

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

Rekommendationer, bedömningar
och sammanfattning

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 2013-6-27

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. Indikatorer och underlag för bedömningar* som innehåller en beskrivning av metoden och resultat för samtliga indikatorer, dels denna rapport som är en sammanfattning av ovanstående rapport och som även innehåller Socialstyrelsens rekommendationer och bedömningar.

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

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	12
Beskrivning av uppdraget	12
Syfte och avgränsningar	13
Utvärderingen presenteras i två rapporter	13
Rekommendationer och bedömningar	16
Rekommendationer	16
Bedömning utifrån en god hälsa, vård och omsorg	22
Metod	28
Utvärderingen är en del av hälso- och sjukvårdens och kommunernas kvalitetsarbete	28
Datainsamling	28
Övriga metodaspekter	29
Införandet av nationella riktlinjer inom psykiatriområdet	33
Införandet av de nationella riktlinjerna inom primärvården	34
Införandet av nationella riktlinjerna inom allmänpsykiatri	35
Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar	38
Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård (Ö3)	38
Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen (Ö9)	41
Dödlighet efter hjärtinfarkt (Ö7)	43
Dödlighet efter förstagångsstroke (Ö8)	48
Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting (P9)	52
Själv mord och dödsfall med oklart uppsåt (D1)	54
Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom (D17)	57
Tillgången till psykologisk behandling	60
Återinskrivning till psykiatrisk slutenvård och läkarkontakt efter utskrivning	63
Tillgång till personal inom psykiatriområdet	70
Tillgång till vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa	74
Gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning (P8)	77

Tillgång till social färdighetsträning (P3)	79
Tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser (P5)	81
Kostnader för psykiatrisk vård	83
<i>Referenser</i>	85
<i>Bilaga 1. Projektorganisation</i>	87

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

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, föreskriver att vården ska vara lätt tillgänglig och samordnad samt bygga på respekt för patienten självbestämmande och integritet. HSL anger 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 psykiatri 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. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anger 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 arbetsförmåga. 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 kan 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

Den nationella utvärderingen av psykiatrisk vård och omsorg publiceras i två rapporter, denna rapport redovisar de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna från utvärderingen. Den innehåller också en kortfattad sam-

manfattning av resultaten för ett urval av indikatorer som ingår i utvärderingen. Den andra rapporten, *Nationell utvärdering 2013 – psykisk ohälsa. Indikatorer och underlag för bedömningar*, omfattar en beskrivning av de använda metoderna och resultaten för samtliga indikatorer. Den innehåller även diagram som belyser skillnader mellan landstingen och kommunerna.

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 *Rekommendationer och bedömningar* ger Socialstyrelsen rekommendationer inom ett antal förbättringsområden för hälso- och sjukvården och socialtjänsten som har identifierats genom arbetet med denna rapport. Kapitlet innehåller också en bedömning av vård och insatser utifrån dimensionerna god hälsa, vård och omsorg.

I kapitlet *Metod* som beskriver arbetet med att samla in uppgifter om psykiatri, 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.

I kapitlet *Införandet av de nationella riktlinjerna inom psykiatriområdet* finns en sammanfattning av de iakttagelser som gjorts i Socialstyrelsens uppföljning av införandet av de nationella riktlinjerna inom primärvården och psykiatri, utifrån enkätundersökningar.

Därefter följer ett kapitel som beskriver vårdens processer och resultat för personer med depression och ångestsyndrom, samt schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

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>.

Rekommendationer och bedömningar

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen rekommendationer för primärvården, psykiatrin och socialtjänsten utifrån myndighetens bedömning av resultatet av den nationella utvärderingen inom psykiatriområdet. Rekommendationerna gäller områden där utvärderingen har visat att det finns stora regionala skillnader och där Socialstyrelsen bedömer att resultaten kan bli bättre. Resultaten, rekommendationerna och bedömningarna är ämnade att stödja huvudmännen och vårdgivarna i deras förbättringsarbete.

Rekommendationer

Uppmärksamma den somatiska sjukligheten och minska dödligheten

Utvärderingen visar att personer med psykisk ohälsa har en ökad dödlighet på grund av kroppsliga (somatiska) sjukdomar. Det finns skillnader i hälsa och dödlighet som bland annat kan utläsas i en högre andel undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer med en psykiatrisk diagnos jämfört med personer utan en sådan diagnos, och en högre dödlighet i sjukdomar som definieras som hälsopolitiskt och sjukvårdspolitiskt åtgärdbara. Dödligheten efter hjärtinfarkt eller stroke är också högre bland personer med en samtidig psykiatrisk diagnos än för andra i befolkningen.

Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att huvudmännen uppmärksammar den förhöjda somatiska sjukligheten och vidtar nödvändiga åtgärder för att minska dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa. Det är bekymmersamt att personer med psykisk ohälsa fortfarande har sämre hälsa och högre dödlighet, och skillnaderna har inte minskat under de senaste åren.

Hälso- och sjukvården kan förbättras genom ett hälsofrämjande och förebyggande arbete för att utjämna hälsoskillnader och säkerställa en långsiktig och effektiv resursanvändning i den offentligt finansierade verksamheten. Socialstyrelsen publicerade 2011 *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [7], vilka bör ge effekter på levnadsvanor framöver.

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, psykiatri och somatisk sjukvård
- 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.

Primärvården kan förbättras genom att ha

- rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa
- rutiner för tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa
- rutiner för hälsofrämjande och förebyggande insatser för personer med psykisk ohälsa.

Öka samverkan mellan huvudmännen för personer med psykisk funktionsnedsättning

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 ska tydliggöra och förstärka huvudmännens ansvar för området. Ett tvärprofessionellt arbete är också en viktig förutsättning för att psykosociala insatser ska kunna samordnas med medicinska och övriga insatser utifrån den enskildas hela behov. En överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting skapar goda förutsättningar för en formaliserad samverkan, samtidigt som huvudmännen kan säkerställa att huvudmännen erbjuder rekommenderade psykosociala insatser alternativt bygger upp tillgången. 74 procent av kommunerna uppger att de har överenskommelser om samverkan med landstinget när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan förbättras genom att

- säkerställer att det finns skriftliga samarbetsöverenskommelser mellan huvudmännen för personer med psykisk funktionsnedsättning som tydliggör ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.

Minska antalet självmord

Självmord är den vanligaste dödsorsaken hos yngre män och den näst vanligaste hos yngre kvinnor. Depression, ångestsyndrom och schizofreni medför en ökad risk för självmordsförsök eller självmord.

Utvärderingen visar att hälso- och sjukvården i högre utsträckning behöver arbeta med rutiner för strukturerade bedömningar av självmordsrisken och uppföljningar av personer som har vårdats efter ett självmordsförsök.

En strukturerad självmordsriskbedömning inom hälso- och sjukvården kan förhindra att människor tar sitt liv, inom både primärvården och den psykiatriska vården. Socialstyrelsen förväntar sig att hälso- och sjukvården genomför strukturerade bedömningar av självmordsrisken när det finns misstankar om risk för självmord.

Hälso- och sjukvården kan förbättras genom att

- vårdgivarna har rutiner för självmordsriskbedömningar.

Utveckla rutinerna för förebyggande läkemedelsbehandling med litium för personer med bipolär sjukdom

För att förhindra återinsjuknande och självmord bland patienter med bipolär sjukdom behövs en livslång behandling med stämningsstabiliserande läkemedel. Behandling med litium har en god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid maniska episoder, samt en god återfallsförebyggande effekt efter maniska eller depressiva episoder vid bipolär sjukdom. Denna åtgärd har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Andelen personer med bipolär sjukdom som behandlas med litium har dock minskat kraftigt under de senaste åren, från 50 procent 2006 till 38 procent 2010. Det finns i dagsläget geografiska skillnader i hur stor andel av patienter med bipolär sjukdom som behandlas med stämningsstabiliserande läkemedel.

Psykiatrin kan förbättras genom att

- vårdgivarna ser över och anpassar sina rutiner för förebyggande läkemedelsbehandling med litium för personer med bipolär sjukdom enligt rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*.

Öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling

Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning till primärvården kunde totalt 83 procent av primärvårdsenheterna erbjuda psykologisk behandling. Skillnaderna var små mellan primärvårdsenheterna i offentlig och privat.

Totalt 56 procent av enheterna hade mindre än en årsarbetare, vilket motsvarar mindre än en heltidsanställd resurs för psykologisk behandling. Drygt

hälften av vårdcentralerna bedömde att tillgången till psykologisk behandling motsvarade patienternas behov.

Inom psykiatrin ses regionala skillnader i tillgången till psykoterapeuter och personal med grundläggande psykoterapiutbildning.

Primärvården och psykiatrin kan förbättras genom att

- öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling.

Minska antalet återinskrivningar

Att förebygga återfall är ett viktigt behandlingsmål för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Ett återfall kan få en stor påverkan för patienten och för hans eller hennes familj. Bland annat hotar ett återfall att avbryta den psykosociala återhämtningen och är förknippat med en stor ekonomisk och emotionell börda för enskilda, familjer och samhället i stort på grund av ökade kostnader för behandlingen.

De nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011 lyfte särskilt fram uppföljningar i öppenvården efter utskrivning från slutenvården som en viktig åtgärd. Återbesöket ska säkerställa att eftervården och behandlingen fungerar optimalt.

Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik har en hög andel återinskrivningar inom psykiatrisk slutenvård. Den samlade bedömningen är att landsting med en hög andel återinskrivna patienter bör analysera orsakerna till detta.

Den psykiatriska vården kan förbättras genom att

- landsting med hög andel återinskrivningar inom psykiatrisk slutenvård analyserar orsakerna till detta
- öka behandlingsuppföljningarna genom återbesök till läkare för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Förstärka kompetensförsörjningen för en jämlik vård

För att kunna bedriva en god och jämlik vård över hela landet är det viktigt med tillgång till specialistutbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Tillgången till specialistläkare, specialistsjuksköterskor och psykoterapeuter inom hälso- och sjukvården varierar dock i olika delar av landet.

Socialstyrelsen kan konstatera att det behövs åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen inom vård och omsorg.

För några landsting visar resultatet att det finns stora brister i läkarkontakten efter utskrivningen. De berörda landstingen bör analysera sina resultat och upprätta åtgärdsplaner för att komma till rätta med behovet kring kompetensförsörjningen.

Den psykiatriska vården kan förbättras genom att

- huvudmännen ökar tillgången till specialistläkare och specialistsjuksköterskor inom psykiatri.

Öka andelen personer som känner sig respektfullt bemötta

Patientfokuserad vård innebär att patienten på olika sätt är delaktig i vården. Personer som har besökt den psykiatriska öppenvården eller vårdats i psykiatrisk slutenvård uppger att de i lägre utsträckning blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, jämfört med patienter inom andra vårdområden. Lägst omdömen får den psykiatriska slutenvården, där endast 57 procent av patienterna anser att de har fått ett gott bemötande. Socialstyrelsen vill därför betona betydelsen av att psykiatri arbetar för att alla ska uppleva att de blir respektfullt bemötta som individer.

Psykiatri kan förbättras genom att

- vårdgivarna arbetar för att alla som besöker psykiatri ska känna sig respektfullt bemötta.

Öka andelen personer som upplever sig ha fått tillräcklig information och tillräckligt stöd för att hantera sin hälsa

Enligt 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.

Resultat från de nationella patientenkäterna visar att 46 procent av patienterna som besöker psykiatrisk öppenvård och 33 procent inom psykiatrisk slutenvård anser att de har fått tillräcklig information. Psykiatri får de lägsta resultaten av alla vårdområden.

Psykiatri kan förbättras genom att

- vårdgivarna arbetar för att alla som söker psykiatri ska få tillräcklig information och tillräckligt stöd för att kunna hantera sin hälsa och livssituation.

Öka andelen personer som upplever sig delaktiga i sin vård och behandling

Ett patientcentrerat arbetssätt och delaktiga patienter har en positiv inverkan på vårdens resultat. En indikator på denna delaktighet är att patienten får vara delaktiga i sin egen vård och behandling. Psykiatri har lägst andel patienter som upplever sig delaktiga i sin vård och behandling i jämförelse med andra vårdområden. 47 procent av de vuxna som har behandlats inom

psykiatrisk öppenvård upplever sig delaktiga, jämfört med 34 procent inom psykiatrisk slutenvård.

Psykiatrin kan förbättras genom att

- vårdgivarna arbetar för att alla som besöker psykiatrin ska omfattas av ett patientcentrerat arbetssätt för att öka deras delaktighet.

Förbättra levnadsförhållanden för personer med psykisk funktionsnedsättning

Personer med psykisk ohälsa lever under mer utsatta ekonomiska förhållanden än befolkningen i stort. De riskerar att få sämre levnadsförhållanden i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning.

Tillgången till insatser enligt socialtjänstlagen 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. Siffrorna är dock lägre än målgruppens förväntade behov.

Levnadsförhållanden bland personer med psykisk funktionsnedsättning kan förbättras genom att

- socialtjänsten bidrar till förbättrade levnadsförhållanden för personer med psykisk funktionsnedsättning
- kommunen regelbundet genomför behovsinventeringar hos personer med psykisk funktionsnedsättning.

