Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - fortsatt vård och stöd

Vårdförloppet inleds när individen fått diagnos schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd sedan minst tolv månader och avslutas om diagnosen avskrivs.

Nationellt programområde psykisk hälsa

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2022-06-03	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)
2022-10-14	Uppdaterade länkar

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 *8*

1.5. Flödesschema för vårdförloppet *9*

1.6. Vårdförloppets insatser *11*

1.7. Personcentrering och patientkontrakt *21*

2. Uppföljning av vårdförlopp 23

2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter *23*

2.2. Indikatorer för uppföljning *23*

3. Bakgrund till vårdförlopp 27

3.1. Nulägesbeskrivning utifrån ett individperspektiv *27*

3.2. Kompletterande kunskapsstöd *28*

3.3. Arbetsprocess *28*

4. Referenser 30

Appendix 31

A. Utmaningar ur individens perspektiv *31*

B. Individens resa mot återhämtning vid schizofreni och liknande tillstånd *33*

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

Godkänt: 2022-06-03
Reviderat: 2022-10-14

Sammanfattning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande och personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - fortsatt vård har tagits fram i två separata steg. Dessa vårdförlopp ska tillsammans ses som en sammanhållen vårdprocess.

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. 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 endast hälso- och sjukvård. 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.

Individer som har fått insatser enligt vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande inklusive sin första årsuppföljning, ska erbjudas fortsatta insatser i verksamhet med särskilt uppdrag under tre till fem år efter första insjuknandet oavsett sjukdomsgrad. Insatserna ges då fortsättningsvis med hög intensitet, samordning och tillgänglighet.

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 vårdform och läkemedelsanvändning.

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.

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 och stöd 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.

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 bör 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 ligger som grund i alla insatser och ska genomsyra all vård och omsorg för individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

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.

Cirka 1 500–2 000 individer i Sverige insjuknar varje år i ett tillstånd inom schizofrenispektrum. (DSM-IV - schizofreni, schizofreniform psykos och schizoaffektivt syndrom) Det är vanligast att insjukna mellan 18 och 30 års ålder. Knappt en halv procent av befolkningen är diagnostiserade med schizofrenispektrumdiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 individer. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden [1]. Inkluderas de schizofreniliknande tillstånden som omfattas av vårdförloppet, till exempel vanföreställningssyndrom, psykos utan närmare specifikation (UNS) samt drogutlöst psykos, är incidensen och prevalensen högre, men det är svårare att få fram tillförlitliga siffror avseende detta.

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 livsstil 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 kortvarig psykos kräver oftast en kortare behandlingsinsats än diagnoser som schizofreni och schizoaffektivt syndrom. Skadligt bruk och beroende av droger är vanligt. Det är en komplicerande faktor som också behöver identifieras och behandlingen behöver ske integrerat med övrig behandling.

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]. Närstående har också ofta värdefull information som kan förbättra möjligheterna att ge vård och stöd.

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 om det är möjligt undvika tvångsåtgärder.

Uppsökande, relationsskapande och motiverande insatser är viktiga även i de fall tvångsåtgärder inte kan undvikas till exempel när individen riskerar att fara illa genom att skada sig själv eller andra, eller är i nödvändigt behov av vård dygnet runt och motsätter sig frivillig vård. 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.

En individ som har fått insatser enligt vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande inklusive sin första årsuppföljning ska erbjudas fortsatta insatser i verksamhet med särskilt uppdrag för förstagångsinsjuknade under tre till fem år efter första insjuknandet oavsett sjukdomsgrad. Insatserna ges då med den intensitet, samordning och tillgänglighet som utmärker verksamhet med särskilt uppdrag och som beskrivs i vårdförlopp för förstagångsinsjuknade. 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 samt specialiserad psykiatrisk öppen och sluten vård. Vårdförloppen beskriver dels vilka insatser som ska erbjudas, dels de insatser som individen själv bidrar med och dessutom 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 till måttlig, måttlig till svår eller svår 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.

