kognition och minskar synhallucinationer hos patienter med Parkinsondemens och Lewykroppsdemens.

Antipsykotiska läkemedel rekommenderas inte för patienter med Lewykroppsdemens eller Parkinsondemens, men det finns små studier och fallbeskrivningar som tyder på att en låg dos quetiapine 25 mg kan användas under en kort period för behandling av agitation och psykotiska symtom.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) kan förekomma redan från stadier av subjektiv och lindrig kognitiv svikt. Depressiva symtom och ångest är de vanligaste symtomen i början av sjukdomsförloppet.

Psykotiska symtom (paranoida vanföreställningar), vandring, aggressivitet och impulsivitet förekommer senare i förloppet.

Rekommendationer vid BPSD

- En första åtgärd innebär att man ska identifiera precipiterande faktorer och utesluta/behandla medicinsk orsak eller överlagrat delirium.
- Omvårdnadsåtgärder (psykologisk, social, anpassning av miljö och bemötande) är förstahandsbehandling vid BPSD. Viktigt att följa upp om basala behov (sömn, mat, avföring, smärtlindring) är tillfredsställda. Sömnstörningar är vanliga hos patienter med demens och icke-farmakologiska strategier (inklusive god sömnhygien, maximering av dagsljus på morgonen och träning dagligen) är i allmänhet att föredra framför farmakoterapi. Smärta är en viktig orsak till beteendestörningar hos patienter med demens och patienterna kan ofta ha svårt att rapportera det spontant.
- Optimering av kognition är viktigt och kan i sig förbättra BPSD. Kolinesterashämmare kan ge en begränsad kliniskt förbättring av BPSD, och några studier tyder på att kolinesterashämmare har viss effekt mot apati och irritabilitet hos patienter med lindrig och måttlig demens.

- Depressiva symtom (framför allt vid mild Alzheimers sjukdom) kan behandlas med antidepressiva, i första hand SSRI och mirtazapin. Tricykliska bör undvikas på grund av biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Vid avancerad demenssjukdom bör antidepressiva undvikas för att de kan sänka kramptröskeln.
- Hos patienter med frontallobsdemens rekommenderas SSRI som förstahandsval, som behandling för repetitivt beteende, disinhibition samt apati.
- Antipsykotika har begränsad effekt och är associerade med ökad dödlighet, risk för stroke och försämrad kognition. Alternativen är dock begränsade när symtomen är svåra och handikappande eller när de hotar patientens eller vårdgivares säkerhet. Behandling med antipsykotika ska användas så kort tid som möjligt under maximum 12 veckor, med regelbunden uppföljning av indikation, biverkningar och risker. Det finns viss evidens för användning av risperidon 0,5–1 mg per dag.
- Atypiska antipsykotika och stämningsstabiliserare kan också användas för att kontrollera beteendestörningarna vid frontallobsdemens, även om data om deras effekt är begränsade.
- Patienter med Parkinsondemens eller Lewybodydemens löper särskilt stor risk för allvarliga biverkningar av neuroleptika. När farmakoterapi är nödvändig för behandling av beteendesymtom hos sådana patienter bör endast mycket låga doser av vissa atypiska neuroleptika (till exempel quetiapin eller klozapin) användas (se även kapitel 4a).

Kognitiv svikt vid andra somatiska sjukdomar

Ta hänsyn till andra somatiska sjukdomar, som är associerade med kognitiv svikt, och remittera patienten till primärvården eller relevant specialitet för vidare bedömning om det behövs:

- hypo/hyperthyreos
- hyperparathyroidism
- diabetes mellitus
- vitamin B₁-, B₆-, B₁₂-brist
- sömnapné: remiss till lungmedicin för sömnapnéutredning

- traumatisk hjärnskada
- multipel skleros: kognitiv svikt förekommer vid 45–70 procent
- hydrocefalus med triadsymtom: gångstörning, inkontinens och kognitiv svikt
- litiumintoxikation: koncentrationssvårigheter, trötthet kan vara första symtom på lindrig litiumintoxikation
- som biverkan av behandling, till exempel vid cancer
- strålbehandling av hjärntumörer
- infektion med SARS-CoV-2 (covid-19). En studie visar att delirium förekommer hos upp till 28 procent av äldre patienter med coronavirusinfektion som kommer till medicinakuten och många av dessa patienter saknar typiska symtom. Covid-19-infektion är ofta associerad med en försämring av småkärlssjukdom och vissa studier tyder på att detta kan leda till kognitiva symtom eller en försämring av kognition hos patienter som har en etablerad kognitiv funktionsnedsättning. Postcovid syndrom är associerad med subjektiv kognitiv störning.

Läkemedelsgenomgång vid misstanke om kognitivt nedsatt funktion

- Uppmärksamma alltid läkemedelsinteraktioner och polyfarmaci:
- Läkemedel med betydande antikolinerga effekter, som alimemazin, propiomazin, prometazin, hydroxizin, trihexyfenidyl, tricykliska antidepressiva (amitriptylin, nortriptylin, klomipramin), många antipsykotika (bland andra olanzapin, quetiapin, klozapin, levomepromazin, klorprotixen). Dessa läkemedel kan framkalla kognitiva svårigheter, från lättare minnessvårigheter till konfusion (delirium). Risken är särskilt stor hos äldre med kognitiva sjukdomar som Alzheimers sjukdom.
- Långtidsanvändning av långverkande bensodiazepiner, som diazepam, nitrazepam, kan leda till försämring av arbetsminne, selektiv uppmärksamhet, bearbetningshastighet, expressiv språklig förmåga, närminne och visuo-konstruktivförmåga. Vissa studier tyder på att långverkande bensodiazepiner kan öka risken för neurodegenerativ sjukdom.

- Läkemedel vid epilepsi och stämningsstabiliserare. Några studier och fallbeskrivningar har varnat för att långvarig behandling med valproat kan leda till kognitiva svårigheter och parkinsonism. En sällsynt biverkning av valproat är encefalopati, som kan debutera snart efter insättningen, efter dosökning, men också om valproat kombineras med andra läkemedel, som topiramamat och fenytin.

Rekommenderad litteratur

- Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F. et al. (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. *The Lancet Neurology*, 2020;19(3):271-278. doi:10.1016/S1474-4422(19)30368-0.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A. et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* (London, England), 2020; 396(10248): 413-446. doi:10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
- McKeith, I. G., Dickson, D. W., Jowe, J. et al. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 2005; 65: 1863-72.
- Miners, S., Kehoe, P. G. & Love, S. (2020). Cognitive impact of COVID-19: looking beyond the short term. *Alzheimer's Research & Therapy*, 12. <https://doi.org/10.1186/S13195-020-00744-W>.
- Region Stockholm. (2019). *Regionalt vårdprogram: Kognitiv sjukdom, 2019*.
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning, 2017*.
- Wahlund, L.-O., Nilsson, C. & Wallin, A. (red.). (2011). *Kognitiv medicin*. Stockholm: Norstedts.

7. Utmanande patienter inom somatisk sjukhusvård

LOVISA JÄRNMARK, CARL ESTENFELD, LARS WAHLSTRÖM,
MONIKA KÖNIG OCH MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD

Sammanfattning

Ett viktigt syfte för konsultation-liaisonpsykiatrin är att optimera förutsättningarna för att även patienter med psykiatrisk/psykologisk problematik ska få adekvat somatisk vård. Hinder kan undanröjas genom analys av patienters begränsningar i kommunikation och relationsförmåga och genom stöd och handledning av somatisk personal. I detta kapitel illustreras det med konkret tillämpning av kunskap om autism, demoralization, coping och problem med affektreglering och compliance.

Inom somatisk vård uppstår ofta situationer som är svåra för personalen att hantera. Det kan gälla en patient som

- inte kommer till besöken eller inte tar sina läkemedel trots stora risker med att låta bli
- kräver att bli utskriven trots inrådan
- kräver undersökningar eller behandlingar som inte är indicerade
- är genomgående arg och tvär och provocerar personalen
- inte verkar kunna lita på informationen som ges och "aldrig blir nöjd"
- ena dagen hyllar vårdpersonalen och andra dagen ratar dem, eller splittrar personalgruppen i "för" och "emot" patienten.

Ett viktigt syfte för konsultation-liaisonspsykiatri är att optimera förutsättningarna för att även patienter med ”psykiatrisk” problematik ska få adekvat somatisk vård. Inom sjukhusvård kan det, särskilt vid långa vårdtider, uppstå situationer med svårhanterade känslor i personalen, som då kan agera för att få patienten överförd till psykiatri. Remiss kanske skrivs med godtycklig diagnos eller så uppmärksammas konsultpsykiatri, genom andra kanaler, på att man har svårigheter med en patient eller närstående. Ibland är själva den somatiska vården och behandlingen äventyrad av det som pågår och CL-psykiatri kan då få en central roll. Konsultpsykiatern/sjuksköterskan kan med sitt utifrånperspektiv och sin träning i relationskunskap hjälpa somatisk personal att uppmärksamma deras egna reaktioner och ge verktyg för bemötande. Det kan ske vid enstaka samtal ”på expeditionen”, vid punkthandledning eller vid mer strukturerad återkommande handledning. I situationer som de ovan nämnda blir uppgiften ofta att hjälpa den somatiska personalen att bemöta patienten/närstående, snarare än att initiera psykiatrisk behandling.

Ibland kommer signaler om att patienten inte vill träffa psykiater. En sådan föreställning kommer inte sällan från personals förutfattade meningar och erfarenheten är att patienter extremt sällan motsätter sig möte med konsultpsykiatri.

Kommunikationssvårigheter

Finns det då någon generell utgångspunkt som kan vara till hjälp vid en inledande kontakt med ”den utmanande patienten”? Förmågan att kommunicera påverkas av patientens, och naturligtvis även bedömarens, förmågor och förutsättningar i mötet. De yttre förutsättningarna för att uppnå en god kommunikation, som tid och avskildhet, är förstås också av stor betydelse. Hinder för kommunikationen kan vara

- kognitiva svårigheter, problem att abstrahera eller generalisera, specifika kommunikationsbehov
- relationella svårigheter, dysfunktionell affektreglering, misstro
- kristillstånd, fight-and-flight med hög ångestnivå
- kulturella faktorer.

En grundläggande förutsättning för att god vård ska kunna ges är att patienten känner tillit till behandlarna och trygghet i vårdsituationen. Studier har visat att en god behandlingsallians medför att diagnostisk information inhämtas snabbare och bättre och följsamheten till behandling blir bättre. Ett första steg i detta är att patienten ska kunna ge sin bild och förklaringsmodell i lugn och ro inför en genuint intresserad och ”icke-vetande” lyssnare.

Förutom att samtala med patienten behöver även utomståendes bild av patienten och situationen inhämtas. Vad ser vårdpersonal? Vad säger närstående? Vad fungerar för patienten och vad fungerar inte? Med de olika perspektiven kan en helhetsbild successivt växa fram. De konsultpsykiatriska frågeställningarna i situationer med utmanande patienter är sällan akuta och hastiga åtgärdsrekommendationer kan motverka sitt syfte.

Det kan behövas flera besök innan kontakten med patient, närstående och vårdgrannar kan utmynna i ett förslag på åtgärdsplan.

Kognitiv påverkan samt autism

Patient som är i behov av levertransplantation, sedan tidigare diagnosticerad med autism. Inför transplantationen verkar patienten vara helt införstådd med vad som väntar samt med förväntad prognos och har inga frågor. Ju närmare det planerade operationsdatumet kommer, desto mer ökar patientens oro. Vid ett samtal blir det tydligt att patienten inte har tagit till sig eller förstått informationen om vad en transplantation innebär. Patienten har svårt att föreställa sig hur tiden på sjukhuset kommer att bli och har svårt att förhålla sig till osäkerheten kring utfallet.

En utgångspunkt för psykiatrisk bedömning av somatiska patienter är att den kognitiva förmågan kan vara nedsatt. Detta gör det naturligt att i mötet vara tydlig och pedagogisk samt att ge akt på om patienten inte verkar kunna följa resonemanget. Om så är fallet kan man:

- Låta patienten sammanfatta under samtalets gång – kan visa på om det finns problem med uppmärksamhet, minne eller behov av särskild form av kommunikation.

- Be patienten problematisera (till exempel: Vad behöver du veta innan operationen? alternativt: Är det något som vi på avdelningen behöver veta om dig för att kunna ta väl hand om dig före och efter operationen? Finns det något du inte kommer att kunna göra efter operationen?) – kan visa om patienten dels har förmåga att föreställa sig, dels kan tänka kring konsekvenser på kort och lång sikt.

Om problem uppmärksammas:

- Var frikostig med kompletterande skriftlig information samt illustrera gärna ett förlopp med papper och penna. Tala i korta, enkla meningar och var gärna övertydlig med vad du menar, lova inget som du inte kan fullfölja.
- Föreslå att närstående är med vid samtal, som hjälp att minnas och efteråt påminna om det som sagts (med patientens godkännande).
- Återkoppla dina observationer och diskutera helst bedömningen muntligen med ansvarig läkare och omvårdnadspersonal för en gemensam konsensus (man är ofta försiktig med att öppna psykiatriska journaler).

Vid samtal med en patient med autism eller kognitiv nedsättning är det extra viktigt att presentera sig tydligt med namn, yrke och funktion i stunden. För patienter med autistiskt fungerande kan vård på sjukhus vara extra påfrestande och ibland leda till att en dold funktionsstörning blir manifest. Att vårdas på sjukhus innebär dessutom massor av stimuli i form av ljud, ljus, lukter med mera som patienten kan uppleva som starkt påträngande eller obehagliga. I sådana situationer kan man se om det går att minska eller undvika det som stressar mest, genom att till exempel erbjuda enkelsal, ändra belysning eller dela ut öronproppar. Personer med autistiskt fungerande kan ha svårt att tolka kroppens signaler och sinnesintryck eller uppleva förnimmelser på ett annorlunda sätt. När en sådan patient ger uttryck för fysisk smärta kan det bero på att denna upplevs särskilt intensiv, alternativt kan kommunikation av smärta vara uttryck för något helt annat.

Personer med ett autistiskt fungerande kännetecknas av ojämn begåvningsprofil. En patient kan exempelvis ha höga akademiska

meriter, men ändå ha svårigheter att föreställa sig ett framtida skeende. Det är inte ovanligt att sådana patienter behöver längre tid för att bearbeta informationen, som därför med fördel ges i små doser, i olika form (gärna skriftligt eller med illustrationer) och vid upprepade tillfällen. Säkerställ att patienten uppfattat informationen rätt för ökad följsamhet och mindre oro, kommunicera gärna genom att rit-prata, det vill säga att illustrera med papper och penna samtidigt som moment beskrivs. Sträva efter att själv inte fastna i detaljer (ofta utmärkande för denna patientgrupp) utan hjälp patienten att försöka se helheten och lyft hur detta kan tänkas påverka patientens upplevelse.

Svårigheten att på egen hand föreställa sig kommande situationer vållar ofta patienten stress och oro. Det är därför viktigt att, om möjligt, förbereda patienten i god tid för olika interventioner. Gå igenom vad som kan förväntas ske, besök till exempel avdelningen där ett ingrepp ska ske tillsammans med patienten. Även här rekommenderas tydlig information och gärna illustrerat eller nedskrivet i exempelvis ett schema.

Sist men inte minst; förmedla information och kunskap om patientens speciella problem och behov till aktuell vårdpersonal och försök fånga upp de konkreta svårigheter som personalen står inför med den aktuella patienten. Uppgiften är då inte minst pedagogisk, exempelvis att beskriva de konkreta konsekvenserna i vård-situationen av en patients kognitiva svårigheter eller annorlunda perception.

Förslag åtgärd: Det planerade vårdtillfället beskrivs och illustreras okomplicerat med papper och penna och en utförlig planering skrivs. Detta med utgångspunkt i utforskningen av patientens styrkor och svagheter, vilken profil patienten uppvisat i sin neuropsykiatriska utredning samt med patientens subjektiva farhågor i beaktande, allt för att skapa förutsägbarhet.

Syftet är att ge patienten ökad insikt och kontroll i en situation som kan vara svår att föreställa sig och ta till sig.

Relationella svårigheter, affektreglering, misstro

Patient som vårdas inläggande med bukdrän efter operation, där vårdtiden blivit längre än förväntat till följd av komplikationer. Kontakt tas med konsultpsykiatrin, då patienten blivit tilltagande avig och oförsämd i kontakten med läkare och avdelningspersonal och verkar ha svårt att ta till sig information som ges. Har nu tagit sig ut i korridoren och kastat en tallrik i golvet, skrikit åt personal och upplevts hotfull. Vid samtal framkommer att patienten upplever att vårdpersonalen avsiktligt betar sig kränkande och patienten uttrycker ilska gentemot "att andra tar beslut över mitt huvud". Ansvarig sjuksköterska, som till en början närvarar vid samtalet, verka koka av känslor.

En del patienter har negativa erfarenheter av tidigare vårdkontakter, som en upplevelse av att inte ha "blivit tagen på allvar, att inte bli hörd", "de gjorde ingenting, jag får ingen hjälp alls", "hon var bara stressad och ville ge mig medicin". Patientens negativa upplevelser kan grunda sig på en kombination av patientens egna svårigheter och vårdens tillkortakommanden.

I svårare fall kan patientens begränsningar bero på:

- *Relationella svårigheter*: till exempel tillitsbrist, rädsla för närhet, rädsla för övergivenhet, tendens att hamna i att idealisera eller nedvärdera, vilket allt leder till att patienten kämpar med att känna trygghet i mänskliga relationer. Om patientens uppmärksamhet domineras av relationen till vårdpersonalen kommer patienten att få svårt att fokusera på de medicinska aspekterna och tillgodogöra sig information och förslag på åtgärder. Patientens kamp med relationen kan visa sig exempelvis i en tendens att lätt känna sig avspisad, misstänksamhet i kontakten eller en krävande attityd, eller tvärtom att patienten idealiserar eller säger ja för att vara till lags och har svårigheter att hävda sig. Båda hållningarna blir problematiska, när detta möter vårdens generella förutsättningar av brist på tid och tålmod. För varje gång patienten upplever ett negativt bemötande kan det ske en påspädning av redan existerande tillitsproblem eller att känslan av att "inte vara värd bättre" blir bekräftad. I den initiala kontakten med vissa "utmanande patienter" är det därmed inte

ovanligt att vi som konsultpsykiater får börja på minus. De relationsbyggande insatserna blir avgörande för att en fungerande kommunikation ska kunna uppstå.

- *Svårigheter med affektreglering:* Detta kan handla om oförmåga att identifiera och hantera egna negativa känslor, exempelvis att inte kunna trösta sig själv utan behöva ”lägga ut det på andra”, det vill säga använda relationer för att reglera sina egna känslor, vilket kan visa sig i en tendens att övermannas av känslor eller tvärtom att undvika känslor. Exempel på detta är en patient som ringer och gråter hysteriskt och ”tömmar ur sig” och verkar må väldigt dåligt, men vid enkel validering lugnar sig. Ett annat exempel är en patient som inte kan kännas vid att ett svårt besked skulle kunna vara jobbigt och förenat med sorg eller psykisk smärta.

För att få en helhetsbild är det viktigt att fråga såväl patient som annan vårdpersonal och närstående efter tidigare funktionsnivå – med vänner, på arbetet, i föräldraroll samt i vilka situationer det brister. Det ger en bild av patientens förmåga till självstruktur, upplevelse av att ha ett sammanhängande själv och övrig funktionsnivå, vilket kan bidra till förståelsen för varför det fallerar i behandling eller i kontakten med vården generellt.

Särskilt vid långa vårdtider kan en dynamik utvecklas, så att vårdpersonal börjar undvika en patient som kan upplevas som för jobbig, vilket kan spåda på patientens känsla av utsatthet eller ensamhet. Som involverad vårdpersonal är det ofta svårt att klart se vad som pågår i dysfunktionella relationer till patienter och närstående. Den viktigaste insatsen kan då vara att hjälpa personalen att få sund distans till vad som sker, dels genom att de blir varse de egna reaktionerna och beteendena gentemot patienten, dels genom information om patientens specifika problematik. Avdelningen kan behöva stötta i gränssättning eller särskilda arrangemang för enskilda patienter. Undervisning om exempelvis autistiskt fungerande eller emotionellt instabilt personlighetssyndrom kan vara mycket uppskattade. Det underliggande syftet är alltid att undanröja psykologiska/psykiatriska hinder för att patienten ska få respektive ta emot nödvändig somatisk behandling.

Det finns några allmänna råd som kan förmedlas till det somatiska teamet i bemötandet av patienter med svårigheter med interpersonella relationer och affektreglering:

- Var aktivt, välvilligt, intresserat frågvis, visa dig angelägen om att förstå. Viktigt att återkommande sammanfatta för att stämma av med patienten och visa att du är med.
- Eftersträva en jämbördig, icke-vetande och icke-expert-attityd, där ni ser på patientens problematik tillsammans.
- Validera patientens upplevelse. Detta är inte liktydigt med att helt instämma med patientens uppfattning, i stället exempelvis: ”ojdå, ja om du uppfattade det så är det ju inte konstigt att du blev arg”. Har patienten mer uttalade relationella svårigheter, exempelvis stora konflikter med personal på avdelningen eller en historia av att rusa ut från samtal och liknande, är återkommande validering extra viktigt.
- Reparera sprickor. Var generös med att ta på dig din del av ansvaret för att det blir fel: ”Det var inte min mening att göra dig upprörd, jag är ledsen om jag uttryckte mig tokigt.” ”Jag är ledsen att jag blev försenad.”
- Transparens. Var öppen med vad du sitter med: ”Nu blev jag tyst ett tag för att jag funderade på det du sa om ...”, ”Vet du, när du höjer rösten så där känner jag att jag blir stressad och inte riktigt kan tänka.”
- Var förutsägbar. Informera exempelvis om när saker inte kommer att bli som planerat och förklara varför.
- Om det blir ”överhettat”; backa och validera patientens upplevelse tills en fungerande samtalston uppnåtts igen, be att få börja om – behövs en liten paus?

Förslag åtgärd: Gör en bedömning och etablera en god relation med patienten med hjälp av frekvent validering, jämbördigt undersökande, transparens och aktivt reparerande av sprickor. Försök förstå patientens perspektiv. Undersök därefter, om möjligt, patientens förutsättningar att se situationen och sig själv utifrån och försök se tillsammans på vad som kan vara triggande situationer för misstänksamhet och utåtagerande beteende. Tala, om möjligt, med närstående. Samla närmast berörd personal för punkthandledning, då de får uttrycka sina perspektiv och få validering för dessa. Förmedla den kännedom du fått om patientens profil och förutsättningar att klara av vårdsituationen. Återge kunskap om patientens specifika triggers och ge förslag på hur man kan underlätta i kontakten med patienten.

Compliance

Patient i 25-årsåldern med HIV sedan födseln. Har under åren haft svårt att få till någon kontinuerlig behandling, alla behandlingsförsök har avbrutits av patienten av olika anledningar. Man har upprepat försökt motivera patienten, som förefallit både motiverad och införstådd med situationens allvar, men resultatet blir alltid detsamma.

Svårigheter med compliance/adherence/följsamhet kan ta sig många olika former, allt ifrån att en patient med HIV inte längre förmår sig ta sina bromsmediciner till att någon inte kommer på sin dialys och därmed inte kan bli kandidat för njurtransplantation. Båda dessa situationer kan få fatala konsekvenser. Ett konsultpsykiatriskt perspektiv kan vara en ingång för att ge ökad förståelse och därmed hjälpa patienten till en behandling som bättre passar patientens behov och förutsättningar. Även här är det av stor vikt att grundligt analysera problemet i stället för att snabbt komma med en åtgärd.

För att i största möjliga mån förstå varför en rekommendation eller behandling inte fullföljs av patienten behöver patientens perspektiv och förutsättningar kartläggas. Vilka emotionella, sociala, fysiska eller kognitiva aspekter påverkar patienten? Förstår patienten vad det innebär att inte få behandling eller inte ta medicin (kunskapsbrist/kognitiv förmåga)? Finns det psykiatriska orsaker till utebliven behandling, som vanföreställningar? Psykologiska faktorer, som rädsla, negativ laddning? Kulturella eller religiösa föreställningar? Sociala, som dålig ekonomi? Läkemedelsbiverkningar som patienten inte står ut med? Vad behövs för att det ska fungera nu och på sikt?

Orsakerna kan vara många och en välmenande nyfikenhet att förstå patienten är, liksom annars, nyckeln för att kunna bistå i dessa situationer, när patienten har svårt att efterleva vårdens rekommendationer och mer eller mindre uttalade förväntningar på compliance. Att föreslå rekommendationer innan man förstår patientens motiv är ofta verkningslöst. Vårdens mål och patientens mål behöver inte alltid vara desamma, även om det alltför ofta tas för givet.

I vissa fall kan en strukturerad förmågebedömning, som beskrivs i kapitel 14, vara av värde. Ibland kan det vara av värde att använda sig av motiverande samtal (MI) för att bättre förstå och/eller motivera patienten, om mekanismerna bakom beteendet är kartlagda.

Förslag åtgärd: Samtal där man börjar om från början och skiftar fokus, från att försöka motivera till följsamhet till behandling, till att i stället undersöka vad det är som händer hos patienten när hen ska ta sin medicin. I detta fall framkom att patienten fick kväljningar och kräktes vid åsynen och lukten av tablettorna som hen tvingat i sig sen barndomen. Patienten beskriver också andra somatiska symtom på ångest, men har själv inte förstått att det är ångest.

Efter att patienten satt ord på sina upplevelser görs en KBT-inspirerad planering för ångesthantering och patienten kan åter påbörja sin behandling.

Demoralization och copingstrategier

En tidigare aktiv person som nu drabbats av leukemi och som därför genomgår behandling, där det uppstår flera komplikationer och vårdtiden blir längre än förväntad. Patienten faller lätt i gråt och uppfattas av vårdpersonal som alltmer nedslagen, uppgiven och likgiltig. Det framkommer vid samtal hur patienten saknar sitt tidigare liv, där patienten var fysiskt aktiv och spelade fotboll, tränade löpning och var socialt engagerad. Även drömmen om att kunna bilda familj känns alltmer avlägsen. Patienten känner inte igen sig själv och livet som hen föreställt sig och önskat känns som en ouppnåelig dröm.

Demoralization

Vid sjukdom eller livsförändrande omständigheter ställs det stora krav på en individs förmåga att hantera situationen. Det uppkommer mer eller mindre medvetna existentiella frågeställningar som ställs på sin spets. Det kan bli svårt att upprätthålla sin upplevda roll eller självbild och känslan av att förlora kontrollen över sitt liv eller att vara en börda för andra är vanlig. Individen kan känna hopplöshet, utan att för den sakens skull vara deprimerad.

Ovanstående brukar i anglosaxisk litteratur benämnas *demoralization* (ung. uppgivenhet, missmod) och är ett psykiskt tillstånd som ibland ses hos patienter med allvarliga somatiska sjukdomar eller kroniska besvär. Det är en riskfaktor för att utveckla depression samt bidrar till en ökad risk för suicid. Tillståndet är framför allt en reaktion på upplevd förlorad kontroll, men kan också innefatta en känsla av att ha tappat meningen eller riktningen på livet. Att sär-

skilja demoralization från depression kan ibland kräva noggrann bedömning, där framför allt en minskad avledbarhet och generell anhedoni tyder på depression. Drabbade patienter kan ge uttryck för önskan att ge upp eller att inte klara av den situation som de står inför. Medverkan till behandling och rekommendationer hotar då att bli sämre.

Ett steg i att förebygga demoralization kan vara att tidigt identifiera risken att förlora resurser och förmågor. Ett sätt att påverka den negativa utvecklingen är att i omvårdnaden fokusera på och främja upplevelsen av kontroll samt att stärka patientens förmågor att hantera sin situation. Exempel på detta är när patienten själv kontrollerar smärtpumpen eller får hjälp att tala med närstående. Hög upplevelse av sammanhang, KASAM, är också skyddande och kan befrämjas genom att ge stöd för individen att se värdet i sig själv och att kunna bibehålla upplevelsen av att vara delaktig i något större än en själv.

Också att livet fortsätter, om än med förändrad inriktning, trots det som patienten drabbats av, kan vara svårt att ta till sig, men kan befrämjas med stödsamtal kring förändringarna som sjukdomen medför.

Coping

Om patienten visar tecken på demoralization eller om det framgår att patientens färdigheter inte är adekvata i situationen kan utvärdering av copingstrategier vara till nytta. För att stödja patienten att finna en lämplig strategi behöver först problemet och copingmetoderna identifieras, för att sedan kunna utvärdera om de är tjänliga och/eller tillräckligt effektiva. Välkänt är att det inte finns en universell copingstrategi som går att applicera för alla människor på alla olika sorters situationer. Däremot anses vissa strategier generellt mer effektiva eller adekvata jämfört med andra.

Aktiv coping, som innebär att vara agent i sitt liv och försöka hantera problemet och ta ansvar för situationen, *positiv omformulering*, för att finna mening i situationen eller *självdistraction*, för att få andrum, har setts som effektiva strategier. Generellt mindre effektiva copingstrategier anses exempelvis *ventilering* av känslor eller *självanklagelser* vara.

Det är inte ovanligt att patienter är omedvetna om sina strategier

eller har svårt att finna alternativ. Att stödja patienten genom ett icke värderande sätt att identifiera strategier och dessas funktion kan vara en väg till att skapa nyfikenhet och en vilja att utforska alternativa copingstrategier. Vårdpersonalen har en viktig roll i att understödja adaptiva copingstrategier genom förslag och uppmuntran, till exempel ge patienten kontroll över omvårdnadssituationerna. Omvänt kan det vara bra att inte agera på mer maladaptivt beteende, som ger hjälplöshet och beroende.

Som konsultpsykiater möter man ofta patienter med ångest/rädsla och ett mentalt läge av fight-or-flight, som gör det svårt för individen att använda de högre hjärnfunktionerna. Att springa eller slåss mot ett konkret yttre hot är funktionellt. Att springa ifrån en existentiell kris, som utlösts vid ett cancerbesked, är inte adaptivt. De personer som genom livet hanterat svårigheter eller plågsamma inre upplevelser (till exempel skam, skuld, självförakt) med undvikande strategier tenderar ofta att få ackumulerad ångest om de drabbas av sjukdom, eftersom tidigare fungerande copingstrategier inte kan nyttjas längre, exempelvis hård träning, konsumtion, alkohol, ett liv dominerat av jobb. I sådana fall kan en alltför aktiv copingstil bli självdestruktiv och personalen kan behöva bekräfta behovet av att lämna över ansvar och att patienten tillåter sig att vara beroende av andra.

Ett sätt att utforska alternativa copingstrategier kan vara att använda sig av en intervention som Focused Acceptance and Commitment Therapy (FACT), där syftet är att öka den psykologiska flexibiliteten genom:

- *Öppenhet*, förmågan att kunna frikoppla sig från störande privata upplevelser och de regler de associeras med. Förmågan att inta en icke-dömande, accepterande hållning inför plågsamma upplevelser.
- *Närvaro*, förmågan att uppleva nuet, att ha perspektiv på självet och självets narrativ.
- *Engagemang*, att ha stark kontakt med personliga värden, kunna vidmakthålla värdestyrda beteenden. Riktade frågor som används inom FACT syftar till att finna patientens värderingar och mål och huruvida personens nuvarande tankar och beteende är överensstämmande med dessa. Detta är stora frågor utan enkla svar, men kan stödja patienten att åter finna en riktning i tillvaron.

Förslag åtgärd: Patienten får stödsamtal för att finna nya vägar genom en svår situation och formulera vad livet framåt kan tänkas erbjuda. Personen får stöd med reflektioner kring sina styrkor och svagheter och hur dessa kan användas, får hjälp att medvetandegöra sina strategier och med det ökad förmåga till anpassning till den nuvarande situationen.

Rekommenderad litteratur

- Bovero, A., Sedghi, N. A., Opezzo, M., Botto, R., Pinto, M., Ieraci, V. & Torta, R. (2018). Dignity-related existential in end-of-life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and associated coping strategies. *Psycho-Oncology*, 2018;27:2631-2637.
- Lawrence, P., Fulbrook, P, Somerset, S. & Schulz, P. (2017). Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2017; 24: 699-718.
- Maningat, P, Gordon, B. R. & Breslow, J. L. (2013). How Do We Improve Patient Compliance and Adherence to Long-Term Statin Therapy? *Curr Atheroscler Rep*, 2013; 15: 291.
- Robinson, S. et al. (2014). A systematic review of Demoralization Syndrome in individuals with progressive disease and cancer: A decade of research. *J Pain Symptom and Management*, 2014; 49: 595-610: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008>.
- Strosahl, K. D., Robinson, P. & Gustavsson, T. (2014). *Fokuserad ACT*. Stockholm: Natur & Kultur.

8. Långvarig smärta

ÅSA RINGQVIST OCH BJÖRN GERDLE

Sammanfattning

- Smärtupplevelsen är komplex och vid långvarig smärta är ett biopsykosocialt synsätt av största vikt.
- De behandlingsmetoder som har bäst effekt aktiverar patienten till anpassad fysisk aktivitet och förändringsarbete, i form av kognitiv omstrukturering och beteendeförändring.
- Läkemedel är inte en självklar del av behandlingen.

Bakgrund

Av den vuxna befolkningen lever 20–35 procent med långvarig smärta med minst måttlig intensitet. Kvinnor är drabbade i något högre grad än män. En mindre andel av patienter med långvariga smärttillstånd utvecklar påtaglig sänkning av funktion, aktivitetsförmåga, hälsoupplevelse och livskvalitet. Riskfaktorer för detta är bland annat psykiatrisk samsjuklighet och kognitiva mönster, som katastrofiering samt beteendemönster präglade av undvikande. Ett biopsykosocialt synsätt är därför viktigt att tillämpa vid utredning och behandling av smärta.

För att en smärta ska betecknas som långvarig¹ ska den ha pågått tre månader eller kvarstå efter att en skada kan förmodas ha läkt. Långvarig smärta har inte samma skyddande effekt som akut smärta och skiljer sig från akut smärta bland annat vad gäller den vidmakthållande patofysiologin.

¹ I litteraturen används ofta ordet kronisk, men detta ord är ofta förknippat med pessimistiska prognoser om framtiden för många människor. På engelska används orden chronic eller persistent för att beteckna den långvariga smärtan.

Smärta definieras som en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med befintlig eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är med andra ord en komplex upplevelse som har både med känsel och känslor att göra. Smärta kan, men behöver inte, signalera skada. Smärta är ett av kroppens skyddssystem och det upplevda skyddsbehovet påverkar smärtupplevelsen. Kognitiva aspekter kan således påverka smärtupplevelsen. Därtill är smärta oftast förknippad med olika beteenden, till exempel att skydda det område som upplevs skadat, inta läkemedel med mera samt interagerar med det sociala sammanhanget. Smärta kan därutöver upplevas olika beroende på det sammanhang individen befinner sig i. Med andra ord skapas upplevelsen av smärta i en viss situation i en mycket komplex interaktion mellan neurobiologiska, psykologiska och sociala/kontextuella faktorer.

Smärta är en subjektiv/personlig upplevelse. Det finns i dagsläget inga kliniska objektiva sätt som kan verifiera eller mäta smärtans svårighetsgrad. Det går därför inte att bevisa att man har ont och det är därför orimligt och ologiskt att ifrågasätta en smärtupplevelse. Många patienter känner sig ensamma i sin upplevelse och beskriver ifrågasättande attityder som kraftiga stressfaktorer, vilka kan vara svåra att lägga bakom sig.

Smärtyper

För att förbättra behandlingarna, och i möjligaste mån undvika trial and error-beteende vad gäller val av behandlingar vid långvariga smärtor, har påpekats nödvändigheten av att göra smärtemekanistiska klassificeringar.

Smärta kan mekanistiskt delas in i tre typer: 1. *Nociceptiv*, 2. *Neuropatisk* och 3. *Nociplastisk*. Nociceptiv och neuropatisk smärta är till en början akut till sin karaktär. Inte sällan tillkommer fysiologiska förändringar i centrala nervsystemets smärtbanor och smärtan övergår mer eller mindre i en nociplastisk långvarig smärta. Blandformer är vanligt förekommande.

Nociceptiv smärta

Nociceptiv smärta skulle kunna kallas vävnadsskadesmärta. Perifera nociceptiva neuron (nociceptorer) aktiveras och nervsignalen fortleds av ett normalt fungerande nervssystem. Här ingår till exempel smärta orsakad av skelettskada, inflammation och ischemi.

Exempel på nociceptiva smärttillstånd är akuta skador, reumatiska sjukdomar i aktiv fas, artros och bensår. Visceral smärta sorterar in i denna smärtklass. Visceral smärta är i regel mer diffus och svårlokaliserad än smärta från rörelseapparaten.

Neuropatisk smärta

Neuropatisk smärta beror på skada eller sjukdomsprocess som drabbar nervsystemet (äldre benämning neurogen smärta). Den neuropatiska smärtan kan vara perifer eller central och breder ut sig i det neuroanatomiska innervationsområdet.

Exempel på skada och sjukdomsprocess som kan ge neuropatisk smärta är perifer neuropatisk smärta (skada i perifer nerv eller nervrot): diabetes mellitus, herpes zoster, diskbräck med rotpåverkan, central neuropatisk smärta (skador i centrala nervsystemet) som vid multipel skleros eller traumatisk ryggmärgsskada.

Nociplastisk smärta

Nociplastisk smärta ses vid långvariga smärtor och beror på plastiska förändringar i nervsystemet med ökad synaptisk ”styrka” i det nociceptiva systemet. En inlärning har skett (long-term potentiation) och synapser byggts om så att nervsignaler förstärks i perifera och centrala nervsystemet.

Nociplastisk smärta kännetecknas kliniskt av:

1. Ökad smärtekänslighet: Två begrepp används kliniskt: a) allodyni (det som normalt inte gör ont blir smärtsamt) och b) hyperalgesi (det som normalt är smärtsamt gör ännu mer ont). Ökad smärtekänslighet finns lokalt vid till exempel den akuta nociceptiva smärtan och sammanhänger med både perifera och centrala processer. Vid den nociplastiska smärtan finns ofta ökad smärtekänslighet vidsträckt och utanför det primärt smärtande området.
2. Smärtspridning (smärtan upplevs i ett större område jämfört med när den debuterade): Patienterna kan ofta beskriva att smärtan var mycket lokaliserad i det akuta skedet, men efter hand när den inte klingade av så kom den att upplevas från större områden och blev då ofta svårare att avgränsa spatiellt.

Exempel på tillstånd som förknippas med utveckling av nociplastisk smärta är fibromyalgi, ospecifik långvarig ryggsmärta och nacksmärta efter trauma. Men nociplastisk smärta kan med tiden utvecklas vid i stort sett alla nociceptiva och neuropatiska tillstånd, som reumatiska sjukdomar, andra långvariga smärttillstånd i rörelseapparaten, IBS, bäckenbottensmärta, endometriosis, huvudvärksyndrom (inklusive migrän) och icke-kardiella bröstsmärtor.

Blandformer av smärta

Blandformer av smärta är vanliga, men vid långvariga smärttillstånd med inslag av nociplastisk smärta blir det svårt att särskilja smärtyper och att värdera i vilken utsträckning de olika smärtyperna bidrar till smärtupplevelsen.

En uppdelning i olika smärtyper blir då mer hypotetisk.

Diagnoser vid långvariga smärtor

Nuvarande version av International Classification of Diseases (ICD-10) uppvisar stora brister i systematiken vad gäller de långvariga smärtorna². Oftast är diagnoserna enbart beskrivningar av anatomisk lokalisation, duration och ibland en förmodad etiologi. Därtill uppvisar de tillgängliga diagnoserna betydande överlappningar och det saknas ofta överenskomna definitioner av de olika diagnoserna.

Diagnoserna tenderar att vara beskrivningar från anamnesen och den kliniska undersökningen som matchas av läkaren med tillgängliga diagnoser enligt ICD-10. Kronisk lumbago betyder enbart långvarig smärta i ländryggen, men de mekanismer som föranlett och vidmakthåller smärtan kan vara olika mellan de drabbade individerna.

De nuvarande diagnoserna är med andra ord inte grundade på mekanistiska orsaker, vilket är fallet inom vissa andra områden inom medicinen.

² Version 11 har antagits av WHO 2019 och kommer finnas tillgänglig 2022 i en svensk översättning och anpassning. I denna är de långvariga smärtorna för första gången systematiskt listade och definierade.

Samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt vid långvariga smärttillstånd. Cirka 50 procent av patienter med långvarig smärta bedöms uppfylla diagnoskriterier för depression och/eller ångestsyndrom. Samband ses också tydligt mellan långvarig smärta och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Specialiserade smärtkliniker i Norden har vid screening kunnat finna prevalensnivåer på över 20 procent för PTSD. Smärttillståndet kan ha debuterat vid en svår olyckshändelse, men svåra trauman tidigare i livet förekommer inte sällan vid långvariga smärttillstånd.

Vid långvariga smärttillstånd kan onda cirklar skapas som ger grogrund för både ångest och depression. Att drabbas av smärta som inte går över innebär för de allra flesta en stor belastning. Smärta är förknippat med negativa känslor, som exempelvis rädsla, ångest, nedstämdhet, skam och ilska. Acceptanssvårigheter kan leda till svårigheter att känna glädje och minskat intresse för annat än försök att kontrollera smärta och det kan vara svårt att skilja detta från en egentlig depression. Katastrofiering med stort fokus på smärtan, förstörande av möjliga negativa konsekvenser och en stark upplevelse av hjälplöshet kan leda till undvikandebeteenden, vilket i sin tur ökar nedstämdhet och ångest.

Insomni med insomningssvårigheter och/eller uppsplittrad sömn är också mycket vanligt (70–90 procent av patienterna) och är dessutom en riskfaktor för utvecklandet av långvarig smärta.

Depression och opioider

På senare år har depressiva symtom uppmärksammats alltmer som en möjlig biverkan vid medicinering med opioider. Depressiva symtom verkar också korrelerade med dos. Särskilt höga doser ger en tydligt ökad risk, men även vid mer moderata doser kan ökning ses.

I en större studie sågs exempelvis signifikant högre depressiva nivåer i en kohort som medicinerade med morfinekvivalent dos (MED) på 65 mg jämfört med en grupp med MED på 40 mg.

Däremot fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i smärtnivåer mellan de två grupperna.

Suicidalitet

Jämfört med befolkningen i stort är suicidrisken förhöjd i gruppen patienter med långvarig smärta. Detta är bäst belagt vid ryggsmärta och fibromyalgi. Risk för fullbordat suicid har uppmätts till 0,35 procent i en population kvinnor med muskuloskeletal smärta och 0,18 procent i en grupp patienter med fibromyalgi. En stor del av riskökningen hänger samman med psykiatrisk samsjuklighet, som depression, ångesttillstånd och substansbrukssyndrom, men samband ses också med rapporterad smärtintensitet.

Medicinering med opioider kan vara en faktor som ökar risken för suicid vid långvarig smärta, likväl som opioider ökar risken för depression. I en kanadensisk populationsstudie sågs att 52 procent av dödsfallen på grund av suicid var kopplade till opioider, som hade förskrivits till patienter med långvarig smärta. Förhöjd risk för suicidalitet har även setts hos patienter med långvarig smärta som använder antiepileptika. Både opioider och antiepileptika har missbrukspotential framför allt hos unga och patienter med psykiatrisk samsjuklighet, vilket naturligtvis också kan bidra till den ökade risken.

Psykologiska riskfaktorer för suicid vid långvarig smärta är önskan om att fly från smärtan, katastrofiering, undvikandebeteenden, att individen har dåliga färdigheter vad gäller problemlösning och upplever hopplöshet och hjälplöshet. Det sistnämnda har utmärkt sig mest vad gäller ökad risk för suicidalitet.

Hjälplöshet är en viktig delkomponent i katastrofiering, som ofta bedöms vid långvarig smärta. Upplevelse av att vara en börda för andra har också identifierats som en riskfaktor.

Diagnostiska aspekter på samsjuklighet

Både depression och ångest ger en ökad risk för utveckling av långvariga smärttillstånd, samtidigt som långvarig smärta ökar risken för utveckling av både depression och ångest. Man ser till och med dos-responsförhållande mellan depressiva symtom och smärtintensitet. Kliniskt är den psykiatriska samsjukligheten vid långvariga smärttillstånd alltså viktig att identifiera. Psykiatrisk samsjuklighet kan också ha negativ påverkan på utfall av behandling och rehabilitering samt arbetsåtergång.

