Internremiss:

**Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd,
Nationellt system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård (Grupp underställd NPO psykisk hälsa – NAG schizofreni).**

Remissvar: Karl Lundblad och Lars Jacobsson, för Svensk Psykiatrisk Förening

**I helhet:**

SPF instämmer i bilden att patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd inte erbjuds de insatser som de behöver för att kunna leva med så lindrig sjukdom och hög funktionsnivå som möjligt. Programmet utgör därför en unik möjlighet att sätta en standard för psykosvård i Sverige.

Det framgår fortfarande inte med tydlighet om dessa riktlinjer ”lägger golv” eller ”lägger tak”. Alltså huruvida det finns en tanke om att de skall konstituera en miniminivå för psykosvård i Sverige, eller om detta skall utgöra målnivån att sträva efter. Det låter som ”lägga tak” eller ”peka ut riktningen” baserat på det förhållandevis ambitiösa program med insatser som föreslås.

Det skulle vara intressant att se en konsekvensanalys av vad det skulle innebära om vården inkl. socialtjänsten skulle leva upp till alla dessa instruktioner. I texten hänvisas många ggr till andra dokument som man rimligtvis också förväntar sig att personalen skall vara förtrogen med fr.a. VIP men också en rad andra ESL,IMR,NECT,IPS,SEd, IPT-k, PREMRS-S,CRDPSS,CGI.
Jag antar att det finns eller kommer att utarbetas liknade dokument för andra diagnosgrupper och då kommer vården att drunkna i anvisningar.
Kanske borde det räcka med ex. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och Psykiatriska föreningens riktlinjer men men visst Socialtjänsten har ju också ett stort anser för vissa av dessa patienter och behovet av särskilda boenden och meningsfull sysselsättning är ju fundamentalt och kan det  tillgodoses av detta dokument är det naturligtvis bra - men jag tvivlar!! Likaså är ju behöver av psykoterapeutiska insatser stort och dåligt tillgodosett inom psykiatrin...
Frågan är om man kunde lista vad som bör finnas på plats som ett minimum ex. årskontroller och vad som bör finnas med i dessa men det skulle väl inte heller vara bra då många skulle nöja sig med detta.

Vidtecknad kan ibland önska att man skulle fokusera på att definiera ”basnivå” eller ”golv”, för att driva framåt de enheter med mest rudimentära stödinsatser för denna svårt sjuka grupp.

En styrka är att man tydligt har med socialtjänst och dess oumbärliga roll vid måttlig till svår schizofreni, där det är bra att man tydligt noterat ut att bostad med särskild service samt meningsfull sysselsättning poängteras.

Programmet i sin helhet är ambitöst och resursförstärkning skulle sannolikt behövas både inom regionala enheter såväl som kommunal verksamhet för att kunna leva upp till ambitionsnivån. Frågan som kvarstår är därmed hur programmet är tänkt att skall implementeras i regionernas och kommunernas arbete? Är det en målsättning att sakta sträva efter?

I dokumentet finns också en listning av vilka insatser som förväntas av patienten - och det är ju också viktigt men frågan är hur man skall få deras medverkan i  detta. Visserligen skrivs att det skall förväntas ”efter förmåga” och den är ju inte sällan begränsad just pga sjukdomens natur men det är ju intressant att det finns beskrivet. Vården är trots allt ett gemensamt intresse för patient och vårdgivare - det är ju grunden för hela verksamheten. Även och inte minst tvångsvården är ju till för patientens bästa…

Det nämns flera olika skattningsskalor som kan/bör användas,Det finns väl anledning att vara lite försiktig med att alltför mycket betona betydelsen av skattningsskalor så att man bortser från  betydelsen av den samlade kliniska bedömningen av en patienter situation.Ett exempel är ju frågan om suicidriskbedömning,hur formaliserad skall den vara!? - inte alldeles självklart.

Frågan om den höga överdödligheten hos dessa patienter är viktig. Hur kan vården och omsorgen bli bättre på att förbättra den somatiska vården av dessa  personer och det hälsobefrämjande arbetet.Det tas ju upp men drunknar i alla andra aspekter som också skall beaktas.

**Specifika kommentarer:**

s.5, stycke 3:
”Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst som får stöd i det kliniska mötet […]”
– Som kliniska riktlinjer, är dokumentet något tunt, och saknar vetenskapliga referenser. Är det inte snarare än en karta som stöd till hur man skall utforma sin verksamhet? Som kliniska riktlinjer rör väl sig programmet på en lite för ytlig nivå?

S17 T. Kognitiv träning
Detta är en ambitiös åtgärd som i större grad borde erbjudas till patienter, och som är relativt sett sällsynt.

s.18 V. Intensiv vård och stödsamordning/case management
Det vore bättre med tydlighet kring detta. Patienter med svår schizofreni behöver en utsedd kontaktperson på mottagningen för att uppnå kontinuitet, där teamet gemensamt måste bidra med sina kompetenser.

s.22 ”Uppföljning av vårdförlopp ska bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen” – Här fattar man misstankar att denna utveckling skulle kunna underlätta för att utveckla ett mer frekventerat kvalitetsregister för psykossjukdom, vilket vore en stor fördel. Det är viktigt att ytterligare journalföringsregler och dokumentationskrav implementeras med omsorg, prioritet och försiktighet, då det är något som väcker stark frustration och tar mycket tid i anspråk av personalen.

s.24 Processmått – Vid allvarlig försämring och behov av insatser
Vid allvarlig försämring är det av stor vikt att erbjuda hjälpinsatser till patienten. I händelse av att patienten dock inte önskar hjälpinsatser vid given tidpunkt kan målet om max 24h te sig något ambitiöst. Skulle man formulera om till: ”erbjuden insatser”.