

Akutpsykiatriska bedömningar och diagnosättning

Michael Rangne
 Överläkare, specialist i psykiatri
 Norra Stockholms Psykiatri
 Michael.rangne@si.se
 Februari 2012

Uppdraget

Akutpsykiatriska bedömningar och diagnosättning
 Det akuta omhändertagandet - vad bör du tänka på?
 Bedömning av den akut psykiskt sjuka patienten
 Diagnosättning med hjälp av samtal, anamnes och skalor
 Vem behöver vård omgående och vem kan återkomma senare?

Vad säger lagstiftningen om tvångsvård
 Vad säger lagstiftningen om tvångsvård
 När ska lagarna om tvångsvård användas och hur?
 Hur kan man arbeta för mindre tvång i psykiatri?
 Hur kan vi få patienterna att engagera sig mer själva för att undvika tvångsåtgärder?
 Hur kan vi hjälpa och stödja utan att tvinga för att patientens integritet ska bibehållas?

Rubrikerna

Diagnostik och bedömning
 "Manualen"
 Den självmordsnära patienten
 Några grunder
 Involvera patienten
 LPT för akutpersonal
 LVM för akutpersonal
 Hotfulla och aggressiva patienter
 Omhändertagande för att minimera tvånget i psykiatri

Vilka är ni, och vad ska det här vara bra för?

Välj det DU gillar!

Michael Rangne 2016-11-07 6

När hade du senast koll på livet?



En tillräckligt god behandlare?

- Vårdarbete är ingen prestationssport.
- Det vi kan göra är att ta ansvar för våra misstag i samma takt som vi blir varse dem.
- Man kan lära sig att bli en bra behandlare, genom att vara uppmärksam på patienternas reaktioner på det man gör.

Michael Rangne

2016-11-07

11

Ansvar och kontroll är inte samma sak

EN BRA MÄNNISKA STYR SJÄLV
SITT ÖDE?

DET ENDA DU KAN GÖRA ÄR ATT
VATTNA DITT ÄPPELTRÄD!

ÄPPLENA KOMMER NÄR DE KOMMER

(MEN GLÖM INTE ATT VATTNA)

Michael Rangne

2016-11-07

12

VI KAN TA ANSVAR FÖR PROCESSEN -
MEN RESULTATET RÅDER VI INTE ÖVER

Michael Rangne

2016-11-07

13

Vår egen frustration - håller du med om detta?

- Vi söker en känsla av att göra gott för patienten, att vara en bra behandlare.
- Risk att vi fastnar i behovet av uppskattning.
- Vi reagerar då lätt med irritation/aggression.
- Helt naturlig reaktion, men vi måste vara medvetna om vad som sker...
- ...samt ta ansvar för reaktionen. Vi får inte skylla reaktionen på den andre.

Michael Rangne

2016-11-07

14

Relationens roll

- Utgångspunkten är **inte att vara en perfekt** eller riktig kontaktperson/behandlare.
- Relationen är en **ömsesidig inlärningsprocess**, där båda måste lära av varandra.
- **Skilj på ansvar och skuld.**
- Den bästa kontaktperson/behandlare patienten kan ha, är den som **tar ansvar för de fel som han gör** på vägen i denna inlärningsprocess efterhand som han upptäcker dem.

15

Skilj på ansvar och skuld

- Behandlare **gör som regel sitt bästa** (liksom patienten).
- Många behandlare upplever av och till, att det bästa inte är gott nog. Det finns ingen anledning att känna skuld över det. Det är bara **en möjlighet att ta ansvar och ändra sin egen insats**. Arbetet i psykiatrin är en ömsesidig läroprocess med behandlaren i förarsätet. På det sättet växer du som människa och patienten får en god förebild.

16

När du själv känner dig misslyckad

- Även du gör ditt allra bästa, inte sant?
- Du kan emellertid **ta ansvar för upplevelsen**
 - Rådfråga erfaren kollega
 - Sök handledning
- Somliga människor passar man helt enkelt inte så bra ihop med, av olika skäl
 - Detta är normalt och helt okay
 - Inse och acceptera detta
 - Ordna om möjligt så att någon annan tar över

17

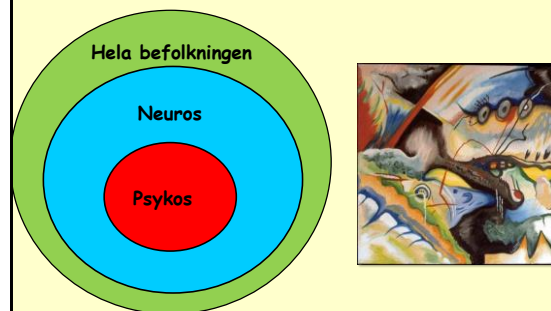


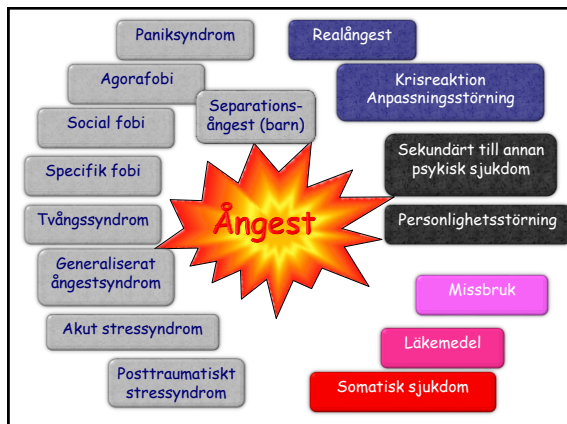
Tidigare diagnostik

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| • Ursinne | • Persona patologica |
| • Tungsinne | • Moralisk brist |
| • Svagsinne | • Moraliskt sjuka |
| • Melankoli | • Moraliskt imbecill |
| • Mani "sans delirium" | • Abnorm personlighet |
| • Mani "avec delirium" | • Karaktärsabnormitet |
| • Demens | • Tidig karaktärsstörning |
| • Idiotti | • Moralisk färgblindhet |
| • Homosexualitet | • Karaktärsbrist |
| • Neuros | • Manipulativ personlighet |

18

Om vår verklighetsuppfattning





Symtom vid ångest



1. **Ångestkänslor** - ångslan, oro, rädsla, fruktan, panikattacker, tvångstankar, fobier.
2. **Autonom överaktivitet** - andnöd, hjärtklappning, svettning, yrsel, illamående.
3. **Muskulär anspänning** - tremor, rastlöshet, värk, onormal trötthet.

Kan man se att patienten har ångest?

Ibland:

- Spänd
- Stel
- Koncentrationssvårigheter
- Rastlös, uppskruvad, "på helspänn"
- Psykomotorisk oro
- Irritabel
- Skakningar
- Svetteningar

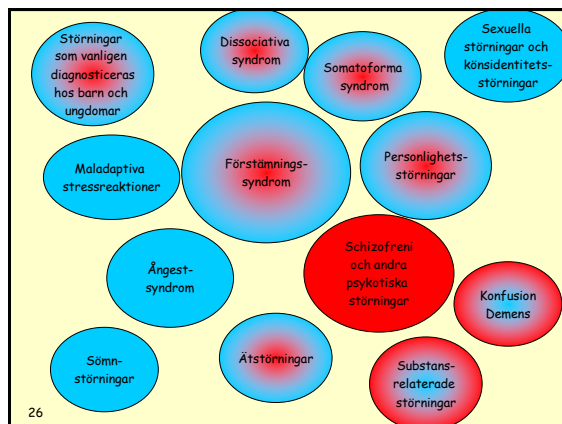


Diagnostik vid ångest

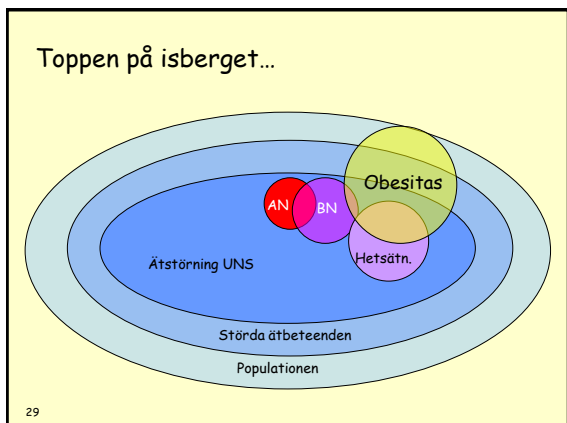
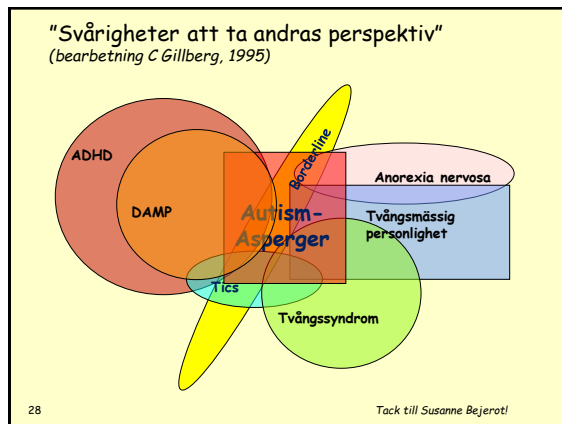
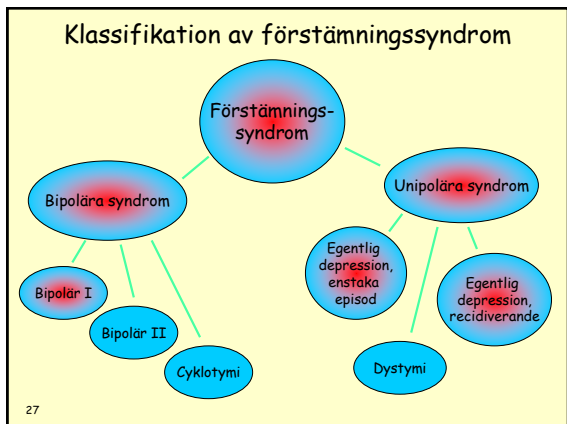
- Hur tar sig ångesten uttryck?
- När kommer ångesten?
- Vad utlöser ångesten, vilka situationer är svåra?
- Vad tänker patienten när han har ångest?

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 renlighetstväng.
- 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)



26



Psykatri 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 omhändertaras 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 specialishjälp. *"Har du alltid haft det så här svårt?"*

30

"Nya" sjukdomar?

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

31

Några närliggande begrepp

- Utbrändhet
- Burn-out
- Urladdad
- Utmattningssyndrom
- Maladaptiv stressreaktion
- Utmattningsdepression
- Egentlig depression med utmattningssyndrom
- Reaktiv depression

Använd gärna någon av dessa!

32

Hur blir vi av för mycket stress?

- Tunnelseende
- Försvarsinställda
- Rigida
- Irritabla
- Lättkränkta
- Aggressiva
- Intoleranta
- Trötta
- Cyniska
- Uppgivna
- Sömnproblem
- Ökad ljudkänslighet
- Minnesproblem
- Koncentrationssvårigheter
- Nedstämdhet
- Ångest
- Kroppsliga besvär
 - Värk
 - Tryck över bröstet
 - Orolig mage/tarm
 - Yrsel

33

Stressutlöst psykisk ohälsa

Typ av stress	Typ av ohälsa
Akut och livshotande	Akut stressyndrom (duration mindre än en månad) Posttraumatiskt stressyndrom (> än en månad)
Långvarig stress, utan återhämtning	Stressreaktion (lindrig) Maladaptiv stressreaktion (måttlig) Utmattningsyndrom (svår) Somatisk sjukdom, t ex hjärtsjukdom
Långvarig stress, med personlig förlust/kränkning	Utmattningsdepression
Akut personlig förlust/kränkning, utan föregående långvarig överbelastning	Anpassningsstörning Maladaptiv stressreaktion "Reaktiv" depression
Överbelastning inom vårdande yrke, med oförmåga att ge god vård/hjälp	Utbrändhet , "burnout" Ev. "wornout" (vid mindre prestationsbaserad självkänsla)

34

Frisk eller sjuk?

Beakta

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



Påtagligt lidande eller funktionsnedsättning?

Tack till Marie Dahlin!

En helt vanlig dag på Serafen



Lisa, 24 år

- Uppväxten "okay"
- Nedstämd
- Ångestfylld
- Livet meningslöst
- Festar på kvällarna
- Orkar inte söka arbete
- "Hatar mig själv"
- Skär sig ibland för att döva ångesten

36

En helt vanlig dag på Serafen

Lina, 21 år

- Ångest och nedstämdhet
- Labilt humör
- Svart-vitt sätt att uppfatta tillvaron och andra människor
- Svårt klara relationer
- Skär sig för att lindra ångesten
- Flera självmordsförsök, ofta i samband med hot om separation
- "Vet inte vem jag är"
- Avskyr sig själv



"Varför ska man leva om det blir lättare om man bara dör... skär mig hela tiden, ingen ser. Kuratorn och psykiatriin är bara skit. Det hjälper ju inte. Jag mår ju aldrig bra... det känns om om alla polare också skär sig så de har nog med sig och orkar inte med mig."

38

Kriterier för egentlig depression

- Nedstämdhet eller irritabilitet
- Anhedoni - oförmåga att känna glädje
- Aptitstörning/viktförändring (alternativt utebliven för åldern normal viktuppgång)
- Sömnstörning
- Psykomotorisk störning
- Energilöshet
- Känslor av värdelöshet eller skuld
- Svårighet med koncentration, tänkande, beslut
- Tankar på död, dödsönskan, tankar och planer på självmord

Borderline personlighetsstörning

Instabila relationer, impulsivitet (minst 5 av följande)

- Skräckslagen inför separationer
- Idealiserar och nedvärderar
- Störning i identitet och självbild
- Destruktiv impulsivitet (slösaktig, sexuellt, drogmissbruk, hetsätning)
- Självdestruktivitet (suicidförsök, skärningar)
- Affektiv labilitet
- Kronisk tomhetskänsla
- Aggressivitetsproblem
- Kortvariga gränspsykotiska episoder



39

En helt vanlig dag på Serafen

Mia, 29 år

- Urusel självkänsla
- Skäms för sin person och sitt utseende
- Aldrig kunnat tala inför andra
- Äter lunch för sig själv
- Vantrivs på arbetet
- Väger inte träffa män
- Nedstämd
- "Livet slut"



40

En helt vanlig dag på Serafen

Karin, 19 år

- 39 kg, 174 cm, oregelbundna menstruationer
- Känner sig tjock
- Äter nästan aldrig riktiga mål
- Hetsäter på kvällen
- Prostituerar sig för att få pengar
- Sporadiskt droger
- Skäms, "värdelös"
- Hatar sig själv och sitt liv
- Fem självmordsförsök



41

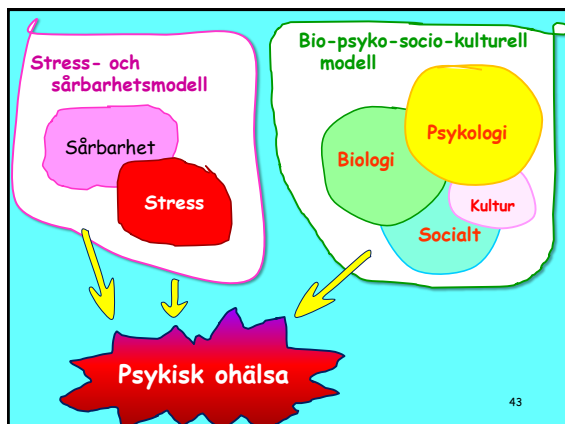
En helt vanlig dag på Serafen

Andreas, 24 år

- 83 kg, 175 cm
- Torterad i hemlandet
- Svårt att lita på andra
- Känner sig rädd och hotad
- Tränar karate
- Tar anabola steroider
- Alltid beväpnad
- Kommer till Serafen med kniv i fickan
- Hatar sig och sitt liv

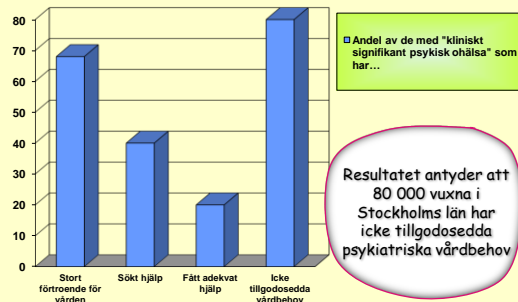


42



43

Resultat (PART)






Vilka frågor kan jag ställa för att

1. ta reda på vad patienten lider av?
2. värdera hur allvarligt det är?

45

Varför diagnos?

1. Samla, systematisera och värdera information.
2. Kommunikation - vi vet vad vi pratar om.
3. Internationell samstämmighet i bedömningen.
4. Vägledning för adekvata vårdinsatser.
5. Kvalitetssäkra behandlingen
6. Prognostisk bedömning.
7. Patienten kan söka stöd och information, hitta andra med liknande besvär samt ta hjälp av intresseföreningar.
8. Krävs ibland för samhällsstöd (t ex LSS).
9. Underlättar forskning och utvärdering av olika behandlingsmetoder.
10. Statistik.



46

En bra diagnos ska vara



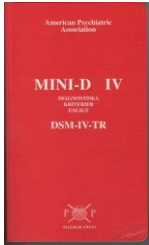
- Reliabel
 - Den diagnostiska proceduren leder till samma resultat för olika bedömare och vid olika tillfällen.
- Valid
 - Diagnosen avspeglar en verklig sjukdomskategori. Diagnosen mäter vad den är avsedd att mäta.

47

Diagnostik

1. ICD-10 (1997) International Classification of Diseases

(Samt ICF, klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa)
2. DSM-IV (1994) Diagnostic and Statistical Manual



48

DSM-IV, axel I och II:

- Kriteriebaserat - specificerat antal symtom av viss svårighetsgrad.
- Funktionsstörning och/eller lidande.



49

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)

50

DSM-III (1980) och DSM-IV (1994)

Målsättningar

- Komma ifrån hypoteser om orsaken.
- Kriteriebaserat (axel I och II).
- Stöd för faktainsamling och bedömning.
- Pålitligare och distinktare diagnostik.
- Empiriskt tillvägagångssätt vid konstruktionen.
- Ökad kommunicerbarhet.
- Underlätta kopplingen mellan forskning och klinisk psykiatri.

Grunder

- 5 "axlar" → gynnar den kliniska helhetsbilden.
- Lättillgängliga kriterier för samtliga syndrom.
- För diagnos krävs funktionsstörning och/eller lidande.
- Diagnostiken blir dock aldrig bättre än kvaliteten på den använda informationen!
- Pedagogiskt utformad.
- Ordlista.
- Finns "översättning" till ICD-10 för alla DSM-IV diagnoserna.

51

Svårighetsgrad och förloppsspecifikationer:

- Lindrig, måttlig eller svår.
- I partiell remission, i fullständig remission eller tidigare diagnos.

Exempel på diagnostisk redovisning:

Axel I:	296.32 Egentlig depression, recidiverande, måttlig 305.40 Missbruk av sedativa, hypnotika eller anxiolytika
Axel II:	301.83 Borderline personlighetsstörning Antisociala personlighetsdrag
Axel III:	881.02 Skärsår vänster handled
Axel IV:	Utslängd hemifrån av sambo
Axel V:	Aktuell GAF = 45

52

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 förelegat 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.

53

Ange också

- Svårighetsgrad (lindrig/måttlig/svår)
- Psykotiska drag
- Melankoliska drag
- Årstidsrelation
- Postpartumdebut
- Korta svängningsperioder
- Remission mellan perioderna



Exempel, axel 1:

"Egentlig depression, recidiverande, svår, med stämningskongruenta psykotiska symtom, med melankoli, i partiell remission, utan årstidsvariation"

54

Hur märker man att någon är psykiskt sjuk?



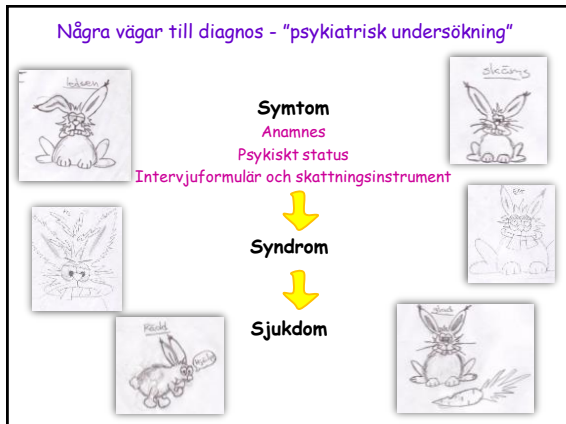
Svar: det märker man ofta inte alls!



