

Nationella riktlinjer för
psykosociala insatser
vid schizofreni eller
schizofreniliknande tillstånd
2011

– stöd för styrning och ledning

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN: 978-91-86585-77-8

Artikelnr: 2011-1-3

Omslag: Socialstyrelsen/Iwa Wasberg

Foto: Bildarkivet/Andreas Offesson

Sättning: Edita Västra Aros

Tryck: Edita Västra Aros, Västerås, januari 2011

Förord

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 är de första nationella riktlinjerna inom området. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vård och omsorg för personer med schizofreni.

I arbetet med riktlinjerna har tyngdpunkten legat på hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Anledningen är att merparten av personer med schizofreni erhåller vård och omsorg därifrån.

Syftet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer är att de ska vara ett stöd för beslutsfattare i kommuner, landsting och regioner så att dessa kan styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom öppna och systematiska prioriteringar. Riktlinjerna riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledning och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna innehåller rekommendationer på gruppnivå. De är i första hand ett underlag för resursfördelning inom sjukdomsgruppen eller verksamhetsområdet, så kallade vertikala prioriteringar.

Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården och omsorgen om personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som fått låg prioritet.

För att ge beslutsfattarna ytterligare underlag ingår i riktlinjerna en analys av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som rekommendationerna kan förväntas leda till jämfört med nuvarande praxis. Analysen utgår både från Socialstyrelsens hälsoekonomiska bedömningar och från de konsekvensanalyser som gjorts av kommuner, landsting och regioner under riktlinjernas remissbehandling samt från Socialstyrelsens experters kunskap om åtgärdernas omfattning och kostnader.

En annan viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård och god kvalitet i socialtjänsten på det psykosociala området, som utgår från centrala rekommendationer i riktlinjerna. Indikatorerna kan ligga till grund för uppföljningar på lokal, regional och nationell nivå.

En av utgångspunkterna för Socialstyrelsen i arbetet med riktlinjerna har varit att lyfta fram fungerande evidensbaserade åtgärder så att personer med schizofreni över hela landet har tillgång till vård och omsorg av god kvalitet.

Kommuner, landsting, regioner, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, berörda intressenter (vård- och omsorgstagare, närstående, yrkesorganisationer, specialistföreningar) och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den preliminära versionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan myndigheten slutgiltigt tagit ställning till Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Lena Weilandt
Enhetschef, Nationella riktlinjer

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning	8
Centrala rekommendationer som medför ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	8
Samordnade åtgärder tidigt – och även senare	8
Familjeinterventioner	9
Tillgång till psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi.....	9
Arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan.....	10
Brist på datakällor försvårar uppföljningen.....	10
Inledning	12
Socialstyrelsens uppdrag.....	12
Riktlinjerna ger underlag för beslut om resurser	12
Riktlinjerna tar upp psykosociala insatser	13
Brist på systematisk uppföljning	14
Flera åtgärder är nya för psykiatri och socialtjänsten.....	15
Samverkan mellan myndigheter	15
Flera sjukdomar samtidigt är vanligt.....	16
Schizofreni tas upp i vägledningen om sjukskrivning.....	16
Rekommendationerna	18
Tre typer av rekommendationer.....	18
Tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer	20
Åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg.....	22
Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg	23
Psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen	24
Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall.....	26
Psykologisk behandling mot kvarstående symtom.....	27

Kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar.....	30
Åtgärder för att förbättra sociala färdigheter.....	31
Åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning.....	32
Boende och åtgärder i form av anpassat stöd	35
Samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg	38
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.....	42
Inledning	42
Sammanfattning.....	44
Tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer	46
Åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg.....	48
Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg	48
Psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen	49
Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall.....	50
Psykologisk behandling mot kvarstående symtom.....	50
Kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar.....	51
Åtgärder för att förbättra sociala färdigheter.....	52
Åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning.....	52
Boende och åtgärder i form av anpassat stöd	56
Samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg	58
Indikatorer för god vård och god kvalitet i socialtjänsten på det psykosociala området	61
Inledning	61
Redovisning av indikatorer	66
Indikatorerna.....	68
Värdegrund, delaktighet och samverkan.....	70
Projektorganisation	76

Bilaga 1: Tillstånds- och åtgärdslista	83
Bilaga 2: Om tillstånd och åtgärder	93
Tillstånd	93
Utredning om behov	96
Åtgärder	97
Referenser	111

Sammanfattning

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd innehåller 43 rekommendationer. I bilaga 1 (Tillstånds- och åtgärdslista) finns samtliga tillstånd och åtgärder presenterade.

Centrala rekommendationer som medför ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om samordnade åtgärder, familjeinterventioner, psykologisk behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering är de som får störst konsekvenser. Dessa rekommendationer kommer få såväl ekonomiska som organisatoriska konsekvenser, då de ställer krav på förändringar av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens organisationsstruktur samt investeringar i personal och kompetens.

Socialstyrelsens bedömningar av rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser har utgått från den verksamhet som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedriver i dag. Informationen om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs är dock ofta bristfällig, vilket gör bedömningen svår.

Flera åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar har utvecklats internationellt och är nya för psykiatri och socialtjänsten. Under arbetet med framtagandet av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har det blivit tydligt att det finns ett behov av att utveckla en organisation och modeller för hur ny kunskap ska kunna omsättas i praktiken.

Samordnade åtgärder tidigt – och även senare

Socialstyrelsen rekommenderar samordnade åtgärder som omfattar samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg enligt den så kallade ACT-modellen (Assertive Community Treatment) med tillägg av familjeinterventioner och social färdighetsträning för personer som är nyinsjuknade i psykossjukdom. Dessa åtgärder tycks ge positiva effekter på möjligheten att ha ett självständigt boende och att personen tillbringar färre dagar på sjukhus.

Socialstyrelsen rekommenderar även så kallad intensiv *case management* enligt ACT-modellen för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som är högkonsumenter av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter. Jämfört med sedvanlig behandling minskar åtgärden antalet vårdtillfällen, dagar på sjukhus, risken för hemlöshet och arbetslöshet samt ger en större stabilitet i boendet.

Rekommendationerna kräver ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården (psykiatrin) och socialtjänsten. På kort sikt innebär rekommendationerna ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, framför allt för utbildning, handledning och eventuellt personaltillskott. På längre sikt bedömer Socialstyrelsen dock att kostnaderna kommer vara oförändrade eller lägre jämfört med i dag, bland annat genom minskade kostnader för sjukhusvård.

Familjeinterventioner

Socialstyrelsen rekommenderar familjeinterventioner till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har kontakt med sin familj eller närstående. Insatsen minskar återfall och inläggning på sjukhus och tycks förbättra personens sociala funktion och livskvalitet samt det känslomässiga klimatet i familjen.

Rekommendationen medför ökade kostnader till en början för kompetensutveckling för personalen och ett eventuellt ökat personalbehov. På sikt bedömer Socialstyrelsen dock att kostnaderna blir oförändrade eller lägre jämfört med i dag som en följd av en mer samordnad och flexibel verksamhet, och som en följd av ett minskat antal återfall och inläggningar på sjukhus.

Tillgång till psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med så kallade kvarstående symtom. Huvudskälet till rekommendationen är att behandlingen visar positiva effekter på kvarstående symtom och på centrala problem för individen. Hälso- och sjukvården kan även erbjuda musikterapi när personer har behov av så kallade icke-verbala terapiformer.

Socialstyrelsen är medveten om att det råder stor brist på personal med adekvat kompetens inom kognitiv beteendeterapi. Rekommendationen

ställer krav på att varje landsting och region gör en analys av nuläget när det gäller tillgång till personal med rätt kompetens och hur man utformar effektiva behandlingar. Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar på kort sikt, men kostnaderna förväntas sedan åtgå till befintliga nivåer alternativt till en lägre nivå.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan

Socialstyrelsen rekommenderar arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen, då metoden är bättre än arbetsförberedande träningsmodeller när det gäller att skaffa arbete åt personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har en vilja och motivation till ett arbete.

Ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering ligger i dag hos flera olika myndigheter i Sverige. Det är inte givet hur den rekommenderade åtgärden ska placeras in i det svenska vård- och stödsystemet. Det finns därmed ett behov av att fortsätta med försöksverksamheter i samverkan mellan olika berörda myndigheter. En förutsättning för att kunna genomföra rekommendationen är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar och har kontakt med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna till en början kommer att öka för hälso- och sjukvården och socialtjänsten i och med att personalen behöver fortbildning och handledning samt en förändrad organisation. På sikt kommer dock kostnaderna för hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra delar av samhället att minska.

Brist på datakällor försvårar uppföljningen

Socialstyrelsen har utarbetat 22 indikatorer för uppföljning inom det psykosociala området för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Ett stort problem för uppföljningen inom det psykosociala området är att det i dag saknas datakällor. Bristen på datakällor gör att uppföljningen av de åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna till stor del får begränsas till om den psykiatriska verksamheten och socialtjänsten i dag kan erbjuda dessa insatser. En utveckling av datakällor pågår och på sikt kommer sådana indikatorer att utformas som kan ge kunskap om de processer som används på det psykosociala området och vilka resultat de ger.

Några indikatorer som föreslås är i nuläget inte möjliga att följa på nationell nivå. De bör dock börja användas i uppföljningen av den psykiatriska verksamheten och socialtjänstens verksamhet för personer med

psykisk funktionsnedsättning. Sammanlagt har 15 nationella indikatorer tagits fram för uppföljning av den psykiatriska verksamheten och 12 nationella indikatorer för socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessutom föreslås fyra mer generella indikatorer för att spegla resultatet av huvudmännens åtgärder på det psykosociala området.

Inledning

Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom som ofta medför betydande psykiska och sociala konsekvenser. Livstidsrisken att insjukna i schizofreni är cirka 0,8 procent. Svenska studier tyder på att andelen personer som har schizofreni är cirka 0,35 procent under ett år. Internationella studier redovisar ett medianvärde som tyder på att 15/100 000 invånare nyinsjuknar årligen i schizofreni [1]. Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd utgör en stor andel inom den mer omfattande gruppen personer med psykiskt funktionsnedsättning (se definition i bilaga 2: Om tillstånd och åtgärder). Det uppskattas att cirka 30 000 till 40 000 personer behöver samhällets insatser till följd av sjukdomen [2].

Schizofreni bryter vanligen ut i unga år. Före 20 års ålder har 20 till 40 procent av personer med schizofreni upplevt sina första symtom. Män insjuknar oftast vid 15 till 25 års ålder och kvinnor vid 25 till 35 års ålder.

Socialstyrelsens uppdrag

Regeringen gav 2008 Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för psykosociala insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (S2008/996/HS). Regeringen bedömer att hälso- och sjukvården och socialtjänsten i större omfattning behöver använda insatser som har ett vetenskapligt stöd. Riktlinjerna förväntas stimulera detta och utgår därför ifrån bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om åtgärder och deras effekter för målgruppen.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att utarbeta indikatorer för att löpande följa upp hur verksamheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillämpar riktlinjerna inom psykiatriområdet.

Riktlinjerna ger underlag för beslut om resurser

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (i fortsättningen benämnda personer med schizofreni i rapporten) är tänkta att användas som ett underlag för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i beslut om fördelning av resurser. Riktlinjerna syftar också till att stödja införandet av evidensbaserade metoder.

Riktlinjerna berör samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuder vård och omsorgsinsatser till personer med schizofreni.

Arbetet med riktlinjerna fokuserar på de frågeställningar där behovet av vägledning för beslutsfattare, hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänsten är särskilt stort. Socialstyrelsen ger alltså inte rekommendationer om all vård, omvårdnad och omsorg som bedrivs inom ett område och rekommendationerna utgör inte heller heltäckande vårdprogram eller handlingsplaner. Syftet är att bidra till kvalitetsutveckling och god resurshushållning. Därmed vill Socialstyrelsen bidra till att stärka den enskildes möjligheter att få god vård och omsorg. Socialstyrelsen kommer även att ta fram en särskild patientversion av riktlinjerna.

Nationella riktlinjer består av rekommendationer på gruppnivå, det vill säga att rekommendationerna gäller för hela grupper med specifika tillståndsbeskrivningar. Rekommendationerna kan också ge viss vägledning vid hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beslut som rör enskilda personer, men i det enskilda fallet vägs flera andra faktorer in utifrån personens unika situation.

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

Metoden som Socialstyrelsen använder i arbetet för att ta fram nationella riktlinjer bygger på den arbetsmodell för öppna vertikala prioriteringar som Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum har tagit initiativ till [3]. Modellen utgår från de grunder och principer för prioriteringar som finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. I tillämpningen av modellen på socialtjänstens område har Socialstyrelsen gjort modifieringar som ansetts vara nödvändiga med hänsyn till socialtjänstlagens grundprinciper [4]. Socialtjänstlagen (2001:453), SoL har inte på samma sätt som HSL uttalade regler för prioriteringar. En mer utförlig beskrivning av arbetet finns i bilagan Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer (www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni).

Riktlinjerna tar upp psykosociala insatser

Dessa riktlinjer är avgränsade till psykosociala insatser (i fortsättningen benämnda som åtgärder i rapporten). Åtgärderna syftar huvudsakligen till att minska symtom och ge ökad livskvalitet för personer med schizofreni. De ska också bidra till att behålla eller ge ökad funktion när det gäller sådant som boende, arbete och relationer samt att ge ökad delaktighet i samhället för målgruppen.

Riktlinjerna tar upp följande områden:

- tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer
- åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg
- åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg
- psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen
- familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall
- stöd i föräldraskap för personer med schizofreni
- psykologisk behandling mot kvarstående symtom
- kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar
- åtgärder för att förbättra sociala färdigheter
- åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning
- boende och åtgärder i form av anpassat stöd
- samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg.

Inom varje område finns en eller flera åtgärder redovisade i en tillstånds- och åtgärdslista. Urvalet av åtgärder som tagits med i tillstånds- och åtgärdslistan är baserat på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om åtgärderna och dess effekter. Socialstyrelsen har även lagt till några centrala områden som berör socialtjänstens verksamheter för den aktuella målgruppen.

Motsvarande psykosociala områden ingår i huvudsak även i internationella riktlinjer som berör personer med schizofreni [5-6].

Riktlinjerna utgår från att de psykosociala åtgärderna efter utredning och bedömning i det enskilda fallet ges i kombination med lämplig läkemedelsbehandling. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kommer också att ta fram en kunskapsöversikt om läkemedelsbehandling för personer med schizofreni med beräknad tidpunkt för publicering 2012.

Brist på systematisk uppföljning

Systematisk lokal uppföljning av olika åtgärder inom riktlinjens område befinner sig ännu i ett tidigt utvecklingsskede, därför har det inte varit möjligt att precisera vilka befintliga åtgärder (specifika metoder) som används i dag inom psykiatrin och socialtjänsten, och vilket resultat de

ger för målgruppen. I denna riktlinje har Socialstyrelsen därför inte tagit ställning till befintliga åtgärder.

För en fortsatt kunskapsutveckling på området är det således viktigt att genomföra systematiska uppföljningar av resultatet av de åtgärder som genomförs ute i verksamheterna.

Flera åtgärder är nya för psykiatrin och socialtjänsten

Stöd för införande och tillämpning

Flera av de åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar har utvecklats internationellt. Trots att sådana åtgärder internationellt visat sig ha goda effekter har de hittills haft svårt att få fotfäste i vårt land.

I vissa fall finns liknande benämningar av åtgärder (metoder) i Sverige men innehållet och tillämpningen varierar. Den vetenskapliga evidensen visar att dessa åtgärder bör innehålla vissa komponenter för att få en god effekt. Eftersom flera åtgärder är nya för svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst finns ett starkt behov av att utveckla en organisation och modeller för hur ny kunskap ska anpassas till svenska förhållanden och kunna genomföras.

Socialstyrelsen har även ett uppdrag att ta fram och ansvara för en webbaserad nationell kunskapsportal inom psykiatri och vård och omsorg om äldre. Under 2011 beräknas den första versionen av kunskapsportalen att lanseras med begränsat innehåll. Där kommer bland annat målgruppsanpassad information om de åtgärder som rekommenderas i dessa riktlinjer att ingå.

Personalens baskunskap inom den här riktlinjens område är grundläggande och en förutsättning för att de rekommenderade åtgärderna ska kunna omsättas och tillämpas i praktiken. Socialstyrelsen utgår ifrån att informationen om de nya åtgärderna ger en ökad möjlighet att ytterligare utveckla kompetensen inom vård och omsorg.

Samverkan mellan myndigheter

Ansvaret för att genomföra en del av åtgärderna i riktlinjerna är ofta delat. I många fall krävs samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och även kontakt med andra aktörer. Exempelvis behöver Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kontaktas vid arbetslivsinriktad rehabilitering och vid frågor som rör boende behöver andra delar av den kommunala verksamheten kontaktas.

Det yttersta målet för samverkan är att personer med schizofreni ska få tillgång till den vård och omsorg som ger möjlighet till återhämtning samt möjlighet att leva som andra och vara delaktiga i samhällslivet. Det är viktigt att vården och omsorgen tillgodoser samtliga behov i form av stöd både till personen och till dennes anhöriga samt behov av vårdplanering, psykiatrisk behandling och psykosociala åtgärder.

Det är angeläget att på lokal, regional och nationell nivå ta ställning till hur man ska samverka för att kunna erbjuda rekommenderade åtgärder.

Flera sjukdomar samtidigt är vanligt

Samsjuklighet är i det enskilda fallet en komplicerande faktor, som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har att ta hänsyn till i samband med bedömning av den vård och omsorg som kan vara aktuell.

Att man har flera sjukdomar samtidigt (samsjuklighet) är vanligt förekommande vid schizofreni precis som inom all hälso- och sjukvård. Det gäller både vissa somatiska sjukdomar, andra psykiska problem (särskilt depression och ångest) och missbruk eller beroende av alkohol, narkotika och andra droger. Även livsstilsfaktorer som dålig kosthållning, brist på motion och rökning tillhör de vanligt förekommande problemen.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerformissbruks-ochberoendevard) tar upp åtgärder för missbruk och beroende men inte särskilt för personer med schizofreni. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/sjukdomsforebyggandemetoder) innehåller åtgärder för att främja rökstopp anpassade för personer med schizofreni.

Det är viktigt att vården och omsorgen uppmärksammar såväl den somatiska hälsan som problem och riskfaktorer som är relaterade till levnadsvanor hos personer med schizofreni.

Schizofreni tas upp i vägledningen om sjukskrivning

Socialstyrelsen anger i det försäkringsmedicinska beslutsstödet att sjukskrivning bör ses som en del av vård och behandling. I rekommendationen för psykotiska tillstånd anger myndigheten att varaktighet och grad av funktionsnedsättning varierar mycket mellan olika personer, även med bästa möjliga behandling. I många fall kan en sammanlagd tid på upp till flera år behövas för behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering. Många personer får permanenta funktionsnedsättningar.

Bedömningen av sjukskrivningens längd bör ske i team och ska vara förankrad i en rehabiliteringsplan som en del av en övergripande vårdplan. Vid förstagångsinsjuknandet, speciellt i schizofreni, är det ofta nödvändigt med en längre tids sjukskrivning, ett år eller längre, på grund av risken för återfall, depression och självmordsförsök. En stabil situation med sysselsättning och boende innebär normalt kortare väg tillbaka. Under den stabila remissionsfasen är det ofta aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering. Se även försäkringsmedicinskt beslutsstöd på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod.

Rekommendationerna

I det här avsnittet har Socialstyrelsen valt ut de rekommendationer som är de mest centrala för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, det vill säga för verksamhetschefer, politiker och tjänstemän. Socialstyrelsen förväntar sig att de rekommendationer som presenteras här kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå. De kan alltså inte tillämpas på individnivå. Rekommendationerna kan dock ge viss vägledning vid hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beslut som rör enskilda personer men i det enskilda fallet vägs flera andra faktorer in utifrån individens unika situation. Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom det psykosociala insatsområdet för personer med schizofreni på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade tillstånd och åtgärder än till dem som fått låg rangordning. De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar berör både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet och flera kan genomföras inom båda verksamheterna. För vissa åtgärder kan hälso- och sjukvården eller socialtjänsten ha uppdraget att ansvara för genomförandet. För andra åtgärder faller uppdraget att ansvara för och genomföra dessa inte naturligt inom någon enskild sektors uppdrag. Som en följd av detta förutsätter Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar, samordnar och bidrar med kompetens för att nå en helhet och god effekt inom samtliga områden.

Tre typer av rekommendationer

Socialstyrelsens rekommendationer för hälso- och sjukvården och socialtjänsten på detta område grundas på en sammanvägning av

- evidensbaserad kunskap om olika åtgärders effekter
- tillståndets svårighetsgrad i form av kvarvarande symtom, nedsättning av funktionsförmåga eller behov av kompensering åtgärder
- bästa tillgängliga kunskap om åtgärdens kostnadseffektivitet eller kostnader.

Socialstyrelsen har i sammanvägningen också tagit hänsyn till etiska principer med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens etiska plattform (Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, prop. 1996/97:60). I prioriteringsarbetet har Socialstyrelsen även utgått från socialtjänstlagens övergripande mål och principer. De sistnämnda anger bland annat att socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet samt utgå från en helhetssyn, vara samordnade, trygga och präglas av kontinuitet.

Eftersom denna riktlinje även rör socialtjänstens verksamhet har Socialstyrelsen gjort avsteg från den nationella modellen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården genom att tillståndets svårighetsgrad inte vägts in i bedömningen. SoL är, till skillnad mot HSL, huvudsakligen en rättighetslag. Det innebär att alla som uppfyller lagen har rätt att få sina behov tillgodosedda. Socialtjänstlagens karaktär av ramlagstiftning lämnar dock ett visst utrymme för att prioritera mellan olika alternativa åtgärder (metoder) som tillgodoser behoven. Vid val av alternativa åtgärder ska den åtgärd som bäst främjar de mål som anges i socialtjänstlagen prioriteras. En rangordning av alternativa metoder för att tillgodose likartade behov, baserad på vetenskapligt underlag om åtgärdernas effekter och underlag om deras kostnader, kan då fungera som stöd för styrning och ledning för kommunerna.

