

Schizofreni

kliniska riktlinjer för utredning och behandling

Svenska Psykiatriska Föreningen

Skrivande arbetsgrupp

Nils Lindefors, professor, specialistläkare,
allmän psykiatri, Karolinska institutet och
Stockholms läns sjukvårdsområde, huvud-
författare
Christina Dalman, med. dr, specialistläkare,
psykiatrisk epidemiologi, Karolinska
institutet
Christine Johansson, leg. psykolog,
Stockholms läns sjukvårdsområde
Dan Gothefors, specialistläkare, allmän psyki-
atri, leg. psykoterapeut, Karsuddens sjukhus
Daniel Bruchfeld, specialistläkare, allmän
psykiatri, leg. psykoterapeut, Stockholms
läns sjukvårdsområde
Eva Lindström, docent, specialistläkare, allmän
psykiatri, Universitetssjukhuset i Malmö
Kerstin Lindell, specialistläkare, allmän psy-
kiatri, Universitetssjukhuset i Malmö
Kristina Haglund, med. dr, leg. sjuksköterska,
Akademiska sjukhuset
Richard Stenmark, leg. psykolog, leg. psyko-
terapeut, Psykiatripartners, Skåne
Tove Gunnarsson, med. dr, specialistläkare,
allmän psykiatri, Stockholms läns sjuk-
vårdsområde

Referensgrupp

Håkan Jarbin, docent, specialistläkare, barn
och ungdomspsykiatri, Lunds universitet
och Barn- och ungdomspsykiatriska klini-
ken i Halland
Kjell Lindström, specialistläkare, allmänmedi-
cin, FoU-enheten, Jönköpings läns landsting
Lena Flyckt, docent, specialistläkare, allmän
psykiatri, Karolinska institutet och Stock-
holms läns sjukvårdsområde
Pontus Strålin, med. dr, specialistläkare,
allmän psykiatri, Stockholms läns sjuk-
vårdsområde
Roland Morgell, specialistläkare, allmän-
medicin, Stockholms läns sjukvårdsområde
Svante Östling, specialistläkare, allmän
psykiatri och neuropsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg
Tom Palmstierna, docent, specialistläkare,
allmän psykiatri och beroendemedicin,
Karolinska institutet och Stockholms läns
sjukvårdsområde

© 2009 Svenska Psykiatriska föreningen och Gothia Förlag AB
ISBN 978-91-7205-664-0

Kopieringsförbud! Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis,
är enligt lag om upphovsrätt förbjudet utan medgivande av förlaget,
Gothia Förlag AB, Stockholm. Förbudet avser såväl text som
illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande.

Redaktör: Birgitta Wahlman Laurell
Omslag och grafisk form: Richard Persson, RP form

Andra upplagan, första tryckningen
Tryck: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tryckt på miljövänligt framställt papper.

Gothia Förlag
Box 22543, 104 22 Stockholm
Kundservice 08-462 26 70, Fax 08-644 46 67
www.gothiaforlag.se

Innehållsförteckning

Förord, utgivaren	7
Förord, skrivargruppen	9
1. Inledning	10
Patientprocess och vårdorganisation	11
Symtom och diagnos vid schizofreni	12
Hälsoekonomi	13
2. Historik	15
Schizofreni – ny eller gammal sjukdom?	15
1800-talet: fallbeskrivningar och kategoriseringar	15
Sjukdomen definieras	16
Ett genombrott i behandlingen	17
Vårdorganisationens utveckling i Sverige	17
3. Förekomst och behov	19
Prevalens	19
Incidens	19
Livstidsrisk	20
Att mäta förekomst med hjälp av svenska vårddata	20
Förändringar i förekomst över tid	21
Regionala skillnader	21
Könsskillnader	21
Ålder	22
Vårdkonsumtion	22
Antipsykotisk läkemedelsbehandling	22
Levnadsvillkor	23
4. Sjukdomsbild vid schizofreni	24
Psykos – både symtom och sjukdom	24

Sjukdomstecken	25
5. Sjukdomsutveckling	29
Etiologi	29
Riskfaktorer	29
Patofysiologi	33
Sjukdomsfaser	34
Förstadier och insjuknande i schizofreni	35
Kognition	37
6. Diagnostik	39
Diagnostiska metoder och system	40
Differentialdiagnostik	42
Samsjuklighet	45
Basutredning	46
7. Symtom- och funktionsbedömning	50
Riskfaktorer för hot och våld	50
Funktionsbedömning – arbetsterapi	53
Neuropsykologisk utredning	53
8. Behandling och behandlingsstöd	57
Remission som behandlingsmål	59
Läkemedelsbehandling	59
Elektrokonvulsiv behandling – ECT	66
Träning av kognitiv funktion	67
Psykologisk behandling	68
Familj och nätverk	71
Behandlingsplanering i samverkan	72
Case management och assertive community treatment	72
Sjukgymnastik och fysisk aktivitet	74
Social färdighetsträning	75
Återfallsprevention och följsamhet	76
9. Uppföljning	78
Biverkningar, åtgärder och farmakokinetiska överväganden	78
Metabola biverkningar	80
Prevention angående läkemedelsbiverkningar	81
Strategier för att öka följsamheten till föreskriven medicinerings	82

Undervisning om psykisk sjukdom	83
Tidiga varningstecken	83
Stresshantering	84
Aktivt arbete som kontaktperson	84
Graviditet och amning	84
Suicidrisk	85
10. Vårdprocess	87
Vårdkedja, vårdutbud, tillgänglighet	87
Patientprocess vid psykosjukdom, exempel på processanalys	88
Förhållningssätt vid förstagångsinsjuknande	89
Rehabilitering och aktörer i samverkan	90
Familjeinterventioner – psykoedukativa insatser	91
Social färdighetsträning	91
Kognitiv träning	91
Psykologisk behandling	91
Följsamhet	91
Boendestöd och daglig sysselsättning	92
Omvårdnad	92
Tandvård	95
Somatisk vård och monitorering av somatisk hälsa	97
11. Lagar och regler	104
Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982)	104
Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991)	104
Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV, 1991)	105
LSS (1993) och socialtjänstlagen (2001)	106
Patientdatalagen	107
God man och förvaltare	108
Personligt ombud	108
Konsekvenser i dagligt liv	109
12. Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister	114
Ordlista	115
Referenser	118

Förord, utgivaren

DET ÄR MED glädje som Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) presenterar ännu en klinisk riktlinje, denna gång om *schizofreni*. Detta är den tionde utgåvan av kliniska riktlinjer, som har tagits fram i Svenska Psykiatriska Föreningens regi sedan 1996. Utgåvan är en revidering av tidigare riktlinje om schizofreni.

De tidigare utgivna riktlinjerna inom områdena Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, Förstämningssjukdomar, Ångestsyndrom, Alkoholproblem, Självmoordsnära patienter, Tvångsvård, Äldrepsykiatri, Ätstörningar och Personlighetsstörningar har varit mycket uppskattade och är, med något undantag, slutsålda. Riktlinjen om personlighetsstörningar, liksom denna om schizofreni, kan dessutom läsas som pdf-fil på Svenska Psykiatriska Föreningens hemsida www.svenskpsykiatri.se.

Då nationella dokument av riktlinjekaraktär numera även ges ut av Socialstyrelsen, SBU och Läke-medelsverket, kommer SPF:s arbete framöver att inrikta sig på att ge ut riktlinjer där sådana saknas, samt att komplettera eller förtydliga de nationella dokumenten.

Att vi nu efter fjorton år aktualiserar och utvidgar den första riktlinjen är mycket tillfredsställande. Vi gör det samtidigt som Socialstyrelsen arbetar med ”Nationella riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni” som förväntas publiceras kring årsskiftet 2009–2010. Vi hoppas att våra riktlinjer ska vara ett betydelsefullt komplement till dessa.

Människor med schizofreni representerar på många sätt en kärngrupp inom psykiatrin. Det är ett sjukdomstillstånd som

- drabbar framför allt unga människor
- ofta är livslångt
- är förenat med risk för samsjuklighet med somatiska sjukdomar
- innebär ökad risk för missbruk
- ofta innebär att personen hamnar utanför arbetsmarknaden och med det drabbas av en känsla av utanförskap.

Det är vår innerliga förhoppning att dessa riktlinjer ska bidra till att ge denna grupp människor bättre vård, minskat lidande, högre livskvalitet och därmed öka förutsättningarna för ett fullt och aktivt deltagande i samhället.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande, Svenska Psykiatriska Föreningen

Förord, skrivargruppen

FÖRELIGGANDE KUNSKAPSÖVERSIKT OM schizofreni i serien Svensk Psykiatri är resultatet av god och produktiv samverkan i en entusiastisk skrivargrupp, med rimlig regional representativitet och ändamålsenlig kompetensbredd. Värdefulla observationer och korresponderande förbättrande förslag har dessutom tillkommit från referensgruppen. Arbetet har varit påtagligt resultatinkompatibelt och vi hoppas att vår rapport är användbar. Arbetssättet i gruppen har varit effektivt, minimalistiskt och tidsbesparande, som det ofta blir vid idealistiskt fritidsarbete av det här slaget. Vi är stolta över resultatet, om än medvetna om att det lär finnas oavsiktliga upprepningar, otydligheter eller utelämnanden. Vi ber om tillgift för våra tillkortakommanden och hoppas bli bedömda för det vi åstadkommit.

Under arbetets gång har det kommit till vår kännedom att såväl Socialstyrelsen som SBU har avsikter att ta fram riktlinjer och litteraturöversikt om schizofreni. Det torde knappast vara ett bekymmer att flera parter aktualiserar kunskapsläget och inriktningen på dessa tre parter ansatser torde nog bli kompletterande snarare än konkurrerande.

Slutligen är det värt att påpeka att det viktigaste motivet för våra ansträngningar är förvissningen om att psykiatri på god kunskapsgrund ger bästa förutsättningar för värdeskapande arbetssätt. Vi hoppas att sjukdomsördan för de som drabbas av schizofreni i någon mån kommer att lindras och livskvaliteten ökas som ett resultat av föreliggande kunskapsöversikt och professionella riktlinjer för god schizofrenivård.

Stockholm i oktober 2009
Nils Lindefors
professor, Karolinska institutet

1. Inledning

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS (SPF:s) kliniska riktlinjer för schizofreni och schizofrenispektrumsjukdom tar fasta på och speglar det professionella medicinska och vetenskapliga perspektivet. Den arbetsgrupp vars resultat nu redovisas har SPF:s uppdrag att grundligt revidera 1996 års riktlinjer utifrån en moderniserad rubrikstruktur. Arbetsgruppen är sammansatt så att flera strategiska professionella kompetenser finns representerade och en utvald referensgrupp har inbjudits att bidra med kommentarer och förbättringsförslag.

Arbetsgruppens fokus har varit på schizofreni och schizofreniliknande tillstånd snarare än psykossjukdomar i allmänhet, då de senare är en tämligen heterogen grupp ur etiologisk och patofysiologisk synvinkel. Psykos är ett tillstånd och ett symptom som ofta och framför allt kopplas till schizofreni, men som också förekommer vid exempelvis bipolära syndrom, substansmissbruk (drogmissbruk) och demens, för att nämna några, och handläggning av psykostillstånd bör därför lämpligen diskuteras i sitt rätta sammanhang.

Handläggning av misstänkt psykossjukdom är aktuell inom de flesta av sjukvårdens områden, men viss kännedom om detta är även angelägen för allmänheten och viktig för andra delar av offentlig verksamhet, som till exempel socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Effektiv vård av psykossjukdom kräver god diagnostik, tydliga och mätbara behandlingsmål, vårdplanering samt regelbunden utvärdering. För att tillgodose legitima krav på effektiv vårdprocess bör denna vara tydlig för både dess aktörer och för uppdragsgivaren, som i Sverige i allmänhet är lokala landsting. På olika håll har därför lokala vårdprogram tagits fram, men i allmänhet är dessa fragmentariska och ger ofta inte information om hela vårdprocessen. Föreliggande text är professionens synpunkter på *best practice* och redovisas för jämförelse med nuläge och planering av verksamhetsutveckling.

Några relevanta svenska rapporter i detta sammanhang är Läkemedelsverkets rapport *Användning av neuroleptika vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* från 1996 (www.lakemedelsverket.se), SBU:s rapport *Behandling med neuroleptika* från 1997 (www.sbu.se), Socialstyrelsens *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom* från 2007 (www.socialstyrelsen.se), TOP-projektets rapport *Riktlinjer för omhändertagande vid psykos* från 2007 (www.svenskpsykiatri.se) samt Regionalt vårdprogram *Schizofreni och andra psykossjukdomar*, Stockholms läns landsting 2008 (www.viss.nu). I övrigt bör nämnas den brittiska organisationen NICE:s rapport *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care* från 2009 (www.rcpsych.ac.uk) samt *American Psychiatric Association – Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia* från 2004 (www.psych.org).

Gemensamt för dessa dokument är en bild av en väl etablerad del av psykiatrin med tämligen effektiva behandlingsmetoder för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd där läkemedelsbehandling står i centrum, men där psykosocial och psykopedagogisk behandling lyfts fram. Familj- och nätverksinsatser, psykologisk behandling och anpassad omvårdnad ges också en tydlig roll vid modernt planerade insatser.

Patientprocess och vårdorganisation

En trend inom psykiatrins organisationsutveckling är att geografiskt områdesfokus på senare år har åtföljts av vårdprocessutveckling, med syndromrelaterad differentiering. Detta gäller både öppenvård och heldygnsvård. Inom psykosområdet uppstod under 90-talet psykosmottagningar och i vissa fall enheter med ytterligare differentiering mot tidig sjukdomsfas. Även vårdavdelningar med tydligt psykosfokus blir vanligare. På så vis finns beståndsdelar till en mer sammanhållen organisation i form av psykossektioner för mer fokuserad processledning. Fördelar som då möjliggörs är ökad tillgänglighet vid förstaepisodsinsjuknande och återinsjuknande, förbättrad kontinuitet mellan olika vårdnivåer och mer inarbetade rutiner för samordnad vårdplanering med vårdgrannar. Legitima krav på kostnadseffektiva och från patientens synvinkel ändamålsenliga lösningar underlättas genom en tydlig vårdprocess, som även kan synliggöra aspekter av verksamheten som är värdeskapande utifrån uppdraget.

Grundläggande värden som ska eftersträvas behöver finnas beskrivna. Exempel på detta kan vara maximalt minskad ohälsobörda, mesta möjliga autonomi för patienter och god livskvalitet för patient och närstående. För en värdeskapande verksamhet krävs enhetliga och effektiva kvalitetsindikatorer, men här saknas ännu en vedertagen nationell praxis, varför våra förslag här kan betraktas som preliminära.

Symtom och diagnos vid schizofreni

För att diagnosen schizofreni ska kunna ställas krävs enligt DSM-IV (Mini-D IV 2004) (se beskrivning *Diagnostiska metoder och system* s. 40) minst två av följande symtom under en månad:

- vanföreställningar
- hallucinationer
- desorganiserat tal
- påtagligt desorganiserat tal eller katatont beteende
- negativa symtom.

Endast ett symtom krävs om det förekommer bisarra vanföreställningar alternativt hallucinationer bestående av kommenterande röster eller röster som samtalar med varandra. Vidare ska det föreligga en social eller yrkesmässig dysfunktion, samt kontinuerliga sjukdomstecken under minst sex månader varav minst en månad med aktiv fas-symtom enligt ovan.

Enligt ICD-10 (WHO 1993) ska det under minst en månad ha förekommit minst ett av följande:

- tankeeko, tankepåsättning, tankedetraktion eller tankeutsändning
- vanföreställningar om kontroll och påverkan eller passivitet
- rösthallucinationer av kommenterande eller diskuterande karaktär
- vanföreställningar av annan typ som är kulturellt opassande och totalt omöjliga.

Eller minst två av följande:

- hallucinationer för vilken sinnesmodalitet som helst, åtföljda av icke-afektiva vanföreställningar eller övervärdiga idéer
- neologismer, stopp eller avbrott i tankekedjan
- katatont beteende
- negativa symtom.

Till skillnad från DSM-IV kräver ICD-10 inte någon dysfunktion och inte heller sjukdomstecken under sex månader. Fler personer får således schizofrenidiagnos vid användning av det sistnämnda systemet (WHO 1993).

Hälsoekonomi

Sjukdomsördan vid schizofreni innebär i allmänhet långa perioder av symtom och nedsatt funktion samt cirka tio förlorade levnadsår, till följd av såväl suicid som ökad somatisk sjuklighet. Sjukligheten är något högre för män beroende på dels tidigare insjuknande, dels svårare förlopp. Enligt WHO är schizofreni den åttonde väsentligaste orsaken till ohälsobörda (DALY; disability-adjusted life years) hos yngre och medelålders personer. Tidigt insjuknande hos unga vuxna förhindrar den normala anpassningen till vuxenlivet, vilket försvårar rehabiliteringen som ofta ska ske till funktioner som den drabbade aldrig har haft – det innebär i stället till en del habilitering.

Kostnaderna för den drabbade individen och närstående är stor i form av lidande och nedsatt livskvalitet (Socialstyrelsen 2003, Andlin-Sobocki 2005 a, b). Samhällskostnaderna kan lättare räknas i pengar och omfattar cirka en halv miljon kronor eller mer per år och drabbad person. Under antagande att 30 000 individer har schizofreni (årsprevalens) blir årliga samhällskostnader i storleksordning upp till 15 miljarder kronor för denna sjukdomsgrupp. En väsentlig del av dessa utgör direkt ekonomiskt stöd till drabbade individer. Kommunala kostnader för boendestöd och annan kommunal omsorg är lika stor eller ofta något större än sjukvårdskostnaderna för landstingen. Direkta årliga sjukvårdskostnader ligger i genomsnitt på cirka 50 000 kronor, men variationen är stor. En vård dag med heldygnsvård kostar cirka 5 000 kronor, varför någon månad på sjukhus drar upp individkostnaden med 150 000 kronor, och ett helt år kan kosta närmare 2 miljoner kronor per person. En sådan beräkning gör det lätt att inse det ekonomiska värdet av återfallsskydd och reducerat eller eliminerat behov av sjukhusvård.

Antipsykotiska läkemedel kostar i genomsnitt 10 000–15 000 kronor per helårsbehandling. Dock kan noteras att perfenazin kan ordinerats till en årskostnad om knappt 1 000 kronor, medan de dyraste preparaten kostar uppåt 30 000 kronor/år. Läkemedelskostnaden är dock liten (< 10 %) jämfört de totala samhällskostnaderna.

Läkemedelseffektivitet ur hälsoekonomisk synvinkel kan beskrivas med kostnad per QALY (kvalitetsjusterade levnadsår alternativt vunnet levnadsår). Ett år med perfekt hälsa får mätetalet 1,0 och maximal ohälsa eller död innebär 0,0. En vanlig bedömning angående QALY vid olika tillstånd vid schizofreni kan vara akut psykos och heldygnsvård som kan motsvara 0,5–0,6 QALY, vid öppenvårdsbehandling och måttliga symptom och mindre funktionsnedsättning 0,7–0,8 QALY och dito med små eller ringa symptom och tämligen god funktion 0,8–0,9 QALY. Användbarhet i dessa värderingar ligger i att minskad ohälsa och vunnen livskvalitet kan åsättas pris. Kostnad för behandlingsalternativ kan då jämföras med åstadkommet värde för patient.

Allmänt kan nämnas att

- heldygnsvård är dominerande kostnadsdrivare och återfall i psykos är dominerande orsak till sjukhusvård – vårdkostnaden minskar genom återfallsskydd
- läkemedelskostnader utgör liten del av totalkostnaden – kostnad per QALY varierar mellan olika antipsykotiska preparat, bland annat beroende på effektivitet att förhindra återfall och/eller hospitalisering
- det finns god anledning att förmoda att väsentliga sjukvårdskostnader kan undvikas, liksom ohälsa kan undvikas, genom insatser som förebygger metabola biverkningar vid antipsykotisk läkemedelsbehandling.

2. Historik

Schizofreni – ny eller gammal sjukdom?

Fram till för cirka 200 år sedan betraktade man psykiska sjukdomar som ett syndastraff eller som besatthet av demoner, och omhändertagandet av de drabbade präglades av denna syn. Även om behandlingsförsök – som till exempel åderlätning – förekom, så behandlades de sjuka ofta omänskligt och kunde få leva sina liv under ohyggliga förhållanden.

Beskrivningar av tillstånd som depression och mani förekommer relativt rikligt i litteraturen sedan flera tusen år tillbaka. Skildringar av det som vi i dag skulle kalla schizofreni är däremot sällsynta före år 1800. Detta har fått vissa forskare att föreslå att sjukdomen inte fanns dessförinnan och att den är en produkt av den enorma sociala och tekniska utveckling som skett alltsedan dess (Hare 1988, Fuller-Torrey 1980). Ett schizofreniliknande tillstånd finns dock beskrivet i den 4 000 år gamla Ebers papyrus. Sjukdomsförekomst i alla kulturer och samhällsformer och det påtagliga genetiska inslaget övertygar nog dessutom de flesta att schizofreni sannolikt har åtföljt mänskligheten mycket längre än så.

1800-talet: fallbeskrivningar och kategoriseringar

Den första säkra skildringen av schizofreni daterar sig till 1810 då John Haslam, verksam på Bethlem Hospital i London, i sin bok ”Illustrations of madness” (Haslam 1810) beskrev patienten John Tilly Matthews som av allt att döma led av paranoid schizofreni. Ungefär samtidigt växte det fram idéer om att psykisk sjukdom var något som kan botas. En som fått stor betydelse därvidlag var den franske läkaren Philippe Pinel, vars lära ses som det första försöket till en psykiatrisk vetenskap med en sammanhängande teoribildning. Enligt Pinel orsakades vansinnet av en felaktig eller störd livsföring eller av starka passioner. Han pläderade för humana

behandlingsmetoder såsom arbete och vila, musik och teater samt vänligt bemötande. Liknande tankar fördes fram i Tyskland och i USA, och dessa nya strömningar nådde Sverige där de förespråkades av bland andra psykiatern Carl Ulrik Sondén, som verkade för vetenskaplighet och humanitet i den svenska sinnessjukvården (Harding 1975).

Under 1800-talet publicerades en rad fallbeskrivningar och försök att kategorisera psykossjukdomar. Redan på 1780-talet hade den skotske läkaren William Cullen introducerat begreppet paranoia i engelsk litteratur (Cullen 1784). Philippe Pinel delade år 1798 in de psykiska sjukdomarna i melankoli, mani, demens och idioti. Den franske läkaren Benedict-Augustin Morel beskrev 1853 en progredierande psykotisk sjukdom med tidig debut som han gav namnet *démence précoce* (tidig demens) (Morel 1860). Karl Kahlbaum (Kahlbaum 1874) och Ewald Hecker (Hecker 1871), båda verksamma i Danzig, studerade unga psykospatienter och myntade på 1870-talet begreppen katatoni och hebefreni.

Sjukdomen definieras

Det blev sedan Emil Kraepelin som år 1893 förde samman begreppen hebefreni, katatoni och paranoia till en diagnos, *dementia praecox*, och samtidigt avgränsade detta tillstånd från manodepressiv sjukdom (Kraepelin 1893). Eugen Bleuler vände sig något decennium senare mot Kraepelins uppfattning om tillståndets dåliga prognos, och ersatte år 1911 begreppet *dementia praecox* (tidig demens) med schizofreni (Bleuler 1911) som direkt översatt betyder själsklyvning. Eugen Bleuler introducerade även "de fyra A:na" som han menade karakteriserade sjukdomen: autism, ambivalens, associationsstörning och affektiv störning. Kurt Schneider gjorde år 1938 en uppdelning i första- respektive andrarangssymtom vid schizofreni (Schneider 1959). Till förstarangssymtomen hörde bland annat hörbara tankar, kommenterande röster, tankepåsättning och somatiska hallucinationer. 1986 delade Tim Crow in schizofreni i typ I med övervägande positiv symtomatologi och typ II med övervägande negativa symtom (Crow 1985). Detta har sedermera befunnits vara en förenkling. Senare forskare har utifrån faktoranalyser förespråkats en indelning av symtomen i tre eller fem faktorer (positiva, negativa och kognitiva symtom samt excitation, och depression och/eller ångest).

Molekylärgenetiska studier har inte kunnat påvisa ett enhetligt sjukdomsbegrepp. I stället torde det vara så att olika konstellationer av gene-

tiska förutsättningar kan ge upphov till olika fenotyper. Detta har väckt frågan huruvida man över huvud taget kan tala om schizofreni som en enda sjukdom.

I dag använder vi oss av två diagnostiska system, DSM (Diagnostic and statistical manual for mental disorders) och ICD (International statistical classification of diseases and related health problems). Kraepelins, Bleulers och Schneiders idéer kan återfinnas i dessa systems beskrivningar av schizofreni. De första två versionerna av DSM (1952 resp. 1968) baserades på psykodynamiska hypoteser. DSM-II var baserat på Bleulers fyra A:n, vilket resulterade i en ”bred” schizofrenidiagnos jämfört med dagens begrepp. DSM-I och II användes i USA men fick aldrig någon spridning i Europa. Användandet av dessa breda schizofrenikriterier gör att amerikanska behandlingsstudier från denna epok ofta inkluderade patienter med andra psykosjukdomar, vilket måste beaktas vid tolkning av resultaten. Först den tredje versionen, DSM-III (1980), var etiologifri och fick spridning i Europa. Här var schizofrenibegreppet smalare och mer Schneiderbaserat. I dag är gällande ICD-10-kriterier mer Schneiderbaserade än DSM-IV-systemets (Lieberman 2006) kriterier.

Ett genombrott i behandlingen

Under 1900-talets första hälft var forskare världen över intensivt sysselsatta med att försöka finna verksamma behandlingar mot schizofreni. Under 1930-talet utvecklades flera metoder varav de flesta (insulinbehandling, cardiazolinjektioner och lobotomi) kommit ur bruk och fallit i vanrykte. Endast ECT-behandlingen (elektrokonvulsiv behandling, s. 66) har överlevt till våra dagar, men används nu relativt sparsamt vid schizofreni. Det stora genombrottet på behandlingsfronten skedde den 26 maj 1952 då fransmännen Jean Delay och Pierre Deniker offentliggjorde resultaten av sitt arbete med klorpromazin (Delay 1952).

Vårdorganisationens utveckling i Sverige

Vården av personer med psykisk sjukdom, inte minst schizofreni, har i Sverige liksom i övriga världen genomgått stora förändringar de senaste decennierna. År 1950 var 33 752 personer intagna i psykiatrisk slutenvård. Hundra år tidigare, det vill säga 1850, var siffran 1 018. Antalet inneliggande per 100 000 invånare hade stigit från 29 till 466 personer (Socialbe-

redningen 1984). Sedan dess har avvecklingen av de stora mentalsjukhusen, tillkomsten av nya behandlingsmetoder samt utvecklandet av öppnare vårdformer kommit att dramatiskt förändra bilden.

Sinnessjuklagen 1929 gjorde det möjligt att uppföra psykiatriska kliniker i anslutning till allmänna sjukhus. Detta fick stor betydelse för psykiatrins anseende. Längre existerade dock dessa kliniker parallellt med mentalsjukhusen. Mentalsjukhusen fick ofta ta de svårare fallen inklusive tvångsvård samtidigt som de hade sämre resurser. Under 1980-talet organiserades psykiatrin i så kallad sektoriserad vård, vilket innebar att en psykiatrisk klinik fick totalansvar för vården inom ett geografiskt område. Arbetet började bedrivas i team bestående av olika yrkeskategorier. År 1995 genomfördes psykiatrireformen med syftet att ge en tydlig ansvarsfördelning mellan psykiatri och socialtjänst, där socialtjänsten gavs ansvar för boende och sysselsättning. En granskning gjord av Socialstyrelsen och länsstyrelserna 2002–2004 visade dock på stora kvarvarande problem beroende på bristande samordning och resurser, inte minst avseende anpassat boende och boendestöd. I dag är vård vid schizofreni ofta förlagd till särskilda psykosmottagningar och man försöker att integrera patienterna i samhället.

3. Förekomst och behov

Prevalens

Schizofreni är en allvarlig sjukdom som drabbar människor på tröskeln till vuxenlivet. Sjukdomen är ofta mer eller mindre kronisk till sin karaktär. Andelen personer som har schizofreni (prevalens) år 2005 i Stockholms län har skattats till cirka 0,35 procent (Avdelningen för folkhälsoepidemiologi, Karolinska institutet). Detta överensstämmer med tidigare svenska mätningar (Widerlöv 1989, 1997) och även med resultatet från en omfattande metaanalys av internationella studier (Saha 2005). För hela gruppen icke-affektiva psykoser är motsvarande siffra 0,65 procent i Stockholms län. Även denna siffra överensstämmer med tidigare svenska studier utförda i Uppsala respektive Stockholm (Widerlöv 1989, 1997). Det finns dock anledning att tro att förekomsten är högre i en storstadsregion jämfört med övriga delar av landet. Detta stöds av en jämförelse mellan andelen slutenvårdade för icke-affektiv psykos, som är cirka 40 procent högre i en storstadsregion jämfört med övriga landet år 2005. En skattning baserad på dessa data är att cirka 35 000 personer lider av icke-affektiv psykos under ett år i Sverige.

Incidens

20–25/100 000 invånare nyinsjuknar årligen (incidens) i schizofreni i Stockholms län (Avdelningen för folkhälsoepidemiologi, Karolinska institutet). I en omfattande metaanalys av internationella studier (McGrath 2004) fann man ett medianvärde på 15/100 000 invånare och år. Variationerna var dock stora mellan de enskilda studierna (10 %–90 % av värdena ligger mellan 7,7 och 43,0 per 100 000).

Livstidsrisk

En siffra som ofta refereras är att livstidsrisken för schizofreni är cirka 1 procent och att detta inte skiljer sig mellan olika världsdelar. Denna siffra kommer från en pilotstudie inom WHO-projektet (WHO 1975) och är troligen en överskattning. En systematiskt genomförd metaanalys visar ett medianvärde av livstidsrisken på 0,7–0,8 procent för schizofreni (Saha 2005). Dessutom finner man klara variationer mellan olika lokala geografiska områden.

Att mäta förekomst med hjälp av svenska vårddata

Mätningar av förekomst grundar sig ofta på vårdkontakter. Olika felkällor är då möjliga, till exempel att diagnosättningen inte stämmer eller att mörkertalen kan vara stora. I Sverige finns flera valideringar utförda avseende schizofrenidiagnoser i slutenvården (Dalman 2002, Ekholm 2005). Genomgående visar resultaten att diagnoserna är välgrundade, det vill säga att andelen falskt positiva diagnoser är liten. Å andra sidan kan man misstänka en underdiagnostik, det vill säga att diagnosen schizofreni undviks helt eller fördröjs. Inga vetenskapliga undersökningar har utförts men ett stickprov har visat att det snarare handlar om en tidsfördröjning än om att diagnosen inte ställs (personlig kommunikation, Margareta Falk Hogstedt). Mörkertal (dvs. personer med psykos som ej har vårdkontakt) är en annan felkälla. Från USA finns en befolkningsstudie som visar att 17 procent av alla personer med schizofreni inte har vårdkontakt (Link 1980). I Sverige är denna siffra betydligt lägre. Från studier där man finkammat vårdregister, socialtjänst, primärvård, behandlingshem och beroendevård har det visat sig att endast 2–3 procent av personer med långvarig psykossjukdom inte haft kontakt med psykiatri (Borgå 1993, Widerlöv 2007).

Sammanfattningsvis tycks svenska vårddata vara väl lämpade för att mäta förekomst. Det är dock viktigt att inkludera öppenvårdskontakter eftersom 20–25 procent av personer med icke-affektiv psykos inte slutenvårdas (Avdelningen för folkhälsoepidemiologi, Karolinska institutet).

Förändringar i förekomst över tid

Det finns få tillförlitliga studier om förändringar över tid beroende på att detta kräver likvärdiga mätmetoder över decennier. Många studier har till exempel visat sjunkande incidens men flertalet av dessa bygger på data från vården (Munk-Jørgensen 1995, Harrison 1993) och kan likaväl avspegla ett minskande antal vårdplatser eller förändrade diagnostiska rutiner. En noggrant utförd studie från södra London visar att incidensen av schizofreni ökat under de senaste tre decennierna (1965–1997), framför allt bland unga (Boydell 2003). Å andra sidan beskrevs en minskning av incidensen av schizofreni i en nyligen publicerad studie från Nottingham (Kirkbride 2008) där data från tre mättillfällen jämfördes (1978–80, 1993–95 och 1997–99). Däremot fann man i samma studie att incidensen av hela gruppen icke-affektiva psykosor varit stabil över denna tid (Kirkbride 2008). Resultaten är således motsägelsefulla och trots att frågan vid första anblick kan tyckas enkel finns i dag inget säkert svar.

Regionala skillnader

Forskningen visar att det förekommer regionala skillnader vad gäller förekomst av psykossjukdomar inklusive schizofreni. Inom Stockholms län är variationerna stora. I socialt utsatta områden är förekomsten cirka tre gånger större än i socialt gynnade områden (Avdelen för folkhälsoepidemiologi, KI). Även mellan storstad och landsbygd ses betydande variationer. Exempelvis är risken att insjukna i psykossjukdom cirka 50 procent högre om man växt upp i Stockholm, Göteborg och Malmö jämfört med övriga landet (Lewis 1992). Även mellan länder ses skillnader och både Danmark och Finland har högre rapporterad förekomst jämfört med Sverige.

Könsskillnader

Schizofreni drabbar i något högre grad män än kvinnor (Aleman 2003). Debuten sker dessutom tidigare hos män, vanligen i 20–25-årsåldern. Hos kvinnor kommer insjuknandet oftast mellan 25 och 30 års ålder (Häfner 2003). Sjukdomsförloppet är allvarigare bland män (Leung 2000).

Ålder

Även om de flesta insjuknar i ung ålder förekommer även sent (> 40 års ålder) eller mycket sent (> 60 års ålder) insjuknande. Förloppet vid sent eller mycket sent insjuknande är dåligt kartlagt i litteraturen, men ett kliniskt intryck är att skillnader inte motiverar särskilda riktlinjer för äldre undergrupper (Östling och Skoog, personligt meddelande). Schizofreni kan alltså debutera i alla åldrar och symtombilden hos de äldre, upp emot 60-årsåldern, är lik den hos yngre. Det finns dock en nyinsjuknandeproblematik även hos de allra äldsta, där symtombilden skiljer något, med mindre av formella tankestörningar, mindre avtrubning av affekter och mer av synhallucinationer (Howard 2000).

Vårdkonsumtion

Personer med psykosjukdom utgör cirka 10 procent av den psykiatriska patientgruppen (Avdelningen för folkhälsöepidemiologi, Karolinska institutet). Gruppen är dock i behov av stora vårdinsatser. Beräkningar visar att cirka 30–35 procent av all öppenvård tas i bruk av personer med psykosjukdom och 40–45 procent av all slutenvård.

Under ett år är det cirka en fjärdedel av patientpopulationen (personer med icke-affektiv psykosjukdom) som vårdas i heldygnsvård. Denna andel har minskat under åren. Andelen personer som aldrig slutenvårdats har ökat sedan 1990-talet. Under 2000-talet har cirka 25 procent av alla nyinsjuknade personer med icke-affektiv psykosjukdom helt och enbart omhändertagits inom öppenvården. Andelen som enbart vårdas i öppna vårdformer kan förväntas öka med effektivare vårdåtgärder och förebyggande insatser.

Antipsykotisk läkemedelsbehandling

Bland personer som under åren 1998–2007 fått diagnosen schizofreni och som fortfarande är i livet har 81 procent av männen och 86 procent av kvinnorna med recept hämtat ut neuroleptika (syn. antipsykotika) från apotek under år 2007. Bland dessa får 75 procent av männen andra generationens antipsykotika. Bland kvinnorna är motsvarande siffra 70 procent. Om man undersöker all försäljning av neuroleptika visar det sig att endast 20 procent av de personer som hämtat ut neuroleptika år 2007

har en identifierad icke-affektiv psykossjukdom (personligt meddelande, Rickard Ljung, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen).

Levnadsvillkor

Psykossjuka är i högre grad än andra drabbade av somatisk sjuklighet som metabolt syndrom, hjärt-kärlsjukdomar, allvarliga infektioner och tidig död inklusive självmord (Saha 2007). Skillnaden i dödlighet har ökat under de senaste decennierna (Saha 2007). Detta förklaras i varierande grad av sjukdomen i sig, medicineringen eller de sociala konsekvenser sjukdomen medför i form av ekonomiska svårigheter och negativa levnadsvanor (rökning, mathållning, missbruk). En rapport (Möller 2006) visar att merparten av de personer som slutenvårdats på grund av psykossjukdom är ensamstående: 75,7 procent av männen, 68 procent av kvinnorna. Andelen förtidspensionerade är hög: 50,6 procent av männen och 44,6 procent av kvinnorna. En minoritet har arbete: 10,4 procent av männen och 13,9 procent av kvinnorna. Med andra ord påverkas livsvillkoren i mycket hög grad.

4. Sjukdomsbild vid schizofreni

VID EPISOD AV psykos i samband med schizofreni föreligger nedsatt realitetsprövning, ofta med samtidiga hörselhallucinationer och förvrängda sinnesintryck. Nedsatt realitetsprövning leder sekundärt till vanföreställningar och försämrad social funktion. Vid undersökning av förmåga att genomföra vardagliga aktiviteter observeras ofta omfattande tränings- och hjälpbehov och en neuropsykologisk undersökning visar i allmänhet nedsatt kognitiv funktion, exempelvis exekutiv förmåga. Med exekutiv förmåga menas bland annat att kunna se och förstå händelseförlopp över tid och att kunna planera och handla ändamålsenligt utifrån gjorda observationer.

Hallucinationerna vid schizofren psykos är vanligen kopplade till hörsel; särskilt karakteristiskt är hallucinationer med en eller flera kommenterande röster. Hallucinationer för andra sinnesmodaliteter kan också förekomma. Det är också vanligt med påverkan på tankeförlopp och tankeinhåll, vilket ger ett splittrat intryck för omgivningen. Känslolivet kan uppfattas avvikande och inadekvat (Herlofson 2009, Lieberman 2006).

Psykos – både symtom och sjukdom

Psykos kännetecknas bland annat av förvrängd upplevelse av omvärlden, svårighet att tolka intryck och bedöma trovärdighet och göra egna tolkningar. Vitala funktioner som viljeliv, känsloliv, uppmärksamhet och kontakt med människor påverkas. Vanliga symtom vid psykos är hallucinationer, vanföreställningar och osammanhängande tal.

Psykos förekommer episodiskt eller kontinuerligt vid schizofreni och liknande syndrom. Det kan även förekomma vid andra allvarliga psykiska sjukdomar såsom schizoaffektivt syndrom, kortvarig psykos och/eller schizofreniformt syndrom samt substansutlöst (drogutlöst) psykos, mani och djup depression. Vidare kan en psykos vara en läkemedelsbiver-

kan eller sekundär till hjärnskador eller förgiftningar (Herlofson 2009, Lieberman 2006).

Psykossymtom, och då främst hallucinos med sjukdomsinsikt i varierande grad, förekommer ofta hos unga med annan psykisk störning som allvarlig beteendestörning, instabil personlighetsstörning och posttraumatisk stress. I elevhälsovård och i primärvård bör man vid misstanke om psykossjukdom ta kontakt med tillämplig specialistpsykiatri för diagnostisk bedömning.

Symtom som är karakteristiska för psykossjukdom förekommer även i befolkningen utan att samtidig sjukdom föreligger. Hörbara röster och icke korrigerbara vanföreställningar är betydligt vanligare i en normalbefolkning än vid kliniskt signifikant psykossjukdom. Upp till 10–15 procent av en normalbefolkning kan ha hörselhallucinos (Tien 1991, Verdoux 2998, Poulton 2000), medan endast cirka 1 procent har psykossjukdom. En viktig distinktion är att hörbara röster eller isolerade icke korrigerbara vanföreställningar kan förenas med god funktionsnivå och inte nödvändigtvis medför behov av behandling. Om dessa symtom själva eller tillsammans däremot förekommer vid psykossjukdom, åtföljs detta i allmänhet av signifikant påverkad funktionsnivå och kliniskt behandlingsbehov.

Psykossymtom och nedsatt kognition bidrar oberoende av varandra till nedsatt livskvalitet för den drabbade individen (Mohamed 2008). Det finns alltså, som belyses i fortsatt text, god anledning att använda både symtom och funktionsmått vid regelbunden utvärdering av behandling av schizofreni.

Kognitiv funktion, särskilt frontallobsrelaterad av exekutiv karaktär, är starkt avgörande för prognosen avseende förlopp och utfall av behandling vid schizofreni (Stirling 2003, Verdoux 2002). Detta samband är tydligare vid kroniskt förlopp jämfört med vid första episod av psykosinsjuknande (Verdoux 2002).

Sjukdomstecken

Traditionellt delar man in symtomen i positiva och negativa symtom, ett begrepp som introducerades redan på 1880-talet av neurologen Hughlings Jackson (Jackson 1987). Med positiva symtom avses hallucinationer, vanföreställningar, desorganiserat tal och beteende samt katatona symtom. Negativa symtom innefattar avtrubbade affekter, anhedoni (nedsatt lustkänsla) och tillbakadragenhet.

Tidigare har man betraktat tillstånd med dominerande positiva respektive negativa symtom som olika subtyper av schizofreni. Denna beskrivning har dock befunnits vara inkomplett och det har visat sig mer relevant att tala om olika dimensioner av sjukdomen. Utifrån faktoranalyser baserade på symtomskattningshjälpmedlet PANSS (Positive and negative syndrome scale for schizophrenia) har man föreslagit en femfaktormodell (Lindenmayer 1994) där det förutom positiva och negativa symtom även finns excitation samt kognitiva och affektiva symtom. Symtomen förekommer i varierande grad hos olika individer, men även under sjukdomsförloppet hos många enskilda individer.

DSM-IV delar in schizofreni i följande undergrupper: paranoid, desorganiserad (hebefren), kataton, odifferentierad samt residualschizofreni (Mini-D IV 2002). Dessa undergrupper återfinns i ICD-10 som utöver detta även anger en simplexform samt postschizofren depression (WHO 1993).

Diagnosen schizofreni ställs ofta i samband med ett dramatiskt insjuknande med vanföreställningar, hallucinationer samt desorganiserat beteende och tal. Detta har dock alltför ofta föregåtts av en i genomsnitt 2–5 år lång symtomgivande men odiagnostiserad prodromalfas.

Tidiga tecken på schizofreni och liknande psykossjukdom kan vara en kombination av nedanstående:

- social isolering och minskat umgänge med anhöriga och vänner
- ändrad uppfattning om egen person eller att inte känna igen sig själv
- ändrad verklighetsuppfattning och realitetsprövning
- dra sig undan från arbete eller studier under längre tid
- svårbegripliga känsloutbrott och udda framtoning
- ökad känslighet för sinnesintryck
- ändrad dygnsrytm eller ändring i sömnduration (sömntid)
- känd ärftlig belastning (mistanken skärps väsentligt).

I andra fall sker dock insjuknandet i schizofreni plötsligt och oväntat, utan föregående prodromalfas. Insjuknande i den klassiska fulminanta symtombilden sker i 75 procent av fallen mellan 15 och 30 års ålder.

Några karakteristika som ofta förekommer vid schizofreni är:

- långdraget förlopp
- familjär segregering (vid samtidig förekomst hos nära släktingar)
- nedsatt funktion i tanke- och viljeliv (dvs. nedsatt kognitiv och konativ funktion)

- förbättring vid bruk av antipsykotiska läkemedel
- förstörade hjärnventriklar och minskad hjärnvolymer.

Schizofreni och dess undergrupper beskrivna med symtomdimensioner:

- psykotisk – hallucinationer, vanföreställningar
- desorganiserad – tankestörningar, beteendestörningar, stort känsloliv (depressiv respektive manisk dimension)
- negativa symtom – affektiv avflackning, språklig torftighet, viljelöshet.

Schizofreni med debut i tidiga tonår uppvisar

- högre grad av ärftlig belastning
- sämre premorbid funktion och inte sällan autistiska drag
- hög andel av pojkar och utdragen prodromalfas
- mer negativa symtom, sämre prognos och sämre svar på antipsykosmedel
- ökad känslighet för biverkningar (motoriska, endokrina och metabola) av psykosmedel
- missbruk och våld.

Livstidsprevalensen för alkohol- och narkotikamissbruk är betydligt högre hos patienter med schizofreni jämfört med hos den allmänna befolkningen. Enligt den amerikanska Epidemiologic Catchment Area Study (Regier 1990) var siffrorna 47,5 procent jämfört med 16 procent. Alkohol är den vanligaste missbrukssubstansen, följt av cannabis. Majoriteten av personer med schizofreni är dessutom beroende av nikotin.

Missbruk komplicerar förlopp och behandling och är associerat med compliance-problem, suicidalitet, hospitalisering, hemlöshet, våld, ökad risk för hiv och hepatit B eller C, samt en allmänt sämre funktionsförmåga (Lieberman 2006, Brady 1990, Drake 1989, Drake 1996, Hurlburt 1996, Owen 1996, Rosenberg 2001, Socialdepartementet 2006).

I ett delbetänkande från Nationell psykiatrisamordning (Socialdepartementet 2006) konstateras att flertalet av dem som begår våldsbrott är påverkade av alkohol och/eller droger i någon form vid gärningstillfället. Enligt Socialstyrelsen finns missbruksproblem hos 43 procent av de personer som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning. Personer med psykisk störning svarar för en relativt liten andel av den totala kriminaliteten, även om den ändå är något högre än i andra grupper. Sär-

skilt ogynnsamt är det när psykisk sjukdom kombineras med personlighetsstörning och/eller missbruk. Aktivt missbruk är den enskilt största riskfaktorn för återfall i brottslighet bland de faktorer som kan påverkas av behandling.

5. Sjukdomsutveckling

Etiologi

Schizofreni är till en betydande del genetiskt betingad (Cardno 1999). Sjukdomen förekommer familjärt, men även sporadiskt. Sporadisk genetik orsak kan möjligen förstås genom att en mångfald gener tycks samspela för att utveckla schizofreni. Risken att drabbas av psykossjukdom senare i livet grundläggs under hjärnans utveckling och omgivningsfaktorer tycks under denna period kunna spela en viktig roll (Murray 1999). Hjärnans strukturer och funktioner är under utmognad ända upp till vuxen ålder.

Psykologiska och sociala omständigheter under uppväxten har troligen också betydelse för risken för senare insjuknande; riskfaktorer för detta förefaller bland annat vara migration och brist på känsla av tillhörighet i ett socialt sammanhang. Psykologiska eller sociala belastningsfaktorer kan också påverka tidpunkten för sjukdomsdebut.

Övergående psykos och ibland även kronisk psykossjukdom kan utlösas av substansmissbruk (Arseneault 2004). Amfetamin och cannabis är vanliga beroendeframkallande medel som vid regelbunden exponering riskerar att utlösa psykos. Mekanismen för detta är troligen en så kallad sensitisering av dopaminreceptorer, vilken tilltar med upprepade episoder av droginducerad psykos.

Riskfaktorer

Orsakerna till schizofreni är till stor del okända. Det finns en relativt stark ärftlig komponent; bland enäggstvillingar får båda tvillingarna sjukdomen i cirka 40–50 procent av paren (Cardno 1999). Detta betyder, å andra sidan, att det finns en ansenlig del av sjukdomsförekomsten som har samband med omgivningsfaktorer eftersom det i 50–60 procent av

fallen endast är en tvilling som insjuknar. Dessa sjukdomsfall skulle potentiellt kunna förebyggas om man fick en ökad kunskap om vilka riskfaktorer som kan bidra till uppkomsten av psykosjukdom.

Den forskning som citeras nedan visar att det finns statistiska samband med ett flertal faktorer. Det är viktigt att understryka att de direkta orsakssambanden är oklara men likväl är det sannolikt att man genom att brett inrikta sig på de faktorer som visat sig ha samband med psykosutveckling indirekt eller direkt kan påverka sjukdomsförekomst. Det är också tänkbart att de nedan beskrivna riskfaktorerna har samband med en allmän psykisk sårbarhet och inte specifikt med psykosjukdom (Reichenber 2006, Hultman 2002, 2007, Cnattingius 1999,) vilket kan vara ett ytterligare argument för preventiva insatser.

Föräldrars sjukdom – arv

Barn till föräldrar med schizofreni har en ökad risk för störd psykosocial utveckling och för egna emotionella, somatiska och sociala problem (Skerfving 1996). De har en cirka tio gånger förhöjd risk att själva utveckla schizofreni (Lichtenstein 2006). Detta beror på ärftliga faktorer men också på emotionella och sociala faktorer i barnets omgivning. Risken för sjukdomsutveckling är således starkt förhöjd i det enskilda fallet, men det är viktigt att komma ihåg att de flesta personer som utvecklar schizofreni inte har föräldrar som lider av sjukdomen. Det finns också finska studier av adoptivbarn som kan tolkas som att gynnsam uppväxtmiljö kan utgöra ett skydd mot genombrott av schizofrenisjukdom hos barn med ärftlighet för sjukdomen (Tienari 2004).

Perinatale riskfaktorer

Epidemiologisk forskning har visat att graviditets- och förlossningsskador har samband med en ökad risk för schizofreni (Cannon 2002). Det finns studier som tyder på att den ökade risken har samband med flera olika slags faktorer, såväl tillväxthämning som prematur födsel och syrebrist vid förlossningen (Dalman 1999). De bakomliggande orsakssambanden är oklara.

Näringsbrist

Studier av svältkatastrofer i Kina och Holland har visat att svält under graviditeten har samband med en ökad risk för psykosjukdom hos barnet i vuxen ålder (Susser 1996, St Clair 2005). Svälttillstånd under gravi-

ditet är mycket sällsynta i vårt land men sambandet skulle till exempel kunna bero på vitaminbrist. Det finns visst stöd för att folsyra-brist under graviditeten kan ha ett samband med framtida psykosutveckling hos barnet (Brown 2007).

Allvarliga livshändelser under graviditet

Allvarliga livshändelser under graviditeten, till exempel dödsfall inom familjen, kan medföra en ökad risk för barnet att senare i livet utveckla psykotiska symtom (Huttunen 1978, Spauwen 2004, Khashan 2008). Antalet studier är dock litet och mer forskning behövs inom detta område.

Infektioner

Studier har visat att infektioner både med virus (exempelvis influensavirus) och med toxoplasmos av *T. gondii* under graviditeten kan ha ett samband med utvecklandet av psykosjukdom hos barnet senare i livet (Brown 2005, Mortensen 2006, Brown 2004). Detta skulle kunna bero på en direkteffekt av smittoämnet eller av den allmänna inflammatoriska reaktionen.

Äldre fäder

Ett vetenskapligt väl belagt samband finns mellan hög fadersålder och risk för schizofreni hos barnet (Dalman 2002, Zammit 2003). Däremot har moderns ålder mindre betydelse (Dalman 2002, Zammit 2003). Forskarna tror att detta kan bero på störningar i spermiernas utveckling hos äldre fäder. Det kan till exempel också vara så att personer som får barn sent i livet har vissa personlighetsdrag som är besläktade med sårbarhet för schizofreni.

Socioekonomiska faktorer

En svensk studie (Wicks 2005) har visat att socioekonomiska belastningsfaktorer under fosterliv och barndom, exempelvis att föräldrarna är arbetslösa och mottar socialbidrag, är riskfaktorer för framtida psykosjukdom hos barnet. Denna risk kvarstår även när man tagit hänsyn till ärftliga faktorer. De bakomliggande orsakssambanden är oklara.

Migration

Såväl första som andra generationens invandrare har förhöjd risk att insjukna i schizofreni och andra psykosor (Cantor-Graae 2005). I en svensk

kohortstudie fann man att den ökade risken i hög grad förklarades av socioekonomiska faktorer (Hjern 2004). En förhöjd risk kvarstår dock för invandrare från bland annat Finland, Öst- och Sydeuropa även efter att man tagit hänsyn till socioekonomiska förhållanden. Janssen (2003) och Boydel (2002) har visat att risken ökar om invandrargruppen utgör en mycket liten andel av den lokala befolkningen, vilket tyder på att diskriminering och utanförskap kan ha ogynnsam betydelse hos redan sårbara individer.

Barndomstrauma

En nyligen publicerad systematisk litteraturgenomgång ger ett visst stöd för att det finns ett samband mellan trauma under barndomen, särskilt sexuella men även fysiska och emotionella övergrepp, och psykotiska symtom som vuxen (Bendall 2008). Författarna pekar dock på att det finns många metodologiska problem med studierna. Mekanismerna är oklara men hormonella störningar i omsättning av kortikosteroider (HPA-axeln) har föreslagits (van Winkel 2008).

Storstad

Att växa upp i storstad utgör också en ökad risk för framtida psykosjukdom (Mortensen 1999). Risken ökar med antalet år man lever i en storstad (Pedersen 2001). Det är svårt att förstå de bakomliggande orsakssambanden men i stora städer är till exempel infektionsrisken högre, liksom stressnivån. Den tillgängliga forskningen tyder på att det rör sig om en ökad risk och inte av selektion, det vill säga att människor med psykiatriska problem flyttar till storstadsregioner. Visst stöd för en interaktion med genetisk disposition har visats (van Os 2004, Krabbendam 2005) liksom att epigenetiska förändringar skulle kunna föreligga (Pedersen 2006).

Cannabis

En mycket viktig riskfaktor som det är praktiskt möjligt att påverka är cannabismissbruk. Flera studier visar en förhöjd risk att utveckla schizofreni efter cannabisbruk (Pedersen 2006, Arseneault 2004). Stora delar av forskarvärlden har varit skeptisk till detta samband och tolkat resultaten såsom självmedicinering. Nyare forskning tyder dock på att så inte är fallet. Det är dock uppenbart att de flesta som använt cannabis inte blir psykotiska. Studier har visat att det kan röra sig om personer med vissa gene-

tiska förutsättningar (Henquet 2008). Det finns också stöd för att fortsatt cannabisbruk efter psykosdebut förvärrar prognosen (Verdoux 2005).

Patofysiologi

Den mest tydliga neurobiologiska länken till förståelse av psykos vid schizofreni är det faktum att alla tillgängliga antipsykotiska läkemedel har blockad av dopaminreceptorer av D₂-typ som gemensam verkningsmekanism (Seeman 1975). Flera andra receptortyper har föreslagits mediera antipsykotisk effekt, men systematisk evidens för det är osäker.

Vid schizofreni tycks en förhöjd frisättbar mängd dopamin finnas vid nervterminalerna i vissa delar av hjärnan (Kegeles 2000). Möjligen föreligger även en funktionell sensitisering (receptormedierad överkänslighet) för dopamin, såsom ju också tycks föreligga vid amfetaminpsykos (Tsapakisa 2003).

För psykotisk och antipsykotisk läkemedelseffekt verkar basala ganglier (*nucleus caudatus*) och prefrontal neocortex vara inblandade och det extrapyramidala systemet (*putamen*) är säte för de mekanismer som utlöser rörelsebiverkningar av extrapyramidal typ.

Ärftlighet som det uttrycks från genomet determinerar den mest avgörande faktorn för insjuknanderisk, men trots en ytterligt omfattande forskning vet vi häpnadsväckande lite om de mekanismer med vilka genomet förmedlar denna sjukdomsrisk och var i genomet riskerna är kodade.

Det är sedan länge känt att kronisk psykosjukdom, som schizofreni, åtföljs av vidgade lateralventriklar i hjärnan. På senare år har strukturell magnetresonanstomografi visat att hjärnvolyten vid schizofreni är minskad, liksom mängden grå substans (Aaron 2008). Förändringar kan observeras redan första året efter insjuknandet. Vid insjuknande redan under puberteten är det visat att hjärnsubstansminskningen, som man normalt ser under tonårens hjärnmognad, är fyrfaldigt ökad och särskilt drabbar frontala och temporala områden.

Ovanstående fynd understryker det neurobiologiska fundamentet i schizofrenisjukdomen. Enligt preliminära undersökningar kan optimal läkemedelsbehandling troligen motverka de sjukdomsinducerade förändringarna. Andra undersökningar indikerar att kognitionsnedsättning som åtföljer psykosinsjuknande också kan minimeras med rätt avvägd antipsykotisk läkemedelsbehandling. Pågående undersökningar förvän-

tas utvisa om förmodade gynnsamma effekter på hjärnvävnad och kognitiva funktioner skiljer sig mellan tillgängliga preparat.

Sjukdomsfaser

Schizofreni kan ha mycket olika förlopp och svårighetsgrad. Förloppet är långdraget. Prodromal schizofreni pågår ofta i månader eller år och innefattar såväl ökade symtom (ångest, nedstämdhet, misstänksamhet, udda tankegångar och perceptuella förvrängningar) som försämrad funktion med ökad isolering och minskat intresse för skolgång och vänner. Under prodromalfasens senare del finns goda möjligheter till angelägen och tidig identifiering av sjukdomen.

Schizofrenisjukdom har traditionellt indelats i *akut fas*, *återhämtningsfas* respektive *residualfas*. Ett modernare och mer pragmatiskt sätt att dela in schizofreni är *akutfas*, *stabiliseringsfas* och *stabil fas/remission* (American Psychiatric Association, Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, second edition 2004, <http://www.psych.org>). På så sätt introduceras även remissionsbegreppet, vilket underlättar behandlingsutvärdering, där ju uppnående av remission bör ha en central roll.

Den **akuta fasen** präglas av en episod av psykos och målet med behandlingen bör vara att

- förhindra skada
- få kontroll över stört beteende
- reducera psykosymtom (t.ex. hallucinationer, vanföreställningar, desorganiserat tal och beteende, aggressivitet samt negativa och affektiva symtom)
- utredning av möjliga orsaker som bidragit till att utlösa episod av psykos (t.ex. akut psykisk stress, sömnbrist, drogmissbruk m.m.)
- etablera terapeutisk allians med patient och närstående
- behandla psykos för att så snabbt som möjligt återställa bästa möjliga funktion
- utarbeta långsiktig behandlingsplan i samverkan med patient, närstående och vårdgrannar (t.ex. socialtjänst).

Stabiliseringsfasen inleds när åtgärder vid akuta fasen initierats. Mål under stabiliseringsfasen, utöver vad som anges ovan, bör vara att

- reducera psykologisk stress
- upprätthålla stöd och behandling för att minimera risk för återfall i episod av psykos
- i samverkan med vårdgrannar verka för funktionell normalisering till ett självständigt liv
- ordna patient- och närståendebildning för att optimera medverkan till bästa möjliga utfall
- uppnå remission.

Det är angeläget att psykiatrins insatser under akut fas, stabiliseringsfas samt senare i stabil fas kännetecknas av kontinuitet och strävan efter god samverkan för strävan mot gemensamma mål.

Stabil fas vid schizofreni kännetecknas av symtomkontroll och regelbunden monitorering av patientens tillstånd och situation. Helst bör patienten ha uppnått remission i stabil fas, det vill säga stabil remissionsfas (se vidare stycket *Remission som behandlingsmål*, s. 59). Behandling i stabil fas syftar till att uppmuntra strävan till autonomi, gradvis förbättrad funktion och förebyggande av återfall i episod av psykos. Kontinuerlig monitorering av symtom, funktion, effekt och biverkningar av medicin, missbruk, somatiskt status, funktion med mera ska i stabil fas ske enligt rutiner som beskrivs i mer detalj senare i texten. Den regelbundna monitoreringen av patientens situation bidrar också till möjlighet att upprätthålla allmän uppsikt och god allians.

Förstadier och insjuknande i schizofreni

De flesta patienter som får diagnosen schizofreni genomgår en period på månader till år där de uppenbarligen har ett behov av vård och behandling (Glashan 2007). Under denna period uppfylls oftast inte diagnoskriterierna för ett psykotiskt tillstånd. Däremot uppfyller personen i fråga ofta kriterier för en eller flera andra psykiatriska diagnoser. Diagnostiken av premorbidfasen görs helt i backspeglarna. Då kan man se att personen haft en lägre funktionsnivå och ibland också en sänkt kognitiv funktion redan tidigt i livet. Prodromal schizofreni misstänks eller identifieras i första hand på kliniska observationer.

Personen söker sig oftast till primärvård, någon vårdgivare som de har förtroende för, skolhälsovården eller akutpsykiatrin. Det kan då vara ökande ångest, svårigheter att klara studier och arbete, känsla av person-

lighetsförändring och koncentrationssvårigheter som gör att personen söker hjälp. Ibland är det anhörigas oro för till exempel förändrat beteende, bristande hygien eller isolering som gör att man söker hjälp. Den kliniska bilden visar då ofta hereditet för psykisk sjukdom, kortvariga psykotiska symtom eller gränpsykotiska symtom med funktionsnedsättning.

En stor prospektiv studie av personer i möjlig prodromalfas visade att tankestörningar och impressiv språkstörning (receptiv språkstörning, dvs. svårigheter att förstå innebörden i talet och social förståelse i vidare bemärkelse) samt perceptuella förvrängningar kunde förutsäga kommande insjuknande i schizofreni, till skillnad från emotionella, affektiva, stressrelaterade problem eller somatisering (Klosterkötter 2001). Det kan vara bra att komma ihåg att det som för den professionella ter sig som en oklar klinisk bild med många möjliga differentialdiagnoser, är än mer obegripligt för den som är drabbad och upplever sig själv som starkt förändrad. En person som tar steget och söker hjälp har ofta svårt att uttrycka sig och beskriva sina svårigheter och sin oro.

För att bedöma prepsykotiska symtom används på några centrum en strukturerad intervjumetod: Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) (Lencz 2003). Här finns en möjlighet att på ett detaljerat vis skatta de tidiga psykotiska symtomen som överklighetskänsla, ovanligt tankeinnehåll, social isolering osv. Skalan består av steg från 0–6; steg 0–5 motsvarar steg 1–2 på PANSS-skalan, det vill säga de steg som på PANSS-skattning knappt uppfattas som tecken på manifest psykos.

De största meningsskiljaktigheterna i omhändertagandet av personer i prodromalfas finns kring medicineringen. De studier som gjorts med farmakologisk antipsykotisk behandling har alla haft brister och begränsningar, och det går inte att ge några rekommendationer. Bedömningen av om och när det är dags att erbjuda antipsykotiska läkemedel får fortsatt göras utifrån en samlad klinisk bild.

I någon studie har compliance vid antipsykotisk behandling varit mycket dålig och väsentligen sämre jämfört med när motsvarande grupp erbjöds antidepressiva läkemedel. Det man dock kan säga är att unga människor som uppvisar misstänkta tecken på begynnande allvarlig psykisk sjukdom och är hjälpsökande bör erbjudas

- regelbunden kontakt med god kontinuitet i ett psykiatriskt öppenvårdsteam
- behandling enligt gängse behandlingsprinciper för de symtom som uppträder, t.ex. ångest, depression och missbruk

- psykoedukativa insatser kring sina symtom
- symtomhantering och individuell information om aktuell symtombild både för egen del och för familjen.

Genom att systematiskt erbjuda dessa angelägna insatser når vi sannolikt tidigare de personer som på sikt riskerar att utveckla allvarlig psykosjukdom och kan då förhoppningsvis bidra till att minska konsekvenserna av sjukdomen. Här är utbildning av personal i primärvård och skolhälsovård av avgörande betydelse och psykiatrin behöver vara uppmärksam på ungdomar som söker för diffus problematik.

Kognition

Individer med schizofreni har i regel kognitiva funktionsnedsättningar av sådan grad att dessa inte enbart kan förklaras utifrån familje- eller miljöfaktorer. Gruppen uppvisar generellt funktionsnedsättningar inom flertalet kognitiva områden såsom uppmärksamhet, processhastighet, arbetsminne, explicit långtidsminne, aspekter av exekutiva funktioner samt social kognition (Wykes 2005). Funktionsnedsättningarnas omfattning samt kognitiv profil varierar dock påtagligt mellan olika individer och cirka en fjärdedel av patientgruppen uppvisar en kognitiv funktionsnivå inom normalzonen (Kremen 2000).

Det har diskuterats huruvida schizofreni är en tidig avvikelse i nervsystemets utveckling som accentueras i samband med första insjuknandet eller en degenerativ process som karakteriseras av kognitiva funktionsnedsättningar uppkomna vid insjuknandet. Flera kohortstudier ger stöd för att tidiga kognitiva funktionsnedsättningar under barnåren är ofta förekommande i patientgruppen och visar att barn som senare i livet utvecklar schizofreni presterar lägre resultat både på verbala och icke-verbala neuropsykologiska test vid fyra samt sju års ålder, har lägre IQ vid sju års ålder samt sämre skolprestationer jämfört med både friska kontroller samt barn med emotionella problem (Cannon 1999, 2000).

I samband med de första symtomen, och sannolikt också under sjukdomens prodromalfas, genomgår den kognitiva funktionsnivån oftast en signifikant sänkning (Bilder 2000). Vissa aspekter av kognitiv funktion tycks under de första månaderna efter den akuta fasen återhämta sig något. Men efter denna stabiliseringsperiod visar majoriteten av patientgruppen ändå signifikanta globala kognitiva funktionsnedsättning-

är jämfört med friska kontroller (Haas 2003). Mycket tyder på att den kognitiva funktionsnivån därefter håller sig relativt stabil över tid, även om vissa fluktuationer kan förekomma i samband med nya psykosepisoder (Rund 1998, Kurtz 2005). I de studier där man funnit fortsatt kognitiv funktionssänkning över tid har man i många fall kunnat identifiera specifika riskfaktorer, som exempelvis låg utbildning, institutionalisering, kroniskt förlopp samt hög grad av positiva symtom (O'Donnell 2007).

6. Diagnostik

ATT STÄLLA DIAGNOSEN schizofreni upplevs ofta som obehagligt, inte minst då det gäller en ung människa med livet framför sig. Detta kan ibland fördröja diagnos och därmed adekvat behandling, men ett sådant förfarande är inte i patientens långsiktiga intresse. Att få veta sin diagnos är en rättighet liksom att ha tillgång till den kompetens som krävs för att diagnosen ska kunna ställas och behandlingen ska kunna påbörjas. Studier av tidiga interventionsprogram har visat att en förkortad DUP (duration of untreated psychosis, dvs. den tid som en psykos är obehandlad) ger en gynnsammare prognos avseende vissa utfallsmått som till exempel social funktion (Melle 2008, Bertelsen 2008). En tidig och korrekt diagnos är således angelägen.

En diagnos kan vara fel på två sätt. Detta beskrivs med termerna sensitivitet och specificitet. Anta att man är mycket återhållsam med att ställa diagnosen – man vill vara helt säker eftersom budskapet (du har schizofreni) är så negativt och de åtgärder som då behöver vidtas är så ingripande. Då har man dålig sensitivitet (man missar många fall av schizofreni, ”många falska negativa”). Om man har för breda kriterier för diagnosen, till exempel ställer den innan varaktighetskriteriet sex månader är uppfyllt (se nedan, DSM-IV-kriterier) kommer ett antal patienter som inte har schizofreni att få diagnosen, informeras om detta, och en rad ingripande åtgärder kommer att behöva vidtas. Då har man dålig specificitet (”många falska positiva”). Eftersom de evidensbaserade behandlingsrekommendationerna vid schizofreni bygger på undersökningar där diagnosen fastställts så gott det går, med lojalitet mot gällande diagnoskriterier, så vet man inte vad man får för utfall av behandlingen om man inte ställer korrekt diagnos.

Säkerheten i diagnostiken blir störst om man tillämpar gällande diagnoskriterier, och inom ramen för den kliniska utredningen genomför en strukturerad manualstyrd diagnostisk intervju (SCID, se nedan). Psyki-

atrin har en fot i natur- och beteendevetenskapligt orienterad forskning, den andra foten inom humaniora och samhällsvetenskaper med en liknande inriktning. Man ska stå på bägge fötterna – det finns ingen konflikt mellan ett strukturerat och delvis mekaniskt/biologiskt inhämtande av information och en förståelseorienterad hållning till patienten. Även den starkt humanistiskt inriktade klinikern måste ställa diagnoser med hjälp av fyrkantiga diagnoskriterier. Att kommunicera schizofrenidiagnosen med patient och anhöriga kräver tid och engagemang. Har man en humanistisk hållning och förståelse gör man det bättre.

Det finns ytterligare argument för att inte ta strukturerad diagnostik på allvar – med inslag av grandiositet: ”Min kliniska skicklighet är så stor att jag inte behöver strukturerade diagnosmetoder.” Man resonerar som en erfaren (och respektlös) pilot med många flygtimmar: ”Nu kan jag checklistan utantill så jag behöver inte gå igenom punkterna varanda gång jag ska flyga.” Förr eller senare missar man något. Det finns en begriplig tanke i ett liknande kliniskt resonemang (men aldrig i pilotfallet). Patienter är helt enkelt så olika varandra att det kan kännas både meningslöst och kränkande att stoppa in dem i fördefinierade fack. Det är också ett sakförhållande att lång tids erfarenhet gör att man utvecklar en sorts förtrogenhetskunskap, man ”känner igen” patienter med schizofreni. De gamle kallade detta för ”praecox-känsla”. De som har den förstågan ska naturligtvis använda den, men det är ingen ursäkt för att avstå från strukturerad kriteriebaserad diagnostik.

Vårt nuvarande diagnostiska system har en lång historia, till vilken många begåvade och engagerade kliniker och forskare har bidragit under mer än tvåhundra år. Systemet kan förvisso kritiseras på många punkter – det är en kompromiss, som det mesta i vår värld. Just nu finns det inget bättre alternativ och då ska vi vara respektfulla och lojala mot systemet.

Diagnostiska metoder och system

DSM-IV och ICD-10

De två diagnostiska system som används i större delen av världen för diagnostisering av schizofreni och andra psykiatriska störningar är DSM-IV (Diagnostic and statistical manual for mental disorders, fourth edition) (DSM-IV 1994) och ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision) (ICD-10, 1994).

DSM-IV är ett klassificeringssystem från USA och ICD-10 är WHO:s instrument för klassificering.

På grund av vissa skillnader i kriterietexterna diagnostiseras schizofreni något oftare när man utgår från ICD-systemet än när man stöder sig på DSM-systemet. Båda systemen kräver att patienten ska uppvisa karakteristiska schizofrena symtom under en månads tid samt att symtomen inte beror på förstämningssyndrom, organisk hjärnsjukdom eller är direkt utlösta av ett missbruk av psychoaktiva substanser.

Även om karakteristiska symtom skiljer något mellan de två systemen så till vida att ICD-10 lägger större tonvikt än DSM-IV vid Schneiders "first rank symptoms" (alltså de positiva symtomen), är dock de två systemen i stort sett kompatibla.

Den viktigaste skillnaden mellan systemen är att diagnosen enligt ICD-10 endast kräver karakteristiska symtom under en månad: ICD-10 kräver inte, som det diagnostiska systemet DSM-IV, en observationstid på sex månader från sjukdomsdebut till dess diagnosen schizofreni ställs. Schizofrenibegreppet är alltså något vidare i ICD-10. ICD-10 nämner inte heller prodromal- eller residualsymtom och inkluderar icke-psykotiska tillstånd som schizotypi och simplex-schizofreni i den generella kategorin "schizofrenier". I DSM-IV tillhör schizotypi personlighetsstörningar och ska således diagnostiseras under Axell II.

För att diagnosen schizofreni ska kunna ställas krävs enligt dessa diagnostiska system, DSM-IV eller ICD-10, uppvisande av minst två symtom, varav vart och ett ska föreligga en stor del av tiden, under en period på minst en månad (eller kortare tid vid framgångsrik behandling). De symtom som finns nämnda i båda de diagnostiska systemen är vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal (t.ex. uppluckrade associationer och/eller splittring), påtagligt desorganiserat eller katatont beteende och negativa symtom såsom affektiv avflackning, utarmat tankeliv eller viljelöshet. Ett undantag från regeln att minst två symtom måste vara närvarande är förekomst av bisarra vanföreställningar eller hallucinationer bestående av en röst som ständigt kommenterar personens beteende eller tankar alternativt två eller flera röster som samtalar med varandra. Detta är symtom som är "patognomona" vid schizofreni, på samma sätt som smultrontunga vid schalakangsfeber.

För att diagnosen schizofreni ska få ställas krävs även en nedgång av individens funktionsnivå i något viktigt avseende: i nära relationer, socialt, studiemässigt eller yrkesmässigt.

Enligt DSM måste kontinuerliga sjukdomstecken ha varit närvarande under minst sex månader innan diagnosen ställs. Denna sexmånadersperiod måste innefatta en period på minst en månad med aktiva psykotiska symtom.

Innan diagnosen schizofreni ställs ska andra schizofrena syndrom samt övriga differentialdiagnoser kunna uteslutas.

Schizofrena syndrom

Schizofreniformt syndrom. Schizofreniformt syndrom uppvisar samma sjukdomsbild som schizofreni. Den avgörande skillnaden är att varaktigheten av syndromet är kortare än sex månader. Enligt DSM-IV kan en patient ha flera perioder med schizofreniformt syndrom utan att få diagnosen schizofreni. Detta under förutsättning att varje episod är kortare än sex månader och att individen tillfrisknar helt mellan episoderna. Det är i dag oklart om schizofreniformt syndrom och schizofreni är två syndrom eller om schizofreniformt syndrom ska räknas som en undergrupp av schizofreni med god prognos.

Schizoaffektiva syndrom. Schizoaffektiva syndrom finns någonstans i gränslandet mellan förstämningssyndrom och schizofreni. För att diagnosen schizoaffektivt syndrom ska kunna ställas krävs att individen under en och samma sjukdomsperiod har vanföreställningar och hallucinationer under minst två veckor i frånvaro av framträdande förstämningssymtom. Symtom som uppfyller kriterierna för förstämningssyndrom finns annars under en betydande del av sjukdomsperioden. Inom denna gråzon kan man specificera om psykossymtom eller förstämningssymtom dominerar.

Differentialdiagnostik

Differentialdiagnoser till schizofrena syndrom inkluderar övriga psykotiska syndrom, inte minst missbruksutlösta eller hjärnskadebetingade, förstämningssyndrom med psykotiska symtom samt icke-psykotiska personlighetsstörningar (såsom schizotypal, schizoid och paranoid personlighetsstörning), men även andra tillstånd med psykossymtom och/eller hallucinos såsom depression, bipolär sjukdom, posttraumatiskt stressyndrom, borderlinetillstånd och autismspektrumstörning (Lieberman 2006).

Vanföreställningssyndrom

Vanföreställningssyndrom skiljer sig från schizofreni genom avsaknaden av uttalad hallucinos, tankestörningar eller bisarra vanföreställningar som att vara styrd av en yttre makt eller kraft. Vid vanföreställningssyndrom är icke-bisarra vanföreställningar det mest uttalade symtomet. Detta innebär att innehållet i vanföreställningarna rör situationer som kan inträffa i verkligheten, till exempel att vara förföljd av en speciell grupp individer, att lida av en livshotande sjukdom eller bli bedragen av sin partner.

Kortvarig psykos

Vid kortvarig psykos uppvisar individen minst ett psykotiskt symtom: vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal eller desorganiserat beteende. Som diagnosens namn antyder ska sjukdomsförloppet vara kort, episodens längd är kortare än en månad. Patienten ska efter episoden återfå sin fulla hälsa och vanliga funktionsförmåga. När diagnosen kortvarig psykos ställs är det av värde att specificera om symtomen debuterade kort efter en starkt påfrestande händelse eller inte. Om en eller flera påfrestande händelser har ägt rum i nära anslutning till debuten av den kortvariga psykosens kan detta ses som ett orsakssamband.

Kortvarig reaktiv psykos

Vid kortvarig reaktiv psykos har symtomen debuterat kort efter och uppenbart som en följd av en eller flera händelser som var för sig eller tillsammans skulle vara en uppenbar stressfaktor för i stort sett vem som helst inom samma kultur.

Utvidgad psykos (folie à deux)

Utvidgad psykos är ett ovanligt syndrom som drabbar minst två individer. En vanföreställning utvecklas hos en person som står i ett nära förhållande till någon (eller några) som redan lider av en vanföreställning. Vanföreställningarna hos de drabbade individerna överensstämmer innehållsmässigt.

Psykotiska syndrom vid kroppsliga sjukdomar

Kroppsliga sjukdomar kan också visa sig med psykotiska symtom och då som hallucinationer och vanföreställningar. De mest vanliga tillstånden där detta kan ske är vid temporallobsepilepsi, hjärntumörer, slagan-

fall, hjärnskada, endokrina eller metabola störningar, infektioner i CNS, multipel skleros samt autoimmuna sjukdomar, inte minst vaskuliter. Differentialdiagnostiskt krävs noggrann anamnes, detaljerat somatiskt och/eller neurologiskt status samt adekvat provtagning.

Substansbetingat psykotiskt syndrom

En mängd olika psykoaktiva substanser såsom amfetamin, marijuana och hallucinogener kan utlösa psykotiska syndrom. Om psykosen utvecklas i nära anslutning till drogintaget kan differentialdiagnosen vara relativt lätt att ställa. Det är betydligt svårare om det akuta psykotiska tillståndet efter drogintaget utvecklas till ett mer kroniskt psykotiskt syndrom. Det finns inga klara riktlinjer för hur lång tid av drogfrihet som måste gå innan man får ställa diagnosen schizofreni, men enligt World Psychiatric Association ökar risken för att det ska röra sig om schizofreni betydligt om personen fortfarande uppvisar psykotiska symtom efter en drogfri period på 2–6 veckor. I DSM-systemet betonas kopplingen mellan drogens förekomst i kroppen och förekomsten av psykotiska symtom. Om det finns skäl att anta att substansen helt har eliminerats ur kroppen förväntas också symtomen avklinga. Om detta inte är fallet, utan symtomen kvarstår en längre tid, byter man enligt DSM-systemet diagnos från substansbetingat psykotiskt syndrom till en icke-substansbetingad psykosdiagnos, till exempel schizofreni.

Psykotiskt syndrom UNS

Under diagnosen psykotiska syndrom UNS (utan närmare specifikation) inkluderas psykotisk symptomatologi där det inte finns tillräckligt med (eller motsägelsefull) information för att man ska kunna ställa en specifik diagnos.

Autismspektrumstörningar

Aspergers syndrom och autism kännetecknas bland annat av nedsatt förmåga till social interaktion såsom svårigheter att använda icke-verbala beteenden, att etablera kamratrelationer, att kommunicera med andra och dela intressen eller glädjämnen. Dessa svårigheter har vissa likheter med de negativa symtomen och funktionsnedsättningen vid schizofreni.

Tvångssyndrom

Personer med tvångssyndrom (OCD) lider av tvångstankar och/eller tvångshandlingar som orsakar ett påtagligt lidande och som upplevs av individen själv som överdrivna eller orimliga. Tvångssymtom förekommer även vid schizofreni men har då vanföreställningskaraktär och är således vanligtvis inte förenade med insikt.

Personlighetsstörningar

Kluster A i DSM-IV, Axial II, innehåller tre personlighetsstörningar: schizoid personlighetsstörning, schizotypal personlighetsstörning och paranoid personlighetsstörning. Den schizotypala personlighetsstörningen uppvisar biologisk släktskap med schizofreni: likartade avvikelser i transmittormetaboliter i likvor, patologiska ögonföljerörelser samt kognitiva störningar som ses hos patienter med schizofrena syndrom (Herlofson 2009). Vid diagnostisering kan en person med schizotypal personlighetsstörning te sig mycket lik en person med residualschizofreni. Vad som saknas för diagnostisering av schizofreni är en tidigare genomgången period med psykotiska symtom.

Förstämmningssyndrom

Vid förstämmningssyndrom kan patienten uppvisa psykotiska symtom. Vanföreställningar kan förekomma vid såväl depressiva som maniska episoder. Barn och ungdomar med affektiv störning kan ha framträdande psykossymtom som inte går att skilja från psykossymtomen vid schizofreni men där förloppet över tid och förekomsten av tillräckliga affektiva symtom antyder en affektiv sjukdom i stället. Affektiv psykos är hos unga betydligt vanligare än schizofreni.

Samsjuklighet

Under förloppet av ett schizofrenisyndrom kan individen drabbas av andra psykiatriska syndrom. Två eller flera diagnoser hos samma individ vid samma tidpunkt kan innebära att behandlingsstrategierna måste omprövas. Förekomsten av samsjuklighet är således viktig att beakta.

Många individer med schizofrenidiagnos får någon gång under sjukdomsförloppet depressiva symtom, ibland i anslutning till att de får insikt om vad de lider av, vad detta har inneburit och kan komma att innebära för dem.

I DSM-IV anges att svår premorbid autismspektrumstörning utesluter schizofrenidiagnos i vuxen ålder, vilket historiskt sett är en konsekvens av att man redan har en diagnos som förklarar det mesta av symtomen vid schizofreni – i DSM-III kallad ”Genomgripande störning av utvecklingen” eller ”barnschizofreni, med diagnoskod 299”. Kliniskt sett ter sig detta ganska konstigt men tills vidare får vi vara lojala mot denna begränsning i diagnostiken, såvida man inte har mycket goda skäl för att ändå ställa en schizofrenidiagnos.

Ett annat exempel på psykiatrisk samsjuklighet kan vara en premorbid personlighetsstörning som kan avslöjas med hjälp av en strukturerad intervju med avseende på personlighetsdrag i ett lugnt skede av det schizofrena syndromet. Nyligen har data presenterats som talar för att den sedan länge kända höga frekvensen av *poor premorbid adjustment* vid schizofreni, det vill säga psykiatriska och/eller sociala problem under barna- och ungdomsåret, klart före sjukdomsdebuten i schizofreni, i många fall kan vara uttryck för ADHD och/eller trotssyndrom/uppförandestörning. En sådan samsjuklighet är också väl förenlig med den nuvarande mycket höga frekvensen av missbruk bland patienter med schizofreni.

Jämfört med befolkningen i övrigt föreligger dessutom en förhöjd risk att vid psykossjukdom, särskilt schizofreni, drabbas av kroppsliga sjukdomar. Hjärt-kärlsjukdomar, alkohol- och drogmissbruk och cancer har blivit allt vanligare i denna grupp.

Basutredning

Varje nydebuterad psykos är ett allvarligt psykiskt sjukdomstillstånd och motiverar en mycket noggrann och systematisk utredning. Utredningen ska omfatta såväl medicinska och psykologiska som sociala aspekter och ska sedan ligga till grund för den vård och de behandlingsinsatser som patienten kommer att erbjudas. Eftersom somatisk och psykiatrisk samsjuklighet är vanligt förekommande krävs specifika insatser för att noggrant kunna bedöma detta. Inte minst vid insjuknande i de högre åldersgrupperna är det av stor vikt att göra en grundlig somatisk utredning för att utesluta eventuella kroppsliga orsaker till den uppvisade symtombilden.

Anamnes och social utredning

En noggrann utredning kräver i första hand anamnes och social utredning. I anamnesen ska ingå förekomst av psykisk sjukdom i släkten både hos förstagrads- och andragsradssläktingar, om det är möjligt att få information om detta. Förlossningsjournal bör om möjligt inhämtas, då det vid schizofreni finns en överrepresentation av förlossningskomplikationer jämfört med normalbefolkningen. Det krävs en noggrann genomgång av tidigare somatiska sjukdomar såsom skalltrauma och infektioner i CNS. Tidigare och aktuella familjeförhållanden, uppväxt och utveckling inklusive sexualanamnes, skolgång, förekomst av barnpsykiatriska symtom av utagerande (alloplastisk) art (ADHD, trotsyndrom, uppförandestörning) eller av autoplastisk art (fobier, depressioner, tvång), eventuell mobbningsproblematik, arbete samt högre utbildning ska kartläggas. Vilka "milstolpar" har patienten lyckats passera och hur har socialisationsprocessen gestaltat sig?

Sexualanamnes kan verka överdrivet att fördjupa sig i men vid psykotisk sjukdom är det inte ovanligt att en ung individ känner osäkerhet kring sin sexuella läggning. Kännedom om detta med åtföljande diskussioner och samtal kan vara stödjande för den drabbade individen. Därutöver är det viktigt att försöka bedöma individens premorbida begåvningsnivå och kartlägga individens intressen, personlighet, utvecklingsanamnes och tidigare högsta funktionsnivå. Man måste i detalj gå in på sjukdomsutvecklingen och här ska man i de flesta fall komplettera med information från nära anhöriga. En viktig fråga är om det finns självmordsförsök i anamnesen. Har sjukdomsdebuten föregåtts av aktuella påfrestningar eller mer långvariga problem? Finns det aktuellt eller tidigare bruk av droger, alkohol och/eller tobak?

Premorbid begåvningsnivå och förekomst av kognitiv reduktion ska bedömas därför att långtidsprognosen styrs mer av detta än av någon annan typ av information. Detta förutsätter att man gör en psykologutredning. Medvetenhet om patientens kognitiva problem, som föreligger i kliniskt signifikant grad hos minst två fall av tre patienter med schizofreni, är också nödvändig när man som kliniker utformar informationen till patienten.

Som hjälp i diagnostiken kan en strukturerad intervju vara av värde. Ett exempel på sådan är M.I.N.I. 6.0 (Sheehan 2009). Psykosmodulen i denna differentierar dock inte mellan olika psykotiska syndrom. En utvidgad psykosmodul med specifik schizofrenidiagnostik finns i M.I.N.I. Plus, som dock ännu inte finns översatt från engelskan.

Somatisk utredning

I samtliga fall ska en noggrann somatisk utredning inklusive neurologstatus göras. I vissa fall låter sig detta inte göras i det mest akuta skedet eftersom den individ som ska undersökas kan vara rädd, ångestfylld samt ha svårt med den nära kontakt som en somatisk utredning innebär. Det är dock viktigt att den somatiska undersökningen sker så snart det är möjligt. I övrigt rekommenderas datortomografiundersökning eller annan likvärdig hjärnabbildningsundersökning för att utesluta hjärnpatologi samt EEG-undersökning för att utesluta epileptogen aktivitet (främst temporallobsepilepsi), som kan ge upphov till psykiatriska symtom.

Laboratorieundersökningar

För att upptäcka eventuella samtidiga somatiska sjukdomar, som ett inslag i psykiatrisk differentialdiagnostik samt för att få ett utgångsläge för eventuella biverkningar av läkemedel, har laboratorieundersökning sin plats i utredningen.

Följande analyser bör ingå i utredning av misstänkt schizofrenisjukdom: blodfetter, B-glukos, Hb, LPK, B-celler, trombocyter, ASAT, ALAT, bilirubin, alkaliska fosfataser, gamma-GT, Na, K, Ca, kreatinin samt TSH. Alkohol- och drogscreening bör göras, på grund av den höga förekomsten av samtidigt missbruk, dels med tanke på differentialdiagnostik gentemot substansbetingade psykotiska syndrom. Vid speciella misstankar bör även ingå hiv, lues, borrelia, endokrinologiska avvikelser samt undantagsvis kromosomundersökning. Det sistnämnda sker på specifik misstanke om ett syndrom, till exempel fragil-X, där man vet att det finns en översjuklighet i psykiatriskt lidande. För monitorering av somatisk hälsa, se vidare under *Somatisk vård och monitorering av somatisk hälsa*, s. 97.

Sammanfattning av innehåll i basal utredning

Anamnes och status

- Noggrann genomgång av aktuell symtombild, eventuellt med hjälp av strukturerad intervju och skattningsskalor.
- Hereditet
- Förlossningsjournal
- Uppväxt och utveckling
- Tidigare och aktuell situation beträffande familj, bostad, studier, skola
- Tidigare personlighet, intressen, högsta funktionsnivå
- Sexualanamnes
- Alkohol, droger, tobak
- Somatiska sjukdomar, medicinering
- Motions- och matvanor och övrig livsstil
- Riskbedömningar (självskada, suicid, risk för andra)

Somatisk utredning

- Somatiskt status inkl. neurologstatus
- Längd och vikt
- Datortomografi eller MRI (magnetkamera)
- EEG

Laboratorieundersökningar

- Rutinprover
- Drogscreening
- Ev. hiv, lues, borrelia

Funktion (ADL)

- Neuropsykologi
- Sociala förhållanden

7. Symtom- och funktionsbedömning

DET FINNS I DAG ett stort antal skattningsskalor som används i bedömningen av patienter med schizofreni. En del av dessa är syndromspecifika, det vill säga särskilt inriktade mot schizofrenisjukdomen, andra är mer allmänna och kan användas vid olika psykiska sjukdomar. Det finns skalor för symtomskattning, sjukdomsgrad, depression, farlighet, livskvalitet med mera. Användande av skalor kan utgöra utgångspunkt för behandlingsplanering, samt ge möjlighet att följa och utvärdera förlopp och behandlingseffekt. Mer detaljerad information om relevanta skattningsskalor finns i kapitel 9, *Uppföljning* och utvalda skalor finns för nedladdning via www.svenskpsykiatri.se.

Riskfaktorer för hot och våld

Endast en liten del av våldsbrotten i samhället utförs av personer med schizofreni och endast en liten andel av personer med schizofreni begår någon gång under sitt liv en allvarlig våldshandling (Walsh 2002). Andra grupper i samhället uppvisar en högre risk för aggressivt beteende jämfört med personer med schizofreni, såsom personer med tidig beteendestörning, personlighetsstörning, tidigare kriminalitet och missbruk.

Även om forskningsområdet hot och våld lider av metodologiska svårigheter tyder dock de flesta studier på att risken för våldshandlingar är förhöjd bland personer med schizofreni jämfört med befolkningen i övrigt, även risken för allvarliga våldsgärningar (Walsh 2002, Meehan 2006, Tiihonen 1997). Allvarliga våldshandlingar drabbar framför allt anhöriga och närstående (Nordström 2004, Swanson 2006).

Predicering (dvs. förutsägelse) av våld hos en viss individ vilar på en osäker vetenskaplig grund. Även om en individ uppvisar en rad kända

riskfaktorer för våld hjälper det oss inte att säkert avgöra *om* och i så fall *när* just denna individ kommer att begå en våldshandling (SBU 2005). Personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med patienter med schizofreni bör ägna sig mer åt prevention än prediktion av våldshandling. Att inte försöka påverka kända och påverkbara riskfaktorer för våld hos patienter med schizofreni ter sig inte försvarbart ur etisk synvinkel. För personal inom sjukvård och kommun som kommer i kontakt med denna patientgrupp är det därför viktigt att känna till de riskfaktorer som kan öka risk för våld samt strategier för riskhantering så att insatser kan göras för att minska risk för våld, såväl på sjukvårdsinrättning som ute i samhället.

För personer med schizofreni gäller samma generella riskfaktorer för framtida våld som för andra grupper i samhället. Samtidigt missbruk ökar risken för våld markant även i denna grupp (Swanson 1990, Tiihonen 1997, Brennan 2000) och förekomst av missbruk är också hög bland personer med schizofreni. Liksom hos befolkningen i övrigt innebär manligt kön, låg ålder, personlighetsstörning – framför allt med antisociala drag – tidigare kriminalitet och tidigare våldsbrott också en förhöjd risk (Walsh 2002, 2003, Swanson 1990, 2006). Skattningsskalor för bedömning av risk med ett bredare fokus än schizofreni, såsom HCR-20, kan därmed vara ett stöd för igenkännande av riskfaktorer även i denna patientgrupp.

Riskfaktorer för våld som är specifika för personer med schizofreni och som återkommande betonas i undersökningar är bristande medicineringsfölsamhet (Nordström 2004, Marwin 1998) samt psykotiska symtom med vanföreställningar om att vara utsatt för hot och förföljelse av andra (Stompe 2004, Link 1994, Appelbaum 2000).

PANSS-skalan kan vara ett stöd för riskbedömning i praktiskt kliniskt sammanhang. I en större retrospektiv studie (Swanson 2006) sågs höga poäng på PANSS-skalans positiva symtomkluster korrelera till ökad risk för allvarligt våld. Särskilt PANSS-symtomen fientlighet, misstänksamhet/förföljelse, hallucinatoriskt beteende, grandiositet samt excitation var associerade till ökad risk; framför allt sågs detta i kombination med låga poäng på skalans negativa symtomkluster. Höga poäng på skalans negativa symtomkluster tycktes snarast ha en skyddande effekt från risksynpunkt.

Hur enskilda symtom som kan indikera förhöjd risk för våld ska värderas är svårt att ge någon generell rekommendation om. Det kan till exempel gälla imperativ rösthallucinos som uppmanar till våld eller tvångstankar att skada andra. Sådana symtom bör förstås tas på allvar, särskilt

Allmänna åtgärder för att förebygga våld hos patienter med schizofreni

- Screening av alkohol och drogvvanor.
- Behandlingsinsatser mot ett eventuellt missbruk.
- Medvetet arbete för god farmakologisk behandlingsföljksamhet.
- Rutiner för uppsökande insatser om patienten uteblir från behandlingskontakter.
- Fungerande rutiner för samverkan mellan olika vård- och biståndsgivare.
- Rutiner för god säkerhet på den psykiatriska mottagningen (t.ex. metod för bemötande av patient, utformning av reception, larm, bemannings-schema).
- Ökad riskmedvetenhet gällande patienter med flera riskfaktorer för våld, t.ex. tidigare våldshandlingar, missbruk, antisociala personlighetsdrag, bristande behandlingsföljksamhet eller vanföreställningar med förföljelseinnehåll.

om de förekommer i kombination med andra riskfaktorer för våld, och ansvarig läkare bör uppmärksammas på förekomst av sådana symptom för att ges möjlighet till en riskbedömning.

Även om endast en liten andel av personer med schizofreni någon gång under sitt liv begår en allvarlig våldshandling medför varje sådant brott en personlig tragedi för offret och dess anhöriga såväl som för förövaren. Därtill riskerar stigmatiseringen för gruppen psykossjuka att öka för varje sådan allvarlig våldsincident som rapporteras av medierna. Varje vårdorganisation som arbetar med denna patientgrupp bör därför, vid sidan av att ge god omvårdnad och behandling, också ha en klart definierad strategi för att uppnå en god riskhantering och säkerhet i vårdarbetet.

En väl fungerande riskhantering medför att riskprediktionen inte infrias. Riskhantering innefattar identifiering av kliniska och situationsrelaterade risker som kan modifieras. Tvång i vården bör kombineras med förebyggande arbete för att eftersträva god riskhantering, med så lite användande av tvång som är möjligt. En god så kallad säkerhetskultur i vården kan vara svår att definiera men desto lättare att känna igen då den fungerar – eller då den har brutit samman. Screening avseende missbruk i denna patientgrupp bör ingå rutinmässigt liksom handlingsplaner för uppsökande verksamhet när patienten uteblir från kontakter eller vid bristande behandlingsföljksamhet på annat sätt.

Anhörigas oro för aggressivitet bör tas på allvar. Låg grad av engagemang och ansvarstagande hos personalen, otydliga arbetsrutiner och en accepterande inställning till överträdelse av de rutiner och regler för säkerhetstänkande som finns är däremot inte förenligt med en god säkerhetskultur (Kumar 2005).

Funktionsbedömning – arbetsterapi

Utmärkande för patientgruppen är att sjukdomen och dess funktionshinder begränsar patienten i att uppnå den självständighet och funktion man önskar i sin vardag. De förmågor som krävs för nödvändiga vardagsaktiviteter är påverkade, vilket ger minskad självständighet i exempelvis boende, studier och arbete/sysselsättning. I ett rehabiliteringsskede är det nödvändigt att kartlägga patientens funktion för att kunna ge adekvata behandlande och rehabiliterande insatser samt för att kunna finna fungerande strategier och hjälpmedel.

De områden som innefattas i den arbetsterapeutiska utredningen är en kartläggning av patientens förmåga i det dagliga livets aktiviteter (ADL), arbetsförmåga, social funktion och kognitiv funktion.

Kartläggning av patientens ADL-förmåga görs i form av intervjuer, skattningar, observationer och test. Instrument som bör inkluderas i bedömningsarbetet är instrumentet ADL-taxonomin, som beskriver personens aktivitetsförmåga inom områdena personlig vård, boende och kommunikation. Ett vedertaget instrument för att bedöma och mäta patientens motoriska färdigheter och processfärdigheter är *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS). För områdena arbetsförmåga, social funktion och bedömning av kognitiv funktion bör bedömningarna göras utifrån skattningsinstrument eller för ändamålet utformade test.

Neuropsykologisk utredning

Patienter med schizofreni har ofta funktionsnedsättningar i såväl basala som mer komplexa kognitiva funktioner. Dessa funktionsnedsättningar utgör centrala fenomen vid sjukdomens uppkomst och har dessutom en ansevärd inverkan på individens framtida prognos (Hoff 2003, Gopal 2005, Green 2001). De kognitiva funktionsnedsättningarna är mycket vanligt förekommande men variationen inom patientgruppen är stor. Därför är det angeläget att varje patient utreds individuellt.

Den neuropsykologiska utredningen, se även s. 56, syftar till att beskriva och tydliggöra patientens svårigheter och resurser samt vara utgångspunkt för en individualiserad behandlingsplanering. Den kan även utgöra en värdefull aspekt vid differentialdiagnostiska överväganden. Eftersom utredningen bidrar till att identifiera patienter med sämre prognos kan en anpassad behandling och stödjande insatser sättas in i ett tidigt skede. På detta sätt kan man minska risken för ytterligare försämring till följd av de sekundärproblem i vardagen som sjukdomen orsakar. När patienten blir medveten om sina styrkor och begränsningar avmystifieras symtomen och patient och nätverk kan i stället fokusera på att utveckla resurser samt finna kompensatoriska strategier i vardagen. Kommunikation med professionella och anhöriga underlättas med ökad kunskap om patientens kognitiva funktionsnivå och kan vägleda patient och nätverk i att ställa rimliga krav samt formulera realistiska livsmål. Vidare kan psykologiska behandlingsinsatser anpassas utifrån kunskap om individuell kognitiv funktionsprofil.

En väl genomförd utredning kan ha en terapeutisk effekt genom att patienten under processen blir medveten om sina styrkor och begränsningar (Finn 2007). Upprepade förkortade utredningsinsatser kan även användas vid uppföljning och utvärdering av insatser över tid.

Den neuropsykologiska utredningen bör utföras relativt tidigt i sjukdomsförloppet, men det akuta psykotiska skovet bör ha stabiliserats innan testning inleds. Testresultaten kan bli missvisande om patienten på grund av sina psykotiska symtom inte förmår delta adekvat i testsituationen eller missförstår syftet med utredningen. Här finns givetvis en rent etisk aspekt att ta hänsyn till. God klinisk praxis är att i ett första steg inleda en alliansbyggande kontakt under tiden patienten stabiliseras för att senare på ett tydligt sätt, gärna både i tal och i skrift, informera om utredningen och vad denna innebär. Därefter vidtar testadministreringen som sedan efterföljs av tolkning och bedömning, utlåtandeskrivning samt i sista steget återkoppling till patient och andra berörda.

Utredningen, bedömningen och sammanställningen av testresultat ska utföras av psykolog med neuropsykologisk kompetens som i sin bedömning använder utredningsinstrument med god reliabilitet och validitet. Basen i den neuropsykologiska utredningen bör vara den senast utgivna versionen av WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), som utgör mått på allmänbegåvning utifrån flera olika aspekter av kognitiv funktion såsom verbala- och visuospatiala förmågor, arbetsminne och processhas-

tighet. Med fördel kan man även använda ett neuropsykologiskt komplement till standardversionen. Komplementet utgör en vidareutveckling av skalan baserad på processinriktad utredningsmetodik och möjliggör en mer nyanserad neuropsykologisk analys, vilket kan vara mycket användbart i kliniska sammanhang (Nyman 2004). Även om deltesten i WAIS omfattar mått på flera viktiga områden för kognitiv funktion är det inte sällan angeläget att också komplettera med test för verbalt och visuellt minne och inläring samt test för exekutiv funktion. Det kan även, beroende på aktuell frågeställning, vara rimligt att addera instrument som avser mäta personlighetsaspekter. Om det inte är möjligt att genomföra ett fullständigt utredningsbatteri bör åtminstone en basal kognitiv screening (t.ex. Cognitive Performance Indicator) administreras i ett första steg.

En betydelsefull del i utredningsprocessen är att patienten erhåller grundlig och pedagogiskt anpassad återkoppling på sina testresultat och hur de ska förstås i en vardaglig kontext. Psykologen redogör för de kognitiva begränsningar som framkommit samt föreslår strategier att hantera eller kompensera för dessa. De starka sidorna är minst lika viktiga att få kännedom om då detta kan balansera patientens självförtroende och bidra till känsla av kompetens. Resultatet bör också återkopplas till anhöriga i den mån patienten tillåter. Det neuropsykologiska utlåtandet ska vara tydligt formulerat så att patienten och de professionella som ska använda utlåtandet som vägledning kan förstå vad som menas.

Neuropsykologisk utredning vid schizofreni

Testrekommendationerna utgör olika förslag på välkända instrument med god reliabilitet och validitet som används för att mäta olika aspekter av kognitiv funktion. Senaste versionen av WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) utgör basen i utredningen. Utredningen behöver således inte innefatta alla nedan nämnda instrument. Baserat på psykologens bedömning i det enskilda fallet kan andra lämpliga test adderas.

A) Informationsinsamlande och förberedande inför psykologutredning

Information till patienten om psykologutredning
Anamnes och bakgrundsinformation

B) Neuropsykologiskt testbatteri

Allmänbegåvning, verbala och visuospatiala funktioner, arbetsminne samt processhastighet

Wechsler Adult Intelligence Scale – WAIS

Exekutiva funktioner

Delis–Kaplan Executive Function System (utvalda deltest enligt specifik frågeställning)
Wisconsin Card Sorting Test – WCST

Inlärning och minne

Claeson–Dahls test för inlärning och minne
Rey Complex Figure Test

C) Personlighetsbedömning

Swedish universities Scales of Personality

D) Psykologutlåtande

E) Återkoppling av utredningens resultat till patient samt socialt- och professionellt nätverk

8. Behandling och behandlingsstöd

BEHANDLINGSMÅL ÄR ATT minska symtom, helst till remission, att återfå eller utveckla funktion i vardagslivet, förebygga återfall och att genom optimerad behandling trygga överlevnad. Förtida sjukdomsrelaterad död kan orsakas såväl av kroppslig sjuklighet i samband med exempelvis metabolt syndrom eller efter suicid. Behandlingen bör vara multimodal, det vill säga innefatta antipsykotisk medicinering, vaksamhet mot missbruk och återfall samt psykosociala interventioner för att minimera stress och skapa förutsättningar för utveckling.

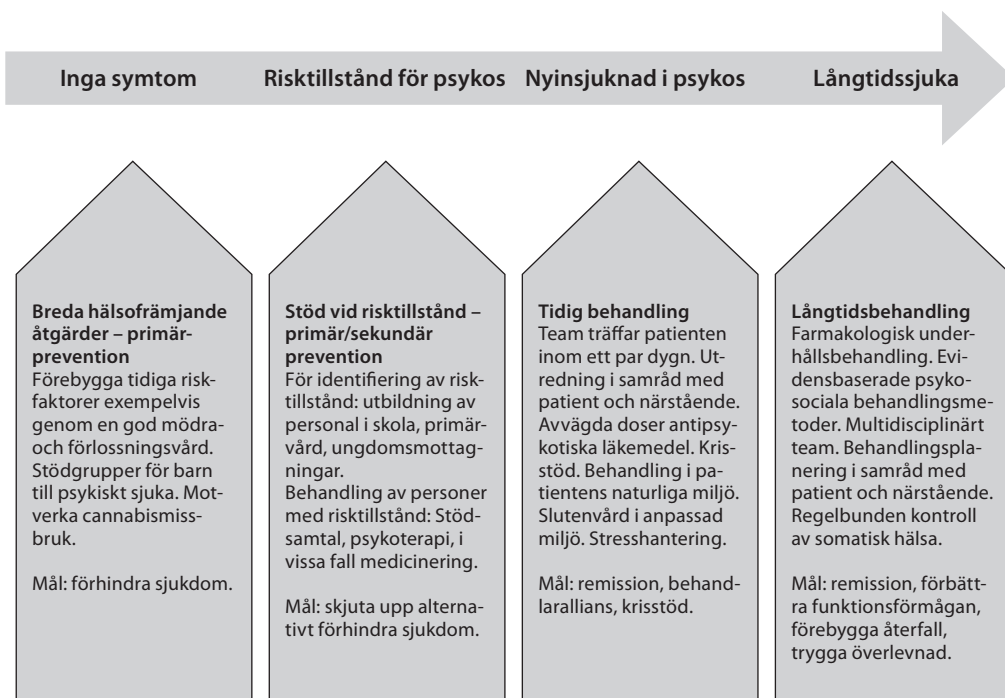
Behandlingens värde ligger också i att den kan upprätthållas med mesta möjliga belåtenhet för patient och behandlande läkare. Ansvarig läkare kan påverka förloppet med korrekt diagnostik kombinerat med systematiskt utprovad och utvärderad effektiv läkemedelsbehandling. För ett mer bestående gynnsamt förlopp är förtroendefull relation mellan patient, närstående, läkare och andra behandlare viktig. På så sätt kan grund läggas för behandlingsmotivation och bästa möjliga skydd mot återfall i psykos tillgodoses.

Risken för behandlingsavbrott bör minimeras, särskilt avbrott som innebär förtida avslutande av läkemedelsbehandling, eftersom detta ökar återfallsrisken avsevärt. Fler återfall ger sämre prognos. Slutligen måste allt detta ske med användning av hälsoekonomiskt väl motiverade åtgärder och metoder, i beaktande av sjukvårdens begränsade resurser.

Det är alltför vanligt att tiden från insjuknande till diagnos och adekvat behandling (DUP, *duration of untreated psychosis*) omfattar flera år vid psykosjukdomar. Kortare DUP är förenlig med bättre och snabbare läkemedelseffekt samt möjligen även gynnsammare sjukdomsförlopp. Tidigare diagnos och effektiv behandling kan även innebära möjlighet att reducera behovet av heldygnsvård. En avgörande faktor för framgång är

relevant utvärdering av given behandling. Detta sker alltför ofta i ostrukturerad form, vilket avsevärt försvårar jämförelser över tiden.

Somatisk ohälsa vid psykosjukdom är tyvärr alltför lätt att försumma. Dessa individer har svårt både att identifiera och kommunicera sina somatiska symtom och en del av ohälsan betingas av metabol obalans och andra långsamma processer som kräver specifika undersökningar för att tydliggöras. God samverkan med primärvård och tandvård är viktig och somatiskt vårdbehov och kontroller får inte falla mellan stolar. Behandlingsansvarig psykiater har en viktig roll att övervaka att tillräckliga, regelbundna och adekvata undersökningar görs och att behandlingskrävande avvikelser följs upp på ett korrekt sätt.



Sjukdomsförlopp vid schizofreni och dokumenterade aspekter för prevention och behandling.

Remission som behandlingsmål

För att utvärdera en given behandling kan en remissionsskala lämpligen användas. Begreppet remission tillämpat vid schizofreni underlättar utvärderingen. Tillämpningen kan se olika ut, men en lämplig och ofta använd skala är PANSS-R, som inkluderar åtta delar (items), graderade från 1 (saknas) till 7 (maximal), från PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (Leucht 2006):

- P1, vanföreställningar
- G9, udda tankeinnehåll
- P3, hallucinatoriskt beteende
- P2, tankemässig desorganisation
- G5, manér och kroppsställning
- N1, avtrubbade affekter
- N4, passiv/apatisk tillbakadragenhet
- N6, bristande spontanitet och samtalsförmåga

För att remission ska anses uppnådd ska samtliga items i PANSS-R skattas till 3 eller lägre (lätta, minimala eller saknas) under en period om minst sex månader.

Efter en episod av psykos bör behandlingsmålet vid schizofreni och liknande långvarig psykosjukdom vara remission och att förebygga återfall. För att uppnå remission krävs i allmänhet noggrann uppföljning av läkemedelsbehandlingen, återkommande patientmotiverande åtgärder av psykopedagogisk karaktär, samverkan med närstående samt rehabiliterande och andra autonomistärkande åtgärder. Uppnående av stabil remission efter episod av psykos kan ta lång tid och kräver målinriktad ut hållighet av alla berörda parter.

Läkemedelsbehandling

Antipsykotiska läkemedel erbjuder den enskilt effektivaste delen av behandling vid schizofreni, men bör för att nå framgång kombineras med andra insatser (Lindfors 2009). Tillgängliga antipsykotiska läkemedel brukar numera delas upp i första respektive andra generationens preparat, stundtals oegentligt kategoriserade som typiska respektive atypiska. Till första generationens preparat registrerade i Sverige hör exempelvis perfenazin, zuklopentixol och haloperidol och till andra generationens

preparat hör till exempel risperidon, olanzapin och klozapin. Första och andra generationens antipsykotika skiljer sig avsevärt såväl inbördes som mellan grupperna, både avseende biverkningar och önskad effekt.

Själva indelningen i första och andra generationens preparat är därför vilseledande och saknar i praktiken klinisk relevans. Antipsykotiska preparat bör i allmänhet väljas utifrån preparatspecifika meriter och individuella överväganden bör göras avseende preparatens befarade eller observerade biverkningar.

Effektivitet och användbarhet

Vid schizofrenibehandling har preparatet klozapin enligt tillgänglig evidens bäst symtomlindrande effekt (Davis 2003, Lieberman 2005, Leucht 2009). Övriga preparat är förenklat sett tämligen likvärdiga, med fördelar och nackdelar lite beroende av vilket utfallsmått man använder. När det gäller den antipsykotiska effekten tycks dock risperidon och olanzapin ha något bättre effekt än övriga jämförda preparat, undantaget klozapin som är i särklass bäst (Davis 2003, Lieberman 2005, Leucht 2009). Evidensfaktorn för den antipsykotiska effekten är allmänt sett hög för preparat tillgängliga i Sverige.

En avgörande begränsning i dokumentationen är å andra sidan att utfallsmått för det mesta har varit reduktion av positiva och negativa symptom och uppföljningstiden i många studier har varit kort i förhållande till det mångåriga förlopp som ofta gäller vid schizofreni. Det är först på senare år som klinisk forskning på allvar lämnat en samlad information avseende effekt på kognitiv funktion, somatisk sjuklighet och livskvalitet, viktiga utfallsdomäner som fortfarande lämnar tydligt utvecklingsutrymme. Mer forskning och mer detaljerad information behövs avseende effektivitet även på dessa områden, för val av behandlingsalternativ i relation till individuella behov avseende specifika behandlingsmål.

Studierna CATIE och EUFEST

Användbarhet för antipsykotika innebär en samlad bedömning av fördelar och nackdelar. I en stor nordamerikansk studie på långtidssjuka i schizofreni, CATIE (Lieberman 2005), jämfördes perfenazin med olanzapin, quetiapin, risperidon och ziprazidon. Tid till behandlingsavbrott utgjorde primärt utfallsmått och CATIE kunde på så vis pröva preparatens användbarhet. En majoritet av patienter bytte preparat inom en artonmånadersperiod oavsett vilket preparat de randomiserades till. Olan-

zapin hade längst genomsnittstid till behandlingsavbrott men uppvisade å andra sidan mest av de långsamt tillstötande metabola biverkningar, som i förlängningen sannolikt ökar risken för bland annat diabetes mellitus. Alla preparat i CATIE, inklusive perfenazin, gav samma globala värdetillskott för patienter (patientnytta), mätt med QALY (*quality-adjusted life years*) och randomisering till perfenazin åtföljdes av signifikant lägre sjukvårdskostnader jämfört med övriga preparat (Rosenheck 2006).

Effekt på neurokognitiv funktion mättes i CATIE. Alla ingående preparat åtföljdes av små men signifikanta förbättringar mätt med en sammanräknad faktor, efter upprepade test av kognitiv funktion hos behandlade patienter (Keefe 2007). Funktionsförbättringarna var relativt likvärdiga mellan de olika antipsykotiska preparaten, om än med en antydd fördel för perfenazin i relation till olanzapin och risperidon.

Endast en mindre andel av kliniska prövningar av antipsykotika har gjorts i samband med första insjuknande eller till tidigare väsentligen obehandlade individer. Kahn och medarbetare (2008) har jämfört optimerade doser amisulpirid, olanzapin, quetiapin och ziprazidon med haloperidol vid förstaepisodsinsjuknande hos tidigare obehandlade personer med schizofreni eller schizofreniformt syndrom i en stor europeisk multicenterstudie (EUFEST). Resultaten visade lite oväntat att alla preparaten hade likvärdig antipsykotisk effekt, men det fanns signifikanta skillnader i tid till behandlingsavbrott, vilket liksom i CATIE var studiens primära utfallsmått. Behandling med amisulpirid eller olanzapin uppvisade längst tid till behandlingsavbrott. Liksom i många andra studier noterades störst viktuppgång med olanzapin.

I EUFEST monitorerades också effekt av antipsykotika på kognitiv funktion vid förstagångsinsjuknande i schizofreni eller schizofreniform sjukdom (Davidson 2009). Liksom i tidigare studier i senare sjukdomsfas ses gynnsamma men modesta effekter. Inga skillnader i effekt registrerades mellan de olika prövade preparaten. Slutsatsen från studien är att haloperidol i aktuella doser (1–4 mg/dag) är likvärdigt med ingående andragenerationspreparat avseende effekt på kognitiv funktion i tidig sjukdomsfas.

Antipsykotiska läkemedel effektiva

Antipsykotiska läkemedel är effektiva för symtomreduktion vid schizofreni. NNT (*number needed to treat*) är 3 (konfidensintervall 2–5) för haloperidol jämfört med placebo (Joy 2006), vilket är ett mycket bra värde

för behandling av en utbredd sjukdom. För de effektivaste medlen (som t.ex. klozapin, olanzapin eller risperidon) jämfört med till exempel haloperidol har noterats relativt ännu lägre NNT. Värt att notera är att given dos haloperidol i studier ofta varit ganska hög. NNH (*number needed to harm*), som är ett mått på preparatets säkerhet, är 2–4 när det gäller för risk för viktuppgång och andra metabola biverkningar, om klozapin eller olanzapin jämförts med haloperidol. Således finns det tydligt underlag att väga in när nytta ska vägas mot risk vid preparatval.

Verkningsmekanism

Gemensamt för antipsykotiskt verksamma preparat är, som ovan nämnts, en klinisk effekt i proportion till affinitet till dopamin D₂-receptorer (Seman 1975). Ju högre affinitet, desto lägre dos behövs för klinisk antipsykotisk effekt. Klozapin har dock god antipsykotisk effekt vid oväntat låga doser, varför medlet har benämnts som atypiskt. Klozapin har förhållandevis låg affinitet för dopamin D₂-receptorer, och ger god klinisk antipsykotisk effekt i doser som blockerar en jämförelsevis liten andel av hjärnans dopamin D₂-receptorer. Klozapin är också atypiskt i ett annat avseende, då det är det enda preparatet som är väsentligen fritt från extrapyramidala biverkningar i kliniskt verksamma doser.

Tid till effekt

Det finns en utbredd felaktig föreställning att antipsykotisk läkemedelseffekt initieras med en fördröjning. Metaanalys av ett stort antal undersökningar av samband mellan behandling och effekt visar i stället att antipsykotisk effekt kommer redan under den första veckan av behandlingen (Agid 2003). Minskade psykossymtom mätt med PANSS eller analog skala leder under behandlingen till en kontinuerligt minskad symtomförda under de första fyra veckorna, varefter symtomförbättringen fortsätter men i gradvis minskade omfattning.

Risk för behandlingsavbrott

En vanlig klinisk iakttagelse är att patienter med schizofreni har svårt att i längden medverka till läkemedelsbehandling, även då behandlingen är effektiv. Detta är nu också väl dokumenterat i klinisk prövning, exempelvis i CATIE- och EUFEST-studierna (Lieberman 2005, Kahn 2008). Intressant nog var följsamheten i dessa prövningar bättre i gruppen förstaepisodpatienter (Kahn 2008) jämfört med patienter i senare sjukdoms-

förlopp (Lieberman 2005). Oavsett preparat, så avslutar patienten alltför ofta en ordinerad peroral behandling inom första året, varvid risken för återfall i psykos snabbt ökar. Följsamheten gynnas i allmänhet om närstående engageras mer i behandlingen och om patient och närstående får mer kunskap om sjukdomen och känsla av kontroll över planering och exekvering av behandlingen. Patientens kunskap om sjukdomen och om behandlingens betydelse för minskad ohälsobörda och ett bra liv är viktigt för motivationen att fullfölja ordinerad behandling.

När den kliniska ändamålsenligheten av ett läkemedel ska värderas är det alltmer uppenbart att inte endast den antipsykotiska effekten är av värde. Det finns en mängd dimensioner som är väl så väsentliga. Säkerhetsfrågor (se avsnitt om somatisk hälsa, s. 97), är helt avgörande för preparatens användbarhet och patientens följsamhet till ordination. Effekt på funktioner, som kognition, social förmåga, arbetsförmåga, längtan och förmåga till sexliv, är avgörande för sjukdomens prognos och den drabbades livskvalitet. Faktorer som leder till behandlingsavbrott är viktiga att beakta eftersom behandlingsavbrott alltför ofta åtföljs av återinsjuknande, vilket kan leda till en ond cirkel för sjukdomsförloppet. Utöver god balans mellan effekt och biverkningar är preparatens tillgänglighet i depåberedning viktig. Med depåberedning kan behandlingskontinuitet ofta upprätthållas med lägre total läkemedelsexponering (totaldos) och risk för återinsjuknande och behov av sjukhusvård minskar (Tiihonen 2006). Klinisk erfarenhet pekar mot att också risk för suicid minskar.

Exempel på stegvis läkemedelsbehandling vid schizofren psykos

Vid långtidsbehandling med antipsykotiska läkemedel bör uppföljningen, utöver strukturerad symtomskattning, alltid inkludera årliga kontroller av eventuella biverkningar. Risk för viktökning, nedsatt glukosterolans och förhöjda blodfetter föreligger och är särskilt uttalad vid behandling med olanzapin eller klozapin.

- | | |
|--|---|
| <p>I första hand</p> <ul style="list-style-type: none"> • risperidon (Risperdal) • perfenazin (Trilafon) | <p>I andra hand</p> <ul style="list-style-type: none"> • olanzapin (Zyprexa) • zuklopentixol (Cisordinol) |
| <p>I tredje hand</p> <ul style="list-style-type: none"> • klozapin (Clozapine) • amisulpirid (Solian; f.n. som licenspreparat) | |

Några råd angående antipsykotika

- I samband med nyinsjuknande rekommenderas återhållsamhet med insättande av antipsykotisk behandling de första en till två veckorna för diagnostisk procedur.
- Vid förstagångsbehandling bör dosen av antipsykotiskt preparat vara låg (motsvarande dygnsdos om 2–4 mg risperidon eller cirka 8 mg perfenazin), cirka 60–70 procent av dos som används vid underhållsbehandling i stabil remissionsfas, senare i sjukdomsförloppet.
- Ångest behandlas vid behov tillfälligtvis med tillägg av bensodiazepiner och doseringen avgörs av det individuella svaret på en första dos av exempelvis oxazepam på 15–30 mg.
- Sömnstörningar behandlas vid behov tillfälligtvis med till exempel zolpidem eller zopiklon.
- Monoterapi med antipsykotika bör eftersträvas. Stöd saknas ännu för att förbättrad effekt nås genom tillägg av ytterligare antipsykotiskt läkemedel – däremot försvåras utvärdering.
- Preparat väljs företrädesvis i enlighet med regionala/lokala riktlinjer.
- Depressiva symtom bör vid behov behandlas med tillägg av antidepressivt preparat.
- Maniska symtom kan föranleda tilläggsbehandling med litium, alternativt möjligen karbamazepin eller valproat.
- Vid svårbehandlad psykos, där flera preparat prövats, bör behandling med klozapin övervägas. Schizofreni med debut i ungdomsåren brukar vara svårbehandlad och klozapin bör oftast övervägas för denna grupp. Initialdos av klozapin bör vara låg, det vill säga helst 12,5 mg på grund av risken för ortostatism och sedation men upptrappningen kan sedan ske med stegvis dosökning upp mot cirka 300 mg under cirka tre veckor.
- Om biverkningsproblem talar emot klozapin vid svårbehandlad psykos kan amisulpirid (f.n. licenspreparat) prövas.
- Alternativa möjligheter vid svårbehandlad psykos är tillägg av mirtazapin eller mianserin (α_2 -antagonister) eller reboxetin (NRI) eller ECT; det senare gäller särskilt vid konfusion eller katatoni.
- Utebliven eller dålig effekt kan ibland bero på låg biologisk tillgänglighet eller ovanligt snabb läkemedelsnedbrytning. Detta kan föranleda läkemedelsanalys i blod.
- Sträva efter optimerad dos av antipsykotika i alla sjukdomsfaser. Tålmod är viktigt för utvärdering av antipsykotiska läkemedelseffekter och tre till sex veckors behandling kan ofta behövas för utvärdering av preparat och dos.
- Långverkande behandling med rätt doserade depåberedningar innebär goda möjligheter att minska återfallsrisken jämfört med tablettbehandling.

Förebygga återinsjuknande

Återinsjuknande i psykos vid schizofreni är ofta orsakad av avslutad läkemedelsbehandling. Antipsykotikum i depåform har visats ge signifikant bättre återfallsskydd, jämfört med motsvarande tablettbehandling (Tiihonen 2006). Detsamma kan förväntas gälla oberoende av antipsykotiskt preparat, då själva beredningsformen och dosen troligen är mer avgörande för att upprätthålla återfallsskyddet än vilket antipsykotiskt preparat som ges. Återfallsskydd med långverkande (depåberedningar) antipsykotiska läkemedel ger, utöver reducerad ohälsa med färre återfall, också hälsoekonomisk vinst tack vare lägre kostnader för dyrbar sjukhusvård. Mer om detta finns under rubrik *Återfallsprevention och följsamhet*.

Vid långtidsbehandling är systematisk utvärdering nödvändig. Symtom och funktion kan bedömas med upprepad CGI-bedömning (*Clinical Global Impression*, skala från lägsta till högsta värde; 0 = ej bedömt, 1 = normal till 7 = bland de mest sjuka). Sporadiskt (gärna årligen) är bedömning med PANSS-R indicerad och åtminstone ska symtom på psykos och på depression monitoreras.

Regelbunden klinisk bedömning i kombination med patienters och närståendes uppmärksamhet på tidiga symtom utgör avgörande framgångsfaktorer för att förebygga återfall i episod av psykos.

I en elvaårs-uppföljningsstudie (FIN11) av behandling med antipsykotiska läkemedel i Finland har Tiihonen och medarbetare redovisat övertygande evidens för suicidförebyggande effekter av läkemedelsbehandling vid schizofreni, med en halvering av mortalitet, där den suicidförebyggande effekten tycks vara en dominerande god konsekvens (Tiihonen, 2009). För kliniker finns i studierapporten angelägna argument i dialog med patienter och närstående avseende värde av läkemedelsbehandling vid schizofreni.

Underhållsbehandling och återfallsskydd – några råd

Vid akut- och långtidsbehandling är systematisk utvärdering nödvändig. Symtom och funktion kan bedömas med upprepad GAF-bedömning (*Global Assessment of Function*; skala från lägsta till högsta värde, 0–100). Sporadiskt (gärna årligen) är bedömning med PANSS-R indicerad och åtminstone ska symtom på psykos och på depression monitoreras.

Utebliven eller dålig effekt kan ibland bero på låg biologisk tillgänglighet eller ovanligt snabb läkemedelsnedbrytning. Detta kan föranleda läkemedelsanalys i blod (TDM).

Lågdos av antipsykotika i alla sjukdomsfaser. Tålamod är viktigt för utvärdering av antipsykotiska läkemedelseffekter – 3–6 veckors behandling kan ofta behövas för utvärdering av preparat och dos.

Långverkande behandling med depotberedningar innebär rätt doserade goda möjligheter att minska återfallsrisken jämfört med tablettbehandling.

Elektrokonvulsiv behandling – ECT

Trots att ECT ursprungligen introducerades som en behandlingsmetod vid schizofreni, så är denna indikation i dag kontroversiell. Metoden används nu framför allt vid depressioner och dess effektivitet är därvidlag väl dokumenterad. För schizofreni finns det däremot oklarheter avseende vilka patienter som kan vara hjälpta av behandlingen.

American Psychiatric Association rekommenderar ECT för patienter med schizofreni på indikationerna abrupt försämring, katatoni och tidigare god respons på behandlingen, samt även för en del relaterade tillstånd såsom schizoaffektiv sjukdom (APA 2001). Royal College of Psychiatrists bedömer att ECT är effektivt vid positiva, affektiva och katatona tillstånd (RCP 1995). National Institute for Clinical Excellence (NICE) i Storbritannien rekommenderar dock inte ECT som behandling vid schizofreni, med möjligt undantag för katatoni (NICE 2009). I Sverige torde metoden främst tillämpas vid katatona och affektiva symtom, samt vid malignt neuroleptikasyndrom.

I en Cochranerapport från 2005 gick man igenom 26 studier som rapporterats i sammanlagt 50 publikationer (Tharyan 2005). Då ECT jämfördes med placebo (s.k. sham-ECT) fann man att fler patienter förbättrades i den förstnämnda gruppen. Data tydde även på att ECT resulterade i färre återfall på kort sikt. Det fanns dock ingen evidens för att denna effekt stod sig mer långsiktigt. Antipsykotiska läkemedel var effektivare än ECT. Det fanns viss evidens tydande på att ECT kombinerat med läkemedel ger bättre effekt än enbart läkemedel. Då läkemedel kombinerades med underhålls-ECT var detta överlägset läkemedel enbart. Unilateral och bilateral ECT befanns vara likvärdiga. En studie visade signifikant bättre resultat vid 20 än vid 12 behandlingar. Cochranerapporten konkluderar att ECT kan användas i kombination med antipsykotiska läkemedel vid behov av snabb förbättring och då enbart läkemedel inte ger tillräcklig effekt.

Träning av kognitiv funktion

Närvaro av nedsatt kognitiv funktion vid schizofreni har varit känt lika länge som begreppet schizofreni har använts (Rund 1999). I en vid bemärkelse så innebär kognitiv funktion de kognitiva och metakognitiva processer som gör att vi kan uppmärksamma och uppleva vår omgivning och i interaktion med denna skapa olika handlingar och aktiviteter. En interaktion som kräver förmåga att uppmärksamma, planera, lösa problem, minnas och kommunicera. Detta utgör basen för vår förmåga att kunna förstå och interagera i vår sociala värld.

De kognitiva funktionerna kan indelas i åtta specifika områden som ofta påverkas vid schizofreni; uppmärksamhet/*vigilance*, processhastighet, arbetsminne, verbal inlärningsförmåga och minne, visuell inlärningsförmåga och minne, resoneringsförmåga och problemlösning, verbal förståelse samt social kognition (Nuechterlein 2004).

Kognitiv funktion påverkar patientgruppens funktion inom flera viktiga områden så som yrkesmässig funktion/arbete, sociala relationer och självständighet (Green 2000). Den tydliga kopplingen mellan kognitiv funktion och dessa för patienten viktiga områden har varit utgångspunkten för att olika insatser på området utvecklats för att förbättra eller rehabilitera de nedsatta funktionerna.

Över tid har ett alltmer underbyggt stöd för detta behandlingsområde vuxit fram. Fynden är inte entydiga och mer forskning med längre uppföljningsperioder är nödvändigt. Detta beaktat så ger allt fler studier och en bredare kunskapsbas stöd för att kognitiv rehabilitering, som enskild insats eller i kombination med andra insatser, exempelvis yrkesinriktad rehabilitering, förbättrar de tänkta funktionerna och utfallet för andra insatser. Detta gör att olika metoder och tekniska hjälpmedel för att förbättra eller kompensera för de kognitiva nedsättningarna, så kallad kognitionsträning, har börjat användas allt mer inom svensk psykiatri.

Definitionen för att en insats ska kategoriseras som kognitionsträning är att

- det är en procedur som specifikt fokuserar på och syftar till att förändra kognitiva processer så som exempelvis arbetsminne, uppmärksamhet och exekutiv funktion samt flexibilitet
- att proceduren syftar till att förbättra funktionsgraden i de specificerade kognitiva funktionerna eller andra funktioner såsom sociala och yrkesmässiga färdigheter.

De olika sätten att försöka påverka kognition spänner över direkt träning av en specifik kognitiv funktion och en eventuell förbättring i motsvarande psykologiska test till mer omfattande program som strävar efter att både förbättra personens specifika kognitiva funktion samtidigt som man strävar efter att förbättra personens kliniska funktion inom området som psykosocial funktion. Formerna spänner från enkla ”papper och penna-uppgifter” till olika datoriserade program.

Metaanalys av litteratur om kognitiv rehabilitering indikerar måttlig till låg effekt på kognitiv funktion (0,41), psykosocial funktion (0,36), samt symtom (0,28) (McGurk 2007). Analysen indikerar att effekten ökar då kognitiv rehabilitering kombineras med annan psykiatrisk rehabilitering. Metoden är under utprovning och bör tillämpas integrerat med den övriga psykiatriska rehabiliteringen, åtföljt av mätning med tydliga utfallsmått. Kognitiva hjälpmedel kan rekvideras via hjälpmedelscentraler.

Psykologisk behandling

Kognitivt beteendearbetad terapi (KBT)

De senaste dryga femton åren har medfört en betydande utveckling av kognitiv beteendeterapi (KBT) vid psykos, särskilt schizofreni. Ett stort antal kontrollerade studier har genomförts, de flesta som stöd till medicinering för patienter med kvarstående symtom (huvudsakligen positiva symtom såsom hallucinationer och vanföreställningar) trots adekvat farmakologisk behandling.

Evidensläget i dag utifrån ett flertal metaanalyser visar på ett måttligt starkt (Gaudio 2005, NICE 2002, 2009, Kingdom 2005, Rector 2001, Socialstyrelsen 2006, Jones 2004) men växande stöd för kognitivt beteendearbetad psykoterapeutiska interventioner vid schizofreni, dock huvudsakligen i individuellt format med fokus på positiva symtom. Det rör sig i de flesta studier om terapier med vuxna med en övre tidsbegränsning på tjugo sessioner.

De använda interventionerna följer två huvudspår:

- a) kognitiv omstrukturering (arbete med föreställningar om sig själv och andra, alternativa tolkningar av hallucinationer och vanföreställningar m.m.) och
- b) utvecklandet av mer adaptiva anpassningsstrategier för kvardröjande symtom. Ett flertal manualer och behandlingsmodeller har vuxit fram vid olika behandlingscentrum men terapimodellerna omfattar genom-

gående varierande inslag av kognitiva, beteendemässiga och schemainriktade interventioner utifrån aktuell problemlista och patientens resurser/funktionsnivå.

Behandlingsarbetet innefattar i flertalet modeller följande komponenter:

- Stark tonvikt på etablerandet av en fungerande behandlingsrelation där patientens aktiva medverkande stimuleras och trygghet eller kontinuitet skapas. Betoning på en icke-konfrontativ och mer undersökande fas initialt.
- Socialisering (introduktion av modellen och vardagliga exempel på tillämpning) till den kognitivt beteendeinriktade modellen. Normaliserande attityd (gränsländet mellan normalpsykologi och psykotiska symtom går igenom där det senare ses som en extremvariant) till patientens upplevelser för att ytterligare förstärka behandlingsalliansen och minska upplevelse av stigmatisering hos patienten och därmed minska risk för behandlingsavbrott.
- Gemensam problemformulering och analys av patientens föreställningsvärld/upplevelser via kognitiv konceptualisering/beteendeanalys.
- Gemensam beskrivning av realistiska behandlingsmål med tydligt problemfokus.
- Målet med terapin bör vara utvärderingsbart och specifikt med tidsbegränsning.

Forskningsstödet för effekten av KBT vid negativa symtom är svagare än vid positiva symtom (och antalet studier är även betydligt mindre) men anses i översikter ändå lovande (Kingdon 2005). Metodiken påminner till viss del om KBT vid depression och innehåller inslag som psyko-
 edukation, beteendeaktivering, schemaläggning av aktivitet, gradvis exponering och kognitiv omstrukturering av föreställningar som kan tänkas bidra till sänkt motivation och intresse. Stor vikt läggs också vid att identifiera i vilken utsträckning en del av den negativa symtombilden kan tänkas utgöra en copingstrategi (som undvikande) för att hantera egna eller andras för högt ställda krav, och vilka stressorer som bidrar. Ofta kan detta i behandlingens inledningsskede medföra att ambitionsnivån avseende funktionsnivå och även initiala terapimål anpassas/sänks till en nivå som bättre överrensstämmer med patientens aktuella resurser. Tyngdpunkten ligger på uppnåendet av realistiska delmål som efter hand kan utökas i takt med gjorda framsteg.

Psykodynamisk terapi

Forskningsstödet avseende psykodynamisk terapi vid schizofreni är svagt (Malmberg 2001). För psykoanalytisk behandling finns inga randomiserade studier publicerade och endast ett fåtal för psykodynamiskt baserade terapier. Det saknas därför ännu vetenskapligt stöd för att psykodynamiskt baserad psykologisk behandling är effektivt vid schizofreni.

Psykoedukation – patientundervisning

Målet med psykoedukativa insatser är att informera och ge kunskap om psykossjukdomar och sjukdomsförlopp till patient och anhöriga. Insatsen syftar till att öka patientens och de anhörigas kunskap och möjlighet att förstå och acceptera sjukdomen. Det är samtidigt viktigt att förmedla hopp samt lära ut lämpliga sätt att hantera symtom och konsekvenser i vardagen. Med patientundervisning om psykossjukdomen och sjukdomsförlopp för patienter med schizofreni ser man till att patientens grundläggande rättighet att erhålla tydlig information beträffande sin sjukdom garanteras.

Utbildningen kan förstärka självhjälpsmekanismer men också motivera patienten att genom möjlighet till informerat deltagande acceptera de åtgärder som den professionella psykiatrin erbjuder. Flertalet studier (Lincoln 2007, Pekkela 2002, Pitschel-Walz 2001) har visat att psykoedukativa insatser minskar risken för återinsjuknande och återinläggning, förbättrar följsamheten i behandling samt bidrar till ökad livskvalitet för patient och närstående. Insatser som involverar både patient och familj samt insatser som varar minst tre månader har visat ge bäst effekt (Rummel-Klunge 2008).

Psykoedukativa insatser bör vara tydliga och pedagogiskt anpassade och kan förmedlas individuellt eller förekomma som olika typer av behandlingsprogram. Utbildningsinsatsen kan utföras under ledning av olika yrkesgrupper, allt efter de ämnen som behandlas. Det är dock angeläget att de personer som undervisar besitter gedigna kunskaper om psykopatologi samt har erfarenhet av patientgruppen.

Den information som ges ska vara baserad på aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. Områden som rimligtvis bör täckas är

- teorier om sjukdomens etiologi
- diagnoser och symtom
- utredningsförfarande vid psykossjukdom

- rationalen för olika farmakologiska preparat
- psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser
- juridiska aspekter
- sociala stödinsatser, samt
- patient- och anhörigorganisationer.

Exempel på strukturerade psykoedukativa arbetsmodeller är psykopedagogiska interventioner (PPI) och Ett självständigt liv (ESL) (Borell 2006).

Familj och nätverk

Enbart undervisning har begränsad effekt medan tillägg av fortsatta familjestödande insatser ger ytterligare effekt. Vardagslivet tillsammans med familj och andra närstående kan vara det viktigaste stödet för den drabbade men ofta sker stora påfrestningar på nära relationer. Det kan sedan leda till en ond cirkel med sjukdomsframkallande stress i närmiljön. Detta sammanfattas i begreppet *expressed emotions*, EE. En närmiljö präglad av kritik, fientlighet och överengagemang har visats innebära en påtagligt ökad risk för insjuknanden. Familjehandlingsmodeller syftar till att sänka känslotrycket och konfliktnivån i närmiljön. Detta har visats vara kanske det mest effektiva psykosociala behandlingsinslaget.

Modellerna startar med psykoedukation och fortsätter sedan med familjesamtal för att förbättra kommunikationen och öka förmågan till problemlösning.

Patientens familj/närstående upplever alltid mer eller mindre en belastning av de problem och konsekvenser som uppstår genom den anhöriges sjukdom (Östman 2004). Att patienter och patienters familj involveras i vården och erbjuds utbildning kan innebära ökad följsamhet i behandling och minskad risk för inläggning på sjukhus (Socialstyrelsen 2006, Pharoah 2006).

Det finns olika insatsmodeller som syftar till att påverka patienters och familjers livssituation. Gemensamma drag för dessa modeller är:

- skapa en positiv allians med anhöriga
- minska negativa aspekter på familjeklimatet
- öka familjens kapacitet att förutse och lösa problem
- minska uttryck för vrede och ångest i familjen
- skapa rimliga förväntningar på den sjuke familjemedlemmens beteende

- uppmuntra anhöriga att skapa ett system med ändamålsenliga gränser
- vid behov uppnå önskvärda förändringar i anhörigas beteende och värdesystem.

Behandlingsplanering i samverkan

För flertalet personer med långvariga psykostillstånd innebär vården i förlängningen ofta kontakter med flera olika myndigheter. Utöver psykiatrin etableras efter hand kontakter med i första hand socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt primärvården. Dessa myndigheter är skyldiga att samverka i vissa sammanhang som vårdplanering i samband med in- och utskrivningar i psykiatrisk slutenvård och vid ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Eftersom de samlade resurserna är begränsade är samverkan av vikt för att kunna erbjuda individen en kostnadseffektiv vård och begränsa resursslöseri i form av dubbelarbete samt tydliggöra respektive myndighets ansvarsområde.

Utöver ovan nämnda myndigheter kan även andra instanser såsom patient- och anhörigföreningar, frivilligorganisationer samt i vissa fall rättsväsendet spela en viktig roll. Avseende vården ligger ansvaret huvudsakligen på landsting och kommun. Landstingets ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagens 3–3b §§ (HSL) och kommunens ansvar i HSL 18–18b §§. Enligt lagens mening ingår rehabilitering som en del i båda dessa huvudmäns ansvarsområden. Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Case management och assertive community treatment

Case management-funktionen förekommer i flera olika modeller. Ett syfte med case management är att underlätta användande av och tillgängligheten till samhällsbaserade vårdssystem för personer med psykiska funktionshinder. Det är angeläget att anpassa servicen till individnivå. Med case management strävar man efter att säkerställa vård- och serviceinsatser anpassade till målgruppen bland annat genom att undvika dubbelning av insatser. Case management har använts inom psykiatrin sedan 70-talet i USA. I Sverige används även beteckningen ”personligt ombud” i samband med stöd till personer med psykiska funktionshinder (Björkman 2005).

Exempel på funktioner inom case management:

- uppsökande verksamhet
- heltäckande individualiserad bedömning och planering
- servicekoordination
- direkt vård och serviceförmedling
- stöd, ledning och utveckling
- bemötande av speciella behov.

Case management-modellerna delas vanligen in i tre grupper:

- standardmodeller, det vill säga mäklarmodellen och den kliniska case management-modellen
- rehabiliteringsorienterade modeller, det vill säga resursmodellen och rehabiliteringsmodellen
- intensiva modeller, assertive community treatment.

Assertive community treatment (ACT) ges i form av samhällsbaserat behandlings- och rehabiliteringsprogram. ACT har visat sig vara effektiv och minskar behov av sjukhusvård och ger stabilitet i självständigt boende (Socialstyrelsen 2006).

Följande komponenter kan ingå i ACT-modellen (Socialstyrelsen 2003):

- insatser genomförs huvudsakligen i klientens miljöer och inte på en mottagning
- verksamheten är uppsökande
- verksamheten har en hög intensitet, case management och andra insatser genomförs vid behov
- varje case manager har få klienter (högst tio)
- det ska finnas en kontinuitet i personalgruppen
- verksamhet är teambaserad, dvs. ett team har ansvar för arbetet med klienten
- personalgruppen är multidisciplinär, minst en psykiater och sjuksköterska ingår i teamet
- arbetet genomförs i nära samarbete med klientens stödsystem, t.ex. med familj, hyresvärd, arbetsgivare, socialtjänst och andra vård- och stödinstanser.

Sjukgymnastik och fysisk aktivitet

Basal kroppskänedom (basic body awareness therapy)

Metoden basal kroppskänedom har använts inom psykiatrisk vård sedan mitten av 80-talet. Behandlingen är process- och resursinriktad och består av enkla men specifika rörelsemoment som utövas för bättre funktion. Rörelserna utvecklar förmågan att gå, stå och sitta avspänt och stabilt, att följ-samt kunna koordinera kroppens rörelser och låta andningen vara en integrerad del av rörelserna och det inre livet. Patientens uppmuntras lägga märke till sin egen aktivitet och upplevelsen av denna. Behandlingen syftar till att förbättra närvaron och kontakten med kroppen, öka förmågan att hålla sig kroppsligt och mentalt samman, förbättra rörelseförmågan samt öka toleransen och förståelsen för olika kroppsliga upplevelser.

Innan behandlingen påbörjas genomförs en bedömning med body awareness scale, ett reliabilitet- och validitetstestat skattningsinstrument som visar på patientens resurser och psykopatologi som den visar sig i rörelse och på det kroppsliga planet. Även förekomsten av neurologiska symtom eller andra svårigheter i rörelse-/stödjeapparaten går att utläsa av bedömningen och är av differentialdiagnostiskt värde.

För patienter med psykosproblematik används basal kroppskänedomsbehandling mot psykosens splittring och fragmentering (desintegrering) av kroppsupplevandet och personligheten (depersonalisation), mot spännings- och stressproblematik, ångest och oro, kroppsliga vanföreställningar, nedsatt rörelseförmåga och bristande kraft och vitalitet.

Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet anses i dag viktigt för att motverka och behandla en rad olika sjukdomar (www.fyss.se). För patienter med psykosproblematik är det viktigt med fysisk aktivitet, både utifrån dess allmänna hälsoeffekt men även specifikt för att motverka och minska konsekvenserna av inaktivitet, dålig kost och medicinering. Speciellt patienter med negativa symtom behöver kontinuerligt stöd och uppmuntran för att börja röra på sig. Fysisk aktivitet är också en del i att förebygga metabolt syndrom som följd av behandling med antipsykotiska läkemedel.

En ökad fysisk aktivitet kan inledningsvis väcka oro och olust; många patienter blir till exempel rädda för sina kroppsliga upplevelser i samband med träning. Vid valet av fysisk aktivitet är det därför viktigt att göra en individuell bedömning av såväl de fysiska förutsättningarna som mental

förmåga och symtombild. Att regelbundet få uppföljning hos en sjukgymnast som kan bedöma patientens förutsättningar och därefter dosera träningen, ökar möjligheten för att patienten ska tycka om och fortsätta med sin fysiska aktivitet. Sjukgymnasten kan vid behov även bedöma och behandla olika besvär under träningens gång, som annars skulle kunna leda till att patienten slutar.

Social färdighetsträning

Social färdighetsträning syftade ursprungligen till att normalisera beteende, förbättra kommunikationsförmåga och språklig förmåga (Ayllon 1965, Lindsley 1963). Social färdighetsträning syftar i dag framför allt till att hjälpa patienten att återfå sina sociala färdigheter och sitt självförtroende, öka den egna förmågan att hantera olika sociala sammanhang, minska stressen i dessa sammanhang samt att öka livskvaliteten. Stödet för metodiken är inte entydigt men metodiken har över tid funnits som en del i det kliniska utbudet i Sverige. I kombination med rehabilitering används det ofta som en del i en mer omfattande behandlingsplanering.

Sociala färdighetsträningsprogram börjar med en detaljerad analys av personens sociala färdigheter, som sedan övergår i olika grupp- eller individuella interventioner för att gradvis bygga upp nya beteenden som sedan i sin tur blir en bas för mer komplexa sociala färdigheter. Metoden bygger på en stark betoning av hemuppgifter som syftar till att generalisera de nya färdigheterna utanför inlärningssituationen.

Med social färdighetsträning avses en strukturerad psykosocial intervention som syftar till att

- förbättra social funktion
- minska stress och svårigheter i sociala situationer.

Interventionen måste inkludera en beteendebaserad bedömning av flera sociala och interpersonella färdigheter samt betona både verbal och icke-verbal kommunikation, personens förmåga att uppfatta och hantera relevanta sociala signaler och kunna svara an mot och ge lämplig social förstärkning.

I en nyligen gjord metaanalys har man funnit stöd för att social färdighetsträning har effekt på social funktion, symtomatologi och återfall (Kurtz 2008). I Sverige har program som Ett självständigt liv (ESL) (Borell 2006) fått en relativt stor spridning.

Återfallsprevention och följsamhet

Det är svårt för de flesta patienter med långvariga sjukdomstillstånd att påbörja och hålla fast vid en långsiktig behandlingsplan (Kyngas 2000, Jonasson 2000). Att acceptera en ibland livslång sjukdom och se fördelarna med behandlingen är svårt. När behandlingen väl har påbörjats tenderar följsamheten att avta med tiden.

Vid schizofreni kan följderna av en avbruten behandling bli mycket allvarliga för både patienten och omgivningen. Avbrott i medicineringen associeras med en förhöjd återfallsfrekvens, återinläggning på sjukhus samt en ökad ekonomisk och social belastning (Gray 2006). Avbruten behandling och bristande följsamhet innebär även en risk för ökat problem-beteende och våld samt ökad risk för suicid.

Trots denna kunskap, och den generellt låga följsamhet som rapporterades i CATIE-studien (Lieberman 2005), så är den kliniska beredskapen för att hantera behandlingsavbrott ofta låg. I vardagen förlitar man sig ofta på patientens muntliga rapport om grad av följsamhet, men riktade insatser för att öka motivation och följsamhet saknas ofta. När man jämför läkares skattningar av följsamhet med patienternas faktiska läkemedelsuttag, är det tydligt att den behandlande läkaren i stor utsträckning överskattar patientens följsamhet. Behandlarens attityder och insatser bidrar till hur patientens följsamhet utvecklas och vidmakthålls (Leucht 2006). Dessa fynd har inneburit att intresset för att öka följsamheten till den uppgjorda behandlingen har ökat markant de senaste åren. Det är framför allt den farmakologiska behandlingen som avses i litteraturen och i detta avsnitt.

Bristande följsamhet till läkemedelsbehandling kan ses som ett av de största men också mest förändringsbara problemen vid behandling av schizofreni. Följsamheten varierar mellan individer och under det individuella sjukdomsförloppet, från god till mycket bristfällig. Majoriteten av patientgruppen uppvisar dock partiell följsamhet (Leucht 2005). Följsamhet till behandling tenderar att avta med behandlingstidens längd, det vill säga ju längre tid som gått från föregående skov, desto sämre följsamhet. Bristande följsamhet påverkar sjukdomens förlopp negativt och tydligast avspeglar sig detta, som tidigare nämnts, i form av återfall. Ett flertal studier visar att återfallsfrekvensen ökar två till tre gånger vid utebliven behandling jämfört med underhållsbehandling med antipsykotika (Nose 2003).

Risken för återfall blir större när en persons sårbarhet ökar, och/eller när påfrestningar i omgivningen överstiger personens förmåga att hantera dessa. Risken för återfall ökar framför allt i samband med att patienten upplever negativt känslomässigt engagemang/interpersonell stress eller ett överengagemang, något som i litteraturen beskrivs med begreppet *expressed emotions* (EE).

Tiden från det att påfrestningen börjar tills det att personen återfaller är individuell, från dagar till månader. Likaså skiljer sig tecknen åt mellan olika personer. Dock är ofta tidsförloppet och tecknen återkommande för en och samma individ.

För att förhindra återfall måste rutiner för att öka följsamhet och insatser för att utveckla patientens förmåga att identifiera och hantera presumtiva risksituationer förbättras. Målsättningen är att hjälpa patienten att själv, eller att tillsammans med sitt nätverk, utveckla strategier för att öka motivation och följsamhet, hantera stress, samt minimera den tid där patienten frångår sin uppgjorda behandlingsplan.

Ett flertal studier påvisar viss effekt av följsamhetsbefrämjande åtgärder. I en metaanalys konstaterades en genomsnittlig fördubbling av följsamhet till medicinering och vårdkontakter över en medianuppföljningstid kring sex månader (Nose 2003). Läkemedelsbehandling med depåinjektioner uppvisar i genomsnitt en halverad risk för återfall jämfört med peroral behandling. Denna effekt blir tydligare vid längre uppföljningstid, upp till två år (Pekkala 2002).

De interventioner som i dag har ett visst stöd avseende effekt är, utöver läkemedelsbehandling med depåinjektioner, psykosociala interventioner som anhörigutbildning/familjeintervention (Pekkala 2002) samt patientutbildning (Valenstein 2002).

Motiverande inslag av typen motiverande samtal (*motivational interviewing*) förefaller ha effekt för att öka patientgruppens förändringsvilighet och behandlingsmotivation (Holm Ivarsson 2009).

Följande kliniska interventioner minskar risken för återfall och ökar följsamheten:

- strategier för att öka följsamheten till föreskriven medicinering
- undervisning om psykisk sjuklighet och sjukdomsförlopp
- upptäckt av tidiga varningssignaler
- träning av effektiv stresshantering
- aktivt kontaktpersonsstöd.

9. Uppföljning

FÖR ATT NÅ kvaliteten i uppföljningen behövs egentligen ett system, där diagnos, specifik behandling och utfall kopplas och hanteras i adekvata databaser, som tillåter återkommande utvärdering på individ- och grupp-nivå. Då detta sällan är tillgängligt kan medverkan i nationella kvalitetsregister tillåta vissa sådana funktioner, även om målet bör vara lokala kvalitetssystem i kombination med nationella kvalitetsregister.

Angående behandlingsuppföljning, se faktarutan. Dessutom rekommenderas regelbunden och uppföljbar kvantitativ bedömning av den kognitiva funktionen, i förekommande fall återkommande EKG-undersökning, följsamhet till läkemedelsordinationen, förekomst av somatisk samsjuklighet eller substansmissbruk samt förekomst av utagerande eller farlighet.

För utvärdering av sjukdomsförlopp och effekt av given behandling bör nedanstående bedömningar och mätningar även göras initialt i sjukdomsförloppet, helst som utgångsvärden vid första episoden av insjuknande i psykosjukdom.

Biverkningar, åtgärder och farmakokinetiska överväganden

Tidigare har fokus legat på rörelsebiverkningar (framför allt extrapyramidala biverkningar som stelhet, kramper, parkinsonism och tardiva dyskinesier). Med mer avvägda eller måttfulla doser och introduktion av nya antipsykotiska preparat är numera intresset mer fokuserat på säkerhetsfrågor kring metabola effekter som viktuppgång, nedsatt glukosterolans med ökad diabetesrisk samt blodfettsökning. Risken för kardiotoxisk effekt ter sig något mindre hotfull än tidigare, men bör i vissa fall kräva ökad uppmärksamhet. Några råd:

- Såväl behandling med antipsykotiska läkemedel som kronisk psykosjukdom i sig åtföljs ofta av viktuppgång med ökad risk för diabetes

Behandlingsuppföljning

Värdet av given behandling kan mätas i olika funktioner.

Sjukdomsgrad

- psykosymtom (PANSS, PANSS-R)¹
- affektiva symtom (CDSS)²
- globalt mått (CGI-S)³

Biverkningar

- motoriska (SAS – Simpson Angus Scale)⁴
- metabola effekter av sjukdom och behandling⁵
- vikt, längd och bukomfång
- blodglukos
- blodfetter
- blodtryck

Bruk av droger

- alkohol (AUDIT)⁶
- illegala droger (DUDIT)⁷

Omvårdnadsbehov, till exempel

- CAN (Camberwell Assessment of Needs)⁸
- Patientperspektiv
- EQ-5D (EuroQoL)⁹ för livskvalitet
- lokalt anpassad enkät för tillfredsställelse med given sjukvård

1 Initialt används PANSS, vid uppföljning räcker PANSS-R; Andreasen 1989, 1995, Kay 1987, Leucht 2005, Levine 2008.

2 Det mest diskriminativa skattningsinstrumentet avseende förekomsten av depression hos patienter med schizofreni; Addington D, 1993, Kim 2006.

3 CGI är en klinisk bedömningskala avsedd att mäta global grad av sjukdom och förändringar i denna över tid med tre globala subskalor: skattning av svårighetsgrad, global förbättring och effektivitetsindex. Svårighetsgrad mäts på en 7-gradig skala: 0 är ingen sjukdom alls och 7 är den svåraste kliniska bild du mött; Guy 1976.

4 För bedömning av extrapyramidala symtom och biverkningar; Simpson 1970.

5 Se även tabell i avsnitt s. 102.

6 Skattningsinstrument för att identifiera risk- och missbruk av alkohol; Allen 1997.

7 Skattningsinstrument för att identifiera drogrelaterade problem; Berman 2005.

8 Ett instrument utvecklat för att bedöma aktuellt behovsstatus inom 22 olika områden för vuxna med psykiskt funktionshinder som belyser vilka behov som är tillgodosedda och vilka behov som behöver åtgärdas; Phelan 1995.

9 Europeiskt generiskt skattningsinstrument för livskvalitet, översatt till svenska; Konnopka 2006.

- och kardiovaskulär sjuklighet. Minimering av dessa problem kräver årliga mätningar av vikt/BMI, bukomfång, blodsocker och blodfetter.
- Vid behov kan samverkan med primärvård vara lämplig för uppföljning av metabola biverkningar och avseende behandlingsövervakningen, i beaktande av den väl dokumenterade ökade somatiska sjukligheten i denna patientgrupp.
 - Misstanke om rörelsebiverkningar bör bedömas systematiskt, t.ex. med SAS (*Simpson Angus Scale*).
 - Antikolinerga läkemedel kan ges tillfälligt vid rörelsebiverkningar (EPS; *extrapyramidal side effects*), utöver vad som kan uppnås med dosreduktion av antipsykotiskt läkemedel.
 - Misstanke om dosberoende biverkan kan föranleda läkemedelsanalys i blod (TDM).
 - Läkemedelsbyte kan bli aktuellt, t.ex. vid otillräcklig effekt eller svår-
bemästrade biverkningar. Effekt och biverkningar bör dokumenteras systematiskt, så att rationell jämförelse blir möjlig.

För vissa preparat, till exempel sertindol, är möjlig effekt på hjärtats retledningssystem för känsliga personer en faktor att överväga. Läkemedelsverket föreskriver: ”På grund av ökad kardiovaskulär risk ska sertindol endast förskrivas till patienter som visat intolerans mot minst ett annat antipsykotiskt läkemedel.” Vid nyinsättning eller preparatbyte bör eventuell EKG-undersökning och uppföljning övervägas, där QT-tid i förekommande fall kan följas. Sertindol bör enligt Läkemedelsverket inte användas som akutmedicin och vid förskrivning av sertindol ska dosering och EKG-kontroller göras enligt särskilda anvisningar. Vid övervägd behandling med ziprasidon finns skäl till försiktighet vid misstanke om hjärtsjukdom.

Metabola biverkningar

Introduktionen av andra generationens antipsykotika har inneburit en möjlighet att medicinera psykotiska symtom med minskad risk för vissa av de biverkningar som är förknippade med äldre antipsykotika, framför allt extrapyramidala biverkningar. Emellertid uppvisar vissa preparat i stället en ökad risk för biverkningar såsom viktuppgång, rubbningar av blodfetter och diabetes mellitus. Ett samlingsnamn för dessa biverkningar är metabola biverkningar.

Även för första generationens antipsykotiska preparat finns risk för till exempel viktuppgång som biverkan (Wirshing 2004, Newcomer 2005, Mekersson 2004) men det förefaller som om medicinering med vissa av den andra generationens antipsykotika i betydligt högre grad ökar denna risk. Problemet är inte enbart kosmetiskt. Utveckling av diabetessjukdom medför risk för skador på kroppens kärl, med till exempel skador på njurar och på ögats näthinna som följd. Metabola rubbningar medför även en påtagligt ökad risk för tidig död i hjärt-kärlsjukdom (Ösby 2000, Newman 1991, Saha 2007, Newcomer 2006a, Fleischacker 2008, Meyer 2008, Newcomer 2006b, ADA, APA, AACE 2004, Newcomer 2007).

Patienter med schizofreni har ofta en nedsatt förmåga att själv ta tillvara sina intressen, inklusive att vårda sin kroppsliga hälsa samt att söka och ta emot somatisk vård när sådan är påkallad. En god psykiatrisk vård innefattar därmed att bistå patienten att ta emot vård för metabola rubbningar som redan utvecklats. Därtill bör psykiatrin ansvara för att kontrollera behandlingens effekter och vidta åtgärd om insatt antipsykotisk behandling initierar eller bidrar till att förvärra metabola rubbningar. Hur en sådan kontroll kan genomföras diskuteras under rubriken *Somatisk vård och monitorering av somatisk hälsa*, se s. 97.

Prevention angående läkemedelsbiverkningar

Med *primär prevention* menas åtgärder som avser att förhindra eller uppskjuta ett insjuknande hos friska individer. Med *sekundär prevention* menas åtgärder för att på både kort och lång sikt minska fortsatt sjukdomsprocess, återinsjuknande och död hos patienter med etablerad sjukdom t.ex. diabetes och hjärt-kärlsjukdom.

Flertalet psykospatienter som inleder behandling med antipsykotika är unga och utan komplicerande somatisk sjukdom. Det förebyggande arbetet bör därför i första hand inriktas på primärprevention, det vill säga att genom att minska riskfaktorbelastningen förhindra uppkomst av övervikt, diabetes, hjärt-kärlsjukdom m.m. Det är synnerligen angeläget att *förebygga övervikt/fetma*, som är ett mycket svårbehandlat tillstånd och där risken är stor att utveckla diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Detta ansvar åligger psykiatrin, antingen genom egna insatser eller via samarbete med annan vårdgivare.

Om patienten, trots förebyggande insatser, bibehåller eller utvecklar hög riskfaktorbelastning (tobaksrökning, fysisk inaktivitet, övervikt/

fetma m.m.) bör åtgärder vidtas för att hitta eventuell sjukdom (diabetes, hypertoni, angina pectoris m.m.) så tidigt som möjligt för att kunna initiera behandling och sekundärpreventiva åtgärder. Ansvar för att identifiera sjukdom åligger psykiatrin och ansvar för behandling och sekundärprevention åligger primärvården efter remiss från psykiatrin.

För att lyckas med primär prevention krävs att man har genomtänkta strategier och ett systematiskt arbetssätt. Några råd:

- Vid något tillfälle bör alla aktuella patienter erbjudas en hälsoprofil/hälsosamtal där huvudfokus ligger på en dialog om levnadsvanorna. Samtidigt får man en kartläggning av de olika riskfaktorerna, deras inbördes relationer och vilka faktorer som betyder mest för individen.
- Ett hälsosamtal genomförs på cirka en timma av en sjuksköterska. Motiverande samtal enligt Holm Ivarsson (2009) erbjuder tillämplig metodik.
- Hos en liten andel krävs ett eller flera återbesök hos sköterskan för vidare analys och uppföljning.
- En standardiserad och evidensbaserad modell bör användas (Hälsokurvan, Västerbotten, Stråkenhus m.fl.).
- Vid varje kontakt, eller minst varje år, behövs ett pedagogiskt instrument (påminnelse) som underlättar registrering och samtal om levnadsvanor. I detta sammanhang bör även mätvärden som BMI, midja/stuss-kvot, blodtryck m.m. registreras. Påminnelsen kan utgöras av ett enkelt formulär som patienten fyllt i hemma och överlämnar till vårdgivaren vid besöket.

Det finns god evidens för att frågor om levnadsvanor i kombination med kort rådgivning leder till förändrade levnadsvanor hos befolkningen i allmänhet, men även för patienter med psykossjukdom (Alvarez-Jimenez 2008).

Strategier för att öka följsamheten till föreskriven medicinering

Utöver strategier för att hantera bristande följsamhet bör även strategier för att hantera upplevda biverkningar innefattas. Detta innebär användandet av program för att öka såväl behandlande personals kunskap och kliniska kompetens som patienternas kunskap.

Motiverande inslag av typen motiverande samtal (*motivational interviewing*; Holm Ivarsson 2009) förefaller ha effekt för att öka patienters kapacitet att öka funktion och motivation att medverka i behandling.

Strategier som kan öka följsamheten är exempelvis att förvänta sig dålig följsamhet och agera utifrån detta, involvera närstående i alla faser, utbilda om för- och nackdelar och låta patienten skatta de negativa och positiva effekterna, ha ett öppet samarbete kring dosering samt att i förväg planera för hur eventuella biverkningar ska hanteras.

Det är angeläget att vid tecken på försämring avseende psykotiska symptom så snabbt som möjligt återinsätta eller förändra antipsykotisk läkemedelsbehandling för att försöka minimera svårighetsgraden av återfallet. Det är särskilt angeläget att vara uppmärksam på detta i situationer där det finns en påtaglig risk för återfall, till exempel om patienten mot inrådan av behandlande läkare väljer att sätta ut antipsykotisk medicinering.

Ett sätt att hjälpa patienten och närstående att vara uppmärksamma på tidiga tecken och att snabbt kunna söka vård vid rätt instans är att upprätta en ”riskplan” där behandlare och patient (och eventuella närstående) tillsammans formulerar vilka tidiga tecken patienten uppvisat vid tidigare psykosinsjuknanden. Likaså kan man i dokumentet ange sökvägar till vård som finns eller som man har god erfarenhet av, liksom om och vem av närstående som kan och vill hjälpa till m.m.

Undervisning om psykisk sjukdom

För att öka kunskapen om olika behandlingsmöjligheter, medvetenheten om behandlingens vikt samt öka engagemanget hos patient och anhöriga/nätverket, är olika psykopedagogiska insatser individuellt eller i grupp nödvändigt. Detta bör ske inom ramen för tidigare beskrivna psykopedagogiska insatser.

Tidiga varningstecken

Förmågan att känna igen tidiga tecken på återfall eller försämring är nödvändigt för att kunna förhindra återinsjuknande och kontinuitetsbrott. Utbildning i tidiga tecken bör ges till alla och framför allt till de som redan har haft ett eller flera återfall. Patientens tidiga varningstecken bör ske som en del i arbetet med exempelvis ESL. Vid förekomst av tidiga varningstecken bör dessa följas kontinuerligt till dess att de avklingat.

Stresshantering

Då en ökad belastning/stress associeras med en ökad risk för positiva symtom är kunskap om, och färdigheter i, olika metoder för att hantera omgivningsrelaterad stress viktig för patientgruppen. Färdigheter som möjliggör en reduktion av stress och tillhörande symtomatologi innefattar bland annat metoder för att analysera och hitta lösningar kring de uppkomna problemen, färdigheter för effektiv kommunikation och konflikthantering samt specifik metodik för att hantera sekundär psykiatrisk problematik såsom ångest och nedstämdhet.

Aktivt arbete som kontaktperson

För gruppen med uttalade funktionshinder är ofta en kontaktperson – eller ett case manager-system – nödvändigt för att kunna ge patienten nödvändig stabilitet och kontinuitet i den initierade behandlingen.

Graviditet och amning

Schizofreni debuterar ofta i unga år och följaktligen kommer många av de kvinnliga patienterna att bli gravida. En uppskattning är att cirka hälften av kvinnor med icke-affektiv psykos i fertil ålder kommer att föda barn. Riskerna med antipsykotisk medicinering under graviditet och post partum måste vägas mot de risker som mor och barn löper vid en obehandlad psykosjukdom. Det finns flera potentiella risker med läkemedelsbehandling under graviditet: missbildningar, obstetriska komplikationer, neurologiska och andra komplikationer hos barnet i neonatalperioden och under senare utveckling. Att sätta ut behandlingen innebär dock risk för försämring av symtom och funktionsnivå, samt suicidrisk. Det finns även data som pekar på att obehandlad psykisk sjukdom kan skada utvecklingen av fostrets centrala nervsystem. Vidare kan ett försämrat tillstånd hos modern påverka interaktionen med barnet och därmed hämma dess utveckling.

Av etiska skäl är det inte möjligt att genomföra randomiserade kontrollerade läkemedelsstudier på denna patientpopulation, utan man är hänvisad till naturalistiska studier. Det är därför svårt att ge några generella rekommendationer. Erfarenheterna av behandlingsutfall ökar och klinikern måste kontinuerligt hålla sig à jour med detta. Varje enskilt patientärende kräver noggrant övervägande.

Suicidrisk

Nästan hälften av alla med schizofreni gör någon gång ett suicidförsök och livstidsrisken för död i suicid är cirka 10 procent (Inskip 1998, Carlborg 2008). Vid psykiatrisk bedömning av patienter med schizofreni bör således suicidalitet rutinmässigt penetreras.

Mer än hälften av fullbordade suicid inträffar inom de första fem åren efter insjuknandet (Verdoux 2001). Det har även rapporterats en ökad risk de första tre månaderna efter utskrivning från psykiatrisk klinik (Heila 1999, Rossau 1997, Roy 1982). Liksom i den övriga befolkningen är risken större hos män än hos kvinnor (Rossau 1997). Andra riskfaktorer är tidigare suicidförsök, allvarlig sjukdomsbild, affektiva symtom, social isolering, bristande behandlingsföljsamhet, tidig debutålder och låg funktionsnivå (Montross 2005, Hawton 2005, Gupta 1998, Kaplan 1996). Vad gäller missbruk som är en riskfaktor för suicid i befolkningen i stort, är data motsäggelsefulla (Gupta 1998, Allebäck 1987, Drake 1986, Meltzer 2002). Graden av sjukdomsinsikt korrelerar positivt med suicid (Amador 1996). Specifika psykotiska symtom har inte visat lika stark koppling till risk för suicid även om förekomst av imperativ hallucinos med uppmaningar att skada sig själv förstås bör tas på allvar hos den enskilde patienten.

När sjukhusvård krävs för patienter med suicidrisk är målet att säkra patientens liv genom olika grader av tillsyn och anpassning av vårdmiljön. Socialstyrelsens exempel på gradering av tillsyn i samband med sjukhusvård är följande (Socialstyrelsen 2003):

- extra tillsyn – någon i personalen ska alltid veta var patienten befinner sig
- definierade intervall för tillsyn (t.ex. var 15:e minut)
- patienten får lämna avdelningen med sällskap under överenskommen tid
- patienten får inte sova bakom stängd dörr
- ständig övervakning
- ständigt sällskap
- patienten får stänga dörren men inte låsa vid toalettbesök
- patienten får gå ut med personal, men inte med besökande
- ständig intensiv övervakning
- ständigt sällskap
- patienten får inte ha stängd dörr vid toalettbesök
- patienten får inte lämna avdelningen annat än för undersökning/behandling.

Förutom riskfaktorer har även skyddande faktorer mot suicid i denna grupp identifierats. Det är viktigt att personal skapar en relation med patienten som bygger på respekt och vänlighet och förmedlande av hopp (Lincoln 2007, Bowers 2007, SBU 1999, Cohen 2007). Medicinering med klozapin har visat skyddande effekt (Melzer 1995, Reid 1998, Walker 1997, Tiihonen 2009). Andra skyddande faktorer är helt enkelt motsatsen mot vissa av riskfaktorerna – såsom starkt socialt stöd – men även en god problemlösande förmåga hos patienten samt en upplevelse av tillfredsställelse och meningsfullhet i de dagliga aktiviteterna tycks fungera skyddande. En kombination av att motverka riskfaktorer för suicid och att befrämja skyddande faktorer – såsom att hjälpa patienten till en meningsfull sysselsättning, aktivt fråga efter och behandla tecken på depression samt att öva problemlösande förmåga – kan vara en behandlingsmodell för att motverka suicid. Ännu så länge saknas dock gott empiriskt stöd för att ett sådant behandlingssinne håll effektivt minskar suicid bland dessa patienter.

10. Vårdprocess

FÖR GOD OCH effektiv psykosvård krävs en processbeskrivning och ett system för att monitorera verksamheten. För säkerhet krävs system för avvikelsekontroll.

Vårdkedja, vårdutbud, tillgänglighet

Nedan följer exempel på beståndsdelar som kan användas för att skapa vårdprocesser vid psykossjukdom, utgående från lokala förutsättningar.

Organisation, ändamålsenliga beståndsdelar

- öppenvårdsenhet för tidig sjukdomsfas
- mobilt team, uppsökande verksamhet
- psykosteam, psykosmottagning
- specialiserad heldygnsvård
- enhet för tidig sjukdomsfas
- enhet för återinsjuknade, senare i sjukdomsförlopp
- enhet för särskilt vårdkrävande och utagerande patienter.

Personalkategorier med specialkompetens vid psykosenhet/psykosteam

- läkare (alltid i psykosteam)
- psykolog (alltid i psykosteam)
- sjuksköterska (alltid i psykosteam)
- arbetsterapeut
- kurator
- mentalskötare
- sjukgymnast
- sekreterare.

Dimensioner för organisering av av patientprocess

- patient, nätverk, behov, behandlingsplan
- personal, kompetens, utbildning
- organisation, process, ledningsorganisation, rapporteringssystem, kapacitet
- uppföljning, resultat, produktionsplanering.

Vårdprocess vid psykossjukdom, exempel på processanalys

Utgångspunkt	Process	Resultatexempel
Symtom	Utredning Behovsinventering Rådgivning	Vårdåtagande, hänvisning
Bedömning, diagnos	Individuell behandlingsplan Vårdnivåsamverkan Samordnad vårdplanering	Omvårdnad, skydd, behandling Vårdplanering baserad på öppenvårdens möjligheter Anpassat boende, boendestöd, sysselsättning
Första episod med psykossjukdom	Tillgänglighet Observation, prel.diagnos Familj/nätverk Bedömning och diagnos	Information Personlig bedömning inom 24 timmar Vid behov krisstöd inom 24 timmar TIPS-team Patient och närstående-utbildning Utredning och upprepad observation/uppföljning
Återfallsskydd vid remission	Regelbunden kontakt och stöd Behandling, underhåll	Tillgänglighet, allians ökad egen kunskap Systematisk behandlingsutvärdering
Återfall, ny episod	Råd för åtgärd Ompröva behandlingsplan och samordnad vårdplan	Lindring, avlastning, vb. heldygnsvård Remission som behandlingsmål

Förhållningssätt vid förstagångsinsjuknande

Då funktionssänkningen ofta är som mest påtaglig i samband med det första insjuknandet i psykos är tidiga interventioner av stor betydelse för den framtida prognosen. Fördröjd behandling kan leda till ökat lidande på flera plan: psykologiskt, funktionsmässigt och inte minst socialt. Om den initiala kontakten med vården dröjer kan det också bli svårare att motivera individen till rimliga behandlingsinsatser och därmed ökar risken att tvångsåtgärder till slut måste vidtas. Förtroendet för vården grundläggs i den första kontakten, och detta har med stor sannolikhet också en ansenlig inverkan på hur patienten i fortsättningen kommer att uppfatta sig själv och sina symtom.

Vården av individer som är nyinsjuknade i psykos bör präglas av öppenhet, flexibilitet och tillgänglighet. Kontakten ska kunna inledas enkelt och snabbt samt verka för att tidigt involvera och stötta patientens anhöriga. Det multidisciplinära teamet eller verksamheten bör ha väl utarbetade rutiner med vårdgrannar såsom primärvård, kommun och psykiatriska akut-, öppen- och slutenvårdsverksamheter så att patienten snabbt kan vägledas rätt i vårdkedjan. För att främja alliansen med patient och anhöriga bör vården i så stor utsträckning som möjligt erbjuda personlig kontinuitet i de professionella vårdkontaktarna (TOP-projektet 2007).

Den inledande kontakten bör framför allt präglas av ett individinriktat och empatiskt förhållningssätt där det primära syftet är att skapa en hållbar och förtroendefull samarbetsallians (NICE 2009). Att insjukna i psykos är en på många sätt genomgripande upplevelse och det är viktigt att patienten initialt ges utrymme att tala om sina upplevelser utifrån sitt perspektiv. Den professionelle bör vara väl förtrogen med den påtagliga kognitiva påverkan ett psykotiskt tillstånd medför och anpassa sin kommunikation för att understödja dialog och informationsutbyte med patienten. Kontakten ska vara jämspelt, öppen och tydlig och patienten ska direkt involveras i utformning av sin individuella vårdplan. Behandlande insatser bör så långt som det är möjligt anpassas till individens speciella behov och situation.

Lyhördhet gentemot patientens önskemål ska fortgå under hela behandlings- och rehabiliteringsprocessen. En god allians är en grundläggande förutsättning för att bedriva kvalitativ psykosvård. Om patienten känner förtroende för sin vårdkontakt ökar också sannolikheten att hon eller han berättar om sina symtom, upplevelser och svårigheter, frivilligt

deltar i föreslagna utrednings- och behandlingsåtgärder samt utifrån eget intresse samverkar i utvärdering av behandlingseffekter.

Rehabilitering och aktörer i samverkan

Rehabilitering syftar till att återfå och förbättra bristande förmågor och funktioner. Insatser från kommun och landsting inriktas på att öka förmågan att klara sitt dagliga liv och på så sätt även självkänslan. Eftersom personer med kognitiva funktionshinder kan ha svårt att överföra inläring från en miljö till en annan, bör insatser ske i det dagliga livets miljö, till exempel i personens hem (Ranganath 2008).

Hälso- och sjukvårdsavdelningen vid Socialstyrelsen (2008) beräknar att 2009 presentera riktlinjer för psykosociala insatser till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Arbetet kommer att rikta sig till både hälso- och sjukvården och till kommunernas socialtjänst. Socialstyrelsen har tidigare publicerat (Socialstyrelsen 2006) en sammanställning av systematiska översiktsstudier av psykosociala insatser. I rapporten framkommer att flera insatser som används har god evidens, medan andra har mindre tydlig eller ingen evidens.

Arbetsinriktad rehabilitering

Insats i form av arbete med stöd är effektivare än ”vård som vanligt” och även effektivare än arbetsförberedande träningsmodeller (Socialstyrelsen 2006). För arbetslivsinriktad rehabilitering har Försäkringskassan och antingen en arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen viktiga roller. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har i dag ett gemensamt arbete för rehabilitering till arbete (FAROS). Personer som drabbats av psykos och därefter återhämtat sig tillräckligt för att kunna förväntas klara någon form av lönearbete, eventuellt med anpassade villkor, kan bli aktuella för denna verksamhet.

Case management

Case management förekommer i flera modeller. En modell, intensiv case management, ges i form av samhällsbaserat behandlings- och rehabiliteringsprogram (ACT – assertive community treatment). Modellen har visat sig vara effektivare än sjukhusbaserad rehabilitering och visar god evidens för att den minskar behov av sjukhusvård och ger stabilitet i självständigt boende. Case management är beskrivet mer i detalj ovan i avsnittet *Behandling och behandlingsstöd*.

Familjeinterventioner – psykoedukativa insatser

Flertalet studier och litteraturöversikter (Socialstyrelsen 2006, Pekkala 2002, Lincoln 2007, Rummel-Klunge 2008) har visat att psykoedukativa insatser kan minska risken för återinsjuknande och återinläggning, förbättrar följsamheten i behandling, har positiv verkan på det känslomässiga klimatet i berörd familj samt bidrar till ökad livskvalitet för patient och närstående. Insatser som involverar både patient och familj samt insatser som varar minst tre månader har visats ge bäst effekt (Pharoah 2006).

Social färdighetsträning

Resultat från studier om social färdighetsträning saknar samstämmighet. Mer forskning behövs för att kunna ange eventuell evidens för effekt (Socialstyrelsen 2008).

Kognitiv träning

Kognitiva funktioner kan förbättras med insats av kognitiv träning; det är dock osäkert om resultaten kan överföras till andra än de tränade funktionsområdena.

Mer forskning behövs för olika träningsmodeller (Socialstyrelsen 2008).

Psykologisk behandling

KBT kan eventuellt minska symtom men det finns inte stöd för att behandlingen leder till minskat återinsjuknande eller mindre behov av sjukhusvård.

Psykodynamisk terapi visar inte några entydiga positiva resultat (Socialstyrelsen 2008).

Följsamhet

Utbildningsprogram om medicinering, psykoterapi och schemalagda träffar med öppenvårdspersonal för utskrivning från sjukhus, ökar följsamhet till medicinering och återbesök. Telefonsamtal någon dag för be-

sök hos behandlare liksom skriftlig påminnelse i nära anslutning till återbesök minskar risk för att patienten ska utebli (Socialstyrelsen 2008).

Boendestöd och daglig sysselsättning

Insatserna boendestöd och sysselsättning är vanligt förekommande, men forskning saknas som inte är kopplad till medicinsk vård (Socialstyrelsen 2008).

Omvårdnad

Inom psykiatrisk vård utgörs omvårdnadspersonal i huvudsak av skötare, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Förutom att ge omvårdnad medverkar omvårdnadspersonal i diagnostik, behandling, rehabilitering och prevention (Ottosson 2009). Omvårdnad ska bedrivas med ett helhetsperspektiv utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, det vill säga med bästa tillgängliga bevis som underlag för vårdbeslut och i samverkan med patienten och eventuellt patienters närstående.

Centralt i omvårdnadsarbetet är att förmedla hopp, utgå från patienters individuella förutsättningar och resurser samt värna säkerhet och integritet (SBU 1999). De omvårdnadsåtgärder som utförs ska i första hand utgöra ett stöd till patientens egenvård, men vid behov innebära att utföra de handlingar som patienten inte kan eller förmår utföra på grund av sin sjukdom (SBU 1999).

I omvårdnadsarbetet är relationen av grundläggande betydelse. Det är viktigt att förstå att patienter med schizofreni oftast upplever stora svårigheter i kontakt med andra personer, samtidigt som det finns en önskan om nära kontakt (Pejlert 1998).

De egenskaper som patienter med schizofreni önskar hos omvårdnadspersonal är att de är snälla, försöker göra sitt bästa, är pålitliga, kan förlåta, bryr sig och är humoristiska (Hellzén 1995).

Omvårdnad inbegriper åtgärder för att skapa hälsobefrämjande miljö. I första hand ska vården ges i patientens hem eller under kort vårdtid vid små, hemlika enheter (Johansson 2006).

Miljön ska vara strukturerad, konkret och utan onödiga, distraherande stimuli. En konkret och strukturerad miljö kan skapas med praktiska hjälpmedel i form av dagsschema, kom-ihåg-lappar, checklistor och tydliga skyltar (SBU 1999).

Tvångsvård

Om patienter inte kan medverka i eller motsätter sig nödvändig vård, används i sista hand tvångsvårdslagstiftning enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) (LPT 1991).

Tvånget har inget egenvärde, utan är medel för att alls kunna hjälpa patienten att så fort som möjligt själv kunna helt medverka i sin vård. När det inte är olämpligt ska närstående involveras, både för patientens egen skull, men även för närstående. Tvång ska givetvis utövas så skonsamt som möjligt, med största möjliga hänsyn till patientens integritet.

Vårdförbundet har utifrån en litteraturoversikt sammanställt följande kvalitetskrav vid tvångsvård (Vårdförbundet 2003):

- att patienten får information om sina rättigheter och den konkreta innebörden av tvångsvård samt möts av personal som har goda kunskaper om detta.
- att patientens behov ska så fort som möjligt tydliggöras i en vårdplan, som utformas i största möjliga samråd med patienten; det finns rutiner som förhindrar att tvångsvård fortgår längre än nödvändigt.
- att patienten kontinuerligt får möjlighet att ge synpunkter på och samtala om sina upplevelser av att vara utsatt för tvångsvård och eventuella tvångsåtgärder.
- att patienten får samtala med ordinerande läkare inför en tvångsåtgärd, tvångsåtgärder utförs av kvalificerad personal som patienten känner förtroende för, övriga patienter får stöd och information när tvångsåtgärder utförs på enheten.
- att patienten möts av personal som kontinuerligt får handledning för att bearbeta upplevelser av att arbeta med tvångsvård.
- att patientens närstående får information och stöd i samband med intagning och vård enligt tvångslag, om detta inte strider mot gällande sekretesslagstiftning.

Att begränsa patienters autonomi och samtidigt värna patienters integritet förutsätter stor kunskap och integritet hos personalen. Till största delen är det omvårdnadspersonal som genomför de tvångsåtgärder som används och beslutas av chefsöverläkaren eller annan delegerad läkare. Följande åtgärder är de mest förekommande:

Hindras att lämna vårdinrättningen/området

Det vanligaste sättet att hindra en patient från att lämna en vårdavdelning är en låst entrédörr. Personal ska vara medveten om att patienter som vårdas på en låst avdelning kan uppleva det både positivt och negativt. Den stängda ytterdörren kan inge trygghet, men den kan även upplevas som ett fängelseattribut (Haglund 2005).

Kortvarig fastspänning

Fastspänning med bälte eller liknande anordning får användas om det finns omedelbar fara att en patient ska skada sig själv eller annan person. Kortvarig fastspänning innebär fyra timmar. Om det föreligger synnerliga skäl för längre tids fastspänning ska Socialstyrelsen utan dröjsmål informeras. En fastspänd patient ska hela tiden ha en ur personalen närvarande.

Avskiljning

Avskiljning av en patient från andra patienter får endast ske på grund av aggressivt eller störande beteende som allvarligt försvårar vården av andra patienter. Avskiljningen får pågå högst åtta timmar. Om det föreligger allvarliga skäl för längre tids avskiljning ska Socialstyrelsen utan dröjsmål informeras. En patient som hålls avskild ska ha fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

Medicinering

Medicinering med tvång är enligt Socialstyrelsen när injektion ges under fasthållande eller fastspänning. Med fasthållande avses att en eller flera personer med fysiskt tvång inskränker patientens rörlighet. Det är av vikt att vårdpersonal även är införstådd med att medicinering kan uppfattas som tvingande, även om inte fysiskt tvång används.

Visitering

Kroppsvisitering eller ytlig kroppsbesiktning får göras vid misstanke om att en patient har droger eller föremål som kan komma att skada patienten själv eller andra personer. Med kroppsvisitering avses det patienten kan ha i fickor, väskor etc. Med ytlig kroppsbesiktning avses nakna, synliga kroppsdelar men inte kroppshålor. De medel eller föremål som eventuellt påträffas får omhändertas. Om möjligt ska visiteringen/besiktningen bevitnas, det vill säga att minst två personer utför åtgärden.

Tandvård

Problem från tänder och munhåla är vanligt förekommande hos personer med schizofreni. Bidragande orsaker kan vara ogynnsam kostsammansättning och svårighet att upprätthålla god tandhygien. Medicinering kan orsaka nedsatt salivproduktion och ge muntorrhet som är en ytterligare riskfaktor. Försämrat tandstatus kan bidra till stigmatisering, till smärta och till svårigheter vid födointag. En smärtfri och infektionsfri munhåla är viktigt för både hälsa och livskvalitet; tandinfektioner som inte åtgärdas kan dessutom vara en källa till bakteriemi och en riskfaktor för endokardit. Personer med schizofreni kan behöva stöd att sköta sin munhygien och att söka tandvård när sådan är påkallad.

Från juli 2008 gäller delvis nya tandvårdsregler som även berör personer med schizofreni. Alla som bor i Sverige omfattas av ett tandvårdsstöd från och med det år man fyller 20. För personer yngre än så är tandvården helt gratis. Tandvårdsstödet har två delar. Dels ett *tandvårdsbidrag* som i första hand är tänkt att användas för undersökningar och förebyggande vård, dels ett *högkostnadsskydd*. Därtill finns för vissa personer med schizofreni möjlighet till *särskilt tandvårdsstöd* (Tandvårdslag 1985, Tandvårdsförordning 1998).

Tandvårdsbidrag

Tandvårdsbidraget är ett årligt bidrag och tänkt att användas för undersökning, förebyggande vård eller behandling hos tandläkare eller tandhygienist. Tandvårdsbidraget finns som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan och betalas ut till den tandläkare/hygienist som genomfört behandlingen. Till och med det år som man fyller 29 är bidraget 300 kronor per år. Mellan 30 och 74 år är bidraget 150 kronor per år och från 75 års ålder är bidraget 300 kronor per år.

Högkostnadsskydd

I tandvårdsstödet finns också ett högkostnadsskydd som innebär att patienten vid större behandlingar bara behöver betala en del av kostnaden själv, Försäkringskassan betalar ersättning för resten av kostnaderna. Ersättningen i högkostnadsskyddet beräknas utifrån det referenspris som finns fastställt för varje tandvårdsåtgärd. Patienten står själv för tandvårdskostnader som har ett referenspris på upp till 3 000 kronor. Försäkringskassan betalar 50 procent av kostnader med ett referenspris mellan

3 000 och 15 000 kronor och 85 procent av kostnader med ett referenspris som överstiger 15 000 kronor.

Särskilt tandvårdsstöd

Utöver dessa allmänna bestämmelser kan personer med schizofreni i vissa fall ha rätt till särskilt tandvårdsstöd. Socialstyrelsen har 2004 utfärdat en vägledning för hur de lagar som beskriver denna rättighet ska tolkas (Socialstyrelsen 2004). Rättigheten gäller bland annat för personer med psykossjukdom som varat längre än ett år och som medfört ett omfattande funktionshinder som gör att de inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov därav. Den omfattar rätt *till bedömning av munhälsan* samt rätt till *nödvändig tandvård*. Den nödvändiga tandvården ges med patientavgifter enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler, det vill säga landstingets högkostnadsskydd gäller för denna vård.

För att få tillgång till särskilt tandvårdsstöd krävs att ett så kallat tandvårdsintyg eller motsvarande har utfärdats. Landsting och kommun överenskommer om vem som har rätt att utfärda tandvårdsintyg. Beroende på om den enskilde har hälso- och sjukvårdsinsatser eller sociala insatser kan det vara till exempel distriktssköterska, biståndshandläggare eller chefen för ett hemtjänstdistrikt som utfärdar intyget. Möjlighet finns för den enskilde att ansöka om tandvårdsintyg hos landstinget oavsett kommunens bedömning.

Tandvård hos äldre och vuxna funktionshindrade

Vissa grupper av äldre och vuxna funktionshindrade erbjuds gratis undersökning av tänderna och nödvändig tandvård där högkostnadsskyddet för patientavgifter gäller, det vill säga maxkostnad för närvarande 900 kronor per tolv månader inklusive sjukvård (Vehjde 2007). Detta gäller en del personer med schizofreni. Förmånen gäller dem som:

- bor i särskilt boende (servicehus, ålderdomshem, sjukhem eller grupp-bostad)
- får hemsjukvård
- faller under LSS
- bor i egen bostad men har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som de andra grupperna.

Somatisk vård och monitorering av somatisk hälsa

Personer med schizofreni har en förhöjd somatisk sjuklighet och en kortare förväntad livslängd jämfört med befolkningen i övrigt – enligt vissa uträkningar så mycket som ett par decennier kortare (Newcomer 2007, Wirshing 2004, Colton 2006). Risk för självmord är kraftigt förhöjd och bidrar till överdödlighet. Den vanligaste dödsorsaken i denna patientgrupp är dock hjärt-kärlsjukdom, där risken är tydligt förhöjd jämfört med befolkningen i övrigt (Ösby 2000, Newman 1991, Fleischhacker 2008, Marder 2004, Newcomer 2007, Wirshing 2004). Det föreligger även en ökad sjuklighet och överdödlighet inom andra sjukdomsgrupper (Ösby 2000, Newman 1991, Saha 2007, Colton 2006, Leucht 2007). Skillnaden i dödlighet jämfört med övriga befolkningen tycks dessutom successivt öka (Sha 2007), ett tecken på att denna patientgrupp inte fått den förbättrade hälsa och minskade dödlighet i bland annat hjärt-kärlsjukdom som den övriga befolkningen i västerländska länder upplevt de senare decennierna.

Metabola rubbningar – såsom övervikt, ökad insulinresistens eller diabetes samt rubbningar i blodfetter – är vanliga i denna patientgrupp och är riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom (Fleischhacker 2008). Det anges av vissa forskare att schizofrenisjukdomen i sig och livsstilsfaktorer vanliga hos denna grupp – såsom brist på fysisk aktivitet, rökning och ogynnsam kosthållning – medför en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, och vissa studier talar också för en ökad mängd riskfaktorer redan vid tidpunkten för insjuknande i psykossjukdom (Ryan 2003, Thakore 2004). Vad som i dag är mer säkert belagt är att vissa av de läkemedel mot schizofrenisymtom som förskrivs till patienterna har potential att inducera eller förvärra den metabola rubbningen (Newcome 2006a,b, Fleischhacker 2008, Meyer, 2008, ADA, APA, AACE 2004, Marder 2004, Lambert 2004, De Nayer 2005, Schizophrenia and diabetes 2003, CDA 2005). Därmed ökar också psykiatrians ansvar.

Ännu en anledning för psykiatri att ta ansvar för patienternas somatiska hälsa är att flera åtgärdbara somatiska sjukdomstillstånd kan försämra psykiatriskt status och därmed försvåra psykiatriskt rehabiliteringsarbete. På många kliniker finns redan åtgärdsprogram och rutiner för systematisk genomgång av somatisk hälsa, på andra ställen är detta ännu ett underutvecklat område. Nedan följer ett antal förslag till ansvarsfördelning för att denna patientgrupp ska kunna uppnå förbättrad somatisk hälsa.

Ta ansvar för patienten

Patientansvarig psykiater bör inte begränsa sitt ansvarsområde till den psykiatriska ohälsan och därmed bortse från potentiellt livsförkortande somatiska störningar hos denna patientgrupp. Dessa patienter har i allmänhet stora svårigheter att på egen hand ta till vara sina egna rättigheter, till exempel att etablera en somatisk vårdkontakt när sådan är motiverad. Att muntligt hänvisa dessa patienter till primärvården leder ofta till att patienten inte får den hälsokontroll eller den behandling för somatiska sjukdomar som är påkallad.

Ansvarig läkare bör regelbundet inhämta anamnes som kan avslöja symtom på till exempel diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller tyreoidarubbning. Varje psykiatrisk klinik bör dessutom ha rutiner för screening av metabola riskfaktorer då vi vet att metabola avvikelser är vanliga hos denna patientgrupp, att de är lätta att diagnostisera och då upptäckt och åtgärd mot en sådan rubbning kan innebära en avsevärd påverkan på patientens hälsa och livslängd. Etablerad viktuppgång är ett svårbehandlat tillstånd, och förebyggande insatser är därför viktiga.

Medvetandegör för patienten betydelsen av levnadsvanor såsom god kosthållning och motion för framtida god hälsa, förslagsvis genom att erbjuda en strukturerad hälsointervju med kartläggning av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och rådgivning om levnadsvanor som med fördel kan utföras av sjuksköterska vid psykiatrisk klinik. Återupprepa denna intervju och rådgivning åtminstone årligen.

Referensvärden och behandlingsindikationer för de i metabol screening ingående parametrarna är ett komplext ämnesområde. Avvikelser inom fler än en parameter ökar risken markant (Sacks 2004) och i de flesta riktlinjer på området rekommenderas därför en total riskbedömning vid ställningstagande till behandling. Detta innebär att man tar hänsyn till den sammanlagda effekten av samtliga riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, snarare än att fokusera på absoluta gränsvärden för de enskilda ingående riskfaktorerna (SBU 2004). För till exempel en patient med hereditet för tidig död i hjärt-kärlsjukdom, dyslipidemi och nydebuterad diabetes är således indikationen för behandling av mild hypertoni starkare och rökstopp mer angeläget än för en patient som saknar de övriga riskfaktorerna. Samråd med primärvårdsläkare eller internmedicinare rekommenderas.

Ta ansvar för att insatt psykiatrisk medicinering inte skadar patienten

Patientansvarig psykiater bör ta fullt ansvar för kontroll av metabolt status inför och efter insättning eller byte av antipsykotisk behandling, då metabol rubbning kan initieras eller förvärras av behandlingen.

Ett vanligt första symtom på metabol påverkan är viktuppgång, vilket i sig är en riskfaktor för flera av de andra riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom, såsom rubbning av blodfetter, utveckling av typ 2-diabetes eller hypertoni. Bukfetma anses särskilt medföra en ökad risk, varför mätning av bukomfång rekommenderas i de flesta riktlinjer (ADA, APA, AACE 2004, Marder 2004, Lambert 2004, De Nayer 2005). Om viktuppgång sker visar det sig ofta relativt snart, varför metabol kontroll ska vara som mest intensiv månaderna efter nyinsättning/byte av antipsykotisk medicinering. Patologiskt fasteglukos är däremot vanligen ett sent tecken på metabol påverkan och bör inte ensamt användas för screening av metabol risk. För flera antipsykotiska preparat finns dock enstaka fall beskrivna av hastigt utvecklade diabetes snart efter insättning.

Målsättningen med screening är tidig upptäckt av metabol påverkan för att kunna ingripa och undvika en signifikant viktökning eller utveckling av diabetes. Enligt tillgänglig kunskap kan även små förbättringar av riskfaktorer drastiskt minska risken för framtida hjärt-kärlsjukdom (Newcomer 2006b).

Potential att bidra till viktuppgång, framför allt hos tidigare omedicinerade patienter, finns hos alla på marknaden förekommande antipsykotika [26]. För andra generationens antipsykotika finns i dag relativt stor kunskap beträffande de olika preparatens benägenhet att initiera och förvärra metabol rubbning (Newcomer 2005, 2006a, 2007, Fleischacker 2008, Meyer 2008, Newcomer 2006, ADA APA AACE 2004, Marder 2004, Lambert 2004, De Nayer 2005, Schizophrenia and diabetes 2003, CDA 2005, Crespo-Facorro 2008, Alvarez-Jimenez 2008, Saddicha 2008, Wirshing 2004). I Tabell 1 redovisas benägenheten till metabol påverkan för denna grupp antipsykotika så som befintlig kunskap ser ut i dag.

Paradoxalt nog finns mindre kunskap om metabola biverkningar för första generationens antipsykotika då detta område inte är lika väl studerat. Viktuppgång som biverkan finns beskrivet för preparatgruppen, mest uttalat för lågpotenta neuroleptika (t.ex. klorpromazin) (Wirshing 2004, Melkersson 2004). Vid behandling av nyinsjuknade och tidigare omedicinerade patienter finns viktuppgång beskrivet även för högpoten-

ta neuroleptika (ex haloperidol), även om viktökningen som regel inte tycks vara lika uttalad (Crespo-Facorro 2008).

För patienter som tidigare behandlats med antipsykotisk medicinering kan det se annorlunda ut och högpotenta äldre antipsykotiska preparat har av tradition ansetts orsaka viktökning i mindre utsträckning. Visst vetenskapligt stöd finns också för detta (Newcomer 2005). I en större studie med schizofrenisjuka patienter med längre sjukdomsduration och i medeltal nio månaders studiebehandling visade sig ett medelpotent äldre preparat (perfenazin) ha en relativt låg grad av metabol påverkan (Meyer 2008).

Upptäcks ett försämrat metabolt status i anslutning till nyinsättning/byte av antipsykotisk medicinering finns möjlighet att byta till preparat med mindre potential till metabol påverkan. Det finns stöd för att en sådan intervention gynnsamt kan påverka de metabola riskfaktorerna (Newcomer 2006a, ADA, APA, AACE 2004).

Om byte av antipsykotiskt preparat är mindre lämpligt ur ett psykiatriskt perspektiv är detta ett skäl att försöka motivera patienten till livsstilsförändringar för att minska risk för hjärt-kärlsjukdom, till exempel genom rökavvänjning, kostomläggning eller regelbunden motion. Visst vetenskapligt stöd finns för att sådana interventioner kan ha effekt på metabola riskfaktorer hos denna patientgrupp (Alvarez-Jimenez 2008). Det finns även en möjlighet till medicinsk behandling av den metabola störningen, till exempel med läkemedel för viktreduktion eller mot blodfetsrubbnings, förslagsvis i samråd med primärvårdsläkare.

Ett förslag till systematisk kontroll av somatisk hälsa samt utökad kontroll efter nyinsättning/byte av antipsykotisk medicinering ges i tabell 2.

Några livsstilstips

- Kostgenomgång med fokus på socker och snabba kolhydrater
- Råd om och förslag på daglig fysisk aktivitet som ger pulsökning
- Byt till mindre vikt- eller blodfettökande psykosmedicinering (exempelvis ziprasidon eller aripiprazol)
- Lägg till viktreducerande medicinering och i första hand metformin eller topiramid, som har gott stöd från studier av viktreduktion i samband med psykosmedicinering. Det finns även visst stöd för tillägg med ranitidin, medan stödet för tillägg med medel registrerade för allmän viktreduktion är svagt för reductil och saknas för orlistat.

Hjälp patienten att få tillgång till god somatisk sjukvård

Det är en rättighet i vårt samhälle att få tillgång till nödvändig hälsovård. I likhet med andra problemområden – såsom ekonomi eller sysselsättning – kan personen med schizofreni behöva konkret stöd av sin kontaktperson inom psykiatri eller socialtjänst för att klara av att uppsöka sin vårdcentral eller för att genomföra ett sjukhusbesök. Stöd kan behövas vid undersökningen, därtill hjälp att notera återbesökstider eller att hitta metoder för att komma ihåg att ta ordinerad medicinering regelbundet.

På organisatorisk nivå är förutsättningarna olika på olika platser i landet. Varje psykiatrisk klinik bör initiera en dialog eller en formaliserad överenskommelse med den lokala primärvården om hur dessa patienter ska skötas och hur ansvarsfördelningen ska se ut. På vissa ställen i landet kan den bästa lösningen vara att den psykiatriska kliniken knyter en somatisk konsultläkare till sig, kanske i kombination med att en speciellt intresserad psykiatrisjuksköterska organiserar och ansvarar för provtagningsrutiner för denna grupp – jämförbart med hur litiummottagningar länge fungerat runt om i landet.

Tabell 1: Andra generationens antipsykotika och risk för metabola biverkningar [7][8][16][26].

	Viktuppgång	Risk för diabetes	Försämrad lipidprofil
Klozapin	+++	+	+
Olanzapin	+++	+	+
Risperidon	++	OE	OE
Quetiapin	++	OE	OE
Ziprasidon (a)	+/-	-	-
Aripiprazol (a)	+/-	-	-

Symboler: + = ökar risk, - = ingen eller låg grad av påverkan, OE = oklar evidens.

(a) = funnits kortare tid på marknaden, färre studier tillgängliga

Tabell 2: Systematisk kontroll av somatisk hälsa

	Kvartal, alla patienter	Årligen, alla patienter	Vid nyinsättning/byte av antipsykotika			
			Utgångsvärde	4v	8v	12v
Anamnes och somatiskt status; Hereditet för eller känd hjärt-kärlsjukdom, diabetes. Symtom på t.ex. diabetes, hjärt-kärlsjd, tyreoida-rubbning, kron. obstruktiv lungsjd. Kartläggning; rökning, kosthållning, motion, upplevd hälsa.		X	X			
Vikt	X	X	X	X	X	X
Midjemått (a)		X	X			X
Blodtryck (b)		X	X			X
f-glukos (c)		X	X			X
Lipidstatus (totalkolesterol, HDL, LDL, triglycerider) (d)		X	X			X
Överväg rutinmässig lab-screening även av t.ex. tyreoidastatus, lever- och njurprover, elektrolyter, prolaktin, blodstatus, EKG, HbA _{1c}		X				

- (a) Ref värden midjemått; Kvinnor >80 cm ökad risk, >88 cm kraftigt ökad risk
Män >94 cm ökad risk, >102 cm kraftigt ökad risk (Sacks 2004)
- (b) Målvärde blodtryck; vanligen <140/90. Vid diabetes eller njursjukdom <130/80 [22]
- (c) Fasteglukos (f-glukos) $\geq 7,0$ mmol/l diagnostiskt för diabetes. Något förhöjda värden (fastande blodglukos 5,6–6,9) är relativ indikation för oralt glukostoleranstest (OGTT) för ökad diagnostisk sensitivitet. OGTT är ej komplicerat att utföra, kan med fördel genomföras på psykiatrisk klinik för denna patientgrupp. Fastande patient får inta 75 g glukos löst i vatten (beställs via apotek). Kapillärt p-glukos $\geq 12,2$ eller venöst p-glukos $\geq 11,1$ efter 2 timmar är diagnostiskt för diabetes (Läkemedelsboken 2009–2010)
- (d) Blodfetter. Behandlingsindikation och behandlingsmål beroende av övriga riskfaktorer (se Behandling av Hyperlipidemi – Behandlingsrekommendation; text nås via www.lakemedelsverket.se) samråd med primärvårdsläkare eller internmedicinare rekommenderas.

Tabell 3: Förslag till utökad metabol provtagning/åtgärd vid anamnestiskt eller laboratoriemässigt avvikande fynd [8-13]

Fynd	Åtgärd
Anamnes; positiv hereditet för t.ex. diabetes eller hjärt-kärlsjukdom. Symtom hjärt-kärlsjukdom.	Tätare anamnes för symtom på dessa sjukdomar. Överväg tätare provtagning.
Förhöjt f-glukos	Om gränsvärde: – tätare provtagning; f-glukos 1 g/mån, överväg OGTT – tätare provtagning även av andra metabola parametrar – icke-farmakologiska insatser (kost, motion, rökning) – överväg byte av antipsykotisk medicinering Om diabetesdiagnos; samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare ang. remittering för insättande av diabetesmedicinering. Följ upp!
Ökning vikt/ midjemått. Patologiska eller försämrade blodlipider	Tätare provtagning; – f-glukos 1 g/mån – vikt/midjemått 1 g/mån – lipider 1 g/3 mån Icke-farmakologiska insatser (kost, motion, rökning) Överväg byte av antipsykotisk medicinering. Samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare; överväg insättande av medicinering för viktreduktion/mot dyslipidemi, överväg remittering.

11. Lagar och regler

DEN PSYKIATRISKA VÅRDEN av personer med schizofreni kan, beroende på omständigheterna, bedrivas med stöd av olika lagar.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982)

HSL innehåller de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård. Lagen är utformad som en ramlag. Den anger mål för hälso- och sjukvården och krav på god vård. HSL innehåller flera bestämmelser som rör vårdens kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Lagen innehåller också bestämmelser om att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991)

LPT utgör en speciallagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. LPT innehåller kompletterande bestämmelser till HSL beträffande psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. LPT kan ges i form av antingen *sluten psykiatrisk tvångsvård* eller *öppen psykiatrisk tvångsvård*.

Tvångsvård enligt LPT får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning – till exempel schizofreni – och bedöms ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykia-

trisk dygnet runt-vård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk öppenvård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård eller att det finns anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte kan förmås att frivilligt medverka till vård och får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV, 1991)

LRV reglerar den straffrättsliga behandlingen av personer med psykiska störningar.

Lagen gäller den som begått ett lagbrott, som bedöms lida av en allvarlig psykisk störning och som, efter beslut av domstol, överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Vården kan ges med eller utan särskild utskrivningsprövning; i det förstnämnda fallet fattas alla beslut gällande permissioner eller utskrivning av en förvaltningsdomstol. LRV-vården kan ges i form av *sluten rättspsykiatrisk vård* respektive *öppen rättspsykiatrisk vård*.

Lagen gäller även för den som är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning samt för den som är anhållen eller häktad, intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt eller som är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom till sluten ungdomsvård. Om någon som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) anhålls, häktas, tas in på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller tas in på kriminalvårdsanstalt, ska beslutet om sådan vård anses som ett beslut om rättspsykiatrisk vård.

De allmänna föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller även rättspsykiatrisk vård. Tvångsåtgärder får även vid vård enligt LRV användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och om patienten inte kan förmås att frivilligt medverka till vård.

LPT och LRV innehåller även överklaganderegler och bestämmelser angående handläggningen i förvaltningsdomstolarna. Vidare finns också regler om delegering från chefsöverläkare samt uppgiftslämnande till Socialstyrelsen om vissa tvångsåtgärder.

LSS (1993) och socialtjänstlagen (2001)

Kommunerna har ansvar för de sociala insatser och initiativ som gör att konsekvenserna av de psykiska funktionshindren minimeras. Denna skyldighet regleras dels i socialtjänstlagen och dels i LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Socialtjänstlagen ska säkerställa att alla medborgare får skälig levnadsstandard i första hand avseende ekonomisk standard, men även t.ex. boende, boendestöd, social hemtjänst och kontaktperson kan erbjudas via socialtjänstlagen. Många människor med schizofreni behöver hjälp att planera och strukturera vardagen, trots att de fysiskt kan utföra själva uppgiften.

De personer med till exempel schizofreni som har stora funktionsnedsättningar har möjlighet att få vissa insatser enligt LSS i stället för enligt socialtjänstlagen. LSS är en rättighetslag, det vill säga den ger de personer som omfattas av lagen rätt till vissa insatser om behov föreligger.

Insatserna som lagen ger rätt till ska ”främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet”. Den enskilde ska få ”möjlighet att leva som andra”, det vill säga LSS har en högre ambitionsnivå än vad socialtjänstlagen garanterar. Insatserna kan sökas av personen med funktionshindret eller företrädare för denne. Kommunen får endast avgiftsbelägga de tjänster som vederbörande ändå skulle behöva betala för utan sin funktionsnedsättning med en så kallad egenavgift till exempel för mat och hyra. En person som ingår i LSS personkretsar ska inte ha några merkostnader på grund av sitt funktionshinder. Därför är de flesta av insatserna enligt LSS utan kostnad, bortsett från boendet.

Besluten angående LSS är möjliga att överklaga i första hand till länsrätten; om man därefter inte blivit nöjd med beslutet kan man överklaga till kammarrätten och slutligen till Regeringsrätten. Lagen kom 1994 och ersatte då bland annat den gamla ”omsorgslagen”.

Lagen vänder sig till tre grupper, kallade personkrets 1, 2 och 3:

- Personkrets 1 – Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
- Personkrets 2 – Personer med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- Personkrets 3 – Personer med andra varaktiga fysiska och psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, och om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

Personer med schizofreni ingår i personkrets 3. Föreligger det dessutom en utvecklingsstörning eller en autismliknande störning är det till fördel för patienten att få tillhörighet i personkrets 1 i stället, eftersom man då också har rätt till insats nr 10 *daglig verksamhet*, vilket inte personkrets 3 har. Lagen omfattar tio insatser som mycket kortfattat beskrivs här. Mer omfattande beskrivning och lagtext hittas bland annat på Handikappombudsmannens hemsida (www.ho.se).

Insatser inom LSS och socialtjänstlagen:

- Råd och stöd av yrkesexperter som har särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder. Ges oftast via vuxenhabiliteringen. Vanligen landstinget som ansvarar.
- Personlig assistent.
- Ledsagarservice. Den som inte har personlig assistent men behöver hjälp att delta i fritidsaktiviteter, kulturliv och umgänge.
- Kontaktperson. Någon som kan hjälpa till med allmän rådgivning och delta i fritidsaktiviteter när ingen specialkunskap krävs.
- Avlösarservice i hemmet. Någon kommer hem och övertar vården från en anhörig eller annan närstående.
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet. För att få miljöombyte eller rekreation kan både barn och vuxna få tillfällig vistelse utanför hemmet hos en familj, på ett läger eller i ett korttidshem.
- Korttidstillsyn för ungdom över 12 år. Fritidsverksamhet efter skoldagen när föräldrarna arbetar.

Patientdatalagen

I detta kapitel kan man även nämna patientdatalagen SFS 2008:355, som bland annat säger att (3 §): ”Skyldig att föra en patientjournal är den som enligt 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke, den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, och den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.” Lagen säger vidare att(6 §): ”En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av pa-

tienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla:

- uppgift om patientens identitet
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.”

God man och förvaltare

Många personer med psykiska funktionshinder behöver hjälp att hantera sin ekonomi och bevaka sina rättigheter i olika sammanhang. Många gånger är det anhöriga som sköter det mesta av dessa uppgifter. God man och förvaltare kan utses för att bistå med denna hjälp. Ansökan kan göras av personen själv, nära anhörig eller av överförmyndaren. Tingsrätten fattar beslut om tillsättandet av god man och förvaltare. Kommunens överförmyndare har tillsyn över båda.

God man kan utses till den som ”på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person”. Den som har fått en god man sluter själv avtal men använder den gode mannen som rådgivare och som hjälp att söka information, betala räkningar osv.

Förvaltare utses om personen i fråga själv ”är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom”. Den som har förvaltare har förlorat rätten att själv bestämma över sin ekonomi eller delar av den. Det är förvaltaren som sluter avtal, till exempel kontrakt på boende. Detta innebär dock inte att personen ifråga är ”omyndigförklarad”, vilket förekom i Sverige förr.

Personligt ombud

Personligt ombud är en stödinsats för psykiskt funktionshindrade som syftar till att den psykiskt funktionshindrade ska få möjlighet att leva ett mer självständigt liv, med möjlighet att ta del av samhällets utbud av vård,

stöd och service på jämlika villkor. Man ansöker om att få ett personligt ombud hos sin kommun eller hos den som har uppdraget att arbeta som personligt ombud. Personligt ombud är en frivillig och kostnadsfri verksamhet. Ombuden arbetar på den psykiskt funktionshindrades uppdrag och fristående från myndigheter och vårdgivare. Mer info finns på webbplatsen: www.personligtombud.se.

Konsekvenser i dagligt liv

Körkort

Vägverkets föreskrifter för medicinska krav för innehav av körkort gäller från den 1 maj 2008. Vissa ändringar avseende psykiska störningar och samsjuklighet såsom ADHD och psykisk utvecklingsstörning samt missbruk/beroende har införts vilket bland annat påverkar handläggningen av psykospatienters lämplighet att inneha körkort. Ett ökat fokus på kognitiva förmågor noteras varför samarbete med neuropsykolog eller annan med motsvarande kompetens, kan komma ifråga i större utsträckning än tidigare.

Läkares anmälningskyldighet

Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är uppenbart olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till länsstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon. Detta gäller även den som har körkortstillstånd och traktorkort. Om innehavare av taxiförarlegitimation är uppenbart olämplig ska läkaren anmäla det till provningsmyndigheten. Om det som ovan finns anledning att anta att innehavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att föra ett fordon i sådan trafik behöver anmälan inte göras.

Varje psykisk sjukdom som yttrar sig i avvikande beteende, förändrad impuls kontroll eller uttalade brister i fråga om omdöme eller anpassningsförmåga ska bedömas från trafiksäkerhetssynpunkt. Sjukdom och störning som bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk utgör hinder för innehav. Dokumenterat riskabelt beteende i trafiken ska särskilt beaktas.

Riskbedömningen ska göras mot bakgrund av sjukdomsinsikt, genomgången eller pågående tvångsvård enligt LPT eller LRV, recidivfri

observationstid, överkonsumtion av alkohol eller bruk av annat medel som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon, behandlingsföljsamhet samt behandlingseffekt. Slutgiltig bedömning ska inte göras under pågående tvångsvård. Som allmänt råd framhålls att följsamhet till läkemedelsbehandling bör verifieras med koncentrationsbestämning.

Vid schizofrena och andra psykotiska syndrom ska följande förhållanden särskilt uppmärksammas: Vanföreställningar, hallucinationer, vredeutbrott, desorganiserat beteende samt kvarstående defekttillstånd efter aktiv sjukdomsfas. Vid schizoaffektiva (cykloida) syndrom ska manliknande symtom särskilt uppmärksammas. Innehav bör inte medges förrän tidigast ett år efter senaste aktiva sjukdomsfas. Antalet återfall samt längden av intervallen mellan dessa bör redovisas.

Vid innehav i grupp II och III ska den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav beaktas. Vid innehav i grupp III ska förhållanden som kan utgöra risk för passagerares säkerhet särskilt uppmärksammas.

Allvarlig kognitiv störning utgör hinder för innehav. Vid bedömning om störningen ska anses som allvarlig ska särskild hänsyn tas till nedsättning av uppmärksamhet, omdöme och förmågan att ta in och bearbeta sinnesintryck samt nedsättning av mental flexibilitet, minne, exekutiva funktioner och psykomotoriskt tempo. Dessutom ska känslomässig labilitet och ökad uttrötthet beaktas. Undersökningen ska omfatta en bedömning av sökandens kognitiva funktioner vid misstanke om kognitiv störning. Läkarens bedömning kan grundas på neuropsykologisk undersökning utförd av neuropsykolog, annan legitimerad psykolog eller legitimerad arbetsterapeut med god kunskap inom området. Bedömningen ska i första hand göras utifrån en medicinsk undersökning. Endast där bedömningen ger ett resultat i ett svårbedömt gransområde bör ett körprov eller annat slag av körtest göras.

Vapeninnehav

Läkare som är ansvarig för en patient i öppen eller sluten vård för psykisk störning ska överväga om en anmälan enligt vapenlagen behöver göras. Anmälan bör liksom vid andra medicinska tillstånd göras av läkare som har specialistkompetens avseende den diagnos som föranleder att lämpligheten ifrågasätts. Om en läkare vet eller misstänker att en patient innehar skjutvapen och bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl, till exempel psykisk störning, missbruk, de-

menssjukdom, synrubbning, neurologisk sjukdom eller hjärnskada, och därigenom riskerar att skada sig själv eller någon annan genom sin vapenhantering eller inte förmår iaktta de regler som gäller för förvaring av vapen, ska en anmälan omedelbart göras till polismyndigheten. Anmälan ska göras utan en närmare prövning av om patienten har tillstånd att inneha skjutvapen eller inte. Det krävs inte att patientens olämplighet ska vara uppenbar för att läkaren ska göra en anmälan, såsom är fallet vid bedömning av lämplighet att inneha körkort.

Den läkare som gör en anmälan ska svara för att den patient som berörs utan dröjsmål blir informerad, om det i det enskilda fallet inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Då en anmälan görs, ska läkaren göra en anteckning om detta i patientens journal. Läkaren ska dessutom dokumentera skälen för anmälan. Av patientjournalen ska det framgå om patienten har underrättats om anmälan. Om patienten inte har underrättats, ska skälen till detta framgå. Anmälan ska göras skriftligen till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan till polismyndigheten ska göras på blanketten SoSB 42401 som finns som bilaga till SOSFS 2008:21 på Socialstyrelsens hemsida.

Av anmälan ska framgå att läkaren bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen. Vid andra medicinska tillstånd ska det av anmälan framgå om läkaren är specialistkompetent. Anmälan ska vara undertecknad av läkaren och innehålla uppgifter om patientens namn, personnummer, bostadsadress och folkbokföringsort samt läkarens namn, titel, arbetsplats, telefonnummer och e-postadress.

Om patienten är intagen för sluten psykiatrisk vård ska anmälan innehålla uppgifter om namn och adress på sjukvårdsinrättningen, eventuellt planerat utskrivningsdatum och utskrivningsadress om annan än bostadsadressen. Det ska vidare framgå av anmälan om den slutna vården ges enligt hälso- och sjukvårdslagen, enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård.

Lista med relevanta lagar och regler

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763)
- Körkortsförordningen (1998:980)
- Körkortslagen (1999:488)
- LPT – lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), via: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19911128.htm>

- SFS 2008:415 lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- LRV – lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129)
- SFS 2008:416 lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
- LSS – lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Läke medelsverket (2006) Bakgrundsdocumentation: Behandling av hyperlipidemi-behandlingsrekommendation, www.lakemedelsverket.se
- Patientdatalagen (2008:355)
- Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (RPSFS 2006:12) om vapenlagstiftningen
- Socialstyrelsen (2003) Psykosociala insatsers effekter för personer med psykiska funktionshinder – en kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt, 2003. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7ED657C9-6BoA-45E5-9155-136AF7741011/981/20031108.pdf>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:18) om läkares skyldighet att göra anmälan enligt 6 kap. 6 § vapenlagen
- Socialstyrelsen (2006). Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. Kunskapsöversikt 2006–110–37
- Socialstyrelsen (2008) Personer med schizofreni. Tillgänglig oktober 2008 via http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/specnavigation/Om_psykisk_halsa/organisation/
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:31 M) om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen
- Socialstyrelsen. Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården. (SOSFS 1993:17) Tillgänglig juni 2008 via http://www.sos.se/sosfs/1993_Socialtjanstlag (2001:453)
- Socialstyrelsens meddelandeblad Mars 2004. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/5155/2004-126-6.htm>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:18) om läkares skyldighet att göra anmälan enligt 6 kap. 6 § vapenlagen
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:21 M) om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen
- Socialstyrelsen: Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mel-

lan kommuner, primärvård och tandvård. <http://www.sos.se/FULL-TEXT/126/2004-126-6/2004-126-6.htm>

- Tandvårdslag (1985:125)
- Tandvårdsförordning (1998:1338)
- Vapenförordning (1996:70) 13 kap. 2 §
- Vapenlag (1996:67) 6 kap. 6 §
- Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (RPSFS 2006:12) om vapenlagstiftningen
- Vägverkets föreskrifter om ändring i föreskrifterna (VVFS 2008:166 och VVFS 2008:158) om medicinska krav för innehav av körkort m.m.
- Yrkestrafiklagen (1998:490)

12. Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister

Några allmänna idéer om kvalitetsindikatorer (egentligen inte förslag på text till avsnittet):

En möjlighet är att skilja upp kvalitetsindikatorer relaterade till vårdprocessen och till resultat. Kvalitetsregistret ”Psykos R” ger många möjligheter att plocka ut kvalitetsindikatorer, men behöver kompletteras med egna sammanställningar av data från verksamheten.

Kvalitetsindikatorer relaterade till process kan vara till exempel:

- väntetider till första kontakt
- antal nya patienter per år
- antal besök per patient och år
- antal anhörigbesök per patient och år
- medeltid för DUP (*duration of untreated psychosis*, finns i Psykos R)
- andel patienter som erbjudits och tagit del av olika moment i ett (lokalt) vårdprogram till exempel inom ett år.

Kvalitetsindikatorer relaterade till resultat kan vara till exempel:

- populationsmått på förändringar avseende symtom (mått kan definieras utifrån t.ex. PANSS/PANSS-R)
- populationsmått på förändringar avseende funktion (mått kan definieras utifrån Psykos R, CAN)
- populationsmått på förändringar avseende boende, sociala nätverk, sysselsättning (mått kan definieras utifrån Psykos R)
- andel patienter utanför arbetsmarknaden t.ex. två år efter insjuknande
- hur nöjda är patienterna med vården?
- hur nöjda är anhöriga med vården?

Ordlista

Förklaringar till hur orden används i SPF:s kliniska riktlinjer för schizofreni.

anhedoni

Oförmåga att känna njutning, nöje och glädje. Lustlöshet eller likgiltighet (NE).

dementia praecox

Tidig demens. Gammal benämning på schizofreni.

diagnostiska system

System för klassifikation och diagnostik av sjukdomar. Inom psykiatrin används två system parallellt: den amerikanska psykiatriska föreningens DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) och WHO:s ICD (International classification of diseases).

epigenetisk

Syftande på den miljöpåverkan under livet som leder till att genernas användning (uttryck) hos en individ ändras, t.ex. att de slås av eller på. Kan i vissa fall överföras till nya generationer.

exekutiv förmåga

Högre kognitiva processer som ligger bakom självreglering och målinriktat beteende. Omfattar bl.a. initiering och inhibering av beteendepåverkan, förmåga till planering och utvärdering samt mental flexibilitet.

extrapyramidala symtom

Motoriska symtom som kan uppträda vid neurologiska sjukdomar såsom Parkinsons sjukdom eller som biverkningar till antipsykotiska läkeme-

del. Exempel på dessa är stelhet, darrighet, muskeltkramp, rastlöshet, myrkrypningar och ofrivilliga rörelser.

fenotyp

Hur en organism eller individ är utformad – hela den fysiska skepnaden eller en specifik egenskap.

hebefreni

Subtyp av schizofreni som kännetecknas av desorganiserat tal och beteende samt flacka eller inadekvata affekter.

icke-affektiv

Utan förskjutning av grundstämningen, dvs. inte associerad med depression eller mani.

impressiv språkstörning

Störning i språkförståelse. Resulterar i innehållsfattigt tal eller ”goddag-yxskaft-svar” (NE).

incidens

Mått på sjukdomsförekomst i en befolkning. Anger hur många nya fall av en sjukdom som inträffar under en viss tid i en bestämd befolkningsgrupp (NE).

katatoni

Rubbningar i muskeltonus, störningar i psykomotorik eller bisarrt beteende. Kan ta sig uttryck som statyartade kroppsställningar, stereotyp överaktivitet eller total rörelse- och reaktionslöshet.

monitorering

Att systematiskt övervaka, kontrollera, följa ett förlopp.

neologism

Nyord, nybildat språkligt uttryck.

paranoia

Vanföreställningar med förföljelseinnehåll i samband med psykossjukdom.

prevalens

Mått på sjukdomsförekomst i en befolkning. Anger den del av befolkningen som har en viss sjukdom vid en bestämd tidpunkt.

prodromal

Före insjuknandet. Syftar på en kortare eller längre period innan en individ utvecklat tydliga sjukdomstecken, då det finns förbådande symtom eller förändringar i personligheten.

realitetsprövning

Göra sig en verklighetstrogen bild av omvärlden.

remission

Förbättring till definierad nivå efter återhämtning eller till symtomfrihet efter ett sjukdomsepisod, t.ex. efter en episod av psykos.

schizofreni

Sjukdomsbeteckning. Från grekiskans *schizo* (= klyva, splittra, sönderdela) + *phren* (= sinne) dvs. kluvet eller splittrat sinne. Ersatte år 1911 det tidigare sjukdomsbegreppet *dementia praecox*.

sinnesmodalitet

Det sinne som är inblandat.

Referenser

- ADA, APA, AACE, NAASO (2004). Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. *Diabetes Care*, 27:596-601.
- Addington DJ, et al (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry*, Suppl. 1993, 22:39-44. ncbi.nlm.nih.gov
- Aleman A, et al (2003). Sex difference in the risk of schizophrenia. Evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60:565-71.
- Alleback P, et al (1987). Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 76:414-9.
- Allen JP, et al (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res*, 21:613-9.
- Alvarez-Jimenez M, et al (2008). Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, 193:101-7.
- Amador XF, et al (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*, 153:1185-8.
- Andlin-Sobocki P, et al (2005a). Costs of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurology*, 12:1-27.
- Andlin-Sobocki P, Rössler W (2005b). Costs of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurology*, 12:74-7.
- Andreasen NC, et al (1995). Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: an overview and update. *Psychopathology*, 28:7-17.
- Andreasen NC (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *Br J Psychiatry*, Suppl. 7 – negative symptoms in schizophrenia, 49-58.
- APA – American Psychiatric Association (2001). Committee on Electroconvulsive Therapy. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging: a task force report of the American Psychiatric Association. 2nd ed. Washington DC, USA: American Psychiatric Association.
- Appelbaum PS, et al (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*, 157:566-72.
- Arseneault L, et al (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry*, 184:110-7.
- Ayllon TA, Azrin NH (1965). The measurement and reinforcement of behaviour of Psychotics. *J Exp Anal Behav*, 8:357-83.
- Bendall S, et al (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophr Bull*, 34:568-79.
- Berman AH, et al (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res*, 11:22-31.
- Bertelsen M, et al (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry*, 65:762-71.
- Bilder RM, et al (2000). Neuropsychology of first episode schizophrenia: initial charac-

- terization and clinical correlates. *Am J Psychiatry*, 157:549-59.
- Björkman T, Case management (2005). Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva stödinsatser. Lund: Studentlitteratur.
- Bleuler E (1911). *Dementia praecox, oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Borell P (2006). Steg för steg. I: Ett självständigt liv. Värnamo: Psykologia.
- Borgå P (1993). Studies of long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm county. "Approaching the true prevalence of long-term functional psychosis" (thesis). Umeå, Sweden: Department of psychiatry, Umeå University, Umeå, Sweden.
- Boydell J (2003). Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997. *Br J Psychiatry*, 182:45-9.
- Boydell J, et al (2003). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ*, 323:1336-8.
- Bowers L, Park A (2007). Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*, 22:769-86.
- Brady K, et al (1990). Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, 147: 1164-7.
- Brennan PA, et al (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57:494-500.
- Brown A, et al (2007). Elevated prenatal homocysteine levels as a risk factor for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 64:31-9.
- Brown AS, et al (2005). Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry*, 162:767-73.
- Brown AS, et al (2004). Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 61:774-80.
- CDA – Canadian Diabetes Association (2005). Position paper: antipsychotic medications and associated risks of weight gain and diabetes. *Canadian J Diabetes*. 29:111-2.
- Cannon M, et al (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*, 159:1080-92.
- Cannon M, et al (2002). Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder – results from a longitudinal birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 59:449-56.
- Cannon M, et al (1999). School performance in Finnish children and later development of schizophrenia – a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 56:457-63.
- Cannon TD, et al (2000). Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophr Bull*, 26:379-93.
- Cardno AG, Marshall EJ, Coid B et al. Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 162-168.
- Carlborg A, et al (2008) Long-term suicide risk in schizophrenia spectrum psychoses: survival analysis by gender. *Arch Suicide Res*, 12:347-51.
- Cantor-Graae E, Selten JP (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*, 162:12-24.
- Cnattingius S, et al (1999). Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Arch Gen Psychiatry*, 56:634-8.
- Cohen CV, Cutcliff JR (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14:134-40.
- Colton CW, Manderscheid RW (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chron Dis*, 3:A42.
- Crespo-Facorro B, et al (2008). Treatment of the first episode of schizophrenia: an update on pharmacologic and psychological interventions. *Curr Psychiatry Reports*, 10:202-9.
- Crow TJ (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull*, 11: 471-86.
- Cullen W (1784). *First lines in the practice of physic*. Edinburgh: Elliot.
- Dalman C, et al (2002). Young cases of schizophrenia identified in a national inpatient register – are the diagnoses valid? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37:527-31.
- Dalman C, et al (1999). Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 56:234-40.

- Dalman C, Allebeck P (2002). Paternal age and schizophrenia: Further support for an association. *Am J Psychiatry*, 159:1591-2.
- Davidson M, et al (2009). Cognitive effects of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: a randomized, open-label clinical trial (EUFEST). *Am J Psychiatry*, 166:675-82.
- Davis JM, et al (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry*, 2003:553-64.
- Delay J, et al (1952). Utilisation en thérapeutique d'une phénothiazine d'action centrale élective. *Ann Med Psychol (Paris)*, 110:112-7.
- De Nayer A, et al (2005). Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 9:130-7.
- Drake RE, et al (1989) Alcohol use and abuse in schizophrenia: a prospective community study. *J Nerv Ment Dis*. 177:408-14.
- Drake RE, Cotton PG (1986). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 148:554-9.
- Drake RE, Mueser KT (1996). Alcohol-use disorder and severe mental illness. *Alcohol Health Res World*, 20:87-93.
- Eklholm B, et al (2005). Evaluation of diagnostic procedures in Swedish patients with schizophrenia and related psychoses. *Nord J Psychiatry*, 59:457-64.
- EQ-5D. www.euroqol.org eller www.svenskpsykiatri.se
- Finn SE (2007). In our clients' shoes: Theories and techniques of therapeutic assessment. New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum.
- Fleischhacker WW, et al (2008). Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*, 69, 514-20.
- Fuller-Torrey E (1980). Schizophrenia and civilisation. Northvale, New Jersey, USA: Jason Aronson.
- Gaudio BA (2005). Cognitive behaviour therapies for psychotic disorders: Current empirical status and future directions. *Clin Psychology: science and practice*, 12:33-50.
- Goldman AL, et al (2008). Heritability of brain morphology related to schizophrenia: a large-scale automated magnetic resonance imaging segmentation study. *Biol Psychiatry*, 63:475-83.
- Gopal YV, Variend H (2005). First-episode schizophrenia: a review of cognitive deficits and cognitive remediation. *Adv Psychiatric Treatment*, 11:38-44.
- Gray R, et al (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 189:508-14.
- Green MF (2001). Schizophrenia revealed, from neurons to social interactions. New York, USA: Norton.
- Green MF, et al (2000). Relevance of neuro-cognitive deficits for functional outcome in schizophrenia. In: Sharma T, Harvey P (eds). Cognition in schizophrenia. Impairments, importance and treatment strategies. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gupta S, et al (1998). Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 49:1353-5.
- Guy W (1976). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised (DHEW Publ No ADM 76-338). Rockville, MD, USA: Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service; Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs, p. 218-22.
- Haglund K, von Essen L (2005). Locked entrance doors at psychiatric wards – advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients. *Nord J Psychiatry*, 59:511-5.
- Harding G (1975). Tidig svensk psykiatri. Lund: Verbum.
- Hare E (1988). Schizophrenia as a recent disease. *Br J Psychiatry*, 153:521-31.
- Harrison G, Mason P (1993). Schizophrenia – falling incidence and better outcome? *Br J Psychiatry*, 163:535-41.
- Haslam J (1810). Illustrations of madness. London, UK: J Callow.
- Hawton K, et al (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 187:9-20.
- Hecker E (1871). Die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. *Arch Patol Anat Berlin*, 52:394-429.
- Heila H, et al (1999). Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry*, 60: 200-8.
- Hellzén O, et al (1995). Schizophrenic clients' image of their carers' image of their clients. An interview study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2:279-85.

- Henquet C, et al (2008). Gene-environment interplay between cannabis and psychosis. *Schizophr Bull*, 34:1111-21.
- Herlofson J (red.) (2009). Psykiatri. Lund: Studentlitteratur.
- Hjern A (2004). Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol Med*, 34:1025-33.
- Hoff AL, Kremen WS (2003). Neuropsychology in schizophrenia: An update. *Curr Opin Psychiatry*, 16:149-55.
- Holm Ivarsson B (2009). MI – motiverande samtal. Stockholm: Gothia förlag.
- Howard R, et al (2000). Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*, 157:172-8.
- Hultman CM, et al (2002). Perinatal risk factors for infantile autism. *Epidemiology*, 13:417-23.
- Hurlburt MS, et al (1996). Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatr Serv*, 47:731-6.
- Huttunen MO, Niskanen P (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 35:429-31.
- Häfner H (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28:17-54.
- Inskip HM, et al (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172:35-7.
- Jackson JH (1987-1988). Remarks on evolution and dissolution of the nervous system. *J Med Sci*, 33:25-48.
- Janssen I, et al (2003). Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatr*, 182:71-6.
- Johansson IM, et al (2006). The health-care environment on a locked psychiatric ward: an ethnographic study. *Int J Ment Health Nurs*, 15:242-50.
- Jonasson G, et al (2000). Asthma drug adherence in a long term clinical trial. *Arch Dis Child*, 83:330-3.
- Jones C, et al (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 3: CD000524.
- Joy CB, et al (2006). Haloperidol versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, CD003082.
- Kahlbaum KL (1874). Die Katatonie oder das Spannungsirresein: eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin, Germany: Hirschwald.
- Kahn RS, et al (2008). Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized clinical trial. *Lancet*, 371:1085-97.
- Kaplan KJ, Harrow M (1996). Positive and negative symptoms as risk factors for later suicidal activity in schizophrenics versus depressives. *Suicide Life Threat Behav*, 26:105-21.
- Kay SR, et al (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13:261-76.
- Keefe RS (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Arch Gen Psychiatry*, 64:633-47.
- Kegeles LS, et al (2000). Modulation of amphetamine-induced striatal dopamine release by ketamine in humans: implications for schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 48:627-40.
- Khashan A, et al (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following maternal exposure to severe adverse life events. *Arch Gen Psychiatry*, 65:146-152.
- Kim SW, et al (2006). Diagnostic validity of assessment scales for depression in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 144:57-63.
- Kingdon D, Turkington D (2005). Cognitive therapy of schizophrenia. London, UK: The Guilford Press.
- Kirkbride JB, et al (2008). Is the incidence of psychotic disorder in decline? Epidemiological evidence from two decades of research. *Int J Epidemiol*, 1-10.
- Klosterkotter J, et al (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*, 58:158-64.
- Konnopka A, et al (2006). Discriminative ability, construct validity and sensitivity to change of the EQ-5D quality of life questionnaire in paranoid schizophrenia. *Psychiatr Prax*, 330-6.
- Krabbendam L, van Os J (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence – conditional on genetic risk. *Schizophr Bull*, 31:795-9.
- Kraepelin E (1893). Psychiatrie. Ein Lehrbuch

- für Studierende und Ärzte. 4th ed. Leipzig, Germany: Abel.
- Kumar S, Simpson A (2005). Application of risk assessment for violence methods to general adult psychiatry: a selective literature review. *Aust N Z J Psychiatry*, 39:328-35.
- Kurtz MM, Mueser KT (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*, 76:491-504.
- Kurtz MM (2005). Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophr Res*, 74:15-26.
- Kyngas H (2000). Compliance of adolescents with diabetes. *J Pediatr Nurs*, 15:260-7.
- Lambert TJ, Chapman LH (2004). Diabetes, psychotic disorders and antipsychotic therapy: a consensus statement. *Med J Aust*, 181:544-8.
- Lencz T, et al (2003). The assessment of "prodromal schizophrenia": unresolved issues and future directions. *Schizophr Bull*, 29:4717-28.
- Leucht S, et al (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 116:317-33.
- Leucht S, Heres S (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl 5):3-8.
- Leucht S, Lasser R (2006). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 39:161-170.
- Leucht S, et al (2005). What does the PANSS mean? *Schizophr Res*, 79:231-8.
- Leucht S, et al (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*, 373:31-41.
- Leung A, Chue P (2000). Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 101:3-38.
- Levine SZ, et al (2008). Extrapolation between measures of symptom severity and change: An examination of the PANSS and CGI. *Schizophr Res*, 98:318-22.
- Lewis G, et al (1992). Schizophrenia and city life. *Lancet*, 18:340:137-40.
- Lichtenstein P, et al (2006). Recurrence risks for schizophrenia in a Swedish National Cohort. *Psychol Med*, 36:1417-25.
- Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 96:232-45.
- Lindfors N, Jarbin H (2009). Psykoser. I: Läkemedelsboken 2009-2010. Stockholm: Apoteket AB (s. 956-67).
- Link B, Dohrenwend BP (1980). Formulation of hypotheses about the ratio of untreated to treated cases in the true prevalence studies of functional psychiatric disorders in adults in the United States. In: Dohrenwend BP, Gould MS, et al (eds). *Mental illness in the United States: epidemiologic estimates*. New York: Praeger (pp. 133-48).
- Lieberman JA, et al (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia (CATIE). *N Engl J Med*, 353:1209-23.
- Lieberman JA, et al (2006). *Textbook of schizophrenia*. Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lindenmayer JP, et al (1994). Five-factor model of schizophrenia: initial validation. *J Nerv Ment Dis*, 182:631-8.
- Link B, Stueve A (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to the community. In: Monahan J, Steadman H (eds). *Violence and mental disorder: development in risk assessment*. Chicago, IL, USA: University of Chicago Press (pp.137-58).
- Link B, Dohrenwend BP (1980). Formulation of hypotheses about the ratio of untreated to treated cases in the true prevalence studies of functional psychiatric disorders in adults in the United States. In: Dohrenwend BP, Gould MS, et al (eds). *Mental illness in the United States: epidemiologic estimates*. New York: Praeger (pp. 133-48).
- Lincoln TM, et al (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 96:232-45.
- Lindsley OR (1963). Direct measurement and functional definition of vocal hallucinatory symptoms. *J Nerv Ment Dis*, 136:293-7.
- Malmberg L, Fenton M (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 3: CD001360.
- Marder SR, et al (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 161:1334-49.

- Marvin S, et al (1998) Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*, 155:226-31.
- McGlashan TH, et al (2007). Recruitment and treatment practices for helpseeking "prodromal" patients. *Schizophr Bull*, 33:715-26.
- McGrath J, et al (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*, 2:13.
- McGurk SR, et al (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 164:1791-1802.
- Meehan J, et al (2006). Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*, 57:1648-51.
- Melkersson KI, et al (2004). Guidelines for prevention and treatment of adverse effects of antipsychotic drugs on glucose-insulin homeostasis and lipid metabolism. *Psychopharmacology*, 175:1-6.
- Melle I, et al (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 65:634-40.
- Meltzer HY, et al (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia – International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*, 60:82-91.
- Meltzer HY, Okayli G (1995). Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact of risk-benefit assessment. *Am J Psychiatry*, 152: 183-90.
- Meyer JM, et al (2008). Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: Prospective data from phase 1. *Schizophr Res*, 101:273-86.
- Mini D IV – Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV (2002). Stockholm: Pilgrim press.
- Mohamed S, et al (2008). Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 165:978-87.
- Montross LP, et al (2005). Suicide among patients with schizophrenia: consideration of risk and protective factors. *Ann Clin Psychiatry*, 17:3,173-82.
- Morel BA (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris, France: Victor Masson.
- Mortensen PB (2005). Toxoplasmosis and other early infections in relation to schizophrenia risk. *Schizophr Bull*, 31:232-3.
- Mortensen P, et al (1999). Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med*, 340:603-8.
- Mohamed S, et al (2008). Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 165:978-87.
- Munk-Jorgensen P (1995). Decreasing rates of incident schizophrenia cases in psychiatric service: a review of the literature. *Eur Psychiatry*, 10:129-41.
- Murray RM, Fearon P. The developmental "risk factor" model of schizophrenia. *J Psychiatr Res* 1999; 33(6):297-9.
- Möller I, et al. Variationer i vårdkostnader bland slutenvårdade med psykosdiagnos i Stockholms län 1997–2002. Rapport 2006:9. Stockholm: Centrum för folkhälsa, epidemiologiska enheten.
- Newcomer JW, Haupt DW (2006a). The metabolic effects of antipsychotic medications. *Can J Psychiatry*, 51:480-91.
- Newcomer JW (2006b). Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl 9):25-30.
- Newcomer JW (2005). Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drug*, 19 (Suppl 1):1-93.
- Newcomer JW (2007). Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *J Clin Psychiatry*, 68 (Suppl 1):20-7.
- Newman SC, Bland RC (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry*, 36:239-45.
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2002). **Clinical Guideline 1. Schizophrenia**. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2003). **Guidance on the use of electroconvulsive therapy**. NICE Technology appraisal guidance 59. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2009). **Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management**

- of schizophrenia in primary and secondary care (update). National clinical practice guideline number 82. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk
- Nordström, A (2004). Violent offenders with schizophrenia: quantitative and qualitative studies focusing on the family of origin (thesis). Umeå, Sweden: Faculty of medicine, Clinical sciences, Umeå University.
- Nose M, et al (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 183:197-206.
- Nuechterlein KH, et al (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*, 72:29-39.
- Nyman H, Johansson C, et al (2004). WAIS-III-NI – WAIS som neuropsykologiskt instrument (manual). Stockholm, Sweden: Psykologiförlaget.
- O'Donnell BF (2007). Cognitive impairment in schizophrenia: a life span perspective. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 5:398-405.
- Ottosson J-O (2009). Psykiatri. Stockholm, Sweden: Liber.
- van Os J, et al (2004). Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis. *Am J Psychiatry*, 161:2312-4.
- Osby U, et al (2000). Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *BMJ*, 321:483-4.
- Owen RR, et al (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 47:853-8.
- Pedersen CB, Mortensen PB (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry*, 58:1039-46.
- Pedersen CB, Mortensen PB (2006). Are the cause(s) responsible for urban-rural differences in schizophrenia risk rooted in families or in individuals? *Am J Epidemiol*, 163:971-8.
- Pejlert A, et al (1998). The meaning of caring for patients on a long-term psychiatric ward as narrates by formal care providers. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 5:255-64.
- Pekkala E, Merinder L (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002831.
- Pharoah F, et al (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 4: CD000088.
- Phelan M, et al (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*, 167:589-95.
- Pitschel-Walz G, et al (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bull*, 27:73-92.
- Poulton R, et al (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 57:1053-8.
- Ranganath C, Minzenberg MJ, Ragland JD (2008). The cognitive neuroscience of memory function and dysfunction in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 64:18-25.
- RCP – Royal College of Psychiatrists (1995). The ECT Handbook: The second report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT. London, UK: Royal College of Psychiatrists.
- Rector NA, Beck AT (2001). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis*, 189:278-87.
- Regier DA, et al (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264:2511-8.
- Reid WH, et al (1998). Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv*, 49:1029-33.
- Rosenheck RA (2006). Cost-effectiveness of second-generation antipsychotics and perphenazine in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163:2080-9.
- Rossau CD, Mortensen PB (1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry*, 171:355-9.
- Roy A (1982). Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1089-95.
- Rosenberg SD, et al (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*, 91:31-7.
- Rummel-Klunge C, Kissling W (2008). Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8:1067-77.

- Rund BR, Borg NE (1999). Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 100:85-95.
- Rund BR (1998). A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophr Bull*, 24:425-35.
- Ryan M, et al (2003). Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naïve patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 160:284-9.
- Sacks FM (2004). Metabolic syndrome: epidemiology and consequences. *J Clin Psychiatry*, 65 (Suppl 18):3-12.
- Saddichha S, et al (2008). Metabolic syndrome in first episode schizophrenia – a randomized double-blind controlled, short-term prospective study. *Schizophr Res*, 101:266-72.
- Saha S, et al (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 5:e413-33.
- Saha S, et al (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*, 64:1123-31.
- Schizophrenia and diabetes. Expert consensus meeting, Dublin, 3-4 October 2003: consensus summary. *Br J Psychiatry* (2004), 184:112-4.
- Schneider K (1959). Clinical psychopathology. New York, USA: Grune & Stratton.
- Seeman P, Lee T (1975). Antipsychotic drugs – direct correlation between clinical potency and presynaptic action on dopamine neurons. *Science*, 188:1217-9.
- Sheehan DV, Lecrubier Y (1994). Mini International Psychiatric Interview (MINI). Svensk översättning Allgulander C, Waern M, Humble M. utgiven?
- Sheehan DV, et al (2009). MINI 6.0.0b (svensk version). www.svenskpsykiatri.se
- Shields LBE, et al (2007). Schizophrenia and suicide: a 10-year review of Kentucky medical examiner cases. *J Forensic Sci*, 52:930-7.
- Simpson GM, Angus JWS (1970). A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand*, 212:11-9.
- Skerfving A (1996). Barn till psykiskt störda föräldrar – sårbarhet, risker och skyddande faktorer. En kunskapsmanställning. Rapport 1996:12. Stockholm: Västra Stockholms sjukvårdsområde, FoU-enheten/psykiatri.
- Spauwen J, et al (2004). Early maternal stress and health behaviours and offspring expression of psychosis in adolescence. *Acta Psychiatr Scand*, 110:356-64.
- StClair D, et al (2005). Rates of adult schizophrenia following prenatal exposure to the Chinese famine 1959-61. *JAMA*, 294:557-62.
- Stirling J, et al (2003). Neurocognitive function and outcome in first-episode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort. *Schizophr Res*, 65:75-86.
- Stompe T, et al (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control-override concept reexamined. *Schizophr Bull*, 30:31-44.
- Susser E, et al (1996). Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch Gen Psychiatry*, 53:25-31.
- Swanson JW, et al (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63:490-9.
- Swanson JW, et al (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 41:761-70.
- Tien AY (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 26:287-92.
- Tienari P, et al (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*, 184:216-22.
- Tiihonen J, et al (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*, 154:840-5.
- Tiihonen J (2006). Effectiveness of antipsychotic treatment in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizophreniform disorder: observational follow-up study. *BMJ*, 333:224-9.
- Tiihonen J, et al (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374:620-7.
- Tharyan P, Adams CE (2005). Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2:CD000076.
- Thakore JH (2004). Metabolic disturbance in first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*, Suppl 47:76-9.
- Tsapakisa AM, et al (2003). Does dopamine

- sensitization underlie the association between schizophrenia and drug abuse? *Curr Opin Psychiatry*, 16 (Suppl 2):45-52.
- Valenstein M, et al (2002). Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care*, 40:630-9.
- Walker A, Lanaza L, Arellano F, Rothman KJ (1997). Mortality in current and former users of clozapine. *Epidemiology*, 8:671-7.
- Walsh E, et al (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*, 180:490-5.
- Walsh E, et al (2003). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res*, 67:247-52.
- van Winkel R, et al (2008). Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophr Bull*, 34:1095-1105.
- Vejde O (2007). Minilägbok för människor med funktionshinder. Borlänge: Olle Vejde Förlag.
- Verdoux H, et al (2001). Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand*, 103:347-54.
- Verdoux H, et al (2002). Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: a two-year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophr Res*, 56:149-59.
- Verdoux H, et al (2005). Impact of substance use on the onset and course of early psychosis. *Schizophr Res*, 79:69-75.
- Verdoux H, et al (1998). A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychol Med*, 28:127-34.
- Wicks S, et al (2005). Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis – a national cohort study. *Am J Psychiatry*, 162:1652-7.
- Wirshing DA (2004). Schizophrenia and obesity: impact of antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry*, 65 (Suppl 18):13-26.
- Widerlöv B, et al (1989). Epidemiology of long-term functional psychosis in three different areas in Stockholm county. *Acta Psychiatr Scand*, 80:40-6.
- Widerlöv B, et al (1997). One year prevalence of long-term functional psychosis in three different areas of Uppsala. *Acta Psychiatr Scand*, 96:452-8.
- Widerlöv B (2007). Long term functional psychosis. Epidemiology in two different counties in Sweden (thesis). Uppsala: Uppsala universitet.
- WHO – World Health Organization (1975). Schizophrenia. A multi-national study. Summary of the initial evaluation phase of the International Pilot Study of Schizophrenia. PHP No. 63. ISBN: 92-4-130063-9.
- Wykes T, Reeder C (2005). Cognitive remediation therapy for schizophrenia – theory and practice. London, UK: Routledge.
- Zammit S, et al (2003). Paternal age and risk of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 183:404-8.
- Zammit, S, et al (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 325:1199-1201.
- Östman M, Hansson L (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, 19:402-7.