

Resultat från GAP-analys schizofreni

Enkät (hämtad från Region Skåne) besvarades av samtliga länets kommuner, psykiatri och primärvården under maj månad 2019. Frågor ställdes om skillnad mellan dagens utbud och önskat läge, utifrån nationella riktlinjer schizofreni. Sammanställning av enkätsvaren har gjorts av undertecknad med handledning av docent Birgitta Gunnarsson FoU Kronoberg.

Sammanställningen bifogas som bilaga. Följande områden framträder särskilt tydligt:

- **Delat beslutsfattande/shared decision making** används inte enligt metoden, men strävan efter största möjliga delaktighet finns. Utbildning efterfrågas.
- Specialistvården saknar tydlig struktur för **konsultativt stöd** till primärvården.
- **Insatser för nyinsjuknade** har inte en tydlig samordning mellan huvudmännen.
- **Case management-funktion** finns, men benämns ibland som kontaktperson eller fast vårdkontakt. Utbildning och förbättrat samarbete efterfrågas.
- **ACT-modellen** är inte etablerad i Kronoberg. Kunskap efterfrågas för att bedöma om och hur modellen kan implementeras i samverkan mellan region och kommun.
- **Sysselsättning med individuell målsättning** varierar mellan olika kommuner. Behöver utvecklas.
- **Psykopedagogiska insatser** (individuellt och familj) utförs främst av regionen. ESL-insatser finns i vissa kommuners utbud. Utbildning efterfrågas.
- **Mobil krisintervention** erbjuds av regionen på kontorstid.
- **Insatser för att främja goda levnadsvanor** utförs, men behöver ett ökat fokus och utföras mer strukturerat.
- Vikten av att **minska självstigmatisering** är känd, men metoden NECT används inte. Utbildning efterfrågas.
- Kommunerna beskriver en nöjdhet i samarbetet med Psykosmottagningen.

Sammanställning av GAP-analys schizofreni

Sammanställning av enkätsvar från länets kommuner samt regionens psykiatri och primärvård (blå text) gällande skillnad mellan nu-läge och önskat läge utifrån de nationella riktlinjerna vid schizofreni.

| Nr | Socialstyrelsens rekommendationer | Finns skillnad? | I vilket avseende är skillnaden? | Vad behöver förändras i vårdkedjan? | Övriga kommentarer |
|----|--|-----------------------------------|---|--|---|
| 1 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda delat beslutsfattande till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (prioritet 2). Rekommendation 25 (sidan 23) | Ja (6) Nej (1) <hr/> Ja (1) | -Vi använder inte arbetsättet delat beslutsfattande idag. <hr/> -SIP har vi som grund (2) <hr/> -Vi arbetar för delat beslutsfattande både inom socialtjänst och hälso- och sjukvård bl.a. genom SIP, men metoden shared decision making är inte känd (2) | -Utbildning (4) <hr/> -Kommunikation region/kommun. <hr/> -Den enskilde måste bli mer hörd, inte alltid enkelt men vikten att den enskilde blir lyssnad på. <hr/> - SIP används men skulle nog kunna utökas. <hr/> -Utbildning och implementering. | -Upplever gott samarbete mellan hälso-och sjukvården och socialtjänsten. <hr/> -Ett ständigt, kontinuerligt arbete förs för att få patienterna motiverade och delaktiga över de beslut som rör vård och behandling (2) |
| 2 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning av vårdbehov till personer med misstänkt | Ja (3) Nej (3) | -Boendestöd skulle initieras tidigare. | -Kännedom av region om kommunens verksamhet. (2) | -Fungerar väldigt bra med samarbete mellan kommun |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| | psykos (prioritet 1). Rekommendation 44 (sidan 24) | Nej (1) | <p>-Svårt att få hjälp utan dröjsmål. När en patient behöver hämtas med handräddning brister det ibland i kunskapen om rutiner, vilket innebär ett stort lidande för den enskilde.</p> <p>-Om patienten inte är känd av psykiatrin och går in i psykos skriver primärvårds-läkaren oftast remiss utan föregående hembesök.</p> | <p>-Kunskap om hur vårdintygsbedömning/polishandräddning går till.</p> <p>-Högre tillgänglighet i regionens verksamhet.</p> <p>-Att regionen skapar lokala team som kan samlokaliseras med kommunens boendestöd/daglig verksamhet.</p> <p>-Hembesök och bedömning av primärvårdsläkare i samband med remisskrivning.</p> <p><u>-Ev mer info till primärvård.</u></p> | <p>och psykosmottagningen (2)</p> <p>-Hög tillgänglighet till bedömning av vårdbehov vid misstänkt psykos handlar främst om att i rätt tid ge ett professionellt och respektfullt bemötande.</p> |
| 3 | Hälso- och sjukvården bör använda en struktur som innebär att primärvården kan få konsultativt stöd från psykiatrin vid handläggning av personer med misstänkta psykotiska symtom (prioritet 2). Rekommendation 45 (sidan 24) | <p>Ja (2)</p> <p>Nej (2)</p> <p>Ja (2)</p> | <p>-Saknas etablerade kontaktvägar med rimlig tillgänglighet.</p> <p>-Ingen struktur för detta. Kontaktar oss vid misstanke om TOP. Konsultationsremisser från primärvården ibland.</p> | <p>-Tycker det fungerar bra med en tät kontakt med psykosmottagningen. Snabb handläggning.</p> <p>-Kontaktvägar behöver skapas för hela primärvården.</p> <p>-Punktinsatser till primärvård, stöd och utbildning.</p> <p>-Arbete med att informera om TOP-programmet till primärvården är påbörjat.</p> | <p>-Från kommunalt håll fungerar det bra idag.</p> |
| 4 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda samordnade insatser, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till | <p>Ja (4)</p> <p>Nej (3)</p> <p>Nej (1)</p> | <p>-Erbjuds inte.</p> <p>-SIP användning. (2)</p> <p>-Jobbar inte mycket med familjesamtal. Allt annat</p> | <p>-Familjesamtal.</p> <p>-Ev. införande av team för nyinsjuknade.</p> | <p>-Boendestöd och LSS-handläggare och psykiatrisjuksköterska har redan idag ett nära samarbete med psykosmottagningen och</p> |

| | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|---|---|
| | arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos (prioritet 1). Rekommendation 46 (sidan 26) | | fungerar. -Det finns inget team för nyinsjuknade i den kommunala vården och omsorgen. | -Användning av SIP. -Tydliggöra vem gör vad och vem som är FVK i regionen. | försöker samordna sina insatser för att vårdtagaren ska få tidigt/snabbt omhändertagande och stöd där det behövs. |
| 5 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda case management till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (prioritet 1). Rekommendation 21 (sidan 28) | Ja (5) Nej (1) Nej (1) | -I dagsläget arbetar både kommun och region med fasta vårdkontakter snarare än med case management. (4) -Vi har ej utnyttjat utbildningen hos vår personal och samarbetet med regionen har ej fungerat. | -Utbildning (2) -Upprätta Case manager-team (se exempelvis Region Kalmar). | -Det är ca 50 personer (både region och kommun) som är utbildade inom case management i Kronobergs län. Upplever dock att samverkansteamet arbetar på ett liknande arbetssätt. -FVK är hos oss en typ av case manager. |
| 6 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda intensiv case management enligt ACT-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har psykiska funktionsnedsättningar som leder till omfattande funktionshinder och påverkar förmågan att medverka i vård och delta i samhällslivet (prioritet 2) Rekommendation 20 (sidan 28) | Ja (7) Ja (1) | -Finns inte (4) -ACT är dygnet runt, intensiva direkta insatser. Kan ej erbjuda exempelvis hembesök utanför kontorstid. | -Upprätta Case manager-team med ACT-inriktning. -Vi behöver mer kunskap om detta för att bedöma om vi borde organisera ACT i samverkan mellan region och kommun. (3) | -De ca 50 CM är utbildade inom ACT. -Finns ej patientunderlag. Fungerar bäst i storstadsregioner. |
| 7 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda åtgärder för missbruk eller beroende integrerat med åtgärder för den psykiska sjukdomen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika (prioritet 3). | Ja (6) Nej (2) Nej (1) | -Finns utrymme för förbättringar. (2) -Vi har en god samverkan mellan de berörda inom socialtjänsten. (2) -Tillgång till Integrerade | -Utbildning (2) -Behov av team som kan arbeta med tex. boendestöd med missbruksinriktning eller arbeta med HAP i hemmet. (2) | -Boendestöd kan erbjudas, dock ej med inriktning missbruksstöd. -Finns rutiner för samverkan med integrerade missbruks- och beroendeenheten. Detta |

