

Regional medicinsk riktlinje

Schizofreni och liknande tillstånd

- tillämpning av nationellt vårdförlopp schizofreni

Innehållsförteckning

Syfte.....	2
Huvudbudskap.....	2
Bakgrund.....	2
Vårdnivå och samverkan	2
Remissrutiner	3
Remissinnehåll	4
Utredning.....	4
Behandling.....	6
Läkemedel.....	9
Uppföljning.....	10
Utarbetad av.....	11
Innehållsansvarig.....	11
Bilaga 1. Indikatorer för kvalitetsuppföljning	12

Syfte

Underlätta tillämpning av det nationella vårdförloppet för schizofreni i regionen och öka förutsättningarna för ett kunskapsbaserat och jämlikt omhändertagande av målgruppen.

Huvudbudskap

Tidig sjukdomsupptäckt och snabbt omhändertagande av individer med nydebuterade psykotiska symtom är av stor betydelse för framtida prognos. Schizofreni och liknande tillstånd kräver en omfattande vård- och stödplanering med en kombination av läkemedelsbehandling och psykosociala insatser. Ett samarbete med närstående är centralt både som en del av utredningen och vid utformning av behandling och insatser.

Bakgrund

Denna regionala medicinsk riktlinje (RMR) ersätter tidigare ”RMR Schizofreni förstagångsinsjuknande - tillämpning av personcentrerat vårdförlopp” samt ”RMR Psykos - Utredning och behandling”. Riktlinjen omfattar även barn och unga och är en tillämpning av det nationella kunskapsstödet [Vårdförlopp Schizofreni](#), där vården för individer med schizofreni och liknande tillstånd beskrivs. Till vårdförloppet hör också ett [nationellt vård- och insatsprogram \(VIP\)](#).

Vårdnivå och samverkan

Ett snabbt omhändertagande vid förstagångsinsjuknande i psykotiska tillstånd är av stor vikt. Primärvård, elevhälsa och ungdomsmottagningar har en betydelsefull roll när det gäller tidig upptäckt. Det är viktigt att ha psykotiska syndrom i åtanke när man möter unga individer med bestående förändring i beteende och/eller funktion.

Primärvård ansvarar för

- Tidig upptäckt av psykotiska tillstånd och snabb kontaktetablering med specialistpsykiatri vid misstanke om sådant tillstånd (se under rubriken Remissrutiner).
- Utredning och vid behov fortsatt uppföljning och behandling av somatiska tillstånd.
- Provtagning efter remiss från specialistpsykiatrin när behov finns.

Specialistpsykiatri ansvarar för

- Hög tillgänglighet till psykiatrisk bedömning. Individer med misstänkt psykotiskt tillstånd bör bedömas skyndsamt. En kontakt bör etableras inom tre arbetsdagar efter kännedom om en patient med misstänkt psykos, till exempel via telefon. Ett besök bör erbjudas inom tio arbetsdagar. Om patienten har intensiva eller allvarliga symtom bör ett besök erbjudas mer skyndsamt.
- Utredning, behandling och uppföljning av psykotiska tillstånd.
- Att etablera samverkan med andra huvudmän och myndigheter.
- Uppföljning av sjukdomstillståndet och av insatserna årligen och efter behov. Detta inkluderar somatisk hälsokontroll och läkemedelsgenomgång.

Remissrutiner

Vid misstanke om psykotiskt tillstånd sker övergång till specialistpsykiatrin. Vid hög misstanke och då patienten inte är villig till fortsatt utredning och uppföljning bör specialistpsykiatrin kontaktas för konsultation. För patienter under 18 år ska vårdnadshavare kontaktas och krav på orosanmälan till socialtjänsten beaktas. Vid svåra symtom, eller om det bedöms föreligga en förhöjd suicidrisk eller våldsrisk, bör patienten bedömas av specialistpsykiatrin omgående, till exempel genom bedömning på en akutmottagning. [Vårdintygsbedömning](#) genomförs vid behov av primärvården (gäller patienter som inte har kontakt med psykiatrisk öppenvård och jourtid för alla patienter).

Kontakt med specialistpsykiatrin sker med hjälp av remiss. I brådskande fall kan en personlig kontakt tas parallellt med remissförfarandet, till exempel genom en telefonkontakt med den psykiatriska mottagningen.

Remisser bör bedömas av läkare eller av ett team där läkare ingår (se [RMR Basutredning inom vuxenpsykiatrin](#)) och inkomna remisser bör bedömas inom tre arbetsdagar (se [RMR Remiss inom hälso- och sjukvård](#)).

Remissinnehåll

Remiss till specialiserad vård bör innehålla uppgifter om:

- Förekomst av symtom och tecken talande för psykos samt beskrivning av sjukdomsförloppet
- Social situation
- Alkohol- och substansbruk
- Andra psykiatriska och somatiska tillstånd
- Andra pågående vård- och stödinsatser
- Förekomst av tecken till att individen kan vara en fara för sig själv eller andra
- Kontaktuppgifter till patienten och till närstående och/eller socialtjänst om medgivande finns, samt till vårdnadshavare vad gäller patienter under 18 år

Utredning

En systematisk och bred utredning bör genomföras vid misstanke om schizofreniliknande tillstånd. Det bör finnas en tydligt definierad verksamhet, i form av ett team eller utsedd personal med särskild kompetens, som har i uppdrag att utreda och ge insatser till individer som är förstagångsinsjuknade i psykos.

Utredning och behandling sker parallellt. Resultat av utredningen återförs till patienten och om möjligt till närstående.

Vid utredning och behandling av patienter under 18 år ska vårdnadshavare involveras.

Initial utredning, förstagångsinsjuknade i psykos

Utredningen syftar till att bedöma om misstanke om psykotiskt tillstånd kan bekräftas eller uteslutas, att ta ställning till om det finns behov av

insatser samt att bedöma om man bör gå vidare med en fördjupad diagnostisk bedömning. Utredningen innefattar momenten i tabell 1.

Tabell 1. Initial utredning vid förstagångsinsjuknande i psykos.

Utredningsmoment	Mer information
Se även RMR Basutredning inom vuxenpsykiatri	VIP: Initial utredning schizofreniliknande tillstånd
Diagnostisk intervju med patient och närstående	Intervjustöd i RMR Basutredning inom vuxenpsykiatri kan användas som stöd.
Somatisk och neurologisk undersökning	VIP: Initial utredning - Somatisk undersökning
Blodprover	VIP: Initial utredning - Somatisk undersökning
Drogscreening inklusive provtagning	VIP: Initial utredning - Skadligt bruk och beroende
Suicidriskbedömning	VIP: Suicidriskbedömning RMR Suicidalitet hos vuxna
Våldsriskbedömning	VIP: Våldsriskbedömning

Fördjupad utredning, förstagångsinsjuknande i psykos

Utredningen syftar till att fastställa vilket eller vilka tillstånd det rör sig om, kartlägga funktionsnivå samt planera stöd och behandling. Utredningen innefattar momenten i tabell 2.

Tabell 2. Fördjupad utredning vid förstagångsinsjuknande i psykos.

Utredningsmoment	Mer information och målgrupp
	VIP: Fördjupad diagnostisk utredning, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
Utvecklingsanamnes (via närstående/vårdnadshavare)	Målgrupp: Alla.
Bedömning av psykiatrisk och somatisk samsjuklighet	Målgrupp: Alla.
Psykosocial utredning (enklare kartläggning eller vid behov fördjupad utredning)	Målgrupp: Alla. VIP: Psykosocial utredning
Hjärnabbildning (magnetresonanstomografi i första hand, annars datortomografi med kontrast)	Målgrupp: Alla.
Värdering av kognitiv funktion	Målgrupp: Alla.
Bedömning av individens funktion	Målgrupp: Alla.
Bedömning av levnadsvanor	Målgrupp: Alla. VIP: Fysisk hälsokontroll
Fördjupad neuropsykologisk utredning/testning	Målgrupp: Vid misstanke om kognitiv nedsättning. VIP: Neuropsykologisk testning
Fördjupad bedömning av funktion i vardag, skola och arbetsliv	Målgrupp: Vid behov av fördjupad funktionsutredning. VIP: Funktionsutredning
Utredning av fysisk funktion	Målgrupp: Vid misstanke om behov av insatser relaterat till fysisk funktion, till exempel vid somatisk samsjuklighet eller vid omfattande funktionsnedsättning.

	VIP: Utredning fysisk och psykomotorisk funktion
Fördjupad neurologisk eller somatisk utredning (till exempel neurologkonsult, lumbalpunktion, EEG)	Målgrupp: Vid atypisk klinisk bild som inger misstanke om neurologisk eller somatisk sjukdom med psykotiska symtom.

Klassifikation

Klassifikation görs enligt ICD-10. F20-F29 utgör diagnoserna för riktlinjen: schizofreni, schizotyp störning, schizoaffektivt syndrom, vanföreställningssyndrom, akuta och övergående psykotiska syndrom och ospecificerad icke-organisk psykos. Under utredningen kan diagnos F29.9 Ospecificerad icke-organisk psykos användas.

Behandling

Målsättningen är att patienten får en egenupplevd god hälsa och livskvalitet och kan vara delaktig i samhället. Behandlingen är multiprofessionell och utgörs av en kombination av läkemedelsbehandling och psykosociala insatser. Patientens mål och resurser styr behandlingen och patienten är delaktig i beslut och prioriteringar ([VIP: Delat beslutsfattande](#)). Närstående involveras om möjligt.

Om patienten är under 18 år ska vårdnadshavare vara delaktiga. Patient och närstående bör informeras om möjligheten att ta kontakt med patient-/närståendeföreningar.

Insatser

I tabell 3 beskrivs centrala insatser enligt [Vårdförlopp Schizofreni](#), samt målgrupp för insatsen. Tabellen är inte heltäckande utan för beskrivning av samtliga insatser hänvisas till vård- och insatsprogrammet. Individuell bedömning av behovet och möjligheten att tillgodogöra sig insatsen görs alltid.

Tabell 3. Insatser vid schizofreniliknande tillstånd.

Insats	Mer information och målgrupp
Case management/vård- och stödsamordning Case manager/vård- och stödsamordnare hjälper individen att få tillgång till integrerade behandlings- och stödinsatser.	VIP: Case management/Vård-och stödsamordning Målgrupp: Alla.

<p>Läkemedelsbehandling Se även under rubriken Läkemedel nedan.</p>	<p>VIP: Antipsykotisk läkemedelsbehandling VIP: Uppföljning av antipsykotisk läkemedelsbehandling Målgrupp: Alla.</p>
<p>Krisplan (handlingsplan vid försämring) Upprättas skriftligt tillsammans med individ och om möjligt patientens nätverk. Risksituationer, individuella tecken på försämring samt åtgärder vid psykiatrisk försämring beskrivs.</p>	<p>VIP: Krisplan Målgrupp: Alla.</p>
<p>Åtgärder vid förhöjd suicidrisk (säkerhetsplan) Vid misstanke om förhöjd suicidrisk bör en suicidriskbedömning göras och en säkerhetsplan upprättas tillsammans med patienten och om möjligt patientens nätverk. För patienter under 18 år ska vårdnadshavare involveras.</p>	<p>RMR Suicidalitet hos vuxna RMR Suicidalitet hos barn och ungdom Målgrupp: Vid förhöjd eller hög suicidrisk.</p>
<p>Vårdplan Upprättas tillsammans med individ och närstående. Överenskommelser om insatser, uppföljning och ansvarsfördelning tydliggörs.</p>	<p>VIP: Vårdplan Målgrupp: Alla.</p>
<p>Psykopedagogisk utbildning Utbildning av individ och närstående enskilt eller i grupp kring sjukdomen, tillgängliga insatser samt strategier för att hantera sjukdomen.</p>	<p>VIP: Psykopedagogisk utbildning VIP: Psykosguiden Målgrupp: Alla.</p>
<p>Stöd till arbete och studier Individanpassat stöd till arbete eller studier enligt metoden Individual Placement and Support (IPS).</p>	<p>VIP: Stöd till arbete enligt IPS Målgrupp: Alla som önskar arbeta eller studera och är i behov av stöd för att åstadkomma detta.</p>
<p>Åtgärder för somatisk hälsa Kartläggning av levnadsvanor och kroppslig hälsa genom hälsosamtal och fysisk hälsokontroll. Insatser för att förbättra somatiska hälsan efter behov. Involvera primärvård, somatisk specialistvård och tandvård vid behov.</p>	<p>RMR Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll VIP: Fysisk hälsokontroll VIP: Främja hälsosamma levnadsvanor Målgrupp: Alla.</p>
<p>Krisintervention Tillfälligt intensifierade insatser som erbjuds vid förstagångsinsjuknande eller vid allvarlig försämring. Syftet är att kartlägga situationen, ge stöd, göra en krisplan och ge insatser utifrån behov. Bör erbjudas till individ och närstående.</p>	<p>VIP: Krisintervention Målgrupp: Vid förstagångsinsjuknande och vid allvarlig försämring.</p>
<p>Aktualisering av insatser från socialtjänsten Behov av insatser kartläggs, till exempel boendestöd, bostad med särskild service, daglig aktivitet utanför hemmet, orosanmälan till socialtjänsten.</p>	<p>VIP: Boendestöd VIP: Daglig aktivitet utanför hemmet VIP: Orosanmälan barn/unga Målgrupp: Vid behov av insatser från socialtjänsten.</p>
<p>Insatser för närstående/familj Familjeinterventioner för att minska stress och förebygga återfall. Samarbete med, samt utbildning och stöd till närstående.</p>	<p>RMR Barn som anhöriga VIP: Barn som närstående VIP: Familjeintervention Målgrupp: Patient och närstående.</p>

Insats	Mer information och målgrupp
<p>Samordnad individuell plan (SIP) Upprättas när en individ är i behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och/eller skola och där insatserna behöver samordnas.</p>	<p>VIP: SIP, samordnad individuell plan Målgrupp: Vid behov av samordnade insatser.</p>
<p>Stöd till daglig aktivitet utanför hemmet Målen är att öka livskvalitet och öka struktur i vardagen.</p>	<p>VIP: Daglig aktivitet utanför hemmet Målgrupp: Individer som inte kan arbeta eller studera och är i behov av stöd för att hitta en sysselsättning.</p>
<p>Psykopedagogiska behandlingsprogram Strukturerade manualbaserade program där individen får kunskap och tränar färdigheter. Kan till exempel innehålla social färdighetsträning eller åtgärder mot självstigmatisering. Exempel är Illness Management and Recovery (IMR), Ett självständigt liv (ESL), Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) och återfallsprevention (ÅP).</p>	<p>VIP: Psykopedagogiska behandlingsprogram Målgrupp: Individer som bedöms ha nytta av sådana behandlingsprogram.</p>
<p>Kognitiv rehabilitering Kognitiv träning enligt programmet IPT-k (integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning) eller digitala träningsprogram.</p>	<p>VIP: Kognitiv rehabilitering Målgrupp: Vid kognitiva nedsättningar.</p>
<p>Kognitiv beteendeterapi mot kvarstående symtom Syftet är att stärka individens förmåga att hantera kvarstående positiva psykosymtom (till exempel vanföreställningar eller hallucinationer) samt affektiva symtom (till exempel ångest och nedstämdhet). Ett exempel på en sådan terapiform är The Feeling Safe Program.</p>	<p>VIP: Kognitiv beteendeterapi vid kvarstående symtom Målgrupp: Vid kvarvarande symtom.</p>
<p>Stöd i att skapa struktur i vardagen Stöd och miljöanpassningar för att kompensera för kognitiva svårigheter för att få vardagslivet att fungera.</p>	<p>VIP: Kognitivt stöd VIP: Personligt ombud VIP: Boendestöd Målgrupp: Vid behov av stöd för att skapa struktur i vardagen.</p>
<p>Integrerad behandling vid beroendetillstånd Insatser för psykisk sjukdom och skadligt bruk/beroende ges i samma team eller i samarbete med beroendevård eller socialtjänst. För patienter under 18 år ska vårdnadshavare och socialtjänst involveras.</p>	<p>VIP: Integrerade insatser vid skadligt bruk eller beroende Målgrupp: Vid skadligt bruk och/eller beroende av alkohol/droger.</p>
<p>Tvångsvård Rutiner kring information och stöd till individen bör finnas. Målsättningen är att individen ska ta emot vård frivilligt. Om tvångsåtgärder är oundvikliga bör de genomföras med största möjliga hänsyn till individens integritet. Ett uppföljningssamtal ska erbjudas efter genomgångna tvångsåtgärder.</p>	<p>VIP: Tvångsvård - Slutet VIP: Tvångsvård - Öppen VIP: Tvångsåtgärder – begränsande VIP: Tvångsåtgärder – fysiska ingripanden i akuta situationer</p>

	<p>VIP: Uppföljningssamtal efter tvångsätgärd Målgrupp: Individer som vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård.</p>
--	---

Läkemedel

- Välj läkemedel och administrationssätt i samråd med individ och eventuellt närstående.
- Eftersträva som regel monoterapi och lägsta effektiva dos.
- Ta särskilda hänsyn vid förstagångsinsjuknande, hög ålder, metabola riskfaktorer, samtidig behandling med andra läkemedel samt vid kognitiv nedsättning (se Särskilda rekommendationer i [VIP: Antipsykotisk läkemedelsbehandling](#)).
- Kontrollera vikt, BMI, midjeomfång, blodtryck, EKG, fasteblodsocker, blodfetter, leverstatus, kreatinin och prolaktin inför insättning.
- Ge information om vilka symtom som läkemedlet sätts in för, förväntade effekter och biverkningar samt om hur läkemedlet bör tas och följas upp.
- Vid uteblivet behandlingssvar, ta ställning till dosökning eller preparatbyte och undersök följsamhet till behandlingen.

Substansval och dosering

- Vid val av läkemedel, ta hänsyn till individens önskemål och tidigare erfarenhet av antipsykotiska läkemedel, läkemedlets biverkningsprofil samt metabola riskfaktorer.
- Individer som insjuknar första gången i psykos svarar ofta på lägre läkemedelsdoser jämfört med individer med långvarig psykosjukdom.
- Vid underhållsbehandling, välj läkemedel med en mer fördelaktig metabol biverkningsprofil och som är mindre sederande för att underlätta återhämtande insatser.
- Rekommenderade substansval beskrivs i [Rek-listan VGR](#).

Andra antipsykotiska läkemedel än substanser rekommenderade i rek-listan kan väljas mot bakgrund av biverkningsprofil, uteblivet behandlingssvar eller efter patientens önskemål.

- Depåinjektion bör erbjudas vid upprepade återinsjuknanden, vid bristande följsamhet samt vid samtidigt skadligt bruk eller beroende av alkohol/droger. Depåinjektion bör också övervägas redan vid förstagångsinsjuknande i psykos, speciellt i situationer där det bedöms finnas risk för bristande följsamhet till behandlingen.
- Klozapin bör alltid övervägas vid otillräckligt behandlingssvar efter behandlingsförsök med två olika antipsykotiska läkemedel i adekvata doser och med god följsamhet. Preparatet bör också erbjudas vid psykossjukdom med suicidalitet.
- Metformin bör övervägas som tillägg vid insättning av olanzapin eller klozapin för att förebygga metabola biverkningar.
- Vid akuta behandlingskrävande psykotiska symtom i heldygnsvården och när per oral behandling ej kan ges rekommenderas injektionsbehandling med kortverkande antipsykotiska läkemedel (till exempel haloperidol, olanzapin, aripiprazol) i kombination med lugnande läkemedel (till exempel prometazin, lorazepam).

Uppföljning

Uppföljning av psykiskt och somatiskt hälsotillstånd, livssituation samt aktuella behandlings- och stödinsatser görs årligen samt efter behov (se [VIP: Årsuppföljning](#)).

Uppföljning av antipsykotisk läkemedelsbehandling:

- Utvärdering av effekter och biverkningar bör ske regelbundet och är särskilt viktigt vid insättning och vid justering av dos.
- Uppföljning av biverkningar bör även ske genom regelbundna somatiska undersökningar, se tabell 4. Vid avvikelser, såsom viktuppgång, är det nödvändigt med tätare kontroller.

- För patienter under 18 år är det motiverat med tätare kontroller; samtliga kontroller ovan utom EKG månad 0, 1, 3, 6 och därefter var sjätte månad.
- Mätning av läkemedelskoncentration i blod är av värde vid otillräcklig effekt, vid biverkningar samt kan användas för utgångsvärde i en stabil fas.
- Vid viktuppgång bör åtgärder snabbt vidtas såsom livsstilsinterventioner, dosjustering, preparatbyte och/eller tillägg av metformin.

Tabell 4. Förslag på uppföljning efter insatt behandling.

Kontroll	0 månad	2 veckor	1 månad	3 månader	Årligen
Vikt	X	X	X	X	X
Midjemått	X	X	X	X	X
Puls, blodtryck	X	X	X	X	X
EKG	X				X
Blodprover ¹	X			X	X

¹Fastglukos och/eller HbA1c, lipider, prolaktin. Innan insättning och vid årskontroll även leverstatus och kreatinin.

Indikatorer som följs upp med hjälp av KVÅ-koder listas i bilaga 1 och dessa KVÅ-koder bör användas i verksamheternas öppenvård.

Utarbetad av

Regionalt Processteam Schizofreni.

Innehållsansvarig

Samordningsråd vuxenpsykiatri.

Bilaga 1. Indikatorer för kvalitetsuppföljning

Nedan beskrivs KVÅ-koder för regional kvalitetsuppföljning (se [Socialstyrelsens baslista för KVA°-kodning i öppenvård](#)).

KVÅ-kod	Beskrivning
XV015	Läkemedel Läkemedelsgenomgång, enkel
XV116	Läkemedelsgenomgång, fördjupad
AU123	Upprättande av krisplan
AU124	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)
DU023	Psykopedagogiska insatser Psykopedagogisk behandling
GB009	Information och undervisning riktad till patient
GB010	Information och undervisning riktad till närstående
DV030	Hälsosamtal
QR010	Individanpassat systematiskt psykosocialt stöd till arbete och studier
DU011	Kognitiv beteendeterapi

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anniella Isgren, (annis14), Specialistläkare

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-923

Version: 1.0

Giltig från: 2026-01-16

Giltig till: 2027-12-14