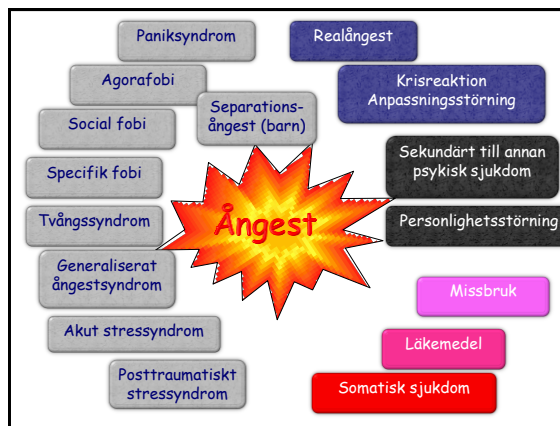
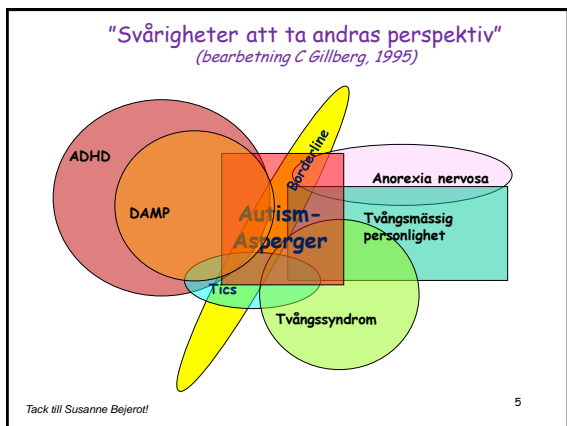
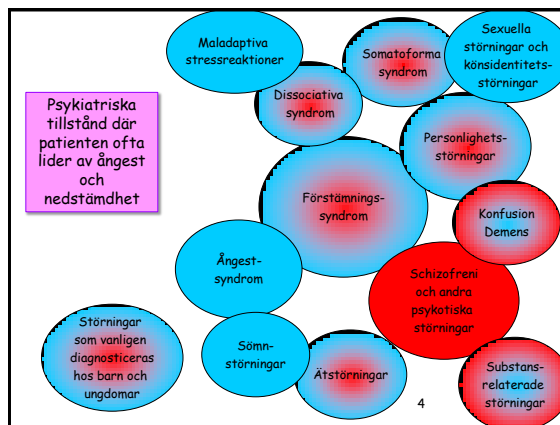




- Screeningfrågor för depression och ångestsjukdomar**
- Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?
 - Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?
 - Att göra bort sig eller verka dum, hör det till Dina värsta rädslor?
 - Undviker Du aktiviteter eller andra sammanhang om Du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
 - Är Din rädsla att göra bort Dig så stor att Du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?
 - Tvättar Du Dig mycket fastän Du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?
 - Kontrollerar Du upprepat spisen eller att Du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
 - Måste Du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?
 - Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?
 - Är Du ständigt orolig?
 - Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?
 - Har Du upplevt avgränsade perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärtklappning, andnöd eller yrsel?
 - Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?
 - Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?



Diagnostik vid ångest

- Hur tar sig ångesten uttryck?
- När kommer ångesten?
- Vad utlöser ångesten, vilka situationer är svåra?
- Vad tänker patienten när han har ångest?

I vilken situation utlöses attackerna?

- Paniksyndrom - **neutrala** situationer.
- Social fobi - fruktade **sociala** situationer.
- Specifik fobi - **specifik** fruktad situation.
- Tvångssyndrom - vid exposition för **situation som tvångssyndromet gäller**. T ex smuts vid renlighetstvång.
- PTSD - stimuli som påminner om **stressorn/traumat**.
- Missbruk - ffa abstinens, ev rus.
- Depression - när den allmänna ångesten är som värst, ofta på **morgonen**.
- (GAD - fluktuerande ångest. Ej attackvis)

Frisk eller sjuk?

Beakta

- Duration
- Intensitet
- Hanterbarhet
- Konsekvenser
- Relation till utlösande faktorer
- Grad av förståelighet



Påtagligt lidande eller funktionsnedsättning?

