

Beteendemedicin i Primärvården [SVK, HT20]

Fokus på motiverande samtal

Baserat på föreläsningar från SVK i Beteendemedicin i Primärvården under höstterminen 2020.

Feedback och errata får gärna skickas till info@hus75.se. Trevlig läsning! /Tengil

Läs denna A4 för att introduceras till det viktigaste: [Ten Strategies for Evoking Change](#)

Litteratur

- Berman, A.H. et al (2016). KIBEHMEDx, KI MOOC Behavioral Medicine: A Key to Better Health. Gratis på <https://www.edx.org/course/behavioral-medicine-a-key-to-better-health>
- Steptoe, A. (2011) Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications. New York: Springer. [Finns som e-bok på KI:s bibliotek](#).
- Feldman, M. D., Christensen, J. F., Satterfield, J. M. & Laponis, R. (eds.). (2020). Behavioral Medicine: A Guide for Clinical Practice, 5th ed. New York: McGraw-Hill. [Finns som e-bok på KIB](#).
- Wedding, D., & Stuber, M. L. (2020). Behavior and Medicine, 5th edition. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing. Finns på KI Solna biblioteket.
- Miller, W.M. & Rollnick, S. (2012). Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford. Översatt av Carl Åke Farbring, NoK 2013 ([finns som e-bok på KIB](#))
- Holm Ivarsson, B. (2016). MI – Motiverande samtal: Praktisk handbok för hälso- och sjukvården. Stockholm: Gothia förlag.
- Farbring, C.-Å. (2014). Handbok i motiverande samtal – Teori, praktik och implementering, 2:a utgåvan. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ortiz, L. (2009). När förändring är svårt: Att hantera motstånd med motiverande samtal. Stockholm: Natur och Kultur.
- Rollnick, S. Miller, W.M., Butler, C. (2008). Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. New York: Guilford Publications. (På svenska 2009, www.studentlitteratur.se). Kursledarens favorit [[star]]
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). Motiverande samtal-MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Lund: Studentlitteratur.
- Berman, A.H., Beckman, M. & Lindqvist, H. (2020). Chapter 45: Motivational Interviewing interventions. In: M. S. Hagger, L. D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen, & T. Lintunen (Eds.). Handbook of Behavior Change. New York, NY: Cambridge University Press. In press. (Introkapitel som vi läste, tillgängligt via: [\[\[länk\]\]](#))

Webb

- <https://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/>
- <https://www.motiverandesamtal.org>
- <https://www.motivationalinterview.org>

Introduktion

Beteendemedicin:

- Tvärvetenskapligt område som ägnas åt utveckling och integration av kunskap kring psykosociala beteenderelaterade och biomedicinska frågor relevanta för hälsa och sjukdom
- Tillämpningen av denna kunskap för prevention, etiologi, diagnos, behandling och rehabilitering.
- Beteendemedicin inkluderar forskning kring grundläggande psykobiologiska mekanismer, klinisk diagnostik och intervention såväl som prevention och hälsofrämjande åtgärder.

Tillämpning inom hälso- och sjukvård med fokus på:

- beteende i förhållande till somatisk sjukdom
- psykisk ohälsa som det uppenbarar sig i primärvården
- relationen behandlare-patient
- motiverande till förändring, följsamhet till behandling mm
- $K - B = U$ (Kapacitet minus börda är lika med utrymme), negativt utrymme innebär icke hållbarhet medan positivt utrymme innebär hållbarhet

Ontologisk trygghet

En stabil inre trygghet som kommer av en känsla av kontinuitet i förhållande till vad som händer i ens liv. Giddens (1991) beskriver ontologisk trygghet som en känsla av ordning. Han hävdar att:

- Ordningskänslan kommer av människans förmåga att uppleva meningsfullhet i sitt liv.
- Mening kommer av upplevelser av positiva och stabila känslor, och av att undvika kaos och ångest.
- Om en händelse inträffar, som inte stämmer med den mening personen haft i livet, hotas den ontologiska tryggheten.
- Ontologisk trygghet omfattar också en positiv syn på självet, världen och framtiden.

Korttidsbehandling – vanliga myter

[Från: Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). Brief interventions for radical change: principles and practice of focused acceptance and commitment therapy: New Harbinger Publications.]

Myt 1: patienter önskar mycket behandling

Evidens mot myten:

- Patienter söker hjälp för känslomässig tröst och praktisk problemlösning.
- Oftast kan detta åstadkommas inom några få sessioner.
- 9000 patienter i naturalistisk studie avslutade behandlingen vid 5:e mötet och hälften slutade efter ett behandlingsmöte

Myt 2: Mer förändring kräver mer tid i behandling

Evidens mot myten:

- Ungefär 15% av patienterna har redan förbättrats när de kommer till första mötet

- Beslutet att söka hjälp är mycket viktigt
- 50% av max resultatet uppnås efter 8 möten
- Därefter saktar förändringstakten ner

Myt 3: Stora, snabba kliniska förändringar sker sällan

Evidens mot myten:

- Ca 40-45% av deprimerade patienter visar plötsliga stora förbättringar inom 2-4 behandlingsmöten (Doane m fl 2010; Tang m fl 2007).
- Liknande resultat har märkts för: PTSD (52%), Bulimi (62%), IBS (30%)
- Metaanalys har visat samma resultat för depression och ångest efter KBT-behandling

Myt 4: Patienter behöver mycket utredning för att förändras

Motargument:

- De flesta människor har redan de psykologiska verktygen de behöver för att överbygga sitt lidande och de kan göra det snabbt vid rätt omständigheter.
- FACT förespråkar lösningsfokuserad och narrativ behandling, med fokus på att låta medkännande livsberättelser konkurrera med självkritiska livsberättelser.

Motiverande samtal

Du och patienten är båda experter, patienten på sitt liv och sig själv och du på beteenden, förändring och effekter. Rollen som medicinsk behandlare är lik den som körskolelärare, patienten är den som kör och vi kan bara rekommendera och hjälpa patienten att hitta rätt. Patienter behöver oftast inte veta att det är MI-metoden som används. Exempel med [pianotrappor vid Odenplan](#).

Evidens

Inte bra evidens för MI på barn eller för viktnedgång. Hög andel change talk är det som ger mest effekt. Sustain talk förhindrar effekt. En nyckelfärdighet i MI är att lyssna.

MI META-ANALYSIS

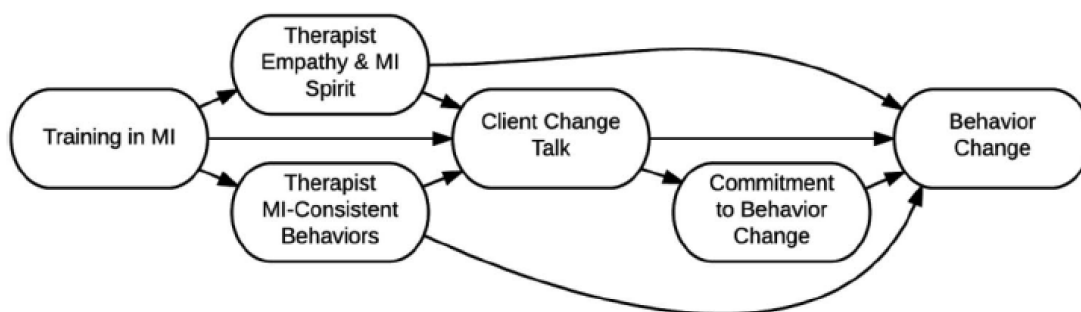


Figure 1. Hypothesized pathways that facilitate behavior change in motivational interviewing (MI). Figure adapted from "Toward a Theory of Motivational Interviewing," by W. R. Miller and G. S. Rose, 2009, *American Psychologist*, 64, pp. 527-537. Copyright 2009 by the American Psychological Association.

MI-anda

Samtalet är ett samarbete som bygger på ett jämställt förhållande. Bygger på acceptans av

människors absoluta värde och autonomi, förmåga och rätt till självbestämmande genom empati och bekräftelser. Behandlaren styrs av sin medkänsla i mötet. Resurser och motivation till förändring finns inom oss. Behandlarens roll är att söka, väcka och framkalla tankar och känslor om förändring.

