Region Stockholm

8

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt stöd och vård

VKN 2021-0186

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-11-04

VKN 2021-0186

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss –Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt stöd och vård

Ärendebeskrivning

Ett nationellt sammanhållet och personcentrerat vårdförlopp för schizofreni – fortsatt stöd och vård har tagits fram av nationellt programområde för psykisk hälsa. Arbetet har skett inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. För att kvalitetssäkra vårdförloppet genomförs nu en öppen remiss. Detta ärende utgör regionens remissvar till det nationella programområdet.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt stöd och vård
Remissversion konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt stöd och vård
Vårdkonsumtionsbild för regionen inom vårdområde schizofreni

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till nationellt programområde för psykisk hälsa.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning i Sveriges regioner i samverkan har ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för schizofreni – fortsatt vård och stöd tagits fram på uppdrag av nationellt programområde för psykisk hälsa.

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd inkluderar flera olika diagnoser med vanföreställningar eller psykotiska symtom. Knappt en halv procent av befolkningen är diagnostiserade med schizofreni eller liknande tillstånd, vilket motsvarar cirka 50 000 individer. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. Cirka 1 500–2 000 personer insjuknar varje år av vilka uppemot 800 individer får diagnosen schizofreni. Det är vanligast att insjukna mellan 18 och 30 års ålder. Patienter med schizofreni har cirka 15 år kortare medellivslängd jämfört med befolkningen i övrigt. Utöver en förhöjd risk för suicid är de vanligaste dödsorsakerna hjärt-, kärl- och cancersjukdomar som ofta diagnostiseras sent i sjukdomsförloppen. Schizofreni karaktäriseras av låg funktionsnivå, stort subjektivt lidande, kroniskt förlopp, hög överdödlighet och hög belastning för närstående. Sammantaget medför dessa karaktäristika att på gruppnivå utgör patienter med schizofreni en prioriterad grupp med stora behov enligt den etiska prioriteringsplattformen.
Vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd omfattar insatser från diagnos sedan minst tolv månader till dess att diagnosen avskrivs. Det är ett komplement till det tidigare beslutade vårdförloppet som avser förstagångsinsjuknade. Vårdförloppet innefattar både vård och insatser från socialtjänst.
I Region Stockholm har drygt 14 000 personer vårdats för schizofreni som huvuddiagnos under 2017-2020 varav fler män än kvinnor. Snittåldern är 49 år. Det finns en kraftig överrepresentation av personer från socioekonomiskt utsatta områden som utgör nämligen nästan 50% av patienterna jämfört med en befolkningsandel på 30%. Majoriteten av alla öppenvårdskontakter och slutenvårdstillfällen sker inom psykiatrin där de allra flesta har haft minst en vårdkontakt. Nästan ingen vård bedrivs inom något vårdval. De yrkesgrupper som vårdar patientgruppen är framförallt sjuksköterska, läkare och skötare. Inom psykiatrin är det framförallt sjuksköterska och inom primärvården läkare.

Överväganden
En genomgång har gjorts av underlagen med stöd av den regionala sakkunnigstrukturen avseende medicinskt innehåll och konsekvensbeskrivning. Kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna förväntas öka vid införandet av vårdförloppet då det innebär både en ökning av kvalitet och omfattning av insatser som ges till individ och närstående.

Den kostnadsanalys som gjorts visar att personalkostnaderna vid införande av vårdförloppet förväntas bli 4 gånger högre för behandling i öppenvård jämfört med nuläge, och 1,26 gånger högre jämfört med nuläge vid en kombination av behandling i både öppen och slutenvård. Tidigare studier från bland annat från Danmark har visat att tidiga intensiva insatser är kostnadseffektiva på samhällsnivå då kostnaderna på lång sikt minskade på grund av att färre individer behövde till exempel boendestöd och att fler kom ut i ett arbete på öppna marknaden och då kunde bidra som skattebetalare. Vid bedömning av kostnadseffektivitet inom hälsoekonomi brukar hälsoparametrar såsom vunna kvalitetsjusterade levnadsår användas. Det finns ingen hälsoekonomisk utvärdering av vårdförloppet i underlaget. Patientgruppen är prioriterad enligt den etiska plattformen varför en kostnadsökning avseende förbättrad vård för gruppen kan vara motiverad utifrån denna.

Söktrycket på specialistpsykiatrin är generellt högt och vid implementering av vårdförloppet finns risk för undanträngning av andra diagnosgrupper. Det bedöms dock vara ett nuvarande problem att andra diagnosgrupper ges företräde framför patienter med schizofreni då patienter med schizofreni på gruppnivå inte är vårdsökande, ofta undviker vård trots allvarliga symptom och har svårt att hävda sina behov vid försämring på grund av sin symptombild.

Vårdförloppet innebär en väsentlig ambitionshöjning för patienter med schizofreni. Ambitionshöjningen berör i första hand öppenvård inom psykiatrisk specialistvård för vuxna, även om slutenvården i viss mån också berörs. För att kunna möta kravet på kompetens för detta vårdförlopp krävs resursförstärkning samt utbildningsinsatser. För Region Stockholm krävs för ett införande av vårdförloppet också en översyn av avtalen gällande psykiatrisk specialistvård för vuxna avseende strukturella faktorer som tillräcklig storlek på patientunderlag för respektive avtal/verksamhet, geografiskt områdesansvar, förutsättningar för vård enligt LPT, förutsättningar för mobila arbetssätt och förutsättningar för nära samverkan mellan slutenvård och öppenvård.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade ekonomiska konsekvenser. De ekonomiska konsekvenserna av att införa personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd förväntas innebära en kostnadsökning.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för patientsäkerheten. Det föreslagna vårdförloppet förväntas ha positiva effekter för patientsäkerheten genom att utgöra ett kunskapsbaserat och likriktande underlag för handläggning av patientgruppen.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård. Det föreslagna vårdförloppet förväntas ha positiva effekter för jämlik och jämställd vård genom att utgöra ett kunskapsbaserat och likriktande underlag för handläggning av patientgruppen.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för administration hos vårdgivarna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Nationellt programområde psykisk hälsa

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-11-04

Statistikunderlag vid remissversion vårdförlopp **schizofreni del 2**

Framtaget i september 2021

Göran Lord, Jenny Svärd Backlund och Eva Wermeling Danielsson

Avdelningen för Kunskapsutveckling

Enheten för Vårdanalys och Statistik

Nationellt system för kunskapsstyrning
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Region Gotland

Region Stockholm

Hur statistiken tagits fram

- Underlaget i denna PPT syftar till att ge en lägesbild över vårdkonsumtionen (vårdkontakter med huvuddiagnos) för de diagnosgrupper som vårdförloppet berör.
- Statistiken som visas har klippts ut från Visual Analytics-rapporten RPO_Vårdkonsumtion som bygger på data från Region Stockholms VAL-databas.
- Statistiken består av ett mindre antal diagram som beskriver vårdkonsumtionen (registrerade huvuddiagnoser) på en övergripande nivå. För mer detaljerad vårdkonsumtionsstatistik hänvisas till rapporten RPO_Vårdkonsumtion.
- Diagnoser för urval baseras i första hand på definition i vårdförloppet. Saknas detta har definition från berört kvalitetsregister använts. I tredje hand används definition från Internetmedicin.

Vårdkonsumtion/vårdkontakter med huvuddiagnos F20-F29 (är hämtat från vårdförloppet)

- Var uppmärksam på att skalor och färgsättning kan variera mellan olika diagram.
- I vissa diagram redovisas inte all data på grund av få observationer.

Kort sammanfattning

- Totalt har 14 318 individer har vårdats för schizofreni (som huvuddiagnos) 2017-2020.
- Fler män än kvinnor.
- Snittålder 49,5 år.
- Andelen individer från mosaicgrupp 3 (sämre bemedlade områden) är kraftigt överrepresenterade. Andelen patienter från mosaicgrupp 3 utgör nämligen nästan 50% av patienterna jämfört med en befolkningsandel på 30% för mosaicgrupp 3.
- Volymmässigt sker majoriteten av alla öppenvårdskontakter/slutenvårdstillfällen inom psykiatrin.
- De allra flesta har haft minst en vårdkontakt med psykiatrin.
- Nästan ingen vård bedrivs inom något vårdval.
- Antalet vårdade patienter ligger ganska stabilt under perioden. Däremot har antalet registrerade öppenvårdskontakter med schizofrenidiagnos minskat (alla yrkeskategorier) . Detta gäller inte diagnosatta läkarkontakter, där ligger volymerna stabilt med en liten ökning under 2020 Slutenvårdsvolymerna är ganska stabila.
- Medelvårdtiden i slutenvården år 2017-2019 ser ut att ha ökat en aning för att sedan minska 2020.
- De yrkesgrupper som vårdar patientgruppen är framförallt sjuksköterska, läkare och skötare. Inom psykiatrin är det framförallt sjuksköterska och inom primärvården läkare.

Några nyckeltal

Antal individer under tidsperioden

14 318

Snittålder

49,5

Andel kvinnor

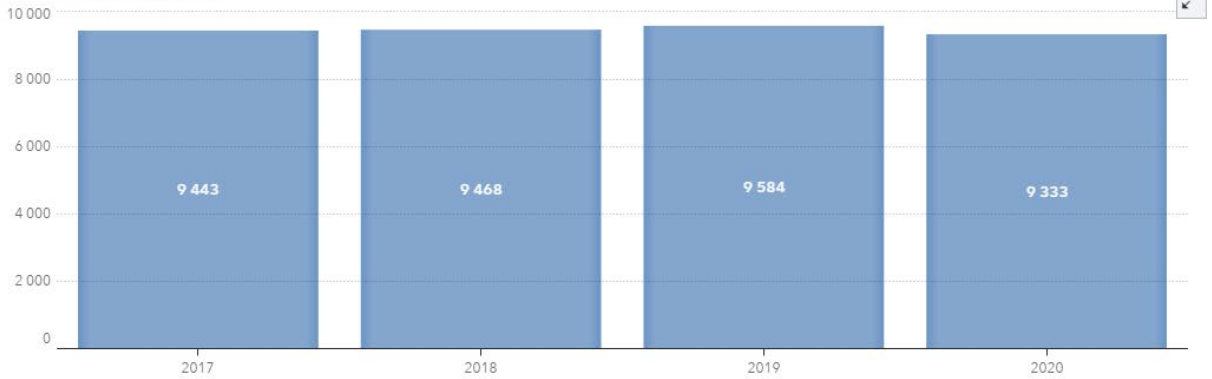
46,5 %

Medelvårdtid slutenvård

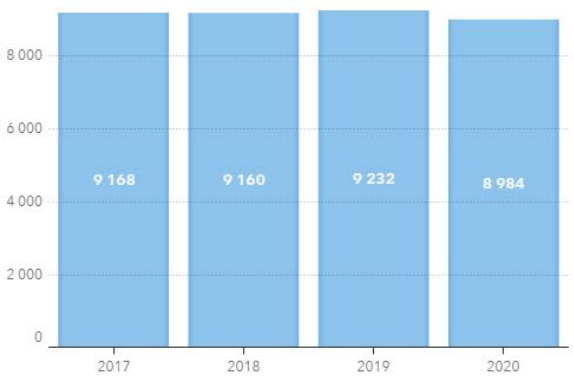
29,3

Några nyckeltal kring vald diagnos/diagnosgrupp

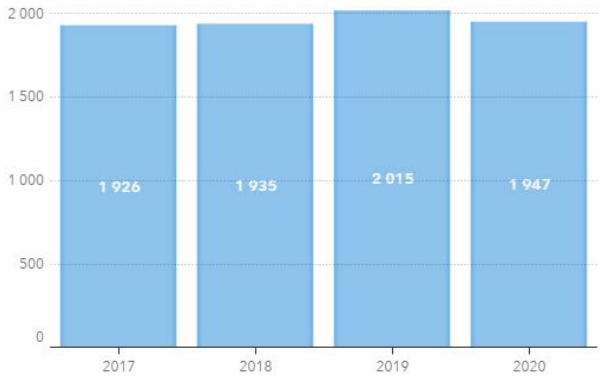
Antal individer per år



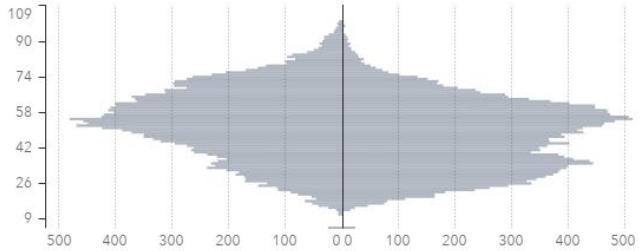
Antal individer per år öppen vård



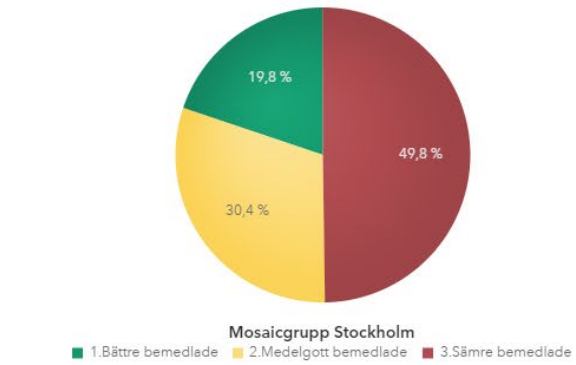
Antal individer per år sluten vård



Ålder och könsfördelning



Andel individer(patienter) fördelade efter livsstil



Livsstilsanalys enligt Mosaic .I Stockholm utgör Mosaicgrupp1 30% av befolkningen. Mosaicgrupp2 utgör 40% av Stockholms befolkning och Mosaicgrupp3 utgör 30% av befolkningen.

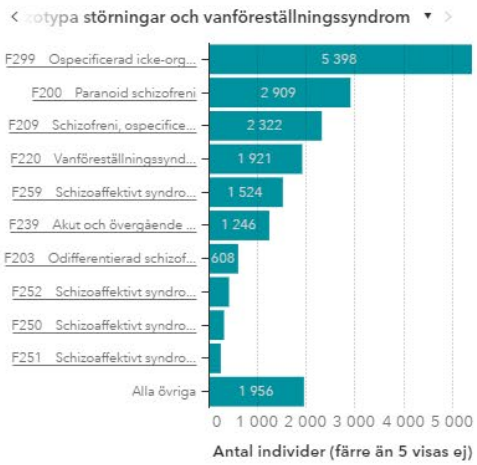
Läs mer om Mosaic: Mosaicdokumentation

Vårdkonsumtion

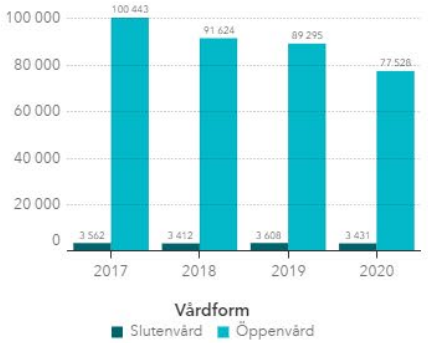
Antal individer efter vårdgren



Antal individer per diagnoskapitel (ICD10)



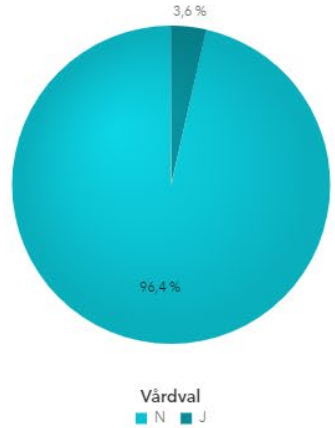
Antal vårdkontakter



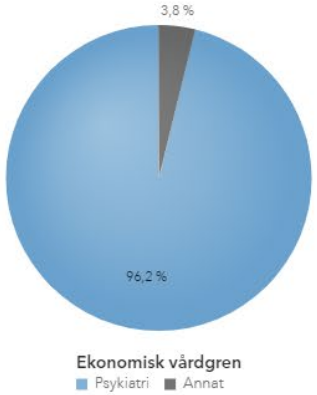
Andel besök per yrkeskategori i öppenvård



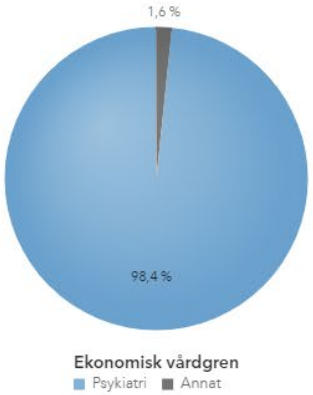
Andel besök i vårdval i öppenvård



Andel besök i öppenvård



Andel vårdtillfällen i slutenvård



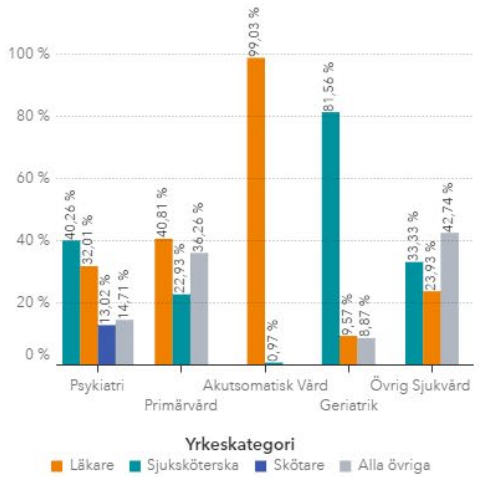
Antal besök per patient



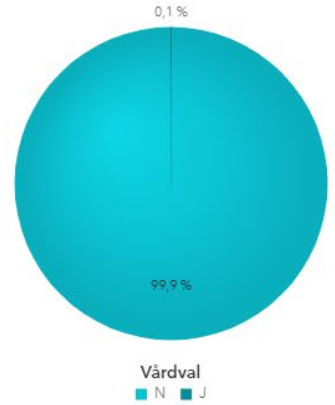
Medelvårdtid sluten vård



Andel besök per yrkeskategori i öppenvården



Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård



Vad innebär respektive ekonomisk vårdgren?

De 20 största uppdragstyperna per vårdgren volymmässigt utom för geriatrik som bara har 5 totalt

Ekonomisk vårdgren: akutsomatik

Uppdragstyp
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus
607 Gynekologi, specialiserad
604 Ögonsjukvård, specialiserad
606 Hudsjukvård, specialiserad
605 Öron, Näsa, Hals, specialiserad
612 Ortopedi, specialiserad
603 Förlossningsvård
208 Invärtesmedicin - Priv spec läk
610 Särskild uppdrag, Aukt. hudmottagning
617 Vårdval Urologi
211 Vissa op spec - Priv spec läk
215 Gynekologi - Priv spec läk
616 Neurologi, specialiserad öppenvård
212 Öron, Näsa, Hals - Priv spec läk
615 Ryggkirurgi
602 Ögonsjukvård, kataraktoperationer
622 Gastroenterologi, specialiserad
150 Reumatologi
600 Höft- och knäledsplastik
611 Allergologi, specialiserad

Ekonomisk vårdgren: primärvård

Uppdragstyp
300 Husläkarverksamhet
302 Basal hemsjukvård vid husläkarverksamhet
137 Basal hemsjukvård kvällar, nätter och helger
311 Primärvårdsrehabilitering
201 Fysioterapi, ARV
303 Barnavårdscentral
301 Psykosociala insatser vid husläkarverksamhet
305 Graviditetsövervakning och eftervård
313 Fysioterapi, specialiserad
325 Multimodal rehab vid långvarig smärta/utmattning
249 Närakut
321 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
304 Fotsjukvård
310 Primär hörselrehabilitering
306 Logopedi
308 Husläkarjour
314 Sexuell och reproduktiv hälsa
158 Ungdomsmottagning
205 Allmänmedicinska spec - Priv spec läk
309 Obstetriska ultraljud

Ekonomisk vårdgren: psykiatri

Uppdragstyp
400 Psykiatrisk specialistvård för vuxna
112 Beroendevård vuxna
408 Barn-o ungdomspsykiatri, lokal
412 Lokal integrerad beroendevård
104 Allmänpsykiatri
160 Ätstörningsvård
209 Psykiatriska spec - Priv spec läk
111 Beroendevård barn och ungdom
406 LG öppenvård BUP
151 Rättspsykiatrisk vård
407 LG Mellanvård BUP
157 Tortyrskadevård
405 LG klinikvård BUP
413 Sexualmedicin, specialiserad
108 Barn- och ungdomspsykiatri

Ekonomisk vårdgren: geriatrik

Uppdragstyp
318 Avancerad sjukvård i hemmet, ASiH
124 Geriatrisk specialistvård
244 Övrig Geriatrik
319 Specialiserad palliativ slutenvård
327 Geriatrik vårdval

Ekonomisk vårdgren: övrig sjukvård

Uppdragstyp
811 Medicinsk radiologi
127 Habilitering
821 Klinisk fysiologi vårdval
802 Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering
813 Klinisk fysiologi
808 Gastrointestinal endoskopi
141 Medicinsk service
804 Specialiserad lymfödemrehabilitering
801 Klinisk neurofysiologi vårdval
324 Intensivträning för personer med rörelsened.
806 Specialiserad rehab. efter vård på akutsjukhus
809 Klinisk neurofysiologi
243 Kulturella omskärelser
165 Övrig sjukvård
197 Hjälpmedelscentralsverksamhet
803 Planerad specialiserad cancerrehabilitering
203 Specialiserad rehabilitering
107 Asylsjukvård
814 Specialiserad rehabilitering astma/KOL
815 Rehab varmt klimat, neuro/reuma

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni - fortsatt vård och stöd

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Datum	Version
2021-09-15	Öppen remiss

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehåll

Sammanfattning 4

1. Om konsekvensbeskrivningen 4

2. Konsekvenser 5

2.1 Omfattning 5

2.2 Nytta eller risker för individen 5

2.3 Etiska aspekter 7

2.4 Verksamhet och organisation 8

2.5 Kostnader 9

2.6 Kompetensförsörjning 11

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 12

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 12

2.9 Uppföljning 13

2.10 Övriga konsekvenser 14

3. Appendix – Hälsoekonomisk kostnadsanalys av insatser inom vårdförlopp schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 15

3.1 Introduktion 15

3.2 Syfte 15

3.3 Kostnadsanalys Regioner 15

3.4 Kostnadsanalys kommuner 21

3.5 Referenser Appendix Hälsoekonomisk kostnadsanalys 24

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Positiva konsekvenser som följer införandet av vårdförloppen för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är att målgruppen får tillgång till fler evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov, vilket ökar förutsättningarna för återhämtning och minskar risk för försämring och återinsjuknande.

Vårdförloppen innebär även att delaktigheten ökar för individ och närstående vilket kan förbättra arbetsallians och öka följsamheten till vård och stödinsatser då tillgången till evidensbaserade insatser ökar. På sikt kan införande av vårdförloppen öka sannolikheten att försämring upptäcks i tid så att behandling kan sättas in skyndsamt. På så sätt kan kanske slutenvård och tvångsvård undvikas.

Initialt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna öka vid införandet av vårdförloppen, då det innebär både en ökning av kvalitet och omfattning av insatser som ges till individ och närstående. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna minska till följd av att färre individer behöver omfattande vård- och stödinsatser samt att fler har sysselsättning och en bättre livskvalitet. När individer får tidiga och intensiva behovsanpassade insatser under de första åren ökar sannolikheten att fler återhämtar sig och får en lindrig sjukdom på sikt. Med fortsatt behovsanpassade vård- och stödinsatser kan sjukdomen påverkas positivt.

För regionerna och kommunerna kan vårdförloppen initialt kräva en investering i fortbildningsinsatser till personalen så att en större andel av personalen kan ge ett samordnat och professionellt omhändertagande samt erbjuda de insatser som vårdförloppen innehåller. Samarbetet mellan olika verksamheter som erbjuder insatser till individ och närstående behöver även utvecklas och förbättras vilket kan kräva resurser. Detta gäller under hela sjukdomsförloppet från insjuknandet och så länge individen har diagnos schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (F20-F29 enligt ICD-10-SE). En hälsoekonomisk analys gjord i relation till dessa två vårdförlopp visar att kostnaderna ökar främst av två orsaker; det ena är att intensiteten i insatserna ökar och det andra är att fler insatser utförs i teamarbete. För mer detaljerad information om ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för specifika insatser som omnämns i vårdförloppen är Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [1] en relevant källa.

I vårdförloppet och i denna konsekvensbeskrivning används ofta benämningen individ istället för patient och benämningen insats istället för åtgärd, eftersom vårdförloppet i så hög grad innefattar socialtjänstinsatser och inte bara vård

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) Psykisk Hälsa ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. Arbetsgruppen för vårdförlopp inom uppdrag psykisk hälsa var med initialt tillsammans med nationell arbetsgrupp (NAG) Schizofreni och började utarbeta konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. NAG schizofreni tog över hela ansvaret för framtagandet av konsekvensbeskrivningen i maj 2021. I arbetsgruppen och i NAG:en har kompetens inom följande områden funnits: primärvård, specialistpsykiatri, medicin, omvårdnad, psykosociala insatser, kommunala insatser ledarskap, implementering och egen erfarenhet. I NAG:en är de sex hälso-och sjukvårdsregionerna representerade. Kontakt med relevanta patient och anhörigföreningar (Schizofreniförbundet och RSMH) har funnits genom hela arbetet.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Cirka 1 500—2 000 individer insjuknar varje år i schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 individer får diagnosen schizofreni (1). Ungefär en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 individer. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. En del behöver bara intensiva och samordnade insatser under de första åren och återhämtar sig sedan med endast milda kvarstående symtom. En majoritet av gruppen återhämtar sig till viss del men har perioder av försämring då mer omfattande insatser krävs. En mindre andel utvecklar en svårare sjukdom med behov av omfattande insatser från hälso- och sjukvård respektive socialtjänst under större delen av sitt liv.

2.2 Nytta eller risker för individen

I de båda personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 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 behovsanpassat fortsätter över tid. Fler individer kan få en högre livskvalitet och vara delaktiga i samhället. I tabellen nedanför (Tabell 1) beskrivs de olika områden där kunskapsstödet kan ge nytta för individen.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför

Nytta	Kommentar
Förkortad duration av obehandlad psykos	Forskning har visat att ju längre en individ går med obehandlad psykos desto sämre är prognosen d.v.s. det blir svårare att återhämta sig. Med tidiga och snabba insatser så kan prognosen påverkas i positiv riktning.
Tillgång till behovsanpassade evidensbaserade insatser med den intensitet som behövs	Tillgången till evidensbaserade vård- och stödinsatser till individer med schizofreni och liknande tillstånd varierar i nuläget stort över landet, vilket får konsekvenser för hälsa hos individer. Vårdförloppen kan minska skillnaderna på detta område och skapa bästa möjliga förutsättningar för lindrigare symtom, högre funktionsförmåga och bättre återhämtning.
Fler individer och deras närstående är delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna i och med definierade insatser.	Schizofreni och liknande tillstånd kan innebära särskilda svårigheter för individer att vara delaktiga. Vårdförloppen innehåller arbetssätt, processer och insatser som stärker delaktighet i varje insatsblock. Att respektera individens autonomi och integritet skapar förutsättningar för ökad delaktighet. Forskning har visat att följsamheten till vård och stödinsatser kan öka genom delat beslutsfattande.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Nytta	Kommentar
Fler individer har en vårdplan, omsorgsplan och vid behov en samordnad individuell plan (SIP) som är välkänd och tydlig och överensstämmer med behov och önskemål.	En vårdplan och, om Individen har behov av insatser från flera verksamheter, en samordnad individuell plan (SIP) är ofta en förutsättning för delaktighet, planering och för att behov av insatser ska tillgodoses. Vårdplan, omsorgsplan och SIP är ett gemensamt dokument som individen äger tillsammans med vård och stödgivaren.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram.	Förutsägbarhet och tydliga insatser stödjer en mer säker vårdprocess och ger även en större trygghet till individen. Det berör samtliga individer i förloppen.
Fler närstående till individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ges möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen och erbjuds insatser utifrån sina behov och sin situation.	Närstående till individer med schizofreni och schizofreni liknande tillstånd påverkas i hög grad och drabbas ofta själva av ohälsa varför de behöver involveras och erbjudas insatser.
Färre individer kan komma behöva vårdas enligt tvång och utsättas för tvångsåtgärder. När tvångsvård och tvångsåtgärder är nödvändiga så kan de upplevas mindre traumatiserande.	Användning av tvång inom vården kan orsaka trauma hos individen och riskerar att skada den för återhämtningen viktiga alliansen mellan individen och vården. Ett dåligt förtroende för vården riskerar att göra att individen inte söker vård vid återinsjuknande vilket kan förvärra tillståndet. När tvång är nödvändigt så kan ett anpassat förhållningssätt och bemötande samt andra insatser i vårdförloppen förväntas minska risken för traumatiserande upplevelser
Färre individer genomför suicidförsök och fullbordade suicid.	Suicidrisken är hög för individer 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 insatser som ingår i vårdförloppen förväntas risken minska.
Färre individer riskerar försämrad ekonomi under livet samt isolering och exkludering. Fler individer har en högre livskvalitet.	Det är inte ovanligt att individer med allvarlig psykisk sjukdom exkluderas från samhället, står utanför arbetsmarknaden, saknar meningsfull sysselsättning och social gemenskap. Att erbjuda insatser enligt vårdförloppen minskar risken för detta och främjar en hög livskvalitet.
Fler individer kommer ut i arbete på öppna marknaden	Bättre förutsättningar för individer med schizofreni och liknande tillstånd att försörja sig genom arbete på den öppna arbetsmarknaden. Insatsen *individual placement and support* som finns med i vårdförloppen stöttar psykospatienter att komma ut i arbete på den öppna marknaden.

Arbetsgruppen har bedömt att vårdförloppen för schizofreni inte kommer att öppna upp för några nya risker för individer som behöver hanteras i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppen. Någon risk föronödig eller omotiverad vård föreligger inte. Individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kräver oftast själva inte att få vård. Den risk som föreligger är att på grund av ökade kostnader så implementeras inte vårdförloppet fullt ut och då tillgängliggörs inte evidensbaserade vård och stödinsatser jämlikt för dessa individer. Undanträngningseffekter på andra grupper på grund av ökade kostnader kan föreligga.

2.3 Etiska aspekter

Individens autonomi och integritet förväntas inte påverkas negativt av de nya vårdförloppen. Snarare ger vårdförloppen för schizofreni större möjligheter än tidigare, att respektera och beakta individens autonomi och integritet eftersom vårdförloppen innehåller arbetssätt, processer och insatser för delaktighet. Detta görs i varje insatsblock som fastställer vilka insatser som individen (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 individen. På så sätt blir individens delaktighet tydlig, konkret och genomgående en del av vårdprocessen. Vid och efter införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom vården har synpunkter framförts kring undanträngningseffekter. Införandet av vårdförloppen för schizofreni – skulle kunna innebära att resurser flyttas från andra diagnosgrupper inom psykiatrin när vårdförloppen innebär en högre ambitionsnivå för vård och stöd till gruppen. En ökad standardisering och olika vårdförlopp ger ett ökat fokus på de diagnoser som vårdförloppen inkluderar vilket ger en etisk avvägning då grupper till viss del ställs mot varandra. Överlag är det dock etiskt rättfärdigat i och med de stora och akuta vårdbehov som individer och deras närstående i vårdförloppen för schizofreni har, 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.

Individer som berörs av vårdförloppen insjuknar ofta tidigt i livet, mellan 18–30 år. Till följd av funktionsnedsättning kan individer 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. Vårdförloppen väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom tidigare diagnos, ökad behandlingsgrad med evidensbaserade insatser som främjar återhämtning och förebygger återinsjuknanden. Detta ger en förbättrad prognos och/eller mildare sjukdom och högre funktion över tid. Det 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 kostnadseffektiva vårdförlopp.

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa en tillgänglig och jämlik vård för alla individer oavsett var man befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppen för schizofreni. Förhoppningen är att vårdförloppen istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra de insatser som ska gälla alla med schizofreni och liknande tillstånd i hela landet. Det gäller särskilt i frågor kopplade till tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande vid sjukdomsdebut samt vid allvarlig försämring, och inte minst tillgång till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån behov över tid.

2.4 Verksamhet och organisation

Flera rapporter visar på att vård och omsorg behöver bli bättre på att möta behoven hos individer med schizofreni och liknande tillstånd, genom att skapa strukturer som stödjer personcentrering och samverkan. Det finns även ett behov av att avveckla ”gamla kulturer” som hindrar nya arbetssätt, förbättra information till både individen och till närstående samt mellan verksamheter. Insatser 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. Socialstyrelsens utvärdering av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreniliknande tillstånd visar också att den vård och de insatser som finns tillgängliga varierar stort över landet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2018) anger att hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver vara lyhörda för de önskemål som individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har, hitta deras motivation och utifrån detta samordna olika insatser. Individer som insjuknar för första gången bör erbjudas samordnade insatser, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studierindivider (prio1). Arbetet med förstagångsinsjuknande kräver ett speciellt omhändertagande och särskilda insatser varför det bör ges av verksamhet med särskilt uppdrag. Omhändertagandet ska ges snabbt, vara samordnat, individanpassat och intensivt med hög tillgänglighet. Det kräver ett nära samarbete mellan olika professioner (kurator, arbetsterapeut, psykolog, läkare, sjuksköterska case manager/vård- och stödsamordnare socialsekreterare, boendestödjare med flera) och verksamheter (skola/elevhälsa, socialtjänst, Försäkringskassan, psykiatrisk öppen vård, familjecentraler med flera). Idag finns sådana verksamheter med särskilt uppdrag i begränsad omfattning trots att detta omhändertagande och snabb tillgång till insatser påverkar prognosen och rekommenderas för att kunna följa nationella riktlinjers rekommendation.

På flera orter i Sverige finns dock redan idag ett systematiskt omhändertagande av individer 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 individer som insjuknar i psykos första gången och deras närstående. Denna organisation ska finnas i tre till fem år efter första kontakt med psykiatrin för diagnos F20-F29. Det fortsatta stödet bygger också fortsättningsvis på behovsanpassade och samordnade insatser utifrån individens tillstånd och behov. Det fortsatta vårdförloppet innehåller en indelning i sjukdomens svårighetsgrad som kan användas som en hjälp för att anpassa insatserna efter individens aktuella tillstånd och behov.

Den höga tillgängligheten till professionell kontakt och snabb bedömning vid misstanke om psykos som vårdförloppen förespråkar, kan innebära ökade krav på mobilitet. Även i det fortsatta stödet behöver tillgängligheten vara god med möjlighet för verksamheter att kunna göra mobila insatser tillexempel vid försämring. Dessa mobila insatser kan organiseras på olika sätt. Inom regioner med stora geografiska avstånd kan delar av flödet i dessa vårdförlopp ske digitalt, exempelvis kan vissa besök genomföras via distansoberoende teknik. Även där geografiska avstånd inte är ett hinder kan digitala insatser och verktyg öka tillgängligheten för de individer som vill och kan använda sig av detta. Detta kan skapa ökade krav på digitalisering.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är centralt för att verksamheterna ska kunna arbeta utifrån vårdförloppen. Vidare kan små kommuner behöva utveckla ett samarbete med andra kommuner för att kunna tillhandahålla vissa insatser. Redan vid psykiatrireformen beskrevs nödvändigheten av sömlös samverkan mellan hälso-, och sjukvård

och kommun för denna grupp. Flera utvärderingar av psykiatrireformen visar att man inte uppnått detta.

För att följa konsekvenserna av att vårdförloppen implementeras kommer rutiner för uttag av statistik och indikatorer att behöva utarbetas.

2.5 Kostnader

Kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna kommer att öka vid införandet av vårdförloppen. De största kostnadsökningarna inom hälso och sjukvård handlar om personalkostnader och beror på en högre frekvens av besök och att man ska arbeta i multiprofessionellt team där två eller flera behandlare träffar individen tillsammans. Detta kan innebära att verksamheter behöver rekrytera personal eftersom en ökad intensitet i vården gör att varje behandlare kan ansvara för färre individer. Initialt kommer också kostnader för utbildning i metoder och förändrade arbetssätt. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna minska. Studier från bland annat från OPUS projektet i Danmark visade att tidiga intensiva insatser är kostnadseffektiva då kostnaderna på lång sikt för samhället i stort minskade på grund av att färre individer behövde tillexempel boendestöd och att fler kom ut i ett arbete på öppna marknaden och då kunde bidra som skattebetalare.

Tabell 2. Översikt över hur kostnader kan påverkas av det personcentrerade 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/insatser, fler insatser och behov av mer intensiv samordning i vårdförloppen. Teamarbete där fler behandlare träffar individen och närstående vid besöken ökar också behoven av fler personal vilket ökar kostnaderna. Minskat antal patienter per behandlare för att möjliggöra behovsanpassade och mobila interventioner som anpassas utifrån individens sjukdomsgrad och behov. En kostnadsanalys för ökad intensitet av insatser och ökade personalbehov presenteras i den bilagda kostnadsanalysen. Minskning av personalkostnader på lång sikt till följd av minskat behov av sjukhusinläggningar och akutvård. Eventuellt minskade behov av kommunala insatser såsom boendestöd på sikt. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Utbildning	Kompetens kring tidig upptäckt av psykossymtom, omhändertagande vid förstagångsinsjuknande i psykos, krisintervention till patient och närstående samt evidensbaserade psykosociala insatser behövs. Detta kan medföra ökade utbildningskostnader. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Utredning och diagnossättning	Antalet individer som utreds förväntas inte öka, däremot kan vårdförloppen innebära ökade kostnader till följd av ett mer omfattande utredningsförfarande. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Behandling	Vårdförloppen innebär en ambitionsökning som förväntas medföra en kvalitetshöjning av vård och stöd vilket sannolikt kommer att innebära en kostnadsökning. Fler evidensbaserade insatser behöver erbjudas än vad som görs idag och fler insatser kan behöva erbjudas med högre kvalitet. En kostnadsanalys för ökad intensitet av insatser och ökade personalbehov presenteras i den bilagda kostnadsanalysen. 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.

2.5.1. Kostnadsförändringar per vårdnivå

Kostnadsförändringar inom primärvård:

- Utbildning i tidiga tecken på psykos och insatser vid upptäckt innebär en begränsad kostnad för primärvården. Patienterna ska sedan föras övertill specialistpsykiatrin.

- Inga stora förändrade i kostnader vad gäller utredningar eller omhändertagande utifrån nuvarande förslag. Möjligtvis fler individer som kommer att följas upp i primärvården avseende fysisk hälsan i.

Kostnadsförändringar inom psykiatrisk specialistvård

- Om fler individer med psykossymtom upptäcks och därmed remitteras eller själva söker vård kommer kostnaden initialt att öka.

- Organisationsförändringar i form av att utveckla en verksamhet med särskilt uppdrag - förstagångsinsjuknade i psykos, kommer initialt att medföra en kostnadsökning i form av utbildning av personal samt för att utarbeta och implementera nya rutiner. Det fortsatta vårdförloppet innebär att verksamheten också över tid behöver kunna anpassa insatsernas intensitet utifrån individens sjukdomsgrad, med hög tillgänglighet och mobilitet.

- En konsekvens är också tätare besök och ändrade arbetssätt i form av teamarbete, vilket ger en kostnadsökning. På lång sikt förväntas dock patienterna och deras närstående att påverkas mindre negativt av sjukdomen i sina liv, vilket skulle innebära lägre kostnader för samhället i stort. En kostnadsanalys för ökad intensitet av insatser och ökade personalbehov presenteras i bilaga.

Övriga kostnadspunkter

- Läkemedelskostnaderna för målgruppen kan öka något initialt, då fler individer får behandling tidigare i sitt sjukdomsförlopp. På längre sikt bedöms dock kostnaderna inte öka

- Investeringar för att underlätta registrering och öka täckningsgraden för att möjliggöra uppföljning kommer att behövas. Dessutom behöver kopplingar mellan lokala/regionala journalsystem och det nationella kvalitetsregistret, PsykosR skapas, vilket också kräver investeringar.

2.6 Kompetensförsörjning

För att arbeta enligt vårdförloppen behövs utökad kompetens inom de verksamheter som erbjuder vård och stöd till individer med schizofreni och liknande tillstånd. Socialtjänst, primärvård, psykiatrisk öppen och sluten vård behöver ökad kunskap i krisintervention och andra centrala evidensbaserade insatser som ingår i vårdförloppen. Ofta finns dessa kompetenser redan i regionerna idag, men inte hos tillräckligt många individer. Det innebär att det sannolikt kommer att behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner inom primärvård , psykiatri och socialtjänst.

Ett antal utbildningsinsatser kommer att behövas under och efter införandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för att tillfredsställa behovet av förändrade kompetenser.

Se Tabell 3 för en mer övergripande lista på behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförloppen för schizofreni.

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

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppen för schizofreni?	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 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för schizofreni	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på berörda professioner inom hälso- och sjukvård samt kommunal verksamhet.	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)
Öka kunskap om insatserna i vårdförloppen	Kompetensutveckling/fortbildningsinsatser till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet).	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)
Förändrat arbetssätt och organisation av vården	Ökning av personella resurser Omstrukturering av befintliga resurser	Sjukvårdsregionerna
Förbättrad samverkan mellan region och kommun	Psykiatrireformens intentioner uppnås genom arbetet i RAG	Sjukvårdsregioner och kommuner
Kunskap för att kunna genomföra insatser i vårdförloppen	Webbaserad fortbildning eller fortutbildning på plats till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet) utifrån nationella utbildningsupplägg för insatser där det finns tillgängligt (NECT, IMR, patient- och närståendeutbildning) .	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)

Vårdförloppen kräver en tydlig och systematisk kompetensplanering med såväl specifika kortsiktiga som långsiktiga insatser för de olika professionerna men även insatser som är gemensamma för alla yrkesgrupper. I de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ligger ett tydligt fokus på att tidigt upptäcka psykos, att arbeta med metoder som stärker individen och de närståendes delaktighet i vård och stöd samt samordning och intensiva insatser som främjar en god prognos, återhämtning, ökad eller bibehållen funktionsförmågan och behovsanpassat fortsätter över tid utifrån sjukdomens aktuella svårighetsgrad. Detta minskad risk för återinsjuknande. För flera insatser finns idag nationellt framtaget material och utbildningsupplägg tillgängligt via webben, exempelvis

- krisintervention till individ och närstående
- psykopedagogisk utbildning
- illness management and recovery (IMR).

Två sjukvårdsregioner har också tillsammans tagit fram ett digitalt stöd för bland annat delat beslutsfattande som kommer att göras tillgängligt nationellt.

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

- case management/vård- och stödsamordning
- boendestöd – olika stödjande insatser som fokuserar på att stärka individen praktiskt och socialt.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande och fortsatt vård och stöd kompletterar det nationella vård- och insatsprogrammet för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Liksom det nationella vård- och insatsprogrammet utgår vårdförloppen från nationella riktlinjer och medför att dessa kommer att stärkas och öka i implementering. Vård och insatsprogrammet och vårdförloppen kommer tillsammans att kunna ersätta eller komplettera lokalt och regionalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av individer som insjuknar i psykos första gången och behovet av vård och stöd i det fortsatta förloppet.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

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

2.9 Uppföljning

Vårdförloppen för schizofreni - förstagångsinsjuknande och fortsatt vård och stöd leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. 15 indikatorer är nya och för nästan alla av dessa saknas även nationell datakälla för närvarande

2.9.1. Vårdförlopp förstagångsinsjuknade

- Andel individer som inom tre 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 sex veckor från kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag - förstagångsinsjuknande i psykos.
- Andel individer som har fått en SIP.

2.9.2. Vårdförlopp fortsatt vård och stöd

- Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har fått en vårdplan och eventuellt SIP.
- Vid allvarlig försämring och behov av akuta insatser. Tid från kontakt till start av insatser (max 24 timmar).
- Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har fått en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare.

2.9.3. Både vårdförlopp förstagångsinsjuknade och fortsatt vård och stöd

- Andel individer som under tidsperioden har haft en utsedd person med samordnande ansvar (jämför vård- och stödsamordnare/case manager).
- Andel individer som har en krisplan alternativt andel individer med diagnos F20–F29.9 som vid mättillfället har en krisplan vilken är upprättad eller reviderad de senaste 12 månaderna.
- Andel individer som har fått psykopedagogiska insatser och/eller familjeinterventioner.
- Andel individer som tillsammans med närstående fått krisintervention innan utskrivning från slutenvården[1] eller inom fyraveckor.
- Andel individer med diagnos F20 - F29.9 som behandlats med antipsykotiska läkemedel under första året alternativt andel individer med diagnos F20–F29.9 som under tidsperioden behandlats med antipsykotiska läkemedel.

[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.

- Indikator baserad på potentiell PREM. Jag känner att jag kan få hjälp av vården när jag behöver det.
- Andel individer som har gjort ett suicidförsök alternativt fullbordat suicid under första året.
- Andel individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd diagnos F20–F29.9 som vårdats enligt LPT första året.
- Andel individer med diagnos F20–F29.9 som under tidsperioden erbjudits någon form av stöd med syfte att återgå i studier/arbete, till exempel IPS, SEd eller arbetsmarknadsåtgärder.

Hur mätning och återrapportering för dessa nya indikatorer kommer att ske behöver diskuteras vidare.

2.10 Övriga konsekvenser

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. De utvecklingsmedel som registret fått för 2021 avser att utveckla registret för att effektivisera registreringar och öka täckningsgraden.

Ett stort arbete krävs för att förbättra den nationella strukturerade vårddokumentationen under 2022. En del av detta arbete innebär att identifiera de insatser som det ska finnas information om i journalen. Informationen om insatserna bör beskriva både om insatserna är planerade och/eller genomförda samt resultatet av dem. Till en början prioriteras de insatser som utgör grund för indikatorerna, men på sikt bör så många av insatserna som möjligt i vårdförloppen dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt i journal.

För flera utredningsinsatser i vårdförloppen skulle det vara värdefullt att utarbeta gemensamt dokumentationsstöd och/eller gemensamma dokumentationsmallar. Även för vissa insatser som vårdplan, samordnad individuell plan (SIP) och uppföljning av symtom, funktion och social situation skulle gemensamma dokumentationsmallar/gemensamt dokumentationsstöd vara värdefullt. Den årsuppföljning - utvärdering av behandling och stöd som ska ske en gång per år bör det till en början prioriteras att utarbeta en gemensam dokumentationsmall för, då detta även kan möjliggöra direktöverföring från journal till det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Det bör också skapas en gemensam kod för årsuppföljningen - utvärdering av behandling och stöd, för att kunna följa upp vårdförloppen.

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 vårdförloppen.

Den pågående utvecklingen av säkra digitala system innebär många nya möjligheter i kontakter mellan vård/omsorg och individ och närstående. Det kan minska behovet av resor och innebära en ökad tillgänglighet till besök med behandlare och gruppaktiviteter när de inte kräver fysisk närvaro.

3. Appendix – Hälsoekonomisk kostnadsanalys av insatser inom vårdförlopp schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

3.1 Introduktion

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknade lanserades hösten 2020. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - fortsatt vård och stöd går ut på öppen remiss 15 september 2021. Vårdförloppen bygger på det nationella vård- och insatsprogrammet schizofreni som i sin tur bland annat bygger på Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd från 2018.

I Socialstyrelsens riktlinjer bedöms vården bli dyrare om man inför och arbetar efter de nationella riktlinjerna, detta gäller särskilt vården vid förstagångsinsjuknade [1]. På sikt kan de nya arbetssätten dock leda till minskat lidande, ökad funktion och större delaktighet i samhället hos individen som insjuknar [4, 5, 6]. Vårdförloppen omfattar också insatser till närstående i form av krisintervention, patient- och närståendeutbildning och annat stöd. Ur ett ekonomiskt perspektiv förväntas införandet av vårdförloppen innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten vilket föranlett denna hälsoekonomiska kostnadsanalys. Då uppdraget avseende kostnadsanalys för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst skiljer sig åt redovisas de separat.

3.2 Syfte

Syftet med den ekonomiska analysen är att uppskatta merkostnaderna för de insatser ifrån hälso- och sjukvård samt socialtjänst som ingår i de båda vårdförloppen för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

3.3 Kostnadsanalys Regioner

3.3.1. Metod

Den hälsoekonomiska kostnadsanalysen har beaktat hälso- och sjukvårdsperspektivet, med särskilt fokus på förväntade kostnadsändringar vad gäller personalkostnader för regionerna i förhållande till förslagen i vårdförloppen. I analysen har en metod som föreslagits av Drummond och kollegor använts [2]. Metoden innefattar fyra steg:

1. identifiera de relevanta utökade resurserna som kommer att användas i förhållande till vårdförloppet
2. kvantifiera dessa resurser i fysiska enheter
3. värdera de olika resurserna som används till deras möjlighetskostnader
4. hantera differentiell tidpunkt för resurser.

Baserat på yttranden från insatt personal och experter, identifierades först vilka utökade respektive minskade hälsoinsatser som kan ingå i behandling av individer i enlighet med de två vårdförloppen. Därefter utvecklades två scenarier:

- ’nuläge’ som benämns och syftar till treatment as usual (TAU) och som utgår från vårdsinsatser som ges nu

- ’önskat läge’ som syftar till vårdförlopp och som visar vilka förändringar i uppskattad frekvens av vårdsinsatser som sker på grund av införandet av vårdförlopp inom schizofreni.

Kostnaderna beräknades sedan för varje utökad respektive minskad insats genom att multiplicera antalet insatser med priserna för dem i form av personalkostnader. Priset på varje typ av insats har estimerats beroende på lönekostnad för de medverkande behandlarna, med hjälp av lönestatistik från Region Stockholm. De identifierade insatserna, i den aktuella analysen berör endast personalkostnader, vilka betraktas som återkommande poster i kostnadsanalyser. Eftersom dessa kostnader har förändrats under de fem som kostnadsberäkningarna baseras på har kostnaderna justerats med diskonteringsränta (tre procent) och inflationstakt (två procent) för att beräkna det nuvarande värdet av dem.

För att bedöma kostnadseffekten av att införa vårdförloppen utvecklade vi två scenarier för varje situation (TAU och vårdförlopp). Den första förutsätter att individerna endast behöver öppen vård och den andra behandlar en kombination av öppen och sluten vård. Vid beräkningen av kostnaderna för det andra scenariot är utgångspunkten att en individ inte har öppen vård och sluten vård samtidigt. Därmed överstiger den totala sjukvårdsperioden per individ inte mer än 12 månader per år. Beräkningarna gäller totala kostnader för en tänkt medelpatient under en femårsperiod för två olika scenarier. Kostnaderna under de första tre åren varierar, medan det fjärde året tjänar som uppskattad kostnad om man vill uppskatta personalkostnader för kommande år. Kostnaderna i beräkningarna inkluderar personalomkostnadstillägg (PO-tillägg). I PO-tillägget ingår dels de arbetsgivaravgifter som bestäms av riksdagen (lagstadgade socialavgifter), dels de avgifter som bestäms i kollektivavtal mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och fackföreningarna inom offentlig sektor (till försäkringar och avtalspensioner). Semesterdagtillägg är dock inte medräknat. Denna kostnadsuppskattning innefattar kostnaderna i samband med själva behandlingen och inkluderar inte några strukturella förändringar. Utbildningskostnader eller overheadkostnader ingår inte heller i analysen.

3.3.2. Data

För att ta fram ett estimat på vad ett besök i öppenvårdspsykiatrin kostar, gjordes beräkningar utifrån aktuella medellönenivåer per månad i Region Stockholm, inklusive PO-tillägg men exklusive semesterdagstillägg, för följande yrkeskategorier:

- Specialistläkare
- Specialistutbildad sjuksköterska
- Psykolog
- Kurator
- Mentalskötare
- Arbetsterapeut
- Fysioterapeut

Månadskostnaden för respektive yrkeskategori dividerades med 165 för att få fram timkostnaden. För att få fram ett estimat på antalet besök per år i treatment as usual (TAU) respektive om man arbetar utifrån vårdförloppet (VF), användes en modifierad Delphi-metod [3]. Enskilda experter samt experter i den nationella arbetsgruppen har medverkat och utifrån sin erfarenhet och kunskap uppskattat frekvensen av besök hos en individ med psykossjukdom när vård- och stödinsatser enligt TAU, samt när vård och insatserges utifrån vårdförloppen. Estimaten syftar inte till att exakt beskriva varje yrkesgrupps insatser utan syftar snarare till att beskriva skillnaden i besöksfrekvens samt i arbetssätt, då vårdförloppen innebär en större andel

teambesök. Detta innebär att patienten oftare träffar minst två behandlare vid sitt besök när man arbetar utifrån vårdförloppet.

Öppen vård

Frekvensen för gruppbesök skiljer sig också åt mellan TAU och VF. Gruppbesökskostnaden har beräknats utifrån att det är fem deltagare i varje grupp och att varje besök varar i två timmar. Overheadkostnader är inte inkluderade i beräkningen. Många verksamheter skiljer sig dessutom från det som är beskrivet, då variationerna mellan verksamheter i landet är stor. Nedanstående estimat ska ses som typexempel som man kan utgå ifrån när man planerar och diskuterar sin verksamhet och införandet av vårdförloppen. Medellönen för en specialistsjuksköterska har använts som estimat för kostnaden för en case manager/vård- och stödsamordnare.

Tabell 4. Estimerade medelvärden för antal besök enligt TAU

Yrkeskategori	Medelvärde antal besök månad 1—3	Medelvärde antal besök månad 4—12	Medelvärde antal besök år 2	Medelvärde antal besök år 3	Medelvärde antal besök år 4 och framåt
Läkare [2]	3	4	2	2	2
Case manager/ sjuksköterska [3]	8	9	6	4	2
Gruppbesök[4]	0	3,6	4,8	2,4	2,4

I TAU-tabellen (Tabell 4) är gruppbesöken beräknade utifrån att 20 procent av patienterna under första och andra året får gruppbesök, medan motsvarande siffra för följande år är 10 procent. Medelvärdet för gruppbesök under TAU är relativt lågt och stabilt under alla år, till skillnad från medelvärdet då man arbetar enligt vårdförloppen (se Tabell 5).

Tabell 5. Estimerade medelvärden för antal besök vid arbete enligt vårdförloppen för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Yrkeskategori	Medelvärde antal besök månad 1—3	Medelvärde antal besök månad 4—12	Medelvärde antal besök år 2	Medelvärde antal besök år 3	Medelvärde antal besök år 4 och framåt
Läkare och case manager/ sjuksköterska	8	9	10	6	4
Case manager/ sjuksköterska	4	18	10	10	3
Psykolog			Neuropsykologisk utredning inklusive återgivning		

[2] Kostnad estimerad specialistläkare
[3] Kostnad estimerad specialistutbildad sjuksköterska
[4] Kostnad estimerad utifrån medellön specialistutbildad ssk och medellön paramedicinare (medelvärde av psykolog, kurator arbetsterapeut och fysioterapeut)

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Gruppbesök[5]	0	18	30	30	2

I vårdförloppstabellen (Tabell 5) är gruppbesöken beräknade utifrån att alla individer får gruppbesök. Den stora skillnaden i medelvärden mellan gruppbesök under år tre och följande år beror på att den mest intensiva fasen är under de första åren efter insjuknandet. Från år fyra och framåt så blir medelvärdet lägre, då många individer redan fått insatserna. De uppskattade värdena gäller därför för många år framåt. Den neuropsykologiska utredningen har inkluderats under det andra året då denna inte alltid är möjlig att genomföra tidigare.

Sluten vård

Tabell 6. Antal vårddygn per år inom sluten vård

	Vårddygn år 1	Vårddygn år 2	Vårddygn år 3	Vårddygn år 4 och framåt
TAU	14	10	6	2
VF	14	10	6	1

Uppskattningar av slutenvårdskonsumtion för de patienter som omfattas av vårdförloppen, utgår ifrån slutenvårdskonsumtion år 2019 i Region Stockholm för personer med diagnos F20—29. Utgångspunkten är att slutenvårdskonsumtionen inte påverkas av vårdförloppen under de första tre åren. Från och med år fyra bedöms dock att det intensiva arbetet enligt vårdförloppet i öppen vård kan ge en minskning i antalet dygn i sluten vård. På grund av svårigheter att uppskatta effekterna av vårdförloppet på sluten vård, har stor försiktighet idkats och endast en liten reduktion av antalet vårddygn på längre sikt har estimerats.

3.3.3. Resultat

I detta avsnitt beskrivs kostnaden i form av uppskattade medelvärden per individ. Båda scenarierna, det vill säga behandling endast i öppen vård och behandling i både öppen och sluten vård enligt TAU och vårdförlopp beskrivs. Även hur införandet av vårdförloppen leder till de uppskattade kostnadsförändringar beskrivs.

[5] Kostnad uppskattad utifrån medellön en specialistutbildad sjuksköterska och en medellön paramed (psykolog, kurator och arbetsterapeut)

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Scenario 1: Enbart öppen vård

Kostnaderna för de patienter som får öppen vård idag beräknas under en femårsperiod till totalt 26 525 kronor. De enskilda besöken hos läkare (specialistpsykiatri) står för 42,7 procent av de totala kostnaderna, följt av enskilda besök hos sjuksköterskor (specialistpsykiatri) som utgör 41,6 procent av de totala kostnaderna. Rollen som vård- och stödsamordnare/case manager är i analysen inkluderad i kostnaderna för specialistutbildad sjuksköterska. Om denna roll innehas av annan personalkategori så kommer frekvensen sjuksköterskeinsatser att minska. Vidare uppskattas den största andelen av kostnaderna uppstå under det första året av behandlingen. Motsvarande 11 468 kronor (43 procent) av de totala kostnaderna under fem år uppstår under det första året. Under år två minskar kostnaderna till 3 652 kronor och minskar ännu mer under de följande åren. Gruppbesöken med två icke-läkare utgör 15,6 procent av de totala kostnaderna för öppen vård.

Tabell 7. Öppenvårdskostnader i nuläget (TAU)

Vårdtyp	Personal	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Enskilt besök	Läkare (Specialist psykiatri)	5,359	1,516	1,502	1,487	1,473	11,336	42,7%
Enskilt besök	Sjuksköterska (Specialist psykiatri)	6,109	2,135	1,410	698	691	11,043	41,6%
Gruppbesök	Två icke-läkare	972	1,284	636	630	624	4,146	15,6%
Totala kostnader		**11,468**	**3,652**	**2,911**	**2,185**	**2,164**	**26,525**	**100,0%**
Andelen kostnader		**43%**	**14%**	**11%**	**8%**	**8%**	**100%**	

Vid införandet av vårdförloppen ökar kostnaderna inom öppenvården till totalt 105 402 kronor. Att inkludera neuropsykologisk utredning från grundutbildade psykologer under det andra året av den femåriga behandlingen bidrar till en kostnadsökning med 3 607 kronor. Ökningen av övriga kostnader kan förklaras av en ökad besöksfrekvens i form av teambesök varje år med läkare och sjuksköterskor samt övrig personal. Sådana kostnader bidrar med 45,5 procent respektive 30,4 procent av de totala kostnaderna i de femåriga behandlingskostnaderna.

Tabell 8. Öppenvårdskostnader i önskat läget (vårdförlopp)

Vårdtyp	Personal	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Enskilt besök	Psykolog (Grundutbildad)	-	3,607	-	-	-	3,607	3,4%
Teambesök	Läkare & sjuksköterska	21,373	11,140	6,619	4,370	4,327	47,830	45,4%
Teambesök	Två icke-läkare	14,858	6,688	6,623	1,968	1,949	32,085	30,4%
Gruppbesök	Två icke-läkare	4,862	8,026	7,948	525	520	21,880	20,8%
Totala kostnader		**41,093**	**29,461**	**21,190**	**6,862**	**6,796**	**105,402**	**100,0%**
Andelen kostnader		**39%**	**28%**	**20%**	**7%**	**6%**	**100%**	

Sammanfattningsvis uppskattas den totala kostnaden för en femårig behandling med endast öppen vård bli fyra gånger så hög som i nuläget vid införandet av vårdförloppen.

Scenario 2: Öppen vård och sluten vård

Baserat på antagandet att många individer behöver både öppen och sluten vård, uppskattas den totala kostnaden för insatser under en femårsperiod till 244 688 kronor i nuläget, där 89 procent är relaterat till sluten vård. Kostnaderna är till stor del koncentrerade till det första året (42 procent) och minskar under de följande åren. Då öppen och sluten vård inte kan överstiga 365 dagar under ett år, har öppen vård minskats med motsvarande dagar i sluten vård. På så sätt görs beräkningen antingen utifrån öppen vård eller sluten vård och inte båda samtidigt.

Tabell 9. Öppen- och slutenvårdskostnader i nuläget (TAU)

Vårdtyp	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Öppen vård	12,063	4,800	3,489	2,799	2,772	25,924	11%
Sluten vård	91,000	64,371	38,247	12,624	12,503	218,744	89%
Totala kostnader	**103,063**	**69,171**	**41,735**	**15,423**	**15,275**	**244,668**	**100%**
Andelen kostnader	**42%**	**28%**	**17%**	**6%**	**6%**	**100%**	

Vid införandet av vårdförloppen ökar de totala kostnaderna till 308 452 kronor, där den större andelen (67 procent) fortfarande utgörs av sluten vård, men där andelen öppenvårdskostnader har ökat från 11 procent (TAU) till 33 procent. Observera att även efter införandet av vårdförloppen så uppstår 42 procent av kostnaderna under det första året, vilket sedan minskar under de följande åren.

Tabell 10. Öppen- och slutenvårdskostnader i önskat läge (vårdförlopp)

Vårdtyp	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Öppen vård	39,686	28,654	20,841	6,312	6,777	102,271	33%
Sluten vård	91,000	64,371	38,247	6,312	6,251	206,181	67%
Totala kostnader	**130,686**	**93,025**	**59,088**	**12,624**	**13,028**	**308,452**	**100%**
Andelen kostnader	**42%**	**30%**	**19%**	**4%**	**4%**	**100%**	

Sammanfattningsvis bedöms de totala kostnaderna för en femårig behandling med en kombination av öppen och sluten vård öka 1,26 gånger som en följd av införandet av vårdförloppen, i jämförelse med nuläget. Samtidigt bör det noteras att andelen av de totala kostnaderna som utgörs av öppen vård ökade med tre gånger vid införande av vårdförloppet (från 11 procent i tabell 6 till 33 procent i Tabell 10). Den lilla kostnadsminskningen kopplad till slutenvård beror på att det har funnits en medveten försiktighet i uppskattningen av förändringar i slutenvårdskonsumtion.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

3.3.4. Slutsatser regioner

Kostnaderna för regionerna förväntas öka till följd av införandet av vårdförloppen. Den ökade frekvensen av besök och förändringen i arbetssätt med ökat teamarbete har ett stort inflytande på kostnaderna i öppen vård samt på den totala vårdkostnaden. Som en följd av öppenvårdskostnadsökningen ökar andelen öppenvårdskostnader från 11 procent till 33 procent av de totala behandlingskostnaderna när det gäller scenario 2. Sammanfattningsvis ökar de totala kostnaderna med fyra gånger för behandling i öppen vård (scenario 1) och 1,26 gånger vid en kombination av öppen och sluten vård (scenario 2).

Arbetsgruppen är medveten om att införandet av eventuella strukturförändringar skulle påverka denna kostnadsuppskattning och analys. Det var dock inte möjligt att uppskatta kostnaderna för dessa strukturförändringar då de varierar mycket över landet, till exempel mellan stad och glesbygd.

Den största svagheten med denna analys är att verkligheten ofta finns mitt i mellan modellerna för TAU och VF. Modellen polariserar och utgår från att TAU innebär få besök och inte inkluderar neuropsykologiska utredningar eller teamarbete. En annan svaghet är att det varit nödvändigt att förenkla modellen vad gäller olika yrkeskategoriers insatser, vilket innebär att det inte finns beräkningar för specifika insatser från arbetsterapeuter, fysioterapeuter med flera. Den ökade frekvensen insatser från främst case manager/vård- och stödsamordnare bedöms dock kunna ersättas av insatser från andra yrkeskategorier utan att kostnaderna förändras signifikant.

Det finns ett hopp om att kostnadsmodellen kan vara ett stöd i planeringen av att införa vårdförloppen. Forskning visar att ökade kostnader vid införande av evidensbaserad vård för patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ändå är kostnadseffektiv, detta gäller främst de ökade kostnaderna de första åren efter insjuknandet.

3.4 Kostnadsanalys kommuner

Treatment as usual (TAU) respektive arbete utifrån vårdförloppet (VF) beräknas inte inom socialtjänsten.

3.4.1. Metod

Baserat på yttranden från insatt personal och experter, identifierades vilka utökade respektive minskade insatser som kan ingå för individer i enlighet med de två vårdförloppen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd för individer med schizofreni.

3.4.2. Analys

Många av de kommunala insatser som tas upp och beräknas nedan är inte relaterade till schizofreni och schizofrenilikande tillstånd specifikt, utan till individens behov oavsett diagnos.

Vårdförloppet i sig leder sannolikt inte till en kostnadsökning då socialtjänstens bedömningar utgår från individens behov och funktionsnivå oavsett bakomliggande diagnos. Socialtjänstens insatser ges inte med automatik till individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd men kostnaden kan komma att öka i och med att kommunerna behöver kunna erbjuda insatser som till exempel individual placement and support (IPS) och sysselsättning. insatserna kan också behövas intensifieras, vilket medför ökade kostnader för socialtjänsten.

Kostnader för biståndsbedömning och utredning kring försörjningsstöd anses inte påverkas av vårdförloppet. Dock är ökad samverkan med hälso- och sjukvård en väntad och önskad

konsekvens, som inledningsvis kan betyda en ökad kostnad men som på sikt leder till mer träffsäkra insatser och ökad självständighet för individen och därmed minskade kostnader.

Initialt kan även kostnader för uppföljning, SIP-möten (samordnad individuell plan), och samverkan i enlighet med case management, IPS och sysselsättning öka.

Att beräkna kostnaderna innebär svårigheter då variationerna mellan kommuner är stora och påverkas av kontextuella faktorer som övriga aktörers insatser samt av geografiska och socioekonomiska faktorer. Kommunens insatser är långsiktiga och kan variera över tid beroende på personens funktionsnivå. Individer med svår funktionsnedsättning har ofta behov av flera insatser inom olika delar av kommunen och samhället.

För att möta målgruppens behov krävs tidiga och samordnade insatser som initialt kan innebära ökade kostnader men som sedan förväntas minska i takt med individens återhämtning och ökande självständighet.

Utredningstiden beror bland annat på problematikens komplexitet och på hur samverkan fungerar med andra aktörer. Individerna i denna målgrupp är ibland bostadslösa och kan komma till korttidsboende utifrån behov av en fördjupad utredning av behov av boendeform, alternativt i avvaktan på att frigöra platser på annat mer varaktigt boende.

Tidiga insatser i enlighet med arbetsrehabiliteringsmetoden IPS, alternativt den studiemotiverande insatsen Supported Education (SEd) leder till ökade möjligheter för personen att komma ut i eller återgå i arbete eller studier. Detta kan medföra att individens beroende av försörjningsstöd minskar och istället kan komma ut i lönearbete. Många gånger är dock individens arbetsförmåga beroende av stabila och långsiktiga kommunala insatser. Hög programtrohet krävs för att IPS ska ge förväntat resultat. Kostnader för kompetensutveckling för IPS samt metodstöd för implementering kommer behövas vilket medför ökade kostnader som inte redovisas nedan.

För de personer som inte är redo för arbete eller studier bör meningsfulla aktiviteter erbjudas. För de kommuner som idag inte erbjuder sysselsättning och IPS kommer vårdförloppet innebära ökade kostnader.

För föräldrastöd redovisas inga kostnader mer än att ett visst föräldrastöd kan ingå i boendestöd. Stöd till familjen och barnet åligger socialtjänsten att utreda och erbjuda oavsett vårdförloppet, men förhoppningsvis kan vårdförloppet leda till att barn uppmärksammas tidigare och får bättre insatser i samverkan mellan region och kommun. Det skulle då kunna innebära ökade kostnader för kommunernas familjestödsenheter eller liknande.

Många av socialtjänstens kostnader är avhängiga andra aktörer och i situationen rådande omständigheter. Samverkan är centralt men svårt att räkna på. Ett antagande är att samverkan kostar i form av tid och resurser men att vinsterna är stora för både individen och samhällsekonomin.

3.4.3. Data

För att ta fram uppskattningar på vad insatser inom socialtjänsten kostar har utgångspunkten varit aktuella medellönenivåer per månad inklusive PO-tillägg, exklusive semesterdagstillägg, i Stockholm Stad för följande yrkeskategorier:

- Socionomer/socialsekreterare
- Personal inom boendestöd
- Personal i boendeformer

Månadskostnaden divideras sedan med 165 för att få fram timkostnaden. Den beskrivande förklarande tabellen nedan redovisar ett kostnadsspann för lönekostnader samt för insatser där den lägre kostnaden för insatserna avser individer med färre behov av insatser och det mest kostsamma avser individer med stora funktionssvårigheter och där det ofta finns en samsjuklighet.

Tabell 11

Enhet	Kostnad	Kommentar
Biståndsbedömare/ socialsekreterare	35 650 kronor per månad	Medellön 2021
Boendestöd	396—471 kr per timme	Genomsnitt 8 timmar per månad
Korttidsboende	1 800—8 500 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendealternativ
Stödboende	450—2 000 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendealternativ
Bostad med särskild service	3 000—4 000 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendealternativ
HVB-hem*	2 000—7 000 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendealternativ
Sysselsättning enligt Socialtjänstlagen	4 600 kronor per månad	Beräknat på snittomfattning 13 timmar per månad
Sysselsättning enligt IPS	4 300 kr per månad	Beräknat på snittomfattning 13 timmar per månad
Försörjningsstöd	9 543 kr per månad	Ensamhushåll riksnorm 2021

3.4.4. Slutsatser kommun

Sammanfattningsvis förväntas kostnaderna för utredningar av individers behov inte påverkas. Kostnaderna för kommunernas insatser kan öka initialt i vårdförloppet då samverkan mellan region och kommun blir mer intensiv. Det kan också behövas utbildningar i exempelvis IPS.

På sikt kan fler individer komma i lönearbete vilket leder till minskade kostnader och en ökad samhällsvinst samt bättre ekonomi för individen.

3.5 Referenser Appendix Hälsoekonomisk kostnadsanalys

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. 2018
2. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GG, O'Brien BJ, Stoddart G. Methods for the economic evaluation of health care Programmes. Third. Oxford Univ. press. York. New York: Oxford University Press. 2015
3. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. Journal of Advanced Nursing. 2000
4. Aceituno, D., Vera, N., Prina, A., & McCrone, P. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: Systematic review. The British Journal of Psychiatry. 2019
5. Secher RG, Hjorthøj CR, Austin SF, Thorup A, Jeppesen P, Mors O, Nordentoft M. Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. Schizophrenia Bulletin. 2015
6. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L, Thorup A, Simonsen E, Nordentoft M. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). British Journal of Psychiatry. 2013

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni - fortsatt vård och stöd

Vårdförloppet inleds när diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är konstaterad sedan minst tolv månader och avslutas om diagnosen avskrivs.

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-09-15	Öppen remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd omfattar insatser från att diagnos schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är konstaterad sedan minst tolv månader till dess att diagnosen avskrivs. Vårdförloppet som avser förstagångsinsjuknade i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och detta vårdförlopp för fortsatt vård och stöd, utgör tillsammans en helhet som täcker de insatser som ska ges vid diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. I detta vårdförlopp används ofta benämningen individ i stället för patient och benämningen insats istället för åtgärd, eftersom vårdförloppet i så hög grad innefattar socialtjänstinsatser och inte bara vård. Vårdförloppen beskriver vilka insatser som ska erbjudas, i vilken ordning och när i vårdförloppet de sker. Vårdförloppen är ett komplement till det nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni, som beskriver hur olika insatser och åtgärder ska utföras.

Individer som har fått insatser enligt vårdförlopp schizofreni - förstagångsinsjuknande inklusive sin första årsuppföljning, ska erbjudas fortsatta insatser i verksamhet med särskilt uppdrag upp till tre till fem år efter första insjuknandet oavsett sjukdomsgrad. Insatserna ges då enligt vårdförlopp förstagångsinsjuknade, med den intensitet, samordning och tillgänglighet som utmärker verksamhet med särskilt uppdrag för förstagånginsjuknande

Sjukdomen har ofta perioder av försämring. Många individer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har kvarstående symtom och funktionsnedsättning som påverkar livssituationen. I nuläget får inte alla individer de insatser de behöver för att kunna leva med så lindrig sjukdom och hög funktionsnivå som möjligt. Den övergripande målsättningen med detta vårdförlopp är att öka tillgången till evidensbaserade vård- och stödinsatser för målgruppen och på så sätt göra det möjligt för fler att återhämta sig.

Initialt i vårdförloppet görs en sammanvägd bedömning utifrån strukturerade skattningar av symtom, funktionsnivå och behov som ligger till grund för ett beslut om individen har lindrig, måttlig till svår eller påtaglig till extremt svår sjukdom och funktionsnedsättning. De olika svårighetsgraderna är inte absoluta. En individ kan exempelvis ha en sjukdomsbild som är blandad, med svår funktionsnedsättning i vissa aspekter samtidigt som hen uppfyller kriterierna för lindrig sjukdom utifrån andra aspekter. Indelningen i svårighetsgrader ska ses som vägledning och stöd för att kunna behovsanpassa de insatser individen behöver. Omprövning av svårighetsgraden görs sedan kontinuerligt i enlighet med aktuell vård- och genomförandeplan eller i kombination med samordnad individuell plan (SIP) samt årligen genom årsuppföljningen. Försämring av individens tillstånd ska alltid uppmärksammas och resultera i en omprövning av sjukdomsgrad och ställningstagande till behov av akuta eller mer intensiva insatser i öppen eller sluten vård. För att följa upp vårdförloppets mål beskrivs indikatorer kopplade till bland annat ledtider, läkemedelsanvändning och biverkningar samt individens livssituation.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och detta dokument 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.

Innehåll

1. Beskrivning av vårdförlopp 5
1.1. Om schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 5
1.2. Omfattning 6
1.3. Vårdförloppets mål 7
1.4. Ingång och utgång 7
1.5. Flödesschema för vårdförloppet 8
1.6. Vårdförloppets insatser 9
1.7. Personcentrering och patientkontrakt 19
2. Uppföljning av vårdförlopp 20
2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter 20
2.2. Preliminära indikatorer för uppföljning 21
3. Bakgrund till vårdförlopp 23
3.1. Nulägesbeskrivning utifrån ett individperspektiv 23
3.2. Kompletterande kunskapsstöd 24
3.3. Arbetsprocess 24
4 Referenser 27
Appendix 28
A. Utmaningar ur individens perspektiv 28
B. Individens resa mot återhämtning vid schizofreni och liknande tillstånd 30

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården och socialtjänst samt till en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för individen. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserade insatser ska tillämpas på ett individ- och behovsanpassat sätt. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt (vårdplan, genomförandeplan eller i kombination med samordnad individuell plan) som ska tillämpas i vårdförloppen. Patientkontrakt innebär också att individer och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska tas tillvara med hjälp av en case manager/vård och stödsamordnare, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras vad individen respektive vad vården och socialtjänsten tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst som ska få stöd i det kliniska mötet med individer och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp. De riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1. Om schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Schizofreni och schizofreniliknande 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. Ovan nämnda diagnoser kommer fortsättningsvis benämnas schizofreni och liknande tillstånd.

Knappt en halv procent av befolkningen är diagnostiserade med schizofreni eller liknande tillstånd, vilket motsvarar cirka 50 000 individer. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. Cirka 1 500–2 000 individer insjuknar varje år i schizofreni eller liknande tillstånd, av vilka uppemot 800 individer får diagnosen schizofreni. Det är vanligast att insjukna mellan 18 och 30 års ålder [1].

Individer med schizofreni har cirka 15 år kortare medellivslängd jämfört med befolkningen i övrigt. Utöver en förhöjd risk för suicid är de vanligaste dödsorsakerna hjärt-, kärl- och cancersjukdomar som ofta diagnostiseras sent i sjukdomsförloppen. Rökning, stillasittande och ogynnsamma levnadsvillkor bidrar till ökad sjukdomsutveckling, liksom biverkningar av antipsykotiska läkemedel. Insatser för att upptäcka riskfaktorer för fysisk ohälsa och sjukdom och i kombination med stöd till livsstilsförändringar är därför viktiga [1]. Likaså är stödjande insatser för att säkerställa att individen får adekvat vård vid fysisk ohälsa betydelsefullt.

De vanligaste symtomen vid schizofreni och liknande tillstånd är hallucinationer, vanföreställningar, tankestörningar, koncentrationssvårigheter, desorganiserat beteende eller tänkande, förändrat känsloliv och passivitet. Många behöver omfattande insatser, från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, periodvis eller kontinuerligt under livet. Psykotiska symtom i samband med annan sjukdom, tillfällig användning av droger eller situationsutlösta psykoser kräver oftast en kortare behandlingsinsats än diagnoser som schizofreni och schizoaffektivt

syndrom. Bruk av droger är vanligt och en komplicerande faktor som också behöver identifieras och behandlas parallellt.

En meningsfull sysselsättning är en del av en god livskvalitet för alla människor och att återgå i arbete eller studier är en viktig del i återhämtningen.

Tillstånden påverkar ofta även livet för individens närstående i hög utsträckning varför samarbete med och stöd till dem är viktigt [1].

De flesta (uppskattningsvis 60–70 procent) som får vård och stöd har kvarstående symtom och funktionsnedsättning. Denna påverkar vardagslivet, möjligheter till att ingå i sociala sammanhang samt tillgång till arbete eller studier. Sjukdomens svårighetsgrad varierar ofta över tid. Med behovsanpassade vård- och stödinsatser kan symtomen mildras och bästa möjliga funktionsförmåga med en god livskvalitet uppnås. I dessa fall är uppsökande, relationsskapande och motiverande insatser centrala för att undvika tvångsåtgärder i de fall individen riskerar att fara illa genom att skada sig själv eller andra. Återhämtning är målet med vård och stöd för alla individer med schizofreni och liknande tillstånd. För att detta ska vara möjligt att uppnå krävs en kontinuerlig kontakt med specialistpsykiatri, socialtjänst och vid behov primärvård, som erbjuder hög tillgänglighet till samordnade och individanpassade insatser.

1.2. Omfattning

Vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd omfattar insatser från att diagnos schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är konstaterad sedan minst tolv månader till dess att diagnosen avskrivs.

Individ som har fått insatser enligt vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande inklusive sin första årsuppföljning ska erbjudas fortsatta insatser i verksamhet med särskilt uppdrag upp till tre till fem år efter första insjuknandet oavsett sjukdomsgrad. Insatserna ges då enligt vårdförloppet för förstagångsinsjuknade med den intensitet, samordning och tillgänglighet som utmärker verksamhet med särskilt uppdrag för förstagånginsjuknande. För mer information om sådan verksamhet se VIP – Verksamhet med särskilt uppdrag förstagångsinsjuknande i psykos.

Vårdförloppet för förstagångsinsjuknade i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och detta vårdförlopp för fortsatt vård och stöd, utgör tillsammans en helhet som täcker de insatser som ska ges vid diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Vårdförloppen omfattar insatser från olika verksamheter som till exempel socialtjänst, specialiserad psykiatrisk öppen och slutenvård. Vårdförloppen beskriver vilka insatser som ska erbjudas, i vilken ordning och när i vårdförloppet de sker. Vårdförloppen är ett komplement till det nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni, som beskriver hur olika insatser ska utföras.

Centralt för vårdförlopp Schizofreni - fortsatt vård och stöd är den sammanvägda bedömning som ligger till grund för ett beslut om individen vid bedömningstillfället har lindrig, måttlig till svår eller påtaglig till extremt svår sjukdom och funktionsnedsättning. De olika svårighetsgraderna är inte absoluta. En individ kan exempelvis ha en sjukdomsbild som är blandad, med svår funktionsnedsättning i vissa aspekter samtidigt som hen uppfyller kriterierna för lindrig sjukdom utifrån andra aspekter. Vårdförloppet tydliggör vilka insatser som kan vara aktuella vid de olika svårighetsgraderna och vilka som är gemensamma för olika svårighetsgrader. Indelningen i svårighetsgrader ska ses som vägledning och stöd för att kunna behovsanpassa de insatser individen behöver. Den sammanvägda bedömningen grundar sig på strukturerade skattningar av individens symtom och funktion, samt utredning av individens behov och livssituation.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Omprövning av tillståndets svårighetsgrad görs

- kontinuerligt och i enlighet med aktuell vård- och genomförandeplan eller i kombination med samordnad individuell plan (SIP)
- årligen vid årsuppföljningen som utöver psykiatrisk bedömning och bedömning av behov också inkluderar kontroll av fysisk hälsa och läkemedelsgenomgång
- vid behov då försämring uppmärksammats.

Allvarlig försämring av individens tillstånd ska resultera i beslut om akuta, mer omfattande och intensiva insatser ska ges inom öppen eller sluten vård.

1.3. Vårdförloppets mål

Målsättningen är att fler individer med schizofreni och liknande tillstånd genom samordnade vård-och stödinsatser

- får tidiga insatser vid försämring för att främja snabb återhämtning
- finner sin väg till upplevd personlig återhämtning och känsla av hopp
- uppnår en högre funktionsnivå, får minskade symtom, ökad självständighet och minskad grad av isolering
- kommer ut i arbete, studier eller andra meningsfulla aktiviteter
- uppnår ökad hälsa genom större möjlighet att förebygga och behandla fysisk sjukdom
- genomgår årliga uppföljningar av symtom, funktionsnivå, läkemedel och andra insatser, fysisk hälsa, behov och livskvalitet
- minskar antalet suicidförsök och fullbordade suicid.

Målsättningen är också att individen ska

- ha en uppdaterad, välkänd och tydlig vård- eller genomförandeplan och eventuellt en samordnad individuell plan (SIP)
- genom förebyggande insatser i största möjliga mån kunna undgå psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder.

1.4. Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet ska ske för individer med konstaterad diagnos schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, diagnos F20-29.9 enligt ICD-10-SE [2], sedan minst tolv månader. Vårdförloppet är aktuellt för individer som

- har etablerad kontakt med vård och omsorg
- har haft sin första årsuppföljning enligt vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande
- har tappat sin kontakt med vård och omsorg.

Utgång ur påbörjat vårdförlopp sker i de fallen:

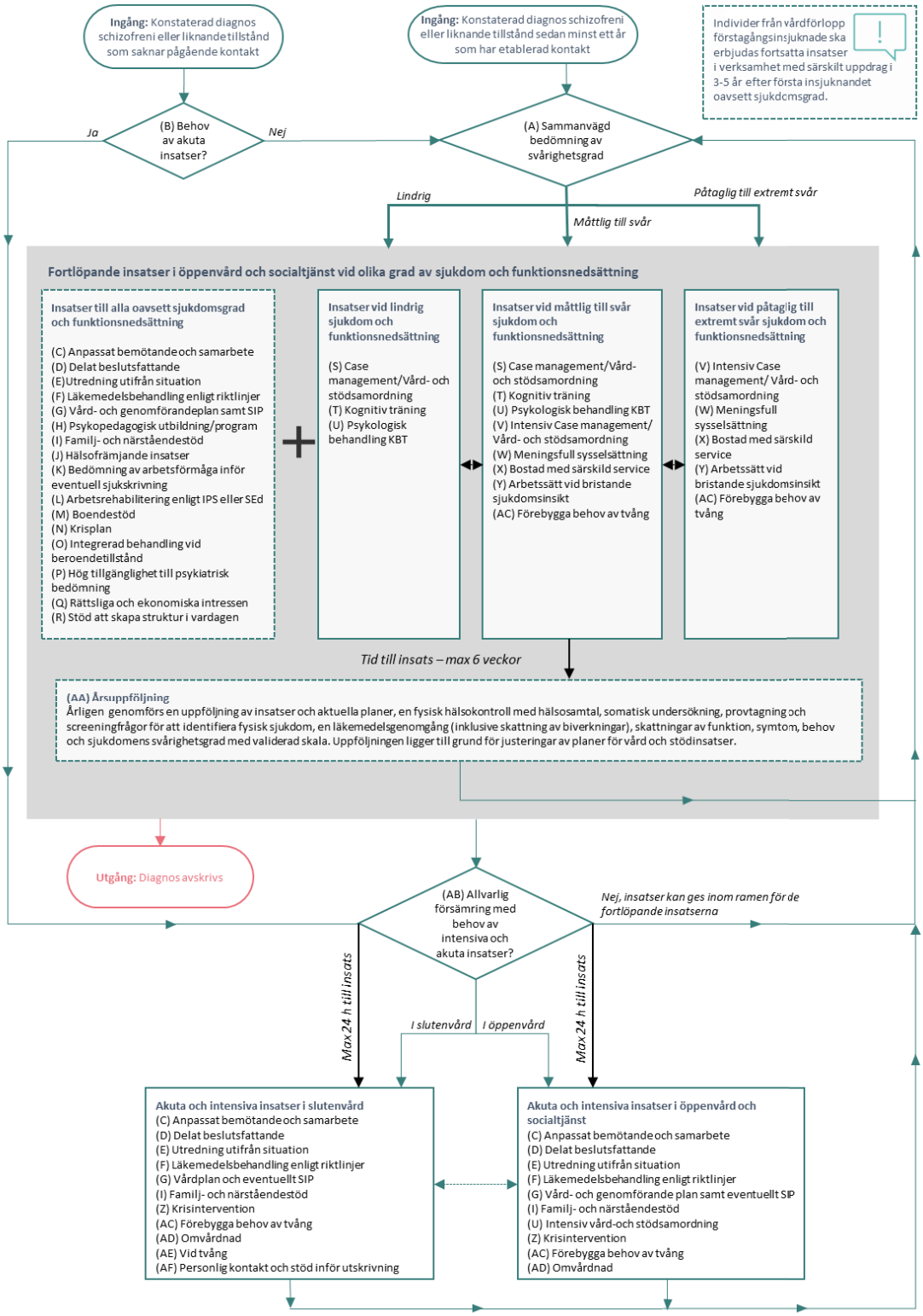
- diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd avskrivs och individen erbjuds vård och stöd utifrån sina behov, utanför detta vårdförlopp.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1.5. Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de insatser som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av insatserna och hänvisning till nationellt vård- och insatsprogram för utförligare beskrivningar, finns i Tabell 1. Alla insatser i vårdförloppet ges alltid utifrån individens unika behov och situation.

Figur 1. Flödesschema i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni fortsatt vård och stöd



Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1.6. Vårdförloppets insatser

Mer information om vissa insatser och hur de ska genomföras finns i Vård- och insatsprogram (VIP) Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [3]. För att komma direkt till respektive insats i VIP, klicka på länken i tabellen nedan. Sök gärna fördjupad information i VIP även där länk inte finns i tabellen. VIP uppdateras kontinuerligt varför länkar till insatser kan komma att läggas till efterhand.

Tabell 1. Insatser i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni fortsatt vård- och stöd.

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(A) Beslut: Sammanvägd bedömning av svårighetsgrad En sammanvägd bedömning utifrån strukturerade skattningar av symtom, funktion och behov samt en klinisk bedömning ligger till grund för beslut om sjukdomens aktuella svårighetsgrad. Väg även in individens och närståendes upplevelse av situationen. Bedömningen ligger till grund för vilka insatser som kan vara aktuella i öppenvård och socialtjänst. **Lindrig sjukdom och funktionsnedsättning** Individer som bedöms vara i remission, har lindriga symtom, hög funktionsnivå och låg risk för allvarlig försämring. **Måttlig till svår sjukdom och funktionsnedsättning** Individer som bedöms ha kvarstående symtom och funktionsnedsättning som påverkar livssituationen märkbart men bedöms ha låg risk att försämras allvarligt. **Påtaglig till extremt svår sjukdom och funktionsnedsättning** Individer som bedöms ha omfattande symtom och funktionsnedsättning som påverkar livssituationen i mycket hög grad. De har hög risk att fara illa, oroa sin omgivning och inte vilja ta emot vård och stöd.	• Beskriv besvär och hur de upplevs. • Fråga om något är oklart. • Be om att få mer information vid behov.
(B) Beslut: Behov av akuta insatser? Behov anses föreligga vid allvarliga symtom och då individen själv eller närstående upplever att situationen är akut. • Ja: Fortsätt till (AB) • Nej: Fortsätt till (A)	• Beskriv besvär och situationen och vilken hjälp som behövs. • Ta hjälp av krisplanen.
(C) Anpassat bemötande och samarbete Lyssna, visa empati, informera, ge stöd och andra omvårdnadsinsatser utifrån behov. Samarbeta med och ge information och stöd till närstående. Anpassa bemötandet efter individens besvär och situation. Skapa förutsättningar för individen och närstående att vara delaktiga. Närstående kan få information och stöd utan att involveras direkt i vården. • Se VIP: Psykiatrisk omvårdnad • Se VIP: Gott bemötande • Se VIP: Samarbete med närstående	• Beskriv besvär och hur de upplevs. • Fråga om något är oklart. • Be om att få mer information vid behov. • Ta ställning till samtycke om att personalen ger insatser och information till närstående.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(D) Delat beslutsfattande Arbeta enligt metoden delat beslutsfattande för att säkerställa att individen själv, vårdpersonalen och närstående tar gemensamma beslut kring vård och stöd. • Se VIP: Delat beslutsfattande	• Beskriv behov och önskemål och vilka insatser och stöd som är att föredra. Våga fråga om något ät oklart. • Ta eget ansvar i behandling genom att genomföra de aktiviteter som är överenskomna. • Delta aktivt och involvera gärna närstående i beslutsprocessen. • Säg ifrån vid upplevelse av att beslut fattas utan ditt samtycke. • Be om att få mer information vid behov.
(E) Utredning utifrån situation Ta anamnes, utred individens symtom, funktion, omvårdnads-/omsorgsbehov, svårighetsgrad av sjukdom och funktionsnedsättning, risk för suicid och våld, med hjälp av exempelvis skattningar. Beroende på situation, gör somatisk undersökning och provtagning, psykosocial utredning och andra fördjupade utredningsinsatser. • Se VIP: Initial kartläggning i specialistpsykiatrin • Se VIP: Diagnostisk utredning schizofreni och liknande tillstånd • Se VIP: Utreda och bedöma behov av insatser för vuxna enligt Socialtjänstlagen • Se VIP: Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk	• Om möjligt, var aktiv genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. • Beskriv besvär och hur de upplevs. • Fyll i eventuella skattningar, delta i undersökningar och beskriv situationen.
(F) Läkemedelsbehandling enligt riktlinjer Välj antipsykotiska läkemedel och administrationssätt i samråd med individen och närstående enligt delat beslutsfattande. Ta hänsyn till situation, ålder och riskfaktorer. Vid svårbehandlad sjukdom eller vid suicidrisk, erbjud Klozapin. Vid risk för avbrott i behandlingen och vid samtidig beroendesjukdom, erbjud depotinjektion. Eftersträva långsam insättning, monoterapi och lägsta effektiva dos. Var uppmärksam på biverkningar och gör täta utvärderingar. Ge tydlig information och individanpassat stöd. • Se VIP: Antipsykotisk läkemedelsbehandling • Se VIP: Uppföljning av antipsykotisk läkemedelsbehandling	• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Berätta om funderingar kring läkemedelsbehandling och om olika alternativ (både administrationssätt och preparat). Involvera gärna närstående. • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. • Beskriv effekt och biverkningar.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(G) Vård- och genomförandeplan samt eventuellt samordnad individuell plan (SIP) Tillsammans med individ och närstående upprätta och kommunicera planer, där överenskommelser om insatser, uppföljning och ansvarsfördelning tydliggörs. • Se VIP: Vårdplan • Se VIP: SIP, samordnad individuell plan • Se VIP: Genomförandeplan	• Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). • Beskriv olika besvär och funderingar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning till vilka personer som ska involveras. • Formulera mål, med stöd av personal vid behov. • Delta i uppföljning.
(H) Psykopedagogisk utbildning eller program Utbilda individ och närstående om möjligt tillsammans, enskilt eller i grupp kring sjukdomen, tillgängliga vård- och stödinsatser samt strategier för att hantera sjukdomen. Utbildningen ska vara strukturerad, anpassad efter individens förmågor och behov samt innehålla interaktiva moment. Erbjud vid behov manualbaserade psykopedagogiska program enligt ESL (Ett självständigt liv) eller IMR (Illness Management and Recovery) i grupp eller enskilt. Erbjud utbildning enligt NECT (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy) för att minska och ge verktyg för att handskas med självstigmatisering. Programmen är utformade för att anpassas efter deltagarnas olika förmågor och behov. • Se VIP: Psykopedagogisk utbildning • Se VIP: NECT metoden • Se VIP: Illness management and recovery – IMR • Se VIP: Ett självständigt liv – ESL	• Delta i utbildningstillfällen (vid behov använd hjälpmedel eller ta hjälp av personal). • Gör eventuella hemuppgifter och övningar. • Delta i planerade möten. • Bidra efter förmåga i gruppsammanhang. • Informera om behov av extra stöd från socialtjänst för att kunna delta.
(I) Familj- och närståendestöd Samarbeta med, ge utbildning och stöd till familj och närstående. Närstående kan få stöd utan att involveras i vården. Om individen är minderårig, ge även stöd i föräldraskapet och anpassade insatser. Överväg orosanmälan till socialtjänsten. • Se VIP: Familjeintervention – utbildning och stöd • Se VIP: Barn som närstående • Se VIP: Föra barnen på tal • Se VIP: Beardslees familjeintervention • Se VIP: Orosanmälan gällande barn och ungdomar	• Ta ställning till samtycke till att personalen får informera närstående. Ett samtycke underlättar att ge närstående stöd.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(J) Hälsofrämjande insatser Uppmärksamma och kartlägg levnadsvanor, fysisk hälsa och tandhälsa. Bedöm behov av och motivation att förändra ohälsosamma levnadsvanor och ge enkla råd. Erbjud, planera, genomför och följ upp stödjande, rådgivande och motiverande insatser för god hälsa. Med god hälsa avses levnadsvanor, fysisk hälsa och munhälsa. När behov av vård, risk för fysisk sjukdom eller bristande tandhälsa uppmärksammas, ge stöd för att säkerställa att individen får adekvat vård. Stödet kan innebära att individen får hjälp att formulera och beskriva sina besvär, ta kontakt med vården, förbereda sig inför och komma iväg till besök för undersökning, behandling eller screening. Involvera primärvård och tandvård vid behov. • Se VIP: Stöd i kontakter vid fysisk ohälsa • Se VIP: Fysisk hälsokontroll • Se VIP: Stöd till god munhälsa	• Se över levnadsvanor 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. • Beskriv kroppsligabesvär och problem med mun och tänder.
(K) Bedömning av arbetsförmåga inför eventuell sjukskrivning Utred och bedöm arbetsförmåga och varaktighet i den eventuella nedsättningen samt anpassa sjukskrivning med hjälp av kriterier och vägledning. Planera för uppföljning. • Se VIP: Sjukskrivning	• Ta ställning till det stöd och hjälp som erbjuds.
(L) Arbetsrehabilitering enligt IPS eller SEd Ge individanpassat stöd till arbete enligt IPS eller till studier enligt SEd • Se VIP: Stöd till arbete enligt IPS-metoden • Se VIP: Sysselsättning supported education SEd	• Fundera kring och berätta om önskemål kring arbete och/eller studier.
(M) Boendestöd Ge stödjande insatser som fokuserar på att stärka individen, praktiskt och socialt, så att hen kan leva ett mer självständigt liv, i bostaden och ute i samhället. • Se VIP: Boendestöd • Se VIP: Boendestöd, vägledning för praktiskt genomförande	• Samarbeta med och ingå överenskommelser med boendestödjare. • Upprätta och följ upp scheman tillsammans med boendestödjare. • Genomför moment enligt planering. • Vid behov, efterfråga ytterligare stöd.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(N) Krisplan Upprätta en skriftlig plan tillsammans med individ och närstående, där risksituationer, individuella tecken på försämring, insatser och ansvarsfördelning vid ett återinsjuknande beskrivs. • Se VIP: Krisplan	• Ta kontakt vid försämring. • Genomför förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare försämring/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 när vid eventuell försämring. • Beskriv vad andra (personal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring. • Beskriv behov vid ett eventuellt återinsjuknande.
(O) Integrerad behandling vid beroendetillstånd Vid skadligt bruk eller beroendetillstånd samarbeta med beroendevård och socialtjänst och säkerställ att insatser ges utifrån behov för båda tillstånden samtidigt och integrerat. • Se VIP: Integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen	• Våga ta hjälp och samarbeta med personalen.
(P) Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning Erbjud en snabb första bedömning vid försämring. • Se VIP: Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning vid misstanke om psykos	• Ta kontakt med vården vid försämring.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(Q) Rättsliga och ekonomiska intressen Individen kan behöva stöd i att tillvarata sina egna intressen. Informera individen om möjlighet till stöd av ett personligt ombud. Vid större behov görs, tillsammans med individen, en ansökan om god man. God man är frivilligt och individen behåller sin rättshandlingsförmåga. I fall där god man är otillräckligt, kan ansökan om förvaltare göras, vilket är en mer ingripande insats. • Se VIP: God man • Se VIP: Personligt ombud	• Be om hjälp med ekonomi och papper utifrån behov.
(R) Stöd att skapa struktur i vardagen Ge stöd och miljöanpassningar för att kompensera för kognitiva svårigheter i syfte att få vardagslivet att fungera. • Se VIP Stöd att skapa struktur i vardagen • Se VIP Kognitivt stöd	• Beskriv i vilka situationer det blir krångligt i vardagen.
(S) Case management/ vård- och stödsamordning Erbjud en case manager/vård- och stödsamordnare som samordnar och tar ansvar för att individen får tillgång till integrerade behandlings- och stödinsatser som bidrar till återhämtning och ökad självständighet från olika aktörer. Case manager/vård- och stödsamordnare kan utses i både hälso-och sjukvården och i socialtjänsten. • Se VIP: Case management/Vård-och stödsamordning	• Samarbeta med case manager/vård- och stödsamordnare.
(T) Kognitiv träning Erbjud kognitiv träning enligt programmet IPT-k (integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning) eller datorbaserade träningsprogram. • Se VIP IPT-k, integrerad psykologisk terapi-kognitiv träning • Se VIP Kognitiv träning, datorbaserad	• Genomför moment enligt planering.
(U) Psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) Utifrån behov, situation och önskemål bedöms om psykologisk behandling kan ges individuellt eller i grupp. Individuell behandling rekommenderas. • Se VIP Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid kvarstående symtom	• Genomför moment enligt planering.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(V) Intensiv case management/ vård- och stödsamordning. En case manager/vård- och stödsamordnare arbetar aktivt uppsökande, har tät kontakt med ett färre antal individer och säkerställer tillgång till, och samordning av, integrerade behandlings- och stödinsatser självständighet från olika aktörer. Tillgång till ett team där fler yrkesfunktioner från olika aktörer inkluderas efter individens behov och önskemål, är en del av insatsen. Teamet har ett delat ansvar för behandling och stöd. • Se VIP: Case management/Vård-och stödsamordning	• Samarbeta med case manager/vård- och stödsamordnare.
(W) Meningsfull sysselsättning Föreslå en ansökan till kommunen om daglig aktivitet utanför hemmet, för att öka livskvaliteten och skapa struktur i vardagen, till individer som för tillfället inte kan eller vill arbeta/studera. • Se VIP: Daglig aktivitet utanför hemmet	• Fundera kring och berätta om vad som skulle vara meningsfullt att göra om dagarna.
(X) Bostad med särskild service/Bostad först Erbjud anpassad bostad med bemanning och särskild service för individer som har stora svårigheter att klara ett självständigt hem erbjuds. Erbjud egen bostad med anpassat stöd för individer som är hemlösa. • Se VIP: Bostad med särskild service • Se VIP: Bostad först • Se VIP: Hem för vård och behandling (HVB)	• Berätta om behov i hemmet och fundera över olika alternativ.
(Y) Arbetssätt vid bristande sjukdomsinsikt Arbeta uppsökande, förebyggande och motiverande. Gör täta försök att skapa kontakt och samarbete på individens villkor. Lyssna på, visa empati och respekt för individens upplevelse. Erbjud vård- och stödinsatser för besvär som individen upplever. Samarbeta med närstående. Var uppmärksam på om individen är så allvarligt sjuk att hen är en fara för sin egen eller annans säkerhet och motsätter sig vård trots upprepade försök att motivera till frivillig vård. En vårdintygsbedömning behöver då göras skyndsamt.	• Beskriv din situation. • Försök förklara olika val och handlingar.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(Z) Krisintervention Vid allvarlig försämring, erbjud snabbt en kontakt där individen befinner sig. Kartlägg situationen, ge stöd, gör en krisplan, informera och ge insatser utifrån behov. • Se VIP: Krisintervention	• Beskriv besvär så som de upplevs. • Berätta om den aktuella situationen och akuta behov. • Ta ställning till samtycke om att närstående får involveras för att ge en så bra bild av situationen som möjligt. • Vid behov efterfråga stöd till närstående (till exempel hemmavarande barn). • Närstående kan få stöd utan att involveras direkt i vården.
(AA) Årsuppföljning Uppföljningen ligger till grund för omprövning av sjukdomsgrad, funktionsförmåga och behov samt justeringar i planer för vård- och stödinsatser. Genomför årligen: • fysisk hälsokontroll med hälsosamtal, somatisk undersökning, provtagning och screeningfrågor för att identifiera fysisk sjukdom • läkemedelsgenomgång (inklusive skattning av biverkningar) • strukturerade skattningar av funktion, symtom och sjukdomens svårighetsgrad • bedömning av risk för suicid och våld • bedömning av fortsatta behov genom uppföljning av lämnade insatser och stöd. • Förekommer samordnade insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst kommuniceras uppföljningsresultaten så att samordning och helhetsperspektivet bibehålls. • Se VIP: Årsuppföljning • Se VIP: Fysisk hälsokontroll • Se VIP: Systematisk uppföljning på individnivå i socialtjänsten	• 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.

