

Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni

Indikatorer och underlag för bedömningar

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-6-7

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2013

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en öppen jämförelse och nationell utvärdering av den svenska psykiatriska vården. Utgångspunkten har framför allt varit indikatorerna från *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom 2010* och *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011*. Riktlinjerna har främst ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och därför fokuserar i huvudsak rapporten på landstingens insatser för personer med dessa psykiatriska tillstånd.

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter, dels *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning* som är en sammanfattning av denna rapport, samt innehåller Socialstyrelsens rekommendationer och bedömningar, dels denna rapport som innehåller en beskrivning av metod och resultat för samtliga undersökta indikatorer.

Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare på olika nivåer inom både kommuner och landsting: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Den kan även vara till nytta för patientföreningar, berörda yrkesgrupper inom vård och socialtjänst och medier.

Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens hälsodataregister och register över socialtjänstinsatser, enkätundersökningar och Statistiska centralbyrån.

Projektledare för utvärderingen har varit Tord Forsner. Övriga personer som har bidragit till rapporten är Birgitta Lindelius, Tsega Muzollo, Nina Frohm, Erik Onelöv, Mårten Gerle och, Emma Björkenstam. Externt sakkunniga har varit Lars von Knorring, Gerhard Andersson, Kjell Lindström, Lennart Lundin och Leena Kuusipalo.

Ansvarig enhetschef har varit Marie Lawrence.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	9
<i>Inledning</i>	14
Beskrivning av uppdraget	14
Syfte och avgränsningar	15
Utvärderingen presenteras i två rapporter	16
<i>Metod</i>	18
Utvärderingen är en del av hälso- och sjukvårdens och kommunernas kvalitetsarbete	18
Strukturer	18
Psykiatrivårdens processer och resultat	19
Källor för utvärderingen	21
Övriga metodaspekter	23
<i>Vad är psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning?</i>	25
Depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom	25
Schizofreni	27
Vad är psykisk funktionsnedsättning?	29
<i>Självrapporterad psykisk ohälsa och upplevd kvalitet</i>	30
Vad är psykisk ohälsa?	30
Resultat av Folkhälsoenkät	30
Patientupplevd kvalitet – resultat från den nationella patientenkäten	34
<i>Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom</i>	39
<i>Depression och ångestsyndrom – vårdens processer och resultat</i>	42
Själv mord och dödsfall med oklart uppsåt (D1)	43
Dödlighet bland personer som behandlats för depression och ångest (D2)	47
Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom (D3)	51
Dödlighet bland personer som behandlats för ångestsyndrom (D4)	55
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer behandlade för depression (D5)	58
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som behandlats för bipolär sjukdom (D6)	60
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som behandlats för ångestsyndrom (D7)	62

Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid depression (D8)	63
Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för depression (D9)	66
Återinskrivning inom tre respektive sex månader efter vård för depression (D10)	69
Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för bipolär diagnos (D11)	71
Återinskrivning inom tre respektive sex månader efter vård för bipolär sjukdom (D12)	74
Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning för bipolär sjukdom (D13)	77
Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling (D14)	79
Förskrivning av antidepressiva läkemedel i primärvården (D15)	82
Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom (D16)	84
Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom (D17)	88
Läkemedelsbehandling med litium respektive antipsykotika för patienter med manisk episod vid bipolär sjukdom (D18)	92
<i>Vård och levnadsförhållanden för personer med schizofreni</i>	96
Resultat	97
Slutsatser	100
<i>Läkemedelsbehandling vid schizofreni</i>	102
Registerstudie	102
<i>Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd</i>	106
Underlag för beslut om resurser inom vård och omsorg	106
Riktlinjespecifika rekommendationer	107
Nationella indikatorer för uppföljning av personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	109
<i>Psykosociala åtgärder för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd</i>	111
Tillgång till familjeinterventioner (P1)	112
Tillgång till stöd i föräldraskapet (P2)	114
Tillgång till social färdighetsträning (P3)	116
Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen (P4)	118
Tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser (P5)	121
Hjälp till bostad vid hemlöshet (bostad först-modellen) (P6)	123
Tillgång till samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen (P7)	124
Gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning (P8)	126

Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting (P9)	128
Sammanfattning	130
<i>Psykiatrins processer och resultat för personer med schizofreni</i>	132
Dödlighet bland vårdade för schizofreni (S1)	132
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom den specialiserade psykiatri för schizofreni (S2)	135
Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni (S3)	136
Återinskrivningar efter sluten psykiatrisk vård för schizofreni inom tre respektive sex månader (S4)	139
Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid schizofreni (S5)	142
Följsamhet till antipsykotiska läkemedel efter psykiatrisk slutenvård för personer med schizofreni (S6)	145
<i>Personer med psykisk ohälsa – vårdens processer och resultat</i>	147
Själv mord och psykisk sjukdom (Ö1)	147
Sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada (Ö2)	150
Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård (Ö3)	154
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet (Ö4)	157
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Ö5)	159
Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid diabetes (Ö6)	162
Dödlighet efter hjärtinfarkt (Ö7)	169
Dödlighet efter förstagångsstroke (Ö8)	176
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen (Ö9)	183
<i>Primärvårdens och psykiatrins organisation och struktur</i>	187
Primärvård	187
Organisationen av psykiatrisk vård	199
<i>Tillgång till personal inom psykiatriområdet</i>	204
Heltäckande uppgifter om personal inom vård och omsorg saknas	204
Personalutveckling inom hälso- och sjukvård	205
Kartläggning av tillgången till personal inom allmänpsykiatri	209
Väntetider i den specialiserade psykiatriska vården	210
<i>Tillgången till psykologisk och psykoterapeutisk behandling inom psykiatri</i>	212
Tillgång till psykoterapeutisk kompetens inom hälso- och sjukvården	212
<i>Hälsoinriktad hälso- och sjukvård</i>	219
Ohälsosamma levnadsvanor	219
Metoder för att förändra sina levnadsvanor	220
Patienter som diskuterat levnadsvanor med personal	221

<i>Tillgång till vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa</i>	222
Sjukvård och vårdkonsumtion	223
Kommunala insatser	226
Sammanfattning	230
<i>Ekonomiska förhållanden för personer med psykisk ohälsa</i>	231
Etablering på arbetsmarknaden	231
Ekonomiskt bistånd	232
Inkomst bland unga med psykisk sjukdom	233
Kostnader för psykisk ohälsa	236
Sammanfattning	238
<i>Kostnader för psykiatrisk vård</i>	239
Vårdproduktionen ökar	242
Stor spridning i kostnad per invånare	243
Produktiviteten varierar men är svårtolkad	244
KPP-databasen ökar möjligheterna att följa produktivitet och effektivitet	246
Kostnaderna för läkemedel minskar	248
Undvikbara kostnader	251
<i>Införandet av de nationella riktlinjerna inom psykiatriområdet</i>	254
Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	254
Nationella riktlinjer för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	259
Införandet av nationella riktlinjer inom primärvården	265
Införandet av nationella riktlinjer inom allmänpsykiatri	269
Införandet av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	273
<i>Kvalitetsregister inom psykiatri och ECT-behandling</i>	277
Nationella kvalitetsregister	277
ECT-behandling	279
<i>Bilaga 1. Projektorganisation</i>	284
<i>Referenser</i>	286

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utvärderat psykiatrisk vård, primärvård och socialtjänstens insatser utifrån indikatorerna i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* som publicerades 2010 och *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* som publicerades 2011. Utvärderingens huvudsakliga syfte har varit att belysa kvaliteten och effektiviteten i vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen har under de senaste åren visat att det finns obefogade skillnader mellan grupper i befolkningen när det gäller tillgången till olika insatser och åtgärder som rör hälsa och levnadsvillkor. I uppföljningen av psykiatriområdet har Socialstyrelsen därutöver visat att personer med psykisk sjukdom riskerar bristfällig behandling om de har samtidiga kroppsliga sjukdomar, och riskerar därmed att få en sämre hälsa och att dö i förtid. Detta bekräftas också i den aktuella utvärderingen att personer med psykisk ohälsa riskerar att få sämre hälsa, ökad dödlighet och sämre levnadsförhållanden jämfört med befolkningen i övrigt. Den visar också stora skillnader i resultat mellan landstingen och kommunerna för flera av indikatorerna. Socialstyrelsen konstaterar att patienterna och brukarna inte får tillgång till kunskapsbaserad vård och omsorg i den omfattning som behövs. Dessutom finns oroväckande skillnader i hälsa, dödlighet och levnadsförhållanden som inte har minskat.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa räknas i dag som ett av de stora folkhälsoproblemen. I den nationella folkhälsoenkäten för 2012 uppgav 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen att de upplevde ett nedsatt psykiskt välbefinnande. I synnerhet yngre kvinnor, i åldern 16–29 år, rapporterade en hög grad av psykisk ohälsa: 28 procent jämfört med 16 procent för männen i samma åldersgrupp.

Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i psykiatrisk öppenvårds- och slutenvårdsstatistik och i dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. En eventuell ökning av personer som behandlas i primärvården för psykisk ohälsa är svår att följa på grund av bristfällig tillgång till statistik inom området.

Antalet patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård har ökat under de senaste åren, trots minskat antal vårdplatser. De tillstånd som oftast leder till vård inom psykiatrisk slutenvård är depression och ångest, medan psykosjukdomarna ligger relativt konstant över tid. Ökningen av antalet vårdtillfällen kan ses för åldersgruppen 18–44 år, både för kvinnor och för män.

Skillnader i hälsa och dödlighet

Utvärderingen visar en ökad dödlighet i kroppsliga (somatiska) sjukdomar för personer med psykisk ohälsa. Exempelvis är dödligheten hos män som har schizofreni åtta gånger högre än hos befolkningen som helhet. Även hos patienter med depressions sjukdom förkortas livslängden med drygt 20 år för kvinnor och 17 år för männen.

Skillnader i hälsa och dödlighet syns bland annat på så sätt att personer med en psykiatrisk diagnos har en högre andel undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen jämfört med personer utan en sådan diagnos, och en högre dödlighet i sjukdomar som definieras som hälsopolitiskt och sjukvårdspolitiskt åtgärdbara. Dödligheten inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt eller stroke är högre bland personer med en samtidig psykiatrisk diagnos än bland dem utan. Under de senaste åren har överlevnaden ökat i den totala befolkningen, men den förbättringen kan inte ses hos personer med en psykiatrisk diagnos.

Skillnader i levnadsförhållanden

Personer med en psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning riskerar inte bara sämre hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. De riskerar även att få sämre levnadsförhållanden i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning. Personer med psykisk ohälsa lever under mer utsatta ekonomiska förhållanden än befolkningen i stort.

Tillgången till insatser enligt socialtjänstlagen, (SoL), varierar för personer med olika psykiatriska diagnoser. Andelen som får stöd är störst bland personer med schizofreni, där 13 procent av männen och drygt 14 procent av kvinnorna får någon insats i sitt eget hem. Andel personer som får stöd i sitt eget boende är dock lägre än målgruppens förväntade behov.

Vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten lever under andra livsbetingelser än befolkningen i övrigt. Det gäller särskilt för unga vuxna med insatser enligt SoL, i åldern 20–30 år. I denna grupp finns många personer med psykisk funktionsnedsättning.

Skillnader i bemötande, delaktighet och stöd

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anges att vården ska vara lätt tillgänglig och samordnad samt bygga på respekt för patienten självbestämmande och integritet. I HSL anges vidare att patienten ska få individuellt anpassad information, bland annat om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Mötet mellan vårdgivare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Enligt resultatet av de nationella patientenkäterna ger patienterna goda omdömen för de flesta områden inom hälso- och sjukvården. En lägre andel av patienterna inom psykiatrins öppen- och slutenvård upplever dock att de har blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt jämfört med patienter inom andra vårdområden. Det lägsta resultatet får den psykiatriska slutenvården, där enbart 57 procent av patienterna anser att de har fått ett gott bemötande. Psykiatrin fick även de lägsta resultaten på frågan som gällde om patienten fick tillräcklig information om sitt tillstånd: 46 procent för psykiatrisk öppenvård respektive 33 procent för psykiatrisk slu-

tenvård. 47 procent av patienterna i den psykiatriska öppenvården upplevde sig delaktiga i planeringen och genomförandet av sin vård och behandling, jämfört med 34 procent för den psykiatriska slutenvården.

Kostnader för psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är en av vanligaste orsakerna till att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden. Under ett år lider drygt en miljon svenskar i arbetsför ålder av psykisk ohälsa, vilket motsvarar nästan 20 procent av arbetskraften.

Psykiska sjukdomar beräknas omfatta närmare 40 procent av de samlade sjukförsäkringskostnaderna (kostnader för sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning). Därmed är diagnosgruppen den enskilt största, följd av sjukdomar i rörelseorganen (30 procent).

Psykisk ohälsa beräknas kosta över 70 miljarder kronor om året i förloade arbetsinsatser och i utgifter för vård och omsorg.

Kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård har under de senaste åren inte ökat lika mycket som kostnaderna för specialiserad somatisk vård och primärvård. Trots det har vårdproduktionen, mätt som antal besök och antal vårdtillfällen, ökat mer inom psykiatrin än inom både primärvården och den specialiserade somatiska vården.

Förbättringsområden

En hälsoinriktad hälso- och sjukvård fokuserar på i vilken mån vårdens samlade insatser bidrar till att ge befolkningen och enskilda bättre hälsa. Det gäller att minska dödligheten och sjukligheten, förbättra funktionsförmågan samt öka välbefinnandet och den hälsorelaterade livskvaliteten.

Socialstyrelsen anser att hälso- och sjukvården kan förbättras genom att huvudmännen:

- vidtar åtgärder för att minska den höga dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa
- utformar samverkan och rutiner för hur kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa kan förebyggas, upptäckas och behandlas inom primärvården, psykiatrin och somatisk sjukvården.
- arbetar med hälsofrämjande och med förebyggande insatser samt förstärker vårdens förebyggande roll för personer med psykisk ohälsa genom att tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för metoder som stödjer hälsosamma levnadsvanor
- säkerställer att det finns skriftliga samarbetsöverenskommelser mellan huvudmännen för personer med psykisk funktionsnedsättning som tydliggör ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.

Socialstyrelsen anser att den psykiatriska vården kan förbättras genom att:

- vårdgivarna har rutiner för självmordsriskbedömningar
- vårdgivarna arbetar för att öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling

- landsting med hög andel återinskrivningar inom psykiatrisk slutenvård bör analysera orsakerna till detta
- huvudmännen arbetar för att öka tillgången till specialistläkare och specialistsjuksköterskor inom psykiatrin samt öka behandlingsuppföljningarna genom återbesök till läkare för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik
- vårdgivarna ser över sina rutiner för förebyggande läkemedelsbehandling med litium för personer med bipolär sjukdom i enlighet med rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom 2010*
- vårdgivarna arbetar för att öka tillgången till psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*
- vårdgivarna arbetar för att alla som besöker psykiatrin ska känna sig respektfullt bemötta
- vårdgivarna arbetar för att alla som besöker psykiatrin ska få tillräcklig information och tillräckligt stöd för att kunna hantera sin hälsa
- vårdgivarna arbetar för att alla som besöker psykiatrin ska omfattas av ett patientcentrerat arbetssätt för att öka deras delaktighet.

Socialstyrelsen anser att primärvården kan förbättras genom att:

- rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa
- rutiner för tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa
- primärvården förstärker sina hälsofrämjande och förebyggande insatser för personer med psykisk ohälsa
- vårdcentralerna har rutiner för självmordsriskbedömningar
- vårdgivarna arbetar för att öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling.

Socialstyrelsen anser att den kommunala omsorgen kan förbättras genom att kommunerna:

- säkerställer att det finns skriftliga samarbetsöverenskommelser mellan huvudmännen för personer med psykisk funktionsnedsättning som tydliggör ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting
- arbetar för att förbättra levnadsförhållanden för personer med psykisk funktionsnedsättning
- arbetar för att öka tillgången till psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*
- arbetar för att öka tillgången till stöd i eget boende för personer med psykisk funktionsnedsättning

- arbetar för att öka den arbetsinriktade rehabiliteringen för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Uppföljning av psykiatriområdet

Arbetet med denna nationella utvärdering har visat att det finns flera utvecklingsområden för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det saknas fortfarande aktuella och jämförbara data inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten på många områden, och därmed går det inte att göra en heltäckande uppföljning av psykiatriområdet. Dessutom saknas i stor utsträckning information om psykiatriens, primärvårdens och kommunernas processer och resultat. Flera av orsakerna till detta uppmärksammas i rapporten.

Socialstyrelsen anser att uppföljningen av psykiatriområdet kan förbättras genom att:

- huvudmännen förbättrar inrapporteringen av uppgifter till patientregistret
- möjliggöra att uppgifter om besök och insatser/åtgärder hos andra yrkeskategorier än läkare kan rapporteras till patientregistret
- uppgifter som rör patienternas besök i primärvården rapporteras till patientregistret
- fler vårdgivare inom psykiatrin ansluter sig till de psykiatriska kvalitetsregistren
- utveckla socialtjänststatistiken på lokal, regional och nationell nivå så att det går att följa upp insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Ny utvärdering inom några år

Hälso- och sjukvården och kommunerna kan använda den här rapporten som en utgångspunkt i sitt arbete med att ytterligare förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen kommer inom några år att genomföra en ny nationell utvärdering av psykiatriområdet, och följa upp resultatet från utvärderingen. Socialstyrelsen förväntar sig då att resultaten från de utpekade förbättringsområdena enligt ovan har förbättrats.

Inledning

Beskrivning av uppdraget

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att uppfylla det målet ska hälso- och sjukvården enligt HSL uppfylla kraven på en god vård. För att vården ska vara en god vård, ska den vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges i rimlig tid.

Kunskapsstyrning är en del av Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsens stödjer kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Det innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer och indikatorer, samt genomföra öppna jämförelser och utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper. En viktig utgångspunkt är att fastställa vad som är god vård för specifika sjukdomsgrupper, i det här fallet personer som har insjuknat i depression, ångestsyndrom eller schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. De nationella riktlinjerna är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter inom vård och omsorg bör välja att lägga resurser på.

Målet med de nationella riktlinjerna

Målet med de nationella riktlinjerna är att de ska bidra till en god vård och omsorg genom att nya metoder och behandlingar införs på ett ordnat sätt. Riktlinjerna bidrar också till att vården och omsorgen slutar att använda ineffektiva metoder och behandlingar.

Den här rapporten ingår i en serie av nationella utvärderingar som utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har tidigare publicerat utvärderingar inom *hjärtsjukvård* [1], *psykiatrisk vård* [2], *strokevård* [3], *diabetesvård* [4], *cancervård* [5] och *tandvård* [6]. Socialstyrelsen kommer även att publicera utvärderingar för demenssjukdom, sjukdomsförebyggande metoder och för rörelseorganens sjukdomar under de kommande två åren. Myndigheten kommer att upprepa tidigare utvärderingar.

Psykiatriska vården och omsorgen i fokus

Psykiatriska sjukdomar är bland de viktigaste orsakerna till ohälsa, funktionsnedsättning, produktivitetsbortfall och arbetsoförmåga. En av utgångspunkterna för Socialstyrelsens arbete med de nationella riktlinjerna har varit att lyfta fram fungerande evidensbaserade åtgärder så att patienter över hela

landet får tillgång till effektiva behandlingar. I den nationella utvärderingen beskriver Socialstyrelsen hur de nationella riktlinjerna tillämpas. Den nationella utvärderingen beskriver också förutsättningarna för en god vård och en god kvalitet i socialtjänstens arbete.

Utvärderingen omfattar huvudmännens insatser för personer med depression, ångestsyndrom, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Den omfattar också socialtjänstens psykosociala verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. I den nationella utvärderingen följer Socialstyrelsen även upp hur riktlinjerna tillämpas och vilka insatser kommunerna gör inom socialtjänsten för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Syfte och avgränsningar

Rapportens syfte

Rapporten presenterar en utvärdering av landstingens och regionernas strukturer, processer, resultat och kostnader för depression-, ångest- och schizofrenivården. I rapporten ger Socialstyrelsen rekommendationer om vilka områden inom vården och omsorgen som behöver förbättras i syfte att ge en god vård och omsorg. Rekommendationerna utgår från vad som har kommit fram i den nationella utvärderingen.

Syftet med rapporten är att öppet jämföra och utvärdera svensk psykiatrisk vård och omsorg. Socialstyrelsen utgår från följande frågor:

- Hur har landstingen och kommunerna tillämpat riktlinjerna?
- Bedrivs psykiatrisk vård och kommunala insatser för målgruppen i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer?
- Bedrivs psykiatrisk vård i enlighet med de sex kriterierna för en god vård, det vill säga är vården kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik samt given i rätt tid?
- Är de kommunala insatserna i enlighet med kriterierna för god kvalitet i socialtjänsten, det vill säga att insatser ges utifrån självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, samt tillgänglighet?

Rapportens avgränsningar

Utvärderingen fokuserar till största delen på vård och omsorg för de sjukdomsgrupper som de två berörda riktlinjerna belyser. Utvärderingen har avgränsats och omfattar därför inte:

- barn och unga med psykisk ohälsa
- äldres psykiska ohälsa
- missbruk eller beroendesjukdomar.

Utvärderingen presenteras i två rapporter

Nationella utvärderingen av psykiatrisk vård och omsorg publiceras i två rapporter, denna rapport och en rapport som innehåller de viktigaste slutsatserna och rekommendationer från utvärderingen.

Denna rapport omfattar en beskrivning av använda metoder och resultat för samtliga indikatorer. Den innehåller även diagram som belyser skillnader mellan landstingen. Den andra rapporten, *Nationell utvärdering 2013 – psykisk ohälsa. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*, redovisar de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna från utvärderingen. Den innehåller också kortfattad sammanfattning av resultaten för ett urval av indikatorer som ingår i utvärderingen.

Intressenter

Denna rapport riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård samt inom kommunernas verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Den kan även vara till nytta för andra intressenter, till exempel patient- och brukarföreningar, vårdprofessioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara ett stöd för den offentliga debatten om psykiatrivårdens och omsorgens innehåll och resultat.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en projektgrupp inom Socialstyrelsen. Utvärderingens upplägg och genomförande har presenterats för landstingens kontaktpersoner för öppna jämförelser och en tjänstemannagrupp inom den nationella samordningen för kunskapsstyrning (NSK) samt för ett antal brukarföreningar. Delar av innehållet i rapporten har presenterats för en rad intressenter, exempelvis Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Det är alltså ett stort antal personer som har medverkat i och på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer kapitlet *Metod* som beskriver arbetet med att samla in uppgifter om psykiatrins, primärvårdens och kommunernas strukturer och insatser för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Indikatorer i utvärderingen, uppgiftskällor samt andra relevanta metodaspekter beskrivs också i kapitlet.

Därefter följer kapitel som belyser vårdens resultat för personer med depression, ångestsyndrom och schizofreni. I varje kapitel presenteras resultat för indikatorer med hjälp av diagram, tabeller och textkommentarer. För varje indikator presenteras också en kort bedömning baserad på skillnader för rikets genomsnittliga värde, variationen mellan landsting samt utvecklingen över tid. Dessutom kommenteras och redovisas eventuella skillnader mellan kön.

Sedan följer sex kapitel som beskriver fördjupade analyser av tillgången till psykologisk behandling, hälsoinriktad hälso- och sjukvård, tillgång till

vård och omsorg, ekonomiska förhållanden för personer med psykisk ohälsa och kostnader för psykiatrisk vård.

Till rapporten finns tre bilagor:

Bilaga 1 innehåller en förteckning över projektdeltagare och andra som har bidragit till arbetet.

Bilaga 2 innehåller en detaljerad teknisk beskrivning av varje indikator som ingår i rapporten.

Bilaga 3 innehåller diagrammen för rapportens samtliga indikatorer.

Bilaga 2–3 finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats,
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering>.

Metod

Utvärderingen är en del av hälso- och sjukvårdens och kommunernas kvalitetsarbete

Rapporten presenterar en utvärdering av *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [7] och *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* [8]. Rapportens resultat utgör ett underlag för fortsatt kvalitetsarbete inom vård och omsorg.

I rapporten redovisar Socialstyrelsen uppgifter landstingsvis och kommunernas strukturer för insatser inom socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Vidare redovisar landstingens och kommunernas införande av *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* och *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*.

I detta inledande kapitel ges en fördjupad beskrivning av de metoder som har använts för att undersöka landstingens och kommunernas strukturer samt processer och resultat.

Strukturer

I rapporten ges en bild av organisation, kompetens, resurser och rutiner i psykiatri, primärvården och kommunernas socialtjänst.

Specialiserad psykiatrisk vård

För att kartlägga organisation, kompetens, resurser och rutiner inom den specialiserade psykiatri genomförde Socialstyrelsen en nationell enkätundersökning, där landstings- och regionledningar och verksamhetschefer inom psykiatri fick besvara frågor om den psykiatriska vården vid tidpunkten för undersökningen.

Utsickat gjordes våren 2012 via e-post. Enkäten till verksamhetschefer eller motsvarande för allmänpsykiatri handlade om hur Socialstyrelsens nationella riktlinjer tillämpas inom psykiatri. 20 av 21 landstingen besvarade enkäten och svarsfrekvens bland verksamhetscheferna inom allmänpsykiatri uppgick till 92 procent.

Enkäten till hälso- och sjukvårdsdirektören eller motsvarande besvarade 18 av 21 landsting, vilket motsvarar en svarsfrekvens på närmare 86 procent.

Primärvården

Socialstyrelsen skickade även ut en nationell enkät till primärvården under våren 2012. Primärvårdscheferna besvarade frågor som berörde organisation, kompetens, samt riktlinjespecifika frågor. Enkäterna skickades ut via e-post.

För primärvården genomfördes en total undersökning. Enkäten skickades våren 2012 till 1 079 primärvårdsenheter och svarsfrekvensen var 60 procent.

Kommunerna

Socialstyrelsen genomförde inom ramen för öppna jämförelser avseende stöd till personer med funktionsnedsättning år 2012 och 2013 en enkätundersökning i kommunerna i syfte att kartlägga organisation, kompetens, resurser och rutiner inom kommunernas och socialtjänstens verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Enkäten skickades ut elektroniskt till samtliga socialtjänstcheferna eller motsvarande november varje år och mätdatum är – när inget annat anges – 21 november. Svarsfrekvensen var närmare 93 procent 2012 och 87 procent för 2013, vilket innebär att 280 kommuner och stadsdelar svart 2013.

Psykiatrivårdens processer och resultat

I rapporten redovisas resultat från ett antal indikatorer som belyser olika aspekter av den psykiatriska vården. Uppgifter till detta avsnitt har hämtats från redan befintliga uppgiftskällor, så som Socialstyrelsens hälsodata register.

Urval av indikatorer

Utgångspunkten vid urvalet av indikatorer till rapporten var de indikatorer som publicerades i samband med de nationella riktlinjerna år 2010 och 2011 samt i den första nationella utvärderingen av psykiatrin 2010. Utöver dessa har även andra indikatorer inkluderats som bedömts vara värdefulla för målgruppen och som ryms inom ramarna för de nationella riktlinjerna. En mer djupgående teknisk beskrivning av varje indikator finns i *Bilaga 2. Indikatorbeskrivningar*.

Indikatorförteckning

Varje indikator har i namnet en bokstav (D för depression, bipolär sjukdom och ångestsyndrom, P för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, S för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, och Ö för övergripande indikatorer för psykisk sjukdom) och en siffra. Dessa beteckningar används konsekvent både i rubriker till den löpande texten, i diagrammen och vid hänvisningar. Övriga diagram, tabeller och figurer är numrerade löpande i rapporten.

Utvärderingen omfattar följande indikatorer:

Tabell 1 Indikatorförteckning

Depression och ångestsyndrom	Indikator nr
Självmod och dödsfall med oklart uppsåt	D1
Dödlighet bland personer som behandlats för depression och ångest	D2

Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom	D3
Dödlighet bland personer som behandlats för ångestsyndrom	D4
Undvikbar somatisk slutenvårdstillfällen för personer med depression	D5
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats för bipolär sjukdom	D6
Undvikbar somatisk slutenvårdstillfällen för personer som vårdats för ångestsyndrom	D7
Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid depression	D8
Återskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för depression	D9
Återskrivning inom 3 respektive 6 månader efter vård för depression	D10
Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för bipolär sjukdom	D11
Återskrivning inom 3 respektive 6 månader efter vård för bipolär sjukdom	D12
Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning för bipolär sjukdom	D13
Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling	D14
Förskrivning av antidepressiva läkemedel i primärvården	D15
Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	D16
Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom	D17
Läkemedelsbehandling med litium respektive antipsykotiska för patienter med bipolär sjukdom	D18
Psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	
Tillgång till familjeinterventioner	P1
Tillgång till stöd i föräldraskapet	P2
Tillgång till socialfärdighetsträning	P3
Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen	P4
Tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser	P5
Hjälp till bostad vid hemlöshet (bostad först-modellen)	P6
Tillgång till samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen	P7
Gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning	P8
Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting	P9
Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	
Dödlighet bland vårdade för schizofreni	S1
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom slutna psykiatriskvård för schizofreni	S2
Återinskrivningar inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni	S3
Återinskrivningar efter slutna psykiatrisk vård för schizofreni inom 3 respektive 6 månader	S4
Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid schizofreni	S5
Följsamhet till antipsykotiska läkemedel efter psykiatrisk slutenvård för personer med schizofreni	S6
Psykisk sjukdom - övergripande	
Självmod och psykisk sjukdom	Ö1
Sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada	Ö2
Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård	Ö3
Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet för personer med psykisk sjukdom	Ö4
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet för personer med psykisk sjukdom	Ö5
Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid diabetes för personer med psykisk	Ö6

sjukdom

Dödlighet efter hjärtinfarkt för personer med psykisk sjukdom	Ö7
Dödlighet efter förstagångsstroke för personer med psykisk sjukdom	Ö8
Undvikbar somatisk slutenvårdstillfällen för personer med psykisk sjukdom	Ö9

Källor för utvärderingen

Till stora delar saknas nationella och regionala datakällor för psykiatriområdet vilket försvårar utvärderingen av området. För att det ska gå att göra jämförelser av hälso- och sjukvården måste uppgifter finnas tillgängliga, som har en god geografisk täckning och god kvalitet. Uppgifterna bör om det är möjligt också vara personnummerbaserade för att det ska gå att göra uppföljningar på individnivå.

För att löpande jämförelser ska vara möjliga krävs att uppgifterna är uppdaterade. Det i sin tur förutsätter att uppgifterna samlas in kontinuerligt. Detta sker inte i tillräcklig omfattning på nationell eller regionalnivå i psykiatri eller primärvården i dag. Genom att publicera det som i dag finns tillgängligt, vill Socialstyrelsen visa på behovet av att samla in nya uppgifter inom psykiatri, primärvården och socialtjänsten.

Den här utvärderingen baseras huvudsakligen på uppgifter från Socialstyrelsens nationella hälsodataregister, socialtjänstregistren, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret.

Socialstyrelsens individbaserade register

Socialstyrelsen ansvarar för hälsodataregister och socialtjänstregister för att kunna följa och analysera utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Sverige. Registren är en viktig grund för myndighetens verksamhet i fråga om statistik, uppföljningar och utvärderingar, kunskapsstöd och kunskapsstyrning.

Patientregistret

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister och det innehåller personnummerbaserade uppgifter om individers vårdkontakter och diagnoser. Det innehåller också uppgifter om yttre orsaker till sjukdom och död samt åtgärder. Med undantag för primärvården har såväl offentliga som privata vårdgivare inom den öppna och slutna vården en lagstadgad skyldighet att rapportera uppgifter till patientregistret. Tidigare omfattade patientregistret endast offentliga vårdgivare, men sedan 2001 omfattar patientregistret både offentliga och privata vårdgivare. Uppgifterna i registret skyddas av absolut sekretess. Undantag från sekretessen får endast göras för forskning och statistik, men forskningsresultaten och de statistiska resultaten får då aldrig presenteras så att enskilda personer kan identifieras.

Patientregistret uppdateras årligen. När databearbetningar för denna rapport fanns det tillgängliga rikstäckande uppgifter till och med 2010.

I patientregistret registreras varje år cirka 1,5 miljoner slutenvårdsbesök och närmare 10 miljoner öppenvårdsbesök. I patientregistret är det möjligt

att få information om en individs samtliga vårdtillfällen, oavsett diagnos, i slutenvården sedan 1987 och den öppna specialiserade vården sedan 2001.

Patientregistrets slutenvårdsdel har en jämn och bra kvalitet över tid för centrala variabler som till exempel huvuddiagnos, sjukhus och datum för vården. Uppgifterna om huvuddiagnos är nästan heltäckande – bortfallet är endast cirka 1 procent. I arbetet med öppna jämförelser av hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen dock uppmärksammat att det bland privata vårdgivarna finns en betydande underrapportering av flera åtgärder.

Patientregistret har framför allt används för att ta fram vårdkonsumtionsuppgifter till den här rapporten.

Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksregister omfattar samtliga avlidna som var folkbokförda i Sverige vid tiden för dödsfallet. Dödsorsaksregistret innehåller uppgifter från 1961 och framåt, och uppdateras årligen. När analyserna för denna rapport fanns det tillgängliga uppgifter till och med 2010. Under senare år har mellan 90 000 och 95 000 avlidna registrerats per år. År 2011 gjordes en bedömning att det saknades uppgifter om dödsorsak för 1,8 procent.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som har skrivits ut på recept, och hämtat ut på apotek från och med juli 2005. Mellan 1999 och 2005 samlades samma uppgifter in, dock utan personnummer. Registret uppdateras månadsvis med cirka två veckors fördröjning. Av de 90 miljoner recept som expedieras och registreras årligen saknar 0,3 procent patienternas personnummer och 0,6 procent koden för patienternas folkbokföringsorter. Läkemedel som ges i den slutna vården, tas (dispenseras) ur läkemedelsförråd eller köps utan recept ingår inte i läkemedelsregistret. Registret anger inte heller orsaken till att läkemedlen skrivits ut.

Socialtjänstregister

Socialstyrelsen ansvarar även för ett antal register inom socialtjänsten som ger information om kommunernas socialtjänstverksamhet. Dessa register ger möjlighet till nationella sammanställningar över vilka grupper som får insatser. Registren omfattar ekonomiskt bistånd och kommunala insatser enligt socialtjänstlagen (SoL), till äldre och personer med funktionsnedsättning. Det omfattar också kommunala insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), för äldre och personer med funktionsnedsättning. Socialtjänstregistren omfattar även insatser enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Registret över ekonomiskt bistånd har förts sedan 1985. Det innehåller uppgifter om personer och hushåll som har fått ekonomiskt bistånd eller introduktionsersättning. Registret innehåller även uppgifter om utbetalda belopp. För lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har ett register funnits sedan 2004. Det omfattar personer som har fått insatser en-

ligt LSS, och vilka insatser dessa personer har fått. Registret över insatserna för barn och unga omfattar de insatser som innebär att personen placerats för vård utanför det egna hemmet, enligt socialtjänstlagen eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Registret har funnits sedan 1968. Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning innehåller uppgifter om personer som bor i särskilt boende. Det innehåller också uppgifter om personer som bor i ordinärt boende (det vill säga i sitt ursprungliga hem) och som får insatser från socialtjänsten, till exempel hemtjänst eller boendestöd. Registret finns sedan 2007. Registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning omfattar personer som har fått insatser som kommunen ansvarar för, enligt hälso- och sjukvårdslagen. Registret finns sedan 2007.

Uppgifter om levnadsvillkor

Statistiska centralbyrån

I denna utvärdering undersöker och jämför Socialstyrelsen levnadsförhållandena för personer med psykisk funktionsnedsättning med levnadsförhållandena för totalbefolkningen. För den jämförelsen behövdes uppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB). Dessutom behövdes uppgifter för att kunna utvärdera lagstiftningens ambitioner om delaktighet och jämlika livsvillkor för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Utvärderingens beskrivs levnadsförhållandena för personer med psykisk funktionsnedsättning som har insatser i kommunerna och landstingen. Det rör uppgifter om levnadsförhållanden, som till exempel ekonomi, arbete, utbildning och boende. De register som använts vid samkörningen är Socialstyrelsens patientregister, olika socialtjänstregister inklusive LSS-register samt uppgifter från SCB. Utvärderingen använde då SCB:s longitudinella databas Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) samt Registerbaserad Aktivitetsstatistik (RAKS) för att samköra uppgifterna.

Övriga metodaspekter

I rapporten presenteras och jämförs indikatorerna utifrån organisatorisk nivå (riket och landsting/region), patientkaraktäristiska såsom ålder och kön. Syftet med att jämföra uppgifterna på dessa nivåer är att synliggöra eventuella ojämnligheter i psykiatri.

Uppgifter för landstingen är generellt hämtade från de senast tillgängliga åren.

Redovisning för riket och för landstingen

Informationen om varje indikator redovisas i diagramform på både landstingsnivå och för riket där det är relevant och där uppgifter finns tillgängliga.

Samtliga diagram visar en rangordning av landstingen. Principen är att det bästa resultatet finns högst upp i diagrammet och det sämsta finns längst ner. Där det inte går att värdera resultaten rangordnas de i stället utifrån

principen högsta till lägsta värde. Syftet med rangordningen är inte primärt att ställa olika landsting mot varandra utan att synliggöra de variationer som finns i landet.

I rapporten kommer fortsättningsvis beteckningen landsting även användas för Halland, Region Gotland, Region Skåne, och Västra Götalandsregionen. Landstingen benämns oftast dessutom enbart med den geografiska delen av namnet.

Statistisk osäkerhet, konfidensintervall och antalet fall

Diagrammen bygger på de senast tillgängliga uppgifterna. I vissa fall används dock även uppgifter som är sammanslagna från flera år, både för riket och på landstingsnivå. Syftet med denna sammanslagning är att öka den statistiska säkerheten i redovisningen. För indikatorer där uppgifterna bygger på små tal, det vill säga få antal fall, redovisas enbart resultatet för riket.

Den statistiska osäkerheten (det vill säga risken att resultatet beror på slumpen) illustreras i de flesta fall genom ett så kallat konfidensintervall. Mindre landsting har jämförelsevis få fall inom olika kategorier, vilket ger en större osäkerhet i resultaten och därmed större konfidensintervall. På grund av den högre statistiska osäkerheten finns de mindre landstingen och sjukhusen oftare i toppen eller botten av diagrammen medan det omvända gäller för de största landstingen.

Bristande jämförbarhet och annan osäkerhet

En felkälla vid olika jämförelser är att personer med depression och ångestsyndrom skiljer sig åt när det gäller ålder och bakomliggande sjuklighet. För att öka jämförbarheten har det kontrollerats för skillnader i patientsammansättningen genom att åldersstandardisera uppgifterna för ett antal indikatorer. I vissa fall har resultaten åldersavgränsats så att undersökningen bara omfattar personer under en viss ålder som har depression och ångestsyndrom.

Ålderstandardiserade resultat i indikatorerna

I denna rapport har Socialstyrelsen ålderstandardiserat resultaten för flera indikatorer genom en så kallad direkt standardisering. Det innebär att varje ålderskategori har viktats för att ge varje jämförd grupp samma åldersfördelning som hos standardpopulationen. Åldersstandardisering underlättar jämförelse mellan kön, regioner och år, eftersom man då tar bort de skillnader som beror på olikheter i ålderssammansättningen. Vid samtliga ålderstandardiseringar användes i rapporten samma standardpopulation för män och kvinnor. När beräkningarna gäller förekomsten i befolkningen, har rikets medelbefolkning 2010 använts som standardpopulation.

Könsuppdelad redovisning i figurerna

Könsuppdelade jämförelser har genomförts för merparten av indikatorerna. Där det finns variationer mellan könen redovisas även könsuppdelade diagram samt en särskild kommentar om skillnaderna.

Vad är psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning?

I detta kapitel ges en kortfattad beskrivning av de psykiatriska diagnoser och funktionsnedsättningar som täcks in av de två nationella riktlinjerna. Det är också dessa diagnoser och funktionsnedsättningar som utvärderingen omfattar.

Vad är psykisk sjukdom?

Psykiska symtom präglas av störningar i våra upplevelser och vårt beteende. Psykisk ohälsa i form av enskilda psykiska symtom som t.ex. ångslan, oro och sömnsvårigheter är vanliga i samhället. När flera olika symtom förekommer samtidigt på ett karakteristiskt sätt brukar man tala om psykisk sjukdom. Psykisk störning eller psykisk sjukdom avgränsas idag utifrån operationella definitioner i internationella klassifikationer. Psykisk sjukdom avgränsas normalt utifrån att det föreligger ett lidande och/eller en funktionsnedsättning. Vid djupare, svårare psykiska sjukdomar är verklighetsuppfattningen störd och man talar då om psykotisk svårighetsgrad.

Vanliga psykiska sjukdomar är ångestsyndrom som präglas av ångslan och oro, ibland stegrad till panik. Störningar i stämningsläget inkluderar nedstämdhet som vid depression eller perioder av upprymdhet eller nedstämdhet som vid bipolär störning. Bland de psykotiska tillstånd där verklighetsuppfattningen, åtminstone periodvis, är störd märks t.ex. schizofreni.

Vid psykisk sjukdom, liksom vid kroppslig sjukdom, är det vanligt med samsjuklighet, dvs. att en individ som fyller kriterierna för en psykisk störning också fyller kriterierna för en eller flera andra psykiska störningar. Samsjuklighet med kroppslig sjukdom är också vanlig.

Det varierar kraftigt i vilken utsträckning den psykiska störningen/sjukdomen påverkar individens funktion och möjlighet till delaktighet i samhället. Man kan således inte endast utifrån den psykiska diagnosen beskriva konsekvenserna för den enskilde.

Depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Prevalensen varierar mellan olika undersökningar beroende på hur tillstånden definieras och avgränsas. Punktprevalensen är 5–8 procent [9], punktprevalensen visar andelen av befolkningen som lever med sjukdomen vid ett givet tillfälle.

I flera svenska epidemiologiska undersökningar är livstidsrisken att insjukna i en depression cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [10].

Ångestsyndrom är vanligt förekommande och ses också som en av våra folksjukdomar. Uppskattningsvis drabbas 25 procent av befolkningen någon gång i livet av ett ångestsyndrom.

När det gäller bipolär sjukdom uppges andelen som drabbas någon gång i livet vara 1–2 procent. Bipolär sjukdom är lika vanlig hos män som hos kvinnor, men det finns könsskillnader i samsjuklighet och sjukdomsförlopp.

Depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom är allvarliga sjukdomstillstånd. De kan innebära att personen som drabbas får stora eller mycket stora svårigheter att klara vardagslivet, med nedsatt livskvalitet som följd. Om personen inte får rätt behandling finns flera risker. Till exempel kan sjukdomen successivt förvärras och leda till ytterligare funktionsnedsättning, och personen kan bli långvarigt sjuk eller insjukna igen. Det finns också en ökad risk för självmordstankar, självmordsförsök och självmord. Detta är särskilt påtagligt vid de svårare tillstånden.

Vanligt med samsjuklighet

Det saknas kunskap om vilken behandling som är bäst vid samsjuklighet vid depression och ångestsyndrom, det vill säga när en person lider av ytterligare en sjukdom utöver dessa. Trots att många behandlingsstudier har gjorts på personer med samsjuklighet är effektmåttan främst knutna till den ena sjukdomen, exempelvis depressionsinslaget. Att denna kunskap saknas försvårar också möjligheten att utarbeta kunskapsbaserade rekommendationer på gruppnivå.

Att man har flera sjukdomar samtidigt är vanligt, såväl vid depression och ångestsyndrom som vid andra sjukdomar som behandlas inom hälso- och sjukvården. Det är till exempel mycket vanligt att en person har symtom på både nedstämdhet och oro. På samma sätt är det vanligt med depressions- respektive ångestsymtom vid andra psykiska funktionsnedsättningar. Dessutom kan ett samtidigt missbruk av till exempel alkohol försvåra såväl bedömningen som behandlingen.

Personer med depression och ångestsyndrom har ofta samtidigt smärtproblem och löper även större risk än normalbefolkningen att drabbas av olika kroppsliga sjukdomar. Dessutom är prognosen att tillfriskna från en kroppslig sjukdom ofta sämre om personen samtidigt har en depression. Barn och unga som har en kroppslig sjukdom löper även en ökad risk att bli deprimerade.

Samsjuklighet är en komplicerande faktor som hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till när de diagnosticerar och behandlar enskilda patienter. Behandlaren ska bedöma patientens totala sjukdomsbild och vårdbehov. Genom att tillsammans med patienten noggrant identifiera problemen och sedan gradera dem utifrån hur angelägna de är, kan behandlaren kombinera metoder och skraddarsy dem utifrån patientens behov.

Hos personer med depression och många av ångesttillstånden är överdödligheten betydande jämfört med normalbefolkningen.

Sjukdomsförlopp och behandling

En episod av en depression läker vanligen ut, men tenderar att återkomma i skov. Risken att få en ny depression är större ju fler episoder man har haft. I

vissa fall kan en episod av depression bli kronisk. Ibland är en egentlig depressionsepisod svårbehandlad och det kan krävas flera behandlingar innan personen blir fri från symtom och återfår sin normala funktionsförmåga.

Med ångestsyndrom menas att en person lider av flera symtom på ångest samtidigt och med viss varaktighet. Vid ett ångestsyndrom är ångesten så svår att den leder till stora inskränkningar i personens daglig liv eller till andra funktionsnedsättningar.

Det finns olika typer av ångestsyndrom, till exempel generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom och tvångssyndrom. Svår ångest orsakas ibland av psykosociala påfrestningar och livshändelser, men förekommer också utan någon påvisbar anledning. Svår ångest kan också orsakas av en somatisk sjukdom.

Bipolär sjukdom är en livslång sjukdom som innebär att en person kan ha såväl maniska som depressiva sjukdomsepisoder. Mellan sjukdomsepisoderna är många personer helt utan symtom, medan andra har ständiga humörsvängningar. Det är viktigt att personen får adekvat behandling så tidigt som möjligt, eftersom sjukdomen annars medför stora sociala och medicinska påfrestningar. Det är också mycket viktigt att personen får skydd mot återfall i sjukdomen.

De nationella riktlinjerna omfattar behandling av depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom i den akuta fasen, samt återfallsförebyggande behandling när personen uppnått remission, det vill säga blivit återställd.

Behandlingsmål

Målet med behandling av depression och ångestsyndrom är att personen ska tillfriskna, vilket inte bara innebär att han eller hon ska bli fri från symtomen. Personen ska även kunna få tillbaka sin tidigare funktionsnivå, det vill säga återgå till exempelvis utbildning eller arbete, samt återvinna sin sociala funktion och livskvalitet. Ett annat viktigt mål är att minska risken för återinsjuknande. Vanligen uppnås dessa mål om de tillgängliga behandlingsmöjligheterna utnyttjas konsekvent.

Bipolär sjukdom är oftast livslång, och målet med behandlingen är därför att personen ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt. När man behandlar maniska och depressiva episoder är syftet att stabilisera personens stämningsläge, att förhindra alltför svårt lidande och att minska riskerna som de maniska och depressiva symtomen kan leda till. Behandlingen mellan episoder syftar till att förebygga att personen får återfall.

Schizofreni

Psykosjukdomen schizofreni är en av våra svåraste folksjukdomar. Även när det gäller andra psykosjukdomar löper hälften av de drabbade personerna en stor risk för funktionsnedsättning i ett långtidsperspektiv. Den årliga incidensen är 15 individer på 100 000 invånare, punktprevalensen är cirka 4,5 i en population på 1 000 individer. Incidenstalet definieras som antalet nya sjukdomsfall i en befolkning under en viss period i relation till den tid som individerna tillsammans löper risk att insjukna. Medan punkt-

prevalensen visar antalet personer per 1 000 individer som lever med sjukdomen vid ett givet tillfälle.

Schizofreni är ett allvarligt sjukdomstillstånd som kan innebära att personen får stora eller mycket stora svårigheter att klara vardagslivet. Detta kan leda till nedsatt livskvalitet. Funktionsförlusten vid schizofreni är betydande, vilket innebär att 80–90 procent inte har förvärvsarbete.

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd utgör en stor andel av alla som har en psykisk funktionsnedsättning. Det uppskattas att cirka 30 000 till 40 000 personer behöver samhällets insatser till följd av sjukdomen.

Sjukdomsförlopp och behandling

Psykos är ett tillstånd då en persons verklighetsuppfattning förändras. Vid psykos förekommer i olika grad tecken på hallucinationer och vanföreställningar. I varierande grad innebär psykos också en nedsatt funktionsförmåga när det gäller social samvaro, arbetsförmåga och psykologiskt fungerande.

Över hälften av dem som drabbas av en psykos får ett långvarigt sjukdomsförlopp i form av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Också bland dem som drabbas av övriga psykossjukdomar förekommer svåra funktionsstörningar i ett långtidsperspektiv. Schizofreni drabbar män i något högre grad än kvinnor. Debuten sker dessutom tidigare för män, och de har ofta mer negativa symtom och något sämre långtidsprognos.

Schizofreni bryter vanligen ut i unga år. Redan före 20 års ålder har 20 till 40 procent av personer med schizofreni upplevt sina första symtom. Män insjuknar oftast när de är 15–25 år och kvinnor när de är 25–35 år.

Psykossjukdomar, särskilt schizofreni, är allvarliga och har svåra konsekvenser. Forskning tyder dock på att en kortvarig tid av obehandlad psykos innebär ett lindrigare sjukdomsförlopp och därmed en bättre prognos.

Personer i en tidig fas av psykossjukdom är ofta unga. Om symtomen förblir oupptäckta finns en risk att viktiga år i de ungas utveckling, utbildning och mognad äventyras. Det kan dock vara svårt för den enskilde och dennes anhöriga att förstå psykostecken och andra symtom, och därmed att de behöver söka vård.

Syftet med behandlingen av patienter som nyligen insjuknat i schizofreni är att reducera eller eliminera symtomen, bidra till att de återhämtar sig och kan fungera socialt samt förhindra att de återinsjuknar i en psykossjukdom.

Samsjuklighet vid schizofreni

Samsjuklighet är en komplicerande faktor, som hälso-och sjukvården och socialtjänsten bör ta hänsyn till när de bedömer vilken vård och omsorg som kan vara aktuell i det enskilda fallet.

Att ha flera sjukdomar samtidigt (så kallad samsjuklighet) är vanligt vid schizofreni. Det gäller både vissa somatiska sjukdomar, andra psykiska problem (särskilt depression och ångest) och missbruk eller beroende av alkohol, narkotika och andra droger. Även livsstilsfaktorer som dålig kosthållning, rökning och brist på motion är vanligt förekommande problem hos personer med schizofreni.

Behandlingsmål

Målet med behandlingen av patienter med schizofreni är att förbättra deras funktionsförmåga, öka livskvaliteten och den sociala förmågan, dessutom att minska eller ta bort symtomen och förhindra att personen återinsjuknar.

Vad är psykisk funktionsnedsättning?

Socialstyrelsens definition av *psykisk funktionsnedsättning* i denna utvärdering utgår från den definition som den statliga utredningen Nationell psykiatrisamordning definierade i sitt slutbetänkande [11]:

”... personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen”.

I Socialstyrelsens termbank definieras *funktionsnedsättning* som en nedsättning av bland annat psykisk funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada.

Begreppet *psykiskt funktionshinder* hänvisar däremot till de konsekvenser som en psykisk funktionsnedsättning får för individen. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar hos individen, men kan även påverkas av hur omgivningen är utformad eller av reaktioner hos andra personer.

Självrapporterad psykisk ohälsa och upplevd kvalitet

Psykisk ohälsa räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen i befolkningen. Psykiska sjukdomar står förstås sammantaget närmare 40 procent av sjukförsäkringskostnaderna [12].

Syftet med detta kapitel är att beskriva upplevd psykisk ohälsa i befolkningen och upplevd kvalitet av psykiatrisk vård.

Vad är psykisk ohälsa?

Begreppet psykisk hälsa involverar hälsorelaterad livskvalitet, där en persons upplevda välbefinnande, symtom och funktion i dagliga aktiviteter ingår. Psykisk ohälsa är en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Psykiska besvär omfattar olika tillstånd när människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. Psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar uppstår när symtomen eller funktionsnedsättningen är av en sådan typ eller grad att de uppfyller kriterierna för en diagnos.

Socialstyrelsen utgår från den definition av psykiskt funktionshinder som den statliga utredningen Nationell psykiatrisamordning tog fram. Denna definition hänvisar till konsekvenserna av psykisk sjukdom i form av väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierade består av personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen eller bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relationen mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen.

Det finns flera metoder att beskriva förekomsten av psykisk ohälsa. För att ge en övergripande bild av förekomsten i befolkningen är det viktigt att inhämta information från flera källor. Studier visar att dålig självskattad hälsa i hög grad innebär en ökad risk för att man dör i förtid [13].

Resultat av Folkhälsoenkät

Statens folkhälsoinstitut (FHI) gör årligen en nationell folkhälsoenkät - Hälsa på lika villkor som omfattar ett urval av 20 000 personer, i åldrarna 16–84 år. Syftet med undersökningen är dels att redovisa befolkningens hälsa, dels att följa förändringar i hälsa över tid som en del i uppföljningen av folkhälsopolitiken.

I den Nationella Folkhälsoenkäten från 2012 ingår 9 855 personer i det nationella urvalet. Svarsfrekvensen var drygt 50 procent. År 2009 genomfördes en bortfallsanalys av dem som avstod från att besvara enkäten.

Analysen visade att de inte verkar ha ett avvikande svarsmönster i jämförelse med dem som besvarat enkäten. I detta avsnitt presenterar ett urval av svaren om den upplevda psykiska ohälsan i befolkningen, främst från undersökningen 2012.

Psykiskt välbefinnande

I Folkhälsoundersökningen ingår ett instrument med tolv frågor som ska ge en bild av förekomsten av psykisk ohälsa: General Health Questionnaire 12 (GHQ12).

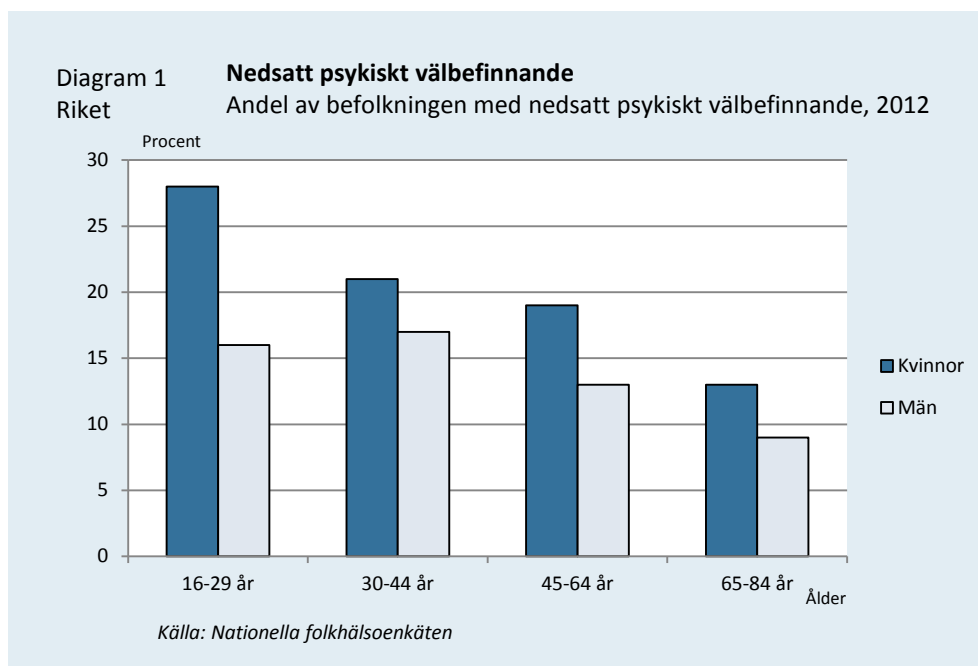
Självupplevd psykisk ohälsa minskar med ökande ålder. Detta mönster framträder vid samtliga mätningar under 2000-talet och för båda könen.

Ett annat genomgående mönster är att andelen kvinnor som rapporterar ohälsa är högre än andelen män. År 2012 rapporterade 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I synnerhet yngre kvinnor, i åldern 16–29 år, rapporterar en hög grad av psykisk ohälsa: 28 procent jämfört med 16 procent för männen i samma åldersgrupp (diagram 1).

Nedsatt psykiskt välbefinnande var även vanligare bland dem med utsatt ekonomisk situation. Det var också vanligare bland kvinnor och män födda utanför Europa jämfört med dem födda i Sverige.

Hur man upplever sitt allmänna hälsotillstånd varierar också med utbildningsnivå. Bland kvinnorna har skillnaden mellan hög- och lågutbildade ökat sedan 1990. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har haft den minst gynnsamma utvecklingen, dvs. de mår sämre i dag [14].

Enkätundersökningar har sina brister. Exempelvis speglar de den självupplevda hälsan och är därmed känsliga för trender i hur man rapporterar. En av bristerna är att begrepp som att känna sig spänd, nedstämd, lycklig och värdelös (samtliga ingår i GHQ12) kan ha olika innebörd vid skilda mättillfällen och för olika delar av befolkningen. Dessutom kan det vara mer eller mindre acceptabelt för olika personer att ange att man har psykisk ohälsa.

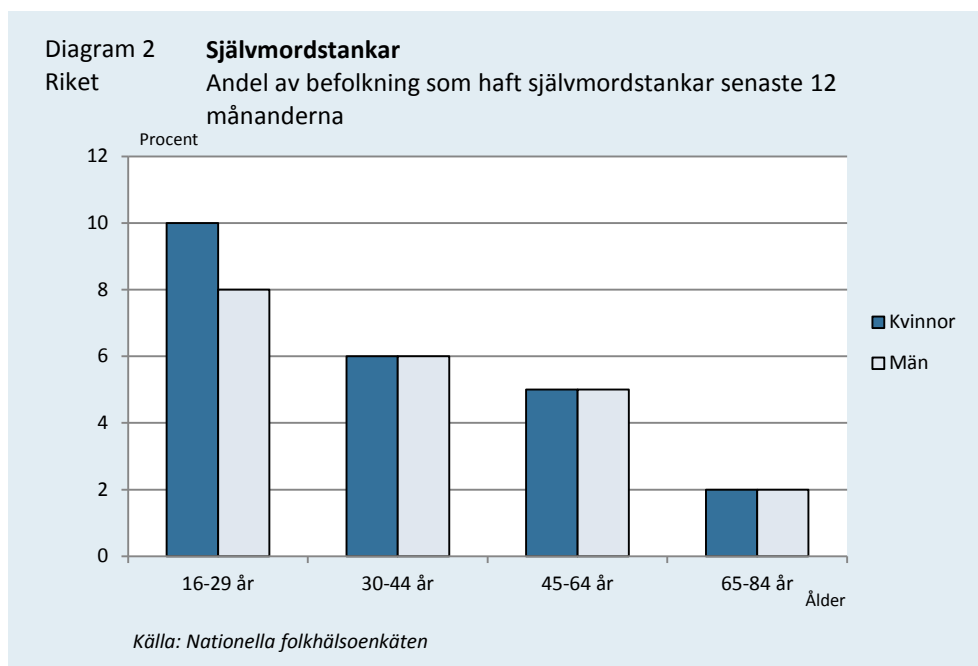


Själv mordstankar bland befolkningen

Själv mordstankar och självmordsförsök är generellt betydligt vanligare än självmord. Själv mord bland yngre beror främst på psykisk ohälsa, även om ärftlighet och andra faktorer i omgivningen kan ha stor påverkan. Också att tidigare ha försökt ta sitt liv har en stark koppling till att senare begå självmord.

I Nationella folkhälsoenkäten för 2012 uppgav 6 procent att de haft själv mordstankar någon gång under de senaste 12 månaderna. Generellt minskade andelen med ökande ålder. Själv mordstankar var vanligast i gruppen 16–29 år, där 10 procent av kvinnorna och 8 procent av männen uppgav att det haft själv mordstankar senaste året (diagram 2).

Själv mordstankar var mindre vanligt bland dem som yrkesarbetade, och bland tjänstemän på mellannivå eller högre nivå. Det var vanligare bland dem med kort utbildning än bland dem med lång. Själv mordstankar var även vanligare bland personer med utsatt ekonomisk situation, och vanligare bland kvinnor och män födda utanför Europa än bland dem som var födda i Sverige.

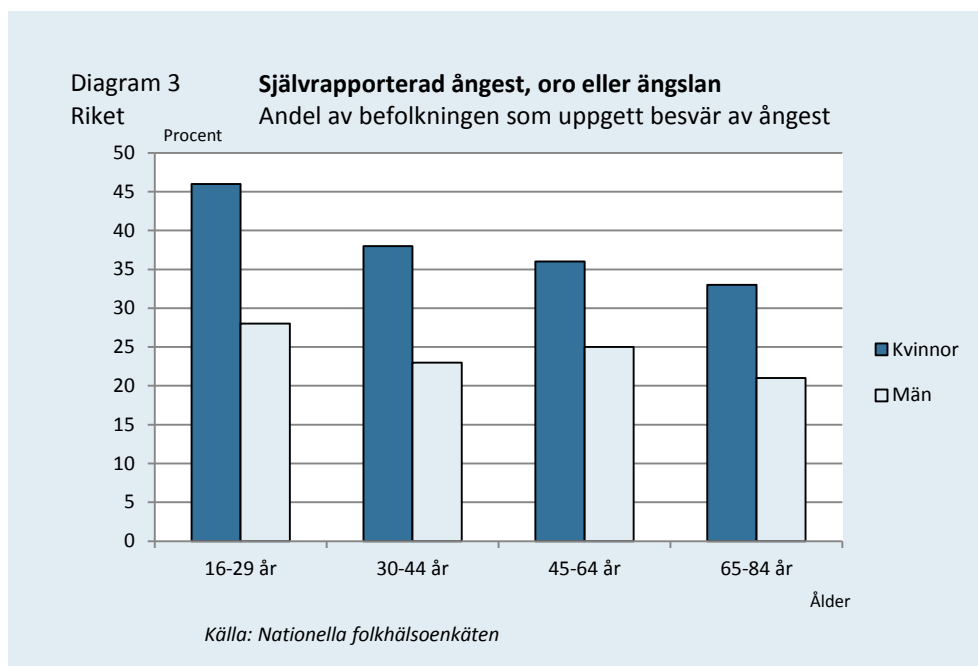


Ångest, oro och ängsla

I Nationella folkhälsoenkäten för 2012 uppgav 38 procent av kvinnorna och 24 procent av männen lättare besvär av ångest, oro och ängslan (diagram 3). En minskning av andelen personer med besvär av ångest, oro och ängslan kan ses mellan 2004 och 2007 och ligger därefter stabilt för både män och kvinnor. 2004 rapporterade 41 procent av kvinnorna och 28 procent av männen ångest, ängslan och oro. Äldre kvinnor rapporterade om mindre besvär än yngre kvinnor, men för män var det vanligast bland dem i åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år. Under 2012 rapporterade 46 procent av kvinnorna och 28 procent av männen i åldersgruppen 16-29 år besvär av ångest.

Bland kvinnor var besvären vanligare hos de med kort utbildning än med längre, och vanligare bland kvinnor med arbetaryrken än kvinnliga tjänstemän på mellan eller högre nivå. Yrkesarbetande kvinnor och män uppgav färre besvär av ångest än de som inte var yrkesarbetande. Det var vanligare bland dem med utsatt ekonomisk situation och bland dem födda utanför Europa jämfört med dem födda i Sverige.

Svåra besvär av ångest, oro och ängslan rapporterades av 6 procent av kvinnorna och 3 procent av männen. Under perioden 2006–2012 är andelen personer med svåra besvär oförändrade.



Patientupplevd kvalitet – resultat från den nationella patientenkäten

En god vård ska ges i samråd med patienten och med respekt för hans eller hennes självbestämmande och integritet. En delaktig patient kan också lättare medverka till att målen med vården och behandlingen uppnås. Ett gott bemötande av patienterna har därmed en avgörande betydelse för vårdens och omsorgens kvalitet.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, innehåller långtgående skrivningar om att vården ska vara patientfokuserad. Lagen föreskriver till exempel att vården ska vara lätt tillgänglig, samordnad, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvårdslagen anger vidare att patienten ska ges individuellt anpassad information, bland annat om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

En patientfokuserad hälso- och sjukvård baseras på respekt på lika värde, på människans värdighet, självbestämmande och integritet. Patienten bemöts i ett socialt sammanhang och vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Vården planeras och genomförs i samråd med patienten. Dialog ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande i sin hälsa, vård och behandling.

Socialstyrelsen har i *Nationella indikatorer för God vård* tagit fram sju indikatorer för området patientfokuserad vård [15].

1. Patienten blir respektfullt bemött och erfarenheterna i det enskilda fallet tas till vara.
2. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara.

3. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och metoderna för undersökning, vård och behandling.
4. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.
5. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna.
6. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten.
7. Patienten får delta i planeringen och genomförandet av sin vård.

Nationella patientenkäten

Sedan 2009 ansvarar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att genomföra nationella patientenkäter inom olika vårdområden [16]. Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Genom Nationell patientenkät får patienter möjlighet att betygsätta sina erfarenheter av mottagningar där de gjort besök. Resultaten från undersökningarna ska vara ett underlag för utvecklings- och förbättringsarbete i vården utifrån ett patientperspektiv.

Den första undersökningen genomfördes inom primärvården hösten 2009. Våren 2010 genomfördes enkäter inom både psykiatrisk slutenvård och psykiatriska öppenvården. Den senaste undersökningen genomfördes våren 2012 och data i detta kapitel baseras på denna undersökning.

Enkäterna har samma upplägg och har de sju frågeområdena:

- bemötande
- delaktighet
- information
- tillgänglighet
- upplevd nytta
- rekommendation
- förtroende.

I den nationella utvärderingen redovisas tre av indikatorerna för patientfokuserad vård (indikatorerna 1, 4 och 7) med hjälp av resultat från de nationella patientenkäterna. De områden som belyses är bemötande, information och delaktighet.

Resultaten i diagrammen 4–6 redovisar andelen patienter som svarade ”ja, helt och hållet” på de olika frågorna, av dem som besvarade frågan. Övriga svarade ”delvis” eller ”nej”. Det gäller särskild den psykiatriska öppenvården och den psykiatriska slutenvården. Sedan förra mättillfället har svarsfrekvensen sjunkit för de nationella patientenkäterna.

Den specialiserade somatiska öppenvården får genomgående bäst omdömen på de frågor i utvärderingen som redovisas här i rapporten. I jämförelse med andra vårdområden, såsom primärvård eller specialiserad somatisk öppenvård, får psykiatrien lägst omdömen. Dessa resultat är i stor sett oförändrade jämfört med tidigare mätningar.

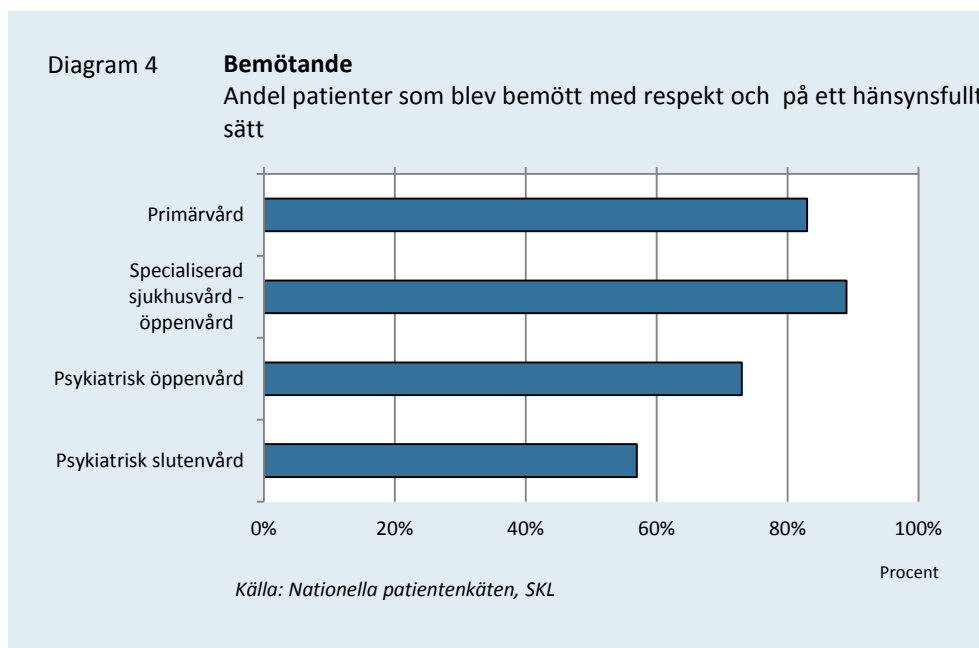
Svarfrekvensen för psykiatrin har varit låg för åren 2010 och 2012 i jämförelse med andra vårdområden. Enkäten gick ut till cirka 9 600 patienter som varit vårdad på en psykiatrisk slutenvård och utskrivna under januari – mars. Drygt 2 700 personer valde att besvara enkäten, vilket ger den korregerad svarsfrekvens på 31 procent. Med korregerad svarsfrekvens menas antalet inkomna formulär i relation till de utskickade. Enkäten inom den öppna psykiatriska vården gick till närmare 70 000 patienter som genomfört ett öppenvårdsbesök under februari – mars. Närmare 25 000 personer valde att besvara enkäten, vilket ger en korregerad svarsfrekvens på 37 procent. Undersökningen genomfördes i samtliga landsting och regioner.

Svarsfrekvensen är låg för vissa av enkätundersökningarna och resultaten bör därför tolkas försiktigt. Med anledning av den låga svarsfrekvensen redovisas resultaten endast för riket.

Resultatet från frågeområde bemötande

Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska med sin kunskap och tillämpad vetenskap förklara sjukdomen, behandlingen och vilka resultat som kan uppnås. Men de ska också förstå och se patientens kunskaper och möjligheterna till ett samarbete där var och en bidrar med sin kunskap.

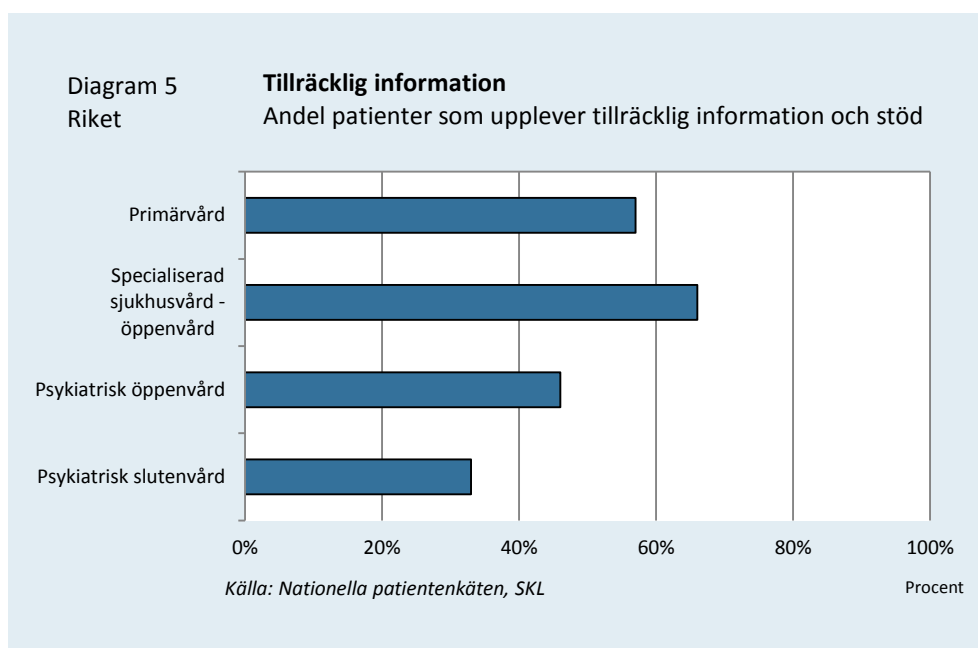
Enligt resultaten i de nationella patientenkäterna ger patienterna de flesta områden av hälso- och sjukvården goda omdömen för bemötande. Diagram 4–6 redovisar andelen patienter i procent som svarat ”ja, helt och hållet” på frågan ”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?” inom olika vårdområden. Mätningarna visar att mellan 57 och 89 procent anser att de har fått ett bra bemötande (diagram 4). Lägst omdömen får den psykiatriska slutenvården, där 57 procent av patienterna uppger att de anser att de fått ett gott bemötande.



Resultatet från frågeområde tillräcklig information

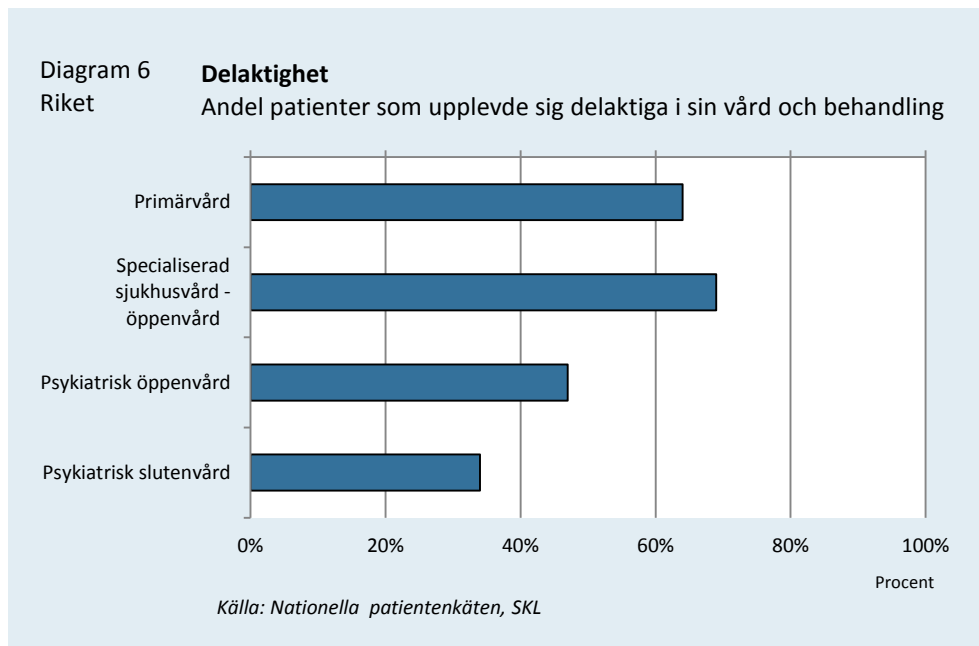
Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, innebär en god hälso- och sjukvård bland annat att patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om den vård och den behandling som kan erbjudas.

Frågan ”Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?” används som en indikator på att patienten fått tillräcklig information och stöd för att hantera sin hälsa. Mätningarna visar att mellan 33 och 57 procent av patienterna anser att de fått tillräcklig information (diagram 5). Här visar den specialiserade somatiska öppenvården bäst resultat, och den psykiatriska öppen- och slutenvården svagast resultat, 46 respektive 33 procent.



Resultatet från frågeområde delaktighet

Ett patientcentrerat arbetssätt och en delaktig patient har en positiv inverkan på vårdens resultat. En indikator på patientens delaktighet är att patienten får delta i planeringen och genomförandet av sin egen vård och behandling. Delaktigheten kan mätas med frågan ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?”, där svaren ger en viss uppfattning om graden av delaktighet. Högst värde uppvisar den specialiserade somatiska öppenvården, där 69 procent upplever sig delaktiga. Även här visar den psykiatriska öppen- och slutenvården de lägsta resultaten, 47 respektive 34 procent (diagram 6).



Svarsmönster

Skillnader mellan kvinnors och mäns bedömningar i de olika enkäterna inom psykiatrin var relativt små. Kvinnor som besvarat enkäten efter ett psykiatriskt slutenvårdstillfälle upplevde en något lägre grad nöjdhet när det gällde de övergripande frågeområdena i enkäten än männen. Den största skillnaden på den övergripande nivån i riket fanns hos kvinnor med ett psykiatriskt slutenvårdstillfälle, där en större andel kvinnor än män gav lägre bedömning på frågan om helhetsintryck (som mest skiljer det 11 procentenheter mellan könen).

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* är de första nationella riktlinjerna inom området. Riktlinjerna lyfter fram kunskapsbaserade och utvärderade behandlingar och metoder för personer med dessa sjukdomar.

Riktlinjerna inkluderar hela vårdkedjan, från första vårdkontakten till behandling av komplicerade sjukdomstillstånd. Eftersom en stor andel personer med depression och ångestsyndrom söker sig till och behandlas i första linjens vård (till exempel primärvården, skolhälsovården och företagshälsovården) har riktlinjerna sin tyngdpunkt där.

Syftet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer är att de ska vara ett stöd för beslutsfattare i landsting och regioner så att de kan styra hälso- och sjukvården genom öppna och systematiska prioriteringar. Riktlinjerna riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledningar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Riktlinjespecifika rekommendationer

I riktlinjerna lyfter Socialstyrelsen rekommendationer om ett effektivt omhändertagande samt diagnostik och bedömning. Riktlinjerna innehåller också rekommendationer om olika behandlingar för såväl barn och ungdomar som för vuxna. Syftet med rekommendationerna är att främja ett vårdutbud som inkluderar flera effektiva behandlingsalternativ och som erbjuds på lika villkor över hela landet.

Riktlinjerna innehåller rekommendationer på gruppnivå. De är i första hand ett underlag för resursfördelning inom en sjukdomsgrupp eller ett verksamhetsområde, så kallade vertikala prioriteringar. De kan även i viss mån vara ett underlag för prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, verksamhetsområden eller kliniker, så kallade horisontella prioriteringar. Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården av personer med depression och ångestsyndrom på så sätt att mer resurser fördelas till högt prioriterade åtgärder än till dem som fått låg prioritet.

Centrala rekommendationer

Socialstyrelsen bedömer att det finns två centrala förutsättningar för att dessa riktlinjer som helhet ska kunna ge önskat resultat. Det handlar om:

- ett effektivt omhändertagande inom första linjens vård (till exempel primärvården)
- ett utbud av flera effektiva behandlingsmöjligheter genom hela vårdkedjan.

För att uppnå rekommendationen om att erbjuda befolkningen flera effektiva behandlingsalternativ behöver hälso- och sjukvården öka tillgången till psykologisk behandling, främst kognitiva och beteendearterade terapier eller kognitiv beteendeterapi (KBT).

Effektivt omhändertagande inom första linjens vård

Rekommendationen om ett effektivt omhändertagande av de våldsökande inom första linjens vård innehåller flera komponenter som ställer krav på resurser och på hur vården bör utformas för att kunna möta patientgruppens behov. Följande komponenter bedöms Socialstyrelsen vara centrala för ett effektivt omhändertagande i första linjens vård:

- första bedömning med hög tillgänglighet
- god kontinuitet under hela vårdförloppet
- interventioner med sammansatta vårdåtgärder, anpassade till den enskildes behov.

Tillgång till psykologisk behandling med KBT

KBT är psykologiska behandlingsmetoder med vetenskaplig förankring som visat sig vara verksamma vid en rad olika problem. KBT är ett internationellt vedertaget samlingsbegrepp för teorier och tekniker baserade på inlärningspsykologiska principer och för kognitiv teori och psykologi där betoningen kan läggas på olika delar. Socialstyrelsen har valt att använda samlingsbegreppet KBT i riktlinjerna.

Socialstyrelsen har rangordnat psykologisk behandling, framför allt KBT, högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom.

Nationella indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram 18 nationella indikatorer för god vård. Dessa indikatorer utgår från centrala rekommendationer i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom och är en viktig del av dessa riktlinjer.

En indikator är ett mått som speglar kvaliteten och kan användas som underlag för verksamhetsutveckling, och för en öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. En indikator ska vara tydlig, pålitlig, mätbar, accepterad och möjlig att registrera kontinuerligt i olika ledningssystem, som register och andra uppgiftskällor.

Socialstyrelsens mål är att de 18 indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att:

- möjliggöra jämförelser av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- påbörja förbättringar av vårdens kvalitet – lokalt, regionalt och nationellt.

Denna utvärdering baseras först och främst på de indikatorer som Socialstyrelsen utvecklade inom ramen för riktlinjearbetet och som anses vara möj-

liga att följa upp. Även andra indikatorer som i någon mån speglar intentionen i riktlinjernas rekommendationer redovisas i utvärderingen.

Uppföljning av god vård

Socialstyrelsen har baserat rekommendationerna i riktlinjerna på bästa tillgängliga kunskap om effekter, kostnader och kostnadseffektivitet för vård av personer med depression och ångestsyndrom. De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar har bedömts vara de som innebär ett effektivt resursutnyttjande för samhället.

Inom vården av personer med depression och ångestsyndrom ska man hela tiden arbeta för att förbättra sin kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet, precis som inom all annan hälso- och sjukvård. En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården tillgodoser olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Socialstyrelsens bedömningar har utgått från den verksamhet som hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bedriver. Informationen om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs av hälso- och sjukvården och socialtjänsten är dock ofta bristfällig. Det är därför svårt att bedöma vilka konsekvenser som rekommendationerna i riktlinjerna har.

Socialstyrelsens mål med rekommendationerna är att öka tillgången på effektiva metoder för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning genom att kommuner och landsting omfördelar resurser från åtgärder som rangordnas lägre till åtgärder som rangordnas högre.

Ett av syftena med denna nationella utvärdering är att följa upp vilka effekter införandet av nationella riktlinjer får för personer med depression och ångestsjukdomar. Utvärderingen omfattar inte alla de åtgärder som erbjuds målgruppen. Det är dock viktigt att beslutsfattarna även tar ställning till de åtgärder som inte tas upp här, när det gäller vilka prioriteringar man gör och hur resurserna fördelas. En systematisk utvärdering av den egna verksamheten lokalt kan ge beslutsfattarna ytterligare underlag för prioriteringar och resursfördelning. De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar och som följs upp i denna nationella utvärdering berör både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet.

Depression och ångestsyndrom

– vårdens processer och resultat

I detta kapitel redovisas psykiatriens processer och vårdresultat med hjälp av 14 indikatorer från *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Ytterligare 5 indikatorer har lyfts fram som bedöms vara relevanta för att beskriva det samlade resultatet av hälso- och sjukvårdens åtgärder för personer med depression och ångestsyndrom.

Indikatorerna

De indikatorer som redovisas i rapporten berör den psykiatriska verksamheten (öppen- och slutenvård) för personer med depression och ångestsyndrom (tabell 2).

Indikatorexterna refererar ofta till riktlinjernas rekommendationer, prioriteringar och vetenskapliga stöd. Varje indikator har en siffra. Denna beteckning används konsekvent både i rubrikerna till den löpande texten, i diagrammen och vid hänvisningar.

I detta kapitel redovisas ett urval av diagram per indikator. De återstående diagrammen redovisas i *Bilaga 2. Indikatorbeskrivningar*.

Tabell 2 Förteckning över indikatorer

Depression och ångestsyndrom	
Självmod och dödsfall med oklart uppsåt	D1
Dödlighet bland personer som behandlats för depression och ångest	D2
Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom	D3
Dödlighet bland personer som behandlats för ångestsyndrom	D4
Undvikbar somatisk slutenvårdstillfällen för personer med depression	D5
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats för bipolär sjukdom	D6
Undvikbar somatisk slutenvårdstillfällen för personer som vårdats för ångestsyndrom	D7
Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid depression	D8
Återskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för depression	D9
Återskrivning inom 3 respektive 6 månader efter vård för depression	D10
Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för bipolär sjukdom	D11
Återskrivning inom 3 respektive 6 månader efter vård för bipolär sjukdom	D12
Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning för bipolär sjukdom	D13
Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling	D14
Förskrivning av antidepressiva läkemedel i primärvården	D15
Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	D16
Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom	D17

Själv mord och dödsfall med oklart uppsåt (D1)

Själv mord och självmordsförsök är ett stort folkhälsoproblem. I Sverige är självmord i dag den vanligaste dödsorsaken för män i åldersgruppen 15–44 år. Sverige har tillsammans med norra Europa medelhöga självmordstal jämfört med övriga Europa. Sedan slutet av 1970-talet har dock antalet självmord minskat i Sverige och i de flesta länder i västvärlden.

Med få undantag i världen är självmord 2–4 gånger vanligare bland män än bland kvinnor [17]. En högre grad av impulsivitet och aggressivitet hos män har framförts som en möjlig orsak. En annan orsak kan dock vara kvinnors större benägenhet att söka hjälp och därmed få tillgång till behandling med antidepressiva läkemedel.

Depression, ångestsyndrom och schizofreni medför en ökad risk för självmordsförsök eller självmord. Depression är vanligare bland kvinnor och likaså självskadebeteende. Personer som har försökt begå självmord har en mycket hög risk att försöka igen. En god behandling av depression kan med andra ord förebygga självmord. De nationella riktlinjerna för vård av depression och ångest påvisar en god vetenskaplig evidens för så kallade sammansatta vårdåtgärder inom hälso- och sjukvården. Sammansatta åtgärder innebär att man erbjuder patienten evidensbaserade behandlingsåtgärder och konsultationsinsatser som genomförs på ett strukturerat sätt av personer med den kompetens som krävs. Arbetet med sammansatta åtgärder omfattar primärvården, företagshälsovården och psykiatri, liksom samarbetet mellan dessa för att optimera patientens vård. En kontinuerlig läkarkontakt och en strukturerad bedömning av självmordsrisken utgör centrala rekommendationer i vården för denna målgrupp.

I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården bör göra strukturerade bedömningar av självmordsrisken inom diagnostiken när de misstänker att det finns en risk för självmord. Detta gäller inom såväl primärvård som psykiatrisk vård. Om de bedömer att det finns en risk för självmord ska de göra en fördjupad psykiatrisk bedömning.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare i befolkningen under perioden 1999–2011. Indikatorn avser alla åldrar. Med dödsfall med oklart uppsåt avses osäkra självmord. Begreppet används när man är osäker på uppsåtet bakom dödsfallet, det vill säga om det var en avsiktlig handling eller ett olycksfall. Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

År 2011 begick 1 099 personer självmord, av dessa personer var 320 kvinnor och 779 män. Därtill finns det för 2011 uppgifter om 288 dödsfall med oklart uppsåt, varav 99 kvinnor och 189 män. Under 2010 vårdades dessutom 7 674 personer till följd av avsiktlig självdestruktiv handling.

Alla åldersgrupper, utom 15–24 år, uppvisar under perioden 1971–2010 mer eller mindre tydliga nedåtgående trender. För båda könen är minskningen störst i åldersgruppen 45–64 år. Bland unga kvinnor i åldersgruppen 15–24 år har självmordsantalet efter minskning i början av perioden varit relativt stabil sedan början av 1980-talet.

Antalet självmord per 100 000 invånare har under de senaste tio åren legat relativt konstant, dock med en viss minskning år 2011 (diagram D1:1).

År 2011 var riksgenomsnittet 14,5 självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Landstingsjämförelsen visar att andelen personer som tagit sitt liv och dödsfall med oklart uppsåt varierar i landet, från 10 till 24 per 100 000 invånare (diagram D1:1 och D1:2). Det finns regionala skillnader i antalet självmord.

Vid en fördjupad analys kan även variationer ses mellan olika kommuner inom länen (data redovisas inte).

Felkällor och tolkningssvårigheter

I självmordsstatistiken inkluderas vanligen de fall där den rättsmedicinska undersökningen inte har kunnat fastställa om dödsorsaken var självmord eller olycksfall. Undersökningar har visat att majoriteten av dessa osäkra fall utgörs av självmord.

För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter en tänkbar indikator.

Bedömning av resultat

Antalet självmord i Sverige har minskat sedan 1970-talet, dock så sker inte minskningen i alla åldersgrupper. För åldersgruppen 15–24 år ses en ändring i trenden och självmord i stället blivit något vanligare. Orsaken till den kraftiga minskningen kan inte fastställas definitivt. Flera studier pekar dock på att orsaken är den förbättrade behandlingen av deprimerade, som har möjliggjorts av nya antidepressiva läkemedel [18].

Självmord som har begåtts i anslutning till hälso- och sjukvården inom fyra veckor efter den senaste kontakten med hälso- och sjukvården ska sedan 2006 anmälas enligt lex Maria. Socialstyrelsens granskningar av lex Maria-anmälningar om självmord visar att riskbedömningar görs i alltför liten omfattning. Bristen på systematiska bedömningar av självmordsrisken inom primärvården ser myndigheten som särskilt oroande, eftersom flertalet personer med depression söker sig just dit.

Socialstyrelsens genomgång av lex Maria-anmälningar om självmord begångna 2006–2008 visar att det endast i ungefär hälften av fallen görs någon form av bedömning av självmordsrisken. Andelen strukturerade bedömningar ökade från 5 procent år 2006 till 10 procent år 2009. Socialstyrelsens tillsynsrapport 2013 visar 373 anmälningar enligt lex Maria inom den

specialiserade psykiatrin avsåg självmord. I 97 ärenden (26 procent) hade ingen strukturerad självmordsbedömning genomförts [19].

En strukturerad självmordsriskbedömning inom hälso- och sjukvården är en viktig faktor för att förhindra att människor tar sitt liv. Socialstyrelsen förväntar sig att hälso- och sjukvården genomför strukturerade bedömningar av självmordsrisken enligt de nationella riktlinjerna när de misstänker att det finns en risk för självmord. Om de bedömer att det finns en sådan risk ska en fördjupad psykiatrisk bedömning genomföras.

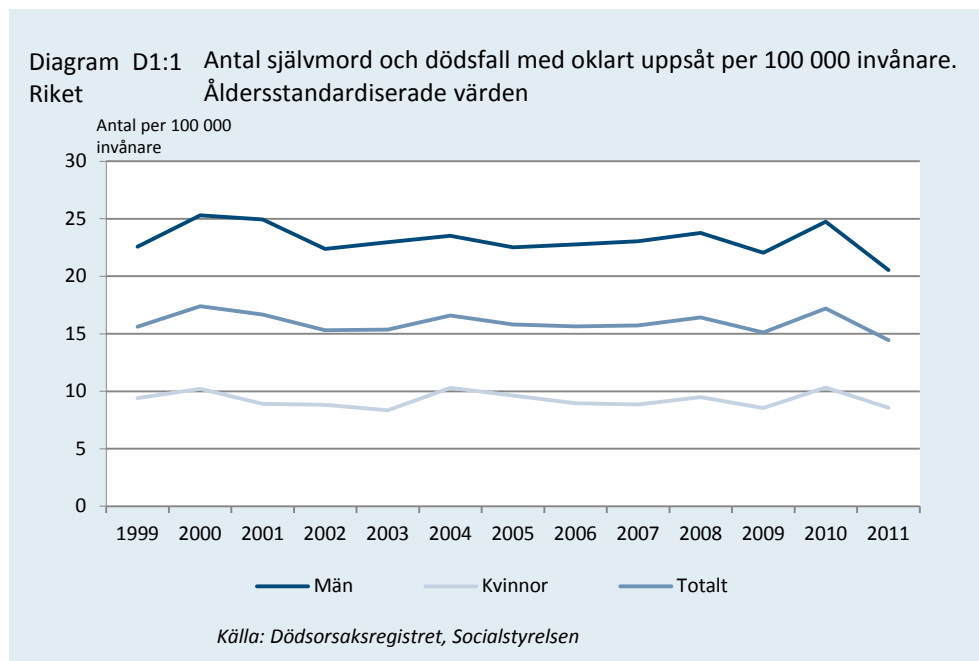
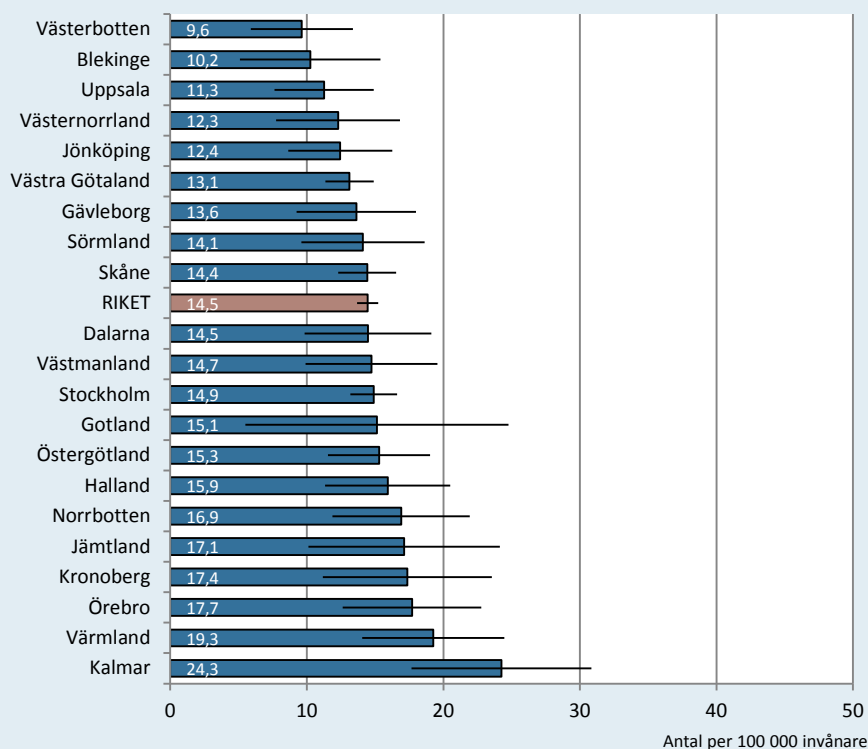
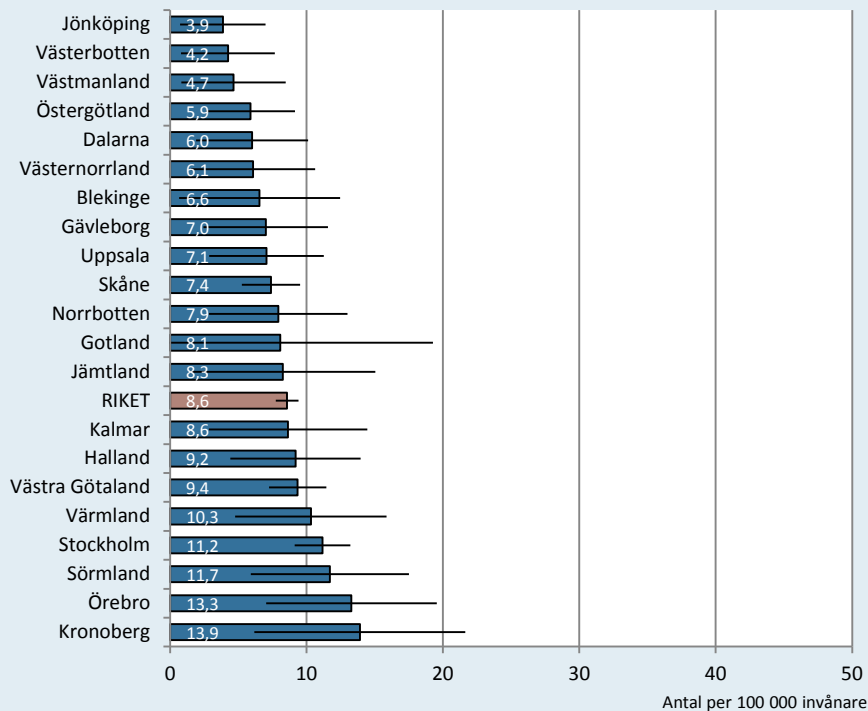


Diagram D1:2 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2011. Åldersstandardiserade värden
Totalt



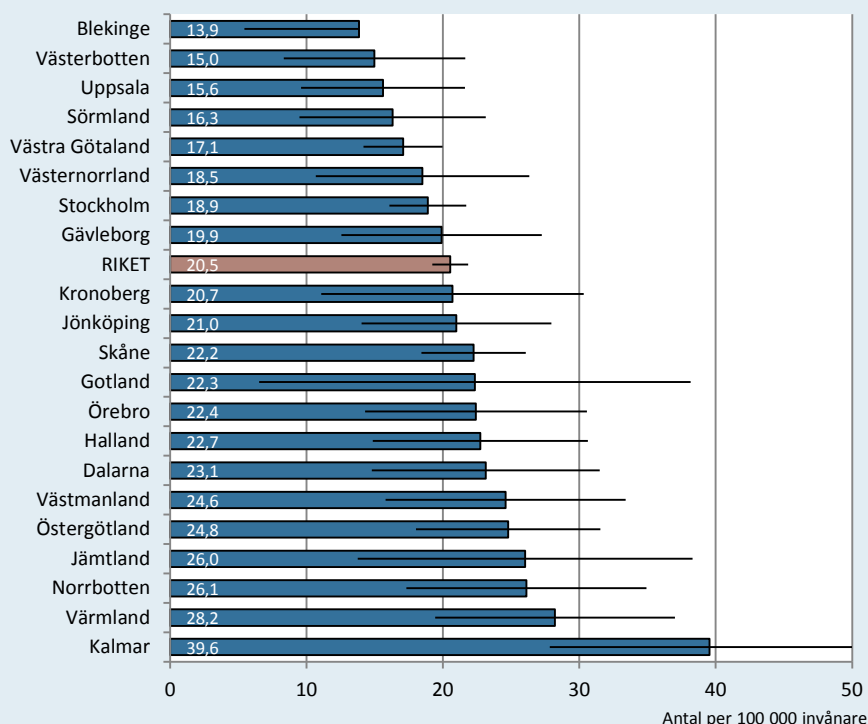
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram D1:3 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2011. Åldersstandardiserade värden
Kvinnor



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram D1:4 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2011. Åldersstandardiserade värden
Män



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet bland personer som behandlats för depression och ångest (D2)

Depressioner tillhör vår tids folksjukdomar och medför ett stort lidande för den som drabbas. Dödligheten vid obehandlad depression är mycket stor. Även hos dem som fått behandling för depression finns det en stor överdödlighet. Psykiatriska patienter har rapporterats ha högre dödlighet och alltså kortare livslängd jämfört med den allmänna befolkningen [20, 21]. Vid långtidsuppföljningar av patienter som behandlats för depression finner man att cirka 15 procent så småningom begår självmord. Därför är det viktigt att man är uppmärksam på återfall och arbetar aktivt med att få patienter att själva identifiera tidiga tecken på ett återinsjuknande och söka hjälp i tid.

Personer med depression och ångestsjukdomar har två till tre gånger högre dödlighet jämfört med befolkningen. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) litteraturoversikt över olika behandlingar av ångest visar dock att det inte finns några studier som entydigt belyser varför ångest-syndrom är förknippat med överdödlighet [22].

Indikatorns utformning

Indikatorn visar dödligheten för de personer i åldern 20–59 år som någon gång de senaste fem åren har behandlats med antidepressiva läkemedel för ångest eller depressionssjukdomar.

Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Diagram (diagram D2:1) visar att dödligheten bland dem som behandlats för depression och ångest är betydligt högre än för den övriga befolkningen. Dödligheten är drygt 4 gånger högre bland kvinnor med depression och ångest än i gruppen utan sådana problem: 51 per 10 000 jämfört med drygt 12 per 10 000 i resten av befolkningen.

En tydlig könsskillnad kan ses, eftersom männen har en högre dödlighet under perioden. Bland män som behandlats för depression och ångest-syndrom är dödligheten drygt 6 gånger högre än hos resten av befolkningen, drygt 110 per 10 000 jämfört med drygt 18 per 10 000 i befolkningen (diagram D2:3 och D2:4).

Under perioden 2006–2010 var dödligheten för patienter med depression och ångestsyndrom i stort sett oförändrad: i hela rikets dag drygt 54 per 10 000 läkemedelsbehandlade patienter år 2006 och 50 per 10 000 år 2010. Mellan landstingen varierade antalet döda mellan 63 och 92 per 10 000 läkemedelsbehandlade personer (diagram D2:1 och D2:2).

Felkällor och tolkningssvårigheter

De värden som presenteras för denna indikator bygger på samkörning av läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret. Avsikten är att beskriva patienter i hela vårdkedjan inom hälso- och sjukvården. I läkemedelsregistret går det inte att särskilja depression och ångestdiagnoser. Patienter som har antingen depression eller ångestsyndrom och inte behandlas med läkemedel för dessa tillstånd förbises genom denna indikator.

Bedömning av resultat

Det framgår tydligt att dödligheten är betydligt högre bland dem som har vårdats för depression än hos övriga befolkningen. Dödligheten för personer med depression varierar dock kraftigt mellan de olika landstingen, vilket kan bero på sociala faktorer, annan samtidig sjuklighet, skillnader i tobaks- och alkoholbruk och olika diagnossättning.

I de olika landstingen har män generellt en högre dödlighet jämfört med kvinnor. Landstingen uppvisar också en relativt stor inbördes variation i dödlighet mellan män och kvinnor. Några landsting har anmärkningsvärt hög dödlighet vilket bör analyseras närmare av de berörda landstingen.

Personer med depressionssjukdom har ofta en högre förekomst av somatisk sjuklighet, det vill säga även ha andra kroppsliga sjukdomar. Depression har visat sig ha ett samband med andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom, insulinresistens, högt blodtryck, fetma, ökat rökande, alkoholmissbruk och fysisk inaktivitet. Den kroppsliga samsjukligheten kanske inte alltid uppmärksammas på samma sätt som hos personer utan depressions-sjukdom, och den högre dödligheten kan därför bero på att den somatiska sjukdomen upptäcks senare.

Många människor med depression kan också ha en somatisk sjuklighet. Denna samsjuklighet uppmärksammas kanske inte på samma sätt hos personer med depressionssjukdomar som hos andra patienter. Att det är så styrks även av resultaten i indikator D5, undvikbara slutenvårdstillfällen. Socialstyrelsen konstaterar att landstingen bör uppmärksamma detta och åtgärda den ojämlikhet som finns mellan grupperna.

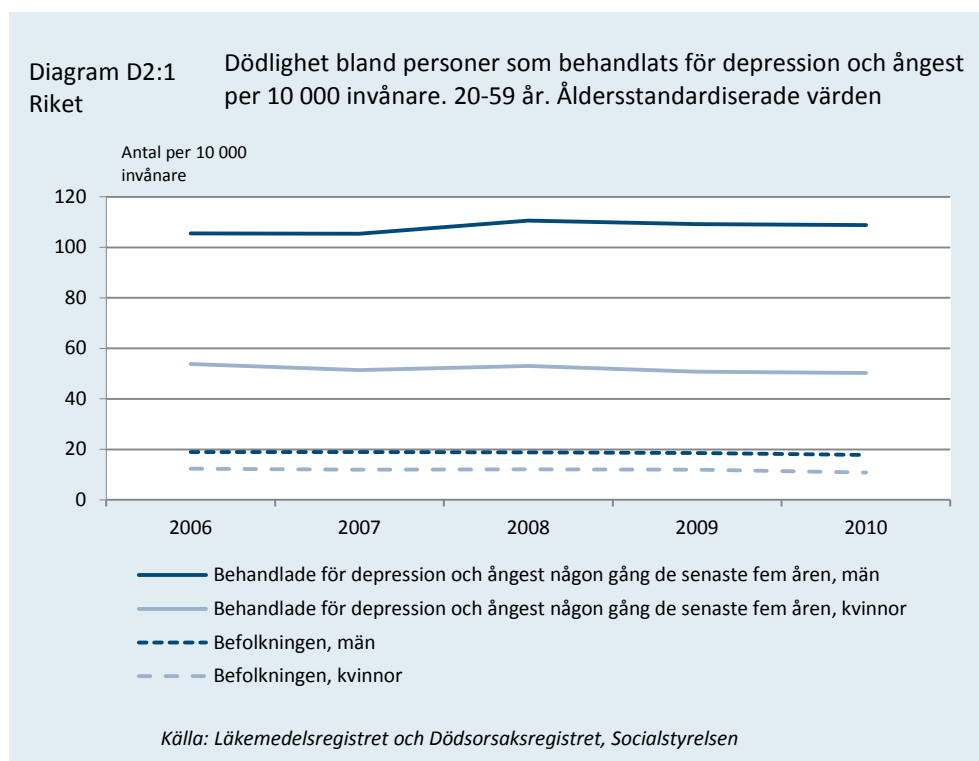


Diagram D2:2 Dödlighet bland personer som behandlats för depression och ångest per 10 000 invånare, 2008-2010. 20-59 år. Åldersstandardiserade värden

Totalt

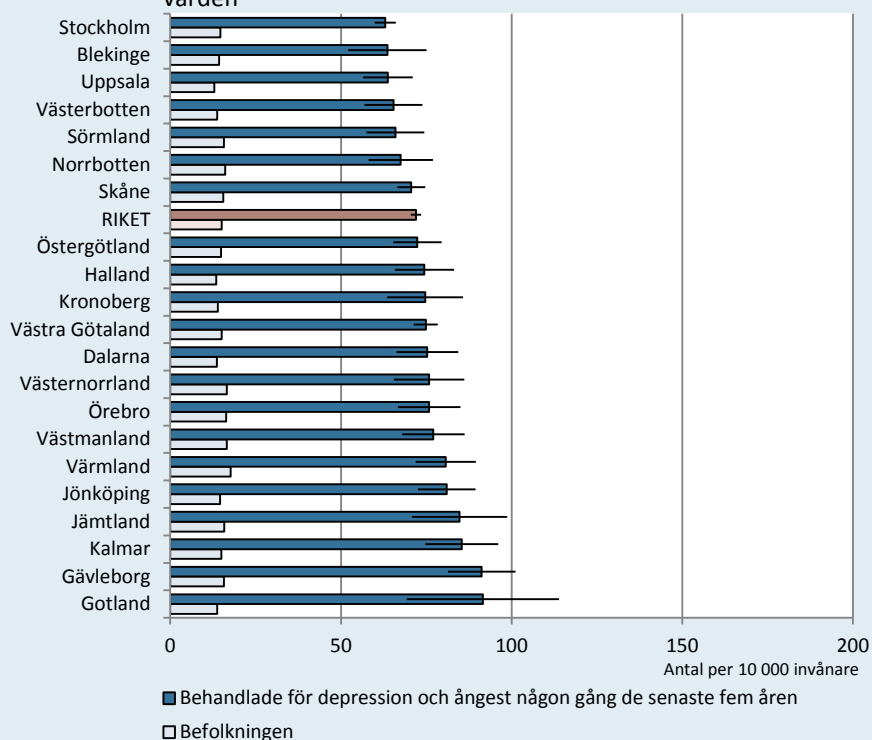
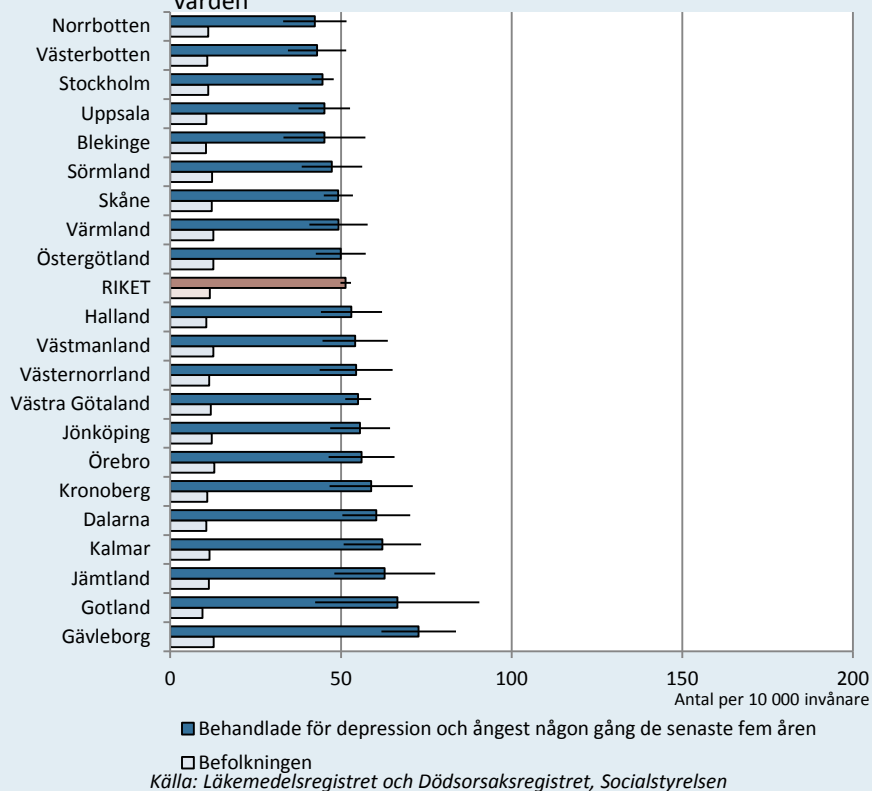
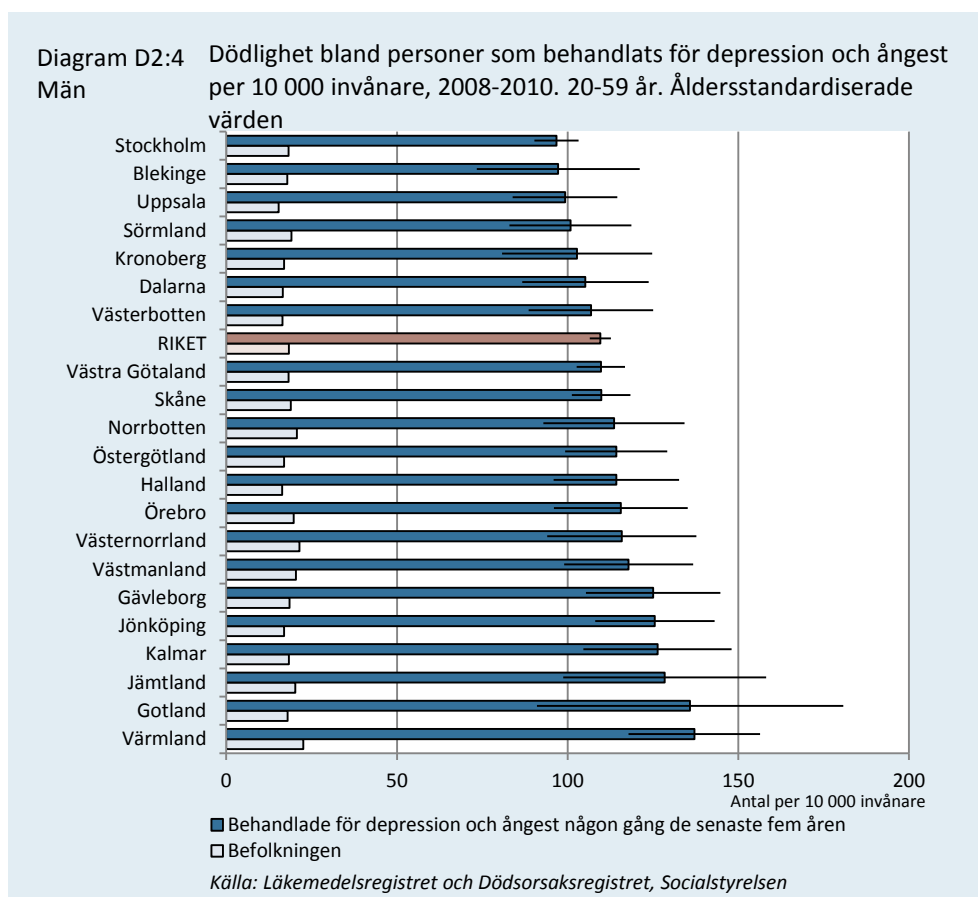


Diagram D2:3 Dödlighet bland personer som behandlats för depression och ångest per 10 000 invånare, 2008-2010. 20-59 år. Åldersstandardiserade värden

Kvinnor





Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom (D3)

Bipolär sjukdom är förknippad med en ökad tidig dödlighet till följd av allmänna medicinska sjukdomar. Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär spektrumstörning. Detta gäller till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdom samt cerebrovaskulära (sjukdomar i hjärnans blodkärl) och endokrina störningar (hormonsjukdomar) [23].

Tidigare var den högre dödligheten bland personer med bipolär sjukdom kopplad till ett högre antal självmord och olyckor. I dag behandlas många personer med bipolär sjukdom med stämningsstabiliserande läkemedel som i stället kan ge en ökad risk för fetma och metabola syndrom. Alltså har orsakerna till den ökade dödligheten förändrats. Metabola syndrom är samlingsnamnet för ett antal faktorer som ökar risken för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar dödligheten per 10 000 invånare bland personer i åldern 20–59 år med bipolär sjukdom som någon gång de senaste åren fem åren har behandlats med stämningsstabiliserande läkemedel.

Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Totalt 57 000 personer med bipolär sjukdom har någon gång under de senaste fem åren behandlats med stämningsstabiliserande läkemedel. Av dessa har drygt 506 personer avlidit, varav 229 kvinnor och 277 män.

Diagrammet (diagram D3:1) visar att under perioden 2006–2010 var dödligheten betydligt högre för dem som behandlats för bipolär sjukdom än för den övriga befolkningen i riket. Det genomsnittliga värdet var 87 döda per 10 000 invånare för personer som vårdats inom psykiatri jämfört med 15 per 10 000 invånare i befolkningen som helhet (diagram D3:1).

Det finns också stora könsskillnader att beakta. Dödligheten är drygt sex gånger så hög bland kvinnor, drygt 69 per 10 000 för vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med drygt 12 per 10 000 i befolkningen. Även bland män är dödligheten drygt sex gånger så hög, men det handlar då om så många som drygt 111 döda per 10 000 för vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med drygt 19 per 10 000 i befolkningen (diagram D3:1, D3:3 och D3:4).

Mellan landstingen varierade antalet från 33 till 141 dödsfall per 10 000 i befolkningen (diagram D3:2).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Bipolär sjukdom har visat sig ha ett samband med andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar, insulinresistens, högt blodtryck, fetma, ökat rökande, alkoholmissbruk och fysisk inaktivitet. Samsjukligheten kanske inte alltid uppmärksammas på samma sätt som andra psykiatriska diagnoser såsom schizofreni, och den högre dödligheten kan därför bero på att sjukdomen upptäcks senare.

Bedömning av resultat

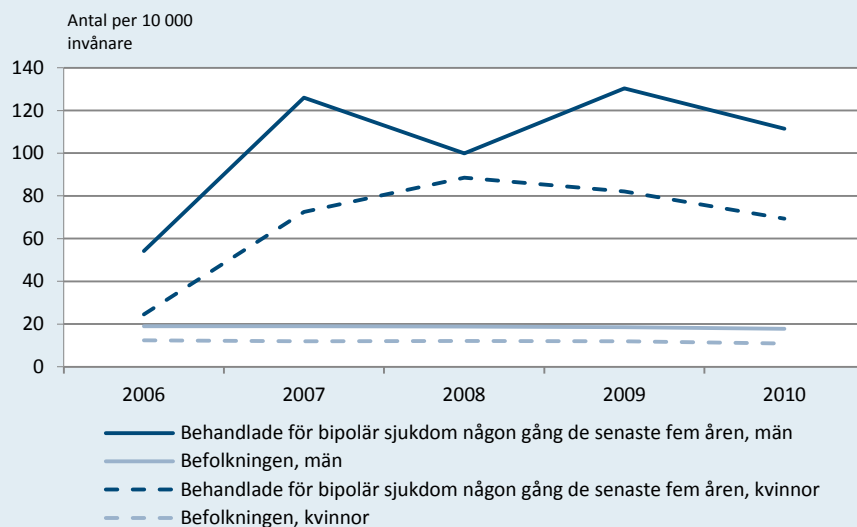
Resultaten visar att dödligheten är betydligt högre bland personer som vårdats för bipolär sjukdom än i övriga befolkningen. Studier har visat att det även finns könsskillnader när det gäller samsjuklighet, sjukdomsförlopp och faktorer som leder till återfall.

Dödligheten bland personer med bipolär sjukdom har ökat under perioden 2006–2010, och ökningen ses hos både män och kvinnor. Dödligheten för personer med bipolär sjukdom varierar relativt mycket mellan de olika landstingen. I vissa landsting finns även anmärkningsvärt stora skillnader mellan könen. Kvinnor har dock generellt sett en lägre dödlighet jämfört med män.

Samma mönster i dödlighet och könsfördelning ses om patientgruppen identifieras med hjälp av uppgifter i Socialstyrelsens patientregister.

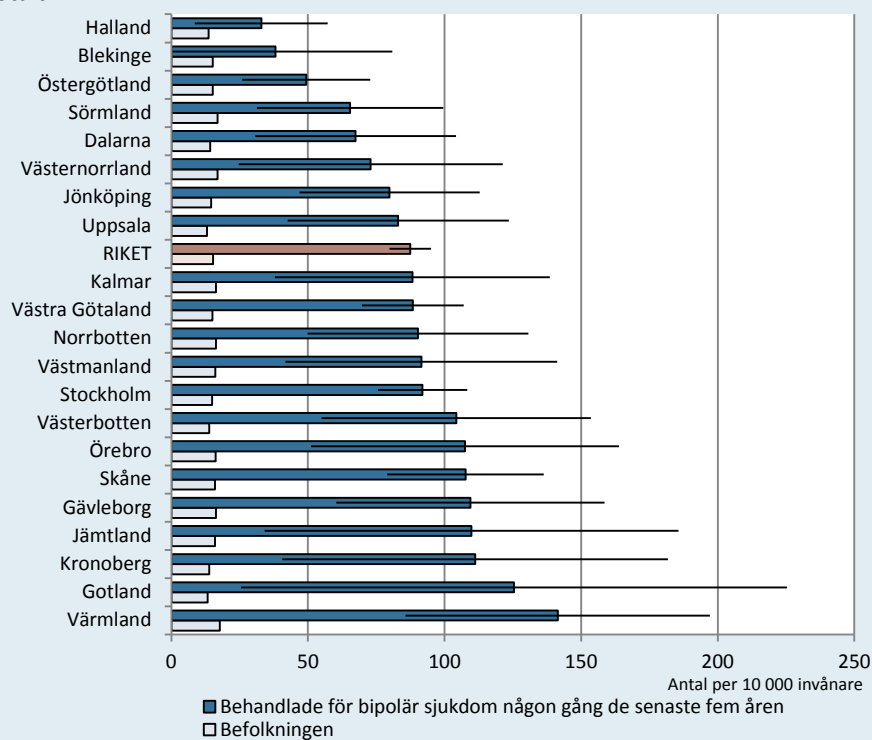
Det är viktigt att följa den överdödlighet som inte bara beror på självmord. En hög överdödlighet hos personer med bipolär sjukdom kan nämligen tyda på samsjuklighet och ett bristande omhändertagande i hälso- och sjukvården.

Diagram D3:1 Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom per Riket 10 000 invånare, 20-59 år. Åldersstandardiserade värden



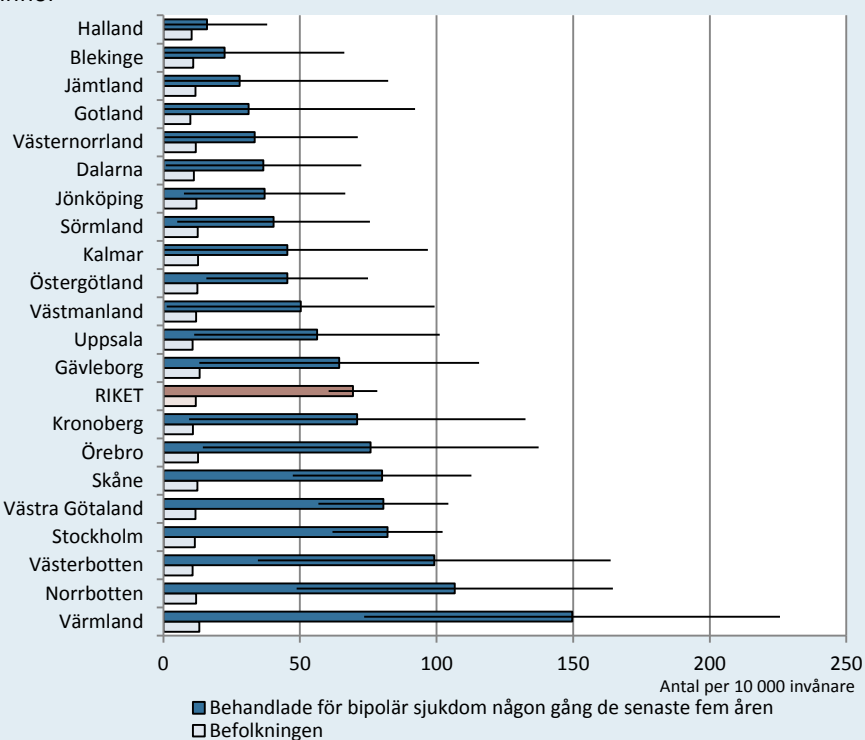
Källa: Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram D3:2 Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom per Totalt 10 000 invånare, 2010. 20-59 år. Åldersstandardiserade värden



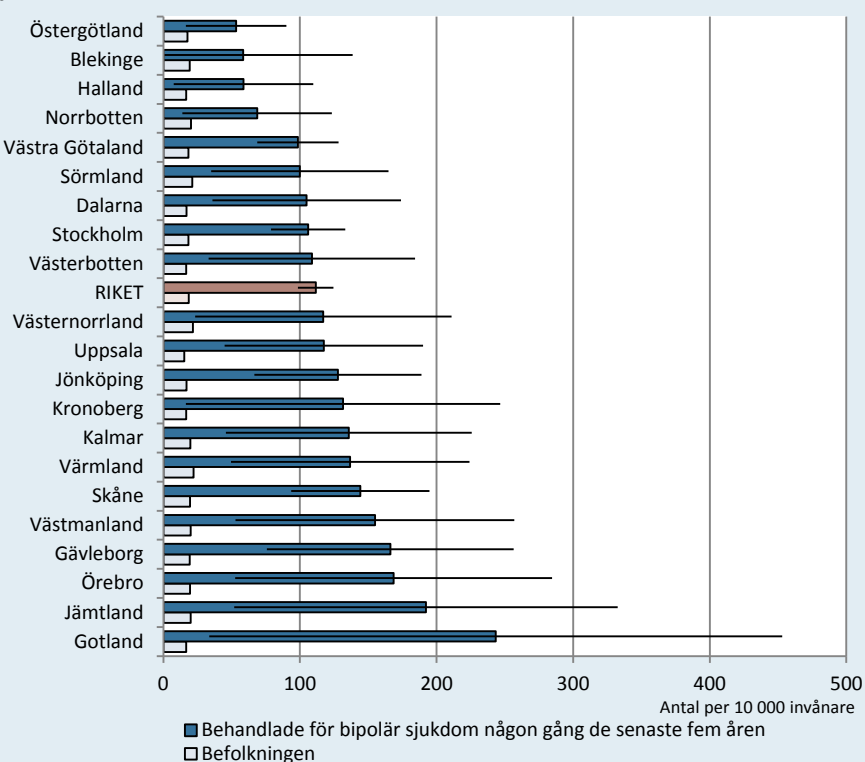
Källa: Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram D3:3 Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom per 10 000 invånare, 2010. 20-59 år. Åldersstandardiserade värden
Kvinnor



Källa: Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram D3:4 Dödlighet bland personer som behandlats för bipolär sjukdom per 10 000 invånare, 2010. 20-59 år. Åldersstandardiserade värden
Män



Källa: Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet bland personer som behandlats för ångestsyndrom (D4)

Ångestsyndrom är associerat med en hög grad av samsjuklighet. Studier visar till exempel att mer än 80 procent av individerna med fobier samtidigt har en annan psykisk sjukdom, och vid generaliserat ångestsyndrom är motsvarande siffra 90 procent.

Även kroppsliga sjukdomar som hjärtbesvär, mag- och tarmproblem, förhöjda blodfetter och astma är vanligare hos patienter med ångestsyndrom än hos normalbefolkningen [22]. Missbruk av alkohol är tre gånger vanligare hos personer med ångestsyndrom. Bland patienter med en hjärtsjukdom är samsjukligheten med ångestsyndrom förknippad med en högre risk för stroke, hjärtinfarkt, hjärtsvikt och död [24]. För en tredjedel till hälften av patienterna med långvariga kroppsliga sjukdomar har en samsjuklighet med ångestsyndrom eller depression. Personer med ångestsjukdom har två till tre gånger högre dödlighet jämfört med i den totala befolkningen. Samsjuklighet av ångest och depressionssjukdomar ökar självmordsrisken.

En hög dödlighet hos personer med ångestsyndrom kan tyda på samsjuklighet och bristande omhändertagande inom den somatiska vården.

Samhällskostnaderna för ångestsyndrom beräknas uppgå till cirka 12 miljarder kronor per år på grund av nedsatt produktivitet, ökad sjuklighet och dödlighet samt ökad konsumtion av somatisk vård.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter antalet avlidna bland personer i åldern 20–59 år med ångestsyndrom och psykiatrisk behandling de senaste fem åren, per 10 000 invånare, för perioden 2003–2010.

Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Totalt har 697 personer som behandlats för ångestsyndrom inom psykiatrin de senaste fem åren avlidit, varav 267 kvinnor och 430 män.

Diagrammen (diagram D4:1) visar att dödligheten bland de personer som behandlats för ångest är högre än för den övriga befolkningen (diagram D4:1 och diagram D4:2). Dödligheten är två gånger så hög bland kvinnor: drygt 22 per 10 000 för vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med drygt 11 per 10 000 i befolkningen. Bland män är dödligheten drygt 2,7 gånger så hög: drygt 51 per 10 000 för vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med knappt 19 per 10 000 i befolkningen (diagram D4:3 och D4:4).

I hela riket 2010 var dödligheten för patienter som vårdats för ångestsjukdom senaste fem åren i psykiatrin 34 per 10 000. Mellan landstingen varierade antalet dödsfall från 21 till 77 per 10 000 invånare (diagram D4:2).

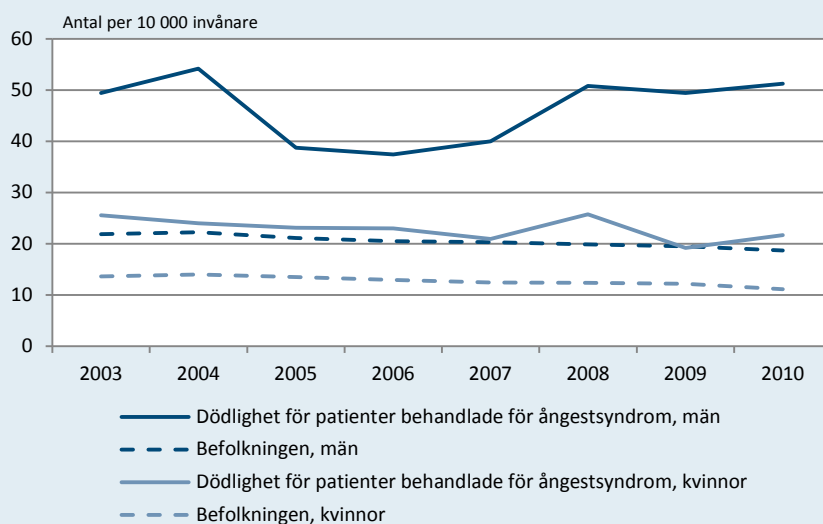
Bedömning av resultat

Samhällskostnaderna är höga för denna patientgrupp– främst i form av ned-satt produktivitet, ökad sjuklighet och dödlighet samt ökad konsumtion av somatisk vård.

Indikatoren visar en tydlig överdödlighet hos personer med ångestsyndrom jämfört med befolkningen. Dödligheten är större hos männen. För samtliga ångestsyndrom finns dock behandlingsmetoder med dokumenterad effekt.

Resultaten antyder att hälso- och sjukvårdskvaliteten är sämre för indivi-der med ångestsyndrom. En möjlig förklaring kan vara att psykiatriska pro-blem och frågeställningar prioriteras framför somatiska inom både den psykiatriska vården och primärvården. Mycket talar för att en person med psykisk sjukdom som har fysiska symtom och problem inte får tillräckligv uppmärksamhet, vilket i sin tur kan försena upptäckt och behandling. Sam-sjuklighet är alltså en komplicerande faktor som hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till i samband med diagnostik och behandling av personer med ångestsyndrom.

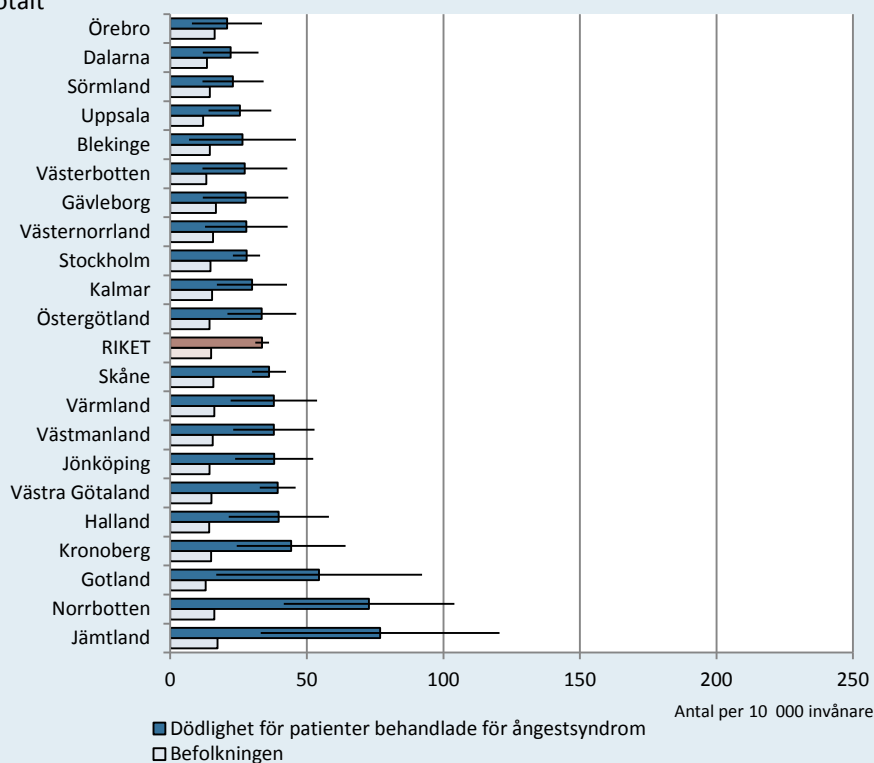
Diagram D4:1 Dödlighet bland personer som behandlats för ångestsyndrom.
Riket Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram D4:2
Totalt

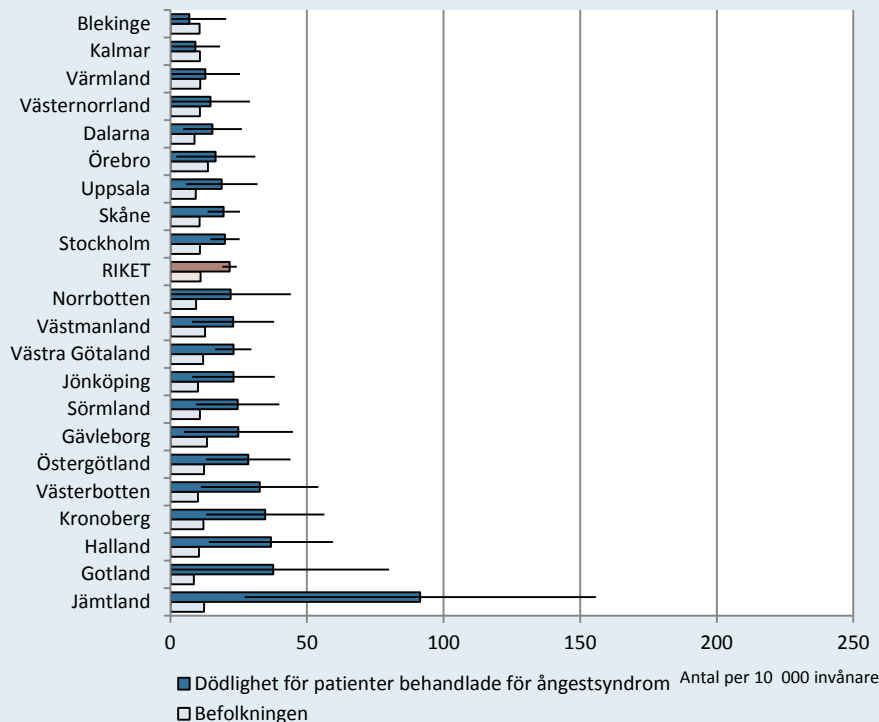
Dödlighet bland personer som behandlats för ångestsyndrom, 2010.
Åldersstandardiserade värden



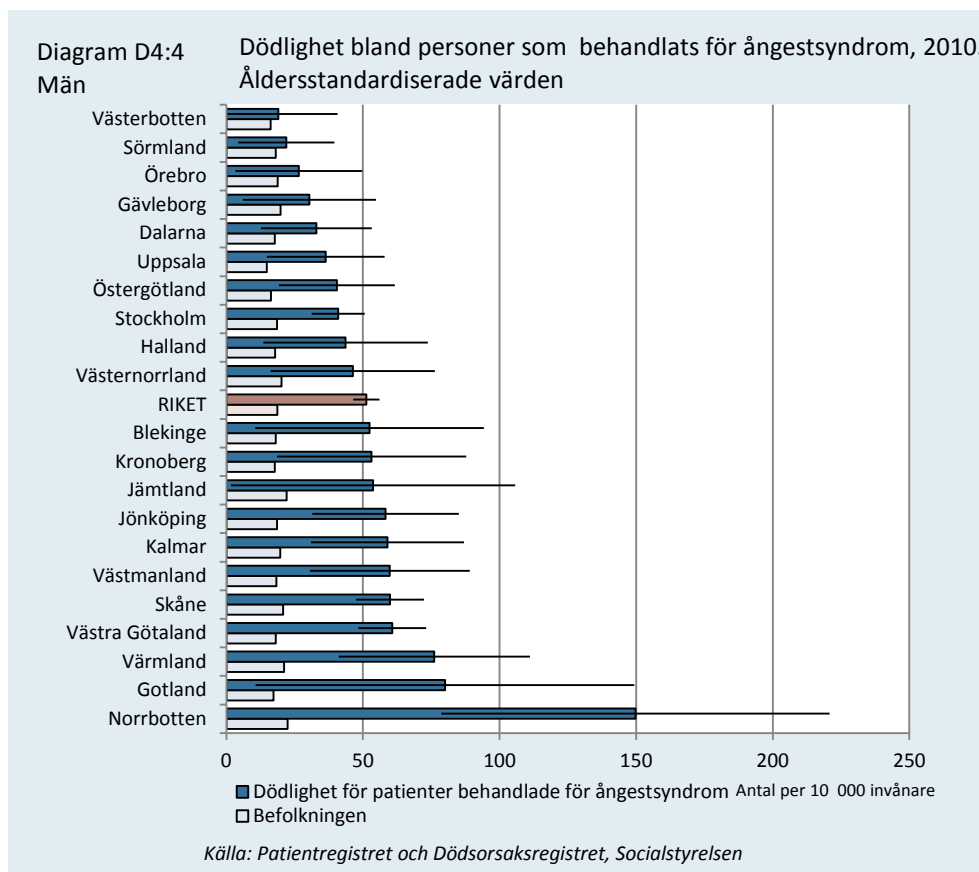
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram D4:3
Kvinnor

Dödlighet bland personer som behandlats för ångestsyndrom, 2010.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer behandlade för depression (D5)

Det finns ett tydligt samband mellan depression och somatiska sjukdomar. Studier visar att de somatiska sjukdomar som oftast förekommer i samband med depression är mag- och tarmsjukdomar, stroke, muskuloskeletala sjukdomar, Parkinsons sjukdom, lungsjukdomar och fetma [25]. Diabetes är också ett mycket vanligt tillstånd bland patienter med depression.

Personer med depression som samtidigt lider av en somatisk sjukdom söker i högre grad hälso- och sjukvård än patienter som lider av enbart den somatiska sjukdomen. Detta resulterar i högre sjukvårdskostnader för gruppen med depression [26].

Om personer med depression får ett bra omhändertagande i den somatiska öppenvården kan onödiga inläggningar på sjukhus förhindras. Indikatorn baserar sig på antagandet att om patienter med de studerade sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i öppenvården så kan onödiga inläggningar förhindras i denna grupp.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet personer i åldern 20–59 år med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, bland personer som behandlats inom psykiatri för depression och i den totala befolkningen.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Avsikten med indikatorn är att bland patienter i slutenvård mäta förekomsten av diagnoser som borde kunna förhindras med en optimalt fungerande primärvård och sjukhusbunden öppenvård.

Resultatet från denna indikator ska betraktas som en övergripande indikator. Indikatorn speglar effektiviteten och tillgängligheten inom öppenvården när det gäller vissa sjukdomstillstånd. Den speglar också om personer med dessa sjukdomar får ett lämpligt omhändertagande, till exempel sjukdomsförebyggande åtgärder och adekvat primärvård.

Med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen menas "onödiga" vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd t ex högt blodtryck, blödande magsår och astma. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kronisk obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Utöver dessa ingår även några akuta tillstånd där man bör kunna förhindra att patienten måste läggas in på sjukhus om man ger rätt behandling inom rimlig tid. Dessa akuta tillstånd är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen (hos kvinnor), njurbäckeninflammation samt öron-, näsa- och halsinfektioner.

Utfall och variation

Under de senaste fem åren har cirka 17 200 personer någon gång vårdats inom psykiatrin med huvuddiagnosen depression, och av dem hade 289 personer undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen 2010. Generellt har män som har vårdats inom psykiatrin flera undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen, 1 795 per 100 000, jämfört med 447 per 100 000 i befolkningen. Bland kvinnor som har behandlats inom psykiatrin är siffran 1 600 per 100 000, jämfört med 447 per 100 000 i befolkningen (diagram D5:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

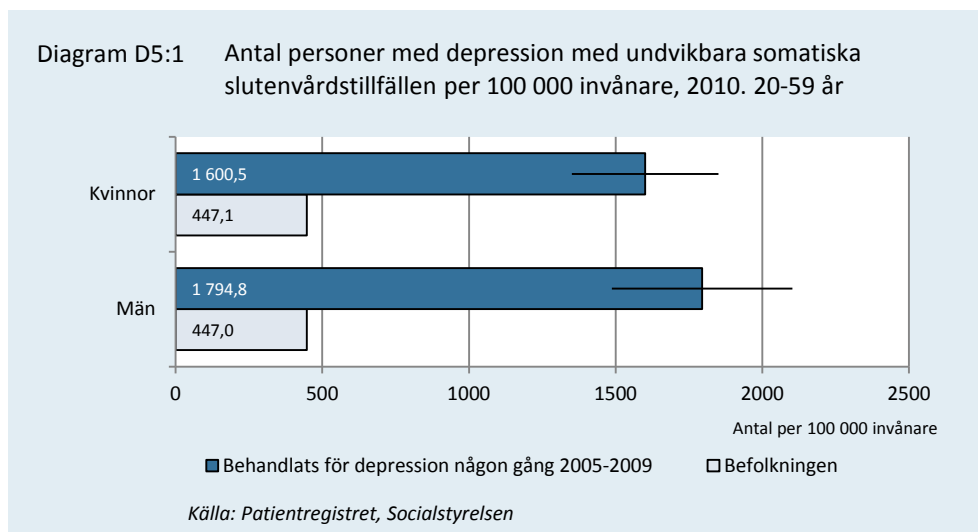
På grund av att relativt få patienter ingår i jämförelsen redovisas inga värden på landstingsnivå. I stället redovisas statistiken som en jämförelse mellan grupperna på riksnivå.

Bedömning av resultatet

Resultatet för denna indikator kan vägas samman med resultatet för indikator D2, *dödlighet bland personer som behandlats inom psykiatrin för depression och ångestsyndrom*.

Resultatet visar tydligt att personer med depression löper en kraftigt ökad risk att bli allvarligt sjuka i – eller dö av – en samtidig somatisk sjukdom. De exakta orsakerna till detta bör utredas vidare, men sannolikt kan den ökade risken bero på en kombination av underbehandling av de psykiska besvären och ett sämre omhändertagande inom den somatiska vården. Hälso- och sjukvården bör ta dessa uppgifter på största allvar och inleda ett analys- och förbättringsarbete för att komma till rätta med bristerna.

Arbetet med att öka tillgängligheten till såväl primärvård som sjukhusmottagningar är en viktig del i strävandena för att minska antalet undvikbara inläggningar på sjukhus.



Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som behandlats för bipolär sjukdom (D6)

Patienter med bipolär sjukdom löper högre risk för samtida somatisk sjuklighet [27]. Hypertoni, blodfettssrubbnings och hepatit C-virus är sjukdomar som förefaller vara vanliga hos bipolära patienter [28]. Typ 2-diabetes är också mycket utbredd: cirka 17 procent av patienterna med bipolär sjukdom har även denna sjukdom, vilket är en betydligt högre siffra än i befolkningen som helhet [28]. En studie av ett stort urval av bipolära patienter visade att högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, astma och diabetes var bland de vanligaste sjukdomstillstånden för denna patientgrupp [29].

Undvikbar somatisk slutenvård belyser omhändertagandet av personer med vissa sjukdomstillstånd inom öppenvården, till exempel genom en väl fungerande primärvård och ett sjukdomsförebyggande arbete. Onödiga inläggningar på sjukhus kan förhindras om patienter med dessa sjukdomstillstånd får ett bra omhändertagande i den somatiska öppenvården.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet personer i åldern 20–59 som vårdats inom psykiatri för bipolär sjukdom senaste fem åren, och som under 2010 hade minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle, per 100 000 invånare.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Totalt 7 600 personer har någon gång de senaste fem åren vårdats för bipolär sjukdom, och av dem hade drygt 140 personer minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle under 2010.

Generellt har män som har vårdats inom psykiatrin flera undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen, 1 876 per 100 000 i befolkningen, jämfört med 447 per 100 000. Bland kvinnor som har vårdats inom psykiatrin är siffran 1 744 per 100 000, jämfört med 447 per 100 000 i befolkningen (diagram D6:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

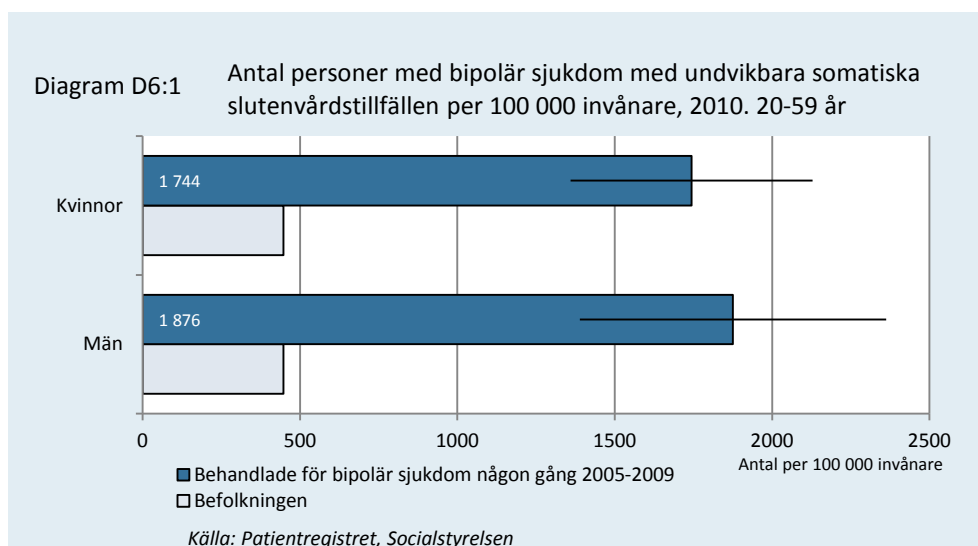
På grund av att relativt få patienter ingår i jämförelsen redovisas inga värden på landstingsnivå. I stället redovisas statistiken som en jämförelse mellan grupperna på riksnivå.

Bedömning av resultatet

Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är vanligare bland personer med bipolär sjukdom än i resten av befolkningen. Förekomsten av riskfaktorer i livsstil är högre i denna patientgrupp, men kan också ses som ett resultat av att sjukdomen upptäcks senare och att de därmed har en högre grad av samsjuklighet.

Resultatet för denna indikator kan vägas samman med resultatet för indikator D3, dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrin för bipolär sjukdom. Resultatet visar tydligt att personer med bipolär sjukdom löper en kraftigt ökad risk att bli allvarligt sjuka i – eller dö av – en samtidig somatisk sjukdom. De exakta orsakerna till detta bör utredas vidare, men sannolikt kan den ökade risken bero på en kombination av underbehandling av de psykiska besvären och ett sämre omhändertagande inom den somatiska vården. Hälso- och sjukvården bör ta dessa uppgifter på största allvar och inleda ett analys- och förbättringsarbete för att komma till rätta med bristerna.

Arbetet med att öka tillgängligheten till såväl primärvård som sjukhusmottagningar är en viktig del i strävandena för att minska antalet undvikbara inläggningar på sjukhus.



Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som behandlats för ångestssyndrom (D7)

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård belyser omhändertagandet vid vissa sjukdomstillstånd inom öppenvården, till exempel genom en välfungerande primärvård och sjukdomsförebyggande arbete. Onödiga inläggningar på sjukhus kan förhindras om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den somatiska öppenvården.

Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är vanligare bland personer som har vårdats för ångestsjukdom. Förekomsten av livsstilsriskfaktorer är högre i patientgruppen, men också kan ses som ett resultat av att sjukdomen upptäcks senare och därmed har högre grad av samsjuklighet.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet personer i åldern 20–59 som vårdats inom psykiatrin för ångestsjukdom senaste fem åren och som under 2010 hade minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle, per 100 000 invånare.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Totalt 27 300 personer har någon gång de senaste fem åren vårdats för ångestsjukdom, och av dem var det drygt 650 personer som hade undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen under 2010.

Generellt har kvinnor som har vårdats inom psykiatrin fler undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen jämfört med befolkningen i övrigt, 2 429 jämfört med 447 per 100 000 i befolkningen. Bland män som har vårdats inom psykiatrin är siffran 2 185, jämfört med 447 per 100 000 i befolkningen (diagram D7:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

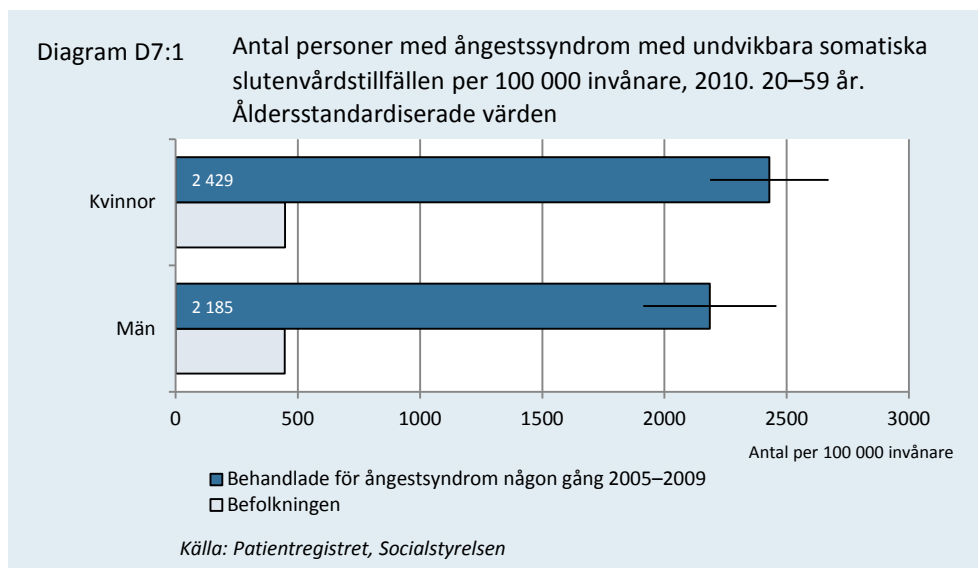
På grund av att relativt få patienter ingår i jämförelsen redovisas inga värden på landstingsnivå. I stället redovisas statistiken som en jämförelse mellan grupperna på riksnivå.

Bedömning av resultatet

Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är vanligare bland personer med ångestsjukdom än i resten av befolkningen. Förekomsten av riskfaktorer i livsstil är högre i denna patientgrupp, men kan också ses som ett resultat av att sjukdomen upptäcks senare och att de därmed har en högre grad av samsjuklighet.

Resultatet för denna indikator kan vägas samman med resultatet för indikator D4, dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrin för ångestsjukdom. Resultatet visar då tydligt att personer med ångestsjukdom löper en kraftigt ökad risk att bli allvarligt sjuka i – eller dö av – en samtidig somatisk sjukdom. De exakta orsakerna till detta bör utredas vidare, men sannolikt kan den ökade risken bero på en kombination av underbehandling av de psykiska besvären och ett sämre omhändertagande inom den somatiska vården. Hälso- och sjukvården bör ta dessa uppgifter på största allvar och inleda ett analys- och förbättringsarbete för att komma till rätta med bristerna.

Arbetet med att öka tillgängligheten till såväl primärvård som sjukhusmottagningar är en viktig del i strävandena för att minska antalet undvikbara inläggningar på sjukhus.



Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid depression (D8)

För att säkerställa en god vård över tid är det viktigt med kontinuitet i vården under hela sjukdomsförloppet. God kontinuitet är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med depression och bipolär sjuk-

dom. God kontinuitet minskar även stressen och skapar trygghet i kontakten med vården, såväl för den enskilda patienten som för hennes eller hans familj. Detta kan i sin tur öka följsamheten till behandlingen.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter som varit på ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivningen från den psykiatriska slutenvården. Indikatorn omfattar patienter med depressionsjukdom, i ålder 20–59 år, som vårdats någon gång under 2007–2010.

Drygt 11 500 patienter ingår i jämförelsen. Andelen kvinnliga patienter var 57 procent.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet hade drygt 40 procent av patienterna varit på ett återbesök till en läkare i psykiatrisk öppenvård inom fyra veckor efter utskrivningen. Detta gällde 40 procent av kvinnorna och 39 procent av männen (diagram D8:1 och D8:2).

Inom åtta veckor efter utskrivning hade drygt 57 procent av patienterna varit på ett återbesök. Detta gällde 58 procent av kvinnorna och 56 procent av männen.

På landstingsnivå varierade andelen återbesök inom fyra veckor mellan 23 och 60 procent, alltså med 37 procentenheter. För återbesök inom åtta veckor varierade andelen på riksnivå mellan 37 och 76 procent, alltså med 39 procentenheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Socialstyrelsens patientregister inkluderar läkarbesök, och därför går det inte att följa upp kontakter med andra hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

Mätperioden omfattar fyra år eftersom antalet fall per år är alltför lågt för att kunna jämföra landstingen. Att i stället använda ett årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten.

Bedömning av resultatet

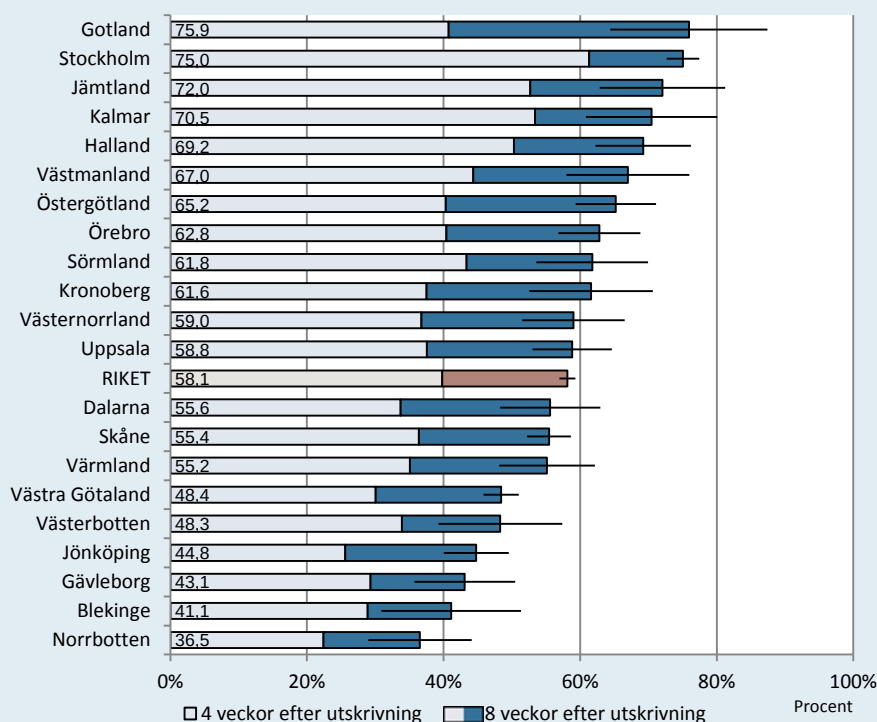
I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom poängteras god kontinuitet under hela vårdförloppet och i läkarkontakten. En god kontinuitet är en förutsättning för god vård över tid.

Att patienten tidigt efter utskrivningen från slutenvården har kontakt med öppenvården kan vara ett mått på en välfungerande samverkan mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård. En sådan välfungerande uppföljning kräver både tid och tillgång till personal, liksom en vårdstruktur som främjar kontinuitet.

Variationen mellan landstingen är stor. Det kan bero på skillnader i tillgången till läkare, men kan också spegla hur samverkan mellan den psykiatriska slutenvården och öppenvården är organiserad och fungerar.

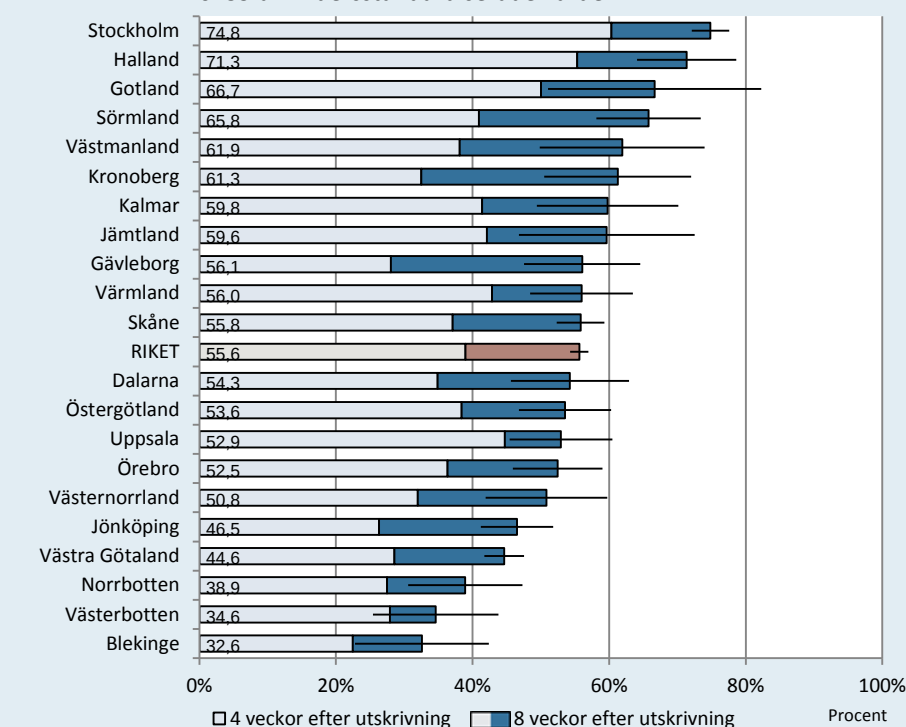
Det är önskvärt att alla patienter med depressionssjukdom som skrivits ut från slutenvården kallas till ett återbesök inom ett par veckor. Syftet med återbesöket är att säkerställa att eftervården och behandlingen fungerar optimalt. Även om det finns återbesök till andra yrkeskategorier än läkare, är andelen patienter som erbjuds återbesök alltför låg i många delar av landet.

Diagram D8:1 Kvinnor Andel vårdade för depression med läkarkontakt i öppenvården inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivning. Vårdade 2007–2010. 20–59 år. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram D8:2 Andel vårdade för depression med läkarkontakt i öppenvården inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivning. Vårdade 2007–2010. 20–59 år. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för depression (D9)

Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar belyser att vårdtiden i den psykiatriska slutenvården är otillräcklig, eller att man skriver ut patienter utan att tillräckligt samordna uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via den specialiserade psykiatriska öppenvården. Indikatorn är viktig ur ett kvalitetsperspektiv.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar hur stor andel patienter i åldern 20–59 år som återinskrivs i den psykiatriska slutenvården med diagnosen depression under åren 2007–2009. Drygt 39 000 patienter ingår i jämförelsen.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet återinskrivs drygt 11 procent inom 14 dagar och drygt 15 procent inom 28 dagar. Ingen större skillnad kan ses mellan män och kvinnor i riket som helhet (diagram D9:1).

Inom enskilda landsting finns dock påtagliga skillnader mellan män och kvinnor. Antalet återinskrivningar inom 14 dagar varierar mellan landsting-

en med cirka 7–17 procentenheter och inom 28 dagar med 11–31 procentenheter (diagram D9:2 och D9:3).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Mätperioden omfattar fyra år eftersom antalet fall per år är relativt lågt. Ett sådant sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar visserligen den statistiska osäkerheten, men inverkar negativt på uppgifternas aktualitet.

Bedömning av resultatet

Variationerna mellan landstingen är stora när det gäller återinskrivningar och skillnaden mellan kvinnor och män.

Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert vilket resultat som är bra och vilket som är dåligt. Variationen mellan landstingen är svår att tolka, eftersom kriterierna för inläggning i psykiatrisk slutenvård påverkar utfallet.

Det verkar vara en hög andel patienter med diagnosen medelsvår eller svår depression som återinskrivs i psykiatrisk slutenvård inom sex till tolv månader.

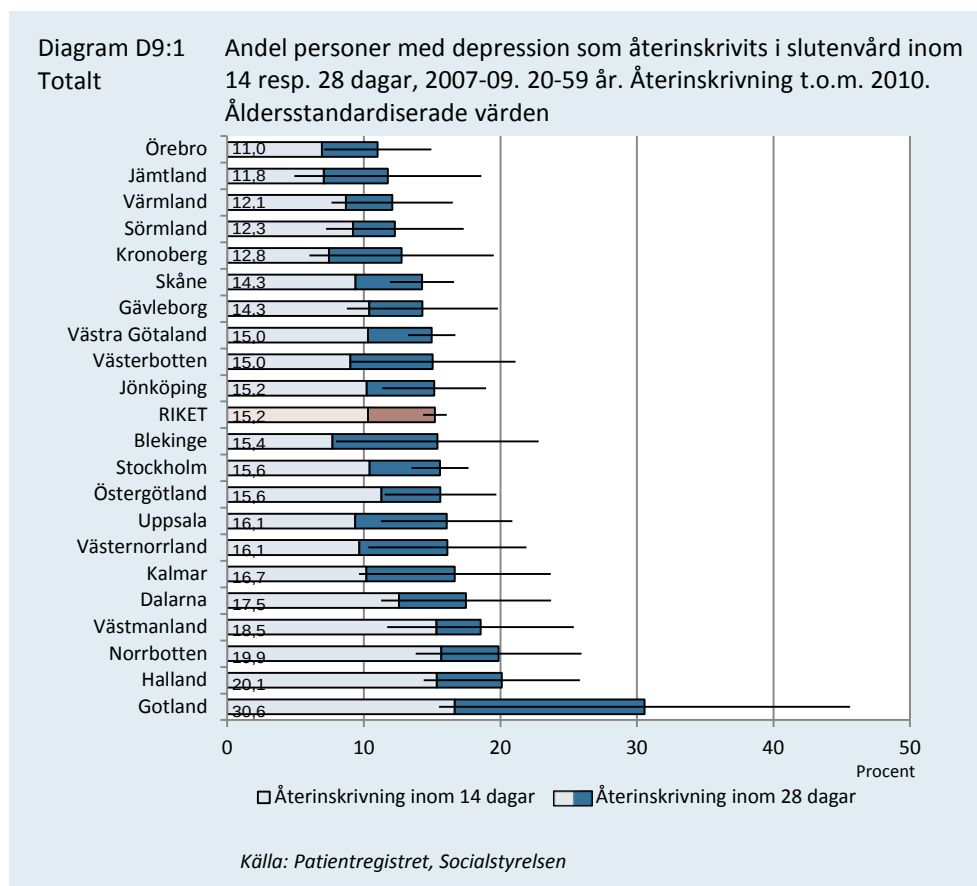
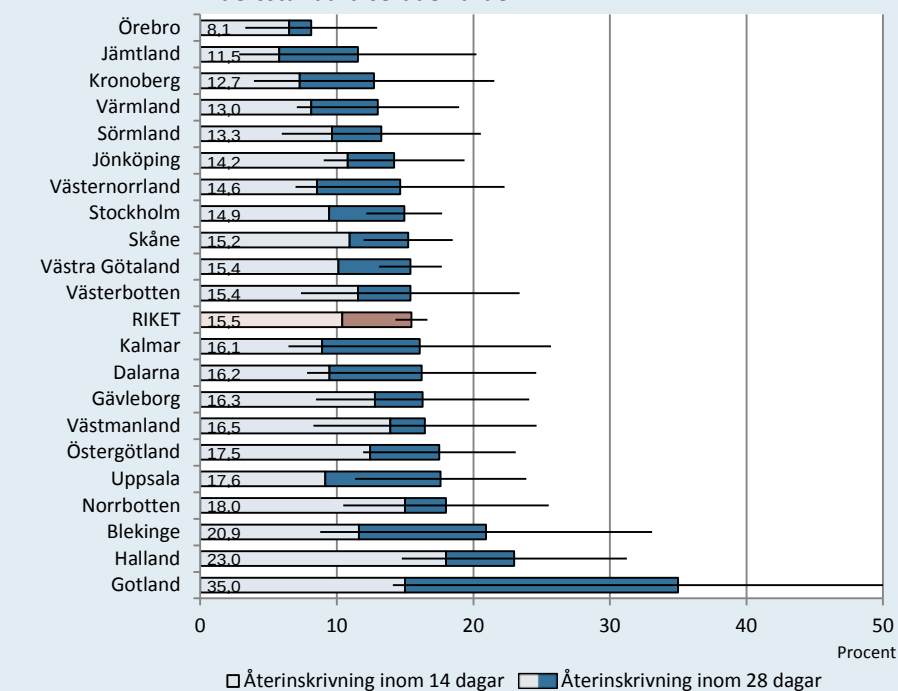
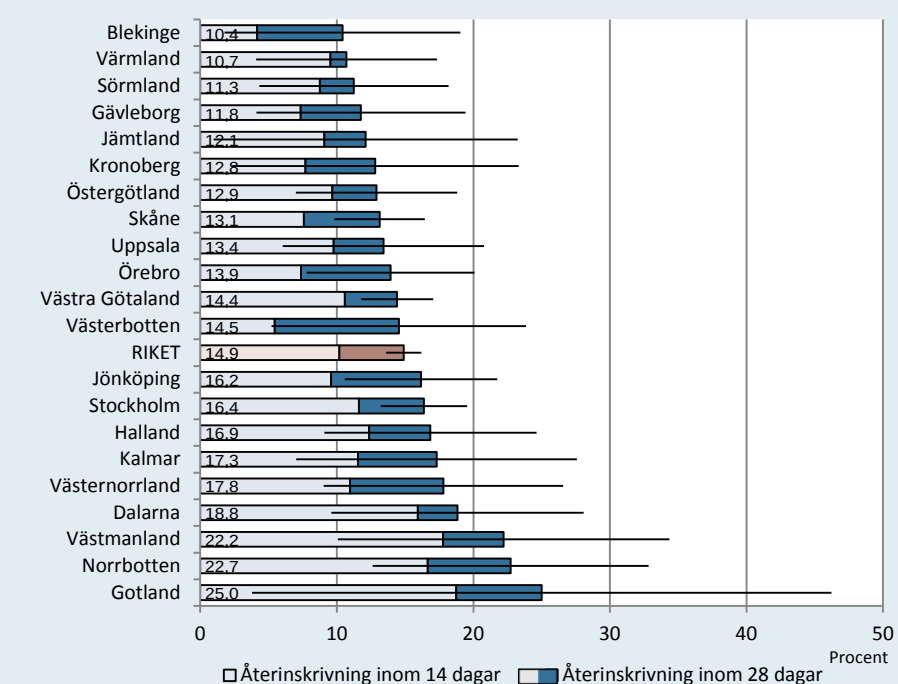


Diagram D9:2 Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-09. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram D9:3 Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-09. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Återinskrivning inom tre respektive sex månader efter vård för depression (D10)

Indikatorn återinskrivning inom tre respektive sex månader belyser återinskrivningar som berodde på att uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet i öppenvården samt i kommunerna inte räckte till efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivningen av patienter inom sex månader är det möjligt att få en bild av kvaliteten i öppenvården, i kommunernas och socialtjänstens insatser samt i samverkan dem emellan.

Kvaliteten i slutenvården mäts däremot i högre grad av återinskrivningar inom 14 och 28 dagar (det vill säga indikator D9 Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 14 respektive 28 dagar).

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter 20–59 år som återinskrevs i psykiatrisk slutenvård med diagnosen depression under åren 2007–2009.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet återinskrivs 26 procent av patienterna med depression inom tre månader efter utskrivningen och 33 procent inom sex månader (diagram D10:1). Skillnaderna mellan män och kvinnor är relativt små i riket som helhet.

Antalet återinskrivningar inom tre månader varierar mellan landstingen med 20–42 procentenheter och inom sex månader med 27–43 procentenheter (diagram D10:1).

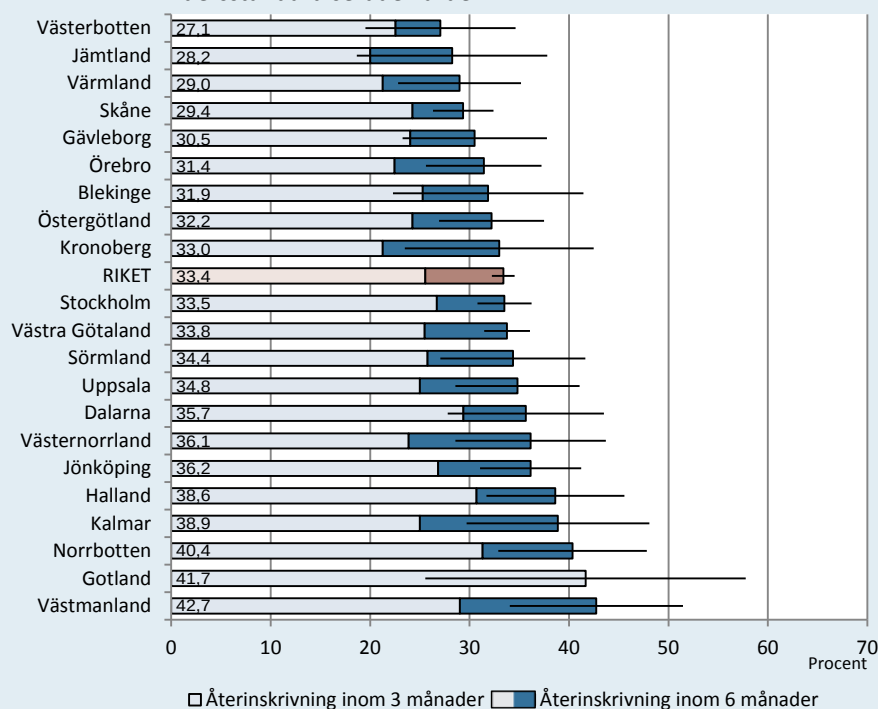
Felkällor och tolkningssvårigheter

Mätperioden omfattar fyra år eftersom antalet fall per år är relativt lågt. Ett sådant sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar visserligen den statistiska osäkerheten men inverkar negativt på uppgifternas aktualitet.

Bedömning av resultatet

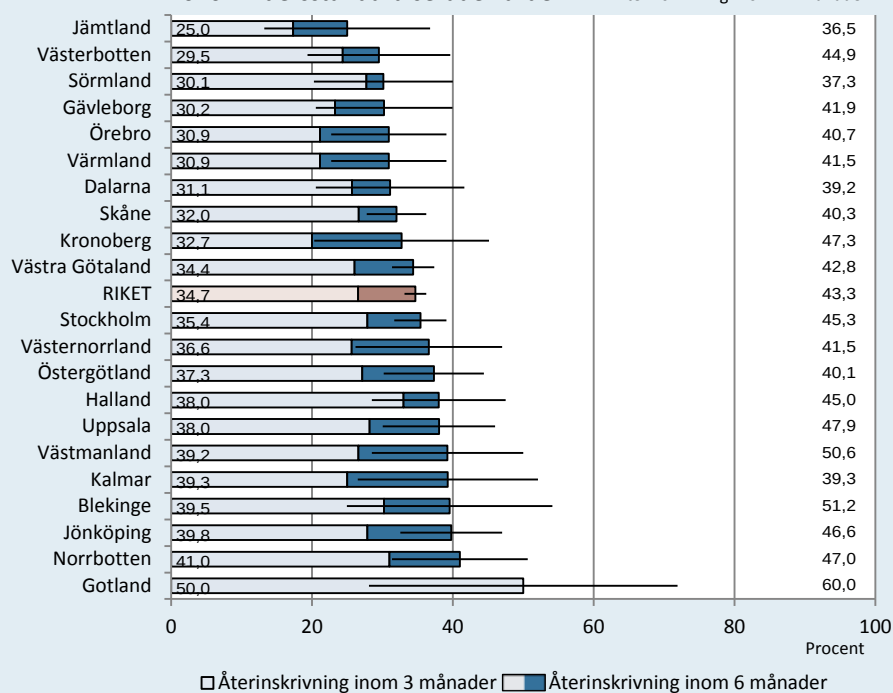
I normalfallet är det eftersträvänsvärt att patienten inte återinskrivs inom den psykiatriska slutenvården redan efter en kort tid. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som minskar behovet av slutenvård. Resultatet är alltså svårtolkat, eftersom många faktorer spelar in. En sådan faktor är vårdkvaliteten i öppen- respektive slutenvården. Om man bedömer att låg kvalitet i vården är en viktig faktor för ett högt antal återinskrivningar är det onekligen en faktor som landstingen ska kunna påverka.

Diagram D10:1 Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2007-2009. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010. Åldersstandardiserade värden

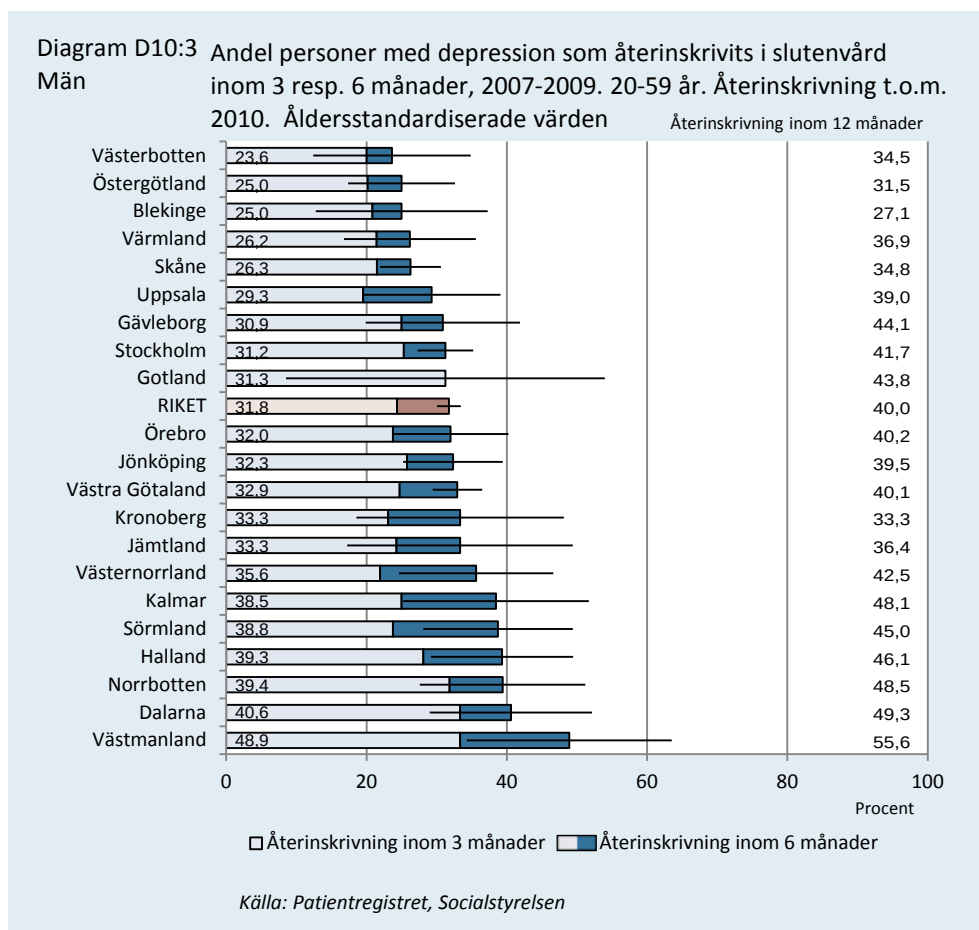


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram D10:2 Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2007-2009. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för bipolär diagnos (D11)

Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar belyser att vårdtiden i den psykiatriska slutenvården är otillräcklig, eller att man skriver ut patienter utan att tillräckligt samordna uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via den specialiserade psykiatriska öppenvården.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter i åldern 20–59 år som återinskrivs med diagnosen bipolär sjukdom under åren 2007–2009. Genom att mäta återinskrivningarna inom en månad kan man belysa kvaliteten i slutenvården och uppföljningen inom öppenvården. Dryg 8 000 personer med bipolär sjukdom ingår i jämförelsen.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet återinskrivs drygt 11 procent av patienterna med bipolär sjukdom inom 14 dagar och drygt 16 procent inom 28 dagar (diagram D11:1). Skillnaderna mellan män och kvinnor är relativt små. Antalet åter-

inskrivningar inom 14 dagar varierar mellan landstingen med 6–14 procentenheter och inom 28 dagar med 9–21 procentenheter (diagram D11:2 och D11:3).

Felkällor och tolkningssvårigheter

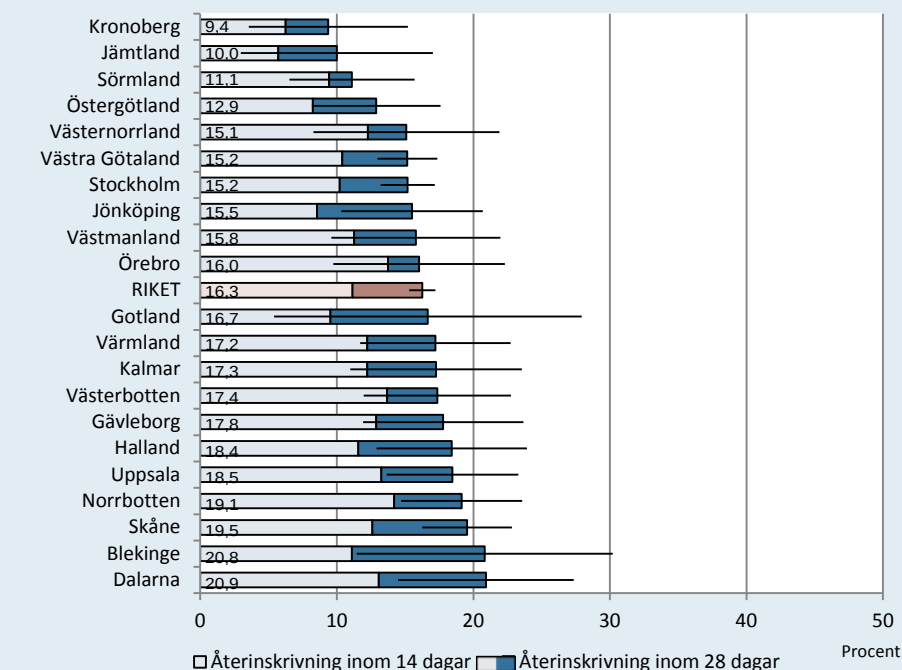
Mätperioden omfattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt. Ett sådant sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar visserligen den statistiska osäkerheten men inverkar negativt på uppgifternas aktualitet.

Bedömning av resultatet

Det finns vissa variationer mellan landstingen när det gäller återinskrivningar. Det är dock svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om de redovisade resultaten är bra eller dåliga. Variationen mellan landstingen är svår att tolka, eftersom kriterierna för inläggning i psykiatrisk slutenvård påverkar utfallet. Det är dock uppenbart att det finns könsskillnader inom enskilda landsting.

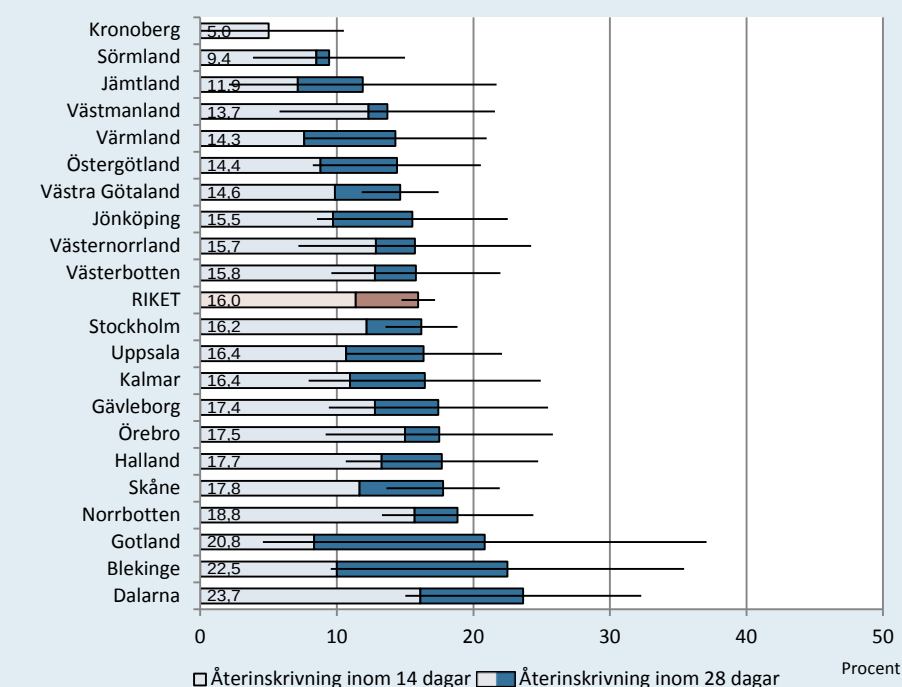
I normalfallet är det eftersträvarsvårt att patienten inte återinskrivs inom den psykiatriska slutenvården redan efter en kort tid. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som minskar behovet av slutenvård. Resultatet är alltså svårtolkat, eftersom många faktorer spelar in. En sådan faktor är vårdkvaliteten i öppen- respektive slutenvården. Om låg kvalitet i vården bedöms vara en viktig faktor för ett högt antal återinskrivningar är det onekligen en faktor som landstingen skulle kunna påverka.

Diagram D11:1 Andel personer med bipolär sjukdom som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-2009, 20-59 år. Återinskrivning t.o.m 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

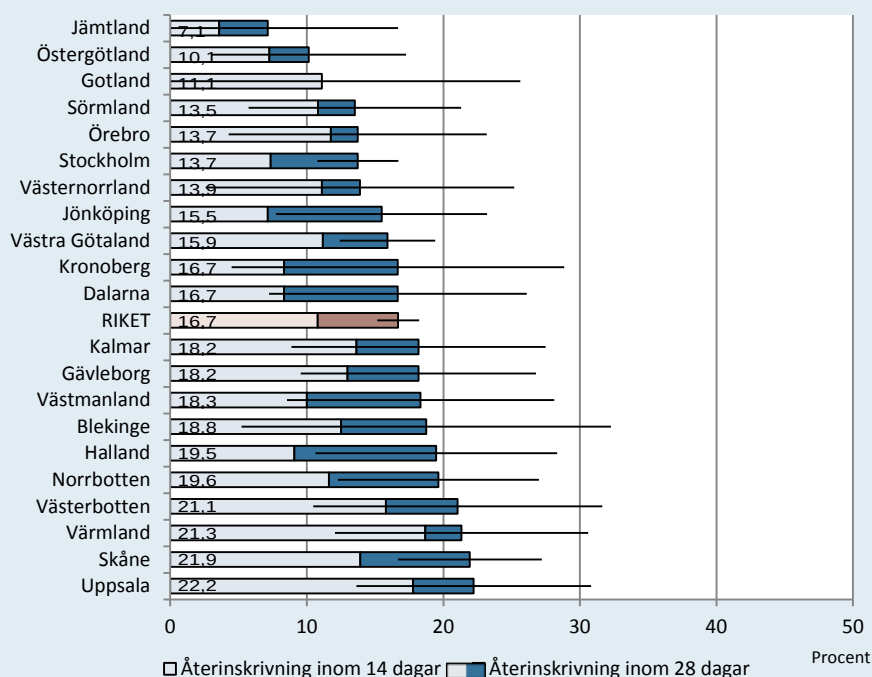
Diagram D11:2 Andel personer med bipolär sjukdom som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-2009, 20-59 år. Återinskrivning t.o.m 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram D11:3
Män

Andel personer med bipolär sjukdom som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-2009, 20-59 år. Återinskrivning t.o.m 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Återinskrivning inom tre respektive sex månader efter vård för bipolär sjukdom (D12)

Indikatorn återinskrivning inom tre respektive sex månader belyser återinskrivningar som berodde på att uppföljningen och det fortsatt omhändertagande inte räckte till efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivningar inom sex månader går det att få en bild av kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt i samverkan dem emellan.

Kvaliteten i slutenvården mäts däremot i högre grad av återinskrivningar inom 14 och 28 dagar (indikator D10).

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter i åldern 20–59 år som återinskrevs med diagnosen bipolär sjukdom under åren 2007–2009. Antalet återinskrivningar inom tre respektive sex månader mäter kvaliteten i öppenvården samt i kommunerna och socialtjänsten. Dryg 8 000 personer med bipolär sjukdom ingår i jämförelsen.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet återinskrivs drygt 27 procent av patienterna med bipolär sjukdom inom tre månader och drygt 35 procent inom sex månader (diagram D11:1). Skillnaderna mellan män och kvinnor är relativt små i riket som helhet (diagram D11:2 och D11:3). Antalet återinskrivningar inom tre månader varierar mellan landstingen med 19–31 procentenheter och inom sex månader med 26–45 procentenheter (diagram D11:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Mätperioden omfattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt. Ett sådant sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar visserligen den statistiska osäkerheten men inverkar negativt på uppgifternas aktualitet.

Bedömning av resultatet

Det finns stora variationer mellan landstingen när det gäller hur många patienter som återinskrivs tre till sex månader efter utskrivningen.

Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert vilket resultat som är bra och vilket som är dåligt. Variationen mellan landstingen är svår att tolka, eftersom kriterierna för inläggning i psykiatrisk slutenvård påverkar utfallet.

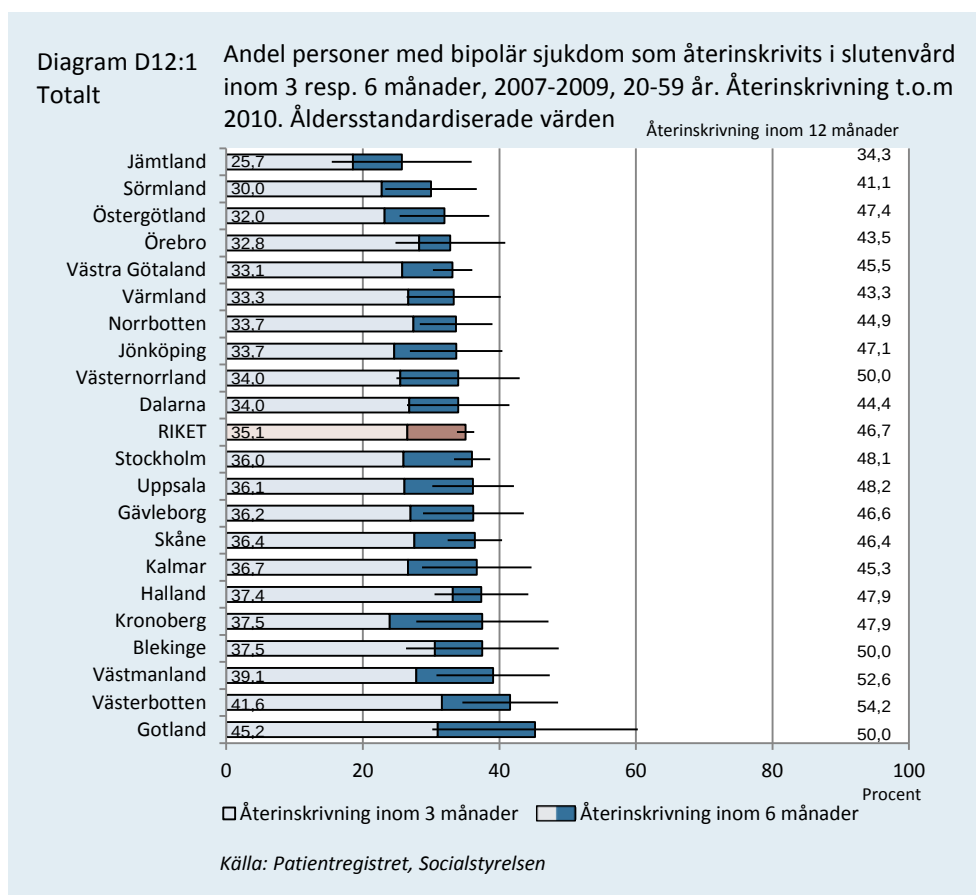
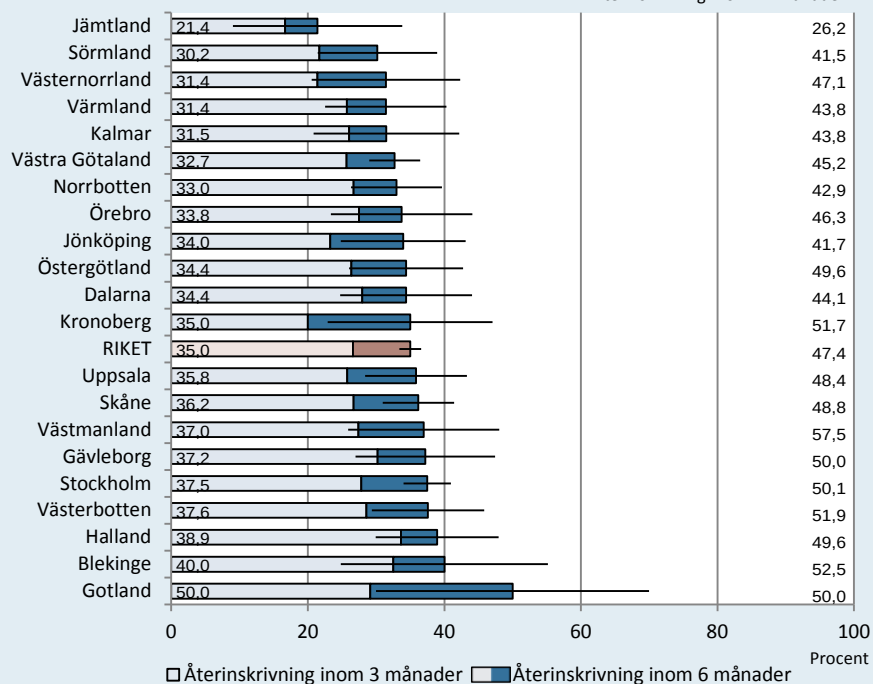
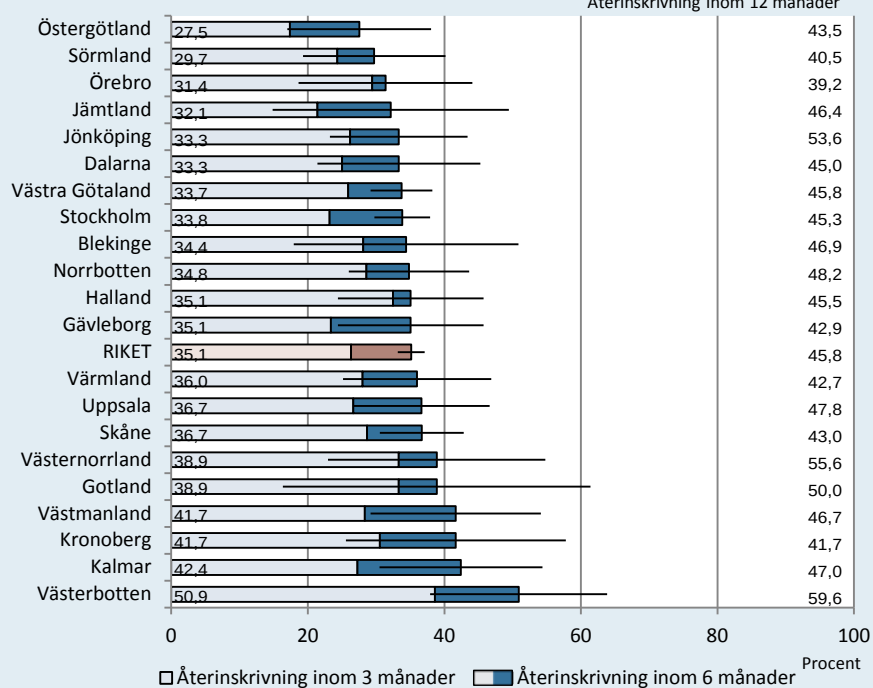


Diagram D12:2 Andel personer med bipolär sjukdom som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2007-2009, 20-59 år. Återinskrivning t.o.m 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram D12:3 Andel personer med bipolär sjukdom som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2007-2009, 20-59 år. Återinskrivning t.o.m 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning för bipolär sjukdom (D13)

Bipolär sjukdom innebär ofta ett livslångt sjukdomsförlopp. Hög tillgänglighet och god kontinuitet inom hälso- och sjukvården är särskilt viktigt för dessa patienter. Det finns vetenskapliga belägg för att god kontinuitet är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med depression och bipolär sjukdom. God kontinuitet minskar även stressen och skapar trygghet i kontakten med vården, såväl för den enskilda patienten som för hennes eller hans familj, vilket i sin tur ökar följsamheten till behandling.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter med bipolär sjukdom som varit på ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivningen från psykiatrisk slutenvård. Indikatorn avser patienter i åldern 20–59 år som vårdats någon gång under år 2007–2010.

Drygt 11 000 patienter ingår i jämförelsen. Andelen kvinnliga patienter var cirka 60 procent.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet hade 46 procent av patienterna varit på ett återbesök till en läkare i psykiatrisk öppenvård inom fyra veckor efter utskrivningen. Detta gällde för 47 procent av kvinnorna och 44 procent av männen (diagram D13:1 och D13:2).

Inom åtta veckor efter utskrivningen hade drygt 63 procent av patienterna varit på ett återbesök till en läkare i psykiatrisk öppenvård. Detta gällde för 64 procent av kvinnorna och 61 procent av männen.

På landstingsnivå varierade andelen återbesök inom fyra veckor mellan 23 och 61 procent, alltså med 38 procentenheter. För återbesök inom åtta veckor var andelen mellan 39 och 73 procent, alltså en variation på 34 procentenheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Socialstyrelsens patientregister inkluderar läkarbesök, och därför går det inte att följa upp kontakter med andra hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

Mätperioden omfattar fyra år eftersom antalet fall per år är alltför lågt för att göra landstingsjämförelser. Ett sådant årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar visserligen den statistiska osäkerheten men inverkar negativt på uppgifternas aktualitet.

Bedömning av resultatet

I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom poängterar Socialstyrelsen vikten av god kontinuitet under hela vårdförloppet.

pet och kontinuitet i läkarkontakten. En god kontinuitet är en förutsättning för god vård över tid.

Att patienten tidigt efter utskrivningen från slutenvården har kontakt med öppenvården kan vara ett mått på en välfungerande samverkan mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård. En sådan välfungerande uppföljning förutsätter både tid och tillgång till personal, liksom en vårdstruktur som främjar kontinuitet.

Variationen mellan landstingen är stor, vilket till viss del kan bero på tillgången till läkare. Men variationen kan också spegla hur samverkan mellan den psykiatriska sluten- och öppenvården är organiserad och fungerar.

Det önskvärda är att alla patienter med bipolär sjukdom som skrivits ut från slutenvården kallas till ett återbesök inom ett par veckor. Syftet med återbesöket är att säkerställa att eftervården och behandlingen fungerar optimalt. Även om det finns återbesök till andra yrkeskategorier än läkare, är andelen patienter som erbjuds återbesök hos läkare alltför låg i många delar av landet.

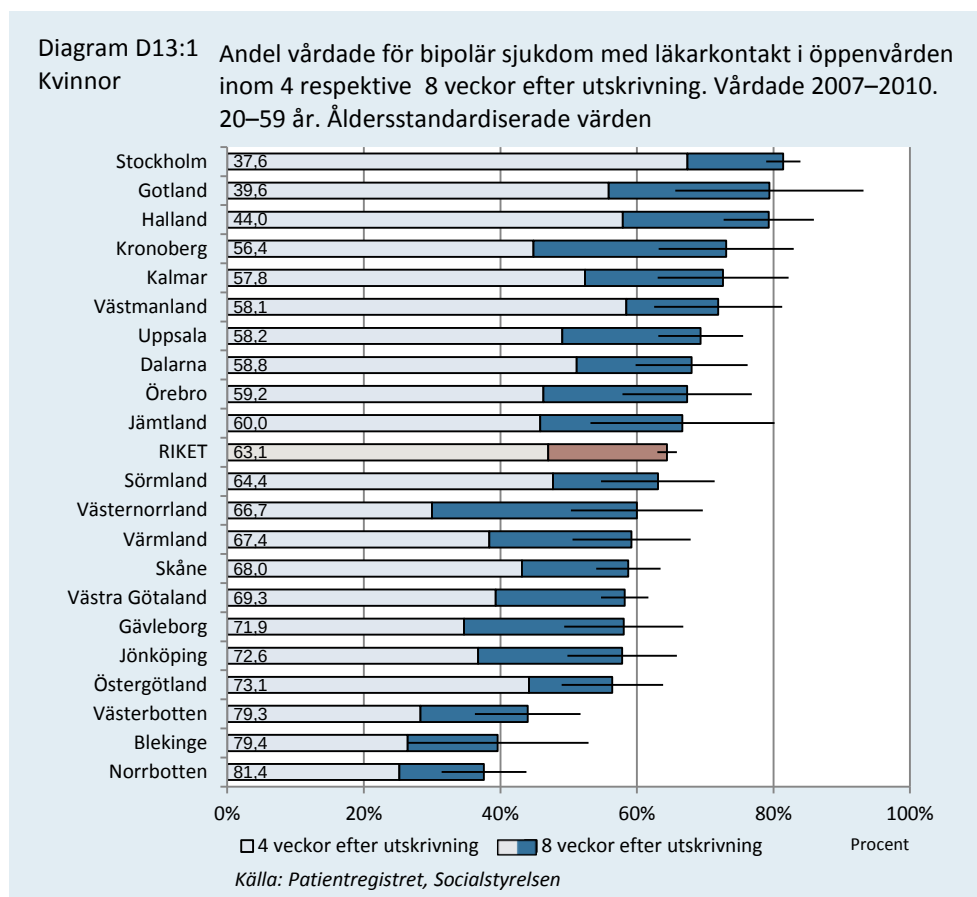
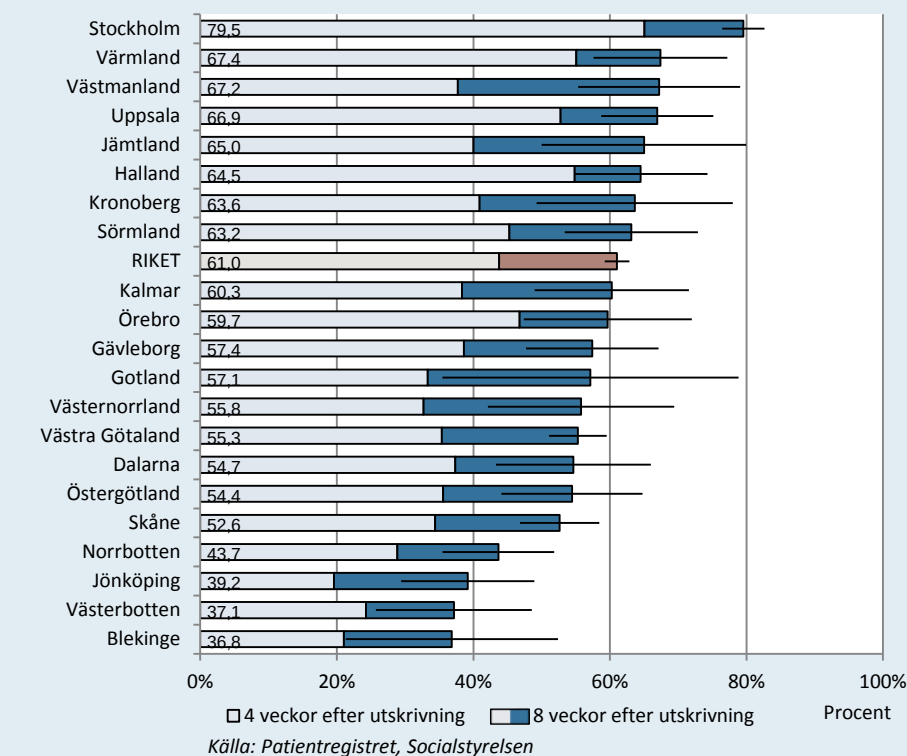


Diagram D13:2 Andel vårdade för bipolär sjukdom med läkarkontakt i öppenvården inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivning. Vårdade 2007–2010. 20–59 år. Åldersstandardiserade värden



Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling (D14)

Vid medelsvår depression bör hälso- och sjukvården enligt de nationella riktlinjerna erbjuda psykologisk behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi, eller behandling med antidepressiva läkemedel. För att behandlingen med antidepressiva läkemedel ska ha någon effekt vid depression krävs dock att patienten tar sin medicin regelbundet och i minst sex månader.

Om personen inte får adekvat behandling finns en risk att han eller hon successivt försämras och får ytterligare funktionsnedsättning, att sjukdomen varar längre och att personen gör självmordsförsök. Dessutom är risken påtaglig för att han eller hon återinsjuknar.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen av de patienter som får antidepressiv medicinering som fortsätter med denna behandling i minst ett halvår.

I indikatorn ingår personer i åldern 20–59 år som behandlats med antidepressiva läkemedel under första halvåret 2011, och som hämtat ut minst ett antidepressivt läkemedel 2–5 månader senare. Uppgifterna har hämtats från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Andelen behandlade med antidepressiva läkemedel har endast ökat marginellt sedan 2007. Inga tydliga könsskillnader syns i patientgruppen (diagram D14:1).

Drygt 140 000 personer i den aktuella gruppen hämtade ut ett recept på antidepressiv medicin under första halvåret 2011. Här ingår inte personer som hämtat ut ett sådant läkemedel under det föregående halvåret. Av dessa personer var 63 procent kvinnor.

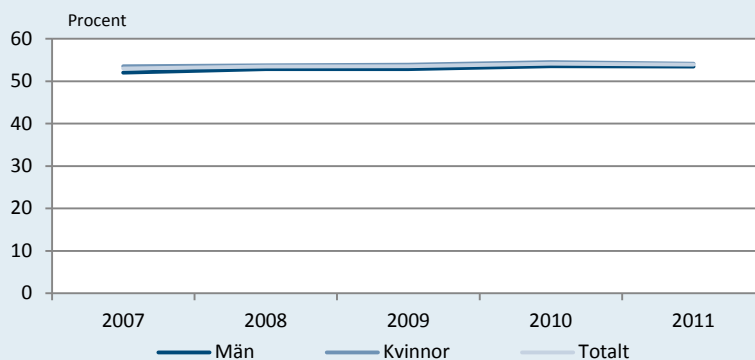
Följsamheten till antidepressiv läkemedelsbehandling är drygt 54 procent i riket som helhet och är lika stor bland kvinnor och män. Variationen mellan landstingen är liten (diagram D14:2).

Bedömning av resultatet

Målet med behandlingen av depression är att personen ska tillfriskna, vilket innebär att hon eller han inte bara ska bli fri från symtom utan även kunna återgå till sin tidigare funktionsnivå, det vill säga återgå till exempelvis skola eller arbete. Dessutom ska han eller hon återvinna sin sociala funktion och livskvalitet. Ett annat viktigt mål är att minska risken för att personen återinsjuknar. För det stora flertalet personer kan dessa mål kan uppnås om de tillgängliga behandlingsmöjligheterna utnyttjas konsekvent.

Intressant att notera är att endast drygt hälften av patienterna som påbörjar en antidepressiv läkemedelsbehandling faktiskt fortsätter sin behandling 2–5 månader senare. Anledningen till detta kan vara att de får biverkningar av läkemedlet, att de upplever en dålig effekt av behandlingen eller att de inte är tillräckligt motiverade att fortsätta behandlingen. Oavsett anledning bör hälso- och sjukvården följa upp och optimera den individuella läkemedelsbehandlingen hos patienter med depressionssjukdom, inte minst med tanke på risken för ökad somatisk samsjuklighet (indikator D6) och förtidig död (indikator D2) i denna patientgrupp.

Diagram D14:1 Behandling med antidepressiva läkemedel i minst 6 månader av alla nyinsatta. 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram D14:2 Behandling med antidepressiva läkemedel i minst 6 månader av alla nyinsatta första halvåret 2011. 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden

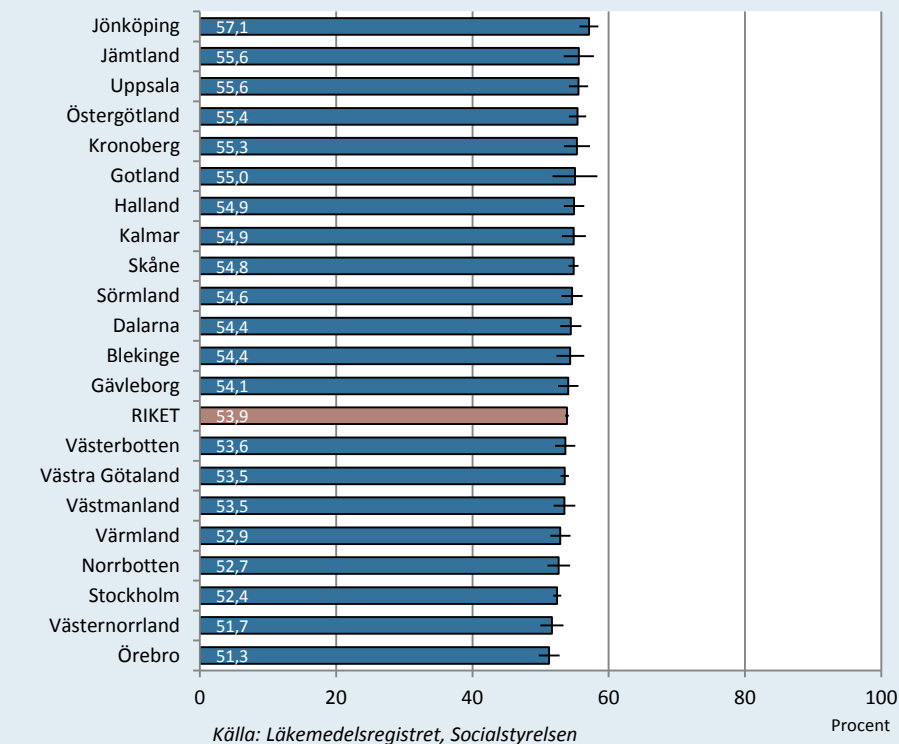


Diagram D14:3 Behandling med antidepressiva läkemedel i minst 6 månader av alla nyinsatta första halvåret 2011. 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden

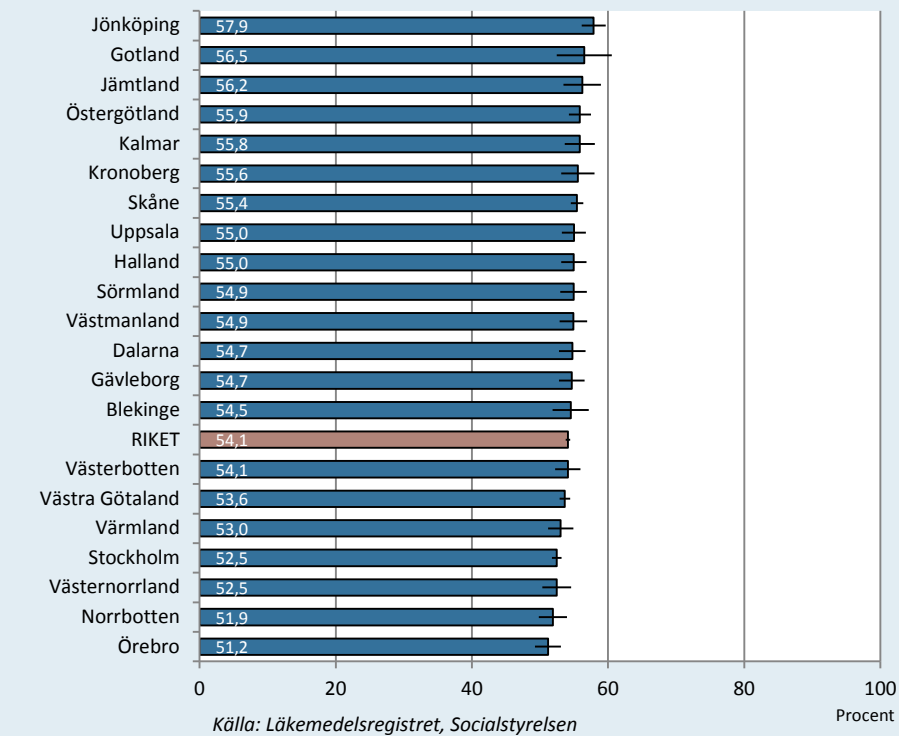
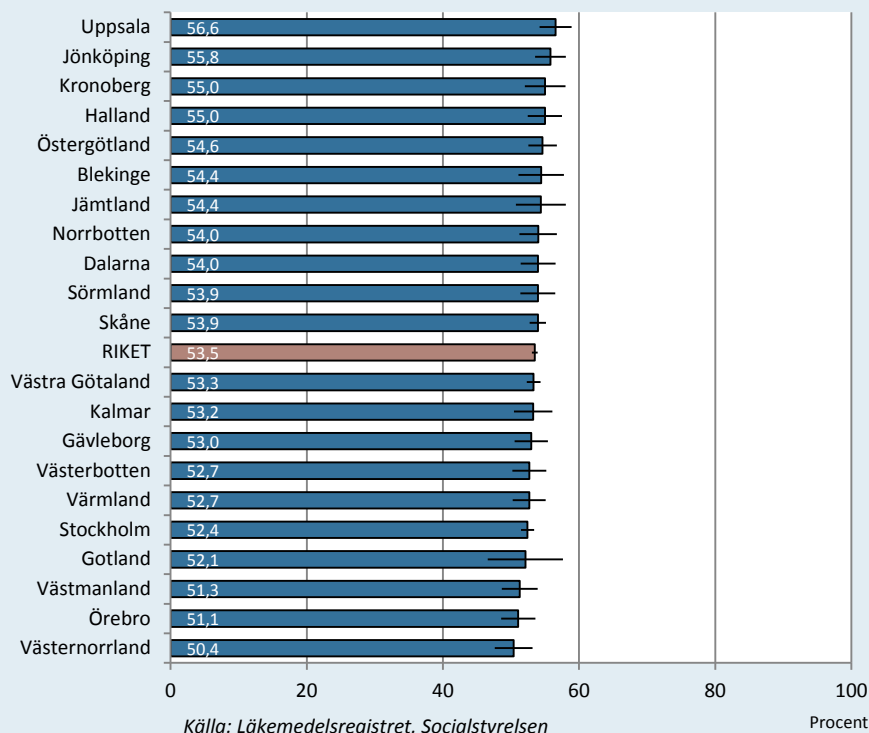


Diagram D14:4 Behandling med antidepressiva läkemedel i minst 6 månader av alla nyinsatta första halvåret 2011. 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden



Förskrivning av antidepressiva läkemedel i primärvården (D15)

En utgångspunkt i arbetet med de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom har varit att ha ett primärvårdsperspektiv. Den främsta anledningen till detta är att huvuddelen av de vuxna som drabbas av nedstämdhet och depression, eller oro och ångest, söker och får sin behandling inom primärvården. Denna indikator är ett mått på hur väl fördelningen av patienter mellan primärvården och övriga vården fungerar.

Vid medelsvår depression bör hälso- och sjukvården enligt de nationella riktlinjerna erbjuda psykologisk behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi, eller behandling med antidepressiva läkemedel. För att behandlingen med antidepressiva läkemedel ska ha någon effekt vid depression krävs dock att patienten tar sin medicin regelbundet och i minst sex månader.

Om personen inte får adekvat behandling finns en risk att han eller hon successivt försämras och får ytterligare funktionsnedsättning, att sjukdomen varar längre och att personen gör självmordsförsök. Dessutom är risken påtaglig för att han eller hon återinsjuknar.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer i åldern 18–74 år som fick antidepressiva läkemedel förskrivet från primärvården, av alla dem som under 2010 fick något antidepressivt läkemedel förskrivet. Totalt ingår närmare 600 000 patienter i jämförelsen.

Uppgifterna har hämtats från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade

Utfall och variation

I riket som helhet var andelen patienter som fick antidepressiva läkemedel förskrivet av primärvården 65 procent av alla dem som fick något antidepressivt läkemedel år 2010. Andelen varierar mellan landstingen, från 56 till 78 procent (diagram D15:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Det finns kvalitetsskillnader i hur landstingen rapporterar in vårdform och verksamhetsinriktning till läkemedelsregistret vilket kan medföra sannolikt ett bortfall av primärvårdsenheter i ett landsting.

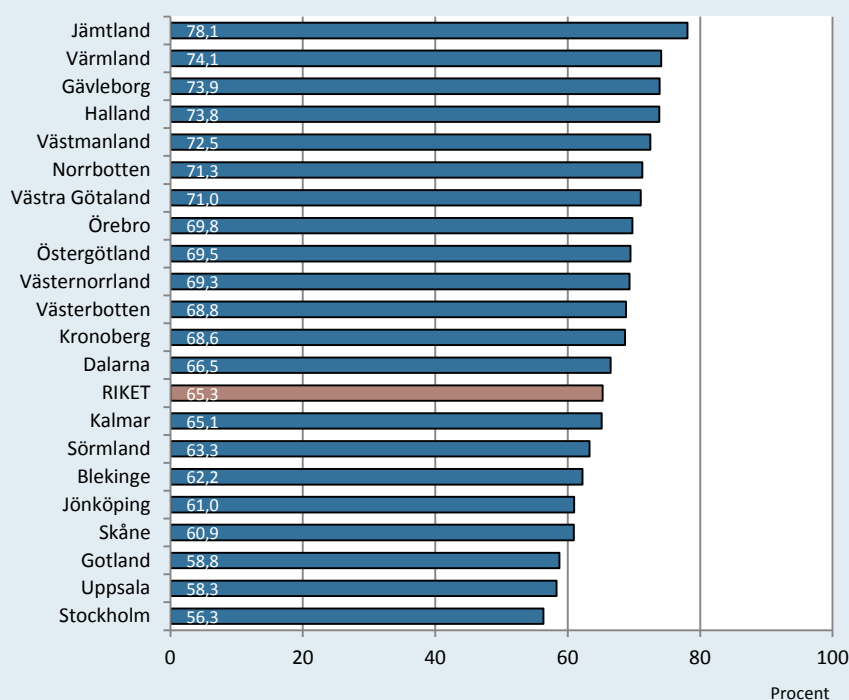
Bedömning av resultatet

Merparten av personerna med depressions- och ångesttillstånd söker och får alltså sin behandling inom primärvården. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns två centrala förutsättningar för att de nationella riktlinjerna ska ge resultat:

- rekommendationerna om ett effektivt omhändertagande inom första linjens psykiatri, det vill säga primärvården
- ett utbud av flera effektiva behandlingsmöjligheter.

Variationen på över 20 procentenheter mellan landstingen tyder på olikheter i sökmönster till hälso- och sjukvården hos patienterna, olikheter i tillgänglighet och kompetens inom primärvården eller olikheter i tillgång till läkare inom den specialiserade öppenvården. Det är intressant att notera att två av storstadslänen ligger under 61 procent i jämförelsen medan flera glesbygds-län hamnar över 70 procent.

Diagram D15:1 Andel som vid första förskrivning under året har förskrivits antidepressiva läkemedel i primärvården av alla som förskrivits antidepressiva läkemedel, 18–74 år, åldersstandardiserade värden, 2010



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom (D16)

Läkemedelsbehandling med litium har god effekt på symtom och funktionsförmåga vid maniska episoder hos vuxna och äldre med bipolär sjukdom. Läkemedelsbehandling med litium har även en god återfallsförebyggande effekt efter maniska eller depressiva episoder.

Vid maniska episoder och för att förebygga återfall efter manisk eller depressiv episod bör hälso- och sjukvården erbjuda läkemedelsbehandling med litium. Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 1 av 10).

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer med bipolär sjukdom i åldern 20-59 år som hade regelbunden litiumbehandling under 2010 och som fortsatt sin behandling under år 2011. I denna jämförelse ingår totalt 7 100 kvinnor och 4 900 män med bipolär sjukdom som hade läkemedelsbehandling med litium år 2010. Indikatorn visar följsamhet till litiumbehandling över tid.

Data har hämtats från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket var andelen personer med regelbunden litiumbehandling 81 procent. Följsamheten till litiumbehandlingen inom riket ligger stabilt de senaste åren (diagram D16:1).

På landstingsnivå varierade andelen personer med regelbunden litiumbehandling mellan 73-87 procent, alltså med 14 procentenheter. Variationen bedöms vara måttlig. (diagram D16:2). För vissa landsting ses variationer mellan könen (diagram D16:3 och diagram D16:4).

Felkällor och tolkningar

Antalet personer med litiumbehandling är känd, men det råder en viss osäkerhet om samtliga av dessa har bipolär sjukdom. Andelen personer med annan diagnos borde dock vara så liten att resultaten i jämförelsen inte påverkas.

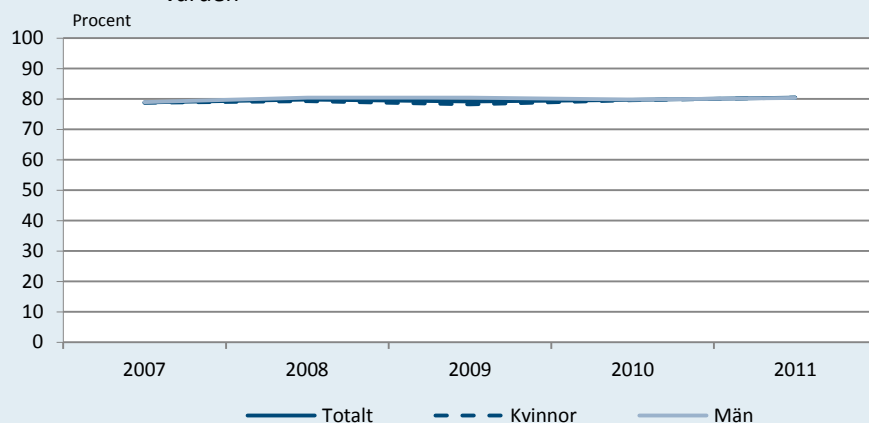
Bedömning av resultat

Bipolär sjukdom är ett allvarligt tillstånd som på ett påtagligt sätt påverkar personens funktionsförmåga och livskvalitet. Patienter med känd bipolär sjukdom bör stå på behandling med stämningsstabiliserande läkemedel. Litium är det mest beprövade medlet för återfallsprofylax vid typisk bipolär sjukdom med effekt mot främst återfall i mani, men även mot depression.

Förebyggande behandling med litium förhindrar inte återfallen fullständigt, men eventuella nya återfallsepisoder blir vanligen kortare och mindre allvarliga. Behandlingen mellan episoderna syftar till att förebygga återfall, men även förhindra alltför svårt lidande och de risker som de maniska och depressiva symtomen kan leda till. Behandlingen förväntas också leda till lägre överdödlighet i självmord och hjärt- och kärlsjukdomar.

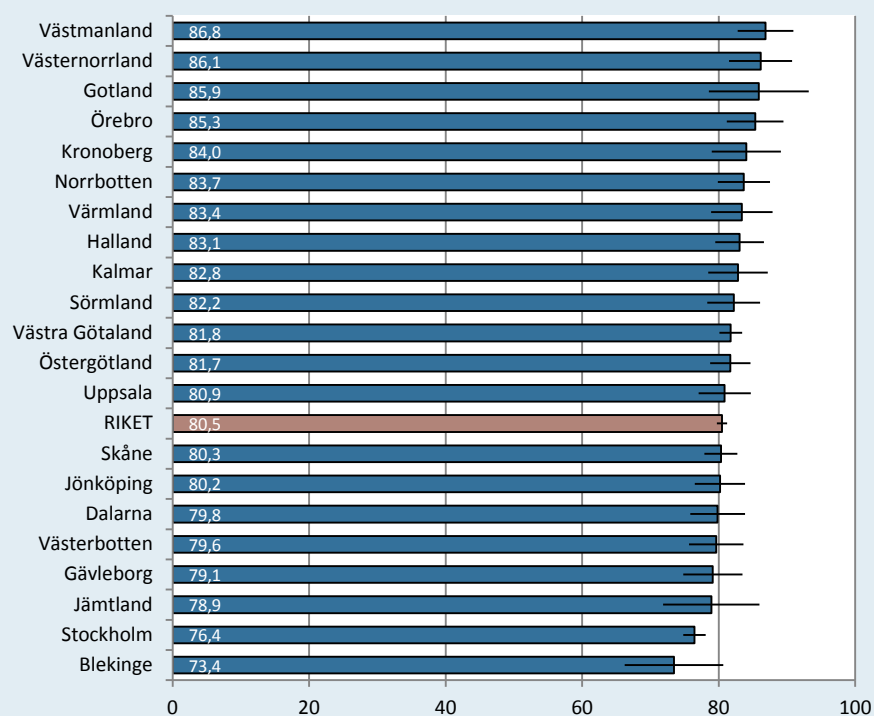
En följsamhet till litiumbehandling på 81 procent bedöms vara acceptabel med tanke på den relativt höga risken för biverkningar som behandlingen innebär. Variationen mellan landstingen bedöms som måttlig, men de landsting som ligger under 80 procent i jämförelsen bör överväga sin behandlingspraxis och säkerställa att denna möjlighet till att förebygga återinsjuknande utnyttjas fullt ut.

Diagram D16:1 Andel personer med regelbunden lituimbehandling 2010 med fortsatt följsamhet. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram D16:2 Andel personer med regelbunden lituimbehandling 2010 med fortsatt följsamhet under 2011. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram D16:3 Andel personer med regelbunden lituimbehandling 2010 med fortsatt följsamhet under 2011. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden

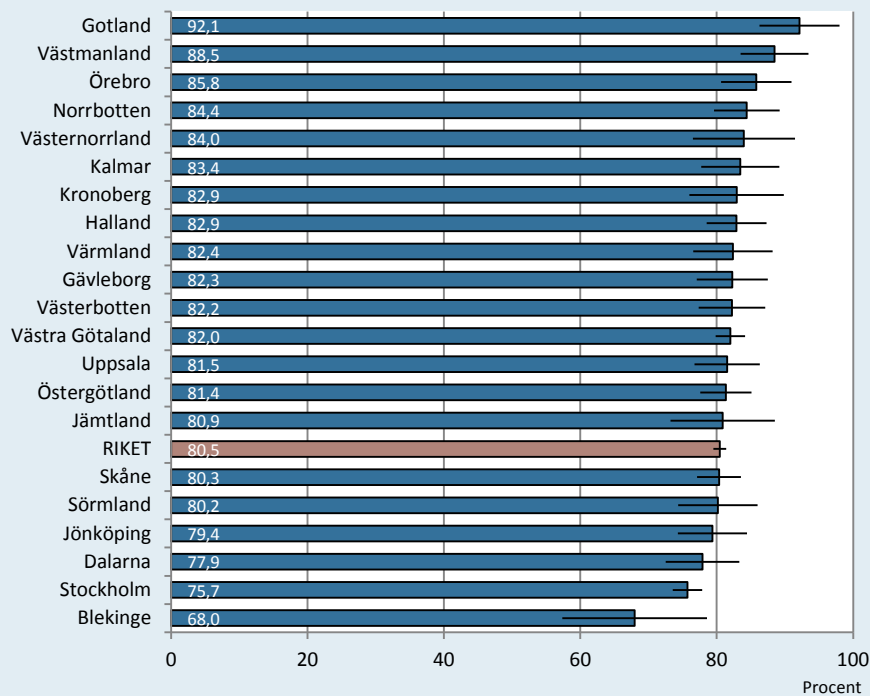
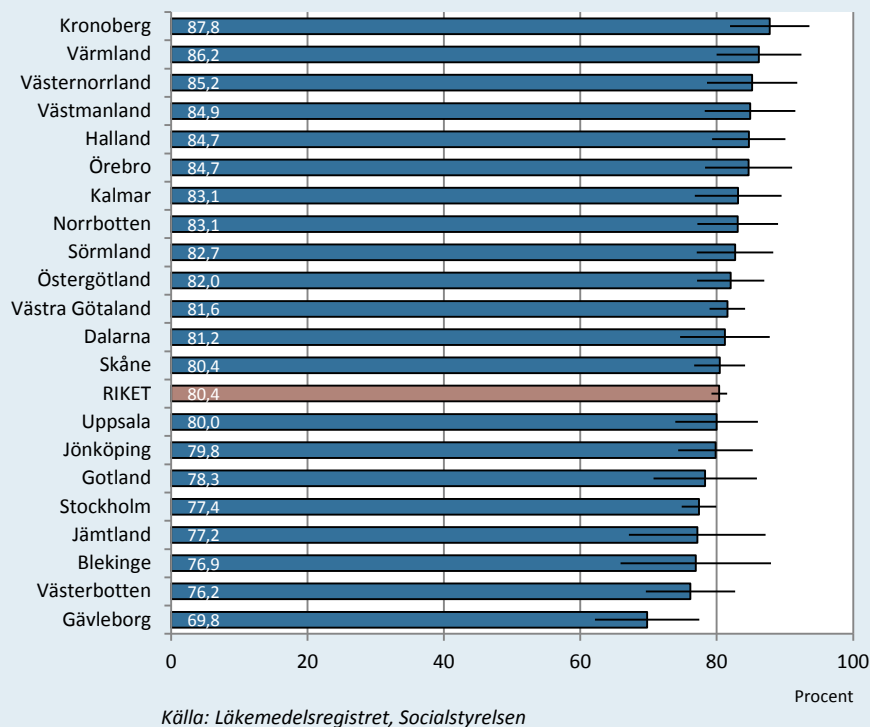


Diagram D16:4 Andel personer med regelbunden lituimbehandling 2010 med fortsatt följsamhet under 2011. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden



Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom (D17)

För att förhindra återinsjuknande och självmord hos patienter med bipolär sjukdom behövs en livslång preventiv behandling med stämningsstabiliserande läkemedel. Behandling med litium har en god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid maniska episoder hos äldre och vuxna, samt en god återfallsförebyggande effekt efter maniska eller depressiva episoder vid bipolär sjukdom. Denna åtgärd har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 1 av 10).

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer med bipolär sjukdom i åldern 20–59 år som fått återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium efter en manisk eller depressiv episod under 2010.

I jämförelsen ingår personer med bipolär sjukdom som:

- haft kontakt med psykiatri (öppenvård eller slutenvård)
- förskrivits återfallsförebyggande behandling med litium
- hämtat ut läkemedlet minst två gånger under 2010.

Som jämförelse redovisas även återfallsförebyggande behandling med andra stämningsstabiliserande läkemedel.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Som en fördjupning till indikatorn har Socialstyrelsen tagit fram diagram D17:1 och D17:4) som visar andelen patienter som får återfallsförebyggande behandling med andra stämningsstabiliserande läkemedel efter en manisk eller depressiv period. Diagrammen visar variationen av den totala förskrivningen av dessa läkemedel.

Med remission avses att symtomen delvis avtagit eller tillfälligtvis helt försvunnit. Remissioner kan vara fullständiga, då personer förefaller helt fria från symtom. De kan också vara inkompleta, då vissa symtom försvunnit men andra kvarstår.

Utfall och variation

I riket som helhet har andelen patienter med bipolär sjukdom som behandlas med litium minskat kraftigt sedan 2006: från 50 till 38 procent fram till 2010 (diagram D17:1).

Samtidigt har andelen personer med bipolär sjukdom som de senaste fem åren vårdats för en eller flera depressiva eller maniska episoder och som *inte* behandlas med stämningsstabiliserande läkemedel ökat, från 10 procent 2006 till 17 procent 2010.

Sedan 2006 har andelen personer som behandlats med andra stämningsstabiliserande läkemedel än litium varit oförändrad. Drygt 11 procent be-

handlades med andra stämningsstabiliserande läkemedel under 2010 (diagram D17:1 och D17:4).

Män och kvinnor tycks få behandling med litium i lika hög utsträckning. Både för män och kvinnor ses en trend att andelen patienter som får litium minskar. Förskrivningen av Lamotrigin som stämningsstabiliserande läkemedel är dock högre hos kvinnor.

Andelen patienter med bipolär sjukdom som fick återfallsförebyggande behandling med litium efter en manisk eller depressiv episod var drygt 37 procent i riket som helhet 2010. För landstingen varierade denna andel mellan 28 och 47 procent, alltså med 19 procentenheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som har ordinerats i psykiatrisk slutenvård eller som är dispenserade från läkemedelsförråd.

Det förekommer brister och variationer i diagnossättningen och registreringen inom psykiatrins öppenvård och slutenvård vilket kan medföra en tolkningssvårighet av resultatet.

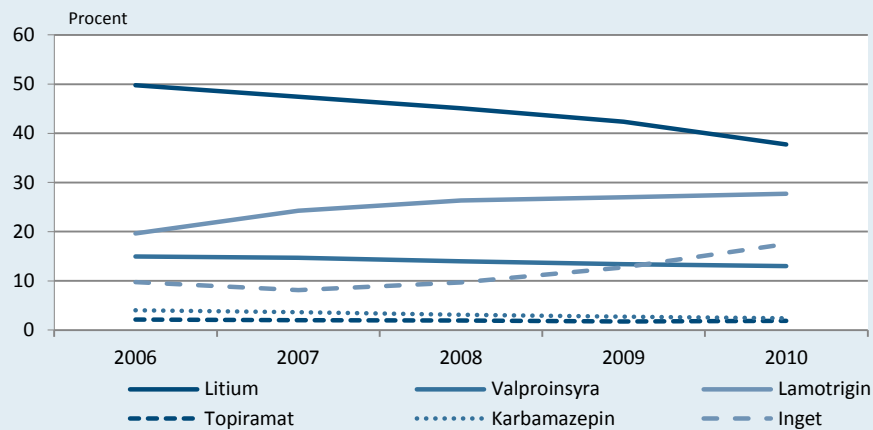
Bedömning av resultatet

Andelen patienter med bipolär sjukdom som inte behandlas med stämningsstabiliserande läkemedel har ökat de senaste åren. Men det finns i dagsläget geografiska skillnader i hur stor andel av patienterna med bipolär sjukdom som får behandling med stämningsstabiliserande läkemedel.

Det finns också andra tydliga geografiska skillnader i behandlingen med stämningsstabiliserande läkemedel. När det gäller den högt prioriterade behandlingen med litium är variationen 19 procentenheter mellan de landsting som i högsta och lägsta grad förskriver denna behandling till patienter med bipolär sjukdom. Vid en jämförelse mellan samtliga stämningsstabiliserande läkemedel framkommer att variationerna mellan landstingen är ännu större, hela 31,2 procentenheter. Detta är anmärkningsvärt.

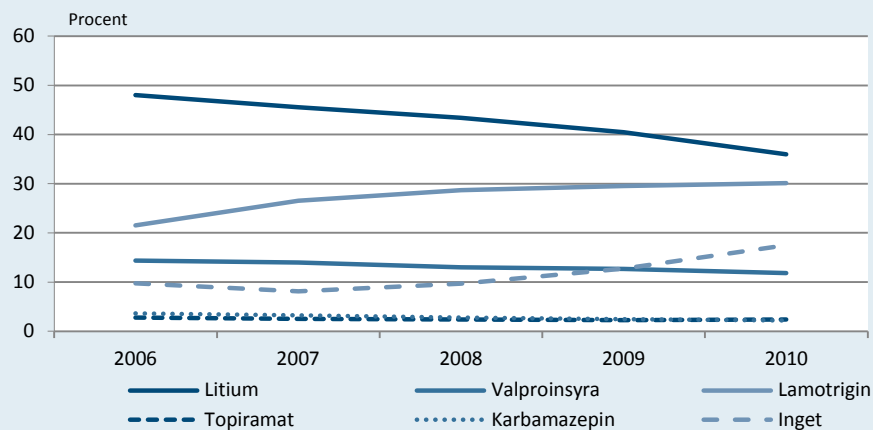
Landsting med låga andelar med återfallsförebyggande läkemedelsbehandling bör överväga sin behandlingspraxis och säkerställa att de fullt ut utnyttjar denna möjlighet att förebygga att patienter återinsjuknar i bipolär sjukdom.

Diagram D17:1 Andel patienter 20-59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv. Åldersstandardiserade värden
Riket



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram D17:2 Andel patienter 20-59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv. Åldersstandardiserade värden
Kvinnor



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram D17:3 Andel patienter 20-59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv. Åldersstandardiserade värden

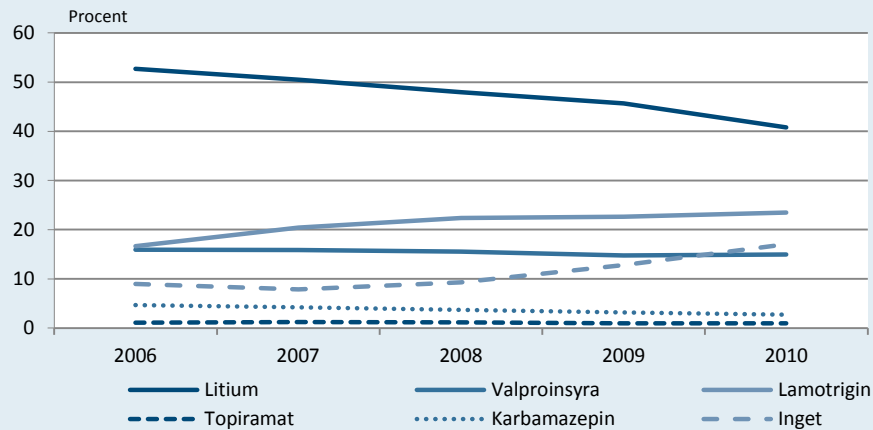
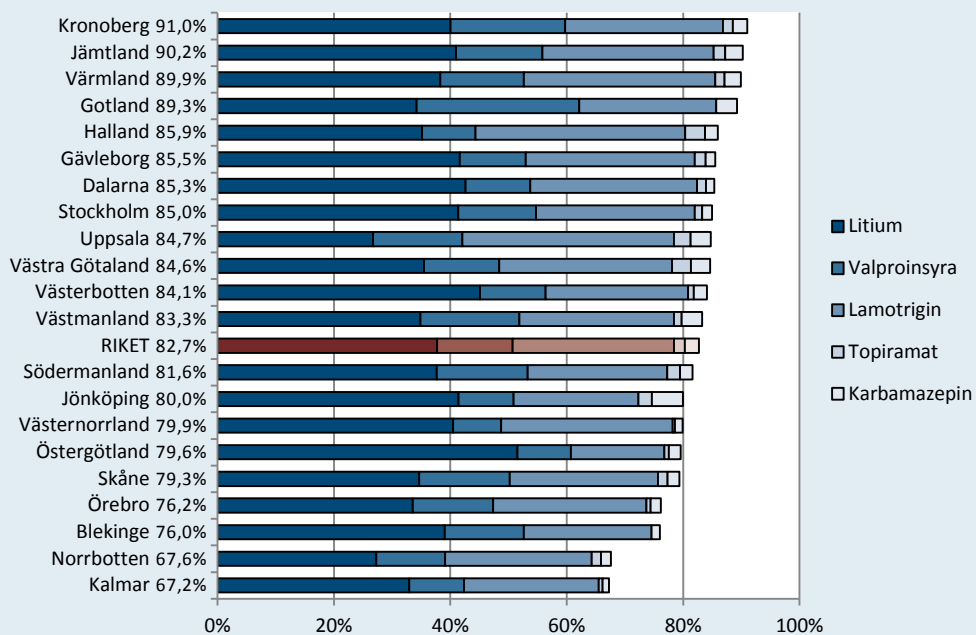


Diagram D17:4 Andel patienter 20-59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv period, 2010. Åldersstandardiserade värden



Läkemedelbehandling med litium respektive antipsykotika för patienter med manisk episod vid bipolär sjukdom (D18)

Symtomen vid maniska episoder är allvarliga och omfattande. Om personen inte får adekvat behandling finns därför en risk att hans eller hennes tillstånd successivt försämras, vilket kan få negativa sociala och ekonomiska konsekvenser. Även fysisk utmattning är en allvarlig konsekvens som i vissa fall kan vara livshotande, framför allt hos äldre personer med hjärt- och kärlsjukdom. Med adekvat behandling stabiliseras personens tillstånd, vilket innebär att symtomen i vissa fall försvinner helt, medan det i andra fall finns kvarstående men lindriga symtom.

För att förhindra att en person med bipolär sjukdom återinsjuknar eller begår självmord behövs en livslång preventiv behandling med stämningsstabiliserande läkemedel.

Behandling med litium har god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid maniska episoder hos vuxna och äldre. Litium har även en god effekt för att förebygga återfall efter maniska eller depressiva episoder vid bipolär sjukdom.

Behandling med antipsykotiska läkemedel har mycket god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid maniska episoder, dock bara hos vuxna.

Vid maniska episoder har både behandling med litium och behandling med antipsykosmedel hög prioritet i de nationella riktlinjerna (1 av 10).

För att förebygga återfall efter en manisk episod har behandling med litium hög prioritet (1 av 10) medan behandling med antiepileptika och med antipsykosmedel har medelhög prioritet (5 av 10).

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer med bipolär sjukdom i åldern 20–59 år som vårdats för manisk episod inom psykiatrisk slutenvård under åren 2008–2010 och som fått återfallsförebyggande läkemedelsbehandling under det senaste halvåret efter utskrivningen.

Drygt 1 500 patienter ingår i jämförelsen. Andelen kvinnliga patienter var cirka 55 procent.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet har andelen patienter som efter en manisk episod behandlats med litium eller antipsykotiskt läkemedel varit i stort oförändrad sedan 2006 (diagram D18:1).

Under 2010 behandlades drygt 21 procent av patienterna med litium som stämningsstabiliserande läkemedel, medan andelen patienter som fick antipsykotiskt läkemedel var 36 procent (diagram D18:1). Män och kvinnor tycks få dessa behandlingar i lika hög utsträckning.

För landstingen varierade andelen patienter som behandlades med litium mellan 0 och 41 procent, alltså med 41 procentenheter. Andelen patienter

som behandlades med antipsykotika varierade mellan 13 och 56 procent, alltså med 43 procentenheter (diagram D18:2).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som har ordinerats och lämnats ut i psykiatrisk slutenvård eller som är dispenserade från läkemedelsförråd.

Mätperioden omfattar flera år eftersom antalet fall per år är relativt lågt för att göra jämförelser mellan landstingen. Detta påverkar dock uppgifternas aktualitet.

Bedömning av resultatet

Med adekvat behandling stabiliseras personens tillstånd, vilket innebär att symtomen i vissa fall försvinner helt, medan det i andra fall finns kvarstående men lindriga symtom.

Indikatorn är behäftad med vissa felkällor. Bland annat är den statistiska osäkerheten i bland stor till följd av få uppgifter eller så kallade små tal.

Socialstyrelsens bedömning är att de flesta landsting bör öka sin förskrivning av stämningsstabiliserande läkemedel till patienter som vårdats för en manisk episod vid bipolär sjukdom. Då skulle landstingen bättre följa de nationella riktlinjerna.

Landsting med låga andelar bör överväga sin behandlingspraxis och säkerställa att de fullt ut använder denna möjlighet till att förebygga att personer med bipolär sjukdom återinsjuknar.

Diagram D18:1 Behandling med litium respektive antipsykotiska läkemedel för patienter med manisk episod vid bipolär sjukdom. Riket
Åldersstandardiserade värden

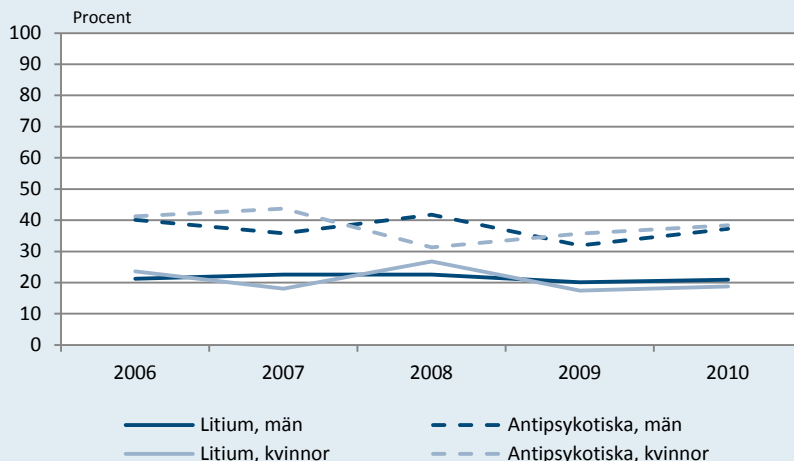
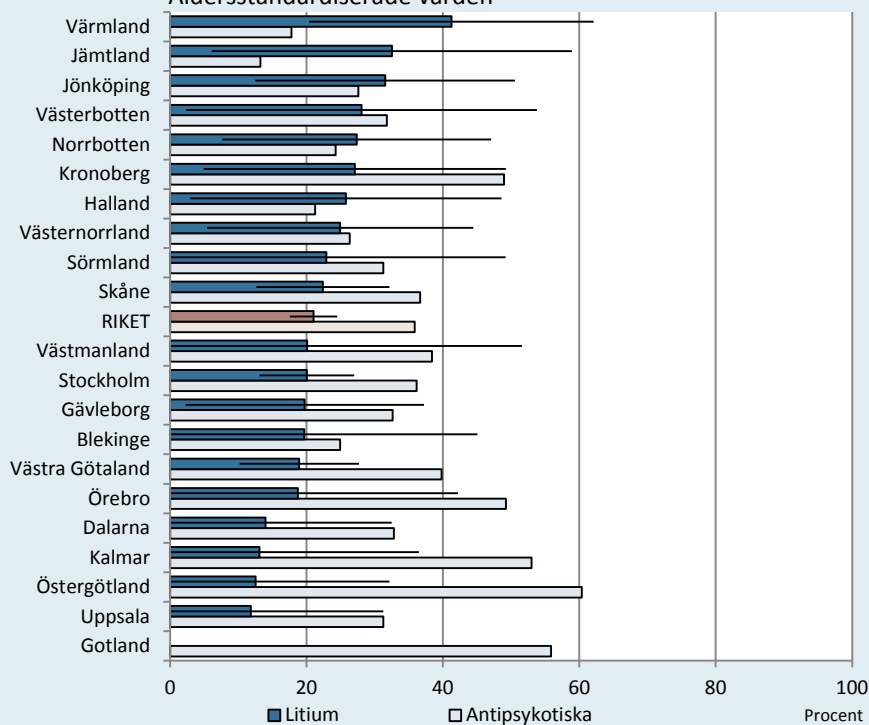


Diagram D18:2 Behandling med litium respektive antipsykotiska läkemedel för patienter med manisk episod vid bipolär sjukdom, 2008-2010.

Totalt

Åldersstandardiserade värden

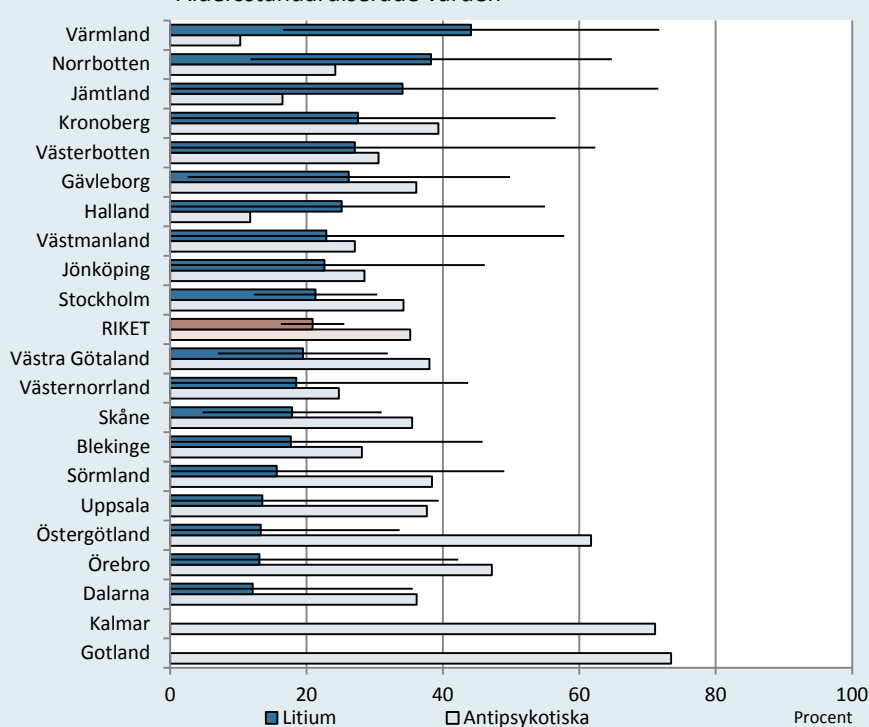


Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram D18:3 Behandling med litium respektive antipsykotiska läkemedel för patienter med manisk episod vid bipolär sjukdom, 2008-2010.

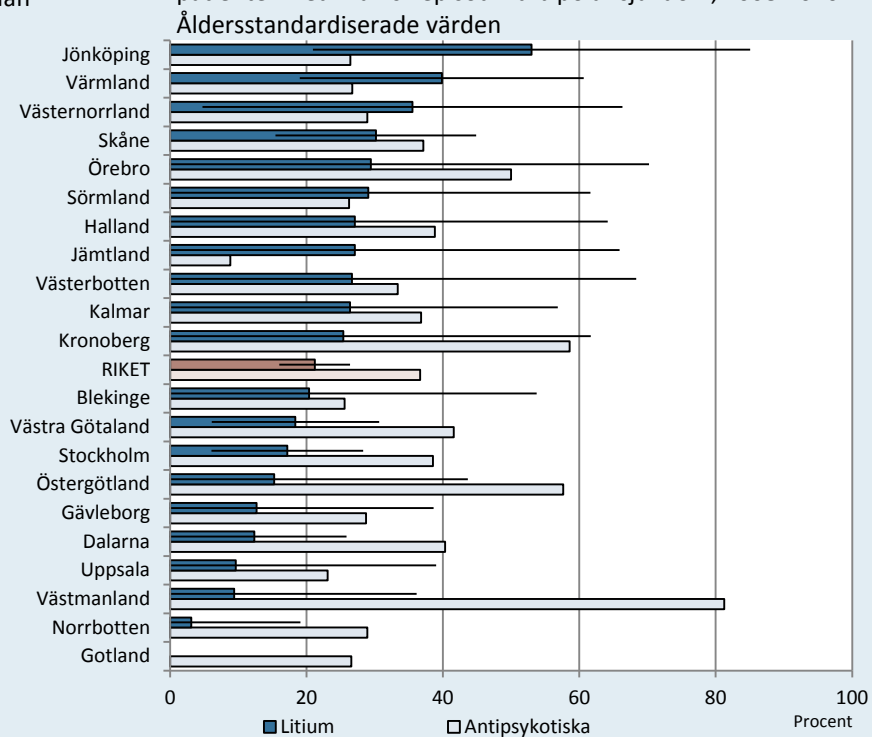
Kvinnor

Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram D18:4 Behandling med litium respektive antipsykotiska läkemedel för patienter med manisk episod vid bipolär sjukdom, 2008-2010. Män



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Vård och levnadsförhållanden för personer med schizofreni

Socialstyrelsen synliggör särskilt utsatta gruppers situation inom hälsa och social välfärd. I det här kapitlet redovisas två fördjupade registerstudier för att beskriva vård, levnadsförhållanden och läkemedelskonsumtion för personer med schizofreni.

Schizofreni är en svår psykisk sjukdom, och personer med schizofreni befinner sig i en mycket utsatt position. Flera vetenskapliga studier har visat att det finns skillnader i såväl kroppslig (somatisk) och psykisk ohälsa som i dödlighet beroende på var man är född eller vilken folkgrupp som man tillhör [30].

I Socialstyrelsens första öppna jämförelse och utvärdering av den vuxen-psykiatriska vården 2010 presenterades resultat som visade på ökad dödlighet och sämre kroppslig hälsa hos personer med psykisk sjukdom jämfört med befolkningen i stort [2]. Det senaste året har Socialstyrelsen närmare analyserat den somatiska vården och sjukligheten hos personer med samtidig psykisk sjukdom och publicerat resultat och slutsatser i en rapportserien *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom* [31-34]. Socialstyrelsens fördjupade analyser visar att dessa personer riskerar inte bara sämre hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt, utan även sämre levnadsvillkor i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning [35].

I det här kapitlet redovisas resultaten av en fördjupad analys som Socialstyrelsen genomfört i syfte att beskriva vårdkonsumtion och levnadsförhållanden för personer som insjuknat i schizofreni under perioden 2002–2007.

Socialstyrelsen har identifierat personer som har en schizofrenisjukdom med hjälp av patientregistret. Gruppen som undersökts består av nästan 9 000 personer som under åren 2002–2007 för första gången vårdades på sjukhus i Sverige för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Analyserna är baserade på uppgifter i patientregistret, dödsorsaksregistret och läkemedelregistret vid Socialstyrelsen. Dessutom har uppgifter från den registerbaserade aktivitetsstatistiken (RAKS) och den longitudinella integrationsdatabasen för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA), båda vid Statistiska centralbyrån.

Resultaten grupperade utifrån födelseregioner

Personerna i undersökningen har grupperats utifrån de länder och världsdelar där de är födda. Grupperingen bygger på Statistiska centralbyråns indelning av länder i världsdelar [36] och Socialstyrelsen har sedan slagit samman vissa grupper till större regioner för att möjliggöra tillförlitliga analyser uppdelade på kön, ålder och födelseregion.

De sju födelseregioner som redovisas är Sverige, Norden utom Sverige, EU inklusive Nordamerika, övriga Europa, Sydamerika, Asien och Afrika. Inget land ingår i mer än en region.

Resultat

Nästan 9 000 personer har under åren 2002–2007 vårdats på sjukhus i Sverige för första gången för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Gruppen består av 3 992 kvinnor och 4 977 män i åldrarna 20–59 år.

Medelåldern för kvinnor födda i Sverige i denna grupp är 37 år och för män 40 år. I invandrargrupperna är medelåldern något lägre, med undantag för personer födda i Norden utom Sverige och personer födda inom EU inklusive Nordamerika (tabell 3).

Tabell 3 Personer med schizofreni. Antal och medelålder, per födelseregion och kön

	Kvinnor		Män	
	Antal	Medelålder	Antal	Medelålder
Afrika	132	35	222	33
Asien	293	37	411	34
EU och Nordamerika	167	43	160	37
Övriga Europa	227	39	239	36
Norden utom Sverige	220	46	237	43
Sverige	2 905	40	3 640	37
Sydamerika	48	40	68	31
RIKET	3 992		4 977	

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Personer som vårdats för schizofreni har vid insjuknandet generellt lägre utbildning än personer som inte vårdats för schizofreni, och det gäller såväl personer födda i Sverige som utrikesfödda. Detta beror sannolikt på att sjukdomen ger symtom innan den har diagnostiserats och därmed gör det svårt för dessa personer att delta i och avsluta sin utbildning. Kvinnor med schizofreni har, dock oftare än män en högskoleutbildning, något som även gäller för befolkningen i stort.

Det finns skillnader i utbildning mellan personer från olika regioner, även om de allra flesta har åtminstone en gymnasieutbildning. Andelen med låg utbildning är störst bland personer från Afrika, Asien och övriga Europa. Störst andel personer med universitets- eller högskoleutbildning finns bland kvinnor födda i EU, Sverige och Asien.

Vårdtiden varierar

Socialstyrelsen har jämfört hur länge personer från olika födelseregioner har vårdats på sjukhus de första fyra åren efter insjuknandet. Kort slutenvårdstid kan tyda på att sjukdomen är mindre allvarlig men också på att slutenvård inte ses som ett lämpligt alternativ i det enskilda fallet. Om det inte finns

adekvat öppenvård tillgänglig kan dock slutenvård vara den enda återstående möjligheten.

Socialstyrelsen visar i denna undersökning att den genomsnittliga slutenvårdstiden för psykisk ohälsa varierar mellan olika grupper av personer med schizofreni beroende på födelseregion (tabell 4). För kvinnor varierar vårdtiden mellan 45 och 66 dagar per år, medan männens vårdtider varierar mellan 31 och 66 dagar per år. Det finns större skillnader i vårdtid mellan män från olika regioner än mellan kvinnor från olika regioner.

Tabell 4 Personer med schizofreni. Genomsnittlig slutenvårdstid i dagar per person och år under 0-4 år efter insjuknandet

	Kvinnor		Män	
	Psykiatrisk vård	Somatisk vård	Psykiatrisk vård	Somatisk vård
Afrika	56	7	66	7
Asien	50	6	59	7
EU och Nordamerika	63	5	51	8
Övriga Europa	55	7	60	60
Norden utom Sverige	45	8	31	8
Sverige	61	8	51	7
Sydamerika	66	5	44	6

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Skillnader i läkemedelsanvändning

En viktig del av behandlingen för att förhindra att symtomen vid schizofreni försämras, är att patienterna både får tillgång till antipsykotiska läkemedel och förmår upprätthålla medicineringen. Detta har stor betydelse för att minska deras psykotiska symtom och därmed öka deras välmående och möjligheter att fungera socialt.

Socialstyrelsen har funnit att läkemedelsanvändningen skiljer sig mellan personer från olika födelseregioner, i synnerhet bland män.

I studien jämförs hur stor andel av personerna som under det fjärde året under uppföljningen hämtat ut antipsykotiska läkemedel som förskrivits av läkare. Bland männen varierar andelen som hämtar ut medicin mellan 46 procent bland dem som är födda i Afrika och 73 procent bland dem som är födda i Sydamerika (tabell 5). Bland kvinnor finns inga stora skillnader i läkemedelsanvändning. Andelen som hämtar ut antipsykotiska läkemedel under fjärde året efter insjuknandet varierar mellan 68 procent och 77 procent (kvinnor födda i Asien respektive Sydamerika).

Tabell 5 Personer med schizofreni. Andel (%) som hämtat ut antipsykotiska läkemedel minst en gång fyra år efter insjuknandet

	Kvinnor	Män
Afrika	70	46
Asien	68	67
EU och Nordamerika	76	54

Övriga Europa	72	68
Norden utom Sverige	73	61
Sverige	71	69
Sydamerika	77	73

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet

Vårdtider och bristande medicinering kan ha stor inverkan på hur livet efter insjuknandet gestaltas sig. Dödligheten är högre bland personer med schizofreni jämfört med personer som inte har schizofreni. I denna studie visar Socialstyrelsen att andelen som avlider inom sju år efter insjuknandet i schizofreni är högre bland personer födda i Sverige och i Norden utom Sverige samt bland män födda inom EU inklusive Nordamerika (tabell 6).

Bland männen i dessa grupper har mellan 8 och 10 procent av de sjuka avlidit och bland kvinnorna mellan 5 och 7 procent – motsvarande andel i övriga grupper är 2 till 4 procent.

Tabell 6 Personer med schizofreni. Andel (%) per kön och födelseregion, som har avlidit inom sju år efter insjuknandet i schizofreni

	Kvinnor Andel	Män Andel
Afrika	0,9	5,4
Asien	4,2	5,8
EU och Nordamerika	4,8	8,4
Övriga Europa	2,5	4,7
Norden utom Sverige	7	9,4
Sverige	5,9	9,5
Sydamerika	1,8	5,2

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Ett annat sätt att beskriva dödligheten i de olika grupperna är att jämföra dem med personer utan schizofreni födda i samma region. Kvinnor med schizofreni födda i Sverige löper en drygt sju gånger större risk att avlida under uppföljningsperioden än kontrollgruppen utan schizofreni med kvinnor födda i Sverige. Kvinnor födda i Asien har den högsta relativa risken att dö. I den gruppen är risken att avlida elva gånger större bland dem som insjuknat i schizofreni än bland personer utan schizofreni.

Bland män löper personer födda i Sverige med schizofreni en nio gånger större risk att dö än män utan schizofreni, och för övriga män är risken fem till sju gånger större än för personer utan schizofreni.

Själv mord

Risken att avlida på grund av självmord är högre hos personer med schizofreni jämfört med övriga befolkningen. Antalet självmord i materialet är för litet för att det ska vara möjligt beskriva de enskilda födelseregionerna var för sig och därför redovisas endast personer födda i Sverige och utrikes-

födda. Personer födda i Sverige som insjuknat i schizofreni dör oftare i självmord (inklusive självskada med oklar avsikt) än utrikesfödda. Detta gäller såväl kvinnor som män. Vid uppföljningstidens slut har 2 procent av kvinnorna födda i Sverige avlidit i självmord jämfört med drygt en procent bland de utrikesfödda. Bland män gäller detta för 3 procent av de personer som är födda i Sverige och drygt 2 procent bland de utrikesfödda.

Etablering på arbetsmarknaden

För många personer med schizofreni kan det vara svårt att upprätthålla en anställning eller att på annat sätt försörja sig genom arbete. Socialstyrelsen har analyserat hur stor andel som är etablerade på arbetsmarknaden. För att räknas som etablerad på arbetsmarknaden ska man vara helårsanställd, ny-anställd, avgången (slutat under året) eller delårsanställd.

Redan året innan de schizofrenisjuka vårdas på sjukhus för sin sjukdom är en mycket liten andel av dem etablerade på arbetsmarknaden. Detta kan förklaras av att sjukdomen ger symtom långt innan den leder till sjukhusvård och därmed gör det svårt att klara ett arbete.

Om personer med schizofreni generellt har en svag ställning på arbetsmarknaden så har personer med schizofreni födda utanför Sverige en ännu svagare ställning. Vid insjuknandet är ungefär 20 procent av personer födda i Sverige etablerade på arbetsmarknaden. För de flesta invandrargrupper ligger motsvarande siffra på mellan 12 och 15 procent.

Generellt ser det ut som om situationen är bättre för kvinnor än för män. Bland kvinnor födda i Norden utom Sverige och i EU inklusive Nordamerika är 33 respektive 28 procent etablerade på arbetsmarknaden medan endast 9 procent av männen födda i Sydamerika är etablerade på arbetsmarknaden. Vid en mätning fyra år efter insjuknandet har andelen som är etablerade på arbetsmarknaden minskat för nästan alla grupper, men skillnaderna mellan utrikesfödda personer och personer födda i Sverige kvarstår. Detta gäller både män och kvinnor.

Kvinnor från Norden utom Sverige har den största minskningen av andelen som har en anknytning till arbetsmarknaden och hos kvinnor från Afrika är endast 4 procent etablerade på arbetsmarknaden.

Fyra år efter insjuknandet har 24 procent av de kvinnor med schizofreni som är födda i Sydamerika och ungefär 15 procent av dem från Asien, övriga Europa och Sverige sin huvudsakliga inkomst från förvärvsarbete. Motsvarande andel bland kvinnor födda i Afrika är 8 procent och bland kvinnor från Norden utom Sverige 9 procent. Dessa förhållanden avspeglas i att andelen som lever på försörjningsstöd är högst i de grupper där andelen förvärvsarbetande är lägst.

Slutsatser

Socialstyrelsens undersökning visar att det finns stora skillnader mellan utrikesfödda personer och personer födda i Sverige som vårdats för schizofreni, och personer som invandrat till Sverige verkar också löpa större risk än personer födda i Sverige att insjukna i schizofreni. Detta gäller både män och kvinnor.

Personer med schizofreni har en svag anknytning till arbetsmarknaden, och utrikesfödda personer med schizofreni har en ännu svagare arbetsmarknadsanknytning. Det är ovanligt att personer som insjuknat i schizofreni kan försörja sig på förvärvsarbete, och invandrade personer med schizofreni är i större utsträckning än personer födda i Sverige hänvisade till försörjningsstöd. Personer med schizofreni har dessutom mycket låga inkomster och så gott som ingen inkomstutveckling jämfört med övriga befolkningen.

Socialstyrelsen konstaterar också att det finns skillnader i hur lång tid olika personer vårdas på sjukhus för psykisk ohälsa under åren efter insjuknandet i schizofreni. Vårdtidens längd är i första hand ett mått på sjukdomens svårighetsgrad. Det är dock osäkert om det är denna svårighetsgrad som är orsaken till skillnaderna i vårdtid.

Socialstyrelsen visar i denna undersökning att det finns skillnader i läkemedelsanvändning mellan de olika grupperna av schizofrenisjuka, i synnerhet bland män. Endast hälften av männen födda i Afrika och i EU inklusive Nordamerika hämtat ut antipsykotiska läkemedel fyra år efter insjuknandet, något som kan bidra till att de behöver mer vård och har svårare att klara att arbeta. Skillnaden kan bero på att de inte ordinerats dessa läkemedel i samma utsträckning som andra personer med schizofreni. Det kan också bero på att de inte har råd att hämta ut sina läkemedel, något som inte framstår som orimligt med tanke på deras ekonomiska situation. Orsaken kan också vara att de av olika skäl väljer att inte hämta ut sina förskrivna läkemedel, antingen på grund av att de inte har fått tillräcklig information om vikten av medicinering eller på grund av att de är mer skeptiska mot dessa läkemedel än andra grupper. Här förväntar sig Socialstyrelsen att vårdgivarna noggrant följer upp alla patienters tillgång till medicin och hur medicineringen upprätthålls, för att uppnå bästa möjliga kontroll av sjukdomen och därmed öka chansen till god livskvalitet.

Läkemedelsbehandling vid schizofreni

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har under våren 2012 redovisat det vetenskapliga underlaget kring läkemedelsbehandling vid schizofreni [37]. För personer med schizofreni kan bättre läkemedelsbehandling rädda liv. Antipsykotiska läkemedel (neuroleptika) är namnet på den grupp läkemedel som är avsedd att lindra de psykotiska symtomen som uppstår vid schizofreni. Antipsykotiska läkemedel kan indelas i första generationens antipsykotika och andra generationens antipsykotika.

SBU:s slutsatser vid läkemedelsbehandling vid schizofreni är att av andra generationens läkemedel har klozapin, olanzapin och risperidon bättre effekt på psykotiska symtom vid schizofreni än första generationens läkemedel. Därför bör i många fall läkemedelsbehandlingen vid schizofreni ses över.

För personer med svårbehandlad schizofreni är klozapin det läkemedel som har bäst effekt. Det minskar risken för självmordsbeteende och möjligen även för samtidigt missbruk.

Registerstudie

En stor finsk registerstudie följde upp dödligheten för nästan 70 000 personer med schizofreni som fått antipsykotiska läkemedel under 1996–2006 [38]. Resultatet visade att de som fick klozapin hade lägre dödlighet än de som fick andra antipsykotiska läkemedel. De som fick antipsykotiska läkemedel hade generellt lägre dödlighet än de som inte fick läkemedel.

Inom ramen för SBU-projektet om läkemedelsbehandling vid schizofreni genomfördes en svensk registerstudie för att se om de finska resultaten även gällde svenska förhållanden [37]. Gruppen som undersökts i den här studien består av 26 046 personer, varav 11 649 var kvinnor och 14 397 var män och som vårdats någon gång för schizofreni i slutet eller öppen specialiserad psykiatrisk vård och i var i åldrarna 18–79 år vid vårdtillfället. Information om uttag av antipsykotiska läkemedel hämtades från läkemedelsregistret under sammanlagt 12 tremånadersperioder efter utskrivning från slutenvård eller besök i specialiserad öppenvård.

Följsamhet

Följsamheten till olika antipsykotiska läkemedel under treårsperiod analyserades. Följsamheten till olika antipsykotiska läkemedel visade att de som framför allt använde klozapin, med även olanzapin och risperidon, hade bäst följsamhet.

Risk för återinläggning

Risken för inläggning med schizofrenidiagnos under andra halvåret efter vård med schizofrenidiagnos visade sig på en statistiskt signifikant mindre risk när patienten använt klorzapin eller olanzapin jämfört med haloperidol (tabell 7).

Tabell 7 Risker för inläggning i psykiatrisk slutenvård. Antal och andelar med återinläggningar dag 183-365 i relation till behandling med olika antipsykotiska läkemedel dag 0-90 efter vård vid schizofreni. Justerade relativa risker (RR)

Läkemedel	Slutenvårdade dag 183-365 Antal (%)	RR +95 % KI ¹
Saknar läkemedel	663 (12,0)	1,05 (0,87;1,27)
Olanzapin	341 (9,2)	0,76 (0,62;0,93)
Klorzapin	208 (9,8)	0,81 (0,65;1,01)
Flupentixol	52 (7,8)	0,69 (0,50;0,95)
<i>Haloperidol (ref)</i>	<i>128 (11,0)</i>	<i>1 (ref)</i>

¹ Justerat för ålder, kön och utskrivningsår

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Själv mord och självmordsförsök

Sammanlagt 2 284 patienter hade avlidit under åren 2006 till och med 2011 efter vård för schizofreni under åren 2006–2009. Dödsfall i självmord respektive vård för självmordsförsök följdes under åren 2006–2010. Under perioden hade 222 personer avlidit i självmord och 831 vårats för självmordsförsök i slutenvården efter vårdtillfälle med schizofrenidiagnos.

Schizofrenipatienter som hade behandlats med klorzapin hade signifikant lägre risker för självmordsförsök jämfört med haloperidolanvändare. Risken för självmord var också lägre. Resultatet pekar på att behandling med klorzapin verkar innebära lägre risk för självmordsförsök än de flesta andra antipsykotiska preparat.

Studien visar att antipsykotiska läkemedel har betydelse för en minskad risk för självmord. Risken för fullbordat självmord var lägst för de patienter som hade tagit antipsykotiska läkemedel under två kvartal och högre för dem som tagit antipsykotiska läkemedel under enbart ett kvartal samt högst bland dem som saknade uttag båda kvartalen (tabell 8).

Tabell 8 Död i självmord i relation till om patienten saknar antipsykotiska läkemedel eller inte under en eller två tremånadersperioder innan självmordet. Antal och andel fall (%) samt oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall (KI)

Läkemedel	Antal dödsfall (%)	OR + 95% KI ¹
Saknade antipsykotiska läkemedel under första kvartalet	51 (1,1)	1,62 (1,16;2,25)
Saknade antipsykotiska läkemedel under andra kvartalet	53 (1,3)	1,86 (1,34;2,58)
Har antipsykotiska båda kvartal (ref)	118 (0,7)	1 (ref)
Samtliga	222 (0,9)	

¹Justerat för ålder, kön och utskrivningsår

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Användning av antipsykotiska läkemedel i Sverige

Socialstyrelsen har studerat användningen av antipsykotiska läkemedel i Sverige för personer som har schizofreni. Den studerade gruppen utgjordes av alla personer som enligt patientregistret vårdats någon gång med diagnosen schizofreni (ICD-10 F20) under år 2010 i psykiatrisk slutenvård eller haft psykiatrisk öppenvårdskontakt och var i åldrarna 18 år eller äldre vid vårdtillfället. Drygt 27 000 personer ingår i jämförelsen, varav närmare 48 procent var kvinnor.

Det var 24 procent av patienterna som hämtade ut sitt antipsykotiska läkemedel av första generationen (FGA) 0–90 dagar efter psykiatrisk slutenvård eller psykiatrisk öppenvårdsbesök, för andra generationens neuroleptika var andelen 50 procent.

Av patienterna var det 30 procent med första generationens neuroleptika som hämtade ut minst en gång inom 90–180 dagar efter vårdtillfället, för andra generationens neuroleptika (SGA) var andelen 55 procent (tabell 9).

Tabell 9 Andel personer med schizofreni som hämtat ut antipsykotiskt läkemedel inom 90 respektive 180 dagar efter vård i psykiatrisk slutenvård eller besök i öppenvård

Läkemedelsgrupp	Andel patienter som hämtat ut inom 0-90 dagar	Andel patienter som hämtat inom 90-180 dagar
Första generationens neuroleptika (FGA)	24	30
Andra generationen neuroleptika (SGA)	50	55

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Omkring 10 procent av schizofreni patienterna hade behandling med clozapin.

Sammanfattning

Behandling med antipsykotiska läkemedel minskar risken för dödlighet jämfört med ingen behandling alls. Genomgången som SBU genomfört visade att alla andra generationens neuroleptika minskade behandlingsavbrotten jämfört med placebo. En del andra generationens neuroleptika visade en moderat förbättring jämfört med haloperidol men det finns inte tillräckligt kunskapsunderlag för att rekommendera något specifikt preparat. Kunskapen är också otillräcklig om vilka antipsykotiska läkemedel som har den bästa effekten och minsta biverkningar under behandling som pågår mer än två år.

Risken för självmord bland personer med schizofreni är mycket hög, cirka 5–10 procent begår självmord. SBU visar i sin kunskapsöversikt för 2012 att det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att behandling med klozapin i jämförelse med andra antipsykotiska läkemedel minskar risken för dödlighet i självmord hos personer med schizofreni.

Hos omkring 1 procent av patienterna ger klozapin biverkningar i form av drastiskt minskat antal vita blodkroppar (agranulocytos) vilket ökar infektionsrisken och kan vara livshotande. Bland vårdade för schizofreni åren 2006–2009 inträffade under uppföljningsperioden ett fall med agranulocytos som underliggande dödsorsak mot 222 självmord och 831 självmordsförsök. Sammanlagt 23 patienter hade någon gång vårdats för agranulocytos. Fördelarna med klozapinbehandling överväger riskerna med hänsyn till den dramatiska minskade risken för självmord i förhållande till den ändå blygsamma risken för agranulocytos.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011* är de första nationella riktlinjerna inom området. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vård och omsorg för personer med schizofreni.

Syftet med dessa nationella riktlinjer är att de ska vara ett stöd för beslutsfattare i kommuner, landsting och regioner så att dessa kan styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom öppna och systematiska prioriteringar. Riktlinjerna riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledningar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna syftar också till att stödja införandet av evidensbaserade metoder.

Underlag för beslut om resurser inom vård och omsorg

De nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är tänkta att användas som ett underlag för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i deras beslut om fördelningen av resurserna. Riktlinjerna fokuserar på de frågor där behovet av vägledning är särskilt stort för beslutsfattare, hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänsten. Riktlinjerna förväntas stimulera detta och utgår därför ifrån bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om åtgärder och deras effekter för målgruppen. De syftar också till att stödja införandet av evidensbaserade metoder.

Riktlinjerna berör samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som erbjuder vård och omsorgsinsatser till personer med schizofreni. Syftet är att bidra till kvalitetsutveckling och god resurshushållning. På så sätt vill Socialstyrelsen bidra till att stärka den enskildes möjligheter att få god vård och omsorg.

De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar berör både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter och flera kan genomföras inom båda verksamheterna. Ansvar för att genomföra vissa av åtgärderna kan vara hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens. För andra åtgärder faller inte ansvaret naturligt på någon enskild huvudman. Socialstyrelsen förväntar sig att de rekommendationer som presenteras i riktlinjerna kan komma att påverka praxis såväl som resursfördelningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Psykosociala insatser

Riktlinjerna är avgränsade till psykosociala insatser (i fortsättningen även benämnda som åtgärder). Åtgärderna syftar huvudsakligen till att minska symtom och ge ökad livskvalitet för personer med schizofreni. De ska också bidra till att personer med schizofreni kan behålla eller få ökad funktion när det gäller sådant som boende, arbete och relationer. Åtgärderna ska även öka målgruppens delaktighet i samhället.

Riktlinjerna utgår från att de psykosociala åtgärderna ges i kombination med lämplig läkemedelsbehandling, efter utredning och bedömning i det enskilda fallet.

Samverkan en central angelägenhet

Personer med schizofreni har ofta behov av åtgärder från flera aktörer, inte sällan samtidigt. Samverkan mellan aktörerna är då av central betydelse. Landstinget och kommunerna har ett gemensamt ansvar för samordningen av åtgärder där olika yrkesgrupper behövs för att nå en helhet och få god effekt av åtgärderna. Landstingen svarar för utredningen av personer med misstänkt psykossjukdom och för den medicinska och den psykologiska behandlingen. De ansvarar också för uppföljningen efter att diagnosen är ställd.

Inom patientgruppen är det vanligt att de behöver psykosocialt stöd utöver läkemedelsbehandlingen och den psykologiska behandlingen. De behöver stöd för att behålla eller öka stabiliteten i sitt boende och i sitt arbete. Det kan också handla om stöd för att kunna fullfölja en utbildning. Periodvis kan också ett professionellt stöd för att upprätthålla fungerande relationer till familj och närstående behövas. Där har landstingen och kommunerna ett gemensamt ansvar. Kommunerna svarar huvudsakligen för insatserna för boende och boendestöd, men också för övrigt stöd i det dagliga livet. I dessa insatser närmar man sig också Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans uppdrag att ge arbetsrehabilitering och sysselsättningsstöd.

Riktlinjespecifika rekommendationer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd innehåller 43 rekommendationer.

Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för rekommendationer på gruppnivå. De kan alltså inte tillämpas på individnivå. Rekommendationerna kan dock ge viss vägledning vid hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beslut som rör enskilda personer, men i det enskilda fallet vägs flera andra faktorer in utifrån individens unika situation.

De är i första hand ett underlag för resursfördelning inom sjukdomsgruppen eller verksamhetsområdet, så kallade vertikala prioriteringar.

Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården och omsorgen om personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder, än till dem som fått låg prioritet.

Centrala rekommendationer

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om samordnade åtgärder, familjeinterventioner, psykologisk behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering är de som får störst konsekvenser. Dessa rekommendationer kommer få såväl ekonomiska som organisatoriska konsekvenser, då de ställer krav på förändringar av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens organisationsstruktur. De ställer också krav på investeringar i personal och kompetens.

Socialstyrelsens bedömningar av rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser har utgått från den verksamhet som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedriver i dag. Informationen om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs är dock ofta bristfällig, vilket gör bedömningen svår.

Flera åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar har utvecklats internationellt och är nya för psykiatrin och socialtjänsten.

Samordnade insatser

Socialstyrelsen rekommenderar samordnade åtgärder som omfattar samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg enligt den så kallade ACT-modellen (*Assertive Community Treatment*) med tillägg av familjeinterventioner och social färdighetsträning för personer som är nyinsjuknade i psykosjukdom. Dessa åtgärder tycks ge positiva effekter på möjligheten att ha ett självständigt boende och leda till att dessa personer tillbringar färre dagar på sjukhus.

Socialstyrelsen rekommenderar även att hälso- och sjukvården bör erbjuda så kallad intensiv *case management* enligt ACT-modellen för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som är högkonsumer av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter. Jämfört med sedvanlig behandling minskar den här åtgärden antalet vårdtillfällen, dagar på sjukhus, risken för hemlöshet och arbetslöshet samt ger en större stabilitet i boendet.

Familjeinterventioner

Socialstyrelsen rekommenderar familjeinterventioner för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har kontakt med sin familj eller närstående. Denna insats minskar återfallen och antalet inläggningar på sjukhus. Den tycks också förbättra personens sociala funktion och livskvalitet samt det känslomässiga klimatet i familjen.

Tillgång till psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med så kallade kvarstående symtom. Huvudskälet till rekommendationen är att behandlingen visar positiva effekter på kvarstående symtom och på centrala problem för individen. Hälso- och sjukvården kan även erbjuda musikterapi när personer har behov av så kallade icke-verbala terapiformer.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan

Socialstyrelsen rekommenderar arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen (*Individual Placement and Support*). Den metoden är nämligen bättre än arbetsförberedande träningsmodeller när det gäller att skaffa arbete åt personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har en vilja och motivation till ett arbete.

En förutsättning för att kunna genomföra rekommendationen är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar och har kontakt med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Nationella indikatorer för uppföljning av personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård och god kvalitet i socialtjänsten på det psykosociala området. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Socialstyrelsen har utarbetat 22 indikatorer för uppföljningen av personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Dessa indikatorer kan ligga till grund för uppföljningar på lokal, regional och nationell nivå.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att:

- möjliggöra uppföljning av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra jämförelser av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet – lokalt, regionalt och nationellt.

Ett stort problem för uppföljningen inom det psykosociala området är att det i dag saknas uppgiftskällor. Bristen på uppgiftskällor gör att uppföljningen av de åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna är mycket begränsad. En utveckling av uppgiftskällorna pågår. På sikt kommer Socialstyrelsen att utforma indikatorer som kan ge kunskap om de processer som används på det psykosociala området och vilka resultat de ger.

Sammanlagt har Socialstyrelsen tagit fram 15 nationella indikatorer för uppföljningen av den psykiatriska verksamheten och 12 nationella indikatorer för socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessutom finns det fyra mer generella indikatorer som speglar resultatet av huvudmännens åtgärder på det psykosociala området.

Riktlinjerna berör en patientgrupp som relateras till specifika diagnosrelaterade tillstånd, som schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Personer med specifika diagnoser är dock svåra att identifiera i kommunernas verksamhet, eftersom kommunernas uppgifter relateras till personer med psykiska funktionshinder (5 kap. 7§ SoL). De indikatorer som riktas till socialtjänstens verksamhet utgår därför från den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat.

Denna utvärdering kommer delvis att utgå från de indikatorer som Socialstyrelsen lyfter fram som nationella indikatorer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Uppföljning av god vård och god kvalitet i socialtjänsten

Socialstyrelsen har baserat rekommendationerna för psykosociala insatser till personer med schizofreni på den bästa tillgängliga kunskapen om effekter, kostnader och kostnadseffektivitet. De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar har myndigheten bedömt vara de som ger samhället ett effektivt resursutnyttjande.

Socialstyrelsens bedömningar har utgått från den verksamhet som hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bedriver. Informationen om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs av hälso- och sjukvården och socialtjänsten är dock ofta bristfällig. Det är därför svårt att bedöma vilka konsekvenser som rekommendationerna får.

Vårt mål med rekommendationerna är att öka tillgången på effektiva metoder för personer med schizofreni. Detta kan ske genom att kommuner och landsting omfördelar resurser från åtgärder som rangordnas lägre till åtgärder som rangordnas högre. Ett av syftena med denna nationella utvärdering är att följa upp vilka effekter införandet av nationella riktlinjerna får för personer med schizofreni.

Den nationella utvärderingen omfattar inte alla de åtgärder som erbjuds målgruppen. Dessa åtgärder behöver beslutsfattare dock ta ställning till när de prioriterar och fördelar sina resurser. En systematisk utvärdering av den egna verksamheten lokalt kan ge beslutsfattare ytterligare underlag till deras prioriteringar och till resursfördelningen.

De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar och som följs upp i denna nationella utvärdering berör både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter. Flera av rekommendationerna kan genomföras inom båda verksamheterna. Ansvar för att genomföra vissa av åtgärderna kan vara hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens. För andra åtgärder faller inte ansvaret naturligt på någon enskild sektor. Som en följd av detta förutsätter Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar, samordnar och bidrar med kompetens för att nå en helhet och god effekt inom samtliga områden.

Psykosociala åtgärder för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

Inledning

Socialstyrelsen har valt att undersöka ett antal av riktlinjernas rekommendationer om psykosociala åtgärder som anses vara särskilt viktiga för psykiatri och socialtjänstens struktur.

Det här kapitlet redovisar psykiatri och kommunernas struktur med hjälp av tio indikatorer från *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*. När det har varit möjligt har indikatorerna utvärderats och presenterats tillsammans för både den psykiatriska verksamheten och socialtjänstens verksamhet. Avsikten med detta är att stödja en utveckling mot ökad samsyn mellan de båda huvudmännen på det psykosociala området, men också att ge en bild över möjligheten att ge insatserna i landstingen och kommunerna.

Redovisning av indikatorerna

De indikatorer som redovisas berör den psykiatriska verksamheten (öppen- och slutenvård) och socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning (tabell 10).

Indikatorerna är strukturindikatorer. De visar på en övergripande nivå kommunernas och landstingens förutsättningar att kunna ge personer med schizofreni och psykisk funktionsnedsättning tillgång till rekommenderade insatser enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Statistiken presenteras genom beskriva andelar av kommuner och landsting som har möjlighet att ge psykosociala insatserna enligt de åtgärder som beskrivs i de *Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*. Vilka kommuner och landsting som kan ge insatserna finns presenterade i tabeller i *Bilaga 3. Diagram för rapportens samtliga indikatorer*.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommunenkät hösten 2011 och hösten 2012 och sedermera publicerade i *Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning 2012 och 2013*. Uppgifter för 2012 finns med i utvärderingen vid de tillfällen uppgiften samlats in.

Tabell 10 Förteckning över indikatorer

Psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	
Tillgång till familjeinterventioner	P1
Tillgång till stöd i föräldraskapet	P2
Tillgång till socialfärdighetsträning	P3
Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen	P4
Tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser	P5
Hjälp till bostad vid hemlöshet (bostad först-modellen)	P6
Tillgång till samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen	P7
Gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning	P8
Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting	P9

Tillgång till familjeinterventioner (P1)

Att ha en familjemedlem som drabbas av schizofreni eller av ett schizofreniliknande tillstånd innebär en mycket hög belastning för familjen. En av utgångspunkterna för familjeinterventionen som åtgärd, är att en person med schizofreni har en psykologisk sårbarhet som gör honom eller henne extra känslig för stimulans utifrån. Målen för familjeinterventionen är att sänka ångestnivån i familjen, öka kunskapen om sjukdomen och därmed tryggheten, samt visa hur man rent praktiskt ska agera när det gäller den sjuka anhörigas symtomatologi. På detta sätt avser man att minska stressen för personen och de övriga familjemedlemmarna, framför allt när det gäller affektivt laddad kommunikation. Effektiva modeller för familjeinterventioner innehåller både kunskapsorienterade och beteendeorienterade delar. De kan till exempel innehålla information, stöd och träning i stressreduktion, problemlösning och träning i kommunikation. I målen för familjeinterventionen ingår även att uppnå ett bra samarbete med de närstående.

Konsekvenser av att en åtgärd uteblir kan vara ökad stress hos anhöriga, en försämrad social funktion och livskvalitet i familjen och en ökad risk för återfall hos personen med schizofreni.

De vetenskapliga beläggen för familjeinterventioner är mycket god när det gäller att, i tillägg till sedvanlig behandling, minska återfallen hos patienten och antalet inläggningar på sjukhus. Det finns också evidens för att familjeinterventioner är effektiva för att förbättra psykiskt välmående, social funktion och livskvalitet.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen kommuner och stadsdelar som i samarbete med landstinget (psykiatri) kan erbjuda familjeinterventioner. Dessa erbjuds personer med psykisk funktionsnedsättning, som har kontakt med familj eller närstående. Åtgärden kan ges inom den egna verksamheten och/eller den psykiatriska verksamheten.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommun och landstingsenkät 2011 och 2012.

Utfall och variation

Utifrån informationen i de besvarade landstingsenkäterna finns familjeinterventioner enligt den modell som beskrivs i riktlinjerna i elva landsting (figur 1). I ytterligare åtta landsting finns en liknande intervention. Utöver dessa är det endast ett par landsting som planerar att införa familjeinterventioner.

Det finns ingen uttalad regional variation, även om de flesta av de landsting som säger sig använda insatsen ligger i södra Sverige. Dock visar kartläggningen att det finns en tydlig diskrepans mellan landstingen och kommunernas svar kring om interventionen ges i samarbete med den andre huvudmannen. Endast i tre län finns det en samstämmig bild mellan kommunerna och landstiget om insatsen finns och att den ges i samarbetet med kommun/landsting.

Familjeinterventioner kan enligt riktlinjerna ges i samarbete med kommunerna, men i kommunenkäten är det endast ett fåtal kommuner (7 procent) som säger sig använda familjeinterventioner för den här gruppen (figur 2).

I stort sett inga kommuner menar att de tänker införa denna insats under det närmaste året.

De flesta säger sig använda manualer som stöd i arbetet, men endast ett fåtal landsting använder programtrohetsskalor för uppföljningen av vårdkvaliteten.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Familjeinterventioner enligt den modell som beskrivs i de nationella riktlinjerna har egentligen aldrig fått fäste i det svenska vård- och omsorg. Majoriteten av de som svarat att de använder denna insats torde därför syfta på sinsemellan olikartade men liknande insatser. I dagsläget är dessa insatser vetenskapliga stöd okänt. Resultaten är därför svårtolkade och det finns stora felmarginaler när man ska bedöma om insatsen enligt riktlinjernas intentioner används.

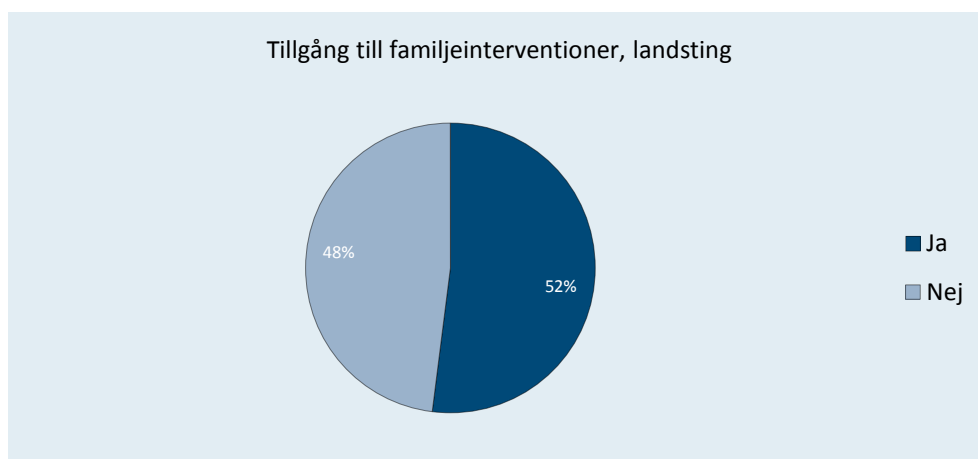
Bedömning av resultatet

Enligt enkätresultaten är familjeinterventioner en relativt spridd insats inom landstinget, medan väldigt få kommuner använder sig av denna insats. En begreppsförvirring är dock sannolik, eftersom familjeinterventioner enligt definitionen i riktlinjerna inte torde ha någon större spridning i Sverige.

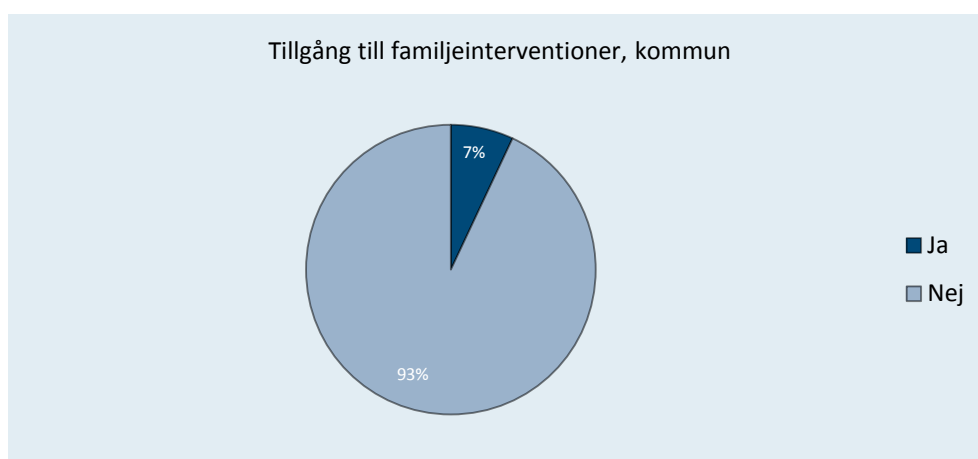
Det finns inga etablerade utbildningar inom området. Det finns inte heller manualer eller arbetsböcker som beskriver hur man arbetar med familjeinterventioner. Det finns inga översatta programtrohetsskalor som kan användas som stöd i utvecklingen av arbetssättet.

Väldigt få kommuner anger också att de erbjuder insatsen. Detta tyder på att det samarbete mellan kommuner och landsting som bör finnas för denna insats inte är etablerat. I nuläget upplevs detta av kommunerna som en angelägenhet för landstinget. Det faktum att få landsting och kommuner planerar att införa familjeinterventioner pekar på att en satsning för att aktivt tillämpa denna insats är nödvändig.

Figur 1 Andel av landstingen som har tillgång till familjeinterventioner enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012



Figur 2 Andel av kommunerna som har tillgång till familjeinterventioner enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2011



Tillgång till stöd i föräldraskapet (P2)

Åtgärder i form av föräldrastöd till föräldrar som har schizofreni eller en annan allvarlig psykisk sjukdom kan utformas som program. I sådana program fokuserar man på att hjälpa föräldern att utveckla färdigheter att möta barnets behov samt att få och behålla en god relation till barnet och samtidigt fokusera på en säker och trygg omgivande miljö för barnet.

Programmen kan göras i olika slutna eller öppna vårdformer. Det kan även handla om gruppverksamheter med ett pedagogiskt innehåll. Där delar man erfarenheter och får kunskaper för att hantera olika svårigheter i förhållande till sitt föräldraskap.

Konsekvenserna av att en åtgärd uteblir kan vara en ökad risk för att personen med schizofreni får en nedsatt omsorgsförmåga i sitt föräldraskap. Det kan leda till att hans eller hennes barns utveckling och hälsa påverkas negativt.

Det vetenskapliga stödet är otillräckligt för att avgöra om insatser i form av föräldrastöd till föräldrar med allvarlig psykisk sjukdom kan bidra till att

utveckla deras färdigheter som föräldrar, och samtidigt fokusera på en säker och trygg omgivande miljö för barnet.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen kommuner och stadsdelar som i samarbete med landstinget (psykiatrin) kan erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning ett stöd i föräldraskapet. Åtgärden kan ges inom den egna verksamheten och/eller den psykiatriska verksamheten.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommun och landstingsenkät 2011 och 2012.

Utfall och variation

I landstingsenkäten 2012 anger 10 landsting att de erbjuder en insats enligt beskrivningen i riktlinjerna (figur 3). I ytterligare 8 landsting finns en liknande insats och i 4 landsting planerar man att införa denna insats. I 8 av landstingen uppger de att insatsen sker i samarbete med kommunen.

Insatsen verkar vara spridd över landets kommuner. Resultatet 2012 visar att 80 procent av kommunerna kan erbjuda stöd i föräldraskapet.

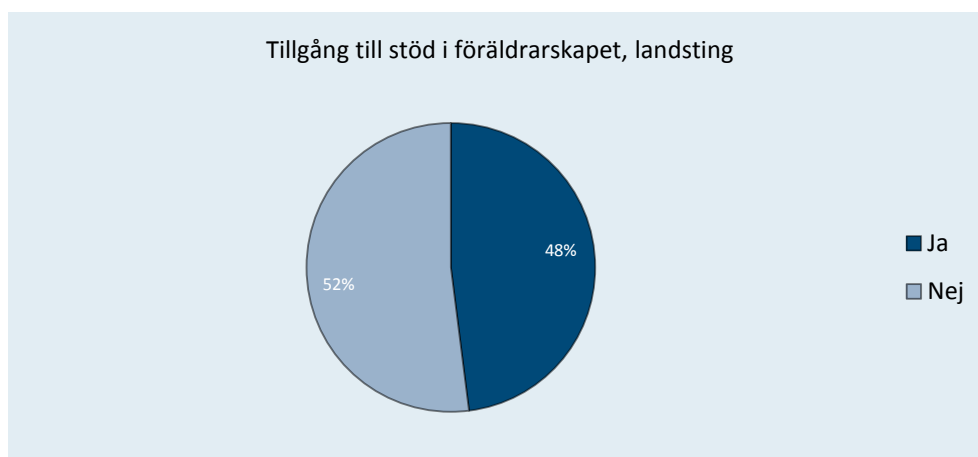
Felkällor och tolkningssvårigheter

Det är utifrån enkäten svårt att avgöra om det är den insats som beskrivs i riktlinjerna som faktiskt ges. Det inte finns någon specifik modell inom schizofrenivården som kan identifieras efter bästa kunskapsläge.

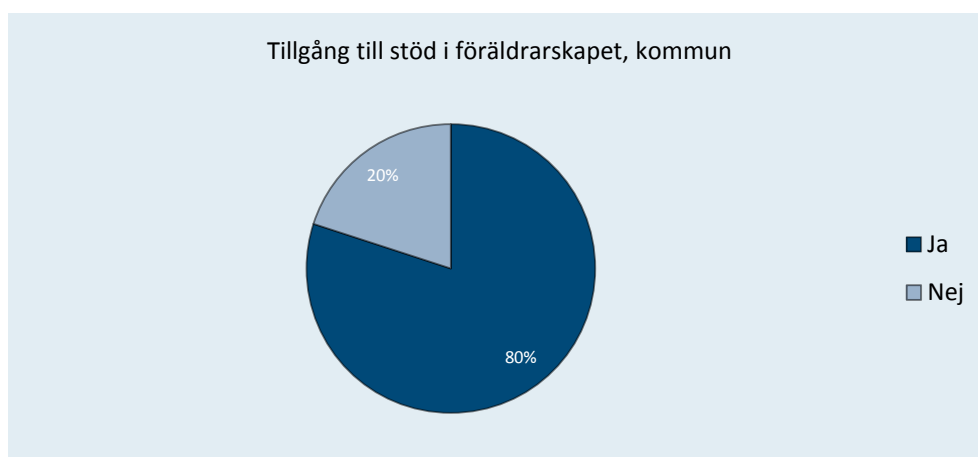
Bedömning av resultatet

Resultaten från enkäterna visar att det finns en ganska utbredd praktik för olika former av föräldrastöd till familjer där en av föräldrarna har en schizofreni. Resultatet visar också att det i viss utsträckning finns ett samarbete mellan landsting och kommuner om dessa insatser. Utifrån enkäten är det dock svårt att avgöra innehållet och inriktningen i de här insatserna. Bristen på vetenskapligt belägg för specifika insatser gör det också svårt att peka på behovet av framtida satsningar, utöver behovet av fortsatt forskning.

Figur 3 Andel av landstingen som har tillgång till stöd i föräldraskapet enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012



Figur 4 Andel av kommunerna som har tillgång till stöd i föräldraskapet enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2012



Tillgång till social färdighetsträning (P3)

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd kan ha svårt med sociala färdigheter som att kommunicera och att relatera till andra. Social färdighetsträning syftar till att träna dessa funktioner. Träningen syftar även till att hjälpa personerna att upprätthålla ändamålsenliga kontakter med vården och stödfunktionerna. Träningen har som mål att:

- ge större möjligheter att leva ett självständigt liv
- minska antalet återfall i akut sjukdom
- öka förmågan och utbytet av att umgås med andra
- ge mer kunskap om personens egna psykologiska reaktioner
- minska kvarstående symtom
- ge en större förmåga till samarbete med vården.

Den modell för färdighetsträning som i störst utsträckning har prövats vetenskapligt är *Ett självständigt liv* (ESL). Modellen har olika färdighetsmoduler som fokuserar på till exempel medicinering, återfall och individens

egen kontroll över sina symtom, vardagligt samtal med andra och konfliktlösning. Metoden kan användas både individuellt och i grupp. Träningen kan ges i många olika sammanhang, till exempel inom psykiatrisk vård, på boendeenheter eller inom dagverksamhet av olika slag.

Det blir konsekvenser av att en åtgärd uteblir för personer med nedsatta rollfunktioner och sociala färdigheter eller som har kvarstående psykosymtom trots medicinering. Dessa konsekvenser är en ökad risk för sänkt livskvalitet, en fortsatt oförmåga till nära och sociala kontakter samt en ökad återfallsrisk.

Social färdighetsträning enligt ESL-modellen har god vetenskapliga belegg. ESL kan, som tillägg till sedvanlig behandling, leda till större förbättringar i sociala färdigheter, i den sociala funktionen och av negativa symtom.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen kommuner och stadsdelar som i samarbete med landstinget (psykiatri) kan erbjuda social färdighetsträning till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Åtgärden kan ges inom den egna verksamheten och/eller den psykiatriska verksamheten.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommun och landstingsenkät 2011 och 2012.

Utfall och variation

Resultaten av landstingsenkäten visar att 14 landsting har färdighetsträning enligt ESL-modellen och att ytterligare 7 landsting använder liknande insatser (figur 5). I flertalet fall svarar landstingen att de använder manualer och programtrohetsskalor i sitt arbete. Åtta av landstingen samarbetar med kommuner om denna insats.

I kommunenkäten 2011 anger 98 kommuner (34 procent av dem som svarat) att de använder ESL (figur 6). 25 kommuner anger att de har ett samarbete med landstingspsykiatri om färdighetsträningen. Ytterligare 69 kommuner anger att de genomför en liknande insats och 17 kommuner planerar att införa ESL under det närmaste året.

Flertalet av de kommuner som använder färdighetsträning har utbildningar i ESL (69 kommuner). En stor andel av kommunerna använder publicerade arbetsböcker som stöd i arbetet (36 kommuner), medan bara en liten del följer sitt arbete med hjälp av programtrohetsskalor (17 kommuner).

Resultatet från 2012 visar att 49 procent av kommunerna kan erbjuda socialfärdighetsträning vilket är en ökning sedan föregående undersökning.

Felkällor och tolkningssvårigheter

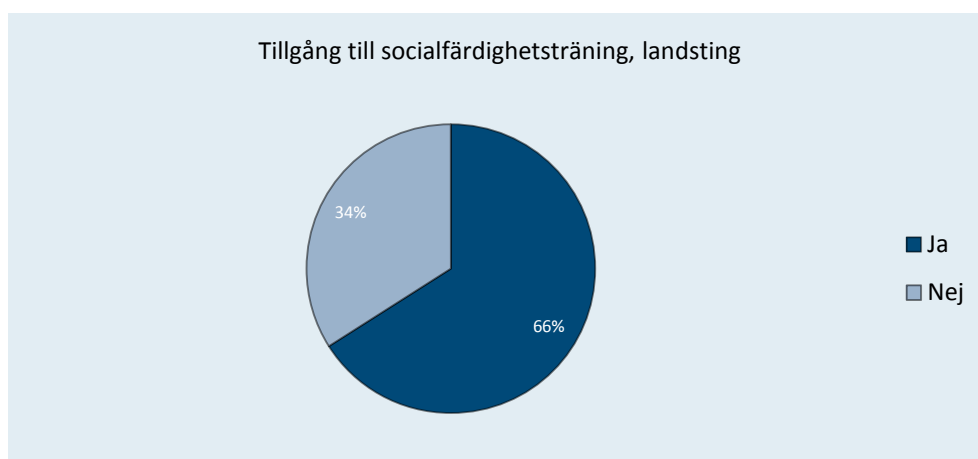
ESL är sedan ett antal år en känd och etablerad insats i Sverige. Det finns en utbredd kännedom och kunskap om insatsen. Det har också under ett antal år funnits etablerade utbildningar, vilket gör att enkätens resultat är trovärdiga.

Bedömning av resultatet

Social färdighetsträning har en ganska omfattande tillämpning i det svenska vård och stödsystemet, och det finns också en utbredd praktik kring liknande insatser. Det kommunerna i enkätsvaren avser med liknande insatser är förmodligen ett program som heter *Kompetenz*, som bland annat innehåller moduler för färdighetsträning.

Insatsen kommer enligt enkätresultaten att få en fortsatt spridning i nya kommuner. En relativt stor andel av de som svarat uppger också att det finns samarbeten mellan kommuner och landsting för att ge denna insats.

Figur 5 Andel av landstingen som har tillgång till socialfärdighetsträning enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012



Figur 6 Andel av kommunerna som har tillgång till socialfärdighetsträning enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2012



Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen (P4)

En rad studier har funnit att personer med schizofreni har en låg sysselsättningsgrad. Resultatet gäller i synnerhet arbete på öppna marknaden och andelen personer som varit kontinuerligt i arbete. Det här är en situation som

personerna själva och deras anhöriga inte är tillfredsställda med. Undersökningar visar att majoriteten av personerna med psykisk funktionsnedsättning önskar ett arbete. Även anhöriga poängterar att en strukturerad daglig aktivitet, till exempel ett arbete, är det mest angelägna otillfredsställda behovet.

Den modell för arbetsrehabilitering som visat sig mest effektiv är *supported employment* (SE). Grundidén i SE är att personen placeras i ett arbete med lön mer eller mindre direkt och att ett integrerat behovsbaserat stöd finns på arbetsplatsen (*"place then train"*). En utveckling av SE inom psykiatrin är *individual placement and support* (IPS).

Det har också gjorts försök att tillämpa SE-modellen på personer som har ett arbete, i syfte att vid behov ge dem stöd att behålla detta arbete. Modellen har också utvecklats till att gälla stöd för att söka, påbörja eller fullfölja utbildningar.

Konsekvensen av att en åtgärd uteblir är risken att personen drabbas av tilltagande social marginalisering och ekonomiskt beroende, sämre självkänsla, lägre livskvalitet, återfall i sjukdom och kvarstående besvärande symtomatologi.

Målet med IPS är att stödja människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning att hitta och bibehålla ett arbete på öppna arbetsmarknaden. IPS möjliggör för dessa personer att skaffa sig en meningsfull tillvaro bortom funktionsnedsättningen och att leva ett rikare liv.

IPS-modellen har mycket gott vetenskapligt stöd. Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen fungerar bättre än arbetsförberedande träningsmodeller och sedvanlig behandling för de personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som önskar och är motiverade till ett arbete med lön. Detta gäller både när de ska få ett sådant arbete och behålla det. Den här Socialstyrelsen bedömer att den här åtgärden är kostnadseffektiv i jämförelse med arbetsförberedande träningsmodeller.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen landsting och kommuner/stadsdelar som kan erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen i samarbete med psykiatrin, kommun, Arbetsförmedlingen (AF) och Försäkringskassan (FK).

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommun och landstingsenkät 2011 och 2012.

Utfall och variation

Resultaten i landstingsenkäten visar att IPS har en mycket liten spridning inom ramen för landstingens verksamhet. Endast tre landsting anger att de har insatsen, och i ytterligare fem landsting planerar man att införa den (figur 7). I de landsting där man arbetar med IPS-modellen så anger man också att man har ett samarbete med kommun och försäkringskassan. Det saknas i stort sett uppgifter om vilket material man har som underlag för sina insatser. Sjutton kommuner anger att de ger insatser enligt IPS-modellen och ytterligare åtta att de tänker införa den under det närmaste året (figur 8). Sjutton kommuner har uppgett att de har ett etablerat samarbete med psykia-

trin, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen när det gäller insatser enligt IPS-modellen. Dock visar kartläggningen att det finns en tydlig diskrepans mellan landstingen och kommunernas svar kring om interventionen ges i samarbete med den andre huvudmannen. De sjutton kommuner som uppger att de har insatser enligt IPS-modellen och etablerad samarbete med psykiatri, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen när det gäller finns fördelat i åtta län, endast i tre län finns det en samstämmig bild mellan kommunerna och landstiget om insatsen finns och att den ges i samarbetet med kommun/landsting.

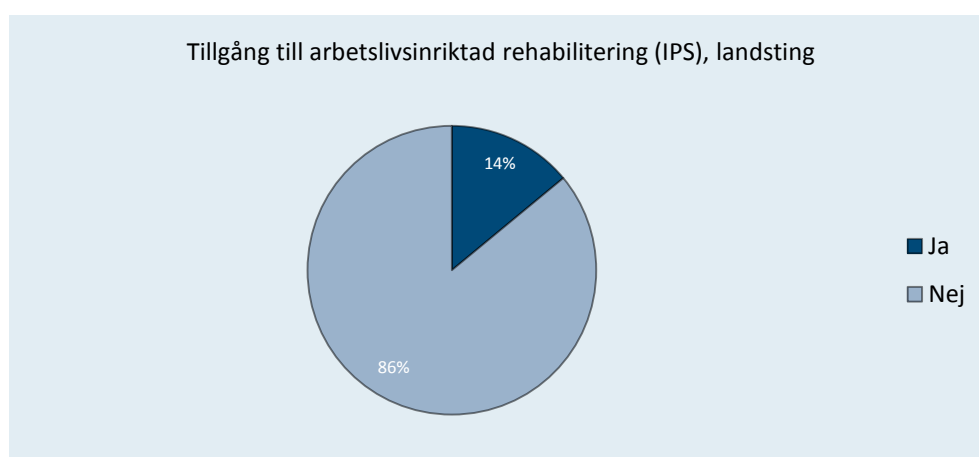
Felkällor och tolkningssvårigheter

Resultaten ger en trovärdig bild av införandet av IPS i Sverige. Det finns ett antal verksamheter som arbetat med liknande modeller, men i strikt och programtrogen mening torde den vid tidpunkten för enkäten ha en ringa spridning, vilket också stämmer med resultaten från enkäterna.

Bedömning av resultatet

IPS är en insats som har gott vetenskapligt stöd som det finns anledning att tro att fler landsting och kommuner eftersträvar att använda. De försöksverksamheter som genomförts i Sverige, bland annat i Malmö, pekar på att det krävs ett fokuserat samarbete mellan kommun, psykiatri, Försäkringskassa och Arbetsförmedling, för att kunna genomföra insatsen enligt modellen. De som angett att de arbetar enligt modellen har också angett ett samarbete med kommun respektive psykiatri, men det bör påpekas att ett samarbete också med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen är viktigt för en tillämpning. Socialstyrelsen har pågående projekt där myndigheten stödjer införandet av IPS i kommunerna.

Figur 7 Andel av landstingen som har tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering (IPS-modellen) enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012



Figur 8 Andel av kommunerna som har tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering (IPS-modellen) enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2011



Tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser (P5)

Möjligheten till sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning är en viktig faktor för en fungerande vardagsstruktur och kan bidra till sociala kontakter. En meningsfull sysselsättning kan också vara rehabiliterande och bidra till personlig utveckling och till att främja delaktigheten i samhället samt, på kortare eller längre sikt, utveckla den enskildes möjlighet till arbete. Socialtjänsten bör erbjuda en person med psykisk funktionsnedsättning som inte klarar av ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden en insats i form av daglig sysselsättning utanför den egna bostaden. Insatsen bör anpassas efter individens behov och målsättning, vilket förutsätter att det finns tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser. Konsekvenserna av att insatsen uteblir kan vara att personen riskerar minskad social samhörighet och att bli isolerad.

Det vetenskapliga underlaget är inte tillräckligt för att Socialstyrelsen ska kunna avgöra vilka effekter sysselsättning har för de personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som står utanför arbetsmarknaden och som riskerar att bli isolerade. Detsamma gäller för skillnaderna i effekt mellan olika former av sysselsättning.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen kommuner och stadsdelar som kan erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser som anpassas efter individens behov och målsättning. Detta gäller insatser som de kan erbjuda inom den egna kommunen eller en annan kommun.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommunenkät 2011 och 2012.

Utfall och variation

Resultaten visar att en stor majoritet av landets kommuner (85 procent) erbjuder strukturerad sysselsättning (figur 9). Resultatet har ökat något från 2011 där 81 procent av kommunerna uppgav att de kunde erbjuda varierat utbud av sysselsättningsinsatser. Det finns ingen uppenbar och systematisk variation i vilka sysselsättningar som kommuner erbjuder mellan olika kommuntyper. Endast inom Jämtlands och Hallands regionerna är det färre än hälften av kommunerna som erbjuder insatsen. I det stora flertalet lands- tingsområden är det dock över 75 procent av kommunerna som gör det.

Felkällor och tolkningssvårigheter

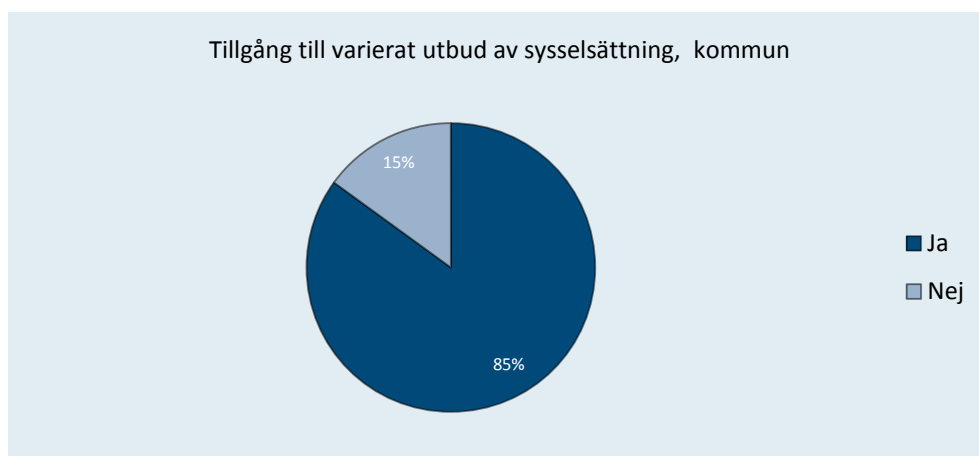
Det finns utrymme för olika tolkningar av vad som menas med strukturerad sysselsättning. Resultatet pekar kanske snarast på i vilken utsträckning det finns sysselsättningsverksamhet som kommunen organiserar. Det är sannolikt att anta det är en stor variation mellan olika verksamheter och kommuner när det gäller målsättningar, innehåll och ambitionsnivå för sysselsättningen.

Bedömning av resultatet

Dagliga sysselsättningsverksamheter för målgruppen är utbredda insatser i landets kommuner. En anledning till detta är troligen det lagstöd den här typen av insatser har enligt socialtjänstlagen (SoL). När detta är konstaterat bör man gå vidare och diskutera de här verksamheternas kvalitet.

Forskningen på det här området är svagt utvecklad. Därför har Socialstyrelsen inte kunnat finna vetenskapligt stöd för om vissa av verksamheterna som ger insatserna är mer effektiva än de övriga. Framtida satsningar på området borde utveckla kvalitetskriterier också för denna typ av verksamhet.

Figur 9 Andel av kommunerna som har tillgång till varierat utbud av sysselsättning enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2012



Hjälp till bostad vid hemlöshet (bostad först-modellen) (P6)

Att ha tillgång till en bostad är en grundläggande rättighet, vilket också framgår av lagstiftningen på området. Hemlöshet har en rad negativa konsekvenser för individen och förhindrar delaktighet på ett flertal livsområden. För hemlösa personer ökar risken för att behöva läggas in på en psykiatrisk vårdavdelning. De får svårare att fullfölja behandlingsprogram, och hemlösheten påverkar även deras fysiska hälsa.

Ett eget boende ger en större möjlighet att leva ett självständigt och värdigt liv. *Housing first*-modellen (bostad först) innebär att erbjuda hemlösa personer med psykisk sjukdom (som ofta även har andra sjukdomar i form av beroende eller missbruk) en långsiktig boendelösning. De erbjuds dessutom behandling och stöd. Erbjudandet om bostad ges utan krav på att personen först ska ha genomgått en psykiatrisk behandling eller blivit nykter eller drogfri.

Det finns ett vetenskapligt underlag för att erbjuda boende utan krav på behandling, som bostad först-modellen förespråkar. Det vetenskapliga underlaget visar att bostad först-modellen avhjälper hemlöshet i större utsträckning än när erbjudandet om boende följs av krav på behandling.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen kommuner och stadsdelar som kan erbjuda hemlösa personer med psykisk funktionsnedsättning en bostad. Resultaten är indelade efter om kommunernas och stadsdelarnas erbjudanden om bostad är

- a) utan krav på behandling
- b) enligt en trappstegs-modell där målsättningen på sikt är eget boende.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommunenkät 2011.

Utfall och variation

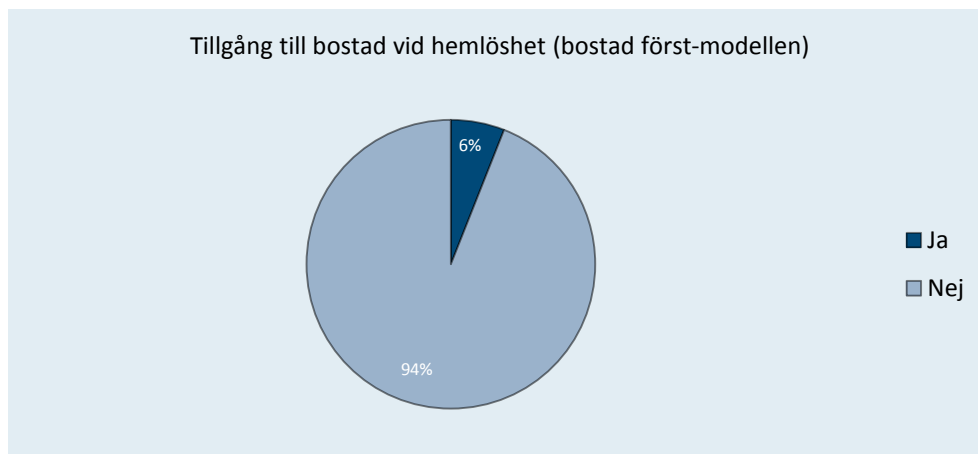
Bostadsförsörjning är en kommunal angelägenhet. Enligt resultaten från kommunenkäten erbjuder 17 kommuner hjälp vid hemlöshet enligt bostad först-modellen och ytterligare 3 kommuner planerar att införa den under det kommande året (figur 10). Ytterligare ett fåtal kommuner svarar att de har bostad först-modellen som en försöksverksamhet. 62 kommuner uppger att de vid hemlöshet använder den mer traditionella trappstegsmodellen.

Bedömning av resultatet

Bostad först-modellen vid hemlöshet är en modell som introducerades för några år sedan i en satsning på ett antal försöksverksamheter. Det är rimligt att anta att kommunenkäten redovisar de faktiska förhållandena, och att bostad först-modellen används i få av landets kommuner. Endast 17 kommuner säger sig använda modellen över huvud taget. Man måste också sätta ett frågetecken för att endast 62 kommuner använder sig av trappstegsmodellen. Detta skulle innebära att majoriteten av de svenska kommunerna inte använder sig av någon av dessa modeller och kanske inte har något program för den här gruppen. Detta är inte ett tillförlitligt resultat.

Hjälp vid hemlöshet enligt bostad först-modellen har endast fått en liten spridning i kommunerna. Det är också få kommuner som svarar att de har planer på att införa modellen. Eftersom insatsen har fått högsta prioritet i de nationella riktlinjerna behövs ytterligare kunskap vilket stöd huvudmännen behöver för införandet av den här modellen.

Figur 10 Andel av kommunerna som har tillgång till bostad vid hemlöshet (bostad först modellen) enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2011



Tillgång till samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen (P7)

Behovet av att förbättra tillgängligheten och att koordinera vården och stödet för personer med psykisk funktionsnedsättning ledde till uppkomsten av *case management*. I samband med avinstitutionaliseringen av psykiatri noterades att återinlägningsfrekvenserna ökade och att många patienter tappade kontakten med vårdsystemet. Det nya systemet kunde inte möta de komplexa behov av psykiatriska och sociala åtgärder som många patienter har. Samordning kan ske enligt olika *case management*-modeller, och i både intensiv form och mindre intensiv form.

Gemensamt för alla modellerna, utom ACT, är att man arbetar med ett individuellt ansvar för personerna och samordnar vård- och stödåtgärder. ACT-modellen (Assertive Community Treatment) innebär en samordning av vård och stödåtgärder i ett multiprofessionellt team. Här finns både psykiatrisk behandling och psykosociala åtgärder (inklusive krisinterventioner) tillgängliga och genomförs i stor utsträckning av teamet i personens vardagsmiljö. Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som också har missbruk eller beroende behandlas för både psykossjukdomen och missbruket samtidigt i insatsen.

De viktigaste skillnaderna mellan ACT-modellen och mindre intensiv *case management* är att man i ACT-modellen arbetar aktivt med att söka upp personer som ska behandlas och integrerar behandlingen. Man har också färre personer under behandling per behandlare och finns i högre utsträckning tillgängliga för personerna som behandlas.

Konsekvenserna av om en åtgärd uteblir kan för personer med behov av omfattande kontakter med vårdssystemet vara att risken för återfall och social utsatthet ökar. Återfall kan leda till exempelvis hemlöshet och arbetslöshet.

Det finns ett mycket gott vetenskapligt stöd för att intensiv *case management* enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment) minskar antalet psykiatriska vårdtillfällen och antalet dagar på sjukhus för personer med schizofreni, som är högkonsumenter av vård, jämfört med sedvanlig behandling. Denna insats ger också personerna en större stabilitet i självständigt boende och en lägre risk för hemlöshet och arbetslöshet.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen landsting och kommuner som i samarbete kan erbjuda samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen till personer med psykisk funktionsnedsättning som är högkonsumenter av vård.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommun och landstingsenkät 2011 och 2012.

Utfall och variation

Enligt resultaten från landstingsenkäten erbjuder 4 landsting ACT-modellen och alla tillhörande storstadsregioner (figur 11). I ytterligare 3 landsting planerar man att införa den. 10 landsting erbjuder en liknande insats. De som använder insatsen använder i regel manualer och programtrohetsskalor som stöd i sitt arbete. 30 kommuner uppger att de har insatsen och i ytterligare 15 tänker de införa den (figur 12). Uppgifter om samarbete mellan kommuner och landsting saknas.

Felkällor och tolkningssvårigheter

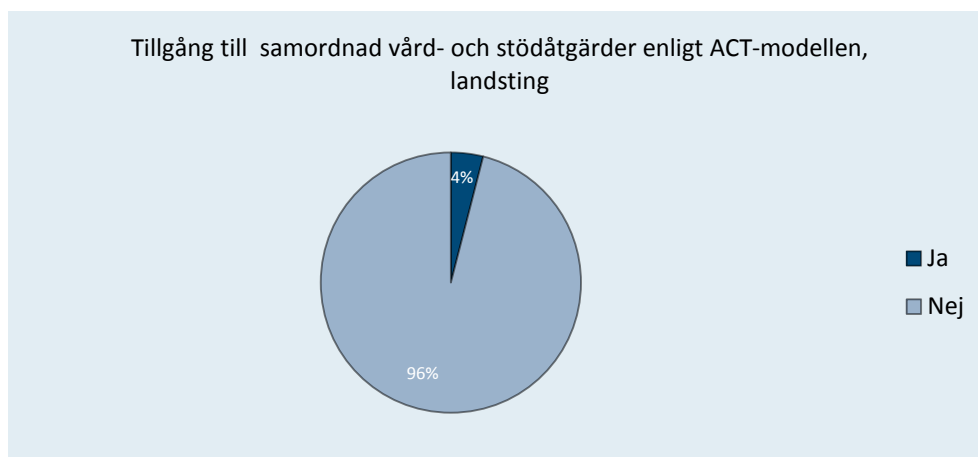
En insats enligt ACT-modellen är en högspecialiserad insats för de personer som har de mest allvarliga medicinska och sociala konsekvenserna av sin sjukdom. Ett team som arbetar enligt modellen, ett så kallat ACT-team, fordrar därför ett upptagningsområde eller en befolkning av en viss storlek för att vara bärkraftigt och effektivt. Insatsen torde i sin nuvarande utformning ha svårt att i sin strikta evidensbaserade form få plats i områden utanför storstadsområdena eller andra större städer. En stor del av de kommuner som anger att de erbjuder insatsen ligger utanför dessa områden. Därför finns det anledning att tro att kommunerna egentligen har redovisat insatser som har vissa drag av ACT, som insatser med ACT-modellen. De fyra landsting som redovisar att man har insatsen ligger däremot i områden där det är demografiskt rimligt att ha ett ACT-team.

Bedömning av resultaten

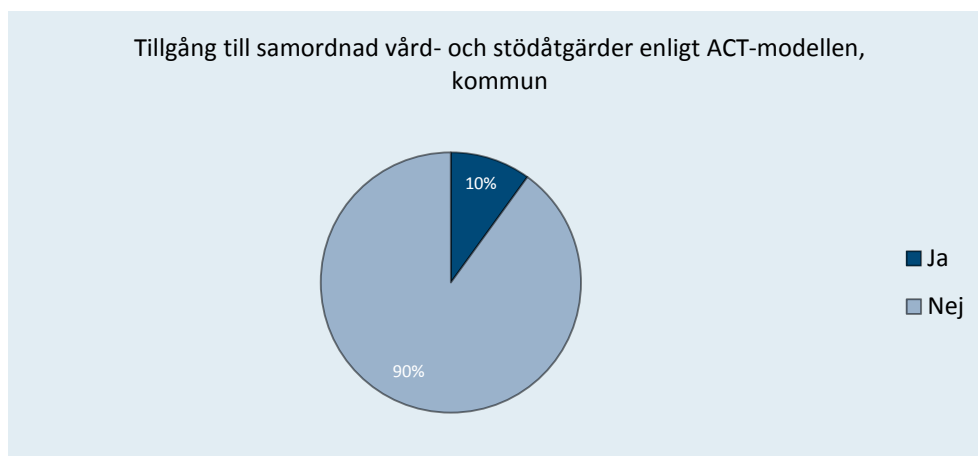
Resultaten av enkäterna visar att ACT-modellen används i ett fåtal landsting i storstadsnära områden. Socialstyrelsen kan konstatera att endast personer bosatta i storstadsområden har tillgång till samordnade vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen.

Det inte helt klarlagt om det faktiskt är ACT-modellen eller insatser som liknar den modellen, som erbjuds. Försöksverksamheterna har visat att det krävs en omfattande integration mellan psykiatrins och kommunernas ansvarsområden för att denna helhetslösning skall kunna erbjudas fullt ut. Insatsen kräver även ett aktivt samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Figur 11 Andel av landstingen som har tillgång till samordnad vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen. Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012



Figur 12 Andel av kommunerna som har tillgång till samordnad vård- och stödåtgärder enligt ACT-modellen. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2011



Gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning (P8)

En central förutsättning för att uppbyggnaden av rekommenderade psykosociala åtgärder ska motsvara behoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning är att kommunen tillsammans med landstinget skaffar sig ett relevant planeringsunderlag. Personer med psykisk funktionsnedsättning har

dessutom ofta behov av samtidiga och samordnade insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Att kommun och landsting skaffar sig en gemensam bild av målgruppen och dess behov är viktigt för att kunna planera verksamheterna och nå en ökad samsyn. Regelbundna inventeringar skapar möjligheter att bygga upp och följa en verksamhet som säkerställer målgruppens behov av stöd. En behovsanpassad verksamhet ökar vidare förutsättningarna för en bättre hälsa och en ökad möjlighet för personer med psykisk funktionsnedsättning att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Med behovsinventering avses här en kartläggning av livssituation och behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

En inventering som kommunen genomför tillsammans med den psykiatriska verksamheten skapar också goda förutsättningar för att planera verksamheten i samverkan och använda de gemensamma resurserna på ett effektivt sätt (5 kap. 8 § SoL, 7 och 8 § HSL).

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen kommuner och stadsdelar som tillsammans med den psykiatriska verksamheten regelbundet inventerar behovet av åtgärder för personer med psykisk funktionsnedsättning under perioden 1 januari 2009–21 november 2012.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommunenkät 2011 och 2012.

Utfall och variation

Ser man till resultatet för hela riket så anger 42 procent av kommunerna att de gör inventeringar gemensamt med landstingen (figur 13). Andelen är lägst för storstäderna (16 procent) och glesbygdskommunerna (33 procent). Variationen är också stor mellan kommuner som tillhör olika landstingsområden.

Spridningen mellan landstingen ligger på 20-89 procent. Den högsta andelen gemensamma inventeringar genomfördes 2011 i Sörmland (89 procent) och Halland (83 procent). Den lägsta andelen finns i Gävleborg (20 procent) och Värmland (25 procent). I 10 av 25 redovisade landsting är andelen under 50 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Resultaten kommer från *Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning 2011 och 2013*. Det torde dock vara relativt entydigt vad som avses med gemensamma inventeringar. Redovisningen avser kommunernas perspektiv om gemensam behovsinventering tillsammans med landstinget.

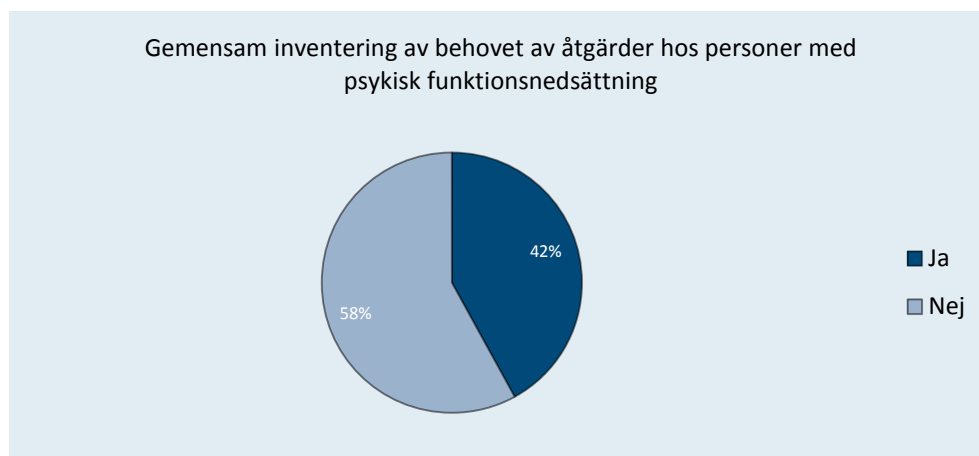
Bedömning av resultaten

Resultatet från denna indikator har försämrats sedan 2011. Då uppgav 46 procent av kommunerna att de gjort minst en behovsinventering av målgruppens behov tillsammans med landstinget de senaste fyra åren. Gemen-

samma inventeringar av målgruppens behov borde utgöra en grundsten för samordnade behovsstyrda insatser. Det är därför klart otillfredsställande att mer än hälften av de deltagande kommunerna uppger att de inte genomför sådana inventeringar. Den regionala variationen är också oroande med tanke på att man bör erbjudas förutsättningar för likvärdiga insatser oberoende av i vilken del av landet man bor.

2012-års överenskommelse mellan staten och SKL om riktade stödinsatser inom området psykisk ohälsa innehöll ett prestationsmål för kommunerna avseende inventering av insatser riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning och deras behov. 56 procent av kommunerna hade genomfört en inventering någon gång mellan 2010-2012. Inga krav var ställda att inventeringen skulle vara gemensam med psykiatrin. Även i 2013-års överenskommelse mellan staten och SKL om riktade stödinsatser inom området psykisk ohälsa stödjer ett utvecklingsarbete avseende lyfts behovsinventeringar. Det kan förväntas att ske en positiv utveckling.

Figur 13 Andel av kommunerna som har gör gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2012



Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting (P9)

Sedan 1 januari 2010 är landstingen och kommunerna skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns beskrivet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och i Socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Överenskommelserna är avsedda att tydliggöra och förstärka huvudmännens ansvar för området. Ett tvärprofessionellt arbete är också en viktig förutsättning för att psykosociala insatser ska kunna samordnas med medicinska insatser och övriga insatser utifrån helheten av brukarens behov.

En överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting skapar goda förutsättningar för en formaliserad samverkan samtidigt som huvudmännen kan säkerställa att tillgången till rekommenderade psykosociala insatser inte saknas eller alternativt byggs upp hos båda huvudmännen.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen kommuner och stadsdelar som har den 21 november 2012 en aktuell överenskommelse om samarbete med landstinget (psykiatri) enligt 5 kap. 8 a § Socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Överenskommelsen ska innehålla följande delar:

1. gemensamma mål
2. resurs- och ansvarsfördelning mellan kommun och landsting
3. rutiner för samarbete mellan kommun och landsting kring enskilda personer med psykisk funktionsnedsättning
4. gemensam uppföljning och utvärdering av överenskommelsen.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens kommunenkät 2012.

Utfall och variation

Av de kommuner som lämnat uppgifter till öppna jämförelser är det 74 procent som uppger att de har överenskommelser med landstinget som uppfyller de ovan beskrivna kriterierna (figur 14). Indikatorn skiljer sig från tidigare år då ett förtydligande om att överenskommelsen bör innehålla en gemensam uppföljning och utvärdering. Detta gör att Socialstyrelsen inte jämför 2013 års resultat med tidigare år.

De lägsta andelarna återfinns i glesbygdskommuner och glesbygdsregioner. Variationen mellan landstingen är maximal, 0-100 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Det är oklart vilka felkällor som finns. Indikatorn är konkret och tydlig och borde inte erbjuda kommunerna några svårigheter att ge ett korrekt och tillförlitligt svar.

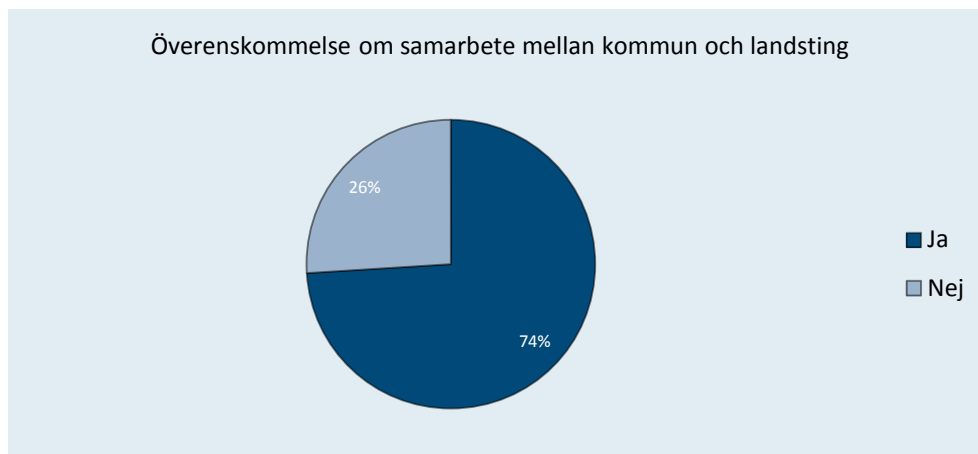
Bedömning av resultaten

Överenskommelser om samarbeten mellan kommuner och landsting är viktiga för att samordnade behandlingar, rehabilitering och omsorg ska kunna planeras och genomföras. Detta gäller både samordningen av vilka insatser som ska erbjudas av respektive huvudman och insatser i det enskilda fallet.

Bestämmelserna tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området. Det innebär att lagen ställer krav på kommuner och landsting att ingå formaliserade övergripande överenskommelser. Undersökningen visar ett otillfredsställande resultat. Precis som vid indikatorn om gemensamma inventeringar (indikator P8) så rör denna indikator ett område som kan vara av stor betydelse för personer med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom.

2013-års överenskommelse mellan staten och SKL om riktade stödinsatser inom området psykisk ohälsa är ett av grundkraven för att huvudmännen ska kunna ta del av prestationsbaserad ersättningen att de har överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting. Det kan förväntas att sker en positiv utveckling.

Figur 14 Andel av kommunerna som har överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting för personer med psykisk funktionsnedsättning. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2012



Sammanfattning

Samverkan - en förutsättning

Flera av Socialstyrelsens rekommendationer kräver ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samarbetet mellan och inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är centralt för att de nationella riktlinjerna ska kunna införas i verksamheterna. Vidare kan små kommuner behöva utveckla ett samarbete med andra kommuner för att kunna tillhandahålla vissa av åtgärderna.

Socialstyrelsens rekommendationer i riktlinjerna förväntas innebära förbättrad kvalitet av vård och omsorg och därmed förbättrad hälsa, välmående och livskvalitet för personer med schizofreni.

På kort sikt har Socialstyrelsen bedömt att rekommendationerna innebär ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessa kostnader gäller framför allt utbildning, handledning och eventuellt personalltillskott. På sikt bedömer Socialstyrelsen dock att kostnaderna kommer att vara oförändrade eller lägre, bland annat som en följd av ett minskat antal återfall och inläggningar på sjukhus för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Statistiken i kapitlet presenterades genom beskriva andelar av kommuner och landsting som har möjlighet att ge psykosociala insatserna enligt de åtgärder som beskrivs i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*. Kommunerna och landstingen hade möjlighet att beskriva om psykosociala insatserna gavs och som i vissa delar av beskrivet program i nationella riktlinjerna. Efter att tagit del av huvudmännens beskrivningar av syfte, målgrupp, insats och insatsens omfattning gör Socialstyrelsen bedömningen att det ofta skiljer sig från det program och material som finns beskrivet i riktlinjerna.

Socialstyrelsens kartläggning visar på ett behov av fortsatt tillämpning av de nationella riktlinjerna inom kommunerna och landstingen. Flera av kommunerna och landstingen uppger att de inom de närmaste åren inte av-

ser att införa vissa av de insatser som bedömts vara högt prioriterade i Socialstyrelsens rekommendationer för det psykosociala området.

Socialstyrelsen bedömer att överenskommelser om samverkan mellan huvudmännen har stor betydelse för att samordnade behandlingar, rehabiliteringen och omsorgen för personer med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom ska kunna planera och genomföras. Kartläggningens visar att alla huvudmännen inte upprättat överenskommelser för samverkan för personer med psykisk funktionsnedsättning. Resultatet är otillfredsställande.

2013-års överenskommelse mellan staten och SKL om riktade stödinsatser inom området psykisk ohälsa stödjer ett utvecklingsarbete avseende överenskommelse om samverkan samt behovsinventeringar. Det kan förväntas att ske en positiv utveckling.

Psykiatrins processer och resultat för personer med schizofreni

I detta här kapitlet redovisas psykiatrins processer och vårdresultat med hjälp av två indikatorer från *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*. Ytterligare fyra indikatorer har lyfts fram som bedöms vara relevanta för att beskriva resultatet av den samlade bilden av hälso- och sjukvårdens åtgärder för personer med schizofreni.

Indikatorerna

De indikatorer som redovisas i detta kapitel berör den psykiatriska verksamheten (öppen- och slutenvård) för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Indikatortexterna refererar ofta till riktlinjernas rekommendationer, prioriteringar och vetenskapliga stöd. Varje indikator har en siffra. Denna beteckning används konsekvent både i rubrikerna till den löpande texten, i diagrammen och vid hänvisningar.

I detta kapitel redovisas ett urval av diagram per indikator (tabell 11). De återstående diagrammen redovisas i *Bilaga 2. Indikatorbeskrivningar*.

Tabell 11 Förteckning över indikatorer

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	
Dödlighet bland vårdade för schizofreni	S1
Undvikbar somatisk slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård för schizofreni	S2
Återinskrivningar inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni	S3
Återinskrivningar efter slutenvård psykiatrisk vård för schizofreni inom 3 respektive 6 månader	S4
Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid schizofreni	S5
Följsamhet till antipsykotiska läkemedel efter psykiatrisk slutenvård för personer med schizofreni	S6

Dödlighet bland vårdade för schizofreni (S1)

Schizofreni är en av våra svåraste folksjukdomar. Över hälften av dem som drabbas av psykos får ett långvarigt sjukdomsförlopp, till exempel schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Schizofrenisjukdom innebär tyvärr inte bara ett allvarligt hot mot psykisk hälsa; enligt internationella studier dör cirka 5 procent av de schizofrenidrabbade i förtid på grund av självmord. Personer med schizofreni löper en förhöjd självmordsrisk, framför allt i yngre åldrar och när man nyligen fått diagnosen [39]. Enligt en svensk studie var självmordsrisken förhöjd 15,7 gånger för män med schizofreni

och 19,7 gånger för kvinnor [40]. Självordsförsök är vanligt förekommande vid schizofreni och mellan 20 och 40 procent av patienterna genomför självordsförsök [41]. Även andra psykotiska tillstånd, till exempel nydebuterad psykos och schizoaffektivt syndrom, medför en förhöjd risk för självmord och självordsförsök [42].

Ett antal litteraturöversikter har visat att det finns en ökad dödlighet hos personer med schizofreni, och att den totala dödligheten är dubbelt så hög som hos den allmänna befolkningen [43]. Forskning har också visat att psykospatienter, speciellt patienter med schizofreni, har avsevärt högre kroppslig sjuklighet, bland annat dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och komplikationer orsakade av diabetes, än befolkningen i övrigt [44]. Detta förklaras i varierande grad av sjukdomen i sig, medicineringen eller de sociala konsekvenser som sjukdomen medför i form av ekonomiska svårigheter och levnadsvanor som påverkar till exempel rökning, mathållning och missbruk.

Livsstilsförändringar med mindre motion och dåliga kostvanor har, förutom medicinen, bidragit till viktökning hos dessa patienter, vilket ger ökad risk för metabolt syndrom. Övervikt med BMI (Body Mass Index) över 30 finns hos 35 procent av patienter med schizofreni jämfört med 10 procent hos befolkningen i övrigt [45]. Långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel är associerad med lägre mortalitet jämfört med icke-antipsykotisk användning [38].

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter dödligheten bland personer med schizofreni i åldern 20-59 år, som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatri. Resultatet redovisas som antal per 10 000 invånare.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Totalt har cirka 37 000 personer vårdats för schizofreni under perioden, och av dem har 362 personer avlidit, 117 kvinnor och 245 män.

Resultatet visar att dödligheten är betydligt högre bland dem som vårdats för schizofreni än bland den övriga befolkningen. Dödligheten bland kvinnor är drygt 7,7 gånger så hög, 85 per 10 000 för vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med drygt 11 per 10 000 för den övriga befolkningen. Bland män är dödligheten drygt 8 gånger så hög, drygt 142 per 10 000 för vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med 18 per 10 000 för befolkningen (diagram S1:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Schizofreni drabbar män i något högre grad än kvinnor. Debuten sker dessutom tidigare för män, de har ofta mer negativa symtom och något sämre långtidsprognos.

På grund av de låga talen är det inte möjligt att jämföra landstingen.

Bedömning av resultat

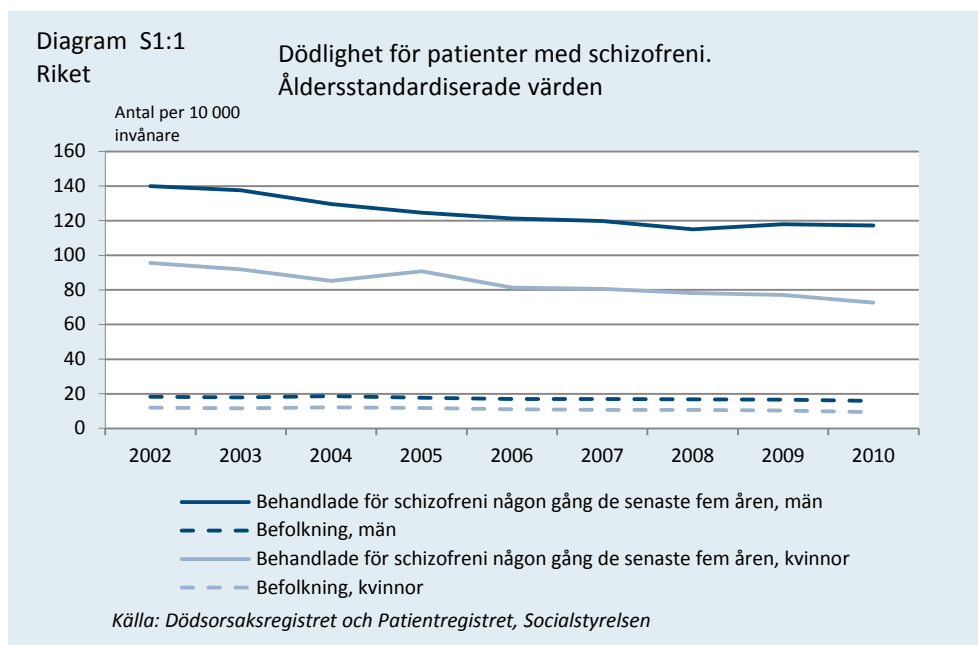
Det är viktigt att följa dödlighet som inte bara beror på självmord. Det framgår nämligen tydligt att även annan dödlighet bland dem som har vårdats för schizofreni är betydligt högre än bland andra.

Denna indikator tillsammans med indikatorn *undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen* visar att många personer med schizofreni har en kroppslig samsjuklighet som möjligtvis inte uppmärksammas på samma sätt som för personer utan schizofreni. Vid risk för kroppslig sjukdom har psykiatrien ett ansvar för förebyggande insatser och tidig upptäckt. Vid manifest sjukdom bör patienten remitteras till primärvård för fortsatt handläggning.

Den högre förekomsten av fysiska sjukdomar vid schizofreni kan bero på faktorer som är relaterade till schizofreni och dess behandling. Men det kan utan tvekan också bero på otillfredsställande organisation av hälso- och sjukvården, otillräckligt handlande för att identifiera och behandla den höga samsjukligheten och det sociala stigma som tillskrivs de schizofrena patienterna.

I vissa fall verkar den ökade dödligheten kunna förklaras av ojämn kvalitet av vården. Schizofreni är associerad med kardiovaskulär sjukdom, och Socialstyrelsens registerstudier visar att personer med schizofreni i lägre utsträckning får ta del av kirurgiska ingrepp som ballongvidgning och bypassoperation vid ischemisk hjärtsjukdom. Det är också mindre sannolikt för personer med schizofreni att få cerebrovaskulär arteriografi eller det blodförtunnande läkemedlet warfarin efter en stroke.

Den sammantagna bedömningen är att tillgången till medicinsk vård och organisationen av vården för dem med allvarlig psykisk sjukdom måste förbättras.



Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom den specialiserade psykiatri för schizofreni (S2)

Personer med psykossjukdom är i högre grad än andra drabbade av somatiska, det vill säga kroppsligasjukdomar som metabolt syndrom, hjärt- och kärlsjukdomar, allvarliga infektioner och för tidig död inklusive självmord. Skillnaden i dödlighet jämfört med övriga befolkningen tycks ha varit ungefär densamma hittills under 2000-talet.

Indikatorn *Undvikbar somatisk slutenvård* belyser omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom öppenvården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Onödiga inläggningar på sjukhus kan förhindras om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den somatiska öppenvården.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter antalet personer med schizofreni i åldern 20–59 år, som vårdats inom psykiatri någon gång mellan 2005–2009 och med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen. Resultatet är per 100 000 invånare, år 2010.

Utfall och variation

Totalt 17 550 personer har någon gång de senaste fem åren vårdats för en schizofrenisjukdom, och av dem hade 278 personer undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen under år 2010. Generellt har kvinnor som vårdats inom psykiatri flera undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen, 1 808 per 100 000, jämfört med 447 per 100 000 i befolkningen. Bland män som har vårdats inom psykiatri var siffran 1 407 per 100 000, jämfört med 447 per 100 000 i befolkningen (diagram S2:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

På grund av de låga talen går det inte att jämföra landstingen, och statistiken presenteras som jämförelse med undvikbar somatisk slutenvård i befolkningen.

Bedömning av resultat

Skillnaden i dödlighet jämfört med den övriga befolkningen är ett tecken på att denna patientgrupp inte fått den förbättrade hälsa och minskade dödlighet i bland annat hjärt- och kärlsjukdom som den övriga befolkningen i västerländska länder upplevt de senare decennierna.

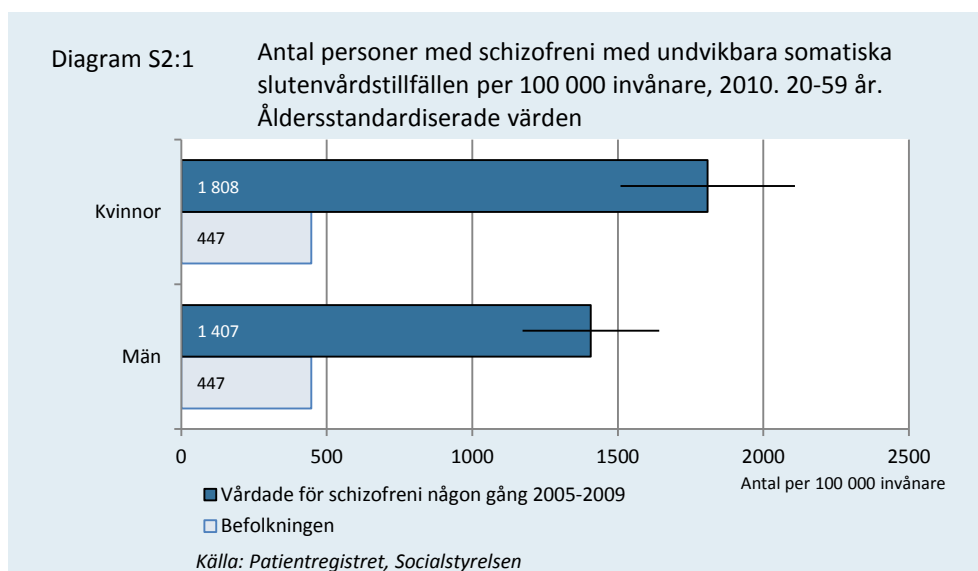
På grund av att kroppslig och psykiatrisk samsjuklighet är vanligt förekommande hos denna patientgrupp krävs det specifika insatser för att noggrant kunna bedöma förekomsten av detta. Inte minst när personer i de högre åldersgrupperna insjuknar är det av stor vikt att göra en grundlig

kroppslig utredning för att utesluta eventuella kroppsliga orsaker till den uppvisade symtombilden.

Varje psykiatrisk klinik bör ha rutiner för att identifiera metabola riskfaktorer och tillstånd utifrån kunskapen att metabola avvikelser är vanliga hos denna patientgrupp. Det är också viktigt att skapa en förståelse hos patienten för betydelsen av goda levnadsvanor genom till exempel god kosthållning och motion. Program om levnadsvanor och fysisk aktivitet bör främjas.

Resultaten tyder på att hälso- och sjukvården, såväl den psykiatriska som den somatiska, behöver öka sina ansträngningar för att göra korrekta bedömningar av patientgruppens vårdbehov. Trots att de organisatoriska förutsättningarna ser olika ut i olika delar av landet är det landstingens skyldighet att ge en vård av likvärdig kvalitet.

Det finns god anledning att förmoda att väsentliga sjukvårdskostnader kan undvikas, liksom ohälsa genom insatser som förebygger metabola biverkningar vid antipsykotisk läkemedelsbehandling.



Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni (S3)

Förebyggande av återfall är ett viktigt behandlingsmål vid förstagångsinsjuknande i psykos. Återfall är ett viktigt område att rikta sekundärpreventionen mot. Att drabbas av återfall kan vara mycket plågsamt för patienten och hans eller hennes familj av flera anledningar. Bland annat hotar ett återfall att avbryta den psykosociala återhämtningen, det ökar risken för behandlingsmotstånd [46] och är förknippat med ekonomisk och emotionell börda för enskilda, familjer och samhället i stort på grund av ökad kostnader för behandling [47].

Indikatorn *Återinskrivning i slutenvård inom 14 respektive 28 dagar* ska belysa otillräcklig vårdtid i den psykiatriska slutenvården, alternativt utskrivningar utan tillräcklig samordning kring uppföljning och det fortsatta omhändertagande inom den specialiserade psykiatriska öppenvården.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter i åldern 20–59 år som återinskrevs i den psykiatriska slutenvården med diagnosen schizofrenisjukdom under åren 2007–2009.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket återinskrivs drygt 12 procent av patienterna med schizofreni inom 14 dagar och drygt 17 procent inom 28 dagar (diagram S3:1). Några tydliga skillnader mellan kvinnor och män går inte att urskilja på riksnivå (diagram S3:2 och S3:3).

Andelen återinskrivningar inom 14 dagar varierar mellan landstingen med 8–19 procentenheter och inom 28 dagar med 12–26 procentenheter (diagram S3:1).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Orsaker till återinläggning kan bland annat vara för tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienten om sjukdomen. Undvikbara återinskrivningar är en kvalitetsbrist som både medför ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

För personer intagna på grund av schizofreni kan en inläggning i psykiatrisk slutenvård vara nödvändig för att stabilisera psykotiska symtom och för att återupprätta en antipsykotisk medicinering.

Bedömning av resultat

Förebyggande insatser mot återfall är ett viktigt behandlingsmål för personer som insjuknat för första gången i en psykiatrisk sjukdom.

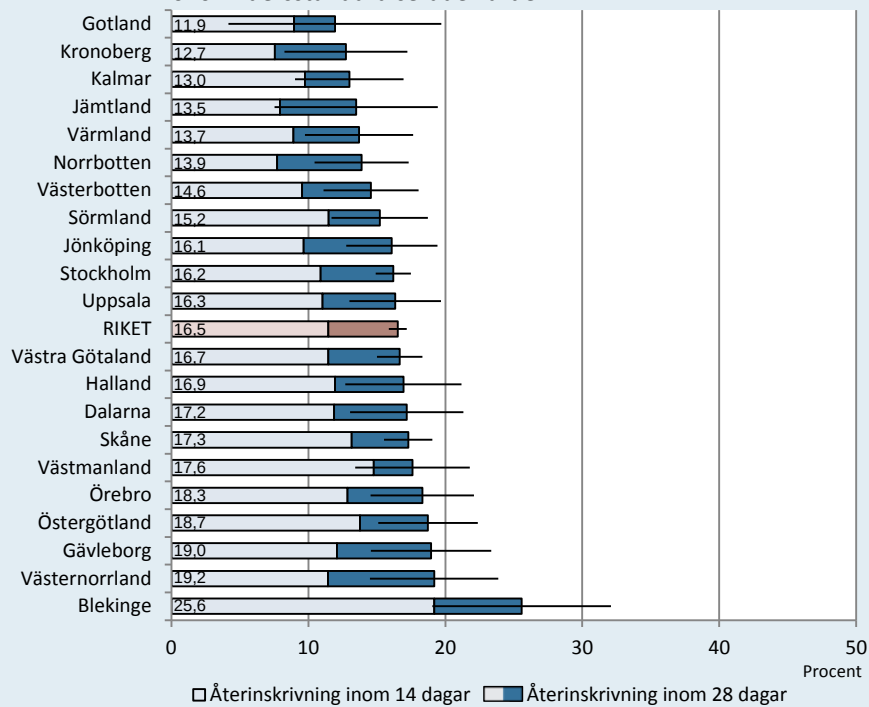
I normalfallet bör vården eftersträva att patienten inte återinskrivs inom psykiatrisk slutenvård efter en kort tid. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som minskar behovet av slutenvård.

Bland de psykiatriska diagnoserna är återskrivningar vid schizofreni de högsta.

Resultatet är svårtolkat eftersom många faktorer spelar in, exempelvis kvaliteten i öppen- respektive slutenvården samt tillgången till boende och sysselsättning.

Diagram S3:1
Totalt

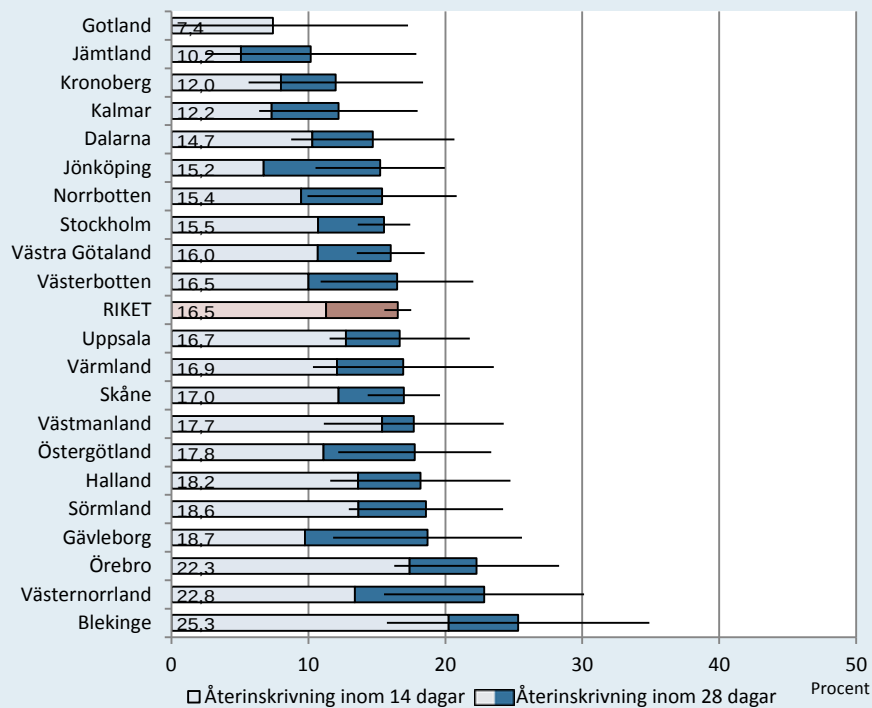
Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-2009. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

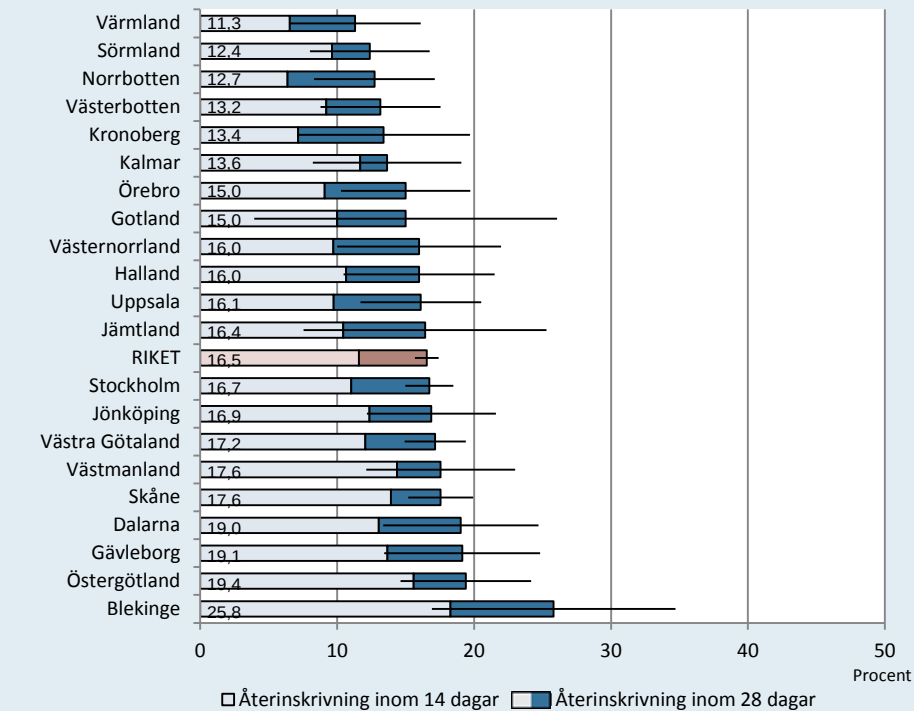
Diagram S3:2
Kvinnor

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-2009. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram S3:3 Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2007-2009. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Återinskrivningar efter sluten psykiatrisk vård för schizofreni inom tre respektive sex månader (S4)

Att förebygga återfall är ett viktigt behandlingsmål vid förstagångsinsjuknande i psykos. Att drabbas av återfall kan vara mycket plågsamt för patienten och hans eller hennes familj av flera anledningar. Bland annat hotar ett återfall att avbryta den psykosociala återhämtningen, det ökar risken för behandlingsmotstånd [46] och är förknippat med ekonomisk och emotionell börda för enskilda, familjer och samhället i stort på grund av ökad kostnader för behandling [47].

Indikatorn återinskrivning inom tre respektive sex månader belyser återinskrivningar som berodde på att uppföljning och fortsatt omhändertagande inte räckte till efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivningen inom sex månader går det att få en bild av kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt samverkan dem emellan. Återinskrivningar inom 14 och 28 dagar (indikator S3) bedöms i högre grad mäta kvaliteten i slutenvården.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter i åldern 20–59 år som återinskrevs i den psykiatriska slutenvården med diagnosen schizofrenisjukdom under åren 2007–2009.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket återinskrivs drygt 28 procent av patienterna med schizofrenisjukdom inom tre månader, och drygt 37 procent inom sex månader (diagram S4:1). För riket syns ingen könsskillnad för denna indikator (diagram S4:2 och S4:3). Andelen återinskrivningar inom tre månader varierar mellan landstingen med 25–40 procentenheter och inom sex månader med 30–47 procentenheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Orsaker till återinskrivning kan bland annat vara alltför tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller dålig information till patienten om sjukdomen.

För personer intagna på grund av schizofreni kan en inläggning i psykiatrisk slutenvård vara nödvändigt för att stabilisera psykotiska symtom och för att återupprätta en antipsykotisk medicinering.

Bedömning av resultat

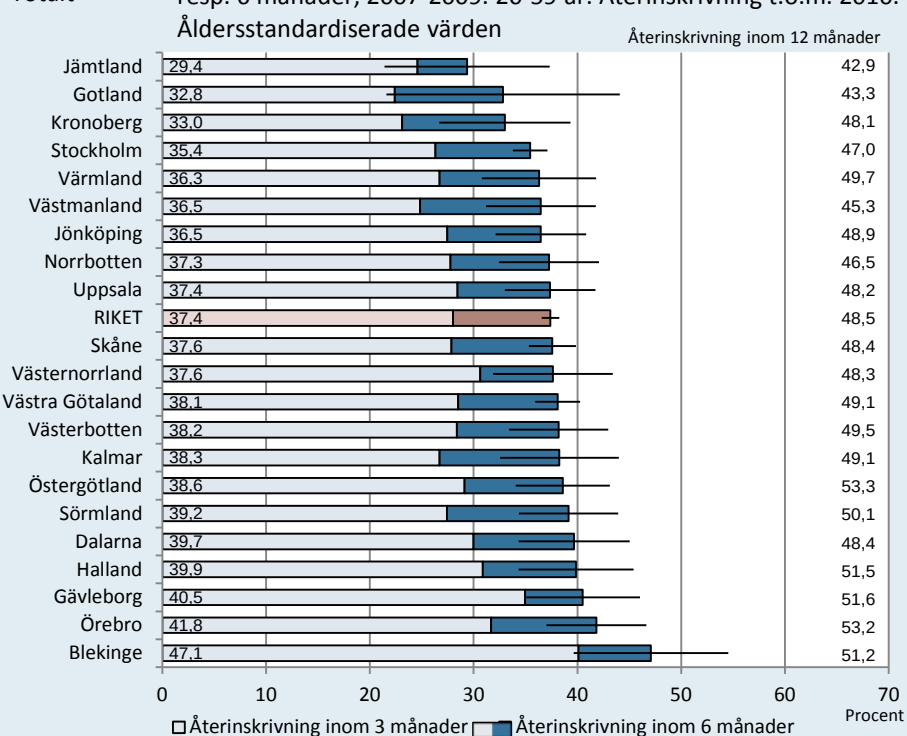
Förebyggande av återfall är ett viktigt behandlingsmål för personer som insjuknat för första gången i en psykossjukdom. I normalfallet bör vården eftersträva att patienten inte återinskrivs inom psykiatrisk slutenvård efter en kort tid. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som minskar behovet av slutenvård.

Undvikbara återinskrivningar är en kvalitetsbrist som både medför ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

Resultatet för indikatorn är svårtolkat eftersom många faktorer spelar in. Exempel på sådana faktorer är kvaliteten i öppen- respektive slutenvård samt tillgången till boende och sysselsättning.

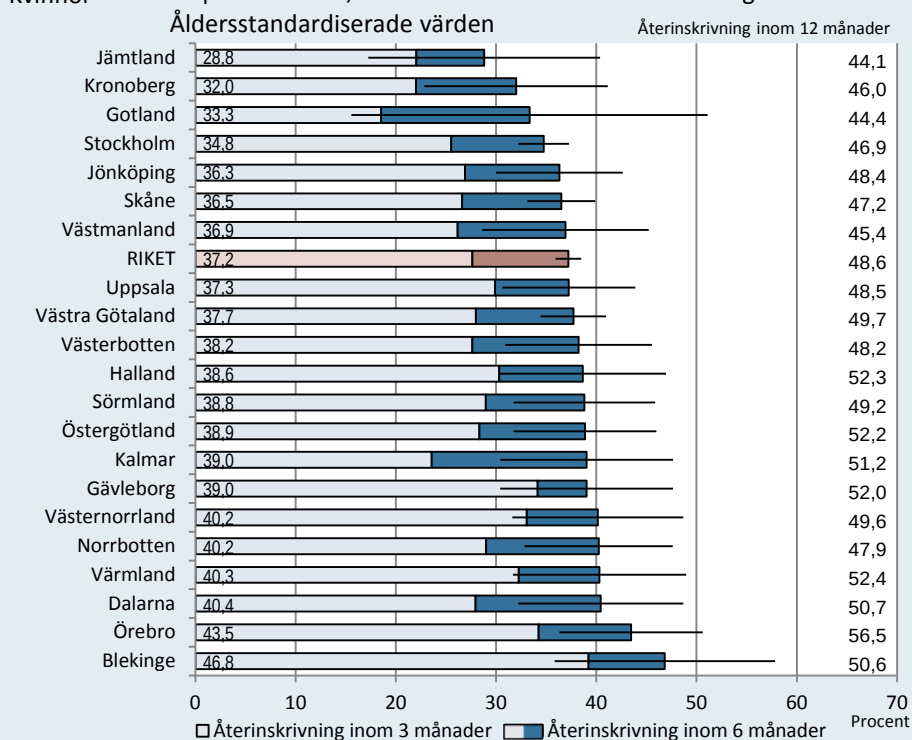
Personer med schizofreni har en hög andel återinskrivningar inom psykiatrisk slutenvård. Variationen mellan landstingen bedöms vara relativt låg. Den samlade bedömningen är att landsting med en hög andel återinskrivna patienter bör analysera orsakerna till detta.

Diagram S4:1 Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2007-2009. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010.

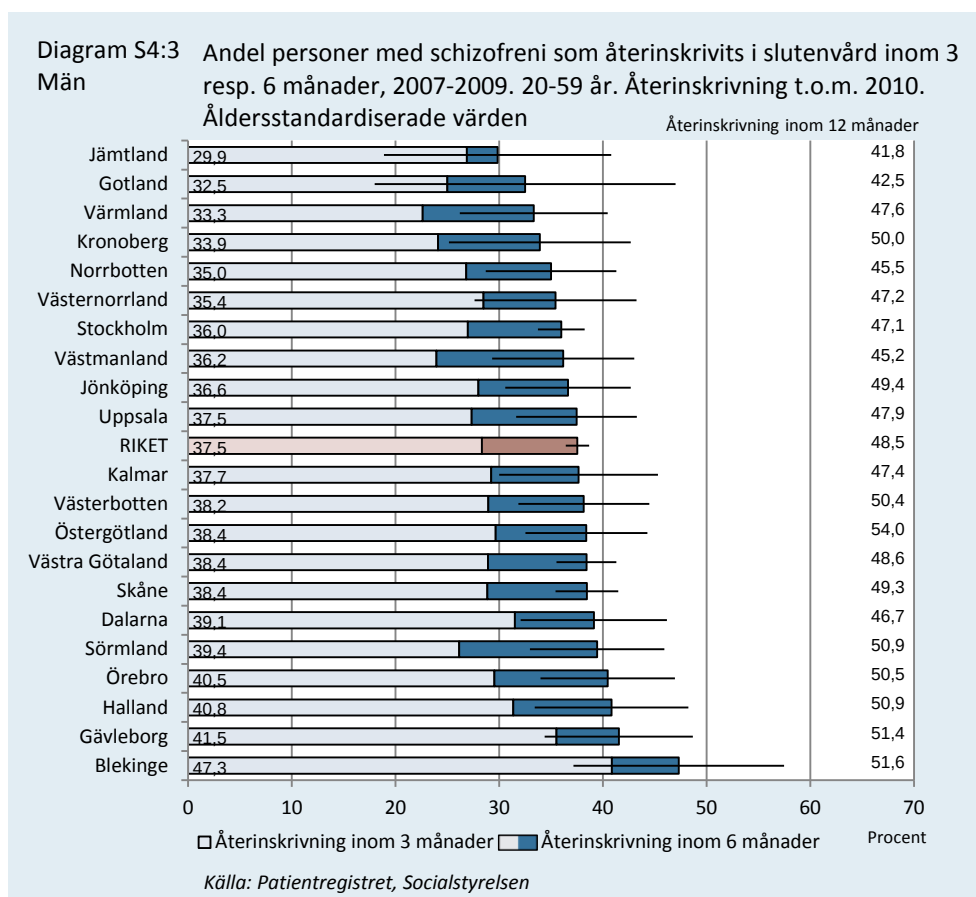


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram S4:2 Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2007-2009. 20-59 år. Återinskrivning t.o.m. 2010.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



Läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vid schizofreni (S5)

De nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011 lyfte särskilt fram uppföljning i öppenvård efter utskrivning från slutenvård som en viktig åtgärd. En person med schizofreni som har skrivits ut från en vårdavdelning och som bedömts behöva uppföljande kontakter med öppenvården bör ha deltagit i ett möte med öppenvården inom en månad efter utskrivningen för att säkerställa kontinuiteten i vården.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter som varit på ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård, och avser patienter 20–59 år med schizofrenisjukdom som vårdats inom psykiatrisk slutenvård någon gång under år 2007–2010.

Drygt 13 200 patienter ingår i jämförelsen under perioden. Andelen kvinnliga patienter är 46 procent.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket hade drygt 36 procent av patienterna varit på ett återbesök till en läkare i psykiatrisk öppenvård inom fyra veckor efter utskrivning, 37 procent av kvinnorna och 34 procent av männen. Drygt 51 procent av patienterna hade varit på ett återbesök till en läkare i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning, 49 procent av kvinnorna och 53 procent av männen (diagram S5:1 och S5:2). Några signifikanta könsskillnader i populationen som helhet kan inte ses. För några enstaka landsting ses könsskillnader.

På landstingsnivå varierade andelen återbesök inom fyra veckor mellan 14 och 52 procent, alltså med 38 procentenheter. För återbesök inom åtta veckor var variationen mellan 22 och 66 procent, alltså 44 procentenheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Socialstyrelsens patientregister inkluderar läkarbesök och därför går det inte att följa upp kontakter med annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

Mätperioden omfattar fyra år eftersom antalet fall per år är relativt lågt. Ett sådant årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar visserligen den statistiska osäkerheten men inverkar negativt på uppgifternas aktualitet.

Bedömning av resultat

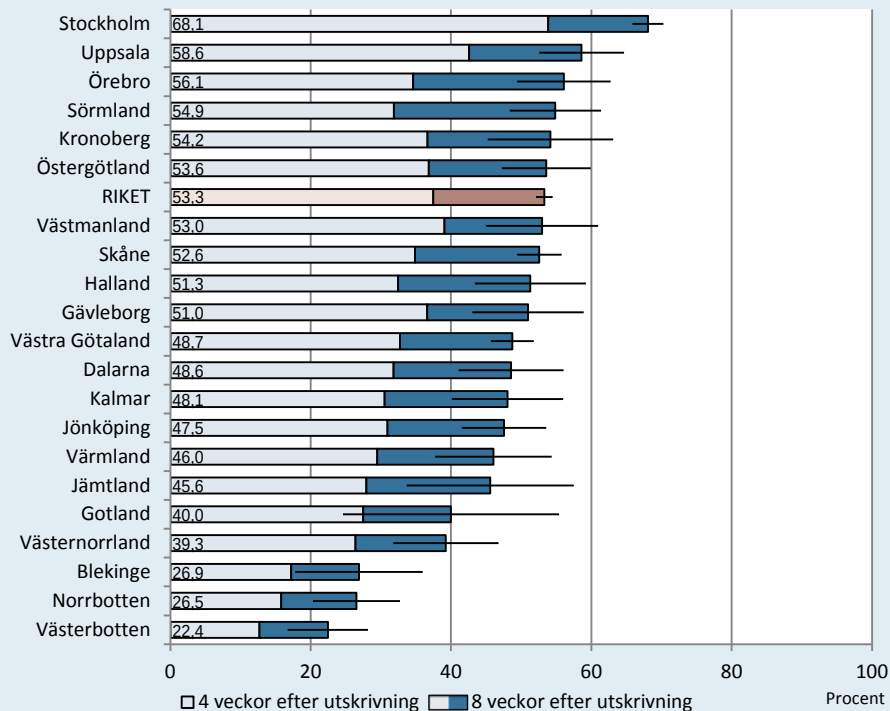
De nationella riktlinjerna lyfter fram god kontinuitet under hela vårdförloppet och kontinuitet i läkarkontakten som viktiga. En god kontinuitet är en förutsättning för god vård över tid. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och därigenom minskar behovet av slutenvård.

En tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från slutenvården kan vara ett tecken på en välfungerande samverkan mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård. En välfungerande uppföljning kräver både tid och tillgång till personal, liksom en vårdstruktur som främjar kontinuitet.

Variationen mellan landstingen är stor. Den kan bero på flera faktorer, bland annat på skillnader i tillgång till specialistläkare, men den speglar också hur samverkan mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård är organiserad och fungerar.

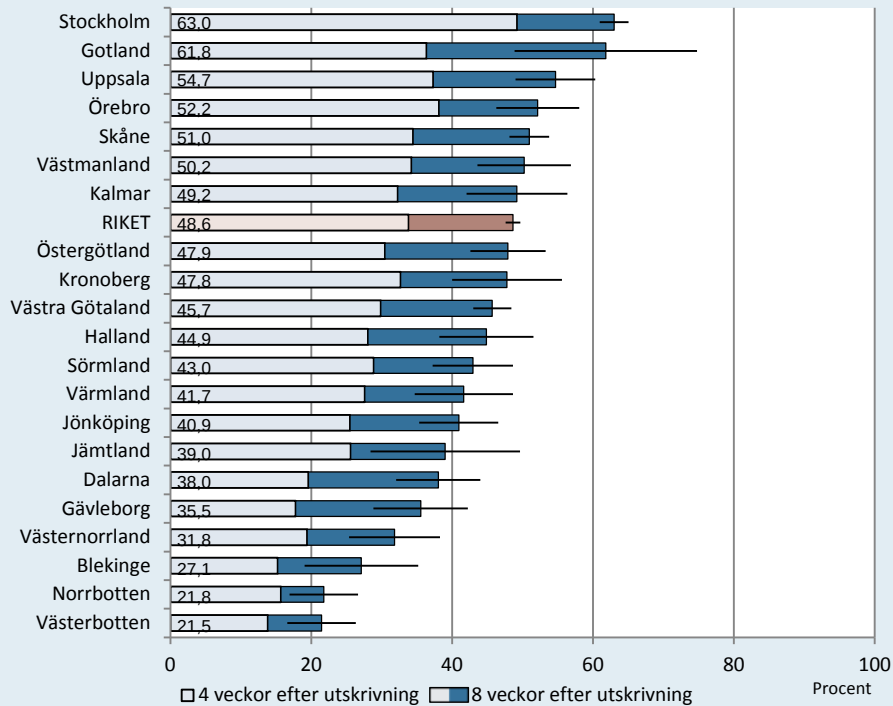
Det är önskvärt att alla patienter med schizofrenisjukdom som skrivits ut från slutenvården kallas till ett återbesök inom ett par veckor. Syftet med återbesöket är att säkerställa att eftervården och behandlingen fungerar optimalt. Även om det finns andra varianter av återbesök runt om i landet, är andelen patienter som erbjuds återbesök hos läkare alltför låg i många delar av landet. För några landsting visar resultatet på stora brister i läkarkontakten efter utskrivningen. De berörda landstingen bör ta sina resultat på största allvar och upprätta åtgärdsplaner för att komma till rätta med problemen.

Diagram S5:1 Andel vårdade för schizofreni med läkarkontakt i öppenvården inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivning. Vårdade 2007–2010. 20–59 år. Kvinnor
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram S5:2 Andel vårdade för schizofreni med läkarkontakt i öppenvården inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivning. Vårdade 2007–2010. 20–59 år. Män
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Följsamhet till antipsykotiska läkemedel efter psykiatrisk slutenvård för personer med schizofreni (S6)

Långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel hos personer med schizofreni är förenad med lägre mortalitet än hos dem som inte använder antipsykotiska läkemedel [38]. Dessutom minskar behovet av återinskrivningar i psykiatrisk slutenvård i gruppen som behandlas med antipsykotika.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer i åldern 20–59 år med diagnosen schizofreni som är utskrivna från psykiatrisk slutenvård och som hämtat ut antipsykotiska läkemedel vid minst ett tillfälle inom sex månader efter utskrivning.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket som helhet har andelen utskrivna schizofrenipatienter som hämtat ut sitt antipsykotiska läkemedel på apotek varit i stort sett oförändrat sedan 2006. På nationell nivå finns varken könsskillnader eller åldersskillnader (diagram S6:1).

Drygt 15 procent hämtade aldrig ut sitt antipsykotiska läkemedel inom sex månader efter utskrivning. 48 procent hämtade ut vid minst ett tillfälle, 26 procent vid minst två tillfällen och 11 procent minst tre gånger (diagram S6:2).

För landstingen varierade andelen patienter som hämtat ut antipsykotiska läkemedel med i genomsnitt 11–20 procentenheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

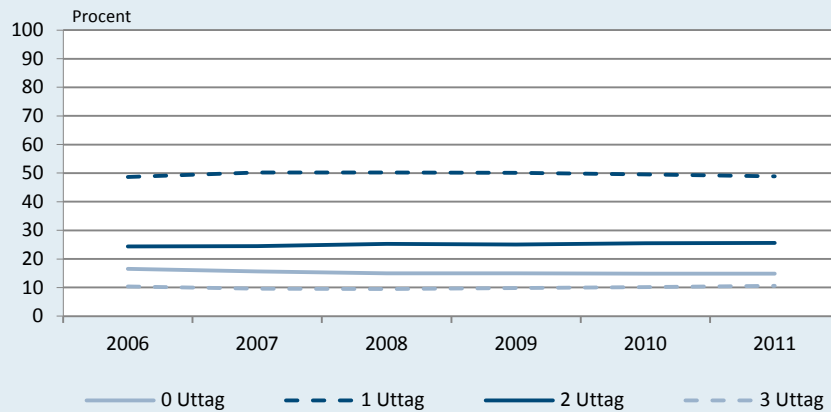
Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i psykiatrisk slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd.

Bedömning av resultat

Sverige saknar i dagsläget aktuella nationella riktlinjer för antipsykotiska läkemedel för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Det inte förenligt med god vård att så många personer med schizofreni inte fullföljer sin läkemedelsbehandling efter att ha vårdats i psykiatrisk slutenvård. Låg följsamhet och avbruten antipsykotisk läkemedelsbehandling kan innebära en ökad risk för återinsjuknande, minskad livskvalitet och risk för självmord.

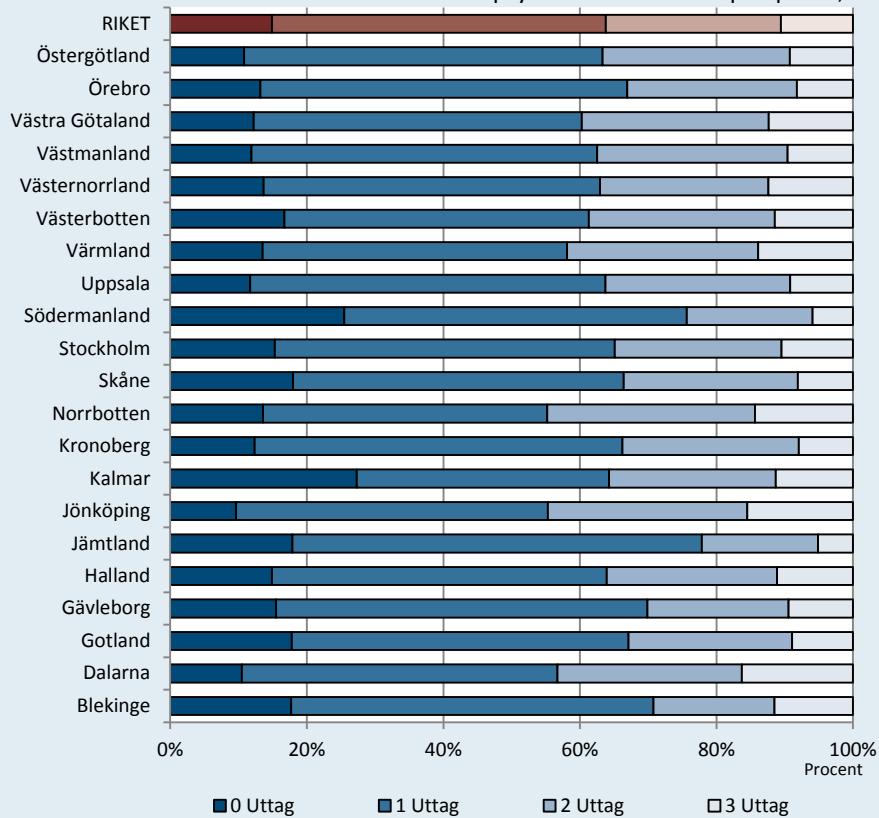
Diagram S6:1 Andel personer utskrivna från psykiatrisk slutenvård med diagnosen schizofreni som hämtat ut antipsykotiska läkemedel på apotek



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram S6:2 Andel personer utskrivna från psykiatrisk slutenvård med diagnosen schizofreni som hämtat ut antipsykotiska läkemedel på apotek, 2011

Totalt



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Personer med psykisk ohälsa

– vårdens processer och resultat

Det här kapitlet redovisar övergripande indikatorer som belyser vård och behandling för personer med psykisk sjukdom. Indikatorerna kan användas för att öppet jämföra och bedöma resultat och processer inom psykiatin, men även inom den specialiserade somatiska verksamheten och primärvården.

Indikatorerna

I detta kapitel redovisas ett urval av diagram per indikator (tabell 12). De återstående diagrammen redovisas i *Bilaga 2. Indikatorbeskrivningar*.

Tabell 12 Förteckning över indikatorer

Psykisk sjukdom - övergripande indikatorer	
Själv mord och psykisk sjukdom	Ö1
Sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada	Ö2
Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård	Ö3
Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet för personer med psykisk sjukdom	Ö4
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet för personer med psykisk sjukdom	Ö5
Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid diabetes för personer med psykisk sjukdom	Ö6
Dödlighet efter hjärtinfarkt för personer med psykisk sjukdom	Ö7
Dödlighet efter förstagångsstroke för personer med psykisk sjukdom	Ö8
Undvikbar somatisk slutenvårdstillfällen för personer med psykisk sjukdom	Ö9

Själv mord och psykisk sjukdom (Ö1)

Själv mord är den vanligaste dödsorsaken hos yngre män och den näst vanligaste hos yngre kvinnor. Det finns många underliggande orsaker till självmordsbeteende hos vuxna, men psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn. Retrospektiva undersökningar visar att 90–96 procent av vuxna individer som gör ett allvarligt självmordsförsök eller som tar sitt liv har någon form av psykisk sjukdom [48, 49]. I många fall har personerna varit i kontakt med psykiatrisk öppenvård eller legat inlagda för psykiatrisk slutenvård tiden före självmordet eller självmordsförsöket. Själv mord bland personer med psykisk sjukdom hör ofta ihop med att de uteblivit från besök till vården [50, 51].

Bristande tillgänglighet, diagnostik, och behandling av depression leder till ökad självmordsfrekvens. Enligt en metaanalys av olika psykiatriska diagnoser medför depression en 20 gånger förhöjd risk för självmord, bipolär sjukdom en 15 gånger förhöjd risk, och dystymi en 12 gånger förhöjd

risk jämfört med risken i befolkningen som helhet [52]. Detta innebär att risken för självmord vid depressionssjukdom är högre än vid ångest-syndrom, schizofreni, alkoholmissbruk och personlighetsstörning.

Patienter som har vårdats inom psykiatrin löper högre risk för att begå självmord än resten av befolkningen. Risken för självmord under de fyra första veckorna efter psykiatrisk slutenvård är ungefär 100 gånger större än hos befolkningen i allmänhet [50, 53-56].

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer i alla åldrar med psykiatrisk diagnos som har haft kontakt med psykiatrin (öppenvård eller slutenvård) 12 månader innan fullbordat självmord.

Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Under 2010 var det 1 099 personer som tog sitt liv, varav 288 kvinnor och 811 män (tabell 13). Av dessa var det 114 personer som begått självmord i samband under vårdtiden på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning, 35 var kvinnor.

Uppgifter för perioden visar att 42 procent av de personer som tog sitt liv hade kontakt med psykiatrin vid minst vid ett tillfälle 12 månader före självmordet. Av dessa hade drygt 21 procent haft ett besök inom psykiatrin 1 månad innan självmordet. Kvinnor hade i högre grad psykiatrisk kontakt inom ett år före självmordet, 49 procent, jämfört med 39 procent av männen (tabell 14 och tabell 15).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Den största delen av självmordsriskbedömningarna sker inom psykiatrin, där de svårast sjuka finns. Men många personer med depression söker sig till primärvården. Det saknas i dag uppgifter för primärvården i Socialstyrelsens patientregister, vilket gör att det inte går att genomföra en fördjupad analys kring vårdkontakter inom primärvård innan självmordet.

I indikatorn ingår inte dödsfall med oklart uppsåt.

Bedömning av resultat

De första veckorna efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård, under övergången från sluten psykiatrisk vård till öppenvård och kommunalt stöd, är en kritisk period med förhöjd självmordsrisk. Åtgärder som kan minska denna risk inkluderar intensiv och tidig uppföljning. Merparten av dem som tar sitt liv har varit i kontakt med sjukvården före självmordet. Dessa kontakter innebär att det borde finnas en möjlighet att förebygga den förödelse som ett självmord innebär. Riskbedömningen bör omfatta etablerade riskfaktorer liksom aktuell psykiatrisk status. Det bör också finnas tydliga rutiner för uppföljning för dem som har bedömts vara självmordsnära under vårdtiden eller för patienter som skrivit ut sig själva efter ett självmordsför-

sök. Om självmordsrisken blir regelmässigt bedömd och den psykiatriska sjukdomen blir rätt bedömd och behandlad är självmord i stor utsträckning möjliga att förhindra.

I 45 procent av de drygt 1 000 lex Maria-anmälningar som kom in år 2006–2008 förkom ingen självmordsriskbedömning, eller också saknas det uppgifter om huruvida någon självmordsriskbedömning utförts. Det innebär att det finns en stor förbättringspotential, eftersom en genomförd riskbedömning är en av de viktigaste uppgifterna i journaldokumentationen.

Utskrivning på patientens eget initiativ och avbruten behandling verkar vara en prediktor för självmord och finns beskriven i litteraturen [51]. Regelbundna riskbedömningar för självskadebeteende och psykiatriskt status bör göras under hela vårdprocessen. En aktiv uppföljning efter utskrivning med samordning mellan slutenvård, öppenvård och kommunala insatser är avgörande för att säkerställa att kontakten mellan patient och vård upprätthålls och att eventuella tecken på återfall får ett snabbt omhändertagande.

Resultaten tyder på att en stor andel av de patienter som tagit sitt liv inte varit i kontakt med psykiatrin inom ett år innan självmordet. Patienterna har troligen varit i kontakt med andra delar av hälso- och sjukvården.

Tabell 13 Antal vårdade på psykiatrisk klinik med psykiatrisk diagnos innan fullbordat självmord, 2010

Åldersgrupp	7 dagar före självmordet	1 månad före självmordet	3 månader före självmordet	6 månader före självmordet	12 månader före självmordet	Antal självmord utan vård på psykiatrisk klinik	Totalt antal självmord 2010
00-17	1	4	5	7	8	18	26
18-24	9	22	32	38	44	51	95
25-44	38	80	113	133	150	124	274
45-64	29	83	125	153	178	246	424
65-84	15	39	52	67	76	160	236
85+	0	4	4	4	5	39	44
Totalt	92	232	331	402	461	638	1099

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 14 Antal vårdade på psykiatrisk klinik med psykiatrisk diagnos innan fullbordat självmord, bland män 2010

Åldersgrupp	7 dagar före självmordet	1 månad före självmordet	3 månader före självmordet	6 månader före självmordet	12 månader före självmordet	Antal självmord utan vård på psykiatrisk klinik	Totalt antal självmord 2010
00-17	0	2	2	4	5	12	17
18-24	8	17	24	28	32	39	71
25-44	27	58	78	93	105	99	204
45-64	15	56	83	106	123	193	316
65-84	10	25	32	43	49	121	170

85+	0	4	4	4	5	28	33
Totalt	60	162	223	278	319	492	811

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 15 Antal vårdade på psykiatrisk klinik med psykiatrisk diagnos innan fullbordat självmord, bland kvinnor 2010

Åldersgrupp	7 dagar före självmordet	1 månad före självmordet	3 månader före självmordet	6 månader före självmordet	12 månader före självmordet	Antal själv-mord utan vård på psykiatrisk klinik	Totalt antal själv-mord 2010
00-17	1	2	3	3	3	6	9
18-24	1	5	8	10	12	12	24
25-44	11	22	35	40	45	25	70
45-64	14	27	42	47	55	53	108
65-84	5	14	20	24	27	39	66
85+	0	0	0	0	0	11	11
Totalt	32	70	108	124	142	146	288

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada (Ö2)

Själv-mord är i dag den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15–44 år i Sverige. Depression, ångestsyndrom och schizofreni medför en ökad risk för självmordsförsök eller självmord. Depression och självskadebeteende är vanligare bland kvinnor än bland män. Personer som har försökt begå självmord har en mycket hög risk för att försöka igen.

Självskadebeteende har de senaste åren blivit allt mer uppmärksammat. Självskadebeteende innebär ett medvetet skadande av den egna kroppen. Avsikten kan vara att ta sitt eget liv men i lindrigare fall kan självskadebeteende upplevas som ångestlindrande eller vara ett rop på hjälp.

Risken för självmord och självmordsförsök är högst under perioden strax efter inskrivning i psykiatrisk slutenvård, strax före utskrivning och under de första veckorna efter utskrivningen i alla åldersgrupper [54].

En god behandling av depression kan förebygga självmord. I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom lyfter Socialstyrelsen fram att hälso- och sjukvården bör genomföra strukturerade självmordsriskbedömningar inom diagnostiken när det finns misstankar om risk för självmord, såväl inom primärvård som inom psykiatrisk vård. En fördjupad psykiatrisk bedömning vid bedömd risk för självmord ska genomföras.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer i alla åldrar som varit sjukhusvårdade inom psykiatrisk slutenvård till följd av självmordsförsök eller annan självtillfogad skada. Självskadebeteende innebär ett medvetet skadande av den egna kroppen. Avsikten kan vara att ta sitt eget liv.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen.

Utfall och variation

Mellan åren 2000 och 2010 ökade det årliga antalet vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling. Under 2010 vårdades 7 075 personer över 18 år inom psykiatrisk slutenvård till följd av avsiktlig självdestruktiv handling.

År 2010 var riksgenomsnittet 116 vårdade för självdestruktiv handling per 100 000 invånare. Landstingsjämförelsen visar att andelen personer som vårdats för självdestruktiv handling varierar i landet, från 75 till 196 per 100 000 invånare (diagram Ö2:1 och Ö2:2).

En tydlig könsskillnad kan ses, eftersom kvinnor i större utsträckning vårdas för avsiktlig självdestruktiv handling (diagram Ö2:3).

Trenden för kvinnor är relativt stabil över åren utom för åldersgruppen 18–24 år som visar en kraftig ökning från drygt 200 per 100 000 invånare i början av perioden år 2000 till runt 300 de senaste åren (diagram Ö2:3). Bland kvinnor i åldersgruppen 18–24 år har inläggningarna ökat sedan början av 1990-talet för att nå en topp 2007 med 309 vårdade per 100 000 invånare.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn visar enbart personer som varit sjukhusvårdade inom psykiatrisk slutenvård till följd av självmordsförsök eller annan självtillfogad skada.

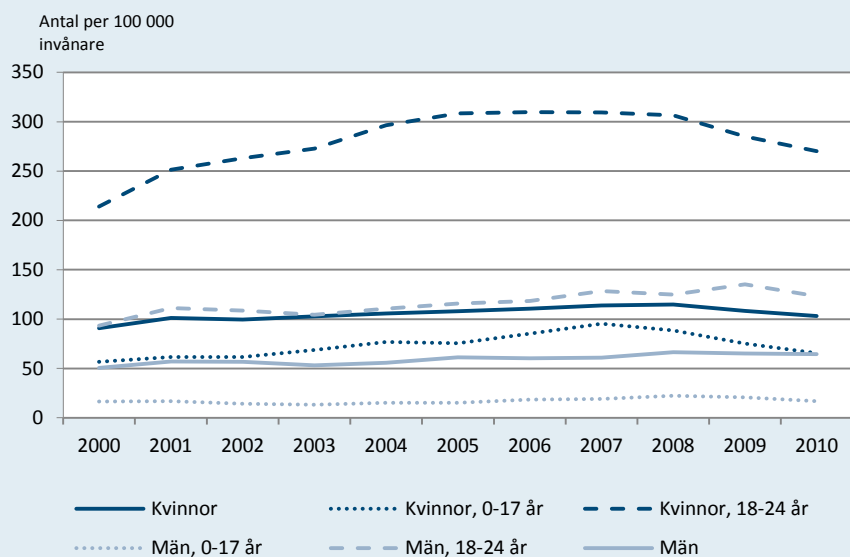
Bedömning av resultat

Under 2009–2010 är tendensen att antalet personer som vårdades för självdestruktiva handlingar minskade. Fler kvinnor än män vårdas till följd av självdestruktiva handlingar, och den största gruppen är kvinnor 18–24 år där ökningen var kraftig under perioden 2000–2007, för att sedan minska något under perioden 2008–2010. De flesta som vårdats för någon avsiktlig självdestruktiv handling har skadat sig själva genom förgiftning, framför allt med läkemedel.

Endast de allvarligaste fallen leder till inläggning på sjukhus, och bland dessa är förgiftningar vanligast bland både kvinnor och män. Det är vanligare att kvinnor läggs in på sjukhus på grund av självskadebeteende i alla åldersgrupper.

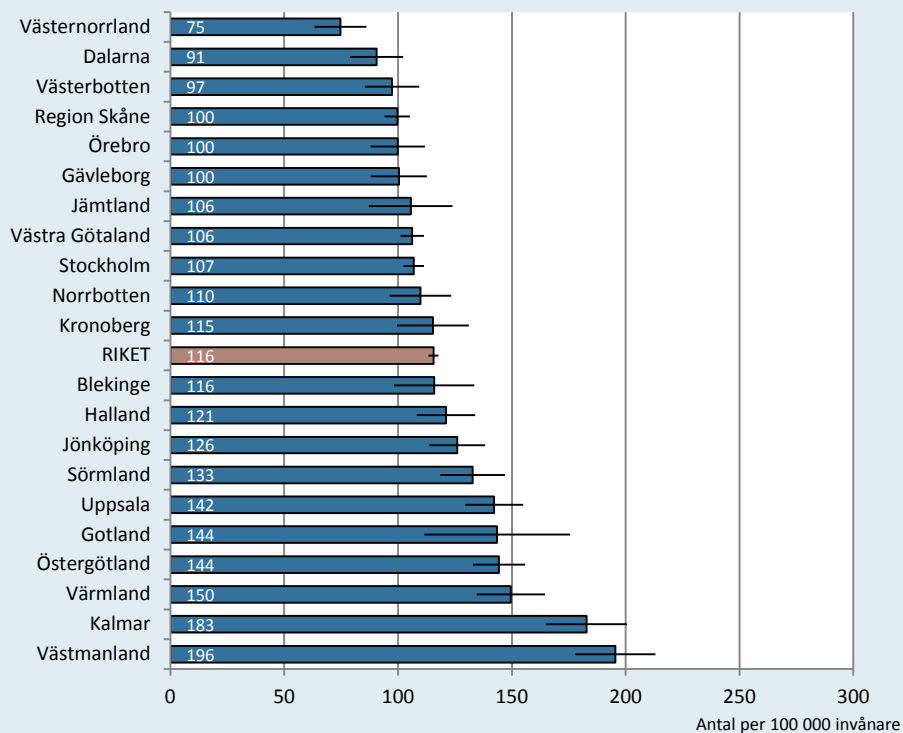
Landstingen uppvisar en anmärkningsvärt stor inbördes variation av antal som personer som vårdats för avsiktlig självdestruktiv handling och detta bör analyseras närmare av landstingen.

Diagram Ö2:1 Antal sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada per 100 000 invånare



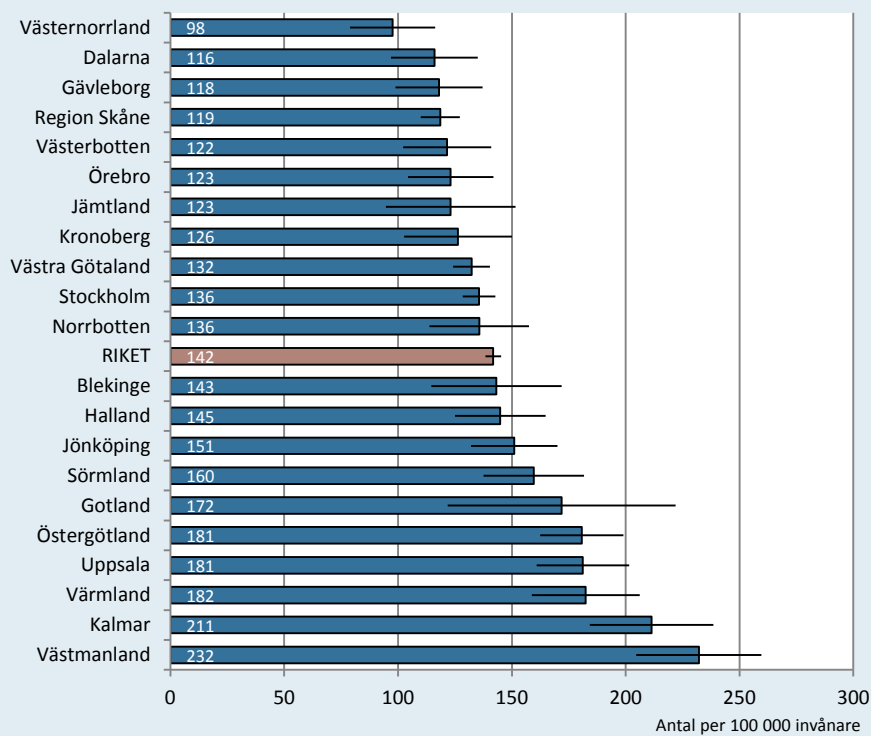
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö2:2 Antal sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada per 100 000 invånare, 2010



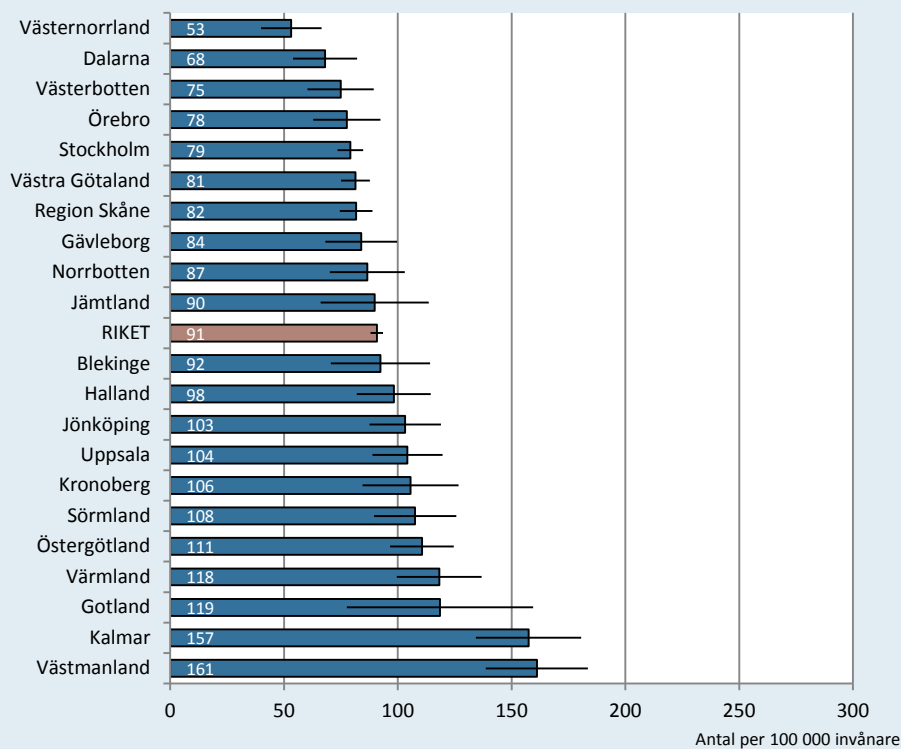
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö2:3 Antal sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada per 100 000 invånare, 2010
Kvinnor



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö2:4 Antal sjukhusvårdade efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada per 100 000 invånare, 2010
Män



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård (Ö3)

I Sverige har de allra flesta som dör uppnått en hög ålder och de vanligaste dödsorsakerna är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer.

Personer som har varit inlagda vid en psykiatrisk klinik med anledning av psykisk sjukdom har en två- till trefaldigt högre dödlighet än befolkningen i allmänhet [43]. Ökad dödlighet i samband med allvarlig psykisk sjukdom är välkänd och har länge beskrivits i litteraturen [39, 57].

Under de senaste årtiondena har mycket fokus legat på självmord som är associerade med den högre dödligheten för personer med psykisk sjukdom. Ett betydande folkhälsoproblem är förekomsten av kroniska folksjukdomar, och den kroppsliga samsjukligheten är påtagligt mer omfattande hos personer med svår psykisk sjukdom. Majoriteten av dödsfallen i denna grupp beror på fysiska sjukdomar, i synnerhet hjärt- och kärlsjukdom, sjukdom i andningsvägarna och cancer [20]. Det finns motstridiga uppgifter om cancerförekomst och dödlighet för psykiatripatienter. Även om flera studier visat högre cancerdödlighet, skiljer sig inte förekomsten av cancer hos denna grupp från den hos övriga befolkningen [58]. Personer med psykisk sjukdom har också en lägre sannolikhet att få genomgå screening för cancer.

Skilnader i förväntad livslängd är mer uttalad för män än för kvinnor. Gapet minskade mellan 1987 och 2006 i Sverige och denna trend ses även i en nordisk studie [43], minskningen ses särskilt för kvinnor. Ett viktigt undantag är svenska män med psykiska störningar. Trots den positiva allmänna trenden, lever män med psykiska störningar fortfarande 20 år kortare, och kvinnorna 15 år kortare än befolkningen i allmänhet.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar dödligheten bland personer i åldern 20–59 år som någon gång under åren 2007–2010 vårdats inom den specialiserade psykiatrin. Resultatet redovisas per 10 000 invånare.

Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Under perioden 2007–2010 dog 5 854 kvinnor och 9 704 män med en psykiatrisk diagnos. Diagrammen visar att dödligheten bland de som vårdas inom psykiatrin är betydligt högre än för den övriga befolkningen. Överdödligheten är närmare 8 gånger så stor bland kvinnor, 85 per 10 000 jämfört med 11 per 10 000 hos befolkningen. Bland män är dödligheten drygt 9,6 gånger så stor, drygt 163 per 10 000 jämfört med drygt 17 per 10 000 i befolkningen (diagram Ö3:1 och Ö3:2).

I riket under perioden 2007–2010 var överdödligheten bland de som vårdas inom psykiatrin 124 per 10 000 (diagram redovisas inte). Landstingsjämförelsen visar att överdödligheten för personer med psykiatrisk diagnos varierar i landet. Mellan landstingen varierade antalet mellan 83 och 161 per 10 000 invånare.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Dödligheten och dödsorsakerna kan förändras kraftigt över tid och speglar i allmänhet ett samhälles välbefinnande.

Det behövs en bättre kunskap kring skillnader i för tidig dödlighet mellan de med och utan psykisk ohälsa, liksom faktorer som kan förklara dessa skillnader. Det behövs med andra ord mer vetenskapligt stöd inom området.

Bedömning av resultat

Personer med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom har högre dödlighet och kortare förväntad livslängd. Död orsakad av vanliga fysiska sjukdomar som hjärt-och kärlsjukdomar, cancer och luftvägssjukdomar förekommer i större utsträckning än hos befolkningen. Det finns en rad bidragande faktorer till denna överdödlighet, men att idag inte kan med säkerhet avgöra i vilken omfattning dessa olika faktorer bidrar till den totala dödligheten. Skillnader i tillgången till hälso- och sjukvård, väntetiden till vårdåtgärder och omfattningen av insatserna är sannolikt bidragande orsaker. Andra faktorer som påverkar är den genomgripande stigmatiseringen av psykisk sjukdom, konsekvenserna av psykisk sjukdom och biverkningar av behandlingen.

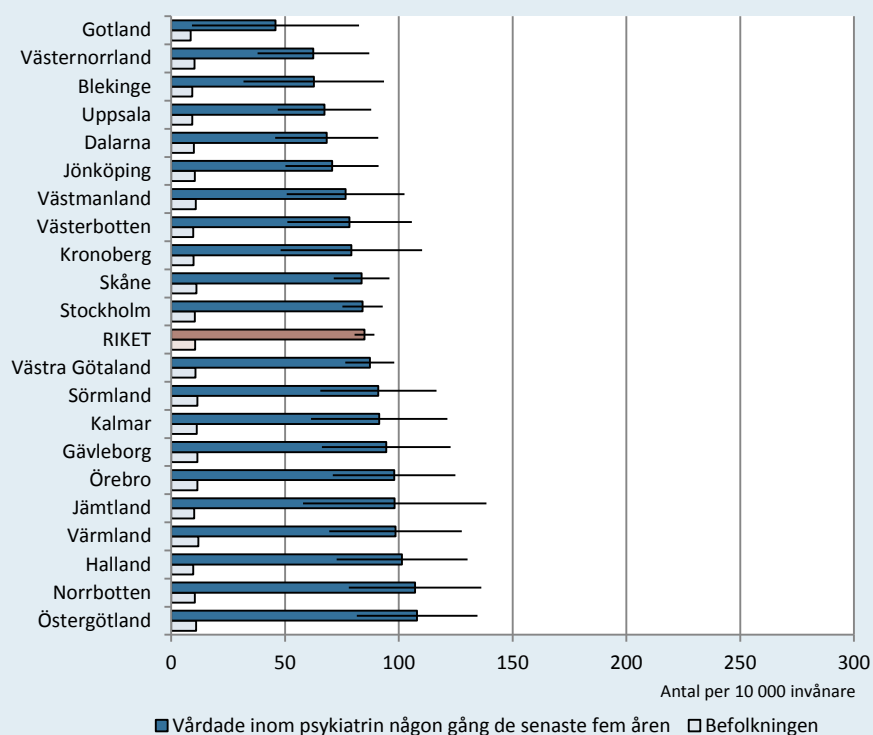
För tidig dödlighet bland vuxna med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom har en stor betydelse för hälso- och sjukvården och dess organisation av vården. Det finns många faktorer som bidrar till dålig fysisk hälsa hos personer med allvarlig psykisk sjukdom, inklusive livsstilsfaktorer och läkemedelsbiverkningar. Det finns dock allt fler tecken på att skillnaderna i hälso-och sjukvårdens kvalitet bidrar till sämre resultat i kroppslig hälsa. I vissa fall verkar den ökade dödligheten förklaras av ojämn kvalitet i vården.

Tillgången till primärvård och organisation av vården för personer med allvarliga och bestående psykiska sjukdomar behöver åskådliggöras. Den relativa bristen på uppmärksamhet för både den psykiska och kroppsliga hälsan hos målgruppen och den påtagliga risken för förtida död behöver lyftas fram nationellt.

Resultaten visar att personer som vårdats inom psykiatri de senaste fem åren har en påtagligt förhöjd dödlighet. Skillnader i dödlighet mellan målgruppen och den övriga befolkningen är i denna jämförelse större jämfört med vad Socialstyrelsen tidigare presenterat. Skillnaden beror främst på att dödligheten i befolkningen minskat, medan förbättringen uteblivit för personer med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen anser att ett viktigt mål för hälso- och sjukvården är att minska dödligheten till följd av kroppsliga sjukdomar för personer med psykisk ohälsa.

Diagram Ö3:1
Kvinnor

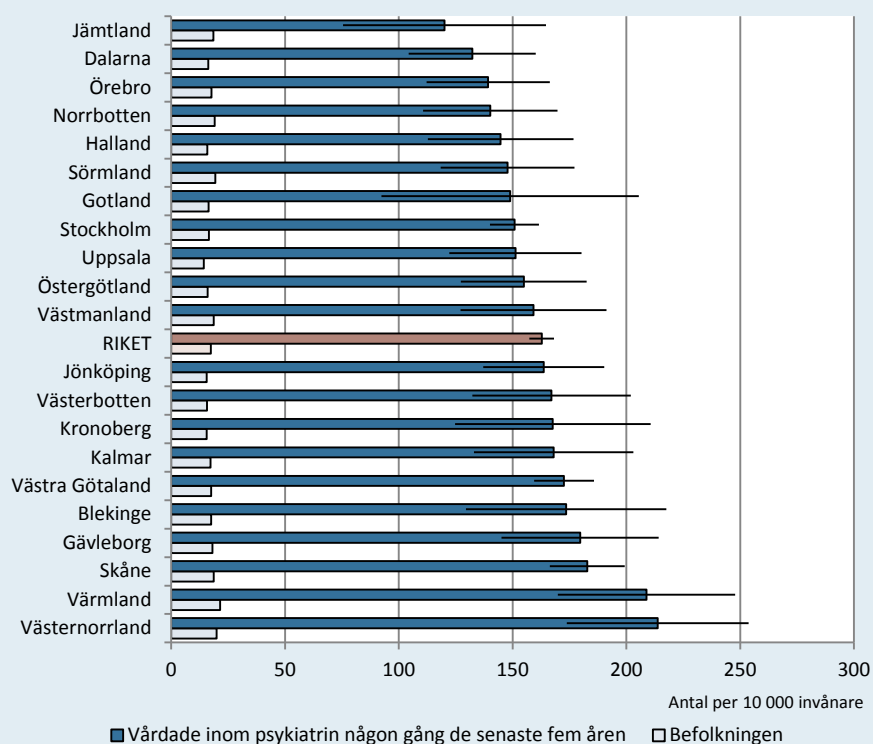
Dödlighet per 10 000 invånare, 2007-2010. 20-59 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö3:2
Män

Dödlighet per 10 000 invånare, 2007-2010. 20-59 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet (Ö4)

Hälsan i befolkningen påverkas i hög omfattning av den allmänna välfärdsutvecklingen och av faktorer där hälso- och sjukvården inte alltid har inverkan. Genom den medicinska utvecklingen och tillgången till effektivare metoder har emellertid förutsättningarna för att åtgärda och förebygga olika sjukdomstillstånd förbättrats. För många sjukdomstillstånd kan förloppet påverkas med preventiva och terapeutiska insatser.

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser. Exempel är förekomsten av lungcancer och levercirros, som i hög utsträckning påverkas av tobaks- och alkoholpolitiken i ett land.

Indikatorns utformning

Indikatorn hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet beskriver effekterna av förebyggande insatser. I begreppet åtgärdbar dödlighet ingår dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker. De diagnoser och dödsorsaker som ingår är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor.

Indikatorn visar antalet dödsfall per 100 000 invånare, i åldern 25–79 år, som någon gång de senaste fem åren vårdats inlaggande med en psykiatrisk huvuddiagnos, jämfört med personer som inte vårdats inom psykiatri.

Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen.

Utfall och variation

Andelen hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall bland personer som vårdats inom psykiatri är högre jämfört med de som inte fått psykiatrisk vård de senaste fem åren. Dödligheten är drygt 4 gånger så hög bland kvinnor, 172 per 100 000 vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med 44 per 100 000 i befolkningen (diagram Ö4:1). Bland män är dödligheten drygt 5 gånger så hög, 315 per 100 000 för vårdade inom psykiatrisk vård jämfört med 66 per 100 000 i befolkningen (diagram Ö4:2).

Statistiken visar att det finns en variation i hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet mellan olika landsting.

Felkällor och tolkningssvårigheter

De regionala skillnader som analyserats i Sverige har hittills rört skillnader mellan landsting. Dödligheten kan ofta vara ett relativt ospecifikt mått på hälso- och sjukvårdens insatser. Resultaten kan påverkas av många faktorer, däribland hur vanligt förekommande sjukdomarna är i olika områden.

Indikatorn tar heller inte hänsyn till eventuella skillnader mellan tätorter och mer glesbefolkade områden.

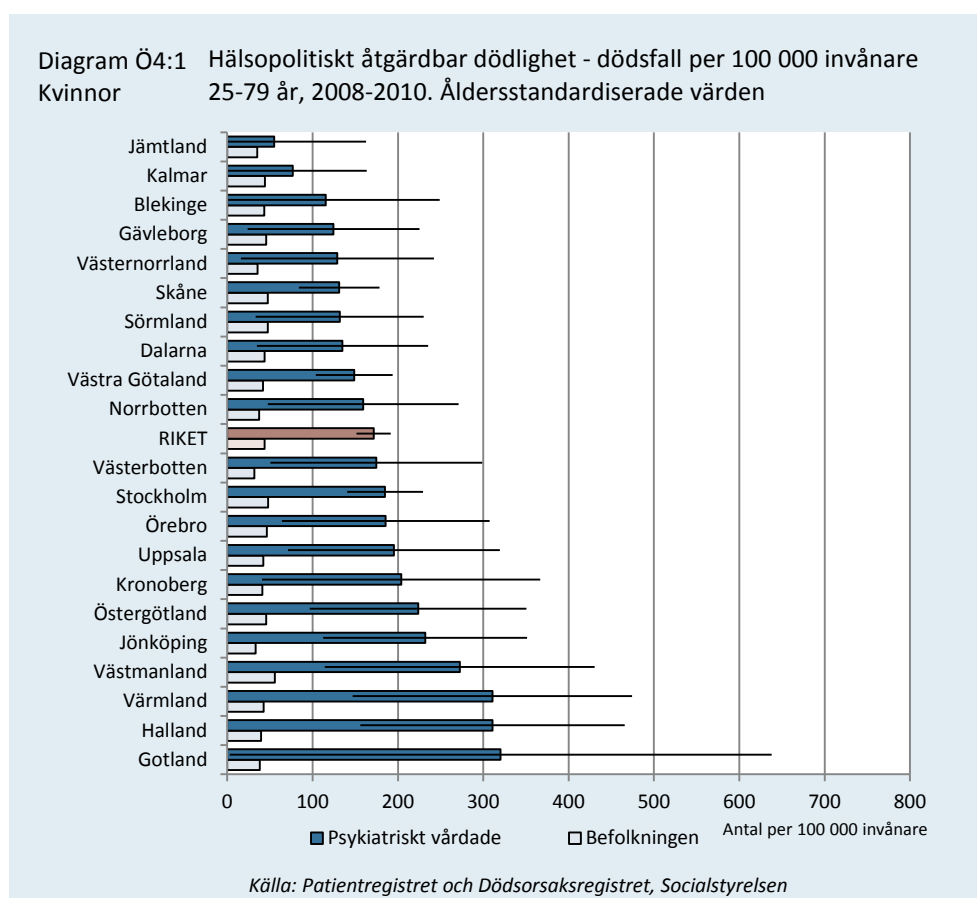
Bedömning av resultat

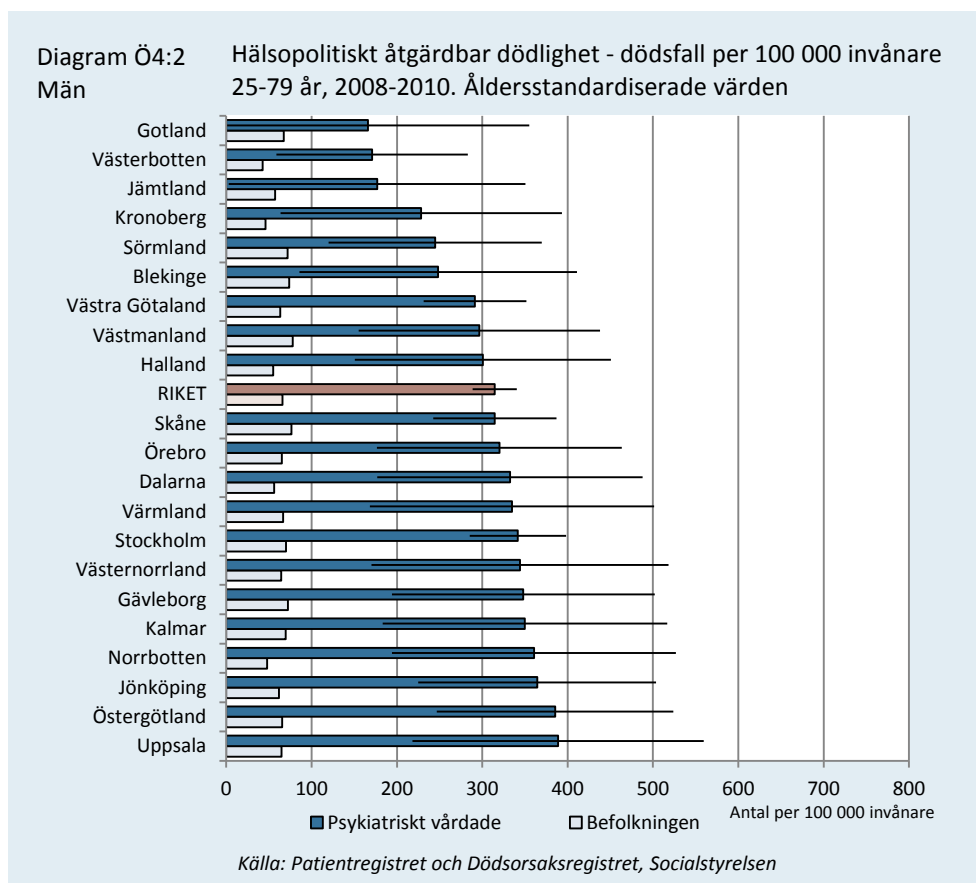
Analyser av åtgärdbar dödlighet är ett viktigt instrument i uppföljningen av de svenska folkhälsomålen. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård är

ett av målen för den svenska folkhälsopolitiken. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska också hälso- och sjukvårdens arbete syfta till en god hälsa i befolkningen som helhet, liksom till en vård på lika villkor. Målet att ge en god hälsa för hela befolkningen bör därför innefatta att minska skillnader i åtgärdbar ohälsa.

Stor ojämlikhet i hälsan kvarstår mellan människor med psykiska sjukdomar och resten av befolkningen. Den högre åtgärdbara dödligheten avspeglar också flera riskfaktorer. Personer med psykisk ohälsa har oftare sämre ekonomi, och är oftare arbetslösa, ensamstående och marginaliserade. De har med andra ord alla kända riskfaktorer för ohälsa och för tidig död [59].

Statistiken visar att det finns en variation i hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet mellan olika landsting i Sverige.





Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Ö5)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet beskriver dödligheten i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka av hälso- och sjukvården med olika medicinska insatser samt genom tidig upptäckt och behandling. Den skiljer sig från dödlighet i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av genom förebyggande eller behandlande insatser, så kallad hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Åtgärdbar dödlighet används internationellt som en indikator på hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet.

Indikatorns utformning

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet beskriver hur effektiv sjukvården är när det gäller att minska dödligheten. Exempel på diagnoser som ingår i måttet är diabetes, stroke, blindtarmsinflammation, gallstenssjukdomar och livmoderhalscancer. Indikatorn visar antalet dödsfall per 100 000 invånare i åldern 25–79 år som någon gång de senaste fem åren vårdats ineliggande med en psykiatrisk huvuddiagnos, jämfört med personer som inte vårdats inom psykiatri.

Uppgifterna har hämtats från patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

Utfall och variation

Andelen sjukvårdsrelaterad åtgärdbara dödsfall för personer vårdade inom psykiatrin är högre jämfört med övriga befolkningen. Dödligheten är drygt 4 gånger så hög bland kvinnor vårdade inom psykiatrisk vård, drygt 183 per 100 000 jämfört med drygt 44 per 100 000 i befolkningen (diagram Ö5:1). Även bland män vårdade inom psykiatrisk vård är dödligheten drygt 4 gånger så hög, drygt 259 per 100 000 jämfört med drygt 63 per 100 000 i befolkningen (diagram Ö5:2).

Statistiken visar att det finns en variation i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mellan olika landstingsområden i Sverige.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Dödligheten kan vara ett relativt ospecifikt mått på hälso- och sjukvårdens insatser. Resultaten kan påverkas av många faktorer, däribland hur vanligt förekommande sjukdomarna är i olika områden.

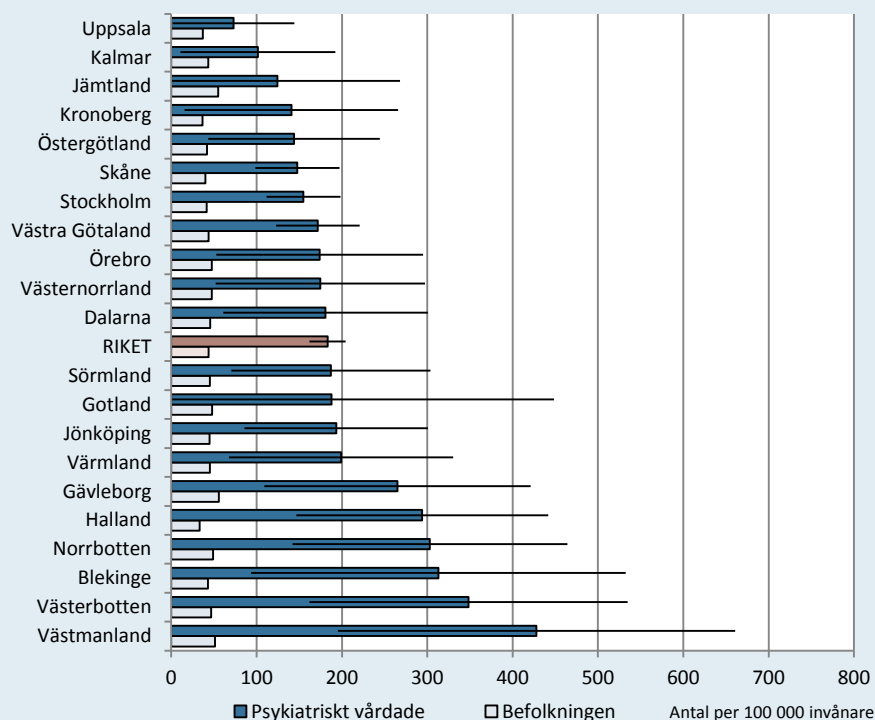
Bedömning av resultat

Resultaten avspeglar hälso- och sjukvårdens insatser som helhet, inte enbart resultaten av en enskild kliniks vård. Det är tydligt att det finns regionala skillnader i åtgärdbar dödlighet. Nationella riktlinjer och kliniska vårdprogram för flera av våra folksjukdomar med ökad dödlighet borde därmed vara av betydelse för folkhälsan.

Den kroppsliga hälsan och behovet av kroppslig vård hos människor med psykiska problem åsidosätts ofta. Det är den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk ohälsa kräver större uppmärksamhet av hälso- och sjukvårdens beslutsfattare, verksamhetschefer och personal. Trots de förbättringar som skett i hälso- och sjukvården, och trots de suicidpreventiva åtgärder som finns tillgängliga, så har män och kvinnor med psykisk sjukdom kortare livslängd än den övriga befolkningen.

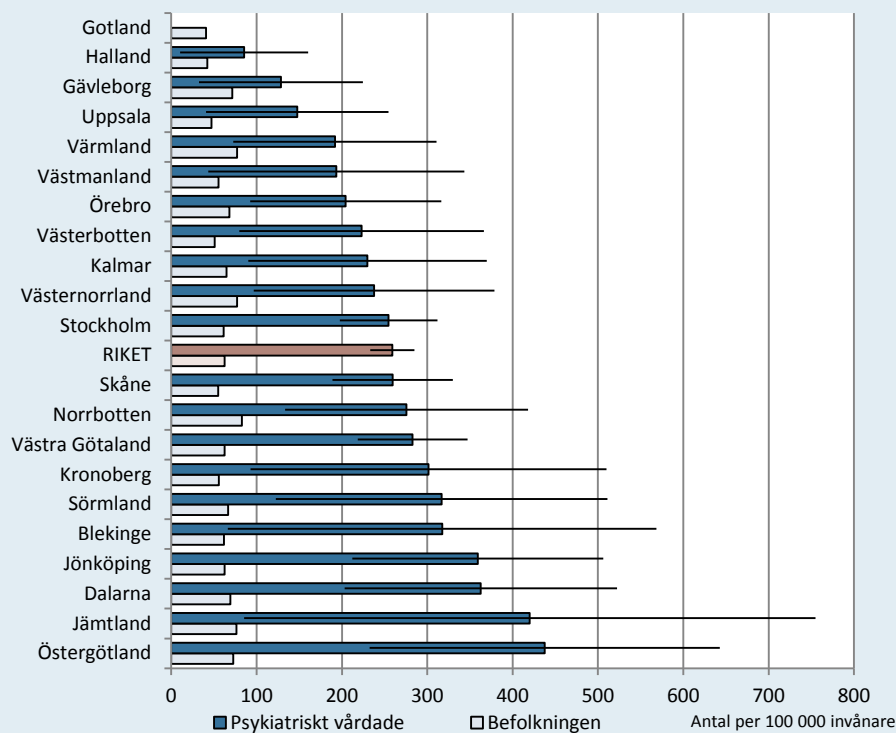
Socialstyrelsen konstaterar att de skillnader i åtgärdbar dödlighet som påvisas i den nationella utvärderingen motiverar fortsatt utvärdering av hälso- och sjukvårdens utformning och utveckling av program för personer med psykisk ohälsa för att minska den åtgärdbara dödligheten i olika delar av landet.

Diagram Ö5:1 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet - dödsfall per 100 000 invånare
Kvinnor 25-79 år, 2008-2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö5:2 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet - dödsfall per 100 000 invånare
Män 25-79 år, 2008-2010. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid diabetes (Ö6)

Diabetes är en av våra stora folksjukdomar, där många drabbas av komplikationer i form av följsjukdomar i hjärta, kärl, njurar, ögon och nerver. Risken för komplikationer ökar ju längre tid en person har haft sjukdomen och komplikationerna kan bidra till en för tidig död.

Det finns cirka 365 000 personer i Sverige som har diabetes, av dessa har 85-90 procent typ 2-diabetes. I Sverige har något fler kvinnor än män typ 2-diabetes, men könsskillnaden i hela populationen försvinner om man tar hänsyn till att kvinnornas medelålder är högre.

Framför allt typ 2-diabetes är förknippat med blodfettssänkning. Höga blodfetter hos personer med diabetes ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar som står för merparten av den ökade sjukligheten och dödligheten vid typ 2-diabetes. Höga blodfetter medför därmed stort lidande och sänkt livskvalitet för individen, samt en kostnad för sjukvården och samhället i stort. Flera vetenskapliga studier har påvisat ett samband mellan psykisk ohälsa och diabetes. Som exempel kan nämnas att personer med bipolär sjukdom löper ökad risk att drabbas av typ 2-diabetes.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen läkemedelsbehandlade diabetespatienter som behandlas med blodfettssänkande läkemedel, uppdelat på de som någon gång under de senaste åren behandlats för depression, bipolär sjukdom, ångestsyndrom eller schizofreni i psykiatrisk öppen- eller slutenvård. Avser patienter i åldern 40–79 år.

Uppgifterna har hämtats från läkemedelsregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Andelen diabetespatienter som behandlas med blodfettssänkande läkemedel och som har en psykiatrisk samsjuklighet har ökat de senaste åren. För personer med schizofreni har andelen behandlade ökat från 38 procent år 2006 till 52 procent år 2010. För patienter med bipolär sjukdom ses en ökning från 47 procent år 2006 till 59 procent år 2010 (diagram Ö6:1-Ö6:3).

Depression

För diabetiker som behandlats för depression eller ångestsjukdom ses en högre andel med blodfettssänkande läkemedel än i befolkningen som helhet, 67 jämfört med 65 procent (diagram Ö6:4).

Bipolär sjukdom

Bland diabetiker som behandlats för bipolär sjukdom var andelen med blodfettssänkande läkemedel 58 procent jämfört med 66 procent som inte behandlats för psykiatrisk diagnos.

För enskilda landsting syns stora skillnader i behandlingsgrad mellan personer som behandlas för bipolär sjukdom jämfört med de som inte behandlats för en psykiatrisk diagnos (diagram Ö6:5).

Schizofreni

För diabetiker som behandlats för schizofreni var andelen med blodfettssänkande läkemedel 52 procent jämfört med 66 procent som inte vårdats för psykiatrisk diagnos (diagram Ö6:8).

Könsskillnader

I riket som helhet finns det könsskillnader i gruppen personer med bipolär sjukdom och schizofreni (diagram Ö6:6–Ö6:7 och Ö6:9–Ö6:10). Det är en högre andel män än kvinnor som står på blodfettssänkande läkemedel, för bipolär sjukdom ses en skillnad på mer än 7 procent (diagram Ö6:6–Ö6:7). För enskilda landsting syns även stora skillnader i behandlingsgrad mellan män och kvinnor.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Enligt Folkhälsorapporten 2013 är diabetes dubbelt så vanligt bland lågutbildade som bland högutbildade, bland både kvinnor och män. Diabetes är tre gånger så vanligt bland svenskar som är födda i utomeuropeiska länder jämfört med infödda svenskar. Diabetes är också vanligare bland personer i en ekonomiskt utsatt situation. Eftersom inga justeringar gjorts för ovanstående faktorer är det viktigt att ta hänsyn till dem vid tolkningen av resultatet.

Bedömning av resultat

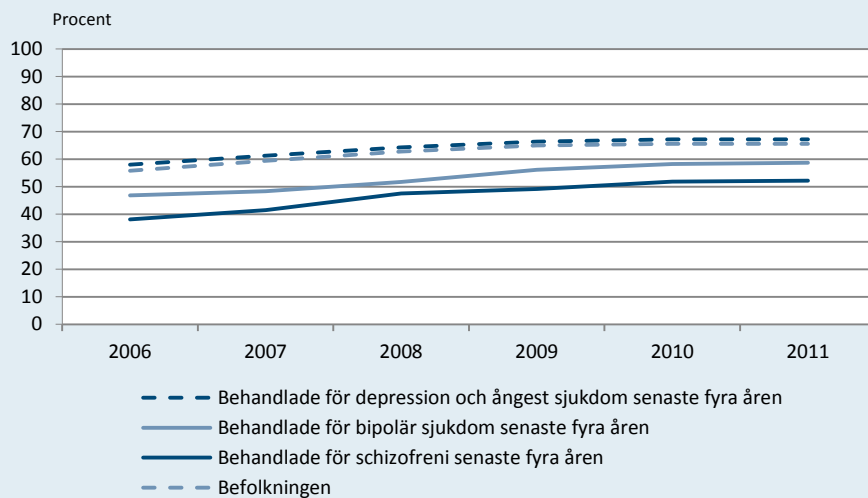
På landstingsnivå finns det relativt stora variationer inom samtliga grupper. De största landstingsvariationerna syns för personer som vårdats för bipolär sjukdom och schizofrenisjukdom. Någon rimlig förklaring till dessa variationer är svår att ge.

Socialstyrelsen anser att det finns en stor förbättringspotential hos de landsting som har lägst andel blodfettssänkande behandling hos diabetespatienter med samtidig psykiatrisk sjukdom. De skillnader som finns mellan gruppen med och gruppen utan psykiatrisk sjukdom är viktiga att uppmärksamma.

Det är svårt att uppskatta exakt hur stor andel av diabetikerna som bör få behandling med blodfettssänkande läkemedel. Med tanke på de skillnader som syns mellan befolkningen i övrigt och personer med bipolär sjukdom och schizofreni, och med tanke på riskfaktorerna, är det dock rimligt att anta att en större andel patienter med dessa psykiatriska sjukdomar och diabetes borde stå på blodfettssänkande medicinering.

Diagram Ö6:1
Riket

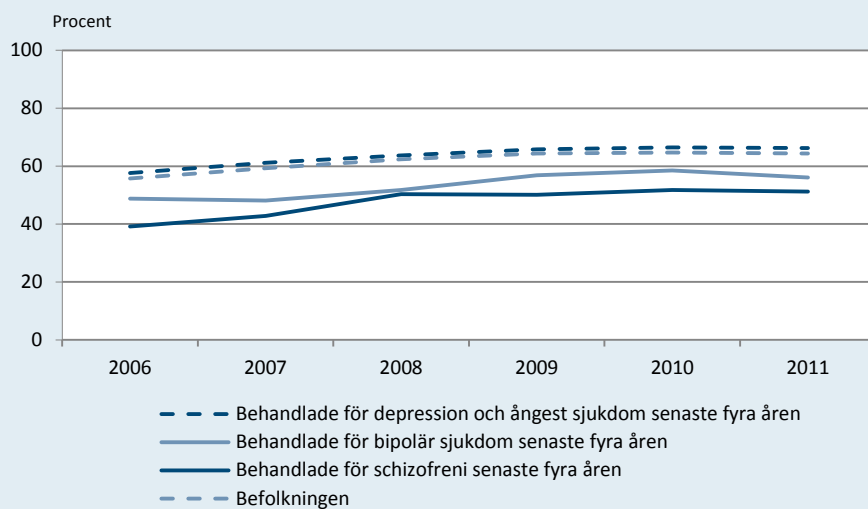
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:2
Kvinnor

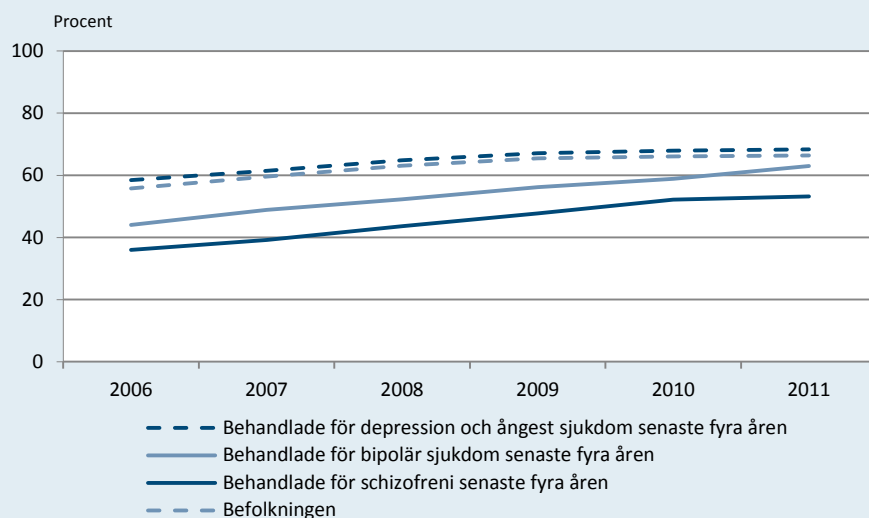
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:3
Män

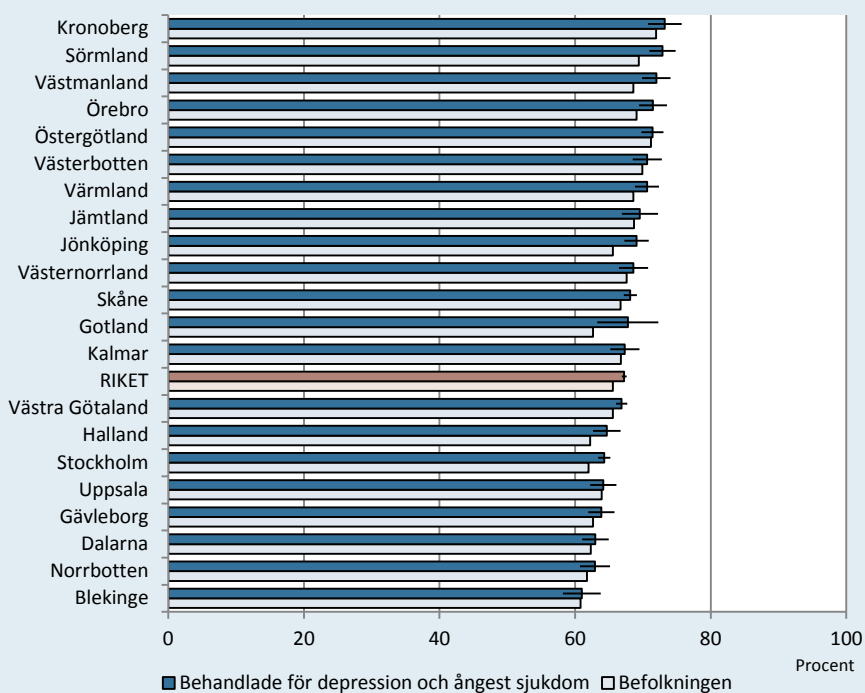
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:4
Totalt

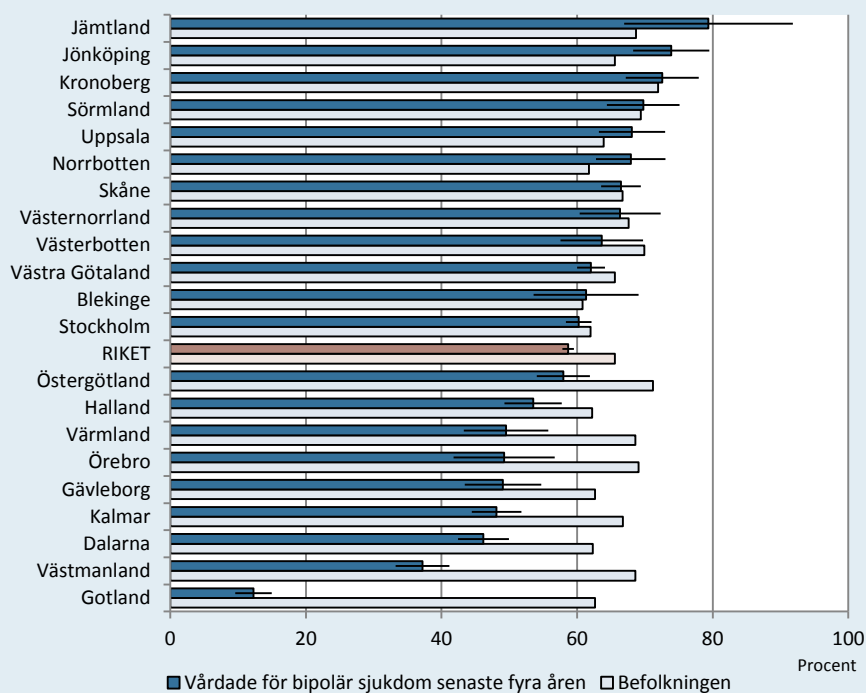
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2011. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:5
Totalt

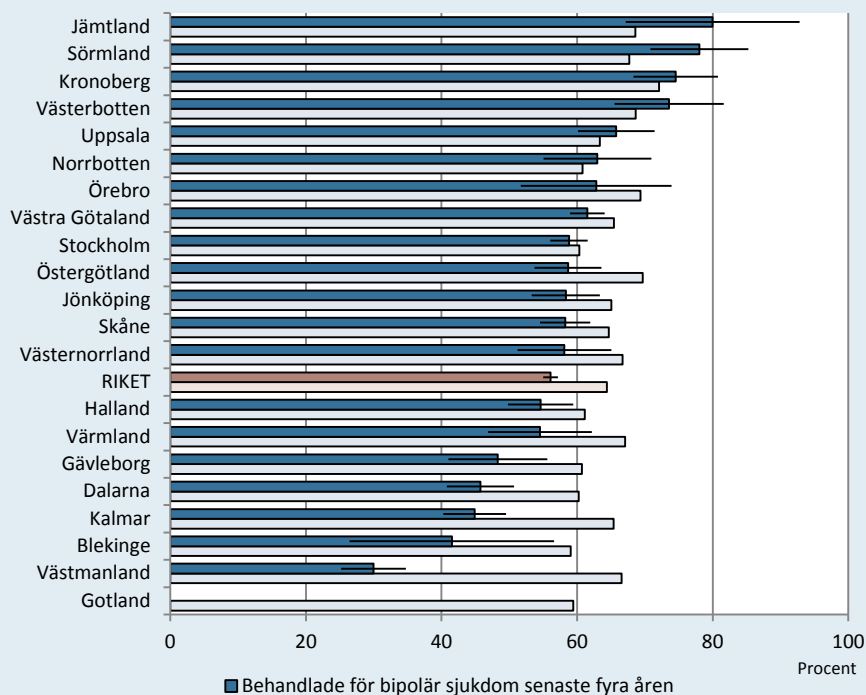
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2011. Avser patienter 40–79 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:6
Kvinnor

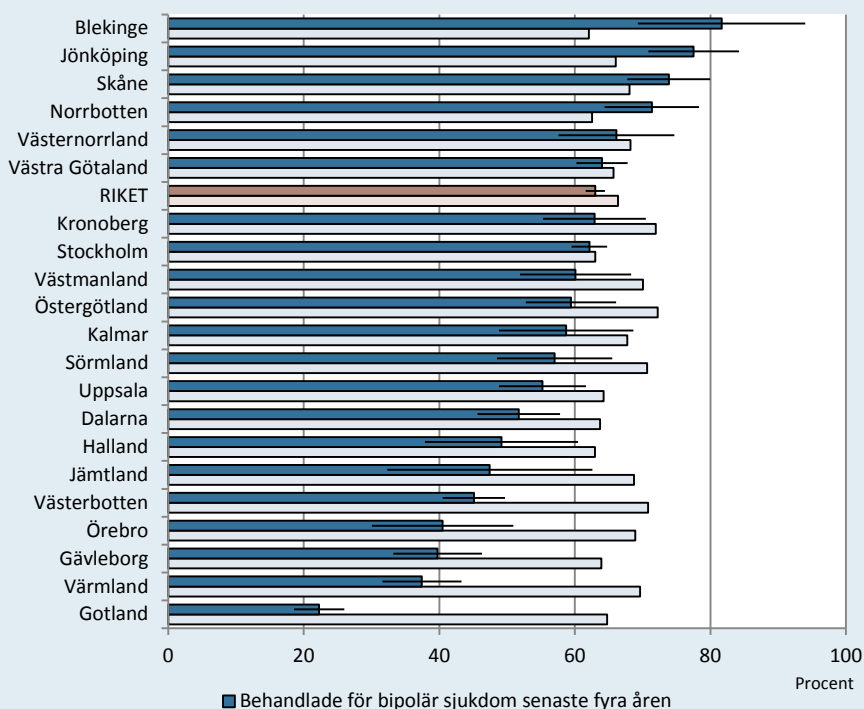
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2011. Avser patienter 40–79 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:7
Män

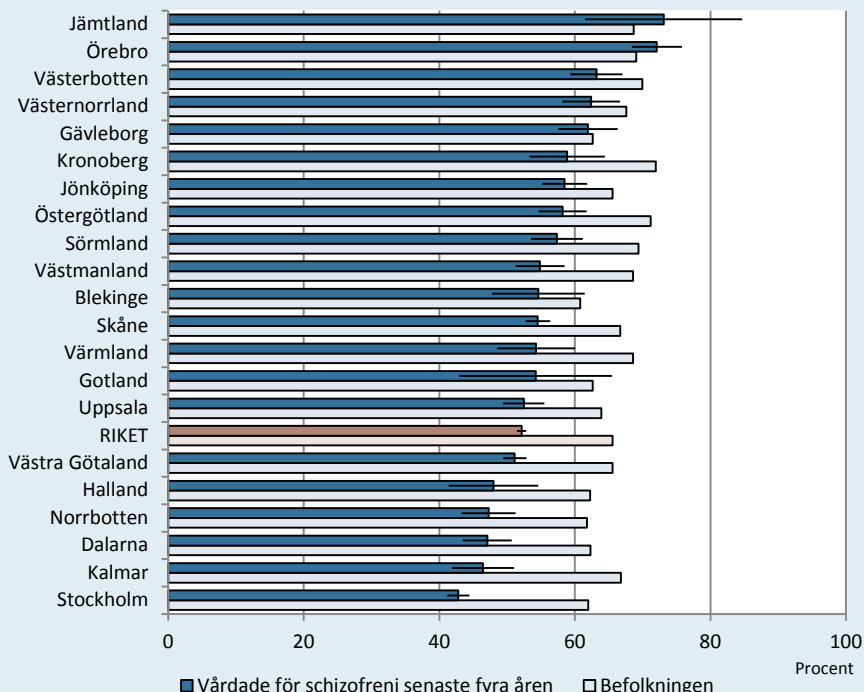
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2011. Avser patienter 40–79 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:8
Totalt

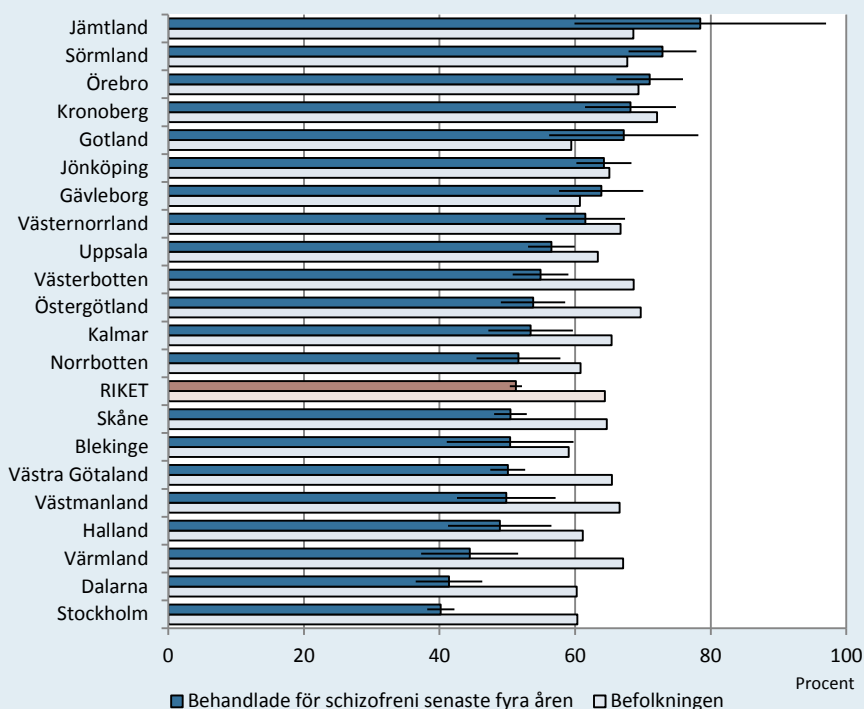
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2011. Avser patienter 40–79 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:9
Kvinnor

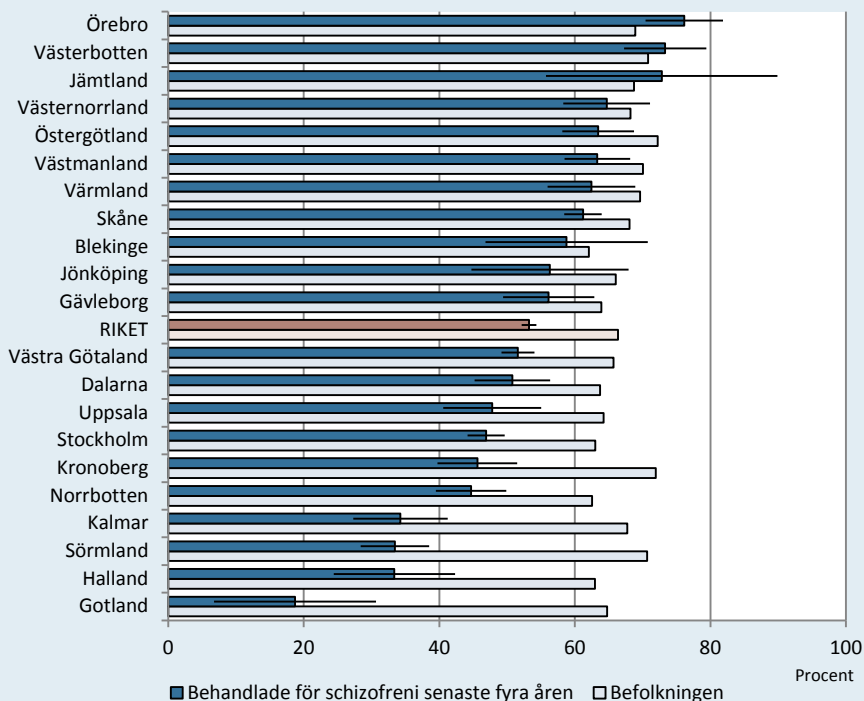
Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2011. Avser patienter 40–79 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö6:10
Män

Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2011. Avser patienter 40–79 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet efter hjärtinfarkt (Ö7)

Personer med psykisk sjukdom är en utsatt grupp när det gäller såväl somatisk hälsa som en ökad risk för att utveckla kardiovaskulär sjukdom och även ökad risk för tidig död [20].

Denna indikator används internationellt och speglar risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Indikatoren visar på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkten. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården, det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

Nyligen publicerad registerstudie från Socialstyrelsen om den somatiska vården och sjukligheten vid samtidig psykisk sjukdom visar att patienter med samtidig psykisk sjukdom inte fick ballongvidgning av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter. Personer med psykisk ohälsa hade också ökad risk att avlida inom sex månader efter hjärtinfarkt. Personer med psykiatriska diagnoser hämtade även i lägre utsträckning ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte.

Indikatorns utformning

Indikatoren mäter andelen döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland personer i åldern 40–79 år vårdade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Diagram presenteras även per diagnosgrupp i den mån som uppgifter finns tillgängliga. På grund av de låga talen för personer med bipolär sjukdom och schizofreni som avlidit inom 28 dagar efter hjärtinfarkt är det inte möjligt att jämföra landstingen för dessa sjukdomsgrupper.

Drygt 15 700 personer som sjukhusvårdats för akut hjärtinfarkt under perioden ingår i denna jämförelse.

Data har hämtats från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

I riket avled 5 752 personer inom 28 dagar efter hjärtinfarkt av dem som haft en psykiatrisk diagnos någon gång under femårsperiod före hjärtinfarkten. Av dessa var 2 596 kvinnor.

Dödligheten inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt var 2010 på 43 procent för personer som vårdats för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Inga större könsskillnader ses i riket som helhet för gruppen som har haft en psykiatrisk diagnos (diagram Ö7:1). Dock ses könsskillnader inom ett par landsting. Dödligheten varierade mellan landstingen med cirka 25 procentenheter år 2010 (diagram Ö7:5).

Under perioden 2005-2010 ses en minskning för den totala 28-dagars dödligheten för personer med depression, från 57 procent år 2005 till 46 procent år 2010 (diagram Ö7:2).

Ur diagram Ö7:7 kan utläsas att dödligheten fördelar sig olika mellan landstingen. För att kunna presentera landstingsjämförelser har uppgifter för åren 2008-2010 slagits ihop.

Depression

Under perioden har drygt 4 800 personer med depressionsdiagnos under de senaste 5 åren sjukhusvårdats för akut hjärtinfarkt, varav 2 147 personer avlidit inom 28 dagar.

Dödligheten varierar påtagligt mellan landstingen. Det skiljer över 20 procentenheter mellan lägsta och högsta 28-dagars dödlighet för personer som vårdats för depression (diagram Ö7:7). I riket har männen en högre dödlighet efter infarkten än kvinnorna (diagram Ö7:9 och Ö7:10).

Bipolär sjukdom

Dödligheten inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt låg 2010 på 48 procent för personer som vårdats för bipolär sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. I riket har männen med bipolär sjukdom en högre dödlighet efter infarkten än kvinnorna. För männen ses en fluktuerande trend under perioden 2005-2010. En minskning mellan åren 2005-2006 kan ses och en påtaglig ökning i dödlighet mellan åren 2009-2010. För männen var dödligheten år 2010 drygt 70 procent och för kvinnor 37 procent. För befolkningen låg andelen på drygt 32 procent (diagram Ö7:3).

Schizofreni

Dödligheten inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt låg 2010 på drygt 50 procent för personer som vårdats för schizofreni 5 år före hjärtinfarkten.

I riket har kvinnor med schizofreni en högre dödlighet efter infarkten än männen. För kvinnor kan en ökning ses mellan åren 2008-2010. För männen ses en fluktuerande trend under perioden 2005-2010. En minskning mellan åren 2009-2010 kan ses. För kvinnor var dödligheten år 2010 drygt 63 procent och för män 34 procent. För befolkningen låg andelen på drygt 32 procent (diagram Ö7:4).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Skillnader mellan hjärtinfarktspatienter med eller utan psykisk sjukdom kan ha flera bakomliggande orsaker. Skillnader i livsstilsfaktorer och livsvillkor mellan grupperna är tänkbara orsaker till sämre hälsoutfall och mindre läkemedelsanvändning hos gruppen med psykisk sjukdom. Exempelvis kan det vara svårare att följa ordinationer eller att söka vård vid en somatisk sjukdom om man också har en psykisk sjukdom. En annan tänkbar faktor kan dock vara kvalitetsskillnader i den somatiska vårdens omhändertagande av personer med samsjuklighet i psykisk och somatisk sjukdom.

Indikatorn är justerad för åldersskillnader men inte för andra faktorer som kan påverka dödligheten. Sådana faktorer kan vara annan samtidig sjuklighet.

Bedömning av resultat

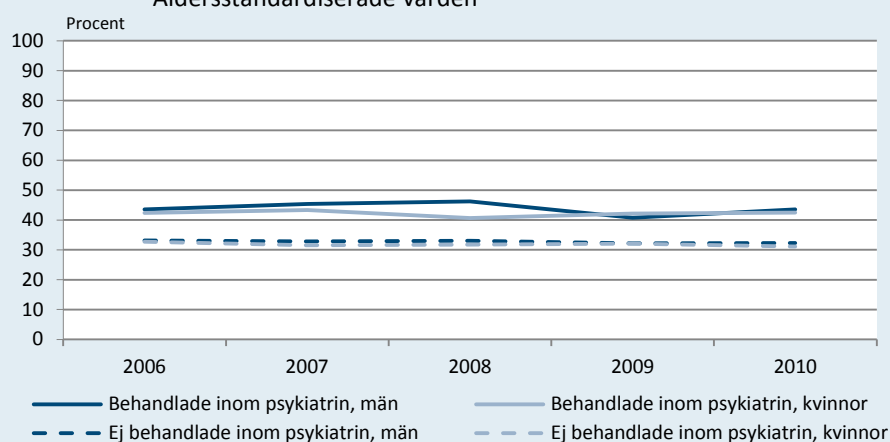
Resultaten bekräftar Socialstyrelsens tidigare redovisningar; att personer med psykisk sjukdom inte får adekvat somatisk vård i samma utsträckning

som övriga befolkningen och därför riskerar sämre hälsa, oavsett vad orsakerna till detta kan vara. Socialstyrelsen betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att nå målgruppen av psykiskt sjuka personer med somatisk sjuklighet i samma utsträckning som övriga personer med somatisk sjuklighet.

Dödligheten efter infarkt sjunker i hela landet men det finns variationer mellan länen. Det är dock svårt att dra några säkra slutsatser för enskilda år och län eftersom antal fall för de enskilda diagnosgrupperna för många län är små.

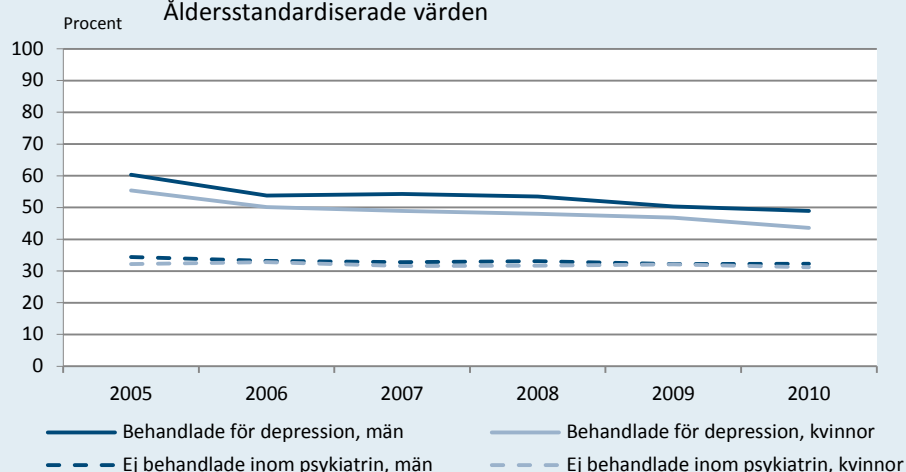
Variationen mellan högst och lägst dödlighet på landstingsnivå för personer som haft en psykiatrisk diagnos är 25 procentenheter vilket dock bedöms vara en anmärkningsvärt stor skillnad.

Diagram Ö7:1 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Personer behandlade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:2 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Personer behandlade för depression inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden

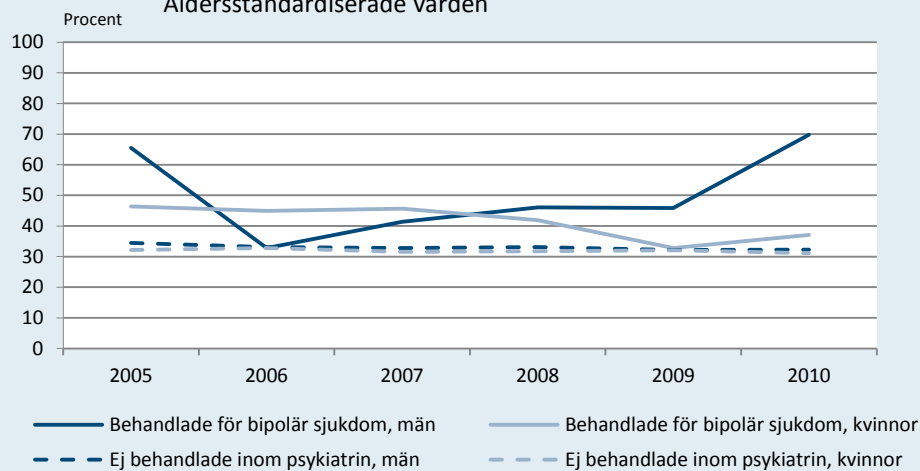


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:3 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Personer behandlade för bipolär sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten.

Riket

Åldersstandardiserade värden

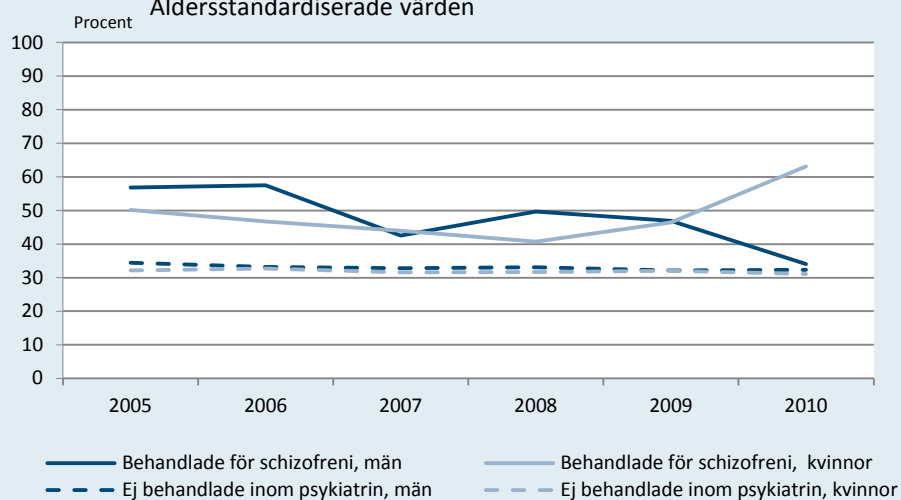


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:4 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Personer behandlade för schizofreni inom 5 år före hjärtinfarkten.

Riket

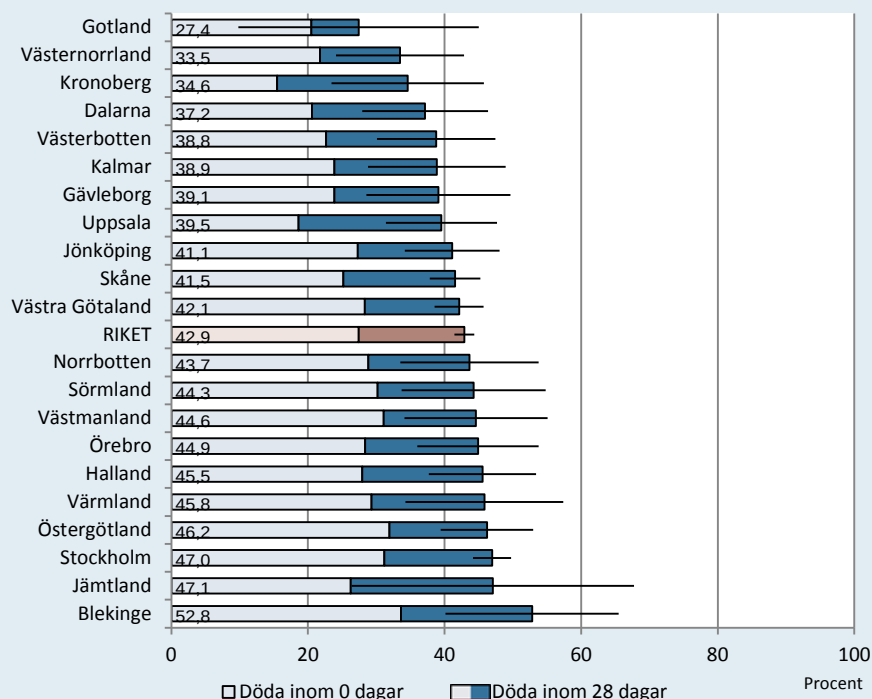
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:5
Totalt

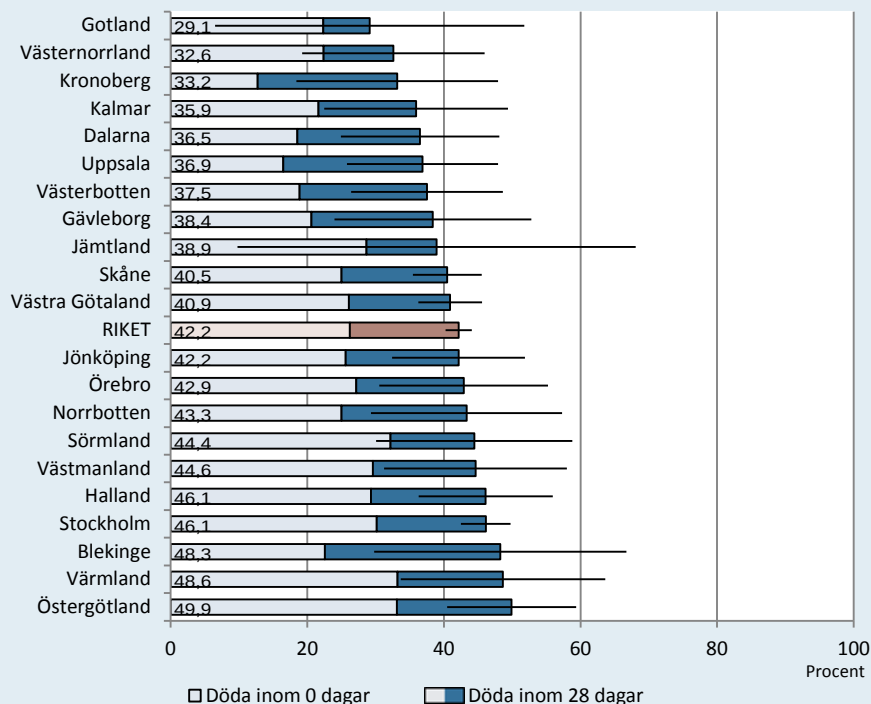
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2010. Personer behandlade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:6
Kvinnor

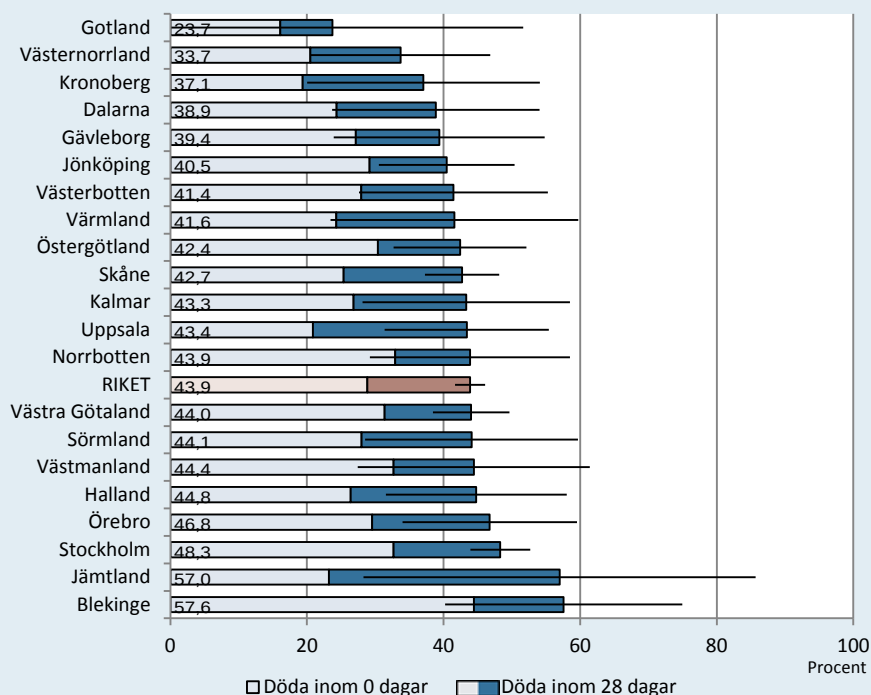
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2010. Personer behandlade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:7
Män

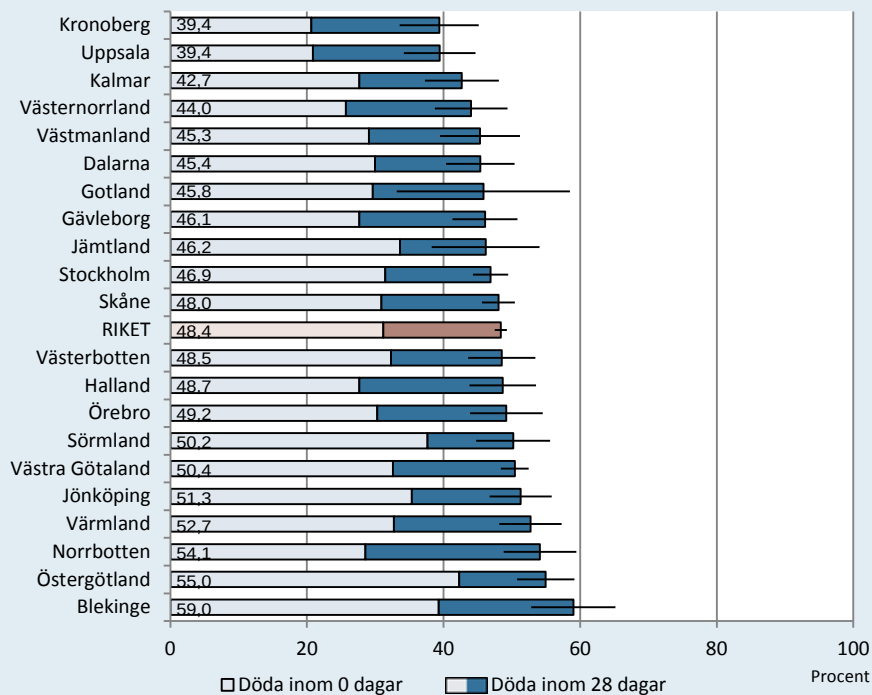
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2010. Personer behandlade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:8
Totalt

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2008-2010. Personer behandlade för depression inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden

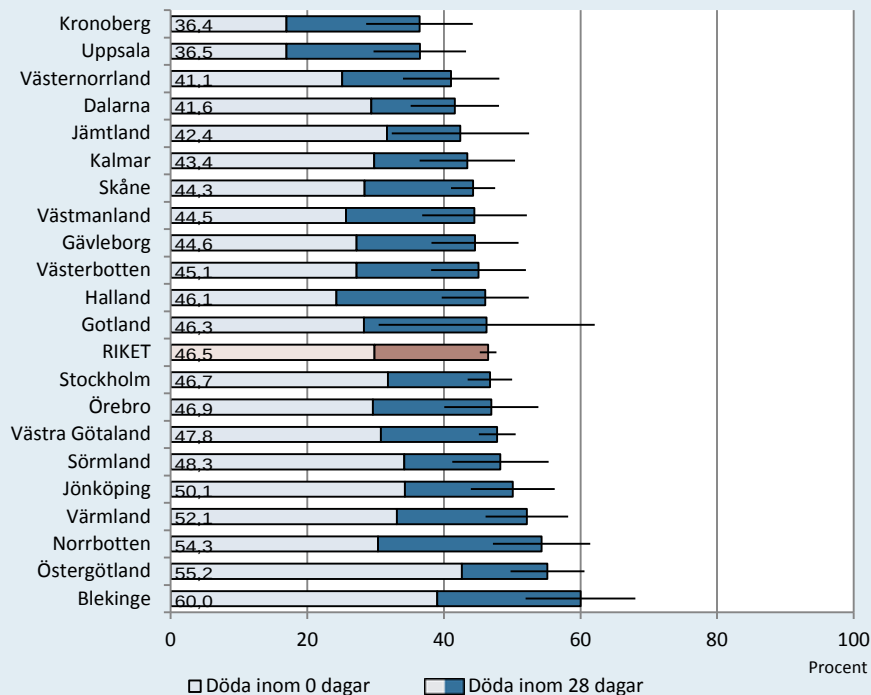


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:9 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2008-2010. Personer behandlade för depression inom 5 år före hjärtinfarkten.

Kvinnor

Åldersstandardiserade värden

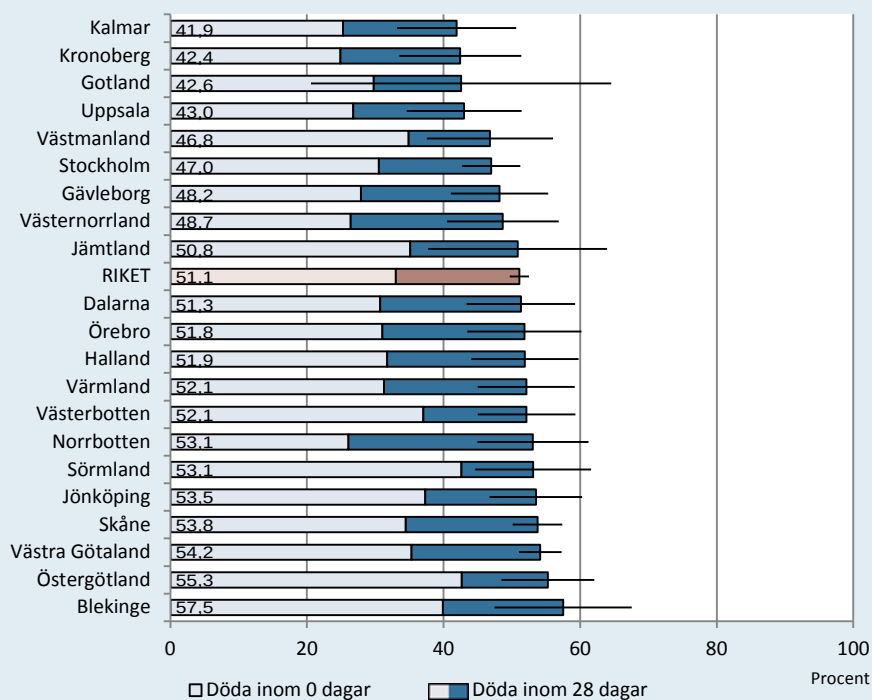


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö7:10 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2008-2010. Personer behandlade för depression inom 5 år före hjärtinfarkten.

Män

Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet efter förstagångsstroke (Ö8)

Stroke är en av våra stora folksjukdomar med svåra följder för många av dem som insjuknar. Sjukdomen, som beror på antingen blodpropp eller blödning i hjärnan, bedöms vara den vanligaste orsaken till neurologiska funktionsnedsättningar hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken i landet, efter hjärtinfarkt och cancer.

Jämfört med många andra medicinska diagnoser medför stroke en högre dödlighet, fler återinskrivningar och högre kostnader för vården [60]. Dessutom har patienter med depression en ökad överdödlighet och högre grad av återinskrivningar före strokeinsjuknandet. Samma sak gäller de patienter som utvecklar en depression under konvalescenstiden efter sin stroke [61, 62].

Patienter med stroke som redan har psykiska sjukdomar uppvisar generellt sett sämre resultat när det gäller återinskrivning, dödlighet och funktionsförmåga jämfört med strokepatienter utan psykiska sjukdomar [63].

En förklaring till detta presenterade Socialstyrelsen i en nyligen publicerad registerstudie om vård för kroppsliga sjukdomar vid samtidig psykisk sjukdom. Resultaten visar att patienter som hade psykiska sjukdomar inte får lika god vård för sina kroppsliga sjukdomar som övriga patienter. Personer med psykiska sjukdomar som insjuknar i stroke har sämre förutsättningar än övriga patienter när det gäller hälsoutfall, tillgång till vårdåtgärder och läkemedel. De löper också en förhöjd risk att dö inom sex månader efter stroke. Deras tillgång till läkemedel som sekundärprevention skiljer också ut sig negativt jämfört med övriga patienter [64].

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer i åldern 40–79 år som dött inom 28 respektive 90 dagar efter en förstagångsstroke. Jämförelsen utgår från personer som vårdats för psykisk ohälsa inom fem år före insjuknandet i en förstagångsstroke. Totalt ingår 11 100 patienter som vårdats för psykiatrisk diagnos i jämförelsen. Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen. Uppgifterna som redovisas är åldersstandardiserade.

Utfall och variation

Dödligheten inom 28 dagar efter en förstagångsstroke låg under perioden på cirka 35 procent för personer som vårdats för psykisk ohälsa någon gång under de senaste fem åren före stroke (diagram Ö8:1). Cirka 42 procent av personerna avled inom 90 dagar. Inga könsskillnader ses i riket som helhet (diagram Ö8:2).

För landstingen skiljer det 12 procentenheter mellan den högsta och den lägsta andelen strokepatienter som dör inom 28 dagar. Variationen i dödlighet inom 90 dagar är 17 procentenheter (diagram Ö8:3).

Dödlighet för personer med depression efter förstagångsstroke

Dödligheten inom 28 dagar efter en förstagångsstroke låg under perioden på cirka 40 procent för personer som vårdats för depression någon gång under de senaste fem åren före stroke. Cirka 47 procent av personerna avled inom 90 dagar (diagram Ö8:4). Inga större könsskillnader ses för riket (diagram redovisas inte).

För landstingen skiljer det 16 procentenheter mellan den högsta och den lästa andelen strokepatienter som dör inom 28 dagar. För andelen patienter som dör inom 90 dagar är skillnaden inom landstingen 11 procentenheter (diagram Ö8:4).

Dödlighet för personer med schizofreni efter förstagångsstroke

Dödligheten inom 28 dagar efter förstagångsstroke låg under perioden på drygt 57 procent för personer som vårdats för schizofreni någon gång under de senaste fem åren före stroke. Cirka 62 procent av fallen avled inom 90 dagar.

På riksnivå var skillnaden mellan män och kvinnor marginell. För landstingen skiljer det 22 procentenheter mellan den högsta och den lägsta andelen avlidna inom 28 dagar. För andelen patienter som dör inom 90 dagar är variationen mellan landstingen 18 procentenheter (diagram Ö8:5–7).

Dödlighet för personer med bipolär sjukdom efter förstagångsstroke

Dödligheten inom 28 dagar efter förstagångsstroke låg under perioden på drygt 43 procent hos män och 34 procent hos kvinnor som vårdats för bipolär sjukdom någon gång under de senaste fem åren före stroke (Ö8:8). Cirka 45 procent av fallen avled inom 90 dagar (Ö8:9).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Skillnaderna i dödlighet mellan strokepatienter med eller utan psykiska sjukdomar kan ha flera bakomliggande orsaker. Orsakerna till att personerna med psykisk ohälsa har ett sämre hälsoutfall och använder läkemedel i lägre utsträckning kan vara faktorer förknippade med den livsstil och de livsvillkor som psykisk ohälsa kan innebära. Exempelvis kan det vara svårare att följa ordinationer eller att söka vård vid en kroppslig sjukdom om man också har en psykisk ohälsa. En annan faktor kan dock vara hur vården tar hand om personer som både är psykiskt och kroppsligt sjuka.

Socioekonomiska förhållanden spelar en stor roll för risken att insjukna i stroke bland befolkningen. En klart högre risk ses bland lågutbildade arbetare jämfört med högre tjänstemän [65].

Bedömning av resultatet

Socialstyrelsen konstaterar att personer med psykisk ohälsa har sämre förutsättningar att få vård på lika villkor. Denna jämförelse visar, liksom tidigare rapporter från Socialstyrelsen, att personer med psykisk ohälsa inte får adekvat vård i samma utsträckning som övriga befolkningen för sina kroppsliga sjukdomar. Därför riskerar de sämre hälsa, oavsett vad orsakerna till detta

kan vara. En stor del av orsakerna till hjärt- och kärlsjukdomar är kända och påverkbara. Levnadsvanor som ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Högt blodtryck är den av de påverkbara riskfaktorerna som enskilt orsakar flest insjuknanden i stroke. Tidig upptäckt och behandling av högt blodtryck har en central roll i primärprevention, det vill säga förebyggande åtgärder för att förhindra stroke.

I vissa fall kan ojämn vårdkvalitet förklara den ökade överdödligheten. Hjärt- och kärlsjukdomar är relativt vanligt förekommande hos patienter med schizofreni. Socialstyrelsens registerstudier visar dock att personer med schizofreni i lägre utsträckning får invasivt icke-kirurgisk behandling, som till exempel ballongvidgning och bypassoperation [33].

Personer med psykossjukdomar får mer sällan cerebrovaskulär arteriografi eller det blodförtunnande läkemedlet warfarin efter stroke. Patienter med stroke som också har den extra bördan av en tidigare psykisk sjukdom löper ökad risk för att dö, att åter läggas in på sjukhus eller att få försämrad funktionsförmåga jämfört med patienter utan psykiska sjukdomar.

Att undersöka sambandet mellan existerande psykiska störningar och vårdresultat hos patienter med stroke kan ha positiva effekter på patientvården. Dessutom kan vetskapen om vilka specifika psykiska hälsoproblem som är förknippade med sämre hälsoutfall efter stroke hjälpa hälso- och sjukvården att behandla det särskilda tillståndet proaktivt.

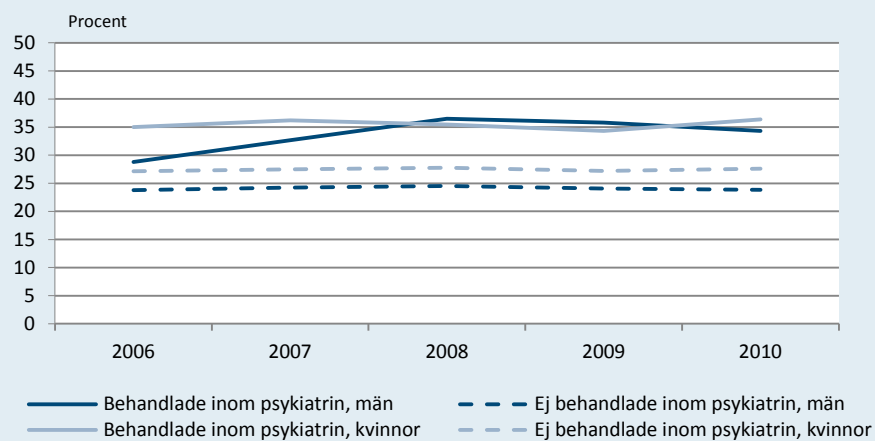
Socialstyrelsen betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att nå målgruppen personer med psykisk ohälsa och som samtidigt även har kroppsliga sjukdomar, i samma utsträckning som den övriga befolkningen.

Att undersöka sambandet mellan existerande psykiska störningar och strokeresultat kan ha viktiga konsekvenser för patientvården. Strokeresultat kan till exempel vara återinskrivningar, dödlighet, och funktionella resultat hos patienter med stroke. Att dessutom veta vilka specifika psykiska hälsoproblem som är förknippade med dessa resultat kan hjälpa hälso- och sjukvården att behandla det särskilda tillståndet proaktivt.

Socialstyrelsen betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att nå målgruppen av psykiskt sjuka personer med somatisk sjuklighet i samma utsträckning som övriga.

Diagram Ö8:1
Riket

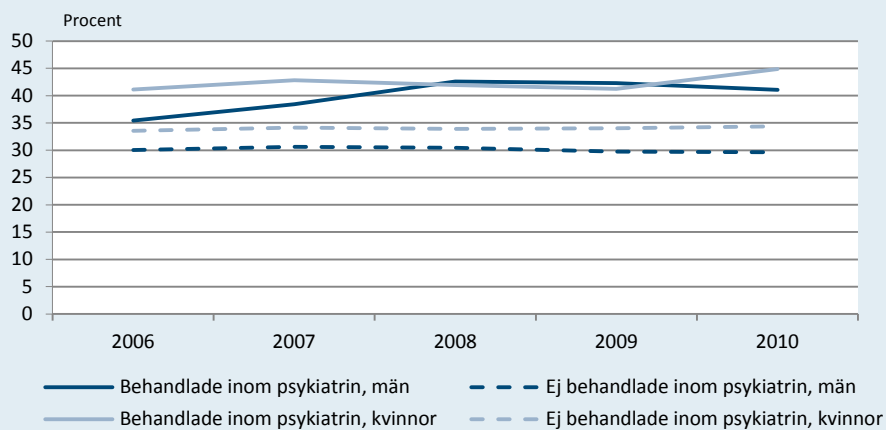
Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

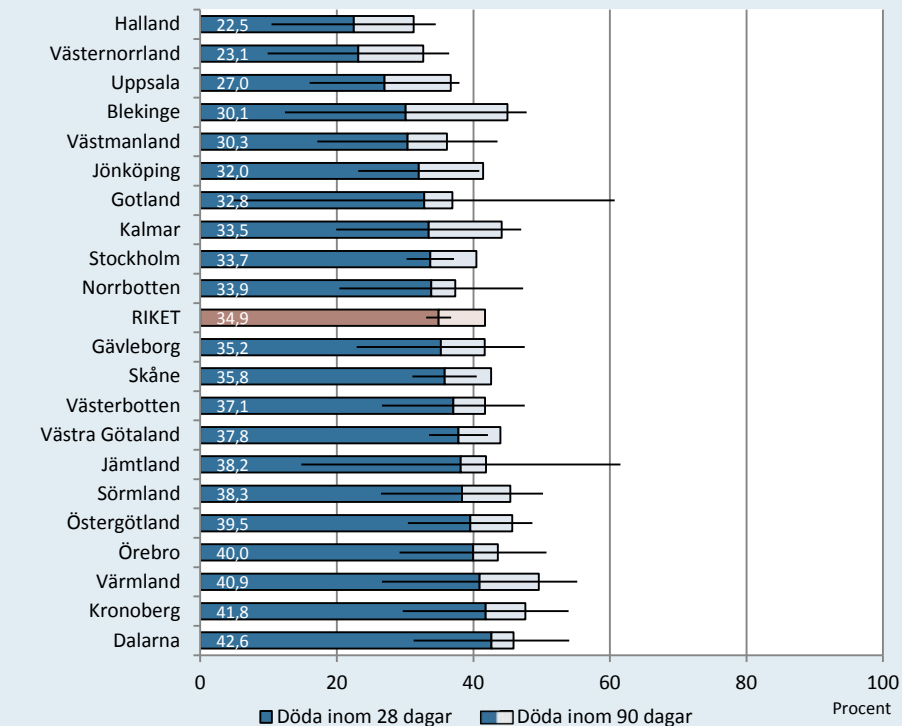
Diagram Ö8:2
Riket

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden



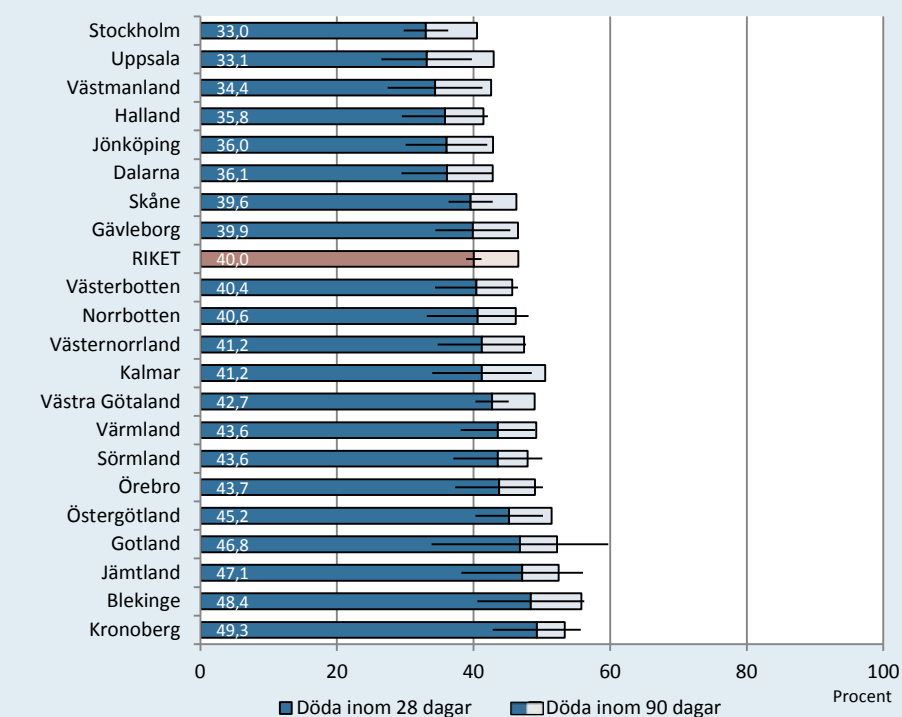
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö8:3 Dödlighet efter förstagångsstroke, 2008-2010. Personer behandlade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före förstagångsstroke. Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö8:4 Dödlighet efter förstagångsstroke, 2008-2010. Personer behandlade för depression inom 5 år före förstagångsstroke. Åldersstandardiserade värden

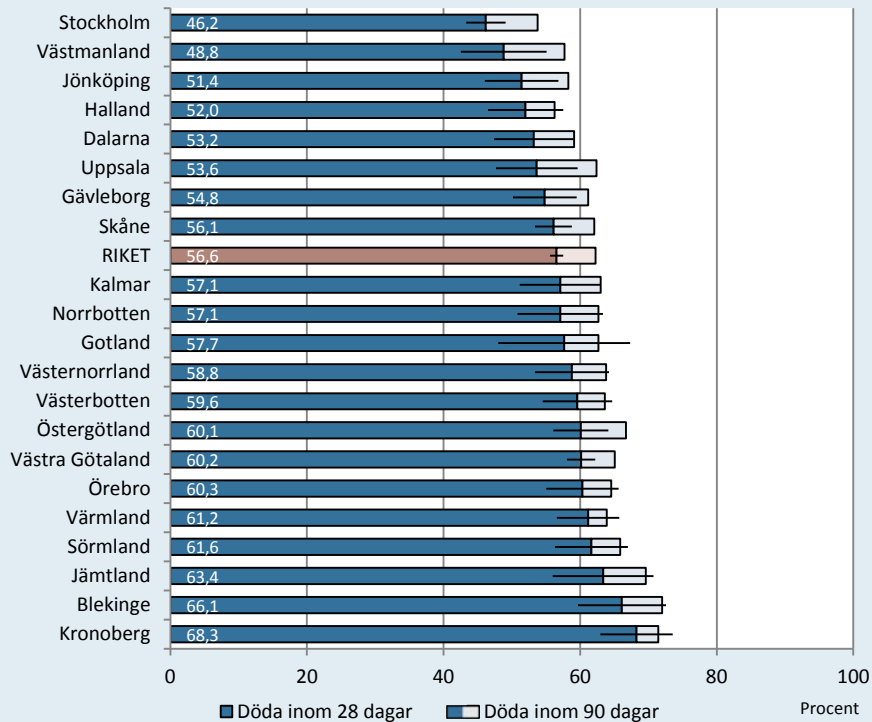


Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö8:5
Totalt

Dödlighet efter förstagångsstroke, 2008-2010. Personer behandlade för schizofreni inom 5 år före förstagångsstroke.

Åldersstandardiserade värden

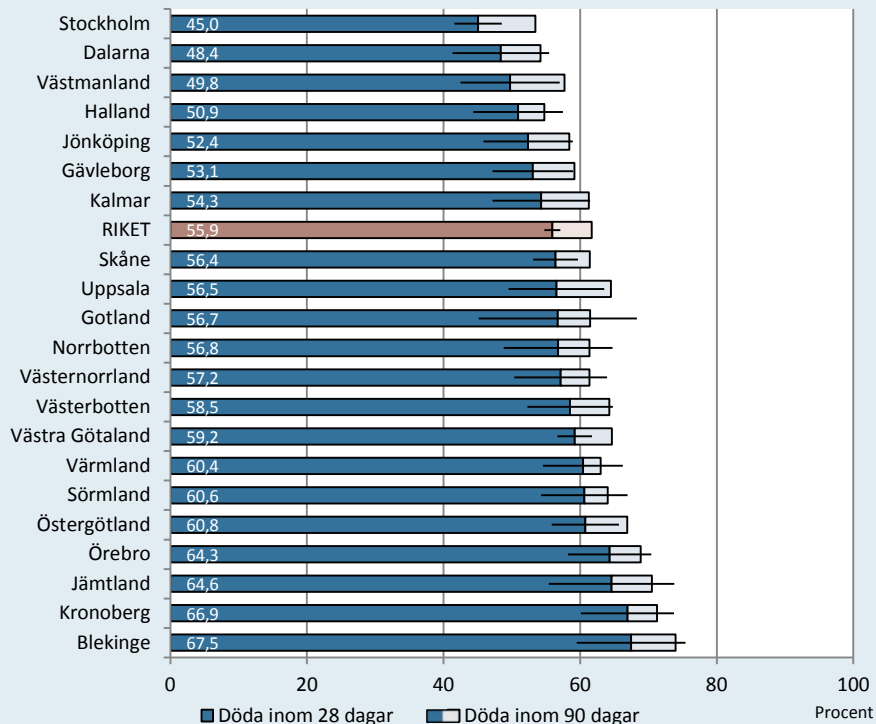


Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö8:6
Kvinnor

Dödlighet efter förstagångsstroke, 2008-2010. Personer behandlade för schizofreni inom 5 år före förstagångsstroke.

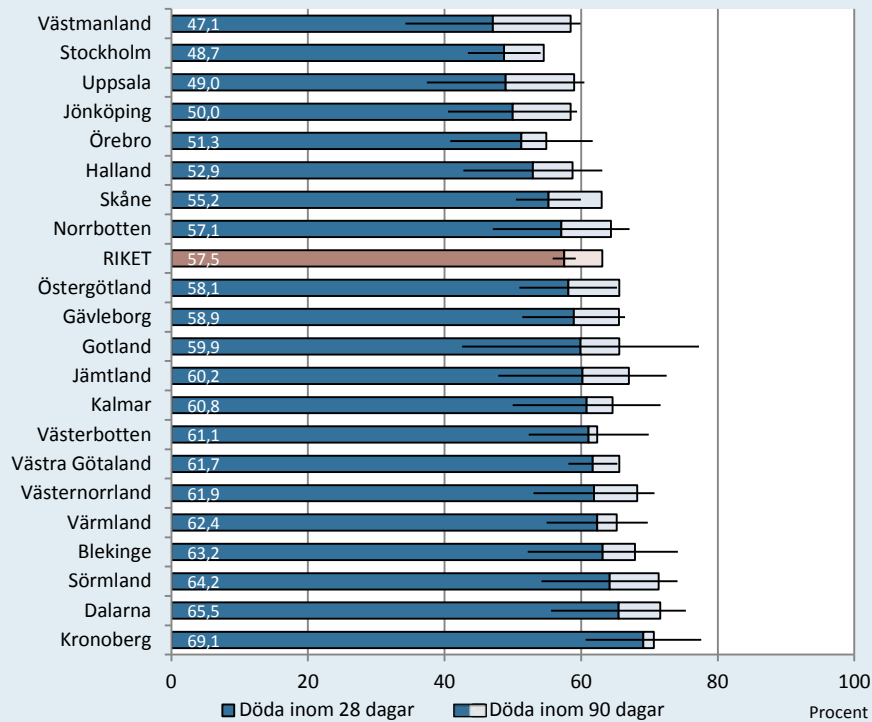
Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö8:7
Män

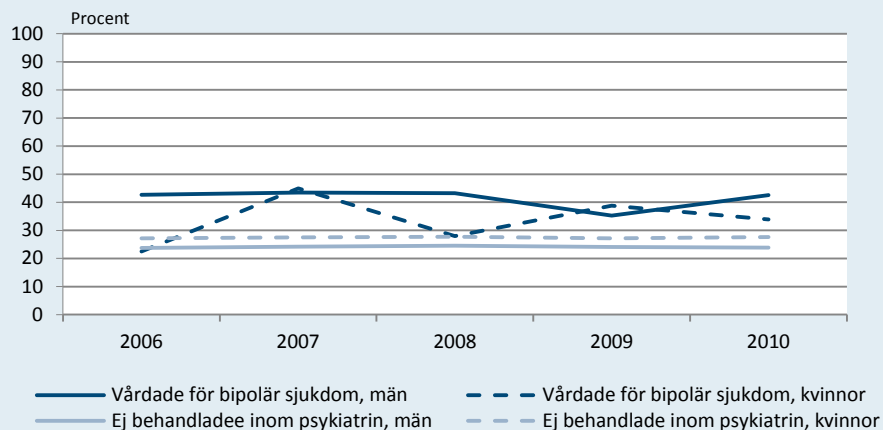
Dödlighet efter förstagångsstroke, 2008-2010. Personer behandlade för schizofreni inom 5 år före förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

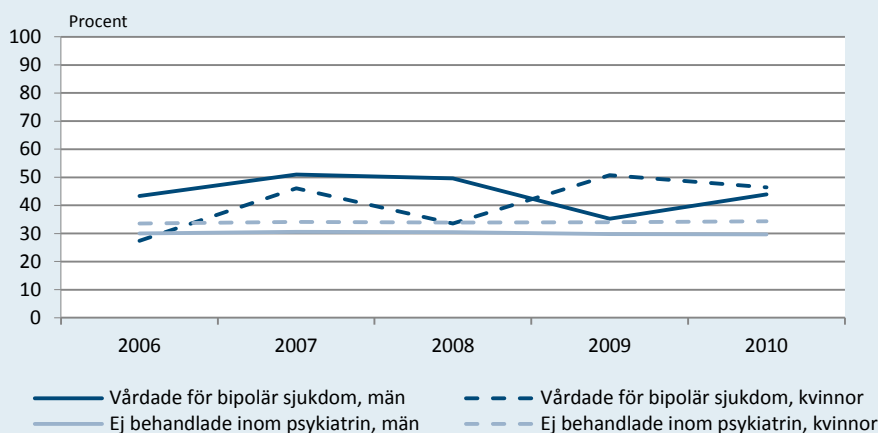
Diagram Ö8:8
Riket

Dödlighet inom 28 dagar efter förstagångsstroke. Personer behandlade för bipolär sjukdom inom 5 år före förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö8:9 Dödlighet inom 90 dagar efter förstagångsstroke. Personer behandlade för bipolär sjukdom inom 5 år före förstagångsstroke. Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen (Ö9)

Personer med allvarliga psykiska sjukdomar tycks löpa högre risk att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, sjukdomar i andningsvägarna, infektioner och vissa typer av cancer än befolkningen i stort.

Indikatorn för undvikbar slutenvård mäter effektiviteten, tillgängligheten och kvalitén i omhändertagandet för vissa specificerade sjukdomstillstånd inom öppenvården. Här utgår Socialstyrelsen från antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i öppenvården så kan vården förhindra onödiga inläggningar på sjukhus. Med måttet undvikbar slutenvård avses inläggningar på sjukhus för ett antal utvalda diagnoser.

En del av diagnoserna speglar öppenvårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga kroppsliga sjukdomar.

Vid psykiska sjukdomar har personerna ofta även andra medicinska tillstånd samtidigt, så kallad samsjuklighet. Samsjukligheten tenderar att försämra livskvaliteten och öka överdödligheten för personer med psykisk sjukdom. Det minskar också personernas delaktighet i insatser och åtgärder.

Indikatorns utformning

De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn är:

- anemi
- astma
- diabetes
- hjärtsvikt
- högt blodtryck
- kronisk obstruktiv lungsjukdom
- kärlkramp.

Utöver dessa kroniska sjukdomstillstånd ingår även några akuta tillstånd. Vid dessa tillstånd bör rätt behandling kunna förhindra att patienten måste läggas in på sjukhus, förutsatt att den ges inom rimlig tid. De akuta tillstånden som ingår är:

- blödande magsår
- diarré
- epileptiska krampanfall
- inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen
- njurbäckeninflammation
- öron-, näsa- och halsinfektioner.

Indikatorn mäter antalet personer i åldern 20-59 år som vid kroppslig sjukdom har fått slutenvård som hade kunnat undvikas. Resultatet redovisas som antal per 100 000 invånare fördelat på personer som vårdats inom psykiatrin och den totala befolkningen.

Utfall och variation

Totalt ingår cirka 115 000 patienter som någon gång vårdats i psykiatrin under åren 2005-2009. Av dem har cirka 2 400 personer vårdats inom slutenvården vid minst ett tillfälle som hade kunnat undvikas, ett så kallat undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle. I hela befolkningen var motsvarande antal 21 300 patienter med undvikbara slutenvårdstillfällen. Andelen med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är högre bland personer som vårdats för psykiatriska diagnoser. Något fler män än kvinnor har undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen: 2 201 jämfört med 2 020 per 100 000 invånare (diagram Ö9:1 och diagram Ö9:2).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Skillnaderna i undvikbar slutenvård bör tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting, och eftersom diagnossättningen och registreringen kan variera. Dessutom kan tillgången på platser i slutenvården spela in.

Bedömning av resultatet

Socialstyrelsen anser att skillnaderna mellan landstingen tyder på att det finns förutsättningar för ett förbättrat omhändertagande i öppenvården.

Vid en fördjupad analys av vissa av de sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn är det möjligt att se tydliga mönster. Ett exempel är att diabetespatienter som även har psykisk ohälsa i högre grad riskerar att drabbas av ett undvikbart vårdtillfälle än diabetespatienter utan psykiska sjukdomar. Indikator Ö6 visar att diabetespatienter med psykiska sjukdomar (förutom ångestsjukdomar) i lägre grad blir behandlade med blodfettssänkande läkemedel än de utan psykiska sjukdomar. Flera indikatorer i denna rapport visar också på en stor överdödlighet hos psykiskt sjuka personer som samtidigt även har kroppsliga sjukdomar, som till exempel diabetes.

Det finns skäl att tolka resultatet som att kvaliteten i vården av personer med psykiska sjukdomar är ojämn. Detta är också en trolig förklaring till den ökade risken som dessa personer löper att bli inlagda i slutenvården i onödan, på grund av sina kroppsliga sjukdomar. Personer med psykiska sjukdomar tenderar att underdiagnostiseras och underbehandlas om de samtidigt har en kroppslig sjukdom.

Personer med långvariga psykiska sjukdomar kan naturligt ha sämre förutsättningar att upprätthålla en god fysisk hälsa och att sköta sina fysiska vårdbehov. Detta på grund av olika faktorer som ofta följer på psykisk sjukdom. Exempel på sådana faktorer är kognitiv nedsättning, social isolering och brist på familjestöd, självförsummelse, bristande motivation och socioekonomiska faktorer.

Att påverka dessa faktorer kan bidra till att lösa ojämlikheten i hälsoresultatet för personer med psykisk sjukdom. Stöd och anpassningar i vardagen behövs för att kompensera för olika typer av funktionsnedsättningar. Förbättrade levnadsvanor är också betydelsefullt för denna patientgrupp.

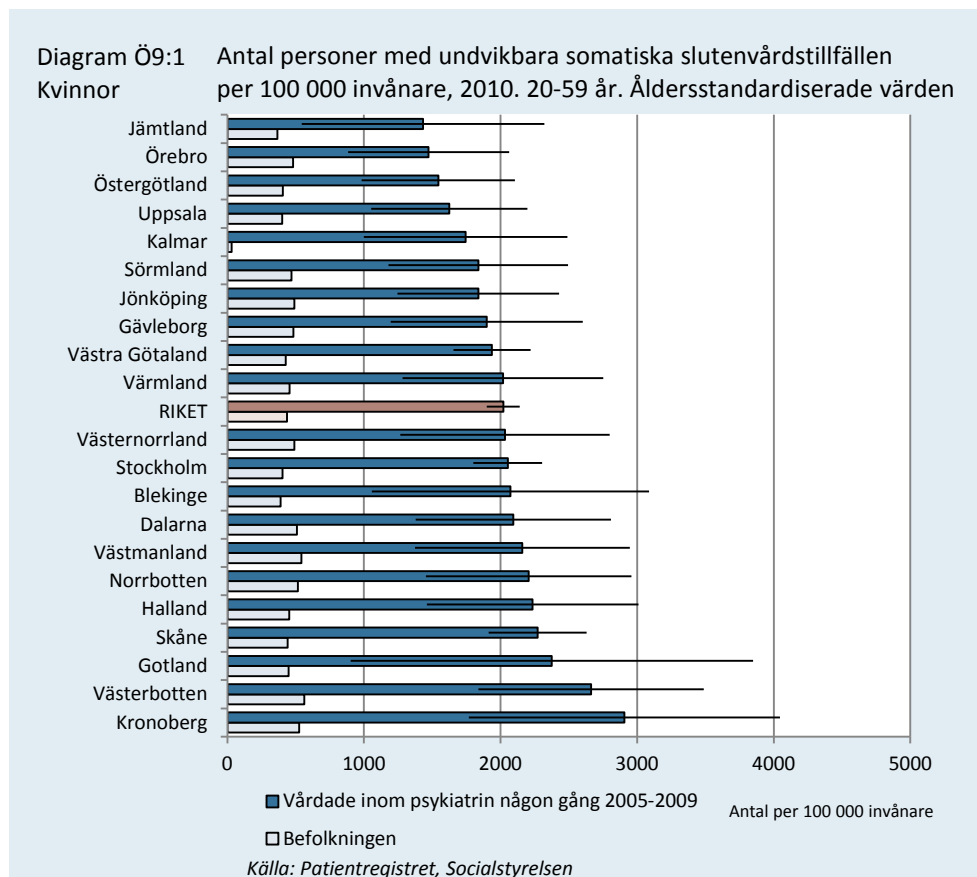
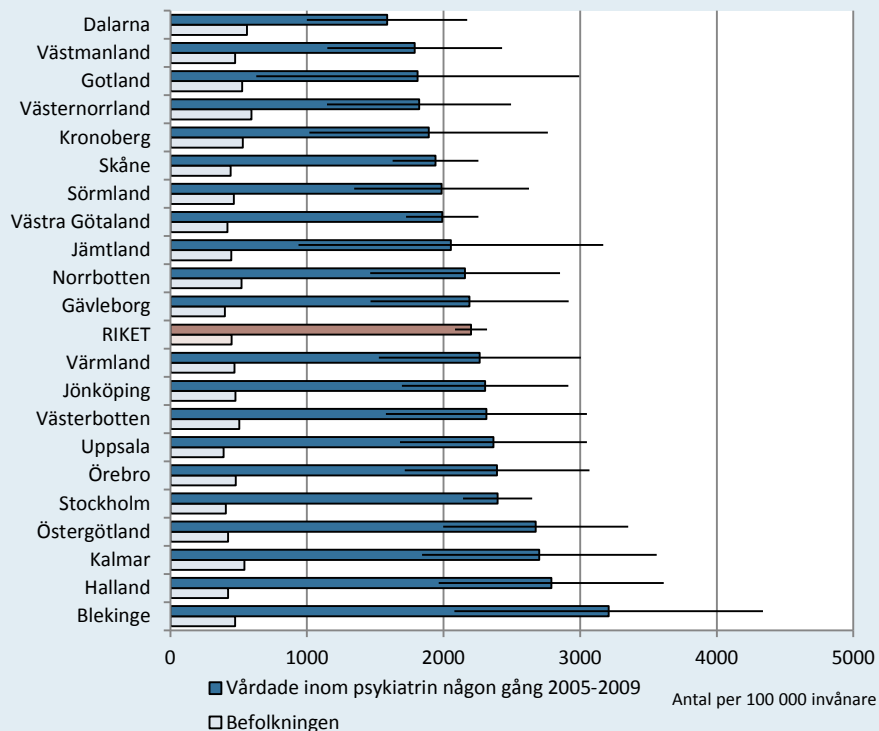


Diagram Ö9:2
Män

Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen
per 100 000 invånare, 2010. 20-59 år. Åldersstandardiserade värden



Primärvårdens och psykiatrins organisation och struktur

Detta kapitel ger en övergripande bild av landstingens organisation av primärvården och den specialiserade psykiatrins öppen- och slutenvård, samt vårdens resurser och struktur. I kapitlet redovisas även vårdkonsumtion på en övergripande nivå.

Primärvård

Primärvården definieras i hälso- och sjukvårdslagen som en del av öppen-vården som utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens tekniska och medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvården utgör basen för det svenska sjukvårdssystemet. De grundläggande inslagen är:

- mottagningsverksamhet (det vill säga öppenvård)
- jour
- hembesök
- individprevention
- samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan
- kvalitetssäkring.

Primärvårdens huvuduppgift är att utreda, behandla och kontrollera sjukdomar, samt behandla skador som inte kräver sjukhusvård. Vidare ingår det att organisera vården så att den enskilde vid behov kan nå vården dygnet runt samt att hjälpa den enskilde att få sådan vård och behandling som primärvården inte själv kan erbjuda.

Primärvården ska även samverka med andra service- och vårdgivare liksom med arbetsplatser, Försäkringskassan och andra myndigheter när det är av betydelse för den enskilda patienten eller ur folkhälsosynpunkt.

Första linjens vård

Patienternas första kontakt med vården, den så kallade första linjens vård, kan vara till exempel primärvården, skolhälsovården och företagshälsovården. Den största andelen av de vuxna och äldre som drabbas av nedstämdhet och depression, eller oro och ångest, söker och får sin behandling inom primärvården. Detta är huvudskälet till att Socialstyrelsen lägger tonvikten på ett effektivt omhändertagande av personer med psykisk ohälsa på denna vårdnivå.

Människor som drabbas av bipolär sjukdom och schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandlas i huvudsak inom den psykiatriska vården när det gäller psykiska besvär. Primärvården har huvudansvaret för flera patientgrupper med långvariga och komplexa vårdbehov och står för drygt hälften av de vårdinsatser som ges inom hälso- och sjukvården. Totalt gjordes 14,4 miljoner läkarbesök under 2011. Primärvården står för cirka 17 procent av den totala nettokostnaden för hälso- och sjukvården. År 2010 fanns det 1 181 vårdcentraler varav 475 drevs i privat regi [66]. Antalet vårdcentraler uppgick till 1 197 år 2011. Av dessa drevs 497 i privat regi [67]. Tabell 16 visar antal vårdcentraler, regi och tillgången till läkare.

Tabell 16 Antal vårdcentraler, regi och tillgången till läkare år 2011

Huvudman	Egen produktion							Annan vård-givare	Totalt
	Vårdcentraler med								
	1 läkare	2 läkare	3 läkare	4 läkare	5 - 10 läkare	11 - läkare	Totalt	Totalt	
Stockholm	2	2	6	9	40	11	70	131	201
Uppsala	1	2	4	2	13	0	22	22	44
Sörmland	0	0	0	2	13	2	17	9	26
Östergötland	0	4	2	5	22	1	34	8	42
Jönköping	0	5	7	2	17	0	31	21	52
Kronoberg	1	9	2	2	8	0	22	11	33
Kalmar	0	7	7	5	8	0	27	17	44
Blekinge	0	1	0	2	10	0	13	10	23
Skåne	1	5	8	20	52	1	87	63	150
Halland ¹							24	24	48
Västra Götaland	2	16	24	29	49	0	120	105	225
Värmland	1	5	4	3	13	2	28	9	37
Örebro	5	1	2	3	12	3	26	4	30
Västmanland	1	1	2	1	7	0	12	19	31
Dalarna	1	4	2	7	14	0	28	3	31
Gävleborg	2	3	10	2	10	0	27	13	40
Västernorrland	0	2	4	7	8	0	21	10	31
Jämtland	1	5	5	4	7	0	22	5	27
Västerbotten	4	3	2	4	15	3	31	6	37
Norrbottn	5	2	6	4	13	2	32	5	37
Gotland	0	2	1	0	3	0	6	2	8
RIKET	27	79	98	113	334	25	700	497	1 197

¹ Totalsiffrorna för vårdcentraler uppdelat efter antal läkare inkluderar inte Halland som inte lämnat denna uppgift.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges läkarförbund publicerade våren 2013 en undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Hösten 2012 fanns det enligt undersökningen drygt 1 160 vårdcentraler i landet. Av dessa var 41 procent privata. Hösten 2012 fanns 4 781 specialistläkare i den svenska primärvården omräknade till

heltider, 85 procent av dessa var fast knutna till verksamheten, medan 15 procent arbetade på vikariat tänkta att vara längre än en månad. Av dessa specialistläkare i primärvården var drygt 95 procent allmänläkare [68].

Primärvårdens struktur

I denna utvärdering har Socialstyrelsen även kartlagt primärvårdens struktur och omhändertagande av personer med psykiska sjukdomar. Hösten 2011 begärde Socialstyrelsen landstingen om hjälp att få tillgång till aktuella e-postadresser till landets primärvårdsenheter. En vårdenheter kan till exempel vara en vårdcentral, hälsocentral, mottagning eller motsvarande. En sådan enhet kan drivas av landstinget, i privat regi eller av någon annan aktör:

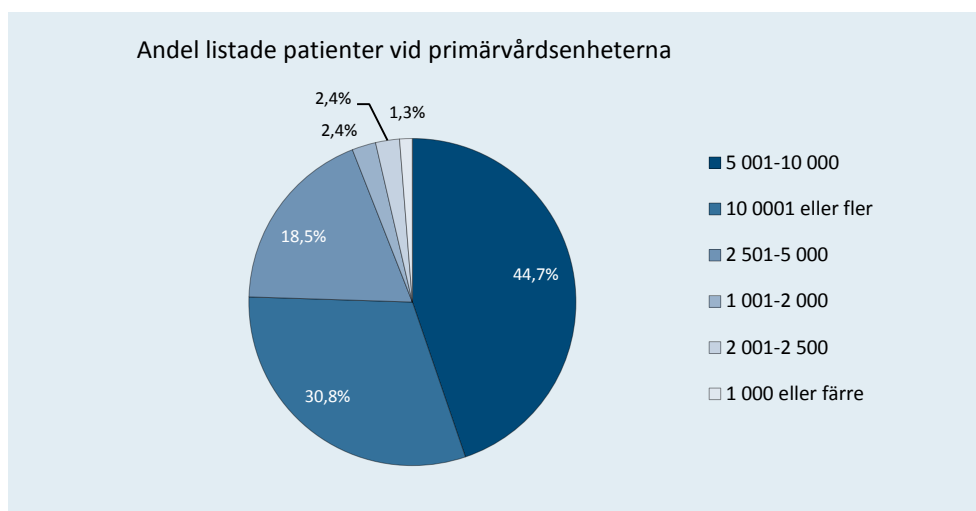
- landstingsregi innebär att enheten drivs som en del av landstingets egen verksamhet
- privat regi betyder att vårdenheter bedrivs privat med antingen ett vårdavtal eller något annat avtal
- övriga aktörer kan vara enskilda utförare, landstingsägda bolag, stiftelser, kooperativ och organisationer.

Socialstyrelsen fick efter förfrågan till landstingen tillgång till 1 079 adresser. En enkät skickades våren 2012 till samtliga primärvårdens enheter, och svarsfrekvensen var 60 procent. I detta avsnitt redovisas de enkätsvar som berör de nationella riktlinjerna och vården för personer med psykiatrisk diagnos.

Enkätsvaren visar att 40 procent av vårdenhetererna var i privat regi under det första kvartalet 2012.

I figur 15 redovisas hur många listade patienter som fanns vid primärvårdsenheter den 31 januari 2012. Figuren illustrerar storleken på patientunderlaget vid primärvårdsenheter. Resultatet visar att majoriteten av primärvårdsenheter hade fler än 2 500 patienter listade.

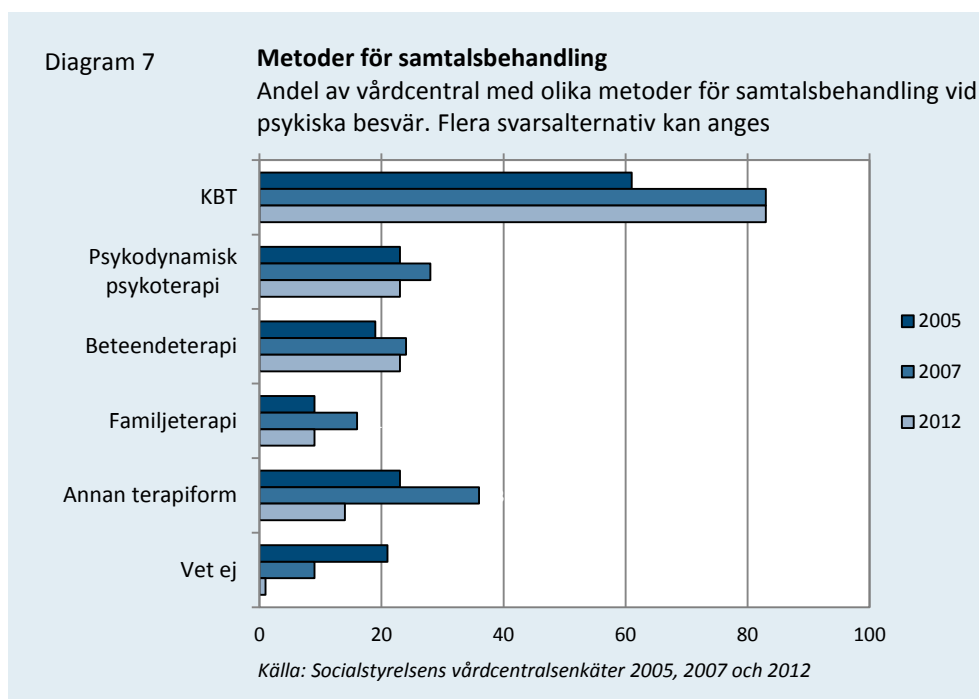
Figur 15. Andel listade patienter vid primärvårdsenheterna 31 januari 2012.
Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Tillgången till psykologisk behandling

En tidigare praxisundersökning bland läkare i primärvården som Socialstyrelsen gjorde i samarbete med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), visades att drygt var tredje patient som fick recept på läkemedel mot psykisk ohälsa också ordinerades någon form av stödsamtal. Ungefär hälften av verksamhetscheferna i primärvården uppgav 2005 att de hade möjlighet att erbjuda samtal med kognitiv inriktning, men var femte verksamhetschef kände inte till vilka typer av samtalsbehandlingar som verksamheten kunde erbjuda. Hösten 2007 var motsvarande siffra 9 och i 2012 års undersökning var den 1 procent [69, 70].

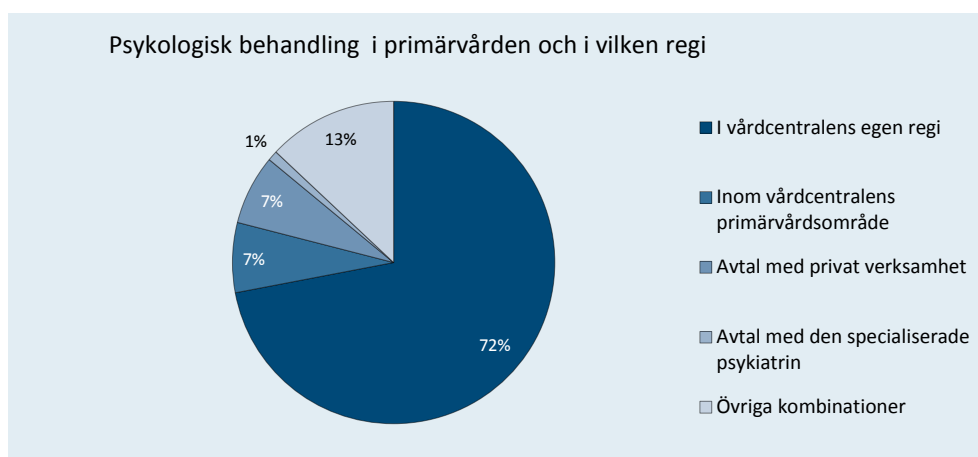
Vilka är då de psykologiska behandlingar som ges idag i primärvården? I Socialstyrelsens kartläggning framgick det att kognitiva beteendeterapeutiska insatser (KBT) vid samtalsbehandling dominerade primärvården (83 procent). Andelen vårdcentraler som uppgav möjligheten att ge KBT var lika stor 2012 som vid föregående undersökning Socialstyrelsen genomförde 2007. De andra psykoterapiformerna som återfinns i primärvården är psykodynamisk psykoterapi (23 procent) och beteendeterapi (23 procent) (diagram 7). Interpersonell psykoterapi (IPT) gavs vid 3 procent av primärvårdsenheterna och 9 procent hade möjlighet att bedriva familjeterapi. Av vårdcentralerna uppger 9 procent att annan eller andra terapiformer ges. Bland de övriga inriktningarna finns till exempel mindfulness och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Av dessa 9 procent är det 7 procent som uppger stödjande samtal som en annan samtalsbehandling vid vårdcentralen.



Enligt 2012 års undersökning hade totalt 83 procent av primärvårdsenheterna tillgång till psykologisk behandling (figur 16). Skillnaderna mellan primärvårdsenheterna i offentlig och privat drift var små. Av enheter som hade tillgång till psykologisk behandling uppgav 72 procent att de erbjuder patienterna psykologisk behandling i egen regi. Det var 7 procent av enheterna som hade tillgång till psykologisk behandling inom sitt primärvårdsområde. Drygt 1 procent uppgav att de hade tillgång till psykologisk behandling genom avtal med den specialiserade psykiatri och 7 procent uppgav att de hade avtal med någon privat verksamhet. Dessutom uppgav 13 procent av enheterna att de hade tillgång till psykologisk behandling genom egen regi och genom olika avtal med privata vårdgivare, psykiatri och resurser inom primärvårdsområde. Det var alltså 28 procent av primärvårdsenheterna som köpte psykologisk behandling.

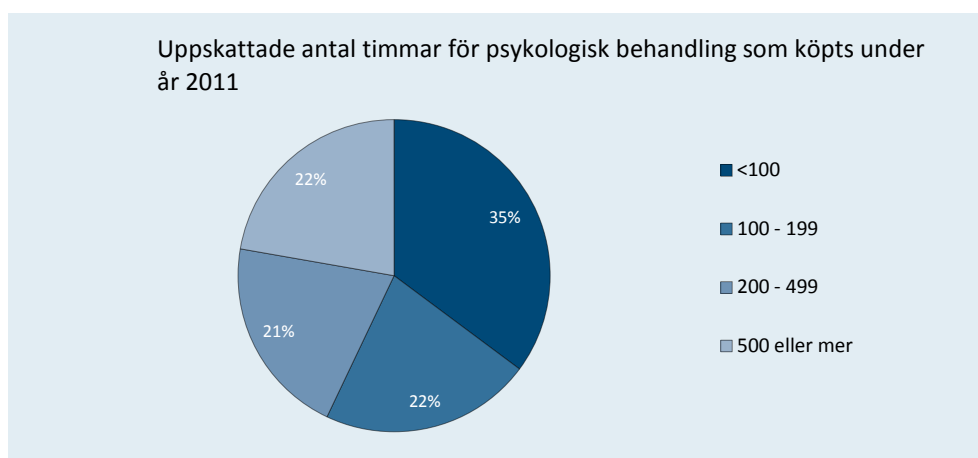
Flera av de primärvårdsenheter som inte erbjöd psykologisk behandling angav som huvudskäl att de saknade personalresurser, att det rädde brist på psykoterapeuter, att det inte krävdes för att få bedriva vård och att andra professioner var anställda för att utföra den psykologiska behandlingen.

Figur 16 Psykologisk behandling i primärvården och i vilken regi. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



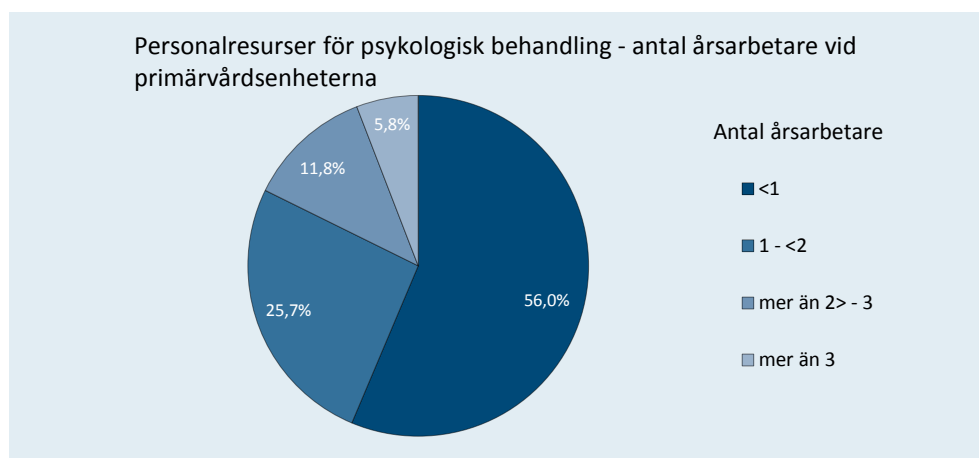
I figur 17 redovisas det uppskattade antalet timmar psykologisk behandling som köptes in under 2011. 35 procent av primärvården uppskattade att de under 2011 köpte mindre än 100 timmar. Av primärvårdsenheterna uppskattade 22 procent att det köpte 500 timmar eller mer för psykologisk behandling.

Figur 17 Psykologisk behandling – andel primärvårdsenheter som uppskattat antal timmar som köpts under 2011. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



I figur 18 redovisas hur mycket personalresurser för psykologisk behandling primärvårdsenheterna antingen hade själva, eller hade tillgång till inom sitt primärvårdsområde den 31 januari 2012. Det var 56 procent av enheterna som hade mindre än en årsarbetare, vilket motsvarar mindre än en heltidsanställd resurs för psykologisk behandling. Antal årsarbetare räknas fram med hjälp av faktisk sysselsättningsgrad.

Figur 18 Personalresurser för psykologisk behandling – andel primärvårdsenheter som har antal anställda uttryckt i antal årsarbetare. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Den vanligaste yrkeskategorin för som ger psykologisk behandling vid vårdcentralerna är kuratorer (tabell 17). Det var 73 procent av de vårdcentraler som uppgav att de hade resurser för psykologisk behandling som hade kuratorer anställda. Knappt hälften (48 procent) av vårdcentralerna hade en psykolog anställd. Drygt 15 procent hade specialistsjuksköterskor i psykiatri anställda. Av vårdcentralerna var det 15 procent som hade personal ut en annan vårdgivarkategori anställda för att ta hand om den psykologiska behandlingen, till exempel skötare, sjukgymnast och andra yrkesgrupper som coach och mentor. Fyra procent av vårdcentralerna uppgav att de hade specialistläkare i psykiatri anställda.

Tabell 17 Personalresurser för psykologisk behandling, angivet i procentuell andel vid vårdcentralerna

Antal årsarbetare	Psy- kolog	Kurator	Specia- list- sjukskö- terska i psykiatri	Specia- listläkare i psykiatri	Husläkare med särskild psyko- terapeutisk kompetens	Annan vårdgi- vare
Ingen	52	27	86	96	96	85
Färre än en årsarbetare	26	31	6	3	2	7
1 årsarbetare	15	28	6	1	1	5
Mellan 1 - 2 årsarbetare ¹	6	11	1	0	<1	2
Fler än 2 årsar- betare	1	3	1	0	<1	1

¹ Avser fler än en heltidsanställd (>1.0 årsarbetare)

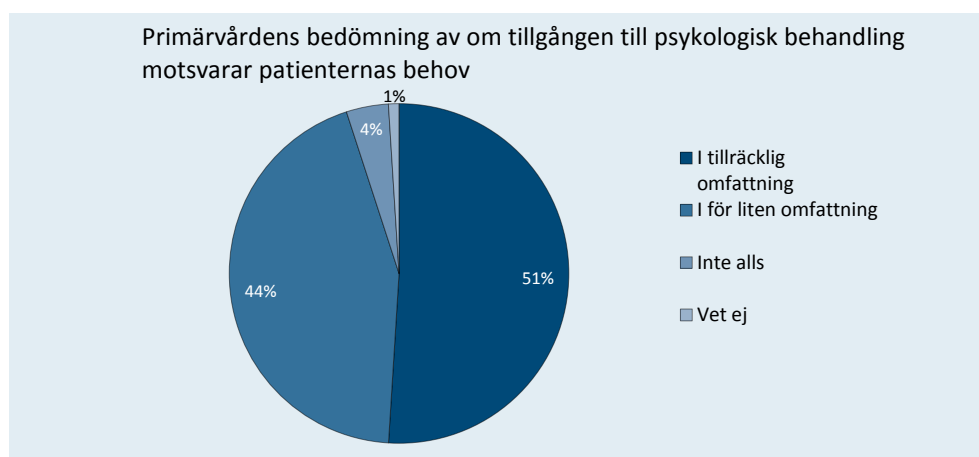
Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012

Drygt hälften (51 procent) av vårdcentralerna i 2012 års undersökning bedömde att tillgången till psykologisk behandling motsvarade patienternas

behov, medan knappt hälften (48 procent) uppgav att den var i för liten omfattning eller inte alls motsvarade patienternas behov (figur 19). I 2007 års undersökning svarade 22 procent av alla primärvårdsenheter att tillgången till psykologisk behandling var tillfredställande.

Figur 19. Primärvårdens bedömning av tillgången till psykologisk behandling

Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Bedömningar av självmordsrisker

För att kunna upptäcka självmordsnära personer i tid är det viktigt att personal på alla vårdnivåer är uppmärksam på dessa tillstånd, både i samband med diagnostik och pågående behandling. I den diagnostiska processen ingår det att göra en strukturerad bedömning av självmordsrisken. Med en strukturerad bedömning av självmordsrisken menar Socialstyrelsen att bedömningen alltid sker på ett likartat sätt och enligt en viss struktur. Åtgärden har fått högsta prioritet i de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom. Hälso- och sjukvården ska genomföra en strukturerade bedömningar av självmordsrisken när det finns misstanke om risk för självmord, och i dessa fall genomföra en fördjupad psykiatrisk bedömning av självmordsrisken.

10 procent av primärvårdsenheterna som hade strukturerade mallar för självmordsbedömning och 60 procent har vårdprogram för självmordsriskbedömningar. Av enheterna uppgav 30 procent att man saknar rutiner för strukturerade självmordsriskbedömningar (tabell 18).

Tabell 18 Rutiner vid primärvårdsenheterna för självmordsbedömning

	Andel av vårdcentralerna (%)
Strukturerade mallar	10
Vårdprogram	60
Saknar rutiner	30

Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012

I primärvården följer 80 procent av primärvårdsenheterna upp eventuella självmord hos personer som har kontakt med vårdcentralen. Den vanligaste förekommande rutinen inom primärvården är avvikelshantering vid ett inträffat självmord, och närmare 60 procent uppgav att de har en sådan rutin (tabell 19). Socialstyrelsens definition av avvikelshantering är ”rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna”. Det var 20 procent av primärvårdsenheterna som uppgav att de inte följer upp eventuella självmord som inträffat i anslutning till pågående vård.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att ett systematiskt arbete ska användas för att utveckla och säkra samtliga krav och mål som gäller för verksamheten.

Tabell 19 Uppföljning av eventuella självmord

Metoder ¹	Andel av vårdcentralerna (%)
Avvikelsehantering/händelseanalyser	60
Återkommande fallseminarium	10
Kvalitetssäkringsprojekt	0
Åtgärdsplaner	20
Annat	10
Inga åtgärder görs	20

¹Flera metoder kan förekomma per vårdenhet

Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012

Kroppslig undersökning av personer med psykisk sjukdom

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning riskerar sämre kroppslig (somatisk) hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt [31-34]. Personer med bipolärt syndrom och schizofreni uppvisar också i högre grad än befolkningen i övrigt metabola avvikelser, till exempel övervikt, diabetes eller förhöjda blodfetter, samt en ökad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom. Hälso- och sjukvården har därmed en viktig roll att förebygga och handlägga metabol risk hos dessa personer.

Arbetet kan övergripande delas upp i primär- och sekundärprevention. Med primärprevention menas åtgärder som avser att förhindra eller skjuta upp ett insjuknande hos friska individer, till exempel förhindra uppkomsten av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Det kräver strategier och ett systematiskt arbetssätt för att lyckas med primärprevention. Hälsoprofiler och hälsosamtal där huvudfokus ligger på en dialog kring levnadsvanor är viktig för målgruppen, och uppföljningen av levnadsvanor har en stor betydelse i det primärpreventiva arbetet. Med sekundärprevention menas åtgärder för att tidigt identifiera en metabol störning i syfte att förhindra eller försena en fortsatt sjukdomsprocess, och därmed undvika att personen ökar signifikant i vikt eller utvecklar diabetes.

Det saknas i dag övergripande nationella riktlinjer som omfattar ansvarsfördelningen för metabol risk mellan primärvård och psykiatri. Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) har tillsammans med flera yrkesföreningar inom medicinområdet tagit fram kliniska riktlinjer, *Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom* [71].

Drygt 40 procent av vårdcentralerna uppgav att de utförde kroppsliga provtagningar och undersökningar av personer som besöker vårdcentralen med depression och ångestsjukdom. Blodsockerkontroll var den vanligaste undersökningen (39 procent) (tabell 20). Av dessa vårdcentraler var det 60 procent som utförde blodsockerkontrollen en till två gånger per år, och 26 procent uppgav att de kontrollerade patientens vikt. Av de som kontrollerade patienternas vikt uppgav 71 procent att de följde upp vikten en till två gånger per år.

Tabell 20 Kroppsliga undersökningar för personer med depression och ångest

Undersökning	Andel av vårdcentralerna (%)
Blodsockerkontroll	39
Viktkontroll	26
Kontroll av midjemått	13
Kontroll av blodfetter	13
Kontroll av blodtryck	22

Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012

Personer med schizofreni har avsevärt högre kroppslig sjuklighet, bland annat dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och komplikationer orsakade av diabetes, än befolkningen.

Socialstyrelsens kartläggning visar att drygt 20 procent av vårdcentralerna uppgav att de utförde kroppsliga provtagningar och undersökningar för personer med schizofrenisjukdom. Av dessa var blodsocker kontroll (20 procent) den vanligaste undersökningen (tabell 21), och den genomfördes en till två gånger per år vid 75 procent av de vårdcentraler som uppgav att man kontrollerade blodsockret. Resultatet visar att schizofreni patienter har därmed lägre omhändertagande i primärvården än personer med depression och ångestsjukdomar. Ansvar för den kroppsliga hälsan för personer med psykisk sjukdom läggs på den specialiserade psykiatrin. Nästan 70 procent av

primärvårdscheferna uppger att ansvaret ligger på psykiatrin att förebygga och handlägga metabola risker för denna patientgrupp. Socialstyrelsens bedömer att varje landsting behöver ta ansvar för fungerade samarbetsformer för denna patientgrupp. Varje psykiatrisk verksamhet bör initiera en dialog eller formaliserad överenskommelse med den lokala primärvården om hur dessa patienter ska skötas och hur ansvarsfördelningen ser ut. Primärvårdens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen att som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering.

Tabell 21 Kroppsliga undersökningar för personer med schizofreni

Undersökning	Andel av vårdcentralerna (%)
Blodsockerkontroll	20
Viktkontroll	16
Kontroll av midjemått	8
Kontroll av blodfetter	8
Kontroll av blodtryck	12

Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012

Bristen på uppgifter om vårdkonsumtion

Patientregistret inkluderar inte uppgifter från primärvården, och därför finns det i dag ingen fullständig bild av hälso- och sjukvårdens patientkontakter, diagnospanorama eller vårdåtgärder. För närvarande finns heller inga lagstadgade möjligheter att på nationell nivå samla in personnummerbase-
rade patientuppgifter för primärvården.

Våren 2012 presenterade Socialstyrelsen ett förslag om att det befintliga patientregistret för sluten och öppen specialiserad vård skulle utökas med personnummerbaserade uppgifter om läkarbesök i primärvården. Syftet med en sådan utökning är att ge underlag för statistik och forskning samt att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra primärvården.

Totalt gjordes drygt 14 miljoner läkarbesök inom primärvården under 2011, vilket motsvarar 1,56 besök per invånare.

Kartläggning om förutsättningar att lämna uppgifter

Socialstyrelsen genomförde i slutet av 2011 en kartläggning för att undersöka förutsättningarna för en nationell insamling av patientuppgifter i primärvården [72]. En enkät skickades till landstingen och regionerna i december 2011 för att kartlägga deras förutsättningar att rapportera in till patientregistret.

När det gäller förutsättningarna att rapportera in kliniska uppgifter (diagnoser, åtgärder, yttre orsaker till sjukdom och död och ATC-koder) visade enkätsvaren att klassifikationerna och kodverken måste utvecklas och förbättras om det ska gå att använda de inrapporterade uppgifterna. Vidare vi-

sade svaren att landstingen och regionerna inte kan skapa tekniska kopplingar mellan olika patientadministrativa system, till exempel mellan en diagnos och en utförd vårdåtgärd. Enkätsvaren visade också att privata vårdgivare i varierande omfattning rapporterar uppgifter till landstingen, trots att de flesta har vårdavtal eller ingår i vårdvalsorganisationen. Socialstyrelsen konstaterade utifrån enkätens resultat att förutsättningarna att rapportera in uppgifter från primärvården till patientregistret är begränsade i dagsläget.

Psykisk ohälsa inom primärvården

I Socialstyrelsens tidigare studier och kartläggningar rapporterar verksamhetscheferna på landets vårdcentraler om en stor och tilltagande belastning på primärvården i form personer som söker hjälp för psykisk ohälsa [69, 70].

Socialstyrelsen genomförde inom ramen för den här utvärderingen en nationell kartläggning av vårdcentralernas patientbesök av och vårdåtgärder för personer med psykisk ohälsa. Våren 2012 skickade Socialstyrelsen en enkät till landstingen och regionerna, och begärde in uppgifter på aggregerad nivå för verksamhetsåret 2011 om dessa patienters besök vid vårdcentralerna. Statistiken avsåg besök hos en allmänläkare. Av 21 landsting och regioner uppgav fyra landsting att de inte hade möjlighet att rapportera in uppgifter om diagnos och åtgärder i sitt journalsystem och administrativa system. Två landsting (Uppsala och Jönköping) besvarade inte enkäten.

Socialstyrelsen kan konstatera att landstingen och regionerna har begränsade möjligheter att göra uttag ur sina befintliga journalsystem för att beskriva vårdkonsumtion och vårdåtgärder. Möjligheten att söka termer eller koder och att registrera till exempel diagnoskoder är beroende av innehållet och funktionaliteten i de journalsystem som systemleverantören tillhandahåller inom landstinget och regionen.

I tabell 22 presenteras hur många besök hos läkare som gjordes under 2011 inom primärvården. Uppgifterna redovisas per landsting och region. Enligt verksamhetsstatistik från SKL om primärvården gjordes drygt 14 miljoner läkarbesök vid vårdcentralerna under 2011 [67]. Socialstyrelsen har fått in uppgifter för 10,4 miljoner av besöken, vilket motsvarar 75 procent av det totala antalet läkarbesöken i primärvården enligt statistik från SKL.

Flera landsting och regioner rapporterade att de inte har någon möjlighet alls, eller att de bara i mycket begränsad omfattning kan ta fram statistik som kopplar samman besök med diagnoser och åtgärder. Vidare framgick att privata vårdgivare inte har i uppdrag att redovisa dessa uppgifter till landstinget eller regionen. Enkätstudien visar därmed på svårigheterna för primärvården att redovisa uppgifter om antal besök som görs av personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. En intressant iakttagelse är också att för de landsting och regioner som uppger att man har möjlighet att redovisa dessa uppgifter, är andelen läkarbesök som har en psykiatrisk huvuddiagnos eller bidiagnos lägre än förväntat.

Tabell 22 Läkarbesök vid vårdcentraler under år 2011

	Antal läkarbesök	Antal besök med psykiatrisk diagnos	Antal unika patienter med psykiatrisk diagnos
Stockholm	3 003 423	176 061	88 940
Uppsala ²	-	-	-
Sörmland ¹	-	-	-
Östergötland	373 096	23 136	14 661
Jönköping ²	-	-	-
Kronoberg	255 529	36 202	12 605
Kalmar	245 672	27 346	15 152
Blekinge	169 070	17 064	8 430
Skåne ^{1,3}	1 424 159	-	-
Halland	444 348	27 194	16 634
Västra Götaland	2 406 468	280 984	164 831
Värmland	376 254	16 617	9 551
Örebro ¹	-	-	-
Västmanland ²	-	-	-
Dalarna	282 585	28 780	16 814
Gävleborg	360 390	22 009	13 193
Västernorrland	281 062	10 510	8 702
Jämtland	127 272	7 985	4 867
Västerbotten ¹	302 726	6 313	-
Norrbotten	275 473	15 972	9 486
Gotland ¹	74 697	-	-
RIKET	10 402 224	696 173	383 866

¹ Landsting eller regionen har inga/eller mycket begränsade uppgifter från patientadministrativa system för primärvård.

² Landstinget eller regionen har inte lämnat uppgifter

³ Privata vårdgivare redovisar inga/eller mycket begränsat uppgifter om diagnoser och åtgärder för besöken inom primärvården.

Källa: SKL och Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012

Organisationen av psykiatrisk vård

Sveriges kommuner och landsting publicerade 2010 rapporten *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården* [73], som baserats på information från 2009 och 2010. I denna kartläggning konstaterades att landstingen var olika organiserade när det gällde ansvaret för den psykiatriska öppen- och slutenvården. I vissa landsting ansvarade samma verksamhetschef för bägge delarna, medan ansvaret i andra landsting var uppdelat på två skilda verksamheter. Kartläggningen visar att åtta landsting hade en organisation med en egen psykiatriförvaltning ledd av en chef som ansvarade för alla delar av psykiatrin, det vill säga även rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Ytterligare åtta landsting hade valt en annan modell där psykiatri (inklusive barn- och ungdomspsykiatri), primärvård, habilitering och annat kunde ligga inom samma förvaltning, i vissa fall inkluderades även rättspsykiatri. I fyra

landsting låg psykiatriverksamheter under en sjukhuschef tillsammans med andra specialiteter, ibland med ett mellanled. Ett landsting hade en närsjukvårdsmodell utifrån geografisk indelning, där psykiatri ingick tillsammans med till exempel primärvård.

Heldygnsvården

I SKL:s rapport framgår det även att den psykiatriska heldygnsvården i många fall var subspecialiserad, men att även det ser olika ut i landstingen. Den vanligaste subspecialiseringen var psykosvård, där det i 17 av landstingen fanns speciella kliniker eller avdelningar för denna patientgrupp. Andra exempel på subspecialiseringar som fanns i olika omfattning var för affektiva tillstånd, missbruks- och beroendevård samt äldrepsykiatri. Ungefär hälften av landstingen hade, enligt kartläggningen, en eller flera PIVA-enheter (psykiatrisk intensivvårdsavdelning).

Barn- och ungdomspsykiatrin kan också ses som en subspecialisering, men var till största delen en öppenvårdverksamhet. Ett annat område som behandlades separat i rapporten var rättspsykiatri.

Totalt visade SKL:s kartläggning att det år 2009 fanns:

- 3 249 vårdplatser inom allmänpsykiatrin
- 157 vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatrin
- 1 116 vårdplatser inom rättspsykiatrin.

Antalet allmänpsykiatriska vårdplatser per 1 000 invånare varierade mellan 0,19 och 0,44 mellan de olika landstingen och regionerna. Det fanns även stora variationer inom de tre stora landstingen eller regionerna. Behovet av vårdplatser påverkas av hur utvecklade och intensiva öppenvårdsinsatserna är. Även användandet av det som ibland kallas mellanvård och andra lösningar som behandlingshem och HVB-hem kan påverka vårdplatsantalet.

Våren 2012 kartlade Sveriges Psykologförbund tillgången till psykologer i den psykiatriska slutenvården. Samtidigt inventerade de också antalet platser i den psykiatriska heldygnsvården.

Totalt visade Sveriges Psykologförbund kartläggning att det år 2012 fanns:

- 2 914 vårdplatser inom allmänpsykiatrin
- 145 vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatrin
- 1 107 vårdplatser inom rättspsykiatrin.

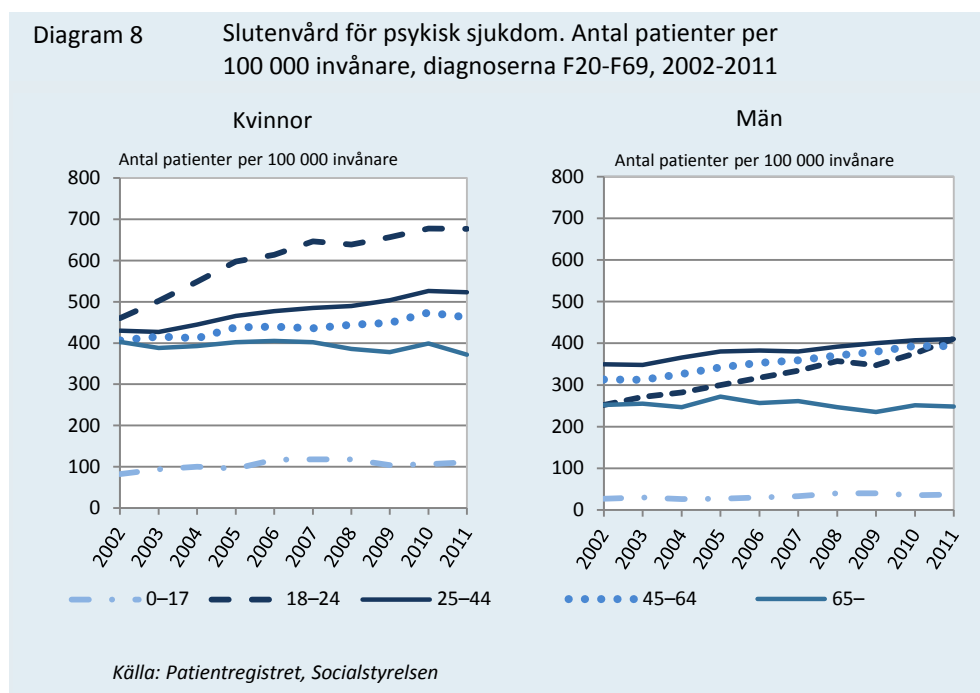
Landstinget Halland har inte lämnat några uppgifter om antalet platser för allmänpsykiatrin eller rättspsykiatrin, vilket gör att det finns en viss osäkerhet när det gäller slutsatserna om att antalet vårdplatser inom allmänpsykiatrin och barnpsykiatrin har minskat sedan 2009.

Vård av personer med psykisk sjukdom

År 2011 rapporterades drygt 100 000 vårdtillfällen till patientregistret från den psykiatriska slutenvården. Med vårdtillfälle menas vårdkontakt i den

psykiatriska slutenvården. Dessa vårdtillfällen fördelades på närmare 52 000 patienter, varav närmare 25 000 kvinnor.

Antalet patienter som vårdats för olika psykiatriska tillstånd i slutenvården har ökat under de senaste åren. De tillstånd som ökar mest är depression och ångest och i viss utsträckning även personlighetsstörningar. Psykosjukdomarna ligger relativt konstant över tid. Ökningen har skett framför allt bland unga kvinnor i åldrarna 18–24 år, men även bland unga män ses en ökning (diagram 8).

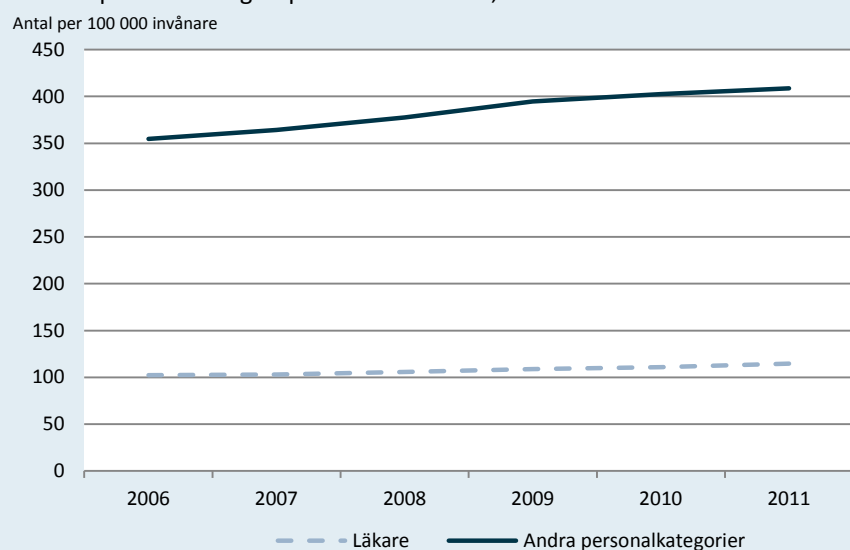


Psykiatrisk öppenvård

För att få en bild av hur den specialiserade psykiatrins öppenvård är organiserad och vad den kan erbjuda skickade Socialstyrelsen ut en enkät våren 2012 till verksamhetschefer eller motsvarande för allmänpsykiatriska verksamheter i Sverige. Samtliga landsting utom ett har svarat på enkäten. Enkäten innehöll frågor om personaltillgång och vilken typ av behandling som patienterna kunde erbjudas. Resultatet från denna enkät kommer att redovisas under andra rubriker i detta kapitel samt andra delar av rapporten.

Besöken inom den öppna specialiserade psykiatrin ökar (diagram 9). Denna ökning märks främst för besök till andra yrkeskategorier än läkare, men även besöken till läkare blir fler.

Diagram 9 Öppen specialiserad psykiatri. Antalet besök hos läkare eller annan personalkategori per 1 000 invånare, 2007-2011

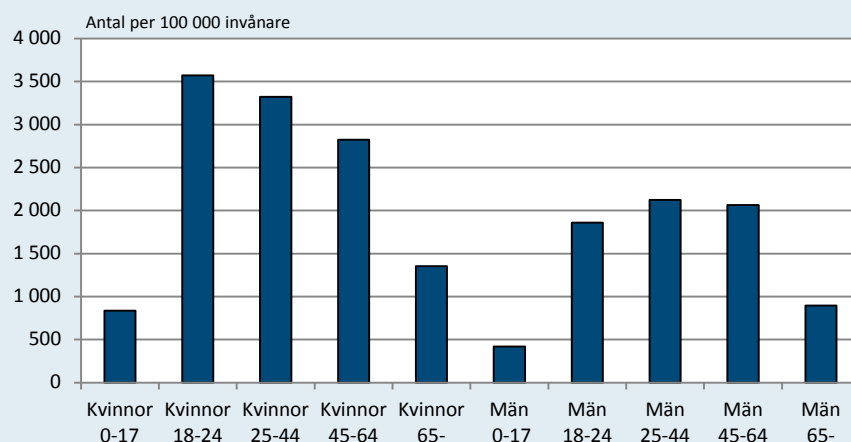


Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL

Landstingen rapporterade år 2011 cirka 890 000 läkarbesök från den specialiserade psykiatriska öppenvården. Besöken fördelade sig på närmare 280 000 patienter. Kvinnor i stort sätt alla åldersgrupper besöker psykiatrisk öppenvård i större utsträckning än män. Bland både kvinnor och män är antalet patienter störst per 10 000 invånare i åldersgruppen 18-24 år (diagram 10). En jämförelse mellan landstingen visar att Stockholm följt av Skåne har högst antal läkarbesök per 10 000 invånare. En förklaring till variationen mellan landstingen kan vara att tillgången till specialister varierar.

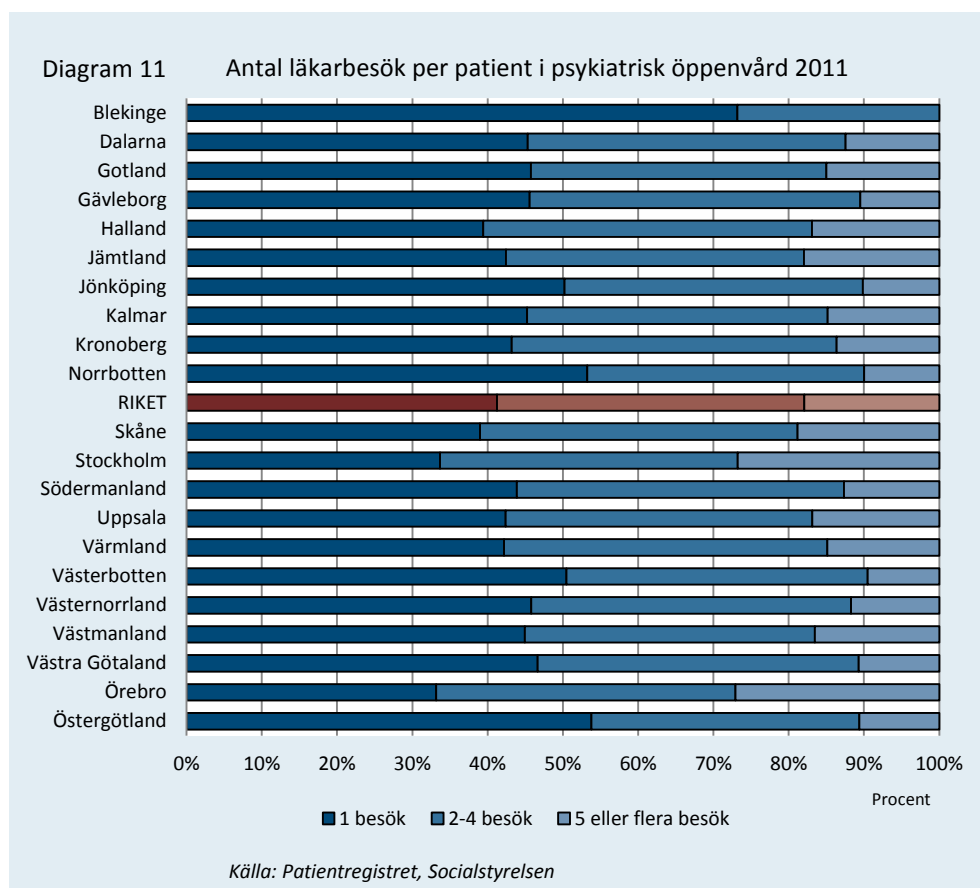
De vanligaste psykiatriska tillstånden som behandlas i den öppna vården är depression och ångest, och den största gruppen som behandlas är kvinnor i åldern 25-44 år (diagram 10).

Diagram 10 Antal patienter per 100 000 invånare i psykiatrisk öppenvård, år 2011. Psykisk sjukdomar (diagnoserna F20-F69).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I Diagram 11 presenteras en uppdelning av antal läkarbesök i psykiatrisk öppenvård per patient på landstingsnivå. Några landsting, såsom Blekinge, Norrbotten och Östergötland, har en större andel patienter med endast ett besök medan andra, till exempel Stockholm och Örebro, har en relativt hög andel patienter med flera besök.



Tillgång till personal inom psykiatriområdet

För att bedriva en vård och omsorg som motsvarar målen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och socialtjänstlagen (2001:453), SoL, krävs en gedigen yrkeskompetens hos all personal. Kompetensförsörjning och kunskapsutveckling är därför av central betydelse för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I detta avsnitt behandlar Socialstyrelsen tillgången till personal på en övergripande nivå för att beskriva tillgången till personal inom primärvården och den specialiserade psykiatrin. Anledningen till avgränsningen till hälso- och sjukvård är bristande tillgång till personalstatistik inom kommunerna.

Heltäckande uppgifter om personal inom vård och omsorg saknas

Inom landstingen står personalkostnaderna för 41 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården. Uppskattningsvis består 55 procent av kommunernas socialtjänstkostnader av personalkostnader [74]. Med personalkostnader avses endast kostnader för den personal som är anställd av kommunerna och landsting. Hur mycket personalen kostar och hur många de är i den verksamhet som kommuner och landsting köper från andra finns det endast begränsad information om och då främst inom hälso- och sjukvården.

I dag saknas det i stor utsträckning uppgifter om personal inom vård och omsorg. Personalens antal och sammansättning är emellertid av stor betydelse för att kunna utvärdera och analysera effektiviteten i vård och omsorgen, dels över tid, dels mellan olika typer av utförare. Därför behövs det en personalstatistik som är både mer sammantagen och heltäckande. För att kunna analysera och följa verksamheternas effektivitet på både central och lokal nivå behöver personalkostnader specificeras på verksamhetsnivå.

I den personalstatistik som finns tillgänglig i dag finns endast vissa uppgifter om den personal som arbetar inom vård och omsorg. Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal och SKL:s register över kommunal- och landstingspersonal är inte samordnade med varandra och täcker inte hela vård- och omsorgssektorn. Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal innehåller inga uppgifter om vårdpersonal utan legitimation, och SKL:s register innehåller inga anställda i andra regiformer än offentliga. I SKL:s register över anställda i kommuner och landsting framgår yrkesgruppen, men inte vilken verksamhet som olika yrkesgrupperna arbetar i.

Socialstyrelsen har i lägesrapporten för 2013 konstaterat att det saknas en officiell, enhetlig registerbaserad personalstatistik med gemensamma indel-

ningar och avgränsningar för verksamheten inom den offentligt finansierade vården och omsorgen [74].

I detta avsnitt beskrivs tillgången till personal inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen redovisar uppgifter från nationellt planeringsstöd (NPS), SKL:s personalstatistik och andra källor. I utvärderingen har Socialstyrelsen inhämtat personaluppgifter från de specialiserade allmänpsykiatriska verksamheterna som avser öppen- och slutenvård för vuxna med psykiatrisk sjukdom. Personaluppgifterna avser hur många anställda med lön inom allmänpsykiatri som arbetade med direkt patientarbete den 1 november 2011. Uppgifterna omfattar inte barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad beroendevård eller rättspsykiatri utifrån utvärderingens syfte och avgränsning till de nationella riktlinjerna.

Personalutveckling inom hälso- och sjukvård

För att stödja huvudmännen i deras personalplanering arbetar Socialstyrelsen med ett nationellt planeringsstöd (det så kallade NPS-registret) för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I NPS-registret finns uppgifter om barnmorskor, läkare, sjuksköterskor, tandhygienister och tandläkare.

Varje år redovisar Socialstyrelsen antalet legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal samt antalet innehavare av specialistbevis. Statistiken innefattar också den legitimerade personalens arbetsmarknadsstatus samt inom vilken näringsgren de är sysselsatta. En begränsning i uppgifterna är att det inte säkert går att säga att den redovisade personalen faktiskt arbetar i psykiatri. Begränsningen till personalkategorier med legitimation innebär också att många andra yrkesgrupper inom psykiatri inte finns med, till exempel kuratorer och skötare. För legitimerade sjukgymnaster och arbetsterapeuter går det att följa tillgången, men statistiken blir mycket svårtolkad eftersom det inte går att särskilja dem som enbart arbetar inom psykiatrisk verksamhet. Eftersom dessa grupper i stor utsträckning återfinns inom andra grenar inom sjukvården exkluderas även de från redovisningen.

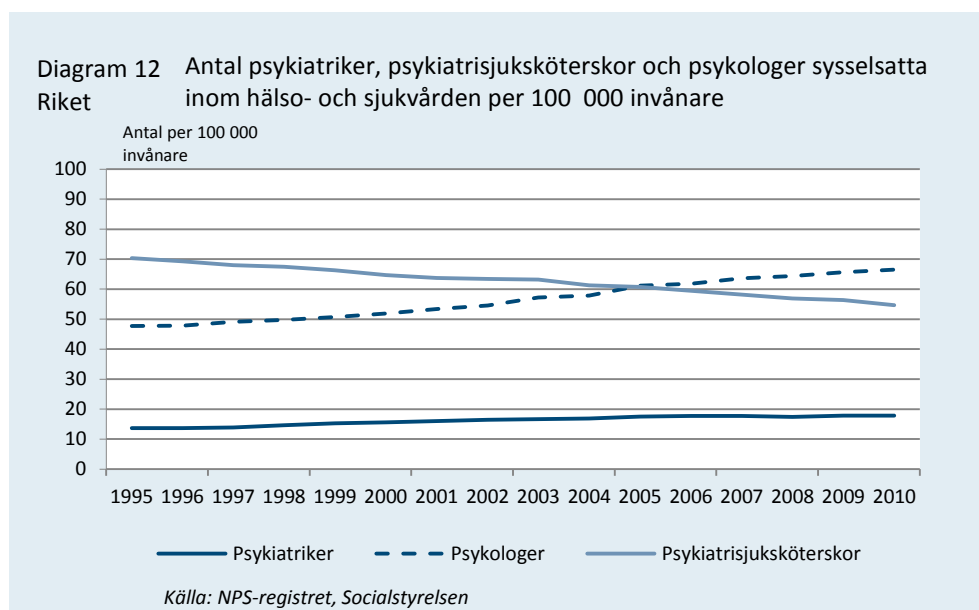
Tillgången på läkare och sjuksköterskor i förhållande till befolkningen fortsätter att öka, även om stigande ålder och pensionsavgångar är ett problem för tillgången på flera yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det gäller framför allt de specialiserade yrkesgrupperna.

Allmänmedicin utgjorde den största specialiteten i svensk hälso- och sjukvård 2010 med 63 specialister per 100 000 invånare, följd av psykiatri med 18 per 100 000 invånare. Specialitetsgrupperna allmänmedicin och psykiatriska specialiteter har den högsta andelen i åldersgruppen 55 år och äldre.

Tillgång till psykiatripersonal – uppgifter från NPS

Nationella planeringsstödet årsrapport 2013 presenterade en översikt av tillgången på personalgrupper inom vuxenpsykiatri [75]. Inom vuxenpsykiatri har tillgången på psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter ökat, medan tillgången till psykiatrisjuksköterskor har minskat de senaste fem åren. Diagram 12 visar en översiktlig bild över utvecklingen av tillgång till psykiatriker, specialiserade psykiatrisjuksköterskor och psykologer baserat

på NPS-registret. Den enda grupp som har ökat tydligast under 2000-talet är psykologer.



Det finns skillnader i tillgången till personalgrupper för hälso- och sjukvård mellan de sex sjukvårdsregionerna (tabell 23). Sådana skillnader kan utgöra en del av karaktäriseringen av sjukvårdens organisering i regionen, men säger i sig ingenting om skillnader i omfånget, kvaliteten på sjukvårdsutbudet eller vårdsbehovet.

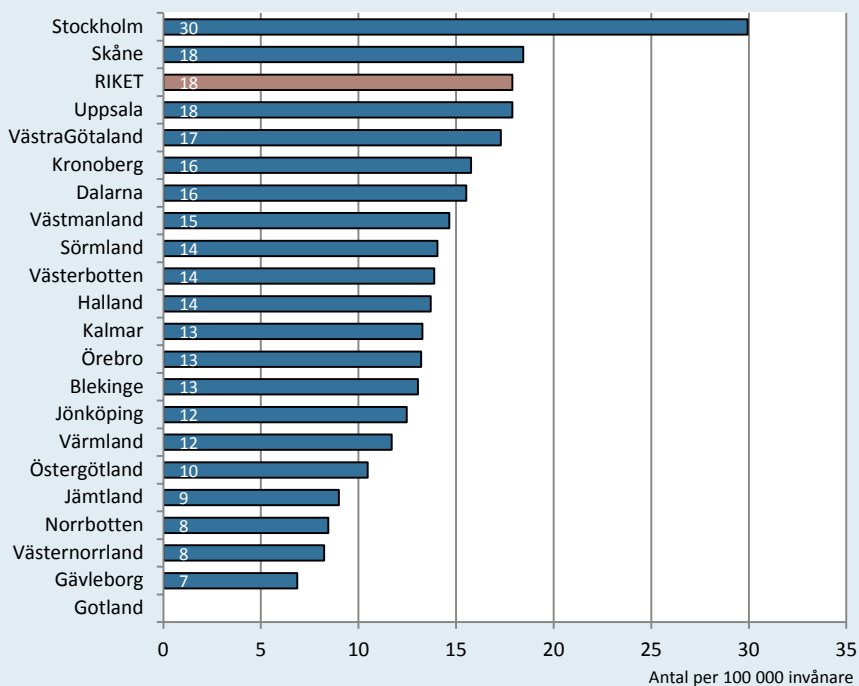
Tabell 23 Antal psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter per 100 000 invånare, sysselsatta inom hälso- och sjukvården, fördelat på sjukvårdsregionerna (november 2010)

Sjukvårdsregion	Psykiatriker	Psykiatrisjuksköterskor	Psykologer	Psykoterapeuter
Stockholm	29	45	84	60
Sydöstra	12	42	49	25
Södra	17	60	59	29
Västsvenska	17	60	77	44
Uppsala/Örebro	14	59	59	32
Norra	10	60	53	28
RIKET	18	55	67	39

Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen

Diagram 13 visar spridningen av psykiatriker per 100 000 invånare. Antalet psykiatriker har ökat från 1 613 psykiatriker år 2006 till 1 682 år 2010. Det motsvarar en ökning från 14 till 18 psykiatriker per 100 000 invånare för hela perioden 1995 till 2010.

Diagram 13 Antal psykiatriker sysselsatta inom hälso- och sjukvården i offentlig regi per 100 000 invånare, 2010

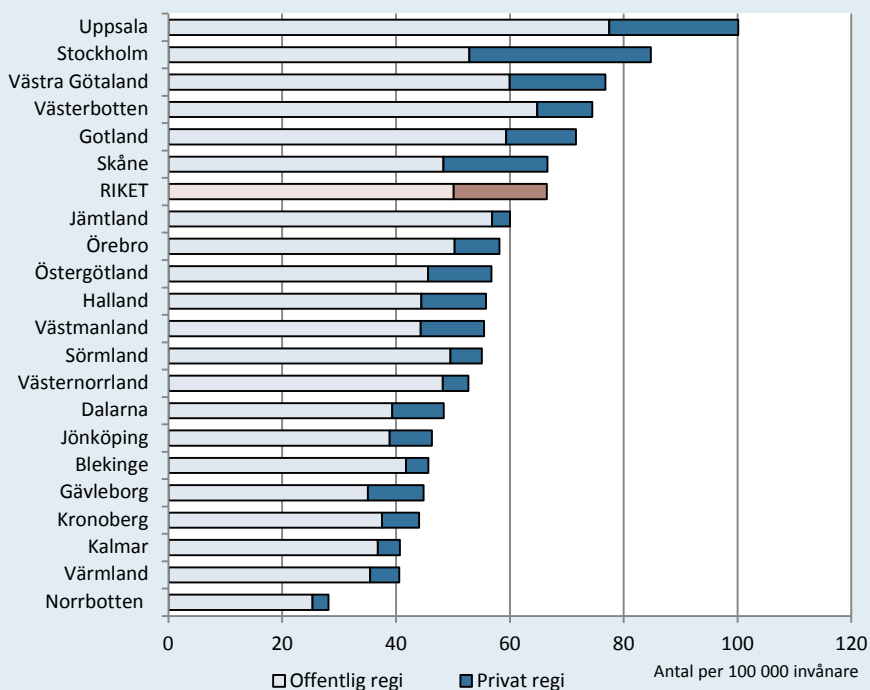


Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen

Uppgifter för Gotland redovisas inte på grund av små tal

Även tillgången till psykologer och specialiserade sjuksköterskor skiljer sig markant åt över landet. Diagram 14 och diagram 15 visar denna fördelning. De visar också fördelningen av anställda i privat respektive offentlig regi.

Diagram 14 Antal psykologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården i offentlig respektive privat regi per 100 000 invånare, 2010

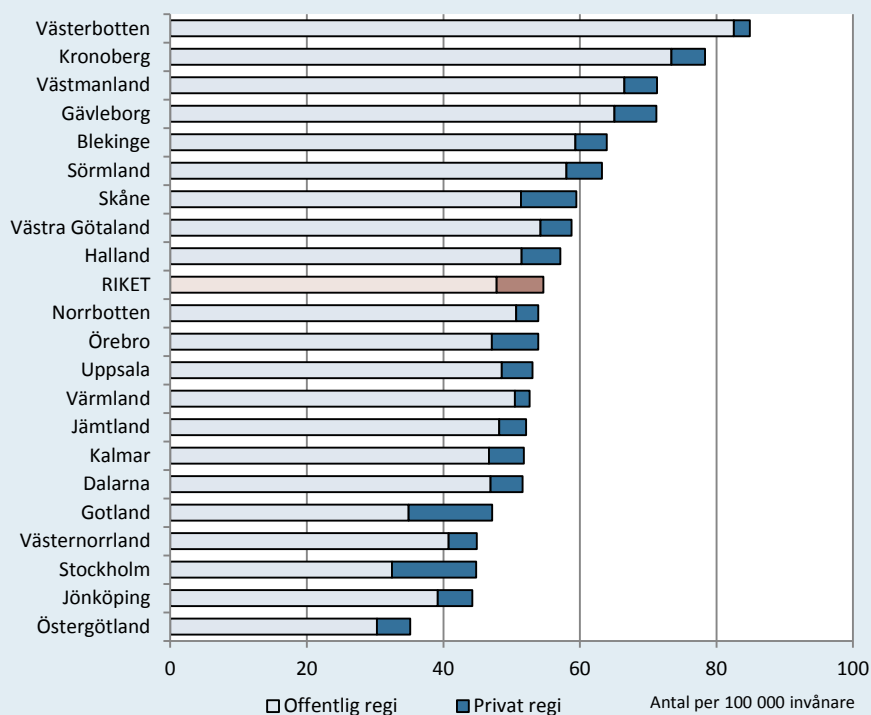


Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen

Antalet psykologer har ökat från 5 631 år 2006 till 6 257 år 2010. Det motsvarar en ökning från 48 till 67 psykologer per 100 000 invånare.

Antalet psykiatrijuksköterskor har minskat från 5 419 sjuksköterskor år 2006 till 5 140 sjuksköterskor år 2010. Det är en minskning med 5 procent på fyra år. Det motsvarar en minskning från 70 till 55 psykiatrijuksköterskor per 100 000 invånare för hela perioden 1995 till 2010.

Diagram 15 Antal psykiatrisjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården i offentlig respektive privat regi per 100 000 invånare, 2010



Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen

Många specialistsjuksköterskor inom psykiatrin är över 55 år och står inför att pensioneras, samtidigt som nyrekryteringen bland yngre sjuksköterskor är mycket låg. År 2010 var hälften 55 år eller äldre och färre än 5 procent var under 35 år.

Kartläggning av tillgången till personal inom allmänpsykiatrin

I utvärderingen av tillgången till personal inom allmänpsykiatrin under verksamhetsåret 2011 har personalstatistik från verksamhetscheferna inom allmänpsykiatrin samlats in under 2012. Uppgifterna som samlades in gällde hur många anställda med lön inom den specialiserade allmänpsykiatriska verksamheten (öppenvård och slutenvård) som arbetade med direkt patientarbete den 1 november 2011.

I tabell 24 redovisas antal årsarbetare i psykiatrin som arbetade med direkt patientarbete. Föräldralediga, längre tjänstledigheter och forskningslediga har exkluderats. Uppgifterna redovisas på riksnivå.

Tabell 24 Antal årsarbetare i allmänpsykiatri

Personalgrupp	Riket
Läkare specialistkompetens	780
Läkare icke specialistkompetens	630
Psykolog	860
Psykiatrisjuksköterska	1 740
Sjuksköterska med grundutbildning	1 680
Kuratorer	580
Skötare	3 800
Arbetsterapeuter	320

Omfattar allmän psykiatrisk öppenvård, exkluderar barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad beroendevård.

Landstinget Västmanland och Jämtlands läns landsting har inte lämnat uppgifter för sjuksköterskor.

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Tillgång till personal enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting

SKL producerar en årlig statistik över landstingsanställda. Ett av syftena med personalstatistiken är att ta fram underlag för centrala avtalsförhandlingar. Mätpunkten är november månad och avser månadsavlönade och timavlönade, inklusive lediga. Senast tillgänglig personalstatistik som finns publicerad är för verksamhetsåret 2011 (tabell 25).

Uppgifterna omfattar alla verksamheter inom primärvården och psykiatrin, och det går inte att särskilja vilka verksamheter personalen är anställd inom. Området psykiatrisk vård omfattar allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och beroendevård.

Tabell 25 Antal anställningar¹ efter verksamhet och personalgrupp 2011

Personalgrupp	Primärvård	Specialiserad psykiatri
Läkare med specialistkompetens	3 662	1 276
Läkare icke specialistkompetens	2 029	891
Psykolog	597	2 229
Sjuksköterska	10 476	6 195

¹ Anställningar avser månadsavlönade efter verksamhet och personalgrupp

Källa: SKL

Väntetider i den specialiserade psykiatriska vården

Tillgänglighet och välfungerande vårdkedjor är viktiga kvalitetsparametrar ut såväl patienternas som verksamheternas perspektiv. I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen väntetiderna i den specialiserade psykiatriska vården.

Vårdgarantier har funnits i olika former i drygt två decennier. Väntetidsdatabasen administreras av SKL och har utvecklats under åren. På webbplatsen www.vantetider.se redovisas i vilken utsträckning landstingen lever

upp till vårdgarantin, det vill säga att patienten inte ska behöva vänta mer än 90 dagar på ett besök till den specialiserade psykiatrin.

Till skillnad från de flesta andra specialiteter behöver det inom psykiatrin inte gälla ett läkarbesök utan även andra vårdgivarkategorier. Sedan ett par år redovisar landstingen även andelen patienter som väntar inom olika tidsintervall: 0–30 dagar, 31–60 dagar, 61–90 dagar och ytterligare några intervall. I tabellen 26 visas väntetidssituationen i maj 2012 jämfört med maj 2011.

De patienter som själva har valt att vänta eller bedömts behöva vänta av medicinska skäl är inkluderade i nämnaren.

Tabell 26 Väntetider innan första besöket till specialiserad psykiatrisk vård - andel genomförda förstabesök per tidsintervall (inom 30-, 60 och 90 dagar)

	Mätperiod maj månad 2011			Mätperiod maj månad 2012		
	0-30 dagar (%)	31-60 dagar (%)	61-90 dagar (%)	0-30 dagar (%)	31-60 dagar (%)	61-90 dagar (%)
Blekinge	78	17	5	69	18	10
Dalarna	55	19	14	36	24	13
Gotland	58	35	6	63	35	2
Gävleborg	40	22	14	67	25	7
Halland	63	16	11	46	33	8
Jämtland	41	27	13	20	23	17
Jönköping	77	17	3	69	23	6
Kalmar	69	21	7	61	27	10
Kronoberg	74	18	8	58	20	13
Norrbottn	69	26	4	72	20	6
Skåne	65	19	10	59	29	8
Stockholm	61	19	12	78	14	3
Sörmland	34	32	20	40	28	15
Uppsala	58	23	11	54	30	10
Värmland	58	23	8	44	28	13
Västerbotten	56	24	12	69	22	4
Västernorrland	69	21	10	72	19	6
Västmanland	33	13	20	41	36	15
Västra Götaland	69	23	7	62	30	6
Örebro	37	26	15	28	22	17
Östergötland	70	17	3	78	15	2
Riket	60	21	11	60	24	8

Källa: Väntetidsdatabasen, SKL

Tillgången till psykologisk och psykoterapeutisk behandling inom psykiatri

Syftet med detta kapitel är att beskriva olika aspekter av tillgången till psykologisk behandling och psykoterapi i inom hälso- och sjukvården.

I *Nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* beskriver Socialstyrelsen flera olika behandlingsmetoder som går under namnet psykoterapi. Riktlinjerna särskiljer psykologisk behandling, som primärt kan gälla patologi och behandling av specifika sjukdomstillstånd, från psykoterapi, som ofta fokuserar på anpassning och personlig utveckling och som inte alltid ryms inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

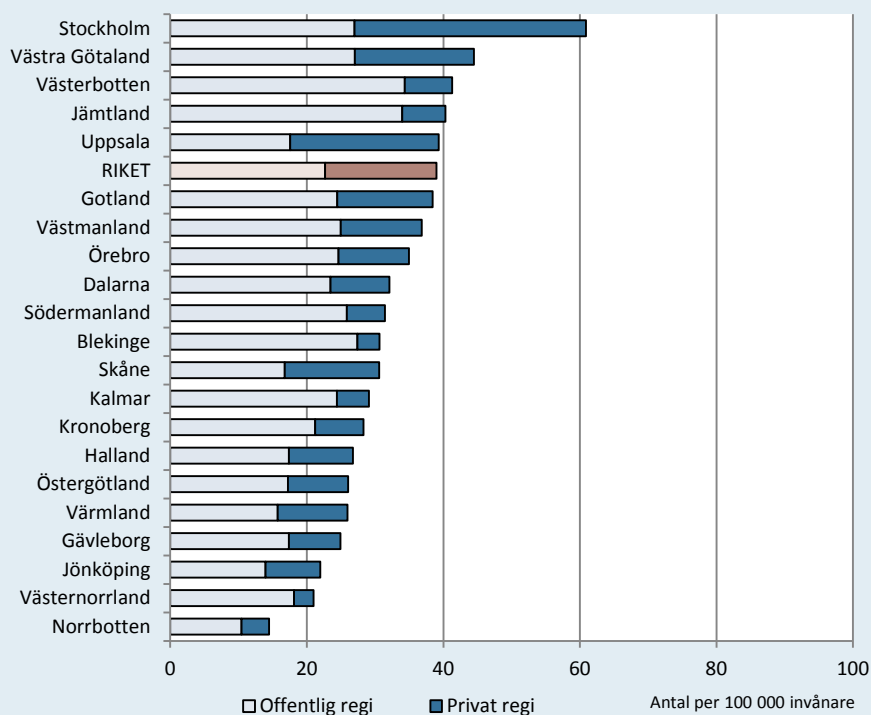
Åtgärder inom hälso- och sjukvården ställer krav på behandlarkompetens för psykologisk behandling. Den som utför psykologisk behandling ska ha minst grundläggande utbildning i psykoterapi för den teori och metod som arbetet avser. Om behandlaren saknar psykoterapeutlegitimation är adekvat handledning en förutsättning för arbetet. För legitimation som psykoterapeut krävs enligt lag avlagd psykoterapeutexamen, vilket är en yrkesexamen som utgörs av en påbyggnad på ett grundyrke.

Tillgång till psykoterapeutisk kompetens inom hälso- och sjukvården

Statistiken över legitimerade psykoterapeuter är något mer svårtolkad eftersom psykoterapeututbildningen är en påbyggnadsutbildning som kräver en grundexamen. En person som är t ex psykolog med psykoterapeututbildning finns därmed i statistiken för båda yrkesgruppen psykologer och psykoterapeuter.

I november 2010 fanns det drygt 4 500 legitimerade psykoterapeuter samsatta i Sverige. Tillgången till personal med psykoterapeutisk kompetens varierar mellan olika landsting (diagram 16). Lägst antal legitimerade psykoterapeuter per 100 000 invånare finns i Norrbotten, Jönköpings och Västernorrlands läns landsting. Högst antal legitimerade psykoterapeuter per 100 000 invånare finns i Stockholms läns landsting och landstinget i Uppsala län.

Diagram 16 Antal psykoterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården i offentlig respektive privat regi per 100 000 invånare, 2010



Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen

Ökad tillgång till personer med psykoterapeutisk kompetens

Totalt fanns det 4 229 legitimerade psykoterapeuter sysselsatta i offentlig och privat regi år 2006 och 2010 fanns det drygt 4 500 psykoterapeuter, vilket motsvarar en ökning på drygt 270 personer (6 procent). Andelen psykoterapeuter sysselsatta i hälso- och sjukvård var 80 procent 1995 och 81 procent 2010, vilket innebär en ökning från drygt 3 527 psykoterapeuter till 3 667 psykoterapeuter år 2010. Tillgången motsvarar en ökning från 25 till 39 psykoterapeuter per 100 000 invånare för hela perioden 1995 till 2010.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att fördela medel till landstingen för att stödja utbildning inom evidensbaserad psykologisk behandling för hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen har fördelat 18 miljoner kronor 2011 och 12 miljoner kronor 2012. Målet med satsningen har varit att erbjuda personal utbildning i grundläggande psykoterapikompetens. Utbildningsatsningen har bidragit till att 544 anställda inom hälso- och sjukvården kommer att ha utbildats 2013. Den största delen av satsningen har omfattat grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning mot kognitiv beteendeterapi [76].

Parallellt med uppdraget att stödja grundläggande psykoterapeutisk kompetens har Socialstyrelsen under perioden 2009–2012 haft regeringens uppdrag att fördela medel till landstingen för att stödja utvecklingen av psykoterapeutisk kompetens för befintlig hälso- och sjukvårdspersonal [77]. Socialstyrelsen har sedan dess fördelat 15 miljoner kronor årligen till landstingen. Medlen har varit avsedda att finansiera utbildningsplatser för legitimations-

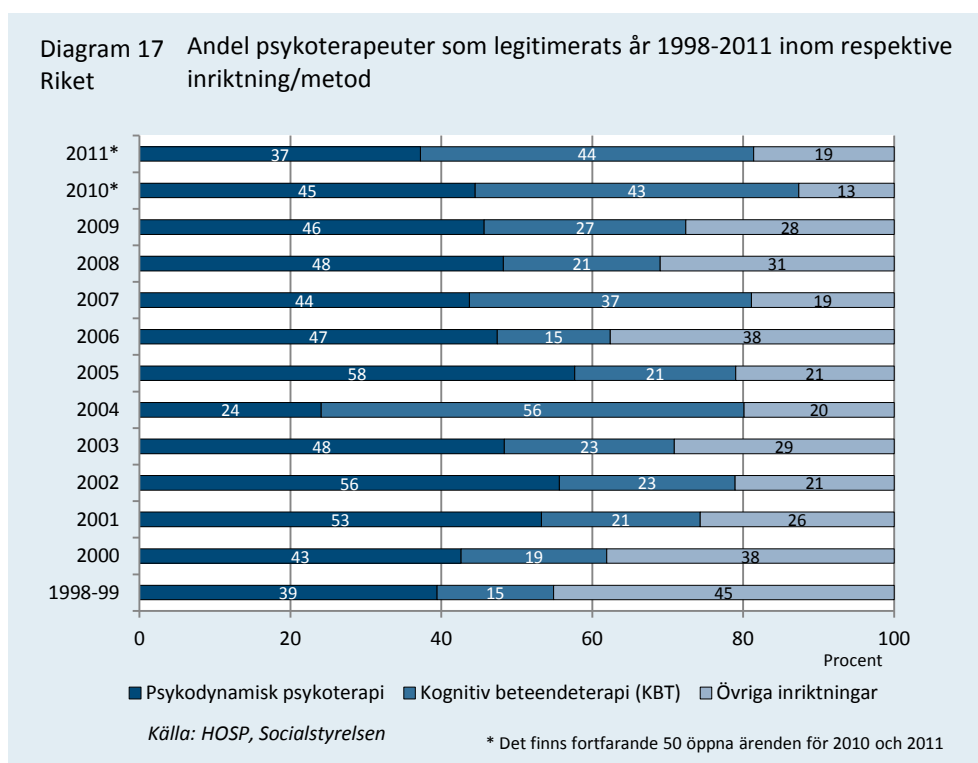
grundande psykoterapiutbildningar och påbyggnadsutbildningar för handledarkompetens inom psykoterapi.

Syftet med satsningen har varit att öka antalet anställda med adekvat kompetens i effektiva psykoterapeutiska behandlingsmetoder, och därigenom öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling.

Socialstyrelsen konstaterar att utbildningssatsningen har bidragit till att knappt 240 anställda inom hälso- och sjukvården förväntades avlägga en psykoterapeutexamen (tidigare steg 2) eller få handledarkompetens inom psykoterapi (tidigare steg 3).

Utfärdade psykoterapeutiska legitimationer

Socialstyrelsen utfärdar psykoterapeutlegitimationer till personer som tagit psykoterapeutexamen. Statistiken över antal psykoterapeuter som legitimerats sedan 1998 inom respektive terapiinriktning redovisas i diagram 17.



Tillgång till kompetens för psykologisk behandling inom allmänpsykiatri

Det saknas idag nationell statistik som innehåller uppgifter om tillgången till psykologisk behandling och kompetens inom offentlig hälso- och sjukvård samt privat regi. I Socialstyrelsens kartläggning våren 2012 har verksamhetschefer eller motsvarande inom psykiatrin lämnat uppgifter om tillgången till psykoterapeuter inom den specialiserade allmänpsykiatriska verksamheten. Med psykoterapeut avses personal som är legitimerad psykoterapeut. Uppgifterna avser antal årsarbetare i psykiatrin som arbetade med direkt patientarbete. Föräldralediga, längre tjänstledigheter och forskningslediga har exkluderats.

Tabell 27 visar fördelningen mellan de olika landstingen kring legitimerade psykoterapeuter och deras terapeutiska inriktning

Landsting/region	KBT/KT	Psykodynamisk terapi	Övriga inriktningar
Stockholm	45	47	17
Uppsala	13	3	7
Sörmland	10	8	1
Östergötland	11	8	9
Jönköping	5	0	3
Kronoberg	7	5	4
Kalmar	4	5	9
Gotland	0	1	0
Blekinge	1	7	2
Skåne	0	9	5
Halland	7	7	4
Västra Götaland	10	46	11
Värmland	1	6	0
Örebro	10	17	3
Västmanland ¹			
Dalarna	5	16	0
Gävleborg	6	7	1
Västernorrland	5	7	4
Jämtland	2	2	1
Västerbotten	19	22	5
Norrbottn	4	3	4
RIKET	165	226	90

¹ Har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Grundläggande psykoterapiutbildning, så kallad basutbildning eller steg 1-utbildning, ska ge kompetens att bedriva grundläggande psykoterapi, medan den som genomgått hela psykoterapiutbildningen kan arbeta självständigt. Socialstyrelsen har sedan tidigare rekommenderat att de som bara har denna grundläggande utbildning endast ska få utöva psykoterapi "under handledning". Omfattningen på utbildningen motsvarar 45 eller 60 högskolepoäng, beroende på om handledning och egenterapi räknas. Tabell 28 visar tillgången till grundläggande psykoterapeuter, med så kallad steg 1-utbildning.

Tabell 28 visar tillgången till grundläggande psykoterapeuter, med så kallad steg 1-utbildning

Landsting/region	KBT/KT	Psykodynamisk terapi	Övriga inriktningar
Stockholm	219	106	31
Uppsala	4	1	1
Sörmland	30	6	0
Östergötland	15	18	28
Jönköping	17	4	0
Kronoberg	30	7	7
Kalmar	24	15	13
Gotland	8	5	1
Blekinge	15	9	0
Skåne	25	6	3
Halland	59	17	13
Västra Götaland	70	142	26
Värmland	25	15	1
Örebro	50	38	2
Västmanland ¹			
Dalarna	24	20	2
Gävleborg	17	6	2
Västernorrland	24	13	15
Jämtland	15	17	2
Västerbotten	13	8	17
Norrbotten	74	43	2
RIKET	757	496	166

¹ Har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

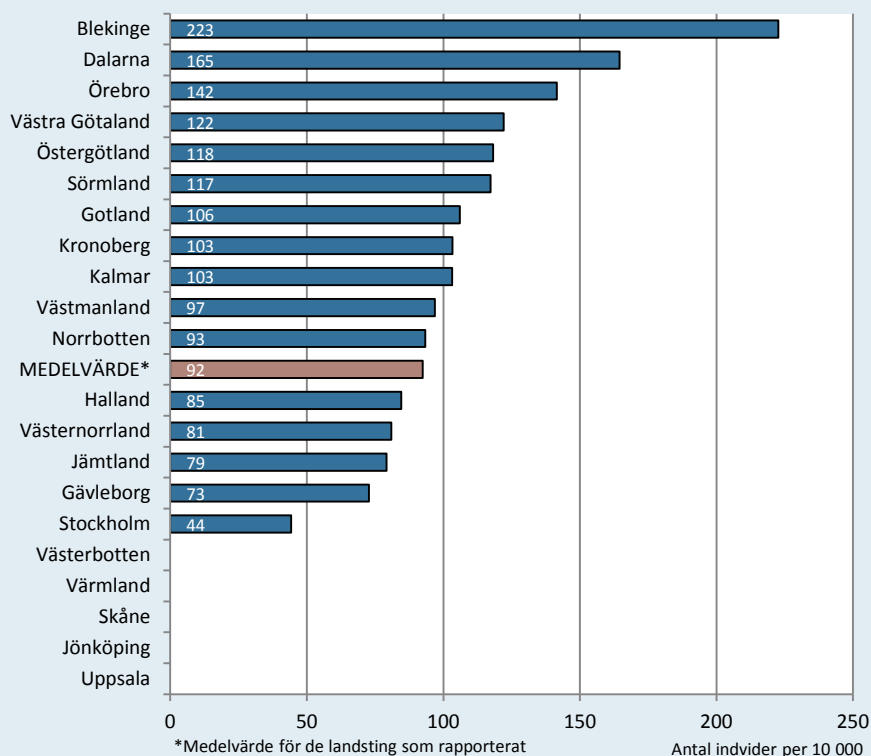
Tillgång till psykologisk behandling inom allmänpsykiatri

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal varierar i olika delar i landet och speglas också i statistiken kring tillgången till psykoterapi inom psykiatrin. Tillgången till psykoterapeuter skiljer sig mycket mellan länen, som det framgår av diagram 16 och tabell 27.

År 2010 fanns det bortåt tre gånger så många psykoterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården, i offentlig och privat regi per 100 000 invånare i Stockholm än i Norrbotten och Jönköping.

Enligt verksamhetsstatistik från allmänpsykiatrin för 2011 hade landstinget i Stockholm lägst antal individer per 10 000 invånare som erhållit psykoterapi (diagram 18). År 2011 på riksnivå fick 92 personer per 10 000 invånare psykoterapi inom den vuxna allmänpsykiatriska verksamheten.

Diagram 18 Antal individer per 10 000 invånare som erhållit psykoterapi



Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Stödjande samtal

En insats som enligt riktlinjerna för psykosociala insatser för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har en låg prioritet är stödjande samtal. Insatsen ges prioriteringen 10 vilket är den lägsta prioriteringen innan nivån icke-göra, inte heller i riktlinjerna för depression och ångest rekommenderas stödjande samtal. Trots detta är stödjande samtal en av de vanliga insatser som registreras inom psykiatrisk vård. År 2011 registrerades det mer än 330 000 stödjande samtal till cirka 56 000 individer (tabell 29). Vilket motsvarar en kostnad på mera än 600 miljoner kronor, baserat på medelkostnader för stödjande samtal enligt beräkningar som bygger från KPP-statistik.

Uppgifterna bygger på verksamhetsstatistik från allmänpsykiatri och psykosverksamheter för 2011. I statistiken går det inte att särskilja vilka diagnoser är kopplade till dessa besök. Socialstyrelsen bedömer att det rimligen är en underrapportering av stödjandesamtal i landstingens patientadministrativa system. Det går inte att säga att alla dessa samtal innebär en undvikbar kostnad, men sannolikt skulle en del av resurserna som läggs på stödjande samtal istället kunna användas till insatser som ger större nytta.

Tabell 29 Antal stödjande samtal och antal individer som har fått stödjande samtal i olika landsting år 2011

Landsting	Antal besök	Antal individer	Antal individer per 10 000 invånare
Stockholm	16 025	5 876	51
Uppsala ¹			
Sörmland	22 186	3 123	224
Östergötland	31 293	5 704	257
Jönköping ¹			
Kronoberg	7 723	1 104	118
Kalmar	15 734	2 317	196
Gotland	1 748	341	113
Blekinge	13 777	2 261	288
Skåne ¹			
Halland	27 004	3 510	229
Västra Götaland	111 680	18 270	217
Värmland ¹			
Örebro	18 759	2 788	193
Västmanland ¹			
Dalarna	26 467	3 646	257
Gävleborg	14 052	2 120	149
Västernorrland	5 257	1 032	84
Jämtland	5 653	1 045	79
Västerbotten ¹			
Norrbottn	13 278	2 717	210
TOTALT 39	333 636	55 854	178

¹ Uppgifter saknas från landstingen

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

En hälsoorienterad hälso- och sjukvård innebär att fokus ligger på att hälso- och sjukvårdens samlade insatser bidrar till bättre hälsa, för den enskilde och för befolkningen. Resultaten av en sådan vård visar sig genom till exempel minskad dödlighet och sjuklighet, förbättrad funktionsförmåga, större välbefinnande och högre hälsorelaterad livskvalitet.

De stora folksjukdomarna som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes kan i stor utsträckning förebyggas. WHO strategi för de stora folkhälsosjukdomarna i Europa anger att nära 60 procent av sjukdomsburden kan kopplas till sju riskfaktorer. Fyra av riskfaktorerna har direkt att göra med levnadsvanor, det vill säga tobaksbruk, alkoholbruk, låg konsumtion av frukt och grönt samt fysisk inaktivitet. De övriga tre riskfaktorerna, som alla påverkas av levnadsvanor, är högt blodtryck, högt blodkolesterol och övervikt. Hälso- och sjukvården är en av flera viktiga arenor för det sjukdomsförebyggande arbetet.

I det här kapitlet ges en översiktlig bild av psykiatriens hälsoinriktade arbete. Bilden bygger på uppgifter från Socialstyrelsens landstingsenkät som skickades ut till den specialiserade psykiatriens allmänpsykiatriska verksamhetschefer våren 2012. Undersökningen utgår från Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [78].

Ohälsosamma levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor är vanligt, och är därmed ett folkhälsoproblem. Enligt Statens folkhälsoinstitut är det endast varannan kvinna och var tredje man i åldrarna 16–84 år som rapporterar att de inte har några ohälsosamma levnadsvanor [79]. Fyra av fem i befolkningen uppger att de är positiva till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor vid besök i vården, vilket ger goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att arbeta hälsoinriktat.

Enligt *Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011* kan en stor del av den samlade sjukdomsburden hos befolkningen tillskrivas fyra ohälsosamma levnadsvanor [78]:

- tobaksbruk,
- otillräcklig fysisk aktivitet,
- riskbruk av alkohol
- ohälsosamma matvanor.

Dessa levnadsvanor bör hälso- och sjukvården ta hänsyn till i kontakten med olika vårdsökande.

Sjukdomsförebyggande åtgärder på individnivå syftar till att förhindra uppkomsten av eller påverka förloppet av en sjukdom, till exempel genom att identifiera riskfaktorer av olika slag. Det är åtgärder som är sjukdomsförebyggande till sin karaktär och som ska minska risken för komplikation-

er. Åtgärderna kan till exempel vara att främja goda levnadsvanor som råd och stöd för motion, råd om att sluta röka, kostrådgivning, alkoholrådgivning, läkemedelsbehandling för högt blodtryck och höga blodfetter, screening samt vaccinationer och smittskyddsförebyggande åtgärder.

Grunden för merparten av alla åtgärder i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* är någon form av rådgivning eller samtal. Övriga åtgärder i riktlinjerna – till exempel nikotinläkemedel eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet – ges i tillägg till någon form av rådgivning eller samtal.

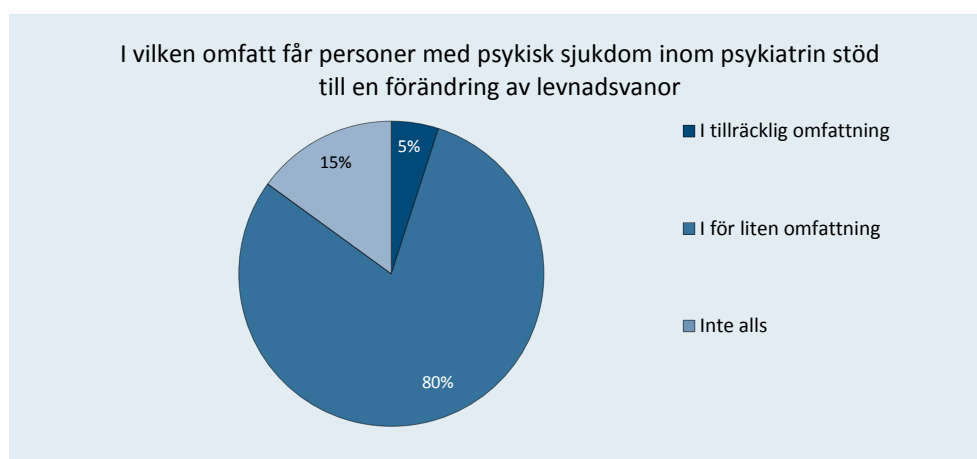
Socialstyrelsens riktlinjer innebär att hälso- och sjukvården förväntas erbjuda fler patienter stöd för att förändra levnadsvanor som innebär en ökad risk för hälsan.

Att erbjuda åtgärder i enlighet med rekommendationerna är ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Det kan också leda till besparingar på lång sikt, i form av minskade sjukvårdskostnader för levnadsvanerelaterade sjukdomar.

Metoder för att förändra sina levnadsvanor

Majoriten av verksamheterna inom psykiatrin, närmare 80 procent, bedömer att personer med psykisk sjukdom inom psykiatrin i för liten omfattning får stöd för att förändra sina levnadsvanor genom till exempel ordinerad fysisk aktivitet, rådgivning eller fysisk träning utifrån målgruppens behov (figur 20). Fem procent bedömer att målgruppens behov tillgodoses genom att insatserna ges i tillräcklig omfattning och 15 procent uppger att verksamheterna inte erbjuder arbetsmetoder för att förändra levnadsvanor.

Figur 20 I vilken omfattning får personer med psykisk sjukdom inom psykiatrin stöd till en förändring av levnadsvanor. Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012



Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor. Enligt enkäten uppger de psykiatriska verksamheterna att 83 procent använder sig av rådgivande samtal (förmedlar information om korta, standardiserade råd och

rekommendationer) som arbetsmetod för att stödja patienterna till att förändra levnadsvanor (tabell 30). Drygt 70 procent av de psykiatriska verksamheterna har rådgivande samtal med särskild uppföljning (uppföljning i form av återbesök, telefonsamtal och brev) som arbetsmetod. Det saknas idag uppgifter om hur stor andel av patienterna som får tillgång till dessa insatser kring levnadsvanor.

Tabell 30 Metoder för att stödja att förändra levnadsvanor inom psykiatrin – andel av verksamheterna som använder metoderna

Metoder för att förändra levnadsvanor ¹	Andel av psykiatriska verksamheter
Rådgivande samtal	83
Rådgivande samtal med särskild uppföljning	66
Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet	17
Rådgivande samtal med tillägg av stegräknare	49
Kvalificerat rådgivande samtal	44
Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram	46
Annan aktivitet	19

¹ Flera metoder kan förekomma inom verksamheten

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Patienter som diskuterat levnadsvanor med personal

Hälften av patienterna inom psykiatrisk öppenvård diskuterar alkoholvanor med personalen, jämfört med var tredje patient inom psykiatrisk slutenvård enligt *Nationella patientenkäten inom psykiatrin 2012*.

Av de patienter som svarade på enkäten och som hade besökt läkare inom primärvården hade knappt var femte patient haft en diskussion om alkohol.

Närmare 60 procent av patienterna har diskuterat motionsvanor i den psykiatriska öppenvården, att jämföra med drygt 30 procent inom psykiatrisk slutenvård. Var tredje patient har haft en diskussion om motionsvanor i primärvården (34 procent).

Närmare hälften av patienterna inom den psykiatriska öppenvården har haft ett samtal där de diskuterat matvanor med vårdpersonalen, medan var tredje patient haft ett sådant samtal inom den psykiatriska slutenvården. Inom primärvården har var fjärde patient haft ett samtal om matvanor.

Det är mer vanligt att frågan om tobaksvanor ställs inom psykiatrisk öppenvård än inom psykiatrisk slutenvård, 36 respektive 24 procent enligt den nationella patientenkäten. Närmare 26 procent av patienterna svarat att de diskuterat tobaksvanor med personal inom primärvården.

Tillgång till vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa

Personer med en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning riskerar inte bara sämre hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. De riskerar även sämre levnadsvillkor i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning.

Syftet med detta kapitel är att undersöka vårdkonsumtionen och de kommunala insatserna för personer med psykisk funktionsnedsättning. Med studien avser Socialstyrelsen att ge en fördjupad analys av levnadsförhållanden bland dessa personer. I utvärderingen jämförs därför även de ekonomiska villkoren för denna grupp med villkoren för personer i övriga befolkningen. De register utvärderingen har använt är Socialstyrelsens patientregister, socialtjänstregister inklusive registret över insatser enligt LSS samt data från Statistiska centrala byråns (SCB) register LISA och RAKS.

Socialstyrelsen har identifierat personer med psykisk ohälsa med hjälp av patientregistret. Gruppen som undersökts i den här studien består av personer i åldrarna 20 – 59 år som någon gång under åren 2004 – 2007 fått vård inom den specialiserade psykiatrin, det vill säga inom psykiatrisk öppen eller slutenvård med anledning av schizofreni, bipolär sjukdom, ångestsjukdom eller depressionssjukdom. Personer som enbart haft kontakt med primärvården ingår inte undersökningsgruppen. Depression och ångestsjukdomar behandlas i stor utsträckning endast inom primärvården. Det betyder att personerna i vår undersökningsgrupp med någon av dessa diagnoser har relativt svåra besvär.

En kontrollgrupp har skapats med tio personer i befolkningen med samma ålder, kön och hemkommun. Det kan dock inte uteslutas att även dessa personer har drabbats av psykisk ohälsa, men då vid någon annan tidpunkt än under åren 2004 – 2007.

I tabell 31 framgår vilka grupper som ingår i undersökningen och hur stora de är. Vissa av de bearbetningar som redovisas i kapitlet utgår från en mindre undersökningspopulation.

Tabell 31 Personer som ingår i undersökningen (antal kvinnor och män per diagnos)

Diagnos	Män	Kvinnor
Schizofreni	3 936	2 791
Bipolär sjukdom	2 314	3 373
Depression	26 395	40 099
Ångestsjukdom	16 769	24 030
Kontrollgrupp	465 763	621 401

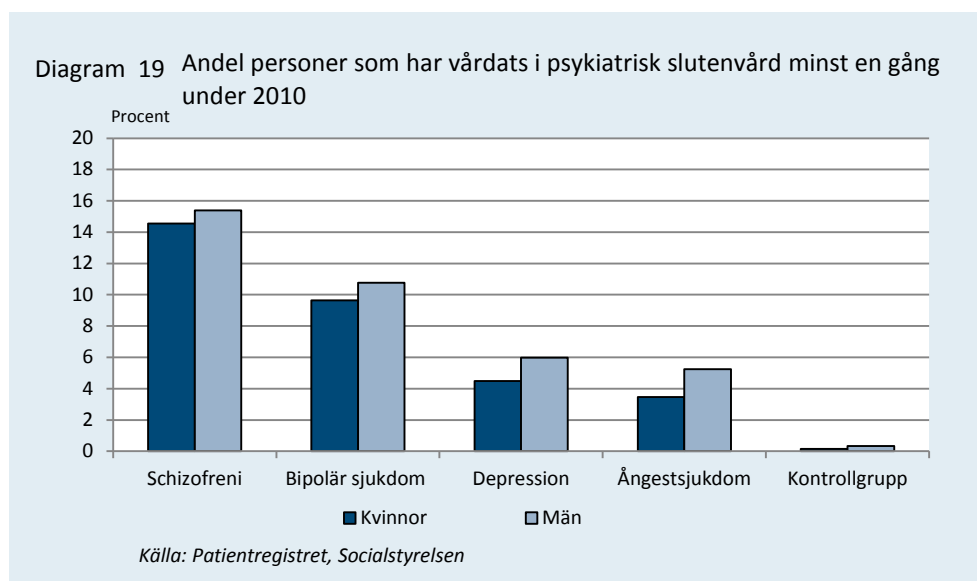
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Den metod som Socialstyrelsen har använt för att identifiera personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har vissa svagheter. I vissa redovisningar studeras ett utfall som ligger flera år efter perioden 2004–2007, då personerna i vår undersökningsgrupp fick sina diagnoser. Materialet kan därför inte användas för att göra uppskattningar av antalet personer med psykisk ohälsa under perioden. Däremot kan det användas för att få kunskap om andelen personer med psykisk funktionsnedsättning som får kommunala insatser eller andelen av dessa personer som är etablerade på arbetsmarknaden.

Sjukvård och vårdkonsumtion

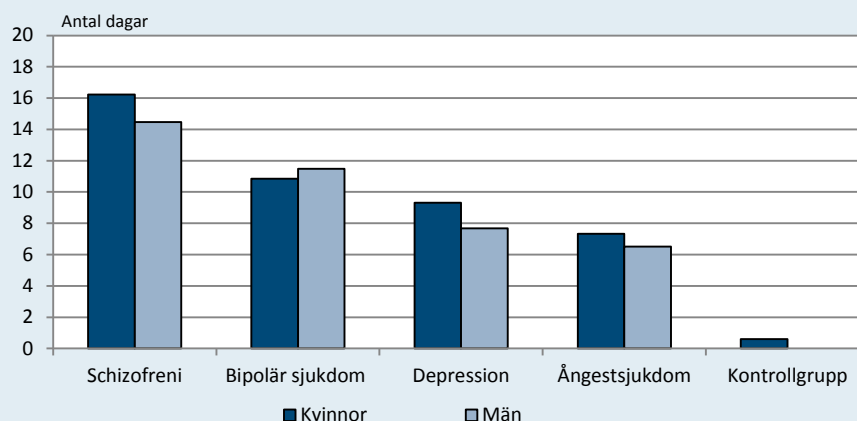
I detta avsnitt redovisas konsumtionen av somatisk och psykiatrisk slutenvård och öppenvård för de fyra diagnosgrupperna och för kontrollgruppen. Konsumtionen av psykiatrisk slutenvård varierar mellan de grupper som studeras.

Diagram 19 visar hur stor andel av personerna i de olika grupperna som hade vårdats inom psykiatrisk slutenvård minst ett vårdtillfälle under år 2010. Störst var andelen bland personer med schizofreni där omkring 15 procent av både männen och kvinnorna hade vårdats inom psykiatrisk slutenvård under året. I gruppen med ångest var motsvarande andel 5 procent för männen och drygt 3 procent av kvinnorna. För alla grupper var andelen män som hade haft ett vårdtillfälle större än andelen kvinnor.



Medelvårdtiderna i psykiatrisk slutenvård är högst för gruppen med schizofreni. Diagram 20 visar antalet vårddygn i psykiatrisk slutenvård dividerat med antalet vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård i de olika grupperna. Män vårdades i genomsnitt flera dagar i psykiatrisk slutenvård än kvinnor. Detta gäller i alla grupper förutom personer med schizofreni.

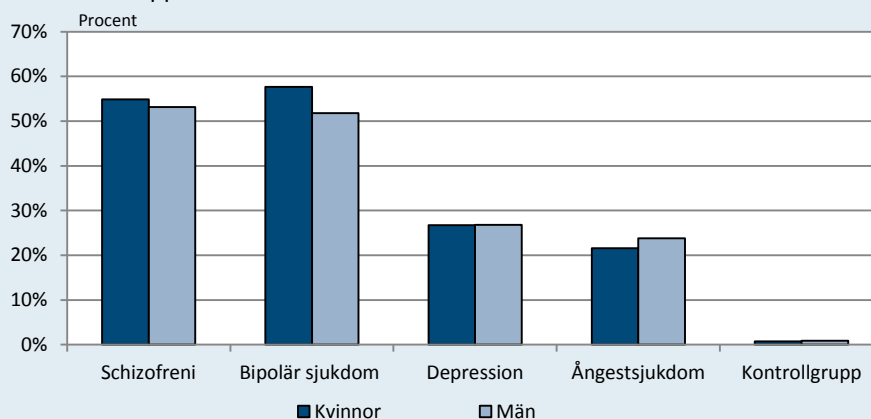
Diagram 20 Medelvårdstid per vårdtillfälle i psykiatrisk slutenvård, 2010



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

När det gäller psykiatrisk öppenvård har Socialstyrelsen studerat andelen personer som har gjort minst ett läkarbesök inom psykiatri under år 2010. Som diagram 21 visar var den grupp som i störst utsträckning haft ett läkarbesök inom den öppna psykiatriska vården under år 2010 var kvinnor med bipolär sjukdom. I denna grupp hade 58 procent av kvinnorna träffat en läkare. För män med bipolär sjukdom och för personer med schizofreni låg andelarna som träffat en läkare på ungefär samma nivå. För personerna med depression och ångest hade mellan 20 och 30 procent haft ett läkarbesök i den psykiatriska öppenvården 2010.

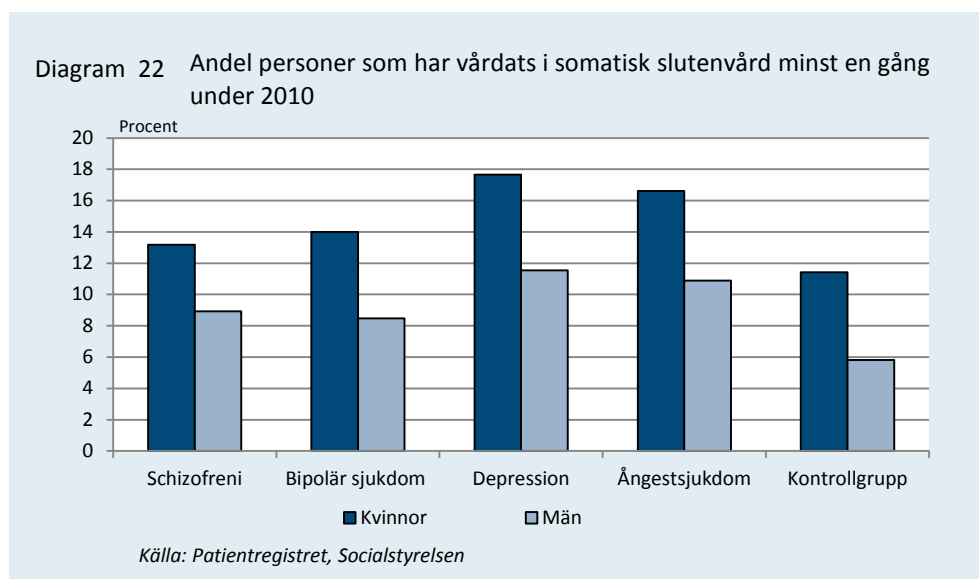
Diagram 21 Andel personer som har gjort minst ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård under 2010



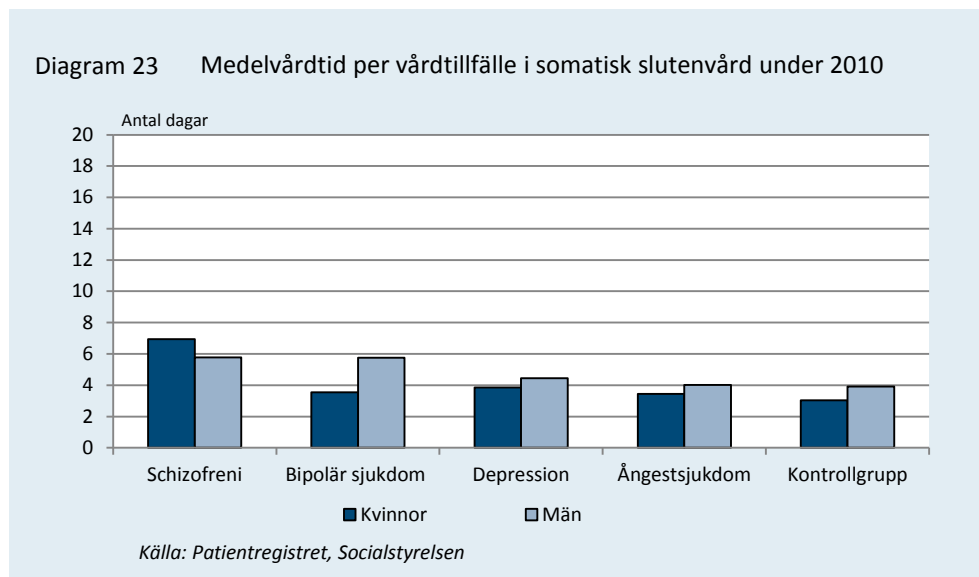
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

För somatisk vård ser bilden annorlunda ut än för psykiatrisk vård vilket framgår i diagram 22. Andelen personer med schizofreni som har haft minst ett vårdtillfälle i somatisk vård är lägre än motsvarande andel bland personer med bipolär sjukdom, ångestsjukdom och depression. Bland de schizofreni-sjuka hade endast 9 procent av männen och 13 procent av kvinnorna ett

vårdtillfälle i somatisk slutenvård under 2010. Bland personer med ångestsjukdom var motsvarande andel 11 respektive 17 procent. I alla grupper var andelen kvinnor som hade konsumerat somatisk slutenvård betydligt högre än andelen män i alla grupper.

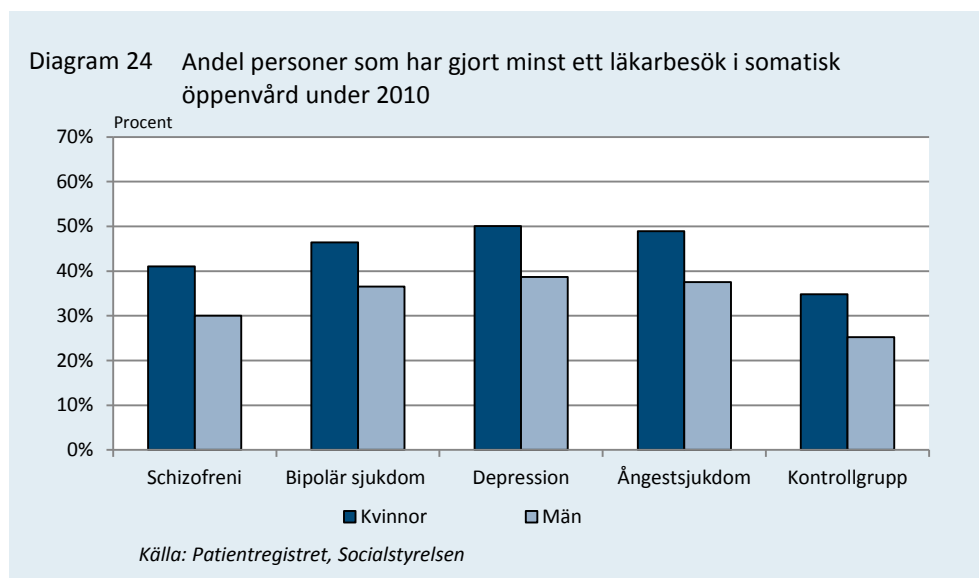


I diagram 23 redovisas medelvårdtider för somatisk slutenvård. Trots att gruppen med schizofreni är den grupp där lägst andel konsumerar somatisk slutenvård så är den genomsnittliga medelvårdtiden högst för den gruppen.



I diagram 24 redovisas andelen av personerna som har gjort minst ett läkarbesök i somatisk öppenvård. I likhet med konsumtionen av somatisk slutenvård var andelen av personerna med schizofreni som hade gjort ett läkarbesök i somatisk öppenvård lägre än för andra grupper med psykiatriska diagnoser. Endast 30 procent av männen med schizofreni och 41 procent av

kvinnorna hade träffat en läkare i öppenvården 2010. Motsvarande siffra för personer med depression var 38 respektive 49 procent.



Kommunala insatser

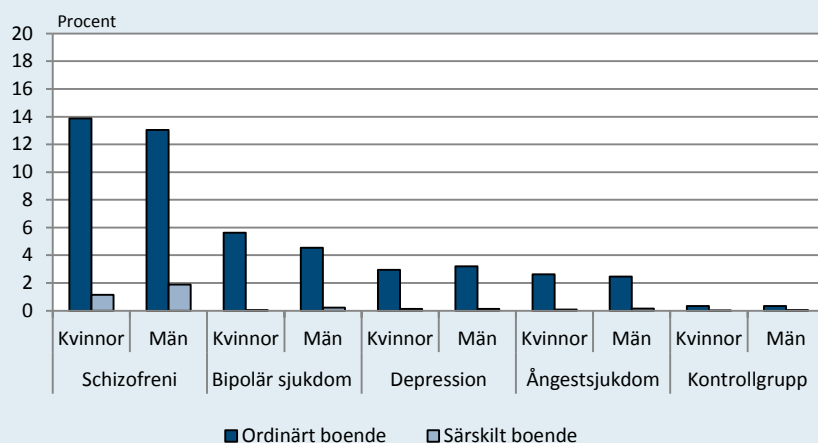
Genom att samköra register kan Socialstyrelsen studera hur stor andel av personerna med psykisk funktionsnedsättning som får tillgång till insatser från kommunen. I detta avsnitt redovisas insatser som beviljats enligt socialtjänstlagen (SoL) och enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Beviljade insatser enligt SoL

Tillgången till insatser enligt SoL varierar för personer med olika psykiatriska diagnoser (diagram 25). Andelen som får stöd är störst bland personer med schizofreni. I denna grupp får 13 procent av männen och drygt 14 procent av kvinnorna någon insats i ordinärt boende, det vill säga i sitt eget hem. I övriga grupper varierar andelen med insatser i ordinärt boende mellan 3 och 6 procent. I kontrollgruppen är det endast 0,3 procent, bland både män och kvinnor, som får någon insats i ordinärt boende.

Särskilt boende har beviljats nästan bara till personer med schizofreni. I denna grupp ges insatsen till ungefär 2 procent av männen och 1 procent av kvinnorna med denna sjukdom.

Diagram 25 Andel personer med psykisk ohälsa som beviljats särskilt boende eller insatser i ordinärt boende år 2010 (insatser enl SoL)



Källa: Patientregistret och Socialtjänstregistret, Socialstyrelsen

Vilka SoL-insatser i ordinärt boende är det då som personer med psykisk ohälsa ges? I tabell 32 redovisas att de vanligaste insatserna för samtliga diagnoser är boendestöd, dagverksamhet och hemtjänst. Boendestöd är ett bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende. Till särskilda målgrupper hör personer med psykiska funktionshinder. Närmare 7 procent av kvinnor med schizofreni och drygt 8 procent av männen hade beviljad insats i form av boendestöd.

Tabell 32 Andel personer med psykisk ohälsa som beviljats olika typer av insatser i ordinärt boende år 2010, i procent (insatser enligt SoL)

	Schizofreni		Bipolär sjukdom		Depression		Ångestsjukdom		Kontrollgrupp	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Hemtjänst	3,6	2,4	1,2	1,3	1,0	1,0	0,8	0,6	0,2	0,2
Boendestöd	7,3	7,8	3,8	2,7	1,4	1,7	1,4	1,3	0,1	0,1
Trygghetslarm	1,1	0,6	0,3	0,3	0,5	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1
Dagverksamhet	3,4	4,0	0,9	0,7	0,5	0,5	0,4	0,5	0,0	0,0
Korttidsboende	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Kontaktperson	2,2	1,7	0,7	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3	0,0	0,0
Annat bistånd	0,8	0,8	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0

Källa: Patientregistret och Socialtjänstregistret, Socialstyrelsen.

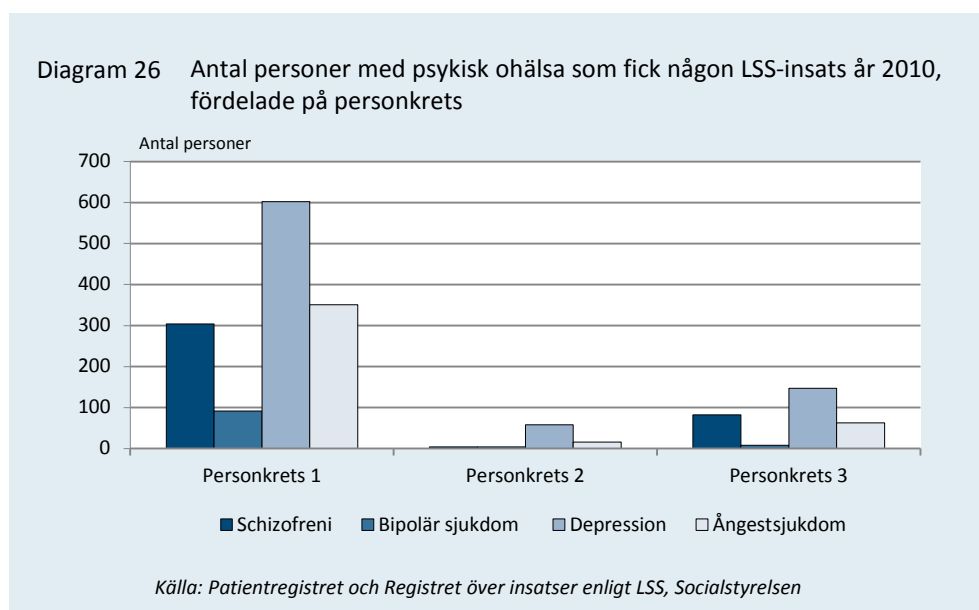
Beviljade insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service till personer med vissa funktionsnedsättningar. Följande grupper ingår i personkretsen för LSS:

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

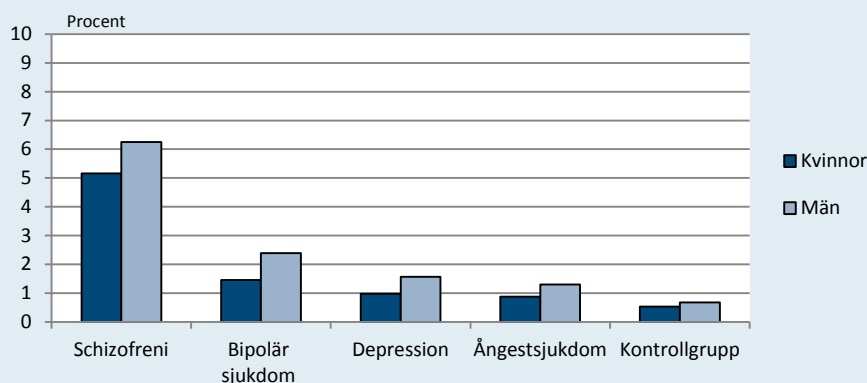
2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

En närmare analys av personerna i undersökningsgruppen med psykisk funktionsnedsättning visar att de allra flesta av dem tillhör personkrets 1 (diagram 26). Det betyder att de personer med psykisk ohälsa som får insatser enligt LSS i hög grad även har en utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.



Av diagram 27 framgår att det över lag är en låg andel av personer med psykisk ohälsa som får tillgång till LSS-insatser. Högst är andelen bland personer med schizofreni, där drygt 6 procent av männen och drygt 5 procent av kvinnorna har någon insats enligt LSS.

Diagram 27 Andel personer med psykisk ohälsa som får tillgång till LSS-insatser 2010



Källa: Patientregistret och Registret över insatser enligt LSS, Socialstyrelsen

I tabell 33 framgår vilka typer av LSS-insatser som personer med psykisk ohälsa får. Eftersom enbart vuxna ingår i undersökningspopulationen studeras inte insatser för barn och unga. De insatser som är vanligast är daglig verksamhet, bostad med särskild service och kontaktperson.

Tabell 33 Andel personer med psykisk ohälsa som beviljats LSS-insatser år 2010, i procent

	Schizofreni		Bipolär sjukdom		Depression		Ångestsjukdom		Kontrollgrupp	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Personlig assistans	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Ledsagarservice	0,7	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Kontaktperson	2,0	2,5	0,8	1,4	0,4	0,6	0,4	0,6	0,2	0,2
Avlösarservice	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Korttidsvistelse	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bostad med särskild service	2,9	3,5	0,8	1,6	0,3	0,5	0,3	0,7	0,3	0,3
Daglig verksamhet	3,3	3,5	1,1	1,8	0,5	0,8	0,5	1,0	0,4	0,5

Källa: Patientregistret och Registret över insatser enligt LSS, Socialstyrelsen

Att daglig verksamhet är en av de vanligaste insatserna kan vid en första anblick verka anmärkningsvärt. Daglig verksamhet enligt LSS kan nämligen enbart beviljas till personer som hör till personkrets 1 eller 2 (det vill säga personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd samt hjärnskada förvärvad i vuxen ålder). Att 3,5 procent av männen och 3,3 procent av kvinnorna får daglig verksamhet beror främst på att de även har utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Sammanfattning

Resultaten visar att personer med depression och ångest har en betydande konsumtion av somatisk slutenvård. Jämförelsen är svår värderad och osäkert om en tolkning kring överkonsumtion av somatisk vård för dessa grupper kan göras. Den ökade somatiska slutenvården vid schizofreni och bipolär sjukdom speglar den ökade sjukligheten i dessa grupper.

Det är anmärkningsvärt att andelen av personerna med schizofreni som har gjort ett läkarbesök i somatisk öppenvård är lägre än för de andra grupperna med psykiatriska diagnoser. I utvärderingen konstaterar Socialstyrelsen att den ökade frekvensen av fysiska sjukdomar vid schizofreni kan bero på faktorer relaterade till schizofreni och dess behandling, men utan tvekan också på otillfredsställande organisering av hälso- och sjukvården, otillräcklighet i att identifiera och behandla den höga samsjukligheten och det sociala stigma som tillskrivs de schizofrena patienterna.

Det framgår även av utvärderingen och Socialstyrelsens tidigare arbeten att tillgången till vården verkar förklara den ökade dödligheten. Schizofreni är associerad med ökad kardiovaskulär sjukdom. Socialstyrelsens registerstudier visar att personer med schizofreni i lägre utsträckning får vissa kirurgiska ingrepp som stentning och bypass. Vidare har personer med psykos lägre sannolikhet att få cerebrovaskulär arteriografi eller blodförtunnande läkemedlet warfarin efter stroke. Att warfarin ordineras i lägre omfattning kan tyda på bättre kvalitet med den anledningen att tveksam medverkan till behandlingen är en kontraindikation för waranbehandling.

Den sammantagna bedömningen är att tillgången till medicinsk vård och organisering av vården för de med allvarlig psykisk sjukdom har stora förbättringsutrymmen.

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) har i samarbete med Svenska Föreningen för Barn och Ungdomspsykiatri, Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk Förening för Diabetologi, Svensk Internmedicinsk Förening, Svenska Kardiologföreningen och Svensk Förening för Obesitasforskning gett ut riktlinjer för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom [80]. Om dessa riktlinjer följdes borde antalet vårdkontakter inom den somatiska vården öka för patienter med schizofreni.

Tillgången till insatser enligt SoL varierar för personer med olika psykiatriska diagnoser. Andelen som får stöd är störst bland personer med schizofreni. I denna grupp får 13 procent av männen och drygt 14 procent av kvinnorna någon insats i ordinärt boende, det vill säga i sitt eget hem. Siffrorna är lägre än väntat utifrån målgruppens förväntade behov.

Ekonomiska förhållanden för personer med psykisk ohälsa

Personer med psykisk funktionsnedsättning är särskilt utsatta när det gäller inkomst och förankring på arbetsmarknad. I detta kapitel redovisas hur stor andel av dessa personer som är etablerade på arbetsmarknaden samt hur stor andel som får ekonomiskt bistånd. Personer som insjuknar i en psykisk sjukdom i ung ålder är särskilt utsatta eftersom de kanske ännu inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden. Därför undersöks särskilt inkomstutvecklingen för personer som insjuknade vid 20–30 års ålder.

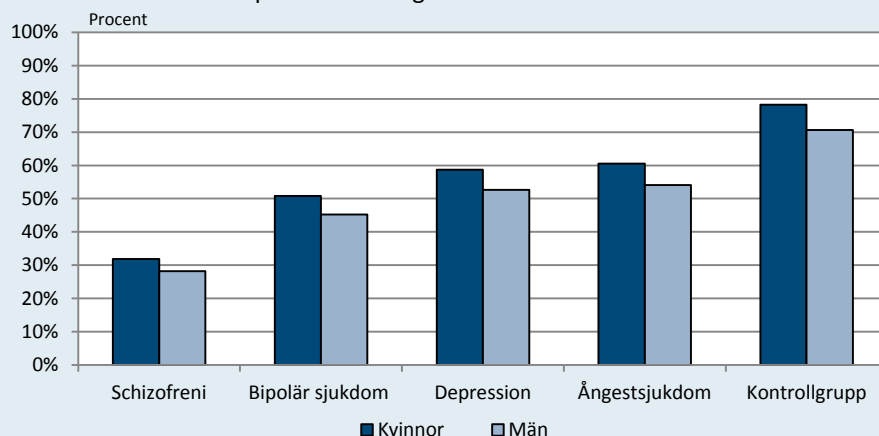
Den grupp som undersöks är densamma som i föregående kapitel, det vill säga personer som har fått en av diagnoserna schizofreni, bipolär sjukdom, ångestsjukdom eller depression under åren 2004–2007. Metoden beskrivs mer ingående i metoddelen.

Etablering på arbetsmarknaden

Socialstyrelsen har studerat etableringen på arbetsmarknaden fem år efter insjuknandet, bland personer som vid insjuknandet var i åldrarna 20–59 år. Enligt SCB:s definition enligt Registerbaserad Aktivitetsstatistik (RAKS) är man etablerad på arbetsmarknaden om man är anställd, har fått en arbetsinkomst som är minst 60 procent av medianinkomsten för personer med samma kön och inte några registrerade händelsen som indikerar arbetslöshet eller arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

Resultatet visar att fem år efter insjuknande i schizofreni var endast 17 procent av männen och 19 procent av kvinnorna etablerade på arbetsmarknaden (diagram 28). Motsvarande andel för kontrollgruppen var 64 respektive 67 procent.

Diagram 28 Andel etablerade på arbetsmarknaden fem år efter insjuknandet, fördelat på kön och diagnos

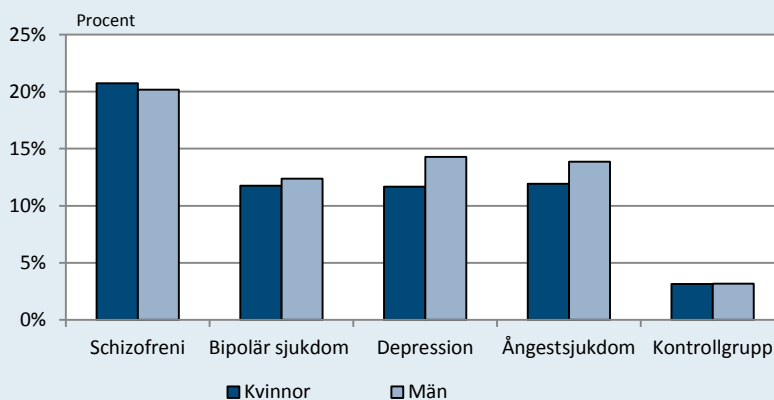


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Ekonomiskt bistånd

Diagram 29 visar andelen personer med psykisk sjukdom som fick ekonomiskt bistånd fem år efter att de insjuknade. Högst andel finns bland personer med schizofreni, där ungefär 20 procent erhöll ekonomiskt bistånd fem år efter insjuknandet. I kontrollgruppen fick 3 procent av personerna ekonomiskt bistånd.

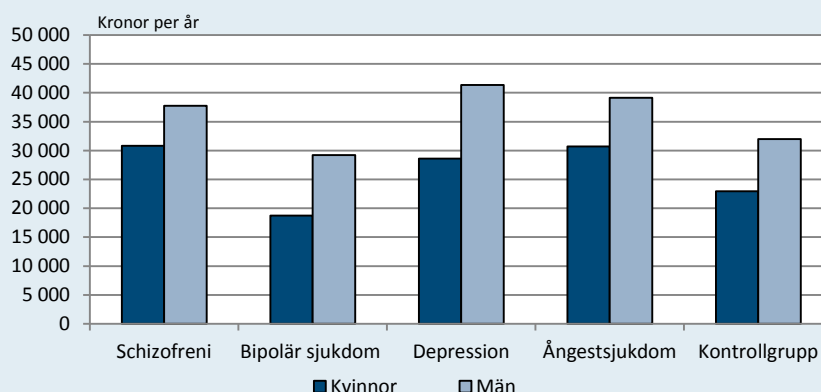
Diagram 29 Andel personer som fick ekonomiskt bistånd fem år efter insjuknande, fördelade på kön och diagnos



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Hur stort ekonomiskt bistånd fick då dessa personer? Av diagram 30 nedan framgår att skillnaden inte är så stor mellan personer med psykisk ohälsa och kontrollgruppen. Personer med bipolär sjukdom fick något lägre ekonomiskt bistånd än kontrollgruppen. Den stora skillnaden tycks snarare vara den mellan kvinnor och män. Män fick högre ekonomiskt bistånd inom samtliga grupper, inklusive kontrollgruppen.

Diagram 30 Genomsnittligt ekonomiskt bistånd fem år efter insjuknande, fördelade på kön och diagnos

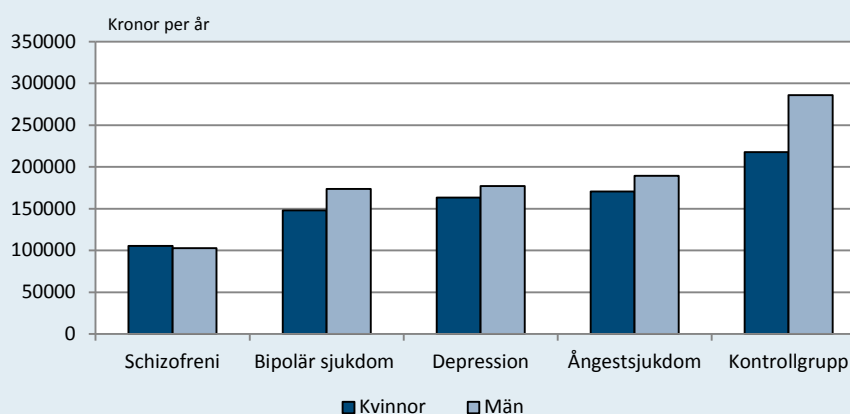


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Inkomst bland unga med psykisk sjukdom

I detta avsnitt ges en fördjupning särskilt i den ekonomiska situationen för personer som var i åldern 20–30 år vid insjuknandet i en psykisk sjukdom. Diagram 31 visar gruppens medianårsinkomst fem år efter att personerna insjuknade i en psykisk sjukdom. Personer som insjuknat i schizofrenisjukdom har lägst medianårsinkomst fem år senare, runt 100 000 kronor för både män och kvinnor. Övriga diagnosgrupper har årsinkomster mellan 150 000 och 190 000 kronor. I kontrollgruppen är medianårsinkomsten omkring 290 000 kronor för män och 220 000 kronor för kvinnor. Skillnaden mellan män och kvinnor är mindre bland personer som insjuknat i en psykisk sjukdom än i kontrollgruppen.

Diagram 31 Medianårsinkomst fem år efter insjuknande i schizofreni, bipolär sjukdom, ångestsjukdom och depression för personer som vid insjuknande var 20–30 år

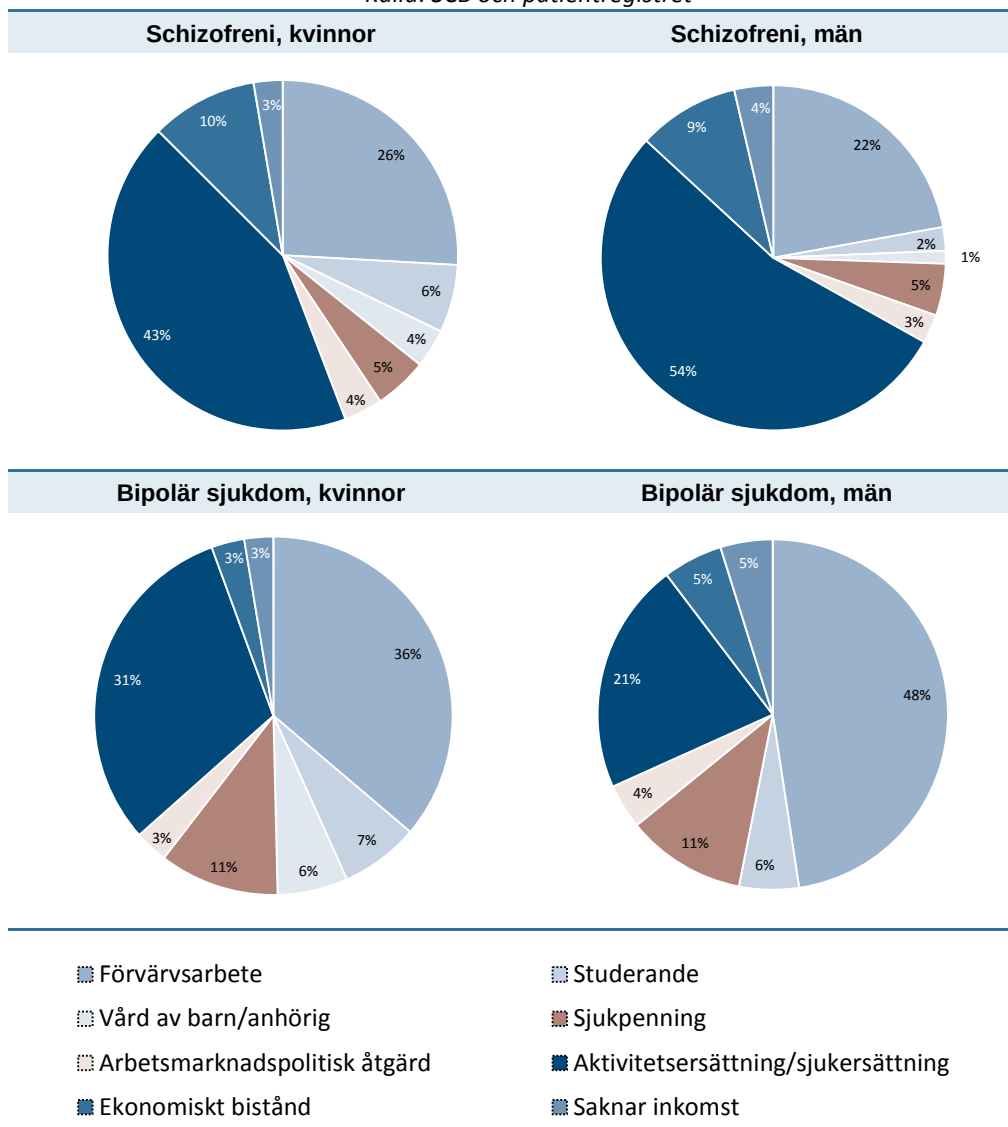


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I figur 21 visas den huvudsakliga inkomstkällan fem år efter insjuknande i schizofreni, bipolär sjukdom ångestsjukdom eller depression. De översta cirkklarna visar hur fördelningen ser ut för kvinnor och män i kontrollgruppen.

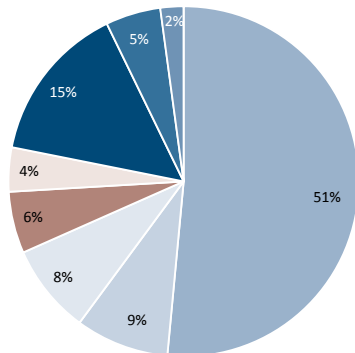
Figur 21 Huvudsaklig inkomstkälla för den totala årsinkomsten bland män och kvinnor fem år efter insjuknande för personer som vid insjuknande var 20-30 år

Källa: SCB och patientregistret

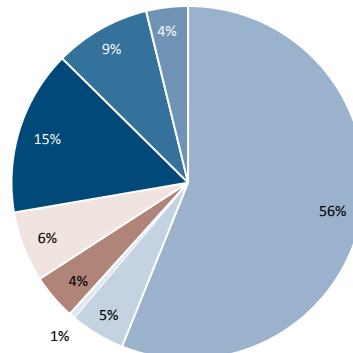


Figur 21 Fortsättning från föregående sida

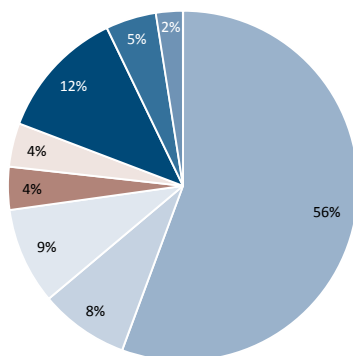
Depression, kvinnor



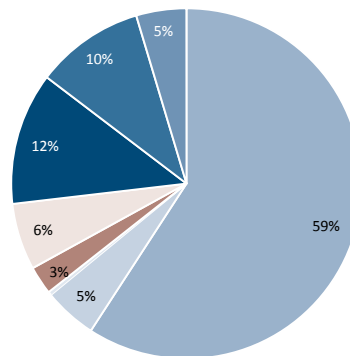
Depression, män



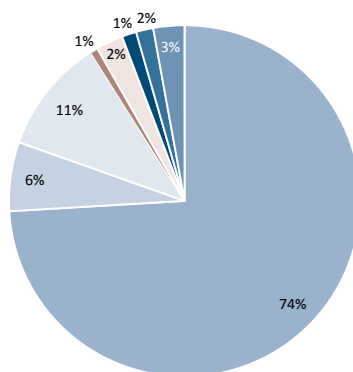
Ångestsjukdom, kvinnor



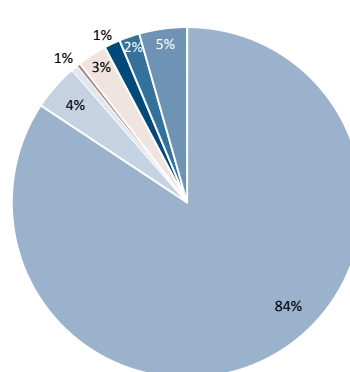
Ångestsjukdom, män



Kontrollgrupp, kvinnor



Kontrollgrupp, Män



- Förvärvsarbete
- Vård av barn/anhörig
- Arbetsmarknadspolitisk åtgärd
- Ekonomiskt bistånd

- Studerande
- Sjukpenning
- Aktivitetsersättning/sjukersättning
- Saknar inkomst

I gruppen som har behandlats för schizofreni har en stor del sjukersättning fem år efter insjuknande. Sjukersättning är det huvudsakliga inkomsten för 54 procent av männen och för 43 procent av kvinnorna. Endast 22 procent av männen och 26 procent av kvinnorna har förvärvsarbete som huvudsaklig inkomstkälla. En stor del av gruppen har också ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomstkälla. Denna andel uppgår till 9 procent av männen och 10 procent av kvinnorna.

Bland personerna som har vårdats för bipolär sjukdom är andelen som får sin huvudsakliga inkomst från förvärvsarbete betydligt större än bland personerna som har behandlats för schizofreni. Denna andel uppgår till 48 procent av männen och 36 procent av kvinnorna. Den näst vanligaste inkomstkällan är sjukersättning följt av sjukpenning. Andelen som har sjukersättning som huvudsaklig inkomst är lägre än för gruppen med schizofreni medan andelen med sjukpenning är högre.

När det gäller personer med depression har mer än hälften av populationen förvärvsarbete som huvudsaklig inkomstkälla fem år efter insjuknandet. Den näst vanligaste inkomstkällan är sjukersättning, följt av studiemedel för kvinnor och ekonomiskt bistånd för män. Vård av barn/anhörig är en nästan lika vanlig huvudinkomstkälla för kvinnorna som studiemedel. Drygt 8 procent av kvinnorna har denna kategori som huvudsaklig inkomstkälla. Motsvarande andel för männen är mindre än 1 procent.

Fördelningen av huvudsaklig inkomstkälla för personer som vårdats för ångestsjukdom är mycket lik fördelningen bland personer som vårdats för depression. Skillnaden är att ytterligare något större andelar förvärvsarbetar; 59 procent av männen och 56 procent av kvinnorna får sin huvudsakliga inkomst från förvärvsarbete. Sjukersättning står för den huvudsakliga inkomsten hos 12 procent av både männen och kvinnorna.

För kontrollgrupperna står förvärvsarbete för den huvudsakliga inkomsten hos 84 procent av männen och för 74 procent av kvinnorna. Bland männen får 4 procent sin huvudsakliga inkomst genom studier medan denna andel står för 6 procent hos kvinnorna. Den största skillnaden mellan könen gäller inkomst från vård av barn/anhörig. Denna kategori utgör huvudsaklig inkomst för 11 procent av kvinnorna i kontrollgruppen och bara för en halv procent av männen. Sjukersättning som är en vanlig inkomstkälla i de övriga grupperna utgör bara huvudsaklig inkomstkälla för cirka 1 procent av både männen och kvinnorna i kontrollgruppen.

Kostnader för psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är en av den vanligaste orsaken till att personer i arbetsförålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden. Under ett år drabbas en miljon svenskar i arbetsför ålder – nästan 20 procent av arbetskraften av psykisk ohälsa. Psykiska sjukdomar beräknas omfatta närmare 40 procent av de samlade sjukförsäkringskostnaderna (kostnader för sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning) [12]. Därmed den enskilt största diagnosgruppen, tätt följd med drygt 30 procent för sjukdomar i rörelseorganen. Psykisk ohälsa är idag den vanligaste orsaken till långvarig sjukfrånvaro. Bland

kvinnor som är sjukskrivna mer än ett år handlar hälften av sjukfallen om psykisk ohälsa.

I dagsläget saknas en heltäckande statistik över kostnader för psykisk ohälsa, där kostnader för läkemedel, vård, omsorg samt kostnader för produktionsbortfall.

I Sverige uppskattar OECD att psykisk ohälsa kostar över 70 miljarder om året i förlorade arbetsinsatser och uppgifter för vård och omsorg [81]. Det motsvarar nästan tre procent av Sveriges BNP. Läger man till kostnaderna för förlorad livskvalitet står vi inför en av vår tids stora välfärdsutmaningar.

Kostnader för ojämlikhet i hälsa och vård

Psykisk ohälsa är ojämnt fördelad i befolkningen. Detta framgår från ett flertal undersökningar, exempelvis Nationella folkhälsoenkäten, SCB:s så kallade ULF undersökningar från ett flertal vetenskapligt publicerade undersökningar. Ett vanligt mått är att mäta socioekonomisk status, generellt brukar låg socioekonomisk status vara en riskfaktor för flera olika sjukdomar. Att vara lågutbildad, ha arbete med låg status, låg inkomst eller liten förmögenhet ökar risken för depression [82].

I Sverige har Statens folkhälsoinstitut låtit göra en beräkning av samhällsekonomiska kostnader för ojämlikhet i hälsa på nationell nivå [83]. Statens folkhälsoinstitut uppskattade att de samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsan i Sverige uppgår till minst 120 miljarder kronor per år. I beräkningar går det inte särskilja psykisk ohälsa. En betydande del av dessa kostnader kan betraktas som onödiga, eftersom de kan minskas genom politiska beslut om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Exempelvis är samhällets kostnader för ohälsosamma levnadsvanor i form av tobaks- och alkoholbruk, fysisk inaktivitet och dåliga matvanor över 50 miljarder kronor varje år.

De samhällsekonomiska kostnaderna beräknades genom så kallad cost-of-illness metoden. Metoden innebär att indirekta och direkta kostnader för sjukdomar, tillstånd eller olyckor beräknas. De direkta kostnaderna innefattar kostnader för hälso- och sjukvården, läkemedel samt rehabilitering. Indirekta kostnader utgörs av de kostnader som uppkommer vid sjukskrivning eller för tidig död, oftast omnämnt som produktionsbortfall. Cost-of-illness-metoden ger en uppskattning av nuläget och vilka kostnader som kan fortsätta att belasta samhället.

Socialstyrelsen har i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* [84] beskrivet jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården och beräknat ytterligare kostnader för samhället. Socialstyrelsen har översiktligt låtit beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna och inkluderat vissa direkta och indirekta kostnader för förlorad livskvalitet. Beräkningarna grundar sig i huvudsak på uppgifter om dödlighet och slutenvård från Socialstyrelsens register. Genom att beräkna kostnader för undvikbara slutenvårdstillfällen, bedöms kostnaderna för samhället vara på cirka 800 miljoner kronor.

De indirekta kostnaderna för ojämlikhet till följd av utbildningsskillnader har analyserats genom att beräkna produktionsbortfall relaterad till åtgärdbara dödsfall och sjukfrånvaro vid undvikbar slutenvård för de personer som

direkt drabbas. Detta motsvarar ett framtida produktionsbortfall till ett värde på cirka 7 miljarder kronor. Till detta kan läggas uppskattade kostnader cirka 100 miljarder kronor i indirekta kostnader på grund av lägre livskvalitet.

Sammanfattning

Diagrammen i detta avsnitt visar alla på samma tendens. Personer med psykisk ohälsa lever under mer utsatta ekonomiska förhållanden än befolkningen i stort. Detta gäller alla diagnoser, men i olika utsträckning. Svårast ekonomisk situation har personer med schizofreni följt av personer med bipolär sjukdom, depression och ångest. Personer med schizofreni är i lägre utsträckning än andra grupper etablerade på arbetsmarknad och har lägre genomsnittlig årsinkomst. Personer med schizofreni fick ekonomiskt bistånd i högre utsträckning och har i högre utsträckning sjukersättning som huvudsaklig inkomstkälla.

En god ekonomi och ett arbete kan ge ett skydd mot yttre påfrestningar. Den ekonomiska utsattheten bland personer med psykisk ohälsa kan innebära att situationen förvärras för denna grupp.

Kostnader för psykiatrisk vård

Kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård har under de senaste åren inte ökat i lika stor utsträckning som kostnaderna för specialiserad somatisk vård. Trots det har vårdproduktionen, mätt som antalet besök och antalet vårdtillfällen, ökat mer inom psykiatrin än i primärvården och den specialiserade somatiska vården.

År 2011 var landstingens nettokostnader för specialiserad psykiatrisk vård exklusive läkemedel 18,8 miljarder kronor, eller 1 982 kronor per invånare. Kostnaderna motsvarade ungefär hälften av kostnaderna för primärvården och ungefär en sjättedel av kostnaderna för den specialiserade somatiska vården. I tabell 34 visas de totala nettokostnaderna för dessa tre vårdgrenar 2011.

Tabell 34 Nettokostnader för primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård exklusive läkemedel 2011, i miljoner kronor

	Nettokostnad (miljoner kronor)
Primärvård	35 489
Specialiserad somatisk vård	110 908
Specialiserad psykiatrisk vård	18 797

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, Sveriges Kommuner och Landsting.

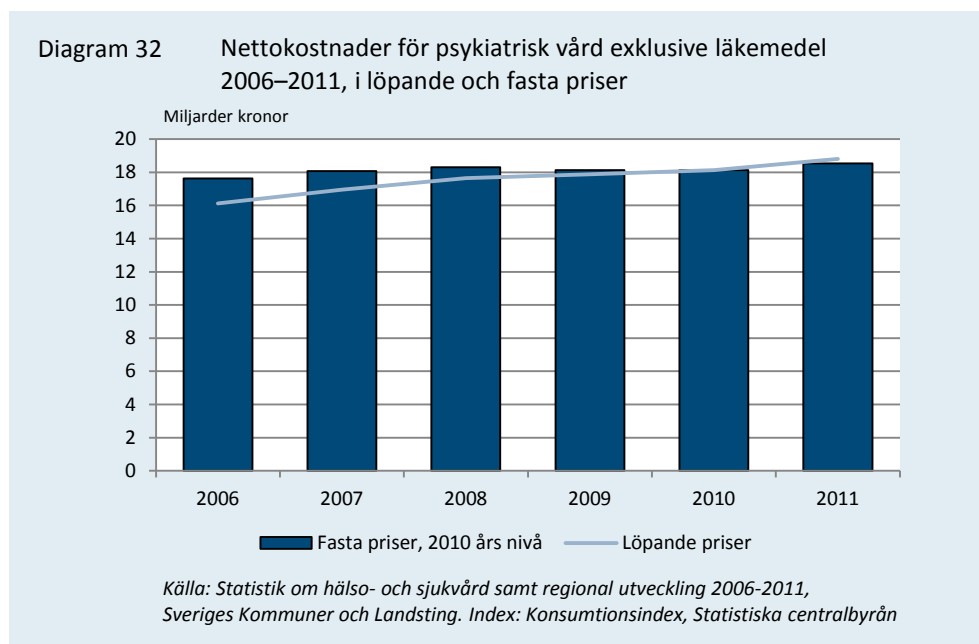
En tydlig trend när det gäller kostnaderna för psykiatrisk vård de senaste åren är att öppenvårdens andel av de totala kostnaderna har ökat. Psykiatrisk öppenvården stod 2011 för drygt 55 procent av de totala kostnaderna, medan psykiatrisk slutenvården stod för drygt 42 procent. Tabell 35 visar hur kostnaderna för den specialiserade psykiatrin fördelar sig på öppenvård, dagsjukvård, hemsjukvård och slutenvård.

Tabell 35 Fördelning av nettokostnader för psykiatrisk vård 2011, i miljoner kronor och som andelar

	Miljoner kronor	Andel av kostnaderna (procent)
Öppenvård	10 387	55,3
Dagsjukvård	356	1,9
Hemsjukvård	85	0,5
Slutenvård	7 968	42,4
Totalt	18 797	100

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, Sveriges Kommuner och Landsting

I löpande priser ökade nettokostnaderna för psykiatrisk specialiserad vård med cirka 2,7 miljarder kronor från år 2006 till år 2011. Omräknat till fasta priser (i 2010 års prisnivå) motsvarade denna ökning dock bara 900 miljoner kronor eller cirka 5 procent. Diagram 32 visar utvecklingen av nettokostnaderna för psykiatrin från 2006 till 2011 i fasta och löpande priser.



Nettokostnader avser landstingens bruttokostnad minus externa och interna bruttointäkter. En nackdel med detta kostnadsmått är att det inte fångar de statsbidrag, varken generella eller riktade, som olika verksamheter tar emot. De riktade statsbidragen till psykiatrin uppgick 2011 till 401 miljoner kronor. Tabell 36 visar storleken på erhållna bidrag till den specialiserade psykiatriska vården från år 2006 till 2011.

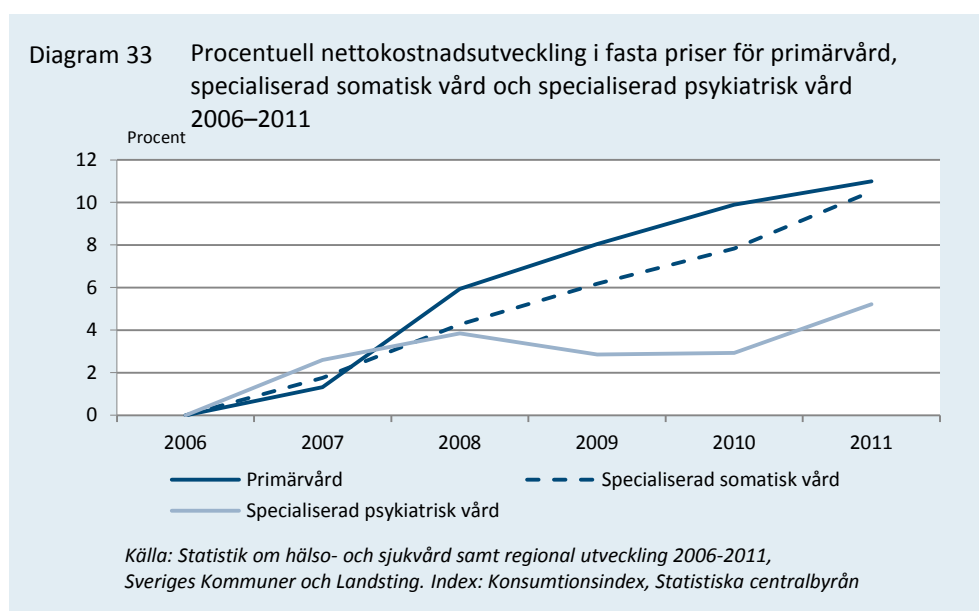
Tabell 36 Erhållna bidrag till specialiserad psykiatrisk vård 2006 till 2011, miljoner kronor

År	Miljoner kronor
2006	151
2007	201
2008	206
2009	371
2010	461
2011	401

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 33 redovisas hur kostnadsutvecklingen har sett ut för psykiatrin i jämförelse med den specialiserade somatiska vården och primärvården. Un-

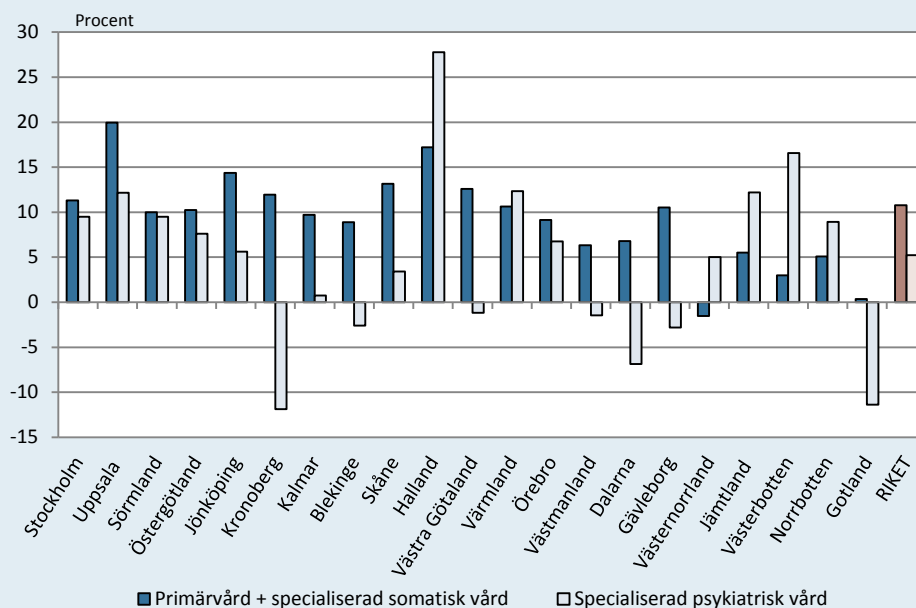
der samma period som de fasta nettokostnaderna för psykiatrin ökade med 5 procent ökade kostnaderna inom primärvården och den specialiserade somatiska vården med drygt 10 procent. Vid tolkningen av diagram 33 är det viktigt att komma ihåg att statsbidrag inte är inkluderade i kostnaderna.



Har kostnadsförändringarna sett likadant ut i alla landsting eller skiljer det sig åt i olika delar av landet? Diagram 33 visar hur utvecklingen har sett ut på nationell nivå under perioden. Diagram 34 visar motsvarande utveckling på landstingsnivå. Den procentuella kostnadsökningen för primärvård och specialiserad somatisk vård har slagits ihop och jämförs med kostnadsutvecklingen i fasta priser för specialiserad psykiatrisk vård. Som figuren visar ser utvecklingen väldigt olika ut i olika landsting. I 15 av 21 landsting ökade kostnaderna för primärvård och somatisk vård mer än kostnaderna för psykiatrisk vård. Skillnaden var störst i Kronoberg där kostnaderna för somatisk vård och primärvård ökade med 12 procent och kostnaderna för psykiatrisk vård minskade med 12 procent.

I sex landsting ökade kostnaderna för psykiatrisk vård mer än kostnaderna för primärvård och specialiserad somatisk vård. Den största kostnadsökningen för specialiserad psykiatrisk vård ägde rum i Halland där kostnaderna ökade med 28 procent under perioden. Ökningen i Halland skedde dock från ett mycket låg nivå, och trots ökningen ligger Halland fortfarande bland de tre landsting med lägst kostnader för specialiserad psykiatrisk vård per invånare.

Diagram 34 Procentuell förändring av nettokostnaderna i fasta priser för specialiserad psykiatrisk vård respektive specialiserad somatisk vård och primärvård mellan år 2006 och 2011.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006-2011

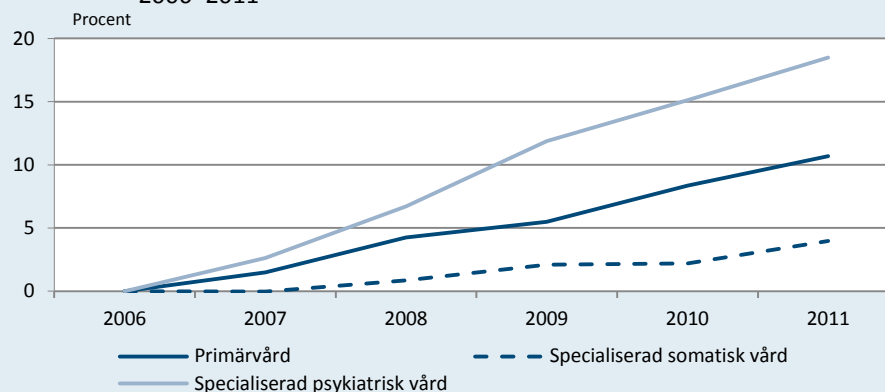
Sveriges Kommuner och Landsting. Index: Konsumtionsindex, Statistiska centralbyrån

Ett annat sätt att mäta kostnaderna inom hälso- och sjukvården är med kostnadsmåttet bruttokostnader minus interna intäkter, det vill säga utan att de externa intäkterna dras av. Med detta kostnadsmått inkluderas även externa bidrag som statsbidrag. Om man undersöker hur kostnadsutvecklingen har sett ut med detta kostnadsmått sedan 2008, så har ökningen för specialiserad psykiatrisk vård varit 6 procent i fasta priser. Denna ökning är ungefär lika stor som för primärvården. Kostnadsökningen för specialiserad somatisk vård var cirka 9 procent.

Vårdproduktionen ökar

Kostnadsökningen har alltså varit mindre inom psykiatrin än inom den specialiserade somatiska vården. Trots det har antalet besök ökat mer inom psykiatrin än i primärvården och den specialiserade somatiska vården. Det innebär att produktiviteten har ökat mer inom psykiatrin än inom de andra vårdgrenarna. Diagram 35 visar den procentuella ökningen av antalet besök mellan 2006 och 2011. Besöken är viktade med vikten 1 för läkarbesök och med 0,4 för besök hos andra personalkategorier.

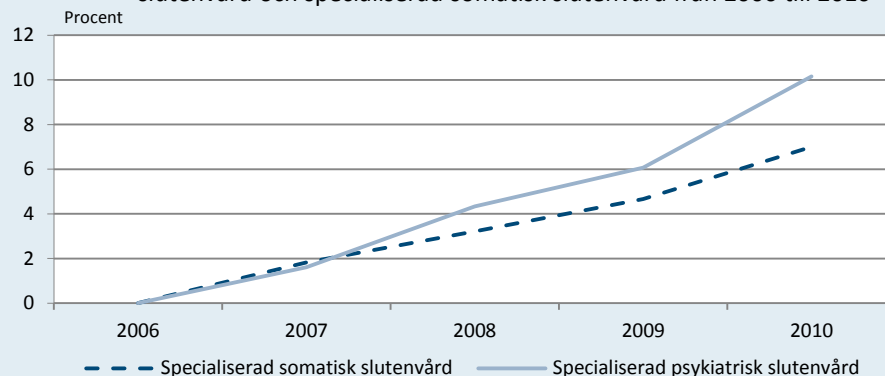
Diagram 35 Procentuell ökning av antal viktade besök inom primärvård, specialiserad psykiatrisk vård och specialiserad somatisk vård 2006–2011



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006-2011, Sveriges Kommuner och Landsting

Likaså när det gäller antalet vårdtillfällen inom slutenvården har den relativa ökningen varit större inom psykiatrin än inom den somatiska vården. Diagram 36 visar ökningen av antalet vårdtillfällen inom psykiatrisk och somatisk slutenvård från 2006 till 2010. Antalet vårdtillfällen inom psykiatrin ökade med 10 procent under perioden. Ökningen inom den somatiska vården var 7 procent.

Diagram 36 Procentuell ökning av antal vårdtillfällen inom specialiserad psykiatrisk slutenvård och specialiserad somatisk slutenvård från 2006 till 2010

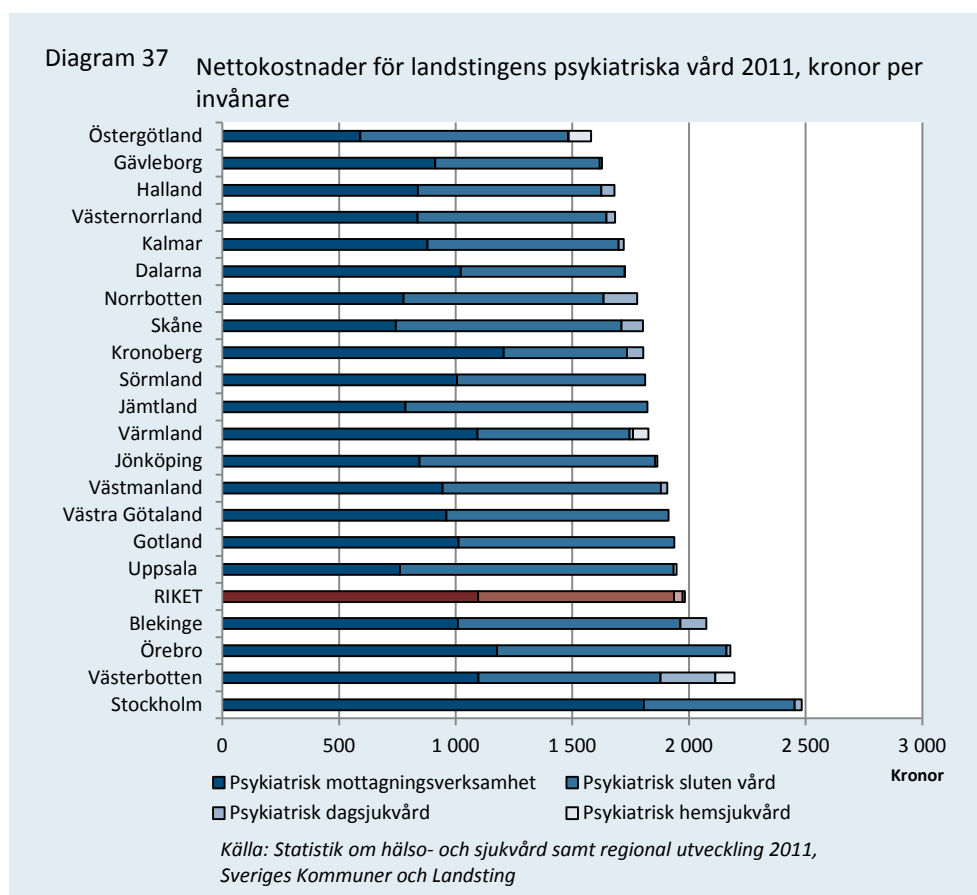


Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006-2010, Sveriges Kommuner och Landsting

Stor spridning i kostnad per invånare

Det finns en betydande spridning mellan de olika landstingen när det gäller deras kostnader per invånare för psykiatrisk vård. Diagram 37 visar landstingens nettokostnader per invånare, uppdelade på öppenvård, slutenvård, dagsjukvård och hemsjukvård. Sett per invånare hade Stockholms landsting landets högsta kostnad med 2 483 kronor per invånare. I Östergötland var kostnaden per invånare lägst: 1 580 kronor per invånare. En förklaring till

de höga kostnaderna i Stockholm kan vara att den psykiska ohälsan är större i storstadsmiljön. Andra förklaringar kan vara att gränsdragningen mellan primärvård och psykiatri varierar i olika landsting på grund av avstånd till psykiatrin och på grund av varierande resurser för psykiatrin. Psykiatrin i Stockholm är dels väl utbyggd, dels geografiskt lättillgänglig. En ytterligare förklaring kan vara att en del landsting på grund av brist på psykiatriker inte kunnat besätta sina läkartjänster, vilket resulterat i lägre kostnader.

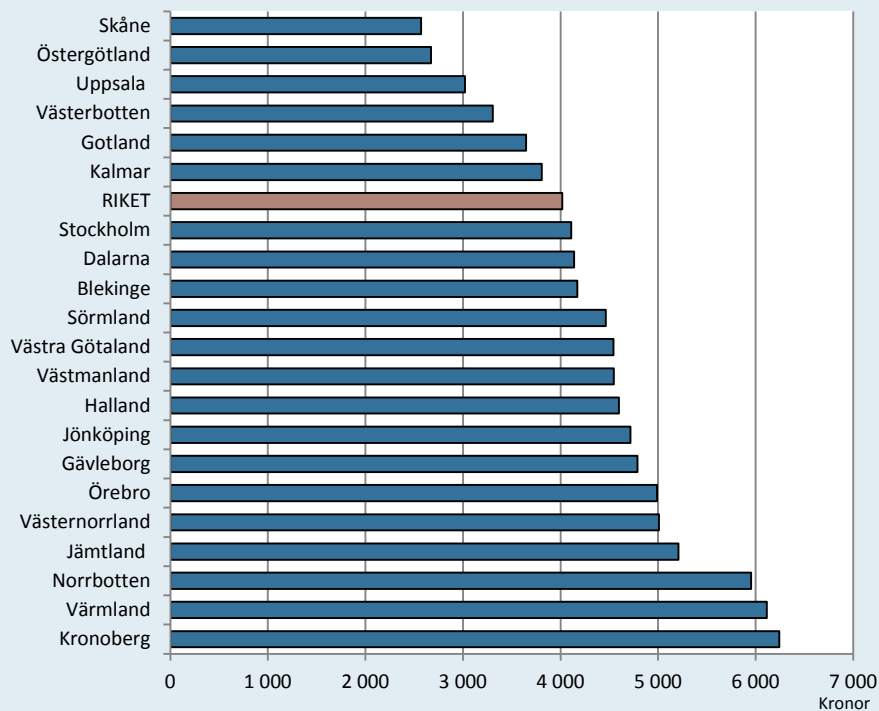


Fördelningen mellan hur stor del av kostnaderna som läggs på slutenvård respektive öppenvård varierar mellan landstingen. I Stockholm var andelen som gick till öppenvården störst, med 73 procent av de totala kostnaderna för psykiatrin. I Östergötland var öppenvårdens andel som lägst, med 37 procent.

Produktiviteten varierar men är svårtolkad

När det gäller kostnaden per besök är spridningen mellan landstingen ännu större än för kostnaden per invånare. I diagram 38 redovisas landstingens nettokostnad för specialiserad psykiatrisk öppenvård per viktat besök. Besöken viktas med 1 för läkarbesök och med 0,4 för besök hos andra personal-kategorier. Lägst var kostnaden i Skåne där den uppgick till 2 570 kronor per viktat besök. Högst var kostnaden i Kronoberg, med 6 240 kronor.

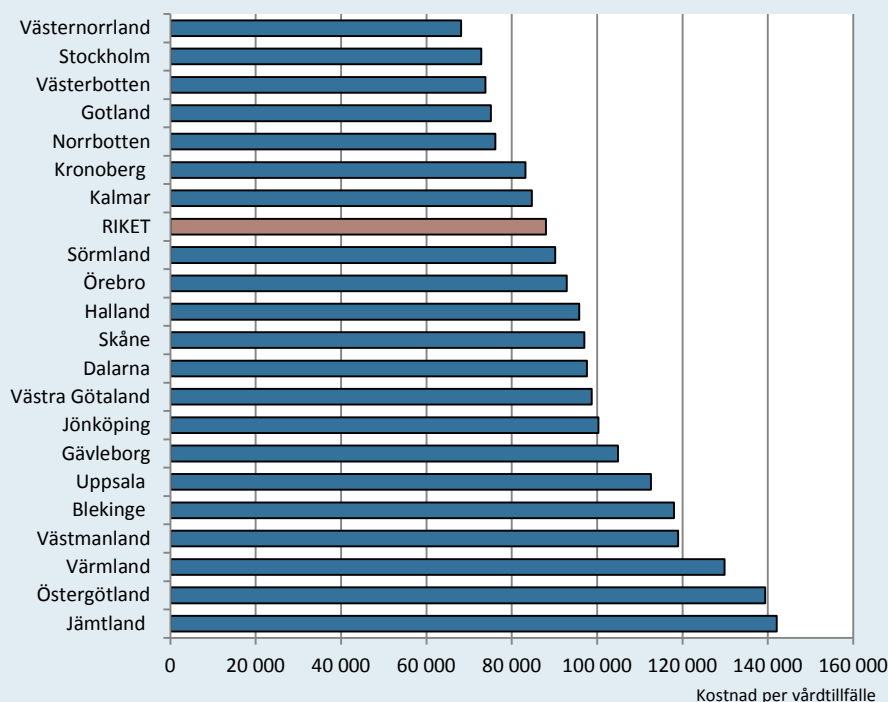
Diagram 38 Landstingens nettokostnad för psykiatrisk öppenvård per viktat besök, 2011, kronor



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, Sveriges Kommuner och Landsting

Kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård varierade kraftigt mellan landstingen. Diagram 39 visar den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle inom slutenvården i de olika landstingen. Den genomsnittliga kostnaden varierade mellan 66 000 kronor i Västernorrland och 142 000 kronor i Jämtland. Observera att uppgifterna gäller för 2010.

Diagram 39 Landstingens nettokostnad för sluten psykiatrisk vård per vårdtillfälle, 2010, i kronor



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, Sveriges Kommuner och Landsting

Skillnaderna i kostnad per besök respektive per vårdtillfälle kan visa en skillnad i produktivitet: ju lägre kostnad, desto mer får man för pengarna. Detta är dock bara en liten del av verkligheten. Kostnaderna och vårdtillfällena är till exempel inte justerade för vilka diagnoser som har behandlats, och naturligtvis påverkas kostnaden per vårdtillfälle av hur vårdtunga patienterna är och hur långa vårdtillfällena är.

KPP-databasen ökar möjligheterna att följa produktivitet och effektivitet

En kostnadsredovisning som baseras på individer ger bättre möjligheter att följa upp produktiviteten och effektiviteten än den årliga bokslutsstatistiken. Individbaserade kostnadsuppgifter samlas in av Sveriges Kommuner och Landsting i KPP-databasen (Kostnad per patient).

Med hjälp av KPP är det möjligt att bryta ner vårdkostnaderna och knyta dem till varje patient och vårdkontakt. I KPP-systemet går det med andra ord att göra mycket mer specifika kostnadsanalyser än med den aggregerade bokslutsstatistiken. Bland annat kan man följa kostnaderna uppdelade på olika diagnosgrupper. I KPP-systemet är dessutom patienten informationsbärare, vilket innebär att uppföljningen blir processororienterad och oberoende av organisation. När man beräknar KPP ingår inte kostnader för forskning, politiker och beställarkansli eller motsvarande samt köpt vård.

KPP-redovisningen har kommit längst inom den somatiska slutenvården. För verksamheten 2010 rapporterade tolv landsting till KPP-databasen för somatisk vård, och nästan 70 procent av alla vårdtillfällen ingår i databasen för det året. När det gäller psykiatrisk vård är de deltagande landstingen färre. I diagram 40 och 41 redovisas 2010 års uppgifter från Landstinget i Värmland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Östergötland, Norrbottens läns landsting och Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Diagram 40 visar dels hur stor andel av det totala antalet patienterna som befann sig i de olika diagnosgrupperna, dels hur stor andel av kostnaderna som dessa patienter stod för.

Den största diagnosgruppen var ångest som inkluderade 20 procent av patienterna. Denna grups andel av kostnaderna uppgick dock bara till 15 procent, vilket innebär att dessa patienter i genomsnitt behandlades till en lägre kostnad än den genomsnittliga patienten inom psykiatri. Gruppen schizofrenisjukdomar (schizofreni och övriga psykotiska syndrom) stod för de högsta kostnaderna. Denna grupp stod för 21 procent av de totala kostnaderna, men utgjorde bara 11 procent av patientunderlaget. Diagnosgrupper som inte redovisas i diagram 41 är till exempel missbruk, personlighetsstörningar, organiska psykossyndrom med flera.

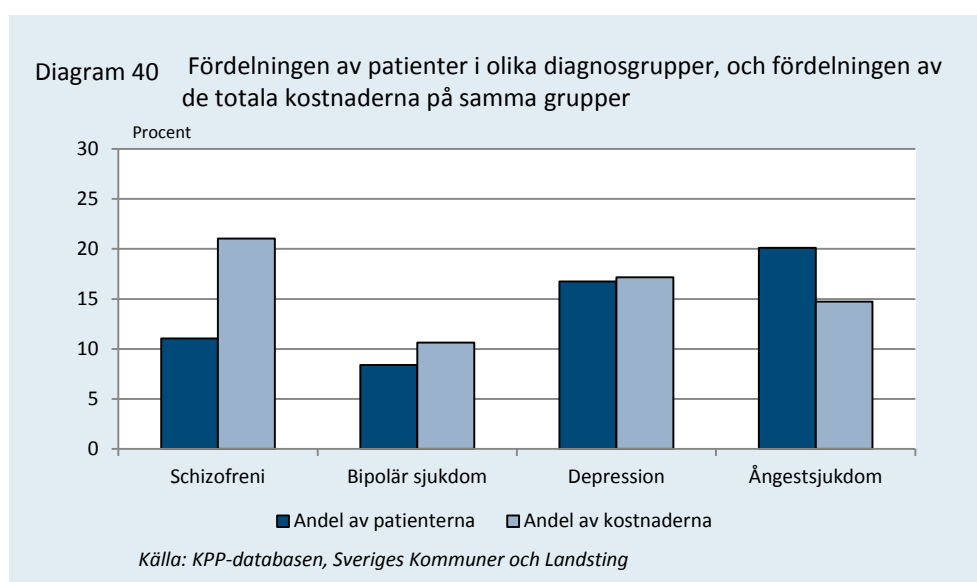
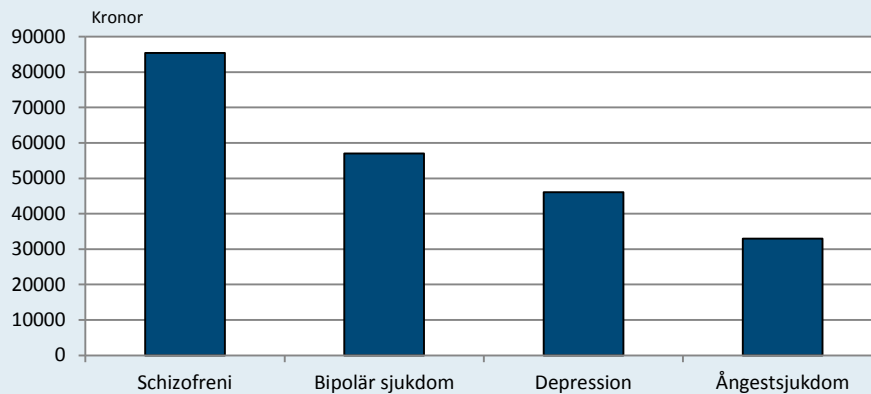


Diagram 41 visar den genomsnittliga kostnaden för att behandla olika patientgrupper i psykiatrisk vård per patient 2010. Den diagnosgrupp som i genomsnitt var dyrast var schizofrenisjukdomar där den genomsnittliga kostnaden per patient var drygt 85 000 kronor. Motsvarande kostnad för patienter med ångestdiagnos var knappt 33 000 kronor.

Diagram 41 Genomsnittlig kostnad per patient i fyra diagnosgrupper för psykiatrisk vård, 2010



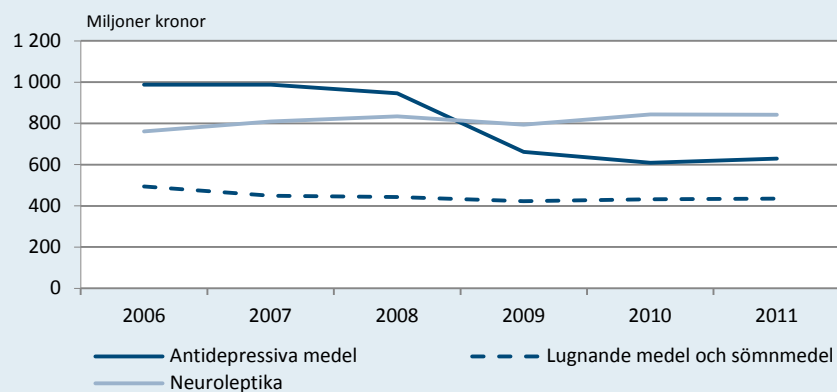
Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

De stora skillnaderna i vårdkostnaderna mellan olika diagnosgrupper visar hur missvisande det kan vara att tolka bokslutstatistik som inte är individbaserad och som därmed inte tar hänsyn till vilka patientgrupper som behandlas. För att bättre kunna följa kostnaderna för den psykiatriska vården är det angeläget att fler landsting deltar i KPP-redovisningen för psykiatri. Eftersom det i dag är så få landsting som deltar i KPP-redovisningen redovisas inga kostnader på landstingsnivå från KPP-databasen i den här rapporten. Med fler redovisande landsting skulle KPP kunna vara ett underlag för att jämföra produktiviteten på ett mer relevant sätt än att bara jämföra kostnaden per besök respektive vårdtillfälle utifrån bokslutsstatistiken. Användandet av KPP tillsammans med resultatmått skapar dessutom möjligheter att studera inte bara produktivitet utan också effektivitet.

Kostnaderna för läkemedel minskar

De totala kostnaderna för psykofarmaka (neuroleptika, antidepressiva medel, sömnmedel och lugnande medel) minskade under perioden 2006–2011. Detta beror främst på att kostnaderna för antidepressiva medel minskade stort. Även kostnaderna för sömnmedel och lugnande medel minskade något, medan kostnaderna för neuroleptika ökade något under perioden. Diagram 42 visar kostnadsutvecklingen för dessa läkemedel under åren 2006–2011. Kostnaderna redovisas i fasta priser i 2010 års prisnivå.

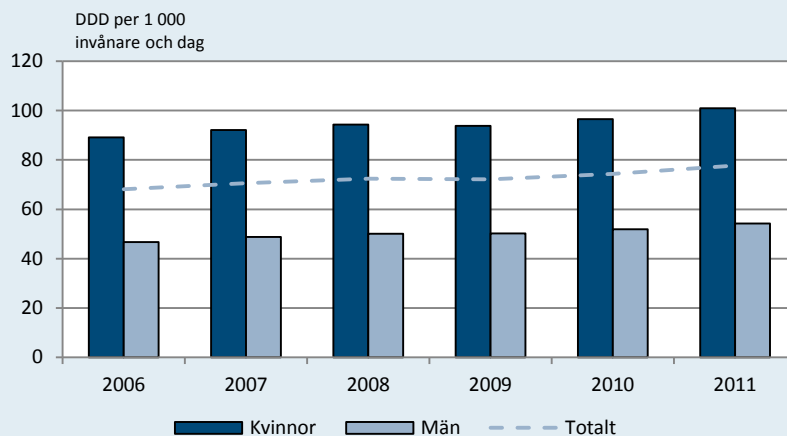
Diagram 42 Procentuell ökning av antal viktade besök inom primärvård, specialiserad psykiatrisk vård och specialiserad somatisk vård 2006–2011



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006-2011, Sveriges Kommuner och Landsting

De minskade kostnaderna för antidepressiva medel beror på att dessa läkemedel har blivit billigare, inte på att de förskrivs i minskad omfattning. I själva verket ökade konsumtionen av antidepressiva medel under perioden, från 68 definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag till 78 DDD. Kostnaden för en DDD antidepressiva medel minskade från 4,3 kronor 2006 till 2,4 kronor 2011 (2010 års prisnivå). I diagram 43 konstateras att konsumtionen (förskrivna och uthämtade läkemedel) av antidepressiva läkemedel till kvinnor är ungefär dubbelt så stor som konsumtionen hos män.

Diagram 43 Antidepressiva läkemedel, 2006–2011, antal definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag

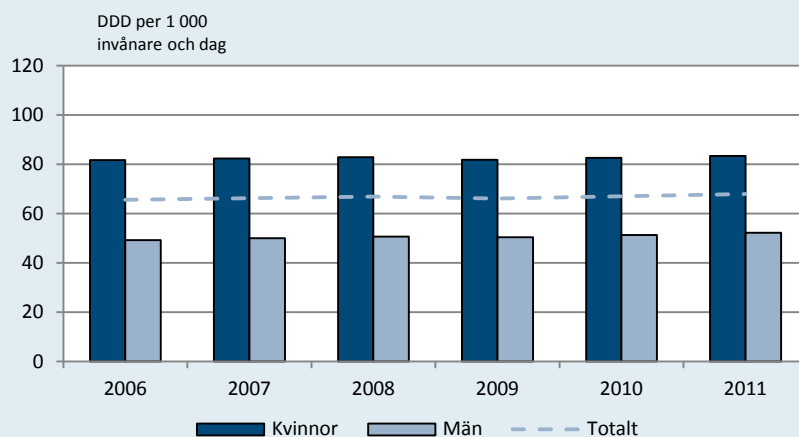


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Konsumtionen av sömnmedel och lugnande medel ökade något under perioden, dock inte lika mycket som antidepressiva läkemedel (diagram 44). År 2006 uppgick konsumtionen till 66 DDD per 1000 invånare och dag och år 2011 var motsvarande siffra 68 DDD. Också när det gäller dessa läkemedel

är konsumtionen mycket högre för kvinnor än för män. Kostnaden per DDD minskade från 2,30 kronor år 2006 till 1,90 kronor år 2011 (2010 års prisnivå).

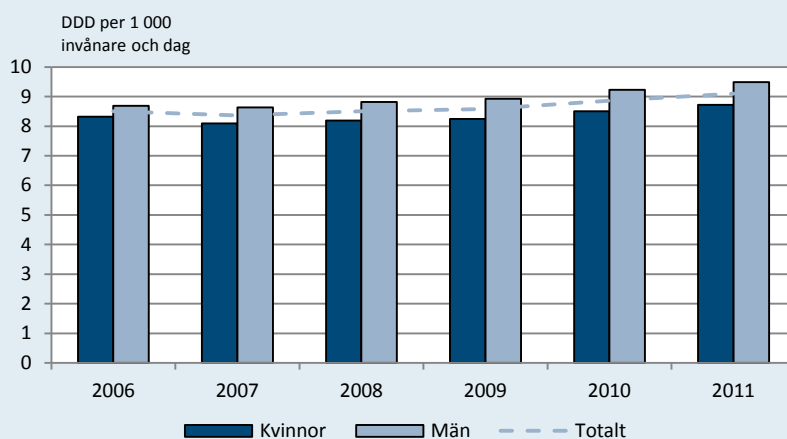
Diagram 44 Sömnmedel och lugnande medel, 2006–2011, antal definerade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

När det gäller neuroleptika är konsumtionen jämnare fördelad mellan män och kvinnor (diagram 45). Totalt sett har förskrivningen ökat svagt under perioden, men förskrivningen till män har ökat mer än förskrivningen till kvinnor. År 2006 var förskrivningen 8,5 DDD per 1 000 invånare och år 2011 var den 9,1.

Diagram 45 Neuroleptika, 2006–2011, antal definerade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Den genomsnittliga kostnaden per DDD neuroleptika är mer än tio gånger så hög som motsvarande kostnad för antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel. Kostnaderna för neuroleptika har inte förändrats i så stor

utsträckning under perioden. Kostnaden per DDD var (i 2010 års prisnivå) 27,10 kronor 2006 och 26,90 kronor 2011.

Undvikbara kostnader

Ett sätt att mäta effektiviteten inom vård och omsorg är att identifiera och beräkna värdet av onödig resursåtgång, det vill säga resurser som kan användas till andra insatser och därmed öka samhällets, verksamheternas eller individernas nytta. Man behöver då identifiera dels de behandlingar, insatser och läkemedel som ger sämre resultat än andra, dels de behandlingar, insatser och läkemedel som ger samma resultat som andra men där kostnaderna skiljer sig åt. Detta angreppssätt ger till viss del svar på vad som kan förbättras i verksamheten för att göra den mer effektiv, både utifrån ett samhällsperspektiv och utifrån ett verksamhetsperspektiv. I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen två exempel på läkemedelskostnader som är onödigt höga.

Lamotrigin är dyrare än Litium

Lamotrigin är ett registrerat läkemedel, så kallat antiepileptikum. Lamotrigin är godkänd som läkemedel för patienter med bipolär sjukdom som framför allt lider av depressiva episoder. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i en systematisk litteraturöversikt över publicerade studier om Lamotrigin [85] konstateras att läkemedlet har ett tillfredsställande vetenskapligt stöd men att det verkar förebygga depressioner bättre än manier (Evidensstyrka 1). I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* anges följande:

”För att förebygga återfall efter en manisk eller depressiv episod bör hälso- och sjukvården erbjuda läkemedelsbehandling med litium (prioritet 1). Hälso- och sjukvården kan även erbjuda läkemedelsbehandling med antiepileptika (prioritet 5)” [7]

Stockholms läns läkemedelskommitté har i ett expertutlåtande konstaterat att med stöd av slutsatser från Ghaemi och medarbetare som kritiskt har granskat såväl publicerade som opublicerade kliniska prövningar av Lamotrigin [86, 87]. De fann då vetenskapligt underlag för att Lamotrigin inte har någon effekt på flertalet stämningstillstånd utöver på det primära verkningsområdet (det vill säga förebyggande av depressiva och maniska episoder). Man fann att Lamotrigin har en mycket begränsad, om ens någon, effekt vid akut bipolär depression och vid förekomst av episoder med omslag från depression till mani (så kallad rapid-cycling). Expertutlåtandet avslutas med att läkemedelskommittén konstaterar att förstahandspreparatet för underhållsbehandling med stämningsstabiliserande läkemedel bör vara litium, vilket i allmänhet är effektivare om indexepisoden varit mani.

SBU, Socialstyrelsen och Stockholms läns läkemedelskommitté har alla konstaterat att Litium är att föredra som förstahandsmedel före lamotrigin. Eftersom en behandling med lamotrigin är betydligt dyrare än en behandling med litium gör Socialstyrelsen bedömningen att kostnader skulle kunna sparas in om fler patienter behandlades med Litium och färre med lamotrigin. Enligt preliminära uppgifter från nationella kvalitetsregister Bipolär har

dock användningen av litium bland nyregistrerade patienter sjunkit från 74 procent 2007 till 61 procent 2012.

Den genomsnittliga kostnaden för personer som behandlades med litium 2010 var 1 200 kronor. Den genomsnittliga kostnaden per person med lamotrigin var 3 500 kronor. År 2010 behandlades 831 personer med bipolär sjukdom men inte epilepsi med lamotrigin. Om dessa i stället hade behandlats med litium hade det inneburit en möjlig besparing på 1,9 miljoner kronor (tabell 37).

Tabell 37 Totala kostnader i kronor för lamotrigin respektive litium för patienter med bipolär sjukdom, men inte epilepsi, 2010.

	Män	Kvinnor
Lamotrigin	931 400	1 999 300
Litium	720 100	968 000

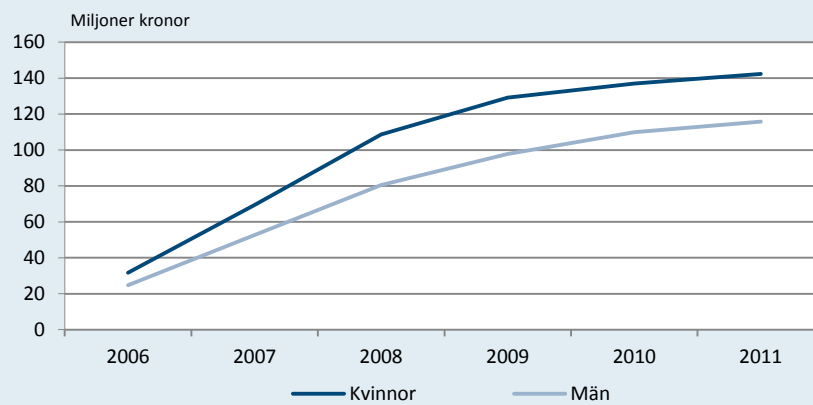
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Orimligt höga kostnader för Pregabalin

Lyrica (också kallat Pregabalin) är ett läkemedel som används för att behandla generaliserad ångest (GAD) men också neuropatisk smärta och epilepsi. I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom ges pregabalin en låg prioritering vid generaliserat ångestsyndrom (GAD), och det är inte förstahandsalternativet. Många landsting, bland annat Jönköping, arbetar aktivt med att få ner förskrivningen av pregabalin. Skälen till det är dels låg prioritet, att det finns billigare alternativ med lika god effekt, dels att pregabalin är beroendeframkallande och används av missbrukare.

Mot den bakgrunden är kostnaderna för läkemedlet orimligt höga: år 2011 kostade förskrivningen till män 116 miljoner kronor och till kvinnor 142 miljoner kronor (diagram 46). Kostnaderna har ökat kraftigt från 2006 då kostnaderna låg på 25 miljoner kronor för män och 32 miljoner kronor för kvinnor. Sannolikt skulle en stor del av kostnaderna för pregabalin kunna användas för andra läkemedel och behandlingar där pengarna ger större nytta.

Diagram 46 Totala kostnader för Lyrica för män respektive kvinnor, 2006–2011, fasta priser i 2010 års prisnivå



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen Index: Konsumtionsindex, Statistiska centralbyrån

Införandet av de nationella riktlinjerna inom psykiatriområdet

Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vara ett stöd för beslutsfattare i kommuner, landsting och regioner. Syftet är att beslutsfattarna ska kunna styra hälso- och sjukvården och socialtjänstens insatser med öppna och systematiska prioriteringar.

Riktlinjerna riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledningar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna innehåller rekommendationer på gruppnivå. De kan alltså inte tillämpas på individnivå. De är i första hand ett underlag för att fördela resurser inom sjukdomsgruppen eller verksamhetsområdet, så kallade vertikala prioriteringar.

I denna nationella utvärdering har Socialstyrelsen kartlagt hur landstingen, regionerna och kommunerna har hanterat de nationella riktlinjerna, samt vilka åtgärder de har vidtagit utifrån dem. Utvärderingen omfattar följande delar av hur de har tillämpat riktlinjerna:

- mottagning och beredning av riktlinjerna
- beslut om och politiskt genomförande av riktlinjerna
- bedömning av riktlinjernas ändamålsenlighet och effekter.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom innehåller 265 rekommendationer för hälso- och sjukvården inom hela vårdkedjan. I riktlinjerna lyfter Socialstyrelsen särskilt fram rekommendationerna om ett effektivt omhändertagande samt diagnostik och bedömning. Syftet med dessa rekommendationer är att främja ett vårdutbud som inkluderar flera effektiva behandlingsalternativ och som erbjuds patienterna på lika villkor över hela landet. Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården av personer med depression och ångestsyndrom, på så sätt att mer resurser fördelas till högt prioriterade hälsotillstånd och åtgärder än till lägre prioriterade.

Kartläggning kring införandet av riktlinjerna på landstingsnivå

För att samla in information på övergripande nivå i landstingen och regionerna skickade Socialstyrelsen en enkät till dem under våren 2012. Enkäten skickades till hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande, och 18 av 21 landsting och regioner besvarade enkäten. Landstinget i Kalmar län, Region Skåne och Västerbottens läns landsting har inte besvarat enkäten. En översikt av landstingens och regionernas svar ges i tabell 38

Mottagning och beredning av riktlinjerna

Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer om specifika åtgärder i kunskapsstödet kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom området. För att kunna genomföra rekommendationerna behöver hälso- och sjukvården i första hand göra organisationsförändringar och olika kompetenssatsningar. Socialstyrelsen beskriver i de nationella riktlinjerna de ekonomiska och organisatoriska förändringar av nuvarande praxis som kunskapsstödet kan förväntas leda till. I den preliminära versionen av riktlinjerna rekommenderades beslutsfattarna i kommuner och landsting att analysera hur riktlinjerna kan komma att påverka deras verksamhet.

Socialstyrelsens kartläggning visar att i 14 av landstingen har ledningen tagit initiativ till en analys och konsekvensbeskrivning av riktlinjerna. Denna analys och konsekvensbeskrivning har främst genomförts av tjänstemän på administrativ nivå och av de berörda verksamheterna. Tolv av landstingen uppger att resultatet från konsekvensbeskrivningen för de nationella riktlinjerna för depression och ångest har förankrats hos landstingsledningen.

Beslut och politisk förankring

De nationella riktlinjerna har diskuterats i styrelsen eller nämnden i tretton landsting och regioner, och av dessa uppger sju att de har fattat politiska beslut med stöd av riktlinjerna. Örebro läns landsting har till exempel förstärkt primärvårdens resurser för psykosociala insatser för att underlätta införandet av riktlinjerna inom regionen. Västra Götalandsregionen är i slutfasen av att ta fram ett regionuppdrag för politiskt beslut.

I 14 av landstingen och regionerna har andra delar av organisationen på ledningsnivå fattat beslut med stöd av riktlinjerna. Till exempel har Örebro läns landsting tagit beslut på förvaltningsnivå om att satsa på utbildningar inom KBT (kognitiv beteendeterapi) i primärvården och psykiatri, Jämtlands läns landsting har beslutat att se över kompetensen för psykoterapi och psykologisk behandling, och Landstinget i Uppsala län använder de nationella riktlinjerna som beslutsstöd när de gör utbildningssatsningar och utvecklar verksamheten.

Införandet och organisatoriska förändringar

Tre landsting har uppgett att de nationella riktlinjerna lett till organisatoriska förändringar inom primärvården eller psykiatri inom landstinget eller regionen. Landstinget Sörmland genomför en subspecialisering av den specialiserade psykiatriska öppenvården, Landstinget Blekinge har fördelat om resurser, och Västra Götalandsregionen uppger att de i samband med införandet av vårdval inom primärvård har sett över innehållet i den psykologiska behandlingen.

Totalt har tolv landsting och regioner omsatt riktlinjerna i lokala eller regionala riktlinjer eller vårdprogram. Flera av landstingen har påbörjat arbetet med att revidera regionala eller länsövergripande vårdprogram. Till exempel har Landstinget Kronoberg, Landstinget i Uppsala län, Landstinget

Västmanland och Landstinget Dalarna tagit fram regionala riktlinjer inom psykiatrin och primärvården utifrån de nationella riktlinjerna.

I tolv landsting kommer de att följa upp de nationella riktlinjerna i lokala och regionala utvärderingar. Landstinget Blekinge anger att de kommer att följa upp riktlinjerna genom regionala kvalitetsindikatorer. Totalt anger fem landsting (Stockholms läns landsting, Region Gotland, Region Halland, Landstinget Västmanland och Landstinget Västernorrland) att de inte planerar att följa upp sina eventuella satsningar utifrån riktlinjerna.

För tre av landstingen (Landstinget i Östergötland, Landstinget Kronoberg och Örebro läns landsting) har de nationella riktlinjerna lett till att man har gjort ekonomiska omfördelningar för att finansiera införandet av riktlinjerna inom primärvården och psykiatrin. I enkätsvaren nämner de att de har tillfört ekonomiska medel för att förstärka primärvårdens resurser för psykologisk behandling.

Bedömning av ändamålsenlighet och effekter

I enkäten fick landstingen och regionerna ange vilka av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna som har haft störst inverkan på primärvården och psykiatrin. Samtliga lyfter fram Socialstyrelsens prioritering av psykologisk behandling med KBT som den rekommendation som har haft störst inverkan både på primärvården och på psykiatrin. Även ett tidigt omhändertagande, primärvårdens tydliga uppdrag för målgruppen och läkemedelsrekommendationerna vid bipolär sjukdom lyfts fram som rekommendationer som har haft stor inverkan.

Rekommendationen *icke-göra* ger Socialstyrelsen för åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Skälen till att inte utföra en åtgärd kan vara att det finns god vetenskaplig dokumentation för att den inte har någon effekt, eller att effekten är sämre än någon annan behandling. Det kan även röra sig om åtgärder som inte bör utföras rutinmässigt för att det vetenskapliga stödet är ofullständigt eller motstridigt. Inom fyra landsting och regioner (Landstinget i Uppsala län, Landstinget Kronoberg, Region Halland och Jämtlands läns landsting) har rekommendationen icke-göra lett till att man inventerat metoderna inom sitt landsting. Till exempel har Landstinget i Halland och Landstinget Kronoberg beslutat att inte ge akupunktur mot depression. Tolv av landstingen och regionerna anser att de nationella riktlinjerna ger tillräcklig vägledning för att användas i uppdragsbeskrivningar och styrning av primärvården och psykiatrin. Tre av landstingen (Örebro läns landsting, Jämtlands läns landsting och Landstinget i Uppsala Län) anser dock att riktlinjerna inte ger tillräckligt stöd.

Samlad bedömning av införandet av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom är en del av kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna ger ett stöd i styrning och ledning för dem som fattar olika beslut om vården och omsorgens innehåll. Kunskapsstyrning ska leda till god vård och omsorg. Med individen i centrum ska vården och om-

sorgen vara kunskapsbaserad, säker patientfokuserad, effektiv och jämlik samt ges i rimlig tid. Riktlinjerna införs i vården genom landstingens och kommunernas kvalitets- och förbättringsarbete och är grunden för till exempel resursfördelning och vårdprogram.

Syftet med riktlinjerna är att bidra till att det görs öppna och systematiska prioriteringar. På så sätt kan vårdens och omsorgens resurser användas där de gör mest nytta. För att kunskapsstyrningen mellan nationell och regional nivå ska fungera krävs en tydlig samverkan.

I Socialstyrelsens nationella kartläggning framgår att drygt 80 procent av landstingen hittills har genomfört konsekvensbeskrivningar och flertalet har förankrat resultatet hos landstingsledningen. Konsekvensbeskrivningarna bidrar till en bedömning av vilka förändringar som kan behöva göras för att föra in riktlinjerna i den egna verksamheten. Socialstyrelsen bedömer därför att det är anmärkningsvärt att inte samtliga landsting genomfört en sådan konsekvensbeskrivning.

Ett framgångsrikt förändringsarbete förutsätter politiskt, ekonomiskt och organisatoriskt stöd. Drygt 80 procent av landstingen och regionerna uppger till exempel att de har genomfört organisatoriska förändringar till följd av de nationella riktlinjerna. Vidare uppger drygt 20 procent att de har gjort ekonomiska omfördelningar för att finansiera införandet av de nationella riktlinjerna inom psykiatri och primärvården.

Den lokala och regionala uppföljningen och utvärderingen är en central del i verksamhetsuppföljningen och förbättringsarbetet i vården och omsorgen. Av landstingen beskriver dock 30 procent att de inte planerar någon särskild uppföljning av de nationella riktlinjerna för ångest och depression, och detta finner Socialstyrelsen anmärkningsvärt.

Tabell 38 Införandet av Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom 2010 (NR 2010)

Landsting ¹	Landstingsledningen tagit initiativ till att genomföra en konsekvensbeskrivning	Konsekvensbeskrivningen har förankrats hos landstingsledningen	Riktlinjen redovisats och/eller diskuterats i nämnd/styrelse	Politiska beslut har fattats inom styrelse/nämnd med stöd av riktlinjen	Beslut har fattats i andra delar organisationen med stöd av riktlinjen
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja	Nej	Vet ej
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Gotland	Nej	Nej	Vet ej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Värmland	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja

¹ Landsting som inte lämnat uppgifter till Socialstyrelsen är: Kalmar, Skåne och Västerbotten
Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Landsting ¹	Riktlinjen omsatts i lokala eller regionala riktlinjer eller vårdprogram?	Organisationsförändringar genomförts till följd av riktlinjen	Kommer riktlinjen följas upp i landstinget?	Ekonomiska omfördelningar inom primärvården eller psykiatrien genomförts till följd av NR 2010	Ger riktlinjen vägledning för att användas i uppdragsbeskrivningar och styrning av vården?
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Norrbottnen	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Sörmland	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Halland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja

Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Nej	Nej	Nej	Vet ej
Dalarna	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Västernorrland	Ja	Nej	Nej	Nej	Vet ej
Jämtland	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Örebro	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Ja	Nej	Vet ej

¹ Landsting som inte lämnat uppgifter till Socialstyrelsen är: Kalmar, Skåne och Västerbotten
Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Nationella riktlinjer för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

I denna utvärdering har Socialstyrelsen kartlagt hur landstingen, regionerna och kommunerna har hanterat de nationella riktlinjerna samt vilka åtgärder de har vidtagit. Utvärderingen omfattar följande delar av införandet av riktlinjerna:

- mottagning och beredning av riktlinjerna
- beslut om och politiskt genomförande av riktlinjerna
- bedömning av riktlinjernas ändamålsenlighet och effekter.

Riktlinjerna för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd innehåller 43 rekommendationer för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I riktlinjerna ger Socialstyrelsen rekommendationer om metoder för att tidigt upptäcka sjukdomen, metoder för delat beslutsfattande, metoder för sjukdomshantering och återhämtning, familjeinterventioner och metoder för social färdighetsträning.

Syftet med rekommendationerna är att främja ett vårdutbud som inkluderar flera effektiva behandlingsalternativ och som erbjuds på lika villkor över hela landet. Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården och omsorgen av personer med schizofreni på så sätt att mer resurser fördelas till högt prioriterade hälsotillstånd och åtgärder än till dem som är lägre prioriterade.

Kartläggning kring införandet av riktlinjerna på landstingsnivå

För att samla in information på övergripande nivå i landstingen och regionerna skickade Socialstyrelsen en enkät till landsting och regioner våren 2012. Enkäten skickades till hälso- och sjukvårdsdirektören eller motsvarande. Av 21 landsting och regioner besvarade 18 enkäten. Landstinget i Kalmar län, Region Skåne och Västerbottens läns landsting har inte besvarat enkäten. En översikt av landstingens och regionernas svar ges i tabell 39.

Mottagning och beredning av riktlinjerna

Flera åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar har utvecklats internationellt och är nya för psykiatri och socialtjänsten i Sverige. Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer om specifika åtgärder i kunskapsstödet kan komma att påverka praxisen och resursfördelningen inom området. För att kunna genomföra rekommendationerna behöver hälso- och sjukvården i första hand göra organisationsförändringar och olika kompetenssatsningar. Socialstyrelsen beskriver i de nationella riktlinjerna de ekonomiska och organisatoriska förändringar av nuvarande praxis som kunskapsstödet kan förväntas leda till.

I den preliminära versionen av riktlinjerna rekommenderades beslutsfattarna i kommuner och landsting att analysera hur riktlinjerna kan komma att påverka deras verksamhet.

Socialstyrelsens kartläggning visar att i 13 av landstingen har ledningen tagit initiativ till en analys och konsekvensbeskrivning av riktlinjerna. Denna analys och konsekvensbeskrivning har främst behandlats av tjänstemän på administrativ nivå och de berörda verksamheterna. Tio landsting uppger att resultatet från konsekvensbeskrivningen för de nationella riktlinjerna för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har förankrats hos landstingsledningen.

Beslut och politisk förankring

De nationella riktlinjerna har diskuterats i styrelsen eller nämnden i tolv landsting och regioner, av dessa uppger fem landsting att de har fattat politiska beslut med stöd av riktlinjerna. Västra Götalandsregionen har påbörjat ett arbete med att ta fram ett regionuppdrag för politiska beslut. I Sörmland har landstingsfullmäktige beslutat att föra in riktlinjerna i budgeten för 2011 och 2012. Landstinget Västernorrland har i landstingsplanen angett att verksamheten ska följa de nationella riktlinjerna inom primärvården och psykiatri.

I fjorton av landstingen och regionerna har andra delar av organisationen på ledningsnivå fattat beslut med stöd av riktlinjerna. Till exempel har Örebro läns landsting genomfört länsövergripande utbildningsinsatser för att öka kompetensen om samverkan och arbetsformer för vårdkoordination i samarbete med kommunerna. Region Halland har fattat beslut om att revidera ett regionalt vårdprogram för schizofreni och att inventera befintliga resurser och kompetens. Landstinget Blekinge har genomfört resursomfördelningar och utvecklat samverkansavtal. Jämtlands läns landsting har inrättat en sjukskötersketjänst som arbetar med metabola syndrom, och Landstinget Västernorrland har beslutat om en framtida inriktning på kompetensutveckling om evidensbaserade insatser enligt riktlinjerna.

Införandet och organisatoriska förändringar

Tre landsting har uppgett att de nationella riktlinjerna har lett till organisatoriska förändringar inom primärvården eller psykiatri inom landstinget eller regionen. Landstinget Sörmland genomför en samlokalisering av psykos-

vården och Landstinget Blekinge har omfördelat resurser och skapat en mellanvård med ett särskilt uppdrag att följa personer med schizofreni.

Totalt har nio landsting och regioner omsatt riktlinjerna i lokala eller regionala riktlinjer eller vårdprogram. Flera av landstingen har påbörjat arbetet med att revidera regionala och länsövergripande vårdprogram, till exempel Örebro läns landsting, Landstinget Dalarna och Region Halland.

Elva landsting anger att de kommer att följa upp de nationella riktlinjerna genom lokala och regionala utvärderingar, men endast landstinget i Blekinge anger att man kommer att följa upp riktlinjerna med hjälp av regionala kvalitetsindikatorer. Totalt anger sju landsting och regioner (Stockholm, Sörmland, Gotland, Halland, Västra Götaland, Västmanland och Västernorrland) att de inte planerar någon särskild uppföljning av sina eventuella satsningar på riktlinjerna.

För tre av landstingen (Landstinget Blekinge, Landstinget Sörmland och Landstinget Västernorrland) har de nationella riktlinjerna lett till att man gjort ekonomiska omfördelningar för att finansiera införandet av riktlinjerna inom primärvården och psykiatrin. I enkätsvaren nämns att ekonomiska medel gått till att förstärka resurser för psykologisk behandling, utöka antalet vårdplatser och skapa en ny organisatorisk enhet.

Bedömning av ändamålsenlighet och effekter

I enkäten fick landstingen och regionerna ange vilka av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna som har haft störst inverkan på primärvården och psykiatrin. Flertalet av landstingen och regionerna lyfter fram att rekommendationen att prioritera psykologisk behandling med KBT är den som har haft störst inverkan både på primärvården och för psykiatrin. Även att föra in samordnade åtgärder enligt den så kallade ACT-modellen (Assertive Community Treatment) lyfts fram som en rekommendation som har haft stor inverkan inom psykiatrin, medan modellen för delat beslutfattande och familjepedagogiska insatser lyfts fram som rekommendationer som har haft stor inverkan inom landstinget.

Rekommendationen *icke-göra* ger Socialstyrelsen för åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Skälen till att inte utföra en åtgärd kan vara att det finns god vetenskaplig dokumentation för att den inte har någon effekt, eller att effekten är sämre än någon annan behandling. Det kan även röra sig om åtgärder som inte bör utföras rutinmässigt för att det vetenskapliga stödet är ofullständigt eller motstridigt. Inom fyra landsting och regioner (Landstinget i Uppsala län, Landstinget Kronoberg, Landstinget i Uppsala län och Jämtlands läns landsting) har rekommendationen *icke-göra* lett till att man har inventerat metoderna inom sitt landsting.

Tolv av landstingen och regionerna anser att de nationella riktlinjerna ger tillräcklig vägledning för att användas i uppdragsbeskrivningar och styrning av vården inom primärvården och psykiatrin. Tre av landstingen (Örebro läns landsting, Jämtlands läns landsting och Landstinget i Uppsala län) anser dock att de nationella riktlinjerna inte ger tillräckligt stöd.

Tabell 39 Implementering av Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 (NR 2011)

Landsting ¹	Lands- tingsled- ningen tagit ini- tiativ till att ge- nomföra en konse- kvensbe- skrivning	Konsekvensbe- skrivningen förankrats hos landstings- ledningen	Riktlinjen redovi- sats och/eller diskute- rats i nämnd/st yrelse	Politiska beslut har fat- tats inom sty- relse/näm- nd med stöd av riktlinjen	Beslut har fat- tats i andra delar organi- sationen med stöd av riktlin- jen
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbottn	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Gotland	Nej	Nej	Vet ej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Värmland	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Dalarna	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja

¹ Landsting som inte lämnat uppgifter till Socialstyrelsen är: Kalmar, Skåne och Västerbotten
Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Landsting ¹	NR 2011 omsatts i lokala eller region- ala rikt- linjer eller vårdpro- gram?	Organisa- torska föränd- ringar genom- förts till- följt av riktlinjen	Kommer riktlinjen följas upp i lands- tinget?	Ekono- miska omfördel- ningar inom pri- märvår- den eller psykiatri genom- förts till- följt av NR 2011	Ger riktlinjen vägledning för att an- vändas i uppdragsbe- skrivningar och styrning av vården?
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Norrbottn	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Sörmland	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Östergötland	Vet ej	Nej	Ja	Nej	Ja

Jönköping	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Västra Götaland	Vet ej	Vet ej	Nej	Vet ej	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Nej	Nej	Nej	Vet ej
Dalarna	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Nej	Nej	Vet ej
Jämtland	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Örebro	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Gävleborg	Vet ej	Nej	Ja	Nej	Vet ej

¹ Landsting som inte lämnat uppgifter till Socialstyrelsen är: Kalmar, Skåne och Västerbotten
Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Samlad bedömning av införandet av nationella riktlinjer för psykosociala åtgärder vid schizofreni

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är en del av kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna ger ett stöd i styrning och ledning för dem som fattar olika beslut om vården och omsorgens innehåll. Kunskapsstyrning ska leda till god vård och omsorg. Med individen i centrum ska vården och omsorgen vara kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik samt ges i rimlig tid. Riktlinjerna förs in i vården genom landstingens och kommunernas kvalitets- och förbättringsarbete och är grunden för till exempel resursfördelning och vårdprogram.

Syftet med riktlinjerna är att bidra till att det görs öppna och systematiska prioriteringar. På så sätt kan vårdens och omsorgens resurser användas där de gör nytta. För att kunskapsstyrningen mellan nationell och regional nivå ska fungera krävs en tydlig samverkan.

När Socialstyrelsens prioriteringsarbete med riktlinjen är slutfört kommer en preliminär version av riktlinjen att sammanställas för att få till stånd en diskussion med beslutsfattarna om rekommendationerna. Kommunerna och landstingen kommer att bjudas in beslutsfattare till regionala seminarier för att kunna diskutera konsekvenserna av riktlinjerna tillsammans med Socialstyrelsen. De regionala seminarierna är en del av tillämpningsprocessen för att kartlägga nuvarande praxis inom landstinget, regionen och kommunen och en diskussion kring vad är ett önskvärt läge och hur ser gapet ut? Nulägesbeskrivningen kommer att ligga till grund för huvudmännens fortsatta arbete med att införa riktlinjerna och ta fram övergripande handlingsplaner.

I Socialstyrelsens nationella kartläggning framgår det att drygt 80 procent av landstingen hittills har genomfört konsekvensbeskrivningar och flertalet har förankrat resultatet hos landstingsledningen. Konsekvensbeskrivningarna kan bidra till en bedömning av vilka förändringar som kan behöva göras för att föra in riktlinjerna i den egna verksamheten. Socialstyrelsen

bedömer därför att det är anmärkningsvärt att inte samtliga landsting genomfört en sådan konsekvensbeskrivning.

Ett framgångsrikt förändringsarbete förutsätter politiskt, ekonomiskt och organisatoriskt stöd och det är viktigt att försäkra att stödet ges. Drygt 80 procent av landstingen och regionerna uppger till exempel att de har genomfört organisatoriska förändringar till följd av de nationella riktlinjerna. Vidare uppger drygt 20 procent att de har gjort ekonomiska omfördelningar för att finansiera införandet av de nationella riktlinjerna inom psykiatrin.

Den lokala och regionala uppföljningen och utvärderingen är en central del i verksamhetsuppföljningen och förbättringsarbetet i vården och omsorgen. Av landstingen anger dock 25 procent att de inte placerar någon särskild uppföljning av de nationella riktlinjerna för schizofreni, även detta finner Socialstyrelsen anmärkningsvärt.

Socialstyrelsen utgår ifrån att informationen om de nya åtgärderna för evidensbaserade åtgärder ökar möjligheten att ytterligare utveckla kompetensen inom vård och omsorg för personer med schizofreni.

Ansvar för att genomföra en del av åtgärderna i riktlinjerna är delat mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Genomförandet ska även ske i kontakt med andra aktörer. Det yttersta målet för denna samverkan är att personer med schizofreni ska få tillgång till den vård och omsorg som ger dem möjlighet att återhämta sig, leva som andra och vara delaktiga i samhällslivet. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att man på lokal och regional nivå tar ställning till hur man ska samverka för att kunna erbjuda de rekommenderade åtgärderna.

Socialstyrelsens kartläggning visar inte den förväntade bilden av vilka organisatoriska och ekonomiska prioriteringar huvudmännen gör för att tillgodose tillgången till effektiva metoder för att vårda personer med schizofreni. Socialstyrelsen bedömning är att ekonomiska och organisatoriska resurser behövs för att:

- skapa hållbara strukturer för samverkan
- utbilda personal i nya metoder
- utveckla system för uppföljning och utvärdering
- utöka verksamheten
- ge flera tillgång till de rekommenderade åtgärderna.

Socialstyrelsen förutsätter att hälso- och sjukvården omfördelar resurser från de åtgärder som i riktlinjerna rangordnas lägre till åtgärder som rangordnas högre. Lågt rangordnade tillstånds- och åtgärder har inte lyfts fram av landstingen som något som har prioriterats. Socialstyrelsen bedömer att detta inte leder till att man följer upp utmönstringen av ineffektiva metoder inom hälso- och sjukvården.

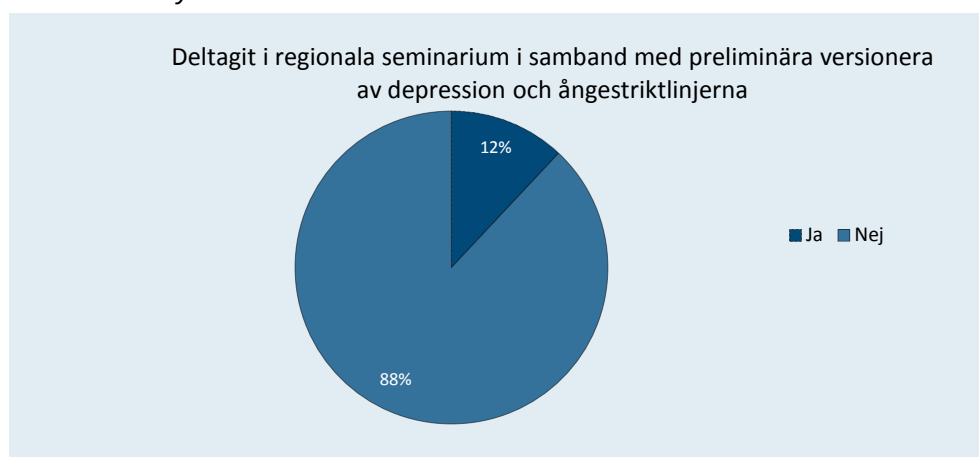
Införandet av nationella riktlinjer inom primärvården

För att samla in information kring införandet av de nationella riktlinjerna inom primärvården skickades Socialstyrelsen en enkät till landstingen och regionerna våren 2012. Enkäten skickades till vårdcentralschefer eller motsvarande. Av vårdcentralscheferna besvarade 60 procent enkäten.

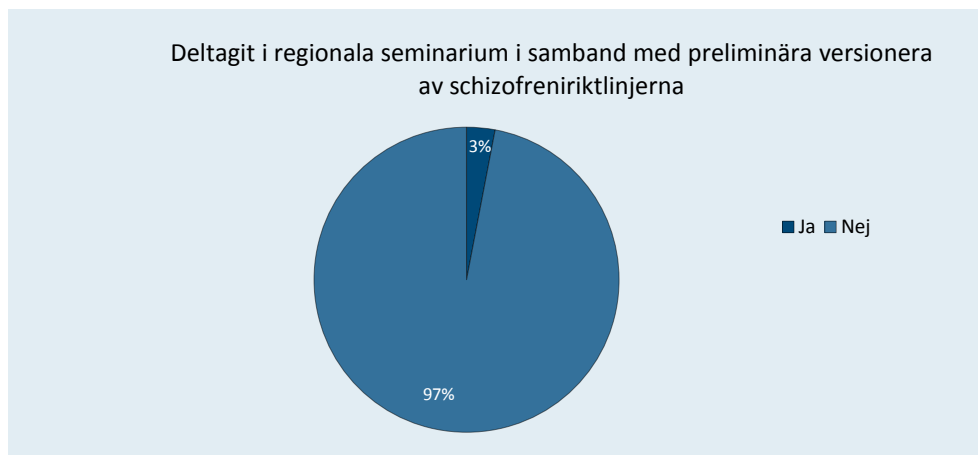
De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom vänder sig till primärvården eftersom huvuddelen av de vuxna och äldre som drabbas av nedstämdhet och depression, eller oro och ångest, söker och får sin behandling inom primärvården. Enkätundersökningen visar att 12 procent av vårdcentralerna har deltagit i de regionala seminarierna som Socialstyrelsen har haft i samband med de preliminära versionerna av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom för att diskutera riktlinjerna och deras inverkan på hälso- och sjukvården (figur 22). För de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd uppgav 3 procent av vårdcentralscheferna att vårdcentralen hade deltagit i de regionala seminarierna (figur 23).

Figur 22 Deltagit vid de regionala seminarierna i samband med preliminära versionen av nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



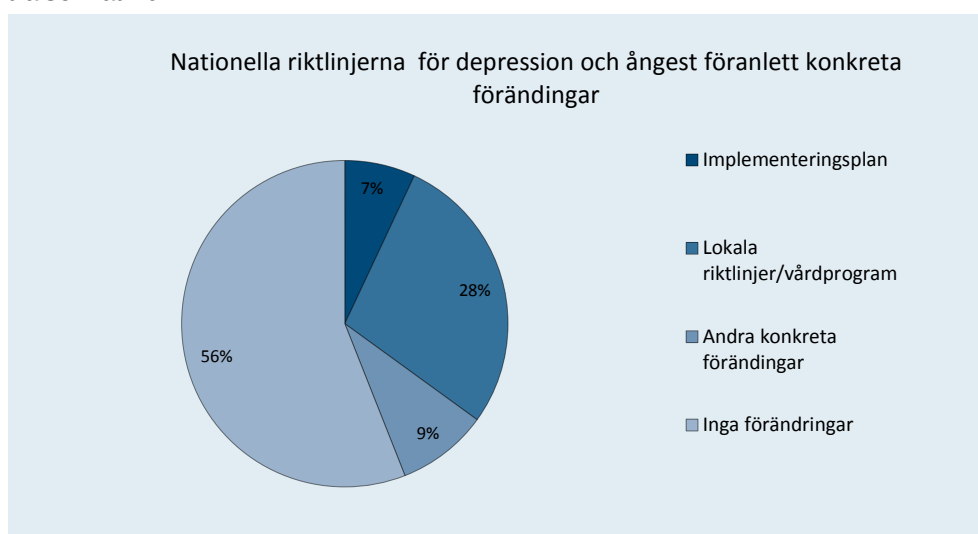
Figur 23 Deltagit vid de regionala seminarierna i samband med preliminära versionerna av nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Förändringar inom primärvården

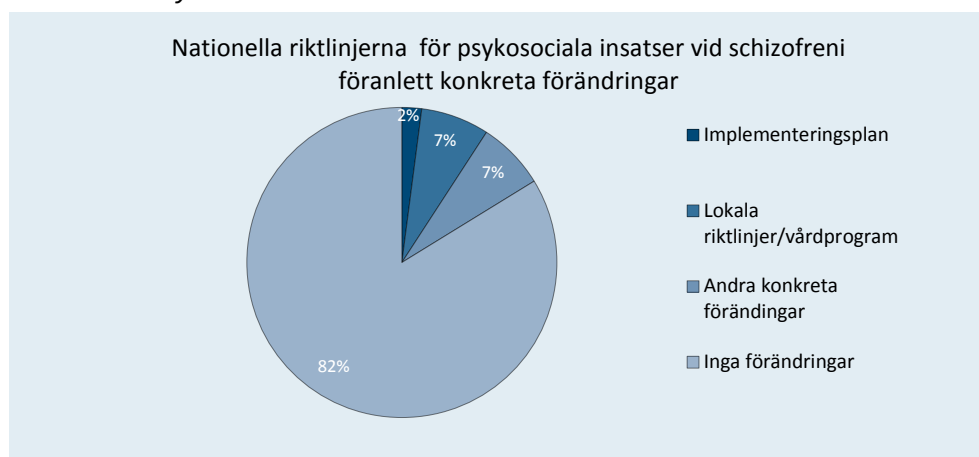
Över hälften av vårdcentralscheferna (56 procent) bedömde att de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom inte har föranlett några konkreta förändringar inom primärvården (figur 24). Drygt 7 procent av primärvårdsenheterna har tagit fram en skriftlig implementeringsplan i samband med att riktlinjerna publicerades 2010. Av primärvårdsenheterna uppgav 28 procent att riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram. Nio procent uppgav att riktlinjerna för depression och ångest lett till andra konkreta förändringar, som till exempel resursförstärkning kring psykologisk behandling, utbildning kring psykiatrisk diagnostik och bedömning av självmordsnära personer.

Figur 24 De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom föranlett konkreta förändringar inom primärvården. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Av vårdcentralsscheferna bedömde 82 procent att de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd inte har föranlett några konkreta förändringar inom primärvården (figur 25). Drygt 2 procent av primärvårdsenheterna har i samband med att riktlinjerna publicerades 2011 tagit fram en skriftlig implementeringsplan. Av primärvårdsenheterna uppgav 7 procent att riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram. Dessutom uppgav 7 procent att riktlinjerna lett till andra konkreta förändringar, som till exempel personalutbildning och identifiering av resurs för personer med schizofreni.

Figur 25 De nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd föranlett konkreta förändringar inom primärvården. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Av vårdcentralerna uppgav 34 procent att en eller flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna för depression och ångest har haft inverkan på verksamheten. Dessutom bedömer 3 procent att en eller flera rekommendationer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har haft inverkan på verksamheten (tabell 40).

Tabell 40 Andel av vårdcentralerna som angivit att en eller flera av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna haft inverkan på verksamheten vid vårdcentralen

Nationella riktlinjer	Depression och ångest (%)	Psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreni liknande tillstånd (%)
Ja	34	3
Nej	49	77
Vet ej	17	20

Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012

Den rekommendation som har haft störst påverkan enligt vårdcentralcheferna är Socialstyrelsens rangordning av psykologisk behandling, framför allt KBT vid lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Rekommendationen om ett effektivt omhändertagande av vårdso-

kande inom första linjens vård, framför allt hög tillgänglighet och god kontinuitet, lyfts också fram.

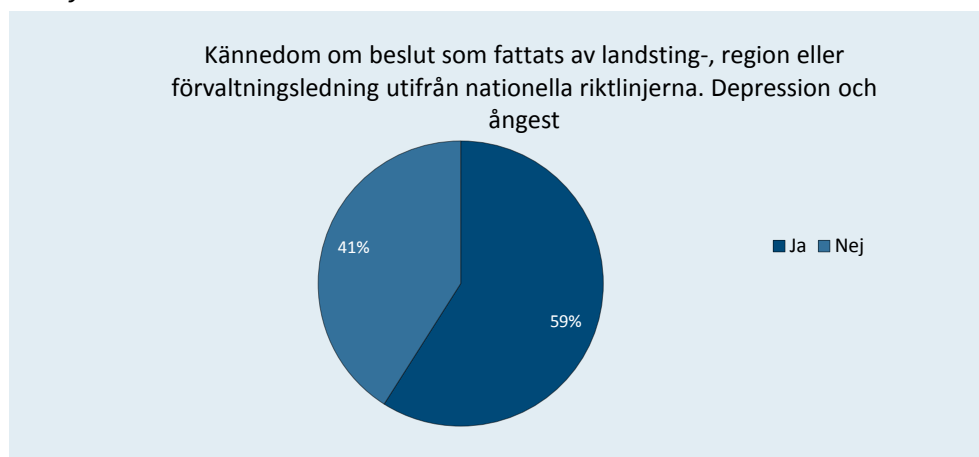
Socialstyrelsens rekommendationer från riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har haft en låg inverkan på verksamheterna inom primärvården, som lyfte fram endast ett fåtal exempel på rekommendationer som har haft inverkan på verksamheten. Samverkan mellan den specialiserade psykiatrin, primärvården och kommunerna lyftes fram som ett exempel på hur riktlinjen haft inverkan på primärvården.

Personer med schizofreni behandlas inom den specialiserade psykiatriska verksamheten. Kroppsliga hälsoundersökningar och blodprovstagning bedöms vara primärt en uppgift för den psykiatriska vården utifrån enkätundersökningen.

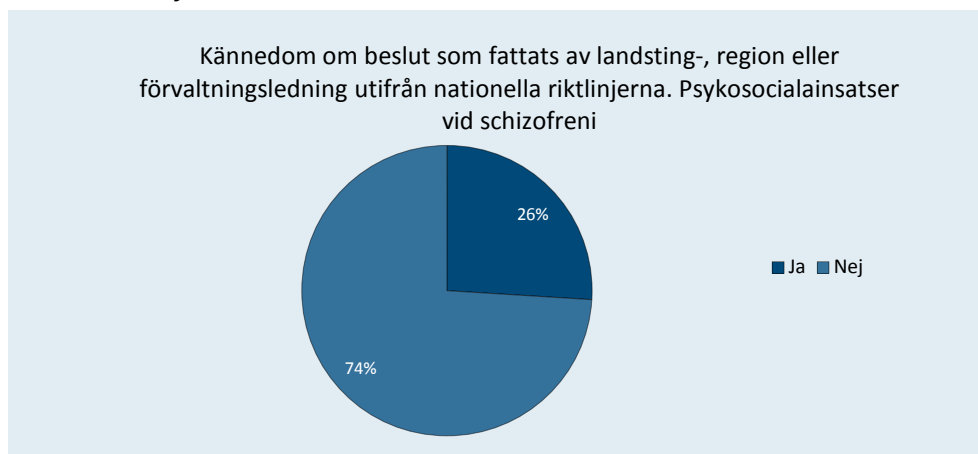
Kännedom om beslut på region-, landstings-, eller förvaltningsledning

Av vårdcentralscheferna bedömde 59 procent att de hade kännedom om beslut som fattats av region-, landsting-, eller förvaltningsledning utifrån de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom (figur 26). För schizofreniriktlinjerna uppgav drygt 26 procent av primärvårdscheferna att de hade kännedom om beslut tagna utifrån riktlinjerna på högre nivå inom landstinget eller regionen (figur 27).

Figur 26 Kännedom om beslut som fattats av landsting-, region eller förvaltningsledning utifrån nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Figur 27 Kännedom om beslut som fattats av landsting-, region eller förvaltningsledning utifrån nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni.
Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Införandet av nationella riktlinjer inom allmänpsykiatri

Införandet av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Av landstingen har 57 procent av allmänpsykiatrins verksamheter deltagit i de regionala seminarier som Socialstyrelsen haft för att diskutera riktlinjerna och dess inverkan på hälso- och sjukvården. I sex landsting har ingen av verksamhetscheferna eller företrädare för psykiatrien deltagit i de regionala seminarierna (tabell 41).

Drygt hälften (48 procent) av verksamhetscheferna inom allmänpsykiatrien anger att de har kännedom om att region-, landstings-, eller förvaltningsledning fattat beslut utifrån de nationella riktlinjerna. Fem landsting uppger psykiatrien att de inte har kännedom om region-, landstings-, eller förvaltningsledning har fattat beslut utifrån nationella riktlinjerna.

För drygt en tredjedel av psykiatrins verksamheter inom landstingen har de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom föranlett särskilda satsningar. Nio landsting uppger psykiatrien att särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna. Totalt hade drygt 10 procent av allmänpsykiatrins verksamheter avsatt särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna. På riksnivå uppskattade drygt 60 procent av psykiatrien att det i dag finns behov av särskilda ekonomiska och andra resurser för implementering av de nationella riktlinjerna inom psykiatrien.

20 procent av verksamhetscheferna inom allmänpsykiatrien uppgav att verksamheten i stor omfattning hade lyckats med att implementera de nationella riktlinjerna i verksamheten. Drygt 60 procent hade i någon omfattning lyckats med att införa riktlinjerna i verksamheten.

Tabell 41 Implementering av Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom 2010

Landsting/region ¹	Psykiatrin med- verkat i regionala seminarium vid preliminära rikt- linjerna (%)	Kännedom om be- slut fattats av reg- ion-, landnings- eller förvaltnings- ledning utifrån rikt- linjen (%)	Särskilda satsningar inom den specialiserade psykiatrin (%)
Stockholm	50	67	33
Uppsala	25	0	0
Sörmland	0	100	100
Östergötland	80	40	20
Jönköping	67	33	67
Kronoberg	0	0	100
Kalmar	67	0	67
Gotland	0	0	0
Blekinge	0	100	0
Skåne	75	75	25
Halland	100	50	0
Västra Götaland	67	33	50
Värmland	100	100	100
Örebro	100	100	100
Dalarna	67	33	33
Gävleborg	0	0	100
Västernorrland	67	33	0
Jämtland	100	100	100
Västerbotten	100	100	33
Norrbotten	0	100	33
RIKET	57	48	37

¹Landstinget i Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Landsting/region	Ekonomiska omfördelningar inom psykia- trin genom- förts till följd av riktlinjen (%)	Behov av särskilda ekonomiska och andra resurser för att implemen- tera riktlinjen inom psykia- trin (%)	I vilken omfattning har psykiatrin implementerat riktlinjen (%)	Har flera rekom- mendationer haft inverkan på psyki- atrin (%)
Stockholm	17	67	I någon omfattning	83
Uppsala	0	25	I någon omfattning	25
Sörmland	0	100	I någon omfattning	100
Östergötland	0	40	I någon omfattning	40
Jönköping	33	67	I någon omfattning	67
Kronoberg	0	0	I någon omfattning	100

Kalmar	0	67	I någon omfattning	33
Gotland	0	100	I stor omfattning	100
Blekinge	0	100	I någon omfattning	0
Skåne	0	50	I någon omfattning	25
Halland	0	50	I någon omfattning	100
Västra Götaland	17	17	I någon omfattning	50
Värmland	0	0	I någon omfattning	100
Örebro	0	0	I stor omfattning	100
Dalarna	33	100	I någon omfattning	100
Gävleborg	0	100	I någon omfattning	100
Västernorrland	0	67	I någon omfattning	33
Jämtland	0	100	I någon omfattning	100
Västerbotten	33	67	I någon omfattning	67
Norrbottn	0	100	I någon omfattning	100
RIKET	9	56		61

¹ Landstinget i Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Förändringar inom psykiatrin till följd av nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom

Av allmänpsykiatrin uppgav 17 procent av verksamhetscheferna att de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom lett till organisatoriska förändringar (Tabell 42). I närmare 40 procent av de allmänpsykiatriska verksamheterna har riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram. Omkring 13 procent av allmänpsykiatrin har i samband med riktlinjerna tagit fram en skriftlig handlingsplan för införandet av riktlinjerna inom verksamheten. I närmare 40 procent av psykiatrin har omfattningen av vårdutbudet förändrats i samband med riktlinjerna och drygt 15 procent av verksamhetscheferna bedömer att omfattningen av vårdvolymen har förändrats efter att riktlinjerna publicerats. Västerbottens läns landsting var det enda landstinget som uppgav att de har förändrat driftbidrag till följd av riktlinjerna. I sex landsting uppger delar av allmänpsykiatrin att inga förändringar i verksamheten har skett till följd av att riktlinjerna publicerats.

På riksnivå uppskattade drygt 60 procent av verksamhetschefer att en eller flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna haft inverkan på verksamheten. Den rekommendation som bedöms haft stor påverkan är Socialstyrelsens rangordning av psykologisk behandling, framför allt KBT vid lindrig och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Ytterligare en rekommendation som har haft inverkan är rekommendationen om strukturerad bedömning av självmordsrisk inom psykiatrisk diagnostik. Rekommendationen FoU (forskning) kring ljusterapi för årstidsrelaterad depression hos vuxna bedöms ha haft påverkan inom landstingen. Rekommendationen FoU ger Socialstyrelsen för åtgärder som saknar vetenskapligt underlag eller som bristfälligt eller motstridigt underlag, och till vilka pågående eller kommande forskning kan tillföra relevant kunskap.

Tabell 42 Förändringar inom psykiatrin till följd av Nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom 2010

Landsting/region ¹	Organisation (%)	Lokala riktlinjer (%)	Handlingsprogram (%)	Vårdprogram (%)
Stockholm	17	83	33	33
Uppsala	0	0	0	25
Sörmland	0	0	0	100
Östergötland	0	20	0	60
Jönköping	0	33	0	33
Kronoberg	100	100	0	100
Kalmar	0	0	0	0
Gotland	100	0	0	0
Blekinge	0	0	0	100
Skåne	25	25	0	0
Halland	0	50	0	50
Västra Götaland	0	17	0	33
Värmland	0	100	100	100
Örebro	0	100	0	100
Västmanland ¹				
Dalarna	0	0	0	67
Gävleborg	100	100	100	100
Västernorrland	33	67	0	33
Jämtland	0	100	100	100
Västerbotten	100	100	67	33
Norrbottn	0	33	0	33
RIKET	17	39	13	41

¹ Landstinget i Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Landsting/region ¹	Vårdutbud (%)	Volym (%)	Förändrat driftbidrag (%)	Inga förändringar (%)
Stockholm	50	33	0	0
Uppsala	25	25	0	25
Sörmland	100	0	0	0
Östergötland	40	0	0	40
Jönköping	67	0	0	0
Kronoberg	100	0	0	0
Kalmar	0	33	0	33
Gotland	0	0	0	0
Blekinge	0	0	0	0
Skåne	25	0	0	50
Halland	100	50	0	0
Västra Götaland	50	17	0	17
Värmland	100	0	0	0

Örebro	0	0	0	0
Dalarna	0	0	0	0
Gävleborg	100	100	0	0
Västernorrland	33	0	0	0
Jämtland	0	0	0	0
Västerbotten	67	33	33	0
Norrbotten	0	0	0	33
RIKET	39	15	2	15

¹ Landstinget i Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Införandet av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

Av landstingen har 65 procent av allmänpsykiatrins verksamheter deltagit i de regionala seminarier som Socialstyrelsen genomfört för att diskutera riktlinjerna och dess inverkan på hälso- och sjukvården. I två landsting har ingen av verksamhetscheferna eller företrädare för psykiatrien deltagit (tabell 43).

Drygt hälften av verksamhetscheferna (52 procent) har kännedom om att region-, landstings-, eller förvaltningsledningen har fattat beslut utifrån de nationella riktlinjerna. I fyra landsting uppger psykiatrien att de inte har kännedom om att region-, landstings-, eller förvaltningsledningen har fattat beslut utifrån de nationella riktlinjerna.

För drygt en tredjedel av allmänpsykiatrien inom landstingen har de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd föranlett särskilda satsningar. I sju landsting uppger psykiatrien att särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna har avsatts i budgeten. Totalt hade drygt 20 procent av psykiatrien avsatt särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna. På riksnivå uppskattade omkring 65 procent av psykiatrien att det i dag finns behov av särskilda ekonomiska och andra resurser för implementering av de nationella riktlinjerna inom psykiatrien.

Drygt 15 procent av psykiatrien uppgav att verksamheten hade lyckats i stor omfattning med att implementera de nationella riktlinjerna i verksamheten. Närmare 35 procent bedömde att man hade i någon omfattning lyckats med att införa riktlinjerna i verksamheten.

Förändringar inom psykiatrien till följd av nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

Närmare 25 procent av verksamhetscheferna uppger att nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är lett till organisatoriska förändringar (tabell 44). Av psykiatrien har 46 procent av verksamhetscheferna uppgett att riktlinjerna omsatt i lokala

riktlinjer och omkring 30 procent av verksamheterna har vårdprogram. Omkring 11 procent av psykiatrin har i samband med riktlinjerna tagit fram en skriftlig handlingsplan för införandet av riktlinjerna inom verksamheten. I närmare 30 procent av psykiatrin har omfattningen av vårdutbudet förändrats i samband med riktlinjerna och drygt 6 procent av psykiatrin bedömer att omfattningen av vårdvolymen har förändrats till följd av riktlinjerna. Inget landsting uppger ett förändrat driftbidrag till följd av riktlinjerna. I åtta landsting uppger delar av allmänpsykiatrin att inga förändringar i verksamheten har skett till följd av att riktlinjerna publicerats.

På riksnivå uppskattade drygt 60 procent av verksamhetscheferna att en eller flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna har inverkat på verksamheten. De rekommendationer som bedöms ha stor påverkan är Socialstyrelsens rangordning av gemensam psykopedagogisk utbildning till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har kontakt med familj och närstående, rekommendationen om intensiv case management enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment) och familjeinterventioner. Ytterligare rekommendation som har inverkan är rekommendationen om integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning.

Tabell 43 Implementering av Nationella riktlinjer för psykosocial insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011

Landsting/region ¹	Psykiatrin deltagit i regionala seminarium vid preliminära psykosociala riktlinjerna (%)	Kännedom om beslut fattats av region-, landnings- eller förvaltningsledning utifrån riktlinjen (%)	Särskilda satsningar inom den specialiserade psykiatrin (%)
Stockholm	50	67	33
Uppsala	25	0	0
Sörmland	0	100	100
Östergötland	80	40	20
Jönköping	67	33	67
Kronoberg	0	0	100
Kalmar	67	0	67
Gotland	0	0	0
Blekinge	0	100	0
Skåne	75	75	25
Halland	100	50	0
Västra Götaland	67	33	50
Värmland	100	100	100
Örebro	100	100	100
Dalarna	67	33	33
Gävleborg	0	0	100
Västernorrland	67	33	0
Jämtland	100	100	100
Västerbotten	100	100	33
Norrbotten	0	100	33
RIKET	57	48	37

1 Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

	Ekonomiska omfördelningar inom psyki- trin genom- förts till följd av riktlinjen (%)	Behov av särskilda ekonomiska och andra resurser för att implemen- tera riktlinjen (%)	I vilken omfattning har psykiatrin im- plemterat riktlin- jen	Har flera rekom- mendationer haft inverkan på psyki- atrin (%)
Stockholm	17	67	I någon omfattning	83
Uppsala	0	25	I någon omfattning	25
Sörmland	0	100	I någon omfattning	100
Östergötland	0	40	I någon omfattning	40
Jönköping	33	67	I någon omfattning	67
Kronoberg	0	0	I någon omfattning	100
Kalmar	0	67	I någon omfattning	33
Gotland	0	100	I stor omfattning	100
Blekinge	0	100	I någon omfattning	0
Skåne	0	50	I någon omfattning	25
Halland	0	50	I någon omfattning	100
Västra Götaland	17	17	I någon omfattning	50
Värmland	0	0	I någon omfattning	100
Örebro	0	0	I stor omfattning	100
Dalarna	33	100	I någon omfattning	100
Gävleborg	0	100	I någon omfattning	100
Västernorrland	0	67	I någon omfattning	33
Jämtland	0	100	I någon omfattning	100
Västerbotten	33	67	I någon omfattning	67
Norrbotten	0	100	I någon omfattning	100
RIKET	9	56		61

1 Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Tabell 44 Förändringar inom psykiatrin till följd av Nationella riktlinjer för psykosocial insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011

Landsting/region¹	Organisation (%)	Lokala riktlinjer (%)	Handlingsprogram (%)	Vårdprogram (%)
Stockholm	0	83	33	50
Uppsala	0	0	0	25
Sörmland	100	100	0	0
Östergötland	0	60	0	0
Jönköping	0	33	0	0
Kronoberg	0	100	0	0
Kalmar	0	0	0	0
Gotland	100	0	0	0
Blekinge	100	100	0	100

Skåne	25	25	0	25
Halland	50	0	0	100
Västra Götaland	17	0	0	0
Värmland	0	100	0	100
Örebro	100	100	0	100
Dalarna	33	67	33	0
Gävleborg	100	100	0	100
Västernorrland	33	67	0	33
Jämtland	100	0	0	100
Västerbotten	67	100	67	67
Norrbotten	0	67	33	33
RIKET	24	46	11	30

1 Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Landsting/region ¹	Vårdutbud (%)	Volym (%)	Förändrat driftbidrag (%)	Inga förändringar (%)
Stockholm	33	17	0	17
Uppsala	50	25	0	25
Sörmland	100	0	0	0
Östergötland	20	0	0	40
Jönköping	33	0	0	33
Kronoberg	100	0	0	0
Kalmar	0	0	0	0
Gotland	0	0	0	0
Blekinge	100	0	0	0
Skåne	25	0	0	25
Halland	0	0	0	0
Västra Götaland	17	0	0	50
Värmland	0	0	0	0
Örebro	100	0	0	0
Dalarna	33	33	0	33
Gävleborg	100	0	0	0
Västernorrland	33	0	0	33
Jämtland	0	0	0	0
Västerbotten	0	0	0	0
Norrbotten	67	0	0	0
RIKET	31	6	0	20

1 Västmanland har inte lämnat uppgifter

Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012

Kvalitetsregister inom psykiatri och ECT-behandling

Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren i Sverige används för kvalitetsutveckling, uppföljning och forskning inom hälso- och sjukvården. Alla nationella kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om problem, diagnos, behandling och resultat. När ett medicinskt kvalitetsregister är fullt utbyggt blir det möjligt att följa upp resultatet av sjukvårdens åtgärder för alla patienter i landet på det område som registret omfattar. Det är också möjligt att följa upp enskilda landsting, sjukhus eller kliniker.

För närvarande (2013) finns ett 70-tal nationella kvalitetsregister. Av dessa drivs 10 register inom psykiatri med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten.

De nationella kvalitetsregistrens övergripande syfte är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Rapporteringen till Socialstyrelsens nationella register är obligatorisk och lagreglerad, medan registreringen av personuppgifter i de nationella kvalitetsregistren är frivillig. Det innebär att landsting och sjukhus väljer om de vill ansluta sig till registren eller inte, och att patienterna kan avböja att deras uppgifter registreras.

Ett flertal av indikatorerna i de nationella riktlinjer bygger på nationella kvalitetsregister inom psykiatri som uppgiftskälla. Inom ramen för denna utvärdering är tre nationella kvalitetsregister aktuella:

- Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom, BipoläR,
- Nationellt kvalitetsregister för psykosvård, PsykosR
- Kvalitetsregistret för ECT (elektrokonvulsiv behandling).

Eftersom täckningsgraden i dessa kvalitetsregister är för låg bedömer Socialstyrelsen att det i dagsläget inte är möjligt att presentera landstingsjämförelser baserade på dessa uppgifter. Därför finns inga uppgifter från kvalitetsregistren med i rapporten.

Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom

Det nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom, BipoläR, startade 2004 och innehåller uppgifter om behandling av bipolär och affektiv sjukdom. Kvalitetsregistret följer upp patienter årligen till dess att behandlingen av sjukdomen avslutas. Syftet med kvalitetsregistret är att skapa förutsättningar för verksamhetsutveckling, utvärdering och forskning rörande personer med bipolär sjukdom.

En täckningsgradsjämförelse mellan kvalitetsregistret och patientregistret jämfördes cirka 5 600 registrerade och uppföljda patienter för 2010 till och

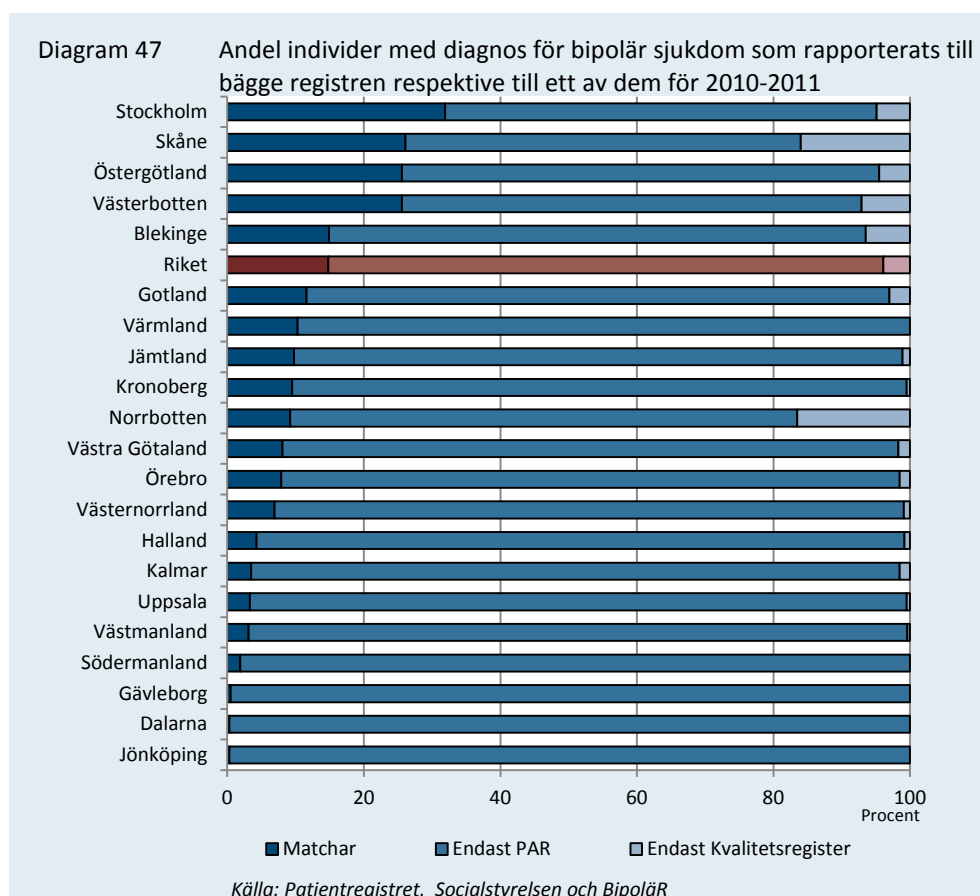
med 2011 i kvalitetsregistret med cirka 29 000 individer i patientregistret som har någon av ICD-10 diagnoserna F250 (schizoaffektivt syndrom, manisk typ), F301 (mani utan psykotiska symtom), F302 (mani med psykotiska symtom), F308 (andra ospecificerade maniska episoder), F309 (manisk episod, ospecificerad) och F31 (bipolär sjukdom), som huvuddiagnos. Om samma person förekommer någon gång under tvåårsperioden i båda registren betraktas det som en matchning (tabell 45).

Täckningsgraden för kvalitetsregistret är relativt låg över hela riket. För vissa landsting är rapporteringen till kvalitetsregistret väldigt sparsam. I exempelvis Dalarna har totalt 3 patienter rapporterats till kvalitetsregistren och cirka 1 000 patienter rapporterade till patientregistret (diagram 47).

Tabell 45 Antal patienter som rapporterats till patientregistret och kvalitetsregistret Bipolär under perioden 2010-2011. Täckningsgraden har beräknats som summan av de diagnoser som endast förekommer i respektive register och de matchade diagnoserna

Täckningsgrad	Antal	Procent	Matchning	Antal	Procent
Patientregistret	29 010	96,1	Endast patientregistret	24 533	81,3
Bipolär	5 647	18,7	Endast Bipolär	1 170	3,9
			Totalt	30 180	

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och kvalitetsregistret Bipolär



Nationellt kvalitetsregister för psykos vård

Det nationella kvalitetsregistret för psykosvård startade år 2002. Registret var inledningsvis riktat till att följa upp personer som första gången fått en psykossjukdom. Sedan ett par år tillbaka har inklussionskriteriet ändrats och inkluderar även personer som haft psykos en längre tid samt omfattar alla psykossjukdomar.

Syftet med det nationella registret PsykosR är att få ett underlag med svenska siffror om omfattning och faktisk sjukdomsbild samt att genom jämförelser av arbetssätt och resultat kunna utvärdera och förbättra psykosvården.

Täckningsgradsberäkningar pågår för patienter som rapporterats till patientregistret och kvalitetsregistret PsykosR under 2011. En preliminär täckningsrad är framtagen och täckningsgraden för kvalitetsregistret är låg över hela riket. På riksnivå beräknas täckningsgraden till 5,6 procent och omfattar vårdtillfällen i både öppenvård och slutenvårdsdelen i patientregistret

ECT-behandling

Elektrokonvulsiv behandling, elbehandling eller ECT som den också kallas är en behandlingsform som använts i över 70 år. ECT är en metod för att framkalla epileptisk aktivitet i hjärnan genom elektrisk stimulering. Behandlingen är en effektiv behandling för i huvudsak svåra depressioner med melankoliska eller psykotiska inslag samt depressioner med hög självmordsrisk. Enligt *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* finns det stark evidens för att ECT har god effekt på symtom och funktionsförmåga vid svår depression [7]. Det har också mycket god effekt vid mycket svåra tillstånd där en snabb effekt är nödvändig.

Behandling med ECT vid depression finns som en nationell indikator i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. Indikatorn går i dagsläget inte att följa genom patientregistret.

Nationell kartläggning

Hösten 2011 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning för att kartlägga landstingens ECT-behandlingar. Enkäten skickades till samtliga landsting och regioner. Socialstyrelsen samlade in uppgifter om antalet utförda behandlingar, antalet personer som fått behandling och vilken yrkeskategori som utfört behandlingen.

ECT-behandlingar utförs när patienten är inskriven på sjukhus såväl som inom öppenvården efter avslutad sjukhusvård eller efter poliklinisk behandling. Landstingen rapporterade in 39 569 ECT-behandlingar från den specialiserade öppenvården och slutenvården. Under 2010 genomfördes totalt 23 470 ECT-behandlingar i slutenvården. Det motsvarar 59 procent av de inrapporterade behandlingarna. Inom öppenvården gavs 16 100 behandlingar, vilket motsvarar 41 procent av behandlingarna. Tabell 47 och 48 ger en översikt över fördelningen mellan behandlingar som ges i slutenvård och öppenvård i landstingen.

Kartläggningen visar att ECT-behandlingarna utförs av enbart läkare i 3 av 20 landsting (15 procent), av övriga yrkesgrupper i 10 landsting (50 procent) och av både läkare och övriga yrkesgrupper i 7 landsting (35 procent).

Läkarna utförde för 38 procent av behandlingarna, medan övriga yrkesgrupper utförde majoriteten (62 procent) av ECT-behandlingarna 2010, tabell 46.

Tabell 46 Antal ECT-behandlingar år 2010 (andel %)

		Utförda av läkare		Övriga yrkesgrupper		Totalt	
Slutenvård	Män	2 791	(30,7%)	6 286	(69,3%)	9 077	(100,0%)
	Kvinnor	4 351	(30,2%)	10 042	(69,8%)	14 393	(100,0%)
Öppenvård	Män	2 726	(47,2%)	3 050	(52,8%)	5 776	(100,0%)
	Kvinnor	5 154	(49,9%)	5 170	(50,1%)	10 324	(100,0%)
Totalt		15 021	(38,0%)	24 548	(62,0%)	39 570	(100,0%)

Källa: Patientregistret och Socialstyrelsens ECT-enkät 2010

Uppgifterna från Socialstyrelsens kartläggning har i tabell 47 och tabell 48 jämförts med det antal ECT-behandlingar som rapporterats in till Socialstyrelsens patientregister för år 2010.

Det är inte lämpligt att jämföra landstingens uppgifter med varandra eftersom befolkningsunderlaget är ojämnt inom landstingen. Dessutom har flera kliniker många patienter från andra landsting än det egna. En patient kan vårdas i både slutenvård och specialiserad öppenvård under samma år, vilket medför att en sammanslagning av antalet unika personer mellan vårdformerna inte går att göra.

Tabell 47 Antal ECT-behandlingar år 2010, slutenvård

Landsting	Enligt	Enligt enkät, utförda av			Differens (patient- registret - enkätsvar, totalt)
	patientregistret	läkare	övriga	totalt	
Stockholm	1 836	2 311	0	2 311	-475
Uppsala	66	154	597	751	-685
Södermanland	687	0	687	687	0
Östergötland	522	152	1 370	1 522	-1 000
Jönköping	1 479	50	1 690	1 740	-261
Kronoberg	51	0	511	511	-460
Kalmar	119	7	753	760	-641
Gotland	240	0	228	228	12
Blekinge	1	0	436	436	-435
Skåne	2 833	2 903	0	2 903	-70
Halland	63	1	934	935	-872
Västra Götaland	1 358	5	4 863	4 868	-3 510
Värmland	71	0	591	591	-520

Örebro	523	605	0	605	-82
Västmanland	13	0	507	507	-494
Dalarna	97	0	624	624	-527
Gävleborg	164	0	1 235	1 235	-1 071
Västernorrland	29	0	216	216	-187
Jämtland	25	475	0	475	-450
Västerbotten	5	0	1 086	1 086	-1 081
Norrbotten	504	--	--	485	19
Totalt	10 686	6 663	16 328	23 476	-12 790

Källa: Patientregistret och Socialstyrelsens ECT-enkät 2010

Av tabell 47 framgår att det förekommer en stor underrapportering till Socialstyrelsens patientregister avseende slutenvård. Landstingen Gotland och Norrbottens läns landsting har rapporterat in fler fall till patientregistret än via enkätsvaren. Uppgifter från Sörmlands läns landsting överensstämmer väl med tidigare inrapporterade uppgifter till patientregistret.

Det är endast de ECT-behandlingar som utförs av läkare inom den specialiserade öppenvården som ska rapporteras till patientregistret. Därför är de övriga yrkesgrupperna exkluderade från differensen som är beräknad i ovan tabell.

För ECT-behandlingar som utförs av läkare ses en underrapportering till patientregistret från landstingen i Stockholm, Uppsala, Jämtland och Skåne. Det rapporteras däremot fler behandlingar till patientregistret än via enkäten från landstingen i Östergötland, Jönköping, Kalmar, Västra Götaland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg. Ingen eller endast marginell skillnad kan ses vad gäller landstingen i Södermanland, Kronoberg, Gotland, Blekinge, Halland, Värmland, Västernorrland, Västerbotten samt Norrbotten.

Tabell 48 Antal ECT-behandlingar 2010, öppenvård

Landsting	Enligt	Enligt enkät, utförda av			Differens (patient registret - enkät- svar, totalt)
	patientre- gistret	läkare	övriga	totalt	
Stockholm	4 657	5 972	93	6 065	-1 315
Uppsala	0	109	357	466	-109
Södermanland	1	0	744	744	1
Östergötland	449	53	859	912	396
Jönköping	15	5	850	855	10
Kronoberg	1	0	546	546	1
Kalmar	106	2	312	314	104
Gotland	0	0	0	0	0
Blekinge	0	0	73	73	0
Skåne	0	1 108	0	1 108	-1 108
Halland	1	1	780	781	0
Västra Götaland	722	7	853	860	715

Värmland	1	0	690	690	1
Örebro	431	218	0	218	213
Västmanland	19	0	165	165	19
Dalarna	490	0	732	732	490
Gävleborg	156	0	163	163	156
Västernorrland	0	0	233	233	0
Jämtland	143	325	0	325	-182
Västerbotten	0	0	502	502	0
Norrbottn	94	95	268	363	-1
Totalt	7 286	7 895	8 220	16 115	-609

Källa: Patientregistret och Socialstyrelsens ECT-enkät 2010

Socialstyrelsens tidigare undersökning av ECT-behandlingar

ECT-behandlingen ska vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, patientfokuserad, säker, jämlik och ges i rimlig tid [88]. Socialstyrelsen publicerade 2010 en pilotstudie om ECT-behandlingar [89]. Pilotstudien visar att indikationen för ECT i huvudsak är svåra depressioner med melankoliska eller psykotiska inslag samt depressioner med hög självmordsrisk. Utöver det ges ECT även vid katatona syndrom, delirium actum och maligt neuroleptika syndrom samt vissa maniska tillstånd. Socialstyrelsen bedömer att kunskaperna om när ECT-behandlingar används är goda. Mot bakgrund av Socialstyrelsens pilotstudie genomfördes en granskning i tre tillsynsregioner under 2011. Syftet med granskningen var att säkerställa patientsäkerheten genom att se över ECT-behandlingarna.

Våren 2011 skickade Socialstyrelsen en enkät till sju utvalda psykiatriska verksamheter med tillhörande anestesiverksamheter. Urvalet omfattade verksamheter i både privat och offentlig regi samt omfattade olika befolkningsunderlag. Granskningen innebar även en granskning av journalerna vid de psykiatriska verksamheterna. Av totalt 127 journalgranskningssvar framgår att 114 patienter hade fått korttidsbehandling och 41 hade fått underhållsbehandling. Några patienter hade fått både behandling mot sin sjukdom och förebyggande underhållsbehandling.

Alla psykiatriska verksamheter uppger att de har skriftliga rutiner för informationen till patienterna om ECT som behandlingsmetod. Av verksamhetsenkäterna framgår att:

- fyra av sju verksamheter uppger att det ingår i rutinen att även informera patientens närstående om ECT som behandlingsmetod
- sex av de sju verksamheterna uppger att informationen innehåller upplysningar om tillvägagångssättet, önskade och oönskade effekter, biverkningar, sjukdomseffekter vid utebliven behandling och information om vart man kan vända sig om man fått biverkningar
- för enstaka verksamheter ingår även annan information.

Av de granskade journalerna framgår det att 64 procent av patienterna fått information om ECT. Ingen psykiatrisk verksamhet uppger dock att de systematiskt följer upp om de dokumenterar att de informerat patienten.

Av journalgranskningssvaren framkom också att 119 patienter hade följts upp med en klinisk bedömning. För 29 av dessa patienter hade de psykiatriska verksamheterna även använt strukturerade skattningsinstrument utöver den kliniska bedömningen. 20 av patienterna hade bedömts på annat sätt, utöver den kliniska bedömningen och 8 patienter hade inte fått någon uppföljning.

Av de 36 patienterna som uppgavs ha fått önskade effekter av sin behandling, hade 23 fått någon form av uppföljning efter att detta uppmärksammats. Denna uppföljning har oftast en läkare gjort. Vid uppföljningen har 4 av patienterna fått en utredning och 2 har fått behandling.

Kvalitetsregistret för ECT-behandling

Ett kvalitetsregister för ECT-behandling finns sedan 2008. Sedan 2011 har registret etablerat sig som ett nationellt kvalitetsregister. Allt fler enheter i landet har anslutit sig, och av landets 56 ECT-enheter är 52 enheter anslutna.

Utifrån uppgifter i kvalitetsregistret kan antalet patienter som per år får ECT i Sverige uppskattas till drygt 4 000 patienter. År 2011 registrerades 610 patienter, innebär att registret har en täckningsgrad på cirka 15 procent. Statistik från augusti 2012 visar att drygt 5 400 ECT-behandlingar registrerats i kvalitetsregistret.

Sammanfattning

Ett heltäckande patientregister är en viktig förutsättning för att följa hälsans och vårdens utveckling. Resultatet från ECT kartläggningen visar att flera landsting inte rapporterar all den vård som de enligt uppgiftsskyldigheten ska rapportera till patientregistret.

Informationen om antalet utförda ECT-behandlingar i Socialstyrelsens nationella patientregister är inte tillfredställande. Detta har två huvudsakliga anledningar, där den ena rör bestämmelserna för vad patientregistret får samla in och den andra rör bristerna i inrapporteringen till registret. Socialstyrelsens patientregister får enligt förordningen (2001:707) enbart samla in uppgifter om läkarbesök i specialiserad öppenvård till patientregistret, men inte om behandlingar som utförs av andra yrkesgrupper än läkare.

Det finns inget krav rörande vilken yrkesgrupp som ska utföra ECT-behandlingar. När det är andra yrkesgrupper än läkare som utför dessa arbetsuppgifter, har landstingen vid tidigare granskning uppgivit, att det då finns ett särskilt delegerat uppdrag för arbetsuppgiften.

Huvudmännen brister i sin inrapportering av uppgifter till patientregistret och Socialstyrelsen kan därför inte presentera uppgifter om indikatorn ECT-behandling vid svår till mycket svår depressionsepisod, i dagsläget.

Bilaga 1. Projektorganisation

Styrgrupp

Marie Lawrence	enhetschef, Enheten för Utvärdering
Mona Heugren	enhetschef, Enheten för Öppna jämförelser
Lars Grönvik	enhetschef, Enheten för Vård- och omsorgsstatistik
Kristina Eklund	fr.o.m. 2012-09-01, t f enhetschef, Enheten för Nationella riktlinjer
Lena Weilandt	t.o.m. 2012-08-31, enhetschef, Enheten för Nationella riktlinjer

Projektledningsgrupp

Tord Forsner	utredare , projektledare
Birgitta Lindelius	utredare

Expertstöd

Lars von Knorring	professor, specialist i psykiatri
Gerhard Andersson	professor, psykolog
Kjell Lindström	medicine doktor, specialist i allmänmedicin
Lennart Lundin	docent, psykolog
Leena Kuusipalo	verksamhetschef, Botkyrka kommun

Arbetsgrupp

Från Socialstyrelsen

Erik Onelöv	statistiker
Nina Fromh	utredare
Mårten Gerle	medicinskt sakkunnig
Tsega Muzollo	statistiker
Cecilia Dahlgren	utredare

Övriga deltagande

Från Socialstyrelsen

Cecilia Eek	utredare
Emma Björkenstam	statistiker
Charlotte Björkenstam	utredare
Staffan Söderberg	utredare
Björn Nilsson	utredare

Maria Öman
Filippa Svensson

statistiker
produktionsledare

Referenser

1. Öppna jämförelser och utvärdering - Hjärtsjukvård 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Öppna jämförelser och utvärdering 2010 - Psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Strokevård : nationell utvärdering 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Diabetesvård : landstingens och kommunernas insatser : nationell utvärdering 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
5. Nationell utvärdering 2013 Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
6. Nationell utvärdering - Tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
7. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
8. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
9. Dahlberg, K, Forsell, Y, Damstrom-Thakker, K, Runeson, B. Mental health problems and healthcare contacts in an urban and a rural area. Comparisons of two Swedish counties. *Nordic journal of psychiatry*. 2007; 61(1):40-6.
10. Mattisson, C, Bogren, M, Nettelbladt, P, Munk-Jorgensen, P, Bhugra, D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *Journal of affective disorders*. 2005; 87(2-3):151-60.
11. Ambition och ansvar : nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder : slutbetänkande. Stockholm: Fritze; 2006.
12. Socialförsäkringsrapport 2011:4. Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkring? Stockholm: Försäkringskassan; 2011.
13. Burstrom, B, Fredlund, P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of epidemiology and community health*. 2001; 55(11):836-40.
14. Folkhälsan i Sverige [Elektronisk resurs] : årsrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
15. Nationella indikatorer för god vård: Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer - indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
16. SKL. Nationell patientenkät. [cited 2013 0610]; Available from: Tillgänglig på hemsidan <http://npe.skl.se/>
17. Kapusta, ND, Zorman, A, Etzersdorfer, E, Ponocny-Seliger, E, Jandl-Jager, E, Sonneck, G. Rural-urban differences in Austrian

- suicides. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008; 43(4):311-8.
18. Isacson, G, Rich, CL. Antidepressant drug use and suicide prevention. *Int Rev Psychiatry*. 2005; 17(3):153-62.
19. Tillsynsrapport 2013 - Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
20. Kisely, S, Smith, M, Lawrence, D, Maaten, S. Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: population-based study in Nova Scotia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2005; 187:552-8.
21. Grigoletti, L, Perini, G, Rossi, A, Biggeri, A, Barbui, C, Tansella, M, et al. Mortality and cause of death among psychiatric patients: a 20-year case-register study in an area with a community-based system of care. *Psychological medicine*. 2009; 39(11):1875-84.
22. von Knorring, L, Thelander, S, Pettersson, A. [Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Summary and conclusions by the SBU]. *Lakartidningen*. 2005; 102(47):3561-2, 5-6, 9.
23. Roshanaei-Moghaddam, B, Katon, W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatric services*. 2009; 60(2):147-56.
24. Martens, EJ, de Jonge, P, Na, B, Cohen, BE, Lett, H, Whooley, MA. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The Heart and Soul Study. *Archives of general psychiatry*. 2010; 67(7):750-8.
25. Nuyen, J, Schellevis, FG, Satariano, WA, Spreeuwenberg, PM, Birkner, MD, van den Bos, GA, et al. Comorbidity was associated with neurologic and psychiatric diseases: a general practice-based controlled study. *Journal of clinical epidemiology*. 2006; 59(12):1274-84.
26. Herrman, H, Patrick, DL, Diehr, P, Martin, ML, Fleck, M, Simon, GE, et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological medicine*. 2002; 32(5):889-902.
27. Kupfer, DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2005; 293(20):2528-30.
28. Kilbourne, AM. The burden of general medical conditions in patients with bipolar disorder. *Current psychiatry reports*. 2005; 7(6):471-7.
29. Beyer, J, Kuchibhatla, M, Gersing, K, Krishnan, KR. Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2005; 30(2):401-4.
30. Att ha schizofreni och vara utrikesfödd - insjuknande, vård och levandeförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
31. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer. Socialstyrelsen; 2011.

32. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
33. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom -stroke. Socialstyrelsen; 2011.
34. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - diabetes. Socialstyrelsen; 2011.
35. Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet - delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
36. Personer med utländsk bakgrund : riktlinjer för redovisning i statistiken. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2002.
37. Schizofreni : läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012.
38. Tiihonen, J, Lonnqvist, J, Wahlbeck, K, Klaukka, T, Niskanen, L, Tanskanen, A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009; 374(9690):620-7.
39. Saha, S, Chant, D, McGrath, J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of general psychiatry*. 2007; 64(10):1123-31.
40. Osby, U, Correia, N, Brandt, L, Ekbom, A, Sparen, P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res*. 2000; 45(1-2):21-8.
41. Pompili, M, Rihmer, Z, Innamorati, M, Lester, D, Girardi, P, Tatarelli, R. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. Expert review of neurotherapeutics. 2009; 9(1):109-36.
42. Radomsky, ED, Haas, GL, Mann, JJ, Sweeney, JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *The American journal of psychiatry*. 1999; 156(10):1590-5.
43. Wahlbeck, K, Westman, J, Nordentoft, M, Gissler, M, Laursen, TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2011; 199(6):453-8.
44. Leucht, S, Burkard, T, Henderson, J, Maj, M, Sartorius, N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2007; 116(5):317-33.
45. Flyckt, L, Mattsson, M, Edman, G, Carlsson, R, Cullberg, J. Predicting 5-year outcome in first-episode psychosis: construction of a prognostic rating scale. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006; 67(6):916-24.
46. Wiersma, D, Nienhuis, FJ, Slooff, CJ, Giel, R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia bulletin*. 1998; 24(1):75-85.
47. Almond, S, Knapp, M, Francois, C, Toumi, M, Brugha, T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004; 184:346-51.

48. Vård av självmordsnära patienter : en kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
49. Beskow, J. Självmord som existentiellt problem : ett mångvetenskapligt forskningsområde. Stockholm: Folksams vetenskapliga råd ;; 1992.
50. Appleby, L, Dennehy, JA, Thomas, CS, Faragher, EB, Lewis, G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet*. 1999; 353(9162):1397-400.
51. Hunt, IM, Kapur, N, Webb, R, Robinson, J, Burns, J, Shaw, J, et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological medicine*. 2009; 39(3):443-9.
52. Harris, EC, Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1997; 170:205-28.
53. Ho, TP. The suicide risk of discharged psychiatric patients. *The Journal of clinical psychiatry*. 2003; 64(6):702-7.
54. Qin, P, Nordentoft, M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62(4):427-32.
55. Geddes, JR, Juszczak, E. Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-92. *BMJ*. 1995; 311(7001):357-60.
56. Sohlman, B, Lehtinen, V. Mortality among discharged psychiatric patients in Finland. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1999; 99(2):102-9.
57. Harris, EC, Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1998; 173:11-53.
58. Howard, LM, Barley, EA, Davies, E, Rigg, A, Lempp, H, Rose, D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *The lancet oncology*. 2010; 11(8):797-804.
59. Fryers, T, Melzer, D, Jenkins, R, Brugha, T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2005; 1:14.
60. Wolinsky, FD, Gurney, JG, Wan, GJ, Bentley, DW. The sequelae of hospitalization for ischemic stroke among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998; 46(5):577-82.
61. Kartha, A, Anthony, D, Manasseh, CS, Greenwald, JL, Chetty, VK, Burgess, JF, et al. Depression is a risk factor for rehospitalization in medical inpatients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2007; 9(4):256-62.
62. Ghose, SS, Williams, LS, Swindle, RW. Depression and other mental health diagnoses after stroke increase inpatient and outpatient medical utilization three years poststroke. *Medical care*. 2005; 43(12):1259-64.
63. Dossa, A, Glickman, M, Berlowitz, D. Association between mental health conditions and rehospitalization, mortality, and functional

- outcomes in patients with stroke following inpatient rehabilitation. BMC Health Services Research. 2011; 11(1):311.
64. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - stroke. Stockholm; 2011.
 65. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
 66. Statistik om hälso och sjukvård samt regional utveckling 2010. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2011.
 67. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011 - verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2011.
 68. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning - öppna jämförelser mellan landsting och driftformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
 69. Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa - studier av praxis i primärvården. Socialstyrelsen; 2006.
 70. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård, patienter med vissa psykiatriska diagnoser - återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Socialstyrelsen; 2007.
 71. Kliniska riktlinjer – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Svenska Psykiatriska Föreningen; 2010.
 72. Nationell datainsamling i primärvården - Förslag till utökning av patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
 73. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
 74. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 75. Nationella planeringsstödet 2013 - tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 76. Ökad kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling - slutredovisning av utbetalda medel 2011 och 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 77. Stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens - Slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009-2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 78. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 79. Levnadsvanor. Lägesrapport 2009. Statens folkhälsoinstitut; 2009.
 80. Gothefors, D, Adolfsson, R, Attvall, S, Erlinge, D, Jarbin, H, Lindstrom, K, et al. Swedish clinical guidelines--prevention and management of metabolic risk in patients with severe psychiatric disorders. Nordic journal of psychiatry. 2010; 64(5):294-302.
 81. OECD. Mental Health and Work:Sweden: OECD Publishing; 2013.

82. Är depression en klassfråga? - En systematisk litteraturöversikt över kopplingen mellan social klass och depression. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
83. Ekonomiska beräkningar och bedömningar. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2011.
84. Ojämn vilkor för hälsa och vård. Jämnlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
85. Behandling av depressionssjukdomar : en systematisk litteraturöversikt. Vol. 2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004.
86. Ghaemi, SN, Wingo, AP, Filkowski, MA, Baldessarini, RJ. Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analysis of benefits and risks. Acta psychiatrica Scandinavica. 2008; 118(5):347-56.
87. Farmakologisk behandling och profylax av mani och depression vid bipolärt syndrom 2011 [cited 2012 12/21]; Available from: <http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden/Psykiatriiska-sjukdomar/Farmakologisk-behandling-och-profylax-av-mani-och-depression-vid-bipolart-syndrom/>
88. ECT - En granskning i tre tillsynsregioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
89. ECT-behandling - En pilotstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.