

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Schizofreni – förstagångsinsjuknande

VÅRDFÖRLOPPET INLEDS VID MISSTANKE OM PSYKOS OCH AVSLUTAS VID FÖRSTA ÅRSUPPFÖLJNING VID FÖRSTAGÅNGSINSJUKNANDE I SCHIZOFRENI OCH LIKANDE TILLSTÅND

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 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.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för sjukdomsområden ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Vårdförloppen som tas fram ska kunna 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 som regionerna just nu, eller inom överskådlig framtid, upphandlar.

Patientkontrakt ska tillämpas i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Syftet är att stärka patienten och ge möjligheter till delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering. Detta görs bland annat genom att gemensamt komma överens om vad patienten ansvarar för och vad vården tar ansvar för samt att detta dokumenteras i journalen.

Remissperioden pågår 27 januari–6 mars 2020. Instruktioner och remissvar finns att ladda ned på hemsidan för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp – [klicka här](#).

Sammanfattning

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet schizofreni – förstagångsinsjuknande omfattar aktiviteter från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd. 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 liknande tillstånd omhändertas på rätt vårdinstans och får rätt insatser. Detta riskerar att försämra prognosen. Många patienter 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 misstanke om psykos inom vård och omsorg (exempelvis i primärvården eller elev/studenthälsan). Därefter följer åtgärder, stödinsatser, utredning, behandling och utvärdering i flera stadier. Vårdförloppet inkluderar patienter i akuta respektive icke akuta tillstånd. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat ledtider, läkemedelsanvändning och biverkningar samt patienters 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.

Innehållsförteckning

1	Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande	3
1.1	Kort beskrivning av schizofreni och liknande tillstånd.....	3
1.2	Hälsa- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv.....	4
1.3	Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande	8
1.4	Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande	8
2	Beskrivning av åtgärder och flödesschema.....	10
2.1	Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande....	10
2.2	Flödesschema	11
2.3	Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande.....	16
2.4	Patientdelaktighet och patientöverenskommelse	35
3	Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande	36
3.1	Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått)	36
3.2	Indikatorer för uppföljning av process (processmått)	37
4	Referenser.....	39
5	Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande	40
5.1	Kunskapsunderlag.....	40
5.2	Arbetsprocess	40

1 Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

1.1 Kort beskrivning av schizofreni och liknande tillstånd

Schizofreni och liknande 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.

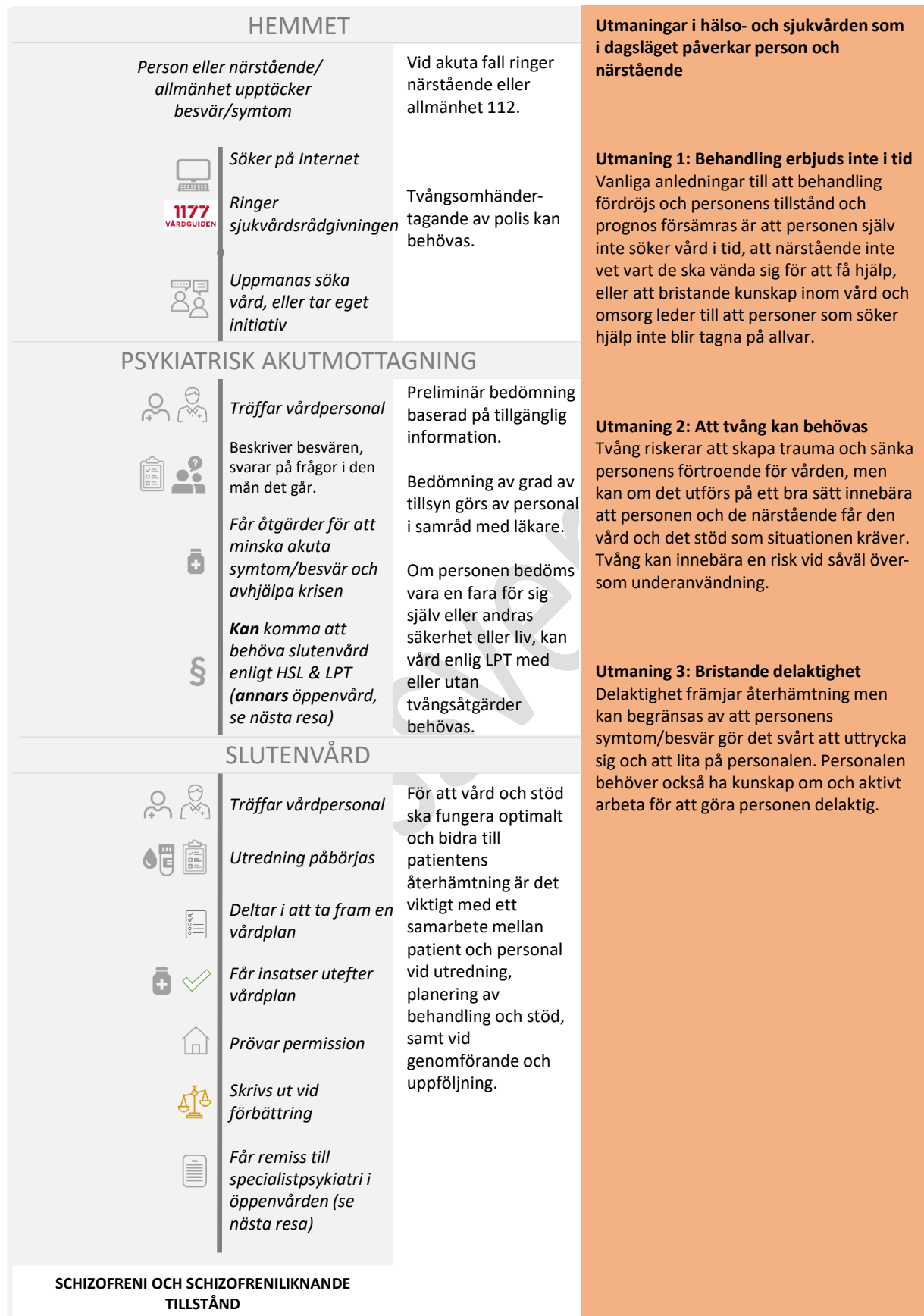
Knappt en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. Cirka 1 500–2 000 personer insjuknar varje år i schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 personer får diagnosen schizofreni. Vanligaste ålder för insjuknande i schizofreni är 18–30 år. En del personer får tidiga symtom innan insjuknandet. Enstaka fall av tydliga insjuknanden hos yngre tonåringar förekommer. Kvinnor insjuknar oftast något senare i livet än vad män gör. (1)

Schizofreni och liknande tillstånd kan upptäckas inom primärvården, beroendevården, i socialtjänsten, elev- eller studenthälsan, på ungdomsmottagningar eller inom den somatiska akutsjukvården. Den vanligaste symtombilden vid schizofreni och liknande 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 liknande tillstånd behöver omfattande insatser, från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, periodvis eller kontinuerligt under livet. Bruk av droger är inte ovanligt och en komplicerande faktor som också behöver identifieras och behandlas. 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. Psykoser i samband med annan sjukdom, användning av droger eller situationsutlösta psykoser kräver oftast en kortare behandlingsinsats inom den specialiserade psykiatrin än diagnoser som schizofreni och schizoaffektivt syndrom.

