



Vårdprogram

-

Patienter med schizofreni och schizofreniliknande sjukdomar

Dokumenttyp: Vårdprogram	Dokumentnamn: Vårdprogram Patienter med schizofreni och schizofreniliknande sjukdomar
Utfärdande PE: Närsjukvården i centrala Östergötland	Giltig fr.om: 2006-02-06
Utfärdande enhet: Psykiatriska kliniken	Giltig t.om: 2010-05-31
Framtagen av: Ulla Holmlund, Specialistläkare Ann-Margreth Östensson, Skötare Dan Sundberg, Sjuksköterska Inga-Britt Bogren, Psykolog Gun Andersén, Vårdenhetschef	Ansvarig och godkänd av: Agneta Westman Verksamhetschef Psykiatriska kliniken Ansvarar för revidering: Caroline Millberg, vårdenhetschef Diarienummer: NSC-2006-09-360



Innehållsförteckning

	Sida
• Innehållsförteckning	2
• Vad är en psykos?	4
• Schizofren sjukdom	4
• Allmän del	5
- Allmänna omvårdnadsaspekter	5
• Akut fas	6
- Mål för behandling i akut fas	6
- Snabb intervention	6
- Indikationer för sluten vård	6
- Farmakologisk intervention vid förstagångsinsjuknande	7
- Farmakologisk intervention vid återinsjuknande	7
- Omvårdnadsaspekter i den akuta fasen	7
- Omvårdnad och läkemedel vid akut oro	8
- Omvårdnad vid tvångsvård	8
- Familjeintervention	8
- Vårdplan i akut fas	9
• Stabiliseringsfas	9
- Mål för behandling i stabiliseringsfas	9
- Farmakologisk behandling	9
- Psykologisk intervention	9
- Funktionsbedömning	10
- Social utredning	10
- Vårdplan i stabiliseringsfas	10
• Stabil fas	10
- Mål för behandling i stabil fas	10
- Farmakologisk behandling	10
- Behandlingsrefraktär schizofreni	11
- Psykologisk behandling	11
- Familjearbete	11
- Psykiatrisk rehabilitering	11
- Basala principer för psykiatrisk rehabilitering	12



• Samverkan	12
• Kvalitetsuppföljning	12
- Vårdplan	12
- Utvärdering	13
- Skattningsskalor	13
- Kvalitetsindikator	13
• Bilaga 1: Omvårdnad	14
- Utförande	14
• Bilaga 2: Familjestöd	15
- Familjearbete	15
• Bilaga 3: Utredningar	16
- Medicinsk psykiatrisk	16
- Anamnes	16
- Somatisk utredning	16
- Neuropsykologisk utredning	16
- Psykosocial utredning	16
- Funktionsutredning	17
- Omvårdnadsutredning	17
• Bilaga 4: Farmakologisk intervention	18
- Farmakologisk intervention vid förstagångsinsjuknande	18
- Farmakologisk intervention vid återinsjuknande	19
- Farmakologisk behandling i stabiliseringsfas	19
- Farmakologisk behandling i stabil fas	19
- Behandlingsrefraktär schizofreni	20



Vad är en psykos?

Psykosbegreppet har funnits sedan 1700-talet men har först under senare år fått ett tydligt innehåll. Enkelt uttryckt är en psykos ett tillstånd när verklighetsuppfattningen förvrängts. Vanliga symtom vid psykos är att man hör röster, känner sig förföljd utan yttre anledning eller att man tänker och talar osammanhängande. Men även om verklighetsuppfattningen sviktar hos den drabbade, är det viktigt att omgivningen känner till att en person med psykos i allmänhet vet vem han är och är orienterad i tid och rum.

Ett tillstånd med störd verklighetsuppfattning kommer sällan plötsligt och en psykos föregås ofta av en kortare eller längre period av allmänna tecken på psykiska problem. Det kan vara ångest, sömnsvårigheter, oväntade svårigheter med arbete eller studier, en tendens att isolera sig från omgivningen eller andra tecken på psykiskt lidande. Dessa problem kan ibland kvarstå även om personen har tillfrisknat. De som drabbas av en psykotisk sjukdom kan även ha svårigheter att värdera sina egna upplevelser, vilket kan leda till ofullständig sjukdomsinsikt.

Det finns flera psykiatriska sjukdomstillstånd som har inslag av psykotiska symtom. För vissa är orsaken känd, t.ex. psykosor vid organiska hjärnsjukdomar, drogmissbruk eller extrem stress. För andra tillstånd är orsaken okänd, och där har det varit svårare att enas om hur de ska beskrivas och avgränsas. Bland dessa tillstånd är schizofreni det vanligaste och mest uppmärksammade, inte bara för att det kan vara ett svårt sjukdomstillstånd utan också på grund av att förloppet är långvarigt, eller till och med livslångt lidande.

Schizofren sjukdom

Schizofreni innebär en förändring av förmågan att rätt tolka omvärldshändelser. Därför ses vid dessa tillstånd i olika grad tecken på hallucinationer och vanföreställningar. Den sjuke kan ge ett osammanhängande intryck i tal och handling. Schizofreni innebär i varierande grad också en nedsatt funktionsförmåga avseende social samvaro, arbetsförmåga och psykologiskt fungerande. Mer än hälften av dem som drabbas av schizofreni får ett långvarigt sjukdomsförlopp. Vid långvarig sjukdom förekommer i allmänhet episoder av återinsjuknande och däremellan 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.

