



Regionalt Vårdprogram

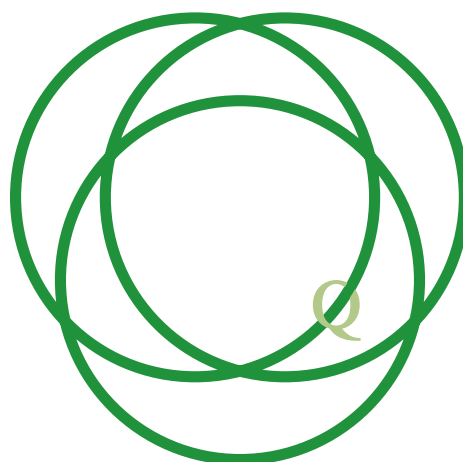
**Patienter med psykos,
speciellt schizofreni**

Stockholms läns landsting

2003

Medicinskt
Program Arbete





Regionalt Vårdprogram

Patienter med psykos, speciellt schizofreni

Rapporten är framtagen av:

Olle Lönnerberg
Yvonne Arctaedius
Anders Berntsson,
Jonas Borgman
Gunilla Bruus,
Lars Erdner
Hanna Hartleb
Guy Karlsson
Nils Lindefors
Ann-Christine Mårder
Svante Nyberg
Ingela Stolt
Maria Sundvall

ISBN 91-85209-17-1



Stockholms läns landsting
Beställarkontor vård

Förord

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholm är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,8 miljoner invånare.

Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och utgöra grund för bättre beslut i vården.

Arbetet bedrivs gemensamt av producenter och beställare. Patientföreträdarna har en självklar plats i arbetet och medverkar i de olika grupper. Stockholms Medicinska Råd och 16 programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal Årsrapporter, Regionala vårdprogram och Fokusrapporter har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

De regionala vårdprogrammen skall vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet. De regionala vårdprogrammen och de övriga rapporterna från MPA skall vara en bas för dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och kommer att utgöra en grund för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

Regionalt vårdprogram för patienter med psykos, speciellt schizofreni

Det här är ett regionalt vårdprogram för patienter med psykos, speciellt schizofreni. I detta program behandlas inte affektiva psykoser.

Psykos innebär en störning av identiteten och en förändring av förmågan att rätt tolka omvärldshändelser. Därför ses tecken på hallucinationer och vanföreställningar vid psykos. Psykos innebär ofta en nedsatt funktionsförmåga och många av dem som drabbas av psykos får ett långvarigt sjukdomsforlopp t.ex. schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Cirka 10 % av de schizofrenidrabbade dör i förtid på grund av självmord.

Det regionala vårdprogrammet riktar sig till vårdpersonal inom psykiatri och deras samverkanspartners, men kan även läsas av patienter och närstående. Innehållet i vårdprogrammet är även tänkt att kunna användas av tjänstemän i beställar- och produktionsorganisationerna i planering, avtal och uppföljning.

Syftet med vårdprogrammet är att utgöra en gemensam grund för arbetet med prevention och tidig intervention, diagnostik och behandling, men också för vården av långtidssjuka psykotiska patienter och betydelsen av samverkan med primärvård, tandvård och berörda i kommunerna. Vårdprogrammet ska även kunna tjäna som underlag för framtagande och uppföljning av samverkansöverenskommelser och lokala riktlinjer samt utgöra utgångspunkt för implementeringsarbetet.

Detta regionala vårdprogram för Stockholms läns landsting är framtaget inom ramen för det medicinska programarbetet i Stockholm och bygger på det som var tänkt att bli nationella riktlinjer för vård och stöd till patienter med psykos, speciellt schizofreni (Socialstyrelsen 2002) och en omfattande litteraturgenomgång.

Arbetsgrupp och förankring

Vårdprogrammet är framtaget inom ramen för programområdet för Psykiatri.

Arbetsgruppen har bestått av f.d. chefsöverläkare Olle Lönnerberg, ordförande i arbetsgruppen, chefssjuksköterska Yvonne Arctadius, chefsöverläkare Anders Berntsson, överläkare Jonas Borgman (tom 2001-10-11), mentalskötare Gunilla Bruus, psykolog Lars Erdner, kurator Hanna Hartleb, vårdadministratör Guy Karlsson, docent, bitr chefsöverläkare Nils Lindefors, 1:e assistent Ann-Christin Mårder, sekreterare i arbetsgruppen (from mars 2001), överläkare med dr Svante Nyberg, psykolog Ingela Stolt och överläkare Maria Sundvall.

Regional och yrkesmässig spridning har eftersträvats i arbetsgruppen och inga jävsförhållanden har uppgivits. Gruppen som helhet står bakom det regionala vårdprogrammet.

Gruppen har till sig knutit extern expertis för hearings:

Med dr Christina Dalman	Epidemiologi och prevention
Överläkare Margareta Falk Hogstedt	Tidig intervention
Docent Ulf Malm	Rehabilitering
Överläkare Urban Ösby	Somatisk sjuklighet
Överläkare Bo Ivarsson	Kvalitetsmått
Lars Eriksson	Anhöriginflytande
Kjell Broström	Patientinformation
Professor Johan Cullberg	Övergripande frågor

Patientmedverkan har skett genom hearings med representanter för RSMH och IFS.

Stockholms medicinska råd antog detta program den 21 maj 2002.

Kaj Lindvall
Ordförande
Stockholms Medicinska Råd

Anna Åberg-Wistedt
Medicinskt råd, ordförande
Programområde Psykiatri

Innehållsförteckning

Förord	2
Regionalt vårdprogram för patienter med psykos, speciellt schizofreni.....	3
Innehållsförteckning	5
Psykos - hur ser det ut och vad händer?	7
Psykos – vad göra?	7
Utmaningar för fortsatt utveckling av psykiatri	8
Referenser.....	10
Kartläggning	11
Epidemiologi	11
Samsjuklighet (komorbiditet).....	15
Referenser.....	16
Efterfrågan och utbud	17
Prevention och tidig intervention.....	21
Prevention.....	21
Barn till föräldrar med psykisk störning.....	21
Graviditets- och förlossningsskador	22
Risktillstånd och obehandlad psykos	22
Omhändertagande av nyinsjuknade i psykos	23
Referenser.....	26
Diagnostik och utredning.....	27
Diagnostik	27
Utredning.....	27
Utredningens gång.....	27
Referenser.....	30
Läkemedelsbehandling	31
Viktiga behandlingsmål.....	31
Metoder och rationella överväganden	31
Några allmänna råd för läkemedelsbehandling vid psykossjukdom	32
Referenser.....	33
Vård av långtidssjuka psykotiska patienter	35
Bakgrund	35
Principer vid rehabilitering av personer med psykiska funktionshinder ..	36
Organisation	36
De centrala elementen i teamets arbetet	37
Rehabiliteringsarbetet.....	39
Behov av heldygnsvård	40
Referenser.....	40

Kvalitetsindikatorer.....	41
Kvalitetsutveckling, uppföljning och utvärdering	41
Kvalitetsarbete	41
Utvärdering i praktiken.....	42
Krav på kvalitetsindikatorerna.....	43
Val av indikatorer	43
Teknologi – ett exempel	44
Skattningar som görs av patient och anhöriga.....	44
Skattningar som görs av personal	45
Samverkan	47
Kommunen	47
Samverkan - mikronivå	48
Samverkan med primärvården.....	48
Tandvård.....	49
Patientinformation.....	51
Referenser	53

Sammanfattning om psykos och schizofreni

Psykos - hur ser det ut och vad händer?

Psykos innebär en förändring av förmågan att rätt tolka omvärldshändelser. Därför ses vid psykos i olika grad tecken på hallucinationer och vanföreställningar. Den psykossjuka kan ge ett osammanhängande intryck i tal och handling. Psykos innebär i varierande grad också en nedsatt funktionsförmåga avseende social samvaro, arbetsförmåga och psykologiskt fungerande. Över hälften av dem som drabbas av psykos får ett långvarigt sjukdomsförlopp, t.ex. schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Vid långvarig psykossjukdom förekommer i allmänhet episoder av återinsjuknande och där emellan lugnare perioder, med varierande grad av kvarstående symtom och funktionsnedsättning. Schizofrenisjukdom innebär tyvärr inte bara ett allvarligt hot mot psykisk hälsa. Cirka 10 % av de schizofrenidrabbade dör i förtid på grund av självmord.

Psykos – vad göra?

På grund av en stor variabilitet i insjuknande och sjukdomsuttryck måste initialt omhändertagande vid förstagångsinsjuknande anpassas till den enskildes behov. På grund av tillståndets natur är professionellt omhändertagande redan från början mycket viktigt. Specifik kunskap behövs för att minimera kränkande åtgärder och för att upprätthålla respekt och så mycket som möjligt av individens autonomi.

En lugn och trygg miljö liksom kontinuitet i vårdkontaktarna underlättar för den drabbade och dennes anhöriga. Viktigt är att tidigt delge kunskap om vad som händer och om redskap för att kunna leva så väl som möjligt med psykos. En förutsättning för fördjupad kunskap är en specifik utredning, som grund för diagnos och information till patient och anhöriga inför planering av behandling och rehabilitering.

I allt väsentligt är individens behov likartade vid upprepade episoder av återinsjuknande. Dock är det vid det första insjuknandet som mycket av patien-

tens och de anhörigas förtroende (eller misstroende) gentemot sjukvårdsorganisationen grundläggs.

Behandlingen av patienter med psykosjukdom har som mål att förbättra funktion, minska plågsamma symtom och att förebygga återfall. Behandlingen har följande beståndsdelar:

- Läkemedel
- Psykologisk behandling
- Omvårdnad
- Utbildning för patient och anhöriga
- Psykosocialt stöd

Utmaningar för fortsatt utveckling av psykiatri

• ur brukarperspektivet

Den känsla av främlingskap och överklighet som kan åtfölja psykosen förvärras inte sällan av omvärldens oförmåga till tolerans och inlevelse. Okunskap och brist på professionell träning gör att denna nackdel alltför ofta uppstår även i kontakt med sjukvården. Okunskap om professionell handläggning leder till fördröjning, bristande patientmedverkan och försämrade behandlingsresultat.

Specifika program för patienter med psykos avseende omhändertagande, utredning och behandling kan reducera risken för felaktig handläggning och ge en plattform för vård och träning byggd på tillgänglig kunskap. En stor öppenhet om psykosjukdom är ändamålsenligt för att minska risken för stigmatisering. Stigmatisering här avser bl.a. föreställningar och handlingsmönster som, ofta omedvetet, ökar känslan av skam hos den psykosdrabbade. Stigmatisering försvårar behandling och rehabilitering och ökar de drabbades lidande.