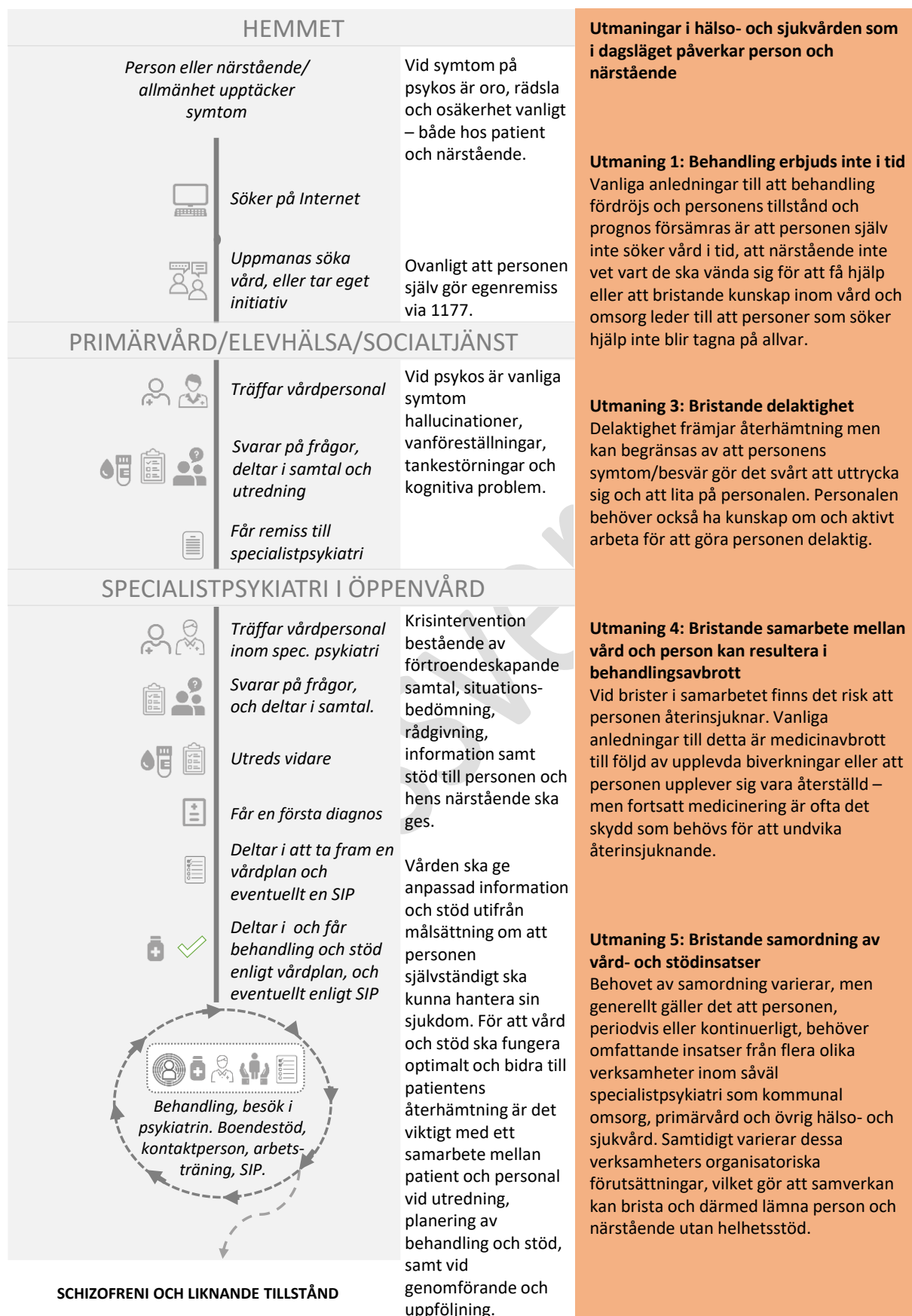
Personer med diagnosen schizofreni får förutom upprepade insjuknanden i psykos oftast psykisk funktionsnedsättning i varierande grad, vilket kan försvåra det vardagliga livet och möjligheter att få och bibehålla ett arbete eller studier. Sjukdomen drabbar personer på olika sätt. Med behandling och stöd återhämtar sig cirka 10–15 procent helt från sjukdomen, men de flesta har kvarstående problem i varierande grad och behov av vård och stöd livet ut. Omkring 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 en 12–15 år kortare livslängd jämfört med befolkningen i övrigt. Orsak till detta är hög suicidrisk, dubbelt så stor risk att dö i cancer, samt tre gånger högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdom. (2)

1.2 Hälsa- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv

På en övergripande nivå så finns det ur ett patientperspektiv två ”typiska” hälsa- och sjukvårdsförlopp. Den första patientgruppen söker, eller uppmanas av andra personer att söka, akut vård vid symtom på psykos. Den första bilden nedan (Figur 1) illustrerar detta hälsa- och sjukvårdsförlopp och visualiserar vad som i dagsläget är vanliga händelser och utmaningar. Den andra patientgruppen identifieras inom primärvård, elevhälsa eller socialtjänst, och remitteras därifrån till den specialiserade psykiatriska vården. Den andra bilden nedan (Figur 2) illustrerar detta hälsa- och sjukvårdsförlopp. Efter figurerna följer en utförligare beskrivning av identifierade utmaningar.



Figur 1. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv (akut), för en person med schizofreni – förstagsinsjuknande.



Figur 2. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv (icke akut), för en person med schizofreni – förstagsinsjuknande.

Utförlig beskrivning av utmaningar i hälso- och sjukvården som i dagsläget påverkar person och närstående

Utmaning 1: Behandling erbjuds inte i tid (figur 1 och 2)

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 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 inom vård och omsorg leder till att personen inte blir tagen på allvar.

Utmaning 2: Att tvång kan behövas (figur 1)

Tvång riskerar att skapa trauma och sänka personens förtroende för vården, men kan om det utförs på ett bra sätt innebära att personen och de närstående får den vård och det stöd som situationen kräver. Det innebär att tvång kan innebära en risk vid såväl över- som underanvändning.

Risk för trauma och hög användning av tvång kan öka om:

- person och närstående vid polishämtning möter poliser som inte är vana att möta personer med allvarlig psykisk sjukdom
- person och närstående inte förstår miljön och de rutiner som finns inom akutpsykiatri och/eller slutenvården¹
- vårdmiljön inom akutpsykiatri och/eller slutenvården inte bidrar till att skapa goda relationer med person och närstående, så att de kan få ett omsorgsfullt och respektfullt omhändertagande, tillräcklig information och möjlighet till samtal
- akutpsykiatri och/eller slutenvården inte arbetar medvetet och aktivt med att förebygga hot och våld.

Utmaning 3: Bristande delaktighet (figur 1 och 2)

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.

¹ Här används begreppet slutenvård i enlighet med Socialstyrelsens termbank trots att arbetsgruppen liksom Nationellt programområde Psykisk hälsa är medvetna om att heldygnsvård är den term som ofta används och förespråkas inom psykiatrisk hälso- och sjukvård för att undvika feltolkningar.

Utmaning 4: Bristande samarbete mellan vård och person kan resultera i behandlingsavbrott (figur 2)

Vid brister i samarbetet 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, samt vid prepratbyte och dosjustering
- personen, om den känner sig återställd, inte tror sig behöva fortsatt medicinerings – men fortsatt medicinerings är ofta det skydd som behövs för att undvika återinsjuknande.

Utmaning 5: Bristande samordning av vård- och stödinsatser (figur 2)

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, primärvård och övrig hälso- och sjukvård
- dessa verksamheters organisatoriska förutsättningar varierar, vilket gör att samverkan kan brista och därmed lämna person och närstående utan helhetsstöd
- personen själv, relevanta aktörer och närstående behöver bjudas in till SIP-möte. Stöd för delaktighet i SIP-processen är ofta viktigt.

1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni omfattar aktiviteter från misstanke om psykos till första årsuppföljning vid förstagångsinsjuknande i schizofreni och liknande tillstånd. Vårdförloppet inleds när en person kommer i kontakt med vård och omsorg och det finns en misstanke om psykos. Vårdförloppet är aktuellt även för barn- och ungdomspsykiatri i de fall misstanke om psykos förekommer innan 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.

Beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas då misstanke om psykos avfärdats, om psykosen bedöms vara kortvarig, om patienten vid uppföljning inte uppvisar psykosymtom och bedöms vara färdigbehandlad, eller då första årsuppföljning genomförts.

1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

Målsättningen är att fler personer som insjuknar för första gången i schizofreni och liknande tillstånd ska:

- få ett tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande i de verksamheter de möter

- få evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov och sin situation för att skapa bästa möjliga förutsättningar för en god prognos och snabb återhämtning
- vara delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna
- ha en vårdplan och/eller samordnad individuell plan som är välkänd och tydlig och överensstämmer med behov och önskemål
- ge närstående möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen och erbjudas insatser utifrån behov och situation
- minimera behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder då användning av tvång inom vården kan orsaka trauma och riskerar att skada den, för återhämtningen viktiga, alliansen mellan patienten och vården.
- minska antalet suicidförsök och fullbordade suicid.

Remissversion

2 Beskrivning av åtgärder och flödesschema

2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

Inklusionskriterier

Personer med schizofreni och liknande tillstånd. Diagnoskoderna som ingår i vårdförloppet är F20–29.9 enligt ICD-10-SE (3).

Vid första insjuknandet i psykos är det svårt att veta hur sjukdomen kommer att utveckla sig och vilka som kommer att få schizofreni eller annan diagnos. Vårdförloppet omfattar personer som kommer i kontakt med primärvård, student- eller elevhälsa, ungdomsmottagningar, socialtjänst, specialistpsykiatri, akutmottagning eller akutteam och har symtom på psykos.

Karaktäristiska symtom vid psykos är:

- vanföreställningar
- hallucinationer
- tankestörningar
- desorganiserat beteende eller tänkande
- förändrat känsloliv (likgiltighet)
- passivitet/initiativlöshet
- koncentrationssvårigheter
- svårigheter att klara av sitt vardagliga liv ofta relaterat till problem med struktur och planering.

Exklusionskriterier

- Personer som har
 - ospecifika symtom som likgiltighet, nedstämdhet, ångest, oro, initiativlöshet, svårigheter att klara av sitt vardagliga liv relaterat till problem med struktur och planering
- men samtidigt inte har
 - tecken till vanföreställningar, hallucinationer (syn, hörsel, känsel) eller tankestörningar.

Dessa symtom kan tyda på ett förstadium till flera olika tillstånd, inklusive prodromalfas till psykos.

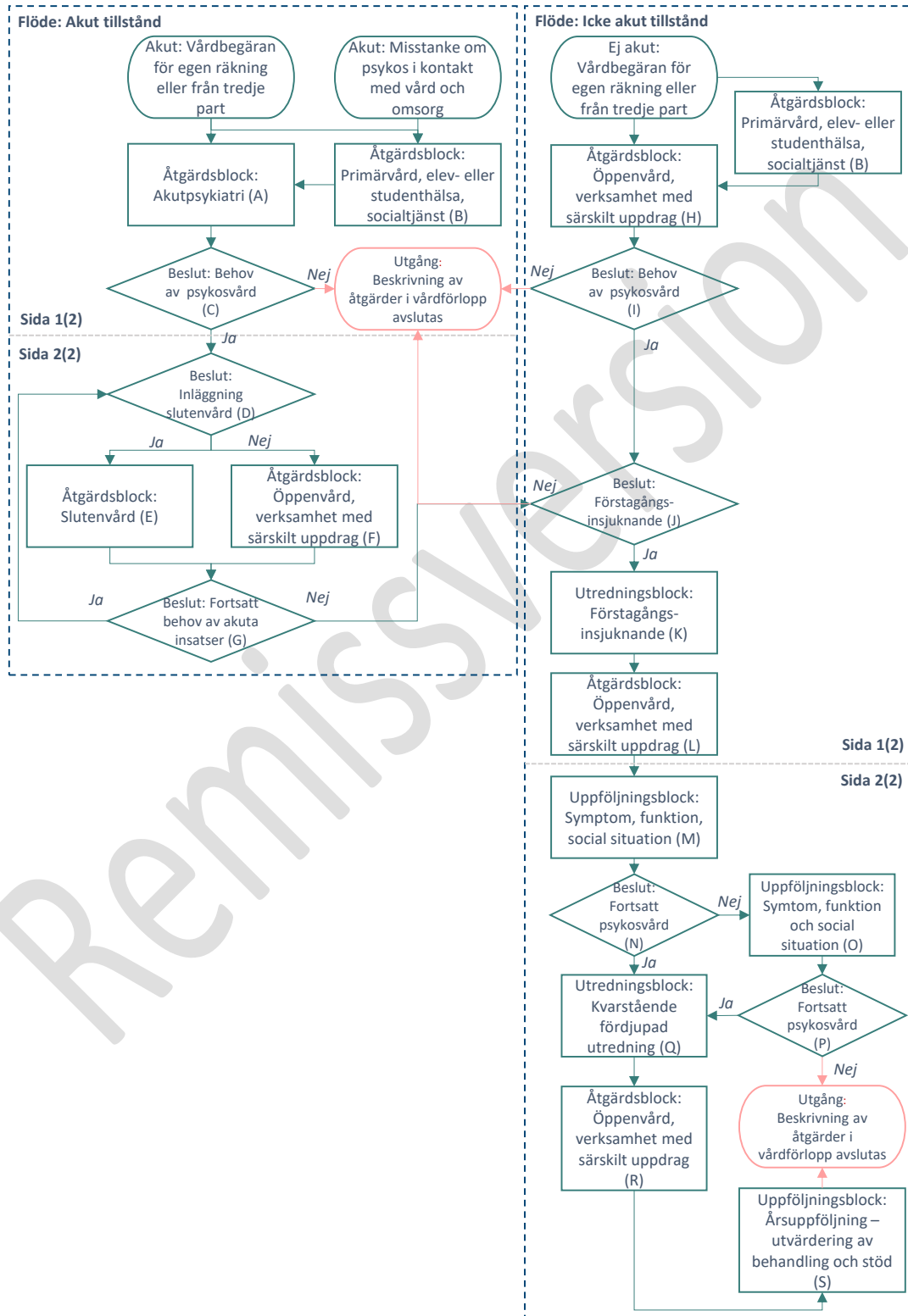
Utgång

Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas då:

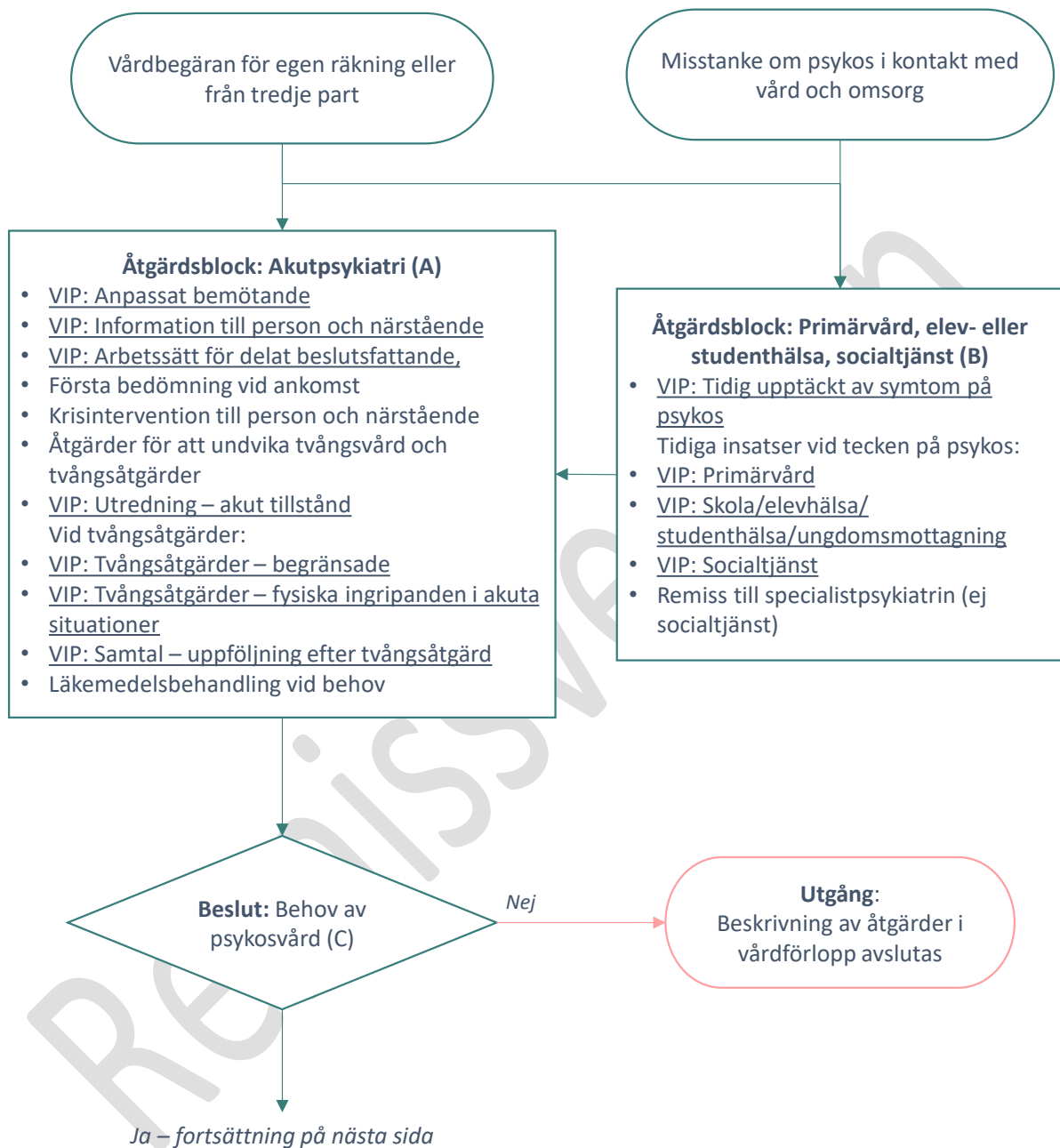
- misstanke om psykos avfärdas
- patienten har fått sin första årsuppföljning med utvärdering av behandling och stöd, det vill säga 12 månader efter start av vårdförloppet
- patienten inte är i behov av utredning och/eller åtgärder avsedda för förstagångsinsjuknande
- patienten är färdigbehandlad för kortvarig psykos, inte uppvisar symtom på psykos vid uppföljning och därmed inte bedöms ha en schizofreniliknande psykos
- patienten diagnosticeras (fastställd diagnos) med kroniska vanföreställningssyndrom eller inducerat vanföreställningssyndrom (se Flödesschema).

2.2 Flödesschema

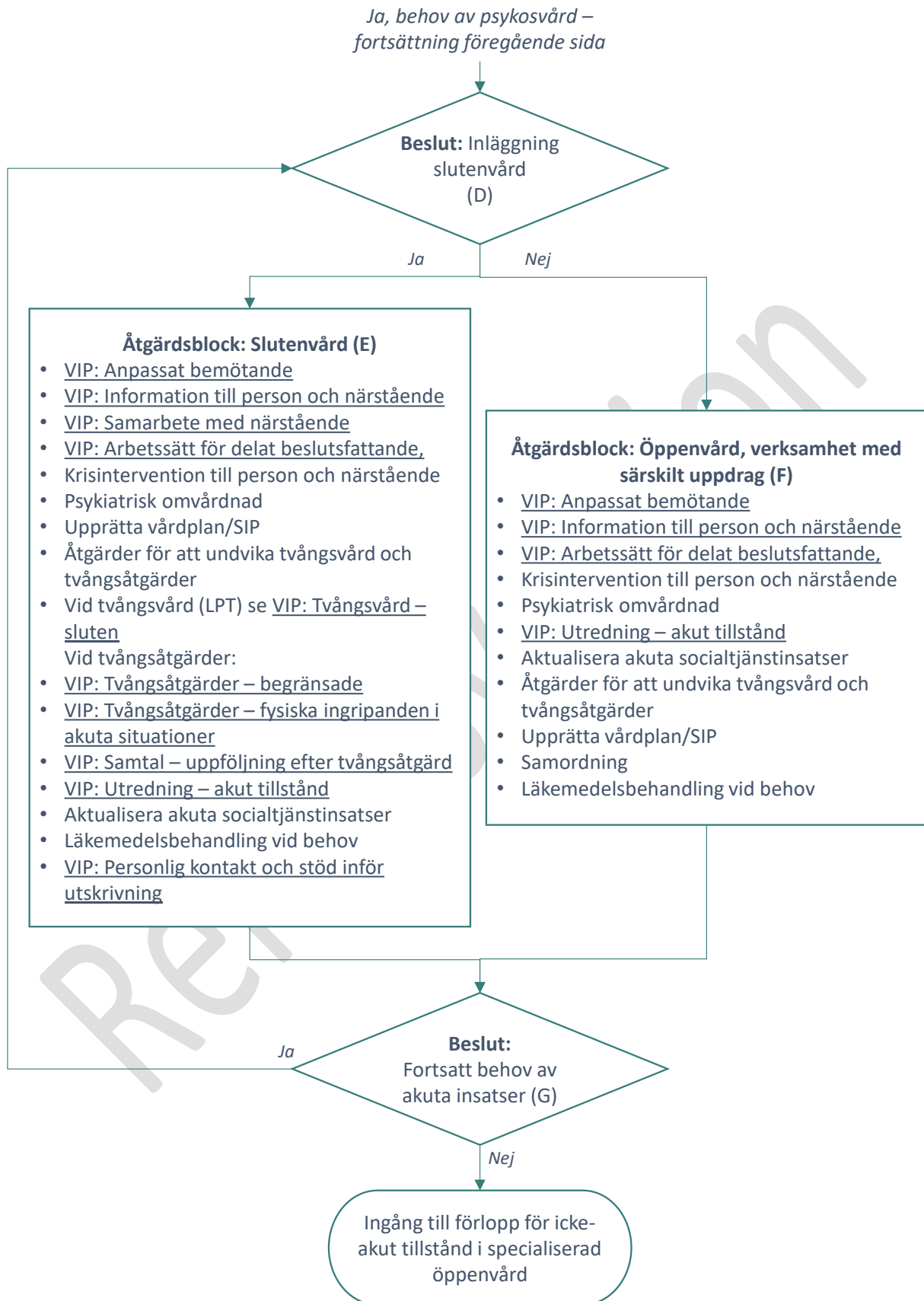
I de flödesscheman som återfinns nedan (Figur 3, Figur 4, Figur 5, Figur 6, **Error! Reference source not found.**) illustreras vårdförloppets åtgärdsblock, Figur 3 är en översikt. Närmare beskrivning av åtgärdsblocken återfinns i tabellen i avsnitt 2.3.



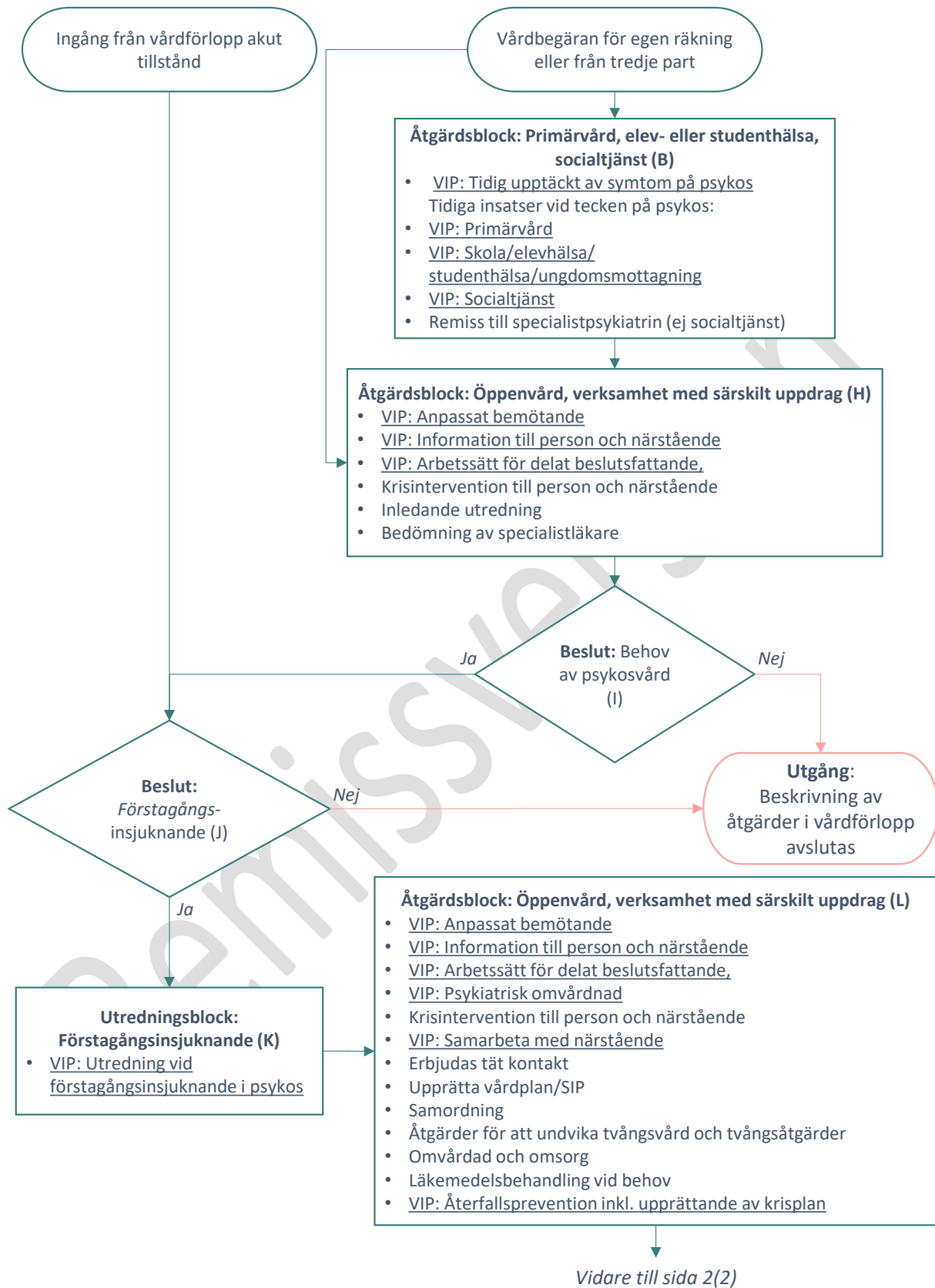
Figur 3. Flödesschema – översikt.



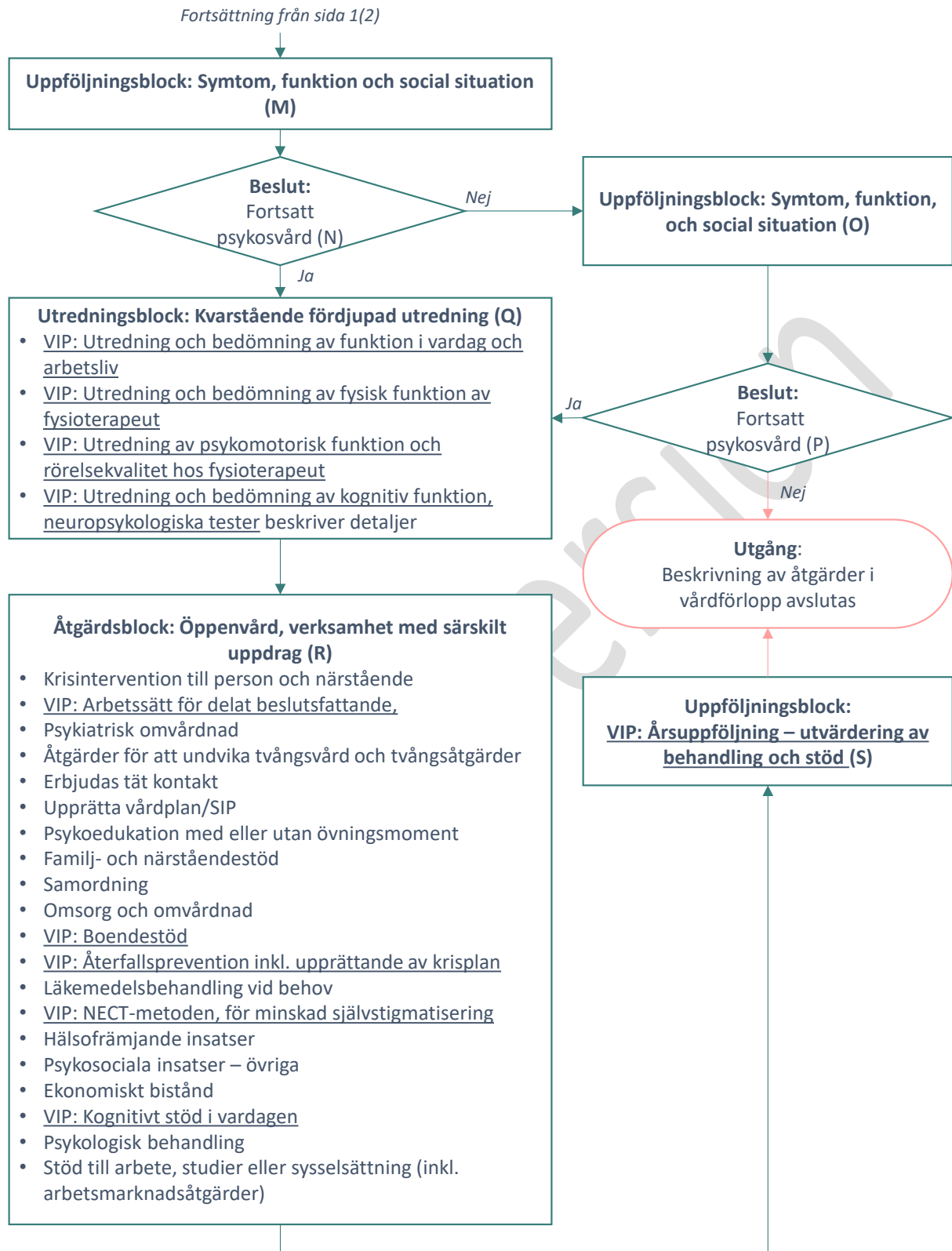
Figur 4. Flödesschema, akut tillstånd 1(2) – understruken text länkar till VIP.



Figur 5. Flödesschema, akut tillstånd 2(2) – understruken text länkar till VIP.



Figur 6. Flödesschema, icke-akut tillstånd 1(2) – understruken text länkar till VIP.



Figur 7. Flödesschema, icke-akut tillstånd 2(2) – understruken text länkar till VIP.

2.3 Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagsångsinsjuknande

Vid insjuknande i psykos delas vårdförloppet in i två flödesscheman, ett akut och ett icke-akut. Det akuta förloppet är allvarligare och beskrivs i ett separat vårdflöde som innefattar akut symtomlindrande behandling, en kort och mycket snabb utredning/bedömning, professionellt omhändertagande och ofta slutenvård. När det akuta tillståndet bedöms vara över övergår personen till det icke akuta flödet.

Mer information om åtgärderna och hur de ska genomföras finns i *Vård- och insatsprogram (VIP) Schizofreni och liknande tillstånd (4)*. För att komma direkt till respektive åtgärd i VIP, tryck på hyperlänken i tabellen 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 \(4\)](#).

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

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagsångsinsjuknande.

Inledande sammanställning: Åtgärder som bör tillämpas genom hela vårdförloppet, och som återkommer i många av vårdförloppets åtgärdsblock.	
Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder
VIP: Anpassat bemötande utefter personens besvär och situation.	Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Information till person och närstående	<ul style="list-style-type: none"> • Ta del av information utefter förmåga.
VIP: Samarbete med närstående	<ul style="list-style-type: none"> • Ta ställning vilka närstående som ska involveras.
Arbetsätt för delat beslutsfattande <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Delaktighet/medbestämmande förbättrar återhämtning och leder till ökad självständighet. • VIP: Delat beslutsfattande – en metod där personen själv, vårdpersonalen och närstående, utifrån tillgång till samma information, fattar beslut tillsammans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta eget ansvar i behandlingen genom att göra de aktiviteter som är överenskomna. Delta aktivt i beslutsprocessen. • Involvera närstående i beslut där det behövs. Säg ifrån vid upplevelse av att inte involveras i beslut. • Fråga när informationen inte är tydlig. • Be om att få mer information vid behov.

<p><u>VIP: Krisintervention till person och närstående</u> Förtroendeskapande samtal, situationsbedömning, rådgivning, information samt stöd till personen och hens närstående.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i samtal: beskriv situationen, vad som har hänt och upplevelsen av besvär.
<p><u>VIP: Psykiatrisk omvårdnad</u> – personen tillsammans med sjuksköterska, identifierar vårdbehoven, väljer rätt förhållningssätt och rätt insatser, varpå insatserna utvärderas gemensamt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Försök känna tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om något inte är tydligt. • Be om och ta emot hjälp och stöd. • Bidra aktivt i att formulera egna mål. • Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter. • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. • Delta i uppföljning
<p>Intyg exempelvis <u>VIP: Sjukskrivning</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Berätta om behov av intyg. Kurator kan vara behjälplig.

<p>Åtgärdsblock: Akutpsykiatri (A) Inom akutpsykiatri (psykiatrisk akutmottagning eller annan verksamhet med uppdrag att bedöma akuta psykiatriska tillstånd).</p>	
<p>Hälsa- och sjukvårdens</p>	<p>Patientens åtgärder Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.</p>
<p><u>VIP: Anpassat bemötande</u>, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p><u>VIP: Information till person och närstående</u>, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p><u>VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande</u>, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>Första bedömning vid ankomst – ska genomöras för att säkerställa att det, om behov finns, vidtas åtgärder i syfte att skydda patienten från att skada sig själv eller andra. Exempelvis kan patienten behöva hindras från att lämna vårdinrättningen innan läkarbedömning genomförts, vissa patienter bör inte heller lämnas ensamma.</p>	
<p><u>VIP: Krisintervention till person och närstående</u>, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisera frustration och ilska.

<ul style="list-style-type: none"> • VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakta personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan förbättra situationen och varför det är så. • Visa hänsyn till andra patienter.
<p>VIP: Utredning – akut tillstånd – innefattar bedömning av risk för suicid och våld samt frågor om barn/unga och/eller djur finns i hemmet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv besvären så som de upplevs. • Berätta om barn/unga och/eller djur finns i hemmet.
<p>Vid tvångsåtgärder</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Tvångsåtgärder – begränsade • VIP: Tvångsåtgärder – fysiska ingripanden i akuta situationer • VIP: Samtal – uppföljning efter tvångsåtgärd – händelseförloppet går igenom i syfte att minska negativa konsekvenser och behovet av framtida tvångsåtgärder (KVÅ-kod: DU045, uppföljande samtal efter tvångsåtgärd). 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i uppföljningssamtalet. • Berätta om upplevelsen av tvångsåtgärden. • Reflektera tillsammans med vårdpersonal kring vad som kan göras för att undvika tvångsåtgärder i framtiden.
<p>Läkemedelsbehandling vid behov</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången. • VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Berätta om tankar kring läkemedelsbehandling och om olika alternativ (både administrationssätt och preparat). • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.

<p>Åtgärdsblock: Primärvård, elev- eller studenthälsa, socialtjänst (B) Inom primärvård (eller annan första linjens verksamhet), ungdomsmottagning, elev- eller studenthälsa, socialtjänst.</p>	
<p>Hälsa- och sjukvårdens åtgärder</p>	<p>Patientens åtgärder Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.</p>
<p>VIP: Tidig upptäckt av symtom på psykos – i syfte att ge ett gott omhändertagande med adekvata åtgärder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Svara på frågor om mående och besvär. • Beskriv besvär och hur de upplevs.

<p>Tidiga insatser vid tecken på psykos – första bedömning, anpassat bemötande och hänvisning till specialistpsykiatri.</p> <ul style="list-style-type: none">• VIP: Primärvård – inkluderar vårdintygsbedömning och att konsultera specialistpsykiatri vid behov.• VIP: Skola/elevhälsa/studenthälsa/ungdomsmottagning• VIP: Socialtjänst	
<p>Remiss till specialistpsykiatri (ej socialtjänst)</p> <p>Frågeställning ”misstanke om psykos”. Remissen bör innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none">• Social situation• Förekomst av specifika symtom och tecken vid psykosjukdom som:<ul style="list-style-type: none">- Hallucinationer- Vanföreställningar- Tankestörningar- Kognitiva problem• Beskrivning av sjukdomsförloppet och utvecklingen av symtom över tid.• Misstanke om eller tecken på alkohol och/eller drogmissbruk.• Beskrivning av eventuell funktionsnedsättning som påverkar det vardagliga livet, till exempel hygien, ekonomi, boende, studier, arbete, eller annan sysselsättning.• Andra pågående vård- och stödinsatser, till exempel socialtjänstkontakt.• Beskriv om det finns tecken på att personen kan vara en fara för sig själv eller andra.	

Beslut: Behov av psykosvård (C)

Har patienten behov av psykosvård?

Ja: fortsätt till block (D).

Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.

Beslutet utgår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd utifrån observerade symtom och uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.

Beslut: Inläggning slutenvård (D)

Har patienten behov av inläggning i psykiatrisk slutenvård (HSL eller LPT)?

Ja: fortsatt till block (E).

Nej: fortsatt till block (F).

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 [VIP: Tvångsvård – slutenvård](#).

Åtgärdsblock: Slutenvård (E)

Inom psykiatrisk slutenvård – akut tillstånd.

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder
	Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Anpassat bemötande , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Information till person och närstående , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Samarbete med närstående , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Krisintervention till person och närstående , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
<p>Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p> <ul style="list-style-type: none"> VIP: Samtalsstöd vid slutenvård – dagliga omvårdnadssamtal enligt överenskommelse med patienten som syftar till att öka delaktighet och trygghet (KVÅ-kod: DU007, stödjande samtal). VIP: Stöd vid suicidtankar – hälsa- och sjukvård VIP: Motiverande samtal (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI) 	<ul style="list-style-type: none"> Försök känna tillit. Berätta om upplevelser. Fråga om något inte är tydligt. Be om och ta emot hjälp och stöd. Bidra aktivt i att formulera egna mål. Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter. Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. Delta i uppföljning

<ul style="list-style-type: none"> • VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro 	
<p>Upprätta vårdplan/SIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan). • VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta aktivt i möten (ta hjälpa av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning vilka personer som ska involveras. • Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden. • Delta i uppföljning
<p>Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom anpassat förhållningssätt och bemötande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisera frustration och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan förbättra situationen och varför det är så. • Visa hänsyn till andra patienter.
<p>Vid tvångsvård (LPT) – se VIP: Tvångsvård – slutet</p>	
<p>Vid tvångsåtgärder</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Tvångsåtgärder – begränsade • VIP: Tvångsåtgärder – fysiska ingripanden i akuta situationer • VIP: Samtal – uppföljning efter tvångsåtgärd – händelseförloppet går igenom i syfte att minska negativa konsekvenser och behovet av framtida tvångsåtgärder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i uppföljningssamtalet. • Berätta om upplevelser av tvångsåtgärden. • Reflektera tillsammans med vårdpersonal kring vad som kan göras för att undvika tvångsåtgärder i framtiden.
<p>VIP: Utredning – akut tillstånd – innefattar bland annat bedömning av risk för suicid och våld samt frågor om barn/unga eller/och djur finns hemma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv besvär. • Delta i undersökningar i den mån det går. • Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.
<p>Aktualisera akuta socialtjänstinsatser – om det finns barn med behov av skydd är omedelbara socialtjänstinsatser aktuella i syfte att trygga barnets behov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv akuta problem i hemsituationen: ekonomi, boendemiljö, husdjur, hemmavarande barn och/eller ungdomar. • Be om och ta emot hjälp och stöd.

<p>Läkemedelsbehandling vid behov</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången. • VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål. • VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar. • VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling. • VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar. • VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel 	<ul style="list-style-type: none"> • Ta del av information om läkemedel och ställ frågor. • Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationsätt och preparat). • 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. • Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.
<p>VIP: Personlig kontakt och stöd inför utskrivning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i möten med öppenvården och delta aktivt i planering av fortsatt vård.

Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (F)

Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvården (verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjukanande i psykos) – akut tillstånd.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder
<p>VIP: Anpassat bemötande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket. Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>VIP: Information till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>

<p>VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Samtalsstöd vid slutenvård – dagliga omvårdnadssamtal enligt överenskommelse med patienten som syftar till att öka delaktighet och trygghet (KVÅ-kod: DU007, stödjande samtal). • VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård • VIP: Motiverande samtal (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI) • VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro 	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>VIP: Utredning – akut tillstånd – innefattar bedömning av risk för suicid och våld samt frågor om barn/unga och/eller djur finns hemma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv besvär. • Delta i undersökningar. • Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.
<p>Aktualisera akuta socialtjänstinsatser – om det finns barn med behov av skydd är omedelbara socialtjänstinsatser aktuella i syfte att trygga barnets behov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Berätta om akuta problem i hemsituationen: ekonomi, boendemiljö, husdjur, hemmavarande barn och/eller ungdomar. • Be om och ta emot hjälp och stöd.
<p>Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisera frustration och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Berätta hur personalen kan göra för att förbättra situationen och varför det är så.
<p>Upprätta vårdplan/SIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ om behandling och stöd.

<p>sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan).</p> <ul style="list-style-type: none">• VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan).	<ul style="list-style-type: none">• Beskriv behov och önskemål.• Ta ställning till vilka personer som ska involveras.• Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden.• Delta i uppföljning.
<p>Samordning</p> <ul style="list-style-type: none">• VIP: Case management, vård- och stödsamordning – få en utsedd person med ansvar för samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensiva åtgärder efter behov.• VIP: Påminnelse om besökstider• VIP: Samordning med beroendevården – integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen	<ul style="list-style-type: none">• Uppsök stöd om behov uppstår, till exempel personligt ombud eller gruppverksamheter i brukarföreningar.
<p>Läkemedelsbehandling vid behov</p> <ul style="list-style-type: none">• VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången.• VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål.• VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar.• VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling.• VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar.• VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel	<ul style="list-style-type: none">• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor.• Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationssätt och preparat).• 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.• Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.

Beslut: Fortsatt behov av akuta insatser (G)

Har patienten fortsatt behov av akuta insatser?

Ja: fortsatt till block (D).
Nej: fortsatt till block (J).

Beslutet utfår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd (symtom, funktion och social situation) utifrån observation och uppgifter från person, närstående och andra aktörer.

Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (H)

Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvård (verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjukanande i psykos) – ej akut tillstånd.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder
VIP: Anpassat bemötande , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
VIP: Information till person och närstående , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Arbetsätt för delat beslutsfattande , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Krisintervention till person och närstående , se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.	Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.
VIP: Inledande utredning (Text i VIP ska skrivas. BAS utredning, generiskt inledande)	<ul style="list-style-type: none">• Svara på frågor om mående och besvär.• Beskriv besvär och hur de upplevs.• Delta i undersökningar.
Bedömning av specialistläkare	<ul style="list-style-type: none">• Svara på frågor om mående och besvär.• Beskriv besvär och hur de upplevs.

Beslut: Behov av psykosvård (I)

Har patienten behov av psykosvård?

Ja: fortsatt till block (J).
Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.

Beslutet utgår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd utifrån observerade symtom och uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.

Beslut: Förstagångsinsjuknade (J)

Har patienten behov av utredning/åtgärder avsedda för förstagångsinsjuknade?

Ja: fortsatt till block (K).

Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.

Beslutet utgår ifrån en bedömning utifrån uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.

Utredningsblock: Förstagångsinsjuknade (K)

Kan göras samtidigt som åtgärdsblock (L)

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder

VIP: Utredning vid förstagångsinsjuknade i psykos – i syfte att säkerställa korrekt diagnos och behandling, samt möjliggöra utvärdering.

Patientens åtgärder

Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.

- Beskriv besvär.
- Delta i undersökningar.
- Om möjligt, svara på de frågor som vårdpersonalen ställer.

Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (L)

Kan göras samtidigt som utredningsblock förstagångsinsjuknade (K).

Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvården (Verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos). Görs om dessa åtgärder inte är gjorda i det akuta skedet.

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder

VIP: Anpassat bemötande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

VIP: Information till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

VIP: Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

VIP: Samarbeta med närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Patientens åtgärder

Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.

Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.

<p>Erbjudas tät kontakt – vårdkontakt minst 2 gånger i veckan den första månaden därefter enligt behov. Kontakten kan vara i form av fysiska träffar och/eller telefon/videomöten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv behov av kontakt med vården. • Involvera närstående i beslut.
<p>Upprätta vårdplan/SIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan). • VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ kring behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning vilka personer som ska involveras. • Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden. • Delta i uppföljning.
<p>Samordning</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Case management, vård- och stödsamordning – få en utsedd person med ansvar för samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensiva åtgärder efter behov. • VIP: Påminnelse om besökstider • VIP: Samordning med beroendevården – integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppsök stöd om behov uppstår, till exempel personligt ombud eller gruppverksamheter i brukarföreningar.
<p>Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisera frustration och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan göra för att förbättra situationen och varför det är så.
<p>Omvårdad och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård • VIP: Stöd vid suicidtankar – socialtjänst • VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro 	<ul style="list-style-type: none"> • Försök känna tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om något inte är tydligt. • Be om och ta emot hjälp och stöd. • Bidra aktivt i att formulera egna mål. • Ta eget ansvar i behandling genom att utföra överenskomna aktiviteter. • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. • Delta i uppföljning.

<p>Läkemedelsbehandling vid behov</p> <ul style="list-style-type: none">• VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången.• VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål.• VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar.• VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling.• VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar.• VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel	<ul style="list-style-type: none">• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor.• Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrationsätt och preparat).• 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.• Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.
<p>VIP: Återfallsprevention inkl. upprättande av krisplan – 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 för närstående (KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan, samt DU119, återfallsprevention, ÅFP).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Samarbeta med personalen.• Genomför förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare insjuknanden.• Försök identifiera och sätta ord på tidiga tecken.• Ta hjälp av närstående som kan ha sett när försämring i sjukdomen uppstod.• Kom överens med personalen om vad som ska stå i krisplanen.• Ta ställning till vad som kan göras vid vilka tidpunkter vid eventuell försämring.• Beskriv vad andra (vårdpersonal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring.• Beskriv behov vid ett eventuellt återinsjuknande.

Uppföljningsblock: Symtom, funktion och social situation (M)

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder
<p>Skatta följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symtom med till exempel RSS (Remission Skattning Skala) eller CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity). Andra skattningar är GAF-symtom, CGI (global grad av sjukdom och förändring över tid) PANNS (Postive and Negative Syndrom Scale). • Funktion med till exempel WHODAS 2.0 (bedömning av funktionshinder). Andra skattningar är GAF-funktion och CGI (mäter global grad av sjukdom och förändring över tid). Alternativ för ungdomar under 18 år är C-GAS. • Social situation genom samtal med person och närstående. 	<p>Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Beskriv situationen.

Beslut: Fortsatt psykosvård (N)

Har patienten behov av fortsatt psykosvård?

Ja: fortsätt till block (Q).

Nej: fortsätt till block (O).

Beslutet utfår ifrån en samlad bedömning av om personen har psykos eller ej efter undersökning/skattning och observation av symtom och funktion samt uppgifter från person, närstående, andra aktörer.

Uppföljningsblock: Symtom, funktion och social situation (O)

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder
<p>Skatta följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symtom med till exempel RSS (Remission Skattning Skala) eller CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity). Andra skattningar är GAF-symtom, CGI (global grad av sjukdom och förändring över tid) PANNS (Postive and Negative Syndrom Scale). • Funktion med till exempel WHODAS 2.0 (bedömning av funktionshinder). Andra skattningar är GAF-funktion och CGI 	<p>Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Om möjligt, var aktiv i vårdens uppföljning genom att delta i samtal och besvara frågor som personalen ställer. Beskriv situationen.

<p>(mäter global grad av sjukdom och förändring över tid). Alternativ för ungdomar under 18 år är C-GAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social situation genom samtal med person och närstående. 	
--	--

<p>Beslut: Fortsatt psykosvård (P)</p> <p>Har patienten behov av fortsatt psykosvård?</p> <p>Ja: fortsatt enligt flöde till block (Q). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.</p> <p>Beslutet utgår ifrån en samlad bedömning av personens tillstånd utifrån observerade symtom och uppgifter från person, närstående och övriga aktörer.</p>
--

<p>Utredningsblock: Kvarstående fördjupad utredning (Q)</p>	
<p>Hälsa- och sjukvårdens åtgärder</p>	<p>Patientens åtgärder Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • VIP: Utredning och bedömning av funktion i vardag och arbetsliv • VIP: Utredning och bedömning av fysisk funktion av fysioterapeut • VIP: Utredning av psykomotorisk funktion och rörelsekvalitet hos fysioterapeut • VIP: Utredning och bedömning av kognitiv funktion, neuropsykologiska tester 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

<p>Åtgärdsblock: Öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag (R)</p> <p>Inom psykiatrisk specialistvård i öppenvården (verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknande i psykos). Insatser ges även från socialtjänsten.</p>	
<p>Hälsa- och sjukvården och socialtjänstens åtgärder/insatser</p>	<p>Patientens åtgärder Åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.</p>
<p>VIP: Krisintervention till person och närstående, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>

<p>VIP: Arbetssätt för delat beslutsfattande, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>Psykiatrisk omvårdnad, se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>	<p>Se sammanställning av återkommande åtgärder ovan.</p>
<p>Åtgärder för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder</p> <p>VIP: Förebygga och hantera hot och våld – genom ett anpassat förhållningssätt och bemötande.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisera frustration och ilska. • Ta kontakt med personalen om något orsakar ilska eller upprördhet. • Beskriv hur personalen kan göra för att förbättra situationen och varför det är så.
<p>Erbjudas tät kontakt – vårdkontakt minst 2 gånger i veckan den första månaden därefter enligt behov. Kontakten kan vara i form av fysiska träffar och/eller telefon/videomöten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv behov av kontakt med vården. • Involvera närstående i beslut.
<p>Upprätta vårdplan/SIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: SIP, samordnad individuell plan – klargör ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när individen får insatser från båda (KVÅ-kod AU124, upprättande av samordnad individuell plan). • VIP: Vårdplan – ger en samlad bild av behov, mål och planerade insatser (KVÅ-kod AU120, upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta aktivt i möten (ta hjälp av personal vid behov). • Beskriv besvär och tankar och ta ställning till olika alternativ kring behandling och stöd. • Beskriv behov och önskemål. • Ta ställning till vilka personer som ska involveras. • Formulera med stöd av personal mål för vårdtiden. • Delta i uppföljning
<p>Psykoedukation med eller utan övningsmoment</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Psykopedagogisk utbildning (KVÅ-kod: GB009, information och undervisning riktad till patient) • VIP: Psykopedagogiska behandlingsprogram med social färdighetsträning (KVÅ-kod: DU023, psykopedagogisk behandling) • VIP: ESL ett självständigt liv • VIP: IMR, Illness management and recovery 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i utbildningstillfällen. • Gör eventuella hemuppgifter och övningar. • Kom till planerade möten (vid behov använd hjälpmedel eller ta hjälp av personal). • Bidra efter förmåga i gruppsammanhang.
<p>Familj- och närståendestöd</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Stöd till barn som anhöriga • VIP: Stöd i föräldraskap (KVÅ-kod: DU028, föräldraträning som sker utifrån manualiserad metod, exempelvis COPE (Community Parent Education)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ge samtycke till att personalen ger insatser till de närstående som behöver stöd. • Var medveten om att närstående kan få stöd utan att involveras i din vård ifall du motsätter dig det.

<ul style="list-style-type: none"> • VIP: Familjeintervention – utbildning och stöd • VIP: Samarbeta med närstående • VIP: Föra barnen på tal (KVÅ-kod: DU056, samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov) 	
<p>Samordning</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Case management, vård- och stödsamordning – få en utsedd person med ansvar för samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensiva åtgärder efter behov. • VIP: Påminnelse om besökstider • VIP: Samordning med beroendevården – integrerade åtgärder för skadligt bruk och/eller beroende och för den psykiska sjukdomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppsök stöd om behov uppstår, till exempel personligt ombud eller gruppverksamheter i brukarföreningar.
<p>Omsorg och omvårdnad</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Stöd till god munhälsa • VIP: Stöd vid suicidtankar – hälso- och sjukvård • VIP: Stöd vid suicidtankar – socialtjänst • VIP: Gruppaktiviteter – i syfte att motverka isolering och stödja individen i att utveckla ett socialt nätverk. • VIP: Motiverande samtal (KVÅ-kod: DU118, motiverande samtal, MI) • VIP: Stöd vid sömnsvårigheter • VIP: Stöd att hantera stress och oro 	<ul style="list-style-type: none"> • Försök känna tillit. • Berätta om upplevelser. • Fråga om något inte är tydligt. • Be om och ta emot hjälp och stöd. • Bidra aktivt i att formulera egna mål. • Ta eget ansvar i behandlingen genom att utföra överenskomna aktiviteter. • Be om ytterligare stöd och hjälp vid behov. • Delta i uppföljning.
<p>VIP: Boendestöd – innefattar flera stödjande insatser som fokuserar på att stärka individen, praktiskt och socialt, så att den enskilde kan leva ett mer självständigt liv, i bostaden och ute i samhället.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeta med boendestödjare. • Ingå överenskommelser med boendestödjare. • Upprätta och följ upp scheman tillsammans med boendestödjare. • Genomför moment enligt planering. • Vid behov, efterfråga särskilt stöd för minderåriga barn.

<p>VIP: Återfallsprevention inkl. upprättande av krisplan – 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, återfallsprevention, ÅFP).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Samarbeta med personalen.• Genomför förberedelser inför upprättande av krisplan genom att tänka tillbaka på tidigare insjuknanden.• Försök identifiera och sätta ord på tidiga tecken.• Ta hjälp av närstående som kan ha sett när försämring i sjukdomen uppstod.• Kom överens med personalen om vad som ska stå i krisplanen.• Ta ställning till vad som kan göras vid vilka tidpunkter vid eventuell försämring.• Beskriv vad andra (vårdpersonal och närstående) kan göra för att stötta vid eventuell försämring.• Beskriv behov vid ett eventuellt återinsjuknande.
<p>Läkemedelsbehandling vid behov</p> <ul style="list-style-type: none">• VIP: Ordination av läkemedel vid förstagångsinsjuknad i psykos – särskilda hänsyn tas vid läkemedelsbehandling då personen insjuknat i psykos första gången.• VIP: Administrering av antipsykotiska läkemedel – läkemedel ges på ett säkert sätt anpassat efter situation och patientens önskemål.• VIP: Ordination av antipsykotiska läkemedel – gemensamma principer – för optimerad effekt och minimerade biverkningar.• VIP: Stöd att följa läkemedelsbehandling – för att personen självständigt ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling.• VIP: Uppmärksamma biverkningar av antipsykotiska läkemedel i hälso- och sjukvård – i syfte att hitta lägsta effektiva dos av rätt preparat och minimera biverkningar.• VIP: Insatser vid biverkningar av antipsykotiska läkemedel	<ul style="list-style-type: none">• Ta del av information om läkemedel och ställ frågor.• Dela tankar om läkemedelsbehandling och olika alternativ (både administrations sätt och preparat).• 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.• Beskriv nuvarande och tidigare läkemedelsanvändning. Beskriv effekt och biverkningar.
<p>VIP: NECT-metoden, för minskad självstigmatisering – en manualbaserad metod i syfte att minska, och lära personen att handskas med, självstigma vilket främjar återhämtning.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Delta aktivt i gruppssammankomster.• Genomför hemuppgifter mellan sammankomsterna.

<p>Hälsöfrämjande insatser</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor (KVÅ-kod: DV030, hälsosamtal) • VIP: Stöd för kontakter med vården vid kroppslig ohälsa med syfte att upptäcka hälsoproblem och riskfaktorer i tid. • VIP: Hälsosamtal – utredning av levnadsvanor (KVÅ-kod: DV030, hälsosamtal) • Stöd vid riskbruk av droger (text ska skrivas i VIP) • VIP: Stöd vid riskbruk av alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Ta ställning till vilken form av fysisk aktivitet som passar och som kan vara till bäst hjälp för att bli mer fysiskt aktiv (exempelvis promenadgrupper, gymträning, promenader och så vidare). • Var medveten om att lite fysisk rörelse är bättre än ingen rörelse alls. • Se över vanor och ta ställning till vilka förändringar som skulle kunna vara möjliga att genomföra för att främja hälsa. • Ta ställning till det stöd och hjälp som erbjuds för att främja hälsa. Våga prova.
<p>Psykosociala insatser – övriga</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Avlösarservice • VIP: Kontaktfamilj/kontaktperson 	<ul style="list-style-type: none"> • Ta ställning till kommunens erbjudande om att ansöka om en kontaktperson som kan bevaka dina intressen och vara en viktig social kontakt utanför vården. • Vid tvångsvård utses en kontaktperson –ta hjälp av hen för att bevaka intressen och för samtal.
<p>Ekonomiskt bistånd (text ska skrivas i VIP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vid behov, ta hjälp av kurator, personligt ombud eller brukarorganisationer för att få hjälp och tips kring att till exempel att söka ekonomiskt bistånd från olika fonder.
<p>VIP: Kognitivt stöd i vardagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ta ställning till och prova olika hjälpmedel.
<p>Psykologisk behandling – VIP: Kognitiv beteendeterapi (KBT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genomför moment enligt planering.
<p>Stöd till arbete, studier eller sysselsättning (inklusive arbetsmarknadsåtgärder)</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIP: Sysselsättning, stöd till arbete enligt IPS-modellen • VIP: Sysselsättning, Supported Education (SEd) • VIP: Sysselsättning – daglig aktivitet utanför hemmet 	

Uppföljningsblock: [VIP: Årsuppföljning – utvärdering av behandling och stöd \(S\)](#)

2.4 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 hälso- 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 patienter 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.

3 Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

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 diagnos 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.

3.1 Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått)

Tabell 2. Utfallsmått.

Indikatorrubrik	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Indikator baserad på potentiell PROM.		12 månader	www.psykiatrikollektion.se
Andel individer som behandlas med antipsykotiska läkemedel som under tidsperioden har haft ingen eller lindrig läkemedelsbiverkning.*	Högt, 60 procent	12 månader	PsykosR KVÅ-kod: AV127, systematisk undersökning av läkemedelsbiverkan
Andel patienter som har gjort ett suicidförsök alternativt fullbordat suicid under första året.	Lågt, mindre än 5 procent	12 månader	PsykosR Socialstyrelsens hälsodataregister

*Prioriterad nationell indikator (NPO)

Andel patienter med psykosdiagnos (F20–F29.9) som vårdats enligt LPT första året.	Lågt, 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).*	Lågt, 30 procent	12 månader	PsykosR
Andel individer som vid senaste mättillfället är i remission enligt RS-S*, CRDPSS *, CGI* eller annan validerad skala.*	Högt, 65 procent	12 månader	PsykosR

3.2 Indikatorer för uppföljning av process (processmått)

Tabell 3. Processmått.

Indikator	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel patienter som inom 3 kalenderdygn efter misstanke om psykos får kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos.	Högt, 80 procent	Vid första 12-månaders uppföljning	Nationell datakälla saknas för närvarande
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 – förstagångsinsjuknade 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 erbjuds någon form av stöd att återgå i studier/arbete, till exempel IPS, SE, arbetsmarknadsåtgärder.	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR

*Prioriterad nationell indikator (NPO).

Andel personer med diagnos (F20–F29.9) som behandlats med antipsykotiska läkemedel under första året.	Högt, 95 procent	12 månader	Socialstyrelsens hälsodata-register (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
Andel personer som har fått psykopedagogiska insatser och/eller familjeinterventioner.	Högt, 80 procent	12 månader	PsykosR KVÅ-kod: DU023, psykopedagogisk behandling
Andel patienter som har en krisplan.	Högt, 95 procent		Nationell datakälla saknas för närvarande KVÅ-kod: AU123, upprättande av krisplan
Andel personer, med insatser från flera verksamheter, som har fått en SIP.	Högt, 95 procent	12 månader	PsykosR (primär) KVÅ-kod: AU124

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. Danielsson M. Överdödlighet i kroppsliga sjukdomar vid schizofreni. Ett behov av ökad prevention, diagnostik och behandling inom vården. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2017. Rapport; 2017:2.
3. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem 2019 – ICD-10-SE. Hämtad från: <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE>
4. Nationella vård- och insatsprogram: Schizofreni och liknande tillstånd [Internet]. Stockholm: Uppdrag psykisk hälsa; 2019. [citerad december 2019]. Hämtad från: <https://vardochinsats.se/>

5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande

5.1 Kunskapsunderlag

De kunskapsunderlag som ligger till grund för vårdförloppet utöver de referenser som redovisas i avsnitt 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>

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.

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

5.2 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande har pågått under oktober 2019 till januari 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 egenerfarnas synpunkter på vårdförloppet och utformningen av patientresan. Inbjudna var Schizofreniförbundets erfarenhetsgrupp som består av personer med egen erfarenhet av schizofreni och liknande 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.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Ev. akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, region	Ev övrig roll i arbetsgruppen
Håkan Bernhardsson			Uppdrag psykisk hälsa SKR		Administrativt processstöd
Ing-Marie Wieselgren	Med.dr	Specialistläkare psykiatri, registerhållare för PsykosR och projektchef Uppdrag Psykisk Hälsa	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Stöd/rådgivare till ordförande/processledare. Nationell samordnare Psykisk hälsa.
Louise Kimby	Fil. mag	Utvecklingsledare för PsykosR och specialistsjuksköterska psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Ordförande och processledare
Martin Rödholm	Med.dr	Specialistläkare psykiatri	Uppdrag psykisk hälsa SKR		Expert psykiatri, samarbete allmänmedicin/psykiatri och verksamhetsledning.
Micael von Wowern		Kommunal representant, utvecklingsledare och sjuksköterska.	Ystad kommun Uppdrag psykisk hälsa SKR	Region Skåne	Expert kommunala insatser
Åsa Höij		Patientföreträdare. Andre vice förbundsordförande RSMH och representant från Schizofreniförbundet.			Representerar RSMH och Schizofreniförbundet samt den egna erfarenheten.

Tabell 5. Versionshistorik för remissversionen av vårdförlopp schizofreni – förstågångsinsjuknande.

Publicering	Version	Uppdatering
2020-01-27	1.0	-
2020-01-28	1.1	Korrektur: uppdatering av flöde (figur 7) och sida 34.

Remissversion