

Psykisk ohälsa – vanliga frågor & svar

F. Jag bedömer att en av mina vuxna patienter på vårdcentralen, där jag arbetar som distriktsläkare, har PTSD efter trauman i sitt hemland. Vart kan jag skicka honom för behandling?

S. Det finns skäl att inte ha för bråttom att remittera patienten vidare till psykiatri. Erfarenheten visar att det ofta leder till att patienter som befinner sig i migrationsprocessen och dessutom inte känner till svensk psykiatri avbryter behandlingen. Rekommendationen är att i första hand erbjuda stödkontakt och krissamtal. Eventuellt kan det kombineras med psykofarmakabehandling, främst för sömn och ångest. Samtidigt bör man motivera till fortsatt behandling med i första hand psykoterapeutisk behandling. Om besvären är uttalade eller behandlingen inte hjälper kan du remittera patienten till den lokala specialistpsykiatri som kan göra en fördjupad bedömning och erbjuda behandling. I många län, t ex i Stockholm, finns det specialmottagningar som dock huvudsakligen tar emot patienter som redan är motiverade för psykoterapeutisk behandling.

F. När jag remitterar en patient med PTSD för behandling i psykiatri, vad kan jag säga till henne eller honom att behandlingen kan komma att bestå av?

S. Psykoterapeutisk behandling rekommenderas i första hand. Ibland behövs medicinerings för symtom som sömnsvårigheter och ångest. Psykoterapiformer som är evidensbaserade är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi, *narrative exposure therapy* och EMDR, ögonrörelsebehandling. Men all behandling ska anpassas till individens behov och önskemål.

F. Distriktssköterska: Ska jag fråga patienter om trauma när jag träffar dem en enda gång i samband med en hälsoundersökning?

S. I Socialstyrelsens riktlinjer för hälsoundersökningar sägs uttryckligen att en del av samtalet ska avse hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation eller av traumatiska upplevelser. Det är viktigt att identifiera patienter med traumatisering tidigt. Det viktiga vid hälsoundersökningen är inte att kartlägga traumatiska upplevelser, utan att vara öppen för berättelsen och att uppmärksamma till exempel återkommande mardrömmar, kroniska sömnstörningar, oklara och varierande somatiska och psykiska symtom, vilka kan vara tecken på trauma. Utifrån det kan patienten erbjudas fortsatt vårdkontakt.

F. Finns det inte en risk att jag, som inte är traumaspecialist utan arbetar som distriktssköterska i primärvården, skadar en patient om jag börjar fråga om trauma?

S. Givetvis ska alla samtal föras hänsynsfullt och empatiskt. Men det är viktigt att trauma upptäcks tidigt, man vet att det påverkar den framtida prognosen, samtidigt som det på flera sätt kan vara svårt för patienten att själv ta initiativ till att berätta. Risken att skada kan alltså

vara större om du inte frågar om trauma.

Om du ställer öppna frågor och lyhört lyssnar på patientens svar, och låter dem vägleda dig i det fortsatta samtalet ger du patienten en möjlighet att få kontroll över och berätta det hen själv väljer.

F. Hur gick det för de apatiska barnen, man hör ju aldrig talas om dem nuförtiden?

S. Det finns inte så många uppföljningsstudier av barnen med så kallat uppgivenhetssyndrom (vilket är den officiella diagnosbeteckningen för det som i den allmänna debatten ofta kallas apatiska barn). I de allra flesta fallen rapporteras ändå att barnen tillfrisknar så småningom om de får adekvat vård, även om det fordras långa behandlingstider. Långtidsuppföljningar av små grupper av barn har visat att de återhämtat sig fullständigt. Stressnivån i barnens familjer har varit hög men om beslut om uppehållstillstånd för familjen fattats har stressnivån reducerats och det har ofta visat sig vara viktigt för tillfrisknandet.

F. Vad är KFI i DSM-5, och hur får man tag på den?

S. Som ett praktiskt verktyg för att beakta kultur och kontext i diagnostik, förståelse och behandling av psykiska sjukdomar, har en ny intervju inkluderats i den psykiatriska diagnoshandboken DSM-5. Kulturformuleringsintervjun, som förkortas KFI, består av 16 frågor som på ett individualiserat sätt utforskar bland annat patientens sjukdomssyn, hjälpsökandebeteende, barriärer till vården, språkliga hinder etc. KFI kan användas i mötet med alla patienter men är särskilt användbar i transkulturella möten. Intervjun finns översatt till svenska och kan laddas ned gratis på den här hemsidan: www.pilgrimpress.se

F. Jag har provat att använda KFI men jag skulle vilja få mer kunskap om det sociala nätverkets påverkan på patientens problem, hur går jag vidare?

S. Utöver huvudintervjun så finns 12 tilläggsintervjuer vid behov av fördjupning inom olika områden, en av dessa handlar just om det sociala nätverkets betydelse. Tilläggsmodulerna är ännu inte översatta till svenska, men finns att ladda ned gratis på engelska från APA:s hemsida:

<http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5/online-assessment-measures> (klicka på rubriken "Early Development and Home Background" och sedan på "Cultural Formulation Interviews")

F. Jag arbetar som psykolog och ska utreda en patient med frågeställningen ADHD. Patienten har inte svenska som modersmål utan vi har använt oss av tolk vid samtal. Har ni tips på hur jag ska gå tillväga på bästa sätt, finns det tester på arabiska?

S. Att utföra neuropsykologisk utredning på patienter som inte talar svenska kan vara svårt av olika anledningar. Det är alltid bra att börja med en utförlig anamnes och etablera en relation med patienten. Detta kan oftast ge mer information än att använda sig av test som inte är standardiserade på patientens modersmål. De flesta psykologiska test är skapade i västerländska samhällen och kan betraktas som kulturellt anpassade bedömningsinstrument.

När det gäller arabiska så finns en hel del tester, men beakta att arabiska är ett stort språk med många variationer. Tyvärr måste vi nog själva leta efter testerna på nätet och då kontrollera om de är validerade och fria att använda eller ej.

F: Jag arbetar som PTP-psykolog på en psykiatrisk mottagning och patienten kommer med helt andra behov än vad jag känner att jag kan hjälpa till med, t ex behov av bostad, ekonomi, oro för anhöriga i hemlandet osv.

S: Att möta människor i de problem de själva formulerar som de mest angelägna är ofta det bästa sättet att kunna bygga en allians och få en dialog om även annan behandling, antingen det är psykologisk, medicinsk eller något annat. Dessutom kan det vara det mest verksamma! Social stabilisering kan bidra till läkning av psykologiska/psykiatriska besvär, och att utforska de sociala behoven blir en resurs för alla behandlare.

En annan sak är att behandlare kan bli överväldigade av patientens stora behov och kraften i hans berättelse. Det kan leda till en känsla antingen av att man själv måste "lösa" patientens situation eller av att man inget förmår göra. Det kan då vara en viktig resurs att utvidga kretsen kring patienten, att ta stöd i ett arbete med nätverket eller i samverkan med till exempel socialtjänsten eller andra behandlare. Det är också viktigt att genom till exempel handledning få stöd i att stå ut med att dela det olösliga med patienten.

Välkommen att höra av dig till oss på TC för konsultation. Vi kan tillsammans resonera och reflektera över hur man i samtal kan bekräfta att patienten befinner sig i en svår social situation och samtidigt stödja patienten att bemästra, kanske uthärda sin situation, samt att formulera såväl svårigheter som mer positiva aspekter.