

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni - fortsatt vård och Stöd.

Vårdförloppet inleds när diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är konstaterad sedan minst tolv månader och avslutas om diagnosen avskrivs.

RPO/verksamheter som deltagit i remissvaret:

RPO Psykisk hälsa har varit sammanhållande. Remissförfarandet har bestått i flertalet videomöten i Sydöstra sjukvårdsregionen. Det har även varit en separat process för att säkerställa att 38 kommuner i de tre länen kommit till tals. I remissrundan har samtliga NAG och RAG representanter ifrån vård- och insatsprogram Schizofreni, sydöstra, deltagit. Kommunerna i Sydöstra som deltagit är; Kalmar, Valdemarsvik, Norrköping, Vetlanda, Nässjö, Eksjö, Aneby, Jönköping. Övrig funktion som deltagit i remissvaret är ekonomer.

Kalmar: Region Kalmar län

Jönköping: Region Jönköping

Östergötland: Region Östergötland

Kommunala verksamheter, roller och professioner i samtliga tre regioner: Myndighetsutövning, Avd Hälso-sjukvård samt Avd Funktionshinder (verkställighet), psykiatrissjuksköterska i hemsjukvård kommun, utvecklingsledare länets kommuner, 1.e LSS-handläggare inklusive socialpsykiatri, boendestöd, arbetsterapeuter inom rehab i kommuner.

Sammanfattning

Sydöstra sjukvårdsregionen instämmer i konsekvensbeskrivningen att införandet av **vårdförloppet är positivt för målgruppen** som får tillgång till evidensbaserade vård- och stödinsatser i ett tidigare skede vilket ökar möjlighet till återhämtning och minskar risk för försämring och återinsjuknande.

Positivt är också **att delaktighet från individ och närstående ökar.**

Att kostnaderna ökar initialt för att sedan minska är naturligt då man inför mer intensiva insatser i en inledning.

Viktigt att tänka på att **fortbildningsinsatser till personal och ett utvecklat samarbete mellan region och kommuner beaktas och är en förutsättning.**

Enklare rättelser och kommentarer:

1. *"I nuläget får inte alla individer de insatser de behöver för att kunna leva med så lindrig sjukdom och hög funktionsnivå som möjligt"*

Kommentar: "lindrig sjukdom" kan anses vara en tveksam formulering. Alternativa förslag: "lindriga sjukdomssymptom", "lindriga symptom".

2. *"Initialt i vårdförloppet görs en sammanvägd bedömning utifrån strukturerade skattningar av symtom, funktionsnivå och behov som ligger till grund för ett beslut om individen har lindrig, måttlig till svår eller påtaglig till extremt svår sjukdom och funktionsnedsättning."*

Kommentar: Samma resonemang som tidigare, vill säga anser att symptomen kan vara graderas enligt lindrig, måttlig svår med mera snarare än sjukdomen schizofreni.

1. Beskrivning av vårdförlopp

Detta vårdförlopp kräver framtagande av särskild samverkansrutin.

Vårdförloppet beskriver en välorganiserad process under vårdförloppet och det kräver en tydlig samverkan mellan psykiatrins slutenvård, öppenvård och kommun. Här behöver kommunerna och regionerna skapa strukturer som stödjer en sådan samverkan och personcentrering. Idag regleras detta utifrån Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet och hälso- och sjukvård. I ex Norrköpings kommun använder man en rutin tillsammans med regionen för både somatisk vård och psykiatrisk vård. Rutinen är svår att applicera på psykiatrisk vård då den utgår mycket från den somatiska vården. De som är vårdplanerare behöver ha kompetens kring socialpsykiatri och LSS.

Enklare rättelser och kommentarer:

1. Se över referenshanteringen. Är allt taget från referens 1?
2. Sammanfattning sida 3: Lite rörig sammanfattning. Ett förslag är att sista stycket, det som börjar med "Nationellt system för kunskapsstyrning", kommer i början för att förstå bakgrunden till det som ska läsas.
3. Krångligt formulerat tidsförlopp i underrubriken – första sidan. Svårförståeligt (1.2 Omfattning andra stycket, s. 6). Skall inte insatserna ges enligt vårdförlopp – fortsatt vård och stöd – efter första året?
4. Bra beskrivning av att skattningarna av svårighetsgrad inte är absoluta.
5. Svårt att hitta flödesschemat, generellt för många indikatorer.
6. Gränsdragningar hälso- sjukvård kontra kommunen t.ex. angående fysisk aktivitet. (hjälp och tydlighet i gränsdragning i den utsträckning det är möjligt – mellan huvudmännen, samverkansytor.
7. Det fungerar relativt ofta inte att söka på hemsidan – serverfel är återkommande resultat.
8. Otydligt skrivet om hot och våld.
9. Otydlighet: FAR – fysisk aktivitet på recept.

1.1 Om schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Ett förslag ifrån Sydöstra är att diagnoskoderna skrivs tillsammans med diagnosernas benämning redan här. De nämns senare i dokumentet och det är lättare att knyta an till, om det finns initialt. (Eventuellt behov av att förklara ICD/DSM-kods betydelse.)

Ett förslag är att få mer information här om bidragande faktorer till varför en individ kan drabbas, t.ex genetisk sårbarhet etc.

"Återhämtning är målet med vård och stöd för alla individer med schizofreni och liknande tillstånd". Ett förslag är att beskriva mer vad återhämtning innebär vid dessa tillstånd. Behov av att utveckla resonemanget/begreppet och belysa att det är individuellt.

Spetskompetens och organisering; Myndighetsutövningen behöver organisera sig så att det finns vissa handläggare som jobbar med denna målgrupp och har kompetens. Det blir tydligt att samordningen är en viktig del för att få vården och stödet att fungera vilket kräver en viss spetskompetens. Även kommunernas hälso- och sjukvård behöver se över om särskilda personer med spetskompetens ska arbeta gentemot målgruppen vilket inte sker idag.

Somatisk vård; Vissa kommuner har erfarenhet av vårdens särbehandling av gruppen med schizofreni, som har väldigt svårt att få del av somatisk vård vid behov.

Samsjuklighet; Psykisk sjukdom och samtidigt pågående missbruk; det är svårt redan idag för människor som har dubbla problem att få hjälp; man blir ”skyfflad” mellan instanser. Hur förebygger vi det?

Enklare rättelser och kommentarer:

1. Siffran en halv procent är felaktig (1.1 andra stycket s. 5). Personer med diagnosen Schizofreni är omkring en halv procent men det finns andra psykosdiagnoser som bör räknas med om detta vårdförlopp gäller även personer med ”schizofreniliknande tillstånd”.
2. En tydliggörande beskrivning kan vara att lyfta fram grundproblematiken (1.1 s. 6 andra stycket) – en störd verklighetsuppfattning som leder till funktionsnedsättning - då det ofta är mycket annat som är viktigt och leder till funktionsnedsättning, samt att tex rösthallucinos kan bero på annat.
3. Hög tillgänglighet (sista meningen). Vad menas med det?

1.2 Omfattning

En individ som har fått insatser enligt vårdförlopp Schizofreni – förstagångsinsjuknande, inklusive sin första årsuppföljning, ska erbjudas fortsatta insatser i verksamhet med särskilt uppdrag upp till tre till fem år efter första insjuknandet oavsett sjukdomsgrad. Insatserna ges då enligt vårdförloppet för förstagångsinsjuknade med den intensitet, samordning och tillgänglighet som utmärker verksamhet med särskilt uppdrag för förstagångsinsjuknande. Detta krockar med vårdförloppet för förstagångsinsjuknande som är tydligt med att det gäller från första kontakt med psykiatri till första årsuppföljningen.

Vårdförloppet inkluderar många vilket kan göra det svårt att styra insatserna rätt. Ska alla dessa patienter tillhöra specialistpsykiatri? En person med vanföreställningssyndrom som skulle kunna tas om hand om av primärvården?

Genomgående i vårdförloppet beskrivs vikten av att kunna behovsanpassad de insatser individen behöver utifrån individens grad av funktionsnedsättning. Graden av funktionsnedsättning ska grunda sig på strukturerade skattningar av individens symtom och funktion (s. 7 andra stycket). Vi kan se ett behov av att precisera vilka skattningar som rekommenderas som underlag för en likvärdig vård.

Enklare rättelser och kommentarer:

1. Det saknas punkt efter ordet tillstånd i tredje stycket första meningen.

1.3 Vårdförloppets mål

För att nå målen behöver vi säkerställa att det alltid sammankallas till en SIP för denna målgrupp. Att man från början har en tydlig planering. Idag kallas kommun ibland till SIP först när det blivit ottydligt och problem uppstått vilket utifrån målen är för sent.

Förslag på ändring av text:

Målsättning är också att individen ska:

- ha en uppdaterad, välkänd och tydlig vård- eller genomförandeplan och eventuellt en samordnad individuell plan (SIP)

istället:

ha en uppdaterad, välkänd och tydlig vård- eller genomförandeplan och en samordnad individuell plan (SIP) vid vård- och stödinsatser från flera huvudmän.

Samverkan mellan kommuner och vården är ofta bristfällig och det handlar väldigt mycket om vilken kommun patienterna bor i vilket stöd de får. Här saknas en diskussion i Vårdförlopp om hur det kan förbättras. (generellt)

1.4 Ingång och utgång

Frågor kring ansvarsområde; Utgång ur påbörjat vårdförlopp

Vem bestämmer detta? Kan regionens läkare bestämma att individen inte är behandlingsbar längre, och därför inte ingår i vårdförloppet, och det därigenom bli kommunens ansvar att erbjuda god vård och omsorg?

Behövs fler utgångar? Vissa diagnoser kan tas om hand av andra instanser? (ex vanföreställningssyndrom, alla har inte behov av specialistpsykiatri)

Enklare rättelser och kommentarer:

”Misstanke föreligger...” Förslag att man förtydligar vad hallucinationer är - syn, smak, lukt kan förekomma.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

En patient inkommer till vårdcentralen, diagnosen blir vanföreställningssyndrom, lindrig form. Ska patienten då knytas till Case-manager och få psykoterapeutiska insatser i öppenvård? I dagens läge finns inte resurser ens till de svårast sjuka. Allt detta ska erbjudas inom 6 veckor, vilket är önskvärt, men kanske skulle en differentiering behövas? (gränsdragning primärvård – specialistvård)

Synpunkter gällande både VIP och vårdförloppet angående uppföljning av fysisk hälsa:

– om screening för hjärt- och kärlsjukdomar och cancer skall göras enligt vad som står i VIP blir det mycket omfattande undersökningar och långa samtal om fysisk hälsa. Detta bör egentligen göras på

en vårdcentral/hälsocentral. Patienter med psykos bör kallas för regelbundna uppföljningar på samma sätt som andra patienter med kroniska sjukdomar. En av anledningarna att patienterna inte får hjälp med kroppsliga sjukdomar är att de inte söker hjälp själva (pga negativa symtom, misstolkning av kroppssignaler, de vet inte hur/vem de ska kontakta) men också att vårdgivare förväntar sig att de ska själva ta initiativ eller att personal i förväg bestämmer att det är lönlöst att ens försöka kalla patienten och erbjuda behandling.

VIP är nu ett bra sätt att se till att alla tar sitt ansvar för att hjälpa dessa människor och psykiatriska kliniker kan inte göra allt. Det händer att remisser avvisas med motivering att patienten har psykos.

Vem som ska göra vad och i vilken utsträckning är otydligt beskrivet i vårdförloppet.

Enklare rättelser och kommentarer:

1. **Behov av ytterligare förtydliganden;** Finns det någon prioriteringsordning på de insatser som ska erbjudas? Ska det prioriteras utifrån bokstäver? Iså fall finns det nog ett behov av att det ska framgå. T.ex. rutan "Insatser till alla oavsett sjukdomsgrad och funktionsnedsättning". Oklart om C,D,E,F m.m är prioriteringsordningen på insatserna?
2. **Förtydliga primärvårdens ansvar, inklusive hemsjukvård.** Tappas bort i flödesschemat där man bara beskriver öppenvård och socialtjänst. Årsuppföljning med hälsosamtal bör involvera primärvården och det ska vara tydligt vem som gör vad. Stor risk för somatiska sjukdomar hos målgruppen.
3. **Årlig omprövning**
Vem ansvarar? Vem kallar? Vårdcentralen? Psykiatrin? Vem gör vad? Lite otydligt, kan man få det mer tydligt vem/vilken huvudman, som har ansvaret?
4. **I vårdförloppsschemat (AB) ställningstagande vid akut försämring** finns en pil till höger som indikerar att befintliga insatser ändå bedöms kunna tillgodose behovet. Språkligt borde meningen ändras till; "Nej, det vårdbehovet kan tillgodoses inom ramen för de fortlöpande insatserna".
5. **Gällande vårdflödeschemat under (AB) Akuta och intensiva insatser i öppenvård och socialtjänst** Anges att Intensiva vård och stödsamordning är en möjlig insats. Insatsen har fått bokstaven (U). Det ska dock vara (V) eftersom (U) tidigare har benämnts som Psykologiskt behandling KBT.
6. **I vårdförloppsschemat och den efterföljande detaljbeskrivningen** där innebörden av olika insatser beskrivs har flera insatser fått olika bokstäver.

Insats	I schemat	I insatsbeskrivningen
Allvarlig försämring med behov av intensiva och akuta insatser	(AB)	(BB)
Förebygga behov av tvång	(AC)	(CC)
Omvårdnad	(AD)	(DD)
Vid tvång	(AE)	(EE)
Personligt stöd och kontakt inför utskrivning	(AF)	(FF)

1.6 Vårdförloppets insatser

Mycket bra arbete som ligger bakom texten. Bra språk, lätt att förstå och tydligt. Stämmer väl överens med i det stora hela.

Behov av ytterligare förtydliganden; Här omnämns hälso- och sjukvård men inte öppenvård vilket finns med i flödesschemat vilket leder till förvirring med begreppen. Vad menas med öppenvård? Socialtjänstens öppenvård eller psykiatrins? Insatser från kommunens hälso- och sjukvård (stödsamtal, hälsosamtal etc. saknas även insatser från primärvården i övrigt.).

A Beslut - sammanvägd bedömning av svårighetsgrad (s. 9)

Länkar till vård- och insatsprogrammet och skattningar som kan användas. Länk till mer information om svårighetsgraderna?

(D) Delat beslutsfattande som metod är inte något vi har i kommunen. Kompetensutveckling i metoden "Delat beslutsfattande" behövs för kommunens medarbetare.

Positivt då det ökar delaktighet empowerment och kunskap. Gruppen "Påtaglig till extremt svår sjukdom och funktionsnedsättning är ju oftast också delaktiga. Diskussion har förts med psykiatrisjuksköterska i en kommun som jobbar inom socialförvaltningen. Hon resonerade utifrån SBU:s rapport "Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården – En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet" (2017). Hon ställde frågan "Hur ska man hantera de patienter som helt eller delvis saknar beslutskompetens?"

(F) Läkemedelsbehandling

Endast nyfiken på hur mycket närstående ska involveras i val av läkemedel? Fördelar nackdelar med att de involveras? Kan det bli en nackdel för patienten att närstående involveras i valet?

(H) I kommunen arbetar vi utifrån ESL (Ett självständigt liv). Om hälso- sjukvårdspersonal ska arbeta med övriga program krävs **kompetensutveckling**.

(I) I kommunen erbjuds stödgrupper till barn i svåra livssituationer vilket kan innefatta de som har föräldrar eller syskon med psykisk sjukdom. Regionen har ansvar för att ge stöd till barn med föräldrar med diagnosen schizofreni.

Här bör man även tydliggöra hur personer med diagnosen schizofreni och är föräldrar får stöd i sitt föräldraskap.

Barnperspektivet? Orosanmälan till socialtjänsten, finns det något mer?

(J) Här behövs rutiner för hur boendestödjare, hemtjänstpersonal och boendepersonal tillsammans kan arbeta med kommunens hemsjukvård kring hälsofrämjande insatser.

(J) Hälsofrämjande insatser.

I flödesschemat ligger det under primärvård. I beskrivningen låter det som om det är slutenvården som ansvarar och sedan kontaktar primärvården vid behov.

(L) IPS - En del kommuner arbetar inte med detta. Blir en utökning av resurser och kompetens.

(M) Boendestöd

Ge stödjande insatser utifrån **individens behov** som fokuserar på att stärka individen, praktiskt och socialt, så att hen kan leva ett mer självständigt liv, i bostaden och ute i samhället.

Kommunen behöver **tydliggöra insatsen Boendestöd för denna målgrupp utifrån vad som beskrivs i vårdförloppen och vård- och insatsprogrammen.** Kommunen kan även behöva bilda en arbetsgrupp som vänder sig till denna målgrupp för att få kontinuitet, systematisk struktur, spetskompetens och kan vara flexibel i mer intensiva insatser under perioder av försämring.

(N) Krisplan är något vi redan jobbar med i SIP protokoll men kanske även ska tydliggöras mer i våra genomförandeplaner för boendestöd och våra psykiatriboenden. En väldigt viktig del för att snabbt kunna agera vid försämring.

Man kan i vårdförloppet läsa det som att det är ett eget dokument då det istället bör beskrivas som något som dokumenteras i SIP, genomförande- och vårdplan.

(O) Bra att man skriver att insatserna ska ges samtidigt och integrerat. Tyvärr fungerar det alltför sällan. Här behöver kommuner och regionen utveckla och erbjuda integrerade verksamheter/team till denna målgrupp som även har missbruksproblematik. Detta är en stor omställning för både region och kommun om det ska fungera. Missbruk ökar i denna målgrupp enligt både kommun och region.

Finns någon medicinsk hjälp man kan få? Ingår det i beroendevård?

(P) Önskvärt att regionen erbjuder ett snabbare förfarande och ett bättre bemötande i akuta situationer.

Q Rättsliga och ekonomiska intressen

Här ser vi svårigheter då brukaren själv inte vill ha god man men överförmyndaren kan inte styrka behov av förvaltare. Ibland kan ett personligt ombud vara en enklare väg in men då behöver vi samverka mer med våra personliga ombud för att tillsammans kunna fånga upp individerna.

Vid ett återinsjuknande finns stor risk att individens ekonomiska situation kraftigt försämras och utgör ett stort hinder i personens återhämtning. Det finns inte alltid anhöriga med insyn i personens liv och **personligt ombud finns inte tillgängligt i alla kommuner.** Tid från ansökan till att en god man kan tillsättas tar för lång tid. För individer som bedöms ha en hög risk för återinsjuknande håller **boendestöd kontinuerlig kontakt med individen för att tidigt se tecken för återinsjuknande.** Då finns också möjlighet att tidigt förebygga att individen inte på grund av sin sjukdom tappar kontrollen över sin ekonomi.

Rättsliga och ekonomiska intressen bör man omformulera stödtexten i Vårdförloppsdokumentet så att man som professionell inte ska informera om möjligheten till personligt ombud innan man säkerställt att verksamheten/insatsen finns där patienten bor. Personligt ombud är ju en frivillig verksamhet/insats och finns inte i alla kommuner i landet vilket framgår av VIP.

(S) Case management/ vård- och stödsamordning / (V) Intensiv case management/ vård- och stödsamordning.

Case managers saknas i den omfattning som skulle behövas. Planerad åtgärd är mycket bra men verkligheten ligger långt därifrån. Kan man likställa case manager med fast vårdkontakt/kontaktperson eller behöver alla case manager utbildning?

Flera kommuner har ingen organisation för Case Management. CM är en samordningsmodell som inte finns i hela landet vilket ger mindre evidens. Vi arbetar aktivt för ökad samordning via SIP. När ingen har den uppgiften finns det stor risk att det inte blir någon som tar ansvaret utan väntar på att "någon annan" ska agera. Det är otydligt beskrivet kring vilken huvudman som har ansvar att tillsätta en case manager eller vård- och stödsamordnare. Alternativt att det ska finnas en i regionen och en i kommunen.

Gällande (S) och (V) Case Managerinsats och intensiv Case Managerinsats är det ett stort avstånd mellan hur insatserna tillämpas idag och hur det beskrivs i VIP. **Därför bör man försöka klargöra huvudmannansansvaret mycket tydligare.** Vi undrar dessutom om det är nödvändigt att beskriva dessa insatser under två olika rubriker. I grund och botten är det samma sak men (V) är mer intensiv och mer aktivt uppsökande. Det är egentligen inte mer konstigt än att en boendestödsinsats kan ges i olika omfattningar och intensitet beroende på situation.

(V) Intensiv case management/ vård- och stödsamordning (s. 15).

Samma frågor som på 1.6 S- case management/vård- och stödsamordnare men ännu mer en resursfråga på en psykosmottagning med mycket patienter per kontaktperson. Finns idag inte team/personer som har hand om förstagsångsinsjuknande runt om i regionerna. Ska detta vara ett särskilt team eller ska den faktiska case managern kunna koppla in andra för tätare insatser och stöd?

Är detta samma som (S)? De är väldigt lika, kanske vore bättre att dessa två satt ihop, så man förstår skillnaden mellan dem. Jag fick bläddra tillbaka och jämföra dem.

Gällande (T) IPT-k, Integrerad psykologisk terapi - kognitiv träning framgår att insatsen bör erbjudas av hälso- och sjukvård och Socialtjänsten. Vi ställer oss frågande till att detta är en insats som bör tillhandahållas av Socialtjänsten.

Gällande (W) Meningsfull sysselsättning blir det missvisande när det står "för tillfället inte kan eller vill studera". I VIP (daglig aktivitet utanför hemmet) som man hänvisar till indikerar formuleringen att det handlar om biståndsinsats som ska följas upp. I ingressen framgår inget om biståndsinsats. De olika typer av insatser/aktiviteter som är listade är i normalfallet inte biståndsbedömda insatser. De vanligt förekommande biståndsinsatserna för att tillgodose just detta behov har man dock valt att utelämnat. Insatserna Daglig verksamhet (LSS) /Dagverksamhet (SoL) är i normalfallet de insatser som socialtjänsten beslutar om för att tillgodose behovet av meningsfull sysselsättning/aktivering för målgruppen. Dock krävs då många gånger ett underlag som indikerar varaktigt oförmåga att stå till arbetsmarknadens förfogande. I normalfallet innebär det att de individer som beviljas dessa insatser har sjukersättning alternativt aktivitetsersättning. (Se över formulering)

I X kommun söker man utifrån behov och inte specifik insats. Vissa insatser är biståndsbedömda andra är det inte.

(X) Bostad med särskild service/Bostad först

Gällande (X) Bostad först beskriver VIP att det kan se olika ut i olika kommuner, flera kommuner använder inte just den specifika modellen.

I realiteten är det så att det flesta kommuner har insatser och resurser för att jobba med bostadslösas förankring på bostadsmarknaden. Det är dock ingen självklarhet att alla kommuner jobbar utifrån det specifika upplägg som "Bostad först-metoden" föreskriver.

Kommunen har inte ett lagstadgat ansvar att förse kommuninvånare med bostäder "endast" på grund av hemlöshet. Kommunen kan tillgodose med boendestöd men då måste den hemlösa själv lösa sin bostadssituation. Denna grupp kvalar inte in i möjligheten att få stödboendekontrakt som kriterierna ser ut idag. Man ska ha hyresskulder och sökt bostad på egen hand under en längre tid (längre tid räknas då som år).

Vanligt att personer i denna målgrupp erbjuds boendeplats i serviceboenden eller gruppboendestäder där det finns plats snarare än utifrån där den passar. Svårt att blanda personer med olika diagnoser och missbruk.

Något som diskuterat mycket inom kommunerna är begreppet psykisk sjukdom. Vad innebär det? Det framgår bara att bostad först rekommenderas till personer med schizofreni eller missbruk som vi tolkar det men i text står alltid psykisk sjukdom och/eller missbruk. Då blir det plötsligt väldigt brett och väldigt många som skulle kunna ha rätt till den insatsen. Svårt att begränsa. Kan då alla bostadslösa med psykisk sjukdom få insatsen?

Det viktiga med insatsen är det flexibla och intensiva stöd som kan erbjudas samt någon form av sysselsättning. Om detta uteblir kan metoden snarare ha motsatt effekt, i alla fall gällande personer med missbruk. Möjlighet att välja bostadsområde är svårt i praktiken då det mesta hänger på vilken fastighetsägare som kan tänka sig att erbjuda en lägenhet till just den personen. Det är även så att man erbjuder någon form av andrahandskontrakt och inte förstahandskontrakt som metoden egentligen förespråkar. Finns det kommuner i Sverige erbjuder förstahandskontrakt. Man har på olika sätt förhandlat bort besittningsrätten under en period, med möjlighet att efter ett par år överta kontraktet.

(Y) Kommunen behöver tydliggöra det uppsökande arbetet. Kommunen har ett uppsökande ansvar lagmässigt men det är en gränsdragning mellan frivillighet och ibland samtycke från den enskilde. I kommunen är det Hemsjukvårdspersonal, boendestödspersonal och boendepersonal som arbetar förebyggande.

(Z) Krisintervention

"..... ge stöd, gör en krisplan..." Borde inte den krisplanen redan skrivits (N)? Man kanske skulle kunna skriva ".....**använd** krisplanen".

(AA) Kommunen har målet att följa upp årligen och vid behov. Vissa kommuner använder till viss del IBIC metodiken där mätbara mål är en del men inte alls i den utsträckning som det var tänkt. Här i remissen hänvisar man till MOS - Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Här behövs kompetensutveckling om handläggare ska använda den metoden.

Kommunens hemsjukvård hjälper till vid årsuppföljningar att se till att de kommer iväg. De hjälper även till med provtagningar i de fall då det inte klarar av att gå till VC. Vissa läkare kommer även ut till boenden och har uppföljningar vilket är väldigt bra.

(BB) Beslut: Allvarlig försämring med behov av intensiva och akuta insatser?

Förslag är att denna kommer efter (Z), för att det ska hänga ihop bättre.

(BB) och (CC) Boendestöd med intensiva och flexibla insatser och som kan stå för kontinuitet behöver skapas för att förhindra slutenvård och tvångsvård. Detta innebär utökade resurser och en omorganisering. Här behöver region och kommun tillsammans ta fram vilka behov som finns inom respektive verksamhet för att möta behovet av intensiva insatser i perioder och få kontinuitet och vilken huvudman som ska stå för vad.

Ett överenskommet arbetssätt mellan region och kommun kan behövas för att fånga upp personer som inte vill ha frivillig vård men som inte bedöms som aktuella för tvångsvård.

CC Beskriv hur och varför personalen kan förbättra situationen.

Här saknas det hänvisning till möjligheten att jobba med "tidiga tecken" (både med fokus på egenskattning genom individen, och skattning via professionella) och användning av riskskalor.

(DD) Omvårdnad verkar under denna punkt endast vända sig till regionens psykiatri där hänvisningen finns till VIP. I rubriken finns även socialtjänst med. Antingen ta bort socialtjänst i rubriken eller länka till t.ex. boendestöd i VIP. Boendestöd och hemtjänst behöver ökad kompetensutveckling för att kunna bemöta målgruppen i stöd och omvårdnad.

ADL är en förkortning för aktiviteter i dagliga livet. (se Sveriges arbetsterapeuter och vårdgivarguiden)

Några av de som tittat på vårdförloppet arbetar inom kommunal rehabilitering. Överlag är uppfattningen att rehabiliteringspersonalens insatser är otydliga (kanske underskattade). VIP för fysio finns med och förskrivning av hjälpmedel men det uppfattas som en liten del och viktiga insatser som görs för aktivitetsbalans och för struktur i vardagen som arbetsterapeuter tillför skulle vi önska uttrycktes i tydligare utsträckning.

(EE) Vid tvång

För att känna att texten är en helhet efterfrågas att ha (EE) och (CC) efter varandra, det blir lite hoppigt mellan de olika rubrikerna. Det har säkert ett bra syfte, men det är något gör läsaren lite förvirrad.

(FF) Gällande rutin för planering från slutenvård stödjer inte riktigt denna beskrivning av hur en utflyttning ska gå till. Denna målgrupp hanteras på samma sätt som den somatiska vården, något både kommun och region ser är väldigt problematiskt. I överenskommelsen med regionen och på myndighet behövs en översyn över hur vi hanterar dessa brukare då de blir aktuella för utskrivning från slutenvård.

EE

Vid tvång (s. 20). Det saknas länkar till VIP, om LPT och tvångsåtgärder och om tvångsvården i behandling och stöd? Hur kan man lyfta individens insatser (efter förmåga) med patienten? Tanken kring hur tvångsåtgärder uppfattas av patienten är också otroligt viktigt ur den fortsatta planeringen av vården. Att erbjuda uppföljning samtaler efter tvångsåtgärder är viktigt. Bland annat att inte få tillräckligt stöd i arbetsrehabilitering, och i sin somatiska hälsa. Det är glädjande att tanken med Delat beslutsfattande går som en röd tråd genom sammanhållet vårdförlopp! Så viktigt att se det ur individens perspektiv.

Enklare rättelser och kommentarer:

1. (A) Påtaglig till extremt svår sjukdom och funktionsnedsättning

"Individer som bedöms ha omfattande symtom och funktionsnedsättning som påverkar livssituationen i mycket hög grad. De har hög risk att fara illa, oroa sin omgivning och inte vilja ta emot vård och stöd"

"Vilja" implicerar medvetet ställningstagande utifrån förmågan att kunna göra en balanserad bedömning. Då just denna förmåga kan vara (påtaglig) nedsatt, i synnerhet i den akuta sjukdomsfasen föredras att stryka begreppet eller formulera "inte kunna vilja..."

2. (D) Delat beslutsfattande

"Våga fråga om något ät oklart".

Stavfel. Uppmaningen kan upplevas patroniserande om den reserveras för individen.

"Delta aktivt och involvera gärna närstående i beslutsprocessen".

Är det möjligt att dela upp denna mening i två punkter?

Punkt 1: Delta aktivt i beslutsprocessen.

Punkt 2: Involvera närstående i beslutsprocessen.

Bortse från "gärna", då att involvera anhöriga är av vikt oavsett om det sker "gärna" eller "ogärna".

3. (F) Läkemedelsbehandling enligt riktlinjer

"involvera gärna närstående".

Involvera närstående ("gärna" här ett onödigt tillägg som kan bli missförstått)

4. **(G) Vård- och genomförandeplan samt en samordnad individuell plan (SIP) vid vård- och stödinsatser från flera huvudmän.** (Ändring i text)

5. **Gällande (AE)**

Vid tvång anser vi att detta är en olycklig formulering. Vi tycker att det ska stå; "Tvångsvård". Tvång är ett psykiatriskt tillstånd och när det handlar om en vårdinsats med stöd av tvångsvårdslagstiftning så bör det framgå klart och tydligt. Dessutom har ansatsen för alla andra insatser varit rak, utan tillägget av ordet "Vid".

6. **Gällande (AC)**

Förebygga behov av tvång anses vara en olycklig formulering. Förslag på omformuleringen kunde vara: "Förebygga behov av tvångsvård". Tvång är ett psykiatriskt tillstånd och när det handlar om en vårdinsats med stöd av tvångsvårdslagstiftning så bör det framgå klart och tydligt. Skulle det kunna stå tvångsvård och tvångsåtgärder i så fall? Kanske borde stå EE och CC istället eller och för AE och AC som är en felskrivning i vårdförloppet?

7. **(CC) Förebygga behov av tvång**

"Anpassa förhållningssätt och bemötande för att dämpa eventuell frustration och ilska i syfte att hindra att situationer uppstår som kan leda till behov av tvångsvård och tvångsåtgärder.

Reflektion:

Även om: "att Anpassa förhållningssätt och bemötande för att dämpa eventuellt frustration och ilska..." är viktigt är det frågetecken kring om fokus i frågan är något felriktat.

Förslag är att i stället att utgångspunkten i stycket skulle ligga på orsaken som kan leda till frustration, ilska med mera, nämligen upplevelsen av tilltagande förlust av kontroll, som kan både vara knuten till livspraktiska aspekter och den psykiska upplevelsen. Således täcker frustration och ilska bara en del av känslökvalitén individen kan uppleva och som kan föranleda att livssituationen eskalerar.

Tala med personalen eller närstående om eventuell frustration och ilska du känner.

; Kontakta personalen om något orsakar ilska eller upprördhet.

Förslag avseende formulering således: Tala med personalen eller närstående om i fall du upplever dig oroad över att förlora kontroll över aspekter av ditt liv, dina känslor mm.

8. **(DD) Omvårdnad**

- a) *Våga be om och ta emot hjälp och stöd.*

alternativ: "Påtala behov av och ta emot hjälp och stöd"

- b) *Be om ytterligare stöd och hjälpa vid behov.*

alternativ: "Påtala upplevelsen av behov för mera omfattande stöd och hjälp"

c) *Fråga om det är något som är svårt att förstå.*

Formuleringen kan upplevas patroniserande. Alternativ: Fråga om det är något som är otydligt.

Saknar hänvisning/länk till återhämtningsguide

8. (DD) Erbjud att arbeta med ESL
9. (CC) ESL (sårbarhet och belastning) upprätta tidiga tecken och handlingsplan.
10. (E) Behövs det stå något om IBIC som metod utredning? Bör i alla fall stå i VIP med en länk.
11. (N) Gillar inte begreppet Krisplan, byt ut till förslag Handlingsplan. Ett förslag är att lägga till "hur patienten vill bli bemött vid försämring", det känns viktigt. Det ingår kanske redan i det som är beskrivet, men flera kommuner arbetar mycket med bemötande och hur personen vill bli bemött när hen inte mår bra.
12. (Z) Byt ut; gör en krisplan till upprätta en handlingsplan.
13. (Q) Om behovet ej är God man, individen har stöd av boendestöd erbjud ESL budget.
14. (I) Närstående kan få stöd utan att involveras i vården länk till www.anhoriga.se och www.anhorigasriksförbund.se

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

I texten likställs case manager med kontaktperson/fast vårdkontakt. Är det viktigt att någon har rollen som case manager eller krävs utbildning? Är kontaktperson/fast vårdkontakt tillräcklig eller ska det strävas efter att alla har utbildningen? Det är vanligt att det inte finns case manager eller vård- och stödsamordnare i kommun eller region vilket innebär en omfördelning eller nya resurser och kompetensbehov. Det är otydligt vilken huvudman som ansvarar för CM/Vård- och stödsamordnare. Fast vårdkontakt är regionens ansvar. Case manager kan både kommun och region inrätta. Vård- och stödsamordnare är ett nytt begrepp för kommunerna.

Det finns en stor risk när man använder för många begrepp för samma sak – personcentrering, patientkontrakt, delat beslutsfattande, samordnad individuell plan – att medarbetare inte tar det till sig eller har svårt att förstå skillnaderna.

2. Uppföljning av vårdförlopp

Är detta regionens ansvar? Det behöver tydliggöras i så fall. På vilken nivå ska en samverkansgrupp finnas. Vilka delar ska ingå?

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

2.2 Preliminära indikatorer för uppföljning

I vårdförloppet anges sex veckor från beslut till verkställighet. Det kan vara väldigt svårt att hinna det under den perioden. Det kan vara möjligt att ifrån kommunernas håll bevilja och verkställa ex boendestöd, men särskilt anpassad bostad är betydligt svårare.

De som inte tar emot stödinsatser är en utmaning! Hur säkerställer vi att den enskilde får stöd och hjälp? Finns medvetenhet om vem som har uppföljningsansvar när hen har tackat nej?

Det skulle vara bra att ha någon uppfattning om målvärden i jämförelse med normalbefolkning – det är orimligt att ha som mål att 80% av patienterna ska ha BMI under 30 om det är ungefär lika i normalbefolkningen. Hur har dessa målvärden bestämts?

Enligt <https://kvalitetsindikatorcatalog.se/#/measures/edit/8df6e62c-162c-44cb-a9cb-4761764b17aa>:

För "Personer med svår fetma vid diabetes" – Inga målvärden finns för denna indikator

För "Fetma i befolkningen" Inga målvärden finns för denna indikator

Generellt för många indikatorer ffa på verksamhetsnivå.

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett individperspektiv

BRA bild! Lätt att förstå och tillämpa.

Bra att utmaningarna finns med också.

3.2 Kompletterande kunskapsstöd

3.3 Arbetsprocess

4. Referenser

Appendix

A. Utmaningar ur individens perspektiv

B. Individens resa mot återhämtning vid schizofreni och liknande tillstånd

5. Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet

Konsekvensbeskrivning

Endast gruppen schizofreni nämns med förekommer en halv procent men gruppen schizofreniliknande tillstånd nämns inte dvs övriga psykosjukdomar och dess förekomst. Totalt blir hela psykosgruppen är större än en halv procent (s. 5 under 2.1 omfattning).

Vilken tidsperiod syftar man på (s. 13 under 2.9.2)?

Resultat: oklart om kostnad för KBT tas med i beräkningarna (från 3.3.3)

Kostnader för utbildningsinsatser/kompetenshöjande insatser och inledande mer strategiska överenskommelser kommer vara höga initialt och över tid. Viktigt att vissa löpande utbildningar säkras över tid i Sydöstra. Vårdförloppen är en ambitionshöjning som är kopplad till ökade kostnader, oavsett huvudman.

6. Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

Namnet på vårdförlopp del 1 borde vara psykos, och del 2 schizofreni eftersom diagnos schizofreni inte ställs förrän efter ett antal månader och många som kommer med psykosymtom aldrig utvecklar schizofreni. Vi går mot att involvera fler med drogutlösta psykos i vårdprogram eftersom en relativt stor andel utvecklar schizofreni, något som man inte vetat tidigare.

Bra och tydligare än föregående vårdförlopp. Under 1.6 - patientens ansvar är tydligt och bra beskrivet och bra med text och länkar till VIP.

En övergripande synpunkt vi har är att det kan vara förvirrande med tre dokument/källor; VIP, Vårdförlopp förstagsinsjuknande samt Vårdförlopp fortsatt vård och stöd. Risken med för många dokument med lång text är att det inte når fram och det blir oklart var man ska leta efter information, att delar av informationen missas.

En förtydligande motivering saknas för varför man fördelar information i olika dokument (VIP och vårdförlopp) skulle behövas.

Ett smidigt sätt skulle kunna vara att integrera Flödesschemat i VIP (högst upp) och att man kan klicka på de olika insatserna i flödesschemat för att komma till rätt ställe i VIP. Nu finns det länkar från vårdförlopp till VIP men det är mer klumpigt sätt att beskriva vad och när ska göras.

Flödesschemat ger en bra överblick till vilka insatser ska erbjudas när, vilket är ju syftet med hela dokumentet om vi förstår det rätt. Förklaringstexter finns i VIP.

Sammanfattande synpunkter kring vårdförloppet är att det innehåller så många bra delar som saknats.

TOP är ju mest detaljerat kring nyinsjuknade patienter.

Fantastiskt omfattande men ändå överskådligt.

Hot och våldsriskbedömning behöver utvecklas. Vilka skattningar rekommenderas, tolkning, dokumentation etc?

I övrigt ser det bra ut, ger möjligheter till att utveckla vård och behandling för denna grupp, kanske psykologisk testning och lite mer terapi vid psykosjukdom.

Reflektion: hur ska den enskilde bemötas när saknas sjukdomsinsikt? Förenkla kontakten med sjukvården när det upplevs finnas en "viss förändring/tillgänglighet" hos individen.

Kommunerna:

Det saknas ett förtydligande över vad som är kommunala hemsjukvårdens ansvar och insatser, vad som är primärvårdens ansvar. Det finns risk att denna målgrupp faller mellan stolarna när det gäller den somatiska hälsan. Patienterna har en kontakt på psykiatrimottagningen som har huvudansvaret men vissa delar kring somatisk hälsa är vårdcentralerna bättre på. Ansvarsfördelningen är inte tydlig i vårdförloppet. Det bör punktats upp vilken aktör som ansvarar för vad. Mer i detalj skilja på somatiska

och psykiska behov. Vad är vårdcentralens ansvar att följa upp? Biverkningar av mediciner måste vårdcentralen kunna ta ansvar för/hjälpa till med. Samverkan mellan vårdcentral och psykiatrimottagningen och kommunala hemsjukvården behöver bli bättre och då är man hjälpt av en tydligare ansvarsfördelning i vårdförloppet. Det måste framgå vem som ansvarar för vad.

Spontant tycker vi att dokumentet Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd är bra. Dokumentet genomsyras av brukarfokus, patienten i centrum.

Våra farhågor rör "Vad händer med dem som tackar nej till hjälp och stöd?". Hur får vi grepp om bortfallet, volym och individperspektiv?

Funderingar rör också vad som händer med dem som inte har fått diagnos ännu. Vad händer med dem? Vilket stöd får de?