TTM-modellen

Omedveten – Överväger – Beslutar – Förändrar – Håller kvar förändringen. Omvårdnad i form av motivation och behandling under processen samt återfallsprevention vid uppnådd förändring. Erbjud information vid valda tillfällen också.

Ambivalens

Vad är positivt med ditt nuvarande beteende? Vad är mindre bra? Vad är mindre bra med förändring? Vad är positivt med en förändring? + - - +

Bedöm patientens motivationsnivå: Fråga när i tiden patienten kan tänka en förändring. >6 mån (omedveten), <6 mån (överväger), <1 mån (beslutar)

Skatta sannolikhet till förändring: Hur VIKTIGT är det för dig att förändra detta? Om du bestämde dig för en förändring, hur säker är du på att du skulle KUNNA genomföra den? Siffror mellan 0-10. Följ upp med: Varför är du på (siffror) och inte på 0? Vad skulle behöva hända för att du skulle komma från (siffror) till en högre siffror?

FGF

Informationsutbyte istället för föreläsning.

Framkalla information om vad personen redan vet: Vad känner du redan till...? Vad vet du om...? Ge information: Kort, saklig och anpassad.

Framkalla information om personens reaktioner: Vad tänker du om det? Vad innebär det för dig?

Öppna frågor: vad är det som hänt? (halvöppen) Hur blir för dig? Finns det några nackdelar? Hur ser du på det?

Fyra processer

1. Engagerande process 2. Fokuserande process 3. Framkallande process 4. Planerande process

Bygger på varandra och behövs alla i sin ordning, även om de fortgår hela tiden. Att skapa en förtroendefull relation är en förutsättning för ett fruktbart samtal (engagerande). Den fokuserande processen behövs innan den framkallande processen. Planering kommer sist. Samtidigt som den engagerande processen måste fortgå genom hela samtalet. Fokus kan ändras eller tydliggöras över tid. Att framkalla kan börja tidigt i processen. Att pröva fram en plan, kan göra att någon tidigare fas behöver utforskas mer.

1. Den engagerande processen

Att skapa engagemang är en process som innebär etablerandet av ömsesidig tillit och en respektfullt hjälpsam relation. Att genom reflektivt lyssnande förstå patientens dilemma, se situationen utifrån patientens perspektiv. Det finns ingen styrning mot specifikt fokus. Fråga dig själv: Hur bekväm känner sig patienten i samtalet med mig? Är jag till stöd och hjälp för P? Förstår

jag P:s perspektiv/bekymmer? Hur bekväm känner jag mig i samtalet? Känns det här som ett samarbete mellan två parter?

Kort om engagerande verktyg i samtalet ("BÖRS/OARS"): Bekräfta. Öppna frågor. Reflektivt lyssnande – enkelt: upprepa/formulera om och komplex: mening/känsla. Sammanfatta då och då.

Tekniker för att engagera:

1. Lyssna och tala med empati
2. Rulla med motstånd (dissonans)
3. Förmedla din tro på att patienten kan klara av att genomföra förändringen

2. Den fokuserande processen

För att vara en effektiv vägledare behöver man veta vart man är på väg. Att fokusera i MI är en pågående process, man söker och upprätthåller riktningen. Vilka förändringsmål har patienten? Vilka andra förhoppningar har jag om förändring för henne? I vilken utsträckning arbetar vi tillsammans mot ett gemensamt mål? Hur klar är min uppfattning om vart vi är på väg? Hur väl stämmer våra danstakter överens med varandra?

Tre källor till fokus

1. Patienten formulerar ett fokus: Jag behöver sluta röka. Kan du hjälpa mig tåla stress bättre?
2. Behandlarens sammanhang bidrar: Primärvårdsmottagningen. Min fru tycker att jag äter för mycket godis.
3. Behandlarens kliniska expertis bidrar: Patienten har svårt att komma igång med fysisk aktivitet. Behandlaren uppfattar att alkoholbruk ligger bakom.

Meny-agenda – hjälp patienten att välja var han/hon ska börja. ” Jag undrar om vi skulle kunna backa lite här och titta på vad som är viktigast att fokusera på. Jag har en lista i huvudet om de saker du har tagit upp och jag skulle vilja stämna av dem med dig. Sedan kan vi prata om vad du tycker vi skulle kunna börja med – jag kanske också har några idéer där. Skulle det vara OK?”

3. Den framkallande processen

Målet: Att framkalla förändringsprat ("change talk"). Att jag säger att jag ska göra någonting har samband med att jag verkligen gör det senare.

Tecken på förändringsprat hos patienten (DARN):

Längtan/önskan att förändra (Desire).

Förmåga att förändra (Ability).

Anledningar att förändra (Reasons).

Behov att förändra (Need)

CAT:

Beslutsamhet (Commitment): Jag vill, jag skulle kunna, jag har anledning att, jag behöver...

Handlar (Activation): Jag är villig att, jag är redo att, jag är beredd att...

Tar steg mot förändring (Taking steps): Jag gick på ett AA möte. Jag ringde tre ställen om jobb. Jag hällde ut alla spritflaskor.

Hur låter ett starkt åtagande? Jag vet att jag kommer att genomföra det här... Jag garanterar att jag kommer att göra det här... Jag kommer att satsa allt på att genomföra den här planen...

Hur låter svagare åtaganden? Vi får se om jag gör det här, det beror ju inte bara på mig... Bara jag får bostad så kommer jag att gå in på behandlingshemmet... Jag tror nog att jag kommer att lägga av med missbruket...

10 strategier för att framkalla förändringsprat:

1. Ställ öppna frågor
2. Utforska ambivalensen
3. Be om detaljer
4. Be om exempel
5. Titta tillbaka på tiden innan problemet
6. Se framåt
7. Ställ frågor kring värsta/bästa scenariot
8. Använd skattningsskalorna
9. Utforska mål och värderingar
10. "Kom upp bredvid" (förstå och prata som patienten)

Förändringsprat och dissonans är nyckelsignaler från klienten.

Bidrar jag till att framkalla? Vilka skäl har patienten att förändra? Om patienten tvekar – handlar det om att det inte är så viktigt att förändra, eller om brist på självförtroende? Vad hör jag för slags förändringsprat? I vilken utsträckning styr jag i rätt fart? I vilken utsträckning påverkas jag av rättningsreflexen?

4. Den planerande processen

- Bidrar jag till att planera?
- Vilka kommande rimliga steg kan ske i processen?
- Vad skulle hjälpa patienten att röra sig framåt?
- I vilken utsträckning framkallar jag en plan (i stället för att föreskriva)?
- Kommer jag ihåg att be jag om lov och först sedan ge information och ev. råd?
- I vilken utsträckning har jag kvar en känsla av nyfikenhet om vad som kan fungera bäst för patienten?

Nöj dig med små mål för varje samtal. Tro på din förmåga att förbättra dina samtal om livstilsförändring! När man blir bättre på MI blir det fler reflektioner (2:1 gentemot frågor), öppna frågor, komplexa reflektioner.

Referenser och studier

Metaanalyser:

- Pace, B. T., Dembe, A., Soma, C. S., Baldwin, S. A., Atkins, D. C., & Imel, Z. E. (2017). A multivariate meta-analysis of motivational interviewing process and outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(5), 524-533. doi:10.1037/adb0000280

- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F., . . . Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 140-157. doi:10.1037/ccp0000250

FACT

Två olika saker: 1. Den specifika terapiformen. 2. Den integrerade vårdmodellen Primary Care Behavioral Health/Integrated Behavioral Health (PCBH/IBH).

33% i väntrummet har psykisk ohälsa. 3% fick träffa psykolog eller kurator medan alla träffade läkare. Kan vara omständigt att få till psykoterapi för patienten i primärvården.

ACT och FACT av Kirk Strosahl. Central Washington Family Medicine Clinic ([karta](#)). Alla i samma byggnad, tätt, aktivt samarbete. Läkare och psykolog har kontor nära varandra och samma boknings och journalsystem. Hög tillgänglighet (inget "remisstänk"). Psykologen har alltid högst varannan av sina tider bokade och är även i praktiken nästan alltid tillgänglig både för direktbokningar och hand-offs. Läkare som snappar upp något från en patient erbjuder patienten att få träffa en kollega direkt och gör en sk "warm hand off" till psykologen. Snabba, korta insatser när de behövs som bäst, t.ex. FACT, MI, beteendeaktivering, kort KBT.

Allt fler svenska vårdcentraler (t.ex. Capio, Östergötland, Kronoberg) omorganiserar sig till någon version av PCBH/IBH. Kostnaden för den övriga vården minskar med 20-30% då övriga vårdgivare avlastas. Läkarna kan ägna mer tid åt den medicinska vård som de är utbildade för och ordinerar mindre psykofarmaka eftersom psykologisk behandling är direkt tillgänglig.

Tillgängligheten stor fördel för patienterna. Psykologerna ger sina mest verksamma insatser vid lätt till medelsvår ohälsa. Syftet är att: öka följsamheten till behandling, öka möjligheterna till förändring, öka motivationen och alla yrkesgrupper modellerar och använder principerna.

KBT

Bygger på inlärningspsykologi. Respondent betingning (passiv tränas att koppla ihop en signal med en respons, Pavlov). Operant inläring (aktiv belönas för vissa responser och bestraffas för andra): Vi gör mer av saker vi förstärks/belönas för och vi gör mindre av saker som straffas. Relational Frames Theory (RFT), vikten av språket, kan både stjälpas och hjälpa oss.

"Tredje vågens KBT": Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och FACT = Fokuserad ACT. Utgår från samma grundprinciper som KBT. ACT har ungefär samma resultat som klassisk KBT. Första vågen: BT. Andra vågen K-BT (vikten av kognition och hur vi tänker kring beteenden och händelser).

3-4 sessioner på 20-30 minuters. Varför bara 3-4 sessioner? Motivationen högst just när man ber om hjälp "a seminal moment". Snabba förändringar bland 40-50%. Terapiforskning 30-40% hoppar av. Ofta patientpreferens. Hög tillgänglighet för ny/fortsatt kontakt vb. Patientgruppen ofta tung med droger och utsatthet. En kort terapi uppnår sitt mål innan patienten följer sin naturliga tendens att hoppa av. Behandla varje session som om den vore den sista. "Ber du tandläkaren borra en stund till?" Det tar så lång tid som det behövs, och då blir det 10-60 min

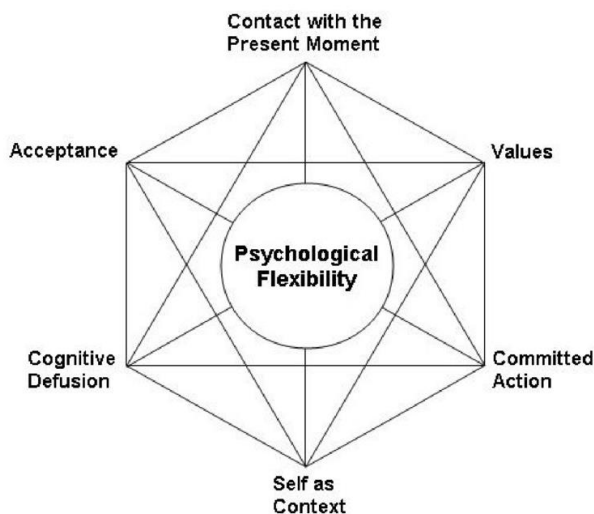
(snitt ca 20 min.) Istället för att fylla 45-50 minuter med terapiinnehåll, så väljer du ut det som patienter har mest behov/nytta av just nu, och ger den insatsen. Positiva effekter: God terapeutisk allians. Behandlingsresultat kvarstår två år efter behandling. 80,5% signifikant förbättrade på PHQ 9. Minskning av övriga besök på vårdcentralen. Funktionsförbättringar efter session 1, ökade efter session 2-4.

”People don't come to therapy because they're suffering. Lots of people suffer. They come because *they're stuck*.”

Metod

Första sessionen: Intro som anknyter till vårdmodellen och vad läkaren sagt samt ger överblick över mötet. "Ok?" Intervju, ca 15-20min. Intervention i rummet. Planera väl vald hemuppgift, som har placerats in i större sammanhang (om du går till kyrkan på söndag som vi planerat, då vet du att du har brutit ditt mönster och börjat vända dig utåt mot människor igen som är viktigt för dig). Fråga patienten om han/hon vill följa upp tillsammans igen eller inte önskar mer stöd, och när de vill följa upp.

Uppföljningssession: Hur gick uppgiften? Hur fungerade det? (Fråga om det inneburit fler förändringar). Ny intervention i rummet. Ny hemuppgift som igen ramas in i större sammanhang. Fråga patienten om han/hon vill följa upp tillsammans igen och när. Vi utmanar något vi kallar ”kontrollagendan”: Vad har du provat? Hur har det fungerat? Vad har det kostat dig?



ACT Hexaflexen

Kontakt med nuet.

Acceptans (AA:s Sinnesrobönen: Gud, ge mig sinnesro att acceptera det jag inte kan förändra, mod att förändra det jag kan och förstånd att inse skillnaden..). Ju mer vi undertrycker något desto värre blir det. Acceptans är att låta tankar, känslor och fysiska förnimmelser vara precis det de är och inte mer än så. Det farliga är fusion med tankar, distanslöshet, tankar som fastnat styr beteendet.

Värderingar styr vår riktning. Det här med att va snäll kan man tillämpa på sig själv.

Defusion är att de på tankar utifrån, observera istället för att fastna i dem, låta dem komma och gå.

”Du kan inte hindra fåglar flyga över ditt huvud men du kan hindra dem från att bygga bo i ditt hår” Defusionstekniker: normalisera tankar, sinnet är en radio (namnge den negativa ”kanalen” – radio självkritik, den är ju orolig för dig men inte så bra på att uttrycka det), just nu har jag tanken X, funkar tanken? Hjälper den dig? Automatiska negativa tankar (ANT). Normalt att ha sådana tankar, kan fylla en funktion.

Ohälsa <= Inflexibilitet	Flexibilitet => Meningsfullt liv
I dåtid eller framtid	Kan ta in nuet
Svag kontakt med egen Värderad Riktning	Stark kontakt med egen Värderad Riktning
Impulsiv, passiv, kontraproduktiv	Kan upprätthålla handlingar i Värderad riktning
Fastnat i begränsande berättelse om sig själv	Kan ta ett steg tillbaka och observera ev berättelser
Sammansmält med upplevelser	Kan ta ett steg tillbaka och observera upplevelser
Undviker upplevelser (ex tankar, känslor)	Accepterar upplevelser (ex tankar, känslor)

Fastnat i att man "är en sån som alltid", försiktigt ifrågasätta detta.

Terapin (eller livet) handlar om att agera i värderad riktning. När värderad riktning är utstakad, handlar det om att hitta sätt att hantera det som hindrar från att leva i värderad riktning: Hinder kan finnas i den yttre världen (inga pengar, det regnar) eller i den inre världen (oro, ångest, negativa tankar).

Livskompassen: Relationer, arbete, fritid, utveckling, samhälle/miljö, andlighet, hälsa/egenvård, osv.

Vanliga tekniker för Värderad riktning (VR): Bevista din egen begravning, gravstenen, hyllningstal, ett dygn kvar att leva, trollspöet, möt dig själv som 90-åring, förebilder. Vad vill jag att folk ska säga om mig?

Skillnad mellan mål och värderad riktning: Mål går att bocka av, inte den värderade riktningen.

VR är fortlöpande handlande dvs saker du kan göra. VR handlar om övergripande kvaliteter, hur något ska göras och vara? VR handlar om valda/önskvärda kvaliteter: Hur du vill/önskar bete dig?

Mål svarar på frågorna: Vad? När? Hur ofta? Hur länge? De ska gå att bocka av!

Riskabla mål: Vaga mål som "Att röra på mig mer". Emotionella mål: som "Bli lycklig" "Må bra". Den dödes mål som "Inte skrika på barnen". Insiktsmål som "Förstå varför det blivit såhär".

"Remember you're powerless" & " You have no dog in this race"

Litteratur

- Robinson, PJ, Gould DA & Strosahl, KD (2010) Real Behavior Change in Primary Care: Improving patient outcomes and increasing job satisfaction
- Strosahl, K, Robinson, P & Gustavsson, T (2012) Brief interventions for radical behavior change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy. (FACT) (Finns nu på svenska som Fokuserad Terapeutmanualer för ACT)
- Hayes, Strosahl & Wilson, 1999 Acceptance and Commitment Therapy An Experimental Approach to Behavior Change
- Hayes, Strosahl & Wilson, 2012 (2013 på svenska: ACT i teori och tillämpning : Vägen till psykologisk flexibilitet
- Russ Harris "ACT helt enkelt", 2012 (Bra introduktion)
- Självhjälpsböcker: "Lyckofällan" av Russ Harris och "Sluta grubbla, börja leva" av Steven Hayes, "Släpp taget om smärtan" av JoAnn Dahl & Tobias Lundgren. G Grossi & K

Jeding (2018) *Vägen ur utmattningssyndrom*. Kerstin Jeding (2010) *29 sidor mot stress och 29 sidor mot oro*, Albert Bonnier förlag. G Grossi & K Jeding (2020) *Krisstress: Att hantera en pandemi, coronaoro och andra långvariga påfrestningar*.

- Sömnböcker: Marie Söderström (2008) *Sömn. Sov bättre med KBT*. Viva förlag. Kerstin Jeding (2010) *29 sidor mot sömnbesvär*. Albert Bonnier förlag.
- Behavioral Consultation and Primary Care: A Guide to Integrating Services. Patricia J. Robinson Jeffrey T. Reiter

ACTive Rehab

”Pain is inevitable, suffering is optional”

Suffering = pain x rejection (control, avoidance).

Accept pain as a part of life (inte som Oxycontinreklam).

Chronic pain generates psychological behaviours (covert) and physical behaviors (overt).

Pain is modulated by: belief, knowledge, other sensory cues, social context, anticipated consequences, flexibility, (mindre) familj, media, kultur, läkare, (mindre) jobb, fysioterapeut, utbildning. Måste inte vara i proportion till stimuli, beror på reaktionen. Ett häslösamt nervsystem och kropp är bättre på att föra över korrekt smärtinformation, kronisk smärta gör det svårare – förstärker smärtan. Dålig vanor (ensamhet, diet, tobak, alkohol) förstärker smärta. Handlar inte om att ”det sitter i huvudet” utan att vår respons påverkar tillbaka.

Minska smärta och återfå funktion. Negativ bias och att försöka minska den. Hur vi relaterar till svåra erfarenheter, förändrar inte det som är eller har hänt. Smärtrehab är något annat än bara smärtbehandling.

Rehabilitering är att återfå funktion och kunna leva som man önskar trots smärta eller annat hinder.

För att ändra beteende: *Insikt och perspektiv*, bli medveten om att förändring behövs, medvetenhet om egna beteenden, inse att det är jag som måste ändra beteenden, kunna se skogen istället för träden. *Motivation*, meningsfullhet, övertygelse/mod, engagemang, know how/plan, gå till handling. *Medkänsla, kärlek och empati*, möta motgång och fortsätta, öppen för behag utan att reagera på dem, ifrågasätta egna regler. (Finns massor av TED talks om du vill lära dig mer (eller höra fler kill- och tjejgissare)).

ACT bygger på grundforskning från början och inte som andra terapier som togs fram empiriskt.

Olika patientgrupper med olika förutsättningar ehöver olika typer av program, långsamma eller snabba. Bättre och sämre mental funktion och fysisk funktion. Enligt CPAQ-8 fyra grupper i en matris.

Intensive ++, mycket aktiv, snabba framsteg

Pacing intensive AE+ PW-, Superhero, gör massor men fel och reagerar starkt, kan mer än den vill?

Activating slow AE- PW+, ambivalent och överväldigad, vill mer än den (tror att den) kan?

Slow --, långsamma framsteg, överlevnadsläge.

(Formeln till CPAQ-8: AE = poäng i fråga 1+2+3+6. PW = 24 – poäng i fråga 4+5+7+8. PW = Pain willingness, AE = Activity engagement)

Finns ingen absolut kontraindikation mot ACT men bra att tänka på vilka som behöver vilka delar när och på vilket sätt. Bara legitimerade psykoterapeuter som gör hardcore ACT, vi andra kan använda verktygen och screena.

Interoceptiv precision: vår flexibilitet påverkar vår sensomotoriska läsning.

Olika stadier av kris, kan vara värre efter en kris.

Litteratur: Hälsöfrämjande möten: från barnhälsovård till palliativ vård av Anna Hertting, Margareta Kristenson

Kroppskännedom

”Det jag är medveten om kan jag förhålla mig till, det jag inte är medveten om är jag ett offer för”
– Susanne Rosberg

Kroppsmedvetenhet innefattar: proprioception – förmågan att uppfatta leders läge och muskelspänning. interoception . där fokus är kroppsliga inre sensationer såsom hjärtslag andning, mättnadskänsla, visceral sensationer och tolkning av känslor. Den subjektiva aspekten av proprioception och interoception som är tillgänglig i vårt medvetande och som kan modifieras, förändras av mentala processer som närvaro, tolkning.

Basal kroppskännedom, många olika metoder, många med österländskt ursprung (Qigong, Tai chi, Yoga, Mindfulness, Feldenkrais).

Förklaringsmekanismer: Interoception, autonom och emotionell reglering, autonoma nervsystemet, HPA-axeln, n. vagus, limbiska systemet, beröring A och C-fibrer. Uppmärksamhet på sinnesintryck, kroppskontakt, spänningar, andning, mentala upplevelser, utan att värdera – acceptera, egna behov, gränser, flyt/harmoni.

Depression

Många patienter föredrar prat framför piller, bättre effekt på lång sikt, men kan ju kombineras. [Tyvärr saknades både handouts och antecknande diciplin.]

Sömn

Vad är sömn?

”Ett tillstånd av sänkt medvetenhet”.

Vi sover för att:

- Återhämta oss
- Bygga upp, reparera och serva kroppen

- Lagra nytt och städa i minnet
- Bearbeta emotionella upplevelser

Vi sover för att återhämta oss. Riskfaktor för annan ohälsa. Många är oroliga för sin sömn. Mår man bra på dagen så sover man nog tillräckligt.

Störd sömn är en riskfaktor för annan ohälsa.

Forskning visar samband med flera olika ohälsor (diabetes typ II, fetma, hjärt- och kärlsjukdom, depression med flera). Störd sömn är en riskfaktor bland många, jobba med de du kan som: sluta röka, motionera, ät bra

Sömn och stress

Starkt samband mellan störd sömn och stress i frågeformulärsstudier – Hönan eller ägget? Polysomnografi på patienter med utmattningssyndrom visar: minskad djupsömn och ökad fragmentering, fler arousals.

Vi vet att störd sömn (trötthet) ger ökad vårdkonsumtion (4:e vanligaste anledningen till läkarbesök och 3:e vanligaste förskrivna läkemedlet), ger ökad risk för lång sjukskrivning, ger ökad risk för skador och olyckor

Vad är ”normal sömn”?

Mellan 6-8 timmar per natt. Insomningstid på mindre än 30 min. Inga upp till några korta uppvaknanden. Någorlunda flexibel (ej superrigid). Ingen större sömnighet dagtid.

Hur mäter man sömn?

1. Polysomnografi (EEG+EOG+EMG)
2. Actigrafi (mäter handledsrörelser)
3. Sömn dagbok (subjektiv sömn)

Hypnogram med olika stadier

1. Wake (wakefulness, waking stage)
2. REM (Rapid Eye Movements) // dreams
3. NREM 1 (shallow/drowsy sleep)
4. NREM 2 (light sleep)
5. NREM 3 (deepening sleep)
6. NREM 4 (deepest sleep)

Ofta sömnstadie 2 som vi har brist på. Djupsömn ofta tidigt på natten, mer REM senare.

Sömn dagbok

Är vi bra på att uppskatta hur mycket vi sover?

Nej. Särskilt inte de nätter vi sover dåligt: Vi överskattar insomningstid och hur mycket vi är vakna under natten. Vi underskattar sömnlängden.

Vad finns det för hjälp att få?

Medicinsk: Snabb effekt. Korttidsbruk. Tillvänjning, beroende, bieffekter

Psykologisk: Tar 4-8 veckor att få effekt. ”Långtidsbruk”. Kräver större insats

Fungerar KBT-I behandlingen?

”The efficacy of CBT is well established for treating chronic insomnia and one of its greatest benefits is that it produces long-term sleep improvements.”

- Tid att somna (SOL) (- -) (61->28min)
- Sömnkvalitet (++)
- Antal uppvaknanden (-)
- Längd uppvaknande (WASO) (-) (50->20min)
- Total sovtid (+) (6 -> 6,5h)
- Vaken tid i sängen (SOL+WASO) minskar från 60-70min till 35min

För vem fungerar KBT-I?

- 70-80% har god effekt
- 40% blir helt av med sina sömnbesvär
- Fungerar för: primär insomni, komorbid insomni, äldre personer

Evidensbaserade metoder:

- Avslappning
- Sömnhygien (bra hjälpmedel men behöver ofta kombineras med något annat)
- Stimuluskontroll
- Sömnrestriktion
- Kognitiv terapi för sömn
- KBT-I kombinerar ofta ovanstående

Tips:

Läs en bra självhjälpbok om sömn för att snabbt lära dig hur vi behandlar sömn med psykologiska metoder (KBT)! Min favorit: 'SÖMN' av Marie Söderström. Det finns fler bra (skrivna av kunniga KBT-psykologer), tex Susanna Jernelövs ”Sov gott” (För kortare sammanfattning sök på ”Sov gott. En liten bok för sömnlösa och andra som vill sova bättre.” Finns hos flera regioner direktlänk <https://www.regionuppsala.se/sovgott>).

Två saker STYR sömnen: Dygnsrytm och balans vakenhet-sömn. Men många STÖR sömnen: Yttre + Tankar, känslor, kroppsörnimmelser. Sömnproblem kan bero på annat och vara samsjukligt. Viktigt att behandla sömnen också, kan skydda mot annat.

Sömneffektivitet kan räknas ut genom (Total tid sovit/Total tid i sängen) * 100. Normal sömneffektivitet ligger på 80-85%. Har man hög sömneffektivitet (över 85-90%) kan man behöva sova mer.

Princip: ge inte en patient en hemuppgift som du inte testat själv.

Stress

Klassisk stressforskning skiljer på:

1. Major life events:

- Närståendes död
- Skilsmässa
- Flytta
- Allvarlig sjukdom eller skada
- Bli av med jobbet
- Gifta sig
- Ta lån över 100 000kr
- Börja nytt arbete

2. Daily hassles:

- Pendeltåget försenat
- Bilköer
- Gamla mammas hälsa
- Kritik från chefen
- Skosnöret går av
- Körigt på jobbet
- Kranen måste lagas
- Hittar inte nycklarna

Stress är ett brett begrepp och det finns flera sätt att definiera stress:

1. När hjärtat slår snabbare, stresshormonerna stiger och andningsmönstret förändras (respons)
2. Att ha en dålig psykosocial arbetsmiljö, tex höga krav i kombination med låg kontroll (stimuli)
3. Det som tangerar eller överskrider min förmåga att hantera det (transaktionell)

Förändringar under pandemin:

Ökad stressproblematik och dåligt mående nu pga covid, ofta värst efter akuta krisen dvs när det blir bättre, ökande suicid.

- Jobba mer och under nya/svårare förhållanden (vården)
- Jobba mindre (permitterad eller arbetslös)
- Ekonomisk oro
- Oro över egen och/eller andras hälsa
- Arbeta hemifrån: Mindre rutiner, ökat krav på egen drivkraft, minskade sociala kontakter
- Isolering, ökad ensamhet och social distansering med minskade sociala kontakter
- Minskade möjligheter till vanliga distraktioner som äta ute, gå på krogen, gå på konsert eller sportevenemang
- Ökat utsatthet för familjekonflikter, våld i nära relationer
- Ökad beroendeproblematik hos sig själv eller närstående
- Kan sammanfattas under rubriken ”stress”

Stress kan leda till många olika typer av ohälsa: magsår, beroende, depression, utmattningssyndrom, smärta, ångest, hjärtkärlsjukdom.

Arbete är salutogent och anses ge fördelar som:

- Regelbunden aktivitet
- Tidsstruktur
- Kontakter med andra människor
- Kollektiva mål
- Social status, identitet

Riskerar att förlora dessa: Som deltidspmitterad. När man oväntat arbetar heltid hemifrån pga coronapandemin. När man blir arbetslös.

Pandemin och stress

Stressbelastning i bred betydelse – många och ofrivilliga livsförändringar. Förändringarna påverkar också våra vanliga copingstrategier som att söka stöd hos familj och vänner, roa oss eller distrahera oss med konserter, kultur eller sport. Våra stöttande nätverk är lika drabbade som vi själva (skiljer sig mot personlig kris).

Länkar till stöd för psykisk hälsa i kristid: Sök på ”Stödlista psykisk hälsa i kristid” eller direktlänk: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/verktyg-stod-och-metoder/stodlista-psykiskhalsa-i-kristid/>

Skrift med bra råd för återhämtning i vården under krisen: Sök på ”Handbok i återhämtning för vårdpersonal i en turbulent tid” av Anna Dahlgren och Marie Söderström, forskare vid Karolinska Institutet eller direktlänk: <https://ki.se/media/116944/download>

Boktips: Kristress.

Hur stressade är vi? (ComPsych StressPulse 2019, data från USA)

High levels of stress with extreme fatigue/feeling out of control 61%

Constant but manageable stress levels 34%

Low stress levels 5%

Med andra ord är 95% mer eller mindre konstant stressade och mer än hälften överstressade.

Minska stressor eller öka stresstålighet? Minska stress är bättre, men svårare.

Fler rapporterar sitt arbete som psykiskt ansträngande. Sverige bland de högsta i Europa.

Folkhälsorapporten 2017

Folkhälsan i Sverige är god sett ur ett globalt perspektiv och i flera avseenden blir den bättre.

Trots den övergripande positiva bilden av hälsans utveckling bland kvinnor och män finns tecken på att nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i omfattning. Många sjukskrivna pga psykiatrisk diagnos som depression och utmattningssyndrom. Psykiska diagnoser vanligast sen 2014. F43 ökar mest:

F43.0 Akut stressreaktion

F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom

F43.2 Anpassningsstörning

F43.8A Utmattningssyndrom

F43.9 Reaktion på svår stress, ospecificerad

Diagnoskriterier utmattningssyndrom:

A. Utmattning + identifierbara stressfaktorer

B. Brist på psykisk energi dominerar bilden

C. Minst 4 symptom av en lista med 6

Vilka diagnoser används internationellt?

- Stress
- Anpassningsstörning/Adjustment disorder
- Burnout (med olika definitioner)
- Clinical burnout
- Work-related neurastenia
- Work-related exhaustion
- ME/CFS
- Utöver andra psykiatriska diagnoser (depression, ångest) och somatiska (värk)

Kommer stressen från jobb, privatliv eller både och? (<https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/> (1999))

- 40% of workers reported their job was very or extremely stressful
- 25% view their jobs as the number one stressor in their lives
- 75% of employees believe that workers have more on-the-job stress than a generation ago
- 29% of workers felt quite a bit or extremely stressed at work
- 26% of workers said they were “often or very often burned out or stressed by their work
- Job stress is more strongly associated with health complaints than financial or family problems

Stolt tradition i Sverige av att förebygga skador och sjukdomar som en följd av exponering för ”farliga” saker i den fysiska arbetsmiljön, som:

- Fysiskt osäkra arbetsmiljöer där saker/arbetaren kan falla, tippa, trilla, klämmas, fastna
- Kyla, värme
- Buller, vibrationer
- Kemikalier, damm etc
- Tunga lyft, o-ergonomiska arbetsställningar
- Sjukdomar till följd av sådant är ”exponeringsdiagnoser”

Utmattningssyndrom

Räknar du den till ”exponeringsdiagnoserna”?

