

Nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni

LYFTER FRAM »ÅTERHÄMTNINGSPERSPEKTIVET«: REHABILITERING I KOMBINATION MED LÄKEMEDEL KAN GE BÄTTRE LIVSKVALITET

Sofia von Malortie, projektledare

Ellinor Cronqvist, delprojektledare

Gunilla Ringbäck Weitoft, projektledare för indikatorer och målnivåer; samtliga Socialstyrelsen

Lena Flyckt, prioriteringsordförande, Karolinska institutet, samtliga Stockholm
● lena.flyckt@ki.se

Karin Bodlund, vice prioriteringsordförande, Västerås stad

Mussie Msghina, faktaansvarig läkemedelsbehandling, Karolinska institutet, Stockholm

David Rosenberg, faktaansvarig psykosociala insatser, Umeå universitet

Thomas Davidson, hälsoekonomisk expert, Linköpings universitet

Patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är en heterogen grupp där sjukdomen har olika svårighetsgrad, förlopp och prognos.

Under 2018 publicerade Socialstyrelsen nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. De diagnoser som omfattas av de nya riktlinjerna är schizofreni, schizofreniform psykos, schizoaftektiva syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta övergående psykotiska syndrom och ospecificerad icke-organisk psykos [1].

Schizofreni är en kronisk och funktionsnedsättande sjukdom som drabbar ca 0,7 procent av befolkningen. Diagnosen baserar sig på symtomkriterier. Sjukdomen går ofta i skov med periodvis akutisering av positiva symtom, och då kan slutenvård bli nödvändig, ibland mot patientens vilja. Förutom positiva symtom såsom hallucinationer och vanföreställningar finns oftast även negativa symtom som apati, motivationsbrist och känslomässig avflackning. Det är till största delen de negativa symtomen som utgör orsaken till den funktionsnedsättning som är förknippad med schizofreni.

Akut schizofreni klassas som den tredje mest handikappande sjukdomen, svårare än t ex paraplegi och blindhet [2]. Patienter med diagnosen schizofreni har sällan arbete på den öppna marknaden (ca 10 procent [3]), och flertalet är ensamstående [3, 4]. Stigmatiseringen kring psykiska sjukdomar har minskat för andra diagnoser men ökat för schizofreni och utgör ett hinder för integrering i samhället [5]. Bördan för närstående är påtaglig och leder i ungefär hälften av fallen till egna psykiska problem som ångest och nedstämdhet [6].

Kostnaden per individ med diagnosen uppgår till ca en halv miljon kronor per år, varav ca 60 procent är indirekta kostnader såsom produktionsbortfall vid förtidspension [7]. Schizofreni är därmed den mest kostsamma av alla psykiska sjukdomar och överträffas

fas bland hjärnans sjukdomar i detta avseende bara av demens [8].

Patienter med schizofreni har ca 15-20 år kortare livslängd än den allmänna befolkningen [9, 10]. Bakomliggande orsaker till överdödligheten är sannolikt en kombination av fysisk inaktivitet, felaktig diet, biverkningar av antipsykotisk läkemedelsbehandling och att andra kroppsliga sjukdomar, t ex hjärt-kärlsjukdom och cancer, ofta underbehandlas eller inte upptäcks alls [11]. De nya riktlinjerna innehåller därför insatser som syftar till att förbättra den kroppsliga hälsan.

Syftet med denna artikel är att belysa riktlinjerna och de insatser som är mest angelägna att införa i klinisk praxis för rehabilitering av patienter med psykosjukdom. Regionala skillnader kan försvåra ett fullständigt och programtroget införande av insatserna; artikeln beskriver en tänkbar klinisk tillämpning av riktlinjerna för att underlätta processen att sammanställa regionala vårdprogram.

Enligt föreliggande evidens kan fler patienter återhämta sig från psykosjukdom och komma tillbaka till ett liv med studier, arbete och delaktighet i samhället.

Riktlinjerna erbjuder kunskap om effektiv behandling

I dag finns god kunskap om vilka insatser som har bäst effekt om de erbjuds på rätt indikation och med

HUVUDBUDSKAP

- Schizofreni är en kronisk sjukdom som drabbar ca 0,7 procent av befolkningen.
- Sjukdomen går i skov och karakteriseras av hallucinationer, vanföreställningar och funktionsnedsättning.
- Vid schizofreni är förmågan till arbete, utbildning och socialt samspel reducerad.
- Patienter med schizofreni har 15-20 års kortare livslängd till följd av kroppsliga sjukdomar, t ex kardiovaskulära.
- Stigmatisering och diskriminering av personer med schizofreni är vanlig.
- Schizofreni är behandlingsbar med en kombination av antipsykotiska läkemedel och psykosociala insatser.
- Vård- och stödsamordning, boendestöd, utbildande insatser (psykoeducation) och individanpassat stöd till arbete är effektiva strategier för att öka funktionsnivån.

»I dag finns god kunskap om vilka insatser som har bäst effekt om de erbjuds på rätt indikation och med tillfredsställande programtrohet. Därför anses schizofreni vara en behandlingsbar sjukdom.«

TABELL. Centrala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras prioritering.

Rekommendationsområde	Central insats	Prio
● Genomgående arbetssätt	Delat beslutsfattande	2
● Tidiga insatser för personer som insjuknat i sin första psykos	Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning	2
	Konsultativt stöd till primärvården	3
● Samordnade insatser för personer som insjuknat i sin första psykos	Antipsykotisk läkemedelsbehandling. Familjeintervention och stöd till arbete eller studier	1
● Modeller för samordning av insatser för personer med schizofreni eller annan psykosjukdom i alla dess faser	Vård- och stödsamordning (case management)	1
	Intensiv vård- och stödsamordning enligt ACT-modellen ¹ till dem som har omfattande funktionshinder och saknar förmåga att medverka i vård	2
	Åtgärder för missbruk eller beroende integrerat med behandling av den psykiska sjukdomen	3
	Vård- och stödsamordning enligt F-ACT-modellen ²	FoU
● Rehabilitering i form av studier och arbete	Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen ³ för dem som saknar arbete	1
	Anpassad daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning till dem som inte vill/kan studera eller arbeta	3
	Erbjuda arbetslivsriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller till dem som saknar arbete	10
	Stöd till studier enligt modellen »supported education«	FoU
● Boendeinsatser	Boendestöd i egen bostad till dem som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv	2
	Boendeinsatser i form av bostad först till dem som saknar egen bostad	2
	Bostad med särskild service anpassad till dem som har stora svårigheter att självständigt klara sitt hemliv	3
	Boendeinsatser i form av boendetrappa till dem som saknar egen bostad	10
● Psykologisk behandling	Kognitiv beteendeterapi till dem som har kvarstående psykosymtom vid adekvat läkemedelsbehandling	2
● Psykopedagogiska åtgärder	Psykopedagogiska behandlingsprogram (t ex IMR ⁴ och ESL ⁵) till dem med svårigheter att klara vardagliga aktiviteter eller det sociala samspelet med andra	1
	Psykopedagogisk utbildning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	2
	Manualbaserad familjepsykoedukation till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras närstående	3
	Erbjuda insats enligt NECT-metoden ⁶ för att minska självstigmatisering hos dem som lider av det	3
● Stöd och behandling vid akuta tillstånd	Mobil krisintervention till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas	2
● Förebyggande och behandling av fysisk ohälsa	Beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor för dem som har otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor	2
	Stöd i vårdkontakter till dem som behöver somatisk vård	2

¹ ACT-modellen (assertive community treatment) är en organisatorisk öppenvårdsmodell med karakteristika som stödjer införandet av övriga insatser. Vård- och stödsamordningsfunktionen är central.

² F-ACT (flexibel ACT) innebär att modellen flexibelt intensifieras eller trappas ner utifrån tillståndets svårighetsgrad hos patienterna.

³ IPS-modellen (individual placement and support) är en modell för återgång i arbete där individens behov av stöd och anpassning av arbetsuppgifterna betonas.

⁴ IMR (illness management and recovery) är en modulbaserad insats som ges i grupp där syftet är att lära sig hantera sin sjukdom och att interagera socialt.

⁵ ESL (ett självständigt liv) är en manualbaserad insats som ges i grupp där syftet är att träna social kompetens och att förstå och hantera sin sjukdom.

