Region Stockholm

11

Yttrande över remiss - Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni

VKN 2020-0057

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Medicinsk fortbildning
Leyla Jalilian

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2020-0057
2020-02-28

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande

Ärendebeskrivning

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. De ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Nu har nationella arbetsgrupper i regionerna tagit fram remissversioner för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom följande diagnoser: Höftledsartros, Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), Kritisk benischemi, Reumatoid artrit, Schizofreni – förstagångsinsjuknande, Sepsis, Stroke och TIA. Under 2020 ska minst fem av dessa vårdförlopp implementeras.

Detta ärende hanterar vårdförlopp Schizofreni- förstagångsinsjuknande.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Vårdförlopp Schizofreni-förstagångsinsjuknande remissversion
Konsekvensbeskrivning Schizofreni-förstagångsinsjuknande remissversion

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtandet som nämndens yttrande och överlämnar det till Sveriges Kommuner och Regioner.

Förvaltningens motivering till förslaget
Sammanfattande synpunkter
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppskattar de väl genomarbetade medicinska underlagen och det högkvalitativa arbete som gjorts under mycket snäva tidsramar.

Den övergripande och generella bedömningen av samtliga sju vårdförlopp är dock att konsekvensbeskrivningarna generellt utgör ett otillräckligt underlag. Nuvarande utformning av vårdförloppen kan misstänkas orsaka undanträngningseffekter, och större ekonomiska konsekvenser samt effekter på kompetensförsörjningen än vad som finns beskrivet i vårdförloppen. Det kan finnas påverkan på andra patientgrupper som med nuvarande underlag inte kan bedömas.

Bakgrund
Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet schizofreni – förstagångsinsjuknande omfattar aktiviteter från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd. Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och när de ska utföras. Vårdförloppet är ett komplement till det nationella vård och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni, som beskriver hur olika åtgärder ska utföras.

I nuläget kan det dröja relativt länge innan personer med schizofreni och liknande tillstånd omhändertas på rätt vårdinstans och får rätt insatser. Detta riskerar att försämra prognosen. Många patienter behöver också mer stöd än de erbjuds. Den övergripande målsättningen med det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet schizofreni – förstagångsinsjuknande är att öka tillgången till evidensbaserade vård- och stödinsatser för målgruppen. Vårdförloppet börjar med egen vårdbegäran, vårdbegäran från tredje part (exempelvis närstående) eller misstanke om psykos inom vård och omsorg (exempelvis i primärvården eller elev/studenthälsan). Därefter följer åtgärder, stödinsatser, utredning, behandling och utvärdering i flera stadier. Vårdförloppet inkluderar patienter i akuta respektive icke akuta tillstånd. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat ledtider, läkemedelsanvändning och biverkningar samt patienters livssituation.

Överväganden
Remissversionen av vårdförlopp Schizofreni- förstagångsinsjuknande har behandlats i Stockholm-Gotlands medicinska råds beredningsgrupp samt regionens prioriteringsråd.

Därtill har synpunkter från Regionalt programområde (RPO) Psykisk hälsa beaktats utifrån ett systemperspektiv. Vid genomgång av förslaget noterades nedanstående punkter.

Generella synpunkter på samtliga sju vårdförlopp:

Kunskapsunderlaget som grund för prioriteringsbeslut
De sju vårdförloppen har bristande, eller saknar helt eller delvis, hälsoekonomiska underlag för föreslagna åtgärder. Därtill finns en tendens att överskatta kostnadseffektiviteten i föreslagna åtgärder och underskatta resursåtgången, särskilt i de fall där hälsoekonomiska analyser helt saknas. Detta i sin tur medför svårigheter i att göra horisontella prioriteringar samt att kunna avgöra om Region Stockholm kan ställa sig bakom de olika förslagen. Otydliga avgränsningar av patientpopulationer medför svårigheter att uppskatta resursbehovet och göra prioriteringar då vårdförloppen kan appliceras på en mycket större population än man utgått från. I vissa avseenden har vårdförloppen istället avgränsat patientgruppen så markant att man utesluter andra patienter med samma diagnos. Båda dessa scenarion försvårar beräkningar av resursbehov och kompetensförsörjning.

Automatiserade system för uppföljning saknas i dagsläget
Tillgång till data för uppföljning är en viktig del i utvecklingen av en jämlik, effektiv och kvalitativ vård som vårdförloppen syftar till. Dock har olika vårdförlopp varierande förutsättningar och tillgång på data. Som regel har ett tiotal indikatorer per vårdförlopp föreslagits. Flertalet är processmått, men även resultatmått förekommer. Även om målet på lång sikt är att använda strukturerad journalinformation och minska registreringsbördan så kommer ett införande i sin nuvarande föreslagna form på kort sikt innebära fler administrativa uppgifter i vården, något som inte är acceptabelt med hänsyn till rådande resurssituation i vården. Region Stockholm kan bara acceptera automatiserad överföring av data för uppföljning av vårdförloppen.

Risk för undanträngning
Det finns en farhåga att en för stor expansion av enskilda vårdförlopp eller för många vårdförlopp så som de beskrivs och arbetas fram idag riskerar att omfatta för stora patientgrupper och orsaka undanträngningseffekter och ökad belastning framför allt i primärvården. Vidare kan också processmått i form av specifika ledtider leda till direkta undanträngningseffekter. En tydlig plan för att följa upp och åtgärda eventuella undanträngningseffekter behöver finnas.

Personcentrerad vård
Det finns inga typiska patienter vilket innebär att man måste ha en förståelse för att ett stort antal patienter inte kan följa vårdförloppen. Många patienter är multisjuka och kommer dessutom att ingå i flera vårdförlopp. Hur prioriterar kliniker mellan dessa? Om vårdförloppen ska vara ett stöd till vården och förbättra vården så behöver det finnas utrymme för individuell anpassning av vården efter patientens behov. Försiktighet avseende styrning med för starka resultatmått, särskilt av ekonomisk art, bör iakttas.

Användarvänlighet
Generellt krävs tydligare riktlinjer för hur man gestaltar ingången på ett vårdförlopp då det finns stor variation i hur ingången beskrivs i de olika förslagen. Ett vårdförlopp bör alltid ha sin ingång vid en medicinskt motiverad vårdkontakt. Vidare är formatet på vårdförloppen stundtals svårläst. Region Stockholm behöver ett förtydligande i vem som är dokumentens mottagare. Skall det tolkas ur ett organisatoriskt perspektiv eller av vårdgivare i patientmöte? Om vårdförloppen ska användas av vårdgivare behöver de utformas mer användarvänligt.

Regional anpassning - en förutsättning för implementering
Förutsättningarna för implementering av vårdförloppen kan skilja sig mellan olika regioner. Utmaningar vid implementering kan leda till ett behov av vårdstrukturanpassning över tid i regionerna. Det är därför viktigt att vårdförloppen ger utrymme för regional anpassning samtidigt som det ger ett ramverk för bästa möjliga omhändertagande som baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Befolkningsperspektivet
Ett starkt hälsofrämjande, befolkningsinriktat arbete ger goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att minska ojämlikheter i hälsa hos befolkningen. Generellt saknas befolkningsperspektivet i vårdförloppen och hälsofrämjande insatser, prevention, stöd till patienter och befolkning i egenvård skulle kunna inkluderas mer.

Synpunkter specifikt på vårdförlopp Schizofreni-förstagångsinsjuknande:

Vårdförloppet är komplement till det nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni. RPO Psykisk hälsa stödjer upplägget av vårdförloppet i sin nuvarande form och anser att en eventuell regional anpassning kan göras i ett senare skede.

Innehållet i vårdförloppet tycks inte avvika särskilt mycket från det omhändertagande som ges idag. Däremot kommer vårdförloppet att innebära intensivare omvårdnadsinsatser och tätare kontakter med vården. Vårdförloppet anger också tydligare tidsgränser.

Ekonomiska konsekvenser
Initialt beräknas kostnader att öka men på sikt förväntas akutvård och tvångsvård att minska. Det finns dock inget underlag eller hälsoekonomiska beräkningar för dessa antaganden. Därför inte möjligt att ta ställning avseende kostnadseffektiviteten eller motivering till utökning av resurser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Positiva konsekvenser som följer införandet av vårdförloppet är att personer som insjuknar i psykos får en snabbare väg till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov, vilket ökar förutsättningarna för en god prognos, bevarad funktionsförmåga, snabb återhämtning och minskad risk för återinsjuknande.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Regionala skillnader i vilken vård som erbjuds riskerar att skapa ojämlik vård. Sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp syftar till att skapa förutsättningar för jämlik vård, vilket Region Stockholm välkomnar.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrade konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser
Region Stockholm accepterar inte ytterliga administrativa lager i samband med implementering och uppföljning av de sju vårdförloppen.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Sveriges Kommuner och Regioner

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-02-28

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Schizofreni – förstagångsinsjuknande

VÅRDFÖRLOPPET INLEDS VID MISSTANKE OM PSYKOS OCH AVSLUTAS VID FÖRSTA ÅRSUPPFÖLJNING VID FÖRSTAGÅNGSINSJUKNANDE I SCHIZOFRENI OCH LIKNANDE TILLSTÅND

Remissversion

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för sjukdomsområden ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Vårdförloppen som tas fram ska kunna inbegripa flera specialiteter, kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser, kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar, kunna främja hälsa i hela förloppet, utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd samt utformas så de kan följas i de nya digitala vårdstöden som regionerna just nu, eller inom överskådlig framtid, upphandlar.

Patientkontrakt ska tillämpas i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Syftet är att stärka patienten och ge möjligheter till delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering. Detta görs bland annat genom att gemensamt komma överens om vad patienten ansvarar för och vad vården tar ansvar för samt att detta dokumenteras i journalen.

Remissperioden pågår 27 januari–6 mars 2020. Instruktioner och remissvar finns att ladda ned på hemsidan för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp – klicka här.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet schizofreni – förstagångsinsjuknande omfattar aktiviteter från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd. Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och när de ska utföras. Vårdförloppet är ett komplement till det nationella vård och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni, som beskriver hur olika åtgärder ska utföras.

I nuläget kan det dröja relativt länge innan personer med schizofreni och liknande tillstånd omhändertas på rätt vårdinstans och får rätt insatser. Detta riskerar att försämra prognosen. Många patienter behöver också mer stöd än de erbjuds – ungefär hälften av de som drabbas av schizofreni lever med problem som kräver omfattande och kontinuerliga vård- och stödinsatser. Den övergripande målsättningen med det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet schizofreni – förstagångsinsjuknande är att öka tillgången till evidensbaserade vård- och stödinsatser för målgruppen. Vårdförloppet börjar med egen vårdbegäran, vårdbegäran från tredje part (exempelvis närstående) eller misstanke om psykos inom vård och omsorg (exempelvis i primärvården eller elev/studenthälsan). Därefter följer åtgärder, stödinsatser, utredning, behandling och utvärdering i flera stadier. Vårdförloppet inkluderar patienter i akuta respektive icke akuta tillstånd. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat ledtider, läkemedelsanvändning och biverkningar samt patienters livssituation.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och det har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde psykisk hälsa. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet. I arbetsgruppen ingick bland annat representanter från specialistpsykiatri, patientgrupper samt företrädare för socialtjänst och kvalitetsregister.

Remissversion

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande 3
1.1 Kort beskrivning av schizofreni och liknande tillstånd 3
1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv 4
1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande 8
1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande 8
2 Beskrivning av åtgärder och flödesschema 10
2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande 10
2.2 Flödesschema 11
2.3 Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande 16
2.4 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse 35
3 Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande 36
3.1 Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått) 36
3.2 Indikatorer för uppföljning av process (processmått) 37
4 Referenser 39
5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande 40
5.1 Kunskapsunderlag 40
5.2 Arbetsprocess 40

Remissversion

1 Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

1.1 Kort beskrivning av schizofreni och liknande tillstånd

Schizofreni och liknande tillstånd inkluderar flera olika diagnoser: schizofreni, schizoaffektivt syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykoser samt ospecificerad icke-organisk psykos. Den allvarligaste och vanligaste formen av tillståndet är schizofreni. Vid det första insjuknandet i psykos är det svårt att på förhand säga hur sjukdomen kommer att utveckla sig, det vill säga vilka som kommer att få schizofreni eller annan diagnos.

Knappt en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. Cirka 1 500–2 000 personer insjuknar varje år i schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 personer får diagnosen schizofreni. Vanligaste ålder för insjuknande i schizofreni är 18–30 år. En del personer får tidiga symtom innan insjuknandet. Enstaka fall av tydliga insjuknanden hos yngre tonåringar förekommer. Kvinnor insjuknar oftast något senare i livet än vad män gör. (1)

Schizofreni och liknande tillstånd kan upptäckas inom primärvården, beroendevården, i socialtjänsten, elev- eller studenthälsan, på ungdomsmottagningar eller inom den somatiska akutsjukvården. Den vanligaste symtombilden vid schizofreni och liknande tillstånd är hallucinationer, vanföreställningar, tankestörningar, koncentrationssvårigheter, desorganiserat beteende eller tänkande, förändrat känsloliv och passivitet. Det är viktigt att det i dessa verksamheter finns kunskap om hur tecken på psykos yttrar sig, hur man ska bemöta person och närstående samt hur och var man ska hänvisa för vidare vård och stöd. Många som får schizofreni och liknande tillstånd behöver omfattande insatser, från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, periodvis eller kontinuerligt under livet. Bruk av droger är inte ovanligt och en komplicerande faktor som också behöver identifieras och behandlas. En kombination av antipsykotiska läkemedel och psykosociala insatser, som löpande utvärderas tillsammans med personen och närstående, är avgörande för att undvika återinsjuknande i psykos, minska symtom och möjliggöra återhämtning. Det är också viktigt att personen får stöd till att klara sitt dagliga liv med boende, arbete och sociala relationer. Bedömning av riskfaktorer för fysisk ohälsa och sjukdom i kombination med stöd till livsstilsförändringar är också en viktig del av behandlingen. Psykoser i samband med annan sjukdom, användning av droger eller situationsutlösta psykoser kräver oftast en kortare behandlingsinsats inom den specialiserade psykiatrin än diagnoser som schizofreni och schizoaffektivt syndrom.

Personer med diagnosen schizofreni får förutom upprepade insjuknanden i psykos oftast psykisk funktionsnedsättning i varierande grad, vilket kan försvåra det vardagliga livet och möjligheter att få och bibehålla ett arbete eller studier. Sjukdomen drabbar personer på olika sätt. Med behandling och stöd återhämtar sig cirka 10–15 procent helt från sjukdomen, men de flesta har kvarstående problem i varierande grad och behov av vård och stöd livet ut. Omkring 30 procent kan med hjälp av vård och stöd hantera sjukdomen och dess symtom och leva ett liv med fungerande sociala relationer och arbete. Ungefär hälften har kvarstående allvarliga problem som kräver omfattande vård- och stödinsatser. Personer med schizofreni har en 12–15 år kortare livslängd jämfört med befolkningen i övrigt. Orsak till detta är hög suicidrisk, dubbelt så stor risk att dö i cancer, samt tre gånger högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdom. (2)

Remissversion

1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv

På en övergripande nivå så finns det ur ett patientperspektiv två ”typiska” hälso- och sjukvårdsförlopp. Den första patientgruppen söker, eller uppmanas av andra personer att söka, akut vård vid symtom på psykos. Den första bilden nedan (Figur 1) illustrerar detta hälso- och sjukvårdsförlopp och visualiserar vad som i dagsläget är vanliga händelser och utmaningar. Den andra patientgruppen identifieras inom primärvård, elevhälsa eller socialtjänst, och remitteras därifrån till den specialiserade psykiatriska vården. Den andra bilden nedan (Figur 2) illustrerar detta hälso- och sjukvårdsförlopp. Efter figurerna följer en utförligare beskrivning av identifierade utmaningar.

Remissversion



Figur 1. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv (akut), för en person med schizofreni – förstagångsinsjuknande.



Utmaningar i hälso- och sjukvården som i dagsläget påverkar person och närstående

Utmaning 1: Behandling erbjuds inte i tid
Vanliga anledningar till att behandling fördröjs och personens tillstånd och prognos försämras är att personen själv inte söker vård i tid, att närstående inte vet vart de ska vända sig för att få hjälp eller att bristande kunskap inom vård och omsorg leder till att personer som söker hjälp inte blir tagna på allvar.

Utmaning 3: Bristande delaktighet
Delaktighet främjar återhämtning men kan begränsas av att personens symtom/besvär gör det svårt att uttrycka sig och att lita på personalen. Personalen behöver också ha kunskap om och aktivt arbeta för att göra personen delaktig.

Utmaning 4: Bristande samarbete mellan vård och person kan resultera i behandlingsavbrott
Vid brister i samarbetet finns det risk att personen återinsjuknar. Vanliga anledningar till detta är medicinavbrott till följd av upplevda biverkningar eller att personen upplever sig vara återställd – men fortsatt medicinering är ofta det skydd som behövs för att undvika återinsjuknande.

Utmaning 5: Bristande samordning av vård- och stödinsatser
Behovet av samordning varierar, men generellt gäller det att personen, periodvis eller kontinuerligt, behöver omfattande insatser från flera olika verksamheter inom såväl specialistpsykiatri som kommunal omsorg, primärvård och övrig hälso- och sjukvård. Samtidigt varierar dessa verksamheters organisatoriska förutsättningar, vilket gör att samverkan kan brista och därmed lämna person och närstående utan helhetsstöd.

Figur 2. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv (icke akut), för en person med schizofreni – förstagångsinsjuknande.

Utförlig beskrivning av utmaningar i hälso- och sjukvården som i dagsläget påverkar person och närstående

Utmaning 1: Behandling erbjuds inte i tid (figur 1 och 2)

Vanliga anledningar till att behandling fördröjs och personens tillstånd och prognos försämras är att:

- personen själv inte söker vård i tid, exempelvis på grund av stigma kring psykossjukdom eller att personen själv inte anser sig vara sjuk och/eller drar sig undan kontakt med omvärlden. Att dra sig undan är en del av sjukdomsbilden
- närstående inte vet vart de ska vända sig för att få hjälp, eller undviker att uppmärksamma personens besvär på grund av rädsla och/eller stigma kring psykossjukdom
- bristande kunskap inom vård och omsorg leder till att personen inte blir tagen på allvar.

Utmaning 2: Att tvång kan behövas (figur 1)

Tvång riskerar att skapa trauma och sänka personens förtroende för vården, men kan om det utförs på ett bra sätt innebära att personen och de närstående får den vård och det stöd som situationen kräver. Det innebär att tvång kan innebära en risk vid såväl över- som underanvändning.

Risk för trauma och hög användning av tvång kan öka om:

- person och närstående vid polishämtning möter poliser som inte är vana att möta personer med allvarlig psykisk sjukdom
- person och närstående inte förstår miljön och de rutiner som finns inom akutpsykiatrin och/eller slutenvården[1]
- vårdmiljön inom akutpsykiatrin och/eller slutenvården inte bidrar till att skapa goda relationer med person och närstående, så att de kan få ett omsorgsfullt och respektfullt omhändertagande, tillräcklig information och möjlighet till samtal
- akutpsykiatrin och/eller slutenvården inte arbetar medvetet och aktivt med att förebygga hot och våld.

Utmaning 3: Bristande delaktighet (figur 1 och 2)

Delaktighet främjar återhämtning men kan begränsas av att:

- personens symtom/besvär gör det svårt att utrycka sig, att lita på personalen och att ta emot vård och stöd
- personen och de närståendes erfarenheter och kunskap inte tas tillvara i tillräcklig utsträckning
- person, vård och omsorg, och de närstående har svårt att komma överens om vilka insatser som ska sättas in.

[1] Här används begreppet slutenvård i enlighet med Socialstyrelsens termbank trots att arbetsgruppen liksom Nationellt programområde Psykisk hälsa är medvetna om att heldygnsvård är den term som ofta används och förespråkas inom psykiatrisk hälso- och sjukvård för att undvika feltolkningar.

Remissversion

Utmaning 4: Bristande samarbete mellan vård och person kan resultera i behandlingsavbrott (figur 2)

Vid brister i samarbetet finns det risk att:

- personen avslutar sin kontakt med vården och då riskerar att återinsjukna
- personen inte får rätt stöd eller information, och på grund av biverkningar avslutar sin läkemedelsbehandling på egen hand, utan kontakt med vården. Risken för svåra biverkningar är störst vid påbörjan av behandling, samt vid prepratbyte och dosjustering
- personen, om den känner sig återställd, inte tror sig behöva fortsatt medicinering – men fortsatt medicinering är ofta det skydd som behövs för att undvika återinsjuknande.

Utmaning 5: Bristande samordning av vård- och stödinsatser (figur 2)

Behovet av samordning varierar, men generellt gäller det att:

- personen, periodvis eller kontinuerligt, behöver omfattande insatser från flera olika verksamheter inom såväl specialistpsykiatri som kommunal omsorg, primärvård och övrig hälso- och sjukvård
- dessa verksamheters organisatoriska förutsättningar varierar, vilket gör att samverkan kan brista och därmed lämna person och närstående utan helhetsstöd
- personen själv, relevanta aktörer och närstående behöver bjudas in till SIP-möte. Stöd för delaktighet i SIP-processen är ofta viktigt.

1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni omfattar aktiviteter från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd. Vårdförloppet inleds när en person kommer i kontakt med vård och omsorg och det finns en misstanke om psykos. Vårdförloppet är aktuellt även för barn- och ungdomspsykiatrin i de fall misstanke om psykos förekommer innan 18 års ålder. Vid det första insjuknandet i psykos är det svårt att på förhand säga hur sjukdomen kommer att utveckla sig, vilka som kommer att få schizofreni eller annan diagnos.

Beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas då misstanke om psykos avfärdats, om psykosen bedöms vara kortvarig, om patienten vid uppföljning inte uppvisar psykossymtom och bedöms vara färdigbehandlad, eller då första årsuppföljning genomförts.

1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

Målsättningen är att fler personer som insjuknar för första gången i schizofreni och liknande tillstånd ska:

- få ett tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande i de verksamheter de möter

Remissversion

- få evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov och sin situation för att skapa bästa möjliga förutsättningar för en god prognos och snabb återhämtning
- vara delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna
- ha en vårdplan och/eller samordnad individuell plan som är välkänd och tydlig och överensstämmer med behov och önskemål
- ge närstående möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen och erbjudas insatser utifrån behov och situation
- minimera behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder då användning av tvång inom vården kan orsaka trauma och riskerar att skada den, för återhämtningen viktiga, alliansen mellan patienten och vården.
- minska antalet suicidförsök och fullbordade suicid.

Remissversion

2 Beskrivning av åtgärder och flödesschema

2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

Inklusionskriterier

Personer med schizofreni och liknande tillstånd. Diagnoskoderna som ingår i vårdförloppet är F20–29.9 enligt ICD-10-SE (3).

Vid första insjuknandet i psykos är det svårt att veta hur sjukdomen kommer att utveckla sig och vilka som kommer att få schizofreni eller annan diagnos. Vårdförloppet omfattar personer som kommer i kontakt med primärvård, student- eller elevhälsa, ungdomsmottagningar, socialtjänst, specialistpsykiatrin, akutmottagning eller akutteam och har symtom på psykos.

Karaktäristiska symtom vid psykos är:

- vanföreställningar
- hallucinationer
- tankestörningar
- desorganiserat beteende eller tänkande
- förändrat känsloliv (likgiltighet)
- passivitet/initiativlöshet
- koncentrationssvårigheter
- svårigheter att klara av sitt vardagliga liv ofta relaterat till problem med struktur och planering.

Exklusionskriterier

- Personer som har
  - ospecifika symtom som likgiltighet, nedstämdhet, ångest, oro initiativlöshet, svårigheter att klara av sitt vardagliga liv relaterat till problem med struktur och planering
- men samtidigt inte har
  - tecken till vanföreställningar, hallucinationer (syn, hörsel, känsel) eller tankestörningar.

Dessa symtom kan tyda på ett förstadium till flera olika tillstånd, inklusive prodromalfas till psykos.

Utgång

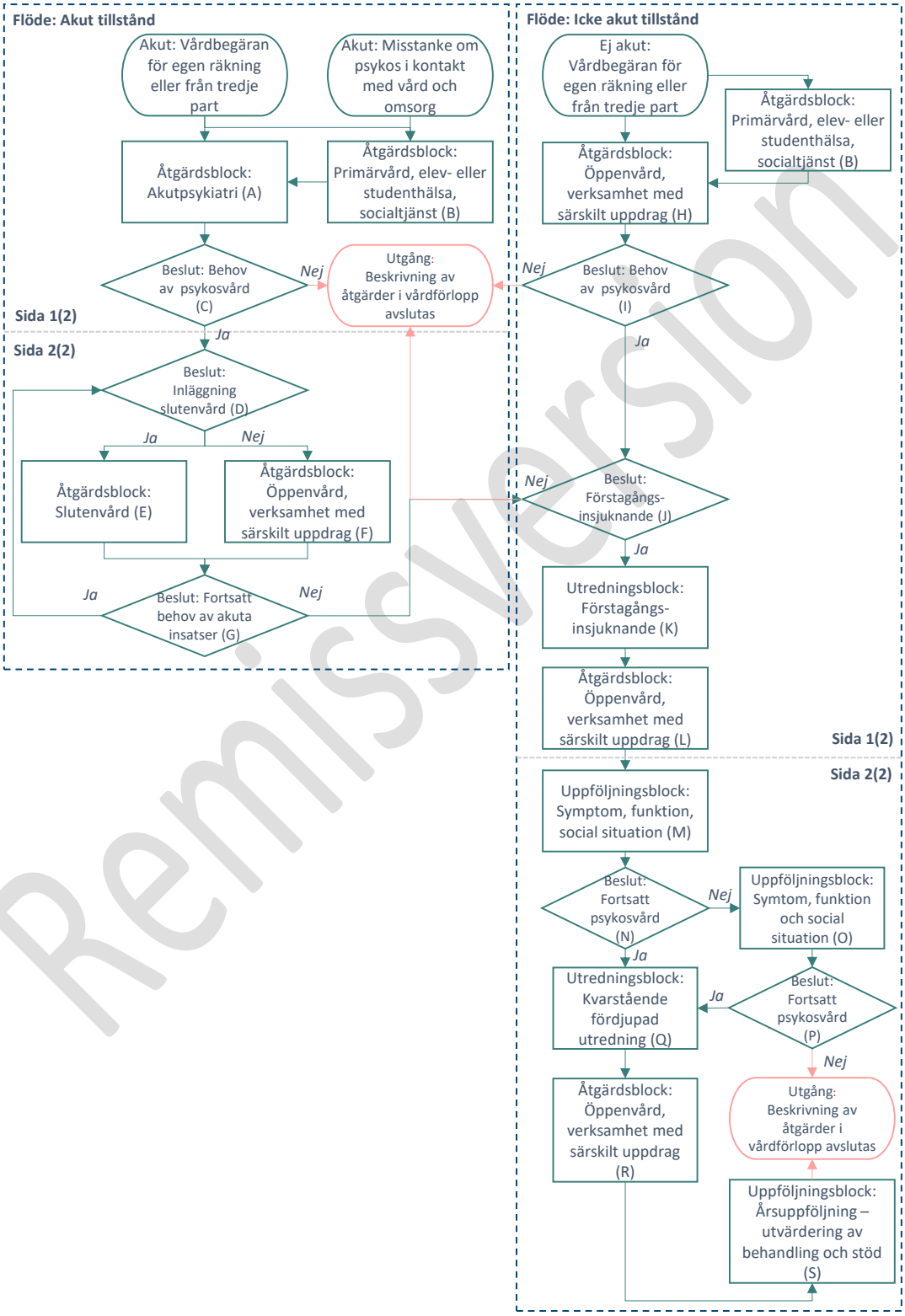
Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas då:

- misstanke om psykos avfärdas
- patienten har fått sin första årsuppföljning med utvärdering av behandling och stöd, det vill säga 12 månader efter start av vårdförloppet
- patienten inte är i behov av utredning och/eller åtgärder avsedda för förstagångsinsjuknande
- patienten är färdigbehandlad för kortvarig psykos, inte uppvisar symtom på psykos vid uppföljning och därmed inte bedöms ha en schizofreniliknande psykos
- patienten diagnosticeras (fastställd diagnos) med kroniska vanföreställningssyndrom eller inducerat vanföreställningssyndrom (se Flödesschema).

Remissversion

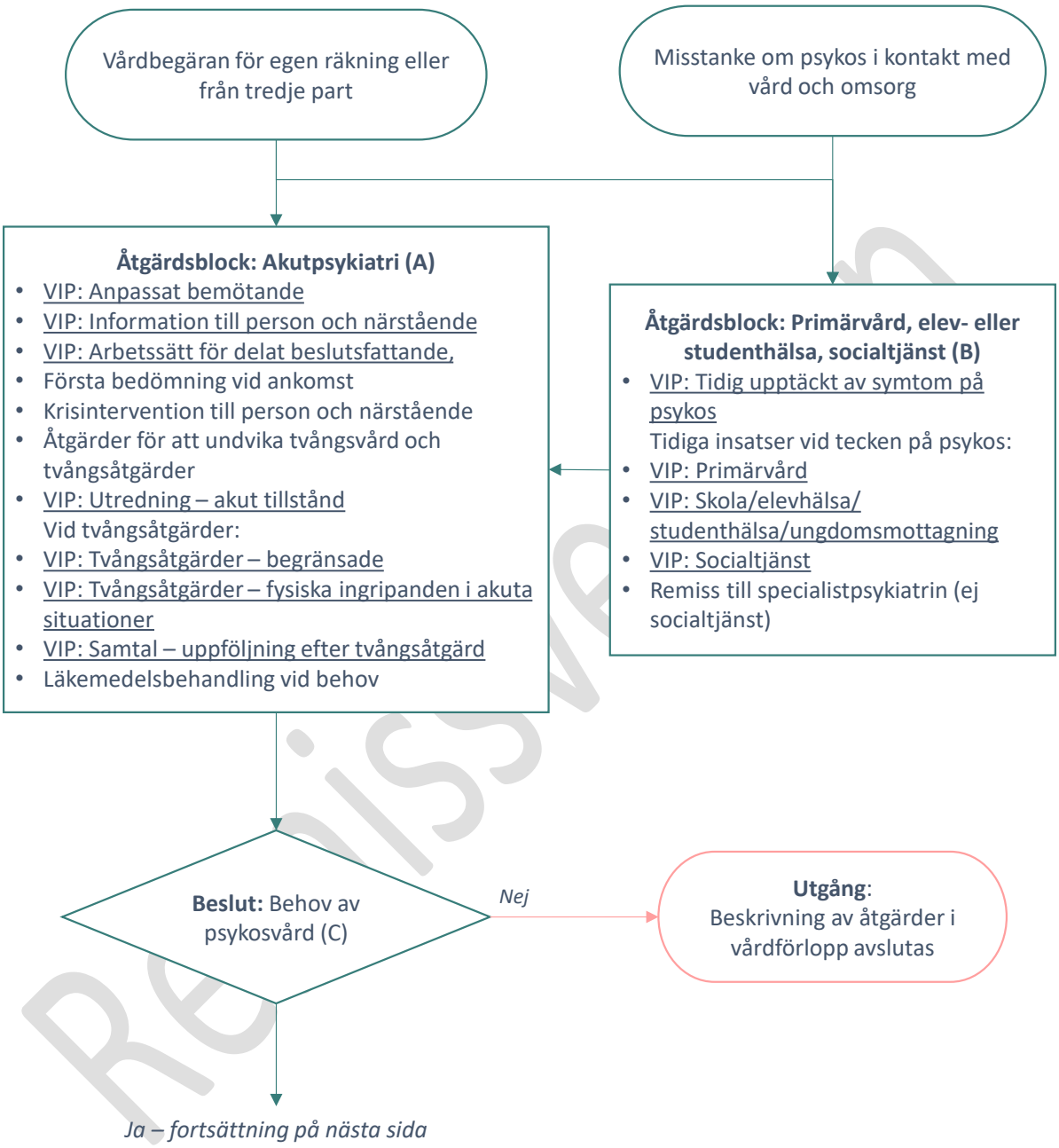
2.2 Flödesschema

I de flödesscheman som återfinns nedan (Figur 3, Figur 4, Figur 5, Figur 6, **Error! Reference source not found.**) illustreras vårdförloppets åtgärdsblock, Figur 3 är en översikt. Närmare beskrivning av åtgärdsblocken återfinns i tabellen i avsnitt 2.3.

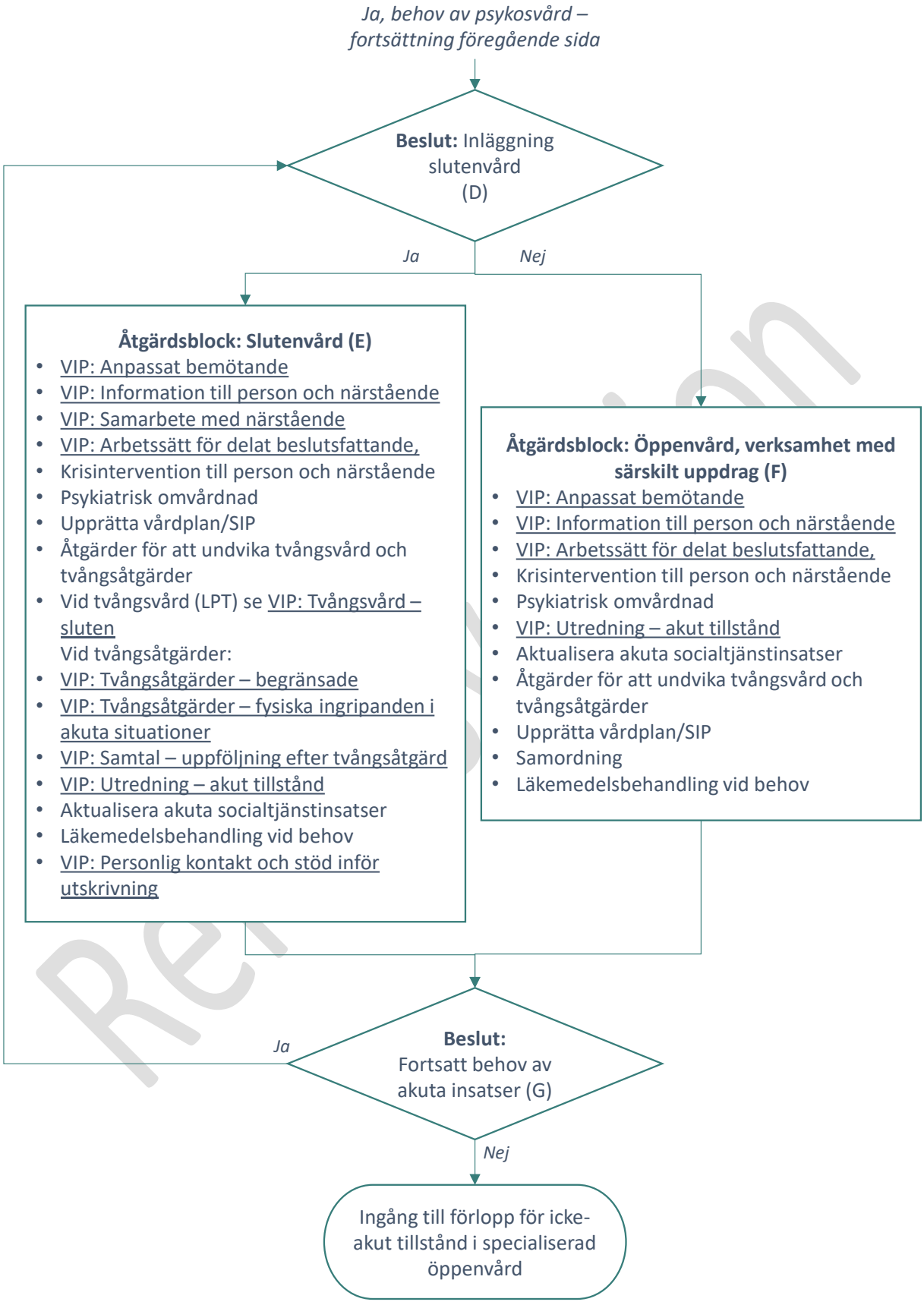


Figur 3. Flödesschema – översikt.

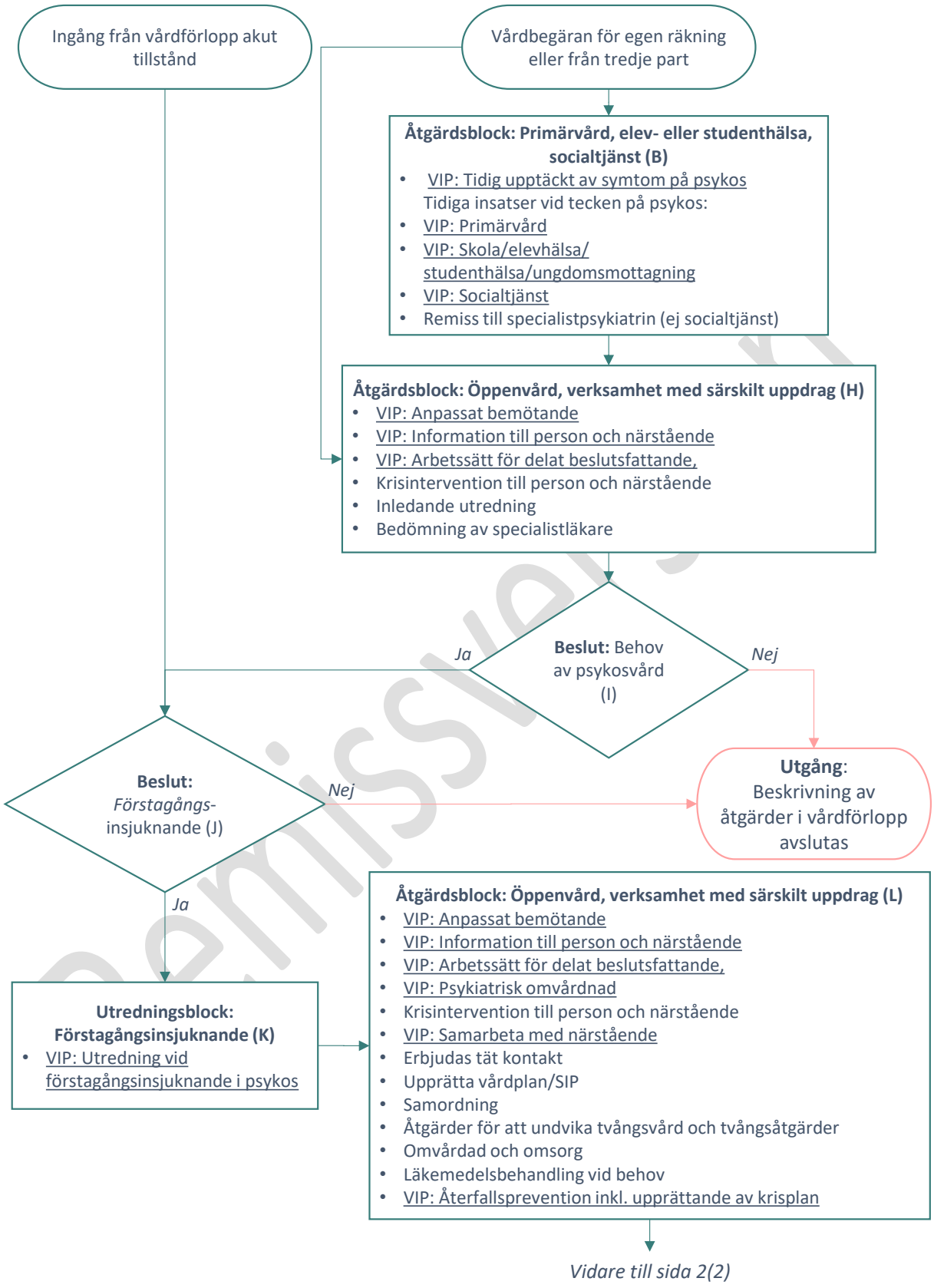
Remissversion



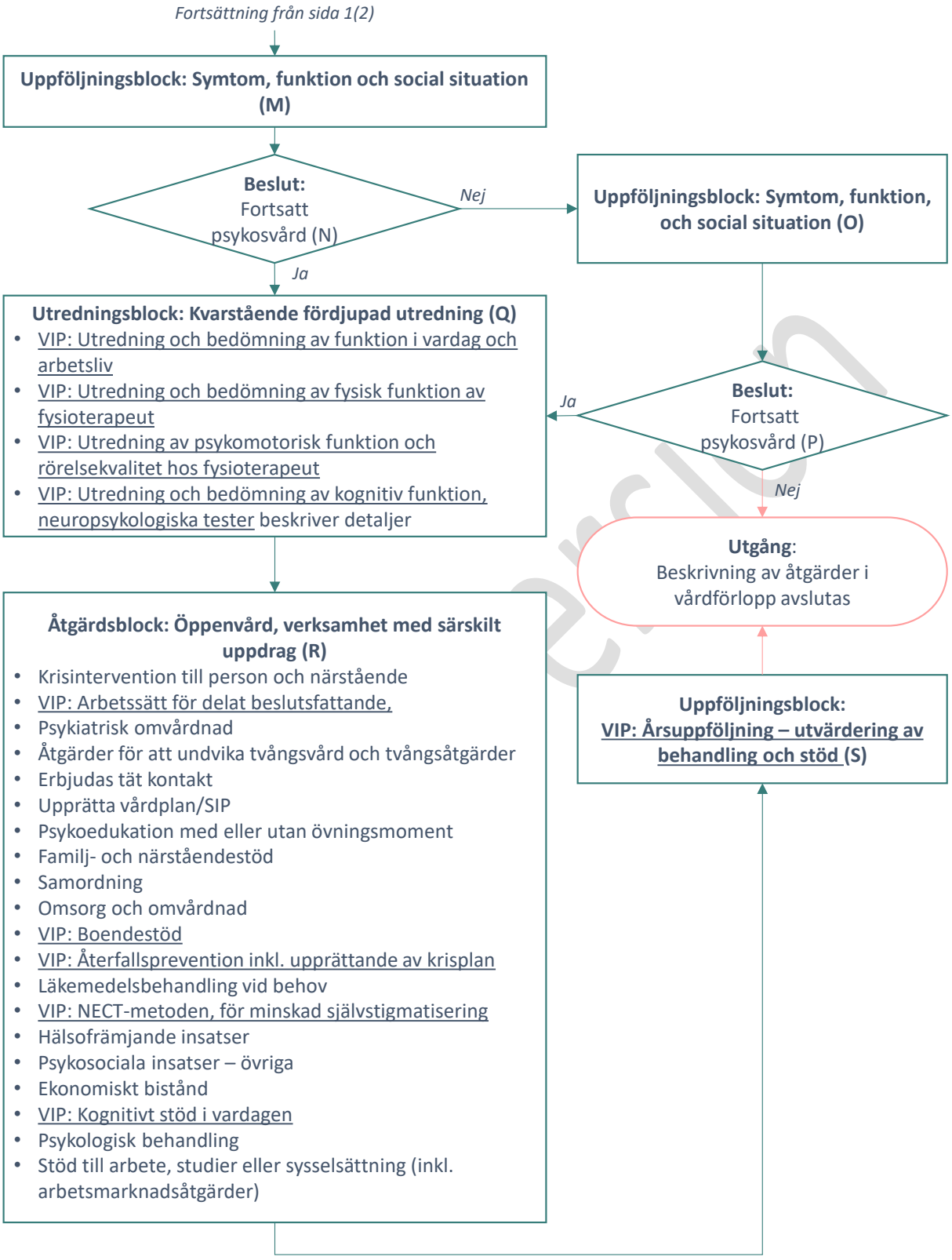
Figur 4. Flödesschema, akut tillstånd 1(2) – understruken text länkar till VIP.



Figur 5. Flödesschema, akut tillstånd 2(2) – understruken text länkar till VIP.



Figur 6. Flödesschema, icke-akut tillstånd 1(2) – understruken text länkar till VIP.



Figur 7. Flödesschema, icke-akut tillstånd 2(2) – understruken text länkar till VIP.

2.3 Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

Vid insjuknande i psykos delas vårdförloppet in i två flödesscheman, ett akut och ett icke-akut. Det akuta förloppet är allvarligare och beskrivs i ett separat vårdflöde som innefattar akut symtomlindrande behandling, en kort och mycket snabb utredning/bedömning, professionellt omhändertagande och ofta slutenvård. När det akuta tillståndet bedöms vara över övergår personen till det icke akuta flödet.

Mer information om åtgärderna och hur de ska genomföras finns i *Vård- och insatsprogram (VIP) Schizofreni och liknande tillstånd* (4). För att komma direkt till respektive åtgärd i VIP, tryck på hyperlänken i tabellen nedan. Vårdförloppet kan inledas i flera olika verksamheter men åtgärder genomförs sedan i huvudsak i specialistpsykiatrin. Då åtgärder ges inom barn- och ungdomspsykiatrin och personen ska överföras till vuxenpsykiatrin, se VIP: Trygg och säker övergång från BUP till VUP (4).

För att verka för en mer enhetlig dokumentation och bättre möjlighet till uppföljning återges KVÅ-koder för de åtgärder där det finns i dagsläget, i tabellen nedan.

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande.

Inledande sammanställning: Åtgärder som bör tillämpas genom hela vårdförloppet, och som återkommer i många av vårdförloppets åtgärdsblock.	
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Anpassat bemötande utefter personens besvär och situation.	
VIP: Information till person och närstående	• Ta del av information utefter förmåga.
VIP: Samarbete med närstående	• Ta ställning vilka närstående som ska involveras.
Arbetssätt för delat beslutsfattande • VIP: Delaktighet/medbestämmande förbättrar återhämtning och leder till ökad självständighet. • VIP: Delat beslutsfattande – en metod där personen själv, vårdpersonalen och närstående, utifrån tillgång till samma information, fattar beslut tillsammans.	• Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta eget ansvar i behandlingen genom att göra de aktiviteter som är överenskomna. Delta aktivt i beslutsprocessen. • Involvera närstående i beslut där det behövs. Säg ifrån vid upplevelse av att inte involveras i beslut. • Fråga när informationen inte är tydlig. • Be om att få mer information vid behov.

Remissversion

VIP: Krisintervention till person och närstående Förtroendeskapande samtal, situationsbedömning, rådgivning, information samt stöd till personen och hens närstående.	• Delta i samtal: beskriv situationen, vad som har hänt och upplevelsen av besvär.
VIP: Psykiatrisk omvårdnad – personen tillsammans med sjuksköterska, identifierar vårdbehoven, väljer rätt förhållningssätt och rätt insatser, varpå insatserna utvärderas gemensamt.	• Försök känna tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om något inte är tydligt. • Be om och ta emot hjälp och stöd. • Bidra aktivt i att formulera egna mål. • Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter. • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. • Delta i uppföljning
Intyg exempelvis VIP: Sjukskrivning	• Berätta om behov av intyg. Kurator kan vara behjälplig.

Åtgärdsblock: Akutpsykiatri (A) Inom akutpsykiatri (psykiatrisk akutmottagning eller annan verksamhet med uppdrag att bedöma akuta psykiatriska tillstånd).	
Hälso- och sjukvårdens	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Anpassat bemötande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Information till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
Första bedömning vid ankomst – ska genomöras för att säkerställa att det, om behov finns, vidtas åtgärder i syfte att skydda patienten från att att skada sig själv eller andra. Exempelvis kan patienten behöva hindras från att lämna vårdinrättningen innan läkarbedömning genomförts, vissa patienter bör inte heller lämnas ensamma.	
VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder	• Verbalisera frustation och ilska.

Remissversion

• VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande.	• Kontakta personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan förbättra situationen och varför det är så. • Visa hänsyn till andra patienter.
VIP: Utredning – akut tillstånd – innefattar bedömning av risk för suicid och våld samt frågor om barn/unga och/eller djur finns i hemmet.	• Beskriv besvären så som de upplevs. • Berätta om barn/unga och/eller djur finns i hemmet.
Vid tvångsåtgärder • VIP: Tvångsåtgärder – begränsade • VIP: Tvångsåtgärder – fysiska ingripanden i akuta situationer • VIP: Samtal – uppföljning efter tvångsåtgärd – händelseförloppet gås igenom i syfte att minska negativa konsekvenser och behovet av framtida tvångsåtgärder (KVÅ-kod: DU045, uppföljande samtal efter tvångsåtgärd).	• Delta i uppföljningssamtalet. • Berätta om upplevelsen av tvångsåtgärden. • Reflektera tillsammans med vårdpersonal kring vad som kan göras för att undvika tvångsåtgärder i framtiden.
Läkemedelsbehandling vid behov • VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången. • VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål.	• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Berätta om tankar kring läkemedelsbehandling och om olika alternativ (både administrationssätt och preparat). • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.