Öka tillgången till psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan få stöd enligt både SoL och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS. Enligt SoL ska kommunen verka för att människor som av psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Kommunen ska också medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

De indikatorer som presenteras i rapporten speglar kommunernas arbete med stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning och tar fasta på kommunens centrala förutsättningar för att ge stöd och service av god kvalitet.

Socialstyrelsens kartläggning visar att kommunerna och landstingen behöver fortsätta att tillämpa de nationella riktlinjerna. Flera av kommunerna och landstingen uppger att de inom de närmaste åren inte tänker införa vissa

av de insatser som är högt prioriterade i Socialstyrelsens rekommendationer för det psykosociala området.

Kommunala omsorgen kan förbättras genom att kommunerna

- ökar tillgången till psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*
- ökar tillgången till stöd i eget boende för personer med psykisk funktionsnedsättning
- ökar den arbetsinriktade rehabiliteringen för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Öka möjligheterna till ändamålsenlig uppföljning

Arbetet med denna nationella utvärdering har visat att det finns flera utvecklingsområden för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det saknas fortfarande aktuella och jämförbara uppgifter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och därmed går det inte att göra en heltäckande uppföljning av psykiatriområdet. Dessutom finns en stor bristen på information om psykiatrin, primärvården och kommunernas processer och resultat. Flera orsaker 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 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.

Bedömning utifrån en god hälsa, vård och omsorg

Socialstyrelsen har bedömt resultaten i den indikatorbaserade utvärderingen för att beskriva huruvida svensk hälso- och sjukvård och omsorg är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Flera

av de redovisade indikatorerna kan användas tillsammans för att beskriva de sex dimensionerna av god hälsa, vård och omsorg. Denna redovisning ger en översikt över resultaten och de iakttagelser som har framkommit i utvärderingen, utifrån aspekterna av god hälsa, vård och omsorg.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

De flesta indikatorer som presenteras i rapporten utgår från att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad. Indikatorerna knyter an till de nationella riktlinjerna som sin tur utgår från evidensbaserade rekommendationer.

En kunskapsbaserad vård och omsorg bygger på systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap. Förutom att ge kunskap om individnyttan är kunskapsbaseringen ett stöd för beslutsfattarens planering och öppna prioriteringar när det gäller att fördela vårdinsatserna. Kunskapsbaserad vård och omsorg är nödvändigt för att få en ändamålsenlig vård och omsorg.

Utvärderingen har visat att det finns regionala skillnader i följsamheten till de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 och de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011. Detta gäller till exempel för andelen patienter med bipolär sjukdom som står på stämningsstabiliserande läkemedelsbehandling med litium, tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling inom primärvården och psykiatrin. Utvärderingen visar också på att tillgången till psykosociala insatser i kommunernas socialtjänst för personer med psykisk funktionsnedsättning skiljer sig åt i landet och att insatserna inte erbjuds i alla kommuner.

Utvärderingen visar att kommunerna och landstingen behöver fortsätta att tillämpa de nationella riktlinjerna. En del landsting och kommuner har uppgivit att de inte tänker införa vissa av de insatser som är högt prioriterade i Socialstyrelsens rekommendationer inom de närmaste åren, eller göra någon särskild satsning för att följa upp de nationella riktlinjerna. Framtida uppföljningar får visa om dessa skillnader kommer att utjämnas när arbetet med att införa riktlinjerna har kommit längre.

Registreringsgraden i de psykiatriska kvalitetsregistren kan ses som en indikator på hur aktivt en verksamhet följer upp sina processer och resultat. En indikator på god vård är registreringsgraden i nationella kvalitetsregister. Socialstyrelsen konstaterar att täckningsgraden är låg i de flesta kvalitetsregister inom psykiatrisk vård och att fler vårdgivare behöver ansluta sig till kvalitetsregistren.

Säker vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

Patientsäkerhet betraktas allmänt som ett av de viktigaste kvalitetsområdena i hälso- och sjukvården. Bristande patientsäkerhet orsakar vårdskador, vilket medför ett stort mänskligt lidande och betydande kostnader för samhället. En säker vård minskar dock risken för vårdskador, det vill säga lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav enligt HSL, och enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) måste vårdgivarna anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig skada. Vårdgivaren är också skyldig att utreda orsaken till dessa händelser och vidta åtgärder så att de inte upprepas. Inom psykiatrisk specialistsjukvård gäller anmälningarna uteslutande självmord och självmordsförsök. Antalet anmälningar per 100 000 invånare varierar över landet. Anmälningarna visar att vårdgivaren har ett aktivt och systematiskt patientsäkerhetsarbete och antalet bör tolkas utifrån detta.

Utvärderingen visar att hälso- och sjukvården behöver ha rutiner för strukturerade bedömningar av självmordsrisken och uppföljningar av personer som har vårdats efter ett självmordsförsök.

Socialstyrelsen bedömer att det finns ett stort behov av att utveckla metoder för att förbättra patientsäkerheten inom den psykiatriska vården och delar av primärvården. Vidare behöver huvudmännen arbeta med rutiner som säkerställer att samarbetet, kommunikationen och rapporteringen mellan verksamheter fungerar väl.

Individanpassad vård och omsorg

Vården och omsorgen ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och integritet.

För att kunna erbjuda en individanpassad vård måste vård- och omsorgspersonalen ha en dialog med patienten eller brukaren och ofta även med de närstående. Genom denna dialog kan patienterna och brukarna göras delaktiga i sin egen vård och omsorg. En viktig förutsättning för delaktighet är också att patienterna får tillräcklig information om behandlingsalternativen. Personer som besöker psykiatrisk vård upplever att de inte får tillräcklig information och därmed inte kan vara fullt ut delaktiga i beslutet och valet av behandlingsmetod. Detta är inte fullt ut förenligt med en individanpassad vård.

Det är viktigt att använda och utveckla information som ger bättre möjligheter att utvärdera och följa upp vården ur ett patientperspektiv. Patient- och brukarupplevd kvalitet är bland annat en viktig komponent i styrningen av hälso- och sjukvården och omsorgen.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs ytterligare åtgärder hos huvudmännen för att säkerställa att patienterna och brukarna är välinformerade och aktivt kan vara delaktiga i vården och omsorgen. Det är dessutom viktigt att vårdgivarna och enskilda enheter följer upp hur de tillämpar sina strategier, rutiner och metoder för bemötande och information.

Jämlik vård och omsorg

Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. Den som har det största behovet av vård och omsorg ska ha företräde.

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor oavsett ålder, kön, bostadsort, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Enligt HSL ska sjukvården sträva efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor, och prioritera dem som har störst behov.

Resultaten visar att personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning inte bara riskerar att få sämre hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. De riskerar även att få sämre levnadsförhållanden i form av ekonomisk utsatthet och en svag arbetsmarknadsanknytning. Personer med psykisk ohälsa lever också under mer utsatta ekonomiska förhållanden än befolkningen i stort. Detta gäller alla grupper med psykiatriska diagnoser, men i olika utsträckning.

Utvärderingen bekräftar tidigare resultat från Socialstyrelsen – att personer med psykisk sjukdom inte får tillräcklig somatisk vård och därmed riskerar att få sämre hälsa. Socialstyrelsen betonar hälso- och sjukvårdens ansvar för att nå gruppen med både psykisk ohälsa och somatisk sjuklighet i samma grad som övriga. För att vården ska vara jämlik och tillgänglig behövs samverkan och rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla kroppsliga sjukdomar hos dessa personer.

Effektiv vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara organiserad så att den håller god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet.

En effektiv hälso- och sjukvård innebär att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utfor-

mas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

Det saknas till stor del kunskap om primärvårdens och psykiatrins effektivitet. För att mäta effektivitet krävs bland annat jämförbara uppgifter om både omsorgens kvalitet och dess kostnader, vilket saknas i stor utsträckning. I den här utvärderingen belyser Socialstyrelsen därför inte socialtjänstens effektivitet när det gäller insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Till denna utvärdering har Socialstyrelsen beskrivit vårdkonsumtion och kostnader på landstingsnivå. Socialstyrelsen har även belyst exempel på kostnader som är onödigt höga, dessa finns redovisade i *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikationer och underlag för bedömningar*.

En insats som enligt riktlinjerna för psykosociala insatser för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har en låg prioritet är stödjande samtal. Inte heller i riktlinjerna för depression och ångest rekommenderas stödjande samtal. Trots detta är stödjande samtal en av de vanligaste insatser som registreras inom psykiatrisk vård. År 2011 registrerades mer än 330 000 stödjande samtal till cirka 56 000 individer. Vilket motsvarar en kostnad på mera än 600 miljoner kronor, baserat på medelkostnader för stödjande samtal enligt beräkningar som bygger från KPP.

Kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård har under de senaste åren inte ökat lika mycket som kostnaderna för specialiserad somatisk vård. Trots det har vårdproduktionen ökat, mätt som antal besök och antal vårdtillfällen ökat.

Tillgänglig vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

Tillgänglig vård och omsorg förutsätter att resurserna tilldelas utifrån individens behov av vård och omsorg. Det är svårt att bedöma om den psykiatriska vården och omsorgen i Sverige är tillgänglig. Området omfattar både primärvården, den specialiserade psykiatrin och den kommunala omsorgen, och med så många vårdgivare är det svårt att till exempel analysera väntetiderna. Tillgången på personal varierar dock mellan landstingen. Detta kan indikera en skillnad i tillgänglighet till den psykiatriska vården men måttet är för grovt för att visa om den psykiatriska vården är tillgänglig och ges i rimlig tid.

För att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs många gånger insatser från flera aktörer, och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Därför finns ett stort behov av rutiner för samverkan när det gäller personer med psykisk ohälsa och psykisk

funktionsnedsättning, både inom och utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Enligt utvärderingen har 74 procent av landets kommuner en överenskommelse om samarbete med landstingens vuxenpsykiatri när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

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* [8] och *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* [9]. 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 redovisas 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*.

Resultaten som presenteras är ett underlag för fortsatt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kvalitetsarbetet bör främst fokusera på egna jämförelser av resultaten över tid och jämförelser mellan landsting och kommuner. Det måste också fokusera på hela vård- och omsorgsprocessen och inte bara på de indikatorer som mäts på nationell nivå. Varje verksamhet ska utgå från sina förutsättningar för att definiera svagheter och styrkor och hur man ska arbeta vidare med sitt eget kvalitetsarbete.

Datainsamling

Rapporten redovisar landstingen och kommunernas vård och insatser för personer med depression, ångestsyndrom, schizofreni eller psykisk funktionsnedsättning och syftet är att utvärdera kvaliteten i vårdens och omsorgens processer och resultat. Den här utvärderingen baseras huvudsakligen på uppgifter från Socialstyrelsens nationella hälsodataregister, socialtjänstregistren, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret.

I rapporten *Nationell utvärdering 2013 – psykisk ohälsa. Indikatorer och underlag för bedömningar* finns även en beskrivning av vårdkonsumtion, kostnader för psykiatrisk vård, levnadsförhållanden och hälsoinriktad hälso- och sjukvård.

Vårdens- och omsorgens struktur

För att kartlägga organisation, kompetens, resurser och rutiner inom den primärvården, specialiserade psykiatri och socialtjänsten genomförde Socialstyrelsen en nationell enkätundersökning, där mottagna ombads besvara frågor om vården och omsorgen vid tidpunkten för undersökningen.

Enkäten till landstingsledningen och regionerna berörde införandet av riktlinjerna. Enkäten till kommunerna berörde socialtjänstens rutiner och

insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Enkäten till primärvården och den specialiserade psykiatrin berörde organisation, kompetens och riktlinjespecifika frågor.

Uppgifter om levnadsvillkor

I denna utvärdering undersöker och jämför Socialstyrelsen levnadsförhållandena för personer med psykisk funktionsnedsättning med levnadsförhållandena för totalbefolkningen. För den jämförelsen har uppgifter hämtats från Statistiska centralbyråns (SCB) 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 psykiatrin.

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 sannolikheten 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.

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.

Urvalet 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 psykiatri 2010. Utöver dessa har även andra indikatorer inkluderats som bedömts vara värdefulla. 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 ångest-syndrom	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 slutenvård psykiatriskvård 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

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 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

Införandet av nationella riktlinjer inom psykiatriområdet

Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vara ett stöd för beslutsfattare i kommuner, landsting och regioner. 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 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:

- mottagning och beredning av riktlinjerna
- beslut om och politiskt genomförande av riktlinjerna
- bedömning av riktlinjernas ändamålsenlighet och effekter.

I Socialstyrelsens kartläggning av införandet av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom respektive för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd framgår att drygt 80 procent av landstingen hittills har genomfört konsekvensbeskrivningar och flertalet har förankrat resultatet hos respektive landstingsledning. Konsekvensbeskrivningarna bidrar till en bedömning av vilka förändringar som kan behöva göras för att införa riktlinjerna i den egna verksamheten. Socialstyrelsen anser 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. Motsvarande andel av landstingen för de nationella riktlinjerna för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är 25 procent. Även detta finner Socialstyrelsen anmärkningsvärt.

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 psykisk funktionsnedsättning 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.