⁶ NECT (narrative enhancement cognitive therapy) är en psykosocial insats som ges i grupp och syftar till att minska självstigmatisering.

tillfredsställande programtrohet. Därför anses schizofreni vara en behandlingsbar sjukdom. Trots det får över hälften av patienter med schizofreni inte den behandling som skulle leda till förbättrad funktion och integrering i samhället [12]. Riktlinjerna syftar därför till att lyfta fram ett s k återhämtningsperspektiv, där rehabiliteringsinriktade insatser, i kombination med medicinering, kan leda till ett mer delaktigt liv i samhället och förbättrad livskvalitet, även om vissa symptom kvarstår [13].

Syftet med nationella riktlinjer är att ge underlag för prioriteringar och resursfördelning genom att ge rekommendationer på gruppnivå. Socialstyrelsen har tidigare gett ut två riktlinjer för behandling av patienter med schizofreni: nationella riktlinjer för psykosociala insatser [14] och nationella riktlinjer för antipsy-

kotisk läkemedelsbehandling [15]. De nya riktlinjerna som presenteras här är en uppdatering och sammanslagning av dessa tidigare två riktlinjer. Liksom i de tidigare finns i denna upplaga s k centrala rekommendationer som belyser de områden som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ekonomi och organisation. Utvärderingarna av tidigare riktlinjer har visat att följsamheten till rekommendationerna om antipsykotisk läkemedelsbehandling är förhållandevis god, men inte när det gäller implementeringen av de psykosociala insatserna [15, 16].

Rekommendationerna rangordnas enligt en prioriteringsskala 1-10 där åtgärder med prioritering 1 har högsta angelägenhetsgrad och 10 lägsta. En rekommendation om »FoU« innebär att åtgärden inte bör utföras rutinmässigt, utan utvärderas för att öka kun-

skapen om dess nytta. Prioriteringarna baserar sig på bästa tillgängliga kunskap om insatsernas risknyttaprofil, kostnadseffektivitet och tillståndets svårighetsgrad.

Resurserna bör läggas där vetenskap och beprövad erfarenhet visar att de gör mest nytta. Effektiva åtgärder är med stor sannolikhet även kostnadseffektiva eftersom schizofreni är en så kostsam sjukdom. Åtgärder som leder till mindre tid i slutenvård och ökad delaktighet i samhället kan ge ökad kostnad på kort sikt men i längden både spara pengar och ge ökad livskvalitet.

Sammanfattande beskrivning av riktlinjerna

De aktuella riktlinjerna innehåller 58 rekommendationer inom följande områden:

- genomgående arbetssätt (2)
- tidiga insatser vid insjuknande i psykos (3)
- stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser (43)
- stöd och behandling vid akuta tillstånd (6)
- förebyggande och behandling av fysisk ohälsa (4).

Av dessa är 22 sk centrala rekommendationer (Tabell 1). Viktiga tillägg i dessa riktlinjer är de som rör den kroppsliga hälsan och interventioner riktade mot stigmatiseringen.

Den psykiatriska vårdens implementering och följsamhet till riktlinjerna kommer att följas upp med de indikatorer som Socialstyrelsen tagit fram tillsammans med en grupp experter. De baserar sig på Socialstyrelsens egna hälsodata- och socialtjänstregister, det nationella kvalitetsregistret PsykosR och enkäter till verksamheterna.

Förutsättningar som gynnar implementeringen

En förutsättning för införandet av de insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer är att hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar. År 1995 genomfördes Psykiatireformen i Sverige, där ansvaret för stödet i samhället, t ex boende och sysselsättning, lades på socialtjänsten och ansvaret för behandling på psykiatrin.

En utvärdering av Psykiatireformen pekade på svårigheterna med skilda budgetar, organisationer och kulturer samt olika dokumentationssystem och kunskapsområden [17]. Det kommunala självstyret innebär att samverkan med landstinget kring personer med psykiska funktionsnedsättningar utvecklades olika i olika regioner. I storstäderna försvårades samverkan av att psykiatriska kliniker måste samverka med ett stort antal stadsdelsområden, och i övriga landet skiftar storleken på kommuner avsevärt, vilket gav olika förutsättningar.

Eftersom många av insatserna förutsätter samverkan mellan kommun och landsting för en fungerande och strukturerad vårdplanering kring patienterna/brukarna finns det ett stort behov av en samordnad funktion för individen. De nationella riktlinjerna rekommenderar vård- och stödsamordning (case management) som en metod för att dels överbrygga ansvarsgränserna mellan vårdaktörer, dels hålla ihop de olika insatser en individ behöver och ha en kontinuerlig kontakt med individen.

Ett konkret exempel på hur man kan arbeta med vård- och stödsamordning är resursgrupps-ACT (as-

»Viktiga tillägg i dessa riktlinjer är de som rör den kroppsliga hälsan och interventioner riktade mot stigmatiseringen.«

sertive community treatment), även förkortat R-ACT. Arbetssättet innebär att det finns en resursgrupp bestående av de personer inom kommun och landsting som behövs för att genomföra den individuella vårdplanen kring patienten/brukaren. Oftast består resursgruppen av patienten själv och hens vård- och stödsamordnare, närstående, psykiater, sjuksköterska och boendestödjare.

En modifikation av ACT-modellen som kallas flexibel ACT, förkortat F-ACT, innebär att intensiteten i stödet till patienten flexibelt kan trappas upp i perioder av försämring och trappas ner när patienten mår bättre. I ett sådant team kan även ingå personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom (peer support worker; brukarspecialist). Insatsen är i dag prioriterad med »FoU«, men eftersom den används i stor utsträckning avser Socialstyrelsen med prioriteringen att stimulera till att den utvärderas, t ex genom koppling till universitet, forskningsinstitut eller högskola.

Insatsernas plats i rehabiliteringsprocessen

De insatser som har rankats högst (prio 1-3) bör tillhöra basutbudet av kommunala insatser och psykiatrisk öppenvård för patienter med psykosjukdom. Dit hör delat beslutsfattande, hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning och vård för nyinsjuknade, stöd i återgång i arbete, psykopedagogiska insatser och stöd i kontakter med övrig hälso- och sjukvård. Den samordnande kontaktpersonen kan ses som navet i planeringen av insatserna utifrån patientens behov och önskemål.

Insatserna sammanfattas i en individuell vård- och stödplan utifrån delade beslut mellan patient och kontaktperson. Planen bör regelbundet utvärderas och styras mot det mål som patienten uttryckt. Om dessa insatser ges på ett tillfredsställande och programtroget sätt kan, enligt tillgänglig forskning, fler få ett arbete (i dag 10 procent [3]), leva i ett socialt sammanhang och klara sig i eget boende.

För att effektivisera och förbättra värden bör de insatser som rangordnas som 8-10 undvikas till förmån för andra åtgärder med bättre effekt. Ett exempel är arbetsförberedande träningsmodeller där patienten måste meritera sig för nästa steg i en gradvis återgång till arbete. Ett annat exempel på insatser som bör und-

»De psykosociala insatserna är centrala rekommendationer i riktlinjerna.«

vikas är villkorade boendelösningar baserade på patientens bedömda boendekompetens.

Psykosociala insatser är centrala i rehabiliteringen

De psykosociala insatserna är centrala rekommendationer i riktlinjerna. Detta antyder att antipsykotisk läkemedelsbehandling i dag ordineras i tillräcklig omfattning, medan insatser med inriktning på att förbättra kvarstående symtom- och funktionsnedsättning trots adekvat läkemedelsbehandling inte tillhandahålls i tillräcklig utsträckning.

Psykiatrin och socialtjänsten bör också motverka den marginaliserande och funktionsnedsättande effekten av fördomar i samhället mot psykossjukdomar. I riktlinjerna finns en högt prioriterad insats, »narrative enhancement cognitive therapy» (NECT), vars målsättning är att minska den självstigmatisering som är resultatet av dessa fördomar.

Sist men inte minst bör vi förebygga och upptäcka kroppsliga sjukdomar, exempelvis genom att införa kost- och motionsgrupper inom psykiatrin och stödja patienterna i deras kontakter med somatisk hälso- och sjukvård.

En viktig förutsättning för implementering av riktlinjerna är att berörda verksamheter enkelt kan få tillgång till relevant kunskapsstöd. Inom ramen för »Uppdrag psykisk hälsa», som utgår från SKL (Sveriges Kommuner och landsting), har därför ett vård- och insatsprogram arbetats fram till stöd för berörda verksamheter i införandet av riktlinjerna [18].

Läkarrollen i relation till de nya riktlinjerna

Läkarrollen bör anpassas till betoningen på psykosociala insatser. Antipsykotisk läkemedelsbehandling

är en grundförutsättning för att psykosociala insatser ska få avsedd effekt, men som regel kvarstår vissa symtom och viss funktionsnedsättning trots adekvat läkemedelsbehandling.

Av det skälet bör man som psykiater se sig som en resurs, men inte opåkallat interferera i den process där den samordnande kontaktpersonen tillsammans med patienten formulerar en individuell plan baserad på delat beslutsfattande. Vinsten med ett sådant förfarande är att patienten aktiveras och tar ansvar för beslut som fattats och inte självmant avbryter behandlingen.

Som psykiater ingår man i resursteamet kring patienten och blir engagerad i processen när läkarcompetensen behövs, men man leder inte arbetet kring den enskilda patienten.

Dock bör man som läkare återta en beslutande position vid akutisering av symtom, vid risksituationer eller då det finns tecken på somatisk samsjuklighet. För att läsa mer om hur arbetet kan struktureras och hur olika roller kan se ut rekommenderas kapitel 41 »Psykiatrisk rehabilitering» i boken »Psykiatri» [19]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FFPU

REFERENSER

- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-9-6.
- Ustun TB, Rehm J, Chatterji S, et al. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. *Lancet*. 1999;354(9173):111-5.
- Evensen S, Wisloff T, Lystad JU, et al. Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: a population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophr Bull*. 2016;42(2):476-83.
- MacCabe JH, Koupil I, Leon DA. Lifetime reproductive output over two generations in patients with psychosis and their unaffected siblings: the Uppsala 1915-1929 Birth Cohort Multigenerational Study. *Psychol Med*. 2009;39(10):1667-76.
- Brohan E, Elgie R, Sartorius N, et al; GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res*. 2010;122(1-3):232-8.
- Flyckt L, Löthman A, Jörgensen L, et al. Burden of informal care giving to patients with psychoses: a descriptive and methodological study. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(2):137-46.
- Ekman M, Granström O, Omérov S, et al. Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest. Rätt behandlingar kan få stora positiva samhällsekonomiska effekter. *Läkartidning*. 2014;111:CWZX.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al; CDBE2010 Study Group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(10):718-79.
- Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):295-301.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
- Lindh A, Gøthefors D, Runeson B. Högre dödlighet och somatisk sjuklighet vid psykosjukdom. *Läkartidning*. 2015;112:DHD4.
- Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-6-7.
- Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008;17(2):128-37.
- Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011 - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-1-3.
- Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-4-6.
- Nationella riktlinjer - lägesbeskrivning 2016. Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Artikelnr 2016-6-7.
- Markström U. Den svenska psykiatritriformen. Bland brukare, eldsjälare och byråkrater. Umeå: Borea; 2003.
- Sveriges Kommuner och landsting. Uppdrag psykisk hälsa. <https://www.uppdragpsykisk-halsa.se/>
- Herlofson J, Ekselius L, Lundin A, et al (redaktörer). *Psykiatri*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2016.

SUMMARY

New national guidelines for the treatment of schizophrenia in Sweden

Schizophrenia affects about 0.7 % of the population and is characterized by hallucinations, delusions and reduced functioning affecting the ability to study, work and socialize. Life expectancy for patients with schizophrenia is approximately 15–20 years shorter mostly due to cardiovascular disease. Stigmatization is common despite the fact that it is a treatable disorder with a combination of medication and psychosocial interventions. Case management, psycho-education and supported employment are proven strategies, but less than half of individuals with schizophrenia are adequately treated. The National Board of Health and Welfare is currently launching updated National Guidelines (2018). The aim is to provide an overview of evidence-based interventions enabling patients with schizophrenia to live a fairly normal life. An evaluation has revealed that previous guidelines for antipsychotic medications have been satisfactorily implemented, but not those for psychosocial interventions. These will now be emphasized as »central recommendations« and will be followed up with specific indicators based on data from national registers.