

Michael Rangne
mrangne@gmail.com



Lathund för
bedömning och
handläggning i den
akuta situationen

Vi har minst tre uppgifter:

- Bedöma och diagnosticera
- Råda
- Hjälpa



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?

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

Låt inte någon lura dig...



Bra psykiatri tar TID!

Och...



Läs journalen!

Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

Symtom

Anamnes från patienten
Uppgifter från närstående
Psykiskt status

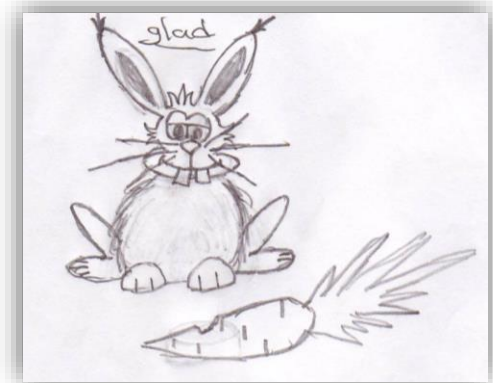
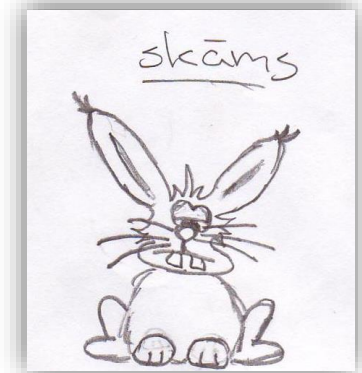
Intervjuformulär och skattningsinstrument



Syndrom



Sjukdom



Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"



1. Symtom

- Anamnes

- Vad patienten berättar
- Vad andra berättar
- Involvera gärna **anhöriga** för kompletterande uppgifter, såsom aktuellt sjukdomsförlopp, eventuella självmordsmeddelanden och tidigare hypomani
- Journalen
- Social situation, stöd, nätverk

- Psykiskt status

- Det vi direkt kan se
- Patientens framtoning och beteende
- Sätt att relatera till andra

- Intervjuformulär och skattningsinstrument



2. Syndrom

- Jämför aktuella symtom och statusfynd med kriterielistor enligt DSM IV/ICD 10
- Värdera lidande och funktionsinskränkning

3. 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.



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

1. Hur ser patienten ut?

- Hur är han klädd?
- Missbrukstecken?
- Skärsår på handlederna?
- Avmagrad?

2. Fullt vaken?

Vad kan vi iakta?

3. Fullt orienterad?

4. Intellectuella funktioner

- Minne?
- Begåvning?

5. Ger han fullgod kontakt?

- Formellt?
- Emotionellt?

6. Sinnesstämning

- Neutral?
- Sänkt, irriterad, dysforisk?
- Förhöjd, euforisk, irriterad, expansiv, grandios?

7. Affekter

- Labila, avtrubbade, inadekvata?
- Orolig, ångestfylld?
- Hotfull, aggressiv?

8. Motorik och mimik

- Motorisk oro, rastlös?
- Hämmad motorik och mimik?

9. Tal

- Fåordigt, enstavigt, stackato, svarslatens, idéfattigt?
- Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?

10. Hur tänker patienten?

- Koncentrationssvårigheter?
- Innehållsfattigt?
- Lösa associationer, tankeflykt, splittrad?
- Tankestopp?
- Tanketrängsel?
- Förbisvar?

11. Vad tänker patienten?

- Depressivt tankeinnehåll?
- Grandiöst tankeinnehåll?
- Övervärdiga idéer?
- Vanföreställningar?
- Tvångstankar?

12. Perceptionsstörningar?

- Illusioner?
- Hallucinationer?

13. Självmordsbenägenhet?

- Livsleda, hopplöshet, dödsönskan, självmordstankar, självmordsplaner, självmordsförsök?

14. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

1. Hur ser patienten ut?
 - Hur är han klädd?
 - Missbrukstecken?
 - Skärsår på handlederna?
 - Avmagrad?

2. Fullt vaken?

3. Fullt orienterad?

4. Intellektuella funktioner

- Minne?
- Begåvning?

5. Ger han fullgod kontakt?

- Formellt?
- Emotionellt?

6. Sinnesstämning

- Neutral?
- Sänkt, irriterad, dysforisk?
- Förhöjd, euforisk, irriterad, expansiv, grandios?

7. Affekter

- Labila, avtrubbade, inadekvata?
- Orolig, ångestfylld?
- Hotfull, aggressiv?

8. Motorik och mimik

- Motorisk oro, rastlös?
- Hämmad motorik och mimik?

9. Tal

- Fåordigt, enstavigt, stackato, svarslatens, idéfattigt?
- Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?

10. Hur tänker patienten?

- Koncentrationssvårigheter?
- Innehållsfattigt?
- Lösa associationer, tankeflykt, splittrad?
- Tankestopp?
- Tanketrängsel?
- Förbisvar?

11. Vad tänker patienten?

- Depressivt tankeinnehåll?
- Grandiöst tankeinnehåll?
- Övervärdiga idéer?
- Vanföreställningar?
- Tvångstankar?

12. Perceptionsstörningar?

- Illusioner?
- Hallucinationer?

13. Självmordsbenägenhet?

- Livsleda, hopplöshet, dödsönskan, självmordstankar, självmordsplaner, självmordsförsök?

14. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation



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.

Det viktigaste

1. Samtalet är ibland patientens **första kontakt** med psykiatrin och formar hennes bild av psykiatrin.
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", avhålla patienterna från att besöka vården).
 - **Glöm aldrig att värdera suicidrisken** (även om patienten inget säger).
4. **Får du inte hyggligt god kontakt med patienten faller hela bedömningen**.
 - En patient som inte upplever att du bryr dig, på riktigt, kommer inte att få ut eller göra något av samtalet.
 - **Ilskna och otrevliga patienter har högre självmordsrisk.**

Det viktigaste

5. Vid osäkerhet - fråga om det finns någon mer du kan få prata med.
6. Involvera patienten
 - Summera det som framkommit och förmedla din bedömning till patienten.
 - Fråga om du förstått rätt.
 - Fråga vad patienten själv tycker vore det bästa att göra nu.
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 med förslaget, 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 samtalet och hälsa välkommen åter.

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. Vid telefonsituationer är 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.

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



Hur blir man av att ha en depression?

- Irritabel, argsint, lynnig, sur, lättstött och allmänt överkänslig...
- ...eller likgiltig, 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.

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

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



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

Den akuta bedömningen - 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 **tar kontakt just nu**?
Har något hänt?
6. Vad är **det värsta** som skulle kunna hända nu?
Vilken är hennes största rädsla/farhåga?

Den akuta bedömningen - 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?**

När behöver patienten läggas in?

1. **Hög självmordsrisk** (hur hög?).
2. **Svårbedömd självmordsrisk** (hur stort är "spannet"?)
3. **"Farlighet"**, dvs risk för våld mot annan.
4. Svårt lidande, **omänsklig situation** att befinna sig i.
5. **Funktionssvikt, klarar sig inte i boendet.**
 - Får ställas i relation till det stöd patienten har från familj, anhöriga, psykiatrin, 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.

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, medicinering som patienten vägrar ta).
10. Depression
 - med depressiva vanföreställningar eller andra psykotiska inslag.
 - postpartum.
 - blandepisod (mixed state).
 - hopplöshetskänslor.
 - suicidrisk.
11. Vissa allvarliga tillstånd - mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.

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?"

Akut inläggning kan rädda liv

- Självmordsrisk.
- 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 (självmordsrisken är sannolikt hög även om patienten förnekar det).

In akut? Några frågor:

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

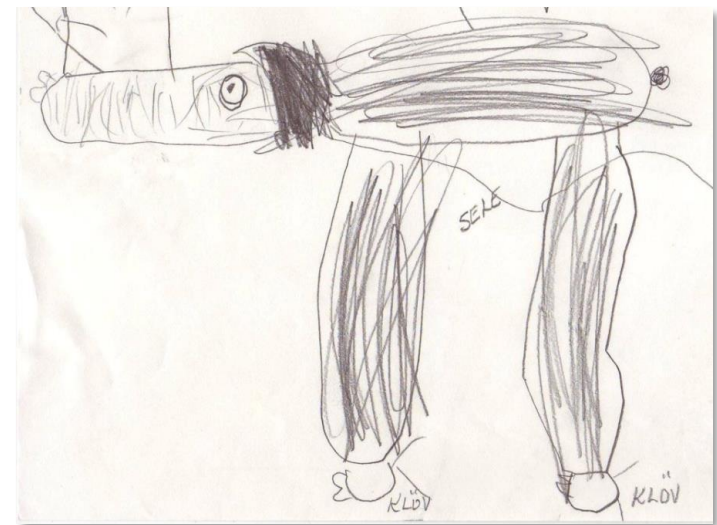
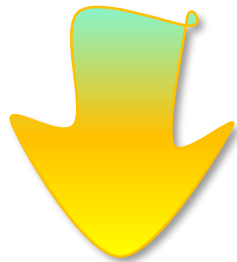
Patienten som "suicidhotar"...

... 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".

"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.

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

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?"