”Most workplace stress reducing strategies in the published literature focused on increasing individual tolerance to stress rather than reducing the source of stress created by the job and organization.

This is perhaps the most striking finding of this review and reflects a widespread approach to job stress that runs counter to the approach taken to reduce health effects from all other occupational

hazards, where the focus is on reducing worker exposures via the hierarchy of controls.” (Dale et al, 2019)

Vad har man varit exponerad för?

Du behöver ställa följdfrågor. Lyssna efter långvarig ÖVERBELASTNING, inte efter långvariga emotionella symtom. Handlar det främst om att någon har tyckt att det varit oroligt, ledsamt, ångestfyllt osv, dvs emotionellt jobbigt, är det troligen en annan psykisk diagnos som passar bättre, och behandling för den diagnosen hjälper pat bättre. T.ex. ”Min gamla mamma har varit sjuk/gått bort”. Har patienten främst oroat sig för/sörjt mamman? Eller har pat haft extra belastning genom att ha gjort saker som åkt fram och tillbaka med mat, följt med på läkarbesök, städlat, stöttat, betalt räkningar, haft möten med hemtjänst, gjort bouppteckning etc

Formulär:

KES, KEDS, SMBQ mäter ”symtom på utmattning”. Låga värden: har inte UMS. Höga värden: kan ha UMS eller annan ohälsa. Formulären är inte specifika och kan inte urskilja UMS från annan ohälsa. De kan alltså främst utesluta den.

Det som är utmärkande för utmattningssyndrom

- Yttre stressbelastning av en sådan art att de flesta skulle reagera på den (inte ”inre stress” som ofta beskrivs vid tex ADHD eller vissa ångesttillstånd)
- Tröttheten/energibristen dominerar symtombilden (inte oron, ångesten eller nedstämdheten)
- ”Kardinalsymtom” från annan psykisk diagnos saknas, tex
 - Närvaro av nedstämdhet eller frånvaro av glädje/intresse (Depression)
 - Daglig oro som upplevs okontrollerbar (GAD)
 - Panikattacker eller agorafobiska undvikanden (Paniksyndrom)
 - Påtaglig ångest som påverkar dagliga livet (Social ångest, hälsoångest, OCD, ätstörning, ospec ångest)
 - Traumaerfarenhet med eftereffekter (PTSD)
- OBS! STOR SAMSJUKLIGHET MELLAN OLIKA DIAGNOSER

Behandla stress

Stress management training. Till exempel: MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction och Frank Bonds ACT workshop (Grupp format, 3 sessioner. Ökar både hälsa och produktivitet.) Det finns massor av individinsatser – många är utvärderade men få med långtidsuppföljning

Stressymtom:

- Uppvarvad, rastlös
- Hjärtklappning, ytligare andning, yrsel, stickningar mm
- Spänningar/värk
- Emotionell/lättirriterad
- Magbesvär
- Kognitiva symtom
- Sömnproblem

- Trötthet

Klassisk KBT för stress:

- Kartlägg din stress (beteendeanalys)
- God målsättning
- Problemlösning
- Kommunikation (jag-budskap)
- Förändra stressande tankar
- Avspänning

Tid och timing

När övergår man från att vara ”stressad” till att ha utmattningssyndrom? När ska man sätta in behandling? När kan man återgå till jobbet om man varit sjukskriven?

Utmattningssymtom:

- Identifierbara långvariga stressfaktorer har förelegat
- Utmattning
- Brist på psykisk energi dominerar bilden
- Ytterligare symtom som kognitiva symtom, värk, yrsel, sömnstörning, kravkänslighet, emotionell/lättirriterad, uttröttbar, mm

Utmattningssyndrom:

Stor trötthet/utmattning efter långvarig stress och ansträngning...

...där man behöver vila extra mycket en tid för att bli av med tröttheten?

...där tröttheten kvarstår trots att man har haft utrymme för vila och återhämtning en tid?

Handläggning (viss.nu)

1. Lindriga besvär – sätt lämplig z-diagnos (orsaksdiagnos). Ge livsstilsråd, ev samtal, normalisera istället för medikalisera.
2. Måttliga besvär – ANPASSNINGSSTÖRNING F43.2. Ge livsstilsråd, problemlösning, normalisera, ev ordinaera samtal, ev deltidssjukskrivning, inga läkemedel utom ev sömnläkemedel.
3. Svåra besvär – UTMATTNINGSSYNDROM F43.8A. Sjukskrivning behövs ofta, åtminstone deltid, råd om regelbunden återhämtning (och balans mellan återhämtning-aktiviteter), kontakt med arbetsplats, förbättra sömnen. KBT. God prognos men vissa långvariga symtom (kognitiv funktionsnedsättning och upplevd stresskänslighet). Följ upp länge.

Vad säger forskningen?

Massor med forskning om STRESS: Stress med olika definitioner. Stress kopplat till nästan vad som helst. Sambandsstudier, preventionsstudier, interventionsstudier.

Bara lite forskning om UTMATTNINGSSYNDROM: Få med de svenska diagnoskriterierna. Fler med andra mer eller mindre närliggande definitioner. Sambandsstudier och enstaka interventionsstudier

Forskning om kognitiva funktionsnedsättningar: Minne och exekutiva funktioner är nedsatta jämfört med frisk kontrollgrupp. Delvis övergående problem, men pat presterar ev sämre än kontroller även efter behandling. Minnesträning kan ev hjälpa (och ev konditionsträning).

Behandlingsforskning: KBT över internet effektivt för primärvårdsgrupp. Ännu ingen vedertagen behandling men multimodal rehab rekommenderas. ”Symtom verkar förbättras oavsett intervention”. Inget samband symtom/arbetsåtergång?: Riktade insatser mot arbetsåtergång minskar sjukskrivning effektivast? Sömmen tycks viktig att förbättra.

Multimodal rehabilitering i specialistvård

Psykoterapi: Ofta i grupp, KBT eller ACT.

Fysioterapi: Kroppsmedvetandeträning, hitta gynnsam fysisk aktivitet.

Stöd för arbetsåtergång: Aktivitetsbalans, planering av steg och uppföljning, samordning och förankring av planen.

Du kan inte anstränga dig ur det. Du kan inte vila dig ur det. Du behöver balansera dig ur det.

Hantera pågående psykiska symtom (tankar, känslor, kroppsförnimmelser). Ta dig ur tröttheten: beteendemönster runt aktivitet och återhämtning & sömn. Förebygg återfall. Arbetslivet viktig generalisering – planera för arbetsåtergång/upptrappning.

Energibalansering

Grundidé som skär genom psykoterapi, fysioterapi och arbetsterapi

Olika typer av aktivitet ger olika typer av trötthet:

Fysisk: Springa, promenera, tömma diskmaskinen, hämta en utskrift, gräva i trädgården, dammsuga mm. Återhämta genom mental stimulans.

Mental: Läsa, lösa korsord, skriva rapport, plugga, se på film, läsa årsredovisningar, föreläsning mm. Återhämta genom fysisk stimulans.

Emotionell: Psykoterapi, bråk, missnöjd kund, gå på begravning, stötta en ledsen vän mm. Återhämta genom att vara för sig själv, vara med någon man tycker om, vara i naturen...

Sömnighet: Genom att vara vaken, återhämta genom att sova.

Identifiera när vi använder ordet ”trött” och menar en känsla.

Många vilar från mental stimulans med att stimulera sig mentalt. Växla mellan fysisk – mental istället.

Börja energibalansera:

Först: jämna ut ditt energi-uttag

Sedan: sprinkla, växla, unna dig

Ta pauser och raster: sprinkla din dag med pauser: pyttesmå pauser kan ge stor effekt. Utvärdera veckan, inte en paus i taget.

Växla mellan olika typer av aktiviteter: vila inte från mental aktivitet med mental aktivitet. Se alltså till att pauser/raster är aktivitetsväxlingar.

Vila i aktivitet: unna dig att göra bara en sak i taget

Vad är en mikro-paus?

30 sek där du gör nåt annat (aktivitetsväxlar)

Var sinnet fokuserad på nåt? Isåfall: Sträck på dig Titta ut genom fönstret. Gör 10 armhävningar.

Hoppa jämfota. Dansa till en låt. Hämta ett glas vatten.

Var du fysiskt aktiv? Sätt dig ner. Spela spel i mobilen. Diskutera med en kollega. Läs. Fundera på vad du ska göra i helgen.

Utvärdering

Tänk dagbok över en vecka snarare än hur just den här pausen eller dagen känns.

Sammanfattning sömn och stress:

Sömn:

- Normal sömn och störd sömn
- Sömn dagbok och sömneffektivitet
- KBT - Sömnbehandling utifrån kunskaper om dygnsrytmen, balansen mellan sömn-vakenhet och minskad uppvarvning

Stress:

- Major life events versus Daily hassels
- Tre sätt att definiera stress
- Pandemin och bred definition av stress
- Stress – yttre exponering versus individfaktorer

Utmattningssyndrom:

- Exponering för stress? Stress i form av överbelastning
- Skilja på stress och utmattningssyndrom – uteslutningsdiagnos
- Behandla stress, behandla utmattningssyndrom
- Energibalansering

Resurser: stressmottagningen.com, Guidad stresshantering – sök på Stressmottagningen som 'artist'. Självhjälpsböcker om sömn, stress, lycka. Ta hand om dig!

Ångest

Symptom: hjärtslag, yrsel, svårt att andas, klump i magen, tyngd över bröstet, svettningar, kall/varm, muntorrhet, kissnödig, dålig i magen, stickningar/domningar, darrig/skakig/svag

Behandling: KBT är 1a handsval för nästan alla diagnoser, SSRI är 2a handsval

KBT: Varierar mellan diagnoser, ofta att bryta undvikanden och vänja sig vid ångesten. 1-18 sessioner i grupp eller enskilt, digitalt eller på plats.

Var fjärde patienten som söker på VC har ett psykiatriskt tillstånd (Bodlund, 1997), 12% hade ångestproblematik, men bara ¼ identifierades.

Bara en femtedel av de som sökte VC fick hjälp mot psykisk ohälsa (Åsbring et al, 2014), 7% fick en diagnos och 3% fick psykosociala insatser.

GAD-7: Screeninginstrumnt för ångest, maxpoäng 20, mer än 10 är trolig ångestdiagnos, utreds mer.

Ångest som brandlarm. Kan vara för känsligt. Reagerar med fight, flight och freeze. Syftet är att överleva på kort sikt. Numera svårt om systemet går igång på saker hot eller upplevda hot som inte försvinner. Ger olika ångesttyper/-diagnoser beroende på vad som uppfattas som fara/hot:

Social kontakt – social fobi

Tankar + rutiner – tvångssyndrom

Minnen – PTSD

Saker i kroppen / symptom – panikångest & hälsoångest

Enskilda platser/saker – fobier

Det mesta – GAD

Oro: Tankar på negativa saker som ska hända i framtiden ("tänk om...") + t.ex. molande känsla i magen. Är normalt i viss utsträckning men kan bli för mycket vid t.ex. GAD eller depression.

Stress: Mer diffust begrepp. Kan betyda många olika saker.

Vanliga fallgropar när man träffar patienter med ångest: Förminska problemet och inte validera.

Gå in i patientens berättelse för mycket. Psykosomatisera för mycket. Acceptera för mycket.

Viktigt att validera, ge psykoedukation, föreslå behandling och förklara vad det innebär.

Alkohol: metoder att uppmärksamma i vården

Syfte: Att du ska få kunskap och färdigheter för att börja öva dig att uppmärksamma problematiskt alkoholbruk.

Syfte med att fråga om alkohol?

Uppmärksamma patienten på riskfyllda vanor. Diagnostik. Inför behandling. Ställningstagande till läkemedelsbehandling.

AUDIT

(Alcohol Use Disorders Identification Test). Minikurs finns på: www.riddargatan1.se/AUDIT

Maximal poäng är 40

Riskabel alkoholkonsumtion: Kvinnor 6 poäng eller högre. Män 8 poäng eller högre.

Mer problematiska alkoholvanor: Mer än 15 poäng

Exempel på återkoppling: "För kvinnor går gränsen för vad man kallar en riskabel alkoholkonsumtion vid 6 poäng. Jag ser att du får 10 poäng. Vad har Du för tankar om det?"

Tänk på FRAMES

Feedback: Berätta om utfallet

Responsibility: Ansvaret för förändring är den enskildes

Advice: Råd till förändring (muntligt/broschyr)

Menu: Meny med flera alternativ

Empathy: Empatiskt förhållningssätt/reflekterande

Self-efficacy: Stärka enskildes tilltro till sin förmåga

Informera i dialog

Utforska: Vad känner du till om alkohol? Känner du till vad man kan göra själv för?

Erbjud (Be om lov): Vill du att jag berättar lite mer om ...?

Utforska igen: Vad tänker du om detta? Kan det här vara relevant för dig?

Förhållningssättet i motiverande samtal – "MI-anda"

Locka fram: egna skäl och egen önskan, egna tankar och idéer

Samarbete: hur kan jag hjälpa dig? det finns många sätt..

Respekt: vem är expert? eget val, ambivalens

Styr mot prat om förändring

Prata om patientens egna önskningar, till förändring t.ex.: "Hur skulle du göra? Vad skulle du vara beredd att försöka med? Vad tänker du att du skulle vinna på en förändring?"

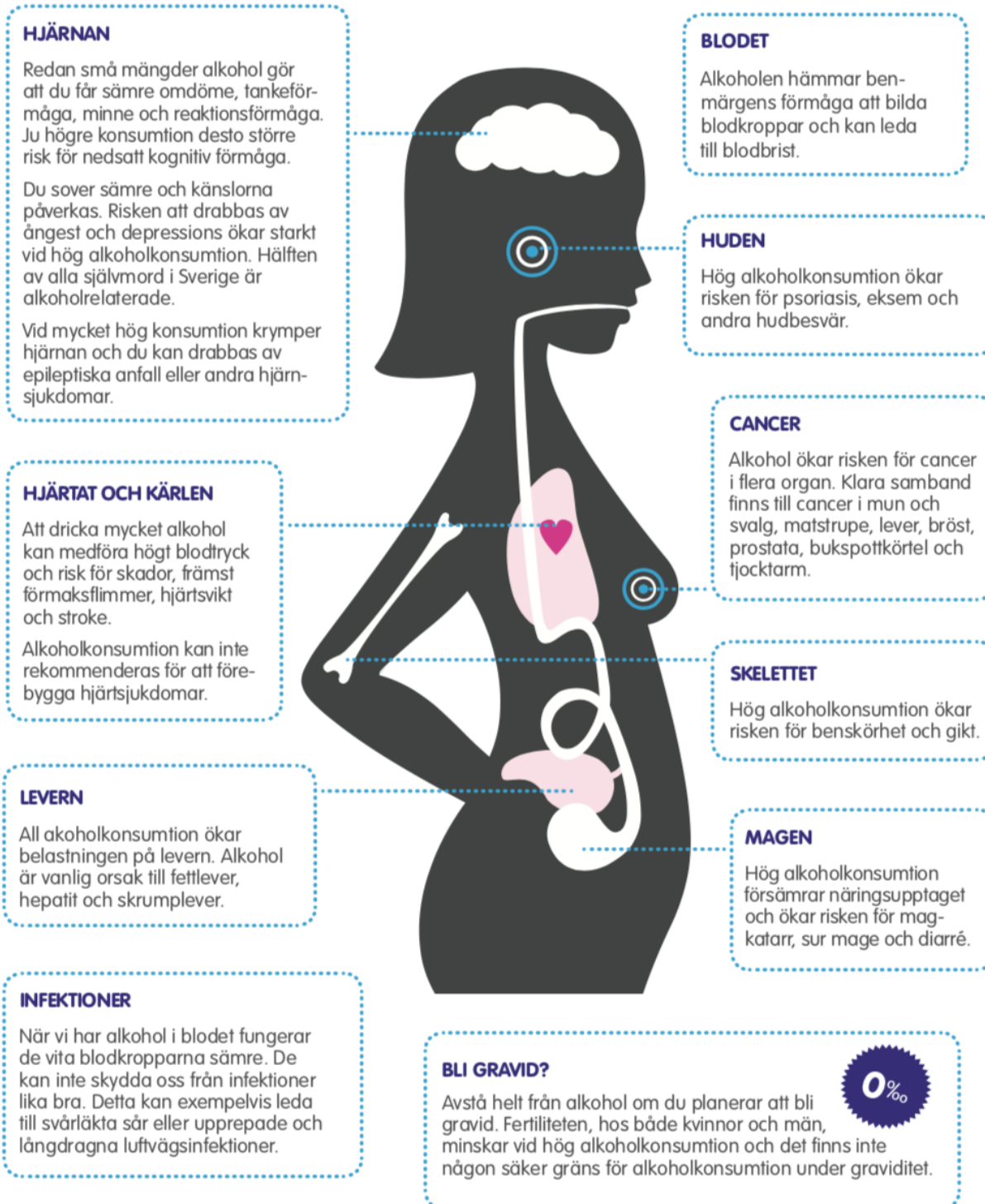
Några "fällor"

Korrektionsreflexen: hjälpa till, berätta hur det "egentligen är", ge goda råd som inte efterfrågas.

Passar ibland, men inte i motivationsarbete

Argumentera: patienten förstärker då bara sina motargument

Risk för vad? [Viktigt att sluta inför operation](#)



FRAMTAGEN AV RIDDARGATAN 1 - MOTTAGNINGEN FÖR ALKOHOL OCH HÄLSA, ALKOHOLLINJEN 020-844448. OCH ALKOHOLHJALPEN.SE

De är ofta i behandling för andra tillstånd än alkohol

Liten men viktig effekt av de interventioner vi kan göra! (Kaner et al., 2018 Cochrane)

Varje glas räknas

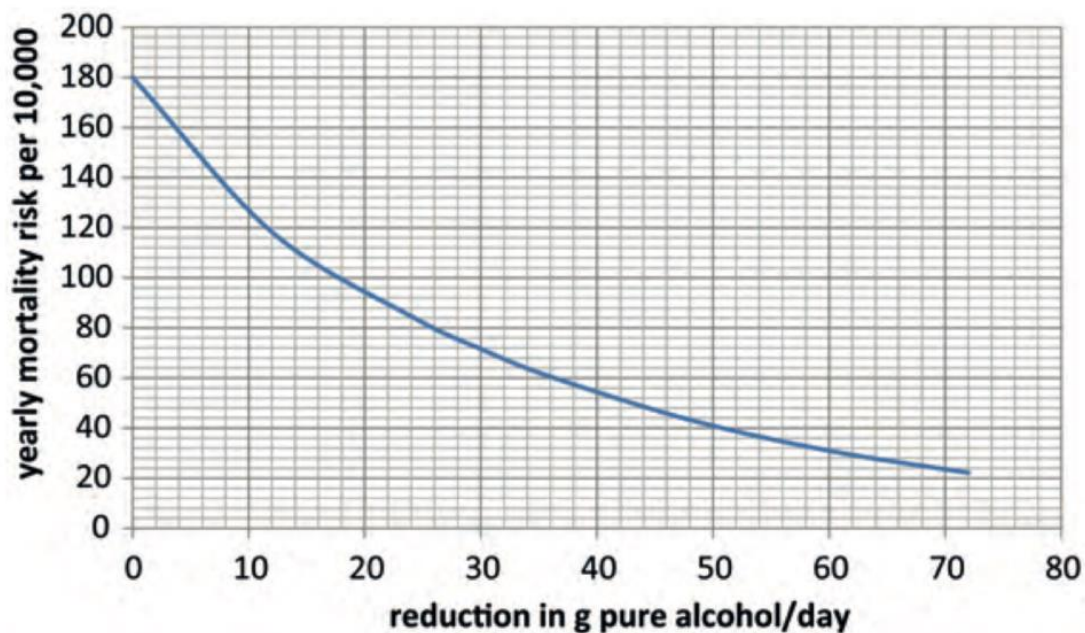


Fig. 2. Reduction of alcohol intake in grams of pure alcohol per day in heavy drinkers and associated mortality risk reduction (based on BI in hospital studies).

Att mäta är att intervensera:

”Answering questions on drinking in brief intervention trials appears to alter subsequent self-reported behaviour. This potentially generates bias by exposing non-intervention control groups to an integral component of the intervention. The effects of brief alcohol interventions may thus have been consistently under-estimated. These findings are relevant to evaluations of any interventions to alter behaviours which involve participant self-report.” (McCambridge JK. 2011)

Riskbruksdefinition vuxna

Hötkonsumtion:

Kvinnor: > 9 standardglas/vecka

Män: > 14 standardglas/vecka

Intensivkonsumtion:

Kvinnor: ≥ 4 standardglas vid samma tillfälle

Män: ≥ 5 standardglas vid samma tillfälle

OBS! Vid vissa tillstånd är all alkoholkonsumtion riskabel; bl.a. vid leversjukdom, depression, graviditet.

Förslag till nya rekommendationer – konsumtionsnivåer (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapport, 2018:1)

- Risken för skadeverkningar ökar gradvis med ökande konsumtion. Någon tydlig riskfri gräns finns inte.
- Risken för skador varierar mellan individer, över ålder och beroende på situation och dryckesmönster.
- Allmän rekommendation för att minska skadeverkningar av alkohol - ”ju mindre ju bättre”
 - under tio standardglas alkohol i veckan (män/kvinnor).
- Berusningsdrickande är alltid en risk - mindre än fyra standardglas under ett dryckestillfälle.
- Daglig alkoholkonsumtion, även måttliga mängder, kan öka risken för beroendutveckling.
- Vissa situationer; ökad risk för skada, och alkoholkonsumtion bör undvikas (under 20 år, graviditet, sjukdomar, trafiken, risker i arbetslivet, vapen, operationer, etc.).

Skadligt bruk enligt ICD-10

Bruk av alkohol på ett sätt som skadar hälsan där skadan kan vara fysisk eller psykisk

Beroende enligt ICD-10

3 av följande kriterier ska vara uppfyllda (senaste 12 månaderna)

1. Stark längtan eller känsla av tvång att ta substansen
2. Svårigheter att kontrollera intaget
3. Fysiska abstinenssymtom
4. Ökad tolerans
5. Prioritering av substansanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser
6. Fortsatt användning trots skadliga effekter

Beroende enligt DSM-IV

1. Tolerans
2. Abstinens
3. Dricker mer än avsett
4. Oförmåga att avstå
5. Tar mycket tid
6. Ger upp sociala aktiviteter
7. Fortsatt trots skador

Man kan vara mer eller mindre beroende!

Alkoholproblem i Sverige

Beroende med sociala problem: 50 000

Beroende utan sociala problem: 250 000

Riskbruk: 450 000

Skadligt bruk: 300 000

Inga alkoholproblem: 6,5 miljoner svenskar > 15 års ålder

Trappstegsmodell för anpassad intervention

- 1: Uppmärksamma: Screening och kort intervention
- 2: Fördjupad diagnosticering
- 3: a) Farm. behandling b) Samtalsbehandling
- 4: Långvarig/mer intensiv behandling

15 metoden

- 1: Uppmärksamma risk eller problem: - Rådgivande samtal -Erbjud Hälsokoll alkohol [15 min]
- 2: Fördjupad bedömning: - Hälsokoll Alkohol [30 min]
- 3: Behandling: - Läkemedel - Samtalsbehandling - Självhjälpsmaterial [15 min]

Länkar: [Riddargatan 1](#)