

# Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet

Delrapport 2011

*Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.*

Artikelnr 2011-7-2

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juli 2011

# Förord

---

Socialstyrelsen utvecklar den nationella uppföljningen och utvärderingen av hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter. Sedan 2009 bedrivs ett projekt för att påskynda och systematisera utvecklingen av grunddata och indikatorer för psykiatriområdet och för utveckling av ett nationellt system för uppföljning av psykiatriområdet.

Detta är projektets andra delrapport. I rapporten presenteras den modell för ett nationellt uppföljningssystem av psykiatriområdet som Socialstyrelsen har utvecklat utifrån erfarenheterna med utveckling av grunddata, datakällor, indikatorer och metoder. I rapporten redogörs för modellen samt resultaten i utvecklingsarbetet hittills och möjligheter och förutsättningar framåt.

Lägesrapporten har tagits fram av Emma Björkenstam, Marianne Björklund, Mikael Fabel, Tord Forsner, Nina Frohm, Magnus Göransson (projektledare), Peter Salmi och Staffan Söderberg. Marie Berlin och Gudrun Jonasdottir-Bergman har bidragit med statistiska analyser. Eva Wallin är ansvarig enhetschef.

Lars-Erik Holm  
Generaldirektör



# Innehåll

---

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
<i>System för nationell uppföljning av psykiatriområdet</i>	10
Uppföljningssystemets syfte	10
Målgrupp för uppföljningssystemet	11
Uppföljningsområden	14
Avgränsningar och utvecklingsetapper	19
<i>Modell för utvärdering av psykiatriens och socialtjänstens kvalitet och effektivitet</i>	21
<i>Epidemiologiska underlag för uppföljning av psykiatriområdet</i>	22
Hälsa och levnadsvillkor efter insjuknande i schizofreni	22
Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom	29
Ökande psykisk sjukdom bland unga	34
<i>Nationella indikatorer</i>	41
Indikatorer för psykiatrisk hälso- och sjukvård	42
Indikatorer för socialtjänstens område	42
Förvaltning av framtagna indikatorer	43
<i>Grunddata och datakällor</i>	44
Utveckling av patientregistrets tvångsvårdsdel	44
Utveckling av åtgärdsregistreringen	45
Utveckling av socialtjänststatistiken	46
Utveckling av andra datakällor	47
Central databas för inventeringsdata	48
<i>Vård- och omsorgstagarperspektivet</i>	50
<i>Kommunikation</i>	52
<i>Referenser</i>	53
<i>Bilagor</i>	55



# Sammanfattning

---

Delrapporten redovisar Socialstyrelsens arbete med regeringsuppdraget ”Utveckling av grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättring av verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet”.

En modell för ett system för löpande analys och värdering av psykiatriområdet har tagits fram, som beskriver:

- Målgruppen för uppföljningssystemet och en avgränsning av verksamheter och verksamhetsområden som ska följas.
- Uppföljningsområden som systemet ska följa. De är identifierade utifrån kvalitetsområdena i ledningssystemen för god vård respektive god kvalitet i socialtjänsten, utifrån lagstiftningens krav på verksamheten samt utifrån strategiska förbättringsområden för verksamheterna.
- Indikatorer som ska belysa uppföljningsområdena; hur befintliga indikatorer kan användas inom dessa områden, var nya indikatorer måste utvecklas samt behovet av nationella data och datakällor för att fylla indikatorerna.
- Avgränsningen av uppföljningssystemet och etapper i ett fortsatt utvecklingsarbete.

Systemet kommer att följa jämlikhetsperspektivet på alla områden. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, kön, ålder, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Oacceptabla skillnader i tillgången till kommunernas insatser, på grund av kön, ålder och etnicitet, ska också bedömas. Stor vikt kommer också att läggas vid att utveckla metoder för att mäta enskilda individers upplevelse av kvalitet och bemötande.

Socialstyrelsen utvecklar också en modell för periodvisa fördjupade analyser, för utvärdering av kvalitet och effektivitet av verksamheterna i psykiatriområdet.

Inom ramen för uppdraget har tre epidemiologiska studier genomförts, som visar att:

- Personer med psykisk sjukdom riskerar sämre hälsa och förtida död och får inte lika vård vid somatisk sjukdom.
- Unga personer med psykisk sjukdom vårdas allt oftare inom den psykiatriska slutenvården för depressioner och ångestsjukdomar. Ökningen gäller hela ungdomsgruppen och inte enbart psykosocialt belastade grupper.
- Personer som insjuknat i schizofreni har en ekonomiskt utsatt situation och etablerar sig inte på arbetsmarknaden i samma utsträckning.

I delrapporten redovisas utvecklingen av ett stort antal indikatorer som utifrån systemets uppföljningsområden belyser psykiatriområdet inom både

psykiatrisk hälso- och sjukvård och socialtjänst. En inventering av samtliga befintliga indikatorer med anknytning till psykiatriområdet har genomförts och ett indikatorbibliotek på Socialstyrelsens webbplats är under utveckling. Nästa steg är att utveckla ett system för indikatorer som omfattar både utveckling, tillämpning och revidering. Indikatorerna förutsätter tillgång till nationella data med god täckningsgrad och med hög tillförlitlighet. Idag saknas nationella datakällor på många områden där indikatorer behövs. Det gäller framförallt data om resultat av insatser och åtgärder på individnivå, som underlag för resultatindikatorer. De indikatorer som tagits fram avser oftast process- och strukturmått. Socialstyrelsens avser att ta fram fler resultatindikatorer i takt med att tillgången av nationella data på individnivå ökar.

I delrapporten redovisas Socialstyrelsens utveckling av nationella grunddata och datakällor, inom ramen för uppdraget. Tillgången på grunddata om psykiatrin har påtagligt förbättrats. Det gäller i synnerhet tillgången på data om tvångsåtgärder. I samverkan med företrädare för de psykiatriska föreningarna har Socialstyrelsen bidragit till att en baslista för psykiatrisk slutenvård har publicerats, liksom exempel på lathundar för registrering av psykiatriska åtgärder. Socialstyrelsen har också utvecklat nya åtgärds-koder för registrering av tvångsåtgärder.

Utvecklingen av socialtjänststatistiken hanteras inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att utveckla den nationella socialtjänststatistiken. Delar av det arbetet kommer att verkställas inom ramen för projektet, medan andra kommer att hanteras i ett fortsatt utvecklingsarbete, inom ramen för den ordinarie verksamheten.

Socialstyrelsen har genom utveckling av grunddata och nya indikatorer kunnat fördjupa beskrivningen av psykiatriområdet i lägesrapporter och tematiska rapporter.

Genom att utveckla av en modell för ett nationellt system för uppföljning av psykiatriområdet och genom att utveckla grunddata och indikatorer för psykiatriområdet har Socialstyrelsen lagt en god grund för ett systematiskt uppföljningsarbete inom ramen för myndighetens ordinarie verksamhet.



# Inledning

---

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att:

- Påskynda utvecklingen av grunddata och indikatorer och andra indikatorer för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet.
- Följa och analysera utvecklingen inom psykiatriområdet.
- Fortlöpande föra ut information om utvecklingen inom psykiatriområdet till huvudmännen.

Socialstyrelsen ska senast den 1 juli 2012 redovisa hur myndigheten avser fortsätta arbetet med att utveckla statistik och indikatorer inom ramen för sin ordinarie verksamhet.

## Syfte

Syftet är att få till stånd en regelbunden och systematisk uppföljning av psykiatriens och socialtjänstens verksamheter för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

## Mål

Målet är att senast till den 1 juli 2012 ha lagt grunden till ett varaktigt och utvecklingsbart nationellt uppföljningssystem för psykiatriområdet och att ha föreslagit åtgärder för fortsatt utveckling av uppföljningssystemet inom ramen för Socialstyrelsens ordinarie verksamhet.

# System för nationell uppföljning av psykiatriområdet

---

## Uppföljningssystemets syfte

Psykiatriska sjukdomar är bland de viktigaste orsakerna till ohälsa, funktionsnedsättning, produktivitetsbortfall och arbetsförmåga i Sverige. Det finns kunskap om effektiva behandlingar och hur ett gott omhändertagande av personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning ska organiseras. Men det finns en skillnad mellan att ha kunskap om god effektiv vård och den vård som enskilda individer faktiskt erhåller.

Socialstyrelsen har tagit fram en modell som ska ligga till grund för utvecklingen av ett varaktigt nationellt uppföljningssystem för psykiatriområdet. Uppföljningssystemets syfte är att:

- Få till stånd en regelbunden redovisning av psykiatriens och socialtjänstens verksamheter för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.
- Följa upp gällande lagstiftning och politiska beslut.
- Stödja kommunernas och landstingens strategiska styrning.
- Ge underlag för Socialstyrelsens arbete med tillsyn, vid utformning av föreskrifter och allmänna råd samt för att ge kunskapsstöd.

Det nationella uppföljningssystemet ska spegla utvecklingen av regeringens ambitioner inom psykiatriområdet och stödja kommuner och landsting i den strategiska styrningen genom att fortlöpande följa, beskriva och värdera verksamheternas strukturer, processer, resultat och kostnader utifrån olika diagnosgrupper och andra definierade grupperns behov. Systemet ska också ge underlag för att genomföra fördjupade analyser och utvärderingar av problemområden, vilket beskrivs i nästa avsnitt.

Modellen som beskrivs i det följande har legat till grund för identifieringen av uppföljningsområden och utvecklingen av indikatorer för psykiatriområdet.

## Uppföljning av lagstiftning och politiska intentioner

Regeringens politik [1] bygger på de förslag som har formulerats av Nationell psykiatrisamordning i ”Ambition och ansvar” [2]. Genom uppföljningssystemet ska det gå att följa hur lagstiftningen och de politiska intentionerna bakom denna tillämpas i praktiken.

En central aspekt ur regeringens perspektiv är att vården ges på lika villkor och att rätten till insatser från socialtjänsten bedöms på ett likvärdigt sätt i kommunerna. Genom systemet ska det därför gå att beskriva och påtala skillnader i utbud av insatser, kvalitet och resultat mellan olika kommuner/landsting ur ett jämlikhetsperspektiv. Personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning ska utifrån sina behov ha samma tillgång till in-

satser och åtgärder av god kvalitet oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

## Underlag för kommuners och landstings strategiska styrning

Uppföljningssystemet ska utgöra ett stöd till kommuner och landsting i den strategiska styrningen av sin verksamhet. Sådana underlag kan exempelvis ta sin utgångspunkt i de nationella riktlinjer som finns framtagna för psykiatriområdet.

## Målgrupp för uppföljningssystemet

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 uppger att fem till tio procent av befolkningen bedöms ha behov av psykiatrisk behandling, medan bara tre till fyra procent av befolkningen söker psykiatrisk vård [3]. För att kunna följa vilka personer, vilka insatser och vilka verksamheter som avses måste målgruppen för uppföljningsarbetet definieras. Detta är också nödvändigt för att kunna analysera i vilken omfattning huvudmännen faktiskt förmår täcka hela målgruppens behov av vård och stöd.

*Personer med psykisk sjukdom* kan definieras som personer som har bedömts ha en psykiatrisk diagnos som exempelvis schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, ångest och depression eller neuropsykiatriska tillstånd (sammantaget cirka tio procent av befolkningen). Samma person kan naturligtvis under en begränsad tidsperiod uppfylla kriterierna för ett flertal olika psykiatriska diagnoser, eller över tid ha ett tillstånd som förändras så att kriterierna för olika tillstånd uppfylls vid olika tidpunkter. Diagnosen säger inte heller allt om individens funktion och grad av delaktighet i samhällslivet. Även om de allvarigare diagnoserna, till exempel psykosdiagnoserna, ofta ger långtgående sociala konsekvenser, behöver inte en sådan diagnos innebära att individen har en funktionsnedsättning. Den psykiatriska diagnosen i sig är därför otillräcklig som definition av målgruppen för de insatser inom psykiatriområdet som det nationella verksamhetssystemet ska följa upp.

I samband med uppföljningen av psykiatireformen uppskattades andelen *personer med psykisk funktionsnedsättning* till cirka 0.6 procent av den vuxna befolkningen, vilket då motsvarade 40–46 000 personer. Med utgångspunkt i definitionen av målgruppen som Nationell psykiatrisamordning har formulerat, är gruppen troligen större eftersom den även inkluderar personer med missbruksproblem i kombination med psykisk sjukdom och personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar [2].

Den definition av psykisk funktionsnedsättning som kommer att användas i uppföljningssystemet utgår från den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat:

*... personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som upp-*

*står i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen. [2]*

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

Inom målgruppen finns grupper av människor som endast har kontakt med någon del av hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, medan andra grupper med mer sammansatta behov, kan ha kontakt med flera olika delar av psykiatrin, primärvården och socialtjänsten.

En viktig fråga för uppföljningssystemet är i vilken omfattning målgruppen, personer med psykisk sjukdom, har nåtts av de åtgärder psykiatrin och primärvården erbjuder. Ett stort antal personer med ångest- och depressionstillstånd eller personer med missbruk eller beroende har troligen inte kontakt med alla för dem relevanta delar av vård- och stödsystemet.

En central fråga är i vilken utsträckning personer i målgruppen har kontakt med alla relevanta delar av vård- och stödsystemet och får del av alla adekvata insatser. Det kan t.ex. handla om personer med psykisk funktionsnedsättning utan kontakt med den psykiatriska vården eller personer i den psykiatriska vården som har behov av socialtjänstens insatser. Även personer med samtidig missbruksproblematik eller en somatisk sjukdom kan sakna adekvat kontakt med beroendevården eller den somatiska hälso- och sjukvården.

Av de inventeringar som kommuner och landsting genomfört tillsammans framgår att det oftast är mindre än hälften av målgruppen som har kontakt med både psykiatrin och socialtjänsten. Det betyder sannolikt att åtskilliga personer saknar kontakt och insatser som de skulle behöva. En förklaring till att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning inte är kända inom psykiatrin, primärvården eller socialtjänsten, kan vara att de aktivt tar avstånd från vård- och stödsystemet och därför avböjer kontakt. Ibland kan det finnas goda skäl för detta. Det kan till exempel handla om att den enskilde får sina behov tillgodosedda genom kontakt med andra aktörer i välfärdssystemet eller i civilsamhällets olika organisationer. En vanligare orsak torde dock vara att vård- och stödsystemet inte når ut, eller inte förmår formulera ett erbjudande om insatser som upplevs anpassade och attraktiva för den enskilde.

## Operationalisering av målgruppen inom psykiatri och primärvård

I uppföljning av psykiatrin och primärvården är målgruppen personer 18 år och äldre och som har fått en psykiatrisk diagnos (inklusive missbruksdiagnoser) alternativt kan antas fylla de kriterier som krävs för detta och som har kontakt eller har behov av kontakt med dessa verksamheter. Grupper som särskilt bör uppmärksammas är personer med

- schizofreni/schizofreniliknande tillstånd
- bipolär sjukdom, depression och ångestsyndrom
- neuropsykiatriska tillstånd

- psykisk sjukdom och samtidiga missbruksproblem
- psykisk sjukdom och en samtidig allvarlig somatisk sjukdom.

De verksamheter/verksamhetsområden som inkluderas är

- rättspsykiatrisk verksamhet
- psykiatrisk slutenvård
- psykiatrisk öppenvård
- landstingets beroendevård, eventuellt i samverkan med socialtjänsten
- primärvården (första linjens psykiatri och beroendevård).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) omfattar hälso- och sjukvårdens uppgifter förebyggande insatser psykisk ohälsa/sjukdom, god hälso- och sjukvård samt rehabilitering/rehabilitering och hjälpmedel. Uppföljningssystemet avgränsas till att omfatta hälso- och sjukvårdsåtgärder samt rehabiliterande insatser och hjälpmedel.

### Operationalisering av målgruppen inom socialtjänstens verksamhet

I systemet för nationell uppföljning av socialtjänstens verksamhet är målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning som är 18 år och äldre och som har kontakt eller har behov av kontakt med socialtjänsten. Grupper som särskilt bör uppmärksammas är personer med

- psykisk funktionsnedsättning
- neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- psykisk funktionsnedsättning och samtidiga missbruksproblem
- psykisk funktionsnedsättning och allvarlig somatisk sjukdom med risk för ökad dödlighet
- personer med psykisk funktionsnedsättning som är hemlösa.

Idag saknas möjligheter att identifiera personer med psykisk funktionsnedsättning i socialtjänststatistiken. Delar av målgruppen kan identifieras genom patient- eller läkemedelsregister, men den stora delen återfinns inte i dessa register. Socialstyrelsen har ett uppdrag att utreda vilka förbättringar av socialtjänststatistiken som krävs för att kunna följa kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Personer med psykisk funktionsnedsättning finns inom olika delar av socialtjänstens organisation. Följande funktionsområden (inklusive privata utförare) bör inkluderas i uppföljningssystemet

- familje- och individomsorg
- äldreomsorg
- handikapp/funktionshinderomsorg
- kombinationer av äldre- och handikappomsorg alternativt vård- och omsorgsförvaltning
- missbruks- och beroendeenheter
- särskilda socialpsykiatriska enheter
- kommunens arbetsmarknadsenheter.

Enligt socialtjänstlagstiftningen omfattar socialtjänstens uppgifter strukturinriktade insatser (primärprevention), allmänt inriktade insatser (sekundärprevention), individinriktade insatser (rådgivning/biståndsinsatser), avhjälpande, förebyggande (tertiärprevention) samt särskilt angivna insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Uppföljningssystemet avgränsas till att i första hand omfatta individinriktade insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och LSS. I viss mån inkluderas även allmänt inriktade insatser som informerande och uppsökande verksamhet samt öppna verksamheter för målgruppen.

## Uppföljningsområden

Socialstyrelsen har i sin modell för ett nationellt uppföljningssystem för psykiatriområdet identifierat ett antal uppföljningsområden. De utgår dels från lagstiftningens mål och intentioner dels från kriterierna för god vård och god kvalitet i socialtjänsten. De är utformade så att psykiatriområdet i systemet beskrivs och värderas utifrån samtliga aspekter av god vård och god kvalitet.

*Insatsområden* har valts för att följa tillämpningen av rekommenderade insatser i nationella riktlinjer, samt andra insatsområden som är centrala för målgruppen, utifrån lagstiftning eller bästa möjliga kunskap.

*Övergripande resultat:* Uppföljningssystemet måste spegla förändringar såväl i sjukdomspanoramat som i samhällförhållandena i stort. Utvecklingen av levnadsvillkor, sjuklighet och dödlighet för målgruppen i relation till befolkningen är därför nödvändig att kunna följa över tid.

Dessutom har några *specifika verksamhetsområden* valts som uppföljningsområden. Det gäller i nuläget tvångsvården och HVB-hemmen (Hem för vård eller boende).

Utvecklingen av en *jämlig hälso- och sjukvård och jämlig tillgång till insatser inom socialtjänsten*, på lika villkor för alla oavsett bostadsort, kön, ålder, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning, följs upp inom samtliga beskrivna områden.

Uppföljningsområdena har definierats och avgränsats så att de kan följas upp både i psykiatrin och i socialtjänsten. Det är emellertid viktigt att vara uppmärksam på att kommunernas och landstingens verksamhet skiljer sig åt i vissa avseenden. Exempelvis är myndighetsutövning mer central i socialtjänstens verksamhet än i psykiatrin och primärvården. En bedömning av vilka åtgärder den enskilde får utgå i landstinget från den enskildes sjukdomstillstånd. En bedömning av vilka insatser en enskild person kan få inom socialtjänsten utgår däremot från hans eller hennes rätt till bistånd. Vidare finns särskilda bestämmelser i patientsäkerhetslagen när det gäller personalens behörighet och en säker hälso- och sjukvård som inte har direkt motsvarighet i socialtjänstlagstiftningen.

Uppföljningsområdena följs genom att det för varje område anges ett antal indikatorer som belyser området både på verksamhets- och individnivå. Varje indikator ställer krav på data och pekar därmed ut var de mest angelägna behoven finns för att utveckla grunddata och datakällor.

Nedan beskrivs de valda uppföljningsområdena i korthet. En samlad översikt finns på sidan 18. Utvecklingsarbetet med indikatorer, grunddata och datakällor utifrån de valda uppföljningsområdena beskrivs i de följande kapitlen.

## Beskrivning av uppföljningsområdena

- *Tillgänglighet* till vård och stöd är en viktig kvalitetsfaktor. En hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. För socialtjänstens klienter innebär en god tillgänglighet att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov också få del av det stöd man behöver inom rimlig tid. En viktig aspekt av tillgängligheten är vidare att det finns information om verksamheten som är begriplig och anpassad efter målgruppen. Data om tillgänglighet på verksamhetsnivå är åtkomlig idag genom kommun- och landstingsenkäterna. Indikatorer är ännu inte utvecklade för området, men kan omfatta tillgång till god information på webb, riktad information till personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga, förekomst av uppsökande verksamhet för personer som själva inte söker stöd, eller tillgång till tolk. På individnivå är data om tillgänglighet inte lika utvecklade, men de psykiatriska kvalitetsregistren samlar uppgifter om kontinuitet i läkarkontakt och om avbrutna insatser, som en del i uppföljningen av nationella riktlinjer för insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.
- *Huvudmännens styrning och uppföljning av verksamheten samt bedömning, planering och uppföljning av insatser på individnivå* beskriver grundläggande förutsättningar för verksamhets- och kvalitetsutveckling inom psykiatriområdet och förutsättningar för utveckling av en evidensbaserad praktik samt införandet av rekommenderade insatser enligt de nationella riktlinjerna. Data på verksamhetsnivå, om rutiner för planering och uppföljning av insatser, kan erhållas genom kommun- och landstingsenkäterna. På individnivå finns indikatorer för uppföljning av insatser som en del av uppföljningen av de nationella riktlinjerna för insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Data kan hämtas från patientregistret och, i viss utsträckning, från socialtjänstregistren.
- *Samordning, samverkan och kontinuitet* utgår från lagstiftningens bestämmelser om samverkan i planeringen av verksamheten, skyldigheten att ingå överenskommelser om samarbete samt att upprätta samordnade planer på individnivå. På verksamhetsnivå kan en indikator som förekomst av överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting, för uppföljning av de nationella riktlinjerna användas. Data kan erhållas från kommun- och landstingsenkäterna (se beskrivning på sid 47). På individuell nivå finns data om förekomst av en individuell samordnad plan tillgänglig genom de psykiatriska kvalitetsregistren.

- *Brukar- och anhöriginflytande på verksamhetsutvecklingen samt enskildas upplevelse av verksamheternas kvalitet och resultat* innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar och värderingar. Dessa ska vägas in i de kliniska besluten samt inom socialtjänsten och ge den enskilde självbestämmande, inflytande och möjlighet till egna val. Indikatorer finns framtagna inom öppna jämförelser inom psykiatriområdet. Andra är under utveckling, baserade på data på verksamhetsnivå från kommun- och landstingsenkäterna.
- *Säker hälso- och sjukvård samt trygga och säkra insatser i socialtjänsten* innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Det inkluderar också patienternas möjligheter att framföra sina klagomål på vården. För socialtjänsten innebär trygga och säkra insatser att de utförs enligt gällande regelverk, att de sociala tjänsterna är transparenta och förutsägbara samt att det finns möjlighet till insyn. Det innebär också att den enskilde ska ha möjlighet att framföra sina synpunkter på den kontakt han eller hon har med socialtjänsten. På verksamhetsnivå kan indikatorer utvecklas ur anmälningar till Patientnämnderna samt ur enkätdata om avvikelshantering och förekomst av program för suicidbedömning (inom hälso- och sjukvård) och om förekomst av system för klagomålshantering och rutiner för lex Sarah-anmälningar (inom socialtjänsten). På individnivå finns en indikator framtagen, baserad på uppgifter ur patientregistret om vård för suicidförsök eller självskada i anslutning till psykiatrisk vård. Ytterligare indikatorer kan utvecklas ur data i patient- respektive dödsorsaksregistret, om suicid efter föregående inskrivning för psykiatrisk vård, samt ur lex Sarah-anmälningar samt lex Maria-anmälningar i slutet eller öppen vård eller kommunal vård.
- *Rättssäkerhet* relaterar till tvångsvårdslagstiftning inom psykiatriområdet och till rätten till bistånd. Den kan följas på verksamhetsnivå med enkätdata om rutiner för vårdplanering vid utskrivning från slutet vård; på individnivå med uppgifter ur patientregister och i förvaltningsrättens domar, om förekomst av samordnad vårdplan vid öppen tvångsvård.
- *Personalens utbildningsnivå samt möjligheter till kompetensutveckling* beskriver graden av professionalitet i huvudmännens verksamhet för målgruppen. Data till grund för utveckling av indikatorer på verksamhetsnivå hämtas i första hand från kommun- och landstingsenkäterna.

### Insatsområden

- *Evidensbaserade insatser/åtgärder* avser uppföljning av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom samt för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. På verksamhetsnivå baseras detta på enkätdata. På individnivå



kan data hämtas från patientregistret, läkemedelsregistret samt från de psykiatriska kvalitetsregistren.

- *Läkemedelsanvändning (psykofarmaka)* följer användning av psykofarmaka som inte omfattas av uppföljningen av de nationella riktlinjerna. Befintliga indikatorer omfattar behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni samt långvarig användning av sömnmedel hos äldre, för vissa diagnosgrupper. Ytterligare indikatorer kan utvecklas ur data på individnivå, från patient- respektive läkemedelsregistret samt de psykiatriska kvalitetsregistren.
- *Somatisk vård och levnadsvanor* handlar om att personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning har ökad risk för sämre hälsa och för att dö i förtid vid allvarlig somatisk sjukdom och ofta har sämre levnadsvanor än befolkningen i stort, vilket kan vara en faktor som ytterligare bidrar till en ökad risk för att dö i förtid. Indikatorer på individnivå kan baseras på vårdåtgärder för nationella riktlinjer inom det somatiska området, uppföljning av Body-Mass index (BMI) för personer med schizofreniliknande tillstånd eller läkemedelsanvändning vid vissa somatiska sjukdomar. Data kan hämtas från patient- och läkemedelsregistren och de psykiatriska kvalitetsregistren.
- *Vård- och stödinsatser vid beroende och missbruk* berör tillgången till adekvata vård- och stödinsatser för de i målgruppen med en samtidig beroende- och missbruksproblematik. Indikatorer på verksamhetsnivå utvecklas inom öppna jämförelser för missbruks- och beroendområdet och bygger på enkätdata. På individnivå kan indikatorer utvecklas inom ramen för uppföljning av de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom. Data kan hämtas från patientregistret.
- *Personlig vård och hemliv* fokuserar på insatser och åtgärder som kan relateras till den enskildes boende och stöd att klara sitt dagliga liv (inklusive medicinska åtgärder). Indikatorer på verksamhetsnivå finns för uppföljning av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och fler kan utvecklas ur enkätdata. På individnivå kan socialtjänststatistiken utvecklas så att uppgifter om relevanta insatser kan inhämtas.
- *Arbete, sysselsättning och ekonomi* är centralt för den enskildes möjligheter att få ett arbete alternativt få möjlighet till en daglig sysselsättning utanför den egna bostaden. På verksamhetsnivå kan tillgången till arbetslivsinriktad rehabilitering följas upp med enkätdata, som en del av uppföljningen av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni. På individnivå kan data om rehabiliteringsinsatser och om ekonomiskt bistånd eventuellt inhämtas genom patient- och socialtjänstregistren.
- *Stöd till tandvård:* Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning behöver ofta ett aktivt stöd för att få tillgång till den tandvård de behöver. I samband med det tredje steget i tandvårdsreformen tillkommer nya former för stöd av tandhälsa för nya befolkningsgrupper, bland annat personer med ett psykiskt funk-

tionshinder. Det ger möjlighet att följa upp tandhälsodata för personer med psykiska funktionshinder.

- *Stöd till anhöriga och närstående* ingår i uppföljningen av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni. En indikator finns framtagen och kan på verksamhetsnivå fyllas på med enkätdata och på individnivå med data från de psykiatriska kvalitetsregistren.

*Översikt över valda uppföljningsområden:*

○ Tillgänglighet
○ Huvudmännens styrning och uppföljning av verksamheten samt bedömning, planering och uppföljning av insatser på individnivå
○ Samordning, samverkan och kontinuitet
○ Brukar- och anhöriginflytande på verksamhetsutvecklingen samt enskildas upplevelse av verksamheternas kvalitet och resultat
○ Säker hälso- och sjukvård samt trygga och säkra insatser i socialtjänsten
○ Rättssäkerhet
○ Personalens utbildningsnivå och möjlighet till kompetensutveckling
<b>INSATSOMRÅDEN:</b>
○ Evidensbaserade insatser/åtgärder (NR för vård vid depression och ångestsyndrom, NR psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd)
○ Läkemedelsanvändning (psykofarmaka)
○ Somatisk vård och levnadsvanor
○ Vård och stödinsatser vid beroende och missbruk
○ Insatser – Personlig vård och hemliv
○ Insatser – Arbete, sysselsättning och ekonomi
○ Stöd till tandvård
○ Stöd till anhöriga och närstående
<b>ÖVERGRIPANDE RESULTAT:</b>
○ Hälsa
○ Levnadsvillkor
<b>UPPFÖLJNING AV SPECIFIKA VERKSAMHETER:</b>
○ Tvångsvård
○ Hem för vård eller boende, HVB

## Den övergripande bilden

En övergripande bild av psykiatri, primärvård och socialtjänstens verksamhet är viktig som bakgrund till analys och värdering av uppföljningsresultatet på olika områden. Olika sätt att organisera verksamheten för olika målgrupper kan exempelvis ha betydelse för de resultat som erhålls och de skillnader som identifieras mellan olika landsting och kommuner. En övergripande bild av verksamheterna på psykiatriområdet kan t.ex. innehålla

- hur huvudmännen definierar och uppfattar sitt uppdrag
- vårdkonsumtion i psykiatri och primärvård
- tillgång på vårdplatser och behandlingsresurser
- målgruppens storlek och omfattningen av insatser enligt SoL och LSS
- huvudmännens personalförsörjning på psykiatriområdet
- huvudmännens kostnader för verksamheten för målgruppen.

För att kunna ge den övergripande bilden av psykiatriområdet måste Socialstyrelsen ha tillgång till grundläggande data om vem som bedriver vård, antal personer i behandling och behandlingsplatser och data om insatser för målgruppen inom öppen psykiatrisk vård och primärvård, vilket saknas idag. Det gäller i synnerhet HVB och tvångsvården, de specifika verksamhetsgrenar Socialstyrelsen har föreslagit för uppföljning.

## Avgränsningar och utvecklingsetapper

I uppdraget efterfrågas ett brett angreppssätt som motiveras av behovet av att få en uppfattning om hur utvecklingen på psykiatriområdet ser ut ur ett epidemiologiskt perspektiv samt kunskap om relationen mellan vårdbehov och behovstäckning nedbrutet till lokal/regional nivå. De övergripande frågor som uppföljningssystemet ska besvara skulle då kunna formuleras som:

- Hur ser behoven av vård, stöd och rehabilitering ut för personer med psykisk ohälsa/sjukdom eller funktionsnedsättning?
- Förmår samhället möta dessa behov på ett sätt som bidrar till en ökad psykisk hälsa och ökade möjligheter till delaktighet i samhällslivet?

En sådan bred ansats omfattar behoven hos personer som redan har en diagnostiserad psykisk sjukdom och personer som riskerar att utveckla en sådan. Den omfattar inte bara en bild av hur den psykiatriska hälso- och sjukvården och socialtjänsten förmår möta behoven utan även andra delar av det offentliga välfärdssystemet som exempelvis utbildningsväsendet, arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Även frivilligsektorn (brukar- och anhörigorganisationer, religiösa samfund, övrig föreningsverksamhet) kan ha stor betydelse för målgruppens psykiska hälsa och möjligheter till delaktighet i samhällslivet.

## Utveckling av uppföljningssystemet – steg 1 (2012)

Det är nödvändigt med avgränsning av uppföljningssystemet under uppbyggnadsskedet. Regeringsuppdraget anger att uppföljningssystemet för

psykiatriområdet ska redovisa psykiatriens och socialtjänstens insatser för målgruppen. Ett första steg i utvecklingen av uppföljningssystemet avgränsas därför till en uppföljning av verksamheten inom psykiatri, primärvården och socialtjänstens och de personer i målgruppen som har kontakt med dessa verksamheter.

### Utveckling av uppföljningssystemet – steg 2 (2014)

I steg 2 ska systemet för nationell uppföljning utvecklas till att även omfatta personer under 18 år med psykiatrisk diagnos eller psykisk funktionsnedsättning. Det ska också omfatta unga personer som kan antas fylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos (inklusive missbruksdiagnos) och som har eller har behov av kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Möjligheterna att inkludera andra viktiga samhällssektorer (t.ex. ungdomsmottagningar, skolan) behöver undersökas.

En särskild uppföljning av äldre med psykiatrisk diagnos eller psykisk funktionsnedsättning, alternativt som kan antas fylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos, bör också tas i detta steg. De äldres vårdbehov möts idag mer sällan inom den psykiatriska vårdorganisationen. Inom socialtjänsten flyttas äldre med psykisk funktionsnedsättning från mer anpassade insatser inom kommunens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning till kommunens äldreomsorg. Hur denna målgrupps behov tillgodoses i hela vårdorganisationen och kommunernas socialtjänst behöver belysas ytterligare.

# Modell för utvärdering av psykiatrins och socialtjänstens kvalitet och effektivitet

---

Det nationella uppföljningssystemet ska spegla utvecklingen inom psykiatriområdet genom att:

- Fortlöpande följa, beskriva och värdera verksamheternas strukturer, processer, resultat och kostnader utifrån olika diagnosgruppers och andra definierade gruppers behov.
- Periodvis genomföra fördjupade analyser och utvärderingar av identifierade problemområden samt av verksamheternas kvalitet och effektivitet.

Socialstyrelsen har under 2011 initierat ett arbete för att utveckla den andra av dessa båda uppgifter. I arbetet ingår att ta fram en modell för utvärdering och fördjupad analys av psykiatriområdet. Syftet är att kunna:

- Beskriva psykiatriområdets strukturer, processer, resultat och kostnader samt värdera kvalitet och effektivitet i förhållande till lagstiftningens mål och kriterier för god vård och god kvalitet i socialtjänsten.
- Jämföra och utvärdera kvalitet och effektivitet i psykiatrisk vård och omsorg med utgångspunkt i nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom och psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, för att därigenom bidra till lokal, regional och nationell kunskapsstyrning.

Arbetet bedrivs utifrån den modell som tillämpades under arbetet med Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtjukvård [4]. Utvärderingen delas upp i fyra områden för att ge bättre förutsättningar för datainsamling och analys:

- Beskriva och värdera verksamheten som utförs i landstingsfinansierad psykiatri och primärvård.
- Beskriva och värdera kommunalt finansierade omsorgsinsatser.
- Sammanfattande analys av kvalitet och effektivitet i offentligt finansierad vård och omsorg.
- Uppföljning och analys av hur landstingen och kommunerna har mottagit och tillämpat Socialstyrelsens nationella riktlinjer inom psykiatriområdet.

I ett första steg avgränsas utvärderingen till verksamheten inom den psykiatriska hälso- och sjukvården för personer över 18 år med depressions-, bipolär-, ångest-, och schizofrenisjukdomar, samt socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

# Epidemiologiska underlag för uppföljning av psykiatriområdet

---

Epidemiologi kan definieras som ”det vetenskapliga studiet av ohälsans utbredning och orsaker i en bestämd befolkning och användandet av denna kunskap för att minska sjukdomsförekomsten” [5]. Epidemiologiska studier utgör en viktig del av ett nationellt uppföljningssystem av psykiatriområdet. Den gör det möjligt att göra fördjupade beskrivningar och analyser av sjukdomsbörda och levnadsvillkor bland personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Kunskapen kan ligga till grund för utvecklandet av nya indikatorer. Epidemiologisk evidens kan också tillämpas för kunskapsstyrning.

Ett system för nationell uppföljning av psykiatriområdet kommer inte att vara statiskt. Det måste förändras när det psykiatriska sjukdomspanoramata förändras. Epidemiologisk metod kommer att vara nödvändig för att ta fram information om befolkningens psykiska hälsa och faktorer som påverkar den. Ett exempel är den ökande psykiska sjukligheten bland ungdomar och unga vuxna. Det är angeläget att fördjupa kunskapen om utbredningen och tänkbara orsaker till denna.

I detta avsnitt redovisas studieresultat från tre områden som rör sjuklighet, vård och levnadsvillkor för några grupper av personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Studierna handlar om:

- personer som har förstagsångsinsjuknat i schizofreni
- personer med psykisk sjukdom och samtidig allvarlig somatisk sjukdom
- unga vuxna med psykisk sjukdom

Studierna kan utgöra modeller för andra målgrupper inom psykiatrin än de nedan studerade.

## Hälsa och levnadsvillkor efter insjuknande i schizofreni

Personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning riskerar inte bara sämre hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt, utan även sämre levnadsvillkor i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning. I Socialstyrelsens rapport 2006 redovisas resultat som tyder på betydande ekonomiska svårigheter för personer som vårdats för svår psykisk sjukdom [6].

Denna studie är en förstudie inom ramen för uppföljningssystemet för att beskriva hälsa och levnadsvillkor bland personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Ett syfte har varit att nå en ökad kunskap om målgruppens behov av och insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett annat syfte har varit att visa på behovet av utökade möjligheter till samkör-

ning av register. Det behövs, om ett nationellt uppföljningssystem för psykiatriområdet ska kunna följa målgruppens hälsa och levnadsvillkor över tid.

Personer med svår psykossjukdom, i synnerhet schizofreni, har en stor sjukdomsörda som får allvarliga hälsomässiga och sociala konsekvenser. Ofta är det unga personer som drabbas. I studien beskrivs en grupp av personer som insjuknar för första gången i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och som har följts under sju år efter insjuknandet.

Fallen i studien (4 874 män och 3 940 kvinnor) består av män och kvinnor i åldrarna 20–59 år som under 2002–2007 slutenvårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd för första gången (år 0). Medelåldern för männen var 37 år och för kvinnorna 40 år. Uppgifter om personerna hämtades via Socialstyrelsens patientregister. Referensgruppen (kontrollerna) bestod av 89 030 personer, som matchades för ålder, kön och kommun. Kontrollerna fick inte ha schizofreni vid urvalet (men all annan psykisk sjukdom tilläts). Alla personer i studien följdes upp under en sjuårsperiod (det sista uppföljningstillfället betecknas år 7 i den löpande texten).

## Levnadsvillkor

Bra levnadsvillkor är starkt relaterade till god hälsa. Att ha en god ekonomi och ett arbete utgör ett skydd mot yttre påfrestningar. Situationen för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning kan därför förvärras av försämrade levnadsvillkor. Särskilt tydligt blir detta i de yngre aktiva åldrarna då etablering på arbetsmarknaden ska ske. Figur 1 visar utvecklingen av den totala årsinkomsten under en sjuårsperiod för yngre män och kvinnor (20–30 år) som för första gången har slutenvårdats för schizofreni. Deras totala inkomst var oförändrad sju år efter det första vårdtillfället medan kontrollgruppens inkomst utvecklades till det klart bättre.

Att det finns en skillnad i årsinkomst redan vid insjuknandet (år 0) mellan personer med eller utan schizofreni är förenligt med sjukdomens utdragna prodromalfas, som innebär tidiga tecken på sjukdom långt innan diagnos etableras.

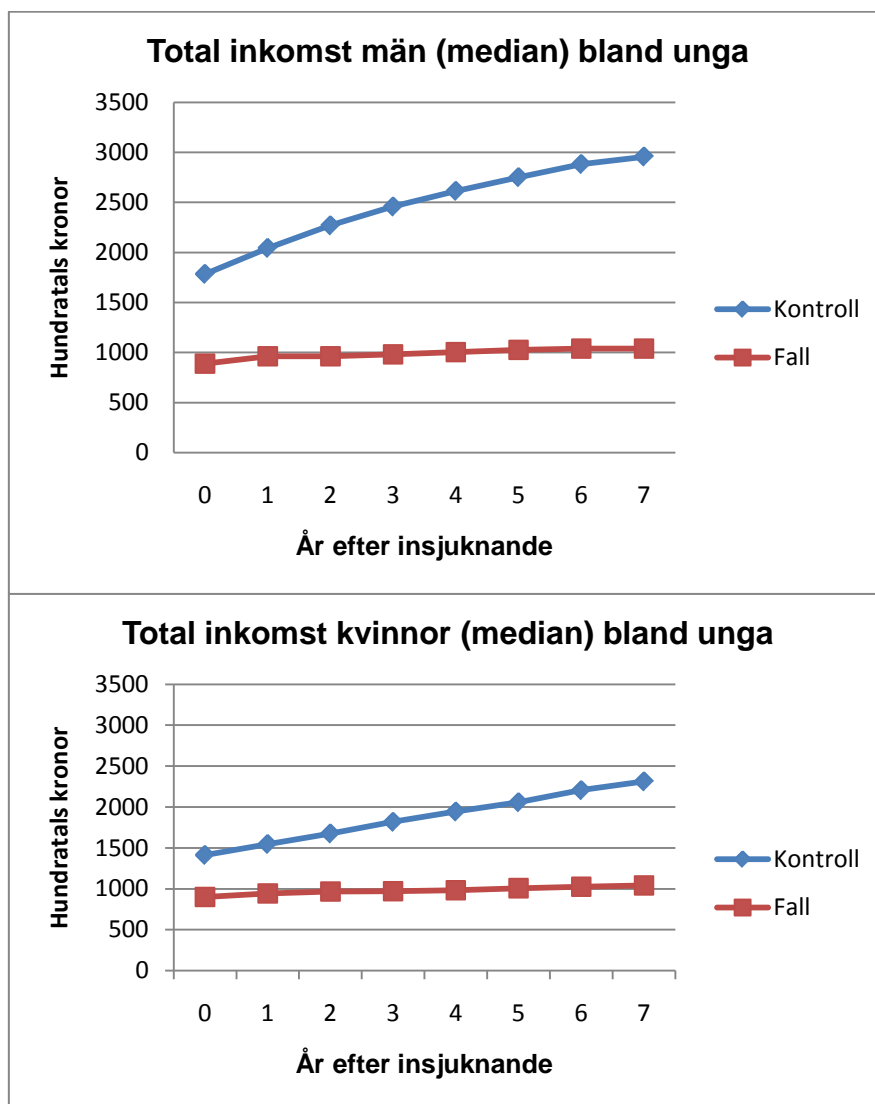
Den genomsnittliga årsinkomsten vid uppföljningstidens slut är upp till tre gånger så hög för männen i kontrollgruppen jämfört med de män som slutenvårdats för schizofreni. Ett rimligt antagande är att återhämtning eller rehabilitering efter svår psykossjukdom underlättas om individen inte behöver leva under svåra ekonomiska villkor under många år.

I figur 2 redovisas den huvudsakliga inkomstkällan för män och kvinnor i studien, i åldrarna 20–30 år, under uppföljningsperioden. För kontrollgruppen utgörs inkomstkällan huvudsakligen av förvärvsarbete (cirka 85 procent, år 7), medan personer med schizofreni år 7 i huvudsak har en inkomst på grund av sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension), cirka 70 procent för män och något lägre för kvinnor. Mönstret var detsamma även för de äldre i studien.

Endast en tiondel av fallen var etablerade på en arbetsmarknad, mot drygt 60 procent av kontrollerna (figur 3). De personer som redovisas att inte alls vara etablerade på arbetsmarknaden kan utgöras av egenföretagare och timanställda. Fler i kontrollgruppen än bland fallen antas tillhöra dessa kategorier inom ”icke etablerade” på arbetsmarknaden.

Personer med schizofreni kan behöva insatser från socialtjänsten med boende. Av tabell 1 framgår att cirka 30 procent av männen och kvinnorna med schizofreni fick hjälp med sitt boende. Cirka tjugo procent av insatserna var boendestöd alternativt hemtjänst enligt SoL.

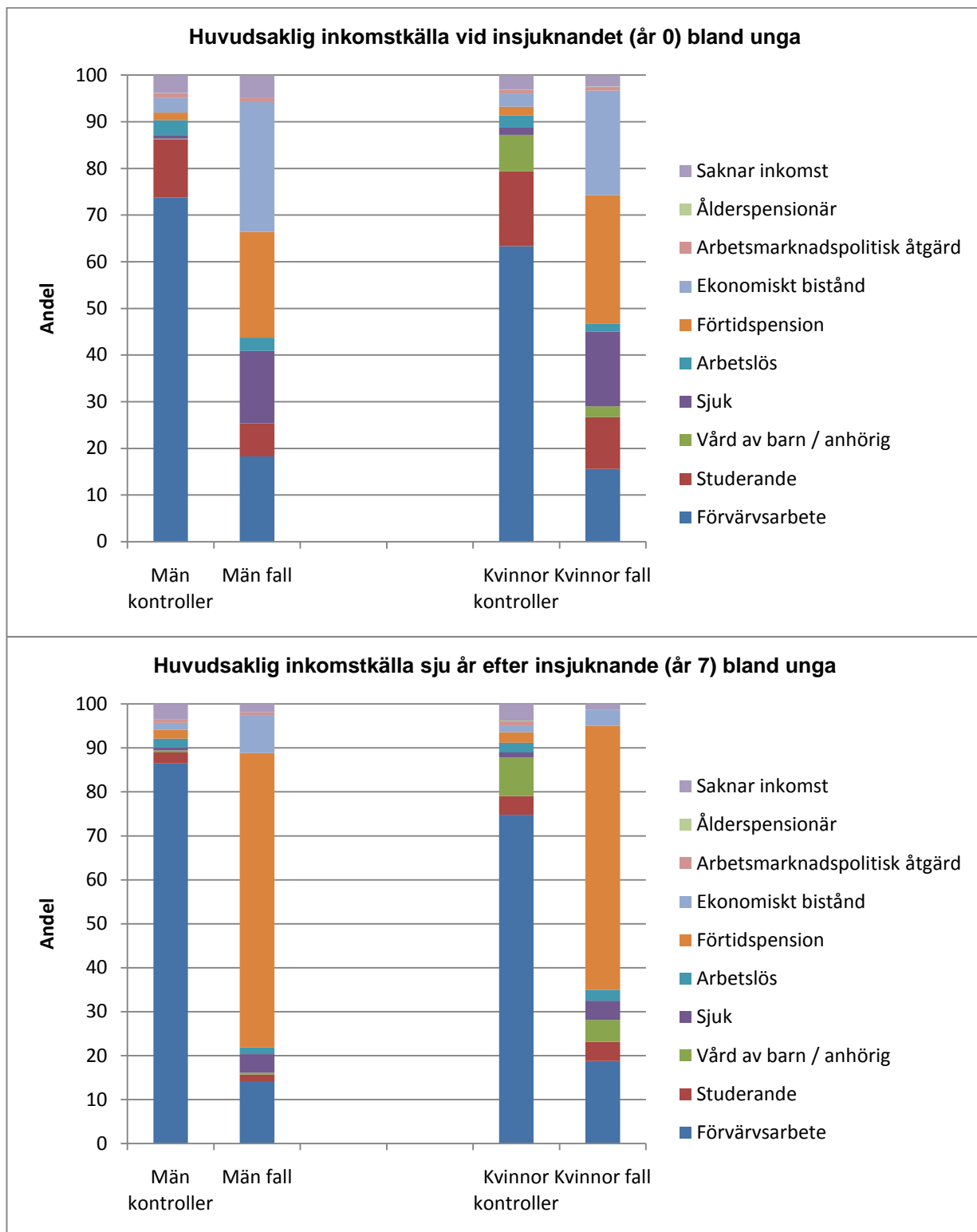
Figur 1. Utvecklingen av den totala årsinkomsten bland yngre män och kvinnor (20–30 år) under sju år efter ett insjuknande i schizofreni (år 0) jämfört med en matchad kontrollgrupp.



Datakälla: RAKS, Statistiska Centralbyrån; patientregistret, Socialstyrelsen.

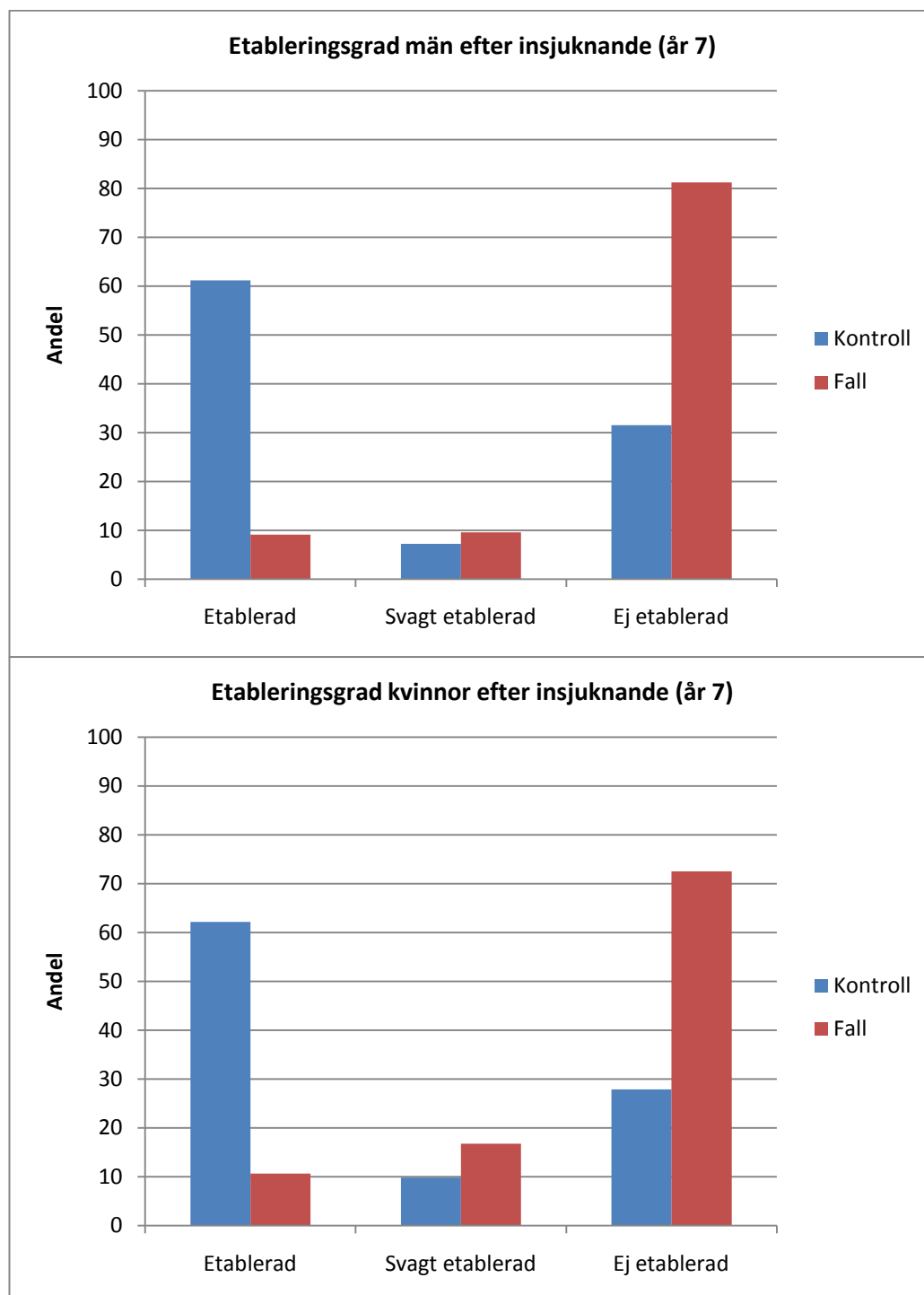


Figur 2. Huvudsaklig inkomstkälla för den totala årsinkomsten bland yngre män och kvinnor (20–30 år) vid insjuknande i schizofreni (år 0) och sju år senare jämfört med en matchad kontrollgrupp.



Datakälla: RAKS, Statistiska Centralbyrån; patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 3. Grad av etablering på arbetsmarknaden bland män och kvinnor (20–59 år) som insjuknande i schizofreni för sju år sedan jämfört med en matchad kontrollgrupp.



Datakälla: RAKS, Statistiska Centralbyrån; patientregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 1. Andel schizofrena patienter som någon gång fått insatser enligt LSS (2004–2009) eller SoL (2007–2008) med avseende på boende.

	Bostad särskild service (LSS)	Särskilt boende (SoL)	Boendestöd/Hemtjänst (SoL)
Män	5 %	4 %	17 %
Kvinnor	6 %	4 %	22 %

Datakälla: Insatser enligt LSS och Insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL), Socialstyrelsen.

## Hälsa

Personer med schizofreni kan vara i stort behov av heldygnsvård. Behovet kan gälla både somatisk och psykiatrisk vård. Tabell 2 visar genomsnittlig slutenvårdtid i dagar under uppföljningstiden av personerna i denna studie.

Tabell 2. Genomsnittligt (median) antal dagar i slutenvård (somatisk och psykiatrisk) för personer med schizofreni under uppföljningstiden jämfört med kontrollgruppen.

År	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>Män</b>								
<b>Somatisk</b>								
Kontroller	4	4	4	4	4	4	4	4
Fall	17	20	15	10	10	9	6	8
<b>Psykiatrisk</b>								
Kontroller	8	8	8	7	7	8	6	4
Fall	39	35	28	24	26	23	19	14
<b>Kvinnor</b>								
<b>Somatisk</b>								
Kontroller	4	3	4	4	3	3	4	4
Fall	10	8	10	8	8	7	7	7
<b>Psykiatrisk</b>								
Kontroller	10	11	11	15	12	12	11	10
Fall	29	25	23	23	25	24	17	18

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen

I jämförelse med kontrollgruppen hade personer med ett förstagångsinsjuknande i schizofreni stora behov av både somatisk och psykiatrisk heldygnsvård.

Dödligheten bland personer med schizofreni var förhöjd. Bland männen avled åtta procent av fallen under sjuårsperioden, mot en procent av kontrollerna. Motsvarande siffror för kvinnor var 5.5 respektive 0.8 procent.

Underliggande dödsorsak bland män och kvinnor med schizofreni var i 35 procent av fallen självmord. Risken att begå självmord var trettio gånger högre bland fallen, jämfört kontrollgruppen. Det fanns också en tjugofem

gångar högre risk att tvångsvårdas för missbruk enligt LVM bland fallen, jämfört med kontrollerna.

Antipsykotisk läkemedelsbehandling reducerar effektivt symtom vid schizofreni och utgör en viktig del av behandlingen. Risken för ett återinsjuknande ökar påtagligt om individen avslutar ordinerad läkemedelsbehandling. Vid uppföljningstidens slut hade cirka 70 procent av personerna med ett förstagångsinsjuknande i schizofreni hämtat ut antipsykotiska läkemedel, medan cirka 30 procent inte hade gjort det. Detta kan bero på att vissa slutenvårdas och får sin medicin under vårdtiden, även om dessa torde vara få eftersom uthämtningen av antipsykotika studerades för helåret vid uppföljningstidens slut. Det kan också vara så att ett antal tillfrisknat och att det därför inte fanns fog för läkemedelsbehandling. Dock kan det vara så att av de 30 procent som inte hämtat ut antipsykotika bestod flertalet av personer som sannolikt borde behandlas med dessa läkemedel.

## Slutsatser

Genom att samköra olika nationella register från Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån har en samlad bild av hälsa och levnadsvillkor för personer som insjuknar i schizofreni kunnat redovisas.

Den stora sjukdomsburden som schizofreni innebär avspeglades tydligt i det stora behovet av både somatisk och psykiatrisk heldygsvård. Dödligheten var under perioden klart förhöjd för de som insjuknat, och där risken för självmord var trettio gånger högre än i kontrollgruppen.

Att tvångsvårdas för missbruk var tjugofem gånger vanligare bland personer med schizofreni jämfört med kontrollgruppen.

Resultaten visar också att sjukdomen för med sig svåra sociala problem som förvärrar en redan utsatt situation. För de som insjuknat i schizofreni var sjuk- eller aktivitetsersättning den huvudsakliga inkomstkällan i sjuttio procent av fallen vid uppföljningstidens slut, också redan för gruppen unga (20–30 år). Inkomstutvecklingen under uppföljningsperioden var för dessa personer stillastående jämfört med kontrollgruppen. Endast tio procent av personerna med ett förstagångsinsjuknande i schizofreni var, sju år efter insjuknandet, etablerade på arbetsmarknaden.

Studiens resultat visar att personer som insjuknar i schizofreni på sikt får sämre delaktighet i samhället och har ojämlika levnadsvillkor jämfört med övriga befolkningen. Rimligen utgör de stora sociala problemen som följer i sjukdomens spår ytterligare påfrestningar. Det är oklart i vilken mån rehabilitering och återhämtning efter svår psykisk sjukdom kompliceras på grund av sådana problem.

Studien visar vikten av att ett framtida nationellt uppföljningssystem har möjlighet att övergripande beskriva levnadsvillkor och hälsa bland personer med psykisk sjukdom. Det är viktigt för att ojämlikheter ska kunna identifieras och minskas. Dessutom är det viktigt att följa i vilken grad både hälso- och sjukvård och socialtjänst når målgruppen med sina insatser.

## Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom

Socialstyrelsen prioriterar att förbättra situationen för personer med psykisk sjukdom. I myndighetens första öppna jämförelse och utvärdering av den vuxenpsykiatriska vården 2010 framkom siffror som tyder på ökad dödlighet och sämre kroppslig (somatisk) hälsa hos personer med psykisk sjukdom jämfört med befolkningen [7]. Det är angeläget att ha kunskap om varför sådana skillnader uppstår.

Efter utvärderingen initierade Socialstyrelsen ett projekt som avsåg att närmare analysera den somatiska vården och sjukligheten vid samtidig psykisk sjukdom. Projektets resultat och slutsatser publiceras i en rapportserie under 2011. I denna delrapport presenteras resultat i ett urval från de hittills genomförda studierna.

Studiernas syfte är att belysa skillnader i hälsoutfall, inklusive dödlighet, och vårdåtgärder mellan somatiskt sjuka patienter med eller utan samtidig psykisk sjukdom. Även läkemedelsanvändningen har studerats. Genom att studera både vårdåtgärder och hälsoutfall kan flera aspekter beaktas när det gäller möjliga orsaker till skillnader i sjuklighet och vård mellan patienter med och utan samtidig psykisk sjukdom. Så kan till exempel skillnader i hälsoutfall bero på att personer med psykisk sjukdom kommer under vård senare eller har ett allmänt sämre hälsotillstånd, medan skillnader i insatta vårdåtgärder kan tyda på skillnader i omhändertagande.

De resultat som i ett urval redovisas nedan kommer från fyra olika sjukdomsområden

- stroke
- akut hjärtinfarkt
- diabetes
- cancer

I de enskilda rapporterna beskrivs resultaten mer ingående och den intresserade hänvisas till dem [5, 6, 7, 8].

Studierna har genomförts med hjälp av Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregistret. Fallen i studien består av de personer med någon av de ovan nämnda sjukdomarna som tidigare slutenvårdats för psykosjukdomar som schizofreni eller för depressions- och ångestsjukdomar. Kontrollerna består av de personer i studien som inte slutenvårdats för psykisk sjukdom.

Analysen genomfördes med en regressionsmodell (Poissonregression), där kvoten mellan gruppernas incidens, antalet patienter som får tillgång till en vårdåtgärd eller som har ett visst hälsoutfall, beräknades.

När det gäller cancerstudien genomfördes orsaksspecifik överlevnadsanalys med så kallade Kaplan-Meier-kurvor. De gör det möjligt att redovisa proportionen levande vid en specifik tidpunkt efter cancerdiagnos, där all annan dödlighet, som inte är relaterad till cancer, är bortrensad. En sådan analys skiljer sig från analyser av totaldödlighet, som inte tar hänsyn till dödsorsak.

Skillnader i orsaksspecifik överlevnad kan tyda på att vissa grupper av patienter kommer under vård senare. Dessa analyser kompletterades därför med att undersöka till vilket stadium canceren framskridit vid tidpunkt för diagnos och behandling.

Läkemedelsanvändningen undersöktes genom att studera uthämtade recept i läkemedelsregistret. Resultaten redovisas som andel patienter som hämtat ut medicin.

## Vårdåtgärder och läkemedel

Socialstyrelsens riktlinjer vid blodpropp i hjärnan och akut hjärtinfarkt anger två vårdåtgärder som skyndsamt ska utföras vid dessa sjukdomstillstånd. För stroke är det halskärlskirurgi (karotiskirurgi) då förträngning av halspulsådern föreligger. För akut hjärtinfarkt ska ballongvidgning (PCI) av hjärtats kranskärl utföras vid blodpropp eller åderförkalkning. Det finns också riktlinjer för behandling med olika läkemedel i sekundärpreventivt syfte efter en stroke eller hjärtinfarkt.

Tabell 3 och 4 visar sannolikheten att få vårdåtgärderna halskärlskirurgi vid stroke eller ballongvidgning vid hjärtinfarkt. Siffrorna visar att patienter med psykisk sjukdom hade lägre sannolikhet (så kallade ”underrisker”) att få vårdåtgärderna, jämfört med kontrollgruppen. När det gäller halskärlskirurgi var antalet patienter få i psykosgruppen och resultatet är inte statistiskt säkerställt.

*Tabell 3. Relativa risker för halskärlskirurgi och antal patienter som erhållit ingreppet inom 30 dagar i förhållande till totala antalet patienter i respektive grupp.*

Patienter	IRR (95 % KI)	n (total)
<b>Psykiatrisk diagnos</b>		
Referens	1.0	1 767 (138 805)
Depression/Ångest	0.5 (0.3–0.9)	12 (2 257)
Psykos	0.6 (0.3–1.2)	7 (945)

IRR=”incidence rate ratio”, KI=konfidensintervall (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1.0 är statistiskt signifikant). Referensgrupperna utgörs av patienter som inte har en samtidig psykiatrisk diagnos. Relativa riskerna är justerade för ålder och kön, samt för interaktionen mellan psykiatriska diagnoser. Datakälla: Patientregistret (2003–2009), Socialstyrelsen.

Orsaken till att patienter med psykisk sjukdom inte erhåller halskärlskirurgi eller ballongvidgning i samma utsträckning som övriga patienter är oklar. Ett kirurgiskt ingrepp i syfte att förhindra allvarlig eller dödlig sjukdom borde komma också patienter med en samtidig psykisk sjukdom till gagn, om det inte finns speciella skäl att avstå från åtgärden. Ett skäl till att avstå från halskärlskirurgi eller ballongvidgning skulle kunna vara att patienter med en samtidig psykisk sjukdom har en lägre motivation till behandling och därför inte vill genomgå ingreppet, eller att de i större omfattning än övriga patienter av medicinska skäl inte bör genomgå ingreppet.

Tabell 4. Relativa risker för ballongvidgning och antal patienter som erhållit ingreppet inom 6 dagar i förhållande till totala antalet patienter i respektive grupp.

Patienter	IRR (95 % KI)	n (total)
<b>Psykiatrisk diagnos</b>		
Referens	1.0	47 265 (127 743)
Depression/Ångest	0.9 (0.8–1.0)	488 (1 877)
Psykos	0.6 (0.5–0.7)	159 (691)

IRR="incidence rate ratio", KI=konfidensintervall (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1.0 är statistiskt signifikant). Referensgrupperna utgörs av patienter som inte har en samtidig psykiatrisk diagnos. Relativa riskerna är justerade för ålder och kön, samt för interaktionen mellan psykiatriska diagnoser. Datakälla: Patientregistret (2003–2009), Socialstyrelsen.

En tydlig trend för alla studerade sjukdomsområden var att personer med psykisk sjukdom använder läkemedel som minskar risken för ytterligare sjukdom i mindre utsträckning än övriga patienter. I tabell 5 visas som ett exempel läkemedel som används i sekundärpreventivt syfte efter stroke. För samtliga studerade läkemedel var andelen läkemedelsanvändare lägre bland de med psykisk sjukdom. Om detta beror på att läkemedel inte förskrivits av läkaren eller om patienten inte hämtat ut läkemedlet går inte att besvara med föreliggande studie.

Tabell 5. Andel (%) patienter som hämtat ut läkemedel inom 6 månader efter stroke indelat i kön och diagnos.

Patienter	Blodtryckssänkande	Blodfettsänkande	Blodförtunnande
<b>Män</b>			
Referens	80	61	62
Depression/Ångest	74	50	39
Psykos	70	37	24
<b>Kvinnor</b>			
Referens	81	57	57
Depression/Ångest	75	46	31
Psykos	69	38	35

Referensgrupperna utgörs av patienter som inte har en samtidig psykiatrisk diagnos. Talen i tabellen är åldersstandardiserade, och exkluderar patienter som avlider under uppföljningstiden (6 månader). Datakälla: Läkemedelsregistret (2006–2009), Socialstyrelsen.

## Hälsoutfall

Olika hälsoutfall, inklusive dödlighet, kan utgöra mått på hälso- och sjukvårdens kvalitet när det gäller akut omhändertagande, insatta vårdåtgärder och efterföljande vård. Utöver kvaliteten i omhändertagandet kan sämre hälsoutfall också vara en konsekvens av sämre allmänt hälsotillstånd vid insjuknandet, livsstilsriskfaktorer eller mindre sekundärprevention i form av läkemedelsbehandling. Här redovisas exempel på hälsoutfall vid diabetes- och cancersjukdom.

En allvarlig komplikation vid diabetes är nedsatt perifer blodcirkulation i benen. Komplikationen kan vara livshotande och behandlas i svåra fall med

amputation av delar av benet. Amputation av delar av benet, särskilt ovan fotled, kan tyda på för sent insatta vårdåtgärder. Av tabell 6 framgår att patienter med depression eller ångestsjukdom hade en ökad risk att få delar av benet amputerat. Risken var fyra gånger högre än hos övriga patienter (referensgruppen). I detta fall redovisas inte psykosgruppen då antalet fall var alltför få.

För samtliga studerade sjukdomsområden, det vill säga stroke, hjärtinfarkt och diabetes, var den så kallade totaldödligheten högre bland psykiskt sjuka patienter, det vill säga psykiskt sjuka hade en ökad dödlighet oavsett dödsorsak (exklusive självmord och skadehändelser med oklar avsikt).

*Tabell 6. Relativa risker för amputation hos diabetespatienter med psykisk sjukdom jämfört med patienter utan psykisk sjukdom.*

Patienter	IRR (95 % KI)*
Referens	1.0
Depression/ångest	4.0 (2.3–6.7)

Siffrorna i tabellen kan utläsas som "gånger ökad risk för amputation" jämfört med referensgruppen (ingen psykiatrisk diagnos) av diabetespatienter (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1.0 är statistiskt signifikant). Relativa riskerna är justerade för ålder och kön, Relativa riskerna är justerade för ålder och kön. \*IRR="incidence rate ratio", KI=konfidensintervall. Datakälla: Patientregistret (2007–2009), Socialstyrelsen.

För att utvidga analyserna om dödlighet undersöktes också så kallad orsaksspecifik överlevnad vid cancer. I en sådan analys rensas all annan dödlighet bort som inte är relaterad till cancer. Därmed fås ett mått på hur en patient överlever själva canceren.

I Figur 4 sammanfattas orsaksspecifik överlevnad för samtliga elakartade cancerformer som inkluderas i Socialstyrelsens cancerregister. Figuren visar att psykiskt sjuka levde en kortare tid efter cancerdiagnos. Cirka 25 procent av patienterna med psykisk sjukdom avled inom ett år efter sin cancerdiagnos, medan motsvarande siffra för referensgruppen var två år.

Förutom cancer totalt, studerades sju specifika cancerformer (bröstcancer, prostatacancer, lungcancer, rökrelaterad cancer, cancer i hjärna och nervsystem, cancer i lymfatisk och blodbildande vävnad, och tjock- och ändtarmscancer). Trenden var, liksom för total cancer, att cancerpatienter med en samtidig psykisk sjukdom överlevde sin cancer i lägre utsträckning än övriga patienter.

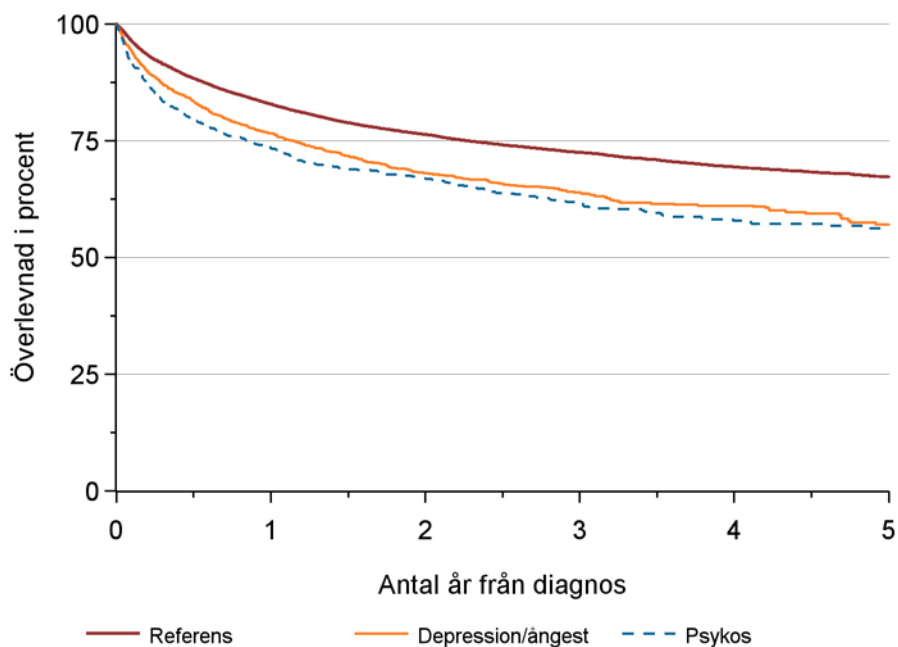
En rimlig förklaring till ökad dödlighet bland psykiskt sjuka patienter kan vara att gruppen av olika skäl kommer senare under vård och därför har sämre prognos att överleva. För att närmare studera ett sådant antagande analyserades bröstcancerstadium för att se om sjukdomen hunnit fortskrida längre än för övriga patienter. Hälsoundersökning med mammografi är en effektiv och rekommenderad metod att upptäcka bröstcancer hos kvinnor och minskar signifikant dödligheten i sjukdomen. Kvinnor blir från det att de fyller 40 år regelbundet inbjudna till screening med mammografi. Figur 5 visar cancerstadium bland kvinnor i åldrarna 40–49 år. Det mest gynnsamma stadiet är då cancer befinner sig i stadium ett. Det framgår av figuren att cancer befann sig ett senare stadium bland kvinnor med samsjuklighet i psykisk sjukdom jämfört med övriga. Resultaten kan tyda på att psykiskt



sjuka kvinnor inte går på mammografiscreening och därför riskerar sämre prognos och förtida död efter bröstcancerdiagnos.

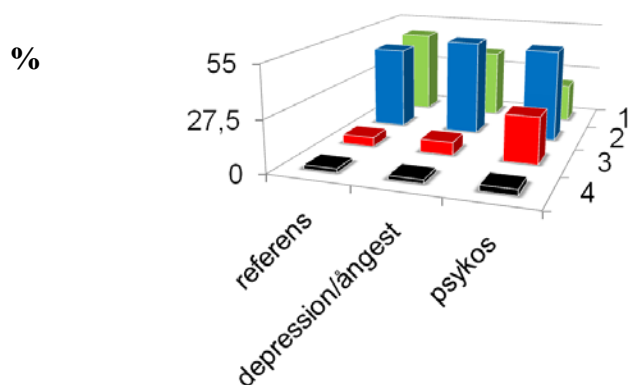
**Figur 4.**

**Dödsorsaksspecifik canceröverlevnad**  
Cancer totalt



Datakälla: Cancerregistret 2003–2008, Socialstyrelsen

*Figur 5. Bröstcancerstadium för patienter med samtidig psykisk sjukdom jämfört med patienter utan psykisk sjukdom (referens). Den vertikala axeln visar andel (%) patienter i respektive stadium.*



Datakällor: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, 2003–2008, Socialstyrelsen

**Slutsatser**

Studien har belyst skillnader i hälsoutfall och vårdåtgärder mellan patienter som har samtidig psykiskt sjukdom och övriga patienter. De resultat som

redovisas inom ramen för denna delrapport är ett urval av resultaten från de rapporter som publicerats under våren. För ytterligare resultat hänvisas läsaren till rapporterna [8, 9, 10, 11].

Resultaten pekar på en bekymmersam situation för psykiskt sjuka personer som också har en allvarlig kroppslig sjukdom. Dessa personer riskerar sämre hälsa och förtida död jämfört med patienter som inte har en psykisk sjukdom.

De exakta orsakerna till detta är oklart men det finns rimligen flera aspekter av frågan. Att psykiskt sjuka riskerar sämre hälsoutfall kan bero på att deras somatiska sjukdom av flera skäl upptäcks senare. Till exempel visar resultaten av bröstcancerstadium att psykiskt sjuka yngre kvinnor i medelåldern troligen inte går på mammografiscreening och därför riskerar att cancer utvecklas till ett senare stadium. Dödligheten bland dessa kvinnor skulle kunna minskas betydligt om de kom till hälsoundersökning med mammografi [12]. Skälen till att kvinnorna inte går på screening kan vara flera, men svåra levnadsvillkor och stor sjukdomsbyrå utgör försvårande omständigheter för gruppen. Exempelvis kan ekonomiskt utsatthet vara ett skäl till att en mammografiscreening, som är förenad med en patientavgift, inte blir aktuell för kvinnor med psykisk sjukdom.

En annan förklaring till sämre hälsa och ökad dödlighet förefaller också vara mindre tillgång till vårdåtgärder. Både vid stroke och akut hjärtinfarkt fick inte psykiskt sjuka lika tillgång till vårdåtgärderna halskärlkirurgi och ballongvidgning som övriga patienter. Båda ingreppen förutsätter akut omhändertagande och bör utföras skyndsamt. Utifrån denna utgångspunkt är det anmärkningsvärt att psykiskt sjuka inte erhöll denna vårdåtgärd i samma omfattning som övriga patienter. En möjlig orsak till skillnaden i vårdåtgärder mellan psykiskt sjuka patienter och övriga skulle dock kunna bero på att patienter med psykisk sjukdom har låg motivation och önskan att genomgå ingreppet, eller att det eventuellt fanns medicinska skäl till att avstå ingreppet.

Resultaten från projektet pekar entydigt på att en adekvat vård inte når psykiskt sjuka med somatisk sjukdom, och att de därför riskerar sämre hälsa och förtida död än övriga patienter. Oavsett orsakerna bör hälso- och sjukvården ha målsättningen att nå de psykiskt sjuka inom hela vårdkedjan och vara medveten om de psykiskt sjukas levnadsvillkor och utsatthet, så att vården kan erbjudas utifrån gruppens förutsättningar.

## Ökande psykisk sjukdom bland unga

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 redovisades resultat som tyder på en markant ökning av självrapporterad psykisk ohälsa bland unga vuxna enligt ett flertal undersökningar, bland annat SCB:s ULF-undersökningar [3]. Enligt ULF-undersökningarna har den självrapporterade psykiska ohälsan ökat i alla ungdomsgrupper oavsett ursprung, boenderegion, familjeförhållande, socioekonomi, anställningsförhållande och arbetsmarknadsstatus. Utvecklingen har skett sedan 1990-talet och fortsatt under 2000-talet. Bland äldre åldersgrupper har inte motsvarande ökning kunnat observeras under perioden.

Utvecklingen har skett parallellt med att allt fler unga vuxna också vårdas inom den psykiatriska slutenvården, framförallt för depressions- och ångestsjukdomar samt självmordsförsök. Andelen 20–24-åringar som slutenvårdats för depressionssjukdomar fördubblades mellan 1997–2007 enligt inrapporteringen till Socialstyrelsens patientregister. Ökningen av självrapporterade psykiska besvär bland unga sker således samtidigt med en ökning av psykiatrisk slutenvård för samma grupp. Det talar för att ökningen inte kan avfärdas med att enbart vara ett uttryck för en ökad benägenhet bland unga att rapportera psykiska besvär som ångslan och oro.

Varför den psykiska sjukligheten bland unga vuxna ökar är i nuläget oklart. I Folkhälsorapporten 2009 diskuterades olika tänkbara förklaringar knutna till förändringar som omfattat stora delar av gruppen ungdomar och unga vuxna. Ökade utbildningskrav och en ökad individualisering är exempel på samhällsförändringar som kan ha bidragit till utvecklingen, men det är oklart om sådana faktorer ensamt kan förklara ökningen. Andra faktorer kan till exempel vara relaterade till uppväxtåren och familjesituationen.

Studien har utförts inom ramen för regeringsuppdraget, med syftet att analysera utvecklingen av psykisk sjukdom bland personer födda åren 1972–1981. En frågeställning har varit om ökningen av svårare psykisk sjukdom går att finna endast i särskilt utsatta grupper av ungdomar och unga vuxna eller om ökningen, på samma sätt som för den självrapporterade psykiska ohälsan, gäller alla ungdomsgrupper oavsett bakgrund.

Studien baseras på registerdata och har inte samma rikhaltiga uppsättning av bakgrundsfaktorer som urvalsundersökningarna. I gengäld omfattar registren hela befolkningen.

Om ökningen av psykisk sjukdom främst gäller särskilt utsatta grupper av unga, kan en förklaring vara att belastande psykosociala faktorer, förknippade med uppväxtåren, ökat i omfattning och på senare år drabbat en större andel unga. En annan förklaring kan vara att konsekvenserna av sådana belastande psykosociala faktorer blivit allvarigare. Exempelvis kan den senarelagda etableringen på arbetsmarknaden (som en följd av ökade utbildningskrav), i kombination med exponering för belastande psykosociala faktorer under uppväxten, ha ökat risken för psykisk sjukdom. Genom att etableringen på arbetsmarknaden sker högre upp i åldrarna är unga beroende av föräldrarnas stöd under en längre tidsperiod [3]. För personer med ett försvagat familjenätverk kan det därför ha inneburit ökade påfrestningar under etableringsfasen [13].

Skälen till att unga oftare vårdas för psykisk sjukdom kan således antingen bero på att alltfler har utsatts för belastande faktorer eller att konsekvensen av dessa fått större betydelse. I det sistnämnda fallet skulle förekomsten av belastande faktorer inte ha ökat, utan andelen som får en psykiatrisk diagnos, bland dem som exponerats för sådana faktorer, skulle ha ökat.

Tio födelsekohorter (1972–1981) ingick i studien och utgjorde sammanlagt drygt en miljon personer. Antalet personer i varje kohort var ungefär lika stort. Uppföljningstiden sträckte sig till och med år 2006, då den äldsta födelsekohorten (födda 1972) var 34 år och den yngsta födelsekohorten, (födda 1981) var 25 år.

Belastande psykosociala faktorer under uppväxten har utgjorts av i vilken mån föräldrarna slutenvårdats eller avlidit till följd av en missbruksrelaterad

eller psykiatrisk diagnos, och i vilken mån uppväxten inkluderat föräldrareparationer. I Folkhälsorapport 2001 visas att sådana faktorer har ett tydligt samband med risk för senare psykisk sjukdom [14].

De psykiatriska diagnoser som studerats är de som tidigare visat sig att ha ökat, det vill säga depressioner och ångestsjukdomar.

Risken för att skrivas in för slutenvård för depression eller ångest hos en grupp (jämfört med en referensgrupp) har analyserats med så kallade Cox-regressioner. Risken presenteras här som relativa risker (RR). En relativ risk på två anger att risken är två gånger så hög som i referensgruppen.

I regressionsanalyserna kan risken justeras för olika bakgrundsfaktorer. Det innebär att analysen tar hänsyn till att fördelningen skiljer sig åt mellan grupper med avseende på olika bakgrundsfaktorer. I analyserna kontrolleras för bakgrundsfaktorerna boenderegion, utländsk bakgrund och moderns (biologisk) högsta fullföljda utbildning (som är en bra indikator för utbildningsnivån i familjen). Analyserna har gjorts separat för kvinnor och män.

## Belastande psykosociala faktorer under uppväxten

Av figur 6 framgår att andelen som slutenvårdats för depressions- och ångestsjukdomar har ökat bland senare födelsekohorter. För att jämförelsen inte ska påverkas av att födelsekohorterna var olika gamla vid uppföljningstidens slut, visar figuren andelen som vårdats till och med 24 års ålder.

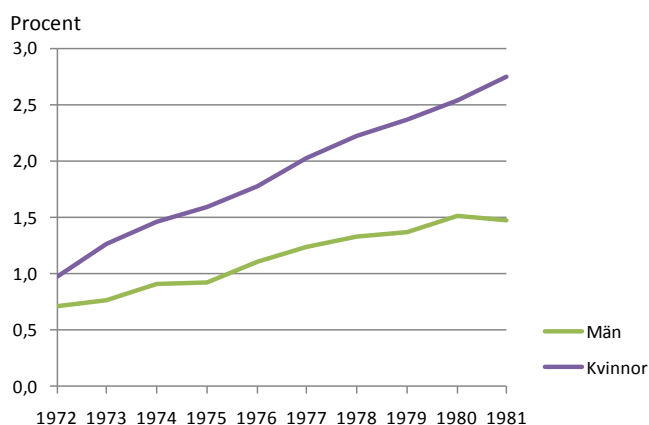
Andelen som slutenvårdats är mer än dubbelt så hög bland dem som är födda 1981, jämfört med dem som är födda 1972, och den är högre bland kvinnor än bland män. Resultaten bekräftar tidigare resultat, att andelen unga som slutenvårdas inom psykiatri ökar och att ökningen är större för unga kvinnor.

Av alla som ingår i studiepopulationen var det cirka 20 procent som hade en förälder som vårdats eller avlidit till följd av en missbruksrelaterad diagnos eller en psykiatrisk diagnos. Andelen var ungefär lika i alla födelsekohorter. Det talar för att det inte var en ökad förekomst av missbruk eller psykiatrisk problematik hos föräldrarna som förklarade ökningen av psykisk sjukdom bland unga. Däremot kan konsekvenserna av att ha en förälder med indikation på missbruk eller psykisk sjukdom ha förändrats över tid så att andelen unga med psykisk sjukdom ökar i gruppen som haft en förälder med denna indikation.

Figur 7 visar de justerade relativa riskerna för slutenvård för depressions- och ångestsjukdomar bland män och kvinnor som växte upp med föräldrar med, respektive utan, indikation på psykisk sjukdom eller missbruk.

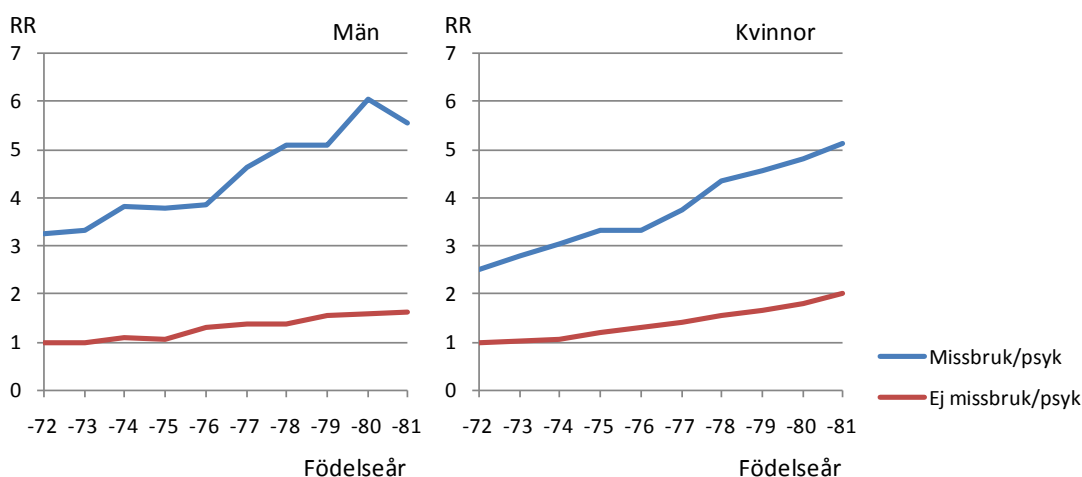
Att någon av föräldrarna hade denna indikation innebar en kraftigt förhöjd risk för slutenvård för psykisk sjukdom bland unga. Den relativa risken var mer än tre gånger så hög (bland män) och ungefär två och en halv gång så hög (bland kvinnor), jämfört med dem utan någon sådan föräldrainsdikation, efter att kontroll för utländsk bakgrund, mors högsta fullföljda utbildning samt boenderegion och familjesammansättning vid cirka 5 års ålder gjorts.

Figur 6. Andel som slutenvårdats för depressions- och ångestsjukdomar före 25 års ålder. Kvinnor och män födda åren 1972–1981.



Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 7. Relativa risken (RR) för att slutenvårdas för depressions- eller ångestsjukdomar bland män och kvinnor födda 1972–1981 vars föräldrar har eller inte har indikation på missbruk eller psykisk sjukdom. Referensgrupp är personer födda 1972 vars föräldrar inte har någon indikation på missbruk eller psykisk sjukdom.



Datakälla: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det framgår också av figuren att de justerade relativa riskerna ökade från äldre till yngre födelsekohorter, oavsett indikation på missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrarna, och att skillnaden i riskökning relativt sett var ungefär lika i grupperna. Detta pekar på att ökningen av slutenvård för psykisk sjukdom bland unga vuxna under senare år inte har ett samband med belastande psykosociala faktorer, såsom missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrarna, utan måste förklaras av andra faktorer.

På motsvarande sätt som missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrarna utgör en belastande faktor under uppväxten, kan andra typer av familjesituationer, som föräldrarseparationer, påverka risken för senare psykisk sjukdom. En familjesituation där familjen består av bara den ena (eller ingen) av de biologiska föräldrarna talar för att föräldrarna separerat (eller att barnet separerats från föräldrarna). En sådan familjesituation kan utgöra en markör

för att exponeras för exempelvis sämre socioekonomiska förhållanden under uppväxten. Det kan öka risken för senare psykisk sjukdom.

Ungefär 85 procent av personerna födda 1972–1981 bodde med båda biologiska föräldrarna upp till cirka 5 års ålder (1 till 5 år beroende på när uppgiften hämtades)<sup>1</sup>, och resterande 15 procent bodde antingen med den ena biologiska föräldern, med eller utan styvförälder, eller med andra än de biologiska föräldrarna. Andelen var ungefär lika i alla födelsekohorter (visas inte).

Figur 8 visar den justerade relativa risken för slutenvård för psykisk sjukdom för dem som bodde med båda biologiska föräldrarna respektive inte bodde med båda vid cirka fem års ålder, efter hänsyn till indikation för missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrarna. Av figuren framgår att de som inte bodde med båda biologiska föräldrarna hade en förhöjd risk för psykisk sjukdom jämfört med dem som bodde med båda föräldrarna. Risken ökade från de äldre födelsekohorterna till de yngre i båda grupperna och ökningen var något större bland dem som inte bodde med båda. I en modell där familjesammansättningen vid cirka 10 års ålder analyserades, var dock den relativa ökningen lika stor i båda grupperna.

Resultaten från båda analyserna pekar på att det skett en ökning av psykisk sjukdom bland yngre födelsekohorter oavsett familjesammansättning under uppväxten. Även om ökningen varit något större bland dem som inte bodde med båda föräldrarna under de första levnadsåren, talar analysen för att föräldraseparationer inte utgjorde någon stark förklaringsfaktor till den ökade psykiska sjukligheten bland unga.

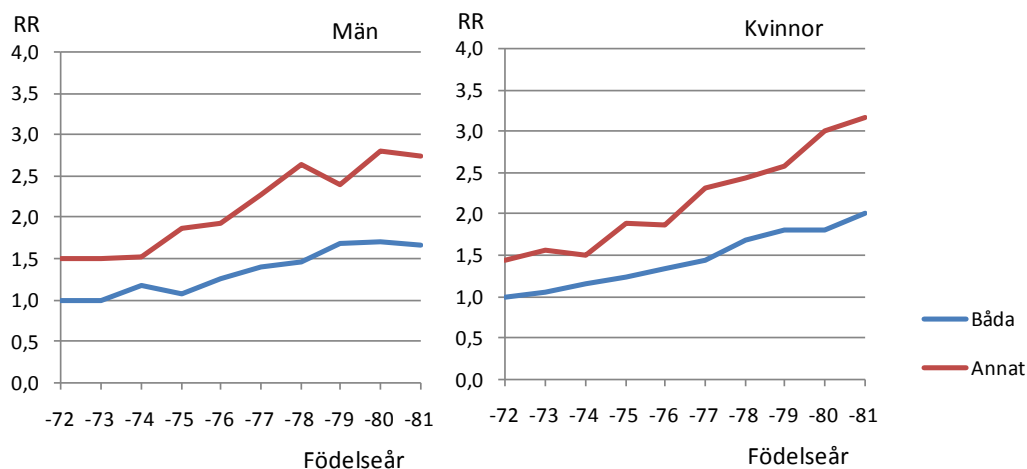
Tidigare studier har redovisat att personer med utländsk bakgrund har sämre självrapporterad psykisk hälsa än personer med svensk bakgrund. De har också högre risk för allvarigare psykosociala hälsoproblem (självmod, självmordsförsök, självskadebeteende, schizofreni och psykoser). Detta förklaras i hög grad av att de sociala livsvillkoren skiljer sig åt mellan grupperna [3].

Därför gjordes också en analys för att kontrollera för möjligheten att ökningen av depressioner och ångestsjukdomar kunde bero på att alltfler immigranter fick diagnoserna. Ungefär tretton procent av personerna i denna studie hade utländsk bakgrund, det vill säga var själva födda utomlands eller hade föräldrar som båda var födda utomlands. Andelen var ungefär densamma i alla födelsekohorter men sammansättningen av ursprungsländer varierade något. I den äldsta födelsekohorten (födda 1972) hade två tredjedelar en europeisk bakgrund och resterande en utomeuropeisk bakgrund. I den yngsta födelsekohorten (födda 1981) hade drygt hälften en utomeuropeisk bakgrund. Denna förändring av sammansättning av ursprungsland skulle kunna förklara en ökning av slutenvård eftersom immigranter från vissa länder varit utsatta för extrema händelser, exempelvis på grund av krig.

---

<sup>1</sup> Uppgift om familjesammansättning är hämtad från Folk- och bostadsräkningarna som genomfördes var femte år varför födelsekohorterna har lite olika ålder vid den Folk- och bostadsräkning som är aktuell, d.v.s. när de var upp till 5 år.

Figur 8. Relativa risker (RR) för att slutenvårdas för depressions- eller ångestsjukdomar bland personer födda 1972–1981 som levde, respektive inte levde, med båda föräldrarna vid 5 års ålder. Referensgrupp är personer födda 1972 som bodde med båda föräldrarna vid 5 års ålder enligt Folk- och bostadsräkningarna.



Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 9 visar att de justerade relativa riskerna var ungefär lika höga för dem som hade utländsk bakgrund som för dem med svensk bakgrund. Ökningen över födelsekohorterna var ungefär lika stor oavsett bakgrund, efter kontroll för indikation föräldrars missbruk och psykisk sjukdom, boenderegion och familjesammansättning under de första levnadsåren samt för moderns högsta fullföljda utbildning. Resultatet tyder på att inte heller utländsk bakgrund kan utgöra en förklaring till att psykiatrisk slutenvård för depression och ångest ökar bland unga.

Figur 9. Relativa risker (RR) för att slutenvårdas för depressions- eller ångestsjukdomar bland personer födda 1972–1981 med svensk respektive utländsk bakgrund. Referensgrupp är personer födda 1972 med svensk bakgrund.



Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## Slutsatser

Resultaten i studien pekar på att ökningen av slutenvård för psykisk sjukdom under senare år inte kan förklaras av att uppväxten inneburit en ökning

av exponering för ”klassiska” belastande psykosociala faktorer bland unga. Inte heller förklaras ökningen av att konsekvenserna av belastande faktorer fått större betydelse på senare år.

Även om belastande psykosociala faktorer innebar en förhöjd risk för senare vård av psykisk sjukdom var den relativa riskökningen lika stor bland icke-exponerade som exponerade. Ökningen av depressions- och ångestsjukdomar bland unga vuxna verkar alltså vara ett fenomen som inte har ett samband med ”klassiska” psykosociala faktorer, utan med andra bakomliggande faktorer. Vilka dessa faktorer skulle vara är oklart. Resultaten från studien pekar dock på att det rör sig om faktorer som berör ungdomsgruppen som helhet.

Det är inte klarlagt om ökningen av depressions- och ångestsjukdomar är genuin i den meningen att sjukdomarna *faktiskt* har ökat under senare hälften av 1990-talet och under 2000-talet. Ökningen skulle också kunna förklaras av att sjukvården av något skäl diagnostiserar fler unga med depressioner och ångestsjukdomar idag, eller att inrapportering till patientregistret av psykiatriska diagnoser inom slutenvården blivit bättre. Det sistnämnda förefaller dock inte särskilt troligt eftersom motsvarande ökning av psykisk sjukdom inte kunnat observeras för äldre personer.

Det är rimligt att beakta möjligheten att det faktiskt handlar om att allt fler unga vuxna blir allvarligt sjuka i depressions- och ångestsjukdomar och behöver slutenvårdas. Det är därför angeläget att inom ramen för regeringsuppdraget genomföra ytterligare studier för att försöka identifiera de verkliga riskfaktorerna som påverkar den psykiska hälsan bland unga.



# Nationella indikatorer

---

Socialstyrelsen har i sin modell för ett nationellt uppföljningssystem av psykiatriområdet identifierat ett antal uppföljningsområden (se sidan 14 ff). Till systemet har kopplats indikatorer, som belyser de valda uppföljningsområdena. Målet är att alla aspekter av dessa uppföljningsområden ska kunna följas med indikatorer, både för psykiatri och för socialtjänsten, samt att alla vårdgivare ska kunna redovisa de data som krävs för att fylla relevanta indikatorer.

På Socialstyrelsen pågår ett omfattande arbete för att ta fram indikatorer inom hälso- och sjukvården och på socialtjänstens område. De indikatorer som utarbetas för hälso- och sjukvården och socialtjänsten avser bland annat att spegla

- evidensbaserade insatser och åtgärder
- läkemedelsanvändning
- somatisk vård och levnadsvanor
- säker hälso- och sjukvård
- trygga och säkra insatser i socialtjänsten
- brukar- och anhöriginflytande
- personlig vård och hemliv
- stöd till anhöriga och närstående

Utvecklingen av indikatorer begränsas främst av två faktorer:

- De befintliga systemen för uppgiftsinsamling i verksamheterna är inte utformade för att fånga de uppgifter som är relevanta för utvecklingen av nationella indikatorer.
- Datakällor med god täckningsgrad och hög kvalitet att fylla indikatorerna med saknas ännu i hög utsträckning på nationell nivå. Det gäller i synnerhet två områden:
  - Data som speglar i vilken utsträckning enskilda individer får tillgång till de åtgärder som rekommenderas.
  - Data om kostnader, insatser, och behov samt hur dessa relateras till målen för verksamheterna, som skulle göra det möjligt att belysa effektivitet inom psykiatriområdet.

Arbetet med att utveckla grunddata och datakällor som kan avhjälpa dessa begränsningar redovisas i nästa avsnitt. I detta avsnitt redovisas Socialstyrelsens arbete med att utveckla indikatorer för psykiatriområdet under det senaste året.

## Indikatorer för psykiatrisk hälso- och sjukvård

### *Genomförda aktiviteter*

Socialstyrelsen har utarbetat ett antal nationella indikatorer som ska spegla god vård inom hälso- och sjukvården:

- Arton indikatorer inom ramen för arbetet med Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom [15].
- Femton indikatorer för den psykiatriska verksamheten inom hälso- och sjukvård för Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [16].
- Elva nationella indikatorer, bland annat om självmord i befolkningen, läkemedelskonsumtion, väntetider och återinskrivningar efter vård för schizofreni, som togs fram för rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2010 [17].

### *Pågående aktiviteter*

- Utveckling av indikatorer för att följa åtgärder rekommenderade i Nationella riktlinjer fortsätter under 2011 i samverkan med de psykiatriska kvalitetsregistren.

## Indikatorer för socialtjänstens område

Arbetet med att utveckla ett nationellt uppföljningssystem för psykiatriområdet genomförs i samordning med uppdraget att publicera öppna jämförelser inom socialtjänstområdet. Detta gäller särskilt den del som rör stödet till personer med funktionsnedsättning där personer med psykisk funktionsnedsättning ingår som en delpopulation. Målet är att det vid utgången av år 2014 ska finnas lätt tillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga öppna jämförelser över kvalitet, resultat och effektivitet inom socialtjänst och hemsjukvård. Öppna jämförelser inom stödet till personer med funktionsnedsättning har avgränsats till insatser som ges i enlighet med lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt biståndsbedömda insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453).

Personer med alkohol- eller drogmissbruk har oftare psykiska problem, och omvänt har personer med psykiatrisk diagnos oftare alkohol- eller narkotikaberoende än andra. Målet är att det vid utgången av 2014 ska finnas ändamålsenliga och tillförlitliga öppna jämförelser för kvalitet, resultat och effektivitet i missbruks- och beroendevården. Också här arbetar Socialstyrelsen för att det särskilt ska gå att identifiera och följa insatserna för personer med psykiska funktionshinder.

### *Genomförda aktiviteter*

- Under 2010 publicerades de första öppna jämförelserna avseende socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning. Inom ramen för publiceringen återfanns en indikator som jämför hur kommuner arbetar för att personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga ska kunna ha inflytande och påverka den verksamhet som bedrivs. Kommuner jämfördes med avseende på bland

annat förekomst av brukarråd (regelbundna möten med brukare- och anhörigorganisationer). Resultaten av denna publicering visar att drygt fyra av tio kommuner saknar arbetsformer för ökat brukarinflytande. En indikator kring tillgänglig information för målgruppen och deras anhöriga avseende vilket stöd som kan erbjudas publicerades också. Resultatet visar att över hälften av kommunerna saknar en tryckt informationsguide eller riktad information på webben till personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga.

- Ett antal indikatorer finns framtagna inom ramen för arbetet med riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [16].
- Inom ramen för öppna jämförelser inom missbruks- och beroendområdet har Socialstyrelsen tagit fram fem indikatorer för att följa insatserna för personer med alkohol- och drogmissbruk

#### *Pågående aktiviteter*

- Under 2011 publiceras ytterligare tre indikatorer från riktlinjerna på schizofreniområdet, om förutsättningar för god kvalitet i socialtjänsten samt aspekter på god kvalitet i den psykosociala stödprocessen. Utöver detta ämnar Socialstyrelsen publicera en indikator som belyser förekomst i kommuner av rutiner för att upprätta en individuell plan i samarbete med landsting för målgruppen. Även en indikator som belyser omfattningen av kommuners arbete med att inventera målgruppen kommer att publiceras.
- Ett arbete pågår under våren 2011 med att utveckla indikatorer som gör det möjligt att jämföra bostäder med särskild service för vuxna (9.9 § LSS) och daglig verksamhet (9.10 § LSS) utifrån de kvalitetsområden som arbetas fram inom socialtjänstområdet.

## **Förvaltning av framtagna indikatorer**

Samtliga redan utvecklade indikatorer med relevans för uppföljning av psykiatriområdet har inventerats och överlämnats till förvaltning av en projektgrupp med uppgift att under hösten 2011 publicera Socialstyrelsens indikatorer i ett webb-baserat bibliotek.

# Grunddata och datakällor

---

Socialstyrelsens modell för ett nationellt uppföljningssystem för psykiatriområdet beskriver ett antal uppföljningsområden som följs genom indikatorer för alla aspekter av området. Indikatorernas validitet och känslighet för förändringar inom psykiatriområdet är beroende av kvaliteten hos och täckningsgraden för de data som indikatorerna beräknas med.

Under året har täckningsgraden och kvaliteten på data i patientregistret förbättrats. Utvecklingen av data om insatser enligt SoL och LSS har inletts, liksom en utredning om behovet av nationella data om psykiatriska åtgärder inom primärvården. Det är nödvändigt med en ständig förbättring av Socialstyrelsens egna register om ett hållbart uppföljningssystem för psykiatriområdet ska kunna vidmakthållas. Men också andra datakällor, inom och utanför Socialstyrelsen, måste utvecklas som komplement till myndighetens hälsodataregister, dödsorsaksregistret, tillsynens uppgifter och socialtjänstregistren. Utvecklingen av de psykiatriska kvalitetsregistren är särskilt viktig som en framtida datakälla för ett nationellt uppföljningssystem.

Här redovisas Socialstyrelsens pågående utveckling av egna register och datakällor för psykiatriområdet.

## Utveckling av patientregistrets tvångsvårdsdel

### Patientregistrets täckningsgrad

Rapporteringen från psykiatri till patientregistret har förbättrats under 2010. Totalt har 98 procent av alla patienter som vårdats antingen med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), LRV, en uppgift om diagnos vid utskrivning. Det är en klar förbättring mot första tertialet 2010 då täckningsgraden uppgick till 86 procent. En redovisning av patientregistrets uppgifter för 2010 finns i bilaga 2.

### Återföring av uppgifter från patientregistret

Patientregistret har återfört inrapporterat material till respektive landsting och följt upp det genom direktkontakt med respektive rapportör. Ett statistikpaket för återrapportering med uppdatering tre gånger årligen, är framtaget. Två informationsträffar med uppgiftslämnarna har hållits, då inrapporterat material redovisats och patientregistret informerat om nyheter inom Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2008:26).

### Elektronisk inrapportering

Sedan sommaren 2010 är det möjligt för uppgiftslämnarna att rapportera in uppgifter till patientregistret elektroniskt.

## Förbättrad tvångsvårdsrapportering

Rapporteringen av åtgärder har förbättrats. Under 2010 har andelen utskrivna patienter med en åtgärds kod ökat från 32 (under första tertialet) till 47 procent (under det tredje).

Programvara och rutiner för inläsning av data samt utveckling av en teknisk lösning för bättre lagring av data om tvångsåtgärder har utarbetats.

Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret har reviderats, så att en variabel för psykiatrisk vårdform, som anger det lagliga mandat under vilket patientens psykiatriska vård ges, har fått nya värden.

## Utveckling av åtgärdsregistreringen

### Åtgärdsregistrering i psykiatrisk slutenvård

Socialstyrelsen har under året samarbetat med de psykiatriska föreningarna i utvecklingen av koder för vårdåtgärder som är lämpade för uppföljning av behandling av de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsen har deltagit som diskussionspartner i de psykiatriska föreningarnas arbete med att ta fram en baslista för tvångsåtgärder i psykiatrisk slutenvård och exempel på lathundar för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Listorna och lathundarna har publicerats på Socialstyrelsens webbplats under våren 2011.

Under året inleddes ett projekt för registrering av kvarhållning enligt 6 § LPT. I dagsläget rapporteras en sådan kvarhållning som ett besök i öppenvård, vilket är olämpligt. Patienter som kvarhålls på sjukhus mot sin vilja och som erhåller sängplats och vård, som i andra sammanhang skulle betraktas som slutenvård, borde inte heller här betraktas som öppenvård. Dessutom kan tvångsåtgärder vidtas mot patienten under kvarhållningen vilket inte överensstämmer med principen att tvångsåtgärder endast kan ges i slutenvård. Under andra tertialet 2011 genomför Socialstyrelsen därför ett pilotprojekt där kvarhållning registreras med ett speciellt värde (Psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning) i variabeln psykiatrisk vårdform, samt med en KVÅ-kod: Kvarhållning enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Försöket genomförs i samarbete med psykiatriska föreningen, i Malmö och i Stockholms läns sjukvårdsområde.

### Åtgärdsregistrering i psykiatrisk öppenvård

Inom psykiatrin görs endast vart femte besök inom den specialiserade öppenvården hos läkare. Många vårdåtgärder, som bedömningar och psykologisk behandling, utförs av andra yrkesgrupper än läkare. Eftersom patientregistret bara får registrera läkarbesök, så kan endast en begränsad del av alla åtgärder som utförs i den psykiatriska hälso- och sjukvården registreras. Att till exempel följa utvecklingen av behandlingar med kognitiv beteendeterapi genom patientregistret är idag omöjligt då det endast undantagsvis är läkare som utför behandlingen.

En hemställan om ändring av förordningen om patientregistret (2001:707) till att omfatta fler yrkeskategorier än läkare har tidigare inlämnats till Re-

geringskansliet. Under 2011 har Socialstyrelsen följt upp med kompletteringar av hemställen och avvaktar handläggningen på departementet.

### Åtgärdsregistrering i primärvården

Flertalet patienter med psykiska besvär utreds och behandlas i primärvården, till exempel för lindrigare depression och/eller olika ångestsjukdomar. En utvidgning av patientregistret med behandlingsinsatser i primärvården skulle ge en betydande kunskap om sjukvårdens insatser för personer med psykiska sjukdomar. Men patientregistret får idag inte registrera uppgifter som rör primärvården. Det medför en betydande brist vad gäller möjligheterna att få en god nationell beskrivning av de psykiatriska verksamheterna och av personer med psykiska sjukdomar.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag under våren 2011 startat ett arbete för att ta fram förutsättningar för utveckling av ett ändamålsenligt patientregister för primärvården. Senast 2012 ska ett förslag till en lösning för insamling av uppgifter till ett nationellt patientregister för primärvården läggas fram.

### Utveckling av socialtjänststatistiken

Arbetet med att identifiera och förbättra registreringen av de insatser som är relevanta för uppföljning av insatser och effekter för målgruppen utförs inom ramen för Socialstyrelsens utveckling av socialtjänststatistiken, framförallt inom:

- SoL-området, där ett projekt utvecklar en modell för att samla in uppgifter om personer med en viss insats vid olika tidpunkter och tar fram underlag för föreskrifter som möjliggör framtida datainsamling.
- LSS-området, där ett projekt för utveckling av statistikregistreringen startar hösten 2011.
- Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården samt hemlöshet, som utvecklar enkäter för att få belysa verksamheten, som också berör delar av målgruppen inom psykiatriområdet.

Socialstyrelsen har genom en pilotundersökning 2010 beskrivit de problem som finns idag med att i uppföljningssyfte identifiera personer med psykiska funktionshinder bland de personer som är föremål för socialtjänstens insatser. Under våren 2011 har diskussionen förts vidare, med pilotstudien som utgångspunkt, inom Socialstyrelsen och med externa forskare, om att operationalisera definitionen.

#### *Genomförda aktiviteter:*

- Behovet av individdata för uppföljning av socialtjänstens insatser för målgruppen har identifierats och lyfts fram i Socialstyrelsens pågående utvecklingsarbeten av socialtjänststatistiken.

#### *Planerade aktiviteter:*

- Hösten 2011 genomförs en hearing med verksamhetsföreträdare, brukarorganisationer och experter, utifrån den framtagna målgruppsbeskrivningen och utifrån erfarenheterna från pilotstudien 2010, om

möjligheterna för handläggare och personal i socialtjänsten att identifiera och registrera insatser för målgruppen.

- Hösten 2011 inleder Socialstyrelsen ett projekt för att utveckla registreringen av statistik på LSS-området där behovet av data för uppföljning av psykiatriområdet särskilt ska beaktas.

## Utveckling av andra datakällor

### Utveckling av registerdata

*Tandhjälsregister:* Som tidigare nämnts, kommer arbetet i samband med det tredje steget i tandvårdsreformen att ge möjligheter att följa upp tandhjälsdata för personer med psykiska funktionshinder.

*De psykiatriska kvalitetsregistren* är en viktig samarbetspartner i arbetet med utveckling av nya indikatorer och ett samarbete om detta har inletts under 2011. Kvalitetsregistren kommer att bli en betydelsefull kompletterande datakälla för det nationella uppföljningssystemet, även om alla kvalitetsregister ännu inte har en tillräckligt hög täckningsgrad för att användas på nationell nivå.

*Vårdgivarregistret* är en viktig förutsättning för att få en bättre täckning av läkarbesök inom den specialiserade öppenvården. Det behövs för att på ett effektivt sätt kunna kommunicera med de vårdgivare som är rapporteringsskyldiga. En utveckling av vårdgivarregistret behövs också för att ha kännedom om vilka som är rapporteringsskyldiga samt följa upp i vilken mån de fullgör sin uppgiftslämnarplikt. Socialstyrelsen har därför påbörjat ett arbete med att utveckla Vårdgivarregistret.

### Utveckling av enkätdata

Socialstyrelsen har utvecklat en enkät för insamling av data på strukturnivå från kommuner och den specialiserade psykiatrin samt för utveckling av strukturen: kommun- och landstingsenkäten. Kommun- och landstingsenkäten består dels av återkommande frågor, riktade till ledningsnivåerna i kommun och landsting, om förutsättningarna för god vård och god kvalitet i socialtjänsten, som kan följas över tid, dels av frågor kring uppföljning av olika uppdrag inom psykiatriområdet, som varierar över tid.

#### *Pågående aktiviteter*

Enkäten har skickats ut till samtliga kommuner och stadsdelar under 2010. En del innehåller frågor om kommunens organisation, behovsinventeringar, uppsökande verksamhet, informerande verksamhet, brukarinflytande, planering och styrning på övergripande nivå, arbetsformer och metoder, personalens kompetens, boende, sysselsättning och övrigt utbud. Dessa uppgifter kommer Socialstyrelsen att jämföra med uppgifter som samlades in under 2008.

En annan del av enkäten följer upp Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Enkäten används för att ta in basinformation för att kartlägga målgruppens tillgång till de insatser som rekommenderas i riktlinjerna. Analys och diskussion av denna

del av datainsamlingen kommer att genomföras under hösten 2011. Uppgifterna kommer att redovisas i olika regeringsuppdrag och genom öppna jämförelser under 2011.

Socialstyrelsen utvecklar en motsvarande enkät till specialistpsykiatrin, som kommer att testas under hösten 2011.

### Endagsinventering av den psykiatriska tvångsvården

Endagsinventeringarna av den psykiatriska tvångsvården är en viktig datakälla för ett kommande system för uppföljningar av psykiatriområdet. Socialstyrelsen har tidigare genomfört endagsinventeringar under 2005 och 2008. De bör fortlöpande redovisas vart tredje år, som en rutinmässig del av den systematiska uppföljningen av psykiatriområdet. Den planerade endagsinventering hösten 2011 skjuts emellertid fram i tiden för att inte sammanfalla med den kartläggning som Sveriges kommuner och landsting genomför under 2011.

### Förvaltningsrättens domar

Socialstyrelsen har sedan den 1 september 2010 granskat 6 000 domar som gäller överföring till öppen rättspsykiatrisk vård eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Granskningen av domar om öppen tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård är i dagens läge den enda källan om hur bestämmelserna tillämpas i praktiken.

I förordningen (§ 21 LPT) finns det inskrivet att Domstolsverket inom en vecka efter fastställande dom ska skicka in beslutet till Socialstyrelsen. Det pågår ett utvecklingsarbete inom Socialstyrelsen för att se över förfarandet vid granskning av domar samt för att få möjlighet för att bygga upp ett register baserat på domarna.

### Central databas för inventeringsdata

Det uppföljningssystem som Socialstyrelsen håller på att utforma skapar förutsättningar för att fortlöpande kunna följa, beskriva och värdera kommuner och landstings verksamheter på ett antal identifierade uppföljningsområden. En övergripande fråga för den nationella uppföljningen är dock om huvudmännen förmår tillgodose målgruppens behov av vård och stöd i den utsträckning som motsvarar dess behov av ett tillräckligt och varierat utbud.

Personer som har en psykisk funktionsnedsättning har ofta behov av insatser från både socialtjänsten och psykiatrin. För att socialtjänsten och psykiatrin ska kunna bygga upp en verksamhet som motsvarar denna målgrupps behov, behöver huvudmännen skaffa sig en bild av antalet personer med psykisk funktionsnedsättning som är bosatta i en kommun, och av vilka insatser de har behov av. En av psykiatireformens grundprinciper var att ansvariga huvudmän skulle skaffa sig en sådan kunskap om målgruppen och regelbundet inventera dess behov av insatser som underlag för sin verksamhetsplanering.



För att stödja det lokala inventeringsarbetet har Socialstyrelsen inom ramen för ett nationellt projekt utvecklat ett inventeringsverktyg. Verktöget kommer att publiceras under hösten 2011 tillsammans med en rapport om utvecklingsarbetet.

### Inventeringsdata som en del av uppföljningssystemet

Förutom att vara ett underlag för socialtjänstens och psykiatrins resurs- och verksamhetsplanering kan de uppgifter som samlas in i de gemensamma inventeringarna också vara ett viktigt och kompletterande dataunderlag för det nationella uppföljningssystemet. Socialstyrelsen kommer därför att undersöka möjligheterna att samla in dessa data och upprätta en central databas med inventeringsdata. Därmed blir det också möjligt att göra vissa jämförelser mellan kommuner med liknande befolkningsunderlag, vilket har efterfrågats av kommunerna.

De uppgifter som samlas in i en inventering med stöd av det verktyg Socialstyrelsen har utvecklat, berör i huvudsak målgruppens livssituation, svårigheter att utföra viktiga aktiviteter på olika livsområden, problem med hälsa samt behov av insatser. Uppgifterna redovisas på kommunnivå. Dessa uppgifter skulle kunna tillföra det nationella uppföljningssystemet en kompletterande information om målgruppens levnadsvillkor, samt ge en bild av på vilka livsområden personer i målgruppen har störst svårigheter och mest behov av insatser. Likaså kan en bild fås av på vilka livs- och hälsoområden personer med psykisk funktionsnedsättning får sina behov tillgodosedda eller inte.

# Vård- och omsorgstagarperspektivet

---

Socialstyrelsen har, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, börjat utveckla en modell för undersökningar på nationell nivå av hur personer med psykisk funktionsnedsättning själva upplever vård och omsorg. Syftet är att följa upp kvaliteten inom vård och omsorg ur de personers perspektiv som själva behandlas. De har en bred kunskap och stora förväntningar på vilken vård och omsorg som finns tillgänglig och på kvaliteten i tjänsterna och deras uppfattning och upplevelser av vården och omsorgen ska undersökas.

Målet är att skapa en enkät för målgruppen, som går att använda både inom psykiatrin och socialtjänsten, tillsammans med en vägledning för hur en undersökning ska genomföras, som en integrerad del av socialtjänstens och psykiatrins verksamhetsuppföljning. Avsikten är att insamlade data ska kunna användas för att beskriva och analysera den egenupplevda kvaliteten i insatserna.

Det förväntade resultatet är att möjligheterna att beskriva och analysera utvecklingen av kvalitet och resultat inom psykiatriområdet utifrån dessa personers eget perspektiv ska förbättras. Resultatet förväntas kunna få betydelse för flera intressenter:

- Professioner samt chefer och beslutsfattare kan använda underlaget i verksamhetsutveckling på lokal och regional nivå.
- Vård- och omsorgstagare, anhöriga och brukarorganisationer kan använda underlaget för att bilda sig en uppfattning om den psykiatrisk vård och omsorg som erbjuds.
- Forskare kan utveckla kunskapen om syn på vård och omsorg inom psykiatriområdet hos dem som själva har behandlats.

## Nationell undersökning

Under 2011 ska Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), vid Medicinska fakulteten, Lunds Universitet, på uppdrag av Socialstyrelsen ta fram och testa ett underlag för en nationell enkät inom psykiatriområdet, riktad till vård- och omsorgstagare. Som underlag för uppdraget behövde Socialstyrelsen få en bild av vad motsvarande undersökningar som genomförts på lokal och regional nivå har innehållit och hur resultaten har använts i uppföljningsarbete i kommuner och landsting. Därför genomfördes hösten 2010 en inventering av undersökningar som genomförts i den psykiatriska verksamheten i landstinget (sluten- och öppenvård) och kommunernas socialtjänst, med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning som målgrupp. Inventeringen omfattade också hur kommuner och landsting redovisat och använt resultaten från undersökningarna.

Att mäta självupplevd kvalitet och delaktighet är svårt. Det krävs metodologiska överväganden för att mäta förekomst och upplevelse så att resultaten

verkligen blir användbara. Socialstyrelsen har identifierat ett antal aspekter som ska belysas i enkäten:

- *Interpersonella aspekter på vård och psykosocialt stöd* (bemötande, respekt, emotionellt stöd, autonomi)
- *Information, medinflytande och valfrihet* (individens egna preferenser kring val och utformning av insatser, tillräcklig information för medinflytande, inflytande över vem som ska utföra vård-, rehabiliterings- och stödinsatser)
- *Verksamheternas kvalitet utifrån ett individperspektiv* (hjälp till makt över sitt eget liv, hjälp till återhämtning)
- *Kontinuitet och samordning av åtgärder/insatser* (mellan psykiatrin och socialtjänsten samt internt inom respektive huvudman) utifrån ett individperspektiv
- *Behandlingsmiljö och stödmiljö* (tillgång till aktiviteter och sysselsättning, upplevelse av tvångsvård (omfattar psykiatrisk heldygnsvård)).

### Målgruppens inflytande och delaktighet i verksamhetsutveckling

Socialstyrelsen har i enkätform undersökt i vilken utsträckning kommunerna har etablerat former för målgruppen och anhörigas delaktighet. En motsvarande undersökning av den psykiatriska hälso- och sjukvården kommer att genomföras hösten 2011. Dessa båda undersökningar följs under hösten 2011 upp med frågor ställda i enkät till landets patient-, omsorgstagare- och anhörigorganisationer, om i vilken utsträckning organisationerna har bjudits in att delta i verksamhetsutveckling och hur de uppfattar sina möjligheter att påverka.

Undersökningarna kommer att redovisas i öppna jämförelser på Socialstyrelsens hemsida hösten 2011 och kommer därefter att ingå som en del av den fortlöpande redovisningen av läget inom psykiatriområdet.

# Kommunikation

---

Uppföljningssystemet ska analysera och värdera psykiatriområdets resultat, kvalitet, kostnader och effektivitet inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst på sätt som är anpassat till de olika målgruppernas behov:

- Regering och departement behöver en övergripande bild av utvecklingen inom psykiatriområdet i synnerhet vad gäller uppföljning av regeringsuppdrag och områden som är strategiska för genomförandet av regeringens avsikter.
- Kommuner och landsting behöver information som underlag för sin strategiska styrning av sin verksamhet.
- Verksamhetsansvariga på lokal och regional nivå behöver information som stimulerar till ständiga förbättringar av verksamheten.
- Vård- och omsorgstagare, anhöriga och medborgare behöver information som ger insyn i verksamheterna och som underlättar det fria valet av vård.
- Socialstyrelsen behöver underlag för att bedriva tillsyn, utforma föreskrifter och allmänna råd och ge kunskapsstöd.

Socialstyrelsen har därför inlett arbetet med att skapa en kommunikationsstrategi för det nationella uppföljningssystemet. Arbetet kommer att prioriteras under hösten 2011. Syftet är att:

- Fastställa kommunikationsmål och budskap.
- Fastställa målgruppsanpassade kommunikationskanaler.
- Tydliggöra ansvar och roller.

Målet är under hösten fastställa en kommunikationsplan för uppföljningssystemet, som inbegriper en uppföljning av användbarheten av Socialstyrelsens produkter i lokalt och regionalt arbete med verksamhetsutveckling.

## *Pågående aktiviteter*

- Utveckling av en kommunikationsplan för åren 2012–2014 samt av en uppföljning av kommunikationsarbetet
- Framtagande av en målgruppsanalys
- Inventering av kommunikationskanaler uppföljningssystemet.

## *Planerade aktiviteter*

- En konferens ska genomföras hösten 2011 om kommunikationskanaler, metoder och former för direktkommunikation med verksamheter och intresseorganisationer

# Referenser

---

- [1] Socialdepartementet: En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. 2008/09:185 (skrivelse)
- [2] Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100)
- [3] Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009
- [4] Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård. Socialstyrelsen; 2009
- [5] Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och Kultur; 2000
- [6] Lägesrapport 2006. Handikappomsorg. Socialstyrelsen; 2006
- [7] Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2010
- [8] Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011
- [9] Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011
- [10] Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen; 2011
- [11] Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Socialstyrelsen; 2011
- [12] Tabár L, Gullberg A, Rosén M. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet* 2003; 361(9367):1405-1410
- [13] Social rapport. Socialstyrelsen; 2010

[14] Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen; 2001

[15] Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelse; 2010

[16] Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011

[17] Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010

# Bilagor

---

## Vägledande dokument

*Regeringens psykiatrisatsning:* Inriktningen på det nationella uppföljningssystemet bygger på Nationella psykiatrisamordningens förslag till en samlad uppföljning på psykiatriområdet och regeringens psykiatrisatsning (En politik för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Prop. 2008/09:185).

*Nationell strategi för god vård och omsorg:* Det system för nationell uppföljning på psykiatriområdet som ska utarbetas är integrerat med Socialstyrelsens arbete med Nationell strategi för god vård och omsorg samt öppna jämförelser både på hälso- och sjukvårdsområdet och socialtjänstens område. Den nationella strategin för god vård fastställdes 2007 i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Socialstyrelsen har senare omsatt strategin till att omfatta även insatser inom socialtjänsten.

Insatser inom socialtjänsten syftar dock inte enbart till en god hälsa. I socialtjänstlagens s.k. portalparagraf anges att socialtjänsten ska medverka i en samhällsutveckling som syftar till jämlikhet i levnadsvillkor och social och ekonomisk trygghet. Verksamheten ska syfta till att öka den enskildes möjligheter att ta del i samhällets gemenskap och förebygga uppkomsten av sociala svårigheter samt begränsa eller avhjälpa enskildas och grupperns behov av stöd och hjälp.

En viktig uppgift för uppföljningssystemet kommer att vara att bevaka följsamheten till de nationella riktlinjerna inom psykiatriområdet: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd samt Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård och Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, som i vissa delar är tillämpliga på personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning.

*Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för vård och omsorg* är en del av regeringens IT-strategi. Den skapar förutsättningar för att systemet för nationell uppföljning kan använda uppgifter från vård- och stöddokumentationen i psykiatri och kommunerna. Syftet med Nationell informationsstruktur är att beskriva hur vård- och omsorgsinformation ska struktureras för att bli användbar för uppföljning på både lokal, regional och nationell nivå. Även projektet "Nationellt fackspråk för vård och omsorg" är en del av den nationella IT-strukturen. Syftet är att utveckla och tillhandahålla ett gemensamt fackspråk baserat på SNOMED-CT (kliniskt begrepps-system) och andra hälsorelaterade klassifikationer och kodverk samt Socialstyrelsens termbank. Målsättningen är att möjliggöra enhetlig och säker dokumentation och kommunikation i vården och omsorgens digitala strukturerade informationssystem, och även stödja statistisk kvalitet och jämförbarhet vid uppföljning och datainsamling.

Datakällor, diagnoskoder, åtgärds-koder och läkemedelskoder för kapitlet Epidemiologisk kunskap för utveckling av psykiatri-området

### *1. Hälsa och levnadsvillkor efter insjuknande i schizofreni*

#### *Datakällor*

LISA 1992–2009, Statistiska Centralbyrån

RAKS 2003–2009, Statistiska Centralbyrån

Patientregistret 1987–2009, Socialstyrelsen

Läkemedelsregistret 2005–2009, Socialstyrelsen

Dödsorsaksregistret 2002–2009, Socialstyrelsen

LSS 2004–2009, Socialstyrelsen

SoL 2007–2009, Socialstyrelsen

Registret över utskrivningar av LVM-vårdade missbrukare 2005–2009, Socialstyrelsen

#### *Diagnoskoder*

För schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ICD-10 koderna F20-F22 och F25-29 använts.

För självmord har ICD-10 koderna X60-X84, Y10-Y34 använts.

### **Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom**

#### *Datakällor*

Patientregistret 2003–2009, Socialstyrelsen

Cancerregistret 2003–2008, Socialstyrelsen

Dödsorsaksregistret 2003–2009, Socialstyrelsen

Läkemedelsregistret 2006–2009, Socialstyrelsen

#### *Diagnoskoder*

Akut hjärtinfarkt ICD-10 I21-I22

Stroke ICD-10 I63-I64 och G45.9

Bröstcancer ICD-10 C50

Bröstcancerstadium indelning enligt: Sobin LH, Wittekind Ch (ed). TNM Classification of Malignant Tumours. New York: Wiley-Liss; 2002.

Diabetespatienter definierades via läkemedelsregistret som personer som enligt läkemedelsregistret hämtat ut diabetesmedicin (ATC-kod A10) minst en gång under 2006.

Psykisk sjukdom definierades som personer med minst två slutenvårdstillfällena med psykiatrisk diagnos under de tio år som föregick de somatiska



diagnoserna. Därefter klassificerades personerna att ingå i följande grupper: 1) depression/ångest (ICD10: F30-39, F40-48, F60-69; ICD9: 300, 301, 311), 2) psykos (ICD10: F20-F29, F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3; ICD9: 295-298). Vid de tillfällen då en och samma patient hade två *olika* vårdtillfällen, inom diagnosgrupperna 1–2 ovan; antingen a) ett vårdtillfälle för psykosjukdom och ett för depressions- och ångestsjukdom klassificerades patienten att ingå i psykosgruppen. Psykos antogs innebära svårare funktionsnedsättning än depression/ångest. Även de personer som hade enbart *ett* vårdtillfälle för någon av de psykiatriska diagnoserna under tioårsperioden före cancerdiagnos *och* där vårdtillfället *översteg* minst trettio dagar definierades att ingå i respektive diagnosgrupp. Personer som inte klassats till någon av de två grupperna med psykisk sjukdom utgör jämförelsegrupp, det vill säga övriga patienter med frånavaro av psykiatrisk diagnos.

#### *Åtgärds-koder:*

Ballongvidgning operationskod FNG

Karotiskirurgi operationskoder PAF20, PAF21, PAK20, PAK21, PAQ20, PAQ21

Amputation av delar av benet operationskoder NHQ09, NHQ11, NGQ09, NGQ11, NGQ99, NFQ09, NFQ19, NFQ99, NEQ19, NEQ99

#### *Läkemedelskoder:*

Blodtrycksänkande ATC-kod C02, C03, C07, C08, C09

Blodfetsänkande ATC-kod C10AA, C10BA

Blodförtunnande ATC-kod B01AA03

## *2. Den ökade psykiska sjukligheten bland unga vuxna*

#### *Diagnoskoder:*

Diagnoser (huvuddiagnoser eller bidragande diagnoser) som indikerar alkoholmissbruk, narkotikamissbruk eller psykiatrisk vård hos undersökningspersonernas föräldrar, samt självmord respektive slutenvård för depressioner och ångestillstånd hos undersökningspersonerna, har hämtats från Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister. Diagnoserna är kodade enligt svenska versioner av Världshälsoorganisationens (WHO) internationella system för klassifikation av sjukdomar – International Classification of Diseases (ICD). Klassifikationen har reviderats genom åren, vilket har beaktats när indikatorerna skapades. Här nedan anges koderna enligt ICD10 som är den senaste klassifikationen.

#### *Föräldrarna*

Alkoholrelaterade diagnoser: F10, G62.1, I42.6, K29.2, K70

Narkotikarelaterade diagnoser: F11, F12, F14, F16, F19, O35.5, P04.4, T40, T43.6, Z50.3, Z71.5, Z72.2

Psykiatriska diagnoser: F00–F99 (exklusive F11–F16, F18, F19)

Självmord och självmordsförsök: X60–X84, Y10–Y34

Alla noteringar perioden 1973–2005 om psykisk ohälsa och missbruk samt dödsfall efter barnets födelse till och med år 2005 har tagits med. Hälsokonsekvenser av alkoholmissbruk märks inte i statistiken på en gång utan tenderar att bli ”synliga” i patientregistret (genom slutenvårdstillfälle) och dödsorsaksregistret först efter långvarigt missbruk och ökande ålder.

*Undersökningspersonerna (födda 1972–1981)*

Depressioner och ångesttillstånd: F30.0–F30.1, F30.8–F31.1, F31.3–F31.4, F31.6–F32.2, F32.8–F33.2, F33.4–F48.9

Själv mord: X60–X84, Y10–Y34

## Redovisning av patientregistret för helåret 2010

Redovisningen avser patienter vårdade för sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård under 2010. In- och utskrivna patienter redovisas separat. Kvalitetsgranskningen är ännu inte avslutad så siffrorna är preliminära.

### Utskrivna patienter

Totalt rapporterades 12 003 utskrivna patienter (tabell 1). Tabellen redovisar också antal utskrivna patienter per 100 000 invånare.

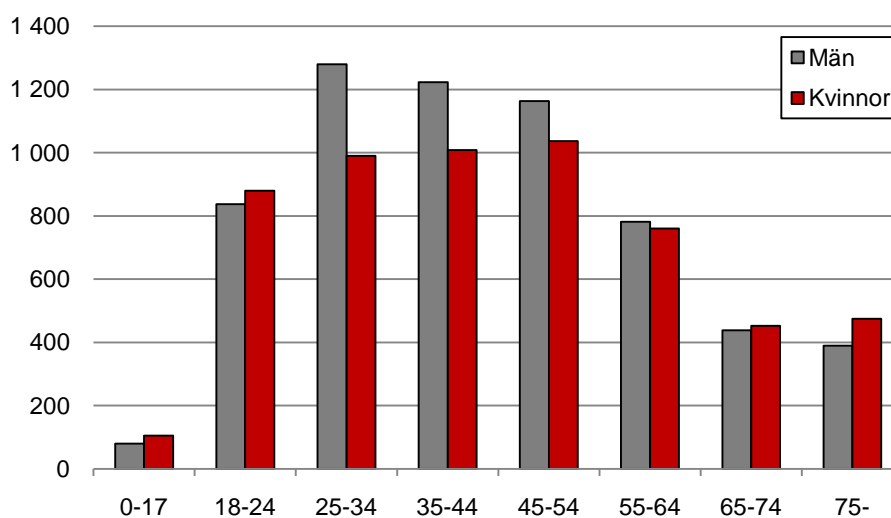
Tabell 1. Antal utskrivna patienter per landsting, 1 januari – 31 december 2010

Landsting	Antal utskrivna patienter			Antal per 100 000 invånare*		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Blekinge	66	85	151	81,0	97,9	89,6
Dalarna	122	127	249	79,6	82,3	80,9
Gotland	32	18	50	114,2	74,1	94,3
Gävleborg	126	116	242	88,9	91,3	90,1
Halland	126	134	260	80,1	79,5	79,8
Jämtland	72	77	149	102,6	108,9	105,8
Jönköping	175	174	349	96,7	99,4	98,1
Kalmar	179	212	391	136,7	151,0	143,8
Kronoberg	95	125	220	87,9	93,0	90,4
Norrbottn	179	255	434	124,0	171,1	147,9
Skåne	659	772	1 431	104,4	122,2	113,2
Stockholm	1 876	1 923	3 799	172,6	177,1	174,8
Södermanland	220	271	491	153,2	170,0	161,5
Uppsala	146	148	294	87,0	92,2	89,6
Värmland	94	91	185	65,7	72,6	69,2
Västerbotten	205	212	417	152,9	153,0	152,9
Västernorrland	119	123	242	88,8	79,2	84,0
Västmanland	63	91	154	49,9	77,2	63,5
Västra Götaland	869	958	1 827	105,5	118,3	111,9
Örebro	125	136	261	91,5	97,4	94,4
Östergötland	200	207	407	87,6	83,3	85,4
<b>RIKET</b>	<b>5 748</b>	<b>6 255</b>	<b>12 003</b>	<b>115,9</b>	<b>124,5</b>	<b>120,2</b>

\* Baserat på hemlandsting

Åldersfördelningen för dessa patienter redovisas i diagram 1. Bland männen återfanns flest patienter i åldersgruppen 25–34 år följt av gruppen 35–44 år. Flest kvinnor återfanns i åldersgruppen 45–54 år. Fördelningen av män och kvinnor var relativt lika i de yngsta och äldsta åldersgrupperna medan en övervikt hos männen kan ses i åldrarna 25–64 år.

Diagram 1. Köns- och åldersfördelning för utskrivna patienter



### Inskrivna patienter

Av de 2 446 patienter som den 31 december 2010 var inskrivna med stöd av LPT eller LRV var 36 % kvinnor och 64 % män (tabell 2).

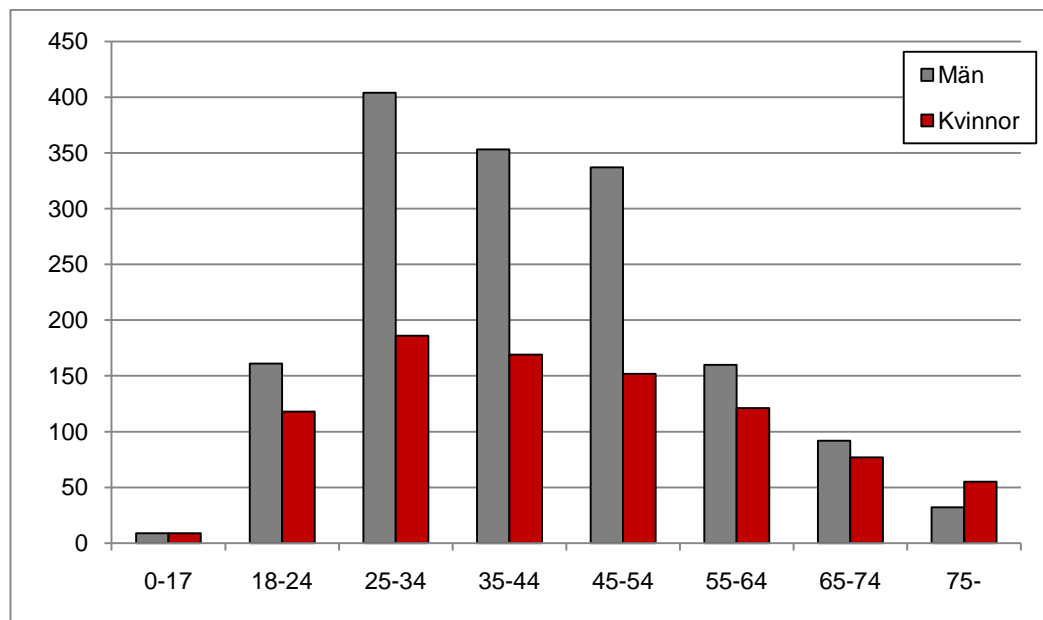
Tabell 2. Antal inskrivna patienter per landsting, 31 december 2010

Landsting	Antal inskrivna patienter			Antal per 100 000 invånare*		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Blekinge	9	11	20	17,3	29,6	23,5
Dalarna	20	68	88	10,1	34,7	22,4
Gotland	3	7	10	13,8	42,3	28,0
Gävleborg	11	14	25	10,8	22,5	16,6
Halland	17	33	50	14,7	24,9	19,8
Jämtland	13	21	34	23,7	42,6	33,2
Jönköping	16	12	28	14,8	23,8	19,3
Kalmar	40	54	94	36,8	41,2	39,0
Kronoberg	46	117	163	25,3	54,0	39,8
Norrbottn	41	96	137	31,8	65,0	48,6
Skåne	85	129	214	15,5	25,6	20,5
Stockholm	176	201	377	17,9	26,6	22,2
Södermanland	48	149	197	23,6	44,0	33,7
Uppsala	26	60	86	15,5	41,0	28,2
Värmland	10	24	34	8,0	17,6	12,8
Västerbotten	39	38	77	28,7	33,1	30,9
Västernorrland	58	143	201	28,8	75,1	51,9
Västmanland	22	50	72	18,2	50,1	34,1
Västra Götaland	139	181	320	18,5	25,5	22,0
Örebro	17	31	48	12,8	28,9	20,7
Östergötland	55	116	171	23,9	47,0	35,5
<b>RIKET</b>	<b>891</b>	<b>1 555</b>	<b>2 446</b>	<b>18,5</b>	<b>32,4</b>	<b>25,4</b>

\* Baserat på hemlandsting

Åldersfördelningen för dessa patienter återges i diagram 2. Uppgift om ålder saknades för fyra inskrivna kvinnor och för sju inskrivna män. Åldersgruppen 25–34 år utgjorde den största gruppen bland både kvinnor och män. För inskrivna patienter dominerar männen i en majoritet av åldersgrupperna.

Diagram 2. Köns- och åldersfördelning för inskrivna patienter



### Vårdtider

I tabell 3 redovisas vårdtider för utskrivna patienter vårdade enligt LPT (tabell 3a) respektive LRV (tabell 3b). Bland de patienter som under året vårdats enligt LPT hade en majoritet vårdats mindre än en månad, medan vårdtiden för patienter som vårdats med stöd av LRV i högre utsträckning var längre.

Tabell 3a. Vårdtid för utskrivna patienter med vård enligt LPT

Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
– 1 mån	3 342	3 520	6 862
1 – 3 mån	1 379	1 152	2 531
3 – 6 mån	413	319	732
6 – 12 mån	137	122	259
12 mån –	63	60	123

Tabell 3b. Vårdtid för utskrivna patienter med vård enligt LRV

Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
– 1 mån	32	241	273
1 – 3 mån	13	101	114
3 – 6 mån	8	60	68
6 – 12 mån	18	72	90
12 mån –	28	220	248

Av de inskrivna patienterna som vårdades med stöd av LPT hade en stor andel vårdats mindre än en månad (mätt den 31 december 2010), vilket visas i tabell 4a. En majoritet av de patienter som vårdades med stöd av LRV vid rapporteringens brytdatum hade vårdats mer än ett år (tabell 4b).

Tabell 4a. Vårdtid för pågående vårdtillfällen med vård enligt LPT

Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
– 1 mån	258	203	461
1 – 3 mån	153	110	263
3 – 6 mån	50	57	107
6 – 12 mån	54	49	103
12 mån –	57	73	130

Tabell 4b. Vårdtid för pågående vårdtillfällen med vård enligt LRV

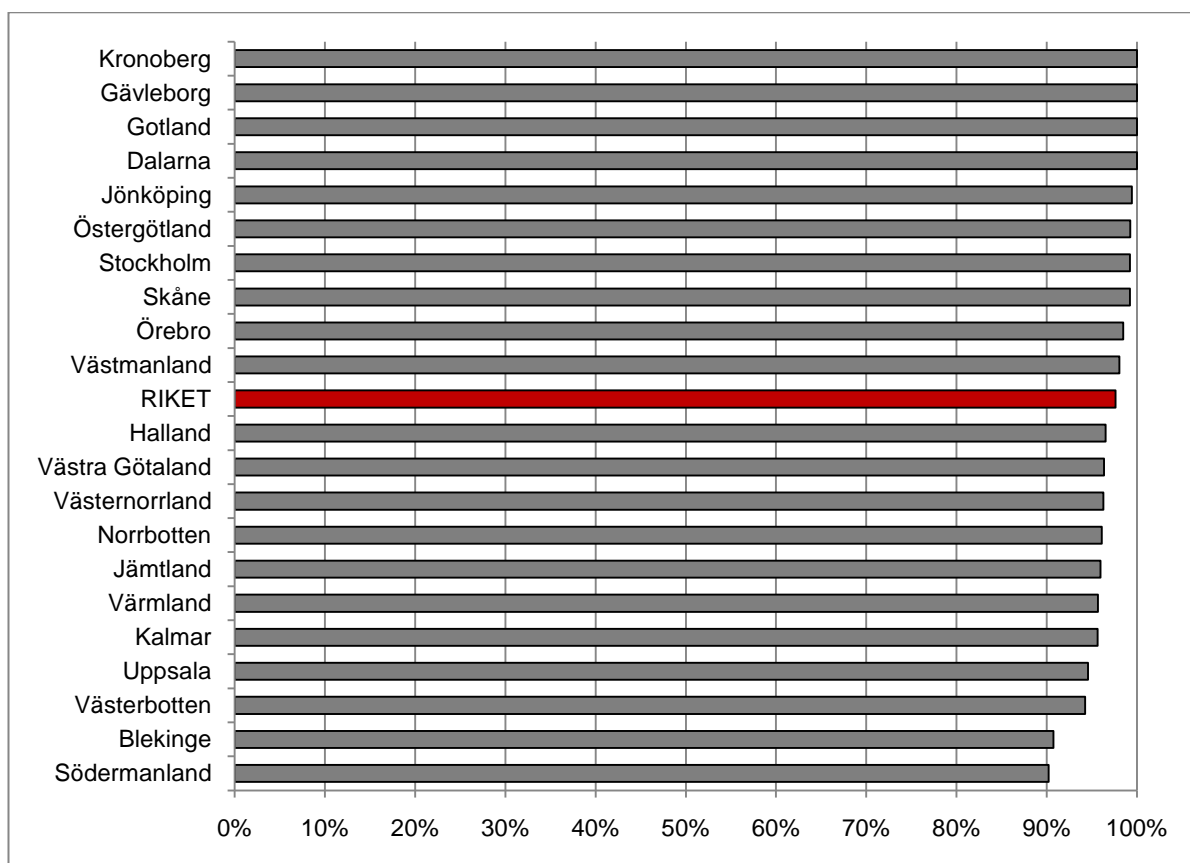
Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
– 1 mån	12	42	54
1 – 3 mån	10	61	71
3 – 6 mån	11	65	76
6 – 12 mån	19	105	124
12 mån –	86	498	584

### Diagnosrapportering

Till patientregistret skall huvuddiagnos och samtliga bidiagnoser som haft relevans för vårdkontakten rapporteras. Diagnoser ska rapporteras enligt *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 – Systematisk förteckning* (KSH97), vilken är en svensk version av WHO:s klassifikation *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10). Totalt hade 98 procent av alla utskrivna patienter uppgift om diagnos. I samtliga landsting understeg diagnosbortfallet 10 procent. Diagnosrapporteringen har klart förbättrats jämfört med första tertialet 2010, då täckningsgraden i riket uppgick till 86 procent.

I tabell 5 visas fördelningen över ICD-10:s huvudgrupper gällande psykiatrisk diagnostik för vård med stöd av LPT för utskrivna patienter. Bland både kvinnor och män är schizofrenidiagnos (F20-F29) vanligast. En annan relativt stor diagnosgrupp bland både kvinnor och män är förstämningssyndrom (F30-F39). Bland utskrivna patienter vårdade med stöd av LRV utgjordes en stor andel av gruppen av personer med schizofrenidiagnos.

Diagram 3. Täckningsgrad för huvuddiagnos, utskrivna patienter, 1 januari–31 december 2010



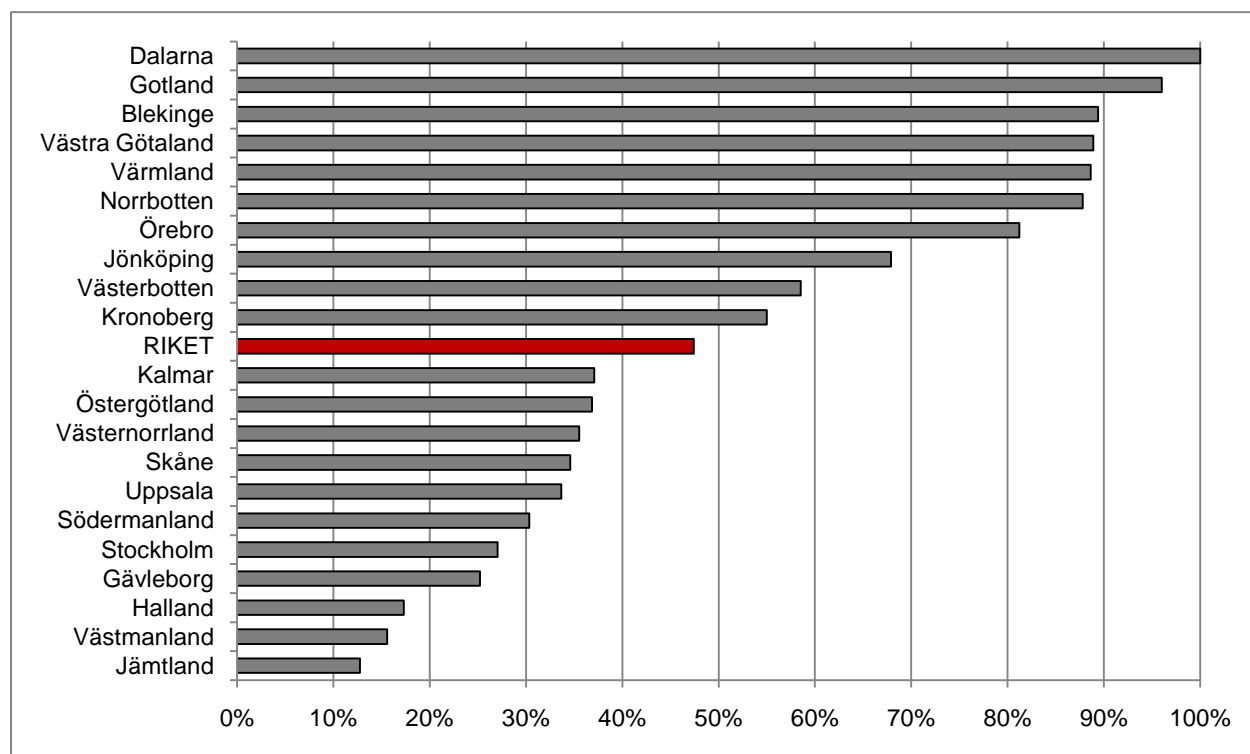
Tabell 5. Huvuddiagnos enligt ICD-10 för utskrivna patienter som vårdats med stöd av LPT

Huvuddiagnos enligt ICD-10	Kvinnor	Män	Totalt
Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar (F00-F09)	243 (4.4 %)	325 (6.1 %)	573 (5.3 %)
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10-F19)	429 (7.8 %)	986 (18.5 %)	1 419 (13.0 %)
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	1 691 (30.8 %)	1 734 (32.5 %)	3 460 (31.7 %)
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	1 332 (24.3 %)	954 (17.9 %)	2 303 (21.1 %)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48)	512 (9.3 %)	398 (7.5 %)	922 (8.5 %)
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50-F59)	99 (1.8 %)	7 (0.1 %)	106 (1.0 %)
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	434 (7.9 %)	116 (2.2 %)	552 (5.1 %)
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	45 (0.8 %)	42 (0.8 %)	87 (0.8 %)
Störningar i psykisk utveckling (F80-F89)	92 (1.7 %)	116 (2.2 %)	210 (1.9 %)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F99)	155 (2.8 %)	196 (3.7 %)	351 (3.2 %)
Övriga diagnoser	252 (4.6 %)	300 (5.6 %)	560 (5.1 %)

Tabell 6. Huvuddiagnos enligt ICD-10 för utskrivna patienter som vårdats med stöd av LRV

Huvuddiagnos enligt ICD-10	Kvinnor	Män	Totalt
Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar (F00-F09)	1 (1.0 %)	11 (1.5 %)	12 (1.4 %)
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10-F19)	11 (10.9 %)	77 (10.6 %)	88 (10.6 %)
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningsyndrom (F20-F29)	31 (30.7 %)	318 (43.7 %)	349 (42.1 %)
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	12 (11.9 %)	47 (6.5 %)	59 (7.1 %)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F49)	6 (5.9 %)	71 (9.8 %)	77 (9.3 %)
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50-F59)	-	-	-
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	16 (15.8 %)	59 (8.1 %)	75 (9.0 %)
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	3 (3.0 %)	12 (1.6 %)	15 (1.8 %)
Störningar i psykisk utveckling (F80-F89)	5 (5.0 %)	39 (5.4 %)	44 (5.3 %)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F99)	5 (5.0 %)	14 (1.9 %)	19 (2.3 %)
Övriga diagnoser	2 (2.0 %)	33 (4.5 %)	35 (4.2 %)

Diagram 4. Andel utskrivna patienter med minst en registrerad åtgärdskod





## Åtgärdsrapportering

Som tidigare nämnts har rapportering av KVÅ varit obligatorisk sedan 1 januari 2007. KVÅ beskriver vilka åtgärder som har satts in vid behandling av patienten.

I diagram 4 redovisas hur stor andel av respektive landstings vårdtillfällen som innehöll minst en KVÅ-kod, vilket i riket uppgick till 47 procent för helåret 2010. Vid en jämförelse med de uppgifter som rapporterades för första tertialet 2010 har andelen utskrivna patienter med en åtgärdskod ökat från 32 till 47 procent.

Under 2010 har Socialstyrelsen lagt ner arbete på att förbättra inrapporteringen av tvångsåtgärder. Vid informationsträffar har vikten av åtgärdsrapporteringen betonats. De psykiatriska specialitetsföreningarna har arbetat fram en baslista för KVÅ i psykiatrisk slutenvård. I tabellen nedan redovisas tre specifika tvångsåtgärder.

Tabell 7. Antal förekomster av specifika tvångsåtgärder

Landsting	Fastspänningar (XU001-03)			Avskiljande (XU011-13)			Tvångsmedicinering (XU020-21)		
	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3
Blekinge	5	7	3	0	0	0	12	20	8
Dalarna	5	20	23	12	20	229	3	5	11
Gotland	1	0	1	0	0	1	2	0	3
Gävleborg	9	6	11	0	0	0	16	41	21
Halland	0	6	7	0	6	7	0	26	20
Jämtland	14	22	15	1	4	0	9	17	15
Jönköping	14	48	30	1	7	2	34	5	18
Kalmar	14	26	28	5	15	23	10	11	19
Kronoberg	234	74	71	115	30	36	93	52	32
Norrbottnen	38	29	30	5	5	3	85	139	54
Skåne	124	187	303	90	74	64	96	163	228
Stockholm	233	317	318	161	197	243	461	517	563
Södermanland	128	41	113	45	35	92	65	15	56
Uppsala	24	19	5	10	27	13	24	22	3
Värmland	11	6	18	0	1	0	11	10	21
Västerbotten	0	131	53	0	110	91	0	103	237
Västernorrland	56	31	56	121	72	62	28	57	47
Västmanland	0	0	52	0	0	39	0	0	57
Västra Götaland	11	51	43	0	14	*	6	37	59
Örebro	16	11	13	3	8	3	25	16	17
Östergötland	0	0	26	0	0	20	0	0	60
<b>RIKET</b>	<b>937</b>	<b>1 032</b>	<b>1 219</b>	<b>569</b>	<b>625</b>	<b>924</b>	<b>980</b>	<b>1 256</b>	<b>1 549</b>

\* Inväntar komplettering