

# Specialiserad öppenvård effektivt vid affektiv sjukdom

Specialiserad öppenvård vid affektiv sjukdom skapar förutsättningar för kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

**ANNA ÅBERG WISTEDT**, professor emerita i psykiatri, Karolinska institutet; institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska universitetssjukhuset, Solna; FoU-chef, Capio psykiatri, Nacka psykiatriska mottagning [anna.aberg.wistedt@ki.se](mailto:anna.aberg.wistedt@ki.se)  
**LARS HÄGGSTRÖM**, specialist i psykiatri, Affekta Psykiatrimot-

tagning, Halmstad; chefläkare, psykiatriska kliniken, Växjö  
**MIKAEL LANDÉN**, professor, överläkare, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; Karolinska institutet, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Stockholm

Psykiatrin i Sverige har de senaste fem decennierna genomgått en rad strukturella och organisatoriska förändringar. En av de stora och genomgripande förändringar som genomfördes under 1980-talet var sektoriseringen. Syftet var att göra psykiatrin mer tillgänglig genom närhetsprincipen. Verksamheten organiserades efter geografiska områden, och den psykiatriska öppenvården kom att omfatta i stort sett hela det psykiatriska diagnospanoramata. Fördelarna med tillgängligheten kom till slut att överskuggas av svårigheter att få personal med tillräcklig kompetens och erfarenhet inom diagnosspecifika kunskapsområden. I en tid då kunskapsutvecklingen inom diagnostik och behandling var på frammarsch försvårades kompetensutvecklingen genom avsaknad av fokus.

De diagnostiska kriterier som utvecklats i DSM-systemet och för ICD-10 möjliggör strukturerad diagnostik som komplement till den öppna diagnostiska intervjun [1, 2]. Strukturerad diagnostik förbättrar interbedömarreliabilitet. Symtomskattningsskalor som till exempel MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) [3], som gör det lättare att följa förlopp, introducerades och fick bred användning i klinisk praxis. Litium, som använts i Sverige sedan 1960-talet, innebar helt nya möjligheter till både akut och profylaktisk behandling av främst bipolär sjukdom. Förutom litium har behandlingsarsenalen mot bipolära syndrom utökats med inom neurologin beprövade antiepileptika, andra generationens antipsykotiska medel och nya antidepressiva medel med mindre biverkningar. Program för patient- och anhörigutbildning har också utvecklats [4], liksom specifik kognitiv beteendeterapi, såväl individuell som i grupp och via internet [5].

## Förebilder för vård av affektiva sjukdomar

Specialiserade verksamheter för affektiva sjukdomar har utvecklats i såväl Amerika som Europa. Många har framgångsrikt kombinerat klinisk verksamhet med undervisning och forskning, exempelvis UPMC Bipolar Institute i Pittsburgh, USA, kliniken för affektiva sjukdomar i Zürich och bipolärprogrammet i Barcelona [6]. Tidigt uttrycktes behov av specialiserad vård även i Sverige av såväl professionen som patienter, brukarorganisationer och forskare. De första stegen togs naturligt nog på universitetskliniker.

Med utgångspunkt i epidemiologiska studier baserade på långtidsuppföljning av patienter med affektiv sjukdom var Jules Angst tidigt tydlig med att diagnostik och kunskapsbaserad behandling förutsätter en klinisk verksamhet som

strukturerat uppmärksammar risker för återfall och erbjuder god kontinuitet [7]. Hans forskningsverksamhet har varit en av förebilderna för affektiva mottagningar. En annan betydelsefull person är Alec Coppen, känd för sin teori kring serotoninets funktion vid depression [8]. Hans tidiga studier av tryptofannivåer hos patienter med depression följdes upp vid forskningslaboratoriet knutet till Affektivt centrum vid S:t Görans sjukhus i Stockholm [9]. Coppen genomförde också de första dubbelblindade studierna av litiums förebyggande effekt och spred sina forskningsresultat bland annat vid seminarier i Sverige. [10] Detta blev värdefull kunskap och vägledning för nystartade verksamheter i landet.

Ett annat viktigt bidrag var auskultation hos den brittiske forskaren Eugene S Paykel vid Cambridgeuniversitetets institution för psykiatri. Med sin breda kliniska verksamhet som rymde psykologiska, biologiska och sociala aspekter och ett forskningslaboratorium var kliniken en viktig inspirationskälla för uppbyggnad av liknande verksamheter i Sverige. Grunden till affektiva mottagningar har ofta varit så kallade litiumdispensärer, där patienter med bipolär (manodepressiv) sjukdom regelbundet och strukturerat kontrollerat sin behandling. Här beskriver vi två olika mottagningar för affektiva sjukdomar, en universitetsklinik och en landsortsklinik.

**Universitetskliniken.** Affektivt centrum vid S:t Görans psykiatriska klinik (sedan 2002 Norra Stockholms psykiatri) startade 1992. Vid utvecklingen av mottagningen utvidgades den kliniska verksamheten med fler tjänster inom utredning, diagnostik, behandling och långtidsuppföljning av patienter med bipolär sjukdom samt patienter med återkommande och svårbehandlade depressioner. Rutiner för strukturerad diagnostik samt symtom- och funktionskattningar etablerades.

