Akutkompendium - Akutpsykiatri och initialbedömning vid Akutmottagningen för vuxenpsykiatri, Akademiska sjukhuset

Innehåll

Bakgrund 8
Inledning 8
Akutmottagningen för vuxenpsykiatri 9
Psykiatriska akutvårdsavdelningen (PAVA) 9
Övriga psykiatriska avdelningar 9
Mottagningar 9
Jourlinje 10
Primärjour 10
Bakjour 10
Konsult 10
Akuta situationer 11
Vid icke-livshotande tillstånd 11
Somatiska konsulter 11
Patientrutiner på Akutmottmottagningen 12
Patientens väg genom akuten 12
Inläggningar 13
När patienten inte är i behov av inneliggande vård 13
Besluta om uppföljning 13
Vårdcentral 13
Specialistpsykiatri 13
Akuttider 14
Uppföljning hos kurator vid till exempel krisreaktion 14
Slutanteckning/epikris under jourtid 14

Psykiskt status ... 14
Allmänt ... 14
Motoriska symtom ... 14
Emotionellt ... 14
Tankestörningar ... 14
Perceptionsstörningar ... 15
Sjukdomsinsikt ... 15
Suicidalitet och suicidriskbedömning ... 16
Suicidriskbedömning ... 16
Suicidstegen ... 16
Nedstämdhet/hopplöshet ... 16
Dödstankar och dödsönskan ... 16
Suicidtankar ... 16
Suicidönskan ... 16
Suicidavsikt ... 16
Suicidplaner och suicidförberedelser ... 16
Riskfaktorer ... 17
Riskgrupper för självmord ... 17
Skyddande faktorer ... 17
Handläggning av suicidala patienter ... 18
Patient som är i behov av inneliggande vård ... 18
Hög inläggningsindikation ... 18
Överväg öppenvård ... 18
Depression ... 19
Utredning ... 19
Behandling av depression i det initiala skedet ... 19
Remittering ... 20
Hög inläggningsindikation ... 20
Alternativ vid svårbehandlad depression är ... 20
Bipolär sjukdom ... 22
Inläggningsindikation vid akut mani/hypomani ... 22
Vårdintyg eller inte? ... 22
Akut behandling ... 22
Fortsättningsbehandling ... 23
Omvårdnad ... 23

Förslag till behandling vid mani ... 24
Injektionsbehandling ... 24
Peroral behandling ... 24
Farmaka vid akut mani med evidensgrad A ... 24
Kommentar ... 25
Viktiga interaktioner ... 25
Psykoser ... 26
Vårdintyg eller inte? ... 26
Utredning ... 26
Akut behandling ... 26
Akut injektionsbehandling vid schizofreni och agiterad psykos ... 27
Förslag på behandling ... 27
I första hand: ... 27
Kombineras lämpligen med sederande läkemedel: ... 27
Akut peroral behandling vid agiterad psykos om patienten tar emot frivilligt. ... 28
Förslag på behandling: ... 28
Förslag till preparatval och dosering vid psykos ... 28
Peroral medicinering vid psykoser ... 28
Depotmedicinering ... 29
Biverkningar av antipsykotika ... 29
Extrapyramidala biverkningar (EPS): ... 29
Akut dystoni: ... 29
Malignt neuroleptikasyndrom: ... 29
Metabolt syndrom: ... 29
Hög inläggningsindikation vid psykossjukdom ... 29
Drogutlöst psykos ... 30
Om parenteral behandling är nödvändig ... 30
Haloperidol (Haldol) ... 30
Prometazin (Phenergan) ... 30
Lorazepam ... 30
Zuklopentixolacetat (Cisordinol-Acutard) ... 30
Elektrokonvulsiv behandling (ECT) ... 32
Indikationer ... 32
Kontraindikationer ... 32
Biverkningar ... 32

ECT och samtidig medicinering ... 33
Psykofarmaka ... 33
Behandlingens utformning och behandlingstid ... 34
Ångestsyndrom ... 35
Remittering ... 35
Medicinering ... 35
Tillfällig ångest ... 36
Sömnstörning ... 37
Diagnoskriterier vid insomni ... 37
Behandling ... 37
Sömnstabiliserande läkemedel ... 38
Insomningssvårigheter ... 38
Perorala bensodiazepiner och bensodiazepinliknande farmaka ... 38
Graviditet och psykisk sjukdom ... 39
Lindrig till måttlig depression ... 39
Manier, postpartum-psykoser och svåra depressioner ... 39
Cykloid typ ... 39
Manisk typ ... 39
Depressiv typ ... 39
Läkemedel ... 40
SSRI ... 40
SNRI ... 40
Tricykliska antidepressiva, TCA ... 40
Anxiolytika ... 40
Sömnmedicin ... 41
Litium och antipsykotiska farmaka ... 41
Ätstörningar ... 42
Anorexia nervosa ... 42
Remittering och behandling ... 42
Bulimia nervosa ... 43
Krisreaktioner ... 44
Demens ... 45
De katatona syndromen ... 46
Symtom vid katatoni ... 46
Viktiga typer av katatoni ... 46

Deliriös mani ... 46
Malign katatoni ... 47
Behandling ... 47
Malignt neuroleptikasyndrom (MNS) ... 47
Symtom vid MNS (utvecklas i samband med medicinering med neuroleptika) ... 47
Behandling ... 48
Serotonergt syndrom ... 48
Symtom vid serotonergt syndrom ... 48
Behandling ... 49
Anti-NMDA-receptorencefalit ... 49
Konfusion ... 50
Handläggning ... 51
Läkemedelsbehandling: ... 51
Postoperativ konfusion (= postoperativt delirium, POD) ... 52
Preoperativa riskfaktorer POD: ... 52
Peri-/postoperativa riskfaktorer POD: ... 52
Behandling: ... 52
Alkoholberoende ... 53
Alkoholabstinens ... 53
Ospecifika ... 53
Specifika ... 53
Bedömning och behandlingsscheman vid alkoholabstinens ... 53
Öppenvårdsbehandling/poliklinisk alkoholavgiftning ... 54
Slutenvårdsbehandling ... 54
Kategori A ... 54
Kategori B ... 55
Kategori C ... 55
Första dygnet; ... 55
Narkotika- och läkemedelsberoende ... 57
Psykiatrisk juridik ... 58
Uppgiftsskyldigheter ... 58
Patientsäkerhetslag (2010:659) ... 58
Uppgiftsskyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal: ... 58
Skyldighet att utföra: ... 58
På begäran av polisman: ... 58

Undersökning om alkoholpåverkan: 58
Underrättelse närstående/myndighet 58
Anmälningsplikt 59
Utlänningslag (SFS 2005:716) 59
Socialtjänstlagen (2001:453) 59
14 kap. Anmälan om missförhållanden 59
11 kap. Handläggning av ärenden 59
Rutiner för anmälan enligt Socialtjänstlagen 14 kap 1 § 60
Vapenlagen (1996:67) 60
Vilka patienter skall anmälas? 60
Vilka patienter skall inte anmälas? 61
Vem skall anmäla? 61
Hur skall anmälan göras? 61
Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM (1988:870) 62
Sammanfattning, läkarens roll vid LVM 62
Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128) 64
Förutsättningar för tvångsvård enligt LPT (3§) 64
Beslutsöversikt vid LPT 64
1. Vårdintyget 64
2. Transport 65
3. Kvarhållningsbeslut 65
4. Tvångsåtgärder innan intagningsbeslut 65
Kroppsvisitation samt ytlig kroppsbesiktning 65
Avskiljande innan intagningsbeslut 66
Fastspänning innan intagningsbeslut 66
Medicinsk behandling på tvång innan intagningsbeslut 66
5. Intagningsbeslut 66
Konvertering, övergång från HSL till LPT (paragraf 11) 67
I akutskedet: signera beslutsjournalen och motivera i beslutsmotivering 67
Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV (SFS 1991:1129) 69
Förutsättningar för rättspsykiatrisk vård, LRV 69
Nödvärn och nödrätt 70
Nödvärn 70
Nödrätt 70
Referenser 71

Kliniska handböcker: 71
Dokumenthistorik 72
Relaterade länkar 72
Referenser 72
Externa styrande dokument 72

Bakgrund

Bakom Akutkompendiet står:

Caroline Lindbäck, underläkare, psykiatri
Niklas Wildebac, specialistläkare, psykiatri
Mahmoud Khidr, överläkare, psykiatri
Maria Holstad Högberg, överläkare, Psykosvård och rättspsykiatrisk vård
Sofia Christopoulou, Chefsöverläkare/ MLA Akutmottagningen för vuxenpsykiatri
Reviderat av Parya Rad inom ramen för hennes ST-kvalitetsarbete

Akademiska sjukhuset
Verksamhetsområde Akut- och konsultpsykiatri, ingång 10
751 85 Uppsala

Inledning

Detta kompendium för läkare ger en vägledning till psykiatrisk behandling i det akuta och inledande skedet vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Kompendiet är tänkt att vara till hjälp både för primär- och bakjour. Det bygger till stora delar på ett motsvarande kompendium som används vid Huddinge sjukhus och som de ansvariga, Björn Owe-Larsson, Mats Adler och Mussie Msghina, generöst har låtit oss använda för att underlätta arbetet med vårt akutkompendium.

Detta dokument är dock anpassat efter de riktlinjer och rutiner som används i Uppsala. Flera personer har bidragit till arbetet. Specialistläkare Elin Thörnblom har varit en central källa till ECT-avsnittet. Överläkare Olga Salman har granskat avsnittet om ätstörningar. Professor Robert Bodén har undersökt och kommit med värdefulla behandlingsrekommendationer inom området akut psykos och mani. Avsnitten rörande beroende (alkohol och narkotika) och lagar har delvis av utrymmesskäl hållits korta men framför allt på grund av att vi redan har ovärderliga kliniska handböcker inom dessa områden, skrivna av chefsöverläkare Tobias Eriksson. Vi hänvisar därför primärt till dessa för fördjupad kunskap.

Kommentarer på detta akutkompendium tas tacksamt emot!

Sara Sylvén

Biträdande verksamhetschef, Akut-och konsultpsykiatri vid Akademiska sjukhuset

sara.sylven@akademiska.se

Akutmottagningen för vuxenpsykiatri

Akutmottagningen för vuxenpsykiatri vid Akademiska sjukhuset är öppen dygnet runt alla dagar om året. Det finns alltid minst en tjänstgörande specialistläkare på plats på akutmottagningen under dagtid på vardagar. På kvällar och nätter finns en bakjour i hemmet med inställelsetid på 30 minuter. Akutmottagningen bemannas av icke-legitimerade och legitimerade läkare under hela dygnet.

Psykiatriska akutvårdsavdelningen (PAVA)

Psykiatriska akutvårdsavdelningen har 10 enkelrum och 2 övervakningsplatser. Genomsnittlig vårdtid är ett till tre dygn. Vardagar kl 08.00 – 16.30 och helger kl 08.00 –17.30 är det minst en specialistläkare i tjänst på avdelningen. Övrig tid är det primärjouren som kontaktas vid akuta ärenden.

Övriga psykiatriska avdelningar

Avdelning 1A - Psykos, utredning och behandling.

Avdelning 1B - Psykos, utredning och behandling.

Avdelning 3A - Affektiva sjukdomar. Har fyra vårdplatser för patienter med ätstörningsproblematik.

Avdelning 3B - Affektiva sjukdomar

Avdelning 4A - Beroende, affektiva symtom.

Avdelning 4B - Beroende, avgiftning och abstinensbehandling av alkohol, narkotika och läkemedel.

Avdelning 5A - Rättspsykiatri

Avdelning 5B - Rättspsykiatri

Mottagningar

Affektiv mottagning 2 och 3

Beroendemedicinska mottagningen

Håbo-Enköpings psykiatrimottagning

Könsidentitetsmottagningen

Mottagningen för hjärnstimulering (r-TMS, ECT och veteranmottagning)

Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna

Psykiatrimottagningen för unga vuxna

Psykiatriska mottagningen i Gimo

Psykiatriska mottagningen i Skutskär

Psykiatriska mottagningen i Tierp

Psykiatriska mottagningen i Tärnsjö

Psykosmottagningen för vuxna

Psykosmottagningen för tidig intervention

Veteranmottagningen

Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet

Ätstörningsenheten för vuxna

Jourlinje

Primärjour

Dagjour 1 vardag	08.00 – 16.30
Dagjour 1 helg	08.00 – 18.00
Dagjour 2 vardag/helg	12.30 – 21.00
Dagjour 3 vardag/helg	16.00 – 24.00
Nattjour legitimerad alla dagar	20.00 – 08.30
Nattjour AT alla dagar	20.30 – 08.30

Jourschemat på psykiatrins SharePoint-sida anger vilka personer som tjänstgör, och uppdateras regelbundet.

Jourläkarens arbetsuppgifter består främst av akutpsykiatriska bedömningar, återbesök av akutpatienter på jourmottagningen, inläggningar inom klinikens slutenvårdsenheter och konsultbedömningar. En av jourläkarna tjänstgör på vardagar tillsammans med specialistläkare på PAVA. Arbetsfördelningen beslutas innan morgonronden kl 08.30 på vardagar.

Bakjour

Vardag dagtid	08.00 – 16.30
Vardag kväll/natt	16.00 – 08.00
Helg dagtid	08.00 – 18.00
Helg kväll/natt	17.30 – 08.30

Dagbakjouren leder och fördelar jourläkarnas arbete. Bakjouren har övergripande ansvar för inläggningar på slutenvårdsenheterna och beslutar i denna fråga. Bakjouren ska även fungera som stöd för konsultläkaren på akutmottagningen.

Dagtid under helger rondar och bedömer bakjouren patienter på PAVA och handlägger dessutom akuta konsultremisser från övriga sjukhuset.

Bakjour kvälls- och nattetid närvarar vid överrapporteringen kl 16.00 vardagar (helger kl 17.30 samt morgonrond kl 08.00) och ansvarar för att handlägga eventuella akuta konsultremisser som inte hunnit bli bedömda under dagen. Bakjouren har sedan en inställelsetid på 30 minuter. Bakjouren ska informera sig om platsläget och arbetssituationen, ge råd per telefon till jourläkaren, fördela inläggningar samt inställa sig vid behov, till exempel vid hög arbetsbelastning eller för att genomföra brådskande §6b-prövning av vårdintyg.

Konsult

Vardagar mellan kl 08.00 – 16.30 är det konsultläkare på akutmottagningen för vuxenpsykiatri som bedömer konsultremisser för inneliggande patienter på somatiska avdelningar. Kvällar och helger är

det bakjouren som bedömer och handlägger konsultremisserna.

Remisser från somatiska akutmottagningen samt sjukhusets intensivvårds- och intermediärvårdsavdelningar prioriteras. På kvällar och helger kan elektiva remisser på inneliggande patienter som bedöms som mindre brådskande handläggas nästkommande vardag. Vid akuta konsulter under jourtid ska bakjouren infinna sig för bedömning.

Akuta situationer

Vid livshotande tillstånd hos patient med till exempel hjärtstopp, andnings-/luftvägsproblem eller akut medvetslöshet ring **58 888**. Meddela typ av larm och plats. Växeln skickar larmet till larmsökarna. Vid akutlarm i Psykiatrins hus larmas primärjour på psykiatriakuten, IVA-framjour, IVA-mellanjour och narkossjuksköterska. Primärjour på akutmottagningen ansvarar för larmsökaren som *personligen* skall överlämnas av avgående primärjour till pågående primärjour. Nya batterier finns inne i expeditionen på akutmottagningen och skall bytas varje dag. Vid akuta medicinska situationer i Psykiatrins hus larmas primärjour på akutmottagningen som måste ”kvittera” larmen inom 1 minut genom att trycka på ”acceptera”-knappen på displayen och skall därefter *omedelbart* ta sig till den plats som visas på akutsökaren. IVA-jour och narkossjuksköterska infinner sig så snart som möjligt, i regel inom 5–10 minuter.

Varje enhet på kliniken har en akutvagn i händelse av akuta somatiska tillstånd.

Vid icke-livshotande tillstånd

Om en patient blir svårt kroppsligt sjuk på och kan behöva somatisk vård på jourtid ska primärjour på akutmottagningen kontaktas, varpå primärjouren avgör vårdbehov. Om det anses indicerat med somatisk bedömning eller vård skall konsultremiss skickas och då bedömningen inte kan vänta till kontorstid ska konsult kontaktas telefonledes via växelns telefonnummer 17 777. Vid behov av somatisk vård löser jourläkaren (i samråd med bakjour) detta med den konsulterande läkaren från somatiken.

Somatiska konsulter

Vid mindre akuta somatiska tillstånd på inneliggande psykiatrisk patient, skickas en konsultremiss till ansvarig enhet på sjukhuset som bedömer patienten på den psykiatriska avdelningen. Vid behov kan man även kontakta jourläkare på respektive enhet per telefon för att diskutera handläggning.

Patientrutiner på Akutmottmottagningen

De vanligast förekommande patientgrupperna på akutmottagningen för vuxenpsykiatri är:

- Beroende
- Suicidalitet
- Ångest
- Sömnbesvär
- Depression
- Krisreaktioner
- Psykos
- Hypomani/mani
- Läkemedelsfrågor
- Social problematik

Patientens väg genom akuten

Patienter som söker akutmottagningen för vuxenpsykiatri registreras av personal i expeditionen, varpå patientens uppgifter syns på akutliggaren. Därefter får patienten träffa skötare/sköterska som tar en kort anamnes och triagerar enligt dokumentet Triage akutmottagningen för vuxenpsykiatri som du hittar på DocPlus. Personalen avgör om patienten ska vänta i yttre eller inre väntrummet. Inre väntrummet är lämpligt vid till exempel misstanke om behov av tvångsvård, suicidrisk, akuta LVM eller om patienten behöver extra tillsyn av andra orsaker i väntan på läkarsamtal.

Patienten ombeds att hänga av sig jacka samt väska i ett skåp i slussen innan samtal eller vid vistelse i inre väntrum. Alla patienter ska passera genom larmbågen innan de kommer in till inre väntrummet eller samtalsrummen.

Den läkare som ska träffa patienten tar rapport av ansvarig personal innan vederbörande tar in patienten. Grundregeln är att ingen ska vistas själv i samtalsrum med patienten, utan minst två personal ska vara närvarande (till exempel läkare tillsammans med en omvårdnadspersonal). Dock kan en riskbedömning göras av jourläkare i samråd med arbetsledande sjuksköterska (och bakjour i förekommande fall) och efter denna kan man träffa patienten själv. Kameraövervakning finns i alla samtalsrum och upptagningen visas live på receptionen. Vid behov av extra säkerhet kan även väktare tillkallas. Polisen kan vid behov kontaktas antingen via väktare, per telefon eller vid mycket akuta lägen genom direktlarm som finns inne på expeditionen.

Läkare ska alltid rapportera vidare handläggning efter avslutat samtal till arbetsledande sjuksköterska på akutmottagningen (det vill säga om patienten ska gå hem, läggas in eller invänta diskussion om handläggning med bakjour). Meddela även behov av ytterligare provtagning/kontroller/extra tillsyn. Patienter får aldrig lämnas ensamma i samtalsrummen, utan ska vänta i något av väntrummen.

Inläggningar

1. Bakjouren ska kontaktas vid inläggning.
2. PAVA – inskrivningsmeddelande i Cosmic ska fyllas i av inskrivande läkare. Dokumentet skrivs ut och ges till sjuksköterska på PAVA i samband med rapport.
3. Somatisk status (hjärta-, lungor-, blodtryck-, buk- och neurologisk status samt eventuellt lokalstatus om nödvändigt) ska göras på alla patienter som läggs in och dokumenteras i inskrivningsanteckningen. Om patienten vägrar kroppsundersökas ska detta dokumenteras. När patienten senare kan samarbeta ska somatiskt status utföras och journalföras.
4. Ta ställning till läkemedelsordinationer och aktivera en ny ordinationslista i Cosmic. Överväg om ångest/sömnmedicinering behöver sättas in.
5. Ordinera vid behov provtagning (ankomstprover, urinscreening, specifika blodprover exempelvis Li-koncentration) i inskrivningsmeddelandet och meddela gärna även muntligt till sjuksköterskan på avdelningen.
6. Ta ställning till om det finns inneliggande suicidrisk och besluta om tillsynsgrad efter diskussion med bakjour (exempelvis en gång/timme, två ggr/timme, tre ggr/timme, eller extravak dygnet runt).
7. Rapportera patienten direkt till ansvarig sjuksköterska på respektive avdelning enligt SBAR.
8. Diktera/TIKa/skriv inskrivningsanteckning. Glöm inte att skicka meddelande till medicinska sekreterare om du TIKar eller skriver själv.

Tänk på att värdera patientens hela situation, till exempel om det finns minderåriga barn i hemmet och finns det barn så få visshet om var barnen befinner sig nu respektive om orosanmälan bör göras. Likaledes var uppmärksam på frågor runt körkort och vapen i tillämpliga fall.

När patienten inte är i behov av inneliggande vård

Kontakta alltid bakjour vid suicidrisk.

Besluta om uppföljning

Vårdcentral

Vid behov skrivs remiss till distriktsläkare, psykolog, kurator. Patienten kan även ringa själv och boka tid.

Specialistpsykiatri

Remiss skrivs till respektive enhet om patienten inte har någon pågående öppenvårdskontakt men bedöms vara i behov av sådan. Om patienten redan har pågående kontakt behövs ingen remiss utan ett messenger i Cosmic skickas i stället vid behov till berörd öppenvårdsmottagnings funktionsbrevlåda (sök på mottagningens namn i messengers sökfunktion så hittar du denna). Patienten kan även hos vissa mottagningar göra en egenremiss eller vid pågående kontakt ringa själv och boka tid.

Akuttider

Akutmottagningen har alla helgfria vardagar akuttider kl 08.30 och 09.00 som man vid behov kan använda då det bedöms att snar uppföljning/ny bedömning är nödvändigt och detta inte på annat sätt går att ordna. Detta gäller enbart personer utan pågående kontakt med specialistpsykiatrisk öppenvård. Bokas av läkare eller omvårdnadspersonal via tidboken i Cosmic under ”jourläkare”.

Uppföljning hos kurator vid till exempel krisreaktion

Vår kurator har en uppföljningstid varje helgfri vardag kl 13.00. Dagtid är det bra att diskutera direkt med kurator om patient är lämplig för uppföljning, jourtid går det bra att boka direkt.

Slutanteckning/epikris under jourtid

Det händer inte sällan att patienter skrivs ut efter kort vårdtid under jourtid, det kan röra sig om samma dag eller den följande – som också kan vara en helgdag. Samma direktiv som vid planerad utskrivning gällande slutanteckningar gäller och görs av utskrivande läkare. Ett utskrivningsmeddelande (mall i Cosmic: ”Utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse”) ska skrivas och ges till patienten vid utskrivning.

Psykiskt status

Det som observerats i samband med anamnesupptagning.

Allmänt

- Utseende (adekvat klädsel, hållning, renlighet).
- Kontakt, formell och emotionell.
- Attityd (hjälpsökande, misstänksam, distanslös, dissimilerande, samarbetsvillig, bagatelliserande).

Motoriska symtom

- Mimik.
- Psykomotorisk aktivitet (rastlös, tics, stereotypier, hämmad, agiterad).

Emotionellt

- Grundstämning (dysforisk, sänkt, förhöjd, irritabel, expansiv).
- Affekter (begränsade, avtrubbade, flacka inadekvata, labila).
- Ångestnivå (fysiska tecken på ångest).
- Suicidstatus (självmordsstegen).
- Tal (latens, produktivitet, initiativ, tempo, styrka).

Tankestörningar

- Tankeflöde (snabbt, långsamt, tanketrängsel, tankeflykt, tankestopp).

- Associativa processer (osammanhängande, neologismer, uppluckrade).
- Tankeförlopp (tankeproduktion, tankekontinuitet, abstrakt tänkande, koncentrationsförmåga, tankepåsättning, tankeutsändning).
- Vanföreställningar (bisarra, erotomani, förföljelseparanoia, grandiosa, hänsyftningsparanoia, somatiska, styrningsupplevelser, stämningskongruenta, stämningsinkongruenta, svartsjukeparanoia,), hänsyftningsidéer, övervärdiga idéer.

Perceptionsstörningar

- Orientering (tid, plats, person, situation).
- Hallucinationer (hörsel, lukt, smak, syn, taktila), illusioner.
- Depersonalisation, derealisation.
- Fixeringar (tvångstankar, hypokondrier, vapenfixering, sjukdomsfixering).

Sjukdomsinsikt

- Sjukdomskänsla och sjukdomsinsikt (god, partiell, dålig).

Suicidalitet och suicidriskbedömning

Behandling av suicidala patienter och en strukturerad bedömning av suicidrisken utgör en betydande och viktig del av det akutpsykiatriska arbetet. Vid minsta osäkerhet, diskutera alltid suicidrisken med bakjour.

Suicidriskbedömning

Suicidriskbedömningen sammanfattas i journalanteckningen under egen rubrik i Cosmic. Den sammanfattande riskbedömningen bör slutligen utmynna i: ”Suicidrisken bedöms för närvarande vara låg/måttlig/hög”. Suicidriskbedömning omfattar klinisk bedömning och strukturerad suicidrisk enligt följande:

Suicidstegen

Nedstämdhet/hopplöshet

Är du nedstämd och ledsen ofta? Känner du dig ”deppig” för det mesta? Känns allting hopplöst? Tror du att det kommer att bli bättre igen?

Dödstankar och dödsönskan

Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva? Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa nästa morgon?

Suicidtankar

Har du tänkt på att göra dig själv något? Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? Har du tänkt ut hur du skulle göra?

Suicidönskan

Har du tänkt att du vill ta ditt liv? Har du varit nära att försöka ta ditt liv? Är det något som håller emot? Finns det något som talar för att fortsätta att leva?

Suicidavsikt

Har du bestämt dig för att ta ditt liv? Vill du verkligen dö? När? Var? Hur?

Suicidplaner och suicidförberedelser

Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du ska göra? Har du bestämt när du ska göra det? Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv? Har du skrivit avskedsbrev? Har du gjort dig av med saker som du inte vill ska finnas kvar efter dig?

Frågandet upphör på den nivå man känner att sanningen ligger och vidare frågande känns omotiverat. Man bör även förvissa sig om tidigare suicidförsök. *Har du tidigare gjort något självmordsförsök? Genomförde du det som du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?*

Riskfaktorer

- Tidigare självmordsförsök.
- Nyligen inskriven eller utskriven från psykiatrisk vård.
- Psykisk sjukdom, särskilt depression, bipolär sjukdom och schizofreni.
- Beroende/missbruk av alkohol, läkemedel och/eller narkotiska droger.
- Personlighetssyndrom.
- Vissa karakteristiska reaktionssätt, som lättkränkthet och fientlighet.
- Psykisk störning och suicid inom familjen eller nära omgivning.
- Erfarenheter av våld, våldtäkt, övergrepp, incest. Gäller både förövare och de som blivit utsatta för dessa händelser.
- Uttalad kränkning.
- Somatisk sjukdom eller skada, speciellt sådana som drabbar centrala nervsystemet (epilepsi, trauma, hjärntumör, stroke, MS, Huntingtons sjukdom), maligna sjukdomar, hiv/aids, SLE.
- Somatisk smärta.
- Psykosociala problem förknippade med skam- och skuldkänslor exempelvis körkortsindragning, rättsliga processer, uppsägning, separationer.
- Byte av behandlare, vårdkontakt och/eller mottagning.
- Tidigare negativa erfarenheter av vård, eller negativa förväntningar på vård.
- Ensamhet.
- Hög ålder.
- Manligt kön.

Riskgrupper för självmord

Hög risk - psykotisk (förvirring, vanföreställningar), bejakar suicidavsikt, tydliga självmordsmeddelanden, aktiv suicidförsöksmetod, flera statistiska riskfaktorer.

Tveksam risk – svårbedömd: manipulativ misstanke, suicidalitet vid samtidig alkoholberusning.

Skyddande faktorer

Bör dokumenteras i journalen

- Barn, familj, husdjur.
- Förtroende för sig själv och sin egen situation och sina färdigheter
- Religiös övertygelse som förbjuder suicid.
- Hjälpsökande.
- Öppenhet för nya kunskaper.
- Förmåga att kommunicera.
- Goda familjerelationer och stöd ifrån hemmet.
- Goda relationer till vänner, arbetskamrater, grannar.
- Stöd från viktiga, relevanta människor.

- Social integration till exempel genom arbete, deltagande i sportaktiviteter, olika föreningar, religiösa aktiviteter.
- En känsla av syfte med ens liv, känsla av sammanhang (KASAM).
- God sömn, god kosthållning, motion, drogfri miljö.
- Goda framtidsplaner.

Minneslistor över statistiska riskfaktorer för självmord och olika skattningsskalor avseende självmordsrisk kan vara ett bra stöd vid suicidriskbedömning. Värdering av självmordsrisk är dock alltid en klinisk bedömning.

Handläggning av suicidala patienter

När man bedömer att patienten inte är i behov av inneliggande vård:

- Boka återbesök inom några dagar. Sträva efter att ge en tid i handen; initialt åtminstone ett besök per vecka till suicidaliteten avklingar. Återbesöket ordnas genom ordinarie öppenvårdsmottagningarna i tillämpliga fall och i annat fall på akutmottagningens akuttider.
- Eventuell behandling, mot exempelvis depression.
- Tid till kurator.
- Avbokning/uteblivet besök följs upp aktivt.
- Patienten följs upp av akutmottagningen för vuxenpsykiatri tills mottagande enhet tar över patienten.

Patient som är i behov av inneliggande vård

- Två alternativ: HSL eller enligt LPT.
- Vid behov samråd med bakjour om tillsynsgrad. Extravak kan ordineras vid hög suicidrisk eller svårbedömd suicidrisk, speciellt första vårddygnet.
- Daglig suicidriskbedömning.
- Återbesök inom kort efter utskrivning, ”Tid i handen”.

Hög inläggningsindikation

- Hög suicidrisk.
- Svårbedömd suicidrisk.
- Suicidrisk som inte med säkerhet går att hanteras i öppenvård.
- Efter suicidförsök: om patienten inte läggs in, ska i stället återbesök ordnas inom några dagar.

Överväg öppenvård

- Vid självskadebeteende: viktigt med noggrann bedömning av suicidrisken då patient med självskadebeteende kan bli suicidal. Kortare inläggning kan framför allt vara indicerad om patienten söker hjälp för att avstå från intoxikation/självskada. Vid risk för hospitalisering och förstärkning av självskade-/ suicidbeteendet vid inläggning, diskutera alltid med bakjour. Ofta finns också patientspecifika vårdplaner i journalen.

Depression

Utredning

- Bedöm om patienten uppfyller kriterier för egentlig depression (DSM-5).
- MADRS/MADRS-S kan användas för skattning av depressionsgrad, men är inte avsett för att fastställa diagnos.
- Beakta möjlig bipolaritet enligt kriterier i DSM-5. Screeningformuläret MDQ ger viss vägledning (men kan utfalla positivt även vid till exempel ADHD, personlighetsstörningar etcetera) Konsultera gärna bakjour.
- Uteslut somatiskt komplicerande faktorer inklusive medicinering (till exempel betablockerare, hormonpreparat, kortikosteroider). Labbscreening bör göras som en del av utredning, akut eller i öppenvård (Hb, TSH; eventuellt även elektrolyter inklusive S-Ca, krea, leverstatus (ASAT, ALAT, GT, ALP), CRP, B-glukos).
- Finns komorbiditet eller alternativ diagnos? Exempel på tillstånd, som kan vara alternativa eller komorbida, är paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom, PTSD, ADHD, autismspektrumstörning, personlighetsstörningar, schizofreni samt kognitiv svikt eller demens.

En viktig uppgift som bör kartläggas vid anamnestagning är om patientens depressiva sjukdomsbild är episodisk, det vill säga uppträder i episoder av flera veckor till månader, med mellanliggande friska intervall. Ett sådant förlopp stärker misstanken om affektiv sjukdom. Är förloppet kroniskt fluktuerande bör andra möjliga förklaringar till nedstämdheten övervägas, såsom personlighetssyndrom, neuropsykiatriska funktionshinder, schizofreni eller missbruk.

Vid misstanke om ADHD (positiv självskattning ASRS), personlighetsstörning, eller psykossjukdom skall detta utredas vidare inom psykiatrisk öppenvård. Vad gäller handläggning av ångestsyndrom, se särskild rubrik. Vid misstanke om kognitiv svikt/demens, skriv remiss till VC eller geriatrikens minnesmottagning och vid behov äldrepsykiatrins öppenvårdsteam.

Vid misstanke om missbruk görs alkoholmätning och drogscreening på akutmottagningen. Självskattning AUDIT samt DUDIT ger vägledning. Vid behov remiss till VC eller beroendemedicinska mottagningen.

Psykosociala belastningar som komplicerar depressionsbehandlingen? Vid behov kontakta kurator, VC, socialsekreterare etcetera Behövs kontakt med socialsekreterare på grund av minderåriga barn? Orosanmälan?

Behandling av depression i det initiala skedet

För lindrig depression rekommenderas i första hand råd om livsstilsåtgärder och fysisk aktivitet. I vissa fall finns behov av psykologisk behandling. Vid tidigare depressionsepisoder som krävt läkemedelsbehandling kan återinsättning vara indicerat. Remiss till VC.

Vid måttlig depression rekommenderas i första hand KBT och/eller antidepressiv läkemedelsbehandling via VC. Skriv remiss.

Om akut insättning av läkemedel är nödvändig, vid exempelvis suicidalitet, rekommenderas följande:

1. SSRI, i första hand escitalopram, sertralin. Fluoxetin kan väljas vid tendens till viktuppgång, paroxetin bör undvikas till kvinnor i fertil ålder.
2. I andra hand SNRI-preparat, mirtazapin.

Obs! Initialt under insättning kan tillägg av icke beroendeframkallande anxiolytika behövas, till exempel Lergigan (prometazin), Atarax (hydroxizin) eller alimemazin. Observera att hydroxizin kan orsaka QT-tid-förlängning varför det ska undvikas i kombination med andra preparat som kan förlänga QT-tiden, såsom escitalopram. För alla preparat gäller förstås att man ska beakta kontraindikationer och biverkningar.

Om beroendeframkallande läkemedel övervägs, kontakta bakjour.

Vid måttlig till svårare depression med ångest, sömnbesvär samt viktnedgång är mirtazapin ett bra initialt alternativ, 30 mg som inledningsdos i normalfallet.

- Efter initiering bör patienten följas upp inom en till två veckor, eventuellt tätare på grund av suicidalitet.
- Adekvat behandlingsförsök innebär sex till åtta veckors behandling i adekvat dos. Ibland kan det dock vara rimligt med preparatbyte eller kombinationsbehandling tidigare om biverkningar uppträder, eller vid till exempel utebliven effekt och svår depression.

Remittering

Patient med depression där suicidalitet föreligger, samt vid svår depression, bör åtminstone initialt följas inom psykiatrin. Mild-måttlig depression utan suicidrisk kan följas av primärvården.

Hög inläggningsindikation

- Depression med psykotiska symptom, konfusion eller allvarlig funktionssvikt (exempelvis matvägran, grav hämning).
- Depression med suicidrisk som inte kan hanteras i öppenvård.

Alternativ vid svårbehandlad depression är

- Vid utebliven/dålig effekt av SSRI kan tillägg av bupropion (Voxra) prövas.
- Kombination venlafaxin (på morgonen) och mirtazapin (på kvällen). Gradvis, växelvis dosupptrappning. Blodtryckskontroller vid venlafaxindos > 150 mg/dygn.
- Tricykliska antidepressiva, till exempel klomipramin (Anafranil) eller nortriptylin (Sensaval)
- Lamotrigin – viss evidens som återfallsförebyggande preparat för depression vid bipolär sjukdom. Svag dokumentation för akutbehandling av depression.
- Vid bipolär depression skall antidepressiva i möjligaste mån undvikas.
- Atypiska neuroleptika. quetiapin (Seroquel), upptitrering till 300(-600) mg 0+0+1, har bäst dokumentation för bipolär depression. aripiprazol (Abilify), olanzapin (Zyprexa), och quetiapin (Seroquel) som tillägg till antidepressiva vid unipolär depression har viss dokumentation.

- Litiumpotentiering, i tredje hand till SSRI eller tricykliska. Utvärderas efter sex veckor av adekvat nivå av s-litium. Bör övervägas tidigt i behandlingsstegen om man på längre sikt vill förebygga återfall av bipolärt inslag eller tydlig periodisk depression.
- ECT-behandling är den mest effektiva behandlingen mot svåra akuta depressioner, särskilt om psykossymtom eller tydlig motorisk hämning föreligger. ECT är också ett behandlingsalternativ vid terapiresistent, långdragen depression. Behandlingen inleds antingen inneliggande, eller polikliniskt. Se separat avsnitt.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett alternativ till farmaka vid lindrig till måttlig depression. KBT är också en bra tilläggsbehandling vid svårbehandlad depression.
- Irreversibla MAO-hämmare (licenspreparat) – fenelzin eller tranylcypromin. Kräver dietregim. Ska inte kombineras med andra antidepressiva på grund av risk för serotonergt syndrom. Särskilt lämpliga vid atypisk depression (ökad sömn, godissug, reaktivt stämningsläge mm).
- Klomipramininfusion. Ett alternativ vid akut behandling av deprimerad patient, och där ECT bedöms inte lämplig.

Bipolär sjukdom

Inläggningsindikation vid akut mani/hypomani

Hypomani eller måttlig mani kan ofta behandlas i öppenvård, förutsatt att patienten är villig att ta emot medicinering och begränsa sin eventuella köplust eller annat skadligt beteende. Informera patientens öppenvårdskontakt om det aktuella skovet.

Maniska patienter bör erbjudas skydd i slutenvård på vida indikationer, eventuellt med stöd av LPT. På LPT till exempel vid omdömeslöst eller aggressivt beteende (patienten skadlig för sig själv och/eller andra), eller om behandling inte kan genomföras på grund av bristande sjukdomsinsikt eller desorganisation. Det förekommer att patienten underrapporterar sina symptom, varför anhöriga är en bra informationskälla.

Vissa patienter med tidigare skov av allvarlig mani måste läggas in redan vid tidiga tecken på mani för att omedelbart få kraftfull behandling.

Vårdintyg eller inte?

Patienter med mani bagatelliserar ofta allvaret i sina symtom och kan inte sällan dölja dem tillfälligt. Lyssna efter vad anhöriga och andra berättar om vad som hänt. Läs i journalen om frivillig vård fungerat tidigare. Om behovet av slutenvård är oundgängligt uppkommer frågan om vårdintyg ska utfärdas även om patienten frivilligt går med på att acceptera nödvändig vård. Det är alltför vanligt att patienten går med på att lägga in sig, men sedan inte tar emot medicin eller snabbt vill skriva ut sig. Har man skäl att tro att behandlingsmotivationen är bristfällig eller instabil bör man skriva ett vårdintyg enligt LPT 4 § och omedelbart ordinera nödvändig behandling. Om patienten accepterar nödvändig vård och behandlingen verkar ge effekt kan vårdintyget eventuellt avskrivas. Annars får intagningsbeslut enligt LPT 6b § fattas av specialist.

Akut behandling

Vid akut agiterad psykos eller mani är det viktigt att snabbt sätta in medicinering i adekvat dos. I många fall går det att övertala patienten att ta emot per oral medicinering, som då bör provas i första hand. Förslag till preparat och dosering finns i tabellen nedan. Om poliklinisk peroral behandling i adekvata doser inte gett resultat eller om patienten är påtagligt manisk är det vanligen bra att börja med en injektion av antimanisk och sederande farmaka. Se behandlingsförslag i tabell nedan.

Se även Psykos-avsnittet: ***Akut injektionsbehandling vid agiterad psykos och akut mani****, för en noggrannare genomgång av de olika injektionsformerna.*

Antidepressiva farmaka bör utsättas. Vid val av medicinering ska man läsa i journalen om vilka behandlingar som tidigare prövats.

Om patienten somnar först efter höga doser av sederande farmaka ska täta kontroller, NEWS, med övervakning av andning, puls och blodtryck ordineras. Vid tecken till påverkan av puls, blodtryck eller andning ska remiss skrivas för somatisk bedömning/övervakning.

Om patienten inte har antimaniska farmaka insatta och är hypoman eller måttligt manisk kan **peroral behandling** vara tillräcklig. Monoterapi med neuroleptika är förstahandsbehandling.

Olanzapin eller haloperidol är lämpliga initiala preparat. Alternativa preparat är risperidon, quetiapin, zuklopentixol, och ziprasidon. Val av preparat styrs av biverkningsprofil, se tabell nedan. Vid utebliven effekt kan man överväga tillägg av ett stämningsstabiliserande preparat. Kombinationen av olanzapin och valproat är ofta bra. Ofta kan tillägg av en bensodiazepin vara indicerat, såsom lorazepam eller diazepam.

Följ alltid upp insatt behandling efter två till fyra timmar och ordinera vid behov ytterligare farmaka. Det behövs ofta sömnmedicin, till exempel propavan och/eller zopiklon till natten. Även Alimemazin kan vara ett alternativ.

Vid mycket svår eller behandlingsresistent mani kan ECT aktualiseras.

Viktigt med sömn. Se sömnstörning, sidan 36.

Lugna patienten. Bensodiazepiner på vid indikation mot ångest och agitation: diazepam p.o. eller i.m. (eller lorazepam). Ett alternativ är prometazin (Phenergan).

Fortsättningsbehandling

Förhoppningsvis har akutbehandlingen lett till att patienten redan inom några dygn blivit lugnare, fått sova och är beredd att ta emot peroral medicinering (om inte kan ny injektionsbehandling behövas). Valet av preparat och dos sker till stor del utifrån hur akutbehandlingen fungerat. Om de akut insatta preparaten och doserna verkade adekvata fortsätter man med dem. Om effekten varit otillräcklig måste doser ökas och/eller andra preparat väljas. Om patienten varit överdrivet sederad eller fått andra biverkningar ska doser sänkas eller preparaten bytas.

Vid valproatbehandling skall leverprover och blodstatus kontrolleras efter en vecka.

Observera att valproat ej bör ordineras till kvinnor i fertil ålder.

Är patienten redan ordinerad litium kan denna behandling fortsätta. Vid behov kan man ha en högre målkoncentration (0,9 – 1,0). Med denna höga målkoncentration bör man inledningsvis monitorera s-Li två ggr/vecka. Om nivån av s-Li stabiliseras kan monitoreringsfrekvensen dras ner. Om patienten inte redan tidigare är ordinerad litium är det bäst att vänta att ta upp frågan om litiumbehandling till patienten stabiliserats.

Omvårdnad

Patienter med mani bör vårdas i lugn miljö (stimulusreduktion). Patienten bör vila i sitt rum. Om patienten är uppvarvad bör han/hon vänligt men bestämt återföras till sitt rum. Begränsa överdriven aktivitet. Maniskt beteende möts av vänligt, tydligt och konsekvent bemötande. Man bör undvika konflikter i mindre viktiga frågor. Vård med förstärkt bemanning kan behövas vid uttalad aggressivitet eller okontrollerbar agitation/oro. Övervaka destruktivt beteende, exempelvis köp via internet, aggression mot medpatienter, hot via telefon och sexuella snedsprång på avdelningen. Ofta behövs en högre tillsyn, ibland extravak.

Förslag till behandling vid mani

Injektionsbehandling

Haloperidol (Haldol 5 mg/ml) 10 mg och/eller prometazin (Phenergan 25 mg/ml) 2 ml.

Om något mer långvarig effekt önskas kan tillägg med zuklopentixol (Cisordinol-Acutard 50mg/ml) 1–2 ml ges.

	Uttalad mani	**Måttlig mani**	**Äldre somatisk sjuk**
Haldol (haloperidol) 5mg/ml	2 ml	1 ml	½ ml
Prometazin (Phenergan 25 mg/ml)	2 ml	2 ml	1 ml
Zuklopentixol (Cisordinol-Acutard 50 mg/ml)	2 ml	1 ml	½ ml
Lorazepam 4mg/ml	1 ml	½ ml	½ ml

Peroral behandling

Olanzapin (Zyprexa velotab) 20 mg + överväg tillägg akutinsättning litium 42 mg (dosering 8 tabletter dagligen).

	Uttalad mani	**Måttlig mani**	**Äldre somatiskt sjuk**
Olanzapin (Zyprexa velotab)	20 mg	15 mg	Ska undvikas
Risperidon/Haloperidol	4 mg	2 mg	1 mg
Zuklopentixol (Cisordinol)	20 mg	10 mg	6–8 mg
Levomepromazin (Nozinan)	25–50 mg	25 mg	10 mg
Quetiapin (Seroquel) 100mg	dag 1: 1 tkv	1 tkv	Ska undvikas
	dag 2: 2 tkv	2 tkv	Ska undvikas
	dag 3: 3 tkv	3 tkv	Ska undvikas
Valproat (Ergenyl Retard)	1500 mg	1000 mg	600 mg
Aripiprazol (Abilify)	15 mg	15 mg	10 mg
Ziprazidon (Zeldox)	160 mg	80 mg	40 mg
Oxazepam (Oxascand)	15–25 mg	15 mg	5–10 mg
Diazepam (Stesolid)	20 mg	10 mg	5 mg

Farmaka vid akut mani med evidensgrad A

(Grunze et al 2009, The World Federation of Societies of Biological Psychiatry)

	Rekommendationsgrad	**Dygnsdos (mg)**	**Kommentar**
Aripiprazol	1	15–30	Illamående
Karbamazepin	2	600–1200	Bieffekter, enzyminduktion
Haloperidol	2	5–20	Extrapyramidala biverkningar (EPS)
Litium	2	82–210	Svår monitorering långsamt insättande effekt, sämre vid dysfori

Olanzapin	2	10–20	Metabola problem, viktuppgång
Quetiapin	2	400–800	Svagare effekt, metabola problem
Risperidon	1	2–6	EPS, prolaktinstegring
Valproat	1	1200–3000	Ej till kvinnor i fertil ålder, undviks vid graviditet, ökad risk PCO
Ziprazidon	1	80–160	QT-förlängning

Kommentar

Litium. Om långtidsbehandling planeras redan vid den akuta manin kan litium få rekommendationsgrad 1.

Valproat. På grund av risken för teratogena effekter på foster, utvecklingspåverkan hos foster samt risken för polycystiska ovarier (PCO) har Valproat rekommendationsgrad två hos yngre kvinnor.

Viktiga interaktioner

- *Valproat - Lamotrigin*: kombinationen höjer koncentrationen av Lamotrigin 2 – 3 gånger. Vid insättning av Valproat hos patient med Lamotrigin: sänk dosen av Lamotrigin till hälften.
- *Litium - NSAID*: litiumkoncentration ökar ofta vid samtidig behandling med NSAID. Kontrollera serum-Li!
- Fluvoxamin - tricykliska antidepressiva (till exempel klomipramin, imipramin, amitryptilin) och neuroleptika (till exempel klozapin, olanzapin): vid insättning av fluvoxamin kan serumkoncentrationen öka av dessa läkemedel, som till stor del metaboliseras av CYP1A2, varför en minskning av dosen då bör övervägas.
- *MAOI (irreversibla MAO-hämmare såsom Nardil, Parnate och Jatrosom N) och antidepressiva.* Ska inte ges tillsammans på grund av risk för serotonergt syndrom. En veckas uppehåll är minimum innan byte mellan antidepressiva och MAOI (efter fluoxetinbehandling sex veckor)

Psykoser

De vanligaste psykossjukdomarna är schizofreni, schizoaffektivt syndrom, kortvarig psykos/schizofreniformt syndrom, vanföreställningssyndrom samt substans-/läkemedelsbetingad psykos, se DSM-5. Vanliga symtom är hörselhallucinationer, vanföreställningar, påverkan på tankeförlopp och tankeinnehåll (patienten ger ett splittrat intryck) samt osammanhängande tal. Känslolivet kan uppfattas som avvikande. Patienten kan även uppvisa negativa symtom i form av affektiv avflackning och viljelöshet.

Tid från insjuknande till diagnos (DUP, duration of untreated psychosis) kan vara lång. Det är viktigt att så tidigt som möjligt diagnosticera och behandla patienten, då kort DUP förbättrar läkemedelseffekt, samt troligen även är prognostiskt gynnsamt för sjukdomsförloppet.

Vårdintyg eller inte?

Patienter med psykos kan många gånger dölja sina symtom tillfälligt och uppvisa en sviktande sjukdomsinsikt. Inhämta information från anhöriga och läs i journalen om frivillig vård tidigare fungerat. Har man skäl att tro att behandlingsmotivationen är bristfällig eller instabil bör man skriva ett vårdintyg enligt LPT 4 §. Om patienten accepterar nödvändig vård och behandlingen verkar ge effekt kan vårdintyget eventuellt avskrivas.

Utredning

I den initiala utredningsfasen ingår:

- Anamnes.
- Psykiskt och somatiskt status.
- MR hjärna (eventuellt DT hjärna).
- EEG.
- Labprover – blodstatus, el-leverstatus inklusive calcium, B-glukos, tyreoidea, HIV, hepatit, syfilis.
- Labprover.
- Urinscreening – hasch och amfetamin riskerar att utlösa psykos –viktigt med droganamnes.
- Symtomskattning bör göras, till exempel med PANSS.

Akut behandling

- Vid nyinsjuknande rekommenderas återhållsamhet om möjligt med insättande av antipsykotisk behandling de första dagarna eller till och med upp till 1 vecka under diagnostisk utredning. Sömnstabiliserande och/eller lugnande preparat går bra att ge under denna första observationsperiod. Sömnstörning behandlas tillfälligtvis med zopiklon. Ångest behandlas vid behov med bensodiazepin, till exempel oxazepam.
- Vid förstagångsbehandling bör dosen av antipsykotiskt preparat vara låg (motsvarande dygnsdos om två – fyra mg risperidon).

- Antipsykotisk monoterapi bör eftersträvas, dock behövs ofta preparat med andra verkningsmekanismer/indikationer vid episod av psykos.
- Om psykosinsjuknandet är akut och symtombilden är snabbt växlande med inslag av konfusion kan en så kallad cykloid psykos föreligga. ECT kan i dessa fall ge snabb effekt och är ett alternativ till antipsykotiska läkemedel. Om man vill förebygga nya episoder av psykos av cykloid typ är litium ett behandlingsalternativ.
- Vid psykos med katatoni (ökad muskeltonus, orörlighet, underliga kroppsställningar, eventuellt repetitiva beteenden) är ECT effektivt. Ett alternativ är injektion av lorazepam.
- Depressiva symtom bör behandlas med antidepressivt preparat, med fördel mirtazapin, mianserin eller escitalopram. Maniska symtom kan föranleda insättning av stämningsstabiliserande preparat, till exempel litium eller alternativt valproat.

Akut injektionsbehandling vid schizofreni och agiterad psykos

Vid akut agiterad psykos eller mani är det viktigt att snabbt sätta in medicinering i adekvat dos. I många fall går det att motivera patienten att ta emot peroral medicinering, som då bör provas i första hand. Förslag till preparat och dosering finns i tabellen nedan. I vissa situationer, till exempel vid agiterad psykos eller akut mani, är det inte möjligt att ge patienten peroral medicinering och patienten kanske även vägrar all form av medicinering. Det kan då vara nödvändigt med tvångsinjektion av läkemedel. Det kan i sådana situationer även vara nödvändigt med bältesläggning av patienten. Om patienten vid sådan situation är kvarhållen för bedömning enligt LPT, skall bakjour infinna sig för bedömning enligt LPT 6b §, liksom vid konvertering LPT 11 §, när akut tvångsbehandling är indicerad.

Injektionsbehandling och annan tvångsbehandling skall dokumenteras i beslutsjournalen.

Vid bältesläggning skall alltid extravak övervaka patienten. Om patienten somnar först efter höga doser av sederande farmaka ska täta kontroller med övervakning av andning, puls och blodtryck ordineras. Vid tecken till påverkan av puls, blodtryck eller andning ska extravak insättas, oavsett bältesläggning. Pulsoximeter bör kopplas.

Förslag på behandling

I första hand:

- Haloperidol (Haldol 5 mg/ml), 1 ml i.m.
- Om något långvarigare effekt av i.m. antipsykotika eftersträvas akut, till exempel att ny injektionsbehandling är nödvändig påföljande dag, överväg: zuklopentixol (Cisordinol-Acutard, 50 mg/ml), 1 ml i.m.

Kombineras lämpligen med sederande läkemedel:

- Vid lindrigare behov av sedering i första hand prometazin (Phenergan 25 mg/ml) 2 ml i.m.
- Om kraftigare sedering krävs ges istället lorazepam 4 mg/ml, 0,5 (-1) ml i.m., eller Stesolid 5 mg/ml, 1–2 ml i.m.
- I vissa fall kan kortverkande injektion Abilify eller Zyprexa användas.

Akut peroral behandling vid agiterad psykos om patienten tar emot frivilligt.

Förslag på behandling:

Olanzapin velotab 20 mg

Förslag till preparatval och dosering vid psykos

Injektion, akutbehandling

	Uttalade symptom	Måttligt symptom	Äldre/somatiskt sjuka
Haldoperidol (Haldol 5mg/ml)	1–2 ml	1 ml	½ ml
Prometazin (Phenergan 25mg/ml)	2 ml	2 ml	1 ml
Zuklopentixol (Cisordinol-Acutard 50 mg/ml)	2 ml	1 ml	½ ml
Lorazepam 4mg/ml	1 ml	½ ml	½ ml

Peroral akutbehandling

Olanzapin (Zyprexa velotab)	20 mg	15 mg	Ska undvikas
Risperidon/Haloperidol	4 mg	2 mg	1 mg
Zuclopentixol (Cisordinol)	20 mg	10 mg	6–8 mg
Levomepromazin (Nozinan)	50 mg	25 mg	10 mg
Quetiapin (Seroquel)	Trappas till 800 mg	Trappas till 400 mg	Ska undvikas
Aripiprazol (Abilify)	15 mg	15 mg	10 mg
Ziprasidon	160 mg	80 mg	40 mg
Oxazepam (Oxascand)	15–25 mg	15 mg	5–10 mg
Diazepam (Stesolid)	20 mg	10 mg	5 mg

Peroral medicinering vid psykoser

Förstahandspreparat risperidon, i andra hand olanzapin, och vid behandlingsrefraktära fall klozapin. Andra preparat kan dock vara aktuella i förekommande fall.

Om sederande effekt är önskvärt akut kan preparat som olanzapin, levomepromazin eller quetiapin väljas. Alternativt kan neuroleptika, till exempel perfenazin eller risperidon, kombineras under kortare (begränsad) tid med bensodiazepin, vanligen oxazepam. Kombinationen är lämplig om man vill undvika olazapinets metabola biverkningar men ändå ha en sederande effekt som bensodiazepinet bidrar med.

Låg dos av antipsykotika skall eftersträvas i alla sjukdomsfaser. 3–6 veckors behandling kan krävas för utvärdering av preparat och dos. Antipsykotisk läkemedelseffekt inträder ofta redan under första veckan av behandlingen.

Läkemedelsbyte kan bli aktuellt vid bristande effekt eller på grund av biverkningar.

Vid svårbehandlad psykos, där flera preparat prövats kan behandling med klozapin övervägas. Alternativa möjligheter vid svårbehandlad psykos är tillägg av mirtazapin eller mianserin (α2-

antagonister) eller reboxetin (NRI) eller lamotrigin. Ibland kan detta tillåta lägre dos av antipsykotika och ge bättre biverkningsprofil. Lamotrigin och ECT bör också övervägas.

Depotmedicinering

Långverkande behandling med depotberedningar (till exempel Trilafon Dekanoat, Cisordinol depot, Xeplion)) innebär goda möjligheter att minska återfallsrisken. Sådan depotmedicinering inleds i ett något lugnare skede på slutenvårdsavdelning eller i öppenvård, och ges ej som akut medicinering.

Biverkningar av antipsykotika

Extrapyramidala biverkningar (EPS):

Stelhet, kramper, parkinsonism, tardiv dyskinesi.

- Sänk dosen neuroleptika. Ge per oral antikolinergika vid behov, till exempel tablett biperiden (Akineton) 2 mg.

Akut dystoni:

Akut biverkan av neuroleptika, framför allt lågdospreparat som till exempel haloperidol (Haldol).

- **Symtom:** patienten, ofta en yngre person, får muskelsammandragningar i övre kroppshalvan, inklusive ansikts- och halsregionen. Kan till exempel drabba tungan och ge salivering samt talsvårigheter.
- **Behandling:** ge akut injektion biperiden (Akineton) 5 mg/ml, 0,5–1 ml intramuskulärt, eller långsamt intravenöst i akuta lägen. Dosen kan upprepas efter 30 minuter.
- Biperiden (Akineton) peroralt absorberas långsamt (90 min till max) varför preparatet alltid skall ges i.m./i.v. vid akut dystoni.

Malignt neuroleptikasyndrom:

Ovanligt men allvarligt tillstånd som kan orsakas av höga doser alternativt snabb dosökning av neuroleptika. För vidare info se sidan 47.

Metabolt syndrom:

Insulinresistens, dyslipidemi, hypertension, obesitas, glukosintolerans med ökad risk för diabetes, viktuppgång.

Hög inläggningsindikation vid psykossjukdom

- Akut försämrade psykoser, där det är uppenbart att patienten inte kan ta vara på sig och öppenvård/gruppboende inte är tillräckligt.
- Tillkomst av suicidalitet hos patient med psykos är alltid alarmerande och bör föranleda inläggning.
- Även fara för andra bör beaktas.
- Tvångsvård är inte ovanligt – utfärda vårdintyg om nödvändigt. Vid tvångsinjektionsbehandling skall intagningsbeslut enligt LPT 6b § vara fattat (undantag: livshotande tillstånd).

Drogutlöst psykos

Det finns inga kliniska riktlinjer utan rekommendationer baseras på klinisk erfarenhet.

Om patienten tar emot per oral behandling:

- Olanzapin Velotab 20 mg

Om parenteral behandling är nödvändig

- Haloperidol (Haldol 5 mg/ml) 1 ml i.m. och/eller Prometazin (Phenergan 25 mg/ml), 1–2 ml alternativt Lorazepam 4 mg/ml, 0,5 (-1) ml i.m. om det finns möjlighet till andningsövervakning.

Haloperidol (Haldol)

- Inj 5 mg/ml. Kan ges i.m. eller i.v.
- Liten benägenhet för sedering eller hypotension.
- Verkar inom 30–60 minuter.
- Kan ge EPS, akatisi, dysfori; sällsynt förlängd QT eller hjärtarytmi.
- Ges ofta tillsammans med Prometazin (25–50 mg) eller Lorazepam (2–4 mg); kombinationen haloperidol med ett sederande läkemedel ger snabbare reduktion av agitation, kortare tid i till exempel bältesläggning, och lägre frekvens EPS beroende på att lägre dos av neuroleptika är nödvändig.

Prometazin (Phenergan) (licenspreparat; dock kliniklicens)

- 25 mg/ml, 2,5%, ges 1–2 ml i.m. Kan ges 2–3 ggr/dygn
- Fentiazinderivat med antihistaminerg och antikolinerg effekt

Lorazepam (licenspreparat; dock kliniklicens)

- Snabbt upptag från muskeln (mindre fettlöslighet) och kort halveringstid jämfört med Diazepam, inga aktiva metaboliter.
- Rekommendation: 2 mg per injektion och 8 mg/dygn; individuella undantag är möjliga, särskilt beträffande behandling av alkoholabstinens.
- Var försiktig vid polyfarmaci, CAVE kombination med olanzapininjektion.

Zuklopentixolacetat (Cisordinol-Acutard)

- 50 mg/ml.
- Medellångverkande. Normal dos 50–150 mg (1–3 ml) im, som kan upprepas med ett intervall av 2–3 dagar (i enstaka fall 1–2 dagar).
- Inte avsett för långtidsbehandling, och behandlingen skall ej överstiga 2 veckor (kumulerade dosen 400 mg, högst 4 injektioner under denna tid).
- Effekten synes likvärdig för akut bruk jämfört med haloperidol men har långsammare tillslag.

- Dock: iaktta försiktighet med det medellångverkande depåpreparatet Cisordinol-Acutard och ge inte upprepade injektioner i akuta situationer. Haloperidol utgör ett alternativ och ger snabbare insättande effekt (psykomotorisk hämning).

CAVE kombinationsbehandling med injektion olanzapin intramuskulärt och bensodiazepiner, vilket kan ge hypotension och kardiopulmonell dysfunktion, speciellt hos riskpatienter. *Med tanke på potentiellt allvarliga biverkningar bör andra alternativ väljas än injektion olanzapin im.*

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Indikationer

Indikationen förstärks generellt av suicidalitet, nutritionssvårigheter, sviktande somatisk hälsa och andra faktorer som kräver snabb behandlingseffekt. Detta förutsatt att det underliggande tillståndet kan förväntas svara på ECT-behandling.

- Unipolär depression: Vanligaste indikationen.
- Bipolär depression.
- Bipolär sjukdom, manisk fas: ECT är ett behandlingsalternativ vid maniska tillstånd, men i allmänhet inte förstahandsval.
- Katatoni.
- Malignt neuroleptikasyndrom (MNS): ECT har dokumenterad effekt.
- Postpartumpsykos eller -depression.
- Akut psykos och cykloid psykos.
- Schizofreni: Vissa behandlingsrefraktära psykoser kan behandlas med ECT i kombination med farmaka.

Kontraindikationer

Några absoluta kontraindikationer mot ECT finns inte. Risker vägs mot sjukdomsgraden. Relativa kontraindikationer är:

- Aortaaneurysm, cerebrala arteriella aneurysm eller andra kärlmissbildningar med risk för ruptur. Hereditet bör efterfrågas och beaktas.
- Förhöjt intrakraniellt tryck (på grund av hjärntumör eller annan intrakraniell process). Ett visst ökat intrakraniellt tryck uppstår under behandlingen på grund av ökad cerebralt blodflöde.
- Instabila eller svåra hjärt-/lungsjukdomar: Behandlingen medför en hemodynamisk påfrestning vilket bör beaktas för patienter med nyligen genomgången hjärtinfarkt eller stroke, instabil angina, svåra hjärtklaffsjukdomar, kraftigt nedsatt lungfunktion eller allvarlig hjärtsvikt.
- Instabila frakturer eller svår osteoporos: riskabelt på grund av muskelkramper.
- Dessutom finns narkosrelaterade riskfaktorer, oberoende av ECT-effekterna. Dessa ingår i narkosbedömningen men berörs inte närmare i detta vårdprogram.
- Patienter som vid narkosbedömning bedöms ha ASA-klass 4 eller högre ska endast behandlas på vitalindikation.

Biverkningar

- Illamående, huvudvärk och muskelvärk direkt efter behandlingen är vanligt, och kan behandlas med symtomlindrande premedicinering (exempelvis paracetamol).

- Övergående minnesbesvär är en känd biverkan. Oftast återkommer minnesfunktionen inom ett par veckor. I sällsynta fall kan svårigheter kvarstå upp till 6 månader.
- Desorientering och konfusion direkt efter behandlingen uppkommer relativt ofta. En viss grad av förvirring beror på den postiktala effekten av ett epileptiskt anfall och narkosmedel. Bensodiazepiner kan dämpa uttalad agitation eller oro vid konfusion.
- En viss grad av trötthet på grund av narkosen, muskelarbetet och det postiktala påslaget är vanligt.

ECT och samtidig medicinering

På morgonen innan ECT-behandling tas i vanliga fall enbart astma- och blodtrycksmediciner samt eventuell premedicinering. Medicinerna tas med lite vatten.

Alla övriga morgonmediciner tas efter själva behandlingen. Kvalitet och efterförlopp av den första behandlingen kan kräva ytterligare justeringar av medicinering.

Psykofarmaka

ECT ges vid tillstånd med hög återfallsrisk. Långsiktig profylaktisk behandling med inriktning på patientens grundsjukdom bör sättas in så tidigt som möjligt, före eller under behandlingsserien. Om patienten redan har mediciner vid tiden för insjuknandet utan att dessa skyddat bör man överväga att förstärka medicineringen; chansen att samma mediciner ska skydda mot ett nytt återfall efter avslutat ECT är låg. Förutom irreversibla MAO-hämmare är inga psykotropa läkemedel absolut kontraindicerade vid ECT, men ofta är det bra att åtminstone tillfälligt sänka medicineringen. Individuell bedömning av för- och nackdelar med medicinering respektive dosminskning måste göras för varje patient.

- **Antiepileptika:** Patienter med epilepsi, som har en välinställd medicinering, behöver oftast inte justera dosen.
- Vid medicinering i stämningsstabiliserande syfte, är dosreduktion eller tillfälligt utsättning möjliga alternativ på grund av uteblivet anfall. Valproat och karbamazepin verkar vara de preparat som påverkar kramptröskeln mest.
- Generellt rekommenderas att använda antiepileptika i lägsta möjliga dos under ECT-behandling, om de inte används för behandling av epilepsi.
- **Bensodiazepiner:** Är kramptröskelhöjande och gör det svårare att utlösa ett epileptiskt anfall, bör undvikas, vid yttersta behov kan oxascand användas. Bensodiazipinliknande sömnmedel bör undvikas.
- **Centralstimulantia:** Ska sättas ut inför behandling.
- **Litium:** Rapporter finns om ökad frekvens av komplikationer i form av konfusion, och möjligen högre risk för serotonergt syndrom i kombination med serotonerga läkemedel. Om möjligt rekommenderas uttrappning inför ECT, i annat fall nedtrappning till en dos i lägre koncentrationsintervallet.
- **MAO-hämmare:** Försiktighet bör iakttas på grund av risk för serotonergt syndrom. Irreversibla MAO-hämmare **får inte användas** (observera wash-out-period innan behandlingsstart). Man bör särskilt undvika kombinationen MAO-hämmare + Litium under ECT-behandling.
- **Neuroleptika:** Verkar kunna användas utan dosanpassning.

- **Övriga antidepressiva:** Det finns en misstanke om att höga doser antidepressiva kan öka risken för konfusion efter ECT. Fall av serotonergt syndrom finns rapporterade.
- **Blodtrycksmediciner:** Ska användas. Blodtrycks- och pulssvängningar vid själva behandlingen utgör en hemodynamisk påfrestning. Välreglerat blodtryck är viktigt.
- **Theofyllamin** är sällan aktuellt, men är kraftigt kramptröskelsänkande och ska inte användas vid ECT-behandling.
- **Waran:** Färskt PK-värde innan första ECT, sedan PK-kontroll minst en gång per vecka.
- **L-dopa:** ECT ökar dopaminutsöndringen. Det finns en liten risk för psykos på grund av ökad dopaminfrisättning,
- **Insulin:** Medellångverkande och långverkande morgoninsulin brukar justeras enligt följande: halvera dosen morgoninsulin på behandlingsdagen. Långverkande insulin som tas på kvällen reduceras till en tredjedel av ordinarie dos kvällen före behandling. Kontrollera blodsocker på morgonen innan behandling, innan den reducerade morgondosen av insulin tas. Måltidsinsulin ska inte tas under fasta. Glukosdropp under fasta (5 % buffrad glukos, 100 ml/h). Individuell bedömning krävs dock för varje patient.
- **Perorala diabetesmedel:** Ska i allmänhet inte tas på morgonen innan behandling.

Behandlingens utformning och behandlingstid

ECT ges individuellt anpassat med mål att fortsätta behandlingen tills man nått full remission med minsta möjliga biverkningar. Avbryts behandlingen innan full remission uppnåtts är risken högre för försämring efter avslut, även om patienten förbättrats under ECT.

Vanligtvis bokas 8–12 behandlingar varefter behandlingen utvärderas efter hand.

Ibland kan underhållsbehandling i kombination med läkemedel vara ett alternativ för att förebygga återinsjuknande.

Ångestsyndrom

Ångestsjukdomar är vanliga och kan oftast behandlas effektivt. Ångestsyndromen indelas i huvudsak enligt följande: paniksyndrom, social fobi, specifik fobi, generaliserat ångestsyndrom (GAD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och tvångssyndrom (OCD).

Samsjuklighet vid ångestsyndrom är vanligt, och en patient kan uppfylla kriterier för flera ångestsyndrom eller annan psykisk sjukdom, till exempel depression, personlighetssyndrom, ADHD, autismspektrumtillstånd eller missbruk.

Remittering

Vid bedömning av patient med ångestsyndrom på akutmottagningen för vuxenpsykiatri måste man ta ställning till behov av uppföljning. Ofta är det fullt tillräckligt att remittera patienten till primärvården. I tillämpbara fall kan man i remissen rekommendera kognitiv beteendeterapi. Vid allvarligare symtomatologi, vid till exempel samsjuklighet eller suicidalitet, kan remiss till psykiatrisk öppenvård (i regel Affektiva mottagningen) bli aktuellt; diskutera med bakjour.

I allmänhet föreligger låg inläggningsindikation för ångestsyndrom och primära ångesttillstånd handläggs normalt i öppenvård. I undantagsfall kan vårdbehovet vara så stort att slutenvård krävs, till exempel på grund av svåra symtom, samsjuklighet med till exempel depression, autistiska tillstånd eller suicidalitet.

Medicinering

Man bör ta ställning till om långsiktig medicinering bör inledas på akutmottagningen eller om det är lämpligast att detta sköts i sin helhet av den läkare som senare ska följa patienten. Om man beslutar att påbörja medicinering direkt är det viktigt att man säkerställer att patienten får adekvat uppföljning av denna.

Om man i samråd med patienten bedömt att långsiktig medicinering ska påbörjas, inleder man med SSRI. Sertralin, escitalopram eller fluoxetin i första hand. Dosen bör höjas till optimal effekt uppnås. Initialt under insättning av SSRI kan tillägg av anxiolytika behövas, till exempel prometazin (Lergigan), hydroxizin (Atarax), alimemazin, eller, i utvalda fall, bensodiazepin, efter kontakt med bakjour.

SNRI är lämpliga alternativ som kan prövas om ett SSRI-preparat inte ger önskad effekt. Vid paniksyndrom eller tvångssyndrom är klomipramin (Anafranil) ett alternativ, om inte andra behandlingar haft tillräcklig effekt.

Vissa fall av PTSD med otillfredsställande behandlingssvar kan behöva tillägg av atypiska neuroleptika i låg dos (till exempel risperidon eller quetiapin) eller stämningsstabiliserare (lamotrigin, valproat). Upp till 40 % av patienter med PTSD svarar dock inte på farmakologisk behandling.

Även vid OCD kan tillägg av neuroleptika i låg dos (till exempel risperidon 0,5–2 mg) prövas.

Tillfällig ångest

I första hand ska man undvika farmakologisk behandling av tillfällig ångest vid till exempel krisreaktion. I de fall där man trots allt bedömer det som indicerat är följande preparat lämpliga alternativ:

- Prometazin (Lergigan) 25–50 mg vid behov upp till 150 mg/dagligen, eller hydroxizin (Atarax) 10–50 mg, max 100 mg/dag.
- Alimemazin: dosering 5–40 mg. Maxdos/dygn bör inte överskrida 200 mg. Olämpligt till äldre på grund av risk för dagtrötthet och extrapyramidala symtom (EPS).

Sömnstörning

Begreppet sömnstörning innefattar sex huvudgrupper: insomni, dygnrytmstörningar, hypersomni, parasomni, andningsrelaterade sömnstörningar och sömnrelaterade motoriska sömnstörningar (exempelvis Restless legs).

Insomni är den vanligaste sömnstörningen, och uppdelas i ICD 10 i Icke organisk och organisk insomni. I DSM-5 har begreppet organisk insomni tagits bort då man vill se insomnin som en separat diagnos även vid samsjuklighet med andra psykiatrisk eller medicinska sjukdomar.

Diagnoskriterier vid insomni

Insomni innebär att man har svårt att somna in (tar mer än 2 timmar), svårt att upprätthålla sömnen eller att man har besvär med att man vaknar mycket tidigt på morgonen och inte kan somna om. Sömnstörningen ska orsaka besvär dagtid (till exempel trötthet, koncentrationssvårigheter). För att kallas kronisk insomni ska sömnbesvären ha funnits minst 3 månader.

Insomni med samsjuklighet är den vanligaste formen av insomni. Psykiatriska tillstånd som ofta är kopplade till insomni eller kan likna symtomen vid insomi är depressiva störningar, ångestsyndrom (framför allt generaliserad ångest och panikångest), uppseglande mani eller psykos, personlighetsstörningar, demens, konfusion samt abstinenssymtom av alkohol och andra droger. Somatiska tillstånd som kan ge upphov till insomni eller likna insomni är till exempel smärttillstånd, hjärtinsufficiens, koronarsjukdom, tyreoideasjukdom, prostatabesvär (nattlig miktion).

Det är också viktigt att skilja insomni från de andra sömnstörningarna.
Sömnsvårigheter uppstår ofta som följd av:

- Psykiska besvär (ångest, depression).
- Beroende och/eller abstinens.
- Stimulerande substanser (kaffe, tobak, alkohol, narkotika).
- Läkemedelsbiverkningar.
- Sociala problem (konflikter, bekymmer).
- Yttre störningar (ljus, buller, olämplig temperatur).
- Rubbningar i dygnsrytmen (resor, skiftarbete, försenad eller för tidigt sömnfassyndrom).
- Sjukdomssymtom (smärta, klåda, andningsbesvär, halsbränna, myrkrypningar i benen med mera.).

Behandling

Det är viktigt att efterhöra rutiner kring sömn och aktivitet. Sover patienten på dagen? Hur är det med intag av koffeinhaltiga drycker, alkohol eller nikotin på kvällen? Regelbundna sömnrutiner? Finns daglig aktivitet och exponering för solljus? I många fall finns ett behov av psykoedukation kring sömnhygien. Vid behov av farmakologisk behandling ska man i de flesta fall primärt välja ett icke beroendeframkallande läkemedel.

Sömnstabiliserande läkemedel

Melatonin kan användas för kortvarig behandling av primär insomni, speciellt när det finns en dygnsrytmsförskjutning och neuropsykiatrisk problematik. Ingår dock ej i läkemedelsförmånen annat än för barn med ADHD, men finns att köpa receptfritt. Lämpligt förstahandspreparat då det tolereras väl i doser upp till 5 mg.

Propavan 25 mg 1–2 vid behov, en timme innan sänggående. Lergigan 25–50 mg eller alimemazin 20–40 mg, en timme innan sänggående. Observera risk för dagtrötthet och EPS.

Det antidepressiva läkemedlet mirtazapin 7,5–30 mg kan användas till äldre med fördel. Till äldre kan oxazepam 5–10 mg eller Heminevrin utgöra alternativ.

Sömnstörning vid psykisk sjukdom kan behöva tyngre preparat såsom quetiapin 50 mg, nozinan 50-100 mg, olanzapin 5–10 mg, dessa preparat bör undvikas till äldre.

Sömnstabiliserande läkemedel kan även användas som insomningsläkemedel.

Insomningssvårigheter

Zopiklon, 5–7,5 mg, innan sänggående. Alternativ är nitrazepam 5–10 mg innan sänggående. Dessa preparat bör undvikas i första hand på grund av risken för beroende och tillvänjning. Förskrivning i samråd med bakjour. Zolpidem (Stilnoct) ska undvikas på grund av risken för förvirring, avvikande beteende, minnesluckor och dissociativa symtom.

Perorala bensodiazepiner och bensodiazepinliknande farmaka

Bensodiazepin	Tmax timmar (plasma)	T1/
Diazepam (Stesolid)	0,5-1	20-
Zopiclon (Imovane)	0,5-2	5-7
Zolpidem (Stilnoct)	0,5-3	0,8-3,2
Klonazepam (Iktorivil)	1-4	30-
Oxazepam (Sobril)	2	1
Nitrazapam	2	40
Lorazepam (Temesta)	1-2	1
Alprazolam (Xanor)	1-2	12
Alprazolam (Xanor Depot)	5-11	1

Obs! Tider kan förlängas vid exempelvis njurinsufficiens och hos äldre.

Graviditet och psykisk sjukdom

Nedan följer en kort sammanfattning om psykiatriska tillstånd i samband med graviditet. För fördjupning inom ämnet, se Klinisk handbok om psykisk sjukdom hos gravida av Sara Sylvén på DocPlus.

Lindrig till måttlig depression

Symtomen på depression under graviditet och postpartum skiljer sig inte från depressioner vid andra tillfällen under livet, men färgas ofta av det kommande eller nyblivna föräldraskapet med tankar om otillräcklighet eller känslolöshet inför barnet. I svåra fall får kvinnan självmordstankar, vanföreställningar eller svår funktionssvikt. Ifall med lindrig-måttlig symtomatologi (klarar vardagen, inga suicidtankar eller vanföreställningar) är det tillrådligt att inleda behandlingen med stödsamtal eller kognitivt inriktade samtal. Det finns dock en farlig benägenhet att avvakta för länge eller att vården försöker ”normalisera” depressioner under denna period av livet. Om man avvaktar måste man ha tät uppföljning och om inte depressionen förbättras på några veckor bör man överväga farmakologisk behandling. En individuell nytta/riskbedömning för farmakologisk behandling bör göras. Lämpliga läkemedel är i första hand SSRI, sertralin eller citalopram.

Manier, postpartum-psykoser och svåra depressioner

Mani, psykosutveckling och depression under graviditet är allvarliga tillstånd som kan hota fostrets och mammans hälsa och liv. Det är därför viktigt med snabb intervention med insättning av nödvändiga farmaka eller ECT-behandling. Postpartum är risken att utveckla psykos och mani störst dag 2–14 efter förlossningen, men risken kvarstår åtminstone de första 6 månaderna.

Postpartum-psykoser kan förenklat sägas vara av tre typer:

Cykloid typ

Den mest klassiska formen av postpartum-psykos liknar den psykosform som i skandinavisk tradition kallas ”cykloid psykos”, det vill säga en psykos med snabb debut och ett mycket snabbt växlande förlopp. Ena stunden kan kvinnan ha dramatiska symtom för att nästa stund verka helt frisk. Symtombilden innefattar ofta stark förvirring, perplexitet, ångest växlande med lyckokänslor samt olika vanföreställningar, ibland av religiös eller mystisk art. Suicidrisken är stor och i vissa fall sker utvidgade självmord.

Manisk typ

Detta innebär stark uppvarvning med överaktivitet, euforiskt eller irritabelt stämningsläge, förhöjd självkänsla, svårigheter att vara stilla, minskat sömnbehov och omdömeslöshet. Vanföreställningar och aggressivitet kan tillstöta.

Depressiv typ

Med detta menas en djup depression med stark nedstämdhet, skuldkänslor, värdelöshetskänslor, energibrist, koncentrationssvårigheter och självmordstankar. Inte sällan får kvinnan vanföreställningar och hallucinationer, som ofta har teman om att barnet är skadat eller vanskapt. Stor suicidrisk.

Vid misstanke om psykos, mani eller svår depression postpartum ska akut psykiatrikerbedömning utföras. I de flesta fall tas patienten över till psykiatrin för vidare behandling. Affektiva symtom postpartum är ofta snabbt växlande och fluktuerande. Därför får inte uppgifter från BB om att allvarliga symtom förelegat negligeras om patienten verkar bättre vid den psykiatriska bedömningen. Behåll i sådana fall extravak och bedöm snart igen. Låt aldrig anhöriga överta extravak-funktionen. Behov av vård enligt LPT och extravak föreligger ofta. Av säkerhetsskäl bör patienten som regel överföras till en psykiatrisk vårdavdelning. Endast ifall med lindrig symtomatologi kan vården fortsätta med extravak på BB. Vid misstanke om postpartum-psykos, mani och svår/psykotisk depression ska behandling insättas snabbt. ECT är ofta förstahandsbehandling. Farmaka bör vanligen insättas i avvaktan på ECT. Kombinationen av neuroleptika och stämningsstabiliserare rekommenderas. Lämpliga medel i akutskedet är olanzapin, lamotrigin och haloperidol. Vid depression kan SSRI eller nortriptylin användas. Som alltid ska kvinnans behov av läkemedelsterapi vägas mot eventuell risk för foster eller vid amning.

Läkemedel

SSRI

Kontrollerade studier tyder på att SSRI-preparaten som grupp inte ger ökad missbildningsfrekvens hos fostret. SSRI-exposition under sista trimestern ökar risken för neonatala komplikationer (hypotoni, uppfödningssvårigheter och även kramper), men dessa är i allmänhet övergående och beskedliga. Det finns inte skäl att sätta ut eller minska SSRI under sista trimestern; tvärtom kan dosen behöva ökas beroende på ökad plasmavolym och metabolism. Paroxetin och fluoxetin bör ej väljas för nyinsättning under graviditet, då studier visat att dessa preparat kan ge en viss ökning av risken för hjärtmissbildning. Patient som är välbehandlad och redan står på paroxetin eller fluoxetin, bör dock oftast fortsätta med detta preparat under graviditeten, då riskökningen är mycket liten.

Mängden SSRI som passerar ut i bröstmjölk är liten och anses kompatibel med amning.

SNRI

Erfarenheterna av venlafaxin till gravida och ammande är betydligt färre än för SSRI. Data hittills tyder på att venlafaxin inte ger upphov till ökad missbildningsrisk. Risk för neonatala utsättningssymtom föreligger dock har venlafaxin ansetts kompatibelt med amning, men barnet bör kontrolleras av barnläkare.

Tricykliska antidepressiva, TCA

Data från det svenska födelseregistret har antytt att klomipramin kan medföra en ökad risk för hjärtmissbildningar hos fostret, som regel av mild typ. TCA med noradrenerg profil, såsom nortriptylin och desipramin, har ansetts som lämpliga medel för att de eventuellt skulle ha mindre risk för neonatala biverkningar än TCA med serotonerg effekt. TCA som nortriptylin, klomipramin och desipramin har inte ansetts kontraindicerade vid amning.

Anxiolytika

Prometazin (Lergigan) kan användas vid behov under graviditet som anxiolytika. Om bensodiazepin används bör det vara tillfälligt och kortverkande preparat väljs, till exempel oxazepam.

Sömnmedicin

För tillfällig sömnstörning under graviditet kan propiomazin (Propavan) användas. Under amning är däremot det kortverkande zolpidem (Stilnoct) lämpligt (mycket ringa passage till bröstmjölken).

Litium och antipsykotiska farmaka

Behandling med Litium och antipsykotiska farmaka under graviditet och nyföddhetsperiod ska alltid skötas av specialist i psykiatri.

Patient med lätt till måttlig depression utan suicidalitet, och med SSRI behandling, kan följas på vårdcentral. Psykosomatisk sjukgymnast kan vara en bra resurs i synnerhet för patienter med hög ångest, i tillägg till stödsamtal och/eller KBT.

Om kvinnan motsätter sig kontakt mellan till exempel mödravård och psykiatrin är det viktigt att veta att offentlighets- och sekretesslagen inte hindrar utlämnande av uppgifter, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Ätstörningar

Termen ätstörningar är en samlingsbeteckning för anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörningar UNS (atypiska ätstörningar och hetsätningsstörningar). För diagnos ska störningen inte vara sekundär till någon annan psykisk störning (till exempel depression eller ångestsyndrom) eller till någon medicinsk sjukdom (till exempel hypotalamisk tumör). För utförlig diagnostik, se DSM-5.

Patienter med ätstörningar vårdas ibland på psykiatrisk avdelning, till exempel vid suicidala tillstånd, eller på medicinsk avdelning med stöd från en psykiatrisk avdelning vid LPT. Tvångsvård kan bli nödvändigt om patientens liv är i fara och patienten motsätter sig vård, eller om patienten är självmordsbenägen.

Vid samsjuklighet med till exempel depression eller tvångssyndrom kan behandling med SSRI vara indicerad.

Anorexia nervosa

Vid anorexia nervosa uppträder psykiska symtom som ångest, depression och självmordstankar, tvångsmässighet, sömnsvårigheter, hyperaktivitet, irritabilitet, låg självkänsla, och patienten kan bli socialt isolerad.

Somatiska symtom är till exempel avmagring, perifer cyanos, kalla händer och fötter, bradykardi (inträder relativt tidigt i sjukdomsförloppet), hypotension, hypotermi, perifera ödem, lanugobehåring samt tand- och tandköttsskador. Patienten kan även uppvisa försenad längdtillväxt och pubertetsutveckling.

Labbprover kan påvisa anemi, leukopeni, trombocytopeni, granulocytopeni, folsyre- och B12-brist, hypoglykemi, elektrolytrubbningar med bland annat hypokalemi, samt låga magnesium- och zinkvärden. Somatisk utredning kan även påvisa tyreoideapåverkan, leverpåverkan (förhöjt ALAT), låga värden av LH och FSH (vid amenorré), EKG-förändringar (förlängt QT- intervall, avflackad T-våg, ST-sänkningar), samt osteopeni/osteoporos. De somatiska komplikationerna kan bli så allvarliga att patienten avlider.

Remittering och behandling

I allmänhet ska patient med ätstörning remitteras till Ätstörningsenheten, Affektiva mottagningen.

Patienten bör vårdas på medicinsk akutvårdsavdelning vid till exempel:

- BMI <14, alternativt snabb viktnedgång.
- Allvarlig hypokalemi.
- Förlängd QT-tid.
- Vid puls <40 tas även kontakt med medicinjour för eventuell överföring till medicinsk övervakningsavdelning.

Patienten bör läggas in vid låg kroppstemperatur (<35,5-36° C), vid total dryck-/matvägran, eller risk för att ovanstående komplikationer inträder inom något dygn om svälten fortsätter.

Hos gravt avmagrade patienter finns risk för ”refeedingsyndrom” vid för snabb näringspåfyllnad på grund av minskad hjärtkapacitet och elektrolytrubbningar, vilket kan leda till ödem, hjärtsvikt och

koma. Under de första veckorna måste näringstillförseln hos sådan patient därför vara reducerad till ca 20–30 kcal/kg kroppsvikt per dag.

Bulimia nervosa

Vid bulimia nervosa är vanliga psykiska symtom ångest, depression och självmordstankar, självdestruktivitet, låg självkänsla och missbruk.

Vid bulimia nervosa blir de kroppsliga symtomen i allmänhet inte lika svårartade och dramatiska som vid anorexi eftersom patienten oftast är normalviktig. Somatiska symtom kan vara esofagit, tandemaljskador, buksmärtor och parotishypertrofi.

Labbmässigt finner man till exempel förhöjt S-amylas, hypokalemi, hypokloremi, hypokalcemi och metabolisk alkalos. Diskutera med medicinjour i förekommande fall.

Krisreaktioner

Patient som söker på akutmottagning för vuxenpsykiatrin på grund av okomplicerad krisreaktion kan beredas samtalskontakt med kuratorn, med stöd av läkare vid behov, och sedan remitteras över till vårdcentral. Vid samtidig suicidalitet bedöms patienten i enlighet med direktiv för suicidnära patienter. Även inläggning kan då bli aktuellt i förekommande fall. Vid krisreaktioner av psykotisk art kan tvångsvård bli aktuellt.

Patient som mist anhörig på grund av suicid bör erbjudas samtalskontakt, efterlevandesamtal, inom psykiatrin. Lugnande läkemedel kan erbjudas i form av Lergigan och vid sömnsvårigheter Propavan. Undvik bensodiazepiner så långt som möjligt vid krisreaktioner.

Sjukhuskyrkan finns som en resurs vid akut kris, om patienten så önskar.

Demens

I normalfallet handläggs demenssjukdomar på geriatriska kliniken. Vid allvarliga psykiatriska symptom kan ett nära samarbete krävas, bemötande kan vara helt avgörande.

För en dement patient med till exempel beteendestörning och tillkomst av vanföreställningar kan tvångsvård vara nödvändigt. Om tillståndet debuterar på geriatrisk avdelning är huvudregeln att patienten ska vara kvar på den geriatriska avdelningen med bistånd av psykiatrin. Vid LPT-vård är det överläkare på den psykiatriska avdelningen som ansvarar för LPT-vården, som i de flesta fall kan avskrivas efter några få dagar.

Om i stället sådan patient inkommer till psykiatrin med polis efter att till exempel husläkare utfärdat vårdintyg inleds ofta vården på psykiatriska akutvårdsavdelningen (PAVA). Målet är dock att så snabbt som möjligt överföra patienten till sin hemmiljö, i allmänhet dock efter att vården övergått till HSL.

Vid psykotiska symtom hos dement patient bör låg dos av neuroleptika, i första hand risperidon upp till max 1,5 mg/dygn, insättas. Haloperidol (Haldol) 0,5(-1) mg x 2 är ett annat alternativ. Även Heminevrin kan vara en alternativ behandling. Medicinering med neuroleptika hos dement patient ska snabbt utvärderas, och försök till dosminskning eller utsättning bör eventuellt ske redan inom de närmaste veckorna. Man bör undvika neuroleptika med stark antikolinerg effekt hos dessa patienter.

Remiss skickas till minnesmottagningen och äldrepsykiatriska mottagningen för patienter utan diagnos.

De katatona syndromen

Katatoni är ett syndrom med ökad muskeltonus och innefattar även symtom som hypokinesi, avvikande kroppsställning och total tystnad (mutism). Förekommer vid bipolär sjukdom, psykotiska syndrom samt vid många medicinska och neurologiska sjukdomar. Terminologin och definitionerna angående katatoni skiljer sig mellan olika författare. Bush-Francis catatonia rating scale är en bra skattningsskala för screening och bedömning av allvarlighetsgrad av katatoni och kan vara till hjälp i diagnostiken.

Symtom vid katatoni

- Stupor (minskad/ingen reaktion på stimuli).
- Mutism.
- Katalepsi (orörlighet).
- Posering (intar onaturliga kroppsställningar spontant).
- Vaxartad rörlighet (rigiditet).
- Negativism (motsätter sig uppmaning eller undersökning på ett automatiserat sätt).
- Stereotypier (repetitiva rörelsesekvenser).
- Manerlighet (utför karikatyrer eller överdrivna varianter av annars normala handlingar).
- Agitation.
- Grimaserande.
- Ekolali (meningslöst upprepande av andras ord eller fraser).
- Ekopraxi (automatisk imitering av annan persons rörelser).

Viktiga typer av katatoni

- Deliriös mani (Bell's mani).
- Malign katatoni (letal/perniciös katatoni, akut fulminant psykos, delirium acutum).
- Malignt neuroleptikasyndrom.
- Serotonergt syndrom.

Deliriös mani

- Extrem grad av uppvarvning: maniska symtom i kombination med konfusion
- (=delirium: fluktuerande medvetande-påverkan, konfusion, minnesstörning,
- osammanhängande tal).
- Ofta psykotiska symtom, inkontinens, bisarrt beteende, affektiv labilitet.
- Livshotande tillstånd (upp till 75 % dödlighet i vissa material).
- Uteslut medicinska orsaker, infektion, abstinens.
- ECT har snabb och säker respons.
- Bensodiazepiner kan hjälpa (lorazepam /(diazepam) – men ej lika säkert som ECT.

- Neuroleptika kan förvärra tillståndet.

Malign katatoni

Extrem form av katatoni. Dopaminerg hypofunktion i kombination med serotonerg hyperfunktion.

- Hypertermi (ofta mer än 39°C).
- Rigiditet.
- Konfusion.
- Excitation eller stupor.
- Autonom dysfunktion med blodtrycksförändring, takykardi, takypné.
- I laboratorieprover ses leukocytos samt CK-stegring.
- Upphört vätskeintag ger dehydrering, intracellulär vätskeförlust.
- Muskelsönderfall kan ge hyperkalemi, arytmi.
- Rhabdomyolys med myoglobinuri kan ge njursvikt.
- Ökad risk för tromboembolism, letal risk.

Behandling

- Symtomatisk behandling på intensivvårdsnivå; vätsketillförsel.
- Bensodiazepiner vid behov (lorazepam/diazepam).
- Akut ECT (inom 24 h).

Malignt neuroleptikasyndrom (MNS)

- Kan utlösas av samtliga neuroleptika.
- Riskfaktorer är bland annat manligt kön, dehydrering, CVL, katatona symtom, kokainmissbruk, snabb dosökning och/eller höga doser av neuroleptika, injektionsbehandling, kombinationsbehandling neuroleptika och litium.

Symtom vid MNS (utvecklas i samband med medicinering med neuroleptika)

- Muskelrigiditet.
- Förhöjd kroppstemperatur (perifer genes).
- Autonom dysfunktion med blodtrycksförändring, takykardi.
- Tremor.
- Diafores (svettning).
- Dysfagi.
- Inkontinens.
- Förändrad medvetandenivå, allt från konfusion till koma.
- Mutism.
- Leukocytos, förhöjt kreatinfosfokinas (CK).
- Komplikationer ses som vid malign katatoni, det vill säga pneumoni, tromboembolism, arytmi, rhabdomyolys och njursvikt. 10 % dödlighet.

Behandling

- Utsättning av neuroleptika.
- Symtomatisk behandling på intermediär- eller intensivvårdsavdelning, vätsketillförsel.
- Vid mildare symtom, samt temp < 39°C, provas bensodiazepin (lorazepam
- (/diazepam). Om symtom ej i regress, eller vid allvarligare symtom med konfusion och autonom dysfunktion samt högre temperatur, ges **ECT (bilateralt)**.
- Farmakologisk behandling med bromokriptin (dopaminagonist) samt dantrolen (muskelrelaxerande) kan i vissa fall också användas.

Serotonergt syndrom

Läkemedel och droger associerade med serotonergt syndrom anges nedan. Ofta har en kombination av minst två läkemedel varit inblandade, till exempel MAO-hämmare och SSRI.

Serotonin reuptake inhibitors.

- SSRI.
- SNRI.
- Tricykliska.
- Opiater som petidin, tramadol, fentanyl, dextromethorphan.
- Johannesört.
- Monoaminoxidashämmare.
    - Irreversibla: phenelzin, tranylcypromin.
    - Reversibla: moclobemid.
- Övriga: linezolid (antibiotikum, reversibel MAO-hämmare).
- ECT i kombination med vissa antidepressiva läkemedel, exempelvis Venlafaxin.
  Serotonin-frisättare:
    - Fenfluramin.
    - Amfetamin.
    - Ecstasy.

  Övriga:
    - Litium.
    - Tryptofan.
    - Sumatriptan.

Kan även uppträda vid intoxikation av nämnda medel, men överdos av endast ett serotonergt läkemedel ger oftast högst lindrig till måttlig toxicitet.

Symtom vid serotonergt syndrom

- Hyperreflexi.
- Klonus, myoklonus.
- Muskelryckningar.

- Tremor.
- Ökad tonus/rigiditet.
- Babinskis tecken, bruxism, ataxi, nystagmus.
- Hypertermi, mild <38.5°C; svår ≥38,5°C.
- Takykardi.
- Svettning/kallsvettning.
- Hudrodnad.
- Mydriasis.
- Agitation.
- Hypomani.
- Ångest.
- Konfusion.

Serotonergt syndrom har flera likheter med malignt neuroleptikasyndrom. Den viktigaste skillnaden är tillkomsten av neuromuskulär excitering (hyperkinesi, hyperreflexi, klonus, myoklonus) vid serotonergt syndrom. Malignt neuroleptikasyndrom karakteriseras i stället av bradykinesi, rigiditet med kugghjulsfenomen, och extrapyramidala symtom. I likhet med andra katatonier, finns risk för andningsdepression, arytmier samt rhabdomyolys och njursvikt.

Behandling

- Utsättning av serotonerga läkemedel.
- Bensodiazepiner, till exempel lorazepam.
- Symtomatisk behandling på intermediär- eller intensivvårdsavdelning; vätsketillförsel.
- Behandling med cyproheptadin (Periactin) (5HT-antagonist) (dock ej utvärderat i
- kontrollerade studier).
- Även vissa neuroleptika som är $5HT_{2a}$-antagonister, till exempel chlorpromazin (Hibernal) eller olanzapin (Zyprexa), kan användas.
- ECT ökar den serotonerga aktiviteten, varför ECT ska undvikas.

Anti-NMDA-receptorencefalit

- Limbisk encefalit.
- En stor del av patienterna uppvisar katatoni.
- Psykiatriska yttringar som personlighetsförändringar och psykossymtom.

Patienten uppvisar ofta även neurologiska symtom. Undersökning av lumbalvätska

(lymfocytär pleocytos), EEG samt DT/MR hjärna är vägledande.

Konfusion

Konfusion (engelska: delirium) är förhållandevis vanligt i somatisk slutenvård (10–40% av patienterna; speciellt vanligt på till exempel IVA; ännu högre prevalens hos terminala patienter), och är ett allvarligt tillstånd med hög morbiditet och mortalitet. Konfusion är en medvetandestörning som ger kognitiva förändringar (till exempel försämrat minne, desorientering, språkstörning) eller perceptionsstörning, utvecklas under kort tid (timmar eller dagar) och har ofta ett fluktuerande förlopp under dygnet (ofta värst nattetid), samt är en direkt fysiologisk följd av somatisk sjukdom/skada. Patienten kan uppvisa beteendestörning, apati, ångest, rädsla, maniforma yttringar eller psykotiska symtom som hallucinationer (främst synhallucinationer) och vanföreställningar (ofta av persekutorisk art). Dessa hyperaktiva patienter med tydliga symtom är lätta att upptäcka. Däremot finns risk att hypoaktiva patienter med mer diskret symtomatologi förblir oupptäckta.

Vid psykiatrisk konsultverksamhet på somatisk avdelning är det mycket viktigt att fastställa om konfusion föreligger. Orsakerna till konfusion kan vara många (ibland även i kombination):

Kardio-pulmonella	Respiratiorisk insufficiens Hjärtinfarkt hjärtinsufficiens
CNS	Vaskulärt (infarkt/blödning, migrän) Epilepsi Tumör Skalltrauma Degenerativa sjukdomar, inklusive kognitiva sjukdomar
Metabola	Leversvikt Njursvikt Anemi Hypoxi Hypo- eller hyperglykemi Elektrolytrubbningar, till exempel hyponatremi (SIADH) Endokrina sjukdomar
Systemiska	Abstinensutlöst (alkohol, sedativa) Infektion Malignitet Sensorisk deprivation, social isolering Läkemedel (antikolinergika, steroider, opiater, antiepileptiska, antiparkinson – läkemedel, sedativa hypnotika) Postoperativt (se avsnitt nedan)

Riskfaktorer är hög ålder, komorbid fysisk sjukdom eller demens, syn-eller hörselnedsättning, och miljöfaktorer som social isolering, sensorisk deprivation eller byte till ny miljö (till exempel byte av avdelning). Patienter med hög risk att utveckla konfusion är de som genomgått höftoperation eller transplantation, får dialys, drabbats av brännskada, eller har sjukdom som engagerar CNS.

Handläggning

Identifiera och behandla underliggande somatisk orsak/-er. Vid misstanke om somatisk genes ska patienten i första hand bedömas av relevant läkare på somatiken.

- Provtagning för att utesluta anemi, hypoglykemi, elektrolytrubbningar (Na, K, Ca), infektion, tyreotoxikos. Kontrollera leverprover och kreatinin. Ta EKG. Lungröntgen. DT/MR vid behov. Uteslut missbruk som genes, ha i åtanke att abstinens på alkoholbasis men även upphörande av intag av bensodiazepiner efter långvarigt bruk kan ge upphov till delirium tremens. Tar patienten läkemedel som kan orsaka konfusionen? Är patienten nyligen opererad?

Läkemedelsbehandling:

Behandling av konfusion är i första hand icke-farmakologisk. Vid uttalat utagerande beteende och/eller psykiska symtom kan neuroleptika provas.

- Haloperidol (Haldol) i låg dos under kort period (till exempel tablett 0,5–1 mg x 2), vilket är effektivt mot både agitation och psykotiska symtom (preparatet saknar antikolinerg effekt, ger minimal kardiovaskulär biverkan (kan dock sällsynt ge förlängd QT-tid), och saknar aktiva metaboliter). Haldol ger psykomotorisk hämning, men ej sedering (vilket bör undvikas vid konfusion). Risperidon har visat likvärdig effekt som haloperidol och ges i låg dos under en kort period (0,5–1 mg x 2). Vid kraftigare beteendestörning kan administrering im eller iv vara nödvändigt. Regelbunden dosering är bättre än administrering vid behov. Var uppmärksam på att extrapyramidala biverkningar kan uppträda. Ges ej vid Lewy Body demens.
- Bensodiazepiner kan bli aktuellt som tillägg om sedering är nödvändig. Preparat med kort halveringstid, till exempel lorazepam eller oxazepam bör användas. Bensodiazepiner bör dock användas med försiktighet vid konfusion, då de ger nedsatt kognitiv funktion och kan därmed öka förvirringen. Patienter med organiska hjärnskador kan även få paradoxal reaktion av dessa preparat, med ökad agitation i stället för sedering. Hos patienter med konfusion beroende på leversvikt är lorazepam att föredra framför haloperidol. Bensodiazepiner är förstahandsval vid delirium tremens (se detta avsnitt).
- Tillse god nattsömn: insomningsmedicin om nödvändigt (zopiklon eller eventuellt oxazepam). Klometiazol (Heminevrin) utgör ett bra alternativ, börja med en kapsel, 300 mg, om effekt uteblir kan man ge ytterligare 2 kapslar efter 1–2 timmar.

LPT-vård kan ibland vara nödvändigt, till exempel om en patient med konfusion är farlig för sig själv eller annan person, eller vägrar nödvändig vård (vitalindikation). Patienten kan då vårdas på den somatiska avdelningen med stöd av extravak från en psykiatrisk avdelning.

Det är viktigt med kontinuerlig uppföljning och bedömning under vårdtiden. Då tillståndet ofta är värst nattetid, görs en första bedömning av jourläkare och tillståndet undervärderas ofta under dagtid av ordinarie personal. Rätt behandlat brukar konfusionen avta de närmaste dagarna. Om vissa symtom på kognitiv svikt kvarstår vid utskrivningen skall patienten ha snart återbesök eller snar uppföljning på annan enhet. I allmänhet bör dock patienten vårdas tills konfusionen är helt utläkt.

Postoperativ konfusion (= postoperativt delirium, POD)

Konfusion uppträder ibland postoperativt, som nämnts ovan. Tillståndet är ej ovanligt på till exempel kirurgisk transplantationsavdelning, ortopedisk avdelning (till exempel patient med höftfraktur) eller på IVA.

- Uppträder oftast 1–3 dagar postoperativt.
- Går oftast helt i regress.
- Äldre patienter som utvecklar POD postoperativt efter höftfraktur har större risk att senare få diagnos demens eller kognitiv svikt, liksom ökad risk för senare dödsfall.

Preoperativa riskfaktorer POD:

- Demens.
- Depression.
- Ålder >70 år.
- Preoperativt: narkotika, bensodiazepiner, alkohol.
- Allvarlig somatisk sjukdom.

Peri-/postoperativa riskfaktorer POD:

- Akut smärta.
- Malnutrition.
- Tillägg tre eller fler mediciner inom 24–48 h.
- Anemi.
- Vätske-/elektrolytrubbning.
- Operativ större blodförlust.

Behandling:

- Risperidon i låg dos upp till 2 mg/dygn. Andrahandsalternativ är haloperidol (Haldol) under kort period (till exempel 0,5–1 mg x 2). Se rubrik Konfusion för ytterligare råd vad gäller sömnmedicinering eller om sedering är nödvändig.
- Korrigera avvikande somatiska laboratorieparametrar samt andra postoperativa komplikationer.
- Viktigt med kontinuerlig uppföljning och bedömning under vårdtiden.

LPT-vård kan ibland vara nödvändigt. Patienten vårdas då på somatisk avdelning med stöd av extravak från psykiatrisk avdelning (se avsnittet LPT på somatisk avdelning).

Alkoholberoende

För mer utförlig information, se separat kompendium Alkohol av Tobias Eriksson.

Alkoholabstinens

Symtom på alkoholabstinens.

Ospecifika

- Autonom hyperaktivitet (till exempel svettning eller puls över 100).
- Handtremor.
- Sömnsvårigheter.
- Illamående och kräkningar.
- ÖVERGÅENDE visuella, taktila eller auditiva hallucinationer eller illusioner.
- Psykomotorisk agitation.
- Ångest.

Specifika

Epileptiska anfall (grand mal)

Deliriumutveckling

Bedömning och behandlingsscheman vid alkoholabstinens

Vid din bedömning skall du initialt ta ställning till om patienten kan behandlas i öppenvård eller om slutenvård är indicerat. De flesta patienterna kan erbjudas medicinskt övervakad abstinens i öppenvård men kriterier som gör att man bör överväga slutenvård är nedanstående:

- Somatiska komplikationer som diabetes eller allvarlig hjärtsjukdom, gravt nedsatt allmäntillstånd.
- Tidigare svår abstinens med delirium eller kramper.
- Hög promille initialt, >3‰, då detta i regel ger svåra abstinenssymtom.
- Hög puls, >120, som inte sjunker inom en timme på T Sobril 25 mg 1x1.
- Suicidrisk.

I somatisk status skall allmäntillstånd, BT, puls, buk- och neurologstatus redovisas. Kontrollera kvarstående berusning med alkometer. Ta ställning till behov av ytterligare akut provtagning utöver ankomstprover.

Nu ska du placera patienten i någon av nedanstående kategorier A till C utifrån svårighetsgrad, ett hjälpmedel för att hamna rätt är CIWA-Ar.

CIWA-Ar, Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol revised, är en äldre men väl beprövad skattningsskala för att bedöma abstinens. Du skall bedöma 10 parametrar och sätta poäng utifrån

förekomst och svårighetsgrad av symtom. Om patienten haft kramper eller delirium tidigare läggs 5 poäng till övriga. När du gör bedömningen måste du ta hänsyn till samtidig medicinering som kan påverka symtom som tremor, puls och illamående som betablockerare och antiemetika.

Öppenvårdsbehandling/poliklinisk alkoholavgiftning

Använd den kliniska handboken Alkohol som beslutsstöd för att bedöma om patienten är aktuell för poliklinisk- eller inneliggande avgiftning. Här hittar du också stöd för provtagning och ordination av läkemedel.

- Beroendemedicinska mottagningen kan bistå med en uppföljningsmottagning för alkoholavgiftning i öppenvård. Denna mottagning är tillgänglig på vardagar och förutsätter att man bokar patienten på någon av de fyra tider som finns tillgängliga mellan kl 08.00 och 10.00 i tidboken under resurs; Uppföljningsmottagning
- Patienten skall bokas in på samtliga tider som är aktuella för medicindelning, vilket alltid skall innebära daglig hämtning fram till behandling är utsatt.
- Poliklinisk alkoholavgiftning förutsätter att Antabusbehandling initierats på psykiatriska akutmottagningen eller PAVA och att blodprover som förutsätts för behandlingen är genomförda och vidimerade. Vidare skall patienten ha ordinationer som går att signera i läkemedelslistans utdelningsvy på sömnmedicin, B-vitamin och nedtrappningsschema av bensodiazepiner.
- Om Antabus är kontraindicerat skall patienten inte erhålla tid på uppföljningsmottagningen med mindre än att läkare från psykiatriska akutmottagningen eller PAVA diskuterat ärendet med Dagläkaren på Beroendemedicin.
- Patienter som bokas på uppföljningsmottagningen kommer inte att träffa läkare utan erfaren sjuksköterska. Således bör en kort sjukskrivning utfärdas av läkare på psykiatriska akutmottagningen eller PAVA för denna period av poliklinisk behandling. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet medger kort sjukskrivning på indikation alkoholabstinens (F10.3).
- Skriv remiss till Beroendemedicinska mottagningen för bedömning parallellt med ovanstående handläggning då poliklinisk avgiftning utgör ett separat vårdåtagande som avslutas när abstinensbehandlingen är klar.
- Om ordinationer eller dokumentation är oklara eller ofullständiga kommer patienten hänvisas åter till Psykiatriska akutmottagningen för bedömning.

Slutenvårdsbehandling

Eventuell slutenvårdbehandling sker på avdelning 4B. Innan förflyttning dit kan ske ska patienten blåsa under 0,8 promille, vid högre värde får patienten läggas in på PAVA tills promillehalten sjunkit under 0,8. Vid höga promillevärden med kraftig allmänpåverkan (till exempel promille över 3,0) bör patienten initialt remitteras till medicinakuten för bedömning avseende akut alkoholintoxikation. Beakta även eventuellt att samtidigt intag av andra substanser så som läkemedel eller droger som kan potentiera den toxiska effekten av alkohol.

Kategori A

Orienterad patient med CIWA-Ar mindre än 15 p, ofta allmän oro och sömnstörning som huvudsakliga problem. Kontrollera prover för Antabus med akutsvar, skall blåsa noll promille. Kan

i regel behandlas i öppenvård vid avsaknad av komplicerande faktorer enligt ovan som kräver slutenvård.

Ge Sobril 10 mg enligt ”A-schema” nedan om Antabus accepteras:

- Dag 1 ges 10mg x 4
- Dag 2 ges 10mg x 3
- Dag 3 ges 10mg x 2
- Dag 4 ges 10mg x 1

Ge Inj Vitamin B1 Ratiopharm 50 mg/ml, 4 ml x1, intramuskulärt under tre dagar, värm ampullen med handen för att undvika smärta vid injektion. T Oralovite 1x3 skall sedan ordineras under minst en månad (recept 100 st, 2 uttag).

T Antabus 400 mg skall ges efter provsvar, 1x1 under dag 1–3 och är villkor för bensodiazepiner i öppenvård.

Till natten kan 1–2 T Propavan 25 mg erbjudas.

Kategori B

Mer uttalad abstinens, CIWA-Ar ger 15–24 poäng. Inga riskfaktorer för DT eller EP innebär att patienten kan skötas i öppenvård med villkoret daglig kontakt och Antabus, kontrollera prover med akutsvar. Dessa patienter skall blåsa 0‰ då bensodiazepinschema inleds. Om riskfaktorer för DT eller EP föreligger skall avgiftningen inledas i slutenvård.

Ge Sobril (Oxazepam) 25 mg enligt nedanstående ”B-schema” Ge en ”provdos” på 25 mg och om tillfredsställande respons på symtom ges:

- Dag 1 ges 25 mg 1 x 4 + 1 vb
- Dag 2 ges 25 mg 1 x 3 + 1 vb
- Dag 3 ges 25 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 4 ges 15 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 5 ges 10 mg 1 x 2

Till natten kan 1–2 T Propavan 25 mg och/eller 1–2 T Zopiklon 7,5 mg ges mot sömnstörning.

Antabus och B-vitamin ges som vid kategori A.

Puls, tryck och allmäntillstånd skall kontrolleras varje halvtimme tills måendet stabiliserats med svar på given medicinering. Om inte adekvat symtomkontroll blir fallet med ”B-schema” skall slutenvård initieras och övergång till ”C-schema” blir fallet.

Kategori C

Svår abstinens som skall skötas i slutenvård initialt. CIWA-Ar >24 poäng. Med eller utan riskfaktorer för DT eller EP.

Första dygnet;

Ge T Sobril (oxazepam) 25–50 mg peroralt och om pulsen inte sjunker inom en timme ges ytterligare 50 mg Sobril. Om tillfredsställande effekt fortsätter man enligt nedanstående ”C-schema”.

Om ovanstående ordinationer ej givit effekt går man över till peroral eller parenteral behandling med Stesolid (diazepam). Ge till exempel Stesolid 20 mg i.m, om pulsen ej sjunkit inom 30 min ges ytterligare 20 mg i.m. Detta kan upprepas upp till 60-80 mg, om utebliven effekt skall man diskutera med medicinjour/anestesi om behovet att överflytta patienten till somatiken för kraftigare sedering.

Fortsatt schema avseende oxazepam eller diazepam blir som du förstår individuellt utifrån fortlöpande bedömning av patienten. Patienter som hamnar i kategori C skall första dygnet observeras 2–4 ggr per timme då deras mående snabbt kan försämras och sederingen som kommer av själva medicineringen kräver övervakning.

- Dag 1 enligt ”första dygnet” ovan.
- Dag 2 T Oxazepam 25 mg 1 x 5 + 1 vb. Upprepa CIWA-Ar skattning vid vb medicinering
- Dag 3 T Oxazepam 25 mg 1 x 4 + 1 vb
- Dag 4 T Oxazepam 25 mg 1 x 3 + 1 vb
- Dag 5 T Oxazepam 25 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 6 T Oxazepam 15 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 7 T Oxazepam 15 mg 1 x 1 + 1 vb

Antabus och B-vitamin ges som vid kategori A.

Övergång i öppenvård kan övervägas efter dag 5 men alla patienter skall bedömas av läkare eller erfaren sjuksköterska efter avslutat schema (dag 8).

Narkotika- och läkemedelsberoende

Vänligen se separata kliniska handböcker Läkemedelsberoende, Narkotika 1, Narkotika 2 och Laroboken av Tobias Eriksson.

Psykiatrisk juridik

Uppgiftsskyldigheter

Patientsäkerhetslag (2010:659)

6 kap. 15 §

Uppgiftsskyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal:

1. Om någon angiven person vistas på sjukvårdsinrättning, efterfrågad av domstol, åklagarmyndighet, polismyndighet, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket
2. Till Säkerhetspolisen för personskydd.
3. Om uppgiften behövs för rättsmedicinsk undersökning.
4. Till Socialstyrelsens råd för rättsliga/sociala/medicinska frågor.
5. Angående avskiljande av studerande från högskoleutbildning.
6. Till Transportstyrelsen för prövning i körkortsärenden.

Skyldighet att utföra:

6 kap. 9 §

Offentliganställd läkares skyldighet att utföra undersökningar och ge utlåtanden på begäran av

- Domstol.
- Åklagarmyndighet.
- Polismyndighet.

På begäran av polisman:

Kroppsbesiktning vid brott som kan ge fängelsestraff.

Undersökning om alkoholpåverkan:

Alltid skyldighet för alla läkare.

Underrättelse närstående/myndighet

Förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården.

2 § Rutiner skall finnas för bland annat:

- Att någon närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd allvarligt försämras.
- Att om en patient som lämnar eller avser att lämna sjukhuset är farlig för någon annans personliga säkerhet eller sitt eget liv, någon närstående till patienten omedelbart underrättas och att, om patienten är farlig för viss person, även denna samt, om det behövs, lämplig myndighet omedelbart underrättas.

Anmälningsplikt

Väsentliga anmälningsplikter för klinikens verksamhet finns i *socialtjänstlagen, körkortslagen, yrkestrafiklagen, vapenlagen, luftfartskungörelsen samt lag om vård av missbrukare (LVM).*

Blankett för anmälan enligt körkortslagen och yrkestrafiklagen finns i Cosmic. Där finns också blankett för läkarintyg avseende särskilt läkarutlåtande efter grovt rattfylleri. Socialstyrelsens föreskrifter beträffande anmälan enligt vapenlagen har en blankett för ändamålet. Beträffande socialtjänstlagen och LVM anmälan finns aktuell blankett i Cosmic.

Enligt offentlighets- och sekretesslagen 25 kap 1 § gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Förutsättningen för ovannämnda anmälningsplikter är skrivningen i lagens 10 kap 28 §:

”Sekretess hindrar inte att uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning”. Anmälningsplikten/uppgiftsskyldigheten måste alltså finnas i av riksdagen stiftad lag eller av regeringen utfärdad förordning.

Utlänningslag (SFS 2005:716)

11 kap. 5 §

Om en utlänning som hålls i förvar behöver sjukhusvård under förvarstiden skall han eller hon ges tillfälle till sådan vård. Verksamhetschefen för den sjukhusenhet där en utlänning vårdas skall se till att Migrationsverket eller den som förestår den lokal där utlänningen vistas genast underrättas, om utlänningen önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset.

Socialtjänstlagen (2001:453)

14 kap. Anmälan om missförhållanden

§1 Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden.

Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom

hälso- och sjukvården och socialtjänsten är skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådana myndigheter. Sådan anmälningsskyldighet gäller också dem som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet…”

Myndigheter, befattningshavare och yrkesverksamma som anges i andra stycket är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av skydd…”

11 kap. Handläggning av ärenden

1§ Socialnämnden skall utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda åtgärd av nämnden…”

2§ Vid en utredning av om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd eller stöd får nämnden, för bedömning av behovet av insatser, konsultera sakkunniga samt i övrigt ta de kontakter som behövs. Utredningen skall bedrivas så att inte någon onödigt utsätts för skada eller

olägenhet. Den skall inte göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ärendet.

Utredningen skall bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader. Finns det särskilda skäl får socialnämnden besluta att förlänga utredningen en viss tid.

Den som berörs av en sådan utredning skall underrättas om att en utredning inleds.

Rutiner för anmälan enligt Socialtjänstlagen 14 kap 1 §

All personal skall vara väl informerad om den vidsträckta anmälningsskyldighet som åvilar myndigheten och dess anställda. Anmälningsplikten och handläggningen inom socialtjänsten framgår av Socialtjänstlag 2001:453, 14 kap 1 § och 11 kap 1–4 §§. Anmälan ställs formellt till socialnämnden, med handläggning på vederbörande social servicecentral.

När kliniken som myndighet gör anmälan fattas beslutet av patientansvarig läkare eller

processansvarig överläkare, i samråd med kurator. Anmälan skall vara skriftlig och kortfattad samt undertecknas av en person.

Om fara är i dröjsmål kan anmälan göras per telefon. Då skall noggrant journalföras vilken information som lämnats till socialtjänstens personal. Anmälaren skall begära att socialtjänstens anteckning om anmälningsblankett genast tillställes kliniken muntligen eller skriftligen för kontroll av att enighet råder om vad som rapporterats.

Om kliniken som myndighet inte gör anmälan finns det tydligt lagstöd för alla anställda att på eget initiativ göra anmälan. Vid en utrednings- eller anmälningssituation (Socialstyrelsens tillsynsenhet, Patientnämnd, HSAN) är liksom vid myndighetsanmälan den person som skrivit under anmälan att betrakta som ansvarig.

Vid framställan från Socialnämnden om att utfå sekretessbelagd information i ett ärende fattar patientansvarig läkare eller i dennes frånvaro ledningsansvarig överläkare beslut enligt sekretesslagen.

Framställan från Socialnämnden skall vara skriftlig, i brådskande fall via telefax, följt av originalhandlingen.

Vapenlagen (1996:67)

Läkares anmälningsplikt 6 kap. 6 §.

En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen skall omedelbart anmäla detta till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd för skjutvapen.

Vilka patienter skall anmälas?

Socialstyrelsens nuvarande hållning är att anmälan skall ske vid vetskap eller misstanke om innehav av skjutvapen, inte säkerställd eller misstänkt vapenlicens som tidigare. Anmälans skall ske om patienten av medicinska skäl kan antas antingen riskera att

1. skada sig själv eller någon annan, eller
2. inte klara av att förvara sitt/sina vapen på ett korrekt sätt

Vid lagrevideringen 060701 utvidgades anmälningsplikten till att gälla ”medicinska skäl” generellt, inte enbart psykisk störning. Härigenom inkluderas enligt lagmotiven även missbruk, demens, vissa neurologiska sjukdomar och grava synfel. Detta är exempel; läkaren får själv ta ställning till om ”medicinska skäl” i övrigt föreligger. Propositionen anger att läkaren ”normalt bör ha specialistkompetens avseende den diagnos som föranleder att lämpligheten ifrågasätts”. Alla klinikens enheter, inom såväl öppen vård som sluten vård, skall tillämpa anmälningsplikten. Någon skillnad i bedömning beträffande slutenvårdspatienter och öppenvårdspatienter skall inte göras.

Alla patienter som tas in på kliniken enligt LPT eller LRV skall anses olämpliga och därmed anmälas (undantag, se nedan), om skäl enligt ovan föreligger.

Både män och kvinnor skall anmälas om skäl föreligger.

Vilka patienter skall inte anmälas?

Det är mycket ovanligt att personer under 18 år medges vapenlicens. Sådana patienter skall inte anmälas. Lagstiftarens grundinställning är att läkaren är skyldig att anmäla alla patienter som av medicinska skäl bedöms vara olämpliga att inneha skjutvapen och uppfyller kriterierna 1. och/eller 2. ovan. Undantag kan endast göras om det står klart för läkaren att patienten inte innehar skjutvapen. Exempel kan vara personer som insjuknat i allvarlig psykisk sjukdom före 18 års ålder eller där läkaren har så ingående kännedom om patienten att det är helt uteslutet att vederbörande har vapenlicens.

Vem skall anmäla?

Anmälande läkare skall vara specialist i någon av psykiatrins grenar. Om patientansvarig läkare inte är specialist skall ärendet anhängiggöras hos chef som är specialist.

Hur skall anmälan göras?

Blanketten Anmälan enligt vapenlagen enligt 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:67) finns under dokument i Cosmic. Klicka fram denna och tryck på fyll i blankett. Viktigt att man fyller i rätt polismyndighet (beroende på var patienten bor/är folkbokförd). Signera dokumentet i Cosmic, skriv ut och lämna till sekreterare för att det ska skickas per post till rätt polismyndighet. När det är sparat/signerat i Cosmic finns den då synbart i Cosmic.

Om det inte är uppenbart olämpligt skall patienten informeras om att anmälan gjorts. Skälen till anmälan skall anges liksom eventuella skäl att inte informera patienten.

I brådskande fall skall polismyndigheten underrättas per telefon i avvaktan på att skriftlig anmälan inges.

Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM (1988:870)

Nedanstående information är taget ur klinisk handbok Tvångsvård av chefsöverläkare Tobias Eriksson vid verksamhetsområdet Beroende- och Neuropsykiatri på Akademiska sjukhuset, och är en kort beskrivning av ämnet. För utförlig information, se handboken.

Sammanfattning, läkarens roll vid LVM

- Anmälningsskyldighet, det räcker att lyfta luren på jourtid och göra anmälan muntligt.
- Undersöka patient och utfärda LVM-utlåtande om patienten är handräckt för undersökningen.
- Om patient redan har ett beslut om LVM skall undersökningen syfta till att bedöma att inte sjukhusvård är påkallad av somatiska eller psykiatriska skäl.
- Om patient vårdas på sjukhus och ett beslut om LVM tas eller finns skall patienten hindras att lämna sjukvårdsinrättningen tills transport är ordnad.
- Vi får ej medicinera eller gränssätta patienten på tvång enligt LVM, är detta aktuellt skall bedömning avseende LPT göras - LPT går före LVM.

Socialnämnden har det grundläggande ansvaret att förebygga och motverka missbruk, så långt det är möjligt skall detta ske på frivillig väg i samförstånd med den berörda missbrukaren. Detta regleras i socialtjänstlagen och i majoriteten av fall tillgodoses vårdbehovet med stöd av denna lag. I vissa fall är dock frivilliga alternativ erbjudna och prövade utan tillräckliga resultat varför vård mot personens vilja kan bli aktuellt.

Det är socialnämnden i kommunen tillsammans med förvaltningsrätten som fattar beslut om tvångsvård enligt LVM, inom sjukvården finns en anmälningsskyldighet som endast omfattar läkare (även icke-legitimerade). Denna innebär att vi skall anmäla till socialnämnden om vi tror att en patient kan uppfylla rekvisiten för LVM.

För att vård skall kunna ges med stöd av LVM måste den så kallade generalindikationen vara uppfylld samt någon av de tre specialindikationerna.

Generalindikationen innebär; att en missbrukare till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt

Specialindikationerna innebär att individen till följd av missbruket;

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
2. löper uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående

LVM är inte tillämpligt på individer yngre än 18 år, ungdomar skall i stället beredas vård enligt LVU (lag om vård av unga) om missbruket kräver tvångsåtgärder.

Inom hälso- och sjukvård är anmälningsskyldigheten särskilt reglerad och gäller endast läkare. All personal kan dock göra en orosanmälan till socialtjänsten.

Enligt LVM 6§, andra stycket, skall läkare genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om någon som kan antas vara i behov av vård med stöd av LVM. Anmälningsskyldigheten gäller alla läkare (även icke-leg) i allmän- eller privat tjänst under förutsättning att inte tillfredsställande vård kan beredas inom den egna verksamheten. Således är man inte tvingad att göra en anmälan om man som läkare anser sig kunna ge adekvat omhändertagande på den egna kliniken.

Anmälan kan vara muntlig (telefon) men bör kompletteras med ett skriftligt dokument som inte behöver vara någon längre utläggning om patientens tillstånd.

Om man uppfattar en överhängande fara för liv och hälsa skall man oavsett tid på dygnet kontakta socialjouren då ett omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM kan bli fallet.

Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128)

Nedanstående information är taget ur klinisk handbok Tvångsvård av chefsöverläkare Tobias Eriksson vid verksamhetsområdet Beroende- och Neuropsykiatri på Akademiska sjukhuset, och är en kort beskrivning i ämnet. Handboken hittas på SharePoint Psykiatri – OMR6.

Förutsättningar för tvångsvård enligt LPT (3§)

Tre rekvisit (I-III) eller villkor måste vara uppfyllda för att LPT skall vara tillämpligt.

Tvångsvård får endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning (I) och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt 1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård (II), som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke (III).

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning. Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket skall det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Beslutsöversikt vid LPT

Kom ihåg att initiering av tvångsvård på patient som redan är inlagd inom psykiatrin enligt HSL innebär konvertering, se klinisk handbok Tvångsvård. Inom vår verksamhet är ett vårdintyg signerat i Cosmic giltigt. Skall patienten transporteras till annan region skall underskriven papperskopia medfölja.

1. Vårdintyget

En legitimerad läkare skriver vårdintyg efter personlig undersökning. Initiativ till undersökningen kan komma från anhörig, polismyndighet, hemtjänst eller annan person som uttrycker oro för patientens hälsa. Du skall endast företa undersökningen om det finns en skälig anledning.

Som legitimerad läkare i allmän tjänst eller som privatpraktiserande med regionavtal att skriva vårdintyg har du rätt att få assistans av polismyndigheten. Be polisen att om möjligt komma civilklädda då detta i regel är mindre uppseendeväckande för grannskapet och inte så upprivande för patienten. För att polisen skall kunna vara behjälplig krävs att man skriver en handräckningsbegäran som faxas till dem, blanketten som är utformad likadant nationellt återfinns i den elektroniska journalen. I samband med handräckningen fattar den legitimerade läkaren ett formellt beslut om omhändertagande för undersökningen. Detta innebär inte att polisen kan föra patienten till läkaren utan att man gör undersökningen på plats i hemmet eller där patienten återfinns.

Om polisen hittar patienten och han eller hon uppenbart är ur stånd att ta vara på sig kan polisen med stöd av egen lagstiftning transportera patienten till sjukvården för läkarundersökning.

Ett vårdintyg är färskvara, det gäller under fyra dagar från utfärdandet. Detta innebär att en patient som avvikit från bedömningen där vårdintyg utfärdats skall handräckas till polismyndigheten och kan transporteras in av dem vid anträffande inom fyra dagar. Om mer än fyra dagar passerat gäller inte längre utfärdat vårdintyg men polisen kommer förstås fortsätta leta efter patienten. När polisen sedan anträffar patienten kan de själva ta beslut om omhändertagande för undersökning om patienten uppenbart är ur stånd att ta vara på sig (§47 LPT). Om patienten däremot uppfattas klar och redig kan polisen inte köra patienten till sjukvården mot dennes vilja utan som läkare får du åka ut till platsen för anträffande och genomföra undersökningen där.

2. Transport

När vårdintyg är skrivet skall polisen bistå med transport till den psykiatriska akutmottagningen eller aktuell slutenvårdsavdelning. Om det är möjligt utan risk för patientsäkerheten kan man be polisen köra patienten till psykiatrin på hemorten där sedan intagningsbeslut efter bedömning av specialistläkare kan ske. Om intagningsbeslut fattas inom psykiatrin i Uppsala och patienten är hemmahörande i exempelvis Stockholm kan vi inte få hjälp av polisen vid transport till hemorten utan sjukvården får då ombesörja detta när tillståndet så tillåter.

Legitimerad läkare i privat tjänst utan avtal med regionen vad gäller vårdintygsprövningar kan skriva vårdintyg men måste då överlämna detta till berörd specialist i psykiatri på psykiatriska akutmottagningen som i sin tur begär handräckning för transport till sjukvården. Intyget kan faxas till berörd bakjour för att påbörja processen men vårdintyg i originalform bör inkomma till psykiatriakuten snarast.

3. Kvarhållningsbeslut

Detta beslut kan fattas av vårdintygsskrivande läkare innan intyget är färdigskrivet, även en icke-legitimerad läkare som har en anställning i offentlig psykiatrisk verksamhet kan fatta beslut om kvarhållning om vårdintyg är utfärdat så att specialistläkare hinner infinna sig och inhämta information inför ett eventuellt intagningsbeslut. Om en patient kommer på ett vårdintyg skrivet av husläkare till psykiatriska akutmottagningen ska den icke-legitimerade läkaren fatta kvarhållningsbeslut. Bedömning avseende intagningsbeslut måste sedan ske inom 24 timmar från patientens ankomst till den psykiatriska akutmottagningen.

4. Tvångsåtgärder innan intagningsbeslut

Patienten skall hållas kvar på mottagningen tills frågan om intagning är avgjord. Om andra åtgärder inte är tillräckliga får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av avdelningen där han eller hon skall vistas. Detta innebär att personal inte behöver hävda nödrätt eller nödvärn vid denna situation.

Kroppsvisitation samt ytlig kroppsbesiktning

Med kroppsvisitation avses undersökning av kläder, bagage och annat som patienten bär med sig, med ytlig kroppsbesiktning menas granskning av de delar av den nakna kroppen som är synliga samt undersökning av armhålor, hår och fotsulor. Detta beslut skall fattas av chefsöverläkaren (eller bakjour med delegation) och får inte fattas av annan läkare eller personal. Observera att polismyndigheten har andra rättigheter och lagrum för kroppsvisitation, varför det kan vara bra att be polis om hjälp med detta om de har transporterat patienten till psykiatrin.

Avskiljande innan intagningsbeslut

Detta beslut får fattas av legitimerad läkare om det finns aggressivitet eller allvarligt störande beteende som väsentligt försvårar vården av medpatienter. Ett formellt kvarhållningsbeslut skall vara fattat. Extravak skall finnas vid detta beslut. Chefsöverläkaren (eller specialist med delegation) skall snarast infinna sig för att bedöma avseende intagningsbeslut.

Fastspänning innan intagningsbeslut

Detta beslut får fattas av legitimerad läkare om vårdintyg är skrivet och det föreligger omedelbar fara att patienten skadar sig själv eller annan. Ett formellt kvarhållningsbeslut skall vara fattat. Extravak skall finnas vid denna åtgärd. Chefsöverläkaren (eller specialist med delegation) skall snarast bedöma avseende intagningsbeslut.

Om annan personal än legitimerad läkare behöver ingripa med fastspänning eller avskiljande innan intagningsbeslut skall detta dokumenteras enligt nödrätt eller nödvärn. Om situationen är instabil måste all personal kunna ingripa med adekvat gränssättning för att undvika fara eller skada utan att invänta läkarens bedömning. Läkaren skall så snart tillfälle ges kallas till situationen.

Medicinsk behandling på tvång innan intagningsbeslut

Beslut om medicinsk behandling vid allvarlig och överhängande fara för patientens liv eller hälsa kan fattas av legitimerad läkare. Ett formellt kvarhållningsbeslut skall vara fattat. Detta innebär att medicinering kan behöva ges för att avbryta ett livshotande tillstånd men man kan inte ge läkemedel i förebyggande syfte för att undvika att en situation skall uppstå. Långtidsverkande depåläkemedel får inte förekomma innan intagningsbeslut har fattats.

5. Intagningsbeslut

Specialistläkare i psykiatri (med delegation från chöl) beslutar om vårdintyget skall gälla eller falla. Intagningsbeslut skall fattas inom 24 timmar från patientens ankomst till den psykiatriska vårdinrättningen. Om vårdintyget utfärdats utanför kliniken får vårdintyget inte vara äldre än fyra dagar.

Intagningsbeslut får inte fattas av samma läkare som utfärdade vårdintyget då det skall vara så kallad tvåläkarprövning, vidare skall vårdintygsbedömning och intagningsbeslut inte ske under samma samtal med patienten. Med detta förfarande undviker man att läkarna påverkar varandra vid bedömningen.

Specialistläkaren kan med stöd av kvarhållningsbeslutet observera patienten under som mest 24 timmar för att inhämta information som ska ligga till grund för ett eventuellt intagningsbeslut.

Patienten skall utförligt informeras om sina rättigheter som tvångsintagen. Informationen skall omfatta rätten att överklaga vården, rätten till juridiskt ombud och möjligheten att få en stödperson. Denna information skall vara både muntlig och skriftlig. Dokumentera i journal att information är given och om den behöver upprepas. I journalen skall framgå att patienten uppfyller rekvisiten för LPT och att intagningsbeslut enligt paragraf 6b är fattat.

Om patienten vill överklaga vården skall man genast hjälpa patienten med detta på enklast möjliga sätt. Om patienten inte överklagar vården och bedöms uppfylla rekvisiten för LPT kan vården pågå högst 4 veckor, inom dessa 4 veckor skall specialistläkare (med delegation från chöl)

inkomma med ansökan om förlängning. När patienten inte längre bedöms uppfylla rekvisiten skall vården genast övergå i frivillig form.

Konvertering, övergång från HSL till LPT (paragraf 11)

Om en patient är inlagd på en psykiatrisk vårdavdelning frivilligt, enligt HSL, och en övergång till LPT är nödvändig krävs förutom de tre rekvisiten som gäller för LPT att det så kallade farlighetskriteriet är uppfyllt. Detta innebär att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. Med skada avses inte bara fysisk sådan utan även psykiskt lidande och trakasserier.

Observerat att om patienten vårdas inneliggande i somatisk vård (medicin, kirurgi, geriatrik) handlar det om vanligt vårdintygsförfarande och inte konvertering!

Vid konvertering sker också en tvåläkarprövning där legitimerad läkare skriver vårdintyget och specialistläkare (med delegation från chöl) sedan fattar intagningsbeslut inom 24 timmar. Kom ihåg att använda den särskilda blanketten för vårdintyg paragraf 11 och att motivera varför farlighetskriteriet är uppfyllt.

Samma regler om gränssättning och medicinsk behandling gäller som vanligt vårdintyg innan intagningsbeslut är fattat, se ovan.

Vid beslut om konvertering skall detta underställas förvaltningsrätten senast dagen efter, aktuella journalanteckningar inklusive beslutsjournal och vårdintyg skall skickas med bud. Kontrollera per telefon att handlingarna nått fram till förvaltningsrätten.

Finns det behov av fortsatt tvångsvård skall specialist (med delegation från chöl) inom fyra dagar inkomma med ansökan om medgivande till fortsatt vård enligt LPT till förvaltningsrätten. Det är med andra ord mer bråttom med kommunikationen till förvaltningsrätten vid konvertering jämfört vanligt vårdintygsförfarande.

Efter den första förhandlingen i förvaltningsrätten fortlöper förfarandet med eventuella förlängningar av vården som vid vanlig LPT-vård. Patienten kan självklart överklaga tvångsvården även vid konvertering.

Medicinering med depotneuroleptika skall inte ges innan intagningsbeslut är fattat vid konvertering.

I akutskedet: signera beslutsjournalen och motivera i beslutsmotivering

- 4§ Vårdintyg, ange vem som skrivit (Leg läkare). Ange även eventuellt omhändertagandebeslut (Leg läkare).
- 6 § Kvarhållningsbeslut (Läkare).
- 6a § Avskiljning, bältesläggning eller tvångsmedicinering innan intagningsbeslut (Leg läkare).
- 6b § Intagningsbeslut, eller ej intagningsbeslut (Chöl-uppdrag).

- Vid intagningsbeslut skall även information enligt 30 (stödperson) och 48 (information) §§ ges till patienten och signeras (Chöl-uppdrag).
- 11 § Konvertering. Vårdintyg (Leg läkare) respektive beslut (Chöl-uppdrag).
- 17 § Tvångsbehandling, till exempel medicinering (Chöl-uppdrag).
- 18 § Områdesbegränsning (Chöl-uppdrag).
- 19 § Fastspänning (bältesläggning) (Chöl-uppdrag).
- 20 § Avskiljning (Chöl-uppdrag).
- 25 § Permission (Chöl-uppdrag).
- 26a § Återintagningsbeslut från öppen till sluten psykiatrisk tvångsvård (Chöl- uppdrag).
- 41 § Överflyttning av LPT vård från en klinik till en annan (Chöl-uppdrag)
- 47 § Bistånd av polis, polishandräckning (Leg läkare innan intagningsbeslut; Chöl- uppdrag då patienten är intagen enligt LPT, till exempel ej återkommit efter permission).

Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV (SFS 1991:1129)

Förutsättningar för rättspsykiatrisk vård, LRV

Lagen gäller den som

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller
4. är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1a § brottsbalken.

För mer information om lagen om rättspsykiatrisk vård se klinisk handbok Tvångsvård av chefsöverläkare Tobias Eriksson vid sektionen Beroende- och neuropsykiatri på Akademiska sjukhuset, som kan hittas på SharePoint Psykiatri OMR6.

Nödvärn och nödrätt

Nödvärn (Brottsbalken 24 kap.)

Om en patient är aggressiv bör vakter tillkallas för skydd av personal och andra patienter. Vid risk för fara kan personal och/eller vakter tillgripa *nödvärn*. Detta innebär att det är tillåtet att sätta stopp för en farlig situation förutsatt att man inte tillgriper mer våld än nöden kräver. Förutsättningen är att det handlar om ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom. Det våld får alltså användas som är nödvändigt för att bemästra faran, även inkluderande bältesläggning i en extrem situation.

Nödrätt

För att förhindra att någon skadar sig själv kan så kallad nödrätt vara tillämplig. Våld eller annan handling som annars skulle vara brottslig får tillgripas för att avvärja fara för liv, hälsa eller egendom. Man får inte använda mer våld än nöden kräver. Faran behöver inte utgöras av en brottslig handling, som vid nödvärn. Nödrätt är även tillämplig till exempel när sjukvårdspersonal försöker rädda livet på en patient som har försökt begå självmord.

Farmaka mot psykisk eller somatisk sjuklighet kan inte ges med hänvisning till nödrätt – *med ett undantag*: En patient i ett akut livshotande tillstånd ska behandlas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med behövliga behandlingsinsatser oberoende av om patienten är föremål för frivillig vård, psykiatrisk tvångsvård eller under förberedelse till vård enligt LPT.

Referenser

Kloka listan (Psykiatri - Kloka listan)

Internetmedicin.se internetmedicin.se - en kunskapsdatabas för läkare

Psykisk hälsa - Kunskapsstöd för vårdgivare (kunskapsstodforvardgivare.se)

Janusinfo Janusinfo.se - Janusinfo.se

Triage akutmottagningen för vuxenpsykiatri.pdf

Kliniska handböcker:

klinisk-handbok-alkohol-2018-01-03

Klinisk-handbok-Tvångsvård

klinisk-handbok-lakemedelsberoende-18-01-03

klinisk-handbok-LARO-2018-01-03

klinisk-handbok-narkotika-1

klinisk-handbok-narkotika-2

klinisk-handbok-hasardspel-180107

klinisk-handbok-tobak-och-nikotin-2018-01-03

Klinisk handbok om psykisk sjukdom hos gravida

Dokumenthistorik

När är dokumentet ändrat av vem och vad.

Författare:

Skriv här.

Granskare:

Skriv här.

Datum:

Skriv här.

Relaterade länkar

Dokument i dokumenthanteringssystem eller journalsystem.

Referenser

Underlag för informationen.

Externa styrande dokument

Lagar, krav, standarder.