

# **Gemensamt beslutsfattande – Samverkan för god behandling**

## **Vårdprogram**

för utredning och behandling av patienter med  
schizofrenisjukdom och näraliggande tillstånd

Psykossektionen, SU/Psykiatri Sahlgrenska  
Kompetenscentrum för Schizofreni

Version 1.1  
2005



## INNEHÅLL

### **Varför vårdprogram?**

Hur är programmet uppbyggt?

Vad är schizofreni?

Psykossektionen

Hur får man kontakt med Psykossektionen?

### **Utredning – så går det till**

Diagnostisk utredning

Arbetsterapeutisk utredning

Omvårdnadsutredning

Social utredning

Neuropsykologisk utredning

Sjukgymnastisk utredning

Psykoterapeutisk utredning

### **Behandlingen – så går den till**

#### **De viktigaste inslagen i Integrerad psykiatri är:**

Case manager

Behandlande läkare

Hembesök

Arbetsallians

Målformulering

Resursgrupp

Personlig utvecklingsplan

Kontinuerlig utvärdering

### **Behandlingens innehåll**

Läkemedelsbehandling

Kompetent stresshantering

Kroppslig hälsa

Omvårdnad

Sociala insatser

Aktivitetsbaserade insatser

Pedagogiska insatser

Familjeintervention

Arbetsinriktad rehabilitering

Psykoterapi

Kroppsterapi

### **Behandlingsnivåer - var äger behandlingen rum?**

Öppenvård

Slutenvård

Stöd efter den aktiva behandlingsperioden

Stödplan

### **Behandlingens avslutande**

**Varför skall vi samverka med andra?**

**Gör vi det vi åtagit oss att göra?**

## VARFÖR VÅRDPROGRAM?

Psykossektionen har en vision att stärka patientens inflytande över sin egen behandling och att individualisera behandlingen. Detta har ett självklart demokratiskt värde och har ett starkt forskningsstöd. Arbetet med ett vårdprogram är ett sätt att stärka denna målsättning.

Beslutet om att sammanställa ett vårdprogram för utredning och behandling av patienter med schizofreni och liknande sjukdomar har tagits av sektionrådet vid Psykossektionen Psykiatri Sahlgrenska. Arbetet med att sammanställa innehållet i vårdprogrammet har skett i arbetsgrupper där samtliga yrkesgrupper varit representerade. Programmet är avstämt med brukarorganisationerna.

Syftet med ett sektionsgemensamt vårdprogram är att vi vill försäkra alla patienter om en god vård baserad på bevisat verksamma metoder.

Ett vårdprogram är en sammanställning av handlingslinjer som *"skall vara vägledande för all personal i den öppna och den slutna vården"* (Sjölenius, 1989).

Patienter, anhöriga och vårdgrannar ska kunna ta del av vårdprogrammet och få en klar bild av hur behandlingen är uppbyggd och vad de kan förvänta sig av Psykossektionen. Man kan se vårdprogrammet som en "garantisedel".

Vårt arbete syftar till att stärka patientens möjligheter att själv ta aktiv del i beslut rörande sin sjukdom och sina levnadsomständigheter, att bli en självständig samhällsmedborgare och att efter den aktiva behandlingsfasen avsluta kontakten med vården.

Anhöriga och närstående ser vi som en resurs och de inbjuds att medverka i behandlingens uppläggning. Anhöriga och närstående ges stöd för att kunna vara en resurs för patienten i dennes strävan att uppnå sina mål.

Utgångspunkten för vårdprogrammet är ett integrerat synsätt på psykiatrisk behandling, där såväl psykisk och somatisk hälsa som möjligheter till bostad, sysselsättning, ekonomisk försörjning och relationer med andra människor beaktas.

## Hur är programmet uppbyggt

I programmet beskrivs den struktur som sektionen arbetar efter, de viktigaste momenten i utredningen och behandlingen och hur resultaten utvärderas.

Texten i programmet är skriven så att den ska innehålla så lite facktermer som möjligt. Detta för att möjliggöra att även personer som inte arbetar inom psykiatri ska kunna tillgodogöra sig den. Den korta texten kompletteras av bilagor där enskilda procedurer och rutiner beskrivs i detalj. I bilagorna finns också ordlistor, kontaktuppgifter, författningstexter o.dyl. Patientens väg genom systemet beskrivs genom processkartor. Länkar förbinder dokumentet med bilagorna. Vårdprogrammet finns naturligtvis även tillgängligt i pappersversion.

Programmet förvaltas av Kompetenscentrum för Schizofreni på uppdrag av Psykossektionens sektionråd.

## Vad är schizofreni?

Schizofreni är en psykosjukdom. För diagnos krävs bl.a. att en person har positiva psykosymtom (= hallucinationer och/eller vanföreställningar) och att dessa symtom inte har samband med förändrat stämningsläge (t.ex. mani eller depression). Symtomen och/eller funktionsnedsättningen ska ha varat längre än sex månader och allvarligt försvårat för personen att fungera på viktiga livsområden (arbete, studier, personliga relationer, förmåga att sköta personlig hygien). Kroppslig sjukdom eller drogbruk ska uteslutas som orsak till besvären. Paranoid psykos är ett näraliggande tillstånd och påminner om schizofreni men de uttalade funktionshindren saknas.

## **Psykossektionen**

Psykossektionen vid Psykiatri Sahlgrenska består av sammanhållna vårdkedjor innehållande slutenvårdsavdelningar och öppenvårdsteam som tar emot patienter med schizofreni och paranoida sjukdomar. Sektionens upptagningsområde är stadsdelarna inom centrala och västra Göteborg med en befolkning på ca 215 000 individer. För att möjliggöra ett nära samarbete med bland annat socialtjänsten är vårdkedjorna organiserade mot bestämda stadsdelar.

En särställning intar patienter med stora och sammansatta behov, där tillskapandet av specialiserad verksamhet med möjlighet till kontinuitet i vårdkedjan från slutenvård till öppenvård har påbörjats.

För unga personer med misstanke om insjuknande i psykosjukdom finns ett särskilt vårdprogram och möjligheter till slutenvård i icke-sjukhusliknande miljö.

Inom sektionen finns även en rehabiliteringsenhet specialinriktad mot arbete och studier. Sektionen driver Psykiatri Sahlgrenskas akutmottagning. Den har jourläkarmottagning, telefonrådgivning, kristeam, mobilt team, konsultverksamhet till kroppssjukvården och samordnar remissflödet till kliniken.

För att stödja och utveckla sektionens FoU-insatser och samordna dem med Sahlgrenska Akademien och andra universitetsinstitutioner finns Kompetenscentrum för Schizofreni.

## **Hur får man kontakt med Psykossektionen?**

Det finns olika sätt att få kontakt med psykiatri. Vissa patienter kommer via remiss som skickas till våra öppenvårdsmottagningar från till exempel en distriktsläkare. En del patienter söker själva på vår akutmottagning och kan ibland behöva inleda sin kontakt med oss genom att vårdas en tid på en slutenvårdsavdelning.

Ibland inleds kontakten genom att sociala myndigheter uppmärksammat att en person behöver psykiatrisk hjälp och i vissa fall kontaktas vi av anhöriga eller andra personer i patientens omgivning som önskar hjälpa en person som verkar ha behov av psykiatrins resurser.

All psykiatrisk vård skall i möjligaste mån ske med patientens samtycke. Det är också först då man har uppnått en bärande allians med en patient som den behandling som ges kan åstadkomma en varaktig förändring och hjälpa patienten.

En person som har psykosjukdom har inte alltid en sådan insikt i att de symtom och funktionshinder som hon/han upplever beror på psykisk sjukdom, att den första kontakten kan inledas med att diskutera på vilket sätt man behöver behandling eller vilken behandling som är lämpligast att ge.

Många gånger måste man ägna sig åt att sätta sig in i en patients situation för att förstå vad som är viktigt för just den patienten. Att ge förtroenden åt en främmande person kan vara svårt för alla men särskilt svårt för en patient med ett ibland kaotiskt sätt att uppfatta verkligheten på.

Att skapa en arbetsallians kan ibland ta lång tid, men är alltid nödvändigt för att kunna hjälpa en patient.

Om det finns en farlighet i att dröja med behandling, antingen för patienten själv eller för andra, kan det i vissa fall behövas att man inleder en behandlingskontakt med att ge vård mot patientens vilja (=tvångsvård enligt LPT, *Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård*). Detta skall alltid undvikas (om möjligt) och då det används ska det syfta till att komma överens med patienten om att hitta andra former för vården.

Tvångsvården regleras noga i lagen. Som tvångsvårdad patient har man rättigheter att till exempel överklaga beslut, att få en stödperson, och att få juridiskt bistånd vid kontakt med Länsrätten, som är den inrättning som har att bevaka att tvångsvården hanteras korrekt av sjukvården.

Vid första kontakten med en person med symtom från psykosjukdom bör samverkan inledas. Efter samråd och godkännande från patienten tas kontakter med det personliga

och professionella nätverket runt henne/honom. Hur ser kontakten med familjen ut? Har personen haft kontakt med primärvården? Är personen känd av socialtjänsten? Har det varit problem på arbetsplatsen eller under en eventuell utbildning. Hur fungerar boendet? De personer som finns nära en person som blir sjuk och där insjuknandet har föregåtts av en påfrestande period, kan ha förståelse och en annan tolerans för svåra symtom, om de är införstådda med behandlingens planering.

Det kan till en början vara svårt för en person med psykotiska problem att se vikten av sådana kontakter. Inriktningen vid de första kontakterna är att bygga en relation och inleda ett motivationsarbete för att möjliggöra samverkan. Samverkan bygger sedan på ett öppet och nära resonemang inom väl fungerande kanaler: socialtjänst – primärvård – psykiatri. Reglerna för sekretess mellan organisationer är klara men genom att alltid tidigt motivera patienten till samverkan, blir dessa regler sällan ett hinder.

## UTREDNING - SÅ GÅR DET TILL

Utredningen skall syfta till att dels ställa en sjukdomsdiagnos och dels sammanfatta vilka problem en patient har beroende på symtom och funktionshinder. Mycket viktigt är också att ta reda på vilka resurser och möjligheter en patient har att själv hantera problem och svårigheter.

Hur omfattande en utredning blir bestäms av vad patientens läkare och andra behandlare bedömer som viktigt och tillsammans med patienten och anhöriga beslutas om vilka utredningar som skall göras och på vilket sätt. Alla utredningar behöver inte göras samtidigt och ibland kan det vara bättre att avvakta något innan man går vidare med utredningen.

Utredningen, både av diagnostisk art och utredning av vilka hinder och resurser en patient har, görs av behandlingspersonal med olika utbildningsbakgrund. Vissa delar av utredningen görs inom slutenvården (om patienten inleder sin kontakt med psykiatrin genom en slutenvårdsepisod) medan andra delar eller i vissa fall hela utredningen görs i öppenvården.

På varje avdelning och i varje öppenvårdsteam finns experter inom olika områden som kan utföra utredningar. Ibland är det bättre för patienten om det är samma person som gör det mesta av utredningarna och att denna person konsulterar respektive expert, och ibland är det tvärtom bättre att patienten träffar flera behandlare som är experter inom sitt område. Detta avgörs från fall till fall.

Ofta delar man in en undersökning i två delar där patientens beskrivning av sina symtom och sin sjukdomshistoria brukar benämnas anamnes. För att göra sjukdomshistorien så fullständig som möjligt är information från anhöriga och andra närstående viktig. Den andra delen av en undersökning brukar man kalla status, och här ingår patientens berättelse om aktuella problem och läkarens och/eller behandlingspersonalens professionella bedömningar av det aktuella tillståndet. Till sin hjälp tar man ofta olika bedömningsinstrument som skattningsskalor (strukturerade intervjuformulär där symtom och problem bedöms) eller, vid kroppsliga undersökningar, blodprover eller röntgenundersökningar.

