MEDICIN & LÄKEMEDEL #3–4· 2022

evidens

TEMA PSYKISK OHÄLSA

Smarta samtal om alkohol

Beteenderåd vid insomni

Ångesttillstånd vanligaste diagnosen i primärvården

Sandra af Winklerfelt Hammarberg
verksamhetschef Liljeholmens vårdcentral och ledamot av Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp Psykisk hälsa

– Primärvårdens stora utmaningar gällande psykiatri är att ställa korrekta diagnoser och att selektera till rätt behandling.

Rondtid stimulerar till samarbete

En tidning från Region Stockholms läkemedelskommitté
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Region Stockholm

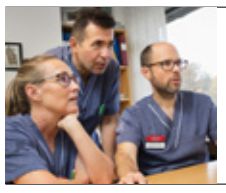
evidens
MEDICIN & LÄKEMEDEL
#3–4·22

TEMA PSYKISK **OHÄLSA** 6–31

Ökad satsning på primärvården 4

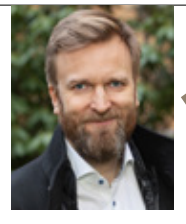
Rekommendera gravida kvinnor vaccination mot kikhosta! 5

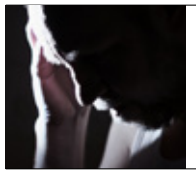
Ångesttillstånd vanligaste diagnosen i primärvården 8



Rondtid stimulerar till samarbete 10

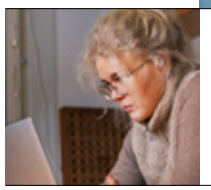
"Det finns inga läkemedel som har indikation för psykisk ohälsa" 16





Beteenderåd vid insomni 18

ADHD i primärvården 22



Internet-psykiatri 26

Smarta samtal om alkohol 29

Fysisk aktivitet kan vara lika verksamt som läkemedel och samtal 32

Frågor till Evidens nya kliniska farmakolog 34

Tips från farmakologen – Risk-nyttabedömning A och O vid samtidig behandling med SSRI och NOAK 35

Fortbildning – ett axplock 36

Ansvarig utgivare: Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr
Redaktion: Martina Junström, chefredaktör, martina.junstrom@regionstockholm.se · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Maria Ljungdahl, ST-läkare i klinisk farmakologi · Layout: Magnus Edlund. E-post lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se
Webbplats: www.janusinfo.se/evidens
Omslagsbild: Sandra af Winklerfelt Hammarberg. Foto: Anna Molander.
Tryck: DanagårdLiTHO, Ödeshög, november 2022
Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.
Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.
EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org

Psykisk ohälsa i fokus

FOTO ANNA MOLANDER

I DETTA NUMMER av Evidens har vi valt att fokusera på psykisk ohälsa och då främst de diagnoser som tas om hand inom primärvården. Det spänner över många olika områden, även om ångesttillstånd, sömnbesvär och depressiva besvär dominerar, så som beskrivs i en separat artikel. Tydligt är att det även sker en betydande ökning av besök på grund av psykisk ohälsa. Det som är genomgående vid läsning av artiklarna i det här numret är hur stor betydelse icke-farmakologisk behandling har, alltifrån fysisk aktivitet, noggrann diagnossättning och utvecklingen inom internetbaserad kognitiv beteendeterapi. Expertgruppen psykisk hälsa arbetar bland annat aktivt för att minska förskrivningen av vid behovsmediciner. Sandra af Winklerfelt Hammarberg är primärvårdsrepresentant i expertgruppen och beskriver hur man i praktiken arbetat med detta på Liljeholmens vårdcentral och lyckats minska förskrivningen av bensodiazepiner betydligt.

IBLAND KAN DET vara svårt att samtala kring känsliga ämnen. Sven Wåhlin har tidigare skrivit om alkohol i Evidens och var en uppskattad föreläsare på Kloka listan forum tidigare i år. I detta nummer skriver han om hur man kan samtala kring alkohol och riskbruk och kommer med konkreta råd kring hur samtal kan föras. Han konstaterar också att läkemedel mot alkoholberoende är kraftigt underanvända, trots att de är enkla att förskriva, saknar allvarliga biverkningar och ofta har god effekt.

HÖSTEN ÄR EN intensiv period för våra expertgrupper i och med arbetet med Kloka listan och dess Kloka råd. I arbetet med att fatta beslut kring vilka ändringar som behöver göras har vi stor hjälp av flertalet av RPO:ernas ordförande som kommer och är opponenter på beslutsdagarna. Detta bidrar i stor utsträckning till att det sedan blir en bra diskussion inom läkemedelskommittén. Det är även ett sätt att fortsätta att knyta ihop vårt arbete med kunskapsstyrningen så att vi inte går i parallella spår när det gäller vårdprogram och rekommendationer. Utifrån kommande ändringar pågår nu planeringen av Kloka listan forum, där vi planerar för att äntligen ha ett fysiskt möte. Hoppas vi ses där!

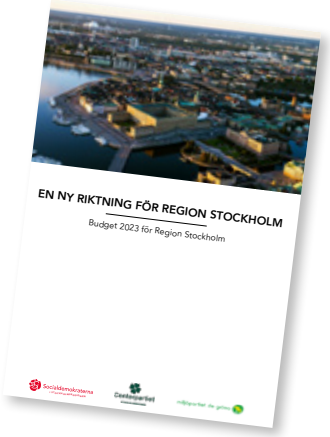
Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr, enhetschef Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Ökad satsning på primärvården

Primärvårdens andel av sjukvårdsbudgeten ska öka med sikte på att utgöra en fjärdedel år 2030 enligt den nya majoritetskoalitionen i Region Stockholm.

SOCIALDEMOKRATERNA, CENTERPARTIET OCH Miljöpartiet har lagt fram en ny budget med mål, uppdrag och prioriteringar för Region Stockholm 2023, ”En ny riktning för Region Stockholm”. Enligt denna inriktning ska hälso- och sjukvården ges i tid och tydligare utgå från invånarnas vårdbehov. Ambitionen är att bygga ut den nära vården med vårdcentralerna som nav och att stärka akutsjukhusen. Tillgängligheten till vården för psykisk hälsa ska förbättras genom stärkt vård i första linjen och kortare köer till barn- och ungdomspsykiatrin.

En primärvårdsnämnd kommer att inrättas för att stärka den nära vården och säkerställa vårdcentralernas roll som nav för invånarnas hälso- och sjukvård. I den nya nämndens uppdrag ingår bland annat att ta fram en handlingsplan för hur en fast läkarkontakt på husläkarmottagningarna kan uppnås, där den enskilde läkaren enligt Socialstyrelsens riktvärde som mest ansvarar för 1 100 patienter.



Läs mer
regionstockholm.se

Guldkantad informationssatsning om mikrobiota

Strama Stockholms webbutbildning ”Ditt inre apotek” tilldelades guld i årets Publishingpris kategori webb/informationssajter.

JURYN MOTIVATION LÖD: ”För lågmälda illustrationer, trovärdig text och föredömlig interaktion.”
– Sidan är framtagen av Strama Stockholm i samarbete med e-learningföretaget Learnways i syfte att sprida kunskap om vår mikrobiota, och i förlängningen att antibiotika bara ska användas när det verkligen gör nytta, säger Anna-Lena Fastén, specialist i allmänmedicin på Strama Stockholm.

Läs mer
dittinreapotek.se

Rekommendera gravida kvinnor vaccination mot kikhosta!

Sedan augusti finns nationella rekommendationer om vaccination mot kikhosta till gravida efter graviditetsvecka 16 för att skydda det ofödda barnet dess första månader i livet. I dagsläget ges vaccinationen på vårdcentral eller vaccinationsmottagning, där vana att vaccinera finns.

Katarina Widgren, biträdande smittskyddsläkare, Smittskydd Stockholm
Malin Vikström, samordningsbarnmorska, vårdutvecklare, vårdsakkunnig gynekologi, Region Stockholm
Ledamöter i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för vaccinationer

Under pandemiåren har bara enstaka fall av kikhosta diagnosticerats i Stockholm. Det kan innebära att det för närvarande är en lägre immunitetsnivå i befolkningen än tidigare med utrymme för spridning av smitta. Det är därför viktigt att gravida görs uppmärksamma på rekommendationen om vaccination. Två av de tre godkända kombinationsvaccinerna mot kikhosta (Boostrix och Triaxis) kan ges under graviditet.

Kikhosta är en bakteriell luftvägsinfektion som kan orsaka svår sjukdom med hosta och andningspåverkan hos de yngsta barnen, men kan även ge långdragen hosta hos vuxna. Vaccination mot sjukdomen ingår i barnvaccinationsprogrammet i Sverige, med vaccination vid 3, 5 och 12 månaders ålder samt påfyllnadsdoser vid 5 års ålder och i årskurs 8–9. Immunitet efter vaccination varar några år och man kan alltså få kikhosta även som vaccinerad.

FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

Under 2014 sågs en större smittspridning och två spädbarn avled i sjukdomen i Sverige. För att skydda det lilla barnet mot sjukdom innan det fått sitt vaccinationsskydd införde Folkhälsomyndigheten 2016 rekommendationer om att säkerställa att den första dosen vaccination erbjuds i tid, att diagnosticera och behandla kikhosta tidigt och att uppmärksamma att kikhosta kan orsaka allvarlig sjukdom hos spädbarn.

Skyddar barnet

En påfyllnadsdos av vaccin under graviditet ger höga nivåer av antikroppar. Antikropparna passerar placenta och ger höga cirkulerande nivåer även hos fostret. Detta leder till en hög skyddseffekt hos barnet efter födelsen och de första månaderna i livet, den period då kikhosta kan leda till mest allvarlig sjukdom hos barnet. Antikroppsnivåerna hos de nyfödda barnen är högst om den gravida vaccineras under andra trimestern (gestationsvecka 16–25). Tidig vaccination ökar också chansen att ett för tidigt fött barn hinner erhålla skyddande nivåer av antikroppar, men även om vaccination inte hunnit ges före gestationsvecka 32 har den möjlighet att förhindra att mamman insjuknar i kikhosta när barnet är som allra minst. Vaccination rekommenderas vid varje graviditet, även om de sker tätt, då det är antikroppsstegringen i samband med vaccinationen som leder till skyddande nivåer av antikroppar hos det nyfödda barnet.
För närvarande informerar barnmorskan om vilka vaccinationer som rekommenderas under graviditet och hänvisar därefter till vårdcentral eller vaccinationscentral. Möjligheterna att erbjuda vaccinationen på barnmorskemottagning ses för närvarande över i Region Stockholm. Vaccinet är inte kostnadsfritt i Region Stockholm.

FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

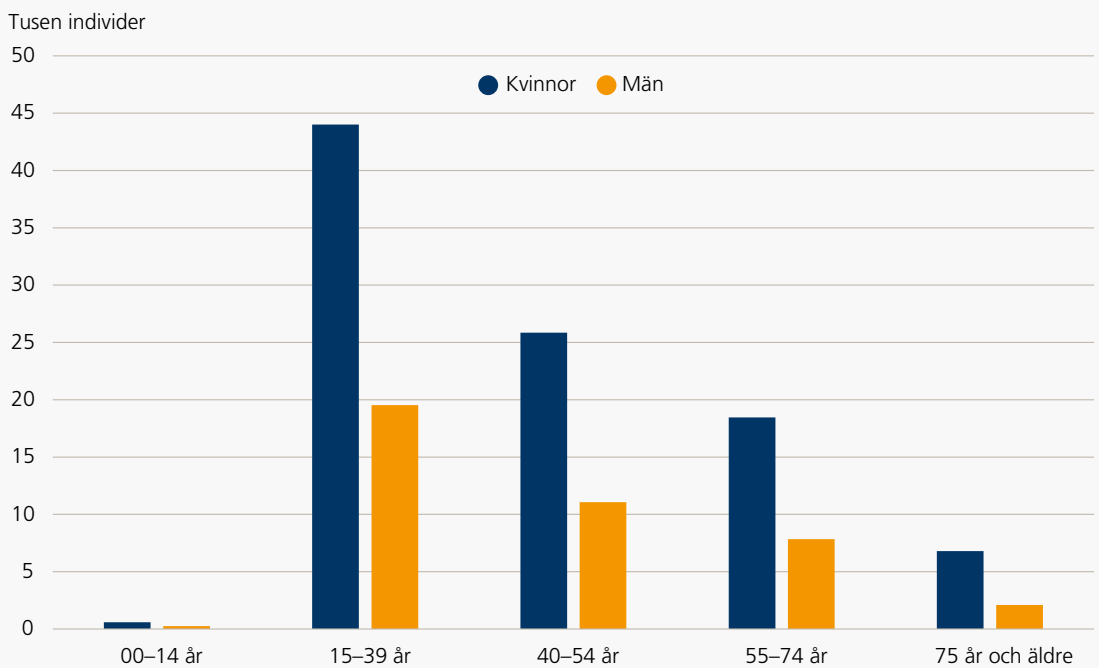
Nästan vart tredje besök gäller psykisk ohälsa

Personer med psykisk ohälsa är en stor patientgrupp i primärvården. Sedan 2021 gäller ökade krav på husläkarmottagningars insatser för mild till måttlig psykisk ohälsa och beroende för patienter i alla åldrar.

Ångesttillstånd vanligaste diagnosen i primärvården

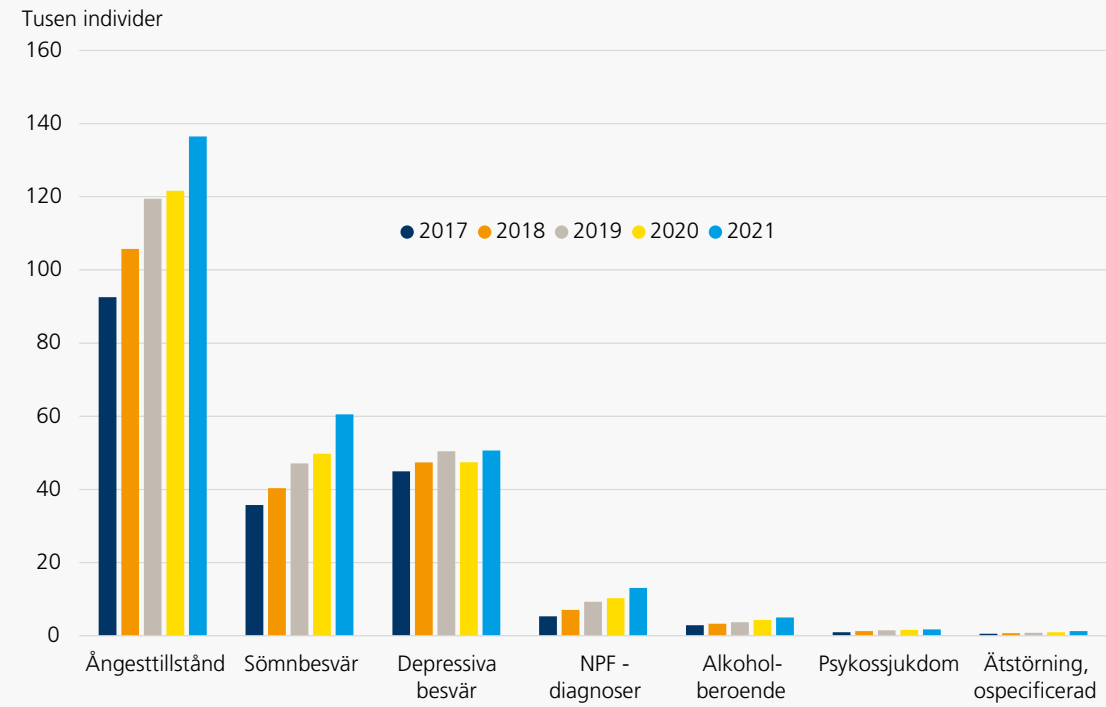
Under 2021 hade 136 000 individer besökt primärvården och fått någon av de olika ångestdiagnoserna. Motsvarande siffror för de två näst vanligaste diagnosgrupperna sömnbesvär och depressiva besvär var cirka 60 000 respektive 50 000 individer. Detta visar en sammanställning av data ifrån Region Stockholms VAL-databas.

Ångesttillstånd i primärvården år 2021



Besök som resulterat i någon av ångestdiagnoserna är vanligast i åldrarna 15–39 år och mer än dubbelt så vanligt bland kvinnor jämfört med män. Könsskillnaderna kvarstår även i de högre åldrarna. Bilden ser likartad ut även för de olika depressionsdiagnoserna.

Grupperade primärvårdsdiagnoser 2017–2021



I gruppen sömnbesvär dominerar diagnosen G 479 ospecificerad sömnstörning stort.

VAL-databasen innehåller bland annat ICD-10 diagnoser på alla besök i primärvården. Här har även husläkarjour, närakuter och husläkarverksamhetens hemsjukvård inkluderats. De två vanligaste diagnoserna inom ångestgruppen är ospecificerat ångesttillstånd F 419 och blandade ångest- och depressionstillstånd F 412. Dessa två utgör cirka 70 procent av ångestdiagnoserna.

Bland depressiva besvär är diagnoserna F 329 ospecificerad depressiv episod, F320 lindrig depressiv episod och F321 medelsvår depressiv episod vanligast. De tre står för cirka 70 procent av depressionsdiagnoserna. En mycket vanlig diagnos är R 539 sjukdomskänsla och trötthet. Drygt 60 000 individer fick den diagnosen 2021. Bakom den döljer sig troligen diverse tillstånd där en del är av psykologisk natur.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) har ökat över tid. Cirka 13 000 fick en sådan diagnos. Vanligast är ADHD F 900B.

Alkoholberoende F 102 är troligen underdiagnostiserat. Diagnosen gavs till cirka 5 000 individer under 2021.

Psykossjukdom är ovanligt i primärvården eftersom det närmast uteslutande sköts inom psykiatrin. Vanligast är schizofreni F 209, då troligen oftast som bidiagnos och inte som huvudsaklig orsak till besöket. Ätstörningar är också mycket ovanligt.

En viss minskning av diagnoser kan ses under 2020. Detta kan sammanhänga med pandemin som medförde generellt färre besök i primärvården.

Maria Juhasz-Haverinen
Christer Norman

Läs mer

En tabell med samtliga diagnoser i respektive diagnosgrupp finns på Janusinfo.se.

