Vårdprogram psykos

Gäller för:	Godkänd av:	Utarbetad/reviderad av:	Revisionsansvarig:
Division psykiatri	divisionschef	Eva Fabricius, sjuksköterska Angelos Gkrozos, psykiater Ulrika Gullberg, verksamhetsutvecklare Åsa Storm, avdelningschef	Chef för division psykiatri
Utgåva: *Utgåva 1: 2008-06-17* *Utgåva 2: 2012-10-25* *Utgåva 3: 2013-07-11* Utgåva 4: 2013-12-03	Giltighetstid: 2013-12-10-2016-12-10		Ev. diarieinr: LK/131928

Vårdprogram

Psykos

Utredning och uppföljande vård av vuxna patienter med psykos

Division psykiatri

Sammanfattning

Detta vårdprogram beskriver omhändertagande av vuxna patienter över 18 år med psykossjukdomar samt förstagångsinsjuknande med misstänkt psykossjukdom. Vårdprogrammet gäller inom division psykiatri.

Psykossjukdomar medför ofta betydande psykiska och sociala konsekvenser. Sjukdomen medför förutom stort lidande för personen själv och för närstående även stora samhällskonsekvenser. Som det har sett ut fram till idag så har mer än hälften av dem som insjuknat kommit att ha påtagliga besvär av sin sjukdom resten av livet. Utifrån Socialstyrelsens rapport ,Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, löper patienter en högre risk att få en förkortad livslängd på grund av somatiska sjukdomar och ökad suicidrisk.

Personer med psykossjukdom har ofta behov av åtgärder från flera huvudmän, något som kräver nära samverkan och delat ansvar. I arbetet med patienter med psykosproblematik är också närståendes medverkan viktig och av stor betydelse för prognosen.

Behandlingsinsatserna vid psykos består av flera delar, där alla måste vara välutvecklade och individuellt anpassade för varje enskild patient och dess närstående. Varje del får sin fulla potential först genom samverkan med de övriga till exempel genom samordnad individuell plan och vård och stödsamordning tillsammans med kommunerna.

Innehållsförteckning

1. ANSVAR **4**

2. SYFTE **4**

3. PATIENTGRUPP **4**

4. VÅRDNIVÅER OCH PRIORITERINGAR **4**

4.1 VÅRDNIVÅER 4

5. DIAGNOSTIK OCH UTREDNING **5**

5.1 EN UTREDNING SKA OMFATTA 5

6. BEHANDLING **5**

6.1 BEMÖTANDE 6
6.2 FASTA VÅRDKONTAKTEN 6
6.3 DELAT BESLUTSFATTANDE 6
6.4 SAMARBETE MED NÄRSTÅENDE 6
6.5 KRISINTERVENTION ELLER TIDIG INTERVENTION 7
6.6 RISKBEDÖMNING 7
6.7 FARMAKOLOGISK BEHANDLING 7
6.8 PSYKOEDUKATIVA INSATSER 8
6.8.1 Ett Självständigt Liv (ESL *8*
6.8.2 Integrerad Psykologisk Terapi -kognitiv träning (IPT-k) *8*
6.9 PSYKOTERAPI 8
6.9.1 Kognitiv beteendeterapi (KBT) *8*
6.9.2 Psykodynamisk psykoterapi *8*
6.10 REHABILITERING - ÅTERHÄMTNING 8
6.11 VID BEHOV AV SLUTENVÅRD 9
6.11.1 Förstagångsinsjuknade patienter som lagts in på avdelning *9*
6.12 SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN (SIP) 9

7. SAMVERKAN **9**

7.1 MELLAN ANDRA HUVUDMÄN OCH HÄLSO – OCH SJUKVÅRD 9
7.2 MELLAN OLIKA DIVISIONER INOM HÄLSO – OCH SJUKVÅRD 10
7.3 INOM DIVISION PSYKIATRI 10
7.4 MELLAN BRUKAR- OCH NÄRSTÅENDEORGANISATIONER OCH PSYKIATRIN 10

8. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV BEHANDLING **10**

REFERENSER **11**

BILAGOR **11**

1. Ansvar
Berörd verksamhetschef ansvarar för att verksamheten arbetar i enlighet med detta vårdprogram.

2. Syfte
Att skapa ett vårdprogram utifrån nationella riktlinjer som gäller för division psykiatri vid omhändertagande av patienter med psykos. Vårdprogrammet ska bidra till fungerande samverkan med andra divisioner och mellan vårdnivåer såväl inom hälso- och sjukvården som med andra samverkansparter.