Tillstånds- och åtgärdscombinationerna i riktlinjerna är rangordnade i förhållande till varandra. Siffran 1 anger åtgärder med högst angelägenhetsgrad.

Åtgärder med otillräckligt vetenskapligt underlag har i huvudsak rangordnats lågt. I vissa fall finns alternativ med gott vetenskapligt stöd vid det specifika tillståndet, men i några fall saknas det alternativ med visad god effekt i vetenskapliga studier.

Den låga rangordningen bör inte tas som argument för att helt utesluta dessa åtgärder utan visar att åtgärderna ännu inte testats i tillräckligt bra studier. Socialstyrelsen förutsätter dock att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade tillstånd och åtgärder än till dem som fått låg rangordning.

Socialstyrelsen har bedömt att det begränsade vetenskapliga underlaget inom området inte gör det möjligt att ge rekommendationen *icke-göra* som är avsedd för att stödja ordnad utmönstring av ineffektiva metoder inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

FoU-rekommendationen ger Socialstyrelsen för åtgärder där det saknas ett vetenskapligt underlag eller där underlaget är bristfälligt eller motstridigt och där pågående eller kommande forskning kan tillföra relevant kunskap. FoU syftar till att på ett ordnat sätt föra in nya metoder inom

hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilket innebär att åtgärden *endast* ska genomföras inom ramen för kliniska studier. I dessa riktlinjer finns endast en FoU-rekommendation trots ett svagt vetenskapligt stöd för vissa metoder. Anledningen till att FoU-rekommendationerna är få är att det är osäkert om det finns någon pågående och kommande forskning som skulle kunna förändra rekommendationen och att det saknas alternativa åtgärder med visad god effekt.

I bilaga 1 (Tillstånds- och åtgärdslista) beskriver Socialstyrelsen samtliga tillstånds- och åtgärds kombinationer.

Tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer

Psykossjukdomar, särskilt schizofreni, är allvarliga med svåra konsekvenser. Forskning tyder på att en förkortad tid av obehandlad psykos innebär ett lindrigare sjukdomsförlopp och därmed en bättre prognos. Detta har medfört att olika åtgärder har utvecklats i syfte att förbättra sjukdomsförloppet genom att minska den tid då en person som har symtom som tyder på psykossjukdom är obehandlad. Personer i en tidig fas av psykossjukdom är ofta unga och riskerar att viktiga år i deras utveckling, utbildning och mognad äventyras om symtomen förblir oupptäckta. Det kan vara svårt för den enskilde och dennes anhöriga att förstå psykostecken och andra symtom och att de behöver söka hjälp. Socialstyrelsen lyfter fram tidiga åtgärder för att det är viktigt att upptäcka symtomen så tidigt som möjligt och kunna erbjuda åtgärder. Tidiga åtgärder kräver ofta samordning av olika delar av vården.

Utbildning av allmänläkare i tidig upptäckt av psykostecken och direkt hänvisning till ett specialteam

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 2)

Åtgärden innebär att psykiatrin ger utbildning till allmänläkare om de symtom och den sjukdomshistoria som kan vara tecken på att en person har en begynnande psykossjukdom. Allmänläkare får även information om kontaktvägar till den psykiatriska enhet som har ansvar för personer som har, eller misstänks ha, en psykossjukdom, dit de kan hänvisa personen.

Primärvården är den hälso- och sjukvårdsinstans som oftast möter dessa personer i ett tidigt skede. Allmänläkare bedömer och utreder de symtom som den enskilde uppger vid besöket. En person med psykosymtom uppger ofta diffusa kroppsliga symtom. Och om personen befinns vara kroppsligen frisk, kan bedömningen bli att vederbörande inte behöver vård och de psykotiska symtomen riskerar att förbli oupptäckta.

Det är därför viktigt att allmänläkares kunskaper om symtom på begynnande psykossjukdom hålls aktuella.

Fördel med åtgärden

- Tiden med obehandlad psykos tycks minska.

Nackdel med åtgärden

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation om tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer

Hälsa- och sjukvården bör

- utbilda allmänläkare i tidig upptäckt av psykostecken och erbjuda personer med tidiga tecken på psykos direkt hänvisning till ett specialteam (*prioritet 3*).

Samordnade åtgärder för nyinsjuknade personer enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment) med familjeinterventioner och social färdighetsträning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 3)

En person som är nyinsjuknad i psykossjukdom befinner sig i ett allvarligt tillstånd, eftersom det oftast får svåra och långvariga negativa effekter på den drabbades och de närståendes hela livssituation. Därför är det viktigt att tidigt erbjuda samordnade åtgärder som kan tillgodose olika behov både hos personen och hos dennes anhöriga och som kan bidra till en kontinuitet i vård och omsorg. Samordnade åtgärder i form av samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg enligt ACT-modellen (se även beskrivning under rubriken *Samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg*) för personer som för första gången insjuknar i psykossjukdom, innebär att stöd, vårdplanering psykiatrisk behandling och psykosociala åtgärder finns tillgängliga och i stor utsträckning sker inom ett specialiserat team. Teamets medlemmar arbetar med samordnade åtgärder enligt ACT-modellen med ansvar för ett begränsat antal personer. Det bör, enligt modellen, finnas tvärprofessionell kompetens inom teamet (psykiater, psykolog, arbetsterapeut, socionom och psykiatriskt vidareutbildad sjuksköterska med flera). Specifika åtgärder som familjeinterventioner och social färdighetsträning betonas i arbetet och ges i tillägg till sedvanlig behandling.

Fördelar med åtgärden

- Personerna tycks oftare ha tillgång till eget boende även efter avslutad insats.
- Personerna tycks tillbringa färre dagar på sjukhus även efter avslutad insats.
- Symtomen tycks minska så länge åtgärden pågår.

Nackdelar med åtgärden

- Effekter på symtom och funktion är inte bestående efter avslutad insats.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation om tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer som är nyinsjuknade i psykosjukdom samordnade åtgärder i ett team enligt ACT-modellen med familjeinterventioner och social färdighetsträning i tillägg till sedvanlig behandling (*prioritet 3*).

Åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg

Det är viktigt att kontakter sker mellan psykiatriska slutenvårdskliniker och öppenvården samt socialtjänsten för personer som ska skrivas ut. En person som nyligen har haft en akut psykos är i en känslig fas av sjukdomen där risken för självmord, återfall i sjukdom och depression är större än i stabilare faser av sjukdomen.

Personlig kontakt med personal från öppenvårdsteamet och socialtjänsten före utskrivning från psykiatrisk slutenvård

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 5)

Åtgärden innebär att personer med schizofreni träffar personal från öppenvårdsteamet och socialtjänsten innan de skrivs ut från slutenvården. Insatsen kan anpassas till rådande lokala förhållanden så att personen får kontakt med öppenvårdspersonal och personer från socialtjänsten på annat sätt än genom ett fysiskt möte.

Fördel med åtgärden

- Andelen patienter som kommer till öppenvårdsbesöket tycks öka.

Nackdel med åtgärden

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation om åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni en personlig kontakt med personal från öppenvårdsteamet och socialtjänsten före utskrivning från psykiatrisk slutenvård (*prioritet 3*).

Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg

Att patienten ska ha möjlighet att vara delaktig i sin egen vård är reglerat i HSL. Det finns sannolikt stora skillnader i praxis mellan olika vård- och stödenheter för att åstadkomma denna delaktighet i vården och omsorgen för individen.

Modell för delat beslutsfattande (Shared decision making)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 7)

Modellen eller arbetssättet fokuserar på att öka personens delaktighet och ansvar över beslut om vård- och omsorgsåtgärdernas planering och innehåll. Det är den metod för inflytande och delaktighet på individnivå som finns beskriven och studerad i forskning. Metoden syftar till att hjälpa personerna att spela en aktiv roll i beslut som rör deras hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling.

Fördelar med åtgärden

- Modellen för delat beslutsfattande tycks medföra att personen blir mer delaktig i beslut om sin egen behandling.
- Personens kunskap om sin sjukdom och dess behandling tycks öka.

Nackdelar med åtgärden

- Det finns vetenskapligt stöd för att personen får ökad kunskap om sin sjukdom och ökad känsla av delaktighet så länge åtgärden pågår men efter avslutad insats kvarstår inte effekten.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation om åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni modellen för delat beslutsfattande när vård- och omsorgsåtgärder planeras (*prioritet 3*).

Psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen

Psykopedagogiska åtgärder syftar till att förmedla kunskap om sjukdomen (schizofreni) och dess behandling, så att personen fortsätter i behandling och att risken för återfall därmed minskar.

Gemensam utbildning för personer med schizofreni och anhöriga

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 8, 10–11)

Åtgärden består av olika kombinationer av utbildning i psykisk sjukdom, behandlingsalternativ och praktiskt och känslomässigt stöd samt kompetensutveckling i problemlösning och krishantering. Utbildningen kan genomföras med enskilda personer, enskilda familjer eller med fler familjer tillsammans i hemmet, i kliniska situationer eller i andra situationer och på andra platser. Ett centralt inslag är att anhöriga betraktas och behandlas som en resurs.

Fördelar med åtgärden

- Gemensam utbildning för personer med schizofreni och anhöriga minskar risken för återfall i sjukdom i upp till 7–12 månader samt minskar psykossymtomen i jämförelse med sedvanlig vård.
- Utbildning enbart till anhöriga tycks ge förbättrad effekt på återfall i jämförelse med sedvanlig behandling, väntelista eller andra icke-specifika psykosociala åtgärder.

- Gemensam utbildning för personer med schizofreni och anhöriga har bedömts vara kostnadseffektivt jämfört med ingen utbildning alls och jämfört med utbildning enbart till personen.

Nackdelar med åtgärden

- Det vetenskapliga underlaget för effekterna av att ge utbildning enbart till anhöriga är svagt.
- Utbildning enbart till personer med schizofreni visar inte bättre effekter på återfall eller symtom jämfört med sedvanlig behandling, väntelista eller andra icke-specifika psykosociala åtgärder.

Rekommendationer om psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni och deras anhöriga gemensam utbildning (*prioritet 1*)
- erbjuda anhöriga utbildning där gemensam utbildning tillsammans med personen med schizofreni inte är möjlig (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med schizofreni utbildning där gemensam utbildning tillsammans med anhöriga inte är möjlig (*prioritet 7*).

Sjukdomshantering och återhämtning (Illness Management and Recovery, IMR-modellen)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 13)

Den psykopedagogiska metoden för sjukdomshantering och återhämtning syftar till att öka personens kunskap om sin sjukdom, dess behandling och dess konsekvenser för livssituationen. Förutom information ingår också olika interventioner som kognitiva beteendetekniker som syftar till att personen lättare ska klara sin vardag och bättre kunna medverka i behandlingen.

Fördelar med åtgärden

- Psykopedagogiska åtgärder enligt IMR-modellen tycks ge personen ökade kunskaper om sin sjukdom, större möjlighet att nå personliga mål för återhämtning och som helhet förbättra vardaglig hantering av sjukdomen.

- Psykopedagogiska åtgärder enligt IMR-modellen som tillägg till boendestöd tycks förbättra personens vardagliga hantering av sjukdomen och förbättra livskvaliteten samt minska symtomen.

Nackdel med åtgärden

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation om psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni psykopedagogiska åtgärder enligt IMR-modellen (*prioritet 4*).

Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14)

Att ha en familjemedlem som drabbats av schizofreni innebär en mycket hög belastning. En av utgångspunkterna för familjeinterventioner är att en person som har schizofreni har en psykologisk sårbarhet som gör denne extra känslig för stimulans utifrån.

Det har utvecklats ett flertal olika modeller för familjeintervention som innehåller både kunskapsorienterade och beteendeorienterade delar. De syftar till att minska stressen inom familjen och förebygga återfall för personer med schizofreni, exempelvis genom information, stöd och träning i att minska stress, problemlösning och träning i kommunikation. Målet är även att uppnå ett bra samarbete mellan vården och de anhöriga. Familjeintervention ges i tillägg till sedvanlig behandling.

Fördelar med åtgärden

- Familjeinterventioner minskar återfall inom 1 år och även inläggning på sjukhus inom 1 år.
- Följsamheten till medicinering ökar med familjeinterventioner.
- Familjeinterventioner tycks förbättra psykiskt välmående, social funktion och livskvaliteten för personer med schizofreni.
- Familjeinterventioner tycks förbättra den sociala situationen och det känslomässiga klimatet i familjen.

Nackdel med åtgärden

- Familjeinterventioner påverkar inte risken för självmord.

Rekommendation om familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni som har kontakt med sin familj eller närstående familjeinterventioner (*prioritet 1*).

Psykologisk behandling mot kvarstående symtom

Läkemedelsbehandling mot så kallade positiva symtom vid schizofreni som vanföreställningar och hallucinationer visar i de flesta fall god effekt. I vissa fall är dock symtomen svårbehandlade och kan då innebära ett avsevärt lidande för den enskilda personen. Läkemedelsbehandling har även sämre effekt på de så kallade negativa symtomen som passivitet, oföretagsamhet och oförmåga till att vilja påbörja och utföra aktiviteter. Personer med schizofreni som har kvarstående positiva eller negativa symtom utgör en svårbehandlad grupp. Rekommendationerna om psykologisk behandling vid detta tillstånd har avgränsats till möjligheten att påverka kvarstående symtom.

Det finns flera olika former av psykologisk behandling som kan ges vid schizofreni. Viss psykologisk behandling kräver verbal kommunikativ förmåga, men det finns även så kallade icke-verbala åtgärder där man använder andra sätt att kommunicera, till exempel med hjälp av bild eller musik.

Kognitiv beteendeterapi

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 16–17)

Kognitiv beteendeterapi ges i tillägg till sedvanlig behandling och kan ges i såväl akuta som kroniska tillstånd av schizofreni. Metoden ges framför allt mot så kallade positiva symtom, som vanföreställningar och hallucinationer. Kognitiv beteendeterapi sker genom individuella samtal eller samtal i grupp. Åtgärden kan innehålla komponenter som att lära sig se samband mellan tankar, känslor och handlingar, få stöd för alternativa sätt att hantera symtom och övning i problemlösande färdigheter.

Psykodynamisk psykoterapi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 18)

Den ursprungliga formen av psykodynamisk psykoterapi har sin grund i den teoretiska modell som även inkluderar psykoanalys. Den psykodynamiska terapin kan inkludera en mångfald av flexibelt använda strategier och vara utforskande, insiktsorienterande, stödjande och rådgivande. Åtgärden kräver att man arbetar med överföring och motstånd. Detta innebär att personens känslor och agerande i samspel med terapeuten ger material för tolkningar, och personen kan därmed nå insikter om sitt liv som han eller hon tidigare varit omedveten om.

Den ursprungliga formen av psykodynamisk psykoterapi har efter hand utvecklats och anpassats till personer med psykos. Det finns ett behov av kontrollerade studier där man utvärderar effekterna av den nyare formen av psykodynamisk psykoterapi för målgruppen.

Stödterapi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 22)

Stödterapi syftar till att en person ska behålla sin nuvarande funktion. Detta kan innebära stödterapi av utbildad psykoterapeut eller åtgärder som inte kräver specifik utbildning. Här är det viktigt att skilja åtgärden stödterapi från de stödjande samtal som sker i samband med uppföljning av pågående behandling eller annan åtgärd. Åtgärden stödterapi avser inte de stödjande samtal som sker i samband med uppföljning av pågående behandling eller annan åtgärd. Stödjande samtal ingår vanligen som en komponent i samtalskontakter som följer upp olika åtgärder, som medicinering eller sociala åtgärder.

Bildterapi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 20)

Bildterapi innebär att en person använder konst eller bilder som ett sätt att uttrycka sig själv och reflektera i närvaro av en utbildad terapeut. Arbetet med bild antas underlätta kommunikationen med personen eftersom kontakten med terapeuten blir mindre intensiv. Bildterapi kan ges individuellt eller i grupp, och ges av utbildad terapeut i tillägg till sedvanlig behandling.

Musikterapi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 21)

Musikterapi syftar till att förbättra relationer och öka personens välmående och minska symtom genom att hjälpa personen att ta upp pro-

blem som är svåra att beskriva enbart med ord. Personen behöver inte ha någon musikalisk träning, men måste vara motiverad att arbeta aktivt med musik som lyssnare eller medverka med musikinstrument eller sång. Musikterapi introducerades på 1940-talet och förekommer i dag i stora delar av västvärlden. Musikterapi kan ges individuellt eller i grupp, och ges av utbildad terapeut i tillägg till sedvanlig behandling.

Fördelar med åtgärderna

- Individuell kognitiv beteendeterapi som tillägg till sedvanlig behandling visar positiv effekt på positiva symtom och för individen centrala problem.
- Det finns långtidsuppföljningar av effekter av individuell kognitiv beteendeterapi.
- Individuell kognitiv beteendeterapi som tillägg till sedvanlig behandling har bedömts som en kostnadseffektiv åtgärd jämfört med enbart sedvanlig behandling.
- Musikterapi som tillägg till sedvanlig behandling har positiva effekter på symtom och funktionsnivå jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Nackdelar med åtgärderna

- Storleken på effekterna av individuell kognitiv beteendeterapi är liten till måttlig.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kognitiv beteendeterapi i grupp.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av den ursprungliga formen av psykodynamisk terapi.
- Stödterapi tycks vara mindre effektiv i jämförelse med kognitiv beteendeterapi och jämfört med annan specifik psykologisk behandling.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om stödterapi som tillägg till sedvanlig behandling ger bättre effekt jämfört med enbart sedvanlig behandling.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av bildterapi.

Rekommendationer om psykologisk behandling mot kvarstående symtom

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med schizofreni med kvarstående symtom individuell kognitiv beteendeterapi (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för vetenskapliga studier

- erbjuda personer med schizofreni med kvarstående symtom kognitiv beteendeterapi i grupp (*FoU*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda personer med schizofreni med kvarstående symtom musikterapi, när behov av icke-verbala terapiformer finns (*prioritet 4*)
- erbjuda personer med schizofreni med kvarstående symtom bildterapi, när behov av icke-verbala terapiformer finns och musikterapi inte är lämplig (*prioritet 8*).

Hälso- och sjukvården kan

- i undantagsfall erbjuda personer med schizofreni med kvarstående symtom den ursprungliga metoden för psykodynamisk psykoterapi (*prioritet 10*).

Hälso- och sjukvården kan

- i undantagsfall erbjuda stödterapi i syfte att minska kvarstående symtom vid schizofreni (*prioritet 10*).

Kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar

Personer med schizofreni har ofta nedsatt kognitiv förmåga. Åtgärder för att förbättra den kognitiva förmågan inriktar sig på träning för att förbättra exempelvis minnesförmågan och förmågan att uppmärksamma, planera och lösa problem. Denna träning kan utföras med hjälp av datorstöd. Träningen kan förekomma i kombination med andra rehabiliterande åtgärder såsom social färdighetsträning eller arbetsinriktad rehabilitering.

Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 27)

Integrerad psykologisk terapi (IPT-k) är ett manualbaserat program med kognitiv beteendeterapeutisk grund, som integrerar kognitiv träning och

träning med psykosocial inriktning. Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning ges i tillägg till sedvanlig behandling och kan ges i grupp.

Fördel med åtgärden

- Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning ger positiva effekter på psykosocial funktion, symtom och kognition.

Rekommendation om kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med schizofreni som har kvarvarande psykosymtom, kognitiva funktionsnedsättningar och nedsatta sociala färdigheter Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning (*prioritet 1*).

Åtgärder för att förbättra sociala färdigheter

Personer med schizofreni kan ha svårt med sociala färdigheter som kommunikation och att relatera till andra. Social färdighetsträning syftar till att träna dessa funktioner och även upprätthålla ändamålsenliga kontakter med vården och stödfunktioner. Träningen har som mål att ge större möjligheter att leva ett självständigt liv, minska antalet återfall i akut sjukdom, öka förmågan och utbytet av att umgås med andra, bli mer kunnig om egna psykologiska reaktioner, minska kvarstående symtom och få en större förmåga till samarbete med vården.

Ett självständigt liv

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 28)

Modellen Ett självständigt liv (ESL) innehåller olika moduler som fokuserar på till exempel medicinering, symtom, vardagligt samtal med andra och konfliktlösning. Modellen kan användas i olika sammanhang såsom inom psykiatrisk vård, på boendeenheter eller inom dagverksamhet av olika slag. Träning enligt ESL-modellen ges som tillägg till sedvanlig behandling och kan ges individuellt eller i grupp.

Fördel med åtgärden

- Träning enligt ESL-modellen leder till att sociala färdigheter förbättras samt att negativa symtom minskar.

Rekommendation om åtgärder för att förbättra sociala färdigheter

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni som har en nedsatt funktion i olika sociala färdigheter social färdighetsträning enligt ESL-modellen (prioritet 2).

Åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning

Personer med schizofreni har ofta kognitiva funktionshinder och symtom som allvarligt försvårar integrationen i samhället. De har därmed svårigheter att få ett arbete. Att ha ett arbete är inte enbart en möjlighet till försörjning utan innebär också en tillhörighet till en grupp som är viktig för identitet och självkänsla. Det är därför särskilt viktigt med arbetsrehabiliterande åtgärder som kan ge ökad möjlighet för personer med schizofreni att få ett arbete. Det är även viktigt att erbjuda annan sysselsättning för de personer som saknar motivation eller förmåga till arbete.

