



Handläggare

Pia Kjaersgaard

0152-296 28

Riktlinje vid omhändertagande av personer med psykisk ohälsa, inom kommunal hälso- och sjukvård

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

1. anta riktlinje vid omhändertagande av personer med psykisk ohälsa, inom kommunal hälso- och sjukvård.

Beskrivning av ärendet

Socialstyrelsen beskriver att det är oklart hur många äldre som lider av psykisk ohälsa. I och med vår åldrande befolkning uppskattas antalet personer med psykisk ohälsa att öka. Uppskattningsvis är det ca 11-15% av befolkningen över 65 år som drabbas av en depression, mot övrig befolkning som ligger på 4-10%. Dvs äldre har en förhöjd risk att drabbas av psykisk ohälsa/depression. 5-10% av de äldre drabbas av ångestsjukdom, oftast tillsammans med en depression. Den psykiska ohälsan hos äldre kan uppkomma av tidigare psykossjukdom som debuterade i unga år eller av ett nyinsjuknande i psykossjukdom

Ekonomiska konsekvenser för kommunen

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser för kommunen.

Övriga konsekvenser

Beslutet medför inga övriga konsekvenser.

Uppföljning

Uppföljning sker av medicinskt ansvarig sjuksköterska årligen, senast 2019-12-01.

Beslutsunderlag

Riktlinje vid omhändertagande av personer med psykisk ohälsa, inom kommunal hälso- och sjukvård. SN/2018:617.



Beslutet skickas till

-

Agneta von Schoting
Kontorschef

Pia Kjaersgaard
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Dokumenttyp:	Riktlinje
Beslutad när:	2019-xx-xx
Beslutad av:	Socialnämnden
Diarienummer:	SN/2018:617
Ersätter:	nytt
Gäller fr.o.m.:	2019-02-01
Gäller t o m:	2020-01-31
Gäller för:	Socialnämnden
Dokumentansvarig:	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Uppföljning:	2019-12-01

Riktlinje vid omhändertagande av personer med psykisk ohälsa, inom kommunal hälso- och sjukvård

Bakgrund

Socialstyrelsen beskriver att det är oklart hur många äldre som lider av psykisk ohälsa. I och med vår åldrande befolkning uppskattas antalet personer med psykisk ohälsa att öka. Uppskattningsvis är det ca 11-15% av befolkningen över 65 år som drabbas av en depression, mot övrig befolkning som ligger på 4-10%. Dvs äldre har en förhöjd risk att drabbas av psykisk ohälsa/depression. 5-10% av de äldre drabbas av ångestsjukdom, oftast tillsammans med en depression. Den psykiska ohälsan hos äldre kan uppkomma av tidigare psykossjukdom som debuterade i unga år eller av ett nyinsjuknande i psykossjukdom (Socialstyrelsen, 2013).

Andra exempel på psykisk ohälsa kan vara en historik av psykisk ohälsa sedan tidigare, missbruk, tidigare trauman, neuropsykiatriska tillstånd till exempel adhd, add och Aspbergers syndrom (a.a).



Enligt Skog & Grafström (2003) är det vanligt med depressioner hos äldre över 70år. Författarna beskriver att depressioner ofta är underbehandlade i denna grupp. Det är ca 15 procent som är drabbade. Ensamma äldre, de som bor på särskilt boende eller vårdas på geriatriska avdelningar är mer drabbade av depressioner. Undersökningar har visat att det är 30-40 procent av dessa äldre som uppvisar tecken på depression.

Faktorer som kan bidra till depression är isolering, förlust av närstående, ekonomiska resurser, beroende av andra och brist på stimulans. Pensionen kan också vara en utlösande faktor innan personen finner nya levnadsvanor. Sjukdomar kan också ligga till grund för depression såsom smärttillstånd, minskad rörlighet, försämrad syn och hörsel. Uppkomna rädslor för sjukdom och död kan också medverka i förloppet. Vissa läkemedel hjärtmedicinering och blodtryckssänkande kan ge biverkningar som nedstämdhet (a.a).

Det finns två huvudsakliga orsaker till att äldre drabbas av depression enligt Skog & Grafström (2003).

Den ena är att hjärnans funktion blir störd på grund av åldrande och sjukdom. Bland annat minskar mängden av vissa signalsubstanser vid stigande ålder. Det andra kan bero på en svår psykosocial situation. Fast enligt författarna är det är betydande att utesluta kroppsliga orsaker (Skog & Grafström 2003).

Depressionstillstånd hos äldre tar sig i andra uttryck än hos yngre. Hos dem är ofta symtomen mer diffusa, och ter sig kroppsligt. Till exempel kan personen klaga över förstoppning, magproblem, trötthet, viktnedgång och/eller sömnrubbning (a.a). Detta beskrivs också i Socialstyrelsens rapport om Äldres psykiska ohälsa (Socialstyrelsen, 2008).

Vid måttlig depression märks ofta ingen påverkan på sinnesstämningen. Däremot är det vanligt med en allmän olustkänsla och oföretagsamhet. En dödslängtan kan uttryckas. Djupare depressioner hos den äldre är ofta lättare att upptäcka på grund av att grundstämningen sänkts. Symtom som då ofta är förekommande är rastlöshet, ångest, trötthet och ett förlorat intresse för livet. Upplever den äldre



svår depression reagerar hon/han nästan inte alls på yttre stimuli. En hopplöshetskänsla infinner sig då (Skog & Grafström, 2003).

Depressioner kan vara svåra att särskilja från demens. Detta kan urskiljas utifrån behandlings resultat. Då symtomen på depression ofta går att behandla i jämförelse med demenssymtomen. Hos äldre tar det i regel längre tid att behandla en depression (a.a).

Äldre med depression behöver hjälp från omgivning. Behöver stöd med att inte isolera sig. Att skapa trygghet och kontinuitet är också viktigt. Hjälp att skapa ordning i ett upplevt kaos. Den som vårdar en äldre med depression behöver hjälpa till med att förmå den äldre att delta i olika aktiviteter som denna tycker om. Översyn av nutritionsstatus är också betydande (a.a).

Vid risk för självmord har Socialstyrelsen i Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning skapat rekommendationer. Socialstyrelsen beskriver att självmordsbedömning ska ske på ett likartat sätt och att det följer en viss struktur. (Socialstyrelsen, 2010).

*Se handläggning rutin självmordsnära brukare Strängnäs kommun.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom består främst av olika antidepressiva läkemedel. Dessa läkemedel har effekt på omsättningen av signalsubstanser i det centrala nervsystemet såsom – noradrenalin, serotonin och dopamin.

Behandling medför risk för biverkningar. Detta tas i beaktande av för vilket preparat som väljs (a.a).

För personer som är över 80 år är dokumentationen begränsad gällande antidepressiva. Behandling med bensodiazepiner kan användas som lugnande medel, men är starkt beroendeframkallande. Vid högre doser kan berusningseffekt uppstå (Socialstyrelsen, 2010).



Andra föreslagna behandlingsmetoder enligt Socialstyrelsen

Fysisk aktivitet har också god effekt kan exempelvis vara cykling och promenader. Leder till att uthållighet, styrka och koordinationen bland annat utvecklas. Fysiska aktiviteter kan medverka till att dysfunktionella tankar kan brytas och negativa tankar kan distraheras. Gruppträning kan öka sociala kontakter (a.a).

Konfusion

Tillståndet konfusion är allvarligt och kan leda till döden om det ej behandlas. Tidigare studier har påvisat en tre gånger så stor mortalitetsrisk hos dem som drabbas av konfusion (Rousseau & Sjödin, 2004).

Konfusionstillståndet definieras som ett tillstånd som är präglad av sviktande mentala funktioner. Är en hjärnsvikt. Konfusion kan uppstå på grund av många olika orsaker. Faktorer som inverkar är hög ålder, alkoholmissbruk, tidigare cerebral skada och kronisk sjukdom (a.a). Konfusion kan också uppstå vid miljöombyte t.ex. i samband med flytt.

Det är vanligt att patienter med konfusion skrivs ut från sjukhuset innan de kognitiva funktionerna är återställda. Uppmärksamhetsstörning och desorientering kan kvarstå trots utskrivning. I förebyggandet av nya episoder så är det viktigt att tänka på att se över preventiva åtgärder (a.a).

Vanliga orsaker till konfusion är infektion, läkemedel och alkoholabstinens. Vanligt är det också med postoperativ konfusion (a.a).

