

# Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp schizofreni - fortsatt vård och stöd

Datum	Version
2021-09-15	Öppen remiss

## Innehåll

Sammanfattning.....	4
1. Om konsekvensbeskrivningen.....	4
2. Konsekvenser .....	5
2.1 Omfattning .....	5
2.2 Nyttan eller risker för individen .....	5
2.3 Etiska aspekter .....	7
2.4 Verksamhet och organisation .....	8
2.5 Kostnader .....	9
2.6 Kompetensförsörjning.....	11
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd.....	12
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	12
2.9 Uppföljning.....	13
2.10 Övriga konsekvenser .....	14
3. Appendix – Hälsoekonomisk kostnadsanalys av insatser inom vårdförlopp schizofreni och schizofreniliknande tillstånd .....	15
3.1 Introduktion .....	15
3.2 Syfte.....	15
3.3 Kostnadsanalys Regioner.....	15
3.4 Kostnadsanalys kommuner .....	21
3.5 Referenser Appendix Hälsoekonomisk kostnadsanalys.....	24

## Sammanfattning

Positiva konsekvenser som följer införandet av vårdförloppen för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är att målgruppen får tillgång till fler evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån sina behov, vilket ökar förutsättningarna för återhämtning och minskar risk för försämring och återinsjuknande.

Vårdförloppen innebär även att delaktigheten ökar för individ och närstående vilket kan förbättra arbetsallians och öka följsamheten till vård och stödinsatser då tillgången till evidensbaserade insatser ökar. På sikt kan införande av vårdförloppen öka sannolikheten att försämring upptäcks i tid så att behandling kan sättas in skyndsamt. På så sätt kan kanske slutenvård och tvångsvård undvikas.

Initialt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna öka vid införandet av vårdförloppen, då det innebär både en ökning av kvalitet och omfattning av insatser som ges till individ och närstående. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna minska till följd av att färre individer behöver omfattande vård- och stödinsatser samt att fler har sysselsättning och en bättre livskvalitet. När individer får tidiga och intensiva behovsanpassade insatser under de första åren ökar sannolikheten att fler återhämtar sig och får en lindrig sjukdom på sikt. Med fortsatt behovsanpassade vård- och stödinsatser kan sjukdomen påverkas positivt.

För regionerna och kommunerna kan vårdförloppen initialt kräva en investering i fortbildningsinsatser till personalen så att en större andel av personalen kan ge ett samordnat och professionellt omhändertagande samt erbjuda de insatser som vårdförloppen innehåller. Samarbetet mellan olika verksamheter som erbjuder insatser till individ och närstående behöver även utvecklas och förbättras vilket kan kräva resurser. Detta gäller under hela sjukdomsförloppet från insjuknandet och så länge individen har diagnos schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (F20-F29 enligt ICD-10-SE). En hälsoekonomisk analys gjord i relation till dessa två vårdförlopp visar att kostnaderna ökar främst av två orsaker; det ena är att intensiteten i insatserna ökar och det andra är att fler insatser utförs i teamarbete. För mer detaljerad information om ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för specifika insatser som omnämns i vårdförloppen är Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [1] en relevant källa.

I vårdförloppet och i denna konsekvensbeskrivning används ofta benämningen individ istället för patient och benämningen insats istället för åtgärd, eftersom vårdförloppet i så hög grad innefattar socialtjänstinsatser och inte bara vård

## 1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) Psykisk Hälsa ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Arbetsgruppen för vårdförlopp inom uppdrag psykisk hälsa var med initialt tillsammans med nationell arbetsgrupp (NAG) Schizofreni och började utarbeta konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. NAG schizofreni tog över hela ansvaret för framtagandet av konsekvensbeskrivningen i maj 2021. I arbetsgruppen och i NAG:en har kompetens inom följande områden funnits: primärvård, specialistpsykiatri, medicin, omvårdnad, psykosociala insatser, kommunala insatser ledarskap, implementering och egen erfarenhet. I NAG:en är de sex hälso- och sjukvårdsregionerna representerade. Kontakt med relevanta patient och anhörigföreningar (Schizofreniförbundet och RSMH) har funnits genom hela arbetet.

## 2. Konsekvenser

### 2.1 Omfattning

Cirka 1 500–2 000 individer insjuknar varje år i schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 individer får diagnosen schizofreni (1). Ungefär en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 individer. Förekomsten är högre i storstadsområden, bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden. En del behöver bara intensiva och samordnade insatser under de första åren och återhämtar sig sedan med endast milda kvarstående symtom. En majoritet av gruppen återhämtar sig till viss del men har perioder av försämring då mer omfattande insatser krävs. En mindre andel utvecklar en svårare sjukdom med behov av omfattande insatser från hälso- och sjukvård respektive socialtjänst under större delen av sitt liv.

### 2.2 Nyttan eller risker för individen

I de båda personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ligger ett tydligt fokus på att tidigt upptäcka psykos, att arbeta med metoder som stärker personen och de närståendes delaktighet i vård och stöd samt samordning och intensiva insatser som behovsanpassat fortsätter över tid. Fler individer kan få en högre livskvalitet och vara delaktiga i samhället. I tabellen nedanför (Tabell 1) beskrivs de olika områden där kunskapsstödet kan ge nytta för individen.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför

Nytta	Kommentar
Förkortad duration av obehandlad psykos	Forskning har visat att ju längre en individ går med obehandlad psykos desto sämre är prognosen d.v.s. det blir svårare att återhämta sig. Med tidiga och snabba insatser så kan prognosen påverkas i positiv riktning.
Tillgång till behovsanpassade evidensbaserade insatser med den intensitet som behövs	Tillgången till evidensbaserade vård- och stödinsatser till individer med schizofreni och liknande tillstånd varierar i nuläget stort över landet, vilket får konsekvenser för hälsa hos individer. Vårdförloppen kan minska skillnaderna på detta område och skapa bästa möjliga förutsättningar för lindrigare symtom, högre funktionsförmåga och bättre återhämtning.
Fler individer och deras närstående är delaktiga i beslut om och planering av vården och stödinsatserna i och med definierade insatser.	Schizofreni och liknande tillstånd kan innebära särskilda svårigheter för individer att vara delaktiga. Vårdförloppen innehåller arbetsätt, processer och insatser som stärker delaktighet i varje insatsblock. Att respektera individens autonomi och integritet skapar förutsättningar för ökad delaktighet. Forskning har visat att följsamheten till vård och stödinsatser kan öka genom delat beslutsfattande.

Nytta	Kommentar
Fler individer har en vårdplan, omsorgsplan och vid behov en samordnad individuell plan (SIP) som är välkänd och tydlig och överensstämmer med behov och önskemål.	En vårdplan och, om Individen har behov av insatser från flera verksamheter, en samordnad individuell plan (SIP) är ofta en förutsättning för delaktighet, planering och för att behov av insatser ska tillgodoses. Vårdplan, omsorgsplan och SIP är ett gemensamt dokument som individen äger tillsammans med vård och stödgivaren.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram.	Förutsägbarhet och tydliga insatser stödjer en mer säker vårdprocess och ger även en större trygghet till individen. Det berör samtliga individer i förloppen.
Fler närstående till individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ges möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen och erbjuds insatser utifrån sina behov och sin situation.	Närstående till individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd påverkas i hög grad och drabbas ofta själva av ohälsa varför de behöver involveras och erbjudas insatser.
Färre individer kan komma behöva vårdas enligt tvång och utsättas för tvångsåtgärder.  När tvångsvård och tvångsåtgärder är nödvändiga så kan de upplevas mindre traumatiserande.	Användning av tvång inom vården kan orsaka trauma hos individen och riskerar att skada den för återhämtningen viktiga alliansen mellan individen och vården. Ett dåligt förtroende för vården riskerar att göra att individen inte söker vård vid återinsjuknande vilket kan förvärra tillståndet. När tvång är nödvändigt så kan ett anpassat förhållningssätt och bemötande samt andra insatser i vårdförloppen förväntas minska risken för traumatiserande upplevelser
Färre individer genomför suicidförsök och fullbordade suicid.	Suicidrisken är hög för individer med schizofreni och liknande tillstånd. Särskilt hög är risken vid första insjuknandet och i samband med utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård. Genom ett professionellt omhändertagande, bedömning av suicidrisk och insatser som ingår i vårdförloppen förväntas risken minska.
Färre individer riskerar försämrad ekonomi under livet samt isolering och exkludering. Fler individer har en högre livskvalitet.	Det är inte ovanligt att individer med allvarlig psykisk sjukdom exkluderas från samhället, står utanför arbetsmarknaden, saknar meningsfull sysselsättning och social gemenskap. Att erbjuda insatser enligt vårdförloppen minskar risken för detta och främjar en hög livskvalitet.
Fler individer kommer ut i arbete på öppna marknaden	Bättre förutsättningar för individer med schizofreni och liknande tillstånd att försörja sig genom arbete på den öppna arbetsmarknaden. Insatsen <i>individual placement and support</i> som finns med i vårdförloppen stöttar psykospatienter att komma ut i arbete på den öppna marknaden.

Arbetsgruppen har bedömt att vårdförloppen för schizofreni inte kommer att öppna upp för några nya risker för individer som behöver hanteras i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppen. Någon risk för onödig eller omotiverad vård föreligger inte. Individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kräver oftast själva inte att få vård. Den risk som föreligger är att på grund av ökade kostnader så implementeras inte vårdförloppet fullt ut och då tillgängliggörs inte evidensbaserade vård och stödinsatser jämnt för dessa individer. Undanträngningseffekter på andra grupper på grund av ökade kostnader kan föreligga.

## 2.3 Etiska aspekter

Individens autonomi och integritet förväntas inte påverkas negativt av de nya vårdförloppen. Snarare ger vårdförloppen för schizofreni större möjligheter än tidigare, att respektera och beakta individens autonomi och integritet eftersom vårdförloppen innehåller arbetsätt, processer och insatser för delaktighet. Detta görs i varje insatsblock som fastställer vilka insatser som individen (utifrån förmåga) direkt involveras i, exempelvis ”Delta aktivt i planeringen och formulera mål för vårtiden med stöd av personalen” och tydliggör även ett upprättande av vårdplan och samordnad individuell vårdplan (SIP) för individen. På så sätt blir individens delaktighet tydlig, konkret och genomgående en del av vårdprocessen. Vid och efter införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom vården har synpunkter framförts kring undanträngningseffekter. Införandet av vårdförloppen för schizofreni – skulle kunna innebära att resurser flyttas från andra diagnosgrupper inom psykiatrin när vårdförloppen innebär en högre ambitionsnivå för vård och stöd till gruppen. En ökad standardisering och olika vårdförlopp ger ett ökat fokus på de diagnoser som vårdförloppen inkluderar vilket ger en etisk avvägning då grupper till viss del ställs mot varandra. Överlag är det dock etiskt rättfärdigt i och med de stora och akuta vårdbehov som individer och deras närstående i vårdförloppen för schizofreni har, vilket behovs- och solidaritetsprincipen stödjer. Bedömning av varje enskilt fall och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras.

Individer som berörs av vårdförloppen insjuknar ofta tidigt i livet, mellan 18–30 år. Till följd av funktionsnedsättning kan individer med schizofreni och liknande tillstånd ha svårt att klara sitt vardagliga liv samt att få och behålla ett arbete och genomföra studier. Detta innebär lidande för individ, närstående och stora kostnader för samhället. Vårdförloppen väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom tidigare diagnos, ökad behandlingsgrad med evidensbaserade insatser som främjar återhämtning och förebygger återinsjuknanden. Detta ger en förbättrad prognos och/eller mildare sjukdom och högre funktion över tid. Det leder i sin tur till besparingar på många plan. De direkta kostnaderna kan initialt öka, men indirekta samhällskostnader kan minska över tid. Den totala kostnaden bedöms inte öka på sikt och värdet av ökad livskvalitet bedöms bidra till kostnadseffektiva vårdförlopp.

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa en tillgänglig och jämlik vård för alla individer oavsett var man befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppen för schizofreni. Förhoppningen är att vårdförloppen istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra de insatser som ska gälla alla med schizofreni och liknande tillstånd i hela landet. Det gäller särskilt i frågor kopplade till tidigt, samordnat och professionellt omhändertagande vid sjukdomsdebut samt vid allvarlig försämring, och inte minst tillgång till evidensbaserade vård- och stödinsatser utifrån behov över tid.

## 2.4 Verksamhet och organisation

Flera rapporter visar på att vård och omsorg behöver bli bättre på att möta behoven hos individer med schizofreni och liknande tillstånd, genom att skapa strukturer som stödjer personcentrering och samverkan. Det finns även ett behov av att avveckla ”gamla kulturer” som hindrar nya arbetssätt, förbättra information till både individen och till närstående samt mellan verksamheter. Insatser har också visats sig ges för sent. Ofta förekommer brister i samverkan och kontinuitet vilket är en viktig del av vård och stöd för patientgruppen. Socialstyrelsens utvärdering av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreniliknande tillstånd visar också att den vård och de insatser som finns tillgängliga varierar stort över landet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2018) anger att hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver vara lyhörda för de önskemål som individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har, hitta deras motivation och utifrån detta samordna olika insatser. Individer som insjuknar för första gången bör erbjudas samordnade insatser, med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier individer (prio1). Arbetet med förstagångsinsjuknande kräver ett speciellt omhändertagande och särskilda insatser varför det bör ges av verksamhet med särskilt uppdrag. Omhändertagandet ska ges snabbt, vara samordnat, individanpassat och intensivt med hög tillgänglighet. Det kräver ett nära samarbete mellan olika professioner (kurator, arbetsterapeut, psykolog, läkare, sjuksköterska case manager/vård- och stödsamordnare socialsekreterare, boendestödjare med flera) och verksamheter (skola/elevhälsa, socialtjänst, Försäkringskassan, psykiatrisk öppen vård, familjecentraler med flera). Idag finns sådana verksamheter med särskilt uppdrag i begränsad omfattning trots att detta omhändertagande och snabb tillgång till insatser påverkar prognosen och rekommenderas för att kunna följa nationella riktlinjers rekommendation.