Åtgärdsblock: Primärvård, elev- eller studenthälsa, socialtjänst (B) Inom primärvård (eller annan första linjens verksamhet), ungdomsmottagning, elev- eller studenthälsa, socialtjänst.	
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Tidig upptäckt av symtom på psykos – i syfte att ge ett gott omhändertagande med adekvata åtgärder.	• Svara på frågor om mående och besvär. • Beskriv besvär och hur de upplevs.

Remissversion

Tidiga insatser vid tecken på psykos – första bedömning, anpassat bemötande och hänvisning till specialistpsykiatrin. • VIP: Primärvård – inkluderar vårdintygsbedömning och att konsultera specialistpsykiatrin vid behov. • VIP: Skola/elevhälsa/studenthälsa/ungdomsmottagning • VIP: Socialtjänst	
Remiss till specialistpsykiatrin (ej socialtjänst) Frågeställning ”misstanke om psykos”. Remissen bör innehålla: • Social situation • Förekomst av specifika symtom och tecken vid psykossjukdom som: - Hallucinationer - Vanföreställningar - Tankestörningar - Kognitiva problem • Beskrivning av sjukdomsförloppet och utvecklingen av symtom över tid. • Misstanke om eller tecken på alkohol och/eller drogmissbruk. • Beskrivning av eventuell funktionsnedsättning som påverkar det vardagliga livet, till exempel hygien, ekonomi, boende, studier, arbete, eller annan sysselsättning. • Andra pågående vård- och stödinsatser, till exempel socialtjänstkontakt. • Beskriv om det finns tecken på att personen kan vara en fara för sig själv eller andra.	

Beslut: Behov av psykosvård (C)

Har patienten behov av psykosvård?

Ja: fortsätt till block (D).
Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.

Beslutet utgår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd utifrån observerade symtom och uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.

Remissversion

Beslut: Inläggning slutenvård (D)

Har patienten behov av inläggning i psykiatrisk slutenvård (HSL eller LPT)?

Ja: fortsätt till block (E).
Nej: fortsätt till block (F).

Enligt HSL, Hälso- och sjukvårdslagen. Om personen bedöms lida av en allvarlig psykisk sjukdom, vara i behov av vård dygnet runt och motsätter sig detta, är slutenvård enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) aktuellt. Syftet är att hindra personen från att skada sig själv eller andra och att få personen att frivilligt medverka till nödvändig vård, se VIP: Tvångsvård – sluten.

Åtgärdsblock: Slutenvård (E)
Inom psykiatrisk slutenvård – akut tillstånd.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Anpassat bemötande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Information till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Samarbete med närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan. • VIP: Samtalsstöd vid slutenvård – dagliga omvårdnadssamtal enligt överenskommelse med patienten som syftar till att öka delaktighet och trygghet (KVÅ-kod: DU007, stödjande samtal). • VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård • VIP: Motiverande samtal (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI)	• Försök känna tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om något inte är tydligt. • Be om och ta emot hjälp och stöd. • Bidra aktivt i att formulera egna mål. • Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter. • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. • Delta i uppföljning

Remissversion

• VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro	
Upprätta vårdplan/SIP • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan). • VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan).	• Delta aktivt i möten (ta hjälpa av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning vilka personer som ska involveras. • Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden. • Delta i uppföljning
Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder • VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom anpassat förhållningssätt och bemötande.	• Verbalisera frustation och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan förbättra situationen och varför det är så. • Visa hänsyn till andra patienter.
Vid tvångsvård (LPT) – se VIP: Tvångsvård – sluten	
Vid tvångsåtgärder • VIP: Tvångsåtgärder – begränsade • VIP: Tvångsåtgärder – fysiska ingripanden i akuta situationer • VIP: Samtal – uppföljning efter tvångsåtgärd – händelseförloppet gås igenom i syfte att minska negativa konsekvenser och behovet av framtida tvångsåtgärder.	• Delta i uppföljningssamtalet. • Berätta om upplevelser av tvångsåtgärden. • Reflektera tillsammans med vårdpersonal kring vad som kan göras för att undvika tvångsåtgärder i framtiden.
VIP: Utredning – akut tillstånd – innefattar bland annat bedömning av risk för suicid och våld samt frågor om barn/unga eller/och djur finns hemma.	• Beskriv besvär. • Delta i undersökningar i den mån det går. • Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.
Aktualisera akuta socialtjänstinsatser – om det finns barn med behov av skydd är omedelbara socialtjänstinsatser aktuella i syfte att trygga barnets behov**.**	• Beskriv akuta problem i hemsituationen: ekonomi, boendemiljö, husdjur, hemmavarande barn och/eller ungdomar. • Be om och ta emot hjälp och stöd.

Remissversion

Läkemedelsbehandling vid behov • VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången. • VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål. • VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar. • VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling. • VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar. • VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel	• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationssätt och preparat). • Ta del av information om biverkningar och dela tankar kring dem, exempelvis vilka biverkningar som känns rimliga eller inte – vad som känns rimligt är individuellt. • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.
VIP: Personlig kontakt och stöd inför utskrivning	• Delta i möten med öppenvården och delta aktivt i planering av fortsatt vård.

Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (F) Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvården (verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjukanande i psykos) – akut tillstånd.	
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Anpassat bemötande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Information till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

remissversion

VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan. • VIP: Samtalsstöd vid slutenvård – dagliga omvårdnadssamtal enligt överenskommelse med patienten som syftar till att öka delaktighet och trygghet (KVÅ-kod: DU007, stödjande samtal). • VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård • VIP: Motiverande samtal (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI) • VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Utredning – akut tillstånd – innefattar bedömning av risk för suicid och våld samt frågor om barn/unga och/eller djur finns hemma.	• Beskriv besvär. • Delta i undersökningar. • Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.
Aktualisera akuta socialtjänstinsatser – om det finns barn med behov av skydd är omedelbara socialtjänstinsatser aktuella i syfte att trygga barnets behov.	• Berätta om akuta problem i hemsituationen: ekonomi, boendemiljö, husdjur, hemmavarande barn och/eller ungdomar. • Be om och ta emot hjälp och stöd.
Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder • VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande.	• Verbalisera frustation och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Berätta hur personalen kan göra för att förbättra situationen och varför det är så.
Upprätta vårdplan/SIP • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och	• Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd.

Remissversion

sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan). • VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan).	• Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning till vilka personer som ska involveras. • Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden. • Delta i uppföljning.
Samordning • VIP: Case management, vård- och stödsamordning – få en utsedd person med ansvar för samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensiva åtgärder efter behov. • VIP: Påminnelse om besökstider • VIP: Samordning med beroendevården – integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen	• Uppsök stöd om behov uppstår, till exempel personligt ombud eller gruppverksamheter i brukarföreningar.
Läkemedelsbehandling vid behov • VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången. • VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål. • VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar. • VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling. • VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar. • VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel	• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationssätt och preparat). • Ta del av information om biverkningar och dela tankar kring dem, exempelvis vilka biverkningar som känns rimliga eller inte – vad som känns rimligt är individuellt. • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.

Beslut: Fortsatt behov av akuta insatser (G)

Har patienten fortsatt behov av akuta insatser?

Remissversion

Ja: fortsätt till block (D).
Nej: fortsätt till block (J).

Beslutet utfår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd (symtom, funktion och social situation) utifrån observation och uppgifter från person, närstående och andra aktörer.

Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (H)

Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvård (verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjukanande i psykos) – ej akut tillstånd.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Anpassat bemötande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Information till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Inledande utredning (Text i VIP ska skrivas. BAS utredning, generiskt inledande)	• Svara på frågor om mående och besvär. • Beskriv besvär och hur de upplevs. • Delta i undersökningar.
Bedömning av specialistläkare	• Svara på frågor om mående och besvär. • Beskriv besvär och hur de upplevs.

Beslut: Behov av psykosvård (I)

Har patienten behov av psykosvård?

Ja: fortsätt till block (J).
Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.

Beslutet utgår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd utifrån observerade symtom och uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.

Beslut: Förstagångsinsjuknade (J)

Remissversion

Har patienten behov av utredning/åtgärder avsedda för förstagångsinsjuknade? Ja: fortsätt till block (K). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas. Beslutet utgår ifrån en bedömning utifrån uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.

Utredningsblock: Förstagångsinsjuknande (K) Kan göras samtidigt som åtgärdsblock (L)	
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Utredning vid förstagångsinsjuknande i psykos – i syfte att säkerställa korrekt diagnos och behandling, samt möjliggöra utvärdering.	• Beskriv besvär. • Delta i undersökningar. • Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.

Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (L) Kan göras samtidigt som utredningsblock förstagångsinsjuknande (K). Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvården (Verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjukanande i psykos). Görs om dessa åtgärder inte är gjorda i det akuta skedet.	
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Anpassat bemötande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Information till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Samarbeta med närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Erbjudas tät kontakt – vårdkontakt minst 2 gånger i veckan den första månaden därefter enligt behov. Kontakten kan vara i form av fysiska träffar och/eller telefon/videomöten.	• Beskriv behov av kontakt med vården. • Involvera närstående i beslut.
Upprätta vårdplan/SIP • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan). • VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan).	• Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ kring behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning vilka personer som ska involveras. • Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden. • Delta i uppföljning.
Samordning • VIP: Case management, vård- och stödsamordning – få en utsedd person med ansvar för samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensiva åtgärder efter behov. • VIP: Påminnelse om besökstider • VIP: Samordning med beroendevården – integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen.	• Uppsök stöd om behov uppstår, till exempel personligt ombud eller gruppverksamheter i brukarföreningar.
Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder • VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande.	• Verbalisera frustation och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan göra för att förbättra situationen och varför det är så.
Omvårdad och omsorg • VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård • VIP: Stöd vid suicidtankar – socialtjänst • VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro	• Försök känna tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om något inte är tydligt. • Be om och ta emot hjälp och stöd. • Bidra aktivt i att formulera egna mål. • Ta eget ansvar i behandling genom att utföra överenskomna aktiviteter. • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. • Delta i uppföljning.

Remissversion

Läkemedelsbehandling vid behov • VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången. • VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål. • VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar. • VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling. • VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar. • VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel	• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationssätt och preparat). • Ta del av information om biverkningar och dela tankar kring dem, exempelvis vilka biverkningar som känns rimliga eller inte – vad som känns rimligt är individuellt. • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.
VIP: Återfallsprevention inkl. upprättande av krisplan – tillsammans med person och närstående identifiera tidiga tecken på återfall och skriva en plan för vad som görs vid försämring i syfte att undvika återfall i psykos samt öka trygghet för personen och för närstående (KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan, samt DU119, återfallsprevention, ÅFP).	• Samarbeta med personalen. • Genomför förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare insjuknanden. • Försök identifiera och sätta ord på tidiga tecken. • Ta hjälp av närstående som kan ha sett när försämring i sjukdomen uppstod. • Kom överens med personalen om vad som ska stå i krisplanen. • Ta ställning till vad som kan göras vid vilka tidpunkter vid eventuell försämring. • Beskriv vad andra (vårdpersonal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring. • Beskriv behov vid ett eventuellt återinsjuknande.

Uppföljningsblock: Symtom, funktion och social situation (M)

Remissversion

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
Skatta följande: • **Symtom** med till exempel RSS (Remission Skattning Skala) eller CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity). Andra skattningar är GAF-symtom, CGI (global grad av sjukdom och förändring över tid) PANNS (Postive and Negative Syndrom Scale). • **Funktion** med till exempel WHODAS 2.0 (bedömning av funktionshinder). Andra skattningar är GAF-funktion och CGI (mäter global grad av sjukdom och förändring över tid). Alternativ för ungdomar under 18 år är C-GAS. • **Social situation** genom samtal med person och närstående.	• Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Beskriv situationen.

Beslut: Fortsatt psykosvård (N)

Har patienten behov av fortsatt psykosvård?

Ja: fortsätt till block (Q).
Nej: fortsätt till block (O).

Beslutet utfår ifrån en samlad bedömning av om personen har psykos eller ej efter undersökning/skattning och observation av symtom och funktion samt uppgifter från person, närstående, andra aktörer.

Uppföljningsblock: Symtom, funktion och social situation (O)	
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
Skatta följande: • **Symtom** med till exempel RSS (Remission Skattning Skala) eller CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity). Andra skattningar är GAF-symtom, CGI (global grad av sjukdom och förändring över tid) PANNS (Postive and Negative Syndrom Scale). • **Funktion** med till exempel WHODAS 2.0 (bedömning av funktionshinder). Andra skattningar är GAF-funktion och CGI	• Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Beskriv situationen.

(mäter global grad av sjukdom och förändring över tid). Alternativ för ungdomar under 18 år är C-GAS. • **Social situation** genom samtal med person och närstående.	

Beslut: Fortsatt psykosvård (P)
Har patienten behov av fortsatt psykosvård? Ja: fortsätt enligt flöde till block (Q). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas. Beslutet utgår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd utifrån observerade symtom och uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.

Utredningsblock: Kvarstående fördjupad utredning (Q)	
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
• VIP: Utredning och bedömning av funktion i vardag och arbetsliv • VIP: Utredning och bedömning av fysisk funktion av fysioterapeut • VIP: Utredning av psykomotorisk funktion och rörelsekvalitet hos fysioterapeut • VIP: Utredning och bedömning av kognitiv funktion, neuropsykologiska tester	• Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Fyll i eventuella skattningar, delta i undersökningar och beskriv situationen.

Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (R) Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvården (verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjukanande i psykos). Insatser ges även från socialtjänsten.	
Hälso- och sjukvården och socialtjänstens åtgärder/insatser	**Patientens åtgärder** Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Remissversion

VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande.	• Verbalisera frustation och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan göra för att förbättra situationen och varför det är så.
Erbjudas tät kontakt – vårdkontakt minst 2 gånger i veckan den första månaden därefter enligt behov. Kontakten kan vara i form av fysiska träffar och/eller telefon/videomöten.	• Beskriv behov av kontakt med vården. • Involvera närstående i beslut.
Upprätta vårdplan/SIP • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan). • VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan).	• Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ kring behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning till vilka personer som ska involveras. • Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden. • Delta i uppföljning
Psykoedukation med eller utan övningsmoment • VIP: Psykopedagogisk utbildning (KVÅ-kod: GB009, information och undervisning riktad till patient) • VIP: Psykopedagogiska behandlingsprogram med social färdighetsträning (KVÅ-kod: DU023, psykopedagogisk behandling) • VIP: ESL ett självständigt liv • VIP: IMR, Illness management and recovery	• Delta i utbildningstillfällen. • Gör eventuella hemuppgifter och övningar. • Kom till planerade möten (vid behov använd hjälpmedel eller ta hjälp av personal). • Bidra efter förmåga i gruppsammanhang.
Familj- och närståendestöd • VIP: Stöd till barn som anhöriga • VIP: Stöd i föräldraskap (KVÅ-kod: DU028, föräldraträning som sker utifrån manualiserad metod, exempelvis COPE (Community Parent Education))	• Ge samtycke till att personalen ger insatser till de närstående som behöver stöd. • Var medveten om att närstående kan få stöd utan att involveras i din vård ifall du motsätter dig det.

Remissversion

• VIP: Familjeintervention – utbildning och stöd • VIP: Samarbeta med närstående • VIP: Föra barnen på tal (KVÅ-kod: DU056, samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov)	
Samordning • VIP: Case management, vård- och stödsamordning – få en utsedd person med ansvar för samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensiva åtgärder efter behov. • VIP: Påminnelse om besökstider • VIP: Samordning med beroendevården – integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen	• Uppsök stöd om behov uppstår, till exempel personligt ombud eller gruppverksamheter i brukarföreningar.
Omsorg och omvårdnad • VIP: Stöd till god munhälsa • VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård • VIP: Stöd vid suicidtankar – socialtjänst • VIP: Gruppaktiviteter – i syfte att motverka isolering och stödja individen i att utveckla ett socialt nätverk. • VIP: Motiverande samtal (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI) • VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro	• Försök känna tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om något inte är tydligt. • Be om och ta emot hjälp och stöd. • Bidra aktivt i att formulera egna mål. • Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter. • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. • Delta i uppföljning.
VIP: Boendestöd – innefattar flera stödjande insatser som fokuserar på att stärka individen, praktiskt och socialt, så att den enskilde kan leva ett mer självständigt liv, i bostaden och ute i samhället.	• Samarbeta med boendestödjare. • Ingå överenskommelser med boendestödjare. • Upprätta och följ upp scheman tillsammans med boendestödjare. • Genomför moment enligt planering. • Vid behov, efterfråga särskilt stöd för minderåriga barn.

Remissversion

VIP: Återfallsprevention inkl. upprättande av krisplan – tillsammans med person och närstående identifiera tidiga tecken på återfall och skriva en plan för vad som görs vid försämring i syfte att undvika återfall i psykos samt öka trygghet för personen och närstående (KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan, samt DU119, återfallsprevention, ÅFP).	• Samarbeta med personalen. • Genomför förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare insjuknanden. • Försök identifiera och sätta ord på tidiga tecken. • Ta hjälp av närstående som kan ha sett när försämring i sjukdomen uppstod. • Kom överens med personalen om vad som ska stå i krisplanen. • Ta ställning till vad som kan göras vid vilka tidpunkter vid eventuell försämring. • Beskriv vad andra (vårdpersonal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring. • Beskriv behov vid ett eventuellt återinsjuknande.
Läkemedelsbehandling vid behov • VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången. • VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål. • VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar. • VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling. • VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar. • VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel	• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationssätt och preparat). • Ta del av information om biverkningar och dela tankar kring dem, exempelvis vilka biverkningar som känns rimliga eller inte – vad som känns rimligt är individuellt. • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.
VIP: NECT-metoden, för minskad självstigmatisering – en manualbaserad metod i syfte att minska, och lära personen att handskas med, självstigma vilket främjar återhämtning.	• Delta aktivt i gruppsammankomster. • Genomför hemuppgifter mellan sammankomsterna.

Remissversion

Hälsofrämjande insatser • VIP: Främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor (KVÅ-kod: DV030, hälsosamtal) • VIP: Stöd för kontakter med vården vid kroppslig ohälsa med syfte att upptäcka hälsoproblem och riskfaktorer i tid. • VIP: Hälsosamtal – utredning av levnadsvanor (KVÅ-kod: DV030, hälsosamtal) • Stöd vid riskbruk av droger (text ska skrivas i VIP) • VIP: Stöd vid riskbruk av alkohol	• Ta ställning till vilken form av fysisk aktivitet som passar och som kan vara till bäst hjälp för att bli mer fysiskt aktiv (exempelvis promenadgrupper, gymträning, promenader och så vidare). • Var medveten om att lite fysisk rörelse är bättre än ingen rörelse alls. • Se över vanor och ta ställning till vilka förändringar som skulle kunna vara möjliga att genomföra för att främja hälsa. • Ta ställning till det stöd och hjälp som erbjuds för att främja hälsa. Våga prova.
Psykosociala insatser – övriga • VIP: Avlösarservice • VIP: Kontaktfamilj/kontaktperson	• Ta ställning till kommunens erbjudande om att ansöka om en kontaktperson som kan bevaka dina intressen och vara en viktig social kontakt utanför vården. • Vid tvångsvård utses en kontaktperson –ta hjälp av hen för att bevaka intressen och för samtal.
Ekonomiskt bistånd (text ska skrivas i VIP)	• Vid behov, ta hjälp av kurator, personligt ombud eller brukarorganisationer för att få hjälp och tips kring att till exempel att söka ekonomiskt bistånd från olika fonder.
VIP: Kognitivt stöd i vardagen	• Ta ställning till och prova olika hjälpmedel.
Psykologisk behandling – VIP: Kognitiv beteendeterapi (KBT)	• Genomför moment enligt planering.
Stöd till arbete, studier eller sysselsättning (inklusive arbetsmarknadsåtgärder) • VIP: Sysselsättning, stöd till arbete enligt IPS-modellen • VIP: Sysselsättning, Supported Education (SEd) • VIP: Sysselsättning – daglig aktivitet utanför hemmet	

Uppföljningsblock: VIP: Årsuppföljning – utvärdering av behandling och stöd (S)

Remissversion

2.4 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående aspekter viktiga att lyfta fram.

Delat beslutsfattande är ett arbetssätt som genomgående bör erbjudas av hälso- och sjukvården och socialtjänsten i vårdförloppet. Det innebär att person, personal och gärna närstående fattar gemensamma överenskommelser om vård och stödåtgärder. Delat beslutsfattande är både en evidensbaserad metod och ett arbetssätt som förutsätter att person och närstående får tillräcklig information och är aktiva i beslutsprocessen. Information till person och närstående är därför en central åtgärd genom hela vårdförloppet.

I vårdförloppet återkommer även upprättandet av vårdplan, och i de fall då personen behöver åtgärder från flera aktörer även SIP (samordnad individuell plan). I planerna ska överenskommelser om åtgärder, ansvarsfördelning, tid för genomförande och uppföljning tydliggöras. Alla patienter i vårdförloppet ska tidigt erbjudas en Case manager eller en vård- och stödsamordnare för att säkerställa att behovet av samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensitet i vård och omsorg efterlevs. Case manager, vård och stödsamordnare eller kontaktperson är samma namn för en funktion som utgår ifrån den, i nationella riktlinjer, högt prioriterade åtgärden Case management. Case management är ett arbetssätt som överensstämmer med en fast vårdkontakts roll och kan ges inom ramen för olika organisationsmodeller med vissa gemensamma principer.

Remissversion

3 Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

De flesta indikatorer hämtas från kvalitetsregistret PsykosR som i nuläget har en begränsad täckningsgrad. Detta gör att resultaten i nuläget inte kan ses som helt representativa. Åtgärder för att förbättra täckningsgraden behöver diskuteras. Några indikatorer kan baseras på Socialstyrelsens hälsodataregister och läkemedelsregistret.

En möjlighet är att den breddning som nu sker av SKR:s väntetidsdatabas medför att olika ledtider för personer med diagnos schizofreni framöver kan komma att fångas. Redan på kort sikt kan Nationell Patientenkät användas vid ett eventuellt gemensamt initiativ för att fånga patienterfarenheter för olika vårdförlopp/sjukdomsgrupper, men svårigheten att inkludera patienter som utreds men inte får diagnos består även då.

En möjlighet att fånga data för några indikatorer är att använda befintliga KVÅ-koder som belyser väsentliga insatser.

För några indikatorer saknas idag andra potentiellt möjliga datakällor än lokala vårdsystem. Här kommer diskussioner och ställningstaganden behöva ske i den nationella organisationen för kunskapsstyrning för att hitta bästa strategi.

3.1 Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått)

Tabell 2. Utfallsmått.

Indikatorrubrik	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Indikator baserad på potentiell PROM.		12 månader	www.psykiatrikollen.se
Andel individer som behandlas med antipsykotiska läkemedel som under tidsperioden har haft ingen eller lindrig läkemedelsbiverkning.*	Högt, 60 procent	12 månader	PsykosR KVÅ-kod: AV127, systematisk undersökning av läkemedels-biverkan
Andel patienter som har gjort ett suicidförsök alternativt fullbordat suicid under första året.	Lågt, mindre än 5 procent	12 månader	PsykosR Socialstyrelsens hälsodataregister

**Prioriterad nationell indikator (NPO)*

Remissversion

Andel patienter med psykosdiagnos (F20–F29.9) som vårdats enligt LPT första året.	Lågt, 30 procent	12 månader	Socialstyrelsens hälsodataregister
Andel individer som vid senaste mättillfället, under tidsperioden, har haft ett BMI under 30.*	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR
Andel individer som under tidsperioden haft ett drogrelaterat riskbeteende (DUDIT Man 6+ poäng, Kvinna 2+ poäng).*	Lågt, 30 procent	12 månader	PsykosR
Andel individer som vid senaste mättillfället är i remission enligt RS-S*, CRDPSS *, CGI* eller annan validerad skala.*	Högt, 65 procent	12 månader	PsykosR

3.2 Indikatorer för uppföljning av process (processmått)

Tabell 3. Processmått.

Indikator	**Målvärde**	**Mätning och åter-rapportering**	**Källa**
Andel patienter som inom 3 kalenderdygn efter misstanke om psykos får kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos.	Högt, 80 procent	Vid första 12-månaders uppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande
Andel individer som efter ett år har en diagnos (F20–F29.9) som har fått diagnosen inom 6 veckor från kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos.	Högt, 80 procent	Vid första 12-månaders uppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande
Andel individer som under tidsperioden har haft en utsedd person med samordnande ansvar (jämför vård- och stödsamordnare/case manager).	Högt, 95 procent Kan erbjudas av kommun och/eller region	12 månader	Nationell datakälla saknas för närvarande
Andel individer som erbjudits någon form av stöd att återgå i studier/arbete, till exempel IPS, SE, arbetsmarknadsåtgärder.	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR

**Prioriterad nationell indikator (NPO).*

Remissversion

Andel personer med diagnos (F20–F29.9) som behandlats med antipsykotiska läkemedel under första året.	Högt, 95 procent	12 månader	Socialstyrelsens hälsodata-register (uttagna läkemedel)
Andel personer som tillsammans med närstående har fått krisintervention innan utskrivning från slutenvård eller inom 4 veckor.	Högt, 95 procent	Vid första 12-månaders uppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande
Andel personer som har fått psykopedagogiska insatser och/eller familjeinterventioner.	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR KVÅ-kod: DU023, psykopedagogisk behandling
Andel patienter som har en krisplan.	Högt, 95 procent		Nationell datakälla saknas för närvarande KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan
Andel personer, med insatser från flera verksamheter, som har fått en SIP.	Högt, 95 procent	12 månader	PsykosR (primär) KVÅ-kod: AU124

Remissversion

4 Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-9-6. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/schizofreni/
2. Danielsson M. Överdödlighet i kroppsliga sjukdomar vid schizofreni. Ett behov av ökad prevention, diagnostik och behandling inom vården. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2017. Rapport; 2017:2.
3. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem 2019 – ICD-10-SE. Hämtad från: https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE
4. Nationella vård- och insatsprogram: Schizofreni och liknande tillstånd [Internet]. Stockholm: Uppdrag psykisk hälsa; 2019. [citerad december 2019]. Hämtad från: https://vardochinsats.se/

Remissversion

5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

5.1 Kunskapsunderlag

De kunskapsunderlag som ligger till grund för vårdförloppet utöver de referenser som redovisas i avsnitt 4 listas nedan.

- Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne [Internet]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. [citerad december 2019]. Hämtad från https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne
- NICE Pathways: Psychosis and schizophrenia in adults [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. [citerad december 2019]. Hämtad från https://pathways.nice.org.uk/pathways/psychosis-and-schizophrenia
- Nationell psykiatrisamordning. Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning; 2007. Hämtad från http://gamla.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/TOPdokumentet.pdf
- Psykiatristöd, Region Stockholm. Psykos F2 ÖV giltig för 2019. Stockholm: Region Stockholm; 2019. Hämtad från https://psykiatristod.se/regionala-vardprogram/schizofreni-och-schizofreniliknande-tillstand
- Västra Götalandsregionen. Psykos – Tidig upptäckt och omhändertagande. Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS2017-00176). Hämtad från https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3418/Psykos%20-%20Tidig%20upptäckt%20och%20omhändertagande.pdf?a=false&guest=true
- Svenska Psykiatriska Föreningen. Schizofreni kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Gothia förlag AB; 2009. Hämtad från http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Schizofreni.pdf

I det webbaserade kunskapsstödet Vård- och insatsprogram för schizofreni och liknande tillstånd (4) återges vad som ligger till grund för respektive åtgärd, såsom riktlinjer från professionsföreningar, patient- och närståendeföreningar, regionala och lokala rutin- och processdokument.

En annan viktig kunskapskälla har varit fokusgrupper med egenerfarna. Tre fokusgruppssamtal genomfördes i samband med framtagande av VIP – Schizofreni och liknande tillstånd och kompletterades med en fokusgrupp som genomfördes under december 2019.

5.2 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande har pågått under oktober 2019 till januari 2020. Arbetsgruppens medlemmar (Tabell 4) har nominerats av Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa. Ordförande och processledare för arbetsgruppen var Louise Kimby med stöd av Ing-Marie Wieselgren. I arbetet har kompetenser inom uppföljning, nationella kvalitetsregister, nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, primärvård, specialistpsykiatri, verksamhetsledning, medicin, omvårdnad, psykosociala insatser, implementering, egen erfarenhet varit involverade, inklusive patientrepresentanter från Schizofreniförbundet och kommunala insatser. Arbetsgruppen har även

Remissversion

haft en referensgrupp, *NAG schizofreni*, bestående av representanter från region och kommun från de sex sjukvårdsregionerna samt ett antal experter.

Under framtagningsperioden träffades arbetsgruppens medlemmar för gemensamma arbetsmöten både fysiskt och på distans, arbete har också skett mellan möten. Löpande förankring och avrapportering till NPO Psykisk Hälsa har skett. Förankring och rapportering har även gjorts till *Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin* (NSLP), där verksamhetschefer för psykiatrin i Sverige sitter. Ytterligare möten för förankring och för att inhämta synpunkter på förloppet har hållit med personer som varit involverade i de processkartor för psykos som tagits fram av SLSO (Stockholm län sjukvårdsområde) och med *Nationellt nätverk för nydebuterad psykos.* Nätverket består av verksamma inom psykosvården i Sverige med intresse och engagemang för patientgruppen. Det genomfördes också en workshop med fokus på egenerfarnas synpunkter på vårdförloppet och utformningen av patientresan. Inbjudna var Schizofreniförbundets erfarenhetsgrupp som består av personer med egen erfarenhet av schizofreni och liknande tillstånd. Förankring hos och synpunkter på förloppet har även inhämtats från Schizofreniförbundets styrelse genom ett fysiskt möte.

Inför remissperioden har texterna granskats av medicinska redaktörer. NPO Psykisk hälsa tog den 24 januari 2020 beslut om att skicka dokumentet på remiss.

Remissversion

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Ev. akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, region	Ev övrig roll i arbetsgruppen
Håkan Bernhardsson			Uppdrag psykisk hälsa SKR		Administrativt processtöd
Ing-Marie Wieselgren	Med.dr	Specialistläkare psykiatri, registerhållare för PsykosR och projektchef Uppdrag Psykisk Hälsa	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Stöd/rådgivare till ordförande/processledare. Nationell samordnare Psykisk hälsa.
Louise Kimby	Fil. mag	Utvecklingsledare för PsykosR och specialistsjuksköterska psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Ordförande och processledare
Martin Rödholm	Med.dr	Specialistläkare psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Expert psykiatri, samarbete allmänmedicin/psykiatri och verksamhetsledning.
Micael von Wowern		Kommunal representant, utvecklingsledare och sjuksköterska.	Ystad kommun Uppdrag psykisk hälsa SKR	Region Skåne	Expert kommunala insatser
Åsa Höij		Patientföreträdare. Andre vice förbundsordförande RSMH och representant från Schizofreniförbundet.			Representerar RSMH och Schizofreniförbundet samt den egna erfarenheten.

Remissversion

Tabell 5. Versionshistorik för remissversionen av vårdförlopp schizofreni – förstågångsinsjuknande.

Publicering	Version	Uppdatering
2020-01-27	1.0	-
2020-01-28	1.1	Korrektur: uppdatering av flöde (figur 7) och sida 34.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Schizofreni – förstagångsinsjuknande

REMISSVERSION

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Positiva konsekvenser som följer införandet av vårdförloppet är att personer som insjuknar i psykos får en snabbare väg till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov, vilket ökar förutsättningarna för en god prognos, bevarad funktionsförmåga, snabb återhämtning och minskad risk för återinsjuknande. Tidig upptäckt av psykos, snabbare och anpassat omhändertagande och utredning på rätt vårdinstans ökar möjligheten att sätta in behandling tidigt och därmed förebygga onödig akutvård och försämring.

Vårdförloppet innebär även att delaktigheten ökar för person och närstående och att behovet av samordning av insatser tillfredsställs. Även behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder minimeras. Användning av tvång inom vården kan orsaka trauma och riskerar att skada den för återhämtningen viktiga alliansen mellan person, närstående och vård. Ett lågt förtroende för vården kan leda till att personen inte söker vård vid återinsjuknande och därför försämras ytterligare. På sikt medför vårdförloppet också att återfall kan undvikas i psykos då återfallsprevention och upprättande av krisplan erbjuds.

Initialt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna öka vid införandet av vårdförloppet då det innebär både en ökning av kvalitet i och omfattning av åtgärder som ges till patientgruppen. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna återgå till desamma som idag till följd av att färre personer behöver omfattande vård och stödinsatser samt att fler har sysselsättning och en bättre livskvalitet.

För regionerna och kommunerna kan vårdförloppet initialt kräva en investering i fortbildningsinsatser till personalen så att en större del av personalen tidigt kan upptäcka tecken på psykos, ge ett samordnat och professionellt omhändertagande samt erbjuda de åtgärder som vårdförloppet innehåller. För att kunna arbeta med vårdförloppet på bästa sätt rekommenderas att vården för förstagångsinsjuknade ges av en verksamhet med särskilt uppdrag vilket för flera regioner kommer kräva resurser för bland annat organisering. Samarbetet mellan olika verksamheter som erbjuder åtgärder till person och närstående behöver även utvecklas och förbättras vilket kan kräva resurser.

Folkbildningsinsatser kring psykos för att öka förutsättningarna för tidig upptäckt är dessutom önskvärda och kan komma att innebära vissa kostnader.

REMISSVERSION

Innehållsförteckning

1 Om konsekvensbeskrivningen ... 3
2 Konsekvenser ... 3
2.1 Omfattning ... 3
2.2 Nytta eller risker för individen ... 3
2.3 Etiska aspekter ... 5
2.4 Verksamhet och organisation ... 6
2.5 Kostnader ... 7
2.6 Kompetensförsörjning ... 9
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd ... 10
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården ... 11
2.9 Uppföljning ... 11
2.10 Övriga konsekvenser ... 12

REMISSVERSION

1 Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) schizofreni har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För mer detaljerad information om ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för specifika åtgärder som omnämns i vårdförloppet är *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* (Socialstyrelsen, 2018)[1] en relevant källa.

Ordförande och processledare för arbetsgruppen var Louise Kimby med stöd av Ing-Marie Wieselgren. I arbetet har kompetenser inom uppföljning, nationella kvalitetsregister, nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, primärvård, specialistpsykiatri, verksamhetsledning, medicin, omvårdnad, psykosociala insatser, implementering, egen erfarenhet, kommunala insatser, och representant för den egna erfarenheten och de relevanta patient- och anhörigföreningarna Schizofreniförbundet/RSMH varit involverade. Arbetsgruppen har även haft en referensgrupp, NAG Schizofreni, bestående av representanter från region och kommun från de sex sjukvårdsregionerna med olika professioner samt ett antal experter. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom schizofreni – från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd (nedan kallat vårdförlopp inom schizofreni – förstagångsinsjuknande), färdigställdes i mitten av januari 2020.

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Cirka 1500–2000 personer insjuknar varje år i schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 personer får diagnosen schizofreni (1). Vid första insjuknandet i psykos är det svårt att på förhand säga hur sjukdomen kommer att utveckla sig, det vill säga vilka som kommer att få diagnosen schizofreni eller annan diagnos. Ungefär en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 personer. En stor del av dessa behöver omfattande insatser från vård- och omsorg under större delen av livet. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet inom schizofreni – förstagångsinsjuknande medför nytta för individen inom flera områden. Den största nyttan uppstår om fler patienter kan upptäckas tidigt och få behandling som kan bromsa sjukdomsförlopp, funktionsnedsättning och lindra symtom. I tabellen nedanför (Tabell 1) beskrivs de olika områden där kunskapsstödet kan ge nytta för individen, och hur stor den potentiella effekten väntas vara.

[1] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-9-6. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/schizofreni/

REMISSVERSION

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför

Nytta	Kommentar
Fler personer med psykossymtom får ett tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande i de verksamheter de möter.	Fler patienter med psykos kan upptäckas tidigt, ges ett samordnat och professionellt omhändertagande och erbjudas behandling. Uppskattningsvis 1500–2000 personer berörs årligen.
Fler personer får tillgång till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov och sin situation.	Tillgången till evidensbaserade vård och stödinsatser till personer som insjuknar i psykos första gången varierar i nuläget stort över landet, vilket får konsekvenser för ohälsa hos patienter. Vårdförloppet kan minska skillnaderna på detta område och skapa bästa möjliga förutsättningar för god prognos, hög funktionsförmåga och snabb återhämtning.
Fler personer får kontakt, utredning och åtgärder på rätt vårdnivå: inom specialistpsykiatrin, verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos.	Fler personer som insjuknar första gången i psykos och deras närstående kan ges ett omsorgsfullt och professionellt omhändertagande och tidigt ges rätt behandling och stöd. Uppskattningsvis 1500–2000 personer berörs årligen.
Fler personer och deras närstående är delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna i och med definierade åtgärder.	Schizofreni och liknande tillstånd kan innebära särskilda svårigheter för personen att vara delaktiga. Vårdförloppet innehåller arbetssätt, processer och åtgärder som stärker patientdelaktighet i varje åtgärdsblock. Att respektera personernas autonomi och integritet skapar förutsättningar för ökad patientdelaktighet.
Fler personer har en vårdplan och vid behov en samordnad individuell plan som är välkänd och tydlig och överensstämmer med behov och önskemål.	En vårdplan och, om personen har behov av insatser från flera verksamheter, en samordnad individuell plan (SIP) är ofta en förutsättning för delaktighet, planering och för att behov av åtgärder ska tillgodoses.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder stödjer en mer patientsäker vårdprocess och ger även en större trygghet till patienten. Det berör samtliga patienter i förloppet.
Fler närstående till personer som insjuknar i psykos första gången ges möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen och erbjudas insatser utifrån sina behov och sin situation.	Närstående till personer som insjuknar i schizofreni och liknande tillstånd påverkas i hög grad och drabbas ofta själva av ohälsa varför de behöver involveras och erbjudas åtgärder.
Färre personer behöver vårdas enligt tvång och utsättas för tvångsåtgärder.	Användning av tvång inom vården kan orsaka trauma hos individen och riskerar att skada den för återhämtningen viktiga alliansen mellan patienten

REMISSVERSION

	och vården. Ett dåligt förtroende för vården riskerar att göra att patienten inte söker vård vid återinsjuknande vilket kan förvärra tillståndet. Genom anpassat förhållningssätt och bemötande samt andra åtgärder i vårdförloppet förväntas behovet av tvång att minska.
Färre personer genomför suicidförsök och fullbordade suicid.	Suicidrisken är hög för personer med schizofreni och liknande tillstånd. Särskilt hög är risken vid första insjuknandet och i samband med utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård. Genom ett professionellt omhändertagande, bedömning av suicidrisk och åtgärder som ingår i vårdförloppet förväntas risken minska.
Färre personer riskerar försämrad ekonomi under livet samt isolering och exkludering. Fler personer har en högre livskvalitet.	Det är inte ovanligt att personer med allvarlig psykisk sjukdom exkluderas från samhället, står utanför arbetsmarknaden, saknar meningsfull sysselsättning och sociala gemenskap. Att erbjuda åtgärder enligt vårdförloppet minskar risken för detta och främjar en hög livskvalitet.

Arbetsgruppen har bedömt att vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande inte kommer att öppna upp för några nya risker för personer som behöver hanteras i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppet.

2.3 Etiska aspekter

Individens autonomi och integritet förväntas inte påverkas negativt av det nya vårdförloppet. Snarare ger vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande större möjligheter än tidigare för vården att respektera och beakta individens autonomi och integritet eftersom vårdförloppet innehåller arbetssätt, processer och åtgärder för patientdelaktighet i varje åtgärdsblock. Varje åtgärdsblock fastställer vilka åtgärder som patienten (utifrån förmåga) direkt involveras i, exempelvis ”Delta aktivt i planeringen och formulera mål för vårtiden med stöd av personalen” och tydliggör även ett upprättande av vårdplan och samordnad individuell vårdplan (SIP) för patienten. På så sätt blir patientens delaktighet tydlig, konkret och genomgående en del av vårdprocessen.

Vid och efter införandet av patientcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom vården har synpunkter framförts kring undanträngningseffekter. Införandet av vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande skulle kunna innebära att resurser flyttas från personer som har varit sjuka länge i schizofreni och liknande tillstånd till förmån för de som insjuknar första gången. Även andra diagnosgrupper inom psykiatrin kan komma att påverkas i och med att vårdförloppet innebär en högre om ambitionsnivån för vård och stöd till gruppen. Gruppen som berörs av vårdförloppet är dock relativt litet. Endast 1500–2000 personer berörs av vårdförloppet där uppskattningsvis ca 800 personer får diagnosen schizofreni. En ökad standardisering och vårdförlopp kan ge ett ökat fokus på inkluderade patientgrupper, vilket ger en etisk avvägning då patientgrupper till viss del ställs mot varandra. Överlag är det dock etiskt rättfärdigat i och med de stora och akuta vårdbehov som patientgruppen i

REMISSVERSION

vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande uppvisar, vilket behovs- och solidaritetsprincipen stödjer. Bedömning av varje enskilt fall och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras.

Patientgruppen som berörs av vårdförloppet insjuknar tidigt i livet, mellan 18 – 30 år. Till följd av funktionsnedsättning kan patienter med schizofreni och liknande tillstånd ha svårt att klara sitt vardagliga liv samt att få och behålla ett arbete och genomföra studier. Detta innebär lidande för individ, närstående och stora kostnader för samhället. Vårdförloppet väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom tidigare diagnos, ökad behandlingsgrad med evidensbaserade åtgärder som främjar återhämtning och förebygger återinsjuknanden vilket ger en förbättrad prognos och/eller mildare sjukdom och högre funktion över tid. Detta leder i sin tur till besparingar på många plan. De direkta kostnaderna kan initialt öka, men indirekta samhällskostnader kan minska över tid. Den totala kostnaden bedöms inte öka på sikt och värdet av ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp.

Ett av de huvudsakliga skälen till att de patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa en tillgänglig och jämlik vård för alla personer oavsett var man befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför att föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra de åtgärder som ska gälla alla patienter med misstanke om schizofreni och liknande tillstånd i hela landet, särskilt i frågor kopplade till tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande samt tillgång till evidensbaserade vård- och stödåtgärder utifrån behov.

Inklusionskriterierna bedöms inte driva onödig eller omotiverad vård, eller att individer som bör inkluderas missas I syfte att tidigt identifiera patienter med psykos startar det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet vid misstanke om psykos. Arbetsgruppen uppskattar att många personer med psykossymtom i nuläget identifieras sent och därmed kräver mer omfattande vård och stöd, detta är något som väntas minska genom vårdförloppet.

2.4 Verksamhet och organisation

Flera rapporter visar på att vård och omsorg behöver bli bättre på att möta personer med schizofreni och liknande tillstånds behov, skapa strukturer som stödjer patientcentrering och samverkan. Det finns även ett behov av att avveckla ”gamla kulturer” som hindrar nya arbetssätt, förbättra information till patienter, anhöriga och mellan verksamheter. Åtgärder har också visats sig ges för sent. Ofta förekommer brister i samverkan och kontinuitet vilket är en viktig del av vård och stöd för patientgruppen [2]. Socialstyrelsens utvärdering (2013) av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreniliknande tillstånd [3] visar också att den vård och de insatser som finns tillgängliga varierar stort över landet.

[2] Nationella vårdgarantin. Stockholm Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995. Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem

[3] Socialstyrelsen (2013) Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni

REMISSVERSION

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2018) anger att Hälso- och sjukvården bör erbjuda samordnade åtgärder, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos (prio1). Arbetet med förstagångsinsjuknande kräver ett speciellt omhändertagande och särskilda åtgärder varför det bör ges av verksamhet med särskilt uppdrag. Omhändertagandet ska ges snabbt, vara samordnat, individanpassat, intensivt med hög tillgänglighet och kräver ett nära samarbete mellan olika professioner (kurator, arbetsterapeut, psykolog, läkare, sjuksköterska, case manager, socialsekreterare, boendestödjare med fler) och verksamheter (skola/elevhälsa, socialtjänst, försäkringskassa, psykiatrisk öppenvård, familjecentraler med fler). Idag finns sådana verksamheter i begränsad omfattning trots att detta omhändertagande och snabb tillgång till insatser påverkar prognosen och förespråkas för att kunna efterleva nationella riktlinjers rekommendation.[4]

På flera orter i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer som insjuknar i psykos första gången genom en definierad verksamhet med särskilt uppdrag. Vid de kliniker som idag saknar en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos kommer en översyn av verksamheten att krävas. En tydligt definierad verksamhet behöver skapas, i form av ett team eller personal med särskild kunskap som har ett uppdrag att erbjuda intensiva och samordnade insatser anpassade till personer som insjuknar i psykos första gången och deras närstående.

Den höga tillgängligheten till professionell kontakt och snabb bedömning vid misstanke om psykos som vårdförloppet förespråkar kan innebära ökade krav på mobilitet vilket kan organiseras på olika sätt. Inom regioner med stora geografiska avstånd kan delar av flödet i detta vårdförlopp ske digitalt till exempel kan vissa besök genomföras via distansoberoende teknik. Detta kan skapa ökade krav på digitalisering.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är centralt för att verksamheterna ska kunna arbeta utifrån vårdförloppet. Vidare kan små kommuner behöva utveckla ett samarbete med andra kommuner för att kunna tillhandahålla vissa åtgärder.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik/indikatorer att behöva utarbetas.

2.5 Kostnader

Initialt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna öka vid införandet av vårdförloppet då det innebär både en ökning av kvalitet i och omfattning av åtgärder som ges till patientgruppen. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna återgå till desamma som idag till följd av att färre personer behöver omfattande vård och stödinsatser samt att fler har sysselsättning och en bättre livskvalitet.

[4] NICE Pathways: Psychosis and schizophrenia in adults [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 - . [citerad december 2019]. Hämtad från https://pathways.nice.org.uk/pathways/psychosis-and-schizophrenia; Nationell psykiatrisamordning; Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning; 2007. Hämtad från http://gamla.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/TOPdokumentet.pdf

REMISSVERSION

Tabell 2. Översikt över hur kostnader kan påverkas av det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Område för kostnadsförändring	Kommentar kring hur kostnaden väntas förändras på kort respektive längre sikt
Lokaler och material	Behöver utredas regionalt och lokalt.
Utrustning	Behöver utredas regionalt och lokalt.
IT-system	Kostnader i form av tid för tekniker för att möjliggöra direktöverföring från journalsystem till nationella kvalitetsregistret PsykosR.
Personal	Ökning av personalkostnader till följd av ökat antal besök och/eller kontakter, fler åtgärder och behov av mer intensiv samordning i vårdförloppet. Minskning av personalkostnader på lång sikt till följd av minskat behov av sjukhusinläggningar och akutvård. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Utbildning	Kompetens kring tidig upptäckt av psykossymtom, omhändertagande vid förstagångsinsjuknande i psykos, krisintervention till patient och närstående samt i evidensbaserade psykosociala åtgärder behövs. Detta kan medföra ökade utbildningskostnader. Behöver utredas vidarei regionalt och lokalt.
Utredning och diagnossättning	Antalet patienter som utreds förväntas inte öka däremot kan vårdförloppet kan innebära ökade kostnader till följd av ett mer omfattande utredningsförfarande. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Behandling	Vårdförloppet innebär en ambitionsökning som förväntas medföra en kvalitetshöjning av vård och stöd vilket kommer sannolikt innebära en kostnadsökning. Fler evidensbaserade åtgärder behöver erbjudas än vad som görs idag och fler åtgärder kan behöva erbjudas med högre kvalitet. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka något på grund av ytterligare uppgifter kopplat till upprättande och löpande uppdatering av nya indikatorer men även för att öka rapporteringen av de indikatorer som finns sedan tidigare.
Andra kostnader	Behöver utredas regionalt

Kostnadsförändringar inom primärvård

- Utbildning i tidiga tecken på psykos och insatser vid upptäckt innebär en begränsad kostnad för primärvården.
- Inga stora förändrade i kostnader vad gäller utredningar eller omhändertagande utifrån nuvarande förslag.

Kostnadsförändringar inom psykiatrisk specialistvård

- Om fler patienter med psykossymtom upptäcks och därmed remitteras eller söker själva kan kostnadsökning initialt vara aktuell.
- Organisationsförändringar i form av att tillskapa en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos kommer initialt medföra en kostnadsökning i form av utbildning av personal samt för att utarbeta och implementera nya rutiner.

REMISSVERSION

- En möjlig konsekvens är också tätare besök och fler kontakter vilket kan ge en kostnadsökning på kort sikt. På lång sikt kommer dock patienterna och deras närstående att ha mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen vilket ger en totalt sett lägre kostnad för samhället.

Övriga kostnadspunkter

- Kostnader för läkemedel bör inte öka totalt sett, men möjligen kan en liten ökning ske initialt då fler patienter får effektiv behandling tidigt.
- Ökade investeringar i ökad registrering och kopplingar mellan lokala/regionala journalsystem och det nationella kvalitetsregistret, PsykosR, för att underlätta registrering och öka täckningsgraden för möjliggörande av uppföljning kommer att behövas.

2.6 Kompetensförsörjning

För att arbeta enligt vårdförloppet behövs utökad kompetens inom de verksamheter som möter personer som kan visa tecken på psykos. Elevhälsa, ungdomsmottagningar, primärvård och socialtjänst behöver kunskap om hur tecken på psykos yttrar sig, tidiga insatser vid psykos samt hur och var hänvisa rätt. I psykiatrin finns även behov av kompetens inom krisintervention till person och närstående samt i fler av de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Många gånger finns dessa kompetenser regionerna idag, men inte hos tillräckligt många personer. Det innebär att det sannolikt kommer att behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner inom primärvården, elevhälsa, ungdoms-mottagning och socialtjänst. Kompetensen i specialistvården bedöms på nationell nivå också behöva stärkas.

Ett antal utbildningsinsatser kommer att behövas under och efter införandet av det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för att tillfredsställa behovet av förändrade kompetenser.

Se tabellen nedanför för en mer övergripande lista på behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande.

Tabell 3. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos professionen nationellt om patientcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på berörda professioner inom hälso- och sjukvårds samt kommunal verksamhet.	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)
Öka kunskap om åtgärderna i det patientcentrerade och	Kompetensutveckling/fortbildningsinsatser till flera professioner inom vård och stöd	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)

REMISSVERSION

sammanhållna vårdförloppet	(hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet).	
Kunskap för att kunna genomföra åtgärder i vårdförloppet	Webbaserad fortbildning eller fortutbildning på plats till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet) utifrån nationella utbildningsupplägg för åtgärder där det finns tillgängligt.	
Öka kunskapen hos allmänheten kring psykos för att öka möjligheterna till tidig upptäckt	Folkbildningsinsatser	

Vårdförloppet kräver en tydlig och systematisk kompetensplanering med såväl specifika kortsiktiga som långsiktiga åtgärder för de olika professionerna men även åtgärder som är gemensamma för alla yrkesgrupper. I det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet ligger ett tydligt fokus på att tidigt upptäcka psykos, att arbeta med metoder som stärker personen och de närståendes delaktighet i vård och stöd samt samordning och intensiva insatser som främjar en god prognos, återhämtning, öka eller bibehålla funktionsförmåga och minskar risken för återinsjuknanden. För flera åtgärder finns idag nationellt framtaget material och utbildningsupplägg tillgängligt via webben.

- Krisintervention till person och närstående
- Psykopedagogisk utbildning
- Illness managament and recovery (IMR)

Implementeringsstöd till regioner och kommuner kommer innefatta att ta fram material och utbildningsupplägg för fler åtgärder där behov av detta finns såsom

- Delat beslutsfattande
- Case management/Vård- och stödsamordning
- Boendestöd – olika stödjande insatser som fokuserar på att stärka personen praktiskt och socialt

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande kompletterar det nationella vård- och insatsprogrammet för schizofreni och liknande tillstånd. Liksom det nationella vård- och insatsprogrammet utgår vårdförloppet från nationella riktlinjer och medför att dessa kommer att stärkas och öka i implementering. Vård och insatsprogrammet och vårdförloppet kommer tillsammans att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer som insjuknar i psykos första gången.

REMISSVERSION

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Att ge vård och stöd i enlighet med vårdförloppet stödjer omställningen till Nära Vård genom att vara ett exempel på personcentrerat förhållningssätt med tydligt fokus på samordning av insatser från psykiatri, socialtjänst, primärvård och elevhälsa.

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. Sex indikatorer är nya och för fem av dessa saknas för närvarande nationell datakälla.

- Andel patienter som inom 3 kalenderdygn efter misstanke om psykos får kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknande.
- Andel individer som efter ett år har en diagnos (F20–F29.9) som har fått diagnosen inom 6 veckor från kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknande i psykos.
- Andel individer som under tidsperioden har haft en utsedd person med samordnande ansvar (jämför vård- och stödsamordnare/case manager).
- Andel personer som tillsammans med närstående fått krisintervention innan utskrivning från slutenvården[5] eller inom 4 veckor.
- Andel patienter som har en krisplan.
- Andel personer med diagnos (F20–F29.9) som behandlats med antipsykotiska läkemedel under första året (nationell datakälla finns; Socialstyrelsens hälsodataregister (uttagna läkemedel)).

Hur mätning och återrapportering för dessa nya indikatorer kommer att ske behöver diskuteras vidare och ett uppstartsarbete när dessa ska etableras kommer behövas under 2020.

Den nationella datakälla som finns och prioriteras för de andra indikatorerna är det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Kvalitetsregistret är i behov av nationella medel för drift och nödvändig utveckling. Medelstilldelningen under 2020 är kraftigt begränsad och täcker idag inte de kostnader för utveckling som skulle behövas. Därtill är täckningsgraden i registret idag för låg för att ge tillförlitlig data. Ett omfattande arbete behöver göras av regionerna tillsammans med registret för att öka täckningsgraden. En hög täckningsgrad i registret är en förutsättning för att kunna följa upp vårdförloppet.

De tre indikatorer som går att följa via socialstyrelsens hälsodataregister behöver diskuteras och utredas vidare. Kontakter med Socialstyrelsen behöver tas kring indikatorerna, dataleverans och beställning. Eftersom tillgången på data för uppföljning är osäker och/eller bristfällig måste man räkna med att arbetet med indikatorer och datatillgång kommer att behöva fortsätta under 2020.

Väntetidsdatabasen kan komma att utvecklas till en täckande vårdkontaktsdatabas som framöver kan användas för diagnosbaserad uppföljning även av ledtider remiss/start vårdförlopps-besök i

[5] Här används begreppet slutenvård i enlighet med Socialstyrelsens termbank trots att arbetsgruppen liksom Nationellt programområde Psykisk hälsa är medvetna om att heldygnsvård är den term som ofta används och förespråkas inom psykiatrisk hälso- och sjukvård för att undvika feltolkningar.

REMISSVERSION

specialiserad vård. Det kan komma att förberedas under loppet av 2020, och möjligen finns en tillförlitlig datainsamling på plats mot slutet av året.

2.10 Övriga konsekvenser

Ett stort arbete behöver göras för att öka en nationell strukturerad vårddokumentation under 2020. En del av detta arbete är att identifiera de åtgärder som det ska finnas information om i journalen. Informationen om åtgärderna bör handla både om åtgärderna är planerade och/eller genomförda samt resultatet av dem. Till en början prioriteras de åtgärder som utgör grund för indikatorerna men på sikt bör så många av åtgärderna som möjligt i vårdförloppet dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt i journal.

För flera utredningsåtgärder i vårdförloppet skulle det vara värdefullt att utarbeta gemensamt dokumentationsstöd och/eller gemensamma dokumentationsmallar. Även för vissa åtgärder som vårdplan, samordnad individuell plan och uppföljning av symtom, funktion och social situation skulle gemensamma dokumentationsmallar/gemensamt dokumentationsstöd vara värdefullt. Den årsuppföljning – utvärdering av behandling och stöd som avslutar vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande bör till en början prioriteras att utarbeta en gemensam dokumentationsmall för då detta även kan möjliggöra direktöverföring från journal till det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Vi behöver även sträva efter en gemensam kod för årsuppföljningen – utvärdering av behandling och stöd för att kunna följa upp vårdförloppet.

En enhetlig dokumentation av de skattningsskalor som ingår i förloppet bör utarbetas och på sikt behöver även nationella beslut fattas om vilka skalor som ska användas inom ramen för vårdförloppet.

REMISSVERSION

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Schizofreni – förstagångsinsjuknande

REMISSVERSION

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Positiva konsekvenser som följer införandet av vårdförloppet är att personer som insjuknar i psykos får en snabbare väg till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov, vilket ökar förutsättningarna för en god prognos, bevarad funktionsförmåga, snabb återhämtning och minskad risk för återinsjuknande. Tidig upptäckt av psykos, snabbare och anpassat omhändertagande och utredning på rätt vårdinstans ökar möjligheten att sätta in behandling tidigt och därmed förebygga onödig akutvård och försämring.

Vårdförloppet innebär även att delaktigheten ökar för person och närstående och att behovet av samordning av insatser tillfredsställs. Även behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder minimeras. Användning av tvång inom vården kan orsaka trauma och riskerar att skada den för återhämtningen viktiga alliansen mellan person, närstående och vård. Ett lågt förtroende för vården kan leda till att personen inte söker vård vid återinsjuknande och därför försämras ytterligare. På sikt medför vårdförloppet också att återfall kan undvikas i psykos då återfallsprevention och upprättande av krisplan erbjuds.

Initialt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna öka vid införandet av vårdförloppet då det innebär både en ökning av kvalitet i och omfattning av åtgärder som ges till patientgruppen. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna återgå till desamma som idag till följd av att färre personer behöver omfattande vård och stödinsatser samt att fler har sysselsättning och en bättre livskvalitet.

För regionerna och kommunerna kan vårdförloppet initialt kräva en investering i fortbildningsinsatser till personalen så att en större del av personalen tidigt kan upptäcka tecken på psykos, ge ett samordnat och professionellt omhändertagande samt erbjuda de åtgärder som vårdförloppet innehåller. För att kunna arbeta med vårdförloppet på bästa sätt rekommenderas att vården för förstagångsinsjuknade ges av en verksamhet med särskilt uppdrag vilket för flera regioner kommer kräva resurser för bland annat organisering. Samarbetet mellan olika verksamheter som erbjuder åtgärder till person och närstående behöver även utvecklas och förbättras vilket kan kräva resurser.

Folkbildningsinsatser kring psykos för att öka förutsättningarna för tidig upptäckt är dessutom önskvärda och kan komma att innebära vissa kostnader.

REMISSVERSION

Innehållsförteckning

1 Om konsekvensbeskrivningen 3
2 Konsekvenser 3
2.1 Omfattning 3
2.2 Nytta eller risker för individen 3
2.3 Etiska aspekter 5
2.4 Verksamhet och organisation 6
2.5 Kostnader 7
2.6 Kompetensförsörjning 9
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 10
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 11
2.9 Uppföljning 11
2.10 Övriga konsekvenser 12

REMISSVERSION

1 Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) schizofreni har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För mer detaljerad information om ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för specifika åtgärder som omnämns i vårdförloppet är *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* (Socialstyrelsen, 2018)[1] en relevant källa.

Ordförande och processledare för arbetsgruppen var Louise Kimby med stöd av Ing-Marie Wieselgren. I arbetet har kompetenser inom uppföljning, nationella kvalitetsregister, nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, primärvård, specialistpsykiatri, verksamhetsledning, medicin, omvårdnad, psykosociala insatser, implementering, egen erfarenhet, kommunala insatser, och representant för den egna erfarenheten och de relevanta patient- och anhörigföreningarna Schizofreniförbundet/RSMH varit involverade. Arbetsgruppen har även haft en referensgrupp, NAG Schizofreni, bestående av representanter från region och kommun från de sex sjukvårdsregionerna med olika professioner samt ett antal experter. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom schizofreni – från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd (nedan kallat vårdförlopp inom schizofreni – förstagångsinsjuknande), färdigställdes i mitten av januari 2020.

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Cirka 1500–2000 personer insjuknar varje år i schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 personer får diagnosen schizofreni (1). Vid första insjuknandet i psykos är det svårt att på förhand säga hur sjukdomen kommer att utveckla sig, det vill säga vilka som kommer att få diagnosen schizofreni eller annan diagnos. Ungefär en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 personer. En stor del av dessa behöver omfattande insatser från vård- och omsorg under större delen av livet. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet inom schizofreni – förstagångsinsjuknande medför nytta för individen inom flera områden. Den största nyttan uppstår om fler patienter kan upptäckas tidigt och få behandling som kan bromsa sjukdomsförlopp, funktionsnedsättning och lindra symtom. I tabellen nedanför (Tabell 1) beskrivs de olika områden där kunskapsstödet kan ge nytta för individen, och hur stor den potentiella effekten väntas vara.

[1] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-9-6. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/schizofreni/

REMISSVERSION

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför

Nytta	Kommentar
Fler personer med psykossymtom får ett tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande i de verksamheter de möter.	Fler patienter med psykos kan upptäckas tidigt, ges ett samordnat och professionellt omhändertagande och erbjudas behandling. Uppskattningsvis 1500–2000 personer berörs årligen.
Fler personer får tillgång till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov och sin situation.	Tillgången till evidensbaserade vård och stödinsatser till personer som insjuknar i psykos första gången varierar i nuläget stort över landet, vilket får konsekvenser för ohälsa hos patienter. Vårdförloppet kan minska skillnaderna på detta område och skapa bästa möjliga förutsättningar för god prognos, hög funktionsförmåga och snabb återhämtning.
Fler personer får kontakt, utredning och åtgärder på rätt vårdnivå: inom specialistpsykiatrin, verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos.	Fler personer som insjuknar första gången i psykos och deras närstående kan ges ett omsorgsfullt och professionellt omhändertagande och tidigt ges rätt behandling och stöd. Uppskattningsvis 1500–2000 personer berörs årligen.
Fler personer och deras närstående är delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna i och med definierade åtgärder.	Schizofreni och liknande tillstånd kan innebära särskilda svårigheter för personen att vara delaktiga. Vårdförloppet innehåller arbetssätt, processer och åtgärder som stärker patientdelaktighet i varje åtgärdsblock. Att respektera personernas autonomi och integritet skapar förutsättningar för ökad patientdelaktighet.
Fler personer har en vårdplan och vid behov en samordnad individuell plan som är välkänd och tydlig och överensstämmer med behov och önskemål.	En vårdplan och, om personen har behov av insatser från flera verksamheter, en samordnad individuell plan (SIP) är ofta en förutsättning för delaktighet, planering och för att behov av åtgärder ska tillgodoses.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder stödjer en mer patientsäker vårdprocess och ger även en större trygghet till patienten. Det berör samtliga patienter i förloppet.
Fler närstående till personer som insjuknar i psykos första gången ges möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen och erbjudas insatser utifrån sina behov och sin situation.	Närstående till personer som insjuknar i schizofreni och liknande tillstånd påverkas i hög grad och drabbas ofta själva av ohälsa varför de behöver involveras och erbjudas åtgärder.
Färre personer behöver vårdas enligt tvång och utsättas för tvångsåtgärder.	Användning av tvång inom vården kan orsaka trauma hos individen och riskerar att skada den för återhämtningen viktiga alliansen mellan patienten

REMISSVERSION

	och vården. Ett dåligt förtroende för vården riskerar att göra att patienten inte söker vård vid återinsjuknande vilket kan förvärra tillståndet. Genom anpassat förhållningssätt och bemötande samt andra åtgärder i vårdförloppet förväntas behovet av tvång att minska.
Färre personer genomför suicidförsök och fullbordade suicid.	Suicidrisken är hög för personer med schizofreni och liknande tillstånd. Särskilt hög är risken vid första insjuknandet och i samband med utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård. Genom ett professionellt omhändertagande, bedömning av suicidrisk och åtgärder som ingår i vårdförloppet förväntas risken minska.
Färre personer riskerar försämrad ekonomi under livet samt isolering och exkludering. Fler personer har en högre livskvalitet.	Det är inte ovanligt att personer med allvarlig psykisk sjukdom exkluderas från samhället, står utanför arbetsmarknaden, saknar meningsfull sysselsättning och sociala gemenskap. Att erbjuda åtgärder enligt vårdförloppet minskar risken för detta och främjar en hög livskvalitet.

Arbetsgruppen har bedömt att vårdförloppet för schizofreni – *förstag*ångsinsjuknande inte kommer att öppna upp för några nya risker för personer som behöver hanteras i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppet.

2.3 Etiska aspekter

Individens autonomi och integritet förväntas *inte* påverkas negativt av det nya vårdförloppet. Snarare ger vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande större möjligheter än tidigare för vården att respektera och beakta individens autonomi och integritet eftersom vårdförloppet innehåller arbetssätt, processer och åtgärder för patientdelaktighet i varje åtgärdsblock. Varje åtgärdsblock fastställer vilka åtgärder som patienten (utifrån förmåga) direkt involveras i, exempelvis ”Delta aktivt i planeringen och formulera mål för vårtiden med stöd av personalen” och tydliggör även ett upprättande av vårdplan och samordnad individuell vårdplan (SIP) för patienten. På så sätt blir patientens delaktighet tydlig, konkret och genomgående en del av vårdprocessen.

Vid och efter införandet av patientcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom vården har synpunkter framförts kring undanträngningseffekter. Införandet av vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande skulle kunna innebära att resurser flyttas från personer som har varit sjuka länge i schizofreni och liknande tillstånd till förmån för de som insjuknar första gången. Även andra diagnosgrupper inom psykiatrin kan komma att påverkas i och med att vårdförloppet innebär en högre om ambitionsnivån för vård och stöd till gruppen. Gruppen som berörs av vårdförloppet är dock relativt litet. Endast 1500–2000 personer berörs av vårdförloppet där uppskattningsvis ca 800 personer får diagnosen schizofreni. En ökad standardisering och vårdförlopp kan ge ett ökat fokus på inkluderade patientgrupper, vilket ger en etisk avvägning då patientgrupper till viss del ställs mot varandra. Överlag är det dock etiskt rättfärdigat i och med de stora och akuta vårdbehov som patientgruppen i

REMISSVERSION

vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande uppvisar, vilket behovs- och solidaritetsprincipen stödjer. Bedömning av varje enskilt fall och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras.

Patientgruppen som berörs av vårdförloppet insjuknar tidigt i livet, mellan 18 – 30 år. Till följd av funktionsnedsättning kan patienter med schizofreni och liknande tillstånd ha svårt att klara sitt vardagliga liv samt att få och behålla ett arbete och genomföra studier. Detta innebär lidande för individ, närstående och stora kostnader för samhället. Vårdförloppet väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom tidigare diagnos, ökad behandlingsgrad med evidensbaserade åtgärder som främjar återhämtning och förebygger återinsjuknanden vilket ger en förbättrad prognos och/eller mildare sjukdom och högre funktion över tid. Detta leder i sin tur till besparingar på många plan. De direkta kostnaderna kan initialt öka, men indirekta samhällskostnader kan minska över tid. Den totala kostnaden bedöms inte öka på sikt och värdet av ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp.

Ett av de huvudsakliga skälen till att de patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa en tillgänglig och jämlik vård för alla personer oavsett var man befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför att föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra de åtgärder som ska gälla alla patienter med misstanke om schizofreni och liknande tillstånd i hela landet, särskilt i frågor kopplade till tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande samt tillgång till evidensbaserade vård- och stödåtgärder utifrån behov.

Inklusionskriterierna bedöms inte driva onödig eller omotiverad vård, eller att individer som bör inkluderas missas I syfte att tidigt identifiera patienter med psykos startar det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet vid misstanke om psykos. Arbetsgruppen uppskattar att många personer med psykossymtom i nuläget identifieras sent och därmed kräver mer omfattande vård och stöd, detta är något som väntas minska genom vårdförloppet.

2.4 Verksamhet och organisation

Flera rapporter visar på att vård och omsorg behöver bli bättre på att möta personer med schizofreni och liknande tillstånds behov, skapa strukturer som stödjer patientcentrering och samverkan. Det finns även ett behov av att avveckla ”gamla kulturer” som hindrar nya arbetssätt, förbättra information till patienter, anhöriga och mellan verksamheter. Åtgärder har också visats sig ges för sent. Ofta förekommer brister i samverkan och kontinuitet vilket är en viktig del av vård och stöd för patientgruppen [2]. Socialstyrelsens utvärdering (2013) av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreniliknande tillstånd [3] visar också att den vård och de insatser som finns tillgängliga varierar stort över landet.

[2] Nationella vårdgarantin. Stockholm Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995. Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem

[3] Socialstyrelsen (2013) Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni

REMISSVERSION

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2018) anger att Hälso- och sjukvården bör erbjuda samordnade åtgärder, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos (prio1). Arbetet med förstagångsinsjuknande kräver ett speciellt omhändertagande och särskilda åtgärder varför det bör ges av verksamhet med särskilt uppdrag. Omhändertagandet ska ges snabbt, vara samordnat, individanpassat, intensivt med hög tillgänglighet och kräver ett nära samarbete mellan olika professioner (kurator, arbetsterapeut, psykolog, läkare, sjuksköterska, case manager, socialsekreterare, boendestödjare med fler) och verksamheter (skola/elevhälsa, socialtjänst, försäkringskassa, psykiatrisk öppenvård, familjecentraler med fler). Idag finns sådana verksamheter i begränsad omfattning trots att detta omhändertagande och snabb tillgång till insatser påverkar prognosen och förespråkas för att kunna efterleva nationella riktlinjers rekommendation.[4]

På flera orter i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer som insjuknar i psykos första gången genom en definierad verksamhet med särskilt uppdrag. Vid de kliniker som idag saknar en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos kommer en översyn av verksamheten att krävas. En tydligt definierad verksamhet behöver skapas, i form av ett team eller personal med särskild kunskap som har ett uppdrag att erbjuda intensiva *och* samordnade insatser anpassade till personer som insjuknar i psykos första gången och deras närstående.

Den höga tillgängligheten till professionell kontakt och snabb bedömning vid misstanke om psykos som vårdförloppet förespråkar kan innebära ökade krav på mobilitet *vilket* kan organiseras på olika sätt. Inom regioner med stora geografiska avstånd kan delar av flödet i detta vårdförlopp ske digitalt till exempel kan vissa besök genomföras via distansoberoende teknik. Detta kan skapa ökade krav på digitalisering.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är centralt för att verksamheterna ska kunna arbeta utifrån vårdförloppet. Vidare kan små kommuner behöva utveckla ett samarbete med andra kommuner för att kunna tillhandahålla vissa åtgärder.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik/indikatorer att behöva utarbetas.

2.5 Kostnader

Initialt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna öka vid införandet av vårdförloppet då det innebär både en ökning av kvalitet i och omfattning av åtgärder som ges till patientgruppen. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna återgå till desamma som idag till följd av att färre personer behöver omfattande vård och stödinsatser samt att fler har sysselsättning och en bättre livskvalitet.

[4] NICE Pathways: Psychosis and schizophrenia in adults [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 - . [citerad december 2019]. Hämtad från https://pathways.nice.org.uk/pathways/psychosis-and-schizophrenia; Nationell psykiatrisamordning; Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning; 2007. Hämtad från http://gamla.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/TOPdokumentet.pdf

REMISSVERSION

Tabell 2. Översikt över hur kostnader kan påverkas av det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Område för kostnadsförändring	Kommentar kring hur kostnaden väntas förändras på kort respektive längre sikt
Lokaler och material	Behöver utredas regionalt och lokalt.
Utrustning	Behöver utredas regionalt och lokalt.
IT-system	Kostnader i form av tid för tekniker för att möjliggöra direktöverföring från journalsystem till nationella kvalitetsregistret PsykosR.
Personal	Ökning av personalkostnader till följd av ökat antal besök och/eller kontakter, fler åtgärder och behov av mer intensiv samordning i vårdförloppet. Minskning av personalkostnader på lång sikt till följd av minskat behov av sjukhusinläggningar och akutvård. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Utbildning	Kompetens kring tidig upptäckt av psykossymtom, omhändertagande vid förstagångsinsjuknande i psykos, krisintervention till patient och närstående samt i evidensbaserade psykosociala åtgärder behövs. Detta kan medföra ökade utbildningskostnader. Behöver utredas vidarei regionalt och lokalt.
Utredning och diagnossättning	Antalet patienter som utreds förväntas inte öka däremot kan vårdförloppet kan innebära ökade kostnader till följd av ett mer omfattande utredningsförfarande. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Behandling	Vårdförloppet innebär en ambitionsökning som förväntas medföra en kvalitetshöjning av vård och stöd vilket kommer sannolikt innebära en kostnadsökning. Fler evidensbaserade åtgärder behöver erbjudas än vad som görs idag och fler åtgärder kan behöva erbjudas med högre kvalitet. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka något på grund av ytterligare uppgifter kopplat till upprättande och löpande uppdatering av nya indikatorer men även för att öka rapporteringen av de indikatorer som finns sedan tidigare.
Andra kostnader	Behöver utredas regionalt

Kostnadsförändringar inom primärvård

- Utbildning i tidiga tecken på psykos och insatser vid upptäckt innebär en begränsad kostnad för primärvården.
- Inga stora förändrade i kostnader vad gäller utredningar eller omhändertagande utifrån nuvarande förslag.

Kostnadsförändringar inom psykiatrisk specialistvård

- Om fler patienter med psykossymtom upptäcks och därmed remitteras eller söker själva kan kostnadsökning initialt vara aktuell.
- Organisationsförändringar i form av att tillskapa en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos kommer initialt medföra en kostnadsökning i form av utbildning av personal samt för att utarbeta och implementera nya rutiner.

REMISSVERSION

- En möjlig konsekvens är också tätare besök och fler kontakter vilket kan ge en kostnadsökning på kort sikt. På lång sikt kommer dock patienterna och deras närstående att ha mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen vilket ger en totalt sett lägre kostnad för samhället.

Övriga kostnadspunkter

- Kostnader för läkemedel bör inte öka totalt sett, men möjligen kan en liten ökning ske initialt då fler patienter får effektiv behandling tidigt.
- Ökade investeringar i ökad registrering och kopplingar mellan lokala/regionala journalsystem och det nationella kvalitetsregistret, PsykosR, för att underlätta registrering och öka täckningsgraden för möjliggörande av uppföljning kommer att behövas.

2.6 Kompetensförsörjning

För att arbeta enligt vårdförloppet behövs utökad kompetens inom de verksamheter som möter personer som kan visa tecken på psykos. Elevhälsa, ungdomsmottagningar, primärvård och socialtjänst behöver kunskap om hur tecken på psykos yttrar sig, tidiga insatser vid psykos samt hur och var hänvisa rätt. I psykiatrin finns även behov av kompetens inom krisintervention till person och närstående samt i fler av de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Många gånger finns dessa kompetenser regionerna idag, men inte hos tillräckligt många personer. Det innebär att det sannolikt kommer att behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner inom primärvården, elevhälsa, ungdoms-mottagning och socialtjänst. Kompetensen i specialistvården bedöms på nationell nivå också behöva stärkas.

Ett antal utbildningsinsatser kommer att behövas under och efter införandet av det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för att tillfredsställa behovet av förändrade kompetenser.

Se tabellen nedanför för en mer övergripande lista på behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande.

Tabell 3. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos professionen nationellt om patientcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på berörda professioner inom hälso- och sjukvårds samt kommunal verksamhet.	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)
Öka kunskap om åtgärderna i det patientcentrerade och	Kompetensutveckling/fortbildningsinsatser till flera professioner inom vård och stöd	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)

REMISSVERSION

sammanhållna vårdförloppet	(hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet).	
Kunskap för att kunna genomföra åtgärder i vårdförloppet	Webbaserad fortbildning eller fortutbildning på plats till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet) utifrån nationella utbildningsupplägg för åtgärder där det finns tillgängligt.	
Öka kunskapen hos allmänheten kring psykos för att öka möjligheterna till tidig upptäckt	Folkbildningsinsatser	

Vårdförloppet kräver en tydlig och systematisk kompetensplanering med såväl specifika kortsiktiga som långsiktiga åtgärder för de olika professionerna men även åtgärder som är gemensamma för alla yrkesgrupper. I det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet ligger ett tydligt fokus på att tidigt upptäcka psykos, att arbeta med metoder som stärker personen och de närståendes delaktighet i vård och stöd samt samordning och intensiva insatser som främjar en god prognos, återhämtning, öka eller bibehålla funktionsförmåga och minskar risken för återinsjuknanden. För flera åtgärder finns idag nationellt framtaget material och utbildningsupplägg tillgängligt via webben.

- Krisintervention till person och närstående
- Psykopedagogisk utbildning
- Illness managament and recovery (IMR)

Implementeringsstöd till regioner och kommuner kommer innefatta att ta fram material och utbildningsupplägg för fler åtgärder där behov av detta finns såsom

- Delat beslutsfattande
- Case management/Vård- och stödsamordning
- Boendestöd – olika stödjande insatser som fokuserar på att stärka personen praktiskt och socialt

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande kompletterar det nationella vård- och insatsprogrammet för schizofreni och liknande tillstånd. Liksom det nationella vård- och insatsprogrammet utgår vårdförloppet från nationella riktlinjer och medför att dessa kommer att stärkas och öka i implementering. Vård och insatsprogrammet och vårdförloppet kommer tillsammans att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer som insjuknar i psykos första gången.

REMISSVERSION

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Att ge vård och stöd i enlighet med vårdförloppet stödjer omställningen till Nära Vård genom att vara ett exempel på personcentrerat förhållningssätt med tydligt fokus på samordning av insatser från psykiatri, socialtjänst, primärvård och elevhälsa.

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. Sex indikatorer är nya och för fem av dessa saknas för närvarande nationell datakälla.

- Andel patienter som inom 3 kalenderdygn efter misstanke om psykos får kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknande.
- Andel individer som efter ett år har en diagnos (F20–F29.9) som har fått diagnosen inom 6 veckor från kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknande i psykos.
- Andel individer som under tidsperioden har haft en utsedd person med samordnande ansvar (jämför vård- och stödsamordnare/case manager).
- Andel personer som tillsammans med närstående fått krisintervention innan utskrivning från slutenvården[5] eller inom 4 veckor.
- Andel patienter som har en krisplan.
- Andel personer med diagnos (F20–F29.9) som behandlats med antipsykotiska läkemedel under första året (nationell datakälla finns; Socialstyrelsens hälsodataregister (uttagna läkemedel)).

Hur mätning och återrapportering för dessa nya indikatorer kommer att ske behöver diskuteras vidare och ett uppstartsarbete när dessa ska etableras kommer behövas under 2020.

Den nationella datakälla som finns och prioriteras för de andra indikatorerna är det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Kvalitetsregistret är i behov av nationella medel för drift och nödvändig utveckling. Medelstilldelningen under 2020 är kraftigt begränsad och täcker idag inte de kostnader för utveckling som skulle behövas. Därtill är täckningsgraden i registret idag för låg för att ge tillförlitlig data. Ett omfattande arbete behöver göras av regionerna tillsammans med registret för att öka täckningsgraden. En hög täckningsgrad i registret är en förutsättning för att kunna följa upp vårdförloppet.

De tre indikatorer som går att följa via socialstyrelsens hälsodataregister behöver diskuteras och utredas vidare. Kontakter med Socialstyrelsen behöver tas kring indikatorerna, dataleverans och beställning. Eftersom tillgången på data för uppföljning är osäker och/eller bristfällig måste man räkna med att arbetet med indikatorer och datatillgång kommer att behöva fortsätta under 2020.

Väntetidsdatabasen kan komma att utvecklas till en täckande vårdkontaktsdatabas som framöver kan användas för diagnosbaserad uppföljning även av ledtider remiss/start vårdförlopps-besök i

[5] Här används begreppet slutenvård i enlighet med Socialstyrelsens termbank trots att arbetsgruppen liksom Nationellt programområde Psykisk hälsa är medvetna om att heldygnsvård är den term som ofta används och förespråkas inom psykiatrisk hälso- och sjukvård för att undvika feltolkningar.

REMISSVERSION

specialiserad vård. Det kan komma att förberedas under loppet av 2020, och möjligen finns en tillförlitlig datainsamling på plats mot slutet av året.

2.10 Övriga konsekvenser

Ett stort arbete behöver göras för att öka en nationell strukturerad vårddokumentation under 2020. En del av detta arbete är att identifiera de åtgärder som det ska finnas information om i journalen. Informationen om åtgärderna bör handla både om åtgärderna är planerade och/eller genomförda samt resultatet av dem. Till en början prioriteras de åtgärder som utgör grund för indikatorerna men på sikt bör så många av åtgärderna som möjligt i vårdförloppet dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt i journal.

För flera utredningsåtgärder i vårdförloppet skulle det vara värdefullt att utarbeta gemensamt dokumentationsstöd och/eller gemensamma dokumentationsmallar. Även för vissa åtgärder som vårdplan, samordnad individuell plan och uppföljning av symtom, funktion och social situation skulle gemensamma dokumentationsmallar/gemensamt dokumentationsstöd vara värdefullt. Den årsuppföljning – utvärdering av behandling och stöd som avslutar vårdförloppet för schizofreni – förstagångsinsjuknande bör till en början prioriteras att utarbeta en gemensam dokumentationsmall för då detta även kan möjliggöra direktöverföring från journal till det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Vi behöver även sträva efter en gemensam kod för årsuppföljningen – utvärdering av behandling och stöd för att kunna följa upp vårdförloppet.

En enhetlig dokumentation av de skattningsskalor som ingår i förloppet bör utarbetas och på sikt behöver även nationella beslut fattas om vilka skalor som ska användas inom ramen för vårdförloppet.

REMISSVERSION