Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Schizofreni – förstagångsinsjuknande

Vårdförloppet inleds vid misstanke om psykos och avslutas tidigast vid individens första årsuppföljning.

Nationellt programområde psykisk hälsa

Datum	Version/beskrivning av förändring
2020-09-25	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)
2021-11-25	I denna revidering har följande ändrats: ● Undertiteln har kompletterats med ordet ”tidigast”. ● Genomgående ändrat person till individ. ● Genomgående ändrat åtgärd till insats. ● Korrigerat länkar så att de stämmer med vård och insatsprogrammet (VIP). ● Korrigerat punktlista på insatser i tabell 1 (insatstabell) och flödesschema så det korresponderar med VIP ● Justerat en av utgångarna i flödesschemat så att den hänvisar till korrekt rubrik på det andra vårdförloppet: ”Schizofreni – fortsatt vård och stöd” ● Förtydligat att de båda vårdförloppen ska ses som en sammanhållen vårdprocess som är framtagen i två steg. Förtydligat att arbete pågår med att justera och rensa indikatorerna i VIP och de båda, vårdförloppen för schizofreni. Även de generiska förklarande texterna i kapitel 2 är uppdaterade.
2022-06-09	I denna revidering har följande ändrats: ● Läsanvisningar för vårdförloppet har lagts till i Beskrivning av vårdförlopp ● I avsnitt 1.4 har ingången i vårdförloppet förtydligats ● I avsnitt 1.4 om hur vårdförloppen Schizofreni – förstagångsinsjuknande och Schizofreni – fortsatt vård och stöd förhåller sig till varandra har text lagts till ● I flödesschemat i avsnitt 1.5 har text som beskriver ingången i vårdförloppet ändats och denna hardelats upp i två ingångar, i linje med hur denna beskrivs i avsnitt 1.4 och i linje med hur ingångar beskrivs i flödesscheman i övriga vårdförlopp ● Uppföljningsindikatorerna har uppdaterats och utvecklingsindikatorer lagts till för att stämma överens med indikatorerna i vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd. ● Text om uppföljning och kvalitetsregister Psykos-r har justerats ● Länkar och namn på insatser har uppdaterats så att de motsvarar senaste versioner i VIP och överensstämmer med vårdförlopp schizofreni - fortsatt vård och stöd
2022-10-14	Uppdaterade länkar

Innehållsförteckning

Sammanfattning **4**

1. Beskrivning av vårdförlopp **5**

1.1 Om schizofreniliknande tillstånd 5

1.2 Omfattning 7

1.3 Vårdförloppets mål 7

1.4 Ingång och utgång 7

1.5 Flödesschema för vårdförloppet 9

1.6 Vårdförloppets insatser 11

1.7 Personcentrering och patientkontrakt 21

2. Uppföljning av vårdförlopp **22**

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter 22

2.2 Indikatorer för uppföljning 22

3. Bakgrund till vårdförlopp **25**

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter 25

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag 27

3.3 Arbetsprocess 27

4. Referenser **29**

Appendix **30**

Utförlig beskrivning av utmaningar vid schizofreni – förstagångsinsjuknande 30

Sammanfattning

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande insatser från att det finns misstanke om psykos och avslutas tidigast vid individens första årsuppföljning. Vårdförloppet gäller för individer som insjuknar för första gången och där diagnosen schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd bekräftas. Vårdförloppet beskriver vilka insatser som ska genomföras och när de ska utföras. Vårdförloppet är ett komplement till det nationella vård och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni, som beskriver hur olika insatser ska utföras.

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

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

I detta vårdförlopp används ofta benämningen individ i stället för patient och benämningen insats i stället för åtgärd, eftersom vårdförloppet i så hög grad innefattar socialtjänstinsatser och inte bara vård.

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa kan 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 evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade insatser. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården samt socialtjänst ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i respektive system vad vården och eventuellt socialtjänsten tar ansvar för och vad patienten kan göra själv.

Målgrupperna för vårdförloppsdokumentet är personal i hälso- och sjukvård samt socialtjänst, som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter 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 och riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare. Vårdförloppet återges i ett flödesschema och en insatstabell. Flödesschemat är en schematisk bild som beskriver hur processerna kan se ut. Insatstabellen ger en kortfattad beskrivning av de insatser och den vård individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan få. För att få mer information om de olika insatserna samt hur de ska genomföras finns utförliga beskrivningar i Vård- och insatsprogram (VIP) Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

I vårdförloppet finns delat beslutsfattande och gott bemötande beskrivna som insatser. Dessa insatser ligger som grund i alla insatser och ska genomsyra all vård och omsorg för individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

1.1 Om 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. Vid det första insjuknandet i psykos är det svårt att på förhand säga hur sjukdomen kommer att utveckla sig, det vill säga vilka som kommer att få schizofreni eller annan diagnos.

Knappt en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 individer. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. Cirka 1500 – 2000 individer insjuknar varje år i en diagnos inom schizofrenispektrum i Sverige, av vilka uppemot 800 individer får diagnosen schizofreni. Vanligaste

ålder för insjuknande i schizofreni är 18 – 30 år. En del individer får tidiga symtom före insjuknandet. Enstaka fall av tydliga insjuknanden hos yngre tonåringar förekommer. Kvinnor insjuknar oftast något senare i livet än vad män gör [1].

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

Individer med diagnosen schizofreni får förutom upprepade insjuknanden i psykos oftast psykisk funktionsnedsättning av varierande grad, vilket kan försvåra det vardagliga livet och möjligheter att få och bibehålla arbete, studier och andra aktiviteter. Sjukdomen drabbar individer på olika sätt. Med behovsanpassad behandling och stöd tillfrisknar cirka 10 – 15 procent helt från sjukdomen, men de flesta har kvarstående problem i varierande grad och behov av vård och stöd livet ut. Minst 30 procent kan med hjälp av vård och stöd hantera sjukdomen och dess symtom och leva ett liv med fungerande sociala relationer och arbete. Ungefär hälften har kvarstående allvarliga problem som kräver omfattande vård- och stödinsatser. Individer med schizofreni har cirka 15 år kortare livslängd jämfört med befolkningen i övrigt. Utöver att det finns en förhöjd risk för suicid är de viktigaste dödsorsakerna högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar och cancersjukdomar som i sin tur delvis är orsakade av att sjukdomarna diagnostiseras senare i vården. Rökning, stillasittande och ogynnsamma levnadsvillkor bidrar till ökad sjukdomsutveckling, liksom biverkningar av antipsykotiska läkemedel [1].

