

VÅRDRIKTLINJER

# Bipolär sjukdom



**Granskare**

Professor emeritus Lil Träskman-Bendz  
Med. dr. emeritus Hans Bendz

**Form & layout**

Harald Bergengren, kommunikator, Psykiatrin Halland

**Illustrationer**

Överläkare Mats Kanje

*Varberg, september 2016*

## INNEHÅLL

Bakgrund.....	4
Diagnostik.....	4
Typer av bipolär sjukdom.....	5
Utredning.....	6
Differentialdiagnostik – psykiatriska sjukdomar.....	7
Differentialdiagnostik – somatiska sjukdomar.....	8
Komorbidity.....	9
Farmakologisk behandling.....	10
<i>Bilaga 1: Litium</i> .....	14
<i>Bilaga 2: Valproat</i> .....	17
<i>Bilaga 3: Lamotrigin</i> .....	18
<i>Bilaga 4: Neuroleptika</i> .....	19
Psykologisk och psykopedagogisk behandling.....	24
Heldygnsvård.....	24
Vårdprocess – heldygnsvård.....	25
Vårdprocess – öppenvård.....	26
Bipolär sjukdom: graviditet och post partum.....	28
Farmakologisk behandling under graviditet och amning.....	28
Vårdprocess vid graviditet.....	30
Referenser.....	31
Underlag för psykiatrisk bedömning.....	32

## ■ Bakgrund

---

Bipolär sjukdom är en livslång sjukdom med episoder av mani/hypomani och depression med symptomfria perioder däremellan. Sjukdomen debuterar främst mellan puberteten och 35-årsåldern. Etiologin är inte känd men ärftlighet har stor betydelse. Livstidsprevalensen för bipolär sjukdom i befolkningen är 2–3 procent med jämn fördelning mellan könen. I snitt dröjer det mer än tio år mellan de första symptomen och diagnosen. Obehandlade patienter får förr eller senare ett recidiv. Omkring 15 procent av patienterna med diagnosen bipolär sjukdom suiciderar. Med adekvat behandling kan många bli helt återställda och fria från återfall. Det är därför viktigt att patienter med bipolär sjukdom får adekvat behandling så snart som möjligt efter debuten.

Syftet med behandlingsriktlinjerna är att vara ett stöd för klinikern att ge patienter med bipolär sjukdom vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Syftet är också att försäkra oss om att vården är av god kvalitet och att göra den likformig.

## ■ Diagnostik

---

Det finns situationer där man bör misstänka bipolär sjukdom:

- 1 Tidig debutålder av depression (tonår och tidig vuxenålder) med melankoliska drag eller psykotiska symptom (sen debut utesluter inte diagnosen).
- 2 Ärftlighet för bipolär sjukdom eller annan affektiv sjukdom hos förstagsgrads- eller andragsgradssläktingar.
- 3 Återkommande depressiva episoder med snabb start, snabbt slut och fria intervall.
- 4 Bristande respons på antidepressiv behandling.
- 5 Läkemedelsutlöst överslag i mani/hypomani (switch).
- 6 Postpartumdepression.
- 7 Säsongsbundna depressioner eller depressioner med atypiska symptom.
- 8 Hypomana symptom under pågående depression.

### Manisk episod

En manisk episod är ett tillstånd av minst en veckas längd av ihållande onormalt förhöjt, expansivt eller irriterbart stämningsläge och onormalt ökad energi. Patienterna har ofta förhöjd självkänsla, minskat sömnbehov, pratsamhet, snabba associationer, distraherbarhet och rastlöshet. Tillståndet skiljer sig väsentligt från patientens habitualtillstånd, och skillnaden är tydlig för omgivningen. Tillståndet kräver ofta sjukhusvård.

**Hypoman episod**

Liknar manisk episod men med mildare symptom och kortare duration (minst fyra dagar). Patienter upplever oftast inte hypomani som ett sjukdomstillstånd men ofta kan anhöriga reagera på deras förändrade mående och beteende.

**Depressiv episod**

Ett tillstånd som karakteriseras av nedstämdhet, glädjelöshet, håglöshet, aptitlöshet, orkeslöshet, kraftlöshet, sömnlöshet, långsamhet, trögtänkthet, ibland livsleda med suicidtankar. Tillståndet är i många fall svårbehandlat och långdraget och utgör över tid ett betydligt svårare behandlingsproblem än manierna och hypomanierna. Mortaliteten är hög om behandling uteblir eller sviktar.

**Rapid cycling**

Täta svängningsperioder med minst fyra episoder (mani, hypomani eller depression) under de senaste tolv månaderna.

**Blandad episod**

Förekomst av maniska symptom under en depressiv episod eller tvärtom.

## ■ Typer av bipolär sjukdom

---

**Bipolär sjukdom typ 1**

Den klassiska formen av bipolaritet med maniska och depressiva episoder. Återfallsrisken vid obehandlad etablerad sjukdom är förmodligen 100 procent. Patienter med en episod av mani som aldrig haft en annan affektiv episod får diagnosen bipolär sjukdom typ 1 av DSM-5 men inte av ICD-10. Dessa patienter återfaller i nya affektiva episoder och får då diagnosen bipolär sjukdom typ 1 även av ICD-10.

**Bipolär sjukdom typ 2**

Innebär att patienten haft en eller flera hypomana episoder (men aldrig mani) och minst en depressiv episod. Diagnosen bipolär sjukdom typ 2 missas lätt eftersom patienten som regel söker sjukvård för sina depressioner men inte för de hypomana episoderna.

**Bipolär sjukdom UNS**

Innebär att patienten har symptom som är karakteristiska för bipolär sjukdom och som förorsakar lidande men som inte helt uppfyller kriterier för bipolär sjukdom.

## ■ Utredning

---

Diagnosen är klinisk. Många patienter med tidigare mani/hypomani har svårt att minnas och korrekt beskriva sådana episoder och därför är anhörganamnes vid misstanke om bipolär sjukdom mycket viktig. Man bör därför aktivt söka kontakt med anhöriga (med patientens medgivande). Den strukturerade kliniska intervjun bör innehålla faktorer nedan. Man kan använda bilagan ”underlag för psykiatrisk bedömning”.

- Symptomkartläggning av det pågående tillståndet
- Debutålder
- Kartläggning av symptomens förlopp sedan debut samt symptomfria perioder
- Episodernas utlösande orsaker, frekvens, längd och svar på behandling
- Ärftlighet – psykisk sjukdom och suicid hos första- och andragsradssläktingar
- Suicidalitet
- Alkohol och narkotikamissbruk
- Sociala faktorer
- Svar på tidigare behandling
- Somatisk anamnes

### Provtagning

- P-Glukos
- HbA1c
- Kolesterol (LDL, HDL, Total) & Triglycerider
- Na, K, Krea
- Ca joniserat
- TSH, T4
- Blodstatus (Hb, EPK, EVF, MCV, MCH, MCHC, LPK, TPK)
- CRP
- ASAT, ALAT, PK
- CDT, PETH
- Drogsscreening

### Undersökning

- Längd och vikt
- Puls och blodtryck
- Neurologiskt status – vid misstanke om neurologisk sjukdom, komplettera med CT eller MR hjärna och EEG
- EKG vid misstanke om hjärtsjukdom

### Skattningsskalor och screeningsinstrument

Skattningsskalor och screeningsinstrument är en vägledning för klinikern men inte diagnostiska. De kan användas som minneslistor för anamnesen och för att följa skillnader i symptomnivå över tid. De har dock begränsningar och ersätter inte klinisk bedömning.