Anders Moström, Mark Albeek och Sandra af Winklerfelt Hammarberg, specialister i allmänmedicin på Liljeholmens vårdcentral

FOTO: ANNA MOLANDER

Rondtid stimulerar till samarbete

Primärvårdens förstärkta uppdrag som första linjen för mild till måttlig psykisk ohälsa och beroende involverar alla yrkesgrupper på vårdcentralen. För att uppnå jämlik vård för patienterna vill Sandra af Winklerfelt Hammarberg, verksamhetschef på Liljeholmens VC, att kunskapsribban höjs för alla medarbetare.

REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

Sandra af Winklerfelt Hammarberg är verksamhetschef på Liljeholmens vårdcentral och primärvårdsrepresentant i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp psykisk hälsa. Hon har under många år i sitt arbete som allmänspecialist intresserat sig särskilt för frågor om psykiatri:

– Primärvårdens stora utmaningar gällande psykiatri är att ställa korrekta diagnoser och att selektera till rätt behandling.

Just sorteringen är något av primärvårdens dilemma – det är svårt och kräver kompetens, menar Sandra af Winklerfelt Hammarberg. Psykisk ohälsa är inte som med till exempel diabetes, där det finns tydliga mätbara kriterier och laboratorieprover att tillgå:

– Diagnostik och kartläggning av en psykisk ohälsa handlar istället mycket om ett samtal med patienten. Dels får patienten rapportera, men du måste ju också ställa rätt frågor för att ringa in vad det rör sig om.

Symtomen kan vara diffusa. En del patienter söker för somatiska besvär som egentligen är tecken på psykisk ohälsa och vice versa, en misstänkt depression kan till exempel visa sig vara hypotyreos. Det kan finnas samsjuklighet som påverkar. Och även om stigma kring psykisk ohälsa inte tycks lika stort idag som tidigare, finns fortfarande

REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

Sandra af Winklerfelt Hammarberg, allmänläkare, Janis Sundin Straupenieks, sjuksköterska och Anders Moström, alllmänläkare

FOTO: ANNA MOLANDER

Psykisk ohälsa i primärvården

Sedan 1 juli 2021 är primärvården i Region Stockholm första linjen för mild till måttlig psykisk ohälsa för alla åldrar. Det förfrågningsunderlag för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård som gäller från 2022 innehåller ett förstärkt uppdrag med krav på teamsamarbete mellan olika vårdprofessioner och anställda psykologer på alla mottagningar.

Det utökade uppdraget för insatser för psykisk hälsa barn och unga (6–17 år) ska tillhandahållas av samtliga husläkarmottagningar, men kan uppfyllas genom att ansluta sig till en annan mottagning i närområdet.

Psykisk ohälsa berör en stor del av befolkningen. I God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa, SOU 2021:6 hänvisar utredarna till studier som visar att nästan vart tredje besök på vårdcentralen (30%) är kopplat till psykisk ohälsa och att mer än 70 procent av alla fall av depression och ångestsyndrom behandlas inom primärvården. Endast 20 procent av alla fall remitteras vidare till specialiserad psykiatri.

STEP UP är ett digitalt stöd som erbjuder kurser och stödmaterial till husläkarmottagningar som ska arbeta med mild till måttlig psykisk ohälsa och beroende för patienter i alla åldrar. www.step-up.regionstockholm.se

sådant som kan vara svårt att berätta om för sin läkare, till exempel om tvångstankar, ätstörningar och våldsutsatthet i hemmet.

Att ringa in och ställa psykiatriska diagnoser är också tidskrävande, vilket är kan vara en ytterligare en utmaning i en verksamhet med höga tillgänglighetskrav:

– En allmänläkare ska ju kanske ha mellan 10–12 besök per dag, har en mängd telefonsamtal att ringa, prov- och remissvar att hantera. Det är helt enkelt svårt att få in. Du kan inte kartlägga en misstänkt depression eller utmattning på en kvart och dessutom ta ställning till en eventuell sjukskrivning. Det är ett stort bekymmer för primärvården att göra det här på ett bra, säkert och effektivt sätt.

Utbildningssatsning för alla

Till stöd för primärvårdens förstärkta uppdrag finns STEP UP, ett webbaserat stödsystem för kompetenshöjning och förändringsarbete där Sandra af Winklerfelt Hammarberg medverkar. STEP UP-projektet bygger på en modell för samverkan mellan de olika vårdprofessioner som möter patienter med psykisk ohälsa på en vårdcentral. Här finns både gemensamma utbildningar och kurser riktade till specifika professioner:

– Om vi ska jobba som ett team så måste vi ha förståelse för vad de andra kompetenserna kan för att vi ska kunna ta hjälp av varandra. Om man som läkare till exempel förstår grundprinciperna bakom KBT, så förstår man också varför man inte ska ge ångestdämpande till en patient som samtidigt arbetar med exponeringsträning tillsammans med psykologen, det blir dubbla budskap.

De digitala utbildningarna för sjuksköterskor ger kunskap om fördjupad triagering av patienter med psykisk ohälsa, där hänvisning till rätt profession kan ske redan vid den första telefonkontakten. Enligt teammodellen kan sjuksköterskans roll också vara att ta hand om patienter i behov av stöd och coaching, råd om egenvård och uppföljning av viss läkemedelsbehandling.

Bra med förtydligande

Sandra af Winklerfelt Hammarberg tycker att det är bra att primärvårdens uppdrag kring psykisk ohälsa nu förtydligas:

– Det är en jättestor patientgrupp så det är egentligen konstigt att vi inte har haft den här strukturen tidigare. Förutsättningen är ju att det finns ett tydligt uttalat uppdrag, att det är uttalat vad som ska ingå och att vi får tillgång till utbildning som garanterar att det blir jämlik vård överallt och inte bara något som bedrivs av några som tycker att det här är jättespännande.

Men för att vården verkligen ska bli jämlik för en så stor patientgrupp räcker det inte med att varje

> Det handlar om att jobba långsiktigt och uppföljning är jätteviktigt när man arbetar med förändring.

Sandra af Winklerfelt Hammarberg

FOTO: ANNA MOLANDER

vårdcentral har specialutbildade team för psykisk hälsa. Sandra af Winklerfelt Hammarberg påpekar att varken läkare eller sjuksköterskor har särskilt mycket psykiatri på sina grundutbildningar och anser att utbildningsnivån därför behöver höjas generellt:

– Om vi gör en jämförelse med astma/KOL så har vi på vår mottagning en läkare som är superduktig på just det och sjuksköterskor med specialutbildning att jobba med spirometri och inhalationsteknik. Men alla läkare måste ändå ha baskunskaper om astma/KOL. När de har särskilda frågeställningar kan de rådfråga läkaren med specialkompetens, som också kan ta extra svåra fall. Så behöver man tänka inom psykisk ohälsa också. Därför måste kunskapsribban om psykisk ohälsa höjas för alla.

Rondtid på schemat

För att främja samverkan och motverka stuprörsarbete har Liljeholmens vårdcentral sedan några år tillbaka infört ”rondtid”, en avsatt tid mellan kl. 13 och 13.30 i alla medarbetares scheman. Den möjliggör för olika vårdprofessioner att boka in varandra och prata ihop sig om vården runt gemensamma patienter. Hur fungerar läkemedelsplanen läkaren har lagt upp med vad psykologen och patienten arbetar med? Hur ser rehab-koordinatorns plan med arbetsgivaren ut för den långtidssjukskrivna? Rondtiden gäller inte patienter med psykisk ohälsa specifikt, men kan mycket väl användas för dessa, menar Sandra af Winklerfelt Hammarberg:

– På det här sättet lär vi mycket av varandra, vi höjer kvaliteteten för patienterna som får tillgång till fler professioners bedömning. Det blir också roligare att jobba. Men det kostar i tillgänglighet, det blir färre besökstider på det här viset, så det är inte något vi kan göra för alla patienter, det skulle ta för mycket resurser.

Behov bör styra förändringsarbete

Att sjukvårdsledningen i Region Stockholm analyserar vårdbehov, samlar evidensbaserade metoder och ställer krav på vårdutövarna att ha relevant kunskap och kompetens på plats är bra, tycker Sandra af Winklerfelt Hammarberg. Men strukturen för hur till exempel teamarbete ska utföras, tycker hon däremot inte ska detaljstyras, utan bör lämnas till varje mottagning att bestämma eftersom förutsättningar och behov skiljer sig åt. För att leda till verklig förändring måste nya arbetssätt bottna i och utgå från den egna verksamheten. Det går inte bara att implementera goda exempel från andras verksamheter och tro att det automatiskt

ska fungera likadant i ens egen.

Ett exempel på ett sådant förändringsarbete är Liljeholmens vårdcentrals eget arbete mot överförskrivning av bensodiazepiner som resulterat i att man lyckats minska denna med 60 procent:

– Kortkursen på den sortens arbete är att upptäcka att man har ett problem och sedan lyfta det i diskussion så att man har en gemensam bild av det.