Vid konfusion så kommer tillståndet snabbt inom några timmar eller någon dag. Vid konfusion är den kognitiva förmågan central. Leder till att minnet försämras, speciellt närminnet. Uppmärksamhet och planeringsförmåga blir också sämre. Klarhet i tankelivet påverkas och den som drabbas får svårare att göra sig förstådd. Talförmåga och orientering i tid, rum och person påverkas. Oro och ångest skapas hos den sjuke när hon /han får svårt att tolka omvärlden. Psykotiska symtom exempelvis hallucinationer och vanföreställningar förekommer. Mani eller apati kan uppträda (a.a).



Anhöriga och vårdpersonal blir de viktigaste instrumenten i att tolka symtomutvecklingen. Allvarlig bakomliggande somatisk orsak behöver uteslutas. Exempel på somatiska orsaker kan vara skelettskador, förstoppning, hjärtinfarkt eller blödning i hjärnan. Psykisk status behöver ses över. De primära differentialdiagnoserna är demens, depression och primär psykos enligt forskningen (a.a).

En helhetssyn behöver prägla omhändertagandet vid konfusionstillstånd. Läkemedelsbehandling spelar en underordnad roll. Det finns inte så mycket som stödjer att läkemedelsbehandling påskyndar tillfrisknandet (Rousseau & Sjödin, 2004).

Ansvarsområde

Patientansvarig läkare

Primärvårdsläkaren har ansvar för diagnostik, behandling och uppföljning av patienter bl.a gällande:

- psykisk ohälsa
- konfusion
- lindriga och måttliga depressioner.
- kronisk depression med somatisk sjukdom

Psykiatri

Specialist läkare inom psykiatri ansvarar för:

- Depressioner med allvarliga och bestående självmordstankar och självmordsförsök. Bör snarast bedömas inom psykiatri.
- Depressioner med psykotiska symtom
- Svåra depressioner
- Psykiatriska diagnoser



Dokumentation

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska tillsammans med övriga yrkeskategorier analysera brukarens psykiska ohälsa genom att väga in bakgrundsfaktorer, utlösande faktorer och identifiera faktorer som kan ha lett till psykisk ohälsa. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprättar en individuell vårdplan i Treserva med rubrik **psykisk ohälsa**. Överrapportering ska ske vid överflyttning till annan enhet från sjuksköterska till sjuksköterska.

Sjuksköterska på SÄBO eller hemsjukvård ansvarar för:

- Påtala behov av medicinska/psykiatriska insatser till patientansvarig läkare.
- Faställa personcenterad omvårdnad.
- Vid behov samarbete med andra aktörer inom socialtjänsten eller andra vårdgivare samt sammankalla till samordnad individuell plan, SIP, för att få en helhetssyn gällande omhändertagandet. En samordnad individuell plan upprättas för att säkerställa patientsäkerheten.
- Vid akut konfusion/förvirringstillstånd får brukaren inte lämnas utan tillsyn. Sjuksköterska bedömer behov av extra tillsyn för att säkerhetsställa god vård och omsorg.
- På initiativ av hälso- och sjukvården, primärvård och specialistvård inom landstinget, var delaktig i samordnad individuell plan.
- Vid misstanke om depression/psykisk ohälsa hos brukare genomför omvårdnadsansvarig sjuksköterska i samråd med läkare en strukturerad analys. De arbetsinstrument som Landstinget Sörmland rekommenderar är skalorna GeriatricDepressionScale samt Cornells depressionsskattningsskala, se sist i dokumentet.



Riktlinje upprättad av:

Demenssjuksköterska Jenny Stavem och MAS Pia Kjaersgaard

Referenslitteratur

Fahlander, K., Karlsson, G. & Vikström, D. (2009). *Demensboken*. Lund: Studentlitteratur

Skog, M. & Grafström, M. (2003). *Geriatrisk omvårdnad och geriatrik*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB

www.landstingetsormland.se

Lundin, L. & Ohlsson, O. (2006). *Psykiska funktionshinder- stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Stockholm: Cura

Rousseau A, Sjödin I. ABC om konfusion på somatisk vårdavdelning. *Läkartidningen* 2004;101:2270-2274

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest*. Länk:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2008). *Äldres psykiska ohälsa –en fördjupad lägesrapport om förekomst verksamheter och insatser*. Länk:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-131-20/sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen. (2013). *Slutrapport ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa*.