Införandet av de nationella riktlinjerna inom primärvården

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. Den enkätundersökningen som myndigheten genomfört 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. För de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd uppgav 3 procent av vårdcentralerna att vårdcentralen hade deltagit i de regionala seminarierna.

Över hälften av vårdcentralerna (57 procent) bedömde att de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom inte har föranlett några konkreta förändringar inom primärvården. För de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd var motsvande andel 82 procent. Av primärvårdsenheterna uppgav 28 procent att riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram medan motsvarande andel för de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande endast var 7 procent. Strax under 10 procent uppgav att de båda riktlinjerna lett till andra konkreta förändringar, som till exempel resursförstärkning kring psykologisk behandling, utbildning kring psykiatrisk diagnostik och bedömning av självmordsnära personer.

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 1).

Tabell 1 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 vårdcentralenkät 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 våldsökande 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.

Införandet av nationella riktlinjerna inom allmänpsykiatrin

Införandet av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

57 procent av allmänpsykiatrins verksamheter har deltagit i de regionala seminarier som Socialstyrelsen haft för att diskutera riktlinjerna och dess inverkan på hälso- och sjukvården.

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 att särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna har getts till psykiatrin. Totalt hade drygt 10 procent av allmänpsykiatrins verksamheter avsatt särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna. På riksnivå uppskattade drygt 60 procent av psykiatrin att det i dag finns behov av särskilda ekonomiska och andra resurser för implementering av de nationella riktlinjerna inom psykiatrin.

20 procent av verksamhetscheferna inom allmänpsykiatrin 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.

I allmänpsykiatrin uppgav 17 procent av verksamhetscheferna att de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom lett till organisatoriska förändringar. I närmare 40 procent av de allmänpsykiatriska verksamheterna har riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram. 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.

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 ha 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.

Införandet av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

I 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.

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.

Närmare 25 procent av verksamhetscheferna uppger att nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom har lett till organisatoriska förändringar. Av psykiatrien har 46 procent av verksamhetscheferna uppgett att riktlinjerna omsatt i lokala riktlinjer och omkring 30 procent av verksamheterna har vårdprogram. I närmare 30 procent av psykiatrien har omfattningen av vårdutbudet förändrats i samband med riktlinjerna och drygt 6 procent av psykiatrien bedömer att omfattningen av vårdvolymen har förändrats till följd av riktlinjerna.

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.

Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar

I det här kapitlet redovisas ett urval av indikatorer kopplat till de rekommendationer och bedömningar som tidigare redovisats. I rapporten *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar* redovisas ytterligare indikatorer och underlag som legat till grund för givna rekommendationer och bedömningar.

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 [10]. Ökad dödlighet i samband med allvarlig psykisk sjukdom är välkänd och har länge beskrivits i litteraturen [11, 12].

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 [13]. 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 [14]. Personer med psykisk sjukdom har också en lägre sannolikhet att få genomgå screening för cancer.

Skillnader 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 [10], 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 dem som vårdas inom psykiatri 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 dem som vårdas inom psykiatri 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.

I rapporten *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar* redovisas dödligheten för personer som vårdats för depression, bipolär, ångestsyndrom och schizofreni.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Dödligheten och dödsorsakerna kan förändras kraftigt över tid och speglar i allmänhet ett samhälles välstånd.

Det behövs en bättre kunskap kring skillnader i för tidig dödlighet mellan dem med och utan psykisk ohälsa, liksom faktorer som kan förklara dessa skillnader.

Bedömning av resultat

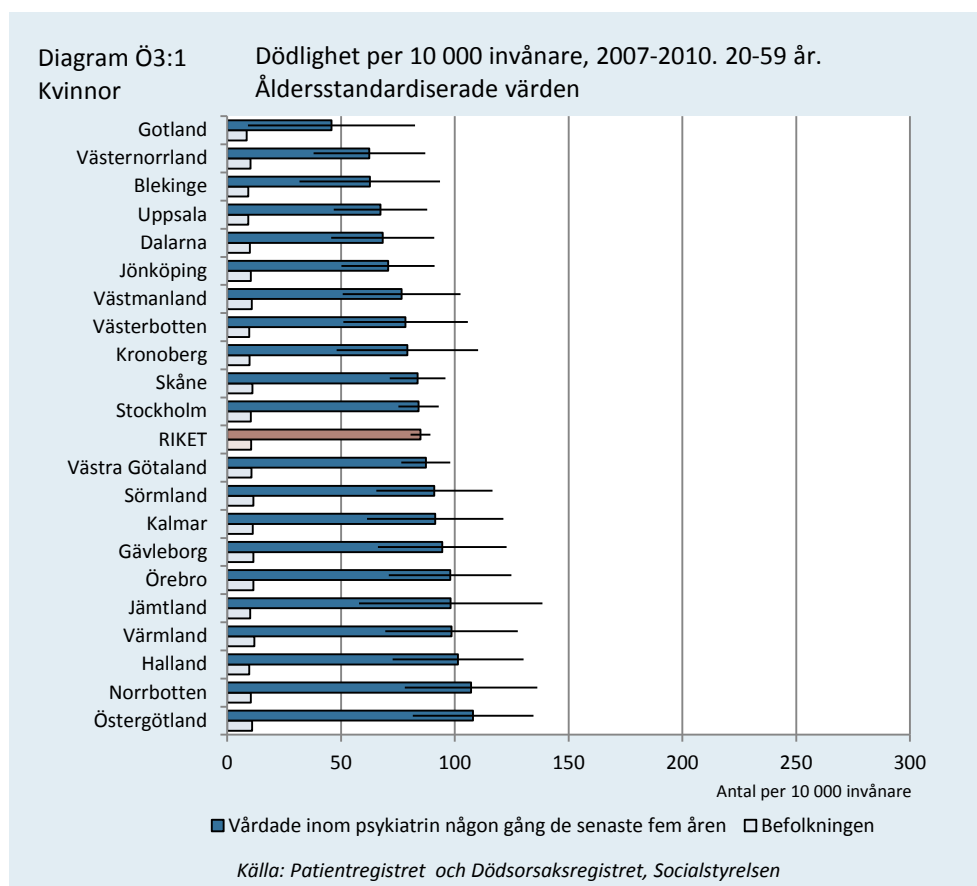
Personer med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom har högre dödlighet och kortare förväntad livslängd. Död orsakad av vanliga fysiska sjukdomar som hjärt-och kärlsjukdomar, cancer och luftvägssjukdomar förekommer i större utsträckning än hos befolkningen. Det finns en rad bidragande faktorer till 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.

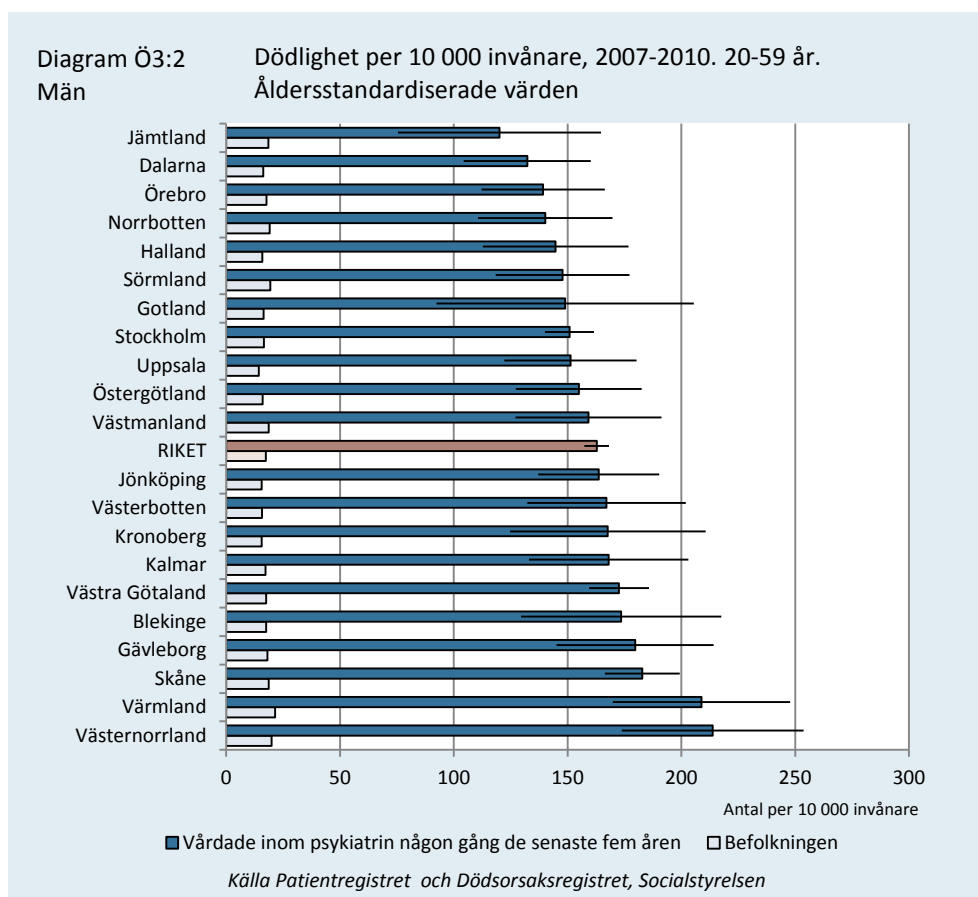
För tidig dödlighet bland vuxna med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom har en stor betydelse för hälso- och sjukvården och dess organisation av vården. Det finns många faktorer som bidrar till dålig fysisk hälsa hos personer med allvarlig psykisk sjukdom, inklusive livsstilsfaktorer och läkemedelsbiverkningar. 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 psykiatrin 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.





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.

I rapporten *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikationer och underlag för bedömningar* redovisas undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats för depression, bipolär, ångestsyndrom och schizofreni.

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 psykiska 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.

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 [13].

Denna indikator används internationellt och speglar risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Indikatorn 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

Indikatorn 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 uppgif-

ter 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).

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. I riket har männen en högre dödlighet efter infarkten än kvinnorna.

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.

Indikatoren är justerad för åldersskillnader men inte för andra faktorer som kan påverka dödligheten. Sådana faktorer kan vara annan samtidig sjuklighet.

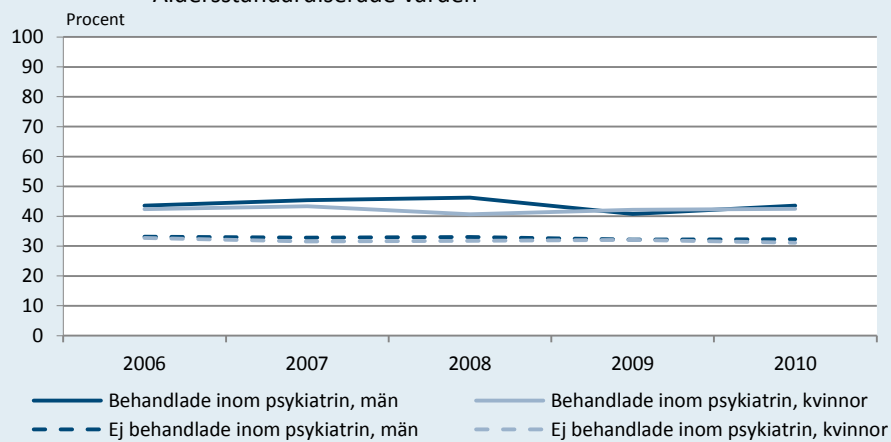
Bedömning av resultat

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.

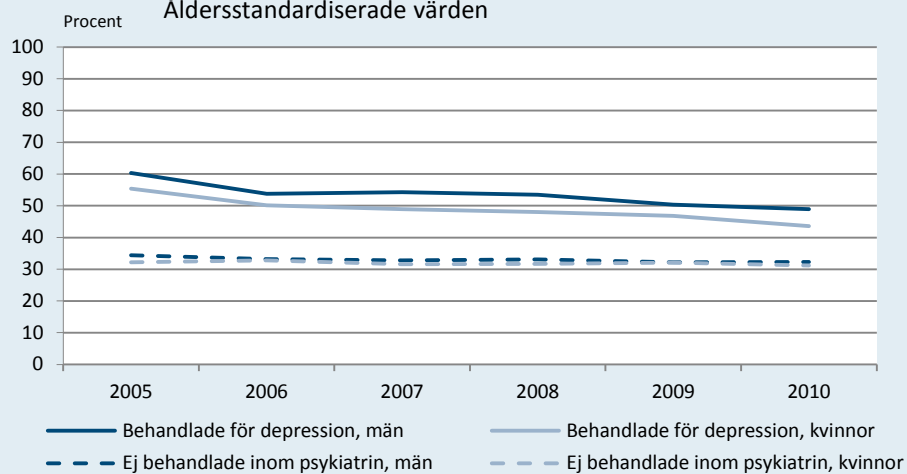
Variationen mellan högst och lägst dödlighet på landstingsnivå för personer som haft en psykiatrisk diagnos är 25 procentenheter vilket dock bedöms vara en anmärkningsvärt stor skillnad.

Diagram Ö7:1 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Personer behandlade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden



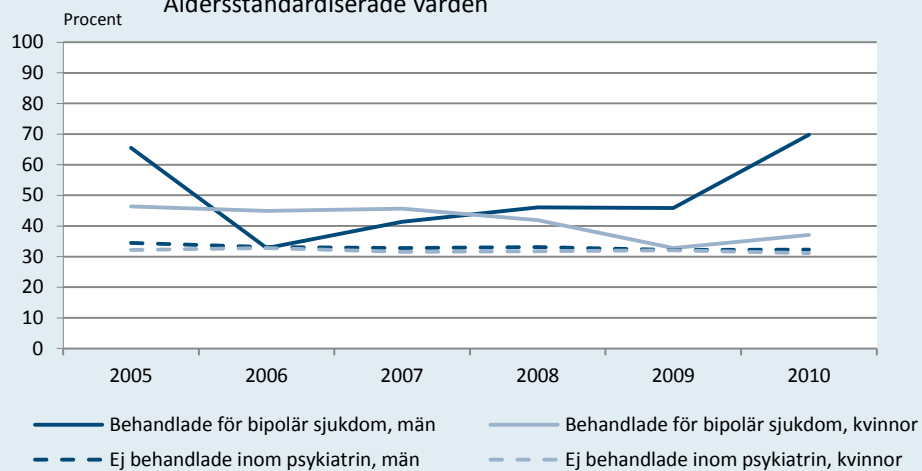
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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

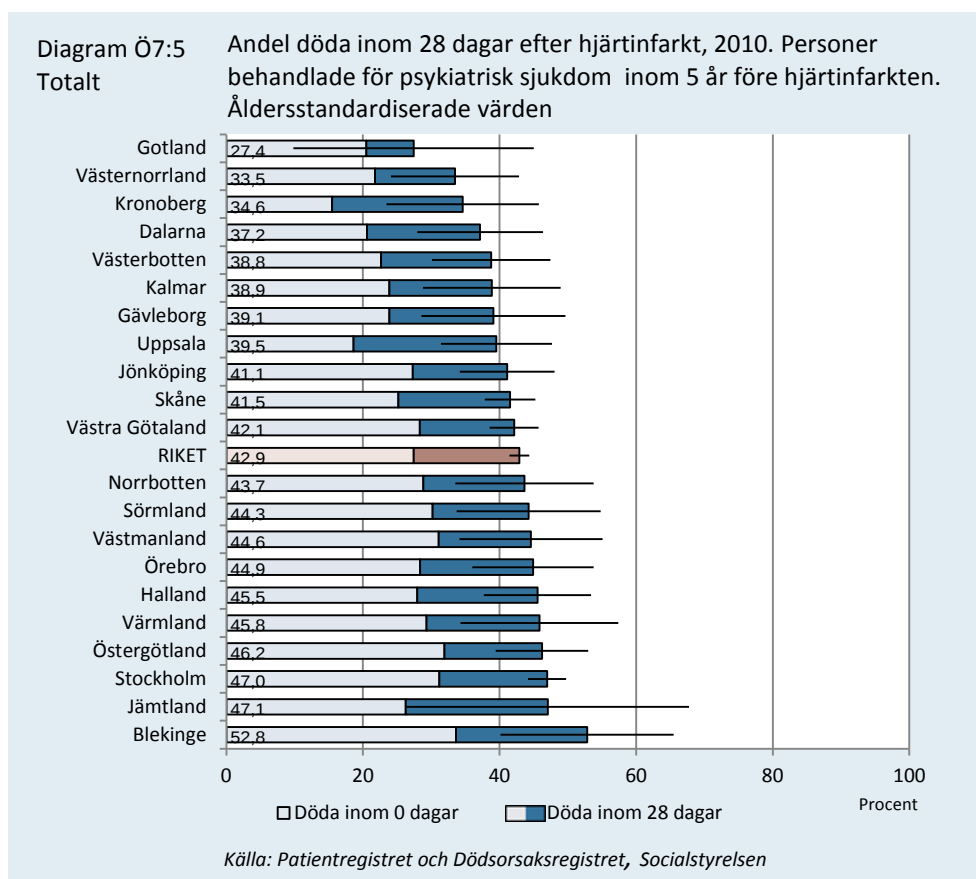


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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



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 [15]. 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 [16, 17].

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 [18].

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

stroken. Deras tillgång till läkemedel som sekundärprevention skiljer också ut sig negativt jämfört med övriga patienter [19].

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. Inga större könsskillnader ses för riket (diagram redovisas inte).

För landstingen skiljer det 16 procentenheter mellan den högsta och den lägsta andelen strokepatienter som dör inom 28 dagar. För andelen patienter som dör inom 90 dagar är skillnaden inom landstingen 11 procentenheter.

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.

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 livsvill-

kor 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 [20].

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 en 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 [21].

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.

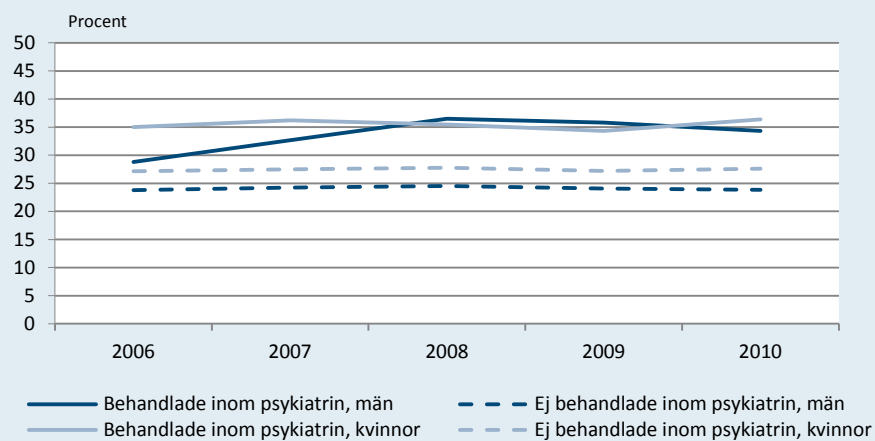
Socialstyrelsen betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att nå målgruppen personer med psykisk ohälsa och som samtidigt även har kroppsliga sjukdomar, i samma utsträckning som den övriga befolkningen.

Att undersöka sambandet mellan existerande psykiska störningar och stokeresultat kan ha viktiga konsekvenser för patientvården. Stokeresultat 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

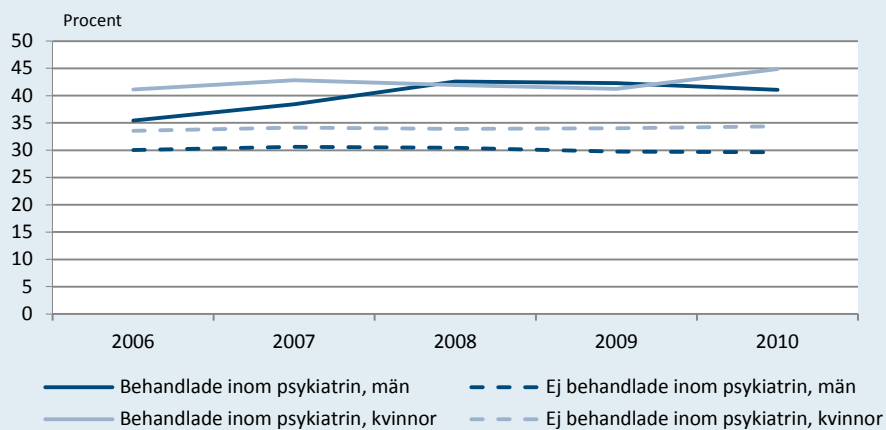
Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden



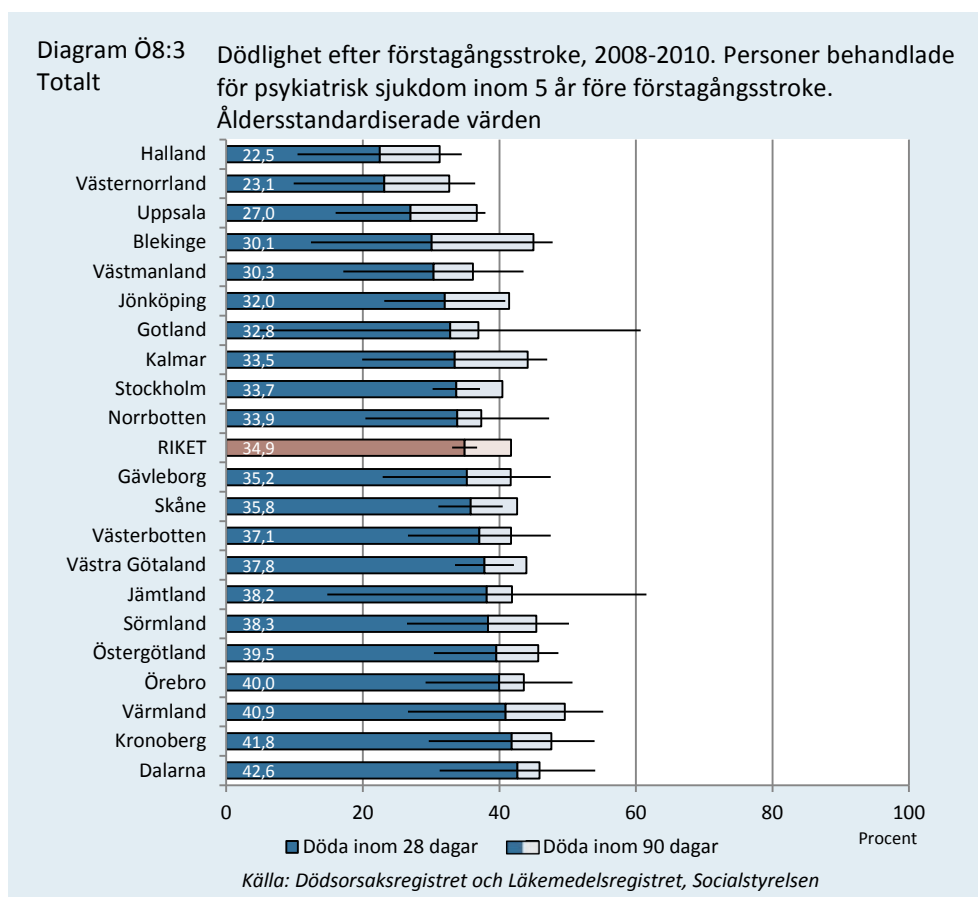
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram Ö8:2
Riket

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



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 1). 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.

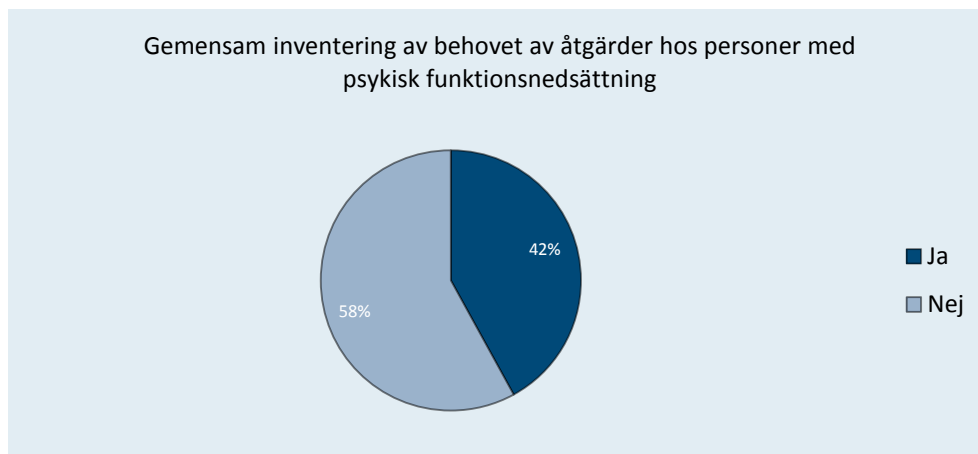
Bedömning av resultaten

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 ske en positiv utveckling.

Figur 1 Andel av kommunerna som har överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting för personer med psykisk funktionsnedsättning. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2012



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 [22]. 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.

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).

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 [23].

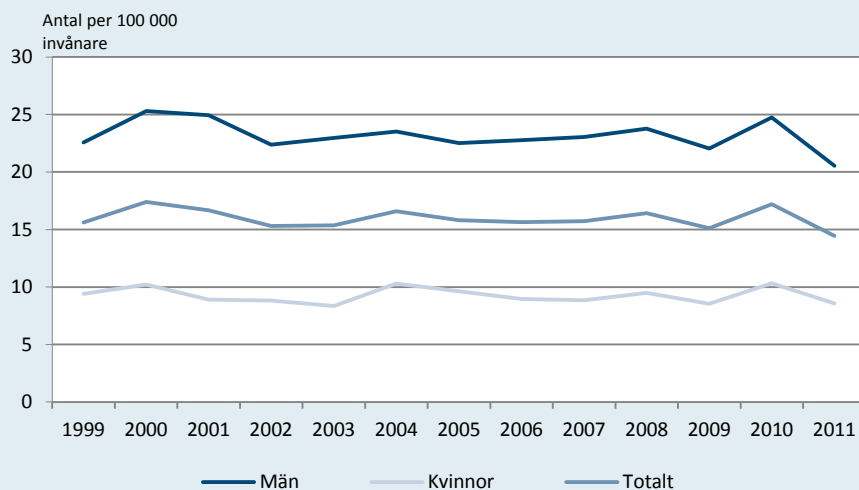
Självmord som har begåtts i anslutning till hälso- och sjukvården inom fyra veckor efter den senaste kontakten med hälso- och sjukvården ska sedan 2006 anmälas enligt lex Maria. Socialstyrelsens granskningar av lex Maria-anmälningar om självmord visar att riskbedömningar görs i alltför liten omfattning. 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 [24].

