

# Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom schizofreni

**Denna konsekvensbeskrivning berör** personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom schizofreni: från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd.

#### Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2020-01-07	<i>Första utkast upplagt i Project Place för återkoppling från stödfunktionen.</i>

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	- 3 -
1. Om konsekvensbeskrivningen .....	- 3 -
2. Konsekvenser .....	- 4 -
2.1 Omfattning .....	- 4 -
2.2 Nyttan eller risker för individen .....	- 4 -
2.3 Etiska aspekter .....	- 5 -
2.4 Verksamhet och organisation .....	- 6 -
2.5 Kostnader .....	- 7 -
2.6 Kompetensförsörjning .....	- 9 -
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd .....	- 10 -
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården .....	- 11 -
2.9 Uppföljning .....	- 11 -
2.10 Övriga konsekvenser .....	- 12 -

## Sammanfattning

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

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

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

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

## 1. Om konsekvensbeskrivningen

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

## 2 Konsekvenser

### 2.1 Omfattning

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

### 2.2 Nyttan eller risker för individen

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

Tabell 1 Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför

Nytta	Kommentar
Fler personer med psykosymtom får ett tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande i de verksamheter de möter	Fler patienter med psykos kan upptäckas tidigt, ges ett samordnat och professionellt omhändertagande och erbjudas behandling. Uppskattningsvis 1500 - 2000 personer berörs årligen.
Fler personer får tillgång till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov och sin situation	Tillgången till evidensbaserade vård och stödinsatser till personer som insjuknar i psykos första gången varierar i nuläget stort över landet, vilket får konsekvenser för ohälsa hos patienter. Vårdförloppet kan minska skillnaderna på detta område och skapa bästa möjliga förutsättningar för god prognos, hög funktionsförmåga och snabb återhämtning.
Fler personer får kontakt, utredning och åtgärder på rätt vårdnivå, inom specialistpsykiatri, verksamhet med särskilt uppdrag - förstagångsinsjuknade i psykos.	Fler personer som insjuknar första gången i psykos och deras närstående kan ges ett omsorgsfullt och professionellt omhändertagande och tidigt ges rätt behandling och stöd. Uppskattningsvis 1500 - 2000 personer berörs årligen.
Fler personer och deras närstående är delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna i och med definierade åtgärder	Schizofreni och liknande tillstånd kan innebära särskilda svårigheter för personen att vara delaktiga. Vårdförloppet innehåller arbetssätt, processer och åtgärder som stärker patientdelaktighet i varje åtgärdsblock. Att respektera personernas autonomi och integritet skapar förutsättningar för ökad patientdelaktighet.
Fler personer har en vårdplan och vid behov en samordnad individuell plan som är välkänd och	En vårdplan och, om personen har behov av insatser från flera verksamheter, en samordnad individuell

tydlig och överensstämmer med behov och önskemål	plan (SIP) är ofta en förutsättning för delaktighet, planering och för att behov av åtgärder ska tillgodoses.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder stödjer en mer patientsäker vårdprocess och ger även en större trygghet till patienten. Det berör samtliga patienter i förloppet.
Fler närstående till personer som insjuknar i psykos första gången ges möjlighet att involveras i vård och stödprocessen och erbjudas insatser utifrån sina behov och sin situation.	Närstående till personer som insjuknar i schizofreni och liknande tillstånd påverkas i hög grad och drabbas ofta själva av ohälsa varför de behöver involveras och erbjudas åtgärder.
Färre personer behöver vårdas enligt tvång och utsätts för tvångsåtgärder.	Användning av tvång inom vården kan orsaka trauma hos individen och riskerar att skada den för återhämtningen viktiga alliansen mellan patienten och vården. Ett dåligt förtroende för vården riskerar att göra att patienten inte söker vård vid återinsjuknande vilket kan förvärra tillståndet. Genom anpassat förhållningssätt och bemötande samt andra åtgärder i vårdförloppet förväntas behovet minska.
Färre personer genomför suicidförsök och fullbordade suicid.	Suicidrisken är hög för personer med schizofreni och liknande tillstånd. Särskilt hög är risken vid första insjuknandet och i samband med utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård. Genom ett professionellt omhändertagande, bedömning av suicidrisk och åtgärder som ingår i vårdförloppet förväntas risken minska.
Färre personer riskerar försämrad ekonomi under livet samt isolering och exkludering. Fler personer har en högre livskvalitet.	Det är inte ovanligt att personer med allvarlig psykisk sjukdom exkluderas från samhället, står utanför arbetsmarknaden, saknar meningsfull sysselsättning och sociala gemenskap. Att erbjuda åtgärder enligt vårdförloppet minskar risken för detta och främjar en hög livskvalitet.

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

### 2.3 Etiska aspekter

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

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

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

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

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

## 2.4 Verksamhet och organisation

Flera rapporter visar på att vård och omsorg behöver bli bättre på att möta personer med schizofreni och liknande tillstånds behov, skapa strukturer som stödjer patientcentrering och samverkan. Det finns även ett behov av att avveckla "gamla kulturer" som hindrar nya arbetssätt, förbättra information till patienter, anhöriga och mellan verksamheter. Åtgärder har också visats sig ges för

sent. Ofta förekommer brister i samverkan och kontinuitet vilket är en viktig del av vård och stöd för patientgruppen<sup>1</sup>. Socialstyrelsens utvärdering (2013) av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreniliknande tillstånd<sup>2</sup> visar också att den vård och de insatser som finns tillgängliga varierar stort över landet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2018) anger att Hälso- och sjukvården bör erbjuda samordnade åtgärder, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos (prio1). Arbetet med förstagångsinsjuknande kräver ett speciellt omhändertagande och särskilda åtgärder varför det bör ges av verksamhet med särskilt uppdrag. Omhändertagandet ska ges snabbt, vara samordnat, individanpassat, intensivt med hög tillgänglighet och kräver ett nära samarbete mellan olika professioner (kurator, arbetsterapeut, psykolog, läkare, sjuksköterska, case manager, socialsekreterare, boendestödare med fler) och verksamheter (skola/elevhälsa, socialtjänst, försäkringskassan, psykiatrisk öppenvård, familjecentraler med fler). Idag finns sådana verksamheter i begränsad omfattning trots att detta omhändertagande och snabb tillgång till insatser påverkar prognosen och förespråkas för att kunna efterleva nationella riktlinjers rekommendation.<sup>3</sup>

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

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

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

## 2.5 Kostnader

Initialt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna öka vid införandet av vårdförloppet då det innebär både en ökning av kvalitet i och omfattning av åtgärder som ges till

---

<sup>1</sup> Nationella vårdgarantin. Stockholm Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995. Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem

<sup>2</sup> Socialstyrelsen (2013) Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni

<sup>3</sup> 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>



patientgruppen. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna återgå till desamma som idag till följd av att färre personer behöver omfattande vård och stödinsatser samt att fler har sysselsättning och en bättre livskvalitet.

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

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

*Kostnadsförändringar inom Primärvård:*

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

*Kostnadsförändringar inom psykiatrisk specialistvård*

- Om fler patienter med psykosymtom upptäcks och därmed remitteras eller söker själva kan kostnadsökning initialt vara aktuell.

- Organisationsförändringar i form av att tillskapa en verksamhet med särskilt uppdrag - förstagångsinsjuknade i psykos kommer initialt medföra en kostnadsökning i form av utbildning av personal samt för att utarbeta och implementera nya rutiner.
- En möjlig konsekvens är också tätare besök och fler kontakter vilket kan ge en kostnadsökning på kort sikt. På lång sikt kommer dock patienterna och deras närstående att ha mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen vilket ger en totalt sett lägre kostnad för samhället.

#### Övriga kostnadspunkter

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

## 2.6 Kompetensförsörjning

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

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

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

Tabell 3 Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp

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

vårdförlopp för schizofreni - förstagångsinsjuknande		
Öka kunskap om åtgärderna i det patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppet	Kompetensutveckling/fortbildningsinsatser till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet).	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)
Kunskap för att kunna genomföra åtgärder i vårdförloppet	Webbaserad fortbildning eller fortutbildning på plats till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet) utifrån nationella utbildningsupplägg för åtgärder där det finns tillgängligt.	

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

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

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

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

## 2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

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

## 2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

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

## 2.9 Uppföljning

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

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

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

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

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

Väntetidsdatabasen kan komma att utvecklas till en täckande vårdkontaktsdatabas som framöver kan användas för diagnosbaserad uppföljning även av ledtider remiss/start vårdförlopps-besök i specialiserad vård. Det kan komma att förberedas under loppet av 2020, och möjligen finns en tillförlitlig datainsamling på plats mot slutet av året.

## 2.10 Övriga konsekvenser

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

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

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