



**(H)JÄRNKOLL**  
Västerbottens län

## REMISSVAR

Ange vilket vårdförlopp svaret gäller:

[Schizofreni och schizofreniliknade tillstånd - nyinsjuknade

Ange avsändare som lämnar svaret:

**Region** (om applicerbart): [region Västerbotten

**Organisation:** [Hjärnkoll Västerbotten]

**Ansvarig person, titel/roll:** [styrelseledamot Hjärnkoll Västerbotten]

Jag samtycker att mina personuppgifter, för detta ändamål, samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner.

*Uppgifterna kommer att lagras till och med december 2020. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke.*

## Svarsmall

*Du lämnar dina synpunkter på respektive avsnitt kommentaren avser. Det finns även möjlighet att vid behov avslutningsvis lämna övergripande synpunkter på det specifika vårdförloppet.*

## Kapitel 1: Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 1.1 [”Psykosor i samband med annan sjukdom, användning av droger eller situationsutlösta psykosor kräver oftast en kortare behandlingsinsats inom den specialiserade psykiatrin än diagnoser som schizofreni och schizoaffektivt syndrom” – inte riktigt korrekt – BiP-I kräver livslång uppföljning i specialistpsykiatrin.

Kapitel 1.2 [de två angivna ”typiska” förloppen saknar till min kännedom stöd i aktuell vårdssystemforskning – snarare antyder denna att vårdens organisation är av avgörande betydelse. Det borde även framgå att det finns (belagda) skillnader i prognos mellan de mer smygande insjuknandena och de mer dramatiska, där de senare har bättre prognos. Figurerna innehåller några tveksamma förenklningar, några exempel: Utmaning 2: Om personen bedöms vara en fara för sig själv eller andras säkerhet eller liv, kan vård enligt LPT med eller utan tvångsåtgärder behövas” – indikation för konvertering HSL till LPT, inte för LPT. Oklart: ”Tvång kan innebära en risk vid såväl över som underanvändning.” –problemet bör beskrivas som en avvägning mellan mål vilka båda avses tjäna patientens intressen. Det vårdetiska resonemanget är okvalificerat och knappast hjälpsamt. ”Får remiss till specialistpsykiatri i öppenvården (se nästa resa)” – antyder sämre fungerande vård - troligen storstadspsykiatri? Det finns god evidens för att ÖV-kontakten ska etableras under pågående slutenvårdsepisod, och så görs vanligen (vid sidan av i storstadsregionerna?). ”...personen, om den känner sig återställd, inte tror sig...” - otypligt språk och grammatiskt tveksamt: den – sig. Varför inte hen, eller han eller hon? Ur länk antipsykotisk läkemedelsbehandling: ”Depotinjektioner är ett vanligt sätt att administrera antipsykotiska läkemedel. Dels pga att individen inte behöver hålla reda på att ta sina tabletter, dels för att det minskar risken för behandlingsavbrott.” – töntigt, det är ”alltför ovanligt” under använt främst till följd av motstånd hos personal – märklig skrivning!

Ur länk tvångsvård:” Prioritering saknas. Insatsen behandlas inte i Socialstyrelsens nationella riktlinjer/nationella riktlinjer saknas för tillståndet. Insatsen utförs med stöd av LPT och bedöms då vara förenlig med god vård/stöd utifrån en sammanvägning av flera kunskapskällor.” – ganska töntigt, ska det ge någonting så måste man lära mer än lagtexten, ex. vad ÄR APS? Hur görs den sammanvägda bedömningen av vårdbehovet? Vad innebär det att inte kunna ta ställning till sitt vårdbehov?

Dessutom fel i länk: Gemensamma principer – antipsykotika:” Klozapin kan ge svåra utsättningsbesvär och bör därför trappas ut särskilt försiktigt. Läkemedelskoncentration tas vid behandling med klozapin med intervall anpassade efter individen och behandlingstid. Blodstatus (kontroll av vita blodkroppar) bör också följas och individ, närstående samt personal skall alla vara uppmärksamma på tecken på feber och andra infektionssymtom.” blodstatus är inte valfritt (ska-krav) däremot är nog serumkoncentrationsbestämningar ett bör-krav.

]

Kapitel 1.3 [”Utredning vid förstgåingsinsjuknande” – skulle behövas betydligt distinktare råd när den neurokognitiva utredningen är meningsfull att genomföra!

]

Kapitel 1.4 [se ovan det mesta går igen!]

## Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [[se ovan det mesta går igen!]

Kapitel 2.2 [[se ovan det mesta går igen!]

Kapitel 2.3 [Enligt HSL, Hälsa- och sjukvårdslagen. Om personen bedöms lida av en allvarlig psykisk sjukdom, vara i behov av vård dygnet runt och motsätter sig detta, är slutenvård enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) aktuellt. Syftet är att hindra personen från att skada sig själv eller andra och att få personen att frivilligt medverka till nödvändig vård, se ovan! - f.ö. se ovan det mesta går igen!]

Kapitel 2.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.5 [hittar inte detta kapitel och förstår inte vad benischemi har med saken att göra? (gäller endast kritisk benischemi)]

## Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [det finns två problem här som inte direkt adresseras – 1. indikatorerna bör direkt ansluta till vad som utsägs i bakgrund/syfte – se nedan – och klarar man inte det med befintliga datakällor så ska man avstå från alltför vittfamnande syften. 2. Risken med standardiserade vårdförlopp (även om de av oklara skäl döpts om till ” Personcentrerat och

sammanhållet vårdförlopp”) är undanträngning av de patienter/brukare som inte faller in under definitionen. Varje seriös uppföljning måste beakta detta.

”]

Kapitel 3.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

## Kapitel 4: Referenser

[synd av VIP-länkarna ofta endast ger cirkelreferenser och inte tillför något utöver vad som redan står – ”ska vidareutvecklas”]

## Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

[högtsyftande mål: ”Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp 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.

inbegripa flera specialiteter, kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser, kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar, kunna främja hälsa i hela förloppet, utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd samt utformas så de kan följas i de nya digitala vårdstöden”] –läter lite för mycket ”försäljarsnack” kan man nog tycka: allt ska bli bra....

Tyvärr upplevs detta arbete som av mindre praktisk nytta – det är för diffust, trivialt och tillför endast begränsad kunskap och handlingsanvisningar jämfört med nationella riktlinjer. Ska denna typ av flödesscheman fungera så måste de vara lokalt förankrade innehålla telefonnummer och öppettider och lokala samverkansöverenskommelser. Dessutom kringgås grundproblemet att de människor som ”missas” – dvs skulle haft nytta av ett tidigt omhändertagande inkl närstående inte kommer med i uppföljningen –just av det skäl att de missas!

## Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

## Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

1. Kalla standardiserade vårdförlopp vid dess rätta namn – oklokt hitta på förmildrande och invecklande eufemismer
2. adressera de specifika problemen på området (se ovan)
3. utarbeta med starkt lokalt engagemang från vård, stöd, service, brukare, närstående (finns ont om hänvisningar till brukarorganisationernas verksamheter]