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.

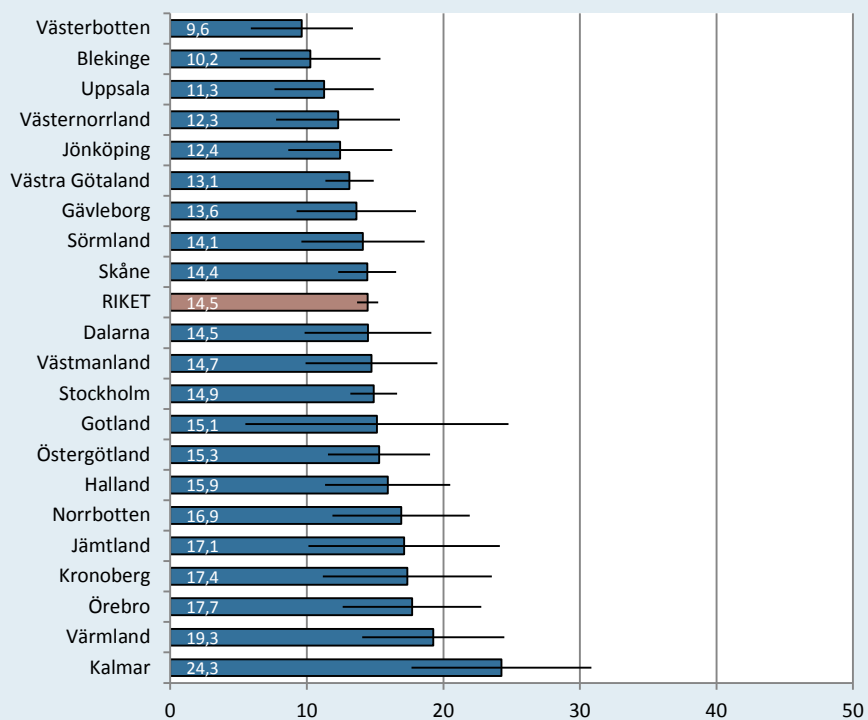
Ytterligare exempel på brister som Socialstyrelsen har identifierat inom hälso- och sjukvården är ofullständig dokumentation, att verksamheten inte följer regionala vårdprogram och att vårdplaner inte upprättas i tillräcklig omfattning [25].

Diagram D1:1 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Riket Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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–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.

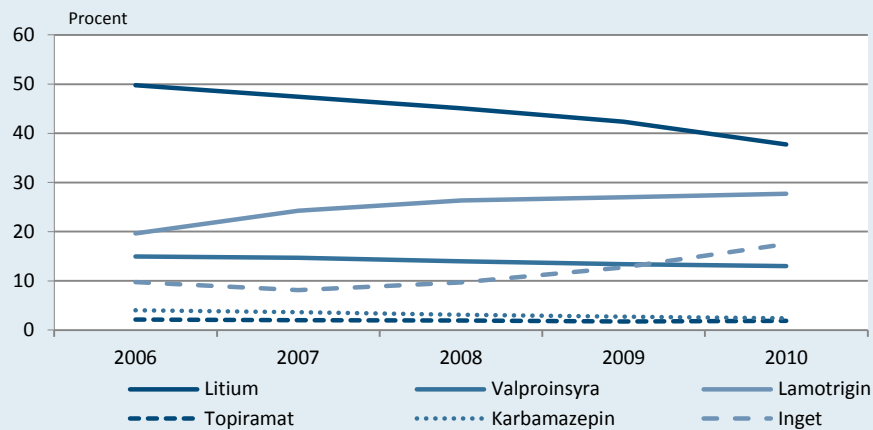
Det förekommer brister och variationer i diagnossättningen och registreringen inom psykiatrins öppenvård och slutenvård vilket kan medföra en tolkningssvårighet av resultatet.

Bedömning av resultatet

Andelen patienter med bipolär sjukdom som inte behandlas med stämningsstabiliserande läkemedel har ökat de senaste åren. Det finns 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.

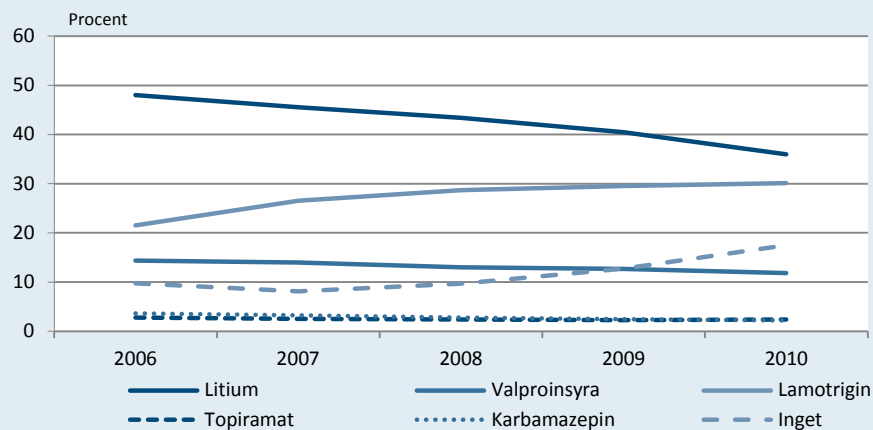
Landsting med låga andelar med återfallsförebyggande läkemedelsbehandling bör överväga sin behandlingspraxis och säkerställa att de fullt ut utnyttjar denna möjlighet att förebygga att patienter återinsjuknar i bipolär sjukdom.

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



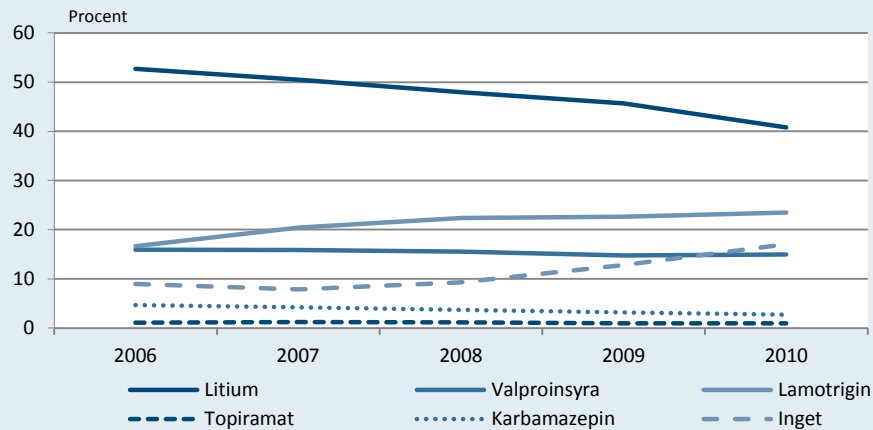
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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



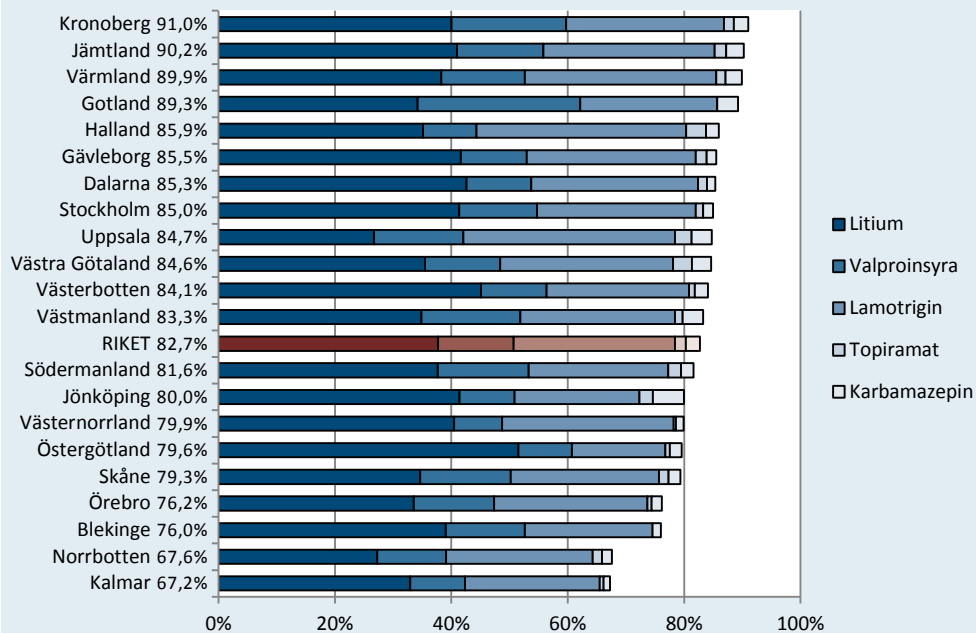
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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



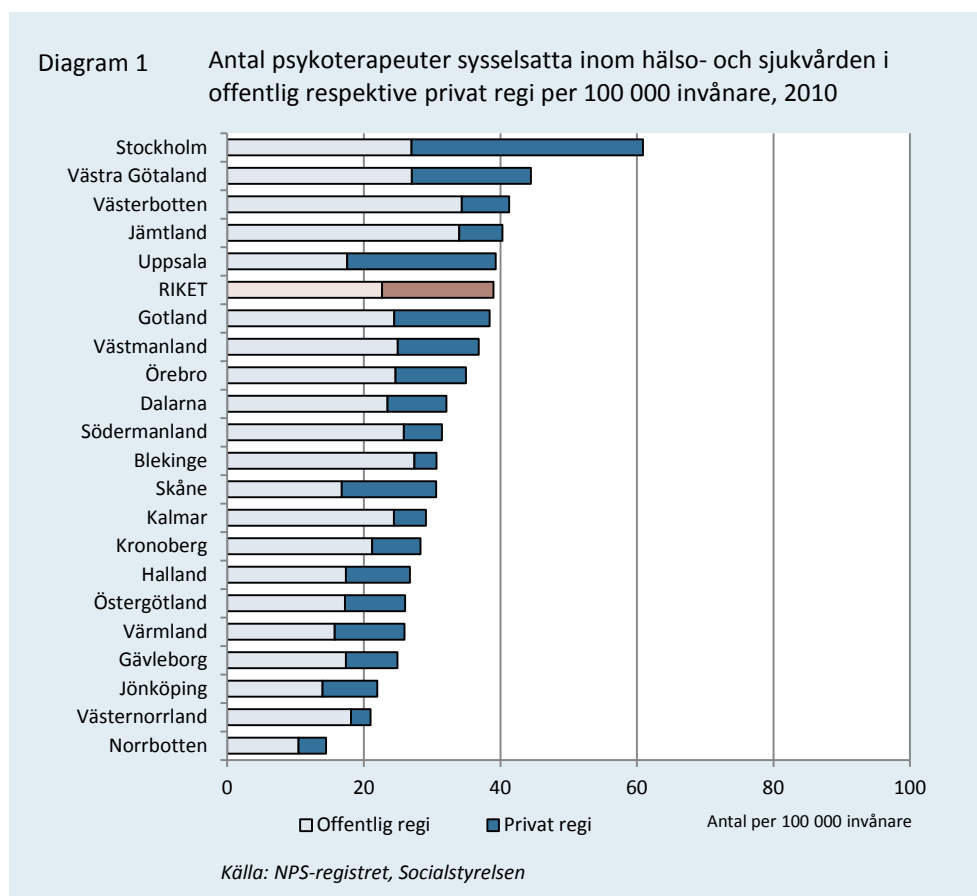
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tillgången till psykologisk behandling

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal varierar i olika delar i landet och speglas också i statistiken kring tillgången till psykoterapi. Tillgången till psykoterapeuter skiljer sig mycket mellan länen.

I november 2010 fanns det drygt 4 500 legitimerade psykoterapeuter samsatta i Sverige. Tillgången till personal med psykoterapeutisk kompetens

varierar mellan olika landsting (diagram 1). 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 Västra Götaland.

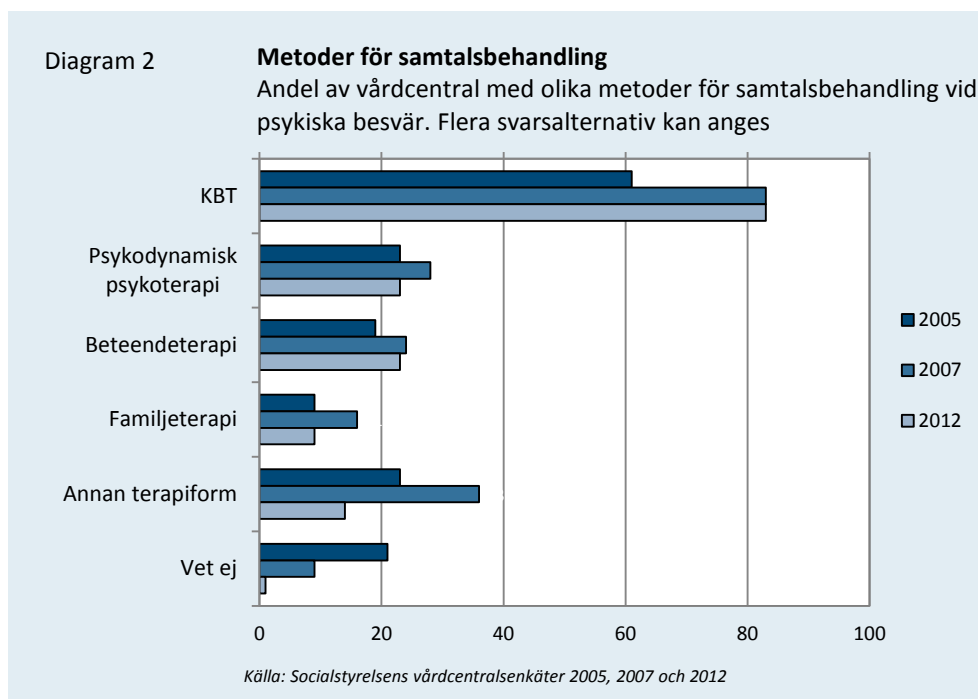


Enligt verksamhetsstatistik från allmänpsykiatrien för 2011 hade landstinget i Stockholm lägst antal individer per 10 000 invånare som erhållit psykoterapi. År 2011 på riksnivå fick 92 personer per 10 000 invånare psykoterapi inom den vuxna allmänpsykiatriska verksamheten.

Enligt 2012 års undersökning hade totalt 83 procent av primärvårdsenheterna tillgång till psykologisk behandling. 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 psykiatrien 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, psykiatrien och resurser inom primärvårdsområde. Det var alltså 28 procent av primärvårdsenheterna som köpte psykologisk behandling.

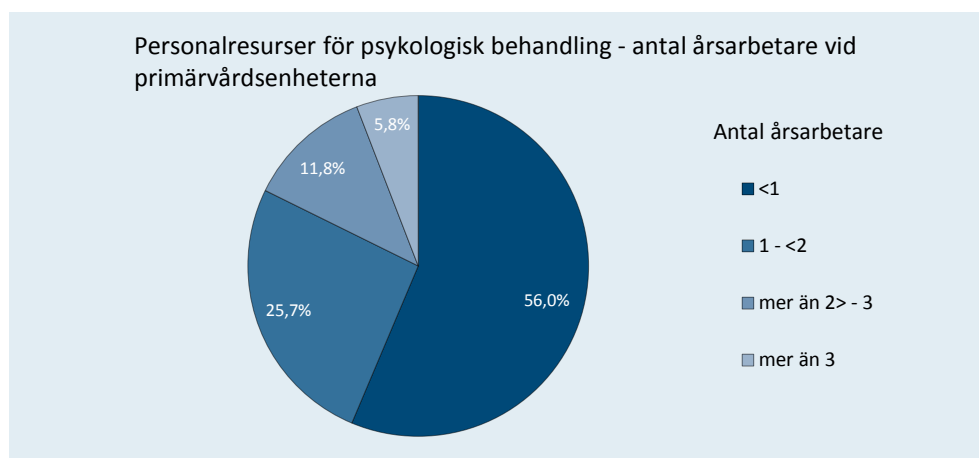
Flera av de primärvårdsenheter som inte erbjöd psykologisk behandling angav som huvudskäl att de saknade personalresurser, att det rådde brist på psykologer, att det inte krävdes för att få bedriva vård och att andra professioner var anställda för att utföra den psykologiska behandlingen.

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 2). 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.



I figur 2 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 2 Personalresurser för psykologisk behandling – andel primärvårdsenheter som har antal anställda uttryckt i antal årsarbetare. Källa: Socialstyrelsens vårdcentralsenkät 2012



Återinskrivning till psykiatrisk slutenvård och läkarkontakt efter utskrivning

Indikatorn återinskrivning efter psykiatrisk vård kan indikera kvalitetsbrister i omhändertagandet och i den samordnade uppföljningen.

I utvärdering redovisas återinskrivningar till psykiatrisk slutenvård för personer med depression, bipolärsjukdom, ångestsyndrom och schizofreni med två indikatorer per tillstånd.

Indikatorn återinskrivning efter psykiatrisk vård 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.

Genom att mäta återinskrivningarna inom en månad kan man belysa kvaliteten i slutenvården och uppföljningen inom öppenvården.

Indikatorn återinskrivning inom tre respektive sex månader belyser återinskrivningar som berodde på att uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet 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.

Indikatorn läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter fyra respektive åtta veckor efter utskrivning kan spegla en välfungerande samverkan mellan psykiatrisk sluten- och öppenvård. Även denna indikator redovisas uppdelat för personer med depression, bipolärsjukdom, ångestsyndrom och schizofreni.

Nedan illustreras återinskrivningar samt läkarkontakt i psykisk öppenvård inom med exempel för personer med schizofreni.

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 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.

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.

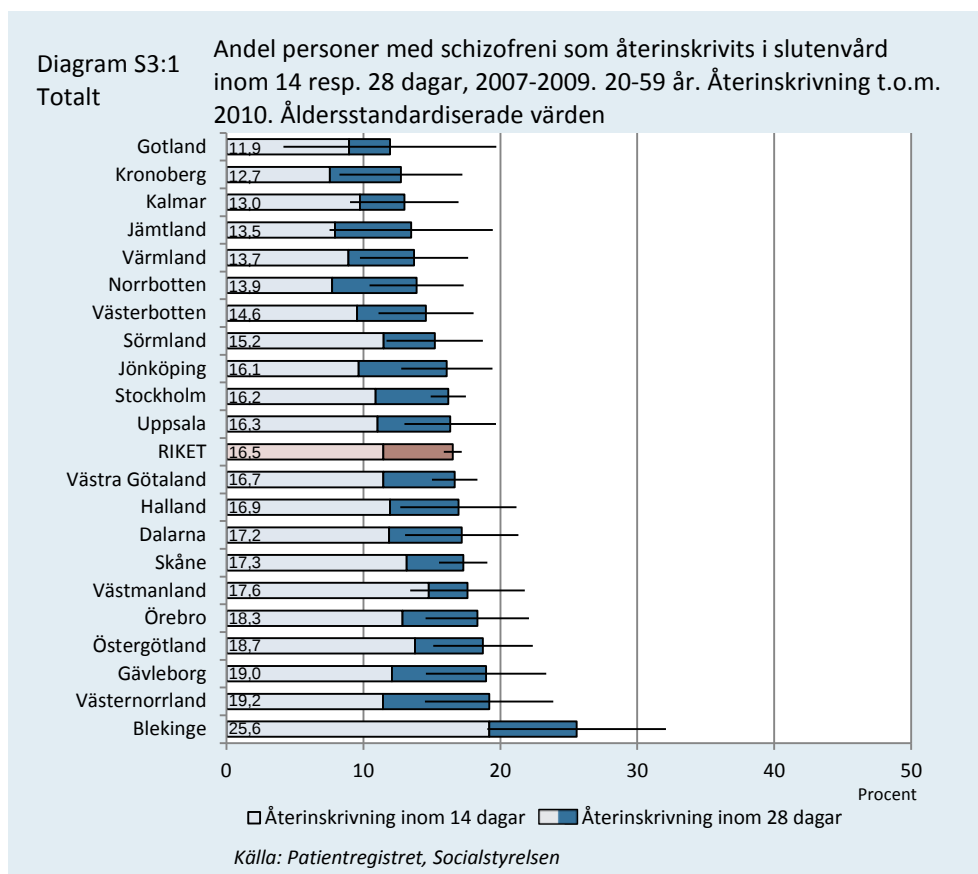
Bedömning av resultat

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 återinskrivningar vid schizofreni de högsta.

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



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 ökade 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 bedöms i första hand mäta kvaliteten i öppenvården samt i kommunerna och socialtjänsten. Diagram S4:1 visar andelen patienter i åldern 20–59 år som återinskrivs 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. 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.

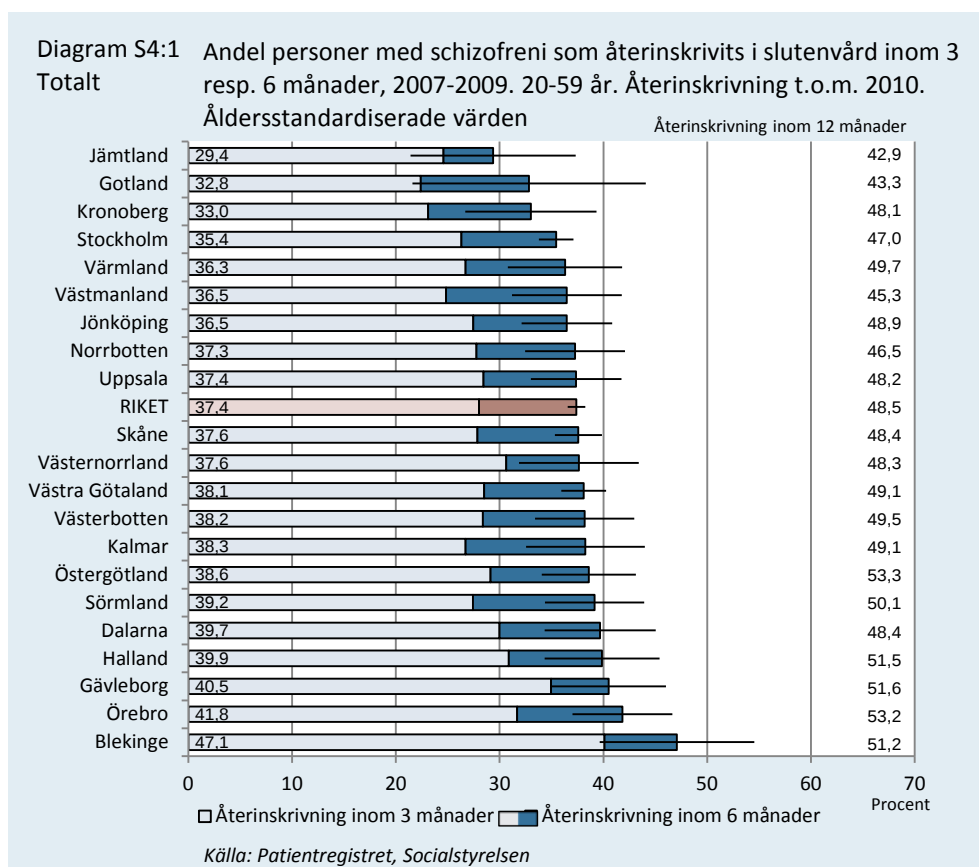
Bedömning av resultat

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.



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

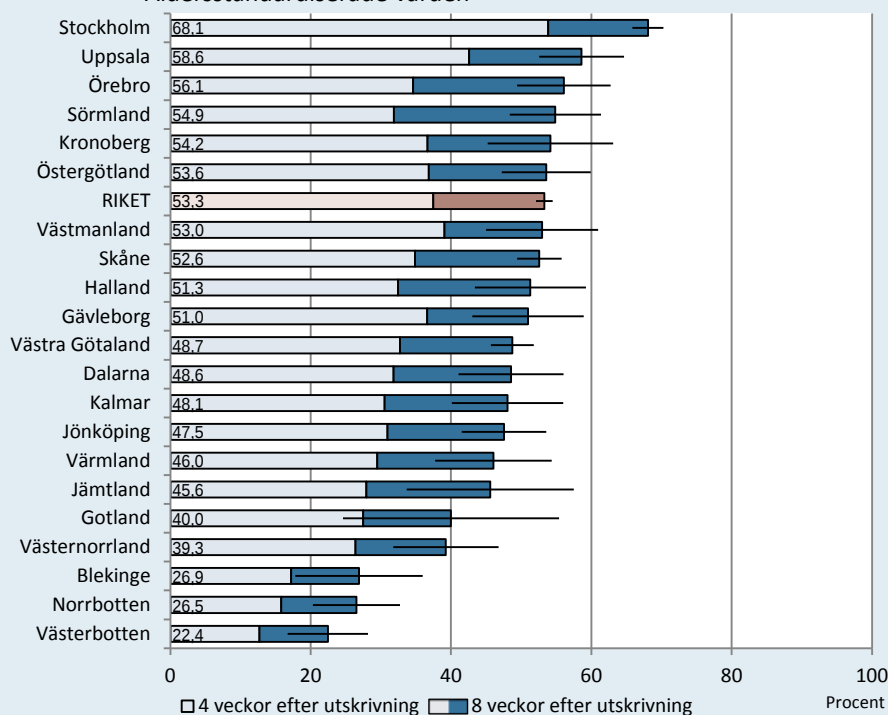
De nationella riktlinjerna lyfter fram god kontinuitet under hela vårdförloppet och kontinuitet i läkarkontakten som viktiga. En god kontinuitet är en förutsättning för god vård över tid. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som 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.

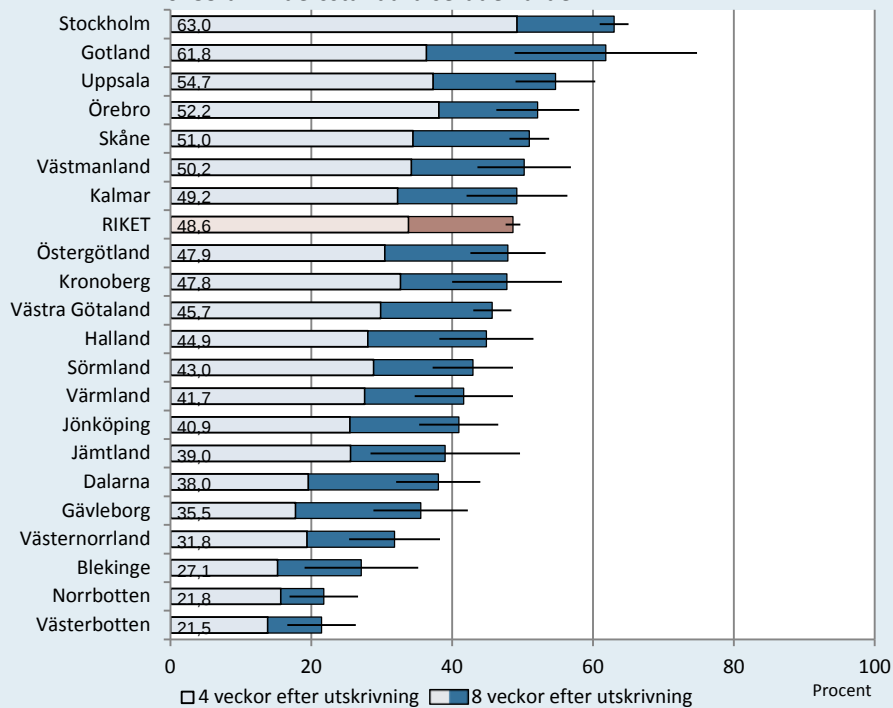
Det är önskvärt att alla patienter med schizofrenisjukdom som skrivits ut från slutenvården kallas till ett återbesök inom ett par veckor. Syftet med återbesöket är att säkerställa att eftervården och behandlingen fungerar optimalt. Även om det finns andra varianter av återbesök runt om i landet, är 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

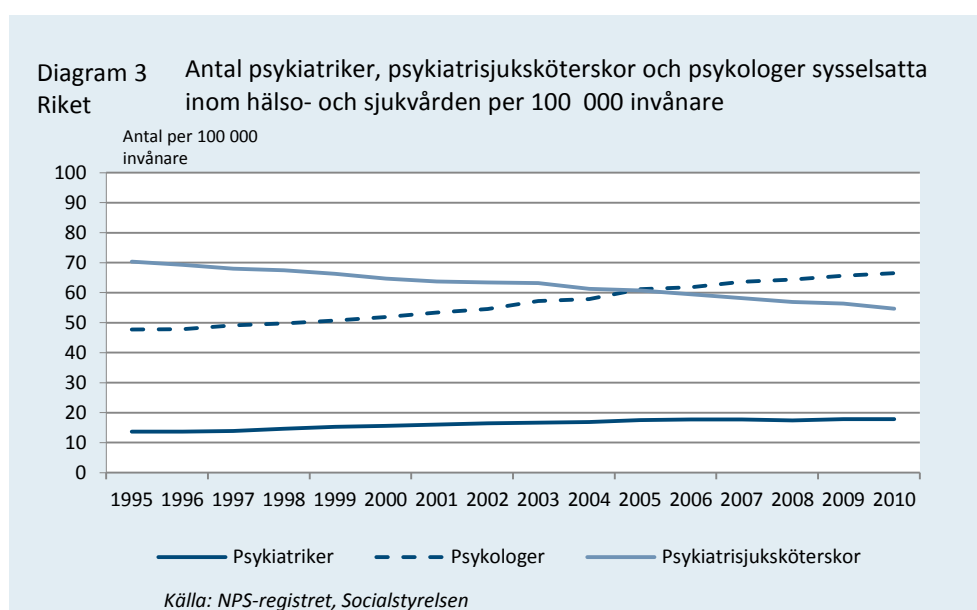


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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.

Inom vuxenpsykiatrin har tillgången på psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter ökat, medan tillgången till psykiatrisjuksköterskor har minskat de senaste fem åren. Diagram 3 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 2). 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 2 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

Patientupplevd kvalitet – bemötande, information och delaktighet

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.

Våren 2010 samt 2012 genomfördes enkätundersökningar inom både psykiatrisk slutenvård och psykiatriska öppenvården.

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.

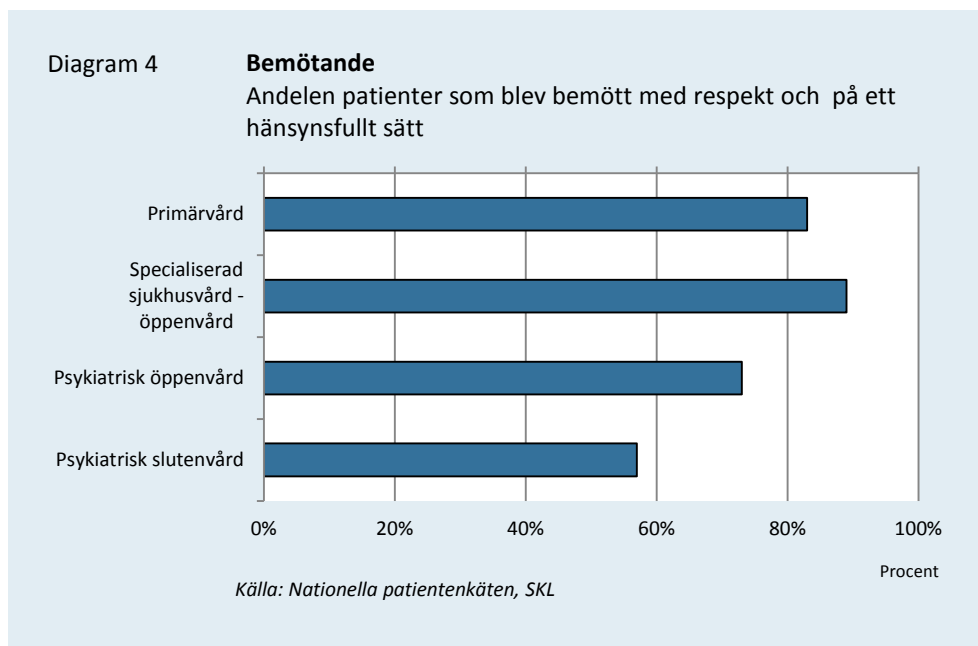
Svarsfrekvensen är låg och bör därför tolkas försiktigt. Med anledning av den låga svarsfrekvensen redovisas resultaten endast för riket.

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.



Tillräcklig information

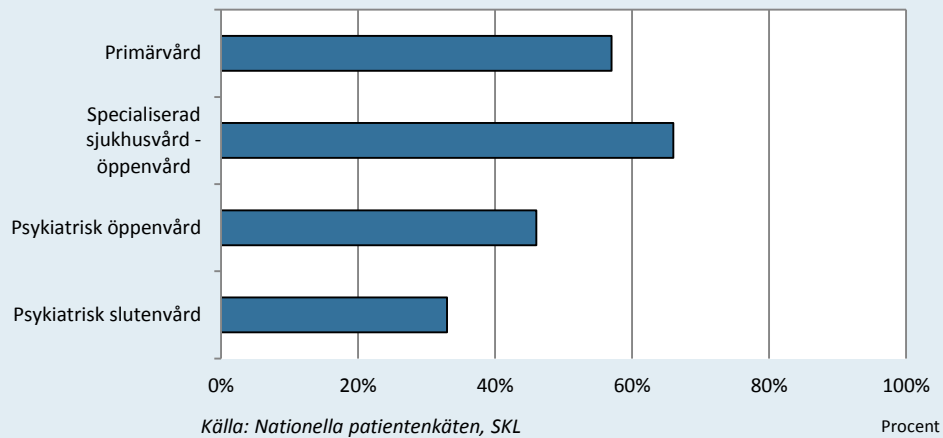
Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, innebär en god hälso- och sjukvård bland annat att patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om den vård och den behandling som kan erbjudas.

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 öppenvård och slutenvården svagast resultat, 46 respektive 33 procent.

Diagram 5
Riket

Tillräcklig information

Andel patienter som upplever tillräcklig information och stöd



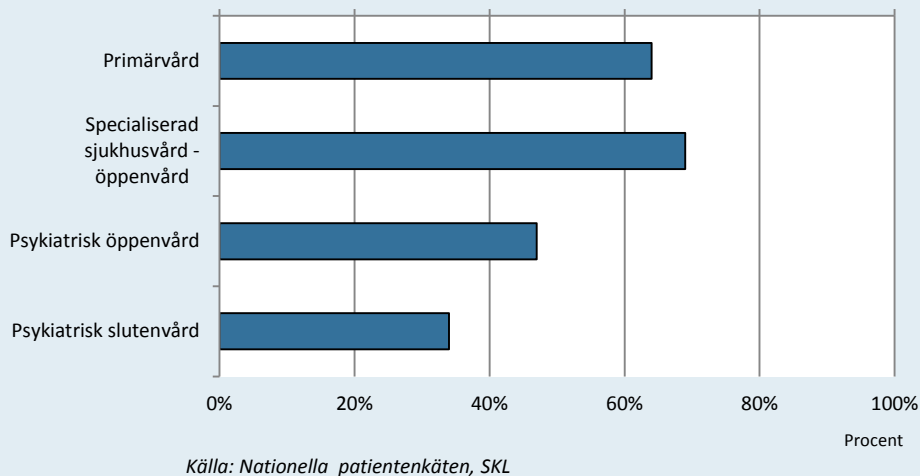
Delaktighet

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).

Diagram 6
Riket

Delaktighet

Andel patienter som upplevde sig delaktiga i sin vård och behandling



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.

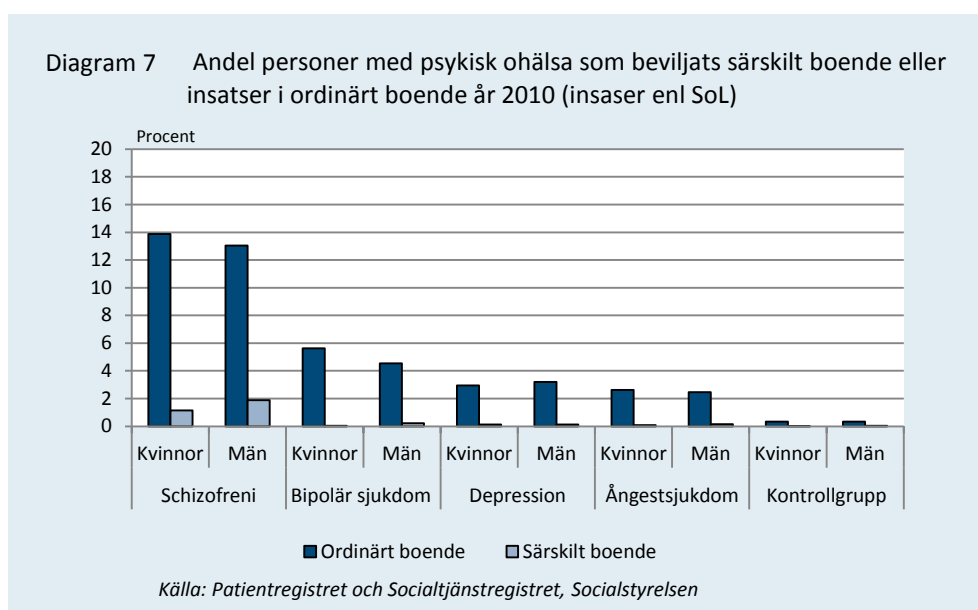
Enligt socialtjänstlagen ska kommunen verka för att människor som av psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap som andra. Kommunen ska vidare medverka till att den enskilde får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd och får en meningsfull sysselsättning.

Socialstyrelsen har genomfört en fördjupad analys av levnadsförhållanden bland personer med psykisk funktionsnedsättning. I utvärderingen jämförs bland annat de ekonomiska villkoren och boendesituationen för denna grupp med villkoren för personer i övriga befolkningen (kontrollgrupp).

Beviljade insatser enligt SoL

Tillgången till insatser enligt SoL varierar för personer med olika psykiatriska diagnoser (diagram 7). 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 tabell 3 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 bo-

ende. 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 3 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

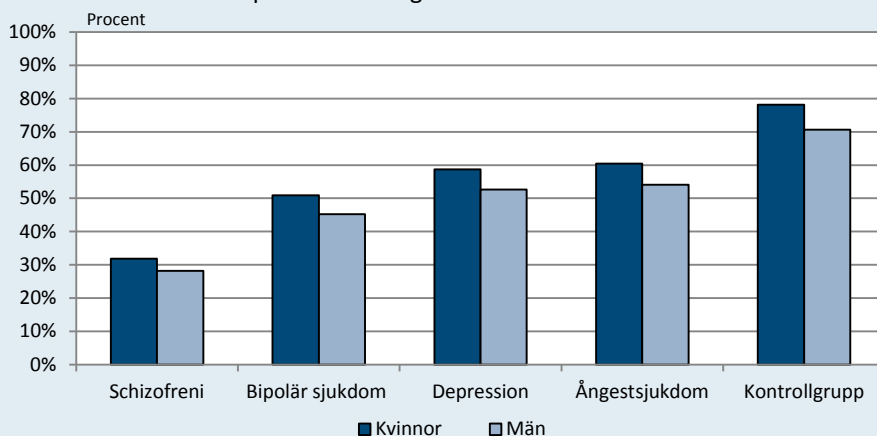
Källa: Patientregistret och Socialtjänstregistret, Socialstyrelsen.

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 8). Motsvarande andel för kontrollgruppen var 64 respektive 67 procent.

Diagram 8 Andel etablerade på arbetsmarknaden fem år efter insjuknandet, fördelat på kön och diagnos

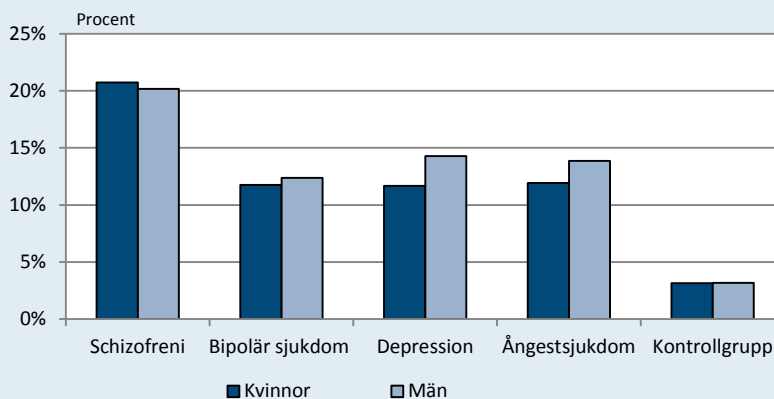


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Ekonomiskt bistånd

Diagram 9 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.

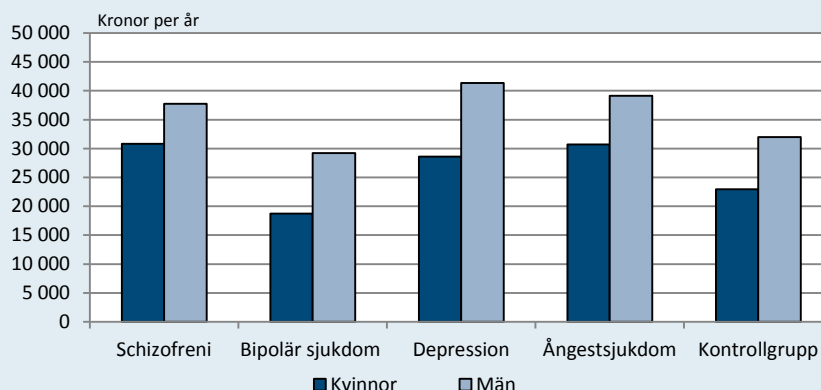
Diagram 9 Andel personer som fick ekonomiskt bistånd fem år efter insjuknande, fördelade på kön och diagnos



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Av diagram 10 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 10 Genomsnittligt ekonomiskt bistånd fem år efter insjuknande, fördelade på kön och diagnos



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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 3). 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 görs 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

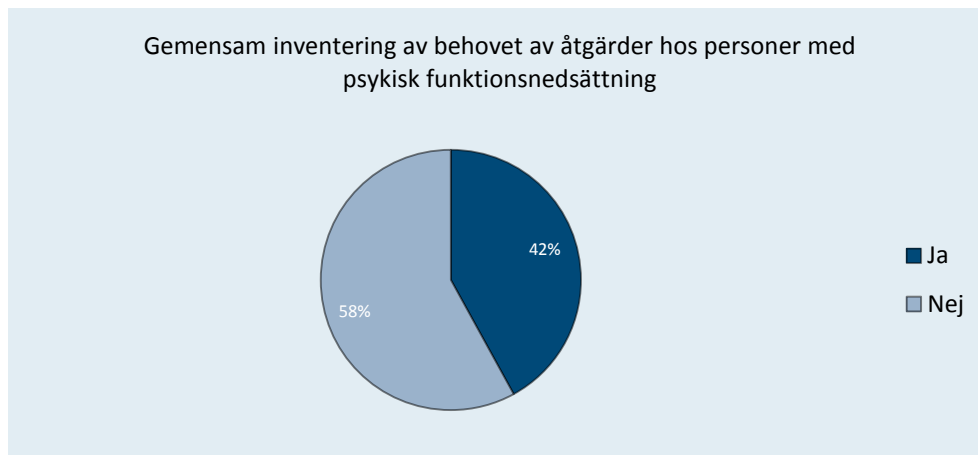
Resultaten kommer från *Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning 2011 och 2013*. Det torde dock vara relativt entydigt vad som avses med gemensamma inventeringar. Redovisningen avser kommunernas perspektiv om gemensam behovsinventering tillsammans med landstinget.

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. Gemensamma 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 psykiatri. 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 3 Andel av kommunerna som har gör gemensam inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning. 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 belägg. 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 4). 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 5). 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

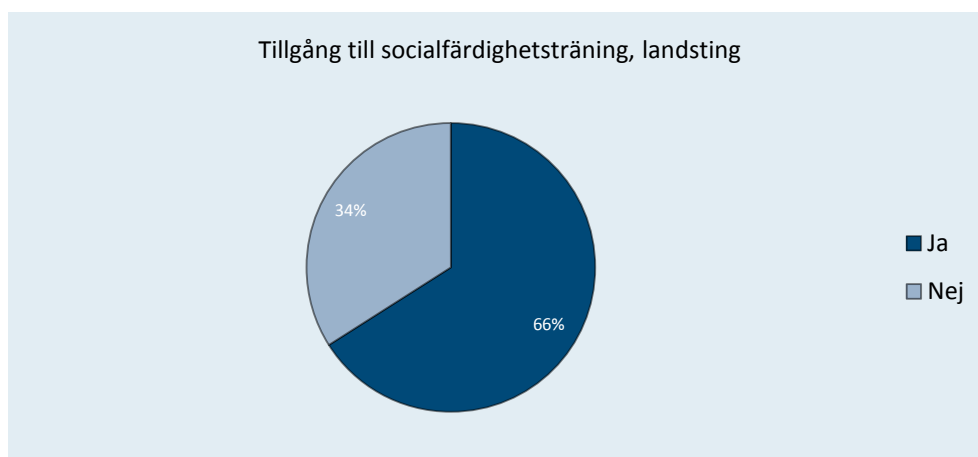
ESL är sedan ett antal år en känd och etablerad insats i Sverige. Det finns en utbredd kännedom och kunskap om insatsen. Det har också under ett antal år funnits etablerade utbildningar, vilket gör att enkäternas resultat är trovärdiga.

Bedömning av resultatet

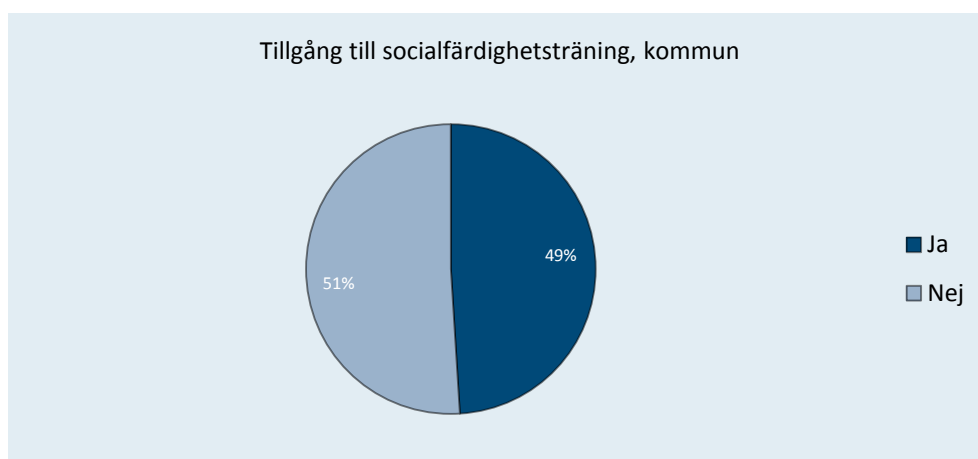
Social färdighetsträning har en ganska omfattande tillämpning i det svenska vård och stödsystemet, och det finns också en utbredd praktik kring liknande insatser. Det kommunerna i enkätsvaren avser med liknande insatser är förmodligen ett program som heter *Kompetenz*, som bland annat innehåller moduler 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 4 Andel av landstingen som har tillgång till socialfärdighetsträning enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens landstingsenkät 2012



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



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 schizo-

freni 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 6). 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. I det stora flertalet landstingsområden är det dock över 75 procent av kommunerna som gör det.

Felkällor och tolkningssvårigheter

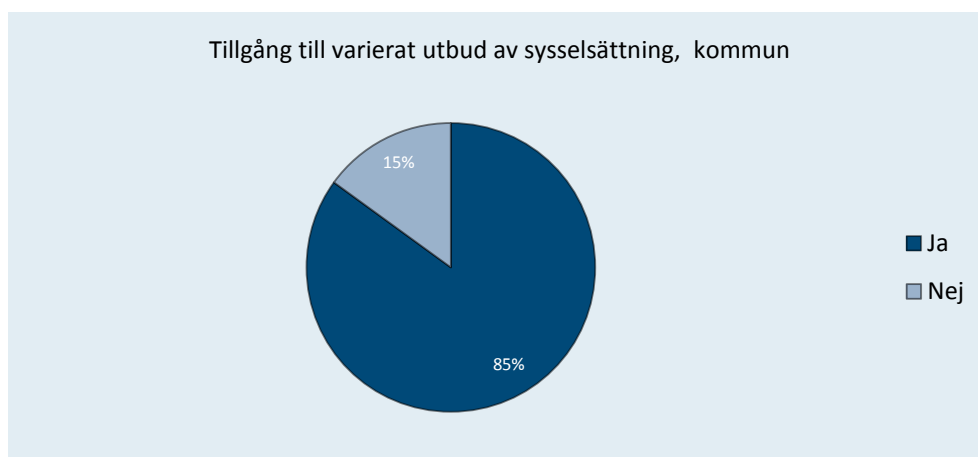
Det finns utrymme för olika tolkningar av vad som menas med strukturerad sysselsättning. Resultatet pekar kanske snarast på i vilken utsträckning det finns sysselsättningsverksamhet som kommunen organiserar. Det är sannolikt att anta det är en stor variation mellan olika verksamheter och kommuner när 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 6 Andel av kommunerna som har tillgång till varierat utbud av sysselsättning enligt nationella riktlinjer. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät 2012



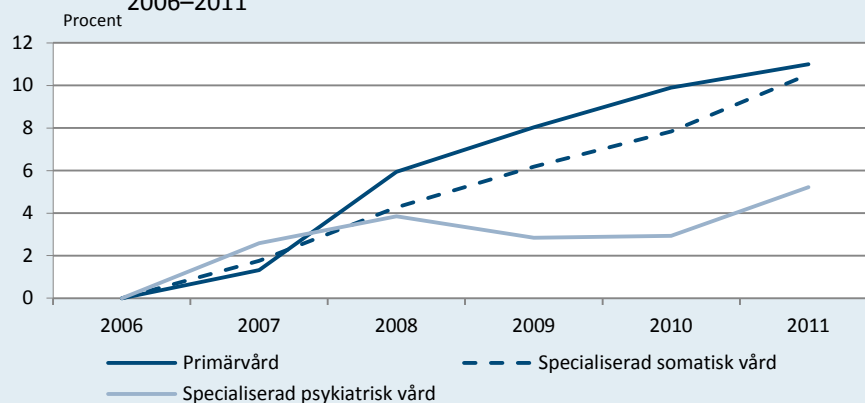
Kostnader för psykiatrisk vård

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 diagram 11 redovisas hur kostnadsutvecklingen har sett ut för psykiatrin i jämförelse med den specialiserade somatiska vården och primärvården. Under 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 11 är det viktigt att komma ihåg att statsbidrag inte är inkluderade i kostnaderna.

Diagram 11 Procentuell nettokostnadsutveckling i fasta priser för primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård 2006–2011



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006–2011, Sveriges Kommuner och Landsting. Index: Konsumtionsindex, Statistiska centralbyrån

Referenser

1. Hjärtsjukvård : öppna jämförelser och utvärdering 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 sjukdomsförebyggande metoder 2011: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
8. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
9. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. 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.
11. 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.
12. Harris, EC, Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1998; 173:11-53.
13. 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.
14. 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.
15. 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.

16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - stroke. Stockholm; 2011.
20. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
21. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom -stroke. Socialstyrelsen; 2011.
22. 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.
23. Isacson, G, Rich, CL. Antidepressant drug use and suicide prevention. Int Rev Psychiatry. 2005; 17(3):153-62.
24. Tillsynsrapport 2013 - Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
25. Tillsynsrapport 2011 : hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
26. Landsting, SKo. Nationell patientenkät. [cited 2013; Available from: Tillgänglig på hemsidan <http://npe.skl.se/>

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