

Psykospatienter hjälps till bättre prognos

"FALLSKÄRM" FÖR FÖRSTAGÅNGSINSJUKNADE

Omhändertagandet av patienter som första gången insjuknar i funktionell psykos kan vara avgörande för om sjukdomsepisoden blir upptakten till ett livslångt beroende av samhällets bistånd eller om en mer genomtänkt terapi också leder till bättre prognos. 19 psykiatriska sektorskliniker deltar idag i »Fallskärmsprojektet», ett vårdutvecklings- och forskningsprojekt där man söker tillämpa nya, konkreta behandlingsidéer.

I en population på 100 000 insjuknar varje år mellan 15 och 20 personer för första gången i ett funktionellt psykos-tillstånd. Av dessa kommer kanske mellan fem och åtta personer att diagnostiseras som schizofrena. Ett insjuknande i schizofreni har av hävd beräknats resultera i allvarligt psykiskt handikapp i omkring 40 procent av fallen, och ytterligare 30 till 40 procent får vissa kvarstående men. Därför är det första insjuknandet ofta ingången till ett livslångt beroende av samhällets bistånd på olika nivåer. Varje psykosinsjuknande innebär dessutom svår utsatthet och psykisk smärta både för den drabbade och för de närstående.

Omhändertagandet innebär på de flesta ställen akut inläggning på psykiatrisk korttidsvårdavdelning och omedelbar neuroleptikabehandling. Patienten vårdas tills symtomen gått tillbaka eller situationen känns kontrollerbar. Utskrivningen sker med rekommendation om fortsatt flerårig eller livslång neuroleptikabehandling i de fall man tycker sig ha diagnostiserat en schizofren sjukdom, och patienten remitteras till en öppenvårdsmottagning. Inte sällan inleds depåbehandling vid det förs-

ta sjukdomstillfället, och farmaka ges för att minska extrapyramidala biverkningar. Social utredning och information till patienten och anhöriga brukar idag ingå i rutinomhändertagandet.

Fortfarande inadekvat omhändertagande

Det är osäkert huruvida långtidsprognosen för psykotiska patienter har förbättrats under det senaste halvseklet, trots neuroleptikaanvändningen. Emellertid börjar kunskapen sprida sig att omhändertagandet inte bara är otillräckligt utan också att det kan innehålla skadliga moment som försämrar prognosen.

Ett tecken på denna insikt är de riktlinjer för schizofrenibehandling som utarbetats av Svenska psykiatriska föreningen [1].

Forskningsprojekt

Olika forskningsinriktade projekt har försökt visa att ett mer genomtänkt omhändertagande också ger en bättre prognos. De s k Soteria-projekten [2, 3] innebär intensivt psykosocialt stöd i behandlingshem med utpräglad lågstimulusmiljö och ett minimum av neuroleptika. Bakomliggande är synen på schizofreni som ett tillstånd av höjd sårbarhet med svårigheter att avgränsa och strukturera stimuli av olika slag. Resultaten har överlag visat sig goda och demonstrierar det felaktiga i föreställningen att alla nydebuterade schizofrena patienter måste få neuroleptika.

Nyligen avrapporterades det s k NIPS-projektet [4], ett nordiskt multicenterprojekt (Nordic Investigation on Psychotherapy of Schizophrenia) där man har lagt vikt vid ett »behovsanpassat» psykoteraapeutiskt och familjeorienterat bemötande vid alla fall av förstagångsinsjuknande i schizofreni. Neuroleptikabehandling gavs endast om klara behov uppstod.

Vid femårsuppföljningen hade hälften av patienterna inte några symtom. Om man jämför med internationella femårsuppföljningar av liknande material är resultaten goda: bara hälften av patienterna använde neuroleptika vid uppföljningen, och doserna var påfallande låga.

Mest känd är kanske Falloons s k Buckingham-studie [5], där han med tonvikt på tidig intervention i hemmen med försök att nå hela familjen, en kognitiv problemlösningsmodell och låga neuroleptikadoser menar sig i stor utsträckning ha bromsat schizofrena processer. Om det verkligen ligger till så får dock framtiden utvisa. Också det stora EPPIC-projektet i Melbourne [6] arbetar efter liknande principer i en befolkning på 800 000 invånare, men med en mer utbyggd uppföljning och psykoterapifunktion.

I Sverige har sedan några år en Soteria-verksamhet funnits i Nacka. En avancerad familjeinriktad behandlingsorganisation för förstagångsinsjuknade psykospatienter finns i Falun. Det föreligger dock ännu inga rapporter från dessa verksamheter.

