



VÅRDSAMORDNARE VID PSYKISK OHÄLSA I PRIMÄRVÅRDEN

– FORSKNING, ORGANISATION OCH IMPLEMENTERING

*Cecilia Björkelund, Irene Svenningsson,
Eva-Lisa Petersson, Jeanette Westman,
Dominique Hange, Lilian Wiegner,
Carl Wikberg, Anna Holst, Sandra af Winklerfeldt,
Maria Magnil-Molinder, Malin André,
Camilla Udo, Lars Wallin, Christina Möller,
Shabnam Nejati, Pia Augustsson*

VÅRDSAMORDNARE VID PSYKISK OHÄLSA I PRIMÄRVÅRDEN - FORSKNING, ORGANISATION OCH IMPLEMENTERING

*Cecilia Björkelund, Irene Svenningsson,
Eva-Lisa Petersson, Jeanette Westman,
Dominique Hange, Lilian Wiegner,
Maria Magnil-Molinder, Malin André,
Carl Wikberg, Anna Holst, Sandra af Winklerfeldt,
Camilla Udo, Lars Wallin, Christina Möller,
Shabnam Nejati, Pia Augustsson*



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Gothenburg 2020

Vårdsamordnare vid psykisk ohälsa i primärvården –
Forskning, organisation och implementering

©

Allmänmedicinskt Centrum

ISBN 978-91-519-6087-6

Printed in Gothenburg, Sweden 2020
BrandFactory AB

Författarpresentation

Cecilia Björkelund, specialist i allmänmedicin och senior professor, Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet och Allmänmedicinskt Centrum, Västra Götalandsregionen

Irene Svenningsson, med.dr. distriktssköterska, Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet och FoU-centrum Fyrbodals, Västra Götalandsregionen

Eva-Lisa Petersson, PhD, leg. arbetsterapeut, Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet; Närhälsan, Västra Götalandsregionen

Jeanette Westman, professor och distriktssköterska, Ersta Sköndal Bräcke högskola, Stockholm, Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm

Dominique Hange, specialist i allmänmedicin, docent och universitetslektor, Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet och Allmänmedicinskt Centrum, Västra Götalandsregionen

Lilian Wiegner, specialist i allmänmedicin och överläkare på Institutet för Stressmedicin (ISM), Göteborg. Doktorand Allmänmedicin Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen. Företagsläkare Hälsan och Stressmedicin, Göteborg

Carl Wikberg – Distriktssköterska, PhD i Medicin. Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet och Allmänmedicinskt Centrum, Västra Götalandsregionen

Anna Holst, specialist i allmänmedicin, medicine doktor och vårdcentralchef, Närhälsan Backa vårdcentral, Göteborg och Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet

Maria Magnil-Molinder, specialist allmänmedicin, med dr, Capio Husläkarna Kungsbacka och Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet

Malin André, docent, specialistläkare i allmänmedicin, Uppsala universitet

Sandra af Winklerfelt Hammarberg, specialist i allmänmedicin, verksamhetschef Liljeholmens Akademiska Vårdcentral, Stockholm.
Doktorand, sektionen för allmänmedicin och primärvård, NVS, Karolinska Institutet, Stockholm

Camilla Udo, socionom, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, klinisk lektor och docent vid Högskolan Dalarna.

Lars Wallin, professor, sjuksköterska, forskningschef Landstinget Dalarna, Högskolan Dalarna, KI, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet

Christina Möller, regionutvecklare och fil mag i socialt arbete, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen

Shabnam Nejati, distriktssköterska, Allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet och Allmänmedicinskt Centrum, Västra Götalandsregionen

Pia Augustsson, leg. hälso- och sjukvårdskurator, fil. mag. Psykologi, Närhälsan, Kungshamn Vårdcentral och Allmänmedicinskt Centrum, Västra Götalandsregionen

Vi vill framföra ett stort tack till alla vårdcentralers personal och vårdsamordnare psykisk ohälsa i Västra Götalands och Dalarnas primärvård som så aktivt bidragit till den kunskap som vi vill förmedla med denna bok.

Vi vill framföra stort tack till Lars Häggström, Psykiater, Affecta Psykiatrimottagning, Halmstad, som faktagranskat kapitel 7 och 8.

Medel till publikationen har erhållits från Forte och VGR

INNEHÅLL

KAP.1 ATT ARBETA SOM VÅRDSAMORDNARE PSYKISK OHÄLSA I PRIMÄRVÅRDEN - KOMPLEX ARBETSUPPGIFT I PRIMÄRVÅRDENS KOMPLEXA VÅRDKONTEXT	10
KAP. 2 PRIMÄRVÅRDEN I SVERIGE OCH VÅRDSAMORDNARENS ROLL.....	16
Primärvården i Sverige.....	17
Vårdsamordnare psykisk ohälsa	23
KAP. 3 VAD VISAR FORSKNING OM VÅRDSAMORDNARFUNKTIONEN VID PSYKISK OHÄLSA/DEPRESSION? EFFEKTER PÅ PATIENTNIVÅ OCH PÅ VÅRDCENTRALS NIVÅ.....	30
KAP. 4 COLLABORATIVE CARE OCH PERSONCENTRERAD VÅRD	36
Att arbeta i team.....	37
KAP. 5 VÅRDSAMORDNARFUNKTIONEN I PRAKTIKEN	42
Uppföljning och samordning	43
KAP. 6 BETEENDEAKTIVERING OCH OMVÅRDNAD VID DEPRESSION – ETT VERKTYG FÖR VÅRDSAMORDNAREN VÅRDSAMORDNARFUNKTIONEN	59
SUICIDRISKBEDÖMNING.....	66
KAP.7 DEPRESSION OCH DEPRESSIONSBEHANDLING – PRIMÄRVÅRDSNIVÅ.....	71
Vårdsamordnarfunktionen vid depression	85
Äldre och depression	86
KAP 8 VÅRD OCH BEHANDLING AV ÅNGESTSYNDROM I PRIMÄRVÅRDSKONTEXT.....	91
Definition och prevalens av ångest.....	92
Behandling av ångestsyndrom	97
Läkemedel.....	98
Specialistvårdsnivå psykiatri för ångestsyndrom	99
KAP. 9 STRESSRELATERAD PSYKISK OHÄLSA.....	103
Definition av stress	104
Utvecklingen mot utmattningssyndrom.....	108
Vanliga symtom vid utmattningssyndrom.....	109

Behandling	111
Vårdsamordnarens insatser	112
Prognos	116
Vad bör vårdsamordnaren hålla koll på?	118
Specialistnivå	120
Samsjuklighet.....	121
KAP 10 SJÄLVSKATTNINGSSINSTRUMENT I VÅRDSAMORDNARFUNKTIONEN	126
KAP. 11 DEN DIAGNOSTISKA PROCESSEN – PRIMÄRVÅRDSNIVÅ	138
Den diagnostiska processen	140
Vad patienten kanske inte berättar	143
Sammanfattning	148
KAP 12 VÅRDSAMORDNARFUNKTIONEN OCH REHABKOORDINATORFUNKTIONEN	152
Vårdsamordnarens funktion.....	152
Rehabkoordinatorns uppgifter	153
Samverkan mellan vårdsamordnare och rehabkoordinator.....	154
KAP. 13 LÄKARROLLEN PÅ VÅRDCENTRALEN MED VÅRDSAMORDNARE PSYKISK OHÄLSA	158
Läkarens arbete	159
Läkaren i teamet.....	161
KAP. 14 VÅRDSAMORDNARFUNKTIONEN I ETT HÄLSOEKONOMISKT PERSPEKTIV	166
Samhällsekonomi, etik och hälso- och sjukvård	167
Kostnadseffektivitet – jämföra kostnader och effekter	167
Hur kan vårdcentralerna/primärvården få del av vinsten för samhället? ..	171
KAP. 15 IMPLEMENTERINGSPROCESSEN.....	174
Struktur för införandet av vårdsamordnarfunktionen	174
Inrättande av vårdsamordnare.....	175
KAP 16 RÅD INFÖR PRAKTISKT INFÖRANDE AV VÅRDSAMORDNARE	180
Att inventera behov.....	180
Att installera funktionen vårdsamordnare.....	181

Att arbeta med funktionen vårdsamordnare.....	182
Att vidmakthålla funktionen vårdsamordnare	183
KAP. 17 ATT LEDA VÅRDSAMORDNARFUNKTION – FÖR DIG SOM CHEF.....	187
Inför implementering av vårdsamordnarorganisation.....	189
Bygg teamet och låt det blomma	190
Följ upp och utveckla.....	193

KAPITEL 1

Att arbeta som vårdsamordnare psykisk ohälsa i primärvården – en komplex arbetsuppgift i primärvårdens komplexa vårdkontext

Cecilia Björkelund

Vårdsamordnare psykisk ohälsa är en ny funktion på svenska vårdcentraler. Vårdsamordnaren är den person på vårdcentralen som har ansvar för att möjliggöra att patienter med psykisk ohälsa får vård av hög kvalitet, och ger möjlighet för individen att delta i utformandet av en vårdplan som är anpassad efter de behov som just den individen har. Det är ett komplext uppdrag och det är inte bara den blivande vårdsamordnaren som behöver kompetens att hantera komplexitet för att kunna fungera bra som vårdsamordnare. Även övrig personal på vårdcentralen behöver kunskap om vårdsamordnarfunktionen för att vårdsamordnarorganisationen ska ge hög och jämlik vårdkvalité till de personer som söker på vårdcentralen med diagnoser som depression, ångestsyndrom eller stressrelaterad psykisk ohälsa. Därför riktar sig den här boken både till vårdsamordnare och blivande vårdsamordnare men också till allmän- och ST-läkare, vårdcentralchefer och övriga professioner i svensk primärvård och vård.

För att kunna åstadkomma en hög kvalitet i vården behövs samverkan och samarbete med patienten samt en hög tillgänglighet och kontinuitet för individen under hela sjukdomsperioden. Du som skall fungera som vårdsamordnare psykisk ohälsa vid vårdcentralen behöver bred kunskap för att åstadkomma detta. Du behöver medicinsk kunskap och omvårdnads kunskap, beteendevetenskaplig kunskap samt organisations- och ledningskunskap. Du kommer som vårdsamordnare att vara en länk in till vårdcentralen för patienten under sjukdomsperioden, och

du kommer vara spindeln i nätet på vårdcentralen med kontakter med behandlande läkare, psykolog, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator etc. Dvs. de som är engagerade i patientens vård. Du kommer också att vara den som tillsammans med vårdcentralchefen ansvarar för att hela vårdcentralen är engagerad i och informerad om vårdsamordnarorganisationen och dess betydelse för den vård som vårdcentralen erbjuder sina patienter.

Primärvård är en mycket komplex verksamhet. Varje år handläggs vårdsökande och patienter med mer än 700 olika diagnoser inom primärvården. De vanligaste diagnoserna finns inom området hjärt-kärlsjukdom, diabetes, lungsjukdom samt psykisk ohälsa, och det är mycket vanligt att de som söker vård har flera sjukdomar, varav ångest eller depression eller stress är en av diagnoserna. Du som vårdsamordnare behöver naturligtvis stor kunskap om hur du på bästa sätt kan stödja och ge vård till individer med psykisk ohälsa, men också kunskap om hur du anpassar den vård och det stöd som primärvården och vårdcentralen kan erbjuda till just den unika personens behov. Det är alltså viktigt att ha stor kunskap om vård och behandling vid depression, ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa just i primärvårdskontexten, och hur den anpassas till personens hela behov – d.v.s. personcentrerad vård. Det är också viktigt att ha kunskap om primärvårdens organisation och innehåll, eftersom den skiljer sig mycket från den specialiserade vården, vilken är organiserad efter speciella diagnosområden snarare än efter personen som önskar stöd, hjälp och behandling.

Något av det allra viktigaste vården kan bidra med är att ge kunskap till individen hur just hon eller han kan hantera sin sjukdom och sina besvär. Detta åstadkoms genom att vårdsamordnaren följer med individen under sjukdomsperioden, anpassar information, vård och stöd till individens aktuella mående, samtidigt som vårdsamordnaren också observerar förlopp och utveckling. Här behöver också du som vårdsamordnare ha bred kunskap om patientkommunikation, vård, sjukdoms- och symtomförlopp och behandlingseffekter, och också kunna bedöma vårdsamordnarens ansvarsområde och övriga kompetensers ansvarsområde.

Den här boken riktar sig till dig som skall vara vårdsamordnare psykisk ohälsa på vårdcentralen, men också särskilt till allmänläkare och

blivande allmänläkare och till chefer och ledare i primärvården. Det är inte bara vårdsamordnaren som har ansvar för att kvalitén på vården blir högre om vårdsamordnarfunktion införs på vårdcentralen. Det är lika viktigt att vårdcentralchefen tar ansvar för att organisationen fungerar och att alla kompetenser på vårdcentralen har kunskap om hur en vårdsamordnarorganisation fungerar. Därför är det viktigt att även läkare, psykologer och övriga kompetenser på vårdcentralen har kunskaper om vårdsamordnarfunktionen och vilken stor betydelse den har för vården av personen med psykisk ohälsa i primärvården. Vi har valt att i denna bok mest koncentrera oss på vårdsamordnarens vårdande och allmänläkarens diagnostiserande och behandlande insatser, men vi är naturligtvis medvetna om den viktiga roll primärvårdspsykologen har när det gäller patienter med behov av psykoterapi och psykologisk behandling på vårdcentralen. Primärvårdspsykologen på vårdcentralen är också viktig för psykoterapeutiska och diagnostiska insatser för patienter med psykisk ohälsa. Primärvårdspsykologen spelar en stor roll för vårdcentralens möjlighet att erbjuda god vård även till personer med psykisk ohälsa och för vårdcentralens kunskap om vilka insatser som kan erbjudas patienterna.

Vårdsamordnarinsatsen är en komplex intervention som kräver både ökad kunskap om vård och handläggning inom primärvården vid psykisk ohälsa och om hur primärvården effektivt samverkar med individen och också om hur man organiserar och leder en effektiv organisation för patient- och vårdsamverkan. Den omfattar både viktig kunskap som vårdsamordnaren behöver i sin vårdsamordnarroll, och också kunskap om allmänläkarens ansvarsområde vad gäller behandling av individen med depression, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa på primärvårdsnivå, samt kunskap hur man implementerar och leder en komplex vårdsamordnarverksamhet. Det är denna kunskap vi önskar förmedla med den här boken.

KAPITEL 2

Primärvården i Sverige och vårdsamordnarens roll

Cecilia Björkelund

För området psykisk ohälsa har det fram till 2015 inte funnits någon organiserad samarbetsvård i primärvården av den typ som är vanlig för diabetes och astma/KOL i form av diabetessköterska och astma/KOL-sköterska på vårdcentralen. Men i Västra Götalandsregionen har nu ett metodutvecklingsprojekt medfört att funktionen **vårdsamordnare psykisk ohälsa** införts på många av regionens 200 vårdcentraler. Det är oftast en distriktssköterska, som på delar av sin tjänst är vårdsamordnare för patienter som söker vårdcentralen p.g.a. depression, ångestsyndrom och/eller stressrelaterad psykisk ohälsa. Införandet genomfördes i sin första del som ett forskningsprojekt gällande vård och behandling av individer med mild till medelsvår depression och utvecklingen har kontinuerligt studerats och utvecklats tillsammans med regionen, primärvården, vårdcentralerna och inte minst vårdsamordnarna. Resultaten visar att både patienterna, vårdcentralens personal och vårdsamordnarna är positiva till funktionen. Patienterna kommer tidigare tillbaka i arbete och depressionsförloppet blir kortvarigare. Insatsen är dessutom mycket kostnadseffektiv. För att förstå komplexiteten i vårdsamordnaruppgiften samt hur dessa resultat kan uppnås med den ganska begränsade vårdsamordnarimplementeringen på vårdcentralen behöver man kunskap om primärvårdens organisation, dess förutsättningar i dagens hälso-och sjukvård samt hur vårdsamordnare psykisk ohälsa fungerar i svensk primärvårdskontext.

Primärvården i Sverige

Mycket av den primärvård som bedrivs i Sverige sker på de cirka 1000 vårdcentraler som finns i landet. Det är oftast den vården vi refererar till när vi pratar om primärvård och som patienter söker sig till för att få vård. I Hälso- och Sjukvårdslagen, som reglerar vården i Sverige, definieras primärvård som *”hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”* (2). För att kunna bedriva primärvård är det alltså viktigt att ha bred kompetens, d.v.s. sjukvårdspersonalen bör ha en sådan utbildning att man kan hantera många olika typer av symtom, besvär, problem och diagnoser och också kunna kommunicera och ge gott bemötande till många olika individer med olika behov. Det är också viktigt att primärvårdens ledning och styrning organiseras så att primärvården är lätt att nå, d.v.s. finns nära befolkningen, samt att den ger möjlighet till kontinuitet och kännedom om individen under livets alla skeden. Det är naturligtvis mycket viktigt med medicinska kunskaper och hög medicinsk kompetens, men man behöver också kommunikativ kompetens och kunskap om hur man skapar effektiva organisationer där samarbete och teamarbete kan utföras i kontinuerligt samspel med patienten/individen och efter varje individs behov.

Övergripande organisation av primärvården

I Sverige ser organisationen av primärvård delvis annorlunda ut jämfört med våra grannländer. Vi har vårdcentraler där ett flertal allmänläkare och distriktssköterskor arbetar, oftast tillsammans med flera andra kompetenser som kuratorer, psykologer, fysioterapeuter, barnmorskor, undersköterskor, medicinska sekreterare, biomedicinska analytiker etc. I Norge och Danmark, där primärvården i och för sig utgör en större andel av totala hälso- och sjukvården, är det vanligare med en- och tvåläkarmottagningar och organisationen av distriktssköterskedelen (hälsosystrar) är helt skild från allmänläkarmottagningarna vilka ofta

saknar mottagnings-sjuksköterskor överhuvudtaget, liksom psykolog- och övrig psykosocial kompetens.

Vårdcentralssystemen infördes i Sverige samband med att provinsialläkarsystemet upphörde på 1970-talet och landstingen övertog ansvaret för uppbyggnaden av primärvården. Den första egentliga vårdcentralen var Dalby vårdcentral i Skåne, som också blev den första akademiska vårdcentralen 1981 med allmänmedicinsk professor och klinisk allmänmedicinsk forskningsverksamhet anknuten till Lunds universitet. Nu finns allmänmedicinska universitetssjukvårdsenheter vid alla universitetstyper i landet och klinisk forskning bedrivs vid många vårdcentraler, bland annat inom det stora området psykisk ohälsa. Vi har idag en betydligt större kunskap om hur ”grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering” av individer med psykisk ohälsa ska bedrivas i primärvården för att den skall vara av hög kvalitet och ge hög tillgänglighet och kontinuitet. Den ska ges i samarbete och samverkan med individen utifrån individens behov och förutsättningar och skall vara effektiv utifrån ett individ-, sjukvårds- och samhällsperspektiv.

Grundförutsättningar för att primärvården skall kunna ge god vård är tillgänglighet och kontinuitet. Alla medborgare i Sverige är aktivt eller passivt listade på någon av våra 1000 vårdcentraler, och cirka 70 % av befolkningen besöker varje år primärvården. Den specialiserade vården har bara kontakt med cirka 40 % av befolkningen varje år (8 % vårdade på sjukhus, 30 % i öppen specialistvård) (3). Totalt antal besök i primärvården är 40 miljoner per år, varav 1/3 – cirka 16 miljoner besök – är läkarbesök. Man beräknar att minst 20 % av dem som besöker primärvården har någon form av psykisk ohälsa, som antingen bidrar till att man mår dåligt eller är huvudorsaken till det dåliga måendet. Minst 3 miljoner besök gäller helt eller delvis psykisk ohälsa.

Patienten/personen i primärvården

Många som söker för besvär och symtom som kan vara orsakade av psykisk ohälsa söker inte för psykiska besvär utan för kroppsliga symtom – det kan röra sig om ont i magen, ont i bröstet, andfåddhet, värk och smärta, etc. Många har både somatisk sjukdom och psykiska

besvär – diabetes och nedstämdhet, hypertoni och oro, etc. Några har psykiska symtom som orsakas av somatisk sjukdom: struma, diabetes, anemi, demens, cancer. Detta innebär att det krävs en *avancerad organisation* för att individer med psykisk ohälsa ska få både hög tillgänglighet och kontinuitet under hela sjukdomsförloppet, samtidigt som vården är av hög medicinsk kvalitet, personcentrerad och ges utefter varje individs behov och förutsättningar. Det betyder också att kunskaper om vårdinnehåll och hur vården skall bedrivas med riktlinjer från den specialiserade psykiatri inte fullt ut kan tillämpas på denna stora grupp av individer där den psykiska ohälsan behöver tas omhand anpassat till hela individens behov. Diagnostik och terapi måste bedrivas *parallellt* och oftast i *samverkan* mellan individen och flera av personalgrupperna på vårdcentralen. Detta kräver stor gemensam kunskap och effektivt samarbete på vårdcentralen och en organisation som gör detta möjligt under hela den tid som individen med psykisk ohälsa behöver stöd och vård.

Vad är psykisk ohälsa?

WHO definierar **psykisk hälsa** som ”ett tillstånd av **psykiskt** välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i.” (4).

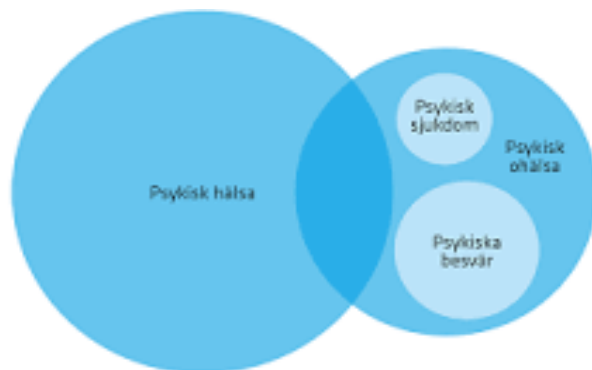


Bild 1. WHO. Illustration av psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa (5)

Psykisk hälsa innefattar alltså något mer än frånvaro av psykisk ohälsa. Definitionen inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och hennes sociala sammanhang.

Folkhälsomyndigheten beskriver begreppen så här: **Psykisk hälsa** används ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom (5). Begreppet **psykisk ohälsa** rymmer olika former av psykiska besvär och även kliniskt definierade sjukdomstillstånd. **Psykiska besvär** beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka funktionsförmågan. Symtomen är inte så omfattande att diagnos kan sättas och är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation (5).

Många av de som söker i primärvården har nedstämdhet, ångestsymtom och/eller sömnsvårigheter, men inte till den grad att det kan betecknas som psykisk sjukdom. Psykisk sjukdom är tillstånd där *flera symtom* uppfyller kriterierna för en diagnos. Psykisk sjukdom avgränsas i dag utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem (ICD och DSM-systemen).

Folkhälsomyndigheten uppger att den psykiska ohälsan ökar i samhället – framför allt hos unga (5). Allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni, psykos och djup depression med suicid ökar dock inte, men i folkhälsoundersökningarna uppger allt fler unga olika former av mildare psykiska symtom som benämns lättare psykisk ohälsa. Milda symtom kan naturligtvis också förorsaka lidande, men behöver inte vara en psykiatrisk diagnos. Ökningen av psykisk ohälsa syns inte bara i Sverige utan förekommer i de flesta länder. Den psykiska ohälsan är också ojämnt fördelad och finns i högre grad bland unga och äldre, bland kvinnor mer än bland män, och är vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper och hos personer födda utom Norden (5).

Vad skiljer psykisk ohälsa i primärvården från psykiatrins område?

Det är alltså en stor grupp av individer som söker för psykisk ohälsa och/eller kroppsliga symtom i primärvården, och diagnostiken är svår. De Nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (6) är utarbetade för depression och ångestsyndrom, men inte för stressrelaterad psykisk ohälsa, vilken växer allra mest bland sjukskrivningsdiagnoser, medan depression och ångestsyndrom som primär sjukskrivningsorsak förhållandevis minskar. Studier i primärvården visar att endast ca 40 % av de som söker p.g.a. psykisk ohälsa har en sådan diagnos där kognitiv beteendeterapi är indicerad som förstahandsbehandling. Resten av gruppen, d.v.s. mer än 50 %, har behov av psykopedagogiska insatser, problemlösning, stöd och kontinuerlig uppföljning (7).

Det är också många individer som har annan somatisk sjukdom som ger ökad risk för psykisk ohälsa, som till exempel diabetes, hjärtsjukdom och KOL. Den somatiska sjukdomen kan förvärras av depressions- eller ångesttillståndet, men omvänt kan också t.ex. diabetessjukdomen förbättras om depressionssjukdomen framgångsrikt behandlas (8). Samsjuklighet, komorbiditet, är vanlig i primärvården, både vad gäller ångest och depression och stressrelaterad psykisk ohälsa, och också som samtidig somatisk och psykisk sjukdom.

Diagnostiken är alltså viktig – inte bara för att särskilja psykisk och somatisk sjukdom, utan även för att skilja de tillstånd där psykoterapi är indicerad från tillstånd där den inte är effektiv eller kontraindicerad – som t.ex. initialt vid utmattningssyndrom. Diagnostiken är dock svår – de flesta individer som idag sjukskrivs i primärvården under någon av diagnoserna depression, ångest eller stressrelaterad psykisk ohälsa (ICD-10 F32, F33, F40, F41, F43) visar förhöjda poäng på skattningsinstrument för två eller flera diagnosgrupper. Diagnospanoramata är skilda från det som ses inom specialistpsykiatri, inte bara vad gäller svårighetsgraden utan också vad gäller samsjuklighet/komorbiditet, symptomatologi, etiologi och förlopp. Rehabiliteringsprocessen måste därför drivas i tät kontakt med och med kontinuerligt stöd till den sjukskrivne, med stor anpassning till den enskildes önskemål, rehabiliterings-, stöd- och behandlingsbehov. Diagnostiken måste

bedrivs som en process, där förloppet och den täta kontakten med individen ger förutsättningar för en avancerad diagnostik, samtidigt som terapi i form av vård och stöd pågår: diagnostik och terapi bedrivs parallellt.

Tillgänglighet och kontinuitet är basen i primärvården

Den nya hälso-och sjukvårdslagen syftar till att öka tillgängligheten i primärvården, och i utredningen om den nya primärvården (9) anges också kontinuitet som en viktig del. Primärvården skall erbjuda kontakt samma dag som patienten söker hjälp och en medicinsk professionsneutral bedömning inom tre dagar. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (6) rankar tillgänglighet och kontinuitet för individer som söker med ”misstänkt depression, depression, misstänkt ångestsyndrom eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna” med högsta ranking. Problemet är idag, att tillgängligheten i primärvården är god och ligger runt ca 90 %, medan kontinuitet över huvud taget inte mäts av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och därför inte kan ingå i uppföljningen av riktlinjerna (10). Sveriges primärvård har dock klart sämre kontinuitetssiffror jämfört med våra grannländer (11). Med det stora inflödet av patienter med psykisk ohälsa och det låga antalet allmänläkare, distriktssköterskor, psykologer och kuratorer per invånare i primärvården krävs en avancerad organisation för att åstadkomma kontinuitet för patienten och vården. En sådan typ av organisation – collaborative care, samarbetsvård – tillämpas redan när det gäller diabetes och KOL på vårdcentralerna just för att skapa tillgänglighet och kontinuitet för patienterna med diabetes respektive KOL, samt ge stöd till individen att hantera sin kroniska sjukdom. Samarbetet sker inom vårdcentralen mellan den specialutbildade sjuksköterskan och läkaren och med patienten, liksom med den specialiserade vården för just den diagnosen.

Vårdsamordnare psykisk ohälsa

Vårdsamordnarfunktionen beskrivs i första linjens (primärvårdens) rad 8 i Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Den benämns där som *Care manager* (6). Care manager är en funktion i primärvården som medför högre kvalitet i vårdcentralens vård av patienter med depression och motsvarar till stor del distriktssköterskans vårdinsatsområde (6). Vårdsamordnarfunktionen innehåller flera delar – både patientvårdande och organisatoriska delar, och baseras på de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (6).

Vad tillför vårdsamordnarfunktionen vården av patienten med psykisk ohälsa?

Basen i vården är patienten och patientens behov. För att vården skall kunna ge vård och behandling utefter individens behov krävs möjlighet till snabbt första besök. Eftersom frågeställningarna ofta gäller behov av sjukskrivning, behov av differentialdiagnostik mellan kroppsliga eller psykiska besvär – eller både-och – och initiering av behandling. De allra flesta patienter som diagnosticerats med psykisk ohälsa har stort behov av tät kontakt och uppföljning, och det är här som vårdsamordnarfunktionen möjliggör både tät kontakt, individualiserad vård, samt möjlighet att lätt nå vårdcentralen och få uppföljning under cirka tre månader (12). Det behövs tidigt ett längre planerings- och informations-samtal med individen för att klargöra individens förväntningar, farhågor och önskemål om vård och behandling. Man upprättar en överenskommelse om hur kontinuerlig kontakt med vårdcentralen skall se ut och hur individen själv kan hantera sin sjukdom. Detta längre – cirka 1 timme långa – samtal med patienten ska ske tidigt i vårdförloppet och ge underlag för fortsatt tät kontakt under de närmaste månaderna, samtidigt som sjukdomsförloppet kan följas och en diagnostisk process pågå.

Diagnostiken är viktig, och behöver naturligtvis prioriteras, men det är inte alltid som en exakt diagnos kan ställas vid första besöket. Oavsett om det är till läkare, psykolog eller sjuksköterska. Därför är en tät kontakt och kontinuitet viktig för att kunna ge underlag, inte bara för en personcentrerad och personanpassad vård i alla sjukdomens faser, utan också för att det ska finnas möjligheter till att förфина diagnostiken

parallellt med att vård, stöd och specifik behandling startas. Även om individen får vänta ett antal veckor innan start av exempelvis psykoterapi kan vård och stöd till individen pågå under väntetiden. Vårdsamordnaren kan följa förloppet genom telefonkontakt varje vecka med patienten genom att patienten genomför självskattning via skattningsskala för depression (kapitel 7 och 10), ångest (kapitel 8 och 10) eller stressymptom (kapitel 9 och 10). Om patienten inte förbättras, om något tillstöter, eller om förloppet på annat sätt avviker, ger vårdsamordnaren feedback till behandlande läkare/psykosocialt team. Vårdsamordnaren har alltså regelbunden kontakt med patienten efter första läkarbesöket och följer upp symtom, informerar om behandling och stödjer patienten genom vårdkedjan och underlättar patientens kontakt med vården (se Fig 2) (12).



Fig. 2 Vårdprocessen för vårdsamordning psykisk ohälsa.

Samtidigt pågår en diagnostisk process, där vårdsamordnaren och allmänläkaren är viktiga medspelare tillsammans med övriga psykosociala teamet. Vårdsamordnaren *ersätter* ingen annan funktion på vårdcentralen utan är ett *tillskott* som ger ökad tillgänglighet och kontinuitet för patienten. Återbesök till läkare, kontakter med psykolog eller annan kompetens på vårdcentralen sker utöver vårdsamordnar-kontakten. Om patienten upplever det som alltför täta och många kontakter på en gång är främst patienten som avgör hur frekvent vårdkontakten skall vara och hur den skall utformas.

Utveckling av organisationen

Det ingår mer i vårdsamordnarens funktion utöver att ge vård, stöd och kunskap till patienten och att samverka med övriga teamet på vårdcentralen. För att samverkan kring patienten skall fungera fullt ut måste organisationen på vårdcentralen fungera för patientgruppen med

psykisk ohälsa. Det måste tillföras kunskap om vårdsamordnarorganisationen inom vårdcentralen – och också vidarebefordras till närmaste psykiatrimottagning. Det måste också finnas kunskap på vårdcentralen om resurser i det omgivande samhället för dessa patienter. Vårdsamordnaren har en viktig roll även i denna organisatoriska utveckling av vårdcentralen, men här har naturligtvis också vårdcentralsledningen ett stort ansvar. Denna organisationsutveckling måste ske på varje vårdcentral och utefter varje enskild vårdcentrals förutsättningar (se kapitel 15, 16 och 17).

Det är Vårdsamordnaren som är spindeln i nätet – som ökar kvaliteten vad gäller



Figur 3. Vårdsamordnarfunktionens uppgifter och beståndsdelar

Kontinuerlig metodutveckling

För att stödja vårdcentralernas inre utveckling av vårdsamordnare psykisk ohälsa-funktionen och också vårdsamordnarfunktionen överhuvudtaget, behövs en regional stödjande organisation som sörjer för metodutveckling, uppföljning, kunskapsgenerering och – framför allt – ger möjlighet för regionens eller områdets vårdsamordnare att regelbundet kunna lyfta problem och frågeställningar och få feedback från erfarna kolleger. I Västra Götalandsregionen har metodutvecklingen, vilken startade med en vetenskaplig studie där kunskap genererades via kvalitativa studier med intervjuer av vårdsamordnare, patienter, läkare etc. och kvantitativa studier av effekt och effektivitet, fortsatt som en akademisk kurs: *Vårdsamordnare*

psyisk ohälsa 7,5 hp (13). Innehållet i den här boken motsvarar ungefär kursens innehåll. Kursen är obligatorisk för vårdamordnare och vårdcentral under uppstart av införande av funktionen på vårdcentralen, men metodutvecklingen måste också fortsätta lokalt/regionalt kontinuerligt. En gemensam kunskapsbas kan på detta sätt utvecklas och spridas och ge stora möjligheter för ytterligare metodutveckling i samverkan.

Referenser

1. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, Udo C, Petersson E-L, Arai N, Nejati S, Wessman C, Wikberg C, André M, Wallin L, Westman J. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Family Practice. 2018;19:28
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0711-z>
2. Hälso-och sjukvårdslag 2017:30 <https://lagen.nu/2017:30#K2P6S1>
3. Lindgren Stefan et al. För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning. SOU 2013:15 del 1. Sid 159
<http://www.regeringen.se/contentassets/eb82afde5a9045f4941c919721c615fb/for-framtidens-halsa---en-ny-lakarutbildning-del-1-av-2-forord-till-litteratur-och-referenslista-sou-201315>
4. WHO Health Report. Primary Care now more than ever. 2008
https://www.researchgate.net/publication/323693045_Primary_Health_Care_now_more_than_ever_The_World_Health_Report_2008
5. Folkhälsomyndigheten. Livsvillkor och levnadsvanor. Begrepp.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>
6. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen, Stockholm 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/depression-och-angest/>
7. Ejeby K. Primary care patients with common mental disorders: quality of life, sick leave and effects of group therapy. Avhandling. Karolinska Institutet 2017
8. Katon WJ. The comorbidity of Diabetes Mellitus and Depression. Am J Med 2008;121(11):Suppl.2S8-S15
9. Socialdepartementet. Samordnad utveckling för god och nära vård SoU 2017:01.
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/06/sou-201929/>
10. Socialstyrelsen. Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom 2019.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>.
11. Eide TB, Straand J, Björkelund C, et al. Differences in medical services in Nordic general practice: a comparative survey from the QUALICOPC study. Scand J Prim Health Care. 2017; 3:1-10. doi: 10.1080/02813432.2017.1358856.
12. Västra Götalandsregionen. Regional Medicinsk Riktlinje. Psykisk ohälsa i primärvård - Uppföljning med hjälp av vårdsamordnare. 2017.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/39591/Psykisk%20oh%C3%A4lsa%20i%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20%20upp%C3%B6ljning%20med%20hj%C3%A4lp%20av%20v%C3%A5rdssamordnare.pdf?a=false&guest=true>
13. Västra Götalandsregionen. Vårdssamordnare psykisk ohälsa utbildning 7,5 hp.
<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/valdval-wardcentral/wardsamordnare-psykisk-ohalsa/funktionen/utbildning-72.5-hp/>

KAPITEL 3

Vad visar forskning om vårdsamordnarfunktionen vid psykisk ohälsa/depression? Effekter på patientnivå och på vårdcentralsnivå

Cecilia Björkelund

Här presenteras det forskningsprojekt som genomförts i Västra Götalandsregionen och Dalarna vilket utgör det vetenskapliga underlaget till metodutvecklingsprojektet *Vårdsamordnare psykisk ohälsa*. Metodutvecklingsprojektet omfattar nästan 200 vårdcentraler i regionen. Vårdsamordnarstudien genomfördes för att vetenskapligt pröva om tillgänglighet och kontinuitet kunde förbättras för patienter med mild-medelsvår depression i primärvården.