• ur anhörigperspektivet

Den anhörige kan drabbas av skuld, skam och överklighetskänslor. Brist på kunskap om sjukvårdens organisation, den psykosjukets legitima integritet och sjukvårdspersonalens tystnadsplikt kan försvåra för en anhörig att ge hjälp och själv få stöd.

Även här kan ett specifikt psykiatriprogram för psykos, speciellt schizofreni, vara av värde för att säkerställa att anhöriga får sitt informationsbehov tillgodosett, så att dessa kan bidra till vård och rehabilitering. Kunskap ger då möjlighet för anhöriga att skingra lite av sin egen oro och ge sitt stöd efter förmåga.

- **ur psykiatrins perspektiv**

Psykiatrins organisation i Stockholms läns landsting (och annorstädes) är påtagligt odifferentierad i förhållande till övrig sjukvård. Sköra, nyinsjuknade patienter med stillsam sjukdom blandas med mycket oroliga, aggressiva och utagerande medpatienter. Detta leder till ökade psykossymtom och därmed till sämre vård och ibland även till en oacceptabelt nedsatt patient- och personalsäkerhet. Bristen på verksamhetsdifferentiering försvårar tillämpning av psykiatriprogram för specifika former av psykisk ohälsa. Detta gäller både i öppenvårdens psykiatriska team och på vårdavdelningar.

Aktuella måldokument inom sjukvården efterlyser omhändertagande, utredning och behandling baserade på tillgänglig kunskap. En förutsättning för en rimlig kunskapsstyrning inom psykiatri är framväxt av avvägd subspecialisering. De senaste årens snabba utveckling av psykiatri program/ vårdprogram/ medicinska program innebär en helt ny möjlighet att förvärva instrument för kunskapsstyrd och effektiv psykiatri.

Detta innebär att vi föreslår följande:

- Tillskapande av särskilda psykoteam med möjligheter till tidig intervention vid förstagångspsykos eller psykosmisstanke.
- Reducering av platsantalet vid vårdavdelningar inom den psykiatriska akutvården och med utveckling av anpassade enheter om högst 6-8 vårdplatser.
- Tillämpning av lågdosstrategier vad gäller antipsykosbehandling.
- Systematiskt utvecklande av personalens kompetens för psykoterapeutiska och pedagogiska behandlingsmetoder.
- Utveckling av fungerande samarbetsorgan mellan psykosenheten och socialtjänsten med ömsesidig lättåtkomlighet.

Referenser

Nationella Riktlinjer för vård och stöd till patienter med psykos, speciellt schizofreni. En kunskapsöversikt. Preliminär version. Socialstyrelsen 18 juni 2002

Medicinskt programarbete i Stockholm. Beställare, producenter och patienter i samverkan kring vårdens utveckling. Hälso- och sjukvårdsnämnden

Cullberg J. Psykoser: Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Stockholm: Natur och Kultur 2000

Friis S. Characteristics of a good ward atmosphere. Acta Psychiatrica Scand 1986, 74:469-473 2.

Kartläggning

Epidemiologi

Schizofreni är en allvarlig och ofta långdragen sjukdom som kan medföra svåra funktionshinder. I en befolkning om 100 000 personer insjuknar 15 till 20 personer varje år i en psykos. Ungefär hälften (7–10) av dessa utvecklar schizofreni. Detta skulle innebära att ca 150 personer i Stockholms läns landsting insjuknar i schizofreni varje år. Troligen insjuknar fler i en storstad än på landsbygden. Livstidsrisken för att insjukna i schizofreni är omkring 0,8 %, d.v.s. ca 15 000 personer boende i Stockholms läns landsting drabbas av schizofreni någon gång under sitt liv. Möjligen är det färre individer som insjuknar nu än tidigare. Prevalensen, d.v.s. förekomsten vid ett tillfälle, är 0,3 till 0,5 %, d.v.s. 5 000–9 000 personer i Stockholms län är drabbade. Många av dessa har signifikant funktionspåverkan och långsiktigt behov av samhällets insatser. För denna stora grupp är det viktigt att påpeka att de akuta psykotiska symtomen har avklingat för många, men att andra sjukdomstecken kan finnas kvar. Sjukdomen drabbar kvinnor och män i samma utsträckning, men hos män tidigare, vanligen i 20–25 årsåldern. Hos kvinnor kommer insjuknandet oftast mellan 25 och 30 års ålder.

Någon säker tillgänglig statistik vad gäller epidemiologin för hela Stockholms läns landsting föreligger ej. Ett indirekt mått skulle kunna bestå i att studera utköpta antipsykotiska läkemedel i befolkningen. Sådan statistik har framtagits och visas i tabell 1 nedan. Ett annat indirekt mått skulle vara andelen invånare i befolkningen som varit föremål för psykiatrisk heldygnsvård under fem år. Sådan statistik redovisas i tabell 2 och bilaga 1. Som synes förklaras den stora skillnaden i läkemedelsförskrivning respektive psykiatrisk heldygnsvård inte enbart av att vissa kommuner är tätt befolkade och andra är mer glest befolkade.

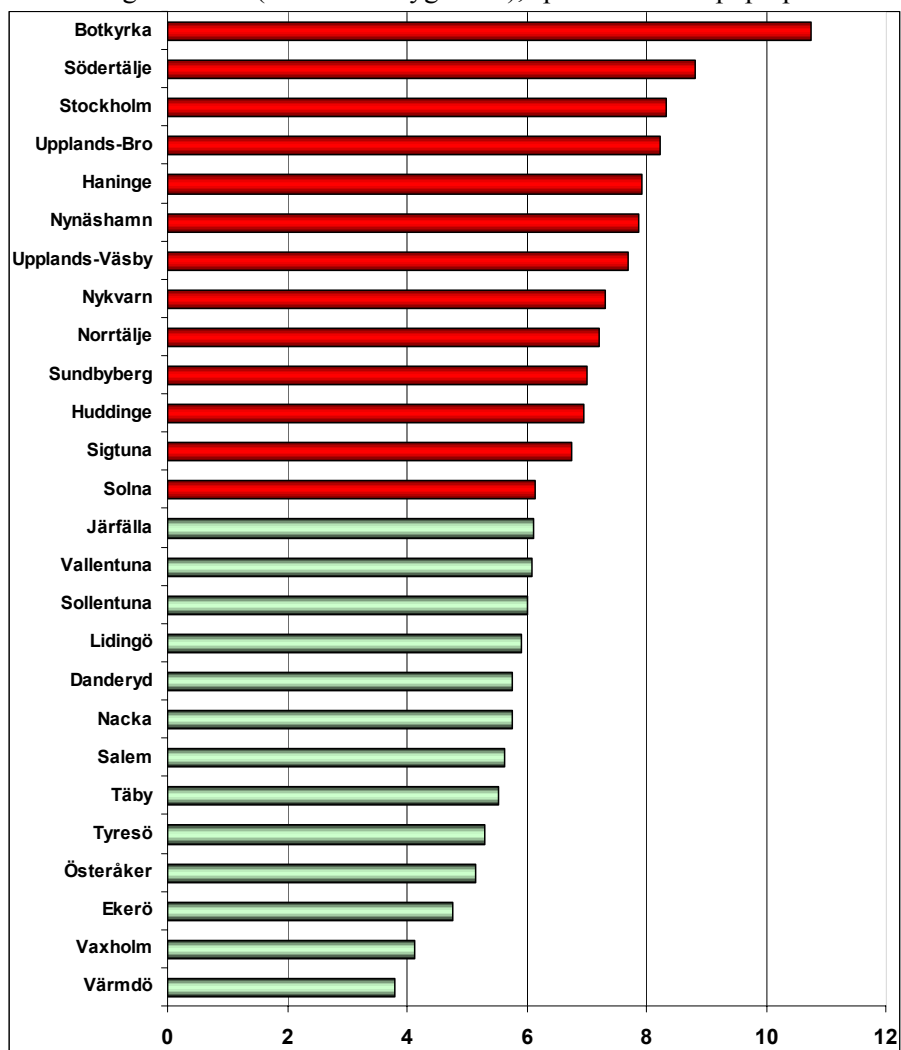
Tabell 1

Förbrukning av antipsykotiska läkemedel i SLL under 2001

Antipsykotiska läkemedel förskrivna och uttagna (recept + apodos) till personer över 18 års ålder (per 1000 invånare). Diagrammet visar värden kommunvis efter bostadsort inom Stockholms läns landsting (SLL).

Mörka (röda) staplar visar mätvärden över medianvärdet för enskilda kommuner i SLL.

Värden anges i DDD (definierad dygnsdos), specifikt för resp. preparat



DDD/1000 invånare

Ali Vetr, Karolinska Apoteket och Nils Lindefors, Psykiatri Karolinska 2003
Psykiatrisk slutenvård i SLL under 1997-2001, med psykosdiagnos

Tabell 2

Psykiatrisk slutenvård i SLL under 1997-2001

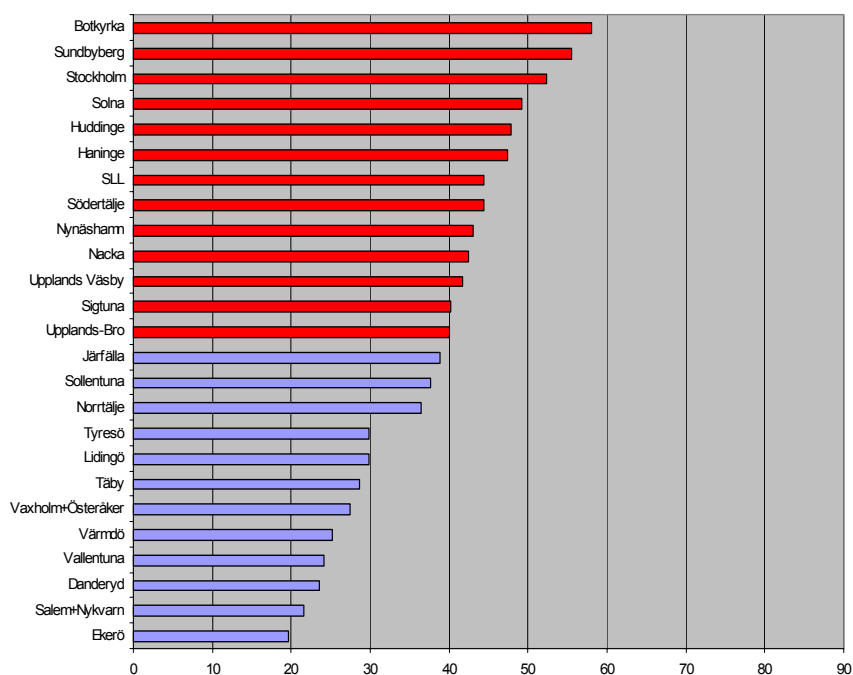
Antal personer över 18 års ålder (per 10000 invånare) som vårdats på psykiatrisk klinik inom Stockholms läns landsting (SLL) under diagnos F20-F29 (Schizofreni och andra psykotiska syndrom) under 5-årsperioden 1997-2001. Personer redovisas efter bostadsort; och i resp.kommun/stadsdel vid resp. vårdtillfälle om personen flyttat under mätperioden.

Diagram A visar värden för kommunerna i SLL, samt medelvärde för SLL som helhet.

Diagram B visar värden för Stockholms stadsdelar.

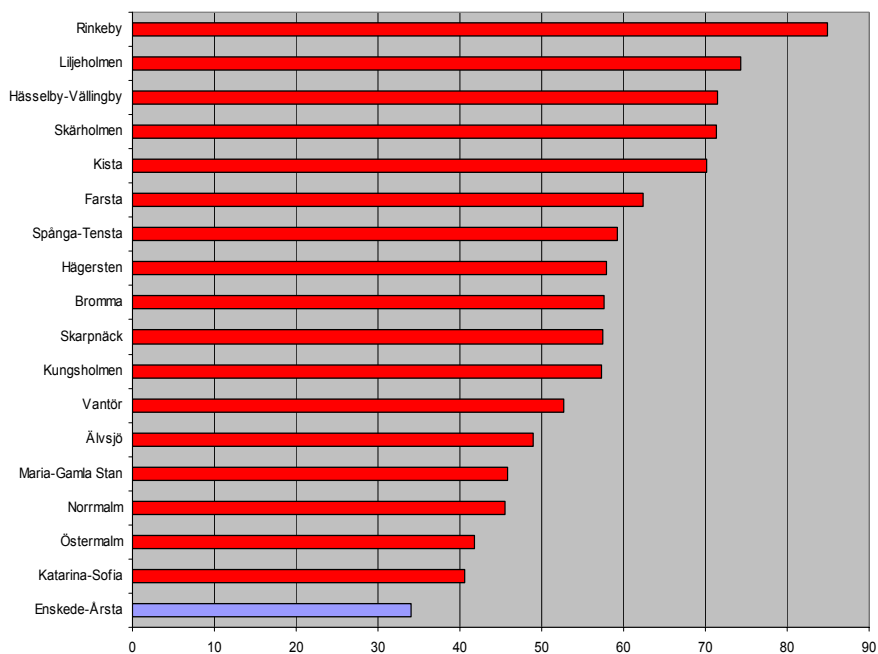
Mörka (röda) staplar visar mätvärden över medianvärdet för enskilda kommuner i SLL.

A



Antal personer över 18 års ålder/10000 invånare, under perioden 1997-2001

B.



Antal personer över 18 års ålder/10000 invånare, under perioden 1997-2001
Susanne Wicks, Samhällsmedicin och Nils Lindefors, Psykiatri
Karolinska, 2003

Samsjuklighet (komorbiditet)

Den som lider av ett schizofrent syndrom kan även drabbas av andra psykiatriska syndrom. Detta gör att behandlingsstrategierna kan behöva omprövas. Dessutom är det inte ovanligt att individer med schizofreni har en *personlighetsstörning* som kan ha stor betydelse för behandlingen och prognosen. Det är därför viktigt att inkludera en personlighetsbedömning i diagnostiken.

Depression kan förekomma tillsammans med schizofrent syndrom. Dessutom kan vissa depressiva symtom, t.ex. ångest och oro finnas utan att det rör sig om en fullt utvecklad egentlig depression. Risken för att någon gång under sitt liv drabbas av ett depressivt syndrom om man lider av schizofreni anges i vissa studier så hög som 60–65 %. Samsjuklighet mellan schizofreni och egentlig depression ökar med största sannolikhet risken för självmord i denna grupp. Självmordsrisken är över huvud taget hög hos dem som drabbas av schizofreni. Man beräknar att 10 % avlider till följd av självmord inom en 10-årsperiod från första insjuknandet.

I europeiska studier uppger 40–50 % av patienterna med schizofrenidiagnos att de *överkonsumerar alkohol*. Cirka 25 % uppger att de tillfälligt eller upprepat använder *cannabis*.

Rökning är mycket vanligt bland patienter med schizofreni. 70–90 % av patienterna röker. Detta ska jämföras med 20–35 % i befolkningen och 45–70 % av patienter med andra psykiatriska diagnoser.

Det finns även en betydande samsjuklighet mellan schizofreni och *somatiska sjukdomar* såsom hjärt-kärlsjukdomar, infektionssjukdomar, sjukdomar i andningsorganen och mag-tarmkanalen. ”Naturlig” död i dessa sjukdomar är 1,4 gånger högre än förväntat. Det förtjänar även påpekas att människor som lider av schizofrena syndrom ofta har mycket dålig tandstatus.

Referenser

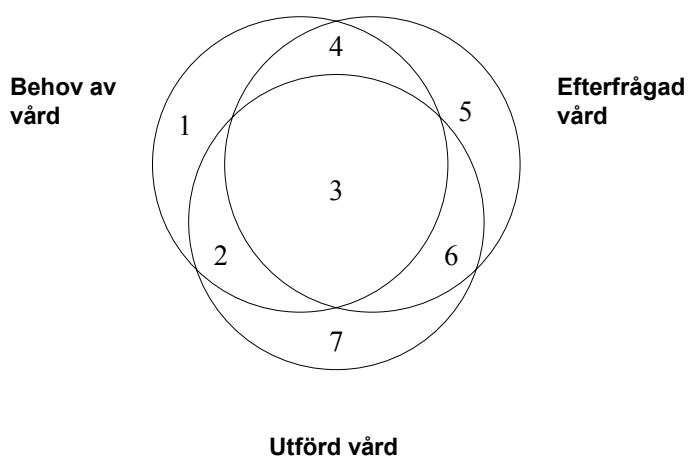
Ösby U. Mortality in schizophrenia and affective disorder. Avhandling. Stockholm 2000.

Allebeck P, Adamsson C, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;88; 21-24.

Allebeck P. Schizophrenia: A life-shortening disease. *Schiz Bull* 1989;15 (1); 81-89 3.

Efterfrågan och utbud

Vid kartläggningen av dessa frågor har ledningsgruppen för medicinskt programarbete föreslagit följande modell för att diskutera hur behov, efterfrågan och utförd vård förhåller sig till varandra. Schematiskt beskrivs modellen nedan.



De siffror som finns förtecknade ovan följs i den fortsatta sammanställningen.

1. Behövd, ej efterfrågad, ej utförd vård

Exempel på detta vad gäller psykospatienter är tidig intervention i stora delar av Stockholm. Ett annat exempel kan vara behandling och omvårdnad till hemlösa schizofrena människor. Familjestöd i vissa fall.

2. Behövd, ej efterfrågad, utförd vård

Denna situation kan exemplifieras av tvångsvården som i bästa fall reducerar farlighet för patienten själv eller omgivningen.

3. Behövd, efterfrågad, utförd vård

Detta är vad vår uppgift handlar om, nämligen att erbjuda så stor andel som möjligt av dem som har störningar av psykotisk svårighetsgrad en evidensbaserad vård som patienterna efterfrågar.

4. Behövd, efterfrågad, ej utförd vård

Måts bäst genom att analysera vårdköer inklusive köer mellan olika huvudmäns vårdutbud. Anhörigarbete, information till patienter och delaktighet i vårdplaneringen är andra behövda, efterfrågade men otillräckligt genomförda åtgärder. Psykoterapi ges alltför sällan till dessa patienter.

5. Ej behövd, efterfrågad men ej utförd vård

Här finns terapiformer som inte är i enlighet med skolmedicinens principer och där annan aktör får ta det fulla ansvaret.

6. Ej behövd, efterfrågad, utförd vård

Här finns vissa terapiformer där nyttan och evidensbasen är tveksam. Exempel vissa psykoterapiformer. Vissa former av stödkontakt med oklar målsättning. Även viss medicinering kan falla under denna rubrik.

7. Ej behövd, ej efterfrågad men utförd vård

Exempel från psykosvården är polyfarmaci till människor med psykos. Schablonartade kombinationer av neuroleptika och antiparkinsonmedel. Alltför höga doser av neuroleptika. Men hit hör även dålig samverkan mellan olika vårdgivare och myndigheter och revirstrider mellan huvudämnen liksom kontraproduktiva organisationer.

Det finns kanske skäl att stanna upp kring de kontraproduktiva inslagen i psykosvården och ge några exempel:

- Akutavdelningarna på sjukhusen är ofta opersonliga, skrämmande och stora med bristande kontinuitet. Detta för med sig en hög ”expressed emotion”- nivå och risk för att patienten, ovanpå sin redan tidigare svåra störning, dessutom får ett posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).
- Det är ett stort gap mellan den vård man bedriver i hemmet och på en akutavdelning. Detta gör att vården ofta blir obegriplig, speciellt för de unga patienterna.

- Ofta har vi en upphackad vårdkedja som försvårar rehabiliteringen av patienten.
- Den bristande kännedom vi har om patienten och hans familj medför stereotypa behandlingsinsatser.
- Psykoterapeutiska och farmakologiska insatser är ofta impulsbetonade och ibland lågprofessionella.

Prevention och tidig intervention

Prevention

Vi känner i dag inte till något som kan förhindra uppkomsten av schizofreni. Vi är därför hänvisade att i det förebyggande arbetet arbeta med riskgrupper respektive göra en kraftsamling för tidig intervention.

Barn till föräldrar med psykisk störning

Barn till föräldrar med psykisk störning, i synnerhet barn till personer med schizofreni och depression, har visat sig ha en förhöjd risk för en störd psykosocial utveckling och för egna emotionella, somatiska och sociala problem.

Risk- och skyddsfaktorer

Förutom föräldrarnas psykiska störning finns det en rad andra riskfaktorer för barns hälsa och utveckling: allvarliga relationsproblem i hemmet, missbruk, sociala och ekonomiska problem, att vara utsatt för uppbrott och separation, att leva i trängsel i stora familjer med många barn eller ensam med en psykiskt sjuk förälder. Svårigheten och varaktigheten i föräldrarnas problem är av mycket stor betydelse

Stödet från det sociala nätverket, såväl det professionella som personliga, kan vara ett viktigt skydd för barn i riskzonen. Det finns finska studier av adoptivbarn, som kan tolkas som att uppväxtmiljön kan utgöra ett skydd mot genombrott av en schizofrenisjukdom hos barn med ärftlighet för sjukdomen. Att ha en god skola och barnomsorg är av grundläggande betydelse. Vuxenpsykiatrien har ett särskilt ansvar eftersom den träffar föräldrarna. Den kan ge barnen tillgång till såväl vuxna som ser dem och bekräftar dem, som kunskap, d.v.s. saklig information om förälderns sjukdom och behandling.

Vuxenpsykiatrien bör få ansvar för att:

- dokumentera om det finns hemmavarande barn under 18 år,
- alltid anmäla till socialtjänsten enligt 14 kap 1§ SoL när förälder vårdas enligt LPT,
- tala med barnen om föräldrarnas sjukdom och besvara barnens frågor,
- stödja föräldrarna t.ex. genom att hjälpa föräldern med ansökan hos socialtjänsten om stödinsatser för familjen,
- mobilisera nätverket,
- verka för att socialtjänsten i samarbete med BUP och vuxenpsykiatrien ordnar stödgrupper för barn och ungdomar med psykiskt sjuka föräldrar,
- skapa pedagogiska stödgrupper för föräldrar med psykisk sjukdom,
- samverka lokalt med socialtjänsten, BUP, skola, BVC, MVC m.fl.

Graviditets- och förlossningsskador

Nyare epidemiologisk forskning har visat att graviditets- och förlossningsskador ger en ökad risk för schizofreni. Det finns studier som tyder på att den ökade risken kan vara förbunden med flera olika slags skador, såväl näringsbrist under graviditeten som prematur födsel och syrebrist vid förlossning. Ännu är slutsatserna dock för preliminära för att leda fram till definitiva rekommendationer eller riktade insatser mot riskgrupper. En god allmän mödra- och förlossningsvård förblir det bästa skyddet.

Risktillstånd och obehandlad psykos

Det har under det senaste årtiondet vuxit fram ett ökat forskningsintresse kring möjligheten att tidigt upptäcka och behandla såväl personer med psykotiska tillstånd som de med risktillstånd för psykos. Detta hoppas man kunna uppnå bl.a. genom utbildningsinsatser till den psykiatriska vårdorganisationen samt till olika vårdgrannar och institutioner dit ungdomar och unga vuxna med psykiska problem söker. Utbildningen gäller både symtomatologi och information om enkla kontaktvägar till specialiserade teamverksamheter för de aktuella grupperna.

Identifiering och behandling av risktillstånd

Studier pågår i flera länder gällande upptäckt av risktillstånd för schizofreni och andra psykos. Insatserna riktade till dessa personer syftar till att förhindra eller uppskjuta psykosgenombrott. Det är viktigt att notera att man enbart vänder sig till personer som själva söker hjälp på grund av svåra psykiatriska symtom. Förkortning av perioden av obehandlad psykos (Duration of Untreated Psychosis = DUP)

En lång period av obehandlad psykos anses på många håll som prognostiskt negativt för såväl förlopp som grad av tillfrisknande för den enskilde patienten (dock föreligger ej enighet om huruvida DUP är en självständig variabel i prognostiskt hänseende). Flera studier pågår runt om i världen där man söker förkorta denna period med hjälp av utbildningsinsatser och lättillgängliga specialenheter i enlighet med vad som beskrivits ovan. Även vad gäller denna patientgrupp föreligger ett utvecklingsprojekt i Stockholm.

Psykiatrins ansvar är:

- att utarbeta och genomföra utbildnings- och informationsinsatser till den egna psykiatriska organisationen, främst till akutinstanter och till den psykiatriska öppenvården,
- att göra anpassade utbildningsinsatser till vårdgrannar och samverkanspartner som primärvården, socialtjänsten, BUP samt skolhälsovård,
- att ge möjlighet till snabb remiss/ hänvisning/ telefonanmälan/egenanmälan, möjlighet till informella konsultationer med namngivna personer eller enheter,
- att ge behandling anpassad till riskgruppen respektive psykosgruppen (inkl. möjlighet till härbärgering på särskilda enheter).

Omhändertagande av nyinsjuknade i psykos

Under 90-talet har det runt om i Stockholm startats en rad verksamheter för tidigt omhändertagande av förstagångssökande med psykos. Det pågår ett stort forskningsprojekt, det s.k. fallskärmsprojektet, där flertalet av dessa verksamheter ingår. Fallskärmsprojektet vägleds av ett antal principer (se nedan) som kan utgöra grunden för ett gott tidigt omhändertagande.

Den första artikeln om omhändertagandet i fallskärmsprojektet under det första året är publicerad och resultatet av treårsuppföljningen publiceras 2004.

Specialisering eller ej

Verksamheterna organiseras på olika sätt, allt från specialteam till integration i den övriga psykosvården eller i allmänpsykiatri. Ett specialiserat team med uppdrag att omhänderta denna grupp har många fördelar:

- Kunskap om gruppen kan utvecklas.
- Det blir lättare att tillgodose målen med kontinuitet och tillgänglighet i ett team där det finns kunskap om alla patienter.
- Teamet kan hålla sig med de nyaste kunskaperna om t.ex. tidiga insatser och kan ansvara för utbildnings- och informationsinsatser.

En större kontrollerad studie i Västsverige, den s.k. OTP-studien, med en systematisk psykopedagogisk inriktning, tycks visa att det behandlingsprogrammet kan ha positiva effekter även för nyinsjuknade.

Psykiatri ska utforma omhändertagandet av nyinsjuknade enligt följande principer:

A. Snabb intervention

En första kontakt med patienten ska tas inom 24 timmar på vardagar och ett möte hållas så fort som möjligt. Mötet ska kunna hållas där patienten befinner sig, vilket förutsätter rörlighet och flexibilitet för teammedlemmarna.

B. Familjeinriktning

Kontakt tas inom 24 timmar (vardagar). Familjen ses som den viktigaste delen av nätverket och inbjuds i högsta möjliga grad att vara delaktiga i vården.

C. Krisinriktning

Då den nyinsjuknade sökt eller kommit i kontakt med den psykiatriska organisationen finns det en krissituation och en motivation hos patient och anhöriga, där det är viktigt att stödet ges snabbt. En flexibel kontakt bidrar till att minska ångestnivån och bearbeta krisen i familjen.

D. Lättillgänglighet och kontinuitet

Det är viktigt att det finns enkla vägar att nå behandlare, som kan möta patienten och familjen utan långa väntetider. Det är även viktigt att teamet/ enheten fortsätter att följa patienten även under den besvärliga återhämtningsperioden. Forskning har visat att den första femårsperioden är en kritisk period i psykosutvecklingen.

E. Avvakta med och modifiera dosen av antipsykotika

Som ett led i ett sådant här krisomhändertagande av den nyinsjuknade, är det eftersträvansvärt och oftast möjligt att avvakta med antipsykotika ett par veckor. Patienten erbjuds då lämpligen i första hand läkemedel som är mer direkt riktade mot de akuta symtomen, som till exempel sömnmedel och mediciner mot ångest. Detta underlättar krisbearbetningen och lämnar utrymme för den akuta psykosen att läkas utan ytterligare medicinering. Det lämnar även utrymme för diagnostik och utredning samt för att redan från början skapa en god allians med patienten om medicineringen. Ifall antipsykotika behövs efter denna inledande fas, eftersträvas så låga doser som möjligt och monoterapi med ett preparat. Se för övrigt avsnittet om läkemedelsbehandling.

F. Anpassad heldygnsvård

Erfarenheten och tidiga resultat från fallskärmsprojektet visar att det kan vara av stor vikt att inrätta alternativ till den sjukhusbaserade heldygnsvården, som krishem och liknande. Sådana krishem bör vara småskaliga, och inte omfatta fler än 6-8 platser. De ska erbjuda en lågstimulimiljö med professionell personal som kan ge ett personligt bemötande. Av vikt är att de bör vara integritetsbevarande, så att de till exempel inte skapar en mängd nya regler som skiljer sig från vardagslivets fungerande. På så sätt blir de mindre skrämmande och förvirrande än traditionella slutenvårdsavdelningar för den som nyligen insjuknat i psykos.

G. Aktiva insatser för boende och arbete

Det sociala nätverket har betydelse för hälsan. Näst efter hög ålder är ensamhet den största hälsorisken. Nätverket påverkar sårbarheten och motståndskraften. Det påverkar även möjligheten att klara belastningar och livsstilen grundläggs i mycket hög grad av nätverkskulturen. Studier har visat att nätverket försvagas i samband med intagning på psykiatrisk klinik. Detta talar för att kartläggning av och stöd till nätverket är en viktig del av omhändertagandet av nyinsjuknade.

Referenser

- Skerfving A. Barn till psykiskt störda föräldrar - Sårbarhet, risker och skyddande faktorer. En kunskapssammanställning. Rapport 1996:12 FoU-enheten/psykiatri Västra Stockholms sjukvårdsområde, 1996
- Dalman C, Thomas H V, David A S, Gentz J, Lewis G, Allebeck P. Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia. Population-based case-control study. *British Journal of Psychiatry* 2001, 17; 403-408
- Thomas H V, Dalman C, David A S, Gents J, Lewis G, Allebeck P. Obstetric complications and risk of schizophrenia. Effect of gender, age at diagnosis and maternal history of psychosis. *British Journal of Psychiatry* 2001, 179; 409-414
- Yung A R, McGorry P D. The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22:2; 353-370
- Falk Hogstedt M. Kan Schizofreni förebyggas genom tidig intervention? Pilotprojekt och litteraturoversikt. Sydöstra produktionsområdet, SLL. Oktober 1999
- Larsen T K, McGlashan T H, Johannessen JO, Friis S, Guldborg C, Haahr U, Horneland M, Melle, I, Moe L C, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P. Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment,. *American Journal of Psychiatry*, November 2001, 158:11; 1917-1919
- Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattsson M, Wieselgren I-M. One year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106;276-285.
- Klefbeck, J och Ogden, T. Barn och nätverk. Liber utbildning AB, Falköping 1995
- Dalman C. Early life risk factors for schizophrenia – studies of foetal and perinatal complications. Avhandling. Department of Social Medicine, Göteborgs Universitet 2001
- Loebel A D, Lieberman J A, Alvir J M et al. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (99):1183-1188
- Young A R, McGorry P D. The prodromal phase of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22 (2):353-70

Diagnostik och utredning

Diagnostik

Vid symtomdiagnostiken använder man sig av ICD-10 eller DSM-IV. ICD-10 är ett system som tillskapades av WHO i syfte att diagnoser skulle ställas likartat över hela världen. DSM-IV är ett klassifikationssystem som är utvecklat av American Psychiatric Association.

Utredning

Insjuknande i psykossjukdom är ofta mycket traumatiskt både för patient och anhörig. Det ställer också stora krav på personal som arbetar med patienter som drabbas av psykotiska symtom. När någon insjuknar i en mer schizofren psykotisk bild är det ett allvarligt tillstånd. Insjuknandet kan vara akut, men oftast finns kortare eller längre föregående symtomatologi. Alla patienter som insjuknar med psykotiska symtom utvecklar inte schizofrenisjukdomen, men det är ändå viktigt att göra en ordentlig utredning. Utredningen ligger till grund för en adekvat behandling och omhändertagande. I utredningsprocessen utgör anhöriga en viktig kunskapskälla.

Utredningens gång

Anamnes:

- Social situation
- Förlossningsjournal. Ev. komplikationer
- Familjeförhållanden
- Hereditet
- Uppväxt och utveckling
- Skolgång och utbildning. Intressen. Kamrater
- Personlighet. Sexualanamnes
- Ev värnplikt
- Arbete
- Somatiska sjukdomar

- Missbruk. Alkohol. Narkotika. Annat Kriminalitet

Psykiatrisk anamnes:

- Symtomdebut
- Pågående besvär
- Självmordstankar
- Självmordsförsök
- Aktuella påfrestningar och/eller problem

Psykiskt status med symtomskattning

Somatisk utredning:

- Somatiskt status inkl. neurologstatus
- Laboratorieundersökningar. Rutinprover (blodstatus, leverprover, elektrolyter, tyreoidaprover)
- Narkotika-screening
- Infektionsparameterar (HIV, lues, borrelia)
- Endokrinologisk utredning
- EEG
- CT alternativt MR (magnetrontgen)

Psykologisk utredning:

- Neuropsykologisk testning
- Uppmärksamhetstest
- Allmän intelligensfunktion
- Minnesfunktioner
- Exekutiva funktioner
- Personlighetsbedömning
- Projektiva test
- Observationer
- Strukturerade intervjuer

Psykosocial utredning

- Psykosociala förhållanden

- Socialt nätverk
- Ekonomiska förhållanden
- Bostad
- Studier/Arbete
- Intressen och fritid

Funktionsbedömningar

- Analys av ADL-förmåga
- AMPS ("The Assessment of Motor and Process Skills")
- ACIS ("The Assessment of Communication and Interaction Skills")

Omvårdnadsutredning

- Omvårdnadsbehov
- Livskvalitetsskattning

Exempel på skalor att använda:

- ADL-skalor
- OCAIR-instrument ("Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale")
- CAN
- QLS

Referenser

World Health Organization. ICD-10. International Classification of Behavioral and Mental Disorders. WHO, 1992

American Psychiatric Association, APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV edition. DSM-IV. Washington DC, 1994

Läkemedelsbehandling

Antipsykotiska läkemedel har en väl dokumenterad effekt i behandlingen av psykosjukdom, både i akut fas och som underhållsbehandling. De flesta patienter med akuta psykotiska symtom får en väsentlig reduktion av aktiva psykosymtom inom några veckor. Underhållsbehandling ger en 4-5 faldig minskning av risken för symtomåterfall och återinläggning på sjukhus. Emellertid har medlen begränsad effekt på negativa och kognitiva symtom, och en stor andel patienter får generell otillfredsställande effekt. Dosberoende biverkningar är vanliga för alla tillgängliga medel. All läkemedelsbehandling måste därför individualiseras och utvärderas noggrant.

Viktiga behandlingsmål

- Normaliserad funktionsförmåga.
- Lindring av symtom, t.ex. rösthallucinationer, tankestörningar, nedsatt koncentrationsförmåga.
- Minimera biverkningar och obehag, t.ex. rörelsebiverkningar, tankehämning, rastlöshet.
- Minimera stress. Tilltagande psykos utlöser kroppsliga reaktioner (*hjärnstress*) som kan förvärra sjukdomsförloppet, detta bör motverkas.
- Motverka viktuppgång. Psykosjukdom åtföljs regelbundet av ätandestörningar och detta kan ibland förstärkas ogynnsamt av antipsykotika.

Metoder och rationella överväganden

- Vid läkemedelsval bör monoterapi eftersträvas avseende antipsykotiskt läkemedel. Stöd saknas för att förbättrad effekt nås genom tillägg av ytterligare antipsykotiskt läkemedel, däremot försvåras utvärdering av enskilda preparat. Till stöd för val av läkemedelspreparat hänvisas till Baslistan från LÄKSAK inom Stockholms läns landsting (www.janusinfo.org).

- Det finns ibland skäl att addera läkemedel av annan typ (separat farmakodynamisk verkningsmekanism), t.ex. vid svårbehandlad ångest/oro, mot konfusion, för sömn (sedativum), mot affektiva symtom (schizoaffektiv sjukdom) samt tillfälligt mot läkemedelsutlösta besvär (t.ex. rörelsebiverkningar).
- Läkemedelsanalys i blod (TDM) kan användas för att utvärdera misstänkta av läkemedelskoncentration beroende biverkningar.
- Läkemedelsbyte kan bli aktuellt, t.ex. vid otillräcklig effekt eller svårbemästrade biverkningar. Detta bör ske så att effekt och biverkningar dokumenteras systematiskt, så att rationell jämförelse blir möjlig.

Variabler för systematisk utvärdering, där skattning/mätning är särskilt angeläget

- Symtom och funktion (t.ex. GAF, PANSS)
- Obehag och biverkningar (t.ex. UKU biverkningsskala)
- Vikt(vikt + längd)

Några allmänna råd för läkemedelsbehandling vid psykossjukdom

- Lågdos av antipsykotika i *alla* sjukdomsfaser. Tålmod är viktigt för utvärdering av antipsykotiska läkemedelseffekter.
- Depåbehandling kan ibland vara bra för att förebygga episod av psykos.
- Antikolinerga läkemedel kan tillfälligt ges vid rörelsebiverkningar (EPS), utöver vad som kan uppnås med dosreduktion av antipsykotiskt läkemedel.
- Förslag/exempel angående farmaka för tilläggsbehandling. Vid (1) ångest/oro: bensodiazepiner i första hand och prometiazin, hydroxyzin eller klonazepam i andra hand; (2) konfusion/för sedering: kломetiazol och (3) vid schizoaffektiv sjukdom: litium, karbamazepin eller vaproat.

Referenser

Wiesel F-A. Neuroleptikas effektivitet i psykosbehandling. I Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Behandling med neuroleptika. Volym 1. SBU-rapport nr 133/1, 43-69, 1997

Vård av långtidssjuka psykotiska patienter

Bakgrund

Detta vårdprogram för psykosvården inom Stockholms läns landsting bygger på en utvärdering av vårdmodeller som gjorts bland annat i USA, Danmark och Sverige. Enligt resultatet från dessa studier är ACT-modellen (Assertive Community Treatment) den modell som har varit mest framgångsrik i vård och rehabilitering av långtidssjuka psykotiska patienter. Modellen har vidare utvecklats, anpassats och prövats för svenska förhållanden i ett flertal studier. Resultatet av dessa studier ligger till grund för nedan föreslagna rekommendationer.

Man brukar framhålla att så många som tre fjärdedelar av de patienter som insjuknar i schizofreni behöver långtidsbehandling, rehabilitering och samhällsstöd. För en mindre grupp, ca 10–15 %, är prognosen sämre och dessa patienter behöver omfattande vård och stödinsatser. För många patienter finns det behov av en kombination av rehabilitering och behandling. Rehabilitering innebär sådana insatser som är inriktade på att förbättra funktionen och att minska konsekvenserna av sjukdomen, medan behandling är inriktad på sjukdomen och att minska dess symtom.

Kvarstående problem hos de patienter som alltså inte tillfrisknar efter en psykos kan vara en ökad känslighet för stress, dels i form av en minskad filterfunktion och oförmåga att skilja ut väsentligt från oväsentligt, dels i form av en ökad känslighet för socialt och psykologiskt stressande situationer. Patienten kan även ha en minskad initiativförmåga. Ofta är det mycket svårt för patienten att omsätta tankar i handlingar och att på egen hand komma igång med olika aktiviteter. Vidare kan patienten ha kvarstående psykotiska symtom såsom hallucinationer och vanföreställningar. Till detta kommer att patienten inte så sällan har biverkningar av antipsykotisk mediciner. Patienten kan även ha svårigheter i sociala situationer, till exempel att avläsa andra människors känsloläge, tolka ansiktsuttryck eller kunna förmedla egna känslomässiga uttryck. Patienten kan även ha svårt att generalisera, vilket innebär att hon har svårt att översätta vad hon lärt sig i en situa-

tion till en annan liknande situation. Störningar i de kognitiva funktionerna är vanliga.

Principer vid rehabilitering av personer med psykiska funktionshinder

Målet för rehabiliteringen är att höja patientens funktionsnivå och därmed livskvalitet. Det innebär att man strävar efter att han ska fungera så självständigt som möjligt genom att utveckla både patientens färdigheter och det stöd som patienten blir erbjuden. Modellen med rehabilitering bygger på ett antal värderingar.

Tillsammans med den forskning som har gjorts leder detta fram till följande principer:

- Patienten ska involveras i alla aspekter av rehabiliteringen.
- Nyinlärda färdigheter är situationsbundna.
- Varje patient måste få ha sina egna individuella mål för rehabiliteringsarbetet.
- Symtomreduktion innebär inte i sig någon förbättrad funktionsförmåga.
- Oförmåga att hantera en viss miljö beror både på miljön och patienten.

Organisation

Vård och rehabiliteringsarbete för långtidssjuka patienter *ska ha sin bas i den öppna psykiatriska vården*. I denna ska det finnas ett multidisciplinärt team som innehåller den nödvändiga kompetensen. Som prototyp- och team-sammansättning kan anges psykiater, sjuksköterska med specialistutbildning, kurator, psykolog, arbetsterapeut och mentalskötare.

- Samtlig personal ska ha utbildning i psykiatrisk rehabilitering.
- Teamet ska finnas till hands dagtid och till viss mån kvällstid.
- Teamets storlek ska vara sådan att en god teamanda kan skapas (högst 12 personer rekommenderas för varje team).

Den modell för Case Management som teamet arbetar efter ska vara väl förankrad och stödjas av ledning och övriga verksamheter inom organisationen. Vid behov av psykiatrisk heldygnsvård ska inläggningen ske på en enhet med samma ideologi och synsätt som beskrivits ovan. När det gäller samarbetet med socialtjänsten innebär det en samsyn där man stöder varandras arbete med klienten. Modellen har sin största tillämpning för patienter med allvarliga funktionshinder. Modellen ska inte tillämpas mekanistiskt utan anpassas efter lokala förutsättningar. Dock måste nedanstående grundprinciper vara uppfyllda.

CM-teamet har följande uppgifter:

- Bedöma behov och resurser
- Utarbeta vård- och behandlingsplaner
- Utföra den största delen av behandlingen och stödinsatserna i egen regi
- Koordinera och handleda övriga insatser kring klienten
- Utföra insatserna i patientens egen livsmiljö
- Ha ett aktivt uppsökande arbetssätt
- Ge behandling och stöd som kontinuerligt anpassas till nya behov så länge dessa finns

De centrala elementen i teamets arbetet

Aktivt uppsökande

Teamet ska göra allt för att kontinuerligt vara till hjälp för sina patienter. Teamet har ansvar för att söka upp patienten och ska tillse att behandling och stöd kommer denne tillgodo.

Teamet

Teamet har gemensamt åtagande för den grupp patienter som tillhör teamet. Även om varje patient har en samordningsansvarig Case Manager (CM) och en Patient ansvarig läkare (PAL) ska teamet ha kunskaper om allas patienter och de insatser som planeras för dem och kunna ”backa upp varandra” vid behov.

En tydlig ansvarsfördelning

Teamet har det yttersta ansvaret för genomförande av all behandling. För varje patient finns en samordningsansvarig CM. Denne har ansvar för 10-15 patienter. CM ska tillse att vård och behandlingsplaner upprättas, genomförs och följs upp samt att nödvändig samordning av insatser kommer till stånd. Teamansvaret innebär även att teamet, oavsett var patienten befinner sig i organisationen, har det yttersta ansvaret för att patienten får rätt sorts vård och behandling.

Varaktighet

Kontakten med patienten ska vara långsiktig, ibland livslång. Till en början är kontakten intensiv. För de flesta patienter kan den kontakten efter några år glesas ut.

Behandling

För varje patient ska en individuell vård- och behandlingsplan i samarbete mellan teamet, patient och anhöriga upprättas. I planen beskrivs mål för arbetet samt vilka insatser som ska göras och av vem. I planen ska även finnas en särskild krisplan.

De personer som är aktuella för att genomföra planens olika delar utgör patientens resursgrupp och träffas, tillsammans med patienten, för uppföljande planering. I planen ska beaktas patientens samtliga behov av vård, stöd och service. Teamet svarar för de psykiatriska insatserna samt tillser att övriga insatser kommer till stånd och blir genomförda. Planen ska utvärderas regelbundet och minst en gång per halvår.

Resursgruppens storlek och sammansättning varierar beroende på de insatser som är aktuella. För såväl nyinsjuknade som långtidssjuka är ett brett behandlingsutbud med många olika former av psykoterapi, gruppterapi och icke verbal terapi nödvändiga inslag i arbetet. Psykoterapeutiska metoder med hög evidens ska i första hand användas. I behandlingen bör särskild hänsyn tas till att arbeta med sådana tekniker som är inriktade på att förbättra patientens funktionsförmåga, såsom tekniker för kommunikationsträning, problemlösning och krishantering. Om patienten är förälder, ska särskilt stöd till barnen och familjen erbjudas.

Nätverksinriktning

Rehabilitering och nätverksarbete bör vara behandlingsinriktat på så sätt att patienten och nätverket finns med i problemlösning, beslut och vårdplanering. Görs en nätverkskarta får man en bild över hur patientens relationer och stöd ser ut. Då har man information om vilka människor, både i den privata och professionella sfären, som behöver vara med i vårdplaneringen.

Kompetensutveckling

Att stödja patienten att själv finna lösningar på sina problem är av största betydelse. Målet är att patienten och dennes nätverk genom olika insatser från teamet ska få sådana kunskaper och färdigheter och sådant stöd att han kan leva ett så självständigt liv som möjligt. Olika psykopedagogiska arbetsätt har här visats sig framgångsrika. Patient- och anhörigutbildningar är nödvändiga inslag i arbetet.

Kvalitetssäkring

Förutom regelbunden handledning av handledare med god kompetens i psykiatrisk rehabilitering bör det i arbetet byggas in en modell för kvalitetssäkring. Denna ska ha två syften, dels följa upp resultatet av den enskilde patientens rehabilitering, dels att undersöka hur arbetet med den ovan beskrivna rehabiliteringsmodellen fungerar.

Rehabiliteringsarbetet

Detta kan indelas i tre faser: diagnostik, planering och genomförande. I *diagnostikfasen* fastställs patientens funktionsförmåga och dennes egna mål samt tillgängliga resurser.

I *planeringsfasen* fastställs vem och vilka som kan vara till hjälp i rehabiliteringsarbetet och stödja patienten i att uppnå sina mål. Dessa personer utgör patientens resursgrupp. Resursgruppen kan bestå av professionella och personer ur patientens privata nätverk. Dessa personer kallas av CM och patient till rehabiliteringskonferens. På konferensen användes en tidigare utarbetad preliminär rehabiliteringsplan som agenda. Tillsammans med resursgruppen diskuteras olika problem, vilka åtgärder som bör vidtagas samt vem som kan bidra med olika insatser. Konferensen avslutas när rehabiliteringsplanens olika delar är fastställda. Efter mötet träffas patient och CM och författar en skriftlig rehabiliteringsplan. Efter patientens godkännande erhåller samtliga mötesdeltagare en kopia av planen. Denna förs även in i patientjournalen.

I *genomförandefasen* förverkligas planens olika delar. På återkommande resursgruppsmöten framkommer hur de överenskommelser som gjorts fungerar i praktiken. Nödvändiga revideringar av planen göres vid dessa möten. I den av patient och CM skrivna rehabiliteringsplanen bör följande ingå: Patientens mål för rehabiliteringsarbetet och hans svårigheter att uppnå de ställda målen. För de insatser som ska göras ska framgå vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska utföra arbetet.

I rehabiliteringsplanen ska även finnas en individuell krisplan med tillhörande krishantering.

Behov av heldygnsvård

När det är nödvändigt med heldygnsvård är vårdmiljön av största betydelse. Denna ska vara anpassad så att den motverkar oro och rädsla. Storleken på enheten är viktig, högst 6-8 vårdplatser. Patienterna ska ha möjlighet till vård i små och personligt präglade enheter. Vårdmiljön ska vara trivsamt och ha en låg stressnivå. Det är viktigt att det finns gott om väl tilltagna utrymmen med tanke på de dagliga aktiviteterna. Det är viktigt att upprätthålla kontakten med samhället utanför vårdavdelningen. Om det inte finns en vårdplan ska en sådan upprättas så fort som möjligt. CM ska snarast infinna sig på avdelningen. Vårdtiden bör vara så kort som möjligt. Ett nära samarbete med patientens ”resursgrupp” är en nödvändighet.

Referenser

- Bendsborg P B, Nordentoft M, Hdenearde A, Sogand J. Opsögande psykose-team – Assertive Community Treatment. Köpenhamn: DSI – Institut for Sundhedsvaesem, 1999
- Åberg-Wistedt A, Cresell T, Lidberg Y, Liljenberg B, Ösby U. Two year outcome of for team – based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatric service* 46, 1263-1266, 1995
- Anthony W, Cohen M och Farkas M. Rehabilitering av människor med psykiska funktionshinder. Malmö: Psykiatrin. Universitetssjukhuset MAS, Malmö, 1996
- Andersen T. Reflekterande processer, samtal och samtal om samtalen. Stockholm: Mareld, 1996
- Malm U. Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri. Studentlitteratur, Lund, 2002

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsutveckling, uppföljning och utvärdering

Kvalitetsarbetet i psykiatrin ska utgå från att sätta patienten och dennes anhöriga i centrum, och kvalitetssystemet ska vara utformat så att det säkerställer värdighet, integritet, säkerhet och delaktighet.

I undersökningar har det visat sig att *resultat*, *säkerhet* och *trovärdighet* är de faktorer som är viktigast för patienten och anhöriga vid kontakt med den offentliga sektorn.

Kvalitetssystem bör säkerställa att behovsbedömningar bygger på en helhetssyn på den enskildes situation, möjligheter och behov, där sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov beaktas. Målen för insatserna ska vara tydliga och förståeliga och individuella planer ska upprättas. Insatser ska utformas tillsammans med den enskilde och/eller närstående och en systematisk uppföljning av beslut, planer och insatser ska genomföras och dokumenteras samt vid behov omprövas. Som en viktig del av detta arbete behöver modeller för kvalitetssystem och kvalitetsmått utarbetas. Dessutom finns det övergripande mål och uppdrag som måste vägas in och hänsyn tas till att verksamhetens riktning och mål även bestäms utifrån befolkningsansvar, krav i lagar, författningar och andra bestämmelser, övriga krav på verksamheten, vetenskap och beprövad erfarenhet, riskanalys och effektiv resursanvändning. I vissa situationer kan dessa intressen synas stå i konflikt med varandra.

Kvalitetsarbete

Patienter engagerade i sin egen behandling samarbetar bättre med behandlaren. Information om möjligheter och begränsningar beträffande verksamheternas insatser ska därför beskrivas för patienter och anhöriga. Patienters och anhörigas inflytande stärks genom att de uppmuntras till ett aktivt deltagande i vårdens planering och genomförande. Deras deltagande i uppföljning och utvärdering både på individ- och organisationsnivå är självklart och viktigt

för att kvalitetsarbetet ska fungera och därför behöver personalen ge allt stöd för att patienter och anhöriga ska delta och ge synpunkter som främjar kvalitetsarbetet.

Individuella vårdplaner som upprättas i samråd med patienterna och med deras anhöriga, är ett sätt att tydliggöra målet med vården.

Kvalitetssäkring innebär aktiviteter för att säkerställa att rätt saker görs på rätt sätt från början och varje gång, att proceduren är repetitiv. Genom en *systematisk dokumentation*, av vad som görs, på vilket sätt och med angivande av resultat kan vi granska och utvärdera en handling och på detta sätt säkra kvaliteten; att vi gör rätt saker på rätt sätt.

Kvalitetssystem avser en *organisatorisk struktur, rutiner, processer och resurser som är nödvändiga för ledning och styrning av verksamheten med avseende på kvalitet* (SS-ISO 8402, 1994). Därmed skapas förutsättningar för ett faktabaserat, systematiskt utvecklande av ett fortlöpande kvalitetsarbete. Systematisk kvalitetsutveckling är således en ständigt pågående process, och i det kontinuerliga kvalitetsutvecklingsarbetet betraktas kvalitet som ett rörligt mål.

Utvärdering i praktiken

En noggrann och tydlig dokumentation i vårdplanen av medicinska, psykologiska, sociala och omvårdande insatser som ges och deras resultat är nödvändig för en kontinuerlig utvärdering av den vård som ges. Utvärderingen ska göras kontinuerligt med mätbara delmål vid i förväg preciserade tidpunkter. Denna bör innefatta både expertbedömningar och bedömningar gjorda av individen själv och även anhöriga. Utvärderingen bör sedan sammanställas och diskuteras med dem som har ansvar för vården, personen själv och de närstående för att bli förankrad. Regelbunden uppföljning görs för att säkra att planerade insatser genomförs. Utvärdering görs mot de uppställda målen i vårdplanen.

Då behandlingsinsatser bland annat är inriktade på att reducera plågsamma symtom är återkommande symtomskattningar viktigt. För bedömning av symtomreduktion kan symtomskattningsskalor användas. Det finns skattningsskalor som används av professionen och motsvarande skalor för självskattning. De skalor som väljs ska vara valida och ha god interbedömarreliabilitet. Skalorna ska även vara känsliga för förändring över tid, detta för att både förbättring och försämring av symtomatologi ska bli tydlig.

Erfarenheten är att reliabiliteten ökar om skattningsskalorna åtföljs av strukturerade intervjuer.

Krav på kvalitetsindikatorerna

Följande faktorer är avgörande vid urvalet av indikatorer:

- **Relevans**
Att indikatorn som man valt är inriktad på områden som är av betydelse ur ett övergripande perspektiv, t.ex. berör en stor patientgrupp, eller berör ett resurskrävande område med stora skillnader i praxis eller varierande krav.
- **Validitet**
Med detta avses hur väl indikatorn verkligen mäter det den säger sig mäta. I behandling och tolkning måste även beaktas i vilken utsträckning indikatorn verkligen mäter vårdens kvalitet respektive speglar skillnaden i patientsammansättning och organisation.
- **Mätbarhet**
Indikatorn måste vara formulerad så att den går att mäta rent praktiskt. Den måste vara tydligt och entydigt definierad.
- **Möjlighet att påverka**
- **Tolkningsbarhet/entydighet**

Val av indikatorer

Urvalet av indikatorer präglas generellt av balansgången mellan strävan efter så få indikatorer som möjligt, med risken att bilden blir alltför fragmentarisk och strävan efter den kompletta bilden, med risken att mängden indikatorer gör det omöjligt att få en helhetsbild. Ambitionen har varit att få ner antalet indikatorer till ett minimum, men samtidigt ge en så rättvisande bild av hela psykiatrins psykosvård som möjligt.

Föreliggande urval gör inte anspråk på att vara definitivt eller optimalt, utan bör ses som ett led i en process, där förhoppningen är att indikatorerna ska kunna prövas, omprövas och omformuleras.

Teknologi – ett exempel

I samband med en internationell multicenterstudie, ”Optimal Treatment for Psychoses” (OTP), en naturalistisk utformning för studium av integrerad vård, utvecklad av Ian Falloon ansåg de svenska deltagarna det ändamålsenligt att utveckla en modell för kvalitetsstudier som kunde användas i vardagslag för patienter inom schizofreniområdet. Man kom till slut fram till ett instrument med ett antal dimensioner som kunde användas i det vanliga kliniska arbetet för patienter inom det schizofrena spektrat.

Dessa dimensioner är:

- Brukartillfredsställelse
- Livskvalitet
- Social funktion
- Anhörigbörda
- Biverkningar av psykofarmakabehandling
- Psykiatriska symtom
- Upplevda besvär

För varje dimension finns ett flertal föreslagna skattningsskalor, varav en är obligatorisk. För tre av dimensionerna (se nedan) utförs skattningen av patient och anhörig. De övriga görs av vårdpersonalen.

Skattningar som görs av patient och anhöriga

Brukartillfredsställelse

Patientens kontaktperson är den som tillsammans med patienten och dennes anhöriga genomför 4 av 7 obligatoriska skattningsskalor. Dessa är UKU CON SAT, livskvalitet, familjebörda och patientens upplevda besvär. Vid skattningstillfället går patienten och kontaktperson tillsammans igenom de olika skattningsskalorna. Kontaktpersonen ger patienten de instruktioner som behövs för att genomföra skattningen och tar noga reda på att patienten förstått hur denne ska genomföra själva skattningen.

UKU CON SAT är en brukartillfredsställelseskala. Den består av 11 olika frågeområden där patienten får skatta sin tillfredsställelse med olika aspekter av vården. För varje frågeområde skattar patienten sin tillfredsställelse från mycket missnöjd till mycket nöjd.

Livskvalitet

Denna utgörs av en VAS-skala (visual analogic scale). På en lodrät linje får patienten sätta ett kryss som symboliserar hur tillfredsställd han är med sin livssituation just nu. Ju högre upp på linjen patienten sätter sitt kryss, desto bättre anser han/hon att livssituationen är.

Patientupplevda besvär

Är även den en VAS-skala. Patienten skattar här hur mycket besvär han har haft under den senaste månaden. Längst ner sätter patienten krysset om han/hon under den senaste månaden besvärats jämt och mycket av psykiska problem. Ju högre upp på linjen patienten sätter krysset, desto mindre besvär har han/hon haft. Allra längst upp sätter patienten krysset om han/hon inte alls besvärats under den senaste månaden.

Anhörigbörda

Även här används en VAS-skala. Patienten skall ange vem som är anhörig (en för patienten viktig person som inte har ett anställningsförhållande till den). Tillsammans med information skickas skalan hem till den anhörige. Efter det att patient och anhörig har gjort sin skattning kommer kontaktpersonen att diskutera med dem vad som gjort att de satt sitt kryss där de gjort det. Detta för att förstå närmare vad som avgjort kryssets placering.

Skattningar som görs av personal

Tre skattningsskalor utförs av personalen (främst kontaktperson och läkare). Dessa är **UKU biverkningsskala**. Denna utgörs av ett stort antal frågor som skall fastställa om patienten har några symtom som kan vara tecken på biverkningar av den antipsykotiska medicineringen.

En annan skala är **GAF (Global Assessment of Function)**. På en skala från 1 till 100 skattas patientens symtom och funktionsnivå. Ju längre ner på skalan, desto mer handikappande symtom respektive funktionsnedsättning.

Samverkan

Kommunen

Samverkan och det samarbete det innefattar rör sig hela tiden mellan olika nivåer. Från övergripande nivå, med politiska beslut genom verksamhetschefnivå där lokal samverkan formaliseras, till individnivå, där samverkan sker kring den enskilde individen med sina specifika behov. Psykiatrins samverkanspartners befinner sig också på dessa nivåer och beslut om former för samverkan behöver därför fattas gemensamt.

Psykiatrireformens syfte var att ge långtidssjuka patienter stöd i deras vardag och även att tydliggöra ansvarsgränserna mellan olika inblandade organisationer. Hur samarbetet ska se ut kan variera, men av största vikt är att tillsammans stödja patienterna i deras vardag. Att se dem som samhällsmedborgare som kan behöva stöd i olika delar av sitt vardagsliv, t.ex. som förälder, med ekonomin, i arbetslivet, på fritiden, i boendet och med att sköta sin hälsa och sina tänder. Samverkan motverkar splittring, effektiviserar arbetet och fördjupar kunskapen. Vi behöver varandras kunskap och resurser.

Samverkan - makronivå

Efter psykiatrireformens införande överfördes stora delar av arbetet med psykiskt funktionshindrade till kommunen. De huvuduppgifter som låg på kommunen var främst boendestöd och sysselsättning. Även primärvård, försäkringskassan och arbetsförmedling är viktiga samarbetspartners. Övriga viktiga personer att samarbeta med är representanter för anhörigföreningar och patientföreningar.

För att undvika dubbelarbete och ha möjlighet att bidra med för patienten viktiga insatser är de olika huvudmännen skyldiga att samarbeta.

Det är viktigt att arbeta fram en helhetssyn som utgår från den enskildes behov. Personal från olika organisationer måste hitta former för hur arbetet skall klaras av genom gemensamma utbildningar och diskussioner. Avgörande är att kontaktvägarna är lätta och smidiga, vilket förutsätter att verksamheterna inte omorganiseras för ofta. Gemensamma verksamheter kan

drivas där man lägger grunden för ett gemensamt synsätt som kommer patienten till godo.

För att detta ska bli verkligt måste de olika organisationerna samarbetar även på ett övergripande plan med ledningsgrupper och utvecklingsgrupper där chefer får ett gemensamt språk och lägger grunden för ett gott samarbete.

För att två olika organisationer ska samverka och driva stödet för den enskilde åt samma håll, måste rollerna i detta samverkansarbete klargöras. Det måste även klargöras hur ledningsnivån på landstingets producentsida ska engageras i samverkansarbetet. Landstinget bör skärpa kraven på att man ska sluta samverkansavtal och följa upp och utvärdera detta arbete. För att samverkansavtalet ska ha någon funktion bör beställaren och den lokala psykiatriska sektorn kunna anmäla kommunen då avtalet ej följs och på så sätt påverka verksamheten. Idag kan gruppboenden saknas, arbetsverksamheter läggas ned och på grund av detta kan patienter blir kvar i psykiatrin, utan att någon med övergripande ansvar med kraft påtalar detta.

Samverkan - mikronivå

Samverkan på den övergripande nivån mellan kommunala myndigheter och landstingspsykiatrin måste översättas till en samverkan i vardagen kring den enskilde med psykossjukdom.

Det främsta verktyget för samverkan i vardagen är den individuella rehabiliteringsplanen. Dess främsta syfte är att stödja patienten/brukaren med individuellt anpassade insatser och att stärka brukarens egen delaktighet. Men så snart olika myndigheter är inblandade upprättas samordnade rehabiliteringsplaner. Förutom socialtjänsten kan det bli aktuellt att inbjuda försäkringskassan, arbetsförmedlingen, primärvården. Den individuella rehabiliteringsplanen ger även en möjlighet att stärka anhörigas delaktighet. Av planen bör det framgå vilka insatser som ska göras, hur och av vem. På så sätt tydliggörs i det enskilda fallet gränsdragning mellan olika myndigheters insatser. Det är viktigt att uppföljning och utvärdering byggs in i den individuella planen.

Samverkan med primärvården

Även om behandlingen av människor som lider av psykotiska störningar är en kärnuppgift för psykiatrin behövs en nära samverkan med andra sjukvårdande instanser, främst då primärvården. Samverkan ser något annorlun-

da ut än när det gäller andra psykiska störningar i det att ”gråzonen” mellan specialiteten psykiatri och primärvård kan minimeras och att det snarare blir frågan om ett överlappande arbete. Några områden framstår som speciellt viktiga:

- Primärvården är en mycket viktig partner i identifiering och hjälp till förstagångsinsjuknade. Tecken på en psykossjukdom kan vara svårare att urskilja bland en ström av patienter som besöker en husläkare. Därför är det av stor vikt med kunskapsutbyte mellan specialiteterna allmän psykiatri och allmänmedicin.
- Även i behandlingen av långtidssjuka är primärvården viktig när man kommer utanför stadsmiljön. Psykiatrin är här direkt beroende av insatser från primärvården. Det gäller speciellt distriktssköterskornas insats, som svarar för kontinuitet i kontakterna, samtalsstöd och dispensering av läkemedel. Psykiatrin har därför ett ansvar för att förmedla kunskap om antipsykosmedicinering, dosoptimering och alternativa behandlingsformer till primärvården.
- Primärvårdens funktion inom mödrahälsovården gör att man tidigt kan få kännedom om att en psykossjuk kvinna är gravid och stödja henne under graviditeten genom samverkan med psykiatrin.
- Graviditets- och förlossningsskador ger en ökad risk för schizofreni. Detta gör att det är mycket viktigt med samverkan med barnavårdscentralerna och psykiatrin för att i tid kunna bedriva en förebyggande vård för denna sårbara grupp.
- Den somatiska översjukligheten hos människor med psykotiska störningar är beskriven tidigare i detta program. Den förklaras troligen inte enbart av livsstilsmonster utan kan även bero på en ökad sårbarhet för att utveckla hjärt-kärlsjukdomar eller att patienterna tenderar att söka hjälp i alltför sent skede. Vi rekommenderar att det i vårdöverenskommelser och samverkansöverenskommelser skrivs ned att de psykiskt funktionshindrade (som ofta har schizofrenidiagnos) får rätten att årligen genomgå hälsoundersökningar hos sin husläkare.

Tandvård

Många patienter med schizofreni känner sig tveksamma att söka tandläkare och måste ha ett särskilt stöd för att kunna genomföra denna tandvård. Dessutom har de ofta ett stort objektivt tandvårdsbehov och tar läkemedel som

ger muntorrhet. De röker ofta, uteblir ofta från erbjudna tider. Dessutom har många av dem svåra ekonomiska förhållanden som innebär svårigheter att betala.

Samverkan måste därför fokuseras kring en uppsökande verksamhet. Vi rekommenderar att denna rätt är inskriven i samverkansavtal mellan psykiatrin, primärvården och tandvården (se tandvårdslagen 88a).

Målet för stödet ska vara:

- Att bedriva uppsökande verksamhet till alla patienter med psykiskt funktionshinder.
- Att erbjuda kostnadsfri profylax till patienter med psykisk sjukdom.
- Att erbjuda akut och nödvändig tandvård.

Patientinformation

Ett gott samarbete med patient och anhöriga är mycket viktigt för att uppnå goda behandlingsresultat vid psykossjukdom. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation är mål både för behandlare, patient och anhörig. Likaledes är ett gott samarbete med patientorganisationerna och kommunen positivt för ett tillfredsställande behandlingsresultat.

Det är viktigt att kunna förmedla ett hopp till patienten och ge en mening och ett sammanhang till vardagen. Många patienter beskriver en känsla av maktlöshet inför psykiatrin och det är psykiatrins uppgift att samarbeta med patienten om dennes behandling och livskvalitet. Enligt patientorganisationerna är många inom psykiatrin alltför inriktade på farmakologisk behandling. Det finns även studier som visat att patienter med långvarig psykossjukdom i många fall är ovilliga att ta sin ordinerade medicin. Ett mål här bör vara att tillsammans med patienten ha behandlingsstrategier, som inte enbart är inriktade på farmakologisk behandling och att även här göra patienten delaktig i sin behandling. Det gäller även att patienterna bör ges möjlighet att ta ställning till sin diagnos. Vad diagnosen innebär ifråga om behandling och prognos. Patienterna bör även göras delaktiga i utvärderingar av given terapi. Då det gäller den farmakologiska behandlingen är det gynnsamt om patienten, så långt möjligt informeras och görs delaktig i sin behandling. Utbildning av patient och anhöriga är en av hörnstenarna vid god psykosvård. Det är bra om utbildning finns tillgänglig även utanför vården eftersom många patienter är negativa till vård. Patienterna kan då nås med information och motiveras att söka hjälp inom vården. Bristande sjukdomsinsikt och icke ändamålsenliga problemlösningsstrategier är riskfaktorer. Här krävs det resurser och specifika insatser för att hjälpa patienten i denna rehabiliteringsprocess..

En viktig del i arbetet med långtidssjuka psykotiska patienter är kontakten med anhöriga. För patienter nyinsjuknade i psykossjukdom ska kontakt tas med anhöriga inom 24 timmar. Redan här grundläggs ett samarbete med patient och anhöriga som är nödvändigt att bibehålla och under olika faser av sjukdomsförloppet. Man bör erbjuda krisstöd och även åtgärder för att minska stressfaktorer i patientens omgivning. Bemötandet av patienten och anhöriga bör präglas av ett krisperspektiv. Även under tider då patienten mår förhållandevis bra är det av godo att hålla en god anhörigkontakt. En infor-

mationsmodell som både patienter, anhöriga och psykiatrin upplever som positiv är utbildningstillfällen.

Utbildningar bör innehålla behandlingsalternativ, medicinering, symtom, tidiga tecken på ett återinsjuknande, etc. Sedan är det psykiatrins uppgift att ansvara för att patienter med psykossjukdom samt deras anhöriga erbjuds en sådan utbildning. I samband med denna kan även kontakt med anhörigföreningen i området rekommenderas. Denna kontakt kan vara ett stort stöd med möjlighet att träffa människor i samma livssituation.

När det gäller tvångsvård ska rutiner finnas för fortlöpande information till patienten (Lagen om rättspsykiatrisk vård och Lagen om psykiatrisk tvångsvård). Om man har tvingats tillgripa tvångsåtgärder är av det yttersta vikt att snabbt och ingående bearbeta den kränkning detta är för patienten.

När det gäller barn till patienter med psykossjukdom har uppmärksammats det stora behov av stöd som dessa har. Här är det vuxenpsykiatrins uppgift att uppmärksamma behovet och samarbeta med andra organisationer då det gäller stödet (se kap 4).

Referenser

Andersen C M, Reiss D J, Hogarty G E. Patienter med schizofreni och deras familjer. Wahlström och Widstrand, Stockholm 1990

Cullberg J. Psykoser: Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Stockholm: Natur och kultur 2000

Fallon I, Fadden G, Borell P, Kärräng L, Ivarsson B, Malm U. Integrerad Psykiatri.

Värnamo: Psykologia 1997

Malm U, Lundin L, Rutz W. Att bistå vid schizofreni. ISBN 1991

Seikkula, J. Öppna samtal. Stockholm; Mareld 1996

Bilaga 1

Urval: Samtliga personer 18 år och äldre som legat inne någon gång under år 1997-2001 på en 900-klinik med diagnos1, eller diagnos2 eller diagnos3=F20-F29.

900-kliniker: är samtliga psykiatriska kliniker, d.v.s. . allmänpsykiatriska kliniker, beroendevård och geropsykiatriska kliniker. Diagnoskriteriet gör dock att det i huvudsak är allmänpsykiatriska kliniker som ingår.

Bostadsort: Varje vårdtillfälle har tilldelats kommun eller stadsdel efter län/kommun/församlingskod samt basområdeskod i de fall det behövs. I de fall en person har varit bosatt i samma kommun/stadsdel vid alla vårdtillfällen redovisas den personen förstas bara en gång. Om däremot en person varit bosatt i tex. två kommuner under 1997-2001 redovisas personen i båda kommunerna. Eventuellt slås några kommuner ihop vid redovisningen på grund av litet underlag.

Angående bortfall

Ålder och län/kommun/församling och finns för de flesta.

Av 6393 personer har 22 ingen kommunkod vid något tillfälle (0.3%). Av de 3226 i Stockholms kommun är det 19 personer som inte kan hänföras till någon stadsdel (0.6%).

Hur många personer som redovisas i varje område påverkas av hur stor andel av vårdtillfällena som har fått en diagnos registrerad och om vårdtillfället går att hänvisa till ett visst område. Ett stort bortfall på diagnos eller områdeskod kan ge ett falskt litet antal personer med F20-29-diagnos. Avsaknad av diagnos beror ofta på att personen fortfarande är inlagd.

Inneliggande/utskrivnen

En diagnos registreras i princip efter utskrivning. I detta urval vi får således inte med alla inneliggande, däremot får vi med de flesta utskrivna. Jag har ändå valt att ta urvalet ur samtliga inneliggande för att få med så många som möjligt. Det är på så vis en minimisiffra.

Susanne Wicks, Psykiatrisk epidemiologi, Epidemiologiska enheten, Samhällsmedicin, januari 2003

Tabell. Antal inneliggande (se anteckningar på föregående sida) personer år 1997-2001 (18 år och äldre) i psykiatrisk slutenvård (900-kliniker) med diagnoserna **F20-F29** (diag1, 2 eller 3)

I Kommun	II Befolkning ≥18 år 2001	III Personer ≥18 år med psykosdiagnos (F20-29) 1997-2001	IV Personantal i kolumn III per 10.000 invånare
Botkyrka	55428	322	58,1
Danderyd	22543	53	23,5
Ekerö	16233	32	19,7
Haninge	53212	252	47,4
Huddinge	64076	307	47,9
Järfälla	47146	183	38,8
Lidingö	31829	95	29,8
Nacka	56983	242	42,5
Norrtälje	41445	151	36,4
Nynäshamn	18571	80	43,1
Sigtuna	26839	108	40,2
Sollentuna	43663	164	37,6
Solna	48190	237	49,2
Stockholm	615490	3226	52,4
Sundbyberg	27929	155	55,5
Södertälje	60855	270	44,4
Tyresö	28835	86	29,8
Täby	45751	131	28,6
Upplands Väsby	28753	120	41,7
Upplands-Bro	15756	63	40,0
Vallentuna	18607	45	24,2
Värmdö	23388	59	25,2
SLL	1440138	6393	44,4
Vaxholm+Österåker	32855	90	27,4
Salem+Nykvarn	15761	34	21,6

Regionalt vårdprogram – Patienter med psykos, speciellt schizofreni

Stadsdelar efter indelningen 2000	Befolkning ≥ 18 år 2001	Personer ≥18 år med psykosdiagnos (F20-29) 1997-2001	Personantal i kolumn III per 10.000 invånare
Bromma	46542	268	57,6
Enskede-Årsta	37401	127	34,0
Farsta	36862	230	62,4
Hägersten	24693	143	57,9
Hässelby-Vällingby	45034	322	71,5
Katarina-Sofia	34022	138	40,6
Kista	22652	159	70,2
Kungsholmen	47254	271	57,3
Liljeholmen	25303	188	74,3
Maria-Gamla Stan	54601	250	45,8
Norrmalm	53201	242	45,5
Rinkeby	10838	92	84,9
Skarpnäck	31548	181	57,4
Skärholmen	23819	170	71,4
Spånga-Tensta	24342	144	59,2
Vantör	28106	148	52,7
Älvsjö	15729	77	49,0
Östermalm	53543	224	41,8

Susanne Wicks, Psykiatrisk epidemiologi, Epidemiologiska enheten, Samhällsmedicin, januari 2003

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: kontorsservice@bkv.sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt Program Arbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

Beställarkontor vård

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00