Anpassningsstörning som diagnos kan bli relevant vid långvariga

smärttillstånd. Svårigheter att anpassa sig till den nya levnadssituationen kan möjligen leda till en överdiagnostik av till exempel depressionssjukdomen vid långvariga smärttillstånd.

Smärtanalys

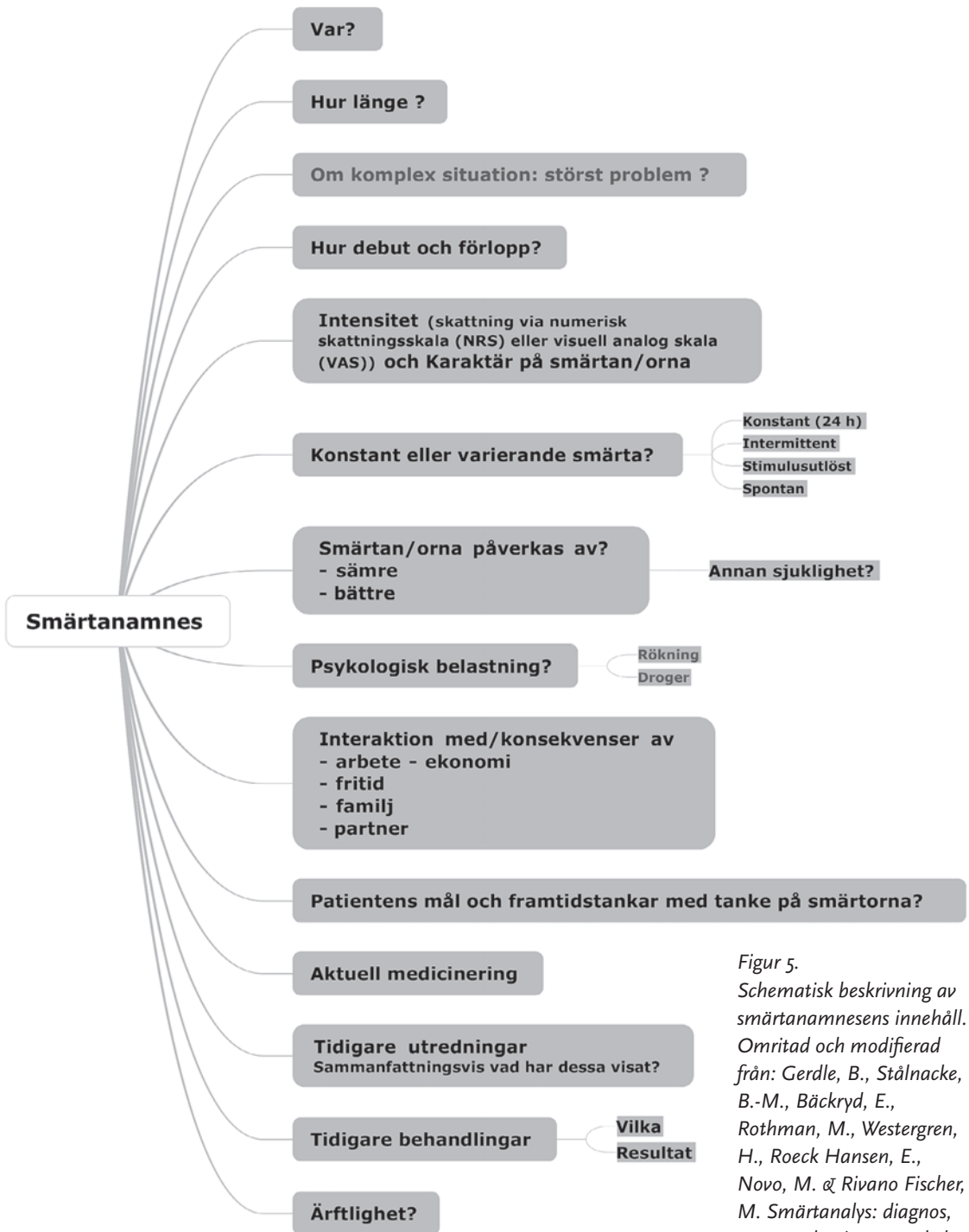
Med basen i ett biopsykosocialt förhållningssätt är målsättningen med smärtanalysen att förstå vilka smärtmekanismer och psykologiska och sociala faktorer som påverkar och interagerar med smärtan samt hur patienten påverkas av den. Som i all annan medicinsk diagnostik är anamnesen (smärtanamnesen) och den kliniska undersökningen essentiella delar. Dessa ska sammantaget resultera i en smärtmekanistisk klassificering och en ICD-diagnos som stöd för fortsatta åtgärder, som behandling och rehabilitering. Många patienter med långvariga smärtor känner sig missförstådda av vården och andra involverade instanser. Både anamnestagande och klinisk undersökning är viktiga delar i bemötandet av patienten och signalerar att vården tar patientens situation på allvar!

Smärtanalysen omfattar följande moment:

- smärtanamnes (figur 5)
- klinisk undersökning (figur 6).

Baserat på smärtanamnes och klinisk undersökning:

- Ta ställning till röda flaggor.
- Bedöm den psykologiska och sociala belastningen, det vill säga gula flaggor. Som framgår av figur 5 och 7 är det obligatoriskt att ta ställning till huruvida sådana faktorer föreligger. Förekomst av gula flaggor talar för att psykosociala faktorer är viktiga både för smärttillståndet i sig och för prognosen. Det är viktigt att notera att förekomsten av psykologisk belastning inte betyder att detta är en etiologisk faktor.
- Smärtmekanistisk klassificering, det vill säga nociceptiv, neuropatisk, nociplastisk eller kombinationer härav. Om möjligt kategorisera vilken smärta som dominerar, för att optimera behandling.
- ICD-diagnos.



Figur 5. Schematisk beskrivning av smärtanamnesens innehåll. Omritad och modifierad från: Gerdle, B., Stålnacke, B.-M., Bäckryd, E., Rothman, M., Westergren, H., Roeck Hansen, E., Novo, M. & Rivano Fischer, M. Smärtanalys: diagnos, smärtmekanismer, psykologisk och social bedömning. Studentlitteratur, 2020.

Röda flaggor kan tala för bakomliggande allvarlig sjukdom eller skada som kan behöva utredas. Röda flaggor är till exempel 1) känd malignitet, 2) progredierande neurologiska symtom eller fynd, 3) smärtdebut vid ålder över 50 år, 4) benskör patient, 5) infektionstecken, 6) viktförlust, 7) våldsamt högenergiskt trauma.

Gula flaggor är psykosociala faktorer som kan ha betydelse för smärttillståndet. Psykosociala faktorer, som kognitioner, känslor och beteenden samt hur patientens livssituation ser ut, har visat sig kunna påverka återhämtningen efter en akut episod av smärta. Gula flaggor ska därför så tidigt som möjligt identifieras. Dessa faktorer kan i hög grad bidra till utvecklandet av negativa cirklar med ökad smärta och nedsatt funktion. Speciellt bör man vara uppmärksam på om rädslan är stor för smärtan och om patienten har katastroftankar.

Det psykiska måendet behöver utredas och man bör vara uppmärksam på om patienten undviker kroppsrörelser och aktiviteter i hög utsträckning.

För att kartlägga gula flaggor rekommenderas *Frågeformulär om smärtproblem* (kortversion) (Linton & Hallden, 1998; Linton, Nicholas & MacDonald, 2011) och *Hospital anxiety and depression scale (HAD)*.

Smärtanamnes

Anamnesen ska anpassas efter smärttillståndets kliniska presentation. Ett tillstånd som pågått under lång tid blir vanligtvis mer tidsmässigt krävande ur utredningssynpunkt än ett tillstånd med kortare duration. Med detta sagt finns en tendens i vården att underskatta komplexiteten även av smärttillstånd med kortare kronisk duration. Upprepade kortare smärttillstånd, till exempel i ryggen, tenderar av både vård och av den drabbade själv att ses som isolerade tillstånd, när de i själva verket är intermittenta försämringar av ett tillstånd.

De nödvändiga punkterna i en smärtanamnes framgår av figur 5. Smärtans lokalisering, debut, till exempel trauma och förlopp, kartläggs. Har smärtan förändrats över tid? Dygnsvariation, sömn samt smärtans påverkbarhet, det vill säga förbättrande och försämrande faktorer, bör klargöras. En smärteckning kan användas för att få en uppfattning om smärtutbredning och smärtans karaktär, till exempel molande, huggande etcetera. Smärtintensitet kan skattas med skalor, till exempel visuell analog skala (VAS) eller numerisk skattningsskala (NRS).

Psykologisk belastning och sociala faktorer bedöms och där kan olika frågeformulär utgöra ett komplement. Finns det rädsla för vad som orsakar smärta? Tidigare och aktuell behandling, inkluderande såväl läkemedel som unimodala interventioner, till exempel fysioterapi, psykologisk behandling. Tidigare och annan sjuklighet bör kartläggas för att utröna eventuell samverkan med smärttillståndet.

Om en patient har flera symtom och/eller smärtlokalisationer är det viktigt att bilda sig en uppfattning om vad som stör livet mest och upplevs som mest angeläget.

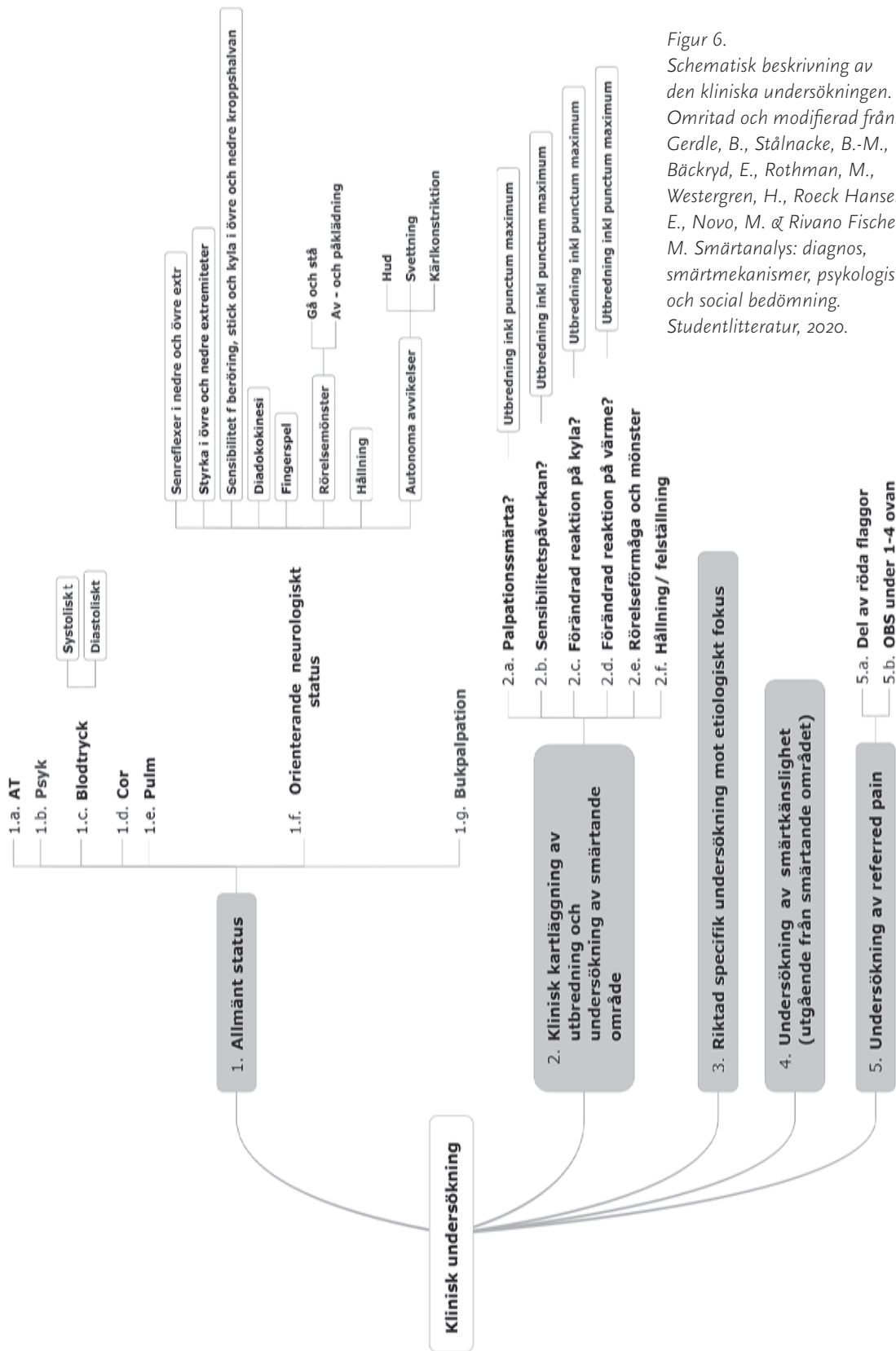
Klinisk undersökning

I figur 6 ges en översiktlig beskrivning av den kliniska smärtundersökningen. Undersökningen måste expanderas om anamnes och klinisk undersökning, till exempel med avseende på röda flaggor (se ovan), ger fog för detta. Röda flaggor är relativt ovanliga, men viktiga att upptäcka tidigt.

I undersökningen ingår ett noggrant somatiskt status med patienten avklädd (!). Den kliniska undersökningen innefattar en klinisk bedömning av psykiskt status, särskilt med avseende på grundstämning (olika enkäter kan, som angetts ovan, ge indikationer på psykologisk belastning). Neurologiskt status – med fokus på det smärtande området – utförs, där det ingår bedömning av utbredning, sensibilitetspåverkan och rörelseförmåga samt undersökning av smärtekänslighet, till exempel palpationssmärta. Detta utgör en bas för att mekanistiskt klassificera smärttillståndet (nociceptivt, neuropatiskt, nociplastiskt eller blandformer)³.

Den kliniska undersökningen kan behöva upprepas om tidigt efter smärtdebut, om smärtan kvarstår efter förväntad läkningstid samt vid förändrad klinisk bild, till exempel tillstötande symtom.

³ En mer ingående beskrivning av detta ges i: Cerdle, B., Stålnacke, B.-M., Bäckryd, E., Rothman, M., Westergren, H., Roeck Hansen, E., Novo, M. & Rivano Fischer, M. *Smärtanalys: diagnos, smärtmekanismer, psykologisk och social bedömning*. Studentlitteratur, 2020.



Figur 6.
Schematisk beskrivning av den kliniska undersökningen. Omritad och modifierad från: Gerdle, B., Stålnacke, B.-M., Bäckryd, E., Rothman, M., Westergren, H., Roeck Hansen, E., Novo, M. & Rivano Fischer, M. Smärtanalys: diagnos, smärtemekanismer, psykologisk och social bedömning. Studentlitteratur, 2020.

Behandling av långvarig smärta

Läkemedel är inte en självklar del av behandlingen vid långvarig smärta. Bäst resultat ses vid samordnad och aktiverande rehabilitering med hjälp av tvärprofessionella insatser, så kallad multimodal rehabilitering MMR. Flera olika yrkeskategorier kan med andra ord bidra och hjälpa patienten mot en förbättrad livskvalitet, vilket även på sikt kan leda till en förändrad upplevelse av smärtan.

De enskilda behandlingsmetoderna vid långvarig smärta med bäst forskningsstöd är:

1. fysisk träning
2. KBT
3. smärtförklaring.

1. *Fysisk träning:*

Det är viktigt att patienten får professionell hjälp av fysioterapeut att starta på rätt nivå och ett individuellt utformat träningsschema. Vid start på för hög intensitet finns risk för smärtökning och att träningen då avbryts. Patienter behöver ofta ett gott stöd i att långsamt trappa upp träningen. En bra start kan till exempel vara mycket korta promenader dagligen på 5–10 minuter.

Ofta rekommenderas aerob träning, som promenader, simning och cykling, men positiva effekter har också setts av anaerob träning som styrketräning.

2. *KBT*

Det finns en risk att patienten fastnar i olika typer av beteenden, som undvikande av specifika rörelser, aktiviteter, sammanhang etcetera, vilket kan adresseras i en KBT-behandling. Cirka 50 procent av patienter med långvarig smärta har kliniskt signifikanta nivåer av nedstämdhet och ångest.

KBT-insomni kan prövas vid sömnstörningar. Patienter beskriver ofta att de vaknar på grund av sin smärta, men ändrade sängrutiner kan ha stor positiv effekt på sömnmönstret.

3. *Smärtförklaring*

Vid teoripass förklaras skillnaden mellan akut och långvarig smärta och smärtsystemets neurobiologi och neurofysiologi.

Detta har visat sig kunna påverka smärtupplevelsen, funktionsnedsättning, katastrofiering och aktivitetsförmåga.

Läkemedelsbehandling

Evidensen för effekt av långvarig läkemedelsbehandling är svag. Läkemedel med viss evidens är tricykliska antidepressiva (startdos ofta 10 mg), SNRI och gabapentinoider, som gabapentin och pregabalin.

Långvariga opioidbehandlingar saknar vetenskapligt stöd. Sådan behandling är inte bara ineffektiv utan kan i värsta fall leda till beroende och farliga överdoser. Vanliga biverkningar är förstoppning, illamående, sedation, kognitiv påverkan samt risk för fallskador. Depression och sexuell dysfunktion kan utvecklas med tiden och man ser också kopplingar till suicidalitet. Långvariga opioidbehandlingar är också kopplade till svårigheter att gå tillbaka till arbete.

Utöver detta har fenomenet opioidinducerad hyperalgesi fått allt större uppmärksamhet. Opioidinducerad hyperalgesi definieras som ett tillstånd där opioider ger upphov till ökad känslighet för smärt-sam stimulering.

På lång sikt kan alltså opioider öka smärtekänsligheten hos patienten.

Psykiatrisk behandling

Vid långvarig smärta tros smärtmodulerande system vara påverkade så att bland annat serotonin- och noradrenalinberoende smärtinhibition påverkas. Vid behov av antidepressiva läkemedel och samsjuklighet med långvarig smärta skulle man kunna tänka sig att överväga SNRI (framför allt duloxetin) snarare än SSRI. Mirtazapin, också SNRI, kan övervägas även om vetenskapliga studier saknas på indikation långvarig smärta.

Tricykliska läkemedel kan i lägre doser kombineras med SSRI. Man kan tänka sig att tillägget möjligen kan påverka den långvariga smärtan, sömnstörningar samt förstärka en antidepressiv effekt av SSRI.

Samarbete

Psykiatrisk samsjuklighet av det lättare slaget adresseras ofta inom ett multimodalt arbetssätt, men vid mer uttalad psykiatrisk problematik, som till exempel suicidalitet, uttalad personlighetsstörning eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, kan samarbete med psykiatrisk vård krävas. Som beskrivits behöver grundsynen vid långvarig smärta vara biopsykosocial för att på lång sikt vara hjälpsam för patienten.

En förståelse för smärtans komplexitet kan bidra till att inte kortsiktiga farmakologiska åtgärder introduceras, eftersom sådana kan bidra till undvikande och ökad funktionsnedsättning.

Rekommenderad litteratur

- Gerdle, B., Stålnacke, B.-M., Bäckryd, E., Rothman, M., Westergren, H., Roeck Hansen, E., Novo, M. & Rivano Fischer, M. (2020). *Smärtanalys: diagnos, smärtmekanismer, psykologisk och social bedömning*. Lund: Studentlitteratur.
- Hooten, W. M. Chronic pain and mental health disorders: Shared neural mechanisms, epidemiology, and treatment. *Mayo Clinic proceedings*, 2016; 91: 955-70.
- Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation*, 2017: <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Lakemedelsbehandling-av-langvarig-smarta-hos-barn-och-vuxna/>.
- SBU rapport: *Rehabilitering vid långvarig smärta*, 2010: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/rehabilitering-vid-langvarig-smarta/>.
- SBU rapport: *Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor*, 2019: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/behandling-av-langvariga-smarttillstand-med-fokus-pa-kvinnor/>.

Övrig litteratur

- Araldi, D., Ferrari, L. F. & Levine, J. D. (2017). Hyperalgesic priming (type II) induced by repeated opioid exposure: maintenance mechanisms. *Pain* (03043959), 2017; 158(7): 1204-16.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 2003; 163: 2433-45.
- Bondesson, E., Larrosa Pardo, F., Stigmar, K. et al. (2018). Comorbidity between pain and mental illness – Evidence of a bidirectional relationship. *European Journal of Pain*, 2018; 22: 1304-11.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee S. et al. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*, 2007; 129: 332-42.
- Dersh, J., Polatin, P. B. & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 2002; 64: 773-86.
- Fishbain, D. A., Pulikal, A., Lewis, J. E. & Gao, J. (2017). Chronic pain types differ in their reported prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and there is consistent evidence that chronic pain is associated with PTSD: An evidence-based structured systematic review. *Pain Medicine*, 2017; 18: 711-35.

- Gerhardt, A., Hartmann, M., Schuller-Roma, B. et al. (2011). The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: results from a population-based study. *Pain Medicine*, 2011; 12: 1231-40.
- Hassett, A. L., Aquino, J. K. & Ilgen, M. A. (2014). The risk of suicide mortality in chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep*, 2014; 18: 436.
- Higgins, C., Smith, B. H. & Matthews, K. (2019). Evidence of opioid-induced hyperalgesia in clinical populations after chronic opioid exposure: a systematic review and meta-analysis. *BJA: The British Journal of Anaesthesia*, 2019; 122(6): e1147-e26.
- Jenewein, J., Wittmann, L., Moergeli, H., Creutzig, J. & Schnyder, U. (2009). Mutual influence of posttraumatic stress disorder symptoms and chronic pain among injured accident survivors: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 2009; 22: 540-8.
- Lee, M., Silverman, S. M., Hansen, H., Patel, V. B. & Manchikanti, L. (2011). A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. *Pain Physician*, 2011; 14(2): 145-61.
- Linton, S. J., Nicholas, M. & MacDonald, S. (2011). Development of a short form of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2011; 36: 1891-5.
- Lutz, P. E. & Kieffer, B. L. (2013). Opioid receptors: distinct roles in mood disorders. *Trends in neurosciences*, 2013; 36: 195-206.
- Madadi, P., Hildebrandt, D., Lauwers, A. E. & Koren, G. (2013). Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: a population-based study in Ontario, Canada. *PLoS One*, 2013; 8:e60600.
- Mazereeuw, G., Sullivan, M. D. & Juurlink, D. N. (2018). Depression in chronic pain: might opioids be responsible? *Pain*, 2018; 159: 2142-5.
- Morasco, B. J., Lovejoy, T. I., Lu, M., Turk, D. C., Lewis, L. & Dobscha, S. K. (2013). The relationship between PTSD and chronic pain: Mediating role of coping strategies and depression. *Pain*, 2013; 154: 609-16.
- Nitter, A. K. & Forseth, K. O. (2013). Mortality rate and causes of death in women with self-reported musculoskeletal pain: Results from a 17-year follow-up study. *Scand J Pain*, 2013; 4: 86-92.
- Ruiz-Párraga, G. T & López-Martínez, A. E. (2014). The contribution of post-traumatic stress symptoms to chronic pain adjustment. *Health Psychology*, 2014; 33: 958-67.
- Russek, L., Gardner, S., Maguire, K. et al. (2015). A cross-sectional survey assessing sources of movement-related fear among people with fibromyalgia syndrome. *Clinical Rheumatology*, 2015; 34: 1109-19.
- Stoller, D. C., Sim-Selley, L. J. & Smith, F. L. (2007). Role of kappa and delta opioid receptors in mediating morphine-induced antinociception in morphine-tolerant infant rats. *Brain research*, 2007; 1142: 28-36.

- Thakral, M., Walker, R. L., Saunders, K. et al. (2018). Comparing Pain and Depressive Symptoms of Chronic Opioid Therapy Patients Receiving Dose Reduction and Risk Mitigation Initiatives With Usual Care. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 2018; 19: 111–20.
- Wolfe, F., Hassett, A. L., Walitt, B. & Michaud, K. (2011). Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis care & research*, 2011; 63: 94–101.
- Yi, P. & Prybylowski, P. (2015). Opioid Induced Hyperalgesia. *Pain Medicine* (Malden, Mass), 2015; 16 Suppl 1: S32–S6.
- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M. & McCracken, L. M. (2017). The impact of PTSD on functioning in patients seeking treatment for chronic pain and validation of the posttraumatic diagnostic scale. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2017; 24: 249–59.

9. Beroendetillstånd i konsultation-liaisonpsykiatrin

LARS BLOMSTRÖM

Sammanfattning

Alkoholabstinens ska behandlas efter grad av abstinens.

Smärtbehandling vid opioidberoende, till exempel opioidberoende smärta, kräver särskild kunskap.

Beroendesjukdom förhindrar inte administration av bensodiazepiner eller opioider för smärtlindring inom somatisk slutenvård om medicinsk indikation föreligger för sådana läkemedel.

Alkoholberoende

Alkoholabstinens är det vanligaste abstinensstillståndet i sjukvården. Abstinenssymtom uppträder då intag av alkohol med påverkan dygnet runt under flera dygn abrupt avbryts eller konsumtionen kraftigt minskar. Vid behov av akut sjukhusvård avbryts alkoholintaget abrupt, ibland till följd av infektion, som pneumoni eller trauma, till exempel fraktur, som ofta är helt eller delvis betingat av alkoholkonsumtionen. Personer som under en period överstigande 10–14 dagar konsumerat 2–3 x 75 cl lättvin eller motsvarande mängd alkohol riskerar att drabbas av svår behandlingskrävande alkoholabstinens.

Betänk att hög alkoholkonsumtion är skambelagt för många, vilket medför att den underrapporteras.

Alkoholabstinens ska behandlas för att:

- förebygga delirium tremens och epilepsianfall
- minska "kindlingefferkt", det vill säga att en obehandlad abstinens leder till att nästa blir värre
- neurotoxisk effekt av glutamat bidrar till alkoholdemens
- lindra symtom av humanitära skäl, vilket ofta glöms bort.

Bedömning av abstinensgrad

För bedömning och abstinensskattning rekommenderas användning av CIWA-Ar.

Lindrig abstinens: tremor, svettning, illamående, takykardi, psykomotorisk oro, sömnstörning.

Måttlig abstinens: samma som ovan med tillkomst av perceptionsstörningar.

Svår abstinens: såsom ovan, med tillkomst av konfusion. Delirium tremens.

FAKTARUTA 6.

RISK FÖR EPILEPSIANFALL OCH/ELLER DELIRIUM TREMENS:

- 180g alkohol/dygn i 3 veckor
- puls > 120
- abstinenssymtom innan nykterhet
- abstinenshallucinos
- infektion
- tidigare epilepsi eller delirium tremens
- abstinensepilepsianfall senaste 48 tim.
- organisk hjärnskada
- nedsatt AT/nutritionstillstånd.

Behandling av alkoholabstinens

Behandlingsmålet är en symtomfri patient med puls mellan 80–90/ minut. Ibland behövs så stora doser sedativa att patienten ter sig sederad och somnar, vilket i så fall är vad som krävs för att patienten ska undgå delirium tremens.

Var god se Psykiatristöd/ akut handläggning: <https://psykiatri-stod.se/akut-handlaggning/alkoholrelaterade-akuta-komplikationer/alkoholabstinens>.

Delirium tremens

Delirium är synonymt med konfusion, desorientering, förvirring. Delirium kommer av latinet ”de lira” som betyder ”ur fåran”. Tremens kommer av ”tremor”, som betyder ”darrning”.

Delirium tremens uppkommer då en längre tids dygnetruntpåverkan av alkohol abrupt avbryts. Oftast krävs 2–3 veckors alkoholperiod. Vanligtvis uppkommer manifest delirium tremens efter två dygns nykterhet, med tilltagande abstinenssymtom och sömnbrist. Naturalförloppet är fem dygn från debut. Observera att om delirium tremens uppstår under pågående slutenvård så är det att betrakta som iatrogen.

Innan diagnosen delirium tremens ställs ska undersökning ha visat om det föreligger annan huvudorsak till deliriet eller om exempelvis infektion eller urinstämning bidrar.

Diagnosen ställs på grundval av anamnes och symtomen konfusion, puls- och blodtrycksförhöjning samt hallucinationer och/eller vanföreställningar. Ofta ses även desorganiserat beteende, men inte enbart. Vård enligt LPT kan ibland krävas, se kapitel 14.

Var god se Psykiatristöd/akut handläggning.

Bensodiazepinberoende

Den beroendeskapande potentialen hos bensodiazepiner och de läkemedel som är helt eller delvis korstoleranta som zolpidem, zopiklon, zaleplon, klometiazol och barbiturater, är beroende av respektive läkemedels egenskaper, i form av snabbt tillslag, kort halveringstid, stark receptoraffinitet och hög intrinsiceffekt.

Vid bensodiazepinabstinens är det viktigt att ta hänsyn till typ av bensodiazepin, dos och duration av behandlingen.

FAKTARUTA 7.

Ekvipotenta doser 10 mg diazepam =

klonazepam	0,5 mg
alprazolam	1 mg
flunitrazepam	1 mg
lorazepam	2 mg
nitrazepam	5 mg
oxazepam	30 mg
zaleplon	20 mg
zolpidem	20 mg
zopiklon	15 mg
fenobarbital	30 mg
klometiazol	192 mg

För kortverkande medel insätter abstinenssymtom, se faktaruta 8, vanligtvis inom 12 timmar, maximal intensitet nås efter cirka 2 dygn, och symtomen avklingar efter cirka en vecka.

För långverkande medel kan det ta upp till ett par dygn innan abstinenssymtom börjar uppträda, intensiteten är maximal efter 4–7 dygn, och symtomen har oftast avklingat inom 2–4 veckor.

Doser om 10 mg diazepamekvivalent per dygn över 1 månad kräver nedtrappning för att undvika abstinenssymtom.

Var dog se Psykiatristöd/läkemedelsberoende.

**FAKTARUTA 8. SYMTOM VID BENSODIAZEPINABSTINENS,
I ORDNING LINDRIGA TILL SVÅRA:**

- koncentrationssvårigheter
- ångest
- sensitivitet
- ostadighet
- restless legs
- metallsmak
- nedsatt aptit
- sömnstörning
- dysfori
- rastlöshet
- värk i muskler, huvud, rygg
- paranoid tendens
- depersonalisation
- derealisation
- illamående
- darrningar

- svettning
- överkänslighet för ljud, ljus, beröring
- brännande och rinnande känslor
- perspektivförskjutningar
- fascikulationer
- epileptiska anfall
- hallucinationer
- delirium.

FAKTARUTA 9. OPIOIDBEROENDE, VANLIGASTE SUBSTANSER:

1. Citodon (kodein + paracetamol)
2. Tramadol
3. Oxikodon
4. Treo comp (kodein + acetylsalicylsyra + koffein)
5. Morfin, Dolcontin
6. Ketobemidon, Ketogan
7. Morfin inj.

Behandling av opioidberoende

Vid opioidanalgetikaberoende, se figur 11, rekommenderas nedtrappning. Leder inte nedtrappning till opioidfrihet rekommenderas, inom specialiserad beroendevård, läkemedelsassisterad behandling med kombinationspreparat som innehåller buprenorfin och naloxon (Suboxone). Vissa smärtpatienter behandlas i stället med metadon. Se för övrigt Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

Opioidabstinensen är plågsam, men inte medicinskt farlig. Abstinensbesvären är desamma vid beroende av heroin, kodein, tramadol, dextropropoxifen, metadon, oxikodon eller andra opioider. Tidsförloppet varierar beroende på substansens halveringstid. Heroin har en halveringstid på 2–3 timmar, metadon 16–60 timmar.

Svår till måttlig opioidabstinens behandlas med opioider. Lindrig abstinens kan behandlas symtomatiskt. Vid vård av opioidberoende patient på somatisk avdelning bör man dock även vid lindrig opioidabstinens ge opioider, annars finns risk att patienten avbryter den somatiska behandlingen.

Vid heroinabstinens är oftast de svåra symtomen över inom en vecka. Vid opioidanalgetikaabstinens kan det dock ta längre tid, upp

till 2–3 veckor, men symtomen är mildare. Därefter kan protraherade symtom, i form av nedstämdhet, initiativlöshet, nedsatt stressolerans vara under flera månader.

FAKTARUTA 10. OPIOIDABSTINENS:

- dysforisk sinnesstämning
- sömnsvårigheter
- muskelsmärta, ökat tårflöde eller rinnande näsa
- vidgade pupiller, gåshud eller svettning
- gäspningar
- illamående eller kräkningar
- diarré
- feber.

FAKTARUTA 11. HEROINABSTINENS BEHANDLING:

Nedtrappningsschema: RT Buprenorfin 2 mg

dag 1-2: 2 mg 2+0+2

dag 3-4: 2 mg 1+0+1

dag 5-6: 2 mg 1+0+0

Alt. RT Temgesic 0,4 mg 3+3+3 i nedtrappning tills patienten ska skrivas ut.

Alt. Inj. Morfin 10 mg/ml 1,5–2 ml im. 1x3 i nedtrappning tills patienten skrivs ut.

Opioidberoende smärta

För patienter som har blivit läkemedelsberoende till följd av smärtproblematik bedrivs behandling antingen via beroendevård eller vid smärtklinik. Bland dem som remitteras till sådan specialiserad mottagning är oxikodon (Oxycontin) vanligast, följt av tramadol (Tramadol) och kodein+paracetamol (Citodon). Behandling med metadon, buprenorfin övervägs, alternativt transdermalt buprenorfin. Via beroendevård ges vid behov samtidig behandling riktad mot beroende av andra substanser.

Smärta hos patienter med Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO)

Det finns några vanliga missförstånd omkring LARO, till förfång för patienterna. Det första är att substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin ger analgesi. Förvisso blockeras opioidbegäret 24-48 timmar, men den analgetiska effekten varar bara 4-8 timmar. Opioidtoleransen kvarstår, liksom även den opioidinducerade hyperalgesin.

Det andra missförståndet är att smärtbehandling med opioider skulle ge återfall. I själva verket finns ingen evidens för att så skulle vara fallet, tvärtom kan en del patienter återfalla i missbruk på grund av obehandlad smärta.

Det tredje missförståndet är att behandling av smärta med opioider hos LARO-patienter skulle ge andnings- och CNS-depression. Teoretiskt är det riktigt, men kliniskt ses inte detta utan toleransen höjs snabbt och smärta är i sig själv protektivt mot andningsdepression.

Slutligen hörs ibland uppfattningen att patienten rapporterar smärta i manipulativt syfte för att få opioider. Hos LARO-patienterna är dock opioidernas euforiska effekt ett passerat stadium och en klinisk bedömning av patienten behövs i varje fall.

Smärtbehandling vid LARO

För en metadonbehandlad patient fortsätts med samma dos metadon och kortverkande opioid läggs till.

För en buprenorfinbehandlad patient med kortvarig smärta adderas kortverkande opioid, exempelvis snabbverkande oxycontin, Oxynorm med startdos 5-10mg x 3-4, titreras efter effekt. Om läkemedelspåverkan sänks dosen, om smärtpåverkan ökas den. Undvik vid behovsordination och sträva efter fasta doser. Tänk på att buprenorfin har högre receptoraffinitet än andra opioider, så hög dos behövs och det är därför ofta lämpligt med slutenvård. Dela upp samma dos buprenorfin till 4 gånger/dag. Lägg till Temgesic var 6:e timme vid behov. Avsluta därefter buprenorfin och ge opioider. Konvertera åter till buprenorfin när opioidanalgetika inte behövs längre.

I slutenvård avslutar man buprenorfin och behandlar med metadon 20-40mg/dag med tillägg av opioidanalgetika. Ha naloxon i beredskap. (Naloxon 0,4mg/ml adm 1ml (0,4mg) i.v itereras med 2-3 min. tills spontan andning återfås.)

”Bensofobi”

Det är naturligt att som vårdpersonal inte vilja medverka till en fortsatt överkonsumtion av beroendeframkallande läkemedel. Därför förekommer det ofta att dessa läkemedel, i gott syfte, sätts ut. Att beroende kan utvecklas eller att ett beroende kan vidmakthållas under vårdtiden på somatisk avdelning vid behandling med bensodiazepiner betyder dock inte att vi ska avstå från dessa när indikation finns. Vid medicinsk indikation är beroendenaspekten underordnad och det gäller även om beroende redan föreligger.

Patienter med långvarigt bruk av bensodiazepiner eller korstoleranta substanser får vid utsättning eller minskning av dos så kallade reboundsymtom i lindriga fall och i svårare fall abstinenssymtom.

”Opiofobi”

Grundprincipen är att alla patienter har rätt till smärtlindring när medicinsk indikation föreligger. Beakta att de med toleransökning behöver högre dos. Förskrivning av opioider mot smärtan bör vara restriktiv, tidsbegränsad och med tydligt mål och plan.

Att beroende kan utvecklas eller vidmakthållas vid behandling med opioider betyder inte att vi ska avstå när medicinsk indikation finns. Det är inte lämpligt att påbörja beroendebehandling under pågående somatisk vård, speciellt inte vid kort vårdtid, om patienten inte önskar det. Vid smärta är beroendenaspekten underordnad och det gäller även om beroende redan föreligger.

Vad och hur bör vi göra i dessa situationer? Vi lägger moralism åt sidan, behandlar patienten och hjälper till att lindra abstinenssymtom. Detta ger ett lugn för patienten, som blir mottaglig för och tacksam för vården. Dessutom underlättar vi för somatisk personal och medpatienter.

På så sätt skapar vi förutsättningar för en överenskommelse med patienten att det skrivs remiss till beroendevården för fortsatt abstinens- och beroendebehandling efter avslutad vård på somatisk avdelning.

Rekommenderad litteratur

- Daniel, P. et al. (2006). Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. *Ann Intern Med*, 2006; 144: 127-134.
- Higgins, C. et al. (2019). Evidence of opioid-induced hyperalgesia in clinical populations after chronic opioid exposure: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth*, 2019 Jun.
- Noska, A. et al. (2015). Managing opioid use disorder during and after acute hospitalization: a case-based review clarifying methadone regulation for acute care settings. *J Addict Behav Ther Rehabil*, 2015; 4.

10. Funktionella tillstånd

CARL SJÖSTRÖM OCH MALIN LJUNGDAHL

Sammanfattning

- Biopsykosocial förklaringsmodell är grunden för behandling av funktionella symtom.
- Arbete i team med kontinuerlig närvaro av konsultpsykiatriska insatser inom somatiken underlättar upprätthållandet av ett biopsykosocialt synsätt.
- Behandling för funktionella tillstånd bör ske enligt en trappstegsmodell.

Psykoedukation och kortare psykologiska interventioner bör erbjudas tidigt i behandlingstrappan, och dynamisk korttidsterapi kan finnas som insats i fall där detta inte räcker.

Bakgrund

Patienter med funktionella tillstånd finns i hela sjukvårdssystemet och är mycket vanliga, såväl inom primärvård som inom specialiserad sjukhusvård. Patienterna söker oftare många olika sjukvårdsinstanser, utsätts för större risker för vårdskada och har i regel en lägre funktionsnivå än patienter med konventionella somatiska sjukdomar.

Av patienter som söker mycket sjukvård ("mångsökare") har en betydande andel funktionella symtom, och kostnadsberäkningar har visat att det finns stora ekonomiska vinster med att förbättra vården för patientgruppen. Sjukdomsbilden och vårdbehovet varierar, och konsultpsykiatriska insatser kan bli aktuella vid allt från

rådgivning åt primärvårdsläkare till konsultationer och samarbete inom akutsjukvård eller specialiserade sjukhuskliniker.

Funktionella tillstånd har sin grund i att människan reagerar som en psykobiologisk enhet, där starka psykologiska och känslomässiga reaktioner går hand i hand med somatiska förändringar. Dessa förändringar medieras via våra neurologiska, endokrina och immunologiska system och kan leda till milda, övergående symtom, som inte föranleder någon medicinsk uppmärksamhet och där gränsen mot normaltillstånd är svår att dra, men också ge dramatiska symtom som leder till hög sjukvårdskonsumtion. Vid "Forskningsklinikken for funktionelle lidelser" i Århus, Danmark, har man föreslagit en kategorisering av tillstånden, som innefattar hela sjukvårdspanoramata (tabell 8). Patienter med funktionella symtom finns inom många medicinska områden, där klinikens ordinarie utrednings- eller behandlingsutbud ofta inte passar eller inte ger önskat resultat.

Det finns i dag få vårdinstanser i Sverige som kan erbjuda kvalificerade utrednings- och behandlingsinsatser för patienter med svårare funktionella tillstånd. En del somatiska kliniker har viss egen kompetens för att hantera patientgruppen, men inte sällan tillfrågas konsultpsykiater när utredning inte kunnat ge tillräckligt stöd för diagnos och man kört fast i försöken att hjälpa patienten med förklaring, bot eller bättring. Konsultpsykiaterns roll blir, utöver att utesluta allvarligare psykiatriska sjukdomar, ofta att stötta somatikern i att bredda förklaringsmodellen till patientens symtom. Inte sällan har patienten upplevelsen av att sjukvården "förklarar bort" symtomen med psykiska orsaker, vilket kan ha uttryckts i vaga termer av "stress", "ångest" eller "depression", utan att förekomst av sådant egentligen blivit kartlagt eller att orsakssambanden förklarats på ett begripligt sätt för patienten. En viktig konsultpsykiatrisk insats kan då vara att nyansera beskrivningen och förklara orsakssamband utifrån en fördjupad individuell bedömning.

Tabell 8. Differentialdiagnostik vid funktionella tillstånd. Observera att "Bodily distress syndrome" är föreslaget som ny diagnosterm i ICD 11 (svensk översättning ännu ej känd). Efter Fink et al., 2015.

Kategori	Exempel på bakgrund	Typisk klinisk bild	Exempel på handläggning
I. Symtomdiagnoser	Nytt symtom som väcker oro.	Milda och övergående symtom. Ingen påverkan på funktion. Ex. knöl, normalt naevus.	– Undvik sjukroll. – Normalisera. – Viktigt inlärnings-tillfälle: "Man kan ha symtom utan att vara sjuk." – Ingen utredning eller behandling.
II. Normal stressreaktion	Normala kroppsliga reaktioner på stress, sorg, kris – t.ex. autonom aktivering, somatosensorisk amplifiering.	Påverkan på funktion – men överskrider inte vad man kan förvänta sig.	– Introduktion i biopsykosocial modell. – Uppmuntra stöd från socialt nätverk. – Oftast ej utredning eller behandling.
III. Anpassningsstörning	Tidigare sårbarhet, (ev. depression eller ångesttillstånd) förstärker normal reaktion på psykisk belastning.	Markant påverkan på funktion – mer än man kan förvänta sig. Olika kroppsliga, kognitiva eller mentala symtom (sömn, smärta, nedstämdhet).	– Psykosociala insatser i syfte att arbeta med coping. – Undantagsvis medicinsk behandling - oftare psykiatriskt fokus (t.ex. SSRI).
IV. "Bodily distress syndrome"	Sjukroll kan förstärka symtompresentation.	Multipla funktionella somatiska symtom som kvarstår över tid och påverkar funktion påtagligt. Maximal symtomstyrka. Inkonsistenta symtom. Emotionell kommunikation.	– Kräver ofta riktad psykosocial behandling och/eller fysioterapeutiska insatser. – Ibland medicinsk behandling.

V. Sjukdomsångest (Hypokondri)	Somatosensorisk amplifiering. Misstolkning av kroppsliga sensationer som tecken på sjukdom.	Fixering vid tanken att ha eller riskera att drabbas av en allvarlig sjukdom. Hög ångestnivå kring den egna hälsan. Övermått av hälso-relaterat beteende (söker ofta) eller maladaptivt undvikande beteende (söker aldrig).	– Förklaring av mekanismer som somatosensorisk amplifiering kan leda till lindring, men i en del fall krävs specifik behandling av det ångesttillstånd som utgör grunden.
VI. Dissociativa tillstånd (Konversionsyndrom/ Funktionell neurologisk symtomstörning)	Dissociation.	Ett eller flera symtom på förändringar i viljestyrda motoriska eller i sensoriska funktioner. Symtomen är oförenliga med erkända neurologiska eller medicinska tillstånd.	– Förklaring av tillståndet, brytandet av sjukvårdens onda cirklar och ett gott bemötande kan, tillsammans med kortare fysio- eller arbetsterapeutiska insatser, ibland vara tillräckliga som behandlingsinsatser. – Ibland krävs specifik psykiatrisk behandling.
VII. Patomimi (Factitia, Münchhausens syndrom). Vid "Münchhausen by proxy" utförs handlingarna mot en annan person (vanligen nära anhörig) och är ofta straffbart.	Medveten, självorsakad symtomproduktion eller påhittad sjukdomshistoria. Syftet är att uppnå en sjukroll (intrapsykiskt behov).	Nya symtom när de tidigare symtomen försvunnit eller avslöjats. Många vårdgivare inblandade.	– Handläggning bör i första hand fokusera på att bryta vårdsökande.
VIII. Simulering	Medveten, självorsakad symtomproduktion eller påhittad sjukdomshistoria. Syftet är att uppnå externa fördelar (ekonomiska fördelar, recept på narkotiska läkemedel, undgående av straff eller annan oönskad myndighetsutövning).	Motivet för beteendet är ofta tydligt (att uppnå någon fördel), och individen gör en kostnadsnytto-kalkyl. Vanligt i medikolegala sammanhang	– Den sociala aspekten bör övervägas – oftast så lite sjukvård som möjligt. – Hjälp patienten att hitta bättre strategier för att uttrycka sitt hjälpbehov.