På flera orter i Sverige finns dock redan idag ett systematiskt omhändertagande av individer som insjuknar i psykos första gången genom en definierad verksamhet med särskilt uppdrag. Vid de kliniker som idag saknar en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade i psykos, kommer en översyn av verksamheten att krävas. En tydligt definierad verksamhet behöver skapas, i form av ett team eller personal med särskild kunskap som har ett uppdrag att erbjuda intensiva och samordnade insatser anpassade till individer som insjuknar i psykos första gången och deras närstående. Denna organisation ska finnas i tre till fem år efter första kontakt med psykiatri för diagnos F20-F29. Det fortsatta stödet bygger också fortsättningsvis på behovsanpassade och samordnade insatser utifrån individens tillstånd och behov. Det fortsatta vårdförloppet innehåller en indelning i sjukdomens svårighetsgrad som kan användas som en hjälp för att anpassa insatserna efter individens aktuella tillstånd och behov.

Den höga tillgängligheten till professionell kontakt och snabb bedömning vid misstanke om psykos som vårdförloppen förespråkar, kan innebära ökade krav på mobilitet. Även i det fortsatta stödet behöver tillgängligheten vara god med möjlighet för verksamheter att kunna göra mobila insatser till exempel vid försämring. Dessa mobila insatser kan organiseras på olika sätt. Inom regioner med stora geografiska avstånd kan delar av flödet i dessa vårdförlopp ske digitalt, exempelvis kan vissa besök genomföras via distansoberoende teknik. Även där geografiska avstånd inte är ett hinder kan digitala insatser och verktyg öka tillgängligheten för de individer som vill och kan använda sig av detta. Detta kan skapa ökade krav på digitalisering.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är centralt för att verksamheterna ska kunna arbeta utifrån vårdförloppen. Vidare kan små kommuner behöva utveckla ett samarbete med andra kommuner för att kunna tillhandahålla vissa insatser. Redan vid psykiatrireformen beskrevs nödvändigheten av sömlös samverkan mellan hälso-, och sjukvård



och kommun för denna grupp. Flera utvärderingar av psykiatrireformen visar att man inte uppnått detta.

För att följa konsekvenserna av att vårdförloppen implementeras kommer rutiner för uttag av statistik och indikatorer att behöva utarbetas.

## 2.5 Kostnader

Kostnaderna för hälso- och sjukvården och kommunerna kommer att öka vid införandet av vårdförloppen. De största kostnadsökningarna inom hälso och sjukvård handlar om personalkostnader och beror på en högre frekvens av besök och att man ska arbeta i multiprofessionellt team där två eller flera behandlare träffar individen tillsammans. Detta kan innebära att verksamheter behöver rekrytera personal eftersom en ökad intensitet i vården gör att varje behandlare kan ansvara för färre individer. Initialt kommer också kostnader för utbildning i metoder och förändrade arbetssätt. Sammantaget och på längre sikt förväntas kostnaderna minska. Studier från bland annat från OPUS projektet i Danmark visade att tidiga intensiva insatser är kostnadseffektiva då kostnaderna på lång sikt för samhället i stort minskade på grund av att färre individer behövde till exempel boendestöd och att fler kom ut i ett arbete på öppna marknaden och då kunde bidra som skattebetalare.

Tabell 2. Översikt över hur kostnader kan påverkas av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Område för kostnadsförändring	Kommentar kring hur kostnaden väntas förändras på kort respektive längre sikt
Lokaler och material	Behöver utredas regionalt och lokalt.
Utrustning	Behöver utredas regionalt och lokalt.
IT-system	Kostnader i form av tid för tekniker för att möjliggöra direktöverföring från journalsystem till nationella kvalitetsregistret PsykosR.
Personal	Ökning av personalkostnader till följd av ökat antal besök/insatser, fler insatser och behov av mer intensiv samordning i vårdförloppen. Teamarbete där fler behandlare träffar individen och närstående vid besöken ökar också behoven av fler personal vilket ökar kostnaderna. Minskat antal patienter per behandlare för att möjliggöra behovsanpassade och mobila interventioner som anpassas utifrån individens sjukdomsgrad och behov. En kostnadsanalys för ökad intensitet av insatser och ökade personalbehov presenteras i den bilagda kostnadsanalysen. Minskning av personalkostnader på lång sikt till följd av minskat behov av sjukhusinläggningar och akutvård. Eventuellt minskade behov av kommunala insatser såsom boendestöd på sikt. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Utbildning	Kompetens kring tidig upptäckt av psykossymtom, omhändertagande vid förstagångsinsjuknande i psykos, krisintervention till patient och närstående samt evidensbaserade psykosociala insatser behövs. Detta kan medföra ökade utbildningskostnader. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Utredning och diagnossättning	Antalet individer som utreds förväntas inte öka, däremot kan vårdförloppen innebära ökade kostnader till följd av ett mer omfattande utredningsförfarande. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.
Behandling	Vårdförloppen innebär en ambitionsökning som förväntas medföra en kvalitetshöjning av vård och stöd vilket sannolikt kommer att innebära en kostnadsökning. Fler evidensbaserade insatser behöver erbjudas än vad som görs idag och fler insatser kan behöva erbjudas med högre kvalitet. En kostnadsanalys för ökad intensitet av insatser och ökade personalbehov presenteras i den bilagda kostnadsanalysen. Behöver utredas vidare regionalt och lokalt.

Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka något på grund av ytterligare uppgifter kopplat till upprättande och löpande uppdatering av nya indikatorer, men även för att öka rapporteringen av de indikatorer som finns sedan tidigare.
Andra kostnader	Behöver utredas regionalt.

### 2.5.1. Kostnadsförändringar per vårdnivå

#### *Kostnadsförändringar inom primärvård:*

- Utbildning i tidiga tecken på psykos och insatser vid upptäckt innebär en begränsad kostnad för primärvården. Patienterna ska sedan föras över till specialistpsykiatri.
- Inga stora förändrade i kostnader vad gäller utredningar eller omhändertagande utifrån nuvarande förslag. Möjligtvis fler individer som kommer att följas upp i primärvården avseende fysisk hälsan i.

#### *Kostnadsförändringar inom psykiatrisk specialistvård*

- Om fler individer med psykossymtom upptäcks och därmed remitteras eller själva söker vård kommer kostnaden initialt att öka.
- Organisationsförändringar i form av att utveckla en verksamhet med särskilt uppdrag - förstagsångsinsjuknade i psykos, kommer initialt att medföra en kostnadsökning i form av utbildning av personal samt för att utarbeta och implementera nya rutiner. Det fortsatta vårdförloppet innebär att verksamheten också över tid behöver kunna anpassa insatsernas intensitet utifrån individens sjukdomsgrad, med hög tillgänglighet och mobilitet.
- En konsekvens är också tätare besök och ändrade arbetsätt i form av teamarbete, vilket ger en kostnadsökning. På lång sikt förväntas dock patienterna och deras närstående att påverkas mindre negativt av sjukdomen i sina liv, vilket skulle innebära lägre kostnader för samhället i stort. En kostnadsanalys för ökad intensitet av insatser och ökade personalbehov presenteras i bilaga.

#### *Övriga kostnadspunkter*

- Läkemedelskostnaderna för målgruppen kan öka något initialt, då fler individer får behandling tidigare i sitt sjukdomsförlopp. På längre sikt bedöms dock kostnaderna inte öka
- Investeringar för att underlätta registrering och öka täckningsgraden för att möjliggöra uppföljning kommer att behövas. Dessutom behöver kopplingar mellan lokala/regionala journalsystem och det nationella kvalitetsregistret, PsykosR skapas, vilket också kräver investeringar.

## 2.6 Kompetensförsörjning

För att arbeta enligt vårdförloppen behövs utökad kompetens inom de verksamheter som erbjuder vård och stöd till individer med schizofreni och liknande tillstånd. Socialtjänst, primärvård, psykiatrisk öppen och slutna vård behöver ökad kunskap i krisintervention och andra centrala evidensbaserade insatser som ingår i vårdförloppen. Ofta finns dessa kompetenser redan i regionerna idag, men inte hos tillräckligt många individer. Det innebär att det sannolikt kommer att behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner inom primärvård, psykiatri och socialtjänst.

Ett antal utbildningsinsatser kommer att behövas under och efter införandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för att tillfredsställa behovet av förändrade kompetenser.

Se Tabell 3 för en mer övergripande lista på behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförloppen för schizofreni.

Tabell 3. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppen för schizofreni?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos professionen nationellt om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för schizofreni	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på berörda professioner inom hälso- och sjukvård samt kommunal verksamhet.	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)
Öka kunskap om insatserna i vårdförloppen	Kompetensutveckling/fortbildningsinsatser till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet).	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)
Förändrat arbetssätt och organisation av vården	Ökning av personella resurser Omstrukturering av befintliga resurser	Sjukvårdsregionerna
Förbättrad samverkan mellan region och kommun	Psykiatrireformens intentioner uppnås genom arbetet i RAG	Sjukvårdsregioner och kommuner
Kunskap för att kunna genomföra insatser i vårdförloppen	Webbaserad fortbildning eller fortutbildning på plats till flera professioner inom vård och stöd (hälso- och sjukvården samt kommunal verksamhet) utifrån nationella utbildningsupplägg för insatser där det finns tillgängligt (NECT, IMR, patient- och närståendebildning).	Sjukvårdsregionerna (regioner och kommuner)

Vårdförloppen kräver en tydlig och systematisk kompetensplanering med såväl specifika kortsiktiga som långsiktiga insatser för de olika professionerna men även insatser som är gemensamma för alla yrkesgrupper. I de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ligger ett tydligt fokus på att tidigt upptäcka psykos, att arbeta med metoder som stärker individen och de närståendes delaktighet i vård och stöd samt samordning och intensiva insatser som främjar en god prognos, återhämtning, ökad eller bibehållen funktionsförmågan och behovsanpassat fortsätter över tid utifrån sjukdomens aktuella svårighetsgrad. Detta minskad risk för återinsjuknande. För flera insatser finns idag nationellt framtaget material och utbildningsupplägg tillgängligt via webben, exempelvis

- krisintervention till individ och närstående
- psykopedagogisk utbildning
- illness management and recovery (IMR).

Två sjukvårdsregioner har också tillsammans tagit fram ett digitalt stöd för bland annat delat beslutsfattande som kommer att göras tillgängligt nationellt.

Implementeringsstöd till regioner och kommuner kommer innefatta att ta fram material och utbildningsupplägg för fler insatser där behov av detta finns, såsom

- case management/vård- och stödsamordning
- boendestöd – olika stödjande insatser som fokuserar på att stärka individen praktiskt och socialt.

## 2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförlopp för schizofreni – förstagångsinsjuknande och fortsatt vård och stöd kompletterar det nationella vård- och insatsprogrammet för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Liksom det nationella vård- och insatsprogrammet utgår vårdförloppen från nationella riktlinjer och medför att dessa kommer att stärkas och öka i implementering. Vård och insatsprogrammet och vårdförloppen kommer tillsammans att kunna ersätta eller komplettera lokalt och regionalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av individer som insjuknar i psykos första gången och behovet av vård och stöd i det fortsatta förloppet.

## 2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Att ge vård och stöd i enlighet med vårdförloppen stödjer omställningen till Nära Vård genom att vara exempel på ett personcentrerat förhållningssätt med tydligt fokus på samordning av insatser från psykiatri, socialtjänst, primärvård och elevhälsa.

## 2.9 Uppföljning

Vårdförloppen för schizofreni - förstagångsinsjuknade och fortsatt vård och stöd leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. 15 indikatorer är nya och för nästan alla av dessa saknas även nationell datakälla för närvarande

### 2.9.1. Vårdförlopp förstagångsinsjuknade

- Andel individer som inom tre kalenderdygn efter misstanke om psykos får kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag – förstagångsinsjuknade.
- Andel individer som efter ett år har en diagnos (F20 - F29.9) som har fått diagnosen inom sex veckor från kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag - förstagångsinsjuknade i psykos.
- Andel individer som har fått en SIP.

### 2.9.2. Vårdförlopp fortsatt vård och stöd

- Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har fått en vårdplan och eventuellt SIP.
- Vid allvarlig försämring och behov av akuta insatser. Tid från kontakt till start av insatser (max 24 timmar).
- Andel individer med diagnos (F20–F29.9) som under tidsperioden har fått en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare.

### 2.9.3. Både vårdförlopp förstagångsinsjuknade och fortsatt vård och stöd

- Andel individer som under tidsperioden har haft en utsedd person med samordnande ansvar (jämför vård- och stödsamordnare/case manager).
- Andel individer som har en krisplan alternativt andel individer med diagnos F20–F29.9 som vid mättilfället har en krisplan vilken är upprättad eller reviderad de senaste 12 månaderna.
- Andel individer som har fått psykopedagogiska insatser och/eller familjeinterventioner.
- Andel individer som tillsammans med närstående fått krisintervention innan utskrivning från slutenvården<sup>1</sup> eller inom fyra veckor.
- Andel individer med diagnos F20 - F29.9 som behandlats med antipsykotiska läkemedel under första året alternativt andel individer med diagnos F20–F29.9 som under tidsperioden behandlats med antipsykotiska läkemedel.

<sup>1</sup> Här används begreppet slutenvård i enlighet med Socialstyrelsens termbank trots att arbetsgruppen liksom Nationellt programområde Psykisk hälsa är medvetna om att heldygnsvård är den term som ofta används och förespråkas inom psykiatrisk hälso- och sjukvård för att undvika feltolkningar.