- SCID eller M.I.N.I. – bra hjälpmedel vid diagnostik
- MADRS – nivåbedömning av aktuell depression, möjlighet att följa förloppet
- HCL-32 – screening för hypomana symptom
- YMRS – graden av mani
- AUDIT – vid misstanke om alkoholöverkonsumtion
- DUDIT – vid misstanke om narkotikamissbruk

## ■ Differentialdiagnostik – psykiatriska sjukdomar

### Unipolär depression

Första episoden i en bipolär sjukdom är ofta en depression. Det är svårt att skilja unipolär och bipolär depression åt eftersom symptomen är lika. Det finns dock små skillnader på gruppnivå mellan bipolära och unipolära depressionsymptom. De bipolära har oftare än unipolära psykomotorisk hämning, affektlabilitet, hypersomni, psykotiska symptom och narkotika- eller alkoholmissbruk.

Dessa skillnader ger dock ingen vägledning i enskilda fall. Patienter har ofta svårt att minnas tidigare hypomana eller maniska symptom. **Anhöriganamnesen** är därför avgörande för att skilja en bipolär och unipolär depression åt. Tidig debut av depression hos en patient med hereditet för bipolär sjukdom bör leda misstankarna mot bipolär sjukdom och patienten följas noga avseende utveckling av mani/hypomani.

### Adhd

Adhd-symptomen ska ha förelegat sedan barndomen. Symptomen är ihållande och saknar fria intervall. Kortvariga uppvarvningssymptom och kortvarigt irriterande stämningssläge.

### Emotionellt instabil personlighetsstörning

Emotionell instabilitet är kroniskt fluktuerande utan fria intervall. Patienten har uppenbara problem med interpersonella relationer, med separationsrädsla, självbild och affektreglering. Ingen eller bristande respons på psykofarmaka.

### **Schizoaffektivt syndrom**

Schizoaffektivt syndrom är svårt att skilja från bipolär 1 med psykotiska symptom. Skillnaden är att patienten ska uppvisa psykotiska symptom trots avsaknad av samtidig affektiv episod. Eftersom detta är omöjligt att avgöra under en pågående episod är schizoaffektivt syndrom en diagnos som bara kan ställas efter lång observationstid.

### **Autismspektrumstörning och utvecklingsstörning**

Utvecklingsrelaterade tillstånd kan ha problem med affektutbrott som kan misstas för mani. En avgörande skillnad mot bipolär sjukdom är att det utvecklingsrelaterade tillståndet har förelegat sedan barndomen. Affektutbrotten är korta och patienten har inte expansiv sinnesstämning, minskat sömnbehov eller förbättrat självförtroende. Här är utredning av ärftligheten samt de affektiva episodernas förlopp och duration viktiga för att kunna skilja tillstånden åt.

### **Missbruk och beroende**

Centralstimulerande droger kan orsaka ett maniliknande tillstånd och de flesta droger kan ge depression. Dessutom är livstidsprevalensen för missbruk hos patienter med bipolär sjukdom 50 procent. För att göra en bra differentialdiagnostik är det viktigt att utröna om drogerna utlöste en episod eller om droganvändning började i en redan pågående episod. Om en affektiv episod kvarstår längre än väntat efter drogintag med hänsyn tagen till halveringstid, abstinensfas etcetera bör diagnosen bipolär sjukdom övervägas. Man bör alltid göra ett drogtest vid mani.

## **■ Differentialdiagnostik – somatiska sjukdomar**

---

Många somatiska sjukdomar kan ge maniska eller depressiva symptom. Ta noggrann somatisk anamnes, remittera vidare till specialist vid misstanke. De vanligaste somatiska differentialdiagnoserna är:

- Internmedicinska sjukdomar: thyroidearubbningar, systemisk lupus erythematosus (SLE), reumatoid artrit (RA), B12- och folatbrist, leversvikt, sömnapné, cancer
- Farmakautlösta symptom: dopaminagonister, kortikosteroider
- Neurologiska tillstånd: cerebrovaskulära sjukdomstillstånd, traumatiska hjärnskador, hjärntumörer, Parkinsons sjukdom, multipel skleros (MS), epilepsi



## ■ Komorbiditet

Vissa av de differentialdiagnostiska sjukdomarna kan också vara komorbida tillstånd. Detta gäller särskilt ångest, tvång, ätstörning, alkohol- och narkotikamissbruk, adhd och emotionellt instabil personlighetsstörning.

### Ångestillstånd

Livstidsprevalensen för ångestillstånd hos patienter med bipolär sjukdom är ca 40 procent. Ett samtidigt ångestillstånd försämrar prognosen. Det är vanligare med ångest hos patienter med bipolär typ 2 än bipolär typ 1. Det är särskilt vanligt med panikångest och OCD. Tvånget hos bipolära patienter är mer episodiskt, och har oftare sexuell och religiös karaktär.

### Missbruk och beroende

Alkohol- och narkotikamissbruk ökar vid aktiv sjukdomsepisod. Missbruk leder till svårare psykopatologi och sämre prognos. Det ökar förekomsten av blandade episoder, rapid cycling, impulsivitet, aggressivitet och sömnstörning. Alkoholmissbruk gör att återhämtningsfasen blir längre och effekterna av medicinerna minskar. Därför är det viktigt att behandla den bipolära sjukdomen och missbruket samtidigt.

### Adhd

Samsjukligheten mellan bipolär sjukdom och adhd är särskilt vanlig hos unga. Ofta finns problem med affektreglering och impuls kontroll redan före puberteten. Detta utvecklas sedan efter puberteten till affektiva episoder med längre duration och tydlig skillnad från normaltillståndet.

### Emotionellt instabil personlighetsstörning

Kombinationen av bipolär sjukdom och emotionellt instabil personlighetsstörning är vanlig. Det gäller att värdera om patienten utöver tillräckligt allvarliga affektiva episoder också har problem med kroniskt fluktuerande stämningsläge, svårigheter med interpersonella relationer och affektreglering. Man bör behandla den bipolära sjukdomen innan man diagnostiserar emotionellt instabil personlighetsstörning.

### Suicidalitet

Patienter med bipolär sjukdom har en överrepresentation för suicidförsök och fullbordade suicid. 15 procent av patienterna med bipolär sjukdom begår suicid. Med behandling minskar risken. Suicidrisken är särskilt hög vid nydebuterad bipolär sjukdom. Suicidrisken ska alltid bedömas och dokumenteras enligt ”Suicidprevention i vuxenpsykiatri.”