Omprövning av tillståndets svårighetsgrad görs

- kontinuerligt och i enlighet med aktuell vårdplan i hälso- och sjukvården, - och genomförandeplan i kommunen och eventuellt en 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 annan, för individen meningsfull, sysselsättning
- uppnår ökad hälsa genom större möjlighet att förebygga och behandla fysisk sjukdom
- genomgår årliga uppföljningar av symtom, funktionsnivå, läkemedel och andra insatser, som fysisk hälsa, behov och livskvalitet
- minskar antalet suicidförsök och fullbordade suicid.

Målsättningen är också att individen ska

- ha en uppdaterad, väl känd och tydlig vårdplan i hälso- och sjukvården, genomförandeplan i kommun och vid behov en samordnad individuell plan (SIP)
- i största möjliga mån kunna undgå psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder.

1.4. Ingång och utgång

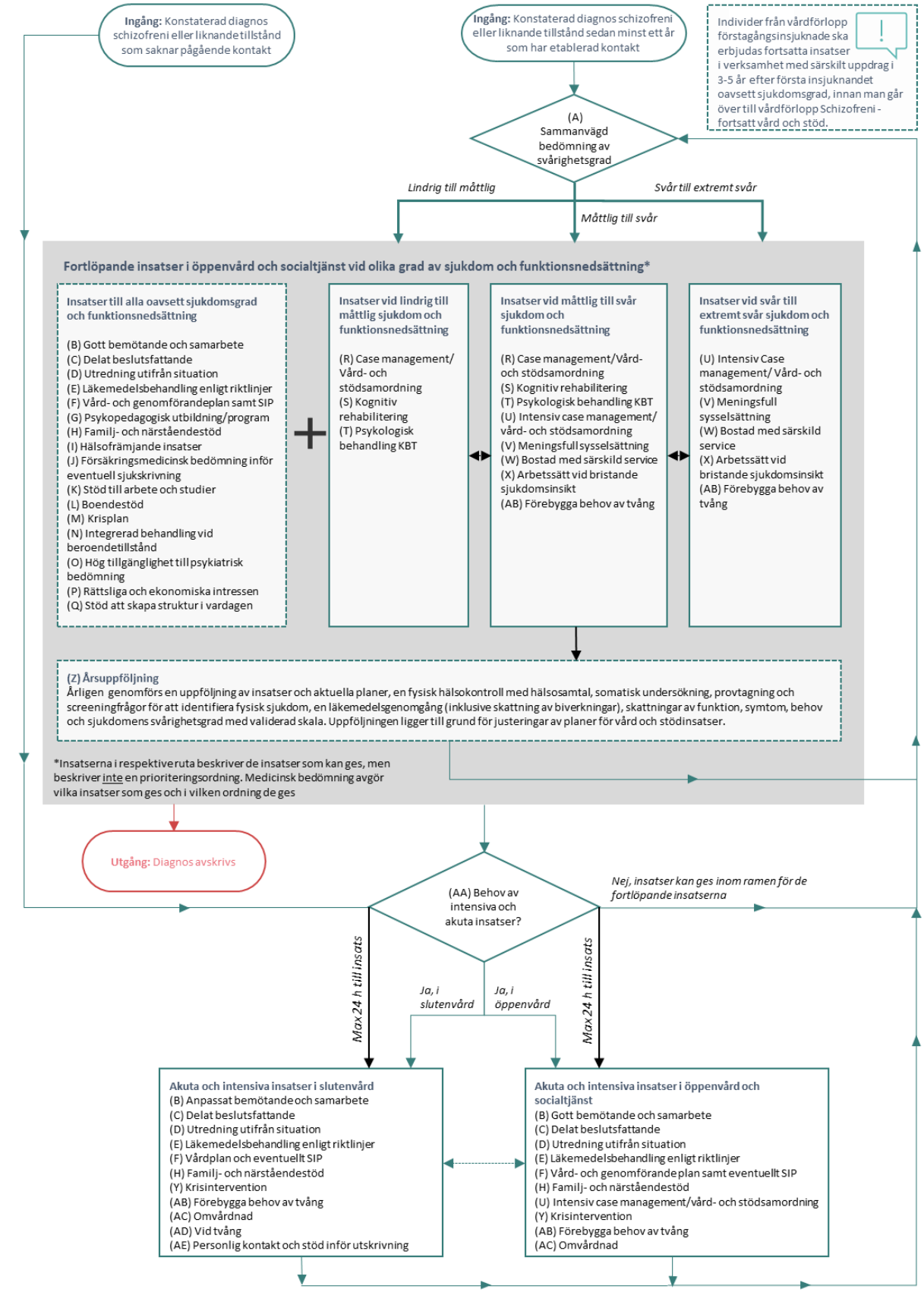
Ingång i vårdförloppet ska ske då en individ haft konstaterad schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, diagnos F20-29.9 enligt ICD-10-SE [2], sedan minst tolv månader. Vårdförloppet är aktuellt för alla dessa individer oavsett om de har etablerad kontakt med vård och omsorg eller saknar pågående kontakt.

Utgång ur påbörjat vårdförlopp sker för individer där diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, diagnos F20-29.9 enligt ICD-10-SE [2], 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 sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
(A) Beslut: Sammanvägd bedömning av svårighetsgrad Gör en sammanvägd bedömning utifrån strukturerade skattningar av symtom, funktion och behov samt en klinisk bedömning. Det kan vara till hjälp 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. Observera att tidigt i sjukdomsförloppet är denna indelning svår att tillämpa, insatser ges då enligt vårdförloppet för förstagångsinsjuknande. **Lindrig till måttlig 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. **Svår 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.	● Beskriva besvär och hur de upplevs ● Fråga om något är oklar ● Efterfråga mer information vid behov
(B) Gott 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	● Beskriva 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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Se VIP: Transkulturellt hänsynstagande	• Be om tolkhjälp vid behov
(C) Delat beslutsfattande Arbeta enligt metoden delat beslutsfattande för att säkerställa att individen själv, berörd personal och närstående tar gemensamma beslut kring vård och stöd. • Se VIP: Delat beslutsfattande • Se VIP: Att implementera Delat beslutsfattande	• Beskriva behov och önskemål och vilka insatser och stöd som är att föredra • Våga fråga om något är oklart • Ta eget ansvar i behandling genom att genomföra de aktiviteter som är överenskomna • Delta aktivt och gärna involvera närstående i beslutsprocessen • Säga ifrån vid upplevelse av att beslut fattas utan ditt samtycke • Be om att få mer information vid behov
(D) Utredning utifrån situation Ta anamnes, utred individens symtom, funktion, omvårdnads- och/eller 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 utredning, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd • Se VIP: Fördjupad 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 (KVÅ-kod: AU118, Strukturerad suicidriskbedömning) • Se VIP: Upptäcka och stödja individer som utsätts för hot och våld	• Om möjligt, vara aktiv genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer • Beskriva besvär och hur de upplevs • Fylla i eventuella skattningar, delta i undersökningar och beskriva situationen

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(E) 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 (KVÅ-kod: XV016, Läkemedelsgenomgång, fördjupad)	● Ta del av information om läkemedel och ställa frågor ● Berätta om funderingar kring läkemedelsbehandling och om olika alternativ (både administrationssätt och preparat) ● Gärna involvera närstående ● Beskriva nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning ● Beskriva effekt och biverkningar
(F) Vård- och genomförandeplan samt eventuellt samordnad individuell plan (SIP) Upprätta och kommunicera tillsammans med individ och närstående planer, där överenskommelser om insatser, uppföljning och ansvarsfördelning tydliggörs. ● Se VIP: Vårdplan (KVÅ-kod AW013, Upprättande av vårdplan samt XU041 Upprättande av vårdplan vid tvångsvård) ● Se VIP: SIP, samordnad individuell plan (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) ● Se VIP: Genomförandeplan	● Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov) ● Beskriva olika besvär och funderingar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd ● Beskriva behov och önskemål ● Ta ställning till vilka personer som ska involveras ● Formulera mål, med stöd av personal vid behov ● Delta i uppföljning
(G) 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	● Delta i utbildningstillfällen (vid behov använd hjälpmedel eller ta hjälp av personal) ● Göra eventuella hemuppgifter och övningar ● Delta i planerade möten ● Bidra efter förmåga i gruppsammanhang