Man brukar framhålla att så många som tre fjärdedelar av de patienter som insjuknar i schizofreni behöver långtidsbehandling, rehabilitering, för ungdomar habilitering, och behandling. Rehabilitering innebär sådana insatser som är inriktade på att förbättra funktionen och att minska konsekvenserna av sjukdomen, habilitering att lära in funktioner som saknas, medan behandling är inriktad på sjukdomen och att minska dess symtom.



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 5 (22)

Den kliniska diagnostiken av schizofreni grundar sig på internationellt etablerade överenskommelser. För att diagnosen ska kunna sättas måste det finnas både psykotiska symtom med störd verklighetsuppfattning och en social eller yrkesmässig funktionsförsämring. Sjukdomstecknen ska dessutom pågå under 1-6 månader innan diagnosen kan övervägas. Diagnosen är således grundad på symtom, funktion och förlopp; laboratorieundersökningar kan inte användas för att säkerställa diagnosen. Diagnostiska kriterier enligt ICD 10 ska användas.

Mycket av den kunskap som gäller schizofreni kan också tillämpas vid andra tillstånd med psykotiska symtom.

Även om det råder enighet om hur schizofreni ska diagnostiseras har diagnosen begränsad betydelse för att förutsäga prognos, behandlingsbehov och grad av funktionsnedsättning hos den enskilde patienten. Varje sjukdomshistoria är unik och motiverar noggrann utredning och planeringsinsatser för varje patient utifrån dennes egna förutsättningar. I planeringen av samhällets resurser är det viktigt att inte bara känna till schizofreni utifrån de mest tydliga kliniska symtomen, utan att man också är medveten om de betydande och ofta långvariga funktionshinder som i många fall är förknippade med sjukdomen.

Schizofreni orsakar ett stort lidande och är en av våra svåraste folksjukdomar.

Allmän del

Syftet med föreliggande vårdprogram är att vidareutveckla behandlingen samt förbättra resultatet vid vården av patienter med schizofreni.

Schizofreni är en långvarig sjukdom, där vårdbehoven varierar beroende på vilken fas patienten befinner sig i. För alla faser i sjukdomsförloppet är målsättningen

- att reducera eller eliminera symtom
- att främja tillfrisknandet och motverka recidiv
- att maximera livskvalitet och adaptiv funktion

Allmänna omvårdnadsaspekter

Sjukdomen schizofreni medför avsevärda konsekvenser för individens liv och framtida möjligheter. Patienter och närstående behöver därför hjälp och stöd med att hantera de förändringar sjukdomen medför.

Personalen ska därför alltid arbeta tillsammans med patienter och närstående, ge stöd, hjälp och behandling i en atmosfär som präglas av hopp och optimism.

En psykotisk episod innebär för de flesta och i synnerhet för förstagångsinsjuknade en påtaglig stress och påverkar möjligheterna till en adekvat vård.

Patienter och närstående som söker bör därför bedömas och få hjälp inom 24 timmar.



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 6 (22)

Utredning och bedömning vid psykotiska symtom bör vara omfattande och innefatta medicinska, sociala, psykologiska, yrkesmässiga, ekonomiska, fysiska och kulturella aspekter.

Alla som arbetar med patienterna bör lägga ner tid och kraft på att etablera ett stödjande och empatiskt förhållningssätt. Detta är grundförutsättningen för allt långsiktigt förtroendefullt samarbete.

All behandling ska genomföras i delaktighet/medverkan av patienten och dennes anhöriga, vilket innebär att innan behandling sätts in, patienten informeras och att man försäkras sig om att patienten har förstått. Som en naturlig del i omhändertagandet och behandlingen ska alla kunna förmedla kunskap om vad schizofreni innebär samt erbjuda utbildning och familjestöd.

Informationen bör ges på ett för patient och anhöriga begripligt språk. Skriftlig information bör om möjligt finnas tillgänglig även på annat språk än svenska, i synnerhet information som berör vård enligt LPT/LRV, men också farmakologisk behandling. Patienter och anhöriga som inte talar svenska ska ha tillgång till tolk.

Akut fas

Mål för behandling i akut fas

- Förhindra att patienten kommer till skada
- Lindra avvikande beteende
- Minska psykotiska och andra symtom (ångest, agitation)
- Utredda utlösande faktorer som bidragit till insjuknandet
- Bidra till snabbt tillfrisknande
- Utveckla en terapeutisk allians med patient och närstående
- Formulera vårdplan på kort och lång sikt

Snabb intervention

Patienter som själva söker eller där anhöriga/närstående kontakter ska erbjudas tid för bedömning inom ett vardagsdygn; omhändertagandenivån hålls så låg som möjligt.

Mötet sker där patienten eller anhöriga så önskar vilket kan vara i hemmet eller på mottagning, vilket förutsätter flexibilitet och rörlighet hos teamet.

Familj/närstående är den viktigaste delen i nätverket kring patienten och ska inbjudas att vara delaktig i vården. Kontakten med anhöriga/närstående bör ske inom ett vardagsdygn.

Patienten och anhöriga bör mötas av ett multiprofessionellt team, där kontaktperson till patient och anhöriga omedelbart utses.

Kontaktpersonens ansvar är att samordna insatserna kring patienten och ansvara för att vårdplan upprättas.



Den första bedömningen omfattar medicinsk/psykiatrisk undersökning samt bedömning av omvårdnadsbehov (se bilaga 1).

Insatserna bör om möjligt vara i öppen vård, sluten vård kan ibland vara nödvändig, vårdmiljön bör då anpassas så att den motverkar oro och rädsla och kännetecknas av låg stressnivå.

Öppenvårdsteamet har även i sluten vård huvudansvaret för patienten genom den övergripande vårdplanen, men bedömning och omvårdnad sker i samråd med slutenvårdens personal.

Utredningen (se bilaga 3) inleds omedelbart men anpassas till patientens allmänna hälsotillstånd. Utredningen ska utmynna i en diagnos.

Att insjukna i psykotiska symtom innebär för patient och anhöriga en emotionell påfrestning. En snabb och flexibel kontakt bidrar till att minska ångestnivån och att bearbeta krisen inom familjen (se bilaga 2).

Indikationer för sluten vård

Indikationerna för sluten vård är främst att man på grund av sjukdom inte kan eller orkar ta vård om sig själv och sina anhöriga, uppträder på olika sätt störande för sin omgivning, är hotfull eller dylikt. Beslut om sluten vård eller ej sker helst i överenskommelse mellan ansvarig läkare och patient, men kan under speciella omständigheter ske enligt gällande lagstiftning, främst då LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård).

Farmakologisk intervention vid förstagångsinsjuknande

Antipsykotisk behandling ska initieras som en del av ett sammanhängande vårdprogram som möter individens kliniska, emotionella och sociala behov. Under en akut episod är antipsykotisk medicinering nödvändig och bör initieras så fort som möjligt. Medicinering bör ges i samråd med patient och anhörig, varför en noggrann information om effekt och bieffekter bör ges innan medicinering startar. I första hand rekommenderas preparat tillhörande andra generationens antipsykotika. Effekten av samtliga antipsykotiska läkemedel är likvärdig, men andra generationens läkemedel har färre biverkningar, vilket gör att dessa är att föredra.

Dosen bör vara optimal, dvs. målsättningen är att eliminera de psykotiska symtomen, enär det tar lång tid innan effekt uppnås. Dosjustering bör inte ske med för täta intervall.

Förutom psykotiska symtom förekommer ofta ångest och inte minst sömnstörningar vid förstagångsinsjuknande. Dessa behöver ofta korrigeras före eller samtidigt med att antipsykotisk medicinering sätts in.

Preparat att föredra är benzodiazepiner.

Medicineringen bör evalueras kontinuerligt med hänsyn till effekt och bieffekter. Intolerabla biverkningar bör i första hand korrigeras med sänkning av dos alternativt



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 8 (22)

byte av preparat inom gruppen. Tillägg av antikolinerga substanser bör undvikas annat än vid akuta situationer. Monoterapi bör eftersträvas (se bilaga 4). Så kallad ” högdosbehandling ”, det vill säga neuroleptikadoser över eller mycket över rekommenderat dosområde enligt FASS, saknar medicinsk evidens och ska ej användas.

Farmakologisk intervention vid återinsjuknande

Den vanligaste orsaken till recidiv är bristande compliance, alternativt alltför snabb reducering eller seponering av farmaka. Om patienten svarat bra på tidigare medicinering utan anmärkningsvärda biverkningar, återinsätts tidigare farmaka. Om skälet till utsättande varit biverkningar bör byte ske. Vid varje återfall tar det längre tid innan effekt av medicinering erhålls och dosjustering uppåt kan ibland behöva ske.

Omvårdnadsaspekter i den akuta fasen

Det väsentliga i den akuta fasen är att tillgodose patientens behov av skydd, sömn, dygnsrytm och mat. Anhörigas behov av avlastning ska också beaktas.

Det är viktigt att tidigt utse kontaktperson i slutna vård. Kontaktpersonens funktion och uppgift är bl.a. att

- stärka patientens realitetsorientering
- etablera kontakt
- möta patienten i hans/hennes aktuella situation
- stärka patientens självbild/tillit
- sätta yttre gränser
- upprätta en klar kommunikation
- hitta sin plats i det sociala nätverket

Omvårdnad och läkemedel vid akut oro

Målsättningen är att lugna patienten och minska risken för våld och skada snarare än att behandla den underliggande sjukdomen.

Det är viktigt att omgivningen är anpassad till den akut sjukes behov och att kommunikationen mellan personal och patient är rak och tydlig för att minimera risken för missförstånd och frustration.

På en akutmottagning/avdelning bör alla vara förtrogna med att värdera och hantera potentiellt och akut våld genom ett professionellt bemötande. Personalen bör därtill vara förtrogen med tvångsåtgärder, såsom bältesläggning och i förekommande fall

tvångsinjektioner. Optimal effekt vid läkemedelsbehandlingen syftar till en reduktion av agitation och aggression utan sedering, vilket tillåter patienten att aktivt medverka



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 9 (22)

vid fortsatt bedömning och behandling. Idealet är att läkemedlet har en snabbt isättande effekt och minimalt med biverkningar (se bilaga 4).
Akuta tillstånd som kräver tvångsmedicinering kan ibland vara livshotande, varför utrustning och kunskap om HLR (hjärt/lungräddning) måste finnas.

Omvårdnad vid tvångsvård

Omvårdnaden vid tvångsvård bör ske i så stor utsträckning som möjligt i samförstånd med patienten. Det som ändå är skillnaden är att man kan utöva vård mot patientens vilja. Det är mycket viktigt att beakta de etiska frågorna som är knutna till att man utövar omvårdnaden mot människors vilja och att de handlingar man utför ska vara både etiskt och vetenskapligt väl grundade. Målet för våra handlingar är då att så snart som möjligt få patienten att frivilligt delta i sin egna hälsoprocess. Vitala tecken (puls, blodtryck och andning) ska regelbundet övervakas och bedömning av både psykiatriskt och somatiskt status ska utföras så snart det går att genomföra.

Tvångsåtgärder kan åstadkomma traumatiska reaktioner hos patienterna. Efter varje sådan åtgärd bör patienten erbjudas möjligheten till att samtala om sina upplevelser och erbjudas en konkret och tydlig förklaring till varför åtgärden vidtogs. Detta ska också skriftligen dokumenteras.

Familjeintervention

Vid den kris som uppstår vid ett psykotiskt sammanbrott kan man uppleva att allt som inneburit trygghet och sammanhang i tillvaron plötsligt rycks undan. Avsaknaden av en inre struktur och ordning i personligheten gör att den sjuke får svårigheter att uppleva, sortera och använda intryck och känslor för vägledning och orientering i livet.

Sjukdomen påverkar hela familjens autonomi och livskvalitet. Anhöriga kan komma att begränsa sitt umgänge med andra och känner sig därför isolerade och ensamma. De plågas ofta av oro och kan få känslor av skuld, rädsla, vrede, vanmakt och utmattnings.

De tvingas ibland att göra betydande ekonomiska uppoffringar. Anhöriga kan därför få egna psykiska besvär.

Under det akuta omhändertagandet inriktas familjearbetet på den kris som patient och familj befinner sig i. Det är viktigt att kontakten inleds omedelbart, dels för att behovet av stöd då är stort, dels för att familjen då är öppen för att ta emot hjälp.

Målsättningen för det inledande arbetet är

- att familjemedlemmarna ska få insikt om och förståelse för varandras upplevelser i krisen
- att kunna närma sig varandra för att stödja varandra i den nya situationen
- att avlasta de känslor av skuld och skam som patientens sjukdom ofta innebär för familjen



Vårdplan i akut fas

För varje patient ska en individuell vård- och behandlingsplan upprättas, i samarbete med patient och anhöriga.

I planen ska målen för arbetet beskrivas, samt vilka insatser som ska göras och av vem.

Tonvikten i den akuta fasen ligger på den medicinska utredningen och behandlingen, samt omvårdnadsbehoven och anhörigstöd. Utredningens omfattning anpassas till patientens hälsotillstånd. Målen är kortsiktiga och utvärderas ofta, vid slutenvård ibland dagligen.

Stabiliseringsfas

Mål för behandling i stabiliseringsfas

- Bibehålla symtomkontroll
- Understödja fortsatt symtomreduktion och funktionsförbättring
- Minimera stress
- Ge stöd som minskar risken för återfall
- Underlätta anpassningen till vanligt liv

Farmakologisk behandling

På grund av den höga risken för återfall är det nödvändigt att under denna fas motivera och stabilisera patienten på insatt antipsykotikum. Om reduktion av dosen är nödvändig ska denna ske i små steg och under noggrann kontroll.

Om tilläggsmedicinering förekommer bör denna ifrågasättas och utsättning vara målet.

Detta gäller i synnerhet benzodiazepiner.

Psykologisk intervention

För att minska stressnivån bör personen själv och närstående erbjudas hjälp att lösa aktuella konflikter och livsproblem. Många patienter som genomgått en akut psykos har tidiga eller sena traumatiska livsupplevelser som bidrar till sårbarheten för att insjukna i psykos. Beroende på patientens personlighet och motivation kan det i denna fas vara väsentligt att erbjuda psykoterapi.

Eftersom återfall är vanliga, är det viktigt att informativt och pedagogiskt gå igenom tidiga tecken på återfallstendenser med patienten och vilka åtgärder som kan vidtas om ett återfall skulle inträffa. Samtalen kan erbjudas såväl individuellt som i grupp. Hjälp att se hur individens livsomständigheter kan hänga samman med symtom och psykosinsjuknande är viktigt för att förebygga återfall och försämrad funktionsförmåga.



Funktionsbedömning

Under denna fas sker största delen av utredningarna (se bilaga 3). För att kunna ge ett adekvat stöd för patienten genomförs nu funktionsbedömning, primärt för att kartlägga patientens ADL-förmåga. Patientens naturliga aktivitetsmiljöer analyseras och stödjande och hindrande faktorer kartläggs.

Samarbete med t.ex. socialförvaltning, kommun och försäkringskassa intensifieras så patientens behov tillgodoses på bästa sätt, med tonvikt vid den sociala och funktionella delen. Utredningarna pågår under hela behandlingsförloppet. Vård och rehabiliteringsarbete för patienterna i denna fas bör ha sin bas i den öppna psykiatriska vården.

Social utredning

Social utredning görs tillsammans med patienten, kontaktperson, samt kurator som är expert inom området.

Man utgår ifrån patientens sociala förhållanden, hem, familjesituation, boende, yrke, arbete, sysselsättning, studier, socialt kontaktnät, livsmönster och ekonomisk situation.

Den sociala utredningen är en viktig del för att få en så bra helhetsbild som möjligt över patientens livssituation (se bilaga 3); även behov av anhörigstöd och anhörigundervisning.

Vårdplan i stabiliseringsfas

Den tidigare upprättade vårdplanen revideras nu tillsammans med patient och anhöriga.

Mål och delmål för behandlingsinsatserna ska beskrivas, samt en plan för åtgärder att vidta vid tidiga tecken på försämring.

Stabil fas

Mål för behandling i stabil fas

- Bibehålla symtomkontrollen och undvika återfall
- Förbättra och understödja funktion och livskvalitet

Farmakologisk behandling

Antipsykotisk medicinering är oundgänglig som underhållsbehandling vid schizofren sjukdom.

Målsättningen med medicineringen är att förhindra återfall och hjälpa patienten att leva ett så normalt liv som det går. Medicinering utgör också en förutsättning för att psykologiska interventioner kan genomföras med god effekt. Medicineringen ska



följas upp regelbundet, med hänsyn till effekt och bieffekter samt patienttillfredsställelse.

Medicinering bör ske i överenskommelse med patienten. En öppen diskussion om preparatets för- och nackdelar bör genomföras och läkaren bör vara särskilt öppen för att korrigera biverkningar. Tillgänglig skriftlig information ska ges.

Om patienten själv är oförmögen att ta ställning bör anhörig/närstående delta i informationen (se bilaga 4).

Behandlingsrefraktär schizofreni

Med denna term menar man vanligen att patienten ej svarar alls eller i otillräcklig grad på läkemedel.

Kontrollera först att antipsykotiskt läkemedel har prövats tillräckligt länge (minst 8 veckor), i adekvata doser och att patienten tagit läkemedlet.

Serumkoncentrationsbestämning är här nödvändig. Andra anledningar till bristande respons bör också övervägas: samtidigt missbruk, andra interagerande läkemedel, fysisk sjukdom. Om patienten har haft ett läkemedel i adekvat dos under tillräckligt lång tid (minst 8 veckor) utan tillräcklig effekt bör medicinbyte övervägas (se bilaga 4).

Psykologisk behandling

Alla patienter bör erbjudas samtalsbehandling. Psykoterapeutiska metoder med hög evidens ska i första hand användas.

För patienter som lider av kvarvarande vanföreställningar eller hallucinationer, måste en bedömning göras om möjligheterna till specifik psykologisk behandling av symtomen. Tekniker som vilar på kognitiv terapi har visat sig kunna ge minskning av hallucinationer, vanföreställningar och depressiva symtom med ökad social anpassning hos många patienter.

Jagstödande terapi kan hjälpa patienter med att bemästra symtomen och bearbeta attityder till sjukdom och behandling.

Även möjlighet till bearbetning av mer utvecklingsspecifika problem som relationer, sexualitet och ensamhet bör finnas.

Familjearbetet i det längre perspektivet innebär

- att hitta nytt förhållningssätt tillvarandra i familjen
- att strukturera hur familjen kan stödja patienten
- att arbeta med ansvarsfördelningen i familjen
- att uppmuntra frigörelseprocessen mellan patient och föräldrar
- att ge kunskap och information om sjukdomen och behandlingsmöjligheter m.m.



Psykiatrisk rehabilitering

Målsättningen är att bedriva adekvat psykiatrisk rehabilitering för de individer som pga. sin sjukdom har nedsatt funktion.

Även med framgångsrik antipsykosbehandling är det många som har funktionsnedsättningar, t.ex. kognitiva svårigheter, initiativlöshet och bristande motivation. Detta leder till aktivitetsbegränsningar i form av svårigheter att klara sina dagliga aktiviteter. Det är viktigt att rehabiliteringsarbetet startar tidigt.

All rehabilitering utgår från den behandlingsplan som tillsammans med patienten utarbetas i teamet.

Behandlingen kan ske dels i form av enskilda kontakter och dels i olika rehabiliteringsgrupper som t.ex. aktivitetsgrupp, ESL eller annan likvärdig metod. Kontinuitet och struktur är eftersträvansvärt och att träning av färdigheter sker i patientens naturliga miljö.

Basala principer för psykiatrisk rehabilitering

- Det primära syftet med psykiatrisk rehabilitering är att höja kompetensen hos individer med funktionsnedsättning pga. psykisk sjukdom
- Fördelen för patienten är beteendemässiga förbättringar utifrån individuellt behov
- Psykiatrisk rehabilitering strävar efter att vara eklektisk utifrån val av metod
- Ett centralt fokus är att förbättra arbetsförmågan
- Hopp är ett oundgängligt verktyg i rehabiliteringsprocessen
- En avsiktlig ökning av beroende skapar möjlighet till senare oberoende
- En aktiv medverkan från patienten är önskvärd
- Långtidsbehandling med farmaka är ofta nödvändig men sällan tillräcklig rehabiliteringsåtgärd

Psykiatrisk rehabilitering omfattar allt ifrån att klara av personlig vård, boende, fritid, social funktion till arbetsträning. Rehabiliteringen är individanpassad utifrån den enskildes funktionsnedsättning men också resurser sedda ur funktionell aspekt. Målsättningen med rehabiliteringen kan skifta mellan olika individer och över tid. För vissa handlar det om att återfå en så god funktion att ett självständigt liv med arbete är möjligt, men för andra måste inriktningen i stället vara att bibehålla uppnådd funktionsnivå. Målet kan också vara att uppnå funktioner man aldrig haft om man insjuknar i tidig ålder.

Samverkan

Pga. den funktionsnedsättning som följer med sjukdomen är patienten i behov av resurser utanför sjukvården. Samarbete bedrivs med socialtjänsten som ansvarar för



boende, boendestöd och sysselsättning. En del patienter behöver även ekonomiskt stöd. Försäkringskassa och arbetsförmedling ansvarar för rehabiliteringsåtgärder, och i många fall behövs ett samarbete med skolor och universitet. Primärvården har ansvaret för den fysiska hälsan. Samarbetet bör bedrivas utifrån patientens behov och dokumenteras i patientens vårdplan. Gemensamma behandlingskonferenser är ofta nödvändiga.

Patient- och anhörigorganisationer är viktiga samarbetspartners. Vi har ett gemensamt mål i att utveckla och förbättra behandling och omhändertagande, varför samverkan bör präglas av öppenhet och förtroende.

Kvalitetsuppföljning

Vårdplan

Enligt 31 § i HSL ska alla vårdgivare systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Användningen av vårdplaner är en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996::24), Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Vårdplaneringen bör också utvecklas för att säkerställa att patienten informeras om sina rättigheter enligt HSL, lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård, men även i ett vidare perspektiv om de rättigheter som socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ger, samt att förslag och klagomål från patienten kan tas omhand och beaktas.

Utvärdering

För att få en kontinuerlig utvärdering av vården enligt ovan är det nödvändigt med en noggrann och tydlig dokumentation i vårdplanen av medicinska, psykologiska och sociala insatser samt omvårdnadsinsatser och deras resultat. Utvärderingen ska göras kontinuerligt med mätbara delmål och vid tidpunkter som preciseras i förväg. Denna utvärdering bör

innefatta både en expertbedömning samt en bedömning av individen själv. Den samlade utvärderingen och slutsatserna diskuteras och förankras mellan dem som har ansvar för vården, personen själv och närstående. Regelbunden uppföljning bör ske för att säkerställa att planerade åtgärder och insatser genomförts. Utvärdering sker mot vårdplanens mål.

Skattningsskalor

BPRS är en internationellt vedertagen symtomskattningsskala och som komplement till denna, särskilt vid medicinbyte bör man använda CGI (Clinical Global expression). Den neuropsykologiska utredningen är omfattande och rymmer vedertagna instrument. Arbetsterapeuterna använder sig av AMPS (Assessment of Motor och Processor Skills) och ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills).



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 15 (22)

GAF (Global Funktionsskattningsskala) används vid in- och utskrivning/avslut av patient, samt däremellan var tredje månad (se bilaga 3).
Patientens PAL ansvarar för de använda skattningsskalorna.

Kvalitetsindikator

Olika kvalitetsindikatorer kan användas, t.ex. kan antalet oplanerade inläggningar användas. Även skalor som mäter livskvalitet på olika sätt kan vara meningsfulla.



Bilaga 1

Omvårdnad

Grunden för omvårdnad är ett respektfullt patientbemötande. Arbetet ska befrämja hälsa och förebygga ohälsa. Omvårdnadens åtgärder kan beskrivas i följande övergripande funktioner:

- Stöd i eller utförande av sådana handlingar som patienten i sitt dagliga liv eller välbefinnande inte kan utföra själv
- Samordning och planering av diagnostiska åtgärder och behandlingar
- Information och utbildning till patienten och närstående

Omvårdnadsprocessens bärande begrepp är:
Bedömning – Planering – Genomförande - Utvärdering

Utförande

Kontaktperson utses, detta för att skapa trygghet för patienten samt få kontinuitet i behandlingsarbetet. Dennes och teamets uppgift är att göra en omvårdnadsutredning/ planering enligt psyk VIPS dokumentationsmodell och ta reda på patientens speciella behov både kortsiktigt och långsiktigt.

Omvårdnadspersonalen ska bidra till en lågstimulimiljö, lägre stressnivå samt en strukturerad tillvaro för patienten.

Omvårdnadsplanen bör redovisa de åtgärder som bedöms nödvändiga för att syftet med vården ska uppnås och för att patienten ska kunna klara att leva i samhället med bästa möjliga livskvalitet. Omvårdnadsplanen ska göras tydlig men ändå flexibel i sin planering. De olika delmomenten och delmålen i vården bör framgå.

Omvårdnadsplanen bör även kartlägga patientens behov av insatser av andra vårdgivare t.ex. socialtjänsten. Om det visar sig att det behövs insatser från andra vårdgivare bör omvårdnadsplanen upprättas i samråd med dessa i tillämpliga delar. Av omvårdnadsplanen bör också framgå ett eventuellt samråd med anhöriga.



Bilaga 2

Familjestöd

Familjestöd innebär

- att erbjuda information och kunskap om sjukdomen och dess behandling
- att öka erfarenhetsutbyte mellan den anhöriga och den psykiatriska vården
- att erbjuda möjlighet till enskilt familjestöd

När någon drabbas av sjukdom, psykisk eller fysisk, berörs inte bara den sjuke själv utan också de närstående. Även om lidandet är svårast för den sjuke så påverkas de närstående på olika sätt.

Familjestöd riktar sig till såväl patienten som de anhöriga (maka/make, barn, föräldrar, syskon och andra släktingar). Även andra närstående kan inbjudas (vänner, arbetskamrater).

Syftet med familjestöd är att öka kunskaperna, tryggheten och handlingsberedskapen hos de berörda. På sikt ökar möjligheten att lindra sjukdomens yttringar och konsekvenser.

Inom familjestöd erbjuds undervisning om bl.a. sjukdomens orsaker, symtom, medicinering och andra behandlingsformer, vad patienten och de anhöriga själva kan göra, samt vilka lagar som styr hälso- och sjukvården och dess organisation.

Familjestödsverksamheten erbjuder också handledning till patienter och närstående. Handledningen är inriktad på praktisk tillämpning av kunskaper och kan pågå under den tid behov finns. Antalet deltagare kan variera över tid.

Familjestöd avser att bistå patienter och närstående med kunskap, praktisk handledning och känslomässigt stöd.

Handledning erbjuds av erfarna medarbetare med särskild utbildning och träning i familjestöd.

Familjearbetet i det längre perspektivet innebär

- att hitta nytt förhållningssätt till varandra i familjen
- att strukturera hur familjen kan stödja patienten
- att arbeta med ansvarsfördelningen i familjen
- att uppmuntra frigörelseprocessen mellan patient och föräldrar
- att ge kunskap och information om sjukdomen och behandlingsmöjligheter m.m.

Fundamentet i psykiatrisk rehabilitering är färdighetsutveckling och utveckling av omgivningens stöd.



Bilaga 3

Utredningar

Syftet med utredningarna är att ställa psykiatrisk diagnos (ICD 10), samt att ge underlag för prognos, omvårdnadsbehov och behov av rehabilitering. Det är viktigt att dessa görs på ett noggrant sätt och i tidigt skede.

Medicinsk/psykiatrisk

Anamnes

- hereditet
- graviditet, förlossningsjournal/eventuella komplikationer
- kognitiva, emotionella, sociala och motoriska avvikelser under uppväxten
- tidigare sjukdomar
- aktuell symptomatologi och duration av denna
- missbruk
- kliniskt status vilket bör kompletteras med skattningsskala (BPRS alternativt PANSS)
- funktionsskattning GAF

Somatisk utredning

- somatiskt status inklusive neurologstatus
- blod-, lever- och njurstatus
- fasteblodsocker
- urinscreening för narkotika
- HIV-test
- EEG
- MRI
- hepatit

Neuropsykologisk utredning

- uppmärksamhetstest
- allmän intelligensfunktion
- minnesfunktioner
- exekutiva funktioner
- personlighetsbedömning
- projektiva test
- observationer
- strukturerade intervjuer



Psykosocial utredning

- psykosociala förhållanden
- socialt nätverk
- bostad
- studier/arbete
- intressen
- aktuella kontakter
- ekonomiska förhållanden

Funktionsutredning

- tidigare optimalt fungerande
- duration av aktuell funktionsnedsättning
- analys av ADL-förmågan
- analys av aktivitetsmiljöer
- motoriska färdigheter
- processfärdigheter
- kommunikations- och interaktionsfärdigheter
- OCAIRS
- AMPS
- ACIS
- sjukgymnastutredning

Omvårdnadsutredning

- bedömning av omvårdnadsbehov
- VIPS- psyk



Bilaga 4

Farmakologisk intervention

Farmakologisk intervention vid förstagångsinsjuknande

Antipsykotisk behandling ska initieras som en del av ett sammanhängande vårdprogram som möter individens kliniska, emotionella och sociala behov. Under en akut episod är antipsykotisk medicinering nödvändig och bör initieras så fort som möjligt. Medicinering bör ges i samråd med patient och anhörig, varför en noggrann information om effekt och bieffekter bör ges innan medicinering startar. I första hand rekommenderas preparat tillhörande andra generationens antipsykotika, t ex. Zyprexa, Seroquel, Risperdal eller Abilify.

Effekten av samtliga antipsykotiska läkemedel är likvärdig, men andra generationens läkemedel har färre biverkningar, vilket gör att dessa är att föredra.

Dosen bör vara optimal dvs. målsättningen är att eliminera de psykotiska symtomen, enär det tar lång tid innan effekt uppnås. Dosjustering bör ske normalt med tre veckors intervall efter det att måldos uppnåtts.

Förutom psykotiska symtom förekommer ofta ångest och inte minst sömnstörningar vid förstagångsinsjuknande. Dessa behöver ofta korrigeras före eller samtidigt med att antipsykotisk medicinering sätts in.

Preparat att föredra är benzodiazepiner, t.ex. oxazepam eller lorazepam.

Medicineringen bör evalueras kontinuerligt med hänsyn till effekt och bieffekter.

Intolerabla biverkningar bör i första hand korrigeras med sänkning av dos alternativt byte av preparat inom gruppen. Tillägg av antikolinerga substanser bör undvikas annat än vid akuta situationer. Monoterapi bör eftersträvas.

Så kallad ” högdosbehandling ” saknar medicinsk evidens och ska ej användas.

Om farmaka är nödvändigt för att lugna en patient bör detta alltid i första hand erbjudas peroralt, t.ex. Zyprexa, Velotab eller Risperdal flytande vilka kan kombineras med Temesta munlösling för kraftigare sedation.

Om parenteral tillförsel är nödvändig är intramuskulär medicinering att föredra framför intravenös av säkerhetsskäl. Intravenös injektion ska endast användas vid exceptionella tillfällen.

Vid intramuskulär tillförsel är kortverkande medel att föredra, t.ex. Zyprexa Raim (obs. maxdos/dygn 20 mg, bör ej kombineras med benzodiazepin), eller Haldol. Om två läkemedel behövs överväg kombination med Haldol och Diazepam (Stesolid).

Om Haldol ges bör beredskap finnas att ge antikolinergika (Akineton).

Vitala tecken, puls, blodtryck och andning, samt tecken på biverkningar ska regelbundet övervakas och bedömning av både psykiatriskt och somatiskt status ska utföras så snart det går att genomföra.

Tungt sederade patienter samt de som använder droger eller alkohol får ej isoleras eller lämnas utan uppsikt.

Akutavdelningen ska ha tillgång till flumazenil (Lanektat), samt vid behov kunna utföra HLR.



Våldsamt beteende kan hanteras utan att man behöver använda exceptionellt höga doser. Den minsta effektiva dosen ska alltid användas.

Om patienten har haft ett läkemedel i adekvat dos under tillräckligt lång tid (minst 8 veckor)

utan tillräcklig effekt bör medicinbyte övervägas. Generellt gäller att samtliga första respektive andra generationens antipsykotiska läkemedel har likvärdig effekt mot psykotiska symtom med undantag för clozapin som visat sig ha bättre effekt. Tolerabiliteten är högre för andra generationens antipsykotiska läkemedel, i synnerhet beträffande EPS.

Internationellt föreslås två försök med antipsykotiskt läkemedel i tillräcklig dos under tillräckligt lång tid (minst 8 veckor), innan clozapin prövas.

Eftersträva monoterapi utom i samband med medicinbyte. Uttalade biverkningar bör alltid föranleda medicinbyte. Vid förekomst av extrapyramidala biverkningar och akatisi bör dosen i första hand sänkas, om detta ej är tillräckligt byte av preparat. Antikolinerg tilläggsmedicinering bör undvikas. Vid kraftig viktökning samt tecken till prolaktinstegring bör preparatbyte övervägas.

I princip bör all medicinering ske peroralt, dock kan en del patienter föredra depåmedicinering.

En viktig fördel med depåneuroleptika är att koncentrationen av läkemedlet svänger mindre med depåpreparat jämfört med peroral behandling, därmed också risken för biverkningar. Den totala dosen sett över tid blir även den mindre. En nackdel är att depåpreparaten är relativt sett mycket dyrare än peroral behandling. Bristande sjukdomsinsikt och dålig följsamhet till medicineringen kan innebära att depåmedicinering är det enda alternativet.

Om enbart första generationens läkemedel prövats finns skäl att först pröva andra generationens, innan clozapin sätts in.

Monoterapi med clozapin bör eftersträvas, dock finns visst stöd för bättre effekt vid kombination med ytterligare preparat. Skäl till detta kan finnas om biverkningar av clozapin, framför allt sedering, är så påtaliga att serumkoncentration inte kan nås.

Farmakologisk intervention vid återinsjuknande

Den vanligaste orsaken till recidiv är bristande compliance, alternativt alltför snabb reducering eller seponering av farmaka. Om patienten svarat bra på tidigare medicinering utan anmärkningsvärda biverkningar, återinsätts tidigare farmaka. Om skälet till utsättande varit biverkningar bör byte ske. Vid varje återfall tar det längre tid innan effekt av medicinering erhålls och dosjustering uppåt kan ibland behöva ske.

Farmakologisk behandling i stabiliseringsfas

På grund av den höga risken för återfall är det nödvändigt att under denna fas motivera och stabilisera patienten på insatt antipsykotikum. Om reduktion av dosen är nödvändig ska denna ske i små steg och under noggrann kontroll.



Om tilläggsmedicinering förekommer bör denna ifrågasättas och utsättning vara målet.

Detta gäller i synnerhet benzodiazepiner.

Farmakologisk behandling i stabil fas

Antipsykotisk medicinering är oundgänglig som underhållsbehandling vid schizofren sjukdom.

Målsättningen med medicineringen är att förhindra återfall och hjälpa patienten att leva ett så normalt liv som det går. Medicinering utgör också en förutsättning för att psykologiska interventioner kan genomföras med god effekt. Medicineringen ska följas upp regelbundet, med hänsyn till effekt och bieffekter samt patienttillfredsställelse.

Medicinering bör ske i överenskommelse med patienten. En öppen diskussion om preparatets för- och nackdelar bör genomföras och läkaren bör vara särskilt öppen för att korrigera biverkningar. Tillgänglig skriftlig information ska ges.

Om patienten själv är oförmögen att ta ställning bör anhörig/närstående delta i informationen.

Behandlingsrefraktär schizofreni

Med denna term menar man vanligen att patienten ej svarar alls eller i otillräcklig grad på läkemedel.

Kontrollera först att antipsykotiskt läkemedel har prövats tillräckligt länge (minst 8 veckor), i adekvata doser och att patienten tagit läkemedlet.

Serumkoncentrationsbestämning är här nödvändig. Andra anledningar till bristande respons bör också övervägas: samtidigt missbruk, andra interagerande läkemedel, fysisk sjukdom. Om patienten har haft ett läkemedel i adekvat dos under tillräckligt lång tid (minst 8 veckor) utan tillräcklig effekt bör medicinbyte övervägas.

Senast reviderat, datum:	Reviderat av:	Godkänt revideringen:
--------------------------	---------------	-----------------------