



RIKTLINJER FÖR

Tidigt Omhändertagande vid Psykos

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Ordlista.....	2
Bakgrund till TOP-projektet	3
Sammanfattning av riktlinjerna	3
Kunskapsläget.....	4
Rekommendationer	4
Riktlinjer	5
1. Tidig intervention	5
2. Verksamhet för förstagångsinsjuknade.....	5
3. Teamets sammansättning	6
4. Vårdmöjligheter.....	6
5. Samarbete med familj och närstående	7
6. Utredning och diagnostik.....	8
7. Somatisk vård och utredning	9
8. Läkemedelsbehandling	9
9. Psykosociala insatser	10
10. Rehabilitering	10
11. Uppföljning och kvalitetssäkring	11
Referenslista till riktlinjer	12

TOP-projektet
ett projekt initierat av
Nationell Psykiatrisamordning

Ordlista

CAN	Canberwells Assessment of Needs
CT	Computerized Tomographic scanning (datorstyrd skiktröntgen)
DSM-IV	Diagnostic & Statistical Manual of Mental Illness (revision 4)
EEG	Elektroencefalografi (metod för att registrera hjärnbarkens elektriska aktivitet)
EKG	Elektrokardiogram (undersöker hjärtats elektriska aktivitet)
GAF	Global Assessment of Function (global funktionsskattningsskala)
ICD-10	International Classification of Diseases (revision 10)
MR	Magnetic Resonance scanning (magnetisk resonanstomografi)
Prodromalfas	Förebådandefas, eller stadium av tidiga symptom
RS-S	Remissionsskala vid Schizofreni (delskala från PANSS)

Bakgrund till TOP-projektet

Tidigt omhändertagande vid psykos (TOP-projektet) startades på initiativ av Nationell Psykiatrisamordning år 2005. Projektets vision är att den som insjuknar i psykos ska få vård och stöd där tidig upptäckt, behandling, rehabilitering och uppföljning är av hög kvalitet samt där patienten och närstående är delaktiga. Insatserna ska vara kunskapsbaserade och präglas av humanitet och omtanke.

Sammanfattning av riktlinjerna

Ett delmål i uppdraget var att skapa riktlinjer som kunde vara vägledande i arbetet med lokala vårdprogram. Riktlinjerna ska vara baserade på evidensbaserad kunskap, de ska ta tillvara de erfarenheter som finns i Sverige och de ska kunna anpassas till olika organisatoriska förutsättningar. De ska också vara drivande i kvalitetsutveckling och uppföljning. Tidig upptäckt av personer som insjuknat i psykos och optimal behandling så tidigt som möjligt är med stor sannolikhet väsentligt för prognosen i både ett kort och ett långt perspektiv.

Kontakt med ett multiprofessionellt team, där specialistläkare ingår, bör helst realiseras inom 24 timmar från första kontakten.

En noggrann utredning som underlag för diagnostik och individuellt anpassade insatser ska utföras som en integrerad del av behandlingen. Den ska styras av samma omvårdnadsprinciper som det fortsatta behandlingsarbetet.

Behandlingen måste vara anpassad till de ofta unga patienternas speciella behov och situation. En sådan anpassning innebär att involvera familj och närstående och ge dem speciell uppmärksamhet. Lyhördhet måste finnas under hela behandlings- och rehabiliteringsprocessen inför att nya behov kan uppstå efter hand hos patienten och närstående.

Den farmakologiska behandlingen är oftast basen för andra behandlingsinsatser och ska anpassas till den ofta unga patientens speciella förutsättningar. För många patienter är det deras första möte med psykofarmaka.

Behandlingen ska ges i en så naturlig miljö som möjligt och med så få ingrepp i personens liv som möjligt. Det bör finnas möjlighet till krisstöd i hemliknande miljö. Ett övergripande syfte är att vinna patientens förtroende inför utredningen och behandlingsinsatser. Om slutenvård behövs, bör den ges i särskilda små och lugna enheter.

Vården ska präglas av öppenhet och tillgänglighet, och det ska vara enkelt att snabbt få kontakt.