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande insatser från att det finns misstanke om psykos till individens första årsuppföljning. Vårdförloppet gäller för individer som insjuknar för första gången och där diagnosen schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd bekräftas.

Vårdförloppet omfattar individer som kommer i kontakt med primärvård, student- eller elevhälsa, ungdomsmottagningar, socialtjänst, specialistpsykiatrin, akutmottagning eller akutteam och har symtom på psykos.

En övergång från ett vårdförlopp till ett annat betyder inte att individens vård avslutas, det betyder enbart att den fortsatta vården kommer att styras av ett annat beskrivet vårdförlopp eller av andra befintliga riktlinjer.

1.3 Vårdförloppets mål

Målsättningen är att individer som insjuknar för första gången i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

- får ett tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande i de verksamheter de möter
- får vård- och stödinsatser utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens, enligt sina behov och sin situation för att skapa bästa möjliga förutsättningar för en god prognos och snabb återhämtning
- är delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna
- har en vårdplan eller en samordnad individuell plan som är välkänd och tydlig och överensstämmer med behov
- genom samtycke kan ge närstående möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen samt själv kunna erbjudas stöd och insatser utifrån behov och situation
- möts av en hälso- och sjukvård där behovet av psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder minimeras genom förebyggande arbete, då användning av tvång inom vården kan orsaka trauma och riskerar att skada den, för återhämtningen viktiga, alliansen mellan patienten och vården
- ges stöd för att minska antalet suicidförsök och fullbordade suicid.

1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet sker vid misstanke om psykos. Misstanke om psykos kan uppstå:

- under besök i primärvård, elev- eller studenthälsa, ungdomsmottagning eller socialtjänst
- under besök i exempelvis specialiserad psykiatrisk vård för annat hälsotillstånd eller utanför besök i vård och omsorg.

Misstanke föreligger om något av följande kriterier är uppfyllda:

- vanföreställningar
- hallucinationer

- tankestörningar
- koncentrationssvårigheter
- desorganiserat beteende eller tal
- förändrade känslouttryck (kan vara mer eller mindre)
- social tillbakadragenhet
- förändrat beteende
- nytillkomna svårigheter att klara av sitt vardagliga liv.

Vårdförloppet är aktuellt även för barn- och ungdomspsykiatrin i de fall tecken på psykos förekommer före 18 års ålder. Vid det första insjuknandet i psykos är det svårt att på förhand säga hur sjukdomen kommer att utveckla sig, vilka som kommer att få schizofreni eller annan diagnos.

Ingång i vårdförloppet ska *inte* ske om:
Individer har

- ospecifika symtom som likgiltighet, nedstämdhet, ångest, oro, koncentrationssvårigheter, initiativlöshet, svårigheter att klara av sitt vardagliga liv relaterat till problem med struktur och planering

men samtidigt inte har

- tecken till vanföreställningar, hallucinationer eller desorganiserat tal och beteende.

Dessa symtom kan tyda på ett förstadium till flera olika tillstånd, inklusive prodromalfas till psykos. Det är viktigt att poängtera att även om ovanstående individer inte inkluderas i vårdförloppet behöver de oftast ha fortsatt vård enligt annat vårdförlopp eller relevanta nationella riktlinjer och insatser från socialtjänsten efter behov.

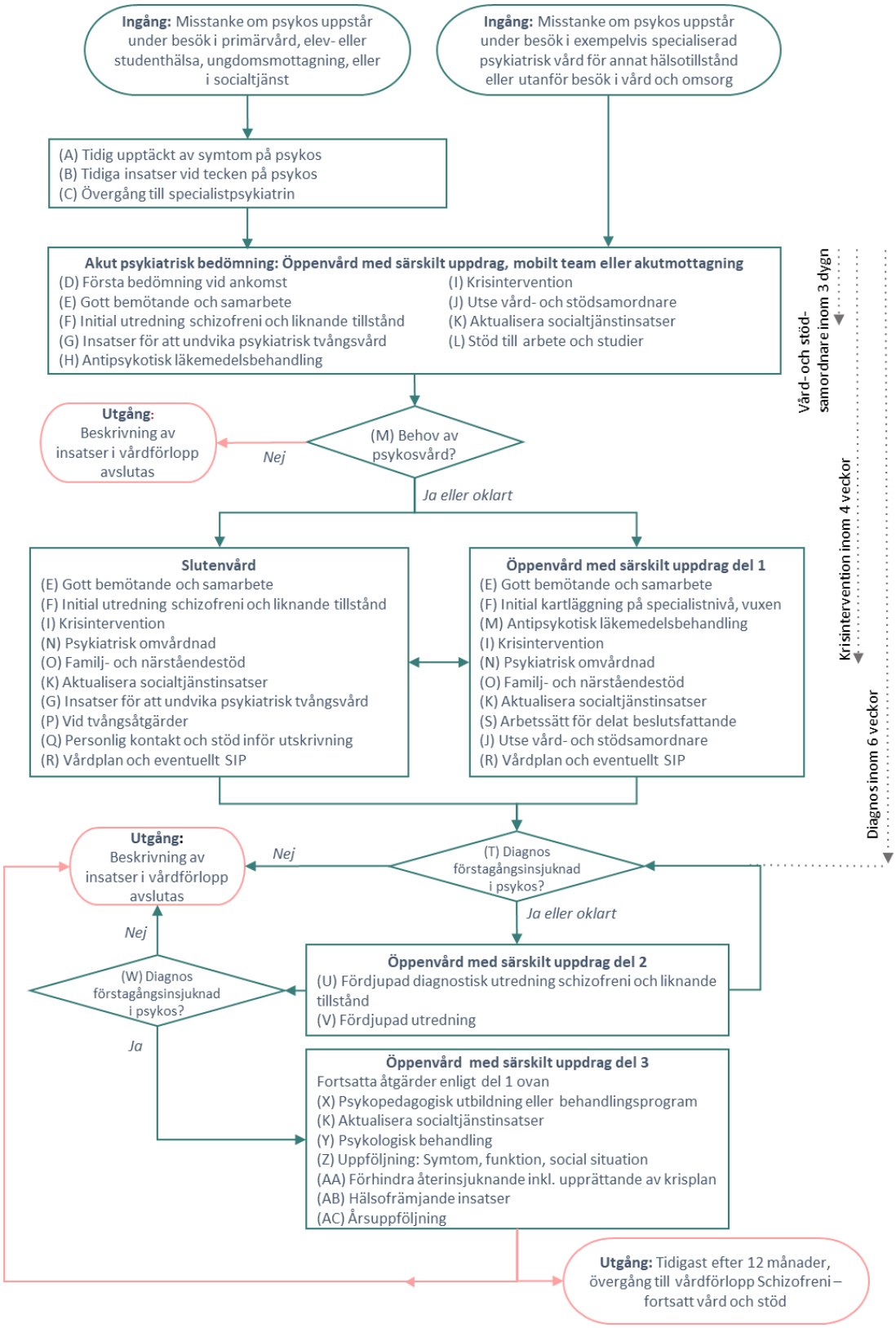
Utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske på något av följande sätt:
- Misstanke om psykosdiagnos avfärdas.
- Individen bedöms inte ha schizofreni eller en schizofreniliknande psykos.
- Individen är inte i behov av utredning eller insatser avsedda för förstagångsinsjuknande i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.
- Individen har minst fått sin första årsuppföljning med utvärdering av behandling och stöd, och går över till vårdförloppet schizofreni - fortsatt vård och stöd när specifika insatser för förstagångsinsjuknande inte längre behövs.