Tack till Marie Dahlin!

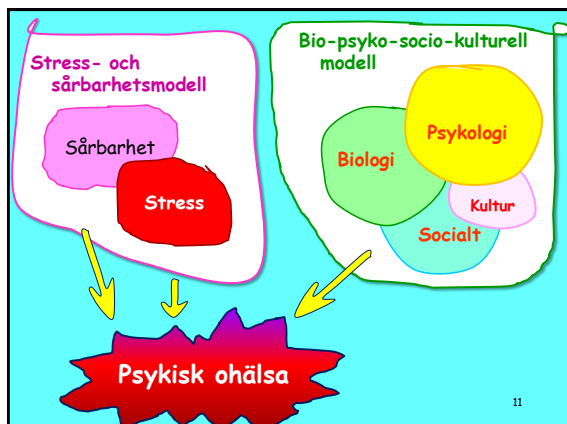
Att förstå psykisk sjukdom

DSM diagnostisk och statistisk manual

- Axel I: Kliniska syndrom
- Axel II: Personlighetsstörningar, mental retardation
- Axel III: Kroppslig sjukdom/skada som bidrar till symtombilden
- Axel IV: Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter
- Axel V: Global funktionsförmåga (GAF)



10



11

"Manualen"
- det konkreta

Vi har minst tre uppgifter

- Bedöma
- Råda
- Hjälpa



13

Vad är syftet med telefonrådgivningen?

1. Avgöra om patienten behöver vård, och i så fall hur snabbt och på vilken nivå. Fordrar *alltid* suicidriskbedömning.
 - Psykiatrisk akutmottagning
 - Psykiatrisk öppenvårdsmottagning
 - Husläkarmottagning
 - Psykolog "på stan" (växa som vuxen, förstå sig själv)
2. Behövs ambulanstransport, polishämtning eller vårdintygsbedömning?
3. Hjälp av socialtjänsten?
4. Ge tröst och stöd för stunden.
5. Ge råd om självhjälp om så är lämpligt
 - Lästips?
 - "Internetterapi"?
 - Patient- och anhörigförening
6. Motivera patienten till den insats som bedöms lämplig.

14

Vad vill vi veta?

1. Vem är patienten?
2. Vad är det som gör att hon ringer just nu? Har något hänt?
3. Hur mår hon just nu?
4. Vad är det värsta som skulle kunna hända nu? Vilken är hennes största rädsla/farhåga?
5. Tidigare sjukhistoria? Har hon fått någon diagnos?
6. Har hon kontakt med vården nu, någon att vända sig till?

Vad vill vi veta?

7. Vad har hon själv försökt göra för att må bättre?
8. Vad vill hon själv ha nu - förståelse och tröst, någon att samtala med, goda råd, hembesök, kontakt med akutmottagning eller öppenvård, inläggning?
9. Vilket stöd har hon runt omkring sig? Anhöriga, vänner, nätverk?
10. Finns det en suicidrisk? Hur stor?
11. Anhöriga/närståendes uppfattning om situationen.
12. Är patienten positiv till tidigare vård och det du föreslår?

Det viktigaste

1. Samtalet är ibland patientens första kontakt med psykiatri och formar hennes bild av psykiatri.
2. Samtalet är en del av behandlingen.
3. "Play it safe!"
 - Vi ska inte gissa vad patienten troligast lider av utan se till att patienten får rätt omhändertagande utan risk.
 - Låt inte uttalande eller outtalande förväntningar påverka dig (många samtal, snabba samtal, "effektivitet", avhålla patienterna från att besöka vården).
 - Glöm aldrig att värdera suicidrisken (även om patienten inget säger).
4. Får du inte hyggligt god kontakt med patienten faller hela bedömningen
 - En patient som inte upplever att du bryr dig på riktigt kommer inte att få ut eller göra något av samtalet.
 - Ilska och otrevliga patienter har högre självmordsrisk - inte lagrel!

Det viktigaste

5. Vid osäkerhet - fråga om det finns någon mer du kan få prata med.
6. Involvera patienten
 - Summera det som framkommit och förmedla din bedömning till patienten.
 - Fråga om du förstått rätt.
 - Fråga vad patienten själv tycker vore det bästa att göra nu och vilken hjälp hon skulle vilja ha.
7. Föreslå vad du tycker vore det bästa för patienten, utifrån hennes önskemål och din egen bedömning av situationen.
8. Fråga patienten vad hon tycker om detta förslag.
9. Om patienten inte är nöjd, fråga ånyo vad hon själv föreslår och försök hitta den bästa möjliga kompromiss som patienten samtycker till.
10. Gör en överenskommelse med patienten.
11. Tacka för samtalet och hälsa välkommen åter.

Några svårigheter och risker

1. Att **värdera** patientens uppgifter är det viktigaste och samtidigt svåraste momentet i bedömningen.
2. Psykiatri och **psykiatrisk bedömning är svårt och vanskligt** även vid optimala omständigheter, dvs fysiskt möte på lämplig plats. Det är inte utan anledning som ett fysiskt besök är normen.
3. **Kontakten med patienten - och vår förmåga att värdera den rätt - är A & O** vid all psykiatrisk bedömning och behandling.
4. **Talar patienten sanning?** Vi behöver alla icke-verbala ledtrådar vi kan få. Patienten kanske inte "ljuger" i avsikt att föra oss bakom ljuset, men förvrängning, dissimulering eller aggravaion kan ske på ett omedvetet plan.
5. Vi får vanligen **inget "facit"** som vi kan lära oss av.
6. **Krävande** att göra många bedömningar och skapa kontakt med många människor var dag.
7. **Risk att vi blir emotionellt avrubbade** och "utbrända" i längden, om vi inte hittar ett sätt att själva få näring av samtalen.

Vi måste värdera patientens uppgifter

- Att bedöma hur en människa mår och hur stor självmordsrisken är kan vara mycket svårt även när man träffar patienten fysiskt. Telefonsituationen gör det än svårare.
- En viktig del av bedömningen är att avgöra huruvida patienten talar **sanning**, eller om hon - kanske inte helt medvetet - förvränger, dissimulerar eller aggraverar.
- Att **värdera** patientens uppgifter är alltså det viktigaste och samtidigt svåraste momentet i bedömningen, och för det behöver vi alla ledtrådar vi kan få - visuella, auditiva, känslomässiga, intuitiva.

20

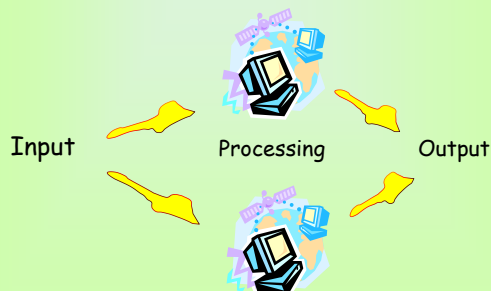
Vår hjärna har ett problem...

Utgångspunkt nr 2

Den försöker hela tiden skapa helhet av skärvor och fragment. Storyn den kokar ihop låter så fin, men är den SANN?

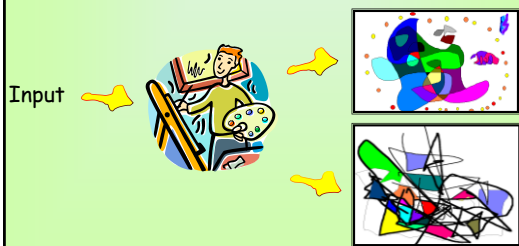
21

Hjärnan är ingen dator...