3. Patientgrupp
Vårdprogrammet gäller för alla patienter över 18 år med psykossjukdomar samt förstagångsinsjuknande med misstänkt psykossjukdom.

Exempel på psykossjukdom:
- Akut psykos
- Affektiv psykos
- Schizofreni
- Schizofreniformt syndrom
- Vanföreställningssyndrom

Vissa patienter med bipolär sjukdom som har återkommande svåra psykotiska skov bör efter bedömning följas upp enligt detta vårdprogram.

4. Vårdnivåer och prioriteringar

Ju snabbare man behandlar psykossymtom desto lindrigare sjukdomsförlopp och bättre prognos. Därför prioriteras alla patienter med misstänkt psykosproblematik att få en snabb kontakt med psykiatrin. Det finns en inbyggd prioriteringsordning genom TOP-projektet (TOP: Tidig upptäckt vid psykos) som riktar sig till nyinsjuknade patienter (Bilaga 1 *Riktlinjer för Tidigt omhändertagande vid psykos*).

4.1 Vårdnivåer

Allmänmedicin remitterar till psykiatrin vid misstanke om psykostillstånd. Svåra akuta psykostillstånd ska remitteras direkt till psykiatriska akuten. Vårdintyg ska skrivas om patienten fyller kriterier enligt LPT. Misstänkta psykostillstånd remitteras till psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Återremiss till allmänmedicin
Eventuellt kan psykiater ta direktkontakt med respektive allmänläkare angående övertagande av behandling efter lång stabil period med välinställd medicinering vid vissa psykotiska tillstånd (se även Vårdrutin *Förtydligande av vårdrutinen ansvars- och arbetsfördelning mellan division allmänmedicin och division psykiatri beträffande patienter med psykiatrisk problematik*).

Skolhälsovård och ungdomsmottagning remitterar till psykiatrin vid misstanke om psykostillstånd. Svåra akuta psykostillstånd ska remitteras direkt till psykiatriska akuten. Misstänkta psykostillstånd remitteras till psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Barn- och ungdomspsykiatrin ska i god tid innan 18-årsdagen överremittera till vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning (se även Vårdrutin för överrapportering av patienter från barnpsykiatrin till vuxenpsykiatriska öppenvården inom division psykiatri).

5. Diagnostik och utredning

En noggrann utredning är grunden för en god vårdplanering. Utredningen ska integreras med behandlingsinsatser och alltid ske i dialog med patient och närstående. Syftet med utredningen är att ställa en korrekt diagnos, kartlägga funktionsförmåga och identifiera riskfaktorer såsom missbruk eller våld. Utredningen bör initieras omgående och pågå parallellt med den tidiga behandlingen. En preliminär diagnos bör ställas inom tre månader. Diagnostik utgår från DSM-IV (samtliga axlar) och/eller ICD-10. Utredning avseende funktion ska göras när patientens tillstånd stabiliserats.

5.1 En utredning ska omfatta

Anamnes, inkluderande tidig utveckling. I anamnesen ingår även att göra en psykosocial utredning som förutom aktuell situation vad gäller bostad, familjeförhållanden, sysselsättning och intressen bör omfatta tidigare och aktuella psykosociala påfrestningar till exempel förluster och konfliktsituationer samt eventuella krisreaktioner.

Somatisk/medicinsk utredning med EEG och CT/MR för att utesluta funktionella eller morfologiska avvikelser som exempelvis hjärnskada eller utvecklingsanomali. Den medicinska utredningen skall även omfatta blodprover för endokrina och metabola funktioner, blod/lever- och elektrolytstatus, vikt, längd och EKG.

Missbruksutredning vad gäller alkohol och droger (drogscreening).

Patienten skall tillfrågas om medverkan i Psykosregistret (PsykosR) varvid testerna i detta register används.

Psykologisk utredning som inkluderar allmän intellektuell funktion, exekutiva funktioner, språklig förmåga, uppmärksamhet, perceptuell förmåga, verbalt minne och motorisk snabbhet.

Andra utredningsmoment som kan bli aktuella är

Arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk bedömning.

6. Behandling

Målen för behandling vid psykossjukdom är att uppnå symtomfrihet och full funktionsnivå och kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. En av grundpelarna i behandlingen är antipsykotisk medicinering. Behandlingsinsatserna vid psykos består av flera delar, där alla måste vara välutvecklade och individuellt anpassade för varje enskild patient och dess närstående. Varje del får sin fulla potential först genom samverkan med de övriga.

De närståendes roll i såväl utrednings- som behandlingsinsatser bör uppmärksammas och stödjas. En tydlig och dokumenterad vårdplan ska upprättas med patienten, behandlaren och gärna närstående. Vårdplanen ska revideras vid behov.

6.1 Bemötande

- Bemötandet ska bygga på respekt för patientens integritet med värme och engagemang.
- Det första mötet med psykiatrin ska ske i en trygg miljö, vilket ofta är i hemmiljön, och ges tillräcklig tid.
- En god relation och kontinuitet med vårdgivaren är väsentlig för behandlingen
- Beakta alltid det trauma det innebär att vara psykotisk.
- Var medveten om att patienten kan vara nervös, avvaktande eller ovillig att träffa dig
- Var öppen för patientens erfarenheter och åsikter. Ta patientens problem och obehag på allvar och visa empati.
- Vårdkontakten är grundläggande för patientens motivation till behandling.
- En negativ uppfattning eller upplevelse av tidigare psykiatrisk vård kan vara av betydelse för patientens inställning till planerad behandling.
- Patienter med kognitiva funktionshinder kan ha svårt att tolka mellanmänskliga signaler. De ska bemötas på ett sätt så att de förstår och kan tillgodogöra sig information samt kunskap.
- För att öka individens deltagande i sin vård kan påminnelser om besökstider i olika former vara nödvändigt.

6.2 Fasta vårdkontakten

En fast vårdkontakt syftar till att ge en bas för fortsatt vård, mildra sekundära konsekvenser av psykosen och underlätta återhämtning. Den fasta vårdkontakten, det vill säga en behandlare, står för samordnandet av farmakologiska, sociala och psykosociala interventioner. Samordningen är viktig för att ge maximalt positiv effekt för patienten. Den fasta vårdkontakten har stöd och utbyte med andra yrkesprofessioner i behandlingen av patienten. Det ska även finnas en tydlig dokumenterad vårdplan.

6.3 Delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande är viktig för alliansen för att få en bra följsamhet. Det kan exempelvis röra sig om beslut som rör individens behandling, behov av sociala och psykologiska insatser och ytterst hans eller hennes personliga återhämtning. Vårdgivaren bidrar med sakkunskap om sjukdomar och behandlingsalternativ samt kunskap om risker och fördelar förknippade med olika alternativ. Individen bidrar med sin erfarenhet av sjukdomen och sina preferenser. En rekommenderad arbetsmodell är Shared decision making (SDM).

6.4 Samarbete med närstående

Samarbetet med närstående består av olika delar såsom samverkan, information och stöd. I samband med nyinsjuknande i psykossjukdom bör närstående inbjudas till kontakt inom 24 timmar. Närstående betraktas som viktiga samarbetspartners i den fortsatta processen. Samverkan syftar till att få ökad kunskap om patienten och om nätverkets resurser men också att kunna ge stöd och information till de närstående. Närstående ska erbjudas information eller utbildning gällande psykossjukdom och behandlingsformer. Sådan information eller utbildning bör ges i första hand patient och närstående tillsammans (enskilt eller i grupp). Närstående skall erbjudas fortlöpande kontakt under förutsättning att patienten inte motsätter sig detta. Om patienten motsätter sig kontakt med anhöriga ska ett motivationsarbete inledas i syfte att få detta till stånd.

Minderåriga barn till personer med psykossjukdom skall särskilt uppmärksammas och erbjudas kontakt och stöd. Vid behov ska samverkan etableras med socialtjänsten och eller BUP.

6.5 Krisintervention eller tidig intervention

När någon insjuknar i psykos för första gången eller om misstanke om psykossjukdom föreligger bör vården realisera en kontakt med den personen inom 24 timmar, då med ett multiprofessionellt team, där specialistläkare ingår. Interventionen kan med fördel ske i hemmet eller i öppenvården, vilket minskar patientens lidande och främjar oberoende. Erbjud personens närstående kontakt.

