



# Vårdprogram

-

## Patienter med affektiva syndrom/sjukdomar

<b>Dokumenttyp:</b> Vårdprogram	<b>Dokumentnamn:</b> Vårdprogram Patienter med affektiva syndrom/sjukdomar
<b>Utfärdande PE:</b> Närsjukvården i centrala Östergötland	<b>Giltig fr.om:</b> 2006-02-06
<b>Utfärdande enhet:</b> Psykiatriska kliniken	<b>Giltig tom:</b> <a href="#">2010-05-31</a>
<b>Framtagen av:</b> Bengt-Olof Bengtsson, överläkare Ann-Sofi Ringkvist, vårdenhetschef Mona Lindkvist, skötare Susanne Mischel, kurator Henrik Sandgren, psykolog Åsa Daremo, arbetsterapeut Ingrid Falklöf, arbetsterapeut Karin Hulting, sjukgymnast Birgitta Andersson, sjuksköterska	<b>Ansvarig och godkänd av:</b> Agneta Westman Verksamhetschef Psykiatriska kliniken  <b>Ansvarig för revidering:</b> Ann-Sofi Ringkvist, vårdenhetschef  <b>Diarienummer: NSC-2006-09-359</b>



## Innehållsförteckning

	<b>Sida</b>
• <b>Innehållsförteckning</b>	<b>2</b>
• <b>Förord/Bakgrund</b>	<b>4</b>
• <b>Inledning</b>	<b>4</b>
• <b>Epidemiologi och förlopp</b>	<b>4</b>
• <b>Orsaker</b>	<b>5</b>
• <b>Prevention</b>	<b>5</b>
• <b>Allmänna principer vid omhändertagande av patienter med affektiva syndrom</b>	<b>6</b>
• <b>Diagnostik och skattning</b>	<b>6</b>
• <b>Depression och suicid</b>	<b>7</b>
• <b>Läkemedelsbehandling</b>	<b>7</b>
- Behandling av depression	7
- Biverkningar	9
- Barn och ungdomar	9
- Äldre patienter	10
- Läkemedel under graviditet och amning	10
- Behandling av mani	11
- Hälsoekonomi	11
• <b>Fysikaliska behandlingsmetoder</b>	<b>12</b>
• <b>Psykoterapi</b>	<b>12</b>
• <b>Arbetsterapi</b>	<b>13</b>
• <b>Sjukgymnastik</b>	<b>15</b>
• <b>Omvårdnad</b>	<b>15</b>



• Familjestöd	16
• Ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri	16
• Kvalitetsuppföljning	17
• Sammanfattande punkter	18
• Referenser	19
• Bilaga 1 - 8 ( se separata dokument )	



## **Förord/Bakgrund**

Syftet med det medicinska programarbetet är att utforma en god och jämlik vård för länets invånare. Vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vårdarbetet och ett kunskapsunderlag för utveckling och uppföljning av vårdens innehåll och kvalitet.

### **Inledning**

Detta är ett vårdprogram för de affektiva sjukdomarna som främst kännetecknas av en sjuklig förändring av det känslomässiga stämningsläget. De utgörs av dels den unipolära typen, där patienten har bara depression, dels den bipolära där patienten har omväxlande depression respektive mani i perioder. Dessutom finns olika affektiva blandtillstånd. De affektiva sjukdomarna tillhör våra stora folksjukdomar, och utgör en av de viktigaste orsakerna till ohälsa, arbetsoförmåga och produktivitetsbortfall i världen.

Syftet med programmet är att utgöra en gemensam kunskapsgrund för arbetet med att upptäcka, diagnostisera, behandla och följa upp personer med affektiva sjukdomar liksom för ansträngningarna att förebygga dessa sjukdomar. Dessutom ska det utgöra underlag för kontinuerlig förbättring och utveckling av detta arbete.

## **Epidemiologi och förlopp**

Affektiva sjukdomar är vanliga. Cirka varannan kvinna och var fjärde man insjuknar någon gång i livet i en behandlingskrävande depression ( livstidsprevalens ), och vid varje given tidpunkt är ca 5-10 procent av den vuxna befolkningen sjuk i depression ( punktprevalens ). Maniska episoder är inte lika vanliga, livstidsprevalensen varierar där mellan 1-1,5 procent.

De affektiva sjukdomarna är i de flesta fall episodiska, dvs individen tillfrisknar helt mellan sjukdomsepisoderna, men ungefär 10 procent övergår i ett mer kroniskt depressionstillstånd som varar längre än två år. Återfallsrisken är hög. De flesta som drabbas av en affektiv sjukdomsepisod insjuknar således på nytt. Efter ett första insjuknande i depression har risken för återfall beräknats till ca 50 procent inom två år, 60 procent inom fem år och 80 procent under den resterande livstiden. För varje ny depression ökar dessutom risken att drabbas av ytterligare en, och de friska perioderna tenderar att bli allt kortare.

Debutåldern för depression har också visat sig sjunka, och för de med återkommande depressioner ser man dessutom ett mönster att besvären med tiden kommer allt tätare och blir allt svårare. En beklaglig följd av detta är givetvis att dessa personer får allt mer av sin tid präglad av depression. I långtidsstudier av psykiatriska öppenvårdspatienter har man därvid funnit att ungefär en fjärdedel av tiden upptas av depression.

Patienter med bipolär affektiv sjukdom har alltså oftast flera maniska eller depressiva episoder, och liksom för patienterna med återkommande depressioner blir de friska intervallerna allt kortare ju fler sjukdomsepisoder patienten haft. Svängningarna mellan depression och mani blir för vissa patienter allt tätare och intensivare. När



patienten har fler än två cykler per år benämns tillståndet "rapid cycling". Blandtillstånd med samtidigt pågående mani eller hypomani och depression finns också. Svängningarna i humörläget kan alltså bli mycket täta och då vara svåra att skilja från den mer grundläggande känslomässiga labiliteten som kännetecknar personer med personlighetsstörning av borderlinetyp.

Med **dystymi** avses ett tillstånd med kronisk nedstämdhet av måttlig grad som varat i minst två år. Under denna period kan depressionen fördjupas till egentlig depression som föranleder mer aktiv antidepressiv behandling. Detta benämns ofta dubbeldepression.