### **Kardiovaskulär sjukdom**

Patienter med bipolär sjukdom har ökad risk att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar. Dessutom kan olika psykofarmaka ge viktuppgång och utveckling av metabolt syndrom. Detta leder till en ökad mortalitet i gruppen utöver den mortalitetsökning som orsakas av suicid och därför är det viktigt att uppmärksamma riskfaktorer som övervikt, rökning och livsstil.

## **■ Farmakologisk behandling**

---

Diagnosen bipolär sjukdom är livslång eftersom återfallsrisken är kronisk. Alla patienter ska erbjudas farmakologisk behandling. Målet med behandlingen är att undvika återinsjuknanden i nya maniska/hypomana och depressiva episoder med hjälp av återfallsförebyggande läkemedel. Med adekvat behandling kan symptomen i vissa fall försvinna helt och i andra fall kvarstå i lindriga former. Vid en aktuell episod (mani eller depression) syftar behandlingen till att dels behandla den aktuella episoden, dels förebygga återfall.

### **Akut mani**

Vid akut mani ska man initialt behandla eventuell agitation och sömnproblem för att stabilisera patienten. Lorazepam har stark evidens vid agitation. För att häva en mani krävs ofta kombinationsbehandling från olika preparatgrupper. Man bör välja preparat som sedan kan användas som profylax om det är möjligt.

ECT kan användas i undantagsfall om det maniska tillståndet har varit svårt att bryta med läkemedelsbehandling. Vid deliriös mani ges ECT på vitalindikation. Vid bra respons i akutfas kan intermittent ECT användas som profylaktisk behandling.

*För förslag till behandling, se beslutsträd "Akut mani" på sidan 12.*

### **Bipolär depression**

En av de behandlingar som har starkast stöd vid bipolär depression i monoterapi är quetiapin. Monoterapi med litium kan ha effekt och är återfallsförebyggande. Lamotrigin i monoterapi har tveksam antidepressiv effekt. ECT är ett bra alternativ vid svårare former, särskilt med psykotiska eller melankoliska drag.

Under kortare perioder kan diazepam och lorazepam användas. Observera risk för toleransutveckling. Lorazepam är särskilt bra mot katatoni.

I kombination med litium, valproat, quetiapin eller olanzapin kan man i vissa fall använda antidepressiva för att behandla den akuta depressionen. Sannolikt bör behandlingen med antidepressiva vara så kort som möjligt (risk för rapid cycling).

I svårare fall, där annan behandling misslyckats, visar äldre studier effekt med MAO-hämmare.

*För förslag till behandling, se beslutsträd "Akut depression" på sidan 13.*

### **Återfallsförebyggande behandling**

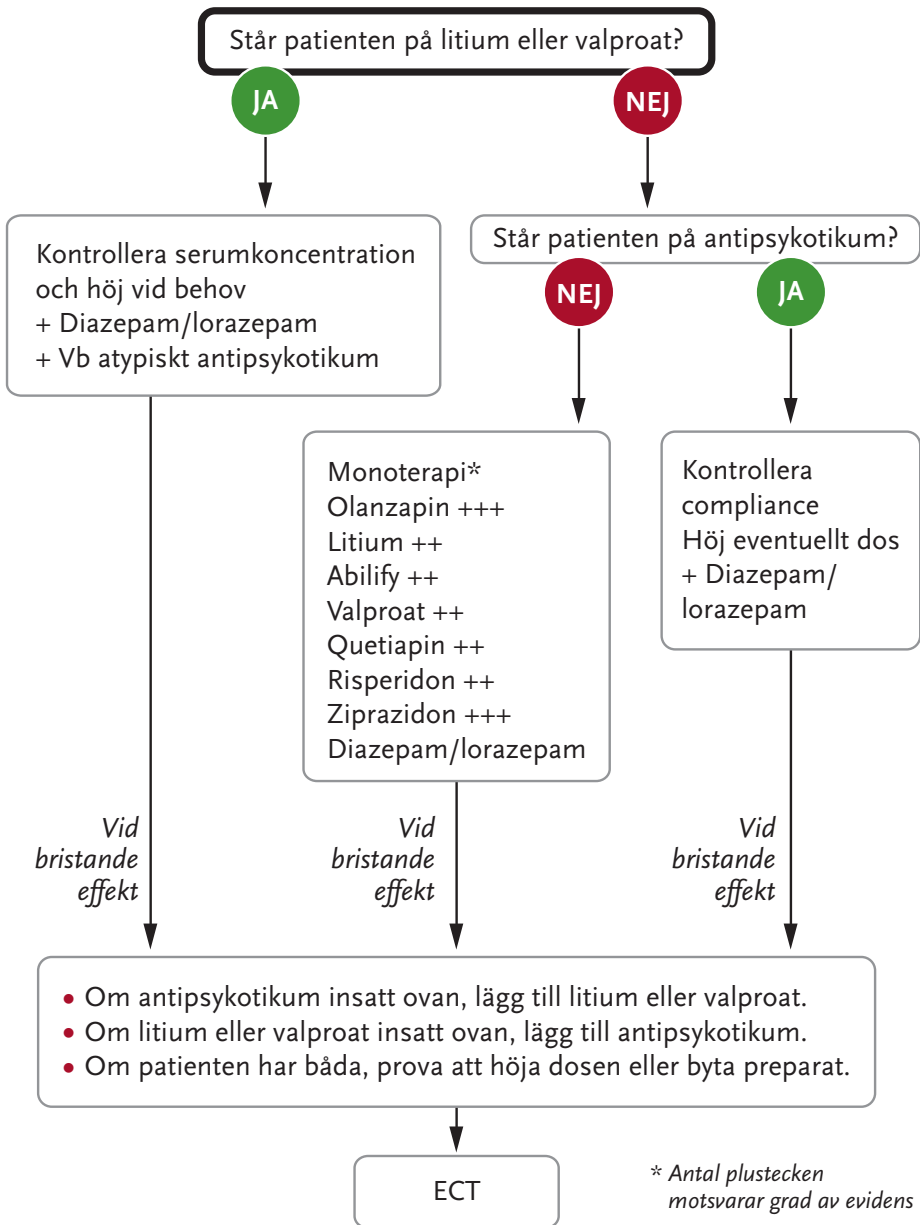
Förstahandsval för återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom är litium. Det har starkast evidens och en suicidpreventiv effekt som anses vara oberoende av den återfallsförebyggande effekten. Litium är effektivt för att förebygga både mani och depression.

Valproat kan användas som profylax mot mani men har ingen antidepressiv effekt. Ska ej ges till fertila kvinnor på grund av teratocitet.

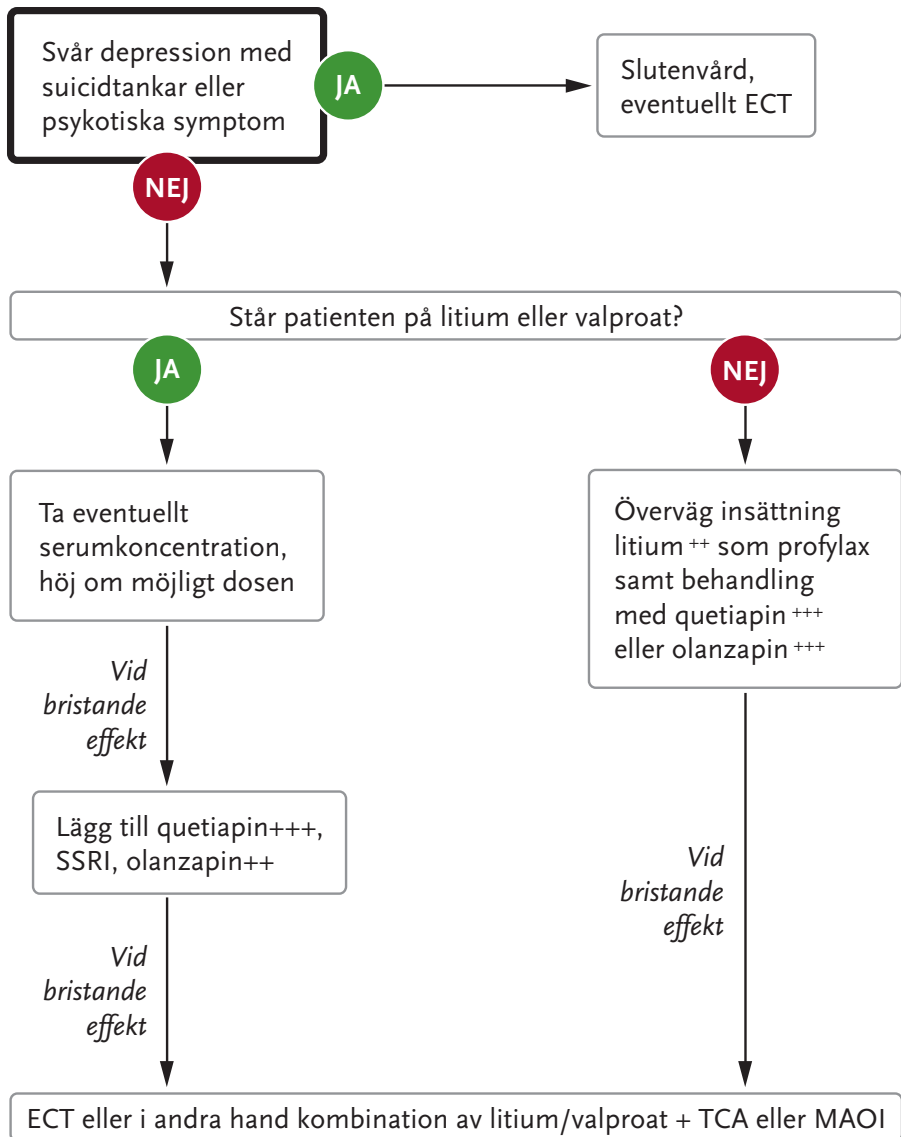
Har lamotrigin fungerat mot en depressiv episod bör man fortsätta med behandlingen som profylax. Man kan även sätta in behandlingen som profylax mot nya depressiva episoder även om man inte använt läkemedlet i akutfas. Lamotrigin har dock ingen bevisad profylaktisk effekt mot mani.

Om aripiprazol, quetiapin, olanzapin eller ziprazidon har använts under akutfas kan de fortsätta att användas som profylax tillsammans med litium eller valproat.

# Akut mani



# Akut depression



## Litium (Lithionit)

---

Litium är det preparat som har starkast evidens som återfallsprofylax för både maniska och depressiva episoder. Litium har också antidepressiv och självmordsförebyggande effekt. Den senare anses vara oberoende av den antidepressiva effekten. Doseringen styrs av S-Li. Den rekommenderade serumkoncentrationen för underhållsbehandlingen är 0,6–0,8 mmol/l, men i enskilda fall kan ännu lägre nivåer vara effektiva. Lämplig nivå måste provas ut individuellt. Hos vissa patienter kan man behöva gå upp till 1,0 mmol/l för att få fullgod effekt, hos andra kan man gå ner till 0,4 mmol/l. Även vid recidiverande depression utan mani/hypomani kan litium prövas som återfallsprofylax.

Litium kan även användas som behandling vid akut mani, och då med serumkoncentration  $>0.8$  mmol/L. Effekten är mycket god men kommer med fördröjning upp till en vecka, varför kombination med neuroleptikum är nödvändigt initialt. Om patienten svarar bra på akut litiumbehandling kan det även användas profylaktiskt.

På bipolära depressioner har litium ibland god effekt. Det kan också användas som tilläggsbehandling till antidepressiva farmaka för förstärkt effekt. Litium kan även användas som tilläggsbehandling vid svårbehandlade unipolära depressioner. Om en litiumpatient drabbas av en depression bör S-Li tas och litiumnivån höjas som första åtgärd, om möjligt.

Litium finns som litiumsulfat (Lithionit, 6 mmol Li<sup>+</sup>/tabl), litiumcitrat (Litarex, licens, 6 mmol Li<sup>+</sup>/tabl) samt litiumkarbonat (licens, 8,1 mmol Li<sup>+</sup>/tabl). Ekvipotensen beräknas genom mängden litium i mmol. **OBS!** NSAID och vissa diuretika höjer litiumkoncentrationen i blodet (se FASS).

### *Insättning*

Vanlig startdos vid dositering är Lithionit 1+0+1 med litiumkoncentrationsmätning efter 5–7 dagar för dosjustering. Under akut sjukdomsfas kan behandlingen

---

startas med 3+0+3 med provtagning efter två dygn. Värdet är då inte steady-state utan bara vägledande och ska tas ytterligare minst två gånger under den första veckan (se även Fass).

### *Provtagning*

Vid insättning:

- Na, K, Krea
- Ca-joniserat
- P-glukos
- HbA1c
- TSH, T4
- Blodtryck
- Längd, vikt
- Iohexolclearance (vid misstanke om njursjukdom eller påverkat kreatinin)
- EKG vid behov
- Beakta läkemedelsinteraktioner med vissa diuretika, NSAID, blodtrycks-sänkande läkemedel som påverkar angiotensinsystemet, migränläkemedel, teofyllin, kalciumblockerare (se Fass)

### *Under pågående välinställd behandling*

Var tredje månad:

- S-Li, Krea
- TSH, T4

### *Årskontroll*

- S-Li, Krea
  - Na, K, Ca-joniserat
  - TSH, T4
  - P-glukos
  - Vikt och blodtryck
-