Resultaten av den samlade undersökningen ska noggrant förklaras för patienten.

### Diagnostisk utredning

Psykiatrisk diagnostik baseras på beskrivningar av olika symtom, sjukdomstecken och sjukdomsförlopp som sammantagna definierar en specifik diagnos. Det finns två diagnossystem som används inom psykiatrisk diagnostik. Socialstyrelsens och WHO:s ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10:e rev.*), som är gemensam för all sjukvård, både kroppssjukvård och psykiatri, användas i journaler och i korrespondens med myndigheter som till exempel Försäkringskassan.

Det andra systemet är också internationellt, benämns DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental disorders, 4:e rev.*) och används framför allt i forskningssammanhang. De olika systemen har mycket stora likheter.

För att kunna ställa en exakt psykiatrisk diagnos krävs ofta en längre observationstid, ibland upp till ett år. Detta kan ske både i sluten- och öppenvård.

Samtal med patienten och anhöriga är den viktigaste informationskällan för att ta reda på hur patienten haft det både tidigare i livet och vid tiden innan aktuell sjukdom. Dessa uppgifter är mycket viktiga för att kunna ställa en diagnos. För att få fram ett så bra underlag som möjligt kring vilka symtom patienten har kan ibland skattningsskalor användas.

Skattningsskalor kan vara olika utformade, ibland får patienten själv fylla i svaren och ibland ställs frågorna av läkare eller annan personal.

Man gör en noggrann kroppslig undersökning som inkluderar undersökning av hjärnan med till exempel röntgen och EEG. Man behöver göra en neuropsykologisk undersökning eftersom man i en sådan undersökning kan upptäcka hjärnskador som inte syns med de metoder för avbildning av hjärnan som finns idag. Olika blodprover och urinprov för kroppslig hälsa kontrolleras.

### **Arbetsterapeutisk utredning**

Utredningen syftar till att kartlägga patientens resurser och problemområden när det gäller förmåga att utföra dagliga aktiviteter inom områden som personlig ADL (*Aktiviteter i det Dagliga Livet*), boende, arbete, studier samt fritid och rekreation. Det är viktigt att bedöma patientens aktivitetsförmåga i alla livets sammanhang, samt hur livsrollerna och balansen mellan dem ser ut.

Den utredning som görs ligger till grund för bedömning av vilka insatser som är betydelsefulla för det fortsatta behandlingsarbetet. Det kan vara behov av tekniska hjälpmedel, träning av social förmåga eller träning av arbetsförmåga. Utredningen kan också vara en utgångspunkt för en nivåbedömning för det stöd som behövs vad gäller boende, sysselsättning eller studier.

### **Omvårdnadsutredning**

Utredningen bygger på VIPS-modellen. Detta är ett system för utredning och dokumentation som används speciellt av omvårdnadspersonal.

Utredningen består av omvårdnadsanamnes (anamnes = sjukdomshistoria) och omvårdnadsstatus (status = nuläge). Dessa två delar och de resultat man kommer fram till leder till en omvårdnadsdiagnos.

De områden som går igenom när man tar en omvårdnadsanamnes är: *kontaktorsak, hälsohistoria/vårderfarenhet, känd risk, pågående vård, hjälpinsatser, överkänslighet, social bakgrund och livsstil*. Utgångspunkten är att dokumentera patientens egen beskrivning och uppfattning.

Omvårdnadsstatus beskriver patientens aktuella hälsosituation med inriktning på de problem som är aktuella för omvårdnadsinsatser. (I den akuta fasen görs ett akut omvårdnadsstatus.)

Information för att ta en omvårdnadsanamnes och ställa en omvårdnadsdiagnos inhämtas från olika håll; från patient, anhöriga eller andra. Sättet att få information är i första hand genom samtal/intervju med patienten, vilket kan kompletteras med att patienten själv fyller i formulär och yttre observationer.

### **Social utredning**

Utredningen syftar till att kartlägga det sociala sammanhang patienten lever i samt identifiera patientens resurser, och vilka hinder som påverkar det sociala livet.

Kartläggningen ligger till grund för en bedömning av patientens behov av sociala vård- och stödinsatser – vilka insatser som behövs och hur dessa skall ges.

Utredningen i en *akut fas* syftar framförallt till att kartlägga patientens nätverk samt se om det finns behov av akuta insatser, t ex barntillsyn eller bistånd till hyran.

Mer specifika sociala utredningar baseras i huvudsak på den sociala anamnesen och görs på patient eller annans begäran. Dessa utredningar kan ha formen av intyg, remisser, bedömningar och ansökningar.

Den sociala utredningen utgår framförallt från samtal, men olika instrument, till exempel nätverkskarta, kan användas.

Utredningens kvalitet bygger på goda relationer mellan patient, anhöriga och psykiatri. Detta möjliggör att den som gör utredningen kan få tillåtelse att ta kontakt med personer och myndigheter utanför psykiatri. Dessa kontakter är väsentliga för utredningsarbetet genom att de ger en tydligare bild av perioden före insjuknandet.

### **Neuropsykologisk utredning**

Neuropsykologiska störningar har visat sig utgöra en betydande del av psykiska funktionshinder vid schizofreni, men också vid utvecklingsrelaterade neuropsykiatriska tillstånd, exempelvis autismspektrumstörningar. Även andra hjärnskador kan bidra till symtombild och funktionshinder vid psykos. Viktiga funktioner som kan påverkas negativt är planerings- och organisationsförmågan, uppmärksamheten, minnet och förmågan till abstrakt tänkande.

För att få veta mer om neuropsykologiska störningars art och omfattning görs utredning med psykologiska test och beteendeskattningar. Den neuropsykologiska utredningen är vägledande för diagnosen, bemötandet i slutenvården och i planeringen av uppföljande behandlingsinsatser. Man kan t.ex. "skräddarsy" psykoterapiinsatser.

Den neuropsykologiska utredningen ger information om patientens förutsättningar för viktiga aktiviteter såsom att kommunicera med andra, sköta ett hushåll, genomföra utbildningar eller kurser eller sköta ett arbete.

Neuropsykologiska synpunkter är av värde som bakgrundsinformation vid planering och behandlingsinsatser rörande daglig aktivitet, liksom vid val av boende och sysselsättning i form av utbildning, arbete eller daglig verksamhet. Ökad medvetenhet och insikt om neuropsykologiskt relaterade funktionshinder möjliggörs genom information och samtal med patient och närstående.

### **Sjukgymnastisk utredning**

Syftet med den sjukgymnastiska utredningen är att beskriva kopplingen mellan kroppsliga och psykiska resurser och funktionsbrister hos patienten.

Undersökningen syftar till att beskriva dels patientens upplevelse av besvär och försämrade funktioner, dels vilka strategier patienten använder för att handskas med dessa. Besvär och funktioner beskrivs utifrån ett kroppsligt helhetsperspektiv där många faktorer samspekar.

Vidare observeras patienten utifrån det kroppsliga helhetsperspektivet. Symtom som visar sig genom en psykiatrisk problematik har ofta en kroppslig motsvarighet som dock kan se olika ut hos olika individer. Kroppsjag kan kortfattat beskrivas vara hur människan visar sig i sin kropp. I den sjukgymnastiska utredningen bedöms detta utifrån balans, frihet i andning och rörelser samt mental närvaro.

Man använder i bedömningen olika bedömningsskalor.

### **Psykoterapeutisk utredning**

I bedömningen vill man kartlägga patientens motivation och kapacitet att tillgodogöra sig en psykoterapeutisk behandling. Försök görs också att fastställa om det är lämpligt att genomföra en bearbetning av livssvårigheterna eller om en insats riktad mot symtomlindring är mer adekvat.

Det huvudsakliga instrumentet vid bedömning är intervjun, där såväl nuposition som livshistoria går igenom. Skattningsskalor används i en del fall för att avgöra symtomens styrka och svårighetsgrad. Utfallet av intervjun och skattningen bestämmer den behandlingsform som bäst svarar mot patientens behov.

En personlighetsbedömning är en utredning som syftar till fördjupad förståelse av patientens symtom och avser att lyfta fram viktiga och styrande drag inom personligheten.

## BEHANDLINGEN – SÅ GÅR DEN TILL

Strukturen i utrednings- och behandlingsarbetet är metoden Integrerad Psykiatri.

Integrerad Psykiatri är vägledande i både öppen-och slutenvård och i alla faser av insatserna. Principerna för Integrerad Psykiatri i öppenvård är mest utvecklade och beforskade men anpassning till slutenvårdens speciella behov fortgår.

All behandling ska ske i samråd med patienten. I vissa speciella fall och under vissa perioder kan detta samråd inte uppnås. Då kan vården ske utan patientens samtycke. Denna tvångsvård är mycket noggrant reglerad i lagar och förordningar och övervakas av Socialstyrelsen och förvaltningsdomstolar.

För att stärka brukarperspektivet medverkar "Brukarlärare" dvs. personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom i sektionens personalutbildningar.

### De viktigaste inslagen i Integrerad psykiatri är:

#### *Case manager*

Öppenvårdsteamet består av medlemmar med olika yrkesbakgrund. De flesta i teamet har förutom sin yrkesspecifika roll också en case manager-funktion. Här kombineras uppgifterna att vara ett personligt stöd och behandlare med att koordinera de olika insatserna som ges patienten.

Uppgiften innebär inledningsvis en omfattande utredning som är inriktad på resursinventering och problemanalyser. Utredningen görs i nära samarbete med patientens läkare.

Case managern ansvarar för att planerad behandling genomförs. Detta sker genom att koordinera och integrera insatser både inom och utanför psykiatrin. Arbetsstilen är aktiv och uppsökande.

#### *Behandlande läkare*

Den patientansvarige läkaren ansvarar för diagnostik och planerar och leder tillsammans med case manager och resursgruppen alla insatser.

#### *Hembesök*

Det är viktigt att behandlingen som ges då patienten inte är i behov av slutenvård är samhällsbaserad och utgår från patientens närmiljö. En inledande kontakt görs via hembesök hos patienten. Om förutsättningarna finns och om patienten accepterar detta är det lämpligt att case managern planerar och genomför två inledande hembesök tillsammans med ytterligare en person ur teamet. Om patienten väljer att inte ta emot i sitt hem görs besöken i en miljö som hon/han själv väljer. Tryggheten för patienten att vara i sin hemmiljö främjar ofta ett gott samarbetsklimat. Patientens närmiljö och inte behandlarens mottagning är utgångspunkten för insatserna.

#### *Arbetsallians*

En bra arbetsallians och ett gott samarbetsklimat är en förutsättning för att en behandling skall lyckas. Att skapa en sådan relation kan ta tid och sker via samtal och gemensamt praktiskt arbete. I början av en kontakt är det därför viktigt att case managern avsätter tid för att möta patienten på dennes villkor.

#### *Målformulering*

Case managern gör individuella intervjuer och skattningar med patienten och dennes närstående samt gör en analys av patienten och familjens förmåga att lösa problem för att kunna uppnå mål. Med utgångspunkt från denna bedömning formulerar patienten tillsammans med sin case manager mål inför det första resursgruppsmötet.

### *Resursgrupp*

Patienten väljer själv ut vem han/hon vill ska ingå i sin resursgrupp förutom case managern och läkaren. I denna grupp diskuteras de viktiga frågorna och här (och ingen annanstans) fattas besluten kring behandlingen. Gruppen träffas i början cirka var tredje månad och sedan vid behov. Arbetet i resursgruppen skall bland annat leda till att patient och anhöriga genom ökad kompetens själva skall kunna hantera svårigheter. Case managern skall tillsammans med behandlare på öppenvårdsteamet ge utbildning i och strategier för att kunna göra detta. Att stärka patientens möjligheter att själv delta i beslut rörande sin behandling är en viktig del av resursgruppens syfte.

### *Personlig utvecklingsplan*

Patienten styr all behandling utifrån sin egen målformulering. Att formulera målen är ett mycket viktigt moment och kan ta lång tid. En planering som syftar till att hjälpa honom/henne att nå dessa mål görs upp. I planen tas fram mål på tre månaders sikt och det bestäms vem i resursgruppen som ska bistå i detta. Case managern integrerar alla insatser och ansvarar för att delarna i planen genomförs. Planen dokumenteras i ett för patienten personligt dokument men även i sjukvårdens dokumentationssystem som den gällande vårdplanen.

### *Kontinuerlig utvärdering*

Case managern kontrollerar tillsammans med patienten att utvecklingsplanen följs. Viktiga problem analyseras, och i de fall planen inte alls kan genomföras eller av någon anledning måste omformuleras kallas till ett extra resursgruppsmöte, för att fastställa en ny plan.

## **BEHANDLINGENS INNEHÅLL**

All behandling som ges skall vara baserad på bästa tillgängliga kunskap, behandlarens kliniska erfarenhet och patientens val. Detta är "Evidensbaserad behandling".

### **Läkemedelsbehandling**

Antipsykosmedicinen är ett bärande inslag i all psykosbehandling. All forskning visar på den avgörande inverkan på symtomlindring och återfallsprevention som läkemedlen har. Ett huvudmoment i både slutenvård och öppenvård är att ge bästa förutsättningar för ett gott samarbete kring medicineringen mellan patient och behandlare. Antipsykosmedicin skall ges i så låg dos som är möjligt för att uppnå god effekt med så få biverkningar som möjligt. Det vanligaste är att ordinera antipsykosläkemedel som vanliga tabletter, en eller två gånger om dagen. För att öka följsamheten till ordinationen och att underlätta hanterandet för patienten finns även preparat som kan ges i långverkande form. Det vanliga är då att patienten får en injektion av läkemedel varannan till var fjärde vecka.

Då det gäller nyinsjuknade patienter är det viktigt att komma ihåg att antipsykosmediciner har en långsamt insättande effekt över flera veckor. I ett längre perspektiv är det oftast viktigt att avvakta med insättande av antipsykosläkemedel tills man har god kunskap om patientens sjukdom, och hans/hennes egen motivation till behandling. Detta kan ta från några dagar upp till två veckor. Detta ger en bättre grund för beslut om preparatval och dosering. Symtom som ångest och sömnstörning behandlas i ett akut skede med lugnande medel som till exempel bensodiazepiner. En patient som kommer in till akutmottagningen med ett återfall skall ges antipsykosmedicin av samma sort som patienten tidigare haft om inget talar emot det. Det finns beredningar av antipsykosläkemedel som kan användas i en akutsituation om patienten inte kan medverka i behandlingen.

Trots att det idag finns tillgång till antipsykosmedicinering med god effekt och få biverkningar, är följsamheten till behandling med läkemedel inte alltid god. Detta innebär att många patienter avslutar sin behandling i förtid eller inte tar sina läkemedel som ordinerat. Den viktigaste orsaken till återfall i akut psykos är dålig följsamhet till läkemedelsbehandling. Det är mycket viktigt att i en behandlingsmodell ge stort utrymme åt pedagogiska insatser och interventioner för att öka följsamheten till medicinering och att skapa hållbara överenskommelser med patienten. Detta för att patienten ska känna att hon/han styr sitt liv även i detta avseende.

### **Kompetent stresshantering**

I stressande livssituationer är det viktigt att patienten har tillgång till tekniker som hjälper henne/honom att fungera utan att få tillbaka sjukdomssymtom. Exempel på dessa tekniker är kommunikationsträning, problemlösning och avspänningstekniker.

### **Kroppslig hälsa**

Patienter med symtom på psykosjukdom skall alltid utredas noga för att utesluta kroppslig orsak till sjukdomssymtomen.

Forskning har visat att långvarig psykisk ohälsa ökar risken för kroppsliga besvär och sjukdomar. Vanligt förekommande problem är övervikt, för lite motion och rökning. Orsaken kan vara livsstil men läkemedel kan också ha en viss inverkan. Aktiva hälsofrämjande åtgärder kan vara individuell rådgivning, träningsprogram, remiss till specialist i primärvården och deltagande i hälsogrupp.

### **Omvårdnad**

Under den mest akuta sjukdomsfasen intar omvårdnad en stor del av behandlingen, och har som mål att ge struktur och mening åt det ofta kaotiska sätt som patienten upplever verkligheten. Genom att erbjuda fasta rutiner, stödjande samtal, pedagogiska inslag och sysselsättning etableras en relation till kontaktmannen och vården som måste vara bärande genom en ibland långvarig vårdkontakt.

Det är av största vikt att i ett tidigt skede kunna erbjuda stöd inte bara till patienten utan även till närstående, som ofta deltagit i en längre period av tilltagande sjukdomssymtom och som vid tidpunkten då man akut söker sjukvårdens hjälp ofta är uttröttad både fysiskt och psykiskt. Att beakta den kris det innebär för en ung människa att insjukna i en psykosjukdom ställer stora krav på professionalism men även på personlighet och fallenhet hos den som skall vårda.

### **Sociala insatser**

De sociala insatserna bedrivs med inriktning på det sociala sammanhang/system i vilket patienten ingår, det vill säga familj, arbete, studier, boende och fritid. I arbetet ingår att bevaka patientens rättigheter och skyldigheter samt att tillgodose patientens behov av rådgivning och stöd i frågor rörande t ex föräldraskap, samlevnad, boende och ekonomi. Bland insatserna ingår även att förmedla kontakter med t ex socialtjänst, Försäkringskassan och arbetsförmedling samt att stödja patienten i dessa kontakter.

### **Aktivitetsbaserade insatser**

En psykos innebär ofta, förutom symtom i en aktiv fas, även kognitiva funktionshinder under kortare eller längre tid. Dessa funktionsnedsättningar kan bl.a. innebära svårigheter med att klara vardagssysslor och problem i sociala kontakter. Detta kan i sin tur leda till sysslolöshet, isolering och ensamhet. För att motverka detta erbjuds behandling/träning både individuellt och i grupp, i syfte att behålla eller höja förmågan att utföra dagliga aktiviteter och att uppnå aktivitetsbalans i livet. Dels kan man träna sociala färdigheter som t.ex. hur man pratar med och umgås med andra, dels hur man utför en specifik uppgift i hemmet eller på arbetsplatsen. Det kan också vara insatser av mer specifik karaktär som träning av koncentration, planeringsförmåga, problemlösningsförmåga och uthållighet. Ytterligare ett syfte med behandlingen är att

öka patientens självförtroende och självkänedom. Detta kan innebära att med stöd och hjälp av nya strategier våga utföra nya saker, möta nya situationer och människor. Ofta används även insatser av kompensatorisk art för att utöka patientens funktionsnivå. Det kan då röra sig om anpassningar i miljön eller tekniska hjälpmedel.

### **Pedagogiska insatser**

All behandling som ges till personer med kognitiva funktionshinder av större eller mindre grad måste vara utformad på ett sådant sätt att den information och behandling som ges, kan tas emot. Användningen av specifika behandlingsmodeller för att säkerställa detta är en prioriterad del av behandlingsinsatserna.

Viktiga pedagogiska insatser är patientundervisning, delar av de sociala färdighetsträningsprogrammen och studiecirkel där både patient och anhöriga ingår.

### **Familjeintervention**

Då någon insjuknar i psykos drabbas hela familjen. Det är en självklarhet att involvera de anhöriga i behandlingen samt erbjuda information, utbildning och stöd till alla i familjen. Dessa interventioner har ett mycket stort forskningsstöd. För att detta arbete skall genomföras konsekvent och med god kvalitet finns ett speciellt hjälpprogram för arbetet, där även andra viktiga personer från patientens personliga nätverk kan inbjudas. Andra viktiga insatser är riktade till gravida kvinnor med psykisk sjukdom och till barn till psykiskt sjuka föräldrar.

### **Arbetsinriktad rehabilitering**

I den definition av arbete som används här ingår förutom lönearbete även studier och arbete i kooperativ och ideella föreningar. Arbete ses inte bara som ett mål utan också som en del av behandlingen. Tanken är att arbets- eller studiemiljön utgör en plattform där patienten får möjlighet att öka sin aktivitetsförmåga och sina sociala färdigheter. Målsättningen är att detta i så stor utsträckning som möjligt sker på den öppna arbetsmarknaden i enlighet med IPS-modellen. IPS står för *Individuellt Placerings- och Stödprogram*. Detta är ett evidensbaserat program för yrkesinriktad rehabilitering.

Inledningsvis görs en arbetsinriktad utredning som leder fram till målformulering och rehabiliteringsplan. Därefter erbjuds patienten behandling och stöd för att främja färdigheter kopplade till arbets- och aktivitetsförmågan. Detta sker genom kommunikations-/interaktions-träning och färdighetsträning.

Det kan också vara stöd i allt från att skriva en meritförteckning till att få hjälp med att hitta en praktikplats eller komma tillbaka till den tidigare arbetsplatsen eller tidigare studier. Den arbetsinriktade rehabiliteringen bygger på ett samarbete med t.ex. arbetsgivare, arbetsförmedling, Försäkringskassan, stadsdelar, intresseorganisationer samt universitet och Vuxenutbildningsförvaltningen.

### **Psykoterapi**

Psykoterapeutiska insatser bedrivs i olika skeenden av ett sjukdomsförlopp och har då olika mål och syften. De kan utföras av yrkeskategorier med olika grundutbildning. Krisinterventionen utgår från tanken att träffa nyinsjuknade patienter inom ett dygn och målet för behandlaren blir att förmedla att det råder ett meningsfullt samband mellan symptom och livssituation. Denna intervention är också tillämplig vid andra akuta livskriser.

Psykoterapi kan bedrivas med sikte mot förståelse av aktuella livssammanhang och livsomständigheter och då av mer djupgående och tidskrävande karaktär. Psykoterapi kan också bedrivas med symptomlindring som mål.

Den psykoterapiform som i dagsläget har gott forskningsstöd vid behandling av människor med schizofrenisjukdom är kognitiv beteendeterapi (Socialstyrelsen, 2003).

## **Kroppsterapier**

Den kroppsterapiform inom sjukgymnastiken som i dagsläget är bevisat effektiv för behandling av människor med psykos- och schizofrenisjukdom är *Basal kroppskännedom*.

Behandlingen bygger på en process där relationen/interaktionen mellan patient och sjukgymnast är central. Basal kroppskännedom är en metod som integrerar västerländsk rörelsetradition och biomedicinsk kunskap med de österländska rörelseformerna Taiji och Qigong samt Zen-meditation. Rörelseformen siktar mot ett funktionellt och avspänt rörelsemönster. Balanserad hållning, frihet i andning och rörelser samt mental närvaro är centrala begrepp. Man kan förbättra den psykiska hälsan genom att uppnå en ökad kroppsbalans, frihet och medveten närvaro.

Vidare kan man med Basal kroppskännedom göra patienten medveten om hans/hennes personliga sätt att reagera vid stress och andra belastande reaktioner.

Man kan också motivera patientens egenvård och bidra till att öka patientens medvetenhet om hans/hennes individuella resurser och möjligheter att påverka sin hälsa. En annan kroppsterapi för att öka välbefinnande och ge avspänning är *taktil stimulering*.

## **BEHANDLINGSNIVÅER - VAR ÄGER BEHANDLINGEN RUM?**

### **Öppenvård**

Öppenvårdsteamerna arbetar aktivt uppsökande och är sammansatta av behandlare från olika yrkesgrupper. Varje patient på öppenvårdsmottagningen har en patientansvarig läkare (PAL) som ansvarar för behandlingen. Varje patient har även en utsedd case manager.

Case manager är den viktigaste funktionen i öppenvårdsteamerna för att säkerställa kontinuitet för den enskilde patienten. I funktionen ingår att introducera, samordna och följa behandlingen, samt att utifrån kompetens och yrkesbas ge behandling.

Patienten tillsammans med närstående och professionella behandlare samlas i en resursgrupp. Möten i denna grupp utgör den viktigaste beslutsfattande organisatoriska enheten för patienten.

Återinsjuknande som kräver vård dygnet runt hos en patient som har kontakt inom öppenvården skall handläggas med största möjliga samarbete mellan slutenvård- och öppenvårdsenheterna.

### Arbetsordning för öppenvård

- Remiss inkommer till öppenvårdsmottagningen.
- Diagnosutredning görs av PAL om detta behövs.
- Riskbedömning (suicid och våld) görs
- Case Manager utses och samarbete med patienten inleds.
- Kartläggning av patientens problem och resurser görs.
- Målformulering av patientens individuella mål.
- Beslut kring behandlingen fattas vid resursgruppsmöte, och den personliga utvecklingsplanen (=vårdplanen) fastställs.
- Behandlingen utförs enligt planen och utvärderas kontinuerligt i möten med patienten. Utvärdering sker även vid följande resursgruppsmöten, där planen vid behov kan omformuleras.

### **Slutenvård**

Slutenvård (heldygnsvård) bedrivs dels på akutavdelningar på Sahlgrenska sjukhuset, dels i form av integrerade vårdplatser belägna i anslutning till öppenvårdsmottagningar. Under slutenvårdsperioden har patienten en eller två utsedda kontaktmän, som tillsammans med patientansvarig läkare och patientansvarig sjuksköterska i slutenvården

ser till att omvårdnad och akut behandling, samt samverkan med vårdgrannar sker i enlighet med uppställda riktlinjer.

Om en patient har sin första kontakt med Psykossektionen under ett slutenvårdstillfälle, skall, så snart det står klart att patienten är i behov av mer långsiktiga insatser inom öppenvården, kontakt tas med den öppenvårdsmottagning som är belägen i patientens närområde eller till någon av de specialiserade enheterna med integrerad slutenvård. Behandlingsarbetet skall sedan genomföras i samarbete mellan slutenvård och öppenvård.

Under en akut slutenvårdsepisod domineras insatserna av akut omvårdnad, diagnostik och akutbehandling. Här är läkemedelbehandling och krisbearbetning med stödjande samtal en grundförutsättning för fortsatt god behandling. Patientundervisning om symtomförståelse och läkemedel påbörjas ofta i slutenvården.

All behandling som ges beslutas i så hög utsträckning som möjligt tillsammans med patienten och dennes anhöriga.

Det är viktigt att slutenvårdsperiodens behandlingsinsatser samordnas med insatser i den öppna vården.

#### Arbetsordning för slutenvård

- 1) Patienten kommer till avdelningen via akutmottagningen.
- 2) PAL och kontaktman utses för slutenvårdsperioden.
- 3) Riskbedömning (suicid och våld) görs.
- 4) Inskrivningsmeddelande skickas till socialtjänsten i de fall detta är aktuellt. Detta startar rutiner för samverkan kring utskrivningsklara patienter.
- 5) För nya patienter initieras utredning för att säkerställa diagnos och/eller behov av fortsatt kontakt inom vårdkedja. Då detta är klart meddelas berörd öppenvårdsenhet och samarbete kring patientens fortsatta behandling kan påbörjas.
- 6) Om patienten har etablerad öppenvård inom Psykossektionen skickas meddelande via fax till berörd enhet, som återkopplar till avdelningen. Under vårdtiden har man en kontinuerlig kontakt.
- 7) Patientens behandling i akutfas handläggs av akutavdelningen i samråd med berörd öppenvårdsenhet och en vårdplan upprättas så fort som möjligt. Denna plan utvärderas kontinuerligt.
- 8) Vårdtiden skall vara så kort som möjligt.
- 9) Inför utskrivning tas kontakt med öppenvården för att säkerställa fortsatt behandling.
- 10) Före utskrivning kallas vid behov till vårdplanering dit berörda parter som till exempel anhöriga, socialtjänst, Försäkringskassan och öppenvård inbjuds.
- 11) För patienter som vårdats med stöd av tvångsvårdslagar, och som bedöms vara fortsatt i behov av detta efter att slutenvårdsperioden avslutats och således beviljats LPT-permission, dokumenteras i patientens journal när ansvaret för att bevaka tvångsvården övergår till öppenvårds-PAL. I normalfallet sköter öppenvårds-PAL tvångsvården av de patienter som hör till öppenvårdsenheten.

#### **Stöd efter den aktiva behandlingsperioden**

De flesta patienter med psykossjukdom är i behov av långvarigt stöd även efter perioden av mer aktiva insatser. Målsättningen med stödjande insatser är att upprätthålla och stödja aktuella funktioner och färdigheter samt förebygga återfall. Det innebär att patienten inte deltar i aktiv behandling och att man inte arbetar mot stora förändringsmål.

Patienten i stödprogram kan ha genomgått rehabilitering tidigare. Det kan också röra sig om en ny patient där man gör bedömningen att det är lämpligt med ett stödprogram. Denna bedömning görs tillsammans med patienten och dennes nätverk.

För att få en uppfattning om hur personen fungerar i sin hemmiljö görs utredande hembesök.

Alla patienter i stödprogram har en PAL (patientansvarig läkare) och en case manager och/eller en patientansvarig sjuksköterska.

### **Stödplan**

I planen, som görs upp tillsammans med patienten och andra viktiga personer, bestäms vilka stödinsatser som är aktuella och hur ofta man skall träffas. Minimum är ett läkarbesök/år samt besök hos sin case manager en gång/år.

Årligen görs:

- Kvalitetsstjärnan (= en noggrann genomgång av patientens uppfattning om sin hälsa, aktuella problem och närståendes värdering av erhållet stöd)
- Kartläggning av det sociala nätverket
- Genomgång av tidiga tecken på återinsjuknande
- Identifiering av stressfaktorer
- Genomgång av medicinering
- Kontroll av kroppslig hälsa bl.a. genom rutinprover

### **BEHANDLINGENS AVSLUTANDE**

Det finns patienter där återhämtningen är så fullständig att det inte finns behov av en kontinuerlig behandlingskontakt. Då ska behandlingen avslutas och patienten ges en öppen inbjudan att ta kontakt vid behov.

I andra fall lyckas inte vårdorganisationen, trots upprepade försök, att etablera en behandlingsrelation. Då ska, efter lämplig tid, personen inte räknas som aktuell för behandling hos oss.

### **VARFÖR SKA VI SAMARBETA MED ANDRA?**

I alla faser av en psykosjukdom är samverkan med andra myndigheter, organisationer och enskilda viktigt för att kunna erbjuda effektiv behandling. Också i de lagar som reglerar psykiatriens arbete, föreskrivs att vi skall samverka med andra organisationer. Insatserna från psykiatri, primärvård, socialtjänst, Försäkringskassan och arbetsförmedling är ofta ömsesidigt beroende av varandra för att nå avsedd effekt. Samordnade insatser förutsätter rutiner och strukturer som säkerställer att kontakter tas, att information överförs och att beslut tas i samråd. I samverkansfältet ingår även brukarorganisationer och hyresvärdar tillsammans med såväl polis- och Kronofogdemyndigheten såväl som kamratstödande verksamheter och anhörigorganisationer. Även andra personer i samhället är viktiga när det gäller samverkan under utredningsarbetet såsom hyresvärdar, grannar, goda vänner och andra som finns i patientens närhet.

Samverkan skall ske kring den enskilde individen för att stödja denne i olika delar av hennes/hans vardagsliv. Syftet med samverkan i behandlingsarbetet är att med olika kunskaps- och ansvarsområden erbjuda den enskilda personen effektiva insatser och använda resurserna på bästa sätt. Det är viktigt med ett tvärprofessionellt och icke-revirkävdande arbetssätt mellan samverkande myndigheter.

Dessa kontakter bidrar till att ge en rättvisande bild av patientens svårigheter samt vägleder vidare inför beslut om behandling, och främjar ett gemensamt utbyte av information för patientens bästa.

Det är viktigt att sådana uppgifter inhämtas med patientens medgivande eller kännedom och att samordningen av uppgifterna, som kan vara för patienten av känslig natur, sköts av en bestämd person inom psykiatri.

Vilka myndigheter och andra personer som får kontaktas av sjukvården regleras i olika lagar, bland annat i sekretesslagen.

I vissa fall har sjukvården skyldighet att samverka kring en patient med myndigheter. Detta gäller till exempel om man misstänker att barn far illa, misstanke om grovt brott eller när det gäller innehav av vapen eller körkort.

Samverkan i senare delen av en behandlingsinsats kan exempelvis röra boendestöd, sysselsättning, (arbete, studier) socialtjänstens insatser, behandlingskontaktakter i psykiatri och eventuellt primärvård. I detta läge kan kontakten glesas ut med psykiatri.

### **GÖR VI DET VI ÅTAGIT OSS ATT GÖRA?**

System för att följa upp och utvärdera vårdprogrammet kallas ofta kvalitetssäkring, och är en viktig del av vårt vårdprogram. Vi vill kunna garantera att patienter och anhöriga kan känna tillförsikt i att vi kan ge den utredning, behandling och det stöd som vårdprogrammet utlovar.

*Grundprincip:* Alla viktiga processer inom sektionen ska vara utformade så att de går att utvärdera. Denna utvärdering ska vara en del av det reguljära arbetet och resultaten ska bidra till förbättring. Sektionen ska delta i regionala och nationella program för kvalitetssäkring.

Följande delar ingår i sektionens kvalitetssäkring:

- Programtroheten till detta vårdprogram följs upp via olika former av revision
- Kvalitetsstjärnan (VGR-gemensamt uppföljningssystem)
- SchizofreniNY (= nationellt kvalitetsregister för uppföljning av viktiga resultat av behandling och stöd för nyinsjuknade med schizofrenisjukdom).
- Patientenkäter, antingen egna eller via VästraGötalandsregionen (behandlingsresultat och patienttillfredsställelse)
- System för att garantera att vården inte tappar kontakten med enskilda patienter
- Uppföljning av patientens kroppsliga hälsa
- Uppföljning av avvikelser och tillbud
- Uppföljning av hot/våld
- Uppföljning av suicid
- Uppföljningar av interna stödprocesser (exempelvis dokumentation, överföringar och ekonomi)
- Uppföljning av tvångsvård/tvångsåtgärder

Ett tydligt processschema reglerar intervall och omfattning av uppföljningarna. Här har Kompetenscentrum för Schizofreni en samordnande roll.

Föreliggande vårdprogram har utarbetats och fastställts inom Psykossektionen SU/Psykiatri Sahlgrenska. De som ingått i arbetsgrupperna är Psykossektionens ledning, dess enhetschefer inom öppen och slutna vård, samtliga överläkare samt yrkesutvecklare för respektive yrkeskategori. Därutöver har samtliga övriga medarbetare inom Psykossektionen under arbetets gång givits tillfälle att lämna synpunkter. Programmet har också under arbetet remitterats till brukarorganisationer och andra intressenter för bedömning.