- Indikator baserad på potentiell PREM. Jag känner att jag kan få hjälp av vården när jag behöver det.
- Andel individer som har gjort ett suicidförsök alternativt fullbordat suicid under första året.
- Andel individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd diagnos F20–F29.9 som vårdats enligt LPT första året.
- Andel individer med diagnos F20–F29.9 som under tidsperioden erbjudits någon form av stöd med syfte att återgå i studier/arbete, till exempel IPS, SEd eller arbetsmarknadsåtgärder.

Hur mätning och återrapportering för dessa nya indikatorer kommer att ske behöver diskuteras vidare.

## 2.10 Övriga konsekvenser

Den nationella datakälla som finns och prioriteras för de andra indikatorerna är det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Kvalitetsregistret är i behov av nationella medel för drift och nödvändig utveckling. De utvecklingsmedel som registret fått för 2021 avser att utveckla registret för att effektivisera registreringar och öka täckningsgraden.

Ett stort arbete krävs för att förbättra den nationella strukturerade vårddokumentationen under 2022. En del av detta arbete innebär att identifiera de insatser som det ska finnas information om i journalen. Informationen om insatserna bör beskriva både om insatserna är planerade och/eller genomförda samt resultatet av dem. Till en början prioriteras de insatser som utgör grund för indikatorerna, men på sikt bör så många av insatserna som möjligt i vårdförloppen dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt i journal.

För flera utredningsinsatser i vårdförloppen skulle det vara värdefullt att utarbeta gemensamt dokumentationsstöd och/eller gemensamma dokumentationsmallar. Även för vissa insatser som vårdplan, samordnad individuell plan (SIP) och uppföljning av symtom, funktion och social situation skulle gemensamma dokumentationsmallar/gemensamt dokumentationsstöd vara värdefullt. Den årsuppföljning - utvärdering av behandling och stöd som ska ske en gång per år bör det till en början prioriteras att utarbeta en gemensam dokumentationsmall för, då detta även kan möjliggöra direktöverföring från journal till det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Det bör också skapas en gemensam kod för årsuppföljningen - utvärdering av behandling och stöd, för att kunna följa upp vårdförloppen.

En enhetlig dokumentation av de skattningsskalor som ingår i förloppet bör utarbetas och på sikt behöver även nationella beslut fattas om vilka skalor som ska användas inom ramen för vårdförloppen.

Den pågående utvecklingen av säkra digitala system innebär många nya möjligheter i kontakter mellan vård/omsorg och individ och närstående. Det kan minska behovet av resor och innebära en ökad tillgänglighet till besök med behandlare och gruppaktiviteter när de inte kräver fysisk närvaro.

### 3. Appendix – Hälsoekonomisk kostnadsanalys av insatser inom vårdförlopp schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

#### 3.1 Introduktion

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknade lanserades hösten 2020. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni - fortsatt vård och stöd går ut på öppen remiss 15 september 2021. Vårdförloppen bygger på det nationella vård- och insatsprogrammet schizofreni som i sin tur bland annat bygger på Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd från 2018.

I Socialstyrelsens riktlinjer bedöms vården bli dyrare om man inför och arbetar efter de nationella riktlinjerna, detta gäller särskilt vården vid förstagångsinsjuknade [1]. På sikt kan de nya arbetssätten dock leda till minskat lidande, ökad funktion och större delaktighet i samhället hos individen som insjuknar [4, 5, 6]. Vårdförloppen omfattar också insatser till närstående i form av krisintervention, patient- och närståendebildning och annat stöd. Ur ett ekonomiskt perspektiv förväntas införandet av vårdförloppen innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten vilket föranlett denna hälsoekonomiska kostnadsanalys. Då uppdraget avseende kostnadsanalys för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst skiljer sig åt redovisas de separat.

#### 3.2 Syfte

Syftet med den ekonomiska analysen är att uppskatta merkostnaderna för de insatser ifrån hälso- och sjukvård samt socialtjänst som ingår i de båda vårdförloppen för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

#### 3.3 Kostnadsanalys Regioner

##### 3.3.1. Metod

Den hälsoekonomiska kostnadsanalysen har beaktat hälso- och sjukvårdsperspektivet, med särskilt fokus på förväntade kostnadsändringar vad gäller personalkostnader för regionerna i förhållande till förslagen i vårdförloppen. I analysen har en metod som föreslagits av Drummond och kollegor använts [2]. Metoden innefattar fyra steg:

1. identifiera de relevanta utökade resurserna som kommer att användas i förhållande till vårdförloppet
2. kvantifiera dessa resurser i fysiska enheter
3. värdera de olika resurserna som används till deras möjlighetskostnader
4. hantera differentiell tidpunkt för resurser.

Baserat på yttranden från insatt personal och experter, identifierades först vilka utökade respektive minskade hälsoinsatser som kan ingå i behandling av individer i enlighet med de två vårdförloppen. Därefter utvecklades två scenarier:

- 'nuläge' som benämns och syftar till treatment as usual (TAU) och som utgår från vårdinsatser som ges nu



- 'önskat läge' som syftar till vårdförlopp och som visar vilka förändringar i uppskattad frekvens av vårdsinsatser som sker på grund av införandet av vårdförlopp inom schizofreni.

Kostnaderna beräknades sedan för varje utökad respektive minskad insats genom att multiplicera antalet insatser med priserna för dem i form av personalkostnader. Priset på varje typ av insats har estimerats beroende på lönekostnad för de medverkande behandlarna, med hjälp av lönestatistik från Region Stockholm. De identifierade insatserna, i den aktuella analysen berör endast personalkostnader, vilka betraktas som återkommande poster i kostnadsanalyser. Eftersom dessa kostnader har förändrats under de fem som kostnadsberäkningarna baseras på har kostnaderna justerats med diskonteringsränta (tre procent) och inflationstakt (två procent) för att beräkna det nuvarande värdet av dem.

För att bedöma kostnadseffekten av att införa vårdförloppen utvecklade vi två scenarier för varje situation (TAU och vårdförlopp). Den första förutsätter att individerna endast behöver öppen vård och den andra behandlar en kombination av öppen och sluten vård. Vid beräkningen av kostnaderna för det andra scenariot är utgångspunkten att en individ inte har öppen vård och sluten vård samtidigt. Därmed överstiger den totala sjukvårdsperioden per individ inte mer än 12 månader per år. Beräkningarna gäller totala kostnader för en tänkt medelpatient under en femårsperiod för två olika scenarier. Kostnaderna under de första tre åren varierar, medan det fjärde året tjänar som uppskattad kostnad om man vill uppskatta personalkostnader för kommande år. Kostnaderna i beräkningarna inkluderar personalomkostnadstillägg (PO-tillägg). I PO-tillägget ingår dels de arbetsgivaravgifter som bestäms av riksdagen (lagstadgade socialavgifter), dels de avgifter som bestäms i kollektivavtal mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och fackföreningarna inom offentlig sektor (till försäkringar och avtalspensioner). Semesterdagstillägg är dock inte medräknat. Denna kostnadsuppskattning innefattar kostnaderna i samband med själva behandlingen och inkluderar inte några strukturella förändringar. Utbildningskostnader eller overheadkostnader ingår inte heller i analysen.

### 3.3.2. Data

För att ta fram ett estimat på vad ett besök i öppenvårdspsykiatri kostar, gjordes beräkningar utifrån aktuella medellönenivåer per månad i Region Stockholm, inklusive PO-tillägg men exklusive semesterdagstillägg, för följande yrkeskategorier:

- Specialistläkare
- Specialistutbildad sjuksköterska
- Psykolog
- Kurator
- Mentalskötare
- Arbetsterapeut
- Fysioterapeut

Månadskostnaden för respektive yrkeskategori dividerades med 165 för att få fram timkostnaden. För att få fram ett estimat på antalet besök per år i treatment as usual (TAU) respektive om man arbetar utifrån vårdförloppet (VF), användes en modifierad Delphi-metod [3]. Enskilda experter samt experter i den nationella arbetsgruppen har medverkat och utifrån sin erfarenhet och kunskap uppskattat frekvensen av besök hos en individ med psykosjukdom när vård- och stödinsatser enligt TAU, samt när vård och insatser ges utifrån vårdförloppen. Estimaterna syftar inte till att exakt beskriva varje yrkesgrupps insatser utan syftar snarare till att beskriva skillnaden i besöksfrekvens samt i arbetssätt, då vårdförloppen innebär en större andel



teambesök. Detta innebär att patienten oftare träffar minst två behandlare vid sitt besök när man arbetar utifrån vårdförloppet.

### Öppen vård

Frekvensen för gruppbesök skiljer sig också åt mellan TAU och VF. Gruppbesökskostnaden har beräknats utifrån att det är fem deltagare i varje grupp och att varje besök varar i två timmar. Overheadkostnader är inte inkluderade i beräkningen. Många verksamheter skiljer sig dessutom från det som är beskrivet, då variationerna mellan verksamheter i landet är stor. Nedanstående estimat ska ses som typexempel som man kan utgå ifrån när man planerar och diskuterar sin verksamhet och införandet av vårdförloppen. Medellönen för en specialistsjuksköterska har använts som estimat för kostnaden för en case manager/vård- och stödsamordnare.

Tabell 4. Estimerade medelvärden för antal besök enligt TAU

Yrkeskategori	Medelvärde antal besök månad 1—3	Medelvärde antal besök månad 4—12	Medelvärde antal besök år 2	Medelvärde antal besök år 3	Medelvärde antal besök år 4 och framåt
Läkare <sup>2</sup>	3	4	2	2	2
Case manager/sjuksköterska <sup>3</sup>	8	9	6	4	2
Gruppbesök <sup>4</sup>	0	3,6	4,8	2,4	2,4

I TAU-tabellen (Tabell 4) är gruppbesöken beräknade utifrån att 20 procent av patienterna under första och andra året får gruppbesök, medan motsvarande siffra för följande år är 10 procent. Medelvärdet för gruppbesök under TAU är relativt lågt och stabilt under alla år, till skillnad från medelvärdet då man arbetar enligt vårdförloppen (se Tabell 5).

Tabell 5. Estimerade medelvärden för antal besök vid arbete enligt vårdförloppen för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Yrkeskategori	Medelvärde antal besök månad 1—3	Medelvärde antal besök månad 4—12	Medelvärde antal besök år 2	Medelvärde antal besök år 3	Medelvärde antal besök år 4 och framåt
Läkare och case manager/sjuksköterska	8	9	10	6	4
Case manager/sjuksköterska	4	18	10	10	3
Psykolog			Neuropsykologisk utredning inklusive återgivning		

<sup>2</sup> Kostnad estimerad specialistläkare

<sup>3</sup> Kostnad estimerad specialistutbildad sjuksköterska

<sup>4</sup> Kostnad estimerad utifrån medellön specialistutbildad ssk och medellön paramedicinare (medelvärde av psykolog, kurator arbetsterapeut och fysioterapeut)

Gruppbesök <sup>5</sup>	0	18	30	30	2
-------------------------	---	----	----	----	---

I vårdförloppstabellen (Tabell 5) är gruppbesöken beräknade utifrån att alla individer får gruppbesök. Den stora skillnaden i medelvärden mellan gruppbesök under år tre och följande år beror på att den mest intensiva fasen är under de första åren efter insjuknandet. Från år fyra och framåt så blir medvärdet lägre, då många individer redan fått insatserna. De uppskattade värdena gäller därför för många år framåt. Den neuropsykologiska utredningen har inkluderats under det andra året då denna inte alltid är möjlig att genomföra tidigare.

### Sluten vård

Tabell 6. Antal vårddygner per år inom sluten vård

	Vårddygner år 1	Vårddygner år 2	Vårddygner år 3	Vårddygner år 4 och framåt
<b>TAU</b>	14	10	6	2
<b>VF</b>	14	10	6	1

Uppskattningar av slutenvårdskonsumtion för de patienter som omfattas av vårdförloppen, utgår ifrån slutenvårdskonsumtion år 2019 i Region Stockholm för personer med diagnos F20–29. Utgångspunkten är att slutenvårdskonsumtionen inte påverkas av vårdförloppen under de första tre åren. Från och med år fyra bedöms dock att det intensiva arbetet enligt vårdförloppet i öppen vård kan ge en minskning i antalet dygn i sluten vård. På grund av svårigheter att uppskatta effekterna av vårdförloppet på sluten vård, har stor försiktighet idkats och endast en liten reduktion av antalet vårddygner på längre sikt har estimerats.

### 3.3.3. Resultat

I detta avsnitt beskrivs kostnaden i form av uppskattade medelvärden per individ. Båda scenarierna, det vill säga behandling endast i öppen vård och behandling i både öppen och sluten vård enligt TAU och vårdförlopp beskrivs. Även hur införandet av vårdförloppen leder till de uppskattade kostnadsförändringar beskrivs.

<sup>5</sup> Kostnad uppskattad utifrån medellön en specialistutbildad sjuksköterska och en medellön paramed (psykolog, kurator och arbetsterapeut)

**Scenario 1: Enbart öppen vård**

Kostnaderna för de patienter som får öppen vård idag beräknas under en femårsperiod till totalt 26 525 kronor. De enskilda besöken hos läkare (specialistpsykiatri) står för 42,7 procent av de totala kostnaderna, följt av enskilda besök hos sjuksköterskor (specialistpsykiatri) som utgör 41,6 procent av de totala kostnaderna. Rollen som vård- och stödsamordnare/case manager är i analysen inkluderad i kostnaderna för specialistutbildad sjuksköterska. Om denna roll innehas av annan personalkategori så kommer frekvensen sjuksköterskeinsatser att minska. Vidare uppskattas den största andelen av kostnaderna uppstå under det första året av behandlingen. Motsvarande 11 468 kronor (43 procent) av de totala kostnaderna under fem år uppstår under det första året. Under år två minskar kostnaderna till 3 652 kronor och minskar ännu mer under de följande åren. Gruppbesöken med två icke-läkare utgör 15,6 procent av de totala kostnaderna för öppen vård.

Tabell 7. Öppenvårdskostnader i nuläget (TAU)

Vårdtyp	Personal	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Enskilt besök	Läkare (Specialist psykiatri)	5,359	1,516	1,502	1,487	1,473	11,336	42,7%
Enskilt besök	Sjuksköterska (Specialist psykiatri)	6,109	2,135	1,410	698	691	11,043	41,6%
Gruppbesök	Två icke-läkare	972	1,284	636	630	624	4,146	15,6%
<b>Totala kostnader</b>		<b>11,468</b>	<b>3,652</b>	<b>2,911</b>	<b>2,185</b>	<b>2,164</b>	<b>26,525</b>	<b>100,0%</b>
<b>Andelen kostnader</b>		<b>43%</b>	<b>14%</b>	<b>11%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>	

Vid införandet av vårdförloppen ökar kostnaderna inom öppenvården till totalt 105 402 kronor. Att inkludera neuropsykologisk utredning från grundutbildade psykologer under det andra året av den femåriga behandlingen bidrar till en kostnadsökning med 3 607 kronor. Ökningen av övriga kostnader kan förklaras av en ökad besöksfrekvens i form av teambesök varje år med läkare och sjuksköterskor samt övrig personal. Sådana kostnader bidrar med 45,5 procent respektive 30,4 procent av de totala kostnaderna i de femåriga behandlingkostnaderna.

Tabell 8. Öppenvårdskostnader i önskat läget (vårdförlopp)

Vårdtyp	Personal	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Enskilt besök	Psykolog (Grundutbildad)	-	3,607	-	-	-	3,607	3,4%
Teambesök	Läkare & sjuksköterska	21,373	11,140	6,619	4,370	4,327	47,830	45,4%
Teambesök	Två icke-läkare	14,858	6,688	6,623	1,968	1,949	32,085	30,4%
Gruppbesök	Två icke-läkare	4,862	8,026	7,948	525	520	21,880	20,8%
<b>Totala kostnader</b>		<b>41,093</b>	<b>29,461</b>	<b>21,190</b>	<b>6,862</b>	<b>6,796</b>	<b>105,402</b>	<b>100,0%</b>
<b>Andelen kostnader</b>		<b>39%</b>	<b>28%</b>	<b>20%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>	

Sammanfattningsvis uppskattas den totala kostnaden för en femårig behandling med endast öppen vård bli fyra gånger så hög som i nuläget vid införandet av vårdförloppen.

**Scenario 2: Öppen vård och sluten vård**

Baserat på antagandet att många individer behöver både öppen och sluten vård, uppskattas den totala kostnaden för insatser under en femårsperiod till 244 688 kronor i nuläget, där 89 procent är relaterat till sluten vård. Kostnaderna är till stor del koncentrerade till det första året (42 procent) och minskar under de följande åren. Då öppen och sluten vård inte kan överstiga 365 dagar under ett år, har öppen vård minskats med motsvarande dagar i sluten vård. På så sätt görs beräkningen antingen utifrån öppen vård eller sluten vård och inte båda samtidigt.

Tabell 9. Öppen- och slutenvårdskostnader i nuläget (TAU)

Vårdtyp	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Öppen vård	12,063	4,800	3,489	2,799	2,772	25,924	11%
Sluten vård	91,000	64,371	38,247	12,624	12,503	218,744	89%
<b>Totala kostnader</b>	<b>103,063</b>	<b>69,171</b>	<b>41,735</b>	<b>15,423</b>	<b>15,275</b>	<b>244,668</b>	<b>100%</b>
<b>Andelen kostnader</b>	<b>42%</b>	<b>28%</b>	<b>17%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>	

Vid införandet av vårdförloppen ökar de totala kostnaderna till 308 452 kronor, där den större andelen (67 procent) fortfarande utgörs av sluten vård, men där andelen öppenvårdskostnader har ökat från 11 procent (TAU) till 33 procent. Observera att även efter införandet av vårdförloppen så uppstår 42 procent av kostnaderna under det första året, vilket sedan minskar under de följande åren.

Tabell 10. Öppen- och slutenvårdskostnader i önskat läge (vårdförlopp)

Vårdtyp	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt (År 1-5)	Andel kostnader (%)
Öppen vård	39,686	28,654	20,841	6,312	6,777	102,271	33%
Sluten vård	91,000	64,371	38,247	6,312	6,251	206,181	67%
<b>Totala kostnader</b>	<b>130,686</b>	<b>93,025</b>	<b>59,088</b>	<b>12,624</b>	<b>13,028</b>	<b>308,452</b>	<b>100%</b>
<b>Andelen kostnader</b>	<b>42%</b>	<b>30%</b>	<b>19%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>100%</b>	

Sammanfattningsvis bedöms de totala kostnaderna för en femårig behandling med en kombination av öppen och sluten vård öka 1,26 gånger som en följd av införandet av vårdförloppen, i jämförelse med nuläget. Samtidigt bör det noteras att andelen av de totala kostnaderna som utgörs av öppen vård ökade med tre gånger vid införande av vårdförloppet (från 11 procent i tabell 6 till 33 procent i Tabell 10). Den lilla kostnadsminskningen kopplad till slutenvård beror på att det har funnits en medveten försiktighet i uppskattningen av förändringar i slutenvårdskonsumtion.

### 3.3.4. Slutsatser regioner

Kostnaderna för regionerna förväntas öka till följd av införandet av vårdförloppen. Den ökade frekvensen av besök och förändringen i arbetssätt med ökat teamarbete har ett stort inflytande på kostnaderna i öppen vård samt på den totala vårdkostnaden. Som en följd av öppenvårdskostnadsökningen ökar andelen öppenvårdskostnader från 11 procent till 33 procent av de totala behandlingskostnaderna när det gäller scenario 2. Sammanfattningsvis ökar de totala kostnaderna med fyra gånger för behandling i öppen vård (scenario 1) och 1,26 gånger vid en kombination av öppen och slutna vård (scenario 2).

Arbetsgruppen är medveten om att införandet av eventuella strukturförändringar skulle påverka denna kostnadsuppskattning och analys. Det var dock inte möjligt att uppskatta kostnaderna för dessa strukturförändringar då de varierar mycket över landet, till exempel mellan stad och glesbygd.

Den största svagheten med denna analys är att verkligheten ofta finns mitt i mellan modellerna för TAU och VF. Modellen polariserar och utgår från att TAU innebär få besök och inte inkluderar neuropsykologiska utredningar eller teamarbete. En annan svaghet är att det varit nödvändigt att förenkla modellen vad gäller olika yrkeskategoriers insatser, vilket innebär att det inte finns beräkningar för specifika insatser från arbetsterapeuter, fysioterapeuter med flera. Den ökade frekvensen insatser från främst case manager/vård- och stödsamordnare bedöms dock kunna ersättas av insatser från andra yrkeskategorier utan att kostnaderna förändras signifikant.

Det finns ett hopp om att kostnadsmodellen kan vara ett stöd i planeringen av att införa vårdförloppen. Forskning visar att ökade kostnader vid införande av evidensbaserad vård för patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ändå är kostnadseffektiv, detta gäller främst de ökade kostnaderna de första åren efter insjuknandet.

## 3.4 Kostnadsanalys kommuner

Treatment as usual (TAU) respektive arbete utifrån vårdförloppet (VF) beräknas inte inom socialtjänsten.

### 3.4.1. Metod

Baserat på yttranden från insatt personal och experter, identifierades vilka utökade respektive minskade insatser som kan ingå för individer i enlighet med de två vårdförloppen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd för individer med schizofreni.

### 3.4.2. Analys

Många av de kommunala insatser som tas upp och beräknas nedan är inte relaterade till schizofreni och schizofrenilikande tillstånd specifikt, utan till individens behov oavsett diagnos.

Vårdförloppet i sig leder sannolikt inte till en kostnadsökning då socialtjänstens bedömningar utgår från individens behov och funktionsnivå oavsett bakomliggande diagnos. Socialtjänstens insatser ges inte med automatik till individer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd men kostnaden kan komma att öka i och med att kommunerna behöver kunna erbjuda insatser som till exempel individual placement and support (IPS) och sysselsättning. Insatserna kan också behövas intensifieras, vilket medför ökade kostnader för socialtjänsten.

Kostnader för biståndsbedömning och utredning kring försörjningsstöd anses inte påverkas av vårdförloppet. Dock är ökad samverkan med hälso- och sjukvård en väntad och önskad

konsekvens, som inledningsvis kan betyda en ökad kostnad men som på sikt leder till mer träffsäkra insatser och ökad självständighet för individen och därmed minskade kostnader.

Initialt kan även kostnader för uppföljning, SIP-möten (samordnad individuell plan), och samverkan i enlighet med case management, IPS och sysselsättning öka.

Att beräkna kostnaderna innebär svårigheter då variationerna mellan kommuner är stora och påverkas av kontextuella faktorer som övriga aktörers insatser samt av geografiska och socioekonomiska faktorer. Kommunens insatser är långsiktiga och kan variera över tid beroende på personens funktionsnivå. Individer med svår funktionsnedsättning har ofta behov av flera insatser inom olika delar av kommunen och samhället.

För att möta målgruppens behov krävs tidiga och samordnade insatser som initialt kan innebära ökade kostnader men som sedan förväntas minska i takt med individens återhämtning och ökande självständighet.

Utredningstiden beror bland annat på problematikens komplexitet och på hur samverkan fungerar med andra aktörer. Individerna i denna målgrupp är ibland bostadslösa och kan komma till korttidsboende utifrån behov av en fördjupad utredning av behov av boendeform, alternativt i avvaktan på att frigöra platser på annat mer varaktigt boende.

Tidiga insatser i enlighet med arbetsrehabiliteringsmetoden IPS, alternativt den studiemotiverande insatsen Supported Education (SEd) leder till ökade möjligheter för personen att komma ut i eller återgå i arbete eller studier. Detta kan medföra att individens beroende av försörjningsstöd minskar och istället kan komma ut i lönearbete. Många gånger är dock individens arbetsförmåga beroende av stabila och långsiktiga kommunala insatser. Hög programtrohet krävs för att IPS ska ge förväntat resultat. Kostnader för kompetensutveckling för IPS samt metodstöd för implementering kommer behövas vilket medför ökade kostnader som inte redovisas nedan.

För de personer som inte är redo för arbete eller studier bör meningsfulla aktiviteter erbjudas. För de kommuner som idag inte erbjuder sysselsättning och IPS kommer vårdförloppet innebära ökade kostnader.

För föräldrastöd redovisas inga kostnader mer än att ett visst föräldrastöd kan ingå i boendestöd. Stöd till familjen och barnet åligger socialtjänsten att utreda och erbjuda oavsett vårdförloppet, men förhoppningsvis kan vårdförloppet leda till att barn uppmärksammas tidigare och får bättre insatser i samverkan mellan region och kommun. Det skulle då kunna innebära ökade kostnader för kommunernas familjestödsenheter eller liknande.

Många av socialtjänstens kostnader är avhängiga andra aktörer och i situationen rådande omständigheter. Samverkan är centralt men svårt att räkna på. Ett antagande är att samverkan kostar i form av tid och resurser men att vinsterna är stora för både individen och samhällsekonomin.

### 3.4.3. Data

För att ta fram uppskattningar på vad insatser inom socialtjänsten kostar har utgångspunkten varit aktuella medellönenivåer per månad inklusive PO-tillägg, exklusive semesterdagstillägg, i Stockholm Stad för följande yrkeskategorier:

- Socionomer/socialsekreterare
- Personal inom boendestöd
- Personal i boendeformer

Månadskostnaden divideras sedan med 165 för att få fram timkostnaden. Den beskrivande förklarande tabellen nedan redovisar ett kostnadsspann för lönekostnader samt för insatser där den lägre kostnaden för insatserna avser individer med färre behov av insatser och det mest kostsamma avser individer med stora funktionssvårigheter och där det ofta finns en samsjuklighet.

Tabell 11

Enhet	Kostnad	Kommentar
Biståndsbedömare/ socialsekreterare	35 650 kronor per månad	Medellön 2021
Boendestöd	396—471 kr per timme	Genomsnitt 8 timmar per månad
Korttidsboende	1 800—8 500 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendialternativ
Stödboende	450—2 000 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendialternativ
Bostad med särskild service	3 000—4 000 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendialternativ
HVB-hem*	2 000—7 000 kr per dygn	Beroende av stödbehov och boendialternativ
Sysselsättning enligt Socialtjänstlagen	4 600 kronor per månad	Beräknat på snittomfattning 13 timmar per månad
Sysselsättning enligt IPS	4 300 kr per månad	Beräknat på snittomfattning 13 timmar per månad
Försörjningsstöd	9 543 kr per månad	Ensamhushåll riksnorm 2021

### 3.4.4. Slutsatser kommun

Sammanfattningsvis förväntas kostnaderna för utredningar av individers behov inte påverkas. Kostnaderna för kommunernas insatser kan öka initialt i vårdförloppet då samverkan mellan region och kommun blir mer intensiv. Det kan också behövas utbildningar i exempelvis IPS.

På sikt kan fler individer komma i lönearbete vilket leder till minskade kostnader och en ökad samhällsvinst samt bättre ekonomi för individen.

### 3.5 Referenser Appendix Hälsoekonomisk kostnadsanalys

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. 2018
2. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GG, O'Brien BJ, Stoddart G. Methods for the economic evaluation of health care Programmes. Third. Oxford Univ. press. York. New York: Oxford University Press. 2015
3. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. Journal of Advanced Nursing. 2000
4. Aceituno, D., Vera, N., Prina, A., & McCrone, P. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: Systematic review. The British Journal of Psychiatry. 2019
5. Secher RG, Hjorthøj CR, Austin SF, Thorup A, Jeppesen P, Mors O, Nordentoft M. Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. Schizophrenia Bulletin. 2015
6. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L, Thorup A, Simonsen E, Nordentoft M. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). British Journal of Psychiatry. 2013