Ansvar för att utveckla, driva och stödja arbetslivsinriktad rehabilitering ligger hos flera olika myndigheter i Sverige. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har visst ansvar för området, men inte det huvudsakliga. Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar innebär att i kontakt med andra berörda myndigheter utveckla och stödja de metoder inom området som ger bäst effekt för den här gruppen.

Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS-modellen)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 30)

Grundtanken med modellen är att hjälpa personer att skaffa sig ett arbete med lön och att ge det stöd som krävs för att de ska lyckas på arbetsplatsen. IPS-modellen är en utveckling och en standardiserad och manualbaserad form av *supported employment*. IPS-modellen bygger inte på några mer omfattande bedömningar av personens arbetsförmåga utan syftar till att ge stöd åt alla som vill ha ett arbete. Grundtanken är även att stödet ska ges när individen önskar och är motiverad utan föregående faser av arbetsträning. Åtgärden har i internationella studier (inklusive europeiska) visat goda effekter och de svenska försöksverksamheter som pågår pekar hittills i samma riktning.

Arbetsförberedande träningsmodeller

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 31)

Arbetsförberedande träningsmodeller bygger på ett rehabiliteringskedjetänkande där olika former av arbetsträning ska förbättra arbetsförmågan och möjliggöra en utslussning till arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Fördelar med åtgärderna

- Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen är bättre än arbetsförberedande träningsmodeller eller sedvanlig behandling när det gäller att skaffa personer med schizofreni arbete och att få dem att stanna kvar i arbetet.
- Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen ger för genomsnittet personer med åtgärden fler arbetstimmar per månad och högre inkomst än arbetsförberedande träningsmodeller.
- Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen har bedömts som en kostnadseffektiv åtgärd jämfört med arbetsförberedande träningsmodeller.

Nackdelar med åtgärderna

- Arbetsförberedande träningsmodeller är i jämförelse med IPS-modellen en mindre effektiv metod för att skaffa personer med schizofreni arbete och få dem att stanna kvar i arbete.
- Arbetsförberedande träningsmodeller ger för genomsnittet personer med åtgärden färre arbetstimmar per månad och lägre inkomst än arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen.
- Arbetsförberedande träningsmodeller har bedömts som icke kostnadseffektiva i jämförelse med IPS-modellen samt med sedvanlig behandling.
- Det saknas kontrollerade studier genomförda i Sverige om effekterna av individanpassat stöd enligt IPS-modellen.

Rekommendationer om åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- inom ramen för sitt ansvar och i kontakt med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda personer med schizofreni som står utanför arbetsmarknaden och som har en vilja och motivation till ett arbete med lön, individanpassat stöd enligt IPS-modellen (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- i undantagsfall erbjuda personer med schizofreni som står utanför arbetsmarknaden och som har en vilja och motivation till ett arbete med lön, arbetsförberedande träningsmodeller (*prioritet 10*).

Sysselsättning – dagliga aktiviteter

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 32)

Kommuner och ideella organisationer erbjuder olika former av dagliga aktiviteter. Kommunerna är skyldiga att erbjuda sysselsättning, om en person med psykiska eller fysiska funktionsnedsättningar beviljats sådan enligt socialtjänstlagen. Sysselsättning eller dagliga aktiviteter kan dock utformas på olika sätt och anpassas till olika individers behov. Psykosjukdomens specifika tillstånd innebär att det är viktigt att erbjuda åtgärder för att bryta isoleringen och erbjuda samvaro och sysselsättning som är särskilt anpassad för personer med schizofreni som står utanför arbetsmarknaden.

Fördel med åtgärden

- Individuellt anpassade dagliga aktiviteter kan, genom att erbjuda samvaro och sysselsättning, bryta isoleringen för personer med schizofreni.

Nackdel med åtgärden

- Dagliga aktiviteter har inga vetenskapligt säkerställda effekter.

Rekommendation för personer med schizofreni som beviljats sysselsättning enligt socialtjänstlagen

Socialtjänsten bör

- erbjuda dagliga aktiviteter med individuell målsättning och uppföljning och som är anpassade för personer med schizofreni (*prioritet 3*).

Boende och åtgärder i form av anpassat stöd

Eget boende och långsiktiga boendelösningar

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 34)

Att ha en bostad är en grundläggande rättighet. I SoL anges att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I lagen anges också att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen samt medverka i samhällsplaneringen. Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning.

Hemlöshet har en rad negativa konsekvenser för personer med schizofreni och förhindrar delaktighet i ett flertal livsområden. Hemlösa personer har en ökad risk för inläggning på psykiatrisk vårdavdelning och svårare att fullfölja behandlingsprogram, vilket även påverkar den fysiska hälsan. Ett eget boende ger en större möjlighet att leva ett självständigt och värdigt liv. Med ett eget boende avses inte härbärgen eller liknande där syftet är att ge tak över huvudet. I stället avses tillgång till en ordinarie fullvärdig bostad. För den som inte själv kan skaffa ett sådant boende på den öppna marknaden kan socialtjänsten lämna bistånd genom att teckna kontraktet åt den enskilde, ett så kallat socialt kontrakt.

Bostad först (Housing first)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 35)

Bostad först-modellens utgångspunkt är att nå och erbjuda hemlösa personer med psykisk sjukdom (ofta med samsjuklighet i form av beroende eller missbruk) en långsiktig boendelösning. Modellen innebär att personen uppmanas att själv definiera sina behov och mål. Personen erbjuds sedan, om denne så önskar, omedelbart ett eget boende. Erbjudandet ges utan några krav på att personen först har genomgått psykiatrisk behandling eller uppvisat nykterhet och drogfrihet.

I tillägg till det egna boendet erbjuds behandling och stöd via det till verksamheten anslutna ACT-teamet. Även om boendeeerbjudandet hör samman med den integrerade behandlingen med ACT-teamet, kan personen tacka ja till lägenheten, men tacka nej till behandling. Tryggheten i boendet hålls alltså strikt isär från alla former av behandling. Motivationsarbetet är dock en mycket viktig del i det behovsanpassade integrerade sociala stöd som ska omgärda personen.

Trappstegsmodellen

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 36)

Trappstegsmodellen syftar till att avhjälpa hemlöshet (på sikt). Modellens första steg är att nå den hemlösa personen via uppsökande verksamhet och motivera henne eller honom att acceptera en remiss till ett lågtröskelboende av karaktären härbärge eller annat övergångsboende. I början är boendet högst temporärt och från härbärgen tar man sig uppåt via inackorderingshem, träningslägenhet och sociala kontrakt till en egen bostad. Man kan komma in i trappan på olika nivåer efter individuella förutsättningar. Vägen genom trappan kan också se ut på olika sätt och man kan tvingas ta ett eller flera steg tillbaka. Personens kliniska tillstånd och grad av följsamhet kopplas till boendet inom denna modell – vid försämring eller återfall i missbruk kan personen flyttas till en boendelösning med högre grad av tillsyn och bemanning.

Fördelar med åtgärderna

- Långsiktigt boende av olika utformning till tidigare hemlösa personer i målgruppen innebär minskat behov av sjukhusvård.
- Att erbjuda boende utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering enligt bostad först-modellen tycks avhjälpa hemlöshet i större utsträckning än om erbjudandet om boende följs av sådana krav.
- Det är kostnadseffektivt att erbjuda bostad utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering enligt bostad först-modellen jämfört med att erbjuda boende som följs av sådana krav.

Nackdel med åtgärderna

- Det vetenskapliga underlaget för effekterna av bostad först-modellen är svagt.

Rekommendationer om boende och åtgärder i form av anpassat stöd

Socialtjänsten bör

- erbjuda hemlösa personer med schizofreni en långsiktig boendelösning (*prioritet 1*)
- erbjuda hemlösa personer med schizofreni en boendelösning enligt bostad först-modellen, utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering (*prioritet 3*).

Socialtjänsten kan i undantagsfall

- erbjuda hemlösa personer med schizofreni en boendelösning enligt en trappstegsmodell, där målsättningen på sikt är eget boende (*prioritet 10*).

Specifikt anpassat stöd i ordinärt boende

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 37)

Åtgärder som ger stöd i boendet är kvantitativt mycket omfattande inom det sociala stödsystemet. Merparten av socialtjänstens åtgärder på boendområdet för personer med schizofreni är av karaktären att finna en passande boendeform eller stödform åt personer som inte är hemlösa. Att personer saknar adekvat permanent bostad (utan exempelvis vistas på HVB-hem) är en vanlig problemställning för socialtjänsten. För att kunna uppnå stabilitet i boendet behövs olika boendeformer och stöd i ordinärt boende för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Stöd i ordinärt boende kan för målgruppen innebära en rad olika åtgärder, från mer hemtjänstliknande service som fokuserar på hjälp med bostadens skötsel och personens dagliga liv, till *case management*-liknande åtgärder (det vill säga samordning av stöd). Intensiteten, liksom regelbundenheten, i stödet varierar starkt.

Bostad med särskild service med specifikt anpassat stöd

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 38)

Bostad med särskild service är inte tydligt definierad, och åtgärden kan utformas på olika sätt. I Sverige handlar ofta åtgärden om att erbjuda en bostad i ett hus där flera personer med särskilda behov bor. Det är vanligt att personalen bemannar boendet hela, eller delar av, dygnet. De boende har tillgång till gemensamma ytor, exempelvis en ”personallägenhet” dit de kan söka sig för sällskap och stöd, och har eventuellt gemensamma måltider eller andra aktiviteter.

Fördel med åtgärderna

- Stabilitet i boendet oavsett boendelösning för personer med schizofreni tycks minska inläggningar på psykiatrisk vårdinrättning.

Nackdel med åtgärderna

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation för personer med schizofreni som beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen

Socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni specifikt anpassat stöd i ordinärt boende (*prioritet 2*).

Rekommendation för personer med schizofreni som beviljats särskilt boende eller bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni bostad med särskild service med specifikt anpassat stöd (*prioritet 4*).

Samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg

Vissa personer med schizofreni behöver hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder. Socialstyrelsen har här delat in tillstånden mellan personer med omfattande kontakter och komplexa behov av åtgärder och personer som också riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller ofta avbryter vårdkontakter. Det här är generellt utsatta personer med komplex problematik och det är därför särskilt angeläget att samordningen fungerar, eftersom personerna riskerar exempelvis hemlöshet och social utsatthet. Samtidigt missbruk gör tillståndet särskilt allvarligt.

Case management innebär att man ser till att patienten får tillgång till adekvat vård och stöd och en samordning och integration av stödet. Det finns olika *case management*-modeller som kan ges i både intensiv form och mindre intensiv form.

ACT-modellen – Intensiv *case management* som omfattar samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg (Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 39)

ACT-modellen (Assertive Community Treatment) innebär en samordning av vård- och stödåtgärder i ett multiprofessionellt team där både psykiatrisk behandling och psykosociala åtgärder (inklusive krisinterventioner) finns tillgängliga och i stor utsträckning genomförs av teamet i personens vardagsmiljöer.

Teamets sammansättning ska avspegla arbetssättet, som ska vara hög-specialiserat och anpassat till patientgruppens behov. Den närmaste behandlaren har ansvar att samordna den vård och behandling som svarar mot personens behov för att uppnå bästa möjliga funktionsnivå. I ACT-modellen ingår bland annat fokus på rehabiliterande åtgärder, att undvika hemlöshet och slutenvård, att ha en beredskap för återfall i sjukdom eller missbruk och möjligheter för patienten att nå teamet dygnet runt. Uppsökande verksamhet är ett centralt inslag.

För personer med schizofreni som också har missbruk eller beroende behandlas både psykosjukdomen och missbruket samtidigt i åtgärden.

De viktigaste skillnaderna mellan ACT-modellen och mindre intensiv *case management* (se nedan) är att i ACT-modellen arbetar man aktivt uppsökande, integrerar behandling, har färre personer per behandlare och hög tillgänglighet.

Mindre intensiv *case management*

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 40)

Det finns olika modeller för mindre intensiv *case management* med det gemensamma draget att vård- och stödsamordnaren arbetar med ett individuellt ansvar för klienterna och att man samordnar åtgärder.

Fördelar med åtgärdena

- Intensiv *case management* enligt ACT-modellen ger en minskning av antalet psykiatriska vårdtillfällen på sjukhus och antalet dagar på sjukhus, en större stabilitet i självständigt boende och lägre risk för hemlöshet och arbetslöshet jämfört med sedvanlig behandling.
- Intensiv *case management* enligt ACT-modellen bedöms vara kostnadseffektiv i jämförelse med sedvanlig behandling.
- Mindre intensiv *case management* leder jämfört med sedvanlig behandling till att färre personer avbryter kontakten med vården.

Nackdelar med åtgärderna

- Mindre intensiv *case management* är mindre effektiv än intensiv *case management* enligt ACT-modellen i att minska hemlöshet och psykiatriska symtom.
- Mindre intensiv *case management* leder jämfört med sedvanlig behandling till ökat antal vårdtillfällen på sjukhus.

Rekommendationer om samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni som är högkonsumenter av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter, intensiv *case management* enligt ACT-modellen (prioritet 1).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- i undantagsfall erbjuda personer med schizofreni som är högkonsumenter av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter, mindre intensiv *case management* (prioritet 10).

Mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen (Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 41)

Mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen innebär att man betonar betydelsen av att arbeta med klientens positiva förmågor och färdigheter, snarare än brister och funktionshinder. Insatsen personligt ombud är den form av mindre intensiv *case management* för stöd till personer med psykiskt funktionshinder som framför allt tillämpas i Sverige i dag. Det finns dock stora variationer i hur åtgärden personligt ombud organiseras och utförs i varje verksamhet. Den svenska modell av mindre intensiv *case management* som har ett visst vetenskapligt stöd är *case management* enligt resursmodellen.

Fördelar med åtgärden

- Det vetenskapliga underlaget innehåller en kontrollerad studie genomförd i Sverige, vilket ökar generaliserbarheten.
- Den svenska modellen av mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen tycks minska antalet dagar i slutenvård och minska vårdbehovet i jämförelse med sedvanlig behandling.
- Mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen är kostnadseffektiv jämfört med sedvanlig behandling.

Nackdelar med åtgärden

- Det vetenskapliga underlaget för effekterna av den svenska modellen av mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen är svagt.
- För andra varianter av den svenska modellen (personligt ombud) är underlaget otillräckligt för att avgöra om det är en effektiv åtgärd jämfört med sedvanlig behandling.

Rekommendation om samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni som har omfattande kontakter med vårdsystemet och komplexa behov av åtgärder mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen (*prioritet 4*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Inledning

Socialstyrelsen har baserat rekommendationerna i riktlinjerna på bästa tillgängliga kunskap om effekter, kostnader och kostnadseffektivitet för psykosociala insatser (åtgärder) till personer med schizofreni. De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar har myndigheten bedömt vara de som ger samhället ett effektivt resursutnyttjande.

I detta avsnitt redovisas Socialstyrelsens bedömning av hur ett införande av rekommendationerna påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den information som lämnats av verksamheterna i form av konsekvensanalyser ingår i denna bedömning.

Konsekvenser i ett nationellt perspektiv

Socialstyrelsens bedömning av konsekvenserna har ett nationellt perspektiv. Regionala och lokala skillnader i praxis och kostnader kan göra att konsekvenserna för enskilda kommuner och landsting inte alls överensstämmer med bedömningen. Konsekvenserna bör i dessa sammanhang beskrivas ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, följaktligen för samtliga aktörer och sektorer. Socialstyrelsen har dock i denna beskrivning fokuserat på ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rekommendationerna får troligen konsekvenser även för andra aktörer, till exempel Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Som beslutsunderlag bör även värdet av åtgärderna, det vill säga effekterna för personer med schizofreni och deras närstående beaktas.

Socialstyrelsens bedömningar har utgått från den verksamhet som hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bedriver. Informationen om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs av hälso- och sjukvården och socialtjänsten är dock ofta bristfällig. Det är därför svårt att bedöma vilka konsekvenser som rekommendationerna leder till. Socialstyrelsen har därför fått göra uppskattningar.

De ekonomiska konsekvenserna har bedömts på både kort och lång sikt. Med kort sikt avses den period det tar att införa åtgärden i reguljär

verksamhet och lång sikt innebär att åtgärden är införd och sker i den reguljära verksamheten.

Kostnaderna för och resultatet av åtgärderna uppstår vid olika tidpunkter. Vissa uppstår direkt medan andra uppträder vid ett senare tillfälle, ibland flera år senare. Det innebär att på kort sikt kan en åtgärd leda till en kostnadsökning, men på längre sikt kan kostnaderna minska. För att införa nya åtgärder krävs ofta utbildningssatsningar inledningsvis, vilket innebär en kostnad. På längre sikt, när åtgärden är införd, behöver personalen kontinuerlig fortbildning. Kostnaderna minskar troligen i relation till införandefasen (kort sikt). I vilken utsträckning som kostnaderna minskar beror bland annat på i vilken utsträckning som fortbildningen kan inrymmas i de resurser som tidigare avsatts för fortbildning. Utöver själva fortbildningen påverkas kostnaderna också av effekterna av den nya åtgärden, som förhoppningsvis minskar kostnaderna ytterligare på sikt.

Samverkan är av central betydelse

Personer med schizofreni har ofta behov av åtgärder från flera aktörer, inte sällan samtidigt. Samverkan mellan aktörerna är då av central betydelse. Landstinget och kommunerna har ett gemensamt ansvar för samordning av åtgärder där olika professioner behövs för att nå en helhet och god effekt av åtgärderna.

Landstingen svarar för utredning och diagnos av personer med misstänkt psykosjukdom samt för medicinsk och psykologisk behandling och uppföljning efter diagnos. Inom gruppen är det vanligt att utöver läkemedelsbehandling och psykologisk behandling behöva psykosocialt stöd för att behålla eller öka stabiliteten i sitt boende och i sitt arbete eller för att kunna fullfölja sin utbildning. Periodvis kan också professionellt stöd för att upprätthålla fungerande relationer till familj och närstående behövas där landstingens och kommunernas uppdrag innebär ett gemensamt ansvar. Kommunerna svarar huvudsakligen för insatser kring boende och boendestöd men också för övrigt stöd i det dagliga livet. Då närmar man sig också Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans mer arbetsrehabiliterande och sysselsättningsstödjande uppdrag. Vissa kommuner har även ansvar för hemsjukvård.

Påverka resursfördelningen

Socialstyrelsens mål med rekommendationerna är att öka tillgången på effektiva metoder för personer med schizofreni genom att kommuner och landsting omfördelar resurser från åtgärder som rangordnas lägre till åtgärder som rangordnas högre.

Föreliggande nationella 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.

Sammanfattning

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna generellt kommer att innebära ökade kostnader inledningsvis för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rekommendationerna förväntas dock innebära förbättrad kvalitet av vård och omsorg och därmed förbättrad hälsa, välmående och livskvalitet för personer med schizofreni. På sikt förväntas kostnaderna, på nationell nivå, för hälso- och sjukvården och socialtjänsten att återgå till nuvarande kostnadsnivåer eller att minska ytterligare. Lokalt och regionalt kan konsekvenserna avvika från denna bedömning.

Socialstyrelsen bedömer att ekonomiska resurser behövs för att

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

Nedanstående tabell sammanfattar Socialstyrelsens bedömningar av ekonomiska konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Tabell 1. Sammanfattning av förväntade ekonomiska konsekvenser av nationella riktlinjer för psykosociala insatser till personer med schizofreni

Åtgärd	Hälso- och sjukvård		Socialtjänst	
	Kort sikt	Längre sikt	Kort sikt	Längre sikt
Tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer				
Utbildning av allmänläkare samt direkt hänvisning till specialteam (rad 2)	↗	→	→	→
Samordnade åtgärder för nyinsjuknade personer enligt ACT-modellen (rad 3)	↗	↘	↗	→
Åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg				
Personlig kontakt före utskrivning från psykiatrisk slutenvård (rad 5)	→	↘	→	↘
Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg				
Modell för delat beslutsfattande (rad 7)	↗	↘	↗	↘
Psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen				
Gemensam utbildning (rad 10)	↗	→	↗	↗
Sjukdomshantering och återhämtning (rad 13)	↗	↗	↗	↗
Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall				
Familjeinterventioner (rad 14)	↗	↘	↗	↘
Psykologisk behandling mot kvarstående symtom				
Kognitiv beteendeterapi (rad 16)	↗	↗	→	↘
Psykodynamisk psykoterapi (rad 18)	↘	↘	→	→
Stödterapi (rad 22)	↘	↘	→	→
Kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar				
Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning (rad 27)	↗	→	→	→
Åtgärder för att förbättra sociala färdigheter				
Ett självständigt liv (rad 28)	↗	→	↗	→
Åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsriktad rehabilitering och sysselsättning				
Individanpassat stöd till arbete (rad 30)*	↗	↘	↗	↘
Arbetsförberedande träningsmodeller (rad 31)	↘	↘	↘	↘
Sysselsättning, dagliga aktiviteter (rad 32)	→	→	↗	→

Åtgärd	Hälso- och sjukvård		Socialtjänst	
	Kort sikt	Längre sikt	Kort sikt	Längre sikt
Boende och åtgärder i form av anpassat stöd				
Bostad först (rad 35)	→	↘	→	↘
Specifikt anpassat stöd i ordinärt boende (rad 37)	→	↘	↗	→
Bostad med särskild service med specifikt anpassat stöd (rad 38)	→	→	↗	→
Samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg				
Intensiv case management enligt ACT-modellen (rad 39)	↗	↘	↗	→
Mindre intensiv case management enligt resursmodellen (rad 41)	→	↘	↗	→

* Även ökande initiala kostnader för Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan men troligen minskade kostnader på sikt.

Organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att samarbete mellan aktörerna är centralt för att kunna införa de nationella riktlinjerna i verksamheterna. Vidare kan små kommuner behöva utveckla ett samarbete med andra kommuner för att kunna tillhandahålla vissa åtgärder. Det finns även behov av att utveckla system som underlättar dokumentation, uppföljning och utvärdering.

Införandet av nya metoder innebär ett omfattande behov av utbildningsinsatser och handledning.

Tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer

Utbildning av allmänläkare i tidig upptäckt av psykostecken och direkt hänvisning till ett specialteam

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 2)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar på kort sikt genom ökade utbildningsinsatser för allmänläkare. Att det ska finnas tillgång till ett specialteam bedöms inte påverka kostnaderna. Kostnaderna på längre sikt bedöms vara i paritet med nuvarande kost-

nader. Socialtjänstens kostnader bedöms inte påverkas i någon större utsträckning vid genomförande av denna åtgärd.

De utbildningsinsatser som förväntas för personalen är fortbildning av allmänläkare i att tidigt upptäcka psykostecken och handledning för att säkra vårdkvaliteten vid vårdcentraler. Kostnaderna för fortbildning har beräknats till 5 000–12 000 kronor per deltagare och för generell handledning till 7 500–36 500 kronor per deltagare för ett år. Endast en del av handledningen avser tidig upptäckt av psykostecken. För närmare beskrivning av beräkningarna se bilaga 5 i Ekonomiskt vetenskapligt underlag (www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni).

För att genomföra rekommendationen behöver troligen remissvägar förenklas och primärvård, skolhälsovård, ungdomshälsan och psykiatri behöver utöka sin samverkan. Socialstyrelsens bedömning är att detta inte behöver innebära ökade kostnader utan att detta kan ske med befintliga resurser inom verksamheterna.

Inom psykiatri krävs att det finns team som är lättillgängliga. De personalresurser som finns inom verksamheterna bedöms vara tillräckliga även om en omfördelning och ett förändrat arbetssätt kan behövas för att tillgodose behovet av team. Kostnaderna bedöms inte påverkas.

Socialstyrelsen bedömer att det inte finns några stora hinder för att genomföra åtgärden. På mindre orter kan dock samverkan mellan olika upptagningsområden krävas.

Samordnade åtgärder för nyinsjuknade personer enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 3)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att genomförande av rekommendationen på kort sikt kommer att innebära ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten framför allt genom utbildnings- och handledningsinsatser och eventuellt 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 i kommunerna inom ramen för boendestöd redan i dag men användningen av den manualbaserade metoden varierar. Kunskapen om den manualbaserade metoden behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns ett visst utbildningsbehov. Det bedöms kunna ske genom fortbildning och handledning. Kostnaden för fortbildning har beräknats till

2 000–6 500 kronor per deltagare. Detta är troligen en kostnad som uppstår årligen då utbildningen bör ske kontinuerligt. Även handledning bör ske kontinuerligt, uppskattningsvis 1 timme per vecka. Kostnaden för handledning har beräknats till 24 500–37 500 kronor per deltagare för ett år. För närmare beskrivning av beräkningarna se bilaga 5 i Ekonomiskt vetenskapligt underlag.

För att genomföra rekommendationen 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 svårare för verksamheter med större upptagningsområden.

Åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg

Personlig kontakt med personal från öppenvårdsteamet och socialtjänsten före utskrivning från psykiatrisk slutenvård
(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 5)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna på kort sikt är oförändrade. På längre sikt bedöms både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kostnader minska genom ökad möjlighet att erbjuda adekvata åtgärder.

Denna rekommendation bedöms innebära förändrade rutiner och utökad samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg

Modell för delat beslutsfattande (Shared decision making)
(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 7)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Rekommendationen bedöms inte leda till någon förändring av befintliga personalresurser. Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten på kort sikt kommer att öka som en följd av ökad utbildning och handledning. Genom att personer med schizofreni utökar sitt inflytande och vården och omsorgen blir mer individanpassad bedöms kostnaderna minska på sikt.

Psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen

Gemensam utbildning för personer med schizofreni och anhöriga

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 10)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten kommer att öka på kort sikt, genom att fler personer med schizofreni och deras anhöriga får utbildning. Samordningsvinster bedöms ge oförändrade kostnader på sikt för hälso- och sjukvården, medan kostnaderna för socialtjänsten bedöms även på lång sikt vara högre än de är i dag.

Redan i dag sker utbildning till personer med schizofreni och deras anhöriga inom hälso- och sjukvården. Till stor del handlar det troligen om att organisera om utbildningen så att den överensstämmer med rekommendationerna. Trots detta bedömer Socialstyrelsen att det kan behövas ytterligare personalförstärkningar, då rekommendationen pekar på att alla ska kunna få utbildning. Socialstyrelsen bedömer att detta också kommer att kräva kompetensutveckling, och kostnaden har beräknats till 9 500–31 500 kronor per deltagare. Även handledning kommer att behövas. Kostnaderna för handledning har beräknats till 3 800–14 500 kronor per deltagare och år och behöver inte avse enbart handledning för utbildning som ges till personen med schizofreni och dennes anhöriga. För närmare beskrivning av beräkningarna se bilaga 5 i Ekonomiskt vetenskapligt underlag.

Utbildning till personer med schizofreni och deras anhöriga sker i dag i mycket liten utsträckning inom kommunernas verksamheter. En utökad gemensam utbildning kommer också att innebära ett utökat behov av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Sjukdomshantering och återhämtning (Illness Management and Recovery, IMR-modellen)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 13)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna kommer att öka för hälso- och sjukvården och socialtjänsten eftersom denna åtgärd inte erbjuds i dag, och att det innebär ökad fortbildning och handledning av personal.

Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna initialt kommer att öka genom utökad kompetensutveckling bland personalen och ett eventuellt ökat personalbehov. På sikt förväntas dock kostnaderna vara oförändrade eller lägre som en följd av att verksamheten är samordnad och mer flexibel, och som en följd av positiva effekter av åtgärden som minskar antal återfall och inläggning på sjukhus.

Socialstyrelsen bedömer att fortbildning i familjeinterventioner kommer att behövas för olika yrkesgrupper inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kostnaden har beräknats till 9 500–31 500 kronor per deltagare. Utöver fortbildning bedöms också att kontinuerlig handledning behövs. Kostnaden för handledning har beräknats till 3 800–14 500 kronor per deltagare för ett år och behöver inte avse enbart handledning inom familjeinterventioner. För närmare beskrivning av beräkningarna se bilaga 5 i Ekonomiskt vetenskapligt underlag.

Rekommendationen bedöms innebära att huvudmännen behöver samordna och tydliggöra sina uppdrag, genom exempelvis överenskommelser om gemensamma åtaganden, mål, insatser och uppföljning. Initialt kan personalresurserna behöva utökas men på sikt bör en flexiblere, samordnad verksamhet leda till att personal kan fördelas till andra verksamheter. Socialstyrelsen bedömer också att nya rutiner för samarbete med anhöriga behöver utvecklas.

Psykologisk behandling mot kvarstående symtom

Kognitiv beteendeterapi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 16)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att öka på både kort och lång sikt jämfört med dagens nivå, genom att fler personer får tillgång till individuell kognitiv beteendeterapi. Kostnaderna förväntas dock minska till en lägre nivå på lång sikt, genom att effekterna av åtgärden kan innebära kostnadsminskningar för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Kognitiv beteendeterapi efterfrågas redan i dag i ökande omfattning. Utöver ökad tillgång till utbildade psykoterapeuter kommer det också löpande att behövas fortbildning och handledning. Detta 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 kontinuiteten och resultatet av vård och behandling inom detta område.

Psykodynamisk psykoterapi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 18)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen kommer att minska hälso- och sjukvårdens kostnader. Det är många landsting som erbjuder psykodynamisk psykoterapi, men hur många personer som får den ursprungliga formen av psykodynamisk psykoterapi, som rekommendationen avser, finns det ingen uppgift om.

Stödterapi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 22)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att resurser kan frigöras om hälso- och sjukvården i mindre omfattning än i dag erbjuder stödterapi i syfte att minska kvarstående symtom vid schizofreni.

Stödterapi bedöms vara en vanligt förekommande åtgärd inom landstingen. Genom att i mindre utsträckning erbjuda åtgärden kan de resurser som i dag läggs på åtgärden användas för mer effektiva åtgärder.

Kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar

Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 27)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna initialt kommer att öka för hälso- och sjukvården, eftersom det kommer att kräva investeringskostnader

för att introducera metoden och utbilda personal. Genom omfördelning av resurser bedöms kostnaderna på sikt återgå till dagens nivåer för kognitiv träning.

Åtgärder för att förbättra sociala färdigheter

Ett självständigt liv

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 28)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna initialt kommer att öka som en följd av utökad kompetensutveckling, men att de på sikt kommer att vara oförändrade.

Social färdighetsträning är utbrett i dag men användningen av den manualbaserade metoden varierar. Rekommendationen bedöms inte kräva ytterligare personalresurser i någon större omfattning. Men Socialstyrelsen bedömer att fortbildning kommer att behövas inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personal som huvudsakligen arbetar med social aktivitetsträning, som arbetsterapeuter, sjuksköterskor inom psykiatri och socialtjänsten samt boendestödspersonal. Kostnaden för fortbildning har beräknats till 3 500–18 500 kronor per deltagare. För närmare beskrivning av beräkningarna se bilaga 5 i Ekonomiskt vetenskapligt underlag.

Socialstyrelsen bedömer att samverkan och gemensamma åtaganden mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten underlättar ett genomförande av rekommendationen.

Åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning

Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS-modellen)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 30)

Den rekommenderade åtgärden berör verksamheter och personal inom både psykiatri, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det finns flera viktiga frågor att ta ställning till som berör bland annat ansvar, regelverk och finansiering.

De regelverk som finns i dag riskerar att krocka med grundtanken i IPS-modellen som innebär att personen bör få stöd till att skaffa ett arbete med lön utan mer omfattande 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.

Det är inte givet hur denna insats ska placeras in i det svenska vård- och stödsystemet. Det pågår för närvarande några försöksverksamheter i Sverige (i Skellefteå, Umeå och Malmö) där man utvärderar effekterna av IPS-modellen och erfarenheterna från att genomföra modellen i det svenska vård- och stödsystemet [7]. I Malmö placerades IPS-insatserna inom psykiatrin, medan man i Skellefteå och Umeå placerade IPS-insatserna inom socialtjänsten. I båda projekten sker finansieringen genom samordningsförbunden.

Arbetsförmedlingens ansvar

Arbetsförmedlingen har ett sektorsansvar för att verka för att arbetsgivare ska anställa fler personer med funktionsnedsättning.

Arbetsförmedlingen har i dag en supported employment-verksamhet (SIUS: Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd) med cirka 500 konsulenter som arbetar med uppdraget.

När arbetssökande som har ett SIUS-stöd påbörjar en arbetspraktik hos en arbetsgivare tas ett formellt beslut om programmet SIUS. Enligt förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga kan Arbetsförmedlingen lämna stöd på arbetsplatsen under högst sex månader. Efter anställning kan ett fortsatt stöd lämnas under minst ett år i syfte att personen ska kunna behålla ett arbete.

Det finns ingen bestämd tidsgräns innan Arbetsförmedlingen tar beslut om programmet. Det kan handla om allt från någon vecka till flera månader, delvis beroende på hur tillgången på platser på den reguljära arbetsmarknaden ser ut.

Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan tar inte ställning till olika typer av åtgärder inom området. Försäkringskassans uppgift är att samordna de åtgärder som andra aktörer ansvarar för (En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, prop. 2007/08:136).

Regelverket är i dag inte anpassat för IPS-modellen. För att kunna fullfölja en arbetslivsinriktad rehabilitering med hjälp av IPS-modellen behöver den enskildes ekonomiska trygghet kunna garanteras under en viss period. Det kan uppstå problem för den enskilde om Försäkringskassan exempelvis hänvisar till en stegvis rehabilitering som krav för ersättning.

Kommunernas ansvar

IPS-modellens utformning innebär att Socialtjänstens roll är oklar.

Socialtjänsten ska främja människornas aktiva deltagande i samhällslivet och svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det (3 kap. 1 § SoL). Genom insatserna (åtgärderna) ska den enskilde få en skälig levnadsnivå (4 kap. 1 § SoL).

Socialtjänsten ska verka för att människor med funktionshinder får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Detta framgår i 5 kap. 7 § SoL. Vidare anges bland annat att socialtjänsten ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning.

Socialtjänsten ansvarar för sociala insatser (åtgärder) och därigenom också ”social rehabilitering” till exempel rehabilitering till arbete, vilket kan sägas vara en viktig komponent i IPS-modellen. Socialtjänsten är ingen självklar huvudman för IPS-modellen, men det svenska sektoriserade systemet tydliggör behovet av att socialtjänsten är en part i arbetet med att utveckla, driva och stödja arbetsinriktad rehabilitering (kommunens yttersta ansvar för medborgarna). Man bör också notera att det inte enbart berör kommunernas socialtjänst – ofta finns det arbetsrehabiliterande insatser (åtgärder) inom ramen för exempelvis kommunernas arbetsmarknadsenheter.

Landstingens ansvar

Psykiatrin inom landstingen är en viktig part i införandet av IPS-modellen. Det uppdrag psykiatrin har enligt HSL är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Ett ansvar finns också för habilitering och rehabilitering. Psykiatrins roll innebär att man står för psykiatrisk rehabilitering.

IPS-modellen ställer krav på en mycket aktiv roll för psykiatrin, eftersom man har ansvar för att erbjuda det psykiatriska stöd som ska integreras med arbetscoachningen. Coacherna som arbetar enligt IPS-modellen ska i sitt arbete fokusera på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, men bör enligt modellen ha ett nära samarbete med personal inom psykiatrin. Ofta innebär det att arbetscoachen som arbetar enligt IPS-modellen fungerar som en integrerad del i ett psykiatriskt behandlingsteam.

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna initialt kommer att öka 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.

Vilka aktörer som får ökade kostnader beror bland annat på hur ansvaret för åtgärden fördelas och vilka kostnader som 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 nere kostnaderna. I vissa fall bedömer dock Socialstyrelsen att utökade personalresurser, för exempelvis arbetsterapeuter, kommer vara nödvändiga, vilket innebär ökade kostnader.

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

Även om acceptansen för åtgärden verkar vara god bedömer Socialstyrelsen genomförandet av rekommendationen som komplex då åtgärden berör flera huvudmän och regelsystem. Det finns därför ett behov av fortsatta försöksverksamheter inom detta område.

Arbetsförberedande träningsmodeller

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 31)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att resurser kan frigöras inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst genom att i mindre omfattning erbjuda arbetsförberedande träningsmodeller till personer med schizofreni som står utanför arbetsmarknaden och som har en vilja och motivation till ett arbete med lön.

Sysselsättning, dagliga aktiviteter

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 32)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna inledningsvis kommer att öka för socialtjänsten för att sedan återgå till nuvarande nivåer.

Individuellt anpassade dagliga aktiviteter finns i relativt hög utsträckning redan i dag, men rekommendationen kommer troligen att ställa andra krav på verksamheten än de som ställs i dag genom bland annat ökat individinflytande. Socialstyrelsen bedömer att det inte behövs en förändrad organisation för att genomföra rekommendationen.

Åtgärden kräver skiftande kunskaper eftersom formerna för dagliga aktiviteter varierar i stor utsträckning. Fortbildning i olika former som rör

till exempel individinflytande, återhämtning och sociala stödinsatser bedömer Socialstyrelsen vara nödvändiga för att kunna genomföra rekommendationen. Utökad dokumentation är viktig när individuella mål ska sättas och följas upp. Utöver fortbildning krävs även handledning, både samordnat med andra åtgärder och fristående i exempelvis kooperativa arbetsätt och föreningsdrivna företag.

Boende och åtgärder i form av anpassat stöd

En del av de organisatoriska förutsättningar som rör frågor om boende har Socialstyrelsen beskrivit i en vägledning inom området [8]. I vägledningen tar man fasta på att hemlösheten är en bostadspolitisk fråga. Kommunerna har ett ansvar för att planera bostadsförsörjning. Målsättningen är att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder, enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar. Socialtjänsten har visserligen det yttersta ansvaret för de personer som vistas i kommunen och som behöver stöd och hjälp. Men när det gäller till exempel hemlösa personer inom kommunen kan socialtjänsten inte på egen hand lösa bostadsproblem, eftersom socialtjänsten saknar verktyg för att påverka bostadsmarknaden och bostadsbyggandet. Kommunens socialtjänst och den del av kommunen som har ansvaret för bostadsförsörjningen och fördelningen av lediga lägenheter behöver samarbeta.

Det finns i dag inget nationellt register över de boendelösningar som erbjuds i landet.

Många personer kan inte komma in på den ordinarie bostadsmarknaden. För att lösa problemet är det i dag relativt vanligt att kommunerna tecknar hyresavtal med fastighetsägare och sedan hyr ut lägenheter i andra hand till personer som inte anses kunna stå för kontraktet själva. Detta kallas ibland för ”den sekundära bostadsmarknaden”. Sju av tio kommuner upplåter bostäder med denna typ av kontrakt [9]. De lägenheter som erbjuds av kommunerna i dag är ofta förknippade med vissa villkor.

Det finns en grupp som lever i svåra och mycket osäkra boendeförhållanden. I den nationella kartläggningen av hemlösheten år 2005 uppskattades att cirka 3 600 personer tillhörde den här gruppen. Det var personer som sov ute eller var hänvisade till de mest akuta lösningarna. De bodde på härbärgen, kvinnojourer, akutboende, hotell, campingplatser eller vandrarhem [10]. I denna grupp finns en relativt stor andel personer med missbruksproblem i kombination med psykisk funktionsnedsättning. Denna grupp tenderar att fastna i hemlöshet och alternerar mellan de boenden som erbjuds, men hittar sällan en långsiktig lösning.

Socialstyrelsen har även givit ut en vägledning som berör frågor om boendestöd för personer med psykiska funktionsnedsättningar [22].

Bostad först (Housing first)

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 35)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna kommer att vara oförändrade initialt men att de minskar på sikt för både hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra delar av samhället.

Kommunen ställer i dag ofta olika krav när de erbjuder personer bostad. För att kunna erbjuda bostad utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering krävs bland annat en förändring i kommunernas arbetssätt. Exempelvis bör socialtjänsten, lokala bostadsföretag och andra aktörer samverka så att tillgång på bostäder finns kontinuerligt, vilket minskar risken att personer hamnar utanför systemet.

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

Specifikt anpassat stöd i ordinärt boende

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 37)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för socialtjänsten kommer att öka genom utökad fortbildning. På sikt kan kostnaderna för hälso- och sjukvården minska genom färre inläggningar på sjukhus.

Boendestöd i olika former och med varierande intensitet finns på många håll redan i dag. Socialstyrelsen bedömer att det inte kommer att krävas någon förändrad organisation eller förändrade personalresurser. Däremot kommer rekommendationerna troligen att innebära att stora personalgrupper behöver kontinuerlig fortbildning. Det kan även komma att krävas nya grundutbildningar för baspersonal.

Rekommendationen förväntas också innebära samordning och gemensamma planeringar mellan huvudmän, olika yrkesgrupper och nätverk.

Bostad med särskild service med specifikt anpassat stöd (Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 38)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för socialtjänsten kommer att öka initialt men att de på sikt kommer att vara oförändrade.

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

Samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg

ACT-modellen – Intensiv *case management* som omfattar samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg (Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 39)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna kommer att öka initialt för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst som en följd av ökad utbildning, fortbildning och handledning. Kostnaderna förväntas dock på sikt att minska för hälso- och sjukvården som ett resultat av minskad sjukhusvård.

Rekommendationen att erbjuda åtgärden till personer som är högkonsumerter av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter förväntas innebära en förändrad organisation. Team med olika yrkesgrupper behöver bildas. Det kommer att kräva ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Gemensamma styrdokument och mål samt uppföljningar kommer att behövas. I befolkningsmässigt små kommuner kan även samarbete mellan olika kommuner vara aktuellt för att kunna tillhandahålla åtgärden.

Genom omfördelningar av befintlig personal behövs sannolikt ingen ytterligare personal, men Socialstyrelsen bedömer att befintlig personal behöver utbildning och även kontinuerlig fortbildning och handledning, vilket ökar kostnaderna till en början. Personalen kommer i större utsträckning än i dag att finnas tillgänglig under kvällar, nätter och helger.

Mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen (Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 41)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna för mindre intensiv *case management* enligt resursmodellen till personer som har omfattande kontakter med vårdssystemet och komplexa behov av insatser kommer att öka för socialtjänsten. På sikt kommer kostnaderna för hälso- och sjukvården att minska som en följd av minskade dagar på sjukhus.

Personligt ombud är sedan ett antal år tillbaka ett etablerat begrepp i Sverige men kan innebära olika insatser på olika platser. Organisationen kring personligt ombud behöver troligen förändras. Ökad samordning mellan socialtjänst, psykiatri, missbruks- och beroendevård och övriga nätverk behövs.

Rekommendationen förväntas innebära ytterligare personal och utbildning i *case management* enligt resursmodellen samt att personalen får regelbunden fortbildning och handledning.

Personligt ombud (PO)

Personliga ombudsverksamheter utvecklades i Sverige ursprungligen som försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen 1995. Tio försöksverksamheter fick statliga bidrag i samband med psykiatrireformen 1995. I den uppföljning som gjordes framgick att de mest frekventa insatserna (åtgärderna) var

- 1) stöd och råd, till exempel stödsamtal eller rådgivning i olika sociala eller ekonomiska frågor
- 2) uppsökande verksamhet, till exempel att identifiera personer med behov av vård- och stödinsatser, hembesök eller att etablera kontakt med personen när denne inte kommit till avtalade möten.

Andra vanliga insatser (åtgärder) var att företräda personen med eller utan dennes medverkan och att genomföra samordning [11]. I en av verksamheterna användes resursmodellen.

Dessa svenska försöksverksamheter och uppföljningen av dem har varit grunden för att utveckla och sprida PO genom införandet av statsbidrag till nya verksamheter, men specifika krav har inte ställts på innehållet i verksamheten. Det finns därför i de nuvarande PO-verksamheterna variationer i hur insatsen (åtgärden) personligt ombud organiseras och utförs. De personliga ombuden har ofta lång erfarenhet av att arbeta med personer med psykiska funktionsnedsättningar och de arbetar oftast heltid.

I de nuvarande svenska PO-verksamheterna har ombuden i genomsnitt 20 klienter, varav cirka 15 är aktuella. I vissa fall kan antalet aktuella klienter vara upp till 40 [12]. Målgruppen är personer med psykiska funktionsnedsättningar men det finns lokala variationer i hur gruppen avgränsas. Personer med schizofreni och andra psykossjukdomar med omfattande behov av insatser (åtgärder) utgör fortfarande en viktig målgrupp [12].

Insatsen (åtgärden) personligt ombud (PO) är den form av mindre intensiv *case management* för stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar som framför allt tillämpas i dag i Sverige. År 2007 fanns PO-verksamhet i närmare 250 av landets kommuner [12]. Sammanlagt bedöms närmare 6 000 personer ha varit aktuella någon gång under året. I dag leds nio av tio PO-verksamheter i samverkan med andra aktörer, huvudsakligen genom ledningsgrupper med företrädare från psykiatri och kommun [12].

Indikatorer för god vård och god kvalitet i socialtjänsten på det psykosociala området

Inledning

Inom det psykosociala området med åtgärder för personer med schizofreni ska man, som inom all hälso- och sjukvård och socialtjänst, hela tiden arbeta med att förbättra verksamhetens kvalitet, kostnadseffektivitet, patientsäkerhet och individens rättssäkerhet. Det framgår av HSL, SoL, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11).

Flera olika intressenter har behov av information om kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det behövs därför en allsidig och nyanserad bild av kvaliteten för att olika intressenters behov av information ska kunna tillgodoses. Huvudintressenterna är befolkningen, personer med schizofreni och deras närstående, ledningsansvariga och anställda inom hälso- och sjukvården, socialtjänstens verksamheter, vårdgivarna (som sjukvårdshuvudmännens politiska och administrativa ledningar), socialnämnden eller motsvarande i kommunen samt regeringen.

Socialstyrelsen tar fram indikatorer för uppföljning på psykiatriområdet

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat nationella indikatorer som ska spegla god vård inom hälso- och sjukvården. Dessa indikatorer är också tillämpliga på den psykiatriska verksamheten för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har också ett särskilt uppdrag att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet (S2006/9394/HS (delvis) S2008/1051/HS). I uppdraget ingår även att ”utveckla metoder för att löpande kunna mäta brukares och patienters upplevelser av kvalitet och bemötande i de insatser som ges”. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 1 juli 2012.

En indikator är ett mått som speglar kvaliteten och som kan användas som underlag för verksamhetsutvecklingen, liksom för en öppen redovis-

ning av hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens strukturer, processer, resultat och kostnader. En indikator ska vara tydlig, pålitlig, mätbar, accepterad och möjlig att registrera kontinuerligt i olika ledningssystem, som register och andra datakällor. Med hjälp av indikatorer kan man identifiera förhållanden som bör studeras närmare och får därmed ett underlag för ett förbättringsarbete.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- möjliggöra *uppföljning* av vårdens och socialtjänstens utveckling av strukturer, processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra *jämförelser* av vårdens och socialtjänstens utveckling av strukturer, processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera *förbättringar* av vårdens och socialtjänstens kvalitet – lokalt, regionalt och nationellt.

Socialstyrelsen har utarbetat indikatorer inom ramen för arbetet med Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011. Arbetet har bedrivits enligt en modell som tagits fram inom det nationella InfoVU-projektet [13] och Socialstyrelsens projekt ”Kvalitetsindikatorer i socialtjänsten”[14].

Modellen innebär att man utgår från relevanta kunskapsdokument, riktlinjer och lagstiftningens bestämmelser och intentioner och utformar indikatorerna i ett konsensusförfarande med experter på kunskapsområdet och övriga intressenter. Enligt modellen ska en indikator för god vård och god kvalitet i socialtjänsten ha vetenskaplig rimlighet (validitet), vikt (relevans) och den ska dessutom vara möjlig att mäta och tolka.

Samordning med andra delar av riktlinjearbetet

Utveckling av indikatorer är en integrerad del av riktlinjearbetet. Det betyder bland annat att

- arbetet utgår från SOSFS 2005:12 och vägledningen God vård [15] samt SOSFS 2006:11 och handboken God kvalitet i socialtjänsten [16]
- indikatorerna speglar de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna och ska gå att härleda från den tillstånds- och åtgärdslista som Socialstyrelsen utarbetat inom ramen för riktlinjearbetet
- även indikatorer som speglar god vård alternativt god kvalitet i socialtjänsten utifrån ett mer övergripande perspektiv på det område riktlinjerna omfattar kan ingå i arbetet.

Indikatorer på det psykosociala området

Socialstyrelsen har tagit fram 15 nationella indikatorer för hälso- och sjukvården (den psykiatriska verksamheten) och 12 nationella indikatorer för socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessutom har 4 mer generella indikatorer tagits fram för att spegla resultatet. Dessa är gemensamma för de båda huvudmännen.

Riktlinjerna berör en sjukdomsgrupp som relateras till några diagnosrelaterade tillstånd (schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd). Specifika diagnosgrupper är dock svåra att identifiera i kommunernas verksamhet, eftersom kommunens uppgift relateras till människor med psykiska funktionshinder (5 kap. 7 § SoL). De indikatorer som riktas till socialtjänstens verksamhet tar därför sin utgångspunkt i den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat (se bilaga 2: Om tillstånd och åtgärder).

Arbetet har inriktats på att finna indikatorer som bedöms ha stor relevans för att de rekommenderade åtgärderna finns tillgängliga och kan utföras i enlighet med riktlinjerna samt leda till beskrivet syfte. Det innebär bland annat att viktiga förutsättningar för införandet av rekommenderade åtgärder i den praktiska verksamheten har beaktats i arbetet. För riktlinjernas genomförande i det praktiska arbetet krävs exempelvis en hög grad av samarbete och samordning mellan de båda huvudmännen.

När det har varit möjligt har gemensamma indikatorer formulerats för både den psykiatriska verksamheten och socialtjänstens verksamhet. Avsikten med detta är att stödja en utveckling mot ökad samsyn mellan de båda huvudmännen på det psykosociala området. De indikatorer som är gemensamma för socialtjänsten och psykiatrin är dock inte helt jämförbara, eftersom de grundar sig på något olika populationer. Indikatorerna mäts också med stöd av olika datakällor, vilket ytterligare påverkar jämförbarheten.

Arbetet har även präglats av en strävan att finna indikatorer som kan integreras med de lokala och regionala uppföljningssystemen och användas för uppföljning och förbättringsarbete på det psykosociala området. För en mer fullständig uppföljning av verksamhetens innehåll, kvalitet och resultat på lokal och regional nivå krävs naturligtvis fler indikatorer.

Indikatorer som speglar åtgärderna ur ett jämlikhetsperspektiv

Utgångspunkten för alla indikatorer är att presentera data uppdelat på män och kvinnor, där detta är möjligt. I vissa fall kan också indikatorer redovisas uppdelat på geografiska nivåer, socioekonomiska nivåer eller

andra grupperingar för att spegla jämlikhetsperspektivet på det psykosociala området.

Indikatorer som speglar den upplevda kvaliteten hos vård- och omsorgstagare och anhöriga

Riktlinjerna förväntas även främja en utveckling av evidensbaserad praktik inom området, genom att både ge bästa tillgängliga kunskap om åtgärder och underlätta lokala, regionala och nationella uppföljningar. Inom ramen för att utveckla en evidensbaserad praktik är frågor kring bemötande och kvaliteten i relationerna av central betydelse. Vård- och omsorgstagares och anhörigas upplevelse av vård- och stödprocessen i form av bemötande, information och delaktighet är viktiga kvalitetsmått, liksom vård- och omsorgstagares upplevelse av möjligheterna till återhämtning och att kunna styra sitt eget liv (empowerment).

Socialstyrelsen har därför i en mindre arbetsgrupp bedrivit ett särskilt utvecklingsarbete för att utveckla indikatorer som speglar den upplevda kvaliteten hos vård- och omsorgstagare och anhöriga. I arbetet har representanter från Riksförbundet för Social och Mental Hälsa och Schizofreniförbundet deltagit. Arbetet har inriktats på att identifiera relevanta kvalitetsaspekter utifrån perspektivet hos vård- och omsorgstagare och anhöriga och ge förslag till indikatorer. De föreslagna indikatorerna speglar aspekter som livskvalitet, läkemedelsbiverkningar, delaktighet i den individuella och samordnade planens innehåll och genomförande, information om klagomålshantering samt personalens bemötande. Arbetsgruppen har också föreslagit ett ytterligare antal indikatorer som speglar vård- och omsorgstagares upplevelser av de insatser som rekommenderas i riktlinjerna.

För att följa upp den upplevda kvaliteten hos vård- och omsorgstagare och anhöriga krävs dock att information samlas in från dem som har kontakt med socialtjänsten och den psykiatriska verksamheten i landstinget. Inom ramen för det uppdrag Socialstyrelsen har att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet kommer myndigheten att under 2011 ta fram ett instrument anpassat för undersökningar riktade till omsorgstagare (klienter och patienter). Detta ska kunna användas av båda huvudmännen som en del av de lokala och regionala uppföljningssystemen och det nationella uppföljningssystemet på psykiatriområdet.

Uppföljning på nationell, regional och lokal nivå

En viktig förutsättning för att kunna använda indikatorerna i olika typer av uppföljningar är att de register och den statistik som lyfts fram som datakälla för respektive indikator har en hög täckningsgrad och håller en hög kvalitet. Ett stort problem inom det aktuella uppföljningsområdet är dock att det i stor utsträckning saknas datakällor. Det innebär att ett antal av de framtagna indikatorerna ännu inte är möjliga att följa kontinuerligt på nationell nivå. Ett ytterligare problem är avsaknaden av individdata. Det innebär att framtagna indikatorer som ska spegla tillämpningen av rekommenderade åtgärder i socialtjänsten och den psykiatriska verksamheten huvudsakligen är strukturmått. Allteftersom datakällor med individdata utvecklas kommer dessa indikatorer att bytas ut mot indikatorer som speglar i vilken utsträckning enskilda individer får tillgång till de åtgärder som rekommenderas.

De indikatorer som är markerade med ett *U* i listan över indikatorer är sådana som ännu inte kan följas upp på nationell nivå. Det är dock viktigt att framhålla att dessa indikatorer bör ingå i de lokala och regionala uppföljningssystemen och börja mätas på denna nivå. Även uppföljningen av andelen personer som får tillgång till rekommenderade insatser kan börja följas på lokal och regional nivå. Uppföljningen sker då med stöd av för socialtjänsten och den psykiatriska verksamheten tillgängliga datakällor.

Socialstyrelsen kommer under 2011 och 2012 göra en öppen jämförelse och utvärdering av det psykosociala områdets strukturer, processer, resultat och kostnader. Denna uppföljning kommer framför allt att ha sin utgångspunkt i de indikatorer som tagits fram inom ramen för riktlinjerna för dels den psykiatriska verksamheten på området, dels socialtjänstens psykosociala verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Men även andra aspekter kommer att belysas. Utvärderingen kan komma att medföra vissa justeringar av riktlinjernas indikatorer. Målsättningen är att uppföljningen ska upprepas inom 3–5 år. Socialstyrelsen avser dessutom att redovisa vissa av indikatorerna som Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens kvalitet och effektivitet.

En intensiv utveckling av kvalitetsregistret PsykosR pågår och ett arbete har också inletts på Socialstyrelsen för att kunna identifiera målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning i den officiella socialtjänststatistiken. Detta tillsammans med i dag tillgängliga data kan i framtiden utgöra underlag för att Socialstyrelsen ska kunna belysa utvecklingen på det psykosociala området på ett mer heltäckande sätt.

Uppföljning av kostnader och effektivitet

Uppföljning och utvärdering bör även inkludera verksamhetens kostnader och effektivitet. I dagsläget finns inte uppgifter om kostnader för psykosociala insatser till personer med schizofreni på nationell nivå. Uppgifter om detta kan dock finnas på lokal och regional nivå. En uppföljning av kostnader och effektivitet bör därför kunna påbörjas på lokal och regional nivå.

En analys av kostnader kan till exempel vara att undersöka kostnadsutvecklingen för verksamheten eller studera hur resursfördelningen mellan olika verksamheter eller insatser ser ut. Effektivitet handlar om att använda de tillgängliga resurserna på bästa sätt för att nå de uppställda målen för verksamheten. I en sådan analys ställs måluppfyllelsen mot kostnaderna för verksamheten. Effektivitet kan även till viss del mätas genom kvalitetsbristkostnader. Några exempel på kostnadsmått som kan användas i lokal och regional uppföljning och utvärdering är

- kostnad per patient i psykiatrisk öppenvård respektive psykiatrisk slutenvård
- kostnad för personer med schizofreni i psykiatrisk öppenvård som andel av kostnaden för psykiatrisk öppenvård
- kostnad för personer med schizofreni i psykiatrisk slutenvård som andel av kostnaden för psykiatrisk slutenvård
- kostnad per person som fått olika typer av de åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna.

Redovisning av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram samtliga indikatorer utifrån ett antal områden som dels definierar begreppet god vård, dels definierar kvaliteten i socialtjänsten. Beskrivningen av en indikator görs i en matris med ett antal rubriker: typ av mått, beskrivning, mätmetod, datakälla, felkälla/tolkningssvårigheter och form för redovisning. Ovanför varje matris ges en övergripande beskrivning av indikatorn där bland annat en motivering för valet av indikator anges, vilken huvudman indikatorn avser samt vilket kvalitetsområde som är aktuellt. Samtliga indikatorer, detaljerat redovisade i matrisform, finns tillgängliga på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni.

De indikatorer som redovisas berör den psykiatriska verksamheten (öppen- och slutenvård) och socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Vissa indikatorer kan även användas för att spegla det psykosociala området inom rättspsykiatri men behöver då an-

passas till denna verksamhet och en för rättspsykiatrien lämplig datakälla behöver anges. Några av de indikatorer som presenterades i den preliminära versionen har överförts till det system för verksamhetsuppföljning som Socialstyrelsen utvecklar för att löpande kunna redovisa tillståndet på psykiatriområdet.

Indikatorerna delas in i följande grupper:

1. Indikatorer som speglar resultatet på det psykosociala området.
2. Indikatorer som speglar de rekommenderade åtgärderna.
Indikatorerna redovisas dels för den psykiatriska verksamheten i landstinget, dels för socialtjänsten. Flera av de åtgärder som rekommenderas kan genomföras i både psykiatriens och socialtjänstens verksamhet. För att de gemensamma resurserna ska kunna användas så effektivt som möjligt har indikatorerna konstruerats så att även överenskommelser om samarbete mellan huvudmännen inkluderas [17].
3. Ett fåtal indikatorer har identifierats som är väsentliga för att skapa goda förutsättningar för att införa rekommenderade åtgärder i praktisk verksamhet. Sådana förutsättningar är
 - kartläggning av behovet av insatser hos hela målgruppen, personer med psykisk funktionsnedsättning, som underlag för uppbyggnaden av de psykosociala insatserna
 - samarbete mellan huvudmännen dels genom upprättade överenskommelser, dels genom att åtgärderna planeras och samordnas på individnivå
 - uppföljning av åtgärder på individnivå dels genom att det finns ett etablerat system för detta, dels genom att det sker en årlig uppföljning av åtgärderna på individnivå.

Indikatorerna

1. Generella resultatindikatorer på det psykosociala området

- Indikator 1.1 Överdödlighet för patienter med schizofreni
- Indikator 1.2 Återintagningar i psykiatrisk slutenvård av patienter med schizofreni
- Indikator 1.3 Varaktig boendelösning för personer med psykisk funktionsnedsättning (U)
- Indikator 1.4 Hemlöshet hos personer med psykisk funktionsnedsättning (U)

Den psykiatriska verksamheten

2a. Psykosociala åtgärder för personer med schizofreni

- Indikator 2.1 Tillgång till tidiga och samordnade åtgärder för personer som är nyinsjuknade i psykossjukdom
- Indikator 2.2 Tillgång till familjeinterventioner
- Indikator 2.3 Tillgång till stöd i föräldraskapet
- Indikator 2.4 Tillgång till integrerad psykologisk terapi
- Indikator 2.5 Tillgång till social färdighetsträning
- Indikator 2.6 Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen
- Indikator 2.9 Tillgång till samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen
- Indikator 2.10 Uppföljningskontakt i öppenvården efter utskrivning från slutenvård (U)
- Indikator 2.11 Avbrutna åtgärder (U)
- Indikator 2.12 Gemensam psykopedagogisk utbildning till patient med schizofreni och anhöriga (U)
- Indikator 2.13 Psykologisk behandling med KBT vid schizofreni (U)

3a. Centrala förutsättningar för införande av rekommenderade åtgärder

- Indikator 3.2 Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting
- Indikator 3.3 Uppföljningssystem för åtgärder på individnivå
- Indikator 3.4 Förekomst av individuell och samordnad plan för personer med schizofreni (U)
- Indikator 3.5 Årlig uppföljning av åtgärder för personer med schizofreni med stöd av etablerade instrument för bedömning och uppföljning (U)

Socialtjänsten

2b. Psykosociala åtgärder för personer med psykisk funktionsnedsättning

- Indikator 2.2 Tillgång till familjeinterventioner
- Indikator 2.3 Tillgång till stöd i föräldraskapet
- Indikator 2.5 Tillgång till social färdighetsträning
- Indikator 2.6 Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen
- Indikator 2.7 Tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser
- Indikator 2.8 Hjälptill bostad vid hemlöshet (Bostad först)
- Indikator 2.9 Tillgång till samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen

3b. Centrala förutsättningar för införande av rekommenderade åtgärder

- Indikator 3.1 Gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning
- Indikator 3.2 Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting
- Indikator 3.3 Uppföljningssystem för åtgärder på individnivå
- Indikator 3.4 Förekomst av individuell och samordnad plan för personer med psykisk funktionsnedsättning (U)
- Indikator 3.5 Årlig uppföljning av åtgärder för personer med psykisk funktionsnedsättning med stöd av etablerade instrument för bedömning och uppföljning (U)

Värdegrund, delaktighet och samverkan

Värdegrunden uttrycks i lagstiftningen

Några slutsatser som kan dras med utgångspunkt i de grundläggande värderingar som uttrycks i lagstiftningen är att personer med schizofreni

- ska få sin integritet och sitt självbestämmande respekterat
- ska få tillgång till insatser (åtgärder) på jämlika villkor och att insatserna är lättillgängliga
- ska få sina rättigheter respekterade
- ska kunna känna sig trygga i vården och omsorgen
- inte får diskrimineras, till exempel uteslutas från vård och omsorg på grund av kön, etnicitet, ålder eller diagnos.

Dessa värderingar ligger till grund för SoL, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och HSL och har stöd i regeringsformen samt Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Värdegrunden i praktiken

Att socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett helhetsperspektiv i beslut som rör enskilda personer är av stor betydelse. Lika viktigt är att ha kunskap om vilka åtgärder som har god evidens för effekt samt att kunna erbjuda sådana åtgärder. Riktlinjerna förväntas även främja en utveckling av evidensbaserad praktik inom området genom att både ge bästa tillgängliga kunskap om åtgärder och underlätta lokala, regionala och nationella uppföljningar. Inom ramen för att utveckla en evidensbaserad praktik är frågor kring bemötande och kvaliteten i relationerna av central betydelse. Att både utveckla en god relation till patienten eller klienten och att använda metoder baserade på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om deras effekter ger sannolikt förutsättningar för de bästa behandlings- och rehabiliteringseffekterna.

En evidensbaserad praktik, vare sig den ska utvecklas inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten, har definierats som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om insatser till enskilda individer” [18].

Det innebär att man aktivt involverar den enskilde i att planera, genomföra och följa upp insatser (åtgärder). Ett sådant arbetssätt betyder också att man inriktar sig på personens kapacitet till förändring och återhämtning trots personens allvarliga funktionsnedsättningar. Återhämtning är inget entydigt begrepp men kan sägas fokusera på individens personliga och unika mål för att hantera sin sjukdom och nå positiva förändringar i sitt liv.

I en evidensbaserad praktik ska i beslut om insatser (åtgärder) i enskilda ärenden tre kunskapskällor sammanvägas:

- den för tillfället bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen om insatsernas (åtgärdernas) effekter
- personens erfarenheter och önskemål om innehåll och resultat av vård- och stödinsatser
- den professionelles erfarenhet och expertis.

Dessa tre kunskapskällor vägs samman i en dialog mellan den professionelle och patienten eller klienten – och beslutsgrunderna bör redovisas öppet. Transparensen är en väsentlig del av evidensbaserad praktik, eftersom möjligheterna att uppnå en öppen och mer jämbördig relation ökar om det finns information att ge om olika insatsers innehåll och potentiella resultat.

Kommunikation och information ger förutsättningar för delaktighet

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska så långt som möjligt utforma och genomföra vården och omsorgen i samråd med individen. Detta framgår av HSL och SoL. Det ingår även som en viktig princip i definitionen av en evidensbaserad praktik.

Vanliga symtom vid schizofreni lägger dock hinder i vägen för en fungerande kommunikation både med anhöriga, vänner och med behandlare. En person kan vara upptagen i sitt inre av röster och vanföreställningar som dikterar vad personen kan säga eller göra. Många har även stora besvär med vardagliga sysselsättningar till följd av symtom som brukar benämnas ”negativa symtom” och som kan variera från en viss passivitet och uttrötthet till total apati och förlust av förmåga att uttrycka sig. De kognitiva symtom som är vanliga hos målgruppen innebär svårigheter att minnas, att planera och att sätta i gång aktiviteter. Personer som har allvarliga kognitiva nedsättningar behöver mycket stöd och träning för att kunna tillägna sig information via tidningar, TV, radio eller Internet. Svårigheterna kan lätt leda till en känsla av utanförskap och skapa social isolering.

Det är därför en central uppgift för personal inom psykiatrin och socialtjänsten att kommunicera och ge information om sjukdomen, dess behandling och om personens rättigheter. Enligt 2 a § HSL och 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS ska hälso- och sjukvårdspersonalen i samråd ge varje person individuellt anpassad information. Informationen till personer med schizofreni kan till exempel ges både skriftligt och muntligt. Det är oftast till stor hjälp och angeläget att även anhöriga tar del av informationen. Om informationen inte kan lämnas till den enskilde kan den i stället lämnas till anhöriga om det inte finns hinder för detta enligt 25 kap. 6–7 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Socialstyrelsen lyfter fram detta genom att rekommendera psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen (rader 8–13) samt en särskild modell för delat beslutsfattande (rad 7) som kan underlätta detta arbete. Vad dessa skyldigheter innebär finns närmare beskrivet i en handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal [19]. Av förarbetena till socialtjänstlagen framgår vilka principer som bör gälla för individuellt inriktade insatser (åtgärder) (1979/80 s. 207).

Samverkan för att tillgodose kontinuitet i vård- och stödarbetet

Personer med psykosjukdom har ofta behov av åtgärder från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, vilket kräver en nära samverkan dem emellan. Samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten bör alltid komma till stånd för personer med måttliga eller svåra symtom och en funktionsnedsättning. En varaktighet i kontakten är grundläggande för att en förtroendefull relation ska kunna växa fram. I riktlinjerna betonas särskilt behoven av samverkan och kontinuitet för de personer som ofta bryter vårdkontakter och återinsjuknar. En annan grupp som också har särskilda behov av samordnade vård- och stödåtgärder är personer som nyinsjuknat i en psykosjukdom. För dessa personer är det viktigt att åtgärderna som ges tillgodoser samtliga behov i form av stöd, både till personen och till dennes anhöriga, vårdplanering, psykiatrisk behandling och psykosociala åtgärder.

Det finns flera bestämmelser som rör krav på samverkan mellan landsting och kommun som omfattar personer med psykiska funktionsnedsättningar. Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Den 1 januari 2010 infördes även en lagstadgad skyldighet i 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL som innebär att huvudmännen

tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser (åtgärder) från båda huvudmännen. Hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård innebär att den bland annat ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården (2 a § HSL). Dessa skyldigheter finns närmare beskrivna i handboken för vårdgivare, verksamhetschefer och personal [19].

Det yttersta målet för bestämmelserna är att patienten eller klienten ska få tillgång till den vård och de stödåtgärder som ger den enskilde möjlighet att leva som andra. Han eller hon ska få vård och stöd för att kunna vara delaktig i samhällslivet och för att få möjlighet till återhämtning. Detta gäller vid övergripande samverkan mellan huvudmännen. Det rör även samverkan för enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar och andra personer med omfattande behov av såväl sjukvård som socialtjänst. Socialstyrelsen har i ett meddelandeblad [17] informerat om hur de nya bestämmelserna om övergripande samverkan förhåller sig till andra bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun.

Individuell plan – ett betydelsefullt verktyg för samverkan

När den enskilde har behov av insatser (åtgärder) både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget och kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Av planen ska framgå vilka insatser (åtgärder) som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL).

Grunden för all behandling och rehabilitering är ett tillitsfullt samarbete mellan vård- och omsorgspersonal och patienten eller klienten. För att åstadkomma detta för personer med schizofreni bör vård- och omsorgspersonalen aktivt fråga efter vilka aspekter av livskvalitet den enskilde värdesätter och vilka livsmål han eller hon vill uppnå som resultat av planen. Dessa bör vara styrande för planens långsiktiga inriktning. Men ofta behövs även delmål definieras för att tydliggöra vilka åtgärder som ska väljas både på kort och på lång sikt. Även anhörigas delaktighet i utformningen av planen är mycket viktig för att förverkliga uppsatta mål.

För personer med schizofreni är förmågan att bearbeta intryck, samla erfarenheter och dra lärdom ofta nedsatt, vilket kan innebära svårigheter att ta aktiv del i beslut om den egna vården. Det är därför viktigt för vård- och omsorgspersonalen att hitta vägar för att garantera patientens eller

klientens delaktighet och medbestämmande. Riktlinjerna betonar den enskildes delaktighet i utformningen av planen och för att åstadkomma den delaktigheten bör personal inom både sjukvård och socialtjänst ha speciella kunskaper och färdigheter. Dels bör de ha kunskaper och erfarenheter av hur symtom och funktionsnedsättningar tar sig uttryck och om vilka åtgärder som har visat sig ha gynnsamma effekter. Dels bör de ha kunskaper och färdigheter om hur man kan bidra till att öka medbestämmande och inflytande för personen.

Om personen i fråga, till exempel på grund av svår psykisk sjukdom, inte kan ta ställning till en insats (åtgärd) ska socialnämnden ta initiativ till att involvera god man, förvaltare eller annan ställföreträdare för den enskilde i planeringen (5 kap. 3 § SoL).

I den samordnade planen kommer de olika samarbetsparterna att behöva utbyta information om den enskilde. Men inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är uppgifter om en enskild person skyddad av sekretess, vilket förhindrar att man lämnar ut uppgifter om inte personen själv medger detta eller om det finns andra omständigheter som öppnar möjligheten till utbyte av information. Under vilka förutsättningar ett sådant informationsutbyte är möjligt regleras i OSL, SoL och LYHS. Tystnadsplikt hos privata vårdgivare regleras i 2 kap. 8 § LYHS.

Ett samtycke till informationsbytet är alltså den grundläggande förutsättningen, eftersom ett samarbete bygger på att det finns ett förtroende och en tillit mellan vårdgivaren och personen och alla övriga parter som ger personen stöd. Med ett informerat samtycke läggs en god grund för ett fortsatt samarbete med den enskilde. Personen kan ge sitt samtycke till att uppgifter om en viss omständighet, information i övrigt eller hela journaler lämnas ut till en annan person, anhörig eller myndighet. Detta regleras i 12 kap. 1–2 §§ OSL. Personen kan återta ett sådant samtycke när som helst. Samtycket behöver inte vara skriftligt utan det räcker med en journalnotering eller notering i personakten.

Rätten till bistånd

Socialtjänstlagen är både en ramlag och en rättighetslagstiftning. Att den är en ramlag innebär att den inte reglerar varje insats (åtgärd) eller stadgande i detalj. I stället ges kommunerna en frihet – inom lagens ram – att anpassa sina insatser (åtgärder) efter skiftande behov och resurser. I ärenden enligt socialtjänstlagen ska dock principerna om frivillighet och självbestämmande vara vägledande och socialtjänsten ska därför planera insatser (åtgärder) tillsammans med den enskilde. Den enskilde ska genom biståndet försäkras en skäligen levnadsnivå. Var gränsen för en skäligen levnadsnivå går är en bedömningsfråga. Betydelsen av att socialtjänstla-

gen är en rättighetslagstiftning tydliggörs dock av att den som inte beviljats en insats (åtgärd) som han eller hon ansökt om kan överklaga beslutet till förvaltningsdomstol. Den kan ändra kommunens beslut, om den finner att kommunen gjort en för snäv skälighetsbedömning. En sådan dom, som vunnit laga kraft, är bindande för kommunen.

Myndigheter i samverkan om rehabiliteringsinsatser

Med syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet är det en fördel om Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunerna och landstingen samverkar enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Till dessa bestämmelser kommer också stöd enligt förordningen (2000:630) om särskilda insatser (åtgärder) för personer som har funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga och som har eller kan förväntas få svårigheter att få eller behålla ett reguljärt arbete.

I förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten finns bestämmelser om att denna verksamhet ska bedrivas i samverkan med andra aktörer på arbetsmarknaden, exempelvis arbetsmarknadens parter, myndigheter, kommuner, enskilda företag och organisationer. Samverkan ska ske i form av platsförmedling, vägledning, arbetsmarknadspolitiska program, arbetsplatsintroduktion, arbetslivsinriktad rehabilitering och verksamhet för unga med funktionshinder. Försäkringskassan ska i samma syfte träffa överenskommelser med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Projektorganisation

Projektledningsgrupp

Lars Bernfort	filosofie doktor, CMT, Linköpings universitet
Marianne Björklund	delprojektledare i indikatorgruppen, Socialstyrelsen
Peter Brusén	enhetschef, enheten för funktionshindersfrågor (fram till januari 2010), Socialstyrelsen
Åsa Börjesson	avdelningschef, socialtjänstavdelningen (fram till januari 2010), Socialstyrelsen
Carina Gustafsson	projektledare (från och med mars 2009), Socialstyrelsen
Lars Hansson	faktagruppsordförande (2009–2010), professor, Lunds universitet
Christina Kärvinge	enhetschef, enheten för nationella riktlinjer (fram till augusti 2008), Socialstyrelsen
Karin Mossler	chefsekonom, socialtjänstavdelningen (fram till januari 2010), Socialstyrelsen
Anders Printz	enhetschef, NU!-enheten (fram till september 2009), Socialstyrelsen
Mikael Sandlund	faktagruppsordförande (2008), docent, Umeå universitet
Karin Tengvald	projektledare (fram till februari 2009), Socialstyrelsen
Lena Weilandt	enhetschef, enheten för nationella riktlinjer (från och med september 2008), Socialstyrelsen

Andra medverkande

Birgitta Clarin	kommunikatör, Socialstyrelsen
Kristina Eklund	metod- och kvalitetsansvarig, Socialstyrelsen
Maria Eriksson	projektsekreterare (från och med oktober 2007 och fram till juni 2008), Socialstyrelsen
Ann Kristine Jonsson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Maja Kärrman Fredriksson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Elin Linnarsson	projektsekreterare (från och med januari 2010 och fram till september 2010), Socialstyrelsen
Claes Lundin	projektsekreterare (från och med januari 2009 och fram till januari 2010), Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen
Charlotta Munter	kommunikatör, Socialstyrelsen
Anneli Nyman	administratör, Socialstyrelsen
Marie Nyström	projektsekreterare (från och med oktober 2008 och fram till januari 2009), Socialstyrelsen
Sofia Palm	kommunikatör, Socialstyrelsen
Helene Persson	webbredaktör, Socialstyrelsen
David Svärd	kommunikatör, Socialstyrelsen

Arbetet med det vetenskapliga underlaget – faktagrupp

Bengt- Åke Armelius	professor emeritus, Umeå universitet
Kerstin Armelius	professor, Umeå universitet
Carina Gustafsson	Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) (fram till mars 2009), Socialstyrelsen
Lars Hansson	professor, Lunds universitet

Lennart Jansson	Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) (fram till januari 2010), Socialstyrelsen
Eva Lindström	docent, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Mikael Sandlund	docent, Umeå universitet
Agneta Öjehagen	professor, Lunds universitet

Arbetet med det ekonomiska underlaget

Lars Bernfort	filosofie doktor, CMT, Linköpings universitet
Matilda Hansson	utredare, Socialstyrelsen
Karin Mossler	chefsekonom, socialtjänstavdelningen (fram till januari 2010), Socialstyrelsen
Åsa Wikberg	utredare, Socialstyrelsen

Prioriteringsarbetet

Ulrika Bejerholm	doktor med. vet., arbetsterapeut, Lunds universitet
Lena Flyckt	prioriteringsordförande, docent, Norra Stockholms psykiatri
Henrik Gregemark	enhetschef, centrummottagningen, psykiatri Nordöst, Stockholm
Christina Gustafsson	resultatområdeschef, vuxenenheten, social- och omsorgskontoret, Södertälje kommun
Marie Juréen-Bennedich	psykolog och psykoterapeut, rehabilitering, Södertälje
Eva Jonsson	tillförordnad avdelningschef, handikappomsorgen, socialförvaltningen, Falkenberg
Ingela Lagerskog	verksamhetschef, verksamhetsområde funktionshindrade, Luleå kommun
Johan Lindström	områdeschef, vuxenförvaltningen, Eskilstuna kommun

Mikael Nilsson	avdelningschef, psykiatriska kliniken, Landstinget Halland, Varberg
Lotta Persson	vice prioriteringsordförande, socialchef, socialförvaltningen, Botkyrka kommun, Stockholm
Pia Rydell	överläkare, psykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Nils Varg	chef för boende inom Karlskoga kommun

Arbetet med indikatorer

Mattias Agestam	överläkare, utvecklingsansvarig, IT-enheten, Norra Stockholms psykiatri, Stockholms läns sjukvårdsområde
Marianne Björklund	delprojektledare i indikatorgruppen, Socialstyrelsen
Rickard Bracken	handläggare, sektionen vård och socialtjänst, Sveriges Kommuner och Landsting (fram till augusti 2009)
Jonas Eberhard	medicine doktor och filosofi doktor, psykiater, Lunds universitetssjukhus
Carina Gustafsson	projektledare (från och med mars 2009), Socialstyrelsen
Leena Kuusipalo	verksamhetschef, socialpsykiatriska enheten, socialförvaltningen, Botkyrka kommun, Stockholm
Birgitta Lindelius	utredare, Socialstyrelsen
Lennart Lundin	psykolog, sektionschef, Kompetenscentrum för schizofreni vid psykossektionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Ulla-Karin Schön	filosofi doktor, handläggare, sektionen för vård och socialtjänst, Sveriges Kommuner och Landsting (från och med september 2009)

Lena Steinholtz Ekecrantz	utredare, Socialstyrelsen
Majka Stenberg	ordförande i Socialpsykiatriskt forum, projektledare för personliga ombud, socialavdelningen, Länsstyrelsen i Stockholms län
Karin Tengvald	projektledare (fram till februari 2009), Socialstyrelsen
Ann Tjernberg	utvecklare, Västmanlands Kommuner och Landsting

Referensgrupp brukarorganisationer

Kjell Broström	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)
Beatrice Carleson	Schizofreniförbundets erfarenhetsgrupp
Khai Chau	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)
Peter Dentz	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)
Hans Erixon	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)
Jan-Olof Forsén	förbundsordförande, Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)
Olof Lundgren	Schizofreniförbundets erfarenhetsgrupp
Rakel Lundgren	förbundsordförande, Schizofreniförbundet
Anna Meyerhoffer	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)
Lise-Lotte Nilsson	Schizofreniförbundet
Kristina Nilsdotter	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)
Lars Norrman	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH)

Ami Rohnitz Riksförbundet för Mental och Social
Hälsa (RSMH)

Ullabritt Zoannos Schizofreniförbundet

Referensgrupp företrädare för verksamheter och yrkesföreningar

Marie Bendix Svenska Psykiatriska Föreningen, ST-
sektionen

Ingrid Borin ordförande, Svenska Psykiatrförening-
en för Skötare

Mimmi Darbo MISA och Svenska föreningen för Sup-
ported employment- föreningen

Kerstin Evelius Aleris

Ulf Grahnat Socialpsykiatrisk Forum

Lena Haglund Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Morgan Hangren Fackförbundet SKTF

Lena Hedlund Legitimerade Sjukgymnasters Riksför-
bund

Lars Jansson Akademikerförbundet SSR

Marie Juréen-Benedich psykolog och psykoterapeut, rehabtea-
met, Södertälje, Sveriges Psykologför-
bund

Viktor Kaldo Beteendeterapeutiska föreningen

Leena Kuusipalo verksamhetschef, socialpsykiatriska en-
heten, socialförvaltningen, Botkyrka
kommun

Göran Lindberg Vuxenpsykiatriska Socionomers/ Kura-
torers Förening

Inga-Britt Lindström Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Karin Lindström SKL

Stefan Lundberg Vårdförbundet

Lennart Lundin psykolog, sektionschef, Kompetenscen-
trum för schizofreni vid psykossektion-
en, Sahlgrenska universitetssjukhuset,
Göteborg

Urban Markström	Umeå universitet, CEPI
Mikael Nilsson	avdelningschef, psykiatriska kliniken, Varberg, Landstinget Halland, Psykiatriska Föreningen
Lotta Persson	socialchef, Botkyrka Kommun, ordförande, Sveriges Socialchefer
Bengt Sandström	Riksföreningen Psykoterapicentrum
Ulla-Karin Schön	SKL
Hanna Sitter Randén	Riksföreningen Psykoterapicentrum
Rickard Stenmark	Beteendeterapeutiska föreningen
Pontus Strålin	Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
Ann Tjernberg	utvecklare, Västmanlands Kommuner och Landsting
Beatrice Toll	Socialpsykiatrisk Forum
Nils Varg	chef för boende inom Karlskoga kommun
Ing-Marie Wieselgren	ordförande i referensgruppen, SKL
Gunilla Wärngård	Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Bilaga 1: Tillstånds- och åtgärdslista

Tillstånds- och åtgärdslistan innehåller åtgärder om

- tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer (rad 1–3)
- åtgärder för att öka individens deltagande i vård och omsorg (rad 4–6)
- åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg (rad 7)
- psykopedagogiska åtgärder för att ge kunskap om sjukdomen (rad 8–13)
- familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall (rad 14)
- stöd i föräldraskap för personer med schizofreni (rad 15)
- psykologisk behandling mot kvarstående symtom (rad 16–25)
- kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar (rad 26–27)
- åtgärder för att förbättra sociala färdigheter (rad 28)
- åtgärder för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning (rad 29–33)
- boende och åtgärder i form av anpassat stöd (rad 34–38)
- samordnade åtgärder för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg (rad 39–43).

Mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns på Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas också *tillståndets svårighetsgrad, bedömd effekt, evidens för effekt, hälsoekonomisk bedömning, hälsoekonomisk evidens samt motivering till rekommendation.*

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Nationella riktlinjer för vård av schizofreni 2011		
Rad	Tillstånd Åtgärd	Rekommendation
1	Personer med psykos som inte är i kontakt med vård- och stödsystemet <i>Information till allmänheten och nyckelpersoner inom skola, primärvård etcetera och samtidig tillgång till lättillgänglig psykiatrisk bedömning</i>	7
2	Oupptäckt psykos <i>Utbildning av allmänläkare i tidig upptäckt av psykostecken samt tillgång till direkt hänvisning till ett specialteam</i>	3
3	Personer med ett första psykosinsjuknande <i>Samordnade åtgärder för nyinsjuknade personer enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment) med familjeinterventioner och social färdighetsträning</i>	3
4	Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som har behov av påminnelse om besökstider <i>Påminnelser om besökstider i olika former</i>	2
5	Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som ska skrivas ut från sjukhus och som har behov av uppföljande öppenvårdskontakter <i>Personlig kontakt med personal från öppenvårdsteamet och socialtjänsten före utskrivningen från psykiatrisk slutenvård</i>	3

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd Åtgärd	Rekommendation
6	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som har kognitiva brister som kan leda till behov av påminnelser för att till exempel ta sin medicin, passa arbetstider och andra tider, äta, sova, träffa vänner</p> <p><i>Tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister</i></p>	6
7	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som har kontakt med stöd-, service- eller vårdverksamhet</p> <p><i>Modell för delat beslutsfattande (Shared decision making), ett specifikt arbetssätt som ger personen inflytande över beslutsfattandet kring upplägget och innehållet i den egna kontakten med verksamheten</i></p>	3
8	<p>Schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och där gemensam utbildning för personen och anhöriga inte är möjlig</p> <p><i>Psykopedagogisk utbildning enbart till personen</i></p>	7
9	<p>Schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och där gemensam utbildning för personen och anhöriga är möjlig</p> <p><i>Psykopedagogisk utbildning enbart till personen</i></p>	10
10	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som har kontakt med familj eller närstående</p> <p><i>Gemensam psykopedagogisk utbildning till personen och anhöriga</i></p>	1

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd Åtgärd	Rekommendation
11	<p>Anhöriga till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd där gemensam utbildning för personen och anhöriga inte är möjlig</p> <p><i>Psykopedagogisk utbildning enbart till anhöriga, vilken kan ske grupp- och familjevis</i></p>	3
12	<p>Anhöriga till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd där gemensam utbildning för personen och anhöriga är möjlig</p> <p><i>Psykopedagogisk utbildning enbart till anhöriga, vilken kan ske grupp- och familjevis</i></p>	7
13	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har behov av att på ett bättre sätt kunna hantera sin sjukdom och nå personliga mål för återhämtning</p> <p><i>Psykopedagogisk åtgärd om sjukdomshantering och återhämtning enligt Illness Management and Recovery modellen (IMR)</i></p>	4
14	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har kontakt med familj eller närstående</p> <p><i>Familjeinterventioner</i></p>	1
15	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har minderåriga barn (0–18 år)</p> <p><i>Åtgärder i form av specifikt anpassat föräldrastöd</i></p>	3

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd Åtgärd	Rekommendation
16	Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom <i>Individuell kognitiv beteendeterapi</i>	3
17	Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom <i>Kognitiv beteendeterapi i grupp</i>	FoU
18	Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom <i>Psykodynamisk psykoterapi</i>	10
19	Schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd med en fragmentering av kroppsupplevandet, spännings- eller stressproblematik, eller ångest och oro <i>Behandling med Basal kroppskännedom (Basic Body Awareness Therapy)</i>	9
20	Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom <i>Bildterapi</i>	8
21	Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom <i>Musikterapi</i>	4

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd <i>Åtgärd</i>	Rekommendation
22	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom</p> <p><i>Stödterapi eller stödsamtal (Insatsen avser inte stödjande samtal som sker i samband med uppföljning av pågående behandling eller insats.)</i></p>	10
23	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom</p> <p><i>Förmedling av problemlösningsfärdigheter</i></p>	8
24	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kvarstående positiva eller negativa psykossymtom</p> <p><i>Avledande tekniker för att hantera psykossymtom</i></p>	9
25	<p>Schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och samsjuklighet med missbruk eller beroende</p> <p><i>Behandling med psykosociala åtgärder för missbruk eller beroende samtidigt med åtgärder för den psykiska sjukdomen</i></p>	5
26	<p>Schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och kognitiva funktionsnedsättningar (minne, uppmärksamhet, exekutiva funktioner)</p> <p><i>Kognitiv träning genom övning av olika komponenter som ingår i komplexa kognitiva processer med datorbaserade program eller testmaterial</i></p>	5

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd Åtgärd	Rekommendation
27	<p>Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med kvarstående positiva eller negativa psykossymtom, kognitiva funktionsnedsättningar och nedsatta sociala färdigheter</p> <p><i>Integrerad psykologisk terapi- kognitiv träning</i></p>	1
28	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med nedsatt funktion i olika roller eller i sociala färdigheter inom en rad områden, inklusive upprätthållandet av ändamålsenliga kontakter med vård, stöd och service</p> <p><i>Färdighetsträning enligt modell eller program för social färdighetsträning</i></p>	2
29	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har arbete men behov av stöd för att behålla det</p> <p><i>Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS-modellen)</i></p>	2
30	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som står utanför arbetsmarknaden och har en önskan om och motivation till arbete med lön</p> <p><i>Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS-modellen)</i></p>	1

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd <i>Åtgärd</i>	Rekommendation
31	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som står utanför arbetsmarknaden och har en önskan om och motivation till arbete med lön</p> <p><i>Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller</i></p>	10
32	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som står utanför arbetsmarknaden och som inte har en önskan om eller motivation till arbete och som riskerar att bli isolerade</p> <p><i>Sysselsättning, daglig aktivitet utanför hemmet som är anpassad för personer med schizofreni med individuell målsättning och uppföljning</i></p>	3
33	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som saknar och önskar påbörja utbildning enligt egna önskemål, eller har en icke fullgjord eller avbruten utbildning som vederbörande önskar fullfölja men inte klarar utan stöd</p> <p><i>Stöd till den enskilde för att kunna påbörja eller genomföra utbildning enligt supported education-modellen</i></p>	7
34	<p>Hemlösa personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som behöver hjälp med att skaffa en bostad</p> <p><i>Erbjuda långsiktig boendelösning</i></p>	1

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd <i>Atgärd</i>	Rekommendation
35	<p>Hemlösa personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som behöver hjälp med att skaffa en bostad</p> <p><i>Erbjuda permanent bostad utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering</i></p>	3
36	<p>Hemlösa personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som behöver hjälp med att skaffa en bostad</p> <p><i>Hjälp till bostad enligt en trappstegsmodell där permanent bostad är målet, vilket möjliggörs först när personen kan leva upp till krav på till exempel skötsamhet och behandlingsföljsamhet</i></p>	10
37	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har behov av stöd i boendet</p> <p><i>Specifikt anpassat stöd i ordinärt boende till personer med schizofreni</i></p>	2
38	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har behov av stöd i boendet</p> <p><i>Bostad med särskild service och specifikt anpassat stöd till personer med schizofreni</i></p>	4
39	<p>Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som är högkonsumenter av vård och stöd, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatriska vårdavdelningar eller som avbryter vårdkontakter</p> <p><i>Intensiv case management enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment)</i></p>	1

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Rad	Tillstånd Åtgärd	Rekommendation
40	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som är högkonsumerter av vård och stöd, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatriska vårdavdelningar eller som avbryter vårdkontakter</p> <p><i>Mindre intensiv case management</i></p>	10
41	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd som har omfattande kontakter med vårdsystemet och komplexa behov av åtgärder</p> <p><i>Mindre intensiv case management enligt resursmodellen</i></p>	4
42	<p>Schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och samsjuklighet med missbruk eller beroende</p> <p><i>Samverkande eller integrerade team ger samordnade behandlingar och psykosociala åtgärder för både missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen</i></p>	5
43	<p>Personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd och akut svår psykisk sjukdom</p> <p><i>Krisintervention i hemmet under akuta faser av svår psykisk sjukdom</i></p>	3

Få mer information i en sökbar lista på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/schizofreni. Där redovisas bland annat motivering till rekommendation.

Bilaga 2: Om tillstånd och åtgärder

Tillstånd

Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom som ofta medför betydande psykiska och sociala konsekvenser. De diagnostiska kriterierna för sjukdomen schizofreni återfinns både i WHO:s diagnosklassifikationssystem ICD-10 [20] och i det psykiatriska diagnossystemet DSM-IV [21].

Dessa riktlinjer baseras på vetenskapliga studier som använt de psykiatriska diagnosbegreppen för att avgränsa de grupper som erbjudits olika åtgärder. I tillägg förekommer även andra avgränsningar beroende på vilken åtgärd som utvärderats i studien. Det kan handla om en viss symtomnivå eller sociala förhållanden som arbetslöshet eller hemlöshet.

Den dominerande diagnostiska avgränsningen i riktlinjerna, som även varit sökbegrepp i litteratursökningarna, är schizofreni. Personer med denna diagnos utgör vanligen en majoritet i undersökningsgrupperna. När det gäller psykosociala åtgärder är det dock ovanligt med diagnostiskt homogena grupper, det vill säga undersökningspopulationer som endast består av personer som fyller kriterierna för schizofreni. Därför betecknas dessa riktlinjer även gälla personer med schizofreniliknande tillstånd. Till dessa räknas: schizoaffektiv sjukdom, kort övergående psykos, vanföreställningssyndrom och ospecificerad icke organisk psykos. Eftersom personer med kort övergående psykos sällan har behov av mer omfattande psykosociala åtgärder är riktlinjerna dock mindre aktuella för denna relativt begränsade grupp.

De i viss mån icke-homogena diagnostiska grupper som ingår i flertalet refererade studier utgör en begränsning, men är samtidigt en styrka. Detta eftersom verksamheter som erbjuder psykosociala åtgärder ute i kommuner och landsting utgår ifrån personens behov snarare än utifrån diagnos. I praktiken utgörs huvuddelen av den grupp som har behov av dessa åtgärder av personer med schizofrenidiagnos. Ett spektrum av närliggande psykiatriska tillstånd förekommer dock, precis som i de studier dessa riktlinjer baseras på.

Schizofreni är en av de så kallade psykosjukdomarna och skiljer sig från andra psykosjukdomar genom den sämre prognosen och i många fall den uttalade funktionsnedsättningen. Knappt hälften av alla första gångsinsjuknade med psykos får så småningom en schizofrenidiagnos [2].

Cirka 30 000 till 40 000 personer behöver sannolikt samhällets insatser till följd av sjukdomen [2]. Schizofreni är en sjukdom som ofta bryter ut i unga år; 20 till 40 procent av personer med schizofreni har upplevt sina första symtom före 20 års ålder. Män insjuknar oftast mellan 15 och 25 års ålder och kvinnor mellan 25 och 30 års ålder [2].

Den första psykotiska episoden kan komma abrupt eller smygande. I flertalet västländer dröjer det i genomsnitt ett till två år mellan de första psykotiska symtomen och det första tillfället när en relevant diagnostisk bedömning görs och adekvat behandling inleds. Perioden med obehandlad psykos är längre för män än för kvinnor [2].

De karakteristiska symtomen på schizofreni har ofta klassificerats i de två breda kategorierna positiva och negativa symtom. Till kategorin negativa symtom hör att personerna tenderar att försjunka i sig själva, bli inaktiva med nedsatt drivkraft och oförmåga att fatta beslut och få ett förändrat känsloliv. Till de positiva symtomen hör bland annat hallucinationer, tankestörningar och vanföreställningar.

Schizofrenisjukdomen kännetecknas av urskiljbara faser: en inledande akut fas, därefter en stabiliseringsfas och en därpå följande stabil remissionsfas.

Under den akuta fasen förekommer drag som vanföreställningar, hallucinationer, tankestörningar och avvikande beteende, det vill säga de positiva symtomen. De negativa symtomen blir också ofta svårare under denna fas. Personen har ofta svårt att sköta sitt vardagsliv och sjukhusvård kan behövas för att skydda personen från risker som till exempel att skada sig själv eller andra.

Stabiliseringsfasen kallas en period om ungefärligen 6 till 18 månader efter den akuta fasen. Den kännetecknas av att de positiva symtomen tonar ner medan andra symtom kan framträda, exempelvis depression eller negativa symtom. Under denna fas av sjukdomen är risken för återinsjuknande stor. Under den därpå följande stabila remissionsfasen kan negativa och kvardröjande positiva symtom förekomma. De är i allmänhet mindre allvarliga än i den akuta fasen.

De fem första åren efter den första psykotiska perioden är en kritisk fas, eftersom uppemot 80 procent av dem som insjuknat har ett återfall inom denna tidsperiod. Den långsiktiga prognosen tyder på att 10 till 15 procent inte får ytterligare återfall och att en ungefär lika stor andel har fortsatt allvarliga problem. Prognosen för att återhämta sig och finna en stabil och fungerande tillvaro är dock god för mer än hälften av de drabbade [2].

En del personer med schizofreni lever under svåra omständigheter. Det kan innebära en begränsande social situation med ensamhet och social

isolering, låg utbildning, arbetslöshet och brist på meningsfull sysselsättning. Det kan även innebära svårigheter att upprätthålla dagliga rutiner på grund av funktionsnedsättning.

Problem i form av samsjuklighet är vanligt förekommande. Det gäller till exempel vissa somatiska sjukdomar. Studier visar att död i kroppsliga sjukdomar är vanligare än förväntat och här bidrar särskilt sjukdomar i andningsorganen, hjärt-kärlsjukdomar, infektionssjukdomar och sjukdomar i mag-tarmsystemet. Förutom de somatiska sjukdomarna finns en tydlig samsjuklighet med andra psykiska problem, särskilt depression och ångest och en överrisk för självmord.

Den vanligaste typen av samsjuklighet är dock missbruk eller beroende av alkohol och droger, vilket kan leda till allvarliga försämringar av personernas psykiska tillstånd och sociala förhållanden. Även livsstilsfaktorer som dålig kosthållning, brist på motion och rökning tillhör de vanligt förekommande problemen bland personer med schizofreni [2].

Definitionen av psykisk funktionsnedsättning utgår från den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat: *... personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.* En funktionsnedsättning definieras i Socialstyrelsens termbank som en nedsättning av bland annat psykisk funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. En större andel av personerna i ovanstående definierade målgrupp utgörs av personer med schizofreni eller annan psykosjukdom.

Psykosociala åtgärder i olika sjukdomsfaser vid schizofreni

Akut fas

Psykosociala åtgärder är svåra att genomföra och mindre effektiva under den akuta fasen av sjukdomen, när tankar och beteenden ofta är mycket påverkade.

Men det finns två viktiga undantag. Det första undantaget gäller åtgärder som underlättar och förbättrar personens förtroende för vården och delaktighet i behandlingen under den akuta fasen. Dessa är viktiga och

har sannolikt även positiva effekter vad gäller att underlätta engagemang och delaktighet i psykosociala åtgärder under senare faser av sjukdomen.

Det andra undantaget gäller åtgärder som kan underlätta för familjen. Den akuta fasen innebär en kritisk period för familjen. Ett gensvar på familjens ofta besvärliga situation och tillhandahållandet av grundläggande stöd och utbildningsåtgärder under den akuta fasen kan påverka deras intresse och vilja att senare engagera sig i psykopedagogiska åtgärder och i familjeinterventioner.

När det gäller tidig intervention har det utvecklats individuellt behovsanpassade program som kan innehålla ett flertal psykosociala åtgärder. Den vetenskapliga dokumentationen kring effektiviteten i dessa program är dock inte entydig och en relativt omfattande forskning pågår.

Stabiliseringsfas

Stabiliseringsfasen ger en möjlighet att bedöma i vilken utsträckning farmakologisk behandling har påverkat positiva och negativa symtom samt kognitiva funktionsnedsättningar. Kognitiv beteendeterapi kan vara av värde redan i denna fas för att minska psykosymtom. Symtomorienterade psykologiska åtgärder kan även genomföras för att minska risken för att behandlingsresistenta symtom uppstår. Åtgärder som syftar till att minska risken för självmordsförsök och återfall i sjukdom är särskilt viktiga under denna fas. Det kan också vara värdefullt att genomföra åtgärder riktade mot samsjuklighet vad gäller missbruk.

Stabil fas

I den stabila fasen kommer den funktionella återhämtningen och förebyggandet av återfall i fokus, vilket gör att psykosociala åtgärder blir särskilt relevanta. Detta inkluderar både en fortsättning av åtgärder som redan påbörjats för att minska kvarvarande symtom och påverka eventuell missbruk samt nya åtgärder som fokuserar på arbete, annan daglig sysselsättning, boende och social funktion. Åtgärder för att åtgärda eventuella kognitiva funktionsnedsättningar är också viktiga i denna fas, liksom fortsatta familjeinterventioner, psykopedagogiska åtgärder och åtgärder för att förebygga återfall.

Utredning om behov

Vid diagnostisk utredning och bedömning av behov hos personer med psykotisk sjukdom är det olika aspekter som måste tas i beaktande. Den diagnostiska bedömningen utgår ifrån vilka tecken och symtom personen visar upp eller kan berätta om.

Då diagnosen väl är ställd är det av värde att bedöma de olika symtomens allvarlighetsgrad. Detta för att kunna följa symtomen över tid och se att de klingar av med hjälp av behandlingsinsatser. Vid behandling med psykofarmaka kan biverkningar uppträda och dessa är också viktigt att fånga upp och gradera i svårighetsgrad. Ju mindre biverkningar personen upplever vid behandling, desto större är chansen till en god behandlingsföljksamhet. En person med psykotisk sjukdom kan på grund av symptom och funktionsnedsättningar ha stora svårigheter i vardagen och olika behov av stödåtgärder. Då stödbehovet kan variera över tid är regelbundna behovsskattningar av värde.

Vid schizofreni finns ett flertal skattningsskalor och bedömningsinstrument konstruerade för att hjälpa till att bedöma psykotiska symptom och funktionsnedsättningar och för att värdera behov samt belysa livskvalitet.

Åtgärder

Informationskampanjer till allmänheten och tillgång till lättillgänglig psykiatrisk bedömning

Åtgärden syftar till att minska den ofta långa tiden mellan debut i psykosjukdom och vård, så kallad DUP (*Duration of Untreated Psychosis*). De huvudsakliga komponenterna är att

- via informationskampanjer och breda konferenser vända sig ut mot hela lokalsamhället för att öka den generella kunskapsnivån och medvetenheten om problemet
- öka kunskapen om tidiga tecken på möjlig psykosutveckling hos personer som i sitt arbete möter unga människor, till exempel inom skolan, socialtjänsten och primärvården
- anordna och informera om lättillgänglig verksamhet dit man kan vända sig.

Utbildning av allmänläkare i tidig upptäckt av psykostecken samt tillgång till direkt hänvisning till ett specialteam

Åtgärden syftar till att minska den ofta långa tiden mellan debut i psykosjukdom och vård, så kallad DUP (*Duration of Untreated Psychosis*). Åtgärden omfattar utbildning om tidiga tecken på möjlig psykosutveckling till primärvårdsläkare samt möjligheter att direkt hänvisa personen till ett lättillgängligt specialteam för bedömning och vård.

Samordnade åtgärder i form av samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg (Assertive Community Treatment – ACT-modellen) med tillägg familjeinterventioner och social färdighetsträning

Åtgärden omfattar samordnade åtgärder enligt ACT-modellen (se *Intensiv case management* enligt ACT-modell), familjebehandling på psykopedagogisk grund (se Psykopedagogiska åtgärder samt Familjeinterventioner) och träning av sociala färdigheter (se Social färdighetsträning).

Påminnelser i olika former om besökstider

Åtgärden kan bestå av påminnelser i olika former, till exempel telefonsamtal eller brev.

Personlig kontakt med personal från öppenvårdsteamet och socialtjänsten före utskrivning från psykiatrisk slutenvård

Åtgärden innebär att en person som ska skrivas ut från psykiatrisk slutenvård får träffa personal från öppenvårdsteamet och socialtjänsten innan utskrivning sker.

Tekniska hjälpmedel

Syftet med tekniska hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar är att få struktur på vardagen. Här förekommer exempelvis kliniskt anpassade väckarklockor, almanackor med påminnelalarm, dossetter med larmfunktion, handdatorer med telefon som har kalender där återbesökstider och andra mötestider kan läggas in och där plats finns för handlingslistor och annat. Larm påminner om tiderna, aktiviteter kan förtydligas med instruktioner och viktiga aktiviteter kan kontrolleras med en kvitteringsfunktion. Förenklade kalkylprogram har utvecklats som stöd för personen att sköta sin ekonomi.

Modell för delat beslutsfattande (Shared decision making)

Modellen syftar till att göra personen delaktig i beslut och ansvar för sin vårdplanering, vilket är målet med patientcentrerad vård. Modellen utgår från bästa möjliga kunskap om risker och fördelar med alla tillgängliga alternativ till behandling och stöd. Den innehåller följande komponenter:

- att skapa ett sammanhang där åsikter om behandlingsalternativ värderas och anses som nödvändiga för ett beslut
- att förmedla teknisk information om alternativ och att se till att personen förstår denna information
- att tydliggöra personens preferenser
- att hjälpa personen att basera sina önskemål om behandling på bästa möjliga evidens
- att fatta gemensamma beslut om åtgärder och klargöra att det alltid finns en osäkerhet i den kliniska beslutsprocessen.

Föräldrastöd

Åtgärder i form av föräldrastöd till föräldrar som har schizofreni kan fokusera på att utveckla föräldraförmåga och samtidigt fokusera på en säker och trygg omgivande miljö för barnet. Detta kan ske i olika vårdformer. Barn och föräldrar kan till exempel under en period vistas på en enhet där personal finns tillgänglig och kan stödja och fokusera interaktionen mellan förälder och barn. Samtidigt garanteras att barnet får den omvårdnad som krävs samt får vistas i en säker och trygg miljö. Program i form av föräldrastöd i hemmet är en annan åtgärd som har utvecklats internationellt i samband med att man i ökad grad har utvecklat samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg för målgruppen. Denna åtgärd kan ske med olika grad av intensitet och med beaktande av barnets och förälderns behov i relation till problemens svårighetsgrad och sjukdomsförloppet.

Psykopedagogiska åtgärder

Psykopedagogiska åtgärder (strukturerad patientutbildning) till personer med schizofreni består av kunskapsförmedlande komponenter. Åtgärden omfattar information om sjukdomen ur ett biologiskt, socialt och behandlingsmässigt perspektiv, de anhörigas roll och hur man känner igen tecken på annalkande återfall eller försämring. Ofta ingår flera andra komponenter såsom träning av sociala färdigheter, gemensamma träffar med familjen, självhjälpsinslag och att få möjlighet att möta personer med egen erfarenhet av att ha eller ha haft sjukdomen.

Den senare typen av komponenter ingår också ofta utöver edukativa inslag i familjeinterventioner.

Sjukdomshantering och återhämtning (Illness Management and Recovery, IMR-modellen)

IMR-modellen syftar till att lära personer att hantera sin sjukdom. Modellen utgår från personens egna mål. Den innehåller flera delar, som omfattar psykoedukativa åtgärder och kognitiva beteendeorienterade och motiverande strategier för att nå personliga mål och som var för sig visat god evidens för effekt. Modellen innehåller fem delar: utbildning om sjukdomen och dess behandling, förbättring av compliance (följsamhet till behandling), återfallsprevention, hantering av kvarstående symtom och social färdighetsträning. Åtgärden kan ges enskilt eller i grupper om 5–8 personer och kräver i regel nio månader med en träff om cirka en timme per vecka eller 4–5 månader med två träffar per vecka. Om åtgärden ges i grupp leds gruppen av två personer som är utbildade i att genomföra åtgärden.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Åtgärden syftar till att sammanlänka känslor och tankar för att minska obehag framför allt i förhållande till positiva symtom och ges i tillägg till standardbehandling. Följande komponenter kan ingå: a) att se samband mellan tankar, känslor och handlingar med avseende på huvudsymtomet, b) korrigerande av feltolkningar, irrationella uppfattningar och sätt att resonera med avseende på huvudsymtomet och c) inkluderar antingen en monitorering av egna tankar, känslor och handlingar gentemot huvudsymtomet eller ett stöd för alternativa sätt att hantera symtomet. Ibland nämns också att behandlingen syftar till att öka problemlösande färdigheter. Det generella kravet på specialistutbildning i KBT brukar innebära steg 1 under handledning eller steg 2 i kognitiv psykoterapi.

Psykodynamisk psykoterapi

Den psykodynamiska psykoterapin syftar till att personen ska bli medveten om tidigare emotionella upplevelser och hur dessa påverkar nuvarande känslor och reaktioner (*mental life*). Genom att medvetandegöra känslomässiga konflikter och hur man hanterat dessa uppnås förståelse för hur detta påverkat den psykiska hälsan. Metoderna som används är fri association, att återge och tolka drömmar och tolkning av överföring och motöverföring. Metodiken kan vara flexibel och förutom insiktsorienterad också innefatta stöd och rådgivning. Det generella kravet på specialistutbildning i psykodynamisk psykoterapi brukar innebära steg 1 under handledning eller steg 2 i psykodynamisk psykoterapi.

Musikterapi

Musikterapi syftar till att förbättra relationer och mående samt minska symtom hos personer med schizofreni genom att hjälpa personen att ta upp problem som är svåra att beskriva enbart med ord. Personen behöver inte ha någon musikalisk träning men måste vara motiverad att arbeta aktivt med musik som lyssnare eller att medverka med musikinstrument eller sång. Musik kan användas som ett sätt att uttrycka sig och som ett medel för kommunikation där man inte enbart använder ord. Terapin kan ges i grupp eller individuellt och kan variera i intensitet och längd. Musikterapi kräver speciell utbildning i musikterapi och ges vid musikhögskolor.

Bildterapi

Bildterapi äger rum inom ramen för en patient-terapeut-relation, där man använder bilder som ett sätt att uttrycka sig själv och reflektera i närvaro av en utbildad terapeut. Genom att arbeta med bild antas intensiteten i relationen till terapeuten reduceras och personen kan lättare kommunicera både rationella och irrationella föreställningar.

Stödterapi

Stödterapi liksom annat stöd (*supportive care*) används dagligen i kliniska verksamheter och i forskningen ofta som jämförelse till mer specifika terapier. Den inkluderar interventioner som syftar till att personen ska behålla sin nuvarande funktion eller att bistå personen i dennes förutvarande copingstrategier. Detta kan inkludera såväl stödpsykoterapi via utbildad psykoterapeut som andra interventioner som ej kräver särskild utbildning, som så kallad *befriending*. Åtgärder med specifik inriktning, som att utbilda, träna eller förändra personens copingförmåga inkluderas *inte* i begreppet. Åtgärden förmedlas av en person (inte av ett team) individuellt eller i grupp. Kärnelementet är att stödja personen i att förhålla sig till och anpassa sig till sin situation, men inte att förändra sig själv. Inom ramen för stödterapi ingår därför *inte* rådgivning (*counseling*) och inte heller åtgärder med fokus att ändra omgivningsfaktorer, såsom boende och familjesituation. I praktisk verksamhet är det inte ovanligt att stödterapi är en komponent i de samtal som sker i samband med att man följer upp olika åtgärder, såsom medicinering och sociala åtgärder.

Basal kroppskännedom (*Basic Body Awareness Therapy*)

Basal kroppskännedom består av enkla men specifika rörelsemoment som utövas för bättre funktion. Rörelserna utvecklar förmågan att gå, stå och

sitta avspänt och stabilt, att följsamt kunna koordinera kroppens rörelser och låta andningen vara en integrerad del av rörelserna och det inre livet. Personen uppmuntras lägga märke till sin egen aktivitet och upplevelsen av denna. Behandlingen syftar till att förbättra närvaron och kontakten med kroppen, öka förmågan att hålla sig kroppsligt och mentalt samman, förbättra rörelseförmågan samt att öka toleransen och förståelsen för olika kroppsliga upplevelser. Behandlingen kan ges individuellt eller i grupp.

Förmedling av problemlösningsfärdigheter

Personer med schizofreni kan försämrats till följd av omgivningsstress i form av livshändelser och vardagliga problem. Bristande problemlösning kan inverka på självständighet och relationer, försämra livskvaliteten och medverka till psykologiska symtom. Åtgärden ges vanligtvis som en kort fokuserad intervention, där behandlaren tillsammans med personen strukturerar problemlösningsprocessen genom att identifiera problem och sätt att lösa dessa. Åtgärden kan förmedlas av olika professioner, är lätt att lära och ges vanligtvis i fyra till sex sessioner som tillägg till medicinsk behandling.

Avledande tekniker för att hantera psykosymtom

Åtgärden är en form av copingstrategier, som används inom KBT. Dessa kan vara passiva (till exempel att se på TV, lyssna på musik och avslappning) eller aktiva (till exempel att spela ett instrument, skriva, läsa, trädgårdsskötsel och att träna i någon form). Andra distraktionstekniker kan vara att äta, dricka, röka, att tillvarata sociala kontakter, undertrycka icke önskade tankar samt problemlösning. Man har försökt sammanfatta att alla tekniker har samband med uppmärksamhet och har för avsikt att vara avledande och en hjälp att hantera hallucinationer.

Behandling med psykosociala åtgärder för missbruk eller beroende samtidigt med åtgärder för den psykiska sjukdomen

Specifika metoder med fokus på missbruket eller beroendet har studerats. Det handlar om till exempel motiverande intervention och kognitiv beteendeterapi som ges i tillägg till sedvanlig behandling för psykosjukdomen. Social färdighetsträning med särskilt fokus på missbruksproblemet betydelse i relationen med andra har också undersökts. Dessa åtgärder ges under en begränsad period. Olika missbruksinterventioner kan också ingå inom ramen för olika integrerade vård- och stödåtgärder som pågår under längre tid.

Kognitiv träning

Kognitiv träning innebär ofta att databaserade program används eller testmaterial med inriktning mot neuropsykologiska test. Träningsuppgifterna handlar om att öva på de olika komponenter som ingår i komplexa kognitiva processer, till exempel exekutiva funktioner. I det sistnämnda ingår bland annat funktioner som berör vilja eller motivation, planerande och målinriktat handlande. Uppgifterna fokuserar även uppmärksamhetsträning och att personerna övar olika typer av minnesfunktioner, ögonrörelser, finmotorik och begreppsmässiga språkliga uppgifter.

Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning (IPT-k)

Integrerad psykologisk terapi (IPT-k) är ett gruppbaserat program med kognitiv beteendeterapeutisk grund, som integrerar kognitiv träning och träning med psykosocial inriktning. Programmet utgår ifrån att basala kognitiva brister har en negativ inverkan på beteende, sociala färdigheter och oberoende sociala funktioner. Den psykosociala träningen syftar till att förbättra social funktion, förmåga till egen omsorg samt arbetsförmåga. Slutmålet är förbättrad social kompetens och färdighet. Programmet är manualbaserat och organiserat i fem underprogram, som bygger på varandra och ges i bestämd ordning. Det första delprogrammet berör basala kognitiva nedsättningar. Personen tränar efter uppsatta individuella mål inom området i grupp. Därefter fokuseras social kognition såsom emotionell uppmärksamhet och förmåga. Slutligen, under det fjärde och femte programmet, övar personen sig i sociala färdigheter genom metoder som rollspel och gruppbaserad problemlösning.

Social färdighetsträning

Syftet med social färdighetsträning är att ge personen en möjlighet att leva ett mer självständigt liv, minska antalet återfall, öka förmågan och utbytet av att umgås med andra, bli mer kunnig om egna psykologiska reaktioner, minska kvarstående symtom och få en större förmåga till samarbete med vården. Det mest använda och beforskade programmet för social färdighetsträning är *Independent Living Skills Program*, vilket översatts till Ett självständigt liv (ESL).

Åtgärden kan ges individuellt eller i grupp och kännetecknas av

- en individuellt utformad målsättning
- utbildning eller hjälp att strukturera kunskap
- fokus på utveckling av sociala och instrumentella förmågor

- problemlösningsmodeller
- användandet av rollspel med successiv svårighetsgrad
- aktiv positiv förstärkning
- feedback i olika former
- aktiv generalisering genom hemuppgifter.

Familjeinterventioner

Målen för familjebehandlingen är att sänka ångestnivån i familjen, öka kunskapen om sjukdomen och därmed tryggheten och undervisa om hur man rent praktiskt ska agera när det gäller symtom. På detta sätt avser man att minska stressen för den sjuke personen och övriga familjemedlemmar, framför allt när det gäller känslomässigt laddad kommunikation. Det finns olika modeller för familjeintervention. De huvudsakliga komponenterna i familjeinterventionsprogrammen utgörs av olika former av *information* om diagnos, prognos, etiologi, medicineringens betydelse, behovet av att reducera stress både i familjen och i andra sammanhang, *stöd* från vården till både personen och anhöriga, stöd från anhöriga till personen och stöd mellan familjer i samma situation samt *träning* i stressreduktion, tidig intervention, problemlösning och träning i kommunikation.

De gemensamma kännetecknen på de komponenter som visat sig effektiva är att de fokuserar på att

- skapa en positiv allians med anhöriga
- minska negativa aspekter i familjeklimat (fientlighet, kritik och överengagemang)
- öka kunskaper om sjukdom, behandling, återfall och familjens roll
- öka familjens kapacitet för problemlösning och krishantering
- skapa rimliga förväntningar på den sjuke familjemedlemmen
- skapa ett system med ändamålsenliga gränser i familjen.

Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS-modellen)

Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen syftar till att ge individen ett stöd i att finna och behålla ett arbete, baserat på individens egna val och preferenser.

Grundtanken i IPS-modellen är att personen får ett stöd i att finna och behålla ett arbete med lön utan mer omfattande föregående bedömning

och arbetsträning. IPS-modellen är en standardisering och manualisering av *supported employment* för att underlätta spridning och kvalitetskontroll. IPS-modellen bygger på följande principer:

- Målsättningen är arbete på den öppna arbetsmarknaden i reguljära arbetsmiljöer.
- Personerna ska erhålla arbete mer eller mindre direkt, utan föregående faser av arbetsträning i skyddade miljöer.
- Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ses som en integrerad del av det samhällsbaserade psykiatriska stödsystemet och inte som en separat stödform.
- Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är uttryckligen baserad på individens val och önskemål.
- Under rehabiliteringen genomförs kontinuerliga bedömningar som utgår från personens arbetserfarenheter och upplevelser.
- Stödet till personen är individuellt behovsbaserat och inte begränsat i tid.
- Stöd förmedlas av särskilda specialister på arbetsrehabilitering.

Arbetsförberedande träningsmodeller

Arbetsförberedande träningsmodeller (pre-vocational training models) bygger på ett rehabiliteringskedjetänkande där olika former av arbetsträning och skyddade arbeten ska förbättra arbetsförmågan och möjliggöra en utslussning till arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Denna modell har sina rötter i den arbetsträning och arbetsterapi som utgick från de psykiatriska institutionerna.

Sysselsättning, dagliga aktiviteter

Kommuner och ideella organisationer erbjuder olika former av dagliga aktiviteter. I vissa fall med specifik inriktning mot personer med psykiskt funktionshinder, i andra fall vänder sig verksamheten till flera behovsgrupper samtidigt. Syftet är att ge ett aktivt dagsinnehåll och bidra till sociala kontakter och en fungerande vardagsstruktur. Syftet kan också vara rehabiliterande och bidra till den personliga utvecklingen och till att främja delaktigheten i samhället samt, på kortare eller längre sikt, utveckla den enskildes möjlighet till arbete. Innehållet kan variera från en mer kravlös samvaro med möjlighet att dricka kaffe eller inta måltider, till att personerna har ett individuellt schema som anger förväntad närvaro och aktivitet mellan vissa tider, ett visst antal tillfällen per vecka. Aktivitetsutbudet varierar, men innehåller inte sällan uppgifter i form av

att till exempel sköta huset, arbeta i second hand-affär, legoarbeten i form av montering, tillverkning, paketering eller demontering. Klassiska uppgifter som dagcentraler utför är catering, tryckeriarbeten och vissa transporttjänster. Ibland kombineras aktivitetsutbudet med studiecirkel- och rekreationsverksamhet i grupp.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda sysselsättning om en person med psykiska och fysiska funktionsnedsättningar beviljats sådan enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Dagverksamhet kan utformas på olika sätt (bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden) och anpassas till olika individers behov (www.socialstyrelsen.se/termbank).

Stöd till den enskilde för att kunna påbörja eller genomföra utbildning enligt *supported education*-modellen

Denna åtgärd använder i många stycken samma metodik som IPS-modellen, fast applicerad på utbildning. Åtgärden syftar till att utifrån individens preferenser ge stöd i att välja, genomföra och avsluta en utbildning inom det reguljära utbildningssystemet utifrån den behörighet att söka utbildningar som personen har. Stödet kan också innefatta att skaffa behörighet för önskade utbildningar. Utbildningsstödet genomförs som en integrerad del av övriga integrerade vård- och stödåtgärder.

Supported education kan innehålla följande komponenter:

- karriärplanering, vilket kan innebära att utforska olika karriärmöjligheter, utveckla en utbildningsplan och välja utbildningar och kurser
- utveckla färdigheter för att hantera utbildningssituationen
- uppsökande stöd och resurser för att ge personen stöd i utbildningen.

Bostad först (Housing first)

Syftet med Bostad först är att nå och erbjuda hemlösa personer med psykisk sjukdom (ofta med samsjuklighet i form av beroende eller missbruk) en långsiktig boendelösning. Modellen innebär att personen uppmanas att själv definiera sina behov och mål. Personen erbjuds sedan, om denne så önskar, omedelbart ett eget boende. Erbjudandet ges utan några krav på att personen först har genomgått psykiatrisk behandling eller uppvisat nykterhet och drogfrihet. I tillägg till det egna boendet erbjuds personen behandling och stöd via det till verksamheten anslutna ACT-teamet. Även om boenderbjudandet hör samman med den integrerade behandlingen med ACT-teamet, kan personen tacka ja till lägenheten, men tacka nej till behandling. Tryggheten i boendet hålls alltså strikt isär från alla former av

behandling. Motivationsarbetet är dock en mycket viktig del i det behovs-
anpassade integrerade sociala stöd som ska omgärda personen.

Trappstegsmodellen

Syftet med trappstegsmodellen är att avhjälpa hemlöshet (på sikt) och att stabilisera boendesituationen (långsiktigt). Modellens första steg är att nå den hemlösa personen via uppsökande verksamhet och motivera personen till att acceptera en remiss till ett lågröskelboende av karaktären härbärge eller annat övergångsboende. Personen erbjuds behandling för sin psykiska sjukdom inklusive missbruket i förekommande fall. Om personen klarar krav på nykterhet och följsamhet till behandling kan han eller hon få tillgång till ett program som erbjuder boendelösningar med olika grader av stöd, till exempel gruppboende med heldygnsbemanning eller andra skyddade boendeformer. Det sista steget är en permanent egen bostad med inget eller ringa personalstöd. Personens kliniska tillstånd och grad av följsamhet kopplas till boendet inom denna modell – vid försämring eller återfall i missbruk kan personen flyttas till en boendelösning med högre grad av tillsyn och bemanning.

Stöd i ordinärt boende

I Sverige liksom i övriga världen innebär stöd i ordinärt boende för målgruppen en heterogen palett av åtgärder, från mer hemtjänstliknande service fokuserad på hjälp med bostadens skötsel och personens dagliga liv, till *case management*-liknande åtgärder som kan innehålla samtalsstöd, hjälp med myndighetskontakter och rehabiliteringsinslag.

Bostad med särskild service

Bostad med särskild service är ett individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Intensiv *case management* som omfattar samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg (Assertive Community Treatment, ACT-modellen)

Åtgärder enligt ACT-modellen syftar till att förmedla en omfattande individuellt anpassad samhällsbaserad behandling, rehabilitering och stöd för personer med en allvarlig och långvarig psykisk funktionsnedsättning. Detta kan gälla personer där traditionella öppenvårdsbaserade vård- och rehabiliteringsåtgärder visat sig otillräckliga, eller personer som undviker eller avbryter kontakter med vården. ACT bygger på följande principer:

- Den är en teambaserad (psykiater, sjuksköterska, socialarbetare, psykolog, arbetsterapeut etcetera) åtgärd som strävar efter att ge en heltäckande insats med minimal användning av resurser utanför teamet.
- Varje *case manager* har primärt ansvar för upp till tio personer. Eftersom kontinuitet eftersträvas innebär detta arbetssätt att yrkesroller blir överlappande.
- Åtgärderna ges primärt i personens vardagsmiljöer, till exempel i hemmet, arbetet och skolan, och endast undantagsvis på teamets mottagningslokaler.
- Åtgärden är individualiserad och baserad på behandlingsplaner med målsättningar som är utvecklade tillsammans med personen, och som uppmärksammar personens individuella önsknings, behov och styrkor.
- ACT-teamet arbetar uppsökande.
- Åtgärderna är inte tidsbegränsade utan baserade på personens behov. Åtgärderna kan därför sträcka sig över flera år.
- ACT-teamet koordinerar åtgärder inom olika områden, som hälsa, boende, arbete, familj, psykoedukation och integration i samhället.
- Åtgärden har en hög grad av tillgänglighet med krisservice och tillgänglighet dygnet runt.

Mindre intensiv *case management*

De gemensamma syftena med de olika mindre intensiva *case management*-modellerna är att

- fler personer ska behålla kontakt med vård- och stödsystemet
- minska återinläggningar och längd på inläggningar
- förbättra resultat av åtgärder, i synnerhet vad gäller social funktion och livskvalitet.

Den äldsta och minst omfattande *case management*-modellen kallas mäklarmodellen. Här innebär åtgärden framför allt att koordinera de individuellt anpassade åtgärder som behövs genom

- behovsbedömning
- vårdplanering
- att se till att behovsbaserade åtgärder genomförs
- att följa upp kvaliteten på genomförda åtgärder
- att ha en kontinuitet i kontakten med personen.

Ur denna ursprungliga modell har flera andra utvecklats. Klinisk *case management* betonar *case managers* professionella roll som behandlare och terapeut och lägger stor vikt vid relationen mellan *case manager* och personen. Resursmodellen betonar betydelsen av att arbeta med personens positiva förmågor och färdigheter, snarare än brister och funktionshinder. Ett gemensamt drag för de olika modellerna är att man arbetar med ett individuellt ansvar för personerna och att varje *case manager* har ett ansvar för 20–30 personer.

Mindre intensiv *case management* i form av resursmodellen

Resursmodellen av *case management* utgår mer uttalat från personens självbestämmande, egna val och resurser, i stället för att utgå från sjukdomssymtom eller problem. Modellen försöker stärka och utveckla dessa resurser genom att hitta sammanhang och åtgärder i samhället där de kan utvecklas. I modellen betonas också betydelsen av relationen mellan personen och den som är *case manager*. *Case managern* ger ett stöd både genom egna direkta åtgärder och genom förmedling av andra vård- och stödåtgärder för att personen ska kunna nå sina egna mål.

Mindre intensiv *case management* i form av personligt ombud

Personligt ombud är den form av mindre intensiv *case management* för stöd till personer med psykiskt funktionshinder som framför allt tillämpas i Sverige i dag. Det finns dock stora variationer i hur åtgärden organiseras och utförs i varje verksamhet.

Samverkande eller integrerade team som ger samordnade behandlingar och psykosociala åtgärder för både missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen

Integrerad behandling innebär att samma personer eller team av personer samordnar olika vårdbehov långsiktigt, minst ett år, enligt ACT-modellen. Man har oftast färre patienter per person (10–15) än standard *case management* (20–30). Man arbetar uppsökande och stegvis för att minska missbruket samt ansluter sig till ett integrerat arbetssätt. Icke-integrerad intensiv *case management* innebär att man beaktar samma vårdbehov och koordinerar behandling och andra interventioner. Dessa genomförs dock inte av samma personer som i ett team enligt ACT-modellen och man arbetar inte med samma uppsökande metodik.

Krisintervention i hemmet under akuta faser av svår psykisk sjukdom

I likhet med andra modeller för krisintervention ges vården ofta av multidisciplinära mobila kristeam som är tillgängliga dygnet runt. Avsikten är att tidigt upptäcka en försämring av sjukdomen och kunna erbjuda personen en avgränsad vårdåtgärd i hemmet eller boendemiljön. Vården består ofta av en kombination av medicin, rådgivning eller terapi plus praktisk hjälp med livsproblem och stöd till familjemedlemmar. Målsättningar är att om möjligt, undvika inläggning på sjukhus, att motverka ytterligare försämring av symtom hos den sjuke personen och att minska stress hos de anhöriga som är berörda av krissituationen.

Referenser

1. McGrath, J, Saha, S, Welham, J, El Saadi, O, MacCauley, C, Chant, D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004; 2:13.
2. Socialstyrelsen. Vård och stöd till patienter med schizofreni. En kunskapsöversikt. 2003:110–12.
3. Carlsson, P, et al. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport 2007:1. PrioriteringsCentrum.
4. Lund, K. Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting. Erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Rapport 2010:1. PrioriteringsCentrum.
5. Dixon, LB, Dickerson, F, Bellack, AS, Bennett, M, Dickinson, D, Goldberg, RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull.* 2010; 36(1):48–70.
6. National Institute for Health & Clinical Excellence. The British Psychological Society & The Royal Collage of Psychiatrists. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition). National Clinical Guideline. 2010; 82.
7. Socialpsykiatriskt kunskapscentrum. Rehabilitering till arbete för personer med psykiskt funktionshinder, ettårsuppföljning av en verksamhet enligt supported employment - metodik i Umeå.
8. Socialstyrelsen. Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar. Stockholm 2009.
9. Boverket. Hyreskontrakt via kommunen. Sekundära bostadsmarknaden 2008. Karlskrona.
10. Socialstyrelsen. Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär. Stockholm 2006.
11. Björkman, T, Hansson, L. What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000; 35(1):43–50.
12. Socialstyrelsen. Uppdrag att följa och vid behov utveckla verksamheter med personligt ombud (PO) till personer med psykiska funktionshinder – lägesrapport för 2007. Skrivelse till Regeringen Dnr 72–1704/2002. 2008.
13. Socialstyrelsen, SKL. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. 2005.

14. Socialstyrelsen, SKL. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. 2007.
15. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2006.
16. Socialstyrelsen. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. 2008.
17. Socialstyrelsen. Meddelandeblad, Nr, 1/2010. Överenskommelser om samarbete. 2010.
18. Sackett, DL, Rosenberg, WM, Gray, JA, Haynes, RB, Richardson, WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312(7023):71–2.
19. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. 2010.
20. WHO. The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992.
21. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC 1994.
22. Socialstyrelsen. Det är mitt hem. Vägledning om boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. 2010.