

REMISSVAR

Ange vilket vårdförlopp svaret gäller:

Remissvar för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Schizofreni-förstagångsinsjuknande

Ange avsändare som lämnar svaret:

Region: Region Stockholm (1), Region Västra Götaland (2), Region Sörmland (3), Region Uppsala (4)

Organisation: DRF (Dietisternas riksförbund), Sektion Psykiatri

Ansvarig person, titel/roll: Leg dietister: Gill Lindroos (1), Jennie Witte Hernæs (2), Lars Inge Johansson (2), Sofia Wiberg (3), Gisela van der Ster (4), Susanne Fredén (4), Ebba Lindroth (2)

Vi samtycker att våra personuppgifter, för detta ändamål, samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner.

Uppgifterna kommer att lagras till och med december 2020. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

Svarsmall

Du lämnar dina synpunkter på respektive avsnitt kommentaren avser. Det finns även möjlighet att vid behov avslutningsvis lämna övergripande synpunkter på det specifika vårdförloppet.

Kapitel 1: Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 1.1

Sida 3, tredje stycket, rad 10: lägg till **hälsofrämjande**

Sida 3, fjärde stycket, längs ner:

”Personer med schizofreni har en 12–15 år kortare livslängd jämfört med befolkningen i övrigt. Orsak till detta är hög suicidrisk, dubbelt så stor risk att dö i cancer, samt tre gånger högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdom. (2)”

- Risken för att dö i hjärt-kärlsjukdom och i cancer är större än för självmord. Skriv i omvänd ordning.

Enligt referensen: Den viktigaste orsaken är högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar men också cancer som i sin tur delvis är orsakad av att sjukdomarna inte diagnostiseras i vården. Rökning, stillasittande och ogynnsamma levnadsvillkor bidrar till ökad sjukdomsutveckling, liksom biverkningar av antipsykotiska läkemedel. Där är inte suicidrisken den största anledning till förtidig död.

Kapitel 1.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.3 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1

Kapitel 2.2

Forskning och klinisk erfarenhet visar att utvecklandet av livsstilssjukdomar som relaterade till ohälsosamt ätande är vanligt förekommande vid schizofreni. Detta kanske inte har blivit ett problem i tidigt skede, men genom att läkare eller sjuksköterska tar en nutritionsstatus initialt medför detta en möjlighet att tidigt identifiera problem, och remittera vidare till dietist. Dietisten gör en nutritionsbedömning och en individanpassad kostbehandling, som förmedlas till teamet runt patienten, vilket är av patientnytta tidigt och/eller senare i sjukdomsförloppet.

De antipsykotiska läkemedlen ger ofta upphov till en betydande viktuppgång med ökad risk för diabetes och hjärtkärlsjukdom som följd.

Allvarlig psykisk sjukdom såsom schizofreni kan bidra till kognitiva svårigheter som påverkar olika färdigheter såsom att planera matlagning, göra inköp och laga mat.

Information och åtgärder ska anpassas efter patientens förutsättningar. Patienten ska ges det stöd som krävs och samtidigt få vara delaktig i beslut.

Dietist är den yrkeskategori som kan ge kvalificerad rådgivning om matvanor och sjukdomsspecifika kostråd. Att ha en dietist nära knuten och i bästa fall direkt anställd till den psykiatriska specialistsjukvården innebär ökade möjligheter att mer kontinuerligt arbeta med patientgruppens matvanor.

Genom att patienten ofta är bekant med psykiatrimottagningen och mottagningens personal kan patienten uppleva mindre stress i samtal om matvanor där jämfört med då denne behöver söka sig till vårdcentral, vilket ofta innebär möte med nya personer och ny miljö.

Patienten bör erbjudas att till dietistbesök ha med sin kontaktperson/Case manager samt boendestöd, då de mellan besök hos dietist kan utgöra viktiga resurser i att stödja patienten till att efterfölja kostråd. Sambokade besök kan underlättas av att dietist är knuten till psykiatrin.

Vidare kan dietist knuten till psykiatrin utgöra en viktig resurs för kompetenshöjning hos övrig personal som ska stödja patienten till mer hälsosamma matvanor.

Diagnoser att uppmärksamma som kan förebyggas med insatser från bl.a. dietister:

KOL

Protein-energiundernäring

D-vitaminbrist

B12-brist

Järnbrist

Diabetes

Osteoporos

Fetma

Fetmakirurgi

Vi vill samtidigt vara tydliga med att flera yrkesgrupper som möter dessa patienter har som ansvar att vara uppmärksamma på fysiska sjukdomar som patienten kan utveckla, och att dietisten innehar en kunskap som är ett viktigt komplement till övrig behandling.

Operationsåtgärder (för dietist):

Nutritionsbehandling individuellt anpassad

Förskrivning av livsmedel för särskilda näringsändamål

Kvalificerat kostrådgivande samtal

SIP

Information till närstående

Kapitel 2.3

Åtgärdsblock E. Lägg till vid Psykiatrisk omvårdnad: Ge stöd och rutiner för hälsosamma levnadsvanor under vårdtiden, t.ex. lämpliga mattider/ måltider, möjlighet till fysisk aktivitet och lämpliga insatser vad gäller tobak.

Åtgärdsblock E. Lägg till vid Läkemedelsbehandling vid behov: Förebygg aktivt biverkningar vad gäller viktuppgång och andra metabola parametrar. T.ex. med hjälp av hälsosamma och regelbundna måltider och möjlighet till fysisk aktivitet efter personens förutsättningar.

Åtgärdsblock F. Lägg till vid Psykiatrisk omvårdnad: Stöd och rutiner för hälsosamma levnadsvanor avseende mat, måltider, fysisk aktivitet, tobak och alkohol.

Åtgärdsblock F. Lägg till vid Läkemedelsbehandling vid behov: Uppmärksamma och förebygg biverkningar (samma som vid block E).

Åtgärdsblock L. Lägg till vid Omvårdnad och omsorg: Stöd för hälsosamma levnadsvanor avseende matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol.

Åtgärdsblock L. Lägg till vid Läkemedel vid behov: Förebyggande av biverkningar i form av viktökning och påverkan på metabola parametrar.

Åtgärdsblock Q. Lägg till: Utredning och bedömning samt åtgärder för hälsosamma matvanor och individuellt anpassade åtgärder.

Syftet med tidig nutritionsbedömning i sjukdomsförloppet är att individens och närståendes egenmakt stärks i formulering och planering av kostbehandling. Detta i samarbete med patientens övriga sjukvårdspersonal och behandlare inom Region och kommun.

Sid 22 öppenvård, verksamhet med särskilt uppdrag

Som en del i psykiatrisk omvårdnad och som en del av den medicinska behandlingen, men även en förebyggande insats bör personens erbjudas professionellt stöd för hälsosamma levnadsvanor. Stödinsatserna bör utföras i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer som framgår i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Arbetet med levnadsvanor bör ingå i specialistpsykiatrins uppdrag då samverkan av en rad olika professioner och insatser ofta behöver göras. Att då dela upp olika behandlingsinsatser mellan olika vårdnivåer och utförare riskerar göra det svårare för personen att tillgodogöra sig insatserna.

Kapitel 2.4

Region Stockholms vårdstruktur och organisation skapar ojämlika förutsättningar för patienter pga de splittrande vårdvalen och dess ojämlika ersättningsystem grundat i mätmetoder (NPM) som inte tar hänsyn till komplex psykiatrisk och somatisk funktionsnedsättning.

Kapitel 2.5 [Skriv eventuella kommentarer här] (gäller endast kritisk benischemi)

Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 3.2

Med tanke på den ohälsa som ofta drabbar personer med diagnosen schizofreni bör uppföljning angående levnadsvanor och erbjudande om insatser göras. Ex. råd om fysisk aktivitet, tobak, alkohol och matvanor enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Sammanfattning:

Dietister saknas på de allra flesta psykiatriska behandlingsenheterna som finns i Sverige, både inom kommun så väl som regionen. Detta menar vi är en viktig resurs som skulle

kunna bidra till att individen får en anpassad nutritionsplan som inte enbart bygger på de generella råden som kan läsas i de olika VIP (område R, Hälsofrämjande insatser), och som idag ges av yrkesgrupper med mycket liten utbildning om kost och hälsa vid sjukdom. På så sätt kan dietisten också avlasta nämnda yrkesgrupper, och ett samarbete är gynnsamt för alla parter.

Syftet är att ur ett nutritionsperspektiv säkerställa att evidensbaserade dietistinsatser baserade på klinisk erfarenhet, och tillsammans med andra vård- och stödinsatser säkerställa möjligheten till en långsiktigt god prognos för drabbade och deras närstående.

Även erfarenhet och kunskap om fungerande samarbete mellan dietist och första linjens psykiatri i Primärvården, Öppen- och slutenvårdspsykiatri, beroendemottagningar och patientens vårdcentral (PV) behöver utvecklas pga. avsaknad av dietistresurser inom öppenvårds- och slutenvårdspsykiatrin.

I Region Stockholms splittrade vårdvalsmodell styr pengarna, dvs. operationsåtgärdskoderna baserade på diagnoser enligt DGR. Att styra dessa ersättningsmodeller mot samordning (t.ex. högre ersättning för SIP med patientens behov och önskemål, till den VG som initierar det) och uppföljning i syfte att stärka en av de svagaste och mest drabbade patientgrupperna är en större utmaning i Region Stockholm än i andra regioner.

Kommentar Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni- förstagångsinsjuknande;

Under rubriken *kompetensförsörjning* framgår att det behövs ökad kompetens för att kunna arbeta enligt vårdförloppet. I vårdförloppet för **Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni- förstagångsinsjuknande** är fokus på det akuta omhändertagandet självklart. Samtidigt är det väl känt att personer med schizofreni är en utsatt grupp avseende risk för t.ex. övervikt/ fetma, hjärt- kärlsjukdom och cancer. Sjukdomar och tillstånd som i olika utsträckning kan kopplas till ohälsosamma levnadsvanor vad gäller matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol. Det är väl känt att personer som drabbas av allvarlig psykisk sjukdom har större risk olika former av social utsatthet. Social utsatthet och ohälsosamma levnadsvanor har en tydlig koppling. Genom att förtydliggöra de sjukdomsförebyggande insatserna vad gäller ohälsosamma levnadsvanor kan arbete enligt **Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni- förstagångsinsjuknande** bidra till mindre ojämlik hälsa och förbättrad hälsa för personen.

Vad gäller kompetensförsörjning finns i dagsläget endast ett fåtal dietister i Sverige som arbetar inom psykiatri och psykosvård. Kunskapen om hälsosamma matvanor och andra nutritionsrelaterade frågor är mycket varierande psykiatrivården idag. Här behövs en verklig kompetensförhöjning med fler dietister som arbetar inom psykiatrin/ psykosvård och där dietister kan tillsammans med annan vårdpersonal samverka för mer hälsosamma matvanor och vid behov andra nutritionsrelaterade insatser. Förekomsten av t.ex. undernäring och

olika bristtillstånd som kan relateras till matvanor är okänd inom psykosvården, men det är väl känt att dessa problem förekommer.

I dagsläget hänvisas många patienter som är i behov av dietistkontakt till primärvårdens dietister. Vittnesmål från såväl dietister inom primärvård som patienter med schizofreni gör gällande att det finns en rad svårigheter i denna lösning. Dietister behövs inom psykosvården!