På senare år har man försökt formulera diagnosen **utmattningsdepression** eller utmattningssyndrom för de ofta depressionsliknande tillstånd av psykisk utmattning som utvecklats utifrån identifierbara stressfaktorer. Likheten är här stor med det äldre begreppet reaktiv depression som avsåg de depressionstillstånd som utvecklades i ett tydligt samband med viss psykisk belastning eller stress.

I ungefär en femtedel av fallen utvecklar den affektivt sjuke psykotiska symtom, dvs får en förvanskad verklighetsuppfattning med hallucinationer, vanföreställningar, formella tankestörningar eller inslag av förvirring. Beteckningen **cykloid psykos** avser det psykotiska affektiva tillstånd där inte bara stämningsläget är snabbt växlande utan det också föreligger symtom på förvirring och ofta tankepåverkan med vanföreställningar.

Om depressionen förblir obehandlad finns det en påtaglig risk att den övergår i ett långdraget eller kroniskt tillstånd. En tydlig risk är också att patientens livsleda utvecklas till direkta försök att skada sig eller begå självmord, och det finns forskningsresultat som talar för att den ökande användningen av antidepressiva läkemedel i Sverige på senare år bidragit till att antalet självmord minskat.

## Orsaker

Ännu är det inte entydigt klarlagt vad som orsakar depression eller andra affektiva sjukdomar, och inte heller vilka förändringar som sker i nervsystemet vid dessa tillstånd.

Oftast ser man dock att en samverkan mellan olika belastande faktorer kan förknippas med att affektiv sjukdom utlöses. Det kan vara en biologiskt grundad sårbarhet, kroppslig sjukdom eller belastning av olika slag liksom andra mer psykologiskt eller socialt grundade faktorer som i kombination orsakar så stor påfrestning att sjukdom utvecklas.

Sedan länge betraktas omsättningen av framför allt de monoaminerga signalämnena serotonin och noradrenalin i hjärnan vara viktig för reglering av det psykiska stämningsläget, och det mesta tyder på att denna är sänkt vid depression. Idag talar allt för att också flera andra ämnen är inblandade, och att det dessutom sker strukturella cellförändringar i vissa delar av själva hjärnvävnaden vid depression. Vi talar numera alltså om att de antidepressiva läkemedlen utövar sin verkan genom att både återställa omsättningen av signalämnena och befrämja läkning av cellskadan.



## **Prevention**

Alla erfarenheter talar för att ett bättre undvikande av sjukdomsdrivande orsaker liksom ökad uppmärksamhet på tidiga sjukdomstecken kan förhindra att affektiv sjukdom utvecklas, men det har i studier varit svårt att klargöra mer exakt vilka åtgärder förutom upprätthållen läkemedelsbehandling som är direkt förebyggande.

## **Allmänna principer vid omhändertagande av patienter med affektiva syndrom**

I all sjukvård är ett ömsesidigt gott förhållande mellan patienten och behandlaren, en s.k. god terapeutisk allians, en förutsättning för framgångsrik behandling. De övergripande faktorer som främst menas vara av betydelse för den terapeutiska alliansen vid affektiv sjukdom hänförs till dels den affektiva sjukdomen i sig ( Axel-I ), dels till personligheten ( Axel-II ), till omgivningsfaktorer eller till behandlaren. Vid affektiv sjukdom är inte bara själva stämningläget påverkat utan oftast även flera av de övriga psykiska funktionerna på ett sätt som kan försämra patientens förmåga att tillgodogöra sig behandlingen. Koncentration, minne, inlärning, tankeliv, viljeytringar och motivation; detta kan också vara påverkat och kräva särskilda hänsyn i kontakten och behandlingen. Likaså kan man behöva ta motsvarande hänsyn till vissa drag i patientens personlighetsprofil, men det är viktigt att veta att det kan vara svårt att göra en säker personlighetsbedömning under tiden som patienten är affektivt sjuk.

En affektiv sjukdom innebär alltid en svår belastning, inte endast för den drabbade patienten utan också för de närmaste. Även de anhörigas och närståendes situation måste därför uppmärksammas och stöttas, och särskilt viktigt är det att inte försumma barnens behov härvidlag. Att öka uppmärksamheten och kunskapsnivån om de affektiva sjukdomarna ökar också möjligheterna för alla parter att bidra till ett gott behandlingsresultat. I detta syfte har idag de flesta psykiatriska kliniker särskilda stöd- och utbildningsprogram för patienter liksom för deras anhöriga och närstående. Likaså finns utanför sjukvården olika patient- och anhörigföreningar som kan ge stöd och vägledning.

Det är självklart också viktigt att behandlaren har tillräckligt kunnande, dels vad gäller själva sjukdomstillståndet och de olika behandlingsmetoderna, men också förmåga till inlevelse och förståelse av patientens samlade besvär och behov.

## **Diagnostik och skattning**

Vid diagnostik av de affektiva sjukdomarna används främst två olika klassifikationer, där de vedertagna kriterierna för tillstånden är samlade. Den ena är ICD-10 ( International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10:e versionen, WHO ), och den andra är DSM-IV ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4:e versionen, utgiven av den amerikanska psykiatriska



Psykiatriska kliniken  
Universitetssjukhuset  
581 85 Linköping

Sid 7 (22)

föreningen, 1994 ). ( Se bilaga 1, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV vid depressionssjukdom. )

Till hjälp vid diagnostiken finns också några strukturerade intervjuformulär. Ett sådant exempel är SCID-I ( Structured Clinical Interview for DSM-IV, 1998 ), ett annat M.I.N.I ( Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju; Sheehan, 2000 ).

Likaså finns olika skattningsskalor utvecklade för diagnostik och utvärdering av behandling, dels sådana för behandlaren, men också självskattningsskalor för patienten. De två vanligaste för behandlaren vid depression är Hamiltons depressionsskala ( HAMD; Hamilton, 1960 )

och Montgomery Åsberg Depression Rating Scale ( MADRS; Montgomery, 1979 ), som också finns i en version för självskattning ( MADRS-S; Svanborg, 2001 ). ( Se bilaga 1 respektive 2. )

Särskilt MADRS och MADRS-S kan rekommenderas för kliniskt bruk; se bilaga.

Alternativa självskattningsinstrument är Beck Depression Inventory ( BDI; Beck, 1961 ), The Comprehensive Psychopathological Rating Scale ( CPRS; Åsberg, 1978 ) och Clinical Global Inventory ( CGI ).

På olika mottagningar finns också exempel på listor med screeningfrågor som exempelvis sjuksköterskor ställer till patienten vid telefonrådgivning, och som används för att upptäcka depressionssymtom och avgöra hur vårdinsatsen ska planeras ( se bilaga 4 ).

Det finns också skalor för skattning av det maniska tillståndet, exempelvis av Young och medarbetare, 1978, respektive Bech och Rafaelsen, 1979.

Det är viktigt att veta att alla dessa instrument endast är hjälpmedel vid diagnostiken, och att även sådant som inte framkommer när dessa används kan vägas in när diagnosen fastställs. Utifrån detta brukar man säga att diagnostiken till sist alltid grundas på en samlad klinisk bedömning.

## **Depression och suicid**

Risken för suicid vid affektiv sjukdom är betydande. För de olika typerna av affektiv sjukdom har risken för suicid beräknats vara 12-20 gånger högre än i befolkningen i övrigt, och undersökningar från senare år visar att av de deprimerade patienter som söker psykiatrisk vård är det cirka 10 procent som sedermera avlider i suicid. Vissa särskilda omständigheter vid depression innebär en särskilt hög risk för suicid; vid mycket djup eller långvarig depression, om man är ovan vid depression, får upprepade skov, inte blir helt återställd, har hög ångest, svår sömnstörning eller missbrukar.

Även vid depression som är sekundär till exempelvis personlighetsstörning, schizofreni eller somatisk sjukdom finns en tydligt ökad risk för suicid.

En bedömning av patientens självkontroll ingår i alla psykiatriska bedömningar, och vid depression eller annan affektiv sjukdom är det särskilt viktigt med upprepade strukturerade suicidriskbedömningar liksom att omvårdnaden och tillsynen av patienten anpassas därefter. Här kan en skattningsskala för suicidalt beteende och suicidrisk som SUBRA, Suicidal Behaviour and Risk Assessment ( Ohrt, 1999 ) användas ( se bilaga 5). Alternativt ett enklare rapportblad (se bilaga 6 ).

I övrigt hänvisas till motsvarande vårdprogram om suicidnära patienter.



## Läkemedelsbehandling

### Behandling av depression

Depressionsbehandling sker i de allra flesta fall med särskilda depressionslösande läkemedel, s.k. antidepressiva. Vid lindriga eller måttliga tillstånd kan också olika slags samtalsbehandlingar, psykoterapier, vara effektiva, antingen som enda behandling eller i kombination med läkemedel, medan vid de svåraste depressionerna med djup hämning och förvanskad verklighetsuppfattning ofta elektrokonvulsiv behandling ( ECT ) blir nödvändig.

En skillnad mellan dessa behandlingssätt är att effekten av läkemedelsbehandling liksom ECT kommer snabbare än vid enbart psykologisk behandling.

All depressionsbehandling syftar till full återhämtning med tillfrisknande och återvunnen funktion i alla avseenden, och oftast går detta mål att nå om behandlingsmöjligheterna utnyttjas riktigt.

Det är viktigt att starta depressionslösande behandling tidigt för att inte i onödan förlänga sjukdomstiden och riskerna med sjukdomen. Viss förbättring kan ibland märkas redan under första behandlingsveckan, men det är också viktigt att veta att all antidepressiv behandling är långsiktig, och att den depressionslösande effekten ofta blir riktigt kännbar för patienten först efter ett par veckor eller ibland ännu längre tid liksom att fullständig återhämtning regelmässigt kräver flera månaders behandling.

I depressionstillståndet ingår att patienten är nedstämd, hämrad och ofta tyngd av skuld känslor, självnedvärderande tankar och attityder, vilket i sig medför att patienten inte alltid klarar av att följa läkemedelsordinationen. Många drabbade avbryter därför behandlingen i förtid eller avstår den helt. Därmed ökar givetvis risken för förlängt lidande och att effekten försenas eller helt uteblir.

Man brukar dela in behandlingstiden i tre olika faser. Först den **akuta fasen**, som varar tills patienten känner sig återställd, och det är vanligen 6-8 veckor. Därefter kommer **underhålls- eller stabiliseringsfasen** som är den tid behandlingen måste pågå för att patienten inte ska återfalla i samma depressionsbesvär som så ofta sker om behandlingen avbryts innan, och denna tid är oftast 2-6 månader. Slutligen kommer den **förebyggande långtidsbehandlingen** för att förhindra återfall hos de patienter som tidigare haft depression, och den behandlingen kan i många fall behöva ges under flera år.

I dagsläget finns i Sverige 17 olika antidepressiva läkemedel registrerade och godkända för allmänt bruk till vuxna, och fler är under utveckling och introduktion. Några antidepressiva finns också att tillgå för behandling på licens efter godkännande av Läkemedelsverket. De antidepressiva läkemedlen brukar delas in i olika grupper utifrån att de påverkar nervbanornas signalöverföring via något skilda mekanismer och att de kemiskt sett är av olika typer. De icke-selektiva monoaminåterupptagshämmande medlen med främst de tricykliska antidepressiva ( TCA ) är de äldre, medan de selektiva serotoninåterupptagshämmande medlen





( SSRI- preparaten ) och de övriga har tillkommit senare. ( Indelning visas i bilaga 7. ) Oavsett verkningsmekanism har man inte kunnat se någon tydlig skillnad i effekt mellan de antidepressiva läkemedlen vid behandling av lindriga och måttliga depressioner om man betraktar en större grupp patienter. För den enskilde individen kan emellertid ett speciellt läkemedel uppfattas som mer verksamt än övriga, och därför är det viktigt att det finns tillgång till olika antidepressiva läkemedel för olika patienters särskilda behov. Vid de svårare depressionstillstånden har dock några av TCA-preparaten visat sig ha större effekt än SSRI-medlen. Det finns också en erfarenhet att infusion av TCA-preparatet klomipramin har en plats vid behandling av de svårare depressionerna. När doktorn ska välja ett depressionslösande medel till en patient kan således viss vägledning ges av depressionens svårighetsgrad, men även av sådana omständigheter som om patienten tidigare har behandlats framgångsrikt med ett visst medel, om patienten också har svår ångest eller sömnstörning i den pågående depressionen, eller om vissa biverkningar tidigare varit särskilt besvärande. Vid val av antidepressivt medel måste också hänsyn tas till om patienten tidigare besvärats av mani, det sjukligt förhöjda stämningsläget. I så fall har patienten den bipolära besvärstypen, och då ska man i första hand välja ett medel som medför så låg risk som möjligt att depressionen förbyts i sådan mani. Denna risk att bidra till att depressionen övergår i mani beräknas för TCA-preparaten vara ca 10 % medan den för SSRI och de övriga medlen är endast 1-2 %. Vid behandling av depression hos en bipolär patient finns det också klarare anledning att överväga tilläggsbehandling med grundämnet litium, som sedan länge används vid humörstabiliserande behandling för att förebygga såväl depression som mani. På senare år har också kommit stöd för att det epilepsihämmande medlet lamotrigin har effekt mot depression vid den bipolära besvärstypen. Ännu är det inte möjligt att helt säkert förutse vilket läkemedel som är bäst för en viss patient och därför är det inte alls ovanligt att man behöver pröva flera olika medel eller kombinationer av dessa för att bli fullt återställd. Uteblir förbättringen trots en månads behandling med adekvat dos är det inte heller troligt att tillräcklig effekt utvecklas därefter. Det blir då nödvändigt att på något vis förändra eller stärka behandlingen. Ofta byter man till ett medel ur en annan grupp, men det kan ibland också vara värt att pröva ett annat läkemedel inom samma grupp men med en annan profil vad gäller påverkan av serotonin eller noradrenalin än vad patienten tidigare tagit. Bäst undersökt är att behandla med tillägg av litium, som medför att ungefär hälften av patienterna förbättras eller blir återställda. Skulle inte heller dessa behandlingsinsatser ge tillräcklig effekt kan ECT bli aktuell. När patienten blivit besvärsfri och återvunnit sina funktioner ska som nämnts ovan åtminstone 6 månaders fortsatt medicinering med samma dos föreslås, annars finns en mycket hög risk för återfall. Genom långtidsbehandling med i första hand antidepressiva medel eller litium minskar risken påtagligt för att depressionsbesvären ska återkomma, och för många patienter upphör besvären helt.

## **Biverkningar**



Vad gäller biverkningar är det vissa skillnader mellan preparatgrupperna, vilket patienten kan känna av. De flesta biverkningarna är helt ofarliga, oftast värst i början av behandlingen och dessutom dosberoende, så att de på sikt inte nödvändigtvis behöver utgöra något stort hinder, men en del kan i längden vara så besvärande att dosen måste sänkas under en tid eller att medicinen måste bytas ut. För att minska risken för biverkningar inleds behandlingen ofta med en lägre startdos, men det är viktigt att så snart som möjligt komma upp till en tillräcklig underhållsdos för att inte försena tillfrisknandet ( för detaljer rörande biverkningar se bilaga 8 ).

I vissa lägen finns det anledning att bestämma halten av det antidepressiva läkemedlet i blodet, och för flera av TCA-preparaten finns ett tydligare samband mellan denna halt och den depressionslösande effekten. En sådan anledning är om oväntat svåra biverkningar uppkommer redan på låg dos eller om effekten uteblir trots hög dos, vilket i båda fallen kan bero på en avvikande förmåga att bryta ner läkemedel i levern. Denna förmåga är ärftligt grundad, och kan fastställas laboriemässigt genom blodprov. Cirka 8 % av befolkningen bryter ner läkemedel långsammare än genomsnittet, och ungefär lika många bryter ner snabbare. En annan anledning att bestämma läkemedelshalten kan vara att man vill följa upp att läkemedlet tagits som ordinerat och tas upp på normalt sätt i magtarmkanalen.

## **Barn och ungdomar**

Depression hos barn och ungdomar är till sin symtombild ofta något annorlunda än hos den vuxne. För dessa yngre är man allmänt mer återhållsam med antidepressiv läkemedelsbehandling, dels av försiktighet för att det ännu inte är tillräckligt klarlagt att dessa läkemedel inte har ogynnsamma effekter på den unga hjärnan, och dels därför att den depressionslösande effekten inte alltid är lika tydlig. Det särskilt starka säkerhetstänkandet vid behandling av barn och ungdomar har resulterat i att en utredning av säkerheten för alla depressionslösande läkemedel vid behandling av denna patientgrupp nu pågår just därför att det finns rapporter om att behandling med några av preparaten åtföljts av ökade besvär med självmordstankar och självdestruktivt beteende. Vid läkemedelsbehandling av denna yngre grupp väljer man regelmässigt SSRI-preparat som i studier visat effekt och god tolerans, och här framstår fluoxetin som det bäst undersökta.

## **Äldre patienter**

Förekomsten av depression ökar med åldern, och för de över 65 år är cirka 15 procent deprimerade. Av de äldre med somatisk sjukdom kan denna andel öka till cirka 30 procent, och ungefär hälften av de som insjuknar i demens utvecklar också depression. Utifrån detta är suicidrisken högre för de äldre, och depression beräknas i 70 procent av fallen vara bidragande orsak till suicid hos äldre. Det kan vara svårare att upptäcka depression hos äldre. Orsaken till detta kan vara att kroppsliga besvär är vanligare i denna grupp och kan maskera de psykiska besvären, eller att dessa mest uppfattas som psykiska åldersförändringar. En orsak kan också vara att depressionen hos äldre oftare presenterar sig med en atypisk bild.



Vid behandling av äldre patienter kan man oftast vänta samma effekt som för övriga vuxna, men det finns några särskilda omständigheter som är värda att nämna. I de forskningsstudier som behandlingen grundas på har vanligen inte patienter över 75 år deltagit. Därför är den direkta kunskapen om dessa äldsta patienter begränsad trots att de blir allt flera och dessutom ofta drabbas av just depression. Tillfrisknandet sker ofta något långsammare för de äldre patienterna. Likaså har äldre oftare mediciner även mot andra sjukdomar och en allmänt nedsatt tolerans för läkemedel. Speciellt viktigt är det att välja preparat så att risken för antikolinerga biverkningar och risken för oönskade interaktioner med andra läkemedel minimeras. Detta ska dock inte hindra att även denna patientgrupp erbjuds effektiv behandling, i synnerhet som man bland dessa också ser en högre risk för återinsjuknande, och ingen behandlingsmetod är kontraindicerad enbart på grund av patientens ålder.

### **Läkemedel under graviditet och amning**

De flesta med affektiv sjukdom är kvinnor, varav många i fertil ålder. Därför är det en viktig fråga hur de antidepressiva medlen kan tas under graviditet och vid amning. Den allmänna meningen är att obehandlad depression hos den gravida kvinnan kan ha negativ inverkan på fostret, och att det därför är angeläget att behandla efter behov. Psykoterapi och stöd kan erbjudas, men tillståndet kräver ofta medicinering. Förstahandsval är något av SSRI-medlen citalopram, fluoxetin eller sertralin. Man har inte kunnat se någon ökad risk för kroppsliga missbildningar hos barnet när modern behandlats med antidepressiva medel. Det pågår dock en diskussion om huruvida beteendemässiga biverkningar kan uppkomma på längre sikt. Någon sådan påverkan har inte kunnat påvisas, men ännu är studierna av detta mycket begränsade.

Däremot ses ibland hos det nyförlösta barnet viss påverkan när modern tagit depressionslösande medel under senare delen av graviditeten, men det har aldrig visat sig vara allvarligt eller långvarigt. Det har rört sig om att barnet varit något trött eller sprittigt under enstaka dygn. Många av de nya antidepressiva läkemedlen överförs via bröstmjölken i så låga koncentrationer att de vanligen inte påverkar barnet. Därför finns det oftast inte heller någon anledning att avstå amning, men eftersom det vanligen finns en viss osäkerhet i dessa frågor bör alltid läkaren samråda noga med den gravida eller ammande kvinnan, om nyttan av behandlingen jämfört med riskerna, innan medicinering med depressionslösande medel påbörjas.

### **Behandling av mani**

Det maniska tillståndet behandlas vanligast med antipsykotiska läkemedel, vissa antiepileptika eller litium, och ofta används kombinationer av dessa. Vid akut svår mani krävs vanligen behandling med antipsykotiskt medel på grund av den snabbare insättande effekten, medan litium mer används som profylaktisk behandling vid bipolär sjukdom. För de flesta patienter är den terapeutiska nivån i 12-timmarsprov 0,6 – 0,8 mmol/l. Litium tolereras oftast väl, men kan ge biverkningar, och särskilt



kontrolleras funktionen av sköldkörteln liksom njurarna regelbundet. Sedan några år används antiepilepiska läkemedel som alternativ till litium eller som tillägg. Särskilt används valproat och på senare tid även lamotrigin. Också de nyare antipsykotiska medlen med liten risk för s.k. extrapyramidala biverkningar används allt oftare, såväl vid behandling av mani som depression i bipolär sjukdomstyp och andra affektiva blandtillstånd, också i förebyggande syfte. För en närmare beskrivning av dessa läkemedel hänvisas till motsvarande vårdprogram för psykosjukdomar.

### **Hälsoekonomi**

Hälsoekonomiska aspekter har blivit allt viktigare för olika medicinska tillstånd och behandlingar. Detta gäller även depression, som ger upphov till betydande lidande och påverkad funktion under lång tid med avsevärda samhällskostnader på grund av nedsatt arbetsförmåga. Man beräknade de samhällsekonomiska kostnaderna i Sverige för depression året 1997 till drygt 10 miljarder kronor. Givna frågor är därför om behandlingen med läkemedel mot depression kan sägas vara lönsam och kostnadseffektiv och om man kan se någon skillnad mellan de olika preparaten. En hel del talar för att de nyare medlen har fördelar framför de äldre, mest beroende på bättre ordinationsföljsamhet och färre behandlingsavbrott utifrån den ofta mer gynnsamma biverkningsprofilen. Forskningen har dock inte alltid kunnat ge entydiga svar på dessa eller liknande hälsoekonomiska frågor, men allt talar för att det kan betraktas som lönsamt för individen och för samhället att depressioner blir tidigt upptäckta och effektivt behandlade, i synnerhet om man väger in den beräknade kostnaden för utebliven eller misslyckad behandling. Till detta kommer givetvis också den grundläggande mänskliga aspekten, som gör det direkt nödvändigt att fortsätta ansträngningarna att bekämpa depressionssjukdomen liksom de övriga affektiva sjukdomarna.



## **Fysikaliska behandlingsmetoder**

Vid de svåraste depressionerna med djup hämning, psykotiska inslag och tydlig suicidalitet blir elektrokonvulsiv behandling ( ECT ) ofta nödvändig. Detta gäller även vid de akuta psykotiska affektiva blandtillstånden som postpartumpsykos och cykloid psykos liksom vid vissa manier. Effekten av ECT är hög och kommer jämförelsevis snabbt. Det är själva krampanfallet som ger effekten av ECT, och man vet nu att det snarare är dess kvalitet, som den kan avläsas med EEG, än dess längd som avgör effekten. ECT ges under kortvarig narkos, och rätt utförd ger den vanligen ingen biverkan, men kortvarig minnespåverkan och förvirring kan tillstöta. Läkemedel som kan hämma kramputvecklingen av ECT, exempelvis bensodiazepiner, ska ges med restriktivitet under behandlingstiden. ECT ges vanligen tre gånger per vecka, och oftast krävs 8-12 behandlingar för att slutgiltigt häva en svår melankolisk depression, medan de mer akuta affektiva psykoserna oftare kan klinga av med färre behandlingar. För att förhindra återfall ska patienten påbörja adekvat efterbehandling i direkt anslutning till ECT-serien.

Ljusbehandling används vid årstidsbunden depression, men vetenskapliga studier har hittills inte kunnat påvisa någon tydligt effekt. Det kan dock vara ett alternativ att pröva särskilt om patienten inte accepterar eller tolererar antidepressiva läkemedel.

Flera studier har visat att fysisk aktivitet höjer humöret hos friska och hos personer med lindrig nedstämdhet, men man har inte kunnat visa att fysisk aktivitet har effekt på egentliga depressioner. Eftersom olika former av beteendeaktivering är den gemensamt verksamma mekanismen i olika psykoterapiformer kan givetvis detta också gälla fysiskt aktivitet som ju ofta förenas med olika sociala kontakter.

## **Psykoterapi**

En deprimerad patient behöver oftast någon form av psykologiskt omhändertagande, oavsett vilken behandling som ges i övrigt. Detta kan utgöras av allt från stödjande kontakt och samtal till mer specifika former av psykoterapi. Syftet med samtalsbehandling kan vara att fästa uppmärksamheten på vilka psykosociala faktorer som bidragit till uppkomsten av depression och att hitta sätt att förhindra ett vidmakthållande eller återinsjuknande. Psykoterapi kan således vara ett alternativ eller ett komplement till läkemedelsbehandling. Det är viktigt att även här utgå från patientens egen uppfattning och önskemål om behandlingen, liksom att värdera patientens förmåga att tillgodogöra sig psykoterapi.

Vid lindriga eller måttliga tillstånd kan olika slags psykoterapier vara effektiva, antingen som enda behandling eller i kombination med läkemedel. De psykoterapiformer som har bäst stöd i kliniska studier är beteendeterapi, kognitiv terapi ( KT ) och kognitiv beteendeterapi ( KBT ). I KT och KBT fokuseras terapin initialt på att minska symtom och beteenden som vidmakthåller depressionen, för att senare mer inrikta sig på sårbarhetsfaktorer. När relationsproblem är centrala för depressionen har interpersonell psykoterapi (



IPT ) och parterapi dokumenterad effekt. Några studier av korttidsterapi baserade på psykodynamisk teori har också visat effekt. De behandlingar som visats ha effekt mot depressiva tillstånd omfattar oftast 15-20 behandlingstimmar och kan ske individuellt, i par eller i grupper. Den gemensamma fokuseringen har varit på beteendeproblem, tankesätt och relationer som sammanhänger med depressionen. Vid de svårare depressionerna kan regelrätt psykoterapi inte rekommenderas. Patienten har då inte tillräcklig tillgång till sina psykiska funktioner, och kan oftast inte formulera en adekvat psykologisk frågeställning att arbeta terapeutiskt med. Behandlarens hållning måste här i första hand vara att förmedla psykologiskt grundat stöd. När patienten senare förbättrats och återfått tillräckliga förmågor kan psykoterapi vara motiverad. En viktig aspekt är att vissa psykoterapiformer medfört minskad risk för återfall i depression. Främst är detta visat för KT, KBT och IPT i kombination med läkemedel jämfört med enbart läkemedel. Detta gäller också för KT jämfört med läkemedel under åtminstone det första dryga året efter att behandlingen avslutats. Framgångsrik KT har således en något förlängd skyddande effekt. Denna skillnad ses dock inte vid längre tids uppföljning.

### Arbetsterapi

Arbetsterapeutens roll inom hälso- och sjukvården är att behandla personer för att öka deras aktivitetsförmåga och självständighet. Interventionerna fokuserar på människans aktivitetsområden, personlig vård, arbete och fritid med hänsyn till den miljö där aktiviteterna utförs. Som terapeutiskt redskap använder sig arbetsterapeuter av aktiviteter, och för att detta ska vara möjligt krävs det att patienterna upplever aktiviteterna som meningsfulla genom hela den terapeutiska processen.

Arbetsterapin vid psykiatriska kliniken, NSC använder Model of Human Occupation ( Kielhofner, 2002 ) som teoretisk grund för verksamheten. Modellen formar våra grundvärderingar, synen på människan – patienten och i sin tur valet av bedömnings –behandlingsmetoder och bedömningsinstrument.

Vid utredningar är dessa bedömningsinstrument vanligt förekommande

- OCAIRS – "Occupational Circumstances Assessment – Interview and Rating Scale".
- ACIS – Assessment of Communication and Interaktion Skills
- AMPS – Assessment of Motor and Process Skills.

Även det kliniska mötet och observationerna i aktivitet ger viktig information. Utredningen kan ske individuellt eller i grupp, på kliniken eller i patientens vardagsmiljö.

Patienten kan delta i "utredningsgrupp" eller "mottagningsgrupp".

I ett senare skede av rehabiliteringsfasen finns ytterligare instrument att tillgå



Psykiatriska kliniken  
Universitetssjukhuset  
581 85 Linköping

Sid 15 (22)

- DOA – Dialog Om Aktivitetsförmåga
- WRI – Worker Role Interview
- WEIS – The Work Environment Impact Scale



Vanligt förekommande **problem och mål** vid depression:

Komponent i MOHO	Problem	Mål
Personlig uppfattning	Låg självkänsla	Öka självkänsla och självuppfattning för att klara de hinder som individen möter på en för personen relevant nivå
Värderingar	Självkritisk, nedvärderande gentemot sig själv	Identifiera realistiska värderingar och utveckla strategier för att leva upp till dem
Intressen	Energifattigdom, minskad aktivitet	Identifiera intressen och fritidsaktiviteter och utföra dessa regelbundet
Vanor	Sömnpromblem, minskad aktivitet	Ha balans i dagliga aktiviteter med en strukturerad vardag utifrån en naturlig dygnsrytm
Roller	Låg självkänsla, rollförlust	Identifiera roller som är viktiga för personer och utföra aktiviteter för att stärka dessa
Utförandekapacitet	Motorisk hämning, självosäkerhet, bristande initiativförmåga, koncentrationssvårigheter, brist på energi	Generellt öka förmåga till anpassning i aktiviteter och minskad grad av depression

Tyngdpunkten i behandlingen är att patienten engagerar sig i aktiviteter som har ett värde och är meningsfulla för henne/honom. För varje enskild patient kan aktiviteter ha flera funktioner. Det kan vara att upptäcka sin omgivning, hitta en inre tillfredsställelse, lära sig och träna färdigheter för olika roller och aktivitetsutförande, skapa relationer med andra människor och personlig utveckling. Det är viktigt att arbetsterapeuten gör en aktivitetsanalys för att kunna stödja patienten i behandlingsarbetet och börja på en för patienten rätt nivå. Genom aktivitetsanalysen anpassas aktiviteten så att den möjliggör en förändring hos patienten. Aktiviteten graderas genom att en eller flera komponenter i aktiviteten förändras i takt med att klienten uppnår olika färdigheter. Genom att rikta behandlingen mot uppsatta mål kan då kraven i aktiviteten ökas utifrån klientens kapacitet (Creek, 1998).





Psykiatriska kliniken  
Universitetssjukhuset  
581 85 Linköping

Sid 17 (22)

Behandlingen kan genomföras individuellt eller i grupp, på kliniken eller i patientens vardagsmiljö.

Patienten kan delta i "mottagningsgrupp", "arbetsförberedande grupp" eller arbetsträna på Café Örat.

I SBU-rapporten tas det upp att framgång med olika psykoterapeutiska behandlingsformer uppnås först om patienterna återupptar sådana aktiviteter som var normala eller lustfyllda före depressionen. Samtidigt är det inte helt klarlagt om förbättringen leder till ökad aktivitet, eller om tvärtom ökad aktivitet orsakar förbättringen.

För att patienten ska kunna återfå arbetsförmåga och social funktion krävs det att arbetsterapeuten under behandlingsperioden samverkar med olika aktörer, exempelvis försäkringskassan, arbetsplatsen eller arbetsförmedlingen.

Vid utvärdering av behandlingen kan ovanstående instrument användas för att tydliggöra om patienten har uppnått de mål som var uppsatta.

För referenser se sida 19.

## **Sjukgymnastik**

En depression leder ofta till kroppsliga symtom. Uppgivenhet, kraftlöshet, känsla av skuld, vanmakt och förlust är framträdande drag, och en deprimerad person har ofta svårt att hitta sin inre kraft såväl psykiskt som fysiskt. Deprimerade patienter kan också kompensatoriskt utveckla ett ökat muskelförsvar, vilket kan vara en resurs men också ett hinder att kunna återhämta sig. Sjukgymnastiska behandlingsmetoder som Basal kroppskännedom, avspänning och fysisk aktivitet har genom beprövad klinisk erfarenhet och i studier gett evidens för stärkt självkänsla och ökad tilltro till den egna förmågan, ökad förståelse för hur kroppen fungerar och kroppens signaler, ökad tolerans för normala variationer i kroppsupplevandet, strategier för ökad smärt- och stresshantering samt symtomlindring och ökad livskvalitet.

Fysisk aktivitet har i flera studier visat på positiv effekt vid depression. De hypoteser som forskningen framlagt är att fysisk aktivitet ger ökat självförtroende, ökad förmåga till självkontroll, befrämjar positiva tankar och känslor och ger ökad känsla av att klara av saker.

, ökar den noradrenerga funktionen i hjärnan, ökar motståndskraften mot stress, ökar halten av endorfiner och skulle kunna bidra till cellnybildning i hjärnan. Den fysiska aktiviteten bör vara relativt intensiv med träning 2–3 gånger per vecka under minst 9 veckor. Typen av aktivitet spelar mindre roll.

För referenser se sida 19.

## **Omvårdnad**



Psykiatrisk omvårdnad är en aktiv, planerad och målinriktad process som ska leda till att patienten ska leva ett oberoende liv, i ett socialt sammanhang och med tillfredsställande livskvalitet. Psykiatrisk omvårdnad bygger på ett bra samarbete mellan patient, närstående och vårdpersonal och grunden är en trygg relation mellan vårdare och patient.

Vid affektiva sjukdomstillstånd ska behandlingen ske med kognitivt inriktade stödsamtal, där patienten kan få vägledning och stöd i att förändra negativa tankar. Ett stödsamtal bör visa, lära, träna och lotsa patienten vidare. Patienten ska ha inflytande över insatserna och varje enskild patients behov ska beaktas. I behandlingen ingår läkemedelsadministration. Detta innebär att motivera och regelbundet informera om läkemedlet och de biverkningar som kan vara förknippade med behandlingen. Patienten informeras om individuella doser/vanor och rutiner kring läkemedelsintag och hantering.

Självhjälp är en viktig del i behandlingen. Patienterna uppmuntras att ge akt på goda vanor vad gäller kost, motion, sömn och stresshantering.

Målet med behandlingen är att uppnå en optimal symtomfrihet och/eller förkorta episodernas varaktighet. Målet med patient- och anhörigutbildningen är att skapa förståelse för psykisk ohälsa samt förtroende för behandlingsarbetet.

Vid affektiva sjukdomar är ECT en behandlingsmetod som kräver omvårdnadsinsatser. Det gäller både att utföra ECT-behandlingen och ge erforderlig omvårdnad efter utförd behandling.

För referenser se sida 19.

## **Familjestöd**

Undervisnings- och stödgrupper för patient och närstående för affektiva sjukdomar hålls kontinuerligt varje termin på kliniken.

Vissa patienter kan ha behov av familjestöd och individuellt familjestöd, vilket erbjuds inom öppenvården. Remiss ställs till familjestödsgruppen på kliniken som fördelar ärendet inom gruppen.

Det ska även erbjudas utbildning och stöd för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Inom öppenvården kommer barngrupper att tillskapas i samarbete med Eleonorgruppen och BUP.

## **Ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri**

Majoriteten av de affektiva sjukdomarna utgörs av depressioner. Oftast upptäcks och behandlas dessa i primärvården, där också merparten av läkemedlen mot depression förskrivs. I allmänhet upptäcks dock bara cirka hälften av alla med depression, men det är de svårast deprimerade patienterna som identifieras. Med



enkla hjälpmedel som frågeformulär, utbildningsinsatser eller noggrannare uppföljning kan fler med depression upptäckas och ges tillräcklig behandling. Användningen av SSRI-medlen har ökat andelen patienter som får en adekvat dos under tillräckligt lång tid, men fortfarande är det många som får otillräcklig dos och för kort behandlingstid. För att patienterna och de närstående ska få bästa möjliga behandling och uppföljning är det väldigt viktigt att samverka mellan primärvård och psykiatrisk öppenvård och slutenvård är välfungerande. Organisation och samarbetsformer är olika i landets olika delar, men det förefaller relativt allmänt överenskommet att:

#### **Primärvården ansvarar för**

- diagnostik, behandling och uppföljning av lätta och medelsvåra depressioner
- kroniska depressioner med somatisk sjukdom, framför allt hos de äldre
- underhållsbehandling efter remiss från specialistpsykiatri, och att

#### **Specialistpsykiatri ansvarar för**

- de svåra depressionerna med psykotiska inslag, hög suicidrisk och sådana tillstånd som inte reagerar på gängse behandling, trots att två olika antidepressiva läkemedel med olika verkningsmekanismer prövats i adekvat dos under minst fyra veckor per preparat
- patienter med bipolär eller atypisk affektiv sjukdom
- affektiva sjukdomar i samband med graviditet och förlossning
- patienter som i övrigt har behov av särskild kompetens vad gäller exempelvis utredning eller psykoterapi

### **Kvalitetsuppföljning**

För att säkerställa att vården har god kvalitet behövs kvalitets- och resultatindikatorer med mätetal, som är säkra och samtidigt enkla att hantera, och som kan följas regelbundet. Nedan följer några förslag till sådana indikatorer.

Hur stor andel av befolkningen i åldern 40-65 år har under året fått diagnosen depression? Hur många av patienterna där läkemedelsbehandling påbörjats får återbesök till någon i teamet inom tre veckor?

Hur lång är väntetiden för specialistbedömning efter remiss?

Hur lång tid efter att remiss anlänt tar det tills behandling påbörjas?

Hur stor andel av patienterna med affektiv sjukdom återinsjuknar inom ett år/tre år efter att behandling påbörjats?

1. Väntetid till nybesök för patienter med depression ( antal dagar )
2. Andelen patienter med depression där diagnos ställs med hjälp av kriteriebaserat diagnostiskt instrument
3. Andelen patienter med depression som följs upp med skattningsinstrument
4. Andelen patienter med depression som följs upp med självskattningsinstrument



5. Andelen patienter med depression som har samma behandlingsansvariga läkare under hela behandlingstiden
6. Finns formaliserade rutiner för uppföljning av patienter som behandlas med litium eller antiepileptika ( ja/nej )
7. Kan mottagningen erbjuda patientutbildning ( ja/nej )
8. Kan mottagningen erbjuda anhörigutbildning ( ja/nej )
9. Deltar mottagningen i kvalitetsregisterarbete ( ja/nej )
10. Andelen patienter med dokumenterad vårdplan uppgjord tillsammans med patienten
11. Andelen patienter med depression respektive bipolär sjukdom som skattats med instrument för diagnostik av beroendeproblem

### **Sammanfattande punkter**

Varje person som söker psykiatrisk hjälp har rätt till en professionell bedömning. En psykiatrisk diagnos ska vara en utgångspunkt för all psykiatrisk behandling.

- En empatisk kontakt och ett kliniskt anamnestiskt samtal bör kompletteras med en strukturerad skattning av symtom och tecken.
- Diagnostik bör ske med formella diagnostiska kriterier, t.ex. så som de formuleras i avsnittet om förstämningssyndrom i M.I.N.I. Graden av affektiv symtomatologi bör värderas med hjälp av skattningsskalor, t.ex. MADRS. Självsfattningsskalor har ett stort värde vid behandlingsuppföljning.
- Suicidriskbedömning ska alltid göras tidigt i bedömningsprocessen och upprepas vid behov vid förändringar i stämningläget.
- Särskild uppmärksamhet bör riktas mot maniska och hypomana symtom, inte bara när de ingår i en typisk manisk episod, utan också när de omväxlar eller samexisterar med depressiva symtom.
- Depressiva symtom bör uppmärksammas i många fall av somatisk sjukdom och föranleda riktad antidepressiv behandling. Detta kan höja livskvaliteten, förbättra prognosen av den somatiska sjukdomen och öka möjligheterna till rehabilitering.
- Såväl äldre patienter som barn och ungdomar uppvisar ofta depressiva eller maniska syndrom som inte är lätta att känna igen och kan te sig maskerade som somatiska bekymmer. Medvetenheten om depressionsdiagnosen och dess behandlingsbarhet är av allra största vikt.
- Receptförskrivande läkare ska alltid själv göra en inledande diagnostisk bedömning och har det fulla ansvaret för att behandlingen fullföljs och avslutas.
- Tidigt upptäckt av affektiva sjukdomar och deras initiativrika och omsorgsfulla behandling är av avgörande betydelse för långtidsprognosen.
- Efter diagnos och insatt behandling ska ett första återbesök erbjudas redan 1-2 veckor senare. Patienten ska ha klara instruktioner om vart han/hon ska vända sig vid behov, och ansvarig behandlare ska vara lätt tillgänglig för besök eller telefonkontakt. Den senare återbesöksfrekvensen är beroende av behandlingssvaret. Varje insatt behandling kräver uppföljning.



- En framgångsrik behandling bygger på att ett förtroendefullt samarbete byggs upp mellan läkare och patient. Patienten och anhöriga behöver allsidig information och stöd.
- Psykoterapi kan vara ett alternativ eller ett komplement till antidepressiva farmaka vid lätta till måttliga depressioner, samt för att minska risken för återfall.



## Referenser

Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 166. Stockholm , 2004.

Depressionssjukdomar inkl. mano-depressiv sjukdom. Regionalt vårdprogram. Stockholms läns landsting, 2003.

Vårdprogram för vuxna med depression. Landstinget i Jönköpings län, 2004.

Psykisk ohälsa. Medicinska programmet. Landstinget i Östergötland, 1998.

### Referenser arbetsterapi

Creek, J. ( 1998 ). *Occupational therapy in mental health ( 2nd ed. )*. London: Churchill Livingstone

Eliasson, E ( 2003 ). *Arbetsterapeutiskt behandlingsarbete för vuxna med depression och suicidbenägenhet*. D-kurs i ämnet arbetsterapi, 61-80p. Hälsouniversitetet. Linköpings universitet.

Kielhofner, G. ( 2002 ) *Model of Human Occupation. Theory and Application*. Baltimore: Lipincott Williams Wilkins.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. ( 2004 ). *Behandling vid depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.

### Referenser sjukgymnastik

Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of basic awareness therapy. A randomized controlled study of patient in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy* 2003; 4:179-190.

Kjellman B. Depression. I: Ståhle A, redaktör. *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Yrkesföreningen för fysisk aktivitet (YFA), Statens folkhälsoinstitut; 2003:131-7.

Kjellman B. Indikationer finns för att fysisk aktivitet har terapeutisk effekt vid depression. *Läkartidningen* 2005;5:312-14.

### Referenser omvårdnad

Rahm Hallberg, I. ( 1998 ). Patientens inflytande i framtidens psykiatri. I: Om vikten av bokstaven K. Vårdförbundet.

Senast reviderat, datum:	Reviderat av:	Godkänt revideringen: