

# Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

## Schizofreni – förstagångsinsjuknande

Vårdförloppet inleds vid misstanke om psykos och avslutas vid patientens första årsuppföljning.

### **Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp**

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

## Sammanfattning

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

I nuläget kan det dröja relativt länge innan personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd omhändertas på rätt vårdinstans och får rätt insatser. Detta riskerar att försämra prognosen. Många personer 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 åtgärder, stödinsatser, utredning, behandling och utvärdering i flera stadier. Vårdförloppet inkluderar personer i akuta respektive icke akuta tillstånd. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat ledtider, läkemedelsanvändning och biverkningar samt personers livssituation.

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

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

## Innehållsförteckning

1	Beskrivning vårdförlopp .....	- 3 -
1.1	Om schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.....	- 3 -
1.2	Omfattning .....	- 4 -
1.3	Vårdförloppets mål.....	- 5 -
1.4	Ingång och utgång .....	- 5 -
1.5	Flödesschema för vårdförloppet .....	- 7 -
1.6	Vårdförloppets åtgärder.....	- 8 -
1.7	Patientdelaktighet och patientöverenskommelse .....	- 18 -
2	Uppföljning av vårdförlopp .....	- 19 -
2.1	Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter .....	- 19 -
2.2	Indikatorer för uppföljning.....	- 20 -
3	Bakgrund till vårdförlopp .....	- 22 -
3.1	Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv.....	- 22 -
3.2	Kompletterande kunskapsstöd.....	- 24 -
3.3	Arbetsprocess.....	- 24 -
4	Referenser .....	- 26 -
	Appendix.....	- 27 -
	Utförlig beskrivning av utmaningar vid schizofreni – förstagångsinsjuknande .....	- 27 -

## 1 Beskrivning 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 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 vård ska integreras med individanpassade åtgärder. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården samt socialtjänst ska tas tillvara, att beslut om vård eller stöd ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförlopsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal 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.

För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

### 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. 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 personer. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. Cirka 1500 – 2000 personer insjuknar varje år i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 personer får diagnosen schizofreni. Vanligaste ålder för insjuknande i schizofreni är 18 – 30 år. En del personer får tidiga symtom 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 eller av rättsväsendet. 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 person 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 personen och närstående, är avgörande för att undvika återinsjuknande i psykos, minska symtom och möjliggöra återhämtning. Det är också viktigt att personen får stöd till att klara sitt dagliga liv med boende, arbete och sociala relationer. Bedömning av riskfaktorer för fysisk ohälsa och sjukdom i kombination med stöd till livsstilsförändringar är också en viktig del av behandlingen. Psykotiska tecken i samband med annan sjukdom, tillfällig användning av droger eller situationsutlösta psykosor kräver oftast en kortare behandlingsinsats än diagnoser som schizofreni och schizoaffektivt syndrom.

Personer 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 personer 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. Personer 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 åtgärder från att det finns misstanke om psykos till personens första årsuppföljning. Vårdförloppet gäller för personer som insjuknar för första gången och där diagnosen schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd bekräftas.

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

En övergång från ett vårdförlopp till ett annat betyder inte att vården av personen avslutas, det betyder enbart att den fortsatta vården kommer att styras av ett annat beskrivet vårdförlopp eller av andra befintliga riktlinjer. En person som haft en psykosepisod behöver oftast fortsatt stöd, information och uppföljning, detsamma kan gälla dennes närstående.

Det planeras ytterligare ett sammanhållet och personcentrerat vårdförlopp som ska omfatta den fortsatta vården vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd efter det första året.

### 1.3 Vårdförloppets mål

Målsättningen är att personer 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 ska ske när en person kommer i kontakt med vård och omsorg och det finns misstanke om psykos.

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 ungdomspsykiatri 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:

Personer 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 personer inte inkluderas i vårdförloppet behöver de oftast ha fortsatt vård enligt annat vårdförlopp eller relevanta nationella riktlinjer och insatser från socialtjänsten efter behov.

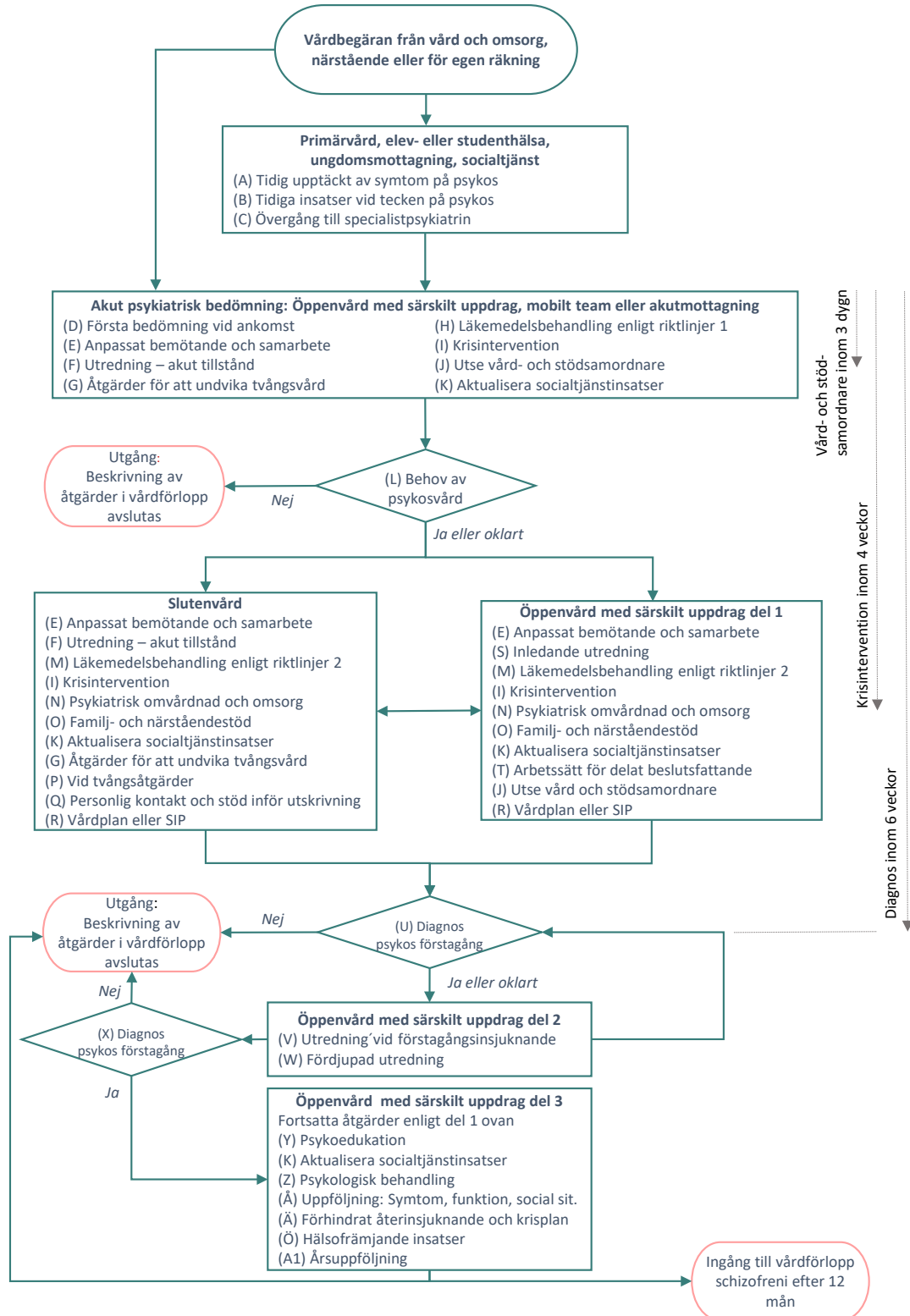
Utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske på något av följande sätt:

- Misstanke om psykosdiagnos avfärdas.
- Personen bedöms inte ha schizofreni eller en schizofreniliknande psykos.
- Personen är inte i behov av utredning eller åtgärder avsedda för förstagångsinsjuknande i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.
- Personen har fått sin första årsuppföljning med utvärdering av behandling och stöd, det vill säga 12 månader efter start av vårdförloppet.

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

## 1.5 Flödesschema för vårdförloppet

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



Figur 1. Flödesschema.



## 1.6 Vårdförloppets åtgärder

Mer information om åtgärderna och hur de ska genomföras finns i *Vård- och insatsprogram (VIP) Schizofreni och liknande tillstånd* [3]. För att komma direkt till respektive åtgärd i VIP, tryck på hyperlänken i Tabell 1 nedan. Vårdförloppet kan inledas i flera olika verksamheter men åtgärder genomförs sedan i huvudsak i specialistpsykiatri. Då åtgärder ges inom barn- och ungdomspsykiatri och personen ska överföras till vuxenpsykiatri, se [VIP Trygg och säker övergång från BUP till VUP](#).

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

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

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(A) Tidig upptäckt av symtom på psykos</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Tidig upptäckt av symtom på psykos</a> – i syfte att ge ett gott omhändertagande med adekvata åtgärder.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>Beskriv besvär och hur de upplevs.</li></ul>
<p><b>(B) Tidiga insatser vid tecken på psykos</b> – första bedömning, anpassat bemötande och hänvisning till specialistpsykiatri.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Se <a href="#">VIP: Primärvård</a> – inkluderar vårdintygsbedömning och att konsultera specialistpsykiatri vid behov.</li><li>Se <a href="#">VIP: Skola/elevhälsa/studenthälsa/ungdomsmottagning</a></li><li>Se <a href="#">VIP: Socialtjänst</a></li></ul>	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(C) Övergång till specialistpsykiatri</b></p> <p>Kan ske med hjälp av remiss, men en personlig kontakt rekommenderas.</p> <p>Frågeställning ”misstanke om psykos”. Remissen bör innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Social situation</li> <li>• Förekomst av specifika symtom och tecken vid psykosjukdom som: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hallucinationer</li> <li>- Vanföreställningar</li> <li>- Tankestörningar</li> <li>- Kognitiva problem</li> </ul> </li> <li>• Beskrivning av sjukdomsförloppet och utvecklingen av symtom över tid.</li> <li>• Uppmärksamma tecken på alkohol eller drogmissbruk.</li> <li>• Beskrivning av eventuell funktionsnedsättning som påverkar det vardagliga livet, till exempel hygien, ekonomi, boende, studier, arbete, eller annan sysselsättning.</li> <li>• Andra pågående vård- och stödinsatser, till exempel socialtjänstkontakt.</li> <li>• Beskriv om det finns tecken på att personen kan vara en fara för sig själv eller andra.</li> </ul> <p>Socialtjänsten använder ej remiss.</p>	
<p><b>(D) Första bedömning vid ankomst</b> – ska genomföras för att säkerställa att det, om behov finns, vidtas åtgärder 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.</p>	
<p><b>(E) Anpassat bemötande och samarbete</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Anpassat bemötande</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Information till person och närstående</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Samarbete med närstående och anhöriga</a></p>	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(F) Utredning – akut tillstånd</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Utredning – akut tillstånd</a> – innefattar bedömning av risk för suicid och våld samt frågor om barn, unga eller djur finns i hemmet. Innefattar även drogscreening och kontroll av körkort och vapenlicens.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beskriv besvären så som de upplevs.</li><li>• Berätta om det finns barn, unga eller djur i hemmet.</li></ul>
<p><b>(G) Åtgärder för att undvika psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se <a href="#">VIP: Förebygga och hantera hot och våld</a> – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verbalisera frustration och ilska.</li><li>• Kontakta personalen om något orsakar ilska eller upprördhet.</li><li>• Beskriv hur personalen kan förbättra situationen och varför det är så.</li><li>• Visa hänsyn till andra patienter.</li></ul>
<p><b>(H) Läkemedelsbehandling enligt riktlinjer 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se <a href="#">VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos</a> – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången.</li><li>• Se <a href="#">VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel</a> – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål.</li><li>• Se <a href="#">VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer</a> – för optimerad effekt och minimerade biverkningar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor.</li><li>• Berätta om tankar kring läkemedelsbehandling och om olika alternativ (både administrationsätt och preparat).</li><li>• Beskriv nuvarande och tidigare läkemedels-användning. Beskriv effekt och biverkningar.</li></ul>
<p><b>(I) Krisintervention</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Krisintervention till person och närstående</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Stöd till barn som anhöriga</a></p>	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(J) Utse vård- och stödsamordnare</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se <a href="#">VIP: Case management, modell för vård- och stödsamordning</a></li><li>• Se <a href="#">VIP: Påminnelse om besökstider</a></li><li>• Se <a href="#">VIP: Integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen</a></li><li>• <b>Erbjudas tät kontakt</b> – vårdkontakt minst 2 gånger i veckan den första månaden därefter enligt behov. Kontakten kan vara i form av fysiska träffar och/eller telefon/videomöten.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beskriv behov av kontakt med vården.</li><li>• Involvera närstående i beslut.</li></ul>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(K) Aktualisera socialtjänstinsatser</b></p> <p>Genomföra kartläggning av sociala-/psykosociala levnadsförhållanden, akut och långsiktigt behov inom bland annat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Barn, varav minderåriga</li><li>- Bostad och boendeförhållanden (ensamboende eller samboende med annan vuxen)</li><li>- Djur</li><li>- Ekonomi,</li><li>- Sjukskrivning eller andra intyg</li></ul> <p><b>Etablera en kontakt med socialtjänst om det finns akuta behov</b></p> <p><b>Akut</b></p> <p><b>Orosanmälan till socialtjänsten</b> – 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</p> <p>Se <a href="#">VIP: Utredning vid akut tillstånd</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Utredning vid förstagångsinsjuknande i psykos</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Tidiga tecken på psykos i socialtjänsten</a></p> <p><b>Fortsatt stöd till rehabilitering och återhämtning</b></p> <p>Genomföra en fortsatt fördjupad kartläggning av sociala och psykosociala behov.</p> <p>Etablera kontakt med socialtjänst för ansökan om insatser och samordning av insatser, SIP</p> <p>Se <a href="#">VIP: Utredning/kartläggning av livssituation (psykosocial utredning)</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Samordnande insatser vid förstagångsinsjuknande i psykos</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Sysselsättning, stöd till arbete enligt IPS-modellen</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Sysselsättning, Supported Education (SEd)</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Sysselsättning, daglig aktivitet utanför hemmet</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Berätta om akuta problem i hemsituationen: ekonomi, boendemiljö, husdjur, hemmavarande barn eller ungdomar.</li><li>• Be om och ta emot hjälp och stöd.</li><li>• Samarbeta med boendestödjare.</li><li>• Ingå överenskommelser med boendestödjare.</li><li>• Upprätta och följ upp scheman tillsammans med boendestödjare.</li><li>• Genomför moment enligt planering.</li><li>• Vid behov, efterfråga särskilt stöd för minderåriga barn.</li></ul>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(L) Beslut: Behov av psykosvård</b></p> <p>Finns behov av psykosvård? Ja eller oklart: fortsatt till Slutenvård eller Öppenvård med särskilt uppdrag del 1 (beroende på situation) Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.</p>	
<p><b>(M) Läkemedelsbehandling enligt riktlinjer 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <a href="#">VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos</a> – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången.</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel</a> – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål.</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer</a> – för optimerad effekt och minimerade biverkningar.</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling</a> – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling.</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälsa- och sjukvård</a> – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar.</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor.</li> <li>• Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationssätt och preparat).</li> <li>• 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.</li> <li>• Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.</li> </ul>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(N) Psykiatrisk omvårdnad och omsorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <a href="#">VIP: Samtalsstöd vid slutenvård</a> – dagliga omvårdnadssamtal enligt överenskommelse med patienten som syftar till att öka delaktighet och trygghet (KVÅ-kod: DU007, stödjande samtal).</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd vid suicidtankar – socialtjänst</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd vid suicidtankar – hälsa- och sjukvård</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Motiverande samtal</a> (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI)</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd vid sömnsvårigheter</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd att hantera stress och oro</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd till god munhälsa</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Gruppaktiviteter</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berätta för personalen vad som skapar trygghet.</li> <li>• Berätta om upplevelser.</li> <li>• Fråga om något inte är tydligt.</li> <li>• Be om och ta emot hjälp och stöd.</li> <li>• Bidra aktivt i att formulera egna mål.</li> <li>• Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter.</li> <li>• Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov.</li> <li>• Delta i uppföljning</li> </ul>
<p><b>(O) Familj- och närståendestöd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd till barn som anhöriga</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Stöd i föräldraskap</a> (KVÅ-kod: DU028, föräldraträning som sker utifrån manualiserad metod, exempelvis COPE (Community Parent Education))</li> <li>• Se <a href="#">VIP: Familjeintervention – utbildning och stöd</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Samarbeta med närstående</a></li> </ul> <p>Se <a href="#">VIP: Föra barnen på tal</a> (KVÅ-kod: DU056, samtal med vuxen patient och berörd</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta ställning till samtycke till att personalen ger insatser till de närstående som behöver stöd.</li> <li>• Närstående kan få stöd utan att involveras i vården</li> </ul>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(P) Vid tvångsåtgärder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <a href="#">VIP: Tvångsåtgärder – begränsade</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Tvångsåtgärder – fysiska ingripanden i akuta situationer</a></li> <li>• Se <a href="#">VIP: Samtal – uppföljning efter tvångsåtgärd</a> – händelseförloppet går igenom i syfte att minska negativa konsekvenser och behovet av framtida tvångsåtgärder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i uppföljningssamtalet.</li> <li>• Berätta om upplevelser av tvångsåtgärden.</li> <li>• Reflektera tillsammans med vårdpersonal kring vad som kan göras för att undvika tvångsåtgärder i framtiden.</li> </ul>
<p><b>(Q) Personlig kontakt och stöd inför utskrivning</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Personlig kontakt och stöd inför utskrivning</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i möten med öppenvården och delta aktivt i planering av fortsatt vård.</li> </ul>
<p><b>(R) Vårdplan eller SIP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <a href="#">VIP: Vårdplan</a> – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan).</li> <li>• Se <a href="#">VIP: SIP, samordnad individuell plan</a> – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälsa- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov).</li> <li>• Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd.</li> <li>• Beskriv behov och önskemål.</li> <li>• Ta ställning till vilka personer som ska involveras.</li> <li>• Formulera mål för vårdtiden, med stöd av personal vid behov.</li> <li>• Delta i uppföljning.</li> </ul>
<p><b>(S) Inledande utredning</b></p> <p><b>VIP: Inledande utredning</b> (Text i VIP ska skrivas. BAS utredning, generiskt inledande)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beskriv besvär och hur de upplevs.</li> <li>• Delta i undersökningar.</li> </ul>
<p><b>(T) Arbetssätt för delat beslutsfattande</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande</a></p>	
<p><b>(U) Beslut: Diagnos psykos förstagång</b></p> <p>Uppfyller personen diagnoskriterierna för psykos? Ja eller oklart: fortsatt till Öppenvård med särskilt uppdrag del 2 Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas</p>	



Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(V) Utredning vid förstagångsinsjuknande</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Utredning vid förstagångsinsjuknande i psykos</a> – i syfte att säkerställa korrekt diagnos och behandling, samt möjliggöra utvärdering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv besvär.</li> <li>Delta i undersökningar.</li> <li>Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.</li> </ul>
<p><b>(W) Fördjupad utredning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se <a href="#">VIP: Utredning och bedömning av funktion i vardag och arbetsliv</a></li> <li>Se <a href="#">VIP: Utredning och bedömning av fysisk funktion av fysioterapeut</a></li> <li>Se <a href="#">VIP: Utredning av psykomotorisk funktion och rörelsekaraktär hos fysioterapeut</a></li> <li>Se <a href="#">VIP: Utredning och bedömning av kognitiv funktion, neuropsykologiska tester</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<p><b>(X) Beslut: Diagnos psykos förstagång</b></p> <p>Uppfyller personen diagnoskriterierna för psykos? Ja: fortsatt till Öppenvård med särskilt uppdrag del 3 Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas</p>	
<p><b>(Y) Psykoedukation med eller utan övningsmoment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se <a href="#">VIP: Psykopedagogisk utbildning</a> (KVÅ-kod: GB009, information och undervisning riktad till patient)</li> <li>Se <a href="#">VIP: Psykopedagogiska behandlingsprogram med social färdighetsträning</a> (KVÅ-kod: DU023, psykopedagogisk behandling)</li> <li>Se <a href="#">VIP: ESL ett självständigt liv</a></li> <li>Se <a href="#">VIP: IMR, Illness management and recovery</a></li> <li>Se <a href="#">VIP: NECT-metoden, för minskad självstigmatisering</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delta i utbildningstillfällen.</li> <li>Gör eventuella hemuppgifter och övningar.</li> <li>Kom till planerade möten (vid behov använd hjälpmedel eller ta hjälp av personal).</li> <li>Bidra efter förmåga i gruppsammanhang.</li> </ul>
<p><b>(Z) Psykologisk behandling</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Kognitiv beteendeterapi (KBT)</a></p> <p>Se <a href="#">VIP: Kognitivt stöd i vardagen</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genomför moment enligt planering.</li> </ul>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(Å) Uppföljning: Symtom, funktion och social situation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Symtom</b> 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).</li> <li>• <b>Funktion</b> 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.</li> <li>• <b>Social situation</b> genom samtal med person och närstående.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Beskriv situationen.</li> </ul>
<p><b>(Å) Förhindrat återinsjuknande inkl. upprättande av krisplan</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Förhindrat återinsjuknande och upprättande av krisplan</a> –tillsammans med person och närstående identifiera tidiga tecken på återfall och skriva en plan för vad som görs vid försämring i syfte att undvika återfall i psykos samt öka trygghet för personen och närstående (KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan, samt DU119).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeta med personalen.</li> <li>• Genomför förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare insjuknanden.</li> <li>• Försök identifiera och sätta ord på tidiga tecken.</li> <li>• Ta hjälp av närstående som kan ha sett när försämring i sjukdomen uppstod.</li> <li>• Kom överens med personalen om vad som ska stå i krisplanen.</li> <li>• Ta ställning till vad som kan göras vid vilka tidpunkter vid eventuell försämring.</li> <li>• Beskriv vad andra (vårdpersonal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring.</li> <li>• Beskriv behov vid ett eventuellt återinsjuknande.</li> </ul>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(Ö) Hälsöfrämjande insatser</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se <a href="#">VIP: Främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor</a> (KVÅ-kod: DV030, hälsosamtal)</li><li>• Se <a href="#">VIP: Stöd för kontakter med vården vid kroppslig ohälsa</a> med syfte att upptäcka hälsoproblem och riskfaktorer i tid.</li><li>• Se <a href="#">VIP: Hälsosamtal – utredning av levnadsvanor</a> (KVÅ-kod: DV030, hälsosamtal)</li><li>• Stöd vid riskbruk av droger (text ska skrivas i VIP)</li><li>• Se <a href="#">VIP: Stöd vid riskbruk av alkohol</a></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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).</li><li>• Var medveten om att lite fysisk rörelse är bättre än ingen rörelse alls.</li><li>• Se över vanor och ta ställning till vilka förändringar som skulle kunna vara möjliga att genomföra för att främja hälsa.</li><li>• Ta ställning till det stöd och hjälp som erbjuds för att främja hälsa. Våga prova.</li></ul>
<p><b>(A1) Årsuppföljning</b></p> <p>Se <a href="#">VIP: Årsuppföljning – utvärdering av behandling och stöd</a></p>	

## 1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

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

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

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

Case management är ett arbetssätt som överensstämmer med en fast vårdkontakts roll och kan ges inom ramen för olika organisationsmodeller med vissa gemensamma principer.

Personens 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 personen själv och för hälso- och sjukvården.

## 2 Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder 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

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

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

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

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

Redovisning av indikatorerna behöver vara könsuppdelade för att kunna följa upp att vård ges på lika villkor oavsett kön.

## 2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 2. Utfallsmått.

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Indikator baserad på potentiell PREM. Jag känner att jag kan få hjälp av vården när jag behöver det	Stämmer helt 75 procent	12 månader	<a href="http://www.psykiatrikollen.se">www.psykiatrikollen.se</a>
Andel individer som behandlas med antipsykotiska läkemedel som under tidsperioden skattat ingen eller lindrig läkemedelsbiverkning vid uppföljning*.	Högt, 60 procent	12 månader	PsykosR alternativt KVÅ-kod: AV127, systematisk undersökning av läkemedels-biverkan som tecken på att skattning utförts
Andel patienter som har gjort ett suicidförsök alternativt fullbordat suicid under första året.	Noll procent	12 månader	PsykosR alternativt Socialstyrelsens hälsodataregister, ICD-10 kod
Andel patienter med psykosdiagnos (F20–F29.9) som vårdats enligt LPT första året.	Minskande behov, 30 procent	12 månader	Socialstyrelsens hälsodataregister
Andel individer som vid senaste mättillfället, under tidsperioden, har haft ett BMI under 30.*	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR
Andel individer som under tidsperioden haft ett drogrelaterat riskbeteende (DUDIT Man 6+ poäng, Kvinna 2+ poäng).*	Minskande behov, 30 procent	12 månader	PsykosR
Andel individer som efter 12 månader är i remission enligt RS-S*, CRDPSS*, CGI* eller annan validerad skala.*	Högt, 65 procent	12 månader	PsykosR

\*Prioriterad nationell indikator (NPO).

Tabell 3. Processmått.

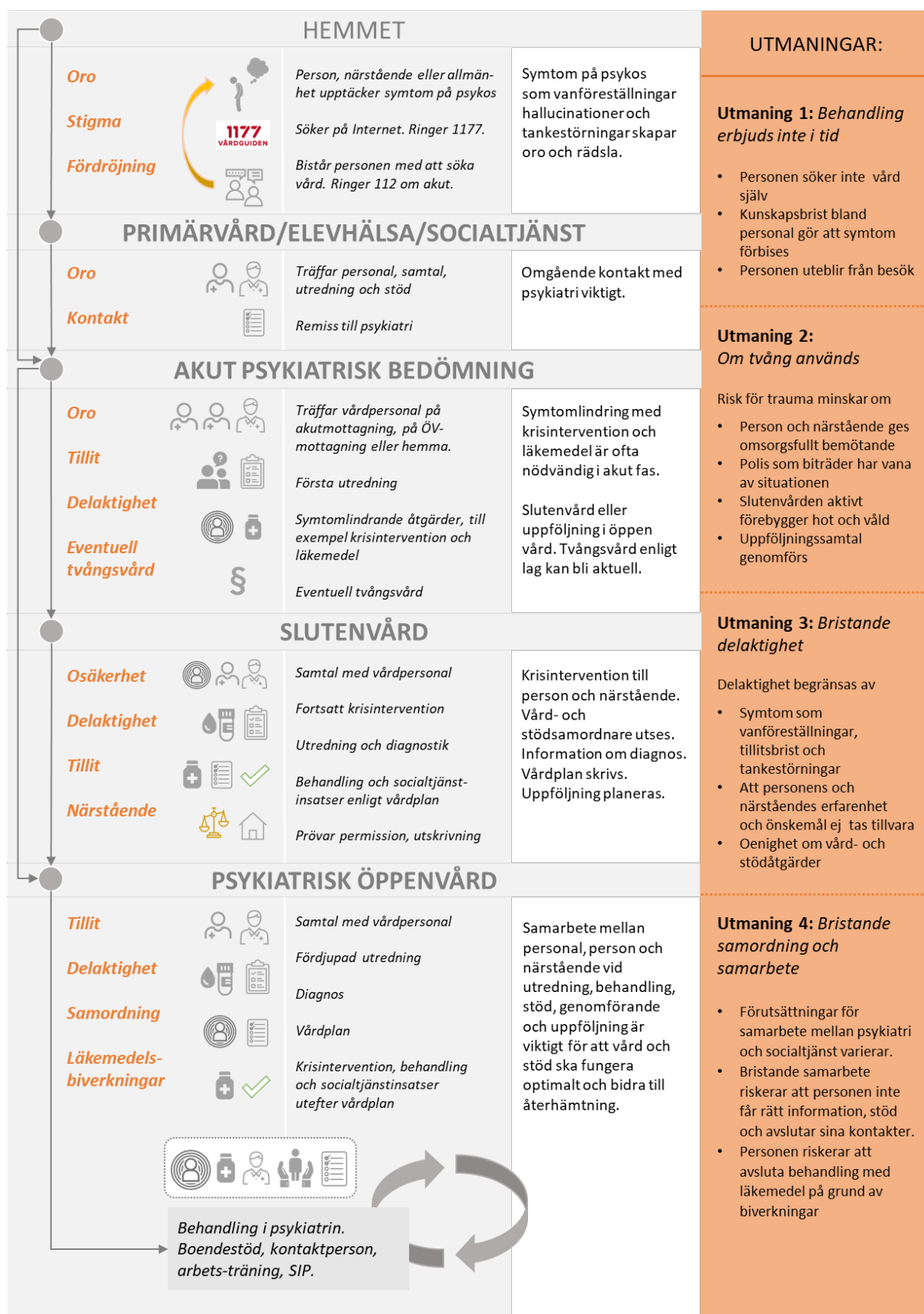
Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel patienter som inom 3 kalenderdygn efter misstanke om psykos får kontakt med en vård- och stödsamordnare eller en fast vårdkontakt i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknande i psykos.	Högt, 80 procent	Vid första 12-månaders uppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande. Indikatorn skall mätas inom psykiatri.
Andel individer som efter ett år har en diagnos (F20–F29.9) och som har fått diagnosen inom 6 veckor från första kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknande i psykos.	Högt, 80 procent	Vid första 12-månaders uppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande
Andel individer som under tidsperioden har haft en utsedd person med samordnande ansvar (jämför vård- och stödsamordnare/case manager).	Högt, 95 procent Kan erbjudas av kommun och/eller region	12 månader	Nationell datakälla saknas för närvarande
Andel individer som erbjudits någon form av stöd med syfte att återgå i studier/arbete, till exempel IPS, SE, arbetsmarknadsåtgärder.	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR
Andel personer med diagnos (F20–F29.9) som behandlats med antipsykotiska läkemedel under första året.	Högt, 95 procent	12 månader	Socialstyrelsens hälsodataregister (uttagna läkemedel)
Andel personer som tillsammans med närstående har fått krisintervention innan utskrivning från slutenvård eller inom 4 veckor.	Högt, 95 procent	Vid första 12-månaders uppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande. Förslag på KVÅ-kod inför 2021 inlämnad.

Andel personer som har fått psykopedagogiska insatser och/eller familjeinterventioner.	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR alternativt KVÅ-kod: DU023, psykopedagogisk behandling
Andel patienter som har en krisplan.	Högt, 95 procent	3 månader	Nationell datakälla saknas till dess att PAR utvidgas till alla yrkeskategorier KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan
Andel personer som har fått en SIP.	Högt, 95 procent	12 månader	PsykosR alternativt KVÅ-kod: AU124

### 3 Bakgrund till vårdförlopp

#### 3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer 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 personer med schizofreni vid förstagångsinsjuknande.



## 3.2 Kompletterande kunskapsstöd

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

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

- Psykoselidelser, inkludert misstanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne [Internet]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. [citerad december 2019]. Hämtad från <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne>
- NICE Pathways: Psychosis and schizophrenia in adults [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. [citerad december 2019]. Hämtad från <https://pathways.nice.org.uk/pathways/psychosis-and-schizophrenia>
- Nationell psykiatrisamordning. Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning; 2007. Hämtad från <http://gamla.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/TOPdokumentet.pdf>
- Psykiatristöd, Region Stockholm. Psykos F2 ÖV giltig för 2019. Stockholm: Region Stockholm; 2019. Hämtad från <https://psykiatristod.se/regionala-varldprogram/schizofreni-och-schizofreniliknande-tillstand>
- Västra Götalandsregionen. Psykos – Tidig upptäckt och omhändertagande. Hälsa- 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>

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

Inför remissperioden har texterna granskats av medicinska redaktörer. NPO Psykisk hälsa tog den 24 januari 2020 beslut om att skicka dokumentet på remiss. Styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälsa- och sjukvård (SKS) godkänner vårdförlopp och 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
<b>Håkan Bernhardsson</b>	M.Sc	Projektassistent	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Administrativt processtöd
<b>Ing-Marie Wieselgren</b>	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.
<b>Louise Kimby</b>	Fil. mag	Utvecklingsledare för PsykosR och specialistsjuksköterska psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Ordförande och processledare
<b>Eva Klingberg</b>	Civ. ek.	Verksamhetskonsult	Uppdrag psykisk hälsa		Processledare
<b>Martin Rödholm</b>	Med.dr	Specialistläkare psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Expert psykiatri, samarbete allmänmedicin/psykiatri och verksamhetsledning.
<b>Micael von Wowern</b>	Leg. sjuksköterska	Kommunal representant, utvecklingsledare och sjuksköterska.	Ystad kommun Uppdrag psykisk hälsa SKR	Region Skåne	Expert kommunala insatser
<b>Maria Skott</b>	Med.dr, leg. Sjuksköterska	Utvecklingsansvarig	Psykiatri Nordväst	Region Stockholm	Ordförande för NAG Schizofreni
<b>Åsa Höij</b>		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/>
4. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen 2018. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/>
5. Nationella riktlinjer - Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

## Appendix

### Utförlig beskrivning av utmaningar vid schizofreni – förstagångsinsjuknande

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

#### **Utmaning 1: Behandling erbjuds inte i tid**

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

- Personen själv inte söker vård i tid, 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 personens besvär på grund av rädsla och/eller stigma kring psykossjukdom.
- Bristande kunskap eller fördomar inom vård och omsorg leder till att personens symtom inte uppmärksammas, tas på allvar eller missbedöms.
- Personen inte kommer till sitt besök i specialistpsykiatri efter att remiss anlånt på grund av bristande stödinsatser eller att bemötandet i verksamheten inte varit anpassat till personens besvär och symtom. Konsekvensen av detta förvärras om specialistpsykiatri inte vidtar åtgärder om personen 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 person bedöms vara farlig för sin egen hälsa eller annans personliga säkerhet eller hälsa kan tvångsvård bli aktuell.

Tvång riskerar att skapa trauma och sänka personens förtroende för vården, men kan om det utförs på ett adekvat sätt innebära att personen 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:

- person och närstående vid polishämtning möter poliser som har vana att möta personer med allvarlig psykisk sjukdom.
- person och närstående ges förståelse för miljön och de rutiner som finns inom akutpsykiatri och slutenvården.
- vårdmiljön inom akutpsykiatri och slutenvården bidrar till att skapa goda relationer med person och närstående och främjar omsorgsfullt och respektfullt omhändertagande med möjlighet att ge tillräcklig information och utrymme för samtal.
- akutpsykiatri 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:

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

#### **Utmaning 4: Bristande samordning och samarbete**

Behovet av samordning varierar, men generellt gäller det att:

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

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

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