Södermalmsmodellen

I september 1993 startade på Södermalms psykiatriska sektor i Stockholm med FoU-medel ett projekt som innebär att samtliga Södermalmsbor (ca 100 000 invånare) mellan 18 och 45 år som första gången drabbas av ett psykostillstånd skall behandlas och följas upp under fem år. Undantag görs för individer vars psykos hänger samman med hjärnskada, förgiftning eller missbruk.

I den övergripande teoretiska behandlingsmodellen betraktas psykos som ett uttryck för en biologisk och psykologisk sårbar individs reaktion på en belastning. Psykos innebär ett brott med delar av verkligheten och med förmågan till kommunikation med andra människor.

Bemötandet och behandlingen går därför främst ut på att skapa trygghet och mening och att stödja nätverket inför återupprättandet av relationsförmågan. De specifika medicinska och psykoteraapeutiska behandlingsmetoderna sätts in efter behov och i nära samarbete med patienten.

De konkreta behandlingsidéer som man försöker leva upp till kan sammanfattas i sex punkter. Delvis ligger de nära Alanens [7] »behovsanpassade behandling». De flesta punkterna är tämligen okontroversiella. Det ovanliga är

Författare

JOHAN CULLBERG

professor, överläkare, FOU-enheten, Södermalms psykiatriska sektorsklinik, Stockholm.

att man försöker tillämpa dem konsekvent och samtidigt.

1. *Tidig intervention.* Framför allt sunda förnuftet men också vetenskapliga studier [8] talar för vikten av att komma till behandling så snabbt som möjligt vid en psykotisk utveckling. Att en längre tid gå omkring med vanföreställningar eller ett avvikande beteende sätter igång en stark utstöttningsprocess som försvårar återinlemmandet i samhället.

Det är dock förmodligen en realistisk målsättning att kunna bromsa all utveckling mot schizofreni med ett optimalt tidigt omhändertagande. Säkerligen finns undergrupper, hos vilka sjukdomen utvecklas gradvis under årtal mot ett primärkroniskt tillstånd med få eller mycket modesta symtom under denna »prodromalperiod». Mycket talar för att individer i denna kategori har den sämsta prognosen, liksom att den organiska komponenten kan vara avsevärd. Dessa patienter kan ofta ha haft små avvikelser av framför allt finneurologisk och kognitiv art alltsedan den tidigaste barndomen [9]. Det är därför angeläget att exempelvis med neuropsykologisk diagnostik tidigt upptäcka denna grupp och därigenom kunna stödja riskindivider att få en bättre utveckling. (Det är emellertid en fara att, som så ofta sker, dra slutsatser om den övriga schizofrenipopulationens prognos utifrån denna den svåraste undergruppen.)

Att nå patienten så tidigt som möjligt i sjukdomsutvecklingen är således en viktig faktor som inte minst allmänläkarna bör göras mer medvetna om. Ett sådant samarbete underlättas om det finns en specialiserad mottagning att tillgå. Ofta kommer den första kontakten att ske i hemmet. Det är fördelaktigt om patienten slipper akutmottagningens påfrestningar. Om en ny patient söker akut bör den specialiserade personalen omedelbart tillkallas så att onödig akutmedicinering och inläggning kan undvikas.

2. *Familjeinriktning.* Det är idag en etablerad sanning inom schizofreniforskningen att behandlingsresultaten blir sämre om man inte inbegriper familjen i behandlingen. Målet är att helst under det första dygnet tillsammans med patienten träffa hela eller delar av primärfamiljen (eller personer som fyller en familjefunktion för patienten). Detta kan, enligt Åbo-modellen, ske i form av familjemöten där alla ger sin bild av den situation som föregått insjuknandet, liksom av vad man upplever vara huvudproblemet.

Något som också ofta visar sig vara ett viktigt instrument för att minska ka-

supplevelsen i familjen och öka begripligheten i livssituationen är att göra en sk familjekarta tillsammans med familjemedlemmarna, inklusive patienten. Man får då en uppfattning såväl om viktiga händelser som om de senaste generationernas sociala och kulturella tillhörighet. Dessutom får man en kartläggning av den psykiska ohälsa som finns i släkten. Inte sällan finner man avsevärda svårigheter inom familjen att lösa problem eller att acceptera varandras personligheter. Detta kan ge anledning till fortsatta terapeutiska familjemöten.

