

Mall för remissvar för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

REMISSPERIOD: 27 JANUARI–6 MARS 2020

Tack för att ni tar er tid att medverka i framtagandet och kvalitetsgranskningen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För att besvara remissen använder ni er av denna svarsmodell. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmodell per vårdförlopp.

Hör efter i er organisation hur samordningen av remissvar ser ut.

Svar på remissen mailas till kunskapsstyrning-vard@skr.se senast den 6 mars 2020.

Läsanvisning inför svar på remiss

Svar på remissen skrivs i denna mall och skickas per mail till kunskapsstyrning-ward@skr.se senast den 6 mars 2020. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmall per vårdförlopp.

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. Mer information om vårdförloppen och arbetet med dem hittar du på SKR:s hemsida.

Nationella arbetsgrupper har utvecklat vårdförlopp och konsekvensbeskrivningar

Nu finns sju vårdförlopp på remiss. För varje vårdförlopp har en arbetsgrupp med representanter utsedda inom regionernas system för kunskapsstyrning utarbetat två dokument – huvuddokumentet om vårdförloppet och en konsekvensbeskrivning. Vårdförloppsdocumentet beskriver målbilden för vårdförloppet samt vilka åtgärder som ska göras och när. Konsekvensbeskrivning är gjord på en övergripande nivå och är ett stöd i arbetet med att göra en regional bedömning. Skillnader i utförande av vården skiljer sig mellan regionerna och därmed även eventuella konsekvenser av beskrivet vårdförlopp. Konsekvensbeskrivningen kan användas som underlag i regionernas arbete med både remissvar och införande av aktuellt vårdförlopp.

Stöd att förbereda införandet

Det är en fördel om regionerna påbörjar förberedelserna för vårdförloppens införande redan under remissperioden. Det ger regionledningen möjlighet till välgrundad analys och beslutsunderlag inför fastställande och ett snabbare införande i patientmötet. Som ett stöd till förberedelser av införande av vårdförloppen utvecklas stödmaterial (exempelvis informationsmaterial och checklistor). Dessa hittar du på SKR:s hemsida.

Publicering på Nationellt kliniskt kunskapsstöd

Vårdförloppen kommer att publiceras efter att de är antagna av regionernas styrgrupp inom nationellt system för kunskapsstyrning, vilket är planerat till den 17 april 2020. Publiceringen sker på Nationellt kliniskt kunskapsstöd i form av PDF-filer men ambitionen på sikt är att bättre nyttja digitala möjligheter. Arbetet kommer att inledas för att synkronisera befintlig information på nationell kliniskt kunskapsstöd med vårdförloppen och göra viss målgruppsanpassning av PDF, exempelvis enkelt nå den mest vårdnära informationen.

Övergripande kommentar om uppföljning och dokumentation

I konsekvensbeskrivningarna står i första hand det som avser de specifika vårdförloppen. Nedan kommenteras nuläget för uppföljning av vårdförloppen övergripande. Ambitionen är att så snart det är möjligt kunna beskriva i vilken grad patienter får vård i enlighet med vårdförloppens rekommendationer. För att åstadkomma detta pågår arbete med en långsiktig strategi för

uppföljning av vårdförloppen. Detta kommer att ske i samverkan mellan regionerna i systemet för kunskapsstyrning.

Uppföljning av vårdförloppen på kort sikt varierar

De förslag på indikatorer som finns specificerade i syfte att följa upp vårdförloppen har inte tagit hänsyn till hur tillgången på data ser ut i dagsläget. Fokus har istället legat på vad som är önskvärt att kunna följa upp, både i det lokala vårdarbetet och nationellt. Detta medför att möjligheterna att genomföra den önskade uppföljningen varierar mellan de olika vårdförloppen. För vissa kommer uppföljning enligt indikatorerna fungera bra, i vissa är uppföljning möjlig men med bristande kvalitet, medan det för ytterligare några inte kommer vara möjligt att genomföra indikatorbaserad uppföljning på kort sikt.

På kort sikt kommer, utöver kvalitetsregister, andra datakällor och modeller för uppföljning att övervägas. Det kan exempelvis vara patientenkäter eller enkäter till verksamhetsansvariga om hur verksamheten bedrivs i förhållande till vårdförloppets rekommendationer, eller andra tidsbegränsade mätningar av olika slag.

Vårdokumentation – grund för uppföljning på lång sikt

Avsikten är att i ökad utsträckning använda vårdens kontinuerliga dokumentation för uppföljningsändamål, och härigenom minska registreringsbördan vid kvalitetsuppföljning. Under 2020 genomförs ett arbete med syfte att utifrån några av vårdförloppen analysera vad som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt för att möjliggöra bland annat önskad uppföljning. Analysen inkluderar exempelvis frågeställningar som rör om det är lämpligt att fånga information om att en patient "ingår" i ett förlopp och hur detta i så fall görs på ett bra sätt. Eftersom denna typ av arbete pågår finns för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen än så länge inga krav på att särskilda vårdförloppspecifika koder ska registreras likt det som infördes för standardiserade vårdförlopp för cancer.

Återkoppling på indikatorer i remissversionen får gärna vara på en övergripande nivå

Vissa indikatorer kan komma att justeras i det fortsatta arbetet, till exempel efter analys av vad som bör dokumenteras om den vård som utförs enligt vårdförloppen och på synpunkter inkomna under remissperioden. Det är därför till fördel om synpunkter på indikatorer inte främst avser de exakta specifikationerna, utan snarare fokuserar på det bredare syftet med respektive indikator – ger indikatorn önskad och värdefull kunskap om vården för den aktuella patientgruppen?

Regional samordning bör föregå uppföljning av de indikatorer som idag saknar datakälla

Arbetet med de föreslagna indikatorerna kommer som beskrivet att fortgå under 2020, vilket inkluderar frågan vad som ska följas upp nationellt eller regionalt. Regionalt arbete i syfte att följa upp indikatorer som idag saknar nationellt gemensam datakälla bör därför föregås av förankring med berörda nationella samverkansgrupper (NSG) och då främst NSG analys och uppföljning, NSG strukturerad vårdinformation samt NSG kvalitetsregister.

REMISSVAR

Ange vilket vårdförlopp svaret gäller:

Schizofreni SVN Dnr. 2020-14

Ange avsändare som lämnar svaret:

Region (om applicerbart): Sydöstra sjukvårdsregionen (Jönköping, Östergötland, Kalmar)

Organisation: Regionalt programområde, RPO, psykisk hälsa med viss kommunmedverkan. Remissvaret kompletterar med mer detaljer det svar ur ledningsperspektiv som lämnas från regionsjukvårdsledningen.

Ansvarig person, titel/roll: Ulf Grahnat Ordförande RPO psykisk hälsa

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

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

Svarsmall

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

Kapitel 1: Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 1.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.2

Omfattande och mycket text. Inte ett lättsmält dokument. Viktigt att tänka utifrån det organisatoriska perspektivet kring hur vi är rustade att möta behovet med ex indikatorer, utbildningar etc.

Svårt med gränsen på 1 år, är kort om tid. Fokus måste ligga på tidig upptäckt. Mycket klick, mycket text i vissa avsnitt.

På sidan 5 och 6 bör det stå antingen övergripande, eller mellan varje rubrik (HEMMET PSYKIATRISK AKUTMOTTAGNING...)
DIALOG MELLAN VÅRDEN/PATIENTEN/NÄRSTÅENDE

Information är viktig men enligt <http://www.mellanplats.se/bok/del-2-dialog-i-tiden/stegen-och-trappan-olika-syn-pa-deltagande/> ligger den långt ner på inflytandetrappan. Kan vi däremot sträva högre, åtminstone mot en **dialog**, har vi mycket att vinna från båda håll. Exempelvis kanske det också ska stå något här om Patientkontrakt.

Fig 1 Illustrationer: det behöver förtydligas att ett besök på en psykiatrisk akutmottagning också kan leda till andra alternativ än inläggning och det inte enbart handlar om hur akut det är eller inte (det står visserligen kan behöva slutenvård/tvångsvård annars öppenvård). Motala och Mjölbys obrutna vårdkedja med samma öppenvårdsteam, läkare, Mobila akutpsykiatri/specialistpsykiatriska hemsjukvård, slutenvård oavsett om patienten är inlagd eller ej så har samma öppenvårdsteam med samma läkare ansvaret för att följa upp behandlingen vilket ger förutsättningar för ett sammanhållet vårdförlopp när patient blir aktuell inom specialistpsykiatri.

Utmaningarna: Vårdförloppet av olika anledningar inte riktigt ser ut som på illustrationerna, kan ta betydligt längre än ett år av flera orsaker som exempel att den som misstänks kunna få diagnos efter psykosinsjuknande och också kanske flera år senare får schizofrenidiagnos på grund av hur denne lever sitt liv, studerar, flyttar mellan regioner och kanske till och med länder, får barn och flyttar igen och har kontakt med psykiatri på olika orter men inte någon längre tid.

Utmaning är också att många personer med dessa sjukdomsbilder ibland har en mycket avvisande syn på läkemedel (ibland liberalare till droger) och det blir en balansgång mellan att skapa en allians och förespråka läkemedelsbehandling.

s.8 står det om SIP möte under utmaning 5. (Kan man förklara/förtydliga vad detta innebär även här, då det ofta blandas ihop med andra mötesformer). (Detta framkommer sedan på s.35).

Kapitel 1.3 [

Om vårdförloppet inleds vid misstanke om psykos och pågår till första årsuppföljningen innebär att ett år efter första kontakt kan det vara en för kort tid eller är det årsuppföljning ett år efter att diagnosen ställts (vilket kan ta kortare eller längre tid). Även här att mycket kan hända under tiden från första kontakt med psykiatri som påverkar hur kontakten sen blir

Kapitel 1.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [

Är frågande kring beskrivningen Utgång "det vill säga 12 månader efter start av vårdförlopp" vilket innebär att det handlar om de personer som fått sin diagnos någon gång efter start av vårdförlopp som i 1:3 beskrivs att start av vårdförlopp görs "vid misstanke om psykos" fram till ett år efter start av vårdförlopp. Detta är utifrån diagnos är en förhållandevis kort tid. Skulle vårdförloppet vara längre?

Kapitel 2.2

Mycket text, känns lite "rörigt", behövs ett par ordentliga genomläsningar för att kunna tillgodogöra sig kunskapen.

Kapitel 2.3

Återigen, mycket text men det är säkert oundvikligt. Bra med länkar till VIP schizofreni – och schizofreniliknande tillstånd (har "klickat" igenom alla länkar för att se relevansen till åtgärd/länk).

Under rubrik 2.3, lite svårt att förstå spalten som handlar om Patientens åtgärder. Kan uppfattas som att det inte är särskilt personcentrerat utan mest sett utifrån vårdens synvinkel med uppmaningar till patienten.

Texten kanske ska användas på något sätt som jag inte har insikt i. Bortse iså fall från nedanstående, annars tex:

S 16

- Ta del av information efter förmåga (kunde exempelvis ändras till)
- Efterfråga information tills den är uppfattad

S28 och 33

- Samarbeta med personalen
(kunde exempelvis tas bort eller ändras till)
- Ta stöd av personalens kunskaper

S30

- Om möjligt, var aktiv.....
(kunde exempelvis ändras till)
- Din vård ska följas upp när det behövs och på det sätt du behöver det

S20 stryk helt punkten

- Försök känna tillit (synpunkt från peer)

Totalt sett omfattande åtgärder om många används men alla blir nog inte aktuella för alla personer. Mycket hoppande via länkar till Vård och insatsprogrammet och i Vård och insatsprogrammet kan det bli ytterligare klick t.ex. till de Nationella riktlinjerna. Dessutom så är allt likställt i storlek, framlagt på samma sätt och det framgår inte vad som är viktigast,

kanske finns det något som är viktigare än det andra t.ex. om personen har barn så kanske det borde stå med tydlighet att det ska dokumenteras i journal utifrån att vi har skyldighet att beakta barns behov utifrån HSL 5 kap 7§.

s. 34 VIP: Främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor = KVÅ kod om hälsosamtal (bör även övriga koder som ingår i Psykos R finnas med? Eller täcker hälsosamtalet för dessa?) I exemplet i rutan intill står promenader två gånger.

Vad är prioriteringsordningen i stycke 2.4 när man spaltar upp olika professioner? Vill med tanke på vårdprogrammet påtala fysioterapeut även här?

Sjukskrivningsprocessen saknas i hela flödesschemat samt kopplingar till beslutsstöd för sjukskrivning och rehabkoordinatorernas sammanhållande funktion. Även behov av ekonomiskt bistånd kan behöva finnas med.

Social utredning bör finnas med i vårdplanen under slutenvård för att tidigt utreda psykosociala faktorer. Skulle kunna stå med under "Uppföljningsblock: symtom, funktion och social situation. Det är viktigt för att tex hitta och få rätt insatser från kommunen och för att se om patienten behöver någon särskild insats från specifik profession inom från psykiatri.

Under familj-och närståendestöd skulle metoden "Föra barn på tal" och Beardslees kunna stå med då många kuratorer erbjuder det även under slutenvårdsperioden, främst eftersom barnkonventionen har blivit lag sedan 1 januari 2020. Vi har ju barnrättsombud på kliniken som är experter inom barnperspektivet. Tänker att det borde se likadant ut nationellt.

Kapitel 2.4

Rehabsamordnare för sjukskrivningsprocessen bör nämnas i samband med att alla andra betäckningar för samordnande funktioner räknas upp. Det kan behöva bli lite tydligare vad de olika benämningarna relaterar till för processer eller vilket ursprung de olika begreppen har.

Kapitel 2.5 [Skriv eventuella kommentarer här] (gäller endast kritisk benischema)

Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1

I detta sammanhang finns flera utmaningar. Svaren nedan bygger till stor del att arbete, genast eller på sikt, runt direktöverföring måste intensifieras. Det är inte, ur ett

framtidsperspektiv, hållbart att bygga på manuell rapportering till psykiatrireger. Möjligen kan en satsning på manuell registrering ske som en punktinsats i syfte att skapa förutsättning för direktrapportering.

Dokumentation i journalen

För att en bra uppföljning ska kunna ske krävs arbete runt hur dokumentation ska ske i journalen när det gäller prioriterade indikatorer. Vissa uppgifter dokumenteras sannolikt på olika sätt inom regionerna, en del dokumenteras sannolikt inte alls eller i begränsad omfattning. Detta gäller i första hand skattningsskorna, där behöver kanske utbildningsinsatser till.

PsykosR

En viktig förutsättning för uppföljningen är en god täckningsgrad när det gäller PsykosR. I en jämförelse finns stora skillnader mellan olika regioner och registreringar. Detta riskerar att orsaka tolkningssvårigheter och/eller statistisk variation. Erfarenheter visar att det är en mycket stor utmaning att avsätta tid och resurser för manuell registrering. Sedan 2015 har täckningsgraden successivt minskat i flera regioner. Sannolikt är direktöverföring till PsykosR den mest framgångsrika och hållbara lösningen. Detta är dock en utmaning i sig. Inför kommande vård- och insatsprogram finns också kopplat ett antal indikatorer. Även för dessa finns behov av uppföljning. Där kommer också andra kvalitetsregister att vara en bärande del av uppföljningen. Därmed blir det nödvändigt att registrens styrgrupper samordnar sig runt svarsalternativ, till exempel när det gäller boende och sysselsättning.

Vården i siffror

I vården i siffror presenteras idag tre indikatorer varav två helt bygger på bra kodningskvalitet (KVÅ). Flera andra indikatorer bygger också på kodning, framförallt KVÅ.

Andel personer som tillsammans med närstående fått krisintervention ” innan utskrivning från slutenvård eller inom 4 veckor” Krisintervention behövs oavsett föregående slutenvård eller om pat vårdats enbart i ÖV (ex med mobila team eller hemsjukvård) Kanske går att följa upp med ny KVÅ-kod om man ej fokuserar på slutenvård?

Kapitel 3.2]

Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Mycket text men layouten kanske justeras? Innehållsmässigt och faktamässigt inga felaktigheter och heller inget som verkar saknas. De synpunkter som finns kommer från personer med egen erfarenhet, en av de viktigaste åsikterna vi kan få.

Läkemedelsuppföljning viktigt. Detaljerad och väldigt omfattande vårdförlopp, blir svårt att navigera i och få en överblick i materialet. Samverkan med närstående är viktigt och positivt att det lyfts fram i vårdförloppet. Går säkert att korta ned och göra lättare att överblicka. Diagnos – uppföljning tydligt. Det är inte lika tydligt i hur diagnosen ska ställas. Kunde det gå att specificera ett minimikrav i hur själva diagnossättningen går till?

För vem är detta dokumentet skrivet? Hur är tanken att det ska användas? Det blir ett sätt att följa processen, men ofantligt mycket text för att kunna användas som en "lathund" så skall man ha någon praktisk användning så behöver det göras kortare. Förvisso fanns ju bilder på förloppet. Dock blir det otydligt hur man kan bryta ned VIP i ett förlopp.(=användbarhet) Kanske det skulle vara möjligt att dela upp på två dokument. Ett mer lätt tillgängligt dokument, typ praktiska anvisningar, riktad till medarbetare inom allmänpsykiatri samt en mer detaljerad beskrivning för fördjupning. Flödesschema med åtgärdsblock är en utmaning att implementera i den dagliga verksamheten den känns svårtillgänglig och krånglig.

Det är bra med hyperlänkar, som sagt, men när man klickar på länkarna är den fördefinierade storleken för liten. Man måste själv ändra storleken på rutan.

Det kommer att vara nödvändigt med en överenskommelse med patienten av typ patientkontrakt där det kan bli en psykopedagogisk utmaning att få till det som beskrivs i texten. Framtiden vore väl att vi alla kunna skriva i patientens journal, alltså även patienten. Då skulle patienten till fullo kunna "äga" sin sjukdom och ta makten över förloppet på ett annat sätt. Det är bra att det går att följa processen i "turordning" utifrån hyperlänkar till VIP, dock kan det bli svårigheter återigen att följa indikatorer fullt ut. Somliga är sökbara via koder i

Cosmic andra är tänkta att hämta ur register som vi ju vet har bristande täckningsgrad. (kan vi få fler sökbara indikatorer med koder)

En spaning om en annan svårighet är att vi behöver involvera andra aktörer för att upptäcka dessa patienter då de sällan söker själva. Hur ska vi involvera och informera t.ex skola och socialtjänst? Hur kommunicerar vi smidigt? Här blir det inte tal om långa remissförfarande utan kräver snabba kontakter med specialistpsykiatrin. Återigen bra att VIP involverar flera aktörer vilket belyser vikten av implementering och spridning.

Vi måste också komma ihåg att det är en jämförelsevis liten grupp som ny-insjuknar, endast 800 /år och företrädevis i storstadsregioner. Däremot en vårdkrävande grupp därefter.

Det har över tid funnits i vår region TIP = tidig intervention psykos, som fortfarande står sig väl i jämförelse men behöver ”dammas av”

Ledorden:

– upptäckt(kunskapsspridning VIP) – delaktighet i behandling(patientkontrakt / vårdplan/personcentrering)– samordning (SIP) – Uppföljning (Koder/Cosmic/register

Tilläggas kan att det finns ett stort behov av utbildning kopplat till vårdförloppet vilket bör samordnas nationellt för att vara likalydande över regionerna. Vidare behöver detta kopplas till ekonomiska förutsättningar inom regionerna där också det finns stora variationer. För ett tidigt upptäckande är det viktigt att våra vårdgrannar inom till exempel primärvård, elevhälsa, socialtjänst m.fl. har kunskap för att tidigt upptäcka och agera. Därmed behövs en kraftfull satsning när det gäller utbildning och kompetens. Krisintervention är också ett viktigt område, framförallt inom specialistvården där påfyllnad av kunskap sannolikt måste till. Ett generationsskifte inom psykiatrin måste beaktas i detta sammanhang.

Nya arbetssätt där närstående, tillsammans med patient, har en hög delaktighet i vårdens utformande är viktigt. Närstående är ofta de personer som tidigt kan upptäcka förändring, detta är kunskap som vården kan bli bättre på fånga. I mindre organisationer kan det vara svårt att subspecialisera och därför kan andra lösningar komma att bli aktuellt, detta är också en resursfråga. Förutsättningar skiljer sig också åt mellan olika regioner storstad/glesbygd.

Vårdförloppet innebär en ambitionsökning som förväntas medföra en kvalitetsökning. Samtidigt är patientgruppen en viktig grupp att stödja och med tanke på förskjutningar i hela diagnospanoramata inom specialistvården, måste eventuella undanträngningseffekter undvikas. Evidensbaserade åtgärder som behöver utföras behöver utredas vidare regionalt och nationellt. Den ökade ambitionen också kommer att medföra en kostnadsökning Vid insättande av t.ex. neuroleptika bör ett somatiskt status genomföras vilket ska ligga till grund vid fortsatt uppföljning i syfte att identifiera eventuell metabol påverkan.

Vårdförloppet i Motala och Mjölby integrerade sätt att arbeta har en hel del fördelar men där konsekvensbeskrivningen skriver om att tillskapa en verksamhet med ”särskilt uppdrag för förstagångsinsjuknande i psykos” så är det ju inte så specialiserat som vi arbetar nu. Motala/Mjölby tänker att när en person blir aktuell för tidigt omhändertagande vid Psykosinsjuknande skapas en grupp med personal ur olika kategorier runt patienten och det blir ju också väldigt personcentrerat ur patientens perspektiv. Det ger en integrerad verksamhet med öppenvård/slutenvård/akutenhet- specialistpsykiatrisk hemsjukvård i samma vårdkedja. Notera att patientens läkare och fastavårdkontakt är samma oavsett var i vårdkedjan pat befinner sig. Det tidiga omhändertagande som vi kallar TOP borde i detta

avseende helt kunna ersättas med Personcentrerad och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni-förstagångsinsjuknande med ungefär samma organisation som tidigare.

Antalet nyinsjuknande i vårt upptagningsområde område (ca 90 000 inv.) innebär att antalet förstagångsinsjuknande i Schizofreni förväntas blir litet, vilket naturligtvis påverkar hur vi har organiserat vården/hela psykiatrin o området. Om 800 personer per år i Sverige får diagnosen Schizofreni (ref konsekvensbeskrivningen) och dubbelt så många 1500-2000 personer insjuknar i schizofreni eller liknande tillstånd, skulle då samtliga initialt få insatser som beskrivet men utgången för årsuppföljning blir ju de 800 som får diagnosen. Vårt områdes innevånare är ju mindre än en hundradel av Sveriges vilket gör att det blir lätt att räkna och sen får vi dra ifrån någon/några utifrån att storstadsområdena har större förekomst vilket innebär 15-20 insjuknade i psykosliknande tillstånd att 8 personer per år skulle få diagnosen och i genomsnitt är siffran antagligen lägre i Västra Östergötland. En lägre frekvens gör också att variationerna mellan år kan vara stora. Det är mycket bra att ha en hög ambitionsnivå vid förstagångsinsjuknande men skulle vi ha en egen enhet för förstagångsinsjuknande och diagnosgruppen i stort skulle undanträngningseffekten bli större gentemot andra diagnosgrupper.

Det kan vara problematiskt att upprätthålla kompetensen när frekvens av insjuknande är låg och det är också det som kompenseras till en del med att ha en obruten vårdkedja och vi har i TOP program ambition att kunna ha specialistkompetensen i alla team.

Att den specialiserade ÖV-psykiatrin bedrivs av många (externa) utförare kan komplicera och försvåra möjligheten att erbjuda en sammanhållen vårdkedja för en specifik patientgrupp.

.