

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Stöd för styrning och ledning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-471-6
Artikelnummer 2018-9-6

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2018
Foto Maskot Bildbyrå AB/Johnér Bildbyrå AB

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Syftet med riktlinjerna är att både stimulera hälso- och sjukvården och socialtjänsten att använda vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område, och stödja dem att göra öppna och systematiska prioriteringar. Riktlinjerna riktar sig till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer samt andra yrkesverksamma inom vård och omsorg.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård och omsorg, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Inom några år planerar Socialstyrelsen att påbörja en utvärdering av vården och stödet till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd utifrån riktlinjernas indikatorer.

Sjukvårdsregionerna, kommunerna, berörda intresse- och yrkesorganisationer, patient- och brukarföreningar och många enskilda personer har lämnat värdefulla synpunkter på remissversionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

Projektledare för riktlinjerna på Socialstyrelsen har varit Sofia von Malortie och ansvarig enhetschef Mattias Fredricson. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag	9
Användning och mottagare	10
Agenda 2030	11
Avgränsning	11
Samverkan med andra aktörer	11
Om riktlinjeområdet	12
Status och utveckling inom området	15
Nationella utvärderingar	17
Kompletterande kunskapsstöd	18
Vård av äldre	20
Centrala rekommendationer	21
Om rekommendationerna	21
Genomgående arbetssätt	22
Tidiga insatser vid insjuknande i psykos	24
Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser	26
Stöd och behandling vid akuta tillstånd	38
Förebygga och behandla fysisk ohälsa	40
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	42
Skattningar och bedömningar av kostnader	42
Sammanfattning av konsekvenserna	43
Genomgående arbetssätt	46
Tidiga insatser vid insjuknande i psykos	46
Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser	47
Stöd och behandling vid akuta tillstånd	52
Förebygga och behandla fysisk ohälsa	52
Indikatorer för god vård och omsorg	53
Indikatorer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	53
Nationell utvärdering och målnivåer	54
Redovisning av indikatorer	54
Jämlikhet, delaktighet och etik	58
Jämlikhet och bemötande	58
Delaktighet i vård och omsorg	59
Delaktighet i samhället	60

Etiskt svåra situationer inom vård och stöd till personer med psykossjukdom	61
Projektorganisation	62
Referenser	68
Bilaga 1. Lista över rekommendationer	72
Bilaga 2. Agenda 2030	81

Sammanfattning

Varje år insjuknar 1 500–2 000 personer i psykos i Sverige, och cirka 30 000–40 000 personer i Sverige har diagnosen schizofreni. Endast 6–7 procent av gruppen hade ett arbete på den öppna arbetsmarknaden vid uppföljning år 2015. Det innebär att det stora flertalet lever på sjuk- eller aktivitetsersättning eller annat ekonomiskt stöd från samhället, vilket i sin tur innebär en mycket låg inkomst. Medellivslängden för personer med schizofreni är omkring 15 år kortare än hos befolkningen i övrigt. Att drabbas av schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige i dag innebär därmed utöver psykisk och fysisk ohälsa i många fall att bli marginaliserad både socialt och ekonomiskt.

I ett tidigt skede av psykossjukdom finns stora möjligheter att vända utvecklingen och stödja individen att återhämta sig. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör därför erbjuda samordnade insatser för personer som för första gången insjuknar i psykos. Insatser som bör ingå är exempelvis anti-psykotisk läkemedelsbehandling, psykologisk behandling, stöd till närstående och studie- eller arbetsrehabilitering. Dessa insatser bidrar till att de som får insatserna kommer igång med att studera eller arbeta, vilket i sin tur kan bidra till fortsatt tillfrisknande.

Många som drabbas av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behöver fortsatt vård och stöd på flera olika sätt och i många fall av olika aktörer. Dessa personer bör erbjudas *case management*, som på svenska ofta kallas vård- och stödsamordning, för att ge ökad kontinuitet och minska risken att de tappar kontakten med vården och omsorgen. För dem som har ett eget boende kan boendestöd ge ökad möjlighet att klara av ett självständigt liv och få större delaktighet i samhället. Även individanpassat stöd till arbete bidrar till detta, genom att erbjuda en väg ut i arbetslivet.

Den förkortade livslängden för personer med psykisk sjukdom beror i stor utsträckning på somatiska sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Dels drabbas gruppen i högre utsträckning av dessa sjukdomar, dels får de som drabbas inte alltid fullgod vård. En sjukdomsorsak är biverkningar av antipsykotiska läkemedel. Andra orsaker är rökning, ohälsosamma matvanor och för lite motion. Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör därför erbjuda insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor. De bör också erbjuda stöd i kontakter med hälso- och sjukvården, så att fler söker och får vård för sina fysiska besvär och sjukdomar.

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd hos vuxna. De omfattar bland annat tidiga insatser vid insjuknande i psykos, antipsykotisk läkemedelsbehandling, psykologisk behandling, modeller för att samordna insatser, boendeinsatser, olika former av rehabilitering, stöd och behandling vid akuta tillstånd samt åtgärder för att förebygga och behandla fysisk ohälsa.

Syftet med riktlinjernas rekommendationer är att ge politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom kommuner och landsting vägledning för beslut på gruppnivå om vilken vård och vilka stödinsatser som ska finnas till-

gängliga för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Rekommendationerna kan bland annat användas som underlag för resursfördelning utifrån öppna och systematiska prioriteringar. Riktlinjerna innehåller därför även bedömningar av hur ett införande av rekommendationerna påverkar kostnader och organisation, utifrån en bild av hur verksamheterna bedrivs på nationell nivå i dag.

Sammanfattningsvis behöver mer resurser tillföras vården och stödet till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, om alla de åtgärder som rekommenderas i dessa riktlinjer implementeras. Det som krävs är att skapa hållbara strukturer för samverkan, utveckla kompetens hos personalen och öka kapaciteten så att fler får tillgång till de rekommenderade åtgärderna. I vissa fall kan rekommenderade åtgärder införas inom den befintliga strukturen, medan det i andra fall kräver större satsningar. Det beror på hur den nuvarande organisationen ser ut. På längre sikt förväntas implementering av rekommenderade åtgärder innebära förbättrad kvalitet av vården och omsorgen, och därmed förbättrad hälsa, välmående och livskvalitet för personer i gruppen. Det kan möjliggöra att eventuella ökade kostnader återgår till nuvarande nivåer eller minskar ytterligare.

För att Socialstyrelsen ska kunna följa upp tillämpningen av riktlinjerna har 39 indikatorer tagits fram, för att spegla de viktigaste rekommendationerna samt olika aspekter av god vård. Myndighetens utvärderingar kan sedan visa exempelvis hur stor andel av målgruppen som får en rekommenderad åtgärd.

De här riktlinjerna är en sammanslagning och revidering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser från 2011 respektive antipsykotisk läkemedelsbehandling från 2014, och ersätter således dessa.

Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. De omfattar bland annat tidiga insatser vid insjuknande i psykos, antipsykotisk läkemedelsbehandling, psykologisk behandling, modeller för att samordna insatser, boendeinsatser, olika former av rehabilitering, stöd och behandling vid akuta tillstånd samt åtgärder för att förebygga och behandla fysisk ohälsa.

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- Centrala rekommendationer ur *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Med centrala rekommendationer menas rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ekonomi och organisation.
- En analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- Indikatorer för att följa upp hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för behandling, rehabilitering och stöd till personer med schizofreni och liknande tillstånd. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna.
- En diskussion om etiska aspekter, jämlikhet och bemötande samt delaktighet inom vård och omsorg.

Stöd för styrning och ledning är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. Andra delar är bland annat en tillstånds- och åtgärdslista och kunskapsunderlaget för samtliga 55 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen utarbetar kunskapsbaserade nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I denna framgår att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer uttrycks i hälso- och sjukvårdslagens (2017:30),

HSL, 3 kap. 1 §. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, såsom att socialtjänsten ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

Användning och mottagare

De primära mottagarna av riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, chefstjänstemän, verksamhets- och enhetschefer. Riktlinjerna vänder sig främst till regioner, landsting och kommuner, men rekommendationerna kan i vissa fall även tillämpas inom verksamheter som bedrivs av andra huvudmän, till exempel privata utförare av socialtjänstens insatser.

Rekommendationerna ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor om vad som bör ingå i vård- och omsorgsutbudet inom ett visst sjukdomsområde. De kan till exempel vara underlag vid fördelning av resurser eller när hälso- och sjukvården eller socialtjänsten ska ändra ett arbetssätt eller en organisation. De nationella riktlinjerna är tänkta att bidra till att skapa *förutsättningar* för en kunskapsbaserad och jämlik vård och omsorg. De kan användas som ett av flera underlag när hälso- och sjukvården och socialtjänsten tar fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, riktlinjer, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Från kommunernas perspektiv ingår personer med psykossjukdom i en större målgrupp med psykisk funktionsnedsättning. Många av de insatser som rekommenderas i riktlinjerna är användbara även för andra inom den större gruppen. Många av de vetenskapliga studier som rekommendationerna vilar på är också gjorda på en bredare grupp än bara personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Exempelvis kan case management vara till nytta för andra som också behöver hjälp med att samordna sina insatser, och individanpassat stöd till arbete enligt modellen *individual placement and support* (IPS) används redan för många grupper som behöver stöd för att komma in på arbetsmarknaden. Även kognitiv träning är sannolikt relevant för en större grupp.

En särskild mottagare är rättspsykiatrin. Av de personer som vårdas i rättspsykiatrin har mellan 40 och 50 procent psykossjukdom, ofta i kombination med substansberoende [1]. Dessa nationella riktlinjer är därför relevanta också för den rättspsykiatriska vården, även om det finns skillnader i förutsättningar jämfört med övrig psykiatrisk vård [2]. En specifik utmaning för rättspsykiatrin är att hjälpa patienterna att upprätthålla eller förbättra sin funktionsförmåga, eftersom frihetsberövandet i sig ofta leder till förlust av funktioner.

Implementering av nya metoder bör alltid inledas med en behovsanalys, där man granskar den egna verksamheten för att kunna besluta vilken eller vilka nya metoder som behövs för att förbättra den [3]. Att analysera vilka patienter eller brukare man ansvarar för och hur de rekommenderade metoderna motsvarar deras behov är en naturlig del i detta arbete.

Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur myndighetens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030. Dessa riktlinjer rör flera av målen i agendan, exempelvis att genom förebyggande insatser och behandling främja psykisk hälsa och välbefinnande samt att möjliggöra och verka för att alla människor blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet. Se vidare i bilaga 3.

Avgränsning

Avgränsningen utgår i huvudsak från hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens aktuella behov av vägledning, mot bakgrund av ovan beskrivna syfte. Riktlinjerna omfattar därför främst områden och åtgärder där det finns stora praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.

Detta innebär att riktlinjerna inte är heltäckande. Det finns vårdprogram, verksamhetsplaner och andra styrande dokument för psykiatri och socialtjänsten som i högre grad speglar hela vårdkedjan eller handläggningen. Arbetet pågår inom programområdet för psykisk hälsa med ett nationellt vård- och insatsprogram som kommer att vända sig till alla berörda professioner och verksamheter.

Rekommendationerna i de här riktlinjerna gäller vuxna och fokuserar på läkemedelsbehandling och psykosociala insatser samt stödinsatser och vissa organisatoriska frågor.

Diagnostik av psykossjukdom har utelämnats. Dock är en noggrann diagnostik avgörande för val av behandling och stöd, liksom en kontinuerlig dialog med patienten eller brukaren om hans eller hennes behov.

I och med den här revideringen har de tillstånd och åtgärder som tas upp i riktlinjerna ändrats. Vissa åtgärder har tillkommit eller slagits samman med andra medan ytterligare andra har strukits. De tidigare riktlinjerna var tydligt avgränsade till psykosociala insatser respektive antipsykotisk läkemedelsbehandling. I arbetet med att avgränsa området för den här revideringen har en helhetssyn när det gäller insatser till målgruppen i större grad påverkat urvalet av frågeställningar i riktlinjerna. Det har medfört att myndigheten bland annat kompletterat riktlinjerna med ett antal åtgärder som syftar till att stödja personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd till en bättre fysisk hälsa.

De reviderade riktlinjerna har ett tydligare styr- och ledningsperspektiv än tidigare, vilket också har påverkat urvalet av frågeställningar. Exempelvis fanns detaljerade rekommendationer om byte av läkemedel vid vissa biverkningar med i de tidigare riktlinjerna. I denna revidering har sådana frågeställningar utelämnats.

Samverkan med andra aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen samarbetat med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av frågeställningarna.

Utöver SBU har företrädare för landsting och kommuner, professionsföreningar och andra intresseorganisationer samt sakkunniga medverkat. Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten (NSK och NSK-S), som samlar företrädare för sjukvårdsregionerna och länen, har nominerat experter till prioriteringsarbetet.

En fortlöpande dialog har förts med programområdet för psykisk hälsa, där det finns en nationell arbetsgrupp för schizofreni. Gruppen har bland annat i uppdrag att ta fram ett nationellt vård- och insatsprogram, som i stora delar utgår från de nationella riktlinjerna.

För att förankra arbetet hos fler intressenter har riktlinjearbetet knutit till sig en referensgrupp med företrädare för Schizofreniförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa, Riksförbundet Hjärnkoll, Sveriges fontänhus riksförbund, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Finsam. Deltagarna i gruppen har vid återkommande möten fått insyn i arbetet, och även kunnat informera om pågående och kommande aktiviteter i sina respektive organisationer.

Om riktlinjeområdet

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Schizofreni är en psykosjukdom som innebär en förändrad verklighetsuppfattning samt nedsatt funktion på ett eller flera områden, exempelvis i arbetslivet, relationer med andra människor och förmåga att ta hand om sig själv. Schizofreniliknande tillstånd omfattar sådant som schizofreniform psykos, schizoaffektiva syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom samt ospecificerad icke-organisk psykos.

Schizofreni är den vanligaste diagnosen bland alla psykosjukdomar och tillhör en av de tio mest funktionshindrande sjukdomarna i västvärlden [4]. I Sverige insjuknar 1 500–2 000 personer i schizofreni varje år. Sjukdomsdebuten sker vanligen runt 18–30 års ålder. Förekomsten i befolkningen är cirka 0,4 procent, men högre i storstadsområden med hög andel utlandsfödda samt i områden med låg socioekonomisk status. I Sverige har 30 000–40 000 personer diagnosen schizofreni och en stor andel av patienterna som vårdas inom den slutna psykiatriska vården har sjukdomen.

Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd medför nedsatt autonomi, till exempel i form av svårigheter att vara med och fatta beslut om vård och stöd. Vården och omsorgen behöver kompensera för detta. Förutsättningar för att stärka autonomi och delaktighet kan skapas exempelvis genom kontinuitet i vård- och omsorgskontakter och genom att olika vård- och stödinsatser samordnas. Delaktighet och goda relationer till personalen ger i sin tur ökade förutsättningar för återhämtning [5]. För att tillförsäkra denna grupp en god och jämlik vård och omsorg på lika villkor är det viktigt att inte underskatta eller nedprioritera möjligheter till delaktighet.

Psykosjukdomar yttrar sig på delvis olika sätt hos kvinnor och män. Kvinnor insjuknar ofta lite senare i livet och symtombilden kan se lite olika ut utifrån kön. Män har ofta mer av de så kallade negativa symtomen (exem-

pelvis likgiltighet och tillbakadragenhet), medan kvinnor har mer paranoida vanföreställningar och hörselhallucinationer [6, 7]. Kvinnor har ofta en bättre funktionsnivå före insjuknandet och en bättre prognos. De svarar också i regel bättre på antipsykotisk läkemedelsbehandling, men är känsligare för biverkningar än män. Män behöver som regel högre doser för att uppnå önskad effekt [8-13]. Kvinnor i gruppen utsätts också i högre grad för sexuellt våld och andra traumatiska händelser [14]. Vården och omsorgen behöver ha dessa generella könsskillnader i åtanke för att möta individens behov på bästa sätt.

Även kulturella faktorer kan påverka behoven av vård och omsorg, och i bemötandet av personer med psykosjukdom från andra kulturer behöver personalen kunskap om hur detta kan påverka upplevelser av psykisk sjukdom. Vid Transkulturellt centrum inom Stockholms läns landsting finns bland annat kunskapsstöd och utbildning för personal inom vård och omsorg [15].

Vanligt med samsjuklighet

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd får oftare kroppsliga sjukdomar än andra personer, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och diabetes [16]. Det beror troligen på en kombination av ohälsosam livsstil och metabola biverkningar av vissa antipsykotiska läkemedel. Det kan också bero på att personer med psykisk ohälsa får sämre somatisk vård än befolkningen i övrigt [17]. Socialstyrelsen har i en serie studier visat att personer med psykosjukdom riskerar att få mindre ändamålsenlig behandling än övrig befolkning vid tillstånd som akut hjärtinfarkt, stroke, diabetes och cancer, samt att de sannolikt kommer senare till vården med sina besvär [18-21]. Exempelvis befann sig kvinnor med psykosjukdom i ett senare stadium av sin bröstcancer än övriga bröstcancerpatienter när de fick diagnos och behandling. Detta indikerar att de troligen inte går på screening i samma utsträckning som andra kvinnor och att bröstcancern därför upptäcks senare. Påfallande är att när väl sjuklighet konstaterats verkar personer med psykosjukdom inte få samma insatser som övriga. Myndighetens analyser visar exempelvis att vid akut förstagångsinfarkt fick personer med psykosjukdom inte ballongvidgning av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter. Sannolikheten att vid åderförkalkning i halspulsådern få halskärlkirurgi utförd var också lägre. Vid båda tillstånden hämtade personer med psykosjukdom i lägre utsträckning ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte.

Sammantaget framgår det av ovan nämnda studier att gruppen riskerar sämre prognos vid allvarlig somatisk sjukdom vilket också visar sig i förhöjda risker att avlida i samband med de sjukdomstillstånd som analyserades [18-21]. Dessa resultat kan delvis förklara varför medellivslängden för personer med schizofreni i genomsnitt är 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor, jämfört med befolkningen i övrigt [22].

Även psykisk samsjuklighet är vanlig vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [23]. Ungefär hälften av patienterna har depression och minst en fjärdedel har ångestsyndrom, antingen innan insjuknandet eller samtidigt med psykosjukdomen [24]. Patienter med schizofreni har ofta även kognitiva funktionshinder som angränsar till autism och autismsliknande tillstånd.

Det är också vanligt med samtidigt missbruk och beroende av till exempel alkohol eller narkotika. Närmare hälften av alla med schizofreni har ett långvarigt substansberoende. Missbruket försvårar diagnostik och behandling, och de som har ett samtidigt substansmissbruk har ofta allvarigare psykiska symtom. Kombinationen psykisk sjukdom och substansberoende ger ökad risk för ensamhet, hemlöshet, följsjukdomar, dålig följsamhet till medicinsk behandling, ökad familjebörda, upprepade återfall i både psykisk sjukdom och missbruk samt i värsta fall självmord [16, 23]. Både psykiatri och beroendevården behöver ha en beredskap för att erbjuda adekvat hjälp till denna patientgrupp. I dessa riktlinjer rekommenderas integrerade åtgärder för den psykiska sjukdomen och beroendesjukdomen.

Närstående kan ge och behöva stöd

Närstående till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd får ofta bära ett stort ansvar för den som drabbats. De kan bidra till vården och omsorgen med ett annat perspektiv på individens situation, och ska om inte individen motsätter sig det ges möjlighet att delta i planering av vård och insatser, enligt HSL och socialtjänstlagen. Inom ramen för case management, som rekommenderas i dessa riktlinjer, jobbar man ofta med en så kallad resursgrupp där anhöriga om möjligt ska ingå. Det är ett sätt att ta vara på de närståendes kompetens.

Närstående kan också behöva stöd för egen del. Stödet behöver naturligtvis se olika ut beroende på vilken relation de anhöriga har till den som är sjuk: om de är föräldrar och syskon eller om de är partner eller barn till den som är sjuk.

I dessa riktlinjer rekommenderas psykopedagogisk utbildning och familjepsykoedukation, för att både den som drabbats av psykossjukdom och närstående ska kunna få information om psykossjukdom, vad det finns för stöd och behandling och stöd i att hantera situationen. Utöver det ansvarar kommunerna för stöd till närstående enligt 5 kap. 10 § SoL. Bestämmelsen i socialtjänstlagen tydliggör att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för personer som hjälper, vårdar eller stödjer en närstående.

Återhämtning från psykisk sjukdom

En person som blir psykiskt sjuk förlorar helt eller delvis makten över sitt liv. I dessa riktlinjer använder myndigheten begreppet återhämtning för den process som handlar om att återta den makten: över sina psykiska symtom, över det stöd eller den behandling man behöver och över sin egen och omvärldens bild av en som person.

Man kan tala om social respektive total återhämtning, där social återhämtning beskriver en situation där individen har ett normalt socialt liv, där psykiska symtom kan finnas kvar men inte överskuggar tillvaron, där individen kan ha viss kontakt med psykiatri och socialtjänsten men inte behöver heldygnsvård. Vid total återhämtning besväras individen inte längre av psykiska symtom och har ingen kontakt med psykiatri eller socialtjänsten [25].

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver arbeta återhämtningsinriktat, vilket bland annat handlar om att arbeta relationsbyggande och stärka och stödja individen på olika sätt. Relationen behöver vara inriktad på

samarbete, och personalen behöver förmedla hopp om att livet kan bli bättre. I ett återhämtningsinriktat arbetssätt ingår att stärka personens engagemang, vilja till förändring och förmåga att ta ansvar för och ta hand om sig själv. Att stödja personen att etablera relationer med andra människor och att hitta och inta betydelsefulla roller i samhällslivet är andra viktiga komponenter. Vidare behöver personalen erbjuda vägledande, utbildande och praktiskt stöd, motarbeta stigma och arbeta för ett stärkt medborgarskap [26].

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd omfattas av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Funktionshinder uppstår enligt konventionen i samspelet mellan individen och omgivningen, i form av attityder och miljö som hindrar individens fulla och verkliga deltagande i samhället på samma villkor som andra. Därför behöver attityder och miljö förändras så att personer med funktionsnedsättning kan vara delaktiga på lika villkor. FN fastslår att främjandet av mänskliga rättigheter, grundläggande friheter och fullt deltagande i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning både ger dem starkare känsla av samhörighet och innebär betydande framsteg för den mänskliga, sociala och ekonomiska utvecklingen av samhället och fattigdomsbekämpningen. FN betonar individuellt självbestämmande och oberoende för personer med funktionsnedsättning, däribland friheten att göra egna val. Konventionen tar även upp de negativa effekterna av att personer med funktionsnedsättning ofta lever under fattiga förhållanden [27].

Status och utveckling inom området

Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd innefattar flera olika typer av åtgärder, såsom antipsykotisk läkemedelsbehandling, olika typer av psykologisk och psykopedagogisk behandling, insatser för stöd i föräldraskap, vardagliga aktiviteter och boende, hjälp till bostad, arbetsrehabilitering, insatser för att förebygga och hantera återinsjuknande samt insatser för att främja fysisk hälsa. Vissa av insatserna ges av hälso- och sjukvården och andra av socialtjänsten, och vissa ges av båda huvudmännen i samverkan.

Landsting och kommuner har ett gemensamt ansvar

Vården och stödet för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd förutsätter ett samarbete mellan hälso- och sjukvården (i första hand psykiatrin) och socialtjänsten. Psykiatrin ansvarar för att ställa diagnos och erbjuda behandling medan socialtjänsten tillhandahåller stödinsatser och bistånd utifrån aktuella funktionsnedsättningar.

Uppdelningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst gör det svårare att ge en samordnad vård och omsorg, och därför behöver alla landsting och kommuner arbeta aktivt för att kunna samordna sina insatser.

Landstingen och kommunerna är skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar, enligt 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 8 a § SoL. De är även skyldiga att tillsammans upprätta en individuell plan när en person behöver insatser från båda huvudmännen, enligt 16 kap. 4 § HSL, 6 kap. 4 § patientlagen (2014:821) och 2 kap. 7 § SoL.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver samarbeta kring en individ på flera sätt, bland annat genom att informera varandra om status och behov samt löpande planera och utvärdera åtgärder. Enligt nuvarande regler är det inte möjligt med gemensam dokumentation för hälso- och sjukvårdsåtgärder och insatser enligt SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, men för att personalen ska kunna göra ett bra arbete för individen behöver rätt användare ha rätt information i rätt tid. Ett informationsutbyte mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förutsätter som huvudprincip ett samtycke från den person saken gäller. Det gäller både när aktörerna upprättar en samordnad individuell plan och för informationsöverföring i andra situationer. Om individen samtycker till att information överförs mellan verksamheter finns det inga juridiska hinder för det. Därför är det viktigt att skapa rutiner dels för att fråga patienter och brukare om samtycke till informationsöverföring, dels för hur informationsöverföringen mellan verksamheter ska gå till.

Förutsättningar för samordning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer i rapporten *Samordnad vård och omsorg* att det i dag finns stora brister i samordningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att uppnå en samordnad vård och omsorg anser de att fyra förutsättningar behöver uppfyllas:

- en patient- och brukarcentrerad organisationskultur som arbetar för en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg
- systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer som ger förutsättningar för samordning
- samverkan mellan organisationer som skapar förutsättningar för samordning över organisationsgränser
- administrativa system som underlättar samordning [28].

En specifik situation då hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver samverka är när en person skrivs ut från slutenvård. Sedan den 1 januari 2018 gäller lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, som innebär högre krav på kommunerna, den slutna vården, primärvården och annan öppen vård. Syftet är att patienter inte ska vara kvar i slutenvård onödigt länge, och att övergången till öppen vård och kommunal omsorg ska fungera smidigt. Rutiner för informationsöverföring är en viktig del i detta.

På längre sikt kan förutsättningarna för dokumentation och informationsöverföring förändras. Arbete pågår till exempel inom Vision e-hälsa 2025, som syftar till att Sverige till år 2025 ska bli bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter för att underlätta för människor att

uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet [29].

Personligt ombud kan bidra till samordning

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta svårt att själva formulera sina behov och föra dialog med vården, omsorgen och andra samhällsinstanser. En insats som de allra flesta kommuner erbjuder för personer med psykisk funktionsnedsättning är personligt ombud. Detta kan vara en bra insats för att få till vård och stöd som motsvarar individens behov eller bättre samordning mellan befintliga insatser. Personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan med fördel informera patienter och brukare om möjligheten att ansöka om att få ett personligt ombud.

Nationella utvärderingar

För att följa upp tillämpningen av de nationella riktlinjerna genomför Socialstyrelsen utvärderingar inom de områden av vården och omsorgen som omfattas av de nationella riktlinjerna. Syftet är att utvärdera i vilken mån rekommendationerna i riktlinjerna följs men även att belysa kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen.

Ett annat syfte är också att den kunskap som framkommer i utvärderingsarbetet ska kunna omsättas och integreras i uppdateringen av de befintliga riktlinjerna. Det kan till exempel gälla resultat som visar att vården och omsorgen inte är jämlikt fördelad eller ges med samma kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter. Genom att belysa dessa brister kan utvärderingarna driva på att vården ges utifrån riktlinjernas rekommendationer, men också belysa vad som behöver lyftas fram i de nationella riktlinjerna.

Utvärderingarna utgår från de indikatorer som tas fram inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård.

Nationell utvärdering 2013: vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni

En nationell utvärdering av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni publicerades 2013, utifrån indikatorerna i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* [30] och *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* [31]. Utvärderingen visade bland annat att personer med psykisk ohälsa riskerar att inte få fullgod behandling av samtidigt kroppsliga sjukdomar, och därmed riskerar en sämre hälsa och att dö i förtid. Personer med en psykiatrisk diagnos har en högre andel undvikbara tillfällen i somatisk slutenvård jämfört med personer utan en sådan diagnos.

Utvärderingen identifierade också ett antal förbättringsområden. Några exempel är att landstingen uppmanades att

- i högre grad uppmärksamma kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa

- öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling och psykosociala insatser
- analysera orsakerna till hög andel återinskrivningar inom psykiatrisk slutenvård
- utveckla ett mer patientcentrerat arbetssätt i psykiatrin för att öka patienternas delaktighet.

Kommunerna uppmanades bland annat att

- öka tillgången till stöd i eget boende för personer med psykisk funktionsnedsättning
- öka den arbetsinriktade rehabiliteringen för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Lägesbeskrivning för läkemedelsbehandling

Utöver utvärderingen från 2013 publicerades 2016 en lägesbeskrivning [32] utifrån indikatorerna i de nationella riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling från år 2014 [33]. Ett viktigt resultat, som ligger i linje med riktlinjerna, är att merparten av personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd får tillgång till antipsykotisk läkemedelsbehandling. Ett resultat som *inte* ligger i linje med rekommendationerna är att behandling med klozapin inte används i förväntad utsträckning vid suicidalt beteende och vid svårbehandlade symtom. Ett annat viktigt resultat är att överdödligheten är fortsatt hög i gruppen, närmare 2,5 gånger så hög som i befolkningen i övrigt. Allra högst dödlighet i gruppen har lågutbildade personer [32].

Kompletterande kunskapsstöd

Vårdprogram och andra styrande dokument

Lokala och regionala vårdprogram, handlingsplaner, överenskommelser och policyer är dokument som riktar sig till vård- och omsorgsprofessionerna och är mer heltäckande än de nationella riktlinjerna.

Svenska psykiatriska föreningen har utformat ett vårdprogram för yrkesverksamma inom psykosvård som kan betraktas som nationellt [34]. Ett exempel på ett regionalt vårdprogram är Stockholms läns landstings processtöd för vård vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Det är webbaserat och finns på psykiatristod.se.

Det finns en arbetsgrupp för att samordna och utveckla kunskapsstyrningen nationellt för området psykossjukdom, inom ramen för det nationella programområdet psykisk hälsa. Arbetsgruppen ska arbeta med kunskapsfrågor på både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område, och bland annat utarbeta ett nationellt vård- och insatsprogram [35].

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsverket har rekommendationer för antipsykotisk läkemedelsbehandling, som vänder sig till förskrivande läkare och ger detaljerade rekommendationer om läkemedelsbehandling vid psykossjukdomar [36]. Rekommendationerna kan användas i den direkta kontakten med patienten.

Beslutsstöd vid sjukskrivning

I Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd för sjukskrivning finns rekommendationer om sjukskrivning vid psykotiska syndrom [37].

Samsjuklighet

Såväl psykiatrisk som somatisk samsjuklighet är vanligt hos personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Andra nationella riktlinjer som har beröringspunkter med dessa är därför riktlinjerna om ohälsosamma levnadsvanor, missbruk och beroende samt depression och ångestsyndrom.

Ohälsosamma levnadsvanor är en viktig orsak till kroppsliga sjukdomar hos personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Rekommendationer om metoder för att stödja personer att förändra ohälsosamma levnadsvanor finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [38]. Personer med psykisk sjukdom behöver dock generellt sett mer stöd för att förändra levnadsvanor än psykiskt friska personer. Därför tas stödjande åtgärder på området levnadsvanor upp även i riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom [39] ges rekommendationer bland annat om tillgänglighet, diagnostik och behandling för personer med depression eller ångestsyndrom och i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende [40] ges rekommendationer bland annat om bedömningsinstrument, läkemedelsbehandling och psykosociala insatser.

Ett annat kunskapsstöd på området levnadsvanor är *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)*, där det finns rekommendationer om fysisk aktivitet för personer med schizofreni [41].

Metoder för ökad delaktighet

Utöver vad som tas upp i de här riktlinjerna gällande delaktighet har Socialstyrelsen tagit fram ett kunskapsstöd för socialtjänsten om metoder och arbetssätt för ökad delaktighet och självständighet för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. I första hand gäller stödet de som ingår i personkrets 1 och 2 enligt LSS, men det kan även vara användbart för angränsande grupper [42].

Anhörigstöd

Socialstyrelsen har publicerat rapporten *Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*, som tydliggör hur denna bestämmelse ska tillämpas [43]. Vägledningen vänder sig i första hand till kvalitetsutvecklare i kommunerna och motsvarande personer hos utförare av socialtjänst. Anhörigstöd uppmärksammas också av patient- och

brukarföreningar, exempelvis i Nationell samverkan för psykisk hälsas satsning Anhörigprojektet [44].

Vård av äldre

Äldre personer riskerar att inte ges vård och stöd efter behov [45]. Det är dock inte en persons ålder som avgör om hen bör få vård och stöd eller inte, utan möjligheten att tillgodogöra sig åtgärderna.

Oavsett när i livet en person insjuknar krävs särskild hänsyn när en äldre person med psykosjukdom ska få vård och stöd. Både den psykiatriska vården och stödinsatser behöver anpassas till individens särskilda förutsättningar. Personer som har insjuknat i psykosjukdom tidigare i livet behöver fortsatt vård och stöd när de blir äldre, men kanske på ett annat sätt. Det är mindre vanligt att insjukna i psykosjukdom i hög ålder, men det förekommer. Läkemedelsbehandlingen behöver utformas efter den äldre människans fysiologi, med hänsyn till risk för interaktioner mellan olika läkemedel. Det psykosociala stödet, till exempel stöd i boende, behöver ges utifrån kunskap om psykosjukdom och kognitiv funktionsnedsättning.

För att kunna ge denna grupp en god vård är det nödvändigt att anpassa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna efter dessa personers särskilda förutsättningar. Vägledning om detta finns i bilagan *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* som finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Svenska psykiatriska föreningen har kliniska riktlinjer för äldrepsykiatri, som omfattar utredning och behandling av psykosjukdom hos äldre [46].

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv.

I rekommendationerna anges om det är hälso- och sjukvården eller socialtjänsten som har huvudansvar för åtgärden. Om båda huvudmännen anges behöver åtgärden antingen utföras i samverkan eller så kan den erbjudas i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten var för sig. Med *hälso- och sjukvård* avses även kommunalt finansierad sådan, och med *socialtjänst* avses all berörd verksamhet som bedrivs inom ramen för socialtjänstlagen eller LSS.

Samtliga rekommendationer redovisas i bilaga 1. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ned på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det är också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökdatabas.

Om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdspar. Sammantaget ges tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabell 1 nedan beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten <i>bör, kan eller kan i undantagsfall</i> erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har högst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten att sluta använda åtgärderna.

Metoden för rangordningsprocessen och kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagorna *Metodbeskrivning*, *Kunskapsunderlag* respektive *Hälsoekonomiskt underlag*. Bilagorna finns att ladda ned på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rekommendationer med rangordning 1–10

Socialstyrelsen formulerar de centrala rekommendationerna som åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *bör, kan* eller *kan i undantagsfall* erbjuda vid ett visst tillstånd. Syftet är att stödja mottagarna att tolka och tillämpa rekommendationer med rangordningen 1–10. Formuleringen *bör* används för rekommendationer med rangordning 1–3, *kan* för 4–7 och *kan i undantagsfall* för 8–10.

Rangordningen utgår från nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdspar utgår från den nationella modellen för prioriteringar [47]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Tillståndets svårighetsgrad avgörs utifrån graden av funktionsnedsättning och delaktighetsinskränkning, samt risken för ytterligare sjukdom och förtida död, vid ett visst tillstånd. Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekt, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är.

I dessa riktlinjer, som även vänder sig till socialtjänsten, har Socialstyrelsen modifierat modellen med hänsyn till grundprinciperna i SoL [48, 49]. För de åtgärder som utförs enbart av socialtjänsten beaktas därmed inte tillståndets svårighetsgrad.

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

Socialstyrelsen kan ge rekommendationen FoU (forskning och utvärdering) om en åtgärd är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten, eller om en åtgärd har införts i vården eller omsorgen trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten. Genom att verksamheter följer hur åtgärden fungerar kan ny kunskap sammanställas. Det kan göras i form av antingen forskning knuten till ett universitet eller som en lokal utvärdering utifrån registerdata om hur man använder åtgärden och vilka effekter man ser hos patienterna eller brukarna, till exempel i samverkan med en FoU-enhet.

Genomgående arbetssätt

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver vara lyhörda för de önskemål som personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har, hitta deras motivation och utifrån detta samordna olika åtgärder. Det för att dessa personer ska kunna återhämta sig från sin psykiska sjukdom, få möjlighet att delta i samhället och leva som andra. Exempelvis kan en person som kommer ut i arbetslivet behöva stöd att anpassa sin läkemedelsbehandling till en mer

krävande och aktiv livsstil. Samma person kan också få betydligt bättre effekt av kognitiv träning i denna situation, när personen deltar i ett sammanhang som ger hopp om återhämtning samtidigt som det ställer krav på kognitiv förmåga, än om träningen ges isolerat. Vidare kan en person som slutar röka behöva ändra dosen på sitt antipsykotiska läkemedel.

Dessa och andra situationer kräver en helhetssyn på patientens eller brukarens livssituation samt ett tvärprofessionellt samarbete inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och ett aktivt arbete för att göra individen delaktig i sin egen vård och omsorg. Beslutsfattare och verksamhetschefer behöver skapa förutsättningar för ett sådant arbetssätt, med utgångspunkt från de specifika hinder som den här gruppen möter.

Delat beslutsfattande

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 25)

En väsentlig del i återhämtning från psykosjukdom är att den som är drabbad själv aktivt medverkar i att få sitt liv att fungera. Därför är det eftersträvanvärt att alla beslut om vård och stöd fattas tillsammans med den individ det gäller, i ett delat beslutsfattande.

Patientlagen förstärker HSL:s krav på att patienten ska vara delaktig i beslut om vården, samt skyldigheten att ge individuellt anpassad information om hälsotillståndet och de metoder för vård och behandling som finns. Även SoL anger att individen ska vara delaktig i beslut om insatser.

Delat beslutsfattande (*shared decision making*) är ett arbetssätt för att öka individens delaktighet i vården och omsorgen. Metoden kan användas i såväl slutna som öppna hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Syftet med delat beslutsfattande är att främja återhämtning genom att hjälpa individen att spela en aktiv roll i beslut som rör hans eller hennes hälsa och livssituation. Resonemanget bakom arbetssättet är att större inflytande över de beslut som fattas ökar benägenheten att agera enligt besluten, ger en bättre relation till behandlaren och en starkare självkänsla för individen. I metoden ingår att förmedla information om olika åtgärdsalternativ, tydliggöra personens egna preferenser och därefter fatta gemensamma beslut om behandling eller stödinsatser. Hänsyn tas till både individens och personalens kunskap samt till vetenskapliga fakta, och de beslut som fattas ska inte ändras utan individens medverkan.

Åtgärden inbegriper vanligtvis någon form av beslutsstöd till individen för att öka möjligheten att vara delaktig. Många verksamheter efterlyser denna typ av formaliserat stöd för arbetssättet, och bristen på standardiserade stödmaterial på svenska kan vara ett skäl till att åtgärden hittills inte har fått tillräckligt genomslag. Socialstyrelsens rapport *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård* [50] ger en introduktion om metoden, och i skriften *Från delaktighet till delat beslutsfattande* [51] finns exempel på hur arbetssättet kan användas. Det pågår också svensk forskning där man utvecklar och testar beslutsstöd, bland annat kopplat till processen för samordnad individuell plan (SIP), vilket kan komma att underlätta arbetet med delat beslutsfattande framöver.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd bygga på individens delaktighet utifrån metoden delat beslutsfattande. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ge patienten eller brukaren ökad känsla av egenmakt och bättre relation till behandlaren. Åtgärden är dessutom ett sätt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten att strukturera sitt arbete med hänsyn till lagstiftning om information, delaktighet, samtycke och individuell planering.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- tillämpa arbetssättet delat beslutsfattande i vård och stöd för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (*prioritet 2*).

Övriga rekommendationer inom området

Inom området genomgående arbetssätt finns även en rekommendation om följande åtgärd (se bilaga 1):

- påminnelse om besökstider (*rad 23*).

Tidiga insatser vid insjuknande i psykos

Varje år insjuknar 1 500–2 000 personer i psykos i Sverige. Långa perioder av obehandlad psykos kan medföra allvarliga konsekvenser. Det kan till exempel innebära förlorad kontakt med familj och vänner samt självmordsförsök.

Insjuknandet är ofta traumatiskt både för den drabbade individen och för de närstående. Den som insjuknar i psykos söker många gånger inte hjälp i vården på egen hand, och kan uppleva kontakter med vården som skrämmande. Stigmatiserande attityder om dessa diagnoser samt negativa bilder av psykiatri och dess behandlingsmetoder kan också bidra till att många inte söker eller inte håller kontakten med psykiatri [52].

Prognosen för personer i tidiga faser av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd förbättras ju tidigare tillståndet diagnostiseras och behandlas. Avgörande för en tidig diagnos är att det finns kunskap om tidiga symtom och besvär hos de vård- och omsorgsgivare som möter patienterna eller brukarna. Det är också viktigt att patienten eller brukaren är delaktig i beslut som fattas och att personalen inom vården och omsorgen arbetar för att motverka stigmatisering, till exempel genom att bemöta patienter och brukare med respekt och vara lyhörda för deras perspektiv.

Insatser vid misstänkt psykos eller psykotiska symtom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 44 och 45)

Hög tillgänglighet till bedömning av vårdbehov vid misstänkt psykos handlar främst om att i rätt tid ge ett professionellt och respektfullt bemötande och

föra en dialog med patienten. Syftet är att möjliggöra en tidig upptäckt av psykos och tidigt erbjuda fortsatta insatser. Hög tillgänglighet ställer krav på fysisk tillgänglighet, såsom telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personalorganisation, både gentemot patienter och anhöriga som söker hjälp och gentemot andra aktörer som söker hjälp för en persons räkning. Internationellt benämns team för snabb specialistbedömning av personer med misstänkt psykos ofta *early detection teams*, vilket är ett exempel på en modell för att arbeta med hög tillgänglighet.

Psykotiska symtom kan tyda på ett potentiellt allvarligt tillstånd, men kan vara svårbedömda. Primärvården kan därför behöva stöd och handledning i hur de bör handlägga patienter med misstänkt psykotiska symtom samt i vilka fall det är aktuellt att psykiatrin tar över vården av patienten.

En etablerad struktur för primärvården och psykiatrin att samverka kring tidig upptäckt av patienter med misstänkt psykotiska symtom kan möjliggöra att patienter får rätt behandling snabbare. Arbetssättet innebär att primärvården har kontinuerlig tillgång till psykiatrisk specialistkompetens i form av handledning och stöd, till skillnad från punktvisa utbildningsinsatser. Detta kan också bidra till att patienter och närstående upplever vården som mer sammanhållen.

I vissa delar av landet finns försöksverksamheter eller mer etablerade strukturer för denna typ av samverkan. Det finns dock ingen allmänt etablerad struktur för konsultation, rådgivning och tillgång till expertis mellan primärvården och psykiatrin.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning av vårdbehov till personer med misstänkt psykos. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar möjligheten att bedöma hur allvarligt tillståndet är och att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede, vilket kan förbättra prognosen för patienten.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården också använda en struktur där primärvården kan få konsultativt stöd från psykiatrin vid handläggning av personer med misstänkt psykotiska symtom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar hälso- och sjukvårdens möjlighet att ge personer med misstänkt psykotiska symtom ett bra bemötande i primärvården och vid behov snabbare erbjuda rätt behandling inom psykiatrin, jämfört med om det inte finns någon sådan etablerad struktur.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- skapa hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning av vårdbehov till personer med misstänkt psykos (*prioritet 1*)
- använda en struktur som innebär att primärvården kan få konsultativt stöd från psykiatrin vid handläggning av personer med misstänkt psykotiska symtom (*prioritet 2*).

Samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 46)

Så kallad tidig intervention för personer som insjuknar i psykos för första gången syftar till att ge dem vård och stöd som är särskilt utformad för att hjälpa förstagångsinsjuknade att komma tillbaka till ett aktivt liv, med mesta möjliga delaktighet och självständighet i samhälle och arbetsliv. Program för tidig intervention kan organiseras på olika sätt och inkludera olika behandlingsmetoder, men har ofta ett återhämtningsinriktat perspektiv och delat beslutsfattande som ett genomgående arbetssätt. Ofta ingår ett multidisciplinärt team där teammedlemmarna ansvarar för cirka 10–15 patienter var.

Viktiga behandlingskomponenter vid förstagångsinsjuknade i psykos är låg dos av antipsykotisk läkemedelsbehandling, utbildning om psykossjukdom och dess behandling, psykologisk behandling, social färdighetsträning och stöd till studier eller arbete. För att motverka allvarliga konsekvenser av psykosinsjuknandet är det också viktigt att involvera familj eller andra närstående, vilket också kan öka chansen att personerna stannar kvar i behandling.

I Sverige finns i dag endast ett fåtal specialiserade team för förstagångsinsjuknade.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjepsykoedukation, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier (enligt metoderna IPS respektive *supported education*) till personer som för första gången insjuknar i psykos. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har effekt på återgång i studier eller arbete, vilket är en viktig aspekt när det gäller återhämtning från psykossjukdom.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda samordnade insatser, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjepsykoedukation, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos (*prioritet 1*).

Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser

I alla faser av psykossjukdom är det viktigt att vården och omsorgen ges inom ramen för ett delat beslutsfattande, där individen och de närstående får vara med och beskriva sina behov och fatta beslut om åtgärder. Det är också

viktigt att vård- och omsorgspersonalen strävar efter att inge hopp om återhämtning, och att bygga stödjande relationer med patienter och brukare.

Nedan följer rekommendationer om åtgärder inom ett antal områden: modeller för att samordna insatser, rehabilitering i form av studier eller arbete, boendeinsatser samt psykologiska, psykosociala och psykopedagogiska insatser. Sist i avsnittet följer en lista över övriga rekommendationer inom det här området.

Antipsykotisk läkemedelsbehandling

Antipsykotisk läkemedelsbehandling bidrar till återhämtning genom att underlätta för individen att delta i andra återhämtningsinriktade insatser, exempelvis arbetsrehabilitering. För de flesta med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är läkemedelsbehandling en förutsättning för detta.

Läkemedelsbehandlingen behöver integreras med övriga åtgärder. Det gäller exempelvis att hitta en optimal dos för individen, som ger tillräcklig antipsykotisk effekt men inte så mycket biverkningar att det förhindrar rehabiliteringen. En annan viktig målsättning är att undvika kombinationer av flera antipsykotiska läkemedel, och att stödja patienterna att ta sina läkemedel.

För att läkemedelsbehandlingen ska kunna fungera väl som en del i behandlingen behöver det finnas förutsättningar för att utforma och fortlöpande justera den inom ramen för ett delat beslutsfattande. Det gäller att identifiera aktuella aktiviteter och mål i individens liv relaterat till önskade och oönskade effekter av de läkemedel som kan vara aktuella. Det är mycket viktigt att diskutera biverkningar, och patientens upplevelser och preferenser är viktiga faktorer i beslutet om behandling. Om patienten exempelvis vill sänka dosen för att hen upplever besvärliga biverkningar gäller det att göra det försiktigt, i samarbete med patienten och de anhöriga, och ha en beredskap för att hantera det beslut som patienten fattar. Man behöver följa tätt hur det går och vara uppmärksam på tidiga tecken på återinsjuknande – här är även de anhörigas bild viktig. På så sätt kan man få nya insikter, en bättre allians och en patient som tar mer ansvar för sin behandling. Både läkare och annan personal behöver kompetens och tid för att kunna arbeta på det här sättet.

Trots att antipsykotisk läkemedelsbehandling är en mycket viktig del i behandlingen av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd lyfts inga läkemedelsrekommendationer fram som centrala i dessa riktlinjer. Det beror på att de inte bedöms få några stora ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser för landstingen. En lägesbeskrivning som Socialstyrelsen gjorde 2016 visade att 86 procent av gruppen hämtat ut ett eller flera antipsykotiska läkemedel under 2013–2014 [32]. Med andra ord får de flesta personer med dessa tillstånd tillgång till läkemedelsbehandling. De rekommendationer som ges (se bilaga 1) gäller ett urval av de vanligaste antipsykotiska läkemedlen i peroral form samt behandling i depåform. Syftet med dessa rekommendationer är att ge vägledning på övergripande nivå utifrån en avvägning av nytta och risk med de olika läkemedlen. De läkemedel som har fått låg prioritering har på gruppnivå en sämre biverkningsprofil.

Läkemedelsrekommendationerna kan användas för lokalt och regionalt förbättringsarbete. Om man exempelvis i ett landsting utifrån registerdata ser

att ett lågt prioriterat läkemedel förskrivs i stor utsträckning, och man samtidigt ser att en stor andel patienter drabbas av biverkningar som kan förknippas med det aktuella läkemedlet, till exempel viktuppgång, finns det anledning att se över förskrivningen.

Modeller för att samordna insatser

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 20, 21, 22 och 27)

Många personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd behöver flera olika typer av vård- och stödinsatser, och dessa behöver samordnas och anpassas kontinuerligt efter individens behov. Behovet av vård- och stödinsatser varierar, eftersom försämring av psykosjukdomen vanligtvis kommer i skov. Under en sådan försämringsperiod behöver en individ ofta mer intensivt stöd. När individen sedan återhämtat sig kan man generellt sett återgå till mindre intensivt stöd igen. Det är oftast inte åtskilda patientgrupper som behöver de olika grader av samordning som beskrivs nedan, utan individer rör sig mellan olika grupper, vilket innebär att verksamheterna behöver kunna anpassa intensiteten i insatser flexibelt.

När en person behöver habilitering, rehabilitering och hjälpmedel (8 kap. 7 § HSL och 7 kap. 2 § patientlagen), eller insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen skriva en individuell plan (16 kap. 4 § HSL, 2 kap. 7 § SoL och 6 kap. 4 § patientlagen). Planen ska om möjligt utformas tillsammans med individen och om det är lämpligt ska närstående också vara med. Se även föreskrifter (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, som ger ytterligare stöd för hur samordningen ska gå till.

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller som ska fungera som ramverk för att dels se till att en individ får tillgång till de vård- och stödinsatser som hen behöver, dels bidra till att insatserna ger bästa möjliga effekt och att individen därmed kan leva ett så självständigt liv som möjligt. Samtliga modeller har en vård- och stödsamordnare (*case manager*) med en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med patienten eller brukaren.

En komponent i arbetssättet är hur man involverar den närmaste gruppen runt individen. Inom många verksamheter i Sverige bildar man en så kallad resursgrupp, där brukaren väljer vilka som ska ingå i gruppen. Gruppen träffas regelbundet och hjälps åt att arbeta i riktning mot de mål som brukaren sätter upp. En vanlig sammansättning är brukaren, en vård- och stödsamordnare från psykiatrin respektive socialtjänsten, läkare, närstående och eventuella övriga som brukaren väljer, exempelvis handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller en god man [53].

Case management-modellen ACT (*assertive community treatment*) är en intensiv åtgärd avsedd för personer med psykiska funktionsnedsättningar som ger omfattande funktionshinder, som i sin tur gör det svårt för dem att medverka i vård och delta i samhällsliv. ACT-modellen karakteriseras bland annat av

- få brukare per teammedlem
- att insatserna ges i reella miljöer i samhället i stället för på en mottagning

- att teamet är tillgängligt dygnet runt alla veckodagar
- att teamet ger direkta insatser i stället för att remittera brukarna till andra vård- och stödgivare [54].

En variant av ACT-modellen är FACT-modellen (*flexible assertive community treatment*). Denna modell har betoning på flexibiliteten i hur intensivt stöd brukaren får. När en brukare behöver mer intensivt stöd skrivs hen upp på en så kallad FACT-tavla, och tas om hand av hela teamet. När personen mår bättre tas hans namn bort från FACT-tavlan, och en vård- och stödsamordnare i teamet sköter den fortsatta kontakten med honom eller henne. Samma team erbjuder mer eller mindre intensiv vård- och stödsamordning utifrån brukarnas behov. FACT tycks vara enklare att implementera i det svenska välfärdssystemet än den mer intensiva formen ACT. Därför är det av stort intresse att utvärdera hur modellen fungerar i Sverige.

De olika modellerna för att samordna insatser skiljer sig åt vad gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning, graden av delat beslutsfattande som tillämpas samt vård- och stödsamordnarens roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna.

Intensiteten i kontakten med brukaren påverkar hur resurskrävande insatserna är. I ett ACT-team är riktmärket 10 brukare per teammedlem, medan man i mindre intensiva former av case management, eller om man växlar mellan intensivt och mindre intensivt stöd, kan ha 25–30 brukare per teammedlem.

För de som har både psykossjukdom och substansberoende är en avgörande faktor att åtgärder för den psykiska sjukdomen ges integrerat med åtgärder för beroendesjukdomen. Integrerad behandling är mer gynnsamt än sekventiell eller parallell psykiatrisk behandling inom psykiatri och missbruksbehandling inom missbruksvården. Se även *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [40].

Alla dessa modeller förutsätter att olika verksamheter samarbetar, vilket kräver tydliga rutiner, exempelvis för kontaktvägar och dokumentation. Enligt nuvarande regler är det inte möjligt med gemensam dokumentation för hälso- och sjukvårdsåtgärder och socialtjänstens insatser. Men om individen samtycker till att information överförs mellan verksamheter finns det inga juridiska hinder för det. Därför är det mycket viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten skapar rutiner för överföring av information mellan verksamheter och för att fråga patienter och brukare om samtycke till detta.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda case management till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en positiv effekt på patienters och brukares nöjdhet med vården och stödet, jämfört med dem som inte fått åtgärden.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda intensiv case management enligt ACT-modellen (*assertive community treatment*) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har psykiska funktionsnedsättningar som leder till

omfattande funktionshinder och påverkar förmågan att medverka i vård och delta i samhällsliv. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden minskar risken för att patienter tappar kontakten med vården. Åtgärden har även en positiv effekt på patienters och brukares nöjdhet med vården och stödet, jämfört med dem som inte fått åtgärden. För den avsedda gruppen är åtgärden kostnadseffektiv.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda åtgärder för missbruk eller beroende integrerat med åtgärder för den psykiska sjukdomen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att integrerade åtgärder har en positiv effekt på patienters och brukares nöjdhet med vården och stödet, jämfört med dem som inte fått integrerade åtgärder.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda case management enligt FACT-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för att utvärdera åtgärdens effekt är otillräckligt, men forskning pågår.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda case management till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (*prioritet 1*)
- erbjuda intensiv case management enligt ACT-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har psykiska funktionsnedsättningar som leder till omfattande funktionshinder och påverkar förmågan att medverka i vård och delta i samhällslivet (*prioritet 2*)
- erbjuda åtgärder för missbruk eller beroende integrerat med åtgärder för den psykiska sjukdomen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- erbjuda case management enligt FACT-modellen (flexible assertive community treatment) (*FoU*).

Rehabilitering i form av studier eller arbete

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 28–30 och 32)

Personer som lever med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har ofta svårt att ha ett aktivt vardagsliv med god livskvalitet. Svårigheterna beror bland annat på kognitiv funktionsnedsättning. Personer med dessa tillstånd har ofta dåligt arbetsminne, svårt att styra sin uppmärksamhet och nedsatta exekutiva funktioner. Detta gör det svårt att genomföra målinriktade handlingar och att organisera sin tid.

En mycket liten andel studerar eller arbetar, men studier visar att en betydligt större andel kan göra det om de får stöd. Att studera eller arbeta ger större delaktighet i samhället och bättre ekonomi, vilket i sin tur ger individen bättre förutsättningar att återhämta sig från sjukdomen.

Individens behov kan variera över tid, och det behöver därför finnas olika typer av rehabilitering att välja mellan. I ett visst läge handlar det om att ha någonstans att vara, att kravlöst träffa andra människor i ett sammanhang. I ett annat läge handlar det om att ha något att göra, och i ytterligare ett annat läge handlar det om att få stöd att komma vidare till ett aktivt liv med studier eller arbete. Det är viktigt att fånga upp och stödja individens egen vilja att hitta sin väg mot återhämtning.

För den som för tillfället inte vill eller kan studera eller arbeta kan daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning dels ge ett mer aktivt vardagsliv med sociala kontakter och en fungerande vardagsstruktur, dels bidra till återhämtning och möjlighet till framtida arbete. Verksamheter för sysselsättning drivs ofta av kommunen och deltagarna får tillgång till dem med eller utan biståndsbeslut. Arbetsinriktad daglig sysselsättning innebär arbetsliknande aktiviteter med en viss grad av förväntad aktivitetsnivå. En variant är fontänhus, som är en psykosocial arbetsinriktad rehabilitering som stödjer människor som lever med psykisk ohälsa på vägen till återhämtning. Verksamheten styrs av medlemmarna i samarbete med de anställda handledarna och utgår från den arbetsinriktade dagen, med fokus på deltagarnas styrkor, talanger och förmågor. Fontänhusen erbjuder någonstans att vara, arbetsuppgifter att göra och stöd för att gå vidare till arbete eller studier.

Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (*individual placement and support*) är en utveckling av *supported employment*. Modellen bygger på att personer med psykisk funktionsnedsättning som vill börja arbeta får stöd av en arbetsspecialist att snabbt söka arbete, utan bedömning av arbetsförmåga. Arbetsspecialisten ger fortsatt stöd genom att samordna och skräddarsy individens stöd från myndigheter (Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen), anhöriga, vänner och arbetsgivare. IPS utgår från och integreras med psykiatrisk behandling, och effekten av olika åtgärder kan bli bättre när de kombineras, till exempel IPS kombinerat med kognitiv och social färdighetsträning.

Supported education bygger på samma principer som *supported employment*, men syftet är i detta fall att stödja individer som vill studera. Många insjuknar i psykosjukdom som unga vuxna, och ofta är stöd till studier en naturlig väg att gå. Det kan ge ett mer långsiktigt perspektiv på individens karriär och bidra till ett hållbart arbetsliv. För denna åtgärd behövs

samverkan med utbildningsanordnare, till exempel kommunal vuxenutbildning och högskolor.

En annan typ av arbetsrehabilitering bygger på arbetsförberedande träning. Insatsen följer en rehabiliteringskedja med olika trappsteg, där tanken är att individen först behöver bli bättre i sin psykiska sjukdom, funktionsträna och kvalificera sig in i arbetsförberedande insatser, praktisera samt söka arbete för att sedan kunna börja arbeta självständigt, utifrån en bedömning av arbetsförmåga.

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver lyssna in och erbjuda stöd till de personer som är intresserade av att börja arbeta eller studera. Det är också viktigt att tillsammans planera, genomföra och följa upp insatsen, till exempel inom ramen för en samordnad individuell plan. Frågor som man behöver bedöma är vilken läkemedelsbehandling som ger bäst förutsättningar för individen att kunna arbeta, och om individen behöver någon typ av kognitiv träning kopplad till arbetsrehabiliteringen.

En svårighet i att få till stånd arbetsrehabilitering ligger i ersättningssystemet, där någon som exempelvis har aktivitetsersättning från Försäkringskassan kan vara orolig att förlora sin ersättning om hen prövar att arbeta inom ramen för arbetsrehabilitering men inte klarar av det. Bland annat av detta skäl behöver arbetsrehabilitering (och vid behov även rehabilitering i form av studier) samordnas med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar arbete eller har svag arbetsmarknadsanknytning. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en markant bättre effekt på återgång i arbete än arbetsförberedande träning. Åtgärden ger även bättre privatekonomi och bättre hälsa.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda anpassad daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som för närvarande inte vill eller kan studera eller arbeta. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan leda till ökad återhämtning, social funktion, livskvalitet samt minskad isolering.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i undantagsfall erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger markant sämre effekt på återgång i arbete än stöd till arbete enligt IPS-modellen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda stöd till studier enligt modellen supported education. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (*individual placement and support*) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning (*prioritet 1*).

Socialtjänsten bör

- erbjuda anpassad daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som för närvarande inte vill eller kan studera eller arbeta (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan i undantagsfall

- inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning (*prioritet 10*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda stöd till studier enligt modellen supported education (*FoU*).

Boendeinsatser

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 33–36)

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har oftast svårt att klara av ett självständigt hemliv och har ofta en dålig ekonomisk situation. Det leder inte sällan till att individen inte förmår att behålla sin bostad. Samsjuklighet i form av beroende eller missbruk kan också förekomma. Hemlösa personer har sämre förutsättningar för följsamhet till behandling och har en ökad risk för återinsjuknande i sin psykiska sjukdom.

Bostad först-modellen syftar till att avhjälpa hemlöshet och innebär att hemlösa personer med psykisk sjukdom erbjuds en långsiktig boendelösning. I tillägg erbjuds behandling och stöd. Erbjudandet om bostad ges utan några krav på att personen först har genomgått en psykiatrisk behandling eller uppvisat nykterhet eller drogfrihet, men förutsätter att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan tillhandahålla ett samordnat och individanpassat stöd till personen. En svårighet med att använda bostad först-modellen är att det är ont om lediga lägenheter på många orter.

Ett alternativ är boendeinsatser i form av boendetrappa, som syftar till att hjälpa individen att successivt träna sig på att klara ett eget boende för att sedan kunna avancera till en bostad med en högre grad av självständighet. Olika typer av bostäder kan vara aktuella i trappstegsmodellen, till exempel försökslägenheter och träningslägenheter som kommunen tillhandahåller. En permanent boendelösning blir möjlig först när personen kan leva upp till krav på exempelvis skötsamhet och följsamhet till behandling.

En åtgärd som kan stödja personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd att klara av ett eget boende och ett självständigt liv är boendestöd. Boendestödet behöver planeras tillsammans med individen utifrån de behov och önskemål som hen har, och löpande följas upp utifrån uppsatta mål. Åtgärden syftar bland annat till att öka motivationen för och förmågan att ta ett större ansvar för sin situation, att leva som andra och vara delaktig i sociala sammanhang. Åtgärden behöver utföras med hänsyn till individens kognitiva funktionsnedsättningar.

Bostad med särskild service är ett alternativ för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har så stora svårigheter att klara ett eget boende att boendestöd inte är tillräckligt. Insatsen behöver precis som beskrivs ovan utformas utifrån individens funktionsnedsättningar, behov och önskemål.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv. Avgörande för rekommendationen är att enligt beprövad erfarenhet bidrar boendestöd bland annat till ökad förmåga att självständigt klara av sitt hemliv, ökad delaktighet i aktiviteter i samhället och ökad funktionsnivå.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda boendeinsatser i form av bostad först-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har stor effekt på boendestabilitet på kort och lång sikt samt ger ökad livskvalitet och minskad risk för återinsjuknande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda bostad med särskild service till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har stora svårigheter att självständigt klara sitt hemliv. Avgörande för rekommendationen är att enligt beprövad erfarenhet ger bostad med särskild service bland annat ökad förmåga att självständigt klara av sitt hemliv, ökad social kontakt och ökad funktionsnivå.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan socialtjänsten i undantagsfall erbjuda boendeinsatser i form av boendetrappa till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad. Avgörande för rekommendationen är att det saknas kunskap om vilken nytta åtgärden har. Att ha ett boende kan skapa struktur och rutiner, vilket kan underlätta för individen att förbättra sin funktionsförmåga. Enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden dock ha negativa effekter, exempelvis i form av svårigheter att komma vidare till nästa steg i trappan eller att personen faller ett eller flera steg tillbaka.

Rekommendationer

Socialtjänsten bör

- erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv (*prioritet 2*)
- erbjuda boendeinsatser i form av bostad först-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad (*prioritet 2*)
- erbjuda bostad med särskild service anpassad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har stora svårigheter att självständigt klara sitt hemliv (*prioritet 3*).

Socialtjänsten kan i undantagsfall

- erbjuda boendeinsatser i form av boendetrappa till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad (*prioritet 10*).

Psykologisk behandling

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 55)

När psykosymtom kvarstår trots antipsykotisk läkemedelsbehandling kan kognitiv beteendeterapi vara till hjälp. Åtgärden är en tidsbegränsad manualbaserad psykoterapi som lär patienten att det finns ett samband mellan tankar, känslor och beteenden. Behandlingen går vanligtvis ut på att ändra på hur man tänker, agerar och förhåller sig till inre upplevelser.

Det finns stor variation inom kognitiv beteendeterapi vid psykos, men de ledande behandlingsmanualerna delar några gemensamma element: kognitiv konceptualisering av psykotiska symtom, psykoedukation, formering av en stark terapeutisk relation och återfallsprevention. Genom behandlingen kan patienten med andra ord lära sig att förstå och sätta ord på exempelvis hallucinationer och vanföreställningar, och lära sig att hantera dem.

Endast en liten andel av dem som har schizofreni och schizofreniliknande tillstånd får tillgång till kognitiv beteendeterapi, trots att det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden har effekt. En svårighet för hälso- och sjukvården i att erbjuda åtgärden kan vara brist på utbildade terapeuter.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kognitiv beteendeterapi till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och kvarstående psykosymtom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden ger effekt på både positiva och negativa psykosymtom, samt stor gynnsam effekt på generell psykisk hälsa.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kognitiv beteendeterapi till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och kvarstående psykossymtom (*prioritet 2*).

Psykopedagogiska åtgärder

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 48, 50, 64 och 65)

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan ha svårt att fungera tillsammans med andra människor, kommunicera med andra och att styra sitt beteende på ett målinriktat sätt. Svårigheterna beror dels på psykosymtom, dels på kognitiv funktionsnedsättning. Sammantaget innebär dessa svårigheter stora hinder för att leva ett fullvärdigt liv.

Psykopedagogiska åtgärder syftar till att individen ska få kunskap om sin sjukdom och hjälp att hitta strategier för återhämtning, vilket ökar möjligheterna att komma tillbaka till ett aktivt liv. Här lyfts grundläggande psykopedagogisk utbildning, psykopedagogiska behandlingsprogram och familjepsyko-education fram. Dessa åtgärder passar bra inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Psykopedagogiska åtgärder kan också kombineras med andra psykosociala insatser, exempelvis arbetsrehabilitering. Detta kan både motivera till att övervinna hinder och ge möjligheter att tillämpa nyvunna färdigheter i en verklig livssituation.

Psykopedagogisk utbildning är en riktad insats som stödjer personens utveckling av egna strategier för att bättre förstå och hantera sin sjukdom och tillgodogöra sig den behandling som finns tillgänglig. Utbildningen kan ges med eller utan anhörig, omfattar vanligtvis ett bestämt antal träffar och pågår ofta över en viss tid, till exempel 3–12 månader. Den inbegriper i regel en kombination av motiverande, pedagogiska och inlärningspsykologiska strategier. Syftet är att hjälpa personen att fatta informerade beslut om sin egen behandling och därmed minska risken för återfall och behov av sjukhusvård.

Psykopedagogiska behandlingsprogram är en mer omfattande insats. Den syftar till att stödja återhämtning från psykosjukdom med hjälp av psykopedagogisk utbildning, social färdighetsträning, beteendearterad återfallsprevention och effektiv läkemedelsanvändning. Insatsen stödjer personens utveckling av egna strategier för att bättre förstå och hantera psykisk sjukdom samt tillgänglig behandling. Exempel på manualbaserade psykopedagogiska behandlingsprogram är IMR (*Illness management and recovery*) och ESL (Ett självständigt liv).

Familjepsykoeducation är en riktad insats utformad för anhöriga till personer med psykisk sjukdom, missbruk eller beroende. Insatsen är vanligtvis manualbaserad och ges ofta till grupper av familjer eller anhöriga men kan även ges till enskilda familjer, med eller utan den drabbade personen. I forskningslitteraturen rekommenderas insatsen särskilt till familjer där en person

nyligen insjuknat i psykossjukdom. Insatsen syftar till att öka familjens kännedom om riskfaktorer, symtom och behandlingsalternativ. Familjepsyko-
edukation kan även omfatta mer individanpassade stödjande och aktiva åtgärder för den enskilda familjen.

Självstigmatisering är vanligt vid psykossjukdom, och handlar om att individen internaliserar negativa föreställningar om personer med psykisk sjukdom. Detta kan vara ett stort hinder i återhämtningsprocessen. NECT-metoden (*narrative enhancement and cognitive therapy*) är en manualbaserad metod som används i grupp och omfattar kunskaper om självstigma, psykopedagogik och kognitiv omstrukturering samt arbete med att utveckla och omformulera sin personliga historia.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda psykopedagogiska behandlingsprogram (till exempel IMR eller ESL) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och svårigheter att klara av vardagliga aktiviteter eller det sociala spelet med andra. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden ger förbättrade sociala färdigheter och minskad risk för återinsjuknande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda psykopedagogisk utbildning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden ger en långvarig effekt i form av ökad följsamhet till behandling och minskad risk för återinsjuknande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda manualbaserad familjepsykoedukation till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras närstående. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden ger ökad följsamhet till behandling, minskad risk för behandlingsavbrott och ökad kunskap om sjukdomen och behandlingen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda en psykosocial insats för att minska självstigmatisering, enligt NECT-metoden, till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som lider av självstigma.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda psykopedagogiska behandlingsprogram (t.ex. IMR och ESL) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och svårigheter att klara av vardagliga aktiviteter eller det sociala samspelet med andra (*prioritet 1*)
- erbjuda psykopedagogisk utbildning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (*prioritet 2*)
- erbjuda manualbaserad familjepsykoeducation till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras närstående (*prioritet 3*)
- erbjuda en psykosocial insats för att minska självstigmatisering, enligt NECT-metoden, till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som lider av självstigma (*prioritet 3*).

Övriga rekommendationer inom området

Inom området stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 1):

- intensiv case management enligt ACT-modellen vid samtidigt missbruk eller beroende (*rad 37*)
- tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister (*rad 47*)
- personlig kontakt med personal från öppenvårdsteam eller socialtjänst inför utskrivning från slutenvård (*rad 24*)
- strukturerad bedömning av självmordsrisk (*rad 69*)
- strukturerad bedömning av depressionssymtom (*rad 68*)
- integrerad psykologisk terapi–kognitiv träning (*rad 63*)
- anpassat föräldrastöd (*rad 26*)
- datorbaserad kognitiv träning (*rad 62*)
- musikterapi (*rad 59*)
- basal kroppskänedom (*rad 58*)
- kognitiv beteendeterapi i grupp (*rad 56*)
- psykodynamisk psykoterapi (*rad 57*)
- bildterapi (*rad 60*)
- stöd av brukarspecialist (peer support) (*rad 40*)
- antipsykotisk läkemedelsbehandling, peroralt och i depåform (*rad 1–9, 11 och 15*).

Stöd och behandling vid akuta tillstånd

Vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan patientens psykiska tillstånd variera och svårare kriser kan kräva intensifierad vård. Målet är att med kompetens och respekt för individens integritet ge effektiva åtgärder, stöd i den akuta krisen, läkemedelsbehandling och vid behov en miljö inom slutenvård som främjar återhämtning.

Mobil krisintervention

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 38)

En mobil krisintervention innebär att stöd och hjälp erbjuds i den akuta krisen, i personens hemmiljö eller på annan lämplig plats. Syftet är att motverka ytterligare försämring och att undvika en onödig inläggning i sluten vård (eller ordna inläggning i sluten vård om bedömningen är att det är det bästa i situationen) samt att minska stressen hos de anhöriga.

Insatsen ges ofta av ett multidisciplinärt team med tillgänglighet dygnet runt, i vilket exempelvis läkare, sjuksköterska, behandlare eller vård- och stödsamordnare kan ingå. Insatsen är ofta en kombination av bedömning, medicinering, rådgivning, information eller terapi och praktisk hjälp på plats med livsproblem och stöd till familjen. Hur insatsen ges, och vad som bör ingå, beror på den unika situationen och hur personen och hans närstående mår. Åtgärden kan organiseras separat eller ingå i någon typ av case management-modell.

I Sverige är det inte ovanligt att en psykiskt sjuk person i krisläge får hjälp av polisen att komma till en psykiatrisk akutmottagning. I många fall är bedömning och stöd av kompetent vårdpersonal på plats ett bättre alternativ; i andra fall kompletterar åtgärdena varandra.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda mobil krisintervention till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en mycket stor effekt på andelen personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas som behöver läggas in på sjukhus.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda mobil krisintervention till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas (*prioritet 2*).

Övriga rekommendationer inom området

Inom området stöd och behandling vid akuta tillstånd finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 1):

- klozapin vid misstänkt ökad suicidrisk (*rad 10*)
- självväld inläggning (*rad 39*)
- sinnesstimulerande avslappningsrum i akutpsykiatrisk heldygnsvård (*rad 66*).

Förebygga och behandla fysisk ohälsa

Medellivslängden för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är i genomsnitt 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor än för den övriga befolkningen [22]. Utöver biverkningar av läkemedelsbehandling är rökning, missbruk av alkohol och droger, ohälsosam kosthållning samt brist på fysisk aktivitet viktiga bidragande orsaker till en hög grad av andra samtida sjukdomar, till exempel typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Vården och omsorgen har ansvar för att dels stödja dessa personer att förbättra sina levnadsvanor, dels se till att de får den vård de behöver för fysiska sjukdomar och åkommor.

Insatser för fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 18)

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ofta svårt att själva initiera och upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet och goda matvanor. Det är därför angeläget med insatser för att främja den fysiska aktiviteten och förbättra kosthållningen hos denna grupp.

Insatser i form av beteendepåverkande interventioner kan ges i grupp och innehålla motiverande och undervisande komponenter samt ledarledd fysisk aktivitet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden ger både minskad kroppsvikt och ökad livskvalitet.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (*prioritet 2*).

Stöd i kontakter med somatisk vård

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 42)

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ofta svårt att själva söka somatisk vård samt att upprätthålla nödvändiga kontakter, och

vården kan ha svårt att bemöta och hålla kontakt med personer med komplexa behov. Detta är en komponent i det faktum att dessa personer dör i förtid, ofta av åtgärdbara fysiska sjukdomar.

Stöd i kontakter med somatisk vård syftar till att hjälpa personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd att uppmärksamma att de behöver kontakt med vården, boka tid, formulera sina besvär och stöd i att säkerställa att vården genomförs och följs upp. Det kan gälla kontakter med primärvård, tandvård eller annan somatisk vård. Landsting, regioner och kommuner kan själva utforma hur stödet ska ges och av vilken profession.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda stöd i vårdkontakter till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behöver somatisk vård. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden leder till att fler söker och får vård efter behov.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda stöd i vårdkontakter till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behöver somatisk vård (*prioritet 2*).

Övriga rekommendationer inom området

Inom området förebygga och behandla fysisk ohälsa finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 1):

- regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning (*rad 43*)
- läkemedelsbehandling för att främja rökreduktion och rökfrihet (*rad 19*).

Se även Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [38].

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag, och konsekvenserna ska därför sammantaget förstås utifrån ett samhällsperspektiv. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda patienterna och brukarna den bästa vården och omsorgen.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen endast bedömningar för de rekommendationer i riktlinjerna som kan förväntas innebära de största konsekvenserna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelning, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Vidare bör åtgärder som fått rekommendationen *FoU* inte användas som rutin med hänsyn till att kunskapsläget är ofullständigt.

Varje beslut om resursfördelning utifrån riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som har fått rangordning 5 (till exempel på grund av liten effekt eller låg evidens) kan vara den bästa jämfört med alternativen, eller till och med det enda alternativ som finns tillgängligt för just det tillståndet. I sådana fall kan det innebära mer skada än nytta att dra ned resurserna.

Dessa riktlinjer omfattar inte alla de åtgärder som erbjuds målgruppen. Dessa åtgärder behöver beslutsfattare dock ta ställning till i sina prioriteringar och i sin resursfördelning. En systematisk utvärdering av den egna verksamheten lokalt kan ge beslutsfattare ytterligare underlag för prioriteringar och resursfördelning.

Nedan presenteras en sammanfattning med en översikt över bedömda konsekvenser. I efterföljande avsnitt presenteras mer utförliga beskrivningar av konsekvenserna för respektive område i riktlinjerna.

Skattningar och bedömningar av kostnader

Socialstyrelsens bedömningar av kostnader för de rekommenderade åtgärderna utgår från skattningar. Informationen om vilka åtgärder hälso- och sjukvården och socialtjänsten utför och i vilken utsträckning dessa utförs är ofta bristfällig. Det är därför svårt att bedöma vilka konsekvenser som rekommendationerna leder till. Regionala och lokala skillnader i praxis och kostnader kan också göra att konsekvenserna lokalt kan bli både större och mindre.

Konsekvenserna beskrivs vanligen ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, det vill säga för samtliga aktörer och sektorer i samhället. Exempelvis får rekommendationerna ofta konsekvenser för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om de leder till att fler personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan arbeta.

De ekonomiska konsekvenserna har bedömts på både kort och lång sikt. Det eftersom kostnaderna för olika åtgärder, och effekterna av dessa, uppstår vid olika tidpunkter. Vissa kostnader uppstår direkt medan andra uppträder vid ett senare tillfälle, ibland flera år senare. Det innebär att en åtgärd kan leda till en kostnadsökning på kort sikt, men minskade kostnader på längre sikt.

För att införa nya åtgärder krävs exempelvis ofta utbildningssatsningar inledningsvis, vilket innebär en ökad kostnad. På längre sikt när åtgärden är införd behöver personalen i stället främst kontinuerlig fortbildning. Kostnaderna minskar därmed troligen i relation till införandefasen (kort sikt). I vilken utsträckning som kostnaderna minskar beror bland annat på i vilken utsträckning fortbildningen kan inrymmas i de resurser som tidigare avsatts för fortbildning. Utöver själva fortbildningen påverkas kostnaderna också av effekterna av den rekommenderade åtgärden. Åtgärder med god effekt kan sänka kostnaderna ytterligare på sikt.

Sammanfattning av konsekvenserna

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna generellt kommer att innebära ökade kostnader inledningsvis för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rekommendationerna förväntas dock innebära förbättrad kvalitet på vården och omsorgen, och därmed förbättrad hälsa, välmående och livskvalitet för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. På sikt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten på nationell nivå återgå till nuvarande kostnadsnivåer eller minska ytterligare.

Socialstyrelsen bedömer att ekonomiska resurser och förändrade arbetssätt och organisation generellt behövs för att

- skapa hållbara strukturer för samverkan
- utbilda personalen i rekommenderade metoder
- utveckla system för uppföljning och utvärdering
- utöka verksamheter så att fler får tillgång till de rekommenderade åtgärderna.

Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

I tabellen över ekonomiska konsekvenser sammanfattas bedömningarna av förändrade kostnader på kort respektive lång sikt för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Med kort sikt avses den förväntade kostnadsutvecklingen under den period det tar att införa åtgärden i verksamheten. Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen därefter, från det att åtgärden är införd och utförs i verksamheten.

Tabell 2. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Hänvisning till radnummer i bilagan *Lista över rekommendationer*

Åtgärd	Rad-nummer	Kort sikt	Lång sikt
Genomgående arbetssätt			
Delat beslutsfattande	25	↗	↘
Tidiga insatser vid insjuknande i psykos			
Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning av vårdbehov	44	↗	→
Konsultativ verksamhet där psykiatrin stödjer och handleder primärvården	45	↗	→
Samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande	46	↗	→
Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser			
Intensiv case management enligt ACT-modellen	20	↗	↘
Individanpassat stöd till arbete (IPS-modellen)	28	↗	↘
Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller	29	↘	↘
Boendeinsatser i form av bostad först	33	↗	↘
Boendeinsatser i form av boendetrappa	34	↘	↘
Kognitiv beteendeterapi	55	↗	↗
Psykopedagogisk utbildning	48	↗	→
Psykoedukation till närstående (familjpsykoedukation)	50	↗	→
Psykopedagogiska behandlingsprogram, t.ex. ESL och IMR	64	↗	→
Psykosocial insats mot självstigma enligt NECT-metoden	65	↗	→
Case management	21	↗	↘
Åtgärder för missbruk eller beroende integrerat med åtgärder för den psykiska sjukdomen	27	↗	↘
Daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning	30	↗	→
Boendestöd i egen bostad	35	↗	→
Bostad med särskild service anpassad för personer med schizofreni	36	↗	→
Stöd och behandling vid akuta tillstånd			
Mobil krisintervention	38	↗	↘
Förebygga och behandla fysisk ohälsa			
Beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor	18	↗	↘
Stöd i kontakter med somatisk vård	42	↗	↘

Kommentar: Oförändrade kostnader = →, ökade kostnader = ↗ och minskade kostnader = ↘.

Ur ett organisatoriskt perspektiv bedömer Socialstyrelsen att samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är centralt för att verksamheterna ska kunna arbeta utifrån rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Vidare kan små kommuner behöva utveckla ett samarbete med andra kommuner för att kunna tillhandahålla vissa åtgärder.

I tabellen över organisatoriska konsekvenser sammanfattas bedömningen för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Tabell 3. Organisatoriska konsekvenser för centrala rekommendationerHänvisning till radnummer i bilagan *Lista över rekommendationer*

Åtgärd	Rad	Organisatorisk konsekvens
Genomgående arbetssätt		
Delat beslutsfattande	25	Bedöms inte påverka organisatoriska aspekter i hög grad.
Tidiga insatser vid insjuknande i psykos		
Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning av vårdbehov	44	Ja. Bedöms leda till ökad bemanning och ändrad personalorganisation.
Konsultativ verksamhet där psykiatrin stödjer och handleder primärvården	45	Ja. Bedöms påverka struktur för samverkan med angivna kontaktvägar. Primärvården behöver kontinuerlig tillgång till psykiatrisk specialistkompetens.
Samordnade insatser vid förstagångs-insjuknande	46	Viss. Bedöms leda till ett visst utbildningsbehov i form av fortbildning och handledning.
Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser		
Intensiv case management enligt ACT-modellen	20	Ja. Bedöms innebära en förändrad organisation. Team med olika yrkesgrupper behöver bildas vilket kräver ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
Individanpassat stöd till arbete (IPS-modellen)	28	Ja. Bedöms beröra ansvar, regelverk och finansiering för verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller	29	Viss. Bedöms frigöra personella resurser inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Boendeinsatser i form av bostad först	33	Ja. Bedöms bland annat kräva en förändring i kommunernas arbetssätt samt samverkan med psykiatrin.
Boendeinsatser i form av boendetrappa	34	Viss. Bedöms frigöra personella resurser inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Kognitiv beteendeterapi	55	Ja. Bedöms kräva ökad tillgång till utbildade psykologer och psykoterapeuter och löpande fortbildning och handledning, samt ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
Psykopedagogisk utbildning	48	Ja. Bedöms kräva ytterligare personalförstärkningar samt kompetensutveckling. Även handledning behövs.
Psykoedukation till närstående (familjepsykoedukation)	50	Ja. Bedöms kräva ytterligare personalförstärkningar samt kompetensutveckling. Även handledning behövs.
Psykopedagogiska behandlingsprogram, t.ex. ESL och IMR	64	Ja. Bedöms kräva fortbildning inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt utökad samverkan och gemensamma åtaganden för att underlätta ett genomförande.
Psykosocial insats mot självstigma enligt NECT-metoden	65	Ja. Bedöms kräva ytterligare personalförstärkningar samt utbildning av kursledare. Viss handledning kan behövas.
Case management	21	Ja. Team med olika yrkesgrupper behöver bildas. Ökad samverkan krävs mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Åtgärd	Rad	Organisatorisk konsekvens
Åtgärder för missbruk eller beroende integrerat med åtgärder för den psykiska sjukdomen	27	Ja. Team med olika yrkesgrupper behöver bildas. Ökad samverkan krävs mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
Daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning	30	Viss. Fortbildning i olika former som rör till exempel individinflytande, återhämtning och sociala stödinsatser bedöms vara nödvändiga. Därutöver krävs handledning.
Boendestöd i egen bostad	35	Viss. Fortbildning och handledning av personalen förväntas behöva utökas.
Bostad med särskild service anpassad för personer med schizofreni	36	Viss. Fortbildning och handledning av personalen förväntas behöva utökas.
Stöd och behandling vid akuta tillstånd		
Mobil krisintervention	38	Ja. Bedöms kräva multidisciplinära team med tillgänglighet dygnet runt.
Förebygga och behandla fysisk ohälsa		
Beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor	18	Bedöms inte påverka organisatoriska aspekter i hög grad.
Stöd i kontakter med somatisk vård	42	Bedöms inte påverka organisatoriska aspekter i hög grad.

Genomgående arbetssätt

Delat beslutsfattande

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om delat beslutsfattande kommer att innebära ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten på kort sikt, som en följd av ökad fortbildning och handledning. Genom att personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd utökar sitt inflytande och vården och omsorgen blir mer individanpassad bedöms att kostnaderna på sikt ligger kvar på samma nivå.

Tidiga insatser vid insjuknande i psykos

Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning leder till ökade kostnader på kort sikt men till oförändrad kostnadsnivå på lång sikt. Åtgärden bedöms kräva ökad bemanning och ändrad personalorganisation.

Konsultativ verksamhet där psykiatrin stödjer och handleder primärvården

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om konsultativ verksamhet där psykiatrin stödjer och handleder primärvården leder till ökade kostnader på kort sikt men till oförändrad kostnadsnivå på lång sikt. Åtgärden bedöms påverka strukturer för samverkan med angivna kontaktvägar. Primärvården behöver kontinuerlig tillgång till psykiatrisk specialistkompetens.

Samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande

Socialstyrelsen bedömer att genomförande av rekommendationen om samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande på kort sikt kommer att innebära ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, framför allt genom utbildnings- och handledningsinsatser och eventuellt behov av personaltillskott. På längre sikt bedöms dock kostnaderna vara oförändrade eller lägre jämfört med i dag, bland annat genom minskade kostnader för sjukhusvård.

Social färdighetsträning finns redan i dag i många kommuner, exempelvis inom ramen för boendestöd, men användningen av manualbaserade metoder varierar. Kunskapen om de manualbaserade metoderna behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns ett visst utbildningsbehov i form av fortbildning och handledning. Handledning bör ske kontinuerligt.

För att införa åtgärden i verksamheten generellt bedömer Socialstyrelsen att det krävs ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården (psykiatri) och socialtjänsten. Där det redan finns en lokalt förankrad grundorganisation bedöms genomförandet gå smidigare, medan det kommer vara mer krävande för verksamheter med större upptagningsområden.

Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser

Intensiv case management enligt ACT-modellen

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om intensiv case management enligt ACT-modellen till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd kommer att innebära ökade kostnader initialt för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, som en följd av ökat behov av utbildning, fortbildning och handledning. De totala kostnaderna bedöms däremot inte vara högre jämfört med vanlig vård om åtgärden riktas till dem med hög slutenvårdskonsumtion. Beräknad kostnad per patient och år med ACT är 57 000 kronor, medan vanlig vård är beräknad till 11 500 kronor. Skillnaden på 45 500 kronor motsvarar kostnaden för 6,3 slutenvårdsdagar. På lång sikt förväntas kostnaderna att minska eller vara neutral för hälso- och sjukvården till följd av bättre effekt och minskad sjukhusvård.

Rekommendationen förväntas innebära en förändrad organisation. Team med olika yrkesgrupper behöver bildas, vilket bland annat kräver ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utöver detta kommer det att behövas gemensamma styrdokument och mål samt uppföljningar. I kommuner med mindre befolkningsantal kan även samarbete mellan olika kommuner vara aktuellt för att kunna tillhandahålla åtgärden.

Genom omfördelningar av befintlig personal behövs sannolikt ingen ytterligare personal tillföras för att kunna erbjuda åtgärden. Socialstyrelsen bedömer dock att befintlig personal kommer att behöva utbildning samt kontinuerlig fortbildning och handledning, vilket ökar kostnaderna till en början.

Personalen kommer även behöva finnas tillgänglig under kvällar, nätter och helger i större utsträckning än i dag.

Individanpassat stöd till arbete

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om individanpassat stöd till arbete, enligt IPS-modellen, initialt kommer att innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten, i och med en förändrad organisation och att personalen behöver fortbildning och handledning. På sikt kommer kostnaderna för hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra delar av samhället att minska som följd av åtgärdens effekter.

Åtgärden berör verksamheter och personal inom flera områden, såsom psykiatri, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, bland annat när det gäller ansvar, regelverk och finansiering. Det finns en viss risk att de regelverk och arbetssätt som finns i dag krockar med grundtanken i IPS-modellen, som är att personen bör få stöd till att skaffa ett arbete med lön utan föregående bedömning och arbetsträning. Personens egen motivation och önskan om att få ett arbete är avgörande och stödet bör ges direkt ute på arbetsplatsen så länge behovet kvarstår. IPS-modellen innebär att samtliga aktörer behöver samverka.

Vilka aktörer som får ökade kostnader beror bland annat på hur ansvaret för åtgärden fördelas och vilka kostnader aktörerna har i dag för arbetslivsinriktad rehabilitering. Socialstyrelsen bedömer att det rör sig om ett begränsat antal individer där det kommer att krävas hög personaltäthet men att åtgärden leder till minskade totala kostnader. Många verksamheter kommer troligen att kunna styra om personalresurser från befintlig kompetens inom arbetslivsinriktad rehabilitering och därigenom hålla ned kostnaderna. I vissa fall bedömer dock Socialstyrelsen att utökade personalresurser kommer vara nödvändiga, vilket innebär ökade kostnader.

Socialstyrelsen bedömer att behovet av utbildning och handledning kommer att vara stort eftersom kunskaperna om IPS-modellen i dag är små.

Acceptansen för åtgärden verkar vara god, men eftersom den berör flera huvudmän och regelsystem bedömer Socialstyrelsen att implementeringen kräver aktiva insatser och nära samverkan mellan berörda aktörer.

Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att endast i undantagsfall erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller innebär att resurser kan frigöras genom att åtgärden erbjuds i mindre omfattning till fördel för individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen.

Boendeinsatser i form av bostad först

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om boendeinsatser i form av bostad först-modellen kommer att innebära oförändrade kostnader initialt, men att de minskar på sikt för både hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra delar av samhället.

Kommunerna ställer i dag ofta vissa krav när de erbjuder personer bostad, exempelvis på behandlingsföljsamhet eller annan meritering. För att kunna arbeta enligt bostad först-modellen krävs en förändring i kommunernas arbetssätt. Exempelvis behöver socialtjänsten, lokala bostadsföretag och andra aktörer samverka så att det finns en kontinuerlig tillgång på bostäder, vilket minskar risken att personer hamnar utanför systemet. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården behöver också samarbeta i att erbjuda det stöd som behövs för att de personer det gäller ska klara det egna boendet.

Troligen kommer det att behövas viss fortbildning och handledning för personalen samt informations- och utbildningsinsatser för fastighetsägare.

Boendeinsatser i form av boendetrappa

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att endast i undantagsfall erbjuda boendeinsatser i form av boendetrappa kommer att frigöra resurser som i stället kan satsas på boendeinsatser i form av bostad först.

Bostad med särskild service

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om bostad med särskild service innebär att kostnaderna för socialtjänsten kommer att öka initialt men att de på sikt kommer att vara oförändrade.

Rekommendationen förväntas inte påverka antalet särskilda boenden eller personalresurser. Fortbildning och handledning av personalen förväntas dock utökas, vilket kan leda till ökade kostnader initialt.

Boendestöd i egen bostad

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om boendestöd i egen bostad innebär att kostnaderna för socialtjänsten kommer att öka initialt men att de på sikt kommer att vara oförändrade.

Rekommendationen förväntas få viss organisatorisk påverkan då fortbildning och handledning av personalen förväntas behöva utökas.

Kognitiv beteendeterapi

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om kognitiv beteendeterapi kommer att innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården på både kort och lång sikt jämfört med dagens nivå, eftersom fler personer behöver få tillgång till individuell kognitiv beteendeterapi. Kostnaderna förväntas dock minska till en något lägre nivå på lång sikt. Det eftersom effekterna av åtgärden kan innebära kostnadsminskningar för andra åtgärder inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Kognitiv beteendeterapi efterfrågas redan i dag i ökad omfattning. Utöver ökad tillgång till utbildade psykologer och psykoterapeuter kommer det också löpande att behövas fortbildning och handledning. Det innebär ökade kostnader för kompetensutveckling för hälso- och sjukvården både på kort och på lång sikt.

Socialstyrelsen bedömer också att samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan vara viktig för att upprätthålla en god kontinuitet och effekt av vård och behandling inom detta område.

Psykopedagogisk utbildning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om psykopedagogisk utbildning leder till ökade kostnader på kort sikt, men att kostnaden blir förhållandevis neutral på längre sikt. Åtgärden bedöms kräva ytterligare personalförstärkningar samt kompetensutveckling. Även handledning behövs.

Psykoedukation till närstående (familjepsykoedukation)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om familjepsykoedukation kommer att innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten på kort sikt, eftersom fler personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras anhöriga förväntas få åtgärden. Samordningsvinster bedöms ge oförändrade kostnader på lång sikt för hälso- och sjukvården. För socialtjänsten bedöms kostnadsökningen vara bestående även på lång sikt.

Redan i dag erbjuds liknande åtgärder inom hälso- och sjukvården. Till stor del handlar det troligen om att modifiera åtgärden så att den överensstämmer med den rekommenderade. Trots detta bedömer Socialstyrelsen att det kan behövas ytterligare förstärkning av personal, eftersom rekommendationen bedöms omfatta en större grupp än de som får åtgärden i dag. Enligt Socialstyrelsens bedömning kommer detta också kräva kompetensutveckling samt handledning.

Inom kommunernas verksamheter ges psykopedagogiska insatser till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras anhöriga i mycket liten utsträckning i dag.

En utökad gemensam psykopedagogisk verksamhet kan också innebära ett utökat behov av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Psykopedagogiska behandlingsprogram

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om psykopedagogiska behandlingsprogram initialt kommer att öka hälso- och sjukvårdens kostnader som en följd av utökad kompetensutveckling, men att de på längre sikt kommer att vara oförändrade.

Psykopedagogiska behandlingsprogram är utbrett i dag men användningen av manualbaserade metoder såsom IMR (Illness management and recovery) och ESL (Ett självständigt liv) varierar. Socialstyrelsen bedömer därmed att fortbildning kommer att behövas inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personal som huvudsakligen arbetar med social aktivitetsträning, såsom arbetsterapeuter, sjuksköterskor inom psykiatri och socialtjänsten samt boendestödspersonal. Rekommendationen bedöms dock inte kräva ytterligare personalresurser i någon större omfattning.

Samverkan och gemensamma åtaganden mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan enligt Socialstyrelsen bedömning underlätta ett genomförande av rekommendationen.

Psykosocial insats enligt NECT-metoden

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om psykosocial insats enligt NECT-metoden leder till ökade kostnader på kort sikt, men konsekvenserna kan se olika ut beroende på hur verksamheten bedrivs i nuläget. Om man redan arbetar med evidensbaserade psykosociala insatser innebär det inte några stora konsekvenser att införa NECT-metoden, men om man inte gör det blir konsekvenserna större.

Gruppledarna kan vara baspersonal och på sikt gärna en ur personalen tillsammans med en med egen erfarenhet av psykisk sjukdom som själv genomgått NECT. För att hålla i NECT-grupper ska man genomgå en dags utbildning, och själva insatsen omfattar 20 tillfällen om 1–1,5 timmar för i medeltal sex patienter och två gruppleddare. Därutöver tillkommer för gruppleddarna förberedelser och efterarbete om totalt cirka tre timmar. Per patient innebär det i medeltal cirka tio timmars arbete för gruppleddarna.

Internationell forskning visar att ungefär en tredjedel av patienter med allvarlig psykisk sjukdom upplever självstigma [55]. Erfarenheter från de studier som genomförts eller pågår i Sverige där NECT-metoden utvärderas visar att ungefär 50 procent av patienter med psykisk sjukdom upplever självstigma. För att avgöra om en person upplever självstigma kan man använda instrumentet Self Stigma of Mental Illness Scale-Short Form (SSMIS-SF). Vid 54 poäng eller mer på SSMIS-SF-skalan kan patienten uppleva självstigma och bör då erbjudas att delta i en NECT-grupp. Det är tänkbart att även erbjuda åtgärden till övriga inom målgruppen som är intresserade av att delta. Den skulle då kunna ha en preventiv effekt, men detta är inte utvärderat. Socialstyrelsen bedömer därför att det i nuläget är motiverat att erbjuda åtgärden till ungefär hälften av populationen.

Case management

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om case management leder till ökade kostnader på kort sikt, men till sänkta kostnader på lång sikt. Insatsen innebär att team med olika yrkesgrupper behöver bildas. Ökad samverkan krävs mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kostnaden för case management har beräknats till 16 000 kronor per patient och år, medan kostnaden för vård på vanligt sätt beräknas vara 11 500 kronor per patient och år. På lång sikt förväntas kostnaden för case management att sjunka eller vara neutral jämfört med vård på vanligt sätt, till följd av bättre effekt och färre inläggningar.

Integrerade åtgärder för missbruk eller beroende och psykisk sjukdom

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om integrerade åtgärder för missbruk eller beroende och psykisk sjukdom leder till ökade kostnader på kort sikt, men till sänkta kostnader på lång sikt. Insatsen innebär att team med olika yrkesgrupper behöver bildas. Ökad samverkan krävs mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Daglig sysselsättning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om daglig sysselsättning anpassad för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd inledningsvis kommer att innebära ökade kostnader för socialtjänsten, för att sedan återgå till nuvarande nivåer.

Individuellt anpassade dagliga aktiviteter erbjuds i relativt hög utsträckning redan i dag. Men den rekommenderade åtgärden innebär troligen vissa förändringar i arbetssätt för verksamheterna, bland annat i form av ökat individinflytande.

Socialstyrelsen bedömer att fortbildning i olika former som rör till exempel individinflytande, återhämtning och sociala stödinsatser kommer att vara nödvändiga för att kunna genomföra rekommendationen. Även handledning kan vara aktuellt. Dessutom är det viktigt med dokumentation när individuella mål ska sättas och följas upp.

Stöd och behandling vid akuta tillstånd

Mobil krisintervention

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om mobil krisintervention leder till ökade kostnader på kort sikt till följd av att satsningen görs. Den ökade kostnaden för interventionen består, men den förväntas leda till färre inläggningar och bättre effekt vilket gör att den långsiktigt förväntas sänka de totala kostnaderna. För att åstadkomma insatsen krävs multidisciplinära team med tillgänglighet dygnet runt, vilket ställer stora krav på organisationen.

Förebygga och behandla fysisk ohälsa

Insatser för fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor leder till något ökad kostnad på kort sikt till följd av insatserna, men att detta på längre sikt leder till lägre kostnader. Detta bedöms inte påverka organisatoriska aspekter i hög grad.

Stöd i kontakter med somatisk vård

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om stöd i kontakter med somatisk vård leder till något ökad kostnad på kort sikt till följd av insatserna, men att detta på längre sikt leder till lägre kostnader. Detta bedöms inte påverka organisatoriska aspekter i hög grad.

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig [56]. Socialstyrelsen har fokuserat på indikatorer som ska spegla de viktigaste aspekterna av god vård och rekommendationerna i riktlinjerna.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar av hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens strukturer, processer och resultat. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- följa upp vården och omsorgens utveckling av strukturer, processer och resultat över tid
- ligga till grund för jämförelser av vården och omsorgens strukturer, processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet.

Uppföljning, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med medicinska experter och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska helst vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor [56].

Indikatorer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Socialstyrelsen har tagit fram 39 nationella indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. För vissa indikatorer finns två varianter formulerade som baseras på olika datakällor. Indikatorerna är fördelade på följande områden:

- indikatorer som belyser genomgående arbetssätt
- tidiga insatser vid insjuknande i psykos
- stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser
- stöd och behandling vid akuta tillstånd
- förebygga och behandla fysisk ohälsa
- övergripande indikatorer som framför allt speglar viktiga resultat.

Många indikatorer är i dag möjliga att mäta med hjälp av befintliga register och andra underlag, medan andra kan vara det inom en nära framtid. Ett antal indikatorer benämns som så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menar myndigheten att de datakällor som indikatorerna bygger på behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå. Vissa utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå.

Socialstyrelsens nationella patientregister utgör datakälla för flera av indikatorerna. För närvarande finns det problem med att följa rekommenderade åtgärder och behandlingar i patientregistret då rapporteringen inte är fullständig när det gäller den öppna specialiserade vården. Insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare fick tidigare inte rapporteras till det nationella patientregistret. Regeringen har beslutat att ändra lagstiftningen när det gäller psykiatrin och numer är det tillåtet att Socialstyrelsen nationellt samlar in uppgifter om alla insatser som görs i vården. Detta kommer att förbättra möjligheterna att följa upp indikatorerna på några års sikt. Data saknas alltså om individens besök i primärvården, liksom om icke biståndsbeslutade insatser inom socialtjänsten.

Ett antal indikatorer baseras på uppgifter från kvalitetsregistret för psykosvård, PsykosR, som registrerar många av de insatser som rekommenderas i riktlinjerna. Registret har i dagsläget en relativt låg täckningsgrad, och de indikatorer som baseras på PsykosR definieras i detta indikatorarbete som utvecklingsindikatorer. En utmaning är att arbeta för att fler enheter rapporterar till PsykosR.

Nationell utvärdering och målnivåer

Socialstyrelsen kommer om några år att påbörja en utvärdering av vården och omsorgen vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med utgångspunkt i indikatorerna. I samband med detta arbete utreds även förutsättningarna för att ta fram målnivåer för vissa indikatorer. Målnivåerna anger hur stor andel patienter eller brukare som exempelvis bör komma i fråga för en viss behandling eller omsorgsinsats. Målnivåer kan användas som utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som hjälp i styrning och ledning.

Redovisning av indikatorer

Samtliga indikatorer redovisas i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Indikatorerna publiceras också i sökbart digitalt format.

Indikatorerna redovisas i enlighet med exemplet nedan.

Tabell 4. Exempel på indikator

C.15 Boendestöd i ordinärt boende																													
Mått	Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med boendestöd i ordinärt boende, procent.																												
Syfte	Enligt beprövad erfarenhet ger boendestöd i eget boende bland annat ökad förmåga att självständigt klara av sitt hemliv, ökad delaktighet i aktiviteter i samhället och ökad funktionsnivå. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden. Vid utebliven åtgärd finns det risk att individen inte klarar av att bo i egen bostad och försämras i sitt tillstånd. Socialstyrelsen rekommenderar att socialtjänsten bör erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv (prioritet 2).																												
Riktning	Hög andel eftersträvas.																												
Målnivå	Nationell målnivå saknas.																												
Typ av indikator	Processmått.																												
Indikatorns status	Datakälla finns, kontinuerlig insamling.																												
Teknisk beskrivning	<p>Täljare: Personer enligt nämnanen som under ett kalenderår fått ett verkställt biståndsbeslut om boendestöd enligt socialtjänstlagen (2001:453) vad avser insatser till äldre och personer med funktionshinder.</p> <p>Nämnanen: Personer 18 år eller äldre i ordinärt boende som vårdats med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd någon gång under en femårsperiod innan 1 januari året för uppföljning och som lever i slutet av uppföljningsåret.</p> <p>För att ingå i nämnanen ska följande kriterier vara uppfyllda: Enligt registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning får personer i nämnanen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>inte</i> vid något tillfälle bo i särskilt boende eller <i>annat boende</i> under året för uppföljning • <i>inte</i> ha ett verkställt beslut om korttidsboende under året för uppföljning. <p>Personen får enligt registret insatser enligt LSS heller</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>inte</i> vid något tillfälle ha bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna under året för uppföljning. <p>Med <i>annat boende</i> avses alla former av boenden som inte är ordinärt boende eller särskilt boende.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvuddiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paranoid schizofreni</td> <td>F20.0</td> </tr> <tr> <td>Hebefren schizofreni</td> <td>F20.1</td> </tr> <tr> <td>Katatton schizofreni</td> <td>F20.2</td> </tr> <tr> <td>Odifferentierad schizofreni</td> <td>F20.3</td> </tr> <tr> <td>Schizofrent resttillstånd</td> <td>F20.5</td> </tr> <tr> <td>Schizofreni, simplexform</td> <td>F20.6</td> </tr> <tr> <td>Annan specificerad schizofreni</td> <td>F20.8</td> </tr> <tr> <td>Schizofreni, ospecificerad</td> <td>F20.9</td> </tr> <tr> <td>Kroniska vanföreställningssyndrom</td> <td>F22</td> </tr> <tr> <td>Akuta och övergående psykotiska syndrom</td> <td>F23</td> </tr> <tr> <td>Schizoaffektiva syndrom</td> <td>F25</td> </tr> <tr> <td>Andra icke organiska psykotiska störningar</td> <td>F28</td> </tr> <tr> <td>Ospecificerad icke organisk psykos</td> <td>F29</td> </tr> </tbody> </table> <p>Diagnosuppgiften över schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutna vård eller i öppen specialiserad vård.</p>	Huvuddiagnos	ICD 10	Paranoid schizofreni	F20.0	Hebefren schizofreni	F20.1	Katatton schizofreni	F20.2	Odifferentierad schizofreni	F20.3	Schizofrent resttillstånd	F20.5	Schizofreni, simplexform	F20.6	Annan specificerad schizofreni	F20.8	Schizofreni, ospecificerad	F20.9	Kroniska vanföreställningssyndrom	F22	Akuta och övergående psykotiska syndrom	F23	Schizoaffektiva syndrom	F25	Andra icke organiska psykotiska störningar	F28	Ospecificerad icke organisk psykos	F29
Huvuddiagnos	ICD 10																												
Paranoid schizofreni	F20.0																												
Hebefren schizofreni	F20.1																												
Katatton schizofreni	F20.2																												
Odifferentierad schizofreni	F20.3																												
Schizofrent resttillstånd	F20.5																												
Schizofreni, simplexform	F20.6																												
Annan specificerad schizofreni	F20.8																												
Schizofreni, ospecificerad	F20.9																												
Kroniska vanföreställningssyndrom	F22																												
Akuta och övergående psykotiska syndrom	F23																												
Schizoaffektiva syndrom	F25																												
Andra icke organiska psykotiska störningar	F28																												
Ospecificerad icke organisk psykos	F29																												

C.15 Boendestöd i ordinärt boende

Datakällor	Åldersstandardiserade värden. Den geografiska indelningen baseras på personens folkbokföringsort. Patientregistret, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (Socialstyrelsen).
Redovisningsnivå	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.
Felkällor	Personer med diagnosen schizofreni som inte vårdats i specialiserad vård under studerad tidsperiod ingår inte i redovisningen. Personer som socialtjänsten möter har inte alltid en diagnos. Uppgiftslämnande till registret över socialtjänstinsatser gäller inte beslut om insats på grund av alkohol, droger m.m. Det finns ingen information om huruvida personerna i uppföljningen har svårigheter att självständigt klara ett liv i eget boende.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

Förteckning över indikatorer

Tabellerna visar indikatorernas nummer och namn samt, där det är aktuellt, vilka rekommendationer som indikatorerna avser att spegla (hänvisning till rad i riktlinjens tillstånds- och åtgärdslista).

Tabell 5. Indikatorer som belyser genomgående arbetssätt

Nummer	Namn	Rad
A.1	Delat beslutsfattande	25

Tabell 6. Tidiga insatser vid insjuknande i psykos

Nummer	Namn	Rad
B.1	Konsultativ verksamhet där specialiserade psykiatriin stödjer och handleder primärvården	45
B.2*	Samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande	46

Tabell 7. Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser

Nummer	Namn	Rad
C.1	Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon	1,2,5
C.2	Behandling med olanzapin som underhållsbehandling	3
C.3	Behandling med olanzapin i akut fas	3
C.4	Behandling med quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol	4,7,8
C.5a	Klozapin vid svårbehandlad schizofreni, patientregistret och läkemedelsregistret	9
C.5b*	Klozapin vid svårbehandlad schizofreni, PsykosR	9
C.6	Antipsykotiskt läkemedel i depåform vid samsjuklighet med missbruk eller beroende	15
C.7	Case management, socialtjänsten	21
C.8	Case management, specialiserad psykiatri	21

Nummer	Namn	Rad
C.9	Personlig kontakt vid utskrivning	24
C.10*	Föräldrastöd	26
C.11	Individanpassat stöd till arbete, socialtjänsten	28
C.12*	Individanpassat stöd till arbete, PsykosR	28
C.13*	Saknar sysselsättning	30
C.14	Boendeinsatser i form av bostad först till hemlösa	33
C.15	Boendestöd i ordinärt boende	35
C.16	Psykopedagogisk utbildning	48
C.17	Psykopedagogiska behandlingsprogram	64
C.18	Social färdighetsträning i form av ESL	64
C.19a	Kognitiv beteendeterapi, patientregistret	55
C.19b*	Kognitiv beteendeterapi, PsykosR	55
C.20	Strukturerad bedömning av suicidrisk	69

Tabell 8. Stöd och behandling vid akuta tillstånd

Nummer	Namn	Rad
D.1a	Klozapin vid misstänkt ökad suicidrisk, patientregistret och läkemedelsregistret	10
D.1b*	Klozapin vid misstänkt ökad suicidrisk, PsykosR	10
D.2	Mobil krisintervention	38

Tabell 9. Förebygga och behandla fysisk ohälsa

Nummer	Namn	Rad
E.1	Beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor	18
E.2	Läkemedelsinterventioner för att främja rökreduktion och rökfrihet	19
E.3	Stöd i kontakter med somatisk vård, specialiserad psykiatri	42
E.4	Stöd i kontakter med somatisk vård, socialtjänsten	42

Tabell 10. Övergripande indikatorer

Nummer	Namn
F.1	Överdödlighet bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
F.2	Återinskrivning i slutna vård inom 28 dagar bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
F.3	Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning
F.4*	Hemlöshet
F.5	Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar
F.6*	Läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare
F.7*	Rökning
F.8*	Beteendepåverkande insatser för att främja rökfrihet
F.9	Egen försörjning
F.10	Rapportering till PsykosR

*Utvecklingsindikator

Jämlikhet, delaktighet och etik

Jämlikhet och bemötande

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd drabbas i högre utsträckning även av annan ohälsa, får ofta sämre behandling inom vården och dör i förtid, jämfört med personer utan psykisk sjukdom. Det har visats i åtskilliga rapporter och vetenskapliga studier.

Kommissionen för jämlik hälsa har identifierat sju livsområden där sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa:

- det tidiga livet
- kompetenser, kunskaper och utbildning
- arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
- inkomster och försörjningsmöjligheter
- boende och närmiljö
- levnadsvanor
- kontroll, inflytande och delaktighet [57].

Sårbarhet på dessa livsområden är i högsta grad relevant för gruppen med psykosjukdom, och rekommendationerna i dessa nationella riktlinjer berör alla dessa områden.

Hälsan är inte jämlikt fördelad, och hälso- och sjukvården kan inte påverka alla de faktorer som styr människors hälsa. I hälso- och sjukvårdens uppdrag enligt HSL ligger dock att arbeta för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, bland annat genom att prioritera dem som har störst behov och dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande. Även socialtjänstens insatser ska enligt SoL främja jämlikhet i levnadsvillkor och syfta till att frigöra och utveckla människors egna resurser. Med andra ord är det hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar att vård och omsorg erbjuds på ett jämlikt sätt.

Skillnader i vård och omsorg kan vara motiverade, och innebär inte nödvändigtvis ojämlikhet [58]. Kärnan är att människor ska behandlas likvärdigt utifrån sina förutsättningar, det vill säga att de bemöts och erbjuds vård och behandling på lika villkor oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [59].

Jämlik vård är också syftet med de tre principer för prioritering som de nationella riktlinjerna vilar på: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att de tre principerna för prioritering upprätthålls. *Människovärdesprincipen* innebär att personliga faktorer aldrig får avgöra vem som får vård, utan att det är behovet av vård som ska avgöra det. Detta är i allra högsta grad relevant för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, eftersom återkommande utvärderingar har visat att de

ofta får sämre vård än personer utan dessa sjukdomar. Personal inom alla delar av hälso- och sjukvården har ansvar för att upprätthålla människovärdesprincipen, och det är ett ledningsansvar att förmedla detta till personalen.

Den andra principen, *behovs- och solidaritetsprincipen*, är kopplad till bedömningen av tillståndets svårighetsgrad i de nationella riktlinjerna. Ju svårare tillstånd, desto mer angeläget att prioritera, förutsatt att det finns verk samma åtgärder. Exempelvis är ett av de svåraste tillstånden i dessa riktlinjer psykisk sjukdom med samtidigt substansberoende, och därför är det mycket högt prioriterat att tillhandahålla integrerade åtgärder för både den psykiska sjukdomen och beroendesjukdomen.

En aspekt av jämlik vård och omsorg är bemötande. För att vården och omsorgen ska ge goda resultat bör individen uppleva bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt. Eftersom undersökningar har visat att patienter inom psykiatrin, särskilt den psykiatriska slutenvården, uppger att de blivit bemötta respektfullt och hänsynsfullt i mindre utsträckning än patienter i andra delar av hälso- och sjukvården [60], är det ett mycket angeläget område att förbättra.

För att kunna bemöta personer med svår psykisk sjukdom respektfullt, kompetent och empatiskt krävs att kulturen i verksamheterna stödjer det och att personalen har lämplig kompetens, till exempel inom metoderna för vård- och stödsamordning (case management) och delat beslutsfattande. Beslutsfattare på olika nivåer – verksamhetschefer, tjänstemän och politiker inom kommuner, landsting och regioner – ansvarar för att utveckla organisationer som stödjer ett bra bemötande och att personalen har den kompetensen.

Att ta ansvar för att driva en sådan utveckling kan handla om att tillhandahålla utbildning för personalen. Utbildning i hur patienter och brukare bör bemötas kan förbättra kommunikationen och bemötandet. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Att mötas i hälso- och sjukvård* [61] är till för att stödja personal i hälso- och sjukvården att reflektera över och arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Något som också kan bidra till att skapa förtroende och ett gott samarbete mellan personal och patient eller brukare är kontinuitet. Många med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd kan behöva en fast vårdkontakt, om en sådan inte redan har utsetts i samband med utskrivning från slutenvård (se 2 kap. 5 § i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och 6 kap. 1 och 2 § patientlagen).

Delaktighet i vård och omsorg

Svensk lagstiftning anger tydligt att vården och omsorgen är skyldiga att skydda patienters och brukares autonomi. Exempelvis ska enligt 5 kap. 1 § patientlagen och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Socialtjänstlagen anger å sin sida att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 §), och att socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 §).

När en person insjuknar i psykos, och verklighetsuppfattningen påverkas, blir personen dock i hög grad beroende av människor i omgivningen, men har samtidigt svårt att lita på dem. Det här ställer särskilt stora krav på de verksamheter inom vård och omsorg som möter människor med psykossjukdom att värna deras integritet.

Patientlagen trädde i kraft i januari 2015, men har inte resulterat i ökad delaktighet och självbestämmande för patienterna, enligt en utvärdering från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [62].

Socialstyrelsen rekommenderar i dessa nationella riktlinjer metoden delat beslutsfattande som ett arbetssätt som bör genomsyra alla berörda verksamheter, särskilt vid planering av vård och stöd. I metoden ingår flera av de områden som patientlagen omfattar: information, delaktighet, samtycke och val av behandlingsalternativ. Att implementera delat beslutsfattande och arbeta med det på individnivå är alltså ett konkret sätt att följa patientlagen.

Förutom delaktighet på individnivå är det även viktigt med delaktighet på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet. Många personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har långvarig kontakt med vården och omsorgen och har därmed omfattande erfarenheter av och kunskaper om vad som har fungerat bra eller mindre bra för dem. Sådana erfarenheter kan verksamheterna ta vara på för att till exempel förbättra bemötandet av patienter och brukare samt för att anpassa både övergripande arbetssätt och de åtgärder som erbjuds.

Socialstyrelsen har tagit fram flera olika kunskapsstöd som handlar om delaktighet ur olika perspektiv. Handboken *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [63] beskriver lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer och personal inom hälso- och sjukvården.

Vidare finns en vägledning om hur vården och omsorgen kan arbeta med brukarinflytande, *Att ge ordet och lämna plats* [64]. Den riktar sig till personal inom socialtjänsten, psykiatrin samt missbruks- och beroendevården, och tar upp medverkan och inflytande på såväl individnivå som verksamhets- och systemnivå. I vägledningen redogörs för lagstiftningen om brukares rättigheter samt de organisatoriska och strukturella förutsättningar som underlättar deras medverkan och inflytande.

Ytterligare ett kunskapsstöd är *Vägar till ökad delaktighet* [42], som handlar om hur socialtjänsten kan arbeta för ökad delaktighet i hela omsorgsprocessen och på olika nivåer. Utgångspunkten är arbete med personkrets 1 och 2 enligt LSS, men till stor del kan kunskapsstödet vara relevant även för angränsande grupper. Alla dessa publikationer går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Delaktighet i samhället

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd leder till en minskad delaktighet generellt. Exempelvis hade endast 6–7 procent av personer med schizofrenidiagnos ett arbete på den öppna arbetsmarknaden vid uppföljning år 2015 [65]. Ett viktigt mål med all vård och allt stöd är att bidra till att individen

kan hitta meningsfulla sammanhang med andra människor, efter intresse och önskemål, och vara delaktig i samhällslivet på samma villkor som andra. Många av de åtgärder som rekommenderas i dessa riktlinjer syftar till detta, och effekten på delaktighet har vägts in i prioriteringarna.

Etiskt svåra situationer inom vård och stöd till personer med psykossjukdom

Det första insjuknandet i psykossjukdom är ofta traumatiskt, både för den som blir sjuk och för de närstående. Det första mötet med psykosvården kan påverka den fortsatta relationen till vården, vilket i sin tur kan påverka möjligheterna att tillfriskna. Det är därför ytterst viktigt att arbeta för en förtroendefull relation. Arbets sättet delat beslutsfattande kan bidra till detta.

Det är vanligt att individen har en annan bild av sitt behov av vård och stöd än vård- och omsorgspersonalen har, vilket är en etiskt komplicerad situation. Ett exempel är när en person insjuknar i en akut psykos. Då saknas ofta sjukdomsinsikt, men även i sådana situationer kan man arbeta med delat beslutsfattande. Om det finns en krisplan sedan tidigare kan man utgå från den. Om det är första gången personen insjuknar är samtalet mycket viktigt. Det gäller att låta det ta tid, att upprepa information och att alltid vara ärlig mot patienten. Även i en tvångssituation är det bra att ge valmöjligheter, t.ex. vilken person som ska utföra en viss åtgärd, utifrån vem patienten känner sig mest trygg med. Vårdpersonalen bör alltid sträva efter frivillighet, och när situationen har stabiliserats kan de utvärdera det bemötande och den behandling som patienten fick i den akuta krisen, och tillsammans med patienten göra en krisplan för eventuella framtida krissituationer. Det finns utarbetade mallar för detta.

Ett annat exempel på att individens bild av sitt behov kan skilja sig från vård- och omsorgspersonalens är när en psykiskt sjuk person isolerar sig och avvisar hjälp. I en sådan situation behövs uppsökande arbete med återkommande erbjudanden om stöd av olika slag. För att lyckas med detta krävs ofta samarbete mellan socialtjänsten och psykiatri, och med eventuella närstående. Ett sätt att jobba uppsökande är utifrån case management/vård- och stödsamordning och försöka få kontakt med personen och bygga förtroende. Närstående kan även engagera socialtjänsten genom att göra en orosanmälan. Personliga ombud kan ibland vara till hjälp i en sådan här situation och anhörigkonsulenter kan också spela en viktig roll. För att möjliggöra uppsökande arbete och samarbete mellan socialtjänsten och psykiatri behövs utrymme i verksamheterna för arbets sättet, till exempel genom att det uppsökande arbetet synliggörs på organisatorisk nivå och att medarbetarna får lägga tid på det.

Projektorganisation

Projektledning

Karin Bodlund	vice prioriteringsordförande (från juni 2016) socioonom, biträdande socialdirektör, Västerås stad
Ellinor Cronqvist	delprojektledare, Socialstyrelsen (från maj 2016)
Lena Flyckt	prioriteringsordförande docent, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet, överläkare, Norra Stockholms psykiatri
Rickard Färdig	faktaansvarig psykosociala insatser legitimerad psykolog, Akademiska sjukhuset
Lina Keller	delprojektledare, Socialstyrelsen (från oktober 2016)
Sofia von Malortie	projektledare, Socialstyrelsen
Anna Mattsson	delprojektledare, Socialstyrelsen (december 2015–juni 2016)
Mussie Msghina	faktaansvarig läkemedelsbehandling överläkare, docent, Psykiatri Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge
David Rosenberg	faktaansvarig psykosociala insatser lektor, socialt arbete, Umeå universitet/Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser
Ann-Katrin Skogsberg	sakkunnig socialpsykiatri socioonom, enhetschef, socialpsykiatri, Nacka kommun (februari–maj 2016)

Arbetet med det vetenskapliga underlaget

Kristina Annerbrink	med. dr, specialist i psykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Sten Anttila	biträdande projektledare, SBU
Elisabet Argentzell	biträdande lektor, psykisk hälsa, aktivitet och delaktighet, Lunds universitet

Ulrika Bejerholm	professor, psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning, centrumledare för CEPI, Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser, Lunds universitet
Mats Berglund	professor emeritus, psykiatri, Lunds universitet
Göran Bertilsson	biträdande projektledare, SBU
Anna Björkdahl	med. dr, legitimerad sjuksköterska, Psykiatri Södra Stockholm, Stockholms läns landsting
David Brunt	professor, vårdvetenskap, psykosocial miljö och boende, Linnéuniversitetet, Växjö
Rickard Färdig	faktaansvarig psykosociala insatser fil. dr, legitimerad psykolog, PsykosR
Katarina Grim	doktorand, socialt arbete, Karlstads universitet
Lars Hansson	professor, psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning, Lunds universitet
Kristin S Heiervang	fil. dr, legitimerad psykolog, forskare, Akershus universitetssjukhus, Norge
Gärd Holmqvist	doktorand, hälsa och livsstil, Högskolan i Halmstad, arbetsterapeut, Vuxenpsykiatriska mottagningen i Skövde, Skaraborgs Sjukhus, auktoriserad bildterapeut
Kickan Håkanson	projektadministratör, SBU
Ann Kristine Jonsson	informationsspecialist, SBU
Ulla Karilampi	fil. dr, legitimerad psykolog, forskare, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Magnus Karlsson	docent, socialt arbete, lektor, Ersta Sköndal Bräcke högskola
Naama Kenan Modén	biträdande projektledare, SBU
Leif Lindström	professor emeritus, psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Yvonne Lowert	specialist i psykiatri, chefsöverläkare, biträdande sektionschef, Psykosvård och rättspsykiatrisk vård, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Amanda Lundvik Gyllensten	docent, universitetslektor, Lunds universitet, legitimerad fysioterapeut
Zophia Mellgren	fil. mag., projektledare, Sveriges Kommuner och Landsting/Uppdrag psykisk hälsa

	och Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Mussie Msghina	faktaansvarig läkemedelsbehandling docent, Karolinska institutet, överläkare Psykiatri Sydväst, Karolinska universitets- sjukhuset Huddinge
Mikael Nilsson	projektledare, SBU
Ann-Sofie Paulander	fil. dr, lektor, Kungliga Musikhögskolan
David Rosenberg	faktaansvarig psykosociala insatser lektor, socialt arbete, Umeå universi- tet/Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser
Ulla-Karin Schön	docent, lektor i socialt arbete, Akademin hälsa och samhälle, Högskolan Dalarna
Jennifer Strand	lektor och forskare, psykologiska institut- tionen, Göteborgs universitet
Bengt Svensson	docent, universitetslektor, psykisk hälsa och psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforsk- ning, Lunds universitet
Nika Söderlund	doktorand, socialt arbete, Göteborgs uni- versitet, kurator, Sahlgrenska universitets- sjukhuset
Karin Wilbe Ramsay	biträdande projektledare, SBU
Kenneth Ögren	lektor i socialt arbete, Umeå universitet

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

Thomas Davidson	docent, Linköpings universitet
Emin Hoxha Ekström	hälsoekonom, SBU
Anna Ringborg	med. dr, hälsoekonom, SBU

Prioriteringsarbetet

Klas Attrell	överläkare, specialist i psykiatri och rätts- psykiatri, Rättspsykiatri, Sahlgrenska uni- versitetssjukhuset
Karin Bodlund	vice prioriteringsordförande, socioekonom, biträdande socialdirektör, Västerås stad
Camilla Dahl	enhetschef, socialpsykiatri, Falköpings kommun

Zornitsa Dimitrova	överläkare, specialist i psykiatri, Psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping
Marianne Englund	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, Rättspsykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Ricardo Espinoza	legitimerad psykiatrisjuksköterska, verksamhetschef, Lunds kommun
Lena Flyckt	prioriteringsordförande, docent, Centrum för psykiatrforskning, Karolinska institutet, överläkare, Norra Stockholms psykiatri
Eva Forslöf	enhetschef, Omsorg om funktionshindrade, Härnösands kommun
Agnetha Hall	strategisk handläggare, vård och omsorg, Östersunds kommun
Ann Cathrin Hedman	arbetsterapeut, socionom, enhetschef, sysselsättning, boendestöd, psykiatrisamordning, Fagersta kommun
Lena Hedlund	legitimerad fysioterapeut, dr med. vet., specialist i psykiatri och psykosomatik, teamet för nyinsjuknad i psykos, Psykoskliniken, Malmö
Margaretha Herthelius	förbundsordförande, Schizofreniförbundet
Jeanette Hjortsberg	legitimerad sjuksköterska, verksamhetschef, Division psykiatri, Landstinget Dalarna
Jörgen Klingborg	arbetsterapeut, strateg, socialpsykiatri, Örebro kommun
Susan Landqvist-Stockman	enhetschef, Nå ut-teamet, Psykiatri psykos, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Karin Lindersson	legitimerad psykolog, avdelningschef, LARO-mottagningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Hans Lundberg	socionom, enhetschef, socialpsykiatri, Sollifteå kommun
Åke Nilsson	jurist/handläggare, Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH (NSPH)
Björn Norlin	legitimerad psykiatrisjuksköterska, legitimerad psykoterapeut, enhetschef, Psykiatri Västernorrland
Anna-Karin Olsson	doktorand i psykologi, Karlstads universitet, arbetsterapeut, Nu-sjukvården

Ulf Rogberg	legitimerad psykiatrisjuksköterska, vårdutvecklare, Psykiatriska kliniken, Jönköping
Liselotte Sjögren	kurator, projektledare för vård- och stöd- samordning, Verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Pontus Strålin	överläkare, specialist i psykiatri, Psykiatri Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge
Anna Sundqvist	legitimerad psykiatrisjuksköterska, vård- enhetschef, Vuxenpsykiatri, Region Gävleborg
Pierre Tarby	skötare, behandlingsassistent, Västerås stad, Region Västmanland
Jan Valentin	enhetschef, socialpsykiatri, Kumla kommun
Mats Örneborg	överläkare, specialist i psykiatri, Vuxen- psykiatrisk mottagning Öster, Västman- lands sjukhus Västerås

Arbetet med indikatorer

Lena Flyckt	överläkare, docent, Centrum för psykiatri- forskning, Norra Stockholms psykiatri
Björn Norlin	legitimerad psykiatrisjuksköterska, legiti- merad psykoterapeut, enhetschef, Psykiatri Västernorrland
Gunilla Ringbäck Weitoft	projektledare, Socialstyrelsen
Ulla-Karin Schön	docent, lektor i socialt arbete, Akademin hälsa och samhälle, Högskolan Dalarna

Andra medverkande

Anders Alexandersson	jurist, Socialstyrelsen
Ann-Helene Almborg	utredare, Socialstyrelsen
Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Niklas Bjurström	utredare, Socialstyrelsen
Linn Cederström	redaktör, Socialstyrelsen
Ylva Ehn	jurist, Socialstyrelsen
Matilda Ekström Sundberg	utredare, Socialstyrelsen
Peter Elging	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Åsa Fernlund	utredare, Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	enhetschef, Socialstyrelsen

Gunnel Hedman Wallin	utredare, Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen
Annika Näslund	utredare, Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Edith Orem	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Alexander Sjöblom	administratör, Socialstyrelsen
Elin Sohlberg	utredare, Socialstyrelsen
Anna Steen	terminolog, Medterm
Birgitta Svensson	utredare, Socialstyrelsen
Jesper Symreng	jurist, Socialstyrelsen
Katrin Tonnes	kommunikatör, Socialstyrelsen
Karin Wallis	delprojektledare digitalisering, informationsstruktur och fackspråk, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	enhetschef, Socialstyrelsen
Erik Åhlin	tf enhetschef, Socialstyrelsen

Referenser

1. Årsrapport (Rättspsyk). Göteborg: RättspsyK, nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister; 2016.
2. Behandling och bedömning i rättspsykiatrisk vård : en kartläggning av systematiska översikter [Elektronisk resurs]. SBU; 2017.
3. Om implementering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
4. The world health report: report of the Director-General. 2001, Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. Schizofreni: läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012.
6. Morgan, VA, Castle, DJ, Jablensky, AV. Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2008; 42(1):74-82.
7. Abel, KM, Drake, R, Goldstein, JM. Sex differences in schizophrenia. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2010; 22(5):417-28.
8. Seeman, MV. Gender. I: Mueser KT, Jeste DV, red. *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: The Guilford Press; 2008. s. 575–80.
9. Seeman, MV. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *The American journal of psychiatry*. 2004; 161(8):1324-33.
10. Russell, JM, Mackell, JA. Bodyweight gain associated with atypical antipsychotics: epidemiology and therapeutic implications. *CNS drugs*. 2001; 15(7):537-51.
11. Bushe, C, Yeomans, D, Floyd, T, Smith, SM. Categorical prevalence and severity of hyperprolactinaemia in two UK cohorts of patients with severe mental illness during treatment with antipsychotics. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2008; 22(2 Suppl):56-62.
12. Smith, S. Gender differences in antipsychotic prescribing. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2010; 22(5):472-84.
13. Hafner, H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28 Suppl 2:17-54.
14. Mauritz, MW, Goossens, PJJ, Draijer, N, van Achterberg, T. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013; 4:10.3402/ejpt.v4i0.19985.
15. Stockholms läns landsting. Transkulturellt centrum Hämtad 2018-09-05 från: <http://transkulturelltcentrum.se/>
16. Lahti, M, Tiihonen, J, Wildgust, H, Beary, M, Hodgson, R, Kajantie, E, et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychological medicine*. 2012; 42(11):2275-85.
17. Nationell utvärdering 2013: vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

18. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
19. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
20. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
21. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
22. Crump, C, Winkleby, MA, Sundquist, K, Sundquist, J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *The American journal of psychiatry*. 2013; 170(3):324-33.
23. Tsai, J, Rosenheck, RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: a latent class analysis. *Psychiatry research*. 2013; 210(1):16-20.
24. Romm, KL. Depression, social anxiety and self-esteem in first episode psychosis: A cross-sectional study: Oslo universitet; 2010.
25. Återhämtning.: Vad är det? Vad hjälper? Hur kan professionella bidra? Stockholm: Bonnier Utbildning; 2011. s. 1.
26. Bogarve, C, Ershammar, D, Rosenberg, D. Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder : möjlighetens metoder för en ny praktik. Stockholm: Gothia Fortbildning; 2018.
27. Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning : och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Sundbyberg :: Myndigheten för delaktighet ;; 2014.
28. Samordnad vård och omsorg: en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
29. Vision e-hälsa 2025 [Elektronisk resurs]. 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/informationmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025>
30. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
31. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
32. Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: nationella riktlinjer - lägesbeskrivning 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
33. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: komplettering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
34. Lindfors, N. Schizofreni: kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen: Gothia; 2009.
35. Uppdrag psykisk hälsa. Programarbete och arbetsgrupper. 2018. Hämtad 2018-04-24 från: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/kunskapsutbyte/programarbete-och-arbetsgrupper/>
36. Läkemedelsbehandling vid schizofreni – behandlingsrekommendation. Uppsala: Läkemedelsverket; 2013.

37. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Psykotiska syndrom. 2017. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/psykotiskasyndrom-f2029>
38. Nationella riktlinjer : Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
39. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
40. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
41. FYSS 2017 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2016.
42. Vägar till ökad delaktighet : kunskapsstöd för socialtjänsten om arbete med stöd och service enligt LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
43. Stöd till anhöriga: vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
44. Nationell samverkan för psykisk hälsa. Anhörigprojektet. Hämtad 2018-06-29 från: <http://www.nsph.se/projekt/anhorigprojektet/>
45. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
46. Sparring Björkstén, K, Karlsson, I. Äldrepsykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen; 2013.
47. Broqvist, M. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Linköping: Prioriteringscentrum; 2011.
48. Lund, K. Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting: erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Linköping: PrioriteringsCentrum, Landstinget i Östergötland; 2010.
49. Lund, K. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kommunernas prioriteringar [Elektronisk resurs]. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2015.
50. Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
51. Engman, T. Från delaktighet till delat beslutsfattande: inspirationsskrift om delaktighet och delat beslutsfattande inom psykiatri och socialtjänst. Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa; 2015.
52. Thornicroft, G. Shunned: discrimination against people with mental illness. New York: Oxford University Press; 2006.
53. Resursgrupps-ACT: e-Arbeitsbok. Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset; 2016.
54. Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT). Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
55. Gerlinger, G, Hauser, M, De Hert, M, Lacluyse, K, Wampers, M, Correll, CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. World Psychiatry. 2013; 12(2):155-64.
56. Handbok för utveckling av indikatorer : för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
57. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa : förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.

58. En mer jämlik vård är möjlig : analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
59. Nationella indikatorer för god vård : hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer : indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
60. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell patientenkät. Hämtad 2018-04-23 från: <http://npe.skl.se/Default.aspx>
61. Att mötas i hälso-och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2015.
62. Lag utan genomslag : utvärdering av patientlagen 2014-2017. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
63. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2015.
64. Att ge ordet och lämna plats [Elektronisk resurs] : vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
65. PsykosR. Årsrapport 2015. Nationellt kvalitetsregister för psykosvård. 2015.
66. Redovisning av Socialstyrelsens arbete med genomförandet av Agenda 2030: 2017-03-24. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
67. Genomförandet av Agenda 2030 – Underlag från Socialstyrelsen [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd innehåller 55 rekommendationer, vilka presenteras nedan. En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
Genomgående arbetssätt			
25	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Delat beslutsfattande</i>	2	Åtgärden kan ge ökad känsla av egenmakt och bättre relation till behandlaren. Ett strukturerat arbete utifrån metoden delat beslutsfattande är ett sätt för vården och omsorgen att leva upp till lagstiftning om information, delaktighet, samtycke och individuell planering.
23	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Påminnelse om besökstider</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden leder till att fler personer kommer till bokade besök.
Tidiga insatser vid insjuknande i psykos			
46	Psykos, förstagångsinsjuknande <i>Samordnade insatser för förstagångsinsjuknande, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier.</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger effekt på återgång i studier eller arbete, vilket är en mycket viktig aspekt av återhämtning från psykosjukdom.
44	Misstänkt psykos <i>Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning av vårdbehov</i>	1	Åtgärden ökar möjligheten att bedöma hur allvarligt tillståndet är hos personer med misstänkt psykos, och att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede, vilket kan förbättra prognosen. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
45	Misstänkt psykotiska symtom <i>Konsultativ verksamhet där psykiatrin stödjer och handleder primärvården</i>	2	En bestående struktur där primärvården kan få konsultativt stöd från psykiatrin ökar möjligheten att ge personer med misstänkt psykotiska symtom ett bra bemötande och vid behov lämna över till psykiatrin, jämfört med om det inte finns någon sådan etablerad struktur. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser

1	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Aripiprazol (peroralt)</i>	2	Läkemedlet ger svag effekt på psykosymtom, men mindre risk för viktuppgång, extrapyramidala biverkningar, hjärtpåverkan och sedering än många andra antipsykotiska läkemedel.
2	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Risperidon (peroralt)</i>	2	Läkemedlet ger måttlig effekt på psykosymtom och förhållandevis liten risk för behandlingsavbrott, viss risk för extrapyramidala biverkningar och viktuppgång samt stor risk för sexuella biverkningar.
5	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Paliperidon (peroralt)</i>	3	Läkemedlet ger måttlig effekt på psykosymtom och förhållandevis liten risk för behandlingsavbrott, viss risk för extrapyramidala biverkningar och viktuppgång samt stor risk för sexuella biverkningar. Paliperidon är mindre kostnadseffektivt än risperidon.
3	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Olanzapin (peroralt)</i>	4	Läkemedlet ger måttlig effekt på psykosymtom och förhållandevis liten risk för behandlingsavbrott och extrapyramidala biverkningar men större risk för viktuppgång och sedering än de flesta andra antipsykotiska läkemedel, vilket innebär ökad risk för kroppsliga sjukdomar och förtida död. Sedering kan även försvåra psykoterapeutiska insatser.
6	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Haloperidol (peroralt)</i>	7	Läkemedlet ger svag effekt på psykosymtom och stor risk för extrapyramidala biverkningar och behandlingsavbrott samt förhållandevis stor risk för sedering.
4	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Quetiapin (peroralt)</i>	8	Läkemedlet ger svag effekt på psykosymtom och förhållandevis liten risk för behandlingsavbrott och extrapyramidala biverkningar men större risk för viktuppgång och sedering än de flesta andra antipsykotiska läkemedel, vilket innebär ökad risk för kroppsliga sjukdomar och förtida död. Sedering kan även försvåra psykoterapeutiska insatser.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
7	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Ziprasidon (peroralt)</i>	9	Läkemedlet ger svag effekt på psykosymtom, stor risk för behandlingsavbrott, ökad risk för hjärtrytmrubbning och större risk för sedering än de flesta andra antipsykotiska läkemedel. Ziprasidon behöver tas två gånger per dag tillsammans med mat, vilket kan vara svårt för många.
8	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Zuklopentixol (peroralt)</i>	9	Utifrån klinisk erfarenhet hos medverkande experter är läkemedlet mer sederande än många andra antipsykotiska läkemedel med jämförbar antipsykotisk effekt.
9	Schizofreni, svårbehandlad <i>Klozapin (peroralt)</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Läkemedlet har enligt vetenskapliga studier inte sämre effekt på psykotiska symtom än andra antipsykotiska läkemedel. Utifrån klinisk erfarenhet hos medverkande experter har det ofta en avgjort bättre effekt än andra läkemedel.
11	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott <i>Antipsykotiskt läkemedel i depåform</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Depåbehandling minskar risken för behandlingsavbrott jämfört med peroral behandling.
15	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika <i>Antipsykotiskt läkemedel i depåform</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Depåbehandling ger bättre effekt på substansmissbruk jämfört med peroral behandling. Utifrån klinisk erfarenhet fungerar åtgärden ofta väl för gruppen och möjliggör andra insatser.
21	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Case management</i>	1	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Personer som fått case management är nöjdare med vården och stödet än de som fått sedvanlig vård.
37	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika <i>Intensiv case management enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment)</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger bättre allmäntillstånd och mindre slutenvårds-konsumtion jämfört med sedvanlig vård.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
20	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, psykiska funktionsnedsättningar som påverkar förmågan att medverka i vård och delta i samhällsliv <i>Intensiv case management enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment)</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar risken att förlora kontakt med vården jämfört med vanlig vård, patienterna är nöjdare och på övriga utfallsmått är effekten likvärdig eller bättre än vanlig vård. Åtgärden är kostnadsneutral eller kostnadseffektiv om den ges till personer som annars har en hög slutenvårds-konsumtion.
22	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Case management enligt FACT-modellen (Flexible Assertive Community Treatment)</i>	FOU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.
28	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning <i>Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS-modellen)</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen har en markant bättre effekt på återgång i arbete än arbetsförberedande träning, samt förbättrar hälsan.
30	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning <i>Sysselsättning, en daglig aktivitet utanför hemmet som är anpassad för personer med schizofreni, med individuell målsättning och uppföljning</i>	3	Åtgärden kan leda till ökad återhämtning, social funktion, livskvalitet samt minskad isolering. Målsättningen är att ge deltagarna en strukturerad vardag och ett socialt sammanhang. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
29	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning <i>Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller</i>	10	Tillståndet har en stor svårighetsgrad, men åtgärden ger sämre effekt på återgång i arbete än individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
32	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning <i>Stöd till utbildning enligt supported education-modellen</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.
33	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, saknar egen bostad <i>Boendeinsatser i form av bostad först</i>	2	Åtgärden ger stor effekt på boendestabilitet. Den ger även ökad livskvalitet och minskad risk för återinsjuknande.
34	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, saknar egen bostad <i>Boendeinsatser i form av boendetrappa</i>	10	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden. Expertkonsensus utifrån beprövad erfarenhet har heller inte uppnåtts. Att ha ett boende kan skapa struktur och rutiner, vilket kan underlätta för individen att förbättra sin funktionsförmåga, men det kan ha negativa effekter att exempelvis inte komma vidare till nästa steg i trappan, eller att falla ett eller flera steg tillbaka. Åtgärden boendeinsatser i form av bostad först har en visad effekt och högre prioritet för tillståndet.
35	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, svårigheter att självständigt klara hemliv <i>Boendestöd i egen bostad</i>	2	Boendestöd ger ökad förmåga att självständigt klara av sitt hemliv, ökad delaktighet i aktiviteter i samhället och ökad funktionsnivå. Vid utebliven åtgärd finns det risk att individen inte klarar att bo i egen bostad och försämras i sitt tillstånd. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
36	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, stora svårigheter att självständigt klara hemliv <i>Bostad med särskild service anpassad för personer med schizofreni</i>	3	Bostad med särskild service ger bland annat ökad förmåga att självständigt klara av sitt hemliv, ökad social kontakt och ökad funktionsnivå. Vid utebliven åtgärd finns det risk att individen blir isolerad och försämras i sitt tillstånd. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
47	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kognitiva funktionsnedsättningar (minne och uppmärksamhet) <i>Tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva funktionsnedsättningar</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden kan bidra till ökad organisations- och planeringsförmåga, ökad självständighet samt ökad delaktighet och kontinuitet i behandling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
63	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kvarstående psykosymtom, kognitiva funktionsnedsättningar och nedsatta sociala färdigheter <i>Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger förbättrad kognitiv och social funktion, särskilt i kombination med andra rehabiliteringsåtgärder.
62	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kognitiva funktionsnedsättningar (minne, uppmärksamhet och exekutiva funktioner) <i>Datorbaserad kognitiv träning</i>	3	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har effekt på allmän kognition och social funktion.
64	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, svårigheter att klara av vardagliga aktiviteter eller det sociala samspelet med andra <i>Psykopedagogiska behandlingsprogram, t.ex. Ett självständigt liv, ESL och Illness Management and Recovery, IMR</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger minskad risk för återinsjuknande och förbättrade sociala färdigheter.
48	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Psykopedagogisk utbildning med eller utan anhöriga</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger en långvarig effekt i form av ökad följsamhet till behandling och minskad risk för återinsjuknande. Effekten är dosberoende. Åtgärden bedöms som kostnadseffektiv.
50	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Psykoedukation till närstående (familjpsykoedukation)</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger ökad följsamhet till behandling, minskad risk för behandlingsavbrott och ökad kunskap om sjukdomen och behandlingen. Effekten är sannolikt dosberoende. Åtgärden bedöms som kostnadseffektiv.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
55	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kvarstående psykosymtom <i>Kognitiv beteendeterapi</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger effekt på både positiva och negativa psykosymtom, samt stor gynnsam effekt på generell psykisk hälsa. Åtgärden bedöms som kostnads-effektiv.
56	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kvarstående psykosymtom <i>Kognitiv beteendeterapi i grupp</i>	FOU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.
57	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kvarstående psykosymtom <i>Psykodynamisk psykoterapi</i>	FOU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.
69	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, misstänkt ökad suicidrisk <i>Strukturerad bedömning av självmordsrisk</i>	1	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ger en strukturerad bedömning goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.
68	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, misstänkt depression <i>Strukturerad bedömning av depressionssymtom</i>	2	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ger en strukturerad bedömning goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.
27	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika <i>Åtgärder för missbruk eller beroende integrerat med åtgärder för den psykiska sjukdomen</i>	3	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Personer som har fått integrerad behandling är nöjdare än de som inte fått det.
65	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, självstigmatisering <i>Psykosocial insats för att minska självstigmatisering, enligt NECT-metoden</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har effekt på självstigma och svag självkänsla som kan vara begränsande för individen.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
24	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Personlig kontakt med personal från öppenvårdsteam eller socialtjänst före utskrivning från slutenvård</i>	1	Åtgärden leder till att en större andel följs upp efter utskrivning, att deras delaktighet och kontinuitet i behandlingen ökar och att risken för återinsjuknande minskar. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
26	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, vårdnadshavare med sviktande föräldraförmåga <i>Anpassat föräldrastöd</i>	2	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden medför en ökad tilltro till egen förmåga i föräldraskapet, bättre föräldraförmåga, ökad livskvalitet hos barn och föräldrar samt en bättre beredskap för att säkra barnens trygghet vid tidiga tecken på återinsjuknande. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
59	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kvarstående psykosymtom <i>Musikterapi</i>	4	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden är en icke-verbal terapiform som ger effekt på både positiva och negativa psykosymtom.
60	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kvarstående psykosymtom <i>Bildterapi</i>	FOU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.
58	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, fragmentering av kroppsupplevelandet, spännings- eller stressproblematik, rörelsesvårigheter eller ångest och oro <i>Basal kroppskänedom</i>	5	Åtgärden leder till minskade psykosymtom, ökad rörelseförmåga och ökad livskvalitet. Åtgärden kan underlätta fortsatt fysisk aktivitet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
40	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Stöd av brukarspecialist (peer support)</i>	FOU	Åtgärden ger en liten positiv effekt på självrapporterad grad av återhämtning, men det vetenskapliga underlaget är begränsat och resultat på andra viktiga effektmått saknas. Utvärderingar och studier pågår.

Stöd och behandling vid akuta tillstånd

10	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, misstänkt ökad suicidrisk <i>Klozapin (peroralt)</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Vid kvarstående risk för självmord efter ett allvarligt självmordsförsök minskar läkemedlet risken för nytt självmordsförsök, jämfört med ett antal andra antipsykotiska läkemedel
----	--	---	---

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
38	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, akut fas <i>Mobil krisintervention</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en mycket stor effekt på andelen personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas som behöver läggas in på sjukhus.
39	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Självvald inläggning</i>	FOU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.
66	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Sinnesstimulerande avslappningsrum i akut-psykiatrisk heldygnsvård</i>	FOU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden, men forskning pågår.

Förebygga och behandla fysisk ohälsa

43	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd <i>Regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning</i>	1	Åtgärden leder till att fler blir undersökta, att riskfaktorer upptäcks tidigare och att fler får adekvat behandling för risk- eller sjukdomstillstånd som upptäcks. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
42	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, behov av somatisk vård <i>Stöd i kontakter med somatisk vård</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Stöd i kontakter med somatisk vård leder till att fler söker vård och får vård efter behov. Många med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd dör i förtid till följd av behandlingsbara, kroppsliga sjukdomar. Det är därför mycket angeläget att stödja personer i denna grupp att uppmärksamma fysisk ohälsa och få behandling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
18	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor <i>Beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger både minskad kroppsvikt och ökad livskvalitet.
19	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, daglig rökning <i>Läkemedelsinterventioner för att främja rökreduktion och rökfrihet</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Läkemedlet främjar minskad rökning och rökfrihet.

Bilaga 2. Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag från regeringen att redovisa hur myndighetens arbete bidrar till att nå de globala utvecklingsmål som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015, Agenda 2030 [66, 67].

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd berör ett antal av målen, vilket beskrivs nedan. Kommuner och landsting är viktiga aktörer i att uppnå målen, så arbetet med att implementera dessa nationella riktlinjer kan med fördel relateras till arbetet med målen i Agenda 2030.

Delmål 1.2 och 1.3

Dessa delmål handlar om att minst halvera den andel människor som lever i någon form av fattigdom samt att införa lämpliga system och åtgärder för socialt skydd för alla.

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd insjuknar ofta innan de har hunnit etablera sig på arbetsmarknaden och behöver i många fall vara sjukskrivna under långa perioder. Det gör att många av dessa personer lever i fattigdom, vilket liksom den psykiska sjukdomen i sig är stigmatiserande och försvårar återhämtning.

I dessa riktlinjer rekommenderas metoder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan använda för att hjälpa målgruppen till en bättre social situation, med bostad och försörjning.

Delmål 3.4

Detta delmål handlar om att genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Schizofreni är en av de mest handikappande psykiska sjukdomarna och innebär ofta förkortad livslängd. Därför behöver resurser satsas på åtgärder för att de som drabbas i möjligaste mån ska kunna återhämta sig och leva ett så gott liv som möjligt.

Delmål 3.5

Detta delmål handlar om att stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholmissbruk.

Bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är det vanligt med missbruk av alkohol och narkotika, och dessa riktlinjer ger rekommendationer om behandling av missbruk eller beroende hos personer med psykisk sjukdom.

Delmål 10.2

Detta delmål handlar om att möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är sjukdomar som får stora sociala konsekvenser. Därför behöver resurser satsas på att inkludera de som drabbas i samhället, både genom att stödja dem till ökad delaktighet och genom att skapa sammanhang som är anpassade efter deras förutsättningar.

Delmål 16.7

Detta delmål handlar om att säkerställa ett lyhört, inkluderande, deltagandebaserat och representativt beslutsfattande på alla nivåer.

Ett genomgående arbetssätt som rekommenderas i dessa riktlinjer är delat beslutsfattande. Detta arbetssätt innebär att patienter och brukare får möjlighet att uttrycka sina preferenser och vara med och fatta beslut om vård- och stödinsatser.

Sammanfattningsvis bidrar de åtgärder som rekommenderas i dessa nationella riktlinjer till att nå de angivna delmålen i Agenda 2030.