Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg
Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg
Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Giltig från: 2022-08-25
Giltig till: 2024-08-25

Regional medicinsk riktlinje

Schizofreni förstagångsinsjuknande - tillämpning av personcentrerat vårdförlopp

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2022-00188) augusti 2022, giltig till augusti 2024.
Utarbetad av regionalt processteam schizofreni inom regionalt programområde psykisk hälsa.

Innehållsförteckning

Huvudbudskap 1
Vårdnivå och samverkan 2
Indikatorer 3
Bakgrund och syfte 4
Förändringar sedan föregående version 4
Utredning och diagnostik 4
Remissrutiner 9
Sjukskrivning 9
Komplikationer 9
Klinisk uppföljning 9
Patientmedverkan och kommunikation 10
Referenser 10

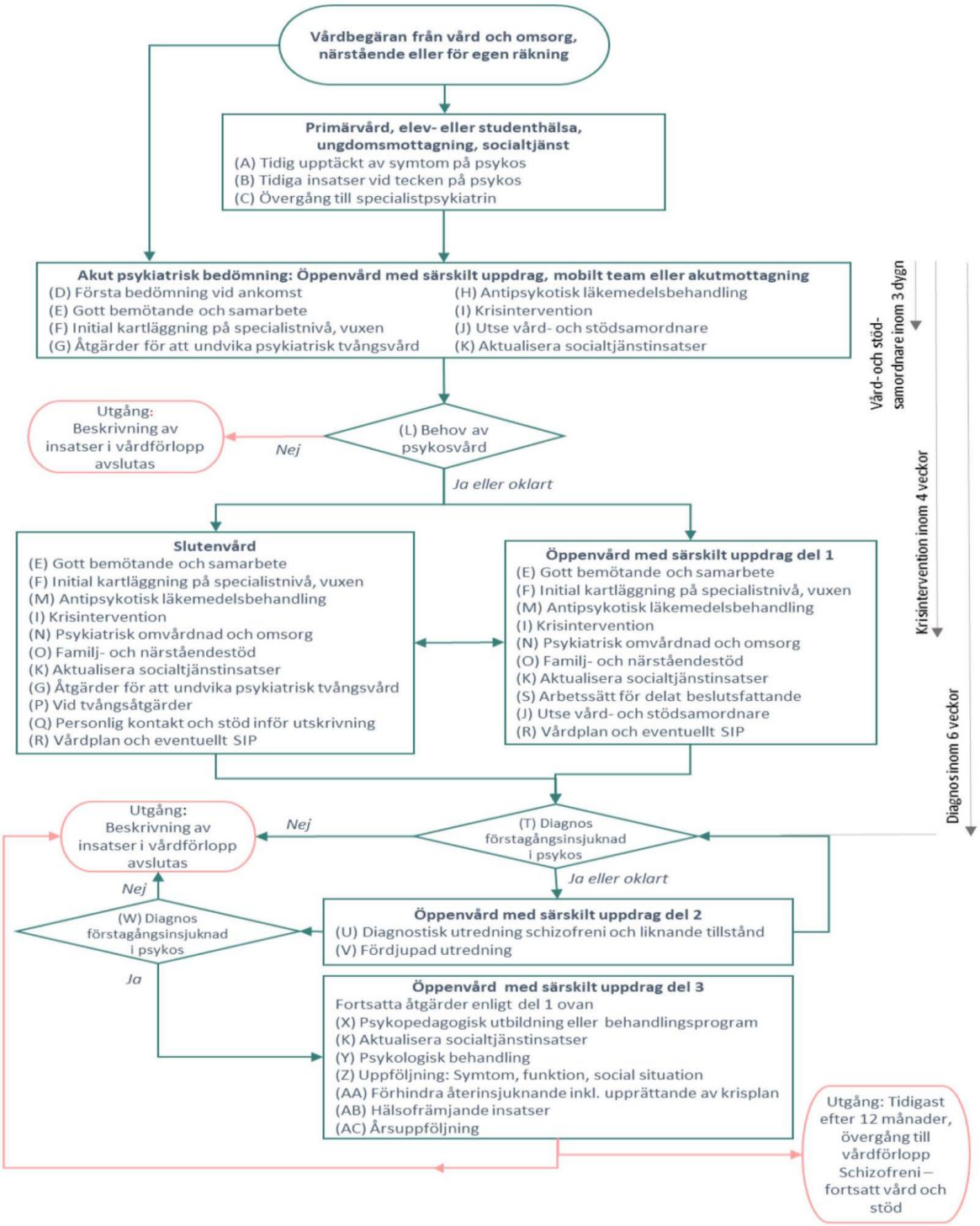
Huvudbudskap

Tidig sjukdomsupptäckt, tidigt omhändertagande och behandling av personer med nydebuterade psykotiska symtom är av betydelse för framtida prognos. Ingång i vårdförlopp sker om det finns tecken på vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal eller beteende, eventuellt tillsammans med andra symtom.

Schizofreni och liknande tillstånd kräver en omfattande vård- och stödplanering med en kombination av läkemedelsbehandling och psykosociala insatser.

Vårdnivå och samverkan

Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning innebär att ett första besök ska erbjudas så snart som möjligt till individer med misstänkt psykos (gärna inom 24 timmar, men senast inom 3 dygn), vilket möjliggör tidiga insatser och minskar därmed risken för ytterligare försämring och sämre prognos.



Figur 1. Flödesschema i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni - förstagångsinsjuknande.

Primärvård

- Primärvården ansvarar för tidig upptäckt av symtom på psykos och snabb kontaktetablering med psykiatrin vid misstanke om psykostillstånd
- Primärvård och/eller somatisk specialistvård ansvarar vid behov för somatisk utredning och behandling

Specialistvård

- Psykiatrin ansvarar för hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning. Person med misstänkt psykos ska erbjudas kontakt omgående, men senast inom tre dygn
- Psykiatrin ansvarar för bedömning, behandling och uppföljning vid psykos.
- Psykiatrin ansvarar för att etablera samverkan med andra huvudmän och myndigheter
- Psykiatrin ansvarar för årlig uppföljning av insatser och aktuella planer, fysisk hälsokontroll, läkemedelsgenomgång med skattning av biverkningar, funktion och av sjukdomens svårighetsgrad med validerade skalor. Uppföljningen ligger till grund för justeringar av vårdplaner och stödinsatser

Samverkan

- Samverkan mellan heldygnsvård och öppenvård ska påbörjas inom tre dygn från inläggning
- Samverkan inom specialistpsykiatrin kring eventuell psykiatrisk samsjuklighet
- Samverkan med socialtjänsten via IT-tjänsten SAMSA för erbjudande om ett första informationsmöte för nyinsjuknade
- Målgruppens högre dödlighet i somatisk sjukdom och kortare livslängd, än befolkningen i övrigt, gör att samarbete med primärvård och somatisk sjukvård kring patientens somatiska hälsa är av stor vikt

Indikatorer

Uppföljning sker avseende rekommenderade insatser för nyinsjuknade i misstänkt psykos. Målgruppen identifieras med diagnoserna F23 - akuta och övergående psykotiska symtom, eller F29.9 - ospecificerad icke-organisk psykos och där personen inte haft diagnos F20-F29 de föregående två åren.

- Andel av befolkningen i VGR med misstänkt psykos, F23 eller F29.9
- Andel personer med misstänkt psykos, F23 eller F29.9, som erhållit fast vårdkontakt (sökord i Melior) inom sju dagar från att patienten aktualiserats i psykiatrin
- Andel personer med misstänkt psykos, F23 eller F29.9 som erhållit krisintervention KVÅ kod DU114

- Andel personer med misstänkt psykos, F23 eller F29.9, som tillsammans med närstående erhållit krisintervention KVÅ-kod DU114 och ZV504
- Andel personer med misstänkt psykos, F23 eller F29.9, med upprättad krisplan KVÅ-kod AU123
- Andel patienter med misstänkt psykos, F23 eller F29.9, som får en fastställd diagnos inom ett år

Bakgrund och syfte

Psykossjukdomar är ett samlingsbegrepp för tillstånd med psykotiska symtom där schizofreni är den största enskilda diagnosgruppen. 1500-2000 personer insjuknar varje år i psykotiska tillstånd i Sverige. Omkring hälften utvecklar senare ett schizofreniliknande tillstånd. Schizofreni förekommer hos cirka en halv procent av befolkningen. Orsaken till schizofreni är inte helt känd, men sjukdomen anses vara av multifaktoriell genes. Schizofreni har en hög grad av samsjuklighet med såväl somatiska som psykiska sjukdomar. Den somatiska hälsan bör undersökas särskilt både vid insjuknandet och kontinuerligt på årsbesök.

Syfte med riktlinjen är att tillämpa det personcentrerade vårdförloppet för schizofreni i regionen och öka förutsättningarna för ett kunskapsbaserat och jämlikt omhändertagande av målgruppen.

Förändringar sedan föregående version

RMR Schizofreni förstagångsinsjuknade-Tillämpning av personcentrerat vårdförlopp ersätter tidigare RMR Psykos-tidig upptäckt och omhändertagande. Riktlinjen omfattar alla åldrar. För fördjupad information om rekommenderade insatser hänvisas till Vård- och insatsprogram (VIP) schizofreni.

Utredning och diagnostik

Diagnostisk bedömning görs enligt DSM-5. Klassifikation görs enligt ICD-10. F20-F29.9

Primärvården utredning

Primärvården, tillsammans med skola, elevhälsa och ungdomsmottagning, har en betydelsefull roll när det gäller tidig upptäckt av psykossjukdom och för att kontakten med specialistpsykiatrin inte fördröjs. Ordinarie remissförfarande kompletteras med en direktkontakt omgående.
Det är viktigt att ha diagnosen psykos i åtanke när man möter unga personer med bestående förändring i beteende och/eller funktion:

- oförklarlig minskning av anpassningsförmåga
- ökad social isolering och förlust av kompisrelationer
- ökad skolfrånvaro, försämrade skolresultat

Underlag för remiss är lämpligen:

- Anamnes/klinisk bedömning
- Screening med Audit/Dudit och efter individuell bedömning och samtycke substansanalys i urin eller saliv
- Suicidriskbedömning samt riskbedömning för hot och våld.
- Notera i journal om patienten har medgivit kontakt med närstående och eventuella kontaktuppgifter till dessa

Vid hög misstanke om psykossymtom och patienten inte är villig till kontakt inom primärvården bör specialistpsykiatrin kontaktas för konsultation.

VIP: Tidiga insatser vid tecken på psykos i primärvård

Specialistpsykiatri - utredning och diagnostik
Beakta följande bärande principer under utredning och tidigt omhändertagande i sluten och öppen vård:

- Utredningsfasen integreras med behandlingsinsatser och sker i dialog med patient och närstående
- Skapa förtroende och allians med patienten
- Kontinuitet i behandlingskontakten från början
- Fokus på behoven i den aktuella situationen
- Information och kunskap ska på ett aktivt sätt förmedlas till patient och närstående
- Patienten och närstående skall aktivt involveras och delta i beslut rörande behandlingens upplägg
- Krisintervention som även innefattar stöd åt närstående erbjuds
- Aktivt stödja patienten för att i största möjliga utsträckning kunna vara kvar i sitt vardagliga sammanhang och bibehålla meningsfulla kontakter och aktiviteter
- Stöd i föräldraskap
- Om sjukdomsförloppet stärker misstanke om psykossjukdom rekommenderas tidig antipsykotisk läkemedelsbehandling

Initial utredning
Initial utredning syftar till att bedöma om misstanke om psykos kan uteslutas och ska ske skyndsamt men inom sex veckor. Om misstanke om psykos avskrivs eller om organisk orsak till psykos bekräftas, utgår patienten ur vårdförloppet för annat omhändertagande.

Utredningen genomförs med ett personcentrerat förhållningssätt och hög flexibilitet. Ta gärna hjälp av närstående om individen godkänner det, samt tidigare journalhandlingar.

Kartläggningen innefattar: (se RMR basutredning inom vuxenpsykiatrin).

- öppet samtal med individen

- anamnes som innefattar bred kartläggning av psykiatriska symtom med stöd av strukturerad diagnostisk intervju
- vid behov somatisk undersökning
- suicidriskbedömning och/eller risk för våld
- substansbruk

Krisintervention ska påbörjas parallellt med utredningen, även för patienter med akut psykotiskt tillstånd.

Utredningsdiagnos

Under utredning, tills mer specificerad diagnos kan ställas används:

- F23 - akuta och övergående psykotiska symtom
- F29.9 - ospecificerad icke-organisk psykos
- Målsättning är att mer specificerad diagnos är ställd inom ett år

VIP: Initial utredning schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Diagnostisk utredning

Den diagnostiska utredningen kompletterar och fördjupar den initiala kartläggningen. Utredningens syfte är att kartlägga nuvarande och tidigare situation och sjukdomsutveckling, fastställa eller utesluta psykossjukdom samt sätta in adekvata behandlings- och stödinsatser. Utredningen innefattar:

- somatisk bedömning inklusive laboratorieprover
- psykiatrisk bedömning
- funktionsnivåbedömning inklusive värdering av kognitiv funktion, vid misstanke om kognitiv nedsättning görs en fördjupad neuropsykiatrisk utredning
- psykosocial utredning för behov av sociala insatser och stöd enligt socialtjänstlagen (SoL)
- riskbedömning - suicidrisk och risk för våld
- vid atypisk bild och för differentialdiagnostik - neurologkonsult för ställningstagande till EEG, lumbalpunktion, och encefalitantikroppar

Överväg samsjuklighet vid utredningen

Schizofreni har en hög grad av samsjuklighet med såväl somatiska som psykiska sjukdomar. Den somatiska hälsan bör undersökas, både vid insjuknandet och kontinuerligt på årsbesöken.

Somatisk samsjuklighet: tecken på KOL och astma, övervikt, diabetes eller insulinresistens, högt blodtryck, nedsatt munhälsa, hjärt/kärlsjukdom.

Psykiatrisk samsjuklighet: depression, ångestsyndrom (social fobi, generaliserat ångestsyndrom), tvångssyndrom (OCD), substansbrukssyndrom.

VIP: Fördjupad diagnostisk utredning schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Behandling

Omhändertagande och behandling vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd ska erbjudas snabbt. Omhändertagandet ska vara samordnat och individanpassat, ske med hög intensitet och hög tillgänglighet samt genomföras i ett nära samarbete mellan olika professioner, närstående och övriga inblandade aktörer.

VIP: Samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande i psykos

Läkemedelsbehandling enligt riktlinje	Läkemedel
Krisintervention	VIP: krisintervention
Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg	VIP: Case-management/vård och stödsamordning VIP: Delat beslutsfattande VIP: Påminnelse om besökstider
Psykiatrisk omvårdnad och stöd	VIP: Psykiatrisk omvårdnad VIP: Omvårdnadssamtal vid slutenvård
Åtgärder för somatisk hälsa och hälsofrämjande insatser	RMR Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av personer med långvarig psykiatrisk ohälsa VIP: Främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor VIP: Stöd i vårdkontakter vid fysisk ohälsa VIP: Fysisk hälsokontroll VIP: Stöd till god munhälsa
Åtgärder för att förbättra och bibehålla kognitiva funktioner och sociala färdigheter	VIP: Kognitiv beteendeterapi vid kvarstående symtom VIP: Kognitivt stöd VIP: Kognitiv rehabilitering VIP: Psykopedagogiska behandlingsprogram med social färdighetsträning VIP: NECT-metoden
Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall	RMR Barn som anhöriga VIP: Samarbete med närstående VIP: Barn som närstående VIP: Familjeintervention-utbildning och stöd VIP: Föra barnen på tal

Psykopedagogiska insatser för att ge kunskap om sjukdomen och sjukdomshantering	VIP: Psykopedagogisk utbildning VIP: Psykopedagogiska behandlingsprogram med social färdighetsträning
Åtgärder för inträde på arbets-marknaden	VIP: Stöd till arbete enligt IPS-metod VIP: stöd vid studier enligt supported education VIP: Daglig aktivitet utanför hemmet
Psykologisk behandling mot kvarstående symtom	VIP: Kognitiv beteendeterapi vid kvarstående symtom
Samtidiga åtgärder vid samsjuklighet med missbruk eller beroende	VIP: Integrerade insatser för skadligt bruk och eller beroende och för den psykiska sjukdomen

Läkemedel

Antipsykotisk läkemedelsbehandling kombineras med psykosociala insatser och utformas tillsammans med individen.

Vid lindriga och medelsvåra psykotiska symtom kan insättning av antipsykotisk behandling dröja några dagar för att underlätta bedömning av tillståndet samt ge tid för observation och alliansbyggande. Sömnstörningar och oro behandlas med lugnande läkemedel, tex antihistaminer eller bensodiazepiner. Vissa psykotiska symtom förbättras spontant vid stabilisering av sömnen. Försök inkludera individen och närstående i beslut om läkemedelsbehandling vilket underlättar för behandlingsallians och ger större följsamhet till behandlingen i framtiden. Ofta är det dock nödvändigt att sätta in antipsykotiska läkemedel omgående. Att tänka på vid val av läkemedel och dosering:

- Vid förstagångsinsjuknande bör per oral behandling med aripiprazol, risperidon, paliperidon eller olanzapin användas. Aripiprazol har en mindre kraftfull antipsykotisk effekt men gynnsammare biverkningsprofil och bör därför väljas om möjligt. Övriga har kraftigare effekt men fler biverkningar.
- Svåra psykotiska symtom bör behandlas omgående med antipsykotiska läkemedel (t.ex. aripiprazol, olanzapin, paliperidon, risperidon, kariprazin).
- I heldygnsvården och fall där per oral behandling ej bedöms lämplig rekommenderas injektionsbehandling med kortverkande antipsykotika (t.ex. haloperidol, olanzapin, aripiprazol) i kombination med lugnande (t.ex. prometazin, lorazepam).
- Börja med låg dos och trappa upp långsamt för att minimera biverkningar. Monoterapi bör alltid eftersträvas.
- Behandling med antipsykotika ska inte fördröja utredning. Särskilt bör tecken på substansbruk, suicidtankar/planer, positiva och negativa psykotiska symtom uppmärksammas

- Vid terapirefraktära (minst 2 prövade antipsykotika) tillstånd bör klozapin övervägas. Klozapin har evidensbaserad suicidpreventiv effekt. Klozapin kan väljas som förstahandsbehandling efter särskilt övervägande.
- Välj gärna mindre sederande läkemedel vid långtidsbehandling för att underlätta återhämtande insatser.
- Följsamhet till behandling är det viktigaste för att förhindra återinsjuknande i psykos. Avgörande är främst biverkningar och valet av läkemedel bör därför göras med fokus på att minimera dessa.
- Behandling med antipsykotika ökar risken för metabolt syndrom/viktuppgång. Vikt, BMI, midjeomfång, blodtryck, fasteblodsocker och blodfetter kontrolleras inför insättningen av läkemedel och följs sen upp regelbundet.
- Överväg ECT vid katatona symtom.

VIP: Antipsykotisk läkemedelsbehandling och "särskilda rekommendationer": nyinsjuknade

Remissrutiner

Se Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård

Ordinarie remissförfarande från primärvården till psykiatrin kompletteras med en omgående direktkontakt med aktuell remissinstans.

Sjukskrivning

En försäkringsmedicinsk bedömning görs för ställningstagande till behov av sjukskrivning eller annan försäkringsmedicinsk situation, Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Komplikationer

Somatiska sjukdomar bör uppmärksammas i de regelbundna återbesöken då överdödlighet i somatiska sjukdomar är överrepresenterat i patientgruppen.

Läkemedelsbiverkan är en vanlig orsak till att patienter avbryter behandlingen. Allvarliga biverkningar vid behandling med antipsykosläkemedel är mycket sällsynta, men de förekommer. Vid misstanke om allvarlig läkemedelsbiverkan kontakta alltid läkare omgående. Vissa tillstånd kan vara livshotande.

VIP: Antipsykotisk läkemedelsbehandling/biverkningar

Klinisk uppföljning

Psykiatrin ansvarar för årlig uppföljning av insatser och aktuella vårdplaner. Uppföljningen innefattar också fysisk hälsokontroll, munhälsa, läkemedelsgenomgång med skattning av biverkningar samt skattning av funktion och av sjukdomens svårighetsgrad med validerad skala. Uppföljningen ligger till grund för justeringar av vårdplaner och stödinsatser

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och patientmedverkan är grundläggande för hela vårdförloppet. Närstående involveras i planering och genomförande av vård och insatser. Se även Regional riktlinje - Patientkontrakt inom sjukvården

Referenser

Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp schizofreni-förstagångsinsjuknande.

Vård- och insatsprogram (VIP) schizofreni

Nationella riktlinjer - Vård och stöd för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (2018)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: HS9766-305841775-364

Version: 1.0

Giltig från: 2022-08-25

Giltig till: 2024-08-25