Diagnoskoderna som kan vara aktuella i vårdförloppet är F20 – 29.9 enligt ICD-10-SE [2].

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni - förstagångsinsjuknande och Personcentrerat och sammanhållet vårdförloppet schizofreni - fortsatt vård ska ses som en sammanhållen vårdprocess. Till exempel så ska förstagångsinsjuknande, erbjudas fortsatta insatser i verksamhet med särskilt uppdrag upp till tre till fem år efter första insjuknandet enligt vårdförlopp förstagångsinsjuknade, med den intensitet, samordning och tillgänglighet som utmärker verksamhet med särskilt uppdrag för förstagånginsjuknande.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärderna i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema för vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande

1.6 Vårdförloppets insatser

Mer information om insatserna och hur de ska genomföras finns i *Vård- och insatsprogram (VIP) Schizofreni och liknande tillstånd* [3]. För att komma direkt till respektive insats i VIP, tryck på hyperlänken i Tabell 1 nedan. Vårdförloppet kan inledas i flera olika verksamheter men insatser genomförs sedan i huvudsak i specialistpsykiatrin. Då insatser ges inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och individen ska överföras till vuxenpsykiatrin, se VIP Trygg och säker övergång från BUP till vuxenpsykiatrin.

För att verka för en mer enhetlig dokumentation och bättre möjlighet till uppföljning återges KVÅ-koder för de insatser där detta finns i dagsläget.

Tabell 1. Insatser i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(A) Tidig upptäckt av symtom på psykos ● Se VIP: Tidig upptäckt av symtom på psykos – i syfte att ge ett gott omhändertagande med adekvata insatser.	● Beskriv besvär och hur de upplevs.
(B) Tidiga insatser vid tecken på psykos Första bedömning, anpassat bemötande och hänvisning till specialistpsykiatrin. ● Se VIP: Tidiga insatser vid tecken på psykos i primärvård – inkluderar vårdintygsbedömning och att konsultera specialistpsykiatrin vid behov. ● Se VIP: Tidiga insatser vid tecken på psykos i skola/elevhälsa och ungdomsmottagning ● Se VIP: Tidiga insatser vid tecken på psykos i socialtjänsten	
(C) Övergång till specialistpsykiatrin Kan ske med hjälp av remiss, men en personlig kontakt rekommenderas. Frågeställning ”misstanke om psykos”. Remissen bör innehålla: ● Social situation	

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
● Förekomst av specifika symtom och tecken vid psykossjukdom som - hallucinationer - vanföreställningar - tankestörningar - kognitiva problem. ● Beskrivning av sjukdomsförloppet och utvecklingen av symtom över tid. ● Uppmärksamma tecken på alkohol eller drogmissbruk. ● Beskrivning av eventuell funktionsnedsättning som påverkar det vardagliga livet, till exempel hygien, ekonomi, boende, studier, arbete, eller annan sysselsättning. ● Andra pågående vård- och stödinsatser, till exempel socialtjänstkontakt. ● Beskriv om det finns tecken på att individen kan vara en fara för sig själv eller andra. Socialtjänsten använder ej remiss.	
(D) Första bedömning vid ankomst Ska genomföras för att säkerställa att det, om behov finns, vidtas insatser i syfte att skydda patienten från att vara farlig för sin egen hälsa eller annans personliga säkerhet eller hälsa. Exempelvis kan patienten behöva hindras från att lämna vårdinrättningen innan läkarbedömning genomförts, vissa patienter bör inte heller lämnas ensamma.	
(E) Gott bemötande och samarbete ● Se VIP: Gott bemötande ● Se VIP: Information till individ och närstående/anhöriga ● Se VIP: Samarbete med närstående ● Se VIP: Transkulturellt hänsynstagande	● Be om tolkhjälp vid behov

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(F) Initial utredning, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ● Se VIP: Initial utredning, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Innefattar bedömning av risk för suicid (KVÅ-kod: AU118, Strukturerad suicidriskbedömning) och våld samt frågor om barn, unga eller djur finns i hemmet. Innefattar även drogscreening och kontroll av körkort och vapenlicens.	● Beskriv besvären så som de upplevs. ● Berätta om det finns barn, unga eller djur i hemmet. ● Delta i undersökningar.
(G) Insatser för att undvika psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder ● Se VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande.	● Verbalisera frustation och ilska. ● Kontakta personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. ● Beskriv hur personalen kan förbättra situationen och varför det är så. ● Visa hänsyn till andra patienter.
(H) Antipsykotisk läkemedelsbehandling ● Se VIP: Antipsykotisk läkemedelsbehandling för optimerad effekt och minimerade biverkningar ● Särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då individen insjuknat i psykos första gången. ● Läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål. ● För optimerad effekt och minimerade biverkningar. ● I syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar. ● Se VIP: Uppföljning av antipsykotisk läkemedelsbehandling (KVÅ-kod: XV016, Läkemedelsgenomgång, fördjupad)	● Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. ● Berätta om tankar kring läkemedelsbehandling och om olika alternativ (både administrationssätt och preparat). ● Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar. ● Ta del av information om biverkningar och dela tankar kring dem, exempelvis vilka biverkningar som känns rimliga eller inte – vad som känns rimligt är individuellt.

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(I) Krisintervention ● Se VIP: Krisintervention (KVÅ-kod DU114, psykosocial behandling vid kris och trauma) ● Se VIP: Barn som närstående	
(J) Utse vård- och stödsamordnare ● Se VIP: Case management/vård- och stödsamordning ● Se VIP: Påminnelse om besökstider ● Se VIP: Integrerade insatser för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen ● Erbjud tät kontakt – vårdkontakt minst 2 gånger i veckan den första månaden därefter enligt behov. Kontakten kan vara i form av fysiska träffar och/eller telefon/videomöten.	● Beskriv behov av kontakt med vården. ● Involvera närstående i beslut.
(K) Aktualisera socialtjänstinsatser Genomföra kartläggning av sociala-/psykosociala levnadsförhållanden, akut och långsiktigt behov inom bland annat ● barn, varav minderåriga ● bostad och boendeförhållanden (ensamboende eller samboende med annan vuxen) ● djur ● ekonomi ● sjukskrivning eller andra intyg. Etablera en kontakt med socialtjänst om det finns akuta behov. Akut Orosanmälan till socialtjänsten – Om misstanke eller kännedom finns om att barn far illa ska det anmälas till socialtjänsten i den kommun som barnet bor i syfte att trygga barnets behov.	● Berätta om akuta problem i hemsituationen: ekonomi, boendemiljö, husdjur, hemmavarande barn eller ungdomar. ● Be om och ta emot hjälp och stöd. ● Samarbeta med boendestödjare. ● Ingå överenskommelser med boendestödjare. ● Upprätta och följ upp scheman tillsammans med boendestödjare. ● Genomför moment enligt planering. ● Vid behov, efterfråga särskilt stöd för minderåriga barn.

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
● Se VIP: Initial utredning, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ● Se VIP: Fördjupad diagnostisk utredning, schizofreni och liknande tillstånd ● Se VIP: Tidiga insatser vid tecken på psykos i socialtjänsten Fortsatt stöd till rehabilitering och återhämtning Genomföra en fortsatt fördjupad kartläggning av sociala och psykosociala behov. Etablera kontakt med socialtjänst för ansökan om insatser och samordning av insatser, SIP. ● Se VIP: Psykosocial utredning ● Se VIP: Utreda och bedöma behov av insatser för vuxna enligt socialtjänstlagen ● Se VIP: Samordnande insatser vid förstagångsinsjuknande i psykos ● Se VIP: Daglig aktivitet utanför hemmet	
(L) Stöd till arbete och studier Individanpassat stöd till arbete enligt metoden Individual Placement and support (IPS). Erbjuds alla och ges till de som uttryckt önskan att arbeta eller studera. ● Se VIP: Stöd till arbete enligt IPS-metoden	● Fundera och berätta om önskemål kring arbete eller studier.
(M) Beslut: Behov av psykosvård? Finns behov av psykosvård? Ja eller oklart: fortsätt till Slutenvård eller Öppenvård med särskilt uppdrag del 1 (beroende på situation) Nej: utgång, beskrivning av insatser i vårdförlopp avslutas.	

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(N) Psykiatrisk omvårdnad ● Se VIP: Psykiatrisk omvårdnad ● Se VIP: Omvårdnadssamtal vid slutenvård – dagliga omvårdnadssamtal enligt överenskommelse med patienten som syftar till att öka delaktighet och trygghet (KVÅ-kod: DU007, stödjande samtal). ● Se VIP: Stöd vid suicidtankar – socialtjänst ● Se VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård ● Se VIP: Motiverande samtal (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI) ● Se VIP: Sömnhygien ● Se VIP: Stöd att hantera stress och oro ● Se VIP: Stöd till god munhälsa	● Berätta för personalen vad som skapar trygghet. ● Berätta om upplevelser. ● Fråga om något inte är tydligt. ● Be om och ta emot hjälp och stöd. ● Bidra aktivt i att formulera egna mål. ● Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter. ● Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. ● Delta i uppföljning.
(O) Familj- och närståendestöd ● Se VIP: Barn som närstående ● Se VIP: Stöd i föräldrarollen (KVÅ-kod: DU028, Föräldraträning utifrån manualiserad metod) ● Se VIP: Familjeintervention – utbildning och stöd ● Se VIP: Samarbete med närstående ● Se VIP: Föra barnen på tal (KVÅ-kod: DU056, samtal med vuxen patient och berörd)	● Ta ställning till samtycke till att personalen ger insatser till de närstående som behöver stöd. ● Närstående kan få stöd utan att involveras i vården
(P) Vid tvångsåtgärder ● Se VIP: Tvångsåtgärder – begränsande ● Se VIP: Tvångsåtgärder – fysiska ingripanden i akuta situationer ● Se VIP: Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd – händelseförloppet gås igenom i syfte att minska negativa konsekvenser och behovet av framtida tvångsåtgärder.	● Delta i uppföljningssamtalet. ● Berätta om upplevelser av tvångsåtgärden. ● Reflektera tillsammans med vårdpersonal kring vad som kan göras för att undvika tvångsåtgärder i framtiden.
(Q) Personlig kontakt och stöd inför utskrivning ● Se VIP: Personlig kontakt inför utskrivning från slutenvård	● Delta i möten med öppenvården och delta aktivt i planering av fortsatt vård.