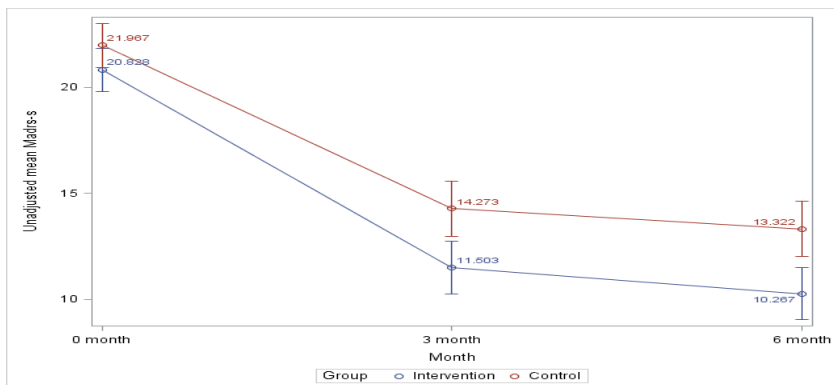
Effekter av införandet av en vårdsamordnare psykisk ohälsa studerades i ett vetenskapligt projekt kallat "Vårdsamordnare psykisk ohälsa för patienter med depression i primärvården". Det genomfördes i samarbete mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och Göteborgs universitet, enheten för allmänmedicin och FoU-enheterna, primärvården VGR och vårdcentraler i VGR och Dalarna 2014-2016. Effekterna studerades på patientnivå, på vårdcentralsnivå och på samhällsnivå.

De viktigaste resultaten rör om det finns positiva effekter av vårdsamordnarkontakt för patienten med psykisk ohälsa utöver de effekter som ses vid den sedvanliga primärvård som ges vid vårdcentraler idag. Det är också viktigt att studera om vårdsamordnarfunktionen upplevs som meningsfull och om den är ett effektivt sätt för hela vårdcentralen att organisera vården av individer med psykisk ohälsa. Viktigt är också att ta reda på om den ökade insatsen visar på positiva effekter som innebär att samhället vinner på

att vården satsar extra resurser på omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa.

Det vetenskapliga projektet genomfördes som en randomiserad, kontrollerad studie, där vårdcentraler med vårdsamordnarfunktion jämfördes med vårdcentraler utan vårdsamordnarfunktion, och gällde omhändertagande av patienter som sökte vårdcentralen på grund av depressiva besvär och där man diagnosticerade mild-medelsvår depression (1). Patienter med svår depression, som ofta behöver specialistvård, inkluderades ej i studien p.g.a. etiska aspekter.

Depressionstillståndet mättes med Montgomery-Åsbergs skala (MADRS-S) (2), som är en självskattningsskala som patienten själv fyller i, och som ofta används för att bestämma nivån av depression hos patienten. Mild depression brukar anges som 13-19 poäng på MADRS-S-skalan, medelsvår/måttlig depression 20-34, medan över 34 poäng anges som svår depression. I studien mättes depressionsnivån vid start av behandlingen, efter 3 månader och efter 6 månader (1). De patienter som fick sedvanlig vård förbättrades betydligt under de första tre månaderna, liksom de patienter som hade vårdsamordnarkontakt under de första tre månaderna. Det som var tydligt var att även om den sedvanliga vården var effektiv så gav vården med vårdsamordnarkontakt både snabbare tillfrisknande och betydligt fler patienter blev symtomfria vid 3 och 6 månader (1). Se figur 1 och tabell 1!



Figur 1. Jämförelse av depressionsmedelvärden enligt MADRS-S vid start, efter 3 och 6 månader för patienter med sedvanlig behandling för depression (röd linje) och för patienter som utöver sedvanlig behandling hade vårdsamordnarkontakt under de 3 första månaderna (blå linje).

Tabell 1. Andel patienter som hade MADRS-S under 12 (remission) vid 3 respektive 6 månader efter studiestart. Jämförelse mellan patienter vid vårdcentraler med vårdsamordnare (intervention) respektive vårdcentraler utan vårdsamordnare. Statistisk signifikant skillnad.

	3 månader		6 månader	
	Vårdsamordnare	Kontroll	Vårdsamordnare	Kontroll
Remission= MADRS-S < 12	50%	42%	61%*	47%

Betydelsefullt var också att en större andel av de patienter som var helt sjukskrivna vid studiens start återgick till arbete under de första tre månaderna jämfört med patienter som fick sedvanlig behandling (tabell 2).

Tabell 2. Återgång i arbete under de tre första månaderna av vårdsam-ordnarstudien. Jämförelse mellan patienter vid vårdcentraler med vårdsamordnare (intervention) respektive vårdcentraler utan vård-samordnare. Statistiskt signifikant skillnad ($p=0,028$). Cirka 50% av deltagarna var sjukskrivna vid studiens start, lika stor andel i både interventions- och kontrollgrupp.

	Vårdsamordnare	Kontroll	P
Återgått till arbete (del-eller heltid)	62,5%*	42,9%	0,028

Vi tolkar detta snabbare tillfrisknande och denna snabbare återgång till arbete som en direkt effekt av det stöd som vårdsamordnarkontakten ger till individen under hela förloppet samt den trygghet som den ökade tillgängligheten och kontinuiteten ger. Utöver vårdsamordnarkontakten sågs ingen ökad – eller minskad – vårdkonsumtion för patienter med depression vid vårdcentralerna med vårdsamordnare jämfört med övriga vårdcentraler (3).

Vår studie baserades på att man både i USA och England kunnat visa att denna typ av vårdsamordnarorganisation på vårdcentralsnivå gett goda effekter för patienternas depression (4,5,6). Organisationsformen bygger på samarbete inom vårdcentralen mellan läkare, sköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och övrig personal som möter patienter

med psykisk ohälsa. Den benämns Collaborative Care – eller samverkansvård på svenska. Detta begrepp myntades av Wagner som i början på 2000-talet beskrev ”Chronic Care Model” som en samverkansmodell mellan olika kompetenser i primärvården, som arbetar tillsammans för att stötta patienter med kronisk sjukdom under hela sjukdomsprocessen (6). Modellen bygger framför allt på samverkan och kontinuitet i vården och är samma modell som tillämpas när det gäller vård av patienter med t.ex. diabetes och astma/KOL. I en utvärdering och litteratursammanställning som gjordes av SBU 2012 med frågeställning hur kvalitén i primärvården kunde ökas för patienter med psykisk ohälsa konstaterades att endast den här typen av samverkansvård med komplexa interventioner hade visats ha effekt i internationella studier (7). Man efterlyste studier av collaborative care med vårdsamordnarfunktion i svensk primärvård, eftersom primärvårdsorganisationer är så olika utformade i olika länder och effekten behövde prövas i en svensk primärvårdskontext.

Utöver goda effekter för individens depression, funktion och depressionsförlopp har studien även visat goda hälsoekonomiska effekter (3). Intervjustudier har visat på goda effekter för patienten (8), för vårdsamordnaren (9) och för läkarna (10). Själva införandemetodiken som utarbetades i forskningsprojektet har också utvärderats (11). Allt detta beskrivs närmare i de följande kapitlen i boken.

Referenser

1. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2018;19:28 DOI 10.1186/s12875-018-0711-z <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0711-z>
2. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
3. Holst A, Ginter A, Björkelund C, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open*. 2018;8:e024741.
4. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming*. *J Gen Intern Med*. 2001;16:143-9.
5. Richards DA, Hill JJ, Gask L, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 347:f4913
6. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014;12:CD006237).
7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*. 2002;288:1909-14.
8. Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, Hange D, Jerlock M, Petersson E-L. An interview study of the care manager function – Opening the door to continuity of care for patients with depression in primary care. *Nursing Open*. 2019;6(3):974-82. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.277> .
9. Svenningsson I, Udo C, Westman J, Nejati S, Hange D, Björkelund C, Petersson E-L. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2018; 36(4):355-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6381518/pdf/ipri-36-1529018.pdf>
10. Hammarberg SAW, Hange D, André M, et al. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2019;37(3):273-82 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2019.163989>
11. Svenningsson I, Petersson EL, Udo C, Westman J, Björkelund C, Wallin L. Process evaluation of a cluster randomised intervention in Swedish primary care: using care managers in collaborative care to improve care quality for patients with depression. *BMC Fam Pract*. 2019; 20(1):108 <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0998-4>
12. Björkelund C, Svenningsson I, Westman J. Vårdsamordnare för depression – effektivt grepp i primärvården. *Läkartidningen*. 2019;116. pii: FSH3.

KAPITEL 4

Collaborative Care och personcentrerad vård

Eva-Lisa Petersson, Irene Svenningsson och Camilla Udo

I det här kapitlet beskriver vi Collaborative Care, som är den samverkansmodell för vårdcentralen som vårdsamordnarfunktionen är en viktig del av. Collaborative Care anger och förutsätter att man inom vårdcentralen har en organisation som gör att man kan samverka mellan olika kompetenser så att vården ska kunna utformas efter varje individs behov.

Collaborative Care innebär att olika professioner arbetar tillsammans. I en collaborative care-organisation har vårdsamordnaren ett stort ansvar för att samverkan kring den enskilde patienten kan komma till stånd och att teamets kompetens tillvaratas. Läkaren har en central roll i teamet i och med det medicinska ansvaret för patienten. Distrikts-sköterskan har specialkunskaper om samverkan med patienten inom vårdområdet och kan genom samverkan mellan primärvårdens olika professioner arbeta för att tillgodose patientens behov. Inom området psykisk ohälsa i primärvården är vårdsamordnaren central och står som viktig samordnare av patientens vård och vårdcentralens samlade kompetens.

Det finns evidens för att collaborative care är ett effektivt sätt att förbättra depressionsförloppet. En definition av collaborative care som ofta används innehåller fyra nyckelkriterier; mångprofessionell inriktning på patientens vård, strukturerad vårdplan, planerad uppföljning samt en fördjupad inter-professionell kommunikation (1,2).

I collaborative care-modellen för psykisk ohälsa i primärvården är vårdsamordnaren central. Vårdsamordnaren involverar och guidar patienten och samverkar med allmänläkaren och andra professioner som till exempel psykolog, socionom, fysioterapeut och arbetsterapeut. Vårdsamordnaren utarbetar tillsammans med patienten en plan utifrån

sjukdomstillståndet där patientens delaktighet är central. Planen baseras på den aktuella situationen och syftar till att stärka förmågan till egenvård. Behandlingen tydliggörs och sker i samråd med patienten och kan vara exempelvis läkemedel, beteendeaktivering och fysisk aktivitet. Vårdsamordnaren följer patienten genom i förväg överenskomna telefonsamtal eller fysiska kontakter. Kontinuiteten ger trygghet, stärker egenvårdsförmågan och underlättar för patienten att följa behandlingen. Arbetssättet skapar förutsättningar för att bygga en ömsesidigt trygg relation där vårdinsatserna revideras utifrån symtom, eventuella biverkningar och förlopp.

Kontinuerlig dialog sker med patientansvarig läkare och/eller andra professioner. Samarbetet i teamet sker kontinuerligt utifrån schemalagda möten, vilket ökar förutsättningarna för tillit och förståelse för de olika professionernas kompetens. När diskussionen fördjupas skapas också möjlighet för kreativa lösningar. Det kan till exempel handla om att skapa gruppverksamhet eller identifiera sammanbetspartners utanför vårdcentralen. Till exempel med kommunen och föreningar i närområdet. Samarbetet i teamet ger också möjlighet till handledning och kompetensutveckling. Det är också viktigt att etablera ett nära samarbete mellan vårdcentralens team och psykiatri (2).

Att arbeta i team

Det är viktigt att organisationen skapar förutsättningar för ett interprofessionellt samarbete kring patienter med psykisk ohälsa, där inte minst fasta strukturer – i form av bland annat avsatt tid för fysiska möten – utgör hörnstenarna för att man i teamet ska lära känna varandra och lita på varandra. För ett fungerande teamarbete är det viktigt att ha god kunskap om varandras kompetens, både formell och individuell, samtidigt som arbetet i team ställer höga krav på ömsesidig anpassning för en effektiv hälso- och sjukvård (3).

Avgörande för ett välfungerande team är enligt Carlström med flera (4):

- teamets medlemmar har olika kompetens och samverkar för att så långt det är möjligt erbjuda patienten bästa möjliga vård

- arbetet präglas av ett öppet och tillåtande klimat, med ett ständigt lärande inom teamet
- målformulering sker tillsammans och så långt möjligt med patienten och dennes närstående,
- arbete i team uppfattas som engagerande, roligt, utvecklande och ökar trivselen. Entusiasmen blir en utvecklande kraft för hela organisationen.

Vilka som bör ingå i teamet kring patienten med psykisk ohälsa kan variera utifrån de lokala förutsättningarna. Vårdsamordnaren och läkaren är viktiga, även psykolog och/eller psykoterapeut är viktiga, samt fysioterapeut, etc. bör finnas med. För läkarens roll i samarbetet med vårdsamordnaren se vidare kapitel 13!

Personcentrad vård

Det är mycket viktigare att känna personen som har en sjukdom – än sjukdomen som en person har. Hippokrates

Vård och behandling i primärvården utgår från personen och personens behov snarare än från en specifik diagnos. Genom samtalet mellan patient och vårdpersonal formas kunskap om individen och individens behov och så kan en vårdresa påbörjas tillsammans.

Personcentrerad vård innebär att patienten ges verktyg och information för att hantera olika situationer som uppstår till följd av sjukdom (5,6,7). Patienten behöver förstå utredning och rekommenderad behandling och vård för att ha möjlighet att själv ta beslut. Patienten och du som vårdsamordnare lägger tillsammans grunden för det gemensamma samarbetet. Personcentrerad vård ger möjlighet att planera inför framtiden och hitta strategier som kan ha effekt på hälsan (5,6).

En personcentrerad vård innehåller olika typer av kunskap och färdigheter. *Faktakunskap, åtgärds kunskap, omdömeskunskap, handlingskunskap och förståelsekunskap.* Vårdsamordnaren får i sin utbildning teoretisk evidensbaserad *faktakunskap* inom området psykisk

ohälsa vilken behöver kompletteras med praktisk kunskap. Den praktiska kunskapen, *åtgärds kunskapen*, får du som vårdsamordnare genom att arbeta på vårdcentralen med patienter. Den teoretiska och den praktiska kunskapen vävs samman när vårdsamordnaren möter patienten. Exempelvis, genom att använda den evidensbaserade kunskapen om nyttan med fysisk aktivitet kan patienten stödjas till aktivitet utifrån sina egna förutsättningar. *Omdömes kunskapen* handlar om vad som är rätt och fel, vilket är centralt i vården. Som vårdsamordnare får du ibland förtroenden som kan vara svåra att hantera. Det krävs då ett gott omdöme om vad som skall dokumenteras eller delas med andra av det patienten berättat, vilket stäms av med patienten. Extern handledning kan också vara av stort värde, samt det psykosociala teamet som kan bistå med hjälp och stöd. *Handlings kunskapen* är ett emotionellt förhållningssätt som visar hur rädsla, mod och övermod inverkar på en individs handlingar i kritiska situationer. Genom att bygga på sin kliniska erfarenhet kan vårdsamordnaren öka modet att hantera svåra situationer. Det kan handla om att möta patienter med suicidtankar, och/eller samtal med patienter som har problematiska hemförhållanden. *Förståelse kunskap* innebär att veta eller förstå vad något betyder. Genom att sätta sig in i patientens situation kan du som vårdsamordnare förstå betydelsen av att leva med psykisk ohälsa och dess konsekvenser. Det kan exempelvis handla om hur relationer påverkar individen både negativt och positivt (7,8).

Vårdsamordnaren utgår från en helhetssyn. Vid mötet med patienten bör du som vårdsamordnare skapa en miljö som är så jämlik som möjligt och med en gemensam förståelse för patientens situation och mål. Vårdsamordnare kan engagera närstående och patient i hur vården kan utvecklas och utvärderas. Mer om hur personcentrerad vård genomförs i praktiken finns i kapitel 5.

Referenser

1. Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashgi G. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 88 doi:10.1186/1472-6963-6-88G
2. Archer J, Bower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012; 10.
3. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. 2017 . <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4-kunskapsunderlag.pdf>
4. Carlström E, Kvarnström S, Sandberg H. Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. Studentlitteratur, 2013.
5. Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. Person - Centered Care – Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2011;10: 248–251
6. Öberg U, Isaksson U, Jutterström L, Orre CJ, Hörnsten Å. Person-Centered Interactive Self-Management Support in Primary Health Care for People with Type 2 Diabetes: Protocol for a Randomized Controlled Trial *JMIR Res Protoc.* 2019; 8(4): e10250.
7. Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Dietisternas riksförbund. Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård. 2019. DanagårdhLitho. ISBN 917536
8. Vårdhandboken. <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

KAPITEL 5

Vårdsamordnarfunktionen i praktiken

Irene Svenningsson, Eva-Lisa Petersson och Camilla Udo

I detta kapitel beskrivs vårdsamordnarens funktion. Vi beskriver vad uppdraget innebär och hur det kan utformas samt vikten av att vårdsamordnare och patient tillsammans verkar för patientens tillfrisknande utifrån dennes unika situation, förutsättningar, behov och preferenser (1). Vårdsamordnaren arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där patientens berättelse utgör en viktig bas för hur det gemensamma arbetet utformas (2,3). Patientens/personens egen berättelse och beskrivning bör få samma vikt som kliniska undersökningsfynd och professionella bedömningar. Vårdsamordnaren upprättar ett patientkontrakt tillsammans med patienten, vilket innebär en gemensamt formulerad vårdplan (4,5,6). Vårdplanen innebär en ökad möjlighet för patienter att känna ett personligt engagemang och ansvar för sin hälsa.

Vårdsamordnare för patienter med psykisk ohälsa i primärvård arbetar för att säkerställa en god och jämlik vård för personer med depression, ångestsyndrom och stressutlöst psykisk ohälsa vid vårdcentralen. Vårdsamordnaren arbetar personcentrerat genom fortlöpande kontakt med patienten där stor tyngd ges patientens unika berättelse genom hela behandlingskedjan/vårdprocessen. Vårdsamordnaren lyssnar in och ställer öppna frågor för att förstå patientens syn på och tolkning av ohälsan. Informationen som framkommer bildar underlag till en gemensam bas för planeringen av den fortsatta vården. Vårdsamordnare och patient tar tillsammans beslut om mål och hur dessa ska uppnås (7). För att nå bästa möjliga resultat för patienten är det viktigt att vårdsamordnaren har stöd och förtroende från vårdcentralens chef,

vilken har en viktig uppgift gällande att inrätta och vidmakthålla en personcentrerad vård (7).

Funktionen vårdsamordnare ger förutsättningar till en vård med god kontinuitet och hög tillgänglighet (8,9,10). Tillsammans med teamet runt patienten är vårdsamordnaren en ytterligare resurs på vårdcentralen. Samarbete med behandlande läkare och personal på vårdcentralen är en viktig del i arbetet med att samordna vården för patienten. Vårdsamordnaren följer upp och koordinerar vården enligt en särskild modell där patientens behov är i fokus vilket också avgör graden av insatsen.

Uppföljning och samordning



Figur 1. Process för vårdsamordning psykisk ohälsa (11)

Uppföljning och samordning

Patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen hänvisas av läkare, annan vårdpersonal eller tar själv kontakt med vårdsamordnaren. Vårdsamordnaren tar sedan kontakt med patienten inom 7 dagar för ett första besök. I de fall där patienten ännu inte haft kontakt med en läkare initierar vårdsamordnaren en sådan kontakt så att patienten får en korrekt diagnos och att somatisk sjukdom kan uteslutas. Se vidare kapitel 11. Därefter sker en kontinuerlig kontakt under ca 12 veckor (alt 6 månader - se kapitel 10) mellan vårdsamordnare och patient, huvudsakligen via telefon. Antalet kontakter är beroende av patientens diagnos och behov av stöd. Behovet av stöd kan förändras över tid. Vid depression och ångest sker kontakten något tätare och under samlad tid än vid stressrelaterad ohälsa där kontakterna är glesare och utsträckta över längre tid. Efter ca 12 veckor (alt 6 månader vid stressrelaterad psykisk ohälsa) avslutas kontakten (se fig 1!).

Första besöket

Inom en vecka efter första kontakten, sker det första mötet mellan vårdsamordnare och patient (se fig 2!). Vårdsamordnaren presenterar sig och sin roll på vårdcentralen som ett första steg i att skapa en relation. Vid detta möte berättar patienten om sina problem och vårdsamordnaren kompletterar den tidigare anamnesen. Fokus ligger på patientens personliga och arbetsrelaterade förhållanden där denne med egna ord beskriver sin situation. Det är viktigt att patienten får god tid på sig för att tänka efter och inte känna sig stressad i sin berättelse. För att underlätta för patienten använder vårdsamordnaren sig av öppna frågor och följdfrågor vilket hjälper patienten att reflektera över sin situation. I de fortlöpande kontakterna med patienten använder vårdsamordnaren även skattningsskalor som ett stöd för att dokumentera patientens tillstånd och följa utveckling över tid. Dessa fyller patienten själv i vid besöket med stöd av vårdsamordnaren. Resultatet från skattningsskalorna diskuteras därefter tillsammans med vårdsamordnaren. Utifrån nivån på resultatet i respektive frågeområde fördjupas diskussionen. Det är därför viktigt att vårdsamordnaren är inlyssnande till hur den unika patienten upplever och skattar sin situation. Även om diagnosen är densamma för flera patienter är situationen och sättet att hantera den olika och skiljer sig åt från individ till individ. Vårdsamordnaren tar upp om det finns läkemedelsbehandling, eventuella biverkningar, behov av terapeutiska insatser och/eller deltagande i gruppaktiviteter.

Uppföljning och samordning



Figur 2. Process för samordning. Innehåll i första kontakten (11).

Information om funktionen

Under det första mötet ges information om vilket stöd en vårdsamordnare kan erbjuda samt vad kontakten med vårdsamordnaren kan innebära för patienten. Vårdsamordnaren är patientens stöd och kontaktperson och följer patienten över tid, oftast via telefon, och där

patienten aktivt medverkar. Patienten informeras om det nära samarbetet med behandlande läkare och annan vårdpersonal som sker. Vid behov initieras också andra vårdinsatser. Om patienten har kontakt med psykolog och/eller terapeut avgör patientens behov om vårdsamordnaren också skall ha fortsatt kontakt. Lämna gärna informationsbroschyr om vårdsamordnarfunktionen till patienten (se bilaga 1).

Självskattning

Patientens tillstånd avgör vilka skattningsinstrument som används. MADRS-S används oftast som bas, där patienten själv skattar sina symtom (se kap 10 och 11). I MADRS-S ingår följande områden: sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism, livslust. Vårdsamordnaren diskuterar resultaten med patienten och återkopplar till behandlingsansvarig läkare och/eller annan profession i teamet som är involverad i just den patientens vård. Särskilt observeras fråga 9 i MADRS-S, som handlar om livslust, där hög skattning föranleder snabb kontakt med behandlande läkare, eftersom detta signalerar ökad risk för suicid och en mer avancerad suicidbedömning behöver göras. Se kapitel 7! När patienten lider av generaliserad ångest och/eller ångestsymtom kan GAD-7 användas (13). Instrumentet består av sju frågor där patienten skattar sitt tillstånd (se kapitel 8 och 10). Vid misstanke om stressrelaterad ohälsa kan vårdsamordnaren använda KEDS-9 som visar risken att drabbas av detta tillstånd (se kapitel 9 och 10) (14). AUDIT (15) och DUDIT (16) är instrument som mäter alkoholvanor och droganvändning som vårdsamordnaren också kan använda. Exakt vilka skalor som du som vårdsamordnare skall använda överenskomms inom vårdcentralen så att alla som är involverade i patientens vård känner till skalorna och hur de hanteras. Om utfallet på skattningsskalorna inte stämmer med din upplevelse av patientens problem ta kontakt med patientansvarig läkare!

Vårdplanering

I ett personcentrerat arbetssätt är den gemensamt formulerade hälsoplanen en viktig del av vården eftersom den innebär en ökad möjlighet för patienter att känna ett personligt engagemang och ansvar för sin hälsa.

Vårdsamordnaren planerar tillsammans med patienten målsättningen med vården, vilket baseras på samtal där patienten fått utrymme att formulera vad som är viktigt. Resultatet från självskattningsinstrumenten vägs också in när målen formuleras. Det är betydelsefullt att stärka patientens förmåga att hantera sin situation. Den fortsatta kontakten sker i överenskommelse med patienten. Vårdsamordnare och patient reflekterar och sammanfattar tillsammans vad som varit mest väsentligt under samtalet. För att hjälpa patienten att komma ihåg vad som kommit fram kan en skriftlig sammanfattning ges.

Skriftlig information om funktionen samt kontaktuppgifter till vårdsamordnare och självskattningsinstrument lämnas också ut till patienten. Av trygghetsskäl bör vårdsamordnaren enkelt kunna nås genom ett direktnummer. Lika viktigt är att det finns kontaktuppgifter till närstående och samtycke till kontakt med dessa om patienten inte går att nå.

Samordning av åtgärder

Utifrån samtalet med patienten görs en bedömning av eventuella vidare åtgärder, exempelvis kontakter med kurator, psykolog, fysioterapeut eller kommunens socialkontor. Andra personer i teamet som är involverade i patientens vård informeras för att på bästa sätt samverka kring patientens vård.

Uppföljande telefonsamtal

Efter ett inledande första personligt möte sker de fortsatta kontakterna mellan patient och vårdsamordnare, ofta i form av telefonsamtal och är då generellt av kortare karaktär, ca 20 minuter. Patientens tillstånd avgör frekvensen på kontakterna: vid mild till måttlig depression eller ångestsyndrom vid 1, 2, 4, 6 och 8 veckor efter första besöket, för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa vid 2, 4, 6, 8 veckor, därefter vid behov men ofta längre än för depression och ångest.

Patienten har, som tidigare beskrivits fyllt i relevanta skattningsinstrument innan telefonsamtalet med vårdsamordnaren, i de flesta fall MADRS-S. Samtalet fördjupas sedan utifrån instrumentens frågeområden och patientens behov. Patienter tillfrågas om vad som hänt sedan förra kontakten, exempelvis hur läkemedelsbehandlingen

fungerar med avseende på biverkningar och hur patienten följer ordinationen. Det kan även gälla stöd till egenvård samt om det är något annat som denne önskar diskutera. Vid samtalet följs även vårdplaneringsplanen upp vilken eventuellt revideras. Återkoppling till behandlande läkare och andra berörda i teamet sker kontinuerligt. Ett särskilt observandum är om patienten inte förbättras eller blir sämre i sin sjukdom.

Uppföljning och samordning



Figur 3. Process för samordning. Innehåll i telefonkontaktarna (11).

Avslutande besök

Ofta avslutas kontakten med ett besök efter ca 3 månader beroende på patientens behov. Beroende på patientens behov kan också vårdsamordningen fortsätta under längre tid. Vid det avslutande mötet är syftet att utvärdera effekter av insatta åtgärder, men också en reflekterande tillbakablick. Självsättningsskalornas samtliga resultat diskuteras samt vilka faktorer som lett fram till dagens läge. Båda parter får lika stort utrymme i samtalet, d.v.s. både patient och vårdsamordnare ges utrymme i dialogen.

I samtalet diskuteras skydds- och riskfaktorer och hur den uppnådda funktionsnivån kan bibehållas. Patienten informeras även om åtgärder som kan förebygga återinsjuknande samt får utrymme att ställa frågor och föra en diskussion kring informationen. Exempelvis påtalas värdet av att tala om sina problem med närstående samt hur sömnproblem kan hanteras. Utifrån patientens behov och unika berättelse motiveras denne till regelbunden fysisk aktivitet och andra aktiviteter som gynnar välbefinnande utifrån just den personens möjlighet och förmåga.

En avstämning av patientens läkemedel sker i detta avslutande möte och planen för ordination diskuteras. Tillsammans med patienten diskuteras även strategier för att hantera om/när symtomen återkommer samt hur förnyad kontakt med vårdsamordnare och läkare kan tas.

Behandlingsperioden sammanfattas skriftligen och lämnas till patienten. Därefter avslutas kontakten, eller om behov föreligger, ger vårdsamordnaren ytterligare stöd genom fortsatta kontakter. Återkoppling sker till behandlande läkare och övriga teamet.

Uppföljning och samordning



Figur 4. Process för samordning. Innehåll i det avslutande mötet (11).

Dokumentation vårdsamordnarkontakt

Dokumentation i journalen ska ske med respekt för patientens integritet och autonomi. En mall för journalen med nyckelord är ett stöd för vårdsamordnaren vid dokumentationen, se bilaga 2. Endast det som är relevant ska dokumenteras efter samråd med patienten.

Stöd till vårdsamordnare vid samtal med patient

Vårdsamordnarens uppgift är att identifiera och ta till vara patientens resurser. Nedan beskrivs olika delar som kan tas upp i patientsamtalet och som kan ligga till grund för fortsatt vård och behandling.

Patientens egen upplevelse av sin situation är väsentlig och tillsammans med vårdpersonalens erfarenhet kan resurser och omständigheter tas tillvara. Det är viktigt att visa nyfikenhet på patientens livshistoria både vad gäller hälsa och sjukdom! Be patienten berätta och beskriva hur det har varit innan insjuknandet. Hur ser patienten själv på sitt hälsotillstånd och på vad som lett fram till den aktuella situationen? Ta upp om patienten har varit i liknande situationer tidigare. Ställ öppna frågor genom hela konsultationen: Kan du berätta mera? Vilka tankar har du...? Nedan finns olika frågeområden som är viktiga att ta upp.

Familjesituation och samboende. Det ska alltid beaktas om det finns barn som anhöriga (17). Bor patienten tillsammans med någon, finns det barn i familjen? Hur gamla är barnen i familjen? Var speciellt

uppmärksam på om det finns minderåriga barn och deras situation (18). Finns det någon i omgivningen som kan ge barnen särskilt stöd? Om det finns misstanke om att ett barn far illa ska detta anmälas till Socialtjänsten då yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården omfattas av anmälningsskyldigheten (19).

Nätverk av kontakter. Finns det någon eller några som patienten känner sig trygg med och som kan ge både praktiskt och mentalt stöd i den aktuella situationen? Är patienten öppen med sitt psykiska hälsotillstånd?

Arbetssituationen och ekonomi. Be patienten berätta om sitt arbete och sin arbetssituation. Hur fungerar ekonomin? Finns det något som bekymrar? Ekonomiska problem är en vanlig orsak till oro och psykisk ohälsa.

Hot och/eller våld. Personer som har varit utsatta för våld kan söka för diffusa psykisk eller fysiska symtom utan att själva vara medvetna om att det kan bero på att de tidigare i livet varit utsatta för våld. Det är viktigt att fånga upp denna problematik i ett så tidigt skede som möjligt genom att ställa frågor (20,21,22). Det kan vara svårt för patienten att prata om detta och frågan kan behöva tas upp återkommande när vårdsamordnare och patient fått en tryggare relation. Det kan finnas riktlinjer för hur våld i nära relationer skall dokumenteras i journalen och involvera gärna patienten i detta.

Stressorer. Finns det problem som patienten upplever som stressande och som det är svårt att hitta lösning på? Det kan till exempel vara i form av belastande faktorer som exempelvis sjukdom i familjen, oro för anhörig, relationsproblem, ekonomiska problem eller arbetslöshet. Se kapitel 9.

Missbruk. Det finns ökad risk för missbruk hos personer med psykiska problem och det finns ökad risk för psykisk problematik hos personer med missbruk. Det är därför viktigt att ta upp hur patientens eventuella alkohol- och drogvänor ser ut (23). Det finns instrument som kan användas som hjälp i samtalet vid misstanke om alkohol och/eller drogmissbruk.

Kost. Det är viktigt att prata med patienten om kosten då det kan vara både en riskfaktor och en skyddande faktor. Fråga patienten om hur en vanlig dag ser ut vad gäller mat och dryck. När på dygnet äter patienten? Var observant på att ensamhetsproblematik och depression hos äldre kan ge bristande näringsintag (24).

Sömn Hur sömnen fungerar är viktigt att ta upp under samtalet. Både för mycket och för lite sömn kan ingå i problematiken. Fråga patienten om vad är normal sömn för dig? När på dygnet sover du? När går du och lägger dig? När går du upp? Se kapitel 7.

Fysisk aktivitet Fråga patienten om fysisk aktivitet. Både för mycket och för lite fysisk aktivitet kan ingå i sjukdomspanoramata. Hur ser patienten själv på möjligheterna till fysiska aktivitet utifrån sin situation (öka eller minska)? Läs mer om fysisk aktivitet och depression (25) och vid ångest (26). Se också kapitel 7, 8, 9.

Behov av återhämtning. Vilka strategier har patienten för återhämtning? Diskutera vilka möjligheter till återhämtning som finns. Finns det något i vardagen som patienten behöver göra mer eller mindre av för att må bättre. Det kan vara att umgås med familj eller vänner.

Sjukskrivning. Om patienten har varit i kontakt med läkaren så har kanske frågan om sjukskrivning varit uppe. Hur ser patienten själv på sjukskrivning och ge stöd utifrån det behov som patienten har.

Läkemedel. Vilka läkemedel använder patienten? Finns det läkemedel som inte är ordinerade av läkare, exempelvis naturläkemedel? Fråga: hur tar du dina läkemedel? Hur ser patienten själv på läkemedel som är ordinerade? Be patienten berätta hur läkemedlen fungerar. Upplever patienten några biverkningar?

Tidigare behandlingar/Behandlingsförsök Har problematiken funnits tidigare? Hur har behandlingen då sett ut?

Utveckla strategier för att hantera den psykiska ohälsan. Har patienten strategier att hantera sin situation? Till exempel ökad fysisk aktivitet eller bruk av alkohol för att dämpa ångestsymtom.

Planerade åtgärder. Avsluta samtalet med att utifrån det patienten har berättat, resultat från skattningsskalor och dina upplevelser av patientens situation, tillsammans med patienten göra en plan för åtgärder. Det kan handla om att hänvisa patienten till gruppbehandling till exempel för sömnbesvär, stress, eller ångest. Detta dokumenteras i ett patientkontrakt, d.v.s. en sammanhållen vårdplan för planering och samordning av samtliga vårdkontakter – se nedan Patientkontrakt och Kontinuitet! Patient och närstående får därmed en översikt över planerade vård- och behandlingsinsatser.

Mål Hjälp patienten att sätta rimliga mål att sträva emot. Fråga: Vilka egna resurser finns för att nå målet?

Annan kulturell bakgrund

På vårdcentraler i Sverige har 20-30% av alla listade patienter ett annat modersmål än svenska. För en stor del av dem medför detta kommunikationssvårigheter vid besöket på vårdcentralen. Många instrument finns redan översatta till annat språk, men inte alla. Det är därför viktigt att vårdsamordnarfunktionen i primärvården utvecklas och anpassas för vårdcentralens alla patienter. Se bilaga 3!

Patientkontrakt och kontinuitet

De patienter som vårdsamordnaren har kontakt med har ofta komplexa besvär och behov av tillgänglighet och kontinuitet över en längre tid. Därför finns det behov av att upprätta ett patientkontrakt där patienten får möjlighet att vara delaktig i sin egen vård och använda sina egna resurser. Patientkontraktet är en sammanhållen vårdplan för planering och samordning av samtliga vårdkontakter där patient och närstående får en översikt över planerade vård- och behandlingsinsatser (5). Det är inte ett juridiskt bindande dokument utan en tydlig överenskommelse om vad respektive vårdgivare och patient skall göra. Kontraktet skall också leda till bättre tillgänglighet, samordning och delaktighet för patienten (4,5,6). Det är naturligtvis viktigt att även denna del av vårdsamordnarens roll är överenskommen lokalt på vårdcentralen som en del av vårdcentralens vårdutbud för patienter med psykisk ohälsa!

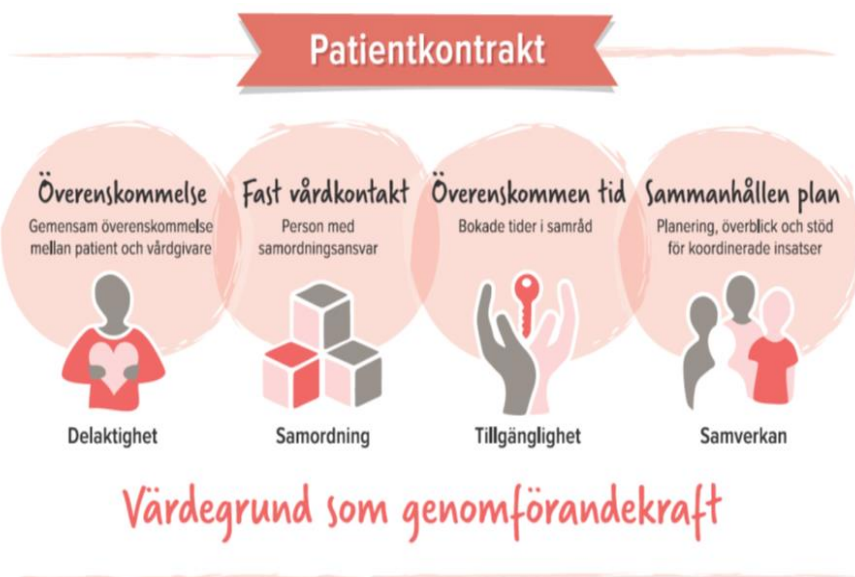


Bild 1. Patientkontrakt (4).