När inläggning vid slutenvårdsavdelning är aktuell är det önskvärt med frivillig inläggning för att undvika den traumatiska upplevelsen av tvångsinläggning. Det kräver att man med motiverande samtal och pedagogiska metoder lyckas skapa allians och bygga förtroende för vården.

6.6 Riskbedömning

Riskbedömningar gällande självmord, farlighet och sociala risker, exempelvis barn som far illa sker kontinuerligt utifrån den kunskap behandlaren har om den aktuella patienten. För att en adekvat riskbedömning skall kunna göras måste så mycket information och kunskap som möjligt om den enskilde patienten finnas tillgänglig för behandlaren. Det är ytterst behandlarens ansvar att inhämta information och kunskap om patienten. Frågor om röster och dess innehåll, självmordtankar, självmordsplaner och impulser med aggressivt innehåll skall ställas. Svaren skall dokumenteras i journalen, under rubrik psykiskstatus och i bedömningen. Där ska tydligt framgå vad bedömningen grundas på, exempelvis strukturerat samtal, anhörigsamtal, skattningsskala, suicidstegen.

Bedömningarna kan leda till exempelvis:

- Förstärkt stöd och sociala skyddsnät kring patienten
- Motivera till inläggning i slutenvård
- Begäran om polishandräckning
- Anmälan till socialtjänst

6.7 Farmakologisk behandling

Antipsykosläkemedel är en hörnsten i behandlingen av patienter med psykos. I akutskedet erbjuds bensodiazepiner för att behandla sömnlöshet och ångest. Antipsykosläkemedel ges i lägsta effektiva dos. Vid nyinsjuknande ska man om möjligt undvika antipsykosläkemedel under den första veckan för att få en uppfattning om förloppet utan att det påverkas av antipsykosmedicineringen. Man ska sträva efter monoterapi och försöka undvika polyfarmaci som försvårar att utvärdera effekten och ökar risken för biverkningar. Effekten och biverkningar av insatt dos ska bedömas fortlöpande. Det är väsentligt att från början försöka bygga en allians kring medicineringsfrågan. Information och tydlighet gentemot patienten om vilka effekter en viss medicin kan förväntas ha utgör en central faktor. Val av läkemedel görs utifrån diagnosen, kliniska bilden, biverkningsprofil samt patientens önskemål. Det kan bli svårt att hitta rätt läkemedel då man kombinerar bästa effekt och mindre allvarliga biverkningar. Den antipsykotiska effekten skiljer sig mycket mellan olika preparat. Ibland är det värdefullt att prioritera läkemedelföljsamhet framför den antipsykotiska effekten.

Depå neuroleptika är en stor del av den farmakologiska behandlingen vid psykosjukdomar. Det beror på den dåliga följsamheten som brukar förekomma vid antipsykotisk behandling. Depå neuroleptika kan administreras av psykiatrin, allmänmedicin eller kommunpsykiatri.

Som en del i läkemedelsuppföljning är det viktigt med årliga provtagningar avseende metabol påverkan. Vid avvikande provsvar som föranleder misstanke om somatisk sjukdom ska kontakt tas med allmänmedicin för vidare utredning och behandling vid exempelvis diabetes (se även bilaga 2 *Rutin för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*).

Patienten med antipsykotisk behandling har ofta ett stort objektivt tandvårdsbehov. Därför är det viktigt att uppmärksamma samverkan med tandvården genom exempelvis intygsskrivande.

6.8 Psykoedukativa insatser

Insatser som syftar till ökad social funktion och återhämtning samt att ge kunskap om psykos och läkemedel. Insatsen kan med fördel ges till patient och närstående tillsammans.

- *Ges i grupp eller individuellt om det ej finns underlag till grupp.*
- *Information om psykos*
- *Stress- och sårbarhetsmodellen*
- *Teori kring expressed emotions*
- *Modeller för problemlösning*
- *Medicineringens för- och nackdelar*
- *Tidiga tecken på återinsjuknande*

6.8.1 Ett Självständigt Liv (ESL)

Utbildningsmaterialet Ett Självständigt Liv (ESL) är användbart i detta avseende. Kunskapsförmedlingen kan ske individuellt eller i grupp.

6.8.2 Integrerad Psykologisk Terapi -kognitiv träning (IPT-k)

IPT-k är ett träningsprogram i grupp som är speciellt utformat för patienter med allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar och skall ge möjlighet att kompensera dessa.

6.9 Psykoterapi

Psykoterapi ska erbjudas till patienter som bedöms kunna ha nytta av behandlingen om deras kognitiva funktioner tillåter. Vid akuta psykotiska tillstånd är psykoterapi ej aktuellt. I samband med rehabilitering efter psykos skall patientens individuella behov av psykoterapi bedömas.

6.9.1 Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT fokuserar primärt på att direkt angripa dysfunktionellt beteende och tankar och därigenom åstadkomma emotionell förändring.

6.9.2 Psykodynamisk psykoterapi

Psykoterapeutiska metoder som i arbetet med patienten hjälper till att utforska känslor, behov, motiv och relationer som är aktuella i patientens liv.

6.10 Rehabilitering - återhämtning

Rehabilitering- eller återhämtningsprocessen handlar om att stötta individen i att nå eller återfå roller och sammanhang som är viktiga för henne eller honom. Det är viktigt att det finns tilltro till en individs eller patientgrupps möjlighet till utveckling, tillfrisknande och återhämtning. Återhämtning är inriktad på att förbättra funktionen och minska konsekvenserna av sjukdomen. Det kan exempelvis handla om kognitiva hjälpmedel, social färdighetsträning, godman eller förvaltare, råd och stöd om bättre levnadsvanor, boendestöd, kontaktperson, sysselsättning. För möjlighe-

ten att återhämta sig från psykisk ohälsa, anses makt och ansvar att påverka beslut som rör den egna livssituationen vara viktiga faktorer.

6.11 Vid behov av slutenvård

Om dygnet-runt-vård är aktuellt ska patient läggas in på slutenvårdens differentierade psykosavdelningar. Om tillstånd bedöms som aggressiv, farlig eller ha hög självmordsrisk och är i behov av extra tillsyn ska patient läggas in på psykiatrisk intensivvårdsavdelning (PIVA).

Vården ska ske i nära samarbete med den psykiatriska öppenvårdsresurs som finns. Avdelningspersonal ska se till att patienten så snart som möjligt få kontakt med öppenvårdsmottagningen som ska stå för kontinuiteten i vården. Öppenvårdsmottagningen ska utse en fast vårdkontakt för patienten. Den fasta vårdkontakten upprätthåller befintlig kontakt med patienten under tiden som patienten är inlagd. En preliminär vårdplan ska upprätts tillsammans med kommunpsykiatrin under de första dagarna. Kommunikation kan ske antingen via personliga möten, telefon eller genom videokonferens. Syfte med slutenvården är att få till en snabb återgång till habituellt tillstånd efter insjuknandet. Att samordna insatser genom vårdplanering är en viktig del för att tillgodose patientens behov efter hemgång.

6.11.1 Förstagångsinsjuknade patienter som lagts in på avdelning

Om det är möjligt, starta upp behandlingen med antipsykotika i låg dos och med långsam insättning, detta för att minska patientens obehag till följd av biverkningar, slutenvård och behandling samt att förstärka läkemedelsföljsamheten. Erbjud bensodiazepiner i akutskedet för att behandla ångest och sömnlöshet.

6.12 Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan (SIP) upprättas för att tillgodose patientens alla behov såsom behandling, boende, studier, arbete, sysselsättning och fritid. Dessa insatser bör påbörjas i ett tidigt skede. Utgångspunkten är patientens egen problemformulering. Patientens behov ska inventeras och utredas tidigt i vårdprocessen (inom tre månader). Ansvaret delas mellan sjukvården och socialtjänsten.

7. Samverkan

Samverkan ska präglas av ett professionellt och flexibelt förhållningssätt, där patienten alltid är i centrum och hans eller hennes behov utgör grunden för arbetet.

7.1 Mellan andra huvudmän och hälso – och sjukvård

Personer med psykossjukdom har ofta behov av åtgärder från flera huvudmän, något som kräver samverkan mellan dem och ansvaret är delat. Även i de fall där ansvaret entydigt är landstingets eller kommunens krävs samverkan då som ovan nämnts det stora, flertalet av personer med psykossjukdom har behov av livslånga parallella insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samverkan mellan psykiatrin och kommunen bör alltid komma till stånd för personer med måttliga eller svåra symtom och med funktionsnedsättning. För personer som ofta bryter vårdkontakter och återinsjuknar är kontinuitet och samverkan extra viktigt. När insatser från olika huvudmän är aktuella ska Samordnad individuell plan (SIP) eller vård- och stödsamordning erbjudas.

För frågor som rör arbetslivsinriktad återhämtning behövs kontakt med Försäkringskassa och Arbetsförmedling och när det gäller boende berörs andra delar utöver socialpsykiatrin av den kommunala verksamheten.

Se vidare Överenskommelse mellan samtliga Värmlands Kommuner och hälso – och sjukvårdens verksamheter som gäller personer med psykisk funktionsnedsättning i Värmland.

7.2 Mellan olika divisioner inom hälso – och sjukvård

Som en del i läkemedelsuppföljning är det viktigt med årliga provtagningar avseende metabol påverkan. Vid avvikande provsvar ska kontakt tas med allmänmedicin för vidare utredning och behandling vid exempelvis diabetes (se även bilaga 2 *Rutin för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*). Psykospatienter har ofta en låg exekutiv förmåga vilket kan göra det svårt att söka rätt vårdinstans. En uppgift blir då att lotsa patienten rätt antingen genom information eller direkt korrespondens med vederbörande vårdgivare.

När det gäller patienter med en autismdiagnos och eller utvecklingsstörning som har en samtidig psykosproblematik behövs en förtydligande överenskommelse gällande Ansvars- och arbetsfördelning upprättas mellan HHR, vuxenhabilitering och psykiatrin.

7.3 Inom division psykiatri

Division psykiatris målsättning är att slutenvården skall arbeta i nära samverkan med öppenvården. Man kan se det som att öppenvården har huvudansvaret för patienten och att perioden inom slutenvården är en kort och intensiv behandlingsaktivitet, med syfte att patienten så snart som möjligt kan fortsätta behandlingen inom öppenvården.

Om en patient som har pågående öppenvårdskontakt oplanerat läggs in inom slutenvården ska öppenvården kontaktas.

När patienten läggs in via öppenvården skall öppenvården alltid formulera ett uppdrag, tillsammans med slutenvården.

Den patient som inte tidigare haft kontakt med öppenvården remitteras vanligtvis till öppenvården vid utskrivning.

7.4 Mellan brukar- och närståendeorganisationer och psykiatrin

Samarbete och samverkan med brukar- och närståendeorganisationer är väsentligt för innehållet i och utvecklingen av verksamheten. Det är viktigt att informera patienter och anhöriga om det utbud som finns.

8. Uppföljning och utvärdering av behandling

Utvärdering sker mot vårdplanens mål.

Uppföljning och utvärdering av behandling görs genom skattning av patientens symtom och funktion. Skattningar ska omfatta GAF och RS-S (Remissionsskala vid Schizofreni).

Utvärdering av effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling görs fortlöpande. Uppföljning av den somatiska hälsan ska göras minst en gång per år.

I de fall man diagnostiserar en psykossjukdom ska behandlingen utvärderas och följas upp minst en gång per år med läkarbesök. I andra fall där psykossymtom är en sekundär till annan diagnos, som exempelvis depression med psykotiska symtom, anpassas kontakten och vårdnivån när symtomen har avtagit.

Vid årlig uppföljning används PsykosR och/eller Kvalitetsstjärnan.

Referenser

Socialstyrelsen, 2011, Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofrenilikknande tillstånd

Socialstyrelsen, 2013, Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – Preliminär version.

Region Värmland. 2012, *Överenskommelse Personer med psykisk funktionsnedsättning, Kommunens och hälso – och sjukvårdens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning för barn,ungdomar,vuxna och äldre*.

Rodin, H. 2013, PsykosR, Bättre psykosvård, *Ett Självständigt Liv (ESL)*

Rogberg , U. 2013, PsykosR Bättre psykosvård, *Integrerad Psykologisk Terapi -kognitiv träning (IPT-k)*

Region Värmland, 2013, *Handlingsplan Vård- och stödsamordning, Baserad på överenskommelse – personer med psykisk funktionsnedsättning, Landstinget i Värmland och länets kommuner*

Region Värmland, 2013, *Handlingsplan Samordnad Individuell Plan, Baserad på överenskommelse – personer med psykisk funktionsnedsättning, Landstinget i Värmland och länets kommuner*

Litteratur och länk tips till patient och familj:

De Hert M, Magiels G, Thys E, *Hjärnchipsets hemlighet: en självhjälpsguide för dig som drabbas av en psykos*, Antwerpen :EPO,2003

Infoteket: www.lul.se/infoteket

Patientföreningar:

- *Riksförbundet för social och mental hälsa: www.rsmh.se*
- *Schizofreniförbundet: www.schizofreniforbundet.se*

Bilagor

Bilaga 1 **TOP- projektet Riktlinjer för Tidigt omhändertagande vid psykos**

Bilaga 2 **Rutin för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom**

TOP-projektet
Tidigt Omhändertagande vid Psykos
Initierat av Nationell Psykiatrisamordning



RIKTLINJER FÖR

Tidigt Omhändertagande
vid
Psykos

TOP-projektet
2007

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Ordlista 2

Bakgrund till TOP-projektet 3

Sammanfattning av riktlinjerna 3

Kunskapsläget 4

Rekommendationer 4

Riktlinjer 5
1. Tidig intervention 5
2. Verksamhet för förstagångsinsjuknade 5
3. Teamets sammansättning 6
4. Vårdmöjligheter 6
5. Samarbete med familj och närstående 7
6. Utredning och diagnostik 8
7. Somatisk vård och utredning 9
8. Läkemedelsbehandling 9
9. Psykosociala insatser 10
10. Rehabilitering 10
11. Uppföljning och kvalitetssäkring 11

Referenslista till riktlinjer 12

TOP-projektet
ett projekt initierat av
Nationell Psykiatrisamordning

Ordlista

CAN Canberwells Assessment of Needs

CT Computerized Tomograpic scanning (datorstyrd skiktröntgen)

DSM-IV Diagnostic & Statistical Manual of Mental Illness (revision 4)

EEG Elektroencefalografi (metod för att registrera hjärnbarkens elektriska aktivitet)

EKG Elektrokardiogram (undersöker hjärtats elektriska aktivitet)

GAF Global Assessment of Function (global funktionsskattningsskala)

ICD-10 International Classification of Diseases (revision 10)

MR Magnetic Resonance scanning (magnetisk resonanstomografi)

Prodromalfas Förebådandefas, eller stadium av tidiga symptom

RS-S Remissionsskala vid Schizofreni (delskala från PANSS)

Bakgrund till TOP-projektet

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

Sammanfattning av riktlinjerna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kunskapsläget

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

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

Rekommendationer

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

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

Vi rekommenderar medverkan i Psykosregistret.

Riktlinjer

1. Tidig intervention

Vad?

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

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

Registrera:

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

Säkra att:

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

2. Verksamhet för förstagångsinsjuknade

Vad?

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

3. Teamets sammansättning

Vad?

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

4. Vårdmöjligheter

Vad?

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

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

5. Samarbete med familj och närstående

Vad?

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

6. Utredning och diagnostik

Vad?

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

En utredning bör omfatta:

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

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

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

Bedömningar

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

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

7. Somatisk vård och utredning

Vad?

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

8. Läkemedelsbehandling

Vad?

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

9. Psykosociala insatser

Vad?

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

Dessa insatser kan utgöras av:

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

10. Rehabilitering

Vad

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

11. Uppföljning och kvalitetssäkring

Vad?

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

Varför?

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

Kvalitetsmål

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

Referenslista

Riktlinjer som varit vägledande för utformningen av dokumentet

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

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

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

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

TOP-projektet

Tidigt Omhändertagande vid Psykos
Initierat av Nationell Psykiatrisamordning

Framtaget av TOP-projektet 2007

Landstinget i Värmland

Vårdrutin

Metabol risk

Gäller för: Division psykiatri	*Godkänd av:* Britt Skålerud-Borggren	*Utarbetad av:* Britt Skålerud-Borggren	*Revisionsansvarig:* Verksamhetschef för allmänpsykiatriska slutenvården
Utgåva: **1**	*Giltighetstid:* 2010-05-17 –2013-05-17		*Reviderad:*

Rutin för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom

Bakgrund

Antipsykotisk medicinering framförallt preparaten klozapin och olanzapin, ger ökad risk för metabola biverkningar. Patienter som behandlas med antipsykotika har en ökad förekomst av riskfaktorer

- för hjärt- och kärlsjukdom
- för övervikt
- för insulinresistens
- för rubbning av kroppens blodfetter

Syfte

Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom.