Begreppet funktionell

Tillstånd där man inte tydligt kan klarlägga en biomedicinsk sjukdomsprocess och misstänker eller konstaterar ett inflytande från psykosociala orsaker har historiskt haft många benämningar, som delvis fortfarande figurerar (tabell 9). Psykogen, medicinskt oförklarad, icke-organiskt, pseudo- är begrepp som har sina fördelar, men som också anses ha bidragit till att patienter och vårdpersonal uppfattar att man menar att besvären ”inte är på riktigt”. Mycket arbete har under de senaste åren därför lagts ner på att finna ett begrepp som både är grundat i mekanismer bakom tillstånden och som är accepterat av patienter, och begreppet funktionellt har då vunnit alltmer gehör i litteratur och i diagnosterminologi.

Det nu dominerande sättet att använda begreppet funktionellt är att det finns ett problem med *funktionen* i det somatiska systemet medan *strukturen* i systemet är intakt. Man strävar också efter att ställa diagnosen utifrån bekräftande, positiva fynd som påvisar detta i stället för att, som tidigare, enbart luta sig mot ett uteslutande av strukturell orsak. Orsaken till att funktionen blivit störd vet vi inte alltid när tillståndet konstateras och det är inte nödvändigt att påvisa psykosociala orsaksfaktorer för diagnos. Begreppet utesluter inte heller att biomedicinska orsaksfaktorer parallellt är inblandade, vilket tidigare termer inte tillätit. Använt på detta sätt öppnar begreppet funktionellt för en mer nyanserad och användbar förklaring, som tillåter ett biopsykosocialt förhållningssätt och som kan upplevas som mer acceptabel för patienten att hantera.

Begreppet dominerar nu internationellt inom den neurologiska sfären både i litteraturen (till exempel den mest omfattande läroboken *Handbook of Clinical Neurology: Functional Neurologic Disorders*) och i namngivande av professionella sammanslutningar, patientorganisationer och kongresser (till exempel *Functional Neurological Disorder Society, FND Hope*). I DSM-5 gjordes det äldre begreppet *Konversionssyndrom* synonymt med *Funktionell neurologisk symtomstörning*, medan ICD-11 använder begreppet ”Functional” inom flera symptomområden (till exempel ”*Functional* gastrointestinal disorders”).

Följande riktlinjer utgår från erfarenheter och kunskap inom ett brett kunskapsområde, och är tänkta att kunna tillämpas i många olika konsultpsykiatriska situationer. Det återspeglas i riktlinjerna

att författarna mest verkar inom det neurologiska området, men mycket av det som berör konsultpsykiatriskt arbetssätt är giltigt oavsett inom vilket symtomområde besvärerna uttrycks.

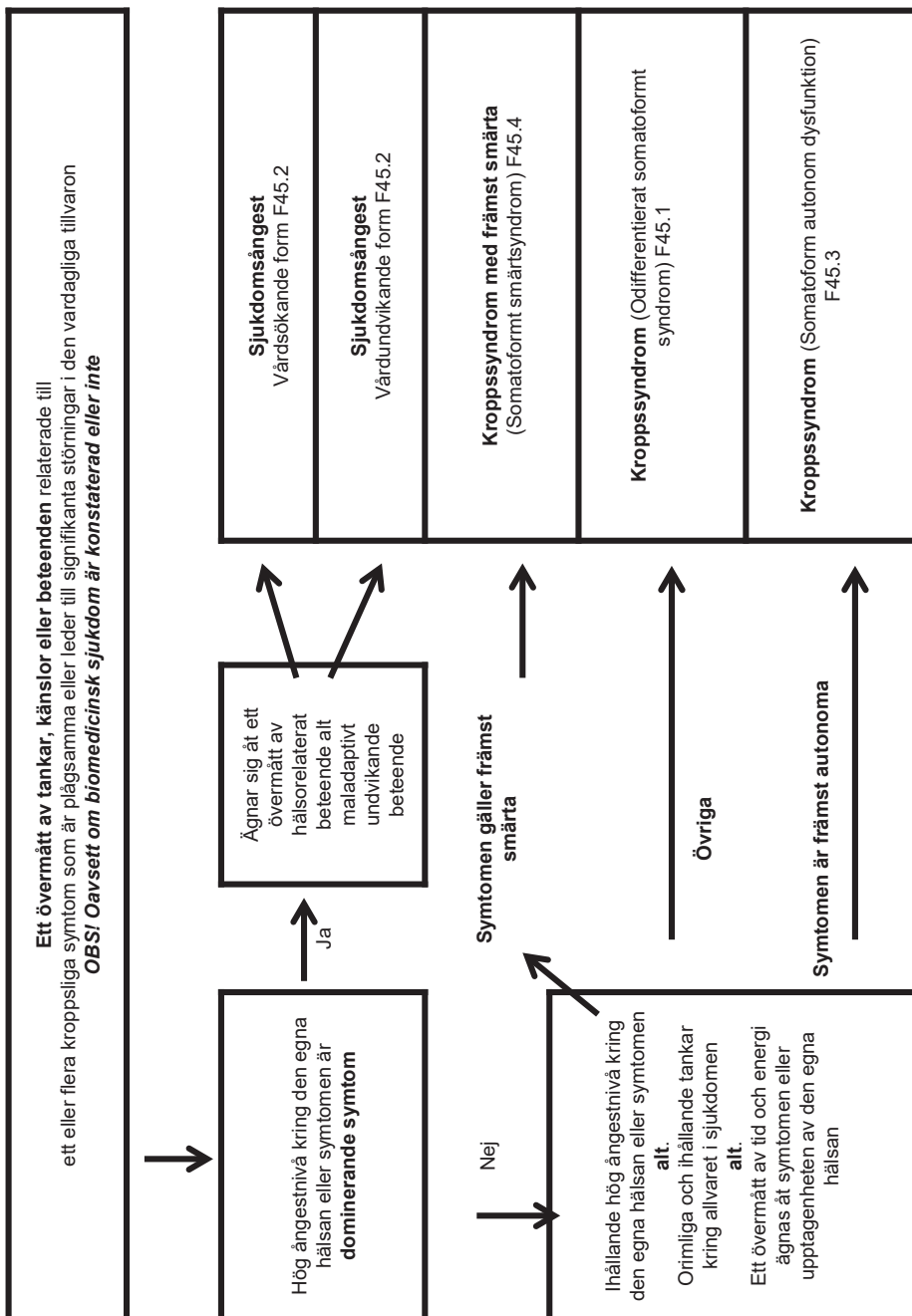
Tabell 9. Terminologi.

Begrepp	Förklaring	Kommentar
Somatisering	”Förkroppsligande” – tendens att uppleva och kommunicera kroppsligt lidande, snarare än att reflektera över psykologiska faktorer vid påfrestning och belastning.	Avskaffat som diagnostiskt begrepp (tidigare t.ex. somatiseringsyndrom, somatoformt smärtsyndrom) i och med DSM-5 (2013) och ICD 11 (2022).
Kroppssyndrom (“Somatic symptom disorder”)	Betonar <i>upptagenheten</i> av symtomen och den <i>beteendeförändring</i> som sker med de somatiska symtomen som utgångspunkt. Huruvida symtomen går att koppla till en biomedicinsk sjukdom eller inte är inte relevant för diagnosen.	Ersätter somatiseringsdiagnoserna i DSM-5.
Bodily distress disorder	Förekomst av kroppsliga symtom som ägnas överdriven <i>uppmärksamhet</i> , leder till problem och <i>sökande</i> av sjukvård.	Föreslås ersätta somatiseringsdiagnoserna i ICD 11 – den svenska översättningen är ännu okänd.
Funktionellt	Utan påvisbar organisk skada, men funktionen kan konstateras störd.	Som samlingsnamn för tillstånd, där psykiologiska samband anses starka används termen <i>Funktionella somatiska syndrom</i> .
Konversionssyndrom	Neurologiska symtom, oförenliga med neurologisk sjukdom eller skada.	Synonymt med Funktionell neurologisk symptomstörning (FNS). Diagnostisk term i DSM-5 och ICD 10-11.

De funktionella tillstånden

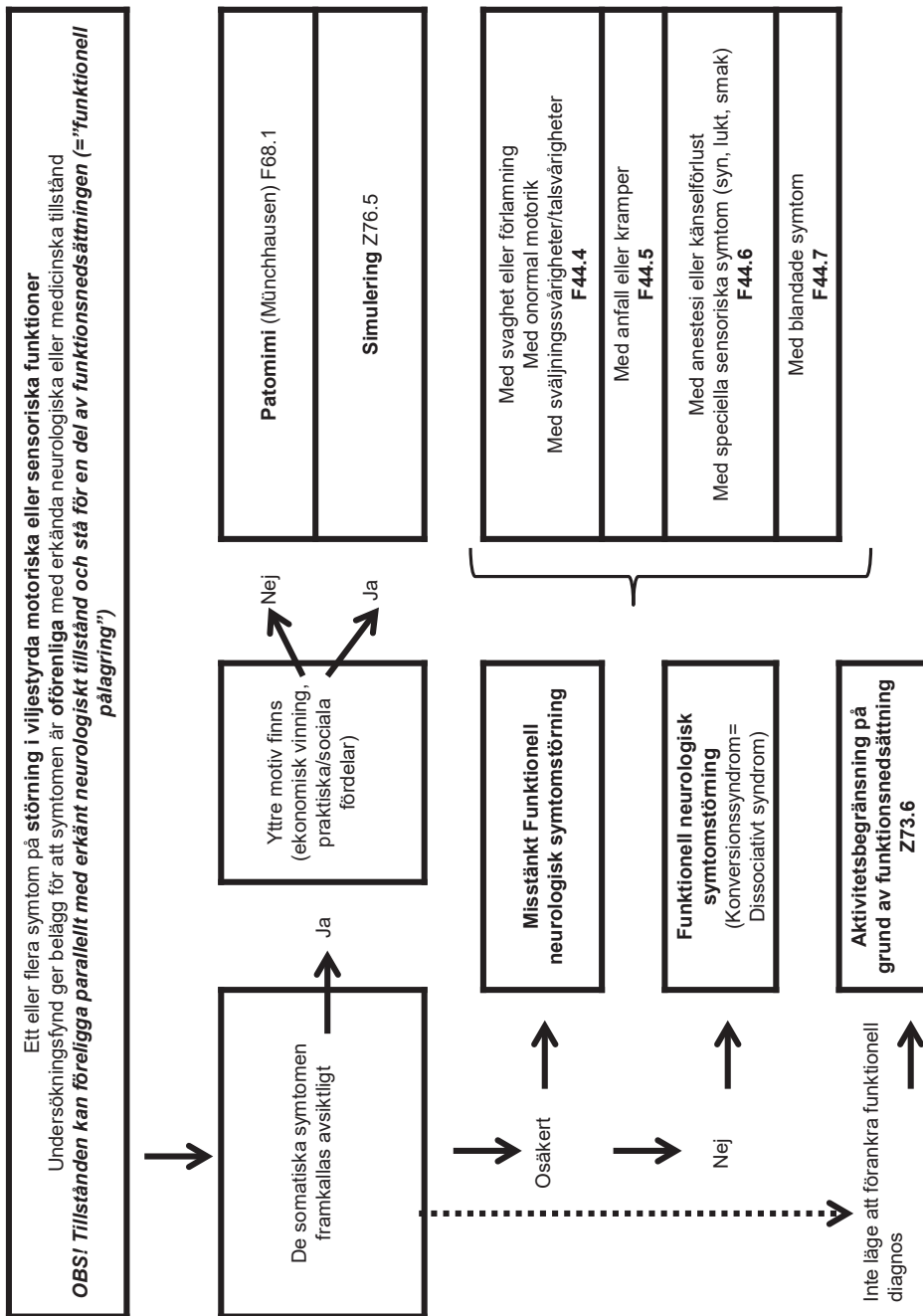
För en översiktlig beskrivning av diagnoserna, se figur 7-8 (diagnosmatriser). För diagnoskriterier i detalj hänvisas till DSM-5.

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK SOMATOFORMA SYNDROM/KROPPSSYNDROM



Figur 7 och 8. Diagnosmatriser.

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK FUNKTIONELLA NEUROLOGISKA SYMTOM



Kroppssyndrom och relaterade syndrom

Den stora gruppen av patienter med funktionella besvär från olika delar av kroppen har historiskt benämnts på olika sätt och diagnosbegreppen har genomgått ett flertal revisioner både i DSM-systemet och i ICD. I och med den senaste revisionen, 2013, av DSM gjordes en omfattande förändring – bort ifrån de tidigare somatoforma diagnoserna – och begreppet *Somatic Symptom Disorder/kroppssyndrom* introducerades.

Patientens tankar, känslor och beteenden relaterade till de kroppsliga symtomen, oavsett symtomens orsaksbakgrund, är numera grunden i diagnosen, i stället för som tidigare förekomsten av *medicinskt oförklarade symtom*.

I ICD-10 finns de ”somatoforma” diagnosbegreppen kvar, men i ICD-11 kommer beteckningen *Bodily distress disorder* (svensk översättning ännu ej känd) att introduceras.

Funktionell neurologisk symtomstörning (FNS), tidigare konversionssyndrom

Tillstånden med huvudsakligen neurologisk presentation har alltid haft en särställning bland de funktionella tillstånden. Historiskt för att man redan under 1800-talet identifierade och distinkt särskilde tillstånden från andra neurologiska sjukdomar; i dag för att man inom det neurologiska området kommit längst med både diagnostik, klassifikation och behandling. Mekanismerna bakom de funktionella neurologiska tillstånden skiljer sig också till vissa delar från de andra funktionella tillstånden.

Störningen kan, precis som vid andra funktionella tillstånd, vara av lindrigare, övergående karaktär eller ge allvarliga funktionsnedsättningar med hög sjukvårdskonsumtion och behov av omfattande rehabiliteringsinsatser. Vanliga symtom vid FNS är förlamning eller svaghet i en eller flera delar av kroppen, känsselförändringar (till exempel domningar), kramper som liknar epilepsi, frånvaroattacker, gångrubbning, synrubbning, talsvårigheter eller ofrivilliga rörelser.

Många patienter har flera symtom samtidigt eller omväxlande med varandra. Symtomen kan likna dem vid många neurologiska och internmedicinska tillstånd och därför är det vanligt att man först tror att symtomen beror på någon sjukdom eller skada i nervsystemet och det kan ta lång tid innan patienten får rätt diagnos.

FNS klassificeras i ICD-10 under de psykiatriska sjukdomarna (Dissociativa syndrom, F 44, undergrupper 1–9, beroende på vilket symtom som dominerar). Från och med ICD-11 (införande i Sverige planeras 2024) kommer tillstånden att klassificeras både under de psykiatriska och de neurologiska tillstånden. I DSM-5 gjordes en betydande revision i syfte att göra diagnosen mer anpassad efter det aktuella kunskapsläget, och benämning är nu konversionstillstånd (funktionell neurologisk symtomstörning), med olika kodning beroende på dominerande symtom.

Prognosen för tillfrisknande är generellt dålig om rätt insatser inte ges, men tidig upptäckt och korrekt diagnos förbättrar prognosen betydligt. Odiagnosticerat, eller om inte rätt insatser ges, leder tillståndet till en hög sjukvårdskonsumtion och stora kostnader för samhället.

Särskilda diagnostiska aspekter vid funktionella tillstånd

Parallella tillstånd

Ofta finner man även andra psykiatriska eller somatiska diagnoser som bör kodas parallellt med den funktionella diagnosen. Särskilt viktigt är att identifiera *PTSD*, *panikångestsyndrom*, *depression*, *utmattningstillstånd*, *neuropsykiatriska svårigheter* och *emotionellt instabila personlighetsdrag*, då dessa är vanligt förekommande eller kan påverka behandlingsupplägget. Konsultpsykiatern kan också behöva göra somatikern uppmärksam på somatiska tillstånd som förbisets, till exempel *långvarig smärta*, *kognitiv funktionsnedsättning* eller *demensutveckling*. Misstanke om POTS (posturalt takykardisyndrom), EDS (Ehlers-Danlos syndrom), MCAS (idiopatiskt mastcellsaktiveringssyndrom) och ME/CFS (myalgisk encefalomyelit/kroniskt trötthetssyndrom) samt andra postinfektiösa tillstånd väcks ofta och kan behöva värderas. I dessa tillstånd är funktionella mekanismer vanliga, men de biomedicinska aspekterna av tillstånden bör inte förbises och det kan vara avgörande att patienten upplever att man tagit dessa misstankar på allvar.

Patienten kan uppvisa oro över sina kroppsliga symtom, men särskilt vid de neurologiska tillstånden kan patienter vara förvånansvärt obekymrade, sett till hur allvarliga symtomen ter sig (*La belle indifference*). Sjukdomsångest är ett tillstånd där ångest är det dominerande symtomet, där patientens fixering vid tanken att ha

eller riskera att drabbas av allvarlig sjukdom är det som dominerar, och där personen ägnar sig åt ett övermått av hälsorelaterat beteende alternativt ett maladaptivt undvikande beteende.

Differentialdiagnostik mot medvetet framkallade tillstånd

En viktig och för psykiatern ofta delikat differentialdiagnostisk uppgift är att urskilja de medvetet framkallade tillstånden *Patomimi* (medvetet framkallade symtom/sjukdomsbeteende med intrapsykiska motiv) och *Simulering* (medvetet framkallade symtom/sjukdomsbeteende i syfte att uppnå externa fördelar, till exempel ekonomisk eller juridisk fördel).

Att betrakta de omedvetet och de medvetet framkallade symptomen som helt skilda tillstånd kan dock leda fel. Funktionella symtomprocesser innebär ofta att omedvetet uppkomna tillstånd och kroppsliga reaktioner med tiden kan få inslag av beteenden som patienten faktiskt kan styra över, och gränsen mellan de omedvetet framkallade tillstånden och de medvetet framkallade blir med tiden många gånger svår att dra.

I praktiken kan det vara mer framgångsrikt att utgå från att patienten behöver hjälp att hantera sin situation bättre. Det kan innebära att patienten på ett icke värderande sätt behöver göras medveten om vad hen faktiskt kan påverka och inte.

Att förankra diagnos

Diagnostik sker normalt utifrån en ömsesidig önskan hos patient och läkare att komma fram till en diagnos som kan ligga till grund för fortsatt behandling. Många gånger värjer sig dock en patient med funktionellt tillstånd från att få en diagnos som inte bekräftar den misstanke om somatisk förklaring som hittills funnits. Det har åtminstone tidigare lett till att klinikern har undvikit att ställa sådana diagnoser av rädsla för att skada relationen med patienten, något som dessvärre många gånger också hindrat framgång i vidare handläggning.

Det var ett uttalat syfte från arbetsgruppen bakom DSM-5 att försöka göra diagnoserna *Kroppssyndrom* och *Funktionell neurologisk symtomstörning* lättare att förankra hos patienter och därmed göra diagnoserna mer användbara i klinisk vardag. Erfarenheten är hittills att man med träning på att förklara diagnoserna och göra dem

mindre förknippade med ”enbart psykiska orsaker” kan ha stor nytta av att ställa och förankra dessa diagnoser, även om det kan vara en utmanande och svår uppgift.

Mekanismer bakom funktionella tillstånd

I konsultpsykiatriska sammanhang är det oftast viktigare att förstå de funktionella mekanismerna än att exakt ringa in den diagnostiska tillhörigheten, även om några viktiga ramar erbjuds av diagnosterminologin. Mekanismerna bakom de funktionella tillstånden är i regel komplexa och multipla, och ett genomgående biopsykosocialt synsätt är nödvändigt för att man ska kunna förstå, förklara och rikta insatser för tillstånden på rätt sätt.

Genom att systematiskt kartlägga tillstånden som en *process* med predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer kan man komma fram till vilka faktorer som är mest lämpliga för intervention (se kapitel 3). Kartläggningen är också till stor hjälp för att tillsammans med patienten skapa en förståelse för hur tillståndet uppkommit och varierar, och kan användas i pedagogiskt och normaliserande syfte.

Konsultpsykiatrisk kompetens kan innebära att vara tränad i formuleringskonst kring förklaringsmekanismer och att kunna anpassa språket efter situation och person.

Biomedicinska faktorer

Funktionell pålagring på klassiska somatiska sjukdomar, som till exempel MS och epilepsi, är vanligt och särskilt under utredningsfasen är det viktigt att arbetet sker i samarbete med somatisk kompetens. Även i ett senare skede, i synnerhet vid somatisk samsjuklighet eller kvarvarande osäkerhet kring de medicinska orsaksmekanismerna, kan det vara en fördel att ha ett planerat samarbete med somatisk enhet med till exempel glesa planerade samtal eller besök.

I andra fall bör man vara öppen för att ett lindrigt somatiskt tillstånd kan ha förelegat i samband med symtomdebut, men att tillståndet börjat läka ut och att det nu inte längre går att säkert belägga det. Att öka patientens acceptans för osäkerhet kring den exakta orsaksfrågan kan vara en viktig del i att komma vidare.

Långvarig smärta är vanligt vid funktionella tillstånd, varför man kan ha stor nytta av fysioterapeutisk kompetens i bedömningen. Förklaringsmodeller kring långvarig smärta, till exempel *nociplastiska*

smärtmekanismer, kan vara viktiga att behärska för konsultpsykiatern (se kapitel 8).

Somatosensorisk förstärkning innebär att svaga eller sällan förekommande kroppsliga förnimmelser tolkas som onormala och tydande på sjukdom, vilket i sin tur leder till att upplevelsen förstärks. Förstärkningen är ett sensoriskt normalfenomen som kan fylla sin funktion i korta perioder, men kan bli en sjukdomsfaktor vid vissa tillfällen. Det har betraktats som centralt vid sjukdomsångest, men är inblandat vid många andra tillstånd, såväl funktionella som icke-funktionella – till exempel långvarig smärta.

Att identifiera och förklara detta kan vara en väg till förbättring – patienten kan rädda ansiktet och får höra att det inte är inbillning, utan att det rör sig om en förändrad inställning i det sensoriska systemet, som går att påverka med till exempel omfokuseringstekniker (se kapitel 12).

Förändringar i hjärnans nätverk: Vid funktionella neurologiska tillstånd är det belagt att förändringar i hjärnans sätt att processa information om rörelse och sinnesintryck kan ligga bakom patientens upplevelse av att inte kunna styra över kroppsliga funktioner eller att inte ha tillgång till sensoriska eller kognitiva funktioner.

Man kan uttrycka detta i termer av intakt ”hårdvara” (nervstrukturer), men felaktigt fungerande ”mjukvara” (program i nervsystemet). Denna förklaringsmodell ger utrymme för omfokusering och förbättring, eftersom mjukvaran i nervsystemet går att träna till en bättre funktion.

Psykologiska faktorer

Ångest i olika grader är vanligt vid funktionella tillstånd. Patientens kognitiva fokus på symtom, tolkning av förnimmelser, som tecken på sjukdom och beteenden kopplade till detta, är viktiga att kartlägga och kan vara tillgängliga för behandling med psykoterapi.

Dissociation är ett psykologiskt normalfenomen, besläktat med frysreaktion vid akut stresshantering. Dissociation upplevs som en ofrivillig påverkan på medvetenhet eller uppmärksamhet och beteende, med bristande kontinuitet i den subjektiva upplevelsen (fragmentering av identitet, depersonalisation, derealisation), alternativt en oförmåga att ha tillgång till information (amnesi) eller att kontrollera funktioner man normalt kan kontrollera (till exempel motoriska funktioner).

Man är på god väg att skapa förståelse för vilka neuronala nätverk som är inblandade, och övergripande tros det röra sig om en påverkan på kortikal modulering av affekter och arousal samt påverkad aktivering av limbiska delar.

Dissociation är en central mekanism bakom flashbacks vid PTSD och vid funktionella neurologiska symtom och det kan vara av stort värde att få detta kartlagt och förklarat för patienten. Orsakerna bakom dissociation varierar, men erfarenhet av övergrepp, ångesttillstånd och personlighetsproblematik är generellt vanligt. I kartläggningen bör ingå anamnes kring tidigare utsatthet, anknytningsmönster och erfarenheter av övergrepp.

Beskrivning av tidigare hantering av svårigheter i livet kan ge en bra bild av patientens copingstrategier.

Egen sjukdomsidentitet eller sjukdomsuppfattning, det vill säga patientens uppfattning om symtomens orsak och konsekvenser, har visat sig vara av stor betydelse för vilken påverkan symtomet får på funktionen och på dess prognos. Sjukdomsuppfattningen påverkar i stor utsträckning både patientens egen bemästringsstrategi och omgivningens reaktioner.

Av detta skäl kan en *omformulering* av förklaringsmodellen vara helt central i de fall där patienten har en starkt biomedicinskt präglad sjukdomsuppfattning.

Sociala faktorer

Patientens sociala situation före, i samband med debut och efter debut bör kartläggas. Ofta finns tidigare belastande livshändelser som kan vara predisponerande, och symtomdebuten kan ligga i nära anslutning till dramatiska förändringar i livssituationen, men även normalt lindriga belastningar kan hos predisponerade personer utlösa funktionella symtom.

Patienter och närstående hamnar också ofta i en ny social situation i samband med det nya sjukdomstillståndet, inte sällan med upplevelse av att inte få hjälp från sjukvården. Konfliktfyllda situationer med Försäkringskassan eller andra myndigheter är också vanliga.

Ibland blir sjukdomsidentiteten uttalad, och förhållanden som förstärker detta (närståendes inställning, deltagande i patientorganisationer och digitala nätverk) behöver kartläggas.

latrogena faktorer

Mot bakgrund av att patienterna ofta skickats runt i sjukvården utan att få hjälp eller riktig förklaring till sina besvär bär de ofta med sig dåliga erfarenheter från möten inom sjukvården. Att kartlägga och bemöta detta med respekt för patientens upplevelse kan ofta vara en öppning för en nystart i kontakten. Inte sällan kommer man som konsultpsykiater in i en vårdsituation som är fastlåst, laddad och konfliktfylld, och psykiaterns roll kan bli viktig för att skapa enighet i vårdlag och få patienten att känna sig väl bemött. Att motivera patienten att avsluta fruktlösa somatiska utredningsspår och behandlingsförsök kan vara en viktig insats som öppnar för mer verksamma insatser.

En upplevelse av tillhörighet i vården kan vara avgörande för patienten och för möjligheterna att hjälpa patienten vidare. De flesta patienter med funktionella tillstånd har nytta av en fast och kontinuerlig vårdkontakt i primärvården, och en viktig konsultpsykiatrisk insats kan vara att påtala det behovet (till exempel brevledes till patientens vårdcentral).

Behandling vid funktionella tillstånd

Behandlingen bör erbjudas enligt en trappstegsmodell, där nedanstående punkter kan ses som steg från enklare och ibland fullt tillräckliga insatser mot en alltmer omfattande vårdinsats.

1. Konsultation med förankring av förklaringsmodell:

Behandlingen börjar i regel vid första konsultationen med ett respektfullt bemötande, breddning av förklaringsmodell och strukturering av vårdkedja. Bemötandekompetens och pedagogisk förmåga ställs på sin spets, när det handlar om att hjälpa patienten vidare och att enas om en förklaringsmodell som kan ligga till grund för lyckade behandlingsinsatser. Ibland står konsultpsykiatern för detta första, viktiga möte. Konsultpsykiatern bör känna sig trygg med den somatiska diagnostiken och fördjupad diskussion med somatisk kompetens kan vara nödvändig. Konsultationer kan behöva upprepas, det är inte alltid man hinner med allt första gången men man kan påbörja en riktningssändring även vid ett enstaka samtal. Till bilden hör att patienten ofta är motvillig till att träffa psykiater och mötet kan vara både svårt och frustrerande.Handledning kan fylla en viktig funktion för att inte ytterligare bidra med negativa iatrogena faktorer – samtal med negativt inställda patienter kan tränas och är en viktig del av konsultpsykiatrisk fortbildning.

Nedan följer några samtalstekniska tips som kan komma till användning:

- Viktigt är att patienten känner sig lyssnad till, trodd på och förstådd. Validera patientens upplevelse och avbryt inte för tidigt. Många studier visar att läkare inte lyssnar klart på patientens berättelse innan de avbryter med sin egen förklaring.
- ”Rope-a-dope”: En term lånad från boxning och beskriver ett slags aktivt lyssnande utan att ta strid mot patientens berättelse. I stället för att ifrågasätta patientens ord eller beskrivning under samtal (till exempel motsägelser, felaktigheter och överdrifter) lyssnar man färdigt och sparar på så vis både egen kraft och patientens vilja att fortsätta samtalet.
- ”Prata somatiska”: Utgå ifrån patientens (ofta somatiskt präglade) beskrivning. Fördjupa anamnesen kring det somatiska och eftersträva en så tydlig förståelse för hur patienten

upplever de somatiska symtomen som möjligt. Utforska patientens egen förståelse för hur besvären har uppstått och varför de inte gått över. Ofta har patienterna mött ointresse och avfärdande så fort läkaren har misstänkt att symtomen inte är somatiskt orsakade. Genom att visa intresse för de somatiska aspekterna kan du kanske också minska den skepsis mot att möta en psykiater, som ofta finns.

- ”Drain the symptoms dry”: Ta kommandot i konsultationen genom att efterfråga om det finns fler kroppsliga symtom än dem som patienten beskrivit.
- Sammanfattningar: Genom att regelbundet, flera gånger under samtalet, sammanfatta vad man hittills pratat om visar man patienten att man lyssnat och har samtidigt möjlighet att korrigera eventuella missförstånd.
- Kognitiv omstrukturering: Lyssna efter vilka ord och uttryck patienten använder, och försök att i dina sammanfattningar använda synonymer som uttrycker samma sak. Detta kan hjälpa patienten att nyansera sitt uttryck och öppna för en bredare förklaringsmodell. Ofta har patienten hört uttryck som ”stresskänslighet” och ”överkänslighet”, där ord som ”sårbarhet” och ”ökad vaksamhet” för kroppsliga symtom ibland kan vara bra ersättningar.
- Ta reda på patientens egen förklaringsmodell. Efterfråga gärna hur den har formats (läsning på nätet, närstående, besked från sjukvården). Anhörigas förklaringsmodell kan också vara central för patientens förmåga att hantera symtomen.
- Att tillsammans med patienten diskutera predisponerade, utlösande och vidmakthållande faktorer utifrån ett biopsykosocialt synsätt kan ge möjlighet att byta fokus från ett ensidigt sökande efter en biologisk orsaksförklaring till att också kunna diskutera förändringsbara vidmakthållande psykosociala faktorer.

2. Patientinformation:

Gärna skriftligt eller på webben, se länkar nedan.

3. Psykofarmakologisk behandling:

Psykofarmakologisk behandling inleds i konsultsituationen endast utifrån bedömning av farmakologiskt åtkomliga övriga/bak-

omliggande psykiatriska syndrom. Vid svårare funktionella tillstånd kan farmakologisk symtomlindrande behandling övervägas, till exempel med SSRI/TCA/SNRI, som i vissa fall kan minska symtomkänslighet. Beroendeframkallande läkemedel, som opioider och bensodiazepiner inklusive pregabalin, bör undvikas. Om patienten behandlas med beroendeframkallande läkemedel bör man överväga att föreslå uttrappning.

Vid all läkemedelsbehandling vid funktionella tillstånd är det mycket viktigt att förklara preparatets verkningsmekanism, rationen bakom användandet och att följa upp behandlingen. I en biopsykosocial kontext kan psykofarmakologisk behandling ofta motiveras med att man stöttar nervsystemet att fungera bättre och att övriga insatser, som samtalsbehandling och fysioterapi, kan ha bättre effekt om balansen mellan signalämnena är så bra som möjligt.

4. Rehabiliteringsinsatser:

Rehabiliteringsinsatser bör helst kunna erbjudas i hela vårdkedjan. Unimodala rehabiliteringsinsatser, med till exempel fysioterapeut, har vetenskapligt stöd och kan ibland vara tillräckligt, men en viktig insats för konsultpsykiatern kan då vara handledning. Kunskapen om funktionella tillstånd hos rehabiliteringspersonal varierar och man bör försäkra sig om att personal som arbetar med patienten har förstått och känner sig trygga med den funktionella diagnosen. Vid fysioterapeutiska insatser verkar det vara grundläggande att man har en förklaringsmodell som delas av patient och behandlare. Vid svårare funktionella tillstånd krävs multimodalt omhändertagande med hög rehabiliteringsmedicinsk kompetens.

5. Psykoterapeutisk behandling:

En psykoterapeutisk behandling förutsätter att patienten är beredd att undersöka och arbeta med eventuella psykologiska faktorer som har betydelse för de somatiska symtomen. Det är därför en stor andel av patienter med funktionella tillstånd aldrig kommer till psykoterapeutisk behandling och många avslutar behandlingen i förtid.

Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

KBT-interventioner av olika omfattning och inriktning kan komma i fråga i flera steg av behandlingsprocessen. Grunden för insatsen är att försöka påverka de samband mellan patientens tankar, beteenden och symtom som utgör det funktionella tillståndet. Behandlingen kan innebära att undersöka i vilka situationer de somatiska symtomen kommer och på olika sätt bryta en ångestloop som förvärrar symtomen. Det kan också handla om att minska symtomfokus och öka förutsättningar för att bli mer fysiskt och socialt aktiv, att öka självmedkänsla eller bli bättre på att identifiera, hantera och reglera känslor. Tekniker för meditation och mindfulness kan vara till hjälp, liksom att på andra sätt minska faktisk belastning och upplevelsen av stress i livet. Vid bakomliggande psykiatriska tillstånd finns ett flertal evidensbaserade KBT-behandlingar, till exempel vid PTSD, depression och ångesttillstånd.

ACT är en etablerad behandlingsmetod inom klinisk smärtehabilitering i Sverige. Erfarenhetsmässigt har man stor hjälp av vissa ACT-inslag även vid arbete med funktionella patienter. ACT möjliggör en individualiserad, värderingsstyrd beteendeariktad terapi, där acceptansen för symtomuttryck kan vara till stor hjälp för att möjliggöra förändring för en patient som hamnat i ett fastlåst läge.

Dynamisk korttidsterapi

När psykoterapeutisk behandling med kognitiva och beteendeariktade interventioner inte har hjälpt patienten tillräckligt kan det handla om att den psykologiska orsaken till de somatiska symtomen ännu inte är tillgänglig på en medveten nivå för patienten. Då kan en psykoterapeutisk behandlingsmodell, som också har fokus på omedvetna emotionella processer, som intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP), vara till hjälp. ISTDP förstår funktionella neurologiska symtom som antingen uttryck för en hög omedveten ångestnivå i kroppen eller som försvar mot en psykologisk konflikt eller obearbetade känslor och ångest.

Omedveten ångest ses antingen kanaliserad på en hanterbar nivå med spänningar i den tvärstrimmiga muskulaturen eller på en högre nivå, kanaliserad genom autonoma nervsystemet till glatt muskulatur. Där kan ångesten uttryckas i somatiska symtom i inre organ,

som gastrointestinala besvär, hjärtklappning, urinträngningar, migrän eller astmaliknande symtom. Stiger ångesten ytterligare kan den leda till kognitiva och perceptuella störningar, vilket kan förklara en del funktionella neurologiska symtom, som dissociation, förvirring, syn- och hörselproblem samt hallucinationer. Förklaringen är att i olika situationer väcks obearbetade blandade känslor, vilka väcker omedveten ångest som leder till försvar för att undkomma de obehagliga känslorna och ångesten. Detta mönster att hantera känslomässiga och relationella problem är något som är inlärt i de allra tidigaste anknytningsrelationerna och som sedan automatiskt upprepas i nuvarande relationer samt i den terapeutiska relationen. Det gör att det i terapi går att identifiera de nu dysfunktionella omedvetna försvaren, blockera dem, reglera ångesten och möta tidigare obearbetade blandade känslor. Med ökad tillgång till sina känslor får patienten en ökad frihet att handla på ett sätt som blir bra för personen och inte automatiskt följa tidigare inlärd dysfunktionella och omedvetna mönster för att hantera känslor och ångest.

ISTDP kan också användas i en bedömningsituation för att undersöka en känslomässig koppling till de kroppsliga besvären. Genom "emotionell palpation" kan man bjuda in till en känslomässig närhet och undersöka känslomässiga inre problem och observera patientens respons. Stiger ångesten och de funktionella symtomen uppträder eller förvärras talar det för att det finns en känslomässig koppling. På samma sätt om symtomen minskar eller försvinner när ångesten regleras.

Ser man detta mönster och kan hjälpa patienten att uppleva det så kan det öppna för både en emotionell och intellektuell insikt och en möjlighet att i en terapeutisk kontakt ytterligare undersöka och arbeta vidare med detta.

Konsultpsykiatriskt samarbete

Biopsykosocialt arbetssätt kring funktionella tillstånd kräver ett väl utvecklat samarbete mellan olika yrkesgrupper och ibland kliniker. Detta är kanske den största utmaningen rent vårdorganisatoriskt och ställer höga krav på förankring i ledning och samsyn i arbetsgrupper och team. Teamarbete kan se ut på många olika sätt och bör organiseras efter sitt sammanhang och syfte.

Det kan vara värt att överväga vilken roll konsultpsykiatern ska

ha i ett team – det kan vara att i ett multidisciplinärt team stå för den psykiatriska kompetensen bland många andra medicinska kompetenser och bidra med diagnostisk kunskap och behandlingsförslag. Det kan också vara att stå för en sammanhållande roll för att bibehålla det biopsykosociala synsättet, till exempel i en handledningsfunktion.

Konsultationspsykiatriska utvecklingsområden

Utbildning och forskning

Kunskaperna om funktionella tillstånd har fördjupats under de senaste decennierna, men i Sverige är kunskapsläget i den kliniska sjukvården, bland beställare och samverkanspartner, på många håll fortfarande låg och inte uppdaterad. Undervisning om funktionella tillstånd finns endast i liten omfattning på grundutbildningarna och på enstaka specialistkurser inom psykiatri. Det konsultpsykiatriska kunskapsområdet kan vara en utgångspunkt för utbildningar inom många områden (till exempel allmänmedicin, neurologi, psykiatri, smärtsjukvård, fysioterapi). Utbildning för patienter och närstående saknas helt i Sverige.

I vårt land finns heller inga aktiva forskningsgrupper med fokus på funktionella tillstånd, vilket är anmärkningsvärt mot bakgrund av hur vanliga tillstånden är.

Utvecklande av tvärprofessionella team inom somatiken

Tvärprofessionella team (med till exempel rehabpersonal och psykosocial kompetens) finns på många somatiska kliniker, men påfallande ofta saknas den konsultpsykiatriska kompetensen.

Man skulle, genom att utöka det konsultpsykiatriska deltagandet, sannolikt kunna förbättra möjligheterna att tidigt identifiera och behandla funktionella tillstånd inom redan befintliga team.

Specialistenheter

Specialistenheter, med möjlighet att ta emot remisser från andra instanser i vården och driva utveckling inom det kliniska kunskapsområdet, saknas både lokalt och nationellt. Specialinriktade enheter eller arbetssätt behövs på flera nivåer i sjukvården:

Akut spår: Att tidigt kunna identifiera och förklara tillståndet har visat sig vara avgörande för prognosen. Kompetens för att dia-

gnosticera och förklara samt vid behov erbjuda kortare (1–2 veckor) inläggande rehabiliteringsinsatser behöver finnas inom akutsjukvården. Detta kräver att hela enheten (till exempel en neurologavdelning) är införstådd med tillstånden och att flera yrkesgrupper involveras i omhändertagandet. För att detta ska bli möjligt krävs till att börja med mandat från ledningen och intresserad personal från den berörda kliniken, men även en stabil och kontinuerlig psykiatrisk medverkan.

Rehabiliteringsspår: Prognosen för tillfrisknande är sämre ju längre tid tillståndet varit oförklarat och obehandlat, men det går att arbeta med funktionshöjande rehabilitering även vid tillstånd som varat mycket länge. Denna kompetens finns på vissa håll i team som under många år har tagit emot komplexa patienter med långvarig smärta, men generellt saknas i Sverige instanser som kan erbjuda tillräckligt omfattande rehabiliteringsinsatser med hög kompetens för dessa tillstånd.

Kvalitetsindikatorer

- Kunskapsområdet funktionella tillstånd finns med i vårdens grund- och vidareutbildningar.
- Relevant kompetens om funktionella tillstånd finns i organisationen (somatisk läkare, psykiater, rehabiliterare, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog samt övrig kompetens efter behov, till exempel logoped, dietist).
- Information om vårdkedja för diagnostik och behandling av funktionella tillstånd finns tillgänglig för vården.
- Information om funktionella tillstånd finns tillgänglig för allmänhet, anhöriga och patienter.
- Fungerande samarbete finns upprättat mellan vård- och patientorganisationer.
- Deltagande i forskningsprojekt.
- Tillgänglighet till individualiserad utredning och behandling på kostnadseffektiv vårdnivå.
- Rutinmässigt inhämtande av strukturerade data, avseende fallvolym, syfte med intervention, skattningar av förståelse för diagnos, symtom och behandlingsutfall, patient- och remittentnöjdhet.
- Mått av oplanerad sjukvårdskonsumtion före och efter utredning och intervention.

Patientinformationsmaterial

När kroppen säger ifrån, se länk på SPF:s hemsida (Konsultationspsykiatri).

Några bra kliniskt användbara länkar:

www.funktionellasymptom.se

www.neurosymptoms.org

www.funktionellelidelser.dk

www.fndsociety.org

Rekommenderad litteratur

Borg, J., Borg, K., Gerdle, B. & Stibrant Sunnerhagen, K. (red.). (2015). *Rehabiliteringsmedicin: Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Carson, A., Stone, J. & Hallett, M. (2016). *Functional Neurologic Disorders Handbook of Clinical Neurology*, volume 139. Academic Press.

Fink, P., Rosendal, M., Toft, T. et al. (2015). Prevalence. I: P. Fink & M. Rosendal (red.). *Functional disorders and medically unexplained symptoms*. Aarhus: Aarhus University Press.

Lundin, A. & Sjöström, C. (2016). Kroppssyndrom och relaterade syndrom. I: J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (red.). (2016). *Psykiatri*, upplaga 2, (s. 411-441). Lund: Studentlitteratur.

Övrig litteratur

Abbass, A. & Schubiner, H. (2018). *Hidden from View – A clinician's guide to psychophysiological disorders*. Pleasant Ridge, MI. Psychophysiologic Press.

Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Lumley, M., A., Schubiner, H., Allison, J., Bernier, D., De Meulemeester, C., Kroenke, K. & Kiskey, S. (2020). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, doi: 10.1159/000507738.

van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E. & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, (11), CD011142: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>.

Edwards, M. J., Stone, J. & Lang, A. E. (2014). From psychogenic movement disorder to functional movement disorder: it's time to change the name. *Mov Disord*, 2014 Jun; 29(7): 849-52, doi: 10.1002/mds.25562. Epub 2013 Jul 10. PMID: 23843209.

Liu, J., Gill, N. S., Teodorczuk, A., Li, Z. J. & Sun, J. (2019). The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*, 2019; 245: 98-112, doi:10.1016/j.jad.2018.10.114.

II. Farmakologi för konsultation-liaisonpsykiatern

MYRTO SKLIVANIOTI GREENFIELD

Sammanfattning

Farmakologisk kunskap är högt efterfrågat när konsultpsykiatern ska bistå den somatiska sjukvården. Vid psykofarmakologiska ställningstaganden inom konsultpsykiatri behöver man ta hänsyn till vem patienten är, vad patientens somatiska sjukdom är och egenskaperna hos aktuella läkemedel. Man behöver dessutom beakta att psykiatriska läkemedel kan interagera med somatiska läkemedel som i sig kan ge psykiska symtom.

Kunskaper behövs särskilt om farmakas påverkan på kognitiv funktion, hjärta/kärl, andning och koagulation liksom om hur eliminationen påverkas av nedsatt lever- eller njurfunktion.

Särskilda överväganden kan behövas för alternativa administrationsätt och inför kirurgi liksom för geriatriska patienter, vid perimenopaus och vad gäller sexuella biverkningar.

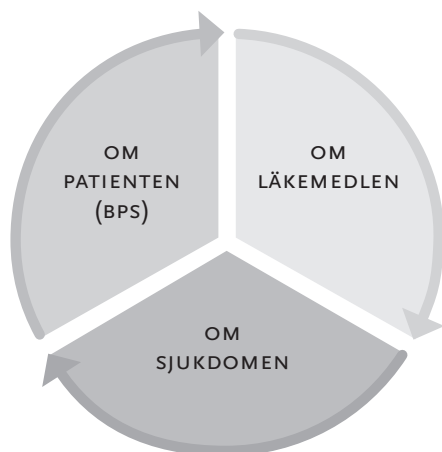
Introduktion

Vid ställningstagande till farmakologisk behandling är utgångspunkten att CL-patienter:

- Oftast har somatisk sjuklighet och får annan behandling parallellt.
- Ofta inte inkluderas i kliniska *behandlingsstudier* och *sällan* passar inom ramarna för *behandlingsriktlinjer*.
- Kräver fördjupning i *biopsykosociala* förhållanden, *konsultation* med andra specialister och fördjupad *litteraturläsning* och slutligen *skräddarsydd farmakologisk* behandling.

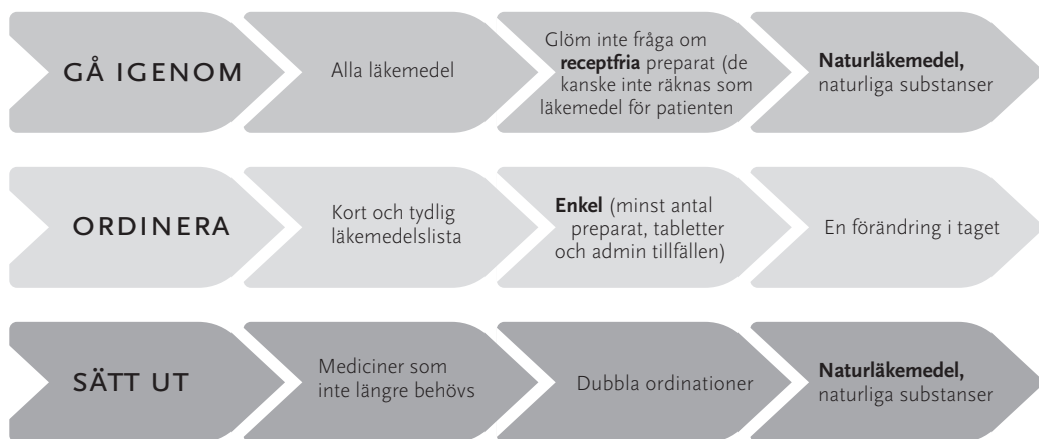
1. Principer för läkemedelsförskrivning inom konsultationspsykiatri

När man träffar en patient inom konsultpsykiatri inför förskrivning av läkemedel är det viktigt att reflektera över inte bara diagnos utan vilken somatisk sjukdom, vilka symtom, vem personen som har sjukdomen/symtomen är, aktuella läkemedel och hur allt detta påverkar sjukdomen och patienten.



Figur 9.
Vid läkemedelsordination krävs tänkande i tre dimensioner.

Genomgång av patientens läkemedelslista



Figur 10. Principer för läkemedelsgenomgång.

När man sätter in nya preparat

Vid behov eller regelbundet?

Undvik att ordinera mediciner "vid behov", särskilt om personal som administrerar inte är bekant med dessa och för patienter med konfusion eller smärta.

Vilket preparat?

Tänk på att personal inom somatiken inte alltid är vana vid specialiserade psykiatriska läkemedel. Om två läkemedel är lika indicerade farmakologiskt sett kan man välja den personalen är mer bekant med. Då är chansen större att det kommer att *administreras korrekt*.

Dos?

Börja med minsta effektiva dosen som initialt mål, men underbehandla *inte*.

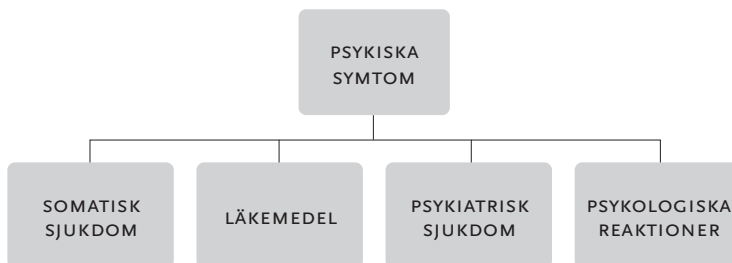
Serum-koncentration är oftast bara vägledande och intygar varken säkert effektivitet (efficacy) eller toxicitet.

Glöm inte icke-farmakologiska interventioner inklusive psykoterapi!

2. Somatiska läkemedel och psykiatriska symtom

Symtom som beskrivs som psykiatriska kan bero på en underliggande primär psykiatrisk sjukdom, men de kan också bero på somatiska sjukdomar, effekter av substanser/läkemedel och även vara psykologiska reaktioner på sjukdom.

Som konsultpsykiatriker är det viktigt att differentialdiagnostisera och att ha med de somatiska kollegerna i diskussionen.



Figur 11. Analys av orsaker till psykiska symtom.

Nästan alla läkemedel kan potentiellt framkalla fenomen som kan tolkas som psykiatriska symtom.

Tabell 10.
De viktigaste psykiska biverkningarna av läkemedel för somatiska tillstånd.

Läkemedel	Biverkan
Antiepileptika	Depression, ångest, psykos, suicidalitet.
Antikolinergika	Sedation, kognitiv påverkan (inkl. minnespåverkan) även hallucinos, konfusion/delirium.
Alfa-blockerare	Ångest, depression, insomni, agitation.
Beta-blockerare	Depression, sömnstörningar, mardrömmar, hallucinationer, psykos, depression, konfusion.
Teofyllin	Ångest, beteendestörning, depression.
Opiater	Sedation, depression, kognitiv påverkan, delirium.
Antihistaminer	Obs. för första generation (t.ex. hydroxizin, prometazin, klorfenamin) som även har antikolinerg effekt.
Antibiotika	Flera relaterade till delirium. Kinoloner och makrolider kan ha centralnervösa effekter och påverka kognitionen.
Isotretinoin	Depression, ångestsjukdomar och humörsvängningar.
Steroider	Agitation, depression, hypomani/mani.
Immunomodulerande och cytostatika	Desorientering, förvirring, hypomani/mani, anorexi, depression, ångest, agitation, sömnlöshet.
Hormonbehandling	Kognitiva och psykiatriska symtom.
Statiner	Anorexi, sömnlöshet, muskelsvaghet och trötthet.
Antiöstrogen	Irritabilitet, nedstämdhet, stresskänslighet.

Tabell modifierad från Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I. & Aarsland, D. (red.) (2018). *Lærebok i psykiatri, 4.e utgåvan. Kapitel Konsultasjon-liaison-psykiatri. Oslo: Gyldendal.*

3. Psykiatrisk farmakologisk behandling vid somatisk sjukdom

Farmakokinetiska och farmakologiska resonemang

Vid farmakologisk behandling allmänt, men framför allt hos somatiskt sjuka patienter, ska man betänka:

- hur läkemedlet ska administreras
- interaktioner
- farmakodynamik
- farmakokinetik:
 - absorption
 - distribution
 - metabolism
 - elimination.

Farmakokinetik beskriver vad kroppen gör med läkemedlet. Kvantitativ analys av processer som rör läkemedelsupptag, distribution i kroppen och eliminering avgör den tidsperiod som läkemedlet har aktiv verkan i kroppen.

Farmakodynamiken beskriver vad läkemedlet gör med kroppen. Beskriver vad som påverkar läkemedlets verkningsmekanism, samband mellan dos och farmakologisk effekt och mellan dos och biverkningar (enl. Janusinfo).

Resonemang kring administration av läkemedel

För somatiskt sjuka patienter är det ofta viktigt att explicit överväga hur ett läkemedel ska administreras.

Exempelvis:

- Kan patienten svälja?
- Ska läkemedlet ges med mat/utan mat, äter patienten?
- Kan läkemedlet tillföras via PEG?
- Finns icke-perorala beredningsformer?
- Vem administrerar?

Alternativa administrationsvägar

Vid kraftigt illamående och kräkningar, matstrupssjukdomar, allvarlig malabsorption och nedsatt medvetandetillstånd krävs ibland alternativa administrationsvägar för psykofarmaka som brukar ges per os. I fråga om antidepressiva finns lång erfarenhet av intravenöst klomipramin och i Europa av intravenöst amitriptylin, den sistnämnda också på indikationen neuropatisk smärta.

Det enda intravenösa SSRI-läkemedlet är citalopram som dock inte är godkänt i Sverige. Det finns ett par studier med mirtazapin administrerat intravenöst men beredningsformen är för närvarande inte godkänd i Sverige. Munsönderfallande beredningar finns för flera antidepressiva läkemedel och kan ges sublingvalt men absorptionen är osäker.

Bensodiazepiner, i Sverige särskilt diazepam, används som anxiolytikum såväl intravenöst som intramuskulärt och rektalt. I en del andra länder föredras ofta lorazepam på grund av frånvaro av aktiva metaboliter. I anesthesiologiska och palliativa situationer används ofta midazolam på grund av dess korta halveringstid. Postoperativt används ofta klonidin vid ångest och oro, eftersom det minskar sympatisk aktivitet och illamående. Prometazin, som är kraftigt sederande, används också intramuskulärt på licens.

Psykofarmaka vid anestesi och kirurgi

Frågan om psykofarmaka ska sättas ut eller ej inför operation är komplicerad. I frånvaro av studier grundas praxis på teoretiska överväganden, fallrapporter och klinisk erfarenhet. Riskerna med fortsatt medicinering innefattar bland annat interaktionsproblem med anestetika, hemodynamiska komplikationer (hypo-/hypertoni) och postoperativa komplikationer (till exempel sedering, ileus).

Utsättning kan å sin sida medföra ökade psykiatriska symtom. I de flesta fall bör medicineringen fortsätta genom den perioperativa perioden, i dialog med vederbörande anesthesiolog som kan anpassa läkemedel och anestesimetod. En europeisk konsensusgrupp rekommenderade 2006 att litium, MAO-hämmare, tricykliska antidepressiva och klozapin bör sättas ut inför kirurgi. SSRI-behandling kan fortsättas hos somatiskt och psykiatriskt stabila patienter, med beaktande av risken med serotonerga läkemedel som petidin eller fentanyl.

Ställningstagandet i alla andra fall måste individualiseras, baserat på omfattningen av ingreppet, patientens tillstånd, val av anestesi, längden av perioperativ fasta och riskerna med utsättning.

För ångestdämpning hos somatiska patienter finns klinisk erfarenhet av god tolerans för neuroleptika som olanzapin, aripiprazol eller quetiapin som tilläggsmedicinering.

Resonemang kring receptorer och signalsubstanser (neurotransmittorer)

Serotonin, dopamin, noradrenalin, acetylkolin, histamin, även GABA och glutamat (oftast mer indirekt). Dessa är de vanligaste signalsubstanserna som vi påverkar med psykofarmakologisk behandling.

Specifikt om serotonerga system och preparat

I kliniska sammanhang är serotonerga systemet kopplat till processer relaterade till affekter/ emotioner, impulsivitet, tvångsmässighet, kognitiv flexibilitet.

Kliniskt, inom psykiatri, används ofta preparat som påverkar serotoninssystemet för behandling av depression och andra affektiva syndrom (premenstrual dysphoric disorder, seasonal affective disorder) samt ångestsymtom och syndrom (PTSD, OCD, social fobi med mera), men även impulsivitet och bulimi.

Serotonergt syndrom

Serotonergt syndrom är ett potentiellt dödligt tillstånd, orsakat av överstimulering av centrala och perifera serotoninreceptorer. Det är oftast resultatet av en interaktion mellan flera mediciner som ökar serotonerg neurotransmission. Syndromet kan emellertid uppstå efter initiering eller dosökning av ett enda serotonergt läkemedel.

Symtomen inkluderar ångest, agitation, delirium, ökad svettning, takykardi, hypertoni, hypertermi, illamående, kräkning, buksmärter, tremor, muskelrigiditet, myoklonus och hyperreflexi.

Serotonerga symtom är dosberoende. Se kapitel 2 samt för utförligare resonemang se särskilt dokument på SPF:s hemsida (Konsultationspsykiatri).

Specifikt om katekolaminer och dopaminergiska samt noradrenerga preparat

Dopaminerga systemet är viktigt för kognition, men också för belöningssystem och motivation samt motorik. Dopamin reglerar dessutom prolaktinutsöndring. Det noradrenerga systemet är relevant för affekt, vakenhet (arousal), kognition (framför allt arbetsminne, planering, mental flexibilitet) och uppmärksamhet.

Kognition och uppmärksamhet regleras beroende på balansen mellan noradrenerg och dopaminerg aktivitet i prefrontal cortex.

Maligt neuroleptikasyndrom

MNS består av en tetrad av kliniska manifestationer (feber, stelhet, mental statusförändring och autonom instabilitet) och är associerad med mediciner som blockerar transmission av dopamin på ett mer idiopatiskt sätt än serotonerga syndrom. Det är ett sällsynt, men potentiellt livshotande syndrom som kan utlösas av alla antipsykotiska läkemedel, med en rapporterad incidens på mindre än 1 till 3 procent av patienterna som tar dessa läkemedel.

Behandling innefattar utsättning av medicinering och intensivvård för kardiovaskulärt stöd, kontroll av hypertermi och vätske- och elektrolytbalans. Se kapitel 2 samt för utförligare resonemang se särskilt dokument på SPF:s hemsida (Konsultationspsykiatri).

Specifikt om acetylcholin och antikolinerga preparat

Det kolinerga systemet i CNS är associerat med kognition och funktioner som minne och inläring, men också med sömn/vakenhet och motorik. Perifer i det parasympatiska nervsystemet är acetylcholin den vanligaste neurotransmittorn.

Läkemedel med stark antikolinerg profil används ofta på olika indikationer inom psykiatri (för att behandla bland annat ångest, depression, psykos, mani och sömnsvårigheter samt biverkningar av antipsykotiska) och inom somatiken (för att behandla bland annat högt blodtryck, inkontinens och allergi) och kan ha allvarliga neuropsykiatriska biverkningar som ofta förbises.

Möjliga biverkningar kan vara kognitiv nedsättning, minnesnedsättning, förvirring, hallucinationer, torr mun, suddig syn, förstoppning, illamående, urinretention, nedsatt svettning och takykardi.

Biverkningar är kumulativa från olika läkemedel och dosberoende, det vill säga ju högre dos, desto högre risk för allvarligare biverkningar. Det finns många hjälpmedel för att hantera detta. I amerikansk geriatrisk litteratur finns Beers Criteria och så kallad Anticholinergic Burden (ACB) av läkemedel, med vilken man kan beräkna hur varje läkemedel och dessas kombination påverkar en patient (<http://www.acbcalc.com>), men flera journalsystem har detta inbyggt.

Tänk på att patienter är olika känsliga för antikolinerga biverkningar; äldre patienter, patienter med kognitiv nedsättning och patienter med hjärnskada löper högre risk.

Samtidigt är det viktigt att göra en individuell bedömning:

- En patient med recidiverande depressioner som tidigare haft bra effekt av TCA (med antikolinerg effekt) behöver inte per automatik seponera preparatet för att man har blivit äldre, en patient med avancerad demens som endast får lugnande effekt av preparat med antikolinerg profil bör kanske fortsätta med det (studier har visat att det finns både tak- och golv-effekt med förväntad vinst av utsättning av antikolinerga).
- Prometazin bör inte ordinerats på grund av avsaknad av beroendepotential med mindre eftertanke än bensodiazepiner hos patient som har akut ångest.

Resonemang kring interaktioner

En interaktion mellan läkemedel kan vara:

- *Farmakokinetisk* (påverkan på absorption, distribution, biotransformation, eliminering av ett eller flera läkemedel).
- *Farmakodynamisk* (påverkan på effekt av ett läkemedel där det agerar till exempel vid receptor).

För varje psykoaktivt läkemedel, tänk på:

- *Interaktioner med läkemedel för somatiska sjukdomar*: Patienten måste specifikt efterfrågas om läkemedel, eftersom man kanske anser att man inte ska nämna läkemedel som tillhör andra specialiteter eller irrelevanta problem. Glöm inte receptfria preparat.

Ett exempel på farmakodynamisk interaktion är den ökade risken för serotonergt syndrom, när man kombinerar med serotonerga preparat som inte används inom psykiatri, till exempel selegilin, tramadol eller ondansetron. Ett exempel på farmakokinetisk interaktion kan man se då CYP_{2D6}-hämmare, till exempel paroxetin, minskar effekten av tamoxifen (antiöstrogen vid behandling efter bröstcancer) och därför ökar risken för cancerrecidiv.

- *Interaktioner med läkemedel för psykiatriska sjukdomar*: Både farmakokinetiska och farmakodynamiska interaktioner är vanliga.

Ett exempel på det förstnämnda är att många antidepressiva inhiberar enzymen CYP_{2D6}, (bland annat bupropion, fluoxetin, paroxetin) som metaboliserar exempelvis tramadol, vilket leder till lägre smärtstillande effekt av sistnämnda.

- *Interaktioner med naturläkemedel och "naturliga substanser"*. Även med vissa livsmedel: Patienten måste specifikt efterfrågas om naturläkemedel, eftersom man kan uppfatta dessa preparat som ofarliga eller inte som mediciner.

Johannesörtspreparat ska undvikas vid ett stort antal somatiska läkemedel, exempelvis HIV-läkemedel, vissa cytostatika, kolesterolsänkare och oxykodon. Johannesört har en mild monoaminoxiderasaktivitet och bör inte kombineras med andra antidepressiva läkemedel, på grund av risk för serotonergt syndrom. Se appen "About Herbs" (Memorial Sloan Kettering Cancer Center).

Grapefruktjuice hämmar läkemedelsmetaboliserande enzymer och läkemedelstransportörer, exempelvis P-glykoprotein.

Melatonin har antioxidativ effekt och ska inte ges vid flera cancerbehandlingar, exempelvis strålning.

MAO-hämmare ska inte kombineras med viss mat.

Resonemang kring distributionsvolym

Distributionsvolym relaterar mängden substans i kroppen till koncentrationen i plasma.

Med ökande ålder, graviditet och ascites kan distributionsvolymen ändras avsevärt för vissa läkemedel, vilket kan kräva dosjusteringar.

Män har större mängd totalt kroppsvatten.

Lever

Det finns två viktiga faser av metabolism av läkemedel i levern: Fas I-metabolism (till exempel CYP P₄₅₀-enzymer) och fas II-metabolism (till exempel glukoronidering).

Generellt påverkas fas I-reaktioner vid kronisk leversjukdom medan fas II-metabolism förblir relativt opåverkad.

Konsekvenserna för patienter med leversjukdom kan sammanfattas till:

- Minskad kapacitet att metabolisera läkemedel, vilket bland annat leder till högre risk för biverkningar och hepatisk encefalopati.
- Minskad kapacitet att syntetisera plasmaproteiner och vitamin K-beroende koagulationsfaktorer, vilket bland annat leder till högre koncentration av läkemedel som binder sig till proteiner och högre blödningsrisk.

- Minskat leverblodflöde, vilket bland annat leder till högre koncentration av läkemedel som metaboliseras via fas I.

Några tumregler:

- Leverfunktionen kan vara nedsatt om anamnesen eller kliniska bilden antyder det, trots att laboratorieanalyser för leverstatus visar sig normala.
- Utan cirros bevaras generellt läkemedelsfarmakokinetiken, men ALAT och ASAT avgör inte om en person med leversjukdom kan metabolisera ett läkemedel normalt.

För att bedöma graden av cirros och leverpåverkan är det viktigt att även mäta serumalbumin, INR och totalt bilirubin samt kommunicera med hepatolog/primärvården.

Child-Pugh-skalan avgör om en patient behöver en dosreduktion eller om medicinen kan ges (lab enl ovan samt kliniska kriterier: ascites och leverencefalopati).

- Ta gärna leverstatus innan insättning av nya läkemedlet, följ upp och var proaktiv vid försämring i samband med läkemedelsinsättning/förändring plus fundera på byte till annat preparat. Påverkan kan ses från några dagar till ett halvt år efter insättning av preparat, men oftast påverkas leverstatus inom en månad, vilket snarast beror på adaptation än skada och är övergående. Ökning av leverenzymmer mindre än dubbling av högre intervallet av referensområdet är sällan kliniskt signifikant.

Om ASAT och/eller ALAT stiger till mer än tre gånger från baslinjen eller mer än två gånger den övre normalgränsen, bör läkemedlet stoppas och/eller hepatologkonsultation erhållas.

Ökning av ALP, bilirubin och PT kan också vara anledning till att stoppa läkemedlet eller konsultera hepatologen.

Hys lag (Hy's law) är en tumregel för att bedöma risken för en dödlig läkemedelsinducerad leverskada (DILI) om patienten ges ett läkemedel som kan orsaka levercellskada: trefaldig ökning av transaminaser samt ökning av bilirubin och normalt/ökat ALP talar för hepatocellulär skada.

Trefaldig ökning av initialt normalt ALP medan ASAT och ALAT är normala eller bara något förhöjda talar för kolestatisk skada.

Om kriterierna för endera undertypen av läkemedelsinducerad leverskada är uppfyllda bör gastroenterologkonsultation begäras.

- Vid känd eller misstänkt nedsatt leverfunktion föredras läkemedel som metaboliseras vid fas II eller som utsöndras via njurarna. Några exempel på sådana läkemedel: lorazepam, oxazepam, temazepam, lamotrigin, litium, gabapentin, pregabalin, amisulpride.
- Undvik läkemedel som behöver metaboliseras för att bli aktiva (prodrugs).
- Använd så få olika läkemedel som möjligt.
- Använd så låga doser som möjligt, speciellt för läkemedel som binder sig starkt till proteiner. Flera läkemedel, till exempel tricykliska antidepressiva, de flesta SSRI (förutom citalopram) och antipsykotika kan ha högre koncentration av fria läkemedel, trots att den totala koncentrationen i plasma verkar normal.
- Halveringstiden för flera läkemedel förlängs, så att längre intervall mellan doserna kan behövas. Undvik läkemedel med lång halveringstid.
- Cytokrom P₄₅₀ 1A₂ kan nedregleras vid signifikant systemisk inflammation och cirros (till exempel vid covid-19) och man kan behöva kontrollera koncentration av relevanta läkemedel, till exempel klopazinnivåer.
- Ascites innebär större distributionsvolym för vattenlösliga läkemedel.
- Undvik läkemedel som kan öka risken för hepatisk encefalopati, till exempel sedativa eller förstoppningsframkallande.
- Undvik hepatotoxiska läkemedel som MAOI.
- Få substanser är kända för direkt och dosberoende hepatotoxicitet (till exempel alkohol, paracetamol), men nästan alla preparat har associerats (i olika frekvenser) med idiopatisk hypersensitivitet.
- Det är viktigt att tänka på att plasmakoncentrationen mäter obundet läkemedel. Läkemedlet kan också finnas bundet till plasmaproteiner eller i olika vävnader.

Några exempel på lämpliga läkemedel vid nedsatt leverfunktion:

- låg dos haloperidol
- Paliperidon (depot)
- Amisulpride (licenspreparat, behöver inte dosjustera om njurfunktionen är normal)
- Paroxetin eller citalopram (börja med 10 mg och trappa upp försiktigt)
- Litium (obs. i fall av ascites)
- låg dos lorazepam eller oxazepam (obs. eftersom sedativa läkemedel kan öka risken för hepatisk encefalopati)
- Zopiklon 3,75 mg.

Njurar

Njursjukdom är associerad med högre risk för psykiatrisk samsjuklighet, främst depression (se även kapitel 4e).

När man ordinerar läkemedel hos någon med njursjukdom är det viktigt att tänka på att farmakokinetiken av dessa läkemedel kommer att vara påverkad.

Vid allvarlig njursjukdom föredras i allmänhet läkemedel med hepatisk metabolism, det vill säga utan renal metabolism.

Det är dock viktigt att vara extra försiktig vid njursjukdom inte minst på grund av att:

- Vissa läkemedel kan vara nefrotoxiska.
- Vissa patienter med njursjukdom utvecklar ascites och andra former av ödem, vilket i sin tur kan påverka leverflödet.
- Patienter med kronisk njursjukdom tenderar att ha ett lägre blod-pH, något som kan påverka farmakokinetik även av hepatiskt metaboliserade substanser.
- Hos njursjuka patienter verkar även hepatisk och tarmmetabolism vara påverkad (oklart varför, troligen på grund av minskat genuttryck).

Några tumregler:

- För patienter över 65 år kan viss njurpåverkan antas föreligga (som kan vara omärklig, eftersom minskad muskelmassa maskerar så att man inte ser ökad kreatinin/s).
- Eftersom både fas I- och fas II-metaboliska reaktioner i levern kan påverkas vid njursjukdom rekommenderas att man undvi-

ker läkemedel med aktiva metaboliter eller komplex metabolism hos patienter som har signifikant nedsatt njurfunktion samt att man använder lägre doser.

- Som tumregel, börja med 2/3 av den normala startdosen om det inte finns specifik information om njurdosering för just det läkemedlet.
- Undvik läkemedel som utsöndras enbart via njurarna.
- Undvik läkemedel med lång halveringstid, polyfarmaci och läkemedel med hög risk för allvarliga biverkningar (till exempel läkemedel med smalt terapeutiskt fönster eller läkemedel med hög risk för förlängd QTc-tid).
- Serotonergt syndrom, dystoni och malignt neuroleptikasyndrom leder till rabdomyolys som kan ge njurssvikt.
- Var försiktig med läkemedel med antikolinerg effekt, eftersom de kan leda till urinretention.

4. Somatiska biverkningar och överväganden gällande psykiatriska läkemedel

Allmänna överväganden

Biverkningar av preparat kan vara:

- Specifika till mekanismen, dosberoende och förväntade (med individuella variationer). Exempelvis kommer alla människor vid tillräcklig höga doser av serotonerga preparat att utveckla serotonerga symtom på ett dosrelaterat sätt.
- Idiopatiska och mer oförutsägbara (men risken ökar oftast med högre doser). Exempelvis agranulocytos vid klozapinbehandling eller Stevens Johnsons syndrom vid lamotriginbehandling.

För biverkningar och interaktioner kan man tänka på två nivåer:

- Farmakodynamiska: Två läkemedel påverkar samma receptor eller signalsubstans.
- Farmakokinetiska: Två läkemedel metaboliseras av samma leverenzym, eller det ena hämmar/inducerar ett leverenzym som är relevant för metabolismen av det andra.

Neuropsykiatriska överväganden

Kognitiva biverkningar

Kognitionen kan påverkas negativt av flera psykotropa läkemedel (se även kapitel 6). Många studier har funnit ett samband mellan kortvarig användning av vissa läkemedelsklasser (till exempel bensodiazepiner, antikolinergika, antihistaminer, opioider) och kognitiv nedsättning hos äldre vuxna, men effekterna har antagits vara övergående och reversibla. Flera studier har konstaterat ett dos-responsförhållande mellan medicinanvändning (bensodiazepiner, antikolinergika och protonpumpshämmare) och incidens av demens och irreversibla kognitiva effekter hos vissa patienter.

Utsättning av bensodiazepiner har visat sig förbättra den kognitiva funktionen hos äldre.

Det är fortfarande oklart om långvarig användning av mediciner, som bensodiazepiner, är förknippad med en ökad risk för kognitiv försämring. Tolkning av observationsdata är till stor del svårt, eftersom bensodiazepiner ordineras för att behandla sömnlöshet och ångest, vilket kan vara prodromala symtom på demens.

Dopaminagonister och impuls kontrollstörningar

Huvudindikationen för dopaminagonister är Parkinsons sjukdom (PD), men de används även för att lindra symtom vid RLS-symtom samt prolaktinom och hämning av laktation efter förlossning.

Vid behandling av PD med dopaminagonister avser man påverka det nigrostriatala systemet, men även dopaminerga receptorer i de mesocorticolimbiska banorna (känd också som belöningssystem) nås. Följaktligen har flera fall av iatrogen impulsivt beteende, i vissa fall irreversibelt, dokumenterats hos patienter med PD som får läkemedel som ökar dopaminsignalering och biverkningen är troligen mer känd på specialistmottagningar som behandlar PD. Det anses dock vara mindre vanligt i andra patientpopulationer som behandlas med dopaminagonister för till exempel RLS och prolaktinom.

Se kapitel 4a för ytterligare överväganden inom neurologin.

Kardiovaskulära överväganden

(Se även kapitel 4f, kardiologi.)

Antipsykotika

Klozapin är associerad med takykardi och ortostatisk hypotension. Klozapininducerad myokardit tenderar att inträffa tidigt under behandlingen. Klozapininducerad kardiomyopati tenderar att komma under det första året och kan vara svår att upptäcka.

Användning av antipsykotika är förknippat med ökad risk för plötslig hjärtdöd, mekanismen är okänd men kan inte korreleras med risken för QT-förlängning.

Centralstimulantia

Centralstimulantia (CS) och atomoxetin kan ha effekter på hjärtfrekvens och blodtryck, som ofta inte är kliniskt signifikanta eller av okänd klinisk relevans. Effekterna brukar utvecklas inom 6 månader efter behandlingsstart eller dosökning. Det finns en association med ökat antal vårdbesök på grund av hjärtsymtom (synkope, takykardi eller hjärtklappning) för patienter som står på CS, men det verkar inte vara förbundet med ökad förekomst av dödliga och allvarliga hjärtavvikelser.

Behandling med CS tycks inte öka risken för plötslig oväntad hjärtdöd eller andra allvarliga hjärtkomplikationer (till exempel hjärtinfarkt eller stroke) hos patienter utan underliggande hjärtsjukdom, men bör vanligtvis inte ordineras till patienter med allvarliga hjärtproblem eller hos vilka en ökning av blodtrycket eller hjärtfrekvensen skulle vara problematisk. Om ADHD-behandling är nödvändig, eller vid riskfaktorer i egen eller familjeanamnes, bör den hanteras i samråd med en kardiolog. Missbruk av psykostimulantia, framför allt amfetamin, är associerat med kardiomyopati, men risken vid terapeutiska doser av centralstimulantia i samband med ADHD är mindre beforskad.

Avvikelser på EKG inklusive QTc-tiden

- För de flesta läkemedel som är associerade med QT-förlängning är detta dosberoende, därför har vissa preparat en rekommendation för maxdos (till exempel hydroxizin). Vid vanliga behandlingsdoser hos kardiologiskt friska patienter är det dock sällan kliniskt signifikant.
- För hjärtsjuka patienter är det viktigt att konsultera kardiolog vid insättning av läkemedel med känd risk.
- Generellt rekommenderas baslinje-EKG och minst en uppföljning för riskpatienter eller riskpreparat. Det är dock viktigt att minimera andra riskfaktorer för QT-förlängning, vilket innefattar kontroll och normalisering av elektrolyter, särskilt magnesium och kalium samt att minimera läkemedel som antingen själva kan öka risken för QT-förlängning eller interagera med behandling som bedöms nödvändig. Extra försiktighet krävs vid QT som är längre än 500 ms.

Antidepressiva

TCA:s utgör i första hand risk hos patienter med tidigare hjärtsjukdom och de bör då undvikas om det går, alternativt ska EKG kontrolleras vid baslinjen och efter att terapeutisk effekt uppnåtts, inte minst vid behandling med IV klomipramin. Det finns inga starka bevis för kliniskt signifikant QT-förlängning med andra antidepressiva. Tänk på att en TCA kan ha tolererats i flera år, men hjärtpåverkan kan bli kliniskt relevant vid hög ålder eller leversjukdom.

Bupropion kan orsaka takykardi.

SSRI är välstuderat i hjärtsjuka populationer och säkerheten är väletablerad. Den totala storleken på QT-förlängningen med SSRI är ganska liten. Sertralin anses vara det mest hjärtsäkra.

Gällande citalopram finns evidens för att det orsakar mer QT-förlängning än andra SSRI-läkemedel, vilket även gäller escitalopram i mindre utsträckning. Den faktiska QT-förlängningen med någon av dessa är ändå minimal och citalopram verkar inte vara associerat med torsade de pointes eller andra ventrikulära arytmier, men teoretiskt sett kan snabba metaboliserare ha högre risk.

För klinisk praxis innebär det att undvika citalopram som förstahandspreparat vid hjärtsjukdom. För dem som redan står på citalopram, med bra behandlingseffekt, behöver man inte byta preparat.

Antipsykotika

Aripiprazol och lurasidon verkar ha minst association med QT-förlängning. Klozapin och ziprasidon är de antipsykotiska preparat som är mest associerade med QT-förlängning, särskilt vid högre doser.

Dessa bör undvikas hos patienter med hjärtsjukdom, hos äldre och tillsammans med andra mediciner som förlänger QT-intervallet. In-travenöst haloperidol har associerats med QT-förlängning och torsade de pointes i rapporter, även om detta verkar vara mycket sällsynt.

Övriga antipsykotika anses ha en risk på mellannivå.

Antiepileptika

Antiepileptika är inte associerade med signifikant QT-förlängning.

Bensodiazepiner

Bensodiazepiner är inte associerade med QT-förlängning, har minimala kardiovaskulära effekter och är generellt säkra, medan ångestreduktion kan ha stora fördelar hos patienter med hjärtsjukdom.

Metadon

Metadon är starkt kopplad till QT-förlängning och torsade de pointes.

Blödningsrisk

SSRI/SNRI kan påverka trombocyttaggregering genom hämmat serotoninupptag och dess koncentration i blodplättar. De kan dessutom öka magsyrasekretionen.

SSRI/SNRI kan öka den relativa risken för gastrointestinala, perioperativa och postpartumblödningar (x 0–2 gånger), men den absoluta risken är fortfarande liten och mortaliteten inte förhöjd hos annars friska patienter. För *lågriskpatienter* behöver man i allmänhet inte ändra sin praxis när det gäller användning av dessa läkemedel.

Patienter med trombocytopeni, koagulopati, många läkemedel med trombocytthämmande effekt, NSAID, vid infektion med *Helicobacter pylori*, är *högriskpatienter* och kan ha en högre risk för blödning i samband med SSRI-behandling. Behandling med PPI (till exempel omeprazol) är skyddande för patienter med *Helicobacter pylori*, men generellt rekommenderas andra antidepressiva än SSRI hos dessa patienter.

Vad gäller blödning inom CNS/stroke är data svårtolkade. Det verkar finnas en ökad risk för intrakraniell blödning/hemorragisk stroke och allvarlighet av dess konsekvenser hos patienter som sedan tidigare stått på SSRI, men den absoluta risken anses vara väldigt låg. Majoriteten av evidensen tyder på att SSRI inte ökar risken för död hos patienter med stroke.

Det är viktigt att ta hänsyn till att depression och ångest (för vilka SSRI oftast förskrivs) är förknippade med ökad risk för hypertension och stroke i sig.

Vid ökad blödningsrisk, exempelvis vid antikoagulantibehandling, kan bupropion, mirtazapin och agomelatin vara alternativ till SSRI/SNRI.

Blodtryck

Ortostatisk hypotension

Ortostatisk hypotension kan leda till bland annat takykardi och fallrisk, särskilt för äldre, patienter med hjärtsvikt och generell sköra patienter. Flera antidepressiva och antipsykotika har en dosrelaterad alfa₁-blockerande effekt, som åstadkommer detta. Effekterna är tydligast i början av behandlingen.

För att minska risken för ortostatisk hypotension bör man starta med en låg dos (till exempel 12,5 till 25 mg klozapin) som gradvis höjs (till exempel klozapin 25 till 50 mg dagligen), för att patienten ska utveckla tolerans.

Hypertoni

Framför allt noradrenerga läkemedel kan leda till hypertoni.

Den blodtryckshöjande effekten av venlafaxin blir relevant först vid högre doser, ffa över 150 mg/dag.

Bupropion tolereras väl och har minimala effekter på hjärtfunktion och blodtryck, men i kombination med nikotinplåster kan blodtrycket stiga.

Andningspåverkan och lungfunktion

Flera psykiatriska läkemedel kan påverka andningen, bland dem läkemedel med antikolinerga effekter. Anxiolytika kan åstadkomma andningsdepression.

Bensodiazepiner och Z-hypnotika är relativt kontraindicerade hos patienter som retinerar koldioxid. Av liknande skäl ska man vara försiktig med patienter med svår sömnapné och brant desaturering, eftersom deras syrehalter kan falla och sätta den hypoxiska andningsreaktionen som väcker dem och förbättrar andningen ur spel.

Om bensodiazepiner måste användas är lorazepam förstahandspreparat på grund av frånvaro av aktiva metaboliter och snabb och kortverkande effekt. Flumazenil kan öka säkerheten när bensodiazepiner används på sjukhus. För kronisk ångest kan ett antidepressivum eller buspiron som är andningsstimulerande vara att föredra.

Även om antipsykotika är förknippade med en ökad risk för lunginflammation är den absoluta risken låg. Klozapin är associerat med högre risk för pneumoni, troligen på grund av hypersalivering och sedation, men alla antipsykotika kan påverka sväljningsförmågan, vilket kan öka risken för aspiration.

Tänk på att använda lägsta effektiva doser av antipsykotika, särskilt gäller det klozapin – utbilda patienter och deras familjer om risken för lunginflammation i samband med neuroleptika, så att de vet att kontakta vården om en infektion inträffar. Resonera kring att minska dosen av klozapin, när patienten har lunginflammation.

Sexuella biverkningar

- Sexuella biverkningar förekommer i högre frekvens vid behandling med serotonerga preparat/SSRI (citalopram>paroxetin>sertralin>fluoxetin), venlafaxin och tricykliska antidepressiva.
- Substanser som påverkar dopamin eller noradrenalin (till exempel reboxetin), liksom exempelvis mirtazapin, som stimulerar frisättningen av både noradrenalin och serotonin i kombination med blockad av 5-HT_{2A}-receptorn (som anses mediera sexuella bieffekter), har lägre frekvens av sexuella biverkningar.
- Sexuella biverkningar kan vara dosrelaterade, men patienten ska stå på den minsta *effektiva* dosen.

FAKTARUTA 12. NÅGRA ALTERNATIV:

Byte till fluoxetin?

Byte till eller kombination med mirtazapin eller bupropion?

Tilllägg av buspiron (alfaz-blockerare och 5-HT₁-agonist)?

Även »drug holiday« ett dygn före planerad sexuell aktivitet har dokumenterats.

- Litiuminducerad sexuell dysfunktion är relativt vanlig. Riskfaktorer inkluderar hög ålder och förekomst av andra biverkningar.
- För antipsykotika anges att aripiprazol, olanzapin respektive quetiapin har lägre förekomst av sexuella biverkningar.

Gastrointestinala överväganden

- Litiuminducerad lös avföring/diarré ses hos upp till 10 procent av patienterna och litiumkoncentrationer i serum verkar korrelera med symtom. Minskad dos, eller litiumformulering med omedelbar frisättning (för att undvika distal absorption av läkemedlet), kan minska problemet.
- Vid diarrétendens, undvik mediciner associerade med ökad tarmmotilitet, medan förstoppning från tricykliska antidepressiva kan hanteras genom ökat vatten- och fiberintag.
- Patienter med långsam tarmmotilitet, urinretention, eller med stomatit sekundär till kemoterapi eller strålbehandling, bör få läkemedel med minsta möjliga antikolinerga effekter, till exempel SSRI (se även under antikolinerga).
- Tänk på risken för lägre upptag vid snabb tarmpassage, på grund av kort tarm eller diarré. Omvänt oberäknelig absorption vid gastro/tarmpares.

Geriatriska överväganden

Biologiskt åldrande innebär vissa fysiologiska förändringar, som kan vara relevanta vid psykofarmakologisk behandling. Exempelvis är individens skörhet (frailty) ett viktigt begrepp, när man behandlar äldre patienter.

Äldre patienter:

- Har förändrad farmakodynamik för de flesta läkemedel:
 - receptorerna kan vara känsligare
 - de har svårare att behålla kroppens homeostas, till exempel reglera blodtryck eller temperatur
 - det kan ta längre tid till terapeutisk effekt.
- Har förändrad farmakokinetik för de flesta läkemedel:
 - samma totaldos absorberas som hos en yngre person, men långsammare
 - annan typ av distribution – mer fett, mindre vatten i kroppen
 - njur- och leverfunktionen (framför allt fas-I-metabolism) kan vara nedsatt, även utan njur- eller leversjukdom.
- Har ofta somatisk komorbiditet, som kan påverkas av psykiatriska läkemedel.
- Har ofta många läkemedel, där interaktioner kan spela roll.

Några tumregler:

- Undvik:
 - att ge läkemedel om det inte säkert behövs
 - antikolinerga preparat: inklusive propiomazin, prometazin, hydroxyzin de flesta äldre antidepressiva/TCA, många anti-psykotika (bland annat olanzapine, quetiapin, klozapin)
 - sederande preparat
 - A₁-blockare
 - läkemedel med lång halveringstid
 - läkemedel som inhiberar leverenzymmer.
- ”Start low and go slow”.
- Läkemedel som går att dosera med färre tabletter och en gång om dagen är att föredra.
- Glöm inte att äldre oftare får biverkningar av läkemedel, och ofta allvarligare (bland annat QTc-förlängning, kardiovaskulär risk, fallrisk, SIADH). Försök inte lägga till ytterligare medicin för att behandla biverkningar, utan byt till ett bättre alternativ!
- Ordinera som om patienten har leverpåverkan, föredra läkemedel som metaboliseras via glukuronidering.
- Extrapyramidala biverkningar av antidepressiva medel, särskilt SSRI, tenderar att vara underdiagnostiserade hos den äldre befolkningen.
- Se även SPF:s riktlinjer inom äldrepsykiatri.

Gynekologiska övervägande

PMS och PMDD

Vid PMS och PMDD har man symtom endast under lutealfasen av menstruationscykeln.

Antidepressiva är golden standard för PMS och PMDD, när symtomen är svåra eller inte helt lindrade av icke-farmakologiska behandlingar.

SSRI är förstahandsbehandling för PMDD och endast serotonerga antidepressiva medel har evidens. Valet av SSRI beror på patientens anamnes och preferens. Doserna som behövs är oftast lägre än vid depression och respons är nästan omedelbar. Man behöver ofta endast lutealfasdosering (vilket innebär att man startar SSRI i lutealfasen, efter ägglossning, vilket vanligtvis är runt dag 14 i en 28-dagarscykel och slutar när menstruationen börjar), men kontinuerlig dosering kan behövas vid dålig compliance eller suboptimal respons.

Vissa patienter har symtom även utanför lutealfasen, men med en premenstruell förvärring. Det är då viktigt att först behandla den underliggande sjukdomen. Om symtomen blir bättre under follikelfasen, men kvarstår under lutealfasen, kan man lägga till lutealfasdosering eller öka SSRI-dosen enligt ovan.

Kvinnor som inte svarar på SSRI, och/eller behöver preventivmedel, kan dra nytta av hormonbehandling/orala kontraktiva.

Perimenopausal depression

Menopaus är en naturlig förändring, men kan också induceras iatrogen, till exempel vid cancerbehandling och vid ooforektomi.

Antidepressiva har stark indikation för behandling av perimenopausal depression, men stödsamtal, psykoterapi och psykoedukation kan vara viktiga verktyg. SSRI och SNRI (bland annat escitalopram, citalopram, paroxetin, venlafaxin, duloxetin, vortioxetin) kan även ha effekt på vasomotoriska symtom. Låg dos paroxetin (7,5 mg) är det enda FDA-godkända antidepressivumet för perimenopausal vasomotoriska symtom. Det finns också en studie som tyder på att gabapentin kan lindra värmevallningar.

Hormonbehandling, som kan spela en nyckelroll för att hantera symtom under perimenopausalt stadium, bör användas i lägsta dos och så kort tid som möjligt.

Orala kontraktiva

Användningen av orala kontraktiva verkar vara säkra för kvinnor med affektiva sjukdomar. Om nytillkomna affektiva symtom eller försämring vid behandling – överväg preparatbyte.

Kombinerat östrogen-gestagen med 35 µg eller mindre etinylöstradiol verkar ha minimala psykiska effekter, till skillnad från äldre, högre östrogenformuleringar (50 µg eller mer), även om alla beredningar inte har utvärderats.