Sammanfattningsvis innebär det att vårdsamordnaren tillsammans med patienten gör en gemensam överenskommelse där vårdsamordnaren är den fasta vårdkontakten som samordnar vården. I överenskommelsen görs det tydligt vad patienten skall göra och vad vården skall göra utifrån de behov och möjligheter som patienten har. Vårdsamordnaren skall vara lätt att nå för patienten. Bokning av tider och hur kontakter skall ske görs i samråd. Dokumentationen sker i en sammanhållen vårdplan som ger överblick av vårdens innehåll för patient, anhöriga och alla som är inblandade i vården. Den sammanhållna vårdplanen kan med fördel skrivas ut och lämnas till patienten.

Kontinuitet är en viktig faktor för patienter med komplexa vårdbehov. Besök och återkommande kontakter är centralt i vårdsamordnarens arbetssätt och ger därför god kontinuitet och hög tillgänglighet för patienter med psykisk ohälsa (1,9,10,11). Kontinuitet definieras som kontakter över tid med samma vårdgivare (27). Vårdsamordnaren har en viktig funktion för att upprätthålla kontinuitet (28), vilket är kostnadseffektivt (29).

Referenser

1. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Fam Pract. 2018;19:28 <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0711-z>
2. Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. Person - Centered Care – Ready for Prime Time. Eur J of Cardiovasc Nurs. 2011;10: 248–251
3. Öberg U, Isaksson U, Jutterström L, Orre CJ, Hörnsten Å. Person-Centered Interactive Self-Management Support in Primary Health Care for People with Type 2 Diabetes: Protocol for a Randomized Controlled Trial. JMIR Res Protoc. 2019; 8(4): e10250.
4. Regeringskansliet, Socialdepartementet och Sveriges kommuner och regioner. 2019. God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2019/09/godkannande-av-overenskommelsen-om-god-och-nara-vard---en-omstallning-av-halso--och-sjukvarden-med-fokus-pa-primarvarden-2019/>
5. Sveriges kommuner och regioner. 2019. Patientkontrakt. <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.html>
6. Regeringen Kommittédirektiv Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Dir 2018:90. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2018/08/dir.-201890/>
7. Backman A, Sjögren K, Lindkvist M, Lövheim H, Edvardsson D. Towards person-centredness in aged care – exploring the impact of leadership J Nurs Manag. 2016;24(6):766-74.
8. Svenningsson I, Udo C, Westman J, et al. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. Scand J Prim Health Care. 2018 Dec;36(4):355-362.
9. Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, Hange D, Jerlock M, Petersson E-L. An interview study of the care manager function - Opening the door to continuity of care for patients with depression in primary care. Nurs Open. 2019 Mar 28;6(3):974-982.
10. Hammarberg SAW, Hange D, André M, et al. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences Scand J Prim Health Care. 2019;37(3):273-282.
11. Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje. Psykisk ohälsa i primärvård - uppföljning med hjälp av vårdsamordnare. Västra Götalandsregionen; 2019. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/012a2ff4-3b1c-45ac-b273-cc05f25d62ef/Regional%20medicinsk%20riktlinje%20-%20Psyisk%20oh%20h%C3%A4lsa%20i%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20-%20uppf%C3%B6ljning%20med%20hj%C3%A4lp%20av%20v%C3%A5rdsamordnare.pdf?a=false&guest=true>
12. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382-9.

13. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Int Med.* 166(10), 1092-1097.
14. Besér A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren Å, Åsberg, M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scand J Psychol.* 2014; 55:72-82
15. AUDIT Bergman, H. & Källmén, H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism.* 2002; 37(3):245-51.
16. DUDIT – *The Drug Use Disorders Identification Test, MANUAL Version 1.0.* Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Section for Alcohol and Drug Dependence Research, Stockholm; 2003
17. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) Kap 5, paragraf 6 och 7.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-3018
18. Socialstyrelsen. 2014. Till dig som är skyldig att anmäla oro för barn. Information för dig som är anmälningsskyldig enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-6-20.pdf>.
19. Socialtjänstlagen 14 kap. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
20. Nationellt centrum för kvinnofrid. (NCK) Uppsala Universitet.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/>
21. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
22. Socialstyrelsen. SOSFS 2014: 4. Våld i nära relationer.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>
23. Socialstyrelsen. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>
24. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden Mat och näring
<https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Kostochnutrition/Sidor/default.aspx>
25. FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) 2017.
<http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Depression.pdf>
26. FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) 2017.
<http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/angest.pdf>
27. Starfield B. Continuous confusion. *Am J Pub Health.* 1980;70:117-19.
28. Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen, Stockholm 2017.
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/depression-och-angest/>
29. Holst A, Ginter A, Björkelund C, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open.* 2018;12:8(11):e024741.

BILAGA 5:1 Broschyr vårdsamordnarfunktionen



Din vårdsamordnare är:

Du kan nå din vårdsamordnare på telefon:

Bokade tider:

Besök: _____

Telefonkontakt:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Avslutande besök:

Vårdsamordnare i Primärvården

Ett stöd vid psykisk ohälsa

Information om vårdsamordnarfunktionen

Vårdsamordnaren är vårdcentralens stöd- och kontaktperson för patienter med depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa.

Vårdsamordnaren har nära samarbete med läkare och annan personal på vårdcentralen.

Vårdsamordnaren följer bland annat symptom, behandling, ger råd om egenvård och stöd till självhjälp.

Vårdsamordnaren är en del av vårdcentralens insatser vid psykisk ohälsa.

Vad kan vårdsamordnaren göra för dig?

- Erbjuder regelbunden kontakt
- Följer din behandling
- Följer hur du mår
- Ge råd och stöd
- Tillse att du får annan hjälp vid behov

BILAGA 5:2 Regional medicinsk riktlinje Psykisk ohälsa i primärvård - uppföljning med hjälp av vårdsamordnare (11)

Journalmall för vårdsamordnare

Journaldokumentation ska ske med patientens integritet och autonomi i fokus. Nedan angivna punkter är ett **stöd** för vårdsamordnaren. *Endast det som är relevant ska dokumenteras, och efter samråd med patienten.*

- ☐ Hälso- och sjukdomshistoria
- ☐ Aktuellt hälsotillstånd
- ☐ Egenuppfattat hälsoproblem
- ☐ Socialt (Yrke/sysselsättning, ekonomi, boende, viktiga personer, kontaktnät)
- ☐ Familj (civilstånd, barn och dess födelseår, känner familj/närstående till patientens psykiska ohälsa, Barn som anhöriga, se RMR Barn som anhöriga)
- ☐ Hot och våld (Erfarenhet av hot och våld). Har frågan om våld i nära relationer ställts tidigare?
- ☐ Se RMR Våld i nära relationer. Registreras enligt särskilda rutiner.
- ☐ Stressorer
- ☐ Alkoholvanor
- ☐ Matvanor
- ☐ Sömnvanor (Info om en persons sömnvanor och faktorer som påverkar sömnen) RMR Insomni
- ☐ Fysisk aktivitet (Vardagsmotion, fysisk träning, annan fysisk rörelse) RMR Fysisk aktivitet - vuxna
- ☐ Rekreation och fritid (Vardagsaktiviteter av social karaktär/vardagsrevidering, tid för återhämtning)
- ☐ Sjukskrivning
- ☐ Läkemedel. (Uppmärksamma även användning av andra preparat och substanser som patienten tar på egen hand.)
- ☐ Tidigare behandlingar/försök
- ☐ Tidigare/nuvarande copingstrategier (Tidigare och nuvarande strategier för att hantera sin ohälsa.)
- ☐ Planerade åtgärder utgår från innehållet ovan, baserat på patientens berättelse samt från självskattnig.
- ☐ Mål (avsett resultat av aktivitet)

BILAGA 5:3

Vårdsamordnarens möte med kvinnlig patient med annat ursprungsland

Shabnam Nejati

Cirka 20 % av alla listade patienter på vårdcentraler i Sverige har ett annat modersmål än svenska. För en stor del av dem medför detta kommunikationssvårigheter, vilket i sig också kan ge ökad risk för depressiva besvär. Då det är viktigt att vårdsamordnarfunktionen i primärvården utvecklas och anpassas för vårdcentralens alla patienter genomfördes en studie med kvinnor som hade persiska som modersmål för att studera hur vårdsamordnarfunktionen skulle kunna utformas för denna grupp patienter. I samma studie intervjuades också vårdsamordnare om sina erfarenheter av patienter med språksvårigheter och annan kulturell bakgrund. Studiens resultat visar att kvinnor upplevde stor skam och oro på grund av språksvårigheter och att ha annan kulturell bakgrund. Kvinnorna uppgav att de kände sig beroende av andra, kände osjälvständighet, och att de upplevde sig inte ha kontroll över sina liv. De var besvärade av att de behövde tolk och att de hade psykiska besvär.

Vårdsamordnare upplevde att det var svårt att använda skattningskalor vid telefonkontakter på grund av språksvårigheter. Därför försöker vårdsamordnarna att skapa fysiska möten i första hand, samt ha kvinnlig tolk.

Praktiska råd för vårdsamordnare:

- Planera fysiskt möte eller hembesök.
- Använd (kvinnlige) tolk - helst i telefon. (Anonymitet gentemot tolken är viktig.)
- Tolken kan påverka kvinnornas upplevelser, kvinnorna kan vara oroliga för att fel information överförs till vårdpersonalen.
- Låt patienten berätta om sin situation.

- Var nyfiken på andras kultur utan att kritisera och döma
- Skapa en förtroendegivande relation
- Använd skattningskalor och informationsbroschyrer på hemspråk
- Ordna aktiviteter i mindre grupper för dem som önskar
- Samarbeta med Försäkringskassan, BVC, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och med andra professioner på vårdcentralen
- Samarbeta gärna med andra vårdcentraler för att öka tillgången till vårdsamordnare som kan kommunicera på olika språk

KAPITEL 6

Beteendeaktivering och omvårdnad vid depression – ett verktyg för vårdsamordnaren

Jeanette Westman, Ulrika Meyer

Den vanligaste professionen för vårdsamordnare är sjuksköterska. I Sverige har distriktssköterskor en nyckelroll som vårdsamordnare för patienter med depression. I takt med att vårdsamordnare införs i allt större omfattning behövs mer kunskap om hur beteendeaktivering kan utföras inom ramen för omvårdnad.

Beteendeaktivering är en enkel och effektiv psykologisk behandlingsmetod som kan utföras av vårdsamordnare inom ramen för omvårdnad. Omvårdnad vid depression syftar till att stödja patienten att återuppta hälsofrämjande vardagliga aktiviteter och att stärka patientens roll som expert på sin egen sjukdom. I detta kapitel ges en grundläggande introduktion till beteendeaktivering och en beskrivning av hur metoden kan användas för att ändra beteenden som vidmakthåller depressionen och skapa förutsättningar för ett mer långvarigt skydd mot depression.

Bakgrund och teori

Begreppet beteendeaktivering uppkom på nittioalet för att beskriva beteendekomponenterna i kognitiv terapi (1). Metoden fick spridning efter att forskning visat att beteendekomponenten i kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara lika effektiv som sedvanlig KBT vid

depression (2, 3). En uppmärksam engelsk studie gav också belägg för att beteendeaktivering kan ha likvärdig effekt som traditionell KBT vid behandling av depression (4). I studien lottades över fyrahundra personer med depression till att få antingen KBT eller beteendeaktivering. KBT gavs av legitimerade psykoterapeuter medan beteendeaktivering gavs av vårdpersonal utan specialistutbildning som fått fem dagars utbildning i metoden. Efter 12 månader hade nivån av depressionssymtom minskat lika mycket i båda grupperna. Totalt förbättrades två tredjedelar av patienterna i båda grupperna, vilket visar på en god behandlingsprognos för depression.

Det finns stöd i forskningen för att beteendeaktivering kan ha effekt på depression när den ges i ett kortare och enklare format (5, 6, 7, 8). KBT-behandling ges vanligtvis av psykolog eller psykoterapeut, medan beteendeaktivering kan utföras av vårdsamordnaren som en omvårdnadsåtgärd. I jämförelse med mer omfattande KBT-behandling läggs i beteendeaktivering mindre fokus på att analysera och förändra individens kognitioner, föreställningar och förväntningar. Mer komplexa samband mellan tankar, känslor och beteenden utforskas inom beteendeaktivering främst om det ger konsekvenser som undvikandebeteende och bidrar till en begränsning av aktiviteter. Behandlingsstrategin inom beteendeaktivering är att arbeta ”utifrån och in” snarare än ”inifrån och ut”. Istället för att vänta in att humöret ska bli bättre och lusten att göra saker ska infinna sig, vilket det sällan gör spontant för den som är deprimerad, behöver individen agera först. Även om effekten inte är omedelbar så förväntas på sikt de positiva tankarna att återvända, som en följd av den positiva förstärkning som individen erhåller genom aktivering (9).

En grundläggande princip inom beteendeaktivering är att depressiva tankar kan motverkas genom att minska beteenden som vidmakthåller depressionen, så som undvikandebeteenden, och att istället öka beteenden som kan ha en antidepressiv effekt. Antidepressiva beteenden är sådana som ger positiv förstärkning från omgivningen, som löser problem, förbättrar livskvaliteten eller som ger en känsla av tillfredsställelse. Beteendeaktivering avser alltså att öka förekomsten av positiva förstärkare av hälsosamt beteende, att minska undvikande av aktiviteter som kan ge positiv förstärkning, samt att kartlägga hinder och resurser (10).

Beteendeaktivering i praktiken

Beteendeaktivering är en strukturerad behandlingsmetod där varje besök bör ha en agenda. Till hjälp för att planera besöken kan en manual med ett färdigt upplägg användas. En manual som översatts till svenska är Ekers & Dawsons manual för beteendeaktivering (2003) (11). Liksom vid all behandling av patienter med depression ingår det i beteendeaktivering att göra regelbundna suicidriskbedömningar enligt rutin och att vara vaksam på om patienten under behandlingen uttrycker suicidtankar (se Bilaga 6:1). Även om besöken följer en viss struktur så är behandlingen ofta personcentrerad och utgår från individens behov. Delaktighet i processen ökar förutsättningarna för att patienten ska vilja utföra beteendeaktivering i praktiken. Beteendeaktivering är en handlingsorienterad metod där patienten har den aktiva rollen. Patienten engageras i behandlingen genom hemuppgifter, som ska utföras mellan varje besök. Exempel på hemuppgifter kan vara monitorering av aktiviteter och sinnesstämning, schemaläggning av aktiviteter och olika övningar för att fokusera på upplevelsen i nuet.

Monitorering av aktiviteter och sinnesstämning

Hos personer med depression ses ofta en tydlig minskning eller avsaknad av sociala kontakter och aktiviteter, särskilt i jämförelse med individens mönster innan insjuknandet. Ibland förekommer en ökning av passiva aktiviteter som tv-tittande, internetsurfande, eller grubblande. Det kan vara lämpligt att inleda behandlingen med en bedömning av patientens generella aktivitetsnivå. I kartläggningen ingår att undersöka hur olika aktiviteter kan kopplas till variationer i sinnesstämning, vilket också gör det möjligt att identifiera faktorer som utlöser och vidmakthåller depressionen. En *aktivitetsdagbok* kan med fördel användas, i vilken patienten dokumenterar aktiviteter och sinnesstämning kopplad till respektive aktivitet vid olika tillfällen under veckan (se Bilaga 6:2!). Genom att föra dagbok åskådliggörs på ett tydligt sätt hur aktivitetsnivå och sinnesstämningar hänger ihop och varierar över tid. Patienten får träna sin förmåga att urskilja depressiva tankar och därmed öka sin förståelse för hur sjukdomen påverkar tankar, känslor och beteenden.

Beteendeaktivering är särskilt lämpligt för patienter med depression där det finns en tydlig minskning av vardagliga aktiviteter. Vid stressproblematik är det däremot vanligt med många aktiviteter men att få av dessa är positiva och självvalda. Om patienten säger sig ha fullt upp men känner sig nedstämd kan det vara av värde att kartlägga vilken typ av aktiviteter som fyller schemat. Det kan vara hjälpsamt att tänka i termer av överskott och underskott av aktiviteter. Många stressade patienter tenderar att välja negativt förstärkande aktiviteter med många måsten och krav. Målet är då att hjälpa patienten att omprioritera till aktiviteter som istället ger positiv förstärkning (9).

Schemaläggning av aktiviteter

Beteendeaktivering syftar till att öka aktiviteter som patienten tycker om att göra, för att uppnå en bättre balans mellan positivt och negativt förstärkande faktorer i vardagen. En del av sjukdomsbilden vid depression är ökad inaktivitet. Att på egen hand bryta inaktiviteten kan vara oerhört svårt för den som är deprimerad och patienten kan behöva hjälp att strukturera upp ett schema för att successivt öka sina positiva aktiviteter. En tydlig planering underlättar också igångsättandet (1). Vårdsamordnaren har en viktig roll i att tillsammans med patienten kartlägga vilka specifika handlingar och kontakter som patienten upplever som positivt förstärkande och utifrån det lägga upp ett individanpassat veckoschema i aktivitetsdagboken. Fokus ligger på praktiska strategier för beteendeförändring som utgår från var patienten befinner sig i nuet och som kan motivera till hälsofrämjande aktiviteter i vardagen. Planeringen bör anpassas för att maximera chansen att patienten lyckas genomföra önskade aktiviteter. Ju mer detaljerat aktiviteterna planeras desto större sannolikhet att de faktiskt genomförs. Beskriv tillsammans *vad* patienten ska göra, bestäm *var* aktiviteten ska utföras, och *om* andra människor ska vara involverade. Bestäm specifika dagar och tidpunkter för aktiviteterna. Det är patientens egna intressen som står i centrum vid val av vilka aktiviteter som ska genomföras. Aktiviteterna ska upplevas som meningsfulla, men vad som uppfattas som meningsfullt i tillvaron är individuellt. Det kan exempelvis handla om livsåskådning, sysselsättning, delaktighet i samhället eller att kunna klara av vardagliga aktiviteter som att handla och promenera. Det kan vara svårt för patienten att under en pågående depression beskriva vad

som upplevs som meningsfullt eller som skänker glädje. En bra början kan vara att fråga om aktiviteter som upplevdes roliga och meningsfulla innan insjuknandet i depression. Ibland används tekniker som problemlösning eller funktionell analys för att övervinna eventuella hinder för schemaläggning av aktiviteter (9, 10).

Aktivitetsdagboken är ett hjälpmedel för patienten att ta sig an aktiviteterna steg för steg och ett stöd för att strukturera upp vardagen så att dagarna inte styrs av tillfälliga sinnesstämningar. Att föra anteckningar i dagboksform utvecklar även förmågan att se samband mellan beteende, miljö, och sinnesstämning. Det kan låta självklart och kanske överplanerat att schemalägga aktiviteter, men såväl sociala kontakter som vardagliga göromål kan i en depression upplevas som övermäktiga. Ett av målen med beteendeaktivering är att patienten inte ska bemöta depressiva känslor med passivitet, vilket riskerar att förvärra depressionen (1). Patienten uppmanas att agera ”utifrån och in”, det vill säga att utföra planerade aktiviteter även när det inte känns lustfyllt i stunden, eftersom effekten förväntas uppnås med viss fördröjning. Vårdsamordaren uppmuntrar patienten att agera i syfte att påverka sin situation i positiv riktning. Genom att göra fler meningsfulla aktiviteter bildas goda cirklar som kan skapa hopp och mening i tillvaron.

För den som önskar fördjupa sig i beteendeaktivering som behandlingsmetod vid depression finns utbildningar och litteratur inom området (9).

Referenser

1. Dimidjian S, Barrera M, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology* 2011;7:1-38
2. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive behavioural treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 295–304.
3. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalting KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 658–70.
4. Richards DA, Ekers D, McMillan D, et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*. 2016 Aug 27;388(10047):871-80. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31140-0. Epub 2016 Jul 23. PMID: 27461440; PubMed Central PMCID: PMC5007415.
5. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L (2007) Behavioural activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 27: 318–326.
6. Ekers D, Richards D, McMillan D, Bland JM, Gilbody S. Behavioural activation delivered by the nonspecialist: phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* (2011) 198, 66–72. doi: 10.1192/bjp.bp.110.079111
7. Ekers D, Webster L, Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLOS ONE* 2014;9(6):e100100.
8. Hunot V, Moore TH, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, et al. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. [DOI: 10.1002/14651858.CD008704.pub2]
9. Martell, CR., Dimidjian, S., Hermann-Dunn, R. (2013). *Beteendeaktivering vid depression*. Lund: Studentlitteratur AB.
10. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001;8(3):255-70
11. Ekers, D., Dawson, M. (2003). *Behavioural Activation for Depression Facilitated by Mental Health Practitioners Treatment Protocol*.

BILAGA 6:1

Suicidriskbedömning

Suicidriskbedömning ska göras återkommande vid vård av personer med depression och ångestsyndrom. I Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom ingår suicidriskbedömning som en viktig del i vården (1). Raderna i tillstånds-och åtgärdslistan är 10a, 10b, 10c och 10d (se www.socialstyrelsen.se – tillstånds och åtgärdslista depression och ångestsyndrom) som anger:

Det viktigaste vid en suicidriskbedömning är en klinisk bedömning, d.v.s. en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid

- tidigare suicidförsök
- psykiatrisk diagnos inkluderat substansmissbruk
- har eller har haft suicidtankar
- har eller har haft suicidplaner
- självskadebeteende

Det ingår också en kartläggning av livssituation, funktionsnivå, och socialt nätverk.

Frågor om suicidtankar ingår i instrumenten MADRS-S (fråga 9) och PHQ-9 (fråga i) men för suicidriskbedömning räcker det inte att ställa denna fråga. Den kliniska, strukturerade suicidriskbedömningen som görs av erfaren personal är den som hittills bedömts som säkrast av Socialstyrelsen, och de suicidriskinstrument som finns i hälso-och sjukvården kan inte ersätta den kliniska strukturerade bedömningen, men kan vara ett komplement. SAD PERSON scale ska INTE användas – den är bedömd som alltför osäker av Socialstyrelsen (1).

Vårdcentralens läkare och/eller psykolog gör en suicidriskbedömning som ska dokumenteras i journalen i samband med att diagnosen ställs. Du som vårdsamordnare gör också en bedömning, som ska dokumenteras, och din fortsatta uppgift som vårdsamordnare är framför allt att bedöma om risken för suicid har förändrats jämfört med tidigare bedömning och viktigast är då naturligtvis om den har ökat jämfört med den tidigare bedömningen. Om du bedömer att suicidrisken ökat sedan

senaste bedömningen gjordes, måste du uppmärksamma detta till läkaren. Det är viktigt att du inte ensam tar ansvaret om du till exempel observerar att patienten försämrats ett eller flera steg i suicidstegen (se faktaruta suicidstegen bild 1) - från nedstämdhet till dödstankar exempelvis - eller i MADRS-S fråga 9 från 2 till 4 ("Livet känns inte särskilt meningsfullt men jag önskar ändå inte att jag vore död" till "Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig väg").

Suicidstegen

- Nedstämdhet – Hur mår du? Är allt hopplöst?
- Dödstankar – Känns livet meningslöst?
- Dödsönskan – Har du önskat att du vore död?
- Suicidtankar – Tänker du på att ta livet av dig?
- Suicidimpulser – Har du varit nära att ta livet av dig?
- Suicidavsikter eller planer – När, var, hur?
- Suicidhandling – När, var, hur?

Bild 1. Suicidstegen (2)

Om du känner dig osäker om din bedömning så rådfråga alltid läkaren eller psykologen! Det är viktigt att vårdcentralen har en uppgjord plan för hur ni tillsammans handlägger vid konstaterad suicidrisk.

Se förutom Nationella riktlinjer även Socialstyrelsens webb-sida om suicid:

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/suicid>

På Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se – finns tillstånd och åtgärdslista depression och ångestsyndrom med mer information om suicidbedömning.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen, Stockholm 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/depression-och-angest/>
2. Västra Götalandsregionen. Regional Medicins Riktlinje. Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning/hantering, 2016-2021. BILAGA. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/40424/Suicidalitet%20hos%20vuxna%20-%20akut%20bed%C3%B6mning,%20hantering.pdf?a=false&guest=true>

BILAGA 6:2.

Exempel på aktivitetsdagbok

Aktivitetsdagbok							
	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
7.00							
Sinnesstämning							
8.00							
Sinnesstämning							
9.00							
Sinnesstämning							
10.00							
Sinnesstämning							
11.00							
Sinnesstämning							
12.00							
Sinnesstämning							
13.00							
Sinnesstämning							
14.00							
Sinnesstämning							
15.00							
Sinnesstämning							
16.00							
Sinnesstämning							
17.00							

Sinnesstämning							
18.00							
Sinnesstämning							
19.00							
Sinnesstämning							
20.00							
Sinnesstämning							
21.00							
Sinnesstämning							
22.00							
Sinnesstämning							
23.00							
Sinnesstämning							
00.00-06.00							
Sinnesstämning							

Kapitel 7

Depression och depressionsbehandling – primärvårdsnivå

Maria Magnil-Molinder

Detta kapitel handlar om diagnos, vård och behandling av patienter med depression som du som vårdsamordnare träffar i ditt dagliga arbete. Det beskriver vård och behandling vid depression på primärvårdsnivå och läkarens respektive vårdsamordnarens insatsområden vid införande av vårdsamordnarorganisation på vårdcentralen. Kapitlet är alltså relevant för både allmänläkaren och vårdsamordnaren vid vårdcentralen.

Ordet depression kommer från latinets *depre'ssio* som betyder "nedtryckande". I ett historiskt perspektiv är begreppet depression i bemärkelsen psykisk sjukdom ganska nytt och i uppslagsböckerna från 1920-talet är depression antingen en term inom fysiken eller inom nationalekonomin. Det är först i mitten av 1900-talet som depression förekommer i patientjournaler som uttryck för nedstämdhet, sänkt grundstämning eller som del av ett syndrom där även andra symtom ingår. Enligt historikern Karin Johannison speglar historien vår tid och föreställningar om ångest, fobier och "melankolier" har funnits länge med olika tolkningar i olika tidsepoker och kulturer (1).

I vårt samhälle har primärvårdens roll förändrats över tid. Ett ökat kunskapsflöde och möjligheterna att "googla" gör att många ofta har en ganska klar bild över sina symtom, sina farhågor och sina förväntningar när de söker vård. Det gäller även psykisk ohälsa. Det är vanligt att man söker för att man "mår dåligt", känner sig nedstämd eller är "deppig". Ibland är det ett uttryck för ett illabefinnande som egentligen signalerar

en önskan om att bli lyssnad på, tröstad eller uppmärksammas men det kan också vara symtom på ett allvarligt sjukdomstillstånd.

- För många är det viktigt att få en diagnos och ett namn på sina symtom. Det kan kännas som en lättnad och inge hopp om behandling och tillfrisknande.
- Risken att insjukna i en depression någon gång i livet är cirka 36 % för kvinnor och 23 % för män. Punktprevalensen (andelen sjuka vid en bestämd tidpunkt) för vuxna är 5-8 %. Mer än 70 % av dem som insjuknar i depression söker vård och behandlas inom primärvården. Det är också primärvården som förskriver 65 % av alla antidepressiva läkemedel (2,3).
- De flesta som insjuknar är i arbetsför ålder och tillsammans med ångest, anpassningsstörning och reaktion på svår stress utgör de cirka 90 % av alla sjukskrivningar i Sverige (4).

Det är angeläget att upptäcka, diagnostisera och behandla patienter med depression då studier visar att livslängden för patienter som behandlats för depression är tydligt förkortad med drygt 13,6 år för kvinnor och 17,3 år för män (3). Överdödligheten gäller inte bara suicid och annan våldsam död utan det finns också en ökad risk för flera allvarliga somatiska sjukdomar. De sjukdomar där man funnit en ökad både mortalitet och morbiditet är bland annat; mag-tarm sjukdomar, kardiovaskulära sjukdomar, muskulo-skeletala sjukdomar, Parkinsons sjukdom, metabola sjukdomar, sjukdomar i luftvägar, och tumörsjukdomar (2).

I en utvärdering av Socialstyrelsen fann man att patienter med psykisk sjukdom och samtidig somatisk sjukdom riskerar att få sämre vård med sämre hälsa och förkortad livslängd som följd (5). Vid t ex hjärtinfarkt och stroke är dödligheten högre inom 28 dagar bland patienter med en psykiatrisk diagnos än bland dem utan. Dessutom är personer med psykisk ohälsa mer utsatta än övrig befolkning när det gäller arbetsmarknad, ekonomi och levnadsförhållanden i stort (5).

Primärvårdens uppdrag vid omhändertagandet av individer med depression och ångestsyndrom finns tydligt beskrivet i de **Nationella riktlinjerna** (2). Syftet är att upptäcka, diagnostisera och behandla lindriga till måttliga depressioner för att minska en individs lidande, funktionsförlust samt att minska risken för suicid. Målet med behandlingen är att uppnå symtomfrihet och full funktionsförmåga. Man behöver också ta ställning till eventuell samsjuklighet, både psykiatrisk och somatisk för att kunna optimera behandlingsinsatserna.

Nationella riktlinjer 2018

- Hög tillgänglighet till en primär bedömning
- Aktiv uppföljning
- Diagnostik
- Somatisk anamnes och relevant utredning
- Behandling
- Dokumentation
- Rutiner för suicidbedömningar
- Erbjuder ett varierat vårdutbud anpassat efter den enskildes behov
- Kontinuitet
- Trygghet
- Utbildning och tillgång till personal med adekvat kompetens

Bild 1. Nationella riktlinjer – primärvårdens uppdrag för patienter med depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsen har nyligen identifierat flera förbättringsområden när det gäller vården för vuxna med depression och ångestsyndrom. Bland annat vill man att vården utvecklar förebyggande och tidiga insatser och att tillgången till psykologisk behandling ökar (6). Riktlinjerna utvärderas kontinuerligt vilket ställer krav på vårdcentralernas organisation och struktur. Det är exempelvis viktigt att vårdcentralen har en psykolog som ingår i teamet på vårdcentralen, eftersom psykoterapi är förstahandsinsats vid många tillstånd inom psykisk ohälsa. Många professioner är engagerade och behandlingsstrategierna innefattar psykoterapeutiska, psykopedagogiska, farmakologiska, rehabiliterande och omvårdande insatser.

Att kartlägga orsakerna till depression kan vara svårt. Det finns flera faktorer; biologiska, psykologiska och sociala som kan spela roll. Den enskilda individens sårbarhet har också betydelse. Ärftlighet bör efterfrågas. En krisreaktion eller svåra livshändelser kan vara utlösande faktorer för depression. Det handlar ofta om upplevelsen av förlust, hot, förödmjukelse eller att vara låst i en livs- eller arbetssituation utan att kunna komma undan. Sömnbrist, stress (även arbetsrelaterad), skadligt bruk av alkohol och cannabis, samsjuklighet med ångest, personlighetsstörning och ADHD utgör riskfaktorer. Vissa läkemedel t

ex betablockerare, kortison, kalciumblockerare, interferon och benzodiazepiner kan ge symtom på depression (7).

Depression kan debutera i alla åldrar men är vanligast efter puberteten och risken ökar med stigande ålder. Depression kan också utgöra en fas i bipolär sjukdom som ofta debuterar före 20 års ålder. Hos dessa individer ger inte antidepressiva läkemedel alltid förväntad effekt utan kan orsaka överaktivitet eller stämningsinstabilitet.

De diagnostiska kriterierna för depression har vidgats under senare tid och idag diagnostiseras och behandlas även lättare depressioner. Det har ibland ifrågasatts då det anses vara tillstånd som de flesta av oss drabbas av någon gång och att det ”tillhör livet”.

Då depression är en symptomdiagnos och många av de symtom som ingår i de diagnostiska kriterierna är vanligt förekommande kan det vara svårt att avgöra om de är sjukliga eller inte. I den samlade bedömningen måste därför hänsyn tas till vilket lidande symptomen utgör för patienten och vilken funktionsförlust symptomen medför. Symptomen ska också ha varat i mer än två veckor och de mest framträdande är nedstämdhet, nedsatt energi, sömnsvarigheter, aptitstörningar, minskat intresse av att göra aktiviteter som tidigare upplevts roliga och stimulerande, obeslutsamhet och vankelmod. Bristande självtillit, skam, negativt ältande om den egna förmågan anses – med stöd av hjärnforskning vid depression – alltmer vara det som skiljer depression från ”ledsenhet”. Irrationella skuldkänslor, tankar på döden eller självmord är en fördjupning av dessa symtom.

För att få diagnosen unipolär depression ska patienten inte tidigare haft några maniska symtom och det är viktigt att fråga efter ”överaktivitetsperioder” (hypomani) för att utesluta någon form av bipolär sjukdom. Det är även viktigt att fråga om ärftlighet.

Inom hälso-och sjukvården i Sverige används främst diagnossystemet ICD-10 vid diagnostik. Det motsvarande amerikanska systemet DSM 5 används ofta inom forskning men ibland även inom psykiatrisk vård.

ICD-10 Kriterier för depressiv episod;

Två av följande huvudkriterier ska ha funnits närvarande under minst två veckor:

Nedstämdhet

Förlust av intresse och glädje

Energiförlust, ökad uttröttbarhet

Utöver dessa kan även följande symtom förekomma:

Minskat självförtroende

Skuldkänslor, självförebråelser

Självmordstankar

Kognitiva störningar, koncentrationsstörning

Psykomotorisk agitation eller hämning

Sömnstörning

Aptitstörning

Bild 2. Diagnostik

I det amerikanska DSM 5, utgivet 2013, har även ångest tagits med som ett depressionssymtom, vilket förhoppningsvis kan minska frekvensen av "samsjuklighet" dvs flera diagnoser för samma tillstånd. Fysikalisk undersökning och eventuell provtagning ska göras för att utesluta andra orsaker till patientens depressionssymtom. Se vidare i kapitel 11 om diagnostik.

Det kan vara av värde att kartlägga depressionens svårighetsgrad då det finns ett linjärt samband mellan antalet depressiva symtom och funktionsnedsättning (8).

Beroende på vilka symtom som individen presenterar, vilket lidande och vilken funktionsnedsättning de medför kan man dela i depressioner i lindriga, måttliga och svåra depressioner.

- *Lindrig depression* har minst fyra symtom, varav två huvudkriterier. Funktionsnedsättningen och lidandet är lindriga och individen klarar oftast av sina vanliga aktiviteter.
- *Måttlig depression* har minst sex symtom, varav två huvudkriterier. Funktionsnedsättningen och lidandet är mer uttalat. Individen kan ha svårt att fortsätta med sina normala aktiviteter och det kan bli aktuellt med t ex sjukskrivning.
- *Svår depression* är ett allvarligt tillstånd där alla huvudkriterier och ytterligare fem kriterier är uppfyllda. Melankoli, ökad suicidrisk samt psykotiska symtom såsom hallucinationer och vanföreställningar kan förekomma. Funktionsnedsättningen och lidandet är uttalat och dessa individer ska omhändertas inom specialiserad psykiatrisk vård (9).

För att bedöma depressionsdjupet kan skattningsskalor användas, främst för att följa symtomen över tid. Exempel på skattningsskalor är: MADRS, MADRS-S, PHQ9 och HADS.

Det finns en del individer som inte uppfyller alla kriterier men som ändå bedöms vara deprimerade. De kan ha en s.k. *atypisk depression* där de beskriver en konstant olust och energilöshet snarare än nedstämdhet, de har mindre uttalad ångest, blir tillfälligt förbättrade av social stimulans, de sover för mycket, upplever ofta tyngdkänsla i armar och ben, beskriver koncentrations-och minnesproblem samt har ökad aptit med viktökning som följd (3).

Sammanfattningsvis kan man säga att om en patient uppvisar ett antal depressiva symtom, om patientens tillstånd förändrats och om symtomen förorsakat ett tydligt lidande eller betydande funktionsförlust

i arbetet eller i vardagslivet så bör man diskutera behandling med patienten (8).

