

# Att behandla psykisk sjukdom i livets slut

Kombinationen psykiatrisk och palliativ vård skapar särskilda utmaningar; Somatiska besvär kan misstolkas som psykiatriska symtom; Behandlingar sätts ut eller justeras utan hänsyn till en ofta lång sjukhistoria. Och hur vårdas äldre patienter som inte främst är svårt somatiskt sjuka, men som har en så allvarlig psykiatrisk sjukdom att ett palliativt förhållningssätt vore önskvärt? Med två patientfall belyses flera svåra frågor kring psykisk sjukdom i palliativ fas.

**NÄR GÖRAN BÖRjade** gå ned i vikt trodde personalen på äldreboendet att han hade blivit deprimerad. Han var i sjuttioårsåldern och hade levt med bipolär sjukdom sedan tonåren. Psykiatern tillkallades, eftersom Göran kanske borde få mera medicin. Men även om han inte kände någon hunger, så var Göran inte nedstämd. Han såg fram emot att få besök och kunde fortfarande bli sugen på sötsaker. Psykiatern remitterade vidare för somatisk utredning, vilken visade spridd cancersjukdom.

Göran blev snabbt sämre. Men trots att kroppen försvagades, mådde han psykiskt bättre än på länge. Närstående och personal uppfattade honom som mera tillfreds.

När det var dags för brytpunktssamtal med Göran deltog både husläkaren,

närstående och teamet från psykiatrien. Alla var överens om att fokusera på god livskvalitet. I Görans fall innebar det bland annat fortsatt litiumbehandling, då risken för nya skov kvarstod.

Ännu en tid förflöt. Göran blev allt tröttare och stundtals förvirrad. När han fick svårt att svälja tabletter utsattes alla läkemedel enligt boendets rutin för palliativ vård, då det bedömdes att han inte hade lång tid kvar. Hur lång tid vågade ingen sia om, kanske dagar, kanske veckor. Närstående informerades om han skulle erbjudas lugnande preparat om han blev orolig, men psykiatrien kontaktades inte.

**DET FANNS BARA** ett problem. Boendets rutin för palliativ vård var inte anpassad för personer som Göran, vars

livslånga psykiska sjukdom snabbt kunde försämrats utan behandling. Även om de inre organen hade börjat svikta var det riskabelt att sätta ut den stämningsstabiliserande medicineringen med litium helt, för utan behandling kvarstod risken för ett hastigt återinsjuknande i depression eller mani.

**UNDER GÖRANS SISTA** dagar i livet fördes en kamp mellan de närstående å ena sidan och boendets personal å andra sidan, en kamp som handlade om vem skulle ha tolkningsföreträde; de närstående som befarade ett återinsjuknande och ville att litiumbehandlingen skulle återinsättas, eller personalen på boendet som hade stor vana av att ge palliativ vård vid livets slut och befarade övermedicinering.



Bild: Adobe Stock

### Vem hade rätt?

Göran är en fiktiv patient, men problematiken i allra högsta grad reell för personer med psykisk sjukdom som närmar sig livets slut. Särskilt inom äldrepsykiatrin möter vi ofta patienter vars somatiska besvär misstolkats som psykiatriska symtom, och därmed inte utretts. Att behandling sätts ut eller justeras utan nedtrappning eller hänsyn till en ofta lång sjukhistoria är inte heller ovanligt.

Äldrepsykiatri är också ett fält där psykiatriska och geriatrika perspektiv på hälsa, sjukdom och döende sammanflätas. Patientgruppen utgörs av personer över 65 år med psykiatrisk sjukdom, men somatisk komorbiditet och kognitiva svårigheter är vanligt förekommande. Den ofta komplexa medicinska situationen medför psykiska och fysiska funktionsnedsättningar och kan därmed inverka på förmågan till autonomt beslutsfattande och möjligheten att leva ett självständigt liv. Samverkan med närstående, omsorgsaktörer och andra vårdgivare är ofta nödvändig för såväl diagnostik som behandling.

Traditionellt sett råder en kurativ hållning inom psykiatrin, där döden betraktas som en önskad och oväntad händelse. Vården fokuserar på behandling och suicidprevention. Inom äldrepsykiatrin ställs denna kurativa hållning ibland emot geriatri-

kens mera accepterande inställning till döden som en väntad händelse i slutet av ett långt liv eller som följd av allvarlig sjukdom. När det gäller synen på döden och döendet kommer äldrepsykiatern i högre grad än inom andra psykiatriska discipliner att ställas inför såväl kliniska som existentiella och etiska frågor rörande livets slutskede; Vissa anser att erfarenhet av äldrepsykiatri är särskilt värdefull i vården av döende patienter med psykiatriska symtom.

Fallbeskrivningen om Göran är ett exempel på hur personer med svår psykisk sjukdom riskerar att inte få sina behov tillgodosedda när de drabbas av livshotande somatisk sjukdom, såväl avseende utredning som behandling i livets slut. Särskilt det senare är en utmaning som kräver god kunskap om patientens symtom och unika sjukhistoria, och förutsätter därmed ett nära samarbete mellan disciplinerna, liksom med nätverket omkring patienten.

**EN ANNAN UTMANING** för psykiatrin, inte minst äldrepsykiatrin, är omhändertagandet av patienter utan livshotande somatisk sjukdom, men med svår terapirefraktär psykisk sjukdom. Låt oss titta på ännu ett fall:

**ELSA ÄR 86 ÅR gammal.** Sedan hon förlorade sin livskamrat för två år

sedan har hennes hälsa försämrats påtagligt. Men det är inte värken i ryggen, hjärtbesvären eller ens den svåra KOL:en som plågar henne mest. Det är ångesten, ångesten som river i kroppen från tidiga morgonen till sena kvällen, som får henne att skaka i kroppen och ropa på hjälp. Om nätterna sover hon yttligt och vaknar i vargtimmen med en känsla av att något hemskt ska hända.

Sedan ett par månader bor Elsa på ett äldreboende, ensamheten i villan blev för svår och hon klarade inte längre sin vardag. Men ångesten har inte avtagit, tvärtom. Personalen på boendet är uppgivna. Elsa vill alltid ha någon bredvid sig, hon klänger sig fast, hennes behov är oändliga, men de andra boende behöver också hjälp, det finns ingen som kan stanna hos Elsa hela dagen.

Elsa remitteras till äldrepsykiatrin. Hon bedöms lida av svår depression och efter flera behandlingsförsök med antidepressiva läggs hon in på sjukhus. ECT planeras, men på grund hennes somatiska sjukdomar bedöms riskerna med behandlingen alltför stora. Hon skrivs ut till boendet i oförändrat status men med ökad dos Oxascand.

Tiden går. Varje gång äldrepsykiatern kommer på hembesök sitter Elsa i soffan framför fönstret, sysslös. Händerna skakar, armarna skakar, benen skakar. Bara korta stunder, när dottern hälsar på, stillnar kroppen tillfälligt.

*Det finns ingen botande behandling att tillgå. ECT är uteslutet på grund av den somatiska samsjukligheten. Otoliga antidepressiva i olika kombinationer har provats, liksom tillägg med antipsykotika och stämningsstabiliserare. Varje gång har försöken fått avbrytas, antingen på grund av svåra biverkningar eller bristande effekt. Läkemedelslistan är ett skolexempel på polyfarmaci. Vilka preparat är verksamma, och mot vad? Vilka kan trappas ut? Finns det något sätt, farmakologiskt eller icke-farmakologiskt, att hjälpa Elsa?*

**ÄVEN ELSA ÄR** en fiktiv patient, men situationen på intet sätt unik. Långvarig och svårbehandlad psykiatrisk sjukdom förekommer, och i kombination med hög ålder och samsjuklighet blir behandlingsmöjligheterna begränsade. I en somatisk vårdssituation skulle detta vara tidpunkten för ett brytpunktssamtal, men inom psyki-

atrin förekommer sällan brytpunktssamtal, och palliativa specialisterheter med psykiatrisk inriktning saknas.

Psykiatriska symtom är vanligt förekommande bland patienter i livets slutskede, något som på vissa håll lett till utvecklande av samarbete mellan psykiatri och palliativ vård. Men det omvända, att palliativ kompetens efterfrågas för patienter som primärt lider av svår psykisk sjukdom är ovanligt, även om enstaka fall finns beskrivna i litteraturen. På senare tid har dock en diskussion om en så kallad palliativ psykiatri tagit fart, det vill säga behovet av att vid vissa mycket svåra terapirefraktära psykiatriska tillstånd kunna skifta från en kurativ till en palliativ inriktning på vården. Detta innebär att fokus hamnar på åtgärder som kan förbättra patientens livskvalitet och lätta symtombördan, snarare än ett fortsatt sökande efter botande behandling.

Tillämpningen av ett palliativt synsätt inom psykiatrisk vård är ännu så länge ett relativt obeforskat område. Förslag på definitioner av palliativ psykiatri har presenterats, men de normativa frågorna rörande huruvida detta synsätt alls bör tillämpas inom psykiatrisk vård, liksom de kliniskt praktiska frågorna om hur detta i sådana fall bör göras, är till stor del ännu obesvarade.

Diskussionen är dock angelägen, för patienterna finns. Patienter som Elsa och Göran, som möter livets slut med otillräckligt behandlade psykiatriska tillstånd. ■

Artikeln med referenser finns på [www.nrpv.se](http://www.nrpv.se)



**Anna Lindblad**

Med. dr, överläkare. Karolinska Institutet, Lime, Centrum för hälso- och sjukvårdsetik samt Norra Stockholms Psykiatri, Mottagning för Äldrepsykiatri, Stockholm. E-post: [anna.lindblad@ki.se](mailto:anna.lindblad@ki.se)



**PALLIATIONS  
AKADEMIN**  
EN DEL AV BETANIASTIFTELSEN



# Alla människor har rätt till god vård i livets slutskede

Nu erbjuder Betaniastiftelsen utbildningsdagar i palliativ vård på sju orter

Läs mer och  
anmäl dig på  
[www.palliationsakademin.se](http://www.palliationsakademin.se)

*"Mycket bra föreläsare och innehåll. Det här borde alla som arbetar inom vården få gå."*

Tidigare deltagare

## Referenser

1. Allard P. Äldrepsykiatri - en nödvändighet i framtidens sjukvård 2013 [Available from: [http://www.aldreicentrum.se/till-tidskriften/2011/Nr-42013--Aldreforskningen--med-den-aldre-i-centrum/Aldrepsykiatri--en-nodvandighet-i-framtidens-sjukvard-/](http://www.aldreicentrum.se/till-tidskriften/2011/Nr-42013--Aldreforskningen--med-den-aldre-i-centrum/Aldrepsykiatri--en-nodvandighet-i-framtidens-sjukvard/) accessed 4.
2. WHO W. Lausanne konsensusuttalande angående äldrepsykiatri 2007 [Available from: <http://www.aldrepsykiatri.se/wp-content/uploads/2012/11/whorapportlausanne.pdf> accessed 20190501.
3. McKellar D, Ng F, Chur-Hansen A. Is death our business? Philosophical conflicts over the end-of-life in old age psychiatry. *Aging & mental health* 2016;20(6):583-93. doi: 10.1080/13607863.2015.1031636 [published Online First: 2015/04/15]
4. Lyness JM. End-of-Life Care: Issues Relevant to the Geriatric Psychiatrist. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2004;12(5):457-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200409000-00004>
5. Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, et al. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):260. doi: 10.1186/s12888-016-0970-y
6. Masel EK, Berghoff AS, Mladen A, et al. Psyche at the end of life: Psychiatric symptoms are prevalent in patients admitted to a palliative care unit. *Palliat Support Care* 2016;14(3):250-8. doi: 10.1017/s1478951515000899 [published Online First: 2015/10/09]
7. Macleod S, Schulz, C. *Psychiatrie in der Palliativmedizin: Verlag Hans Huber* 2013.
8. Chochinov HM. Psychiatry and palliative care: 2 sides of the same coin. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2008;53(11):711-2. [published Online First: 2008/12/18]
9. Strouse T. Palliative medicine and psychiatry: a reply. *Journal of palliative medicine* 2013;16(10):1166-7. doi: 10.1089/jpm.2013.0246 [published Online First: 2013/08/30]
10. Lopez A, Yager J, Feinstein RE. Medical futility and psychiatry: Palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2010;43(4):372-77. doi: 10.1002/eat.20701
11. Berk M, Singh A, Kapczinski F. When illness does not get better: Do we need a palliative psychiatry? *Acta Neuropsychiatrica* 2008;20(3):165-66. doi: 10.1111/j.1601-5215.2008.00309.x
12. Trachsel M, Wild V, Biller-Andorno N, et al. Compulsory Treatment in Chronic Anorexia Nervosa by All Means? Searching for a Middle Ground Between a Curative and a Palliative Approach. *The American Journal of Bioethics* 2015;15(7):55-56. doi: 10.1080/15265161.2015.1039730
13. Fields LM, Calvert JD. Informed consent procedures with cognitively impaired patients: A review of ethics and best practices. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2015;69(8):462-71. doi: 10.1111/pcn.12289
14. Lindblad A, Helgesson G, Sjostrand M. Towards a palliative care approach in psychiatry: do we need a new definition? *Journal of Medical Ethics* 2019;45(1):26-30.