

Nationella psykiatriska rättesnören utarbetade

Svenska psykiatriska föreningen har utarbetat kliniska riktlinjer för utredning och behandling av psykiska sjukdomar. Viktiga syften med detta är att visa att omfattningen av den kunskapsbas som ligger till grund för psykiatriska behandlingsmetoder är jämförbar med den inom andra medicinska specialiteter samt att stimulera utveckling av lokala vårdprogram och projekt för kvalitetsutveckling.

Riktlinjer för det kliniska handhavandet av psykiska sjukdomar utvecklas just nu på flera håll i världen, inspirerade av de initiativ som tagits av American Psychiatric Association sedan början av 1990-talet.

Det har länge funnits ett behov av att demonstrera den medicinska psykiatrins sätt att analysera och behandla psykiska sjukdomar. Behovet har ökat i takt med att en icke-medicinsk vårdorganisation alltmer tagit delansvar för psykiskt sjuka personer, och där den kommunala vårdapparaten på många ställen kommit att ledas av sociologisk och psykologisk expertis snarare än medicinsk. Den psykiatriska identiteten har också ibland kommit i kläm inom landstingets psykiatri, där teamverksamheten inom öppenvården kunnat domineras av icke-medicinska tankegångar.

Författare

HANS ÅGREN

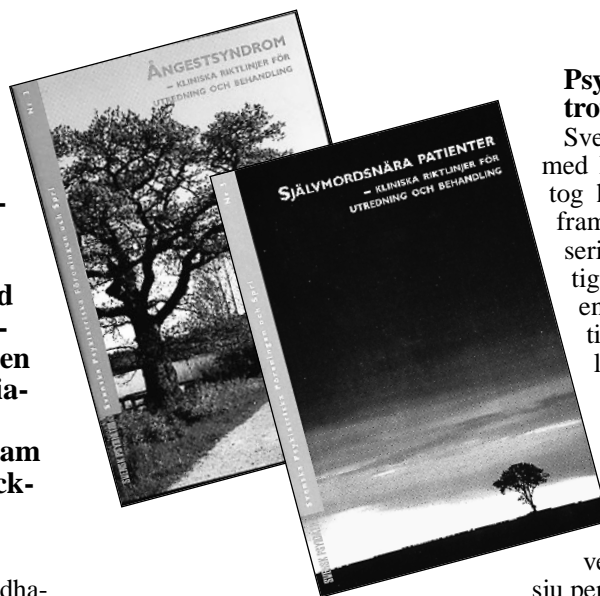
professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölnadal

ANNA ÅBERG-WISTEDT

docent, Karolinska institutet, S:t Görans sjukhus, Stockholm

TORE HÄLLSTRÖM

professor, Karolinska institutet, Huddinge sjukhus.



Övertygelsen bland så gott som alla psykiatrer att ett medicinskt synsätt omfattar såväl medicinska/biologiska, psykologiska och sociala överväganden, och att en »medicinsk verksamhet» inte är synonym med att enbart förskriva mediciner, har inte uppmärksammats av en bredare publik. Vi har upplevt ett uppdämt behov av att visa att psykiatrin står enigare och är homogenare än vad t ex politiker och allmänhet antagit.

Att psykiatrin använder en behandlingsarsenal som är vetenskapligt utprovad och att psykiatrer för att kunna hjälpa sina patienter ständigt måste tänka på minst tre kunskapsnivåer samtidigt – den sociala, den psykologiska och den biologiska – är alltså självklart inom skräet, men inte alls lika självklart utanför. Psykiatrins bredd har varit otydligt framställd – från en del håll utmålas psykiatrer som ointresserade av psykologiska behandlingsmetoder, och från andra håll karikeras psykiatrer som pratglada men allmänt medicinskt okunniga.

Samhällets kostnader för psykiska sjukdomar är mycket stora; för t ex manodepressiv och depressiv sjukdom enbart gäller samma storleksordning som alla maligna tumörsjukdomar tillsammans. Samhällets utgifter för diagnostik och behandling av dessa sjukdomar är små i förhållande till dem som föranleds av arbetsoförmåga och sjukskrivning.

Psykiatrins trovärdighet ökar

Svenska psykiatriska föreningen med Leif Lindström som ordförande tog hösten 1993 ett initiativ till att framställa kliniska riktlinjer för en serie psykiatriska områden. Ett viktigt syfte var att visa att omfattningen av den kunskapsbas som ligger till grund för psykiatriska behandlingsmetoder är jämförbar med den inom andra medicinska specialiteter, vilket måste öka psykiatrins trovärdighet. Riktlinjerna bör också stimulera lokala ansträngningar att utveckla vårdprogram och kvalitetsutvecklingsprojekt. Styrelsen utsåg sju personer med hög vetenskaplig och klinisk kompetens, vilka fick i uppdrag att bilda var sin arbetsgrupp som skulle utarbeta grunddokument för kliniska riktlinjer inom var sitt viktigt område (schizofreni, förstämningssjukdomar, ångestsyndrom, alkoholproblem, suicidnära patienter, geropsykiatri samt tvångs-vård). I uppdraget ingick att arbetsgrupperna skulle börja med att gå igenom aktuell litteratur, eftersom riktlinjerna i största möjliga utsträckning skulle baseras på ett vetenskapligt underlag.

Styrelsen och arbetsgrupperna har nu tillsammans utarbetat slutversionerna av de kliniska riktlinjerna. I denna process har preliminära versioner presenterats, utdelats och diskuterats på föreningsmöten. Föreningens medlemmar har i samband därmed även anmodats att diskutera de preliminära riktlinjernas innehåll på sina egna kliniker och därefter skriftligen delge styrelsen de synpunkter som framkommit. Arbetsgrupperna har ofta därutöver inhämtat synpunkter från utomstående experter. För den slutliga utformningen svarar Svenska psykiatriska föreningens styrelse. Finansieringen av arbetet med att ta fram riktlinjerna har skett genom ett anslag om 210 000 kronor från Landstingsförbundet. Detta belopp har till stor del täckt sammanträdeskostnaderna för arbetsgrupperna. Några arvoden har inte utgått till arbetsgrupperna eller styrelsen.

Serien i sin helhet ges ut av Svenska

psykiatriska föreningen och Spri under 1997–98. Spri publicerar också texterna på Internet, bläddrings- och nedladdningsbara via <<http://www.spri.se/r/elektron.htm>>

Målgrupper och syften

Syftet med de kliniska riktlinjerna är ytterst att förbättra vården för de patienter som kommer i kontakt med den specialiserade psykiatrin. De primära målgrupperna är psykiatriskt verksamma läkare, både specialister och läkare i allmän- och specialiseringstjänstgöring. Andra yrkesgrupper verksamma inom psykiatrin ingår också i målgruppen, inte minst personer i klinikledning, enhetschefer och utvecklingsansvariga. Därutöver är patienter, anhöriga, sjukvårdsadministratörer och politiker viktiga målgrupper.

Utöver utbildningsvärdet och det stöd i den kliniska beslutsprocessen som riktlinjerna förväntas ha, bör de komma till användning i det kliniska utvecklingsarbetet lokalt, inte minst i kvalitetsutveckling. Klinikledningsgrupper kan använda riktlinjerna som grund för att utveckla lokala vårdprogram, där alla professionella grupper inom den psykiatriska vården deltar.

En del av riktlinjerna bör kunna vara av värde för socialtjänsten (schizofreni, alkoholproblem och geropsykiatri) samt primärvården (förstämningssjukdomar, ångestsyndrom och alkoholproblem). Vi ser fram mot kommentarer och konstruktiva förslag från dessa instanser!

Här följer en kort presentation av riktlinjerna för respektive område.

1. Schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd (1996, 48 sidor)

Stress-sårbarhetsmodellen accepteras fullt ut, vilket innebär dels ett bejakande av en individuell biologisk sårbarhet att utveckla sjukdomen, dels ett lika starkt bejakande av att stress och traumatiska upplevelser av skilda slag kan spela väsentliga roller som utlösande moment vid sjukdomsdebuten.

Riktlinjerna för schizofreni betonar den stora betydelsen av en noggrann medicinsk och psykologisk diagnos vid det första psykotiska insjuknandet. Andra maningar rör försiktighet med medicinering de första 1–2 veckorna, tidigt insättande av familjekontakter och en snar inledning av socialt nätverksarbete. Om neuroleptisk medicinering måste ges skall målsättningen vara att uppnå en lägsta effektiva dos i monoterapi, och antikolinerga farmaka skall inte ges slentrianmässigt. Ingen motsättning får råda mellan antipsykotisk medicinering, socialt stöd och psykoterapi.

I bilagor ges förkortade ICD-10- och

DSM-IV-kriterier för schizofreni, den globala funktionsskattningsskalan (GAF), förslag till laboratorieutredning, DT/MR-utredning (vid förstängångsinsjuknande; tips ges bl a om vad man frågar efter i remissen), struktur på ett lämpligt neuropsykologiskt testbatteri och 28 tidiga varningstecken vid schizofreni. En praktisk algoritm för läkemedelsbehandling presenteras, vidare beskrivs hur analys av läkemedelsmetabolisk kapacitet går till.

2. Förstämningssjukdomar (1997, 35 sidor)

De unipolära och bipolära förstämningssjukdomarnas vanlighet och digra konsekvenser motiverar den allra största vaksamhet kring tidig diagnostik och aktiv behandling.

Riktlinjerna betonar den stora betydelsen av en regelrätt fenomenologisk, kronologisk och medicinsk utredning och diagnostik innan behandling inleds. Behandlingsuppläggning är olika för unipolära och bipolära syndrom och delas upp i akutbehandling (upp till 6 månader), fortsättningsbehandling (6–12 månader) och återfallsförebyggande underhållsbehandling (längre än ett år).

Behandling av unipolära depressioner med SSRI-preparat och liknande medel har de facto seglat upp som den vanligaste förstahandsåtgärden inom svensk psykiatri och inom primärvården. Riktlinjerna vill stenslå denna stig utan att förneka det stora värdet av tryckcykliska preparat. Värdet av att ha en bred arsenal av alternativa preparat betonas, liksom möjligheterna till kombinationsbehandling. Patienter med bipolära depressioner skall alltid, i syfte att minska risken för snabbt omslag i mani,

ges en stämningsstabiliserande medicinering (litium eller antiepileptika) innan man vågar ge ett riktat antidepressivum.

Psykoterapeutiska strategier skildras i form av stödterapi, kognitiv terapi, interpersonell terapi och psykodynamisk terapi. Fysikaliska behandlingsmetoder beskrivs – elektrokonvulsiv behandling och ljusterapi. Åtgärder föreslås vid behandlingsrefraktär depression. Vilka patienter som bör remitteras för konsultation inom specialistpsykiatrin anges i ett avsnitt om psykiatrin och dess vårdgrannar.

I bilagor ges DSM-IV-kriterier för egentlig förstämningsepisod, manisk episod och specificerade syndrom, bl a melankoli. Kontrollprogrammet för litiumbehandlade patienter skildras utförligt liksom de vanliga bieffekterna vid förebyggande underhållsbehandling med litium.

3. Ångestsyndrom (1997, 70 sidor)

Ångestsyndromens artmångfald gör uppgiften att ge kliniska riktlinjer särskilt svår. Icke desto mindre ges här en väl sammanhållen skildring av teoretiska modeller för diagnostik och behandling, där begreppsmodellernas bredd visar områdets vetenskapliga styrka. Generellt beskrivs biologiska behandlingar, beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi, kognitiv terapi och psykodynamisk terapi för de fem stora ångestsyndromen: paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Tillgången på olika typer av funktionsskalor och symtomskalor ger den behandlande läkaren ett bra stöd i såväl diagnostik som i det fortlöpande behandlingsarbetet.

Behandling av flera olika ångestsyndrom har under det senaste decenniet revolutionerats av såväl biologisk som psykologisk forskning. Patienter med paniksyndrom svarar t ex gynnsamt på såväl serotonergt verksamma antidepressiva i lågdos som kognitiv beteendefokierad psykoterapi, och patienter med tvångssyndrom svarar på såväl samma antidepressiva i högdos som beteendeterapi.

Ångestsyndrom är i likhet med förstämningssyndromen mycket vanliga tillstånd som ofta underdiagnostiseras och därmed behandlas otillräckligt. Detta kan leda till en påtaglig funktionsnedsättning, långa sjukskrivningar och inte sällan sjukpensionering. Den höga frekvensen förenad med låg detektionsgrad gör implementeringen av kliniska riktlinjer och inte minst utbildning och samverkan med primärvården ytterst angelägen.

I bilagor återges Global obsessive-compulsive scale från National Institute

Ledarna för riktlinjernas författargrupper

1. Schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd
Leif Lindström, Västerås
2. Förstämningssjukdomar
Hans Ågren, Göteborg
3. Ångestsyndrom
Per Mindus, Stockholm
4. Alkoholproblem
Mats Berglund, Lund
5. Självmordsnära patienter
Marie Åsberg, Stockholm
6. Geropsykiatri (kommer under 1998)
Lars Gustafsson, Lund
7. Tvångsvård (kommer under 1998)
Börje Wistedt, Danderyd

of Mental Health (NIMH GOCS) samt Impact of events scale (IES), båda på svenska.

4. Alkoholproblem (1997, 41 sidor)

Begreppsdefinitioner är särskilt viktiga i frågor om alkoholmissbruk. Högkonsumtion av alkohol definieras som mer än 210 gram alkohol i veckan för män och mer än 140 gram för kvinnor. Detta kontrasteras mot själva beroendesyndromet som innebär bl a sug, kontrollförlust, abstinenssymtom och toleransökning. Komorbiditetens stora betydelse går igenom och det skildras hur en korrekt alkoholanamnes skall tas upp. Användning av diagnostisk screening och kemiska markörer beskrivs. Skattningsmetoden Addiction severity index (ASI) presenteras.

Behandlingsavsnittet tar upp sekundär prevention vid högkonsumtion och betydelsen av en behandlingsplan med ett övergripande behandlingsmål. Läkemedelsbehandlingar är mångfacetterade – abstinensbehandling med bl a Heminevrin och bensodiazepiner; behandling av sug efter alkohol med bl a naltrexon och buspiron; behandling med alkoholsensibiliserande medel; behandling av komorbida psykiatriska tillstånd med t ex antidepressiva. Effekten av psykosocial behandling är väldokumenterad liksom effekterna av kognitiv beteendeterapi, motivationsökande behandling och sk Minnesotabehandling.

I bilagor återges förkortade DSM-IV-kriterier för alkoholberoende, -missbruk, -intoxikation och -abstinens. Ett frågeformulär presenteras, AUDIT, som klienter själv kan fylla i. Den mer utförliga AVI-R-skalan ges med sina 85 frågor, åtföljd av ett delformulär för veckans dryckesmönster samt en profilbedömning.

5. Självmordsnära patienter (1997, 35 sidor)

Självmordsbeteenden ses sällan hos psykiskt friska individer. Den kliniska kontakten med självmordsnära personer eller sådana som har försökt begå självmord (parasuicid) ställer krav på ett kombinerat emotionellt och rationellt tänkande hos vårdpersonalen. Kravet på en korrekt emotionell reaktion gäller förståelse och empati. Kraven på rationellt beteende omfattar förmåga att se symtom i ett psykologiskt sammanhang och att kunna ställa frågor och beskriva patienten för att kunna dra diagnostiska slutsatser. Diagnoserna handlar oftast om depression, kroniska ångestsjukdomar, psykotiska tillstånd och missbruk.

Riktlinjerna för självmordsnära patienter beskriver den akuta bedömningen

och det akuta omhändertagandet, utredning och analys av självmordsbeteendet samt den övriga psykiatriska utredningen (neurobiologisk, psykologisk och social utredning). Behandlingsplaner skildras vad gäller omvårdnad, läkemedelsbehandling av den psykiatriska grundsjukdomen, psykoterapi, behandling av missbruk och sociala interventioner. Intressanta psykoterapiformer beskrivs – dialektisk beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi och psykodynamiskt orienterade terapier. Ett starkt krav ställs på aktiv uppföljning av enskilda patienter.

Stöd till anhöriga och personal betonas kraftigt. Stödet till efterlevande är av särskilt stor betydelse, och anhörigföreningen SPES omnämns.

Kvalitetsutvecklingsfrågor är av speciell vikt inom detta område. Lokala, regionala och nationella suicidpreventionsgrupper måste utvecklas och leva. Registeruppföljning av lokal självmordsdödlighet är en väsentlig åtgärd.

6. Geropsykiatri (utges 1998)

Förekomsten av psykisk sjukdom hos äldre är betydande men förbises ofta på grund av den komplexa sjukdomsbilden och kombinationen av psykiska och somatiska sjukdomar med hjärnsymtom. Många äldre har dessutom fysiska och sensoriska handikapp vilket kan påverka diagnostiken och behandlingen av psykisk sjukdom.

Riktlinjerna betonar vikten av en noggrann medicinsk utredning, särskilt när psykisk sjukdom debuterar i hög ålder. Särskilt stor vikt läggs vid neuropsykologiska utredningar. I riktlinjerna föreslås en rad laboratorieundersökningar, somatiska undersökningar, psykologundersökning, arbetsterapeutisk bedömning, hjärnröntgen och andra hjärnavbildande undersökningar som är av betydelse vid differentialdiagnostik och behandlingsplanering. Den kliniska bilden och reaktionen på psykofarmaka kan skilja sig avsevärt från den som man finner hos yngre patienter. Interaktionsproblem bör särskilt beaktas.

I enlighet med de tidigare publicerade kliniska riktlinjerna betonas vikten av ett intimt samspel med socialtjänst, primärvård och andra medicinska specialiteter såsom geriatrik, neurologi och internmedicin.

7. Tvångsvård (utges 1998)

Dessa riktlinjer har en annan utformning är de övriga och ska förhoppningsvis fungera som en kortfattad och lätthanterlig manual för läkare vilka handlägger tvångsvårdsärenden.

Psykiatrins huvuduppgift är att hjälpa människor att återfå sin autonomi, och ett eventuellt tvång motiveras tradi-

tionellt utifrån en skyddsaspekt. Ett antal internationella deklarerationer behandlar frågan om tvångsvård, och till riktlinjerna har fogats Hawaii-deklARATIONEN, MadriddeklARATIONEN och FNs deklARATION om behandling av psykiskt sjuka som bilagor.

Etik och vård diskuteras utifrån olika aspekter. Alla ställningstaganden till tvångsåtgärder bör grunda sig på en värdering av vinster och förluster utifrån etiska principer – göra gott, inte skada, respektera autonomi och integritet och vara rättvis.

Aktuell lagstiftning redovisas. LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (Lag om rättspsykiatrisk vård) reglerar den psykiatriska tvångsvården i Sverige. Begreppet allvarlig psykisk störning som är gemensamt för båda lagarna sägs markera en delvis ändrad syn på psykisk sjukdom och därmed jämställd abnormitet. LVM (Lag om vård av missbrukare) och LVU (Lag om vård av unga) tillämpas av socialtjänsten och tillåter mot bakgrund av Hawaii-deklARATIONEN inte tvångsåtgärder inom psykiatri. Smittskyddslagen medger på samma grunder inte heller psykiatrisk tvångsvård.

LVM och LVU som är av mer begränsat intresse inom psykiatri refereras och kommenteras selektivt utifrån de uppgifter som psykiatriskt verksamma läkare kan beröras av. Lagtexterna för LPT och LRV redovisas dock i sin helhet, med kommentarer i anslutning till de paragrafer som motiverar åtgärderna. Förhoppningsvis kan kommentarerna kompletteras och utvecklas successivt i ett samspel mellan användare och ansvariga inom området.

* * *

Arbetet med implementeringen av de kliniska riktlinjerna har påbörjats i den takt de har publicerats. I slutet av 1997 skickades en enkät till samtliga chefsöverläkare vid de psykiatriska klinikerna i landet med förfrågan om hur de kliniska riktlinjerna används, vilka utbildningsaktiviteter som har inletts, om det görs uppföljningar och övriga synpunkter som kan vara av betydelse vid framtida revidering. Femtioåttio kliniker har hittills svarat på enkäten. De kliniska riktlinjerna kommer att revideras, preliminärt förslag är vart tredje år, i syfte att bl a följa utvecklingen samt eftersträva samstämmighet med SBU:s arbete inom psykiatri.

I samarbete med Socialstyrelsen kommer nationella riktlinjer att utarbetas på basis av föreningens kliniska riktlinjer och SBU:s rekommendationer. De kliniska riktlinjerna kommer dessutom att utgöra en viktig grund för medicinsk kvalitetsrevision inom psykiatrisk verksamhet. •