

Inrätta team för förstagångspsykos! Hög tid för rikstäckande vårdmodell

En förstagångspsykos blir ofta inledningen till ett långvarigt sjukdomstillstånd med höga vårdkostnader. Dagens praxis för vården av denna patientgrupp brister ofta, mycket beroende på att traditionella vårdorganisationer inte möjliggör en rationell och långsiktig behandling. Författarna står bakom det svenska s k Fallskärmsprojektet för förstagångspsykos, där treårsutvärderingen snart publiceras. De menar att det är hög tid att inrätta team för förstagångspsykos över hela landet.



JOHAN CULLBERG
professor i psykiatri, forskningsverksam
johan.cullberg@psyk.nlpo.sll.se

SONJA LEVANDER
psykolog

MARIA MATTSSON
sjuksköterska, doktorand; samtliga vid FOUU-enheten vid psykiatriska kliniken, Danderyds sjukhus

II I Sverige drabbas varje år mellan 1 000 och 1 500 personer för första gången av en psykos. I Stockholms län innebär det omkring 250 personer. Av dem blir drygt hälften förtidspensionerade inom fem år [1].

Det är få tillstånd som är så mångskiftande som ett första insjuknande i psykos. Insjuknandet sker ofta några veckor eller månader efter en psykisk belastning. Men trösklarna kan också ha sänkts av missbruk eller en somatisk påfrestning. Ängest och sömnsvårigheter är ett tidigt symtom.

Patientens upplevelser av att vara utsatt för bevakning eller förföljelse kan fördjupas av känslan att världen är förändrad, att det är kulisser som man ser i stället för verkligheten. Den sjuke uppfattar symboliska signaler i människors blickar eller i numren på de bilar som kör förbi. Tankarna kan börja omvandlas till hallucinatoriska föreställningar.

Det som får bubblan att brista är att någon i omgivningen känner sig hotad, eller att ett oroande beteende på arbetsplatsen resulterat i en polishämtning.

Långsammare förlopp förekommer

Det finns också ett långsammare insjuknande. Knappt hälften av patienterna har under månader eller år levt i en dubbel tillvaro av att styras av röster och ökande vanföreställningar samtidigt som de bevarat skenet utåt. Den som är ensam-

stående blir alltmera isolerad i sin lägenhet.

När maten upplevs vara förgiftad får den ligga kvar i kylskåpet tills den ruttar. Anhöriga släpps inte in. Elledningarna rycks ut från väggarna, eftersom patienten känner sig påverkad av strålning, och jalsuerna är ständigt nerdragna. Lukten och oredan kan bli svårartad i dessa lägenheter. Ingripande kanske kommer till stånd först efter att TV-apparaten kastats ut genom fönstret och skrämde grannar anmält det till polisen.

Det gemensamma i dessa tillstånd är att personens förmåga att kritiskt granska sina avvikande föreställningar om världen och om sig själv är kraftigt nedsatt.

Den akuta psykosen går vanligen över inom några månader i samband med behandling. Det förekommer också godartade tillstånd som aldrig kommer till vård och som spontanläker. Vid de schizofrena psykoserna är vanföreställningarna och hallucinationerna mera bisarra och förloppet mera långdraget.

Dagens vård motverkar tillfrisknande

Det är inte bara dessa personer själva som drabbas; också deras familjer upplever det ofta som en utdragen katastrof. Även om den omedelbara läkningen av det första psykostillståndet är god, är återfallsrisken hög: Mellan 70 och 75 procent av patienterna återfaller en eller flera gånger inom de närmaste åren. Av dem med schizofrenidiagnos är 72 procent förtidspensionerade efter fem år, enligt en undersökning från Stockholm [1].

Med dessa kunskaper kunde man tänka sig att samhället skulle sätta in alla krafter på att göra vården – och inte minst eftervården – så lättillgänglig, effektiv och attraktiv som möjligt för dessa patienter. På enstaka platser i landet

har man också som projekt satsat på denna patientgrupp.

Risken är annars att insatserna kommer så sent att det sociala nätverket hunnit bli allvarligt skadat. Dramatiska inläggningar på sjukhus blir alltför ofta nödvändiga. Vårdavdelningarna där är stora, oroliga och anonyma, med följd att patienten får ökade psykosymtom.

Vårdkontinuiteten är låg, och kunskapen om patientens och familjens psykosociala situation och behov brister. Medicinering är det huvudsakliga behandlingsinnehållet, och detta gör att patientens motivation för samverkan

Samarbetet mellan patienten och personalen förbättras, och doseringen av mediciner blir betydligt lägre, något som inte sällan innebär medicinfrihet långa perioder. Den tidigare så fruktade självmordsrisken är betydligt lägre, trots mindre medicinering.

bromsas eller uteblir. Det vore idag otänkbart att ha en motsvarande icke-funktionell vårdorganisation vid exempelvis debuterande ungdomsdiabetes.

Fallskärmsprojektets vårdprinciper

Vilka är de svåra och viktiga momenten om man vill anpassa vården till dessa patienters behov? Följande principer var vägledande i det nu avslutade »Fallskärmsprojektet« för förstagångsinsjuknade med psykos. De har tillämpats under en tvåårsperiod vid sjutton kliniker och omfattade 175 patienter i åldrarna 18–45 år.

Patienterna har behandlats och följts upp vid samma team under en femårsperiod. Treårsutvärderingen ska nu publiceras. Principerna har visat sig hållbara

och fullt möjliga att genomföra. Flera andra kliniker har senare startat särskilda mottagningar för denna målgrupp.