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(R) Vårdplan och eventuellt SIP ● Se VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AW013, Upprättande av vårdplan samt XU041 Upprättande av vårdplan vid tvångsvård). ● Se VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan; KVÅ-kod AU125, Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning samt KVÅ-kod XU042 Upprättande av samordnad plan vid tvångsvård).	● Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). ● Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd. ● Beskriv behov och önskemål. ● Ta ställning till vilka individer som ska involveras. ● Formulera mål för vårdtiden, med stöd av personal vid behov. ● Delta i uppföljning.
(S) Arbetssätt för delat beslutsfattande ● Se VIP: Delat beslutsfattande	
(T) Beslut: Diagnos förstagångsinsjuknad i psykos Uppfyller individen diagnoskriterierna för psykos? ● Ja eller oklart: fortsätt till Öppenvård med särskilt uppdrag del 2. ● Nej: utgång, beskrivning av insatser i vårdförlopp avslutas.	
(U) Fördjupad diagnostisk utredning, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ● Se VIP: Fördjupad diagnostisk utredning, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – i syfte att säkerställa korrekt diagnos och behandling, samt möjliggöra utvärdering.	● Beskriv besvär. ● Delta i undersökningar. ● Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(V) Fördjupad utredning ● Se VIP: Utredning och bedömning av funktion i vardag och arbetsliv ● Se VIP: Utredning av fysisk och psykomotorisk funktion samt rörelsekvalitet ● Se VIP: Utredning och bedömning av kognitiv funktion, neuropsykologiska tester	● Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Fyll i eventuella skattningar, delta i undersökningar och beskriv situationen.
(W) Beslut: Diagnos förstagångsinsjuknad i psykos? Uppfyller individen diagnoskriterierna för psykos? ● Ja: fortsätt till Öppenvård med särskilt uppdrag del 3. ● Nej: utgång, beskrivning av insatser i vårdförlopp avslutas.	
(X) Psykopedagogisk utbildning eller behandlingsprogram ● Se VIP: Psykopedagogisk utbildning (KVÅ-kod: GB009, information och undervisning riktad till patient) ● Psykospedagogiska behandlingsprogram ● Se VIP: NECT-metoden	● Delta i utbildningstillfällen. ● Gör eventuella hemuppgifter och övningar. ● Kom till planerade möten (vid behov använd hjälpmedel eller ta hjälp av personal). ● Bidra efter förmåga i gruppsammanhang.
(Y) Psykologisk behandling ● Se VIP: Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid kvarstående symptom (KVÅ-kod: DU011, Kognitiv beteendeterapi (KBT)) ● Se VIP: Kognitivt stöd	● Genomför moment enligt planering.

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(Z) Uppföljning: Symtom, funktion och social situation ● Symtom med till exempel RSS (Remission Skattning Skala) eller CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity). Andra skattningar är GAF-symtom, CGI (global grad av sjukdom och förändring över tid) PANNS (Postive and Negative Syndrom Scale). ● Funktion med till exempel WHODAS 2.0 (bedömning av funktionshinder). Andra skattningar är GAF-funktion och CGI (mäter global grad av sjukdom och förändring över tid). Alternativ för ungdomar under 18 år är C-GAS. ● Social situation genom samtal med individ och närstående.	● Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Beskriv situationen.
(AA) Förhindra återinsjuknande inklusive upprättande av krisplan ● Se VIP: Krisplan – tillsammans med individ och närstående identifiera tidiga tecken på återfall och skriva en plan för vad som görs vid försämring i syfte att undvika återfall i psykos samt öka trygghet för individen och närstående (KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan, samt DU119).	● Samarbeta med personalen. ● Genomför förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare insjuknanden. ● Försök identifiera och sätta ord på tidiga tecken. ● Ta hjälp av närstående som kan ha sett när försämring i sjukdomen uppstod. ● Kom överens med personalen om vad som ska stå i krisplanen. ● Ta ställning till vad som kan göras vid vilka tidpunkter vid eventuell försämring. ● Beskriv vad andra (vårdpersonal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring. ● Beskriv behov vid ett eventuellt återinsjuknande.

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
(AB) Hälsofrämjande insatser ● Se VIP: Främja hälsosamma levnadsvanor ● Se VIP: Fysisk hälsokontroll ● Se VIP: Stöd till god munhälsa ● Se VIP: Stöd i kontakter vid fysisk ohälsa	● Ta ställning till vilken form av fysisk aktivitet som passar och som kan vara till bäst hjälp för att bli mer fysiskt aktiv (exempelvis promenadgrupper, gymträning, promenader och så vidare). ● Var medveten om att lite fysisk rörelse är bättre än ingen rörelse alls. ● Se över vanor och ta ställning till vilka förändringar som skulle kunna vara möjliga att genomföra för att främja hälsa. ● Ta ställning till det stöd och hjälp som erbjuds för att främja hälsa. Våga prova.
(AC) Årsuppföljning ● Se VIP: 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 (KVÅ-kod: DV030), somatisk undersökning, provtagning och screeningfrågor för att identifiera fysisk sjukdom ● läkemedelsgenomgång (inklusive skattning av biverkningar; KVÅ-kod: XV016, Läkemedelsgenomgång, fördjupad) ● strukturerade skattningar av funktion, symtom och sjukdomens svårighetsgrad ● bedömning av risk för suicid (KVÅ-kod: AU118, Strukturerad suicidriskbedömning) och våld ● bedömning av fortsatta behov genom uppföljning av lämnade insatser och stöd. ● Förekommer samordnade insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst kommuniceras	● 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 sjukvårdens och socialtjänstens insatser	Individens insatser (efter förmåga)
uppföljningsresultaten så att samordning och helhetsperspektivet bibehålls. ● Se VIP: Fysisk hälsokontroll ● Se VIP: Systematisk uppföljning på individnivå i socialtjänsten	

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

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

Delat beslutsfattande är ett arbetssätt som genomgående bör erbjudas av hälso- och sjukvården och socialtjänsten i vårdförloppet. Det innebär att individ, personal och gärna närstående fattar gemensamma överenskommelser om vård och stödåtgärder. 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 individ och närstående är därför en central insats genom hela vårdförloppet.

I vårdförloppet återkommer även upprättandet av vårdplan, och i de fall då personen behöver insatser från flera aktörer även SIP (samordnad individuell plan). I planerna ska överenskommelser om insatser, ansvarsfördelning, tid för genomförande och uppföljning tydliggöras. Alla individer i vårdförloppet ska tidigt erbjudas en Case manager eller en vård- och stödsamordnare för att säkerställa att behovet av samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensitet i vård och omsorg efterlevs. Case manager, vård och stödsamordnare eller kontaktperson är samma namn för en funktion som utgår ifrån den, i nationella riktlinjer, högt prioriterade 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.

Individens berättelse och vad som är viktigt för hen ska vara i fokus när den gemensamma överenskommelsen om vård och behandling skapas. Den ska skapas i dialog och syftar till att öka delaktigheten i vården samt tydliggöra ansvarsområden för individen själv och för hälso- och sjukvården.

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och insatser följs upp genom process- och kvalitetsmått och skapar förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. På sikt ska arbetet med vårdförlopp bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Olika kunskapsstöd inom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd föreslår i nuläget delvis olika indikatorer för uppföljning. Det kan bli svårt för kliniker och verksamheter att följa upp för många indikatorer. Den nationella arbetsgruppen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har därför gjort ett arbete med att reducera och ensa antalet indikatorer i det nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) schizofreni, vårdförloppet schizofreni - förstagångsinsjuknande, och vårdförloppet schizofreni – fortsatt vård och stöd.

2.2 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. Tidigare föreslagna indikatorer har reducerats och nu föreslås samma indikatorer för Vård- och insatsprogrammet, Vårdförlopp förstagångsinsjuknade och Vårdförlopp fortsatt vård och stöd. Ett förändringsarbete med kvalitetsregister Psykos-r pågår. På grund av detta kan källan för indikatorerna inte anges ännu i nedanstående tabell. Tabellen kommer att kompletteras så snart det är möjligt. När målvärde inte anges i tabellen så är orsaken att ett exakt målvärde inte går att fastställa. Ofta är då i stället riktningen definierad. När riktningen är satt till “att följas” betyder det att en önskad riktning inte går att fastställa.

Tabell 2. Kvalitetsindikatorer för Vård- och insatsprogrammet, Vårdförlopp förstagångsinsjuknade och Vårdförlopp fortsatt vård och stöd

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Riktning	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel individer som har minst 50% försörjning i lönearbete under de senaste 12 månaderna.	Upp	Inget målvärde	Årligen	
Andel individer som fått psykiatrisk slutenvård under de senaste 12 månaderna.	Följas	Inget målvärde	Årligen	

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Riktning	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel individer som vårdats enligt LPT i slutenvård under de senaste 12 månaderna.	Följas	Inget målvärde	Årligen	
Andel individer som haft samtidig missbruksdiagnos de senaste 12 månaderna	Följas	Inget målvärde	Årligen	
Andel personer som har fått krisintervention (med eller utan närstående) under de senaste 12 månaderna.	Upp	Inget målvärde	Årligen	
Andel individer som har fått psykopedagogiska insatser under de senaste 12 månaderna	Upp	Inget målvärde	Årligen	
Andel individer som erhållit hälsosamtal under de senaste 12 månaderna	Följas	Inget målvärde	Årligen	
Andel individer som har en krisplan under de senaste 12 månaderna.	Upp	100%	Årligen	
Andel individer som har fått en vårdplan under de senaste 12 månaderna.	Upp	100%	Årligen	
Andel individer som har fått en samordnad individuell plan under de senaste 12 månaderna.	Följas	Inget målvärde	Årligen	
Andel individer som har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna.	Upp	100%	Årligen	
Andel individer som behandlats med antipsykotiska läkemedel under de senaste 12 månaderna.	Följas	Inget målvärde	Årligen	

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Riktning	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel individer som behandlats med Kognitiv beteendeterapi under de senaste 12 månaderna.	Följas	Inget målvärde	Årligen	
Andel individer som fått strukturerad bedömning av suicidrisk de senaste 12 månaderna.	Upp	100%	Årligen	
Andel individer som erhållit insatser för att främja rökfrihet under tidsperioden.	Följas	Inget målvärde	Årligen	

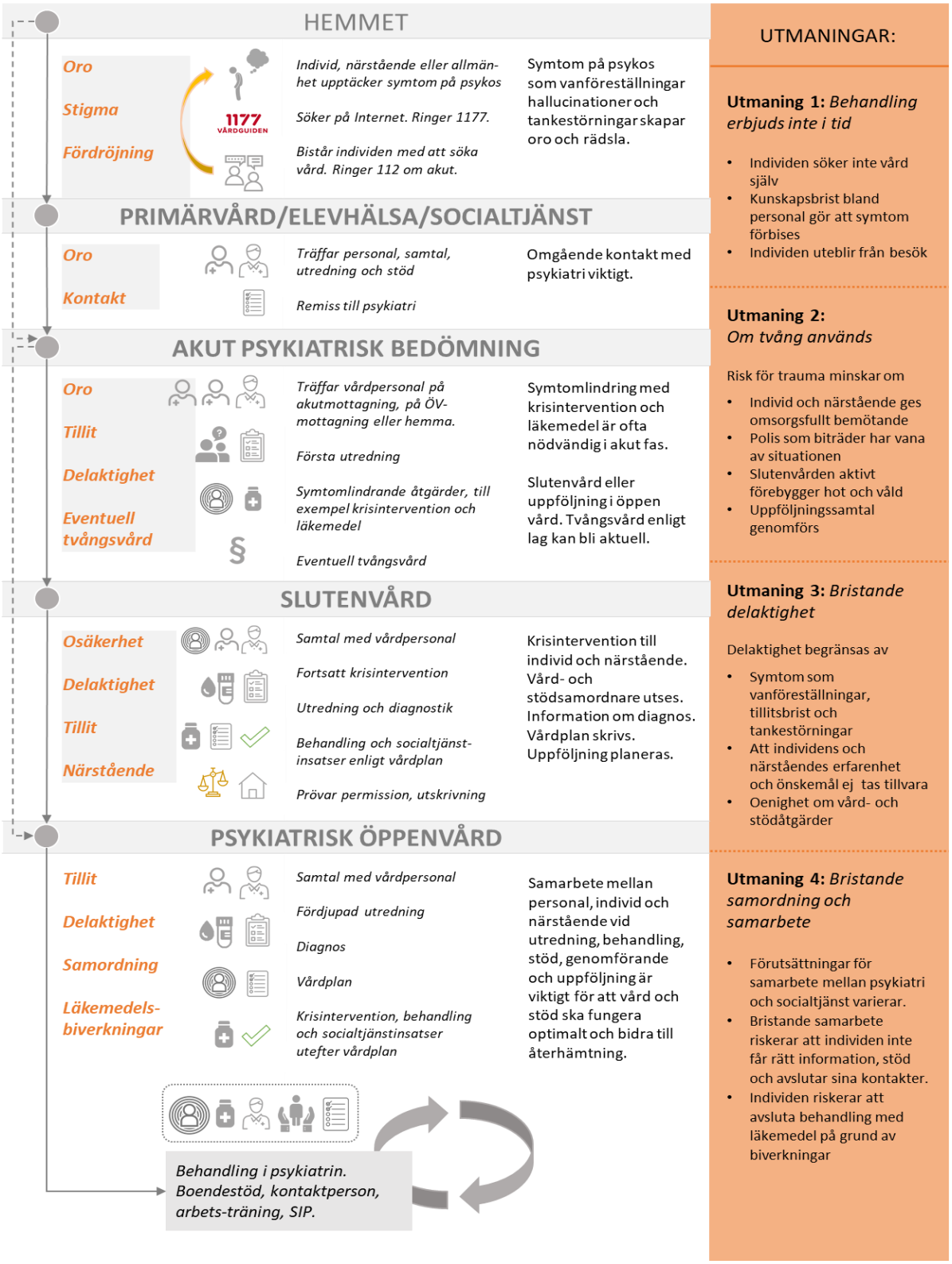
Tabell 3. Utvecklingsindikatorer

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Riktning	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel individer som har fått minst en Årsuppföljning under de senaste 13 (11–15) månaderna.	Upp	100%	Årligen	
Andel individer som erbjudits någon form av stöd med syfte att återgå i studier/arbete, till exempel IPS, SEd, arbetsmarknadsåtgärder under tidsperioden.	Upp	Inget målvärde	Årligen	
Insatser för förstagångsinsjuknade.	Upp	Inget målvärde	Årligen	

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos individer med schizofreni vid förstagångsinsjuknande. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar tillika förbättringsområden som redovisas i bilden. Identifierade förbättringsområden avspeglas även i vårdförloppets mål (avsnitt 1.3).



Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos individer med schizofreni vid förstagångsinsjuknande.

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

I det webbaserade kunskapsstödet Vård- och insatsprogram för schizofreni och liknande tillstånd [3] återges vad som ligger till grund för respektive insats, såsom riktlinjer 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 https://pathways.nice.org.uk/pathways/psychosis-and-schizophrenia
- Nationell psykiatrisamordning. Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning; 2007. Hämtad från http://gamla.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/TOPdokumentet.pdf
- Psykiatristöd, Region Stockholm. Psykos F2 ÖV giltig för 2019. Stockholm: Region Stockholm; 2019. Hämtad från https://psykiatristod.se/regionala-vardprogram/schizofreni-och-schizofreniliknande-tillstand
- Västra Götalandsregionen. Psykos – Tidig upptäckt och omhändertagande. Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS2017-00176). Hämtad från https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3418/Psykos%20-%20Tidig%20upptäckt%20och%20omhändertagande.pdf?a=false&guest=true
- Svenska Psykiatriska Föreningen. Schizofreni kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Gothia förlag AB; 2009. Hämtad från http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Schizofreni.pdf
- Svenska Psykiatriska Föreningen. Transkulturell psykiatri - kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Hämtad från http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2021/02/SPF_riktlinjer_transkulturell_psykiatri.pdf

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

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram den första versionen av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande pågick från oktober 2019 till september 2020. Arbetsgruppens medlemmar (Tabell 4) nominerades av Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa. I arbetet har kompetenser inom uppföljning, nationella kvalitetsregister, nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, primärvård, specialistpsykiatri, verksamhetsledning, medicin, omvårdnad, psykosociala insatser, implementering, egen erfarenhet varit involverade, inklusive patientrepresentanter från Schizofreniförbundet och kommunala insatser. Arbetsgruppen har även

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

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

Styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) godkänner vårdförlopp och rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Vid remissförfarandet under framtagandet av Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni och liknande tillstånd - fortsatt vård och stöd framkom aspekter som också påverkade detta vårdförlopp för förstagångsinsjuknade. Många texter i Vård- och insatsprogrammet har också reviderats i och med bearbetningen av remissvar. På grund av detta har vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknade reviderats av den nationella arbetsgruppen schizofreni under våren 2022. Medlemmarna i denna arbetsgrupp presenteras i vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation /tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Håkan Bernhardsson	M.Sc	Projektassistent	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Administrativt processtöd
Ing-Marie Wieselgren	Med.dr	Specialistläkare psykiatri, registerhållare för PsykosR och projektchef Uppdrag Psykisk Hälsa	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Stöd/rådgivare till ordförande/processledare. Nationell samordnare Psykisk hälsa.
Louise Kimby	Fil. mag	Utvecklingsledare för PsykosR och specialistsjuksköterska psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Ordförande och processledare
Eva Klingberg	Civ. ek.	Verksamhetskonsult	Uppdrag psykisk hälsa		Processledare

Martin Rödholm	Med.dr	Specialistläkare psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Expert psykiatri, samarbete allmänmedicin/psykiatri och verksamhetsledning.
Micael von Wowern	Leg. sjuksköterska	Kommunal representant, utvecklingsledare och sjuksköterska.	Ystad kommun Uppdrag psykisk hälsa SKR	Region Skåne	Expert kommunala insatser
Maria Skott	Med.dr, leg. Sjuksköterska	Utvecklingsansvarig	Psykiatri Nordväst	Region Stockholm	Ordförande för NAG Schizofreni
Åsa Höij		Patientföreträdare. Andre vice förbundsordförande RSMH och representant från Schizofreniförbundet.			Representerar RSMH och Schizofreniförbundet samt den egna erfarenheten.

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 december 2019]. Hämtad från: https://vardochinsats.se/

Appendix

Utförlig beskrivning av utmaningar vid schizofreni – förstagångsinsjuknande

Nedan följer en utförlig beskrivning av utmaningar i hälso- och sjukvården som i dagsläget påverkar individ och närstående vid schizofreni – förstagångsinsjuknande.

Utmaning 1: Behandling erbjuds inte i tid

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

- Individen själv inte söker vård i tid, exempelvis på grund av stigma kring psykossjukdom eller att personen själv inte anser sig vara sjuk och/eller drar sig undan kontakt med omvärlden. Att dra sig undan och en bristande sjukdomsinsikt är en del av sjukdomsbilden.
- Närstående inte vet vart de ska vända sig för att få hjälp, eller undviker att uppmärksamma individens besvär på grund av rädsla och/eller stigma kring psykossjukdom.
- Bristande kunskap eller fördomar inom vård och omsorg leder till att individens symtom inte uppmärksammas, tas på allvar eller missbedöms.
- individen inte kommer till sitt besök i specialistpsykiatrin efter att remiss anlänt på grund av bristande stödinsatser eller att bemötandet i verksamheten inte varit anpassat till individens besvär och symtom. Konsekvensen av detta förvärras utifall specialistpsykiatrin inte aktivt söker kontakt om individen uteblir från besök.

Utmaning 2: Om tvång används

Med tvång menas i detta vårdförlopp tvångsvård med eller utan tvångsåtgärder som regleras i Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Om en individ bedöms vara farlig för sin egen hälsa eller annans personliga säkerhet eller hälsa kan tvångsvård bli aktuell.

Tvång riskerar att skapa trauma och sänka individens förtroende för vården, men kan om det utförs på ett adekvat sätt innebära att individen och de närstående får den vård och det stöd som situationen kräver. Det finns risker med såväl över- som underanvändning av tvång.

Risk för trauma i samband med användning av tvång minskar när:

- individ och närstående vid polishämtning möter poliser som har vana att möta individer med allvarlig psykisk sjukdom.
- individ och närstående ges förståelse för miljön och de rutiner som finns inom akutpsykiatrin och slutenvården.
- vårdmiljön inom akutpsykiatrin och slutenvården bidrar till att skapa goda relationer med individ och närstående och främjar omsorgsfullt och respektfullt omhändertagande med möjlighet att ge tillräcklig information och utrymme för samtal.
- akutpsykiatrin och slutenvården arbetar medvetet och aktivt med att förebygga hot och våld.
- Uppföljningssamtal efter tvångsvård erbjuds och genomförs enligt LPT.

Utmaning 3: Bristande delaktighet

Delaktighet främjar återhämtning men kan begränsas av att:

- individens symtom/besvär gör det svårt att utrycka sig, att lita på personalen och att medverka i planeringen av vård och stöd-
- individen och de närståendes erfarenheter och kunskap inte tas tillvara i tillräcklig utsträckning
- individ, vård och omsorg, och de närstående har svårt att komma överens om vilka insatser som ska sättas in.
- individen inte får all information om möjligheter och alternativ för att fatta optimala beslut.
- En hög belastningen inom slutenvården medför att individen inte upplever att personalen är empatisk, engagerad eller intresserad av individens individuella upplevelse och historia.
- Personalen inte har den kunskap eller erfarenhet som olika situationer kräver
- Individen avslutar sin kontakt med vården och riskerar att återinsjukna.
- Individen inte får rätt stöd eller information och på grund av biverkningar avslutar sin läkemedelsbehandling på egen hand, utan kontakt med vården. Risken för svåra biverkningar är störst vid påbörjan av behandling, samt vid prepratbyte och dosjustering.

Utmaning 4: Bristande samordning och samarbete

Behovet av samordning varierar, men generellt gäller det att:

- Individen, periodvis eller kontinuerligt, behöver omfattande insatser från flera olika verksamheter inom såväl specialistpsykiatri som kommunal omsorg.
- Dessa verksamheters organisatoriska förutsättningar varierar, vilket gör att samverkan kan brista och därmed lämna individ och närstående utan helhetsstöd.

Vid brister i samordningen så att samarbetet påverkas negativt finns det risk att:

- Individen avslutar sin kontakt med vården och då riskerar att återinsjukna.
- Individen inte får rätt stöd eller information, och på grund av biverkningar avslutar sin läkemedelsbehandling på egen hand, utan kontakt med vården. Risken för svåra biverkningar är störst vid påbörjan av behandling vid preparatbyte och dosjustering.
- Individen, om hen känner sig återställd, inte tror sig behöva fortsatt läkemedelsbehandling trots att det oftast är det skydd som behövs för att undvika återinsjuknande.