

Akutpsykiatriska bedömningar och diagnossättning

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

Vi har minst tre uppgifter

- Bedöma
- Råda
- Hjälpa

2

Vilka frågor kan jag ställa för att

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

3

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?

4

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

5

Låt inte någon lura dig...

Bra psykiatri tar TID!

6



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. Hjälp av socialtjänsten?
4. Ge tröst och stöd för stunden.
5. Ge råd om självhjälp om så är lämpligt
 - Lästips?
 - "Internetterapi"?
 - Patient- och anhörigförening
6. Motivera patienten till den insats som bedöms lämplig. 8

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 uttalande eller outtalande 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.
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.

15

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.

16

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 märke 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



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
- Hjälplös
- Trött



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

21

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.

22

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?"

23

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.

24

Hur bråttom är det?

Akut inläggning vid

- **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).

25

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".

26

"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.

27

"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.

28

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?"

29

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?**"

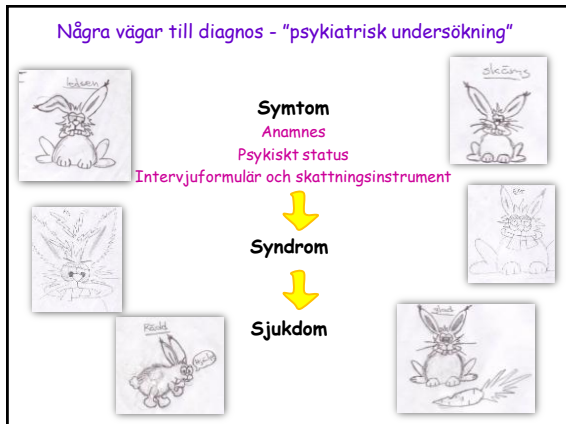
30

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?*"

31



Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

- Symtom**
 - **Anamnes**
 - Vad patienten berättar
 - Vad andra berättar
 - Involvra 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**
- 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.

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

34

- Hur ser patienten ut?**
 - Hur är han klädd?
 - Missbrukstecken?
 - Skärskr på handlederna?
 - Avmagrad?
- Fullt vaken?**
- Fullt orienterad?**
- Intellektuella funktioner**
 - Begäring?
- Ger han fullgod kontakt?**
 - Förmellt?
 - Emotionellt?
- Sinnesstämning**
 - Neutral?
 - Sänkt, irriterad, dysförsök?
 - Förhöjd, euforisk, irriterad, expansiv, grandios?
- Affekter**
 - Labila, avtrubbade, inadekvata?
 - Orolig, ångestfylld?
 - Hatfull, aggressiv?
- Motorik och mimik**
 - Motorisk oro, rastlös?
 - Hämmad motorik och mimik?
- 9. Tal**
 - Färdigt, enstavigt, stackat, svarslösligt, idéfattigt?
 - Flödande, talrandig, hög röst, svår att avbryta?
- 10. Hur tänker patienten?**
 - Koncentrationssvårigheter?
 - Innehållsfattigt?
 - Lösa associationer, tankeflykt, splittrad?
 - Tankestopp?
 - Tankekrångel?
 - Förbisvar?
- 11. Vad tänker patienten?**
 - Depressivt tankeinnehåll?
 - Grandios tankeninnehåll?
 - Övervärldiga idéer?
 - Vanföreställningar?
 - Tvångstänkar?
- 12. Perceptionstörningar?**
 - Illusioner?
 - Hallucinationer?
- 13. Självmordsbenägenhet?**
 - Livsläda, hopplöshet, dödsönskan, självmordstänkar, självmordslöslar, självmordsförsök?
- 14. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation**

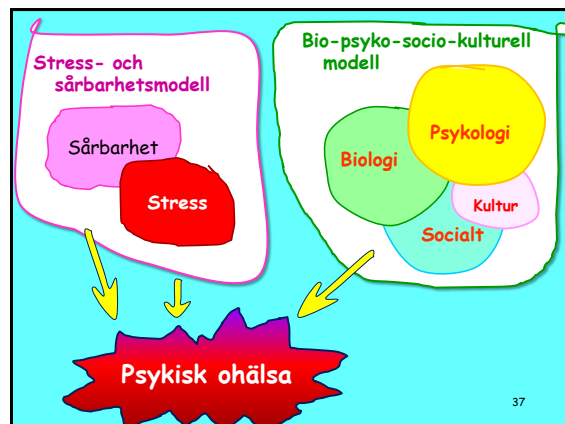
35

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)

36



Hur blir vi av för mycket stress?

- Tunnlseende
- 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

38

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

39

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 försakar ett kliniskt signifikant lidande för patienten eller en nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan eller av något annat viktigt funktionsområde.

40

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 stämningkongruenta psykotiska symtom, med melankoli, i partiell remission, utan årstidsvariation"

41

"Manlig depression"

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

42

Hur kan jag hjälpa patienten

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



43

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

44

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

- Psykoterapi
- Antidepressiva läkemedel
- Elbehandling

45

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 försämrade omständigheter som kan åtgärdas?
- **Hjälpa patienten ta avstånd** från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.

46

Psykoterapi vid depression

- Oavsett terapi typ 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

47

Vad fungerar verkligen?

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

48

Hjälpa patienten orientera sig

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

49

Händelsekedja idag	Händelsekedja nästa gång
○ 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 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: ○	

51

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.

52

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

Bra saker	Dåliga saker	Bra människor	Dåliga människor

53

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!