Psykosociala insatser är avgörande för att skapa en trygg behandlingsrelation, minska skadliga följder av insjuknandet, minska eventuella negativa behandlingserfarenheter och underlätta återhämtning. I denna process är det av största vikt att patienten följer läkemedelsbehandlingen.

Rehabilitering bör påbörjas i ett tidigt skede för att minska och förebygga funktionsnedsättning. I rehabiliteringsprocessen ska det finnas upparbetade rutiner för samverkan med kommunen.

Uppföljning och kvalitetssäkring bör göras genom skattning av patientens symtom och funktion. På så sätt utvärderas effekter av läkemedelsbehandling och övriga insatser, biverkningar av läkemedel samt patientens fortsatta medicinska, psykologiska och sociala behov. I kvalitetssäkringsarbetet är samverkan med organisationer för patienter och närstående en viktig del.

Kunskapsläget

Projektgruppen har valt att i huvudsak inte inkludera värderingar av evidensgrunden till de olika riktlinjerna. Det har inte varit projektets uppdrag att göra en systematisk kunskapssammanställning eller metaanalys av de olika källorna till dessa riktlinjer. Det har publicerats flera sammanställningar de senaste åren genom Cochrane review.

Mycket av den forskning som finns idag kan ännu inte ge svar på vilka resurser och behandlingsinsatser som lämpar sig bäst, när de ska sättas in och för vilka patienter. Ett fortsatt fortlöpande kunskapsinhämtande är av största vikt för utvecklingen av psykiatrin.

Rekommendationer

Projektet rekommenderar att man inom psykiatriområdet skapar speciella strukturer för tidigt omhändertagande av personer som utvecklat psykotiska symptom. Hur detta ska ske måste anpassas till lokala förhållanden. Det kan vara speciella team, team inom de ordinarie verksamheterna eller samverkan mellan intresserade i olika team.

Vi rekommenderar att man behåller de regionala nätverk som bildats i projektets regi.

Vi rekommenderar medverkan i Psykosregistret.

Riktlinjer

1. Tidig intervention

Vad?

Kontakt med ett multiprofessionellt team, där specialistläkare ingår, bör helst realiseras inom 24 timmar när en person insjuknar i psykos för första gången och när det finns misstanke om psykosjukdom. Personens närstående erbjuds kontakt.

Psykosverksamheten för tidig intervention ska ha utarbetade rutiner tillsammans med primärvård, kommun och specialistpsykiatriens akutverksamheter. På så sätt ska patienten och närstående snabbt kunna slussas rätt, och man ska helst kunna undvika att patienter läggs in för psykiatrisk intensivvård.

Varför?

En tidig behandlingsstart underlättar en snabbare återhämtning. Det ger möjligen en bättre prognos och gör att patienten inte tappar sociala förmågor i samma utsträckning som om behandlingen startar senare. Patientens kontakt med sitt nätverk bibehålls och annat socialt stöd kan behållas vilket minskar behovet av slutenvård. Det finns också etiska krav om att snabbt få vård.

Kvalitetsmål

Registrera:

- i hur många fall teamet har träffat patient och anhöriga inom 24 timmar
- hur länge patienten haft psykotiska symptom innan kontakt med psykiatri initieras
- högsta funktionsnivå (skattas med GAF) senaste året.

Säkra att:

- Lättillgänglig information om psykos, symptom och vägar till hjälp ska finnas på vårdcentraler och mottagningar samt andra platser där unga letar ex. på Internet.
- God kännedom i omvärlden om att en speciell resurs för förstagångsinsjuknade finns. Kontakter inom primärvård, skolor, socialtjänst, ungdomsmottagningar etc. gör att patienten snabbare kan få adekvat vård, och perioden av obehandlad psykos minskas.
- Kunskapsutveckling och metodik för att identifiera och ta hand om individer i riskzon eller prodromalfas av psykos.
- Samverkan med organisationer för närstående och brukare finns utvecklad

2. Verksamhet för förstagångsinsjuknade

Vad?

Inom varje psykiatrisk verksamhet ska det finnas en tydligt definierad verksamhet för förstagångsinsjuknade i psykos. Det kan vara ett team som har detta uppdrag enbart eller som en del av sitt uppdrag. Det kan också vara ett par personer i ett team som har detta uppdrag som en del av sin arbetstid. Utbildning och handledning behövs kontinuerligt för att få och bibehålla kompetens.

Varför?

Ett ändamålsenligt arbete med förstagångsinsjuknade i psykos avviker ofta från arbetet med andra patientgrupper, och kräver andra rutiner.

Kvalitetsmål

- Identifiera och tydliggöra personer som har detta uppdrag inom verksamheten.
- Dokumentera antalet patienter per år som handläggs av teamet i jämförelse med det förväntade antalet patienter inom upptagningsområdet.

3. Teamets sammansättning

Vad?

Teamet ska i möjligaste mån innehålla eller ha tillgång till specialistläkare i psykiatri, psykolog, sjuksköterska, skötare, kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Varför?

Utredning, behandling och rehabilitering av förstagångsinsjuknade innebär behov av olika typer av insatser under vårdprocessen. Ett multidisciplinärt team kan ge dessa insatser.

Kvalitetsmål

- Säkra teamets sammansättning i alla delar så att erforderlig kompetens finns.
- Upprätta avtal eller dylikt för samverkan med vårdgrannar som primärvård, kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling.
- Definiera och göra en plan vid varje verksamhetsplanering över vilka resurser som finns tillgängliga i förhållande till uppdraget.

4. Vårdmöjligheter

Vad?

De psykiatriska resurserna ska vara lättillgängliga för patienten och närstående, så att en kontinuerlig dialog kan finnas, och eventuella krissituationer kan förebyggas. Mötesplatsen för kontakten bestäms gemensamt av patienten, närstående och teamet. Den kan vara i hemmet, på vårdcentralen, i skolan, på ett kafé eller på mottagningen. Miljön bör upplevas som trygg för patienten.

Om dygnet-runt-vård behövs bör den erbjudas i form av en hemlik, småskalig enhet med låg stimulusnivå, helst belägen utanför sjukhusmiljön. Om patientens tillstånd kräver en mer skyddande miljö än denna enhet kan skapa, ska vården ske i nära samarbete med den psykiatriska resurs, eller det specialteam som finns. Detta för att patienten så snart som möjligt ska kunna vårdas i en mer öppen och lugn miljö. Dygnet-runt-vården bör kunna erbjuda övernattningsmöjlighet för anhöriga. Patienter behöver kontinuitet i vården.

Varför?

En lättillgänglig vårdresurs och en lugn vårdmiljö är mindre stressframkallande, vilket underlättar såväl återhämtning som arbetet med att skapa en hållbar behandlingsallians med patienten och närstående. Ängest och aggressivitet, och därmed psykosbenägenhet, minskar med en god vårdmiljö, vilket möjliggör en optimal läkemedelsbehandling och skapar förutsättningar för utredning, behandling och rehabilitering. Kontinuiteten i vårdkontakter är avgörande för utvecklingen av behandlingsalliansen.

Kvalitetsmål

- Dokumentera hur stor andel av mötena med patienten och närstående som har skett i annan miljö än mottagning, sjukhus eller liknande.
- Där verksamheten inte har tillgång till krisboende i icke-sjukhusmiljö eftersträva att det ska finnas.
- Öka antalet vårddagar som sker på en förstagångsenhet och minska antalet som sker på en akutavdelning.
- Öka andelen utredningar och behandlingar som genomförs av patienter i öppenvården och minska andelen som sker inom slutenvården.
- Utföra skattning av patient- och anhörigtillfredsställelse en gång/år
- Mätning av personalkontinuitet.

5. Samarbete med familj och närstående

Vad?

Familj eller närstående till patienten inbjuds till kontakt, helst inom 24 timmar, och betraktas som viktiga samarbetspartners i den fortsatta processen. Samtal kring innebörden och reaktionerna på att en familjemedlem eller närstående har blivit psykotisk bör erbjudas. Familjearbetet ska bidra till att stärka dialogen inom familjen. I kontakterna bör information om patientens tillstånd och prognos förmedlas på ett hoppingsvande sätt och kunskap om teamets arbete och behandlingens syften och genomförande ges. Anhöriga och närstående erbjuds fortlöpande kontakt. I de fall patienten motsätter sig kontakt med anhöriga ska ett motivationsarbete inledas i syfte att få detta till stånd.

Varför?

Samtal med familjen och närstående ökar kunskapen om både patientens och nätverkets resurser och problem, och underlättar behandlingsplaneringen. Psykosinsjuknandet innebär vanligtvis en kris för alla inblandade. Familjen eller närstående och patienten behöver hjälp med hur var och en ska förstå det som inträffat och hur man ska kunna bemästra situationen. I samband med detta är det viktigt att belysa betydelsen av olika familjeroller (föräldrar, syskon, barn). Man behöver hjälp med att minska stressfaktorer, mobilisera resurser och att lösa inbördes konflikter och svårigheter. Detta kan ske både som krisinriktade familjesamtal och som pedagogiskt orienterad intervention.

Kvalitetsmål

- Antal samarbeten som påbörjats inom 24 timmar ska vara högre än jämförelse med de som påbörja efter 24 timmar.
- En majoritet av patienter ska ha fortlöpande samarbete mellan närstående och vården.
- En plan för utbildning i familje- och nätverkssamarbete ska finnas.
- I samverkan med Barn- och Ungdomspsykiatrien finns en plan för beaktandet av barnperspektivet.

6. Utredning och diagnostik

Vad?

En noggrann utredning är grunden för en god vårdplanering. Utredningen ska integreras med behandlingsinsatser och alltid ske i dialog med patient och anhöriga. Syftet med utredning och behandlingsinsatserna skall vara tydligt och meningsfullt.

En utredning bör omfatta:

- Anamnes, inkluderande tidig utveckling och somatisk utredning med EEG och CT/MR för att utesluta funktionella eller morfologiska avvikelser som exempelvis hjärnskada eller utvecklingsanomali
- Diagnostik som utgår från DSM-IV (samtliga axlar) och/eller ICD-10
- Medicinsk utredning som bör initieras snarast möjligt och innehålla somatisk undersökning och i ett första steg blodprover för endokrina och metabola funktioner, blod/lever- och elektrolytstatus, vikt, längd och EKG.
- Psykosocial utredning som omfattar tidigare och aktuella psykosociala påfrestningar, till exempel förluster och konfliktsituationer samt eventuella krisreaktioner
- Neuropsykologisk utredning bör omfatta
 - o Allmän intellektuell funktion
 - o Exekutiva funktioner
 - o Språklig förmåga
 - o Uppmärksamhet
 - o Perceptuell förmåga
 - o Verbalt minne
 - o Motorisk snabbhet
- Missbruksutredning både vad gäller alkohol och droger (drogscreening)
- Arbetsterapeutisk utredning avseende funktioner
- Sjukgymnastisk bedömning avseende funktioner.

En utredning bör initieras omgående, och ske fortlöpande i den tidiga behandlingen. Medicinska undersökningar bör ske inom 3 månader med preliminär diagnos.

Skattningar bör i möjligaste mån omfatta GAF, RS-S och CAN. Ytterligare skattningar görs i enlighet med lokala vårdprogram.

Bedömningar

- Fortlöpande bedömning om risk föreligger att patienten skadar sig själv eller andra
- Riskbedömning för att patienten avbryter behandlingen i förtid.

En utredning avseende funktion bör göras när patientens tillstånd stabiliserats, så att patientens vardagliga funktion mäts – inte fungerandet under inflytande av den akuta psykosen. Patienten bör alltid tillfrågas om medverkan i kvalitetsregistret Psykosregistret för nyinsjuknade.

Varför?

Utredningen ger underlag för korrekt diagnostik, optimal läkemedelsbehandling, kartläggning av kognitiv och psykosocial funktionsförmåga, samt bland annat riskfaktorer i form av missbruk/beroende, destruktivt beteende mot sig själv eller andra och prognos.

Kvalitetsmål

- Uppföljning av utredningen görs vid behov eller varje år, omfattande diagnostiska överväganden, förändring av funktioner och psykosocialt fungerande samt de förändrade behov som patienten upplever.
- Den psykosociala utredningen sker i samverkan med kommunen.

7. Somatisk vård och utredning

Vad?

Den psykiatriska vården har tillsammans med primärvården ansvar för att utreda och behandla patientens kroppsliga hälsa. En kartläggning av alkohol, droger, rökning och kosthållning bör ske. Förebyggande hälsoarbete bör ingå i behandlingen, till exempel möjligheter till fysisk träning, information och hjälp med kosthållning, tandhygien och rökavvänjning.

Varför?

Kartläggningen ger möjlighet att hjälpa patienten till en bättre hälsa. Den minskar även risken för att av följsjukdomar utvecklas, till exempel diabetes, hjärt-, kärl- och lungsjukdomar samt för tidig död.

Kvalitetsmål

- Andelen patienter som genomgått medicinsk utredning och följts upp kontinuerligt, det vill säga minst en gång/år.
- Andelen patienter som uppfattas ha behov av somatisk behandling och vara i behov av hjälp med kosthållning, rökavvänjning och tandvård (gröna kortet).

8. Läkemedelsbehandling

Vad?

Antipsykosläkemedel är en hörnsten i behandlingen av patienter med psykos. I akutskedet erbjuds bensodiazepiner för att behandla sömnlöshet och ångest. Antipsykosläkemedel ges i lägsta effektiva dos och ska om möjligt undvikas under den första veckan, för att få en uppfattning om förloppet utan att det påverkas av antipsykosmedicinering. Effekten och biverkningar av insatt dos ska bedömas fortlöpande. Dosanpassning sker i samband med klinisk utvärdering och med kunskap om läkemedlets upptag, nedbrytning och utsöndring. Monoterapi bör eftersträvas för att undvika interaktioner och tydliggöra det insatta läkemedlets effekt. Det är väsentligt att från början försöka bygga en allians kring medicineringsfrågor. Information och tydlighet gentemot patienten om vilka effekter en viss medicin kan förväntas ha utgör en central faktor.

Varför?

Behandling med läkemedel syftar till att reducera psykotiska symtom och lindra ångest, och därmed hjälpa patienten att återfå tillgång till sina resurser och till en bättre verklighetsförankring, vilket oftast är en förutsättning för andra behandlingsinsatser. Ett mål för längre tids behandling är att undvika återfall. Vissa biverkningar påverkar funktionen på ett sådant sätt att livskvalitet och hälsa kan försämrast.

Kvalitetsmål

- Kontinuerlig utvärdering av effekter (förändring av symptom – RS-S) och biverkningar av insatta läkemedel.
- Kontrollera den kroppsliga hälsan genom blodprovstagningar för endokrina och metaboliska funktioner, blod- och leverstatus, elektrolyter samt viktkontroll.
- EKG tas vid läkemedlets insättande och under behandlingens gång.

9. Psykosociala insatser

Vad?

Psykosociala insatser är en annan hörnsten i den tidiga behandlingen. De ger en bas för fortsatt vård för att förebygga och mildra sekundära konsekvenser av psykos, och underlätta återhämtning.

Dessa insatser kan utgöras av:

- Olika gruppverksamheter som syftar till ökad social funktion och återhämtning, till exempel funktions- och färdighetsträning, självförtroendeträning och social träning
- Andra stödjande och alliansskapande insatser, t ex case management-insatser
- Psykoterapi i syfte att förstå, hantera och integrera psykiska symptom och ge stöd i möjligheten att nyorientera sig. Kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi har i jämförelse med enbart läkemedelsbehandling visat sig ytterligare minska symptom och vårdtid, och leder troligen till bättre behandlingsallians. Hittills visade resultat är lovande och bör replikeras. Utifrån kliniska observationer har även andra, främst psykodynamiska psykoterapiformer föreslagits vara användbara vid många psykosformer, men vetenskapligt stöd saknas.
-
- Stresshanterings- och problemlösningstekniker för att minska såväl framtida stress som det trauma som insjuknandet i psykos kan innebära.
- Riktade pedagogiska insatser individuellt, i grupp eller i familjen, till exempel familjeintervention, problemlösande så kallade "multifamily groups"
- Utbildning om psykos och läkemedel
- Arbete med tidiga varningstecken
- Social färdighetsträning
- Psykiatrisk sjukgymnastik i syfte att behandla kroppsliga symptom som smärta, kroppsliga uttryck för ångest eller t ex skrämmande kroppsupplevelser.

Varför?

Dessa insatser bidrar, utifrån patientens specifika behov, till att underlätta återhämtning, och att hjälpa patienten och anhöriga att bemästra sin nya situation, få förståelse för innebörden av att en familjemedlem har fått en psykos, och kunna orientera sig framåt.

Kvalitetsmål

- Checklista där programtroheten (det vill säga hur väl den faktiskt genomförda behandlingen överensstämmer med vårdprogrammet) regelbundet skattas
- Patient- och anhörigenkät som mäter tillfredsställelse i bemötande och behandling en gång/år.

10. Rehabilitering

Vad

Rehabilitering innefattar insatser för att främja patientens boende, studier, arbete, sysselsättning och fritid. Dessa insatser bör påbörjas i ett tidigt skede för att motverka och lindra funktionsnedsättning. Utgångspunkten är patientens egen problemformulering. Ansvar delats mellan sjukvården och socialtjänsten. En del patienter har arbete, pågående studier eller är arbetslösa men står nära arbetsmarknaden. För dessa grupper bör kontakt tas med försäkringskassan och arbetsförmedlingen, som har ett fortsatt rehabiliteringsansvar inom nämnda områden. Om samverkan med nämnda organisationer inte finns i dagsläget behöver den byggas upp. Rehabiliteringsbehov ska inventeras och utredas tidigt i vårdprocessen (inom tre månader).

Varför?

Rehabilitering motverkar funktionsnedsättningar och socialt tillbakadragande hos patienten, och minskar risken för att han/hon hamnar utanför arbetsmarknaden. Rehabilitering ökar också möjligheterna till ett kvalitetsfullt och självständigt liv för patienten.

Kvalitetsmål

- Ha fungerande löpande kontakter med socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan
- Efter inventerat behov av systematisk psykosocial rehabilitering för varje patient, tillse att behoven tillfredställs
- Årligen utvärdera insatser

11. Uppföljning och kvalitetssäkring

Vad?

Uppföljning och kvalitetssäkring görs genom skattning av patientens symtom och funktion. Effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling utvärderas, samt en inventering av patientens behov och uppföljning av kroppslig hälsa.

Varför?

Regelbunden uppföljning av verksamheten bör vara knuten till det kliniska arbetet, för att kunna följa hur väl medarbetarna uppfyller sina egna riktlinjer, och utfallet av vården för patienten och närstående.

Kvalitetsmål

- System för regelbunden uppföljning för varje team, eller de som arbetar med förstagångsinsjuknade. Förslagsvis kan uppföljningsinstrument bestå av:
- RS-S "remission 8 items", återkommande
- GAF (symtom och funktion) minst en gång/år
- CAN, årligen
- Enheten bör ingå i det nationella kvalitetsregistret Psykosregistret och därmed kunna jämföra sin egen verksamhet med genomsnittet för andra, liknande enheter.
- Alla patienter har upprättade behandlings- och rehabiliteringsplaner
- Skattning av patient- och anhörigtillfredsställelse, en gång/år
- Skapa strukturer som underlättar patienternas deltagande i pågående forskningsprojekt samt verka för samarbete med universitet, högskolor och forskningsinstitut.
- Viktigt att ta hänsyn till att män och kvinnor har skilda behov och sjukdomsuttryck.

Referenslista

Riktlinjer som varit vägledande för utformningen av dokumentet

International early psychosis association writing group. International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry 2005;187 (suppl. 48):s120-s124.

McGorry P. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2005;39:1-30.

National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guideline 1. Dec 2002. <http://www.nice.org.uk>

Socialstyrelsen. Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt. 2003. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1691/2003-110-12.htm>

TOP-projektet

Tidigt Omhändertagande vid Psykos
Initierat av Nationell Psykiatrisamordning

Framtaget av TOP-projektet 2007