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(BB) Beslut: Allvarlig försämring med behov av intensiva och akuta insatser? Behov anses föreligga när symtom har förvärrats avsevärt och individen själv eller närstående upplever att situationen är akut. Utifrån en sammanvägd bedömning av situationen och överenskommelse med individ och eventuellt närstående beslutas om insatser. Om omvårdnadsbehoven bedöms vara så omfattande att de inte kan tillgodoses i öppenvården är sluten vård aktuellt. Om individen motsätter sig frivillig vård och bedöms vara farlig för annans personliga säkerhet eller sin egen fysiska eller psykiska hälsa kan vård med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) vara aktuell. Om fortsatt vård inom sluten vård är aktuellt: Fortsätt till Akuta och intensiva insatser i sluten vård. Om fortsatt vård inom öppenvård är aktuellt: Fortsätt till Akuta och intensiva insatser inom öppenvård och socialtjänst. Observera att dessa insatser ska ske inom 24 timmar.	• Ta kontakt med vården vid försämring. • Beskriv besvär och hur de upplevs. • Beskriv situationen. • Beskriv aktuella behov.
(CC) Förebygga behov av tvång Arbeta aktivt med att skapa förtroendefulla relationer till individen, säkerställ tidiga insatser vid försämring och ha fungerande rutiner för en trygg och meningsfull sluten vård. Anpassa förhållningssätt och bemötande för att dämpa eventuell frustration och ilska i syfte att hindra att situationer uppstår som kan leda till behov av tvångsvård och tvångsåtgärder. • Se VIP: Förebygga hot och våld i verksamheten	• Tala med personalen eller närstående om eventuell frustration och ilska du känner. • Kontakta personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur och varför personalen kan förbättra situationen. • Visa hänsyn till andra individer.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(DD) Omvårdnad Säkerställ att individens behov av mat, vätska, sömn, hygien, aktivitet, vila och trygghet är tillgodosedda. Utgå ifrån individens behov, önskemål och resurser och kom tillsammans överens om omvårdnadsinsatser. Se till individens behov av • att känna hopp om att återhämtning är möjlig • hälsosamma levnadsvanor, ökad självständighet och tilltro till sin egen förmåga. Ge stödjande och motiverande insatser som syftar till • ökad kunskap om tillståndet • fungerande allmän daglig livsföring (ADL) • att hantera besvärande symtom som till exempel röster, stress, oro och sömnsvårigheter. Erbjud dagliga omvårdnadssamtal enligt överenskommelse med individen i syfte att öka delaktighet och trygghet. Var uppmärksam på biverkningar och effekt av läkemedel. Utvärdera insatser gemensamt och kontinuerligt. • Se VIP: Psykiatrisk omvårdnad • Se VIP: Omvårdnadssamtal vid slutenvård	• Våga be om och ta emot hjälp och stöd. • Genomför aktiviteter som är överenskomna. • Be om ytterligare stöd och hjälpa vid behov. • Våga ha tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om det är något som är svårt att förstå.
(EE) Vid tvång Säkerställ att rutiner kring information och stöd till individen finns, är tydliga och följs. Målsättningen är alltid att individen ska ta emot vård frivilligt. Var särskilt noga med att visa empati, respekt för individens situation och upplevelse samt erbjuda samtal. Om tvångsåtgärder är oundvikliga ska de genomföras med största möjliga hänsyn till individens integritet, av personal med hög omvårdnadskompetens. Ett uppföljningssamtal ska erbjudas efter genomgångna tvångsåtgärder där individen får möjlighet att delge sin upplevelse, med syfte att lindra eventuellt trauma och undvika framtida tvångsåtgärder. Om individen efter slutenvårdsvistelse fortsatt motsätter sig vård som bedöms nödvändig kan öppen vård med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) vara aktuell.	• Delta vid uppföljningssamtal och beskriv tvångssituationen som den upplevdes. • Berätta vad som hade kunnat göras för att undvika tvång. • Berätta hur personalen kan göra för att skapa trygghet och minska lidande.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(FF) Personlig kontakt och stöd inför utskrivning Planera gemensamt för utskrivning med individ, närstående, öppen vård och vid behov socialtjänst och andra aktörer. Säkerställ att vård- och stödinsatser fortsätter och följs upp genom att öppen vård/socialtjänst tar personlig kontakt med individen innan utskrivning. • Se VIP: Personlig kontakt inför utskrivning från slutenvård	• Samarbeta med personalen. • Berätta om behov och önskemål.

1.7. Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontrakt är beaktat i ovan beskrivna insatser. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

I vårdförloppet är det viktigt att beakta innehållet i patientkontraktet och ta fram en gemensam överenskommelse mellan individer och vårdpersonal om den fortsatt vården, så att delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan kan uppnås. Vård-och omsorgsplanen och/eller den samordnade individuella planen är verktyg för att uppnå detta. Enligt patientkontraktet är det också viktigt att det utses en namngiven fast vårdkontakt, vilket kan vara vård- och stödsamordnaren som tillämpar arbetssätt för delat beslutsfattande.

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

I vårdförloppet återkommer även upprättandet av vårdplan, genomförandeplan och i de fall då individen behöver insatser från flera aktörer även samordnad individuell plan(SIP). I planerna ska överenskommelser om insatser, ansvarsfördelning, tid för genomförande och uppföljning tydliggöras. Individens berättelse och vad som är viktigt för hen ska vara i fokus när den gemensamma överenskommelsen om vård- och stödinsatser skapas. Den ska skapas i dialog och syftar till att öka delaktigheten i vård och stöd samt tydliggöra ansvarsområden för individen själv, för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Alla individer i vårdförloppet ska 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 insatsen 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.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och insatser följs upp genom resultat- och processmått och skapar förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. För varje vårdförlopp ska en plan för uppföljningen arbetas fram och beslutas i berörda samverkansgrupper, antingen i samband med beslutet om vårdförlopp eller så snart som möjligt därefter. Planen ska ange vad som ska göras för att en ändamålsenlig uppföljning ska kunna realiseras – precisering av indikatorer, beskrivning av hur olika variabler ska fångas regionalt samt hur och vilken nationell datainsamling som ska ske och hur resultat ska presenteras. Arbetet med uppföljning av vårdförlopp ska också bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Det pågår ett arbete för att justera och ensa indikatorerna i det nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) schizofreni, vårdförloppet schizofreni förstagångsinsjuknande, Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, PsykosR kvalitetsregister samt detta vårdförlopp, Schizofreni – fortsatt vård och stöd.

I nuläget hämtas de flesta indikatorerna i vård- och insatsprogrammet – schizofreni samt vårdförloppen vid schizofreni från kvalitetsregistret PsykosR som i nuläget har en begränsad täckningsgrad. Detta gör att resultaten i nuläget inte kan ses som representativa och att alltför få vårdgivare och regioner i nuläget kan använda kvalitetsregistret vid uppföljning av vårdförloppet. Registret har hösten 2021 beviljats medel för en utvecklingssatsning som bland annat syftar till att öka täckningsgraden, så att registret ska kunna fungera väl som stöd för uppföljning av vårdförloppets indikatorer. En förutsättning för ökad registrering och användning av PsykosR är att vårddokumentationen är strukturerad och möjliggör datafångst utan, eller med mindre inslag av, separat registrering. Detta utvecklingsprojekt kommer därför att ha en nyckelroll i att möjliggöra eller stödja uppföljning för många av vårdförloppets indikatorer.

Några indikatorer kan baseras på Socialstyrelsens hälsodataregister och Läkemedelsregistret. Även Nationell Patientenkät kan komma att användas vid ett eventuellt gemensamt initiativ för att fånga individens erfarenheter för olika vårdförlopp/sjukdomsgrupper. En möjlighet för några indikatorer kan vara att använda uppgifter från regionernas vårdinformationssystem, med idag tillgängliga diagnos- och KVÅ-koder som grund.

Av ovanstående skäl får indikatorerna i Tabell 2 och Tabell 3 betraktas som preliminära och i detta skede primärt ge uttryck för vilka områden som bör följas upp.

2.2. Preliminära indikatorer för uppföljning

Indikatorerna i Tabell 2 och Tabell 3 visar vilka områden som avses följas. För detaljerad information om hur indikatorerna ska beräknas hänvisas till webbplatsen www.kvalitetsindikatorkatalog.se där kompletta specifikationer av indikatorerna publiceras i takt med att de är informatiskt genomarbetade.

Tabell 2. Resultatmått

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Indikator baserad på potentiell PREM *Jag känner att jag kan få hjälp av vården när jag behöver det.*	Stämmer helt, 75 %	vid årsuppföljning	www.psykiatrikollen.se
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som behandlas med antipsykotiska läkemedel som under tidsperioden skattat ingen eller lindrig läkemedelsbiverkning vid uppföljning*	Högt, 60 %	vid årsuppföljning	PsykosR
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som har gjort ett suicidförsök alternativt fullbordat suicid senaste året	0 %	vid årsuppföljning	PsykosR alternativt Socialstyrelsens hälsodataregister, ICD-10 kod
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som vårdats enligt LPT senaste året	Minskande behov, högst 30 %	vid årsuppföljning	Socialstyrelsens hälsodataregister
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som vid senaste mättillfället, under tidsperioden, har haft ett BMI under 30*	Högt, 80 %	vid årsuppföljning	PsykosR
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden haft ett drogrelaterat riskbeteende. (DUDIT Man 6+ poäng, Kvinna 2+ poäng)*	Minskande behov, högst 30 %	vid årsuppföljning	PsykosR
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som i samband med årsuppföljning var i remission enligt RS-S* (senaste sju dagarna), CRDPSS* (senaste sju dagarna), CGI* (vid undersökningstillfället) eller annan validerad skala	Högt, 65 %	vid årsuppföljning	PsykosR

**Prioriterad nationell indikator nationellt programområde psykisk hälsa.*

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Tabell 3. Processmått

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Tid från beslut om insats till start av insats	Max 6 veckor		Utvecklingsindikator – journalgranskning
Vid allvarlig försämring och behov av akuta insatser. Tid från kontakt till start av insatser.	Max 24 timmar		Utvecklingsindikator – journalgranskning
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden erbjudits någon form av stöd med syfte att återgå i studier/arbete, till exempel IPS, SEd, arbetsmarknadsåtgärder	Högt, 80 %	vid årsuppföljning	PsykosR
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har haft en utsedd individ med samordnande ansvar (jämför vård- och stödsamordnare/case manager)	Högt, 95 % Kan erbjudas av kommun och/eller region	vid årsuppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden behandlats med antipsykotiska läkemedel	Högt, 95 %	vid årsuppföljning	Socialstyrelsens hälsodata-register (uttagna läkemedel)
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har fått psykopedagogiska insatser eller familjeinterventioner	Högt, 80 %	vid årsuppföljning	PsykosR alternativt KVÅ-kod: DU023, psykopedagogisk behandling
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som vid mättillfället har en krisplan vilken är upprättad eller reviderad de senaste 12 månaderna	Högt, 95 %	vid årsuppföljning	Nationell datakälla saknas till dess att PAR utvidgas till alla yrkeskategorier KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har fått en vårdplan och eventuellt samordnad individuell plan (SIP)	Högt, 95 %	vid årsuppföljning	PsykosR alternativt KVÅ-kod:AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan. AU124, upprättande av samordnad individuell plan. AU125, upprättande av samordnad individuell plan vid utskrivning
Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har fått en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare	Högt, 95 %	vid årsuppföljning	PsykosR KVÅ-kod XV016, fördjupad läkemedels-genomgång

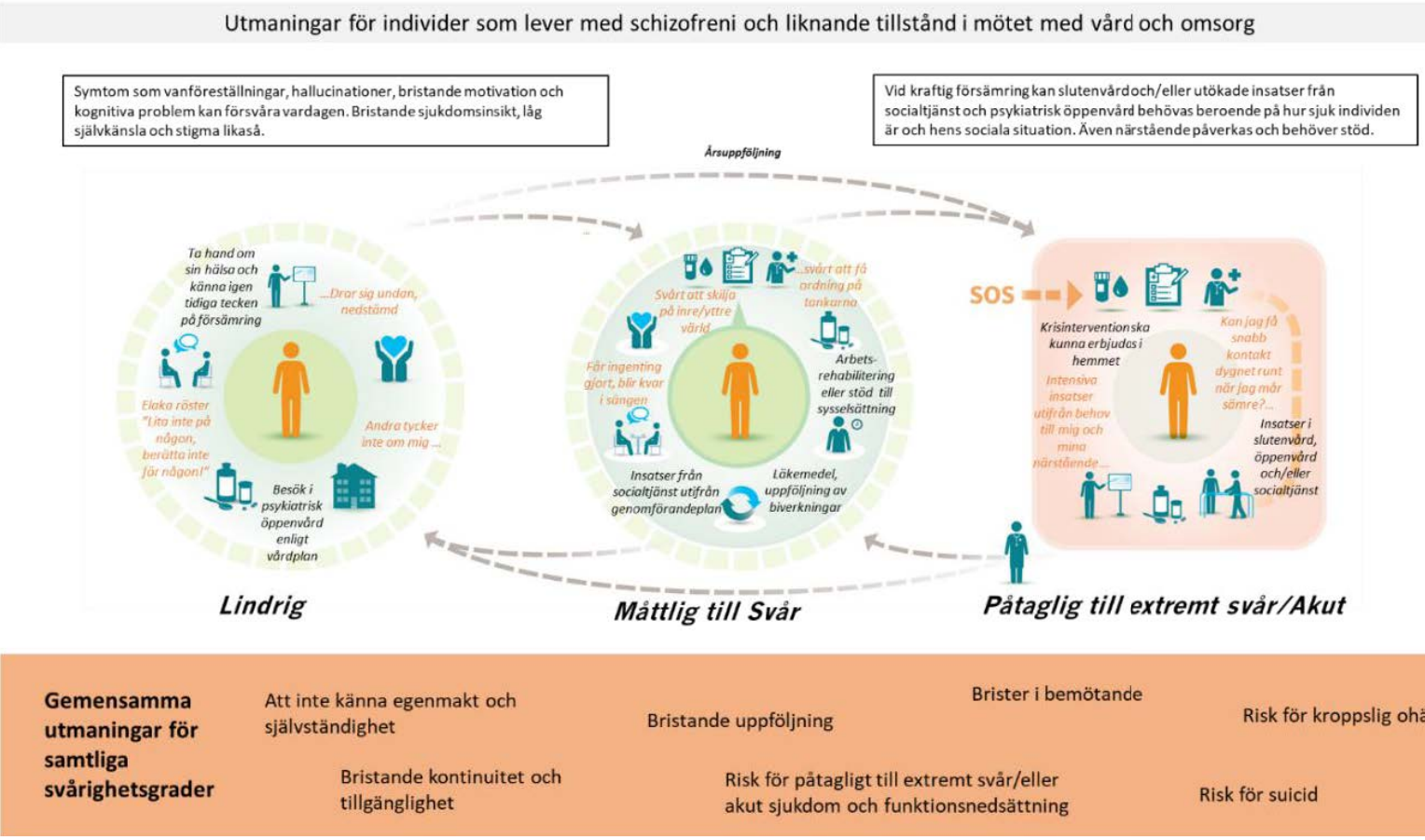
Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1. Nulägesbeskrivning utifrån ett individperspektiv

Figur 2 är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvård och socialtjänst hos individer med schizofreni och liknande tillstånd. Vårdförloppet är utformat för att adressera de huvudsakliga utmaningar som individer idag möter. Identifierade utmaningar avspeglas även i vårdförloppets mål (avsnitt 1.3). Utmaningarna beskrivs i sin helhet i Appendix: Utmaningar ur individens perspektiv.

Figur 2. Illustration av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården och socialtjänsten hos individer med schizofreni eller liknande tillstånd.



3.2. Kompletterande kunskapsstöd

I det webbaserade kunskapsstödet Vård- och insatsprogram för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [3] återges vad som ligger till grund för respektive insats, såsom nationella riktlinjer och dokument från professionsföreningar, patient- och närståendeföreningar, regionala och lokala rutin- och processdokument.

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

- NICE Pathways: Psychosis and schizophrenia in adults [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. [citerad december 2019]. Hämtad från
- Psykiatristöd, Region Stockholm. Psykos F2 ÖV giltig för 2019. Stockholm: Region Stockholm; 2019. Hämtad från https://psykiatristod.se
- 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
- En annan viktig kunskapskälla har varit fokusgrupper med egenerfarna.

3.3. Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd har pågått från september 2020 till september 2021. Den version som går på remiss har tagits fram av en arbetsgrupp i nära samarbete med Nationell arbetsgrupp (NAG) schizofreni och på uppdrag av Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa. Arbetsgruppens medlemmar (

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Tabell 4) har kompetenser inom uppföljning, nationella kvalitetsregister, nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, primärvård, specialistpsykiatri, verksamhetsledning, medicin, omvårdnad, psykosociala insatser, implementering, socialtjänst och brukarinflytande. En av arbetsgruppens medlemmar har egen erfarenhet och är även representant från Schizofreniförbundet och RSMH.

Under framtagningsperioden träffades arbetsgruppens medlemmar för gemensamma digitala arbetsmöten. Löpande förankring och rapportering till NAG Schizofreni har gjorts. Det genomfördes en workshop med fokus på egenerfarnas synpunkter på vårdförloppet och utformningen av nulägesbeskrivningen utifrån ett individperspektiv. Inbjudna var Schizofreniförbundets erfarenhetsgrupp som består av individer med egen erfarenhet av schizofreni och liknande tillstånd.

NPO Psykisk hälsa tog den 21 april 2021 beslut om att skicka dokumentet på intern remiss. Hela ansvaret för att ta fram det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet togs över av NAG schizofreni den 31 maj 2021. Remissperioden avslutades den 14 juni 2021. Revideringar utifrån remissvaren har gjorts av NAG schizofreni.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, ommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Ing-Marie Wieselgren	Med.dr.	Specialistläkare psykiatri, registerhållare för PsykosR och projektchef	Uppdrag psykisk hälsa, SKR		Ordförande, nationell samordnare Psykisk hälsa.
Louise Kimby	Fil. måg Sjuksköterska	Specialistsjuksköterska psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa, SKR		Processledare
Martin Rödholm	Med.dr.	Specialistläkare psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa, SKR		Expert psykiatri, samarbete allmänmedicin/psykiatri och verksamhetsledning.
Micael von Wowern	Sjuksköterska	Kommunal representant, utvecklingsledare och sjuksköterska.	Ystad kommun Uppdrag psykisk hälsa, SKR	Region Skåne	Expert kommunala insatser
Maria Skott	Med.dr.	Utvecklingsansvarig	SLSO, Psykiatri Nordväst	Region Stockholm	Ordförande för NAG Schizofreni
Åsa Höij		Patientföreträdare. Andre vice förbundsordförande RSMH	RSMH och Schizofreniförbundet		Representerar RSMH och Schizofreniförbundet samt den egna erfarenheten.

Tabell 5. Representanter i den nationella arbetsgruppen NAG

Namn	Yrkestitel/Akademisk titel	Roll i NAG	Sjukvårdsregion
Maria Skott	Sjuksköterska, Med. Dr.	Ordförande	Stockholm
Klas Sundström	Brukarinflytande-samordnare	Processledare	Stockholm
Åsa Höij	Egenerfaren	Patientföreträdare.	Representerar RSMH och Schizofreniförbundet
Björn Norlin	Sjuksköterska	Regionrepresentant	Norra Regionen
Mussie Msghina	Läkare	Regionrepresentant	Mellansverige
Ulrika Toresten	Beteendevetare	Kommunrepresentant	Mellansverige
Gunnar In de Betou	Psykolog	Regionrepresentant	Stockholm
Christian Andersson	Undersköterska	Regionrepresentant	Sydöstra
Mattias Vejklint	Socionom	Kommunrepresentant	Sydöstra
Nina Martinsson Grbic	Sjuksköterska	Regionrepresentant	Västra
Pia Herbertsson	Socionom	Kommunrepresentant	Västra
Jonas Eberhard	Läkare	Regionrepresentant	Södra
Richard Stenmark	Psykolog	Adjungerad	Södra
Helena Lindström	Sjuksköterska	Adjungerad	Norra
Åsa Matero	Sjuksköterska	Adjungerad	Norra
Micael von Wowern	Sjuksköterska	Adjungerad	Södra

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. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem 2019 – ICD-10-SE. Hämtad från: https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE
3. Nationella vård- och insatsprogram: Schizofreni och liknande tillstånd [Internet]. Stockholm: Uppdrag psykisk hälsa; 2019. [citerad 2020]. Hämtad från: https://vardochinsats.se/

Appendix

A. Utmaningar ur individens perspektiv

Sammanställningen utgår ifrån fokusgruppsamtal med egenerfarna, dialog med Nationell arbetsgrupp (NAG) Schizofreni samt tillgängliga rapporter från myndigheter, verksamheter och patient- och anhörigorganisationer. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar tillika förbättringsområden som redovisas i denna sammanställning.

Bristande kontinuitet och tillgänglighet

- Att ofta träffa olika personal leder till minskad tillit och försämrar förutsättningarna för en god allians.
- Det finns inte alltid möjlighet till att få kontakt med vården dygnet runt.
- Individen blir ibland inte tagen på allvar när hen försämras.
- Krisplanen hittas eller används inte alltid vilket kan leda till att tidiga insatser på individens villkor inte kommer till stånd.
- Brister förekommer i information om vilka insatser som kan vara hjälpsamma och hur individen kan få tillgång till dem.
- Brister förekommer i stöd till att ansöka om önskade insatser.
  Brister i förebyggande och uppsökande arbete kan leda till att individer som själva inte kontaktar vård och omsorg får hjälp. Sjukdomen kan ge rädsla och misstänksamhet som kan leda till bristande tillit och insikt.

Att inte känna egenmakt och självständighet

- Brister i det förebyggande arbetet riskerar att bidra till behov av tvång. Tvång riskerar att skapa trauma och sänka individens förtroende för vården.
- Stödet till individer som har problem att etablera fungerande vardagsrutiner, att identifiera sina egna resurser, styrka och motivation, är inte alltid tillräckligt.
- Individen får inte alltid stöd i att stärka sin självständighet och oberoende av andra såsom närstående eller personal.
- Det kan saknas tillgång till verktyg för att förstå och ha insikt i sin sjukdom och situation.
- Risk finns att individer helt saknar meningsfull sysselsättning och att de som vill och kan arbeta inte får individanpassat stöd till att hitta eller behålla ett arbete.

Bristande uppföljning

- Uppföljning av biverkningar och effekt av läkemedel görs ibland för sällan eller uteblir i värsta fall helt.
- Det förekommer att individens biverkningar inte tas på allvar eller att preparat och doser inte justeras när det behövs.
- Utvärdering och uppföljning av andra insatta insatser, till exempel psykologiska, psykopedagogiska eller arbetsrehabiliterande, kan brista. Det kan leda till att individens bästa möjliga funktion och minsta möjliga symtom inte uppnås.

Risk för påtagligt till extremt svår eller akut sjukdom och funktionsnedsättning

- Vissa individer riskerar att inte få insatser alls och saknar därför möjlighet till god livskvalitet, till att öka eller bibehålla sin funktion och minska sina symtom.

- Vissa individer riskerar att ”hamna mellan stolarna”, då ansvaret för individens vård och omsorg kan vara otydligt och samverkan brister mellan huvudmän.
- Risk finns för att individen isolerar sig, vilket kan leda till att återhämtning inte möjliggörs eller att tillståndet försämras

Brister i bemötande

En förtroendefull relation med personal, som ger hopp om att kunna leva ett bra liv trots sjukdom kan ibland vara svår att skapa.

- Personal kan brista i omtanke och att visa medmänsklighet.
- Personal kan brista i att ge behovsanpassat stöd och bemötande.
- Personal kan ha bristande kunskap om sjukdomstillståndet och att arbeta personcentrerat.

Risk för kroppslig ohälsa

- Kroppsliga symtom tas inte alltid på allvar på grund av psykisk sjukdom, vilket leder till att kroppslig ohälsa inte upptäcks. Risken finns inom såväl primärvård, specialiserad vård och hälso- och sjukvård i kommunen.
- Individen får inte alltid adekvat behandling och stöd vid kroppslig ohälsa.
- Individen kan, på grund av sin psykiska sjukdom, ha svårt att formulera och beskriva sina kroppsliga besvär och får inte alltid adekvat hjälp.
- Det finns ofta brister i stödet att skapa bättre levnadsvanor utifrån individens egna resurser och önskemål.
- Individen får inte alltid stöd i att ta större eget ansvar för sin hälsa.

Risk för suicid

- Risken för suicid och suicidförsök ökar då vård och omsorg brister.
- Strukturerade suicidriskbedömningar görs inte alltid tillräckligt ofta.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

B. Individens resa mot återhämtning vid schizofreni och liknande tillstånd

Bilden nedan (Figur 3) är en grafisk presentation av en beskrivning hur det bör vara att leva med schizofreni och liknande tillstånd. Individens resa beskrivs för professionen ur individens perspektiv där arbets- och förhållningssätt har betydelse för att ge bästa möjliga förutsättningar till återhämtning. Utgångspunkt är det stöd och de insatser som ges vid lindrig sjukdom. Vid ett försämrat hälsoläge intensifieras insatser, vissa insatser tillkommer, andra pausas tills ett mer stabilt hälsoläge uppstår.

Figur 3. Individens resa mot återhämtning vid Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd



Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN