

# Psykos - Utredning och behandling

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS2017-00176) giltig till september 2019.  
Utarbetad av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med sektorsråd psykiatri.

## Syfte

Tillgodose jämlik, likvärdig och säker vård i regionen för patienter med psykosjukdom, med insatser och behandling utifrån rekommendationer i nationella riktlinjer och övrig evidens.



## Bakgrund

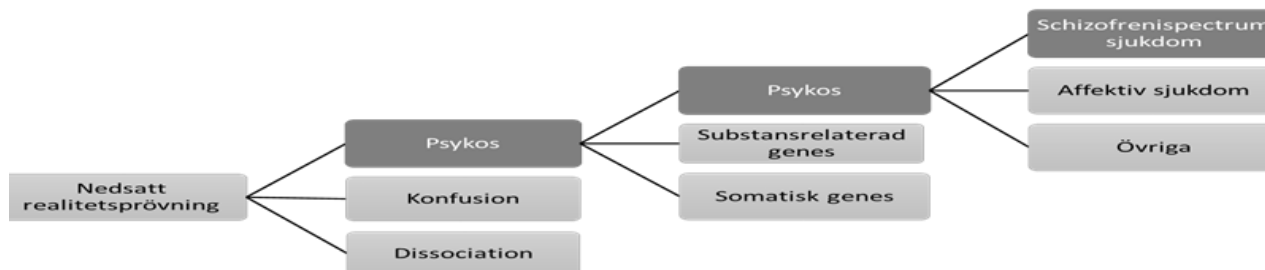
En stor del av de patienter som insjuknar i psykosjukdom har behov av kontakt med psykiatri under flera års tid. För många är en livslång kontakt nödvändig. Ungefär hälften av patienterna med psykosjukdom har också stöd från kommunens socialpsykiatriska verksamhet. Det handlar då främst om olika grader av boendestöd eller särskilt boende. Patienter med psykosjukdom har en högre grad av somatisk ohälsa och medellivslängden är 15-20 år kortare än för den övriga befolkningen. Ensamhetsproblematik, brist på sysselsättning och små eller inga privata nätverk är också problem för många av patienterna. Mer eller mindre uttalade funktionsnedsättningar är mycket vanliga. Psykiatri har ett stort ansvar för att hjälpa dessa patienter att få en så god livskvalitet som möjligt. Arbetet inkluderar då med nödvändighet samverkan med närstående, kommunen och primärvården. Ett strukturerat och resursgruppsbaserat omhändertagande är rekommenderat. Se även [RMR Psykos – Tidig upptäckt och omhändertagande](#)

## Diagnos och klassifikation

Diagnoskriterier utgår från DSM-5 och klassificeras enligt ICD-10:

- F20-F29 utgör diagnosspektrat för riktlinjen: schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, schizoaftektiv psykos, schizofreniform psykos, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom och ospecificerad icke-organisk psykos.
- Under utredningen används diagnos F29.9 Ospecificerad icke-organisk psykos.

**Differentialdiagnostik** på basnivå innebär att skilja psykotiska symtom från tillstånd med förändrad verklighetsuppfattning som kräver andra behandlingar.



## Utredning/behandlingsmodell

Allt görs med fokus på patientens mål och resurser i en resursgruppsbaserad arbetsmodell:

- patientens mål är styrande
- patienten är delaktig i beslut och prioriteringar; vårdplanen är ett aktivt arbetsmaterial
- involverar familj och nätverk
- samordnad individuell plan (SIP) upprättas då patienten har behov av insatser från flera huvudmän
- aktivt uppsöka och upprätthålla kontakt

## Utredning

Under utredningen används diagnos F29.9 Ospecificerad icke-organisk psykos. Utredningsfasen integreras med behandlingsinsatser och sker i dialog med patient och närstående. En noggrann, systematisk och

allsidig utredning ska alltid genomföras vid misstanke om psykosjukdom. Målet bör vara en preliminär bedömning/diagnos inom sex veckor och en komplett utredning inom sex månader. I utredningen är närstående en viktig kunskapskälla. Utredningen skall omfatta medicinska, psykologiska och sociala aspekter, kartläggning av aktivitetsförmåga och funktionsbedömning samt riskbedömning. För detaljerat innehåll, se checklista bil 1.

Utredningen mynnar i en samlad tvärprofessionell preliminär bedömning. Resultat av utredning och bedömning återförs till patienten och till de som patienten väljer att bjuda in. Den fortsatta behandlingsplaneringen görs i dialog med patient och närstående.

## Behandling

Målsättningen med behandlingen är att patienten ska uppnå en god hälsa och livskvalitet, leva ett självständigt liv och kunna vara delaktighet i samhället. Behandlingen sker inom ramen för ett kontinuerligt resursgruppsarbete och i samverkan med socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling avseende patientens behov av stöd och service kring boende och sysselsättning. En säker behandling innefattar kontinuerlig riskbedömning. Behandlingen är multimodal och utgörs av en kombination av lämplig läkemedelsbehandling och psykosociala insatser. Den somatiska hälsan följs upp med kontinuerliga hälsosamtal, somatiska kontroller och insatser för främjande av en hälsosam livsstil.

Multimodal behandling med interventioner och exempel på metoder<sup>1</sup>:

<b>Samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg</b>	Resursgruppsbaserade modeller med fast vårdkontakt, t.ex. Resursgruppsbaserad-Assertive Community Treatment ( <i>R-ACT</i> ), Flexibel- <i>ACT</i> ( <i>F-ACT</i> )
<b>Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg</b>	Resursgruppsbaserat arbetssätt, metoden - <i>Delat beslutsfattande</i> , påminnelsestöd
<b>Farmakologisk behandling för symtomreduktion</b>	Polyfarmaci undviks
<b>Psykiatrisk omvårdnad och stöd</b>	Akut och fortlöpande
<b>Åtgärder för somatisk hälsa</b>	Hälsosamtal, hälsokontroll, främja hälsosamma levnadsvanor <sup>2</sup>
<b>Åtgärder för att förbättra och bibehålla kognitiva funktioner och sociala färdigheter</b>	<i>Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning (IPT-k)</i> , kognitiv träning med datorbaserade program, kognitiva hjälpmedel, påminnelsestöd, <i>Ett självständigt liv (ESL)</i>
<b>Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall</b>	Familjeinterventioner, krisintervention, stöd till barn och i föräldraskap <sup>3</sup>
<b>Psykopedagogiska insatser för att ge kunskap om sjukdomen och sjukdomshantering</b>	Psykopedagogiska interventioner till patient och/eller närstående (PPI), <i>Illness Management and Recovery (IMR)</i> ,
<b>Åtgärder för inträde på arbetsmarknaden</b>	Psykiatrin medverkar tillsammans med andra aktörer till inträde på arbetsmarknaden enligt <i>Individanpassat stöd till arbete - Individual placement and support (IPS)</i> eller utbildning ( <i>Supported education</i> )
<b>Psykologisk behandling mot kvarstående symtom</b>	Verbala och icke-verbala metoder i enlighet med de nationella riktlinjerna
<b>Samtidiga åtgärder vid samsjuklighet med missbruk eller beroende</b>	Samtidiga psykosociala åtgärder för missbruk/beroende och psykisk sjukdom, samverkan med beroendemottagning och/eller kommun
<b>Fysioterapeutisk behandling</b>	Basal kroppskänedom, behandling av stress-tillstånd och psykomotoriska svårigheter, främja fysisk aktivitet o goda levnadsvanor

<sup>1</sup> För beskrivning av angivna metoder hänvisas till [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd](#)

<sup>2</sup> [RMR-Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa](#)

<sup>3</sup> [RMR-Barn som anhöriga](#)

<b>Arbetsterapeutisk behandling</b>	Strukturstödjande och aktivitetsbaserade insatser, hjälpmedel/kognitivt stöd, manualbaserade metoder – t.ex. <i>Vardag i Balans (VIB)</i> , <i>"Ha koll"</i>
-------------------------------------	--

### **Tvångsvård och tvångsåtgärder**

Upprätta och följ regelbundet upp handlingsplan vid tidiga tecken för att minska risken tvångsvård och tvångsåtgärder. Beakta patientens möjlighet till delaktighet i all vård.

### **Försäkringsmedicinska aspekter**

[Försäkringsmedicinskt beslutsstöd](#) ger vägledning för sjukskrivning vid psykos. Bedömningen av sjukskrivningens längd bör ske i team och ska vara förankrad i en rehabiliteringsplan som del av en övergripande vårdplan. Bedömningen bör utgå ifrån symtomskattning, neurokognitiva test, arbetsterapeutisk funktionsbedömning samt patientens upplevelse av stress och svårigheter. Vid förstagångsinsjuknande, speciellt i schizofreni, är det ofta nödvändigt med en längre tids sjukskrivning, ofta ett år eller längre, beroende på risken för återfall, depression eller suicidförsök. Vid återinsjuknande kan sjukskrivningens längd behöva ökas ytterligare. En stabil situation med sysselsättning och boende innebär normalt kortare väg tillbaka. Under den stabila remissionsfasen är det ofta aktuellt med arbetslivsriktad rehabilitering med ersättning från sjukförsäkringssystemet.

### **Uppföljning**

Kontinuerlig uppföljning efter patientens behov. Resursgruppsmodellen borgar för en kontinuerlig uppföljning.

- Vårdplan utvärderas och uppdateras årligen
- Handlingsplan för tidiga tecken
- Uppföljande samtal efter tvångsåtgärder (DU045)
- Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll enligt riktlinje<sup>4</sup>, kompletterad med samtal kring sexuell och reproduktiv hälsa (DV030)
- Läkemedelsgenomgång årligen – enkel (XV015) fördjupad (XV016)
- Registrering i nationellt kvalitetsregister Psykos-R
- Remissionsskattning (RS-S) årligen

### **Vårdprocess – vårdnivå**

Se processbild överst i RMR. Se även [RMR Psykos-Tidig upptäckt och omhändertagande \(länk\)](#)

- Riktlinjen avser endast vård inom specialistpsykiatri. Samarbetet med primärvård och somatisk sjukvård kring patientens somatiska hälsa är av stor vikt, liksom samverkan inom specialistpsykiatri kring eventuell psykiatrisk samsjuklighet. En fungerande samverkan med kommunens insatser är avgörande för målgruppens livskvalitet.

### **Uppföljning av denna riktlinje**

Efterlevnaden till denna riktlinje kommer att följas upp av Kunskapsstöd psykisk hälsa och återkopplas till sektorsrådet för psykiatri genom följande indikatorer:

- Antal patienter med diagnos F29.9
- Täckningsgrad för registrering i Psykos-R. Antal patienter med diagnos i F20-F29 i VEGA som är registrerade i Psykos R.
- Uppföljning av indikatorer i Psykos-R/Psykiatrikompassen - läkemedelsuppföljning, hälsosamtal och remissionsskattning.
- Antal vårdtillfälle i relation till antal individer med diagnos F20-F29.

### **Innehållsansvarig**

[Sektorsrådet](#) för psykiatri i samverkan med Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

**Bilaga.** Utredning - checklista för specialistpsykiatri

<sup>4</sup> [RMR-Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa](#)

## **Bilaga.**

### **Utredning - Checklista för specialistpsykiatri**

#### **Psykiatrisk utredning/bedömning**

##### **Anamnes**

Psykisk status, strukturerad suicidriskbedömning, farlighetsbedömning, noggrann anamnes från patient och närstående (uppväxt), hereditet, komplettering med relevanta självskattningsskalor

##### **Hälsosamtal**

Hälsoenkät, kartläggning av levnadsvanor

##### **Droganamnes och drogscreening**

AUDIT, DUDIT, anabola steroider, beroendeframkallande preparat

##### **PANSS** Symtomskattning

##### **WHODAS 2.0** Funktionsskattning

#### **Somatisk utredning/bedömning**

##### **Mätvärden**

Blodtryck, puls, vikt, bukomfång (BMI), längd

##### **Labvärde**

Blodprov (hematolog-, lever-, elektrolyt-, lipid-och thyroideastatus, Hba1c, fasteblodsocker, B12, D-vitamin, folat, prolaktin, alkoholprover), övriga blodprover: HIV, hepatit, borrelia och lues samt U-tox

##### **Medicinska undersökningar**

Somatisk och neurologisk status, CT-hjärna med kontrast alternativt MR/PET, EKG, (EEG<sup>5</sup>)

##### **Psykologisk utredning/bedömning**

Utvecklingspsykologisk anamnes och bedömning, diagnostisk bedömning, psykologisk utredning avseende kognitiv funktion och neuropsykiatrisk problematik

##### **Psykosocial utredning/bedömning**

Familjekarta/nätverkskarta, barnperspektiv, social situation (utbildning/utveckling, arbete/sysselsättning, intresse/fritid, sex och samlevnad, boende, ekonomi, insatser från andra vårdgivare/kommun)

##### **Arbetsterapeutisk utredning/bedömning**

Med standardiserade instrument bedöma förmåga att utföra vardagliga aktiviteter inom områden som: personlig vård, boende, fritid, arbete/utbildning/sysselsättning, kommunikation och interaktion

##### **Fysioterapeutisk utredning/bedömning**

Kroppsliga symtom, kroppsuppfattning och funktionsbedömning

---

<sup>5</sup>Region Västra Götaland, HTA-centrum Health Technology Assessment Regional activity-based [HTA 2012:47](#)