- *Behovet att komma in tidigt och med ett krisperspektiv.* Patientens och de närståendes svåra psykologiska situation blir väsentlig för behandlingsplaneringen.
- *Arbeta tillsammans med närstående.* Familjearbetets goda effekter är evidensbaserad kunskap idag.
- *Lättillgänglig vård vid försämring.* Internationellt gäller för de flesta ställen en tvåårsperiod. Man ser dock inte sällan återfall under de tredje och fjärde åren, varför vi menar att en femårstid är att föredra. Under den tiden bör många ha lärt känna sin psykosjukdom och kunnat söka hjälp vid tidiga tecken på försämring [2].
- *Lägsta effektiva antipsykosmedicinering.* Att få en långsiktig samverkan med patienten är ett primärt intresse, och den innebär att patienten själv inom rimliga gränser ska kunna påverka sin medicinering.
- *Göra vårdmiljön anpassad till patientens behov.* Övernattvård på s k krishem, gärna belägna utanför sjukhusområdet, är en viktig resurs. De ger genom sin lugna och personliga atmosfär bättre förutsättningar för läkningsprocessen än de sedvanliga vårdavdelningarna. Administrativt kan ett sådant kris hem utgöra en del av öppenvårdsteamet för förstagångsinsjuknade, något som avdramatiserar övernattvården. Vid starkt utagerande eller suicidala patienter måste tillfälligt den högre omhändertagandenivån på en sjukhusavdelning användas. Krishemmet bör inte användas för andra patientgrupper.
- *Specifik psykoterapi och annan psykologisk behandling till dem som är i behov av detta.* Psykoterapi hjälper patienten att få bättre kontroll över sina symtom och kan ge patienten förståelse för den egna sårbarheten. De KBT-inriktade psykoterapierna är idag evidensbaserade [3]. För de patienter som tidigt utvecklar en schizofren funktionsstörning förefaller de dock inte ha någon botande effekt, även om de kan stödja återhämtningen.

Det kommer idag allt fler studier som stöder mångas åsikt att även de dynamiska former som är specifikt ägnade åt psykosarbete bör räknas till de evidensbaserade metoderna. Det är en stor fördel om teamet har tillgång till flera typer av psykologisk behandling, eftersom vissa patienter passar mera för den ena än för den

andra inriktningen. Arbetssätten har också med tiden blivit allt mera lika varandra.

Omfattande internationell forskning

Internationellt har en mängd projekt vuxit fram under det senaste decenniet med målet att komma in tidigt i förloppet och bättre tillgodose de förstagångsinsjuknades behov. En del av projekten har varit vetenskapligt förankrade.

De tidiga inspiratörerna har varit Soteriaprojekten i Los Angeles och i Bern [4, 5], liksom finländaren Yrjö Alanens utveckling av den s k behovsanpassade vården för schizofrena [6] och det australiska EPPIC-projektet [7].

I Skandinavien har flera innovativa verksamheter också utvärderats. Det är Fallskämsprojektet i Sverige [8], där vi räknar med att snart publicera fem-årsuppföljningen, TIPS-projektet i Stavanger–Oslo [9], OTP-projektet i Göteborg [10] och OPUS-projektet i Köpenhamn [11]. Samtliga dessa ligger långt framme då det gäller storlek, epidemiologisk täckning, uppföljningstid och forskningsdesign.

Samstämmiga resultat

Resultaten är samstämmiga: Tiden mellan insjuknande och behandling förkortas betydligt [8]. Det innebär att de förstagångspsykotiska patienterna nås allt tidigare, vilket gynnar den psykosociala anpassningen. Risken att åter insjukna försvinner inte, men patienterna söker tidigare hjälp vid återfall och behöver därför allt mera sällan ny inläggning [10-11].

Samarbetet mellan patienten och personalen förbättras, och doseringen av mediciner blir betydligt lägre, något som inte sällan innebär medicinfrihet långa perioder [8]. Den tidigare så fruktade självmordsrisken är betydligt lägre, trots mindre medicinering.

Vid jämförelse med en kontrollgrupp var Fallskämsprojektets kostnad lägre per patient tack vare det lägre slutenvårdsutnyttjandet. Den starkare satsningen på öppenvård förde inte med sig de kostnadsökningar som många befarat. En ytterligare men inte oviktig erfarenhet är att personalen trivs med detta arbetssätt, eftersom det uppfattas som mer meningsfullt och engagerande än det mer traditionella.

Dags att handla

I England har sedan flera år Department of Health planlagt en landsövergripande utveckling med team som är baserade utanför sjukhusen och som har som uppgift att erbjuda vård för förstagångspsykotiska patienter med tillgång till små krishem.

På alla sakkunnighetsnivåer har team av detta slag rekommenderats. Vi har idag så mycket kunskap att ytterligare utvärdering inte behövs för att motivera en sådan nationsomfattande policy även i Sverige.

*

Potentiella bindningar och jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A five-year follow-up. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:332-7.
2. Bleuler M. The long-term course of the schizophrenic psychoses. *Psychol Med* 1974;4:244-54.
3. Silver AL. The psychotherapy of schizophrenia: its place in the modern world. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003;31:325-41.
4. Ciompi L, Dauwalder HP, Aebi E. A new approach of acute schizophrenia. Further results of the pilot projekt Soteria Bern. In: Werbart A, Cullberg J, editors. *Psychotherapy of schizophrenia – facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press; 1992.
5. 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.
6. Alanen YO, Lehtinen K, Rakkolainen V, Aaltonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:363-72.
7. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
8. Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattsson M, Wieselgren IM. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:276-85.
10. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IR. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:415-23.
11. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Ohlenschläger J, Christensen TO, et al. A randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331:602. Epub 2005 Sep 2.



I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://lakartidning.se>
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista