



Vårdprogram för psykosvården i Psykiatri Skåne, vuxenpsykiatri

Revideras senast april 2017

Malin Braun
Bodil Gervind
Elisabeth Hansson
Lena Hedlund
Cecilia Håkansson
Jannike Lind
Sven Scharnell
Marie Sjögren
Karin Torell
Per Torell
Harald Wilhelmsson
Therese Åkergren

Mars 2016

Innehållsförteckning

Innehåll

.....	3
Inledning	4
Grundläggande värderingar.....	4
Utredning	5
Bedömningar och skattningar	6
Vikten av tidig intervention	6
Vikten av ett integrerat arbete.....	7
Behandling och rehabilitering	7
Läkemedelsbehandling.....	7
Krisplan eller Handlingsplan för att tidigt upptäcka symtom på återinsjuknande	8
Psykosociala insatser.....	8
Familje- och närståendeinterventioner	8
Gemensam psykopedagogisk utbildning till patient och närstående	9
Krisintervention i hemmet	9
Case Management	9
Samtidig behandling av psykos och missbruk	9
Individuell psykologisk behandling mot kvarstående symtom.....	9
Shared Decision Making	10
IMR - Illness Management and Recovery	10
Social färdighetsträning	10
IPT-k. Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning.....	10
Påminnelse om besökstider.....	10
Utbildning för tidig upptäckt.....	10
IPS – Individual placement support.....	10
Familj och närstående	11
Heldygnsvård	11
Somatisk ohälsa.....	12
Samverkan.....	13
Remission, rehabilitering och återhämtning	13
Brukarinflytande	14
Införande och uppföljning av vårdprogram	15
Länktips.....	15
Bilagor.....	15
Referenser	15
Författare till vårdprogrammet.....	16

Vårdprogram för psykosvården i Psykiatri Skåne, vuxenpsykiatri

Inledning

Syftet med ett gemensamt vårdprogram för psykosvården i Skåne är att möjliggöra att alla patienter får en god vård med insatser grundade i vetenskap, beprövad erfarenhet, aktuella nationella riktlinjer och rekommendationer samt att vården ska ha samma goda kvalitet i hela Skåne.

Vårdprogrammet ska vara känt, tillgängligt och förståeligt för alla berörda. Det ska utgöra riktlinjer för hur de olika verksamheterna ska utforma, förbättra och implementera en säker vård för patienten. Dokumentet ska dessutom stimulera till diskussion internt och externt samt vara ett stöd i divisionens kvalitets-, lednings- och utvecklingsarbete.

Målgrupp för innehållet i detta program är vuxna från 18 års ålder som har psykosjukdom eller misstänkt psykotiskt syndrom.¹

Vårdprogrammet har som mål att uppnå följande mått som uttryck för medicinsk kvalitet, patientnöjdhet och livskvalitet:

- Hög grad av återhämtning
- Symtomfrihet eller symtomreduktion
- Ökad eller bibehållen funktionsförmåga
- Få läkemedelsbiverkningar
- God somatisk hälsa
- God livskvalitet
- Lågt återinsjuknande/återinläggning
- Nöjda patienter och närstående.

Grundläggande värderingar

Bemötandet ska bygga på respekt för patientens integritet och autonomi och genomsyras av engagemang.

Vidare ska följande värderingar efterlevas:

Empatiskt förhållningssätt

Det är viktigt att vara öppen för patientens erfarenheter och åsikter. Vi tar patientens problem och besvär på allvar.

¹ ICD-10 International Statistical Classification of diseases and related healthproblems, tenth version. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem.

Trygghet

Att drabbas av en psykos kan vara skrämmande och traumatiserande och vi strävar därför efter att uppnå ett tryggt, lugnt och förutsägbart omhändertagande med kontinuitet i kontakten.

Delaktighet

Patienten ska i så hög grad som möjligt delta aktivt i de beslut som tas om vård, behandling och rehabilitering. Detta innebär att patienten i samråd med behandlare definierar sina mål med behandlingen och att man strävar efter att ta gemensamma beslut om åtgärder. För att kunna se patienten i sitt sammanhang är närståendes delaktighet och medverkan viktig.

Rätt till information

Patienten har rätt att få den information hen behöver för att kunna vara aktivt delaktig i vård och behandling och fatta välgrundade beslut. Patienter med kognitiva svårigheter kan behöva extra stöd att förstå och tillgodogöra sig information och kunskap.

Återhämtning

Vi arbetar återhämtningsinriktat vilket innebär att vi bidrar aktivt till att förmedla hopp om att kunna återhämta sig från sin sjukdom och återta makten över sitt liv. Återhämtning är en process hos individen och psykiatrien har till uppgift att stödja den processen.

Likabehandling

Region Skåne ska arbeta för ett samhälle där den enskilda människan inte kränks eller marginaliseras. Bemötande, kommunikation och service ges utifrån människors lika värde och individuella förutsättningar och behov - inte utifrån vårdgivarens enskilda föreställningar.

Utredning

En noggrann utredning är grunden för en god behandling och vårdplanering. Olika yrkeskategorier inom teamet gör bedömningar för att få en samlad helhetsbild. Utprovade och vedertagna instrument ska användas då dessa finns.

En utredning bör initieras så fort det är möjligt och fullföljas i den tidiga behandlingen samt följas upp och kompletteras fortlöpande. Medicinska undersökningar så som CT-skalle och EEG bör ske inom tre månader.

Psykosdiagnos utifrån ICD 10² och DSM 5³, baseras på diagnostisk intervju inklusive hereditet, psykologisk utveckling samt en klinisk bedömning. För att utesluta en somatisk orsak till symtomen görs en somatisk undersökning. Man gör även en missbruksutredning vad gäller alkohol och droger. Ofta görs en neuropsykiatrisk utredning liksom psykosocial, arbetsterapeutisk och fysioterapeutisk utredning.

² ICD-10 International Statistical Classification of diseases and related healthproblems, tenth version. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem.

³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM™. Diagnostisk och statistisk handbok om psykiska störningar* av American Psychiatric Association

Bedömningar och skattningar

Vid kontakt med patienten görs regelbundna skattningar av symtom, funktionsnivå, aktivitetsnivå och läkemedelsbiverkningar. Patientens egen bedömning av sin situation och sin hälsa är av största vikt.

Suicidriskbedömning görs regelbundet med alla patienter som har kontakt med psykiatrin. Bedömningsinstrument kan användas men klinisk bedömning med tät uppföljning och samtal är det främsta redskapet.

Alla patienter tillfrågas om de vill registreras i det nationella Kvalitetsregistret Psykos-R. Uppgifterna i registret används till forskning och arbete för förbättring av vården. Uppgifterna i registret uppdateras en gång per år.

Kvalitetsstjärnan⁴ kompletterar Psykos-R och kan användas i det praktiska arbetet tillsammans med patienten.

Vikten av tidig intervention

”Forskning tyder på att förkortad tid med obehandlad psykos innebär ett lindrigare sjukdomsförlopp och därmed bättre prognos. Personer i tidig fas av psykossjukdom är ofta unga och riskerar att viktiga år i deras utveckling, utbildning och mognad äventyras om symtomen förblir oupptäckta.”⁵

Tidig intervention innebär att personer som för första gången insjuknar i psykos erbjuds ett snabbt omhändertagande efter att patienten aktualiserats. Eftersträvansvärt är kontakt inom 24 timmar.

Det teambaserade omhändertagandet består av flera olika insatser men bör inledningsvis fokuseras på kris- och närståendearbete samt eventuell farmakologisk och annan psykologisk/fysioterapeutisk och psykosocial behandling för att minska lidande, symtom och funktionspåverkan. Bedömning av det psykotiska tillståndet sker parallellt. Tillgängligheten och kontinuiteten ska vara hög, periodvis kan patienten och närstående träffa sina behandlare flera gånger i veckan. Viktigt är att få en förståelse för vad som lett fram till psykosgenombrottet, om möjligt identifiera orsak, sårbarhetsfaktorer och resurser hos patienten och dennes närstående. Senare i förloppet erbjuds fortsatta insatser utifrån en teambaserad bedömning av tillstånd och behov, både hos patienten och närstående.

Ett psykosgenombrott är ofta traumatiskt med en negativ påverkan på patientens självkänsla på flera olika sätt. Faktorer som gynnar återhämtning och förhindrar återinsjuknande är en låg biverkningsprofil, insatser kring boende, arbete/ studier/sysselsättning, sociala relationer,

⁴ Ett kvalitetsregister inom främst psykosvården för uppföljning på enhetsnivå samt för jämförelser mellan enheter och kliniker.

⁵ Citat Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen, 2011.

levnadsvanor och psykoterapeutiskt arbete kring psykosgenombrottet. Teamet bör ha behandlingsansvar och erbjuda behovsanpassad vård till patienten under flera år.

Vikten av ett integrerat arbete

En god grund för ett optimalt omhändertagande av patienter med psykos är att samverka med andra, till exempel kommuner.

ACT – Assertive community treatment, är en organisatorisk modell för intensiva insatser, riktad till patienter med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik som har många, ofta förekommande vårdkontakter samt behov av ett intensivt omhändertagande från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Modellen ger jämfört med sedvanlig behandling en minskning av antalet psykiatriska vårdtillfällen och antalet dagar på sjukhus, en större stabilitet i självständigt boende samt lägre risk för hemlöshet och arbetslöshet.

F-ACT - flexibel ACT, är en mindre resurskrävande modell än ACT som innebär att det integrerade teamet kan intensivifiera sina insatser runt en person då behov uppstår.

Både ACT och F-ACT förutsätter att man arbetar integrerat eller i nära samarbete med aktuell kommun. I praktiken innebär detta att man eftersträvar en helhetssyn med gemensam kartläggning av patientens aktuella behov och en tydlig samordning av erbjudna insatser. Även närstående är viktiga samarbetspartners i detta arbete.

ACT-modellen är även rekommenderad för behandling och stöd för nyinsjuknade patienter.

Behandling och rehabilitering

De insatser som erbjuds ska ha hög evidens och följa aktuella rekommendationer och riktlinjer, i de fall sådana finns. Insatserna ska också i så hög utsträckning som möjligt utgå från patientens behov och önskemål, inte organisationens, både i val av behandling och om den ska ske individuellt eller i grupp. Professionen skall formulera tydliga mål tillsammans med patienten som dokumenteras i patientens vårdplan. Effekten ska följas upp regelbundet på den enhet de erbjuds.

Läkemedelsbehandling

Antipsykotisk läkemedelsbehandling är en viktig del i all behandling av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling förhindrar eller minskar risken för återinsjuknande i sjukdom och minskar risken för självmord.

Hur allvarlig sjukdomen är kan variera från patient till patient. För cirka en tredjedel av de drabbade är prognosen att bli helt återställd relativt god, även om läkemedelsbehandling oftast är fortsatt

nödvändig. För drygt hälften kommer dock behandlingen inte att ha tillräcklig effekt. Mer om läkemedelsbehandling⁶.

Krisplan eller handlingsplan för att tidigt upptäcka symtom på återinsjuknande

Varje patient ska i dialog med sina vårdgivare diskutera och formulera tecken på ökad psykisk ohälsa och vilka insatser som då kan bli aktuella, till exempel genom att skriva ett vårdkontrakt eller en krisplan. Tecken på försämring ska tidigt omfattas av ökade insatser i förebyggande syfte, till exempel utökad kontakt, närståendesamtal, stöd och avlastning samt ändrad medicinering. Frivillig inskrivning i heldygnsvård för stabilisering kan erbjudas. Användandet av tvångsvård ska undvikas så långt det är möjligt. Patienten ska ha en aktuell krisplan som ska vara tillgänglig.

Psykosociala insatser

Mediciner är ofta nödvändiga men otillräckliga. Psykosociala insatser är därför av stor vikt.

En förhållandevis liten del av vårdens insatser har undersökts vetenskapligt i den utsträckningen att de finns med i Nationella riktlinjer. Generellt sett är det vetenskapliga underlaget fortfarande svagt för många insatser, men rekommenderas likväl då andra alternativ med bättre underlag saknas.

Resultat i studier baseras på gruppnivå vilket innebär att den större delen av undersökningspersonerna har fått effekt av en insats i olika utsträckning. En del patienter får ingen effekt och en del väldigt låg. Dessa kan behöva något annat trots att det inte tillhör rekommendationen.

Nedanstående insatser har hög evidens och rekommenderas enligt Nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Samtliga bör erbjudas i Region Skåne:

Familje- och närståendeinterventioner

När en familjemedlem insjuknar i psykos drabbas inte bara den insjuknade personen utan hela nätverket omkring berörs. Riktlinjerna rekommenderar familjeinterventioner för att minska stressen inom familjen, förbättra kommunikationen och förebygga återfall. Närstående kan också behöva samtal för egen del och hänvisas vid behov till egen stöd-/behandlingskontakt via primärvård, specialistpsykiatri, socialtjänst eller patient- och närståendeföreningar. Personer som har minderåriga barn kan få åtgärder i form av specifikt anpassat föräldrastöd, eventuellt i samverkan med kommunens socialtjänst.

Psykiatrin har även skyldighet att beakta barns behov av råd, stöd och information som anhöriga till föräldrar eller andra vuxna de lever med. I Psykiatri Skåne ska det på alla enheter finnas minst ett barnombud med särskild kunskap som kan ge information om vilka insatser som kan erbjudas för

⁶ Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, sid 17-20, Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-6>

barn som anhöriga. Alla medarbetare har också en skyldighet enligt socialtjänstlagen att göra en anmälan till socialtjänsten om ett barn kan vara i behov av skydd och stöd av socialtjänsten.

Psykiatri Skåne erbjuder Beardslees familjeintervention och ”Föra barnen på tal” för att ge barn råd, stöd och information. Det registreras om patienten har barn i familjen och vilken insats som erbjuds.

Gemensam psykopedagogisk utbildning till patient och närstående

För att förstå sin sjukdom och dess konsekvenser i vardagen ska alla patienter erbjudas utbildning. Att närstående deltar i utbildningen ökar förutsättningarna för patientens återhämtning från sjukdomen och för att upprätthålla sin livskvalitet på längre sikt. Riktlinjerna rekommenderar därför i första hand samtidig utbildning till patienten och dess närstående.

Krisintervention i hemmet

Under akuta faser av svår psykisk sjukdom kan man erbjuda stöd av multidisciplinära team i hemmet eller boendemiljön. Målsättningen är att undvika försämring eller inläggning på sjukhus och att minska stressen för de närstående som berörs. Åtgärden kan utföras av mobila team, men också av till exempel en Case manager eller fast vårdkontakt i psykosteamet.

Case Management

Alla som har behov av stöd från både psykiatrin, kommunen och eventuellt primärvården har rätt att få sina stödinsatser i samverkan, oberoende av diagnos. Case management är ett återhämtningsinriktat arbetssätt som utgår från patientens egna mål för förändring och som inkluderar alla personer i nätverket. Arbetssättet skapar ett ramverk för samverkan och ger personer med psykisk ohälsa möjlighet till ökat inflytande över sin behandling och rehabilitering. En Case manager (vård- och stödsamordnare) kan utses när behoven är omfattande och förväntas kvarstå längre tid samt där behovet av samordning är påtagligt.

Samtidig behandling av psykos och missbruk

Många patienter med psykos använder periodvis eller kontinuerligt droger. Missbruket ska behandlas samtidigt som psykosen och detta görs med fördel i integrerade team, till exempel utifrån Case Management-modellen eller ACT/F-ACT. Att regelbundet undersöka alkohol- och droganvändning via samtal och genom skattning med Audit och Dudit ökar möjligheten att missbruket synliggörs. Om patientens missbruk är så omfattande att den egna enheten inte kan behandla detta ska samverkan ske med beroendeklinik/vårdenhet för drogmissbruk. Eventuellt remitteras patienten till specialistteam för dubbeldiagnos, psykos och missbruk.

Individuell psykologisk behandling mot kvarstående symtom

Riktlinjerna rekommenderar i första hand individuell KBT vid kvarstående psykossymtom men även andra icke-verbala metoder kan erbjudas. Patientens eget önskemål, problemformulering och den professionella bedömningen vägleder i valet av psykologisk behandling enligt *Shared Decision Making*⁷.

⁷ En introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Socialstyrelsen, 2012.

Shared Decision Making

Modellen *Shared Decision Making* (Delat beslutsfattande) syftar till att stärka patientens delaktighet och ge hen en aktiv roll i beslut som rör den egna hälsan och i valet av vård och stöd. Vården ska förmedla information om olika alternativ och patienten bidrar med sin erfarenhet av att leva med sjukdomen, sina behov och värderingar och man fattar ett gemensamt beslut om insatser. Ett strukturerat beslutsstöd riktat till patienten syftar till att öka överensstämmelsen mellan den insats man väljer och de värden som har störst betydelse för patienten.

IMR - Illness Management and Recovery

IMR är ett manualbaserat utbildningsprogram som genomförs i grupp eller enskilt i syfte att minska risken för återfall i svåra symtom och att främja deltagarens personliga återhämtning. Utbildningen innehåller olika delar bland annat kunskap om sjukdom och behandling, strategier för att hantera stress och kvarstående symtom, social färdighetsträning och planering för att förebygga återfall.

Social färdighetsträning

Social färdighetsträning enligt ESL-modellen – Ett självständigt liv, i tillägg till sedvanlig behandling leder till att sociala färdigheter förbättras samt att negativa symtom minskar. Åtgärden kan ges individuellt eller i grupp.

IPT-k. Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning

IPT-k är ett manualbaserat program med kognitiv beteendeterapeutisk grund, i syfte att förbättra funktionsnedsättningar. Terapin kan ges i grupp eller individuellt.

Påminnelse om besökstider

Både kognitiva svårigheter, psykiatriska symtom och funktionsnedsättningar kan göra det svårare för patienten att minnas sina tider och komma till enheten. Patienter som önskar ska erbjudas sms-påminnelse om bokad tid. Efter överenskommelse kan även kontaktpersonen ringa och påminna om bokad tid samt motivera till kontakt.

Utbildning för tidig upptäckt

Personal som arbetar med tidig intervention ska fortlöpande informera vårdgrannar och andra myndigheter om verksamheten, tidiga tecken på psykotiska symtom och hur kontakt tas med enheten vid behov av konsultation. Återkommande utbildningssatsningar för allmänläkare och annan vårdpersonal inom primärvården och kommun ska utformas i samverkan.

IPS – Individual placement support

IPS är ett individanpassat stöd till de som har arbete men har behov av stöd för att behålla det, liksom stöd till de som står utanför arbetsmarknaden och har en önskan om och motivation till arbete med lön. IPS erbjuds i regel av kommunen men ska ske i nära samarbete med behandlande team i psykiatri.

Familj och närstående

En närstående är inte bara en person som tillhör den nära familjen, utan kan också vara en vän, granne eller någon annan som den som är sjuk/funktionsnedsatt har valt att ha nära sig. Närstående bör ses som en resurs för att få övergripande information om aktuell livssituation och övriga förhållanden vilket är en viktig förutsättning för att bedöma vilka vårdinsatser som ska göras. Närstående är också en viktig resurs för patientens återhämtning om de har god kunskap och god relation till vården och den sjuke/funktionsnedsatte.

Familjen och de närstående har olika behov beroende på vilken roll de har i förhållande till den sjuke och hur belastade de är av personens sjukdom och dess konsekvenser. Den egna skuldbördan kan vara omfattande. Behovet av kunskap och stöd ser därför olika ut.

Närstående kan också av olika skäl inte alltid ge den information vården efterlyser. Den närstående kan ha tagit stort ansvar för den sjuke under en längre tid och därför ha behov av att ta avstånd och vila för egen del när vården träder in. Det kan ändå betyda att informationsutbyte kan ske senare, när situationen lättat.

Det finns även anhöriga som av olika skäl inte vill engagera sig. De måste bemötas med respekt för sitt ställningstagande. När patienten uppger att hen inte har någon anhörig är det viktigt att kanske så småningom, på lång sikt, hjälpa den patienten att få en kontakt utanför vården.

Sekretess i förhållande till närstående

Om patienten av olika skäl inte vill att någon närstående ska veta att de har kontakt med psykiatrin eller inte vill att information om deras mående ska lämnas ut, ska detta respekteras. Psykiatrin har alltid möjlighet att träffa närstående för att inhämta information och ge individuellt stöd, dock utan att lämna ut uppgifter om patienten om denne motsäger sig det.

Det finns starka skäl för vården att uppmuntra patienten till kontakt med närstående. Vården kan med fördel erbjuda regelbundna samtal med både patienten och de närstående för att underlätta kommunikationen och tillsammans med hela nätverket hitta gemensamma lösningar på svårigheter.

Heldygnsvård

Om sjukdomens allvarsgrad kräver, kan en kortare eller längre period av heldygnsvård behövas. En akut psykos kan upplevas som skrämmande och ibland traumatiserande och det är av yttersta vikt att skapa en lugn och trygg miljö runt patienten.

För bästa möjliga omhändertagande involveras nätverk av närstående, öppenvård och den kommunala psykiatrin i tidigt skede och en hållbar planering påbörjas för att patienten så snart som möjligt ska kunna återgå till vardagen utanför vårdavdelningen.

Om patienten har behov av stöd från flera ansvariga än psykiatrin, ska man göra en SVPL – samordnad vårdplanering, innan patienten skrivs ut. Man kan också påbörja en SIP – samordnad individuell plan, men ofta görs detta då patienten är utskrivna från heldygnsvården och vårdansvaret återgått till den öppna psykiatriska vården.

Patienten ska ha kvar sin kontakt med den fasta vårdkontakten i öppenvården under tiden på vårdavdelning och heldygnsvård och öppenvård ska samarbeta kring patientens vård och behandling. Finns ingen sådan kontakt sedan tidigare bör patienten få en personlig kontakt med den fasta vårdkontakten i öppenvård före utskrivning från heldygnsvård. Detta för att stärka kontinuiteten och öka patientens deltagande i vården.

I de fall tvångsvård behöver tillämpas ska omhändertagandet präglas av största möjliga respekt för patientens integritet och valfrihet. Tvångsvård tillämpas restriktivt och under kortare period i syfte att skydda patienten från att utsätta sig själv eller omgivningen för situationer som kan ha påverka patientens återhämtning.

Somatisk ohälsa

Personer med psykisk ohälsa har ökad samsjuklighet (samtidig förekomst) av kroppslig ohälsa. Både psykossjukdom och läkemedelsbehandling innebär en ökad risk för somatisk sjukdom och förväntad livslängd är i genomsnitt 15–20 år kortare än normalbefolkningen.

Det finns flera olika skäl till den ökade samsjukligheten. Dels uppmärksammas symtomen dåligt såväl av psykiatrisk och somatisk vård som av patienten själv, dels söker patienten vård i ett senare skede och dels får patienten många gånger sämre omhändertagande i kontakt med den somatiska vården.

Somatisk ohälsa kan komma smygande eller hastigt och bero på en rad olika faktorer; som en del av det psykiatriska sjukdomstillståndet, farmakologisk behandling, ärftlighet och livsstil. Att tidigt bli varse tecken på begynnande somatisk ohälsa är av största vikt och den specialiserade psykiatriska vården har ett ansvar för att uppmärksamma både ökad risk för somatiska sjukdomar och manifesterad sjukdom hos individen. Den fasta vårdkontakten ska regelbundet föra samtal med patienten om den fysiska hälsan, ge patienten stöd i att förbättra sina levnadsvanor, kontrollera att det somatiska hälsotillståndet uppmärksammas och tidigt åtgärda tecken på ohälsa. Åtgärden kan bestå i minst årliga eller vid behov återkommande hälsosamtal, differentialdiagnostiska bedömningar, rutinprovtagningar, uppföljning av behandlande läkare eller remiss till primärvård för vidare omhändertagande. Patienterna ska årligen erbjudas en medicinsk hälsoundersökning på valfri hälsovårdsenhet.

Om somatisk sjukdom konstaterats ska psykiatrin och kommunen i samverkan stödja patienten till att fullfölja vården inom primärvården eller specialiserad somatisk vård. Ansvar för ohälsa kopplat till livsstil och hjälp att förbättra detta vilar på psykiatrin och kommunen i samverkan.

Psykiatrin kan erbjuda gruppverksamheter med fokus på kroppslig hälsa och livsstilsförändringar gällande kost, motion och riskbruk av alkohol och tobak.

Samverkan

Syftet med samverkan mellan psykosvården och andra vård- och servicegivare är att kunna erbjuda patienterna en så effektiv och tvärprofessionell behandling och rehabilitering som möjligt. Patienten ska vara i centrum och man ska utgå från patientens behov. Samverkansarbetet ska präglas av flexibilitet och ett professionellt förhållningssätt både mot patienten men även gentemot de olika aktörerna. Viktigt är också att patienten har gett sitt medgivande till en samverkan mellan olika aktörer.

Samverkan kan ske:

- Inom den egna organisationen till exempel mellan öppenvård och heldygnsvård för att förstärka vårdkedjan, men även mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin.
- Mellan Region Skåne, kommuner och socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
- Mellan psykiatrin, primärvården samt den somatiska specialistvården.
- Mellan psykiatrin, anhöriga och brukarföreningar.

För att kunna genomföra en bra och fungerande samverkan:

- Används SVPL, samordnad vårdplan. Den används när patienten befinner sig inom heldygnsvården och behöver insatser från kommunen vid utskrivning.
- Används SIP, samordnad individuell plan. Den används inom öppenvården när patienten har behov av flera aktörer än psykiatrin för att kunna leva ett bra och fungerande liv. Det kan vara aktörer från socialtjänsten till exempel boendestödjare, personligt ombud, God man, förvaltare, närstående, personal från LSS⁸- och SOL⁹-boende.
- Används samverkansavtalet som finns övergripande på regional nivå samt lokala samverkansavtal mellan kommun och region eller stadsdelsförvaltning och verksamhetsområde.
- Krävs att övergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin ska planeras i god tid och med samsyn mellan inblandade parter. Lokala riktlinjer bör finnas för smidiga övergångar.

Remission, rehabilitering och återhämtning

När patientens symtom och funktion förbättras så att vardagen kan fungera är patienten i remission¹⁰. Utöver symtomkontroll behöver de allra flesta patienter förbättra olika funktioner för

⁸ Enligt Lagen om särskilt stöd.

⁹ Enligt Socialtjänstlagen.

¹⁰ En medicinsk diagnostisk term som beskriver hur symtom delvis avtagit eller tillfälligt försvunnit.

att kunna få en god livskvalitet. För att uppnå remission behövs oftast både behandling och rehabiliterande insatser. Remission skattas bland annat med PANSS-R¹¹.

Rehabilitering är insatser som syftar till att förbättra patientens funktion; arbetsmässigt och socialt. Återhämtning är ett begrepp som helt utgår från patientens upplevelse av sin situation och livskvalitet.

En remission och rehabilitering som inte leder till patientupplevd återhämtning är ofullständig. Även om återhämtning är en individuell process har studier visat på några gemensamma faktorer som viktiga för återhämtning; låg grad av psykiatriska symtom, god fysisk hälsa, fler resurser och mindre svårigheter samt nöjdhet med sin läkemedelsbehandling.

Brukarinflytande

En nationell patientenkät genomförs vartannat år. Den feedback som enkäterna ger är mycket betydelsefull för att kunna förbättra och utveckla den psykiatriska vården.

Det finns olika former av strukturerat brukarinflytande i alla verksamhetsområden. På en övergripande nivå i Psykiatri Skåne finns ett Inflytanderåd med representanter från brukar- och närståendeföreningar som regelbundet träffar Psykiatri Skånes ledning. Representerade intresseorganisationer på mötena är de föreningar som har kontakt med den psykiatriska vården.

Inom varje verksamhetsområde finns en person som är Inflytandesamordnare för respektive klinik. För att ytterligare stärka inflytandeprocessen har Inflytandeombud utsetts på varje enhet inom psykiatrin. Ombudens uppgift är att, tillsammans med Inflytandesamordnaren, förmedla och stödja implementeringen av inflytandearbetet och ge psykiatrins medarbetare verktyg för att arbeta mer inkluderande tillsammans med patienter, närstående samt brukar- och närståendeföreningarna.

Psykiatri Skåne planerar att det vid upprepade tillfällen genomförs brukarrevision¹² på några av verksamhetens enheter. Psykiatri Skåne beställer revisionen av NSPH¹³, som representerar de olika intresseföreningarna, och den samplaneras men genomförs och analyseras av NSPH.

På vissa enheter finns Patientforum som samlar patienter i heldygnsvården för regelbundna diskussionsträffar kring upplevelsen av vistelsen på vårdavdelningen, både vad gäller rutiner och det generella omhändertagandet. Förslag på förbättringar från Patientforum tas till vara i utvecklingsarbetet på enheten och på kliniken.

Mentorer, personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom finns på vissa enheter inom verksamheten. Deras uppgift är att ge hopp och på så sätt bidra till patientens återhämtning från

¹¹ Postive and Negative Syndrome Scale – ett instrument som avser att mäta förekomst/frånvaro samt grad av positiva och negativa symtom samt generell grad av schizoida symtom.

¹² Granskning av en verksamhet, utförd och analyserad av brukare.

¹³ Nationell samverkan för psykisk hälsa. Ett nätverk för brukar- och närståendeföreningar.

psykisk ohälsa. Mentorerna är en del av enhetens ordinarie personalstyrka och bedriver samtal enskilt eller deltar i gruppverksamhet.

Länktips

NSPH – Nationell samverkan för psykisk hälsa www.nsph.se

RSMH – Riksförbundet för social och mental hälsa <http://www.rsmh.se/>

1177 Vårdguiden. Återhämtning från psykisk ohälsa: <http://www.1177.se/Skane/Tema/Psykisk-halsa/Att-ma-battre/Behandlingar/Aterhamtning-fran-psykisk-ohalsa>

NKA (Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga) <http://www.anhoriga.se/>

Referenser

1177 Vårdguiden Region Skåne www.1177.se

Anhöriga till vuxna personer med psykisk ohälsa: En kunskapsöversikt om betydelsen av stöd. Mats Ewertzon och Nationellt kunskapscentrum anhöriga. 2015.

Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen. 2014.

Anhörigenkät NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa)

Handlingsplan för arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder – Förvaltning Skånevård Sund 2014

Kliniska riktlinjer – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Svenska psykiatriska föreningen. 2010.

Kvalitetsregister (<http://www.kvalitetsregister.se>)

Kvalitetsutveckling av patientprocesser. Patienter med psykosjukdom. Region Skåne. 2007

Likabehandlingspolicy för Region Skåne, 2014

Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen. 2014.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen. 2011.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande psykoser – vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer. Socialstyrelsen. 2011.

Patientlag 2014:821

Position papers EUFAMI (European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness) www.eufami.org

Psykiatrisk tvångsvård. Kliniska riktlinjer för vård och behandling. Svenska psykiatriska föreningen och Gothia utbildning. 2013.

SBU. Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 213.

SBU. Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 232.

Schizofreni. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling – Svenska psykiatriska föreningen och Gothia förlag 2009

Sekretess inom hälso- och sjukvården. Region Skåne. 2014-03-10

Shared Decision making - En introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Socialstyrelsen 2012

Utgångspunkter för bättre anhörigstöd – NSPH

Författare till vårdprogrammet

Malin Braun
Bodil Gervind
Elisabeth Hansson
Lena Hedlund
Cecilia Håkansson
Jannike Lind
Sven Scharnell
Marie Sjögren
Karin Torell
Per Torell

Harald Wilhelmsson
Therese Åkergren

