

Nationell arbetsgrupp Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Slutrappport

Av arbetet med att ta fram ett nationellt vård- och insatsprogram (VIP) för Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Projektnamn: Nationellt vård- och insatsprogram Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Processledare: Louise Kimby

Arbetsperiod: 2017-05-01 - 2019-05-09



1. Inledning och sammanfattning

I *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*¹ är bästa tillgängliga kunskap i mötet med individen en uttalad vision. Arbetet är organiserat i programområden, varav *Nationellt Programområde (NPO) Psykisk hälsa* utgör ett. I *NPO Psykisk hälsa* finns representation för både regioner och kommuner eftersom verksamheter som arbetar med psykisk hälsa finns hos båda huvudmän.

Bakgrund

*NPO Psykisk hälsa*s uppdrag är bland annat att bidra till att initiera, leda och samordna kunskapsstyrningen inom området psykisk hälsa. Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer inom psykisk hälsa-området har påvisat glappet mellan kunskapsläge och den kunskap som implementerats i verksamhet. Under 2017 beslutade *NPO Psykisk hälsa* att tillsätta en *Nationell Arbetsgrupp (NAG)* med uppdrag att ta fram ett nationellt vård- och insatsprogram för schizofreni- och schizofreniliknande tillstånd (VIP-Schizofreni).

Syfte

Det övergripande syftet med nationella vård- och insatsprogram är att förbättra förutsättningarna för att individer med psykisk ohälsa ska få tillgång till jämlika vård- och stödinsatser utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Projektets mål har varit att ta fram ett VIP-Schizofreni men också att bidra till att ta fram och testa en generisk form, struktur och funktion för nationella vård- och insatsprogram inom området psykisk hälsa.

Metod

*Uppdrag Psykisk Hälsa (UPH)*² kansli lät ta fram ett kansliutkast. I det arbetet ingick en insamling och analys av olika kunskapsunderlag (riktlinjer från myndigheter, regionala vårdprogram, underlag från profession- och brukarföreningar m. m.).

NAGs uppdrag var sedan att utgå ifrån kansliutkastet och färdigställa ett VIP-Schizofreni. Programmet skulle innehålla insatser med regional- och/eller kommunal huvudman.

VIP Schizofreni är det första VIP som tagits fram. NAG-Schizofreni har därför varit delaktiga i utformning och utprovning av VIP:arnas generella struktur.

Förberedelse för spridning, implementering och uppföljning av VIP

Deltagarna i NAG-Schizofreni har haft en förberedande funktion till senare implementeringsarbete genom att engagera och förankra innehållet i VIP med experter

¹ Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård (2019-03-21), <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>

² UPH verkar utifrån en överenskommelse mellan SKL och regeringen, Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017 (SKL dnr 16/06741)

och ledningsnivå inom sina geografiska ansvarsområden. Deltagarna har också varit delaktiga i att ta fram och förankra spridningsplaner för VIP i sina geografiska områden.

För uppföljning av vård och stöd vid schizofreni/liknande tillstånd och VIP har arbetsgruppen tagit fram en lista på prioriterade indikatorer (resultat- och processmått).

För att kunna testa och stödja användning av fastställda VIP, lät kanslistödet ta fram en provisorisk webbplats, www.vardochinsats.se.

Förvaltning och revidering av VIP

VIP kommer att behöva revideras och vidareutvecklas för att bibehålla sin relevans. Arbetsgruppen har tagit fram förslag för utveckling i förvaltningsfas. Ansvarsfördelning och formerna för förvaltning är i skrivande stund under utarbetning.

1.1. Avgränsningar

Arbetet med att bygga strukturer för kunskapsstyrning ute i sjukvårdsregionerna har skett parallellt med projektets arbete. Rapporten inkluderar inte beskrivningen av hur dessa sjukvårdsregionala processer ser ut och har utvecklats.³ Projektets arbete och resultat har påverkats av dessa processer.

1.2. Definitioner & förkortningar

NAG	Nationell arbetsgrupp
NPO psykisk hälsa	Nationellt programområde psykisk hälsa
NSK-S	Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning i socialtjänsten
RSS	Regionala samverkans- och stödstrukturerna för kunskapsutveckling i socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård
UPH	Uppdrag Psykisk Hälsa. <i>Ett utvecklingsarbete genom överenskommelse mellan Socialdepartementet och SKL, Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017</i>
VIP Schizofreni	Nationellt vård- och insatsprogram Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

³Se Slutrapport 2018. Insatser inom psykisk hälsa-området – Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/assets/uploads/2019/04/Slutrapport-insatser-inom-psyisk-h%C3%A4lsa-omr%C3%A5det-2018.pdf>, 2019-04-08 kl 16:22)

Innehåll

1. Inledning och sammanfattning	2
1.1. Avgränsningar	3
1.2. Definitioner & förkortningar	3
2. Beskrivning	6
2.1. Bakgrund	6
2.2. Syfte & mål	6
2.3. Omfattning & strategi	7
2.4. Tidsplan	8
2.5. Organisation	8
2.5.1. Nationellt programområde (NPO) Psykisk hälsa	8
2.5.2. Kanslifunktion	9
2.5.3. Nationella arbetsgrupp (NAG)	9
2.6. Metod	9
3. Genomförande	10
3.1. Insamling och sammanställning av befintlig kunskap i kansliutkast	11
3.1.1. Aktörskartläggning	11
3.1.2. Fokusgrupp med egnerfarna	11
3.1.3. Insamling och analys av kunskapsdokument	12
3.1.4. Utformning av kansliutkast: struktur och innehåll	13
3.2. Arbetsgruppens uppdrag: från kansliutkast till nationellt vård- och insatsprogram	15
3.2.1. Orientering och identifiering av luckor	15
3.2.2. Identifiera och använda befintliga nätverk och strukturer	16
3.2.3. Textbearbetning	16
3.2.4. Synpunktinsamling	17
3.3. Förberedelse till spridning och stöd för användning	18
3.3.1. Förankring och information	18
3.3.2. Provisorisk webbplats	18
3.3.3. Indikatorer för uppföljning	19
4. Resultat	20
4.1. Nationellt vård- och insatsprogram	20

4.2.	Indikatorer för uppföljning.....	20
4.3.	Förberedelse för spridning och implementering	20
5.	Utvärdering av arbetsprocessen: förbättringsförslag	21
5.1.	Tydliggör uppdraget och arbetsprocessen.....	21
5.2.	Kvalitetssäkring.....	22
6.1.	Arbeta vidare med textinnehåll	22
6.2.	Nationella vårdprocesskartor	24
6.3.	Gemensamma åtgärds-koder	24
6.4.	Bättre teknisk plattform för kunskapsstödet	24
6.5.	Gemensam utbildning samt stödmaterial för spridning och implementering	25
6.6.	Nationell process för fortsatt kvalitetssäkring och revidering	25
6.7.	Nationell samordnarfunktion	25
7.	Bilagor	27
	Bilaga 1. Processbeskrivning	27
	Bilaga 2. Tids- och aktivitetsplan	29
	Bilaga 3. Deltagarförteckning nationell arbetsgrupp	32
	Bilaga 4. Underlag till kansliutkast.....	33
	Bilaga 5. Sammanställning från fokusgrupp.....	34
	Bilaga 6. Prioriterade resultatindikatorer	38

2. Beskrivning

2.1. Bakgrund

Ett av *NPO psykisk hälsa*s uppdrag är att följa upp och analysera sitt område, göra behovs- och GAP-analyser samt bidra till ett ordnat införande och utfasning av insatser efter behov. *NPO* ska därtill initiera framtagande av nationella kunskapsstöd där det behövs. *NPO Psykisk hälsa* valde att börja med att ta fram kunskapsstöd inom särskilt angelägna områden, och schizofreni- och liknande tillstånd är ett sådant.

Flera rapporter visar på hur personer med schizofreni och liknande tillstånd har sämre levnadsförhållanden än andra grupper⁴. De riskerar att exkluderas från arbetliv, social gemenskap och att få sämre vård för kroppslig ohälsa. Det framgår också att vård och omsorg behöver bli bättre på att möta individens behov, skapa strukturer som stödjer patientcentrering och samverkan, avveckla ”gamla kulturer” som hindrar nya arbetssätt, förbättra information till patienter, anhöriga och mellan verksamheter. Dessutom ges insatser för sent, man brister i samverkan och i kontinuitet. Socialstyrelsens utvärdering (2013) av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreniliknande tillstånd⁵ visar också att den vård och de insatser som finns tillgängliga varierar stort över landet.

Arbetet har skett i enlighet med *regioners system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården* och angränsar även de *regionala samverkans- och stödstrukturerna för kunskapsutveckling i socialtjänsten (RSS)*. Arbetet har fått stöd av *Uppdrag psykisk hälsa* på *SKL (Sveriges kommuner och landsting)*, som driver utvecklingsarbete utifrån en överenskommelse mellan Socialdepartementet och SKL om extra resurser för riktade insatser inom området Psykisk hälsa 2017 (SKL dnr 16/06741).

2.2. Syfte & mål

Målet har varit att ta fram ett nationellt kunskapsstöd, VIP Schizofreni, som skulle tillgängliggöra befintlig kunskap (inte ta fram ny) på användarvänligt sätt i, eller inför, professionens möte med individer i olika verksamheter. Det övergripande syftet med

⁴ Nationella vårdgarantin. Stockholm Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995. Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem

⁵ Socialstyrelsen (2013) Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni

VIP-Schizofreni är att alla individer med schizofreni och liknande tillstånd ska få tillgång till vård och stöd utifrån bästa tillgängliga kunskap. Att vård och stöd ska ges mer jämlikt och med bättre resultat.

Då flera olika verksamheter och professioner kan ta del av varandras kunskapsunderlag genom VIP bidrar det också till bättre helhetssyn kring individer med schizofreni och liknande tillstånd och realistiska förväntningar verksamheter emellan. Att ta fram kunskapsstöd nationellt innebär också en resurseffektivisering jämfört med att regioner/kommuner gör detta var och en för sig.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer riktar sig till huvudmanna- och ledningsnivå och omfattar endast insatser som anses angelägna, nya eller omdebatterade. VIP har personal som främsta målgrupp och omfattar alla insatser som enligt evidens och beprövad erfarenhet (både från nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar) bör erbjudas individer med ett visst sjukdomstillstånd.

2.3. Omfattning & strategi

Under framtagandet av VIP har UPH⁶, SKL haft värdskap för arbetet. Kanslistödet som utgått från UPH har haft betydelse för arbetets omfattning och strategi.

Samsyn och samverkan mellan huvudmännen är avgörande för effektivt arbete inom området psykisk hälsa. I enlighet med intentionerna för UPH:s utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa har UPH som värd sökt former för att göra både regionens och kommunernas huvudmän lika delaktiga i arbetet med att ta fram VIP. Modellen för arbetsgruppens sammansättning har därför varit två deltagare per sjukvårdsregionalt område – en regionrepresentant och en kommunrepresentant.

Snabb process

Psykisk ohälsa är en av vår tids stora samhällsutmaningar. SKL har genom överenskommelse med Socialdepartementet haft möjlighet att stödja och driva på arbetet i NPO genom UPH:s tillfälliga värdskap och kanslistöd till arbetet.

För att påskynda arbetet och underlätta för arbetsgruppen lät UPH ta fram ett kansliutkast av vård- och insatsprogrammet. Uppdraget omfattade 20 procent av en heltidstjänst under tre månaders tid. Läs mer om uppdraget under 2.5.2

Kanslifunktion.

Med utgångspunkt i kansliutkastet tog kansliet fram en process för arbetsgruppens arbete som innebar att gruppen gavs ett års tid för att färdigställa vård- och insatsprogrammet. Utöver ett introduktionsmöte skulle gruppen ha arbetsmöten vid sex tillfällen och däremellan utföra arbete med utkastet på hemmaplan. Innehållet i

⁶ UPH verkar utifrån en överenskommelse mellan SKL och regeringen, Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017 (SKL dnr 16/06741)

mötena och hemarbetet bestämdes av en processplan framtagen av kansliet (se bilaga 1).

Arbetssätt under utveckling

Processbeskrivningar och andra verktyg som UPH:s kanslistöd har tagit fram och implementerat i arbetsgruppen har varit att betrakta som prototyper, i sig en del i utvecklingsarbetet att skapa en effektiv arbetsprocess för framtagande av vård- och insatsprogram.

Modellerna har delvis utarbetats tillsammans och med lärdom av arbetsgruppens process. Att modellen utvecklats parallellt med NAG Schizofrenis arbete, samt att Resurscentrum/Regionala programområden (RPO, som ska stödja arbetsgruppsdeltagarna i sin uppgift) på många håll i landet fortfarande är i ett tidigt skede av etablering, har medfört att gruppen inte arbetat i strikt enlighet med modellen och tidsplan.

2.4. Tidsplan

Tidsplanen återger projektets aktiviteter och när de genomfördes (se bilaga 2). En sammanfattning av aktiviteterna beskrivs under Genomförande (avsnitt 5).

2.5. Organisation

Arbetet har skett inom *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård* med stöd av Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL⁷.

2.5.1. Nationellt programområde (NPO) Psykisk hälsa

Psykisk hälsa utgör ett av programområdena inom *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*. Tolv ledamöter utgör ledningsgrupp för området. Varje ledamot är utsedd av landstingen/regionerna respektive kommunerna för sin sjukvårdsregion (eller motsvarande geografiskt område för kommunerna). Av de sex kommunala ledamöterna ska dessutom två ledamöter representera RSS (Regionala samverkans- och stödstrukturer för socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård), två SKL:s socialchefsnätverk och två NSK-S (Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning i socialtjänsten).

Programområdets huvudsakliga uppdrag är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom området psykisk hälsa. Det innebär bland annat att initiera behovs- och gapanalyser, identifiera avsaknaden av kunskap och kunskapsstöd, främja implementering av kunskapsbaserade stöd- och behandlingsinsatser, samt att stödja

⁷ UPH verkar utifrån en överenskommelse mellan SKL och regeringen, Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017 (SKL dnr 16/06741)

vidareutvecklingen av effektiva former för uppföljning och utvärdering (t.ex. med stöd av kvalitetsregister).

NPO fattade beslut att tillsätta en nationella arbetsgruppen för att ta fram VIP-schizofreni.

2.5.2. Kanslifunktion

I UPH:s tillfälliga värdskap av NPO Psykisk hälsa har ingått att UPH identifierat en lämplig processledare för arbetsgruppen och finansierat dennes tjänst för uppdraget. Huvudregel har varit finansiering av 20 procents tjänst, men eftersom processledaren för NAG Schizofreni bidragit till den generella utformningen av arbetet med VIP:ar har hen finansierats med ytterligare tid.

I processledarens uppdrag har ingått att göra förarbetet, kansliutkastet.

Processledaren och kansliet har lett arbetet i gruppen genom att bistå med mallar för arbetsuppgifter, presentationsmaterial samt råd och stöd för att genomföra arbetsuppgifterna mellan träffarna.

Processledaren har också haft ansvar för att sammanställa NAG:ens slutrapport av arbetet.

Processledare och andra stödfunktioner kommer enligt preliminär planering utses av sjukvårdsregion som får uppdrag att vara värd för ett VIP.

2.5.3. Nationella arbetsgrupp (NAG)

NAG Schizofreni har tillsatts efter nominering av sjukvårdsregionerna respektive kommunerna i motsvarande geografiskt område. Gruppen skulle bestå av 12 personer. Arbetsgruppen hade inledningsvis inte representation från alla sjukvårdsregioner. Den kommunala representationen har periodvis saknats från flera sjukvårdsregioner. Vid arbetets slut saknades fortfarande kommunal representation från en sjukvårdsregion.

Deltagarnas uppdrag har varit att utveckla och färdigställa VIP-Schizofreni utifrån sin egen kompetens och i samarbete med regionala/lokala nätverk, samt att delta vid nationella arbetsmöten.

Adjungerade experter kompletterade arbetsgruppen inom läkemedelsfrågor, socialpsykiatri, egen erfarenhet och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Se förteckning över deltagare i bilaga 3.

2.6. Metod

Förarbete genom kansliutkast

Insamling av befintlig kunskap började med att söka information på relevanta webbplatser och därigenom samla in riktlinjer och kunskapsstöd från myndigheter och

föreningar. Enkäter skickades också ut till verksamheter ute i sjukvårdsregionerna som ett steg i att samla in aktuella regionala vårdprogram. Insamlade vårdprogram analyserades med hjälp av GAP i förhållande till nationella riktlinjer.

Fokusgruppsintervjuer genomfördes vid flera tillfällen för att säkerställa att arbetssätt och innehåll i VIP överensstämde med vad individer med egen erfarenhet ser för behov och utmaningar i verksamheter de möter.

Arbetsgruppens uppdrag

Arbetet i NAG-Schizofreni utgick från en fast struktur med sex nationella möten (se bilaga 1). Ett stort arbete skulle ske ute i sjukvårdsregionerna mellan mötena, vilket tydliggjordes genom framskrivna dokument och mallar. Arbetsgruppsdeltagarna förväntades arbeta tillsammans med de strukturer och nätverk som fanns i den sjukvårdsregion de representerade.

Bred kvalitetssäkring

Metoden som valdes för att kvalitetssäkra innehållet var att personal i verksamheter som berördes av VIP skulle testa innehållet och användbarhet. Patient/brukar och professionsföreningar erbjöds att lämna synpunkter vid flera tillfällen. Insamling av synpunkter skedde vid flera tillfällen. Ett möte hölls även dit personer med kunskap om implementering, psykosvård och forskning bjöds. Syftet med mötet var att ge sakkunniga möjlighet att påverka kvalitetssäkringsprocessen.

Verktyg för gemensam textbearbetning

Kansliutkastet skrevs först i en Wordmall. Vartefter processen fortlöpte tydliggjordes behovet av ett system som underlättade för flera personer att kunna lämna förslag på förbättringar och synpunkter i enskilda insatstexter. Därför valde kanslifunktionen under slutfasen att gå över till att lägga alla insatstexter i separata dokument i Google Drive, en molntjänst som tillhandahålls kostnadsfritt av Google och gör det möjligt att skapa och dela filer. Genom molntjänsten kunde sedan arbetsgruppen tillsammans redigera dokument samtidigt, ladda upp och dela dokument.

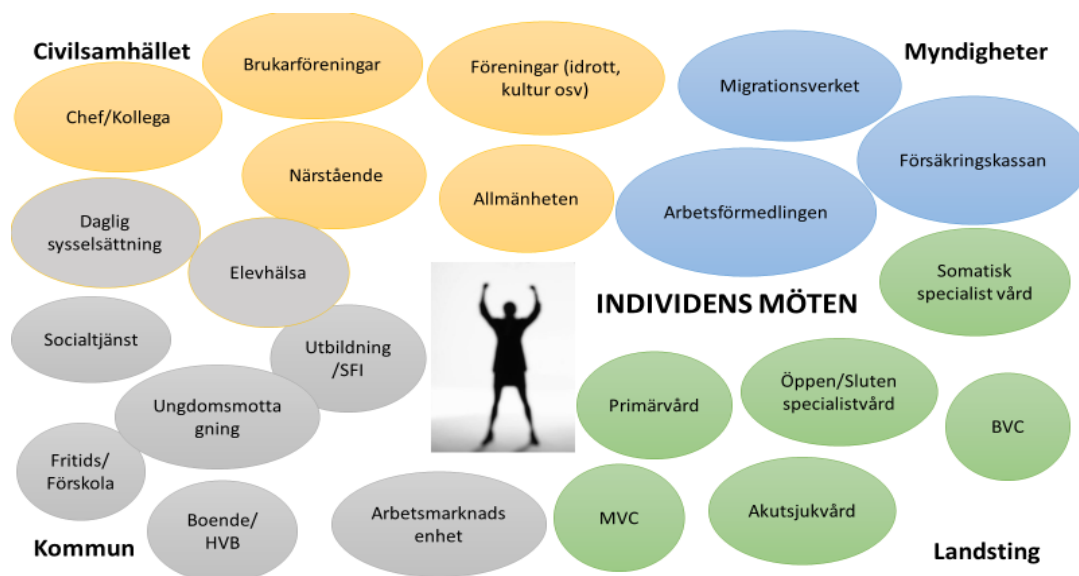
3. Genomförande

Parallellt med att programmet togs fram utvecklades strukturen och formen för en generell process inom NPO Psykisk hälsa för att ta fram framtida VIP. NAG-Schizofreni bidrog till detta arbete och var de som fick testa och utvärdera strukturen och formen. Då *NPO Psykisk hälsa* nyligen etablerats så styrdes och genomfördes arbetet genom kanslifunktionen på *Uppdrag psykisk hälsa (UPH)*.

3.1. Insamling och sammanställning av befintlig kunskap i kansliutkast

3.1.1. Aktörskartläggning

En översikt av vilka aktörer i samhället individen möter innan insjuknandet och i olika stadier av sjukdomsförloppet gjordes i syfte att klargöra vilken kunskap som redan finns men också för att identifiera vilka kunskapsstöd som kan behövas hos respektive aktör. Här kartlades aktörer inom kommuner, landsting, myndigheter, skola, arbetsgivare och det civila samhället (ideella föreningar, nätverk, marknaden, det enskilda hushållet).



Figur 1. Kartläggning utifrån individens möten

3.1.2. Fokusgrupp med egneverfarna

Fokusgruppsintervjuer genomfördes vid flera tillfällen i syfte att säkerställa att inte missa någon viktig aktör med behov av kunskapsstöd. Följande frågor ställdes och ett urval av citat redovisas nedan:

- Hur såg det ut för dig när du blev sjuk?
- Vilka aktörer är viktiga för dig idag och vilka har varit viktiga för dig under olika faser?

”Kuratorn, lyssnade och förstod men ringde till föräldrarna som blev väldigt arga.”

”Hade familj och vänner vetat vad psykos är hade man reagerat tidigare och kunnat hjälpa.”

- Vad är bra vård?

”Kartlägg behoven. Se till helheten inte bara se sjukdomen”

”Våga kommunicera personligt med patienten”

3.1.3. Insamling och analys av kunskapsdokument

Aktuella vårdprogram från regionerna samlades in genom att en enkät skickades ut till verksamhetschefer i psykiatrin. I det fall man svarade att man hade ett aktuellt vårdprogram för schizofreni och liknande tillstånd inhämtades dessa (11 stycken).

Tillgängliga nationella riktlinjer och andra styrdokument samlades in liksom andra kunskapsdokument från olika föreningar, myndigheter och projekt (se bilaga 4).

Insamlingen och kartläggningen visade att det för vissa insatsområden fanns väldigt mycket kunskapsmaterial (till exempel kring hälsofrämjande arbete) vilket innebar en svårighet att sortera och prioritera. Genomgående var det lättare att hitta material inom regions- än kommunalt drivna verksamheter. Mycket material som tagits fram av myndigheter var inte specifikt inriktade mot personer med schizofreni och liknande tillstånd, vilket krävde att processledaren hela tiden fick ta ställning till och välja ut vad som kunde vara relevant för målgruppen. Under insamling- och kartläggningsarbetet tydliggjordes även att det finns väldigt mycket kunskap tillgänglig men att den är utspridd och svår att hitta snabbt.

Vilket material som inkluderades i VIP berodde på hur mycket kunskap på området som fanns och hur viktig insatsen var. Till exempel var det svårt att hitta evidensbaserad kunskap om hur personal ska bemöta en person med schizofreni. Men då denna insats är prioriterad valde vi att utveckla textinnehållet med hjälp av en fokusgrupp med egnerfarna. Andra insatser som till exempel insatser i slutenvården för vilka det saknas evidensbaserat nationellt material behöver kompletteras framöver.

3.1.3.1. Analys av vårdprogram

De 11 aktuella vårdprogram som samlades in, lästes och analyserades.

Vårdprogrammen visade sig ha delvis olika innehåll, vilket kan tyda på att det inte finns konsensus kring vad ett vårdprogram är, hur det ska användas och vad det ska innehålla.

Hittas genomgående:

- Information om olika psykosociala insatser som rekommenderas och bör erbjudas i Nationella riktlinjer för schizofreni och liknande tillstånd 2018 (Socialstyrelsen). Vissa högprioriterade insatser beskrivs i detalj medan andra gör det inte. Alla rekommenderade insatser beskrivs inte alltid.
- Information om läkemedelsbehandling med hänvisning till NR men olika detaljerat.
- Information, delaktighet och vårdplan.
- Diagnostik
- Utredning

Skilnader:

- Hur man omnämner sjukdomens olika faser eller om man alls gör det.
- Hur man strukturerar vårdprogrammet, till exempel efter sjukdomens faser eller enligt vad som ska göras i vårdprocessens faser.
- Konkretion och detaljer kring vad olika yrkeskategorier ska göra vid patientens olika behov.
- Omfattning av vårdprogrammet. Hur detaljerat det är kring definition av och innehåll i de insatser som omnämns
- Hur mycket informationstext det finns kring schizofreni och liknande tillstånd

Områden kring vilka oenighet uttrycks:

- Hur samarbetet med primärvården kring patienternas somatiska ohälsa ska organiseras.
- Vad *Delat beslutsfattande* i praktiken innebär i förhållande till läkemedelsbehandling.
- När antipsykotisk läkemedelsbehandling sätts in vid nyinsjuknad i psykos.
- Om antipsykotisk läkemedelsbehandling eller inte ska ges vid misstänkt psykossjukdom (tidiga symtom).
- Hur man ställer sig kring depotinjektioner av antipsykotiska läkemedel.
- Vilket psykopedagogiskt program man använder.
- Vilket arbetssätt för samordning man arbetar med.

3.1.4. Utformning av kansliutkast: struktur och innehåll

Komplexiteten i att ta fram ett nationellt kunskapsstöd som ska vända sig till samtliga professioner i alla de olika verksamheter som bidrar till att ge vård- och stöd till individer med schizofreni/liknande tillstånd, ställde höga krav på både struktur och form. Dessutom skulle det vara lätt för professionen att hitta lämpliga insatstexter för situationen och för individen. Till exempel när en individ insjuknar första gången i psykos och befinner sig i ett akut tillstånd, ska en sjuksköterska lätt hitta den mest värdefulla insatstexten att läsa inför detta möte. Texterna behövde vara målgruppsanpassade, lättförståeliga och konkreta i hur insatsen ska genomföras.

Det första utkastet som togs fram av kansliet utgick från socialstyrelsens nationella riktlinjer⁸ men utvecklades vartefter till att inkludera fler insatser. Då riktlinjerna vänder sig till styrning och ledning var insatserna ofta formulerade på ett sätt som var svårt för personal som möter patienter/brukare att tillgodogöra sig. Insatserna behövde

⁸ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2018 (Socialstyrelsen)

därför brytas ner till en mer detaljerad nivå. Till exempel rekommenderas *Case management* i riktlinjerna. *Case management* är ett arbetssätt som inkluderar flera insatser såsom familjeinsatser, insatser för att förebygga och hantera återinsjuknande och insatser för att planera vård- och stöd. Samtliga dessa insatser fick egna insatstexter i VIP men omnämns också i insatsen *Case Management*. Likaså är *Boendestöd* en högt prioriterad insats i riktlinjerna som kan innebära flera olika saker. Om VIP ska vara användbart måste det klargöras och urskiljas vad insatsen innebär. Därför valde projektet att formulera en övergripande text *Boendestöd, översikt* samt flera specificerade boendestödsinsatser; *Boendestöd för färdighetsträning*, *Boendestöd för samhällsinkludering*, *Boendestöd för ökad motivation*.

Insatserna som inkluderas i VIP är heterogena. Till exempel är vissa insatser hela metodprogram såsom det psykopedagogiska programmet *Ett självständigt liv (ESL)* medan andra är mer avgränsade insatser, såsom *Ordination av antipsykotiska läkemedel* eller *Påminnelser om besökstider*.

Urvalet av insatser och utformningen av VIP genomsyras av att öka den enskildes delaktighet i och inflytande över vård och stöd i enlighet med socialstyrelsen nationella riktlinjer där *Delat beslutsfattande* rekommenderas som genomgående arbetssätt för vård och stöd vid schizofreni och liknande tillstånd.

Skrivreda

Kanslifunktionen (UPH) tog fram en skrivreda som innehöll ett antal vägledande principer och en gemensam rubrikstruktur.

Vägledande principer:

- Lätt: Det ska vara lätt för användaren att navigera och få överblick i ett vård- och insatsprogram.
- Kort och koncist: Vård- och insatsprogrammen ska fungera som ett snabbt beslutsstöd. Det ska gå att få en bild av insatsen och vad man ska tänka på/göra när man utför insatsen.
- Relevant: Ett vård- och insatsprogram riktar sig till olika typer användare (verksamheter), med olika förförståelse, terminologi och behov av information och ska målgruppsanpassas.
- trovärdigt: genom att kansliutkastet förankras och kvalitetssäkras inom varje sjukvårdsregionalt område (däri belägna landsting/regioner/kommuner) genom arbetsgruppsdeltagarnas försorg.

Gemensam rubrikstruktur

Under respektive rubrik skrevs förklaringar kring hur och vad som skulle skrivas. Nedan återges rubrikerna;

Huvudrubriker under vilka insatserna sorteras.

- Bakgrund om tillståndet

- Kommunikation och delaktighet
- Förebyggande arbete för personer med förhöjd risk
- Tidiga tecken
- Kartläggning och utredning
- Behandling och stöd
- Uppföljning
- Lagar och regler
- Process, vårdnivå och samverkan
- Kvalitets- och verksamhetsuppföljning

Underrubriker som använts för respektive insatstext

- Rubrik
- Kort beskrivning
- Syfte
- Indikation
- Kunskapsläge
- Kompetenskrav
- Innehåll, kortfattat
- Innehåll, fördjupat
- Material
- Uppföljning

3.2. Arbetsgruppens uppdrag: från kansliutkast till nationellt vård- och insatsprogram

För att nå ut till alla verksamheter och professioner som VIP vänder sig till, samt för att inkludera all den kunskap som finns i landet inom området, skulle arbetsgruppen enligt NPO Psykisk hälsas beslutade modell bestå av två deltagare per sjukvårdsregion; en representant för regionerna och en representant för kommunerna.

Nomineringar försenades på grund av att *NPO Psykisk hälsa* befann sig i en uppstartsfas. Under arbetsgång tillkom representanter från flera sjukvårdsregioner men vid sista möte fanns fortfarande inte kommunal och regional representation från samtliga sjukvårdsregioner.

Inledningsvis rådde viss oklarhet från uppdragsgivarna gällande deltagarnas uppdrag och funktion, vilket bland annat manifesterades i att deltagarna hade olika mycket tid att lägga på arbetet.

3.2.1. Orientering och identifiering av luckor

En första arbetsuppgift för deltagarna i NAG Schizofreni var att ta del av kansliutkastet, orientera sig i det mycket omfattande materialet och identifiera insatser som saknades. Då den provisoriska webbplatsen (www.vardochinsats.se) inte var

färdigbyggd så var det svårt att föreställa sig hur ett färdigt VIP skulle se ut, innehålla och fungera. Detta gjorde det också svårt att bedöma vad som saknades. När innehållet i VIP utvecklades blev det tydligare vilka insatser som saknades varför detta arbete fortgick under hela året.

Diskussioner om vilken detaljnivå VIP skulle innehålla och vilka insatser som skulle prioriteras löpte genom hela arbetsprocessen.

I arbetet med att identifiera kunskapsluckor bidrog deltagarna med sin egen kunskap men tog även hjälp av kunniga personer ute i regioner och kommuner. De eftersökte också material såsom checklistor, rutinbeskrivningar, utbildningsmaterial från sjukvårdsregionen som var relevanta men som inte inkluderats i det första utkastet.

3.2.2. Identifiera och använda befintliga nätverk och strukturer

En viktig uppgift för arbetsgruppsdeltagarna som representerade en sjukvårdsregion, de experter som ingick i arbetsgruppen hade inte denna uppgift, var att identifiera och samarbeta med befintliga nätverk och strukturer. En förutsättning för att nå ut till verksamheter i hela sjukvårdsregionen och därmed kunna involvera dem i utveckling och förbättring av VIP samt i kvalitetssäkringen.

Detta arbete försvårades av att det fanns en stor skillnad mellan sjukvårdsregioner i vilken mån det fanns etablerade nätverk och strukturer för att nå ut till alla de verksamheter och professioner som är målgrupp för VIP. Där strukturer och nätverk saknades ställdes arbetsgruppsdeltagaren inför stora utmaningar och fick efterfråga strukturer och själva skapa nätverk.

3.2.3. Textbearbetning

Alla texter i kansliutkastet behövde gås igenom och förändras efter de nya principer och den rubrikstruktur som formulerades i *Skrivredan* som togs fram efterhand (*skrivredan* bidrog till att efterföljande VIP-arbetsprocesser kunde effektiviseras och förbättras).

Deltagarna skrev och utvecklade insatstexter utifrån sitt eget kompetensområden men skickade även texter till kunniga personer i sin sjukvårdsregion som bidrog.

För att underlätta för fler att arbeta med texterna skapades under hösten 2018 en mappstruktur i *Googledrive* där samtliga insatstexter sorterades in. Gruppen och experter ute i regionerna lämnade förslag på utveckling och förändring av texter och processledare godkände. Hela arbetsgruppen ombads att se över alla insatstexterna som ansågs ”klara”.

Parallellt med detta arbete förenklades och målgruppsanpassades texterna med hjälp av en resurs för textbearbetning som kansliet på UPH tillsatte. Framförallt bearbetades de texter som vände sig till socialtjänstens verksamheter då dessa i de flesta fall också kunde vara gemensamma för flera VIP inom *NPO Psykisk Hälsa*.

3.2.4. Synpunktinsamling

Att samla in synpunkter på VIP från verksamheterna och anpassa texterna efter dessa var en central del av arbetet.

3.2.4.1. Testperioder

Kvalitetssäkring av innehållet och test av själva webbplatsen genomfördes i flera steg (se detaljerad redovisning i bilaga 2, Tids- och aktivitetsplan).

Testperiod 1

Efter flera revideringar av VIP publicerades ett första utkast offentligt på www.vardochinsats.se den 1/6 2018. Arbetsgruppens uppdrag var då att sprida information till verksamheter och professioner i sina respektive sjukvårdsregioner att ta del av innehållet och lämna synpunkter. En möjlighet att samla in synpunkter var att ha workshops med olika grupper av yrkesverksamma från olika verksamheter. Ett förslag på upplägg för och innehåll i en workshop erbjöds deltagarna som stöd.

Från kansliet skickades information ut till patient- och anhörigföreningar (RSMH, NSPH och Schizofreniförbundet). En workshop hölls även tillsammans, i samarbete med schizofreniförbundet, med själverfarna för att få synpunkter på specifika insatstexter som var särskilt angelägna (*Bemötande, Information till individ och närstående* med flera, se sammanställning av resultatet i bilaga 5). Experter inom olika områden tillfrågades även att lämna synpunkter på insatstexter som omfattade deras kunskapsområde.

Testperiod 2

VIP- Schizofreni publicerades på www.vardochinsats.se en andra gång den 11/12 2018. Testperioden pågick fram till den 1 februari 2019. Processledare efterfrågade skriftligt synpunkter från relevanta professionsföreningar samt återigen från patient- och anhörigföreningar. Gruppdeltagarna arbetade för att så många som möjligt i olika professioner och verksamheter i alla de regioner och kommuner som innefattade deras sjukvårdsregion skulle lämna synpunkter. Synpunkter kunde denna gång lämnas genom att fylla i en webbenkät på www.vardochinsats.se eller skicka synpunkter direkt till processledare. Det fanns möjlighet att lämna synpunkter på två olika sätt genom att använda ”typfall” eller undersöka om VIP gav användbar information inför eller i mötet med en verklig patient/brukare.

3.2.4.2. Hantering av synpunkter

Upprepade revideringar av VIP gjordes utifrån inkomna synpunkter innan testperioderna.

Testperiod 1

De synpunkter som samlades in under ”testperioden” sammanfattades och bedömdes i ett första steg av gruppens processledare. Därefter presenterades förslag på förbättringar/förändringar utifrån synpunkterna vid nästa arbetsgruppsmöte. Gruppen

beslutade vilka förändringar/förbättringar som var nödvändiga att göra och arbetet delades upp mellan deltagare. Processledaren samordnade och ledde arbetet med uppdateringen av VIP.

Testperiod 2

Synpunkterna från andra testet sammanställdes, bedömdes och förändringar gjordes utifrån prioritering av processledare. Arbetsgruppen tillfrågades att bidra utifrån sina respektive kompetensområden. Processledare presenterade gjorda förändringar och områden som behövde utvecklas vidare i förvaltningsfas. Gruppen beslutade om gjorda förändringar godkändes och vad som skulle överlämnas till förvaltning.

Se redogörelse av aktiviteter i bilaga 2, Tids- och aktivitetsplan.

3.3. Förberedelse till spridning och stöd för användning

Samtidigt som förberedelsearbetet genomfördes utvecklades och tydliggjordes även regionerna och kommunernas roll i regioners system för kunskapsstyrning.

3.3.1. Förankring och information

Kunskapen runt om i landet om vad det nya systemet för kunskapsstyrning innebar och var tänkt att byggas upp var ofta låg. Därför behövde arbetsgrupp och processledare förutom att informera om VIP också berätta om regioners system för kunskapsstyrning.

Arbetsgruppen arbetade för att nå ut i alla de regioner och kommuner som tillhörde den sjukvårdsregion de representerade. Då VIP vänder sig till många olika professioner i många olika verksamheter krävdes detta ett intensivt kontaktsökande arbete.

Under 2018 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Processledare hade ett nära samarbete med projektledare för riktlinjerna som påbörjades under 2017 och intensifierades under 2018. Flera föreläsningar genomfördes tillsammans såsom på *Svenska Psykiatrikongressen 2018* i Stockholm. I samband med lanseringen av riktlinjerna genomförde socialstyrelsen ett stort antal möten runt om i landet för berörda verksamheter. Processledare bidrog vid flera av dessa möten och informerade om VIP arbetet. Dessa aktiviteter syftade både till att tydliggöra kopplingen men också skillnaden mellan VIP och Nationella riktlinjer. Dessutom spreds information om VIP och förberedde således verksamheter på att ett nationellt kunskapsstöd togs fram. Dessa aktiviteter var en viktig del av förankringsarbetet.

3.3.2. Provisorisk webbplats

För att kunna testa funktion och användarvänlighet samt hårbärgera och tillgängliggöra vård- och insatsprogrammen lät kanslifunktionen bygga den

provisoriska webbplatsen www.vardochinsats.se⁹. Webbplatsen tillhandahåller filterfunktioner så att läsaren först kan läsa det som är mest relevant för hen (t ex utifrån profession och vårdförlopp). För att filterfunktionen ska fungera har alla texter märkts upp ”taggats”. Inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning pågår arbete för att ta fram en långsiktig IT-lösning i vilken www.vardochinsats.se kommer att integreras.

3.3.3. Indikatorer för uppföljning

För att följa upp vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd krävs konsensus kring och prioritering av nationella indikatorer. Tillsammans med regionerna tog arbetsgruppen fram ett förslag till gemensamma nationella resultat- och processindikatorer som godkändes av *NPO Psykisk hälsa*.

Förhållanden mellan resultat och processindikatorer är komplicerat, ofta finns multipla samband. Urvalet av indikatorer bygger på en avvägning utifrån kunskap om vad som avspeglar återhämtning för individer med psykossjukdom och gjordes i nära samarbete med det nationella kvalitetsregistret för psykosvård *PsykosR*. En ambition har varit att enbart processindikatorer med tydlig påverkan på minst en resultatindikator ska inkluderas.

Urvalet av indikatorerna utgår ifrån data som samlas in i regionerna och som är möjliga att sammanställa nationellt. Ett test genomfördes av arbetsgruppsdeltagarna att få ut indikatorerna via regionala/lokala uppföljningssystem. Resultatet visade att det var svårt och att *PsykosR*, många gånger var den enda möjligheten att få tillgång till data. För socialtjänst och skola finns i dagsläget inget nationellt datalager om brukare/elever med schizofreni och liknande tillstånd. Några av de valda indikatorerna såsom *Sysselsättning* och *Boende*, är dock fokusområden för kommunernas verksamhet och potentiellt nedbrytbara på kommunnivå för huvudmannagemensam analys

Antalet registreringar i *PsykosR* är i de allra flesta regioner i nuläget alldeles för lågt för att ge värdefulla sammanställningar. För att kunna följa det allra viktigaste, vad vården resulterar i för patienterna, tog arbetsgruppen fram ett förslag som *NPO Psykisk hälsa* beslutade på ett färre antal (11 stycken) prioriterade nationella resultatindikatorer. De prioriterade indikatorerna går att följa nationellt via *PsykosR* och förhoppningen är att prioriteringen ökar täckningsgraden i registret.

Det är även önskvärt på sikt att följa upp synpunkter från professionen av VIP:ens användbarhet och inverkan på vården och stödet.

⁹ Teknisk information finns i dokumentet ”Nationella vård- och insatsprogram. Teknisk Systemdokumentation 1.0” (som finns hos Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL).

4. Resultat

4.1. Nationellt vård- och insatsprogram

Den 9 maj överlämnar arbetsgruppen och kanslifunktionen på UPH VIP-Schizofreni till förvaltning. Det nationella kunskapsstödet består då av ca 140 texter, som följer en gemensam struktur, sorterat under ett antal huvudrubriker. Texterna är formulerade på ett sätt som ska göra det lätt för professioner i alla de verksamheter som möter individer som drabbats (själv eller som anhörig) av schizofreni och liknande tillstånd, att ge vård/stöd enligt bästa tillgängliga kunskap. Ett stort antal länkar till relevant material såsom manualer, checklistor, webbutbildningar tillgängliggörs under respektive insatstext. Texterna finns tillgängliga via webbplatsen www.vardochinsats.se där filterfunktioner gör det möjligt för läsaren att läsa det som är mest relevant för hen i mötet med individen. Det fortsätter att vara möjligt att lämna synpunkter på innehåll och användbarhet via webbplatsen.

Målet att ta fram ett nationellt kunskapsstöd, riktat till professioner inom relevanta verksamheter har uppnåtts. För att utvärdera om syftet med VIP Schizofreni (att ge personer med psykosjukdom en god, jämlik vård och möjlighet att delta i samhället) har uppnåtts krävs systematisk uppföljning. Det kan ske genom det nationella kvalitetsregistret för psykosvård, PsykosR (vars täckningsgrad behöver öka), Socialstyrelsen patientregister och verksamheternas uppföljning.

4.2. Indikatorer för uppföljning

Utvärdering av projektets slutresultat, det vill säga VIP schizofreni, ska göras med hjälp av det nationella kvalitetsregistret för psykosvård, *PsykosR*. I nära samarbete med registret, *NPO Psykisk Hälsa* och sjukvårdsregionerna prioriterades ett antal resultatindikatorer i syfte att påbörja utvärderingen.

Process- och resultatindikatorer under åtta huvudområden har tagits fram. Prioritering av de 11 indikatorer som är de allra viktigaste att följa för att utvärdera om vård- och stöd ger resultat för individer med schizofreni- och schizofreniliknandet tillstånd har gjorts (se bilaga 6).

4.3. Förberedelse för spridning och implementering

Kännedom om VIP har spridits i landet både genom arbetsgruppsdeltagarnas och kanslifunktionens informationsinsatser. VIP har under arbetets gång förankrats i Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin som består av personer med chefs- eller ledningsansvar inom den psykiatriska specialistvården från samtliga regioner.

Uppdraget att bidra till framtagande att ta fram spridningsplaner för respektive sjukvårdsregion har inte varit möjligt fullt ut genomföra då arbetet ute i regionerna inte kommit så långt som det var tänkt i uppbyggnaden av strukturen.

Arbetsgruppen har dock bidragit till att man har påbörjat spridningsplaner i alla regioner, i vissa har man kommit längre i arbetet och planerat in aktiviteter.

5. Utvärdering av arbetsprocessen: förbättringsförslag

Som första NAG att börja arbete med att ta fram nationella vård- och insatsprogram påverkade gruppens återkoppling den generella arbetsprocessen som skapades efter det att NAG Schizofreni startade.

Det har genom hela arbetsprocessen varit svårt att utforma insatser utifrån kommunalt perspektiv både för att det saknades material och saknades representation.

Arbetsgruppen återkopplade kontinuerligt till processledare hur man upplevde arbetets gång. Den slutgiltiga utvärderingen av processen genomfördes både med hjälp av en enkät och muntligt vid sista arbetsmötet.

5.1. Tydliggör uppdraget och arbetsprocessen

Processen med att utse deltagare till de nationella arbetsgrupperna bör förbättras. Sammansättningen av gruppens deltagare är viktig för att alla verksamheter, professioner och hela vårdkedjan i största möjliga mån ska speglas i arbetssättet och prioriteringar som görs. Dessutom behöver alla deltagarna ha utrymme att lägga ca 50% av sin tid på arbetet. Att ha god kännedom om aktuellt område samt om den sjukvårdsregion man ska representera är också en förutsättning.

Arbetsgruppsdeltagares uppdrag och deras mandat att företräda sjukvårdsregionen behöver förtydligas. Detta behöver även kommuniceras bredare och effektivare.

- behöver förtydligas och kommuniceras
- tydligare mandat att företräda sjukvårdsregionen
- behov av regionalt och nationellt stöd

Utgångspunkten och processen för arbetet uppfattades överlag som oklar till en början. Det fanns även otydligheter kring kanslifunktionen och arbetsgruppsdeltagarnas respektive ansvar. Mot bakgrund av detta framkom önskemål om fler och längre nationella möten samt tätare avstämningar.

- Kanslifunktionens respektive arbetsgruppens ansvar över innehållet
- Utgångspunkt och process oklar från början
- Längre och fler möten, tätare avstämningar

5.2. Kvalitetssäkring

Att kvalitetssäkra ett omfattande innehåll som vänder sig till många olika verksamheter och professioner kräver att det finns etablerade kommunikationskanaler för att nå ut. Det var inte fallet vid arbetets start och påverkade möjligheten till en framgångsrik och gedigen kvalitetssäkring av både innehåll och användbarhet. Även de sjukvårdsregioner som hade vissa strukturer på plats var det svårt att nå ut. Det har försvårat uppdraget att nå ut till verksamheterna inom kort tidsram.

Man framhåller dock hur viktigt det är för arbetets framgång att flera professioner ute i regioner och kommunerna engageras. Arbetet med att skapa kontakt, bygga nätverk tillsammans med regionala och lokala strukturer behöver prioriteras.

Utmaningar som behöver adresseras i kommande arbeten:

- Svårt att nå ut i verksamheterna på kort tid
- Viktigt att engagera fler ute i regionerna i processen- svårigheter att göra detta
- Arbeta med kontakter, nätverk och spridning tidigt!
- Förtydliga ansvarsfördelning i spridning och implementeringsarbetet

Det har varit betydelsefullt med stöd från Nätverket för ledning och styrning av psykiatri. Engagerade chefer har underlättat för representanterna i NAG.

Webbplatsens funktion och programmets omfattande innehåll visade sig ställa höga krav på personen som skulle lämna synpunkter. Både i form av tid och ambition. För att skapa ett nationellt kunskapsstöd som är användbart och lättillgängligt för professionen är det förstås mycket angeläget med deras återkoppling. Antalet synpunkter på innehåll och användbarhet var inte tillräckligt omfattande för att säkerställa att VIP-Schizofreni uppfyller kraven på vad professionen behöver i nuläget. VIP-Schizofreni behöver förbättras vidare vart efter det används.

6. Förslag till områden att arbete vidare med

6.1. Arbeta vidare med textinnehåll

Arbetsprocessen med att ta fram, färdigställa och kvalitetssäkra ett första VIP innebar också att områden som behövde utvecklas och förtydligas identifierades.

Under arbetsprocessens gång förtydligades också behov hos personal i olika verksamheter. Det kunde handla om särskilt anpassade texter i verksamheter som var mycket svåra för arbetsgruppsdeltagarna att nå fram till (till exempel fritids, skola och förskola) men också texter om utredningsförfarande som var svårt att formulera och presentera på ett sätt som blev tydligt och användbart för professionen.

Arbetsgruppen har identifierat ett antal områden under vilka insatstexterna i första hand behöver utvecklas ytterligare. Flera av utvecklingsområdena angår flera program inom *NPO Psykisk Hälsa*.

Läkemedel

På sikt behöver fortsatt arbete göra gemensamt för alla VIP kring hur detaljerat vi beskriver olika läkemedel och stödjer läkare i förskrivningen. VIP schizofreni hänvisar till FASS för detaljerad kunskap kring olika läkemedel. De läkemedelskommittéer som ger ut kommersiellt obunden läkemedelsinformation till professionen är idag regionala. Det pågår ett arbete med att dessa ska organiseras nationellt vilket behöver följas och samordnas med utvecklingen av läkemedelstexterna i VIP.

Utredning

För att kunna ge rätt insatser till individer utifrån deras behov krävs en systematisk utredning. Området utredning är dock komplext då hänsyn till individ och situation alltid bör tas men där gemensamma principer för hela landet är viktigt för en likvärdig vård. Rutiner för och innehåll i utredningsinsatser skiljer sig idag åt mellan regioner. Att enas om detta nationellt krävs för att kunna utveckla insatserna kring utredning i VIP.

Uppföljning

För respektive insats som inkluderas i VIP behöver det tydliggöras hur resultatet ska följas upp på individnivå. För vissa insatser som NECT (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy) som syftar till att minska självstigma hos individen finns det utvärderade skalor. NECT utvärderas och följs upp genom SSMIS-SF (Self-stigma of mental illness scale-short form). Kapitlet om *Kvalitet- och verksamhetsuppföljning* behöver också utvecklas ytterligare.

Komplex problematik

Arbetsätt vid komplex problematik och svårighet att skapa kontakt behöver kompletteras och utvecklas. Detta är ett område där professioner i olika verksamheter efterfrågar kunskapsstöd men där det har varit svårt att hitta evidensbaserad kunskap. Därtill efterfrågas utökad information om kognitiva funktionsnedsättningar och stöd i att hantera dessa.

Texter riktade till individ och anhöriga

Nya mer kortfattade och anpassade texter skulle behöva tas fram för alla insatstexter för individ och anhöriga. En uppmärksam utmaning som psykiatrisk vård och omsorg står inför är att göra individ och närstående delaktiga. Tidigt i arbetsprocessen identifierades ett behov av att alla insatstexter skulle finnas tillgängliga för individen och hans närstående/anhöriga. Det skulle underlätta för professionen att arbeta med delaktighet.

Planering av vård och insatser

Texter om olika vårdplaner, vårdprocesser och deras syfte behöver utvecklas ytterligare. Vård och omsorg är ett komplext system som ofta är svårt för såväl

profession och individ och närstående att förstå och orientera sig i. Det ställer höga krav på att professionen får ett stöd att planera, genomföra och följa upp vård och stöd samordnat och effektivt.

Lagar och regler

Dessutom finns ett behov av att ta fram texter som beskriver verkställighet och rutiner utifrån relevant lagstiftning och regelverk (LPT, LRV till exempel). Texterna bör ge tydlig och relevant information till olika professioner om vad de behöver veta och hur de ska utföra sitt arbete utifrån aktuella lagar och regelverk.

Barn- och ungdomsperspektiv

Många texter behöver anpassas och utvecklas utifrån vård och stöd till barn och unga. Eventuellt skulle Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kunna utgöra en egen kategori. Det skulle då vara möjligt att sortera fram för BUP relevanta texter.

Psykiatrisk slutenvård

Insatser inom psykiatriska slutenvård behöver kompletteras. Det finns begränsat med svensk evidens för insatser inom psykiatrisk slutenvård. Ett internationellt perspektiv bör inkluderas i utvecklingen av insatstexter som riktar sig till personal i slutenvården. Insatser som är relevanta för rättspsykiatrisk vård behöver även inkluderas på sikt. Om dessa ska rymmas inom ett eget program eller inkluderas under andra bör undersökas vidare. De flesta av dessa texter som behöver utvecklas inom VIP-Schizofreni behöver göra det i nära samarbete med de andra VIP som är under framtagande.

6.2. Nationella vårdprocesskartor

Det finns ett behov av att ta fram nationella vårdprocesskartor som pedagogiskt kan ge en översiktlig bild av vilka vård- och stödinsatser som bör erbjudas till individer i en viss situation. För detta arbete krävs både teknik och nationellt konsensus kring vårdförlopp och processer.

6.3. Gemensamma åtgärds-koder

Ett arbete kring att ta fram och fatta beslut om gemensamma nationella KVÅ koder för psykiatrin kommer att behövs göras framöver för att kunna märka insatserna i VIP med ”rätt åtgärds-kod”. Det är en förutsättning för att kunna arbeta fram standardiserade vårdprocesser, möjliggöra nationell kvalitets- och verksamhetsuppföljning och automatiserade uttag från journal.

6.4. Bättre teknisk plattform för kunskapsstödet

För att optimera tillgängligheten av VIP och göra det så enkelt att använda som möjligt för olika professioner krävs en bättre teknisk lösning. Filtreringsfunktionerna

behöver utvecklas och förenklas. En pedagogisk översikt med teknik som gör det möjligt för användaren att snabbt hitta rätt i det mycket omfattande materialet behöver utvecklas. Den tekniska plattformen behöver anpassas efter professionens behov.

6.5. Gemensam utbildning samt stödmaterial för spridning och implementering

Arbetsgruppen önskar även att ett nationellt material och upplägg för utbildning och spridning av VIP tas fram. Detta både för att underlätta för det regionala och lokala arbetet men också för att processen ska utgå ifrån en gemensam grund vilket ger sjukvårdsregionerna liknande förutsättningar för framgång i implementeringen.

För att kunskap om att VIP finns och hur det är tänkt att användas ska nå ut till alla relevanta verksamheter krävs utbildning och ett väl genomarbetat kommunikations- och stödmaterial. I enlighet med VIP:s vision om att effektivisera kunskapsstyrningen bör utbildning och ett gemensamt material tas fram nationellt. Ett effektivt sätt att sprida kunskap kan vara att ge nationella utbildningar av ”utbildare” och till ledning. Utbildarna får sedan uppdraget att utbilda i sina respektive regioner/kommuner. En av de centrala framgångsfaktorerna för implementering är att ledning har kännedom om det som ska implementeras. Det är även avgörande att användarna får stöd och utrymme i att använda det ”nya” från chefer. För att chefer ska kunna ge detta behöver de ha god kännedom om VIP, dess innehåll och funktion.

6.6. Nationell process för fortsatt kvalitetssäkring och revidering

En nationell process för att fortsätta kvalitetssäkringen av VIP, förbättra och utveckla innehållet, behöver fortsätta drivas. Dessutom behöver området schizofreni och liknande tillstånd bevakas och det behöver fattas beslut om eventuella revideringar.

6.7. Nationell samordnarfunktion

Arbetsgruppen föreslår att en nationell samordnarfunktion tillsätts vars uppdrag blir att:

- verka för att alla sjukvårdsregioner bidrar till VIP
- ta emot, sammanställa och prioritera bland synpunkter
- omvärldsbevaka
- driva processen med att förbättra och utveckla VIP
- samordna referensgrupper
- erbjuda nationella utbildningar och nationella träffar

- samordna uppföljning av nationella indikatorer (i första hand de prioriterade resultatindikatorerna)
- verka för nationell konsensus kring olika insatser, innehåll och tillämpning.

7. Bilagor

Bilaga 1. Processbeskrivning

Från kansliutkast till nationellt vård- och insatsprogram (VIP)

Processbeskrivning för arbetsgrupper inom NPO¹ Psykisk hälsa

- ☑ Deltagare i arbetsgruppen bidrar till färdigställande av VIP genom sin egen sakkunskap och genom inhämtning av synpunkter och förankring i regioner, landsting och kommuner inom sin sjukvårdsregions geografiska område.
- ☑ Deltagarna samlas vid 6 arbetsmöten under ett års tid. Merparten av arbetet utförs mellan träffarna.
- ☑ Uppdrag Psykisk Hälsas kansli stödjer arbetsgruppens process. Arbetsgruppens arbete utgår ifrån ett så kallat kansliutkast.

Introduktionsmöte

Arbete inför introduktionsmöte

- Ta del av skriftlig information om arbetsgruppens uppdrag

Dagordning introduktionsmöte

- Arbetsgruppens uppdrag
- Genomgång av kansliutkast
- Gå igenom webbplats
- Gå igenom kommande hemuppgift

Arbetsmöte 1. Sakinnehåll (version 1)

Arbete inför möte 1

- Granska sakinnehållet (utvalda sakkunniga)
- Etablera kontakter (ditt nätverk)

Se instruktion 1.

Dagordning möte 1

- Synpunkter på utkast v.1
- Gå igenom kommande hemuppgift: inhämta synpunkter på utkast v. 2

Reviderat utkast (v. 2) sammanställs efter mötet.

Arbetsmöte 2. Sakinnehåll (version 2)

Arbete inför möte 2

- Inhämta synpunkter på reviderat utkast (v. 2) i utvidgad krets

Se instruktion 2.

Dagordning möte 2

- Synpunkter på utkast v. 2
- Gå igenom kommande hemuppgift: indikatorer

*Reviderat utkast (v. 3) sammanställs efter mötet.
Inhämtning av synpunkter från professions- och brukarföreningar.*

Arbetsmöte 3. Indikatorer

Arbete inför möte 3

- Inhämta synpunkter på förslag till indikatorer (resultat- och processmått)

Dagordning möte 3

- Synpunkter från professionsföreningar
- Synpunkter på indikatorer

¹ Nationellt programområde, se [Landsting och regioners system för kunskapsstyrning](#) på SKL:s webbplats

Se instruktion 3.	Gå igenom kommande hemuppgift: praktiskt test
-------------------	---

Arbetsmöte 4. Praktiskt test

Arbete inför möte 4

- Inhämta synpunkter på version 3 från flera verksamheter (användartest)
- Pilotinsamling av resultat- och processdata

Se instruktion 4.

Dagordning möte 4

- Synpunkter på användbarhet
- Synpunkter på datainsamling
- Gå igenom kommande hemuppgift: implementering

Reviderat utkast (v. 4) sammanställs efter mötet. NPO fattar beslut om VIP är klar för förvaltning och hur förvaltning ska ske.

Arbetsmöte 5. Implementering

Arbete inför möte 5

- Ta fram spridningsplan tillsammans med ledningarna för landsting, regioner och kommuner inom sjukvårdsregionens geografiska område.
- Intensifierat samarbete med företrädare för regionala resurscentrum/programområdet för psykisk hälsa ang. spridning och implementering.

Se instruktion 5.

Dagordning möte 5

- Diskussion om spridning och implementering och arbetet med regionala resurscentrum/programområdet för psykisk hälsa
- Förberedelse för förvaltning av VIP
- Gå igenom kommande hemuppgift: kommunikation och egenutvärdering

NPO informerar SKS (styrgruppen för systemet för kunskapsstyrning) att VIP är klar, om spridningsplan och förvaltning.

Arbetsmöte 6. Kommunikation & egenutvärdering

Arbete inför möte 6

- Inhämta ev nya synpunkter på VIP
- Genomför spridningsplan och kommunikationsinsatser
- Reflektion kring arbetsgruppens arbete och processen i sjukvårdsregionen

Se instruktion 6.

Dagordning möte 6

- Godkänna beskrivning av kommande förvaltningsuppgift
- Gemensamma kommunikationsinsatser och kommunikationsstöd
- Utvärdering av arbetsgruppens arbete och medskick

Bilaga 2. Tids- och aktivitetsplan

Aktivitet	Klart
Förarbete och utformning av kansliutkast - Kartläggning och insamling av tillgänglig kunskap på området - Analys av insamlat material - Ta fram en form och struktur för innehållet (underrubriker, huvudrubriker, sorteringsprinciper och märkningsalternativ)	2018-01-01
Bidra till bygge av webbplats med olika funktioner som möjliggör den struktur, form och märkningsalternativ som ska testas.	2017-12-01
Första version av kansliutkast i Wordmall	2017-07-01
Uppdatera kansliutkast utifrån socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2018	2018-04-01
Stödja framtagande för kansliutkast inom andra områden (ångest/depression, självskadebeteende, ADHD, missbruk/beroende)	2018-07-01
Förankring av VIP i verksamheter runt om i landet genom gemensamma föreläsningar och samarbete med socialstyrelsens lansering av nationella riktlinjer för schizofreni- och schizofreniliknande tillstånd.	2018-12-01
NPO nominerar och tillsätter en nationell arbetsgrupp (NAG) för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	2018-01-01
Arbetsgruppen tar del av kansliutkast inför möte 1	2018-01-21
Arbetsgruppsmöte 1. Arbetsgruppen introduceras i systemet för Kunskapsstyrning, NPO Psykisk hälsa, deras uppdrag och plan för arbetet. Processledaren redogör för framtagande av kansliutkastet och presenterar översiktligt innehållet. Gemensamma diskussioner om kansliutkast och framtida VIP-schizofreni.	2018-01-21
Arbetsgruppsdeltagarna identifierar strukturer och tar kontakt med nätverk i sin sjukvårdsregion.	2018-12-31
En första insamling av synpunkter på innehåll och struktur/ form för VIP genom nätverk.	2018-04-09
Förbättring och utveckling av VIP avseende innehåll och struktur/form (underrubriker, huvudrubriker, sorteringsprinciper och märkningsalternativ). Processledare samordnar och leder. Arbetsgruppsdeltagare bidrar utifrån sitt kompetensområde och tar hjälp av experter ute i regionerna.	2018-12-31
Framtagande av skrivreda som stöd i skrivandet av VIP	2018-04-01
Första publicering (intern) av VIP- utkast på www.vardochinsats.se	2018-04-01
Arbetsgruppsmöte 2. Gemensamma diskussioner om kansliutkast och framtida VIP-schizofreni. Diskussion och justering av kansliutkast	2018-04-09
Reviderad struktur och form (underrubriker, huvudrubriker, sorteringsprinciper och märkningsalternativ) för VIP.	2018-04-01
Första revidering av VIP	2018-04-20

Utökad insamling av synpunkter med hjälp av nätverk i respektive sjukvårdsregioner och experter.	2018-05-20
Textbearbetning utifrån arbetsgruppens egen kompetens och identifierade experter i regionerna	2018-12-31
Förslag insamlas från sjukvårdsregionerna kring hur resultat av VIP kan följas. Förberedelse inför diskussion om nationella indikatorer för att följa upp psykosvården.	2018-11-19
Samarbete med nationella kvalitetsregistret för psykosvård, PsykosR och NPO psykisk hälsa kring förslag på nationella indikatorer och prioriterade resultatindikatorer för uppföljning.	2018-12-31
Sammanställning och bedömning av inkomna synpunkter.	
Samtal med experter om kvalitetssäkring och implementering av VIP	2018-05-25
Andra revidering av VIP	2018-05-20
Arbetsgruppsmöte via Skype för avstämning	
Arbetsgruppsmöte 3. Diskussioner om innehåll och användbarhet utifrån sammanställning av synpunkter. Beslut om ytterligare bearbetning av innehållet och fördelning av arbetet. Beslut om förslag på nationella indikatorer för uppföljning. Prioritering av de viktigaste resultatindikatorerna.	2018-05-21
Förankring av förslagen om nationella indikatorer och prioriterade resultatindikatorer I sjukvårdsregioner, via nätverket för styrning och ledning av psykiatri (NSLP) och NPO Psykisk hälsa.	
Textbearbetning utifrån arbetsgruppens egen kompetens och identifierade experter I regionerna	2018-06-18
Tredje revidering av VIP	2018-06-18
Första offentliga publicering av VIP - tillgängligt på www.vardochinsats.se	2018-07-02
Test 1 av VIP- innehåll, utformning och webbverktyg. och på indikatorer för uppföljning.	2018-09-25
Insamling och sammanställning av synpunkter på VIP från verksamheter, experter, professionsföreningar och patient/brukar- och anhörigföreningar och på indikatorer för uppföljning	2018-09-25
Fokusgrupp med egnerfarna kring särskilt angelägna områden.	2018-08-20
Revidering av VIP efter sammanställning och bedömning av insamlade synpunkter.	2018-10-02
Arbetsgruppsmöte 4. Genomgång av insamlade synpunkter och förändringar i VIP utifrån dessa. Genomgång och diskussion kring indikatorer för uppföljning. Beslut om ytterligare bearbetning av innehållet och fördelning av arbetet	2018-10-02 + 2018-10-03
Beslut om nationella indikatorer för uppföljning	
Textbearbetning och revidering av VIP utifrån arbetsgruppens egen kompetens och identifierade experter I regionerna	2018-11-12
Framtagande av spridningsplaner i respektive sjukvårdsregioner.	2018
Andra offentliga publicering av VIP-schizofreni - tillgängligt på www.vardochinsats.se	2018-07-01

Test 2 av VIP - Innehåll, utformning och webbverktyg. och på indikatorer för uppföljning.	
Sammanställning av resultat av användartest.	2018-11-19
Arbete med förankring och spridning av VIP i respektive sjukvårdsregion i samarbete med strukturer och nätverk.	2019-02-26
Arbete med plan för spridning och implementering i respektive sjukvårdsregion.	2019-02-26
Textbearbetning och revidering av VIP utifrån arbetsgruppens egen kompetens och identifierade experter i regionerna	2018-11-20
Tredje offentliga publicering av VIP - tillgängligt på www.vardochinsats.se	2018- 12-10
Sammanställning av resultat av användartest och diskussion om revideringar i arbetsgruppen	2019-02-26
Samtal med experter för att förbättra texter kring läkemedel	2019-04-25
Justering av VIP-Schizofreni	2019-05-09
Utvärdering av gruppen och arbetsprocessen.	2019-02-26
Arbetsgruppsmöte 6. Genomgång av resultat av användartest och gjorda förändringar. Genomgång av respektive sjukvårdsregions plan för spridning och implementering av VIP. Diskussion utifrån gruppens egenutvärdering om överlämning till förvaltningsfas.	2018-02-26
Slutgiltig version av VIP publicerad överlämnas till förvaltning	2019-05-09

Bilaga 3. Deltagarförteckning nationell arbetsgrupp

Roll	Företräder	Förslag	Hemorganisation	Profession/befattning
Skribent		Louise Kimby		Specialistsjuksköterska.
Processledare		Louise Kimby		
Processtöd		Helena Orrevad	SKL	
Arbetsgruppsdeltagare	1. Norra sjukvårdsregionen	Björn Norlin	Landstinget i Västernorrland	Specialistsjuksköterska. Psykoterapeut
	2. Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Yvonne Lowert	Psykiatri i Uppsala	Psykiater och biträdande chefsöverläkare
	2.1 Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Jeanette Hjortsberg	Psykiatri i Dalarna	Specialistsjuksköterska och verksamhetschef
	3. Stockholms sjukvårdsregion	Maria Scott	Norra Stockholms psykiatri	Specialistsjuksköterska och vårdutvecklare
	4. Sydöstra sjukvårdsregionen	Ulf Rogberg	Region Jönköpings län	Specialistsjuksköterska och vårdutvecklare
	5. Västra sjukvårdsregionen	Nina Martinsson Grbic	Västra götalandregionen	Sjuksköterska och verksamhetsutvecklare
	6. Södra sjukvårdsregionen	Kerstin Lindell	Region Skåne	Psykiater och medicinsk rådgivare
Arbetsgruppsdeltagare	7. RSS, kommunerna i Norra sjukvårdsregionen			
	8. RSS, kommunerna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Alexander Joneby	Uppsala/Örebro kommun	Psykolog
	9. RSS, kommunerna i Stockholms sjukvårdsregion	Lisa Mattsson	Social- och omsorgskontoret, Södertälje kommun	Samhällsvetare
	10. RSS, kommunerna i Sydöstra sjukvårdsregionen	Mattias Vejkliint	Jönköpings län	Socionom, FoU-ledare och teamchef psykiatri
	11. RSS, kommunerna i Västra sjukvårdsregionen	Cecilia Axelsson	Göteborgsregionen	Socionom, processledare Västkom
	12. RSS, kommunerna i södra sjukvårdsregionen	Micael von Wowern	Region Skåne	
Adjungerad expert	Psykosociala insatser/socialpsykiatri kommunen	Jan Regedantz-Valentin	Kumla kommun	Socionom
	Psykologisk behandling och implementering av kunskapsbaserade metoder	Richard Stenmark	Segesholm kommun	Psykolog
	Sysselsättning	Patrik Nilsson	Eskilstuna kommun	Utvecklingsstrateg - arbetsmarknad
	Läkemedelsbehandling	Mussie Msghina	Karolinska institutet	Psykiater.
	Egen erfarenhet	Åsa Höij	Hjärnkoll	Hjärnkollambassadör och representant från Schizofrenförbundet

Bilaga 4. Underlag till kansliutkast

Landsting	Brukarföreningar	Socialstyrelsen	Kommun
Vårdprogram	Projektmateriel	Rapporter	Undersökning av IPS
Processkartor	Anpassad information	Utvärderingar	Riktlinjer och metodstöd
Patientflöden	Stödjande verksamheter för brukare och anhöriga	Nationella riktlinjer	
Metodhandböcker	Utbildningar för vårdpersonal/brukare/anhöriga	Kunskapsguiden	
Utbildningsmaterial	Material anpassat för brukare/närstående	Öppna jämförelser	
VISS/ nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård	Fokusgrupper med personer med egen erfarenhet		
1177 vårdguiden			
Myndigheter	Arbetsgivare/ intresseorganisation	Kunskapscentrum	Professionsföreningar
Vårdanalys - myndigheten för vård och omsorgsanalys	Sveriges Kommuner och Landsting.	Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser	Sveriges arbetsterapeuter
Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering	Psynk- psykisk hälsa barn och unga	Forskningscentra	Sveriges Psykolog Förbund
Socialstyrelsen		Högskolor	Svenska Läkare Sällskapet
			Svenska Psykiatrföreningen för Skötare
			Svensk sjuksköterskeförening
			Svenska Psykiatriska Föreningen
			Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor

Bilaga 5. Sammanställning från fokusgrupp

20-21 augusti 2018

Närvarande: Karin Bertilsson, Beatrice Carleson Lundgren, Glenn Henner, Martin Johansson, Peter Johansson, Christer Karlsson, Olof Lundgren, Louise Kimby, Åsa Höij, Eva Bolin

Slutenvården

- Mycket bra om det finns dietister på slutenvården och att det finns möjlighet till fysisk aktivitet i grupp.
- Rehabiliterande insatser är viktiga för att återhämta sig och komma tillbaka till i samhället.
- Fysisk aktivitet på recept är en bra insats att få.
- Hur ska vi finna en bra kultur inom slutenvården för att stävja hot och våld? Vi behöver påbörja en diskussion för att finna lösningar.
- Psykopedagogiska utbildningar bra
- Önskemål om regelbundna samtal när man vårdas i slutenvården. Ofta är det väldigt svårt att vårdas inneliggande, medpatienter kan vara en bidragande orsak till att man mår ännu sämre, vårdmiljön är ofta dåligt, man mår hemskt dåligt och behöver samtalsstöd ofta.
- Många har positiv erfarenhet av PeerSupport och MB arbetare
- Viktigt att nära anhöriga får mer information om hur sjukdomen fungerar
- Insatser för hjälp med praktiska göromål såsom att betala räkningar och liknandet behöver läggas till. Ofta är dessa saker som i friskt tillstånd kan vara enkla mycket svåra när man är svårt sjuk och när man vårdas inom slutenvården. Exempelvis insatser av kuratorer.
- Insats kring hur man hanterar och bemöter patienter som vårdas enligt tvång behovs. Man kan uppleva att man får väldigt lite information om vård och varför man är på tvång.

Öppenvården

- Rehabiliterande insatser är viktiga för att återhämta sig och komma tillbaka till i samhället.
- Fysisk aktivitet på recept är en bra insats
- Årlig fysisk och psykisk kontroll behövs även fast du till stor del är återhämtad
- Kan vara väldigt värdefullt att få insatser i hemmet när man är försämrad och inte vill vårdas inom slutenvården.
- Läkemedel måste sättas in så fort som möjligt för att häva psykosen, därför viktigt att snabbt få en läkarbedömning.
- Viktigt att lägga till insatser för att hjälpa mot sömnproblem. Sömnmedicin kan vara bra hjälp för att vända en försämring. Många upplever att sömnen försämras när de mår sämre och om inte sömnen fungerar så kan man bli väldigt sjuk igen. Fungerar

inte sömnen insjuknar man ofta i psykos. Insatser som Sömnskola där man lär sig mera om hur man kan förbättra sin sömn kan är en viktig insats som bör läggas till.

- Stöd till motion och bra matvanor är en viktig insats
- För mycket medicin riskerar att göra att man inte orkar göra något och blir "liggandes".
- Många har erfarenhet av dålig information, kommunikation och bristande uppföljning vid läkemedelsbehandling.
- Familjpsykoedukation är inget bra begrepp- förslag att använda familjeutbildning istället.

Primärvård

- Insats av dietist borde vara enklare att få.
- Det borde vara enklare för primärvården att kunna konsultera psykiatri.
- Insatser för att förbättra bemötande vid kroppslig ohälsa behövs. Många upplever att de har blivit väldigt illa bemötta när de har sökt vård för fysisk ohälsa. Flera upplever att man inte blir tagen på allvar, att kroppslig ohälsa tolkas som psykisk och så vidare. Personalen upplevs behöva ökade kunskaper om psykisk sjukdom. Att bli insorterad i ett "fack" för att man har en psykisk sjukdom är inte roligt. Förekommer i vård- och omsorg.

Psykiatrisk akutsjukvård

- Mobila team – mobil krisinsats behövs
- Mellanvård behövs. När man är försämrad och behöver extra stöd fanns det förut ställen där man kunde sova över och få extra stöd utan att vårdas inom slutenvården på sjukhus. Detta var alla överens om var en bra och viktig insats som man nu dessvärre tagit bort.

Boendestöd

Vad kan boendestöd göra bättre?

- Bli bättre på att stödja mig att städa själv. Pusha mera. Viktigt att få hjälpa att laga mat då det är ekonomiskt.
- Samhällsinkludering: Tillexempel kan boendestödjaren följa med till arbetsförmedlingen för att höra vad de säger så att man i efterhand kan prata igenom detta. Viktigt att stödja etablering i samhället. Att fungera i samhället med sin sjukdom.
- Stöd för läkemedelsbehandling
- Viktigaste uppgift att öka motivation. Stödjande. Fick jag en idé så fick jag hjälp att realisera detta. Uppmuntrade mina idéer. Berätta om varför man ska göra saker. Hjälp att ta tag i saker och ting.

Övrigt:

- Viktigt att få veta om att det finns möjlighet att få personligt ombud. Saknad av information vad det fanns för insatser att få.
- Mer samtal efterfrågas.

- Man behöver få mer information om skillnader mellan personligt ombud, hemtjänst, boendestöd och kontaktperson. Vad de kan hjälpa till med och inte. När kan man söka och hur går det till att få insatserna.
- När boendestöd skulle ta över och hjälpa med städning istället för hemtjänsten - risk att komma efter med städning och disk.
- Finns ingen utbildning till boendestödare vilket kan skapa en otydlighet kring vad hens uppdrag och arbetsuppgifter är. Upplever att boendestödare kan arbeta på väldigt olika sätt. Viktigt att ha samma boendestödare. Svårt när flera kommer på samma gång. Till exempel om de tar med sig en praktikant. Känns inte bra när personer man inte känner kommer hem till en och håller på med ens "grejer".
- Boendestödaren var ett viktigt socialt stöd då jag var väldigt isolerad. Ingen annan gjorde det. Viktigt att få ett socialt stöd då vänner kan försvinna när man blir sjuk. Viktigt med ett personligt engagemang hos personer i vård- och omsorg.
- Kontaktperson från kommunen för att göra sociala saker tillsammans.
- Svårt med diagnosen att få ett jobb. Berättar man om orsaken till att man får lönebidrag så kan man få ett dåligt bemötande.

Bemötande

- Viktigast med ett gott bemötande är att ge hopp och trygghet. Viktigt att personalen respekterar och tar alla känslor på allvar, även när man känner sig glad trots en svår situation.
- Indikation är ett svårt begrepp. Personalens förhållningssätt och bemötande man får sitter i länge. En del personer har "gåvan" att lyckas förmedla hopp. Utbildning och träning i bemötande och ett stort tålamod kan hjälpa dem som inte har "gåvan",
- Extra viktigt att uttrycka sig sakligt och tydligt och undvika ironi. Uppträd lugnt, var närvarande, istället för att stå kvar. Byt ut orden "stå kvar" till något annat. Visa nyfikenhet. Fråga om saker som personen tycker om att göra till exempel en hobby. Åsa och Louise fortsätter att diskutera var vi kan använda istället för "stå kvar" i texten.
- Det finns ett problem med informellt tvång som borde belysas och hanteras

Delaktighet

- Om man inte lyckas få en god arbetsallians med personalen (exempelvis sin läkare) ska man ha rätt att byta. Detta kan ofta vara för svårt att göra på grund av avsaknad av tillräckligt många läkare. "
- Svårt att veta vad man ska göra om man är oense med sin behandlande läkare kring beslut om behandling. Svårt att bli lyssnad på.
- Att känna sig maktlös är motsatsen till att vara delaktig.
- Många upplever ofta att det finns organisatoriska problem. Många gånger kan det vara svårt att veta vilket team man tillhör, vem som är involverad i ens vård och vem som gör vad. Vad har olika personer för ansvar och yrkesfunktioner. Vad ingår i deras arbete? Alla instämde med att det är viktigt att få vara med och påverka vilken läkare och vilket team man vill vara i.

- Samtal om injektionsbehandling: Fokusgruppen har olika uppfattningar men är ensa om att ämnet är mycket viktigt att prata om. Tvångsinjektioner har förekommit istället för tabletter. Personen som fick tvångsinjektioner bytte läkare och fick då tabletter.
- Om man har blivit sjuk på arbetet och man har uppträtt olämpligt vill man ha hjälp att få tillstånd ett möte med arbetsplatsen för att reda ut missförstånd och till exempel be om ursäkt. Väldigt viktigt att läkare inte aktivt kontaktar arbetsgivare

Kontakt med närstående/anhöriga

- Sekretessen är problematisk när anhöriga hör av sig och är oroliga. Vi talar om att man alltid kan informera anhöriga om sjukdomen även fast man inte avslöjar något som patienten berättat om sig. Viktigt dock att återkomma till frågan och prata med patienten om att det är viktigt att hans närstående får information
- ”Vi” vill ha en överenskommelse, vara med i besluten, vara med i planeringen, dessförinnan bli informerad på ev. valmöjligheter
- Om en anhörig tar över måste personalen, läkaren hantera det problemet och vara lyhörd inför patientens behov.
- Personalen bör informeras i vilken relation man lever tillsammans med sin partner. En dålig relation tenderar att framkalla en psykos, har man en bra relation minskar risken
- Många i fokusgruppen är även anhöriga till närstående med psykisk ohälsa och skulle därmed behöva extra stöd.

Fokus Information

- Förutsättningarna för information är inte statisk, hen är olika mottaglig över tid och på olika sätt. Upprepa gärna samma info pga. olika mottaglighet vid tillfälle.
- Viktigt att också få veta vad som förväntas av hen
- Att få mer information om biverkningar behövs
- Viktigt med att uttala det underförstådda, än bättre undvika underförstådda, antydningar som är indirekta.
- Ökad kunskap behövs i arbetslivet: Arbetsgivare bör få information om sjukdomen man har. För att klara av arbetet behövs att arbetsgivaren är lyhörd för ens diagnos och informerad för att förstå
- Anpassa informationen till sjukdomstillstånd – det måste vara en dialog, men blir ofta en monolog från läkaren. Läkarens uppgift är att säkerställa att informationen uppfattats.
- Kontaktgruppen vill att rättigheterna kring LPT måste uppmärksammas skarpare.

Bilaga 6. Prioriterade resultatindikatorer

1. Andel individer i olika typer av **boendeformer** under tidsperioden
2. Andel individer i **sysselsättning** under tidsperioden
3. Andel individer utan **sysselsättning** under tidsperioden
4. Andel individer som under tidsperioden varit i **remission** enligt RS-S*, CRDPSS *, CGI * eller annan validerad skala.
5. Andel individer under tidsperioden haft ingen eller lindrig **läkemedelsbiverkning**
6. Andel individer som under tidsperioden fått **psykiatrisk slutenvård**
7. Andel individer som under tidsperioden haft ett **BMI under 30**
8. Andel individer som under tidsperioden **dagligen använt tobak**.
9. Andel individer som under tidsperioden haft **riskbruk av alkohol** (Audit C man 5 +, kvinna 4+)
10. Andel individer som under tidsperioden haft ett **drogrelaterat riskbeteende** (DUDIT Man 6+ poäng, Kvinna 2+ poäng)
11. Andel individer som under tidsperioden haft samtidig missbruksdiagnos

* RS-S = Remissionsskala vid Schizofreni – Symtom baserad på 8 symtom från PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)

* CRDPSS= Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity

* CGI= Clinical Global Impression - Severity