Eftersom depressionssjukdomen är en symtomdiagnos kan den ha många flera uttrycksformer och uppvisa olika ”ansikten”. Det gör att alla behandlingar inte passar alla. Tillsammans med patienten behöver man identifiera de mest framträdande och mest funktionsnedsättande symtomen och så långt det är möjligt försöka individualisera och ”skräddarsy” behandlingen. Därför är det viktigt att känna till vilka behandlingsstrategier som finns tillgängliga.

Lindriga till måttliga depressioner bör i första hand behandlas med olika former av psykologisk terapi. Både kognitive beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT) har visat god effekt på lindriga till måttliga depressioner. Ibland kan kombinationen av psykoterapi och antidepressiva läkemedel förbättra effekten. Fysisk aktivitet, minst 30 minuter tre gånger i veckan, har också visat god effekt på lindrig till måttlig depression. Det kan vara svårt att komma igång med fysisk aktivitet när man inte mår bra och rehabiliterande insatser kan innefatta fysisk aktivitet både individuellt och i grupp. FYSS/FAR finns och är väl utvecklat i vissa regioner. Även äldre patienter har god effekt av psykoterapi vid depression, se nedan ang. äldre och depression.

På 1960-talet formulerades hypotesen att depression beror på en obalans i hjärnan hos monoaminer; serotonin, noradrenalin och dopamin, vilket resulterade i utvecklingen av ett stort antal läkemedel som idag används vid depression. Att monoamin-hypotesen inte är hela sanningen och att man behöver veta mer om mekanismerna bakom depression är forskare överens om. Det finns ett annat signalsystem i hjärnan, glutamatsystemet, som också bedöms ha betydelse för utveckling av depression.

De antidepressiva läkemedel som används för behandling av depression har inte identiska farmakologiska verkningsmekanismer vilket ger dem lite olika egenskaper. I huvudsak är det dock de tre transmittorsubstanserna; serotonin, noradrenalin och dopamin som är målen vid depressionsbehandling.

Läkemedelsstudier visar att ungefär en tredjedel blir fria från sin depression, en tredjedel får viss symtomlindring och en tredjedel blir inte hjälpta alls (2). När vi träffar en patient vet vi inte vad som hjälper just den patienten men med noggrann anamnes och diagnostik kan man till del styra val av läkemedel, genom att försöka identifiera vilken signalsubstans som är mest framträdande i symtombilden.

Serotonerga symtom: nedstämdhet, oro/ångest, panikångest, tvångssyndrom, irritabilitet, impulsivitet

Noradrenerga symtom: nedstämdhet, oro, trötthet, viljelöshet, uppmärksamhetsstörning

Dopaminerga symtom: Nedstämdhet, dålig motivation, svårt att känna lust och tillfredsställelse, viljelöshet, psykomotorisk retardation, kognitiva symtom (minnes-, koncentrations-, uppmärksamhetsstörning)

De största skillnaderna finns mellan de serotonerga och dopaminerga systemen medan de noradrenerga och dopaminerga är närmare varandra. Oavsett val av läkemedel, i adekvata doser, är målet att behandla till symtomfrihet och att uppnå full funktionsförmåga. Om patienten inte blir symtomfri finns det risk för kvarstående nedsatt koncentration, arbetsminne, simultankapacitet och stresstolerans. Dessa symtom är de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivningar vid depressions-sjukdom (3). Problemet med de flesta antidepressiva läkemedel är att det tar minst ett par veckor innan de uppvisar någon effekt och behandlingen kan ta tid då man ibland måste pröva sig fram genom att byta läkemedel dels inom samma grupp, byte av grupp eller kombinera läkemedel ur olika grupper.

Vid depressionssjukdom ska både ångest och sömnstörningar behandlas. Detta är viktiga suicidförebyggande åtgärder.

Grupper av antidepressiva läkemedel		
Tricykliska antidepressiva (icke selektiva)	Klomipramin	Anafranil
	Amitriptylin	Saroten
Serotoninåterupptagshämmare (selektiv)	Citalopram	Cipramil
	Escitalopram	
	Sertralin	Zoloft
	Paroxetin	Seroxat
	Fluoxetin	Fontex
Presynaptisk alfa-2-receptorblockad	Mirtazapin	Remeron
	Mianserin	Tolvon
Serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare	Duloxetin	Cymbalta
	Venlafaxin	Efexor

Bild 3. Antidepressiva läkemedel (8)

Grupper av antidepressiva läkemedel forts...		
Noradrenalin-och dopaminåterupptagshämmare	Bupropion	Voxra
Noradrenalinåterupptagshämmare (selektiv)	Reboxetin	Edronax
Melatonerg agonism och serotoninantagonism	Agomelatin	Valdoxan
Serotoninåterupptagshämning och blockad av vissa serotoninreceptorer	Vortioxetin	Brintellix

Bild 4 (ovan). Antidepressiva läkemedel forts (8)

Tabell 1. Adekvat dosering av antidepressiva (efter upptitrering)

<i>Sertralin</i>	<i>50-100 mg</i>
<i>Escitalopram</i>	<i>10-20 mg</i>
<i>Citalopram</i>	<i>20-40 mg</i>
<i>Paroxetin</i>	<i>20-40 mg</i>
<i>Fluoxetin</i>	<i>20-40 mg</i>
<i>Venlafaxin</i>	<i>150-300 mg</i>
<i>Duloxetin</i>	<i>60-90 mg</i>
<i>Bupropion</i>	<i>150-300 mg</i>
<i>Mirtazapin</i>	<i>15-45 mg</i>
<i>Agomelatin</i>	<i>25-50 mg</i>

Faktaruta: Behandlingsrekommendationer Läkare (3) vid beslut om farmakologisk antidepressiv terapi

- Starta med låga doser SSRI då ångestsymtomen kan öka initialt. Om debut av kraftig ångest, byt till ett annat SSRI preparat inom samma grupp
- Titrera upp till effektiv dos vilket är den dos som ger symptomfrihet
- Behandla ångestsymtom med ångestdämpande
- Behandla sömnstörningar
- Efter cirka två veckor bör visst behandlingssvar kunna uppfattas, full effekt först efter 8-12 veckor
- Vid uteblivet behandlingssvar på SSRI kan SNRI provas.
- Venlafaxin har noradrenalineffekt först vid 150-225 mg
- Duloxetin kan provas vid samtidig smärta och värk
- Mirtazapin har effekt både på serotonin och noradrenalin. Används ofta som tillägg till ett SSRI läkemedel. Mirtazapin ges till kvällen för att utnyttja en ro- och sömngivande effekt.
- Vid uttalade atypiska symtom kan bupropion vara ett behandlingsalternativ till SSRI
- Vid sömnstörningar och depression med dopaminerga symtom kan agomelatin provas
- Dosen vid långtidsbehandling är densamma som den initiala effektiva dosen
- Behåll ursprungsdosen vid kombinationsbehandling och titrera upp det nya läkemedlet
- Behandlingstiden är individuell och kan variera från 6-8 månader, vid en depressionsepisod, till 5 år eller mer vid återkommande depressioner

De flesta människor har i grunden en sund inställning till mediciner som går ut på att de inte tar läkemedel om det inte är nödvändigt. Dessutom vill många ha kontroll över vad de ”stoppar i sig”, vilken effekt som kan förväntas och framför allt vilka biverkningar läkemedlet har. Nästan alla läser den ”bipacksedel” som följer med läkemedlet och det är inte ovanligt att patienten inte ens påbörjar behandlingen efter att ha läst denna.

Vården har ett stort ansvar att informera patienterna om målet med behandlingen, hur lång tid det tar till förväntad effekt och hur behandlingsplanen ser ut över tid. Patienterna behöver veta och förberedas på vilka biverkningar som är vanliga, att de är dosberoende och oftast övergående. Därför är det bra att starta med väldigt låga doser och att patienterna är med och bestämmer i vilken takt dosökningen ska ske. Då ger man dem möjlighet att delta aktivt i behandling och minskar risken för avbrott.

Det är inte ovanligt att patienterna kan få förstärkt ångest och uppleva en försämring den första tiden efter insättning av antidepressiva läkemedel. Uppföljning, kontinuitet och trygghet är nyckelord vid omhändertagandet av patienter med depression och det är särskilt viktigt i början av behandlingen.

Då det främst är SSRI, SNRI och Mirtazapin som används i primärvården som antidepressiva listas de vanligare biverkningarna i fakturorna nedan. Biverkningsprofilen för både SSRI och SNRI är ganska lika men kan skilja sig åt något mellan olika individer. För övriga läkemedel hänvisas till FASS.

Faktaruta: Vanliga biverkningar SSRI (Se vidare FASS)

-Förstärkt ångest; byt till ett annat SSRI eller till läkemedel utan denna effekt t ex agomelatin

-Sömnstörningar med insomnia, onormala drömmar och fragmenterad sömn; behandla med sömnstöd tills sömnen normaliserats

-Sexuell dysfunktion (dosberoende); minska dosen eller byt till ett läkemedel utan serotonerg profil

-Upplevelse av känslomässig flackhet eller likgiltighet; försvinner snabbt vid utsättning.

-Illamående, kräkning, diarréer; övergående

-Minskad aptit; risk för viktninskning

-Muntorrhet; rek regelbunden kontroll hos tandhygienist

-Huvudvärk; övergående

-Ökad svettning; kvarstår ibland och är dosberoende

-Led och muskelsmärtor

-Hyponatremi; särskilt hos äldre som ofta även har vätskedrivande läkemedel

Faktaruta Vanliga biverkningar SNRI (Se vidare FASS)

-Förstärkt ångest

-Sömnstörningar, onormala drömmar

-Parestesier, tremor

-Trötthet

-Illamående, diarréer

-Huvudvärk

-Hjärtklappning

-Hypertoni; kontrollera blodtryck regelbundet

- Yrsel
- Synstörningar
- Vikt uppgång/nedgång
- Muntorrhet
- Svettningar
- Hyponatremi
- Muskelsmärta/kramp
- Sexuella biverkningar

Faktaruta: Vanliga biverkningar Mirazapin (se vidare FASS)

- Viktökning, ökad aptit; kan vara bra för äldre men inte alltid för yngre patienter
- Trötthet; effekt som kan användas för sömnen
- Yrsel
- Perifera ödem; försvinner vid utsättning. Upplevs som en generell kroppssvullnad
- Ångest
- Illamående, diarréer
- Led och muskelsmärter
- Huvudvärk

Utsättningssymtom kan förekomma vid utsättning av många antidepressiva läkemedel. De förekommer för både SSRI och SNRI men är vanligast för Venlafaxin. Därför bör man sätta ut alla antidepressiva läkemedel succesivt under t ex 4-6 veckor. Ibland behövs ännu längre tid. Vanliga utsättningssymtom är; sömnbesvär, illamående, ljusblixtar framför ögonen, domningar och parestesier.

Prognosen för depressionssjukdomen varierar. De flesta depressioner går över efter 3-6 månader. Många insjuknar aldrig igen. För individer med tidig debut, allvarliga symtom och flera riskfaktorer kan depressionen bli långvarig med förhöjd suicidrisk och ökad risk för återfall.

Vårdsamordnarfunktionen vid depression

- Kontinuitet och tät uppföljning, särskilt i början av behandlingen
- Tillgänglighet; lätt för patienten att få kontakt
- Regelbundna avstämningar med behandlande läkare
- Gå igenom behandlingsplan med patienten
- Stöttande funktion under behandlingen
- Informera om KBT, Internet-KBT som behandling
- Informera om biverkningar och förväntade effekter av insatta läkemedel
- Kunna hänvisa till gruppbehandling om det finns på vårdcentralen ex sömn, ångest, stress
- Uppmärksam på möjliga orsaker till utebliven effekt av behandlingen

Faktaruta: Utebliven behandlingseffekt av antidepressiva

Tar patienten läkemedlet? Följsamhet?

Är diagnosen korrekt?

Är dosen adekvat?

Biverkningar?

Föreligger annan underliggande psykiatrisk samsjuklighet?

Vid oväntad dålig effekt av antidepressiv medicinering; tänk sekundärt missbruk (alkohol, narkotika)!

Äldre och depression

Prevalensen depression hos äldre varierar mellan 12-15 % och de flesta omhändertas i primärvården. Det kan finnas anledning att fundera över vid vilken ålder man övergår från att vara yngre vuxen till att bli äldre vuxen. Traditionellt har man använt den ålder vid vilken de flesta går i pension. Studier visar att prevalensen depression hos äldre beskriver en U-formad kurva. Den stiger upp till pensionsåldern för att därefter avta ett tiotal år och sedan öka igen (10).

Det sker fysiologiska förändringar i hjärnan vid ökad ålder vilket kan medföra en ökad sårbarhet för belastningar och minskad generell reservkapacitet med ökad risk för depression och ångest till följd. Viktiga riskfaktorer för att utveckla depression hos äldre är förlust av partner, sömnstörningar, fysisk funktionsnedsättning, kvinnligt kön och tidigare episod av depression. Utöver det utgör även samtidig ångestsjukdom, nedsatt syn och hörsel, Parkinsons sjukdom, Alzheimers sjukdom, stroke, hjärtsjukdom, och vissa läkemedel andra riskfaktorer. Även förlust av sociala nätverk och aktiviteter, konflikter inom och utom familjen och livshändelser av betydelse är faktorer med ökad risk för depression hos äldre. Depression kan också vara ett tidigt tecken på demenssjukdom. Det är också viktigt att fundera över äldre som är ”månsökare”. Frekventa läkarbesök för många olika saker är inte sällan ett uttryck för psykisk ohälsa.

Alkoholkonsumtionen ökar hos äldre jämfört med tidigare generationer, vilket bör hållas i minnet vid omhändertagandet av äldre med psykisk ohälsa (10).

Det är vanligast med lindriga och måttliga depressioner och fler kvinnor än män insjuknar. För de allra äldsta försvinner den skillnaden. Svåra depressioner med uttalad nedstämdhet, svår morgonångest, betydande aptitlöshet eller viktnedgång, stark psykomotorisk hämning eller agitation och överdrivna obefogade skuld känslor är allvarliga tillstånd som omhändertas inom psykiatrisk specialistvård.

Att skilja ut depression från "normala" reaktioner på t ex ensamhet, sorg, åldrande och samsjuklighet med andra medicinska tillstånd är särskilt svårt hos äldre. Patienterna söker inte alltid för nedstämdhet utan presenterar andra symtom. Vanligast är kroppsliga symtom som smärta, värk och funktionsförlust. Kroppsliga symtom utgör mer än 50 % av alla besök på vårdcentralen och betraktas ibland, särskilt hos äldre, som "biljetten in i systemet" (10). Magont, förstoppning, ryggont, bröstsmärta, hjärklappning, yrsel, andnöd var symtom i en studie på äldre patienter som var associerade med MADRS-S poäng ≥ 13 . För varje ytterligare somatiskt symtom som patienten presenterade ökade risken för depressivitet (10).

Ångestsymtom är mer framträdande vid depression hos äldre än hos yngre. Patienterna beskriver diffus olust, ångslan och oro, minskat intresse och glädje snarare än nedstämdhet. Sömn-, minnes- och koncentrationsstörningar är vanliga samt en ökad energilöshet och påtaglig trötthet. Det är också vanligt med minskad matlust och irritabilitet.

Faktaruta: Förslag vid årliga kontroller av kroniska sjukdomar

- Socialt
- Nya kroppsliga symptom
- Hälsouppfattning
- Sömn
- Aptit
- Intresset för dagliga aktiviteter
- Nedstämdhet
- Ångest, Oro och ångslan för många saker
- Panikkänslor

Att diagnosticera depression hos äldre kan ibland vara svårt. Trots en uppenbar funktionsnedsättning och ett tydligt lidande uppfyller patienterna inte alltid kriterierna för egentlig depression då symtomen kan ha lägre styrka. Depressionssymtom är vanligare hos äldre än depressionssyndrom. Detta har man uppmärksammat och vid tillståndet "minor depression" ska patienten uppvisa minst två depressionssymtom under minst två sammanhängande veckor. Det bedöms som ett allvarligt sjukdomstillstånd och studier om orsaker till självmord visar att "minor depression" kan liksom andra riskfaktorer (egentlig depression, ensamhet, kroppslig sjukdom, konflikter inom familjen, tidigare självmordsförsök) vara orsak till självmord (8).

Socialstyrelsen rekommenderar som förstahandsbehandling psykologisk behandling (KBT, ITP) vid i princip alla lindriga och måttliga depressions- och ångestsyndrom då det har visat god effekt även för äldre. Problemlösningsterapi, en enklare form av KBT där man fokuserar på "här och nu" kan också vara ett alternativ för äldre patienter (8).

Antidepressiva läkemedel rekommenderas vid måttlig och svår depression. Det stora problemet är att det inte finns tillräcklig kunskap om vilka patienter som svarar snabbast, bäst eller inte alls på de olika antidepressiva läkemedlen. En SBU-rapport visar att antidepressiva läkemedel inom gruppen SSRI generellt har sämre effekt hos äldre än hos den övriga befolkningen samtidigt som analyser visar att patienter med "minor depression" svarar bra på antidepressiv medicinering (11,12).

SSRI är förstahandsmedel vid antidepressiv läkemedelsbehandling hos äldre. Det finns fördelar och nackdelar med alla preparat och ibland måste man pröva sig fram. Man bör välja ett preparat som har så liten interaktionsproblematik som möjligt och även lämplig beredningsform. Det finns en del biverkningar som man bör beakta, exempelvis fallskador, mag-tarmblödning, hyponatremi och hjärtpåverkan. På senare tid har det så kallade QT-syndromet uppmärksamats som biverkan där förlängd QT-tid utgör risk för allvarlig hjärtarytmi. Det kan därför finnas anledning att kontrollera ett EKG efter insättning av både SSRI och SNRI.

Mirtazapin är ett preparat som kan vara en fördel för äldre. Det verkar presynaptiskt både på serotonin och noradrenalin. Det har god effekt på sömnen, stimulerar aptiten, det har ingen antikolinerg effekt och i stort

sett ingen hjärtpåverkan. Nackdelen kan vara betydande trötthet och upplevelse av ”hangover”.

Målet för behandlingen är symtomfrihet och behandlingen bör pågå under cirka ett år. Gradvis utsättning rekommenderas i två-veckors intervall rekommenderas.

Långtidsprognosen för depression hos äldre är generellt dålig och risken att återinsjukna är hög med risk för kronisk depression. ”Skyddande” faktorer är att ha en partner, bra socialt nätverk, fritidsaktiviteter utanför hemmet och god hälsouppfattning (13).

Omhändertagandet på vårdcentralen av äldre patienter med depression skiljer sig i stort inte från omhändertagandet av yngre. Utöver vårdsamordnarfunktionen kan vårdcentralen, för att skapa ytterligare trygghet och kontinuitet för den äldre patienten, ha ”äldre-mottagningar”. Det kan vara en distriktssköterska med särskild kompetens som kartlägger hjälpbehov, fallrisk, mathållning, läkemedel, sociala nätverk, motion, alkohol, tobak etc. Sammantaget ger det en helhetsbild av individens hälsotillstånd och behov som är viktig information för allmänläkaren i den medicinska bedömningen.

Referenser

1. Johannisson Karin. Melankoliska rum. Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid. Albert Bonniers förlag 2009.
2. Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen, Stockholm 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/depression-och-angest/>
3. Läkemedelsboken 2015. Förstämningssyndrom. <https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/forstamningssyndrom.html>
4. Sjukfrånvarons utveckling. Socialförsäkringsrapport 2017 – 13. [https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1596d32b-7ff7-4811-8215-d90cb9c2f38d/socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1596d32b-7ff7-4811-8215-d90cb9c2f38d/socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=d90cb9c2f38d/socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=)
5. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
6. Socialstyrelsen. Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom 2019. Huvudrapport med förbättringsområden. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>
7. Viss.nu. Vårdprogram psykisk hälsa. Depression2. <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Psykisk-halsa/Depression2/>
8. Läkemedelsverket. Information från Läkemedelsverket 6:2016. Depression. Bakgrund och behandling. https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Bakgrundsdokumentation_depression_angestsyndrom_och_tvangssyndrom_hos_barn_och_vuxna.pdf
9. Internetmedicin. Depression hos vuxna. <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=140>
10. Magnil M, Gunnarsson R, Björkstedt K, Björkelund C. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in elderly primary care patients: a descriptive study. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2008;10(6): 462-8.
11. Williams JW, Barrett J, Oxman T, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. JAMA. 2000;284:1519-26
12. Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: A systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. 2012;141:103-15
13. Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Björkelund C. Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: a two-year observational study. Scand J Prim Health Care 2013;31(1):20-5

KAPITEL 8

Vård och behandling av ångestsyndrom i primärvårdskontext

Dominique Hange

Detta kapitel handlar om diagnos, vård och behandling av patienter med olika ångestsyndrom som du som vårdsamordnare träffar i ditt dagliga arbete. Det beskriver vård och behandling på primärvårdsnivå och läkarens respektive vårdsamordnarens insatsområden vid införande av vårdsamordnarorganisation på vårdcentralen. Kapitlet är alltså relevant för både allmänläkaren och vårdsamordnaren vid vårdcentralen. Det är läkaren som ordinerar och förskriver eventuella läkemedel, och psykologen/psykoterapeuten som ger psykoterapeutisk behandling, men det är viktigt för vårdsamordnaren att känna till indikation och effekt och eventuella biverkningar av olika behandlingar för att bedöma effektivitet av behandling för den enskilda patienten.

Definition och prevalens av ångest

Ångest är en stark rädsla eller oro som tydligt känns i kroppen. Att ha ångest är mänskligt och vanligt, det drabbar alla i mer eller mindre utsträckning någon eller flera gånger under livet. Av svenska befolkningen 16-84 år uppgav 39% lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest år 2018. Det är en ökning från 2006, främst i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år. Fler kvinnor än män uppgav besvär oavsett åldersgrupp, utbildningsnivå och födelseland (1). När det gäller ångestsyndrom är det cirka 25 procent av befolkningen som drabbas och hos vuxna är det två till tre gånger så vanligt hos kvinnor jämfört med män (2). Ångest är vanligt förekommande även globalt (3). Det kan i många fall vara livsnödvändig - exempelvis höjdfobi skyddar

oss från att ramla ner från ett stup när vi står nära kanten. Men om ångesten leder till lidande och funktionsnedsättning med många olika symtom, förändrad upplevelse av smärta, sömnsvårigheter, kognitiva bortfall samt undvikande beteende, isolering och sekundär nedstämdhet, då handlar det om ett ångestsyndrom (4). För att uppfylla kriterierna för en ångestdiagnos krävs en viss duration (för GAD exempelvis minst sex månaders anamnes), ett lidande eller en funktionsnedsättning, att tillståndet ej bättre förklaras av annan psykiatrisk diagnos samt att somatisk genes är utesluten (5). Diagnostiken vid ångestsyndrom görs utifrån en klinisk bedömning och utifrån ett eller flera samtal med patienten. Det kan vara svårt att komma fram till rätt diagnos och diagnosen ställs av läkare eller psykolog som sedan hänvisar till läkare, eftersom det är nödvändigt att patienten genomgår en kroppslig undersökning för att utesluta behandlingsbar somatisk sjukdom.

Diagnos av ångestsyndrom

Det kan vara svårt att ställa korrekt diagnos när det gäller olika ångestsyndrom eftersom olika former av psykisk ohälsa kan ha liknande symtom. Det är viktigt att utgå från det kliniska samtalet i den diagnostiska processen och ibland kan man använda den diagnostiska intervjun, M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) som ett komplement (6, 7).

I ICD-10 klassificeras ångestsyndrom bland neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48). De fobiska syndromen är en grupp störningar där ångest uppträder i vissa situationer (8). På grund av sin ångest undviker patienten dessa situationer eller uthärdar dem med fasa. Patienten kan fokusera på kroppsliga symtom såsom hjärklappning eller svimningskänslor och är ofta rädd för att dö, mista kontrollen eller bli sinnessjuk. Blotta tanken på den fobiska situationen kan framkalla förväntningsångest. Agorafobi F40.0 och Social fobi F40.1 ingår här.

Agorafobi kan innebära en stark rädsla för att lämna hemmet, gå i affärer, folksamlingar och offentliga platser eller att resa ensam med tåg, buss eller flyg. Det är vanligt med undvikande av den fobiska situationen och därför kan en del agorafobiska patienter uppleva sig inte ha så mycket ångest eftersom de klarar av att undvika de fobiska

situationerna. Agorafobi uppträder ofta i kombination med panikångest, social fobi, depressiva symtom och tvångssymtom.

Social fobi/ångest innebär att man är rädd för att hamna i olika situationer där man riskerar att känna sig granskad eller bortgjord. Ångesten kan leda till att man undviker sociala sammanhang (9). Mer genomgripande sociala fobier är vanligtvis associerade med låg självuppfattning och rädsla för kritik. Patienter kan söka hjälp för rodnad, tremor, illamående eller urinträngningar. Det kan vara svårt att ställa diagnosen om patienten är övertygad om att dessa kroppsliga symtom är det primära problemet. Symtomen kan utvecklas till panikattacker.

Det finns andra typer av ångestsyndrom där ångesten inte är begränsad till särskilda situationer. Här ingår Paniksyndrom F41.0 och Generaliserat ångestsyndrom F41.1.

En ångestattack som kommer plötsligt och intensivt kallas för panikångest, oftast kombinerat med något eller flera symtom, hjärtklappning, bröstsmärtor, svårt att andas/hyperventilering, ont i magen, illamående, svettningar, yrsel och/eller stickningar/domningar i händer eller fötter. Utöver kroppsliga symtom kan en överklighetskänsla förekomma liksom känslan av att tappa kontrollen, bli galen eller till och med dö. Panikångest är inte farligt och går över av sig själv, men upplevelsen kan vara så skrämmande att den drabbade gör allt för att undvika att det ska hända igen.

Vid återkommande oväntade panikattacker under minst en månad samt ihållande förväntansångest och/eller rädsla att mista kontrollen, bli tokig eller få hjärtinfarkt och/eller betydande beteendeförändring på grund av attackerna kan diagnosen paniksyndrom ställas (9). **Paniksyndrom** klassificeras också om agorafobi (se ovan) föreligger eller inte. Debut av paniksyndrom sker vanligen mellan tonåren och 40-årsåldern. Det är vanligt att patienten först söker akut somatisk vård.

Vid **generaliserat ångestsyndrom**, GAD är ångesten generaliserad och ihållande men inte begränsad till vissa situationer utan mera ”fritt flytande”. Generaliserat ångestsyndrom är relativt vanligt, cirka fem procent av den vuxna befolkningen lider av det. Debuten sker oftast redan i unga år och förloppet är vanligtvis långvarigt. Många har varit ängsliga som barn och har en tendens att oroa sig för allt (4).

På följande sida diagnos ångestsyndrom enl DSM-V (10)

Agorafobi

Uttalad rädsla eller ångest inför minst två av följande situationer:

Färdas med allmänna kommunikationsmedel.

Vistas på öppna platser.

Vistas inom slutna platser.

Stå i kö eller befinna sig i en folksamling.

Vara utanför hemmet på egen hand.

Personen fruktar eller undviker dessa situationer på grund av tankar om att det skulle vara svårt att ta sig därifrån, eller att det inte skulle gå att få hjälp, ifall panikartade eller andra funktionsbegränsande eller genanta symtom skulle uppkomma.

F. Ångesten är ihållande, vanligen 6 månader eller längre.

G. Ångesten orsakar kliniskt, signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

Social ångest (social fobi)

Uttalad rädsla eller ångest för en eller flera olika sociala situationer där personen riskerar att utsättas för kritisk granskning av andra.

Personen fruktar att han eller hon ska uppvisa symtom på ångest eller bete sig på ett sätt som framkallar negativa omdömen.

F. Ångesten är ihållande, vanligen 6 månader eller längre.

G. Ångesten orsakar kliniskt, signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

Paniksyndrom

Återkommande oväntade panikattacker. En panikattack är en plötsligt framvällande våg av intensiv rädsla eller intensivt obehag som når en topp inom minuter. Minst fyra av följande symtom föreligger under attacken:

Palpitationer, bultande hjärta eller hastig puls

Svettning

Darrning eller skakning

Känsla av att tappa andan

Kvävningskänsla

Smärta eller obehag i bröstet

Illamående eller obehag i magen

Svindel, ostadighetskänslor eller matthet

Frossa eller värmevallningar

Parestesier

Derealisations- eller depersonalisationskänslor

Rädsla att mista kontrollen eller bli tokig

Dödsskräck

B. Minst en av attackerna har under minst en månad åtföljts av ett eller bägge av följande:

1. Ihållande oro eller ångslan för att få ytterligare attacker eller för följderna av attackerna.

2. En betydande och maladaptiv beteendeförändring med anledning av attackerna.

Man klassificerar också syndromet med avseende på om agorafobi föreligger eller inte.

Generaliserat ångestsyndrom

Överdriven rädsla och oro inför ett antal olika händelser eller aktiviteter flertalet dagar under minst sex månader.

Svårigheter att kontrollera oron.

Rädslan och oron förknippas med tre eller fler av följande sex symtom:

Rastlös, uppskruvad eller på helspänn

Lätt att bli uttröttad

Svårt att koncentrera sig eller "tom i huvudet"

Irritabel

Muskelspänning

Sömnstörning

Symtomen ska orsaka signifikant lidande eller försämrad funktionsnivå.

F. Ingen annan psykiatrisk diagnos (t ex paniksyndrom, tvångssyndrom, separationsångest, PTSD, vikträdsla vid anorexi,

sjukdomsångest eller rädsla för innehåll i vanföreställningar) får bättre förklara symtomen.

Symtomen varierar men omfattar oftast ihållande nervositet, skakningar, muskulär spänning, svettningar, svimningskänsla, hjärtklappning, yrsel och oro i magen. Många känner en stark rädsla för att man själv eller en anhörig ska bli sjuk eller råka ut för en olycka. En person med generaliserad ångest kan finna något att oroa sig för i nästan varje situation (11). En del patienter med generaliserad ångest har haft det hela livet utan att benämna det som generaliserad ångest. De har sökt vården under flera år oftast med många olika kroppsliga symtom. När ett symtom är utrett kan de vara ”lugnade” för en tid, men kan snart börja oroa sig igen, kanske för ett annat symtom och söker på nytt vård.

Det finns ytterligare typer av ångestsyndrom, tvångssyndrom, OCD (F42.0, F42.1) och posttraumatiskt stressyndrom, PTSD (F43.1). Dessa tas inte upp i detta sammanhang.

Behandling av ångestsyndrom

Av personer med depression eller ångestsyndrom behandlas mer än 70 procent i primärvården. Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer Vård vid depression och ångestsyndrom (2017) bör primärvården erbjuda hög tillgänglighet för en primär bedömning och en aktiv uppföljning med planerad förnyad kontakt. Det är särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet, vilket är en grundförutsättning för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. Detta kan erbjudas via vårdsamordnare (12).

Patienter med ångestsyndrom bör behandlas med psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel (2). Tillgången på psykologisk behandling täcker dock inte behovet. Patienter med ångestsyndrom har ofta ett långdraget sjukdomsförlopp med varierande svårigheter av symtomen och stor risk för återfall. Det är därför viktigt att aktivt följa upp patienter med ångestsyndrom för att kunna upptäcka allvarliga tillstånd. Denna kontinuitet förbättrar prognosen och ökar följsamheten till behandlingen (2).

Behandlingsmålet för patienter med ångestsyndrom är att personen ska tillfriskna och återfå en god funktionsnivå. Vägen dit innehåller delmål där patienten lär sig att bemästra situationer som är ångestväckande och metoder att lindra sina symtom. God funktionsnivå innebär både symptomfrihet och återgång till arbete samt återvunnen

social funktion och livskvalitet. Ytterligare viktigt mål är att minska risken för återinsjuknande.

Behandlingsmetoder vid ångestsyndrom

Psykopedagogiska insatser bör ges till alla patienter med muntlig och skriftlig information. Vid lättare former av ångestsyndrom kan dessa insatser tillsammans med fysisk aktivitet ha god effekt (2). För förslag på litteratur och rekommendationer om egenvård, se 1177. Närstående, som ofta utgör ett viktigt stöd till personer med ångestsjukdomar, bör också erbjudas information och kunskap (4).

Ångesten kan göra patienten som förlamad och hon har svårt att se hur hon ska komma ur situationen, komma vidare. Det är viktigt att som vårdsamordnare stötta och hjälpa patienten så att hon kan hantera sin ångest och på så sätt minska funktionsnedsättningen. Det kan handla om konkreta saker som att skriva dagbok över när ångesten kommer, i vilka situationer. Vad hände? Hur kände jag då? Hur gjorde jag för att komma ur ångesten? Vid nästa tillfälle kan patienten försöka använda kunskapen för att bemöta sin ångest på ett annat sätt.

Det är viktigt med rutiner, att gå upp på morgonen, äta frukost, gå ut och promenera även om man mår dåligt, när man lider av ångest. Mat, sömn och att röra på sig är grundförutsättningarna för att en mer specifik behandling emot ångest ska lyckas. Utan mat, sömn och fysisk aktivitet blir man känsligare för stress, något som i sin tur kan öka ångesten.

Patienten kan själv underlätta och förbättra behandlingen genom att lära sig att känna igen tecknen på ångest. Om man är känslomässigt förberedd på ångesten är det lättare att minska den och hålla den under kontroll. Det kan ta tid att lära sig att hantera ångest och det är viktigt att du som vårdsamordnare är med och stöttar patienten under tiden att försöka leva sitt liv som hon vill, samtidigt som hon övar sig på att tillåta ångesten att finnas där.

Den viktigaste delen i behandlingen av ångest kallas exponering. Att exponera sig betyder att man utsätter sig för de ångestframkallande situationerna och medföljande obehagliga känslor. Det är lämpligt att börja i små steg och öka långsamt. Målet är att patienten till slut ska klara av att exponeras för hela situationen, från början till slut. Genom att klara av det man är mest rädd för kommer tilltron till sin egen

förmåga att öka och ångesten kommer att minska både i situationen och på lång sikt.

Vårdens stora och svåra uppgift i kan vissa fall även vara att *inte* fortsätta att utreda, skicka patienten på olika utredningar som visar ”det finns ingen medicinsk orsak/förklaring till dina symtom”. Vi behöver finnas kvar där för patienten, som ett bollplank, lyssnande och förstående av hur besvärligt patienten har det med alla sina symtom. Genom att bygga upp ett förtroende och tillit mellan patienten och vårdgivaren kan patienten successivt lära sig känna igen de olika symtomen och förstå hur oron och ångesten hänger ihop med dessa. Det viktiga är att lära känna patienten, att patienten får träffa samma vårdgivare, kontinuiteten. På så sätt kan man lägga märke till om något inte är som det brukar, för naturligtvis kan även patienter med ångestsyndrom få t ex en hjärtinfarkt. Då gäller det att agera korrekt och inte tolka symtomen som ångest.

En vanlig behandlingsmetod vid *social fobi* är kognitiv beteendeterapi, KBT, gärna i form av internetförmedlad KBT med behandlarstöd och med eller utan exponering.

Standardbehandling vid *paniksyndrom* är KBT som vid behov kan kompletteras med läkemedelsbehandling enligt nedan.

Psykologisk behandling främst i form av KBT kan även erbjudas till patienter med måttligt *generaliserat ångestsyndrom*. KBT har en måttlig effekt.

Psykologisk behandling kan erbjudas och förmedlas individuellt, i grupp, i par, i familj eller via internet (2).

Läkemedel

Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med antidepressiva läkemedel. Det som varierar är doserna vid behandling av de olika tillstånden. För utförlig beskrivning av de olika grupperna av antidepressiva läkemedlen, se kapitel 7. För alla ångestsyndromen är SSRI (serotonin-återupptagshämmare) förstahandsläkemedel. Vid generaliserat ångestsyndrom är SNRI (serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare) andrahandsalternativ alternativt TCA (tricykliska antidepressiva). I tredje hand kan Pregabalin provas (dock risk för beroendeutveckling!).

TCA är rekommenderat andrahandsval för paniksyndrom och social fobi. SNRI är tredjehandsalternativ, ofta i samarbete med psykiatri.

Tabell 1. Läkemedel preparat och dosering vid olika ångestsyndrom(4)

DOSERINGSTABELL	Social fobi	Paniksyndrom	Generaliserat ångestsyndrom
SSRI Sertralin	25-200 mg	25-200 mg	50-200 mg
TCA Klomipramin	10-150 mg	10-150 mg	
SNRI Venlafaxin depot	37,5-150 mg	37,5-150 mg	75-150 mg
Pregabalin Lyrica			50-600 mg

Specialistvårdsnivå psykiatri för ångestsyndrom

De flesta patienterna med ångestsyndrom får sin diagnos och behandling inom primärvården. Vissa patienter kan ha behov av insatser från specialistpsykiatri eller att en konsultation sker. Omkring 20 procent av patienterna remitteras vidare till specialiserad psykiatri (2). Specialistpsykiatri ansvarar för tidig upptäckt och bedömning av psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker dem och ska erbjuda alla patienter uppföljning efter suicidförsök. Utöver detta möjligheter till löpandet konsultationsinsatser och vid behov fördjupade behandlingsinsatser, då primärvårdens insatser inte givit önskat resultat samt bedömning om övertagande av vård främst av patienter med komplex symtomatologi och nedsatt funktionsnivå (13).

Samsjuklighet

Personer med ångestsyndrom har större risk än normalbefolkningen att drabbas av kroppsliga (somatiska) sjukdomar. Det är därför viktigt att försöka identifiera, utreda, behandla och följa upp eventuell samtidig

kroppslig sjukdom (2). Prognosen för kroppsliga sjukdomar kan även vara sämre om personen har ett samtidigt ångestsyndrom.

Det är också vanligt med neuropsykiatriska tillstånd, andra psykiatriska funktionsnedsättningar, smärtproblematik samt missbruk hos personer med depression eller ångestsyndrom. Det är dessutom vanligare att personer med långvariga sjukdomar, exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller stroke, drabbas av depression och ångest (14).

Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för suicidtankar och suicidförsök, vilket också kräver att vården under hela sjukdomsförloppet behöver vara lättillgänglig och ha hög kontinuitet (2).

Referenser

1. Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2013 [uppdaterad 2019-03-14; citerad 2019-11-27] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/angslan-oro-eller-angest/> . Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017:12.4.
3. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. Brain Behav. 2016;6(7):e00497.
4. Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje – Läkemedel Ångestsjukdomar Göteborg: Västra Götalandsregionen; 2018. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/31396/%c3%85ngest.pdf?a=false&guest=true>
5. Djurfeldt D R. Behandling av ångestsjukdomar. Läkemedelsverket 2016.
6. Allgulander C, Waern M, Humble M, Andersch S, Ågren H. Mini Internationell Psykiatrisk Intervju (Svensk reviderad version 5.0.0). Stockholm – Karolinska Institutet, Göteborg – Sahlgrenska akademien; 2006.
7. M.I.N.I. Stöd för diagnostik vid psykisk ohälsa inom primärvården. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; Kunskapsguiden, [citerad 2019-11-27]. Hämtad från <https://kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/MINI-Stod-for-diagnostik-vid-psykisk-ohalsa/Sidor/default.aspx/>
8. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning Del 1 (3). Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
9. Paniksyndrom. [Internet]. Göteborg: Västra Götalandsregionen:1177, [citerad 2019-11-27]. Hämtad från <https://1177.se/vastra-gotaland/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/angest/paniksyndrom/>
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American Psychiatric Association; 2013
11. Wilöf, Marianne. Wilöf Mindus Media AB. Pfizer. Ångest. pdf.pfizerpro.se.
12. Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje. Psykisk ohälsa i primärvård - uppföljning med hjälp av vårdsamordnare. Göteborg: Västra Götalandsregionen; 2019.
13. Västra Götalandsregionen. Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna). Göteborg: Västra Götalandsregionen; 2019. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20och%20konsultationer%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20specialistpsykiatri.pdf?a=false&guest=true>
14. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

KAPITEL 9

Stressrelaterad psykisk ohälsa

Lilian Wiegner

Kapitlet om stressrelaterad ohälsa är relativt omfattande då ohälsan inom området är stor och det är en problematik som vårdsamordnare ofta möter. Kapitlet behandlar såväl diagnostik som vård och behandling med särskilt fokus på utmattningssyndrom. Författaren har en omfattande klinisk erfarenhet både på primärvårdsnivå och på specialistmottagning men även stor erfarenhet från egen forskning inom området på primärvårdsnivå, liksom från Institutet för Stressmedicin, Göteborg, en forsknings och tidigare specialistmottagning inom Västra Götalandsregionen.

Definition av stress

Det finns ingen enhetlig definition av stress, trots att Hans Selye myntade stressuttrycket redan 1936. Den definition som används på Institutet för Stressmedicin (ISM) är: "Stress är den biologiska och psykologiska reaktionen på olika påfrestningar, d.v.s. den mobilisering av resurser som görs för att hantera olika typer av krav (stressbelastning). Reaktionen avspeglar både erfarenheter, känslor och fysiologiska reaktioner på den givna situationen. Stressreaktionen är ändamålsenlig och i de allra flesta fall inte farlig. Det är först när en stressbelastning överskrider en individs förmåga att psykologiskt och fysiologiskt hantera belastningen, som negativa konsekvenser kan uppstå i form av olika somatiska, psykiska och beteendemässiga konsekvenser."

Stressbelastning och dess konsekvenser

Enkelt kan man säga att när kraven överstiger de resurser man har att hantera dem upplever man sig stressad. Det är naturligt att känna sig stressad när man ställs inför påfrestningar och den fysiologiska reaktion som då inträffar är inte farlig utan nödvändig. Men det är viktigt att förstå att kroppen inte kan skilja på om stressbelastningen är av mer vardaglig karaktär eller av en dignitet som hotar vår överlevnad. Vi reagerar med samma fysiologiska mekanismer i båda fallen. Detta oberoende av om belastningen finns i arbetsliv eller privatliv. Turligt nog klarar vi perioder av hög stressbelastning om det finns möjlighet till återhämtning. Om belastningen däremot blir långvarig och tid för återhämtning saknas kan konsekvenserna bli ohälsa och sjukdom.

Det vi upplever som stressande kallas stressorer eller stressbelastning. Olika individer upplever olika händelser som stressbelastande. De flesta upplever situationer som man inte har kontroll över som belastande, som t.ex. en allt för hög arbetsbelastning eller ständig oro för sjuka anhöriga. När man ställer diagnos vid sjukdom orsakad av hög stressbelastning är det viktigt att se till såväl typ av belastning som till duration (varaktighet) av belastningen. Vid en **allvarligare, inte sällan livshotande** stressbelastning, kan konsekvenserna bli tillstånd som Akut stressyndrom med ICD-10 kod F43.0, om belastningen varit kortvarig. Men om den allvarliga stressbelastningen varit långvarig kan det leda till Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) F 43.1. Dessa tillstånd kommer vi inte att beröra vidare.

Som vårdsamordnare hanterar man patienter med en **mindre livshotande men mer långvarig** stressbelastning, ett slags vanmakt-hetsstress. Den sortens belastning kan leda till Utmattningsyndrom (UMS) (minst sex månaders stressbelastning). Om den mindre allvarliga stressbelastningen funnits kortare tid än sex månader; ofta en till tre månader kan diagnosen bli Anpassningsstörning. Anpassningsstörning kan i vissa fall övergå i UMS.

Anpassningsstörning F43.2 är en fördjupad eller förlängd reaktion på en oönskad livskris med en stressbelastning på en till tre månader. Gränisar till en normal reaktion. Symtomen minskar när stressorerna försvinner.

Utmattningssyndrom F 43.8 A handlar om en minst sex månader lång icke livshotande men påtaglig stressbelastning utan tillräcklig återhämtning.

Diagnosen Utmattningssyndrom accepterades av Socialstyrelsen 2005. Diagnosen ska ställas av läkare då det är nödvändigt att göra en klinisk undersökning och ta differentialdiagnostiska prover för att utesluta annan sjukdom som orsak som t.ex. sköldkörtelsjukdom, B12-brist etc. Skulle patienten komma till annan vårdgivare än läkare är det viktigt att kontakt tas med läkare för slutlig diagnos.

Många upplever även depressions och ångestsymtom vid hög stressbelastning. Självklart kan man även få somatiska sjukdomar som högt blodtryck, höga blodfetter, bukfetma av hög stressbelastning, vilka bör behandlas på sedvanligt vis men dessa sjukdomar kommer vi inte att gå närmare in på här.

Diagnostik UMS

Vårdsamordnare ska inte ställa den slutliga diagnosen men det kan vara bra att känna till de diagnostiska kriterierna för Utmattningssyndrom (1). Det är viktigt att vara medveten om att utmattningssyndrom är en symtombaserad diagnos vilket kan göra det svårt att ställa rätt diagnos. Det hade varit lättare om man kunnat ta någon form av blodprov men så är inte fallet. För diagnos måste symtom på utmattning ha funnits i två veckor medan stressbelastningen måste ha funnits i minst sex månader. Det måste finnas tydliga stressorer i patientens liv, arbetsmässigt, privat eller både och. Från början talade man om utbrändhet, vilket var helt relaterat till arbetet. Utbränd är en arbets-psykologisk term och inte en medicinsk diagnos. Vid utmattningssyndrom behöver stressbelastningen inte nödvändigtvis finnas i arbetet, även om det är det vanligaste.

Här följer de diagnostiska kriterierna för UMS: Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna ställas.

A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.

B. Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet dominerar bilden.

C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under minst två veckor:

- 1 Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
- 2 Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
- 3 Känslomässig labilitet eller irritabilitet
- 4 Sömnstörning
- 5 Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
- 6 Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet

D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).

F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggspecifikation till den aktuella diagnosen

Typ av belastning och brist på återhämtning vid utmattningssyndrom

Vid utmattningssyndrom handlar det om en kombination av en allt för hög stressbelastning och brist på återhämtning.

Vad är då **stressbelastning**? I situationer där man ständigt upplever att kraven (stressbelastningen) man känner, egna eller andras, överstiger de resurser man har för att hantera dem, känner man sig stressad och uppvarvad. Om detta pågår över lång tid kan man bli sjuk i utmattningssyndrom. Dessbättre har de flesta faktorer som ”skyddar” oss från att insjukna. Dels kan man ha strategier för att hantera

stresskänsla och krav, man kan ha möjlighet till bra återhämtning i form av träning, god sömn och annat som ger energi. Man kan å andra sidan även ha sårbarhetsfaktorer som gör att man lättare hamnar i utmattning. Det kan vara allt från hereditet för depression, ångestsjukdom och tidigare upprepade tuffa livshändelser, till en total frånvaro av möjlighet att hämta ny kraft och energi.

På specialistmottagningen har vi visat att stressbelastningen inte sällan finns på flera håll samtidigt (2). Hög arbetsbelastning och emotionella krav i arbetet t.ex. att man etiskt inte kunde stå för det arbete man fick utföra pga. tidsbrist, angavs inte sällan. Privat angavs ofta relationsstörningar. En relativt stor grupp ansåg att ansvar för sjuk anhörig var en betydande stressor. Det kunde röra sig om ansvar för barn med neuropsykiatrisk sjukdom men även föräldrar med t.ex. demenssjukdom. Kvinnorna angav något fler privata stressorer i form av relationsstress och omvårdnad, medan män i högre grad angav chefsansvar som stressande. I genomsnitt angavs fyra stressorer/person. Många angav även höga egna krav som orsak.

Brist på återhämtning har visat sig vara en viktig faktor för att insjukna vid hög stressbelastning. Problemet är att ju mer stressad man blir, ju mindre tid tycker man sig ha till återhämtning och inte sällan försöker man istället höja tempot ytterligare för att hinna med, vilket ökar risken för sjukdom. Skyddet i form av återhämtning räcker inte heller hur långt som helst förstås.

Vad är då återhämtning? Enkelt kan man säga att det är aktiviteter som ger mer energi än det tar. Det finns ingen vetenskaplig evidens för att någon metod är bättre än någon annan. Ofta handlar det om något kreativt, något som ger glädje, lust och en känsla av att behärska något. Man kan släppa tankar på jobb och krav och man upplever ofta harmoni och avslappning. Precis som olika sorters belastning upplevs olika stressande av olika personer, upplevs olika aktiviteter som återhämtande. Fysisk träning på rätt nivå (se under fysisk aktivitet) och att ge sig själv tid för sömn är viktigt för alla och något som man tidigt bör informera patienten om. Men återhämtning kan också vara allt från att läsa böcker, träffa vänner, baka, spela gitarr, dreja, yoga eller strosa runt i naturen. Många patienter har tappat bort större delen av sin återhämtning ett bra tag innan de insjuknar. Det är naturligtvis också viktigt att få återhämtning på arbetet i form av ordentliga raster och perioder av lugnare tempo.

Utvecklingen mot utmattningssyndrom

Förloppets faser

Uppvarvning

Vägen mot utmattningssyndrom föregås av en period av uppvarvning. Brist på återhämtning i kombination med en allt för hög och långvarig stressbelastning leder till att patienten varvat upp allt mer. För att upprätthålla nödvändig funktionsnivå ökar anspänningen, vilket kräver extra energi och patienten hamnar i en negativ spiral. Systemet går på högvarv.

Akut insjuknande

Det akuta insjuknandet sker inte sällan plötsligt, ett mentalt och fysiskt sammanbrott där patienten förlorar all energi. Hos vissa uppstår kaos/overklighetskänsla, handlingsförlamning, irrationellt beteende, ångest eller avskärmning. Hos andra är insjuknandet mindre dramatiskt.

Återhämningsfasen

När den initiala fasen, som i svårare fall kan pågå under flera veckor, är över, är patienten fortfarande trött. De kognitiva svårigheterna blir inte sällan mer påtagliga när den värsta tröttheten lagt sig. Man orkar aktivera sig igen men det kan vara svårt att få ihop dagliga funktioner. Många beskriver det som att ha ”sirap i hjärnan” och det tar längre tid än vanligt att tänka. Det är särskilt viktigt att ta dessa svårigheter i beaktan vid rehabilitering. Symtom såsom nedstämdhet och ångest är vanliga, dödstankar kan förekomma. I detta skede saknar många patienter helt arbetsförmåga och behöver vara sjukskrivna. Många symtom förvärras snarare än förbättras under den första sjukskrivningsperioden. Tillståndet växlar upp och ner under månader, ibland längre. Vid minsta krav varvar systemet upp i full omfattning men uppvarvningen är inte lika långvarig och betyder inte att man är tillbaka på ”ruta ett”. De kroppsliga och mentala symtomen klingar så småningom av allt mer och man kan förbereda sig inför återgång till arbetet, även om de kognitiva symtomen delvis kvarstår.

Det har visat sig vara av värde för patienten att illustrera förloppet i en graf. Det gör det lättare att förstå att "sjukdomen inte kommit över en natt" men även att medvetandegöra att symtomen kan fluktuerar under rehabiliteringen. En tillfällig försämring, betyder inte att man får börja om från början i rehabiliteringen.



Figur 1. Balanserad energinivå

För att uppleva en balanserad energinivå behöver de krav som ställs på oss i vardagen vara i balans med de resurser vi har. Vi klarar att förbruka mycket energi under en begränsad period, om vi får en period av återhämtning efteråt, d.v.s. vi går ner till balanserad energinivå (se figur 1). För många som lever under hög stressbelastning blir emellertid återhämtningsperioderna allt kortare (man sover sämre, får mindre tid till fysisk aktivitet). Till slut lever man med "gasen på" mest hela tiden. Man har inte längre några marginaler och vid en akut ytterligare belastning riskerar man att hamna i utmattning

Vanliga symtom vid utmattningssyndrom

Kardialsymtom är *mental trötthet, sömnstörning och kognitiv svikt* samt ofta även en mängd olika kroppsliga symtom som huvudvärk, magont,

yrsel och tryck i bröstet och värk av olika slag. Dessa symtom kan man ha även vid stress som inte lett till utmattningssyndrom. Skillnaden är, att vid utmattningen har man oftast flera av symtomen samtidigt och de finns där större delen av dygnet. Labilitet i humöret som ilska eller gråtmildhet är vanligt liksom depressions och ångestsymtom.

För att följa förloppet vid UMS rekommenderar vi att använda Karolinska Exhaustion Disorder Scale 9 (KEDS 9). Många med svårare utmattning fyller även kriterier för depression eller ångestsjukdom. På specialistklinik var det enbart nio procent som varken hade depressions eller ångestdiagnos parallellt med UMS (2). Samma bild såg vi i primärvården. Ångestdiagnoser är vanligare än depressionsdiagnos vid utmattningssyndrom. Att ångest är vanligt vid UMS är inte så konstigt. Amygdala, som är starkt förknippat med emotioner, blir lätt överlastat vid upplevelse av stress (4). I primärvårdsstudien fyllde hela 36 % av de med ångestdiagnos kriterier för Generaliserat ångestsyndrom (GAD) där livstidsprevalens är 8-9 %, vilket är ett observandum. För att inte missa ångest och depressionsdiagnoserna rekommenderar vi därför att man förutom KEDS-9, använder sig av GAD-7 och MADRS-S och när det gäller dessa patienter. Det är angeläget att påpeka att KEDS inte används för screening eller för diagnostik utan tanken är att vårdsamordnaren använder instrumentet för att följa förloppet och framförallt som ett samtalsunderlag. Instrumentet har i dessa sammanhang en hög användbarhet. För tolkning av uppnådda skattningspoäng se vidare under punkten ”Vad bör vårdsamordnaren hålla koll på”.

När det gäller tolkning av MADRS-S och GAD-7 hänvisas till depression- och ångestkapitlen (kapitel 7 och 8) samt kapitel 10 och 11. GAD-7 görs vid nybesöket för att ringa in ett eventuellt Generaliserat ångestsyndrom hos individen. Förekomst av GAD är av särskild vikt att känna till vid medicininsättning och vid rekommendationer kring fysisk aktivitet (se under behandling).

En svårighet när det gäller patienter med UMS är att många patienter även fyller kriterier för depression och eller ångestsjukdom. Var vårdsamordnaren ska lägga sitt fokus i följandet av patienter med flera diagnoser är inte självklart och beslut om detta får tas i samråd med behandlande läkare.

Som vid all psykisk ohälsa är det viktigt att undersöka eventuella suicidtankar eller planer.

Den *mentala tröttheten* finns där mest hela tiden och man är lika trött även efter ett par veckors semester. Man har ibland något mer energi på

morgonen men inte alltid. Det kan fungera att mobilisera energi en kortare stund t.ex. i en testsituation men detta ger en uttalad trötthet efteråt (5). Hjärnans förmåga att sortera och stänga av intryck är negativt påverkad vilket gör att man ofta är ljudkänslig. Det blir svårt att snabbt bearbeta information och att behålla uppmärksamheten.

Många har haft *sömnstörning* en längre tid innan de insjuknar. Det rör sig både om svårigheter att somna och en fragmenterad sömn med ständiga uppvaknanden. Inte sällan somnar man av utmattningen men vaknar relativt snart och kan inte somna om. Sömnkvaliteten är sämre. Efter en period av sjukskrivning är man inte längre lika utmattad och då kan svårigheterna att somna istället öka. Sömnstörningarna ger dagtrötthet men även påverkan på minnesfunktioner. Minnet uppgraderas nattetid och med en störd sömn blir onödiga minnesfragment kvar.

Påverkan på de *kognitiva funktionerna* är inte sällan det som leder till sjukskrivning. Sandström et al har med funktionell magnetkamera visat att kvinnor med UMS hade lägre aktivitet i frontalloben där uppmärksamhet och långsiktig planering regleras (6). Det är just dessa exekutiva funktioner som påverkas vid UMS, liksom arbetsminnet, vilket försämras. Detta gör att det blir svårt att planera uppgifter såväl i arbetet som till exempel vid matinköp privat, men det ger även svårigheter att fatta beslut och lösa problem. Det blir även svårt att hålla kvar uppmärksamhet liksom att hålla en röd tråd i samtal. Man får svårigheter att organisera och utvärdera det man har gjort. Tankefunktionen känns långsam och trög.

Behandling

Innan vi går närmare in på behandling vill jag trycka lite extra på att patienter är mycket olika svårt sjuka då de kommer till behandling. Behandlingen måste individualiseras efter aktuell energinivå, grad av kognitiva störningar samt orsak till utmattningen. Svårighetsgraden varierar och därmed behovet av behandlingsinsatser. Insatserna kan ges enskilt eller i grupp.

I nuläget finns det mycket lite forskningsevidens för hur olika behandlingar påverkar längd på sjukskrivning (7). Man vet emellertid att några behandlingar påverkar symtomen. Fysisk aktivitet minskar

Tid. En viktig faktor för läkning är sannolikt tiden och möjlighet till återhämtning i lugn och ro. Patienter på specialistmottagningen angav i efterförloppet att regelbunden fysisk aktivitet, regelbundet leverne och sjukskrivning varit det viktigaste för deras tillfrisknande men att ha haft ett tryggt stöd på mottagningen lyftes också fram som viktigt.

Vårdsamordnarens insatser är en mycket viktig del i stödet som patienten behöver, dessutom samordnar hen insatserna från olika aktörer och bistår vid uppföljning. Denna funktion är särskilt viktig vid UMS då behov av behandling varierar mycket beroende på var i förloppet patienten söker vård och grad av presenterade symtom mm. Vårdsamordnaren ser till att patienten blivit undersökt av läkare för slutlig diagnos (om det inte redan är gjort) och har sedan regelbunden kontakt med behandlande läkare och följer på ett strukturerat sätt upp och samordnar de vårdinsatser som anses nödvändiga. Tidigt i behandlingen handlar det mycket om att ge stöd och råd, med syfte att patienten ska återfå kontroll och rutiner i sitt liv. Patienten behöver ofta hjälp med att *minska kraven (stressbelastningen)* och *öka resurserna*. För att hjälpa patienten på bästa sätt är det nödvändigt att kartlägga vilka stressorer som finns i patientens liv. Först efter det att man identifierat den aktuella stressbelastningen kan förändringsarbetet börja både på det privata och arbetsmässiga planet. Många behöver hjälp med att hantera den aktuella stressbelastningen.

113

Vårdsamordnare kan även hjälpa till med att *öka patientens resurser* genom att ge råd om återhämtning och vila, sömn, regelbundna matvanor och allmän vardagsstruktur inklusive fysisk aktivitet, liksom återhållsamhet med alkohol. Initialt handlar behandlingen mest om att få ordning på sömnen, äta regelbundet och att försiktigt komma igång med fysisk aktivitet, gärna utomhus.

I de fall stressbelastningen finns på arbetet, erbjuds stöd av rehabkoordinatören vid behov. Vissa patienter behöver medicinera mot depression och ångest, vilket får diskuteras med behandlande läkare.

Längre fram kan det bli frågan om stresshanteringskurs. Psykologisk behandling, Grön rehabilitering, medicinsk yoga m.m. kan vara aktuellt för vissa individer. Behandlingen är individuell och alla behöver naturligtvis inte alla insatser. Var inte rädd för att avvakta och ge tid för återhämtning en period innan behandlingsinsatser sätts in, särskilt hos svårt sjuka med kognitiv svikt.

Behandlingsförslagen nedan grundas till stor del på klinisk erfarenhet.

Ett smörgåsbord av tänkbara behandlingsinsatser som kan behövas

Fysisk aktivitet. Enskild träning eller gruppträning är en hörnsten i behandlingen. Belastningen på kroppen minskar, patienten blir piggare, sover bättre och blir mindre nedstämd. Intensiteten på träningspasset ska vara måttlig så att pulsen och andhämtningen ökar något (motsvarande en rask promenad). Det är viktigt att den fysiska aktiviteten sker regelbundet, på sikt 40–60 minuter tre gånger i veckan. Initialt kan det hos svårt sjuka patienter räcka med 10–15 minuters enkla promenader. Det är viktigt att inte pressa patienten för hårt men samtidigt viktigt att hen kommer igång. På sikt bra att kombinera styrka och konditionsträning. Ge akt på att patienten inte övertränar (speciellt vanligt hos patienter med GAD). Fysisk aktivitet på recept (FaR), rekommenderas.

Sömnråd/Sömnskola. Vid sömnstörning informera om vikten av att lägga sig och stiga upp vid ungefär samma tidpunkt varje dag och att undvika alkohol och kaffe. Patienten bör övergå till lugna aktiviteter i god tid innan sänggåendet och undvika kaffe 6 timmar innan

sänggående. Informera om att dagsljuset hjälper till att reglera den biologiska klockan, så uppmuntra till att vara utomhus varje dag. Mörkläggningsgardiner vid behov den ljusa årstiden. Avspännings-tekniker kan hjälpa till för avslappning. Sömnskola kan vara av värde när sömnstörningen är uttalad. Rätt timing är viktigt. Tidigt i förloppet kan patienten ha svårt att tillgodogöra sig sömnskolan om det rör sig om svår utmattning, då gäller enbart ovan enkla råd.

Återhämtning. Vad patienten upplever som återhämtning dvs. vad som ger mer energi än det tar, varierar stort. När patienten kommit in i bra sovrutiner och med fysisk aktivitet brukar det vara bra att prata om vad annat de finner återhämtning i. Uppmuntra till att lägga in tid för återhämtning i vardagen.

Vardagsbalans. Patienten kan behöva hjälp med välja, organisera och utföra de aktiviteter hen behöver i tillvaron för att skapa struktur och rutiner i vardagen (energireglering).

Medicinering. Det finns inga belägg för att man kan behandla själva utmattningssyndromet med läkemedel. Men medicin kan bli nödvändig eftersom det är vanligt med depression och/eller ångestsjukdom parallellt med utmattningssyndrom. De läkemedel man oftast använder sig av är antidepressiva mediciner. Initialt är det vanligt med biverkningar i form av yrsel, huvudvärk och en ångestförstärkning. Ångestförstärkningen är särskilt viktig att känna till om patienten har en hög ångestnivå redan som exempelvis vid GAD, då är lägre initiala doser att föredra. Flera av biverkningarna brukar ge med sig inom ett par veckor och är dosberoende. Den positiva effekten av medicinen kommer först efter 3-6 veckors behandling. Medicinen är inte beroendeframkallande och ofta krävs minst sex månaders behandling. Även om det inte finns belägg för beroende är det inte ovanligt med utsättningsfenomen av samma typ som vid insättning av medicinen. Vid svåra sömnstörningar kan en särskild sorts antidepressiv medicin användas, enskilt eller i kombination med andra sorter.

Stresshantering. Lika viktigt som det är att vara fysiskt aktiv är att hitta individuellt anpassade metoder för avspänning och återhämtning. Det finns stresshanteringskurser typ "Stresskolan" där patienten får lära sig mer om stress och hur den påverkar kroppen och samtidigt får ta del av olika avslappningstekniker.

Sjukskrivning Det är viktigt att inse att patienter är olika svårt sjuka då de söker läkare, vilket påverkar behovet av sjukskrivning som i vissa fall behöver pågå under flera år. Hos andra kan några veckors hel

sjukskrivning vara tillräckligt. Syftet med den första delen av sjukskrivningen är till stor del att få återhämtning, detta övergår senare i aktiv rehabilitering. Vissa svårt sjuka patienter kan behöva övertalning för att acceptera sjukskrivning. Min erfarenhet är att det är de svårast sjuka som behöver övertygas mest om att sjukskrivning kan vara nödvändigt för att bli frisk. Inte sällan får man dessutom lägga mycket energi på de svårast sjuka för att de ska inse att tillfrisknandet kan komma att ta tid, att det inte finns någon "quick fix." Sjukskrivning som enda åtgärd är inte tillräckligt, man behöver få till en förändring. Riktlinjer för sjukskrivning finns i socialstyrelsens Försäkringsmedicinskt beslutstöd.

Psykoterapi. Först senare i förloppet, då patientens kognitiva funktion medger, kan korttidsinriktad psykoterapi bli aktuell för vissa patienter. Det är lätt att få en känsla av att man inte längre klarar vissa situationer och det är vanligt både med ångest och nedstämdhet. En vanlig terapiform vid stressrelaterade problem är kognitiv beteendeterapi (KBT), en terapiform där man utgår från den aktuella problematiken och arbetar med tydliga mål. Fokus ligger på att förstå hur våra tankar, känslor och beteenden påverkar vårt välbefinnande. Genom att identifiera de faktorer som genererar och vidmakthåller stressen kan man hitta nya lösningar på problemen, både vad gäller arbetsrelaterade och privata stressbelastningar. Det kan till exempel handla om att förändra vissa beteenden, lära sig bättre hanteringsstrategier eller ett nytt sätt att förhålla sig till problemen. Man vill skapa förutsättningar för långsiktig balans mellan belastning och återhämtning och på så vis minska risken för återfall i UMS.

Grön rehabilitering kan vara till hjälp hos långvarigt sjukskrivna som har svårt att komma tillbaka till arbetet. Man använder sig av naturen för att skapa lugn och få fysisk aktivitet. En bra inslussning för att få struktur, där man ofta arbetar med såväl stödjande samtal som basal kroppskännedom.

Arbetsåtergång. Det är viktigt att involvera arbetsgivaren i rehabiliteringen och en kontakt med Rehabkoordinatören kan vara värdefullt. Vid arbetsåtergång efter en tids sjukskrivning är viktigt att man får en lugn arbetsmiljö med tydligt avgränsade arbetsuppgifter, särskilt i början. Svävande uppmaningar i form av "gör det du kan i din egen takt" brukar ge ökad stress snarare än lugna. Det är vanligt med ljudkänslighet och svårigheter att avskärma sig när man återgår i arbete, särskilt om man varit svårt sjuk. Placering i en så stimuli-fattig miljö

som möjligt är därför viktigt. Ibland kan man behöva använda hörselskydd initialt för att bättre avskärma ljud. Patienten kan behöva hjälp med att sätta gränser för sitt arbete. Det kan röra sig om att ta raster liksom att avsluta i tid och att se till att ha tid utan "störningar".

Minnet och koncentrationsförmågan är ofta fortfarande försämrade då patienten börjar arbeta eftersom dessa funktioner tar mycket lång tid att läka ut. Bra att alla är medvetna om det. Försäkringskassans beslutstöd medger något längre sjukskrivningsperioder om de kognitiva funktionerna är påverkade. Deltidssjukskrivning är vanlig då man återgår i arbete.

Om man ska byta arbete eller ej är svårt att svara på. Finns det stora olösliga konflikter på arbetsplatsen så brukar vi rekommendera det men annars är det ofta mindre stressande att återgå i ett arbete man känner till med arbetskamrater som känner individen från tidigare. En del väljer att byta arbetsplats efter det att rehabiliteringen är avslutad. Några väljer dock att gå ner i tid och andra får helt andra arbetsuppgifter som passar dem bättre. Lösningarna är individuella.

Prognos

Vi har tidigare berört att patienten direkt efter insjuknandet ofta har en period av total utmattning och kaos innan en långsam återhämtning tar vid. Depressions- och ångestsymtom samt sömnstörningarna förbättras väsentligt hos de allra flesta. Med rätt stöd, behandling och arbetsrelaterade åtgärder som att minska arbetsbelastning och omöjliga krav kommer majoriteten tillbaka i fullt arbete. Hur lång tid det tar varierar mellan olika individer. De privata stressorerna kan vara svårare att påverka, ofta krävs nya förhållningssätt och minskade egna krav. Många har symtom kvar under lång tid och studier pågår för att få klarhet i hur länge de kvarstår. Redan idag vet vi att många upplever en fortsatt stresskänslighet och en hel del kognitiva svårigheter liksom en ökad trötthet så lång tid som sju år efter insjuknandet. Detta även då de är tillbaka i fullt arbete.

Särskilda riskfaktorer

I statistiken över sjukskrivningar ser man att lärare och vårdpersonal ligger högt upp på listan över yrken som är utsatta. Min kliniska erfarenhet från de patienter jag behandlat genom året är att det finns två olika grupper. Dels den typiske presteraren och eller hjälparen (A), och dels en grupp med lite sämre resurser och sämre strategier för problemlösning (B).

(A) Både presteraren och hjälparen är ambitiösa, tycker inte om att be om hjälp och är ordentliga. De vill i allmänhet göra på sitt eget sätt. Orsaken till beteendet varierar dock.

Presteraren behöver hela tiden prestera för att duga i sina egna ögon och är mycket självkritisk. Har lättare att se det som blev fel än det som de gjorde bra.

Hjälparen duger bäst i sina egna ögon om hen är snäll, hjälpsam och gärna glad. Anpassar sig mycket efter andras behov istället för att se till egna sådana. Väldigt känsliga för andras ogillande. En del patienterna är både hjälpare och presterare samtidigt.

(B) Gruppen med lite **sämre resurser och strategier för problemlösning** är inte alltid lika uttalat presterare eller hjälpare, deras problem ligger på ett annat plan.

Någon direkt vetenskap finns inte i dessa tankar men det kan vara till hjälp för att se mönster, när man möter olika individer.

Hur kan du stötta anhöriga?

Det är angeläget att omgivningen förstår vad sjukskrivningen handlar om men anhöriga får aldrig bli behandlare. Det är viktigt att inte skuldbelägga någon. Anhörigas viktigaste roll är att ge patienten möjlighet till lugn och ro och att visa stöd och empati. Man kan uppmuntra de anhöriga som frågar efter att hjälpa till, att stötta patienter med rutiner kring mat, sömn och promenader och annan fysisk aktivitet. Till viss del kan de hjälpa patienten med gränssättning. Det är viktig att förmedla att anhöriga kan behöva ta hjälp av andra om belastningen på dem blir för stor.

Skicka gärna med informationsbroschyr när patienten lämnar mottagningen. I Västra Götalandsregionen använder vi oss av

broschyren ”Blir man sjuka av stress”. Det kan lokalt finnas andra broschyrer att använda men annars kan ovan broschyr beställas/laddas ner via ISM:s hemsida:

<https://www.vgregion.se/ov/ism/publikationer/haften/>

Vad bör vårdsamordnaren hålla koll på?

- Se till att patienten träffat läkare för diagnostik. Det är särskilt viktigt att skilja ut patienter som snarare lider av Anpassningsstörning, vilka bör behöva betydligt färre insatser
- Vid första mötet viktigt att gå igenom alla stressorer och att fånga patientens berättelse.
- Använd dig av rekommenderade självskattningsinstrument för UMS, Depression och Generaliserad ångest d.vs.. KEDS, MADRS-S samt GAD-7
- KEDS kan ge mellan 0 och 54 poäng. Påpeka att det gäller patientens upplevelse de senaste två veckorna. Det är totalt nio frågor. Under varje fråga finns sju olika svarsalternativ som ger noll till sex poäng styck. Patienten väljer ett alternativ under respektive svarsalternativ av de nio frågorna. Det är sedan enkelt att räkna samman poängen. Man adderar siffran som står bredvid respektive svarsalternativ. Vid 18 poäng och därunder är det mycket osannolikt med UMS-sjukdom. Ju högre poäng ju större sannolikhet för sjukdom. Observera att det är oklart hur det differentierar mot depression och ångest och att tanken inte är att ställa diagnos utan ett sätt att följa förloppet och som ett underlag i samtalen som följer. För att bättre kartlägga problematiken kan man i samtalet ställa kompletterande frågor kring bland annat koncentration och sömn (se under Hjälpfrågor nedan).
- KEDS skiljer sig från andra instrument som MADRS-S i det att de inte bör användas oftare än en gång/månad för att följa förloppet. Tänk på att det tar tid att förbättra kognitiva funktioner och blir stressande om fokus ligger för mycket där vid uppföljningarna.
- Tidigt i förloppet ska du ge individuellt stöd kring fysisk aktivitet och daglig struktur med regelbundet leverne vad gäller mat och sömn. Fokusera på trötthet, sömn och upplevda krav i KEDS-

enkäten. Först längre fram i förloppet är det lämpligt att tala om annan återhämtning än sömn och fysisk aktivitet.

- Vid telefonuppföljningar förhör vårdsamordnaren sig om sömn, fysisk aktivitet, vardagsstruktur och eventuella medicinbiverkningar. Sörjer för uppföljningar till läkare vad gäller sjukskrivning och medicinering. Viktigt med uppgjorda riktlinjer kring detta mellan vårdsamordnare och behandlande läkare.
- Samordnar andra insatser då behov bedömts föreligga. Det kan röra sig om kontakt med rehabkoordinator, psykolog, fysioterapeut mm. Var inte för snabb med att sätta in andra insatser, patienten måste vara tillräckligt kognitivt förbättrad. Samråd med aktuell behandlande läkare.
- Angeläget att ha gjort upp riktlinjer med behandlande läkare i de fall förloppet avviker. Det kan gälla kognitiva funktioner liksom uttalad trötthet som inte förbättras trots att stressorer inte kvarstår. Det samma gäller tilltagande depressiva symtom, suicidtankar liksom andra somatiska symtom som är nytillkomna eller ej förbättras.

Faktaruta: Hjälpfrågor som du kan använda om det passar dig

Kognitiva funktioner: Kan patienten följa ett TV program? Hålla uppmärksamhet mer än 30 minuter? Skriver hen ständigt minneslappar? Arbetar hen långsammare än normalt? Är det svårt att skifta uppmärksamhet mellan olika arbetsuppgifter?

Sömn: Vilken tid på kvällen lägger sig patienten? Är hen utsövd på morgonen? Behöver hen vila/sova dagtid för att orka med livet?

Fysisk aktivitet: Börja i liten skala och se vad de gjort hittills. Promenad i natur är en bra start. 15 minuter kan räcka som start för de tröttaste.

Hur påverkar symtomen patientens vardag och hens dagliga aktiviteter/arbete?

Biverkningar och effekt av läkemedelsbehandling? Tänk på att det är depressionen och ångesten man behandlar.

Vilket stöd har patienten från familj och vänner?

Vad gör patienten för att koppla av/återhämta sig? Hen kan i början ha mycket svårt att komma på något. Stressa inte, det kommer så småningom. Be dem tänka på något de mådde bra av för länge sedan, innan livet blev stressigt.

Återfallsprevention. Reflektera tillsammans med patienten om vilka symtom som kommer tidigt vid stressbelastning hos just hen och hjälp till med strategier för att hantera detta. Vilka strategier har hjälpt under rehabiliteringen? Uppmuntra att prata om psykiskt mående med familj och vänner. Skapa rutiner för fysisk träning och annan återhämtning.

Specialistnivå

Huvudansvar för patienter med UMS ligger inom primärvården men ibland kan psykiatrisk specialistvård bli nödvändigt. Inom Västra Götalandsregionen finns en specialistmottagning för UMS kallad Psykiatrimottagning utmattningssyndrom (PMU). Hit kan patienten remitteras för en konsultativ bedömning hos läkare med syfte att ge råd om fortsatta insatser. Man kan även remittera dit för behandling men då krävs att patienten varit sjukskriven i ett år och tillfrisknandet har avstannat trots att man gjort minst två adekvata behandlingsförsök (vilka tydligt ska anges). Målet med behandlingen är återgång till sysselsättning. Remissen bör utfärdas av sjukskrivningsansvarig läkare som har kvar ansvar för eventuell samsjuklighet. Det är viktigt att aktuella stressorer både i arbete och privatliv anges liksom aktuella symtom.

Organisationen kan se olika ut i olika delar av landet och vi hänvisar till lokala medicinska riktlinjer.

Samsjuklighet

Det är mycket vanligt med samsjuklighet i form av depression och ångest hos patienter med UMS. Ibland visar det sig en bit in i förloppet att patienten lider av neuropsykiatrisk sjukdom som ADHD eller av bipolär sjukdom i grunden. Myalgisk encefalomyelit (kroniskt

trötthetssyndrom) och fibromyalgi har delvis överlappande symtom. Som vårdsamordnare är det viktigt att diskutera med behandlande läkare om man har farhågor om annan sjuklighet hos patienten. Dessa tillstånd ska behandlas efter riktlinjer för respektive sjukdom.

FÖRKORTNINGAR

ISM Institutet för Stressmedicin

PTSD Posttraumatiskt stressyndrom

UMS Utmattningsyndrom

GAD Generaliserat ångestsyndrom

Försäkringskassans beslutstöd

KBT Kognitiv beteende terapi

VGR Västra Götalandsregionen

PMU Psykiatrisk mottagning utmattningsyndrom

Referenser

1. Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom-stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm. 2003.
2. Hasselberg K, Jonsdottir IH, Ellbin S, Skagert K. Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):66-.
3. Wiegner L, Hange D, Björkelund C, Ahlborg G, Jr. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care--an observational study. *BMC Fam Pract*. 2015;16:38.
4. Golkar A, Johansson E, Kasahara M, et al. The Influence of Work-Related Chronic Stress on the Regulation of Emotion and on Functional Connectivity in the Brain. *PLoS ONE*. 2014;9(9).
5. Krabbe D, Ellbin S, Nilsson M, Jonsdottir IH, Samuelsson H. Executive function and attention in patients with stress-related exhaustion: perceived fatigue and effect of distraction. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 2017;20(4):333-40.
6. Sandstrom A, Sall R, Peterson J, et al. Brain activation patterns in major depressive disorder and work stress-related long-term sick leave among Swedish females. *Stress*. 2012;15(5):503-13.
7. Wallensten J, Asberg M, Wiklander M, Nager A. Role of rehabilitation in chronic stress induced exhaustion disorder: a narrative review. *J Rehabil Med*. 2019;51(5):331-42

KAPITEL 10

Självskattningsinstrument i vårdsamordnarfunktionen

Carl Wikberg

I detta kapitel kommer du att få en generell överblick av självskattningsinstrument. Hur de kan användas på ett meningsfullt sätt samt vilka effekter de kan få i primärvården, både för patienten och för professionen. Syftet är att du ska få med dig kunskaper som du kan använda i praktiken som vårdsamordnare. I senare delen av kapitlet tas forskningsresultat från studier av självskattningsinstrument i primärvårdskontext upp.

Självskattningsskalor är en utveckling av skattningsinstrument eller strukturerade intervjuer/diagnostiska bedömningsskalor. För patienter med depression används MADRS-S (1), vid ångestsyndrom GAD-7 (2) och KEDS (3) för stress-relaterad psykisk ohälsa. Det finns även andra instrument som är möjliga för dig som vårdsamordnare att använda vid patientmötet.

Självskattningsskalor används av patienter för att rapportera egna upplevelser. Det innebär att patienten blir mer delaktig och aktiv i sin vård. Det blir då patientens eget instrument. I rollen som vårdsamordnare fungerar verktyget som en del i en diskussion med patienten och som visar på effekten av behandlingen samt bidrar till personcentrerad vård. Resultaten av en självskattning kan också vara ett värdefullt verktyg för läkare och övriga professioner för att komma närmare patientens egna upplevelser av sina symtom.

MADRS-S – Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale-Self

MADRS-S är ett validerat självskattningsinstrument som har 9 frågor där personen beskriver sin sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässiga engagemang, pessimism och livslust sett över de senaste 3 dagarna (1). Varje fråga är graderad från 0-6 poäng, där låga poäng innebär god hälsa och höga poäng indikerar nivån på depressionen. MADRS-S är lätt-administrerat och går fort att fylla i samt fungerar väl i primärvården. MADRS-S är konstruerat speciellt för att visa förändring i individens depression, och passar bra för att följa patienten över tid.

Det är viktigt att personen som genomför skattningen har fått tydliga instruktioner om hur det fylls i och att detta görs på samma sätt vid varje tillfälle. Den som fyller i skall försöka göra det utan att tänka alltför länge på varje alternativ och försöka arbeta sig igenom frågorna snabbt. Effekten av metoden medför förhoppningsvis att personen som fyller i svarar ”instinktivt” till skillnad mot om personen skulle reflektera och analysera vid varje påstående. Det skall vara enkelt och ge möjlighet att komma åt de direkta och spontana upplevelserna.

Utfallet diskuteras vid vårdmötet och hjälper patienten till insikt och självreflektion samt möjlighet att sätta ord på känslor och upplevelser (4).

GAD-7 – General Anxiety Disorder 7-item scale

GAD-7 är ett självskattningsinstrument för personer med ångest-symtom. Testet innehåller 7 frågor med 4 svarsalternativ avseende ångestbesvär de senaste 14 dagarna (2). De sju frågorna poängsätts från 0 (inte alls) till 3 (dagligen) och summeras. Totalpoängen ligger inom intervallet 0-21 poäng. Tröskelvärdena för mild, medel och allvarlig ångest ligger vid 5, 10 respektive 15 poäng. Instrumentet är endast vägledande och kan vara en hjälp för att identifiera generell ångest.

KEDS – Karolinska Exhaustion Disorder Scale

KEDS är ett självskattningsinstrument som visar hur nära en person är att drabbas av utmattningssyndrom (3). Testet har 9 frågor med 6

svarsalternativ. Instrumentet innehåller en rad olika påståenden om konsekvenser på långvarig stress: koncentrationsförmåga, minne, kroppslig uttrötthet, uthållighet, återhämtning, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelse av krav samt irritation och ilska. Patienten skattar utifrån sitt tillstånd under de senaste två veckorna. Poäng som är 19 eller över ger indikation för ökad risk att drabbas av utmattningssyndrom.

Självskattning vid psykisk ohälsa – evidens från primärvårdskontext

Detta avsnitt kommer beskriva hur och varför det är viktigt att arbeta med självskattning vid psykisk ohälsa, samt hur man som vårdsamordnare kan dra nytta av den information som en sådan skattning ger. I huvudsak används självskattningsskalan MADRS-S i de exemplen som beskrivs eftersom den är utprovad just för att följa individen under depressionsförloppet, och också utprovad bland primärvårdens patienter (4,5).

Självskattningsskalan används i diagnostiken för att fungera som stöd i att bestämma graden av depression - mild, medelsvår eller svår – men kan inte användas ensamt för att bekräfta diagnosen. Men det kan också vara till hjälp för vårdsamordnaren i sin kontakt med personen med psykisk ohälsa.

SBU genomförde 2012 en översikt gällande diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom, och fann i sina slutsatser bland annat att det kliniska samtalet inte räckte för säker diagnostik (6). Med hjälp av ett strukturerat eller semistrukturerat intervjuformulär samt tillgång till journalhandlingar ökade den diagnostiska känsligheten och träffsäkerheten (sensitivitet/specificitet) (6). Rapporten efterfrågade studier som utvärderade strukturerad diagnostik, samt studier som mäter tillförlitligheten hos formulär som är avsedda att följa förlopp av depression. Det påtalades att det saknades studier som utvärderar kostnadseffektiviteten av att använda bedömningsformulär för förstämningssyndrom (6).

Skattningsskalor är instrument som används för att beskriva symtom eller upplevelser hos den som fyller i. Generellt sett finns det två typer av skalor, de som professionen fyller i (läkare, psykologer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister med flera),

samt de som personer som söker i primärvården själva fyller i, så kallade självskattningsskalor.

I den svenska modellen för vårdsamordning psykisk ohälsa har vi valt att använda Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self (MADRS-S) (1). MADRS-S är ett instrument som är väl lämpat för primärvården då det snabbt kan ge svar på om det skett en förändring i depressionen. Vår forskargrupp har genomfört en studie i svensk primärvård där vi jämfört MADRS-S med Beck Depression Inventory (BDI-II) (7,8). BDI-II är ett självskattningsinstrument med 21 frågor som är inriktat på att mäta djupet av en depression och tänkt fungera som ett stöd vid diagnosticering. Men då BDI-II är ett licensbundet instrument och dessutom tar längre tid att administrera, men används mycket i forskningsstudier, så testade vi i en studie om MADRS-S och BDI-II ger samma resultat, d.v.s. om patienter som skattar sig högt på MADRS-S också skattar sig högt med BDI-II och att kurvorna följs åt även i motsatt riktning – d.v.s. när det kommer till låga poäng. MADRS-S gav i studien samma resultat som om personen hade använt BDI-II men till mindre kostnad och tid (9).

Vi använder MADRS-S som ett verktyg vårdsamordnaren kan använda i samtalet med patienten med depression. MADRS-S är gratis att använda, lättadministrerat och går fort att fylla i samt fungerar väl i primärvården. MADRS-S är konstruerat speciellt för att visa förändring i depressionsdjup, och passar därför väldigt bra som självskattningsinstrument för att följa patientens mående, speciellt eftersom man följer patienten med täta intervall under de första veckorna just för att snabbt kunna se förändring. Inget av övriga självskattningsinstrument passar lika bra för detta, eftersom de är utvecklade för att mäta förändring över längre perioder (MADRS-S mäter över 3 dagar, BDI-II och PHQ-9 under de senaste 14 dagarna).

Användning av självskattningsskalor har de senaste åren fått ökad användning då de anses göra patienter mera delaktiga och aktiva samt att det bidrar till att komma till bättre gemensamma beslut angående behandling tillsammans med läkaren (10-12).

Resultaten av en självskattning är ett värdefullt verktyg för läkare och övriga professioner för att komma närmare patientens egna upplevelser av sina symtom. I rollen som vårdsamordnare fungerar verktyget som en del i en diskussion med patienten, och en faktor som bidrar till kontinuitet och någonting som visar på effekten av behandlingen.

I den personcentrerade vården passar självskattning in som hand i handsken. En förutsättning är naturligtvis att den som ska skatta sig själv är positiv till detta. Ett resultat vid en självskattning är en ögonblicksbild av hur den som skattar sig upplever sina symtom och hur de har manifesterat sig över en för det gällande instrumentets angivna tidsförutsättning.

Meningsfullhet med skattningsskalor

I arbetet i primärvården kommer vi dagligen i kontakt med människor som har olika agendor. Att möta dessa personer utifrån deras föreställningar, farhågor och förväntningar är en del i den personcentrerade konsultationen. Men i mötet med patienten med psykiska åkommor räcker inte alltid det kliniska samtalet för att ställa diagnos (6). Självskattningsinstrument kan inte användas för att ställa diagnos, men kan vara till hjälp för att följa tillståndet. Diagnostiska instrument, som till exempel M.I.N.I., kan vara till hjälp för att ställa diagnos, men dessa är betydligt mer omfattande och tar betydligt längre tid att använda än självskattningsinstrument. Se kapitel 11 om den diagnostiska processen vid psykisk ohälsa!

Hur väl både självskattnings- och diagnostiska instrument fungerar och hur tillförlitliga resultaten av dessa instrument är är multifaktoriellt. Det handlar bland annat om att mäta det som instrumentet säger sig mäta, dvs. sensitivitet och specificitet. Sensitivitet mäter andelen av sjuka patienter som metoden faktisk identifierar, specificitet mäter andel av friska patienter som metoden korrekt identifierar. Det finns en bra artikelserie från Läkartidningen (Verktyg för klinisk forskning) för den som är intresserad (13).

Inom den svenska läkarkåren idag använder ungefär en fjärdedel intervjuformulär där MADRS och MADRS-S är de allra vanligaste (6).

Vad krävs för att en insats skall betraktas som meningsfull?

Det ska finnas en plan bakom insatsen. Insatsen skall vara förankrad och etablerad hos patienten som ska genomföra den. I frågan gällande

meningsfullheten av att använda skattningsinstrument är liknelsen med att ta blodtrycket bra att använda.

Dialogen med patienten är en av hörnstenarna i den diagnostiska processen av personer med psykisk ohälsa. Patienterna uppmuntras att uttrycka sin berättelse med egna ord. Man ställer öppna frågor för att komma symtombilden närmare. Ett möte mellan patient och läkare/sjuksköterska/övrig sjukvårdande personal ska naturligtvis aldrig börja med ett skattningsformulär eller att patienten får besvara frågor som läses upp från ett diagnostiskt instrument. Första mötet börjar alltid med att patienten med egna ord får formulera sina frågeställningar, tankar och farhågor. Därefter kan ett självskattningsinstrument – eller blodtrycksmätning - bli en del av mötet, där resultatet kan utgöra en del av förklaringen till fortsatta uppföljningen i en dialog med patienten.

En självskattningskala som tas vid ett enda enskilt tillfälle säger lika lite om hur en person mår som om man mäter blodtrycket bara en enda gång. För att en självskattning skall bli meningsfull behöver den upprepas, användas kontinuerligt och på ett korrekt sätt. Används skattningskalan på detta vis får den automatiskt en meningsfull användning på flera olika sätt: både för primärvården som får ett kontinuerligt mått på hur patientens depression förändrar sig över behandlingstiden, och som ett individuellt mått på förändring som patienten tar med sig.

Ett enda enskilt blodtryck ger förvisso en ögonblicksbild över vad personen för tillfället har för värde. Men för att detta värde skall få någon mening både för personen som tar det och för sjukvården, behöver detta blodtryck upprepas och tas under ett antal tillfällen och utföras på ett för mätningen relevant likartat sätt. Helst av allt ska samma person ta blodtrycket så att det kan säkras att det tas på samma sätt. För att diagnostisera högt blodtryck säger riktlinjen att det ska uppmätas vid upprepade tillfällen. Samma sätt gäller vid psykisk ohälsa. En isolerad mätning säger inte mycket. Patienten måste vara förtrolig med både instrumentet och metoden. Samma sak gäller med självskattningsinstrument, med ett par skillnader. För det första är det någonting som personen utför själv och där utfallet är beroende på hur denne med hänsyn till de tre senaste dagarna upplever och skattar sina symptom. Det är viktigt att personen som genomför skattningen har fått tydliga instruktioner om hur det fylls i och att detta görs på samma sätt vid varje tillfälle. En instruktion är att den som fyller i skall försöka göra det utan att tänka för länge på varje alternativ och att försöka arbeta sig

igenom frågorna snabbt. Effekten av den metoden medför förhoppningsvis att personen som fyller i svarar ”instinktivt” och efter direkt upplevda känslor i ögonblicket, till skillnad mot om personen skulle ombes reflektera och analysera sina tankar vid varje påstående. Det handlar om att skattningen inte ska vara för stor börda för personen att fylla i, det skall vara enkelt, det skall ge möjlighet att komma åt de direkta och spontana upplevelserna.

Länken mellan personen och professionen

Ett självskattningsinstrument ger patienten en unik möjlighet att själv ge sin upplevda syn på ett antal frågeställningar där man skattar och graderar sig efter de givna ramarna i instrumentet. Resultatet av skattningen ger dels en ögonblicksbild av hur patienten skattar sig vid det givna tillfället, dels en möjlighet att jämföra med tidigare. Instrumentet blir mera meningsfullt för båda parter (sjuksköterska/läkare m.fl. och patient) om svaren diskuteras. För hur väl vi än tror oss förstå vad en människa menar med någonting när man säger något eller uttrycker en känsla, så får man en större mening och konvergens om det åtföljs av samtal, feedback, reflexion och diskussion. Om svaren diskuteras kommer det fungera som en brygga eller bro mellan patient och profession. Parterna kommer varandra närmare och förhoppningsvis underlättas vidare samtal om sjukdom och tillstånd.

Vår studie, som utvärderat om användning av självskattningsinstrument i sig har effekt på själva depressionen och depressionsförloppet vid användning av MADRS-S med regelbunden feedback vid läkarbesök, visade att förloppet var detsamma oavsett om läkaren använde MADRS-S eller ej (4). Depressionen läkte i samma grad oavsett användning av självskattningsinstrument (med feedback till patienten) eller ej. Men det visade sig i studien att det finns andra vinster med att använda MADRS-S (5). Självskattningen kan påverka patientfaktorer såsom följsamhet, upplevd arbetsförmåga och socialt stöd på arbetsplatsen. Slutsatsen blev att det är viktigt för primärvårdens personal att ha denna kunskap om självskattningsinstrumentens effekter och att det kan vara upp till varje läkare och patient att tillsammans själva avgöra om man vill använda dem eller ej.

I en pressad primärvård fyller vårdsamordnaren en viktig funktion inte bara för patienten, utan för kollegorna på vårdcentralen, då denne

kan vara ”spindeln i nätet” i vården kring den deprimerade/ångestdrabbade. Självskattningen som patienten gör fungerar då också som ett pedagogiskt verktyg i mötet mellan vårdsamordnaren och patienten. När vårdsamordnaren kontaktar patienten finns alltid en bra utgångspunkt att samtala kring - kontakten blir meningsfull. Det finns ett syfte bakom kontakten och självskattningsinstrumentet bekräftar detta.

Kvalitativa studier - synen på skattningsinstrument i primärvården

Det finns relativt få studier som visar på hur sjuksköterskor/läkare upplever att använda sig av självskattningssskalor i primärvården. De kvalitativa studier som genomförts för att studera användning av självskattningssskalor visar på positiva effekter för brukarna, medan professionen har vittnat om en annan sida (14,15).

Hur upplever då läkare att arbeta med skattningssskalor? I den kvalitativa studien gjord av Agneta Pettersson et al. (15) blev slutsatsen att använda sig av instrument för att erhålla kvantitativa mått på depression inte var till nytta för allmänläkaren. Givet den låga evidens som fanns gällande klinisk relevans av många instrument, såg man ingen anledning att införa dem i praktiken. Läkarna tyckte dock att instrumenten kunde fungera som en facilitator mellan externa aktörer och vissa grupper av patienter.

En liknande studie där man istället för att fråga läkare frågade patienterna om hur de upplevde att använda en självskattningssskala genomfördes som en del av mitt avhandlingsarbete (16). Resultaten skiljde sig en hel del från vad läkarna hade upplevt. Sammanfattningsvis upplevde patienterna tre kategorier – konfirmering av vad de kände, att de blev tagna på allvar samt att instrumenten kunde ge en förklaring till varför de var i behov av behandling. Det var tydligt att patienterna och läkarna inte hade samma uppfattning om hur och varför instrumenten användes. Patienterna vittnade om att de kände en mening med att fylla i instrumentet då det fanns en tanke och idé bakom det hela. En del berättade dock om hur en del läkare bara tog resultatet och instrumentet och satte det i en pärm. De upplevde att läkaren gjorde det mer för att få en poängsumma och inte så mycket för att använda sig av resultatet i behandlingen.

Personer med annat språk än svenska kan ha svårighet att använda svenskt formulär, då formulären i hög grad även bygger på språkförståelse. Detta kan i förlängningen leda till ojämlik vård (6).

Vinsten med att använda sig av ett skattningsinstrument

Personer som får använda skattningssskalor på ett korrekt sätt kan tillskansa sig ökad kunskap och förståelse kring sin sjukdom, de kan känna sig stärkta i vetskapen om att den behandling de genomgår har effekt på tillståndet. Användningen leder inte sällan till en additiv effekt för sjuksköterska/läkare och patienten då de arbetar gemensamt kring ett instrument som tar hävstång utifrån patientens egna upplevelser. Men, för att detta arbete skall vara betydelsefullt och få mening kräver det att patienten själv är ärlig och fyller i svaren med stor sanningsenlighet. Det går dock inte att avgöra hur personen mår enkom genom att studera totalpoängen. Det finns en individuell dimension i självskattning. En del personer har i sin natur att skatta sig högt, medan en del personer alltid är mera återhållsamma i sitt uttryck. Detta stämmer väl överens med andra studier som visar på exempelvis hur smärtrösklar skiljer sig mellan olika kulturer (17). Det är av stor vikt att den som initierar en användning av självskattning också är villig att följa upp och använda det kontinuerligt. Det är som vi tidigare visat med jämförelsen av blodtrycksmätning, ett enda blodtryck säger egentligen inte mer än hur det är vid det tillfället. När det kommer till skattningssskalorna gällande psykisk ohälsa behöver vårdgivaren också få en bild av vad som är ett "normalvärde" för personen. Är det en person som vanligtvis ligger lite högre än "normalvärden" eller lite lägre? En god kännedom om sina patienter ger självskattningen en ytterligare dimension. I de fall sjuksköterskan eller läkaren misstänker att det kan röra sig om en depression kan instrumentet plockas fram lika väl som att blodtryck kan tas eller ett blodsocker eller vikt. Det är någonting som är föränderligt beroende på den nuvarande livssituationen. MADRS-S är känslig för förändring och väl anpassat för att användas i primärvården.

I dagens primärvård, där tillgängligheten är hög, men kontinuiteten kan vara bristfällig, står vårdsamordnaren för en viktig funktion i rollen som det nav som vården av den deprimerade, ångestfyllda eller stressade

patienten innebär. Självskattningsinstrumenten tycks finna sin plats i primärvården genom sin enkelhet och lätta administrering.

Skattningsskalor får ALDRIG NÅGONSIN ersätta samtalet med patienten som är essentiellt både terapeutiskt och för diagnostik!

Genom vårdsamordnaren kommer självskattningens potential fram, och adderar till kommunikation, relation, kunskap och behandling. Ett pedagogiskt verktyg som lär patienten att själv förstå sina symtom och att reagera på förändring. Ett kognitivt verktyg som kan ge aha-upplevelser och ett verktyg för att underlätta och ge underlag för att samtala och diskutera utifrån patientens perspektiv. Ett verktyg som verkligen tar ansats i ett personcentrerat synsätt och skapar förutsättningar för en personcentrerad primärvård (15).

Referenser

1. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
2. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
3. Beser A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren A, Asberg M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scand J Psychol*. 2014;55(1):72-82.
4. Wikberg C, Westman J, Petersson EL, et al. Use of a self-rating scale to monitor depression severity in recurrent GP consultations in primary care - does it really make a difference? A randomised controlled study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):6.
5. Petersson EL, Wikberg C, Westman J, Ariai N, Nejati S, Bjorkelund C. Effects on work ability, job strain and quality of life of monitoring depression using a self-assessment instrument in recurrent general practitioner consultations: A randomized controlled study. *Work*. 2018;60(1):63-73.
6. SBU. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom - En systematisk litteraturöversikt. Report. 212 2012. Report No.: ISBN 978-91-85413-52-2.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
8. Beck AT Steer R. A., Brown G. K. BDI-II. Beck Depression Inventory second edition. Manual, Svensk version (Swedish version). Sandviken, Sweden: Psykologiförlaget AB; 2005.
9. Wikberg C, Nejati S, Larsson ME, et al. Comparison Between the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-Self and the Beck Depression Inventory II in Primary Care. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17(3).
10. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013;346:f167.
11. Black N, Burke L, Forrest CB, et al. Patient-reported outcomes: pathways to better health, better services, and better societies. *Qual Life Res*. 2016;25(5):1103-12.
12. Fitzpatrick R, Gibbons E, Mackintosh A. An overview of patient-reported outcomes for people with anxiety and depression 2009. Report 2009. https://pdfs.semanticscholar.org/233e/81f37f152b1681148a2f481fedf690719aa0.pdf?_ga=2.39840035.1282737860.1577559580-1870718044.1563957500
13. Lagerlund M ZS. Screening: ett tilltalande men problematiskt koncept. *Läkartidningen*. 2013;110(12):628-30.
14. Wikberg C, Pettersson A, Westman J, Björkelund C, Petersson EL. Patients' perspectives on the use of the Montgomery-Asberg depression rating scale self-assessment version in primary care. *Scand J Prim Health Care* 2016;34(4):434-42.
15. Pettersson A, Bjorkelund C, Petersson EL. To score or not to score: a qualitative study on GPs views on the use of instruments for depression. *Fam Pract*. 2014;31(2):215-21.
16. Wikberg C. Aspects of management of depression in primary care - use of a self-assessment instrument [Dissertation]: University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy; 2017. <http://hdl.handle.net/2077/50864>
17. Al-Harthy M, Ohrbach R, Michelotti A, List T. The effect of culture on pain sensitivity. *J Oral Rehabil*. 2016;43(2):81-8.

KAPITEL 11

Den diagnostiska processen vid psykisk ohälsa – primärvårdsnivå

Sandra af Winklerfelt Hammarberg, Cecilia Björkelund

Att ställa rätt diagnos och bedöma svårighetsgrad för diagnosen är grunden för val av behandling, vårdnivå och uppföljning inom all sjukvård. Diagnosen innebär också en beskrivning och en förklaring för patienten som får möjlighet att bli mer delaktig i sin vård och behandling. Kvalitet och tillförlitlighet i den diagnostiska processen kan öka patientens och behandlarens trygghet och motivation till behandling och därmed förbättra resultatet. Även att utesluta diagnoser på ett tillförlitligt sätt är viktigt för att inte medikalisera tillstånd i onödan. Vårdsamordnarens roll är viktig när det gäller den diagnostiska processen, d.v.s. om patientens sjukdomsförlopp inte stämmer med den preliminära diagnosen eller om uppgifter framkommer som gör att diagnosen inte verkar stämma. Detta kapitel beskriver framför allt den diagnostik som läkaren och/eller psykologen till största delen genomför, men också vårdsamordnarens viktiga roll att följa patienten och lyfta till läkaren/teamet om förloppet inte är det förväntade.

I primärvården på vårdcentralen är det framför allt läkaren som genomför initial diagnostik även när det gäller psykisk ohälsa men det är viktigt för vårdsamordnaren att ha goda kunskaper om den diagnostiska processen. Psykologen har omfattande utbildning i psykiatrisk diagnostik och differentialdiagnostik. Psykiatrisk diagnostik kan upplevas som väldigt svårt och det beror sannolikt på flera faktorer. För det första så finns det inga enkla objektiva eller mätbara test som exempelvis vid diagnostik av somatiska sjukdomar som hypertoni eller diabetes. För det andra så kan det många gånger vara svårt att skilja på vad som är normala reaktioner på omständigheter i livet som sorg, förluster eller stress, och vad som kan klassificeras som en

behandlingsbar psykiatrisk sjukdom. Speciellt i primärvård vet vi att det förekommer både underdiagnostik, t. ex när psykiatrisk sjuklighet presenterar sig huvudsakligen med kroppsliga symtom vilket medför risk att det psykiatriska tillståndet missas, såväl som överdiagnostik, d.v.s. när normala reaktioner som ångest och nedstämdhet vid svår stress klassificeras som sjukdom, vilket vi också benämner medikalisering. Kvalitet och tillförlitlighet i den diagnostiska processen kan öka patientens och behandlarens trygghet och motivation till behandling och därmed förbättra resultatet.

I primärvården söker patienter med blandade, ofta lindriga - och därför mindre tydliga - symtom. Samsjuklighet, d.v.s. att patienterna kan ha flera samtidiga olika sjukdomar eller tillstånd, är vanligt och bidrar till att diagnostiken är svår. Primärvårdens, den första linjens vård, stora uppgift är att bedöma och sortera patienterna rätt så att de i slutändan får rätt behandling och vårdnivå. Sjuksköterskan har ett viktigt uppdrag redan i telefon att göra en första bedömning och triagera till rätt hänvisning, bokning eller rådgivning.

I praktiskt bruk i primärvården används främst ICD-10 (1) för att diagnosticera. Inom den psykiatriska vården används även DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2). Denna diagnosmanual är utarbetad av American Association of Psychiatry och de psykiatriska tillstånden är indelade i grupper och undergrupper av syndrom baserat på kännetecknande symtom. I manualen framgår huvudkriterier och underkriterier samt vilket antal kriterier och under vilken tid de måste vara uppfyllda för att ett tillstånd ska kunna diagnosticeras. Symtomen måste också ha en viss svårighetsgrad och påverka funktionsförmågan negativt för att diagnosen ska vara uppfylld.

I primärvården på vårdcentralen är det framför allt läkaren som genomför initial diagnostik även när det gäller psykisk ohälsa. Psykologen har också omfattande utbildning i psykiatrisk diagnostik och differentialdiagnostik. Diagnosen bygger på det man får fram i samtalet med patienten samt hur symtom och tankar uppfyller kriterier för de olika syndrom som beskrivs i DSM 5. För att bedöma svårighetsgrad kan skattningsskalor användas som stöd (se kapitel 10). I diagnostiken ingår också att utesluta andra orsaker till symtomen som exempelvis kroppsliga sjukdomar, läkemedels-/substansbruk eller yttre omständigheter om de bättre förklarar tillståndet.

Den diagnostiska processen

Det patientcentrerade samtalet

All diagnostik börjar med anamnesen och vad patienten själv berättar. Ofta kan man komma väldigt långt i förståelse av vad patienten lider av genom att lyssna till patientens beskrivning av sina besvär och egna tankar och tolkningar av dem. Om man också frågar om patientens eventuella oro och önskan vad de vill ha hjälp med på ett öppet sätt kan man få fram även underliggande faktorer som kan ha betydelse.

Genom att använda s.k. ”nyckelfrågor” kan man få god hjälp i den diagnostiska processen (3):

- 1 Vad är orsaken till att du kommer idag?
- 2 Vad önskar du att jag hjälper dig med?
- 3 Vad tror du själv att det här beror på? Är du rädd att det ska vara något allvarligt?
- 4 Vad har du själv märkt hjälper dig?

Genom att bekräfta det patienten berättar och sammanfatta kan man ytterligare stärka kommunikationen och öppna för att patienten vågar berätta även om jobbiga saker.

Särskilda nyckelfrågor som kan vara till hjälp vid t ex ångest eller kroppsliga symtom är:

- I vilken situation upplever du besvären/symtomen?
- När/hur började de?
- Vad är ”det värsta som kan hända”/vad är du mest rädd för i situationen?

Vi tar yrsel som exempel. Om yrseln kommer vid situationer av fysisk ansträngning så inriktar vi oss kanske på att utreda hjärtsjukdom. Om den kommer vid förändrat huvudläge så inriktar vi oss kanske mer på balansorganen. Om yrseln i stället kommer i situationer där det är mycket folk omkring så kan vi tänka mer i banor av ångestsyndrom eller fobi. Det finns inte många somatiska sjukdomar som enbart slår till vid sådana situationer. Här kan den andra frågan, om katastroftanken, -”vad är det värsta som kan hända?” hjälpa oss. En person med paniksyndrom

är främst rädd för de kroppsliga symtomen och att symtomen betyder att något är allvarligt fel. -”Det känns som jag ska dö/svimma/tappa kontrollen”, är vanliga katastroftankar. Att befinna sig i en folksamling betyder ofta att det kan vara svårt att ta sig ut och få hjälp vid en panikattack och rädslan i den situationen kan vara ett tecken på agorafobi. Å andra sidan, med samma symptom i samma situation, där katastroftanken handlar mer om att de kroppsliga symtomen syns för andra, -”de kommer se att jag vinglar, de kanske tror att jag är berusad”, så kan det i stället tyda på en social fobi.

Att fråga hur det började kan också ge vägledning. Panikattacker kan förekomma vid alla psykiatriska diagnoser men det är om de börjar plötsligt, ”som en blixtnad från klar himmel”, som man kan misstänka paniksyndrom. Om de istället kommer i en social situation vilken man redan upplever som ångestfylld är social fobi mer sannolikt. Om symtomen uppträder efter en period av ökande nedstämdhet så är de sannolikt en följd av depression.

Genom att veta vad man letar efter och vad som är utmärkande för olika syndrom kan nyckelfrågorna i anamnesen leda ganska långt differentialdiagnostiskt, även om de förstås måste kompletteras med fördjupande metoder.

Andra frågor som är viktiga att ta upp i anamnesen för att göra en samlad bedömning är förstås tidigare/nuvarande sjukdomar, läkemedel, ärftlighet och levnadsvanor. Levnadsvanor som fysisk aktivitet, sömn och alkohol har stor betydelse vid psykisk ohälsa, både som symptom och som bidragande orsak eller del av behandling.

Sociala faktorer är ofta av extra vikt vid psykisk ohälsa. Relationer till familj och vänner efterfrågas för att inventera vilket stöd och nätverk som finns runt patienten, vilket kan vara av vikt bl.a. för suicidriskbedömning, men även för att oro och stress för närstående kan påverka tillståndet. Att aktivt efterfråga om det finns minderåriga barn som patienten är vårdnadshavare till och om de kan vara i behov av stöd eller information till följd av patientens ohälsa är också vår skyldighet att efterforska.

Arbete är ofta en friskfaktor genom den struktur och sociala kontakter som det medför, men det kan också vara en källa till konflikter, oro och stress. Funktionsförmågan kan vara påverkad så att det kan vara svårt att vidmakthålla arbetsförmågan vid psykisk ohälsa. Arbetsförmåga är ofta svårt att bedöma och flera vårdcentraler och regioner har mallar för autoanamnes som kan vara till hjälp för kartläggning och bedömning.

Somatisk differentialdiagnostik

Många sjukdomar har diffusa och otydliga symtom. Vissa somatiska sjukdomar presenterar sig huvudsakligen med psykiska symtom och psykiatriska sjukdomar presenterar sig med kroppsliga symtom. Detta är också en av anledningarna till att somatisk undersökning av läkare **måste** genomföras som en del av diagnostiken på vårdcentralsnivå (se Nationella riktlinjer vid depression och ångestsyndrom).

Sköldkörtelsjukdom är ett vanligt exempel. Underproduktion av sköldkörtelhormon kan ge ökad trötthet, nedstämdhet och tröghet, vilket kan likna depression. Medan överproduktion kan ge hjärklappning, svettningar och ångest, d.v.s. samma symtom som vid panikattacker. Det brukar därför ingå att kontrollera sköldkörtelstatus, vanligen TSH (thyreoideastimulerande hormon), i all psykiatrisk diagnostik för att inte missa dessa behandlingsbara tillstånd. Diabetes med hög – och även för låg – blodsockernivå kan också ge trötthet, nedstämdhet och ångest. Även anemi kan ge diffusa symtom som trötthet, andfåddhet och hjärklappning, varför ett blodvärde (Hb) respektive p-glukosvärde också brukar ingå som standard i en utredning. Hjärtrytmrubbningar och astma är andra tillstånd som kan imitera ångestattacker, varför läkarundersökning av hjärta, lungor och blodtryck bör ingå som standard. I alla fall vid förekomst av sådana symtom. Ställningstagande för somatisk utredning av andra symtom beror på hur de förekommer, samt andra risker som ålder, ärftlighet och andra sjukdomar. Det är således viktigt att inte missa eventuella somatiska orsaker till psykiatriska symtom. Tvärtom är det också viktigt att beakta att en svår depression hos en äldre patient kan manifestera sig i somatiska alarmsymtom som viktnedgång, sjukdomskänsla och smärtor, där depression kanske inte ens övervägs som differentialdiagnos, men kan vara lika allvarlig och dödlig som en malignitet.

Det förekommer en hög grad av samsjuklighet av kroppsliga och psykiska besvär, t.ex. med långvarig smärta, mag-tarm-besvär, astma och ångest, något som kan förvärra flera av tillstånden om det inte beaktas. Diagnostiken är en kartläggning som kan ge bättre förståelse för hur de olika tillstånden påverkar varandra.

Somatisk status

Hos sjuksköterska/triage: Allmäntillstånd, kontakt, orientering, blodtryck, puls, längd, vikt

Hos läkare: Allmäntillstånd, sköldkörtel, hjärta, lungor, buk, rörelseorgan – beroende på kroppsliga symtom

Laboratorieprover: Blodstatus/Hb, TSH, samt eventuellt, beroende på symtom och läkarbedömning: Glukos, CRP, Kreatinin, Natrium (äldre), Albumin, Calcium, B12, ALAT, ALP, B-Peth/CDT, drogscreening

Eventuellt komplement EKG, spirometri beroende på symtom och läkarbedömning.

Vad patienten kanske inte berättar

Även om stigma kring psykisk ohälsa kan sägas ha minskat på senare år, och många patienter numera i högre grad söker för panikångest eller utmattning, så finns det fortfarande mycket som kan upplevas som skamligt för patienten att berätta om. Dit hör alkoholproblem eller annat substansberoende, vilka kan ge en mängd diffusa både kroppsliga och psykiska symtom. Dit hör också hot och våld i nära relationer, varför det ska ingå frågor om detta som standard. Genom att fråga alla på ett standardiserat sätt kan vi hitta även dem där vi inte har någon uppenbar misstanke, framför allt kan det underlätta för patienten. Det är lättare att berätta om man får frågan. Se även kapitel 5!

Det förefaller också som att en del psykiatriska symtom upplevs som mer skamfyllda än andra. Det är fortfarande sällsynt att patienter spontanrapporterar pinsamma eller irrationella tvångstankar, ätstörning, självskadebeteende och överdriven social ångest, för att nämna några exempel.

En annan anledning till att viktiga faktorer inte kommer fram kan vara att patienten inte själv har uppmärksammat dem. I patientens berättelse får ofta omgivningsfaktorer stor betydelse, t.ex. att hög stress har lett till utmattningssymtom. I själva verket kan det vara ett mönster t.ex. vid bipolär sjukdom att patienten under hypomana episoder med ökad energi kanske drar igång en massa projekt, vilket upplevs som väldigt positivt, och som man därför inte spontant berättar om, som sedan följs av återkommande svåra depressioner när man inte orkar hantera alla

projekt, som kan tolkas som utmattning. Ett annat exempel är ökad irritabilitet, oro och nedstämdhet som förvärras inför menstruation varje månad. Det är inte alltid patienten själv ser eller har gjort den kopplingen, men det påverkar bedömning och behandling.

En hjälp för att kunna få fram dessa lite mer ovanliga, otydliga eller upplevt skamliga tillstånd är att använda strukturerad psykiatrisk intervju och att använda vissa standardiserade frågor till alla, oavsett vad som spontanrapporteras.

Psykiatrisk differentialdiagnostik

Det finns mängder av screening- och skattningsinstrument för psykiatrisk diagnostik och symtomskattning (4). Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9 är ett kortfattat instrument som på ett ganska tillförlitligt sätt kan diagnosticera depression samt ge en uppfattning om svårighetsgrad och suicidrisk, men saknar differentialdiagnosticering (5).

MADRS-S (6) är en svensk motsvarighet till PHQ-9 och det självskattningsinstrument som i SBU:s undersökning var det mest använda instrumentet i svensk primärvård för att bestämma nivå av depression och för att följa patientens tillstånd och tillfrisknande under sjukdomsperioden. MADRS-S är inte ännu tillräckligt studerad för att vara accepterad att *diagnosticera* depression i primärvård, men i en svensk studie har den visats med stor säkerhet kunna *utesluta* depression (högt negativt prediktivt värde), vilket kan vara nog så viktigt i en differential-diagnostisk situation (7)!

Det finns ingen evidensbaserad enkel metod för att diagnosticera ångestsyndrom, men det som används en del internationellt är GAD-7 som egentligen är ett symtomskattnings-instrument utan diagnostisk vägledning. På många håll används fortfarande Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD/HADS) som screeningmetod, men det är inte ett tillförlitligt instrument. Varken sensitivitet eller specificitet är tillräckligt för att rekommendera användning (4).

Det som räknas som "gold standard" i psykiatrisk diagnostik är multiprofessionell teambedömning där strukturerad intervju enligt DSM-kriterier ingår (SCID) (4,8). Denna metod är dock alldeles för omfattande för att kunna användas i primärvården. Den metod som visat bäst tillförlitlighet i kliniskt bruk i förhållande till "gold standard" är att

komplettera patientcentrerat samtal och somatisk differentialdiagnostik med en något kortare strukturerad intervju (4), Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (9). Med M.I.N.I. frågas patienten på ett strukturerat sätt om olika kriterier för olika syndrom i olika moduler. Därmed kan diagnoser både bekräftas och uteslutas på ett tillförlitligt sätt, och man kan göra en fördjupad differentialdiagnostisk bedömning. Patienten medverkar i intervjun och blir delaktig i kartläggning av kriterier, samsjuklighet, tidsförlopp och påverkande faktorer. Tid kan sparas om modulerna för suicidalitet, alkohol, droger ersätts av andra metoder. För de flesta moduler finns huvudkriterier där man snabbt går vidare om de inte uppfylls, men för psykosmodulen saknas det. Psykostecken är mycket ovanligt i primärvård men kan förekomma t.ex. hos äldre med svår depression. I vanliga fall kan dock tid sparas om modulen begränsas eller hoppas över. Antisocial personlighetsstörning finns med av forsknings- och validitetsskäl och ingår normalt inte heller i en primärvårdsintervju. Alla delar i M.I.N.I. har inte lika stark evidens, suicidrisk exempelvis kan bättre undersökas strukturerat med andra metoder (10) (se kapitel 6).

För majoriteten av de patienter som söker i primärvården och får diagnosen depression, ångestsyndrom eller stressrelaterad psykisk ohälsa (anpassningsstörning/ utmattningssyndrom) via läkare eller psykolog, behövs inte alltför avancerad diagnostik vid första kontakten. Patienter med svåra symtom, suicidrisk, psykos eller bipolär sjukdom skall naturligtvis snabbt vidare-remitteras till psykiatrin, men för de som bedöms kunna behandlas i primärvården så räcker en utförlig anamnes och somatisk undersökning som startpunkt för vård och behandling.

Den diagnostiska processen fortsätter sedan kontinuerligt genom att vårdsamordnaren (eller läkaren eller psykologen) har tät kontakt med patienten och följer upp förloppet, till att börja med varje vecka med samtal och skattningsformulär, och sedan något glesare under flera månader. Vårdsamordnarens roll i detta sammanhang är mycket viktig. Hon uppmärksammar om patientens sjukdomsförlopp inte stämmer med den preliminära diagnosen eller om uppgifter framkommer som gör att diagnosen inte verkar stämma.

I de allra flesta fall tillfrisknar patienterna under denna tid, men i vissa fall avviker förloppet, antingen genom att patientens tillstånd över huvud taget inte förbättras, eller att det försämras. För denna patientgrupp, som alltså inte följer förväntat förlopp, är det viktigt att läkaren eller psykologen gör en fördjupad diagnostik för att utröna om

den preliminära diagnosen var riktig. M.I.N.I. är då det diagnostiska instrument som har bäst evidens för användning i primärvården. Det kan bli tydligare om man får fram att en pågående depression är en del av en recidiverande depressionssjukdom med flera tidigare episoder, eller möjligen är sekundär till ett obehandlat ångestsyndrom eller tvångssyndrom. Erfarenheter talar för att det även blir en pedagogisk effekt för patienten, exempelvis när de kroppsliga symtomen vid en panikattack stämmer väl med patientens egen upplevelse.

Frågor kring alkohol- och drogvänor kan med fördel undersökas med andra instrument som t ex S-AUDIT (10) där det finns större erfarenhet i primärvård. Alternativt kan labprover för alkohol (B-Peth, CD-T) eller drogscreening användas standardiserat för att inte missa beroendeproblematik.

Det kan tyckas fyrkantigt, tidskrävande och främmande för arbetssättet i primärvård att läsa frågor ur ett formulär som patienten får svara ja eller nej på, men en svensk studie visar att patienternas erfarenhet var att de kände sig mer noggrant undersökta, och att det kunde innebära en lättnad att inte själv behöva formulera sina symtom (12). Studien visade också att det gick bra om även andra professioner än läkare och psykologer utförde den diagnostiska intervjun (13).

Länk till Kunskapsguiden.se: där M.I.N.I. kan laddas ner, där det finns utbildningsfilmer och instuderingsfrågor

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/mini-strukturerat-intervjuverktyg/mini-stod-for-diagnostik-vid-psykisk-ohalsa-inom-primarvarden/>

Diagnostik av utmattningssyndrom ingår inte i M.I.N.I, och syndromet som har en svensk ICD-10-kod motsvaras av diagnosen anpassningsstörning i DSM 5. Det saknas internationell evidens för vilka metoder som är tillförlitliga för diagnostik. Se vidare i kapitlet om stressrelaterad psykisk ohälsa/utmattningssyndrom (kapitel 9). Diagnosen utmattningssyndrom förutsätter minst en påtaglig stressfaktor de senaste sex månaderna samt att annan somatisk eller drogrelaterad orsak utesluts. Då psykiatrisk samsjuklighet är vanlig ska diagnosen föregås av psykiatrisk differentialdiagnostik. Det som bedöms som det mest utmärkande i problematiken anges som huvuddiagnos. Om samtidig depression eller ångestsyndrom föreligger

kan de eller utmattningssyndrom klassificeras som en tilläggsdiagnos (14).

Neuropsykiatriska diagnoser som ADHD, ADD och autismspektrumtillstånd ingår inte heller i M.I.N.I. Dessa tillstånd utreds normalt inom specialistpsykiatri. De kan dock vara viktiga att ha i åtanke då de kan påverka patientens ohälsa med exempelvis sekundär ångest, depression och återkommande utmattning, samt nedsatt funktionsförmåga. Det finns screeningformulär som kan användas men som inte heller har någon evidens i primärvård (t.ex. ASRS för ADHD och RAADS för autismspektrum). Grundregel för att överväga utredning är dock att symtomen funnits redan under barndom och har påverkat skolgång, inläring och sociala interaktioner.

Symtomskattning

Det är viktigt att göra en skattning av symtombördan. Detta är viktigt dels för behandlingsval, vårdnivå och för en extra möjlighet att bedöma suicidrisk, och dels för att kunna följa upp förloppet över tid och få ett mått på om patienten förbättras eller försämras (15). Enklast görs detta med självskattningsformulär. De flesta finns även som webbformulär så att patienten kan skriva in elektroniskt och det lagras i journalen. MADRS-S och PHQ-9 har bäst säkerhet för depressiva symtom (4,5) även om PHQ-9 inte är validerat för skattning. Det kan vara svårt att göra säkra jämförelser mellan individer med dessa formulär, men för att följa upp samma individ över tid har det värde även ett pedagogiskt att visa patienten på objektiv förändring. Fördelen med MADRS-S är att den skattar de senaste tre dagarnas mående, medan PHQ-9 gäller de senaste 14 dagarna, vilket gör att det är svårt att följa förändring över kortare tid. Det är en fördel att kunna mäta förändring varje vecka initialt i depressionsförloppet, som ju görs av vårdsamordnaren den första månaden i kontakten med patienten. Då fungerar inte PHQ-9, som är konstruerad för 14-dagarsmätning. MADRS-S är också utvärderad som patientens skattningsinstrument i primärvården och har visats ha god effekt vad gäller patientens kunskap om sin depression och depressiva symtom (16-18).

Det finns även specifika symtomskattningsinstrument för de olika ångestsyndromen, men dessa används huvudsakligen av psykologer för att följa upp och utvärdera KBT-behandling. GAD-7 är egentligen

framtagen för symtomskattning av generaliserat ångestsyndrom (GAD), men används ofta som generell ångestskattning även om det inte finns evidens.

För utmattningssyndrom finns ett skattningsformulär utvecklat av en svensk forskargrupp, Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS)(19) som kan användas för symtomskattning och uppföljning. Även här saknas internationell evidens (se även kapitel 9 och 10).

Faktaruta: Viktiga poäng-gränser på de olika skattningsskalorna

MADRS-S (max 34, om högre till bedömning av läkare) eller

PHQ9: Depression, max 30 p, inklusive suicidfråga och påverkansgrad

GAD-7: Ångestsymtom, max 21 p + påverkansgrad

KEDS: Utmattningssymtom, max 54 p, tröskel >18 medför risk

Sammanfattning

Diagnostiken av psykisk ohälsa bygger på flera, var och en för sig lika viktiga delar: patientcentrerad anamnes, somatisk differentialdiagnostik inklusive läkarbedömning och provtagning samt strukturerad intervju för att inte missa dolda faktorer. Symtomskattning kan vara ett stöd och förenkla processen. Diagnostik kan kräva en del träning och en checklista för att komma ihåg det viktigaste kan vara till hjälp. Att arbeta i team runt patienten där olika professioner bidrar med sin kompetens även i diagnostiken säkrar kvaliteten. Det är viktigt att tänka på att den diagnostiska processen pågår kontinuerligt via den täta kontakten med vårdsamordnaren. Om patienten inte följer det förväntade förloppet är det viktigt att ifrågasätta den preliminära diagnosen och initiera att en förnyad eller utökad diagnostik görs. Här är vårdsamordnaren en viktig person i teamet och oftast den som först kan observera om rehabiliteringsförloppet avviker från vad som förväntats. Se även kapitel 5 för fördjupning av vårdsamordnarfunktionen i praktiken!

Referenser

1. World Health Organisation. ICD-10, the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva, Switzerland: World Health Organization 1993.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American Psychiatric Association; 2013
3. Malterud K. Key questions--a strategy for modifying clinical communication. Transforming tacit skills into a clinical method. *Scand J Prim Health Care*. 1994;12(2):121-7.
4. SBU. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. . Stockholm, Sweden: Swedish Council on Health Technology Assessment, 2012.
5. Pettersson A. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) som stöd för diagnostik och bedömning av svårighetsgrad av depression. Swedish Council on Health Technology Assessment, 2018.
6. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134.
7. Magnil M, Gunnarsson R, Björkelund C. Using patient-centred consultation when screening for depression in elderly patients: a comparative pilot study. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(1):51-56.
8. APA. SCID-5-CV Clinician Version: American Psychiatric Association. APA Publishing; 2016.
9. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
10. SBU. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2015 Contract No.: ISBN 978-91-85413-86-7
11. Kallmen H, Elgan TH. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in relation to Alcohol Use Disorder (AUD) severity levels according to the brief DSM-5 AUD diagnostic assessment screener. 2019;73(7):397-400.
12. Pettersson A, Modin S, Wahlstrom R, Af Winklerfelt Hammarberg S, Krakau I. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):19.
13. Pettersson A, Modin S, Hasson H, Krakau I. Feasibility of referral to a therapist for assessment of psychiatric problems in primary care - an interview study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):117.
14. Glise K, Hadzibajramovic E, Jonsdottir IH, Ahlborg G, Jr. Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of

- sickness absence among human service workers. *Internat Arch Occup and Environ Health*. 2010;83(5):511-20.
15. Zimmerman M MTA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry* 2018;17:258–75
 16. Wikberg C, Pettersson A, Westman J, Bjorkelund C, Petersson EL. Patients' perspectives on the use of the Montgomery-Asberg depression rating scale self-assessment version in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(4):434-42.
 17. Wikberg C, Westman J, Petersson EL, et al. Use of a self-rating scale to monitor depression severity in recurrent GP consultations in primary care - does it really make a difference? A randomised controlled study. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):6.
 18. Petersson EL, Wikberg C, Westman J, Ariai N, Nejati S, Bjorkelund C. Effects on work ability, job strain and quality of life of monitoring depression using a self-assessment instrument in recurrent general practitioner consultations: A randomized controlled study. *Work* 2018;60(1):63-73.
 19. Beser A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren A, Asberg M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scand J Psychol*. 2014;55(1):72-82.

KAPITEL 12

Vårdsamordnarfunktionen och Rehabkoordinatorfunktionen

Pia Augustsson, Christina Möller och Cecilia Björkelund

På vårdcentralen finns flera olika professioner och kompetenser som kommer i kontakt med patienter med psykisk ohälsa under olika faser av sjukdomsförloppet. I det här kapitlet vill vi kort definiera och förklara vårdsamordnarfunktionens respektive rehabkoordinatorsfunktionens huvudområden. Vi beskriver också hur vårdsamordnaren och rehabkoordinatoren kan samverka kring patienten.

Vårdsamordnarens funktion

Vårdsamordnarens funktion innehåller framför allt följande insatser till patienten (1, 2):

- Stöd till patienter med depression, ångestsyndrom och stressutlöst psykisk ohälsa. Målsättningen är att ge dessa patienter god kontinuitet och hög tillgänglighet
- Fast vårdkontakt under behandlingsperioden
- Uppföljning av patientens hälsotillstånd, som en del i behandlingen av den psykiska ohälsan
- Följer det psykiska måendet
- Ger råd och stöd för egenvård
- Gör upp en vårdplan tillsammans med patienten
- Samordnar informationen till teamet kring patientens behandling
- Samordnar behovet av, och kontakterna kring, andra vård- och behandlingsinsatser på grund av sjukdomen

Rehabkoordinators uppgifter

En rehabkoordinator arbetar med två uppdrag: dels som en stödfunktion för alla vårdcentralens patienter som är sjukskrivna eller är i farozonen för en sjukskrivning, dels som stöd för vårdcentralens olika professioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Rehabkoordinators arbete är att förebygga sjukskrivning samt att underlätta och understödja så att arbetsåtergången blir så bra som möjligt för patienten (3,4).

Rehabkoordinators uppdrag regleras i lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297) som förtydligar att koordineringsinsatserna ska, efter patientens samtycke, ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet (5).

En rehabkoordinators båda uppdrag innehåller tre huvudområden: Samverka och samordna internt, individanpassa stöd till patienterna, samt samverka externt (3).

Samverka och samordna internt

- Stödja verksamhetschefen med att ta fram, implementera och följa upp rutiner för sjukskrivningsprocessen
- Koordinera och utveckla det interna arbetet inom sjukskrivningsprocessen
- Verka för en jämställd sjukskrivningsprocess och vara uppmärksam på våld i nära relationer
- Följa, redovisa och analysera sjukskrivningsstatistik
- Bidra till att uppmärksamma tidiga signaler och riskfaktorer för sjukskrivning, samt i ett tidigt skede identifiera patienter som har behov av koordinerande insatser

Individuellt anpassat stöd till patienterna

- Kartlägga patientens rehabiliteringsbehov
- Föra dialog med patient, sjukskrivande läkare, arbetsgivare, vid behov arbetsförmedlingen/socialtjänst samt övriga teamet för att bidra till att en plan för återgång i arbete upprättas

- Vara kontaktperson/individuellt stöd till patienter (sjukskrivna eller personer med risk för sjukskrivning) om ingen annan medarbetare naturligt har den uppgiften
- Stödja patienten i kontakten med arbetsgivare/arbetsförmedlingen för eventuell anpassning av arbetsplats eller arbetsuppgifter

Samverka externt

- Vara samarbetspartner och kontaktperson för externa aktörer

Samverkan mellan vårdsamordnare psykisk ohälsa och rehabkoordinator

Samverkan mellan vårdsamordnaren och rehabkoordinatören är viktig för de patienter som söker på vårdcentral med depression och ångestbesvär och som behöver kortare eller längre sjukskrivningsperiod. Vårdsamordnarens funktion gäller patienter med psykisk ohälsa. Den primära uppgiften är att ge hög tillgänglighet och kontinuitet för patienten under hela sjukdomsförloppet, samt att stödja patientens tillfrisknande. Initialt gör vårdsamordnaren en vårdplan tillsammans med patienten utifrån behov och önskemål. Vårdplanen görs i samverkan med behandlande läkare. Genom att ha täta kontakter med patienten följer vårdsamordnaren tillfrisknandet och anpassar stöd och information efter individens behov. Kontakt tas med läkare, psykolog eller övriga teamet. För patienter som är sjukskrivna kan vårdsamordnaren också tidigt initiera kontakt med rehabkoordinator om patientens tillstånd bedöms så pass stabilt att återgång till arbete är aktuellt. Rehabkoordinatören kan då starta individuellt anpassat stöd för återgång i arbete med intern samverkan och genom extern samverkan med arbetsgivaren, Försäkringskassan, och övriga myndigheter.

Vid svårare stressrelaterad psykisk ohälsa kan det finnas behov av att avvakta med arbetsåtergång. Det är då viktigt att vårdsamordnaren ger signaler om detta till rehabkoordinatören.

Det är viktigt att man kommer överens om hur samverkan skall utformas på vårdcentralen. Det bestäms av vilka resurser som finns för rehabiliteringsprocessen och vilka resurser som finns för samverkan. Viktiga utgångspunkter i denna samverkan är hur psykosociala teamets

arbetssätt är utformat, hur samverkan ser ut med läkare, psykologer, kuratorer, och externt med företagshälsovården.

Kontakt och uppföljning med stöd av vårdsamordnare för patienter med depression har visat effekt bland annat på ökad återgång i arbete för de patienter som var sjukskrivna (4). Detta resultat ska inte ses som en direkt effekt av att vårdsamordnaren också tagit någon av rehabkoordinators uppgifter. Istället ska det ses som en *sekundär* effekt av att patienter med depression upplevt ett stort stöd och hög tillgänglighet och kontinuitet. Med detta stöd i ryggen ser patienten ökad möjlighet till arbetsåtergång. För patienten finns det någon att vända sig till och snabbt få hjälp om arbetsåtergången skulle visa sig vara för tidig och ytterligare stöd behövas.

Referenser

1. Västra Götalandsregionen. Regional Medicinsk Riktlinje. Psykisk ohälsa i primärvård - Uppföljning med hjälp av vårdsamordnare. 2017. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/39591/Psykisk%20oh%C3%A4lsa%20i%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20upp%C3%B6ljning%20med%20hj%C3%A4lp%20av%20v%C3%A5rdsamordnare.pdf?a=false&guest=true>
2. Västra Götalandsregionen Vårdsamordnare psykisk ohälsa <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/ardval-ardcentral/ardsamordnare-psykisk-ohalsa/>.
3. SKL. Metodbok för koordinering – av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. 2016. <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/metodbok-for-koordinering.html>
4. Björkelund C, Svenningsson I, Westman J, et al. Vårdsamordnare för depression – effektivt grepp i primärvården. Läkartidningen, 2019;116. pii: FSH3.
5. SFS 2019:1297. Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Stockholm: Socialdepartementet

KAPITEL 13

Läkarrollen på vårdcentralen med vårdsamordnare psykisk ohälsa

*Dominique Hange, Maria Magnil-Molinder, Malin André
och Sandra af Winklerfelt Hammarberg*

Det här kapitlet handlar om läkarrollen i en collaborative care-organisation för vård av individer med psykisk ohälsa på vårdcentralen, vad läkaren ska tänka på i mötet med patienten som kommer att använda vårdsamordnarfunktionen, och viktiga diagnostiska punkter samt teamarbetet.

De symtom och problem som dagens patienter kontakter primärvården för och som allmänläkaren nu möter, är annorlunda jämfört med dem som patienterna tidigare sökte för. Under tidigare decennier sökte oftast patienterna för kroppsliga symtom som en väg in i systemet (1). Nu ökar antalet patienter som söker för psykisk ohälsa. I det ökade flödet av patienter som söker med psykisk ohälsa finns både patienter med symtom vilka är en normal reaktion på livshändelser och patienter med uttalade sjukdomssymtom. Detta ställer krav på primärvården vad gäller diagnostik, behandling och psykosocial kompetens. Det leder också till förändrat arbetssätt och en förändrad läkarroll.

Allmänläkarrollen idag har sitt ursprung i provinsialläkarväsendet, som kom till i slutet av 1600-talet (2). Till att börja med arbetade läkaren ensam, i slutet av 1950-talet skedde en gradvis övergång från enläkarmottagningar till två- eller flerläkarmottagningar (3). Under 1970-talet fick vårdcentralerna bestämda upptagningsområden och man bildade fasta arbetslag (vårdlag), bestående av distriktsläkare/allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster med flera (4). I och med Vårdvalets (5) införande 2010 försvann vårdcentralens områdesansvar och eftersom de 21 regionerna (tidigare landstingen) har

en tydlig politisk styrning innebär det att primärvårdens organisation idag ser olika ut i olika delar av landet. Med hjälp av framför allt ekonomiska styrmedel har regionerna fokuserat på tillgänglighet och premierat ett högt antal läkarbesök framför exempelvis kontinuitet. Därför arbetar idag allmänläkare nästan enbart med sina egna patientkonsultationer och ägnar relativt litet tid åt teamarbete. De tidigare arbetslagen har mer eller mindre försvunnit på många vårdcentraler.

På många vårdcentraler saknas också strukturer i verksamheten som stödjer samarbete mellan de olika yrkesgrupperna i primärvården.

Allmänläkare har länge förstått konsultationens och relationens viktiga och läkande roll och allmänläkares forskning har bidragit med avgörande kunskap om vikten av patient/personcentrerat arbetssätt (6-8). Arbetssättet är särskilt viktigt vid omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa. Samtidigt är de vanliga verktygen som allmänläkare använder sig av, förskrivning av läkemedel och sjukskrivning, väl anpassade för kroppsliga symtom och sjukdomar men inte alltid bäst lämpade för patienter som söker med psykisk ohälsa. Där kan dessa verktyg tvärtemot leda till försämring av patientens tillstånd. För patienter med psykisk ohälsa behövs därför ett väl fungerande samarbete med olika yrkesgrupper på vårdcentralen, där varje yrkesgrupps kompetens utnyttjas på bästa sätt.

Läkarens arbete

Det är vanligt att läkaren är den som först möter patienter med psykisk ohälsa. Patienter som inte mår bra psykiskt har ofta väntat med att söka vård. Ibland för att de hoppas att symtomen ska gå över eller för att de saknat energi och förmåga att ta kontakt. Inte sällan upplever patienten att situationen blivit akut när de träffar läkaren eller annan profession på vårdcentralen.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör patienter med depression eller ångestsyndrom erbjudas läkarbesök för en somatisk undersökning samt en relevant utredning (9). Det är bara läkaren som har den kompetens som behövs för att utföra den somatiska undersökningen. Det innebär att vid de tillfällen då t ex psykolog eller

psykoterapeut först träffar patienten, behöver senare ett läkarbesök ombesörjas.

Ett patientcentrerat arbetssätt ger läkaren möjlighet att skapa en tillitsfull och bra relation med patienten. Det är särskilt viktigt för patienter med psykisk ohälsa då de kan vara extra känsliga och sårbara. Genom att lyssna, ha tålamod, samt ställa öppna och utforskande frågor kan läkaren bilda sig en uppfattning om vilket lidande och vilken funktionsnedsättning symtomen innebär för patienten. Läkaren behöver också tänka differentialdiagnostiskt. Finns det andra orsaker till patienters symtom? Utöver detta gör läkaren även en bedömning av symtomens svårighetsgrad. Är de lindriga, måttliga eller svåra? Här kan läkaren använda skattningsinstrument till sin hjälp (se kapitel 11).

Under konsultationen behöver läkaren bedöma och värdera de olika moment som ingår i ett psykiskt status. Detta ska formuleras och dokumenteras i journalen. Till exempel: Vilken kontakt ger patienten? Vilken grundstämning har patienten? Kan patienten hålla en ”röd tråd” under samtalet? Hur uppträder patienten i rummet? Uppvisar patienten tecken på förhöjd ångestnivå? Föreligger psykotiska symtom? Framkommer tankar eller planer på suicid?

Suicidbedömningar är ibland svåra och det är viktigt att läkaren känner sig väl förtrogen med frågorna i den s.k. ”suicidtrappan” (se kapitel 6, Bilaga 1). En riskbedömning ska göras och dokumenteras. Om det under konsultationen framkommer misstankar om svår depression, svår ångest, suicidtankar eller planer bör specialist i psykiatri konsulteras. Det är viktigt att det finns rutiner för detta på vårdcentralen och att man har ett nära samarbete med specialistpsykiatrin i dessa frågor (10).

För att fastställa diagnos krävs ibland flera besök hos läkaren eller kompletterande psykologbedömning med strukturerad psykiatrisk intervju och psykiatrisk differentialdiagnostik. Till hjälp i diagnossättandet kan Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I.) användas (11, 12). Se även kapitel 11.

I slutet av konsultationen gör läkaren en sammanfattning av samtalet, eventuella fynd i status, och vilka behandlingsstrategier man kommit överens om.

Läkaren informerar därefter patienten om vårdsamordnarfunktionen vid diagnoserna depression, ångest och utmattningssyndrom. Ibland, om det är praktiskt möjligt, kan det vara lämpligt att patienten och vårdsamordnaren träffas en kort stund innan patienten lämnar

vårdcentralen. Det är viktigt att patienten upplever trygghet och att uppföljningen präglas av kontinuitet. Patienten bör också informeras om att läkaren och vårdsamordnaren har ett nära samarbete med fortlöpande kontakter avseende patientens behandling. Det ska kännas lätt för patienten att ta kontakt med vårdcentralen vid frågor eller om något oförutsett skulle inträffa och då också känna trygghet i att veta att läkaren får den informationen. Vårdsamordnarens arbete finns beskrivet speciellt i kapitel 4, 5, och 6.

Läkaren i teamet

För att teamarbetet ska fungera krävs att läkarna på vårdcentralen ser vilka fördelar arbetssättet har för patienterna (tillgänglighet, kontinuitet och trygghet). Teamets arbete finns beskrivet i kapitel 5, collaborative care. Traditionellt har läkarna alltid haft det ”yttersta ansvaret” för medicinska beslut vilket medfört att det varit svårt att släppa ifrån sig patienterna. Det läkarna kanske glömmer bort är att de flesta professioner på vårdcentralen är legitimerad personal och därmed har ett eget vårdansvar. I vårdansvaret ingår att kunna bedöma var gränsen för den egna kompetensen går och i förekommande fall konsultera någon med annan kompetens, oftast läkarna. Det kan vara särskilt viktigt vid psykisk ohälsa då patientens psykiska status snabbt kan ändras med allvarliga konsekvenser som följd.

Det är viktigt att chefen och organisationen skapar ovanstående förutsättningar för en patientcentrerad vård och ett interprofessionellt samarbete kring patienter med psykisk ohälsa. Svårigheter med teamarbetet kan gälla otydliga mål, brister i kommunikation eller konkurrens om ledarskap (13). Därför är ledningens stöd och engagemang liksom fasta strukturer en förutsättning för välfungerande teamarbete. Det krävs avsatt tid för fysiska möten, för att man i teamet ska lära känna varandra och lita på varandra och få kunskap om varandras kompetens, både formell och personlig (13). Formerna kan bygga på planering, prioritering, genomförande och uppföljning av patientens kontakter med vårdsamordnaren på samma sätt som vid fysisk rehabilitering (14).

Att förändra läkarrollen mot de samarbetsstrukturer som arbetet med vårdsamordnare kräver, innebär att läkarna behöver ta en mera aktiv roll,

inte ”bara” konsultrollen, i teamet. Läkare, vårdsamordnare och psykosociala teamet behöver prata ihop sig som team, så att alla förstår rollerna och känner tillit till varandras arbete och kompetens. Samarbetet gentemot rehabiliteringskoordinatoren behöver också tydliggöras (se kapitel 12). De olika funktionerna måste koordineras så att det inte blir för många aktörer involverade runt patienten med risk att fragmentisera vårdinsatserna. I en studie om läkares upplevelse av införande av vårdsamordnare på arbetsplatsen beskrev en del läkare just att rollkonflikt och upplevelse av konkurrens var en orsak till att man hellre vill hålla i sina patienter helt själva (15). Ett klargörande av roller och ansvar behövs för att läkaren ska kunna se skillnaden mellan det hon eller han gör under besöket jämfört med det vårdsamordnaren gör, och på det sättet utnyttja vårdsamordnaren som ett stöd både för patienten och sitt eget arbete (15). Vårdsamordnarens roll i patientarbetet är ju inte att ersätta läkarinsatsen utan att vara ett *tillskott* och ytterligare insats på vårdcentralen för att höja kvalitén i patientvården och för att öka tillgänglighet och kontinuitet för patienten.

Teamarbete i vården förbättrar såväl effektivitet och patientsäkerhet som arbetsmiljö – inte minst för läkarna. Idag är läkarresurs en bristvara och måste hushållas effektivt, både för patientsäkerheten och för arbetsmiljön. Ibland kan teamarbetet fortfarande kännas ovant för läkare, men en studie i Lund och Stockholm visade att med ökat teamarbete kunde läkarna få mer stöd och glädje i sitt arbete, och det blev mer synligt vilka resurser de hade tillgång till i andra yrkesgrupper, som kunde hjälpa dem på olika sätt (16).

Införandet av vårdsamordnarfunktionen i Västra Götalandsregionen har skett strukturerat (se kapitel 2 och 3) framför allt via den akademiska kursen *Vårdsamordnare psykisk ohälsa 7,5 hp* för samtliga deltagande vårdcentraler, där vårdcentralens läkare och chefer också har deltagit under första kursdagen vilket varit en viktig förutsättning för metodens genomförande (17).

Referenser

1. Kirmayer, Laurence J, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*. 1993;150:734-41.
2. Socialdepartementet. Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. Betänkande av kontinuitetsutredningen. SOU 1978:74. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/med-anledning-av-propositionen-197879178-om_G201SoU47. Hämtat 2019-12-07.
3. Inrikesdepartementet. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. Betänkande med förslag av kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket. SOU 1958:15.
4. Swartling Per G. Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen*. 2006;103:1950-1953.
5. Regeringskansliet. Vårdval i Sverige. 2005 <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2008/04/sou-200837/>. Hämtat 2019-12-07.
6. McWhinney I R, Freeman T. McWhinney's textbook of family medicine. 4th edition. Oxford; New York: 2006 Oxford University Press. s 188-190.
7. Pendleton D. The Consultation: an approach to learning and teaching. Oxford Oxfordshire; New York: 1984. Oxford University Press. s 31-33.
8. Larson J-H. Patientsamtalet. Handbok i mötet mellan läkare och patient. Studentlitteratur 2015. s 59-60.
9. Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen, Stockholm 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/depression-och-angest/>
10. Sektorsråden för allmänmedicin och vuxenpsykiatri. Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna). Västra Götalandsregionen 2019. [https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368/Ansvarsfordelning%20och%20konsultationer%20primarvard%20och%20specialistpsykiatri%20\(vuxna\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368/Ansvarsfordelning%20och%20konsultationer%20primarvard%20och%20specialistpsykiatri%20(vuxna).pdf?a=false&guest=true)
11. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59: Suppl 20:22-33 s. 4-57.
12. Socialstyrelsen Kunskapsguiden. M.I.N.I. – Stöd för diagnostik vid psykisk ohälsa inom primärvården. <https://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/MINI-Stod-for-diagnostik-vid-psykisk-ohalsa>
13. Bergqvist Månsson S. Teamarbete & Förbättringskunskap - två kärnkompetenser för god och säker vård. Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2013.

14. Bergqvist Månsson S. Personcentrerad vård - en kärnkompetens för god och säker vård. Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund 2019.
15. Hammarberg SAW, Hange D, André M, et al. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences. *Scand J Prim Health Care* 2019;37(3): 273-82.
16. Rydenfalt C, Odenrick P, Larsson PA. Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training? *J Health Organ Manag.* 2017;31:347-362.
17. Västra Götalandsregionen. Vårdsamordnare psykisk ohälsa. Utbildning 7,5 hp <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-varldcentral/varldsamordnare-psykisk-ohalsa/>

KAPITEL 14

Vårdsamordnarfunktionen i ett hälsoekonomiskt perspektiv

Anna Holst, Cecilia Björkelund

Det här kapitlet handlar om hälsoekonomiska aspekter på vårdsamordnarfunktionen. Det handlar om effekter – nyttan för patienter och samhälle som vårdsamordnarfunktionen medför – och hur de förhåller sig till de ekonomiska effekterna.

Att tillföra en vårdsamordnarfunktion för patienter med psykisk ohälsa på vårdcentraler innebär en ökad personalkostnad för vårdcentralen. Men den vetenskapliga vårdsamordnarstudien som genomfördes på vårdcentraler i Västra Götaland och Dalarna visade att vårdsamordnarfunktionen innebär en stor ekonomisk vinst för samhället.

Genom att en vårdsamordnarmyndighet ger ökad kontinuitet, vilket också medför ökad tillgänglighet, upplever patienterna ökad trygghet och upplevt stöd (1). Effekterna ses när det gäller behandling – något färre individer med depression ställs på antidepressiv medicinerings än vid sedvanlig vård, men nästan alla de som behandlas med antidepressiva behåller sin medicin under den tid som är den kortaste rekommenderade behandlingstiden – 6 månader. Av de patienter som behöver sjukskrivning under depressionsperioden, vilket är cirka hälften av dem som söker för depression på vårdcentralen, klarar en större andel att återgå till arbete tidigare än de annars skulle om de har en vårdsamordnarkontakt som stöd (2).

Att sjukskrivna patienter väljer att återgå till arbete tidigare är framför allt det som gör att vårdsamordnarfunktionen är så hälsoekonomiskt effektiv: sjukskrivningskostnaderna minskar för Försäkringskassan och därmed för samhället (3).

Samhällsekonomi, etik och hälso- och sjukvård

En allt större del av våra gemensamma samhällsresurser går till hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) var ungefär 5 procent år 1970 och 11 procent år 2017 enligt Statistiska Centralbyrån (SCB). Drygt var tionde krona som produceras i Sverige idag går alltså till hälso- och sjukvården. Internationellt är trenden densamma, andelen ekonomiska resurser som går till hälso- och sjukvård ökar stadigt. Det blir allt viktigare att resurserna utnyttjas på bästa möjliga sätt.

Ekonomiska analyser av hälso- och sjukvårdsaktiviteter - hälsoekonomiska analyser - är allt mer efterfrågade då de ger oss underlag för att bedöma vad som innebär ett gott utnyttjande av befintliga resurser och prioritera utifrån detta. Ett relevant kunskapsunderlag innebär dock mer än resultaten från ekonomiska analyser. I svensk hälso- och sjukvårdslag rankas människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen högre än ekonomiska aspekter. Den etiska plattformen för prioriteringar i sjukvården är formulerad i prioriteringsutredningen och antagen av riksdagen (4). Tre principer bör ligga till grund för prioriteringar inom vården (4):

- människovärdesprincipen, alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs-solidaritetsprincipen, resurserna bör fördelas efter behov,
- kostnadseffektivitetsprincipen, vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Kostnadseffektivitet – jämföra kostnader och effekter

Den mest använda typen av hälsoekonomisk analys är kostnadseffektivitetsanalysen. I en kostnadseffektivitetsanalys jämförs kostnader och effekter för två eller flera hälso- och sjukvårdsaktiviteter. Till exempel olika behandlingar. Resultaten ger oss information om hur man kan prioritera en behandling framför en annan och därmed uppnå så hög effekt för så låg kostnad som möjligt. I vår studie (2,3) jämfördes

vårdsamordnarorganisation med sedvanlig behandling vid mild- till medelsvår depression.

Kostnader

Kostnader uppstår på olika ställen. Inom svensk hälso- och sjukvård uppstår de allra flesta kostnader hos landsting/region eller stat. Landstinget/regionen finansierar största delen av all hälso- och sjukvård och kostnaderna består framför allt av löner till hälso- och sjukvårdspersonal men också av läkemedel och medicinsk teknologi. Dessa kostnader kallas för *sjukvårdskostnader*. När människor är sjuka uppstår även *icke sjukvårdskostnader*. Dessa utgörs av värdet på den *produktionsförlust* som uppstår då arbete inte blir utfört relaterat till arbetsoförmåga, sjukvårdsbesök, transporter till och från sjukvård med mera. När sjukvårdskostnader summeras med icke-sjukvårdskostnader får vi den totala *samhällskostnaden*.

Effekter

Effekter av en behandling eller åtgärd kan mätas med olika mått. Laboratorievärden eller poäng på en självskattningsskala kan utgöra effektmått. I kostnadseffektivitetsanalyser används ofta *kvalitetsjusterade levnadsår* (QALYs) som effektmått. QALYs beräknas ofta utifrån skattad livskvalitet via exempelvis självskattningsskalan EQ-5D. Förbättrad hälsa och ökad livskvalitet eftersträvas.

Är vårdsamordnarorganisationen kostnadseffektiv jämfört med sedvanlig behandling?

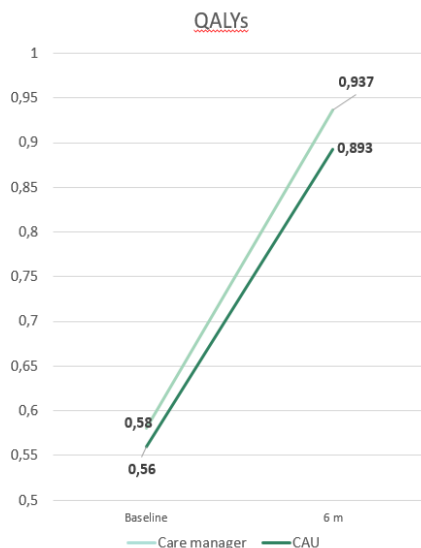
Kostnadseffektivitetsprincipen utgör en viktig del i det kunskapsunderlag som bör ligga till grund för bedömningar av vilka aktiviteter i hälso- och sjukvården som skall prioriteras framför andra.

I vårdsamordnarstudien samlade vi in data avseende kostnader och effekter, både av vårdsamordnarorganisation och sedvanlig behandling, för att kunna göra en kostnadseffektivitetsanalys.

Effekterna utgjordes av den förändring som skett i patienternas hälsotillstånd från starten till uppföljningen som gjordes då sex månader passerat. De hälsorelaterade effektmått som användes i analysen var QALYs och poäng på MADRS-S omräknade till *depressionsfria dagar* (DFDs). Patienterna i vårdsamordnargruppen hade i medeltal förbättrats mer än patienterna i gruppen som fick sedvanlig behandling både avseende QALYs och DFDs.

Depressionsfria dagar vid 6 mån

Vårdsamordnare 79,4
Sedvanlig behandling 60,1



Figur 1. Hälsoeffekter för gruppen med resp. utan vårdsamordnare. Ljusgrön linje: vård-samordnare, mörkgrön linje: sedvanlig vård.

Kostnaderna utgjordes dels av sjukvårdskostnader, dels av icke-sjukvårdskostnader. Dessa tillsammans utgjorde den totala samhällskostnaden. Sjukvårdskostnaderna utgjordes till största delen av löner till den hälso- och sjukvårdspersonal (vårdsamordnare, läkare, sköterska, psykolog och terapeut) som utförde vården av patienterna via sjukvårdskontakter (besök och telefon). Sjukvårdskontakterna under de sex första månaderna för varje patient inhämtades från journalsystemen. Kostnaderna för kontakterna beräknades genom att tidsåtgången för varje kontakt som genomförts multiplicerades med respektive

personalkategori medellön. Läkemedelskonsumtionen inhämtades också från journalsystemen och kostnaderna beräknades från marknadspriset på respektive läkemedel enligt FASS.

Icke-sjukvårdskostnaderna beräknades via sjukskrivningsdata, där varje dag av sjukskrivning multiplicerades med medellönen för svenska kvinnor (två tredjedelar av patienterna var kvinnor).

Tabell 1. Medelkostnader i kronor per patient för båda grupperna. Lägst kostnad inringad i rött.

Kostnadstyp	Vårdsamordnare	Sedvanlig behandling
Utbildning i care-manager-organisation Läkare	444	-
Utbildning i care-manager-organisation Sköterska	475	-
Kontakter sköterska	615	232
Kontakter läkare	1 033	1 002
Kontakter psykiater	519	615
Kontakter fysioterapeut	22	62
Medicinering (antidepressiva etc)	566	553
Summa sjukvårdskostnad per patient	3 674	2 464
Icke sjukvårds kostnad per patient	58 500	71 241
Total samhällskostnad per patient	62 174	73 705

Då kostnads- och effektdata vägdes samman i en kostnads-effektivitetsanalys visade det sig att ur ett samhällsperspektiv var vårdsamordnarorganisation både billigare och bättre än sedvanlig behandling. Vårdsamordnarorganisation gav alltså högre hälsoeffekt till ett lägre pris. Ur ett sjukvårdsperspektiv var den ökade kostnaden ungefär 68 000 kronor per QALY och 71 kronor per DFD. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer 2017 bedöms en åtgärd vara kostnadseffektiv om kostnadsökningen per QALY understiger 500 000 kronor. Vårdsamordnarorganisation är alltså uttalat kostnadseffektiv – något dyrare men mer effektiv även ur ett sjukvårdsperspektiv.

Hur kan vårdcentralerna/primärvården få del av vinsten för samhället?

Det är naturligtvis en komplicerad fråga för primärvården hur de hälsoeffekter som genereras av en primärvård med hög tillgänglighet och kontinuitet och jämlik vård för alla invånare skall kunna utvärderas och värderas. Med en hälsoekonomisk utvärdering att hänvisa till kan vi komma en bit på väg, och det är viktigt att primärvården sprider resultat från denna typ av utvärderingar till ledningsstrukturer regionalt och nationellt, liksom i Kunskapsorganisationen. Men viktigast är naturligtvis att de patienter som fått vårdsmordnarstöd under sin ohälsa-period kan sprida informationen till övriga så att förtroende för primärvården genereras. Vidare är det lika viktigt att vårdsmordnarfunktionen fungerar på arbetsplatsen och ger förutsättning för god arbetsmiljö. Många vårdsmordnare vittnar om att arbetsuppgiften är meningsfull (5) och att man ger förutsättningar för hög tillgänglighet och hög kontinuitet, och det är just detta som är basen i god primärvård!

Referenser

1. Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, Hange D, Jerlock M, Petersson E-L. An interview study of the care manager function – Opening the door to continuity of care for patients with depression in primary care. *Nursing Open*. 2019;6(3):974-82.
2. Björkelund C, Svenningsson I, Petersson E-L, et al. Vårdsamordnare för depression – effektivt grepp i primärvården. *Läkartidningen*, 2019;116. pii: FSH3.
3. Holst A, Ginter A, Björkelund C, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open* 2018;8:e024741
4. Proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. [Elektronisk] Stockholm: Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360/html
5. Svenningsson I, Udo C, Westman J, et al. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences *Scand J Prim Health Care* 2018; 36(4):355-62.

KAPITEL 15

Implementeringsprocessen

Eva-Lisa Petersson, Irene Svenningsson, Camilla Udo och Lars Wallin

Införandet av en vårdsamordnarfunktion i primärvården är komplext och innehåller flera nivåer, det organisatoriska och interpersonella. Detta kräver en strukturerad genomförandeplan med noggranna förberedelser. Vid införandet av vårdsamordnarfunktionen i Västra Götaland planerades en processutvärdering redan vid start. Införandet var ett samverkansprojekt mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Universitet. Nedan beskrivs den vetenskapliga utvärderingen av implementeringsprocessen som genomfördes på 11 vårdcentraler i Västra Götaland och Dalarna (1).

Struktur för införandet av vårdsamordnarfunktionen

Region/landstingsnivå

Då depression/psykisk ohälsa ökade i samhället (2) fanns ett intresse och engagemang både kliniskt och politiskt att hitta vägar att utveckla vården för att bättre kunna möta denna växande grupp av patienter. Politisk förankring var av stor vikt för att få ett hållbart införande av en vårdsamordnarfunktion. Den ekonomiska aspekten var väsentlig då införandet krävde extra resurser. Genom ett nära samarbete mellan politiker, regionens tjänstemän, klinisk verksamhet och forskare växte projektet fram och utvecklades över tid vilket beskrivs av Svenningsson et al. (1). En styrgrupp skapades med representanter från Västra Götalandsregionen och Göteborgs Universitet. Politikerna informerades

kontinuerligt om projektets utveckling. Det var en styrka att ha en styrgrupp med olika perspektiv bestående av personer från region, primärvård och akademi. Samverkan i styrgruppen pågick under hela implementeringsprocessen fram till att funktionen permanentades i primärvården.

Vårdcentralsnivå

Förankring – vårdcentralchefer och personal

I diskussion med vårdsamordnare (3) och i processutvärderingen (1) framkom hur viktigt det var att ledningen på varje vårdcentral hade kunskap om funktionen redan vid införandet. Det framkom även hur viktigt det var att all personal på vårdcentralen fick kännedom om hur vårdsamordnaren arbetar och vilka patientgrupper som funktionen riktar sig till. Ett sätt att förbereda implementering av vårdsamordnare var en workshop (beskrivs i nästa avsnitt) på respektive vårdcentral där chef och personal diskuterade omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa. Syftet med workshopen var att fånga olika yrkesgruppers erfarenheter av patientgruppen.

Inrättande av vårdsamordnare

Chefen vid respektive vårdcentral utsåg vem som skulle arbeta som vårdsamordnare. I processutvärderingen framkom att det är en stor fördel att vårdsamordnaren har sin arbetsplats på vårdcentralen för att enkelt kunna återkoppla till behandlande läkare och annan personal (3,4). Inför inrättandet genomgick samtliga vårdsamordnare en utbildning. Denna följdes upp kontinuerligt med utbildning/metodstöd innehållande föreläsningar, seminarier och gemensamma träffar där samtliga vårdsamordnare fick möjlighet att utbyta erfarenheter och ta upp eventuella frågor och svårigheter som dykt upp. Dessa dagar uppskattades mycket av vårdsamordnarna. Särskilt utbytet med andra vårdsamordnare var uppskattat (3). Vid uppstart av vårdsamordnarfunktionen fanns stöd från särskilda kontaktpersoner.

Stöd till implementering

Erfarenhetsutbyte - Metodstöd

Att kunna dela erfarenheter med andra vårdsmordnare visade sig ha god effekt (3). Vårdsmordnare som träffas kontinuerligt får möjlighet att utvecklas i sin roll. Metodstödsmöten med samtliga vårdsmordnare genomfördes kontinuerligt under ledning av personer med fördjupad kunskap om vårdsmordnarfunktionen. Vårdsmordnarna fick diskutera arbetsuppgifter och innehåll i vårdsmordnarfunktionen, läkemedelsuppföljningar, komplicerade patientmöten samt hur samarbetet fungerar på vårdcentralen. Vid dessa diskussioner utvecklades metoden och nya arbetssätt skapades, Funktionen kunde därmed förfinas och anpassas utifrån den kliniska verkligheten.

Stödpersoner

Vid införandet av funktionen visade det sig vara av stort värde att vårdsmordnaren fick kontinuerligt stöd av personer som hade god kunskap om metoden. Stödpersonen fanns till hands när vårdsmordnaren kände sig osäker i sin roll på vårdcentralen men också som stöd inför ett möte med en patient. Det kunde också handla om patientuppföljning via telefon och hur självskattningsskalan användes. Stödet innebar regelbundna besök eller telefonsamtal, där upprepad information och diskussion om metoden skedde.

Möjliggörande och hindrande faktorer för vårdsmordnarfunktionen

Genom att Regionen tillförde ekonomiska resurser ökade möjligheten för ett hållbart införande av vårdsmordnarfunktionen. Detta innebar att vårdcentralerna gavs möjlighet att avsätta tid för vårdsmordnarens uppgifter.

Hindrande faktorer

Processutvärderingen identifierade flera hindrande faktorer (1). Brist på stöd från chefen kan innebära svårigheter att få funktionen att fungera. Hur resurserna fördelas på vårdcentralen samt läkargruppens kunskap om funktionen påverkar också vårdsamordnarens möjlighet att arbeta.

Initialt kan det vara svårt för vårdsamordnaren att få funktionen att fungera, då den teoretiska kunskapen skall integreras i det kliniska arbetet. Det kan också vara svårt att skilja på stödjande och terapeutiska insatser om vårdsamordnaren har en terapeutisk roll på vårdcentralen utöver vårdsamordnarfunktionen.

Möjliggörande faktorer

Viktiga möjliggörande faktorer identifierades vid processutvärderingen (1). Speciellt avsatta ekonomiska medel visade sig vara en viktig förutsättning vid införandet av funktionen. En annan faktor som hade betydelse var förankring hos vårdcentralchefen. Läkargruppens stöd har stor betydelse för hur väl funktionen fungerar på vårdcentralen (1,3).

Vårdsamordnarutbildningens utformning bör utgå från blivande vårdsamordnarens behov. Processutvärderingen visade också att tillgång till metodstödsmöten och stödpersoner är extra viktiga när vårdsamordnaren känner sig osäker i rollen (1).

Referenser

1. Svenningsson I, Petersson EL, Udo C, Westman J, Björkelund C, Wallin L. Process evaluation of a cluster randomised intervention in Swedish primary care: using care managers in collaborative care to improve care quality for patients with depression. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):108. doi: 10.1186/s12875-019-0998-4.
2. WHO. Methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. Geneva: WHO; 2013.
3. Svenningsson I, Udo C, Westman J, et al. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(4):355-362. doi: 10.1080/02813432.2018.1529018.
4. Hammarberg SAW, Hange D, André M, et al. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences *Scand J Prim Health Care*. 2019;37(3):273-282. doi: 10.1080/02813432.2019.1639897.

KAPITEL 16

Råd inför praktiskt införande av vårdsamordnare

Christina Möller

Att införa funktionen vårdsamordnare psykisk ohälsa på vårdcentralen innebär att det blir ett nytt och förändrat arbetssätt på vårdcentralen. Det sker en förändring för all personal. Denna förändring kräver ett genomtänkt införande för att arbetet i framtiden ska fungera, och att implementeringen ska lyckas. I ett förändringsarbete finns det fyra faser:

- Behovsinventering
- Installation
- Användning
- Vidmakthållande.

Vi går här igenom de fyra faserna och hur vårdcentralen och vårdsamordnaren kan agera för att få en lyckad förändring.

Att inventera behov

Personer med lättare till medelsvår psykisk ohälsa behöver ha tillgänglighet och kontinuitet. Vårdcentralens verksamhet anpassas till detta. En inventering måste göras för att se över behoven av förändring. Det är många på vårdcentralen som möter den här patientgruppen.

För att se över behoven är det lämpligt att personalen på en arbetsplatsträff (workshop) går igenom de egna förutsättningarna. Börja med att gå igenom hur vården av patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa ser ut idag på vårdcentralen. Som underlag för en diskussion kan följande frågor användas:

- Vilka i personalen möter dessa patienter idag?

- Hur tar vi hand om patienterna?
- Hur ser det ut med tillgänglighet och kontinuitet?
- Vilka erfarenheter finns?
- Vad har vi för arbetssätt?
- Vad tycker vi fungerar bra?
- Finns det något som inte fungerar väl?

Att installera funktionen vårdsamordnare

En förändring behöver förankras på vårdcentralen. Det måste också finnas resurser för att genomföra förändringen. Resurser kan vara tid, lokaler, material, utbildning och information.

Det är många av personalen på en vårdcentral som kommer i kontakt med patienter med psykisk ohälsa. Det kan vara de som sitter i receptionen, tar emot telefonsamtal, eller tar emot de digitala kontakterna. Det kan också vara en sjuksköterska, en läkare, psykologen eller kuratorn. Patienten kanske också pratar med personalen på labbet, eller på rehab. Fundera över hur patientens kontakter ser ut. Börja med den första kontakten, och fundera vidare kring hur det ser ut i de fortsatta kontakterna.

Det finns ett antal positiva faktorer som bidrar till att höja kvaliteten i vården av patienter med psykisk ohälsa:

- Korta väntetider till första behandlingskontakt
- Hög tillgänglighet på telefon
- Varierat behandlingsutbud
- Vårdcentralen följer rutiner/riktlinjer
- Psykosocialt team finns tillhands
- Låg personalomsättning
- Att följa med i forskning

Vad är er vårdcentral styrkor utifrån dessa punkter?

Funktionen vårdsamordnare kommer att medföra ett nytt arbetssätt för hela vårdcentralen. Varje medarbetare behöver fundera över:

- Hur blir jag påverkad av att det kommer in en ny funktion på vårdcentralen?

- Kommer jag att arbeta på ett nytt sätt?

Gemensamt behöver alla på vårdcentralen diskutera vad som krävs för att det nya arbetssättet ska fungera så väl som möjligt. Vilket stöd behöver den nya funktionen? Vad behöver förändras? Vilken gemensam kunskap behövs för att kunna arbeta på ett bra sätt?

Vårdsamordnarens roll i införandet

Som vårdsamordnare kan du ta en aktiv del i införandet av funktionen på vårdcentralen. En av de viktigaste insatserna är att se till att all personal får information. Det gäller framförallt att ge information om vad funktionen innebär. Detta kan ske vid återkommande arbetsplatsträffar. Kanske kan det också vara en punkt att ha med på vårdcentralens utvecklingsdagar. Utifrån de olika professionernas kunskap kan det ges riktad information. Sjuksköterskegruppen behöver en typ av kunskap (1). Läkargruppen vill ha annan kunskap (2). Det är bra att skapa en samsyn kring funktionen (3).

För att införa den nya funktionen behöver vårdsamordnaren ha särskilt avsatt tid. Finns inte denna tid kan det vara svårt att få igång det nya arbetssättet. Här är chefen ett viktigt stöd.

Den nya resursen, i form av vårdsamordnare, kan göra att vårdcentralens riktlinjer och rutiner behöver ses över. En förändring i patientflödet kan få en påverkan på rutinerna.

Att arbeta med funktionen vårdsamordnare

Nu börjar det bli dags att använda de kunskaper du fått. Patienterna väntar på att få uppföljning och stöd. Då är det lätt att bli osäker på hur man ska gå tillväga. Det kan också ta tid att förstå funktionen. Positiv återkoppling från patienterna, som du kommer att få, gör dig dock säker i rollen.

Se till att ha stöd omkring dig. Det är viktigt att få ett fortsatt stöd och engagemang från chef och ledning (2). Ingår du i ett psykosocialt team, så kan du ta stöd av dem. Det kan också vara bra att ta stöd av någon enstaka kollega. I början underlättar det att samarbeta med någon enstaka läkare för att forma arbetssättet. Det kan vara bra att ha

handledning i det kliniska arbetet, men också kring arbetssättet som vårdsamordnare (1).

Utveckla samverkan och samarbetet med de kollegor du kommer att arbeta tätt tillsammans med. Utöver det psykosociala teamet kan det vara personal inom primärvårdens rehabiliteringsverksamhet, och rehabiliteringskoordinator. Det kan också vara externa instanser utanför vårdcentralen, som till exempel frivilligorganisationer.

Sedan börjar det bli dags att informera igen. Ge en ny information till all personal. Det behöver finnas en samsyn kring funktionen. Ta fram olika informationsmaterial. Det kan behövas särskild information till nyanställd personal.

Som vårdsamordnare behöver du ha eget stödmaterial. Det behövs stöd i det egna arbetet. Det kan vara att ha tillgång till skattningskalor, länkar till relevant information, eller annat material. Fundera också över vilken information och vilket material som ska lämnas till patienten.

När en ny funktion införs påverkar det hela arbetet på vårdcentralen. Om inte rutiner och riktlinjer har anpassats efter det nya arbetssättet är det dags att ta itu med detta.

När funktionen har kommit på plats har mycket påverkats på vårdcentralen. Rutinerna har utvecklats. De olika professionernas kompetens tas tillvara på ett bra sätt. Det innebär också ett förtydligande i ansvar. Framförallt har vårdcentralen fler insatser att erbjuda patientgruppen.

Att vidmakthålla funktionen vårdsamordnare

Efter att ha arbetat under en tid med funktionen, gäller det hålla fast i arbetssättet och fortsätta att utveckla det. När problem uppstår måste orsaken identifieras. Det kan finnas behov att se över kompetens, organisation och ledarskap för att göra förbättringar.

Det tar lång tid innan ett nytt arbetssätt har kommit på plats. Därför bör personalen få fortsatt information. Framförallt gäller det alla nyanställda. Informationsmaterial behöver ses över. Det gäller också det material patienten får.

Vårdsamordnaren kan behöva fylla på med ytterligare kunskap. Det kan vara att få mer medicinsk kunskap. För att utveckla sig i funktionen är det värdefullt att kunna ha ett erfarenhetsutbyte med andra vårdsamordnare. Kontakter med andra aktörer kan fördjupas. Det kan vara ett sätt att få mer kunskap, men också att få mer verktyg i stödet till den enskilde patienten.

Sommar och semestertider kan vara kritiska perioder för nya arbetssätt. Det är då lätt att tappa bort nya rutiner. Gör upp innan sommaren börjar hur uppföljning och stöd till patienter ska ske.

När funktionen varit på plats under en period har vårdcentralen funnit sin egen arbetsmodell där vårdsamordnaren ingår. Det kan ha skapats ett team, eller teamets arbetsrutiner har förändrats och blivit stabila.

När vårdsamordnaren känner sig trygg i funktionen formas rutiner för att vara flexibel i arbetet. Då sker anpassning och individualisering efter patientens behov. Vårdsamordnaren vet då när, och varför, flexibilitet behövs, utan att förändra avsikten med stödet och uppföljningen.

Vårdsamordnaren kommer efter en tids arbete, att ha medverkat till att samarbetet kring patientgruppen stärks, och blir en länk mellan olika kollegor. Vårdcentralen upplever en effektivisering i arbetet, och ser att det är kostnadseffektivt.

Referenser

1. Svenningsson I, Udo C, Westman J, Nejati S, Hange D, Björkelund C, Petersson EL. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences Scand J Prim Health Care. 2018;36(4):355-362.
2. Hammarberg SAW, Hange D, André M, et al. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences Scand J Prim Health Care. 2019;37(3):273-282.
3. Socialstyrelsen. Om implementering. 2013
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>
4. Svenningsson I, Petersson EL, Udo C, Westman J, Björkelund C, Wallin L. Process evaluation of a cluster randomised intervention in Swedish primary care: using care managers in collaborative care to improve care quality for patients with depression. BMC Fam Pract. 2019;20(1):108. doi: 10.1186/s12875-019-0998-4.

KAPITEL 17

Att leda vårdsamordnarfunktion – för dig som chef

Anna Holst

Vårdsamordnarfunktionen är en ny roll i hälso- och sjukvården. Vårdsamordnaren har regelbunden kontakt med patienter med psykisk ohälsa, följer symtom, följer upp behandling, stödjer patienten genom vårdkedjan och underlättar patientens kontakt med vården. En annan viktig del i uppdraget är att samverka internt. För vårdcentralens team gäller att gemensamt arbeta i samma riktning för att ge stöd till patienten för att må bättre och återfå funktions- och arbetsförmåga så snart det är möjligt. Detta kapitel riktar sig främst till vårdcentralchefen, som står beredd att införa funktionen vårdsamordnare psykisk ohälsa på vårdcentralen.

För att vårdsamordnaren ska kunna nå bästa möjliga resultat och utveckla arbetet med och kunskapen om psykisk ohälsa på vårdcentralen är det nödvändigt att chefen för vårdenheten ger stöd, mandat och rätt förutsättningar för uppdraget. Detta kapitel syftar till att ge stöd och inspiration till ledning av vårdsamordnarorganisation och behandlar områden som introduktion av funktionen på enheten och samverkan i det multiprofessionella teamet vari vårdsamordnaren är central.

Inför implementering av vårdsamordnarorganisation - Hårda fakta – lagar och regler

Landstinget, det vill säga vårdgivaren, ansvarar för att ge befolkningen god vård och behandling. I den nya hälso- och sjukvårdslagen (1) gäller att ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”.

I patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen tillgodoses (2). Vårdgivare har också ansvar för att inneha ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (3). Därutöver har vårdgivare ansvar för personals arbetsmiljö och god ekonomisk hushållning.

Skapa dig förståelse och en nulägesbild

För att kunna leda en funktion på ett bra sätt måste man förstå den. Inför start av vårdsamordnarorganisation på din vårdcentral bör du – om du inte själv har erfarenhet från arbete med patienter med psykisk ohälsa – gå ner på golvet och delta. Sitt med sjuksköterskan i telefonen, var med läkaren på akutbesök för ångest, depression eller utmattning. Fråga hur distriktssköterskan resonerar när hen återigen får samtal från den patient som ständigt söker vårdcentralen med olika sorters lidande. Identifiera all personal som på något sätt är inblandad i patienter med psykisk ohälsa.

Rita en karta och identifiera starka länkar

Du kommer sannolikt att finna att nästan all personal på något sätt arbetar med patienter med psykisk ohälsa, från psykolog till medicinsk sekreterare. Rita en karta över hur samverkan ser ut idag.

Identifiera starka länkar och resurser som består av särskilt intresserad och engagerad personal och ta med dem i implementeringsprocessen av vårdsamordnarorganisationen. Se det team du har framför dig och dynamiken i det. Bevara det som fungerar bra redan idag. Exempelvis kanske du har en rehabkoordinator som samverkar bra och strukturerat med psykolog och läkare. Tänk då att du kanske skall docka in vårdsamordnaren till denna basstation och låta den utvecklas, snarare än att bygga en helt ny.

Motivera, involvera och diskutera

Som inför all förändring är det viktigt att på förhand involvera all inblandad personal. Levande exempel är ofta mer talande än beskrivningar. Bjud in en vårdsamordnare till APT och låt hen berätta om sitt uppdrag. Låt personalen ifrågasätta och ställa frågor. Det är inte omöjligt att någon kan känna sitt eget uppdrag hotat i och med att en ny funktion tas in, och det är viktigt att detta får komma fram och dryftas. Finns det frågor du har svårt att svara på, be att få återkomma. Det är i sjukvården alltid viktigt att involvera särskilt läkargruppen i förändringar, det är till och med så att mandat i läkargruppen är en förutsättning för att lyckas med ett uppdrag.

Vårdsamordnaren minskar den etiska stressen i teamet

När man leder sjukvårdspersonal är det viktigt att ta hänsyn till att de allra flesta medarbetare har ett starkt etiskt engagemang i sin gärning. Att inte kunna hjälpa på det sätt man utifrån sin professionella etik känner är rätt och riktigt leder till ”etisk stress”. Att ta detta förhållande på allvar och att låta personalen prioritera utifrån Hälso- och sjukvårdslagen är ett bra tips. Patienters behov skall styra, inte deras efterfrågan eller önskemål. Vårdsamordnaren lindrar etisk stress då personalen ser många patienter med psykisk ohälsa och därmed ett stort lidande, få hjälp.

Hur mycket tid tar det?

Det är svårt att ge generella råd kring omfattningen av en vårdsamordnartjänst. Du behöver ta hänsyn till din vårdenhets behov, antalet listade patienter, vårdtyngd och socioekonomisk tyngd. Och till kompetensen och tryggheten hos den person som är vårdsamordnare. Ni kommer ganska snart efter implementeringen att märka att antalet samtal in till vårdenheten blir färre och att frustrationen i teamet minskar. Detta då många av de patienter som är svåra att hjälpa och som ofta kontaktar vårdcentralen känner sig tryggare när de har sin fasta kontakt. Vår erfarenhet är att vårdcentraler i ett medeltungt område med 10 000 listade behöver minst 25 % av en tjänst till vårdsamordnar-

funktionen. Det kan vara en fördel att vara två vårdsamordnare för att minska sårbarheten.

Bygg teamet och låt det blomma

Bygg ditt nya psykisk-ohälsa-team med vårdsamordnaren i centrum. Vårdsamordnaren är den naturliga spindeln i nätet i arbetet med psykisk ohälsa. Utforma arbetssätten i vårdsamordnarorganisationen tillsammans med den personal som idag sköter målgruppen. Vårdsamordnaren kommer med metodkompetens och sina övriga erfarenheter. Dock är i de flesta fall rollen ny även för vårdsamordnaren själv. Tänk att arbetssätten skall få växa fram under tid, låt teamet pröva sig fram, diskutera. Hjälp dem att få gemensam tid i kalendern. Var där när de behöver hjälp att strukturera och prioritera. För att samverkan kring patienten skall fungera måste organisationen på vårdcentralen fungera för patientgruppen och det måste tillföras kunskap om vårdsamordnarorganisationen inom vårdcentralen – och också vidarebefordras till närmaste psykiatrimottagning. Det måste också finnas kunskap på vårdcentralen om resurser i det omgivande samhället för dessa patienter. Vårdsamordnaren har en viktig roll även i denna organisatoriska utveckling av vårdcentralen. Här har också chefen ett stort ansvar. Denna organisationsutveckling måste ske på varje vårdcentral, och utefter varje enskild vårdcentral förutsättningar.

Visa tillit

Visa tillit till dina medarbetare. Tillit från dig som chef hjälper dem att fatta egna beslut men borgar också för att de kommer med sina problem när det verkligen behövs. Det frigör tid för dig som chef när tilliten till personalen är stor och de frågor som ändå landar på chefsens bord blir särskilt viktiga och antagligen lärorika och utvecklande. Du slipper fatta beslut i detaljfrågor utan kan ägna dig åt att lyfta blicken.

Ge teamet och vårdsamordnaren mandat

En viktig förutsättning för en välfungerande vårdsamordnarorganisation är att det finns ett tydligt uppdrag för vårdsamordnaren och teamet, och mandat och stöd från chefen. Chefen behöver alltså förstå vårdsamordnarens och teamets uppdrag, och respektera deras växande expertkompetens. Uppdraget och mandaten bör vara väl förankrat i hela verksamheten. Att gå ner på praktisk på-golvet-nivå är ett bra sätt. Mycket handlar om kultur och traditionell hierarki. Bra frågor att diskutera för att komma till pudelns kärna: Vem får boka i vems kalender? Vilka har ansvar för att samverkan kring en patient kommer till stånd? Samsyn och tydliga regler kring detta underlättar mycket. En arbetsbeskrivning kan vara en tillgång, om den är praktiskt och jordnära utformad.

Beskydda teamet

I sjukvården utsätts vi som både chefer och medarbetare för en stridström av nya satsningar, projekt och propåer. Låt ditt nya team få vara i fred ett tag. Försök att inte bejaka ytterligare nya organisations-och behandlingsförändringar inom området psykisk hälsa tills teamet känner sig någorlunda samarbetande och fungerande. Låt teamet känna sig trygga med att du som chef tar del av all information och sedan väljer ut det som medarbetarna behöver veta. Resten får vänta eller behöver kanske aldrig komma upp på bordet. Chefen måste vara en person att lita på. Om medarbetarna ska våga testa nytt eller hantera svåra situationer måste de känna att chefen finns där och inte sviker. Som medarbetare ska man känna att om man är där och brinner för det man gör så behöver man aldrig vara rädd. Chefen finns alltid där och det ska alla medarbetare veta.

Följ upp och utveckla

Vårdsamordnarens roll i den organisatoriska utvecklingen

Expertkompetensen för vård av patienter med psykisk ohälsa finns hos vårdsamordnaren och övriga teamet. I utvecklingen av vårdcentralens organisation för vård av patienter med psykisk ohälsa bör därför vårdsamordnare och team få staka ut riktningen, medan din roll som chef mest är att bereda mark och skapa förutsättningar för utvecklingen.

Låt all personal finnas på arenan – och ta hand om skavet

Vårdsamordnaren är en person som fungerar som spindel i nätet för patienten med psykisk ohälsa.

Men också för kunskapen om hur man arbetar med psykisk ohälsa på vårdcentralen.

Vårdsamordnaren kan bli den som alla går till. Däremot skall vårdsamordnaren inte behöva hantera konflikter mellan yrkeskategorier, terapier eller individer i teamet. Detta är ledningsuppgifter som du som chef har ansvar för. Vårdsamordnaren kan behöva fredas i sin roll. För att förebygga konflikter och ”skav” gäller det att skapa arenor för personalen att mötas på i olika konstellationer. En bra variant är att ha en mötestid exempelvis varannan vecka. Lab-personal och läkare kan träffas ena veckan, och nästa vecka träffas alla som jobbar med psykisk ohälsa. Du är själv med, men din viktigaste roll här är att moderera och facilitera. Inte att styra.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30). Stockholm: Socialdepartementet
2. Patientsäkerhetslagen (2010:659). Stockholm; Socialdepartementet
3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOFS 2011:9). Stockholm: Socialstyrelsen.