### Biverkningar

- **Hypothyreos** är vanligt. Behandlas med Levaxin.
- Finvågig **handtremor** är vanligt. Kan behandlas med låg dos betablockerare (propranolol).
- **Diarré** kan bli bättre om administreringen sker efter matintag. Om problemet kvarstår kan man prova byte till litiumkarbonat.
- **Ökad urinmängd:** Mindre ökning vid behandlingens början förekommer förmodligen hos alla. Mät U-dygnsmängd eller vätskeintag. Polyuri om >3 liter per dygn. Amilorid kan prövas för att minska urinmängderna. Observera risken för dehydrering i samband med vätskekarens till exempel under och efter operation. Kombinationen polyuri och diabetes mellitus är potentiellt farlig (minskad förmåga koncentrera urinen och osmotisk diures).
- **Håravfall:** Sänk dosen.
- **Viktuppgång:** Kost och motionsråd redan vid insättning.
- **Njurpåverkan:** Om kreatinin successivt ökar under loppet av tre konsekutiva rutinprovtagningar bör iohexolclearance göras och njurmedicinsk konsult kontaktas. Det finns en liten risk för svår njurpåverkan vid långtidsbehandling och under akut litiumintoxikation. Den senare är reversibel. Nedsatt förmåga att koncentrera urinen är till en början reversibel men kan efter många år sluta i irreversibel diabetes insipidus med dygnsvolym på 6–8 liter.
- **Hyperparathyroidism:** Förhöjd S-Ca som stannar inom normalområdet är förmodligen vanligt och reversibelt. Hypercalcemi kan vara uttryck för parathyreoideapatologi. Konsultera endokrinolog.
- Förvärrad eller utlöst **psoriasis & acne:** Hudläkarkonsult.
- **Intoxikationsrisk** (diarré och kräkning; läkemedelsinteraktion). Informera om risk för intoxication i samband med magsjuka eller värme (ofta på utlandsresa). Rekommendera att dricka mycket. Vid svårare dehydrering bör litium sättas ut under några dagar och S-Li monitoreras. Litium har ett snävt terapeutiskt intervall. Även kronisk intoxication förekommer, där patienten har symptom som kommer smygande. Symptomen på intoxication är gastrointestinala biverkningar, illamående, trötthet, yrsel, talsvårigheter, motoriska svårigheter, förvärrad tremor, agitation och förvirring. Vid svåra fall kramper, koma och hjärnödem.



**Lindrig intoxication:** 1,5–2,5 mmol/l

**Allvarlig intoxication:** 2,5–3,0 mmol/l

**Livshotande intoxication:** > 3,0 mmol/l

## Valproat (Ergenyl, Absenor, Orfiril)

Valproat har stark evidens för akutbehandling och viss evidens för profylaktisk behandling av mani. Preparatet ger fosterskador och ökar risken för polycystiskt ovarialsyndrom. Det ska därför inte ges till kvinnor i fertil ålder och inte under graviditet. Valproat är inte antidepressivt. Om patienten med mani redan står på valproat, kontrollera serumkoncentration och justera upp till >500 µmol/l.

### *Biverkningar*

- Viktuppgång (särskilt i kombination med antipsykotiska läkemedel)
- Illamående (framför allt i början av behandlingen)
- Trötthet
- Håravfall
- Risk för leverskada (framför allt de första sex månaderna)
- Risk för pankreatit (framför allt de första sex månaderna)
- Risk för trombocytopeni (framför allt de första sex månaderna)

### *Insättning*

Kan ges i kombination med litium. Observera interaktion med lamotrigin. Vid insättning av valproat på patient som redan behandlas med lamotrigin ska lamotrigindosen halveras eftersom valproat hämmar nedbrytningen av lamotrigin. Efterhör tidigare/misstänkt leversjukdom, blodsjukdom eller tidigare pankreassjukdom. Vid manibehandling: Laddningsdos med 20–30 mg/kg kroppsvikt/dygn. Målkoncentration 350–700 µmol/L. Kan även ges intravenöst (Ergenyl). Vid profylaktisk behandling: 750 mg/dag i upptrappning. De flesta patienter behöver mellan 1 000 och 2 000 mg. Målkoncentration 350–700 µmol/L.

*Prover vid insättning samt vid två veckor, två månader, sex månader och ett år:*

- Blodstatus (Hb, EPK, EVF, MCV, MCH, MCHC, LPK, TPK)
- ASAT, ALAT, GT
- ALP, S-amylas
- S-valproat
- Vikt

## Lamotrigin

---

Lamotrigin har profylaktisk effekt mot bipolär depression men inte effekt mot akut bipolär depression. Lamotrigin kan i monoterapi användas som depressionsprofylax hos patienter med bipolär sjukdom. Lamotrigin saknar antimanisk effekt.

### *Biverkningar*

Informera om risken för allvarlig hudbiverkan. De flesta hudbiverkningar är dock benigna, konsultera hudläkare vid tveksamhet. Cirka 1/1000 drabbas av den potentiellt livsfarliga Steven-Johnsons syndrom eller toxisk epidermal nekrolys (Lyells syndrom). Steven-Johnson kan börja med feber, halsont och sår i slemhinnorna och sedan hudpåverkan där epidermis lossnar från dermis (toxisk epidermal nekrolys). Patienten ska omedelbart sätta ut läkemedlet och uppsöka närmaste akutmottagning. Risken för allvarlig hudbiverkan ökar vid för snabb upptrappning och samtidig användning av valproat. Observera interaktion med valproat och med p-piller (se Fass).

### *Insättning*

Om patienten redan står på valproat vid insättning ska doserna halveras enligt tabell på nästa sida. Terapeutisk dos utan samtidig valproatbehandling är 100–400 mg/dag! och med samtidig valproatbehandling 50–200 mg/dag!.

	Utan samtidig valproatbehandling	Vid samtidig valproatbehandling
Vecka 1 & 2	25 mg/dagl	12,5 mg/dagl (ge 1 tabl varannan dag)
Vecka 3 & 4	50 mg/dagl	25 mg/dagl
Vecka 5	100 mg/dagl	50 mg/dagl
Vecka 6	200 mg/dagl	100 mg/dagl

## Neuroleptika

Vid behandling med antipsykotika föreligger en risk för extrapyramidala symptom och malignt neuroleptikasyndrom. Patienten bör informeras om riskerna och man bör vara särskilt observant i början av en ny behandling. Flera antipsykotika har också QT-förlängning som biverkan. Vid patienter som har känd arytm eller redan står på QT-förlängande läkemedel bör man ta ett EKG före insättning och följa QT-tiderna noggrant. Dessutom har neuroleptika metabola biverkningar som ökar risken för kardiovaskulär sjukdom.

### Olanzapin (Zyprexa)

Har god effekt mot akut mani. Kan med fördel användas i kombination med litium eller valproat i svårare fall. Viss återfallsförebyggande effekt om den haft effekt i akutskedet, tillsammans med litium eller valproat. Kan användas vid blandtillstånd.

#### Biverkningar

- Metabolt syndrom
- Viktuppgång
- Diabetes
- Hyperlipidemi
- Sedering

### *Insättning*

Vid akut mani: 20–30 mg/dag.

Vid bipolär depression: 10–20 mg/dag

Som återfallsprofylax: 5–20 mg/dag

### *Kontroller vid insättning och regelbundet därefter*

- Vikt
- P-glukos
- HbA1c
- Triglycerider, HDL, LDL

### **Quetiapin (Seroquel)**

Effektiv för behandling av bipolär depression och även för behandling av mani.