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns fungerande rutiner, riktlinjer och samarbetsformer runt dessa patienter.
Patientansvarig psykiater ansvarar för att upptäcka och initiera åtgärder mot metabol störning hos denna patientgrupp.

Omfattning

Denna rutin gäller för alla patienter med allvarlig psykisk sjukdom – såsom bipolärt syndrom, schizofreni eller annan psykotisk sjukdom och som är i behov av antipsykotisk medicinering.

Förebyggande åtgärder

Vidta åtgärder som avser att förhindra eller uppskjuta ett insjuknande hos friska individer. T ex förhindra uppkomst av diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. Nedanstående åtgärder ska genomföras systematiskt och strategiskt.

- alla patienter som påbörjar behandling med antipsykotisk medicinering ska informeras om risken för viktökning och hur viktökning kan förebyggas. Informera med patientens samtycke, gärna även närstående och eventuella boendestödjare.
- medvetandegör för patienten betydelsen av levnadsvanor såsom kosthållning, rökning och fysisk aktivitet för framtida hälsa. Detta sker genom hälsointervju som dokumenteras i vårdplanen. Vid långtidsbehandling med antipsykotiska läkemedel bör uppföljningen, strukturerad symtomskattning, alltid inkludera årliga kontroller av eventuella biverkningar.
- vid nyinsättning eller byte av antipsykotisk medicinering bör risk för metabol påverkan vägas in vid val av preparat.

Åtgärder

Åtgärd och systematisk kontroll

	Kvartal Alla patienter	Årligen Alla patienter	Tillfälligt tätare kontroll vid nyinsättning/byte av antipsykotika			
			Utgångsvärde	4v	8v	12v
Anamnes och somatiskt status; Hereditet för eller känd hjärt- kärlsjukdom, diabetes. Efterfråga symtom på diabetes, hjärt- kärlsjd, ev även symtom på thyreoidearubbning, kron obstruktiv lungsjd, prolaktinrubbning. Kartläggning; rökning, kosthållning, fysisk aktivitet, upplevd hälsa. Status inkl tandstatus		X				
Vikt (och längd för unga)	X		X	X	X	X
Midjemått (a)		X	X			X
Blodtryck (b)		X	X			X
fP-glukos (c), ev HbA1c		X (var 6:e mån för unga)	X			X
Lipidstatus (total kolesterol, HDL, LDL, triglycerider) (d)		X (var 6:e mån för unga)	X			X
Överväg rutinmässig screening även av t ex thyreoideastatus, lever- och njurprover, elektrolyter, prolaktin, blodtatus och EKG		X				

(a) Referensvärden midjemått; Kvinnor > 88 cm kraftigt ökad risk, män > 102 cm kraftigt ökad risk. Referensvärden för unga är lägre och beroende av ålder. Midjan mäts i navelplanet efter normal utandning.

(b) Målvärde blodtryck < 140/90. Vid diabetes eller njursjukdom < 130/80

(c) Fasteglukos (fP) ≥ 7,0 mmol/L från två separata dagar är diagnostiskt för diabetes. Fasta = ej mat eller dryck efter kl 22.00 provtagning på morgonen.
Något förhöjda värden (IFG = fP-glukos 6,1 -6,9) är relativ indikation för oral glukostoleranstest (OGTT) för ökad diagnostisk sensitivitet. OGTT är ej komplicerat att utföra, kan med fördel genomföras på psykiatrisk klinik för denna patientgrupp. Fastande patient får inta 75 g glukos löst i vatten (beställs via apotek). Kapillärt P-glukos ≥ 12,2 eller venöst P-glukos > 11,1 efter 2 timmar är diagnostiskt för diabetes. Dessa värden gäller även för slumpglukos (taget utan hänsyn till fasta) vid samtidiga symtom på högt blodsocker (trötthet, törst, stora urinmängder). Icke fastande P-glukos 7,8 –11 innebär glukosintolerans (IGT).

(d) Blodfetter. Behandlingsindikation och behandlingsmål beroende av övriga riskfaktorer samråd med primärvårdsläkare, internmedicinare eller barnläkare rekommenderas.

Referenser

Kliniska riktlinjer – att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom