

Nätverket ökar resurserna vid psykosbehandling

I en artikel i Tidsskriftet nr. 10/2003 är det flere fel og misstolkninger som den här artikeln försöker korrigera. Först beskrivs det nätverksorienterade behandlingssystemet i finska Västerbotten, kallad «öppna samtal». Behandlingssystemet är det samma för alla psykiatriska kris-situationer. Forskningen har mest fokuserat på psykosbehandling, och en del av dessa resultat redovisas sist.

Jaakko Seikkula

seikkula@psyka.jyu.fi
Psykologiska Institutet
Universitetet i Jyväskylä
Postboks 35
40014 Jyväskylä
Finland

I Tidsskriftet nr. 10/2003 kommenteras den behandlingstradition, som har utvecklats i Västerbotten i Finland (1, 2). Tvärtemot Friis och medarbetares (2) påstående är «öppna samtal» som behandlingsform inte en förbigående trend, utan istället djupt rotad i den långa traditionen av schizofreni-behandling i Finland. Den behovsanpassade behandlingen som integrerar olika psykoterapimetoder och fokuserar på behandlingens processkvalitet har systematiskt utvecklats speciellt av professor Yrjö Alanen och hans team sedan 1960-talet (3). I Västerbotten har ett systematiskt utvecklingsarbete pågått sedan 1981 med forskning under 15 års tid. Som följd av ett samtidig pågående utbildningsprogram är personalens utbildningsnivå högre än hos något annat sjukvårdsdistrikt i Finland. Till exempelvis har över 50 % av personalen legitimation som psykoterapeut. Samtidig har ett samarbete inom Nordkalotten påbörjats där professor Tom Andersen varit initiativtagare och ett flertal psykiatriska enheter och socialtjänstens enheter har utbildat sin

personal. Från 1996 har ett speciellt nätverk av ca. 25 psykiatriska enheter från nordiska länder, Baltikum och Ryssland samlats årligen för att analysera resultat och problem vid behandling av psykos. Målet har varit, såsom i «öppna samtal», att hela det offentliga systemet inom var och ens ansvarsområden förändrar sitt arbete till mer humanistisk behandling av de svåraste krissituationer.

Huvudprinciper i behandlingen

Som en del av behandlingsprinciper för «öppna samtal» vill jag först presentera de slutsatser om optimala behandlingsprocesser, som vi har sammanfattat i ett kvalitativt forskningsprojekt i 1996 och som fortfarande pågår (4, 5). För en grundligare förståelse rekommenderas boken *Äpne samtaler* (6), som ger en helhetsbeskrivning om behandlingsprinciper och en del forskningsresultat. Som sagt gäller dessa principer i alla krissituationer, inte bara i psykiatiska fall.

Omedelbar hjälp. Efter kontakt till någon psykiatrisk enhet skall det första mötet organiseras inom det första dygnet och behandlingssystemet bör erbjuda krisstöd dygnet runt. I möten skall alla involverade medverka i samtal från första början. Alla relevanta frågor, också de psykotiska berättelserna, diskuteras i en öppen dialog med alla närvarande.

Socialt nätverksperspektiv. De som uppmärksammat problemet skall involveras i behandlingsprocessen. En gemensam kartläggning och ett gemensamt beslut om vilka som vet om problemet, vilka som kan vara till hjälp och vilka som skall bli inbjudna till vårdmötet fattas mellan den som kontaktar vårdsystemet och den som tagit mot kontakten. Detta nätverk följer med i behandlingen hela processen.

Flexibilitet och rörlighet. Gensvaret är anpassat till de speciella och varierande behov varje patient och dennes sociala nätverk har.

Ansvar. Den som först blir kontaktad är ansvarig för att organisera det första mötet och skall skapa teamet för det. Det team, som organiseras för första mötet har ansvaret för hela processen oberoende om vården bedrivs inom sluten- eller öppen-vården.

Psykologisk kontinuitet. Man vill undvika situationer, där de ansvariga behandlarna byts ut efter den svåraste krisfasen. Målet är att integrera öppen- och slutenvård genom att ha ett gemensamt team, som tar hand om situationen både via hembesök och i sjukhuset. Största delen av behandlingen sker i öppenvård. Ca. 50 % av första gångs insjuknade psykotiska patienter har inte behövt sjukhusvård och inläggningdagarna har minskat (7).

Osäkerhetstolerans. Den första uppgiften är att bygga upp en tillräckligt trygg scen för processen. Man möts tillräckligt ofta, t.ex. varje dag i en psykotisk kris, och man skapar en sådan kvalitet i samtal att alla deltagare blir hörda, oavsett om man har motstridiga åsikter om situationen. I möten strävar man inte efter att få fram förklaringar och beslut så fort som möjligt utan man undviker förtida beslut och behandlingsplaner. På detta sätt tar man tillvara på patientens och de närståendes psykologiska resurser.

Dialogismen. I möten är den primära betoningen att skapa förståelse genom att generera dialog. Målet blir att tillsammans med det sociala nätverket skapa nya ord och gemensamt språk för sådana erfarenheter som inte ännu har ord och språk utan blir framträdande genom symtomen eller svårt och oönskat beteende. Alla aspekter gällande behandlingen diskuteras i det öppna mötet. Behandlingskonferens där enbart personalen samlar sig för att bearbeta behandlingsplaner behövs inte.

Forskningsresultat

För att förstå de nya behandlingsfenomen och för att få uppföljningsinformation om hur patienterna erfor det nya systemet, har vi varit tvungna att påbörja forskning. Vi har valt att mest fokusera på både kvantitativt och kvalitativt «social action research», därför att vi som forskare har själv funnits med i det nya systemet (8–10). Vi har haft tre stora forskningsprojekt och flertal mindre projekt med fokus huvudsakligen på kvalitativ analys om dialogiska processer (10). Ut av de fortfarande fungerande psykiatriska systemen är Västerbotten troligen den mest analyserade modellen i Finland. Bland dessa projekt finns ett par quasi-experimentella rapporter om uppföljningsresultat gällande första gångs psykos (7, 11). Jämförelsen har skett på

«treatment as usual». Den här designen är den ända tänkbara när det gäller forskning av krisbehandling inne i ett helhetsansvarlig psykiatrisk system. Psykiatriska organisationer kan inte randomiseras, speciellt inom små distrikt där det behandlingssystemet man skall forska på är den ända och skall ta ansvar för alla problem.

Uppföljningar har gett både verifierande information och visat på problem för att vidareutveckla systemet. En nationell jämförelse mellan alla sjukvårdsdistrikt i Finland visade att Västerbotten var den enda, där inga nyinsjukna schizofrena utvecklades till sjukhuskroniker (12). Denna information visade sig vara mycket anmärkningsvärt när vi senare fick veta i en preliminär analys att schizofreni incidensen i mitten av 1980-talet i Västerbotten hade varit tre gånger högre än i landet genomsnittlig (4, 5). Analysen visade också att incidensen hade sjunkit under tio års tid från 33 till 7/100 000 invånare. En hypotes till att det nya behandlingssystemet har påverkat insjuknandet fick stöd i en observation om att inom psykos, proportion av schizofrena patienter minskade från 42 % 1985–89 till 23 % 1990–94 och samtidigt ökade antalet av korta psykotiska episoder från 2 % till 19 %. Man kan anta att behandlingssystemet påverkar incidensen, men detta betyder inte att «öppna samtal» skulle vara den ända möjligheten. Forskningen i sig hade sina problem, vilka vi försöker att ta hand om i en fortsättningsanalys. Därför resultaten borde ses som en preliminär hypotes om ett mycket intressant fenomen, men man kan inte dra några fasta slutsatser om kausaliteten.

Jag själv är mest intresserad av det faktum att incidensen i området var så hög i mitten av 1980-talet. En svensk forskning (13) har benämnt Torneälvsdalen på den svenska och den finska sidan som en sjukdomsficka, där flertalet somatiska och psykiatriska sjukdomar är överrepresenterade. Kanske var Västerbotten ett område där nya idéer gällande behandlingen av schizofreni hade en speciell efterfrågan.

I ett projekt gällande nyinsjuknade psykotiska patienter har två första rapporter om preliminära resultat av två års uppföljning publicerats. De är en del av en finsk nationell multicenter studie (API projekt) som baserar sig på behovsanpassad behandling. Alla non-afektiva psykotiska patienter var inkluderade, inte bara de lättaste. Oavsett av några drop out, representerar materialet alla psykotiska patienter i området (7). I en jämförelse av schizofrenipatienter med «treatment as usual» var behandlingsprocesserna mycket olika (11). I Västerbotten var antalet familjesamtal signifikant högre, patienter behövde mindre sjukhusvård (36 jämfört med 117 dygn), neuroleptika

användes enbart i 30 % av fallen jämfört med 100 % i jämförelsegruppen. Schizofrenipatienter i Västerbotten hade psykotiska symptom kvar i mindre omfattning, de hade färre återfall (26 % jämfört med 71 %) och hade bättre arbetssituation (23 % pensionerade jämfört med 55 %). Pga. små forskningsgrupper (N = 22; 23; 14) kan man inte dra fasta slutsatser, men resultaten ger bra stöd för att vidareutveckla systemet.

I en analys av alla psykotiska patienter i det samma forskningsprojektet (N = 78) definierades 22 % tillhöra gruppen «dålig resultat» pga. att dessa patienter var antingen pensionerade eller hade kvar påtagliga psykotiska symptom (7). Sammanlagt 18 % av alla psykotiska patienter var pensionerade efter två år. «Dålig resultat» patienter var mer sannolikt schizofrena patienter och hade längre varaktighet av psykotiska symptom innan behandlingen. En mycket betydelsefull information var att varaktigheten av psykotiska symptom hade minskat till 3,6 månader i genomsnitt jämfört med 1–3 år i olika internationella studier gällande traditionella psykiatriska system (7, 14). Att undvika neuroleptika i behandlingen försämrade inte behandlingsresultaten då de omedicinerade patienterna mer sannolikt tillhörde «optimal resultat» grupp. Detta i sig är mer eller mindre en självklarhet då att de svåraste patienterna fick neuroleptika. Istället för neuroleptika använde man anksiolytika i akuta behov för att dämpa ångesten eller för att patienten skulle få sova. Som preliminär hypotes drogs slutsatsen att det är den unika behandlingsprocessen som är relaterad till behandlingsresultat, som tillägg till de ovanförstående allmänna faktorer.

En intressant skillnad jämfört med vårt projekt är att i Friis och medarbetares projekt kunde man inte motivera familjen att medverka i 40 % av fallen (2). Ut av de 90 patienter som började behandlingen i Västerbotten, ville enbart en inte ha familjen med och inga familjesamtal organiserades. Jag skulle vilja föreslå en noggrannare analys om hur man på bästa sätt presenterar problemet till familjen och inviterar de till möten. Mitt antagande är att en alldeles för stor generalisering av psykos som en sjukdom påverkat familjernas motivation negativt. Kanske vore det bra att bli bekant med den «enkelt-kasus-tiken». Ärendespecifik kvalitativ analys ger information, som är användbar för att utveckla behandlingsinnehåll så att det på bästa möjliga sätt motsvarar de varierande behov av olika familjer. Mest troligen är också familjeterapeutisk utbildningsnivån högre i Västerbotten, vilket minskar risk att själva kontaktformen till familjer orsakar förnekande.

Tvärt emot det Friis och medarbetare (2) säger, den största delen av psykotiska pati-

enter har förmodligen olika slags traumatiska upplevelser i någon livsfas (15, 16). Detta är inte enbart «en ideologisk tilnärming». Dessa upplevelser är ingen förklaring till psykos, men de finns ofta med i patientens hallucinationer och det är väsentligt att lyssna noggrant på patienter och deras berättelser.

Friis och medarbetare (2) påstår att «Seikkula er motstander av vanlig deskriptiv diagnos». Sådant har jag inte någonsin sagt. Diagnoser tillhör det teoretiska språket, i vilken vi beskriver fenomen och benämner dem. Diagnostiska kategorier är uteslutande sådana att enbart en diagnos är rätt och andra är fel. På så sätt tillhör de monologiskt språk. Det är målet med diagnostisering. För att diagnoserna kunde få terapeutisk betydelse bör man skapa möjligheten till dialog om vad den här diagnosen innebär för var och en. Och i sådant samtal blir alla observationer lika värda. Min åsikt är inte att monolog är dåligt och dialog är bra, utan att båda är väsentliga delar i språket. Dock är det mycket väsentligt att förstå att en monologisk bedömning om vilken diagnos som gäller, hjälper i sig inte våra klienter att förstå sina problem bättre.

Slutkommentar

Resultaten i finska Västerbotten ger anledning till några intressanta preliminära hypoteser. De syns vara konsekventa med andra uppföljningsresultat om behovsanpassad behandling (17, 18). När varaktigheten av obehandlade psykos har minskat som resultat av att befolkningen inte har någon tröskel till psykiatrisk behandling, är det naturligt att schizofreniincidensen minskat och att inga nya långtidssjuka patienter i sjukhus förekommer. Om patienterna inte har varit psykotiska under för långt tid innan behandlingen börjar, ökar möjligheter att komma tillbaka till aktiv social liv efter krisen. Den mer behandlingsideologiska slutsatsen verkar vara, att en resursorientering, istället för överpatologisering av psykos, verkar öka möjligheter att mobilisera familjen och annat socialt nätverk, vilket i sin tur leder till bättre tillfriskande. Detta innebär också en mer kritisk förhållningssätt till neuroleptika i början av behandlingen. De två sista är förstås mycket preliminära slutsatser och utsatta för debatt och kritik. Men tillsvidare, efter att ha jämfört våra resultat med många andra psykosociala program, har jag inte behövt överge dom. Efter att jag har haft kontakter i många psykiatriska enheter i olika nordiska länder, är mitt antagande att en stor del av våra resultat kunde vara av nytta i andra kontexter likaväl.

Behandlingspersonalen jobbar med så extrema livsproblem, att alla nya förnuftiga idéer borde odlas. Detta gäller också fors-

karna. Vi försöker klargöra ett så mångsidig problem, att den inte kan analyseras med enbart en metodik. Detta slags öppenhet istället för ett maktbruk mot andra behandlings- och forskningstraditioner utvecklar best psykosbehandling.

Litteratur

- Schjörth A. Jaakko Seikkulas nettverksterapi ved psykoser. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1399.
- Friis S, Larsen TK, Melle I. Terapi ved psykoser. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1393.
- Alanen Y. Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. London: Karnac, 1997.
- Aaltonen J, Seikkula J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Sutela M. Western Lapland project: a comprehensive family- and network centered community psychiatric project. Abstracts and lectures 12–16 Oct 1997: London: ISPS, 1997: 124.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Offener Dialog in der Psychosebehandlung – Ergebnisse des West Laplandsprojekt. I: Hohn P, Alanen Y, Aderhold V, Hess G, red. Psychotherapy der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze in Skandinavien. Giessen: Psychosocial-Verlag in Giessen, 2003: 89–102.
- Seikkula J. Åpne samtaler. Oslo: Tano-Aschehoug, 2000.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. Journal of Constructivist Psychology 2001; 14: 267–84.
- Keränen J. The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. Doktorsavhandling. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 1992; 93: 124–9.
- Seikkula J. Family-hospital boundary system in the social network. Doktorsavhandling. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 1991; 80: 227–32.
- Haarakangas K. The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. Doktoravhandling. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 1997; 130: 119–26.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. Ethical and Human Services and Sciences 2003, akseptert for publisering.
- Tuori T. Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämishjelman 10-vuotisarvioinnista. Helsinki: Stakes raportteja 1994, 143.
- Book J, Modrzewska K. Schizophrenia and suicide in a north Swedish isolate, 1890–1980. Clin Genet 1982; 22: 280–3.
- Kalla O, Aaltonen J, Wahlström J, Lehtinen V, Garcia Cabeza I, Gonzalez de Chavez M. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 265–75.
- Goodman L, Rosenberg S, Mueser K, Drake R. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment and future research directions. Schizophr Bull 1997; 23: 685–96.
- Hammersley P, Dias A, Bowen-Jones K, Reilly B, Bentall RP. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. Br J Psychiatry 2003; 182: 543–7.
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rääköläinen V, Syvälahti E. Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? Eur Psychiatry 2000; 15: 312–20.
- Lehtinen K. Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow-up study from the Turku project. Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 96–101.