

Nationella riktlinjer – lägesbeskrivning 2016

Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2016-6-7

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2016

Korrigerad 2016-09-21: sid 27, diagram A2.4, Gotlands värden har rättats på grund av felaktigheter i samband med åldersstandardisering. Gotlands värden redovisas efter ändringen utan åldersstandardisering.

Förord

I denna lägesbeskrivning redovisar Socialstyrelsen en uppföljning av anti-psykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Utgångspunkten har varit centrala rekommendationer i de nationella riktlinjer som togs fram inom området år 2014. Lägesbeskrivningen redovisar även exempel på behandlingar och resultat inom hjärtsjukvården för patienter med schizofreni samt viktiga resultat som dödlighet.

Rapporten visar utgångsläget innan riktlinjernas införande. Syftet är dels att resultaten ska utgöra grund för en kommande indikatorbaserad utvärdering och även tjäna som underlag till den revidering av riktlinjerna inom området som pågår, dels att utgöra ett underlag för förbättringsarbete i vård och omsorg. Syftet är inte att bedöma följsamheten till riktlinjerna från år 2014, då data som belyser läkemedelsanvändning vid schizofreni ännu inte finns tillgängliga i de system som används från åren efter riktlinjens införande.

Lägesbeskrivningen vänder sig framför allt till beslutsfattare, verksamhetschefer och yrkesverksam personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Projektledare för utvärderingen har varit Gunilla Ringbäck Weitof. Övriga projektmedarbetare som bidragit till rapporten har varit Fereshte Ebrahim, Mikael Nyman och Peter Salmi. Experter i arbetsgruppen har varit Lena Flyckt och Astrid Lindstrand. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Bakgrund	9
Syfte	10
Metod	11
Urval av indikatorer	11
Datakällor	11
Indikatorförteckning	11
Jämlik vård	12
Sätt att redovisa	13
Beskrivning av analyserna	15
Felkällor	17
Indikatorer som mäter antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	20
Behandling med antipsykotiska läkemedel (A1)	20
Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade (A2)	24
Behandling med klozapin bland nyinsjuknade utan suicidalt beteende (A3)	29
Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom (A4)	30
Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom (A5)	35
Behandling med sertindol vid långvarig sjukdom (A6)	40
Behandling med klozapin vid svårbehandlade symtom (A7)	41
Behandling med klozapin vid suicidalt beteende (A8)	43
Behandling med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika (A9)	46
Indikatorer som mäter viktiga resultat inom riktlinjens område	49
Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel (B1)	49
Dödlighet bland patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (B2)	53
Indikatorer som mäter vårdåtgärder och resultat vid schizofreni och samsjuklighet med hjärtinfarkt	60
Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt (C1)	60
Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt (C2)	62
Rökstopp efter hjärtinfarkt (C3)	63
Fysisk träning inom hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt (C4)	64

Referenser	66
Bilagor	67
Bilaga 1. Antipsykotiska läkemedel som klassificerats som depåbehandling.....	67

Sammanfattning

I denna lägesbeskrivning redovisas en uppföljning av antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Utgångspunkten har varit rekommendationerna i nationella riktlinjer inom området från 2014 [1]. Huvudfokus för riktlinjerna är att ge vägledning om antipsykotisk läkemedelsbehandling för att patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ska få en så god läkemedelsbehandling som möjligt. I lägesbeskrivningen redovisas också en uppföljning av dödlighet bland personer med schizofreni samt resultat när det gäller vård och behandling vid samtidig hjärtinfarkt.

Resultaten av uppföljningen beskriver utgångsläget innan riktlinjernas införande, eftersom data ännu inte finns tillgängliga för att följa upp åren efter riktlinjens införande.

I lägesbeskrivningen redovisas resultat för riket och landstingen per kön, efter patientens utbildningsnivå, födelseland och eventuell ekonomisk utsatthet. Det sistnämnda mäts via ekonomiskt bistånd.

Viktiga resultat som ligger i linje med rekommendationer i nationella riktlinjer är:

- Behandling med antipsykotiska läkemedel har högsta prioritet och drygt 85 procent av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd behandlas med antipsykotiska läkemedel. Ingen skillnad finns mellan kvinnor och män och ingen förändring kan ses över tid.
- Över hälften av nyinsjuknade behandlas med aripiprazol, olanzapin eller risperidon, läkemedel som har hög prioritet i nationella riktlinjer.
- Behandlingar som har låg prioritet – klopazin ordinerat till nyinsjuknade utan suicidalt beteende och behandling med sertindol vid långvarig sjukdom, är mycket ovanliga.
- Födda utanför Sverige behandlas visserligen i något lägre utsträckning med antipsykotiska läkemedel vid uppföljning oavsett sort men när det gäller specifika rekommenderade läkemedel eller indikationer på biverkningar finns inget som tyder på att utrikes födda är missgynnade. När det gäller dödlighet är mönstret snarare det motsatta för födda utanför Norden.

Viktiga resultat som *inte* ligger i linje med rekommendationer i nationella riktlinjer är:

- Behandling med klopazin vid suicidalt beteende och vid svårbehandlade symtom har högsta prioritet men förekommer i lägre utsträckning än förväntat.
- Behandling med risperidon i depåform har hög prioritet vid samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika men förekommer sällan och har minskat över tid och ligger på 4 procent 2014.
- Närmare 20 procent behandlas fortfarande med antikolinerga läkemedel, som indikerar extrapyramidala biverkningar, även om andelen minskat

över tid. Lågutbildade personer behandlas i högre grad med dessa läkemedel i jämförelse med övriga, och män i högre grad än kvinnor.

- Personer med ekonomiskt bistånd behandlas i mindre utsträckning än andra grupper med rekommenderade antipsykotiska läkemedel.

Andra viktiga resultat är:

- Överdödligheten i gruppen är fortsatt hög, närmare 2,5 gånger så hög som i befolkningen i övrigt och lågutbildade schizofrenipatienter har den högsta dödligheten.
- Dödligheten till följd av självmord är tiofaldigt förhöjd bland personer med schizofreni.
- Vårdåtgärder vid hjärtinfarkt som reperfusionsbehandling och kranskärlsröntgen är mindre vanligt förekommande bland personer med schizofreni än bland övriga.
- Även sekundärpreventiva åtgärder som rökstopp och fysisk träning inom hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt förekommer i lägre utsträckning.

Sammantaget tyder resultaten på generellt stabila trender över tid när det gäller antipsykotisk läkemedelsbehandling innan införandet av nationella riktlinjer. För vissa rekommenderade behandlingar finns relativt stora geografiska skillnader. Personer med schizofreni har betydande överdödlighet och sämre tillgång till vissa vårdåtgärder vid hjärtinfarkt än övrig befolkning. Inom gruppen schizofrenipatienter är ojämlikheten störst för personer med ekonomiskt bistånd och i viss mån för lågutbildade vad gäller behandling och resultat.

Inledning

Socialstyrelsen har i uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Uppdraget innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar av vård och omsorg för specifika sjukdomsgrupper. I myndighetens arbete med nationella riktlinjer ingår sedan 2007 att utveckla indikatorer för uppföljning av landstingens och kommunernas följsamhet till rekommendationerna i riktlinjerna. Metoden för detta har utvecklats under åren och fokus för indikatorerna är de s.k. centrala rekommendationerna, dvs. de rekommendationer som anses ha störst betydelse för landsting och kommuner ur ett resurs- och organisationsperspektiv.

En nationell riktlinje omfattar rekommendationer, indikatorer med målnivåer och numer även en lägesbeskrivning över förhållandena i riket och landstingen innan riktlinjernas införande. Lägesbeskrivningen ska ligga till grund för en kommande utvärdering av följsamheten till riktlinjerna och även testa de indikatorer som utvecklats i arbetet.

Den här rapporten följer upp schizofrenivården utifrån rekommendationerna i *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2014* [1]. De indikatorer som togs fram för att mäta följsamhet till rekommendationerna i riktlinjen ligger till grund för arbetet. Då data ännu inte finns tillgängliga för att beskriva åren efter riktlinjens införande utgör detta en beskrivning av utgångsläget innan riktlinjerna hunnit få genomslag. En sådan lägesbeskrivning var inte aktuell i 2014 års riktlinjearbete inom området, utan publiceras först i denna rapport.

Förutom att följa upp användningen av rekommenderade läkemedel omfattar redovisningen även indikatorer för hjärtsjukvården. Syftet är att belysa om schizofrenipatienter med hjärt-kärlsjukdom får en lika ändamålsenlig vård som övriga hjärt-kärlpatienter [2]. Viktiga resultat inom riktlinjens område, såsom dödlighet, redovisas också.

Bakgrund

Rekommendationerna i riktlinjerna från 2014 utgick från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU:s) systematiska litteraturöversikt *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation* [3]. Rekommendationerna i riktlinjen om läkemedelsbehandling bör i de flesta fall kombineras med åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar i riktlinjen över psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd från 2011 [4]. En övergripande uppdatering av rekommendationerna både när det gäller psykosociala insatser och läkemedelsbehandling vid dessa tillstånd har påbörjats under 2015 i syfte att integrera båda områdena i samma nationella riktlinje.

År 2013 publicerades den första utvärderingen av den psykiatriska vården av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni med utgångspunkt i riktlinjer inom området [5]. Socialstyrelsen lyfte i utvärderingen fram att hälso- och sjukvården kan förbättras bland annat genom att huvudmännen arbetar för att minska den höga dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa. Myndigheten har under de senaste åren visat att det finns obefogade skillnader när det gäller tillgång till insatser som rör hälsa och levnadsvillkor bland psykiskt sjuka personer i förhållande till övrig befolkning [6,7,8]. Personer med psykiatrisk sjukdom riskerar att få mindre ändamålsenlig behandling än övrig befolkning vid samtidig kroppslig sjuklighet och de löper därmed en ökad risk att få en sämre hälsa och att dö i förtid.

Syfte

Rapporten vänder sig i första hand till beslutsfattare, verksamhetschefer och yrkesverksam personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Resultaten är en beskrivning av utgångsläget innan riktlinjernas införande. Syftet med rapporten är att utgöra ett underlag för förbättrings- och utvecklingsarbete i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Tanken är också att denna lägesbeskrivning ska ligga till grund för en kommande indikatorbaserad utvärdering som kommer att genomföras inom några år. Då kommer även resultaten att bedömas och rekommendationer om förbättringsområden att lämnas till vården och omsorgen. Lägesbeskrivningen utgör även underlag för den revidering av riktlinjerna inom området som för närvarande pågår.

Metod

Urval av indikatorer

Resultat redovisas för de indikatorer som utvecklades i samband med riktlinjearbetet för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Data har inhämtats och bearbetats enligt indikatorspecifikationerna för de indikatorer som idag är mätbara. I redovisningen ingår även resultat för viktiga indikatorer inom hjärtsjukvården, som redovisades i den utvärdering som gjordes av hjärtsjukvården 2015 [2] för att belysa i vilken mån personer med svår psykisk sjukdom får en lika ändamålsenlig hjärtsjukvård som övriga i befolkningen.

Datakällor

Tillgång till data av god kvalitet är en förutsättning för jämförelser och bedömningar av vårdens kvalitet och resultat. Uppgifterna måste vara individbaserade, möjliga att koppla mellan datakällor och ha en god geografisk täckning.

Uppgifter som utgör underlag till indikatorer har hämtats från Socialstyrelsens hälsodataregister patientregistret och läkemedelsregistret, samt dödsorsaksregistret. Patientregistret omfattar uppgifter om alla som vårdats i slutenvård eller öppen specialiserad vård. Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om alla receptföreskrivna läkemedel som expedierats på apotek. Utöver dessa har utbildningsregistret vid Statistiska Centralbyrån (SCB) använts, liksom registret över ekonomiskt bistånd vid Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren Riks-HIA och SEPHIA (SWEDEHEART).

Indikatorförteckning

Följande indikatorer ingår i redovisningen:

Tabell 1. Indikatorer som mäter antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Förteckning över indikatorernas nummer och namn samt vilken rekommendation de ska spegla i riktlinjen för antipsykotisk läkemedelsbehandling (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan).

Nr	Namn	Rekommendation
A1	Behandling med antipsykotiska läkemedel	Rad 1
A2	Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade	Rad 3–5
A3	Behandling med klopazepam bland nyinsjuknade utan suicidalt beteende	Rad 6
A4	Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom	Rad 7–8
A5	Behandling med paliperidon, ziprasidon eller ziprasidon vid långvarig sjukdom	Rad 11, 13–14
A6	Behandling med sertindol vid långvarig sjukdom	Rad 15
A7	Behandling med klopazepam vid svårbehandlade symtom	Rad 16
A8	Behandling med klopazepam vid suicidalt beteende	Rad 19
A9	Läkemedelsbehandling med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika	Rad 34

Tabell 2. Indikatorer som mäter viktiga resultat inom riktlinjens område

Förteckning över indikatorernas nummer och namn samt vilken rekommendation de ska spegla i riktlinjen för antipsykotisk läkemedelsbehandling (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan).

Nr	Namn	Rekommendation
B1	Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel	Rad 25–27*
B2	Dödlighet bland patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	–

* Resultatindikatorn kan kopplas till dessa tillstånds- och åtgärdsrader

Tabell 3. Indikatorer som speglar åtgärder och resultat inom hjärtsjukvården bland personer med och utan schizofrenidiagnos

Förteckning över indikatorernas nummer och namn.

Nr	Namn
C1	Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt
C2	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt
C3	Rökstopp efter hjärtinfarkt
C4	Fysisk träning inom hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

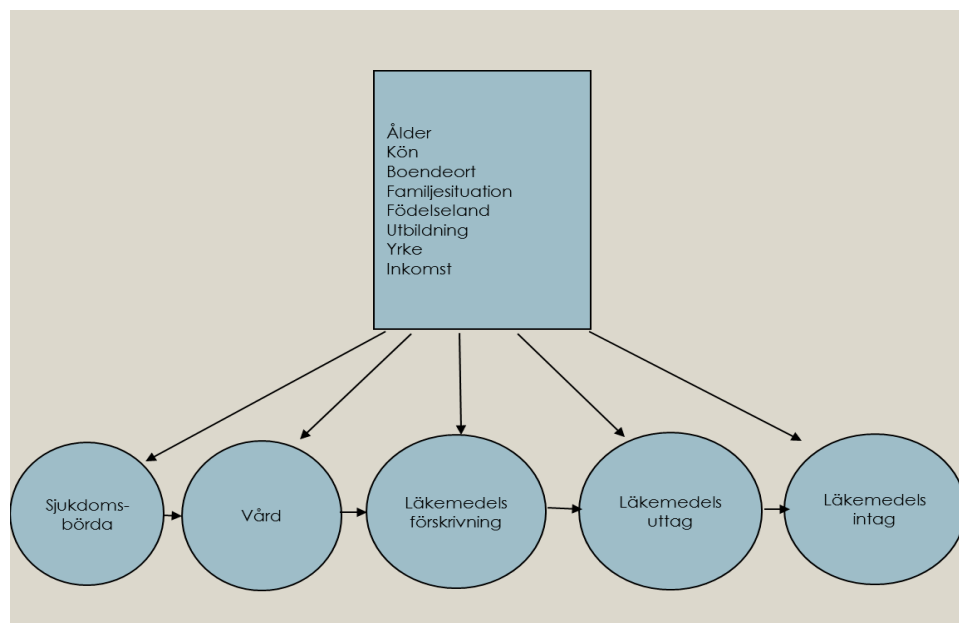
Jämlik vård

Socialstyrelsen har ett uppdrag att undersöka om följsamheten till nationella riktlinjer är jämlik i befolkningen. Jämlik vård innebär att alla i befolkningen ska ha samma möjligheter att få vård och att alla blir likvärdigt behandlade oavsett faktorer som ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet. Vård på lika villkor har varit ett centralt mål ända sedan det moderna hälso- och sjukvårdssystemet började byggas i Sverige. Målet uttrycks i den så kallade portalparagrafen (§ 2) i hälso- och sjukvårdslagen. En jämlik vård förutsätter att behovet av vård är grunden för prioriteringar mellan personer och grupper i samhället. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör hälso- och sjukvården prioritera dem som har störst behov och även prioritera hälsoinriktade och hälsofrämjande insatser.

Jämlik läkemedelsanvändning

Läkemedelsanvändningen, liksom sjukdomsbördan, ser olika ut för olika socioekonomiska grupper i samhället och varierar också mellan regioner. Lågutbildade använder exempelvis generellt mer läkemedel än högutbildade, vilket är en avspeglning av att sjukdomsbördan generellt är högre bland personer med låg utbildning. Givet samma sjukdomstillstånd bland låg- och högutbildade kan dock mönstret ibland vara det motsatta när det gäller förskrivning av specifika läkemedel. Figur 1 illustrerar hur olika socioekonomiska och demografiska faktorer påverkar läkemedelsanvändningen [9].

Figur 1. Modell över hur demografiska och socioekonomiska faktorer kan relateras till läkemedelsanvändning



Källa: [9]

Sätt att redovisa

Rapportering av jämlik vård och omsorg innebär i denna redovisning att resultaten presenteras för olika befolkningsgrupper enligt:

- organisatorisk nivå – riket och landstingen, uppdelat efter kön
- utbildningsnivå
- födelseland
- ekonomisk utsatthet genom ekonomiskt bistånd.

Redovisning efter landsting

Resultaten redovisas efter personernas hemortslandsting. Landstingen är huvudmän för hälso- och sjukvården och bestämmer hur resurser som finns att tillgå fördelas vilket påverkar vilken vård och omsorg som erbjuds. Region Halland, Region Gotland, Region Skåne, Region Gävleborg och Västra Götalandsregionen benämns här landsting. I redovisningen av landstingen ingår personer som är 18 år och äldre. På grund av att befolkningen är mindre i vissa landsting är det mera sannolikt att dessa intar ytterpositioner i rangordningen än att de stora landstingen gör det. Det gäller exempelvis Gotland, Blekinge, Kronoberg och Jämtland. Landsting med stor befolkning ger statistiskt sett säkrare och därmed också stabilare data över tid.

Redovisning efter utbildning

Vid jämförelser av personer med olika utbildningsnivå läggs tonvikten framför allt på skillnader när det gäller tillgång till information och förmåga att tillgodogöra sig ny kunskap. Det är nivån på utbildning som är relevant

snarare än utbildningsgren eller utbildningstyp. Till stor del kan funna skillnader förklaras av att de med lägre utbildning kan ha insjuknat tidigare, är svårare sjuka och har inte haft möjlighet att klara högre utbildning. Till stor del förklaras eventuella skillnader troligen också av att de med hög utbildning kan ha större möjlighet att påverka sin behandling enligt samma mönster som visats för andra sjukdomar och behandlingar [2].

I denna redovisning har uppgifter från patientregistret kompletterats med uppgifter om högsta uppnådda utbildningsnivå. Information har hämtats från SCB:s utbildningsregister som omfattar dessa uppgifter för hela befolkningen. Förgymnasial utbildning i nio år eller färre klassificeras i rapporten som låg utbildning. Två- eller treårig gymnasial utbildning som medelhög utbildning och eftergymnasial utbildning inklusive forskarutbildning som hög utbildning. Analyserna är begränsade till åldrarna 30–89 år. Den nedre åldersgränsen motiveras av att många inte avslutat sin utbildning förrän i övre 20-årsåldern. Bland vårdade med diagnoserna schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd vid något tillfälle åren 2013–2014 (n=32 259) hade 31 procent låg utbildning, 46 procent medelhög, och 21 procent hög utbildning, enligt ovanstående sätt att klassificera.

Redovisning efter födelseland

Det finns många studier som visar att födda utanför Sverige generellt utgör en utsatt grupp i förhållande till svenskfödda, även om förhållanden växlar beroende på ursprungsland, vistelsetid, orsak till invandring, etc. Studier har visat att en högre andel utrikes födda avstår från att söka vård, trots upplevt behov [10] och att hälso- och sjukvården brister i bemötande och kommunikation [11].

Uppgifter om födelseland har hämtats från Socialstyrelsens patientregister och redovisningen omfattar de som är 18 år eller äldre. Patienter har delats in efter födelseland i bredare grupper:

- svenskfödda
- födda i övriga Norden
- födda i övriga EU27-länder (Belgien, Bulgarien, Cypern, Estland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Tjeckien, Tyskland, Ungern och Österrike)
- födda i övriga världen.

Bland vårdade med diagnoserna schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd vid något tillfälle åren 2013–2014 i åldrarna 18 år och uppåt (n=37 300) var cirka 75 procent födda i Sverige, 5 procent i övriga Norden, 4 procent i övriga EU och 17 procent i övriga världen.

Redovisning efter ekonomiskt bistånd

Personer som får försörjningsstöd kan ringas in i registret över ekonomiskt bistånd som finns vid Socialstyrelsen. Ekonomiskt bistånd kan ses som en indikator på ekonomisk utsatthet även om förekomsten, på samma sätt som när det gäller låg utbildning, kan kopplas till sjukdomens svårighetsgrad.

Uppgifter har hämtats från registret över ekonomiskt bistånd och omfattar inte introduktionsersättning. För varje patient som vårdats under ett kalenderår med schizofrenidiagnos har uppgifter inhämtas om ekonomiskt bistånd för tre kalenderår innan vårdtillfället. En indelning har gjorts i kategorier efter biståndets sammanlagda tid under treårsperioden:

- 0 månader,
- 1–9 månader,
- 10 eller fler månader.

Analyserna är begränsade till åldrarna 18–64 år. Bland vårdade med diagnoserna schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd vid något tillfälle åren 2013–2014 (n=30 767) saknade 77 procent ekonomiskt bistånd, 11 procent hade bistånd 1–9 månader och 12 procent under 10 månader eller mer.

Åldersstandardisering

Resultaten i rapporten har genomgående åldersstandardiserats genom direkt standardisering. Åldersstandardisering underlättar jämförelser mellan kön, regioner och olika befolkningsgrupper genom att försöka ta bort de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättning. Vid åldersstandardiseringar i rapporten används i regel vikter från hela den studerade populationen i respektive jämförelse, för år 2010. I jämförelser med hela populationen används befolkningsvikter för år 2010. Samma vikter används för män och kvinnor.

Presentation av uppgifter i diagram

I uppföljningen redovisas information för riket som helhet och för de flesta indikatorer även för landstingen, efter utbildningsnivå, födelseland och ekonomiskt bistånd.

Samtliga diagram i landstingsjämförelserna rangordnar landstingen utifrån principen att det önskvärda resultatet finns högst upp i diagrammet, när så är möjligt. I könsuppdelade redovisningar sorteras landstingen enligt den landstingsordning som gäller för båda könen sammantaget. Syftet med rangordningen är inte primärt att ställa landsting mot varandra utan att på ett överskådligt sätt visa de variationer som finns i landet.

För vissa indikatorer finns få observationer och då redovisas inte diagram uppdelade efter landsting.

Rikets genomsnittliga värde presenteras genomgående med orange stapel i landstingsredovisningarna. Kvinnor presenteras med lila och män med grön stapel.

Beskrivning av analyserna

Antipsykotisk läkemedelsanvändning

I uppföljningen inkluderas personer som vårdats i sluten eller öppen specialiserad vård med diagnoserna schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd under ett kalenderår enligt uppgift i patientregistret (ICD10: F200–203,

F205, F206, F208, F209, F220, F228–233, F238, F239, F250–F252, F258, F259, F289, F299). Uppgifterna hämtas från patientregistret.

Information om utskrivningsdatum (om vårdtillfället sker inom slutna vården) eller besöksdatum (om vårdtillfället sker i öppen vård) vid första förekommande tillfälle under kalenderåret har varit utgångspunkt för att hämta information om läkemedelsuttag. För de flesta indikatorer redovisas vårdtillfällen åren 2008–2014. Samma person kan förekomma och följas upp vid besök under flera kalenderår, men bara vid ett vårdtillfälle per kalenderår.

Information hämtas från läkemedelsregistret om patienten gjort uttag av antipsykotiska läkemedel (ATC: N05A, exklusive litium) under 6 månader efter vård. Endast personer som lever hela uppföljningstiden ingår. Läkemedelsregistret innehåller varje individuellt uttag av läkemedel som expedierats på apotek mot recept.

Rekommendationerna i riktlinjen begränsas ofta till specificerade tillstånd. Följande grupper specificeras i riktlinjerna och de har definierats i uppföljningen enligt nedanstående beskrivning:

- *Nyinsjuknade* innebär personer som inom 5 år innan vårdtillfället för uppföljning inte haft något ytterligare vårdtillfälle med diagnosen schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd enligt diagnoskoderna ovan, och inte heller vid något tillfälle hämtat ut antipsykotiska läkemedel inom 2 år innan vårdtillfället.
- *Nyinsjuknade utan suicidalt beteende* innebär samma definition som ovan samt att personen inte vårdats med diagnosen självmordsförsök 6 månader innan vård för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.
- *Suicidalt beteende* innebär att personen någon gång under 3 år innan vårdtillfället som är utgångspunkt för uppföljning ska ha vårdats i öppen specialiserad vård eller slutna vård med diagnosen självmordsförsök (yttre orsak till skada eller förgiftning, ICD10: X60–X84, Y10–Y34).
- *Långvarig sjukdom* innebär en begränsning av diagnoskoder i förhållande till ovan och omfattar följande diagnoskoder: (ICD10) F200–203, F205, F206, F208, F209, F220, F228, F229, F250–F252, F258, F259, F289, F299. Personen ska utöver vårdtillfället som utgör tidpunkt för uppföljning även ha vårdats för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd någon gång tidigare. Vården ska ha ägt rum minst 3 år tillbaka i tiden och under en tidsrymd av ytterligare 2 år tillbaka i tiden ((-731)-(-1825) dagar i förhållande till vårdtillfället för uppföljning).
- *Svårbehandlade symtom* innebär också en begränsning av diagnoskoder (ICD10: F200–203, F205, F206, F208, F209). Personen ska året innan vårdtillfället som är utgångspunkt för uppföljning hämtat ut minst 3 *olika* antipsykotiska läkemedel vid olika tidpunkter. Det sist uthämtade läkemedlet kan vara samma läkemedel som det som hämtas ut under uppföljningen.

Depåläkemedel

Många antipsykotiska läkemedel kan ges både i peroral form (till exempel som tablett) och i långverkande injektionsform, så kallad depåbehandling. För patienter som ofta bryter behandlingen och återinsjuknar i akuta symtom kan depåberedningen vara bättre. Patienten behöver då inte komma ihåg att

ta medicinen, vilket säkrar en mer kontinuerlig och varaktig behandling. En nackdel kan vara att depåbehandling inte går att sätta ut snabbt vid svåra biverkningar [1].

Klassificering av depåläkemedel och perorala läkemedel i redovisningen gjordes efter en genomgång av alla antipsykotiska läkemedelsartiklar i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige, en sammanställning av läkemedelsfakta från läkemedelsindustrin till olika förskrivare av läkemedel och apotekspersonal). Depåtabletter klassificerades inte som depåläkemedel eftersom de har en mycket kortvarig verkan och inte heller injektioner som administreras dagligen (eller per 24 timmar). En genomgång gjordes av tidigare årsgångar av FASS för att fånga upp idag avregistrerade depåläkemedel. Detta gjordes från och med år 2008 och framåt, samma år som uppföljningen omfattar. Läkemedelsartiklar som klassificerades som depåläkemedel redovisas i bilaga 1.

Vårdåtgärder och resultat vid hjärtinfarkt

Uppföljning av reperfusionsbehandling och kranskärlsröntgen baseras på uppgifter från Riks-HIA (det svenska registret för hjärtintensivvård som är en del av SWEDHEART). Riks-HIA är ett kvalitetsregister med syfte att utveckla den akuta hjärtsjukvården och att långsiktigt bidra till minskad dödlighet och sjuklighet hos patienterna. Sedan 2008 deltar alla de 74 sjukhus som tar emot akut hjärtsjuka patienter i Sverige. Uppgifter om rökstopp och fysisk träning inom hjärtrehabilitering finns i SEPHIA, ett kvalitetsregister som samlar in data om sekundärpreventiva insatser efter hjärtinfarkt bland patienter yngre än 75 år och som registrerats i Riks-HIA.

Uppgifter om schizofrenidiagnos har hämtats från patientregistret och samkörts med uppgifter från Riks-HIA och SEPHIA. Som patienter med schizofreni räknas de som vårdats med schizofrenidiagnos under 5 år innan hjärtintensivvården eller den sekundärpreventiva insatsen (minst 1 gång i slutenvård eller minst 2 gånger i öppen specialiserad vård).

Felkällor

I redovisningen ingår personer som vårdats i slutenvård eller öppen specialiserad vård. Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som inte behandlats alls, eller enbart behandlats i primärvård under den period som studeras, finns inte med då uppgifter på individnivå från primärvården idag saknas i en nationell datakälla. Det är också risk att personer felaktigt blir klassificerade som nyinsjuknade om de enbart behandlas för sina problem i primärvård, eller inte alls, under den studerade tidsperioden och inte i specialiserad vård. Motsvarande problem gäller för klassificering av långvarigt sjuka, personer med och utan suicidalt beteende och svårbehandlade, dvs. möjligheterna att ringa in grupperna är beroende av hur väl de låter sig definieras genom diagnoser i specialiserad vård.

Den kanske viktigaste felkällan rör uppföljning av läkemedelsanvändning beroende på att läkemedelsregistret inte har lagstöd att behandla uppgifter om så kallade rekvisitionsläkemedel. Dessa är läkemedel som rekvideras för användning på sjukhusens vårdavdelningar eller särskilda boenden, inom dagvård och sjukhusansluten öppenvård.

I statistiksystemet Concise vid eHälsomyndigheten finns uppgifter över den andel läkemedel som säljs till vården respektive den andel som hämtas ut på apotek. Uppgifter från Concise visar att det är stora skillnader mellan landstingen när det gäller den andel dygnsdoser (DDD) av antipsykotiska läkemedel som förskrivits och sålts via apotek och den andel som getts via rekvisition och som inte är möjlig att följa på individnivå i läkemedelsregistret. Landstinget med högsta andel förskrivna dygnsdoser av antipsykotiska läkemedel (oavsett beredningsform) ligger på närmare 96 procent och det landsting med lägsta andel på 73 procent. På motsvarande sätt varierar andel DDD på rekvisition mellan 4 och 27 procent. För hela riket sammantaget är 90 procent av alla dygnsdoser förskrivna på apotek, medan 10 procent ges på rekvisition (tabell 1).

När det gäller antipsykotiska läkemedel i depåform verkar en betydligt högre andel dygnsdoser ges via rekvisition än vad som gäller för övriga beredningsformer. På riksnivå utgörs 80 procent av alla sålda dygnsdoser depåläkemedel av förskrivningsläkemedel, och 20 procent av rekvisitionsläkemedel. Sörmland intar en särställning med en mycket hög andel dygnsdoser som ges direkt vid vårdinrättningar eller boenden, motsvarande 27 procent när det gäller samtliga antipsykotiska läkemedel och 75 procent av dygnsdoser i depåform.

Uppgifterna är dock inte direkt överförbara på de resultat som redovisas i denna rapport då statistiken från Concise enbart redovisar sålda läkemedel oavsett förskrivningsorsak. Det kan vara så att en stor andel av de antipsykotiska rekvisitionsläkemedlen inte i första hand ges till schizofrenipatienter, utan exempelvis till äldre vid olika sjukhem eller till andra patienter vid vårdinrättningar. Statistiken från Concise visar att resultaten i denna rapport ändå måste tolkas med viss försiktighet då redovisningen kan innebära en underskattning av läkemedelsanvändningen. Framför allt gäller detta redovisningarna av depåläkemedel.

Tabell 4. Förskrivna läkemedel samt läkemedel på rekvisition, samtliga antipsykotiska läkemedel samt enbart depåform år 2015

Andel av alla sålda dygnsdoser (DDD) som utgörs av respektive försäljningssätt

Landsting	Alla N05A* Förskrivning (Rekvisition), andel DDD (%)	N05A* enbart depå Förskrivning (Rekvisition), andel DDD (%)
Gotland	95,7 (4,3)†	94,9 (5,1)
Blekinge	94,8 (5,2)	92,4 (7,6)
Värmland	94,7 (5,3)	91,3 (8,7)
Halland	94,2 (5,8)	88,2 (11,8)
Norrbottn	93,9 (6,1)	83,6 (16,4)
Gävleborg	93,8 (6,2)	88,6 (11,4)
Jönköping	93,7 (6,3)	88,3 (11,7)
Jämtland	93,3 (6,7)	85,8 (14,2)
Kalmar	93,2 (6,8)	89,5 (10,5)
Västmanland	93,1 (6,9)	86,5 (13,5)
Örebro	91,7 (8,3)	86,4 (13,6)
Västra Götaland	91,5 (8,5)	84,5 (15,5)
Östergötland	91,1 (8,9)	77,8 (22,2)
Stockholm	91,0 (9,0)	82,2 (17,8)
Dalarna	90,4 (9,6)	84,4 (15,6)

Landsting	Alla N05A* Förskrivning (Rekvisition), andel DDD (%)	N05A* enbart depå Förskrivning (Rekvisition), andel DDD (%)
Riket	90,0 (10,0)	80,3 (19,7)
Skåne	88,6 (11,4)	72,0 (28,0)
Västerbotten	87,3 (12,7)	80,6 (19,4)
Västernorrland	86,1 (13,9)	70,4 (29,6)
Kronoberg	86,0 (14,0)	74,6 (25,4)
Uppsala	78,0 (22,0)	84,1 (15,9)
Sörmland	72,8 (27,2)	25,2 (74,8)

Källa: Concise (eHälsomyndigheten)

*Exklusive litium

Rapporten ger heller inte svar på om skillnader som visas beror på läkarens förskrivning eller patientens benägenhet att hämta ut sina recept, då läkemedelsregistret omfattar enbart förskrivna och uthämtade läkemedel.

En möjlig felkälla när det gäller resultaten inom hjärtsjukvården, är att personer med psykosjukdom i mindre utsträckning än övriga verkar vårdas vid hjärtintensivavdelning vid hjärtinfarkt [8]. Detta innebär en underskattning av antalet schizofrenipatienter som ingår i de uppföljningar som baseras på Riks-HIA och SEPHIA. Det finns risk att bortfallet är selekterat och att patienter med svårare schizofrenisymtom i mindre utsträckning kommer till hjärtintensivvård.

Indikatorer som mäter antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Behandling med antipsykotiska läkemedel (A1)

Behandling med antipsykotiska läkemedel har fått högsta prioritet i riktlinjernas rekommendationer (prioritet 1). Den samlade forskningen ger belägg för att kontinuerlig behandling har effekt på psykotiska symtom och minskar risken för tidig död, i framför allt självmord, jämfört med ingen behandling.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andel personer som vårdats för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i öppen specialiserad eller sluten vård och som hämtat ut antipsykotiska läkemedel på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter vården. Här avses ATC-kod N05A, exklusive litium, som redovisas dels oavsett beredningsform, dels som enbart depåläkemedel. Hög andel läkemedelsanvändning eftersträvas.

Utfall och variation

Andelen personer med schizofreni som hämtat ut ett antipsykotiskt läkemedel under 6 månader efter vård förändrades inte nämnvärt under åren 2008–2014, varken för män eller för kvinnor (diagram A1.1). Det gäller både förskrivning av depåläkemedel och övriga beredningsformer (diagram A1.2). I riket som helhet var det åren 2013–2014, 86 procent som hämtat ut ett eller flera antipsykotiska läkemedel under sexmånaders-perioden. Resultatet för landstingen varierade mellan 74 och 91 procent (diagram A1.3). De flesta landsting hade något ökande andelar i jämförelser mellan perioderna 2008–2010 och 2013–2014 (diagram A1.3). Ett undantag är Sörmland, som över huvudtaget hade en låg läkemedelsanvändning i redovisningen. I Sörmland utgör rekvisitionsläkemedel en hög andel av sålda antipsykotiska läkemedel, framför allt när det gäller depåläkemedel (tabell 4), vilket kan bidra till att förklara den låga andelen av framför allt depåläkemedel som redovisas (diagram A1.4). För hela riket fanns ingen skillnad mellan kvinnor och män, även om mönstret växlade mellan olika landsting (diagram A1.5).

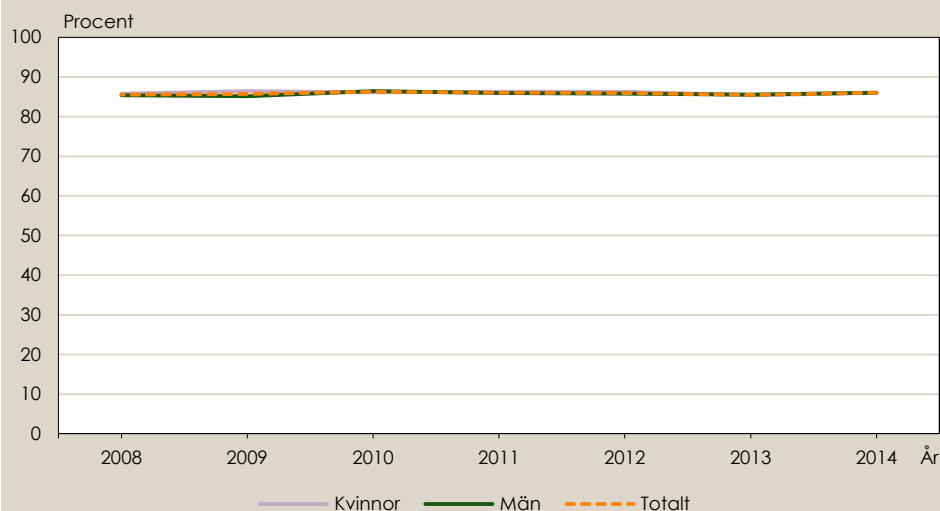
Högutbildade schizofrenipatienter läkemedelsbehandlades i signifikant lägre utsträckning än lågutbildade och andelen med depåläkemedel var också betydligt lägre i gruppen högutbildade (diagram A1.6). Födda i Sverige behandlades i signifikant högre utsträckning än födda i övriga länder (dia-

gram A1.7) och personer med ekonomiskt bistånd behandlades i signifikant lägre utsträckning med antipsykotiska läkemedel än de som saknade bistånd. Mellan personer med långvarigt ekonomiskt bistånd och de utan bistånd var skillnaden cirka 10 procentenheter (diagram A1.8).

I jämförelserna ingick för perioden 2013–2014 drygt 57 000 patienter, varav de flesta hade vårdtillfällen båda åren och räknas och följs upp vid två tillfällen.

Diagram A1.1 Behandling med antipsykotiska läkemedel

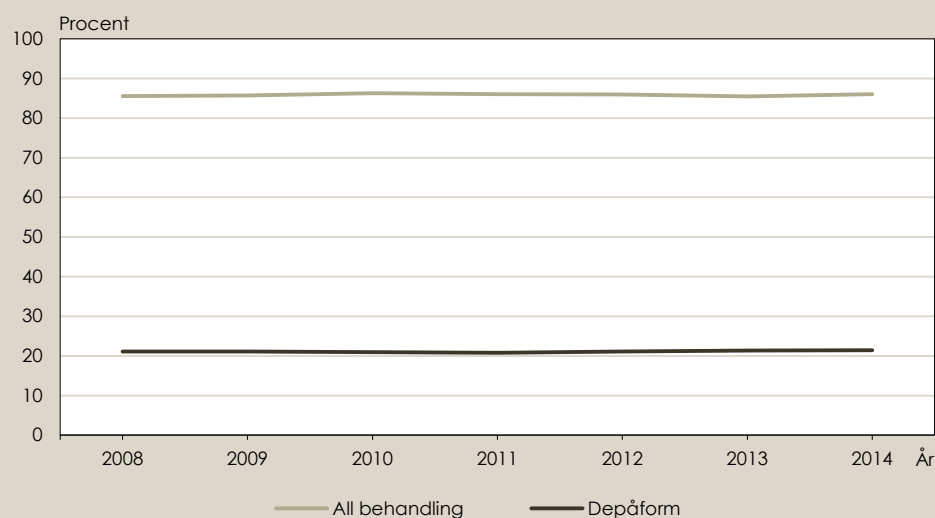
Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A1.2 Behandling med antipsykotiska läkemedel

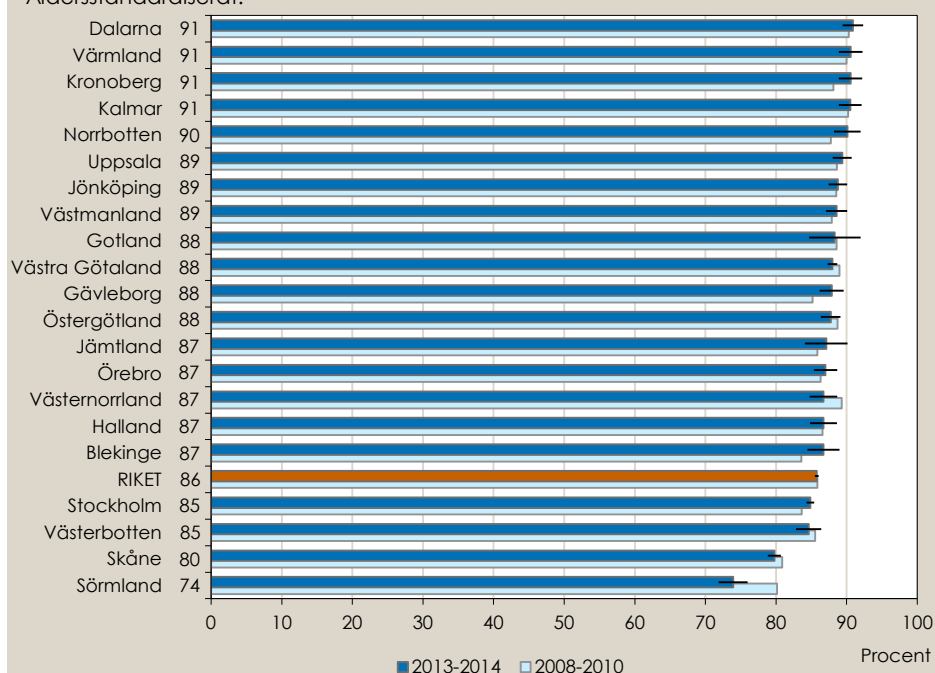
Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A1.3 Behandling med antipsykotiska läkemedel

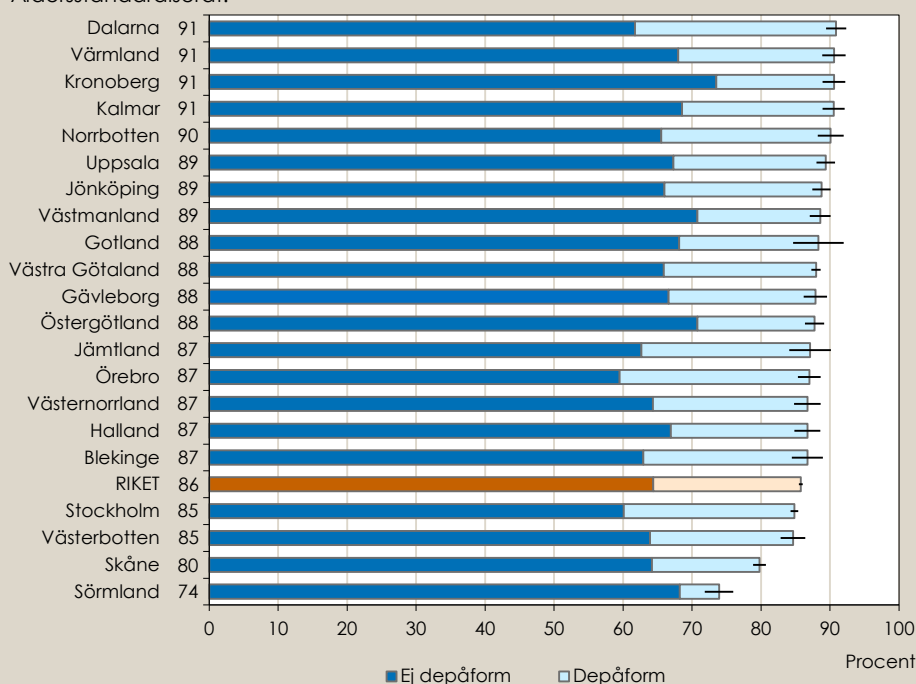
Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni, 2013-2014. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A1.4 Behandling med antipsykotiska läkemedel

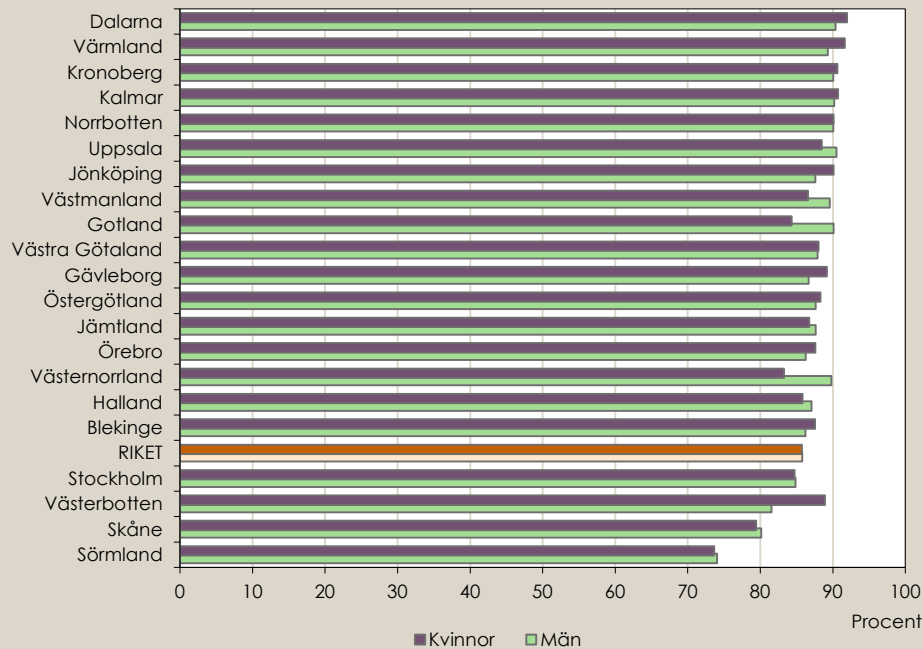
Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni, 2013-2014. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A1.5 Behandling med antipsykotiska läkemedel

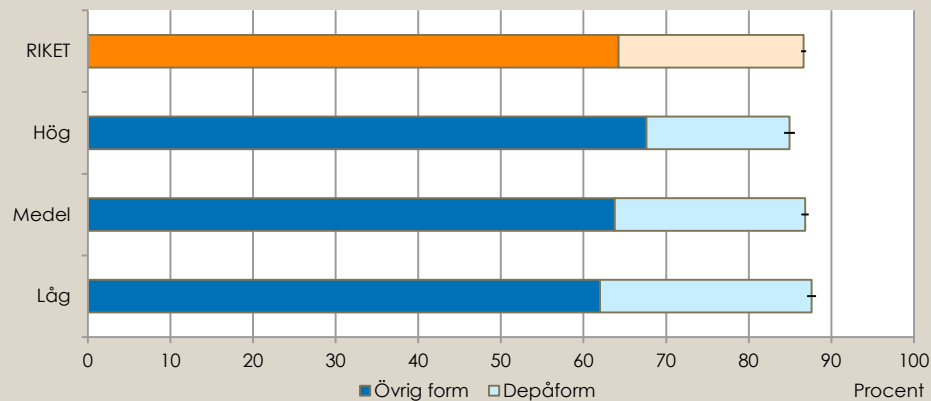
Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland kvinnor respektive män med schizofreni, 2013-2014. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A1.6 Behandling med antipsykotiska läkemedel

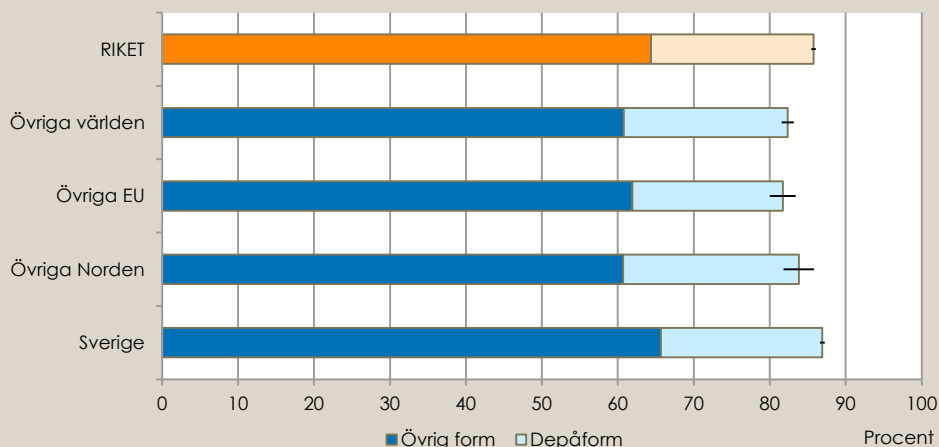
Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A1.7 Behandling med antipsykotiska läkemedel

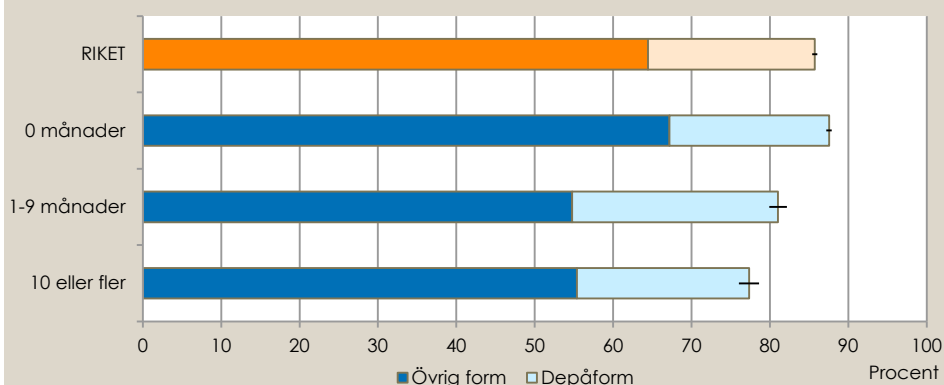
Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A1.8 Behandling med antipsykotiska läkemedel

Andel behandlade med antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade (A2)

Behandling med såväl aripiprazol som olanzapin och risperidon har fått hög prioritet i riktlinjernas rekommendationer (prioritet 2). Olanzapin och risperidon bedöms i riktlinjerna ha något bättre effekt än de flesta andra antipsykotiska läkemedel vid nyinsjuknande och de bedöms likvärdiga vid en sammanvägning av effekt och biverkningar. Aripiprazol bedöms ha generellt något sämre antipsykotisk effekt, men förväntas ha tillräcklig effekt för nyinsjuknade. Den låga risken för viktuppgång, trötthet och inverkan på sexuallivet har varit avgörande för att betrakta preparatet likvärdigt med risperidon och olanzapin.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andel nyinsjuknade personer i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som hämtat ut aripiprazol, olanzapin eller risperidon på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter specialiserad vård. Som nyinsjuknade definieras här personer som inom 5 år innan vårdtillfället för uppföljning inte vårdats med diagnosen schizofreni, eller schizofreniliknande tillstånd i specialiserad vård och som dessutom inte hämtat ut något antipsykotisk läkemedel under 2 år innan vård. Med monoterapi menas att enbart ett läkemedel hämtats ut under sexmånadersperioden och med polyterapi avses att fler än ett läkemedel hämtats ut i gruppen N05A (exkl. litium). Hög andel läkemedelsbehandlade eftersträvas.

Utfall och variation

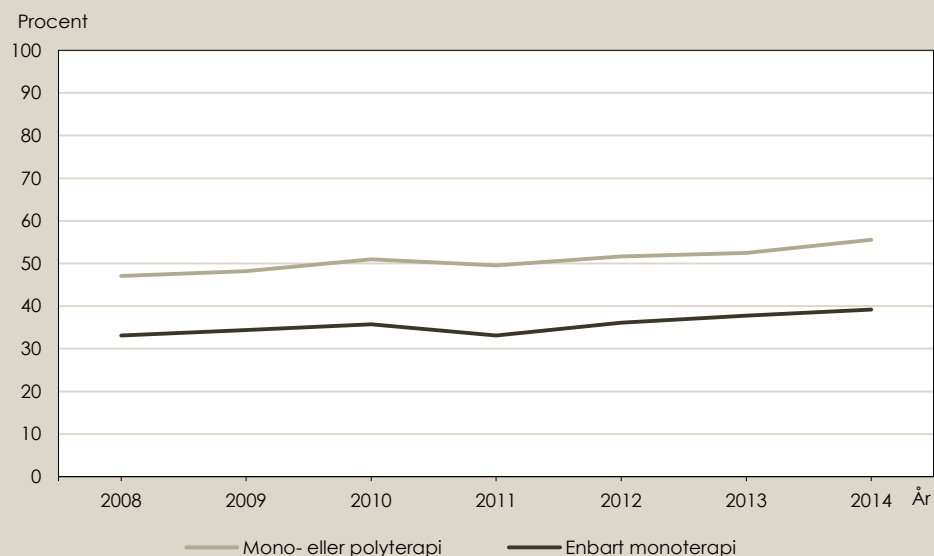
Andelen som hämtat ut aripiprazol, olanzapin eller risperidon som mono- eller polyterapi ökade bland nyinsjuknade från 47 till 56 procent åren 2008–2014. Även bland dem som fått enbart ett av läkemedlen (monoterapi) skedde en ökning över tid (diagram A2.1). Ökningen gäller framför allt användningen av olanzapin, men även aripiprazol ökade något, fast på en betydligt lägre nivå. Användandet av risperidon minskade däremot över tid (diagram A2.2). I riket som helhet var användningen av aripiprazol, olanzapin eller risperidon 54 procent åren 2013–2014 och variationen mellan landstingen låg mellan 44 och 66 procent (diagram A2.3). En större andel kvinnor än män hämtade ut något av läkemedlen, även om mönstret varierade i hög grad i jämförelser mellan landstingen (diagram A2.4).

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan utbildningsgrupper, varken när det gäller mono- eller polyterapi. Möjligen fanns en tendens att lägre utbildning innebar lägre förekomst av läkemedelsbehandling (diagram A2.6). Födda i övriga Norden behandlades i mindre utsträckning än födda i Sverige, 43 procent jämfört med 54 procent (diagram A2.7). Personer med ekonomiskt bistånd behandlades i lägre grad, bland de med 10 månaders bistånd eller mer var förekomsten 45 procent i jämförelse med 58 procent bland de som och saknade bistånd (diagram A2.8).

Jämförelserna omfattade under perioden 2013–2014, 4492 patienter som enligt ovanstående beskrivning klassificerades som nyinsjuknade.

Diagram A2.1 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

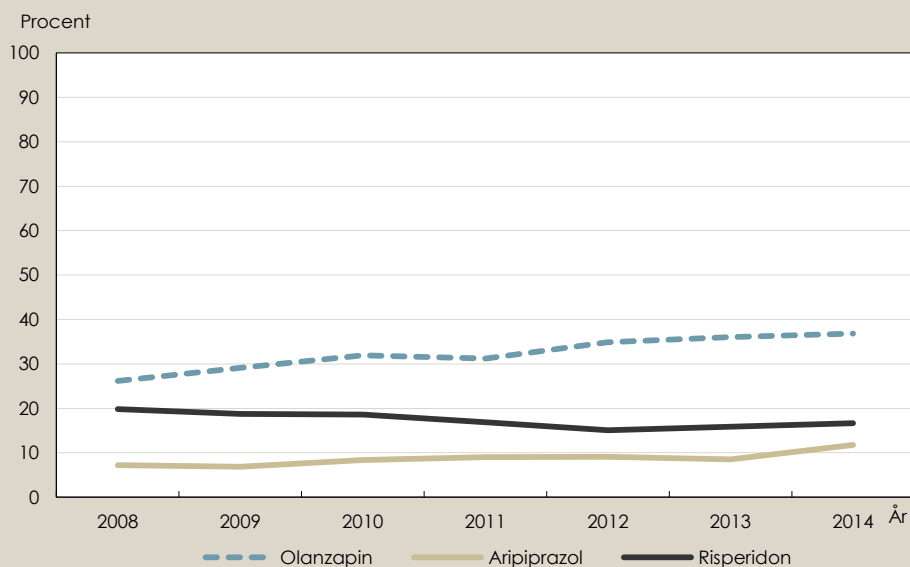
Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A2.2 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

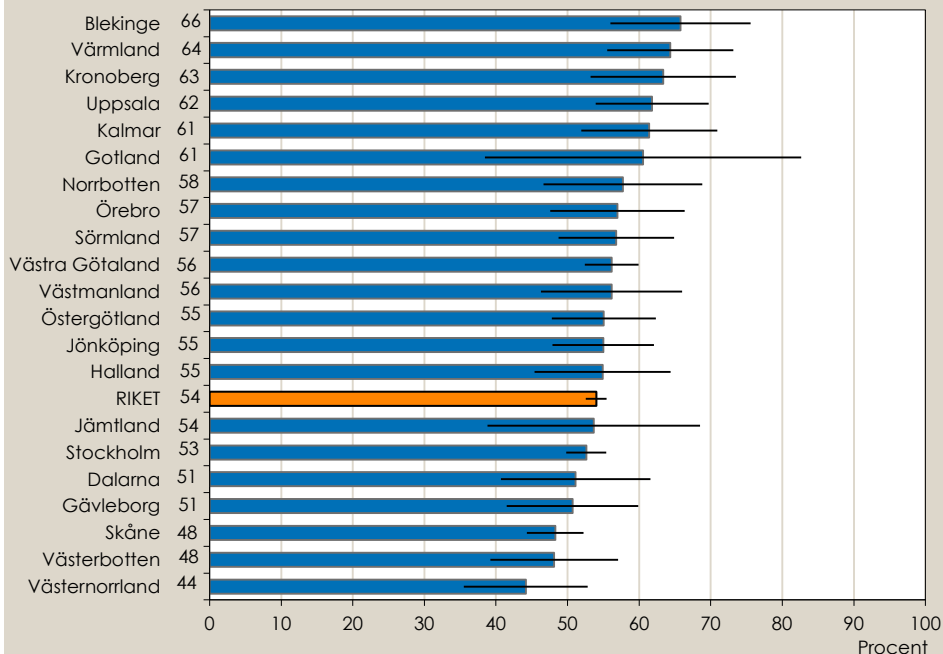
Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A2.3 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

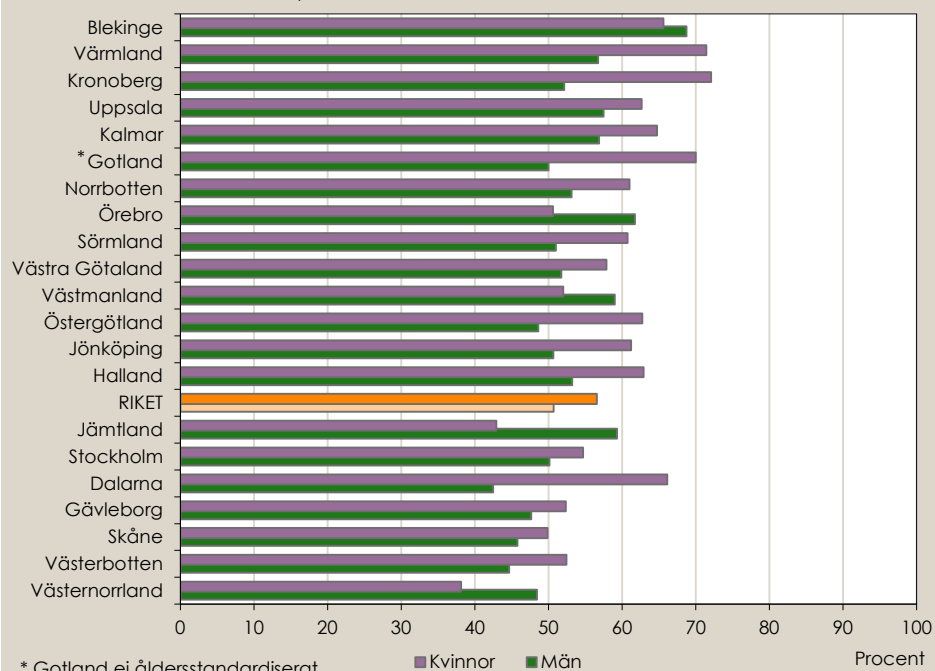
Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A2.4 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland kvinnor respektive män med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.

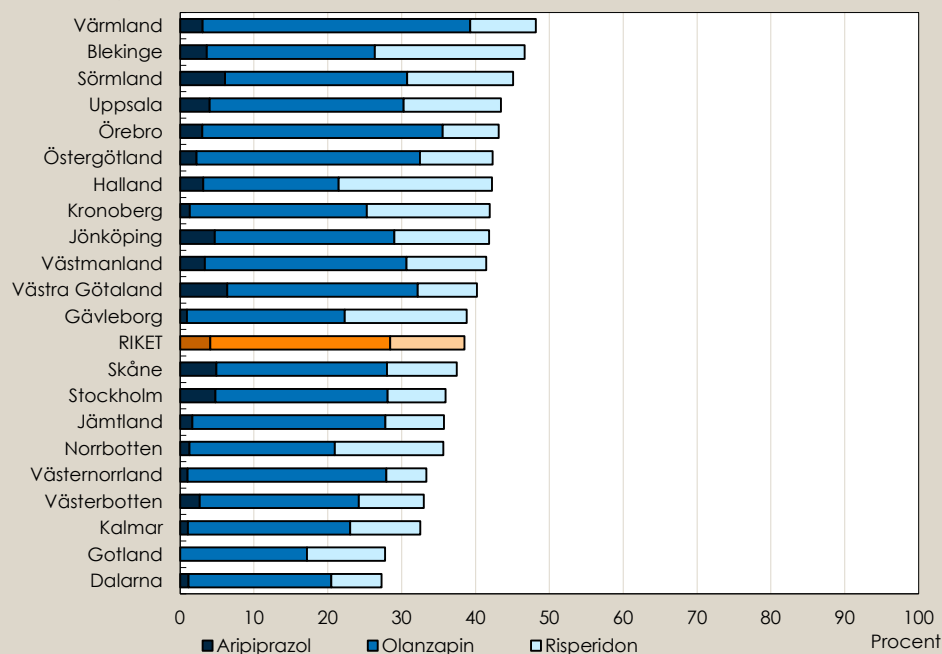


* Gotland ej åldersstandardiserat

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A2.5 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

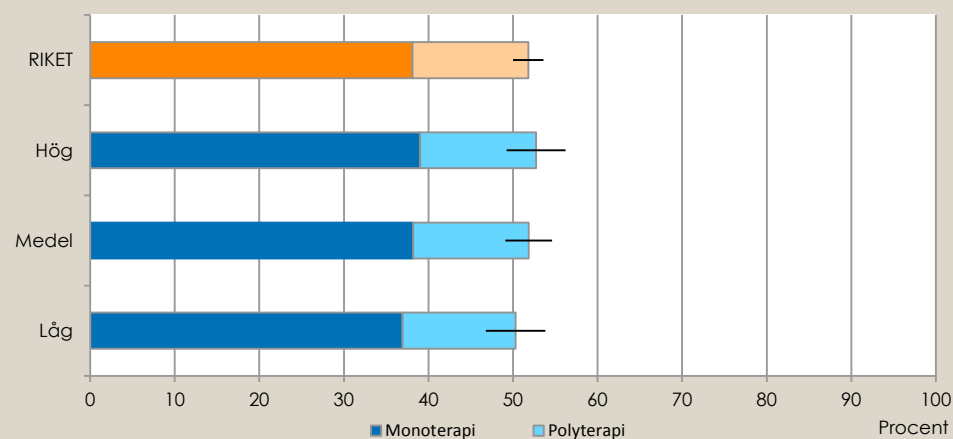
Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Enbart monoterapi. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A2.6 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

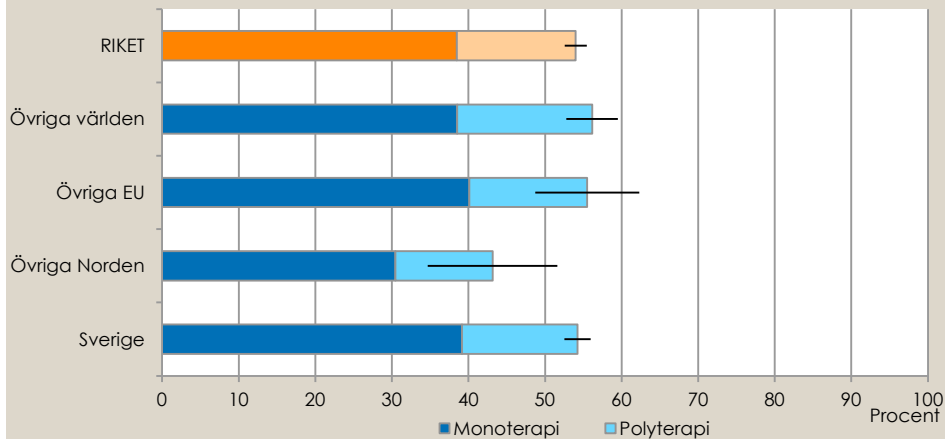
Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB).

Diagram A2.7 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

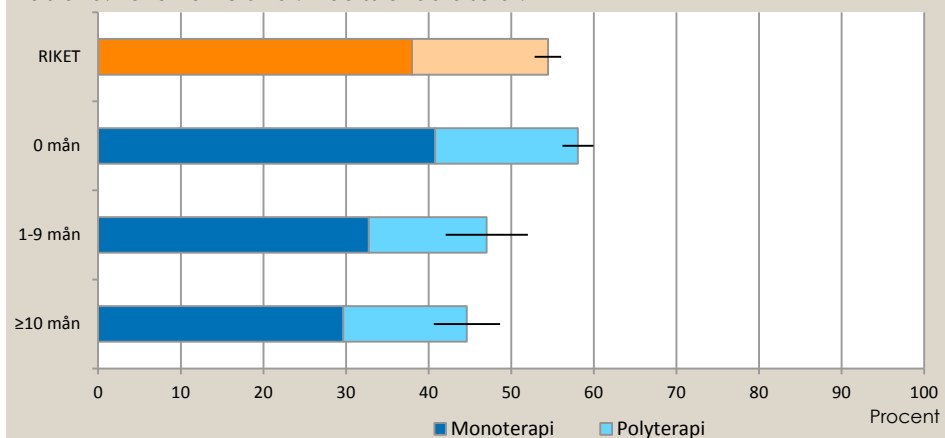
Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A2.8 Behandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade

Andel behandlade med aripiprazol, olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Behandling med klorapin bland nyinsjuknade utan suicidalt beteende (A3)

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda klorapin till personer som är nyinsjuknade i psykosjukdom (prioritet 9). Avgörande för rekommendationen är att risken för allvarliga biverkningar samt viktuppgång är hög, vilket kan leda till metabola sjukdomar. Rekommendationen gäller dock inte vid suicidalt beteende då klorapin är förstahandsval även till nyinsjuknade.

Indikatorns utformning

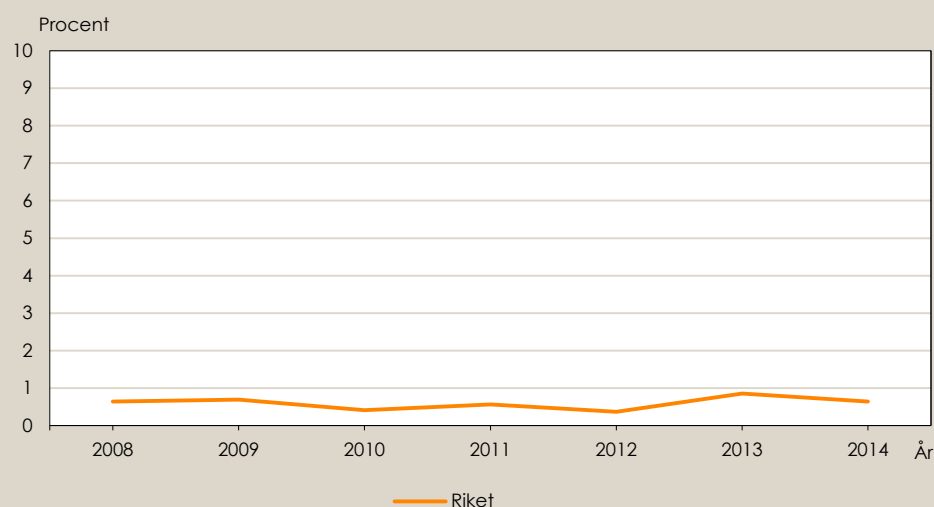
Indikatorn mäter andel nyinsjuknade personer i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som hämtat ut klorzapin på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter specialiserad vård. Som nyinsjuknade definieras här personer som inom 5 år innan vårdtillfället inte vårdats med diagnosen schizofreni, eller schizofreniliknande tillstånd i specialiserad vård. De får heller inte ha vårdats för självmordsförsök (yttre orsak till skada eller förgiftning, ICD10: X60–X84, Y10–Y34) och inte ha hämtat ut något antipsykotiskt läkemedel under en period av 2 år innan vårdtillfället för uppföljning. Låg andel läkemedelsbehandlade eftersträvas.

Utfall och variation

Andelen nyinsjuknade personer med schizofreni som behandlades med klorzapin var under hela perioden 2008–2014 mycket låg med nivåer på mindre än 1 procent. Sammanlagt 15 162 patienter följdes upp under perioden.

Diagram A3. Behandling med Klorzapin bland nyinsjuknade utan suicidalt beteende.

Andel behandlade med klorzapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom (A4)

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda olanzapin eller risperidon till patienter med långvarig schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (prioritet 2). Avgörande för rekommendationen är att läkemedlen bedöms ha god effekt på symtom jämfört med andra antipsykotiska läkemedel. Olanzapin har något bättre effekt än risperidon, men innebär större risk för viktuppgång.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andel personer som långvarigt vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som hämtat ut olanzapin eller risperidon på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter vårdtillfället. Som långvarigt vårdade definieras här personer som utöver vårdtillfället som utgör utgångspunkt för uppföljning, även vårdats för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd någon gång tidigare. Vården ska ha ägt rum minst 3 år tillbaka i tiden, och någon gång under en tidsrymd av ytterligare 2 år tillbaka i tiden ((-731)-(-1825) dagar i förhållande till vårdtillfället för uppföljning). Med monoterapi menas att enbart ett läkemedel hämtats ut under sexmånaders-perioden och med polyterapi avses att fler än ett läkemedel hämtats ut i gruppen N05A (exkl. litium). Hög andel läkemedelsanvändning eftersträvas.

Utfall och variation

Andelen långvarigt sjuka personer med schizofreni som hämtat ut olanzapin eller risperidon förändrades inte nämnvärt under perioden 2008–2014.

Behandling med olanzapin ökade något över tid medan andelen som hämtat ut risperidon minskade i någon mån (diagram A4.1). Samma mönster återfanns för monoterapi (diagram A4.2).

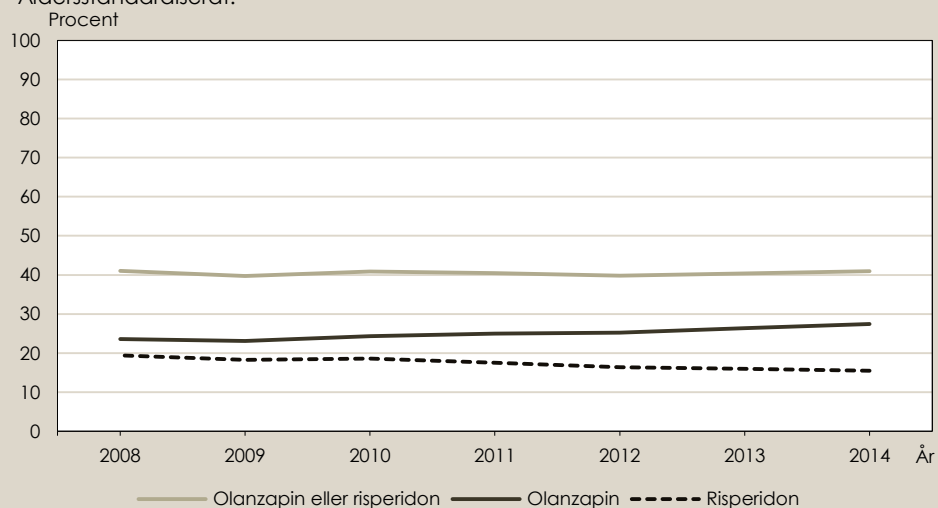
I riket som helhet var användningen av olanzapin eller risperidon 41 procent och variationen mellan landstingen var relativt stor, mellan 28 och 52 procent (diagram A4.3). Signifikant högre andel män (43 procent) än kvinnor (38 procent) hämtade ut något eller några av dessa läkemedel åren 2013–2014, även om mönstret varierade i jämförelser mellan landstingen (diagram A4.4). Liknande mönster återfanns för behandling med monoterapi (diagram A4.5).

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan undersökta grupper, varken efter indelning enligt utbildning, födelseland eller ekonomiskt bistånd. Lågutbildade och födda i övriga Norden hade en något högre andel med fler än ett läkemedel (polyterapi) än övriga (diagram A4.6–8).

I jämförelserna ingick för perioden 2013–2014 drygt 40 000 patienter som enligt ovanstående beskrivning klassificerades som långvarigt sjuka, varav flertalet hade vårdtillfällen båda åren och räknas och följs upp vid två tillfällen.

Diagram A4.1 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

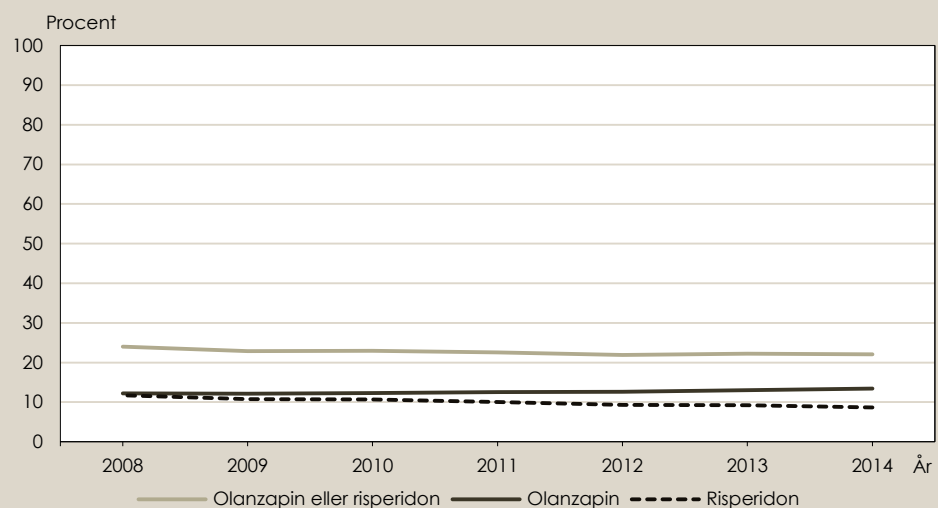
Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre, mono- eller polyterapi. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A4.2 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

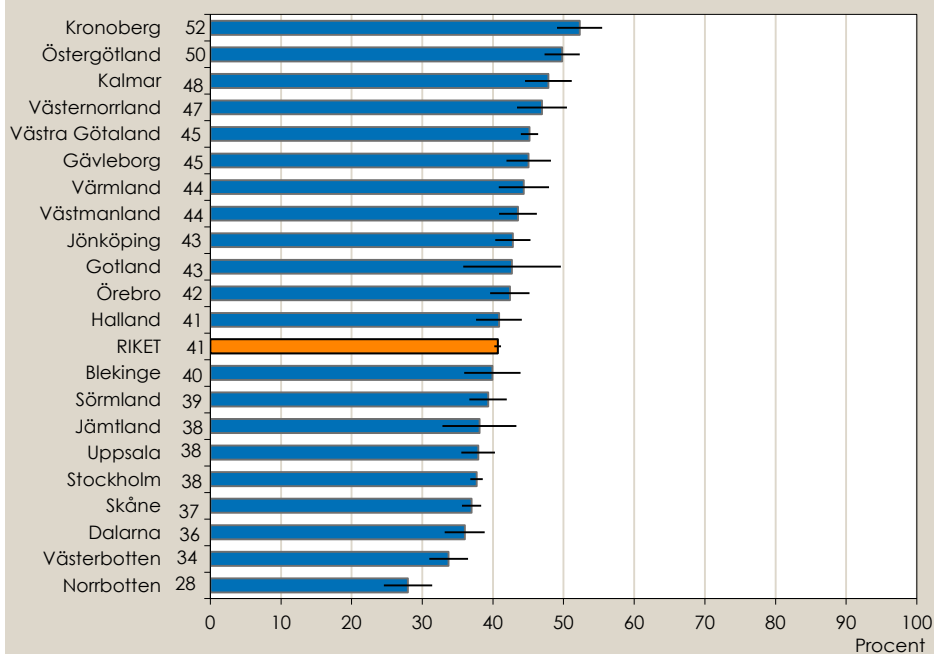
Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre, enbart monoterapi. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A4.3 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

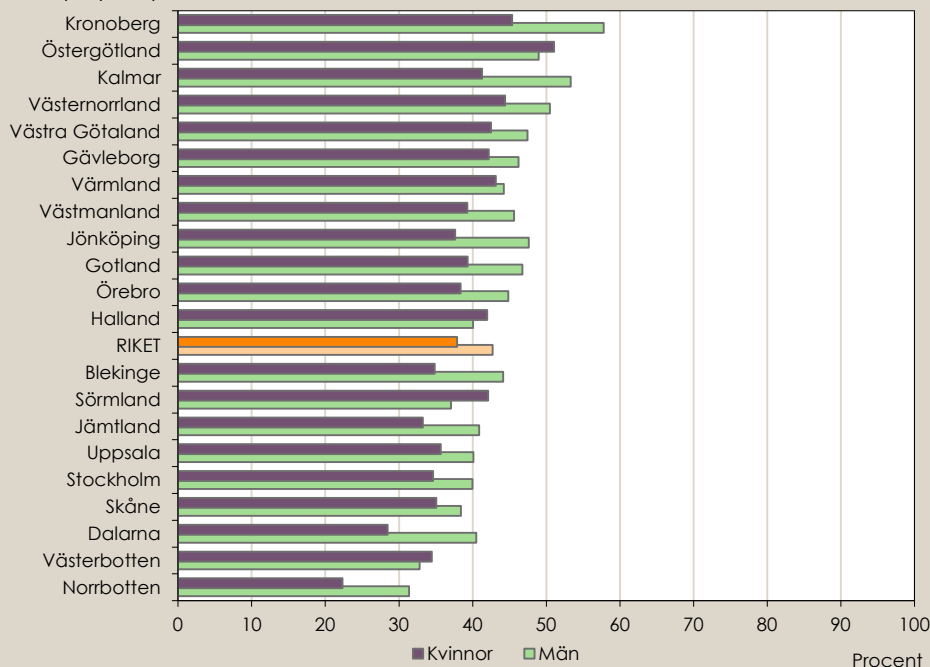
Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre, mono- eller polyterapi. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A4.4 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

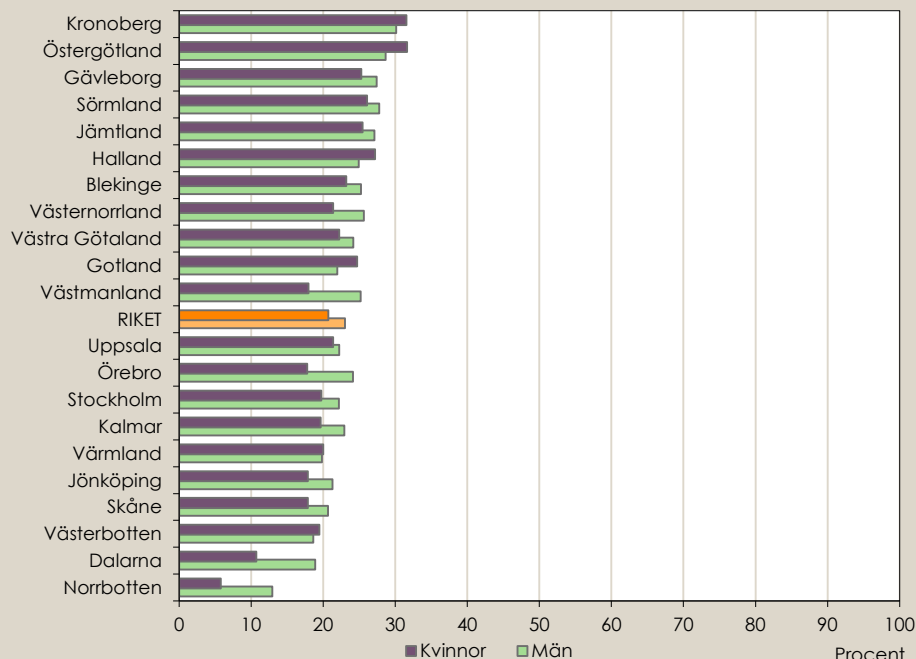
Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland kvinnor respektive män med schizofreni. Patienter 18 år och äldre, mono- eller polyterapi. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A4.5 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

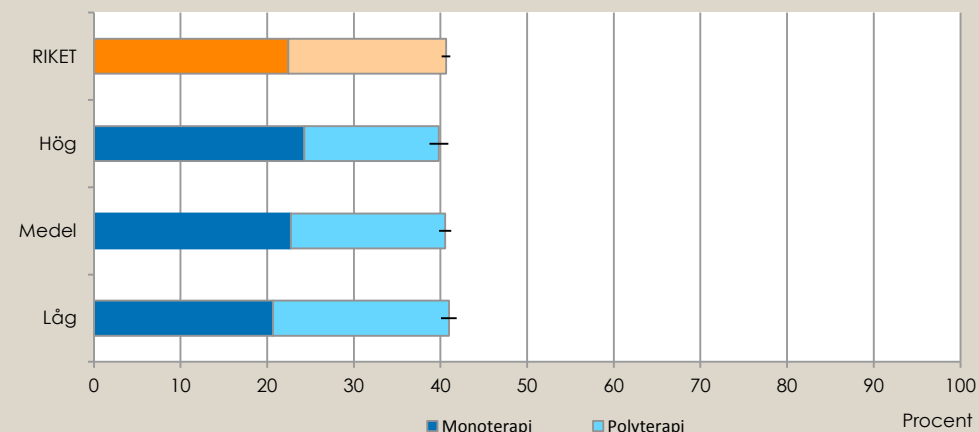
Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland kvinnor respektive män med schizofreni. Patienter 18 år och äldre, enbart monoterapi. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A4.6 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

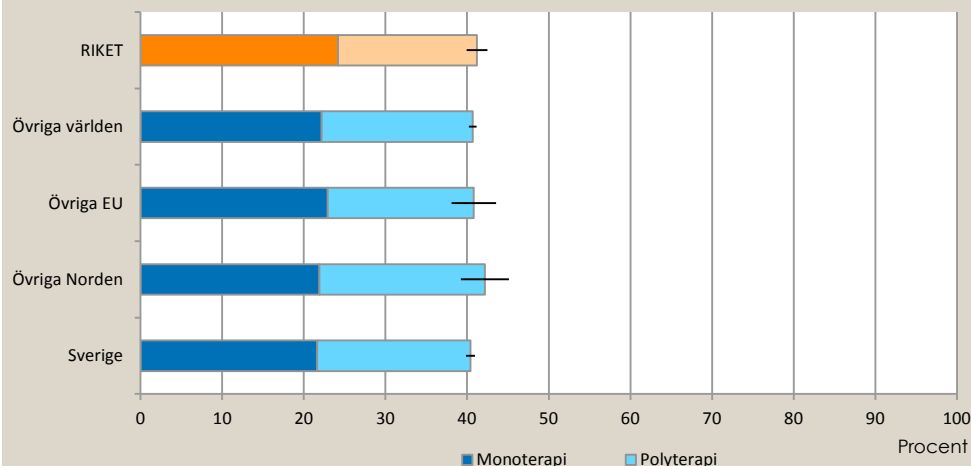
Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB)

Diagram A4.7 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

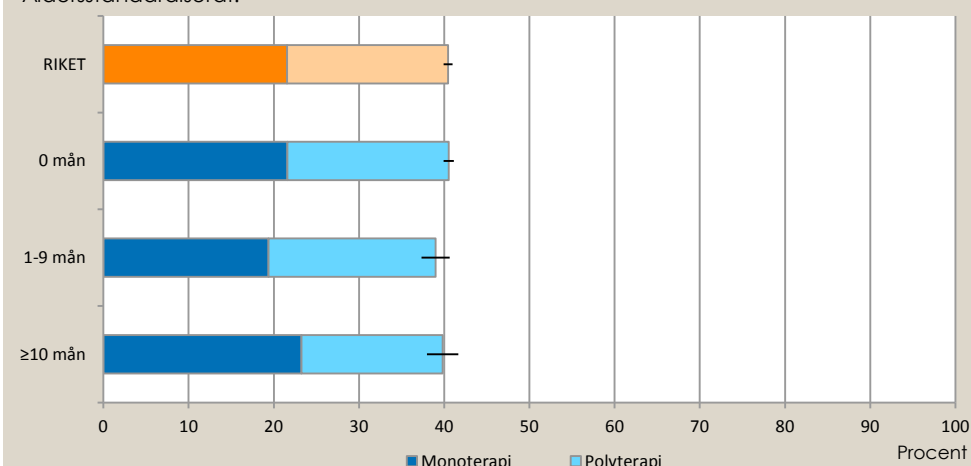
Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A4.8 Behandling med olanzapin eller risperidon vid långvarig sjukdom

Andel behandlade med olanzapin eller risperidon inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom (A5)

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda paliperidon, ziprasidon och zuklopentixol vid långvarig schizofreni (prioritet 8). Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekt och biverkningar av paliperidon är

otillräckligt. Ziprasidon bedöms ha något sämre effekt än andra läkemedel och den dagliga behandlingen är mer komplicerad än för andra antipsykotiska läkemedel. Zuklopentixol ger ofta biverkningar och det saknas underlag för att bedöma effekten av läkemedlet i förhållande till dosering.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andel personer som långvarigt vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som hämtat ut paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter vårdtillfället. Som långvarigt vårdade definieras här personer som utöver vårdtillfället som är utgångspunkten för uppföljning, även vårdats för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd någon gång tidigare. Vården ska ha ägt rum minst 3 år tillbaka i tiden, och någon gång under en tidsrymd av ytterligare 2 år tillbaka i tiden ((-731)–(-1825) dagar i förhållande till vårdtillfället för uppföljning). Låg andel läkemedelsanvändning eftersträvas.

Utfall och variation

Andelen långvarigt sjuka personer med schizofreni som behandlades med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol 6 månader efter specialiserad vård ökade i någon mån mellan åren 2008–2014, både bland kvinnor och bland män. Kvinnorna hade alltså en något högre förekomst (diagram A5.1). Ungefär hälften av behandlingen gavs i annan än peroral form (diagram A5.2).

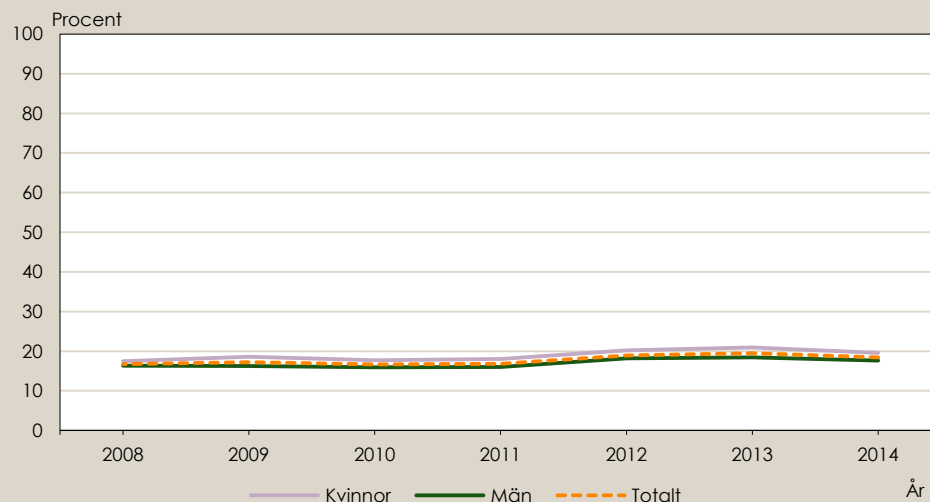
I riket som helhet var det 19 procent som använde något av dessa läkemedel åren 2013–2014 och förekomsten i landstingen varierade från 5–10 procent till 25 procent (diagram A5.3). En något högre användning fanns bland kvinnorna, och storleken på könsskillnaderna varierade mellan landstingen (diagram A5.4).

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan utbildningsgrupper, även om tendensen var att hög- och medelhögt utbildade i lägre utsträckning än lågutbildade använde dessa läkemedel (diagram A5.5). Det fanns heller inga signifikanta skillnader avseende födelseland eller ekonomiskt bistånd (diagram A5.6, A5.7).

I jämförelserna ingick för perioden 2013–2014 drygt 40 000 patienter som enligt ovanstående beskrivning klassificerades som långvarigt sjuka, varav flertalet individer hade vårdtillfällen båda åren och räknas och följs upp två gånger.

Diagram A5.1 Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom

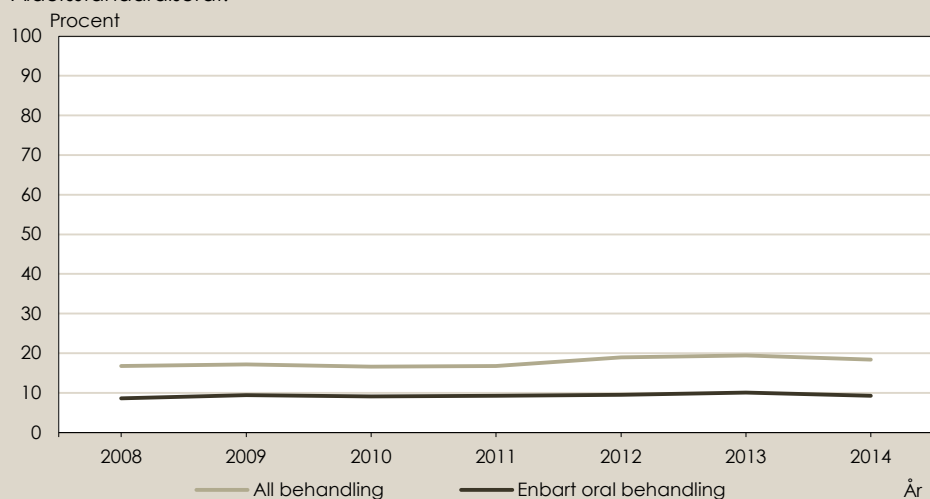
Andel behandlade med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A5.2 Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom

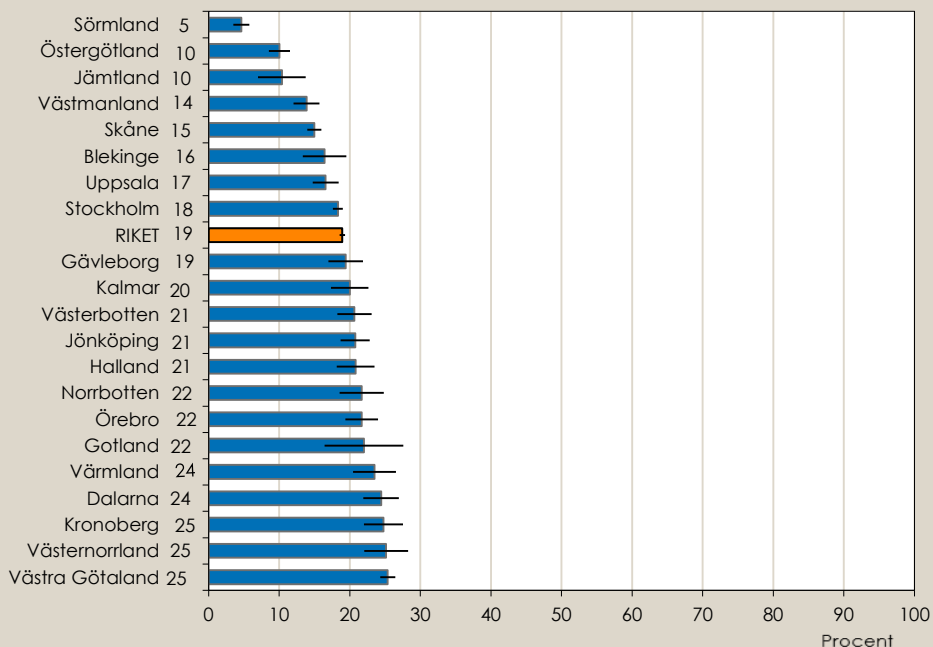
Andel behandlade med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A5.3 Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom

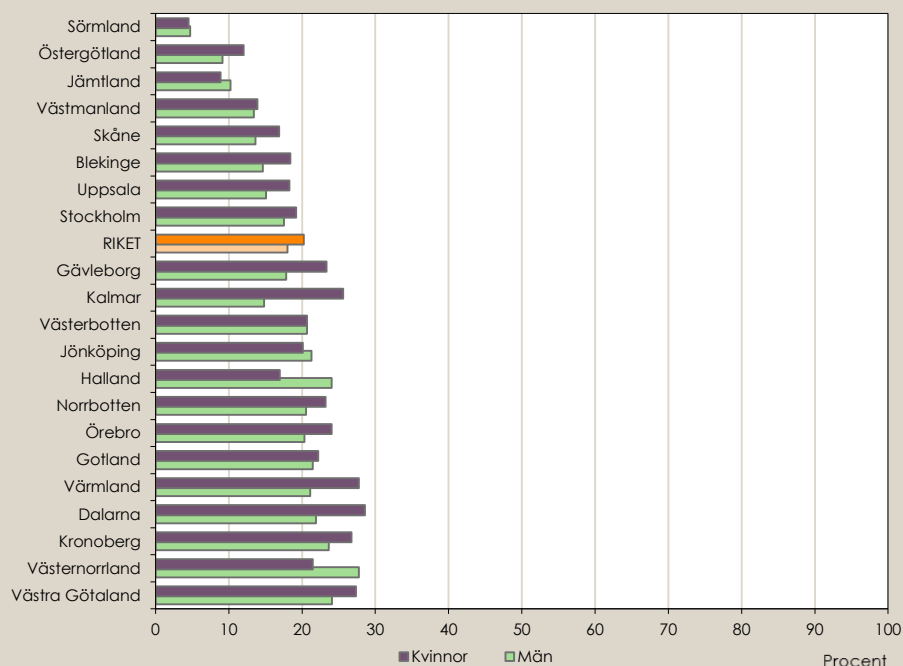
Andel behandlade med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A5.4 Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom

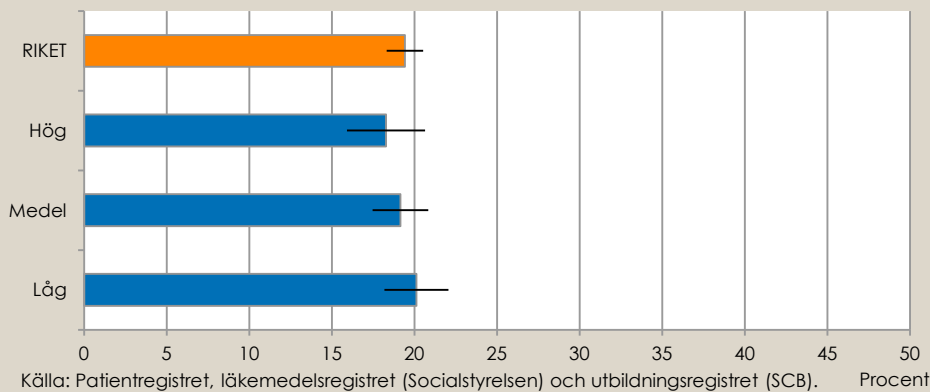
Andel behandlade med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol inom 6 månader efter specialiserad vård bland kvinnor respektive män med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

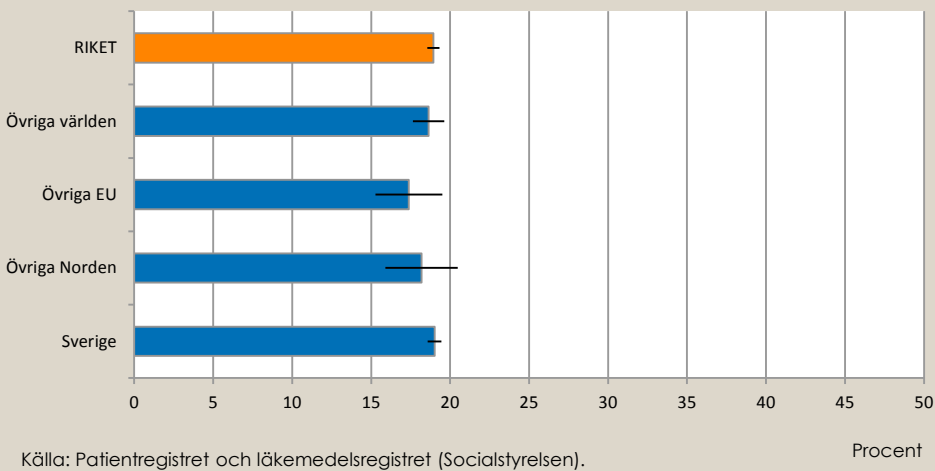
A5.5 Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom

Andel behandlade med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



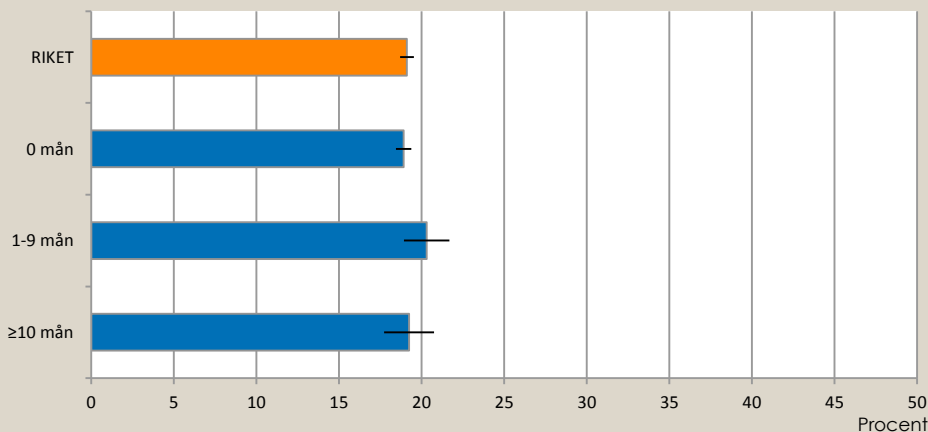
A5.6 Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom

Andel behandlade med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



A5.7 Behandling med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol vid långvarig sjukdom

Andel behandlade med paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Behandling med sertindol vid långvarig sjukdom (A6)

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda sertindol till personer med långvarig sjukdom (prioritet 10). Avgörande för rekommendationen är att det finns andra läkemedel som har bättre effekt samt att behandling med läkemedlet innebär risk för hjärtarytmier och viktuppgång.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andel personer som långvarigt vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som hämtat ut sertindol på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter vårdtillfället. Som långvarigt vårdade definieras här personer som utöver vårdtillfället som är utgångspunkten för uppföljning, även vårdats för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd någon gång tidigare. Vården ska ha ägt rum minst 3 år tillbaka i tiden, och en tidsrymd av ytterligare 2 år tillbaka i tiden kontrolleras ((-731)-(-1825) dagar i förhållande till första mättillfället). Låg andel läkemedelanvändning eftersträvas.

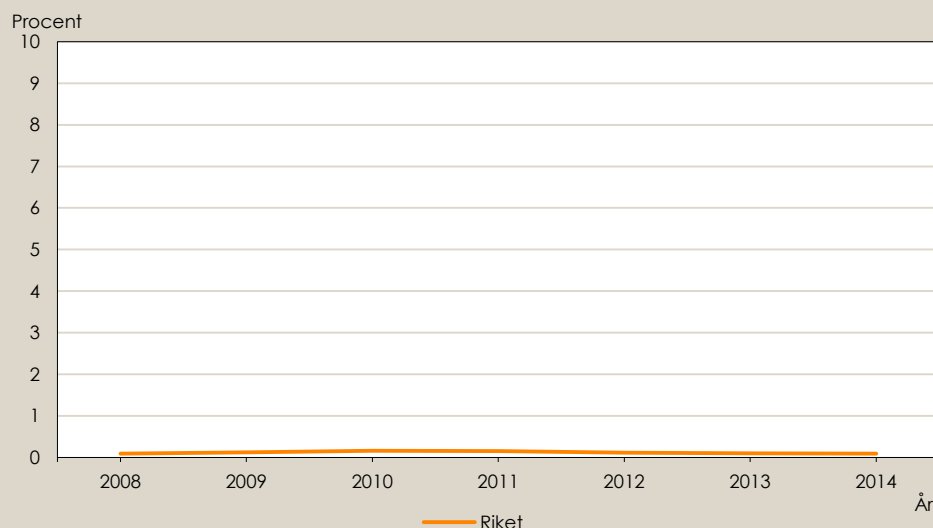
Utfall och variation

Antalet långvarigt sjuka som hämtat ut sertindol var under hela perioden 2008–2014 mycket litet (0,1–0,2 procent), motsvarande 20–30 personer per år (diagram A6).

I jämförelserna ingick för perioden 2008–2014 cirka 127 000 patienter som enligt ovanstående beskrivning klassificerades som långvarigt sjuka. Flera individer hade vårdtillfällen under flera av åren och räknas och följs upp alla år de förekommer.

Diagram A6. Behandling med sertindol vid långvarig sjukdom

Andel behandlade med sertindol inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret (Socialstyrelsen).

Behandling med klorzapin vid svårbehandlade symtom (A7)

Många personer får inte fullgod effekt av antipsykotisk läkemedelsbehandling. Cirka hälften kommer att ha kvar symtom och funktionsnedsättning trots behandling. Vid kvarstående symtom trots adekvat dos och behandlingstid är det angeläget att byta till läkemedel med mer kraftfull effekt på psykotiska symtom. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i första hand erbjuda klorzapin vid otillräcklig effekt av andra antipsykotiska läkemedel. Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad och att läkemedlet har bättre effekt på psykotiska symtom i jämförelse med andra läkemedel (prioritet 1).

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andel personer som vårdats för schizofreni med svårbehandlade symtom och som hämtat ut klorzapin på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter vårdtillfället. Som svårbehandlade definieras personer som året innan vårdtillfället som är utgångspunkten för uppföljning hämtat ut minst 3 olika antipsykotiska läkemedel vid olika tidpunkter. Det sist uthämtade av dessa kan ibland vara samma läkemedel som det som hämtas ut under uppföljningen efter vård för schizofreni. Hög andel läkemedelsanvändning eftersträvas.

Utfall och variation

Andelen svårbehandlade personer med schizofreni som hämtade ut klorzapin ökade något över tid, från 22 procent 2008 till kring 25 procent 2014.

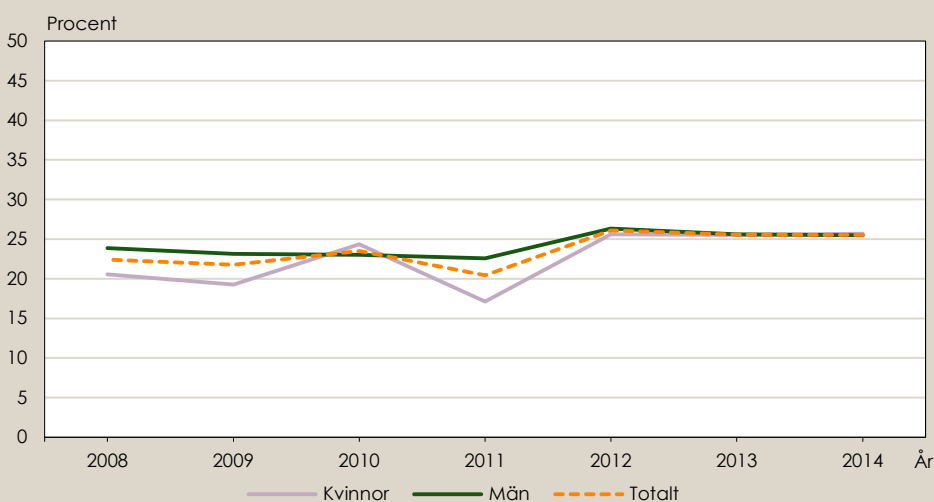
Kvinnor och män behandlades i lika utsträckning under de senare åren (diagram A7.1).

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan utbildningsgrupper, även om tendensen var att lågutbildade i högre utsträckning fick behandling med klorapin (diagram A7.2), och heller inga signifikanta skillnader avseende födelseland (diagram A7.3). Personer med ekonomiskt bistånd fick i mindre utsträckning behandling, både de med kortare och längre biståndstid (figur A7.4).

Cirka 5 300 patienter klassificerades som svårbehandlade hela perioden 2008–2014. Flera individer hade vårdtillfällen under flera av dessa år och räknas och följs upp alla år de förekommer.

Diagram A7.1 Behandling med klorapin vid svårbehandlade symtom

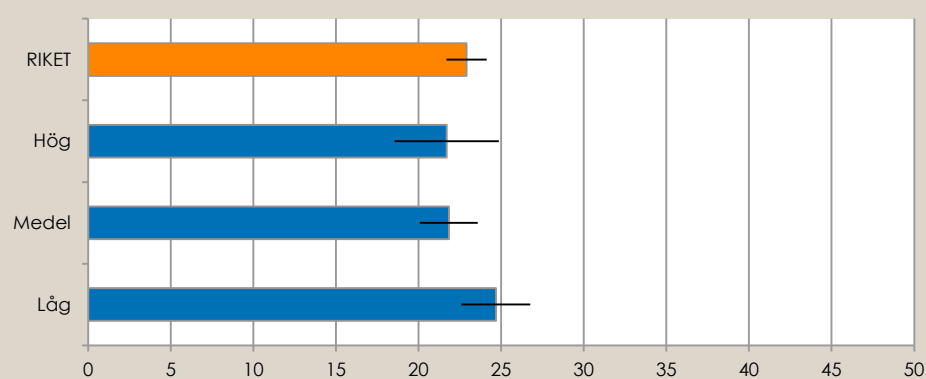
Andel behandlade med klorapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni med svårbehandlade symtom. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A7.2 Behandling med klorapin vid svårbehandlade symtom

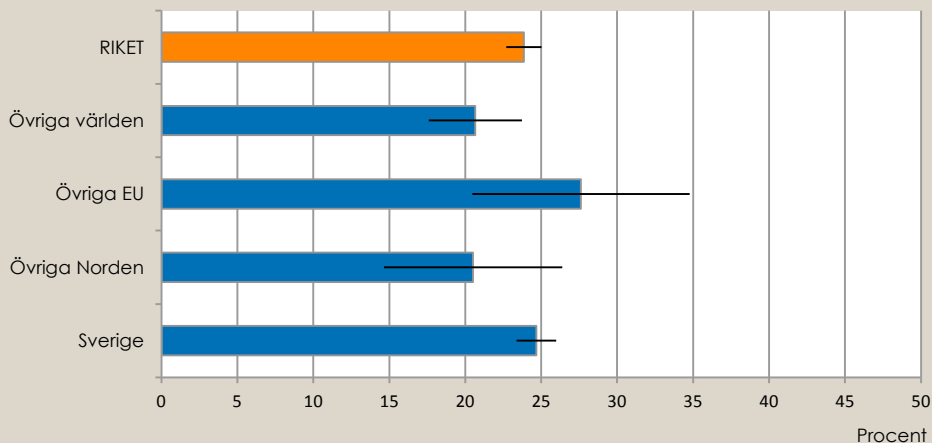
Andel behandlade med klorapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni med svårbehandlade symtom år 2008-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A7.3 Behandling med klorzapin vid svårbehandlade symtom

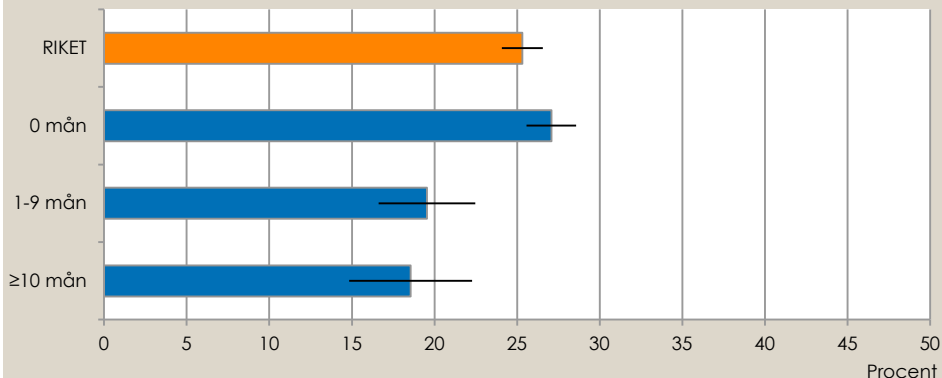
Andel behandlade med klorzapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni med svårbehandlade symtom år 2008-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A7.4 Behandling med klorzapin vid svårbehandlade symtom

Andel behandlade med klorzapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni med svårbehandlade symtom år 2008-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Behandling med klorzapin vid suicidalt beteende (A8)

Självordsrisken är förhöjd vid schizofreni, speciellt bland dem som tidigare försökt begå självmord. Detta gäller både för nyinsjuknade och vid långvarig sjukdom. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda klorzapin vid suicidalt beteende. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att klorzapin har visats minska risken för självmord och självmordsförsök jämfört med andra antipsykotiska läkemedel (prioritet 1).

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andel personer som vårdats för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med suicidalt beteende som hämtat ut klorzapin på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter vårdtillfället. Suicidal beteende definieras som att patienten någon gång under 3 år innan vårdtillfället som är utgångspunkten för uppföljning, vårdats i slutet eller öppen specialiserad vård för självmordsförsök (yttre orsak till skada eller förgiftning ICD10: X60–X84, Y10–Y34). Hög andel läkemedelsanvändning eftersträvas.

Utfall och variation

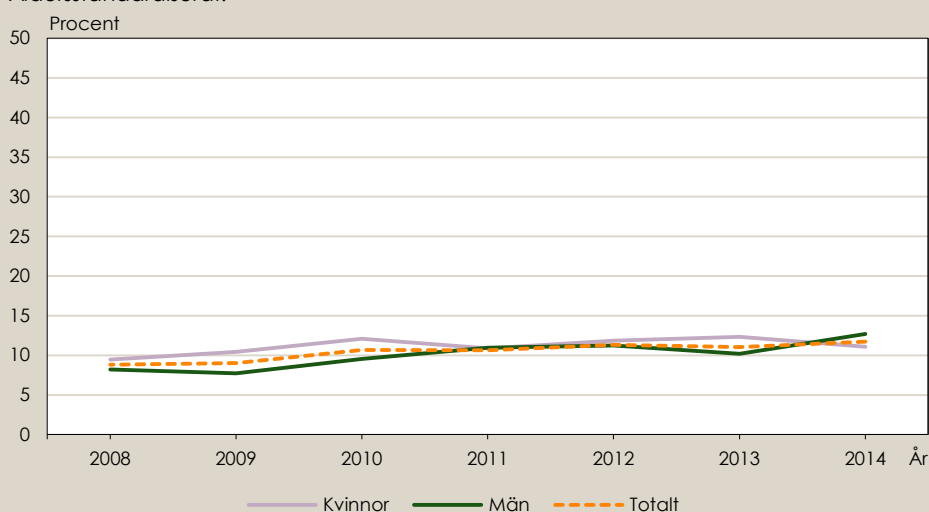
Andelen personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och som även vårdats för självmordsförsök, som hämtade ut klorzapin ökade något över tid, från 9 procent år 2008 till kring 12 procent år 2014. Kvinnor och män läkemedelsbehandlades med klorzapin i stort sett i lika stor utsträckning (diagram A8.1).

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan utbildningsgrupper, även om tendensen var att lågutbildade behandlades i högre utsträckning (diagram A8.2). Övriga jämförelser visar att personer födda i övriga världen i signifikant lägre utsträckning fick klorzapin än födda i hela riket (diagram A8.3). Personer med ekonomiskt bistånd, framför allt de med långvarigt bistånd, behandlades i lägre utsträckning (diagram A8.4).

Drygt 8 000 personer med schizofreni klassificerades med suicidalt beteende under perioden 2008-2014. Flera individer hade vårdtillfällen under mer än ett av åren och räknas och följs upp alla år de förekommer.

Diagram A8.1 Behandling med klorzapin vid suicidalt beteende

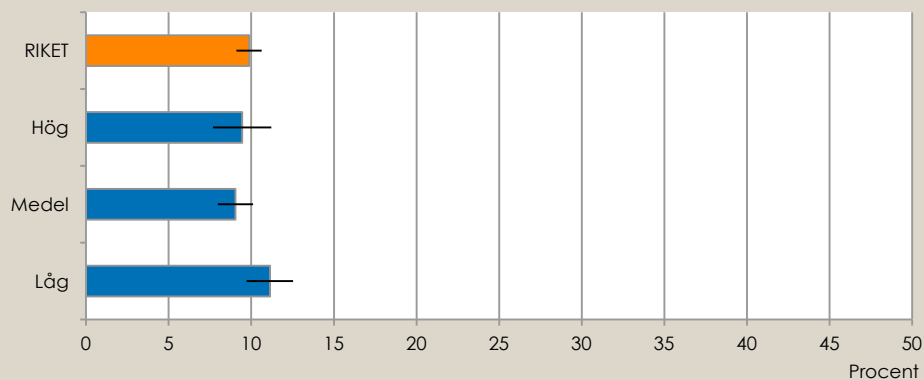
Andel behandlade med klorzapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni och suicidalt beteende. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A8.2 Behandling med klorzapin vid suicidalt beteende

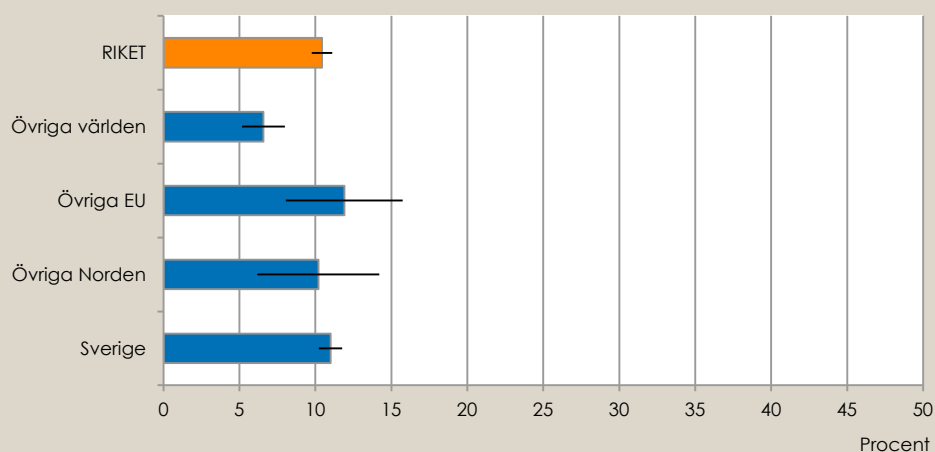
Andel behandlade med klorzapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni och suicidalt beteende år 2008-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB).

Diagram A8.3 Behandling med klorzapin vid suicidalt beteende

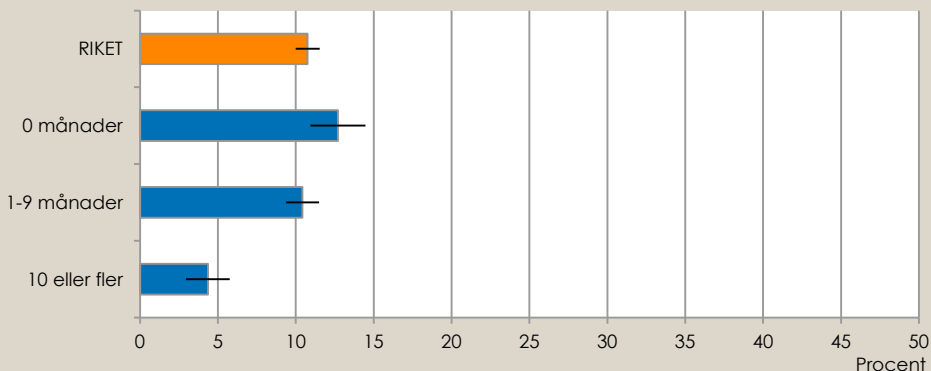
Andel behandlade med klorzapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni och suicidalt beteende år 2008-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram A8.4 Behandling med klozapin vid suicidal beteende

Andel behandlade med klozapin inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni och suicidal beteende år 2008-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18 -64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Behandling med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika (A9)

Samtidigt missbruk av alkohol och narkotika innebär högre risk för att personer med schizofreni avbryter behandling och återinsjuknar i akuta symtom. Missbruk innebär också mer utsatthet för kroppslig sjukdom, hemlöshet och socialt utanförskap. Risken för tidig död är också särskilt hög [12]. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med risperidon i depåform till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd vid samtidigt missbruk (prioritet 2). Avgörande för rekommendationen är att tillståndet bedöms som särskilt allvarligt och att depåbehandling med risperidon i injektionsform har visats innebära bättre följsamhet än behandling med samma läkemedel i peroral form. Behandlingen har effekt på psykotiska symtom och även viss effekt på symtom av missbruket.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som hämtat ut risperidon i depåform bland de som vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och som även vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos (ICD10: F10-16, F18, F19) vid vårdtillfälle för schizofreni eller inom 365 dagar innan. Hög andel läkemedelsanvändning eftersträvas.

Utfall och variation

Andel behandlade med risperidon i depåform bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som även hade en alkohol- eller narkotikadiagnos låg åren 2008–2014 alltså på en låg nivå och minskade även över tid från cirka 7 procent 2008 till 4 procent 2014 (diagram A9.1). Förekomsten är förmodligen underskattad, då en väsentlig andel av depåläkemedlen

ges direkt på vårdinrättningar och inte registreras i läkemedelsregistret (tabell 4).

Låg- och framför allt medelhögt utbildade fick i högre utsträckning än högt utbildade behandling med risperidon i depåform (diagram A9.2) och det fanns en tendens till att födda i övriga EU i lägre utsträckning fick behandlingen (diagram A9.3).

I jämförelserna ingick för perioden 2008–2014, 15 538 patienter som hade diagnos med missbruk eller beroende. Många personer hade vårdtillfällen under flera av åren och räknas och följs upp alla år de förekommer.

Diagram A9.1 Behandling med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk

Andel behandlade med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk bland personer med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.

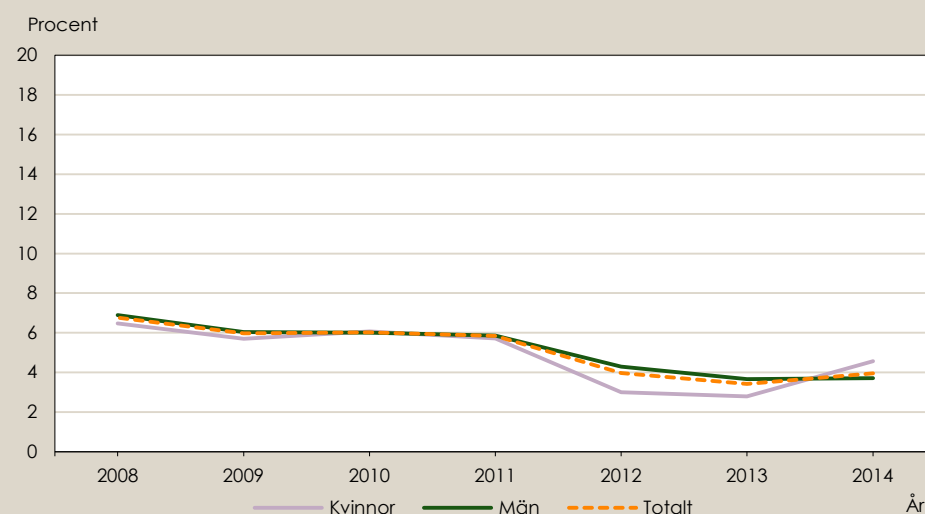


Diagram A9.2 Behandling med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk

Andel behandlade med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk bland patienter med schizofreni år 2008–2014, efter utbildning. Patienter 30–89 år. Åldersstandardiserat.

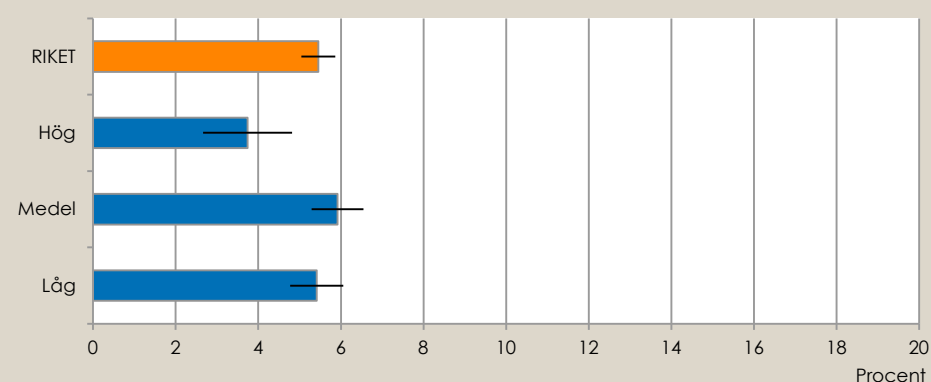
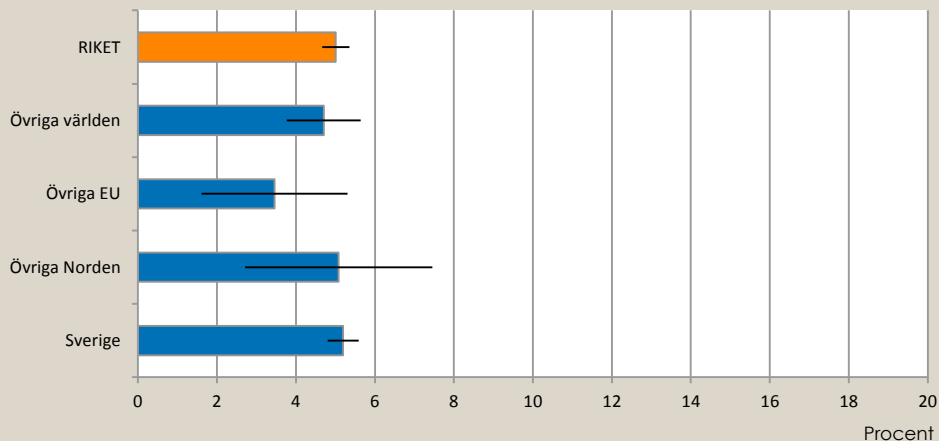


Diagram A9.3 Behandling med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk

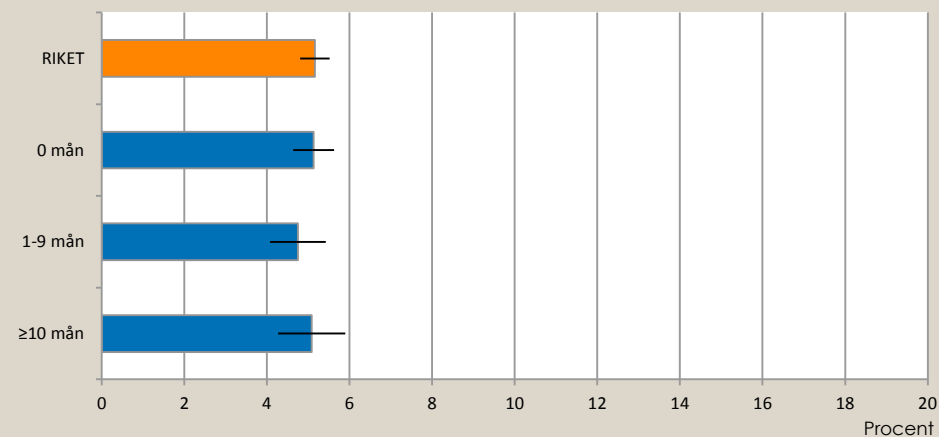
Andel behandlade med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk bland patienter med schizofreni år 2008-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB).

Diagram A9.4 Behandling med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk

Andel behandlade med risperidon i depåform vid samtidigt missbruk bland patienter med schizofreni år 2008-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Indikatorer som mäter viktiga resultat inom riktlinjens område

Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel (B1)

Extrapyramidala biverkningar är vanliga vid behandling med antipsykotiska läkemedel och yttrar sig i en känsla av krypningar i benen, skakningar, muskelstelhet och långsam stel gång. Biverkningarna är dosberoende och upphör ofta då det antipsykotiska läkemedlet sätts ut. Patienter som behandlats under lång tid löper risk att få långsiktiga motoriska biverkningar, så kallad tardiv dyskinesi. Dessa oönskade effekter yttrar sig som ofrivilliga rörelser i käkpartiet eller den övre kroppshalvan och förorsakar ofta svårigheter att äta. Tardiv dyskinesi kan finnas kvar långt efter att läkemedlet har satts ut [1].

Med de läkemedel och behandlingsstrategier som finns inom modern antipsykosbehandling ska patienten inte behöva acceptera extrapyramidala biverkningar som en del av behandlingen. Att sänka dosen eller byta läkemedel kan minska dessa biverkningar men det förekommer också behandling med tillägg av så kallade antikolinerga läkemedel som biperiden och trihexyfenidyl. Denna strategi tillhör dock inte modern behandling då antikolinerga läkemedel medför risker för biverkningar såsom minnessvårigheter.

Som en indikator på extrapyramidala biverkningar av antipsykotisk läkemedelsbehandling följs här förekomsten av samtidiga uttag av antikolinerga och antipsykotiska läkemedel bland de som behandlas med antipsykotiska läkemedel.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som hämtat ut både antikolinerga läkemedel (trihexyfenidyl ATC: N04AA01 och biperiden, ATC: N04AA02) och antipsykotiska läkemedel på recept under 6 månader efter vård bland de som hade något antipsykotiskt läkemedel 6 månader efter vård. Låg andel eftersträvas.

Utfall och variation

Andel patienter som behandlats med både antipsykotiska och antikolinerga läkemedel minskade något över tid, från 22 till 18 procent mellan åren 2008–2014. Männen låg alltså ett par procentenheter högre än kvinnorna (diagram B1.1). I riket som helhet hade cirka 18 procent samtidiga uttag av antipsykotiska och antikolinerga läkemedel åren 2013–2014. Mellan lands-

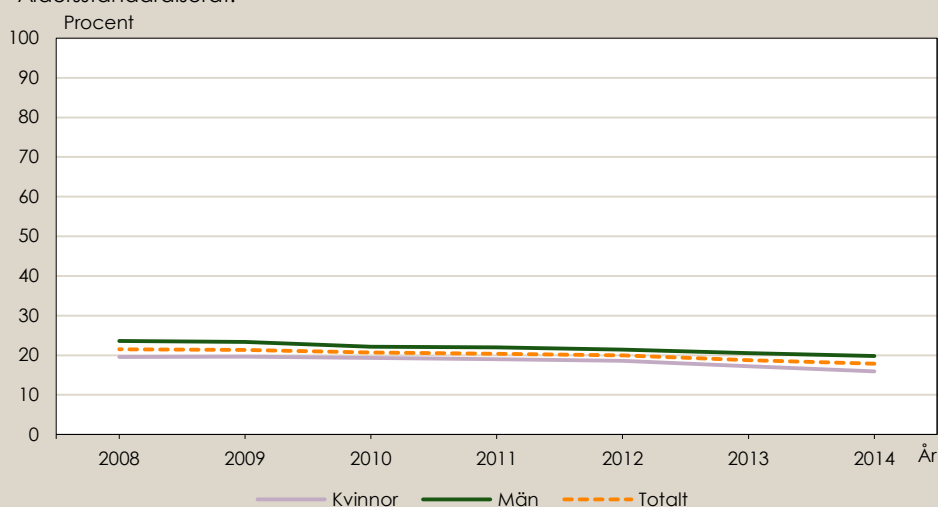
tingen med högst och lägst förekomst skiljde 14 procentenheter (diagram B1.2). Samtliga landsting uppvisade en minskad förekomst över tid, även om minskningen var olika stor, i jämförelser mellan perioderna 2008–2010 och 2013–2014 (ej i figur). En signifikant högre andel män än kvinnor behandlades med antikolinerga läkemedel i riket, vilket också var fallet i de allra flesta landsting (diagram B1.3).

Det fanns markanta skillnader mellan utbildningsgrupper. Lägre utbildning innebar signifikant högre förekomst av läkemedel mot extrapyramidala biverkningar. Lågutbildade hade nästan fördubblad förekomst i förhållande till högutbildade (diagram B1.4). Födda i övriga EU hade signifikant lägre förekomst än födda i Sverige och övriga Norden (diagram B1.5), liksom att patienter som saknade ekonomiskt bistånd hade signifikant lägre förekomst än de med bistånd 1–9 månader (diagram B1.6).

I jämförelserna ingick 49 137 patienter som hade hämtat ut något antipsykotiskt läkemedel efter vård för perioden 2013–2014. Många personer hade vårdtillfällen båda åren och räknas och följs upp vid två tillfällen.

Diagram B1.1 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel

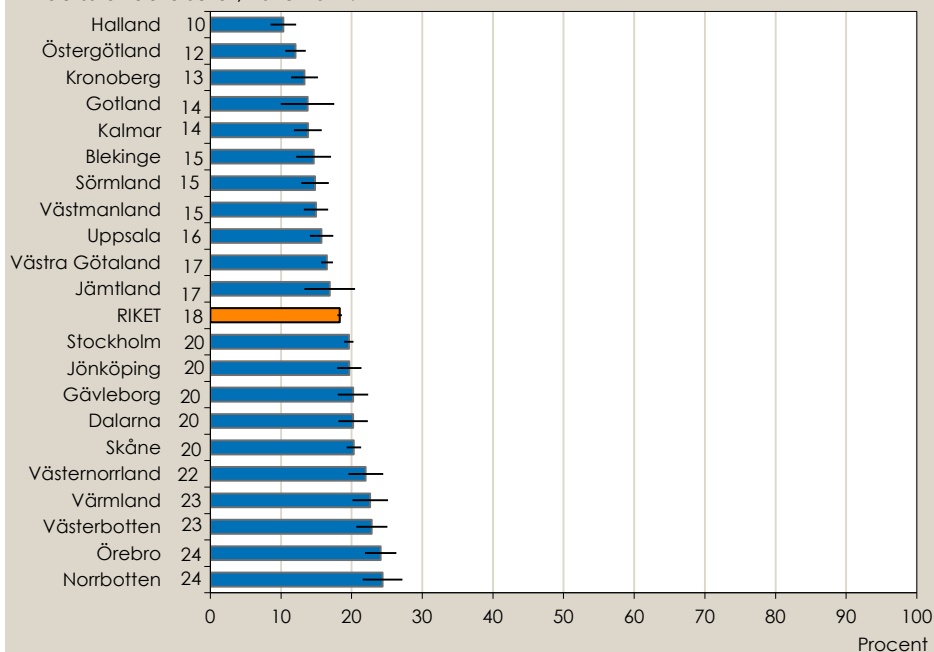
Andel som hämtat ut både antikolinerga och antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram B1.2 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel

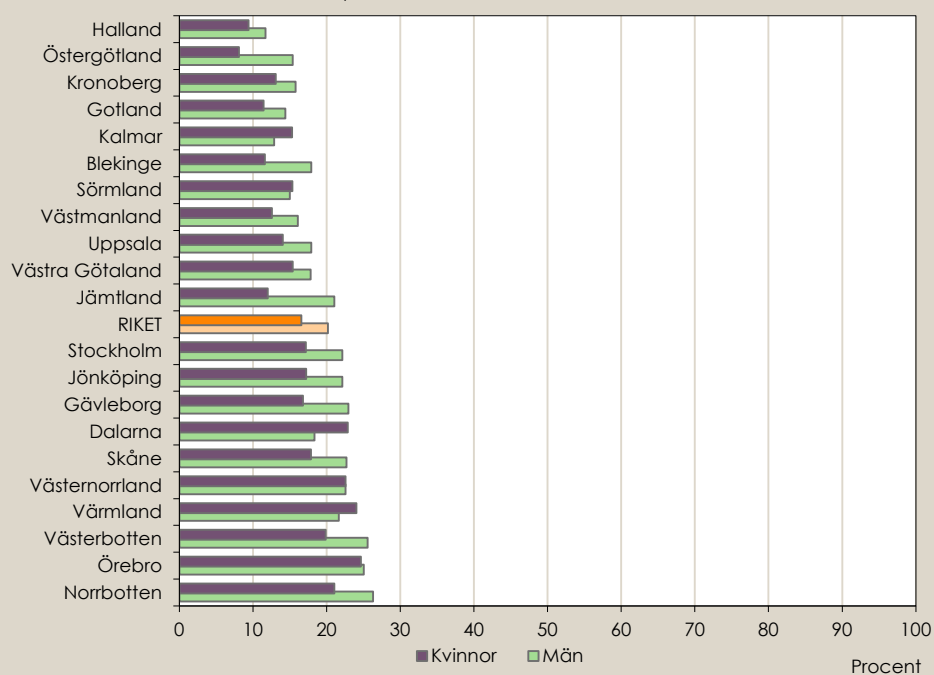
Andel som hämtat ut både antikolinerga och antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram B1.3 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel

Andel som hämtat ut både antikolinerga och antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland kvinnor respektive män med schizofreni. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Diagram B1.4 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel

Andel som hämtat ut både antikolinerga och antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.

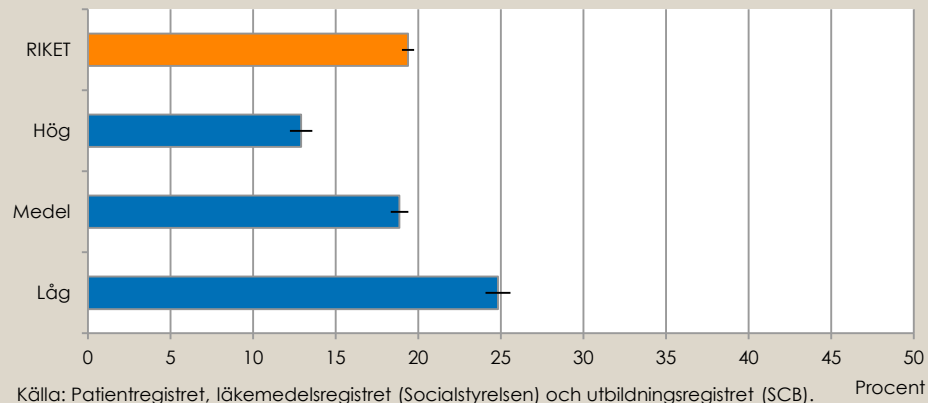


Diagram B1.5 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel

Andel som hämtat ut både antikolinerga och antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.

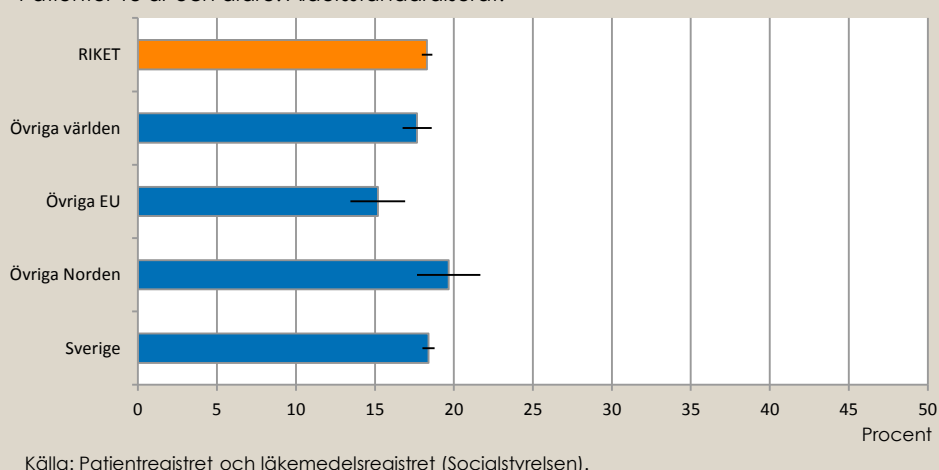
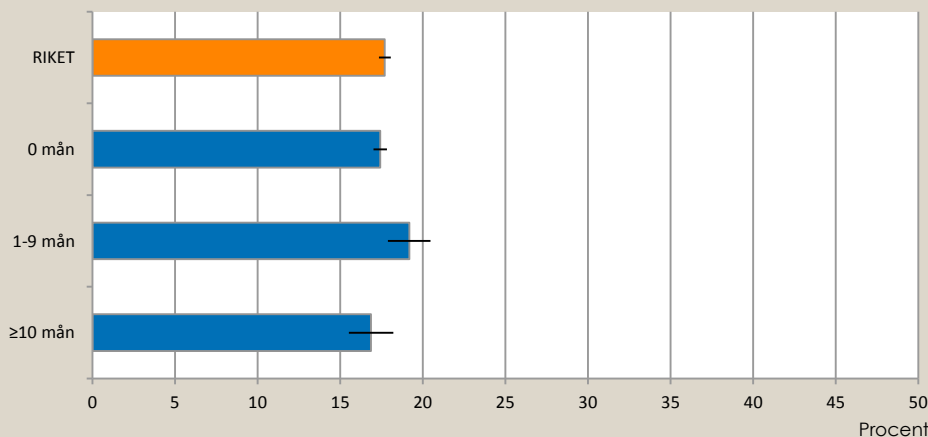


Diagram B1.6 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel

Andel som hämtat ut både antikolinerga och antipsykotiska läkemedel inom 6 månader efter specialiserad vård bland patienter med schizofreni år 2013-2014, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Dödlighet bland patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (B2)

Personer med schizofrenisjukdom har stora funktionsnedsättningar och kortare medellivslängd jämfört med den övriga befolkningen. Männen har i studier visats ha cirka 15 år kortare livslängd och kvinnorna 12 år [13]. Risken för självmord är också kraftigt förhöjd visar studier från många länder.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar överdödligheten oavsett orsak bland patienter med schizofreni jämfört med befolkningen åren 2009–2015. Jämförelser av dödligheten i självmord redovisas för åren 2009–2014. Värdet ”1” i diagram B2.1–B2.4 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Det lodräta streck som visar värdet för riket representerar överrisken för schizofrenipatienter i hela riket som kan jämföras med överriskerna i respektive landsting.

För varje kalenderår registrerades antal döda under året i en prevalent population schizofrenipatienter. Populationen med schizofreni definierades som vårdade i öppen specialiserad eller sluten vård någon under en femårsperiod innan uppföljning av dödsfallen. Dödligheten i befolkningen beräknades för respektive kalenderår 2009–2014 i riket och i landstingen.

Jämförelser gjordes också inom gruppen schizofrenipatienter av totaldödlighet och dödlighet i självmord efter utbildningsnivå, födelseland och ekonomiskt bistånd.

Utfall och variation

I riket som helhet var dödligheten bland schizofrenipatienter närmare 2,5 gånger högre än i befolkningen. I samtliga landsting hade schizofrenipatienterna högre dödlighet än befolkningen i övrigt, men överriskerna varierade mellan landstingen från att vara drygt fördubblade till att vara närmare tre gånger så höga (diagram B2.1). Männen hade något högre överdödlighet än kvinnorna. I riket som helhet var överriskerna 2,55 för männen och 2,28 för kvinnorna. Bland männen fanns en större skillnad mellan landstingen när det gäller schizofrenipatienternas överdödlighet (diagram B2.2 och B2.3).

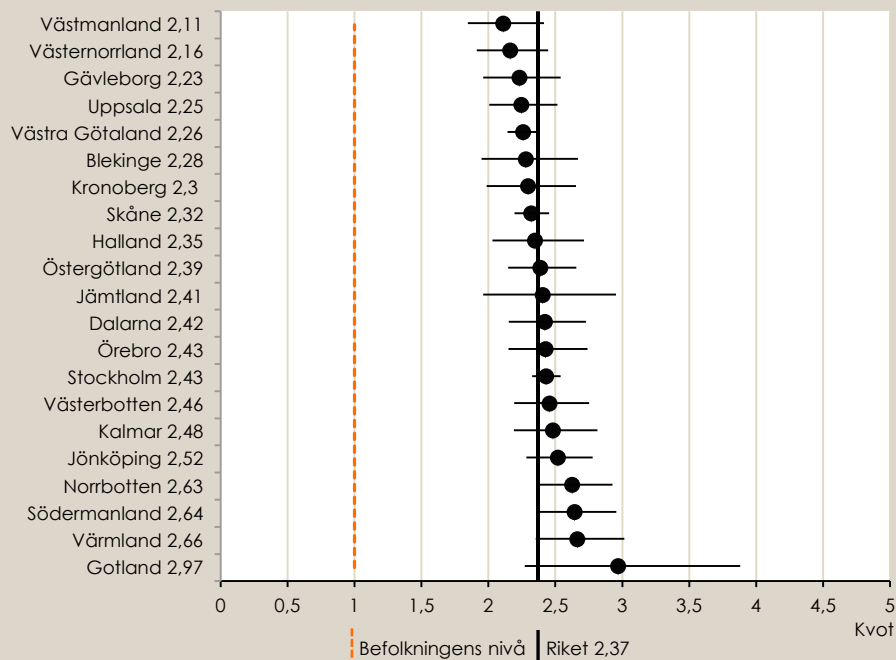
Överdödligheten i självmord var betydligt mer markant, i riket som helhet drygt 10 gånger högre bland patienter med schizofreni jämfört med totalbefolkningen. Överdödligheten i respektive landsting varierade från 6 gånger högre dödlighet till 15 gånger högre (diagram B2.4).

Andelen döda under 365 dagar efter vård varierade starkt med utbildningsnivå, och skillnaderna var signifikanta. Bland lågutbildade schizofrenipatienter fanns den högsta andelen avlidna och bland högutbildade den lägsta andelen (diagram B2.5). Födda i länder utanför EU hade den allra lägsta dödligheten, signifikant lägre än övriga grupper (diagram B2.6). Patienter med ekonomiskt bistånd 1-9 månader hade högre dödlighet än övriga (diagram B2.7).

När det gäller andel självmord 365 dagar efter vård hade högutbildade schizofrenipatienter högsta förekomsten, i motsats till det mönster som fanns för totaldödlighet (diagram B2.8). Patienter med ekonomiskt bistånd 10 eller fler månader, men även de med färre månader, hade högre dödlighet i självmord än de som saknade bistånd (diagram B2.10). Varken skillnader med avseende på utbildning eller ekonomiskt bistånd var signifikanta när det gäller dödlighet med orsaken självmord.

Diagram B2.1 Överdödlighet vid schizofreni

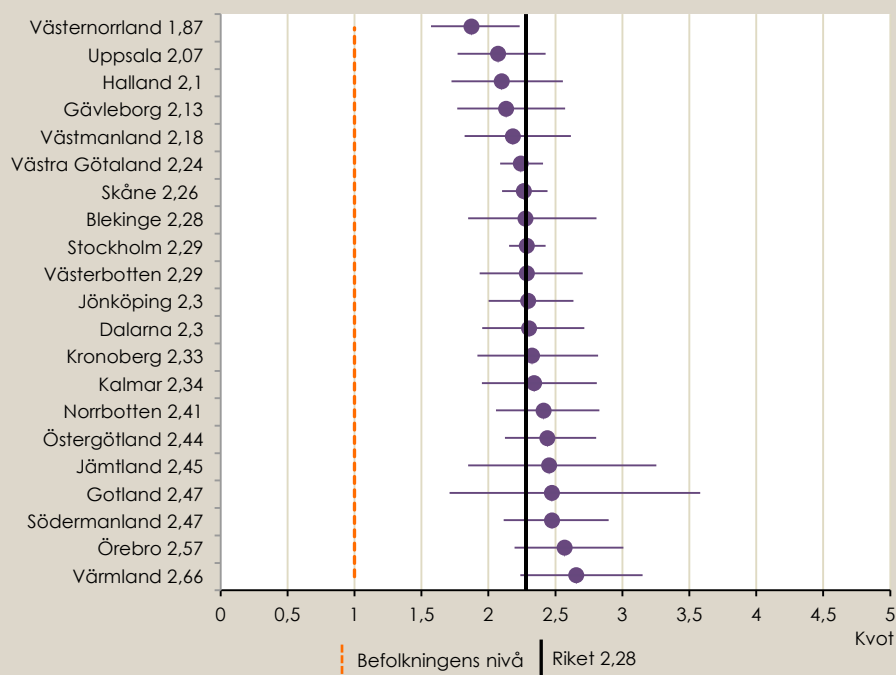
Överdödlighet för patienter med schizofreni jämfört med befolkningen, 2009-2015. Värde 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser män och kvinnor sammantaget. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen).

Diagram B2.2 Överdödlighet vid schizofreni - Kvinnor

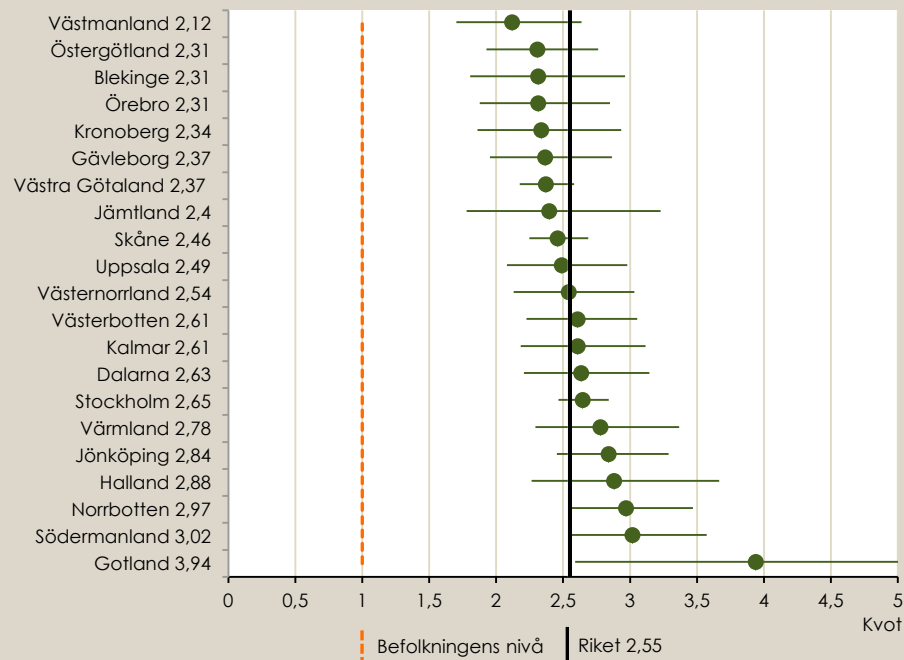
Överdödlighet för kvinnor med schizofreni jämfört med kvinnor i befolkningen, 2009-2015. Värde 1 motsvarar den kvinnliga befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen).

Diagram B2.3 Överdödlighet vid schizofreni - Män

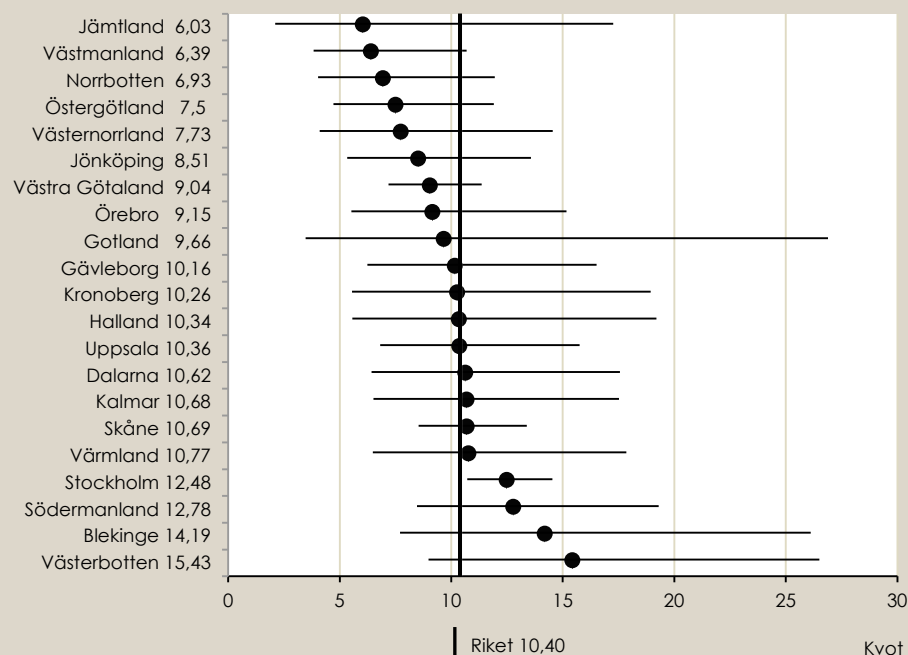
Överdödlighet för män med schizofreni jämfört med män i befolkningen, 2009-2015. Värdet 1 motsvarar den manliga befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen).

Diagram B2.4 Överdödlighet i självmord vid schizofreni

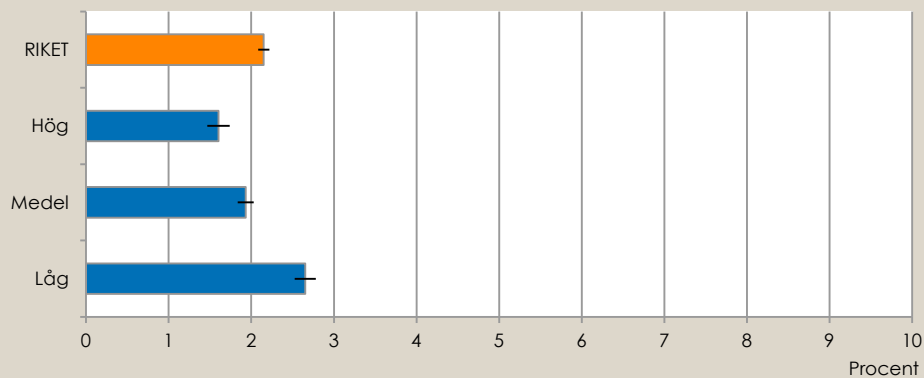
Överdödlighet i självmord för patienter med schizofreni jämfört med befolkningen, 2009-2014. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser kvinnor och män sammantaget. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)

Diagram B2.5 Totaldödlighet 365 dagar efter vård vid schizofreni

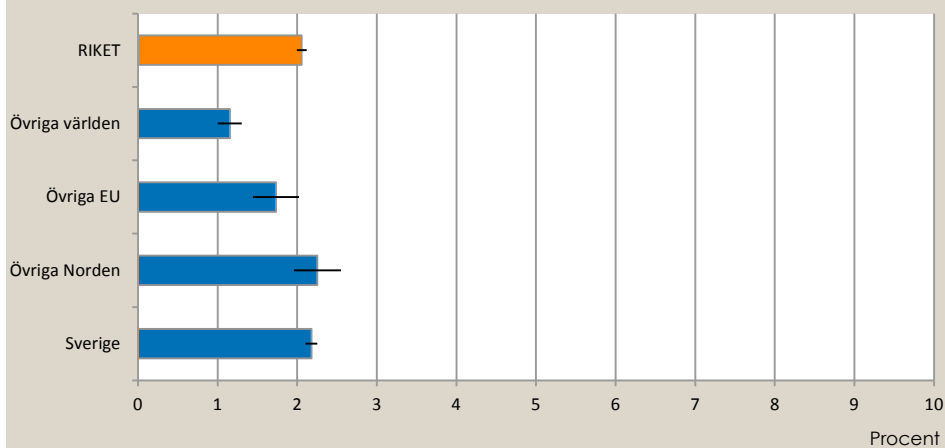
Andel patienter med schizofreni som avlidit inom 365 dagar efter sjukhusvård år 2008-2014, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB).

Diagram B2.6 Totaldödlighet 365 dagar efter vård vid schizofreni

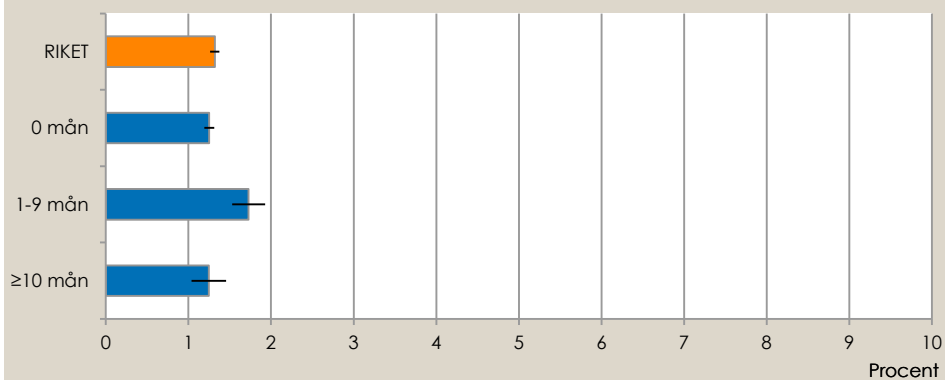
Andel patienter med schizofreni som avlidit inom 365 dagar efter sjukhusvård år 2008-2014, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen).

Diagram B2.7 Totaldödlighet 365 dagar efter vård vid schizofreni

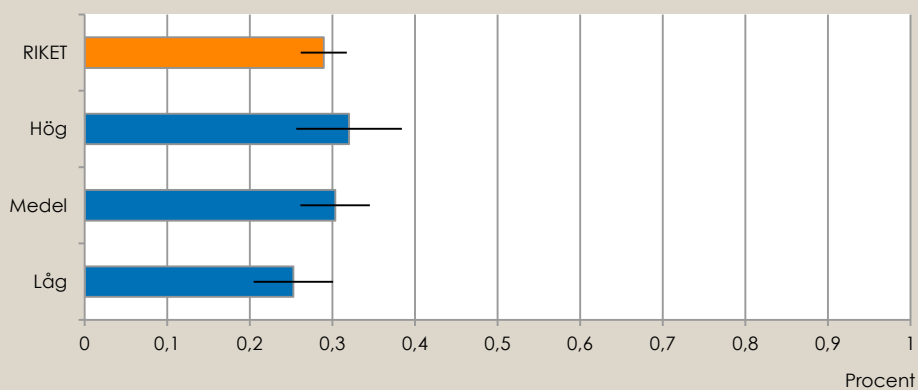
Andel patienter med schizofreni som avlidit till inom 365 dagar efter sjukhusvård år 2008-2013, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Diagram B2.8 Dödlighet i självmord 365 dagar efter vård vid

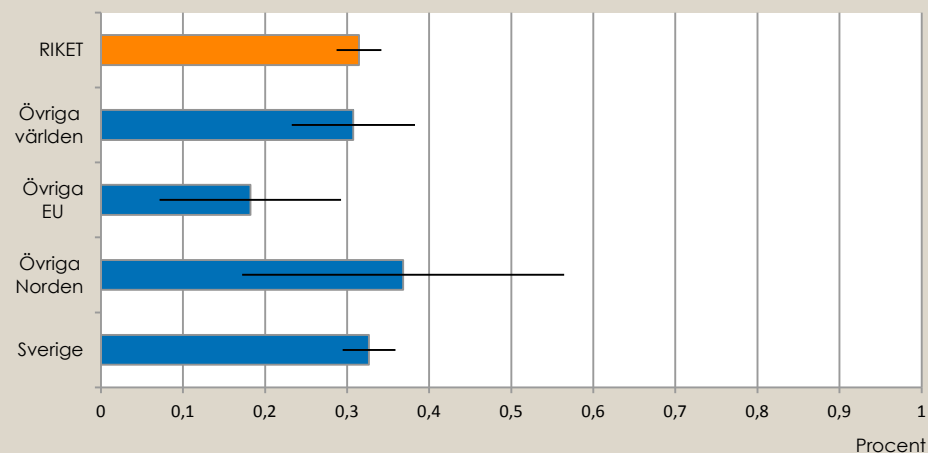
Andel patienter med schizofreni som avlidit inom 365 dagar efter sjukhusvård till följd av självmord 2008-2013, efter utbildning. Patienter 30-89 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB).

Diagram B2.9 Dödlighet i självmord 365 dagar efter vård vid

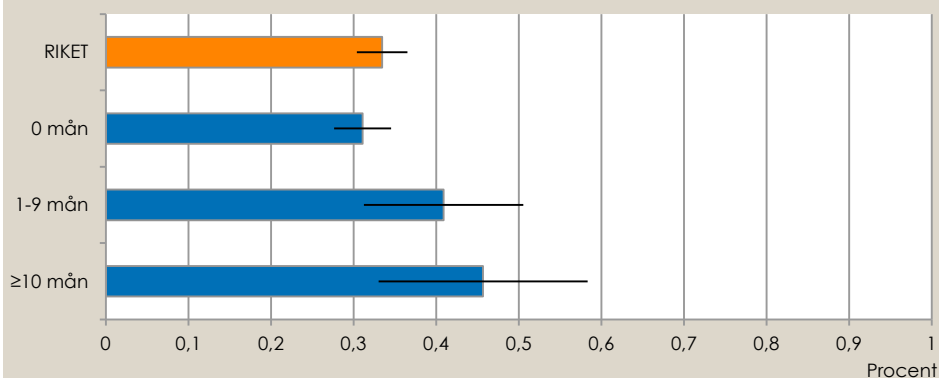
Andel patienter med schizofreni som avlidit inom 365 dagar efter sjukhusvård till följd av självmord 2008-2013, efter födelseland. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)

Diagram B2.10 Dödlighet i självmord 365 dagar efter vård vid

Andel patienter med schizofreni som avlidit inom 365 dagar efter sjukhusvård till följd av självmord 2008-2013, efter ekonomiskt bistånd. Patienter 18-64 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret och registret över ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen).

Indikatorer som mäter vårdåtgärder och resultat vid schizofreni och samsjuklighet med hjärtinfarkt

Reperfusionsbehandling vid ST- höjningsinfarkt (C1)

Studier har visat att bland de som insjuknar i hjärtinfarkt har personer med diagnosen schizofreni sämre tillgång till medicinsk vård och läkemedel, och även sämre chanser att överleva [5].

En ST-höjningsinfarkt är ett akut tillstånd som kräver omedelbar reperfusionsbehandling och i första hand rekommenderas en så kallad ballongvidgning, PCI (perkutan koronar intervention). Om PCI-behandling inte finns tillgänglig inom rimlig tid kan en propplösande behandling med trombolysläkemedel ges istället. En av de viktigaste faktorerna för behandlingens resultat är tid mellan symtomdebut och insatt behandling. Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt är oavsett val av metod högt prioriterad i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård [14].

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen som fått reperfusionsbehandling med PCI eller trombolys vid ST-höjningsinfarkt bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd samt bland övriga hjärtinfarktpatienter. Som kvalitetsmål har satts 90 minuter från första EKG till start av primär PCI, och motsvarande 30 minuter för trombolys. Hög andel behandlingar eftersträvas.

Utfall och variation

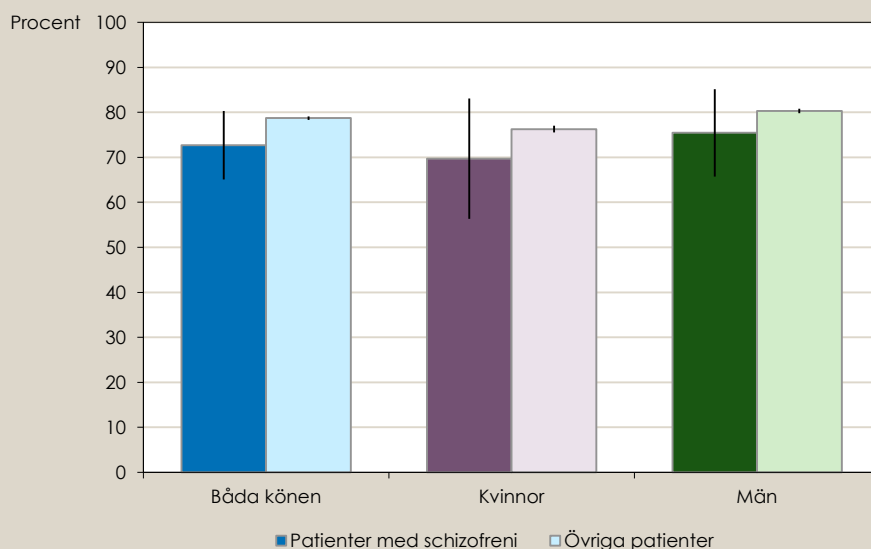
En lägre andel bland schizofrenipatienter med ST-höjningsinfarkt, än bland övriga patienter, fick reperfusionsbehandling. Denna skillnad var för kvinnor närmare 7 och för män cirka 5 procentenheter. Varken bland män eller kvinnor var skillnaderna statistiskt säkerställda (diagram C1.1).

Män med schizofreni fick åtgärden inom målsatt tid i lägre utsträckning än övriga män i den undersökta gruppen, med en statistiskt säkerställd skillnad på cirka 15 procentenheter. Kvinnor med schizofreni, däremot, fick åtgärden inom målsatt tid i något högre utsträckning än övriga kvinnor, även om skillnaden var inte statistiskt signifikant (diagram C1.2).

Jämförelser av reperfusionsbehandling under perioden 2008–2014 baseras på 36 800 patienter med ST-höjningsinfarkt, varav 174 med schizofreni. I jämförelser av behandling inom målsatt tid följdes 28 887 patienter, varav 133 med schizofreni.

Diagram C1.1. Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

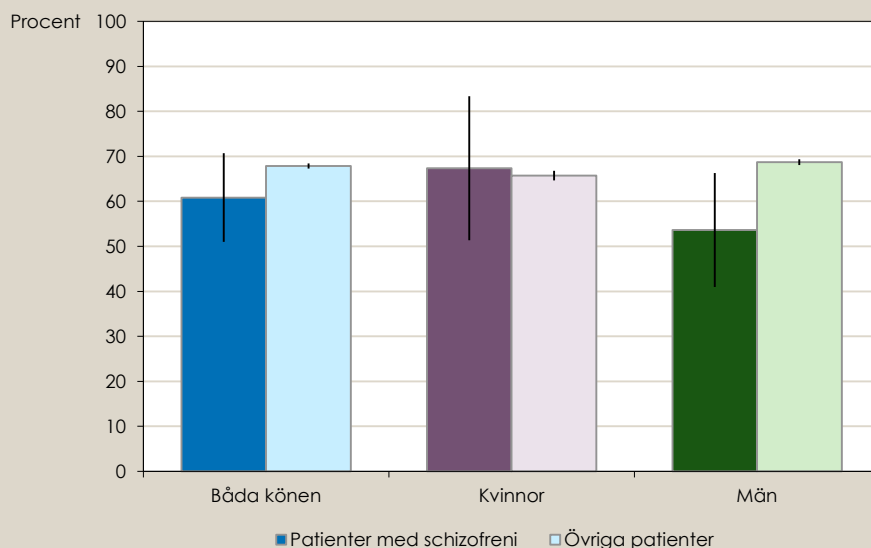
Andel patienter med schizofreni som fått reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt. Ålderstandardiserat, 2008-2014. Patienter 18 år och äldre.



Källa: Riks-HIA (SWEDHEART) och patientregistret (Socialstyrelsen).

Diagram C1.2. Reperfusionsbehandling inom målsatt tid

Andel personer med schizofreni som fått reperfusionsbehandling inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Ålderstandardiserat, 2008-2014. Patienter 18 år och äldre.



Källa: Riks-HIA (SWEDHEART) och patientregistret (Socialstyrelsen).

Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt (C2)

Icke ST-höjningsinfarkter utgör en ökande andel av alla hjärtinfarkter. Vid detta tillstånd rekommenderas utredning med kranskärlsröntgen som stöd till ställningstagande till fortsatt behandling. Patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser bör tidigt genomgå kranskärlsröntgen för att undersöka behovet av PCI eller öppen kirurgi av kranskärlen. Det gäller framför allt de med instabil sjukdom med ytterligare riskfaktorer som till exempel diabetes och tidigare hjärtinfarkt. Personer med psykosjukdom är särskilt utsatta då de i högre grad än andra är drabbade av kroppsliga sjukdomar som metabolt syndrom, hjärt- och kärlsjukdomar, allvarliga infektioner och för tidig död [4]. Faktorer som är relaterade till psykosjukdomen och medicineringen kan kopplas till förhöjda risker, såsom de sociala konsekvenser som sjukdomen medför i form av ekonomiska svårigheter, och levnadsvanor som påverkar till exempel rökning, mathållning och missbruk.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen med icke ST-höjningsinfarkt bland patienter med och utan schizofrenidiagnos som planerades för eller genomgick kranskärlsröntgen inom samma vårdepisod. Dessutom hade de patienter som ingick i den undersökta gruppen minst en av riskfaktorerna lunggrassel grad 2–3, LVEF < 50 %, diabetes, ST-sänkning på ankomst-EKG, eller tidigare hjärtinfarkt.

Indikatorn speglar kvalitet i sjukvårdens processer när det gäller bedömning och beslut om diagnostik i samband med hjärtinfarkt. Hög andel kranskärlsröntgade eftersträvas.

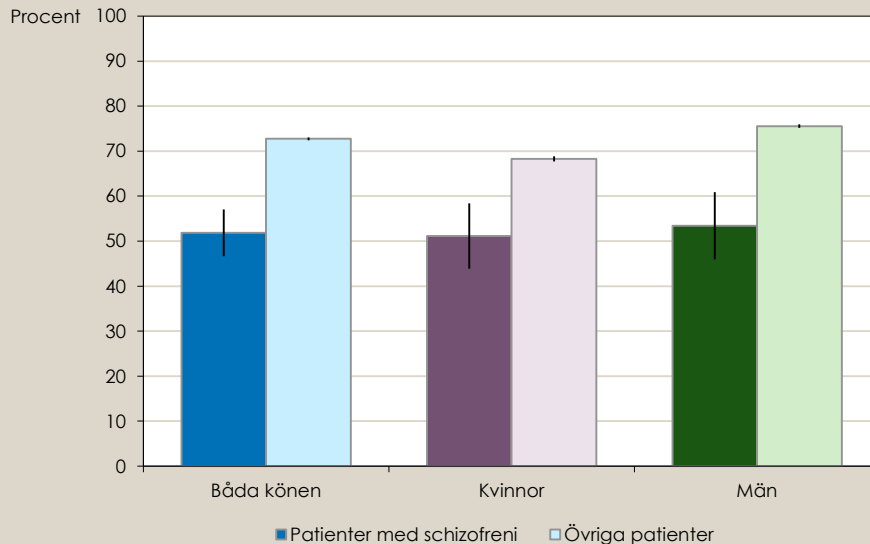
Utfall och variation

En signifikant lägre andel bland schizofrenipatienterna i den studerade gruppen än bland övriga patienter planerades för eller genomgick kranskärlsröntgen (53 procent i förhållande till 73 procent). Skillnaderna var statistiskt säkerställda både bland kvinnor och män. Män fick i något högre utsträckning åtgärden än kvinnor, framför allt bland de som saknade schizofrenidiagnos (diagram C2).

Jämförelsen 2008–2014 baseras på 60 392 patienter med icke ST-höjningsinfarkt, varav 294 med schizofrenidiagnos.

Diagram C2. Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt

Andel patienter med schizofreni som planerats för eller genomgått kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och minst 1 riskfaktor. Åldersstandardiserat, 2008-2014. Patienter 18 år och äldre.



Källa: Riks-HIA (SWEDHEART) och patientregistret (Socialstyrelsen).

Rökstopp efter hjärtinfarkt (C3)

Rökstopp efter hjärtinfarkt är en av de viktigaste sekundärpreventiva åtgärderna för att minska risken för återinsjuknande och död i hjärtsjukdom. Rökstopp och insatser för rökstopp har därför högsta prioritet (prioritet 1) i nationella riktlinjer [14, 15].

Rökning är idag vanligare hos personer med psykisk sjukdom inklusive schizofreni. Svenska studier har visat att andelen rökare är 46–47 procent bland männen med schizofreni och 51–56 bland kvinnorna, dvs. nästan tre gånger så hög andel jämfört med övriga befolkningen.

Behandling för att sluta röka i den allmänna befolkningen innebär olika åtgärder, från rådgivning till mer intensiva farmakologiska behandlingar. Behandling av tobaksberoende som fungerar i befolkningen i stort, har visat sig fungera även för personer med svår psykisk sjukdom. Trots detta remitteras dessa patienter sällan till rökstoppbehandling [16]

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som var rökare när hjärtinfarkten inträffade och som slutat röka vid uppföljning 6–10 veckor efter infarkten bland personer med och utan schizofrenidiagnos. Indikatorn avser att spegla sjukvårdens sekundärpreventiva insatser efter hjärtinfarkt. Hög andel eftersträvas.

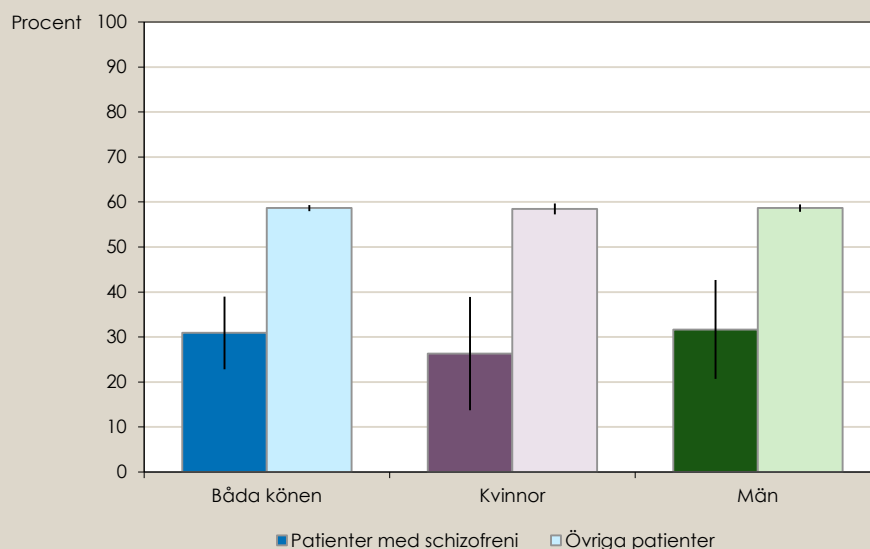
Utfall och variation

Att sluta röka efter hjärtinfarkt var närmare hälften så vanligt bland patienter med schizofreni i förhållande till övriga patienter. Bland kvinnorna med schizofreni hade 26 procent slutat röka i förhållande till 58 procent bland övriga kvinnor. Bland männen var motsvarande andelar 32 procent i förhållande till 59 procent. (diagram C3).

Jämförelsen 2008–2014 baseras på 23 141 patienter, varav 183 med schizofrenidiagnos.

Diagram C3. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel patienter med schizofreni som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka vid uppföljning 6-10 veckor efter infarkten. Åldersstandardiserat, 2008-2014. Patienter 18-74 år.



Källa: SEPHIA (SWEDHEART) och patientregistret (Socialstyrelsen).

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt (C4)

Det finns evidens för att deltagande i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt minskar risken för hjärtrelaterad dödlighet [2]. I studier har patienter med schizofreni uppfattats som omotiverade till att delta i fysiska aktivitetsprogram, trots ansträngningar från personalens sida. Orsaker till detta kan vara fysiska begränsningar, somatiska sjukdomar, bieffekter av medicinering och därtill låg självkänsla, isolering och osäkerhet. Fysisk träning som en komponent inom rehabiliteringen förefaller särskilt viktig då övervikt är cirka fyra gånger vanligare bland personer med schizofreni och 70–75 procent i studier klassificerats som fysiskt inaktiva [16].

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen som deltar/har deltagit i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering 6–10 veckor efter hjärtinfarkt. Personer som av medicinska skäl inte bör delta är exkluderade från jämförelsen. Under 2015 fastställdes en målnivå för denna indikator för hela gruppen hjärtinfarktspatienter; minst 60 procent av patienterna bör delta i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering 6–10 veckor efter hjärtinfarkten.

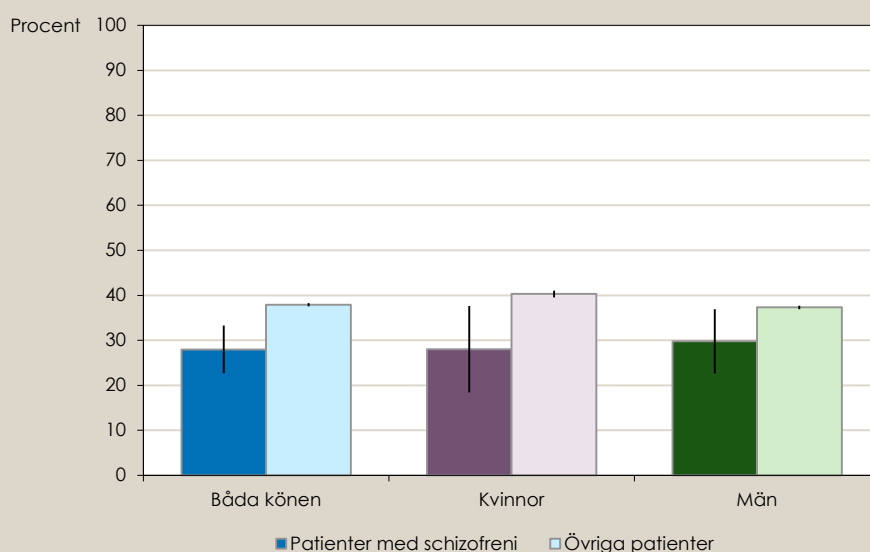
Utfall och variation

Bland både män och kvinnor med schizofreni deltog 28 procent i fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, cirka 10 procentenheter färre än bland övriga med hjärtinfarkt. Skillnaderna var statistiskt signifikanta (diagram C4). Medan kvinnor som haft hjärtinfarkt men inte schizofrenidiagnos i högre grad deltog i fysisk träning än män i motsvarande grupp, var mönstret det motsatta bland män och kvinnor med schizofreni.

Jämförelsen 2008–2014 baseras på 70 408 patienter, varav 293 med schizofrenidiagnos.

Diagram C4. Fysisk träning inom hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

Andel patienter med schizofreni som deltagit i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering 6-10 veckor efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserat, 2008-2014. Patienter 18-74 år.



Källa: SEPHIA (SWEDHEART) och patientregistret (Socialstyrelsen).

Referenser

1. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
2. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015. Hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
3. SBU. Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2012; SBU-rapport nr 213.
4. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen; 2013.
6. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
7. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011.
8. Öppna jämförelser 2014. Jämlig vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen; 2014.
9. Folkhälsorapport 2009. Stockholm; Socialstyrelsen; 2009.
10. Wamala S, Merlo J, Boström G, Hogstedt C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(5):409–415.
11. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
12. Björkenstam E, Ljung R, Burström B, Mittendorfer-Rutz E, Hallqvist J, Ringbäck Weitoft G. Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients – a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open*. 2012 Feb 24;2:e000778. Print 2012. PMID: 22368297.
13. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *The American Journal of Psychiatry*. 2013; 170(3):324–33.
14. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
15. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
16. SBU. Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014; SBU-rapport nr 232.

Bilagor

Bilaga 1. Antipsykotiska läkemedel som klassificerats som depåbehandling

ARTIKELBENÄMNING	VARUNR	ATCKOD
Squalone decanoat, inj-vätska, lösning 25 mg/ml	122671	N05AB02
Squalone inj 100mg/ml Licens	814208	N05AB02
Trilafon dekanat, inj-vätska, lösning 108 mg/ml	079269	N05AB03
Trilafon dekanat, inj-vätska, lösning 108 mg/ml Orifarm AB	571573	N05AB03
Trilafon enantat inj 100mg/ml	149641	N05AB03
Haldol Depot, Inj-vätska, lösning 100 mg/ml Orifarm AB	163551	N05AD01
Haldol Depot, inj-vätska, lösning 100 mg/ml Janssen-Cilag AB	549139	N05AD01
Haldol Depot, inj-vätska, lösning 100 mg/ml Medartuum AB	059745	N05AD01
Haldol Depot, inj-vätska, lösning 100 mg/ml Paranova Läkemedel AB	462189	N05AD01
Haldol Depot, inj-vätska, lösning 100 mg/ml Pharmachim AB	455086	N05AD01
Haldol Depot, inj-vätska, lösning 50 mg/ml Janssen-Cilag AB	468058	N05AD01
Haldol Depot, inj-vätska, lösning 50 mg/ml Pharmachim AB	168982	N05AD01
Fluanxol Depot, inj-vätska, lösning 100 mg/ml H. Lundbeck AB	590752	N05AF01
Fluanxol Depot, inj-vätska, lösning 20 mg/ml	151191	N05AF01
Cisordinol Depot inj lö 200 mg/ml Orifarm	014210	N05AF05
Cisordinol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml 2care4 ApS	537368	N05AF05
Cisordinol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml H. Lundbeck AB	509034	N05AF05
Cisordinol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml H. Lundbeck AB	509042	N05AF05
Cisordinol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml Medartuum AB	428937	N05AF05
Cisordinol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml Orifarm AB	014210	N05AF05
Clopixol Depot, Inj-vätska, lösning 200 mg/ml Paranova Läkemedel AB	043434	N05AF05
Clopixol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml Orifarm AB	024701	N05AF05
Clopixol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml Orifarm AB	024751	N05AF05
Clopixol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml Paranova Läkemedel AB	043434	N05AF05
Clopixol Depot, inj-vätska, lösning 200 mg/ml Pharmachim AB	080567	N05AF05
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 210 mg Eli Lilly Sweden	027976	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 210 mg Medartuum AB	155016	N05AH03

ARTIKELBENÄMNING	VARUNR	ATCKOD
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 210 mg Paranova Läkemedel	592563	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 210 mg Pharmachim AB	447082	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 300 mg Eli Lilly Sweden	027988	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 300 mg Medartuum AB	392576	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 300 mg Paranova Läkemedel	498129	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 300 mg Pharmachim AB	573864	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 405 mg Eli Lilly Sweden	027999	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 405 mg Medartuum AB	489417	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 405 mg Paranova Läkemedel	451438	N05AH03
ZYPADHERA, pulv och vätska till inj-vätska, suspension 405 mg Pharmachim AB	184367	N05AH03
Risperdal Consta 25mg Jansse	025698	N05AX08
Risperdal Consta 37,5mg Jansse	025709	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Abacus Med.	573325	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Medartuum AB	186793	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Orifarm AB	172126	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Pharmachim AB	050445	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Abacus Med.	513862	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Cross Pharm	567379	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Medartuum	126312	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Orifarm AB	559209	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Pharmachim	481091	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Abacus Med.	170026	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Cross Pharma	389967	N05AX08

ARTIKELBENÄMNING	VARUNR	ATCKOD
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Medartuum AB	548428	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Orifarm AB	460020	N05AX08
Rispolept Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Pharmachim AB	562570	N05AX08
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp 400 mg 2care4 ApS	531297	N05AX12
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp 400 mg Otsuka Pharm	063897	N05AX12
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp 400 mg Paranova	445141	N05AX12
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp i förfylld spruta 400 mg Otsuka Pharm	555188	N05AX12
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp 400 mg Otsuka Pharm	381968	N05AX12
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp 400 mg Otsuka Pharm	486481	N05AX12
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp 400 mg Otsuka Pharm	190953	N05AX12
ABILIFY MAINTENA, pulv och vätska till inj-vätska, depot-susp 400 mg Otsuka Pharm	496918	N05AX12
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg 2care4 ApS	407553	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Cross Pharma AB	195100	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Janssen-Cilag AB	409745	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Medartuum AB	103211	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Northern Medical Group ApS	586204	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Orifarm AB	114527	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Paranova Läkemedel AB	159849	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Pharmachim AB	134596	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg+150 mg	384713	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg 2care4 ApS	556049	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Cross Pharma AB	469345	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Janssen-Cilag AB	536460	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Medartuum AB	488333	N05AX13

ARTIKELBENÄMNING	VARUNR	ATCKOD
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Northern Medical Group ApS	161791	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Orifarm AB	545645	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Paranova Läkemedel AB	379384	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Pharmachim AB	067622	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 50 mg Janssen-Cilag AB	058609	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 50 mg Medartuum AB	198189	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 50 mg Orifarm AB	392339	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 50 mg Paranova Läkemedel AB	424083	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 50 mg Pharmachim AB	173378	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Cross Pharma AB	496279	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Janssen-Cilag AB	412581	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Medartuum AB	117675	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Northern Medical Group ApS	430796	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Orifarm AB	371185	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Paranova Läkemedel AB	099561	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Pharmachim AB	450663	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 75 mg Janssen	133450	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 100 mg Janssen	384907	N05AX13
Xeplion, injektionsvätska, depotsuspension 150 mg Janssen	447309	N05AX13
Risperdal Consta 50mg Jansse	025555	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Janssen	070020	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Janssen	373066	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Medartuum AB	556845	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Orifarm AB	078233	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 25 mg Pharmachim AB	373099	N05AX08

ARTIKELBENÄMNING	VARUNR	ATCKOD
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Cross Pharm	151163	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Janssen	070031	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Janssen	094120	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Medartuum	025674	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Orifarm AB	078242	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 37,5 mg Paranova	023869	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Janssen	070042	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Janssen	110245	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Medartuum AB	025727	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Orifarm AB	078251	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Paranova	023763	N05AX08
Risperdal Consta, pulv och vätska till inj-vätska, depotsusp 50 mg Cross Pharma	151174	N05AX08