Rekommenderad litteratur

Behandlingsrekommendation vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – bakgrundsdocumentation (lakemedelsverket.se).

Levenson, J. L. (red.) (2019). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry*, 3rd ed. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Levenson, J. L. & Ferrando, S. J. (red.) (2017). *Clinical Manual of Psychopharmacology in the Medically Ill* 2nd ed. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Lloyd, G. C. & Guthrie, E. (red.) (2007). *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I. & Aarsland, D. (red.) (2018). *Lærebok i psykiatri*, 4.e upplagan. Oslo: Gyldendal.

Taylor, D., Barnes, T. R. E. & Young, A. H. (2018). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th ed. Chichester: Wiley Blackwell.

Övrig litteratur

de Abajo, F. J., Rodríguez, L. A. & Montero, D. (1999). Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ*, 319(7217), 1106-1109: doi:10.1136/bmj.319.7217.1106.

de Abajo, F. J. & García-Rodríguez, L. A. (2008). Risk of upper gastrointestinal tract bleeding associated with selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine therapy: interaction with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and effect of acid-suppressing agents. *Arch Gen Psychiatry*, 65(7), 795-803: doi:10.1001/archpsyc.65.7.795.

Ahsberg, K., Hoglund, P., Kim, W. H. & von Holstein, C. S. (2010). Impact of aspirin, NSAID:s, warfarin, corticosteroids and SSRI:s on the site and outcome of non-variceal upper and lower gastrointestinal bleeding. *Scand J Gastroenterol*, 45(12), 1404-1415: doi:10.3109/00365212.2010.510567.

- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J. & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, 23(11), 1165–1173: doi:10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x.
- Alpay, M. & Koroshetz, W. J. (2006). Quetiapine in the treatment of behavioral disturbances in patients with Huntington's disease. *Psychosomatics*, 47(1), 70–72: doi:10.1176/appi.psy.47.1.70.
- Andersohn, F., Schade, R., Suissa, S. & Garbe, E. (2009). Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus. *Am J Psychiatry*, 166(5), 591–598: doi:10.1176/appi.ajp.2008.08071065.
- Andrade, C., Sandarsh, S., Chethan, K. B. & Nagesh, K. S. (2010). Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding: a review for clinicians and a reconsideration of mechanisms. *J Clin Psychiatry*, 71(12), 1565–1575: doi:10.4088/JCP.0905786blu.
- Anglin, R., Yuan, Y., Moayyedi, P., Tse, F., Armstrong, D. & Leontiadis, G. I. (2014). Risk of upper gastrointestinal bleeding with selective serotonin reuptake inhibitors with or without concurrent nonsteroidal anti-inflammatory use: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 109(6), 811–819: doi:10.1038/ajg.2014.82.
- Ayerbe, L., Ayis, S., Crichton, S. L., Rudd, A. G. & Wolfe, C. D. (2014). Explanatory factors for the increased mortality of stroke patients with depression. *Neurology*, 83(22), 2007–2012: doi:10.1212/wnl.000000000001029.
- Bagchi, N., Brown, T. R. & Mack, R. E. (1978). Studies on the mechanism of inhibition of thyroid function by lithium. *Biochim Biophys Acta*, 542(1), 163–169: doi:10.1016/0304-4165(78)90242-8.
- Bak, M., Fransen, A., Janssen, J., van Os, J. & Drukker, M. (2014). Almost all antipsychotics result in weight gain: a meta-analysis. *PLoS One*, 9(4), e94112: doi:10.1371/journal.pone.0094112.
- Baldwin, D. S. & Foong, T. (2013). Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *Br J Psychiatry*, 202, 396–397: doi:10.1192/bjp.bp.112.110650.
- Barry, J. J., Ettinger, A. B., Friel, P., Gilliam, F. G., Harden, C. L., Hermann, B. & Jones, J. (2008). Consensus statement: the evaluation and treatment of people with epilepsy and affective disorders. *Epilepsy Behav*, 13 Suppl 1, S1–29: doi:10.1016/j.yebeh.2008.04.005.
- Berens, S. C., Bernstein, R. S., Robbins, J. & Wolff, J. (1970). Antithyroid effects of lithium. *J Clin Invest*, 49(7), 1357–1367: doi:10.1172/jci106352.
- Berenson, A. B., Odom, S. D., Breitkopf, C. R. & Rahman, M. (2008). Physiologic and psychologic symptoms associated with use of injectable contraception and 20 microg oral contraceptive pills. *Am J Obstet Gynecol*, 199(4), 351.e351–312: doi:10.1016/j.ajog.2008.04.048.
- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Pérès, K. & Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*, 345, e6231: doi:10.1136/bmj.e6231.

- Billioti de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M. & Bégaud, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, 349, g5205: doi:10.1136/bmj.g5205.
- Bird, S. T., Crensil, V., Temple, R., Pinheiro, S., Demczar, D. & Stone, M. (2014). Cardiac safety concerns remain for citalopram at dosages above 40 mg/day. *Am J Psychiatry*, 171(1), 17-19: doi:10.1176/appi.ajp.2013.13070905.
- Bomasang-Layno, E., Fadlon, I., Murray, A. N. & Himelhoch, S. (2015). Antidepressive treatments for Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*, 21(8), 833-842; discussion 833: doi:10.1016/j.parkreldis.2015.04.018.
- Bonelli, R. M. & Niederwieser, G. (2002). Quetiapine in Huntington's disease: a first case report. *J Neurol*, 249(8), 1114-1115: doi:10.1007/s00415-002-0741-1.
- Breitbart, W., Marotta, R., Platt, M. M., Weisman, H., Derevenco, M., Grau, C. & Jacobson, P. (1996). A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*, 153(2), 231-237: doi:10.1176/ajp.153.2.231.
- Burrow, G. N., Burke, W. R., Himmelhoch, J. M., Spencer, R. P. & Hershman, J. M. (1971). Effect of lithium on thyroid function. *J Clin Endocrinol Metab*, 32(5), 647-652: doi:10.1210/jcem-32-5-647.
- Carvajal, A., Ortega, S., Del Olmo, L., Vidal, X., Aguirre, C., Ruiz, B. & Ibanez, L. (2011). Selective serotonin reuptake inhibitors and gastrointestinal bleeding: a case-control study. *PLoS One*, 6(5), e19819: doi:10.1371/journal.pone.0019819.
- Castro, V. M., Clements, C. C., Murphy, S. N., Gainer, V. S., Fava, M., Weilburg, J. B. & Perlis, R. H. (2013). QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records. *BMJ*, 346, f288: doi:10.1136/bmj.f288.
- Chen, Z., Lusicic, A., O'Brien, T. J., Velakoulis, D., Adams, S. J. & Kwan, P. (2016). Psychotic disorders induced by antiepileptic drugs in people with epilepsy. *Brain*, 139(Pt 10), 2668-2678: doi:10.1093/brain/aww196.
- Cheng, Y. L., Hu, H. Y., Lin, X. H., Luo, J. C., Peng, Y. L., Hou, M. C. & Lee, F. Y. (2015). Use of SSRI, But Not SNRI, Increased Upper and Lower Gastrointestinal Bleeding: A Nationwide Population-Based Cohort Study in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*, 94(46), e2022: doi:10.1097/md.0000000000002022.
- Chew, E. & Zafonte, R. D. (2009). Pharmacological management of neurobehavioral disorders following traumatic brain injury - a state-of-the-art review. *J Rehabil Res Dev*, 46(6), 851-879.
- Ciammola, A., Sassone, J., Colciago, C., Mencacci, N. E., Poletti, B., Ciarmiello, A. & Silani, V. (2009). Aripiprazole in the treatment of Huntington's disease: a case series. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 5, 1-4.
- Clayton, A. H., Pradko, J. F., Croft, H. A., Montano, C. B., Leadbetter, R. A., Bolden-Watson, C. & Metz, A. (2002). Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry*, 63(4), 357-366: doi:10.4088/jcp.v63n0414.

- Coveyou, J. A. & Jackson, C. W. (2007). Hyponatremia associated with escitalopram. *N Engl J Med*, 356(1), 94–95: doi:10.1056/NEJMco62840.
- Crowe, S. F. & Stranks, E. K. (2018). The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol*, 33(7), 901–911: doi:10.1093/arclin/acx120.
- Cummings, J., Isaacson, S., Mills, R., Williams, H., Chi-Burris, K., Corbett, A. & Ballard, C. (2014). Pimavanserin for patients with Parkinson's disease psychosis: a randomised, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 383(9916), 533–540: doi:10.1016/s0140-6736(13)62106-6.
- Dall, M., Schaffalitzky de Muckadell, O. B., Lassen, A. T., Hansen, J. M. & Hallas, J. (2009). An association between selective serotonin reuptake inhibitor use and serious upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 7(12), 1314–1321: doi:10.1016/j.cgh.2009.08.019.
- Daniels, J. (2009). Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 21(4), 371–380: doi:10.1176/appi.neuropsych.21.4.371.
- DeBattista, C., Solvason, B., Poirier, J., Kendrick, E. & Loraas, E. (2005). A placebo-controlled, randomized, double-blind study of adjunctive bupropion sustained release in the treatment of SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*, 66(7), 844–848: doi:10.4088/jcp.v66n0706.
- Duff, K., Beglinger, L. J., O'Rourke, M. E., Nopoulos, P., Paulson, H. L. & Paulsen, J. S. (2008). Risperidone and the treatment of psychiatric, motor, and cognitive symptoms in Huntington's disease. *Ann Clin Psychiatry*, 20(1), 1–3: doi:10.1080/10401230701844802.
- Elger, C. E., Johnston, S. A. & Hoppe, C. (2017). Diagnosing and treating depression in epilepsy. *Seizure*, 44, 184–193: doi:10.1016/j.seizure.2016.10.018.
- Erdemoglu, A. K. & Boratav, C. (2002). Risperidone in chorea and psychosis of Huntington's disease. *Eur J Neurol*, 9(2), 182–183.
- Fabian, T. J., Amico, J. A., Kroboth, P. D., Mulsant, B. H., Corey, S. E., Begley, A. E. & Pollock, B. G. (2004). Paroxetine-induced hyponatremia in older adults: a 12-week prospective study. *Arch Intern Med*, 164(3), 327–332. doi:10.1001/archinte.164.3.327
- Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F. & Møller, H. J. (2005). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, Part 1: acute treatment of schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*, 6(3), 132–191.
- Fiest, K. M., Dykeman, J., Patten, S. B., Wiebe, S., Kaplan, G. G., Maxwell, C. J. & Jette, N. (2013). Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*, 80(6), 590–599: doi:10.1212/WNL.0b013e31827b1ae0.
- Findling, R. L., Biederman, J., Wilens, T. E., Spencer, T. J., McGough, J. J., Lopez, F. A. & Tulloch, S. J. (2005). Short- and long-term cardiovascular effects of mixed amphetamine salts extended release in children. *J Pediatr*, 147(3), 348–354: doi:10.1016/j.jpeds.2005.03.014.

- Findling, R. L., Short, E. J. & Manos, M. J. (2001). Short-term cardiovascular effects of methylphenidate and adderall. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(5), 525-529: doi:10.1097/00004583-200105000-00011.
- Flaherty, J. H., Gonzales, J. P. & Dong, B. (2011). Antipsychotics in the treatment of delirium in older hospitalized adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 59 Suppl 2, S269-276: doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03675.x.
- Francis, A. (2010). Catatonia: diagnosis, classification, and treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 12(3), 180-185: doi:10.1007/s11920-010-0113-y.
- Francis, J. (1992). Delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc*, 40(8), 829-838: doi:10.1111/j.1532-5415.1992.tb01859.x.
- Garbers, S., Correa, N., Tobier, N., Blust, S. & Chiasson, M. A. (2010). Association between symptoms of depression and contraceptive method choices among low-income women at urban reproductive health centers. *Matern Child Health J*, 14(1), 102-109: doi:10.1007/s10995-008-0437-y.
- Gasse, C., Christensen, S., Riis, A., Mortensen, P. B., Adamsen, S. & Thomsen, R. W. (2009). Preadmission use of SSRIs alone or in combination with NSAIDs and 30-day mortality after peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol*, 44(11), 1288-1295: doi:10.3109/00365520903177711.
- Gilchrist, N. A., Asoh, I. & Greenberg, B. (2012). Atypical antipsychotics for the treatment of ICU delirium. *J Intensive Care Med*, 27(6), 354-361: doi:10.1177/0885066611403110.
- Girard, T. D., Exline, M. C., Carson, S. S., Hough, C. L., Rock, P., Gong, M. N. & Ely, E. W. (2018). Haloperidol and Ziprasidone for Treatment of Delirium in Critical Illness. *N Engl J Med*, 379(26), 2506-2516: doi:10.1056/NEJMoa1808217.
- Girard, T. D., Pandharipande, P. P., Carson, S. S., Schmidt, G. A., Wright, P. E., Canonico, A. E. & Ely, E. W. (2010). Feasibility, efficacy, and safety of antipsychotics for intensive care unit delirium: the MIND randomized, placebo-controlled trial. *Crit Care Med*, 38(2), 428-437: doi:10.1097/ccm.0b013e3181c58715.
- Girardin, F. R., Gex-Fabry, M., Berney, P., Shah, D., Gaspoz, J. M. & Dayer, P. (2013). Drug-induced long QT in adult psychiatric inpatients: the 5-year cross-sectional ECG Screening Outcome in Psychiatry study. *Am J Psychiatry*, 170(12), 1468-1476: doi:10.1176/appi.ajp.2013.12060860.
- Gitlin, M. (2016). Lithium side effects and toxicity: prevalence and management strategies. *Int J Bipolar Disord*, 4(1), 27: doi:10.1186/s40345-016-0068-y.
- Gold, P. W., Robertson, G. L., Ballenger, J. C., Kaye, W., Chen, J., Rubinow, D. R. & Post, R. M. (1983). Carbamazepine diminishes the sensitivity of the plasma arginine vasopressin response to osmotic stimulation. *J Clin Endocrinol Metab*, 57(5), 952-957: doi:10.1210/jcem-57-5-952.
- Goldman, J. G. & Holden, S. (2014). Treatment of psychosis and dementia in Parkinson's disease. *Curr Treat Options Neurol*, 16(3), 281: doi:10.1007/s11940-013-0281-2.

- Gray, S. L., Anderson, M. L., Dublin, S., Hanlon, J. T., Hubbard, R., Walker, R. & Larson, E. B. (2015). Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med*, 175(3), 401–407: doi:10.1001/jamainternmed.2014.7663.
- Gray, S. L., Dublin, S., Yu, O., Walker, R., Anderson, M., Hubbard, R. A. & Larson, E. B. (2016). Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ*, 352, i90: doi:10.1136/bmj.i90.
- Hackam, D. G. & Mrkobrada, M. (2012). Selective serotonin reuptake inhibitors and brain hemorrhage: a meta-analysis. *Neurology*, 79(18), 1862–1865: doi:10.1212/WNL.0b013e318271f848
- Haddad, P. M. & Anderson, I. M. (2002). Antipsychotic-related QTc prolongation, torsade de pointes and sudden death. *Drugs*, 62(11), 1649–1671: doi:10.2165/00003495-200262110-00006.
- Hahn, M., Chintoh, A., Giacca, A., Xu, L., Lam, L., Mann, S. & Remington, G. (2011). Atypical antipsychotics and effects of muscarinic, serotonergic, dopaminergic and histaminergic receptor binding on insulin secretion in vivo: an animal model. *Schizophr Res*, 131(1–3), 90–95: doi:10.1016/j.schres.2011.06.004.
- Hakim, S. M., Othman, A. I. & Naoum, D. O. (2012). Early treatment with risperidone for subsyndromal delirium after on-pump cardiac surgery in the elderly: a randomized trial. *Anesthesiology*, 116(5), 987–997: doi:10.1097/ALN.0b013e31825153cc.
- Hammerness, P. G., Perrin, J. M., Shelley-Abrahamson, R. & Wilens, T. E. (2011). Cardiovascular risk of stimulant treatment in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder: update and clinical recommendations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(10), 978–990: doi:10.1016/j.jaac.2011.07.018.
- Hankey, G. J. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of cerebral bleeding. *Stroke*, 45(7), 1917–1918: doi:10.1161/strokeaha.114.005844.
- Hawkins, J. M., Archer, K. J., Strakowski, S. M. & Keck, P. E. (1995). Somatic treatment of catatonia. *Int J Psychiatry Med*, 25(4), 345–369: doi:10.2190/xoff-vu7g-qqp7-15v7.
- Henderson, D. C., Vincenzi, B., Andrea, N. V., Ulloa, M. & Copeland, P. M. (2015). Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *Lancet Psychiatry*, 2(5), 452–464: doi:10.1016/s2215-0366(15)00115-7.
- Hennissen, L., Bakker, M. J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M. & Buitelaar, J. K. (2017). Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs*, 31(3), 199–215: doi:10.1007/s40263-017-0410-7.
- Herzberg, B. N., Johnson, A. L. & Brown, S. (1970). Depressive symptoms and oral contraceptives. *Br Med J*, 4(5728), 142–145: doi:10.1136/bmj.4.5728.142.

- Hesdorffer, D. C. & Kanner, A. M. (2009). The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: Fire or false alarm? *Epilepsia*, 50(5), 978–986: doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02012.x.
- Hodgkiss, A. (2016). *Biological psychiatry of cancer and cancer treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm124830.htm>.
- Imfeld, P., Bodmer, M., Jick, S. S., & Meier, C. R. (2015). Benzodiazepine Use and Risk of Developing Alzheimer's Disease or Vascular Dementia: A Case-Control Analysis. *Drug Saf*, 38(10), 909–919: doi:10.1007/s40264-015-0319-3.
- Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M. & Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med*, 13(4), 234–242: doi:10.1046/j.1525-1497.1998.00073.x.
- Inouye, S. K., Zhang, Y., Jones, R. N., Kiely, D. K., Yang, F. & Marcantonio, E. R. (2007). Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a predictive model. *Arch Intern Med*, 167(13), 1406–1413: doi:10.1001/archinte.167.13.1406.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911–922: doi:10.1016/s0140-6736(13)60688-1.
- Jäidi, Y., Nonnonhou, V., Kanagaratnam, L., Bertholon, L. A., Badr, S., Noël, V. & Mahmoudi, R. (2018). Reduction of the Anticholinergic Burden Makes It Possible to Decrease Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 26(3), 280–288: doi:10.1016/j.jagp.2017.08.005.
- Jiang, H. Y., Chen, H. Z., Hu, X. J., Yu, Z. H., Yang, W., Deng, M. & Ruan, B. (2015). Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 13(1), 42–50.e43: doi:10.1016/j.cgh.2014.06.021.
- Kalisvaart, K. J., de Jonghe, J. F., Bogaards, M. J., Vreeswijk, R., Egberts, T. C., Burger, B. J. & van Gool, W. A. (2005). Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *J Am Geriatr Soc*, 53(10), 1658–1666: doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53503.x.
- Kelly, A. S., Rudser, K. D., Dengel, D. R., Kaufman, C. L., Reiff, M. I., Norris, A. L. & Steinberger, J. (2014). Cardiac autonomic dysfunction and arterial stiffness among children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder treated with stimulants. *J Pediatr*, 165(4), 755–759: doi:10.1016/j.jpeds.2014.05.043.
- Krasowska, D., Szymanek, M., Schwartz, R. A. & Myśliński, W. (2007). Cutaneous effects of the most commonly used antidepressant medication, the selective serotonin reuptake inhibitors. *J Am Acad Dermatol*, 56(5), 848–853: doi:10.1016/j.jaad.2006.10.020.
- Labos, C., Dasgupta, K., Nedjar, H., Turecki, G. & Rahme, E. (2011). Risk of bleeding associated with combined use of selective serotonin reuptake inhibitors and antiplatelet therapy following acute myocardial infarction. *Cmaj*, 183(16), 1835–1843: doi:10.1503/cmaj.100912.

- LaFrance, W. C., Jr. & Barry, J. J. (2005). Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*, 7(3), 364–374: doi:10.1016/j.yebeh.2005.07.010.
- Laks, J., Rocha, M., Capitaio, C., Domingues, R. C., Ladeia, G., Lima, M. & Engelhardt, E. (2004). Functional and motor response to low dose olanzapine in Huntington's disease: case report. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(4), 1092–1094: doi:10.1590/s0004-282x2004000600030.
- Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Fortinsky, R. H. & Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med*, 332(20), 1338–1344: doi:10.1056/nejm199505183322006.
- Laporte, S., Chapelle, C., Caillet, P., Beyens, M. N., Bellet, F., Delavenne, X. & Bertoletti, L. (2017). Bleeding risk under selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants: A meta-analysis of observational studies. *Pharmacol Res*, 118, 19–32: doi:10.1016/j.phrs.2016.08.017.
- Lee, J. W. (2010). Neuroleptic-induced catatonia: clinical presentation, response to benzodiazepines, and relationship to neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychopharmacol*, 30(1), 3–10: doi:10.1097/JCP.0b013e3181c9bfe6.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O. & Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*, 353(12), 1209–1223: doi:10.1056/NEJMoa051688.
- Lima, V. D., Geller, J., Bangsberg, D. R., Patterson, T. L., Daniel, M., Kerr, T. & Hogg, R. S. (2007). The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *Aids*, 21(9), 1175–1183: doi:10.1097/QAD.0b013e32811ebf57.
- Lin, W. C. & Chou, Y. H. (2008). Aripiprazole effects on psychosis and chorea in a patient with Huntington's disease. *Am J Psychiatry*, 165(9), 1207–1208: doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040503.
- Lindh, J. & Böttiger, Y. Läkemedelsinteraktioner med grapefrukt. *Läkertidningen*, 104 (39), 2815.
- Liu, B. A., Mittmann, N., Knowles, S. R. & Shear, N. H. (1996). Hyponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associated with the use of selective serotonin reuptake inhibitors: a review of spontaneous reports. *Cmaj*, 155(5), 519–527.
- Loke, Y. K., Trivedi, A. N. & Singh, S. (2008). Meta-analysis: gastrointestinal bleeding due to interaction between selective serotonin uptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther*, 27(1), 31–40: doi:10.1111/j.1365-2036.2007.03541.x.
- Madhusoodanan, S., Brenner, R., Moise, D., Sindagi, J. & Brafman, I. (1998). Psychiatric and neuropsychological abnormalities in Huntington's disease: a case study. *Ann Clin Psychiatry*, 10(3), 117–120.
- Maguire, M. J., Weston, J., Singh, J. & Marson, A. G. (2014). Antidepressants for people with epilepsy and depression. *Cochrane Database Syst Rev*(12), CD010682: doi:10.1002/14651858.CD010682.pub2.

- Malt, U. F., Retterstøl, N. & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal.
- Masand, P. S., Ashton, A. K., Gupta, S. & Frank, B. (2001). Sustained-release bupropion for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Am J Psychiatry*, 158(5), 805–807: doi:10.1176/appi.ajp.158.5.805.
- Mavrides, N. & Nemeroff, C. (2013). Treatment of depression in cardiovascular disease. *Depress Anxiety*, 30(4), 328–341: doi:10.1002/da.22051.
- Mavrides, N. & Nemeroff, C. B. (2015). Treatment of affective disorders in cardiac disease. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(2), 127–140.
- McKnight, R. F., Adida, M., Budge, K., Stockton, S., Goodwin, G. M. & Geddes, J. R. (2012). Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 379(9817), 721–728: doi:10.1016/S0140-6736(11)61516-x.
- McNicoll, L., Pisani, M. A., Zhang, Y., Ely, E. W., Siegel, M. D. & Inouye, S. K. (2003). Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. *J Am Geriatr Soc*, 51(5), 591–598: doi:10.1034/j.1600-0579.2003.00201.x.
- Mead, G. E., Hsieh, C. F., Lee, R., Kutlubaev, M. A., Claxton, A., Hankey, G. J. & Hackett, M. L. (2012). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for stroke recovery. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, Cdo09286: doi:10.1002/14651858.CD009286.pub2.
- Mead, G. E., Hsieh, C. F., Lee, R., Kutlubaev, M., Claxton, A., Hankey, G. J. & Hackett, M. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors for stroke recovery: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 44(3), 844–850: doi:10.1161/strokeaha.112.673947.
- Meyer, M. J., Megyesi, J., Meythaler, J., Murie-Fernandez, M., Aubut, J. A., Foley, N. & Teasell, R. (2010). Acute management of acquired brain injury Part III: an evidence-based review of interventions used to promote arousal from coma. *Brain Inj*, 24(5), 722–729: doi:10.3109/02699051003692134.
- Modi, S., Dharaiya, D., Schultz, L. & Varelas, P. (2016). Neuroleptic Malignant Syndrome: Complications, Outcomes, and Mortality. *Neurocrit Care*, 24(1), 97–103: doi:10.1007/s12028-015-0162-5.
- Montejo-González, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., Ledesma, A., Bousoño, M., Calcedo, A. & Vicens, E. (1997). SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther*, 23(3), 176–194: doi:10.1080/00926239708403923.
- Mortensen, J. K., Larsson, H., Johnsen, S. P. & Andersen, G. (2014). Impact of prestroke selective serotonin reuptake inhibitor treatment on stroke severity and mortality. *Stroke*, 45(7), 2121–2123: doi:10.1161/strokeaha.114.005302.
- Movig, K. L., Janssen, M. W., de Waal Malefijt, J., Kabel, P. J., Leufkens, H. G. & Egberts, A. C. (2003). Relationship of serotonergic antidepressants and need for blood transfusion in orthopedic surgical patients. *Arch Intern Med*, 163(19), 2354–2358: doi:10.1001/archinte.163.19.2354.

- Mu, J. L., Lee, A. & Joynt, G. M. (2015). Pharmacologic agents for the prevention and treatment of delirium in patients undergoing cardiac surgery: systematic review and metaanalysis. *Crit Care Med*, 43(1), 194-204: doi:10.1097/ccm.0000000000000673.
- Newcomer, J. W., Haupt, D. W., Fucetola, R., Melson, A. K., Schweiger, J. A., Cooper, B. P. & Selke, G. (2002). Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 59(4), 337-345: doi:10.1001/archpsyc.59.4.337.
- Oka, Y., Okamoto, K., Kawashita, N., Shirakuni, Y. & Takagi, T. (2014). Meta-analysis of the risk of upper gastrointestinal hemorrhage with combination therapy of selective serotonin reuptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Biol Pharm Bull*, 37(6), 947-953: doi:10.1248/bpb.b13-00885.
- Opatrny, L., Delaney, J. A. & Suissa, S. (2008). Gastro-intestinal haemorrhage risks of selective serotonin receptor antagonist therapy: a new look. *Br J Clin Pharmacol*, 66(1), 76-81: doi:10.1111/j.1365-2125.2008.03154.x.
- Oulis, P., Mourikis, I., Konstantakopoulos, G., Papageorgiou, S. G. & Kouzoupis, A. V. (2010). Aripiprazole in the treatment of olanzapine-resistant psychotic and motor symptoms of Huntington's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 22(3), 352c.e354-352.e355: doi:10.1176/appi.neuropsych.22.3.352-c.e4.
- Paleacu, D., Anca, M. & Giladi, N. (2002). Olanzapine in Huntington's disease. *Acta Neurol Scand*, 105(6), 441-444: doi:10.1034/j.1600-0404.2002.01197.x.
- Pangilinan, P. H., Giacoletti-Argento, A., Shellhaas, R., Hurvitz, E. A. & Hornyak, J. E. (2010). Neuropharmacology in pediatric brain injury: a review. *Pm r*, 2(12), 1127-1140: doi:10.1016/j.pmrj.2010.07.007.
- Park, L. T. & Zarate, C. A., Jr. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med*, 380(6), 559-568: doi:10.1056/NEJMcpi1712493.
- Pence, B. W., Miller, W. C., Gaynes, B. N. & Eron, J. J., Jr. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 44(2), 159-166: doi:10.1097/QAI.0bo13e31802c2f51.
- Pintor, L., Bailles, E., Matrai, S., Carreno, M., Donaire, A., Boget, T. & Bargallo, N. (2010). Efficiency of venlafaxine in patients with psychogenic nonepileptic seizures and anxiety and/or depressive disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 22(4), 401-408: doi:10.1176/appi.neuropsych.22.4.401.
- Pontone, G. M., Bakker, C. C., Chen, S., Mari, Z., Marsh, L., Rabins, P. V. & Bassett, S. S. (2016). The longitudinal impact of depression on disability in Parkinson disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(5), 458-465: doi:10.1002/gps.4350.
- Porsteinsson, A. P., Drye, L. T., Pollock, B. G., Devanand, D. P., Frangakis, C., Ismail, Z. & Lyketos, C. G. (2014). Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA*, 311(7), 682-691: doi:10.1001/jama.2014.93.
- Quinn, G. R., Singer, D. E., Chang, Y., Go, A. S., Borowsky, L. H., Udaltsova, N. & Fang, M. C. (2014). Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on

- bleeding risk in patients with atrial fibrillation taking warfarin. *Am J Cardiol*, 114(4), 583–586: doi:10.1016/j.amjcard.2014.05.037.
- Rappoport, M. D. & Moffitt, C. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate. A review of height/weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects. *Clin Psychol Rev*, 22(8), 1107–1131: doi:10.1016/S0272-7358(02)00129-0.
- Reed, V. A., Buitelaar, J. K., Anand, E., Day, K. A., Treuer, T., Upadhyaya, H. P. & Savill, N. C. (2016). The Safety of Atomoxetine for the Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Comprehensive Review of Over a Decade of Research. *CNS Drugs*, 30(7), 603–628: doi:10.1007/s40263-016-0349-0.
- Reichenpfader, U., Gartlehner, G., Morgan, L. C., Greenblatt, A., Nussbaumer, B., Hansen, R. A. & Gaynes, B. N. (2014). Sexual dysfunction associated with second-generation antidepressants in patients with major depressive disorder: results from a systematic review with network meta-analysis. *Drug Saf*, 37(1), 19–31: doi:10.1007/s40264-013-0129-4.
- Risacher, S. L., McDonald, B. C., Tallman, E. F., West, J. D., Farlow, M. R., Unverzagt, F. W. & Saykin, A. J. (2016). Association Between Anticholinergic Medication Use and Cognition, Brain Metabolism, and Brain Atrophy in Cognitively Normal Older Adults. *JAMA Neurol*, 73(6), 721–732: doi:10.1001/jamaneurol.2016.0580.
- Rosebush, P. I., Hildebrand, A. M., Furlong, B. G. & Mazurek, M. F. (1990). Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *J Clin Psychiatry*, 51(9), 357–362.
- Rosebush, P. I. & Mazurek, M. F. (2010). Catatonia and its treatment. *Schizophrenia Bull*, 36(2), 239–242: doi:10.1093/schbul/sbp141.
- Rothschild, A. J. (1995). Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: efficacy of a drug holiday. *Am J Psychiatry*, 152(10), 1514–1516: doi:10.1176/ajp.152.10.1514.
- Samuel, N. G. & Seifert, C. F. (2017). Risk of Bleeding in Patients on Full-Dose Enoxaparin With Venous Thromboembolism and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Ann Pharmacother*, 51(3), 226–231: doi:10.1177/1060028016677309.
- Samuels, J. A., Franco, K., Wan, F. & Sorof, J. M. (2006). Effect of stimulants on 24-h ambulatory blood pressure in children with ADHD: a double-blind, randomized, cross-over trial. *Pediatr Nephrol*, 21(1), 92–95: doi:10.1007/s00467-005-2051-1.
- Schalekamp, T., Klungel, O. H., Souverein, P. C. & de Boer, A. (2008). Increased bleeding risk with concurrent use of selective serotonin reuptake inhibitors and coumarins. *Arch Intern Med*, 168(2), 180–185: doi:10.1001/archinternmed.2007.32.
- Schmitz, B. (2006). Effects of antiepileptic drugs on mood and behavior. *Epilepsia*, 47 Suppl 2, 28–33: doi:10.1111/j.1528-1167.2006.00684.x.

- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L. & Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373(9678), 1874–1882: doi:10.1016/S0140-6736(09)60658-9.
- Seitz, D. P. & Millson, R. C. (2004). Quetiapine in the management of psychosis secondary to Huntington's disease: a case report. *Can J Psychiatry*, 49(6), 413: doi:10.1177/070674370404900617.
- Seppi, K., Weintraub, D., Coelho, M., Perez-Lloret, S., Fox, S. H., Katzen-schlager, R. & Sampaio, C. (2011). The Movement Disorder Society Evi-dence-Based Medicine Review Update: Treatments for the non-motor symp-toms of Parkinson's disease. *Mov Disord*, 26 Suppl 3, S42–80: doi:10.1002/mds.23884.
- Serebruan, V. L. (2006). Selective serotonin reuptake inhibitors and increased bleeding risk: are we missing something? *Am J Med*, 119(2), 113–116: doi:10.1016/j.amjmed.2005.03.044.
- Serretti, A. & Chiesa, A. (2009). Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*, 29(3), 259–266: doi:10.1097/JCP.0b013e3181a5233f.
- Shalev, A., Hermesh, H. & Munitz, H. (1989). Mortality from neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychiatry*, 50(1), 18–25.
- Shapiro, H. I. & Davis, K. A. (2015). Hypercalcemia and “primary” hyperpara-thyroidism during lithium therapy. *Am J Psychiatry*, 172(1), 12–15: doi:10.1176/appi.ajp.2013.13081057.
- Shin, J. Y., Park, M. J., Lee, S. H., Choi, S. H., Kim, M. H., Choi, N. K. & Park, B. J. (2015). Risk of intracranial haemorrhage in antidepressant users with concurrent use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: nationwide propen-sity score matched study. *BMJ*, 351, h3517: doi:10.1136/bmj.h3517.
- Sirven, J. I. (2016). Management of Epilepsy Comorbidities. *Continuum (Min-neap Minn)*, 22(1 Epilepsy), 191–203: doi:10.1212/CON.000000000000268.
- Smith, J. H., Smith, V. D., Philbrick, K. L. & Kumar, N. (2012). Catatonic disor-der due to a general medical or psychiatric condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 24(2), 198–207: doi:10.1176/appi.neuropsych.11060120.
- Tanrikut, C., Feldman, A. S., Altemus, M., Paduch, D. A. & Schlegel, P. N. (2010). Adverse effect of paroxetine on sperm. *Fertil Steril*, 94(3), 1021–1026: doi:10.1016/j.fertnstert.2009.04.039.
- Targownik, L. E., Bolton, J. M., Metge, C. J., Leung, S. & Sareen, J. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors are associated with a modest increase in the risk of upper gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol*, 104(6), 1475–1482: doi:10.1038/ajg.2009.128.
- Taylor, D., Barnes, T. R. E. & Young, A. H. (2018). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Retrieved from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5349044>.
- Taylor, M. A. & Fink, M. (2003). Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry*, 160(7), 1233–1241: doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1233.

- Taylor, M. J., Rudkin, L., Bullemor-Day, P., Lubin, J., Chukwujekwu, C. & Hawton, K. (2013). Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev*(5), Cdo03382: doi:10.1002/14651858.CD003382.pub3.
- ten Holt, W. L., van Iperen, C. E., Schrijver, G. & Bartelink, A. K. (1996). Severe hyponatremia during therapy with fluoxetine. *Arch Intern Med*, 156(6), 681-682: doi:10.1001/archinte.156.6.681.
- Thompson, A., Silverman, B., Dzeng, L. & Treisman, G. (2006). Psychotropic medications and HIV. *Clin Infect Dis*, 42(9), 1305-1310: doi:10.1086/501454.
- Van Amelsvoort, T., Bakshi, R., Devaux, C. B. & Schwabe, S. (1994). Hyponatremia associated with carbamazepine and oxcarbazepine therapy: a review. *Epilepsia*, 35(1), 181-188: doi:10.1111/j.1528-1157.1994.tb02930.x.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., Fromont, V. & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Crit Care*, 16(3), R73: doi:10.1186/cc11330.
- Vetter, V. L., Elia, J., Erickson, C., Berger, S., Blum, N., Uzark, K. & Webb, C. L. (2008). Cardiovascular monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for attention deficit/hyperactivity disorder [corrected]: a scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young Congenital Cardiac Defects Committee and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation*, 117(18), 2407-2423: doi:10.1161/circulationaha.107.189473.
- Vidal, X., Ibanez, L., Vendrell, L., Conforti, A. & Laporte, J. R. (2008). Risk of upper gastrointestinal bleeding and the degree of serotonin reuptake inhibition by antidepressants: a case-control study. *Drug Saf*, 31(2), 159-168: doi:10.2165/00002018-200831020-00005.
- Vieweg, W. V., Hasnain, M., Howland, R. H., Hetteima, J. M., Kogut, C., Wood, M. A. & Pandurangi, A. K. (2012). Citalopram, QTc interval prolongation, and torsade de pointes. How should we apply the recent FDA ruling? *Am J Med*, 125(9), 859-868: doi:10.1016/j.amjmed.2011.12.002.
- Wallerstedt, S. M., Gleerup, H., Sundstrom, A., Stigendal, L. & Ny, L. (2009). Risk of clinically relevant bleeding in warfarin-treated patients--influence of SSRI treatment. *Pharmacoevidiol Drug Saf*, 18(5), 412-416: doi:10.1002/pds.1737.
- Watanabe, N., Omori, I. M., Nakagawa, A., Cipriani, A., Barbui, C., Churchill, R. & Furukawa, T. A. (2011). Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*(12), Cdo06528: doi:10.1002/14651858.CD006528.pub2.
- Willig, J. H., Abrams, S., Westfall, A. O., Routman, J., Adusumilli, S., Varshney, M. & Mugavero, M. J. (2008). Increased regimen durability in the era of once-daily fixed-dose combination antiretroviral therapy. *Aids*, 22(15), 1951-1960: doi:10.1097/QAD.0bo13e32830efdf79.

- Winterstein, A. G., Gerhard, T., Shuster, J., Johnson, M., Zito, J. M. & Saidi, A. (2007). Cardiac safety of central nervous system stimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 120(6), e1494–1501: doi:10.1542/peds.2007-0675.
- Wise, M. G., Rundell, J. R. & American Psychiatric, P. (2002). *The American Psychiatric Publishing textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Yun, L. W., Maravi, M., Kobayashi, J. S., Barton, P. L. & Davidson, A. J. (2005). Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 38(4), 432–438: doi:10.1097/01.qai.0000147524.19122.fd.
- Zaccara, G., Gangemi, P. F. & Cincotta, M. (2008). Central nervous system adverse effects of new antiepileptic drugs. A meta-analysis of placebo-controlled studies. *Seizure*, 17(5), 405–421: doi:10.1016/j.seizure.2007.12.003.
- Zivin, K., Pfeiffer, P. N., Bohnert, A. S., Ganoczy, D., Blow, F. C., Nallamothu, B. K. & Kales, H. C. (2013). Evaluation of the FDA warning against prescribing citalopram at doses exceeding 40 mg. *Am J Psychiatry*, 170(6), 642–650: doi:10.1176/appi.ajp.2013.12030408.
- Zivin, K., Pfeiffer, P. N., Bohnert, A. S., Ganoczy, D., Blow, F. C., Nallamothu, B. K. & Kales, H. C. (2014). Safety of high-dosage citalopram. *Am J Psychiatry*, 171(1), 20–22: doi:10.1176/appi.ajp.2013.13081052.

12. Psykologisk behandling inom konsultation-liaison-psykiatri

THOMAS HESSLOW

Sammanfattning

Psykologisk behandling inom konsultationspsykiatri följer principen om stepped care, alltifrån psykopedagogiska insatser, med validering och normalisering som grund, förmedlad av konsultpsykiatri och somatisk personal, över grupp- och internetbehandling till individualiserad psykoterapi av särskilt utbildade psykoterapeuter för komplex problematik.

Förutom kognitiva metoder är exponering för situationer och känslor en central komponent i psykoterapi med dessa patientgrupper.

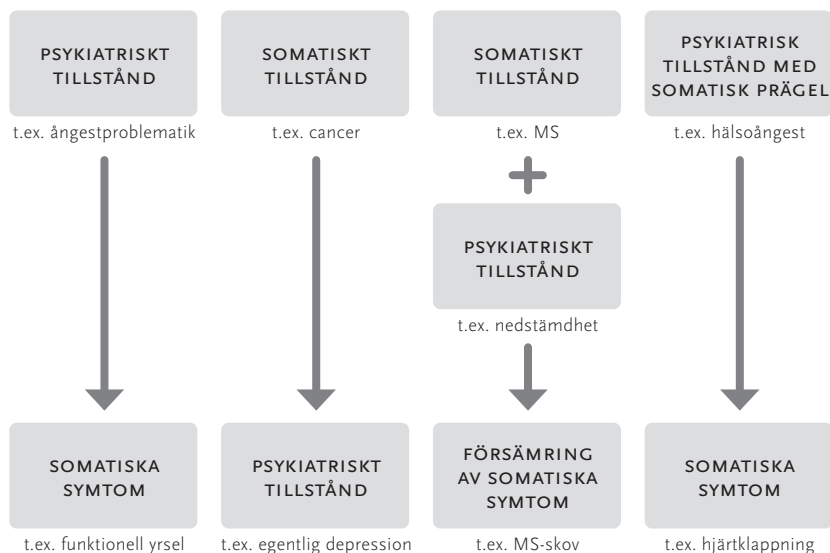
För en stor andel av patienterna inom den somatiska vården bidrar psykologiska processer till att förvärra tillstånden och att förlänga sjukhusvistelser. Ibland är de somatiska och psykologiska processerna orelaterade, men ofta hänger de samman. Det här kapitlet går igenom några av de centrala behandlingskomponenter som ingår i psykologisk behandling inom konsultationspsykiatri, diskuterar översiktligt forskningsstödet för dessa och skissar en grund för hur stegvisa insatser kan se ut för denna patientgrupp.

Psykologisk behandling – för vem

Sambanden mellan somatiska och psykiatriska tillstånd är komplexa, men något förenklat kan vi tala om att det finns fyra typer av patienter inom somatisk vård, där psykologisk behandling kan fylla en viktig funktion:

- Den första typen är somatiska tillstånd som *orsakas* av psykiatrisk problematik (som till exempel vissa funktionella symtom, vissa former av IBS och vissa former av smärtproblematik).
- Den andra typen är psykiatriska tillstånd som *utlösts av somatiska tillstånd* (som till exempel cancerrelaterad ångestproblematik eller postpartumdepression).
- Den tredje typen är patienter med somatiska tillstånd som kan *förvärras av* psykiatrisk problematik (som till exempel MS).
- Den fjärde typen är psykiatriska tillstånd som *handlar om oro för somatisk sjukdom* (som hälsoångest).

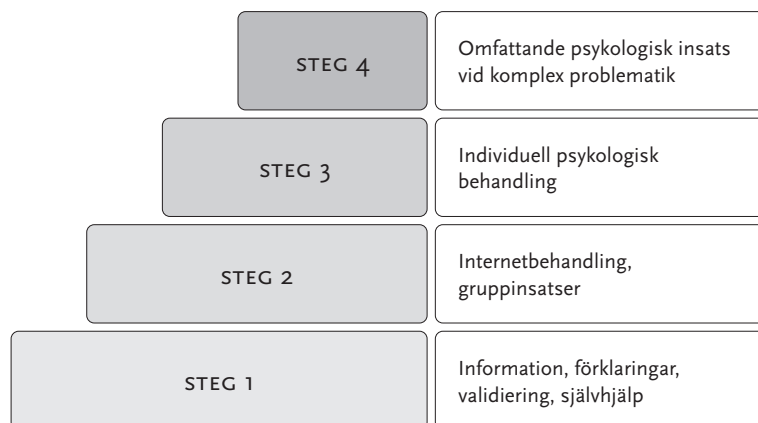
Oavsett hur orsakskedjan ser ut så har psykologisk behandling en tydlig roll att spela vid dessa tillstånd, och vården har mycket att vinna, både ur kvalitets- och kostnadseffektivitetssynpunkt, om vi kan öka tillgängligheten till både låg- och högintensiva psykologiska interventioner.



Figur 12. Schematiska samband mellan psykiatriska och somatiska tillstånd.

Stegvis vårdorganisation för psykologisk behandling

Behovet av psykologiska insatser är ofta mångfalt större än tillgången på specialiserad personal inom vården, som psykologer, psykoterapeuter och annan vårdpersonal med någon form av grundläggande psykoterapiutbildning. Det är därför av yttersta vikt att dessa resurser förvaltas väl och sätts in i ett effektivt system, där olika patienter erbjuds olika vårdnivåer, beroende på omfattningen av problematiken och hur snabbt patienten svarar på behandling. Även om forskningen än så länge är i sin linda vad gäller stegvis vård för psykologisk behandling inom somatisk vård, så finns det ett antal studier som ger stöd för stegvis vård inom närliggande fält.



Figur 13. Stegvis vård för psykologisk behandling inom somatisk vård.

I ett första vårdsteg bör i princip all vårdpersonal kunna ge grundläggande diagnostisk information och ge en övergripande förklaring kring de sannolika orsakerna bakom tillståndet. Eftersom det handlar om en patientgrupp som många gånger har genomgått många medicinska undersökningar och själva tenderar att antingen söka vård för ofta eller för sällan så finns det mycket att göra för att guida patienten rätt samt bemöta patienten på ett vänligt och validerande sätt.

Behandlare: Vi hittar inga fysiska fel på din kropp med de vanliga undersökningarna. Men det verkar helt klart som om din kropp är stressad, vilket troligtvis orsakar den här smärtan och de här andra symtomen som du beskriver.

Vårdpersonal bör också kunna rekommendera självhjälpslitteratur och informationsbroschyrer som patienten kan införskaffa och arbeta med på egen hand.

Om detta första steg inte är tillräckligt kan patienten med fördel remitteras till internet- eller gruppbehandling för ett andra steg. Internetbehandling innebär i nuläget oftast psykologisk behandling utifrån självhjälpsmaterial med minimalt terapeutstöd via e-mail. I nuläget erbjuder exempelvis internetpsykiatri vid Psykiatri Sydväst i Stockholm KBT-behandling för hälsoångest och IBS till hela Sverige. Känslfokuserad behandling för kroppsliga besvär är under utveckling vid Karolinska Institutet och kommer sannolikt på sikt att kunna erbjudas inom vården.

Steg två kan också ske i form av psykologisk behandling i grupp, men bör erbjudas av personer som i första hand arbetar med detta och som har god kännedom om patientgruppen. Dessa insatser kan exempelvis utgå från någon av de exponeringsmanualer som beforskats vid Karolinska Institutet.

En annan gruppinsats är den känslfokuserade psykodynamiska behandlingen *Emotional Awareness and Expression Therapy* (EAET), som uppvisat goda resultat både i gruppformat och individuellt i flera randomiserade – kontrollerade – studier.

I det tredje steget bör psykologisk behandling erbjudas i individuellt format för att tillåta en detaljerad individanpassning av behandlingen.

Slutligen bör personer med mer komplex problematik, där patienterna utöver omfattande kroppsliga besvär har neuropsykiatrisk eller psykiatrisk samsjuklighet, som ätstörningar, personlighetsyndrom eller psykossjukdom, erbjudas ett fjärde steg. I detta steg bör den psykologiska behandlingen erbjudas i individuellt format antingen av psykiatriker eller av specialister inom den somatiska vården med den här typen av specialistkompetens. Exempel på sådana behandlingar kan vara exponeringsbaserad KBT, med inslag av färdighetsträning från dialektisk beteendeterapi, DBT, eller transdiagnostiska psykodynamiska modeller, som visat sig effektiva både för psykiatriska och somatiska besvär.

I det följande beskrivs dessa steg i större detalj, med konkreta exempel på hur psykologiska interventioner kan ta sig uttryck på respektive nivå, och vilka som är de centrala behandlingskomponenterna.

Steg 1: Ett validerande bemötande och information

Generella psykologiska principer inom konsultationspsykiatri

Då rädsla och ångest är känslomässiga processer, som ofta förvärrar eller orsakar somatiska symtom, finns det stor anledning för var och en som träffar den här målgruppen att konsekvent anstränga sig för att bemöta patienten på ett adekvat sätt – en trygg patient är sannolikt en patient som läker bättre.

En av de första utmaningarna i detta arbete är att många av patienterna har egna förklaringar, som många gånger går på tvärs med de biomedicinska och psykologiska förklaringsmodellerna. Patienter kan till exempel förklara att de har symtom, eftersom de drabbats av en ovanlig sjukdom som svensk sjukvård inte kan testa för, att de har ovanliga allergier eller till och med att de har ont, eftersom de fått ett chip inopererat av utländska spioner. Som behandlare har man här stora möjligheter att hjälpa patienten att förstå sig själv på ett nytt sätt – men vi löper också risken att såra patienterna om vi inte kan bemöta dem på ett respektfullt sätt.

En central strategi i att skapa en stark samarbetsallians med patienten är *validering*. Genom att med kroppsspråk och ord visa att vi lyssnar, kan relatera till och sammanfattar det patienten säger lägger vi grunden för en ömsesidigt respektfull relation. Även om vi inte håller med patienten så kan vi alltid erbjuda någon form av förståelse och accepterande hållning. Vi kan också hjälpa patienten att förstå sina reaktioner genom att *normalisera* och påtala hur reaktionerna är rimliga givet omständigheterna. Och inte minst hjälpa patienten att sätta ord på känslor kopplade till vårdprocessen.

För att hjälpa patienten att hantera sin situation är det även viktigt att redovisa sina hypoteser, prata om dem som sådana och att så mycket som möjligt vara *transparent*. När det kommer till beslut om vilka remisser som ska skrivas och behandlingar som ska inledas bör patienten ges tydlig information om alternativ, konsekvenser och att det är patienten själv som, inom de givna ramarna, beslutar sig för vilken väg som ska tas: patienten är *fri att välja*.

Snarare än att insistera och försöka övertala patienten att inleda exempelvis en undersökning så bör behandlaren nyfiket undersöka patientens motstånd och skepsis, men samtidigt hjälpa patienten att reflektera över för- och nackdelar med beteendet. Det här är

strategier som bland annat går att läsa mer om inom litteraturen som avhandlar *motiverande samtal* (MI). Här är ett exempel på hur validering och utforskande av patientens motstånd kan låta:

Patienten: Det måste finnas någon mer undersökning att göra!

Behandlaren: Jag önskar också att vi hade fler saker att undersöka. Men nu har vi gått igenom alla standardundersökningarna utan att hitta något. Det betyder så klart inte att du inte mår dåligt.

Patienten: Ni måste ha missat något.

Behandlaren: Det är möjligt att vi har missat något. Jag förstår att det kan vara frustrerande att behöva gå igenom alla undersökningarna och sen kommer det inte ut något tydligt svar av det.

Patienten: Nu kommer ni säkert försöka pracka på mig antidepressiva igen!

Behandlaren: Vi kommer inte att pracka på dig någonting. Men om du vill undersöka om det finns känslomässiga eller psykologiska processer som påverkar ditt tillstånd så skulle vi kunna diskutera det. För många av våra patienter är det hjälpsamt.

Patienten: Nej, det här har inget med psykologi att göra.

Behandlaren: Okej. Du ser inte att det här har med psykologi att göra.

Patienten: Nej, det gör jag inte.

Behandlaren: Okej. Det är helt okej. Vi har ingen rätt att pracka på dig någonting som du inte vill ha.

När motståndet är så här starkt som i exemplet är det viktigt att ta sig gott om tid för att undersöka vad det är som vidmakthåller motståndet. Vissa patienter kan då beskriva tidigare negativa och/eller traumatiska erfarenheter, där de lärt sig att använda sig av skepsis och misstänksamhet för att känna sig mer trygga.

Förklaringar och grundläggande information om tillståndet

Det första steget i psykologisk behandling för psykologiska besvär relaterade till somatisk problematik är att ge en förklaring som patienten

kan förstå utifrån sin kunskapsram och världsbild. Saklig information om tillståndet och formulering av en trovärdig hypotes om tillståndets orsaker kan för många patienter vara tillräckligt för att minska det psykologiska lidandet signifikant.

Så här skulle man kunna förmedla en enkel förklaring när en patient har funktionella magbesvär:

Nu har du gått igenom flera medicinska undersökningar av ditt hälsotillstånd, och vi har då sett att det inte verkar finnas någon medicinsk orsak som förklarar dina besvär. Jag har diskuterat ditt tillstånd med andra specialister och de delar min bild.

Dina omfattande svårigheter med diarréer och smärtor i magen tycks alltså inte bero på exempelvis en tumör eller en inflammatorisk sjukdom. Det verkar snarare som om din tarm reagerar väldigt kraftigt när du blir stressad. Det är som om din kropp har väldigt lätt för att bli rädd, och när den blir rädd så sätter sig rädslan i tarmen och magen.

Det du har beskrivit är att problemen kan uppstå på jobbet, i samband med konflikter och i samband med möten med dina kolleger. Av någon anledning sätter detta i gång kroppens eget larmsystem, och det får alltså din tarm att reagera som om du var utsatt för livsfara.

Evolutionärt har detta larmsystem haft ett viktigt överlevnadsvärde, så att vi snabbt ska kunna flytta kroppens inre resurser från exempelvis tarmarna till muskler för att kunna springa i väg från ett yttre hot. I ditt fall är hotet snarare inre, det är alltså inte kopplat till att fly från ett rovdjur: din kropp tycks bli rädd för olika känslomässiga reaktioner du har i påfrestande situationer. Vad tror du om den typen av förklaring, ligger det någonting i den?

En förklaring kan följas upp av rekommendationer om böcker och broschyrer att läsa, som på ett tydligt sätt förklarar och avdramatiserar symtomen. Hoppfull – om än realistisk – information bör också ges för att bidra till att patienten återfår tron på återhämtning.

Den här typen av förklaring kan också vara en väg in i nästa steg i behandlingen: arbete med att kartlägga patientens tankar och idéer om smärtan och/eller symtomen.

Steg 2: Psykologisk behandling i grupp och via internet

Att tänka kring symtom: kognitiva interventioner

Efter ett första steg med generell och övergripande information kan man gå vidare till ett andra steg, som är att i större detalj undersöka specifika händelser och hur dessa hänger samman med symtomfluktuationer.

Detta fokus fyller en dubbel funktion: vi hjälper patienten att å ena sidan öka sina självobserverande förmågor, och vi får å andra sidan möjligheten att tillsammans med patienten nyansera olika eventuella kognitiva fällor kopplade till symtomen.

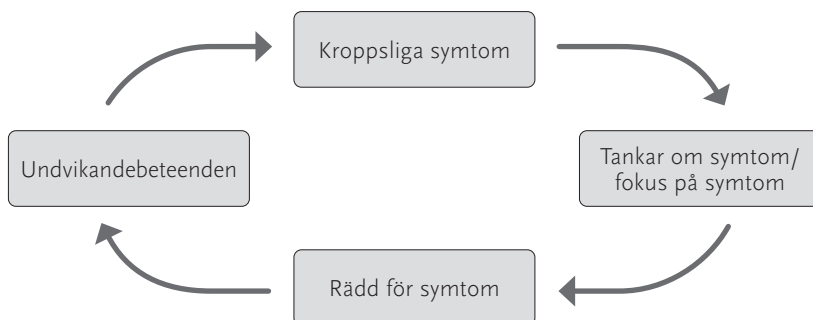
I KBT-behandling är det vanligt att man gör detta på ett strukturerat sätt, genom att låta patienten fylla i en dagbok där hen får registrera påfrestande situationer, vad hen haft för inre reaktioner och vad hen gjort för beteenden för att hantera dessa reaktioner. Se tabell 11 för ett exempel på hur detta kan se ut.

Tabell 11. Exempel på hur en beteendedagbok kan se ut.

Situation	Känslomässiga/ kroppsliga reaktioner	Tankar	Beteenden jag gjorde för att hantera symtomen
Pratade med chefen, som inte höll med mig om hur jag skulle lägga upp en plan för nästa vecka.	Irriterad, ledsen, ont i magen, lös i magen.	Att det alltid kommer att kännas så här, att vad jag än gör så kommer jag att må dåligt, jag kanske har någon allvarlig sjukdom.	Gick på toaletten många gånger, gick hem tidigt från jobbet, la mig och vilade.

Som en del av det kognitiva arbetet kan man även diskutera, och rita upp, en möjlig kausal modell för hur olika beteenden som kortsiktigt känns lugnande i själva verket bidrar till en ond cirkel som leder till förvärrade symtom i längden. Uppmärksamheten och tankar på symtom kan leda till oro och rädsla för symtomen, vilket i sin tur kan föranleda undvikandebeteenden som i stunden kanske gör att oro minskar (till exempel att ringa till 1177 för att dubbelkolla något), men som i längden leder till mer eller oförändrade kroppsliga symtom.

Att hjälpa patienten att tänka kring möjliga kausala modeller för de inre processerna är en viktig del i arbetet med att öka de självobserverande förmågorna.



Figur 14. Ond cirkel kring kroppsliga symtom.

En annan typisk kognitiv intervention är ”mullvadstekniken”, som kortfattat går ut på att undersöka hur explicita tankar hänger samman med mer implicita tankar.

Detta kan man göra genom att upprepade gånger ställa frågan: ”... och vad är det värsta med det?”

Patienten: Jag är så rädd att det är cancer.

Terapeuten: Vad skulle vara det värsta med det, om det är cancer?

Patienten: Att jag kanske kommer att behöva cellgiftsbehandling.

Terapeuten: Och vad skulle vara det värsta med det?

Patienten: Hmm ... att jag kommer att bli svag och sårbar.

Terapeuten: Och vad är det värsta med att vara svag?

Patienten: Att jag kanske dör.

Terapeuten: Och vad skulle vara det värsta med att dö?

Patienten: Att inte kunna finnas där för mina barn (faller några tårar).

Terapeuten: Så på något sätt så hänger din oro över symptomen ihop med kärleken som du känner för dina barn?

Den här typen av dialog kan hjälpa patienten att få mer perspektiv och distans till sina orostankar och att sätta ord på känslomässiga processer, vilket i sig kan vara symptomreducerande.

Att exponera sig för symtom och situationer: beteendeförändring

Under de senaste åren har fler och fler behandlingsstudier tonat ner användningen av kognitiva interventioner och i stället fokuserat på beteendeförändring: *exponering*. Genom att upprepat öva på att utsetta sig för ångestladdade situationer och ångestladdade symtom – sluta undvika – så kan patienten upplevelsemässigt bryta den onda cirkel som finns beskriven ovan, vilket ofta reducerar symptomets frekvens och intensitet.

Typiskt för exponeringsbehandling är att man gör en lista över ångestladdade situationer och rangordnar dem utifrån deras svårighetsgrad, en så kallad ångesthierarki. Det kan till exempel handla om att äta maträtter som tidigare undvikits, göra hälsoundersökningar, lyfta tunga saker ur bakluckan på en bil, titta på en informationsfilm om cancer, sluta söka efter information om sjukdomar på nätet och så vidare. En viktig aspekt av detta är att hitta situationer som skapar obehagliga inre upplevelser, som exempelvis en gasig mage, så att man då kan öva på att stanna kvar och exponera sig för detta inre obehag (så kallad interoceptiv exponering). När man rangordnat de olika situationerna så kan man öva på att utsätta sig för dem, och i samråd med en behandlare eller på egen hand anstränga sig för att göra det gradvis svårare och svårare över tid.

Det är viktigt att patienten själv styr över exponeringen och själv får välja takt och omfattning på exponeringen, även om behandlaren har som uppgift att uppmuntra patienten att sikta så högt som möjligt.

En variant på exponeringsbehandling är *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), som under de senaste 20 åren etablerats som en evidensbaserad behandling för olika somatiska och psykiatriska tillstånd. I synnerhet används ACT för att behandla olika smärttillstånd, både för att utveckla acceptans för smärta som inte går att bota, och också för att acceptans av känslor, tankar och andra reaktioner som hänger samman med smärtan kan bidra till att smärtan minskar eller till och med försvinner. En central behandlingskomponent för att lära ut acceptans inom ACT är olika former av mindfulnessövningar, vilket går att se som en form av exponering för inre reaktioner och upplevelser.

Exponeringsbehandling har visat sig vara effektivt för exempelvis IBS, fibromyalgi, kronisk smärta och hälsoångest. Effekten av exponeringsbehandling vid psykogena icke-epileptiska anfall har dock visat sig vara liten.

Man har i flertalet studier kunnat visa att exponering för kroppsliga reaktioner, eller ångestladdade situationer och rörelser som hänger samman med symtomen, är mer effektivt än behandlingar som betonar kognitiva interventioner och/eller avslappningsmoment. För många patienter är det fullt tillräckligt att exponera på egen hand, med instruktioner i en bok, och forskningen tyder på att internet-KBT med minimal terapeutkontakt kan vara lika effektivt som att träffa behandlaren face-to-face, åtminstone i behandling av hälsoångest och kroppssyndrom.

Standard-KBT, som baseras på exponering, är effektivt för att behandla många kroppsliga besvär och psykiatriska besvär relaterade till dessa, men för många tillstånd – exempelvis smärtproblematik – är effekterna blygsamma. I en nyligen publicerad översikt hade KBT små effekter på smärta, och i genomsnitt ingen effekt ($d = 0,09$) i jämförelse med aktiva kontrollgrupper. Och vid exempelvis fibromyalgi framkommer att bara 13 procent av studiedeltagare som erhållit KBT uppnår en markant förbättring vad gäller smärtsymtom.

På grund av detta sker det nu mycket arbete med att utveckla varianter av KBT och andra psykologiska behandlingar som adresserar ytterligare psykologiska processer, som förhoppningsvis kan vara mer effektiva.

Steg 3 och 4: Individuell psykologisk behandling

Om patienten behöver ännu mer stöd och hjälp med exponering och kognitivt arbete så kan man gå till nästa steg och erbjuda individuell psykologisk behandling. Förutom att då fördjupa de processer som beskrivits ovan kan man även introducera exponering för känslor.

Att exponera sig för känslor: känslofokuserad terapi

Parallellt med utvecklingen av exponeringsbehandling, som fokuserar på situationer och symtom, finns det flera forskargrupper som undersöker hur känslomässiga processer hänger samman med kroppsliga besvär. Man har då tagit till vara bland annat den forskning som indikerar att vissa kroppsliga besvär är korrelerade med en självrapporterad historia av stressfyllda och/eller traumatiska händelser. Man har även undersökt den forskning som visar starka korrelationer mellan förekomst av negativa känslor och uteblivna behandlingsresultat. Dessa behandlingar betonar arbete med att exponera sig för känslor

kopplade till aktuella eller tidigare stressfyllda händelser, och att utforska nya strategier för att hantera dessa känslor.

En sådan exponering kan gå till så att man ber patienten beskriva en upprörande händelse, aktuell eller tidigare, och hjälper patienten att utforska känslor kopplade till händelsen. Genom att hjälpa patienten att fysiskt uppleva hela spektrat av olika känslor som finns inblandade kan man många gånger minska patientens stress och rädsla, vilket i sin tur kan leda till en reduktion i kroppsliga symtom.

Terapeuten: Så hur arg känner du dig på chefen när han skrev så där i mailet?

Patienten: Ganska arg.

Terapeuten: Hur upplever du det i kroppen?

Patienten: Som om jag vill sträcka på mig, och peka med fingret så här!

Terapeuten: Vad skulle du säga till chefen – om det inte fick några konsekvenser alltså? Om du kunde säga vad som helst.

Patienten: Jag skulle säga åt honom att han ska lita på mig och låta mig sköta mitt jobb!

Terapeuten: Vill din kropp göra någonting? Om ingenting höll den tillbaka alltså. I fantasin.

Patienten: Jag skulle ... jag skulle vilja hålla om hans armar och lyfta upp honom.

Terapeuten: Hur skulle han reagera då tror du?

Patienten: Jag tror att han skulle bli rädd.

Terapeuten: Hur skulle det kännas?

Patienten: Inte bra.

Terapeuten: Det verkar vara skuldkänslor som dyker upp där? Hur skulle du uttrycka dem?

Patienten: Jag ... jag skulle be om ursäkt. Han gör ett bra jobb egentligen. Men han har varit stressad på sistone och har gjort flera såna här förhastade grejor.

Terapeuten: Så i grunden känner du också omsorg för honom. Skulle du kunna använda dig av den informationen på något sätt för att hantera situationen med honom?

Patienten: Jag tror jag skulle behöva sitta ner och prata med honom om min situation. Han verkar inte riktigt förstå min situation.

Att hjälpa patienten att uppleva och uttrycka blandade känslor på det här sättet, som i exemplet ovan (ilska, skuld, omsorg), kan alltså leda till omedelbara minskningar i smärtsymtom och andra kroppsliga besvär. Det här exemplet är plockat från den psykodynamiska terapiformen *Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy* (ISTDP), som har ett alltmer robust evidensläge vid funktionella kroppsliga besvär.

Men det är inte bara inom det psykodynamiska fältet som känslor betonas, även studier på känslufokuserad KBT och EMDR betonar arbete med känslöexponering och känsloreglering. I ett flertal studier har man funnit att inslag av känslöexponering ger större effekter på symtombörda än standard-KBT, med fokus på ångestladdade symtom och situationer.

Man har även funnit att traumaexponering kan ha goda effekter för patienter med psykogena icke-epileptiska anfall och samtidigt posttraumatiskt stressyndrom.

Slutsats

Alltmer forskning visar att olika former av exponeringsbehandling kan vara effektiva insatser vid somatiska tillstånd, där det finns en psykologisk komponent. Vården bör bygga upp organisationer så att vi kan erbjuda patienter hela spektrat av psykologiska behandlingar, från minimala textbaserade insatser till utförliga individuella psykoterapier.

Sannolikt kan psykologisk behandling i framtiden komma att spela en allt större och mer specifik roll för att avlasta den somatiska vården. För många patienter kommer en utbyggd psykologisk behandling inom den somatiska vården innebära en snabbare väg till exempelvis farmakologiska insatser om man tidigt kan testa och utesluta psykologiska behandlingar.

För andra kommer utbyggnad att innebära en snabbare väg till psykologiska självhjälpsinterventioner eller längre, intensivare psykoterapier, och därmed en kortare väg till återhämtning, och i vissa fall bot.

Rekommenderad litteratur

- Abbass, A. & Schubiner, H. (2018). *Hidden from view: A clinician's guide to psychophysiological disorders*. Pleasant Ridge, MI: Psychophysiology Press.
- Dahl, J. & Lundgren, T. (2006). *Living beyond your pain: Using acceptance and commitment therapy to ease chronic pain*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hedman, E., Andersson, E., Axelsson, E., Leiler, P., Linde, J. & Ljótsson, B. (2016b). *Tänk om jag är sjuk!: fri från hälsoångest med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

Övrig litteratur

- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L. & De Meulemeester, C. (2020). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1–8.
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M. & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Effect of Internet vs Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Health Anxiety: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 2020; 77(9):915–924: doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0940.
- Bair, M. J., Ang, D., Wu, J., Outcalt, S. D., Sargent, C., Kempf, C. & Kroenke, K. (2015). Evaluation of stepped care for chronic pain (ESCAPE) in veterans of the Iraq and Afghanistan conflicts: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 175(5), 682–689.
- Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P. & Häuser, W. (2018). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain*, 22(2), 242–260.
- Boersma, K., Södermark, M., Hesser, H., Flink, I. K., Gerdle, B. & Linton, S. J. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, 160(8), 1708.
- Carty, J. N., Ziadni, M. S., Holmes, H. J., Tomakowsky, J., Peters, K., Schubiner, H. & Lumley, M. A. (2019). The effects of a life stress emotional awareness and expression interview for women with chronic urogenital pain: a randomized controlled trial. *Pain Medicine*, 20(7), 1321–1329.
- Chavooshi, B., Saberi, M., Tavallaie, S. A. & Sahraei, H. (2017). Psychotherapy for medically unexplained pain: a randomized clinical trial comparing intensive short-term dynamic psychotherapy and cognitive-behavior therapy. *Psychosomatics*, 58(5), 506–518.
- Craske, M. G., Wolitzky-Taylor, K. B., Labus, J., Wu, S., Frese, M., Mayer, E. A. & Naliboff, B. D. (2011). A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Behaviour research and therapy*, 49(6–7), 413–421.

- Flack, F., Stahlschmidt, L., Dobe, M., Hirschfeld, G., Strasser, A., Michalak, J. & Zernikow, B. (2018). Efficacy of adding interoceptive exposure to intensive interdisciplinatory treatment for adolescents with chronic pain: a randomized controlled trial. *Pain*, 159(11), 2223–2233.
- Glombiewski, J. A., Holzapfel, S., Riecke, J., Vlaeyen, J. W., de Jong, J., Lemmer, G. & Rief, W. (2018). Exposure and CBT for chronic back pain: An RCT on differential efficacy and optimal length of treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(6), 533.
- Goldstein, L. H., Robinson, E. J., Mellers, J. D., Stone, J., Carson, A., Reuber, M. & Pilecka, I. (2020). Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 491–505.
- Hann, K. E. & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 217–227.
- Hedman, E., Axelsson, E., Görling, A., Ritzman, C., Ronnheden, M., El Alaoui, S. & Ljotsson, B. (2014). Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 205(4), 307–314.
- Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M. & Ljotsson, B. (2016a). Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*, 209(5), 407–413.
- Hedman-Lagerlöf, M., Hedman-Lagerlöf, E., Axelsson, E., Ljótsson, B., Engelbrektsson, J., Hultkrantz, S. & Andersson, E. (2018). Internet-Delivered Exposure Therapy for Fibromyalgia. *The Clinical journal of pain*, 34(6), 532–542.
- Kleinstäuber, M., Allwang, C., Bailer, J., Berking, M., Brünahl, C., Erkc, M. & Hermann, A. (2019). Cognitive behaviour therapy complemented with emotion regulation training for patients with persistent physical symptoms: A randomised clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 88(5), 287–299.
- Kroenke, K., Bair, M. J., Damush, T. M., Wu, J., Hoke, S., Sutherland, J. & Tu, W. (2009). Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *Jama*, 301(20), 2099–2110.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., van Breukelen, G. J., de Jong, J. R., Heuts, P. H., Smeets, R. J. & Vlaeyen, J. W. (2008). Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 138(1), 192–207.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Publications.
- Linton, S. J. (2013). A transdiagnostic approach to pain and emotion. *Journal of applied biobehavioral research*, 18(2), 82–103.

- Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, E., Hesser, H., Lindfors, P., Hursti, T. & Andersson, G. (2011). Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial. *American journal of gastroenterology*, 106(8), 1481–1491.
- Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lackner, J. M., El Alaoui, S., Falk, L. & Nowinski, S. (2014). Provoking symptoms to relieve symptoms: a randomized controlled dismantling study of exposure therapy in irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 27–39.
- Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., Kidwell, K. M., Harte, S. E., Clauw, D. J. & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive-behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain*, 158(12), 2354.
- Maroti, D., Ek, J., Widlund, R.-M., Schubiner, H., Lumley, M., Lilliengren, P., Bileviciute-Ljungar, I., Ljótsson, B., Johansson, R. (in press). *Internet-based Emotional Awareness and Expression Therapy for Somatic Symptom Disorder – A Preliminary Efficacy Trial*. 10.31234/osf.io/4wx5b.
- McBeth, J., Morris, S., Benjamin, S., Silman, A. J. & MacFarlane, G. J. (2001). Associations between adverse events in childhood and chronic widespread pain in adulthood: are they explained by differential recall?. *Journal of Rheumatology*, 28, 2305–2309.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal – att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Myers, L., Vaidya-Mathur, U. & Lancman, M. (2017). Prolonged exposure therapy for the treatment of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Epilepsy & Behavior*, 66, 86–92.
- Niedtfeld, I., Schmitt, R., Winter, D., Bohus, M., Schmahl, C. & Herpertz, S. C. (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(5), 739–747.
- Sachs-Ericsson, N. J., Sheffler, J. L., Stanley, I. H., Piazza, J. R. & Preacher, K. J. (2017). When emotional pain becomes physical: adverse childhood experiences, pain, and the role of mood and anxiety disorders. *Journal of clinical psychology*, 73(10), 1403–1428.
- Shedden-Mora, M. C., Gross, B., Lau, K., Gumz, A., Wegscheider, K. & Löwe, B. (2016). Collaborative stepped care for somatoform disorders: A pre-post-intervention study in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 80, 23–30.
- Stone, J. (2016). Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment. *Practical Neurology*, 16(1), 7–17.
- Suárez, N. A., Pérez, J. M., Redolar-Ripoll, D., Hogg, B. M., Gardoki-Souto, I., Guerrero, F. G. & Moreno-Alcázar, A. (2020). EMDR versus treatment-as-usual in patients with chronic non-malignant pain: A randomized controlled pilot study. *Journal of EMDR Practice and Research*.

- Tabibnia, G., Lieberman, M. D. & Craske, M. G. (2008). The lasting effect of words on feelings: Words may facilitate exposure effects to threatening images. *Emotion*, 2008; 8(3): 307–317: doi: 10.1037/1528-3542.8.3.307.
- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K. & Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(12), e13143.
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D. & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders*.
- Wancata, J., Benda, N., Windhaber, J. & Nowotny, M. (2001). Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals?. *General hospital psychiatry*, 23(1), 8–14.
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K. & Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European journal of pain*, 17(4), 599–611.
- Williams, AC de C., Fisher, E., Hearn, L. & Eccleston, C. (2020) *Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020, Issue 8. Art. No: CD007407: doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub4. Accessed 02 December 2020.
- Yarns, B. C., Lumley, M. A., Cassidy, J. T., Steers, W. N., Osato, S., Schubiner, H. & Sultzer, D. L. (2020). Emotional Awareness and Expression Therapy Achieves Greater Pain Reduction than Cognitive Behavioral Therapy in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Randomized Comparison Trial. *Pain Medicine*.
- Ziadni, M. S., Carty, J. N., Doherty, H. K., Porcerelli, J. H., Rapport, L. J., Schubiner, H. & Lumley, M. A. (2018). A life-stress, emotional awareness, and expression interview for primary care patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 37(3), 282.

13. Hälso- och sjukvårdskurator i somatisk vård – arbete med patienter med psykisk ohälsa

DIANA LORENZ

Med utgångspunkt i den biopsykosociala modellen av hälsa fokuserar detta kapitel på de socioekonomiska faktorernas betydelse för hälsan. Hälso- och sjukvårdskuratorns arbetsfält och arbetsredskap presenteras, med exempel på samarbetsformer mellan kuratorer inom det somatiska vårdteamet och konsultpsykiatrien.

Kapitlet ger även en kort orientering i samhällets stödinsatser för målgruppen.

Kurator inom somatisk vård

Vår fysiska och psykiska hälsa är sammanvävd med vårt sociala sammanhang. Sämre socioekonomiskt utgångsläge ger högre risk att bli sjuk. Ohälsan i sin tur kan leda till ytterligare påfrestningar, till exempel svårigheter med utbildning, arbete, boende och ekonomi. Den kan även lägga hinder i vägen för att bilda familj, fungera i föräldrarollen och att behålla sitt sociala nätverk. Hälso- och sjukvårdskurator arbetar utifrån ett helhetsperspektiv, i syfte att stärka patientens och familjens förmåga att hantera påfrestningar och att motverka social problematik vid ohälsa. Egenmakt (att främja att människor inte missgynnas och att de tar till vara sina rättigheter och resurser) är ett centralt mål.

Inom somatisk sluten- och öppenvård arbetar kuratorn mestadels på remiss av läkare eller sjuksköterska. Vanliga remissorsaker är kriser och stressreaktioner⁴, praktiska svårigheter i livsföringen och andra faktorer som hindrar eller komplicerar behandling. Exempel kan vara att patienten inte har råd med läkemedel eller att leva på sjukpenningen, att patienten tackar nej till rehabilitering för att ingen annan kan ta hand om barnen, eller att sjukdomen sliter på relationerna i familjen. Insatsen inleds med utredning och bedömning av patientens levnadsförhållanden och stödbehov, antingen som en del i diagnosarbetet (se till exempel kapitel om funktionella tillstånd) eller inför planeringen av fortsatt kuratorskontakt. Kuratorns främsta verktyg är olika former av samtal med patienter och närstående: krissamtal, stödjande, bearbetande, rådgivande och motiverande samtal. Vid behov sker samverkan med instanser utanför vården.

Det kurativa arbetet har flera teoretiska utgångspunkter. Det psykodynamiska perspektivet, med fokus på anknytning och nära relationer, samt diverse verktyg inom KBT-paraplyet kräver ingen presentation. Utmärkande för det kurativa arbetet är även det salutogena synsättet med målet att stärka det friska och att göra tillvaron hanterbar, begriplig och meningsfull. Sist men inte minst ska nämnas de dubbla socialkonstruktionistiska och systemteoretiska perspektiven, vilka ger förståelse för hur människor tolkar och påverkar varandra i samspelet, processer på familj- och nätverksnivå och på grupp- och samhällsnivå.

Med sin ”helikopterblick” växlar kuratorn mellan de olika nivåerna.

Psykiska besvär, med koppling till somatisk sjukdom (krisreaktion, anpassningsstörning, oro, nedstämdhet, sorg med mera), är en vanlig remissorsak till kurator i somatisk vård. Behov av vägledning och stöd i motgångar är en annan. Kuratorssamtal främjar ändamålsenlig coping och bidrar till bearbetning av svåra upplevelser. Samtalsbehandling av psykiatriska sjukdomstillstånd, som depression eller ångestsyndrom, ingår dock inte i uppdraget.

Som framgår ovan, överlappar remissorsakerna till kurator och till konsultationspsykiatri till viss del varandra. För den medicinska personalen kan det ligga närmare till hands att remittera en patient som mår psykiskt dåligt till en kurator knuten till den egna vårdenheten än att koppla in en psykiater. En del patienter motsätter sig

4 Både psykologer och kuratorer arbetar med kriser, skillnaden är att kuratorn ofta kopplas in i direkt anslutning till den krisutlösande händelsen, medan psykologer kopplas in senare och i regel vid särskilt komplicerade krisreaktioner.

psykiatrisk kontakt (något som olyckligtvis förstärks av att psykiater tillhör en annan organisation), medan kuratorskontakt upplevs mindre stigmatiserande. Det förekommer att psykiatrisk bedömning då sker på kuratorns rekommendation. Den fördröjning av psykiatrisk bedömning som kan uppstå är dock förenad med risker.

Jag avråder även från att tillmötesgå förekommande önskemål från patienter, som har erbjudits behandlande samtal inom psykiatrin men tackat nej, och i stället vill ha remiss till kurator inom somatiken. Det kan äventyra patientsäkerheten.

När en remiss från somatisk vård kommer till konsultationspsykiatrin, bör man ta reda på om patienten har haft kontakt med kurator. Besöksanteckningarna kan ge en bild av patientens situation: boende, arbete, ekonomi, familj, nätverk, fritidsaktiviteter, hjälpinsatser, signifikanta livshändelser med mera brukar antecknas, vidare patientens egen beskrivning av sitt behov av stöd, kuratorns bedömning och målet med kontakten.

Samarbete med kurator inom somatisk vård under pågående psykiatrisk behandling

Nedanstående beskrivning gäller patienter med långvariga sjukdomar som har sin huvudsakliga behandling, inklusive kuratorskontakt, inom somatisk vård, och där psykiatrisk behandling pågår parallellt under en kortare eller längre tid. (Kuratorer som ingår i psykiatrins ordinarie verksamhet kan ha andra förutsättningar.) Genom informationsutbyte och samordning av insatser kan vi komplettera och dra nytta av varandra i arbetet med patienter med sammansatta behandlings- och stödbehov. Ett exempel kan vara patienter, vilkas somatiska sjukdom har lett till nedsatt fysisk och kognitiv funktion. Dessa patienter upplever stora svårigheter i livsföringen och reagerar inte sällan med ihållande negativa känslor, som otrygghet och oro, ilska, skuld, skam och uppgivenhet. Chanserna för framgångsrik behandling av deras psykiska mående ökar om de parallellt har en kuratorskontakt, för att hitta lösningar i vardagen och få rådgivning kring socialt eller ekonomiskt stöd.

Många somatiskt sjuka patienter, som har behövt sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa, känner ökad oro när sjukskrivningsperioden ska avslutas och de ska återgå i arbete. Detta är vanligt även bland arbetslösa, särskilt om de saknar a-kassa eller annan

trygg inkomst. Kurator kan hjälpa patienten att skaffa överblick, planera framåt och att ta nödvändiga kontakter, och kan genom detta bidra till större trygghet. Hänvisning till kurator inom somatisk vård inför avslutandet av sjukskrivningen fungerar som en markering att patientens oro är något normalt, och inte symtom på psykisk sjukdom.

Att kuratorn inte har kompetens eller mandat att fatta medicinska beslut utan uppfattas mer som rådgivare och stöd, underlättar för patienten att berätta om andra aspekter av sitt liv. Det kan bidra till att skifta fokus till det friska, till styrkor och möjligheter. Ibland kommer saker upp som är viktiga för diagnostik och behandling, men som patienten har svårare att berätta för läkaren. Kurator kan till exempel få höra patientens tolkning av vad doktorn har sagt och hur patienten resonerar. Till läkaren kanske patienten har sagt att hen vill avbryta behandlingen med den nya medicinen för att den inte verkar ge effekt, kuratorn får höra att medicinen är dyr och att patienten vändas för att inte ha råd med julklappar till barnen. Och tvärtom: kuratorn kan undra om det är meningsfullt att fortsätta, då patientens boendeproblem inte går att lösa, medan psykiatrisjuksköterskan ser att patientens ångestsymtom har lättat sedan hen började träffa kuratorn.

Genom att föra flerstämmiga diskussioner drar vi nytta av varandras yrkeskompetens, vilket bidrar till bättre kvalitet, patientsäkerhet och kontinuitet. Att arbeta i team skyddar mot negativa effekter av etisk stress. Vi tar åt oss mer och känner oss mer utsatta när vi konfronteras med problem som ligger utanför den egna professionsrollen.

Många eldsjälur inom vården upplever oerhörd frustration över att det är så svårt att få samhällets hjälp med saker deras patienter är i uppenbart behov av – kurator i teamet kan, om inte lösa problemet, så åtminstone avlasta kollegans tvivel kring om vi verkligen har gjort allt vi kunnat.

Rekommenderad litteratur

Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (2014). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lundin, A., Benkel, I., de Neergaard, G. et al. (2019). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

(Det brukar finnas lokal information om kuratorers arbete, kontaktvägar med mera, på den somatiska vårdenhetens hemsida.)

14. Juridiska och etiska frågor inom CL-psykiatri

BJÖRN OWE-LARSSON OCH LARS WAHLSTRÖM

Konsultpsykiatern träffar regelmässigt på etiska frågor i gränslandet mellan somatik och psykiatri. Gemensamt för många av dessa är patientens rätt och förmåga till självbestämmande. I exempelvis reproduktionsmedicin, inför transplantation eller inför avslutning av dialys krävs en hög beredskap för att hantera och initiera etiska samtal med konsulterande personal. Frågan om tvång inom vården är extra delikat, när det rör patienter i somatisk sjukvård.

Detta kapitel lyfter de två teman där etiska frågor är särskilt närvarande; LPT inom somatiken respektive bedömning av patienters beslutsförmåga.

LPT inom somatisk vård

BJÖRN OWE-LARSSON

Bakgrund

All psykiatrisk och somatisk vård sker enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). LPT innefattar kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (LPT 1 §).

Det är inte ovanligt att en patient som vårdas på sjukhus har behov av både somatisk vård och psykiatrisk tvångsvård. Den psykiatriska tvångsvården kan då bedrivas på den somatiska sjukvårdsen-

heten, vilket förtydligas i Socialstyrelsens handbok gällande tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:118):

Tilläggas bör att det inte finns något hinder mot att psykiatrisk tvångsvård ges på en annan sjukvårdsenhet än en psykiatrisk. En patient med exempelvis en akut hjärtinfarkt och psykos eller en svår kroppsskada i kombination med en allvarlig psykisk störning kan vårdas på en somatisk avdelning och samtidigt behöva psykiatrisk tvångsvård. En för psykiatrisk vård ansvarig läkare kan i samråd med en för somatisk vård ansvarig läkare besluta att en patient som vårdas enligt LPT ska för viss tid vårdas på en somatisk enhet. Psykiatrikern har då ansvaret för den psykiatriska vården medan läkaren på den somatiska enheten ansvarar för den somatiska vården.

I sådant fall vårdas patienten inom slutenvård vid två kliniker, dels somatiken, dels psykiatrin, varvid psykiatrin bedriver sin del av vården på den somatiska enheten. Vid den psykiatriska kliniken ska det finnas en bakavdelning som ansvarar för tvångsvården och psykiatriska bedömningar av patienten. Specialist inom psykiatrin, med chefsöverläkaruppdrag (benämns fortsättningsvis chefsöverläkaren) vid denna enhet, ansvarar för LPT-vården för patienten ifråga inklusive tvångsvårdsbeslut. Under jourtid är den psykiatriska bakjouren ansvarig för LPT-vården. Patienten bör bedömas dagligen på den somatiska enheten av ansvarig psykiater.

Psykiatrisk omvårdnadspersonal (extravak) närvarar hos patienten på den somatiska enheten, och denna personal utgår vanligen från den psykiatriska bakavdelningen. På vissa sjukhus finns dock andra lokala överenskommelser mellan psykiatrin och somatiken, som anger vilken enhet som ansvarar för extravak om dessa ej utgår från den psykiatriska bakavdelningen.

Vårdintyget förvaras lämpligen på den psykiatriska bakavdelningen.

En patient kan även vårdas enligt rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV) på somatisk enhet, och likartad handläggning som beskrivs ovan gäller även i sådant fall. LRV kommer i fråga för en patient med allvarlig psykisk störning, i behov av psykiatrisk heldygnsvård, som vägrar eller ej ger samtycke till vården, och som dessutom är frihetsberövad enligt annan lag (till exempel anhållen/häktad, intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt) eller har en dom om rättspsykiatrisk vård.

Diagnostiska aspekter

Vårdintyg

Ett vårdintyg utfärdas i förekommande fall av leg. läkare (vid somatiken eller psykiatrin) i omedelbar anslutning till undersökningen av patienten. Vårdintyget beskriver att patienten sannolikt uppfyller rekvisiten för vård enligt LPT 3 §, det vill säga patienten har en allvarlig psykisk störning, ett oundgängligt behov av psykiatrisk hel-dygnsvård, och patienten motsätter sig vården eller det föreligger till följd av patientens psykiska tillstånd en grundad anledning att anta att vården ej kan ges med patientens samtycke.

För att vårdintyget ska vara formellt giltigt ska korrekt datum anges (på första och sista sidan), patientens identitet ska kommenteras i avsedd ruta (styrkt genom ID-kontroll eller personlig känne-dom; om ej styrkt ges en kort beskrivning av patienten på intyget), rekvisiten för tvångsvård ska vara dokumenterade, och utfärdande läkare ska personligen skriva under vårdintyget, samt markera innehav av svensk legitimation.

Ett vårdintyg som utfärdas på en somatisk enhet utfärdas enligt LPT 4 §, såvida patienten inte fortfarande är inskriven enligt HSL på en psykiatrisk avdelning och till exempel förs över till en somatisk akutmottagning för akut bedömning. I sådant fall utfärdas ett vårdintyg enligt LPT 11 § (konvertering), och rekvisitet farlighet (det vill säga patienten kan till följd av den psykiska störningen befaras att allvarligt skada sig själv eller någon annan) ska då även föreligga.

En frivilligt vårdad patient, som avviker från en somatisk enhet, kan polishandräckas enligt LPT 47 § av legitimerad läkare för vårdintygsbedömning om skäl för detta bedöms föreligga, till exempel om patienten lider av konfusion, hög suicidrisk eller annan psykisk störning som bedöms allvarlig. Vid sådan begäran om polishand-räckning ska även ett omhändertagandebeslut enligt LPT 4 § fattas, vilket anges på polishandräckningsblanketten.

För att fastställa om en störning är allvarlig ska både dess art och grad bedömas.

Exempel på allvarlig psykisk störning:

- tillstånd av psykotisk karaktär
- allvarliga depressioner med självmordsrisk
- svårartade personlighetsstörningar (personlighetsyndrom)

- demens till följd av hjärnskada eller hög ålder och samtidig beteendestörning
- konfusion
- krisreaktioner av psykotisk art
- alkoholpsykos
- narkotikapsykos.

Kvarhållningsbeslut (LPT 6 §)

Om ett vårdintyg är utfärdat av somatiker ska psykiatrijouren omedelbart kontaktas och infinna sig för att granska vårdintyget och träffa patienten. Psykiatrijouren kan även fatta ett kvarhållningsbeslut enligt LPT 6 § om så är nödvändigt, varefter patienten kan hindras att lämna vårdinrättningen.

Om det är nödvändigt att snabbt fatta ett kvarhållningsbeslut kan detta beslut i ett akut läge ges per telefon. Dock ska beslutande läkare i sådant fall därefter snarast infinna sig till patienten och meddela beslutet samt granska vårdintyget.

Intagningsbeslut (LPT 6b §)

Ansvarig psykiater (chefsöverläkaren) från den psykiatriska bakavdelningen (under jourtid bakjouren) ska inom 24 timmar från patientens ankomst till den psykiatriska vårdinrättningen träffa patienten, för vilken det aktuella vårdintyget är utfärdat, och bedöma om ett intagningsbeslut enligt LPT 6b § ska fattas eller ej. Ankomsttiden till den psykiatriska vårdinrättningen vid somatisk vård är den tidpunkt då den psykiatriska konsultläkaren anlant för att bedöma patienten på den somatiska enheten i det initiala skedet (vanligen den psykiatriska primärjouren).

Om intagningsbeslut enligt LPT 6b § fattas är patienten intagen enligt LPT och kvarstannar enligt LPT för fortsatt vård. Om intagningsbeslut ej fattas kvarstannar patienten frivilligt enligt HSL för fortsatt vård. Patientens kan då även välja att bli utskriven från den somatiska avdelningen.

En patient som är kvarhållen för bedömning enligt LPT eller intagen enligt LPT och som avviker från den somatiska avdelningen ska polishandräckas åter till avdelningen. Polishandräckning i detta fall ombesörjs av psykiatrisk ansvarig läkare.

Psykiatrisk behandling

Tvångsvård enligt LPT syftar till ”att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver” (LPT 2 §). I samma paragraf anges att tvångsåtgärder endast ska användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden, och att tvångsåtgärder ska utövas ”så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten”. Genom låg-affektivt bemötande, tydlig information till patienten om behandlingsalternativ och en god vårdmiljö kan tvångsåtgärder i många fall undvikas.

I vissa fall är dock patientens psykiska störning av sådan grad att tvångsåtgärder bedöms som nödvändiga (se även avsnitt ”Akut agitation”).

Vårdinrättning (LPT 6 § respektive 18 §); visitation (LPT 23 §)

En patient som är kvarhållen eller intagen enligt LPT och vårdas på en somatisk enhet kan hindras att lämna enheten (LPT 6 § respektive 18 §). Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten ska vistas, liksom för att där upprätthålla ordningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

Ansvarig psykiater (chefsöverläkaren) kan även besluta om kroppsvisitering eller ytlig kroppsbesiktning av patienten (LPT 23 §) för att omhänderta till exempel alkohol, narkotika, kanyler eller annan egendom som kan vara skadlig eller till men för vården (LPT 21 §).

Tvångsåtgärder innan intagningsbeslut (LPT 6a §)

En patient som är kvarhållen enligt LPT (LPT 6 §) och som vårdas på en somatisk enhet kan i ett akut läge kortvarigt fastspännas (vid fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller annan; bältes-säng rekryteras i sådant fall från den psykiatriska bakavdelningen) eller avskiljas på rummet (störande eller aggressivt beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna på enheten) efter beslut av legitimerad läkare (LPT 6a §) vid psykiatri (vanligen den psykiatriska primärjouren). Denna läkare kan även enligt samma paragraf besluta om att ge nödvändig behandling om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa.

Medarbetare (extravak) från den psykiatriska bakavdelningen

ska närvara vid dessa åtgärder på den somatiska enheten, och den beslutande läkaren vid psykiatrin ska göra en personlig bedömning av patienten innan eventuella åtgärder enligt LPT 6a § vidtas.

Vid beslut enligt LPT 6a § ska ansvarig psykiater (chefsöverläkaren) snarast inställa sig för bedömning av patienten och fatta beslut enligt 6b § (intagningsbeslut/ej intagningsbeslut).

Tvångsåtgärder efter intagningsbeslut (LPT 17, 19, 20 §§)

En patient som är intagen enligt LPT och vårdas på en somatisk enhet kan, om så bedöms nödvändigt för behandling av den allvarliga psykiska störningen, erhålla tvångsbehandling under fasthållning/fastspänning enligt LPT 17 § (till exempel i form av intramuskulär medicinering) efter beslut av ansvarig psykiater (chefsöverläkaren).

Vidare kan chefsöverläkaren i förekommande fall besluta om fastspänning enligt LPT 19 § (vid fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller annan; bältessäng rekryteras i sådant fall från den psykiatriska bakavdelningen), eller avskiljning på rummet enligt LPT 20 § (störande eller aggressivt beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna på enheten).

Om patienten fastspänns ordinerar chefsöverläkaren vanligen samtidigt medicinering enligt LPT 17 § för att så snabbt som möjligt stabilisera patienten och avsluta fastspänningen. Man kan därvid gradvis släppa upp patienten från fastspänningen under noggrann bevakning, och vanligen kan fastspänningen helt avslutas efter relativt kort tid (0,5–2 timmar) efter beslut av chefsöverläkaren.

Medarbetare (extravak) från den psykiatriska bakavdelningen ska hela tiden närvara vid tvångsåtgärder på den somatiska enheten, till exempel i samband med fastspänning. Likaledes ska den psykiatriska primärjouren, eller chefsöverläkaren, närvara vid initieringen av dessa åtgärder och informera patienten, samt återkommande bedöma patienten för att avgöra om åtgärden kan avslutas.

Om patienten, trots medicinering (inklusive eventuell förnyad ordination enligt LPT 17 §), fortsatt uppvisar till exempel svår agitation, kan i sällsynta fall fastspänning mer än fyra timmar vara indicerat. I sådant fall måste beslutande chefsöverläkare personligen infinna sig och undersöka patienten innan tidsgränsen fyra timmars fastspänning passerats, och ta ställning till om beslut om förlängd fastspänning mer än fyra timmar är nödvändigt. Chefsöverläkaren

måste därefter, i förekommande fall, göra en förnyad, personlig undersökning av patienten inför varje ny förlängning av fastspänningen innan tidsfristen om fyra timmar på nytt passerar.

Samma krav på personlig bedömning av patienten vilar på beslutande chefsöverläkare vid förlängd avskiljning enligt LPT 20 §, men tidsfristen är då åtta timmar.

IVO ska underrättas av chefsöverläkaren om beslut gällande förlängd fastspänning respektive förlängd avskiljning.

Speciella regler gäller patienter under 18 år sedan 200701. För dessa patienter gäller chefsöverläkarens beslut om fastspänning (LPT 19a §) högst en timme, och beslut om avskiljning (LPT 20a §) högst två timmar. Förlängning kan ske efter undersökning och beslut av chefsöverläkaren med dessa tidslängder (för detaljer, se HSLFS-2021:36).

Övervakning och psykiatrisk omvårdnad

Medarbetare (extravak) från den psykiatriska bakavdelningen ska hela tiden närvara vid tvångsåtgärder på den somatiska enheten.

Vid en nödvärnssituation (se nedan) kan även somatisk personal bistå med till exempel fasthållning av en patient, i väntan på att psykiatrisk läkare akut ankommer för ställningstagande till åtgärd enligt LPT.

Vid genomförandet av tvångsåtgärd enligt LPT 17 §, till exempel medicinering genom injektion, utförs själva åtgärden i normalfallet av psykiatrisk sjuksköterska. Om så bedöms lämpligt eller situationen så påkallar kan dock den somatiska sjuksköterskan, i överenskommelse med chefsöverläkaren, utföra åtgärden.

Vid injektionsbehandling ska monitorering av puls, blodtryck, andningsfrekvens och saturation utföras så snart som situationen tillåter och eventuell förekomst av biverkningar ska monitoreras (se även avsnitt "Akut agitation"). Vid kraftig sedering övervakas patienten avseende medvetandegrad, puls, blodtryck, andningsfrekvens och saturation, initialt var 15:e minut och därefter enligt läkarens ordination. EKG tas så snart det är möjligt.

Fastspänning enligt LPT 19 § ska utföras av psykiatrisk personal, som är speciellt utbildad för denna åtgärd. I sådant fall bör personalförstärkning från den psykiatriska bakavdelningen tillkallas till den somatiska enheten innan åtgärden utförs.

Vid fastspänning, speciellt vid samtidig medicinering med neuroleptika, som till exempel haloperidol eller zukloperitoxolacetat, föreligger risk för urinretention. Patienten ska därför tillfrågas om symtom, och mätning av blåsvolymen med bladderscan ska ske vid indikation under fastspänning.

Vid fastspänning, speciellt vid riskfaktorer eller förlängd fastspänningstid, måste även risken för djup ventrombos tas i åtanke och eventuell profylax insättas i förekommande fall.

Kommunikationsbegränsning (LPT 20b§)

Beslut om kommunikationsbegränsning (LPT 20b §) kan fattas av chefsöverläkaren om det är nödvändigt, med hänsyn till värden av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Beslutet innebär att patienten under viss tid ej får använda elektroniska kommunikationstjänster, till exempel telefon.

IVO ska underrättas av chefsöverläkaren om beslut gällande kommunikationsbegränsning.

Behandling av somatisk sjukdom under tvångsvård

Enligt LPT (2 §) är syftet med värden ”att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver”. Samma paragraf anger att tvångsåtgärder ”får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden”. Det är vidare den allvarliga psykiska störningen som ska behandlas; somatisk behandling åsyftas däremot inte. Det finns dock situationer där somatisk behandling under tvångsvård kan bli aktuell och direkt nödvändig. I förarbetena till LPT (se prop. 1990/91:58, s. 258) framgår följande resonemang:

Vårdåtgärder som företas trots att patienten motsatt sig dem innebär ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten. Det gäller självfallet även om en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård skulle ges somatisk behandling mot sin vilja. Samhället har emellertid åtagit sig ett särskilt ansvar för de personer som omhändertagits med tvång på en vårdinrättning. Det bör därför inte råda någon tvekan om att livräddande åtgärder får vidtas mot patientens vilja. Om somatisk behandling även i övrigt kan ges i fall av fara för hälsan, torde få bedömas från fall till fall.

En allvarlig psykisk störning kan t.ex. vara direkt orsakad av en svår somatisk sjukdom och en somatisk behandlingsåtgärd kan då tänkas vara ofrånkomlig. Av betydelse för ställningstagandet i särskilda fall bör vara bl.a. patientens psykiska tillstånd, den somatiska sjukdomens art och den typ av åtgärd det gäller. Nödrätten torde inte kunna utnyttjas annat än om hälsofaran är verkligt allvarlig och överhängande.

Om patientens somatiska sjukdom orsakar en allvarlig psykisk störning finns således utrymme för behandling av den somatiska sjukdomen med stöd av LPT utan patientens samtycke. Som anges i propositionstexten får en noggrann bedömning och avvägning göras relaterat till patientens psykiska tillstånd, den somatiska sjukdomens art och aktuella behandlingsåtgärder.

Det kan till exempel röra sig om en akut konfusion (delirium) till följd av svår hyponatremi, där adekvata behandlingsinsatser således kan genomföras med stöd av LPT om nödvändigt. Det kan ofta vara tillräckligt att patienten erhåller till exempel sederande medicinering med stöd av LPT (17 §), varefter patienten medverkar till den somatiska behandlingen. Om så ej är fallet kan dock även den somatiska behandlingen ges med stöd av LPT, till exempel provtagning och infusionsbehandling.

Vid behov av större somatiska ingrepp (till exempel operation), där sjukdomens art orsakar en allvarlig psykisk störning, måste ett noggrant ställningstagande till behandlingsåtgärder göras i samråd med somatiker. Vidare måste man bedöma vilket lagrum som ska åberopas om åtgärden genomförs utan patientens samtycke, det vill säga med hänvisning till nödrätt eller LPT. I propositionen anges ”bör därför inte råda någon tvekan om att livräddande åtgärder får vidtas mot patientens vilja”. Om tillståndet i sådant fall är allvarligt och överhängande, kan nödrätt åberopas (se nedan).

Om en patient under pågående tvångsvård insjuknar i ett akut livshotande somatiskt tillstånd, ska patienten erhålla vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med behövliga behandlingsinsatser. Om patienten i ett sådant allvarligt fall inte samtycker till behandling, kan behandling ges med hänvisning till nödrätt. Det kan till exempel röra sig om en patient som under pågående tvångsvård plötsligt drabbas av en akut livshotande bukåkomma som kräver akut operation.

Somatiska tillstånd som ej orsakar patientens psykiska störning ska inte behandlas med stöd av LPT. Vid tvångsvård ska patienten erhålla adekvat behandling av den psykiska sjukdomen. Patienten ska samtidigt ges noggrann information om den aktuella somatiska sjukdomen och uppmuntras och stöddas till att ta emot somatisk behandling. I en sådan situation är det vidare av stort värde att involvera anhöriga.

Konsultationspsykiatriska team är specialiserade på att bedöma patienter i dylika, komplicerade ärenden, se avsnittet ”Bedömning av beslutsförmåga”.

Nödvärn och nödrätt

I ett akut skede kan all personal agera enligt nödvärn respektive nödrätt (brottsbalken, 24 kap.), vilket utgör grund för eventuell ansvarsfrihet vid agerande med hänvisning till dessa situationer. Det är dock mycket viktigt att omvårdnadspersonal som agerar enligt nödvärn eller nödrätt omedelbart kontaktar leg. läkare, som omgående ska inställa sig för ställningstagande till vidare åtgärder, inklusive bedömning gällande eventuellt utfärdande av vårdintyg.

Om patienten redan vårdas enligt LPT, ska kontakt omedelbart tas (direkt eller via psykiatrisk primärjour) med ansvarig psykiater för ställningstagande till beslut enligt LPT.

Nödvärn

- Om en patient är aggressiv bör ordningsvakter tillkallas för skydd av personal och andra patienter. Vid risk för fara kan personal och/eller vakter tillgripa nödvärn. Detta innebär att det är tillåtet att sätta stopp för en farlig situation, förutsatt att man inte tillgriper mer våld än nöden kräver.
- Förutsättningen är att det handlar om ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom. Det våld får alltså användas som är nödvändigt för att bemästra faran, även inkluderande fastspänning (vid psykiatrisk vård) i en extrem situation.

Nödrätt

- För att förhindra att någon skadar sig själv kan så kallad nödrätt vara tillämplig. Våld eller annan handling, som annars skulle vara brottslig, får tillgripas för att avvärja fara för liv, hälsa eller egendom. Man får inte använda mer våld än nöden kräver. Faran behöver inte utgöras av en brottslig handling, som vid nödvärn.

- Nödrätt är även tillämplig till exempel när sjukvårdspersonal försöker rädda livet på en patient som har försökt begå självmord.
- Farmaka mot psykisk eller somatisk sjuklighet kan inte ges med hänvisning till nödrätt – *med ett undantag*: En patient i ett akut livshotande tillstånd ska behandlas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med behövliga behandlingsinsatser, oberoende av om patienten är föremål för frivillig vård, psykiatrisk tvångsvård eller under förberedelse till vård enligt LPT.

Samarbete

Ett väl utvecklat samarbete mellan somatiken och psykiatrin är mycket viktigt vid vård av en patient enligt LPT på somatisk enhet. Läkare och omvårdnadspersonal på den somatiska enheten ansvarar för den somatiska vården. Den psykiatriska vården utgår från en psykiatrisk bakavdelning, och psykiater (chefsöverläkaren) från denna enhet ansvarar för den psykiatriska vården, inklusive eventuella tvångsätgärder, och ska dagligen bedöma patienten på den somatiska enheten.

Omvårdnadspersonal (extravak) närvarar ständigt med patienten, om ej annat överenskommes, i ett lugnt skede då patienten stabiliserats.

All personal kan i en akut situation agera enligt nödvård eller nödrätt.

Litteratur

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18), 2009. Med rättelse 2015-01-23.*

HSLF-FS 2021:36 *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*

Wallsten, T. (huvudredaktör) et al. (2013). *Psykiatrisk tvångsvård. Kliniska riktlinjer för vård och behandling.* Svensk Psykiatri, Nr. 13. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB.

Bedömning av beslutsförmåga

LARS WAHLSTRÖM

Svensk sjukvård är ibland tafatt när det handlar om att bemöta och hantera patienter som mot medicinsk inrådan inte vill ha föreslagen behandling. I akutsjukvården finns också en tendens att ”inte ge upp”, vilket visar sig i många fördröjda eller uteblivna beslut att gå över från kurativ till palliativ vård.

Inom exempelvis njurmedicin eller palliativ vård står man nästan dagligen inför situationer, där patienter inte vill ta emot behandlingar som bedöms vara medicinskt motiverade. Många somatiska kolleger har stor erfarenhet och en hög medvetenhet om de svåra etiska aspekterna i detta. CL-psykiatri är extra skickad att ha en utvecklad kompetens i dessa frågor, men efterfrågas nog alltför sällan. Besläktat är de situationer då patienter med somatisk sjukdom ber om hjälp att förkorta livet. Vi avstår här från resonemang om dödshjälp. De tillvägagångssätt som beskrivs nedan kan dock ofta användas också i dessa lägen.

I grunden handlar saken om konflikten mellan självbestämmande och så kallat välfärdsskydd och regleras i patientlagen 2014:821 4.e kapitlet som handlar om samtycke: *Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag* och patienten har rätt att när som helst ta tillbaka sitt samtycke, men ska då informeras om vilka konsekvenser detta kan medföra. Dessutom: 4 §: *Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.*

Detta utvecklas i SOU 2015:80, som handlar om vad de med begränsad beslutsförmåga kan behöva för stöd och hjälp, men berör också situationer som ovan nämnda. Man konstaterar att beslutsförmågan ska avgöras av läkare, tillsammans med någon ytterligare person inom sjukvården. Om patienten befinner sig vara beslutsoförmögen ska patienten representeras av ställföreträdare.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) å andra sidan gäller endast för psykiatrisk vård vid allvarlig psykisk störning och kan i begränsad utsträckning behöva övervägas vid vägran av somatisk vård, se avsnittet om LPT.

Bedömningen av beslutsförmåga är ytterst sett klinisk och kan understödjas av strukturerade instrument. Det mest rekommenderade internationellt verkar vara *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*, MacCAT-T.

De senaste 20 åren har den medicinska litteraturen om ”mental capacity assessment” vid vägran av medicinsk behandling tilltagit. I England och Wales gäller sedan 2005 en särskild lag, Mental Capacity Act (MCA), som reglerar bedömningen av beslutsförmåga i sjukvården och i Nederländerna finns en resurs med medicinska etiska kommittéer i dessa svåra situationer. I frånvaro av svensk klinisk vägledning beskrivs här ”The Four Quadrant Method” (FQM), som används vid Konsultenheten vid Psykiatri SV/Karolinska. Metoden beskrevs redan 1982 av Jonsen och medarbetare men verkar först på senare år ha diskuterats i litteraturen. Ett stöd kan också utgöras av tillvägagångssättet som beskrivs i MCA. Som en utvärdering av denna lag visat försvinner inte svårigheterna med förekomsten av en precis laglig reglering eller av manualer, eftersom det de facto handlar om nyanser i individuella fall och förutom att bedömningen alltid är dynamisk i tidshänseende ska läkaren väga samman olika motsatta faktorer i olika dimensioner.

En för sjukvården okänd kvinna i 60-årsåldern kommer in till sjukhus med grav njursvikt. Man nöddialyserar när hon är ordentligt påverkad, men patienten vill därefter inte medverka till fler behandlingar. Man lyckas inte få kontakt med anhöriga, patienten kommer från ett östeuropeiskt land och hon förefaller ha levt och försörjt sig själv. Det framkommer att hon är djupt religiös och hon motiverar sin behandlingsvägran med att det är Guds vilja att hennes njurar inte fungerar och att hon är villig att dö. En bedömning görs enligt ”Fyrfältsmetoden” och mot bakgrund av paranoida vanföreställningar skrivs ett vårdintyg och man ger neuroleptika för att se om hennes inställning *ex juvantibus* skulle vara uttryck för psykisk sjukdom. Dialys kan dock inte ges med hjälp av LPT. Hon vidhåller sin behandlingsvägran och uppfattar medicineringen som ett övergrepp. LPT avskrivs och hon får god omvårdnad fram till sin död några veckor senare.

Fyrfältsmetoden (FQM)

Det är behandlingsansvarig läkare som gör den sammanlagda bedömningen om patienten ska ges behandling eller ej. Konsultpsykiatern kan bistå i avgörandet om beslutsförmåga finns, vilket bedöms i den andra kvadranten nedan.

Första kvadranten

Det första steget innebär att gå igenom den medicinska situationen, identifiera behandlingsmöjligheter och avgöra om och i så fall hur patienten kan gynnas av behandlingen, respektive vad chansen för framgång är.

Andra kvadranten

Därpå kommer det steg som kan innefatta en psykiatrisk undersökning och handlar om patientens inställning till föreslagen behandling respektive förmåga att ta ställning till denna.

Här finns en enighet i litteraturen, svenska utredningar och med MCA om att det handlar om att bedöma huruvida 4 ”förmågor” föreligger:

- Har patienten förstått relevant information, förutsatt att man bemödat sig om överföringen?
- Kan patienten använda sig av informationen i en beslutsprocess?
- Har patienten insikt i sin situation och konsekvenserna av utebliven behandling?
- Har patienten förmågan att kommunicera ställningstagandet?

70-årig man med progredierande njursvikt, avsäger sig fortsatt dialys och personalen förstår inte varför. Vi finner vid första besöket en förvirrad man med fluktuerande orientering, han svarar med motfrågor och vägrar att gå med på kognitiv screening. Dagen därpå gör han MoCA men faller helt på de första frågorna. Svarar hyggligt på resterande uppgifter. Vidhåller sin inställning, som är tidigare dokumenterad att han uttryckt också vid tidigare sjukvårdskontakter. Vi konstaterar kvarstående kognitiv svikt som inte förklaras av njurpåverkan. Sammantaget bedöms patientens behandlingsvägran som ett genuint uttryck för personens vilja, trots kognitiv svikt.

Behandlingsvägran mot medicinsk inrådan verkar med våra medicinska ögon sett oftast irrationell, vilket gör det svårare att förstå patientens ställningstagande. En del människor söker inte sjukvård trots symtom, andra har ett undvikandebeteende eller uppfattar att behandlingar och ingrepp är i konflikt med värderingen om oberoende. Inte alla patienter är till en början medvetna om sina motiv eller kan uttrycka dem. Förmågebedömningen bör därför ha formen av en dialog, då värderingar, patientens och sjukvårdens, kan luftas, missförstånd klaras ut och ibland skapa utrymme för en slags förhandling. För psykiatern är huvudfrågan empirisk: Vad nedsätter beslutsförmågan och hur?

Här får man göra en klassisk analys med de viktigaste orsakerna angivna i faktaruta 13. Viktigt är att bedömningen, om möjligt, sker vid upprepade tillfällen, så att läkaren med mobilisering av all sin kommunikativa färdighet kan förmedla information och öka patientens förståelse. Det är patientens uppfattning, när förmågorna är som högst, som man vill utröna och formulera. Medicinsk behandling, till exempel dialys eller behandling av hjärtsvikt eller psykotiska symtom, kan underlätta detta.

Psykiatriska aspekter

Nedsatt beslutsförmåga tyder på allvarlig psykisk dysfunktion, som kan bero på brister på kognitiv nivå och/eller psykiatrisk patologi. Den viktiga uppgiften är att så långt möjligt finna vad som specifikt nedsätter beslutsförmågan; man bör sträva efter att komma fram till en så precis orsak (diagnos) som möjligt. En sedvanlig psykiatrisk diagnostisk bedömning görs för att fastställa eventuell förekomst av psykisk sjukdom. En djup depression, exempelvis med dödsönskan, kan förklara en patients negativa inställning eller oförmåga att uttrycka ett val, men observera att förekomsten av depression inte ogiltigförklarar alla till synes pessimistiska val. Notera också att bara för att det föreligger en psykosjukdom kanske det inte är vanföreställningar och hallucinationer som är orsaken till behandlingsvägran. Orsaken kan vara kognitiv eller handla om en kognitiv inflexibilitet och nedsatt förmåga att göra en risk-nyttovärdering. Det rekommenderas att göra en kognitiv screening av alla patienter, till exempel med Montreal Cognitive Assessment (MoCA) eftersom den, i motsats till MMSE, också screenar för exekutiv funktion.

När det gäller personlighetsstörning, ätstörning och beroende är frågan om autentisk vilja svår och förvirrande eftersom ”patologiska värderingar” närmast kan uppfattas som del av personligheten. Ett autistiskt fungerande med kognitiv inflexibilitet kan göra detta än svårare att värdera.

Emotionella faktorer kan hindra patientens fulla tillgång till sin rationella förmåga, men starka affekter i sig underkänner inte patientens ställningstaganden. Å andra sidan kan starka krisreaktioner eller intensiv rädsla i samband med behandlingsvägran i vissa situationer förvisso uppfattas som begripliga, men i sällsynta och akuta fall kan det motivera diagnosen ”Anpassningsstörning” och en fördjupad undersökning av vad som kan vara patientens autentiska vilja.

Detta ska härefter mynna ut i ett försök till förståelse av vad patientens autentiska vilja kan vara. Vad har patienten uttryckt tidigare? Finns en stabilitet i patientens inställning? Verkar patientens nuvarande inställning kongruent med personligheten och tidigare livsval?

Optimalt bör bedömningen inte ske vid bara en tidpunkt utan i upprepad dialog med patienten, för att skala av tillfälliga påverkansfaktorer och hjälpa patienten att bli klar över situationen och sin inställning.

Tredje kvadranten

God hälsa är sjukvårdens mål (HSL SFS 2017:30, 3 kap 1 §). Vid värdering av en behandling är det därför viktigt att överväga om den faktiskt bidrar till bättre livskvalitet.

Eftersom uppfattningen av vad som är ett gott liv är högst subjektiv kommer det till stor del att i detta steg avgöras av inställningen till behandling. Är patientens nuvarande eller framtida tillstånd sådant att hans fortsatta liv bedöms värt att leva?

Fjärde kvadranten

Kontextuella faktorer kan handla om ekonomi, religion, kultur, personlig integritet och beslutets påverkan på patientens familj och det medicinska teamet. Hit hör också en reflektion över behandlarnas personliga bias, som kan påverka synen på behandling.

Allt detta ska mynna ut i en värdering som kommuniceras skriftligen och i goda fall också i direkt möte med ansvarig läkare och behandlingsteam. Det är rimligt att tröskeln vid bedömning av beslutsförmåga uppfattas proportionellt till beslutets konsekvenser. Att avstå

från behandling, när det leder till döden, kräver en högre förmåga än att avstå från behandlingar med lindrigare konsekvenser.

Återföring av psykiaterns bedömning till ansvarig läkare sker bäst muntligen, kombinerat med klart formulerad skriftlig redovisning av metodik och fynd i förmågebedömningen. När det är möjligt bör samtal föras med behandlarna om de etiska perspektiv som väcks.

Även om bedömningen och beslut om behandling ligger i ansvarig läkares hand kan konsultpsykiatern utifrån sitt speciella perspektiv ofta bidra med etiska och allmänmänskliga aspekter. Initiativet till ett fördjupat samtal omkring detta behöver ofta komma från konsultpsykiatern för att komma till stånd.

FAKTARUTA 13. Beslutsförmåga – förmågan att förstå en situation, värdera risk och nytta och sedan välja alternativ samt kunna uttrycka ställningstagandet i en given fråga i en viss situation (SOU 2015:80 s. 852).

FOUR QUADRANT METHOD (SOKOL)

1. Medicinska indikationer
2. Patientens vilja och förmåga
Uttryckta vilja hos beslutsförmögen patient och förmodad vilja om patienten bedöms vara beslutsoförmögen.

4 FÖRMÅGOR (APPLEBAUM):

- Fått och förstått info
- Förmåga använda denna i beslutsprocess
- Insikt i situationen och konsekvenser av (utebliven) behandling
- Förmåga uttrycka ett val.

FÖRDJUPAD PSYKIATRISK BEDÖMNING:

- Kognitiva faktorer rekommendation MoCA
 - begåvningsbrister
 - demens, kognitiv svikt
 - konfusion, organisk hjärnpåverkan, tumör
 - kognitiva brister vid kronisk psykos.
 - Emotionella faktorer:
 - rädsla, ilska, krisreaktion.
 - Personliga värderingar
 - Psykiatriska diagnoser:
 - särskilt depression, psykos, personlighetsstörning, autism, ätstörning, beroende.
3. Livskvalitet
 4. Kontextuella faktorer

Rekommenderad litteratur

- Applebaum, P. (2007). Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *N Engl J Med*, 2007; 357: 1834-40.
- Sokol, D. K. (2008). The "four quadrants" approach to clinical ethics case analysis; an application and review. *J Med Ethics*, 2008; 34: 513-516: doi:10.1136/jme.2007.021212.
- SOU 2015:80. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning - DEL 1*.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>.

Övrig litteratur

- Delegationen för medicinsk etik. (2007). *Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållandebehandling*, 2007.
- Fredheim, O. M. & Maggelsen, M. (2019). Etiske dilemmaer ved suicidalitet hos pasienter med kort forventet levetid. *Tidsskr Nor Legeforen*, 2019: doi: 10.4045/tidsskr.19.0157.
- Grisso, T. & Applebaum, P. (1997). The MacCAT-T: A Clinical Tool to Assess Patients' Capacities to Make Treatment Decisions. *Psychiatric Services*, 1997: 48; 1415-1419.
- Kontos, N., Querques, J. & Freudenreich, O. (2015). Capable of More: Some Underemphasized Aspects of Capacity Assessment. *Psychosomatics*, 2015; 56: 217-226.
- White, M. M. & Lofwall, M. (2015). Challenges of the Capacity Evaluation for the Consultation-Liaison Psychiatrist. *Journal of Psychiatric Practice*, 2015: 21; 160-170.

15. Psykiatriska konsultationer i primärvården

THOMAS EKLUNDH

Primärvården är första linjens sjukvård och alltså även första linjens psykiatri. Enligt SBU-rapporterna från början av 2000-talet behandlas 60–70 procent av alla patienter med ångest- eller depressionssyndrom inom primärvården och 75 procent av alla förskrivna antidepressiva skrivs ut där. Det finns uppskattningar från början av 2000-talet att 10–20 procent av primärvårdens patienter hade ångest- eller depressionstillstånd och om man till detta lägger patienter med beroendeproblematik, funktionella (tidigare somatoforma) tillstånd och annat blir det en betydande andel av patientgruppen. Den psykiska ohälsan har såvitt vi vet inte minskat under de snart 20 år som gått sedan rapporterna skrevs och psykiatriska sjukdomar och tillstånd utgör fortfarande en stor del av arbetsbördan i primärvården.

2010 kom de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångeststillstånd, som betonar primärvårdens roll i framtidens psykiatri. Den förväntas klara tämligen avancerad bedömning och omhändertagande av till exempel ångest- och depressionstillstånd. Riktlinjerna framhåller vikten av god kontinuitet under hela vårdförloppet, det vill säga samverkan mellan specialistpsykiatri och primärvård, och framhåller särskilt behovet av tillgång till psykiatriska konsultativa resurser för primärvården.

Organisationen

Primärvården är inte längre den enhetliga organisation som den var för några decennier sedan. Då var landstingsdrivna vårdcentraler, företagshälsovård och enstaka privatläkare psykiatrins samarbetspartner. Det fanns ofta inarbetade kommunikationsvägar, välbekant organisations- och chefsstruktur, ibland var detta dessutom förstärkt med personlig kännedom. Många av PV-läkarna i de närbelägna vårdcentralerna hade randutbildat sig vid den psykiatriska kliniken, hade personkännedom och var väl insatta i vårdflödet. Uptagningsområdena var också tydligt definierade.

Primärvården i dag består av ett myller av vård- och hälsocentraler med olika huvudmän: landstingsdrivna, personalkooperativa, vårdbolagsdrivna och andra varianter. Företagshälsovården drivs i regel av enskilda vårdbolag och på senare tid har även privata nätläkarföretag etablerats. För att komplicera ytterligare har dessa i sin tur öppnat fysiska vårdcentraler, samtidigt som de traditionella vårdcentralerna startat nätläkarmottagningar. Vårdvalet är fritt och att hitta en modell för psykiatrisk konsultation i primärvården är alltså av flera skäl inte helt lätt.

Förutom organisatoriska komplikationer finns stora skillnader mellan läkarna i primärvården. Man kan vara olika intresserad av psykiatriska tillstånd och olika beredd att ta till sig till exempel vidareutbildning. Man kan ha tjänstgjort någon annanstans, där organisationen sett annorlunda ut eller vara utbildad utanför Sverige och ha med sig andra erfarenheter.

Patienterna

De flesta patienter som aktualiseras vid specialistpsykiatri har tidigare haft kontakt med primärvården eller har en pågående kontakt. Antingen har man sökt direkt på vårdcentralen för sitt problem eller så har det uppdragats i samband med utredning eller behandling för annan sjukdom. Primärvården har fördelen att den uppfattas som mer neutral än psykiatri, vilket medför att patienter, ibland med tämligen komplicerad psykiatrisk problematik, hellre vänder sig dit än försöker få tid vid en kanske överbelastad specialistpsykiatrisk enhet. Distriktsläkaren kan ha ett brett spektrum av psykiatriska patienter, allt från enklare sömnstörningar, krisreaktioner och tillfälliga svackor, till beroendesjukdomar, ätstörningar och nydebuterad

psykosjukdom. Att vårdcentralsläkaren kan tycka sig ha behov av möjlighet till psykiatrisk konsultation är således rimligt.

Många patienter med ångest- och depressionstillstånd färdigbehandlas inom primärvården, men sannolikt skulle det kunna vara ännu fler med en bra och smidig konsultationsverksamhet. Primärvårdsläkaren skulle veta att hen, vid behov, snabbt kan få hjälp och kanske skulle det också kunna öppna för möjligheten att följa och behandla patienter med fler problemställningar än i dag: psykosjukdomar i stabilt skede, bipolär sjukdom typ 2 med välfungerande behandling, vissa personlighetsstörningar.

En återkommande diskussion har handlat om huruvida en patient ”hör till” psykiatrin eller primärvården. Det är ofta energislösande dispyter som inte gagnar patienten. En patient med psykiatriska problem kan förstås höra till både primärvård och specialistpsykiatrin. Under stabilare skede kan vårdcentralen följa upp patienten med läkemedelsförskrivning och stödkontakt, men vid försämring eller akuta tillstånd träder specialistpsykiatrin in för exempelvis inläggande vård, förstärkt behandling, kompletterande utredning eller vad som kan vara aktuellt.

Primärvården kan behöva se över sin organisation för att möta detta, men det borde inte vara märkvärdigare att ha en ”depressionsjuksköterska” (kallas oftast ”care-manager” i studier) på vårdcentralen på samma sätt som man har astmasjuksköterska eller diabetesjuksköterska. Detta är välstuderat (se SBU, 2012) och har hög verkningsgrad.

Samverkan primärvård – specialistpsykiatri

I regel finns skriftliga överenskommelser mellan primärvården och specialistpsykiatrin om fördelningen av ansvar, vilka patienter som ska hanteras av vem. I överenskommelserna brukar det finnas med vem som skriver vårdintyg i olika situationer, vilka sjukdomar/tillstånd och behandlingar som ska handläggas av respektive part, när en patient som handlagts i primärvården kan överremitteras till psykiatrin, exempelvis handläggningen av suicidala patienter. Ibland nämns också hur behovet av konsultationer tillgodoses och i vilka former.

Överenskommelserna behövs som basdokument, men kan vara svåra att göra så detaljerade att man kan använda dem i ”skarpt läge”. Formuleringarna kan vara svårtydda. Det kan exempelvis stå att

”enklare depressioner ska behandlas i primärvården”. Vad betyder det i klartext? Det som en specialist i psykiatri uppfattar som en enkel depression kan för distriktsläkaren var synnerligen komplicerat, med inslag av annan sjukdom och sociala faktorer. Att göra en gemensam, regelbunden översyn av överenskommelsen är ett bra sätt att hålla en levande dialog mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Samarbetet mellan primärvård och specialistpsykiatri behöver inte inskränka sig till den konkreta konsultationen. Man kan tänka sig att psykiatrin medverkar i primärvårdens fortbildningsdagar eller ännu hellre att man någon gång har en gemensam studiedag. Man kan ordna ”Öppet Hus” någon gång om året.

Att det finns specifika kontaktpersoner kan underlätta kontakten och öka förståelsen för respektive verksamhet.

Psykiatrisk konsultation i primärvården

En skillnad mot psykiatrisk konsultation vid sjukhusvård är att konsultationsbehovet då uppkommit vid ett specifikt vårdtillfälle och att behovet och frågeställningarna styrs av dessa omständigheter. En konsultation inom primärvården kan vara föranledd av en längre tids observation, kanske behandlingssvikt eller nytillkomna symtom hos en känd patient och det gör konsultarbetet mer likt liaison-delen av konsultativ psykiatri.

Som nämndes tidigare förväntas alltså primärvården kunna initialt utreda, bedöma och initiera behandling av patienter med psykisk sjuklighet, inkluderande sömnproblem, stresstillstånd, depressionstillstånd, vanliga ångestsjukdomar, ätstörningar, beroendesjukdomar med flera.

Patienter som inte förväntas bli handlagda inom primärvården är olika akuta tillstånd, framför allt nydebuterade psykosjukdomar eller komplicerade skov av dessa, manier och djupa depressioner med psykotiska inslag, suicidala patienter, svåra abstinenser, liksom ovanliga, men livshotande tillstånd, som katatonier. I dessa fall ska patienten snabbt föras till psykiatrisk akutmottagning, som man ska kontakta för samråd, och hanteringen ska inte fördröjas av att man försöker få kontakt med en psykiatrisk konsult.

Vanliga frågeställningar från primärvårdens läkare brukar röra:

- Basal handläggning, exempelvis: Vad ska jag göra? Hur ska jag göra med den här patienten?

- Utredning, exempelvis: Hur gör jag en diagnostisk intervju? Vilka skalor kan användas?
- Behandling, exempelvis: Hur ska jag tänka? Läkemedel? Samtalskontakt?
- Medicinering, exempelvis: Hur går jag vidare när insatt behandling inte gett effekt?
- Remitteringsfrågor.

Här märks primärvårdsläkarnas olika intressen, kunskap och erfarenhet. Är man ovan kan man ha svårt att hitta en ingång i handläggningen, om patienten är vag och har svårt att precisera sina besvär.

Ett kort samtal med konsulten kan göra att man hittar rätt, för exempelvis utredning, och ger man utrymme för nya konsultationer i senare skede känner sig primärvårdsläkaren säkrare att arbeta vidare.

Hur kan konsultationsverksamhet i primärvården läggas upp?

En psykiatrisk konsultationsverksamhet kan se ut på många olika sätt, beroende på behov och efterfrågan från primärvårdens sida, och resurser och utrymme från specialistpsykiatrin. Här följer några exempel som använts:

Konsultationsträffar-grupp: Psykiatern besöker vårdcentralen och har avsatt exempelvis en timme för att träffa läkarna och/eller paramedicinare.

Det lät sig göras relativt enkelt när primärvården inte, som i dag, består av så många aktörer med olika organisation och med allmänpsykiatriska mottagningar med motsvarande upptagningsområden. Det som är bra med den modellen är regelbundenheten och att alla kan vara med. Man får också direktkontakt och ett ansikte på den man behöver diskutera med. Mindre bra är att om träffarna hålls för glest glöms de bort. Ett annat problem kan vara att alla inte hinner/får/kan komma till tals under den tid man har till förfogande.

Konsultationsträffar-enskilt: Psykiatern besöker vårdcentralen och har bokningsbara tider, kanske 20 min, då primärvårdsläkaren kan boka in sig för att diskutera en specifik patient. Man kan då få en grundligare genomgång av fallet, man kan gemensamt läsa journal och göra en utrednings- eller behandlingsplan som primärvården effektuerar. Nackdelen är att färre kan få utrymme än vid gruppträffar, men å andra sidan blir sannolikt verkningsgraden högre. Model-

len kan användas även för videomöten eller vanlig telefon, men kräver då att man hittar smidiga sätt för bokning.

Mottagning på vårdcentralen: Psykiatern har mottagning på vårdcentralen/hälsocentralen varje/varannan/var tredje vecka och träffar patienter som primärvårdsläkaren bokar in. Patienten kan träffa psykiatern enskilt eller tillsammans med sin ordinarie läkare. Psykiatern har då bättre möjlighet till korrekt bedömning, kan få tydligare svar om symtom och förlopp och kan också resonera direkt med patienten om olika behandlingsalternativ. Upplägget är däremot resurskrävande och kräver en rätt erfaren specialist med insikt i primärvårdens speciella arbetsorganisation. En annan nackdel är att en del av ansvaret tenderar att läggas över på konsultpsykiatern i stället för att distriktsläkaren fortsätter vara ansvarig, men driver behandlingen vidare efter råd från konsulten.

Collaborative care: En modell för psykiatrisk konsultation som innehåller flera av de ovan beskrivna arbetssätten och där ett team med primärvårdsläkare, sjuksköterska/vårdsamordnare (care manager), psykoterapeut/psykolog och psykiater samverkar. Psykiatern kan då vara verksam på alla nivåer: se till att utredning och behandlingsplanering görs korrekt, medverka när vårdplan skrivs, ge råd om behandling och alternativ vid behandlingssvikt, träffa patienter för utökad bedömning, vara tillgänglig för frågor från övriga i teamet. Vårdcentralen kan behöva utveckla system för att fånga upp patienter med psykiatriska symtom som kan dyka upp var som helst – vid vanliga läkarbesök, hos distriktssköterskan, på drop-in-mottagning eller i kassan. Under mottagningstid kan man inom teamet behöva avsätta någon som finns till hands för att fånga upp dessa och knyta dem till teamet.

För att det konsultativa samarbetet ska fungera bra är det en fördel att primärvården är uppdaterad om specialistpsykiatriens verksamhet, organisation och fortlöpande förändringar i exempelvis behandlingspraxis. Ansvaret för fortbildning ligger förstas på primärvården, men det kan vara rimligt att specialistpsykiatrien erbjuder sig att medverka i den, exempelvis som expertmedverkan vid studiedagar, föreläsa om specifika problem eller göra uppdateringar av till exempel state-of-the-art. Att erbjuda utbildning för nyanställda läkare om hur man skriver vårdintyg kan till exempel förebygga många trassliga situationer och brukar uppskattas mycket.

Man kan också ha en hemsida för primärvården med skriftlig information om behandlingar, specialistpsykiatrins vårdflöde, adresser, telefonnummer, nedladdningsbara formulär för skattningar, vårdintygsblanketter och liknande. Det finns centralt på många håll, men en lokal variant kan förkorta kontaktvägarna.

Patienterna

Enligt SBU-rapporterna finns en del kännetecken för ”psykiatriska” patienter i primärvården. De är ofta äldre, söker tidigare i förloppet och med symtom som är mindre typiska, ofta störs bilden dessutom av samsjuklighet. Detta gäller framför allt depressions- och ångesttillstånden. Andra tillstånd kan vara svåra att särskilja för en mindre van primärvårdsläkare, till exempel ADHD och bipolär sjukdom, särskilt då det finns somatisk samsjuklighet eller inslag av sociala problem.

Ibland upptäcks betydligt svårare och långvarigare fall av psykisk sjukdom, patienter som ”gått under radarn” och inte fångats upp av sjukvården trots många år av sjukdom, det kan handla om följder efter svåra trauman, tvångssyndrom, paranoida psykoser som inte är utagerande. Patienterna har ofta inte velat skylta med sina svårigheter eller varit rädda för att uppfattas som ”galna” och hamna just inom psykiatri. Då blir konsultationen mycket viktig för att hjälpa distriktläkaren att bygga upp patientens förtroende så att en remittering kan göras.

Det finns några tillstånd i gränslandet mellan psykiatri och somatik som ska tas hand av primärvården och som ibland uppfattas som svåra av läkarna där. Dit hör exempelvis *utmattningssyndrom* (UMS). Det finns noggranna anvisningar för diagnostiska kriterier, utredningsgång och beslutsstöd för sjukskrivning, men primärvården kan ibland ändå behöva konsultativ hjälp. Det är inte ovanligt vid UMS med samtida psykiatriska symtom, som depression och fobiskt undvikande, och då kan hjälp i bedömningen klargöra om utökad behandling eller till och med remittering till psykiatri är aktuellt. Om primärvårdens behandling av UMS är otillräcklig eller längre rehabilitering behövs remitteras patienten ofta till särskilda ”stressmottagningar” med tvärprofessionell kompetens inklusive psykiater.

Mer komplicerade är *funktionella tillstånd*, som är en utmaning för alla läkare (kapitel 10). Vårt yrkeskunnande och vår bedöm-

ningsförmåga sätts på hårda prov och handläggning av dessa patienter kan medföra att vi och hela sjukvården ifrågasätts. Förtroendekriser kan uppstå och leda till att patienten söker sig till alternativ vård, som ibland helt saknar vetenskaplig grund. De är sannolikt vanliga, det har uppgetts att vart femte besök i primärvården görs på grund av somatiska symtom som inte får någon medicinsk förklaring, och eftersom det ofta finns smärtkomponenter och symtom som skulle kunna tala för allvarlig sjukdom går de inte att avfärda. Diagnoserna vid funktionella tillstånd klassas som psykiatriska, men patienterna är mer sällan patienter inom den specialiserade psykiatrin. Patienterna är ofta helt avvisande till psykiatrisk kontakt och därför är det viktigt att primärvårdens läkare kan samråda med en psykiater.

Man får inte falla i fällan att utnämna allt ”oförklarligt” till funktionellt tillstånd. Hypokondri, som nu oftare benämns ”hälsoångest”, är ett tillstånd som framgångsrikt kan behandlas.

Svåra trauman med åtföljande posttraumatiska stressyndrom (PTSD) kan ge en mycket blandad sjukdomsbild. Däremot kommer det inte alltid fram att ett trauma ägt rum. Det kan ligga långt tillbaka i tiden, väcka obehag att tala om eller vara en så förnedrande upplevelse att patienten inte nämner det. En psykiatrisk konsult kan bistå primärvårdsläkaren att tänka i bredare banor och kanske genom att vara med på ett patientbesök ge säkrare underlag för diagnos och handläggning.

Demenssjukdomar är svårbedömda, särskilt initialt (se kapitel 6). De kan debutera med depressiva symtom, sömnstörningar, psykosuspekta upplevelser och kan kombineras med många andra ospecifika symtom. Oklarheter kan leda till medicineringskombinationer som inte bara är verkningslösa utan även skapar ytterligare problem, men som kan förebyggas vid psykiatrisk konsultation.

Beroendesjukdomar (kapitel 9) kan både ge och imitera allvarliga somatiska tillstånd och det är oftast detta patienten söker för, inte beroendet i sig. Primärvården är faktiskt den bästa arenan att möta patienter med beroende, i och med att patienter kan söka där utan att känna sig utpekade. Eftersom beroendetillstånd är så oerhört vanliga bör läkaren alltid ha med det som en möjlig förklaring och vara beredd på att ta diskussionen med den sjuke. Beroendevården kan bistå med att lära ut exempelvis motiverande samtal (MI)

och kanske också med att låta en beroendesköterska vara placerad på vårdcentralen/hälsocentralen vissa tider.

Sociala problem är inte ovanliga inom primärvården. De kan göra det svårare för en psykiskt sjuk patient att till exempel fullfölja behandling eller kan, å andra sidan, nå sådan omfattning att patienten kan upplevas som psykiskt sjuk. För en tidspressad distriktsläkare på en drop-in-mottagning kan det vara frestande att snabbt sätta in någon medicinering, men man riskerar att medikalisera tillstånd som ska tas om hand på annat sätt. En tids observation eller kartläggning av problemen hos kurator eller care manager är ett enkelt sätt att få litet rådrum inför en diskussion med konsultpsykiatern.

Beroende på problemens yttringar kan samarbete med sociala myndigheter eller hjälp till kontakt med exempelvis församling, anhörigorganisation eller skola vara det patienten har mer nytta av än sjukskrivning och läkemedel.

Rekommenderad litteratur

Björkelund, C. et al. (2019). Vårdsamordnare för depression – effektivt grepp i primärvården. *Läkartidningen*, 2019,116: FSH3.

Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev., 2012 Oct 17;10: CD006525.

Eklundh, T. (2013). *Psykiatri i primärvården*. Lund: Studentlitteratur.

16. Somatik för psykiatrer

OLOF LEKHOLM

Sammanfattning

Syftet med detta kapitel är att tillhandahålla information som bedöms kunna vara till nytta för psykiatern som står inför en somatiskt akut dålig patient (första sektionen) samt vid bedömning och vård av patienter med somatisk mer stabil samsjuklighet (andra sektionen). Slutligen några somatiska tillstånd som är kända för att kunna uppträda med psykiatriska symtom, ”mimics” (tredje sektionen).

Tanken är att underlätta för den som inte till vardags behandlar de aktuella tillstånden att ge vård i väntan på hjälp från annan specialitet och att avgöra i vilka situationer man kan avvakta, det vill säga vilka situationer som är akuta och ej.

Då det även i många fall kommer att innebära att ge vård i en annan miljö och med andra resurser än vad som brukar finnas inom somatisk akutvård så har detta vägts in.

1. Den akut dåliga patienten

Inledning

Med ”akut dålig patient” avses en patient som har eller befaras ha ett tillstånd som utan åtgärd kan väntas leda till död eller allvarlig bestående morbiditet inom något dygn. I de flesta fall innebär det antingen en oroande fysiologisk påverkan (vitala parametrar, medvetande med mera) eller vissa larmsymtom i anamnesen.

Inom somatisk akutvård har på senare år alltmer konceptet ”ABCDE” spridits och anammats vid omhändertagandet av akut dåliga patienter. Målet är ett standardiserat omhändertagande, som bygger på prioritering av de mest akuta och allvarliga problemen först, samt att teamarbete och kommunikation underlättas av stan-

dardisering. Då den mest kritiska funktionen för överlevnad tenderar att vara syreleverans till hjärna, hjärta och andra organ så följer konceptet denna. Även hur tidskritiska respektive åtgärder är beaktas. I en stressad situation, särskilt om man inte är van, kan det vara svårt att fritt ur minnet komma ihåg vad som ska göras.

En checklista eller algoritm kan då vara till stor hjälp; i det avseendet är ”ABCDE” ett bra exempel och i det följande kommer därför den ordningen att följas.

Då akuta situationer kan uppstå på alla platser och i alla miljöer så kan några ytterligare aspekter lyftas fram:

- Innan man tar hand om en akut sjuk eller skadad person bör man, åtminstone översiktligt, beakta sin egen och kollegers säkerhet. Detta gäller särskilt utanför de traditionella vårdmiljöerna, det vill säga ute i samhället, vid hembesök med mera. Om det finns fysiska faror (brand, kemikalier, trafik), smitta, eller risk för våld från patient eller annan, så måste situationen säkras innan man ger sig in. Annars riskerar man att fler personer skadas (och behöver vård) utan att man kunnat bidra med hjälp till den först drabbade.
 - Detta kan innebära att den drabbade måste flyttas från en farlig miljö, eller att exempelvis skydd måste användas.
- Att skaffa hjälp är ofta en av de viktigaste och högst prioriterade åtgärderna i akuta situationer. Så fort man misstänker att behov av personal, utrustning eller kompetens överskrider vad som redan finns på plats bör man larma efter hjälp. I olika miljöer och situationer ser detta olika ut och det är värt att då och då fundera över:
 - Vilken utrustning, personal och kompetens finns på den plats jag nu arbetar?
 - Var finns utrustning, läkemedel med mera?
 - Hur tillkallas hjälp – larmknappar, larm till jourer i huset, eller ambulans/112?
 - Hur lång tid kan det ta att få hjälp? Detta styr hur länge jag själv kan behöva hantera problemen!
 - Att ta hand om en akut sjuk eller skadad person är ett teamarbete, så involvera tidigt dem som finns omkring! Fler händer och olika kompetenser behövs.

A: Airway/luftväg (och skydd av halsrygg)

Definition: Syrets väg från rummet (21 % i vanlig luft) till lungorna. Problem uppstår när skada eller svullnad täpper till luftvägar, när främmande material (främmande kropp, sekret, kräkning) obstruerar samt när neurologisk påverkan gör att man ej håller luftvägen öppen, som vid medvetslöshet.

Ett akut luftvägsproblem riskerar att leda till döden inom ett fåtal minuter, och tillhör därmed de allra mest akuta situationer som kan uppstå. Ofta kan problemet hanteras väl med enkla hjälpmedel åtminstone initialt.

Hur bedömer man luftvägen?

- En patient som pratar med normal röst har en fri luftväg!
- Vid allvarligt problem (helt eller nästan helt obstruerad) är patienten antingen medvetslös utan andning, eller om vaken i allmänhet mycket stressad, med uppenbara andningsbesvär. Man kan se indragningar på halsen, i takt med andningsförsök, försök till hosta med mera.
- Vid delvis påverkad luftväg ses två huvudbilder:
 - Vid svullnad, sekret med mera ses en ansträngd andning, ofta med väsande ljud, och hosta. Heshet och konstig röst är vanligt. Det är ofta svårt att svälja, inklusive saliv. Pipande ljud på inandning kan höras (stridor) och är tecken på mycket täta luftvägar.
 - Alternativt kan problemet bero på medvetandepåverkan eller neurologisk påverkan, då ses en slö eller medvetslös/sovande patient, ofta hörs snarkning, slem kan finnas. Ofta förenat med låg andningsfrekvens.

Vad kan man göra?

- Utanför akutvården innebär misstanke om påverkad eller hotad luftväg att hjälp måste tillkallas, antingen genom att larmteam (medicin/akutläkare/narkos) tillkallas om man är på sjukhus, eller att ambulans tillkallas om larmteam ej finns. Urakut!
- Under väntan:
 - Om orsak är främmande kropp (satt i halsen) testas ryggdunk, hosta, Heimlichs manöver på vaken patient. Vid andningsstopp/medvetslöshet påbörjas HLR. Larma som hjärtstopp!

- Om andning finns kan man ofta hjälpa till genom att försöka avlägsna främmande material i mun och svalg (endast under direkt insyn), samt suga rent om sug finns.
- Manöver för ”fri luftväg” bör prövas, med haklyft. Särskilt vid medvetandepåverkan kan detta vara effektivt! Alternativt kan man lägga den drabbade i sidoläge. Hjälpmiddel som näskantarell och svalgtub kan prövas.
- Tillför syrgas (på mask, gärna med reservoar, 10–15 L/min).
- Ventilation med mask och blåsa kan vinna tid om man kan hantera den.

I ”A” bruka man räkna in skydd av halsryggen. I de fall man misstänker att ett trauma kan föreligga (fall, hängning, olyckor) bör man vara försiktig med att röra patientens halsrygg, då fraktur kan finnas. Man bör i de lägena om möjligt undvika att flytta eller vända patienten och undvika att röra på patientens huvud. Planläge rekommenderas. Invänta sedan tillkallad hjälp.

B: Breathing/andning

Definition: Lungornas (alveolernas) ventilation (= luftutbyte) och kapacitet att ta upp syre och avge koldioxid. Problem uppstår vid dålig ventilation på grund av obstruktivitet, svaghet med mera, som leder till ansamling av koldioxid, eller vid svullnad, skada, ödem i eller kring alveolerna, vilket minskar syreupptag och ger hypoxi. Bland orsakerna ses lungsjukdom, hjärtsvikt, infektion, lungemboli med flera.

Hur bedömer man andningen?

- Finns ökat andningsarbete, ser det ansträngt ut? Finns avvikande andningsljud, som sidoskillnad, dämpning, rassel, obstruktiva ljud (pip, förlängd utandning)? Cyanos?
- Andningsfrekvens är värdefullt att observera: <8/min och >25 är oroande, >30 mycket oroande.
- Saturation (POX) är värdefullt om mätare finns (det finns enkla versioner!) <90 % utan syrgas är dåligt, <90 % med syrgas är mycket oroande. Hos en lungfrisk person utan akut problem bör POX vara >95 % på luft. Vid känd signifikant KOL eller annan lungsjukdom kan värden ner till 90 % ofta accepteras, särskilt om värden i samma nivå setts tidigare.

Vad kan man göra?

- Vid andningsstopp eller mycket dålig andning hos medvetslös, börja HLR, larma!
- Tillför syrgas, mål är POX >95 %, oftast adekvat med 10–15 L/min på mask, minskas om bra värden. Om patienten är lungsjuk är det värdefullt att minska så fort man kan.
- Om misstänkt obstruktivitet (astma/KOL) kan man pröva inhalationer med bronkvidgande. Förslag (beroende på tillgång): inhalationsvätska salbutamol eller salbutamol/ipratropium eller patientens egna inhalatorer.
- Akut andningspåverkan med mätbar påverkan bör larmas akut. Vid besvär, men ej hypoxi eller synligt ansträngt arbete, är det inte lika akut, men ofta skäl till akut konsultation (men inte via larmteam eller prio 1 ambulans).

C: Cirkulation

Definition: Transport av syre från lungorna till resten av kroppen. De kritiska organen är hjärnan och hjärtat, sedan njurarna. Per definition är ”chock” en situation, där kroppens cirkulation är störd i sådan grad att organen ej får tillräckligt med syre. Målet är att identifiera sådana tillstånd och situationer, där risk finns för att chock kan uppkomma. Tillstånd: blödning (inre och yttre), hjärtsvikt, anafylaxi, sepsis, lungemboli, hjärtinfarkt med mera.

Hur bedömer man cirkulation?

- Larmsymtom: svimning, blödning (yttre, större näsblödning, blodig kräkning, melena), bröstsmärta. Plötslig buksmärta, i kombination med svimning eller blodtrycksfall.
- Blek patient, cyanos, kall hud.
- Puls. <50/min eller >100 oroande, <40 eller >120 mycket oroande.
- Blodtryck: systoliskt tryck <90 mm Hg oroande (om ej känt normalt för patienten), <70 mycket oroande.
- EKG om möjligt, i akutläge leta efter arytmi samt tecken till hjärtinfarkt. Av vikt är låg frekvens med AV-block, flimmer, hög frekvens med ventrikeltakykardi (breda QRS), flimmer, ST-höjningsinfarkt.

Vad kan man göra?

- Om pulslös påbörja HLR, larma. Hjärtstartare, adrenalin etcetera.
- Stoppa eventuell yttre blödning: Kompresser och tryck på blödande sår, tryckförband. Bomull med olja samt yttre tryck vid näsblödning.
- Om möjligt försök få till venös infart, helst 2 stycken, helst grov (grön, vit).
- Vätska kan ges, Ringer-Acetat, börja med cirka 400–500 ml snabbt och se möjlig effekt. Mer än 1 000 ml bör ej ges innan hjälp anländer.
- Vid pågående bröstsmärta kan nitroglycerin provas (sprej eller tablett).
- Vid allergi/anafylaxi ges adrenalin intramuskulärt i låret, 0,3–0,5 mg, kan upprepas. Kortison och antihistamin kan ges, men har ej akut effekt (betametason 10–12 tabletter = 5–6 mg, desloratadin/cetirizin/loratadin etcetera).

D: Disability/Neurologi

Definition: Tecken på akut påverkan på CNS i form av medvetandesänkning, akuta fokala bortfall eller epilepsi. Vanliga orsaker är traumatisk hjärnskada, stroke/hjärnblödning, intoxikation, epilepsi, akut konfusion, metabola problem, diabetes, elektrolytrubbning, leversjukdom).

Hur bedömer man Disability?

- Medvetandegrad: Enligt RLS, Glasgow Coma Scale, eller enligt "AVPU" (Alert – Voice – Pain – Unresponsive). Det vill säga hur reagerar patienten på tilltal, beröring, smärta? Orienteringsgrad?
- Finns fokala symtom? Grov bedömning! Kan personen röra armar och ben sidlikt, finns pares i arm eller ben?
- Finns tecken på epileptiskt anfall, i form av generella kramper eller i form av ryckningar i del av kroppen eller ansiktet?
- Finns tecken till skalltrauma med hematom, bulor, sår?
- Kontrollera alltid p-glukos om mätare finns, behandla med socker (per os eller iv) om lågt!

Vad kan man göra?

- Ta hand om A+B+C, detta är högsta prio för att skydda hjärnan!
- Behandla eventuella kramper med bensodiazepin (iv, buckalt eller rektalt), om anfall ej slutar inom cirka 5 minuter. Stesolid 5–10 mg iv, kan upprepas, eller Stesolid rektalt. Midazolam eller Buccolam buckalt, iv eller im.
- Ge glukos om lågt p-glukos (<4). Per os, eller iv 30 % 10–20 ml som kan upprepas.

E: Exposure/Environment

Definition: Om möjligt se över hela patienten. Ta av kläder, leta efter tecken till trauma, utslag, infektion, stickmärken med mera. Om möjligt ta temperatur. Därefter skydda från nedkylning (filtar med mera), då hypotermi leder till problem med blödning, koagulation, neurologi, arytmier med mera.

Efter ABCDE

- I väntan på hjälp/transport, gå igenom och sammanfatta vad som iakttagits.
- Blodprover är ofta inte av urakut värde innan patienten kommer till akutmottagning eller somatisk avdelning. **Undantag p-glukos.**
- Om någon behandling givits, värdera effekt, ta nya mätvärden inklusive eventuellt nytt p-glukos.
- Sammanfatta för rapport, gärna enligt SBAR, att ge till ambulans eller larmteam, inklusive status enligt ABCDE och åtgärder som gjorts.
- Om hjälp dröjer, tänk på att undvika nedkylning, skapa en säker situation, lämna inte ensam utan övervaka.
- Om det har varit en mycket allvarlig situation är det ofta av värde att i efterhand, när patienten är överlämnad till annan vårdare, samla dem som varit involverade och gå igenom händelsen. Detta både för att lära sig för framtiden och för att fånga upp känslomässiga reaktioner och stödja varandra om behov finns!

2. Några medicinska tillstånd

Nedanstående är en kort sammanfattning av några somatiska tillstånd som är vanliga och som bedöms kunna påverka bedömning och handläggning av patientens problematik såväl inom slutenvård som öppenvård.

Listan är summarisk, och beskrivningarna korta, uttryckligen med avsikt att underlätta prioritering.

Diabetes

- **Typ 1/Typ2:** Viktigt: Typ 1-diabetiker behöver, alltid, insulin. Även när de inte äter, har magsjuka med mera, så behövs åtminstone basinsulin. *Vid akut sjukdom ofta mer än när de är friska, oavsett födointag!* Sätt aldrig ut eller minska för mycket utan att konsultera medicinare/diabetolog! Typ 2 – sällan samma problem!
- **Vid insulinbehandling:** Socker bör mätas regelbundet, ofta av patienten själv. Rådgör med patienten om möjligt.
- **Högt socker:** Är oftast ej akut farligt om patienten mår relativt väl. Man hinner ringa dagtid till konsult/liknande. Om patienten är trött och slö, andas konstigt, eller är allmänt påverkad – mer akut! Kan kompletteras med u-ketoner, men lätt förhöjda hos opåverkad patient är inte akut oroande.
- **Lågt socker:** Vaken? – ge att äta (smörgås + mjölk eller dylikt). Slö/ej med? – ge koncentrerad glukos (20–30 %) i munnen eller iv (ALDRIG sc/im, kan ge skador).
- **Förekommer suicidförsök med insulin – extremt allvarligt!** Leder sällan till döden, men ofta till hjärnskador. Intensivvårdsfall.

Epilepsi

- Enstaka EP-anfall <5 minuter hos patient med känd EP eller abstinens är inte så allvarligt; om anfall går över och patienten vaknar kan man avvakta.
- Om det varar >5 minuter ge bensodiazepiner (se D ovan under ”akuta tillstånd”), kommer tillbaka flera gånger eller om patienten inte vaknar efter en stund/mellan anfall så kan det vara allvarligt och patienten bör bedömas av medicinare, neurolog, MIG-team eller ambulanspersonal.

- Förstagångskrampanfall (aldrig hänt innan) brukar utredas, kontrollera med medicin/neurolog.
- Förstagångsanfall (och återkommande anfall) är ofta sekundära till annan sjukdom eller läkemedelsbehandling/intox/abstinens. Vanliga provocerande läkemedel inkluderar antidepressiva (alla typer), neuroleptika, opiater, vilket kan behöva beaktas vid behandling. Flertalet droger kan ge kramper, särskilt opiater, cannabis och stimulantia. Tramadol är särskilt vanligt. Vid problem med alkohol och benzodiazepiner är kramper framför allt vanligt i abstinensfas.
- Partiella anfall ses som orsak till förvirring ibland, inte akut livshotande, men behöver behandlas.

Lever sjukdom

- Alkohol, hepatit efter blodsmitta och en del läkemedel är vanliga orsaker till leversjukdom, och vanliga bland patienter inom psykiatri och missbruksvård. Tänk på de äldre!
- Förvirring, GI-blödning, allmän påverkan, ikterus ses vid leversvikt, alkoholhepatit med mera. Kan lätt misstas för alkoholabstinens eller intoxication. Kommer ofta efter period av drickande – just då patienten söker hjälp för tillnyktring.
- Nedsatt leverfunktion och cirros är inte helt ovanligt bland äldre missbrukare och före detta missbrukare, var uppmärksam.
- Man kan vara frikostig med leverprover (transaminaser). Tilllägg av PK, bilirubin, ALP och albumin ger bättre bild. Stor buk, ikterus, förvirring innebär larmsymtom som bör föranleda snar konsult. Akut förvirring – leverencefalopati – samt GI-blödning med hematemes är medicinska larmsituationer som kräver akut bedömning.
- Vid nedsatt funktion (leversvikt, med förhöjt bilirubin/PK, lågt albumin, ascites med mera) ses stor känslighet för många läkemedel. Små doser analgetika och sedativa kan ge långvarig uttalad påverkan, och många läkemedel bör undvikas eller dosjusteras. Vid behov, samråd med medicinare eller gastroenterolog.

Njursjukdom

- Vid nedsatt njurfunktion ses framför allt känslighet för vissa läkemedel och risk för interaktioner. Litium inte minst aktuellt.
- Ökad risk för elektrolytstörningar, acidosis med mera.
- Uttalad uremi och uttalade elektrolyttrubbningar kan ge kognitiv påverkan och akut förvirring.
- Ofta viktigt för patienten att inte sätta ut kritiska läkemedel som diuretika, antihypertensiva, bikarbonat med mera, vid problem konsultera medicinare eller njurspecialist.
- Vid nedsatt njurfunktion är det ofta av värde att följa kreatinin och elektrolyter lab-mässigt under slutenvård. I stabilt läge dock ej dagligen.

KOL och astma

- Rökning och KOL är vanligt bland medelålders och äldre med psykiatrisk sjukdom.
- Särskilt viktigt om mer avancerad KOL i kombination med sedativa eller opioider. Kan leda till andningssvikt med koldioxidretention och medvetandepåverkan. Patienten kan vara lite rosig, andas ytligt och lite långsamt, men klagar inte alltid på andnöd – kontrollera POX, andningsfrekvens, om slö kontakta medicinare eller motsvarande, om medvetslös – MIG/larm/ambulans.
- Andnöd hos rökare eller överviktiga personer med sömnapné, kan också bli dåliga av läkemedel.
- Astma är oftast mindre farligt än KOL, men astmatiker som är påtagligt andningspåverkade med eller utan hypoxi (saturation kring 90 % eller lägre), bör bedömas mycket akut. Annars kan inhalationer prövas, och om god effekt kan medicinsk bedömning ske i lugn och ro.
- Antidot mot bensodiazepiner eller opioider kan vara livräddande, men ger omedelbar abstinens. Vid epilepsi och krampproblematik samt beroende bör man vara väldigt försiktig med antidot mot bensodiazepiner (flumazenil), då krampanfall kan utlösas som då kan vara svåra att häva.

Hypertoni och förmaksflimmer

- Vanlig orsak till medicinsk konsultation för medelålders/äldre patienter, men sällan akut om bra ABCDE.
- Hypertoni: mycket sällan akut problem. Om huvudvärk, dimsyn, kramper, högt kreatinin – mer akut.
 - Ofta högt på grund av oro, smärta, eller att man tagit utan föregående vila. Åtgärda, ta nytt blodtryck i lugn och ro, så är problemet ofta löst!
- Förmaksflimmer: Sveriges vanligaste hjärtsjukdom. Största problemet = ökad risk för stroke, om patienten har waran eller annan antikoagulation ("NOAK") liten risk. Behåll!
 - Om nytillkommet, eventuell akut åtgärd (inom 48 timmar). Annars bara om påverkad patient eller hög medelfrekvens. Om frekvensen är < cirka 110 och börjat för >48 timmar sedan, ingen akut åtgärd i allmänhet, detta kan tas med ordinarie läkare eller konsult inom några dagar/motsvarande.

Ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt

- Även detta vanliga problem hos medelålders och äldre.
- Vid stabil sjukdom framför allt en fråga om läkemedel, interaktioner med mera. Blodförtunnande, betablockerare, andra hjärt- och blodtrycksläkemedel bör i allmänhet inte sättas ut utan konsultation med medicinare eller kardiolog. Patienter som ej kan ta tabletter bör föranleda konsultation.
- Vid försämrad andnöd eller ökande bröstsmärtor bör medicinare eller kardiolog konsulteras. Om ej besvär i vila kan detta i allmänhet ske inom någon eller några dagar via ordinarie läkare eller konsult, alternativt akutmottagning om öppenvårdspatient. Vid pågående smärta akut bedömning, likaså vid synlig vilodyspné eller påverkade vitalparametrar. EKG bör tas på vida indikationer vid ny eller ändrad bröstsmärta.

Trombos och antikoagulation

- Svullet ben/misstänkt djup ventrombos (DVT) hos opåverkad patient är inte urakut, men bör bedömas av medicinare eller allmänläkare inom någon dag. Vid påverkad andning eller cirkulation akut.

- Lungemboli brukar visas genom antingen bröstsmärta eller andfåddhet (i vila eller som sänkt ork vid rörelse). Båda symtomen är skäl till snar bedömning, larm om påverkad i ABCDE, annars samma dag som konsult eller på akutmottagning, beroende på om patient i slutenvård eller öppenvård.
- Patienter med antikoagulantia (Warfarin, sprutor Fragmin eller Innohep, eller andra som Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Lixiana) bör i allmänhet inte pausa dessa utan riskbedömning och konsultation av medicinare eller kardiolog. Om orsaken till behandlingen är en mekanisk klaffprotes eller tidigare lungemboli/uppreat trombos, så måste ersättningsbehandling ordnas om patienten ej kan ta tabletter, vilket ska stämmas av med konsult (akut om behandling måste pausas/ej kan ges). Vid förmaksflimmer eller mindre DVT kan man ofta pausa kortare tid, men konsult rekommenderas (icke akut). Fallrisk är inte kopplat till hög blödningsrisk i de flesta fall, och behandling bör ofta fortsätta – vid behov fråga medicinare.
- Vid akut (farligt) konstaterat eller misstänkt blödningsproblem måste antikoagulation ofta pausas, detta avgörs av den specialitet som ansvarar för tillståndet (medicin, kirurgi, ÖNH, ortopedi etcetera).

Elektrolytrubbningar

- Det är vanligt med elektrolytrubbningar som biverkan av psyko-farmaka och antiepileptika, detta hör till vanligaste orsakerna till elektrolytrubbning.
- **Hyponatremi:** > 128 = inte så farligt/akut, minska doser av SSRI, litium, antiepileptika (karbamazepin) med mera om möjligt. < 125 mer akut, särskilt om förvirring, kramper eller balansproblem. Akut konsultation! Lätt sänkt s-Na är vanligt vid behandling med psykofarmaka och oftast inget större problem, medicinjustering kan övervägas.
- **Hypernatremi** = vätskebrist, om över cirka 148 konsultera medicin.
- **Kalium:** Värdet mellan cirka $3,0$ och $5,5$ är ej urakuta, om välmående patient ofta ingen åtgärd utöver att vid behov meddela ordinarie somatisk kontakt eller följa upp. Utanför detta konsultera medicin. Om opåverkad patient ring och stäm av, påverkad patient akut bedömning. Ta om möjligt EKG inför konsultation, det kommer att efterfrågas.

- **Hyperkalcemi:** Kan ge nästan samtliga psykiatriska symtom och är livsfarligt på högre nivåer, men ofta behandlingsbart.
- Mest tillförlitligt prov är joniserat kalcium, vid lågt albumin av malnutrition eller annan sjukdom kan totalkalcium vara falskt lågt. Korrigerat kalcium kan beräknas utifrån korrigerat kalcium = totalt cirka + $0,02 \times (40 - s\text{-Albumin})$.
- Joniserat s-cirka > ca 1,7, korrigerat totalt s-Ca > cirka 3,4 anses akut, bör bedömas av medicinare snarast. Även lägre värden med uttalade symtom.
- Litium påverkar natrium och kalium samt njurfunktion.
- Vid svält (se "Svält och anorexi") kan även andra elektrolyter vara påverkade.

Svält och anorexi

- Vid uttalad svält, mycket lågt BMI och särskilt om det även förekommit kräkningar och/eller alkoholproblem, ses ofta påverkan på många organ. Rubbningar av elektrolyter, inklusive magnesium, fosfat, samt hjärtpåverkan, ses. Tiaminbrist kan förekomma, liksom anemi och brist på andra vitaminer.
 - Mycket frikostigt med provtagning, förslagsvis Hb, LPK, TPK, diff, samt leverprover, PK, s-albumin, elektrolyter (Na, K, Ca, Mg, fosfat) samt kreatinin. EKG bör tas.
- Hjärtpåverkan ses med arytmi, bradykardi och hjärtsvikt och kardiell kollaps. Vid påverkan på cirkulation, samt vid EKG-förändringar, ska medicinare eller kardiolog konsulteras och ofta finns skäl till vård på somatisk enhet initialt i dessa fall.
- Vid elektrolytrubbningar likaså konsultation med medicinare. Hypokalemi, hypokalcemi och hypofosfatemi kan ge livshotande problem.
- När näringstillförsel kommer i gång kan "refeeding syndrom" uppkomma, vilket innebär att elektrolyter, fosfat med mera förbrukas, med allvarliga komplikationer som möjlig följd. Prover bör följas.
- Tidig involvering av dietist viktigt, direkt vid start av närings-tillförsel vid uttalad svält. Frikostigt med substitution av tiamin och andra vitaminer på grund av risk för allvarliga bristsymtom och komplikationer. Tiamin bör ges direkt vid start av nutritions-behandling för att undvika komplikationer!

Buksmärta

- Akut påkommen smärta senaste dygnet, som påverkar patienten, bör bedömas akut (samma dag). Feber, allmänpåverkan, påverkan på puls, blodtryck med mera, ökar graden av brådska. Plötsligt påkommen buksmärta med allmän påverkan, och svår buksmärta med blodtrycksfall innebär urakut situation, där bedömning av kirurg eller akutmottagning ska ordnas med akut konsult eller ambulans till akutmottagning.
- Buksmärta hos gravid kvinna bör tas på stort allvar.
- Mer långdragna besvär eller diffusa symtom utan påverkan på ABCDE är oftast inte urakut och kan handläggas av ordinarie vårdcentral eller via konsultation i lugnare tempo.
- Av tradition brukar man vilja undvika högre doser analgetika vid akut påkomna buksmärter fram tills man bedömt kliniskt. Mindre mängder paracetamol, NSAID eller lågdos opioid är dock inte något större problem om behov finns.
- Patienter med känd problematik, som njursten, gallsten, gastrit med mera, kan ofta behandlas symtomatiskt om besvären motsvarar de tidigare kända, utan behov av akut bedömning, om behandlingen har bra effekt.

Infektioner

- Infektion är vanligt och oftast relativt ofarligt. Vid alkoholberoende är lunginflammation klassiskt. Hepatit är vanligt, men sällan akut.
- CRP, LPK och feber är ofta dåliga mått på allvarlighetsgrad. Andningsfrekvens, POX, blodtryck, puls, vakenhet/orientering bättre (ABCDE). Ser patienten påverkad ut?
- De patienter som mår relativt bra och skulle ha sökt vårdcentral/stannat hemma om de inte varit inom psykiatri, kan hjälpas på motsvarande nivå.
- Påverkat ABCDE – akut hjälp. Larmsymtom är andnöd, svimning, snabb andning, förvirring, nackstyvhet. Utslag och petechier får inte missas och ska bedömas akut. Ordentlig frossa kan vara tecken på allvarligare problem, som sepsis, men är relativt vanligt vid exempelvis magsjuka, lunginflammation, njur-

bäckeninflammation. Om patienten är opåverkad efter frossan är det mindre oroande.

- Urinvägsinfektion, lunginflammation, rosfeber, tonsillit kan i allmänhet behandlas med tabletter utan annan åtgärd, om patienten är i övrigt opåverkad enligt ovan och situationen är sådan att patienten klarar sig bra under tiden.
- **Tänk på möjlighet av smittsam sjukdom!** Om det finns misstanke om mässling, vattkoppor, gastroenterit, covid-19 eller motsvarande potentiellt direkt smittsamma sjukdomar så måste patienten isoleras eller på annat sätt hanteras för att undvika smitta. Tänk på skydd av såväl medpatienter som personal!

Intoxikation

- Vanligt tillstånd, både som suicidförsök eller självskada, och som antingen drogberusning eller accidentell händelse/överdos av läkemedel.
- Många läkemedel och substanser, inklusive gatudroger, förekommer.
- Oftast inte så farligt ur somatiskt perspektiv, men tröskeln är låg för kontakt med medicinare eller Giftinformationscentralen. Allvarlighetsgrad, somatiskt och psykiatriskt, kan skilja sig markant åt båda håll, som allvarlig suicidalitet, med ofarlig intoxic och vice versa.
- Om man bedömer och stabiliserar enligt ”ABCDE” och tar EKG + p-glukos så löser man det mesta. Av det som kan vara farligt, men inte fångas, är främst paracetamolintox vanligt.
 - EKG: Oroande tecken är hög/låg frekvens, arytm (AV-block, flimmer, ventrikeltakykardi) samt breddökade/konstiga QRS-komplex som kan ses, till exempel vid tricyklika, antiepileptika.
- Medvetandepåverkan typiskt (sedativa, opiater, alkohol), EP-anfall kan förekomma (D-problem).
- Andningsdepression i samband med sänkt medvetande, och hotad eller ofri luftväg.
- C-problem som högt eller lågt blodtryck. Arytmi av beta-blockad, tricyklika, antiepileptika.

- Insulin i suicidsyfte förekommer, liksom accidentell överdos, upptäcks med p-glukos. Potentiellt väldigt allvarligt!
- Giftinformationscentralen är enastående, kontaktas mycket ofta även av erfarna medicinare, intensivister och akutmakare.
- Specifika potentiellt mer problematiska läkemedel, som kan kräva mer specifika åtgärder: paracetamol, betablockerare, tricykliska, antiepileptika, digitalis, järnpreparat, litium, opiater. Mycket frikostig provtagning för paracetamol rekommenderas därför!

Trauma

- Skador och olyckor av olika slag är en stor orsak till både dödlighet och morbiditet i Sverige och i världen.
- De flesta skador är lokala, med en skademekanism som är relativt avgränsad och förutsägbar. En orienterad person som fallit, skurit sig eller liknande och som är opåverkad i övrigt behöver i första hand endast undersökas avseende den aktuella skadan.
 - Mest akut är pågående yttre blödning, som bör stoppas med förband, tryck eller liknande.
 - Andra problematiska skador är de där det kan finnas en fraktur eller ledskada, med samtidigt sår i samma område (öppen fraktur), skador med påverkan på känsel eller cirkulation i område mer distalt, skador i ansiktet, särskador på handflatsidan och frakturer med felställning (stark smärta, synligt fel). Vid mindre skador kan ofta vårdcentral eller närläkare handlägga det mesta, om patienten är inom öppenvård. Kirurg, ortoped eller akutmakare kontaktas vid möjlig allvarligare skada eller om patienten är inom slutenvård.
 - Enkla skärskador kan enkelt sutureras, limmas eller liknande, efter att man undersökt att nerv, sena eller artär inte skadats.
- Allvarligare är de situationer, då patienten antingen visar tecken till påverkan enligt ABCDE, där det finns tydlig misstanke om skada på skalle, thorax eller buk, samt vid skademekanism med stor energi. Händelser med hög energi innefattar fall från höjd, trafikolycka i hög hastighet, olycka med cykel/häst/MC eller fotgängare som blivit påkörd i hög hastighet samt explosioner.

Dessa patienter omhändertas alltid enligt ABCDE och ska alltid undersökas på akutmottagning eller av larmteam på sjukhus.

- Hängning vid suicidförsök innebär i första hand en strypningsskada med hypoxi och senare hjärtstopp. Andra skador, inklusive halsryggsskada, är ovanligt, så länge inte högt fall är involverat. I allmänhet hjärtlarm om medvetandepåverkad, annars akut bedömning kirurgi/akutmottagning.

3. Somatiska/psykiatriska "mimics"

Här avses somatiska, potentiellt allvarliga tillstånd, som kan uppträda med uttalade psykiska symtom och kan misstas för psykiatrisk sjukdom. Troligen är de vanligaste olika förvirringstillstånd, följt av tillstånd som kan misstas för depression eller ångestsjukdom. Akut konfusion, av somatisk orsak, är potentiellt ett mycket allvarligt tillstånd, i vissa material ses vid slutenvård på grund av nytillkommen desorientering med antingen slöhet eller agitation (delirium) en hög mortalitet inom 30 dagar på 10–25 procent.

Patienter som utvecklar delirium under slutenvård har ännu högre mortalitetsrisk.

Intoxikation och läkemedelspåverkan

Konfusion, agitation och psykotiska symtom är relativt vanliga vid akut drogpåverkan, inte minst av centralstimulantia, hallucinogener och serotonerga droger. Oftast är detta uppenbart och relativt snabbt övergående om det rör sig om en akut påverkan av drogen.

Mer problematiskt kan långvariga biverkningar av läkemedel vara. Det finns så klart många läkemedel som kan vara aktuella, nedan beskrivs några mer välkända (utöver psykofarmaka):

- Läkemedel med antikolinerg effekt (psykofarmaka men även antihistaminer, medel mot parkinson, medel mot inkontinens med mera) kan ge uttalad förvirring. Detta är vanligare hos äldre och annars sköra patienter. Ses med synhallucination, desorientering, stora pupiller, torr varm hud, urinretention, ibland takykardi.
- Parkinsonläkemedel kan ge psykotiska symtom, särskilt vid överdosering samt efter lång tids sjukdom. Hallucinationer och överrörlighet (chorea) är typiskt.

- Betablockerare kan ge depression, sömnstörning, mardrömmar, synhallucinationer – oftast nattetid. Mest psykiska biverkningar ses av metoprolol, som ofta kan bytas mot annan betablockerare med mindre biverkan.
- Kortikosteroider. Högt dos kan ge akut psykos eller förvirring. Även lägre doser kan hos äldre eller annars känsliga personer ge förvirring, agitation, sömnstörning, ångest.

Metabola sjukdomar

Leverencefalopati

Vid leversvikt kan leverencefalopati utvecklas. Hos dessa patienter ses i stort sett undantagslöst stegrad PK och bilirubin och lågt albumin, däremot kan ALAT och ASAT vara normala. Ofta kommer detta i samband med en akut försämring av infektion, alkoholkonsumtion eller gastrointestinal blödning.

Typiska symtom är en trött person som ter sig inadekvat. Ofta är orientering vid formell fråga relativt bättre än första intrycket. Långsamt svar/latens och inadekvat tal är vanligt. Trög motorik och ryckningar förekommer och det är vanligt med flapping tremor (asterixis), det vill säga när handflatorna vinklas uppåt ses fingrarna långsamt darra/falla i vertikal riktning.

Uremisk encefalopati

Ses vid grav njursvikt med högt kreatinin och urea.

Liknar leverencefalopati med tröghet, latens, inadekvat tal, men relativt bättre orientering.

Hyperkalcemi

Vid uttalad hyperkalcemi ses dels törst, njurpåverkan, muskelvärk, illamående, obstipation med mera, dels ofta även psykiska symtom. Utöver trötthet ses ångest, aptitlöshet med mera och det förekommer att hyperkalcemi tolkas som depression.

Även koma, förvirring och psykos förekommer.

Hyponatremi

Lättare hyponatremi kan ge viss trötthet och balanssvårigheter, men ger oftast inga symtom. Uttalad hyponatremi kan ge psykiska symtom och förvirring, samt kramper, ataxi.

Natriumvärden kring 125 och nedåt bör korrigeras mycket kontrollerat på medicinavdelning eller ibland intensivvård, akut ärende.

Tyreoidearubbingar

Uttalad hypotyreos ("myxödemkoma") kan yttra sig som depression, även med förvirring, slöhet. Ofta kombinerat med bradykardi, slöhet, låg temperatur med mera. Potentiellt mycket allvarligt och viktigt att komma i gång med behandling, vilket bör ske på avdelning om mental påverkan.

Hypertyreos kan ge bild av ångest och ibland mani, inklusive psykotiska symtom. I allmänhet ses då takykardi, svettighet, oro, tremor.

Tiaminbrist

Wernickeencefalopati får inte missas hos missbrukare och malnutrierade patienter. Tiaminbrist förekommer även hos patienter med tarmsjukdom och efter obesitaskirurgi, även när födointaget är normalt (efter gastric bypassoperation krävs livslång vitaminstitution). Symtom är förvirring, vakenhetspåverkan med mera, samt neurologiska symtom, med nystagmus, påverkad ögonmotorik, gångsvårigheter och ataxi. Frikostighet med profylax; om starkare misstanke högdos iv tiamin. Inget bra prov finns för diagnostik, MR hjärna kan vara till hjälp, men diagnosen är i huvudsak klinisk!

Man rekommenderar att inte ge iv glukosdropp till patienter som skulle kunna ha brist på tiamin innan tiamin givits iv eller im.

Infektioner

Viruseencefalit

Encefalit med Herpes Simplex typ 1 (HSV1), Herpes Zoster (HZV) samt ibland andra virus som HSV2, TBE och någon gång bakterie (Mycoplasma) kan ge uttalad förvirring och psykos. I allmänhet finns infektionssymtom med feber och huvudvärk, ibland herpesblåsor/bältros samt andra symtom. Nackstyvhet kan finnas, men långt ifrån alltid. Förvirring kommer ofta gradvis över något till några dygn, progressivt. Typisk bild är en person med feber och kanske huvudvärk, som är desorienterad med avvikande beteende sedan något dygn. Apart beteende och tal är vanligt och ofta ses väldigt stereotypa uttryck, repetition. Krampanfall är vanligt.

Obehandlade brukar koma eller epileptiska anfall komma relativt snabbt, vid HSV₁ och HZV är prognosen mycket dålig om behandling ej kommer i gång snarast, proportionellt mot hur uttalade symtomen hunnit bli.

Vid misstanke konsultera medicin/infektion/neurologi, vilket kan ske via telefon om måttliga symtom/misstanke, för att avgöra om utredning krävs.

Sepsis

Även vid sepsis och svår lunginflammation kan uttalad förvirring ses. Oftast i samband med tydlig påverkan på cirkulation, andning eller andra vitala funktioner (ABCDE). Feber och frossa är det typiska, men kan saknas. Akut debut, förvirring brukar inte ha funnits längre än timmar eller ett dygn.

Vid misstanke akut bedömning av medicin/infektion/MIG etcetera.

Fokala och strukturella CNS-problem

Partiellt status epilepticus

Förvirring av varierande bild kan ses vid partiella epileptiska anfall. Inte minst förekommer detta vid epilepsi utgående från temporal- eller frontalloberna. Ofta finns en minnesförlust, ibland motoriska symtom. Vid status epilepticus av partiell typ kan förvirring ses i flera dygn. Ofta uttalad desorientering och ofta antingen dysfasi eller andra svårigheter med att uttrycka sig. Stereotypa upprepningar och bisarra uttryck samt apart beteende och personlighetsförändring ses. Fokala ryckningar/rörelser i halva ansiktet eller arm kan ses och talar starkt för.

Ej akut livshotande (till skillnad från generellt status epilepticus), men bör bedömas och behandlas akut.

Stroke och hjärnblödning

Det är ovanligt att stroke och hjärnblödning misstas för psykiatrisk sjukdom.

Undantag är dels om partiella epilepsianfall uppkommer, förvirring vid kroniskt subduralhematom, dels då dysfasi ibland kan tolkas som desorientering/förvirring eller som drogpåverkan.

Hjärntumör

I allmänhet gradvis påkommande symtom över veckor eller längre. Vanligt med trötthet, håglöshet, personlighetsförändring. Fokala neurologiska symtom kan vara påfallande diskreta, med lätt fumlighet, diskret dysfasi och liknande. Larmtecken är progressiva symtom, morgonhuvudvärk och morgonillamående samt nya symtom hos patient med känd cancersjukdom. Krampanfall kan förekomma (partiella eller generella). Hjärntumör, och metastaser, har misstagsits för såväl depression som utbrändhet/utmattningssyndrom och demens.

I allmänhet är utredning ej akut i strikt mening utan kan ofta ske polikliniskt enligt SVF med datortomografi (med kontrast) eller MR av hjärnan.

Det kan vara av värde med avstämning med adekvat specialist (känd onkologisk kontakt om känd cancer, annars medicin/neurologi) för att undvika onödiga akuta konsulter och akutbesök.

Rekommenderad litteratur

Cormac, I. & Gray, D. (red.) (2012). *Essentials of Physical Health in Psychiatry*. London: RCPsych Publications.