Arbets sättet uttrycker inte någon tro att det är familjen som »orsakar» psykos, ej heller en önskan att utpeka syndabocker. Vår erfarenhet är i stället att det ger familjen stöd och trygghet, och gör det lättare för dem att åter söka kontakt vid tidiga tecken på återfall. Att låta det huvudsakliga arbetet ske tillsammans med familjen under den tidigaste perioden är påfallande belönande. Man bör ha god tid, liksom tillgång till ett lugnt och stort rum, speciellt för det första samtalet. Dessutom bör man ha möjlighet att servera kaffe.

För de flesta terapeuter kan rollen som familjebehandlare te sig ovan och obekvämt i början. Den är annorlunda jämfört med individualkontakten. Det är därför viktigt att tidigt ge personalen utbildning i familjebehandling.

3. *Kris- och psykoterapeutisk inriktning.* Människan är en varelse som söker mening och sammanhang i tillvaron. Om hon har en känsla av sammanhang ökar också hennes förmåga att utvärda och genomleva krissituationer. Det gäller paradoxalt i än högre grad för den psykotiska individen. Den akuta psykos präglas av starka kaosupplevelser för såväl patienten som familjen. Att kunna bidra till en upplevelse av sammanhang, till synen att psykos inte bara har kommit såsom »från underjorden» utan även har ett i viss mån predicerbart och påverkbart förlopp, ger såväl ett realistiskt hopp som en ökad kraft åt de friska jagresurserna att bemästra situationen.

Ofta, men inte alltid, finner man en yttre situation vid psykosutbrottet som gör detta förstaeligt, om man samtidigt beaktar patientens sårbarhet. Anledningen till sårbarheten kan ligga i en genetisk benägenhet, i en graviditets-/förlossningspåverkan på hjärnan eller i en extrem uppväxtsituation där någon väsentlig aspekt av jagutvecklingen blivit störd. Ofta anar man en kombination av flera sådana faktorer. Ett psykologiskt kristänkande utesluter naturligtvis inte en biologisk bakgrundmodell.

Sårbarheten innebär att det hos patienten finns en speciell akilleshäla, eller

känslighet för starka affekter, som aktiveras vid en livskris, vid separation, förlust, alltför stark närhet eller annat som annars hör till våra normala livsvillkor. Ofta är belastningen symbolisk, men inte desto mindre genomgripande.

Som exempel kan nämnas en 23-årig, tidigare välfungerande man, vars mormor dött ett halvår innan han för första gången insjuknade i en schizofreniform psykos. Mormodern, som han bott hos mellan sitt femte och sitt åttonde år, var den person som tydligast i hans liv stått för det goda och för en pålitlighet. Detta hade i övrigt präglats av föräldrarnas tillkortakommanden som gjorde att sonen fick flytta mellan olika vårdgivare. Han kunde senare berätta om den depression och hopplöshetskänsla som blev akut efter mormoderns död och hur det då kändes som om en fondridå lyfts upp. Bakom den fanns bara tomhet. Denna upplevelse avlöstes av den psykotiska utvecklingen.

Den psykotiska krisen har, som andra krissituationer, olika faser: uppbyggnad, kulmen och upplösning av psykos. Inte minst viktig är förståelsen av den postpsykotiska depressionen som ett viktigt delmål för det kriserapeutiska arbetet. Det första psykosinsjuknandet är vanligen en starkt traumatisk upplevelse i och med känslan att inte ha kontroll över sitt tänkande och handlande. Men också problemen med de skadade sociala relationerna, liksom upplevelserna omkring ett eventuellt tvångsomhändertagande, måste bearbetas om inte självkänslan skall sänkas, vilket medför en risk för att en psykos lättare utlöses vid senare belastningar. Så snart som möjligt utses behandlingssamordnare och ansvarig läkare (PAL), så att regelbundna samtal kan inplaneras med såväl patienten som de närstående.

I efterförloppet blir en jagstödande psykoterapi aktuell för de flesta patienter. Kognitiv psykoterapi kan också vara mycket användbar, inte minst vid depressiva symtom. Även om man kan se allvarliga psykiska traumatiseringar i barndoms- och uppväxtsituationen brukar behovet av systematisk dynamisk psykoterapi inte vara särskilt uttalat direkt efter en första psykos. Många gånger kommer motivationen att öka senare, inte minst om psykos kommer tillbaka.

4. *Kontinuitet och lättillgänglighet.* Återfallsrisken är störst under de första fem åren efter psykossjukdomens debut, därefter sjunker den gradvis. Även om man ganska väl på ett tidigt stadium kan förutsäga vilka som är högriskpatienter kommer alltid vissa patienter att bereda överraskningar. Detta är viktigt att komma ihåg, så att man inte beskäf-

ANNONS

ANNONS

ANNONS

tigt ger en alltför negativ prognos vid det första vårdtillfället. Också för sent inkommande, relativt lågsymtomatiska schizofrena patienter med ett långsamt sjukdomsförlopp kan man någon gång erfara fullständig remission efter kort vårdtid, speciellt om det finns depressiva inslag i anamnesen.

Det finns ett förhållande mellan depression och psykos som inte bara kan tolkas i termer av receptorbalans. Psykosen kan också ses som en regressiv lösning på en outhärdlig och obegriplig verklighet – det kan faktiskt vara mindre smärtsamt att vara psykotisk än att vara förtvivlad. Men naturligtvis måste man också här räkna med en särskild sårbarhet hos den som utvecklar en psykos. Vid de schizofreniforma psykoserna, eller vid de korta psykoserna, kan prognosen vara osäker vad gäller risken för återinsjuknande, trots fullständig remission mellan sjukdomsepisoderna. Inte minst för dessa patienter, som ofta övermedicineras och därigenom får ett ytterligare lidande, är uppföljningen viktig. De kan då slippa långtidsbehandling med neuroleptika.

För många kan en mindre psykisk påfrestning än den vid det första insjuknandet utlösa en ny psykos. Det är som om reaktionssättet »banas». Därför måste en preventiv verksamhet sätta in alla resurser för att minska tendenserna till återinsjuknande. Det är här kontinuiteten och lättillgängligheten till den psykiatriska hjälpen blir avgörande. Man kan i de flesta fall lära patienterna och deras anhöriga vilka första symtom de skall se upp med och som skall föranleda omedelbar kontakt med psykiatrin. Men erfarenhetsmässigt kommer inte patienten om det inte finns ett upparbetat förtroende för och bekantskap med personalen. Kontinuiteten bör därför gälla från första vårdtillfället.

Den vanliga patientvandringen mellan akutavdelning, korttidsvårdavdelning, öppen vård och kanske rehabilitering innebär ett upphackande av patientens relationer med personalen och omöjliggör därför en effektiv återfallsprevention.

Den kunskap man får om både patient och nätverk vid det första akutmottagandet måste bevaras inom personalgruppen. Kontinuiteten över tiden behövs och skall inte gälla en enda person, vilket kan vara praktiskt omöjligt med tanke på arbetsförhållandena. I vanliga fall brukar några i arbetsgruppen känna patienten och hans nätverk bäst, och kan därför ersätta varandra. Men om psykosvården sköts av ett särskilt team – eller ett subteam om det förä inte anses vara möjligt – kan kunnig personal kopplas in redan i det ögonblick patienten identifieras som förstagångspsykotisk, antingen detta sker på

distriktsläkarmottagningen eller akut, och innan beslut om intagning tas.

Samma team måste ha ansvar för denna patientgrupp under en följd av år. Det hindrar inte att vissa patienter samtidigt kan få stöd från andra, kanske primärkommunala, enheter med arbetsträning, boendestöd etc. I praktiken kan detta efter några år fungera så, att majoriteten av patienterna lever i samhället helt eller relativt symtomfria med en gles kontakt med psykosteamet, men med möjlighet till tätare kontakt om en försämring uppkommer. För andra, mer handikappade patienter övertas vårdansvaret av kommunen, men ett medicinskt ansvar ligger kvar hos teamet om patienten skulle behöva akut hjälp. Eftersom kunskapen både om patientens behov och om familjen finns bevarad hos psykosteamet är detta en rationell och human resursanvändning som förhindrar såväl belastning av jourssystemet som överbehandling och onödigt utredande.

5. Lägsta effektiva neuroleptikados. Överanvändningen av neuroleptika är ett inte mindre problem inom psykiatrin än överanvändningen av antibiotika är inom kroppssjukvården. I Svenska psykiatriska föreningens program [1] påpekas dels vikten av att avvakta med insättande av neuroleptika, dels risken med att ge för höga doser. En entydig erfarenhet från arbetet med förstagångsinsjuknade är att många patienter med psykostillstånd överhuvudtaget inte behöver neuroleptika. Vad gäller schizofrenigruppen behöver flertalet förr eller senare neuroleptika, men om ingångsdosen är låg och höjningen sker långsamt kommer behovet senare att vara betydligt lägre än man vanligen föreställer sig. Det för med sig att patienten lättare tar den ordinerade medicinen och att behovet av biverkningsmedel minskar.

Patienter med de ofta symtomstarka schizofreniforma psykoserna klarar sig förvånansvärt bra med bensodiazepiner och återhämtar sig snabbare och med mindre »zombie»-effekter – detta såvida vårdmiljön är optimal, liksom det psykologiska omhändertagandet.

Bensodiazepiner kan ges i ganska rejäl dos vid ångestsymtom. Att dessa kan ha minst lika god ångestdämpande effekt som neuroleptika har visats i kontrollerade undersökningar [10].

Om psykotiska föreställningar eller ett psykotiskt beteende blir alltför påfrestande för patienten eller för omgivningen måste man ge neuroleptika. I de flesta fall accepterar patienten att medicinera, speciellt om medicinbehovet kopplas till patientens upplevda problem. Medicin »för koncentrationsförmågan», »för att minska rösternas styr-

ka», »för att minska överkänsligheten», »för att kunna tänka klarare» etc är ordinationer som accepteras om patienten känner att hans upplevelsevärld uppfattas som viktig och att det är hans intressen som kommer i första rummet.

Naturligtvis förekommer det också vid detta arbetssätt situationer där patienten vägrar samarbeta och där både psykossymtomens styrka och beteendets farlighet innebär att tvångsmedicinering är nödvändig. Om den förbereds väl, motiveras för patienten, genomförs utan dåligt samvete och talas igenom efteråt, brukar dock nettoeffekten bli positiv. Man kan då räkna med att inom den mest psykotiske finns det en psykotisk personlighet som är väl medveten om det rimliga i att få behandling, och det är till denna bakomliggande friska personlighet man vänder sig.

Att börja med exempelvis 1/2 mg flupentixol eller 1–2 mg risperidon per dygn för att vid behov stiga något i dos brukar ofta innebära att man senare klarar sig med doser motsvarande 100–200 mg klorpromazin. Med detta försiktiga arbetssätt ser man till att den antipsykotiska effekten inträder utan att de sederande faktorerna eller de extrapyramidala biverkningarna kommer att dominera.

6. Slutenvård på patientens villkor. Patientens fortsatta psykos- eller ångestsymtom är i hög grad beroende av omvårdnadssituationen. Om den vanligen höga och ångestväckande stimulusnivån kan sänkas med lämplig vårdmiljö, och om ett meningsbärande sammanhang skapas omkring patienten, blir också medicinbehovet avsevärt mindre. Detta är en sanning som måste komma till allmän kännedom så att psykosvården blir mer rationell och frigörs från den bundenhet till de somatiska vårdavdelningsmodeller som dominerat psykiatrin sedan slutet av 1800-talet.

McGorry [11] har i en undersökning från Melbourne visat att 46 procent av en grupp förstagångspsykotiska patienter uppvisade ett posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) fyra månader efter intagningen. Ännu efter elva månader kvarstod det hos 35 procent av patienterna. Det innebär ångestfulla fantasier och mardrömmar om insjuknande och intagning och en depression som inte kan hänföras till grundsjukdomen.

Miljön på många psykiatriska akutavdelningar är starkt kontraproduktiv till behandling av dessa stimuluskänsliga patienter. Aggressivt eller ångestpräglat beteende, integritetskränkningar patienterna emellan, en stor mängd vårdpersonal som ständigt växlar och som det knappast lönar att fästa sig vid eller gå in i ett förtroendepräglat förhållande till, är vardagen. Detta är inte

Tabell I. Neuroleptikamedicinering (klorpromazinekvivalent, mg) och global funktionsförmåga (GAF) för förstagångsvårdade patienter under perioden 1 september 1993–1 september 1995. Uppföljningen gjord den 31 december 1995.

Diagnos, DSM-IV	Antal	Neuroleptika vid uppföljning	Klorpromazin-ekvivalent, mg	GAF
Schizofreni	7	3	125 (100–150)	55 (40–80)
Schizofreniformt syndrom	5	3	100 (50–200)	69 (65–70)
Schizoaffektivt syndrom	5	0	–	75 (65–85)
Psykotiskt syndrom	3	1	100	75 (70–80)
Vanföreställnings-syndrom	7	3	105 (25–200)	65 (45–80)
Kortvarig psykos	5	0	–	73 (50–80)
Totalt	32	10		

mera acceptabelt än om man skulle släppa de hygieniska kraven på en kirurgisk avdelning. Stegningen av ångestnivån, liksom den oklarhet i vårdens inriktning som patienterna ofta upplever i dessa miljöer, har till följd att psykotikernas splittring och autism ökar. Detta för i sin tur ofta till en höjning av neuroleptikadosen.

Vägen ut ur detta dilemma är att minska inläggningsfrekvensen och sköta patienten i hemmet med hjälp av anhöriga eller personal. Om detta inte låter sig göras skall vårdmiljön var överblickbar, lugn och personlig. I Nacka har en speciell liten vårdenhet inrättats, ett s k Soteria-hem, där den låga stimulusnivån är väl genomförd för de nyintagna och en psykoterapeutisk atmosfär är garanterad.

På Södermalmssektorn har man hyrt ett nedlagt fritidshem, där tre övernattningsrum inrättats i anslutning till en träfflokal. Personalen på denna lilla enhet uppgår nattetid till en, dagtid två personer. Där vårdas patienter i akuta psykoskriser eller i prepsykotiska tillstånd. Andra, som inte behöver nattplats, kan komma dagtid, delta i matlagning och äta till självkostnadspris. Vid behov kan anhöriga övernatta. Genom att få planerade dagaktiviteter förekommer uppfattas stället som ganska behagligt (lågstimulusmiljö) av dem som är akut sjuka, men som lite långtråkigt av dem som börjar tillfriskna. Personalen kan göra hembesök, ringa och påminna patienter att stiga upp eller ta sina mediciner.

Givetvis blir en sådan lokal mitt inne i ett bostadsområde känslig för om patienter blir mycket utagerande eller störande. Vid sådana tillfällen måste den sedvanliga psykiatriska vårdavdelningen anlitas. Det har skett relativt sällan – i genomsnitt har en slutenvårdsplats per dygn tagits i anspråk av de för närvarande omkring sjuttio förstagångspsykotiska patienter som enheten ansvarar för.

Man har nyligen skaffat en lägenhet

med tre sovrum som ligger i samma hus. Där skall patienter bo som inte har eller kan använda sin bostad. De skall ha viss tillsyn från stödboendet, men inte kräva ytterligare personalresurser.

Resultaten uppmuntrade

De två första åren kom 32 patienter till Södermalmsprojektet. Vid en uppföljning den 31 december 1995 hade dessa patienter följts som längst i två år och fyra månader och som minst i fyra månader (Tabell I). Förutom dessa har teamet tagit emot ytterligare ca 35 förstagångspsykotiska patienter, som kommit före eller efter den egentliga projektperioden. Totalt ansvarar man idag (juli 1996) för ett sjuttioalv patienter.

19 av de 32 patienterna har någon gång slutenvårdats på vanlig klinikavdelning; ofta har detta varit en förstagångsinläggning som skett innan projektet kopplats in. »Lokalen» kunde inte användas dygnet runt förrän de sista nio månaderna; dess tillkomst innebär en radikal sänkning av slutenvårdsbehovet vad gäller klinikplatser.

Neuroleptikadoserna är låga. Som framgår av GAF-värdena (global funktionsförmåga) är patienterna i förhållandevis god form vid tiden för uppföljningen (<60 brukar innebära någon form av psykiatriskt vårdbehov). Ingen av patienterna har hittills behövt stående biverkningsmedicinering, och endast en patient använder depåpreparat. Flera har visat tidiga tecken på återfall som relativt lätt kunnat kuperas, vanligen genom övernattnings på lokalen, eventuellt i kombination med doshöjning. Vad gäller de schizofrena patienterna var två symtomfria vid uppföljningen, fyra medicinerade. Vi önskade att ytterligare två skulle acceptera medicinering, men såg inte anledning att tvångsbehandla.

Det är ännu för tidigt att dra några bestämda slutsatser från materialet, men hittills är resultaten mycket upp-

muntrande med mycket liten slutenvård och goda behandlingsresultat.

Fallskärmsprojektet

Den 1 januari 1996 startade ett kombinerat vårdutvecklings- och forskningsprojekt där 19 psykiatriska sektorer från hela landet gått samman under beteckningen »Fallskärmsprojektet». Förberedelserna har pågått under en tvåårsperiod med olika möten för bl a samskattningssträning. Projektet leds, förutom av mig själv, av psykolog Sonja Levander, som svarar för den personlighetspsykologiska delen, och docent Claes-Göran Stefansson som, med stöd av sociologen Zoltan Thinsz, står för databasen.

De 19 sektorer där man i projektform avser att så långt som möjligt tillämpa de sex behandlingsprinciperna som nämnts ovan på samtliga förstagångsvårdade psykopatienter sänder fortlöpande under en tvåårsperiod in data från de nyinkomna patienterna som sedan följs upp efter ett, tre och fem år. På varje patient genomförs ett stort undersökningsbatteri för diagnostik och symtomskattnings. Patienterna testas återkommande såväl projektivt som med neuropsykologiska metoder, där docent Håkan Nyman från Karolinska sjukhuset bedömer de senare testen. Dessutom genomförs datortomografi eller magnetkameraröntgen av hjärnan, liksom EEG. Förlossningsjournaler tas in, en familjekarta upprättas och familjemönster kartläggs. Genom detta avser vi bl a att få material till en bättre undergruppering av psykopatienterna för att kunna ställa bättre prognoser och erbjuda en mer differentierad behandling. Också livskvalitet och tillfredsställelse med vården undersöks. Totalt bör vi kunna erbjuda 400 förstagångspsykotiker detta omhändertagande, varav 100–150 med schizofrenidiagnos. Koordinator för sektorerna är sjuksköterskan Mats Ewertson.

Kontrollproblemet har varit svårslöst. Att randomisera patienterna inom samma sektor mellan Fallskärmsprojektet och en kontrollgrupp som får behandling på »vanligt» sätt kan inte genomföras av praktiska och etiska skäl. Att välja patienter från andra sektorer som kontroller är alltför osäkert beroende dels på demografiska skillnader, dels på svårigheterna att bevaka att kontrollsektorn inte går över till en behandlingsform liknande den som ges i Fallskärmsprojektet; allt fler sektorer börjar intressera sig för en sådan utveckling.

Vi har valt den tredje möjligheten, nämligen historiska kontroller, där psykiatern Agnes Mesterton gör en uppföljningsstudie på ett totalmaterial om 70 patienter från tre Stockholmssektorer som förstagångsvårdats för psykos

två eller tre år tidigare. Då närmare hälften av dessa patienter visat sig ovilliga att intervjuas kan endast diagnosgrupp, vårdkonsumtion och förskrivna mediciner jämföras. Vi räknar emellertid med att kunna göra en viss kostnadsjämförelse med stöd av detta material.

Redan idag kan man dock säga att det finns mycket att vinna på en mer genomförd sekundärprevention av denna patientgrupp, både humanitärt och ekonomiskt. De sex principer för rationellare psykosvård som har skildrats här påminner i vissa delar om den vård som ges i u-länderna. Vi vet också att prognosen för psykosor är bättre i u-länder än i i-länder.

Referenser

1. Svenska psykiatriska föreningen. Program för utredning och behandling av nyinsjuknade patienter med schizofreni eller schizofrenilikhande tillstånd. Stencil, 1995.
2. Mosher LR, Vallone R, Menn A. The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six-week psychopathology outcome data from the Soteria project. *Int J Soc Psychiatry* 1995; 41: 157-73.
3. Ciompi L, Kupper Z, Aebi E, Dauwalder HP, Hubschmid T, Trütsch K et al. Das Pilotprojekt »Soteria Bern» zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. *Nervenarzt* 1993; 64: 440-50.
4. Alanen YO, Ugelstad E, Armelius BÅ et al. Early treatment for schizophrenic patients. Scandinavian psychotherapeutic approaches. Oslo: Scandinavian University Press, 1994.
5. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Williams M, Razani J, Moss HB et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 887-96.
6. Edwards J, Francey SM, McGorry P, Jackson HJ. Early psychosis prevention and intervention: Evolution of a comprehensive community-based specialised service. *Behaviour Change* 1994; 11: 223-33.
7. Alanen YO, Lehtinen K, Rääkköläinen V, Altonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Projekt. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 363-72.
8. Loebel AD, Leiber JA, Alvir MJM. Duration of psychosis outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1183-8.
9. Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994; 344: 1398-1402.
10. Salzman C, Solomon D, Miyawaki E, Glassman R, Rood L, Flowers E et al. Parenteral lorazepam versus parenteral haloperidol for the control of psychotic disruptive behavior. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 177-80.
11. McGorry PD, Chanan A, McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. Post-traumatic stress disorder following recent-onset psychosis: an unrecognised post-psychotic syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 253-8.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

KORTKLIPP



Ökad risk för ventrombos vid hormonsubstitution

Östrogenbehandling i klimakteriet ökar risken för ventrombos två till fyra gånger. Det är det samstämmiga resultatet av tre nyligen redovisade studier.

I en sjukhusbaserad brittisk fallkontrollstudie var risken 3,5 gånger förhöjd bland dem som hade hormonsubstitution, något som motsvarar ett extra fall av ventrombos bland 5 000 användare per år. Man fann ingen riskökning bland dem som slutat med behandlingen. Liknande resultat nåddes i en amerikansk fallkontrollstudie.

Risken för lungemboli hos kvinnor med hormonbehandling är dubbelt så hög som bland andra kvinnor, enligt en amerikansk enkätundersökning. Samma enkät besvarades varantant år under 16 år av drygt 110 000 kvinnor, vid starten 30–50 år gamla.

Å ena sidan betonar forskarna att risken för trombos måste vägas mot den sannolikt minskade risken för osteoporos och koronarsjukdom, å andra sidan är riskökningen i absoluta tal större än när det gäller p-piller bland yngre.

Lancet 1996; 348: 972, 977-87.

Glykosylerat hemoglobin bättre än glukostoleranstest

Analys av glykosylerat hemoglobin (HbA_{1c}) är mer användbar än oralt glukostoleranstest när det gäller att diagnostisera diabetes som kräver behandling. Eftersom det är billigare att bestämma fastevärdet för plasmaglukos kan man använda detta som ett sällningstest, och analysera HbA_{1c} för dem som har värden mellan 6,4 och 7,7 mmol/l. Upprepade värden över 7,8 mmol/l innebär diabetes. Den slutsatsen dras i en metaanalys där forskarna fått fram individuella data för nästan 9 000 patienter i 18 studier.

Det är bekvämare att mäta HbA_{1c} än glukostolerans, som varit »gyllene standard» för diabetesdiagnosen trots att metoden rymmer många felkällor. Analysen visade att 89 procent av de patienter som hade HbA_{1c}-värden över 7 procent hade diabetes, medan 7 procent hade försämrade glukostolerans och 4 procent var normala.

I en ledarkommentar understryks att metoderna att mäta glykosylerat hemoglobin ännu inte är standardiserade och att det också återstår att visa om det finns ett samband mellan HbA_{1c}-värdet och kärlkomplikationer.

JAMA 1996; 276: 1261-2, 1246-52.

Skuldersmärter består länge efter primärvård

Mycket av kunskapen om patienter med skuldersmärter grundas på sjukhuspatienter, men hur går det för dem som inte remitteras från primärvården? En brittisk studie av 166 patienter som sökte allmänläkare visar att var fjärde haft problem tidigare. 75 procent svarade på en symtomenkät efter sex månader och 57 procent efter 18 månader.

Efter sex månader hade bara en av fem helt sluppit besvären, och efter 18 månader inte mer än hälften. Injektion gavs till 58 procent, och den gruppen hade mer problem än andra efter sex månader.

Visserligen hade dessa patienter haft besvären längre tid innan de sökte läkare, men effekten av injektion kan ändå ifrågasättas.

BMJ 1996; 313: 601-2.

Angioplastik eller trombolys vid akut hjärtinfarkt?

Flera mindre studier har visat att primär angioplastik på kort sikt ger bättre resultat än trombolysisk terapi vid akut hjärtinfarkt, men en större undersökning med tre års uppföljning visar inga signifikanta skillnader i dödlighet.

I den senare studien jämfördes 1 050 angioplastikpatienter med 2 095 som behandlats med trombolys. Inte heller vid analys av högriskgrupper fann man några signifikanta skillnader i mortalitet. Både på sjukhuset och under resten av uppföljningen utnyttjade dock trombolyspatienterna mindre resurser.

Hur kontroversiell frågan är visas av att två kommentatorer kommer till hela olika slutsatser. De som förordar trombolys påpekar att denna terapi kan sättas in snabbare och genomförs säkert.

Från den andra sidan påpekas att flera studier och en metaanalys talar för angioplastik, som genast ger full effekt. Visserligen kan trombolysisk terapi sättas in ca 30 minuter tidigare än angioplastik, men sedan tar det ytterligare 90 minuter innan blodkärlet står öppna.

I en annan studie visas att 71 procent av patienter som behandlats med trombolys genomgick koronarangiografi och 58 procent av dessa behandlades med revaskularisering innan de skrevs ut från sjukhus.

Lågriskpatienter fick oftare denna behandling än de som hade hög risk och mest att vinna på den.

N Engl J Med 1996; 335: 1198-205; 1253-60, 1311-7.