Verksamhetsidén var en specialiserad öppenvård med god kontinuitet och tillgänglighet, och ett nära och strukturerat samarbete med specialiserad heldygnsvård. Etablerade och nya evidensbaserade metoder skulle göras tillgängliga på ett enklare sätt för verksamheten. Syftet var att utveckla klinisk spetskompetens inom affektiva sjukdomar och att i många fall skapa förutsättningar för och stimulera till forskning.

Att kliniken hade närhet och samverkan med forskare inom ämnesområdet och med forskningslaboratorier var angeläget för att få perspektiv på den kliniska verksamheten och för att i kunna pröva idéer som uppstår hos personal och patienter. Ex-

## SAMMANFATTAT

**Kunskapsutvecklingen inom diagnostik och behandling** har skapat förutsättningar för utveckling av specialiserade psykiatriska verksamheter. Intresset har, såväl nationellt som internationellt, funnits hos såväl professionen som hos forskare, patienter och närstående.  
**Specialiserad öppenvård vid affektiv sjukdom** ger patienterna bättre förutsättningar för kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård genom ett tydligt fokus på kompetensutveckling.

Verksamheten erbjuder patienten mycket god kontinuitet och uppföljning, vilket tillsammans med utvärdering på gruppnivå underlättar förbättringsarbete.  
**Att integrera klinik och forskning** ger en bättre grund för klinisk behandlingsforskning. De forskningsresultat som genereras kan lättare implementeras i klinisk verksamhet.  
**Samarbete med patient- och intresseföreningar** stimulerar utveckling samt ökar patienternas delaktighet i behandlingen.

empelvis har metoder utvecklats för att studera och hitta psykosociala och biologiska faktorer som skulle kunna förklara uppkomst, återfall och tillfrisknande vid affektiv sjukdom [11]. På senare år har flera intressanta svenska resultat avseende genetiska aspekter vid bipolär sjukdom publicerats [12, 13]. För en gynnsam utveckling krävs miljöer där nyfikenhet i det kliniska arbetet kan väcka intresse för vetenskapliga frågeställningar som kan prövas i samarbete med prekliniska forskare i ett stimulerande forskningsklimat.

Det är även viktigt att utveckla dokumentationssystem som gör det möjligt att på ett enkelt sätt följa data på individ- och gruppnivå och som kan ge underlag för analyser för att besvara kliniska frågor [14]. Ett nationellt kvalitetsregister för bipolära syndrom har också skapats och en särskild utredningsmodell lanserats, S:t Görans bipolärprojekt, där en strukturerad klinisk undersökning förenas med kvalitetsregistrering. Med patienternas samtycke skapas möjlighet till forskning på data som samlas in rutinmässigt; ett exempel på hur man med begränsade resurser kan förena kliniska och akademiska intressen till ömsesidig nytta. Många avhandlingar har lagts fram inom området, vilket vittnar om den kvalitet som utvecklats inom verksamheterna. Resultaten från en avhandling som nyligen presenterades understryker vikten av ingående psykiatriska undersökningar av patienter med affektiv sjukdom. Samsjuklighet med ADHD har visat sig vanligare än man trott och kräver nytänkande inom psykiatri och ett annorlunda omhändertagande av patienter med affektiv sjukdom [15].

Med ökad erfarenhet och kunskap, och goda relationer till patienterna, har vikten av patient- och närståendeutbildningar uppmärksamats. Från sådana utbildningsprogram har exempelvis föreningen Balans bildats i Stockholm, föreningen Libra i södra Sverige och föreningen IBIS i Västsverige. Olika projekt med brukarföreningar har manifesterats, och har i hög grad förbättrat patienternas delaktighet i vården. Projekt som dessa har blivit grundläggande inslag vid specialenheter för affektiva sjukdomar [16]. Specialiserade affektiva verksamheter, särskilt de som har framgångsrik forskning och utveckling, lockar också till sig olika personalkategorier för studieverksamhet och auskultation. Specialiserade kliniska undervisningsavdelningar tar hand om olika elevkategorier för praktiskt arbete med handledningsstöd. Kurser har tagits fram för läkare i specialist- och vidareutbildning.

**Psykiatriska kliniken i Halmstad.** En intern pilotstudie genomfördes på psykiatriska kliniken i Halmstad år 1999. Syftet var att undersöka vilka patienter som oftast uppsökte akutmottagningen, och vilka som lades in flera gånger under några må-

nader. Det visade sig främst vara kvinnor med återkommande depressioner. En enhet byggdes upp 2000–2006 för vård av recidiverande depressioner, alla typer av bipolära sjukdomar och perinatal depression, eftersom dessa kvinnor ofta i grunden har bipolär sjukdom eller bipolär hereditet [17]. Samarbete och dialog etablerades med universitetskliniker i Sverige och utomlands. Två avhandlingar har hittills publicerats [18, 19].