Det systematiska arbete som bedrivits har involverat alla yrkesgrupper på mottagningen för att motverka osäkerhet eller motsägelsefull information till patienterna. Nyanställda introduceras till mottagningens rutiner och årliga uppföljningar görs av hur förskrivningstrenden ser ut. Man har också tagit fram patientinformation med en överenskommelse kring vad som gäller med närmare beskrivning av riskerna med långvarig användning av beroendeframkallande läkemedel:

– Det handlar om att jobba långsiktigt och uppföljning är jätteviktigt när man arbetar med förändring. Du kan inte bara göra någonting och sedan släppa det. För oss har det varit en resa som började när vi insåg att vi hade ett problem vi måste jobba med. Man får en slags drivkraft i det.

Martina Junström

Kognitiv Beteendeterapi (KBT) – snabbguide

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett samlingsnamn på psykoterapi som bygger på teorier om att känslor, kognitioner (tankar och tolkningar av olika företeelser och situationer) och beteenden ömsesidigt påverkar varandra, och kan förstås i förhållande till varandra.

Både kognitioner och beteenden är till stor del inlärda och går därmed att utmana och förändra. På så sätt kan vi förändra våra upplevelser och genom nytt lärande påverka känslor, mående och funktion.

KBT är evidensbaserad, till stor del för att den är målfokuserad och därför mätbar i forskningsstudier. Utgångspunkt är att händelser bakåt i tiden inte kan ändras, inriktningen är därför nu och på förändring framåt. Hemuppgifter och övningar mellan behandlingssessioner för att förändra vardagliga tankemönster och beteenden är centralt, vilket medför att patienten måste vara motiverad och kunna avsätta tid och engagemang för att lyckas.

Övningarna går bland annat ut på att registrera och ifrågasätta sanningshalten i negativa eller hotfulla tankar och på så sätt få mer kontroll över vad som händer. Genom exponering, det vill säga att träna på att gradvis utsätta sig för det man är rädd för ”lär man om”, vilket ökar tålighet och minskar de kroppsliga reaktionerna på det som upplevs hotfullt. En person som är rädd för att uppleva yrsel kan till exempel ges i uppgift att under strukturerade former aktivt framkalla yrsel genom att hyperventilera eller snurra snarare än att undvika tillståndet. Paradoxalt nog så minskar yrseln då när kroppen inte längre larmar om fara.

Andra vanliga inslag i KBT är att öka underskottsbeteenden (beteenden man gör för lite av), eller lära sig nya mer adaptiva beteenden.

Det finns olika KBT-manualer för olika tillstånd. För de olika ångestsyndromen kan till exempel de kroppsliga symtomen vara likartade, men katastroftankarna (vad man är mest rädd för) skiljer sig åt, därför skiljer sig även exponeringsövningarna åt. Av den anledningen är korrekt diagnos viktig för att behandlingen ska lyckas.

Eftersom KBT i många fall bygger på att utsätta sig för det som är jobbigt och på det sättet träna på att klara av det, kan det vara kontraindicerat att ge lugnande läkemedel, även sådana som inte är beroendeframkallande.

Sandra af Winklerfelt Hammarberg

"Det finns inga läkemedel som har indikation för psykisk ohälsa"

FOTO: JOHNÉR BILDBYRÅ

Diagnos, behandling och uppföljning. Psykiatrisk vård skiljer sig inte på detta sätt från somatisk vård. Psykiatriska läkemedel ska förskrivas utifrån vår kunskap om sannolikheten att det hjälper, samtidigt utan att skapa nya problem.

Mats Ek, ordförande för Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp psykisk hälsa

Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp psykisk hälsa har som uppdrag att stötta Läkemedelskommittén att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv användning av läkemedel mot psykisk sjukdom.

Det handlar om horisontella prioriteringar, att prioritera mellan olika läkemedel som hjälper mot samma sak. Det handlar också om att identifiera när annat än läkemedel bör provas före det är motiverat att behandla med läkemedel.

Det finns inga läkemedel som har indikation för psykisk ohälsa. Det finns läkemedel som har indikation tillfällig symtomlindring. Dessa läkemedel har inte sällan långsiktigt oönskade effekter om de tas regelbundet i stället för tillfälligt. Därför arbetar vår expertgrupp aktivt för att minska förskrivningen av vid behovsmediciner, framför allt narkotikaklassade preparat, men även andra.

Ändrade rekommendationer

Sedan jag blev ordförande i expertgruppen har vi tagit bort rekommendationen att tillfälliga oros- och ångesttillstånd ska behandlas med läkemedel. Det finns självklart undantag. Det kan till exempel vara helt adekvat att ge ångestlindring inför ett plågsamt eller obekvämt ingrepp. Vi har även begränsat rekommendationen avseende sömn till det preparat med minst risker, melatonin. Anledningen att vi gjort dessa förändringar är den vetskap vi har om förbrukning i Region Stockholm där många patienter står på kontinuerlig behandling med vid behovsmedicin. Vi ser inte det som en patientsäker eller adekvat behandling av kroniska tillstånd. Biverkningar och funktionsnedsättning är inte negligerbar. Det riskerar även att leda till att adekvat diagnostik och behandling försummas, till exempel genom att en patient med ångestsjukdom inte behandlas med SSRI utan istället har antihistamin och sömnläkemedel dagligen.

Psykiatriska läkemedel förändrar hjärnan. De flesta läkemedel gör detta tillfälligt och de behöver fortsätta tas för att effekt ska kvarstå. Det råder inga tvivel om att psykiatriska läkemedel kan göra oerhörd nytta. Men det är viktigt att vi försäkrar oss om att det vi förskriver får avsedd effekt.

Vägen dit går oftast via en diagnos. Korrekta diagnoser ökar sannolikheten till en korrekt behandling och därmed nytta av behandlingen. Men det räcker inte. Vi behöver också följa upp hur patienten svarar på behandlingen.

Av alla substanser som finns i FASS så är det endast ett fåtal som kommer vara till nytta för den enskilda individen. Det är läkarens roll att identifiera dessa och se till att inte förskriva annat.

FOTO: ANNA MOLANDER

Mats Ek

> Det är viktigt att följa upp, och för säkerhets skull avsluta behandlingen om patienten inte har blivit bättre.

Psykiatrisk behandling är aldrig absolut. Den bygger på sannolikheter. Vi kan inte säkert veta hur en patient kommer att förändras av den substans som förskrivits. Inte förrän patienten provat läkemedlet. Det är därför det är så viktigt att följa upp, och för säkerhets skull avsluta behandlingen om patienten inte har blivit bättre.

Beteenderåd vid insomni

Kognitiv beteendeterapi för insomni (KBT-i) är förstahandsbehandling vid ihållande insomni. Vi rekommenderar att alla patienter med problem att somna eller bibehålla sömnen får beteenderåd, såväl de med nydebuterade problem som de som uppfyller kriterierna för insomnidiagnos, och både de som väntar på KBT-i och de som ordineras sömnläkemedel. Beteenderåden baseras på verksamma interventioner i KBT-i men är anpassade för att de ska vara lätta att ordinera och följa.

Kerstin Blom, docent, leg. psykolog, Centrum för Psykiatriforskning & Psykiatri Sydväst, Karolinska Institutet, Region Stockholm
Susanna Jernelöv, docent, leg. psykolog, Centrum för Psykiatriforskning & Avdelningen för Psykologi, Karolinska Institutet, Region Stockholm
Sandra Tamm, med. dr., ST-läkare, Centrum för Psykiatriforskning & Psykiatri Sydväst, Karolinska Institutet, Region Stockholm

Författarna forskar om insomni och insomnibehandling inom primärvård och psykiatri.

Kerstin Blom

Sandra Tamm

Susanna Jernelöv

FOTO: STEFAN ZIMMERMAN

FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

Insomni används för att beteckna en specifik sömnstörning som finns definierad i DSM-5, där symtomkriterierna innefattar svårigheter att somna eller svårigheter att bibehålla sömnen, ofta i kombination, trots adekvata möjligheter till sömn. För diagnos ska sömnbesvären även leda till försämrad dagtidsfunktion och ett signifikant kliniskt lidande, förekomma under minst tre nätter/vecka och ha pågått i minst tre månader. Som vid alla medicinska bedömningar är det av vikt att ställa korrekt diagnos, se nedan för hjälpmedel, och beakta eventuella differentialdiagnoser och samsjukligheter. Dock ska understrykas att även personer som inte har alla symtom som krävs för en insomnidiagnos, inte har problemen tillräckligt ofta eller inte har haft dem tillräckligt länge, eller endast har sömnbesvär i samband med ett annat medicinskt tillstånd kan ha nytta av såväl beteenderåd som KBT-i.

Insomni är sannolikt underdiagnostiserat och prevalensstudier tyder på en förekomst på runt tio procent (Mallon, L et al 2014). Mer diffusa sömnproblem är ännu vanligare och återfinns hos 25–30 procent av befolkningen (Mallon, L et al 2014, Ohayon, M. M., & Bader, G. 2010)

KBT-i är förstahandsval vid insomni och ska erbjudas till alla patienter som ges insomnidiagnos (Riemann, D et al 2017). Det gäller också personer med de flesta samsjukligheter, både somatiska och psykiatriska. Särskilt vid samsjuklig depression har KBT-i visat sig effektiv också för att minska depressiva symtom. Viss försiktighet bör iakttas vid samsjuklig bipolär sjukdom, psykossjukdom eller PTSD, då ställningstagande till behandling med KBT-i och genomförande av sådan behandling bör ske inom psykiatrin. Vid misstänkt sömnapnésyndrom bör patienten utredas för detta, men KBT-i kan erbjudas under väntetiden.

KBT-i finns i Region Stockholm tillgängligt som internetbehandling med självanmälan, vilket ökar tillgängligheten också i övriga landet tack vare det fria vårdvalet. Vid anmälan till Internetpsykiatri.se görs en grundlig bedömning av patientens svårigheter och om behandlingsformen kan passa. Sömnläkemedel rekommenderas i riktlinjerna endast om KBT-i inte fungerar, inte är tillgängligt, eller inte passar av andra skäl, men långtidsbehandling är inte att rekommendera.

Sömnhygien är en vanlig rekommendation vid ospecifika sömnbesvär liksom vid insomni, men är tyvärr otydligt definierat. Att skapa bra förutsättningar för sömn är en grund för övriga beteenderåd nedan, men som monoterapi vid insomni saknar råd om sömnhygien evidens.

Förslag till utredning och utvärdering

För fastställande av diagnos och vid uppföljning av besvär bör den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerad genomgång av insomnikriterierna enligt DSM-5. För detta används förslagsvis en strukturerad intervju*, helst i kombination med en validerad självskattningsskala för att mäta graden av besvär, till exempel Insomnia Severity Index, ISI*, eller Sleep Condition Indicator, SCI*. För detaljerad kartläggning och uppföljning av sömnen används sömndagbok*.

Observera att insomni är en klinisk diagnos som baseras på patientens subjektiva upplevelse, vilket gör objektiv sömnmätning överflödig.

Följ upp progress med valt formulär och/eller sömndagbok efter 2–4 veckor.

ICD-diagnoskoder

I ICD-10 ingår insomni under två olika paraplydiagnoskoder, dels under Sömnstörningar (G47) och dels under Icke-organiska sömnstörningar (F51) där insomni kallas Icke-organisk sömnlöshet. I ICD-11 slås dessa diagnoskoder ihop till en. Övriga huvuddiagnoser under F51 och G47 innefattar bl.a. hypersomni, sömnapné, narkolepsi och dygnsrytmstörning, och under F51 även parasomnier som nattskräck, sömngång och mardrömmar. Alla dessa kräver annan behandling än insomni, men beteenderåden kan ändå vara till viss nytta. Vi rekommenderar att man vid insomni undviker paraplykoderna F51 och G47 och istället använder någon av de specifika koderna:

F51.0 Icke-organisk sömnlöshet

G47.0 Insomni (insomningsstörning och avkortad nattsömn)

*Länkar för diagnos och behandling:

Strukturerad intervju som liknar M.I.N.I-intervjuerna, framtaget för Internetpsykiatrienheten. Se webbversion av denna artikel på janusinfo.se för länk.

Insomnia Severity Index, ISI, fbanken.se

Sleep Condition Indicator, SCI finns i webbformulär, kompetenscentrumpsykiskohalsa.se.

Sömndagbok, se webbversion av denna artikel på janusinfo.se för länk.

Referenser

Se webbversion av denna artikel på janusinfo.se

Beteenderåd vid insomni

PRIMÄRA BETEENDERÅD:

- Sätt en fast uppstigningstid. Diskutera med patienten vilken tid som passar vardag som helg.
- Fastställ en realistisk önskad sömntid utifrån hur länge patienten tror sig behöva eller önskar sova. I allmänhet rekommenderas inte längre än åtta timmar eftersom tillräckligt sömntryck behöver hinna byggas upp under dagen.
- Sätt en fast läggtid utifrån uppstigningstid och önskad sömntid. Det är ok att lägga sig senare t.ex. på helgen, men uppstigning bör ändå ske samma tid.

Exempel: Patienten vill gå upp kl 7. Hon tror att hennes sömnbehov är 7,5 timmar. Hennes rekommenderade läggtid blir 23.30. Observera vikten av att följa upp dessa råd med sömndagbok.

KOMPLETTERANDE BETEENDERÅD:

- Tupplurar på dagen minskar sömntrycket på kvällen, och ska därför undvikas helt eller användas sparsamt för den med sömnproblem. Ta dem helst samma tid varje dag, inte för långa (i allmänhet 20 minuter eller kortare), och helst före kl 15.
- Se till att få dagsljus, ju tidigare på dagen desto bättre.
- Använd inte koffein och nikotin på kvällen. Även alkoholintag påverkar sömnen negativt.
- Varva ner till läggdags. Avsluta dator/mobilanvändande, börja varva ner och minska belysning och aktiviteter cirka 30 min – 1 timme före läggdags.
- Variera aktivitetsnivån under dagen. Se till att få såväl fysisk aktivitet, sociala aktiviteter och kognitiv aktivitet, som återhämtande aktiviteter, t.ex. fikapauser, korta avslappningar, lugna promenader eller musikpauser.

> Det finns även somatiska problem som är vanligare hos personer med ADHD jämfört med den övriga befolkningen.

FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

ADHD i primärvården

ADHD-diagnos och behandling omhändertas i första hand inom psykiatrin, men för många patienter med detta tillstånd är den psykiatriska och somatiska samsjukligheten hög. Det är också en mycket heterogen grupp vad gäller vårdbehov och funktionsnivå. Därför är det viktigt med god kunskap även i primärvården.

Katarina Danielsson, PhD, specialistläkare i psykiatri och beroendemedicin, Medicinskt ledningsansvarig läkare, Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) är en vanligt förekommande neuropsykiatrisk diagnos. Prevalensen är runt 5 – 7 procent bland barn och cirka 2,5 procent bland personer över 18 år. Huvudsymtomen vid ADHD är ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet och impulsivitet men det finns olika undergrupper och svårighetsgrader. Samsjuklighet är vanligt till exempel med affektiva sjukdomar, diagnoser inom autismspektrumet, substansrelaterade syndrom, ångest och sömnstörningar. Det finns även somatiska problem som är vanligare hos personer med ADHD jämfört med den övriga befolkningen. Astma och övervikt är de somatiska besvär som man sett ha störst koppling till ADHD. Även kardiovaskulära sjukdomar, migrän, celiaki, diabetes, epilepsi, fibromyalgi, restless legs och colon irritabile förekommer i ökad utsträckning hos personer med ADHD jämfört med övriga befolkningen. Med stor sannolikhet kommer alltså personer med ADHD att behöva ha kontakt med sjukvården även utanför psykiatrin.

Katarina Danielsson

FOTO: PETER ASPLUND

Viktigt med ett bra bemötande

Personer med ADHD har ofta svårt att hålla koncentrationen över tid, ta till sig information och de har en begränsad uthållighet. Det är därför viktigt att anpassa kommunikationen.

- Försök att vara tydlig, konkret och gärna kortfattad
- Undvik negationer

- Dela upp instruktionen i flera steg, använd gärna bildstöd eller skriftlig information

Om patienten själv ska utöva egenvård, exempelvis vad gäller diabetesbehandling, hemträning och liknande, är det bra om patienten kan få hjälp med att ställa in påminnelser på till exempel telefonen och att använda schema eller kalender. Schemat kan också göras tillsammans med vårdgivare.

Andra insatser som kan bli aktuella

Personer med ADHD har en ökad risk för problem i skola, på arbetet och/eller i relationer. Det finns hjälpinsatser att ansöka om även utanför sjukvården som boendestöd, personligt ombud, studievägledare, anpassningar i skolan, särskild handläggare på arbetsförmedlingen, möjlighet till lönebidragsanställning, anpassningar i arbetet och möjlighet till kontakt med arbetsterapeut via kommunen. Personer med ADHD kan själv söka dessa insatser, de kan dock behöva uppvisa ett diagnosintyg.

Medicinsk behandling

I behandlingen av ADHD är icke farmakologisk behandling (psykoedukation*, specialanpassad arbetsterapi som bland annat berör schemaläggning, tidsuppfattning och hjälpmedel och vissa former av KBT anpassad för ADHD-problematik) och/eller farmakologisk behandling väletablerade och effektiva behandlingsmetoder, cirka 70–80 procent får effekt av behandling. För vissa är icke farmakologisk behandling tillräcklig. För andra som fått både icke farmakologisk behandling och medicineringkan det fungera att avsluta medicineringen, men för många är dock en livslång medicinsk behandling nödvändig. En svensk studie från 2017 visade att ungefär hälften av patienterna med ADHD hade avslutat den medicinska behandlingen inom en sexårsperiod. De som avslutat behandlingen hade likvärdig funktion som de som kvarstannat på medicinering. Det finns fler studier som visat på liknande resultat men man har ännu inte kunnat identifiera vad det är som karaktäriserar dem som verkar kunna avsluta medicineringen.

Den vanligaste farmakologiska behandlingen för ADHD är centralstimulantia (olika beredningar av metylfenidat eller lisdexamfetamin). Dessa läkemedel ökar hjärnans tillgång till noradrenalin och dopamin. Läkemedlen är snabbverkande, patienter kan välja att hoppa över doser och avsluta behandling utan nedtrappning. Andra läkemedel är guanfacin (Intuniv), det kan användas som tilläggs- eller enskild behandling. Detta läkemedel verkar långsammare och kräver regelbunden användning samt uttrappning vid avslut. Atomoxetin (Strattera) är ett läkemedel som höjer noradrenalin. Det tar längre tid på sig att börja verka (uppemot fyra veckor). Läkemedlet behöver tas regelbundet samt trappas ut vid avslut. Bupropion (Voxra) är ett antidepressivt läkemedel som ökar mängden av noradrenalin och dopamin. Detta läkemedel används i vissa fall framgångsrikt vid behandling av ADHD, det hör dock inte till de rekommenderade läkemedlen för ADHD då det inte är tillräckligt utprovat i denna diagnosgrupp. För biverkningsmässiga skillnader, se faktaruta sid 25.

Det är vanligast att biverkningar förekommer under insättning och upptrappning av läkemedel. Nytillkomna symtom som uppkommer månader/år efter att ADHD-medicinering ställts in bör i första hand utredas i primärvården, då sannolikheten är låg att det skulle bero på biverkningar av läkemedlet.

Vid insättning av ADHD-medicinering tas särskild hänsyn till tidigare eller samtidig hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, glaukom, epilepsi och leversvikt. Vid vissa av dessa tillstånd kan ADHD-medicinering vara kontraindicerat, men med optimal behandling av den somatiska sjukdomen brukar läkemedel för ADHD kunna sättas in. Ibland behöver psykiatriker ha direktkontakt med läkare från annan medicinsk specialitet i dessa frågor.

Psykiatrin ansvarar för insättning och uppföljning av centralstimulantia och i de flesta fall också övrig behandling för ADHD. Behandling med bupropion kan skötas i primärvården, och alla läkare har förskrivningsrätt vad gäller atomoxetin och guanfacin även om den medicineringen i regel sköts inom specialistpsykiatrin. Primärvården ansvarar för att behandla lättare psykiatriska symtom som inte bedöms direkt kopplade till ADHD:n. Vid somatiska biverkningar orsakade av behandlingen, där behandlingen anses nödvändig, bör psykiatrin och primärvården samarbeta, till exempel vid hypertoni. Vid akuta somatiska besvär bör patienten i det akuta läget först och främst bedömas vid närakut eller medicinakuten avseende detta.

Sammanfattning

Personer med ADHD är en mycket heterogen grupp i alla avseenden. Psykoedukation, träning och medicinsk behandling är ofta effektiva behandlingsmetoder. Var observant på samsjuklighet. Var uppmärksam på symtom från hjärt-kärlsystemet.

För mer information rekommenderas att läsa de nya riktlinjerna för vård och stöd vid ADHD och autism som Socialstyrelsen nyligen publicerat, samt Nationella vård och insatsprogrammet för ADHD.

*Psykoedukation

Information utbildning till patient och anhöriga om:

- Diagnos, orsak och prognos
- Behandlingsalternativ
- Vad i patientens miljö som kan påverka hur symtom kommer till uttryck

De större läkemedelsgrupperna och några av de vanligaste biverkningarna

Metylfenidat (Concerta, Ritalin)
Kan höja blodtryck och puls, orsaka arytmi, minskad aptit, magbesvär, yrsel, ökad ångest till kvällen, humörsvängningar, sömnbesvär, huvudvärk, tics, muntorrhet, problem med sexlusten etc.

Lisdexamfetamin (Elvanse)
Kan höja blodtryck och puls, orsaka arytmi, minskad aptit, magbesvär, irritation, humörsvängningar, ökad ångest till kvällen, sömnbesvär, huvudvärk, muntorrhet etc.

Atomoxetin (Strattera)
Kan höja blodtryck och puls, orsaka arytmi, trötthet, illamående, magbesvär, humörsvängningar, kramper, aggressivitet, stickningar, domningar etc.

Guanfacin (Intuniv)
Kan sänka blodtryck och puls, orsaka yrsel, dåsighet, svimningskänsla, huvudvärk, oro, skakningar, magbesvär, trötthet etc.

Bupropion (Voxra)
Kan orsaka takykardi, sömnsvårigheter, huvudvärk, muntorrhet, illamående kräkningar, kramper.

FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

Internetpsykiatri

– från samtal via självhjälpsböcker till digitala behandlingsprogram

Evidensen är stark för internetbaserad kognitiv beteendeterapi, KBT, även för svåra symtom. Men behandlingsformen kräver att patienten har en hög funktionsnivå och orkar göra övningar på egen hand.

Erik Forsell, leg psyk, med dr, utvecklingsansvarig vid Internetpsykiatri på Psykiatri Sydväst i Huddinge.

Internetbehandling i Sverige startade vid Uppsala universitet på slutet av 1990-talet i form av digitaliserade varianter av biblioterapi. I biblioterapi bestod behandlingen av KBT-baserade självhjälpsböcker som kombinerades med fysiska besök eller telefonsamtal. I den nya behandlingen, som kom att kallas internet-KBT (IKBT), flyttade självhjälpstexterna ut på en digital plattform och kontakten med psykologen skedde via mejl. Vid den tiden hade endast 51 procent av Sveriges befolkning internet i hemmet.

Forskningen om IKBT tog fart i Sverige. I början av 2000-talet genomfördes flera studier som genomgående visade goda behandlingseffekter. De positiva resultaten ledde till starten av Internetpsykiatri vid Psykiatri Sydväst i Stockholm. Enheten startade 2007, samma år som den första iPhonen släpptes, och var världens första psykiatriska enhet för internetbehandling i reguljär offentligt finansierad vård. Vid det laget hade över 75 procent av befolkningen dator och bredband hemma, men bara 16 procent hade en smartphone. Under sina 15 år har Internetpsykiatri bedömt över 15 000 patienter av vilka minst 8 000 har fått IKBT för depression, social fobi, paniksyndrom, hälsoångest, insomni eller Irritable Bowel Syndrome (IBS). Idag behandlas ungefär 1 200 patienter om året. IKBT föregick alltså den nuvarande digitaliseringsvågen inom vården med decennier.

Numera finns många utövare som erbjuder digital vård i Sverige. En del är textbaserat liksom Internetpsykiatris behandlingar är, medan andra bygger på videosamtal eller chattar. De senare brukar dock inte räknas till IKBT, då de är mer lika vanliga besök hos en psykolog.

> Symtomnivån hos de som får internetbehandling i Sverige är oftast måttlig till hög

Vem är internetbehandling till för?

De flesta internetbehandlingar i Sverige riktar sig mot en enskild diagnos. Därför är det viktigt med noggrann diagnostik, så att patienten får en behandling den känner igen sig i och har nytta av. Behandlarens möjlighet att anpassa innehållet till patienten är mer begränsad än i traditionell samtalsterapi eftersom den mesta informationen förmedlas via redan färdigskrivna texter, till skillnad från muntligt av psykologen. Det gör behandlingen mindre flexibel, men garanterar samtidigt att alla patienter får en likvärdig behandling. En del föreställer sig att internetbehandling bara är till för lindriga problem, men symtomnivån hos de som får behandling i Sverige är oftast måttlig till hög. Samtidigt är det digitala formatet, trots vägledning av psykolog, så pass krävande att patienterna behöver ha en relativt hög funktionsnivå. De måste orka läsa och göra övningar på egen hand flera gånger i veckan. Behandling kan i dagsläget endast erbjudas för patienter som kan läsa svenska, men utvecklingsprojekt för behandling på andra språk pågår i landet.

Hur går internetbehandling till?

Rutiner skiljer sig mellan vårdgivare och enheter, men ofta i de allra flesta fall anmäler sig patientenr själva utan att ha blivit remitterad. Anmälan görs via 1177 Mina vårdkontakters e-tjänster där de patienter loggar in med BankID till plattformen Stöd och Behandling. Där får de fylla i formulär innan de blir kontaktade för ett bedömningssamtal, som

REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

Erik Forsell

kan vara via video eller på mottagningen. I normala fall har 50 procent både bedömts och börjat behandling inom 30 dagar från att de anmäler sig.

Behandlingarna består av texter, bilder och ibland ljudfiler och video samt olika övningar och hemuppgifter som patienten arbetar med i sin vardag och dokumenterar i arbetsblad i plattformen. Behandlingarna är uppdelade i moduler där varje modul täcker en viktig komponent i KBT-behandling för diagnosen, som exempelvis exponering vid paniksyndrom. När patienten läst igenom och arbetat med innehållet i en modul skickar den in hemuppgifterna till sin behandlare, vanligtvis en legitimerad psykolog, som granskar det som patienten gjort, ger feedback och råd och bedömer om patienten kan gå vidare till nästa modul.

Exceptionellt starkt forskningsstöd

IKBT har utvärderats i många hundratals kliniska prövningar vid det här laget. En imponerande stor mängd av denna forskning har genomförts i Sverige, och det finns uppemot 100 disputerade psykologer i Sverige vars avhandlingar rört internetbehandling. Idag skulle man kunna säga att det sammanlagda evidensläget för internet-KBT är starkare än för någon annan psykologisk eller psykoterapeutisk behandlingsform.

Resultaten står sig även i reguljär vård

Med viss variation mellan diagnosgrupper och regioner så blir 30–50 procent av de som får internetbehandling avsevärt förbättrade (vilket innebär en minskning av symtomen med -40 procent eller mer). Det är lika bra som traditionell KBT.

Kvalitetsregistret Svenskt Internetbehandlingsregister (SibeR)

Sedan 2015 finns kvalitetsregistret SibeR – Svenska internetbehandlingsregistret. Personnummer, behandlingsprogram, indikation och utfall registreras för patienter vid alla anslutna enheter över landet. I Sverige startas internetbehandling på anslutna enheter för ungefär 1 000 patienter varje kvartal. Att vara ansluten, och rapportera in behandlingsresultat till SibeR bör vara absolut minimum för att en vårdgivare som erbjuder IKBT ska kunna anses vara trovärdig. 2021 var tio regioner med totalt 177 vårdenheter anslutna till SibeR.

Läs mer

Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. Se onlinelibrary.wiley.com
Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR, siber.registercentrum.se
SibeR årsrapport 2021. Se siber.registercentrum.se

Smarta samtal om alkohol

Att prata om sina alkoholvanor kan kännas utelämnande. Det kan vi bemöta med ett språkbruk som skapar förståelse, förtroende och trygghet.

Sven Wåhlin, specialist i allmänmedicin, överläkare, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet

Vårt språkbruk visar våra fördomar

Vården i dag har ett personcentrerat arbetssätt och vi kan uttrycka oss respektfullt, även angående det mest personliga. Generellt talat har vi inte kommit lika långt i våra samtal om alkohol. Här skiljer sig ofta vår syn och vårt språkbruk från patientens egna tankar om sin situation. Alltför ofta använder vi ett stigmatiserande språk vilket försvårar kommunikationen med såväl alkoholberoende patienter, som med patienten som inte har alkoholproblem, men där vi ändå behöver prata alkohol då det eventuellt kan var en bidragande ohälsofaktor. Några exempel på ord vi ska vara försiktiga med:

Missbrukare

Missbruk är sedan länge avskaffat som medicinsk diagnos (men tyvärr fortfarande ett begrepp i socialtjänstlagen och för körkortsärenden). Termen upplevs stigmatiserande då det antyder en dålig person.

Alkoholist

Inte heller *alkoholist* är en medicinsk diagnos, och upplevs lätt som förnedrande. Även om svårt alkoholberoende personer ibland använder termen om sig själva, till exempel inom AA, så bör vi undvika det. Även ”diagnosen” etyliker är, som väl är, inte heller så vanligt nuförtiden.

Förneka

Även om *förnekande* är en högst mänsklig och förståelig psykologisk reaktion på något som vi skäms över, så bör vi vara försiktiga med termen. Grundsynen är att vi ska lita på vår patient och hens utsagor. Allt annat kan riskera patientens förtroende och vilja att anförtro sig om sina problem.

Även personer utan alkoholproblem uppger sällan en sanningsenlig alkoholkonsumtion i en alkoholanamnes. Förklaringen är det stigmatiska i att ”dricka för mycket”, då det enligt samhälls-

normen karakteriserar en dålig person. Ingen vill framstå som dålig, och man vet ju inte vad doktorn/sjuksköterskan tycker är ”för mycket”. Vem skulle då inte lämna uppgifter i underkant? Om vi kör fast i samtal om alkoholmängder så kan vi ändå komma vidare i samtalet genom att referera till att vår individuella känslighet ofta kan betyda mer än alkoholmängder. Mer om det nedan.

Upptäcka alkohol-problem

En patient som har ett beroende eller andra problem med alkohol har själv redan *upptäckt* det. Kanske vill man inte tala om det då man tänker att man ska klara detta på egen hand. Troligen skäms man och är rädd för att bli sämre behandlad. Att vi har knep för att upptäcka eller avslöja det genanta skapar inte förtroende.

Ren Vit

Orden *ren* och *vit* används tyvärr ofta för alkohol- eller drogfrihet. Är man då smutsig eller nedsolkad när man druckit alkohol?

Smart kommunikation

Objektiva termer

Tyckande och värderande termer undviks. Använd etablerade diagnoser (beroende, skadligt bruk, substansbrukssyndrom) där det är lämpligt, och etablerade mängdbeskrivningar som riskbruk och lågriskkonsumtion.

Personcentrerad terminologi

I stället för att samtala om de negativa konsekvenser vi befarar, så kan vi fokusera på vad patienten vill uppnå. Alla som upplever dryckesproblem vill dricka bättre, även om man inte vet hur, eller inte vill ändra just nu. Att prata i termer av *dricka bättre* eller *bli nöjd med konsumtionen* eller *undvika onödiga* glas accepteras lättare jämfört med uttryck som *att inte dricka för mycket*. Att patienten och vi *uppmärksammar* alkoholens roll för hälsan är trevligare än att vi *upptäcker* en problematik.

Känsligheten för alkohol är olika

De flesta sjukdomar är multifaktoriella. Alkohol är sällan ensamt sjukdomsorsak, men desto oftare en bidragande sjukdomsorsak. Kön, ålder, sjukdom, medicinering, men framför allt genetiska faktorer gör att alkoholens patogenetiska roll varierar stort. Även måttliga mängder kan ge symtom hos känsliga. Att diskutera alkoholens roll behöver därför inte handla om dryckesmängder i första hand. Även om en person tålt att dricka mycket tidigare, så kan ålder och en försämrad hälsa förändra detta kraftigt.

Engagera patienten med ”Halveringstestet”

För att ta reda på om alkohol har betydelse för en sjukdom (oavsett konsumtionsnivå), så kan vi engagera patienten i ett test som innebär att hålla upp med alkohol, eller allra minst halvera konsumtionen under någon månad. Vi bokar ett

Riskbruk kvinnor/män

> 9/14 standardglas/vecka eller ≥ 4/5 glas/tillfälle.

Lågriskkonsumtion kvinnor och män

- Generellt: < 10 glas/vecka eller < 4 glas/tillfälle
- Det finns ingen helt säker konsumtionsnivå
- Situation och individuella faktorer betydelsefulla

> Undvik tyckande och värderande termer

återbesök för att utvärdera om symtomen minskat eller till exempel blodtryck sjunkit. Oavsett resultatet så är detta en mycket pedagogisk metod för att ge insikt om alkoholens potentiella roll. Det kan vara klokt att följa levervärden även om de anses osäkra som alkoholmarkörer. Det sker regelmässigt en tydlig minskning av värdena (även inom referensintervall) hos en högkonsument som halverar.

Visa att du kan hjälpa, och att det kan vara enkelt

Läkemedel mot alkoholberoende är kraftigt underanvända, trots att de är enkla att förskriva, saknar allvarliga biverkningar och ofta har god effekt – naltrexon, akamprosat (Campral, Aotal), nalmefen (Selincro). Läkemedelsstudier (och FASS-text) har fokuserat på svårt alkoholberoende personer, men den kliniska effekten gör dem användbara på en stor grupp med olika grader av alkoholproblem. Det är ofta tacksamt att sälja in ett preparat ”som gör att man dricker mindre, men kan fortsätta dricka”. Eller ”som gör att suget minskar”. Detta kan erbjudas tidigt i kontakten, även till personer

Sven Wåhlin

FOTO: ANNA MOLANDER

där man ännu inte utrett eller säkerställt diagnos. I och med att man har återbesök för att utvärdera effekten (både patientnöjdhet och konsumtionsminskning) så etablerar man en kontakt och ett växande förtroende där samtalet blir enkelt. Även disulfiram (Antabus) kan föreslås som stöd i en kortare testperiod med nykterhet, till exempel en en månads alkoholpaus.

Även en del psykologiska metoder kan vara enkla att använda. En alkoholkalender där patienten själv registrerar sin konsumtion blir en ögonöppnare, och har stark evidens bara som ensamt hjälpmedel. Att sätta skriftliga mål för sin konsumtion och bolla dessa med sin doktor är ytterligare ett KBT-inspirerat hjälpmedel, liksom att skriftligt notera de tillfällen man dricker på ett sätt man inte är nöjd med.

Läs mer

Manual för 15-metoden och annat stöd, där dessa arbetssätt beskrivs, finns på riddargatan1.se

Två kurser om 15-metoden för personal i primärvården finns även inom STEP UP, www.step-up.regionstockholm.se

FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

4 frågor till Eva Andersson

Fysisk aktivitet kan vara lika verksamt som läkemedel och samtal

Eva Andersson, docent och läkare, idrottslärare vid GIH och KI och vice ordförande för Svensk Förening för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin, SFAIM.

Hur vet vi att fysisk aktivitet är lika effektivt som läkemedel och samtal vid mild och måttlig depression och ångest?

– Det finns en mångfald metastudier speciellt från de senaste tio åren som visar en överväldigande evidens för att fysisk aktivitet är effektivt vid mild till måttlig depression. Behandlingstiden i studierna har här vanligtvis varit mellan 8–12 veckor och oftast tränar man tre gånger per vecka, styrketräning oftast i 60 min/tillfälle och konditionsträning mellan 30–45 (upp till 60 min) min per tillfälle. Dessutom finns det robust evidens för att det förebygger depression och minskar risken för recidiv. Det finns även data på att fysisk aktivitet kan ha en omedelbar effekt på depressiva symtom. Bara man sätter sig på en motionscykel och trampar i 30 minuter så självskattar man efteråt att ens depressiva symtom minskat av den träningen, oavsett tempo.

– Att träna som tillägg till samtalsterapi, har även en signifikant additiv effekt på att reducera depressiva symtom vid mild och måttlig depression än enbart samtalsterapi.

Vilken typ av träning är det man undersökt i studierna?

– Det vi vet är att konditionsträning där man får upp hjärtfrekvensen har en positiv effekt och likaså när man bygger muskler. Det som man har studerat mest i metastudier är konditionsträning i någon form; löpning, promenader med eller utan stavar, cykling, motionsgymnastik, simning etc. Styrketräning är också relativt väl studerat men inte i lika stor omfattning som konditionsträning. Olika typer av yoga och dess effekt på depression och ångest är mindre undersökt, liksom pilates och andra mer stretch- och smidighetsträningar.

Hur motiverar man nedstämda patienter till fysisk aktivitet?

– Det viktigaste är att uppmuntra patienten till att välja en träningsform som hen gillar. Det är viktigare att göra något med viss regelbundenhet än att gå ut stort och tufft för att sedan tappa lusten att underhålla en ny vana. En annan nyckel till att komma igång är att gå med i någon form av ledarledd träning. Då blir gruppen och ledaren en motivator utöver den fysiska träningen. Ett annat verktyg man har som läkare och annan legitimerad sjukvårdspersonal är att skriva ut fysisk aktivitet på recept, FaR. Det kan ju ge vissa ekonomiska incitament också eftersom det finns anläggningar där man då får ett reducerat pris på träningen. Jag hoppas också att regionen satsar mer på att öppna träningsanläggningar för dem som får FaR förskrivet.

Vilket behandlingsalternativ är att föredra?

All behandling sker ju i samråd med patienten så de individuella förutsättningarna är avgörande. Men fysisk aktivitet är en behandling som vanligtvis är biverkningsfri. Fysisk aktivitet har dessutom en mängd goda effekter utöver minskning av depressiva symtom och är ångestreducerande. Till exempel bättre kondition, ökad livskvalitet, bättre sömn, minskar stresshormonet kortisol och det motverkar minskad volym av hjärnans minnescentrum hippocampus som ses vid depression. Det ökar också halterna av BDNF (Brain-derived neurotrophic factor) som stimulerar till nybildning och kopplingar mellan hjärnceller. Det motverkar även låggradig inflammation samt har effekt på många andra sjukdomar såsom diabetes och hjärtkärlsjukdom.

Malena Jirlow

Läs mer

Eva Andersson mfl: "Fysisk aktivitet kan ha omedelbar effekt på depression och ångest" Läkartidningen. 2022;119:22035

FOTO: ANNA MOLANDER

Maria Ljungdahl, ST-läkare i klinisk farmakologi på Karolinska universitetssjukhuset, tar över uppgiften att skriva om farmakologi i Evidens. Sedan hösten 2022 är hon även ledamot i Region Stockholms expertgrupp för äldres hälsa.

Vilken utbildnings- och yrkesbakgrund har du?

Jag gick min läkarutbildning på Karolinska Institutet (KI) i Stockholm och tog läkarexamen 2010. Min ST-utbildning gjorde jag på Sabbatsbergsgeriatriken. Efter det arbetade jag som specialistläkare i geriatrik på Dalens sjukhus/Dalengeriatriken.

Hur kommer det sig att du vidareutbildar dig till klinisk farmakolog?

När jag gjorde min AT i Mora samarbetade jag med en inspirerande farmaceut kring geriatriska patienter, där föddes intresset. Under min ST i geriatrik sidoutbildade jag mig ett halvår på klinisk farmakologi och började föreläsa om äldre och läkemedel i olika sammanhang. Sedan blev jag mer vetgirig och därför gick jag tillbaka till klinisk farmakologi.

Vilka är dina vardagliga arbetsuppgifter?

Utöver att vara på läkemedelsinformationscentralen (Karolic) och i expertgruppen för äldres hälsa är jag bland annat på läkemedelslaboratoriet, på läkemedelsutvärdering där kommande läkemedel granskas, skriver texter till beslutsstödet Kön och genus samt är på prövningsenheten där läkemedelsstudier utförs. Jag trivs så bra med mina varierande uppgifter!

Finns det något område inom farmakologi du är särskilt intresserad av, och vilket är det?

Haha gissa – geriatrisk farmakoterapi såklart. Men utbildning och kommunikation ligger mig också varmt om hjärtat.

Vad vill du bidra med som medlem i Evidens redaktion?

Jag har läst Evidens i många år och har alltid tyckt att informationen är aktuell och lättillgänglig i en snygg förpackning. Det känns roligt att få vara med i redaktionen och diskutera vad som är på gång på området. Jag hoppas kunna bidra med läkemedelsinformation ur ett kliniskt farmakologiskt perspektiv och även vara ambassadör för fortsatt uppmärksamhet till de mest sjuka äldre.

Läs mer:

Vad gör en klinisk farmakolog egentligen? Den frågan har Maria fått så ofta av sina vänner att hon har skrivit en artikel för att förklara detta. Du hittar artikeln "Räddar kliniska farmakologer liv?" på janusinfo.se.

Risk-nyttabedömning A och O vid samtidig behandling med SSRI och NOAK

Läkemedelsinformationscentraler får många frågor kring risken för blödning vid samtidig behandling med SSRI och antikoagulantia. Behöver interaktionen beaktas och hur ska det hanteras i kliniken?

Hela sex procent av Stockholms befolkning hämtar ut selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) från apoteken och tre procent hämtar non-vitamin K orala antikoagulantia (NOAK; till exempel apixaban (Eliquis) och dabigatran (Pradaxa). Det är vanliga läkemedel som ibland behöver användas samtidigt.

I Janusmed Interaktioner och Riskprofil uppmärksammas samtidig behandling med SSRI och NOAK som en betydelsefull interaktion som endast bör kombineras med försiktighet. SSRI och NOAK förstärker varandras effekt synergistiskt med ökad blödningsrisk.

Den antitrombotiska effekten av NOAK fås genom hämning av koagulationsfaktor Xa, alternativt hämning av trombin, vilket bland annat leder till försämrad trombocytaggregation. Vanliga biverkningar är förstås blödning, till exempel näsblödning eller blåmärken.

Varför SSRI ökar blödningsrisken är omdiskuterat, men en föreslagen mekanism är blockering av serotoninåterupptag i trombocyterna vilket hämmar trombocytaggregationen. Det gäller även serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI).

Hur ska en patient med stark indikation för både SSRI och NOAK då behandlas?

En välgjord risk-nyttabedömning är A och O i detta skede. Viktiga riskfaktorer att ha i åtanke inkluderar tidigare blödning, hög ålder och multisjuklighet, graviditet och riskkonsumtion av alkohol. Ytterligare läkemedelsinteraktioner som kan öka blödningsbenägenheten behöver också övervägas. Riskerna vid obehandlad depression och ett förmaksflimmer utan strokeprofylax ligger i andra vågskålen.

FOTO: ANNA MOLANDER

Maria Ljungdahl om läkemedelsfrågor

Preparaten kan kombineras till en patient med låg risk för blödning. Ge noggrann information om vilka biverkningar som ska uppmärksammas och hur patienten då ska kontakta vården. Dessutom rekommenderas något tätare uppföljning av blodstatus och blödningsanamnes än vanligt. Överväg magskydd med protonpumpshämmare.

En annan möjlighet är att i kombination med NOAK överväga psykofarmaka utan serotoninåterupptagshämmande effekt, till exempel agomelatin (Valdoxan), bupropion (Voxra), reboxetin (Edronax), mirtazapin och mianserin där blödningsrisken anses vara lägre. De kan dock medföra andra interaktioner att ta hänsyn till.

Känns det fortfarande oklart kan du alltid konsultera Läkemedelsinformationscentralen.

Läkemedelsinformationscentralen: Remiss i Take Care via Konsultation – H Läkemedelsinformation

Läs mer:

På Svelic.se publiceras utredningar som gjorts av Läkemedelsinformationscentraler i Sverige och Norge. För mer information om ovanstående ämne kan till exempel fråga nr 553, 906 och 15411 vara av intresse.

Returadress vid okänd adressat:
Internpost: Region Stockholms läkemedelskommitté. Lindhagensgatan 98
Postadress: Box 6909, 102 39 Stockholm

Missa aldrig ett nummer av Evidens!
Gå in på www.janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Region Stockholm

Fortbildning – ett axplock

TISDAG 31 JAN

När behandling kan leda till skada – överdoser av psykofarmaka

31 januari kl. 17.00–19.00
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

TORSDAG 2 FEB

Vaccinationsutbildning för primärvården

2 februari kl. 12.30–16.00
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor i primärvården
Plats: World Trade Center

PÅ PLATS OCH PÅ WEBBEN

Region Stockholms läkemedelskommitté bjuder in till:

Kloka listan forum

2023

Flera av våra främsta experter föreläser om läkemedelsbehandling och nyheter i Kloka listan 2023.

Datum: Onsdagen den 18 januari 2023
Tid: kl 09.00–15.30
Plats: 7A Posthuset, Vasagatan 28
Målgrupp: Primärvårdsläkare samt läkare och sjuksköterskor med intresse för läkemedelsfrågor
Anmälan: Senast den 11 januari 2023 via janusinfo.se/fortbildning