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
utformade för att anpassas efter deltagarnas olika förmågor och behov. ● Se VIP: Psykopedagogisk utbildning ● Se VIP: NECT metoden ● Se psykopedagogiska behandlingsprogram	● Informera om behov av extra stöd från socialtjänst för att kunna delta
(H) Familj- och närståendestöd Samarbeta med, ge utbildning och stöd till familj och närstående. Närstående kan få stöd utan att involveras i vården. Om individen har minderåriga barn, erbjud 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 ● Se VIP: Stöd i föräldrarollen	● Ta ställning till samtycke till att personalen får informera närstående. Ett samtycke underlättar att ge närstående stöd.
(I) Hälsofrämjande insatser Uppmärksamma och kartlägg levnadsvanor, fysisk hälsa och munhälsa. Bedöm behov av och motivation till att förändra ohälsosamma levnadsvanor. 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 munhälsa 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: Främja hälsosamma levnadsvanor ● Se VIP: Fysisk hälsokontroll ● Se VIP: Stöd till god munhälsa ● Se VIP: Stöd i kontakter vid fysisk ohälsa	● 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 ● Beskriva kroppsliga besvär och problem med mun och tänder
(J) Försäkringsmedicinsk bedömning 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

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(K) Stöd till arbete och studier Ge individanpassat stöd till arbete enligt metoden Individual Placement and support (IPS). Det ska erbjudas alla och ges till de som uttryckt önskan att arbeta eller studera. ● Se VIP: Individanpassat stöd till arbete enligt IPS	● Fundera och berätta om önskemål kring arbete eller studier
(L) 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 följa upp scheman tillsammans med boendestödjare ● Genomföra moment enligt planering ● Vid behov, efterfråga ytterligare stöd
(M) 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 (KVÅ-kod AU123, Upprättande av krisplan)	● Ta kontakt vid försämring ● Genomföra förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare försämring/insjuknanden ● Försöka identifiera och sätta ord på tidiga tecken ● Ta hjälp av närstående som kan ha sett när försämring i sjukdomen uppstod ● Komma överens med personalen om vad som ska stå i krisplanen ● Ta ställning till vad som kan göras när vid eventuell försämring ● Beskriva vad andra (personal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
	● Beskriva behov vid ett eventuellt återinsjuknande
(N) Integrerad behandling vid beroendetillstånd Samarbeta med beroendevård och socialtjänst vid skadligt bruk eller beroendetillstånd och säkerställ att insatser ges utifrån behov för båda tillstånden samtidigt och integrerat. ● Se VIP: Integrerade insatser för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen	● Våga ta hjälp och samarbeta med personalen
(O) Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning Erbjud en snabb första bedömning vid försämring. ● Se VIP: Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning vid misstänkt psykos	● Ta kontakt med vården vid försämring
(P) Rättsliga och ekonomiska intressen Individen kan behöva stöd i att tillvarata sina egna intressen. Informera individen om möjlighet till stöd av ett personligt ombud. Gör vid större behov en ansökan om god man tillsammans med individen. 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 eller förvaltare ● Se VIP: Personligt ombud	● Be om hjälp med ekonomi och papper utifrån behov
(Q) 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 Kognitivt stöd	● Beskriva i vilka situationer det blir krångligt i vardagen
(R) 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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(S) Kognitiv rehabilitering Erbjud kognitiv träning enligt programmet IPT- (integrerad psykologisk terapi) eller digitala träningsprogram. ● Se VIP: Kognitiv rehabilitering (KVÅ-kod QA011, Kognitiv funktionsträning)	● Genomföra moment enligt planering
(T) Psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) Bedöm utifrån behov, situation och önskemål om psykologisk behandling kan ges individuellt eller i grupp. Individuell behandling rekommenderas. ● Se VIP: Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid kvarstående symtom (KVÅ-kod: DU011, Kognitiv beteendeterapi (KBT))	● Genomföra moment enligt planering
(U) 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 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
(V) 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 eller studera. ● Se VIP: Daglig aktivitet utanför hemmet	● Fundera kring och berätta om vad som skulle vara meningsfullt att göra om dagarna
(W) Bostad med särskild service/Bostad först Erbjud anpassad bostad med bemanning och särskild service för individer som har stora svårigheter att klara ett självständigt liv . 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 boende (HVB)	● Berätta om behov i hemmet och fundera över olika alternativ

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(X) 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.	● Beskriva sin situation ● Försöka förklara olika val och handlingar
(Y) 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 (KVÅ-kod DU114, psykosocial behandling vid kris och trauma)	● Beskriva 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.
(Z) 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 och våld	● Om möjligt, vara aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer ● Fylla i eventuella skattningar, delta i undersökningar och beskriva situationen

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
● 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 ● Se VIP: Främja hälsosamma levnadsvanor (KVÅ-kod: DV113, Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk)	
(AA) Beslut: 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 ● Beskriva besvär och hur de upplevs ● Beskriva situationen ● Beskriva aktuella behov
(AB) 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 man känner ● Kontakta personalen om något orsakar ilska eller upprördhet ● Beskriva hur och varför personalen kan förbättra situationen

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
	• Visa hänsyn till andra individer
(AC) 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 • Genomföra aktiviteter som är överenskomna • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov • Våga ha tillit • Berätta om upplevelser • Fråga om det är något som är svårt att förstå
(AD) 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 beskriva 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 sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(AE) 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 åtgärder. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet konkretiseras genom patientkontrakt som tillämpas i vårdförloppen. (Mer information om patientkontrakt finns på SKR:s hemsida). Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården tas tillvara, att beslut om vård tas gemensamt, att det utses fasta vårdkontakter samt att det framgår vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv. För den aktuella patientgruppen är det dessutom viktigt att lyfta nedanstående. I vårdförloppet är det viktigt att beakta innehållet i patientkontraktet och ta fram en gemensam överenskommelse mellan individ 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.

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. Det innefattar 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.

I samband med framtagandet av vårdförloppet har en översyn av befintliga indikatorer i det nationellt vård- och insatsprogram (VIP) Schizofreni, samt vårdförlopp Schizofreni förstagångsinsjuknande gjorts, bland annat i syfte att reducera antalet indikatorer. Denna översyn har även påverkat utformningen av indikatorer i vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd.

2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Tidigare har de flesta indikatorerna i vård- och insatsprogrammet för schizofreni samt vårdförloppen vid schizofreni hämtats från kvalitetsregistret PsykosR som i nuläget har en begränsad täckningsgrad och ofta kräver separat registrering. Därför pågår ett arbete med att hitta indikatorer som i högre utsträckning baseras på strukturerad vårddokumentation, vilket möjliggör för vårdgivare och regioner att i egna vårdinformationsystem följa upp vårdförloppets indikatorer.

Indikatorlistan innehåller några indikatorer som i nuläget bedöms vara alltför komplexa att inhämta data för men som i framtiden kan bli aktuella.

Indikatorerna kommer att kompletteras och beskrivas mer detaljerat när de publiceras i kvalitetsindikatorkatalogen (https://kvalitetsindikatorkatalog.se). Då beskrivs indikatorerna dels utifrån PsykosR:s formulär och variabler, dels utifrån den information som behöver vara strukturerad och därmed sökbar i den ordinarie vårddokumentationen.

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 Kvalitetsindikatorkatalog där kompletta specifikationer av indikatorerna publiceras i takt med att de är informatiskt genomarbetade. Tidigare indikatorer har reducerats och nu föreslås samma indikatorer för vård- och insatsprogrammet, vårdförlopp för förstagångsinsjuknade och vårdförlopp för fortsatt vård och stöd. Ett förändringsarbete med kvalitetsregister PsykosR 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 för förstagångsinsjuknade och vårdförlopp för fortsatt vård och stöd

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Riktning	Målvärde	Mätning och återrapportering
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
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 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
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

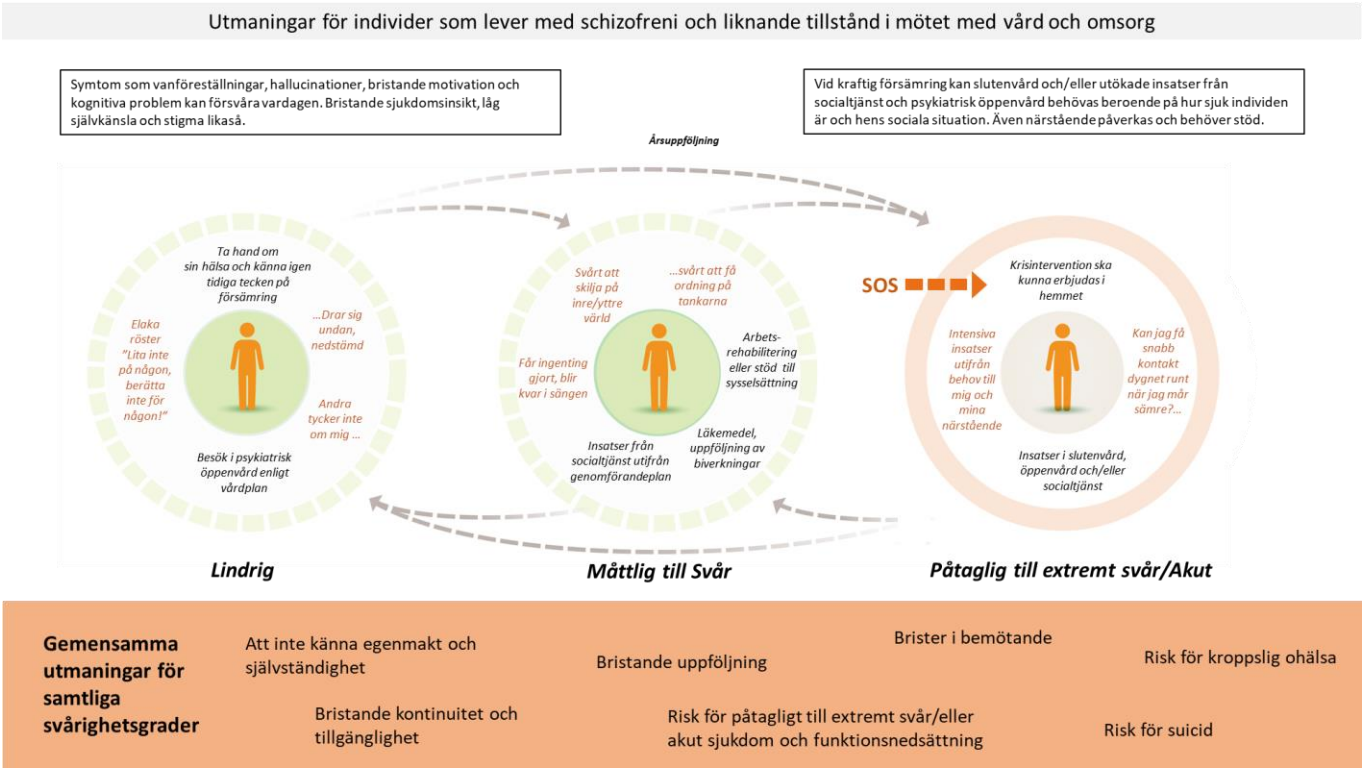
Tabell 3. Utvecklingsindikatorer

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Riktning	Målvärde	Mätning och återrapportering
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 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

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

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.
- En viktig kunskapskälla för förebyggande av livsstilsrelaterad ohälsa är de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. De hämtas från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. och det Nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling som NPO levnadsvanor tagit fram.
- Svenska Psykiatriska Föreningen. Transkulturell psykiatri - kliniska riktlinjer för utredning och behandling

3.3. Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd, har pågått från september 2020 till maj 2022. 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 (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. Alla deltagare i NAG har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp.

Vårdförloppet är godkänt av Nationellt programområde psykisk hälsa och styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) som rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun 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. mag 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
Gunnar In de Betou	Psykolog	tf Processledare/Regionrepresentant	Stockholm
Paulina Slazak	Utredare	Kommunrepresentant	Stockholm
Åsa Höij	Egenerfaren	Patientföreträdare.	Representerar RSMH och Schizofreniförbundet
Björn Norlin	Sjuksköterska	Regionrepresentant	Norra Regionen
Mona Soholat	Läkare	Regionrepresentant	Mellansverige
Ulrika Toresten	Beteendevetare	Kommunrepresentant	Mellansverige
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
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, delaktighet 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 i tillräcklig omfattning.

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