Kan kombineras med litium eller valproat vid profylaktisk behandling.

### *Biverkningar*

- Sedering
- Yrsel
- Viktuppgång
- Metabolt syndrom

### *Insättning*

Depression: 100 mg dag ett, 200 mg dag två, därefter 300 mg/dag.

Mani: 300 mg dag ett, 600 mg dag två. Därefter dosjustering upp till 800 mg/dag.

### *Kontroller vid insättning och regelbundet därefter*

- Vikt
  - P-glukos
  - HbA1c
  - Triglycerider, HDL, LDL
-

---

**Haloperidol (Haldol) och zuklopentixol (Cisordinol):**

Kan användas vid akut mani med mycket agitation. Läkemedel enbart för att lugna en akut situation, bör inte användas som enda behandling vid akut mani.

*Dosering*

Vid akut agitation där peroral behandling inte går att ge: 100–150 mg Cisordinol-Acutard i.m. alt. 5–10 mg Haldol i.m. företrädesvis tillsammans med diazepam 10 mg i.m.

*Biverkningar*

- Sedation (gäller Cisordinol)
- EPS
- Akatysi
- Hyperprolaktinemi

**Aripiprazol (Abilify)**

Har effekt vid akut mani och som profylax mot mani om man svarat på behandlingen i akutfas. Bör då användas tillsammans med litium eller valproat. Ingen effekt mot depression. Ger inte viktökning.

*Biverkningar*

- Akatysi
- Huvudvärk
- Tremor
- EPS

*Dosering*

Akut mani 15–30 mg/dygn.

**Risperidon (Risperdal)**

God effekt mot akut mani. Ingen antidepressiv eller profylaktisk effekt.

---

### *Biverkningar*

- Metabolt syndrom
- Trötthet
- Viktuppgång
- EPS

### *Dosering*

Akut mani: 2–6 mg dagligen.

### **Ziprasidon (Zeldox)**

Effekt mot mani i akutfas men inte mot akut depression. Kan användas som profylax mot mani om den fungerat i akutfas.

### *Biverkningar*

- EPS
- Huvudvärk
- Insomnia

### *Dosering*

40+40 mg som startdos vid akut mani. Kan trappas upp till maximalt 80+80 mg dagligen.

### **Clozapin (Leponex)**

Clozapin kan användas som ett andrahandspreparat vid svårbehandlad mani och är ett alternativ vid behandlingsresistent bipolär sjukdom. Verkar också ha återfallsförebyggande effekt i små studier.

### *Biverkningar*

- Metabolt syndrom
  - Agranulocytos
  - Myokardit
-

---

På grund av risken för agranulocytos ska kontroll av antal vita blodkroppar och totalantalet neutrofila granulocyter göras innan behandlingen inleds och en gång i veckan de första 18 veckorna. Därefter månadsvis.

*Dosering*

Se Fass.

## ■ Psykologisk och psykopedagogisk behandling

---

### PPI (psykopedagogisk intervention) – Hallandsmodellen

Alla patienter med bipolär sjukdom och deras anhöriga ska erbjudas PPI enligt Hallandsmodellen. Denna består av tio sessioner och förmedlar fördjupad kunskap om sjukdomen, tidiga varningstecken, behandling, risker med missbruk, risker med att sätta ut medicinering, stresshantering och problemlösning. PPI kan även ges individuellt.

*Gruppbehandling för vuxna som innefattar tio sessioner på 90 minuter vardera:*

Programmet innehåller fördjupad kunskap om sjukdomen, tidiga varningstecken, behandling, risker med missbruk och risker med att sätta ut medicinering, stresshantering samt problemlösning.

Interventionen kan även ges individuellt.

### Motiverande samtal (MI)

Vissa patienter kan ha svårt att acceptera sjukdomen, att motivera sig till att ta läkemedel, att acceptera biverkningar och behöver vara uppmärksamma på sin livsstil. Metoden hjälper patienten att hitta motivationen till förändring och självkontroll.

### Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT-modellen med viss evidens är ett program på 20 individuella sessioner som utvecklats av Dominic Lam m fl (2010). Den visade god återfallsförebyggande effekt under pågående KBT-behandling men effekten minskade efter avslutad KBT-behandling. Individuellt anpassad KBT är att föredra vid samsjuklighet (ångestsyndrom och personlighetsproblematik).

### Fysisk aktivitet på recept

Patienter med bipolär sjukdom bör rekommenderas aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet för att minska depressiva symptom. För hjälp med FAR-recept var god se [www.fyss.se](http://www.fyss.se).

## ■ Haldygnsvård

---

Vid mani eller svår depression kan inläggning i heldygnsvården bli aktuellt. För patienter med bipolär sjukdom som behöver heldygnsvård är vårdmiljön viktig och den kan påverka både förlopp och återhämtningstid. Frivillig vård ska eftersträvas,



men det är viktigt att överväga LPT eftersom en person som lider av mani eller djup depression kan ha svårt att ta ställning till sitt eget vårdbehov.

Vården ska ske i nära samarbete med öppenvården för både kända och nydebuterande patienter. Syftet med inläggning är att stabilisera patientens mående med återgång till habituellt tillstånd. Patienter med tidigare skov av allvarlig mani bör läggas in redan vid tidiga tecken på mani.

### **Omvårdnaden för patienter med depression**

- Bemöt vänligt och ha tålamod, patienten behöver mycket tid.
- Säkerställ att patienten äter och dricker regelbundet och grundläggande ADL.
- Utvärdera suicidrisken kontinuerligt och var uppmärksam på tecken/signaler på suicidavsikter.
- Gör ett aktivitetsschema.
- Ha en positiv attityd utan att bagatellisera patientens plågor.

### **Omvårdnaden för patienter med mani**

- Bemöt vänligt, tydligt och konsekvent.
- Använd korta och enkla meningar i kommunikationen med patienten.
- Undvik konfrontation.
- Övervaka destruktivt beteende (sociala medier, köp via internet).
- Reducera stimuli så mycket det går.
- Säkerställ att patienten äter och dricker regelbundet.
- Beakta den fysiska säkerheten för patienten, andra patienter och personal

## **■ Vårdprocess – heldygnsvård**

---

### **Läkare**

... ansvarar för utredning, farmakologisk behandling och tar ställning till behov av uppföljning i öppenvården. Alla patienter bör erbjudas att ha med anhörig på läkarsamtal.

### **Sjuksköterska**

... ansvarar för att leda omvårdnaden och för att vårdplan ska dokumenteras i VAS.

### **Läkare och sjuksköterska**

... ansvarar för att samordnad individuell plan (SIP) genomförs, eftersom samordnade insatser genom vårdplanering är en viktig del för att tillgodose patientens behov efter utskrivning.

## Uppföljning

Patienter som har vårdats för mani eller djup depression ska få en uppföljning i öppenvården inom två veckor efter utskrivning. Ansvarig läkare i heldygnsvården tar ställning till om uppföljningstiden ska vara till läkare i öppenvården eller annan personalkategori beroende på patientens behov. Sjuksköterska kommunicerar med öppenvården kring planering.

## ■ Vårdprocess – öppenvård

---

### Läkare

... ansvarar för utredning, fastställning av diagnos, farmakologisk behandling och deltar i vårdplanering. Patienter som är stabila i sin bipolära sjukdom behöver bara träffa läkare en gång årligen. Revidering av diagnos om patienten har fått adekvat behandling utan respons.

### Sjuksköterska

... ansvarar för att patienten lämnar prover regelbundet beroende på vilken behandling patienten har. Patienter som är stabila i sin bipolära sjukdom bör träffa sjuksköterskan två gånger per år med följande innehåll:

- Frågor om symptom på bipolär sjukdom
- Hälsosamtal
- BMI
- AUDIT
- DUDIT
- Suicidalitet
- Frågor om biverkningar av läkemedel
- Behov av receptförnyelse

Specialistsjuksköterska är ansvarig för planering och genomförande av PPI enligt Halandsmodellen.

### Psykolog

... är delaktig i den diagnostiska utredningen, särskilt om det finns frågor kring differentialdiagnostik eller samsjuklighet. Psykolog är också ansvarig för KBT-behandling. KBT kan även ges av andra personalkategorier med relevant utbildning.

**Arbetsterapeut**

... är ansvarig för aktivitetsutredning i fall där riktade insatser behövs.

**Teamet**

... är ansvarigt för att erbjuda tid inom två veckor efter utskrivning från heldygnsvården. Teamet är också ansvarigt för att planera och genomföra PPI enligt Hallandsmodellen minst en gång per år.

**Fast vårdkontakt**

Alla patienter med bipolär sjukdom ska ha en fast vårdkontakt, det vill säga en behandlare som står för kontinuiteten i kontakten med vården och för samordning kring patientens behov. Fast vårdkontakt deltar i vårdplaneringen.

**Vårdplan**

Det ska finnas en tydlig och dokumenterad vårdplan i VAS med tidiga varningstecken samt krisplan för alla patienter med bipolär sjukdom. Vårdplanen ska revideras en gång per år. Fast vårdkontakt och läkare är ansvariga för vårdplanen som görs tillsammans med patient och anhöriga.

**Riskbedömning**

Riskbedömningar kring suicidalitet, farlighet, sociala risker ska dokumenteras under adekvat sökord i VAS och det ska tydligt framgå vad bedömningen grundas på.

**Barnperspektivet**

... ska beaktas enligt förvaltningens riktlinjer. All vårdpersonal har skyldighet att uppmärksamma minderåriga barn.

**Samverkan**

Många patienter behöver hjälp från flera olika instanser. För att optimera patientens återhämtningsprocess och hjälpa patienten att uppnå en bättre livskvalitet måste samverkan präglas av ett professionellt och flexibelt förhållningssätt. Man måste ha en helhetssyn på patientens behov och förutsättningar.

**Vårdgrannar**

- Närsjukvården
- Privata vårdgivare

**Samverkansparter**

- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Kommunen
- Arbetsgivare

## ■ Bipolär sjukdom: graviditet och post partum

---

Omhändertagandet av patienter med bipolär sjukdom under graviditet och post partum ska göras i tätt samarbete mellan psykiater, obstetriker och barnläkare. Farmakologisk behandling kan innebära risker för fostret och påverkan av barnet via amningen.

Patienter i fertil ålder bör få information om konsekvenser av sjukdomen och behandlingen på graviditet och amning. Detta bör ske så snart diagnosen är fastställd och innan behandlingen startas.

## ■ Farmakologisk behandling: graviditet och amning

---

### Litium

Litiumexponering under första trimestern av graviditeten ökar risken för hjärtmissbildningar hos barnet, men den relativa risken är fortfarande liten. Detta gör att litium bör undvikas denna period, men kan därefter användas under graviditeten.

Hos patienter med hög risk för återfall kan litium användas under hela graviditeten. Litium går över i bröstmjölk i hög grad och därför ska amning avrådas. All planering görs av psykiater, obstetriker och barnläkare i samråd.

Litiumkoncentrationen ska monitoreras en gång per månad under hela graviditeten. Den kan sjunka (på grund av ökad njurclearance), vilket kan kräva dosökning. Omedelbart efter förlossningen ändras dessa förhållanden, varför litiumkontrollerna då bör vara täta, ett par gånger den första veckan post partum, därefter frekvens och dosering med ledning av resultaten.

Ultraljud och fetal ekokardiografi bör göras under vecka 18–20 om fostret blivit exponerat för litium under första trimestern. På patienter med tidigare postpartum-depression kan litium sättas in andra trimestern i profylaktiskt syfte. Foster som varit exponerade för litium kan utveckla polyuri, som kan ge polyamnion och som kan orsaka dehydrering post partum. Observans på vätskebalansen!

### SSRI

SSRI-preparat ger inte ökad risk för missbildningar. Exponering under sista trimestern ökar risken för neonatala komplikationer: hypotoni, uppfödningssvårigheter och även ökad risk för kramper hos barnet. Dessa komplikationer är övergående. Amning bedöms vara säker eftersom mängden läkemedel som går över i bröstmjölk är liten.

**SNRI och mirtazapin**

De studier som finns har inte visat ökad risk för missbildningar. Det är dock risk för utsättningssymptom hos det nyfödda barnet. Vid amning går venlafaxin över i hög grad i bröstmjölk, men inga negativa effekter har observerats hos barnen. Duloxetin och mirtazapin går över i liten mängd i bröstmjölk och är därför säkra vid amning.

**Tricykliska antidepressiva (TCA)**

TCA har använts till gravida under lång tid och anses ha låg risk för missbildningar. Klomipramin kan dock medföra en liten ökad risk för hjärtmissbildningar. TCA har en ökad risk för neonatala biverkningar med respirationsproblem och neurologisk påverkan som är övergående. TCA kan användas vid amning.

**Valproat**

Ska inte ges till gravida. Under hela graviditeten finns en stor risk för missbildningar hos barnet och försenad CNS-utveckling. Valproat går över i bröstmjölk i liten mängd, och är därför acceptabel under amning. Ultraljud och fetal ekokardiografi bör göras under vecka 18–20 om fostret exponerats för valproat under första trimestern.

**Karbamazepin**

Kan ge missbildningar – rekommenderas inte under graviditet, går över i bröstmjölk i liten grad, kan användas under amning.

**Lamotrigin**

I doser upp till 200 mg bedöms lamotrigin ha låg risk för missbildningar. Amning bör undvikas eftersom barnet har svårt att bryta ned substansen.

**Neuroleptika**

Det finns endast begränsad data för neuroleptika under graviditet. Studier tyder på att låg dos neuroleptika kan påverka fostrets tillväxt och kan ge övergående extrapyramidala symptom hos barnet post partum. Olanzapin, risperdal och clozapin har i mycket små studier inte visat sig ha ökad missbildningsrisk under graviditet. Quetiapin saknar studier vid graviditet.