22

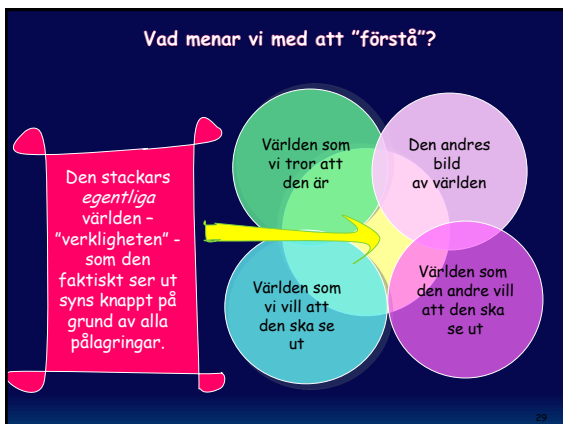
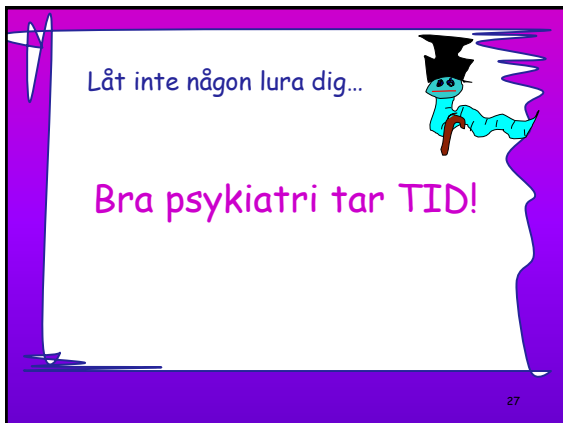
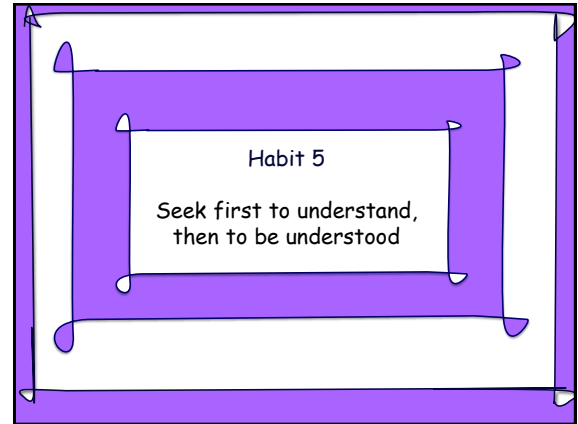
...hjärnan är målare och artist!



23

The deepest hunger of the human soul is to be understood.

Stephen R Covey



Att fråga "varför" fungerar sällan.
Pröva i stället:

**Hur tänker du nu?
Hur tänkte du då?**

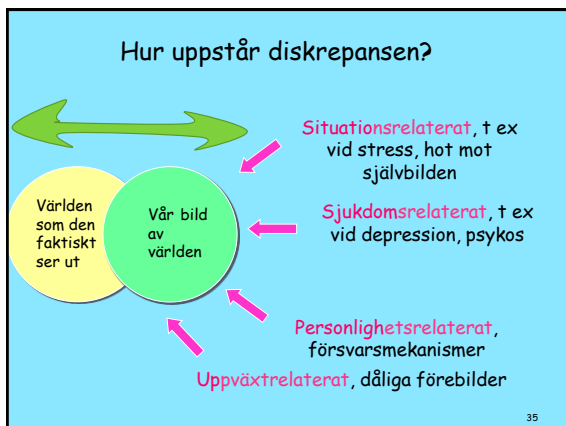
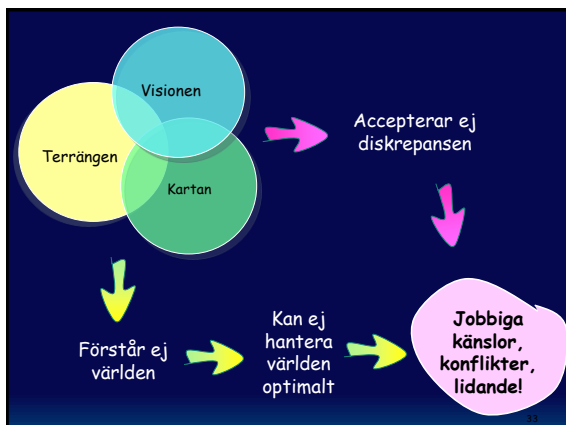
31

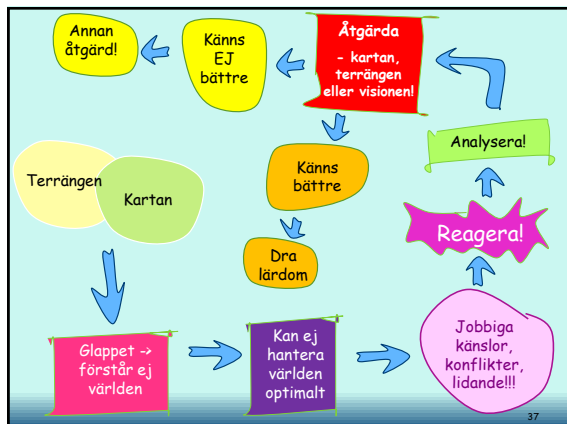
Att förstå mig är att se världen från *mitt* utkikstorn, som *jag* ser den.



Välkommen upp! Så ska jag sedan stiga upp i *ditt* utkikstorn, så att vi kan förstå varandra.

32





Sinnesrobönen

"Gode Gud giv mig sinnesro att acceptera det jag inte kan förändra, mod att förändra det jag kan och förstånd att inse skillnaden."

Reinhold Niebuhr

38

Ask for what you want - but don't demand it!

Ken Keyes

39

Hjälp patienten orientera sig

1. Överblicka terrängen, dvs skaffa sig en korrekt karta.
2. Ändra det som går att ändra av terrängen.
3. Ha rimliga förväntningar, dvs att önska vad som är uppnåbart.
4. Acceptera att kartan aldrig helt kommer att överensstämma med visionen och att detta inte nödvändigtvis måste leda till negativa känslor.

40

Vad är egentligen en depression för något?

- En sjuklig sänkning av stämningensläget med nedsatt förmåga att känna lust och intresse
- Kommer ofta - men inte alltid - i avgränsade skov
- Ofta livslång sjukdom med återkommande episoder
- Är ibland en del av bipolär sjukdom

41

Hur ställer man diagnosen egentlig depression?

De vanligaste symtomen vid depression

- nedstämdhet
- minskat intresse eller minskad glädje
- aptit- eller viktpåverkan
- sömnstörning
- agitation eller hämning
- brist på energi
- känslor av värdelöshet
- nedsatt koncentration eller obeslutsamhet
- tankar på död och självmord

Hur mycket besvär?

- minst 5 av 9 symtom varav
- minst ett av symtomen måste antingen vara nedstämdhet eller brist på intresse eller glädje
- symtomen förekommer dagligen, eller så gott som dagligen
- symtomen har föregåt under minst två veckor

Samt: Symtomen förorsakar ett kliniskt signifikant lidande för patienten eller en nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan eller av något annat viktigt funktionsområde.

42

Maskerad depression

- Pseudosomatisk depression
- Pseudoneurotisk depression
- Pseudodemens hos äldre
- Beteendestörning hos yngre

43



"Nya" sjukdomar?

- Spelberoende
- Utbrändhet
- Trötthetssyndrom
- Utmattningssyndrom
- Fibromyalgi
- Elöverkänslighet
- Amalgamöverkänslighet
- SBS, "sick building syndrome"
- Mobil- och mastskräck

44



När är den
ledsne
deprimerad?

Okomplicerad sorg



- "Får" ha symtom som vid depression, men ej längre tid än två månader.
- Men den kliniska bilden får inte karakteriseras av
 - långvarig och uttalad funktionsnedsättning
 - sjuklig upptagenhet av värdelöshet
 - psykomotorisk hämning
 - psykotiska symtom
 - självmordstankar

46

Okomplicerad sorg



- Dock "får" man ha
 - övergående upplevelser av att se den avlidne
 - övergående upplevelser av att höra den avlidnes röst
 - skuld känslor kring sådant man gjort eller underlåtit att göra vid dödsfallet
 - dödstankar som begränsas till att man tänker att det vore bäst om man själv också fick dö eller hade dött samtidigt med den bortgångne

47

Krisreaktion/anpassningsstörning

- Får ej vara ett fall av okomplicerad sorg eller fylla kriterierna för någon annan psykiatrisk störning.
- D.v.s. då bilden överensstämmer med den vid t.ex. depression tar denna diagnos över och behandling skall ges därefter.



48

Krisreaktion/anpassningsstörning

- Inom tre månader efter påfrestningens debut
- Högst sex månaders varaktighet
- Ger funktionsnedsättning med avseende på arbete/ skola, vanliga sociala aktiviteter eller relationer till andra människor

och/eller

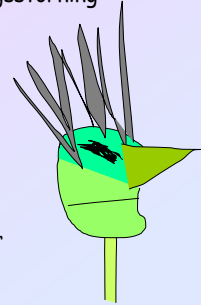
- Symtom som överstiger vad man vanligen kan förvänta sig som en normal reaktion på påfrestningen ifråga

49

Krisreaktion/anpassningsstörning

Vanliga symtom är

- ångest
- nedstämdhet
- hopplöshetskänslor
- stört beteende
- kroppsliga symtom
- social tillbakadragenhet
- arbets-/ studiesvårigheter



50

Hur blir man av att ha en depression?

- Irritabel, arg, sur, lättstött och allmänt överkänslig...
- ...eller likgiltig, uppgiven och självförsunken.
- Självupptagen, krävande och anklagande.
- Okoncentrerad.
- Trött och oföretagsam.
- Skäms och tycker att det vore bäst för alla att man inte fanns eller försvann.

51

"Manlig depression"

- Sänkt stresstolerans
- Utagerande
- Aggressivitet med bristande impuls kontroll
- Antisocialt beteende
- Missbruksbenägenhet
- Depressivt tankeinnehåll
- Oftare suicid
- Sämre insikt om sitt hjälpbehov
- Mer sällan kontakt med sjukvården
- Sämre compliance beträffande olika behandlingsstrategier

52

Fler svårigheter och risker

Patienter med depression

- Uppgivna
- Trötta
- Fåordiga
- Ger nedsatt kontakt
- Tror inte att någon bryr sig
- Svårt ta emot hjälp

Patienter med ångest

- Kan prata på
- Svårt att höra hur mycket de lider
- Ofta missförstådda



Ytterligare svårigheter och risker

Patienter med depression eller ångest

- Koncentrationsproblem.
- Skäms och känner sig som en belastning.
- Kan vara taggiga, griniga, aggressiva och otrevliga.
- Har vanligen negativa värderfarenheter i bagaget.
- Kan bli suicidala som följd av sitt tillstånd, och vid negativa vårdupplevelser!
- Vi kan inte "objektivt" registrera hur en annan människa mår utan att samtidigt påverka detta mående på något vis. Vår bedömningsprocess är en del av behandlingen (liksom bemötandet).

Situationen i ett nötskal

Patientens utgångsläge

- Plågad
- Olycklig
- Sårbar
- Utlämnad
- Rädd
- Belastning
- "Fel"
- Skam
- Skuld

Vår uppgift

- Hjälpa patienten känna att han är okay ändå
- Minska skuld- och skamkänslorna
- Minska lidandet

Inse att det INTE handlar om:

Rätt eller fel
Gott eller ont
Moral eller skuld
Svaghet eller styrka
Vilken sorts människa man är

Det handlar om en sjukdom!

Att vara anhörig eller hjälpare

Man känner sig

- Avvisad
- Ratad
- Anklagad
- Otillräcklig
- Skyldig
- Rädd
- Dum
- Osäker
- Förtvivlad
- Hjälplos
- Trött



Inget av allt detta är ditt fel eller har med dig att göra över huvud taget!

När behöver patienten läggas in?

1. Vissa allvarliga tillstånd - mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.
2. Depression
 - Med depressiva vanföreställningar eller andra psykotiska inslag.
 - Postpartum.
 - Blandepisod (mixed state).
 - Hopplöshetskänslor.
 - Suicidrisk.
3. Uppenbart behov av vård som inte kan ges i hemmet (ECT, medicinering som patienten vägrar ta etc).
4. Svårt lidande, omänsklig situation att befinna sig i.
5. Utmattade anhöriga.
6. Svåra konflikter med anhöriga.
7. Beter sig socialt olämpligt, terroriserar grannar, riskerar vräkning.

58

När behöver patienten läggas in?

8. Hög självmordsrisk (hur hög?)
9. Svårbedömd självmordsrisk?
10. Risk för våld mot annan, dvs "farlighet".
11. Funktionssvikt, klarar sig inte i boendet.
 - Får ställas i relation till det stöd patienten har från familj, anhöriga, psykiatri, hemtjänsten och socialtjänsten.
 - Får inte i sig mat.
 - Sover knappt på nätterna.
 - Klarar inte att sköta sin hygien.
 - Klarar inte skötseln av hemmet, betala räkningar etc.
 - Kommer inte ut från bostaden.
 - Super ner sig.

59

När behöver patienten läggas in?

Man behöver alltså vid telefonkonsultationen klarlägga såväl symptom och lidande som patientens funktionsnivå och tillgång till stöd och hjälp.

- "Hur går det för dig hemma nu när du har det så svårt?"
- "Finns det någon som bryr sig om dig när du mår så här?"
- "Har du någon som hjälper dig?"
- "Är det någon som ringer dig ibland?"
- "Någon du kan ringa?"
- "Blir dina räkningar betalda?"
- "Sover du på nätterna?"
- "Får du i dig mat på dagarna?"

60

Akut inläggning

- **Självordsrisk.**
- **Depressiva vanföreställningar** eller andra allvarliga psykotiska inslag som gör att **patienten inte tänker och handlar rationellt.**
- **Intoxikation, medicinpåverkad, sluddrar.**
- **Risk för skada på andra.**
- **Katastrofal social situation**, är i färd med att förstöra sitt liv.
- **Outhärdlig situation, svår hopplöshet, nattsvart** (självordsrisken är sannolikt hög även om patienten förnekar det).

61

In akut? Några frågor:

1. "Vilken hjälp behöver du just nu?"
2. "Skulle du behöva träffa en läkare och eventuellt läggas in på sjukhus just nu?"
3. "Vilken hjälp behöver du på litet sikt?"
4. "Om du väljer att försöka klara dig hemma ikväll, vad är det värsta som skulle kunna hända om det inte går bra?"
5. "Har du människor hemma som du kan få hjälp av när du har det jobbigt?"
6. "Nu vill jag ställa min just nu allra viktigaste fråga, och det är jätteviktigt att du verkligen svarar mig precis som du känner det: **Tror du själv att det finns någon risk för att du försöker ta ditt liv om du stannar kvar hemma just nu?**"
7. "Jag skulle vilja att du lovar mig att ringa igen eller åka in akut om det blir sämre eller du får mer påträngande självmordstankar. **Kan du lova det?**"
8. "Nu har vi gjort en liten handlingsplan tillsammans, du och jag. **Känns den helt okay med dig?**"

62

Psykiatri eller primärvård?

Hur brukar det vara, hur brukar patienten må?

- Om patienten i **vanliga fall** brukar må bra och vara nöjd med livet och sig själv kan hon i normalfallet omhändertas i primärvården. Förutsatt att det inte föreligger suicidrisk eller annan inläggningsindikation.
"Skulle du vara nöjd om du kunde må som du brukar må igen?"
- En patient som säger att det har aldrig varit bra, hon vet inte vem hon är, hela livet har varit ett h-e, hon måste få psykoterapi etc behöver förmodligen psykiatrisk specialtjänst.
"Har du alltid haft det så här svårt?"

63

Den självmordsnära patienten
-
Möta, bedöma och hjälpa!

Varje psykiatrisk patient...

...skall betraktas som en potentiell självmordsrisk innan undersökning och bedömning skett!

65

En patient med självmordsrisk...

...skall betraktas som ett akutfall av samma dignitet som kirurgins akuta buk och medicinens hjärtpatient, och är alltså i behov av akut omhändertagande!

66

75-90 % av alla suicid har sin bakgrund i depression, alkoholism eller stress/ krisreaktioner

67

Självordsrisk vid depression

De flesta med depression har suicidtankar och ökad suicidrisk



Utgå från att en deprimerad patient är suicidbenägen tills han/hon övertygat dig om att så inte är fallet



Fråga alltid!

Våga fråga

- Var inte rädd för att fråga om dödsönskan och självmordstankar.
- Patienten vill oftast skona oss från att höra.
- Gör det möjligt för patienten att svara ärligt.

69

En "suicidriskbedömning" är aldrig bara en bedömning!



Varje samtal inverkar ofrånkomligen på patientens grad av suicidalitet. Frågan är inte OM du ska påverka denna risk, utan I VILKEN RIKTNING!

70

Grad av suicidal intention

Ingen dödsönskan, rop på hjälp, kommunikationsmetod

Absolut dödsönskan, ser ingen utväg, vill bara dö



Ambivalens!

Var i processen?

Grad av suicidal avsikt?

Syfte? Kommunikation? Apell? Aggressivitet?

Vilka alternativ finns?

71

Patienten som "suicidhotar"...

... är kanske suicidal!

- Att patienten har misslyckats med ett antal suicidförsök tidigare är inte anledning att ta *dagens* suicidtankar på mindre allvar.
- Det är ju tänkbart att patienten kommit fram till att självmordshot är enda gångbara valutan i vissa vårdkontakter...
- ... men du är inte Gud och kan inte läsa andras tankar!
- Om patienten säger sig ha suicidavsikter så utgå från att det stämmer, om du inte på *mycket goda grunder* är övertygad om att patienten inte är suicidnära.
- Handlägg därför patienten efter den "högsta" suicidrisken som synes kunna föreligga. I dessa situationer får patienten "stå sitt kast".

72

"Hon är bara ensam"

Att vara ensam är inte så "bara". Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara.



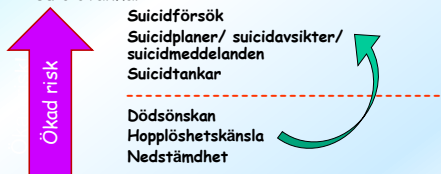
Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.



73

Några varningssignaler för ökad suicidrisk

- Tidigare suicidförsök
- Högt på **suicidala stegen**, d.v.s. åtminstone suicidtankar



74

Några varningssignaler för ökad suicidrisk

- **Tung hopplöshetskänsla och förtvivlan**
- även om dödsönskan/suicidtankar negeras
- Pågående berusning
- Oavledbart åltande patient
- Svårt somatiserande patient
- Suicid i släkten
- Hög ångestnivå

75

Några varningssignaler för ökad suicidrisk

- Allvarligt personlighetsstörd patient med **nedsatt impuls kontroll**
- **Bristande verklighetsförankring** - svåra skuldkänslor, depressiva vanföreställningar
- "**Klassiska**" riskfaktorer - "ensamboende, fränskild, arbetslös, alkoholiserad äldre man med somatisk sjuklighet, dåligt socialt nätverk och tidigare suicidförsök"

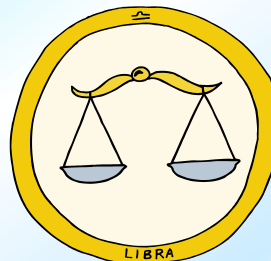
76

Några varningssignaler för ökad suicidrisk

- Situation som innebär **förlust** eller hot om förlust
- separation, konkurs
- Situation där man känner sig **kränkt eller vanärad**
- avsked, konkurs, körkortssindragning
- Suicidrisken kan öka initialt under behandlingen - hämningen släpper innan humöret stiger, alternativt ångestförstärkning första vecka
- **Dålig kontakt under samtalet** - **omöjliggör en tillförlitlig suicidriskbedömning**

77

Att hjälpa den självmordsnära patienten



78

En patient med självmordstankar
behöver krisintervention

Självmord är patientens lösning på ett
"olösligt" problem.

Hjälp honom finna en bättre lösning (eller
att acceptera att problemet inte är ett
"problem" utan ett villkor han måste lära
sig leva med).

79

Det suicidala rummet

Oöverlagt trots känd bakgrund	kaos	Svartsyn och tunnelseende
När inte andra	hopplöshet	
	isolering	Driver handlandet, påskyndar
"Vill leva, men inte så här"	ångest	
	ambivalens	

Tack till Bo Runeson för bilden!

80

Hjälp patienten ut!

Probleminventering, ge struktur	← kaos	Vikariera som hopp, aktualisera tidigare krislösning
Involvera närstående, var tillgänglig	← isolering	
	← ångest	Omsorg, medmänsklighet, läkemedel
Ta över ansvar, hjälp patienten se skälen för att leva	← ambivalens	

Tack till Bo Runeson för bilden!

81