Psykiatri är ofta bunden vid fasta och invida strukturer där chefslinjerna inte sällan bryter av vårdkedjan. Detta bidrar till att man inom slutenvården kanske inte vet vad öppenvården gör, och tvärtom. Ett viktigt ledningsbeslut vid uppbyggnaden av enheten i Halmstad var att lägga chefslinjer och medicinskt ansvar i vårdprocessens riktning. Resultatet blev en administrativ chef, tillika medicinskt ledningsansvarig, för en stor öppenvårdsmottagning med möjlighet till hembesök, en vårdavdelning samt ECT- och ljusbehandlingsenhet. Man utvecklade även en metod för patientutbildning vid recidiverande depression och bipolär sjukdom med 12 tvåtimmars träffar.

Fyra slutenvårdsplatser för vård av affektiva sjukdomar kunde avvecklas och överbeläggningar upphörde helt, vilket statistiskt kunde följas över tid. Ytterligare resurser har förts över till öppenvårdsverksamheten. Affektiva enhetens patienter söker sällan akutpsykiatrisk vård, då akuterberedskap oftast finns på enheten dagtid. Kliniskt ses betydligt färre återinsjuknanden, inte minst i de största grupperna av bipolära sjukdomar. Nackdelen är en tendens till »växtvärk« med ökad arbetsbelastning som följd. Erfarenheterna kan användas i en fortlöpande diskussion om hur specialiserade mottagningar bör utformas, och hur kontakterna med främst primärvården bör etableras.

Ur folkhälsooperspektiv är affektiva sjukdomar i förekomst och allvarlighetsgrad en av de främsta orsakerna till lidande, för tidig död och kostnader för samhället. Det är därför tillfredsställande att det gjorts stora vetenskapliga framsteg inom området och att organisationsprinciper har utvecklats inom psykiatri för att säkerställa att dessa framsteg kommer patienterna tillgodo. Ur ett ledningsperspektiv utgörs forskningen av tre avgörande strategiska delar för att erbjuda patienter den bästa tänkbara vården. En hållbar och välstrukturerad klinik är basen för verksamheten som de båda andra delarna – forskning och utbildning – vilar på. Men utan återkoppling från de senare sker ingen kunskapsutveckling och den kliniska verksamheten utarmas på sikt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Mikael Landén har fått föreläsararvode från Lilly, AstraZeneca, Bayer och Bristol-Myers Squibb AB, och deltagit i expertgrupper hos Lundbeck och AstraZeneca.*

**REFERENSER**

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: APA; 2000.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Genève: WHO; 1993.
- Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979;134:382-9.
- Tidemalm D, Johnson L, Hulterström A, et al. Kortare vårdtid efter utbildning i affektiv sjukdom. Patienter och närstående fick verktyg att styra sjukdomen, visar enkätstudie. Läkartidningen. 2007;104(43):3195-7.
- Andersson G, Bergström J, Hölländare F, et al. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2005;187:456-61.
- Vieta E. Bipolar units and programmes: are they really needed? World Psychiatry. 2011;10(2):152.
- Angst J. Course of affective disorders. I: van Praag HM, editor. Handbook of Biological Psychiatry. New York: Marcel Dekker; 1981. p. 225-42.
- Coppen A. The biochemistry of affective disorders. Br J Psychiatry. 1967;113(504):1237-64.
- Johnson L, El-Khoury A, Åberg-Wistedt A, et al. Tryptophan depletion in lithium-stabilized patients with affective disorders. Int J Neuropsychopharmacol. 2001;4:329-36.
- Coppen A, Peet M, Bailey J, et al. Double-blind and open prospective studies on lithium prophylaxis in affective disorders. Psychiatr Neurol Neurochir. 1973;76(6):501-510.
- Johnson L. Affective disorders in a stress-vulnerability perspective: a clinical, biological and psychosocial study [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2002.
- Backlund L, Nikamo P, Hukic DS, et al. Cognitive manic symptoms associated with the P2RX7 gene in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2011;13(5-6):500-8.
- Johansson AG, Nikamo P, Schalling M, et al. AKR1C4 gene variant associated with low euthymic serum progesterone and a history of mood irritability in males with bipolar disorder. J Affect Disord. 2011;133(1-2):346-51.
- Arnllind MH, Brege KG, Åberg-Wistedt A, et al. Individbaserade vårdregister en hjälp vid verksamhetsuppföljning. Läkartidningen. 2001;98(1-2):25-9.
- Rydén E, Thase ME, Stråth D, et al. A history of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. Acta Psychiatr Scand. 2009;120(3):239-46.
- Holmbäck A, Mörtberg E, Åberg-Wistedt A, et al. Coaching: Återhämtade från bipolär sjukdom coachar nyinsjuknade. Läkartidningen. 2008;105(36):2422-4.
- Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, et al. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(1):42-8.
- Skärsäter I. The importance of social support for men and women suffering from major depression. A descriptive and explorative study [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2002.
- Dahlqvist-Jönsson P. Living with bipolar disorder: The experiences of the persons affected and their family members, and the outcomes of educational interventions [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2002.