Psykiatrisk undersökning

1. Vad patienten berättar, "anamnes"
2. Vad andra berättar
3. Patientens framtoning och beteende, "psykiskt status"
 - Det vi direkt kan se
 - Sätt att relatera till andra





Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

- Symtom**
 - **Anamnes**
 - Vad patienten berättar
 - Vad andra berättar
 - Involvera gärna **anhöriga** för kompletterande uppgifter, såsom aktuellt sjukdomslopp, eventuella självmordsmeddelanden och tidigare hypomani
 - Journalen
 - Social situation, stöd, nätverk
 - **Psykiatrisk status**
 - Det vi direkt kan se
 - Patientens framtoning och beteende
 - Sätt att relatera till andra
 - **Intervjuformulär och skattningsinstrument**
- Syndrom**
 - Jämför aktuella symtom och statusfynd med kriterielistor enligt DSM IV/ICD 10
 - Värdera lidande och funktionsinskränkning
- Sjukdom**
 - Aktuellt syndrom/episod och ev tidigare episoder vägs samman

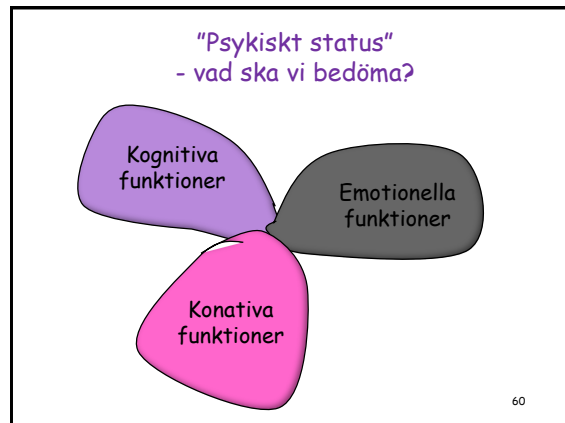
Anamnes - vad behöver vi veta?

- Sjuklighet i släkten.
- Barndom och uppväxt.
- Vuxenlivet.
- Resurser och adaptiv förmåga.
- Social situation (stöd, familj, nätverk).
- **Nuvarande symtom och förlopp, inkl suicidalitet och aggressivitet.**
- **Varför söker patienten just nu?**
- **Lidande och funktionspåverkan.**
- Tidigare sjukdomsskov och behandling.
- Tidigare suicidalitet.
- Tidigare aggressivitet.

Man kan använda gamla och...

- Kroppslig sjukdom.
- Eventuellt missbruk.
- Aktuell och tidigare medicinering.
- Samspelet mellan patient och intervjuare.

59

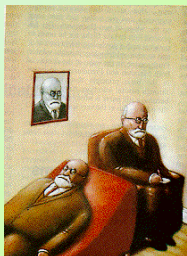


- Hur ser patienten ut?**
 - Hur är han klädd?
 - Missbrukstecken?
 - Skårår på handlederna?
 - Avmagerad?
- Fullt vaken?**
- Fullt orienterad?**
- Intellektuella funktioner**
 - Minne?
 - Begåvning?
- Ger han fullgod kontakt?**
 - Formell?
 - Emotionell?
- Sinnesstämning**
 - Sänkt, irriterad, dysforisk?
 - Förhöjd, euforisk, irriterad, expansiv, grandios?
- Affekter**
 - Labila, avtrubbade, inadekvata?
 - Orolig, ångestfylld?
 - Hotfull, aggressiv?
- Motorik och mimik**
 - Motorisk oro, rastlös?
 - Hämmad motorik och mimik?
- Tal**
 - Påbörjat, enstavigt, stockato, svarslöst, idéfattigt?
 - Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?
- Hur tänker patienten?**
 - Koncentrationsvårigheter?
 - Innehållsfattigt?
 - Låsa associationer, tankeflykt, splittrad?
 - Tankestopp?
 - Tankeförstoring?
 - Förbisvar?
- Vad tänker patienten?**
 - Depressiv tankeinhämt?
 - Grandios tankeinhämt?
 - Övervärdiga idéer?
 - Vanföreställningar?
 - Tvångstankar?
- Perceptionsförändringar?**
 - Illusioner?
 - Hallucinationer?
- Självmoordbenägenhet?**
 - Livsleda, hopplöshet, dödsönskan, självmordstankar, självmordsplaner, självmordsförsök?
- Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation**

62

Ett psykiatrisk status bör som regel minimum innehålla uppgift om:

- Vakenhet
- Orienteringsgrad
- Kontaktförmåga
- Stämningläge
- Psykostecken
- Suicidtankar/handlingar
- Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation



Diagnossystem; DSM-IV och ICD-10

- Bygger på operationella definitioner.
- De operationella definitionerna baserar sig dock på **förekomst eller frånvaro** av specifika psykiska symptom.
- Vårdgivaren är den som har att gå igenom alla symtomen
 - för att finna och bekräfta patientens misstänkta diagnoser.
 - för att säkert utesluta alla andra tänkbara diagnoser.



64

Strukturstöd för informationsinsamling

1. Egenbedömningsinstrument
 - DIP-Q
 - MADRS-S
2. Intervjumanualer
 - MINI
 - SCID-I
 - MADRS
3. Kombinerade egenbedömningsinstrument och intervjumanualer
 - PRIME-MD
 - SPiFA
 - Y-BOCS

65

Syften med psykiatriska skattningsskalor

- Screening
 - Upptäcka misstänkta fall av ett visst tillstånd. T ex PHQ-9, MDQ.
- Diagnostik
 - Skala eller intervjumetod för att fastställa om en viss diagnos föreligger eller ej. T ex SCID, MINI.
- Mätning av symtomdjup
 - Symtomet föreligger eller ej?
 - Mätning av symtomens/tillståndets djup. Hur deprimerad?

Se *Behandling av depressionssjukdomar (SBU 2004) sid 48-55, för utmärkt översikt.*

Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge!

66

Psykiatrisk skattning - åsikterna går isär

Mot:

- Tidskrävande
- Stör kontakten
- Känns onaturligt

För:

- Sparar tid, rätt använd
- Ger värdefull information
- Patienten är vanligen positiv, uppfattar skattning som ett uttryck för omsorg och intresse
- Hjälper patienten med struktur, överblick och ger ett språk
- Ger möjlighet till kommunikation och feedback
- Visat att kan ha en positiv terapeutisk effekt

67

Varför psykiatrisk skattning?

- Screening, diagnostik, mäta symtomdjup.
- Bättre stringens vid diagnossättning.
- Möjlighet att utvärdera vald behandling.
- Större möjlighet till framgångsrik behandling.
- Tydlig uppföljning för patienten.
- Pedagogiskt verktyg för patienten att förstå sin sjukdom.
- Möjlighet att kvalitetssäkra behandlingen.
- Kan spara tid.

Skattningsskalor och instrument utifrån vårdprogram



Några vanliga skattningssinstrument

Depression

- MADRS + MADRS-S
- PHQ-9
- BDI

ADHD och Asperger

- ASRS-VI.I
- Conners formulär
- Formulär A

Ångest

- Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD
- CPRS-S-A
- Social Phobia Anxiety Scale
- BOCS

Psykos

- BPRS
- PANSS
- GAF symtom
- GAF funktion

Mani

- MDQ
- HCL-32

Demens, kognitiv svikt

- MMT

Missbruk/beroende

AUDIT/DUDIT

Suicidrisk

- MINI suicidriskbed
- SSI
- SIS

70

Förslag till skattningssinstrument för allmänläkare

- MADRS + MADRS-S
- PHQ-9
- HAD eller CPRS-S-A
- Social Phobia Anxiety Scale
- BOCS
- MDQ eller HCL-32
- AUDIT/DUDIT
- GAF symtom
- GAF funktion
- Conners formulär eller ASRS-VI.I
- Formulär A
- MMT
- MINI suicidriskbed (s. 8)

71

Regionala vårdprogram

- Vård av suicidnära patienter
- Ångestsjukdomar
- Patienter med psykos, speciellt schizofreni
- Depressionssjukdomar inkl. mano-depressiv sjukdom
- Alkoholproblem
- Läkemedelsberoende



Vårdprogram och riktlinjer...



...kan vara bra ibland...
men bara om man snabbt skippar dem
när och där de ej fungerar!

73

Psykiatrisk screening

I de regionala vårdprogrammen för SLL finns rekommenderat ett antal screeningfrågor för några vanliga tillstånd.

Exempel, depression:

- 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?

74

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?

Screeningfrågor för ångestsyndrom

Källa: Regionala vårddprogrammet för Ångestsjukdomar. Sammanställt av: Ana Lindgren, koordinator för Rop Ångestsjukdomar inom NSP

Screeningfrågor för paniksyndrom:
 1. Dröbbas du av återkommande oväntade panikattacker (attasdivis påkommande ångest med ex. hjärtklappning, svettning, damning, upplevda av andnöd, illamående, yrsel, rädsla att möta kontrollen/blått ög etc.)
 2. Har du den senaste månaden varit ångslig för att få nya attacker, oroad dig för vilka konsekvenser ångestattacken kan få, förändrat ditt beteende pga attackerna?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med screening för agorafobi:
 -Är du rädd för att befinnas dig i situationer som kan verka svåra att lämna vid en panikattack?
 -Undviker du vissa situationer till följd av panikattacker all. händar ut med stort behag?

Screeningfrågor för social fobi:
 (Social Phobia Inventory (SPIN))
 1. Är göra bort sig eller verka dum, hör det till dina värsta rädslor?
 2. Undviker du aktiviteter eller andra sammanhang om du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
 3. Är din rädsla att göra bort dig så stor att du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
 -Differentialdiagnostik (MIN/SCID-I) och fortsatt intervju om social fobi, frågeformulär LSAS

Screeningfrågor för tvångssyndrom:
 1. Tvättar du dig mycket fastän du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?
 2. Kontrollerar du upprepat spisen eller att du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
 3. Måste du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
 -Intervju kring tidstängning/ funktionsnedsättning, frågeformulär BOCS

Screeningfrågor för GAD:
 1. Oroar du dig onödigt mycket för bagateller?
 2. Är du ständigt oroad?
 3. Är du kroppsligt spänd nästan varje dag?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
 -Bedömning av funktionsnivå: GAF, skattning- och självskattningstrinometer för symptomsvårighet och livskvalitet, ex. PSYGLU, MANSA

Screeningfrågor för PTSD :
 1. Har du varit med om någon viktig händelse, som fortfarande stör dig/behåller ditt liv?
 2. Härifrån kan man gå vidare till mer specifika frågor, där patienten direkt tillågas om den varit utsatt för eller berättat
 3. Övergrepp, rån, olyckor eller andra händelser som hotat dem egna eller andra fysiska integritet.
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande: SCID-intervju, frågeformulär ES-R

Sp. 1.	Är du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?	Ja	Nej	Veit ej
Sp. 2.	Undviker Du aktiviteter eller andra sammanhang om Du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?			
Sp. 3.	Är Din rädsla att göra bort Dig så stor att Du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?			
F.1.	Trästar Du Dig mycket fastän Du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?			
F.2.	Kontrollerar Du upprepat spisen eller att Du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?			
F.3.	Måste Du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?			
F.4.	Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?			
F.5.	Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?			
P.1.	Har Du upplevt avgränsade perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärtklappning, andnöd eller yrsel?			
A.Sp. 1.	Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?			
P.2.	Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?			
F.1.	Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?			
F.2.	Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?			
P.1.	Har Du under de senaste två veckorna haft tankar på självsvord som en möjlig lösning?			
P.1.	Har det under de senaste året hänt att Du eller någon annan tyckt att Du dökmer mer alltså än vad som känns är lämpligt?			
A.1.	Tycker Du att Du har så mycket tankar kring man och Ditt utande att det ibland kan kännas jobbigt för Dig?			
M.1.	Har Du någon gång haft en period om minst två dagar då Du känt Dig så bra eller upplevt att till nånst och andra tycker att Du inte varit Dig själv, eller att Du varit så upprepat eller energisk att Du kommit i svårigheter på något sätt?			

"Frågor om Ditt välbefinnande"

Frågor om Ditt välbefinnande (psykiatri)

Det är vanligt att våra patienter har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. För att minska risken för att "rossa" viktiga besvär som kanske pågår Dig - med risk för att Du inte får bästa möjliga behandling - ber vi Dig att fylla i denna formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har fått på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

Frågor om Ditt välbefinnande (vårdcentral)

Det är vanligt att människor som besöker vårdcentralen har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. Vanligen handlar det om ångest och nedstämdhet. För att lättare upptäcka om Du är en av många som är drabbad av dessa mycket vanliga besvär ber vi Dig att fylla i denna formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har fått på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

Namn: _____
 Datum: _____
 Tack för Din medverkan!

"Nyckel" till frågorna (ja-svar)

- So 1 - 3 **Misstänkt social fobi**
- T 1 - 3 **tvångssyndrom**
- G 1-2 **generaliserat ångestsyndrom**
- Pa 1 **paniksyndrom (med / utan agorafobi)**
- A/Sp 1 **agorafobi (med / utan paniksyndrom), specifikt fobi eller social fobi**
- Po 1 **maladaptiv stressreaktion, akut stressreaktion eller posttraumatiskt stressyndrom**
- D 1 - 2 **depression / dystymi**
- Su 1 **suicidrisk. Diskutera omgående med läkare!**
- B 1 **alkoholproblem**
- Å 1 **åstörning**
- M 1 **hypomani/mani/bipolär sjukdom**

Program för psykiatrisk skattning vid NSP 2017

- **Allmänna**
 - M.I.N.I (SCID-I)
 - GAF-s och GAF-f
 - CGI-S och CGI-I
- **Livskvalitet**
 - MANSA
- **Missbruk**
 - AUDIT
 - DUDIT
- **Depression**
 - PHQ-9
 - MADRS
 - MADRS-S
- **Bipolär sjukdom**
 - MDQ
 - LAJO depression
 - LAJO mani
- **Psykos**
 - VAS livskvalitet
 - VAS patientupplevda besvär
 - ADL-skala
 - UKU biverkningskala
 - UKU consat
 - BMI och bukomfång
 - OCAIR
 - CAN
 - QLS
- **Ångest**

Några vanliga instrument för diagnostik och bedömning av depressionsdjup

- MADRS / MADRS-S **Närmast DSM-IV' s kriterier**
- PHQ-9 **DSM-IV-symtomen rakt av**
- BDI **Övervikt för frågor om självbild**
- Hamilton (HAM / HDRS) **Många fysiologiska symtom**
- HAD **Fokuserar på ett symtom; glädje- och intresseförlust**
- M.I.N.I **Strukturerad diagnostisk bedömning**
- HCL-32R och MDQ **Utesluta bipolaritet**
- AUDIT/DUDIT **Upptäcka eventuellt missbruk**
- ASRS **Upptäcka ev ADHD**

PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9

- Utvecklat från Prime-MD, som är ett DSM-IV-baserat screeninginstrument avsett att användas i primärvården
- I Prime-MD ingår formulär för egenbedömning (screening), som följs upp med strukturerad intervju
- Finns även en egenbedömningsversion av intervjun, the Patient Health Questionnaire (PHQ)
- Depressionsmodulen i PHQ, kallad PHQ-9, kan användas i primärvården för snabb screening samt för bedömning av symtomintensitet, och är f n anfallen inom SLSO (även inom psykiatri)
- Testades på 6000 patienter i primärvård och gynekologisk-obstetriska kliniker

81

PHQ-9

- Har också visats fungera väl för att screena för depression efter stroke, samt i en geriatrisk population
- 9 frågor; DSM-IV-symtomen för depression
- 4 svarsalternativ, 0-3 poäng per fråga
- Samt en fråga om hur stora svårigheter besvären förorsakat (funktionsförlust)
- Avsikten är att kunna använda formuläret **både** för diagnostisk screening och för mätning av symtomdjup
- Känsligheten för att mäta förändring över tid har ännu inte fastställts (viktigt för att ett instrument ska fungera vid behandlingsuppföljning)

82

PHQ-9 - urval av frågor

1. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
a. lite intresse eller glädje i att göra saker	0	1	2	3
b. känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. problem att somna eller att du vaknat i förtid, eller sovit för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. känt dig trött eller energilös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> osv...

2. Om du kryssat för att du haft något av dessa problem, **hur stora svårigheter** har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om syskon hemma, eller i kontakten med andra människor?

Inga svårigheter	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPRESSIONSENKÄT (PHQ-9)

Detta frågeformulär är viktigt för att kunna ge dig bästa möjliga hälsovård. Dina svar kommer att underlätta förståelsen för problem som du kan ha.

Name: _____ Datum: _____
Personnummer: _____

1. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
a) Lite intresse eller glädje i att göra saker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) problem att somna eller att du vaknat i förtid, eller sovit för mycket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) känt dig trött eller energilös.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) otillräckligt energi eller att du känt dig misslyckad eller att du sviktat dig själv eller din familj.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) svårigheter att koncentrera dig. (t.ex. exempel när du läst boken eller sett på TV).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) att du rör dig eller talar så långsamt att andra noterar det? Eller motsatt - att du varit så nervös eller rastlös att du rör dig mer än vanligt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) känt att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Om du kryssat för att du haft något av dessa problem, **hur stora svårigheter** har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om syskon hemma, eller i kontakten med andra människor?

Inga svårigheter	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instruktioner - hur man tolkar PHQ-9

Egentlig depression antyds föreligga:

1. om 5 eller fler av de 9 frågorna besvarats med minst "mer än hälften av dagarna" **och**
2. om minst en av frågorna a. eller b. är positiva, det vill säga besvarade med minst "mer än hälften av dagarna".

Annat depressivt syndrom antyds föreligga:

1. om 2-4 av de 9 frågorna besvarats med minst "mer än hälften av dagarna" **och**
2. om minst en av frågorna a. eller b. är positiva, det vill säga besvarade men minst "mer än hälften av dagarna".

85

Instruktioner - hur man tolkar PHQ-9

Stor studie med 6000 patienter (Kroenke, Spitzer et al, 2001):

- 10 p eller mer -> 88 % sensitivitet och 88 % specificitet för egentlig depression

- 5-9 p = mild depression
- 10-14 p = "moderate" depression
- 15-19 p = "moderately severe" depression
- 20-27 p = severe depression

86

Instruktioner - hur man tolkar PHQ-9

Guide för tolkning av score på PHQ-9

- ≤ 4: Tyder på att patienten inte behöver depressionsbehandling.
- 5-14: Läkaren bedömer utifrån klinisk undersökning om behovet av behandling utifrån funktionspåverkan och durationen patientens symtom.
- ≥ 15: Tyder på behov av depressionsbehandling med antidepressiva, psykoterapi eller en kombination av behandlingar.

87

Hur märker man att någon är deprimerad?

- Nedstämd
- Likgiltig
- Pessimistiskt tänkande
- Meningslöshets- och hopplöshetskänslor
- Öringig
- Kort stubin
- Orkeslös
- Nedsatt motorik och mimik
- Långsamt tankeförlopp
- Idéfattig i tanke och tal

88

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.

89

"Depressionstrappa"

"naturlig" nedstämdhet



krisreaktion / livskris / sorg



"maladaptiv" stressreaktion



egentlig depression



egentlig depression med melankoli

90

Kan det vara något annat än "egentlig depression"?

- Dystymi
- Bipolär sjukdom
- Sorg
- Krisreaktion/anpassningsstörning
- Ängestsjukdom
- ADHD
- Autismspektrumstörning
- Psykossjukdom
- Personlighetsstörning
- Missbruk
- Kroppslig sjukdom eller läkemedelsreaktion



92

Maskerad depression

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

Hustrun till en 39-årig jordbrukare med fyra barn har ringt polisen då hon känner sig hotad. Maken har tidigare varit intagen "för nerverna" på psykiatrisk klinik ett flertal gånger, för samma besvär som nu. Han har den senaste tiden blivit alltmer dystert och grubblande, talat om att "allt är slut" och att varken han, hustrun eller barnen är värda att "vandras på jorden". Han har förbjudit familjen att lämna huset och idag har han börjat barrikadera sig på gården och antytt att "stunden snart är kommen".

93

Depression med melankoli



- Förmågan att känna lust eller glädje har helt försvunnit, anhedoni
- Reagerar inte på vanligtvis positiva stimuli, "oavledbarhet"
- Nedstämdhet av distinkt kvalitet, "kan inte gråta"
- Dygnsrytm, nedstämdheten vanligen värst på morgonen
- Tidigt morgonuppvaknande
- Betydande aptitnedsättning eller viktning
- Stark psykomotorisk hämning eller -agitering
- Överdrivna eller obehagade skuld känslor, ibland depressiva vanföreställningar
- Vanligen nedsatt libido, förstoppning, nedsatt saliv- och tårsekretion, menstruationsstörningar

"Atypisk" depression

Enligt DSM-IV

1. (Reaktiv sinnesstämning bibehållen - inkorrekt kriterium!)
2. Betydande aptitökning, viktökning
3. Sover för mycket
4. Blytyngdskänsla i armar och ben
5. "Rejection sensitivity"

Vanligt är dessutom

- Nedsatt stresstolerans
- Uttrötthet med kognitiv svikt vid hög belastning

Glöm inte att...

...en del av de "unipolära" depressionerna i själva verket är bipolära och kräver annan behandling än de får idag!

99

Bipolärt syndrom

Detta tillstånd kombinerar depressiva och hypomana/maniska episoder.

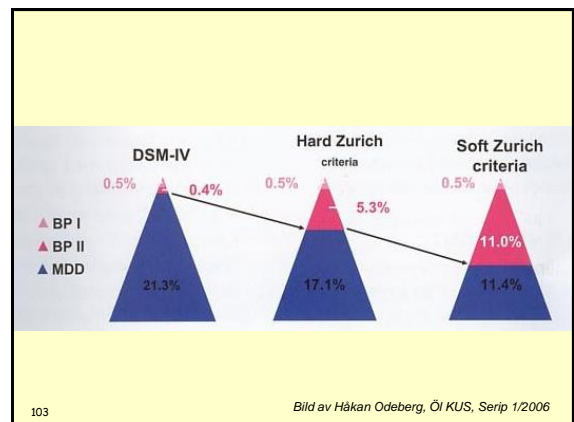
Mani är depressionens motsats. Den kliniska bilden präglas av

- eufori / irriterabilitet / expansivitet
- förhöjd energinivå
- ökad självkänsla
- snabbhet i tal och tanke
- ökad kreativitet
- omdömeslöshet
- nedsatt sömnbehov
- ökad libido

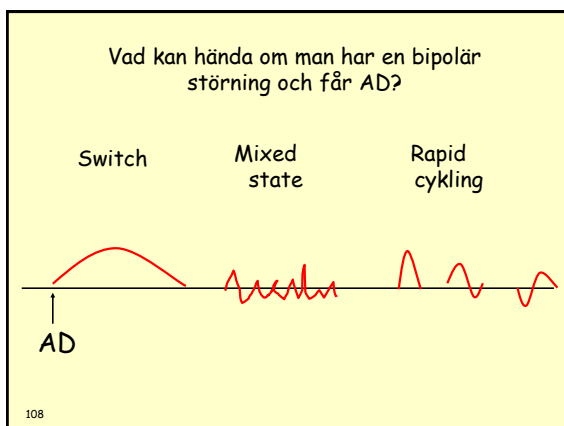
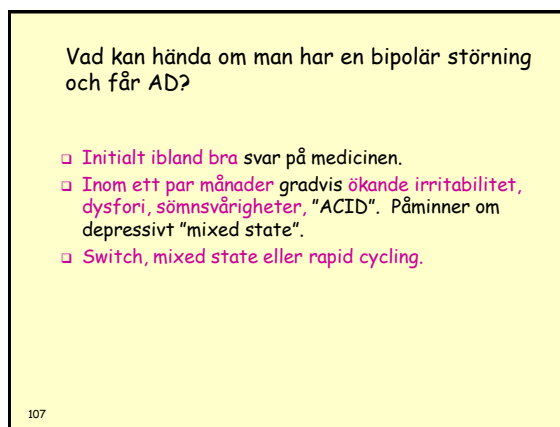
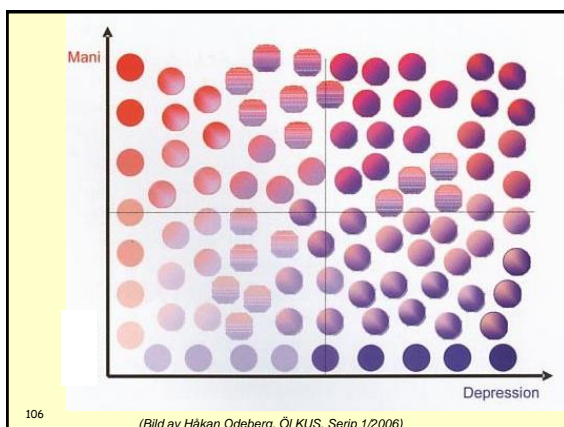
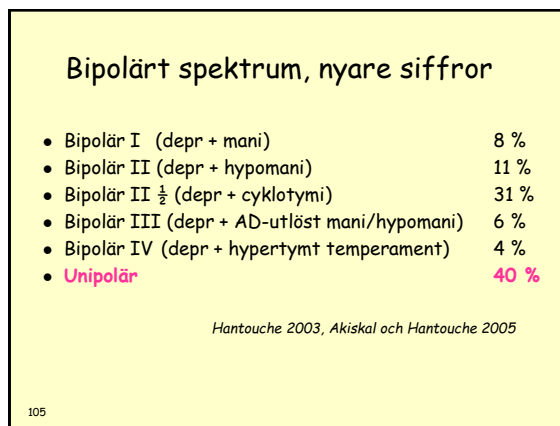
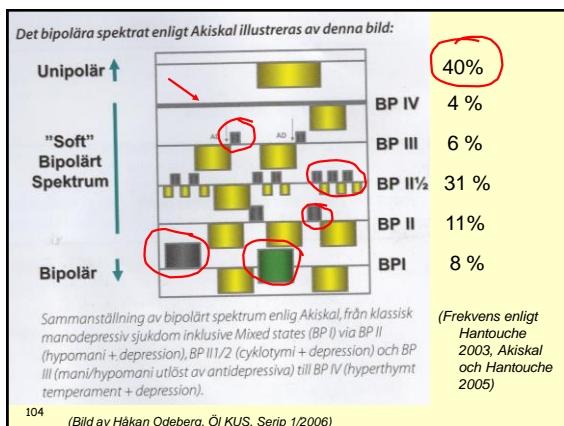
Patientens handlingar är ofta omdömeslösa och patienten kan senare bittert få ångra vad han ställt till med.



100



103



Några varningsklockor för tänkbar bipolär störning

Förlopp

- Tidig debutålder (15-25 år vanligt)
- Allvarliga självmordsförsök i tonåren
- Hög frekvens depressionsepisoder (> 3 allvarliga depressioner)
- Säsongsbundet förlopp (deprimerad höst/vinter, mani vår/sommar)

110

Tack till Mikael Landén, Aff Centrum, NSP

Några varningsklockor för tänkbar bipolär störning

Behandling

- Dåligt svar eller försämring av antidepressiva
- Ibland mycket snabb initial effekt
- Mår ofta bra i början, sedan förlamande trött
- Kraftig uppvarvning av antidepressiva; överslag till mani
- Kan leda till maniskt överslag, rapid cykling eller blandtillstånd (mixed state)
- Suicidala impulser när behandlingen sätts in
- Euforisk/uppvarvad när antidepressiva sätts ut

111

Tack till Mikael Landén, Aff Centrum, NSP

Några varningsklockor för tänkbar bipolär störning

Övrigt

- Anamnes för hypomani, cyklotymi eller hypertymi
- Familjeanamnes på bipolär störning
- Hög samsjuklighet, f f a ångeststörningar och missbruk
- Anamnes på flera personlighetsstörningsdiagnoser (borderline, antisocial, histrionisk)

112

Tack till Mikael Landén, Aff Centrum, NSP

Postpartumpsykos

- Allvarlig sömnstörning
- Koncentrationssvårigheter
- Förvirring
- Instabil stämningsläge
- Vanföreställningar
- Psykomotorisk agitation
- Svår ångest

Tack till Christina Spjut!

113

Postpartumpsykos

- Psykiatrins kanske farligaste och dödligaste tillstånd!
 - Suicidtankar och planer.
 - Impulser eller ihållande tankar på att skada eller döda sitt barn.
 - Tankar att barnet är besatt.
 - Många är hemlighetsfulla om sina symtom.
 - Fluktuerande förlopp.

Tack till Christina Spjut!

114

Postpartumpsykos

- Är samma sak som cykloid psykos med debut postpartum.
- I DSM-IV affektiv sjukdom med specifikation "postpartumdebut".
- Vanligen inom 4 veckor efter partus, men kan komma inom ett år.
- Även efter missfall och abort.
- 50 fall/år inom SLL.
- Hereditet vanlig.
- Ofta kapabla, högtbildade som drabbas och som suiciderar.
- Blir återställda (om överlever).
- Blir ibland "vanlig" bipolär sjukdom med tiden.

Tack till Christina Spjut!

115

Omhändertagande och behandling

- Inläggning, ofta med LPT.
- Anhöriga kan inte övervaka och ta ansvar för kvinnan.
- Observera sömn, funktionsnivå, symtom och fluktuationer över tid.
- Lägga ned amningen.
- Vila på dagen, sova på natten.
- Aldrig ensam med sitt barn ens korta stunder.
- ECT mest effektiva behandling.
- Lugnande och sömmedel.
- Eventuellt antipsykotika, t ex olanzapin.
- Litium efter ECT.
- Vid ny graviditet: planera i förväg.

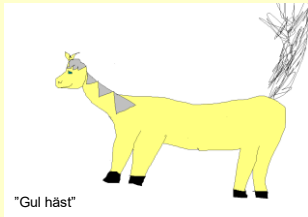
Tack till Christina Spjut!

118

Differentialdiagnoser till mani

1. **ADHD**
 - Båda är hyperaktiva och lätt distraherade
2. **Bruk/missbruk av amfetamin, alkohol m fl droger**
3. **Borderline**
 - Patient med bipolär sjukdom bör initialt inte få diagnosen borderline.
 - Affektlabilitet finns hos båda, men impulsivitet talar för borderline.
 - Förlopp över tid och familjehistoria kan ge vägledning.
4. **DESNOS. Disorder of Extreme Stress Not Otherways Specified**
 - Variant av PTSD.
 - Psykisk störning orsakad av uppväxttrauma, t ex verbal abuse, sexuella övergrepp, misshandel mm.
 - Kännetecknas av
 - Dissociation
 - Kronisk självdestruktivitet t ex skärning, absurda s-försök, missbruk, prostitution
 - Svårigheter att hantera affekter, aggressivitet
 - Låg självkänsla

MDQ Mood Disorder Questionnaire



Mani (enligt MDQ)

Har Du någon gång haft en period där Du var olik Dig själv och...

...mätte så bra eller var **så uppvarvad att andra inte uppfattade Dig som normal** eller att Du därför hamnade i problem?

...var så **lättirriterad att Du skrek till människor i omgivningen** eller startade gräl eller bråk?

...kände **starkt ökad självkänsla?**

119

Mani (enligt MDQ)

...**sov mycket mindre än normalt** och tyckte att Du inte saknade det?

...var **mycket pratsammare** och talade fortare **än vanligt?**

...**tankar rusade** genom hjärnan och Du kunde inte stilla Dina tankar?

...var så **lätt distraherad** av saker omkring Dig att Du hade svårt för att koncentrera Dig och hålla tråden?

...hade **mycket mer energi** än vanligt?

120

Mani (enligt MDQ)

...var **mycket mer aktiv** och gjorde mer än vanligt?

...var **mer social och utåtriktad än vanligt**, t ex ringde till vänner mitt i natten?

...var **mycket mer intresserad av sex** än vanligt?

...gjorde saker **Du inte brukar göra** och som människor omkring Dig tyckte var överdrivna, tokiga eller farliga?

...**spenderade så mycket pengar** att det gav problem för Dig eller Din familj?

121

Samt:

- Förelåg **minst två** av dessa upplevelser under samma period?
- Ledde det till **problem** - som att Du inte kunde arbeta; att Du fick problem i familjen, med ekonomin eller med lagen; hamnade i gräl eller bråk?

122

MDQ

- Hirschfeld R et al. Am J Psychiatry 2000; 157(11): 1875.
- Screening för "bipolar spectrum disorder" någon gång i livet.
- Ursprungligen på öppenvårdsmottagning för huvudsakligen bipolära patienter.
- Första screeningformuläret för bipolaritet enligt författarna.

123

MDQ

1. 13 ja/nejfrågor från DSM-IV-kriterier och klinisk erfarenhet.
2. En fråga om huruvida flera av symtomen förelåg under samma tidsperiod.
3. En fråga om hur mycket problem symtomen förorsakade
 - Inga problem
 - Lätta/lindriga problem
 - Måttliga/medelsvåra problem
 - Svåra problem

124

MDQ

- Man ansåg att minst 7/13 ja-svar på symtomlistan gav bäst förhållande mellan sensitivitet och specificitet
- Sensitiviteten blev då 73 %, dvs testet identifierade drygt 7 av 10 med bipolär diagnos (fastställd enligt SCID-intervjun)
- Specificiteten var 90 %, dvs 9 av 10 av de som **inte** har bipolär diagnos sorterades korrekt bort (omvänt: 1 av 10 som inte har bipolär sjukdom bedöms enligt screeningtestet felaktigt ha det)

125

Bipolärt syndrom, handläggning

I **akutskedet** behöver patienten nästan undantagslöst läggas in på psykiatrisk klinik. En manisk patient på akuten är att betrakta som en akut situation med risk för plötslig aggressivitet och våldshandlingar, **varför patienten ej skall ej vänta på sin "tur" utan omgående tas om hand.**

126

Bipolärt syndrom, handläggning

- **Överväg LPT** även om patienten verbalt samtycker till inläggning.
 - En manisk patient ändrar sig ofta och vill lämna avdelningen igen.
 - Pga att kraven för konvertering av frivillig vård till vård enligt LPT är högre ställda än kraven för intagning enligt LPT (det krävs även farlighet för sig själv eller andra) kan det annars vara svårt att hålla patienten kvar på sjukhuset.
- Snarast möjligt skall patienten erhålla medicin. I normalfallet sätts han in på antipsykotika (vanligt är Cisordinol 20-30 mg/dygn eller Halldol 4-8 mg/dygn) i kombination med litium och någon bensodiazepin.

127

Bipolärt syndrom, handläggning

- ❑ Tvångsåtgärder i form av tvångsmedicinering, bältesläggning och isolering på rummet behöver ibland tillgripas.
- ❑ Vid behov av tvångsinjicering kan ges Haldol 5 mg/ml, 1 ml, eller Cisordinol 10 mg/ml, 1 ml, intramuskulärt. Kombinera gärna med Stesolid Novum 5 mg/ml, 2 ml intramuskulärt.
- ❑ Om patienten är känd sedan tidigare och man vet att patienten tål Cisordinol kan även ges injektion Cisordinol Acutard 50 mg/ml, 1-2 ml i.m, som har effekt under ett par dagar.

128

Bipolärt syndrom, handläggning

- ❑ **I övrigt** behöver patienten en lugn och rofylld miljö med minimal stimulering. Se till att han får mat, dryck och sömn. Försök i möjligaste mån förhindra att patienten ställer till det ytterligare för sig genom t ex obetänksamt telefonerande från avdelningen. LPT ställer emellertid mycket stränga villkor för när man kan vägra patienten att ringa eller skicka brev.
- ❑ **Efter den akuta fasen** behöver patienten följas upp på psykiatrisk mottagning med stöd, information och litiumkontroller.

129

Akut handläggning av mani

- ❑ Inläggning, oftast lämpligt med LPT
- ❑ Lugn och ro
- ❑ Stimulibegränsning, rofylld miljö, fåtal kontaktpersoner som får representera "vikarierande omdöme"
- ❑ Mat, dryck och sömn
- ❑ Tvångsåtgärder ibland av nöden - isolering på rummet, bältesläggning, tvångsmedicinering
- ❑ Förhindra ekonomisk och social katastrof
- ❑ Mediciner
 - Litium
 - Antipsykotika
 - Antiepileptika

Biologisk behandling av mani

- ❑ Litium/antiepileptika (valproat, karbamazepin). Mer specifikt antimaniskt än neuroleptika
- ❑ Neuroleptika
 - sederande (klorpromazin, levomepromazin)
 - icke sederande (haloperidol, zyklopentixol)
 - atypiskt (olanzapin, clozapin, risperidon)
- ❑ Neuroleptika dämpar agitation och oro, men minskar egentligen inte den maniska expansiviteten eller den förhöjda självkänslan
- ❑ Bensodiazepin
- ❑ ECT (i sällsynta fall vid allvarlig mani)

131

Behandling, längre sikt och förebyggande

- ❑ Specialmottagning
- ❑ Stämingsstabilisatorer, t ex litium eller antiepileptika
- ❑ Utbildning av patient och anhöriga - känna igen tidiga symtom, vikten av rytm i livsföringen
- ❑ Familjestöd
- ❑ Psykoterapi
- ❑ God man
- ❑ Undvik alkohol, amfetamin, hasch, sömnbrist
- ❑ Hålla rytmen i livsföringen
- ❑ Mediciner

132

Att förebygga mani

A. Känn igen dina varningssignaler!

1. Man saknar oftast både sjukdomskänsla och sjukdomsinsikt
2. Skyller allt på andra personer och yttre faktorer
3. Lista tidiga symtom på mani och depression
4. Förebygg suicid-beteende

B. Behåll en god rytm!

Sömn - arbete - stress - engagemang

C. Ta din medicin!

Ha extra sömnmedicin hemma

D. Undvik alkohol och andra bruk/ missbruk.

E. Ring mottagningen vid misstanke om begynnande humörförskjutning.

F. Lär känna anhöriga, skriv in att dom ska larma vb.



Vi har minst tre uppgifter

- Bedöma
- Råda
- Hjälpa



135



Hur kan jag hjälpa patienten

1. med hans lidande?
2. att hjälpa sig själv?

136

Vad är syftet med bedömningen?

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. Hjälpa 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. 137

Vad vill vi veta?

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

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 denna.
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 uttalade eller outtalade förväntningar påverka dig** (många samtal, snabba samtal, "effektivitet", undvika inläggningar).
 - **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.
 - Ilskna, berusade och otrevliga patienter har högre självmordsrisk, inte lägre.

Det viktigaste

5. Vid osäkerhet - **fråga om det finns någon mer du kan få prata med.**
6. **Involvra 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 han skulle vilja ha.**
7. **Föreslå**, utifrån utfallet av punkt 6, vad du tycker vore den bästa hanteringen och **fråga** patienten vad hon tycker om detta förslag.
8. Om patienten inte är nöjd, **fråga ånyo** vad patienten föreslår och försök hitta den bästa möjliga **kompromiss** som patienten samtycker till.
9. **Gör en överenskommelse med patienten.**
10. **Tacka för besöket och hälsa välkommen åter (om patienten går hem).**

Några svårigheter och risker

1. 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.
2. **Kontakten med patienten - och vår förmåga att värdera den rätt - är A & O** vid all psykiatrisk bedömning och behandling.
3. **Talar patienten sanning?** Vi behöver alla icke-verbala ledtrådar vi kan få!
4. Vi får vanligen **inget "facit"** som vi kan lära oss av.
5. **Krävande** att göra många bedömningar och skapa kontakt med många människor var dag.
6. **Risk att vi blir emotionellt avtrubbade och "utbrända"** i längden, om vi inte hittar ett sätt att själva få näring av samtalen.

Några svårigheter och risker

1. Psykiatri och **psykiatrisk bedömning är svårt och vanskligt** även vid optimala omständigheter.
2. **Kontakten med patienten - och vår förmåga att värdera den rätt - är A & O** vid all psykiatrisk bedömning och behandling.
3. **Talar patienten sanning?** Vi behöver alla ledtrådar vi kan få!
4. Vi får ofta **inget "facit"** som vi kan lära oss av.
5. **Krävande** att göra många bedömningar av människors psykiska hälsa och skapa kontakt med många människor var dag.
6. **Risk att vi blir emotionellt avtrubbade 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.

144

Hur blir man av att ha en depression?

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

145

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).**

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



"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

148

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

Hjälp patienten se 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

- Avisad
- 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!

152

Vår egen frustration - håller du med om detta?

- ❑ Vi söker en känsla av att göra gott för patienten, att vara en bra behandlare.
- ❑ Risk att vi fastnar i behovet av uppskattning.
- ❑ Vi reagerar då lätt med irritation/aggression.
- ❑ Helt naturlig reaktion, men vi måste vara medvetna om vad som sker...
- ❑ ...samt ta ansvar för reaktionen. Vi får inte skylla reaktionen på den andre.

153

Professionell stödterapi

- **Information** och utbildning om tillståndet.
- **Empati och stöd.**
- **Härbärgera** patientens plågsamma känslor.
- **Avdramatisera** och lugna.
- **Inge hopp** (men undvik överdriven hurtighet).
- **Motivera** till att ta emot behandling.
- **Hjälp med problemlösning** och hanterande av praktiska problem.
- Finns **utlösande faktorer** eller försämrande omständigheter som kan åtgärdas?
- **Hjälp patienten ta avstånd** från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.

154

1. Kunskap

2. Professionell behandling

3. Egenvård (= ett klokt liv)

Lära om

Aktivering

Motion

Kost

Slappna av

Gemenskap

Kärlek

Mening

Humor

Alkohol

Jobbet

4. Effektivt tänkande

155

Det allra viktigaste du kan göra själv är att **ta emot och fullfölja** föreslagen, vetenskapligt dokumenterad, behandling

- Psykoterapi
- Antidepressiva läkemedel
- Elbehandling

156

Psykoterapi vid depression

- > Oavsett terapityp uppnås framgång först om patienterna **återupptar aktiviteter** som var normala eller lustfyllda före depressionen.
- > Mest stöd för effekt finns för **beteendeterapi**, **kognitiv terapi** eller en kombination av dessa.

SBU

157

Vad fungerar verkligen?

1. Lära sig att kritiskt granska och ifrågasätta de depressiva tankarna.
2. Planera in trevliga aktiviteter som skingrar tankarna.

158

Vad du kan göra själv - handling

- ❖ Planera ditt dagliga schema. Gärna lista med dagliga aktiviteter.
- ❖ Ta itu med svårare uppgifter genom att skriva ned de olika delmomenten och genomför sedan **ett steg i taget**.
- ❖ **Skriv ned** vad du faktiskt gjort och klarat av.

159

Ett gott liv, minikursen: vad får mig att må bra?



Lathund för dig som mår akut dåligt

1. Aktuell situation.
2. Vad jag behöver för att må bra (sömn, motion, umgänge, struktur osv).
3. Saker jag mår sämre av och därför ska minska på.
4. Kedjeanalys.
5. Andningsövningar.
6. Krisfärdigheter.
7. Medveten närvaro.
8. Rättighetsformulär.
9. Skäl att leva.
10. Livets höjdpunkter.
11. Upptäck och sätt stopp på försämring tidigt.
12. Gör ett veckoschema.



Tack till överläkare Margareta Sیدن, NSPI

När behöver patienten läggas in?

1. Svårt lidande, omänsklig situation att befinna sig i.
2. Hög självmordsrisk (hur hög?).
3. Svårbedömd självmordsrisk? (Hur stort är "spannet"?)
4. Risk för våld mot annan, dvs "farlighet".
5. 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.

162

När behöver patienten läggas in?

- Man behöver alltså klarlägga såväl **symtom** 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?"

163

När behöver patienten läggas in?

6. Beter sig socialt olämpligt, terroriserar grannar, riskerar vräkning.
7. Utmattade anhöriga.
8. Svåra konflikter med anhöriga.
9. Uppenbart behov av vård som inte kan ges i hemmet (ECT, mediciner som patienten vägrar ta etc).
10. Depression
 - Med depressiva vanföreställningar eller andra psykotiska inslag.
 - Postpartum.
 - Blandepisod (mixed state).
 - Hopplöshetskänslor.
 - Suicidrisk.
11. Vissa allvarliga tillstånd - mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.

164

Hur bråttom är det?

Akut inläggning vid

- **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).

165

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 värdkontakter...
- ... **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".

166

"Hon är bara ensam"

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



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



167

"Hon är bara ensam"

- Att vara ensam är inte så "bara"!
 - Snarare är ensamhet det jävligaste en människa kan vara.
 - En deprimerad människa känner sig ensam t o m när hon inte är det. Det ligger i sjukdomens natur.
 - Att få höra att man "bara är ensam" när man är deprimerad är extremt invaliderande.
 - Man kan inte säga att patienten å ena sidan har sin depression och å andra sidan sin ensamhet. De upplevs som samma sak.
 - Ensamhet försämrar tillståndet och prognosen.
 - Ensamhet ökar faktiskt behovet av professionellt omhändertagande.
 - Ensamhet dödar.
- Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.

168

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 om det blir jobbigt för dig?"

169

In akut? Några frågor:

6. "Nu vill jag ställa min kanske 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 åker hem just nu?**"
7. "Nu har vi gjort en liten handlingsplan tillsammans, du och jag. **Känns den helt okay med dig?**"
8. "Jag skulle vilja att du lovar mig att ringa eller åka in akut om det blir sämre eller du får mer påträngande självmordstankar. **Kan du lova det?**"

170

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 specialisthjälp.
"Har du alltid haft det så här svårt?"

171

Den självmordsnära patienten

- om att bedöma och hjälpa patienten

Varje psykiatrisk patient...

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

173

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!

174

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".

175

Två "typer" av självmord

Rationella/"filosofiska"

- ovanliga
- svårbedömt - även suicid hos t ex svårt cancersjuk patient ter sig ofta irrationellt
- ibland politiskt motiv

Kaotiska

- nästan alla suicid sker under inflytande av psykisk störning, ffa depression, missbruk, personlighetsstörning och krisreaktioner
- nedstämdhet, förtvivlan och hopplöshet föreligger nästan alltid

176

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

177

Självmodsrisk 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.

179

Suicidtankar blir till slut en dålig vana

- Depressionen efterlämnar ett "ärn". En associationstendens mellan de psykiska processerna - tänkande, känande, minne, hopplöshet - är upparbetad och **aktiveras vid påfrestningar**.
- **Samma sak med de suicidala tankarna/processerna** som reaktiveras vid humörsvängningar eller nya depressionsepisoder.

180

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!**

181

En patient med självmordstankar behöver krisintervention



Självmod 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).

182

"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.



183

"Hon är bara ensam"

- Att vara ensam är inte så "bara"!
 - Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara.
 - En deprimerad människa känner sig ensam t o m när hon inte är det. Det ligger i sjukdomens natur.
 - Att få höra att man "bara är ensam" när man är deprimerad är extremt invaliderande.
 - Man kan inte säga att patienten å ena sidan har sin depression och å andra sidan sin ensamhet. De upplevs som samma sak.
 - Ensamhet försämrar tillståndet och prognosen.
 - Ensamhet ökar faktiskt behovet av professionellt omhändertagande.
 - Ensamhet leder till förtida sjukdom och död.
- Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.

184

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

Stephen R Covey

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?

186

Det suicidal rummet

Överlagt trots
känd bakgrund

kaos

hopplöshet

Svartsyn och
tunnelseende

När inte andra

isolering

ångest

Driver handlandet,
påskyndar

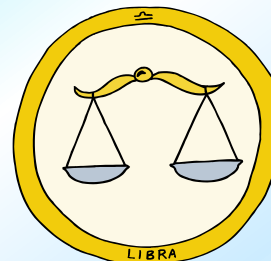
"Vill leva,
men inte så här"

ambivalens

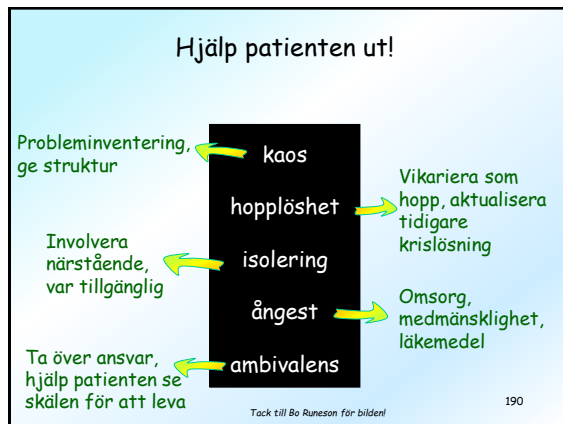
Tack till Be Runeson för bilden!

187

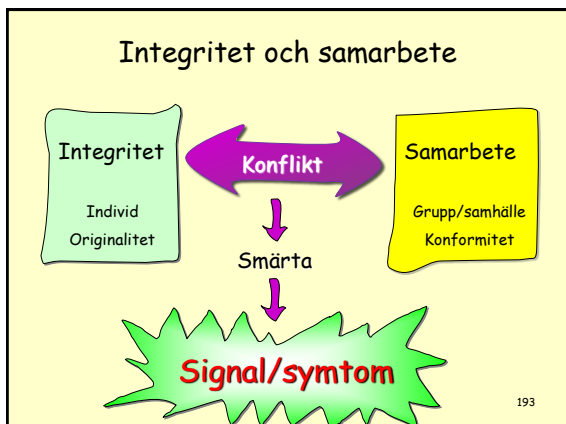
Att hjälpa den självmordsnära patienten



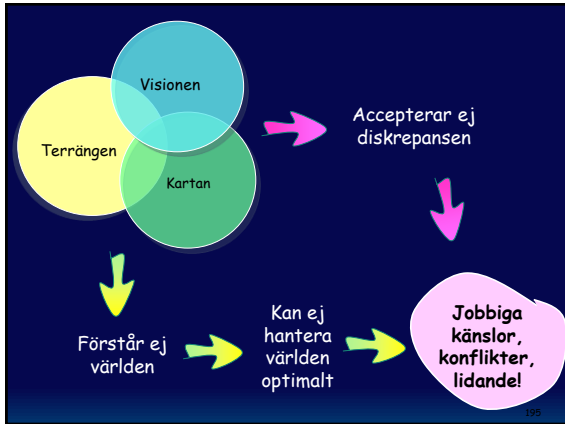
188



- ### Några svårigheter
- Dålig kontakt i samtalet
 - Patienten dissimulerar
 - Egen osäkerhet
 - Egen okunskap
 - Psykiatrins resurser och tillgänglighet
- 191



- ### Stora eller många små kränkningar av integriteten leder till
- Brist på självaktning och självrespekt
 - Låg självkänsla
 - Nedsatt vitalitet
 - Aggressivitet
 - Självdestruktivt beteende
-
- 194



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

Stephen R Covey

Men vi försöker också förstå - även där inget finns att förstå!

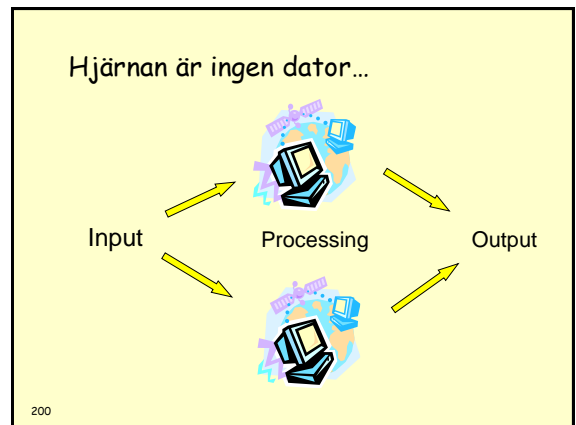
The deepest hunger of the human soul is to be understood.

Stephen R Covey

Men vi försöker också **förstå** - även där inget finns att förstå!

Vårt hjärna har ett problem...

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



...hjärnan är målare och artist!

Input →

201

Vad menar vi med att "förstå"?

Den stackars egentliga världen - "verkligheten" - som den faktiskt ser ut syns knappt på grund av alla pålagringar.

Världen som vi tror att den är

Den andres bild av världen

Världen som vi vill att den ska se ut

Världen som den andre vill att den ska se ut

202

Hur uppstår diskrepansen?

Världen som den faktiskt ser ut

Vår bild av världen

Situationsrelaterat, t ex vid stress, hot mot självbilden

Sjukdomsrelaterat, t ex vid depression, psykos

Personlighetsrelaterat, försvarsmekanismer

Uppväxtrelaterat, dåliga förebilder

203

Hur kan vi reducera dissonansen?

Världen som den faktiskt ser ut

Vår bild av världen

Gods förebilder

Gods samtal människor emellan

Reducera stress

Information och utbildning

Behandling av psykisk sjukdom

Psykoterapi

204

Exempel på förvrängt tänkande

Depression → Svartsyn, pessimism, självhat, hopplöshet

Ångestsjukdom → Ångslan, oro, uppförstoring

Psykos → Vanföreställningar

Autismspektrum → Svårigheter att ta andras perspektiv

ADHD → Adekvat, men dålig impuls kontroll, koncentrationssvårigheter

205

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

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

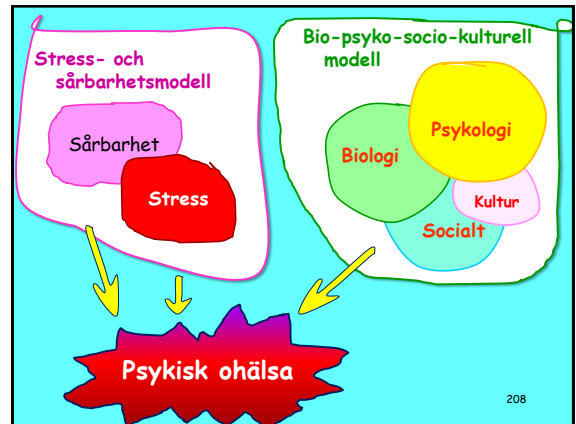
206

Kom ihåg F-en!

- Föreställningar
- Förväntningar
- Farhågor

} Fantasier

- Förtroende
- Förståelse
- Förändring
- Familjen



Låt inte någon lura dig...

Bra psykiatri tar TID!

209

Och...

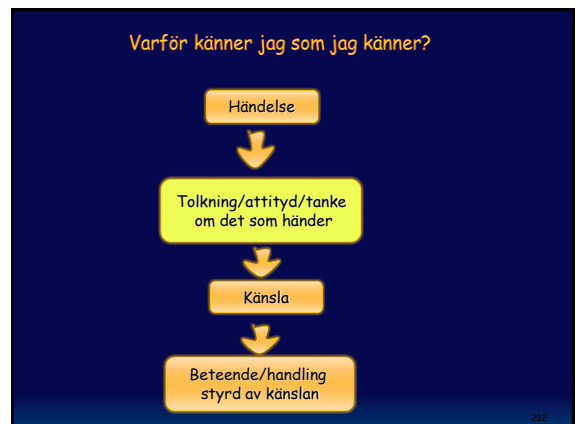
Läs journalen!

210

"The single most remarkable fact about human existence is how hard it is for humans to be happy."

Hayes & Wilson 1999

211



"Discrepancy-based thinking"

Nedstämdhet

↓

Detta är inte vad jag vill

↓

Åltande - vad har jag gjort för fel, hur ska det sluta?

213

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

Ken Keyes

214

FEELINGS & EMOTIONS

Vem bestämmer över mina känslor?

(Mitt svar på denna fråga avgör vilket liv jag får.)

215

Vem ska jag ge makt över mina tankar, reaktioner, känslor och handlingar?

- Mamma (även om hon är död)?
- Min fru?
- Mitt barn?
- Mina vänner?
- Min chef?
- Min lärare?
- Mina patienter?
- "Samhället" och "kulturen"
- Svenska Dagbladet?
- Vem som helst, huvudsaken är att ingen tycker illa om mig?
- Mig själv?

216

The greatest discovery of my generation is that a human being can change his life by changing his attitude of mind.

William James (1842-1910)

217

Hur klarar personen att världen inte är som han skulle önska?

Diskrepansen mellan rosa och lila är provocerande

Världen som vi tror att den är

Den andres bild av världen

Världen som vi vill att den ska se ut

Världen som den andre vill att den ska se ut

218

Onyttig stress

En känsla av att ha bristande kontroll över en situation

Personlighet och stress

I situationer där individen känner sig särskilt utsatt

- ↑ ex i sjukvården -

förstärks ofta aggressivt, utagerande och besynnerligt beteende.

Ett test på en människas personlighet

Hur reagerar hon när hon inte får som hon vill?

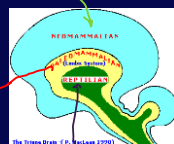
Hur blir vi av för mycket stress?

- Tunnelseende
- Försvarinställda
- Rigida
- Irritabla
- Lättkränkta
- Aggressiva
- Intoleranta
- Trötta
- Cyniska
- Uppgivna
- Sömnproblem
- Ökad ljudkänslighet
- Minnesproblem
- Koncentrationssvårigheter
- Nedstämdhet
- Ångest
- Kroppsliga besvär
 - Värk
 - Tryck över bröstet
 - Orolig mage/tarm
 - Yrsel

"Grön och röd zon"; "neuronal kidnappning"



Neocortex, "grön zon":
Intellekt, empati, humor,
vädja, be, resonera...



Limbiska systemet, "röd zon":
Känslor, drifter,
självkänsla, religion,
värderingar...

Reptilhjärnan:
Flykt, anfall,
spela död...

Tack till Lennart Lindén, UGLI konsult, för pedagogiken!

223

"Röd och grön zon"

Låg stress

- Nya hjärnan handlägger
- Känslorna står till vår tjänst
- Fäkta eller fly efter rationellt övervägande

Måttlig stress

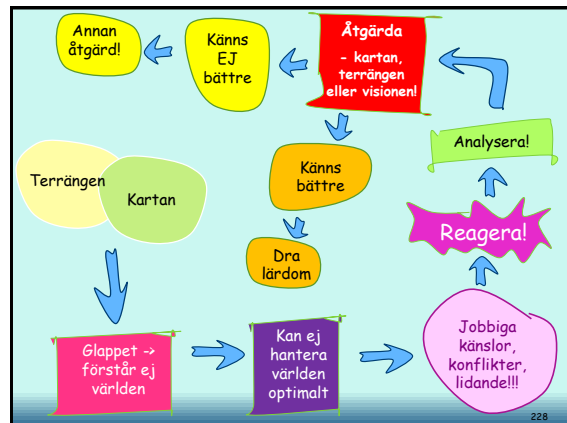
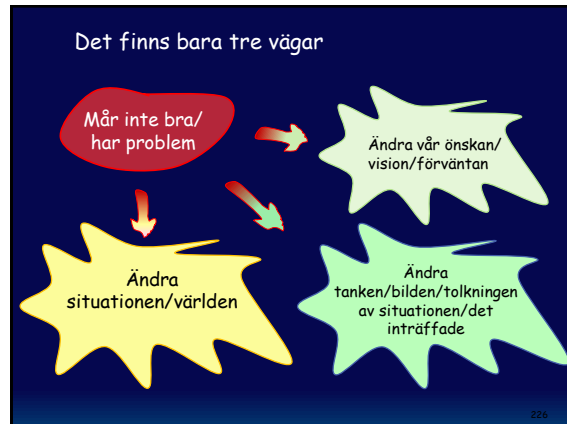
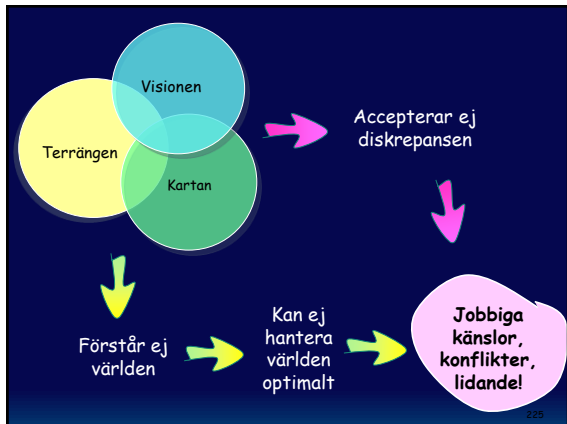
- "Vuxen chimpansnivå"
- Avtagande intellekt, tankeförmåga, humor, distans, sinne för proportioner
- Tunnelseende

Hög stress

- Reptilhjärnan tar över
- Dom och vi; utdefiniering och indefiniering
- Tankarnas kontroll över känslorna nu helt borta

Tack till Lennart Lindén, UGLI konsult, för pedagogiken!

224



Min händelsekedja

Extrajobbiga saker idag:

Vad hände nu:

Då tänkte jag:

Då kände jag:

Då gjorde jag:

Resultatet just då blev:

Efteråt kändes det så här:

Så här tror jag att det kändes för.....

Om det händer ofta är det risk att:

Nästa gång kan jag prova att istället göra så här:

Händelsekedja Idag	Händelsekedja nästa gång
Extrajobbiga saker idag: <input type="text"/>	Extrajobbiga saker idag: <input type="text"/>
Vad hände nu: <input type="text"/>	Vad hände nu: <input type="text"/>
Då tänkte jag: <input type="text"/>	Då tänkte jag: <input type="text"/>
Då kände jag: <input type="text"/>	Då kände jag: <input type="text"/>
Då gjorde jag: <input type="text"/>	Då gjorde jag: <input type="text"/>
Resultatet just då blev: <input type="text"/>	Resultatet just då blev: <input type="text"/>

231

Efteråt kändes det så här:

Så här tror jag att det kändes för kompiserna / fröken /...:

Om det här händer ofta är det risk att:

Om jag ändrar mitt beteende vinner jag det här:

Nästa gång är det allra viktigaste det här:

232

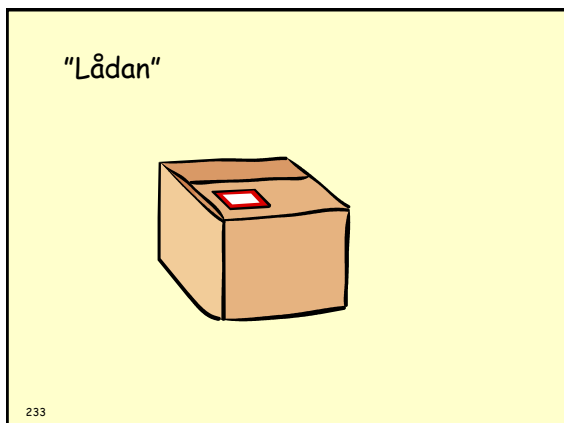
Acceptance and comittment therapy, ACT, i ett nötskal

De flesta komplexa mänskliga problem är olösbara.
Saker händer hela tiden.

Hur jag FÖRHÅLLER MIG till det som händer mig i livet är den avgörande faktorn för vilket liv jag får.

Förväntan på ett smärtfritt liv skapar problem och ytterligare lidande.

Vad VILL JAG GÖRA MED MITT LIV, trots mitt lidande och mina problem?



236

1. Kunskap
2. Professionell behandling
3. Egenvård (= ett klokt liv)
 - Lära om
 - Aktivering
 - Motion
 - Kost
 - Slappna av
 - Gemenskap
 - Kärlek
 - Mening
 - Humor
 - Alkohol
 - Jobbet
4. Effektivt tänkande

Psykotering

"Supportive"

- Handlar om att hjälpa patienten att hantera en påfrestring, med hjälp av de egenskaper och personlighetsdrag och resurser som hon/han redan besitter
- Försöker inte förändra patienten

"Reconstructive"

- Historien och klagan är ok och kan vara en bra start, men det räcker inte
- Måste **ändra** något hos sig själv om det ska ha mer varaktig effekt
- Man kan inte ändra känslan direkt
- Istället kan man ändra beteendet, och ofta tankarna

237

Vad utmärker en bra psykotering?

Viktiga faktorer för ett gott resultat

- Den terapeutiska alliansen (mötet, relationen)
- Metoden
 - Ett integrativt synsätt på tekniken (viktigast är vad som hjälper patienten)
 - Tydlig bruksanvisning till patienten
 - Exponeringen
- Terapeutens kompetens
 - Omedveten, automatiserad hantverkskicklighet
 - Skapar en tydlig och öppen relation till patienten
 - Empatisk förmåga
 - Förstår och respekterar patientens behov
 - Upptäcker och reparerar brister i arbetsalliansen
- Patientens motivation

238 Lästips: Vad är verksamt i psykotering (Björn Philips, Rolf Holmqvist)

Professionell stödterapi

- Information och utbildning om tillståndet.
- Empati och stöd.
- Härbärgera patientens plågsamma känslor.
- Avdramatisera och lugna.
- Inge hopp (men undvik överdriven hastighet).
- Motivera till att ta emot behandling.
- Hjälpa med problemlösning och hanterande av praktiska problem.
- Finns utlösande faktorer eller försämrande omständigheter som kan åtgärdas?
- Hjälpa patienten ta avstånd från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.

239

Stödande och jagstärkande förhållningssätt

- Information, gärna patientbrochyr, lästips.
- Balans (www.balans.nu)
- Avdramatisera och lugna.
- Förmedla empati och hopp.
- Stöd, hjälpa patienten lösa problem.
- Finns utlösande faktorer eller försämrande omständigheter som kan åtgärdas?

240

Undanröj - om möjligt - eventuella utlösande och bidragande faktorer

- ❖ Konflikter
- ❖ Psykosociala problem
- ❖ Missbruk
- ❖ Somatisk sjukdom
- ❖ Läkemedel



241

Hur är resultaten av läkemedelsbehandling av depression?

- 40 % svarar inte alls eller blir inte helt bra på behandling enligt Läkemedelskommittéernas rekommendationer.
- 75 % av dessa får ett tidigt återfall, där symtombilden ofta är svårare och djupare, med risk för kronifiering.
- Var tredje patient utvecklar terapirefraktaritet.
- För de som inte botas helt ökar risken för hjärt/kärlsjukdom, diabetes och självmord.

Varför blir inte alla friska?

- Egentlig depression är en "paraplydiagnos".
- 44 % av patienterna har själva satt ut sin medicin inom tre månader
 - Biverkningar
 - Dålig effekt.
 - Bra effekt (känner sig frisk)
- Annan diagnos, t ex
 - ADHD
 - Personlighetsstörning
 - Bipolär (vanligt vid terapirefraktär depression, recidiverande depression" och "atypisk depression")

Varför slutar man ta sin medicin?

- Alla patienter "glömmen" ibland - hur är det för dig?
 - börjar ta sin medicin noga först efter några återfall
 - tar tabletter noga bara före serumbestämning
- Rädsla för biverkningar.
- Faktiska biverkningar.
- Tror inte att medicinen ska hjälpa.
- "Alla" slutar vid hypomani...
 - man slutar ju då man är i god balans/frisk
- Omvänd logik 1: Jag medicinerar; alltså är jag sjuk.
- Omvänd logik 2: Jag medicinerar; därför är jag sjuk.
- Jag medicinerade när jag var sjuk - men nu är jag frisk!
- Jag gör uppror mot vården (eller mot mina föräldrar); därför struntar jag i medicinen dom tjarar om.
- Jag är livrädd för blodprov.
- Allt bra jag gjort kallas för att jag var sjuk- min identitet försvann.
- Jag vill ha min kreativitet kvar.

Varför blir inte alla friska?

- Annan diagnos, t ex
 - ADHD
 - Personlighetsstörning
 - Bipolär
 - I en studie var 55 % av patienter med terapirefraktär depression misstänkt bipolära typ II.
 - I en annan studie var 62 % av patienter med recidiverande depression (2 depr de senaste 5 åren alt 3 depressioner under livet) misstänkt bipolära typ II.
 - Patienter med symptom som vid "atypisk depression" är bipolära i 75 % av fallen.
 - Atypisk symtombild är vanligt även vid "utmattningssyndrom", "utmattningsdepression", SAD och depression vid ofullständig behandlingssvar

Varför blir jag inte bra?



- Slarvar med medicinen?
 - Dåligt fungerande kontakt med vården?
 - Dricker?
 - Svåra levnadsvillkor, ohållbart leverne?
 - Ständiga konflikter? Knepig läggning?
 - Annan diagnos, t ex bipolär sjuk eller ADHD?
 - Fler diagnoser samtidigt?
 - Svårbehandlad depression?
- Illal!
Rätta till eller byt!
Sluta!
Åtgärda, sök stöd!
Psykoterapi?
Ta upp till diskussion med läkaren.
Ta upp till diskussion med läkaren.
Poängtera att du inte är fullt återställd ännu!*

246

Det allra viktigaste du kan göra själv är att **ta emot och fullfölja** föreslagen, vetenskapligt dokumenterad, behandling

- Psykoterapi
- Antidepressiva läkemedel
- Elbehandling

247

Psykoterapi vid depression

- Oavsett terapityp uppnås framgång först om patienterna återupptar aktiviteter som var normala eller lustfyllda före depressionen.
- Mest stöd för effekt finns för beteendeterapi, kognitiv terapi eller en kombination av dessa.

SBU

248

Depressionens onda cirkel



249

Vad fungerar verkligen?

1. Lära sig att kritiskt granska och ifrågasätta de depressiva tankarna.
2. Planera in trevliga aktiviteter som skingrar tankarna.

250

Vad du kan göra själv - handling

- ❖ Planera ditt dagliga schema. Gärna lista med dagliga aktiviteter.
- ❖ Ta itu med svårare uppgifter genom att skriva ned de olika delmomenten och genomför sedan **ett steg i taget**.
- ❖ **Skriv ned** vad du faktiskt gjort och klarat av.

251

Ett gott liv, minikursen: vad får mig att må bra?

Bra saker	Dåliga saker	Bra människor	Dåliga människor

SRBN ©2008 BY GILL ROSSHEDEN

Alternativ när det första läkemedlet ej ger effekt

- Tar patienten medicinen?
- Höja till maxdos
- Plasmakoncentration
- Diagnos
 - Missbruk?
 - Bipolär sjukdom?
 - ADHD?
 - Personlighetsrelaterade svårigheter?
- Byta till läkemedel med annan verkningsmekanism
- Kombinera två antidepressiva läkemedel
- Psykoterapi
- ECT
- Tillägg
 - Litium
 - Atypiskt antipsykosläkem.
 - Thyroideahormon
 - Omega 3?
 - Folsyra/B-12?

253

ECT - Electroconvulsive therapy

Fördelar:

- Mycket effektivt:
Antal betydligt förbättrade och återställda efter 4 v behandling:

ECT	80-90%
Antidepressiva	60-70%
Placebo	30-40%
- Få biverkningar (reversibla närminnesstörningar, muskelvärk)

ECT-indikationer

- Svåra och/eller svårbehandlade depressioner
 - Psykotiska/melankoliska inslag
 - Oförmåga att äta/dricka
 - Hög suicidrisk
 - Konfusion
 - Stuporösa drag
 - Oförmåga tåla medicin
 - Ej hjälpt av medicin
 - Gravid/postpartum
 - Äldre somatiskt sjuka patienter(hjärtsvikt, urinstämna)



257

Indikationer för ECT

- Kan därtill ibland ges vid
 - Cykloid psykos
 - Katatoni
 - Svår mani ("delirium acutum") med förvirring, dehydrering, motorisk agitation, farmakaresistens
 - Psykogen psykos med konfusion
 - Malignt neuroleptiskt syndrom
 - Schizofreni
 - Parkinsons syndrom
- Kan vid framgångsrik behandling även användas som profylax mot återfall

258

"Självhjälp" och andra alternativ till traditionell psykoterapi

- Gruppbehandling
- Självhjälpstexter, biblioterapi
- Vägledad självhjälp (telefon eller e-post)
- Vägledad internetbaserad självhjälp
 - COPE
 - ODIN (Overcoming Depression on the INternet)
 - MoodGym
 - www.internetpsykiatri.se, Psykiatri Sydväst (HS)

Vanliga inslag i behandlingen är:

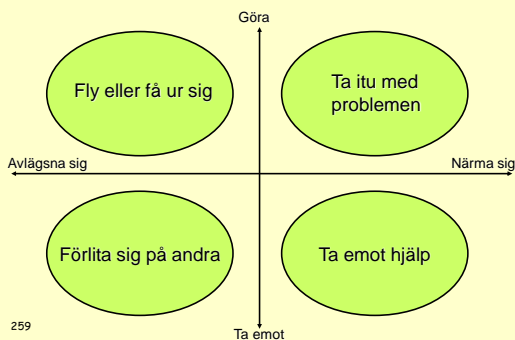
- Självhjälpsbok (t ex Feeling good)
- Beteendemodifiering
- Beteendeaktivering, "pleasant activities"
- Kognitiv omstrukturering
- Kommunikationsträning
- En behandlare som vägleder patienten är viktig för resultatet!

Handlingsvägar vid depression



258

Handlingsalternativ vid bekymmer och psykisk ohälsa



259

"Stresströskeln"

- Stor skillnad mellan olika personers förmåga att hantera stress på ett konstruktivt vis.
- Vi har alla vår **personliga stresströskel**.
- Under den fungerar vi ändamålsenligt.
- **Överskrids den börjar vi klicka**; hjärnan står allt mindre under vår viljemässiga kontroll.
- **När stresströskeln överskrids ökar de kognitiva förvrängningarna kraftigt**, och kroppen slår om till de automatiska försvarssystemen - "fight or flight" eller "play dead".
- Dessa försvarssystem är dock inte alltid så funktionella i vårt nuvarande samhälle.

260

"Stresströskeln" varierar med omständigheterna

Sårbarhetsfaktorer sänker stresströskeln!

- Hunger
- Ilska (anger)
- Ensam (lonely)
- Trött (tired)
- Sömnbrist
- Smärta och värk
- Droger
- Förluster
- Förändrad livssituation
- Konflikter

} "HALT"

Vilka är dina svaga punkter?

För att i görligaste mån behålla kontrollen över dina tankar, känslor och handlingar är det viktigt att du minimerar dina sårbarhetsfaktorer.

Mina "sårbarhetsfaktorer" - saker jag mår sämre av eller riskerar bli sjuk av igen

- **Identifiera** allt Du kommer på.
 - Stress
 - Ensamhet
 - Människor
 - Konflikter
 - Situationer
 - Händelser
 - Livsstil
 - Dygnsrytm
 - Arbetsmiljön
 - Alkohol/droger
- **Undvik/åtgärda** dem



Uppmärksamhet på återkomst av tidiga sjukdomstecken, "tidiga varningstecken"

Mina tidigare depressioner har börjat med följande symtom:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Om jag eller mina anhöriga märker något av dessa symtom ska vi vidtaga följande åtgärder:

1. (Kontakta min läkare)
2. (Ta kontakt med...)
3. (.....)

KRISPLAN

Tidiga varningstecken vid depression	-Drar sig undan sociala sammanhang -Ökat sömnbehov -Ökat godisug -Pessimistisk
Tidiga tecken vid uppvarning	-Idéer om nya projekt -Säger in löder till omgivningen -Stark köplust -Irritation
Vad ska patienten göra	-Monitorera sitt stämningssläge med hjälp av stämningsslagbok -Använda tekniker att hantera konflikter enligt modell -Upprätthålla rutiner -Ta sina mediciner och äta regelbundet -Ta kontakt med sin vårdgivare -Upprätthålla tider med sjukvården
Vem ska kontaktas	Familjen får ta kontakt med Affektivt centrum vid tidiga tecken eller oro över att x börjar må dåligt.
Vad närstående ska göra	-Stöd att upprätthålla vardagsrutiner. -Planering om medicinering -Ta kontakt med behandlare vid Affektivt centrum i ett tidigt läge
Vad psykiatriern ska göra	-Erbjuda bedömning -Ställningstagande till ev medicinändring -Stödsamtal med fokus att hantera vardagen -Kontinuitet, erbjuda telefonförlänglighet -Problemlösning
Psykiatriens åtgärder i en akutsituation	-Bedömning och ställningstagande till inläggning -Erbjuda uppföljning och utvärdera stämningssläget

Att förebygga mani

A. Känn igen dina varningssignaler!

1. Man saknar oftast både sjukdomskänsla och sjukdomsinsikt
2. Skyller allt på andra personer och yttre faktorer
3. Lista tidiga symtom på mani och depression
4. Förebygg suicid-beteende

B. Behåll en god rytm!

Sömn - arbete - stress - engagemang

C. Ta din medicin!

Ha extra sömmedicin hemma

D. Undvik alkohol och andra bruk/ missbruk.

E. Ring mottagningen vid misstanke om begynnande humörsförskjutning.

F. Lär känna anhöriga, skriv in att dom ska larma vb.

Vad behöver familjerna?

- Kunskap om sjukdomsyttringarna
 - Symtom
 - Konsekvenser
 - Prodromer
 - Tidiga varningstecken
- Förståelse för sjukdom och konsekvenser.
- Kunskap om stress och sårbarhet.
- Erfarenhetsutbyte med andra drabbade.
- Återkommande stöd.
- Information och hjälp till barnen.



Dina närmaste kan bidra till en livsmiljö som fungerar för dig

- **Kommunicera klart och tydligt**
- Använd ett **problemlösande förhållningssätt**
- **Förebygg stresstegringar**
- Medverka till **goda rutiner**
- **Undvik känslomässigt överengagemang**
- **Ge positiv kritik**

268

Expressed emotions

Känslomässigt klimat runt patienten

1. Kritiska kommentarer
2. Fientlighet
3. Känslomässigt **överengagemang**
4. Värme
5. Positiva kommentarer



Hög och låg EE

Hög EE (minst en av 1-3) -> 60 % återfall:

1. Hög grad av kritisk inställning
2. Fientlighet
3. Hög grad av emotionellt överengagemang

Låg EE -> 20 % återfall:

- Frånvaro av 1-3

- En anhörig med hög EE räcker för ökad återfallsrisk.
- Positiva kontakter och kommentarer upphäver inte effekterna av hög EE inom andra områden.

Lathund för dig som mår akut dåligt

1. Aktuell situation.
2. Vad jag behöver för att må bra (sömn, motion, umgänge, struktur osv).
3. Saker jag mår sämre av och därför ska minska på.
4. Kedjeanalys.
5. Andningsövningar.
6. Krisfärdigheter.
7. Medveten närvaro.
8. Rättighetsformulär.
9. Skäl att leva.
10. Livets höjdpunkter.
11. Upptäck och sätt stopp på försämring tidigt.
12. Gör ett veckoschema.



Tack till överläkare Margareta Siden, NSPI

LPT och LVM
se separat avsnitt



Våldsprevention enligt Bergenmodellen "Hot- och våldsprojektet"

- Införs inom samtliga psykiatriska kliniker inom SLSO.
- Utbildningsmodell för all personal.
- Syftet är att utveckla personalgruppens förmåga att förutse, förebygga, identifiera och hantera hotfulla och våldsamma situationer.
- Kursledare utbildas bland kliniskt verksam personal inom kliniken (3x3 dagar), som i sin tur utbildar övrig personal (2x2 dagar).
- Återkommande repetitionstillfällen.

275

Både teori, rollspel och praktisk träning

Teori:

- Lär ut ett grundläggande förhållningssätt som syftar till att förebygga våld.
- Vad utlöser våld, hur upplevs tvångsåtgärder av patienten?
- Hur skapar man en kultur i personalgruppen som inte ökar risken för aggression?

Praktik:

- Hur man praktiskt och fysiskt bör agera i konflikt- och våldssituationer
- Rollspel - hur känns det att själv vara den som utsätts för tvånget?

276

Några hjälpmedel

- SOAS-R aggressionsrapportblad (Staff Observation Agression Scale - Revised).
 - Hur började aggressionen?
 - Vad använde patienten?
 - Vart riktades aggressionen?
 - Vad hände/skadades?
 - Hur lugnades patienten?
- BVC (Bröset Violence Checklist)
 - Förvirring
 - Retlig
 - Bullrig
 - Fysiskt hotfull
 - Verbalt hotfull
 - Attackerar föremål

277

Några grundtankar

- Samverkan individ - miljö - personal - avdelningskultur.
- Medvetenhet om riskfaktorer och deras samverkan.
- Förebygg!
- Kommunikationen med patienten och mellan personalen är huvudfokus.
- Behåll ditt lugn och upprätthåll kommunikationen.
- Felaktig gränssättning kan skapa konfliktsituationer.
- Alla ska vara med och hantera de svåra situationerna, inte bara de starka killarna.
- Efter incidenter och tvångsåtgärder diskuterar men det inträffade i personalgruppen.
- När lugnet lagt sig pratar man också med patienten om det inträffade. Patientrelationerna har förbättrats, enligt Mika Hellström, NSP.

278

Resultat

- Kraftig minskning av våldsincidenter vid den rättspsykiatriska kliniken i Bergen.
- I Stockholm:
 - Arbetsskadorna har inte minskat i den psykiatriska slutenvården.
 - Antalet tvångsåtgärder riktade mot patienter har inte heller minskat.
 - De fysiskt mest dramatiska ingreppen - bältesläggningarna - har blivit säkrare.
 - Miljön på avdelningarna upplevs bättre och tryggare av både personal och patienter.
 - Personalen är mer samkörd och arbetar mer enhetligt och systematiskt i svåra situationer (Mika Hellström, NSP)

279

"Gränsättning"

- Tala om att det är beteendet som inte kan accepteras, inte patienten.
- Var tydlig med varför beteendet inte kan accepteras.
- Försök få patienten att själv föreslå alternativ till beteendet. "Hur kan du göra istället när du är så här arg, så att ingen kommer till skada?"

280

Åtta råd enligt Bergenprojektet (nr 3+9 egna tillägg)

1. Visa positiv respekt, patienten ska känna att du är där för att hjälpa till.
2. Var närvarande, koncentrerad och visa intresse. Försök förstå varför patienten är upprörd och vad hon vill.
3. Bekräfta patientens känslor. De är förståeliga utifrån omständigheterna och hur patienten upplever situationen. "Du verkar upprörd. Inte konstigt när du förts hit mot din vilja."
4. Ge patienten tid att prata och ställa frågor. Prata med patienten flera gånger innan beslut fattas. Berätta för patienten vad som händer.
5. Lyssna!
6. Tala lugnt, med mild röst.
7. Tänk på ditt kroppsspråk, håll avstånd och ögonkontakt.
8. Ge patienten förslag, i stället för att kritisera.
9. Fråga vad du kan göra för att hjälpa patienten med upprördheten. Kaffe? Promenad? Samtal?
10. Samarbeta i arbetsgruppen, tala med varandra, låt alla veta vad du gör.

281

Diskutera

- Hur vet du när/om det är risk för våld?
- Vilka patientgrupper (men inte alla patienter inom en grupp!) har en ökad risk för våldshandlingar?
- Vad kan du göra för att minimera risken?
- Vad kan du göra om patienten faktiskt blir våldsam?

Patienter med ökad risk för våld

- Demens och annan kognitiv nedsättning.
- Berusning och annan drogpåverkan.
- Abstinens.
- Mani.
- Psykos.
- Imperativ hörselhallucinos.
- Personlighetsstörning (narcissism, borderline, histrionisk, antisocial).
- Depression (män).
- ADHD.
- Autismspektrumstörning.
- Utvecklingsstörning.

283

Varnings signaler för risk för aggression

Patienten

- Spänd
- Orolig
- Stressad
- Högljudd
- Upprörd
- Kränkt
- Missnöjd
- **Rädd!**
- Osv...

Du själv

- Rädsla/obehag
- Lyssna på din intuition och inre röst!

284

Prioritera - ta hand om den mest laddade patienten först!

- En patient med aggressionsrisk utgör en medicinsk högrisksituation och en fara för sig själv, medpatienterna och personalen.
- Låt inte denna patient vänta utan avbryt vad du håller på med och ta hand om honom NU.

285

Två sorters konflikter

Behovskonflikt - våra behov krockar

- Har fysisk effekt på mig, påverkar de facto mig och min situation.
- Förklara denna känsla för den andre.
- Konfrontation kan vara nödvändigt och bra här.

Värderingskonflikt - vi tycker olika om något

- Har ej fysisk effekt på mig, "stör" mig bara.
- Acceptera att det inte rör dig!
- Ingen idé att konfrontera.
- Bäst att bara släppa.
- Du kan inte förvänta dig att förändra en annan människa.

Några råd för att undvika våld

- Förutse.
- Förebygg.
- Lyssna på dina inre varningsklockor.
- Lyssna på andra som känner patienten.
- Sitt inte ensam med hotfull eller potentiellt farlig patient.
- Sitt närmast dörren.

287

Några råd för att undvika våld

- Tillgång till larm.
- Vaktare eller polis i beredskap vid allvarlig våldsrisk.
- Tänk på hur du bemöter patienten. Rädda patienter slåss för livet, kränkta slåss för hedern.
 - Vänlighet, varsamhet.
 - Empati.
 - Bekräfta patientens känslor.
 - Ilska och högljuddhet bemöts med mildhet och låg röst.

288

Undvik

- Maktspråk
- Arrogans
- Integritetskränkning
- Provokation
- Ifrågasättande
- Allmän ovänlighet och otrevlighet
- Att höja rösten
- "Nu får du lugna ner dig!"
- Att stirra

289

Om patienten blir hotfull eller aggressiv under samtalet

- Larma.
- Låt dig inte provoceras.
- Bemöt inte ilska med ilska.
- Avsluta samtalet.
- Lämna rummet.
- Kontakta polisen.

När situationen är under kontroll:
Förklara att hot inte accepteras.

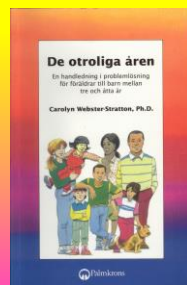
290

"Livräddaren"

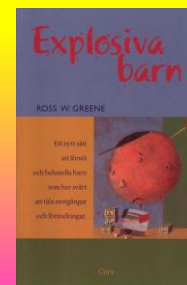
1. Larma.
2. Om möjligt: fly!
3. Om inte möjligt:
 - Vänlighet.
 - Stirra inte.
 - Förmedla att du ser hur upprörd han är, och att det inte är konstigt, dvs att han är okay.
 - Alliera dig - jag står på din sida och vill hjälpa dig.

291

När det inte går bra - kan barnet inte, eller vill det inte?



VS



292

"Svåra" barn - beteenden

- Oflexibla
- Explosiva
- Lättfrustrerade
- Häftiga vredesutbrott
- Olydnad
- Impulsivitet
- Instabilt humör
- Aggressivitet



293

"Svåra" barn - vuxnas tolkningar

Tolkning

- Besvärlig
- Viljestark
- Enveten
- Manipulativ
- Omedgörlig
- Trotsig
- Krävande
- Uppmärksamhetskrävande
- Olämplig uppfostran
- Bortskämd

Förhållningssätt

- Uppmuntra medgörlighet
- "Sätta gränser"
- "Lära barnet vem som bestämmer"

Din tolkning vägleder din intervention!



294

Men...

Kan barnet verkligen (ännu)?

Varför skulle ett barn välja att medvetet bete sig på ett sätt som utlöser reaktioner hos andra som får barnet att bli ledset och må dåligt?

Barnet förstår inte sitt eget beteende och har inget syfte med det.

295

En fråga

Har alla de utbrott du och ditt barn genomlevt haft någon som helst positiv effekt, eller på något vis lärt ditt barn något värdefullt?

296

Alternativt synsätt

Barnets explosiva beteende är

- Oplanerat.
- Oavsiktligt.
- Speglar en utvecklingsförsening i förmågan till flexibilitet och frustrationstolerans.



Utbrottets faser

Ångläs/hjärnlås/kortslutning

Vägorisningen

Lugnar sig,
förhindrar
utbrottet

Härdsmlta



Korgmodellen



A. Beteenden värda att sätta igång och uthärda ett utbrott för.



B. Viktiga, men inte värda ett utbrott. Här man lär barnet flexibilitet och frustrationstolerans. Här finns de kognitiva kartorna.



C. Oviktiga beteenden. Ej värda mer uppmärksamhet.

Men är det bara patientens fel?

Försök komma på några säkra sätt som vi i vården kan ta till för att skapa missnöjda patienter.



Diskutera

Du har en rigid, oflexibel och explosiv patient framför dig...

...vilket är nu den säkraste metoden för att åstadkomma en rejäl urladdning?

Exempel på missnöjda patienter

- Att inte få som man vill.
- Upplevd kränkning eller brist på respekt.
- Rigida, oflexibla.

Men... när patienten ter sig rigid ("följer ej avdelningens rutiner") - vem är det egentligen som är rigid?

Alla patienter ska inte behandlas lika. Rättvisa är att var och en får vad den behöver, och behoven kan variera.

Diskutera

Tycker du att alla patienter ska bemötas och behandlas lika? Varför, eller varför inte?




Patienter är olika...

Kom ihåg F-en!

- Föreställningar
- Förväntningar
- Farhågor

} **Fantasier**

- Förtroende
- Förståelse
- Förändring
- Familjen



...och var och en vill därför få vara litet speciell, någon särskild, få ett individuellt bemötande. Patienten uppskattar att man går utöver rutinerna, gör något extra.

Vilka fallgropar kan du komma på i bemötandet/relationen?

- Reducera patienten till **objekt**.
 - Förälder-barn-relation.
 - Tala ned till.
 - Inte lyssna och ta in förutsättningslöst innan jag bemöter.
- **Inte se det friska** hos patienten.
- Tro att patienten är/vill som man själv.
- **Förvänta**/begära respekt, likvärdighet, **gillande** och beröm av patienten.
- "Jag förstår".
- Ta över/styra/kontrollera samtalet och patienten.
- **Inte ge återkoppling**, inte visa att man hört och förstått.

Fler olämpliga tillvägagångssätt

- **Respektlöst bemötande.**
- Ljuga / lova saker man inte säkert vet att man kan hålla.
- Höga hästar, **maktspråk.**
- Insistera på **rutiner för rutinernas skull.**



Fler olämpliga tillvägagångssätt

- **Respektlöst bemötande.**
- Ljugna / **lova saker** man inte säkert vet att man kan hålla (Exempel: **VÖN**, lovad hemgång nästa dag, slogs, bälte).
- Höga hästar, **maktsspråk**.
- Insistera på **rutiner för rutinernas skull** (Exempel: mannen som blev hotfull när han inte fick ha fötterna i soffan).

Projektion

I stället för att se sig själv skyller man ofta på andra.
Man lägger ut sitt eget problem på någon oskyldig.
Föga utvecklande - förhindrar personlig växt och utveckling.

Alternativet: Ta ansvar för sig själv, sina tankar, känslor och handlingar.

310

Alla människor hatar att ta order...

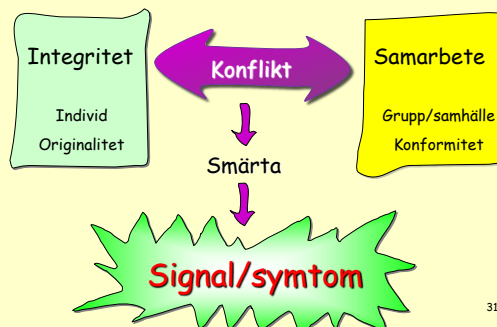


Tala inte om för patienten vad han ska göra om du inte blir ombedd - fråga istället vilka förslag han själv har och vad han tycker vore den bästa lösningen.

"No involvement, no commitment" (den som inte är med kommer att vara emot).

311

Integritet och samarbete

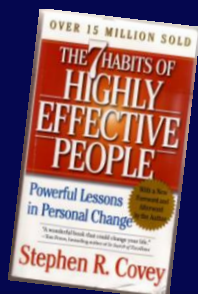


312

Vad menas med att leva med integritet?

Kongruens mellan dina högsta värden och ditt sätt att leva.

Glädje, lycka och självkänsla följer av kongruensen.



2016-11-07

Michael Rongén

Stora eller många små kränkningar av integriteten leder till

- Brist på självaktning och självrespekt
- Låg självkänsla
- Nedsatt vitalitet
- Aggressivitet
- Självdestruktivt beteende



314

God kommunikation är inte fullt så svårt som det påstås



Man kommer väldigt långt genom att vara äkta, skapa förtroende, visa respekt, ta den andre på allvar och **visa att man vill den andre väl.**

Om jag bryr mig på riktigt och visar litet hyfs förlåter patienten mig en hel del.

315

Bemötandet - det viktigaste

- Sällan fråga om teknik eller metod.
- **Gott hjärta, sunt förnuft, tid och basala kunskaper** om psykologi och psykisk ohälsa är det viktigaste.
- Kunskaperna ger dig självförtroende och skapar trygghet och tillit hos patienten.

Professionell stödterapi

- Väsentligaste metoden i den akuta fasen.
- **Empati och stöd.**
- **Härbärgera** patientens plågsamma känslor.
- **Information** och utbildning om tillståndet.
- **Inge hopp** (men undvik överdriven hurtighet).
- **Motivera** till att ta emot behandling.
- **Hjälpa med problemlösning** och hanterande av praktiska problem.
- **Hjälpa patienten ta avstånd** från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.

317

**EN TERAPEUTISK ALLIANS
ÄR VANLIGEN EN
FÖRUTSÄTTNING FÖR ETT
GOTT
BEHANDLINGRESULTAT**

Forskning visar att...

...avgörande för psykoterapieresultatet är:

- **Värme**
- **Empati**
- **Äkthet**



319

Hinder för alliansen kan höra ihop med...

1. Sjukdomen
2. Patientens personlighet
3. Omgivningen
4. Behandlaren (!) och behandlingsförutsättningarna
 - Bristande tid
 - Bristande intresse
 - Bristande kunskap
 - Ensidig teoretisk referensram



En bra behandlare bör kunna se patienten i ett biologiskt/medicinskt, psykologiskt och socialt perspektiv samtidigt

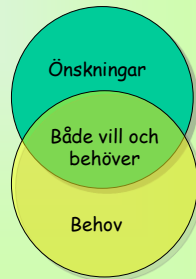
Önskan eller behov?

Vad patienten **vill och önskar**

- Vi måste börja här; intressera oss för och ta reda på.

Vad patienten **behöver**

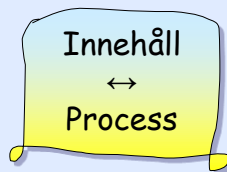
- Vi måste intressera oss även för detta, utan att sätta oss över patienten eller reducera honom till objekt.



Om att skapa en allians - en början

1. Alla vill **något**.
2. Finn ut (fråga!) vad just denne person vill.
3. Bekräfta önskemålet.
4. Förmedla att du vill hjälpa patienten att uppnå detta.

"Vården" är det som sker mellan mig och patienten



Innehåll: Det vi gör / talar om.

Process: Sättet som vi gör det på, hur vi talar med varandra.

Det är alltid vi - och inte patienten - som har ansvaret för samspelets kvalitet.

Processens kvalitet avgör vårdens kvalitet

Processen består av

- Känslor
- Stämningen, "atmosfären"
- Tonfall
- Kroppsspråk
- Det medvetna och det omedvetna

Alla reagerar på processer, och ju sämre vi mår desto känsligare är vi.

Hur känns det för patienten - och hur mycket kommer jag att få veta - om han upplever att...

... jag inte bryr mig om honom?

... jag inte tycker om honom?

... samtalet tråkar ut mig?

... jag bara spelar en roll?

Vad menas med att "ta ansvar"?

Socialt ansvar - ansvar för **andras** väl och ve, för sådant de inte själva klarar och behöver hjälp med, för att ingå avtal, för samhället.

Personligt ansvar - att ta ansvar för mig själv

- mitt eget liv
- mina handlingar
- mina känslor
- mina tankar
- mina värderingar
- min integritet
- min inverkan på andra

...allt arbete är tomt, utan kärlek (...) Det är att fylla allt du skapar med en fläkt av din egen ande (...) Arbete är kärlek som gjorts synlig (...) Ty om ni bakar bröd med likgiltighet bakar ni ett bittert bröd, som endast till hälften mättar människans hunger.

Kahlil Gibran, Profeten

Michael Rangne 2016-11-07 327

Bemötandets kärna - var "kommer" jag ifrån?

Jag tänker dela ut vänlighet, omsorg och kärlek i proportion till hur trevlig den andre är mot mig. Han får faktiskt bjuda till litet själv!

eller

Jag ger alltid allt jag har att ge, eftersom vem jag är gör skillnad. Jag **väljer** att ge hela mig själv, här och nu!

328

Den stora hemligheten...

...är...
???

...löjligt enkel, egentligen...
... försök med...
...litet vanlig enkel...
...vänlighet!



329

För att hamna i rätt utgångsläge...

Har du prövat med att försöka...
????
... TYCKA OM din patient?!!!!



330

Det är inte allt eller intet

Du behöver inte tycka om *hela* patienten och *allt* han gör.

Men försök hitta *något* du uppskattar, och fokusera på det.

Om du kan tycka om 70 % får du kanske försöka acceptera de resterande 30 procenten?

331

Förresten...

...en sak till...
!
!!
!!!
...ha litet...
...KUL!!



332

Svårt med empatin?



Vilken otrolig tur jag har, för...

... ?

...det kunde ju ha varit ...

...jag själv!!!

333

Vad menar vi med "empati"?

Skilj på att

- Förstå **att** en annan har det svårt
- Förstå **hur** det känns
- Känna **samma känsla** som denne
- **Bry sig** om den andre och dennes känslor (sympati)

- Puh, du kommer väl att förstå, vad som är händer, visst gör du det?



334

Att lyssna empatiskt

1. Lyssna noga på den andres berättelse.
2. Återge, "spegla", vad du uppfattar att den andre sagt. **Spegla** då även de underliggande känslor och farhågor som du tycker dig uppfatta.
3. Fråga om du har uppfattat den andre rätt.
4. Försök fånga upp den andres behov. Förmedla vad du uppfattar att den andre behöver i den aktuella situationen, och **vad hon vill ha från dig.**
5. Fråga om du har uppfattat även detta rätt.
6. Bekräfta svaret och förmedla vad du nu avser att göra.
7. Fråga om den andre är nöjd med detta eller om hon vill att du ändrar något, eller om hon vill lägga till något.
8. **Tacka** för samtalet och förmedla att det gett dig något av värde för din egen del (om det är sant).

Lathund för fungerande kommunikation

- Försök först att förstå, först därefter att själv bli förstådd.
- Dörröppnare: "berätta mer".
- Lyssna efter **DEN UNDERLIGGANDE KÄNSLAN**.
- "Spegla" vad du uppfattar att den andre säger.
- Bekräfta patienten, visa att du tycker hans känsla är förståelig och okay.
- Använd "jagbudskap".

Den enklaste modellen

1. Jag hör att...
2. Då tänker och känner jag att...
3. (eventuellt: ...därför att...)
4. Jag vill istället att...

337

Exempel på jag-budskap:

- Jag känner mig besviken när...
- Det är viktigt för mig att...
- Jag blir bekymrad över...
- Jag känner mig sårad över...
- Jag vill att du...

Från Mentors föräldrakurs

Exempel på du-budskap:

- Varför kan du aldrig...
- Du är så...
- Kunde du inte ...
- Kan du inte se att...

Från Mentors föräldrakurs

Från kärleksfulla känslor till kärleksfulla handlingar



Kärleksfulla känslor



Handling

som upplevs kärleksfull av den andre



Vår kärlek...

...har bara värde för andra i den omfattning som de kärleksfulla känslorna kan omsättas i praktiken - dvs till ett beteende som andra **upplever** som kärlek.



Vilka verktyg har vi?

- Kärlek
- Empati och medlidande
- **Humor**
- Sunt förnuft
- Kunskap och erfarenhet
- **Äkthet**
- Vårt eget liv
- **Vår egen person**



342

Är det verkligen "beröm" och "belöning" vi vill ha?

Eller vill vi ha bekräftelse, uppskattning, uppmuntran, kärlek och andra uttryck för äkta känslor?

Vi vill inte vara "duktiga" - vi vill **betyda något** för en annan människa, vi vill beröra denne.



Alternativ till beröm: "TACK!"

Den likvärdiga relationen

Subjekt



Subjekt

I den likvärdiga relationen utgör patientens tankar, känslor och förståelse av sig själv en likvärdig del av gemenskapen.

Patienten och hans inre värld behandlas med samma allvar som min egen.

Patienten har rätt att bemötas likvärdigt!

- Ej ovanifrån
- Ej objekt
- Ej offer
- Ej synd om

Vi kan inte kräva (men väl önska) att själva behandlas likvärdigt.

Ty patienten är sjuk, sårbar och i "underläge", men inte vi.

345

Martin Buber



Äkta eller falsk dialog =
äkta eller falskt möte

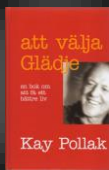


Om du bara låtsas får du betala priset
(ingen relation och ingen växt)



346

Vad menar karln?!



1. Vi kan välja vad vi känner och hur vi mår.

Alltid och i varje stund.



2. Varje möte kan ge oss något för egen del.

Vartenda ett.

Michael Rangne

2016-11-07

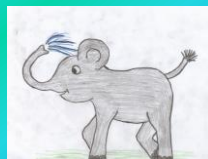
347

Hur skulle våra möten med patienterna bli om...

1. ...vi utgår från att vi har **något att lära** av varje människa vi möter?
2. ...vi utgår från att varje möte med en annan människa är **en möjlighet att uppleva glädje och mening?**
3. ... vi utgår från att ett äkta möte med en annan människa alltid lämnar båda åtminstone en smula **förändrade?**

Hur skulle det kännas för patienten om...

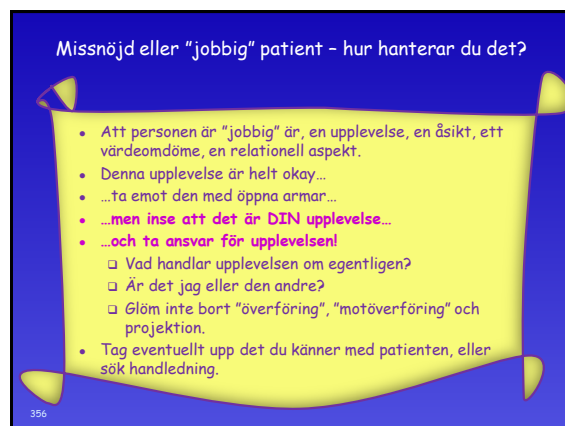
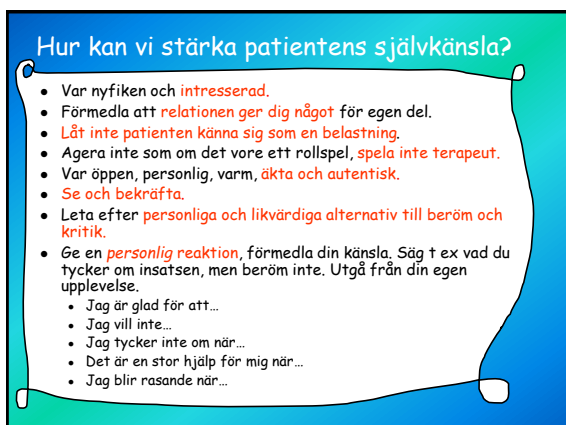
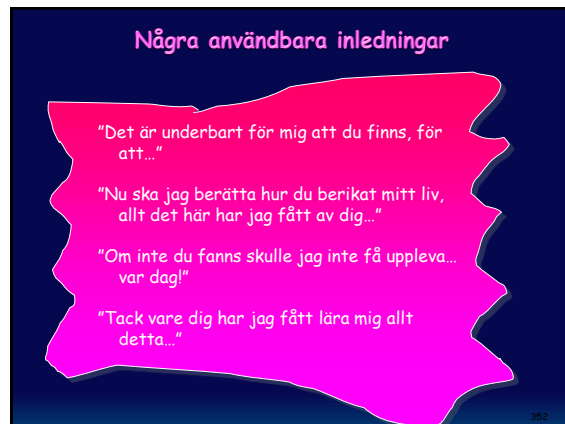
...han/hon upplevde att **mötet har betydelse för oss**; att det ger oss något värdefullt för egen del?



Vad har mina patienter gett och lärt mig?



350



Missnöjd eller "jobbig" patient - hur hanterar du det?

Tag upp din upplevelse med patienten. **Be om hans hjälp** att förstå det som sker.

1. **Säg vad du känner / hur du uppfattar det.**
2. **Fråga om det är så, och be honom beskriva sin syn** på situationen.
3. **Säg att du gärna skulle vilja prata mer om det.**
4. **Fråga patienten om även han skulle vilja prata mer om det.**
 - o Vad beror det på?
 - o Vad kan du/jag/vi göra för att det ska kännas bättre?

357

Allt det som är viktigt vid bemötandet av "vanliga" patienter är **ännu viktigare** när patienten är arg, besviken, hotfull eller kränkt!

- Alliera dig. Visa att du bryr dig och vill väl.
- Vänlighet och empati.
- Ilska och högljuddhet bemöts med mildhet och låg röst.
- Bekräfta patientens känslor, förmedla att de är förståeliga och okay.
- Ta på allvar och visa respekt.
- Kränk **aldrig** patienten! Rädda patienter slåss för livet, kränkta slåss för hedern.

Andras aggression

Vanligen ett uttryck för frustrerade önsksningar och behov, eller andra former av stressupplevelser. Vad behöver han just nu?



"Jag ser att du är upprörd. Hur kan jag hjälpa dig?"

359

Ilska

Ibland ett sätt att försöka styra andra, att utöva makt.



Eventuellt bättre att **låta människan vara arg** under mötet.

Ofta för mycket att ta itu med ilskan. Ej alltid vår sak att lugna ned den som är arg - ibland är det bättre att vara låta den andre vara arg, sur eller whatever.
Men det är DU som måste välja vilket.

Föreläsning av Pertti Simola, "Hur bemöter du ilska och elakhet?"

Arga, missnöjda och hotfulla patienter

1. **Uppmärksamma de negativa känslorna.** Ta dem inte personligt, troligen handlar de egentligen inte om dig.
2. **"Stoppa" samtalet, byt från innehåll till "process".**
3. **Förmedla din upplevelse. Fånga upp och förmedla den underliggande KÄNSLAN!**
 - "För mig verkar det som att du är väldigt "upprörd"/arg just nu. **Är det så?**"
 - "Är det mig eller något jag gör i vårt samtal som du är upprörd över? Är det något som jag kan göra annorlunda?"
4. **Påpeka konsekvenserna.**
 - "När du är så här upprörd har jag svårt att veta hur jag ska tala med dig på ett sätt som du är hjälpt av."
5. **Fråga om det är något du kan göra för att hjälpa patienten med de jobbiga känslorna, så att ni sedan ska kunna komma vidare i samtalet.**
 - "Jag behöver din hjälp. Hur kan jag göra för att hjälpa dig med din upprördhet, så att vi sedan kan fortsätta vårt samtal?"

361

Några användbara formuleringar vid ilska och hotfullt beteende

- För mig verkar det som att du är väldigt upprörd/arg just nu. Är det så?
- Jag ser att du är upprörd. Hur kan jag hjälpa dig?
- Är du stressad?
- Är det mig eller något jag sagt i vårt samtal som du är upprörd över?
- Jag känner det som om du är missnöjd med mig just nu. Är det så?
- Berätta mer!
- Berätta för mig vad det är du vill uppnå med vårt samtal, vad du skulle önska dig.
- Jag inser att jag uttryckte mig klumpigt och jag är ledsen för det. Berätta för mig vad det var jag sa som du blev upprörd för, så ska jag försöka formulera mig bättre.
- Är det något som jag kan göra annorlunda?
- Vad kan jag göra för att samtalet ska kännas bra för dig, så att vårt samtal ska bli konstruktivt och ge dig det du vill få ut av det?
- När du är så här upprörd har jag svårt att veta hur jag ska tala med dig på ett sätt som du är hjälpt av.
- Jag har svårt att föra ett bra samtal när jag känner en sådan ilska från dig.
- Det är inte okay för mig att någon skriker åt mig när jag bara försöker göra mitt jobb så gott jag kan.
- Jag blir rädd och kan inte koncentrera mig på att hjälpa dig när du är så här arg på mig.

Hur ska man bemöta patienter/klienter med personlighetsavvikelser?

363

Att möta en patient med personlighetsstörning

- ❖ Patienten **uppfattar sig vanligen som normal** - det är de andra det är fel på.
- ❖ Patienten bär ofta med sig **dåliga erfarenheter av att relatera till andra människor**, och förväntar sig att mötet med dig kommer att bli likartat.
- ❖ Patienten **förväntar sig vanligen att ingen hjälp finns att få**, och är ofta misstänksam, reserverad eller avvisande mot andra människor, även de som vill hjälpa.
- ❖ Samtidigt är patienten ofta väldigt **känslig för inbillade eller verkliga avvisanden** och separationer och känner sig ofta lätt övergiven.
- ❖ **Patientens reaktioner på dessa och andra starka känslor kan lätt bli allvarliga** och resultera i t ex självskadehandlingar eller avbrytande av kontakten.

Den "besvärliga" patienten / det svåra mötet

När det inte går så bra...

366

Problem?

Vad hade du väntat dig?!?

Det är en myt att man kan åstadkomma en god kommunikation med alla om man bara använder rätt teknik - det krävs två för en tango.



368

En tillräckligt god behandlare?

- Vårdarbete är ingen prestationssport.
- Det vi kan göra är att ta ansvar för våra misstag i samma takt som vi blir varse dem.
- Man kan lära sig att bli en bra behandlare, genom att vara uppmärksam på patienternas reaktioner på det man gör.

Michael Rangne

2016-11-07

369

Vår egen frustration – håller du med om detta?

- Vi söker en känsla av att göra gott för patienten, att vara en bra behandlare.
- Risk att vi fastnar i behovet av uppskattning.
- Vi reagerar då lätt med irritation/aggression.
- Helt naturlig reaktion, men vi måste vara medvetna om vad som sker...
- ...samt ta ansvar för reaktionen. Vi får inte skylla reaktionen på den andre.

370

Ansvar och kontroll är inte samma sak

EN BRA MÄNNISKA STYR SJÄLV
SITT ÖDE?

DET ENDA DU KAN GÖRA ÄR ATT
VATTNA DITTÄPPELTRÄD!

ÄPPLENA KOMMER NÄR DE KOMMER

(MEN GLÖM INTE ATT VATTNA)



Vad som helst
kan när som helst
hända vem som helst

Michael Rangne

372

VI KAN TA ANSVAR FÖR PROCESSEN -
MEN RESULTATET RÅDER VI INTE ÖVER



Acceptance and comittment therapy, ACT, i ett nötskal

De flesta komplexa mänskliga problem är olösbare.

Saker händer hela tiden.

Hur jag FÖRHÅLLER MIG till det som händer mig i livet
är den avgörande faktorn för vilket liv jag får.

Förväntan på ett smärtfritt liv skapar problem och
ytterligare lidande.

Vad VILL JAG GÖRA MED MITT LIV, trots mitt
lidande och mina problem?

374

En trösterik tanke

Varje samtal är ett experiment

- Man kan därför inte göra "rätt" eller "fel".
- Man kan endast utföra experiment som når eller inte uppnår sitt syfte.
- Varje samtal är ett nytt experiment, en ny möjlighet att bli skickligare, en ny chans att lära något av den människa man har framför sig.

375

När du själv känner dig misslyckad

- Även du gör ditt allra bästa, inte sant?
- Du kan emellertid **ta ansvar för upplevelsen**
 - Rådfråga erfaren kollega
 - Sök handledning
- Somliga människor passar man helt enkelt inte så bra ihop med, av olika skäl
 - Detta är normalt och helt okay
 - Inse och acceptera detta
 - Ordna om möjligt så att någon annan tar över

376

Men är det bara patientens fel?

Försök komma på några säkra sätt som vi i vården kan ta till för att skapa missnöjda patienter.



Projektion

I stället för att se sig själv skyller man ofta på andra.

Man lägger ut sitt eget problem på någon oskyldig.

Föga utvecklande - förhindrar personlig växt och utveckling.

Alternativet: Ta ansvar för sig själv, sina tankar, känslor och handlingar.

378

Diskutera

Du har en rigid, oflexibel och explosiv patient framför dig...

...vilket är nu den säkraste metoden för att åstadkomma en rejäl urladdning?

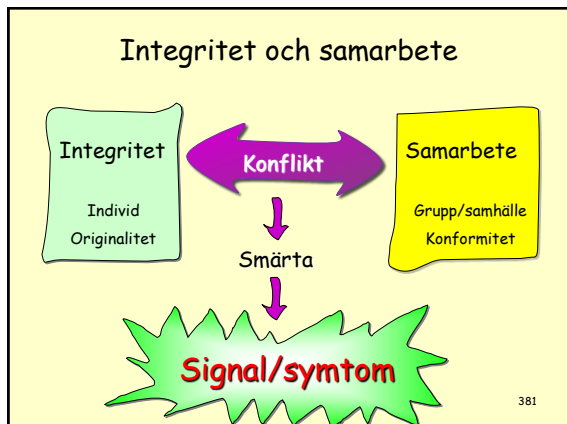
Exempel på missnöjda patienter

- Att inte få som man vill.
- **Upplevd** kränkning eller brist på respekt.
- Rigida, oflexibla.

Men... när patienten ter sig rigid ("följer ej avdelningens rutiner") - vem är det egentligen som är rigid?

Alla patienter ska inte behandlas lika. Rättvisa är att var och en får vad den behöver, och behoven kan variera.

380



Vad menas med att leva med integritet?

Kongruens mellan dina högsta värden och ditt sätt att leva.

Glädje, lycka och självkänsla följer av kongruensen.

2016-11-07 Michael Sommar

Stora eller många små kränkningar av integriteten leder till

- Brist på självaktning och självrespekt
- Låg självkänsla
- Nedsatt vitalitet
- Aggressivitet
- Självdestruktivt beteende

383

Vilka fallgropar kan du komma på i bemötandet/relationen?

- Reducera patienten till **objekt**.
 - Förälder-barn-relation.
 - Tala ned till.
 - Inte lyssna och ta in förutsättningslöst innan jag bemöter.
- **Inte se det friska** hos patienten.
- Tro att patienten är/vill som man själv.
- **Förvänta**/begära respekt, likvärdighet, **gillande** och beröm av patienten.
- **"Jag förstår"**.
- **Ta över/styra**/kontrollera samtalet och patienten.
- **Inte ge återkoppling**, inte visa att man hört och förstått.

Fler olämpliga tillvägagångssätt

- **Respektlöst bemötande**.
- **Ljuga / lova saker** man inte säkert vet att man kan hålla.
- Höga hästar, **maktspåk**.
- Insistera på **rutiner för rutinernas skull**.

Fler olämpliga tillvägagångssätt

- **Respektlöst bemötande**.
- **Ljuga / lova saker** man inte säkert vet att man kan hålla (Exempel: **VÖN**, **lovad hemgång nästa dag**, **slogs, bälte**).
- Höga hästar, **maktspåk**.
- Insistera på **rutiner för rutinernas skull** (Exempel: **mannen som blev hotfull när han inte fick ha fötterna i soffan**).



Bemötandet
- en värdefull del av behandlingen

387

1. Vad är syftet med mötet, vad vill jag åstadkomma?

2. Vilken är situationen/kontexten?



388

Är ambitionen att...

- Skapa kontakt?
- Komma överens?
- Skapa en varaktig relation?
- **Ge klienten insikt i sitt beteende?**
- Åstadkomma ett visst beteende just nu?
- Åstadkomma varaktig förändring i klientens beteende, känslor, relationer, sociala samspel?
- Minska risken för självdestruktiva handlingar?
- Minska risken för våld mot andra?
- Minska ett brottsligt beteende?
- Hjälpa klienten till ett lyckligare liv?
- **Undvika att själv bli slagen eller förföljd?**

389

Vad vill jag uppnå med samtalet?

För patientens del:

- Kontakt?
- Informera, förmedla något?
- Förmedla förståelse, bekräftelse och acceptans?
- Ge kärlek?
- Trösta, lindra, bota?
- Rådgivning?
- Ändra/"flytta" patienten?

För min egen del:

- Kontakt?
- Förstå?
- Beröras/bli förstådd/påverkas/ändras?
- Hjälpa
- **Få kärlek?**
- **Gratifiera mitt ego?**

390

Patientens kontaktförmåga

God förmåga till känslomässig kontakt

Kul, gratifierande.

Temporärt/permanent nedsatt förmåga. Kan eller vill inte.

Kan provocera vår narcissism och vårt behov av att betyda något.

Några orsaker (som patienten inte kan göra något åt!):

- Tidiga livserfarenheter
- Erfarenheter av psykiatri
- Sjukdom/funktionsnedsättning

391

Var observant på dina egna reaktioner och känslor i samtalet

- **Arg/förbannad?**
- **Ledsen?**
- **Besviken?**
- **Orolig?**
- **Rädd?**
- **Misslyckad?**
- **Glad?**
- **Nöjd?**
- **Fantastisk?**
- **Förälskad?**

Känslorna är ditt roder, så var tacksam för dem och lyssna noga

392

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 tidandet

393

En sund självkänsla är

- Den bästa grunden för psykosocial trivsel.
- Den optimala grundförutsättningen för all inläring.
- Det bästa "immunförsvaret" mot t ex mobbing, skilsmässa, flytt, missbruk, kränkningar.

394

Kort sagt

Många saknar av olika skäl förmåga att sätta gränser!

Övning:

Säg vad du tycker och vill. "Ja" respektive "nej".
För detta krävs god självkänsla!

Jag vet vem jag är, jag vet vad jag vill och inte vill,
jag är värd att respekteras och lyssnas till, mina
behov är legitima och viktiga!

Att möta och stödja en människa som mår dåligt

Hur jag vill bemötas när jag
mår dåligt:

Hur jag **inte** vill bemötas när
jag mår dåligt:

Bemötande - first things first!

Särskilda tillstånd -
depression,
aggressivitet, psykos,
självmoordsnära

Att möta människor med psykisk
ohälsa

Att möta människor

Bemötandet - det viktigaste

- Sällan fråga om teknik eller metod.
- **Gott hjärta, sunt förnuft, tid och basala kunskaper** om psykologi och psykisk ohälsa är det viktigaste.
- Kunskaperna ger dig självförtroende och skapar trygghet och tillit hos patienten.

Slutsats?

Varje människa är unik och behöver bemötas individuellt, vare sig hon är frisk eller sjuk.

Viktigast är alltid vår förmåga till ett gott allmänmänniskt bemötande.

Goda kunskaper om psykiska störningar kan hjälpa oss att bemöta den med psykisk ohälsa optimalt.

Eventuella metoder och råd ska användas med omdöme och sunt förnuft.

Professionell stödterapi

- Väsentligaste metoden i den akuta fasen.
- **Empati och stöd.**
- **Härbärgera** patientens plågsamma känslor.
- **Information** och utbildning om tillståndet.
- **Inge hopp** (men undvik överdriven hastighet).
- **Motivera** till att ta emot behandling.
- **Hjälp med problemlösning** och hanterande av praktiska problem.
- **Hjälp patienten ta avstånd** från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.

400

Diskutera

Tycker du att alla patienter ska bemötas och behandlas lika? Varför, eller varför inte?



Psykiatri en del av kulturen



Alla har en uppfattning om psykiatri - hur den är, och hur den borde vara

403

Kom ihåg F-en!

- Föreställningar
 - Förväntningar
 - Farhågor
- } **Fantasier**
- Förtroende
 - Förståelse
 - Förändring
 - Familjen

Vilka förväntningar, föreställningar och farhågor har patienten?

- **Patienten** har med sig sina föreställningar vid mötet med vården.
- **Vi måste förstå patientens bild av psykiatrin** för att kunna möta och bemöta patienten på bästa sätt.
- Nödvändigt att vi i vården är medvetna om **vilka föreställningar vi själva har**. Vi behöver en aktuell, adekvat och nyanserad bild av psykiatrin och dess möjligheter för att kunna ge patienten optimal vård och bemötande.

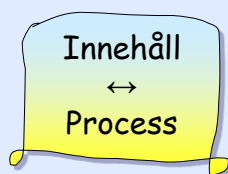


405



...och var och en vill därför få vara litet speciell, någon särskild, få ett individuellt bemötande. Patienten uppskattar att man går utöver rutinerna, gör något extra.

"Vården" är det som sker mellan mig och patienten



Innehåll: Det vi gör / talar om.

Process: Sättet som vi gör det på, hur vi talar med varandra.

Det är alltid vi - och inte patienten - som har ansvaret för samspelets kvalitet.

Processens kvalitet avgör vårdens kvalitet

Processen består av

- Känslor
- Stämningen, "atmosfären"
- Tonfall
- Kroppsspråk
- Det medvetna och det omedvetna

Alla reagerar på processer, och ju sämre vi mår desto känsligare är vi.

408

Hur känns det för patienten - och hur mycket kommer jag att få veta - om han upplever att...

... jag inte bryr mig om honom?

...jag inte tycker om honom?

...samtalet tråkar ut mig?

...jag bara spelar en roll?

409

Vad menas med att "ta ansvar"?

Socialt ansvar - ansvar för **andras** val och ve, för sådant de inte själva klarar och behöver hjälp med, för att ingå avtal, för samhället.

Personligt ansvar - att ta ansvar för mig själv

- mitt eget liv
- mina handlingar
- mina känslor
- mina tankar
- mina värderingar
- min integritet
- min inverkan på andra

410

...allt arbete är tomt, utan kärlek (...) Det är att fylla allt du skapar med en fläkt av din egen ande (...) Arbete är kärlek som gjorts synlig (...) Ty om ni bakar bröd med likgiltighet bakar ni ett bittert bröd, som endast till hälften mättar människans hunger.

Kahlil Gibran, Profeten

Michael Rangne

2016-11-07

411

Skulle du vilja ha dig själv till
arbetskamrat?

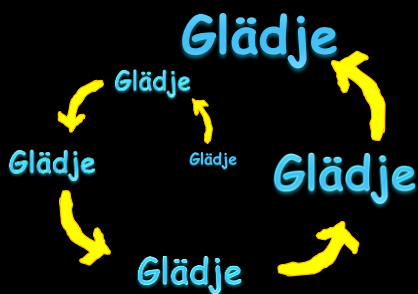
Varför/varför inte?



Michael Rangne

412

Här är en naturlag:



Michael Rangne

413

Känslor smittar!

En lycklig medarbetare kan
entusiasmera en hel avdelning...

...en enda surskänk kan å andra sidan
totalförstöra den.



Michael Rangne

414

Bemötandets kärna - var "kommer" jag ifrån?

Jag tänker dela ut vänlighet, omsorg och kärlek i proportion till hur trevlig den andre är mot mig. Han får faktiskt bjuda till litet själv!

eller

Jag ger alltid allt jag har att ge, eftersom vem jag är gör skillnad. Jag väljer att ge hela mig själv, här och nu!

Hur vet jag om jag gör "rätt"?

- "Känns" det rätt?
- Var observant på dina **egna känslor och reaktioner**.
- Var observant på resultatet (**patientens reaktioner**).
- Vilken **återkoppling/respons** får jag av patienterna?
- Ett förslag: **fråga patienten** hur han har upplevt samtalet, säg att du vill utveckla din samtalsförmåga och att du är tacksam för allt han vill bidra med.
- Be en värderad **kollega vara med** vid samtal någon gång ibland.
- **Sitt själv med** vid någon respekterad kollegas samtal ibland.
- Spela in på **video** och titta.



På ren svenska:

Om jag inte klarar att ge patienten ett gott, varmt och kärleksfullt bemötande får jag inte veta något väsentligt, får ett undermåligt underlag för min bedömning, ger en dålig eller felaktig behandling och skadar kanske patienten.

Därför - arbeta med hjärta och kärlek, eller gör något annat!

417

Den grundläggande frågan

Varför går vi till jobbet?

Michael Røngne 2016-11-07 418


Varför går jag till jobbet?

- Visa mig själv att jag duger
- Visa chefen att jag duger
- Visa mamma att jag duger
- Få beröm
- Stärka min självkänsla
- Har inget annat för mig
- Ingen aning
- Varför inte?
- Pengar
- Försörja min familj
- Materiell tillfredsställelse
- Karriär
- Inre tillfredsställelse
- Mening
- Kall, bidra till en bättre värld
- Roligt

419

Diskutera

Hur kan vi hjälpa patienten att stärka sin självkänsla?



Att ha problem är inget problem

Välbehövande och trygghet har inget med ett problemfritt liv att göra.

Inre trygghet och självförtroende kommer av att veta att vad livet än bjuder på...

...så kan jag hantera det!

Nothing breeds success like success

Känslan av att jag kan hantera det jag möter kommer av att jag lyckas med det jag föresätter mig i livet.

"Pepping" som går ut på att barnet uppmuntras klara sådant det inte klarar föder känslor av misslyckande och sänker självförtroendet. Dessutom känner sig barnet inte sedd som den hon eller han är.

Orealistiska krav är en "sänkning"!

Självkänsla handlar inte om att prestera

Självkänsla handlar om mitt VÄRDE i mina egna ögon.

Vad folk än säger och tycker om mig...

...så vet jag att jag är okay och värd att älska!

Från kärleksfulla känslor till kärleksfulla handlingar



Kärleksfulla känslor



Handling

som upplevs kärleksfull av den andre

Det viktigaste för självkänslan är...

...min **upplevelse** av att vara värdefull för de människor jag bryr mig om, att jag berikar deras liv.

Denna upplevelse förutsätter vanligen att dessa människor lyckas **förmedla** sin kärlek och sin upplevelse av att jag berikar deras liv.

425

Vår kärlek...



...har bara värde för andra i den omfattning som de kärleksfulla känslorna kan omsättas i praktiken - dvs till ett beteende som andra **upplever** som kärlek.

426

Viktiga övergripande värden för samspelet med andra



Likvärdighet
Autenticitet
Integritet
Självkänsla
Personligt ansvar
Socialt ansvar
Gemenskap



Den likvärdiga relationen

Subjekt



Subjekt

I den likvärdiga relationen utgör patientens tankar, känslor och förståelse av sig själv en likvärdig del av gemenskapen.

Patienten och hans inre värld behandlas med samma allvar som min egen.

Patienten har rätt att bemötas likvärdigt!

- Ej ovanifrån
- Ej objekt
- Ej offer
- Ej synd om

Vi kan inte kräva (men väl önska) att själva behandlas likvärdigt.

Ty patienten är sjuk, sårbar och i "underläge", men inte vi.

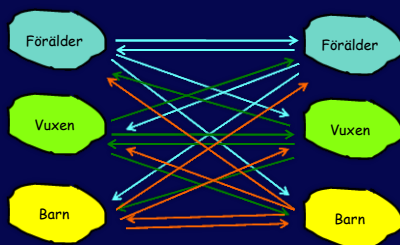
429

Några icke helt likvärdiga kommunikationsmönster

1. **Pedagogen** (ger råd, långa förklaringar, instruerar, föreläser, kritiserar, klandrar, etiketterar, moraliserar, predikar, tvingar).
2. **Psykologen** (söker motiv, gör bedömningar, analyserar, tolkar, frågar ut, förhör).
3. **Strutsen** (skyr konflikter, skämtar bort, undviker, avleder, lugnar, tröstar, stryker medhårs, berömmar).
4. **Befälloren** (vill ha sin egen vilja igenom, styr och förmanar personen, beordrar, dirigerar, varnar, förmanar, hotar).

Från Mentors föräldrakurs

Vilka "jagtillstånd" är det som möts just nu?



Vilka verktyg har vi?

- Kärlek
- Empati och medlidande
- **Humor**
- Sunt förnuft
- Kunskap och erfarenhet
- **Äkthet**
- Vårt eget liv
- **Vår egen person**



432

Vi vill varken ha beröm
eller metoder

-
Vi vill ha äkta kontakt
och närande relationer



Är det verkligen "beröm" och "belöning" vi vill ha?

Eller vill vi ha bekräftelse, uppskattning, uppmuntran,
kärlek och andra uttryck för äkta känslor?

Vi vill inte vara "duktiga" - vi vill betyda något för en
annan människa, vi vill beröra denne.



Alternativ till beröm: "TACK!"

Martin Buber

Äkta eller falsk dialog =
äkta eller falskt möte

Om du bara låtsas får du betala priset
(ingen relation och ingen växt)

435

Martin Buber

- "Det mellanmännsliga".
- Vad sker existentiellt i mötet mellan två människor?
- Skapandet av en gemensam verklighet mellan oss.
- Dialogen är i varje situation närvarande som möjlighet, och den blir verklighet då och då.
- Tillfällen kan förspillas eller tas tillvara.

436

Vad menar karln?!

1. Vi kan välja vad vi känner och hur vi mår.
Alltid och i varje stund.
2. Varje möte kan ge oss något för egen del.
Vartenda ett.

Michael Rangne 2016-11-07 437

Vad kan vi lära av Buddha?

Om vi har ödmjukhet kommer vi att se varje situation och varje människa som vår lärare.

Sökaren nr 1/1986

Hur skulle våra möten med patienterna bli om...

1. ...vi utgår från att vi har **något att lära** av varje människa vi möter?
2. ...vi utgår från att varje möte med en annan människa är **en möjlighet att uppleva glädje och mening?**
3. ... vi utgår från att ett äkta möte med en annan människa alltid lämnar båda åtminstone en smula **förändrade?**

Hur skulle det kännas för patienten om...

...han/hon upplevde att **mötet har betydelse för oss; att det ger oss något värdefullt för egen del?**

Vad har mina patienter gett och lärt mig?



441

Har du berättat det för dem?

442

Några användbara inledningar

"Det är underbart för mig att du finns, för att..."

"Nu ska jag berätta hur du berikat mitt liv, allt det här har jag fått av dig..."

"Om inte du fanns skulle jag inte få uppleva... var dag!"

"Tack vare dig har jag fått lära mig allt detta..."

443

Hur kan vi stärka patientens självkänsla?

- Var nyfiken och **intresserad**.
- Förmedla att **relationen ger dig något** för egen del.
- **Låt inte patienten känna sig som en belastning**.
- **Agera inte som om det vore ett rollspel, spela inte terapeut**.
- Var öppen, personlig, varm, **äkta och autentisk**.
- **Se och bekräfta**.
- Leta efter **personliga och likvärdiga alternativ till beröm och kritik**.
- **Ge en personlig reaktion**, förmedla din känsla. Säg t ex vad du tycker om insatsen, men beröm inte. Utgå från din egen upplevelse.
 - Jag är glad för att...
 - Jag vill inte...
 - Jag tycker inte om när...
 - Det är en stor hjälp för mig när...
 - Jag blir rasande när...

EN TERAPEUTISK ALLIANS
ÄR VANLIGEN EN
FÖRUTSÄTTNING FÖR ETT
GOTT
BEHANDLINGRESULTAT

- Puh, du kommer väl att förstå, vad som än händer, visst gör du det?



All psykiatrisk vård utgår från en relation mellan behandlare och patient.

446

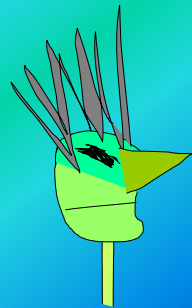
Diskutera

Att skapa en terapeutisk allians med patienten är A & O för att kunna hjälpa denne.

1. Vad är en "terapeutisk allians" för något?
2. Vad tycker du är viktigast för att åstadkomma denna allians?
3. Vilka hinder för åstadkommandet av en terapeutisk allians med en patient inom psykiatri kan du föreställa dig?

Diskutera

Vilka hinder för åstadkommandet av en terapeutisk allians med en patient inom psykiatri kan du föreställa dig?



Vad visar tidigare psykoterapiforskning?

Patientens förbättring beror av:

- Specifika faktorer 8-15 %
- Generella faktorer 70%



449

Vad är "generella faktorer"?

Den terapeutiska relationen/alliansen

1. Affektiv relationell komponent inkluderande det känslomässiga bandet och anknytningen mellan patient och behandlare.
2. Samarbetsaspekt - man är överens om behandlingens mål och medel.



450

Forskning visar att...

...avgörande för psykoterapieresultatet är:

- Värme
- Empati
- Äkthet



451

Hinder för alliansen kan höras ihop med...

1. Sjukdomen
2. Patientens personlighet
3. Omgivningen
4. Behandlaren (!) och behandlingsförutsättningarna
 - Bristande tid
 - Bristande intresse
 - Bristande kunskap
 - Ensidig teoretisk referensram



En bra behandlare bör kunna se patienten i ett biologiskt/medicinskt, psykologiskt och socialt perspektiv samtidigt

Det finns dom som faktiskt...

...med sitt nuvarande sätt att vara och förhålla sig...

...inte bör arbeta med människor.

Åtminstone inte just nu.



453

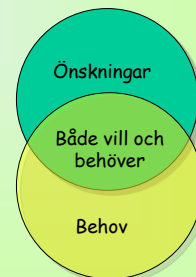
Önskan eller behov?

Vad patienten **vill och önskar**

- Vi måste börja här; intressera oss för och ta reda på.

Vad patienten **behöver**

- Vi måste intressera oss även för detta, utan att sätta oss över patienten eller reducera honom till objekt.



Om att skapa en allians - en början

1. Alla vill **något**.
2. Finn ut (fråga!) vad just denne person vill.
3. Bekräfta önskemålet.
4. Förmedla att du vill hjälpa patienten att uppnå detta.

Karaktär

1. Be proactive

2. Begin with the end in mind

3. Put first things first

Personlighet

4. Think win-win

5. Seek first to understand, then to be understood

6. Synergize

7. Sharpen the saw

Beroende

Oberoende

"Interdependence"

Vana 6 - synergize

- Helheten är större än summan av delarna.
- Båda parter arbetar tillsammans för att genom kreativt samarbete hitta nya alternativa lösningar. Man utgår från bådas förslag och arbetar fram ett nytt förslag som båda tycker är bättre än någon av parternas egna ursprungliga förslag.
- När människor kommunicerar med respekt och kreativitet **lär de sig mer om varandras behov**, och med hjälp av denna ökade insikt kan de åstadkomma nya och bättre lösningar.

Den stora hemligheten...

...är...

???

???

...löjligt enkel, egentligen...

... försök med...

...litet vanlig enkel...

..vänlighet!



458

För att hamna i rätt utgångsläge...



Har du provat med att försöka...

???

... **TYCKA OM** din patient?!!!!

459

Hur ser du på patienterna?

L'enfer, c'est les autres!
(helvetet är de andra!)

?!?

Jean-Paul Sartre, Lyckta dörrar

Det är inte allt eller intet

Du behöver inte tycka om *hela* patienten
och *allt* han gör.

Men försök hitta *något* du uppskattar, och
fokusera på det.

Om du kan tycka om 70 % får du kanske
försöka acceptera de resterande 30
procenten?

461

Varför stirrar du på allt
jag saknar, när mitt blod
är ungt och galet nog att
älska dig?



462

"Jobbiga" patienter - förslag till utgångspunkt

- Patienten gör alltid *sitt allra bästa*.
- Han har bara *inte kommit på* ett bättre sätt än.
- Kanske *kan du lära honom*, med hjälp av litet autentisk återkoppling?

463

Förresten...

...en sak till...

!

!!

!!!

...ha litet...

...KUL!!



Svårt med empatin?



Vilken otrolig tur jag har, för...

... ?

...det kunde ju ha varit ...

...jag själv!!!

465

Vad menar vi med "empati"?

Skilj på att

- Förstå **att** en annan har det svårt
- Förstå **hur** det känns
- **Känna samma känsla** som denne
- **Bry sig** om den andre och dennes känslor (sympati)

- Puh, du kommer väl att förstå, vad som är händer, visst gör du det?



466

Vad menar vi med "empati"?

Skilj på att

- Förstå **att** en annan har det svårt
- Förstå **hur** det känns
- **Känna samma känsla** som denne
- **Bry sig** om den andre och dennes känslor (sympati)

467

En fruktbar utgångspunkt?

Patientens beteende är alltid meningsfullt...

...även om vi inte alltid lyckas förstå meningen!

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

Stephen R Covey

Vill jag påverka måste jag börja med att lyssna

- Det är inte bara en moralisk utan även en praktisk fråga.
- Om jag vill påverka en annan människa är jag så illa tvungen att börja med att verkligen lyssna på och förstå henne.
- Om jag inte gör det kommer jag inte att ha tillräcklig insikt i hennes situation och behov för att kunna föreslå alternativ som hon skulle ha nytta av.
- Hon kommer inte heller att vara intresserad av mina förslag, om hon inte upplever att jag först sett henne och förstått hennes behov.

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.

471

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

Hur tänker du nu?
Hur tänkte du då?

472

Empati i praktisk handling



1. Vad *behöver* denna människa just nu?
2. Hur kan jag hjälpa honom/henne med det?

Mer om empati i praktisk handling



Hur *känns* det jag just nu säger eller gör för den andre?

Tänk om kärlek helt enkelt är att...

Lyssna!?

475

Att lyssna empatiskt

1. Lyssna noga på den andres berättelse.
2. Återge, "spegla", vad du uppfattar att den andre sagt. *Spegla* då även de *underliggande känslor och farhågor* som du tycker dig uppfatta.
3. Fråga om du har uppfattat den andre rätt.
4. Försök fånga upp den andres *behov*. Förmedla vad du uppfattar att den andre behöver i den aktuella situationen, och *vad hon vill ha från dig*.
5. Fråga om du har uppfattat även detta rätt.
6. Bekräfta svaret och förmedla *vad du nu avser att göra*.
7. Fråga om den andre är nöjd med detta eller om hon vill att du ändrar något, eller om hon vill lägga till något.
8. *Tacka* för samtalen och förmedla att det gett dig något av värde för din egen del (om det är sant).

God kommunikation är inte fullt så svårt som det påstås




Man kommer väldigt långt genom att vara äkta, skapa förtroende, visa respekt, ta den andre på allvar och **visa att man vill den andre väl.**

Om jag bryr mig på riktigt och visar litet hyfs förlåter patienten mig en hel del.

477

Alla människor hatar att ta order...



Tala inte om för patienten vad han ska göra om du inte blir ombedd - fråga istället vilka förslag han själv har och vad han tycker vore den bästa lösningen.

"No involvement, no comittment" (den som inte är med kommer att vara emot).

478

Lathund för fungerande kommunikation

- **Försök först att förstå**, först därefter att själv bli förstådd.
- Dörröppnare: "berätta mer".
- **Lyssna efter DEN UNDERLIGGANDE KÄNSLAN.**
- "Spegla" vad du uppfattar att den andre säger.
- **Bekräfta** patienten, visa att du tycker hans känsla är förståelig och okay.
- Använd "jagbudskap".

Den enklaste modellen

1. Jag hör att...
2. Då tänker och känner jag att...
3. (eventuellt: ...därför att...)
4. Jag vill istället att...

480

Exempel på jag-budskap:

- Jag känner mig besviken när...
- Det är viktigt för mig att...
- Jag blir bekymrad över...
- Jag känner mig sårad över...
- Jag vill att du...

Från Mentors föräldrakurs

Exempel på du-budskap:

- Varför kan du aldrig...
- Du är så...
- Kunde du inte ...
- Kan du inte se att...

Från Mentors föräldrakurs

Allt det som är viktigt vid bemötandet av "vanliga" patienter är **ännu viktigare** när patienten är arg, besviken, hotfull eller kränkt!

- Alliera dig. Visa att du bryr dig och vill väl.
- Vänlighet och empati.
- Ilska och högljuddhet bemöts med mildhet och låg röst.
- Bekräfta patientens känslor, förmedla att de är förståeliga och okay.
- Ta på allvar och visa respekt.
- Kränk **aldrig** patienten! Rädda patienter slåss för livet, kränkta slåss för hedern.

Validering

- **Lyssna** och observera.
- Summera, spegla, **återge**, förmedla korrekt förståelse.
- **"Läs av"** och förmedla förståelse av det utsagda.
- **Bekräfta och gör begripligt** utifrån **historien**.
- Bekräfta och gör begripligt utifrån **nuvarande omständigheter**.
- **Motverka** "jag borde inte vara / känna / bete mig så här".
- Behandla personen som en **jämlik** och sann person, var genuin.

Invalidering

- Göra saker som **hotar tryggheten** (vara aggressiv, hota, tvinga).
- **Ignorera** eller vara ouppmärksam.
- **Förminska** känslor eller deras giltighet.
- Vara **kritisk eller nedvärderande**, tolka ett beteende så negativt som möjligt.
- Låta bli att reda ut ett missförstånd
- Vara egensinnig, vilja ha rätt.
- Göra **antaganden om den andre** som är värderande och inte fakta.
- **Inte bry sig** om den andres smärta.
- Försöka **kontrollera** den andre.
- Förvirra, vara **oärlig**, vara **överlägsen**.
- **Insistera på att den andre känner / tänker / menar något annat än hon gör**.
- Behandla den andre som **skör eller utan förmåga**.

Missnöjd eller "jobbig" patient - hur hanterar du det?

- Att personen är "jobbig" är, en upplevelse, en åsikt, ett värdeomdöme, en relationell aspekt.
- Denna upplevelse är helt okay...
- ...ta emot den med öppna armar...
- ...**men inse att det är DIN upplevelse...**
- ...**och ta ansvar för upplevelsen!**
 - Vad handlar upplevelsen om egentligen?
 - Är det jag eller den andre?
 - Glöm inte bort "överföring", "motöverföring" och projektion.
- Tag eventuellt upp det du känner med patienten, eller sök handledning.

486

Missnöjd eller "jobbig" patient - hur hanterar du det?

Tag upp din upplevelse med patienten. **Be om hans hjälp** att förstå det som sker.

1. Säg vad du känner / **hur du uppfattar det**.
2. **Fråga om det är så**, och **be honom beskriva sin syn** på situationen.
3. Säg att du gärna skulle vilja prata mer om det.
4. **Fråga patienten** om även han skulle vilja prata mer om det.
 - Vad beror det på?
 - Vad kan du/jag/vi göra för att det ska kännas bättre?

487

Andras aggression

Vanligen ett uttryck för frustrerade önskingar och behov, eller andra former av stressupplevelser. Vad behöver han just nu?



"Jag ser att du är upprörd. Hur kan jag hjälpa dig?"

488

Ilska

Ibland ett sätt att försöka styra andra, att utöva makt.



Eventuellt bättre att *låta människan vara arg* under mötet.

Ofta för mycket att ta itu med ilska. Ej alltid vår sak att lugna ned den som är arg - ibland är det bättre att vara låta den andre vara arg, sur eller whatever.
Men det är DU som måste välja vilket.

Föreläsning av Pertti Simula, "Hur bemöter du ilska och elakhet?"

Att bemöta ilska och andra negativa emotioner

- **Ge inte makt åt ilskan** (eller gråten). Lär personen att aggressivitet inte ger makt.
- **Visa att du inte har makt att förändra människor eller deras känslor**, inte ens patienter → personen inser sitt eget ansvar och minskar vanligen sitt beteende.

Föreläsning av Pertti Simula, "Hur bemöter du ilska och elakhet?"

Arga, missnöjda och hotfulla patienter

1. Uppmärksamma de **negativa känslorna**. Ta dem inte personligt, troligen handlar de egentligen inte om dig.
2. **"Stoppa" samtalet**, byt från innehåll till "process".
3. Förmedla din upplevelse. Fånga upp och förmedla den underliggande **KÄNSLAN!**
 - "För mig verkar det som att du är väldigt "upprörd"/arg just nu. **Är det så?**"
 - "Är det mig eller något jag gör i vårt samtal som du är upprörd över? Är det något som jag kan göra annorlunda?"
4. **Påpeka konsekvenserna**.
 - "När du är så här upprörd har jag svårt att veta hur jag ska tala med dig på ett sätt som du är hjälpt av."
5. **Fråga om det är något du kan göra** för att hjälpa patienten med de jobbiga känslorna, så att ni sedan ska kunna komma vidare i samtalet.
 - "Jag behöver din hjälp. Hur kan jag göra för att hjälpa dig med din upprördhet, så att vi sedan kan fortsätta vårt samtal?"

491

Några användbara formuleringar vid ilska och hotfullt beteende

- För mig verkar det som att du är väldigt upprörd/arg just nu. Är det så?
- Jag ser att du är upprörd. Hur kan jag hjälpa dig?
- Är du stressad?
- Är det mig eller något jag sagt i vårt samtal som du är upprörd över?
- Jag känner det som om du är missnöjd med mig just nu. Är det så?
- Berätta mer!
- Berätta för mig vad det är du vill uppnå med vårt samtal, vad du skulle önska dig.
- Jag inser att jag uttryckte mig klumpigt och jag är ledsen för det. Berätta för mig vad det var jag sa som du blev upprörd för, så ska jag försöka formulera mig bättre.
- Är det något som jag kan göra annorlunda?
- Vad kan jag göra för att samtalet ska kännas bra för dig, så att vårt samtal ska bli konstruktivt och ge dig det du vill få ut av det?
- När du är så här upprörd har jag svårt att veta hur jag ska tala med dig på ett sätt som du är hjälpt av.
- Jag har svårt att föra ett bra samtal när jag känner en sådan ilska från dig.
- Det är inte okay för mig att någon skriker åt mig när jag bara försöker göra mitt jobb så gott jag kan.
- Jag blir rädd och kan inte koncentrera mig på att hjälpa dig när du är så här arg på mig.

Hur ska man bemöta patienter/klienter med personlighetsavvikelser?

493

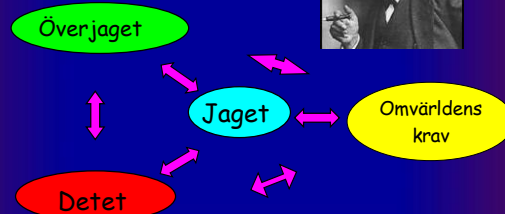
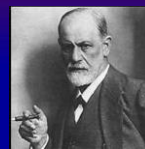


Fråga: Hur vet jag om en för mig ny människa som ger ett trevligt intryck egentligen är psykopat?

Svar: Det vet du inte.

495

Psykodynamisk modell



Psykopaten i ett nötskal:

"De kännetecknas av att de saknar samvete; deras liv handlar om att tillfredsställa egna behov på andra människors bekostnad."

497

Att möta en patient med personlighetsstörning

- ❖ Patienten **uppfattar sig vanligen som normal** - det är de andra det är fel på.
- ❖ Patienten bär ofta med sig **dåliga erfarenheter av att relatera till andra människor**, och förväntar sig att mötet med dig kommer att bli likartat.
- ❖ Patienten **förväntar sig vanligen att ingen hjälp finns att få**, och är ofta misstänksam, reserverad eller avvisande mot andra människor, även de som vill hjälpa.
- ❖ Samtidigt är patienten ofta väldigt **känslig för inbillade eller verkliga avvisanden** och separationer och känner sig ofta lätt övergiven.
- ❖ **Patientens reaktioner på dessa och andra starka känslor kan lätt bli allvarliga** och resultera i t ex självskadehandlingar eller avbrytande av kontakten.

Korreakta principer är som fyror

We shall never cease from striving,
and the end of all our striving will
be to arrive where we began and to
know the place for the first time.

T S Eliot

Tack för intresset!

Michael och Veronica Rangne
Februari 2012