

Tjänsteställe, handläggare
Specialistpsykiatri, Helena Eriksson
helena.eriksson@regionorebrolan.se

Datum
2023-12-04

Beteckning
Tjänsteanteckning
Dnr: 23RS11300

Svar på frågeställningar från FPS Insatser vid förstagångsinsjuknande

A)Fråga: Hur tillämpas/samordnas insatserna vid förstagångsinsjuknande inom psykiatri Region Örebro län?

När en patient bedöms vara aktuell för vårdförlopp för förstagångsinsjuknande är det ett särskilt team för förstagångsinsjuknande i psykos/TIP-team som arbetar med patienten. I detta team ingår följande professioner: läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, skötare och arbetsterapeut.

De prioriterade insatserna efter de mer initiala och akuta insatserna är:

- Anpassat bemötande och samarbete
- Psykoedukation
- Läkemedelsbehandling enligt riktlinjer inklusive läkemedelsgenomgång och justering av läkemedel som har insatts under det akuta skedet
- Fortsatt krisintervention
- Fortsatt psykiatrisk omvårdnad och omsorg
- Fortsatt familj- och närståendestöd (familjeintervention)
- Aktualisera socialtjänstinsatser (boendestöd, ställningstagande till eventuell orosanmälan)
- Fortsatt arbetssätt med delat beslutsfattande
- Upprätta vårdplan och handlingsplan/krisplan
- Illness management and recovery (IMR)
- Resurs- assertive community treatment (R-ACT)
- Narrative enhancement cognitive therapy (NECT)
- Genomföra samordnad individuell plan (SIP)
- Stöd till arbete enligt Individual placement and support (IPS-modellen)

Dessa insatser finns även med i det fortsatta vårdförloppet över tid. Men under det första året är det detta särskilda team för förstagångsinsjuknande som arbetar med patienten. Innan det första året har gått planerar man tillsammans med patienten en överslussning till ett av de ordinarie psykosteamen om patienten bedöms ha en psykosjukdom. En framtida fast vårdkontakt påbörjar kontakt med patienten i god tid innan övergången för att säkerställa en god allians.

Patienter som inte bedöms ha en psykosjukdom, remitteras vidare till rätt instans inom vården om de bedöms behöva sjukvård. TIP-teamet håller i patienten tills nästa instans tagit över. Patienter som bedöms ha haft en reaktiv psykos (akut och övergående psykos), erbjuds ett besök 1 år efter avslut i TIP-team utifrån risken för

Postadress
Region Örebro län
Specialistpsykiatri
Box 1613, 701 16 Örebro
E-post: regionen@regionorebrolan.se

Besöksadress
Folkungagatan 33
Tel: 019-602 10 00
Organisationsnummer: 232100-0164

konvertering till schizofreni som kan finnas för dessa patienter. Tyvärr har de patienter som erjudits detta hittills, tackat nej till det när vi kallat dem.

För att tillgodose hela länets behov involveras behandlare från Allmänpsykiatriska mottagningarna från norra och södra länsdelen i TIP teamet i Örebro redan vid inkommande remiss för att säkerställa att kontakterna med berörd kommun och insatser därifrån fungerar så smidigt som möjligt. Vad gäller västra länsdelen har de ett eget självständigt TIP team kopplat till den allmänpsykiatriska mottagningen där.

Vårdförloppet är aktuellt även för barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i de fall tecken på psykos förekommer före 18 års ålder.

Team för förstagångsinsjuknade psykos/TIP-team på specialistpsykiatri jobbar konsultativt gentemot barn- och ungdomspsykiatri i de fall tecken på förstagångsinsjuknande i psykos förekommer hos ungdomar **före** 17,5 års-åldern.

Team för förstagångsinsjuknande i psykos/TIP-team, specialistpsykiatri har huvudansvar för ungdomar som nyinsjuknar i psykotiska symptom **efter** 17,5 års-åldern.

Dock görs de första bedömningarna på dessa patienter tillsammans med BUP (förstärkt öppenvård/ barnpsykiatrisk avdelning 5) för att tillsammans bedöma och kartlägga patientens huvudproblem. I de fall man kan utesluta misstanken om en primär psykosjukdom som orsak, tar BUP över ansvaret. Om misstanke om psykosjukdom kvarstår, har team för förstagångsinsjuknande i psykos/TIP-team på specialistpsykiatri huvudansvaret och BUP bidrar som konsult och hjälper till med somatiska bedömningar och specialpedagogiska insatser. Vid behov av heldygnsvård vårdas dessa ungdomar som är yngre än 18 år på barnpsykiatrisk avdelning 5.

Vi har efter att vård och insats programmet och vårdförloppen kom, gjort GAP analyser över insatserna som är prioriterade. En utbildning i krisintervention har givits i Karlskoga för alla berörda medarbetare i länet. Och vi har arbetat med redan befintliga insatser och tagit fram uppdaterade interna rutiner för TIP teamet. Det finns fortfarande insatser som vi arbetar med att utbilda i och utveckla. vad gäller just de specifikt nämnda insatserna beskrivs de nedan på de mer specificerade frågorna.

B)Fråga: Har klinikerna inom psykiatri Region Örebro län någon rutin för att arbeta enligt delat beslutsfattande?

Delat beslutsfattande beskrivs som metod, men handlar kanske än mer om ett förhållningsätt som ska genomsyra varje del av den vård som bedrivs. Det är lätt att

säga att vi bedriver vård utifrån det förhållnings sättet, men när man granskar den egna vården kommer man alltid finna situationer där vi har förbättringspotential. I GAP analysen har markerat detta som en ”röd” insats, alltså en insats som vi inte ger. Detta utifrån att vi faktiskt inte erbjudit vår personal utbildning i denna specifika metod. Ett ganska tufft ställningstagande, då psykosvården faktiskt i stor utsträckning arbetar utifrån att patienten ska vara delaktig i de beslut som tas kring deras vård, och där man i dialog försöker hitta kompromisser även under komplicerade situationer under tvångvård.

Vi tittar nu på vilka utbildningar som kan erbjudas nationellt i själva metoden, en kunskap som vi tror att vi behöver för att själva kritiskt granska och synliggöra eventuella brister i vårt arbetssätt utifrån den specifika metoden. Det har dock varit svårt att hitta lämpliga utbildningar för detta, något som vi också efterfrågat i de nationella nätverk som finns utifrån vårdförloppen. Vi arbetar dock sedan lång tid tillbaka utifrån Resurs ACT, case management, som också är en metod som stärker delaktigheten.

C)Fråga: Finns det inom psykiatrin Region Örebro län någon skriftlig rutin för att erbjuda case management för vård-och stödsamordning till personer med schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd? Om/vid ja, vad innehåller den?

I Region Örebro län används en anpassad metod, R-ACT, Resursgrupps-ACT som bygger på just case management. Utbildning i detta har fram till nu hållits varje år i samverkan med socialpsykiatrin, och erbjudits hela länet både kommuner och psykiatriska mottagningar.

Just nu har det tagits beslut på att utbildningen ska pausas, vilket är olyckligt då vi alla, kommun och region, behöver anpassa vårt arbetssätt till vårdförloppen.

Arbetsmetoden i psykosvården Örebro-Lekeberg, är integrerat i en vårdprocess som beskriver arbetssätt och insatser för psykosvården. Metoden beskrivs även där, och i vissa stycken hänvisar man till metoden.

Utdrag:

”R-ACT (Resursgrupp – ACT)

R-ACT är en kunskapsbaserad metod som används som arbetsmodell för psykiatrisk vård vid samverkan mellan region, kommun och närstående. Användandet av metoden prövas individuellt efter att en bedömning gjorts att patienten är motiverad till insatsen samt att samordningsinsatserna runt patienten är omfattande. Metoden används när individen behöver fullt stöd från både regionen och kommunen i form av medicinsk vård, socialt stöd, boende och sysselsättning. Metoden utgår ifrån de nationella riktlinjer som framtagits för gruppen med schizofreni. Patientens mål står i centrum och metoden stärker patientens möjlighet att delta i sin vård.”

Utifrån GAP-analysen bedömde vi att vi erbjuder arbetssättet och metoden, även om metoden som använts i Örebro är mer likt flexibel ACT där insatserna blir mer

intensiva under perioder av stort behov, och minskar när patienten återgår i ett mer stabilt tillstånd. Case manager, eller vård och stöd samordnare, kallar vi fast vårdkontakt, vilket utgör en av behandlarna i patientens vårdteam. Vi erbjuder de centrala delarna i metoden som beskrivs i vård och insatsprogrammet även om begreppen kan vara annorlunda för att anpassas till andra riktlinjer och arbetssätt. De beskrivs i ett styrande dokument som kallas ”vårdprocessen”.

Vi kan också se att det finns förbättringar att göra i vissa delar, bland annat delat beslutsfattande, och i uppföljning och det finns ett behov av handledning i metodiken, för att den inte ska urvattnas eller tappas bort bland andra metoder som vi också ska använda oss av. Det är därför viktigt att metoderna sammanvävs på ett logiskt och logistiskt sätt i vårdprocessen. Vårdprocessen är just nu under bearbetning för att anpassas till förändringar som behövs göras från bland annat vårdförlopp och vård och insatsprogram.

D)Fråga: Hur många har genomgått IPS -utbildning under åren 2018 - 2023 inom psykiatrin Region Örebro län?

Vi har haft insatser för detta via Finsam, kommun och tidigare IPS via Activa. Vi har dock inte varit helt tillfreds med att just IPS som metod inte använts på ett metodtroget sätt förutom hos Activa i tidigare projekt. Från mars 2023 har vi startat upp ett nytt EFS finansierat projekt tillsammans med Activa och Fontänshuset som skiljer sig en del från tidigare projekt på det sättet att vi nu integrerar en arbetspecialist från Activa i psykoteamen som ger stöd till arbete eller studier för patienterna. Det stärker samverkan mellan vård och arbetslivsrehabilitering för att bättre möta målgruppens samlade behov.

En doktorand och en forskare vid Örebro universitet är knuten till projektet för att i första hand följa patienterna, men i viss mån även projektpersonal och vårdpersonal. Det gör att vården på ett väldigt konkret sätt använder arbetsrehabiliteringen i behandlande syfte och på nära håll kan se effekten av det.

Detta projekt är avgränsat till psykosvården i Örebro-Lekeberg.

Metoden är utan tvekan evidensbaserad och framgångsrik, men det är inte så enkelt att man bara utbildar vårdpersonal i IPS som metod och till arbetspecialister, det kräver också en spelplan med utarbetat kontaktnät med företag och arbetsgivare på den privata arbetsmarknaden och ett sådant kontaktnät måste också skötas om. Den psykiatriska hälsosjukvården kommer aldrig ha resurser nog för att bygga upp ett sådant kontaktnät, och blir det för många verksamheter som aktivt söker arbetsplatser kan det också bli tröttande för den privata arbetsmarknaden. Det behövs en aktör som har detta kontaktnät och som också kan vara behjälplig att leta efter lämpliga arbetsplatser.

Men hälsosjukvården ska också utvidga sitt uppdrag så att det inkluderar arbetsrehabiliterande insatser, och i Örebro-Lekeberg är det arbetsterapeuterna som den yrkesgrupp som är bäst lämpade att utbildas för detta. Parallellt som projektet pågår så diskuterar vi också hur vi kan få in detta arbetssätt efter projektets avslut. Klart är dock att vi fortfarande kommer behöva stöttning i hitta lämpliga arbetsplatser.

Länsdelarna

Flera av Finsamförbunden erbjuder IPS som metod, men de använder också andra metoder, och menar att de vill anpassa metod efter vad som är lämpligt utifrån personens behov.

E)Fråga: Hur stor är andelen personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som får boendestöd inom psykiatrin Region Örebro län?

Idag vet vi inte hur många av våra patienter som har boendestöd, och att ta reda på det skulle kräva journalgenomgång på alla patienter. Vilket vi inte har möjlighet till.

Kognitiv beteendeterapi KBT

F)Fråga: I vilken utsträckning används KBT inom psykiatrin Region Örebro län?

Verksamheten erbjuder vid behov psykoterapi, främst individuellt men det kan även ske i grupp. Inför varje individuell psykoterapi träffar patienten en psykolog eller representant för annan yrkesgrupp med psykoterapeutisk kompetens för bedömningssamtal. Syftet med bedömningssamtalen är att kartlägga problematiken samt bedöma huruvida en patient kan tillgodogöra sig psykoterapi eller ej. Psykoterapin är integrativ vilket innebär möjlighet till en rad olika terapiformer så som psykodynamisk terapi, kognitiv beteendeterapi samt existentiell/humanistisk terapi. Psykoterapin utgår alltid ifrån det patienten bedöms och upplever sig behöva hjälp med. Verksamheten har i tidigare GAP analys noterat behovet av ökad kompetens för just KBT och därför tagit hänsyn till behovet vid rekrytering av psykolog för att tillföra KBT kompetens till verksamheten.

G)Fråga: I vilken omfattning ingår psykopedagogiska behandlingsprogram och psykopedagogisk behandling i psykiatriska vårdprogram inom psykiatrin Region Örebro län?

Syftet med psykopedagogiska insatser är att möjliggöra för patienten att få ökade kunskaper om sin problematik, med ökade kunskaper om sin funktionsnedsättning får patienten bättre möjlighet att hantera de svårigheter som den psykiatriska problematiken medför.

Exempel på insatser och metoder som vi vid behov använder oss av är:

- Integrerad Psykiatrisk Terapi – kognitiv träning (IPT-k)

IPT-k är ett träningsprogram i grupp som är utformat för patienter med allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar. IPT-k bygger på teorin att beteende är hierarkiskt organiserat, att människan har beteendenivåer av olika svårhetsgrad och att man måste lära sig att hantera de mest basala färdigheterna innan man kan gå vidare och utveckla mer komplexa beteendenivåer.

- Illness management and recovery (IMR)

Programmet utgår från en applikation och är ett manualbaserat psykosocialt program som syftar till att förbättra deltagarnas förmåga att hantera de negativa

konsekvenserna av svår psykisk sjukdom, främja samarbetet mellan utövare och brukare, öka deltagarnas delaktighet i sin behandling samt att stötta deltagarna att eftersträva personligt meningsfulla mål.

- **Familjesamtal**

Två behandlare ur teamet samtalar med patienten och familj/närstående. Insatsen utgår från patienten men ibland kan träffar ske enbart med familj/närstående. Samtalskontakten är ett samarbete mellan vården och familjen, utifrån det som patienten och familj/närstående anser är aktuellt. Samtalen syftar till att öppna kommunikationen om sjukdomen i familjen. Vården bidrar med kunskap om sjukdom och behandling, hjälper till att lösa problem, som till exempel allt från kontakt med andra myndigheter till praktiska problem i hemmet. Under samtalen fångas också familjens behov av ytterligare insatser upp och de kan få hjälp att slussas vidare till annat stöd. Det är en fördel att bedriva behandlingen både i hemmet och på mottagningen. I början är det värdefullt med en tätare kontakt som sedan kan glesas ut.

- **Patient- och närståendecirkel**

Psykosvårdens öppenvård har en patient- och närståendecirkel som startar minst en gång per år. Den innefattar ett antal träffar och under dessa erbjuds undervisning och information om psykisk ohälsa, information om behandlingsformer och förebyggande åtgärder, kost och andra hälsofrämjande insatser samt information om vilka övriga stödinsatser som finns i samhället. Patient- och närståendecirkel är även ett tillfälle för närstående och patienter att träffa andra i en liknande situation och utbyta erfarenheter och råd till varandra.

- **Närståendestöd**

En viktig del i arbetet med psykiatriska patienter är närståendearbetet och stöd till patientens närstående och kuratorerna är den yrkesgrupp som i första hand erbjuder den insatsen. I stödet är det av stor vikt att rätt stöd ges och att den närstående blir informerad om vilka övriga instanser i samhället som kan vara behjälpliga, exempelvis kommunens anhörigcentrum. I närståendestödet ingår även grundläggande information om vården, vår organisation och juridiska aspekter.

- **Barngrupper och föräldrastödsgrupper**

Detta är ett särskilt uppdrag som hela psykiatrin kan använda sig av.

Barngrupperna (Kuling) riktar sig till barn i olika åldrar som har en eller flera närstående som har drabbats av psykisk ohälsa. Syftet är att få kunskap om psykisk ohälsa, få kunskap hur familjen påverkas, att det finns andra i en liknande situation och att lära sig nya strategier att hantera tillvaron, bearbeta svåra händelser, avlasta skuld, skam och ansvar.

I föräldrastödsgrupperna får vårdnadshavare stöd i föräldraskapet och möjlighet att utbyta erfarenheter med andra föräldrar. Detta stöd består av en grupp som vänder sig till föräldern som har drabbats av psykisk ohälsa och en annan grupp som vänder sig till den andre föräldern. I föräldrastödsgruppen arbetar man utifrån olika teman, såsom föräldraskap, relationer och gränser.

Verksamheten kan vid behov även erbjuda familjeintervention enligt en modell som heter Beardslees familjeintervention, där det övergripande syftet är att få familjen att fungera bättre och att uppmärksamma barnens behov.

NECT

NECT (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy) är en utbildning för personer med egen erfarenhet i att lära sig att lägga märke till och handskas med självstigma. Självstigma är vanligt bland personer med psykisk ohälsa och har ofta stor inverkan på möjligheterna att leva i samhället. Självstigma innebär att en person har börjat tro att stereotypa uppfattningar om psykisk sjukdom är sanna och stämmer på hen, till exempel att någon med schizofreni inte kan förbättras, arbeta eller uppleva en meningsfull tillvaro.

H)Fråga: Används / tillämpas tekniska hjälpmedel och datorbaserad kognitiv träning i psykiatriska vårdprogram inom psykiatri Region Örebro län? Vid nej, varför inte?

Cog Med

är ett webbaserat träningsprogram som handlar om arbetsminnesträning. Den används vid t.ex. ADHD/ADD-problematik, strokerehabilitering och för att träna upp kognitiva funktioner som försämrats efter en psykos.

Ha Koll!

Gruppbaserad intervention som kan hjälpa personer med kognitiva nedsättningar till följd av psykisk eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning att förbättra sin tidshantering i vardagen.

I)Fråga: Använder sig psykiatri Region Örebro län av Mobil krisintervention? Vid nej, varför inte?

Vid förstagsinsjuknande:

..är det viktigt med förhållandevis snabba insatser. Team för förstagsinsjuknande i psykos/TIP-team gör en första bedömning. Inledningsvis träffar läkare och två andra professioner från teamet patienten så snart det är möjligt. Första besöket sker

företrädesvis i hemmet och om patienten vill det med närstående. Målsättningen är att besöket genomförs inom tre arbetsdagar och att patienten får läkarbedömningen inom sju arbetsdagar från det att patienten aktualiserats via remiss/ egen vårdbegäran. TIP team har utbildning i krisintervention vilket ofta är ett behov i familjen där en närstående insjuknat för första gången i psykos.

Psykosvården är rustad för både mobilbitet och krisintervention

När psykosvården får information om att en patient är försämrad i sin sjukdom, endera av patientens själv eller kanske av anhörig så tas kontakt med patient snarast där möjligheten till hembesök finns, vilket är vanligt förekommande även i det ordinarie arbetet då många patienter har svårt att ta sig till vården. Enheten har också under vardagar dagtid en egen jourmottagning för psykospatienterna.

Varje morgon genomförs även ett morgonmöte, där ärendet som inkommit om försämring kan lyftas och ställningstagande till åtgärder kan beslutas i patientens vårdteam. Verksamheten är utrustad med leasingbilar och hembesök ingår i arbetssättet, likaså stöd och krisintervention till anhöriga och närstående.

Mobil resurs, suicidprevention

Psykiatrin tillhandahåller särskild mobil resurs i syfte att:

- **Stödja och hjälpa patienter** som inkommer till somatisk alternativt psykiatrisk sjukvård efter genomfört suicidförsök samt stödja deras närstående och säkerställa kontinuitet innan kontakt är etablerad på ordinarie mottagning.
- **Efterlevande stöd¹** till närstående inklusive om närstående är barn
- **Utbildningsresurs** – leder och samordnar utbildning i suicidprevention och strukturerad suicidriskbedömning, i enlighet med ”Vårdprogram för suicidnära patienter”, för medarbetare i Område psykiatri med återkommande uppföljningstillfällen årligen. Utfärdar utbildningsbevis vid genomförd utbildning till deltagande medarbetare.
- **Leder utbildning för vårdgrannar och samarbetspartners** i suicidologi, riskbedömning och bemötande.
- **Handledning och konsultation** – för personal inom Område psykiatri, vårdgrannar och samarbetspartners
- **Vårdprogram för suicidnära patienter** – delta i implementering
- **Samverkan** med mobil resurs suicidprevention barn- och ungdomspsykiatrin, övriga vårdgivare, polismyndighet och räddningstjänst, kommuner och andra föreningar och möjliga samverkanspartners i samhället.
- **Kartläggning mobil prehospital akutpsykiatrisk resurs** – under första verksamhetsåret ska en kartläggning sammanställas utifrån behov,

möjligheter och risker med eventuell fokusering av resursen till enbart en mobil prehospital akutpsykiatrisk resurs i Region Örebro län.

Integrerade åtgärder för psykisk sjukdom och beroendesjukdom

Fråga J: Tillämpas samordnat och integrerat stöd mellan berörda parter såsom psykiatrin, beroendevården och socialtjänsten i Örebro län?

I teorin finns inga hinder för detta då vi arbetar utifrån resurs-ACT, och är vana att ständigt samverka med andra myndigheter som socialtjänst och andra vårdgivare.

Beroende på situation och vad som passar patienten så kan vi involvera tex beroendevården i patientens team, alternativt kalla till samrådsteam inom Specialistpsykiatrin. Dock är detta något som vi behöver aktivera mer utifrån patientens problematik när vår egen kompetens inte räcker till. Socialtjänst och socialpsykiatrin är mycket nära samarbetspartner runt den enskilda patienten, och gemensamma träffar görs vid behov.

K)Fråga: Tillämpas rekommendationerna gällande nämnda antipsykotiska medicinering inom psykiatrin Region Örebro län under återhämtningsfas inklusive vid nyinsjuknandefas? Vid nej, varför inte?

Vi avvaktar i möjligaste mån att behandla med antipsykotiska läkemedel under de första dagarna vid nyinsjuknande i psykotiska symptom. Vid tveksamhet gällande psykotiska symptom, kan vi avvakta ytterligare men ger i så fall ångestbehandling/sömnmedicin vid behov. Vid tydliga psykotiska symptom kan patienten få behandling med antipsykotiska läkemedel i så tidigt skede som möjligt. Läkemedel ges först efter noggrann utredning, bedömning och överenskommelse med patienten och närstående i den mån det är möjligt.

Vi försöker följa gängse riktlinjer gällande läkemedelsbehandling enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer

- aripiprazol (prioritet 2)
- risperidon (prioritet 2)
- paliperidon (prioritet 3).
- olanzapin (prioritet 4)

Inför läkemedelsinsättning försöker vi tänka på:

- att välja läkemedel och administration i samråd med patienten och närstående enligt delat beslutsfattande och att ta hänsyn till ålder, livssituation, kön och fertilitet och tidigare erfarenheter av behandling. Ta särskild hänsyn vid suicidalt beteende, graviditet och amning, metabola riskfaktorer, se vård- och insatsprogram ”Schizofreni och liknande tillstånd”, kap 6 och 7.
- Vi försöker alltid ge information om vilka symtom som läkemedlet sätts in för, förväntade effekter och biverkningar samt om hur läkemedlet ska tas.

- Vi gör täta utvärderingar av effekt och biverkningar och gör noggrann justering av dos därefter. Om otillräcklig effekt eller biverkningar mäter vi läkemedelskoncentration och vi försöker åtgärda biverkningar. Alliansen är väldigt viktig och vi försöker att inte riskera den.

L)Fråga: Vid vilka diagnoser använder man Klozapin inom psykiatri Region Örebro län?

Vid svårbehandlad schizofreni där patient har använt två neuroleptika tidigare utan effekt samt vid schizofreni med hög risk för suicidalitet.

M)Fråga: Hur vanligt är det med användning av antipsykotiskt läkemedel i depåform inom psykiatri Region Örebro län?

Det är svårt att säga, inte minst utifrån att vi har psykospatienter utspridda i länet som går på flera olika mottagningar. Men vår uppskattning är att ca 40% av patienterna sfår läkemedel i depåform.

N)Fråga: Har målen uppnåtts i handlingsplanen och samtliga aktiviteter kopplade till den? Om inte, vad har inte genomförts?

Vad har hänt sedan Aktivitetsplanen skapades

Förbättra omhändertagandet vid förstagångsinsjuknande

När aktivitetsplanen skapades gjordes den utifrån VIP, då fanns det ännu inga vårdförlopp. När sedan vårdförloppen kom behövde vi lägga fokus på dem, och då inkluderade ju det även VIP. Initialt kom vårdförloppen för schizofreni och liknade tillstånd som två separata vårdförlopp som nu är sammanslagna till ett vårdförlopp

Vad har gjorts: Vi har omstrukturerat verksamhetens vårdprocess för förstagångsinsjuknande så att det stämmer överens med det nationella vårdförloppet och knutit in de insatser som finns kopplat till detta i vård och insatsprogrammet. Det handlade om vem/vilka som kan remittera in, tidigare var det psykiatri, men nu kan andra organisationer och myndigheter göra detta också. Som tex studenthälsa, skolhälsa, socialtjänst, vårdcentral, somatiska verksamheter.

Rutiner för detta skapades och kommunicerades ut till läkargrupper inom all hälsosjukvård, på olika former av läkarforum, samt via föreläsning vänd till alla samverkansparter i vårt län i alla våra kommuner. Föreläsningen spelades in och spreds sedan ut till de som inte kunnat närvara. Vi skapade också en snabbguide som också visar vilka symptom som är vanliga och som man kan titta efter och fråga om. Konsultationstid med överläkare kopplad till TIP teamet skapades också.

Detta genererade ett stort inflöde av remisser. Långt ifrån alla bedömdes ingå i vårdförloppet, men det blev en klar ökning på inflödet.

Internt: De interna rutinerna och påkopplade yrkeskategorier och insatser kompletterades för att uppfylla kraven i vårdförloppet och VIP.

Påbörjad uppföljning av insatser utifrån framtagna indikatorer gjordes initialt hösten 2022, Det visade sig vara för tidigt då patienterna behöver ha genomgått ett år i vårdförloppet.

Länsdelarna: Även verksamheterna i länsdelarna har fått information och ett nätverk skapades över länsgränserna. Likaså skapades rutiner för samarbete i de fall patienten hörde till södra eller norra länsdelen, där medarbetare från allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i södra och norra länsdelen ska kopplas på i TIP teamet direkt, för att underlätta kontakterna med socialtjänst och kommun, likaså för den händelse att patienten inte bedöms ingå i vårdförloppet, då ansvaret övergår till den allmänpsykiatriska öppenvården. Västra länsdelen har ett eget psykosteam inklusive läkare som följer samma rutin som resten av länet.

Vi bedömer att både aktivitet 1 och 2 är fullföljda och klara. Men givetvis så är detta ett ständigt pågående arbete.

Ökad följsamhet till evidensbaserade metod

GAP- analysen påbörjades och gick igenom gemensamt med alla berörda verksamheter, som allmänpsykiatriska mottagningar i länet.

En åtgärd var att ta in utbildare i remissionskattning, en utbildning som erbjöds en stor mängd medarbetare från alla länsdelar.

Krisintervention utbildning erbjöds i Karlskoga för alla berörda verksamheter.

Skapandet av ett årshjul och vad som skulle ingå i detta. Det som inte utfördes var GAP analys i de 12 kommunerna. I alla fall inte på Lag schizofrenis uppdrag, förhoppningen är att det ändå gjordes på kommunernas egna initiativ. Det lyftes även som förslag till psykiska hälsa planen, att avsätta resurser för detta, då vi inte hade någon lösning på hur det skulle frigöras resurser för att göra det arbetet.

Vad gäller förslaget att skapa en gemensam vårdprocess för hela länet så är det ambitionen, för förstagångsinsjuknande är vårdprocessen gemensam och gäller för hela länet. Del två av vårdförloppet är klar och sammanfogad med det första vårdförloppet. I den delen finner vi också mycket insatser från socialtjänst och kommun och det blir en större utmaning att få till för hela länet inklusive kommunerna. Vi ser att kommunerna har olika förutsättningar för att leva upp till vårdförloppen och det har även den psykiatriska verksamheten i länsdelarna som idag har vårduppdrag för psykospatienterna.

Just nu ser man inom hälsosjukvården över om en organisatorisk förändring kan underlätta ambitionen att en likvärdig vård kan ges i länet för dessa patienter.

Det som hittills är gjort som en pilot, är att Psykosvården i Örebro tagit fram ett

underlag för att göra GAP analys, den innefattar alla insatser oavsett vem som pekas ut som ansvarig, kommun eller hälsosjukvård.

I november 2022 testades denna mall för GAP analys på Psykosvården i Örebro-Lekeberg. Tanken är att mallen sedan kan användas av flera enheter för att utföra GAP analys på del två i vårdförloppet.

Psykosvården i Örebro-Lekeberg har utifrån denna idag en ganska bra bild över vilka insatser man redan kan erbjuda och vilka man inte kan erbjuda i verksamheten, och man har också under året påbörjat arbetet med att täcka upp de GAP som man sett. Tex så erbjuder man nu NECT, och erbjuder också KBT i högre utsträckning än tidigare.

Uppföljning

Som beskrivits ovan så gjordes ett första försök att följa upp indikatorerna HT 2022, vilket visade sig vara för tidigt utifrån att patienten behövde ingå i vårdförloppet minst ett år.

Dock finns det nu indikatorer att följa upp, även om de justeras och ändrats under det senaste året. Psykosvården i Örebro Lekeberg har också arbetet med rutinerna för registrering i psykos R och lyckats med det, men tyvärr så har också PsykosR försvunnit som register, men glädjande är att det nu kommer i ny tappning i Bipolärregistret.

0) Fråga: Kommer aviserade besparingar och minskning av slutenvårdsplatser inom Region Örebro läns psykiatri påverka den psykiatriska vårdkvaliteten och patientsäkerheten för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd?

Vi vet ännu inte hur besparingarna kommer slå igenom i detalj, det finns inga uttalade planer på att psykosvårdens patienter kommer få färre vårdplatser eller sämre vård i de planer som finns. Tvärtom, kommer man arbeta för att nå en jämlik psykosvård, som inte kunnat erbjudas i hela länet trots besparingar.

Med vänlig hälsning

Lisa Klingvall enhetschef psykosvården Karlarhuset

Mona Soholat chefsöverläkare Specialistpsykiatrin

Emma Haag, bitr. enhetschef, leg psykolog psykosvården Karlarhuset

Helena Eriksson, verksamhetsutvecklare Specialistpsykiatrin

Mathias Edquist, verksamhetschef Specialistpsykiatrin