| | | | | | |
|----|---|---|--|---|--|
| | Rekommendation 37 (sidan 30) | | mottagningen i Växjö finns för de personer som kan ta sig dit. Samverkansteamet gör hembesök och samarbetar med boendestöd (2) | -De personer som har boendestöd/ socialpedagog får med en utlokaliserad psykiatri även tidig kontakt för samsjukligheten. | kan dock bli bättre i framför allt Ljungby. |
| 8 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (individual placement and support) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning (prioritet 1). Rekommendation 28 (sidan 31) | Ja (5) <hr/> Nej (1) Ja (1) | -Modellen används inte (4) -Finns inte. | -Utbildning (3) -Inom Samordningsförbundet Varend försöker man skapa processer för personer med samsjuklighet av olika slag. | -Det erbjuds andra välfungerande individanpassade möjligheter till sysselsättning och arbete. Kommunen har en jobbcoach som kan arbeta med målgruppen i samarbete med övrig socialtjänst, AF och FK. |
| 9 | Socialtjänsten bör erbjuda anpassad daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som för närvarande inte vill eller kan studera eller arbeta (prioritet 3). Rekommendation 30 (sidan 31) | Ja (4) <hr/> Nej (3) Nej/Ja (1) | -Vi har ingen individuell sysselsättning för målgruppen. -Vi har sysselsättningar, men kan bli bättre. (2) -Vi arbetar enligt auktorisationsmodellen gällande sysselsättning och daglig verksamhet. -Variationer beroende på vilken kommun. Vissa erbjuder, andra inte. | -Detta finns, men kan behöva utökas. (2) -Sysselsättningslokaler finns. | -Stor yta i kommunen gör att tillgängliga öppettider är svåra. |
| 10 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan i undantagsfall inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med | Ja (4) <hr/> Nej (1) | -Finns inte (2) -Svårt pga bristande tillgång | | -Arbetsterapeuter gör arbetsterapeutiska utredningar. Kartlägger arbetsförmåga. I |

| | | | | | |
|----|--|------------------------------|--|--|---|
| | Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och ingen eller svag arbets-marknadsanknytning (prioritet 10). Rekommendation 29 (sidan 31) | Nej/Ja (1) | på bra sysselsättning. -De bjuds in till SIP och planering görs där. -Traditionell rehabilitering har som utgångspunkt att individen ska återgå till arbete om det är möjligt. | | vår roll stödjer vi patienterna i dialogen med AF och FK. |
| 11 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör endast inom ramen för forskning och utveckling inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda stöd till studier enligt modellen supported education (FoU). Rekommendation 32 (sidan 31) | Ja (5) Ja (1) | -Erbjuds ej (4) -Modellen förkommer ej. | -Samarbete (3) -Etablerat samarbete med FoU krävs. | |
| 12 | Socialtjänsten bör erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv (prioritet 2). Rekommendation 35 (sidan 33) | Ja (2) Nej (5) Nej (1) | | | -Denna insats finns. |
| 13 | Socialtjänsten bör erbjuda boendeinsatser i form av bostad först till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad (prioritet 2). Rekommendation 33 (sidan 33) | Ja (4) Nej (2) Nej (2) | -Vi hjälper till att ordna bostad, men inte enligt bostad först-modellen (3) | -Utlussningslägenheter behövs. | -Skulle öka tryggheten. -Tankar om socialkontrakt finns. |
| 14 | Socialtjänsten bör erbjuda bostad med särskild service anpassad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har stora svårigheter att | Ja (2) Nej (5) Nej (1) | -Finns inte i kommunen, köps vid behov. | -Kan bli bättre på korttidsplats. -Fler platser behövs. | -Finns (2) |

| | | | | | |
|----|---|-------------------------------------|---|---|--|
| | självständigt klara sitt hemliv (prioritet 3). Rekommendation 36 (sidan 33) | | | | |
| 15 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda kognitiv beteendeterapi till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och kvarstående psykosymtom (prioritet 2). Rekommendation 63 (sidan 38) INTEGRERAD PSYKOLOGISK TERAPI - KOGNITIV TRÄNING | Ja (2) Nej (1) <u>Nej (1)</u> | -Det är ofta svårt för den enskilde att få hjälp med kognitiv beteendeterapi. (2) | -Detta bör erbjudas enskilt eller i grupp inom ramen för en utlokaliserad psykiatri till kommunerna. | -Fungerar bra idag med den KBT som erbjuds från regionen. <u>-IPTK finns i utbudet och erbjuds patienterna.</u> |
| 16 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda psykopedagogiska behandlingsprogram (t.ex. IMR och ESL) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och svårigheter att klara av vardagliga aktiviteter eller det sociala samspelet med andra (prioritet 1) Rekommendation 64 (sidan 36) | Ja (6) Nej (1) <u>Nej (1)</u> | -Kommunens boendestöd erbjuder ESL (2) -Jobbar delvis med ESL, men kan utvecklas mer tydligt efter metoden. (2) -Kunskap saknas (3) | -Utbildning (3) -Detta kan erbjudas enskilt eller i grupp inom ramen för en utlokaliserad psykiatri till kommunerna. | <u>-IMR finns i utbudet som erbjuds patienterna.</u> |
| 17 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda psykopedagogisk utbildning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (prioritet 2) Rekommendation 48 (sidan 36) | Ja (6) Nej (2) <u>Nej (1)</u> | -Kunskap saknas (4) | -Utbildning (2) -Detta kan erbjudas enskilt eller i grupp inom ramen för en utlokaliserad psykiatri till kommunerna. | -Utförs via psykosmottagningen i Regionen. -Inventeras på brukarråd 2 ggr/år. <u>-IMR, IPTK, närståendebildning finns i utbudet och erbjuds patienterna. Psykoedukation erbjuds även individuellt.</u> |
| 18 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda manualbaserad familjpsykoedukation till personer med | Ja (5) Nej (1) <u>Nej (1)</u> | -Kunskap saknas (4) <u>-Närståendebildning ges,</u> | -Utbildning (3) -Detta kan erbjudas enskilt | -Erbjuds via regionen. <u>-Även webbaserat.</u> |

| | | | | | |
|----|---|--|---|--|---|
| | schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras närstående (prioritet 3). Rekommendation 50 (sidan 36) | Nej (1) | dock ej manualbaserad. -Utbildning inom dessa områden saknas. | eller i grupp inom ramen för en utlokaliserad psykiatri till kommunerna. | -Tre medarbetare med i klinikens barn/närståendenätverk. Familjeterapeut på enheten. |
| 19 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda mobil krisintervention till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas (prioritet 2). Rekommendation 38 (sidan 39) | Ja (3) Nej (1) Ja (1) | -Det finns inga sådana team. -Mobil krisintervention erbjuds på kontorstid. Ej mobilt utanför kontorstid. Då vänder sig patienterna till akutmottagningen. | -Det bör finnas sviktplatser i kommunerna eller inne hos regionen. | -Vi har ett nära samarbete mellan kommun och psykosmottagning. Kommunen kan snabbt öka sina insatser vid behov och psykosmottagningen erbjuder snabba hembesök när behov för detta finns. -Finns ej patientunderlag för att ha dygnetruntverksamhet på psykosmottagningen. |
| 20 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (prioritet 2). Rekommendation 18 (sidan 40) | Ja (5) Nej (2) Nej (1) | -Kan utföras med stöd av boendestödjare eller ledsagare. (3) -Finns inte i kommunen. -Osäkert om hälso- och sjukvård jobbar med detta. Kan bli bättre. | -Mer kunskap och bättre organisation/verktyg behövs. -Detta kan erbjudas enskilt eller i grupp inom ramen för en utlokaliserad psykiatri till kommunerna. -Det finns plan på arbete för att förbättra nutritionen. | -Matvanor diskuteras frekvent vid hembesök. Även behjälpliga vid inköp av varor. -Hälsocoach, hälsokurs, hälsomottagning (2) |
| 21 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda stöd i vårdkontakter till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behöver somatisk vård (prioritet 2). Rekommendation 42 (sidan 40) | Ja (2) Nej (5) Ja (1) Nej (1) | -Boendestöd eller CM behjälpliga vid besök (3) | -HSJV bör uppmärksamma somatiska problem mer. -Behöver utarbetas struktur och rutiner för genomförande. | -Boendestöd följer med i kontakt med den somatiska vården i det fall det finns behov av det. Är vården utanför kommungränsen ordnas ledsagare. -Det fungerar bra idag. |

| | | | | | |
|----|--|------------------------------|---|--|---|
| 22 | Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kognitiva funktionsnedsättningar (minne och uppmärksamhet) Tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva funktionsnedsättningar (prioritet 1). Rekommendation 47 (sidan 38) | Ja (4) Nej (1) Nej (1) | -Vi använder oss av bildstödsprogram, ipads, försöker anpassa våra miljöer. -Det kan utvecklas i vår kommun gällande arbetsterapeutiskt stöd med tekniska hjälpmedel för denna målgrupp. | -Vi behöver få en bättre samverkan till stånd kring detta (2) -Arbetsterapeut. -Kan få kognitiva hjälpmedel via hjälpmedelscentralen men vi kunde bli bättre på att använda deras kompetens. (2) | -Förskrivs av arbetsterapeuter. |
| 23 | Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, kvarstående psykosymtom. Kognitiv beteendeterapi (prioritet 2). Rekommendation 55 (sidan 35) | Ja (3) Nej (1) | -Inom kommunens verksamhet erbjuds ej KBT (2) | | -Erbjuds av såväl psykologer som omvårdnadspersonal med steg1-utbildning. |
| 24 | Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda en psykosocial insats för att minska självstigmatisering, enligt NECT-metoden, till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som lider av självstigma (prioritet 3). Rekommendation 65 (sidan 37) | Ja (6) Ja (1) | -Vi använder oss inte av NECT-metoden. Arbetet med att minska självstigma kan erbjudas genom MI samtal, FFT samtal. -Kommunen har inte detta (3) -Saknas. | -Utbildning (3) -Behöver vara en tydlighet vem gör vad i de olika verksamheterna inom kommun och region för uppnå riktlinjerna. -Utbildning och implementering i verksamheten. | |