Vid amning verkar olanzapin, risperidon och quetiapin ha låg risk för centralnervös påverkan på barnet. Amning under behandling med aripiprazol och ziprazidon enbart efter kontakt med barnläkare. Clozapin ska inte användas under amning på grund av risk för allvarlig påverkan på barnet.

### **Bensodiazepiner**

Vid regelbunden användning under graviditet kan detta leda till abstinens hos det nyfödda barnet. Under en kort tid kan zolpidem användas för förbättrad sömn under graviditeten. Preparat med kort halveringstid, till exempel oxazepam, är att föredra. Man bör undvika amning vid kontinuerlig användning eller starka doser av bensodiazepiner hos modern. Sporadisk användning av preparat med kort halveringstid är sannolikt riskfritt.

### **Elbehandling (ECT)**

Kan vara aktuell vid svår depression med hög suicidrisk under graviditeten. Planeringen ska göras i tätt samarbete mellan psykiatri, anestesi, obstetrik och pediatrik. Akut förlossningsberedskap ska finnas innan behandlingen startar. Under den senare delen av graviditeten finns risk för aspiration varför intubation bör ske. ECT är förstahandsbehandling vid försämring post partum.

### **Ytterligare information**

Se [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) för mer information om läkemedelsanvändning vid graviditet och amning.

## **■ Vårdprocess vid graviditet**

---

Alla patienter som önskar planera graviditet eller är gravida ska erbjudas läkarbesök för information och noggrann planering av vården. Vid planerad eller konstaterad graviditet ska patienten snarast träffa en läkare som går igenom den pågående medicineringen.

Regelbunden uppföljning under hela graviditeten ska göras av läkare och andra personalkategorier beroende på behov. Amning och medicinering ska vara planerad redan före förlossningen.

Uppföljning av patienten efter förlossning ska planeras redan före förlossningen eftersom risken för återfall är förhöjd inom sex månader post partum.

**REFERENSER**

- Bipolär sjukdom – kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Svenska psykiatriska föreningen, Stockholm 2014
- Psykiatrisk diagnostik, Mats Adler, Lund, 2011
- Manic depressive illness – Bipolar disorders and recurrent depression, Goodwin & Jamison, 2nd edition, 2007, New York
- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. och Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. ,2012
- Underhållsbehandling med nyare antipsykotiska läkemedel vid bipolär sjukdom, SBU, 2015-02
- Rekommenderad fysisk aktivitet vid depression, Fyssh.se 2016-03-20
- A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. Lam DH et al. Arch Gen Psychiatry. 2003 Feb;60(2):145-52.
- Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years.
- Lam DH et al, Am J Psychiatry. 2005 Feb;162(2):324-9.
- Lam D. H. et al. (2010). Cognitive Therapy for Bipolar Disorder.

# Underlag för psykiatrisk bedömning

---

**1. Orsak till bedömningen.** Remiss? Sökt själv? Huvudproblem?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Långsiktigt förlopp.** Kartlägg förlopp från uppgiven symptomdebut. Ange besvärperioder, undersök om det finns fria intervall. Bestäm om möjligt förloppstyp. Tidigare suicidförsök.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Förloppstyp

Attackvis  Episodiskt  Kroniskt fluktuerande  Progredierande  Oklart

**3. Debutålder, eventuella problem dessförinnan.** Debutålder av psykiska/sociala problem. Familjeförhållanden. Trauman. Kamratrelationer och problem i skolan.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Debutålder

Före puberteten (ca 13)  Efter puberteten – 25  Över 25  Över 50  Oklart



**4. Aktuell symptombild och funktion** Kartlägg eventuell aktuell suicidalitet.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Symptombild under typiska besvärperioder** Kartlagda perioder: symptom, duration, konsekvenser och eventuella utlösande faktorer för den/de mest typiska besvärperioderna.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Episodtyp**

- Euforisk mani    Blandad mani    Euforisk hypomani    Blandad hypomani
- Melankolisk depression    Annan depression    Psykotiska manier/depressioner
- Annan episodtyp.....
- Symptomtyp vid kroniskt fluktuerande eller progredierande förlopp

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 6. Ärftlighet

	Förstegradssläkting	Annan	Vem?
Bipolär sjukdom typ 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bipolär sjukdom typ 2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Recidiverande depressioner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Alkohol- eller drogmissbruk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Adhd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Suicid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schizofreni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Annat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

## 7. Levnadsomständigheter Bostad, arbete, familjesituation, ekonomi och sociala kontakter. Aktuell stress?

.....

.....

.....

.....

.....

## 8. Icke-psykiatriska sjukdomar

.....

.....

.....

.....

.....

## 9. Aktuell medicinering

.....

.....

.....

.....

.....

**10. Substansbruk**

.....

.....

.....

.....

.....

**11. Tidigare psykiatriska behandlingar** Mediciner, psykoterapi eller ECT. Effekt? Biverkningar?

.....

.....

.....

.....

.....

**Farmakarespons**

- Manisk/hypoman switch på AD     Varaktig stabilisering av stämningsstabiliserare     Varaktig respons på antidepressiva

**12. Psykiskt status**

	Normalt	Avvikelse
Yttre kännetecken, beteende.....	<input type="checkbox"/>	.....
Kognitivt status..... (Vakenhet, orientering, uppmärksamhet och minne)	<input type="checkbox"/>	.....
Kontaktförmåga.....	<input type="checkbox"/>	.....
Stämningsläge.....	<input type="checkbox"/>	.....
Psykomotorik.....	<input type="checkbox"/>	.....
Perception.....	<input type="checkbox"/>	.....
Tankarnas form.....	<input type="checkbox"/>	.....
Tankarnas innehåll.....	<input type="checkbox"/>	.....
Suicidalitet.....	<input type="checkbox"/>	.....
Insikt.....	<input type="checkbox"/>	.....

### 13. Resultat av strukturerad intervju (SCID, MINI)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 14. Resultat av andra skattningar

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 15. Checklista

Har patienten utfört suicidförsök?

Nej  Ja    Antal..... När senast?.....

Har patienten hemmavarande barn under 18 år?

Nej  Ja    Antal.....

Finns oro för barnen?

Nej  Ja    Anmäl till barnombud

Har patienten varit utsatt för hot, våld eller övergrepp?

Nej  Ja    När senast?.....

Har patienten utsatt andra för hot eller våld?

Nej  Ja    När senast?.....

**Diagnostisk bedömning**

.....  
.....  
.....  
.....

Ange vad bedömningen grundas på och graden av säkerhet i bedömningen

.....  
.....  
.....

**Aktuella differentialdiagnoser**

.....  
.....  
.....

**Suicidriskbedömning**

.....  
.....  
.....

**Våldriskbedömning**

.....  
.....  
.....

© Mats Adler 2012







Tel 0340-66 27 56 • E-post [psykiatriin@regionhalland.se](mailto:psykiatriin@regionhalland.se) • Web [www.regionhalland.se/psykiatriin](http://www.regionhalland.se/psykiatriin)

---

Produktion Psykiatriin Halland • Tryck Tryckservice i Ängelholm, september 2016