

Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022

Underlagsrapport

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

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

Artikelnummer 2022-9-8073
Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2022

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd från 2018. Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. Denna rapport innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Resultaten och de förslag till förbättringar som vi ger utifrån resultaten sammanfattas i huvudrapporten *Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd –2022, huvudrapport med förbättringsområden*.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och kommunerna, men den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar, berörda yrkesgrupper samt media.

Projektledare för utvärderingen har varit Britt Eriksson. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Tobias Edbom, Riitta Sorsa, och Anne Tiainen. Externa experter har varit Mats Ek, Louise Kimby, Björn Norlin och David Rosenberg. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning.....	9
Beskrivning av uppdraget.....	9
Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i fokus	9
Syfte och avgränsningar	10
Metod	14
Förutsättningar för uppföljning.....	14
Datakällor.....	14
Indikatorförteckning och målnivåer	16
Övriga metodaspekter.....	16
Införande av de nya riktlinjerna.....	18
Regionernas införande av de nya riktlinjerna.....	18
Har de nationella riktlinjerna behandlats i nämnd eller styrelse?	19
Finns det en övergripande handlingsplan för implementering av riktlinjerna?	19
Har politiska beslut fattats i nämnd eller styrelse med anledning av riktlinjerna?	19
Tabell 1.2 Regionernas överenskommelser och samverkansavtal	20
Har ni reviderat er överenskommelse med kommunerna i regionen efter 2018 där omhändertagande av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ingår?	20
Har ni ett aktuellt samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri avseende ansvar och ansvarsfördelning beträffande personer med psykiatriska tillstånd?	20
Tabell 1.3 Regionernas informationsaktiviteter	22
Specialiserad psykiatrisk vård.....	22
Primärvård.....	22
Tillsammans med socialtjänsten	22
Bedömning av resultat	22
Fortbildning av personal.....	23
Regionernas satsningar på fortbildning	23
Specialiserad psykiatrisk vård.....	23
Plan för kompetensutveckling i kommunerna.....	24
Bedömning av resultat	25
Tidiga insatser vid insjuknande	26
Konsultativ verksamhet.....	26
Insatser vid insjuknande i psykos.....	29

Somatisk undersökning.....	33
Delaktighet i vård och omsorg	36
Delat beslutsfattande.....	36
Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser	40
Case management för vård och stödsamordning.....	40
Förekomst av psykosteam	44
Samordnad individuell plan	44
Personligt ombud för samordning	45
Rehabilitering i form av studier eller arbete	46
Boendeinsatser	50
Behandling.....	54
Kognitiv beteendeterapi	54
Psykopedagogiska åtgärder	55
Hjälpmedel och träning.....	60
Mobil krisintervention	62
Förebygga och behandla fysisk ohälsa	64
Insatser för hälsosamma levnadsvanor	64
Läkemedelsbehandling för att främja rökreduktion och rökfrihet	71
Schizofreni och missbruk	73
Regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning.....	76
Strukturerad bedömning av suicidrisk	79
Stöd och hjälp.....	84
Föräldrastöd	84
Utskrivning	88
Personlig kontakt vid utskrivning.....	88
Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning.....	90
Återinskrivning i slutenvård inom 28 dagar	92
Covid-19-pandemins påverkan	95
Antipsykotisk läkemedelsbehandling	96
Felkällor	96
Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon	97
Behandling med olanzapin i akut fas	101
Behandling med olanzapin som underhållsbehandling	104
Klozapin vid misstänkt ökad suicidrisk	108
Klozapin vid svårbehandlad schizofreni	110
Antipsykotiskt läkemedel i depåform.....	111
Läkemedel mot extrapyramidala biverkningar	113
Överdödlighet bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.....	116

Resultat	116
Bedömning av resultat	118
Sysselsättning och försörjning	120
Resultat	120
Bedömning av resultat	122
Vårdkonsumtion	124
Öppen psykiatrisk specialistvård	124
Sluten psykiatrisk specialistvård	124
Tvångsvård	125
Rättspsykiatrisk vård	126
Somatisk vård	126
Tabell 13.1 Vårdkonsumtion av somatisk vård vid schizofreni	127
Astma och KOL	127
Diabetes	127
Hjärt- och kärlsjukdom	127
Tillgång till legitimerad personal inom psykiatrisk vård	129
Kostnader för vård vid schizofreni	131
Kostnad per patient (KPP)	131
Sjukvårdskostnader vid vård för schizofreni 2020	131
Insatser och slutenvårdskostnader	132
Kostnadsutveckling för specialiserad psykiatrisk vård	132
Referenser	135
Bilaga 1 Projektorganisation	137
Projektledning	137
Expertstöd	137
Övriga projektmedarbetare	137

Inledning

Beskrivning av uppdraget

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg för att beskriva de egenskaper som en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. God vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Detta arbete innebär bland annat dels att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer, dels att genomföra utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper utifrån de nationella riktlinjerna.

År 2013 publicerade Socialstyrelsen en utvärdering av vården och insatserna för personer med depression, ångestsyndrom eller schizofreni, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna inom området från 2011 [1]. Utöver utvärderingen från 2013 publicerade Socialstyrelsen 2016 en lägesbeskrivning utifrån indikatorerna i de nationella riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling från år 2014 [2]. En sammanslagning och revidering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser från 2011 respektive antipsykotisk läkemedelsbehandling från 2014 genomfördes och 2018 publicerades nya nationella riktlinjer för schizofreni [3]. Socialstyrelsens reviderade riktlinjer från 2018 [3], utgör utgångspunkten för denna utvärdering.

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i fokus

Schizofreni är en psykosjukdom som innebär en förändrad verklighetsuppfattning samt nedsatt funktion på ett eller flera områden, exempelvis i arbetslivet, relationer med andra människor och förmåga att ta hand om sig själv. Schizofreniliknande tillstånd omfattar sådant som schizofreniform psykos, schizoaffektivt syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom samt ospecificerad icke-organisk psykos [3].

Schizofreni är den vanligaste diagnosen bland alla psykosjukdomar och tillhör en av de tio mest funktionshindrande sjukdomarna i västvärlden. I Sverige insjuknar 1 500–2 000 personer i schizofreni varje år. Sjukdomsdebuten sker vanligen runt 18–30 års ålder. Förekomsten i befolkningen är cirka 0,4 procent, men högre i storstadsområden med hög andel utlandsfödda samt i områden med låg socioekonomisk status. I Sverige har 30 000–40 000 personer diagnosen schizofreni, och en stor andel av patienterna som vårdas inom den slutna psykiatriska vården har sjukdomen [3]. Av de som diagnosticeras med sjukdomen är 55 procent män och 45 procent kvinnor [4].

Psykosjukdomar yttrar sig på delvis olika sätt hos kvinnor och män. Kvinnor insjuknar ofta lite senare i livet, och symtombilden kan se lite olika ut utifrån kön. Män har ofta mer av de så kallade negativa symtomen (exempelvis likgiltighet och tillbakadragenhet), medan kvinnor har mer paranoidea vanföreställningar och hörselhallucinationer. Kvinnor har ofta en bättre funktionsnivå före insjuknandet och en bättre prognos [3].

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har större risk än normalbefolkningen att drabbas av kroppsliga (somatiska) sjukdomar och ohälsa. Medellivslängden för personer med schizofreni är i genomsnitt 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor, jämfört med befolkningen i övrigt [3].

Även psykisk samsjuklighet är vanlig vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Ungefär hälften av patienterna har depression, och minst en fjärdedel har ångestsyndrom, antingen innan insjuknandet eller samtidigt med psykosjukdomen. Patienter med schizofreni har ofta även kognitiva funktionshinder som angränsar till autism och autismliknande tillstånd [3].

Det är också vanligt med samtidigt missbruk och beroende av till exempel alkohol eller narkotika [5]. Missbruket försvårar diagnostik och behandling, och de som har ett samtidigt substansmissbruk har ofta allvarigare psykiska symtom. Kombinationen psykisk sjukdom och substansberoende ger ökad risk för ensamhet, hemlöshet, följsjukdomar, dålig följsamhet till medicinsk behandling, ökad familjebörda, upprepade återfall i både psykisk sjukdom och missbruk samt i värsta fall självmord [3].

Även närståendes liv påverkas i hög utsträckning. Närstående till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd får ofta bära ett stort ansvar för den som drabbats.

Syfte och avgränsningar

Rapportens syfte

Rapporten är en utvärdering av regionernas och kommunernas strukturer, processer och resultat för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Syftet med rapporten är att öppet jämföra och utvärdera hälso- och sjukvården samt kommunal omsorg utifrån följande frågor:

- Bedrivs hälso- och sjukvården samt kommunal omsorg i enlighet med de nationella riktlinjerna?
- Bedrivs vården och omsorgen i enlighet med de sex kriterierna för en god vård och omsorg – det vill säga är vården kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

Resultaten i utvärderingen syftar också till att vi identifierar förbättringsområden för regionerna och kommunerna, för att i större utsträckning uppnå det som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. De kan även innebära nya rekommendationer när de nationella riktlinjerna ses över.

Utvärderingens avgränsningar

Utvärderingen omfattar i första hand de områden som ingår i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Detta innebär att riktlinjernas avgränsningar även påverkar avgränsningarna av utvärderingen.

Frågeställningar som ingår i andra nationella riktlinjer, till exempel för missbruk [6] eller depression och ångestsyndrom [7], ingår inte i riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen har utvärderat och kommer att utvärdera följsamheten till dessa riktlinjer separat, vilket gör att dessa områden inte ingår i denna utvärdering [8].

Resultat i två rapporter

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. Denna rapport innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Resultaten sammanfattas också i huvudrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2022 – Vård och omsorg vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, huvudrapport med förbättringsområden*. I huvudrapporten redovisar vi även de förbättringsområden som vi ser som önskvärda utifrån resultaten. De områden där vi enbart redovisar resultat – och inga förbättringsområden – ingår bara i denna underlagsrapport. Båda rapporterna går att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Målgrupper

Denna rapport riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom regionerna och kommunerna. Den kan även vara till nytta för andra intressenter, såsom patient- och brukarföreningar samt berörda yrkesgrupper inom vården och socialtjänsten. Ytterligare en avsikt är att rapporten ska vara ett stöd för den offentliga debatten om vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp som består av utredare på Socialstyrelsen och externa experter. Vi har även bjudit in patientföreningar för information och dialog. Vidare har det nationella programområdet för psykisk hälsa och nationella arbetsgruppen för schizofreni informerats om utvärderingen. Ett stort antal personer har på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen. Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer ett metodavsnitt som beskriver arbetet med att samla in uppgifter om regionernas och kommunernas insatser för omsorg och vård av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Metodavsnittet beskriver även vilka datakällor och olika relevanta metod aspekter vi har använt.

Därpå följer avsnitten som beskriver de resultat som har framkommit i utvärderingen av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, inklusive Socialstyrelsens bedömningar.

Denna rapport omfattar även följande bilagor:

- Bilaga 1 som visar projektorganisationen.
- Bilaga 2 som innehåller indikatorbeskrivningar – detaljerad teknisk beskrivning av varje indikator som ingår i rapporten.
- Bilaga 3 som omfattar enkäter till regionledningar, psykiatrisk specialistvård och vårdcentraler.
- Bilaga 4 som omfattar metodbilagan för enkätundersökningarna.

Bilaga 1 finns i slutet av denna rapport, medan bilaga 2, 3 och 4 finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Metod

Förutsättningar för uppföljning

Rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister är obligatorisk och lagreglerad, medan rapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig. Regioner och kommuner väljer själva om de vill ansluta sig till registren, och dessutom kan patienterna själva avböja att deras uppgifter registreras. Kvalitetsregistret psykosvård (PsykosR) har enligt Socialstyrelsens beräkning en täckningsgrad på 19,2 procent [9]. Detta gör att vi i denna utvärdering inte har kunnat använda oss av data från PsykosR. För indikatorer där PsykosR anges som datakälla har vi i möjligaste mån försökt att hämta in data från andra register eller via enkäter.

Datakällor

I denna utvärdering har vi använt underlag till indikatorerna från Socialstyrelsens patientregister (PAR), läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret. Dessa register har samkörts med utbildningsregistret vid Statistiska centralbyrån (SCB). Befolkningsstatistik och registerbaserad aktivitets statistik (RAKS) har också hämtats från SCB. Data har även hämtats från Socialstyrelsens öppna jämförelser och via enkätundersökningar. Nedan följer en närmare beskrivning av datakällor som har använts i denna utvärdering.

Socialstyrelsens register

Socialstyrelsen ansvarar för hälsodataregister och socialtjänstregister för att kunna följa upp och analysera utvecklingen av såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

Patientregistret (PAR)

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister, och innehåller uppgifter om individers vårdkontakter, diagnoser och åtgärder. Sedan år 2015 uppdateras patientregistret månadsvis, i stället för årligen.

Registret omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare, både inom den öppna och slutna specialiserade vården. I dagsläget är det dock inte möjligt att använda patientregistret som en datakälla för att fullt ut följa upp den psykiatriska öppenvården, eftersom de insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare inte i tillräcklig grad finns med i registret. På Socialstyrelsen pågår ett arbete som ska möjliggöra insamling av denna typ av uppgifter, vilket kommer att göra det lättare att på sikt följa upp denna vård.

Läkemedelsregistret

Socialstyrelsens läkemedelsregister innehåller uppgifter om de läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som har hämtats ut mot recept eller motsvarande sedan år 1999. Registret uppdateras varje månad. Dock ingår inte läkemedel som ges i den slutna vården, som tas ur läkemedelsförråd eller som köps utan recept i läkemedelsregistret. I dag pågår en teknisk uppbygg-

nad för att möjliggöra inrapportering från regionerna om orsaken till att läkemedlet skrivs ut, så på sikt kommer därför även ordinationsorsaken att dokumenteras i registret.

Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksregister omfattar samtliga avlidna som var folkbokförda i Sverige vid tiden för dödsfallet. Dödsorsaksregistret uppdateras årligen och innehåller uppgifter från 1961 och framåt. När analyserna i denna rapport genomfördes fanns uppgifter om dödsdatum för avlidna under år 2020.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsens öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. I denna utvärdering har vi hämtat data från delenkäten *Socialstyrelsens öppna jämförelser, socialtjänst och kommunal hälso-och sjukvård, 2021 – stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – socialpsykiatri*. Svarsfrekvensen för denna enkätundersökning låg på 94 procent. Data som visas omfattar alla personer med någon form av psykisk funktionsnedsättning och skiljer inte specifikt ut personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Enkätundersökningar

För att få in uppgifter till utvärderingen har Socialstyrelsen skickat ut enkäter till följande tre verksamhetsområden:

- psykiatrisk specialistvård
- primärvårdsmottagningar
- regionledning.

Enkät till psykiatrisk specialistvård

Enkäten skickades till verksamhetschefer för vuxenpsykiatriska kliniker. Vi fick e-postlistan till verksamhetschefer inom psykiatrisk specialistvård för öppen och sluten vård genom att skicka förfrågan till varje region. I vår förfrågan bad vi regionerna att uppge kontaktuppgifter till både offentliga och upphandlade privata aktörer. Frågorna i enkäten handlade huvudsakligen om rutiner och åtgärder för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät som startade under november 2021 och pågick till mitten på december 2021. Under insamlingsperioden skickade vi ut två påminnelser. Därefter fick vi hjälp av våra experter att påminna kliniker som fortfarande inte svarat. Vi fick svar från 49 kliniker vilket gav en svarsfrekvensen på 71 procent. I Halland och Västmanland svarade ingen vuxenpsykiatrisk klinik.

Enkät till primärvårdsmottagningar

Socialstyrelsen har en aktuell förteckning över alla primärvårdsenheter. Urvalet till primärvårdsenheterna bestod av ett stratifierat obundet slump-

mässigt urval. Urvalet fördelades i 21 stratum efter region. Från varje stratum drogs sedan hälften av enheterna. För de regioner där antalet enheter understeg 30 utökades urvalet till 30, och i vissa regioner genomfördes det därav totalundersökning. Webbenkäten skickades till verksamhetschefen på respektive enhet. Undersökningsperioden var november – december 2021 och efter två påminnelser hade enkäten besvarats av 328 primärvårdsenheter. Svarsfrekvensen uppgick till 41 procent.

Enkät till regionledningar

Syftet med enkäten till regionledningar var att få en bild av regionernas insatser vad gäller vård och stöd till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Undersökningsperioden var november 2021 till mitten av januari 2022, med två påminnelser. Även här fick vi hjälp av våra experter med att påminna regioner som inte hade besvarat enkäten. Enkäten skickades till regionledningen och besvarades av 19 regioner. Regionerna Jämtland-Härjedalen och Gotland svarade inte på enkäten.

Indikatorförteckning och målnivåer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård och omsorg vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård. Varje indikator har i namnet en bokstav och en siffra. I bilaga 2 finns en teknisk beskrivning av indikatorerna, som finns att hämta på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Socialstyrelsen har inte fastställt målnivåer för vård och omsorg vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, utan kommer i ett senare skede utreda förutsättningar för att ta fram målnivåer för vissa indikatorer. Målnivåerna anger hur stor andel patienter eller brukare som exempelvis bör komma i fråga för en viss behandling eller omsorgsinsats. Målnivåer kan användas som utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som hjälp i styrning och ledning.

Övriga metodaspekter

I denna rapport presenteras resultaten utifrån organisatorisk nivå för riket samt för respektive region. När så är möjligt redovisas också resultaten uppdelade på personernas ålder, kön, utbildningsnivå och ursprungsland. Syftet med att jämföra uppgifterna på dessa nivåer är att synliggöra eventuella ojämlikheter i vården för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

I enkätfrågorna har vi bett respondenten att svara på hur många patienter som har fått en viss insats eller behandling med begreppen ”en minoritet”, ”ungefär hälften” eller ”en majoritet”. Eftersom varje svarande har fått gjort en egen bedömning av vad dessa begrepp omfattar finns denna osäkerhet med i resultatet och bedömningen av enkätsvaren.

Redovisning för riket och regionerna

Resultaten som beskriver regionernas verksamhet redovisas i de flesta fall på regionnivå.

Diagrammen visar en viss rangordning av regioner, där principen är att det bästa resultatet finns högst upp i diagrammet och det sämsta finns längst ner. Där det inte gått att värdera resultaten rangordnas de i stället utifrån principen ”högsta till lägsta värde”. Syftet med rangordningen är i första hand att synliggöra de variationer som finns i landet – inte att ställa olika regioner mot varandra.

Statistisk osäkerhet, konfidensintervall och antalet fall

Den statistiska osäkerheten – det vill säga risken att resultatet beror på slumpen – illustreras i de flesta fall genom ett så kallat konfidensintervall. Mindre regioner har jämförelsevis få fall inom olika kategorier, vilket ger en större osäkerhet i resultaten och därmed ett större konfidensintervall.

På grund av den högre statistiska osäkerheten återfinns små regioner oftare i toppen eller botten av diagrammen, medan det omvända gäller för de största regionerna.

För att minska den statistiska osäkerheten har vi där det har varit få fall per år låtit mätperioden omfatta fler år. Ett sådant sammanvägt årligt, genomsnittligt värde under en längre mätperiod gör det möjligt att redovisa resultat på regionnivå, men samtidigt kan det också inverka negativt på uppgifternas aktualitet.

Jämförelser utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelse-land

När så är möjligt har resultaten jämförts utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelse-land. Resultaten för åldersgrupper, utbildningsnivå eller födelse-land redovisas dock endast när det finns en signifikativ skillnad. Dessa jämförelser har endast varit möjliga att göra på registerdata. I undantagsfall när denna analys inte gått att genomföra på registerdata har detta angetts.

Åldersstandardisering

I denna rapport har resultaten för flera indikatorer och läkemedel åldersstandardiserats genom en så kallad direkt standardisering. Ålderskategorierna har då viktats om för att ge varje jämförd grupp samma åldersfördelning som standardpopulationens. Åldersstandardisering underlättar jämförelser mellan kön, regioner och år genom att eliminera de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättning. När mätningar i denna rapport relaterar till Sveriges befolkning används åldersfördelningen i befolkningen för 2019 som standard. Beroende på storleken på underlaget har olika ålderskategoriseringar använts (fyra olika kategoriseringar). För övriga mått används populationens åldersfördelning i respektive mätning som standard. Den totala åldersfördelningen för män och kvinnor används alltid som standard i denna rapport. Detta gör det möjligt att jämföra resultaten för män och kvinnor.

Införande av de nya riktlinjerna

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd från år 2018 är ett stöd för beslutsfattare i regioner och kommuner, så att dessa kan styra hälso- och sjukvården med öppna och systematiska prioriteringar [3]. Riktlinjerna riktar sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen formulerar de centrala rekommendationerna som åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör, kan eller i undantagsfall kan erbjuda vid ett visst tillstånd. Syftet är att stödja mottagarna att tolka och tillämpa rekommendationer med rangordningen 1–10. Formuleringen ”bör” används för rekommendationer med rangordning 1–3, ”kan” för 4–7 och ”kan i undantagsfall” för 8–10 [3].

I detta avsnitt beskrivs hur regionerna infört riktlinjerna om vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, samt vilka åtgärder de har vidtagit utifrån dessa. Resultaten baseras på enkätundersökningar till samtliga regioner. Vi redovisar också data på om kommunerna har en formaliserad och strukturerad samverkan i form av en gemensam skriftlig överenskommelse med den region de tillhör, för hur samverkan som berör personer med psykisk funktionsnedsättning i enskilda ärenden ska ske. Data hämtas här från Socialstyrelsens öppna jämförelser.

Regionernas införande av de nya riktlinjerna

Regionerna fick bland annat svara på om riktlinjerna behandlats i nämnd eller styrelse, om de tagit fram någon handlingsplan för att införa riktlinjerna, om de fattat några politiska beslut samt om de anordnat någon informationsaktivitet för riktlinjerna. Vi frågade också om regionen reviderat sin överenskommelse med kommunerna i fråga om omhändertagande av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, och om regionen har ett aktuellt samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri.

Regionerna svarade även på om de satsat på att fortbilda personal som arbetar med vård vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Resultatet från denna enkätfråga redovisas under avsnittet Fortbildning av personal. Av de 21 regionerna var det 19 som besvarade enkäten.

Beslut och genomförande i regionledning

Drygt hälften av de regioner som besvarade enkäten (10 av 19) anger att de har behandlat de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i nämnd eller styrelse (tabell 1.1). I sju regioner har politiska beslut fattats i nämnd eller styrelse. I elva av regionerna finns övergripande handlingsplaner för att införa riktlinjerna. En av regioner anger att de inte har en övergripande handlingsplan men att de har vård- och insatsprogram

utifrån nationell kunskapsstyrning och en annan region svarar att de inte har en övergripande handlingsplan för hela sjukvården men en handlingsplan för specialistklinikerna.

Tabell 1.1 Regionernas införande av riktlinjerna

Regionernas åtgärder för att införa riktlinjerna

	Har de nationella riktlinjerna behandlats i nämnd eller styrelse?	Finns det en övergripande handlingsplan för implementering av riktlinjerna?	Har politiska beslut fattats i nämnd eller styrelse med anledning av riktlinjerna?
Stockholm	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Ja	Ja	Nej
Gotland*	-	-	-
Blekinge	Nej	Nej	Nej
Skåne	Nej	Ja	Nej
Halland	Nej	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Värmland	Nej	Nej	Ja
Örebro	Ja	Ja	Nej
Västmanland	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Nej	Ja
Gävleborg	Ja	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Jämtland*	-	-	-
Västerbotten	Nej	Nej	Nej
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2021. * Regionen har ej besvarat enkäten.

Överenskommelse och samverkansavtal

Regionens överenskommelse med kommunen

Ungefär hälften av regionerna som besvarat enkäten (9 av 19) anger att de har reviderat överenskommelse med kommunerna i regionen efter 2018 där omhändertagande av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ingår (tabell 1.2). Fyra regioner – Stockholm, Uppsala, Sörmland och Blekinge – uppgav att de planerar att revidera eller snart är färdiga med att revidera överenskommelsen. Bland de fyra regioner som svarade att de inte planerar att göra detta lämnades kommentarer om att man såg ett behov av att revidera överenskommelsen men att avsaknad av beslut och direktiv försvårar detta arbete.

Samverkansavtal mellan primärvården och psykiatrin

En majoritet av regionerna (16 av 19) svarar att de har ett aktuellt samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri i fråga om ansvar och ansvarsfördelning när det gäller personer med psykiatriska tillstånd (se tabell 1.2). Västerbotten uppger att de planerar att uppdatera samverkansavtalet. Stockholm skriver som kom-

mentar till sitt nej-svar att en enskild psykiatrivårdgivare har en skriftlig samverkansöverenskommelse med vårdcentraler inom sitt geografiska områdesansvar, men att det inte finns något aktuellt övergripande samverkansavtal för hela länet mellan primärvård och psykiatri.

Tabell 1.2 Regionernas överenskommelser och samverkansavtal

Regionernas överenskommelser med kommunerna samt samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri

	Har ni reviderat er överenskommelse med kommunerna i regionen efter 2018 där omhändertagande av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ingår?	Har ni ett aktuellt samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri avseende ansvar och ansvarsfördelning beträffande personer med psykiatriska tillstånd?
Stockholm	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Ja
Sörmland	Nej	Ja
Östergötland	Nej	Ja
Jönköping	Nej	Ja
Kronoberg	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja
*Gotland	-	-
Blekinge	Nej	Ja
Skåne	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja
Örebro	Nej	Ja
Västmanland	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja
Gävleborg	Nej	Ja
Västernorrland	Ja	Ja
*Jämtland	-	-
Västerbotten	Nej	Nej
Norrbotten	Ja	Ja

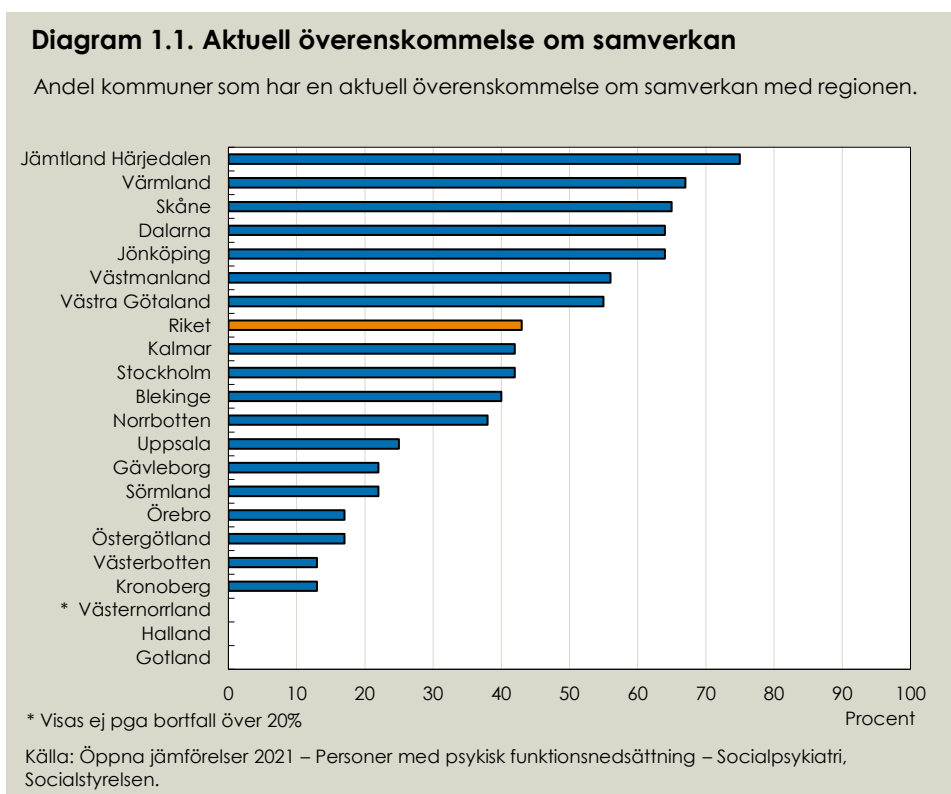
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2021. * Regionen har ej besvarat enkäten.

Kommunernas överenskommelse med regionen

I detta avsnitt vill vi belysa om kommunen har en formaliserad och strukturerad samverkan i form av en gemensam skriftlig överenskommelse med regionen för hur samverkan i enskilda ärenden ska ske. Den skriftliga överenskommelsen är ett sätt att stärka stabilitet, förutsägbarhet och kontinuitet för alla berörda parter, inklusive den enskilde. Överenskommelser som beskriver ansvarsfördelningen och ett bestämt tillvägagångssätt ökar förutsättningarna för en gemensam planering och ett samfällt agerande mellan aktörerna, till nytta för den enskilde. Skriftliga överenskommelser med tydlig ansvarsfördelning beslutade av ledningen är också en framgångsfaktor för en fungerande samverkan. Samverkan stärker också specialistkompetensen samtidigt som den integrerar kompetensen i en större helhet.

För att säkra att överenskommelsen är aktuell samt att den fungerar och stödjer insatserna till den enskilde är det viktigt att den regelbundet följs upp.

I sju av regionerna har minst hälften av kommunerna uppgivit att de har en aktuell överenskommelse om samverkan med regionen, medan i elva regioner har mindre än hälften av kommunerna svarat att de har en sådan aktuell överenskommelse (diagram 1.1). Om man regionvis jämför högst och lägst andel kommuner ser man att i en region har tre fjärdedelar angett att de har en överenskommelse som är aktuell, medan i två andra regioner har inte någon av kommunerna uppgivet att de har en aktuell plan.



Informationsaktiviteter i regioner och kommuner

En majoritet av regionerna (16 av 19) uppger att de inom specialiserad psykiatrisk vård har anordnat särskilda informationsaktiviteter om riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, efter att dessa riktlinjer publicerades 2018 (tabell 1.3). Mindre än hälften av regionerna (7 av 19) svarar att de har haft informationsaktiviteter inom primärvården och cirka hälften av regionerna (10 av 19) anger att de har haft informationsaktiviteter tillsammans med socialtjänsten.

Tabell 1.3 Regionernas informationsaktiviteter

Regioner som anordnat informationsaktiviteter om riktlinjerna.

	Specialiserad psykiatrisk vård	Primärvård	Tillsammans med socialtjänsten
Stockholm	Ja	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Nej	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Nej
Kronoberg	Ja	Nej	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja
* Gotland	-	-	-
Blekinge	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja	Nej	Ja
Halland	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
* Jämtland	-	-	-
Västerbotten	Ja	Nej	Nej
Norrbotten	Ja	Nej	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2021. * Regionen har ej besvarat enkäten.

Bedömning av resultat

Drygt hälften av regionerna har haft insatser på politisk nivå för att införa de nationella riktlinjerna. Revideringar av samverkansavtal och informationsinsatser har i högre grad gjorts mellan enheter och instanser inom regionen, och i lägre grad mellan regionen och kommunerna. Detta pekar mot att fler regioner behöver stärka sitt arbete med att på högsta beslutande ledningsnivå behandla dessa frågor.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare.

För att dessa mål ska uppnås i större utsträckning för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är det viktigt att regioner och kommuner i högre grad verkar för att införa Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Att ge personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd insatser de är i behov av, med rätt intensitet och i rätt tid, minskar inte bara risken för ett onödigt lidande hos individen och närstående utan är också ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv fördelaktigt.

Fortbildning av personal

Fortbildning är en förutsättning för att personalen ska kunna ge en god vård och omsorg till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Det är av stor vikt att berörd personal har goda kunskaper om den vård och omsorg som ges vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd för att kunna möta patienternas olika behov.

Detta avsnitt tar upp regionernas satsningar på fortbildning i vård vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Med fortbildning menas här minst en halvdagsutbildning. Fortbildningen ska vara kostnadsfri för personalen samt ske på betald arbetstid. Resultaten baseras på uppgifter från enkätundersökningen till samtliga regioner

Vi tittar här även på om verksamheten på kommunal nivå har en samlad plan för kompetensutveckling av handläggare inom socialpsykiatri. Resultaten baseras på enkätuppgifter från öppna jämförelser [10].

Regionernas satsningar på fortbildning

En majoritet (16/19) av regionerna anger att de har gjort satsningar på fortbildning för personal inom specialiserad psykiatrisk vård med inriktning mot personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (tabell 2.1). Inom primärvården är det endast en femtedel (4/19) av regionerna som svarar att de har gjort satsningar på fortbildning av personal inom motsvarande område.

Tabell 2.1 Regionernas satsningar på fortbildning

Regioner som sedan år 2018 gjort satsningar på fortbildning för personal som arbetar med personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

	Specialiserad psykiatrisk vård	Primärvård
Stockholm	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Nej
Jönköping	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Nej
Kalmar	Ja	Nej
*Gotland	-	-
Blekinge	Ja	Nej
Skåne	Ja	Nej
Halland	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja
Värmland	Nej	Nej
Örebro	Ja	Nej
Västmanland	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja

	Specialiserad psykiatrisk vård	Primärvård
* Jämtland	-	-
Västerbotten	Ja	Nej
Norrbottn	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2021. * Regionen har ej besvarat enkäten.

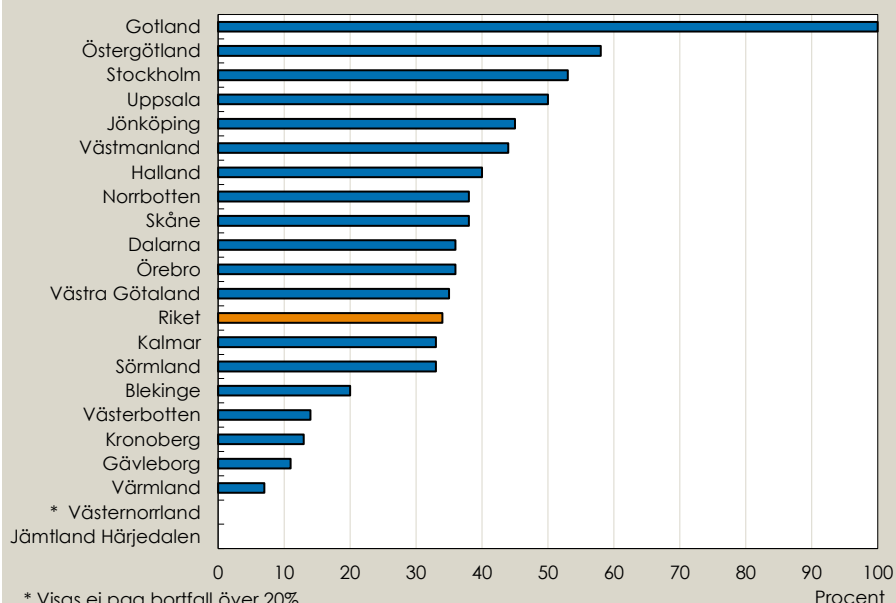
Plan för kompetensutveckling i kommunerna

En samlad plan är ett sätt att säkerställa verksamhetens kompetensförsörjning utifrån verksamhetens mål, kartläggning och analys av personalens individuella kompetens. Vi tittar här på om verksamheten på kommunal nivå har en samlad plan för kompetensutveckling av handläggare inom socialpsykiatri som arbetar med stöd åt personer med psykisk funktionsnedsättning. Kompetensförsörjningen kan här bestå i regelbunden handledning, fortbildning på arbetsplatsen eller vidareutbildning på högskolenivå, men även andra former av kompetensutbildning kan inkluderas.

I 4 av regionerna har minst hälften av kommunerna uppgivit att de har en samlad plan för kompetensutveckling, medan i 15 regioner har mindre än hälften av kommunerna svarat att de har en sådan samlad plan (diagram 2.1). Om man regionvis jämför högst och lägst andel kommuner ser man att i en region har alla kommuner angett att de har en samlad plan för kompetensutveckling, medan i en annan region har inte någon av kommunerna uppgivit att de har en sådan samlad plan.

Diagram 2.1 Kompetensutvecklingsplan i kommuner

Andel kommuner som har en aktuell överenskommelse om en aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling - Socialpsykiatri.



* Visas ej pga bortfall över 20%

Källa: Öppna jämförelser 2021 – Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

En majoritet av regionerna har fortbildat personal som arbetar med personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd inom specialiserad vård, däremot är det få regioner som har fortbildat personal inom detta område inom primärvården. I och med att tidig upptäckt av sjukdomen ger större chans till återhämtning är det viktigt att även personal inom primärvården får ta del av satsningar på fortbildning inom detta område. Det är även önskvärt att kommuner i större grad har en samlad plan för kompetensutveckling av handläggare inom socialpsykiatri som arbetar med stöd åt personer med psykisk funktionsnedsättning.

Tidiga insatser vid insjuknande

Prognosen för personer i tidiga faser av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd förbättras ju tidigare tillståndet diagnostiseras och behandlas. Avgörande för en tidig diagnos är att det finns kunskap om tidiga symtom och besvär hos de vård- och omsorgsgivare som möter patienterna eller brukarna.

Vid en misstänkt psykos är det viktigt att patienten får sitt vårdbehov bedömt. Hög tillgänglighet till sådan bedömning handlar främst om att i rätt tid ge ett professionellt och respektfullt bemötande och föra en dialog med patienten. Syftet är att möjliggöra en tidig upptäckt av psykos och tidigt erbjuda fortsatta insatser. Hög tillgänglighet ställer krav på fysisk tillgänglighet, både gentemot patienter och anhöriga som söker hjälp och gentemot andra aktörer som söker hjälp för en persons räkning. Fysisk tillgänglighet är beroende av faktorer såsom

- telefontillgänglighet
- öppethållande
- bemanning
- personalorganisation.

Primärvården kan därför behöva stöd och handledning i hur de bör handlägga patienter med misstänkt psykotiska symtom samt i vilka fall det är aktuellt att psykiatrin tar över vården av patienten.

En etablerad struktur för primärvården och psykiatrin att samverka kring tidig upptäckt av patienter med misstänkt psykotiska symtom kan möjliggöra att patienter får rätt behandling snabbare. Arbetssättet innebär att primärvården har kontinuerlig tillgång till psykiatrisk specialistkompetens i form av handledning och stöd, till skillnad från punktvisa utbildningsinsatser. Detta kan också bidra till att patienter och närstående upplever vården som mer sammanhållen.

Konsultativ verksamhet

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården använda en struktur där primärvården kan få konsultativt stöd från psykiatrin vid handläggning av personer med misstänkt psykotiska symtom. Rekommendationen har en hög prioritet på nivå två i de nationella riktlinjerna. Åtgärden ökar hälso- och sjukvårdens möjlighet att ge personer med misstänkt psykotiska symtom ett bra bemötande i primärvården och att vid behov snabbare erbjuda rätt behandling inom psykiatrin, jämfört med om det inte finns någon sådan etablerad struktur. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator B1 som beskrivs i indikatorbilagan.

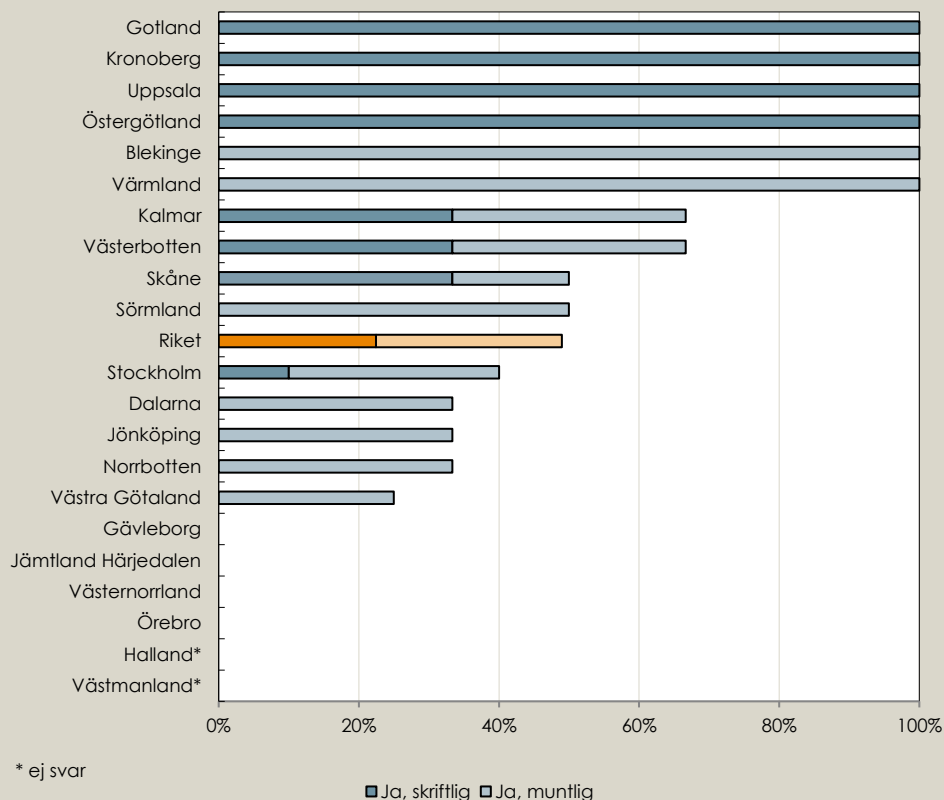
Rutiner för att stödja primärvård

Hälften av de tillfrågade vuxenpsykiatriska klinikerna svarar att de har en rutin för att erbjuda stöd i kontakter med primärvården när det gäller handläggning av personer med misstänkta psykotiska symptom. Denna rutin är dock något oftare muntlig än skriftlig. I sex regioner – Blekinge, Gotland, Kronoberg, Värmland och Östergötland – hade alla kliniker en sådan rutin. Motsatsen gällde för Gävleborg, Jämtland, Västernorrland och Örebro, där alla kliniker saknade en rutin för att erbjuda stöd till primärvården för handläggning av personer med misstänkta psykotiska symptom (diagram 3.1).

Det var många kommentarer på frågan. Flera kliniker berättar att de har regelbundna möten med primärvården och i många fall även konsultationsteam. I Uppsala har man ett team för nyinsjuknande som undervisar regelbundet i primärvården, likaså har man en rutin att när primärvården skickar remiss för bedömning av psykossjukdom accepteras den alltid.

Diagram 3.1 Rutin för stöd i kontakter med primärvården

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för att erbjuda stöd i kontakter med primärvården när det gäller handläggning av personer med misstänkta psykotiska symptom.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

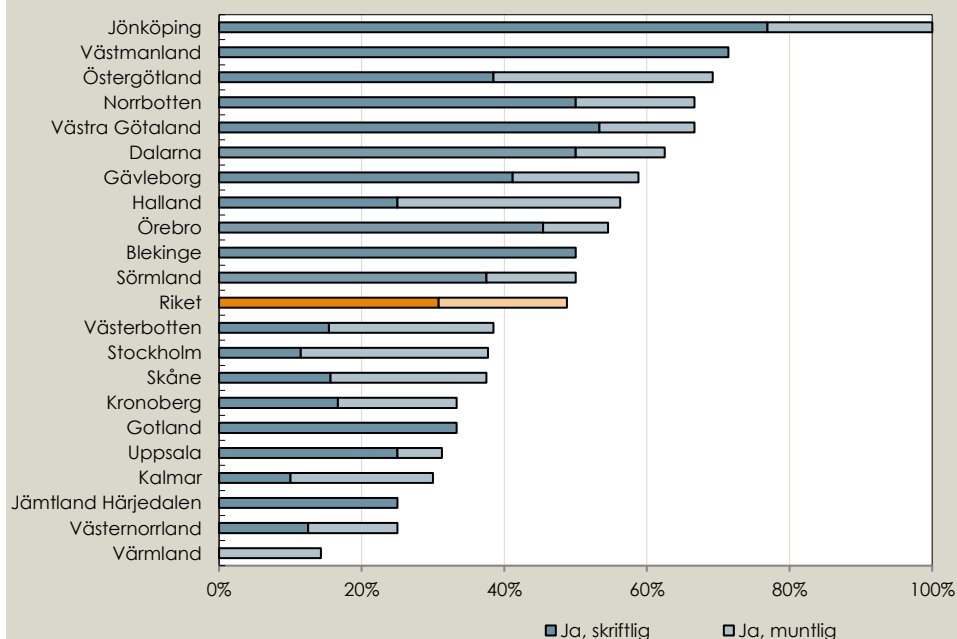
Stöd från psykiatrin till primärvården

Även inom primärvården svarar hälften av verksamheterna att de har en sådan rutin, men till skillnad från psykiatrin är denna i något högre grad skriftlig än muntlig (diagram 3.2). Samstämmigheten varierar vad gäller hur psykiatrin respektive primärvården uppfattar förekomsten av en rutin för hjälp och stöd inom flera regioner. Till exempel svarar alla de vuxenpsykiatriska klinikerna i Gotland, Kronoberg och Uppsala att de har skriftliga rutiner för att erbjuda stöd i kontakter med primärvården, medan en tredjedel av vårdcentralerna uppger att de har en motsvarande rutin.

Närmare en tredjedel av vårdcentralerna har lämnat kommentarer till frågan. På flera vårdcentraler uppger man att det är lätt att få kontakt med psykiatrin telefonledes vid behov, ofta med jourhavande psykiatriker. Många vårdcentraler har också regelbundna möten med psykiatrin där olika ärenden kan tas upp.

Diagram 3.2 Rutin för stöd handledning från psykiatrin

Andel vårdcentraler eller motsvarande som har en rutin för stöd och handledning från psykiatrin när det gäller handläggning av personer med misstänkta psykotiska symptom.



Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården hösten 2021.

Bedömning av resultat

Flera vårdcentraler uppger att det är lätt att få kontakt med psykiatrin telefonledes vid behov, ofta med jourhavande psykiatriker. Många vårdcentraler har också regelbundna möten med psykiatrin där olika ärenden kan tas upp.

Detta talar för att det finns en struktur för konsultativt stöd trots att en rutin för stödet saknas i hälften av verksamheterna.

Insatser vid insjuknande i psykos

Tidig intervention för personer som insjuknar i psykos för första gången syftar till att ge dem vård och stöd som är särskilt utformad för att hjälpa förstagångsinsjuknande att komma tillbaka till ett aktivt liv. Dessa program kan organiseras på olika sätt, men har ofta ett återhämtningsinriktat perspektiv och delat beslutsfattande som ett genomgående arbetssätt. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda samordnade insatser till personer som för första gången insjuknar i psykos. De samordnade insatserna beskrivs under följande rubriker, och är

- antipsykotisk läkemedelsbehandling
- familjeintervention
- psykologiskt stöd för återhämtning
- individanpassat stöd till arbete eller studier.

Rekommendationen om samordnade insatser vid förstagångsinsjuknande har en prioritet på 1, den högsta prioriteten i de nationella riktlinjerna. I vår utvärdering utgår vi från indikator B2 som beskrivs i indikatorbilagan, men vi använder enkät som datakälla.

Antipsykotisk läkemedelsbehandling

Samtliga vuxenpsykiatriska kliniker uppger att alla nyinsjuknade personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd hade fått antipsykotisk läkemedelsbehandling under perioden 2020 till 2021.

Familjeintervention

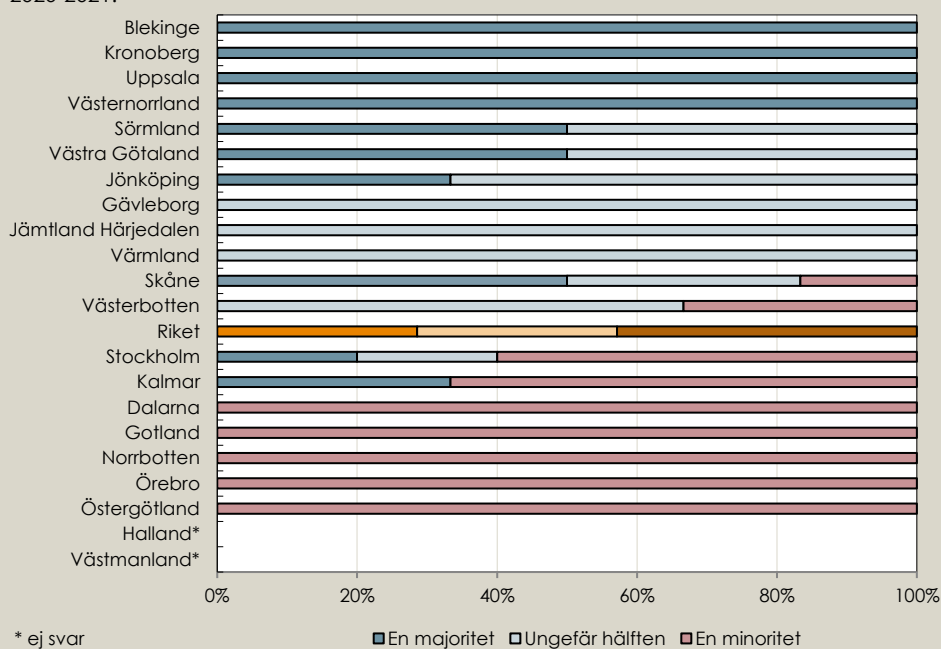
Familjeintervention är en riktad insats som är utformad för anhöriga till personer med psykisk sjukdom. Insatsen ges ofta till grupper av familjer eller anhöriga men kan även ges till enskilda familjer, med eller utan den drabbade personen. Familjeintervention rekommenderas särskilt till familjer där en person nyligen insjuknat i psykosjukdom och syftar till att öka familjens kännedom om riskfaktorer, symtom och behandlingsalternativ. Insatsen kan även omfatta mer individanpassade stödjande och aktiva åtgärder för den enskilda familjen.

I drygt 40 procent av klinikerna i riket har en minoritet av de nyinsjuknade fått familjeintervention. I fem regioner svarar alla kliniker att endast en minoritet av nyinsjuknade fått familjeintervention, medan i fyra regioner har en majoritet fått det (diagram 3.3).

Enligt den nationella utvärderingen 2013 kunde hälften av regionerna erbjuda familjeinterventioner år 2012 [1]. Viktigt att notera är att i denna utvärdering har vi frågat efter hur många personer som har fått insatsen till skillnad från tidigare utvärdering då man frågade efter hur många regioner som kunde erbjuda insatsen.

Diagram 3.3 Familjintervention

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning nyinsjuknade personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har fått familjeintervention. Avser perioden 2020-2021.



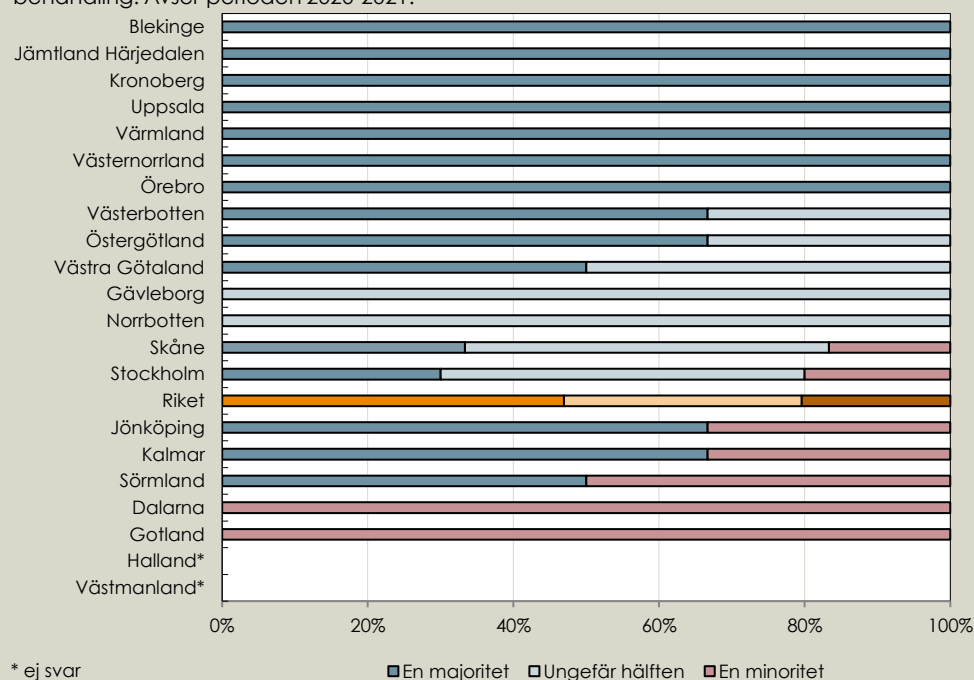
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Psykologiskt stöd för återhämtning

Stöd för återhämtning i form av psykopedagogisk och psykologisk behandling är viktiga delar av de samordnade insatser som vården bör ge till förstagsinsjuknade. I 20 procent av alla kliniker i riket har en minoritet av personer som insjuknat i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått psykopedagogisk eller psykologisk behandling. I två regioner uppger alla kliniker att en minoritet har fått denna behandling, medan i sju regioner har en majoritet av alla patienterna fått psykopedagogisk eller psykologisk behandling (diagram 3.4).

Diagram 3.4 Psykopedagogisk/psykologisk behandling

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning nyinsjuknade personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har fått psykopedagogisk/psykologisk behandling. Avser perioden 2020-2021.



* ej svar

■ En majoritet □ Ungefär hälften ■ En minoritet

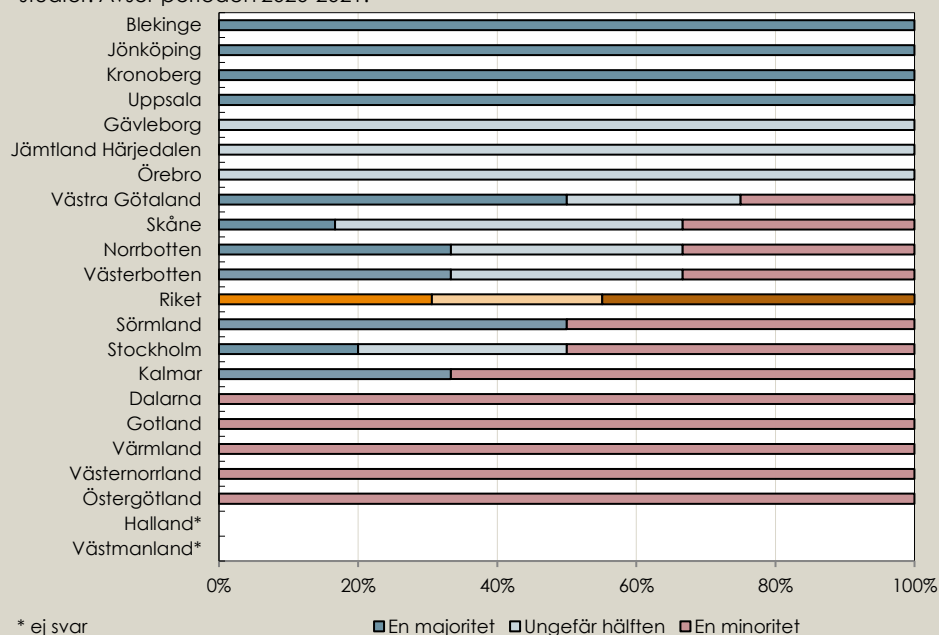
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Individanpassat stöd till arbete eller studier

Individanpassat stöd till arbete eller studier är en del av de åtgärder som enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör erbjudas till personer som för första gången insjuknar i psykos. I 45 procent av alla kliniker i riket har en minoritet av personer som insjuknat i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått individanpassat stöd till arbete eller studier. I fyra regioner – Blekinge, Jönköping, Kronoberg och Uppsala – har alla vuxenpsykiatriska kliniker gett majoriteten av de nyinsjuknade individanpassat stöd till arbete eller studier, medan i fem regioner har en minoritet av patienterna fått sådant stöd (diagram 3.5).

Diagram 3.5 Individanpassat stöd till arbete eller studier - nyinsjuknade

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning nyinsjuknade personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har fått individanpassat stöd till arbete eller studier. Avser perioden 2020-2021.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Det var flera kommentarer på frågan om samordnade insatser för första-gångsinsjuknade. En klinik i Skåne menar att de har begränsade resurser att möta behov av psykologiska, sociala och familjeorienterade insatser, och en klinik i Stockholm förklarar att alla deras patienter får en kurator och arbetsterapeutisk bedömning. I Sörmland har det varit svårt att få tillstånd samverkan och möten kring stöd till arbete och studier under pandemin, inklusive familjeintervention, närståendestöd och psykopedagogiska insatser. Dessutom skriver man att man inte kunnat genomföra några gruppinterventioner under pandemin.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att det har skett en positiv utveckling av insatsen familjeintervention, men resultatet indikerar att det fortfarande finns förbättringsmöjligheter. Familjen påverkas i hög grad av när en person drabbas av psykosjukdom, och den vanligaste åldern för insjuknande i psykos är mellan 20 och 30 år, varför familjeintervention borde ges i högre utsträckning än i dag [11]. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver i större utsträckning verka för att fler verksamheter i större grad ger insatsen familjeintervention till personer som insjuknar i psykos för första gången. Likaså ser vi utifrån resultatet att verksamheter behöver arbeta för att fler personer som insjuknar i psykos för första gången ges psykopedagogisk utbildning eller psykologisk behandling samt individanpassat stöd för studier och arbete. Tidiga, samordnade och intensiva insatser som stödjer återhämtning och återgång till ett aktivt liv kan minska risken för svår sjukdom som inverkar negativt på personens livsmöjligheter.

Under åren 2020–2021 påverkades verksamheterna av att pandemin begränsade deras möjligheter att ge de insatser de vanligtvis brukar. Detta har sannolikt gjort att färre patienter fått tillgång till insatser under dessa år. Samtidigt kan vi se att tillgången till insatser är lägre än vad som är önskvärt mot bakgrund av insatsernas angelägenhetsgrad och att det finns en stor variation i resultat mellan regionerna. Vi ser därför att det finns en tillräcklig grund för att lyfta att vård och stöd som är särskilt utformat för att hjälpa förstagsångsinsjuknade att komma tillbaka till ett aktivt liv behöver stärkas.

Somatisk undersökning

Det är vanligt med samsjuklighet med somatisk sjukdom vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Personer med psykosjukdom dör i genomsnitt 15 år tidigare än personer som inte har någon psykosjukdom [3]. Dödsorsaken kan exempelvis vara hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller cancer. För att kunna diagnostisera och behandla eventuell samtidig kroppslig sjukdom hos personer med psykosjukdom är det viktigt att hälso- och sjukvården uppmärksammar och utreder samsjuklighet med somatisk sjukdom hos denna grupp. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har rekommendationen om regelbundna kontroller av metaboliska riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning en prioritet på 1, den högsta prioriteringen.

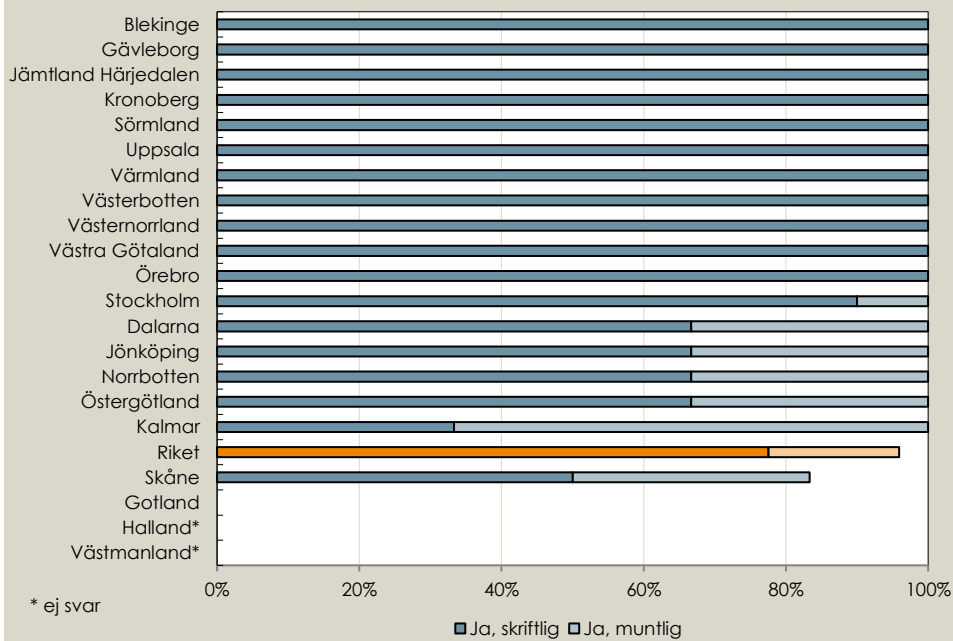
Rutin för somatisk undersökning vid diagnostisering

De allra flesta kliniker har en rutin för hur en somatisk anamnes och undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Denna rutin är också för det mesta skriftlig (diagram 3.6). Endast Gotland saknar helt en sådan rutin.

En klinik i Skåne kommenterar att många patienter kommer in i verksamheten genom akutmottagning och heldygnsvård och då finns det en skriftlig rutin. Däremot saknas en sådan rutin om patienterna kommer direkt till öppenvården. Då kan den somatiska undersökningen ofta dröja till en årskontroll eller annan undersökning på förekommen anledning. I Västerbotten ingår somatisk undersökning i rutindokument som finns mellan primärvården och specialistvården. Flera andra kommentarer ger också exempel på olika dokument eller riktlinjer där rutinen finns beskriven.

Diagram 3.6 Rutin för somatisk undersökning i samband med diagnostisering

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för för somatisk anamnes och undersökning vid diagnostisering.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Somatisk undersökning i samband med diagnostisering

Vi frågade vidare hur stor del av personer med schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd som i samband med diagnostisering har fått en somatisk undersökning, till exempel kontroll av blodprover, puls och blodtryck under 2020 till 2021. Vi förtydligade också att undersökningen kunde ske utanför den egna verksamheten. Drygt nio av tio kliniker uppger att en majoritet har fått en sådan undersökning och, ytterligare några kliniker svarar att ungefär hälften har fått det.

En klinik i Kalmar kommenterar att de har en rutin kring somatisk ohälsa och för de patienter som är svårast att nå följsamhet för har de en vecka per år där en av deras ST-läkare bara kan bokas för dessa somatiska undersökningar. Sörmland uppger att somatiska undersökningar sker både i slutenvård och i öppenvård, beroende på patientens första kontakt.

Andel som diagnostiseras med somatisk sjukdom

Data från Socialstyrelsens patientregister, ej åldersstandardiserat, visar att bland personer med schizofreni var det strax under 6 procent som diagnostiserats med hjärt- och kärlsjukdom under år 2020. Motsvarande siffra i befolkningen låg på något över 6 procent. Sett över en tioårsperiod har siffrorna varit i stort sett oförändrade. I jämförelse mellan befolkningen och den population som utgörs av schizofrenigruppen är det noterbart att trots att gruppen med schizofreni utgörs av en yngre population har de en liknande

nivå av hjärt-och kärlsjukdom, vilket är en sjukdom som vanligtvis förekommer i högre grad hos äldre personer.

Bland personer med schizofreni var det 15 procent som diagnostiserats med diabetes, vilket är nästan fyra gånger så stor andel jämfört med befolkningen. För tio år sedan var det 11 procent av personer med schizofreni som diagnostiserades med diabetes, medan motsvarande siffra i befolkningen har legat relativt konstant. Bland personer med schizofreni, i åldersgruppen 18–59 år var det ungefär sex gånger så vanligt med en diabetesdiagnos jämfört med befolkningen.

Bland personer med schizofreni var det 11 procent som diagnostiserades med astma eller KOL, vilket var fyra gånger så stor andel jämfört med befolkningen. Sett över en tioårsperiod har andelen bland personer med schizofreni som fått en astma- eller KOL-diagnos ökat med 2 procentenheter, medan det i stort sett har varit oförändrat i befolkningen. Bland personer med schizofreni i åldersgruppen 30–59 år var det ungefär fem gånger så vanligt med en astma eller KOL-diagnos jämfört med befolkningen och i åldersgruppen 18–29 år två gånger så vanligt.

Bland personer med schizofreni var det drygt 2 procent som fått en cancerdiagnos, medan i befolkningen var det drygt två gånger så stor andel som fått en motsvarande diagnos. Sett över en tioårsperiod har siffrorna varit i stort sett oförändrade. I befolkningen i åldersgruppen 60–69 år var det nästan dubbelt så vanligt med en cancerdiagnos jämfört med andelen i motsvarande åldersgrupp bland personer med schizofreni. Likaså var det tre gånger så stor andel i befolkningen i åldersgruppen 70 år och äldre som fått en cancerdiagnos i jämförelse med motsvarande åldersgrupp bland personer med schizofreni.

Bedömning av resultat

Resultaten visar att nästan alla regioner har rutiner för somatisk undersökning i samband med diagnostisering, och att patienterna också får en sådan undersökning. En somatisk undersökning är viktig för att utesluta andra somatiska tillstånd som kan ligga till grund för det psykotiska symptomet samt inför behandling med påbörjad läkemedelsbehandling med antipsykotiska läkemedel.

I resultaten ser vi också att det finns en överrepresentation av somatiska tillstånd som diabetes, astma och KOL hos personer med schizofreni. Samtidigt visar resultaten att av personer med schizofreni är det en lägre andel som diagnostiserats med cancer. Detta resultat skulle kunna tolkas som att förekomsten av cancer är mindre, men sannolikt speglar det i stället att personer med schizofreni i lägre grad uppmärksammar tecken på ohälsa och i lägre grad deltar i screening för cancer [12]. Detta talar för vikten av en somatisk undersökning, både vid diagnostisering och vid årliga uppföljningar för att undersöka patientens hälsotillstånd och eventuellt justera behandlingen.

Delaktighet i vård och omsorg

En väsentlig del i återhämtningen från en psykossjukdom är att den som är drabbad själv aktivt medverkar i att få sitt liv att fungera. Därför är det eftersträvansvärt att alla beslut om vård och stöd fattas tillsammans med den individ det gäller, i ett så kallat delat beslutsfattande.

Delat beslutsfattande

Det första insjuknandet i en psykossjukdom är ofta traumatiskt, både för den som blir sjuk och för de närstående. Det första mötet med psykosvården kan påverka den fortsatta relationen till vården, vilket i sin tur kan påverka möjligheterna att tillfriskna. Det är därför ytterst viktigt att arbeta för en förtroendefull relation mellan patient och vårdgivare. Arbetssättet delat beslutsfattande kan bidra till detta.

Delat beslutsfattande är ett arbetssätt för att öka individens delaktighet i vården och omsorgen. Metoden kan användas i både psykiatrisk vård och socialtjänst. Delat beslutsfattande syftar till att främja återhämtning genom att hjälpa individen att spela en aktiv roll i beslut som rör dennes hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling eller stödinsatser. I delat beslutsfattande tar man hänsyn till både individens och personalens kunskaper och till vetenskapliga fakta. Åtgärden inbegriper vanligtvis någon form av beslutsstöd till individen för att öka möjligheten att vara delaktig.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda delat beslutsfattande till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Åtgärden har hög prioritet på nivå 2 i de nationella riktlinjerna. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator A1 som beskrivs i indikatorbilagan.

I detta avsnitt beskriver vi i vilken omfattning regioner och kommuner arbetar med delat beslutsfattande. Resultaten baseras på uppgifter från enkätundersökningar till verksamhetschefer inom vuxenpsykiatri i regionerna och enkätuppgifter i öppna jämförelser från kommuner.

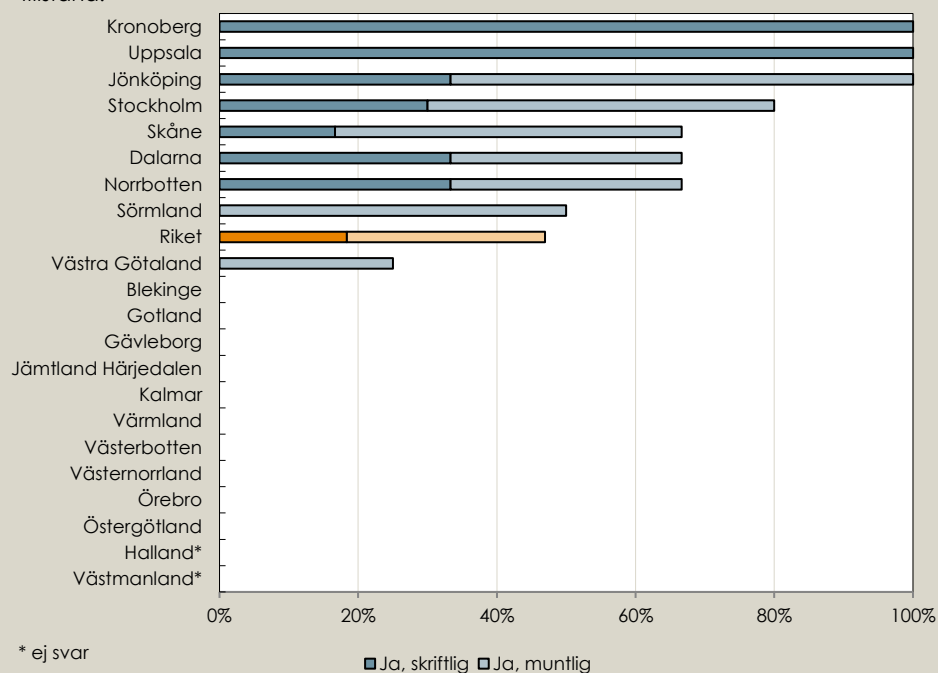
Rutin för delat beslutsfattande

Knappt hälften av de svarande vuxenpsykiatriska klinikerna uppger att de har en rutin för att arbeta enligt delat beslutsfattande när det gäller personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Dock är det flera regioner där en sådan rutin saknas (diagram 4.1).

Några av kommentarerna rör att kliniken inte har en rutin, men att det är ett arbetssätt som används regelmässigt vid den typen av diagnoser; att man har utbildat i metoden i verksamheten, men att en rutin för arbetet med metoden däremot inte är framtagen samt önskemål om en rutin för att få patienten och de anhöriga delaktiga, så att patienten verkligen ska uppleva att hen är med i beslutet.

Diagram 4.1 Rutin för att arbeta med delat beslutsfattande

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för att arbeta enligt delat beslutsfattande när det gäller personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.



* ej svar
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

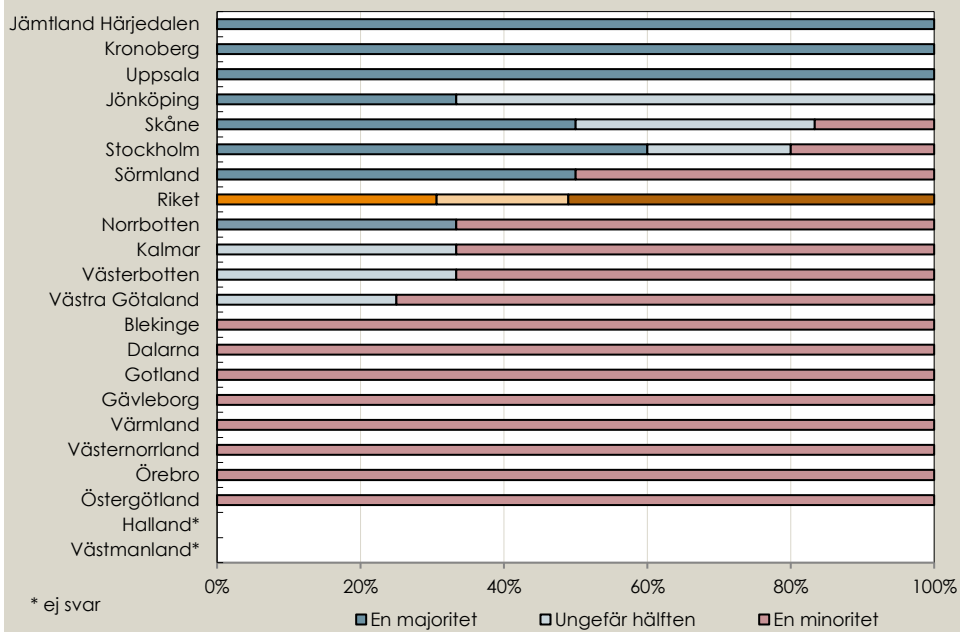
Vård med delat beslutsfattande

För perioden 2020–2021 svarar en tredjedel av klinikerna i riket att majoriteten av personer med schizofreni har fått vård med delat beslutsfattande. På hälften av klinikerna har endast en minoritet av personer med schizofreni fått vård där man har tillämpat metoden (diagram 4.2).

En klinik i Skåne uppger att patienten får en bild av behandlingsutbud och möjligheter i samband med samtal om diagnos, men att detta för sällan sammanfattas i en vårdplan. Andra kommentarer på frågan handlar om svårigheten att uppskatta graden av delat beslutsfattande eftersom det finns brister i uppföljningssystemet; att delat beslutsfattande utgår från i vilket tillstånd patienten befinner sig – ju bättre mående desto mer delaktighet; samt att patienter under 2020 var mindre delaktiga när deras vårdplan upprättades, men att det nu har blivit tydligare hur man ska arbeta.

Diagram 4.2 Vård och stöd enligt delat beslutsfattande

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har fått vård enligt delat beslutsfattande. Avser perioden 2020-2021.



Kommunernas arbete med delat beslutsfattande

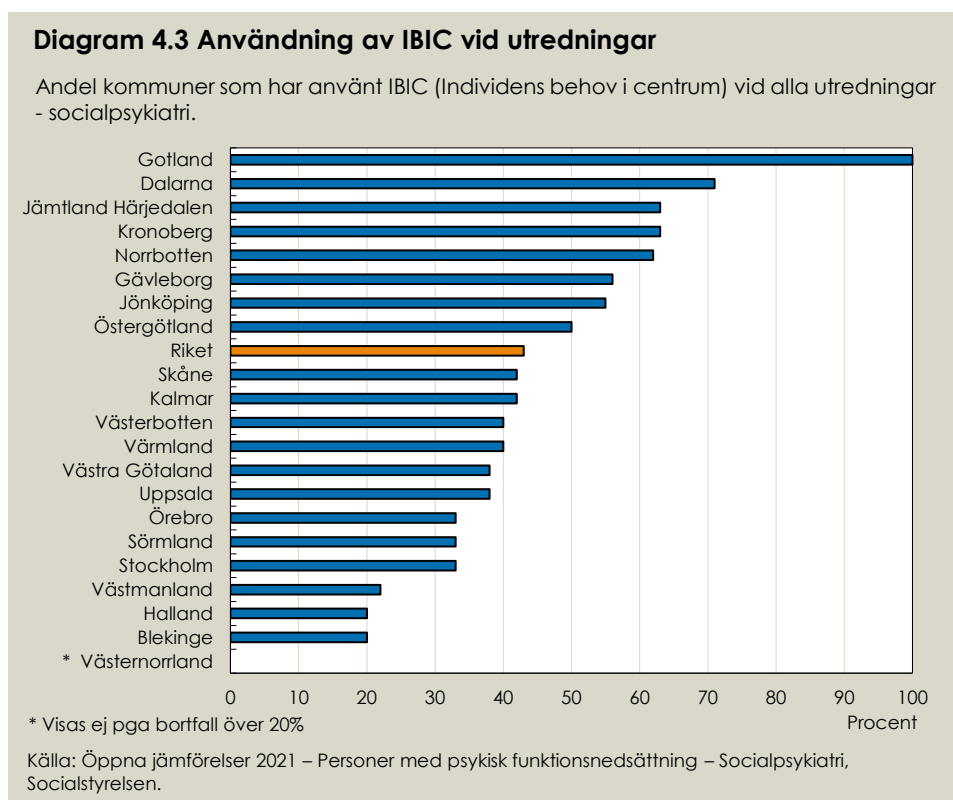
Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör även socialtjänstens vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd bygga på individens delaktighet utifrån metoden delat beslutsfattande. Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten var det cirka 5 procent av kommunerna som sade sig arbeta med denna arbetsmetod för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning. Resultatet visade att kommuner i sex regioner tillämpar metoden.

Ett systematiskt arbetssätt med stöd av ett instrument eller en modell vid utredning av individens behov av stöd, är ett sätt att säkerställa att den enskilde får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt. IBIC (Individens behov i centrum) syftar till att stärka individens egna resurser när det gäller att genomföra aktiviteter och vara delaktig. Arbetssättet stödjer också att information överförs och återanvänds på ett säkert sätt. I ovan nämnda undersökning till kommunerna frågade man även om verksamheterna använder arbetssättet som stöd vid utredningen av den enskildes behov av insatser respektive stöd när de följer upp den enskildes beslutade insatser enligt Socialtjänstlagen, SoL.

Kommunerna arbete med individens behov i centrum

Närmare hälften av kommunerna uppger att de tillämpar metoden IBIC som stöd vid alla utredningar om behov av insatser för personer med funktions-

nedsättningar (diagram 4.3). Och en tredjedel av kommunerna använder samma metod som stöd vid uppföljning av de beslutade insatserna enligt SoL. I samtliga regioner förekommer det att man använder metoden både som stöd vid utredningar och uppföljningar, men variationen mellan regionerna är stor. Sett över en femårsperiod har det skett en markant ökning av kommuner som tillämpar metoden IBIC.



Bedömning av resultat

Hälften av klinikerna har rutiner för delat beslutsfattande och något färre arbetar med metoden. Få kommuner använder sig av delat beslutsfattande. Delat beslutsfattande är en metod som består av flera delar. Det kan möjligtvis vara så att vissa kliniker eller verksamheter delvis jobbar enligt arbetssättet men inte följer alla stegen, vilket kan ha påverkat svarsresultatet här. Troligtvis är det så att många verksamheter arbetar med någon men inte alla delar som behövs för att tillämpa metoden fullt ut.

Att patient och läkare är överens om behandlingen är en långsiktig vinst eftersom det ökar sannolikheten att patienten kvarstår i behandlingen. Motsvarande gäller för åtgärder inom socialtjänsten. Delat beslutsfattande kan ge individen en ökad känsla av egenmakt och bättre relation till behandlaren. Åtgärden är dessutom ett sätt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten att strukturera sitt arbete med hänsyn till lagstiftning om information, delaktighet, samtycke och individuell planering. Socialstyrelsens bedömning är att klinikerna och kommunerna bör öka sitt användande av arbetssättet delat beslutsfattande.

Stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser

Många som insjuknar i schizofrenin eller schizofreniliknande tillstånd behöver fortsatt vård och stöd på flera olika sätt och i många fall av olika aktörer. I alla faser av psykosjukdom är det viktigt att vården och omsorgen ges inom ramen för delat beslutsfattande, där individen och de närstående får vara med och beskriva sina behov och fatta beslut om åtgärder. Det är också viktigt att vård- och omsorgspersonalen strävar efter att inge hopp om återhämtning och att bygga stödjande relationer med patienter och brukare. I detta kapitel tar vi upp

- case management för vård och stödsamordning
- psykosteam
- samordnad individuell plan
- personligt ombud för samordning
- rehabilitering i form av studier eller arbete
- boendeinsatser.

Case management för vård och stödsamordning

Case management är både ett arbetssätt och en organisationsmodell för att individen ska få tillräckliga samordnade insatser för att leva ett självständigt liv. Det finns olika modeller av case management och modellerna kan benämnas olika. Gemensamt för modellerna är den funktion som samordnar insatserna och har ansvar för utredning, planering och uppföljning av insatser (en *case manager* eller vård- och stödsamordnare). I arbetssättet ingår följande delar: allians, formulering av mål och delmål, samarbete med närstående och stöd i att fungera i vardagen.

I arbetet med case management använder man sig av integrerade team. Integrerade team är till för personer med missbruk eller beroende med samtidig svår psykisk sjukdom och behov av samordning av sina vård- och stödinsatser. Med case management i form av integrerade team avses ett multiprofessionellt team som samordnar individuellt anpassade vård- och stödinsatser som rör behandling av missbruk eller beroende, psykisk sjukdom och psykosocial problematik. Med multiprofessionella team avses en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. Teamets sammansättning motsvarar den enskildes behov.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda insatsen case management för vård och stödsamordning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Insatsen har en prioritet på 1, den högsta prioriteringen. I vår utvärdering utgår vi från indikator C7 och C8 för att följa upp denna rekommendation (indikatorbila-

gan). Resultaten baseras på uppgifter från enkätundersökningar till verksamhetschefer inom psykiatrisk specialistvård i regionerna och enkätuppgifter i öppna jämförelser från kommunerna. I detta avsnitt beskriver vi i vilken omfattning hälso- och sjukvård och socialtjänst använder sig av case management i sin verksamhet.

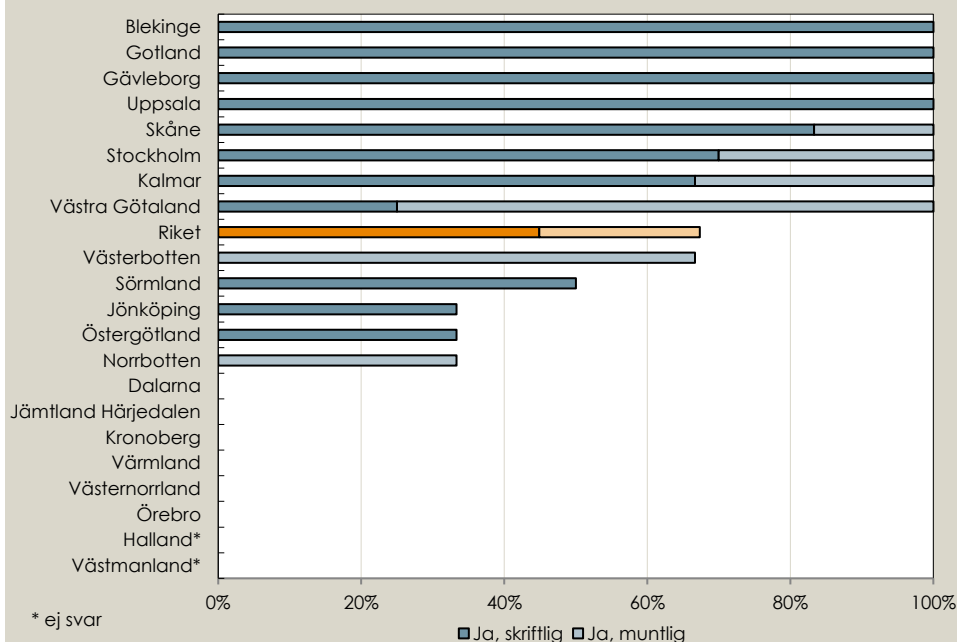
Rutin för case management inom psykiatri

Två tredjedelar av alla vuxenpsykiatriska kliniker uppger att de har en rutin för att erbjuda case management för vård- och stödsamordning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, och att denna rutin på merparten av klinikerna också är skriftlig. I sex regioner svarar dock samtliga kliniker att det saknas en sådan rutin (diagram 5.1).

En klinik i Dalarna anger som förklaring att det tidigare gjordes gemensamma satsningar i både kommunen och regionen för att utbilda personer i metoden. I nuläget finns endast ett fåtal (3–4) medarbetare som har genomgått utbildning. Enligt kliniken är det otydligt och oklart om metoden ska prioriteras, och man skriver att om så är fallet behövs återkommande utbildning och fortbildning. Flera kliniker kommenterar att de byggt in case management i sina rutiner för fast vårdkontakt med uppdrag att samordna vården tillsammans med patienterna och deras närstående samt kommunala insatser.

Diagram 5.1 Rutin för att erbjuda case management

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för att erbjuda case management för vård- och stödsamordning till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

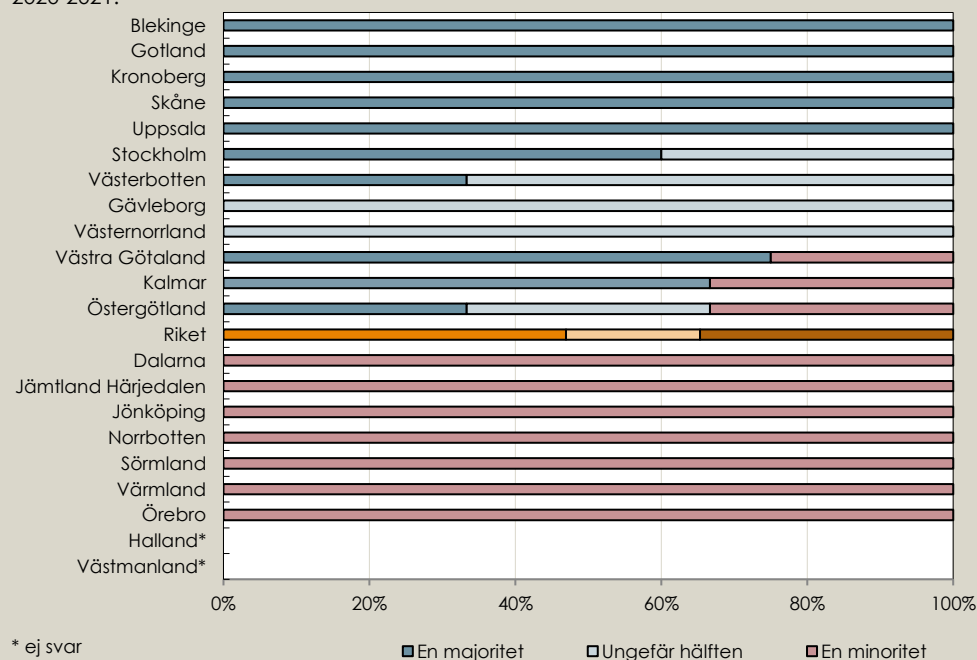
Vård och stöd enligt case management i regionerna

På drygt en tredjedel av klinikerna i riket har en minoritet av patienterna fått vård och stöd enligt case management (diagram 5.2).

Många av kommentarerna även här handlar om klinikernas arbete med fast vårdkontakt. Till exempel uppger en klinik i Västra Götaland att kontaktmannaskap där erbjuds så gott som alla patienter. En klinik i Sörmland berättar att arbetet har varit lägre prioriterat från båda huvudmännen under pandemins första år, men att de under 2021 åter har börjat fokusera på att erbjuda vård- och stödsamordning.

Diagram 5.2 Vård och stöd enligt case management

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått vård och stöd enligt case management. Avser perioden 2020-2021.

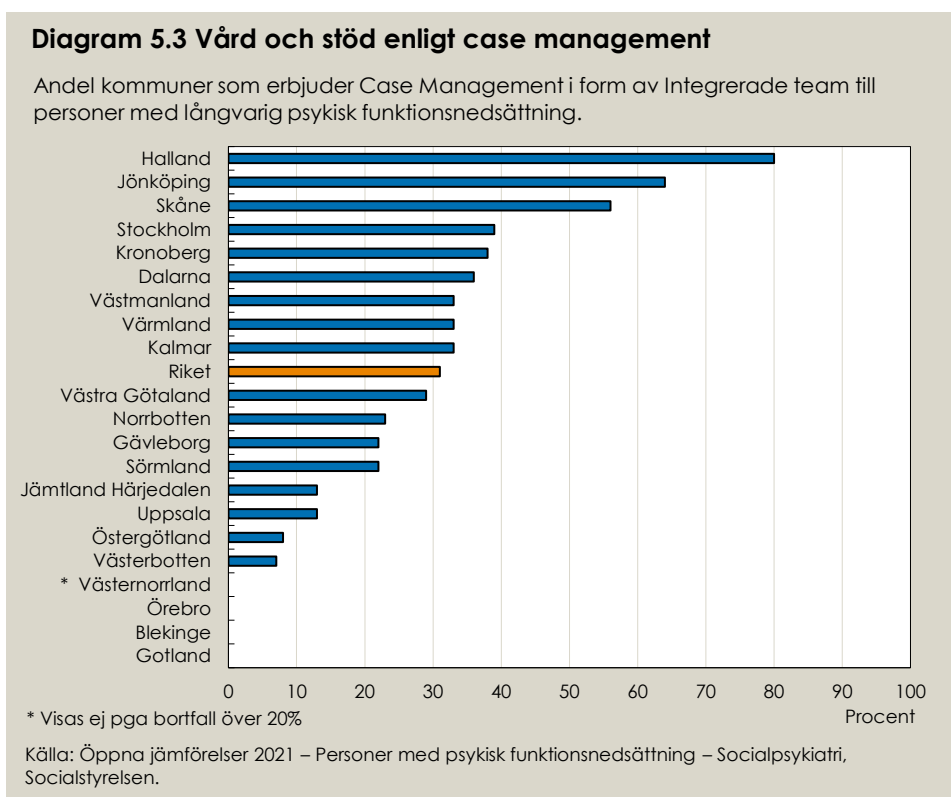


Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Vård och stöd enligt case management i kommunerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör även socialtjänsten erbjuda vård- och stödinsatser enligt case management till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten var det en tredjedel av kommunerna som uppgav att de arbetar med vård- och stödinsatser enligt case management. Variationen mellan regionerna är dock stor, från 7-8 procent av kommunerna i Västerbotten och Östergötland till 80 procent i Halland. I Blekinge, Gotland och Örebro erbjuder ingen av kommunerna vård och stöd enligt denna metod (diagram 5.3). Under de senaste fem åren har det skett en

viss minskning av antalet kommuner som erbjuder case management. Den huvudsakliga minskningen skedde åren 2017–2019.



Bedömning av resultat

Grunden för case management är det organisatoriska samarbetet, och hälften av klinikerna uppger att de har rutiner för detta. Dock är det bara en tredjedel av kommunerna som erbjuder case management. Till exempel svarar klinikerna i Blekinge och Gotland att majoriteten av patienterna har fått vård och stöd enligt case management, men ingen kommun i dessa regioner säger sig erbjuda detta till personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning. I region Jönköping har enligt enkätsvaren en minoritet av patienterna fått vård och stöd enligt metoden, samtidigt som två tredjedelar av kommunerna i regionerna svarar att de erbjuder case management i form av integrerade team.

Case management är både ett arbetssätt och en organisatorisk modell inom sjukvård och socialtjänst, och det kräver en viss typ av organisation. Detta kan påverka i vilken utsträckning arbetssättet kan tillämpas i regioner och kommuner. Socialstyrelsens bedömning är att det finns en stor förbättringspotential för att bygga en organisation som möjliggör implementering av case management för vård- och stödsamordning.

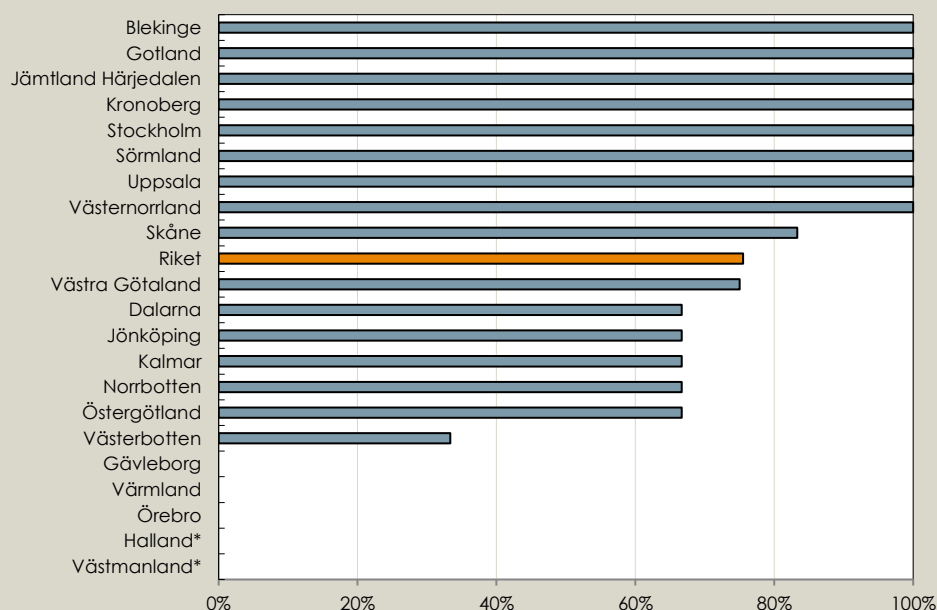
Förekomst av psykoteam

Tre av fyra vuxenpsykiatriska kliniker har ett specialiserat team – så kallat psykoteam – för personer med psykotiska symptom. Endast Gävleborg, Värmland och Örebro saknar helt kliniker med specialiserade team för psykospatienter (diagram 5.4). I vilken utsträckning kliniken har psykoteam har ofta samband med klinikens storlek; på mindre kliniker har man kanske inte tillräckliga resurser för att ha ett specialiserat team.

Gävleborg anger i sin kommentar att detta är under utveckling i en del av länet, och Örebro svarar att psykoteam finns i regionen men inte ingår i deras verksamhetsuppdrag. Sörmland lämnar exempel på vad som ingår i regionens tvärprofessionella team: läkare, psykolog, omvårdnadspersonal, kurator och arbetsterapeut. De har ett liknande arbetssätt oavsett om patienten först kommer till heldygnsvård eller öppenvård, och ett tätt samarbete mellan mottagning och avdelning.

Diagram 5.4 Specialiserat team

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning de har ett specialiserat team (psykoteam) för personer med psykotiska symptom.



* ej svar

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Samordnad individuell plan

Syftet med en samordnad individuell plan (SIP) är att säkerställa samordningen när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården [3].

I utvärderingen har vi undersökt verksamheternas rutiner för att informera personer med psykisk funktionsnedsättning om att de vid behov kan få en

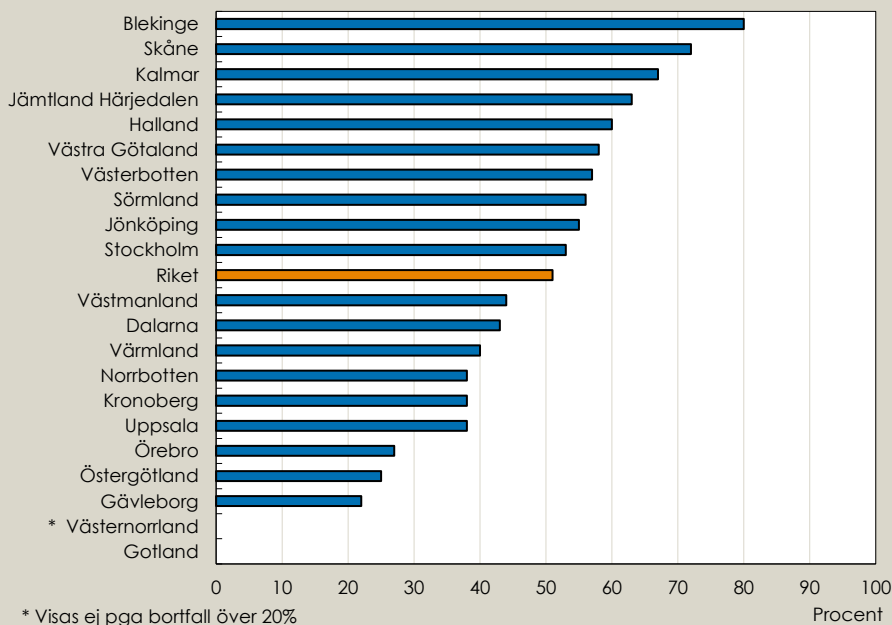
SIP. För att säkra att rutinen används och fungerar i verksamheten är det viktigt att den regelbundet följs upp.

Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten har hälften av kommunerna en aktuell rutin för att informera personer med psykisk funktionsnedsättning om att de vid behov kan få en SIP (diagram 5.5). En sådan rutin är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om den möjligheten, samt om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter. Under de senast fyra åren har andelen kommuner som har denna form av rutin legat på en oförändrad nivå.

Det är stora skillnader mellan regionerna när det gäller i vilken utsträckning kommunerna har en rutin för att informera brukarna om möjligheten att få en SIP. Gotland är den enda regionen som helt saknar en aktuell rutin för att säkerställa att man informerar om SIP. I övrigt varierar andelen kommuner i regionerna från en femtedel i Gävleborg till fyra femtedelar i Blekinge.

Diagram 5.5 Samordnad individuell plan (SIP)

Andel kommuner som har en aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) - Socialpsykiatri.



* Visas ej pga bortfall över 20%

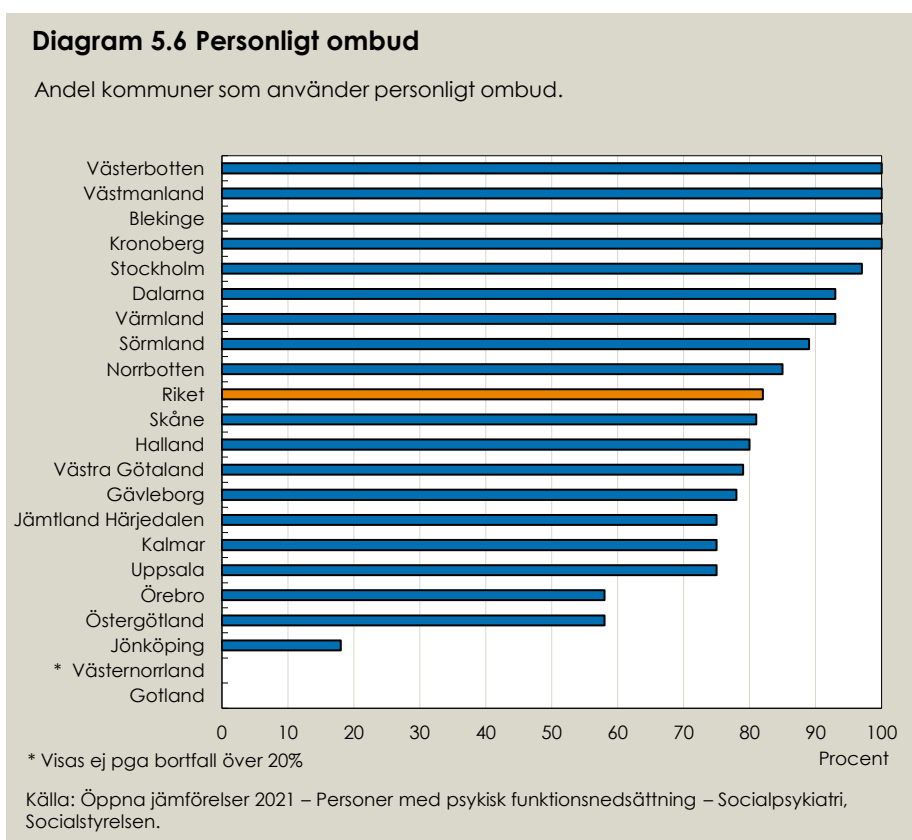
Procent

Källa: Öppna jämförelser 2021 – Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri, Socialstyrelsen.

Personligt ombud för samordning

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta svårt att själva formulera sina behov och föra dialog med vården, omsorgen och andra samhällsinstanser. En insats som fler och fler kommuner erbjuder för personer med psykisk funktionsnedsättning är personligt ombud. Detta kan vara en bra insats för att få till vård och stöd som motsvarar individens behov eller bättre samordning mellan befintliga insatser [3].

Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten erbjuder åtta av tio kommuner personligt ombud till personer med psykisk funktionsnedsättning (diagram 5.6). Sett över en femårsperiod har motsvarande siffra legat på en oförändrad nivå. I fyra regioner – Blekinge, Kronoberg, Västmanland och Västerbotten – erbjuder alla kommuner denna möjlighet, medan det i Jönköping är endast knappt var femte kommun som erbjuder personligt ombud.



Rehabilitering i form av studier eller arbete

Personer som lever med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har ofta svårt att ha ett aktivt vardagsliv med god livskvalitet. Svårigheterna beror bland annat på kognitiva funktionsnedsättningar. Personer med dessa tillstånd har ofta dåligt arbetsminne, svårt att styra sin uppmärksamhet och ned-satta exekutiva funktioner. Detta gör det svårt att genomföra målinriktade handlingar och att organisera sin tid.

En mycket liten andel studerar eller arbetar, men en betydligt större andel kan göra det om de får stöd [3]. Att studera eller arbeta ger större delaktighet i samhället och bättre ekonomi, vilket i sin tur ger individen bättre förutsättningar att återhämta sig från sjukdomen. För den som för tillfället inte vill eller kan studera eller arbeta kan daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning dels ge ett mer aktivt vardagsliv med sociala

kontakter och en fungerande vardagsstruktur, dels bidra till återhämtning och möjlighet till framtida arbete.

Individanpassat stöd enligt IPS i kommunerna

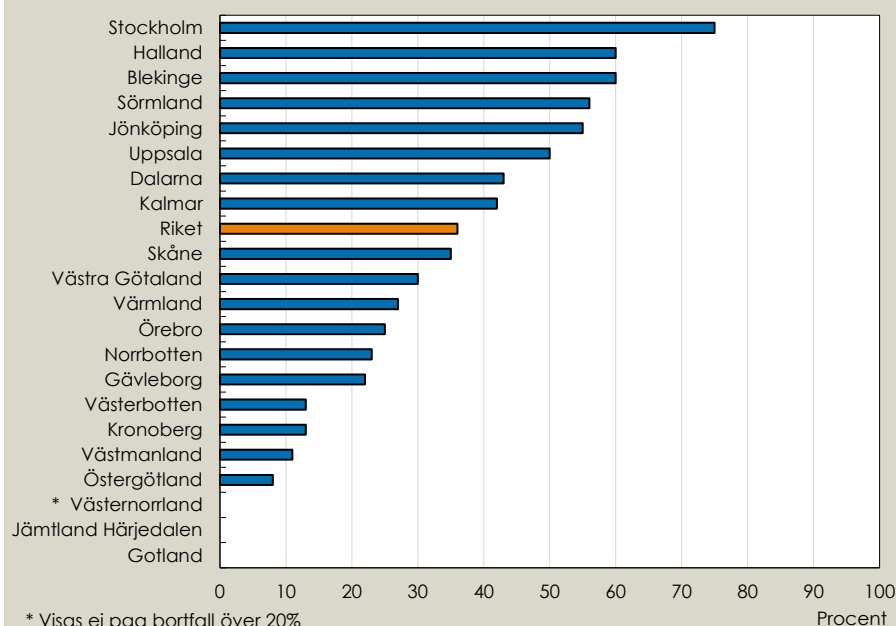
Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (Individual Placement and Support) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar arbete eller har svag arbetsmarknadsanknytning. Modellen bygger på att personer med psykisk funktionsnedsättning som vill börja arbeta får stöd av en arbetspecialist att snabbt söka arbete, utan bedömning av personens arbetsförmåga. Arbetspecialisten ger fortsatt stöd genom att samordna och skräddarsy individens stöd från myndigheter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen samt från anhöriga, vänner och arbetsgivare. Rekommendationen har prioritet 1, som är högsta prioritet i de nationella riktlinjerna. I vår utvärdering utgår vi från indikator C11 (indikatorbilagan), med datakälla öppna jämförelser som omfattar personer med psykisk funktionsnedsättning och inte enbart personer med schizofreni.

Resultat

Var tredje kommun erbjuder individanpassat stöd enligt IPS till personer med psykisk funktionsnedsättning (diagram 5.7). I vilken utsträckning kommunerna arbetar med metoden skiljer sig mycket mellan regionerna, från knappt 10 procent i Östergötland till drygt 70 procent i Stockholm. Sett över en femårsperiod har andelen kommuner som erbjuder IPS legat på en närmast oförändrad nivå.

Diagram 5.7 Individanpassat stöd till arbete enligt IPS

Andel kommuner som erbjuder individanpassat stöd till arbete enligt IPS - individual placement and support.



* Visas ej pga bortfall över 20%

Källa: Öppna jämförelser 2021 – Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri, Socialstyrelsen.

Öppen verksamhet inom socialtjänsten

Rekommendationen enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är att socialtjänsten bör erbjuda anpassad daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Det gäller framför allt de personer som för närvarande inte vill eller kan studera eller arbeta med motiveringen att åtgärden kan leda till ökad återhämtning, social funktion, livskvalitet samt minskad isolering. Rekommendationen har en hög prioritet på nivå tre.

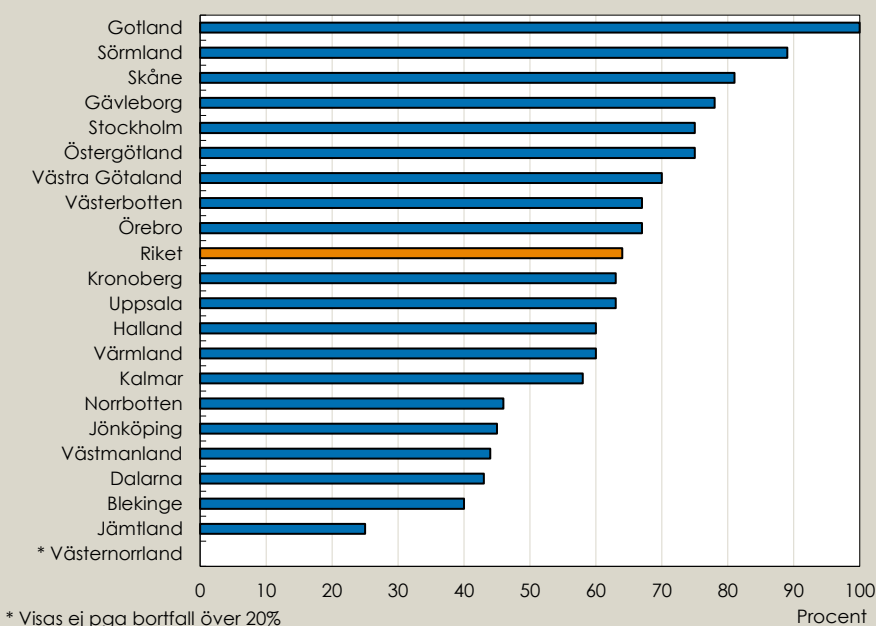
I den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten ställdes frågan om kommunen erbjuder någon form av öppen verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Möjligheten till sysselsättning är en viktig faktor för en fungerande vardagsstruktur. Den öppna verksamheten, så kallade träfflokaler, erbjuder social samvaro under mer kravlösa former vilket kan bidra till personlig utveckling samt till att främja delaktigheten i samhället.

Två tredjedelar av kommunerna svarade att de erbjuder någon form av öppen verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning (diagram 5.8). Variationen mellan regionerna var stor, från var fjärde kommun i Jämtland till närapå samtliga kommuner i Sörmland och hela Gotland. Kommunerna kommenterade att pandemin har gjort att de inte har kunnat upprätthålla samma nivå av öppen verksamhet som tidigare. De sista fyra åren innan pandemin erbjöd omkring 80 procent av kommunerna öppen verksamhet.

Enligt den nationella utvärderingen 2013 kunde en stor majoritet av kommunerna erbjuda ett varierat utbud av sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Diagram 5.8 Öppen verksamhet

Andel kommuner som erbjuder någon form av öppen verksamhet.



* Visas ej pga bortfall över 20%
 Källa: Öppna jämförelser 2021 – Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri, Socialstyrelsen.

Aktuella samverkansöverenskommelser i kommunerna

Personer med insatser från socialtjänsten kan ha behov av insatser från flera myndigheter, verksamheter och organisationer. En formaliserad och strukturerad överenskommelse för hur samverkan ska ske i enskilda ärenden är ett sätt att stärka stabilitet, förutsägbarhet och kontinuitet mellan aktörer. Överenskommelser som beskriver ansvarsfördelningen och ett bestämt tillvägagångssätt ökar förutsättningarna för en gemensam planering och ett samstämmt agerande mellan aktörerna. För att säkra att överenskommelsen är aktuell och stödjer insatserna till den enskilde är det viktigt att den regelbundet följs upp.

Var femte kommun uppgav i den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten att de har en aktuell överenskommelse för hur samverkan i enskilda ärenden ska ske mellan socialpsykiatri, personer med psykisk funktionsnedsättning och Arbetsförmedlingen. Likaså har var femte kommun en motsvarande aktuell överenskommelse med Försäkringskassan. Sett över en fem-årsperiod har andelen kommuner som har en aktuell överenskommelse med Arbetsförmedling och Försäkringskassan legat på en oförändrad nivå.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att för få kommuner erbjuder individanpassat stöd till arbete enligt IPS. Även i mindre kommuner där det är ett mindre antal individer som kan vara aktuella för insatsen är det viktigt att kunna erbjuda denna typ av insats. Schizofreni är en sjukdom som har en påverkan på funktionsförmåga och möjlighet att kunna klara av ett förvärvsarbete. Samtidigt är det viktigt att kommuner och regioner i samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ger förutsättningar för personer med schizofreni att prova på arbete eller studier.

Personer med schizofreni är i behov av ett individuellt stöd för att kunna få möjlighet till att arbeta, vilket också ökar sannolikheten för en snabbare återhämtning. Enligt vår bedömning behöver socialtjänsten erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen i högre grad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar arbete eller har svag anknytning till arbetsmarknaden.

Boendeinsatser

Boendestöd i ordinärt boende

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har oftast svårt att klara av ett självständigt hemliv och har ofta en dålig ekonomisk situation. Det leder inte sällan till att individen inte förmår att behålla sin bostad. Samsjuklighet i form av beroende eller missbruk kan också förekomma. Hemlösa personer har sämre förutsättningar för följsamhet till behandling och har en ökad risk för återinsjuknande i sin psykiska sjukdom.

En åtgärd som kan stödja personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i att klara av ett eget boende och ett självständigt liv är boendestöd. Boendestödet behöver planeras tillsammans med individen utifrån de behov och önskemål som hen har, och löpande följas upp utifrån uppsatta mål. Åtgärden syftar bland annat till att öka motivationen för och förmågan att ta ett större ansvar för sin situation, att leva som andra och vara delaktig i sociala sammanhang. Boendestödet behöver utföras med hänsyn till individens kognitiva funktionsnedsättningar.

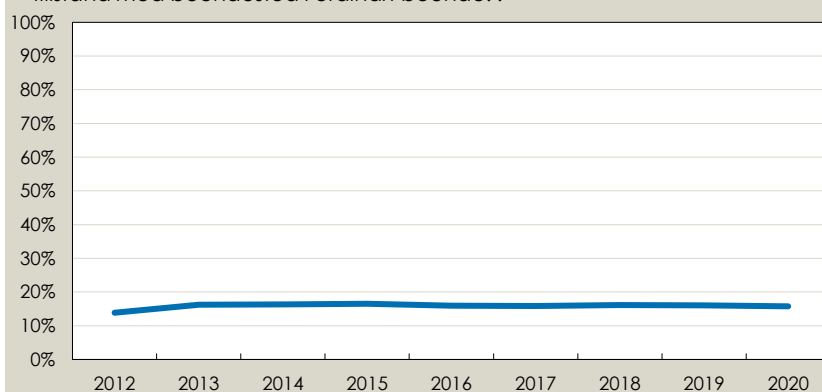
Socialstyrelsen rekommenderar att socialtjänsten bör erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv. Rekommendationen har en prioritet på nivå 2, en hög prioritet. Vi följer upp rekommendationen med indikator C15 (indikatorbilagan). Det vi fångar med denna indikator är personer som bor i ett ordinärt boende, och som får boendestöd enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL vad avser insatser till äldre och personer med funktionshinder. För att enbart fånga personer som bor i ett ordinärt boende, det vill säga egna hem, bostadsrätt eller hyresrätt har vi exkluderat personer som bor i ett särskilt boende, korttidsboende eller en bostad med särskild service för vuxna.

Resultat

I utvärderingen har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för boendestöd. För personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd visar utvärderingen att 16 procent av dessa personer har tillgång till boendestöd (diagram 5.9). Mellan 2012 och 2015 skedde en ökning på några procent, men andelen i den aktuella gruppen som får tillgång till boendestöd i ordinärt boende har sedan stagnerat under de senaste fem åren. Mellan regionerna skiljer det 15 procentenheter mellan den region som visar högst respektive lägst andel (diagram 5.10).

Indikator 5.9 Boendestöd i ordinärt boende

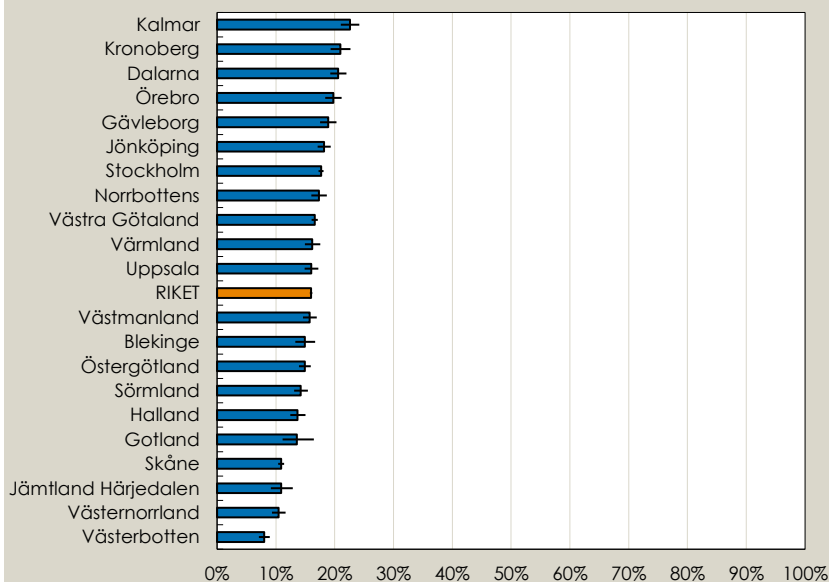
Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med boendestöd i ordinärt boende. .



Källa: Patientregistret och Socialtjänstregistret

Indikator 5.10 Boendestöd i ordinärt boende

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd med boendestöd i ordinärt boendeför åren 2018-2020.



Källa: Patientregistret och Socialtjänstregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att en förvånansvärt låg andel av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i ordinärt boende får insatsen boendestöd enligt rekommendationen. Som jämförelse visar en nationell kartläggning från Socialstyrelsen om hemlöshet från 2017 att av personer som hade en långsiktig form av boende ordnat av kommunens socialtjänst var det 26 procent som fick insatsen boendestöd [13]. Intressant att jämföra med är också tidigare data från Socialstyrelsen som visar att av personer med schizofreni var det 14 procent som hade hemtjänst, 16 procent som hade en bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och 14 procent som hade ett boende enligt SoL. Tittar man på hela gruppen och inte bara dem som bor i ett ordinärt boende, utan även bostad enligt LSS och SoL var det 40 procent som hade någon form av boendestöd [14].

Det kan inte uteslutas, men inte heller bekräftas att en del av förklaringen till det låga värdet beror på en låg inrapportering i registret av insatsen. Vi kan dock konstatera att över tid har detta låga värde inte förändrats och ingen höjning av andelen som får insatsen har skett, vilket indikerar att rekommendationerna inte har haft ett genomslag i verksamheterna.

Graden av funktionsnedsättning kan variera inom diagnospektrat schizofreni. Det är inte otänkbara att personer med schizofreni lever tillsammans med anhöriga – detta gäller till exempel personer som bor kvar i föräldrahemmet. Detta kan göra att det inte blir aktuellt eller inte upplevs som nödvändigt med boendestödande insats. En annan bidragande orsak till den låga andelen kan också vara att personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som erbjuds boendestöd tackar nej till insatsen. Det är även

troligt att kommuner erbjuder denna insats till den aktuella gruppen i en otillräcklig omfattning.

Konsekvensen av denna låga grad av boendestöd i ordinärt boende är att fler i den aktuella gruppen riskerar att inte klara av att bo i egen bostad. Det finns även en risk att de försämras i sitt tillstånd. Dessa personer kan då komma att behöva andra insatser från socialtjänsten och söka mer vård, vilket leder till ökade hälsoekonomiska kostnader.

I de fall där personer är benägna att tacka nej till insatsen kan en åtgärd vara att lägga mer tid på att konkretisera vad stödet innebär för personen och ge exempel på vilka vardagsgöromål som personen kan få hjälp med. Detta kan motivera personen till att ta emot stödet som erbjuds.

Boendeinsatser i form av bostad först till hemlösa

Bostad först-modellen syftar till att avhjälpa hemlöshet och innebär att hemlösa personer med psykisk sjukdom erbjuds en långsiktig boendelösning. Tidigare kartläggning har visat att av de som var hemlösa var det 30 procent av männen som hade behov av stöd och behandling för psykisk ohälsa. Motsvarande siffra för kvinnorna låg på 23 procent [13].

Erbjudandet om bostad ges utan några krav på att personen först har genomgått en psykiatrisk behandling eller uppvisat nykterhet eller drogfrihet, men förutsätter att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan tillhandahålla ett samordnat och individanpassat stöd till personen. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda boendeinsatser i form av bostad först-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad, eftersom åtgärden har stor effekt på boendestabilitet på kort och lång sikt samt ger ökad livskvalitet och minskad risk för återinsjuknande. Rekommendationen har en prioritet på nivå 2, en hög prioritet. Vi följer upp rekommendationen med indikator C14 (indikatorbilagan).

Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten erbjuder var femte kommun boendeinsatser i form av bostad först-modellen. Under de senaste fem åren har andelen legat på en oförändrad nivå.

Detta är dock en ökning från förra nationella utvärderingen som gjordes år 2013 där det redovisades att insatsen hade en mycket liten spridning och att endast 6 procent av kommunerna arbetade enligt bostad först-modellen [1].

Bedömning av resultat

Det finns en stor vinst i att arbeta enligt bostad först-modellen, eftersom åtgärden har stor effekt på boendestabiliteten på kort och lång sikt samt ger ökad livskvalitet och minskad risk för återinsjuknande. I undersökningen öppna jämförelser omfattar insamlade data alla personer med någon form av psykisk funktionsnedsättning. Vi kan därför inte i nuläget utifrån tillgänglig data undersöka om den grupp personer inom denna utvärderings avgränsning, dvs personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd erbjuds bostad enligt modellen bostad först. Det vi kan konstatera är att det är en generell brist bland kommuner i landet att erbjuda denna modell.

Behandling

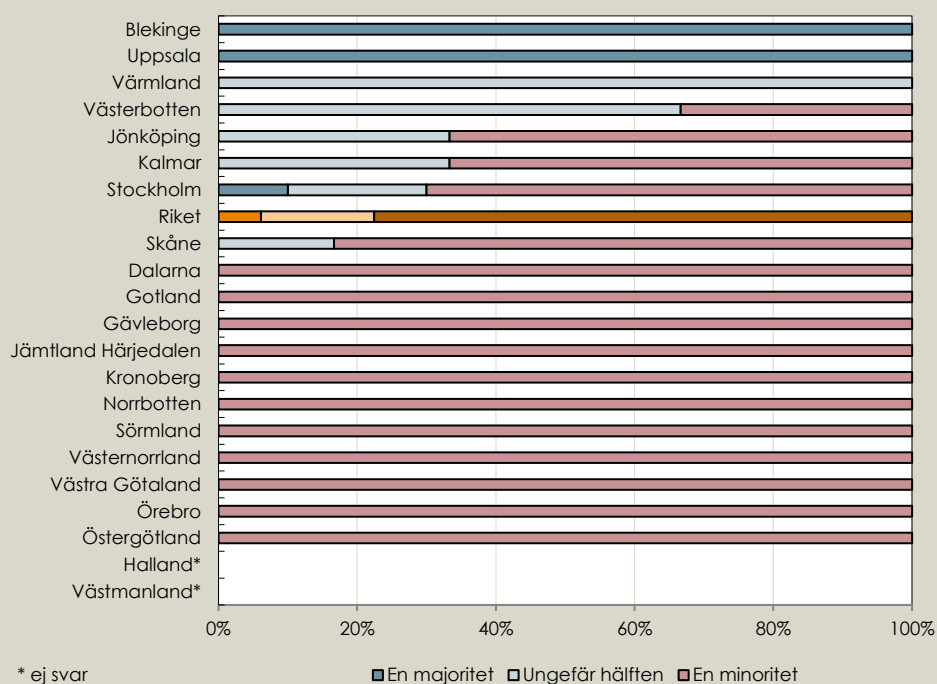
Kognitiv beteendeterapi

När psykossymtom kvarstår trots antipsykotisk läkemedelsbehandling kan kognitiv beteendeterapi vara till hjälp. Åtgärden är en tidsbegränsad manualbaserad psykoterapi som lär patienten att det finns ett samband mellan tankar, känslor och beteenden. Behandlingen går vanligtvis ut på att ändra på hur man tänker, agerar och förhåller sig till inre upplevelser. Det finns stor variation inom KBT vid psykos, men de ledande behandlingsmanualerna delar några gemensamma element: kognitiv konceptualisering av psykotiska symtom, psykoedukation, formering av en stark terapeutisk relation och återfallsprevention. Genom behandlingen kan patienten lära sig att förstå och sätta ord på exempelvis hallucinationer och vanföreställningar, och lära sig att hantera dem. Åtgärden har prioritet 2, en hög prioritet i de nationella riktlinjerna, med motiveringen att åtgärden ger effekt på både positiva och negativa psykossymptom samt stor gynnsam effekt på generell psykisk hälsa. Vi följer upp åtgärden baserat på indikator C19a (indikatorbilagan) och använder enkät som datakälla.

Nästan 80 procent av alla vuxenpsykiatriska kliniker i riket uppger att en minoritet av personer med schizofreni har fått kognitiv beteendeterapi under perioden 2020–2021. I endast två regioner, Blekinge och Uppsala, svarar alla kliniker att majoriteten av patienterna hade fått KBT. Och i elva regioner uppger alla kliniker att en minoritet av patienterna har fått KBT (diagram 6.1).

Diagram 6.1 Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått kognitiv beteendeterapi (KBT). Avser perioden 2020-2021.



* ej svar
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Bedömning av resultat

Socialstyrelsens bedömning är att en för låg andel av patienter med schizofreni får tillgång till kognitiv beteendeterapi. Det är möjligt, men inte troligt, att pandemin här är en faktor som har påverkat resultatet i en stor utsträckning. Mer troligt är att svårigheten för hälso- och sjukvården att erbjuda åtgärden består i att det råder brist på utbildade psykoterapeuter och psykologer [15].

Psykopedagogiska åtgärder

Psykopedagogiska åtgärder syftar till att individen ska få kunskap om sin sjukdom och hjälp att hitta strategier för återhämtning, vilket ökar möjligheterna att komma tillbaka till ett aktivt liv. Här lyfts grundläggande psykopedagogisk utbildning och psykopedagogiska behandlingsprogram samt familjepsykoedukation fram. Dessa åtgärder passar bra inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Psykopedagogiska åtgärder kan också kombineras med andra psykosociala insatser som exempelvis arbetsrehabilitering. Detta kan både motivera individen till att övervinna hinder och ge möjligheter att tillämpa nyvunna färdigheter i en verklig livssituation.

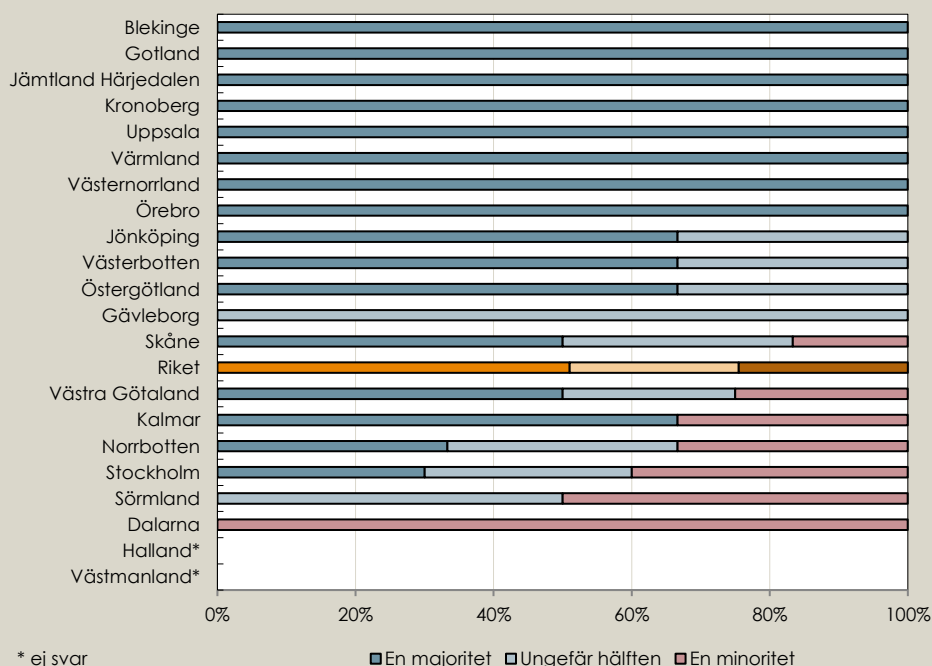
Psykopedagogisk utbildning eller behandling

Psykopedagogisk utbildning/behandling är en riktad insats som stödjer personens utveckling av egna strategier för att bättre förstå och hantera sin sjukdom och tillgodogöra sig den behandling som finns tillgänglig. Utbildningen kan ges med eller utan anhörig, omfattar vanligtvis ett bestämt antal träffar och pågår ofta över en viss tid, till exempel 3–12 månader. Den inbegriper i regel en kombination av motiverande, pedagogiska och inlärningspsykologiska strategier. Syftet är att hjälpa personen att fatta informerade beslut om sin egen behandling och därmed minska risken för återfall och behov av sjukhusvård. Behandlingen har prioritet 2 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilket är en hög prioritet. I vår utvärdering följer vi upp med indikator C16 och C18 (indikatorbilagan) som underlag och använder enkät som datakälla.

Nästan en fjärdedel av vuxenpsykiatriska kliniker i riket uppger att en minoritet av patienterna med schizofreni har fått psykopedagogisk behandling under perioden 2020 till 2021. I åtta regioner har majoriteten av patienterna fått psykopedagogisk utbildning och i en region, Dalarna, har en minoritet av patienterna fått sådan behandling (diagram 6.2).

Diagram 6.2 Psykopedagogisk behandling

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått psykopedagogisk behandling. Avser perioden 2020-2021.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Psykopedagogiska behandlingsprogram med social träning

Psykopedagogiska behandlingsprogram med social träning är en mer omfattande insats. Den syftar till att stödja återhämtning från psykossjukdom med hjälp av psykopedagogisk utbildning, social färdighetsträning, beteendeorienterad återfallsprevention och effektiv läkemedelsanvändning. Insatsen stödjer personens utveckling av egna strategier för att bättre förstå och hantera psykisk sjukdom samt tillgänglig behandling. Exempel på manualbaserade psykopedagogiska behandlingsprogram är IMR (Illness Management and Recovery) och ESL (Ett självständigt liv). Åtgärden har högsta prioritet i de nationella riktlinjerna, med motiveringen att åtgärden ger förbättrade sociala färdigheter och minskad risk för återinsjuknande. I vår utvärdering följer vi upp med indikator C17 som underlag och använder enkät som datakälla.

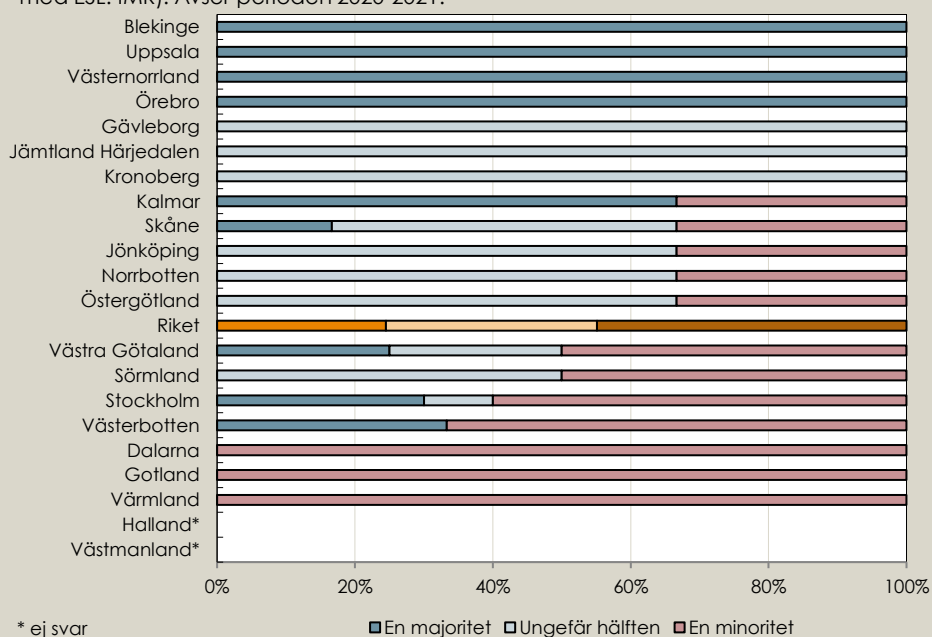
I 45 procent av klinikerna i riket har en minoritet av patienterna fått social träning med strukturerat upplägg med psykopedagogiska behandlingsprogram såsom IMR och ESL under perioden 2020 till 2021. I Blekinge, Uppsala, Västernorrland och Örebro hade majoriteten av patienterna fått denna typ av behandling och i Dalarna, Gotland och Värmland var dessa patienter en minoritet (diagram 6.3).

Flera kliniker har lämnat kommentarer kring hur situationen under pandemin har begränsat flera gruppaktiviteter. Exempelvis skriver en klinik i Sörmland att de har startat gruppverksamhet som till exempel IMR igen, och att de snart även kommer börja individuella insatser. En klinik i Västra Götaland förklarar att många av deras patienter är pågående under många år. Kliniken svarar att den erbjuder insatser, men att dessa insatser kan före pandemin ha getts tidigare i vårdförloppet. Kliniken skriver även att digitala alternativ inte fungerar för alla i denna diagnosgrupp.

Enligt den nationella utvärderingen 2013 använde två tredjedelar av regionerna social färdighetsträning, främst enligt modellen ESL.

Diagram 6.3 Psykopedagogiska behandlingsprogram

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått social träning med strukturerat upplägg (till exempel med ESL, IMR). Avser perioden 2020-2021.



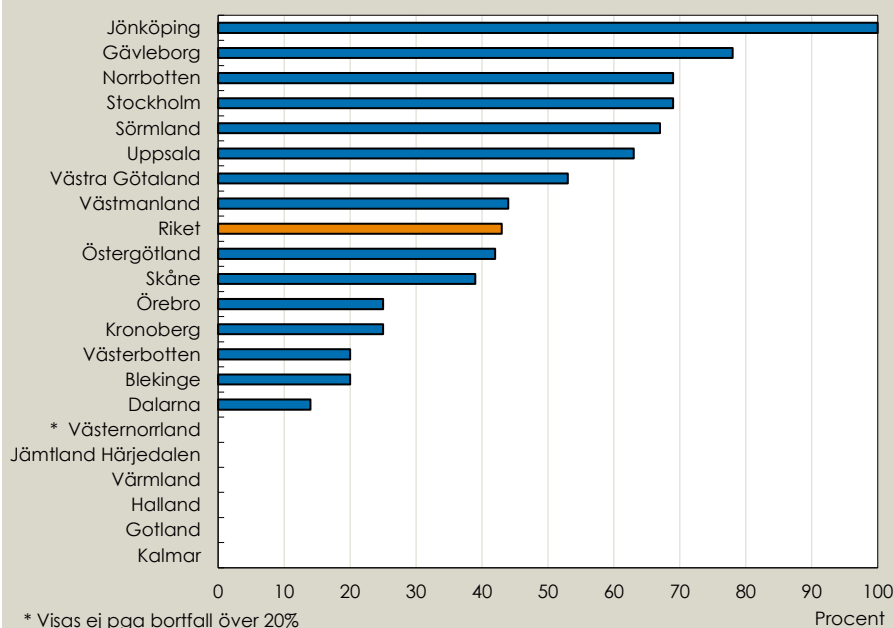
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten erbjuder fyra av tio kommuner social färdighetsträning enligt modellen ESL. Det är mycket stora skillnader mellan regionerna vad gäller i vilken mån kommunerna arbetar med social träning enligt ESL, från att erbjudas i alla kommuner i Jönköping till att erbjudas i var sjunde kommun i Dalarna. från att erbjudas i alla kommuner i Jönköping till att erbjudas i var sjunde kommun i Dalarna. Och i sex regioner – Gotland, Halland, Jämtland, Kalmar, Värmland och Västernorrland –, erbjuder ingen kommun denna typ av insatser (diagram 6.3a).

Under åren 2017 till 2019 erbjöd hälften av kommunerna stöd i form av social färdighetsträning till personer med psykisk funktionsnedsättning. Att denna andel har sjunkit något under 2020 och 2021 kan bero på covid-19-pandemin.

Diagram 6.3a social färdighetsträning enligt modellen ESL

Andel kommuner som har erbjuder socialfärdighetsträning - Ett självständigt liv (ESL).



* Visas ej pga bortfall över 20%
Källa: Öppna jämförelser 2021 – Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

På många kliniker i dag ser vi att det är en majoritet av patienterna med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som får psykopedagogisk behandling, men att det finns en ojämlikhet i landet när det gäller i vilken grad patienter får tillgång till denna behandling. Vår bedömning är därför att fler verksamheter i högre grad borde erbjuda psykopedagogisk behandling. Motsvarande gäller för psykopedagogiska behandlingsprogram. Psykopedagogiska insatser minskar risken för återinsjuknande och sjukhusinläggning. En hög andel återinsjuknande som skulle gå att förhindra medför inte bara ett ökat lidande för patienten utan även ökade kostnader för sjukvården.

Under åren 2020–2021 påverkades verksamheterna av att pandemin begränsade möjligheterna att bedriva de insatser som vanligtvis brukar ges. Detta har sannolikt gjort att färre patienter fått tillgång till insatser under dessa år. Samtidigt kan vi se att det finns en stor variation i resultat mellan regionerna. Vi anser därför att det finns en tillräcklig grund för att lyfta att psykopedagogisk behandling behöver stärkas för att hjälpa patienterna att fatta informerade beslut om sin egen behandling och därmed minska risken för återfall och behov av sjukhusvård. Motsvarande gäller för behandlingsprogrammen. Vi bedömer att dessa behöver utökas för att fler patienter med behov av insatsen ska få möjlighet till att träna och stärka sociala färdigheter, och därigenom få en minskad risk för återinsjuknande.

Hjälpmedel och träning

Personer som lever med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har ofta kognitiva funktionsnedsättningar som exempelvis dåligt arbetsminne, svårt att styra sin uppmärksamhet och nedsatta exekutiva funktioner. Dessa funktionsnedsättningar gör det svårt för individen att planera, organisera och lösa problem. De kan också försvåra det sociala samspelet med andra. Tekniska hjälpmedel, såväl hög- som lågteknologiska, syftar till att kompensera för de kognitiva funktionsnedsättningarna. Det kan till exempel vara kalenderverktyg och påminnelser för att få struktur i vardagslivet, såsom påminnelser för att ta medicin, passa tider, äta, sova och träffa vänner. I samband med att tekniska hjälpmedel introduceras är det också viktigt att bedöma och tillgodose individens behov av stöd för att lära sig hur hjälpmedlen fungerar och kan användas.

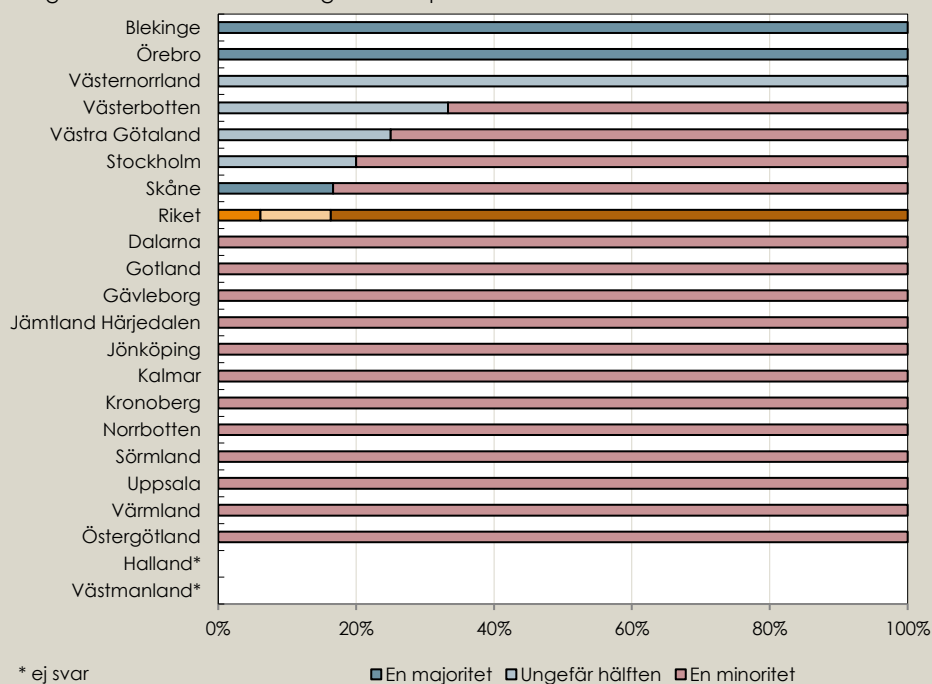
Rekommendationen om tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister har en prioritet på 1, den högsta prioriteten, i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Riktlinjer innehåller också en rekommendation om datorbaserad kognitiv träning med en prioritet på nivå 3, en hög prioritet.

Tekniska hjälpmedel

Drygt 80 procent av de vuxenpsykiatriska klinikerna i riket uppger att en minoritet av personer med schizofreni under perioden 2020–2021 har fått tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiv svikt. I två regioner, Blekinge och Örebro, har dock en majoritet fått denna typ av hjälpmedel (diagram 6.5).

Diagram 6.5 Tekniska hjälpmedel

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva funktionsnedsättningar. Avser perioden 2020-2021.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Datorbaserad kognitiv träning

Nio kliniker av tio i riket svarar att en minoritet personer med schizofreni har fått datorbaserad kognitiv träning. I femton regioner har en minoritet av alla patienter fått denna form av träning, medan i Blekinge och Örebro har en majoritet av patienterna fått datorbaserad träning. Därutöver är det en klinik av två i Västernorrland och en av de tre klinikerna i Västerbotten som uppger att ungefär hälften av patienterna har fått datorbaserad kognitiv träning.

En klinik i Skåne förklarar det med brist på resurser, en i Sörmland med att arbetsterapeutiska utredningar och bedömningar har prioriterats, och en klinik i Uppsala med att de inte har datorbaserad kognitiv träning.

Bedömning av resultat

Det är en övervägande andel av regionerna som anger att endast en minoritet av personer med schizofreni har fått tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister. Tekniska hjälpmedel kan bidra till ökad organisations- och planeringsförmåga, ökad självständighet och ökad delaktighet och kontinuitet i behandlingen. Att en majoritet av regionerna svarar på detta sätt indikerar att det kan vara en generell brist som bidrar till lägesbilden. En möjlig förklaring till att det ser ut så här kan vara att det råder brist på arbetsterapeuter som har förskrivningsrätt [15]. Avsaknad av denna yrkesgrupp kan också göra det svårt för regionerna att identifiera vilka av de kognitiva insatserna som är hjälpsamma.

Likaså visar resultatet en mycket låg användning av datorbaserad kognitiv träning. Sådan träning ger en förbättrad kognitiv och social funktion, särskilt i kombination med andra rehabiliteringsåtgärder.

Socialstyrelsen bedömning är att fler patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i ett tidigt skede bör erbjudas datorbaserad kognitiv träning och tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva funktionsnedsättningar. Dessa åtgärder kan bidra till ökad självständighet och förbättrad kognitiv och social funktion, vilket i sin tur kan bidra till en ökad förmåga till ett eget boende samt studier och arbete.

Mobil krisintervention

Vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan individens psykiska tillstånd variera, och svårare kriser kan kräva intensifierad vård. En mobil krisintervention innebär att stöd och hjälp erbjuds i personens hemmiljö eller annan lämplig plats i den akuta krisen. Syftet är att motverka ytterligare försämring och att undvika slutenvårdsinläggning samt att minska stress hos de anhöriga.

Insatsen ges ofta av ett multidisciplinärt team med tillgänglighet dygnet runt, i vilket läkare, sjuksköterska, behandlare och case manager eller vård- och stödsamordnare ingår. Insatsen är ofta en kombination av bedömning, medicinering, rådgivning, information eller terapi, praktisk hjälp på plats med livsproblem och stöd till familjen. Hur insatsen ges, och vad som bör ingå, beror på den unika situationen och hur personen och dennes närstående mår. Att göra en bedömning av situationen är därför viktigt för att sedan kunna erbjuda rätt hjälp och stöd.

Mobil krisintervention har en prioritet på 2, en hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Rekommendationen är att hälso- och sjukvården bör erbjuda mobil krisintervention till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas. Vi följer upp rekommendationen med indikator D2 som underlag (indikatorbilagan).

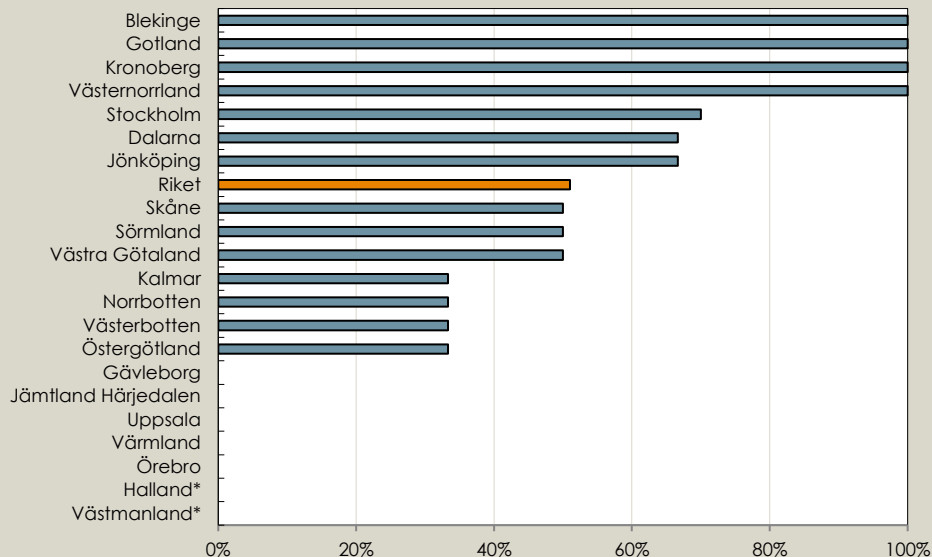
Resultat

Hälften av de vuxenpsykiatriska klinikerna uppger att de har kunnat erbjuda mobilt team till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd i akut fas under 2020 till 2021 (diagram 6.6). I fyra regioner – Blekinge, Gotland, Kronoberg och Västernorrland – har alla kliniker kunnat erbjuda denna hjälp, medan det i fem regioner – Gävleborg, Jämtland, Uppsala, Värmland och Örebro – inte finns någon klinik som kunnat erbjuda mobilt team till denna patientgrupp.

En klinik i Jönköping förklarar att de har ett mobilt team men inte dygnet runt och att de inte kan administrera läkemedel utan att det i stället är psykosmottagningen som gör hembesök och administrerar medicin vid behov. En klinik i Skåne uppger att det finns både ett mobilt team och en psykiatriambulans, men att det inte finns möjlighet till administration av läkemedel i hemmet dygnet runt. Kliniken i Örebro skriver att det inte är aktuellt för verksamheten, utan att om en patient befinner sig i akut fas är patienten i regel i deras slutenvård.

Diagram 6.6 Erbjuder mobil krisintervention

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter ifall de har kunnat erbjuda mobilt team till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Avser perioden 2020-2021.



* ej svar

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Bedömning av resultat

Mobil krisintervention är viktigt för att hjälpa patienten i den akuta fasen i patientens hemmiljö och kunna undvika slutenvård. Insatsen kan organiseras på olika sätt. Att endast hälften av verksamheterna erbjuder mobil krisintervention är inte tillfredsställande. I enkätfrågan till regionerna definierades en mobil krisintervention som att insatserna i ett mobilt team ”ska utföras av personer med psykiatrisk kompetens och möjlighet att administrera läkemedel dygnet runt. Interventionen bör ske utan dröjsmål och enligt en på förhand överenskommen krisplan”. Av kommentarerna från regionerna framgår att det förekommer en struktur där det mobila teamet gör en bedömning och om läkemedel behöver administreras förs patienten till slutenvården. Mobil krisintervention kan organiseras på olika sätt. Hur ”mobilt team” definierades i enkätfrågan kan ha gett en underskattning, men vi bedömer att det är ett uttalat förbättringsområde.

Förebygga och behandla fysisk ohälsa

Dödligheten bland patienter med schizofreni är två gånger högre än i befolkningen. Patienter med schizofreni som är yngre än 50 år har 8 gånger så stor överdödlighet jämfört med samma åldersgrupp i befolkningen. Rökning, missbruk av alkohol och droger, bristfällig kosthållning samt brist på fysisk aktivitet är viktiga bidragande orsaker till en hög grad av andra samtidiga sjukdomar, till exempel diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar. Utöver detta står många på livslång läkemedelsbehandling med risk för metabola biverkningar som viktuppgång, diabetes och hypertoni, vilket utgör en risk för sjukdomsutveckling och för tidig död. Vården och omsorgen har ansvar för att dels stödja dessa personer i att förbättra sina levnadsvanor, dels se till att de får den vård de behöver för fysiska sjukdomar och åkommor.

Insatser för hälsosamma levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor är en viktig orsak till kroppsliga sjukdomar hos personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Personer med psykisk sjukdom behöver generellt sett mer stöd än andra för att förändra levnadsvanor. Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ofta svårt att själva initiera och upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet och goda matvanor. Därför kan beteendepåverkande interventioner för att främja den fysiska aktiviteten och förbättra kosthållningen vara en värdefull insats. Insatsen kan ges i grupp och innehålla motiverande och undervisande komponenter samt ledarledd fysisk aktivitet.

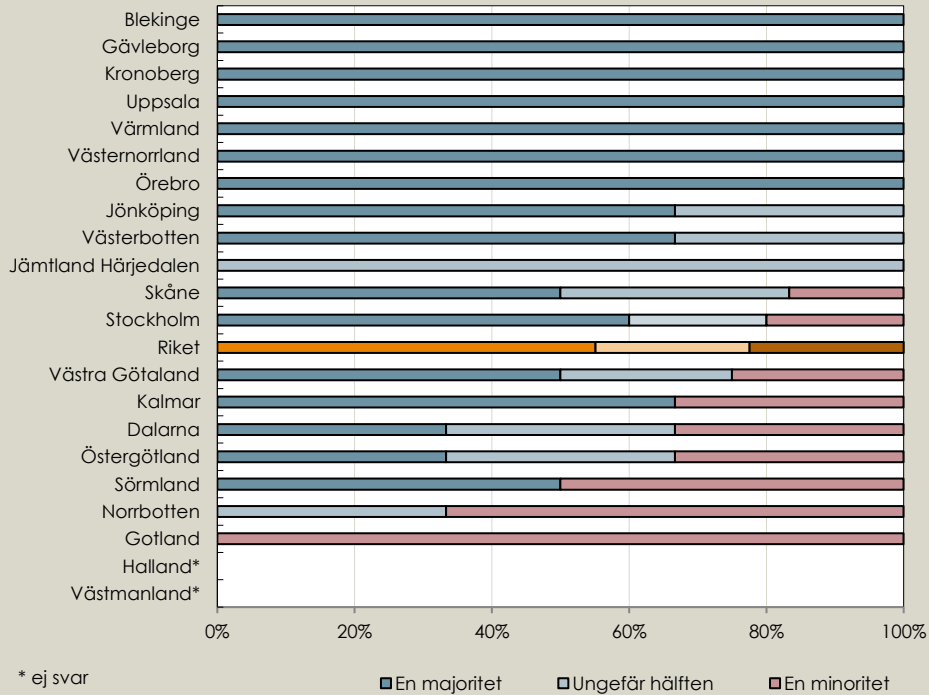
Rekommendationen är att hälso- och sjukvården bör erbjuda beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen en prioritet på 2, en hög prioritet. I detta kapitel följer vi upp rekommendationen med indikator E1 (indikatorbilagan) som utgångspunkt och använder enkät som datakälla. Utöver fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor är det viktigt att uppmärksamma målgruppens rökning och bruk av alkohol [3]. Vi undersöker därför också här i vilken omfattning personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd får beteendepåverkande insatser när det gäller rökning och missbruk. Indikator F8 (indikatorbilagan) används som utgångspunkt och vi använder även här enkät som datakälla.

Rådgivande samtal om tobak och alkohol

Fyra kliniker av fem svarar i vår enkät till de vuxenpsykiatriska klinikerna att minst hälften av personer med schizofreni fått rådgivande samtal om tobak under perioden 202 till 2021 (diagram 7.1). Gotland är den enda region där en minoritet av patienterna har fått denna typ av rådgivning.

Diagram 7.1 Rådgivande samtal om tobak

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått rådgivande samtal om tobak. Avser perioden 2020-2021.

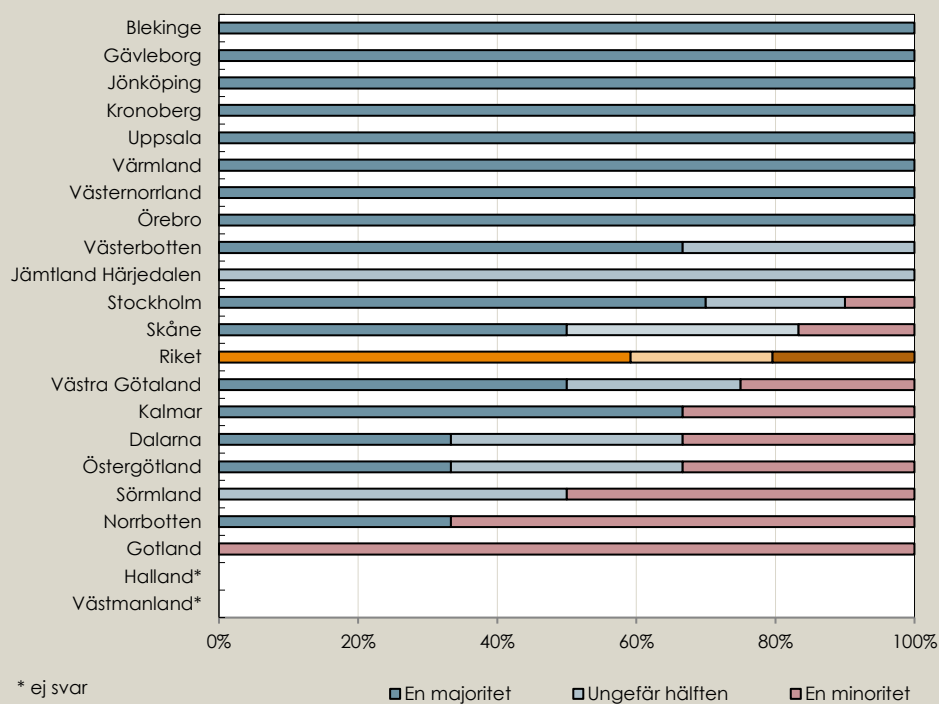


Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Likaså svarar fyra kliniker av fem att minst hälften av personer med schizofreni har fått rådgivande samtal om alkohol (diagram 7.2). På Gotland är denna andel mindre än hälften.

Diagram 7.2 Rådgivande samtal om alkohol

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått rådgivande samtal om alkohol. Avser perioden 2020-2021.



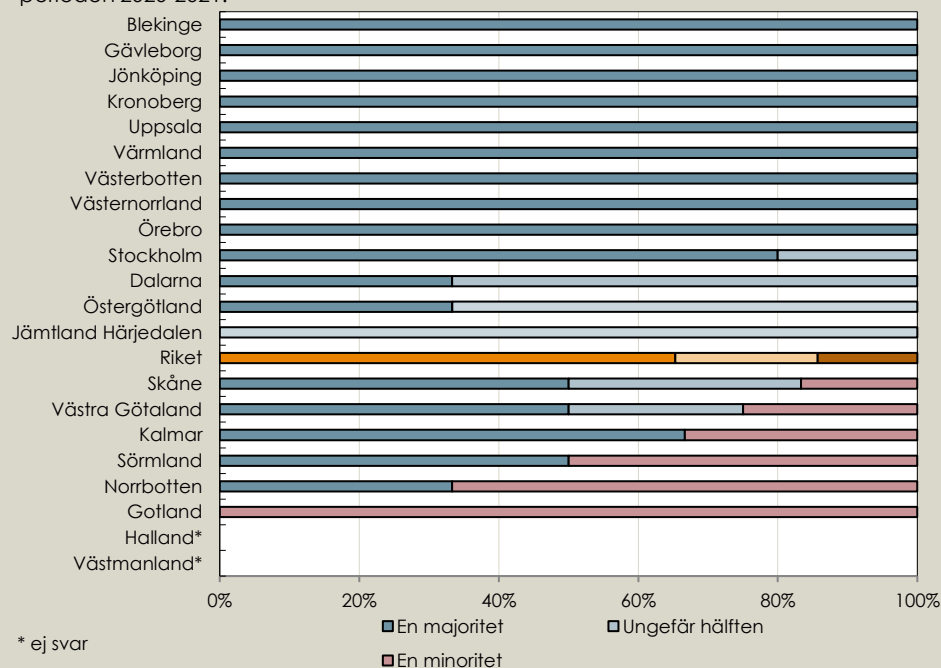
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Rådgivande samtal om fysisk aktivitet

På majoriteten av klinikerna har även minst hälften av personer med schizofreni fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet (diagram 7.3). På Gotland har en minoritet av dessa patienter fått sådana råd.

Diagram 7.3 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet. Avser perioden 2020-2021.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

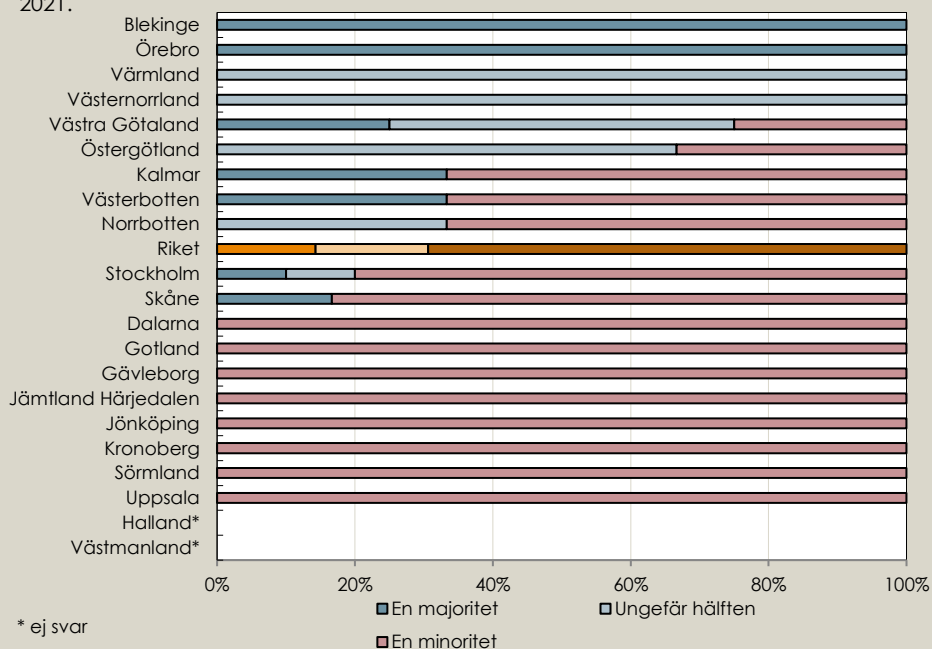
Ledarledd fysisk aktivitet

Knappt en tredjedel av klinikerna uppger att minst hälften av personerna med schizofreni har fått hjälp med att främja fysisk aktivitet genom ledarledd aktivitet (diagram 7.4). I två regioner, Blekinge och Örebro, har dock en majoritet av patienterna fått denna typ aktivitet

Kliniken på Gotland förklarar att de har ledarledd fysisk aktivitet inom heldygnsvården. Kliniken i Uppsala anger att de erbjuder ledarledd fysisk aktivitet samt träning kring matvanor men att det är bara en minoritet av patienterna som önskar dessa insatser. Och en klinik i Västra Götaland berättar att ledarledd träning liksom rådgivande samtal om matvanor finns inom slutenvården men att dessa insatser behöver utvecklas.

Diagram 7.4 Ledarledd fysisk aktivitet

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått ledarledd fysisk aktivitet. Avser perioden 2020-2021.



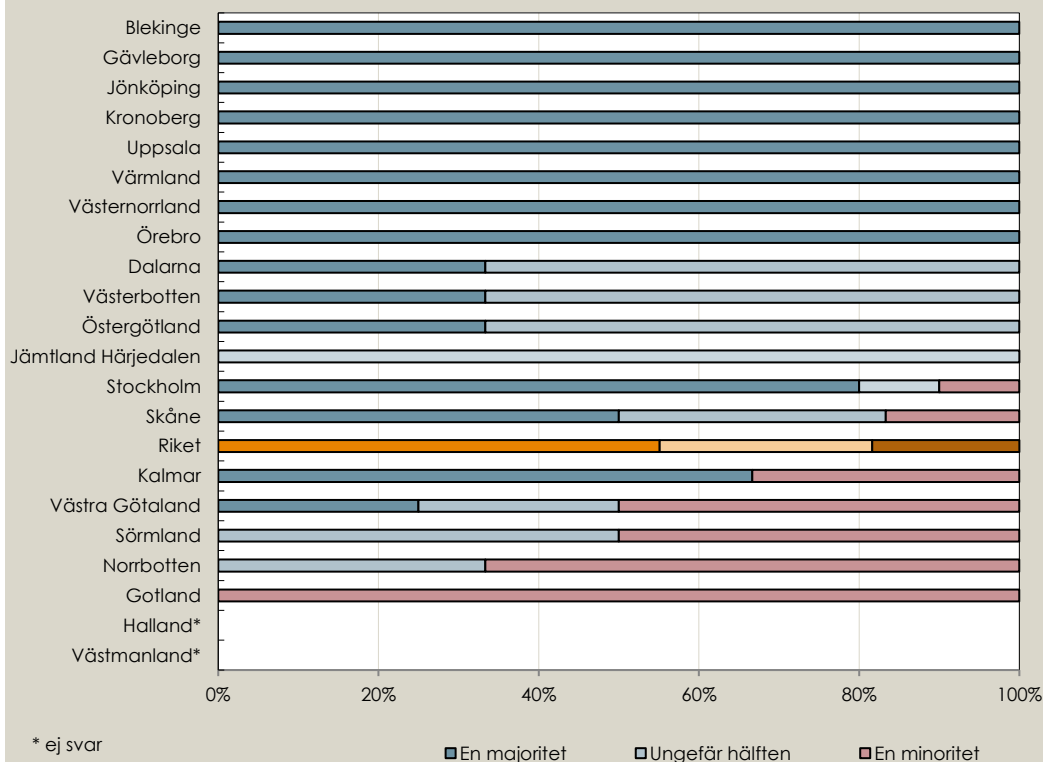
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Rådgivande samtal om matvanor

Även vad gäller rådgivande samtal om matvanor svarar fyra av fem kliniker att minst hälften av patienterna har fått åtgärden under perioden 2020 till 2021 (diagram 7.5). Och även här är Gotland den enda regionen där endast en minoritet av patienterna har fått samtal om hälsosamma matvanor.

Diagram 7.5 Rådgivande samtal om matvanor

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått rådgivande samtal om matvanor. Avser perioden 2020-2021.



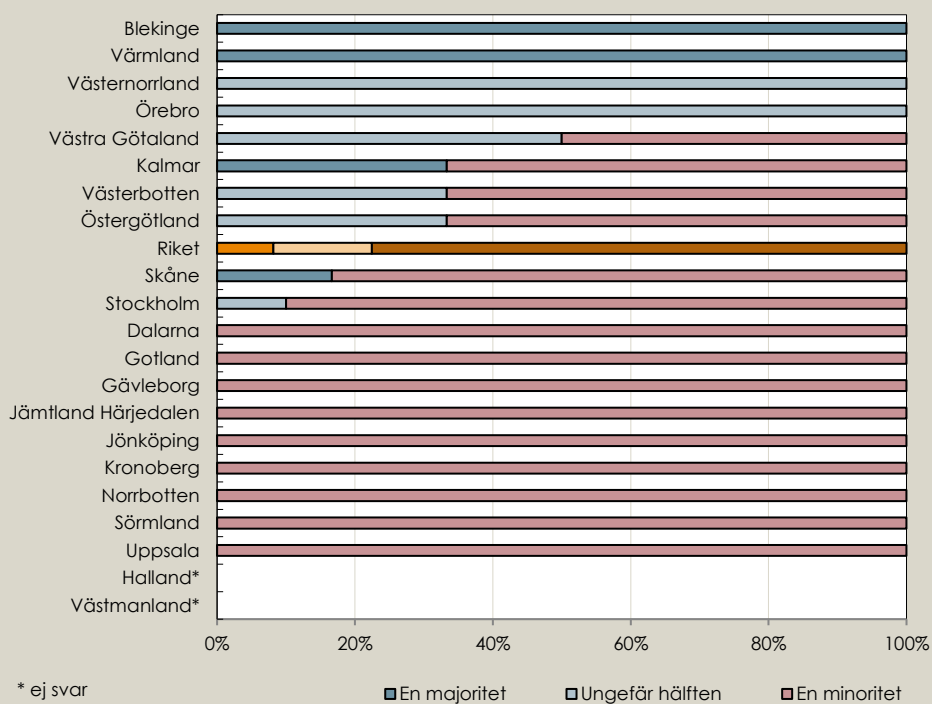
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Ledarledd träning kring matvanor

Ledarledd träning kring matvanor är inte lika vanligt förekommande – en femtedel av klinikerna uppger att minst hälften av personer med schizofreni har fått denna typ av åtgärd (diagram 7.6). I två regioner, Blekinge och Värmland, har majoriteten av patienterna fått ledarledd träning kring matvanor. Och i nio regioner har en minoritet av patienterna fått hjälp med goda matvanor via en ledarledd träning.

Diagram 7.6 Ledarledd träning kring matvanor

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått ledarledd träning kring matvanor. Avser perioden 2020-2021.



* ej svar
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Det finns flera kommentarer till frågorna. En klinik i Kalmar skriver att hälsosamtal ingår i behandlingsplanen omvårdnadsmallen, och att de har en nystartad grupp med fokus på promenader och matvanor.

En klinik i Värmland ger flera exempel på verksamhet. De har pedagogiska måltider, individuella samtal om måltider och träning i träningslägenhet. Dessutom har Värmland sedan september en fysioterapeut, och därför ökar deras ledarledda fysiska aktivitetstillfällen. Kliniken har länge haft rådgivande samtal kring båda droger och alkohol och fysisk aktivitet, och erbjuder även fysisk aktivitet på recept.

En klinik i Västra Götaland har också flera exempel på hälsofrämjande verksamhet. En hälsopedagog är anställd i deras verksamhet och har de senaste åren arbetat aktivt med fokus på levnadsvanor. Kliniken har infört årligt hälsosamtal för alla med allvarlig psykisk sjukdom samt skapat och startat gruppbehandlingar med fokus på levnadsvanor. I och med pandemin har dessa insatser minskat, framför allt på gruppnivå, och kliniken behöver nu starta upp insatserna igen. Deras hälsopedagog kommer fortsätta att driva det här arbetet övergripande.

Bedömning av resultat

I vår utvärdering kan vi se en positiv utveckling när det gäller rådgivning kring hälsosamma levnadsvanor. Däremot är det färre som har fått tillgång

till ledarledda aktiviteter för att omsätta rådgivning till praktisk träning. Här är det möjligt att pandemin har haft en dämpande effekt på resultatet.

Läkemedelsbehandling för att främja rökreduktion och rökfrihet

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ökad risk för kroppsliga sjukdomar, och rökning ger ytterligare risk för hjärt- och kärlsjukdom, lungsjukdom och cancer. Läkemedel för att stödja personer att sluta röka eller minska sin rökning kan ges i tablettform eller som plåster. Åtgärden innefattar behandling med bupropion, vareniklin eller nikotinersättningsmedel (NRT) inklusive kombinationsbehandling med NRT.

Rökning är vanligare hos personer med diagnosen schizofreni. Studier har visat att kring hälften av patienterna röker. Andelen bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som får läkemedelsbehandling för att främja rökreduktion bör därför vara högre än i befolkningen i övrigt. Läkemedelsinterventioner har visat effekt i vetenskapliga studier i form av minskat rökande. Hälsofrämjande insatser i form av rökrådgivning kan utgöra del i ett rökavvänjningsprogram. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda läkemedelsinterventioner för att främja rökreduktion och rökfrihet till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som röker. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen en prioritet på 2, en hög prioritet. Vi följer upp denna rekommendation med hjälp av indikator E2.

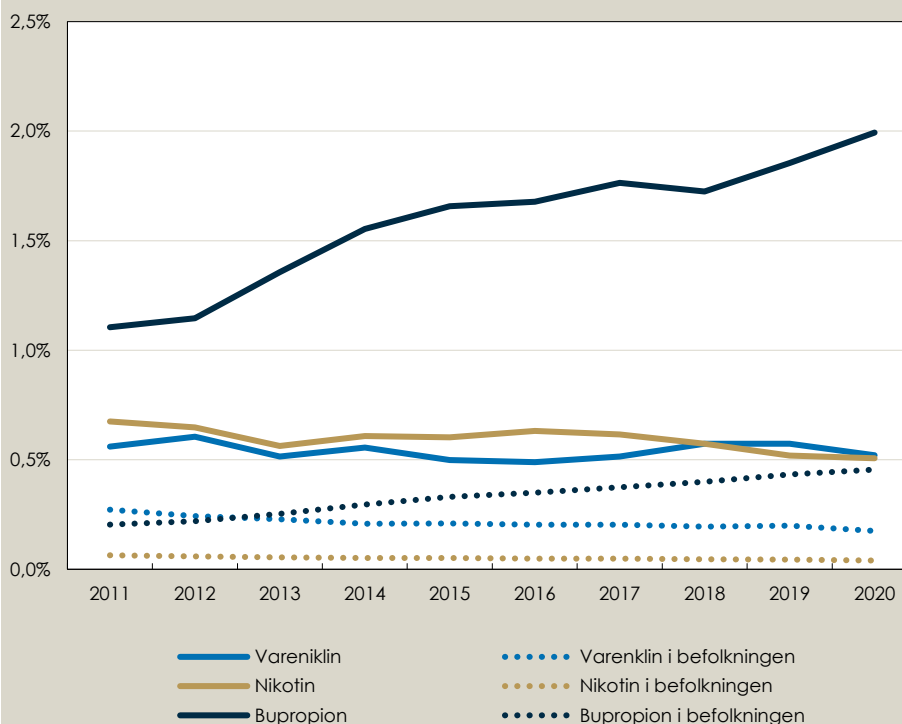
I detta kapitel redovisas hur stor andel av patienter med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med vareniklin, nikotinläkemedel och bupropion. Som jämförelse visas också här hur stor del i totalbefolkningen som använder ovan angivna läkemedel. Data är hämtade från patientregistret och läkemedelsregistret.

Resultat

I utvärderingen har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. För personer diagnostiserade med schizofreni visar utvärderingen att 0,5 procent behandlades med vareniklin, 2 procent behandlades med bupropion och 0,5 procent behandlades med nikotinläkemedel (diagram 7.7). I en jämförelse med befolkningen ligger läkemedelsbehandlingen på en lite högre nivå hos personer diagnostiserade med schizofreni. Sett över en tioårsperiod har det skett en sammanlagd ökning på ungefär en 0,5 procentenhet för de tre aktuella läkemedlen. Eftersom vi i vår utvärdering enbart kan se förskrivna läkemedel som hämtas ut av patienten plus att vi inte fångar in nikotinläkemedel som köps på apotek utan recept så ska resultatet tolkas med försiktighet. På grund av denna osäkerhet redovisar vi här endast resultat för hela riket.

Diagram 7.7 Läkemedelsbehandling för att främja rökreduktion och rökfrihet

Andel som behandlats med varenklin, nikotinläkemedel och bupropion bland personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i jämförelse med befolkningen i riket. Hög andel eftersträvas.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Läkemedelsbehandling för gruppen personer med schizofreni är alltså något högre än för befolkningen som helhet. Detta resultat är dock att betrakta som att en låg andel av personer med schizofreni behandlas enligt rekommendationen. Detta eftersom endast 7 procent av befolkningen röker – att jämföra med att cirka 50 procent av den aktuella patientgruppen beräknas röka. En orsak till de låga värdena kan möjligtvis vara att frågan om rökavvänjning kommer i skymundan eftersom många andra vårdåtgärder behöver sättas in och prioriteras när vårdresurserna är ansträngda.

Konsekvenser av en underbehandling är en hög grad av hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa patienter kan också komma att behöva söka mer vård, vilket inte bara innebär en försämrad hälsa och förtida död för patienten utan även ökade hälsoekonomiska kostnader.

Schizofreni och missbruk

Det är vanligt med samtidigt missbruk och beroende av till exempel alkohol eller narkotika. En dansk registerstudie som inkluderade 460 000 patienter visade att livstidsprevalensen för någon form av diagnostiserat alkohol- eller narkotikamissbruk låg på 37 procent vid schizofreni [5].

Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar att av de drygt 30 000 personer som vårdats för schizofreni under år 2020 var det drygt 10 procent som också blivit diagnostiserade med ett samtidigt missbruk och beroende. Bland personer med schizofreni var det tre gånger så vanligt att män jämfört med kvinnor diagnostiserats med samtidigt missbruk och beroende. En jämförelse mellan olika åldrar visar att det bland yngre personer med schizofreni var betydligt mer vanligt med missbruk och beroende jämfört med de äldre. En viss skillnad fanns det också mellan personer med olika utbildningsnivåer, där personer med schizofreni som inte genomfört gymnasieutbildning hade en något högre nivå av missbruk och beroende. Jämförelsevis var det ungefär 0,6 procent av patienter i hela befolkningen som blivit diagnostiserade med motsvarande diagnos med missbruk [16]. Viktigt är att betona att detta enbart omfattar personer i befolkningen som inom vården blivit diagnostiserade med ett missbruk och beroende.

Missbruket försvårar diagnostik och behandling, och de som har ett samtidigt substansmissbruk har ofta allvarigare psykiska symtom. Kombinationen psykisk sjukdom och substansberoende ger ökad risk för ensamhet, hemlöshet, följsjukdomar, dålig följsamhet till medicinsk behandling, ökad familjebörda, upprepade återfall i både psykisk sjukdom och missbruk samt i värsta fall självmord. Både psykiatri och beroendevården behöver ha en beredskap för att erbjuda adekvat hjälp till denna patientgrupp. Ökad samverkan krävs även mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten [3]. I Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderas integrerade åtgärder för den psykiska sjukdomen och beroendesjukdomen, och rekommendationen har en prioritet på 3, som är en hög prioritet

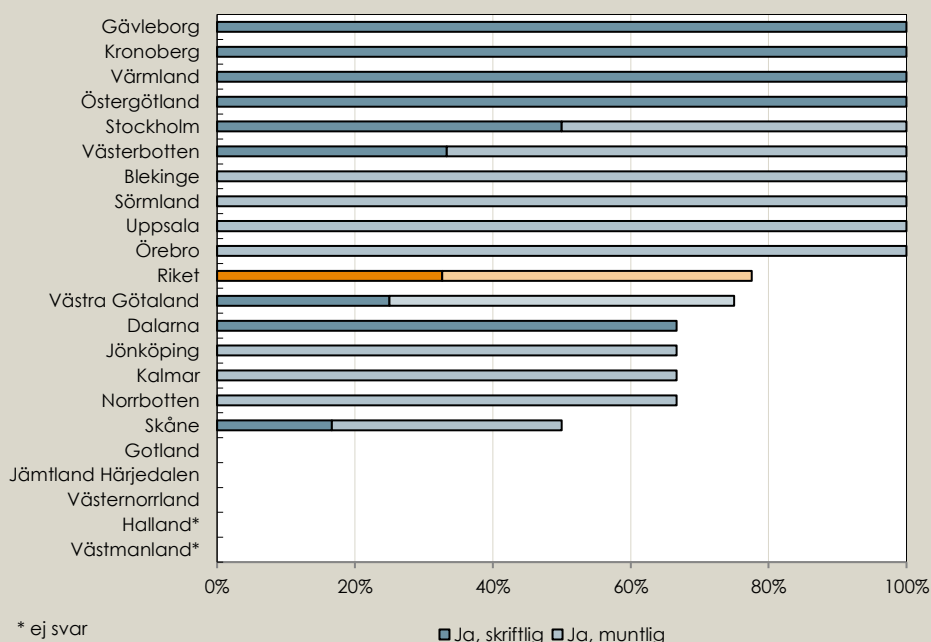
Resultat

Övervägande delen av de vuxenpsykiatriska klinikerna, fyra av fem, har en rutin för omhändertagande med integrerade åtgärder av personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med skadligt bruk och beroende. Rutinen är dock oftare muntlig än skriftlig. I tio regioner har alla kliniker en rutin för denna typ av omhändertagande, men i tre regioner – Gotland, Jämtland och Västernorrland – saknas en sådan rutin (diagram 7.8).

Kliniken på Gotland kommenterar att de har en överenskommelse och en klinik i Kalmar skriver att de inte har någon särskild rutin för denna patientgrupp utöver att man går igenom en "hälsosamtalsmall". Flera kliniker uppger att de har samverkan med beroendevården.

Diagram 7.8 Rutin för samsjuklighet med skadligt bruk och beroende

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för omhändertagande av personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med skadligt bruk och beroende.



* ej svar

■ Ja, skriftlig □ Ja, muntlig

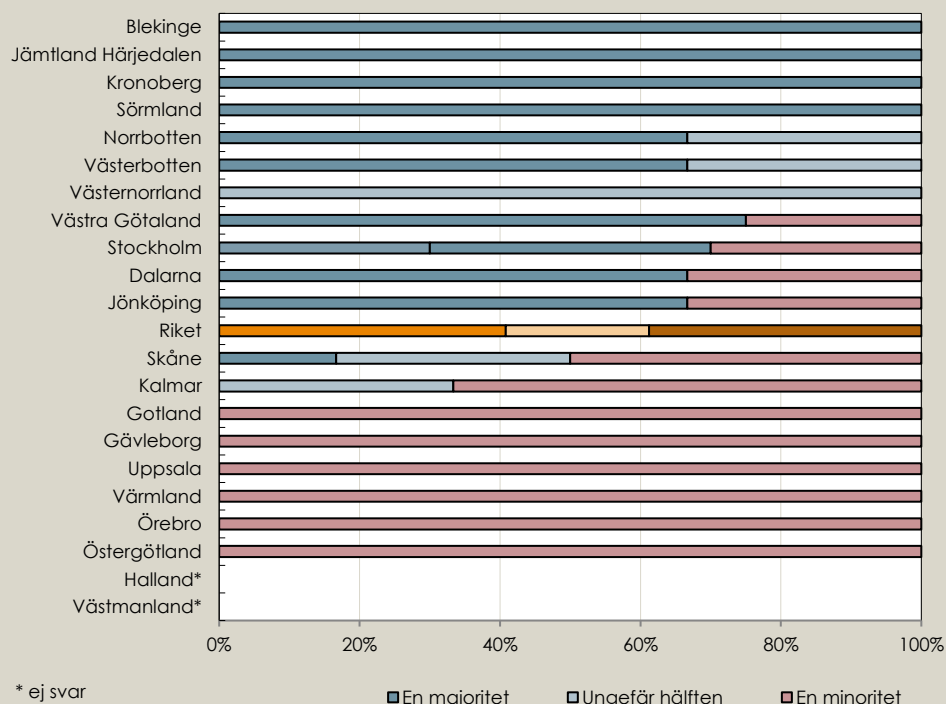
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Fyra kliniker av tio uppger att en minoritet av patienter med samsjuklighet har fått omhändertagande med integrerade åtgärder tillsammans med socialtjänsten under 2020 till 2021. I fyra regioner gäller det en majoritet av patienterna, medan i sex regioner har en minoritet av alla patienter fått denna åtgärd (diagram 7.9).

En klinik i Skåne kommenterar att de har pågående projekt att upprätthålla och förbättra samverkan med kommunerna. Till viss del erbjuds integrerade insatser, till exempel skriver en annan klinik att om patienten har ett bruk, beroende eller missbruk kopplar man alltid in socialtjänsten om patienten samtycker. I Sörmland delar Beroendecentrum lokaler med socialtjänsten/missbruk, och de har ett tätt samarbete och integrerade insatser. Kliniken i Uppsala förklarar att de inte har några integrerade åtgärder utan i stället arbetar med patienterna och kommunen på fallbasis. Anledningen till detta är att Uppsala kommun har avslutat det integrerade samarbetet.

Diagram 7.9 Integrerade åtgärder tillsammans med socialtjänst

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och skadlig bruk och beroende fått omhändertagande ned integrerade åtgärder tillsammans med socialtjänsten. Avser perioden 2020-2021.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att regioner saknar rutiner för integrerat omhändertagande och att det skiljer sig mellan regionerna avseende hur många personer med schizofreni och samtidig beroendesjukdom som får ett integrerat omhändertagande med socialtjänsten.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med ett samtidigt missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika bör få tillgång till åtgärder enligt Intensive case management enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment). Utvärderingen tyder på att det i dag saknas förutsättningar för att bedriva den strukturerade modellen som anges i rekommendationen då det mellan regionerna sannolikt skiljer sig avseende de organisatoriska förutsättningarna för att tillämpa den rekommenderade ACT-modellen.

Resultatet är inte tillfredsställande och det finns en stor förbättringspotential. Socialstyrelsen bedömning är att regioner och kommuner fortsatt behöver utveckla vården och stödet så att åtgärder för missbruk eller beroende integreras med åtgärder för den psykiska sjukdomen.

Regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ökad risk att drabbas av kroppslig ohälsa. De har ofta försämrade levnadsvanor, där de röker mer, är mindre fysiskt aktiva samt kan ha försämrade matvanor. Utöver detta står många på livslång läkemedelsbehandling med risk för metabola biverkningar som viktuppgång, diabetes och, hypertoni, vilket utgör en risk för sjukdomsutveckling och för tidig död. Åtgärder i form av regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning syftar till att fler blir undersökta, att riskfaktorer upptäcks tidigare och att fler får adekvat behandling för risk- eller sjukdomstillstånd som upptäcks. Socialstyrelsens rekommendation om sådana kontroller har den högsta prioritet i de nationella riktlinjerna.

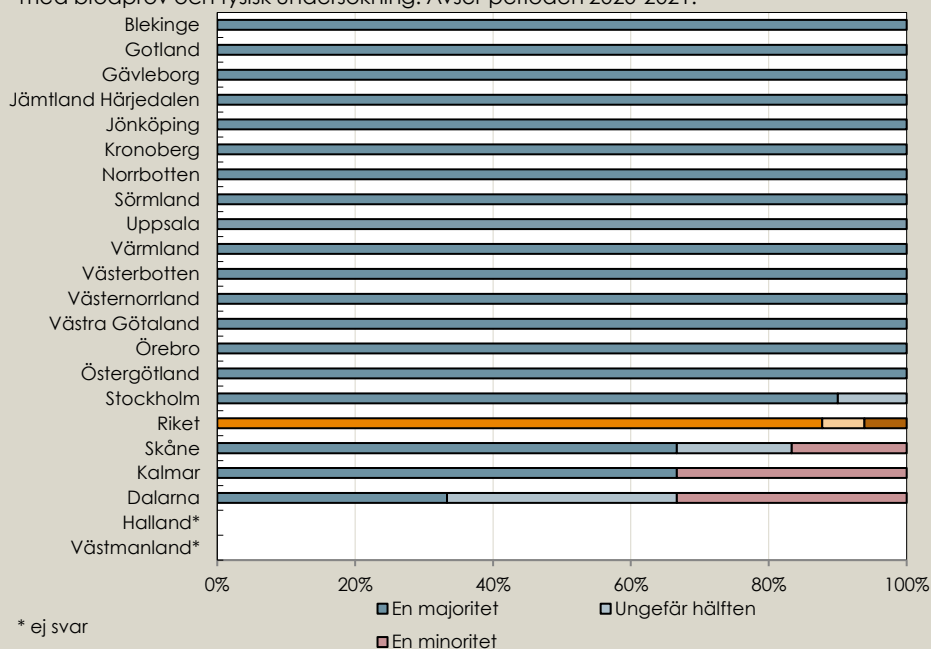
Årlig hälsokontroll

Alla vuxenpsykiatriska kliniker i samtliga regioner svarar att de har en rutin för att säkerställa årliga hälsokontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. De allra flesta rutiner är också skriftliga; endast tre kliniker svarar att rutinerna är muntliga.

En övervägande del av klinikerna uppger att majoriteten av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har fått en sådan årlig hälsokontroll under 2020 till 2021 (diagram 7.10). En klinik i Västra Götaland kommenterar att detta sker vid ett årligt läkarbesök efter det årliga hälsosamtalet och en klinik i Västernorrland skriver att hälsokontroller sker enligt kvalitetsregisteruppföljning. Några kommentarer handlar om att hälsokontrollerna har påverkats av pandemin.

Diagram 7.10 Årlig hälsokontroll

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått årliga hälsokontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning. Avser perioden 2020-2021.



* ej svar
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. För att så långt som möjligt undvika läkemedelsrelaterade problem bör personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd tillsammans med behandlande läkare ha regelbundna läkemedelsgenomgångar. Det kan vara fråga om att komma tillrätta med olämpliga läkemedelsval, felaktig dosering, biverkningar, interaktioner, hanteringsproblem eller andra problem som är relaterade till en patients läkemedelsanvändning. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Med utgångspunkt från indikator F6 men med enkät som datakälla följer vi upp läkemedelsgenomgångar.

Resultat

I stort sett alla de vuxenpsykiatriska klinikerna uppger att de har en rutin för regelbundna läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare och personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Merparten av rutinerna är också skriftliga, men en femtedel av klinikerna har endast muntliga rutiner. Flera kliniker kommenterar att en läkemedelsgenomgång görs i samband med årliga läkarbesök.

De allra flesta kliniker uppger att minst hälften av patienterna har fått en läkemedelsgenomgång med läkare under 2020 till 2021. Endast klinikerna i

Värmland och Örebro svarar att detta gäller en minoritet av patienterna (diagram 7.11).

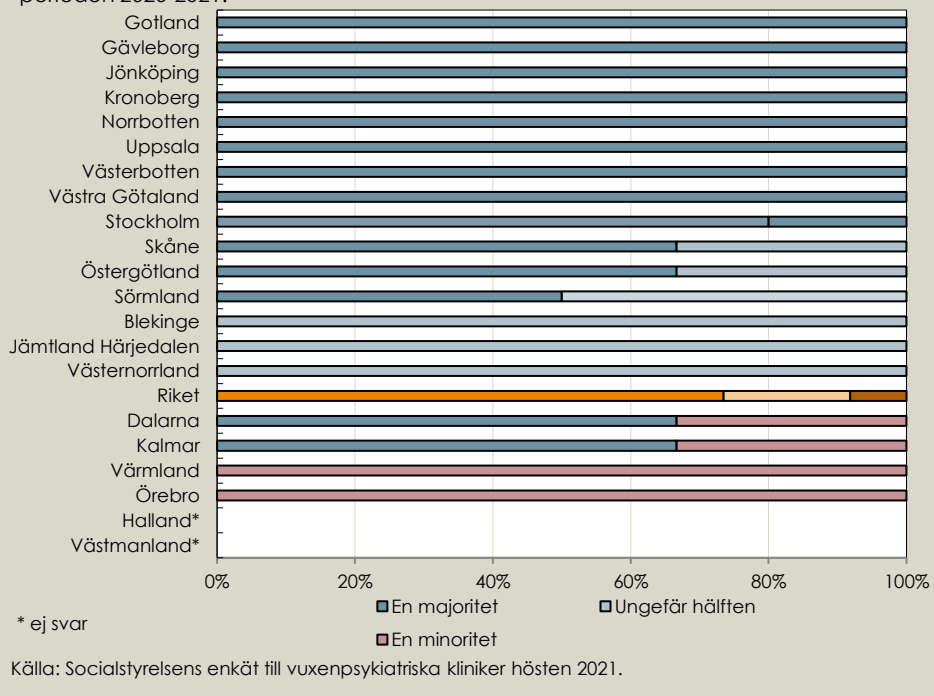
En klinik i Värmland förklarar sitt svar med att de behöver bättra sig inom detta område. När patienten ihop med sin kontaktperson träffar läkare går man regelbundet igenom läkemedelslistan. Man gör också en läkemedelsgenomgång inför utskrivning och till viss del i IMR, men kliniken kommenterar att rutinen behöver vara mera strukturerad.

En klinik i Örebro menar att läkare och patienter ständigt har en dialog kring ordinerade läkemedel, men att genomgången kanske inte alltid är strukturerad.

En klinik i Västra Götaland kommenterar att de inte når upp till sitt mål att alla personer med psykossjukdom årligen ska träffa läkare för uppföljning. De skriver att de dock har en god överblick tack vare en kombination av gott teamarbete, strukturerade uppföljningar via en tavla över F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment) och täta teamkonferenser där patienternas läkemedel ses över och följs upp. Kliniken skriver även att insatser pågår för att kunna nå det uppsatta målet.

Diagram 7.11 Läkemedelsgenomgång med läkare

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått en läkemedelsgenomgång med läkare. Avser perioden 2020-2021.



Bedömning av resultat

Att alla patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genomgår regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning är en förutsättning för att riskfaktorer upptäcks tidigare och att fler får adekvat behandling för risk- eller sjukdomstillstånd. Resultatet tyder på att psykiatrin har blivit bättre på att uppmärksamma den somatiska

sjukligheten, men det är viktigt att vården här säkerställer att alla patienter som vårdas för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd genomgår en årlig hälsokontroll och läkemedelsgenomgång.

Strukturerad bedömning av suicidrisk

Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn för självmordsbeteende. Beprövad erfarenhet pekar på att en strukturerad bedömning ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda strukturerad bedömning av självmordsrisk till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och misstänkt ökad självmordsrisk. Rekommendationen har en prioritet på 1, högsta prioritet. Vi följer upp rekommendationen med indikator C20 (indikatorbilagan).

I detta avsnitt redovisas i vilken grad hälso- och sjukvården genomför strukturerad suicidbedömning bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Förekomsten mäts dels bland nyinsjuknade men också bland dem som vårdats tidigare i samband med suicidförsök. Resultatet baseras på data från patientregistret och på uppgifter från enkätundersökningar till verksamhetschefer inom psykiatrisk specialistvård i regionerna.

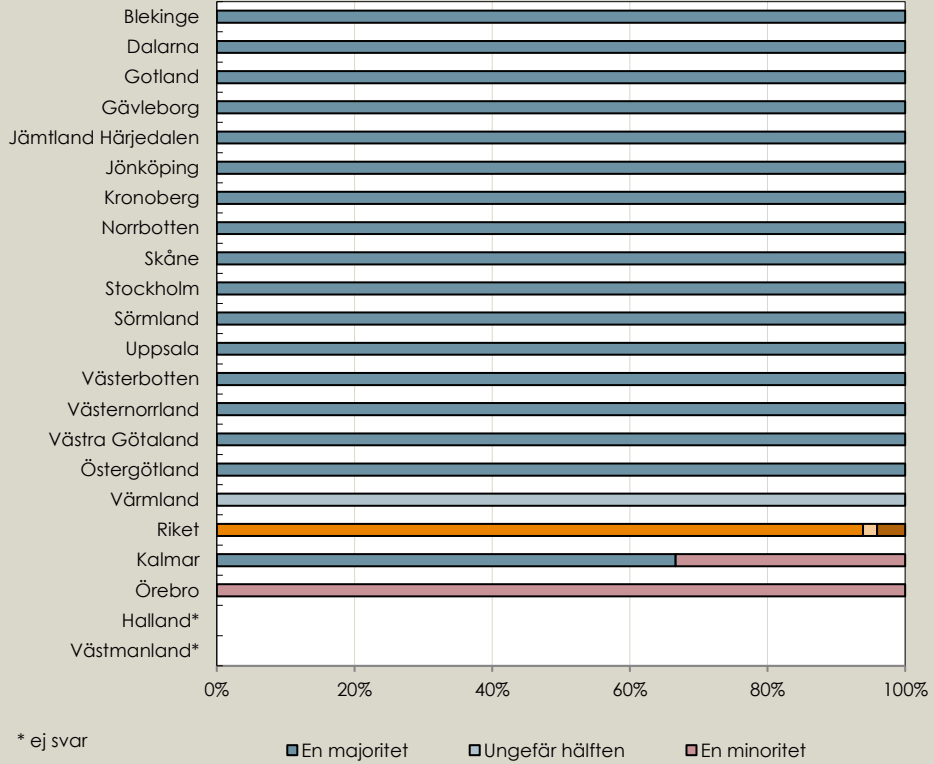
Strukturerad bedömning av suicidrisk bland nyinsjuknade

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator baserat på registerdata. I stort sett alla vuxenpsykiatriska kliniker svarar att en majoritet av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har genomgått en strukturerad bedömning av suicidrisk vid nyinsjuknande under 2020 till 2021 (diagram 7.12). I frågan definierades strukturerad suicidriskbedömning som en klinisk bedömning av patienten som utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid såsom psykiatrisk diagnos, missbruk och tidigare suicidförsök.

En klinik i Kalmar som svarar att endast en minoritet av nyinsjuknade fått strukturerad suicidriskbedömning uppger att inga nyinsjuknade patienter med psykosjukdom eller schizofreni har förekommit på mottagningen under åren 2020–2021. En klinik i Örebro som också svarar att en minoritet fått åtgärden förklarar att suicidrisk bedöms kontinuerligt kliniskt men kanske inte alltid enligt en strukturerad metod.

Diagram 7.12 Strukturerad bedömning av suicidrisk bland nyinsjuknande

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått strukturad bedömning av suicidrisk vid nyinsjuknande. Avser perioden 2020-2021.



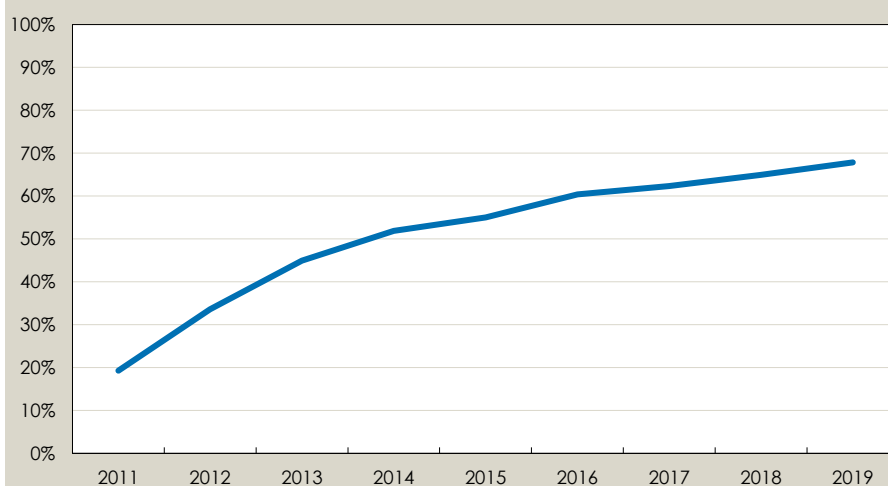
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Vid uttag från patientregistret definierades nyinsjuknad som en person som inte har vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd under de senaste fem åren. Vårdåtgärden strukturerad bedömning av suicidrisk klassificerades år 2011, och därför visar vi här data från det året.

För patienter nyinsjuknade i psykosjukdom visar data från registeruttag att 68 procent av dessa patienter har genomgått en strukturerad bedömning av suicidrisk (diagram 7.13). Från 2011 har det skett en ökning med 49 procentenheter. För regionerna skiljer det 84 procentenheter mellan den region som visar högst respektive lägst andel nyinsjuknade patienter som genomgått en strukturerad bedömning av suicidrisk (diagram 7.14). Bland personer 55 år och äldre är det knappt 6 av 10 som genomgått strukturerad bedömning, medan det i de lägre åldersgrupperna är drygt 7 av 10.

Diagram 7.13 Strukturerad bedömning av suicidrisk bland nyinsjuknade

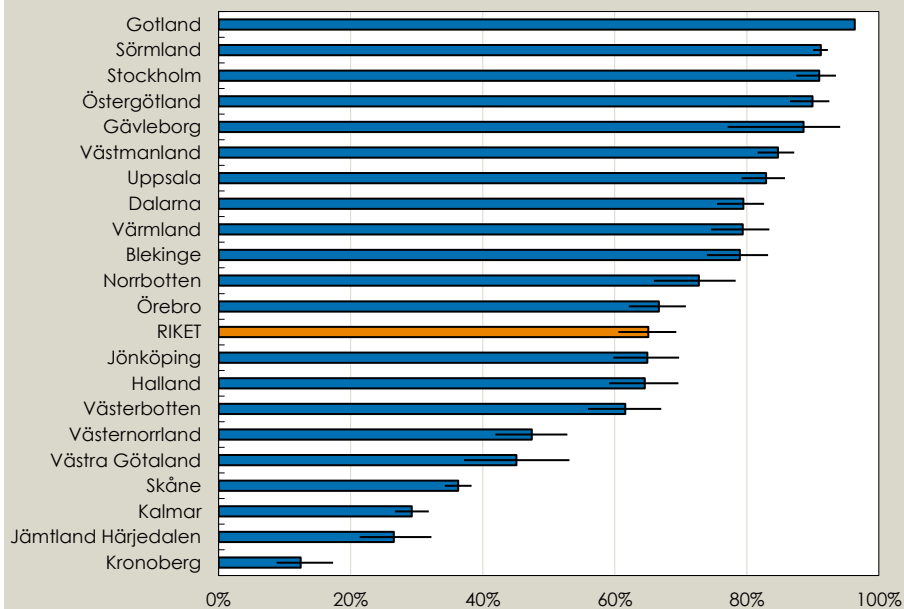
Andel som genomgått strukturerad bedömning av suicidrisk bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som är nyinsjuknade.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 7.14 Strukturerad bedömning av suicidrisk bland nyinsjuknade

Andel som genomgått strukturad bedömning av suicidrisk bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som är nyinsjuknade för åren 2017-2019.



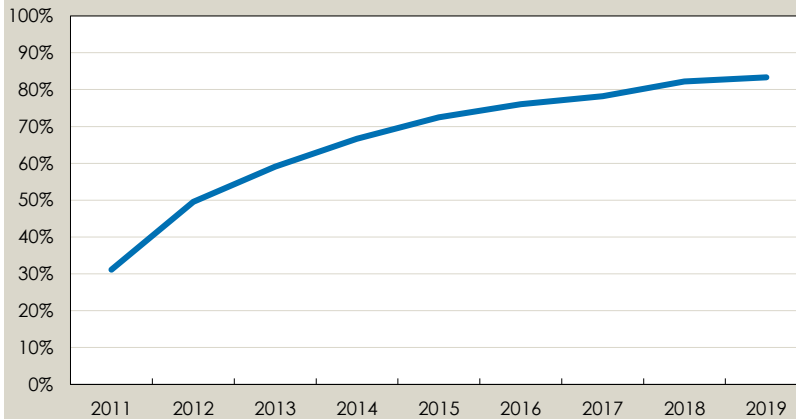
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Strukturad bedömning av suicidrisk bland de med misstänkt ökad suicidrisk

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. För patienter med psykosjukdom med misstänkt ökad suicidrisk visar sammanställningen från registerdata att 83 procent av dessa patienter genomgått en strukturad bedömning (diagram 7.15). Sedan 2011 har det skett en ökning med 52 procentenheter. Data för regionerna visas inte här på grund av för litet underlag.

Diagram 7.15 Strukturerad bedömning av suicidrisk bland de med misstänkt ökad suicidrisk

Andel som genomgått strukturerad bedömning av suicidrisk bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd bland de med misstänkt ökad suicidrisk.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Bedömning av resultat

Resultatet baserat på enkätsvaren visar att en hög andel av nyinsjuknade patienter med psykosjukdom genomgår en strukturerad bedömning av suicidrisk enligt rekommendationen från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I och med att inrapporteringen av strukturerad bedömning av suicidrisk till Socialstyrelsen påbörjades 2011, är det inte otänkbart att en del av den ökningen under de första åren utgörs av en ökning av själva dokumenteringen av vårdåtgärden. I Socialstyrelsens register ingår endast vårdåtgärder som utförs inom specialistvården, så de regioner som eventuellt har patienter som följs upp inom primärvården kommer inte att synas i denna sammanställning. Skillnaden i resultat mellan enkätsvar och registerdata talar för att det finns olikheter i strukturen för hur regionerna dokumenterar och inrapporterar vårdinsatsen.

Stöd och hjälp

Föräldrastöd

När en förälder har en allvarlig psykisk sjukdom drabbar det även barnen i familjen. De extra påfrestningar som hänger samman med sjukdomen påverkar barnets möjlighet att få sina praktiska, sociala och emotionella behov tillfredsställda.

Åtgärder i form av anpassat föräldrastöd kan utformas som program där fokus är att låta föräldern utveckla färdigheter för att möta barnets behov. För många metoder som används i dag är det vetenskapliga underlaget otillräckligt, vilket innebär att det är oklart vilken specifik metod som ska användas. Sjukdomens svårighetsgrad är stor till mycket stor, och om åtgärden uteblir finns risk för negativa effekter för både förälder och barn.

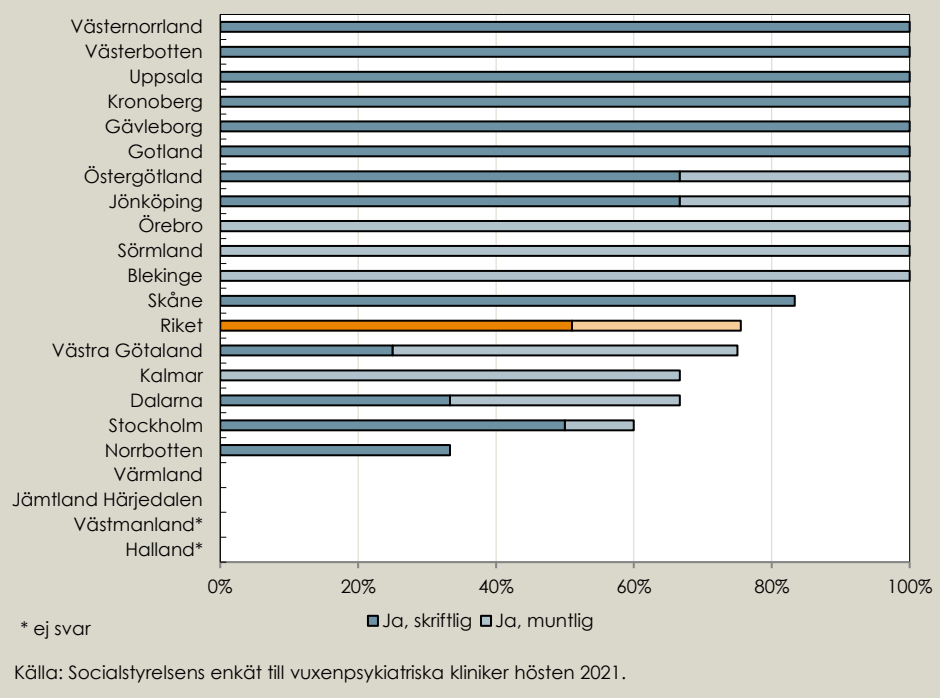
Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda anpassat föräldrastöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som är vårdnadshavare och har sviktande föräldraförmåga. Rekommendationen har en prioritet på 2, en hög prioritet. I denna utvärdering har vi utvärderat om hälso- och sjukvården erbjuder någon form av föräldrastöd. Vi redovisar också här om stöd ges direkt till minderårigt barn och annan anhörig. Här använder vi indikator C10 (indikatorbilagan) som utgångspunkt, men resultatet baseras på uppgifter från enkätundersökningar till verksamhetschefer inom psykiatrisk specialistvård i regionerna.

Tre fjärdedelar av de vuxenpsykiatriska klinikerna uppger att de har en rutin för att erbjuda föräldrastöd till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (diagram 8.1). Rutinen är också oftast skriftlig. Jämtland och Värmland är de enda regioner där psykiatrin helt saknar denna typ av rutin.

Detta är en förbättring från år 2012, då hälften av regionerna kunde erbjuda olika former av stöd i föräldraskapet enligt den nationella utvärderingen 2013 [1].

Diagram 8.1 Rutin för föräldrastöd

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för att erbjuda föräldrastöd till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har barn under 18 år.



Rutin för stöd till närstående

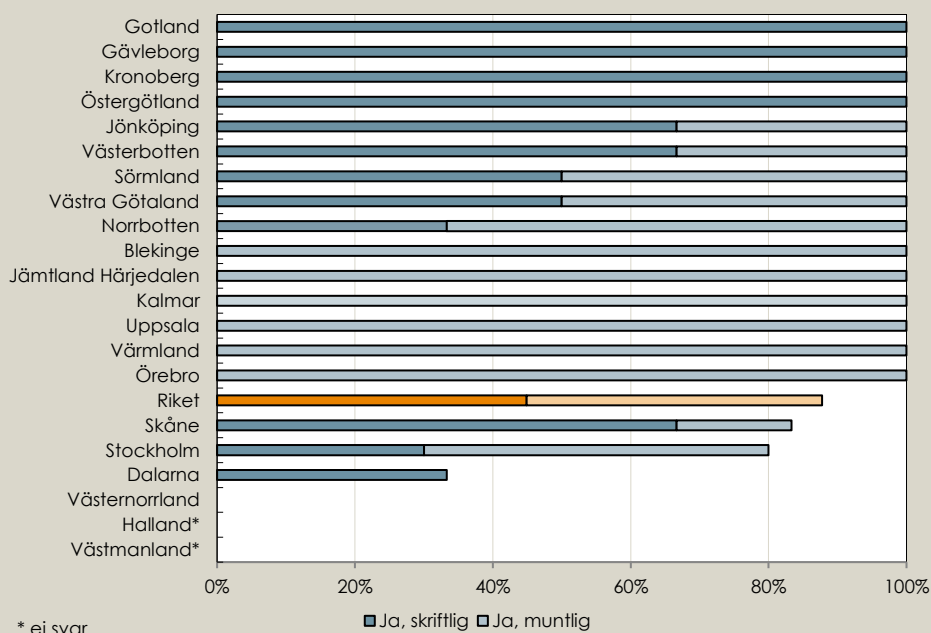
Närstående till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd får ofta bära ett stort ansvar för den som drabbats. De kan bidra till vården och omsorgen med ett annat perspektiv på individens situation, och ska ges möjlighet att delta i planering av vård och insatser om inte individen motsätter sig det.

Närstående kan också behöva stöd för egen del. Stödet behöver naturligtvis se olika ut beroende på vilken relation de anhöriga har till den som är sjuk: om de är föräldrar, syskon, partner eller barn till den som är sjuk.

De allra flesta vuxenpsykiatriska kliniker svarar att de har en rutin för hur de kan stödja närstående till personer med schizofreni (diagram 8.2). Rutinen är dock i hälften av fallen endast muntlig. Västernorrland är den enda region som helt saknar en rutin för närståendestöd, och i Dalarna svarar två av tre kliniker att de inte har någon sådan rutin.

Diagram 8.2 Rutin för stöd till närstående

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för hur de kan stödja närstående till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.



* ej svar

■ Ja, skriftlig □ Ja, muntlig

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Rutin för stöd till minderåriga barn

Det är viktigt att även barn till personer med schizofreni får stöd och hjälp från vården. En stor majoritet av klinikerna, 9 av 10, har också en rutin för att stödja minderåriga barn till personer med schizofreni (diagram 8.3). Endast Jämtland och Örebro saknar helt denna typ av stödrutiner till barn och ungdomar under 18 år.

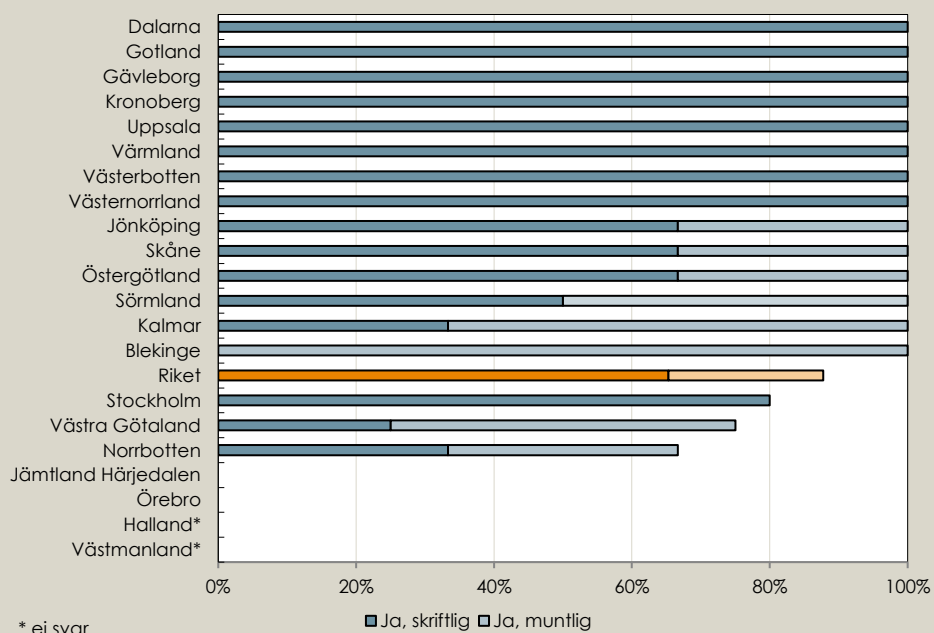
En klinik i Örebro lämnar som förklaring att det i regionen finns stöd till minderåriga barn som kliniken kan hänvisa till, men att det inte finns i deras egen verksamhet.

I Sörmland har man en rutin för närståendesamtal och BRA-samtal (Barns rätt som anhörig) samt samverkan med kommunen för att lotsa till deras insatser, även när det gäller föräldrastöd.

I Västra Götaland svarar en klinik att de har barnombud på varje avdelning och att det på mottagningarna finns socionomer tillgängliga för denna insats, men att de inte har någon rutin. Även en annan klinik har aktiva barnombud som både samtalar med barn till personer med schizofreni och har litteratur för att stötta barn.

Diagram 8.3 Rutin för stöd till minderåriga barn

Andel vuxenpsykiatriska kliniker som har en rutin för hur de kan stödja minderåriga barn till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Utskrivning

Personlig kontakt vid utskrivning

Att patienten i samband med utskrivning har personlig kontakt med öppenvården och socialtjänsten leder till att fler följs upp efter utskrivning. Det finns stark konsensus kring att åtgärden ger patienten ökad delaktighet och kontinuitet i behandlingen samt minskad risk för återinsjuknande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personlig kontakt med personal från öppenvårdsteam eller socialtjänsten till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som ska skrivas ut från psykiatrisk slutenvård. Denna rekommendation har prioritet 1, högsta prioritet. Rekommendationen har beröringspunkter med lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård (3–4 kap.). I rekommendationen betonas kontakten med patienten eller brukaren, medan lagen i första hand reglerar kontakter mellan olika vård- och omsorgsgivare.

I vilken omfattning hälso- och sjukvården upprättar en personlig kontakt för patienten vid utskrivning beskrivs i detta avsnitt. Vi följer upp rekommendationen med indikator C9 (indikatorbilagan). Resultaten baseras på uppgifter från enkätundersökningar till verksamhetschefer inom psykiatrisk specialistvård i regionerna.

Rutin för personlig kontakt med öppenvården eller socialtjänsten vid utskrivning

Samtliga vuxenpsykiatriska kliniker, med undantag av en klinik i Jönköping, uppger att de har en rutin för att vid utskrivning upprätta en personlig kontakt mellan personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och personal från öppenvården eller socialtjänsten. I majoriteten av fallen är rutinen också skriftlig. Kliniken i Jönköping som saknar rutin kommenterar detta med att de inte har en rutin än, men att det är en pågående process.

Flera kliniker exemplifierar med samordnad vårdplanering. Kliniken i Norrbotten beskriver sin rutin: innan de skriver ut en patient ordnar de vid behov ett samverkansmöte (SIP), framför allt med den psykiatriska öppenvården men vid behov även med socialtjänsten. I Sörmland är rutinen att de ska etablera kontakt redan när de bedömer att patienten behöver följas i öppenvården. De beskriver också att de har gemensamma ronder med avdelningen och mottagningen.

Kontakt med öppenvården

Vi frågade också de vuxenpsykiatriska klinikerna om hur stor andel av personer med schizofreni som under 2020 till 2021 har fått en personlig kontakt med ett öppenvårdsteam eller socialtjänsten vid utskrivningen. En övervägande del av klinikerna uppger att majoriteten av patienterna har fått en personlig kontakt med ett öppenvårdsteam. Det är tre kliniker som har

svarat att detta gäller en minoritet av patienterna – en klinik vardera i Jönköping, Kalmar och Västerbotten. Kliniken i Kalmar förklarar detta med att inga nyinsjuknade patienter med psykosjukdom eller schizofreni har förekommit på mottagningen under 2020 och 2021.

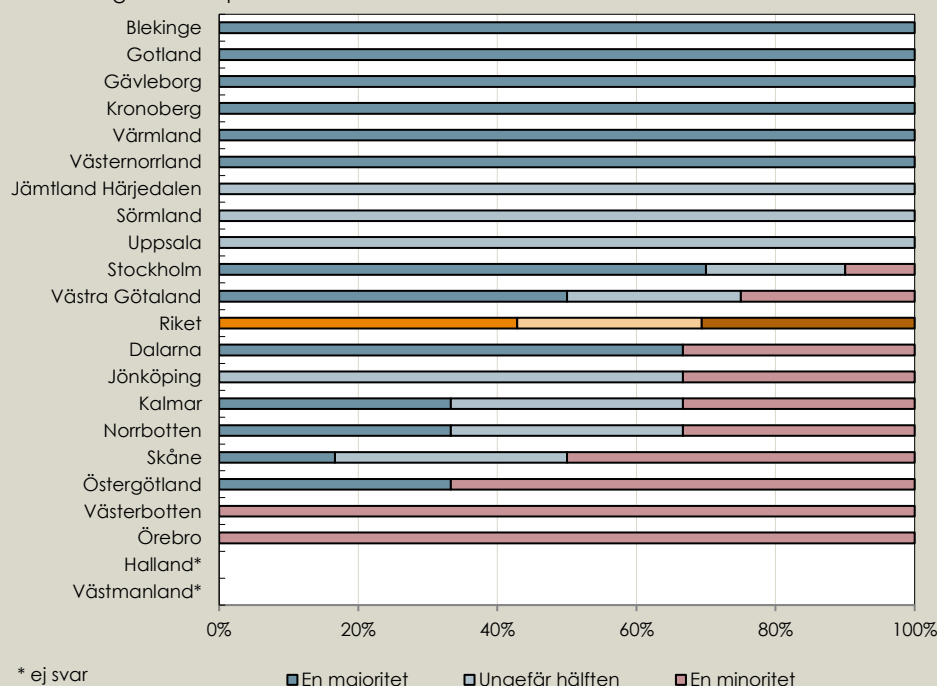
Kontakt med socialtjänsten

Även vad gäller en personlig kontakt med socialtjänsten uppger merparten av klinikerna att minst hälften av patienterna fått en sådan vid utskrivningen. Endast i Västerbotten och Örebro har en minoritet av patienterna fått en personlig kontakt med socialtjänsten (diagram 9.1).

Kommentarerna handlar om att kontakt med socialtjänsten sker vid behov; till exempel skriver kliniken i Uppsala att alla som har behov av stöd från socialtjänsten och alla som har hemmaboende barn erbjuds sådan kontakt.

Diagram 9.1 Personlig kontakt med socialtjänsten vid utskrivning

Andel vuxenpsykiatriska kliniker efter i vilken utsträckning personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått en personlig kontakt med socialtjänsten vid utskrivningen. Avser perioden 2020-2021.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Bedömning av resultat

Utifrån de inkomna svaren på enkäten framgår det att en majoritet av personer vid utskrivning får en kontakt med öppenvården. Eftersom alla patienter inte behöver en kontakt med socialtjänst utan det sker efter behov är det svårare att göra en bedömning av detta resultat. Intressant är dock att det är stora variationer mellan regionerna när det gäller hur stor andel av personer med schizofreni som får en personlig kontakt med socialtjänsten vid behov.

Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning

Tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från sluten vård kan vara ett tecken på en väl fungerande samverkan mellan psykiatrisk sluten och öppen vård. Här följer vi upp detta med indikator F3 (indikatorbilagan).

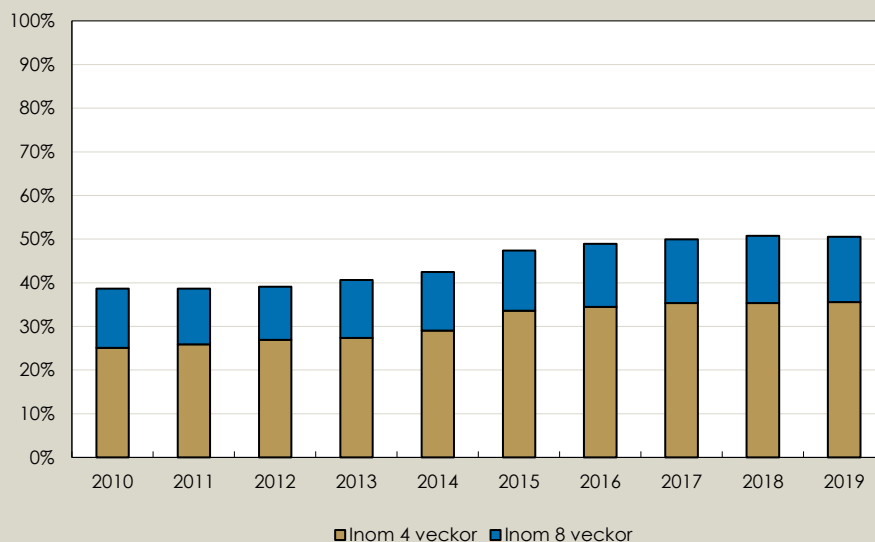
Resultat

För patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har vi tittat på andel vårdtillfällen inom sluten vård som följts av ett läkarbesök inom 4 veckor respektive 8 veckor. Som läkarbesök räknas även ett uppföljande kvalificerat vårdtillfälle som ges via telefon eller annan digital fjärrkontakt där omfattningen motsvarar ett besök.

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Andelen vårdtillfällen inom sluten vård som följs upp av ett besök i öppen specialistvård inom 4 veckor är 36 procent, och inom 8 veckor följs ytterligare 15 procent upp (diagram 9.2). Totalt är det alltså 51 procent av alla vårdtillfällen för patienter i den aktuella gruppen inom sluten psykiatrisk vård som följs upp inom 8 veckor med ett besök inom öppen psykiatrisk specialistvård. Sett över en tioårsperiod har det skett en uppgång med 12 procentenheter för den uppföljning som görs inom 8 veckor. När man tittar på uppföljning inom 4 veckor under en tioårsperiod kan vi se att den har haft en mycket snarlik utveckling. För uppföljning inom 4 veckor skiljer det 26 procentenheter mellan den region som har högst respektive lägst andel (diagram 9.3).

Diagram 9.2 Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning

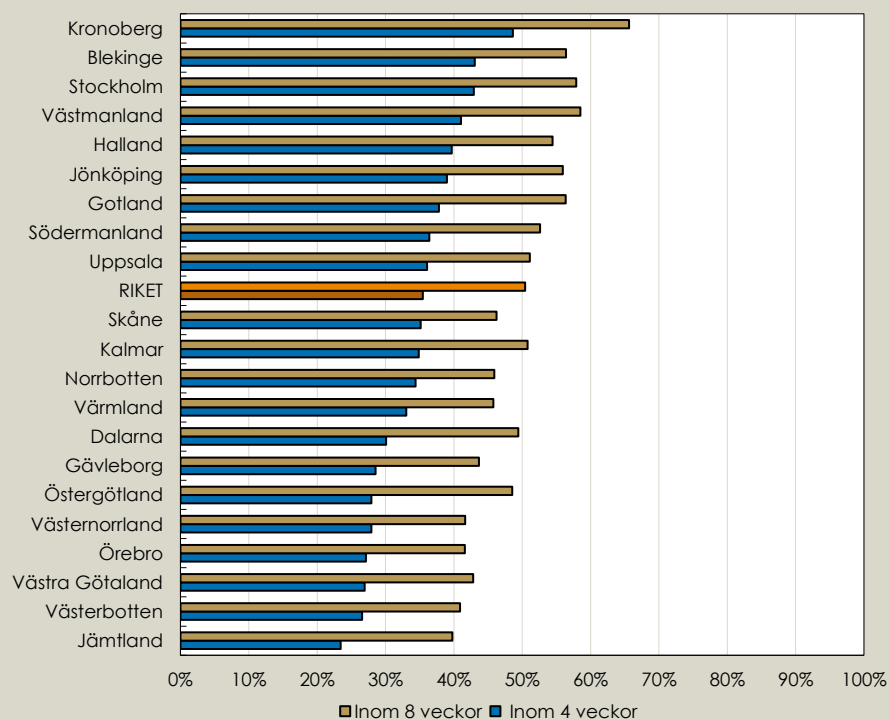
Andel vårdtillfällen i slutenvård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som följs av ett läkarbesök i psykiatrisk öppen vård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivning.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 9.3 Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning

Andel vårdtillfällen i slutenvård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som följs av ett läkarbesök i psykiatrisk öppen vård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivning för åren 2017-2019.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

I denna utvärdering är vi begränsade av att vi endast kan få fram vård som utförts av läkare och därför inte ser uppföljningar som utförts av andra yrkeskategorier. Detta gör att framtagna data måste tolkas med försiktighet, och det blir svårt att dra några långtgående slutsatser om uppföljningen i dess helhet. Det vi kan se är att data visar på en uppåtgående trend vilket kan indikera att det har skett en förbättring av samverkan mellan psykiatrisk slutenvård och öppen vård.

Återinskrivning i slutenvård inom 28 dagar

Syftet med att granska antalet återinskrivningar inom slutenvård är att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patientens utskrivning. Återinskrivningar kan belysa kvaliteten i öppenvården, i kommunernas och socialtjänstens insatser samt samspelet dem emellan. Här eftersträvas en låg andel. Vi följer upp detta med indikator F2 (indikatorbilagan). Data hämtas från patientregistret.

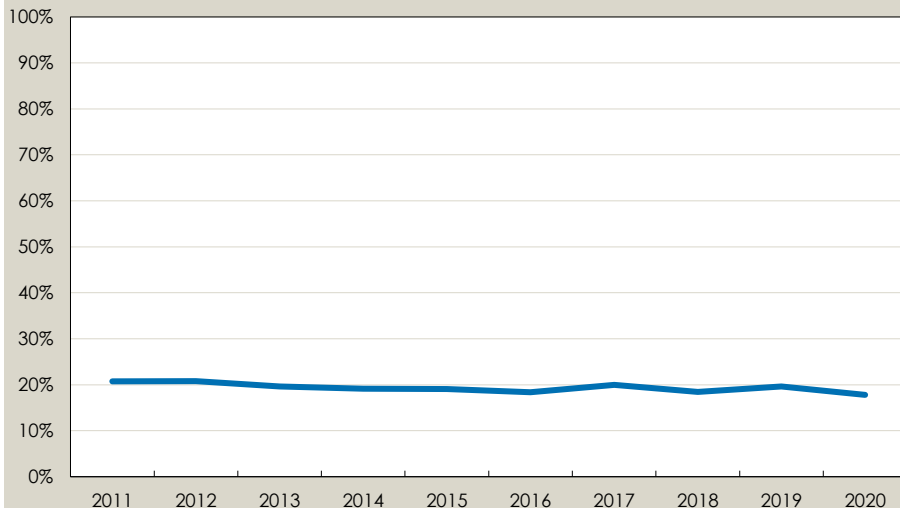
För patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har vi tittat på andel vårdtillfällen i slutenvård som följs av en återinskrivning i samma vårdform inom 28 dagar.

Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Utvärderingen visar att 18 procent av vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård följs av en återinskrivning inom 28 dagar (diagram 9.4). Sett över en tioårsperiod har det skett en nedgång på 3 procentenheter. Under de senaste fem åren har andelen varierat mellan 18 och 20 procent. På regionnivå skiljer det 15 procentenheter mellan den region som har störst respektive minst andel återinskrivningar (diagram 9.5).

Diagram 9.4 Återinskrivning i slutenvård inom 28 dagar bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

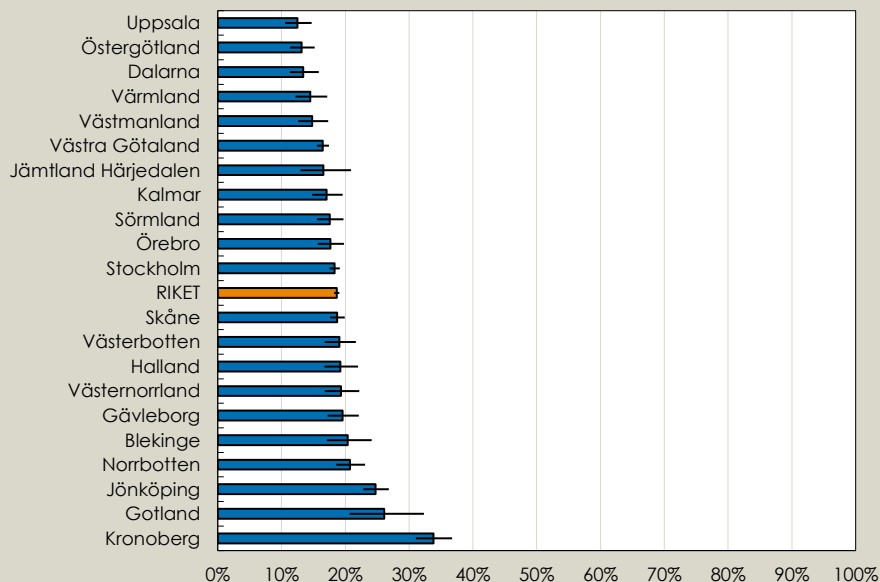
Andel återinskrivningar inom 28 dagar bland vårdtillfällen i slutenvård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 9.5 Återinskrivning i slutenvård inom 28 dagar bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Andel återinskrivningar inom 28 dagar bland vårdtillfällen i slutenvård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd för året 2020.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

För personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan en inläggning i psykiatrisk slutenvård vara nödvändig för att stabilisera psykotiska symtom och för att återupprätta en antipsykotisk medicinering. Orsaker till återinläggning kan bland annat vara för tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienten om sjukdomen.

Resultatet är svårtolkat eftersom många faktorer spelar in, exempelvis kvaliteten i öppenvården respektive slutenvården samt tillgången till boende och sysselsättning. Eftersom vi inte ser någon större förändring över tid kan det kanske vara så att det är två trender som pågår samtidigt: bättre uppföljning och samverkan men samtidigt minskade resurser med kortare vårdtider inom slutenvården. När vi tittar på hur vårdtider har utvecklats över tid från 2011 till 2020 kan vi konstatera att medianen för vårdtid har sjunkit konsekvent, från 13 till 10 dagar.

Förebyggande insatser mot återfall är ett viktigt behandlingsmål för personer som insjuknat för första gången i en psykiatrisk sjukdom. I normalfallet bör vården eftersträva att patienten inte återinskrivs inom psykiatrisk slutenvård efter en kort tid. Uppföljning och ett fortsatt omhändertagande efter patientens utskrivning ska leda till vård- och stödinsatser som minskar behovet av slutenvård. En viktig faktor här är samordnade insatser mellan vården och socialtjänsten.

Konsekvensen av en hög andel återinskrivningar som skulle gå att förhindra medför inte bara ett ökat lidande för patienten utan även ökade kostnader för sjukvården.

Covid-19-pandemins påverkan

Hälso- och sjukvården påverkades stort under covid-19-pandemin och regionerna har behövt omprioritera vård till andra delar av hälso- och sjukvården. Detta har lett till att planerade besök och operationer har behövts skjutas upp. Sedan Folkhälsomyndigheten i mars 2020 bedömde att det förelåg samhällsspridning av covid-19 i Sverige har dessutom fler personer avstått från att komma till hälso- och sjukvården på grund av smittorisken [17]. Folkhälsomyndighetens rekommendationer, bland annat en särskild rekommendation för personer över 70 år samt för vissa riskgrupper, ledde till att många personer avstod från att besöka hälso- och sjukvården [18].

Schizofreni ökar risken för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19. Täckningsgraden för vaccination mot covid-19 bland personer med schizofreni är lägre i jämförelse med vaccinationstäckningen i befolkningen [19].

De allra flesta vuxenpsykiatriska klinikerna uppger att pandemin har påverkat deras verksamhet för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Majoriteten av klinikerna har lämnat kommentarer och beskrivningar på pandemins påverkan på deras verksamhet. Merparten handlar om aktiviteter som antingen fått ställas in, begränsas eller skötas telefonledes eller digitalt. Ett exempel är i Kronoberg, där alla gruppaktiviteter har varit inställda, icke nödvändiga besök har flyttats fram och utbildningar till patienter och närstående har varit inställda. En klinik i Skåne berättar att de erbjudit färre insatser när det gäller grupp- och psykoedukation, haft sämre anhängstöd och fler besök utomhus eller via telefon. En annan klinik i Skåne förklarar att pandemins påverkan var både positiv och negativ – de har fått mer rutin när det gäller telefonkontakter, vilket har uppskattats av vissa patienter som nu accepterat tätare kontakt.

Flera kliniker tar också upp kommunernas insatser. Till exempel berättar kliniken i Sörmland att flera av kommunens insatser för sysselsättning har varit stängda, och att patienterna därmed inte haft någon meningsfull sysselsättning. Detta har lett till att patienterna blivit mer isolerade och behövt fler insatser och kontakt med kliniken. En klinik i Stockholm uppger att det blivit försämrad tillgänglighet till vården och försämrad samverkan med vårdgrannar och socialtjänst i och med digitala möten och distanskontakter.

Andra faktorer som har påverkat vården är sjukfrånvaro hos klinikernas personal samt andra verksamheters behov av ökade personalresurser. En klinik i Dalarna tar upp att verksamheten har omfördelat personal till covidvården, vilket har påverkat kontinuiteten för deras målgrupp: patienter har förlorat sin fasta vårdkontakt, årskontroller har blivit fördröjda och verksamheten har tappat fart. Kliniken i Sörmland förklarar att de fått minskad bemanning på enheterna när de lånat ut personal till somatiken, och att de haft färre fysiska besök på grund av oro från patienter samt restriktionerna.

Antipsykotisk läkemedelsbehandling

Antipsykotisk läkemedelsbehandling bidrar till återhämtning genom att underlätta för individen att delta i andra återhämtningssinriktade insatser, exempelvis arbetsrehabilitering. För de flesta med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är läkemedelsbehandling en förutsättning för detta.

För att läkemedelsbehandlingen ska kunna fungera väl som en del i behandlingen behöver det finnas förutsättningar för att utforma och fortlöpande justera den inom ramen för ett delat beslutsfattande. Det gäller att identifiera aktuella aktiviteter och mål i individens liv relaterat till önskade och oönskade effekter av de läkemedel som kan vara aktuella. Det är mycket viktigt att diskutera biverkningar, och patientens upplevelser och preferenser är viktiga faktorer i beslutet om behandling. De läkemedel där en låg andel eftersträvas har på gruppnivå en sämre biverkningsprofil. Socialstyrelsen har inte tagit fram några målnivåer, men har i sin bedömning av resultat haft hjälp av externa experter inom området som har gjort en bedömning och värdering av resultatet.

I detta avsnitt redovisas nivå av läkemedelsbehandling på ett urval av de vanligaste antipsykotiska läkemedlen i peroral form samt behandling i depåform. Data hämtas från patienregistret och läkemedelsregistret.

Felkällor

I vår analys är vi begränsade av vilka data som är möjliga att hämta in. I redovisningen ingår därför enbart personer som vårdats i slutna eller öppna specialiserad vård. Uppgifter på individnivå från primärvården saknas i dag i en nationell datakälla. Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som inte behandlats alls, eller enbart behandlats i primärvården under den period som studeras, finns därför inte med.

Det är också risk att personer felaktigt blir klassificerade som nyinsjuknade om de inte behandlas i specialiserad vård utan enbart behandlas för sina problem i primärvården, eller inte behandlas alls, under den studerade tidsperioden. Motsvarande problem gäller för att få fram data på vilka personer som har en ökad suicidrisk, missbruk eller ett svårbehandlat tillstånd – möjligheterna att ringa in grupperna är beroende av hur väl de låter sig definieras genom diagnoser i specialiserad vård.

En annan felkälla är att läkemedel som ges i den slutna vården och som tas ur läkemedelsförråd (så kallade rekvisitionsläkemedel) inte redovisas i läkemedelsregistret. I vår utvärdering kan vi inte heller ge svar på om skillnader som visas beror på läkarens förskrivning eller patientens benägenhet att hämta ut sina recept, eftersom läkemedelsregistret enbart omfattar förskrivna och uthämtade läkemedel. I denna rapport behandlas uteslutande uppgifter om uthämtade läkemedel.

Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon

Antipsykotisk läkemedelsbehandling bidrar till återhämtning genom att underlätta för individen att delta i andra återhämtningsinriktade insatser, exempelvis arbetsrehabilitering. För de flesta med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är läkemedelsbehandling en förutsättning för detta.

Socialstyrelsens rekommendation är att sjukvården bör erbjuda patienter med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd en läkemedelsbehandling med något av läkemedlen aripiprazol, risperidon eller paliperidon.

- Läkemedlet aripiprazol ger svag effekt på psykosymtom, men innebär mindre risk för viktuppgång, extrapyramidala biverkningar, hjärtpåverkan och sedering än många andra antipsykotiska läkemedel. Behandlingen med läkemedlet aripiprazol har en hög prioritet på nivå 2 på en skala där 10 är den lägsta prioriteringsgraden i Socialstyrelsens rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
- Läkemedlet risperidon ger måttlig effekt på psykosymtom och förhållandevis liten risk för behandlingsavbrott, men ger viss risk för extrapyramidala biverkningar och viktuppgång samt stor risk för sexuella biverkningar. Läkemedlet har en hög prioritet på nivå 2 i Socialstyrelsens rekommendationer.
- Läkemedlet paliperidon har effekter och biverkningar som liknar dem som gäller för risperidon, men läkemedlet är mindre kostnadseffektivt. Läkemedlet har en hög prioritet på nivå tre i Socialstyrelsens rekommendationer.

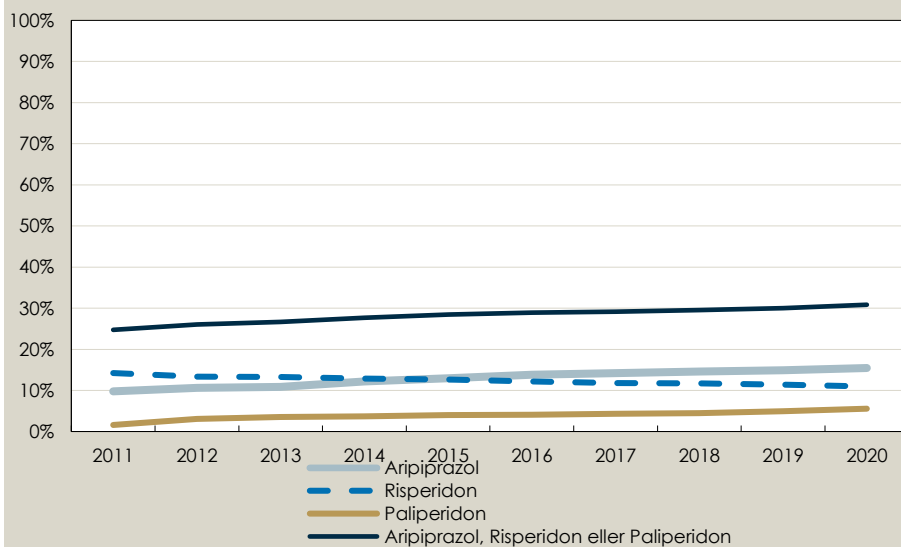
I vår analys tittar vi både på en prevalent andel av patienter med schizofreni under åren 2018–2020 och på en incident andel av nyinsjuknade under samma år. Nyinsjuknade definieras här som en person som inte har vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd under de senaste fem åren. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator C1 som beskrivs i indikatorbilagan.

Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. För patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd visar utvärderingen att 31 procent av den aktuella diagnosgruppen behandlas med något av läkemedlen aripiprazol, risperidon eller paliperidon (diagram 10.1). Sett över en tioårsperiod har det skett en ökning på 6 procentenheter för de tre läkemedlen tillsammans, där aripiprazol stått för den huvudsakliga ökningen. Mellan regionerna skiljer det 15 procentenheter mellan den region som visar högst respektive lägst andel patienter med schizofreni som behandlas med någon av läkemedlen aripiprazol, risperidon eller paliperidon (diagram 10.2).

Diagram 10.1 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon

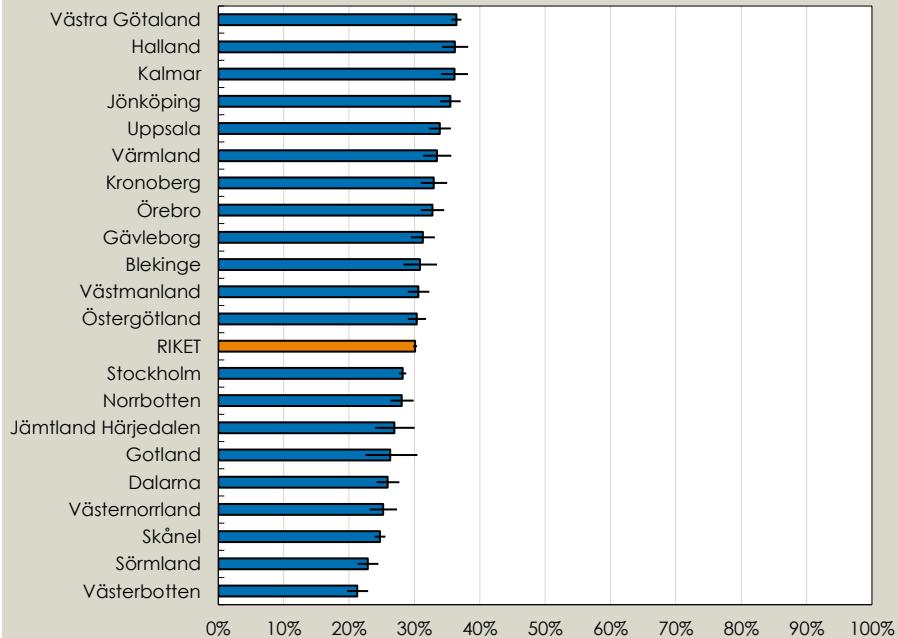
Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med aripiprazol, risperidon eller paliperidon.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 10.2 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med aripiprazol, risperidon eller paliperidon under åren 2018-2020.

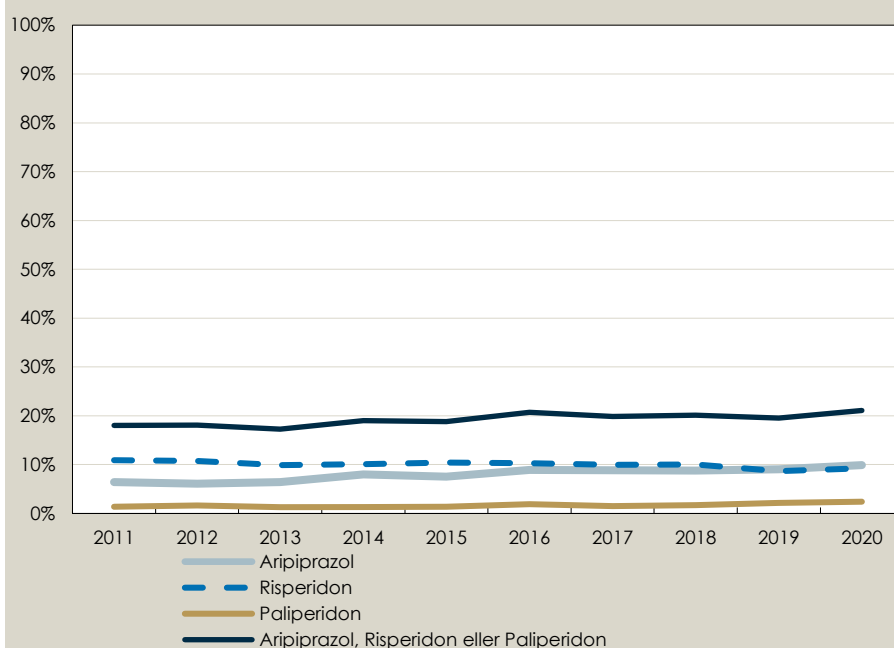


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

För patienter nyinsjuknade i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd visar utvärderingen att 21 procent av den aktuella gruppen behandlas med något av läkemedlen aripiprazol, risperidon eller paliperidon (diagram 10.3). Sett över en tioårsperiod har det skett en ökning med 4 procentenheter där aripiprazol har stått för den huvudsakliga ökningen. Mellan regionerna skiljer det 12 procentenheter mellan den region som visar högst respektive lägst andel (diagram 10.4).

Diagram 10.3 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon, nyinsjuknade

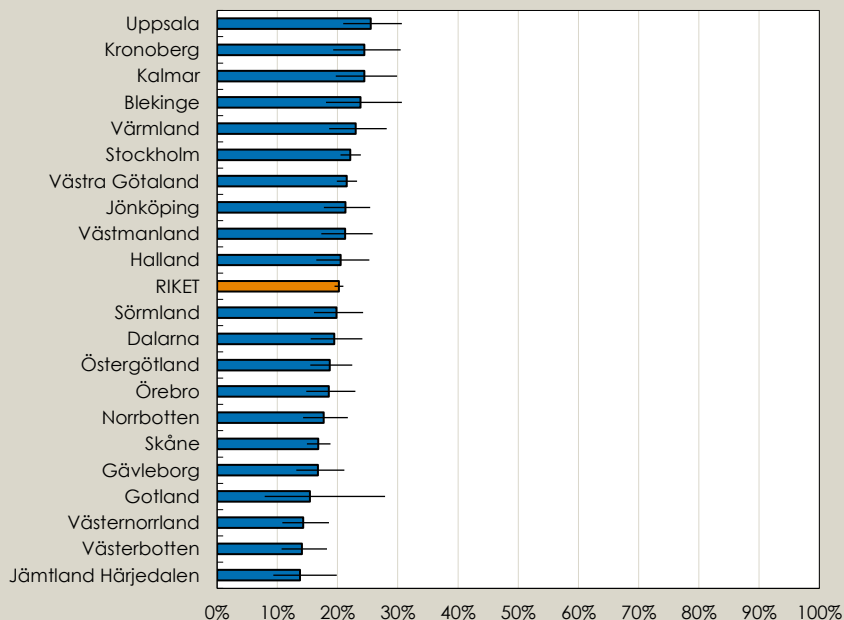
Andel av nyinsjuknade personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med aripiprazol, risperidon eller paliperidon.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 10.4 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon, nyinsjuknade

Andel av nyinsjuknade personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med aripiprazol, risperidon eller paliperidon under åren 2018-2020.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att det är färre i gruppen nyinsjuknade som har behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon än i diagnosgruppen, vilket tyder på att regionerna brister i följsamhet till riktlinjerna. Resultatet talar för att man inte inleder med de rekommenderade preparaten, utan att i vissa fall kan andra preparat väljas som inte är rekommenderade. Att läkare i större utsträckning väljer andra preparat kan bero på att de väljer preparat som funnits länge och som de är förtrogna med, eller att de väljer nyare läkemedel.

I valet av läkemedel är det viktigt att läkaren beaktar både effekt och biverkningar för varje individuell patient, vilket innebär att både läkare och patient kontinuerligt ska utvärdera vilken behandling som fungerar bäst för patienten.

Socialstyrelsens rekommendation är att sjukvården bör erbjuda patienter med schizofreni en läkemedelsbehandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon.

En möjlig väg för att sätta fokus på frågan kan vara uppföljning av data på läkemedelsförskrivning på enhets- och kliniknivå, där man utifrån resultaten för en gemensam och öppen diskussion i läkargruppen kring valet av läkemedel.

Behandling med olanzapin i akut fas

I ett tidigt skede av psykosjukdom finns stora möjligheter att vända utvecklingen och stödja individen att återhämta sig. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör därför erbjuda samordnade insatser för personer som insjuknar i psykos. En viktig insats är antipsykotisk läkemedelsbehandling tillsammans med psykologisk behandling, stöd till närstående och studie- eller arbetsrehabilitering. Dessa insatser bidrar till att de som får insatserna kommer igång med att studera eller arbeta, vilket i sin tur kan bidra till fortsatt tillfrisknande.

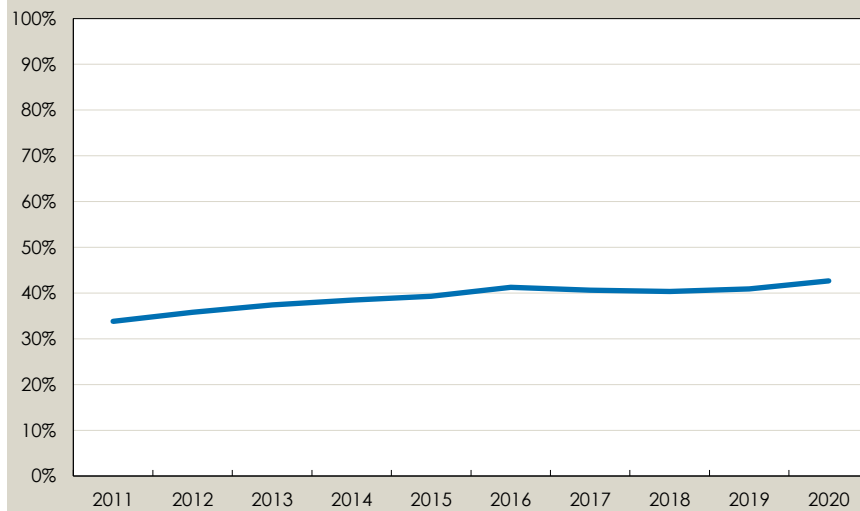
Läkemedlet olanzapin har bra antipsykotisk effekt i akut fas men stora nackdelar som underhållsbehandling. Framför allt är risken stor för viktuppgång på grund av sämre insulinkänslighet. Risken för sedering är också betydande, vilket kan försvåra rehabilitering. Olanzapin har fått lägre prioritet i Socialstyrelsens rekommendationer än exempelvis risperidon i och med de risker för försämrad fysisk hälsa som läkemedlet innebär. Enligt rekommendationerna kan hälso- och sjukvården erbjuda läkemedlet till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, exempelvis i akut fas. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator C3 som beskrivs i indikatorbilagan.

Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Utvärderingen visar att 43 procent av patienter diagnostiserade med akuta och övergående psykotiska syndrom behandlas med olanzapin (diagram 10.5). Sett över en tioårsperiod har andelen som får behandling med olanzapin ökat med 9 procentenheter. Bland personer i den aktuella patientgruppen som 55 år och äldre är det 3 av 10 som behandlas med olanzapin, medan motsvarande värde för yngre personer ligger på drygt 4 av 10.

Diagram 10.5 Behandling med olanzapin i akut fas

Andel av personer med akuta och övergående psykotiska syndrom som behandlas med olanzapin.



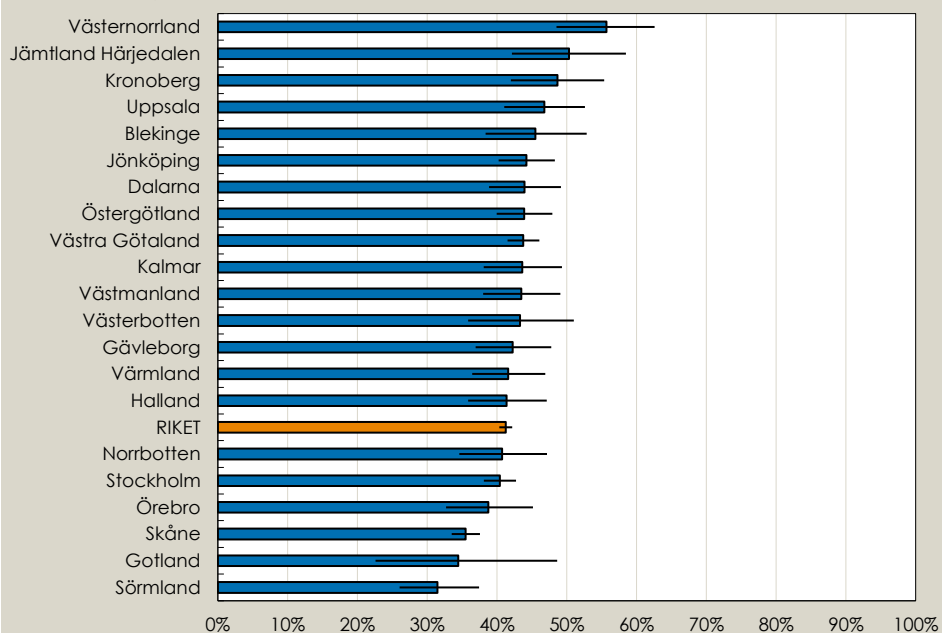
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

På regionnivå skiljer det 25 procentenheter mellan den region som visar högst respektive lägst andel patienter diagnostiserade med akuta och övergående psykotiska syndrom som behandlas med olanzapin (10.6).

Viktigt i sammanhanget är att i dessa data ingår inte läkemedel som ges till patienter inlagda inom slutenvården. En annan felkälla här kan vara en felklassificering av patienter som nyinsjuknade i akut fas. Detta gör att de redovisade skillnaderna mellan regioner ska tolkas med försiktighet.

diagram 10.6 Behandling med olanzapin i akut fas

Andel av personer med akuta och övergående psykotiska syndrom som behandlas med olanzapin för åren 2018-2020.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att andelen personer med akuta och övergående psykotiska syndrom som behandlas enligt rekommendationen är relativt god. Hälso- och sjukvården kan förbättra förutsättningarna för återhämtning genom att fortsatt erbjuda en behandling med antipsykotiska läkemedel till patienter med akuta och övergående psykotiska syndrom.

Behandling med olanzapin som underhållsbehandling

Läkemedlet olanzapin har bra antipsykotisk effekt i akut fas men stora nackdelar som underhållsbehandling. Framför allt är risken stor för viktuppgång på grund av sämre insulinkänslighet. Risken för sedering är också betydande vilket kan försvåra rehabilitering. Olanzapin som underhållsbehandling har en prioritet på 4, vilket är en lägre prioritet i Socialstyrelsens rekommendationer än exempelvis risperidon, i och med de risker för försämrad fysisk hälsa som läkemedlet, olanzapin innebär.

Socialstyrelsens rekommendation i nationella riktlinjer är att hälso- och sjukvården kan erbjuda läkemedlet till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator C2 som beskrivs i indikatorbilagan.

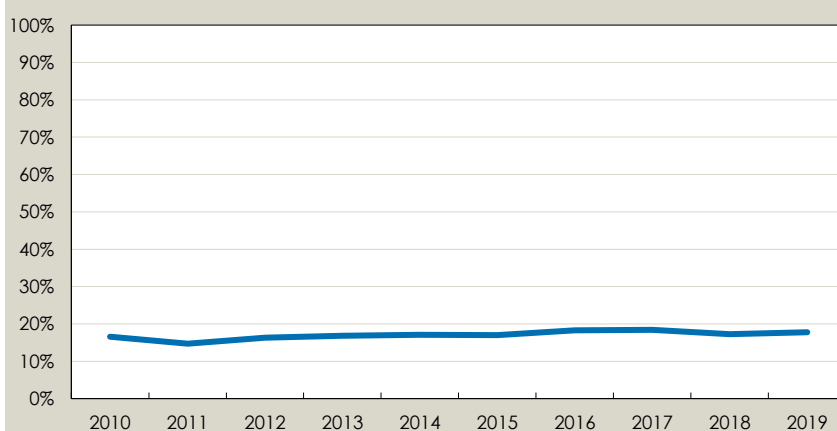
Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Utvärderingen visar att 18 procent av nyinsjuknade patienter i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd behandlas med olanzapin efter akut fas (diagram 10.7). Detta motsvarar 686 patienter. Nyinsjuknad definieras här som en person som inte vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd under de senaste fem åren.

Sett över en tioårsperiod har andelen som får behandling med olanzapin efter akut fas varierat mellan 15 procent som lägst och 18 procent som högst. Mellan regionerna skiljer det 9 procentenheter (diagram 10.8). Underlaget är litet, så därför ska redovisade skillnader mellan regionerna tolkas med försiktighet. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator C2 som beskrivs i indikatorbilagan.

Diagram 10.7 Behandling med olanzapin som underhållsbehandling

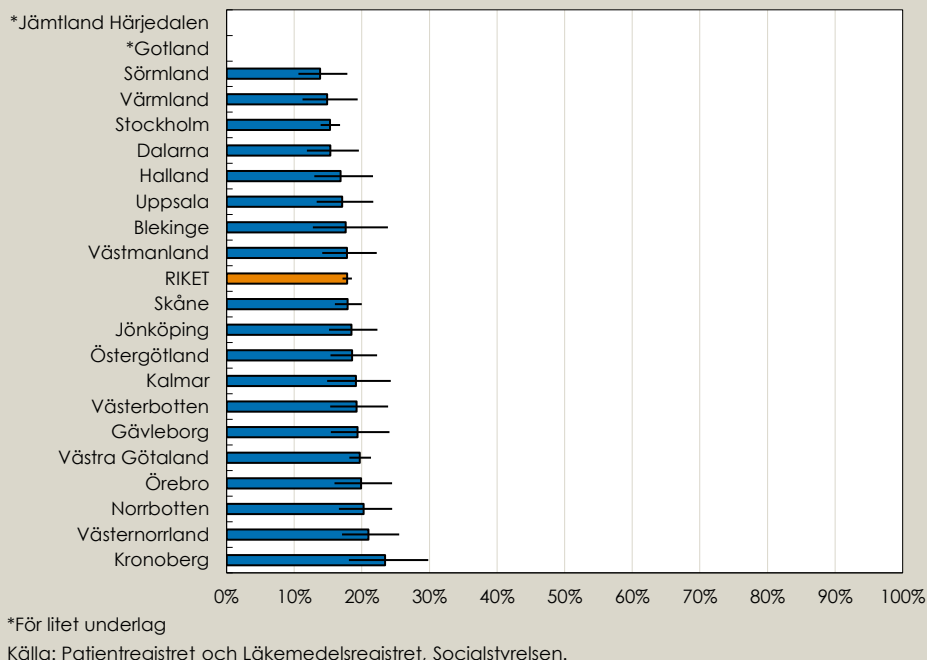
Andel av nyinsjuknade personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med olanzapin efter akut fas.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Indikator 10.8 Behandling med olanzapin som underhållsbehandling

Andel av nyinsjuknade personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med olanzapin efter akut fas under åren 2017-2019.



Bedömning av resultat

Eftersom läkemedlet olanzapin har stora nackdelar som underhållsbehandling så finns det anledning att följa andelen personer som får denna typ av behandling i förhållande till typer av biverkningar som uppstår. Resultatet visar på att en något högre andel än önskvärt behandlas med olanzapin som underhållsbehandling.

Konsekvensen av en överbehandling är att patienter riskerar att i högre utsträckning drabbas av biverkningar som ökar risken för försvårad rehabilitering och kroppsliga sjukdomar. Förutom konsekvenserna för den enskilde medför risken för ett ökat antal kroppsliga sjukdomar en påverkan på samhällets hälsoekonomiska kostnader.

Behandling med quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol

Läkemedlet quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol bör inte användas vid underhållsbehandling. Orsakerna till detta är att quetiapin ger svag effekt på psykosymtom, förhållandevis liten risk för behandlingsavbrott och extrapyramidala biverkningar men större risk för viktuppgång och sedering än de flesta andra antipsykotiska läkemedel, vilket innebär ökad risk för kroppsliga sjukdomar och för tidig död. Quetiapins sederande effekt kan även försvåra psykoterapeutiska insatser.

Läkemedlet ziprasidon ger svag effekt på psykosymtom, stor risk för behandlingsavbrott samt ökad risk för hjärtrytmrubbning och kräver därför kontinuerlig monitorering. Läkemedlet innebär större risk för sedering än de

flesta andra antipsykotiska läkemedel och behöver tas två gånger per dag tillsammans med mat, vilket kan vara svårt för många.

Läkemedlet Zuklopentixol är sederande och är förknippat med doseringsproblem.

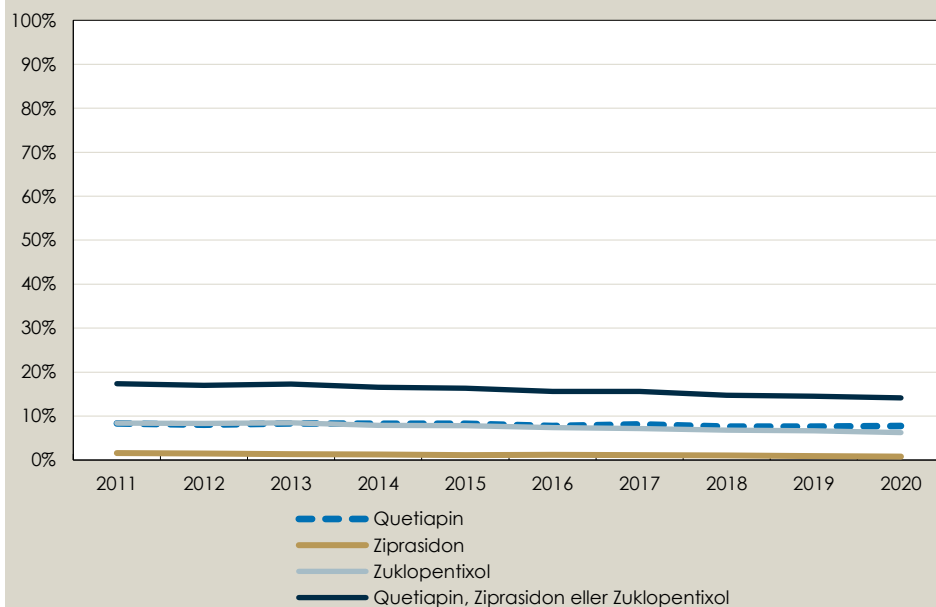
I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har quetiapin en prioritet 8, ziprasidon prioritet 9 och zuklopentixol prioritet 10. Rekommendationer är att patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan endast i undantagsfall erbjudas behandling med quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator C 4 som beskrivs i indikatorbilagan.

Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. För patienter diagnostiserade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd visar utvärderingen att totalt sett har 14 procent av dessa, vilket motsvarar 4210 patienter, behandlats med något av tre läkemedlen, quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol (diagram 10.9). Sett över en tioårsperiod har behandlingen gradvis minskat från 17 till 14 procent. För de enskilda läkemedlen ligger andelen för quetiapin på 8 procent, ziprasidon på 1 procent och zuklopentixol på 6 procent. På regionnivå skiljer det 11 procentenheter mellan den region som visa högst respektive lägst andel av den aktuella patientgruppen som behandlas med något av tre läkemedlen, quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol (diagram 10.10). Bland patienter som är 55 år och äldre är det 17 av 100 som behandlas med något av de tre läkemedlen, totalt sett 1988 patienter. Bland patienter som är 29 år och yngre är det 8 av 100 som får motsvarande läkemedelsbehandling, totalt sett 305 patienter.

Diagram 10.9 Behandling med quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol

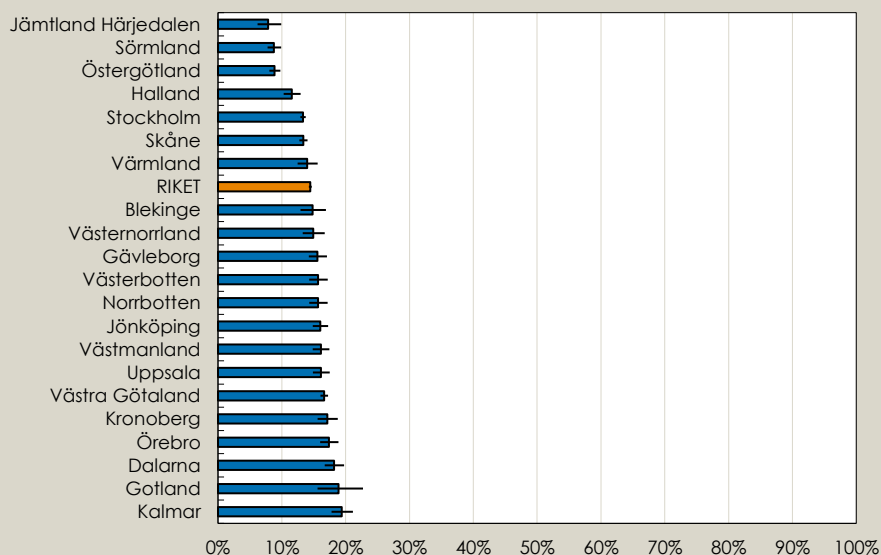
Andel av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 10.10 Behandling med quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol

Andel av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol, procent under år 2018-2020.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att behandlingen med de tre läkemedlen quetiapin, ziprasidon eller zuklopentixol trots minskningen fortfarande ligger en aning högre än önskvärt. En orsak till detta kan vara att patienter som får denna behandling sedan tidigare fortsätter med den, medan nya patienter får annan typ av behandling.

Konsekvensen av en överbehandling är att patienter riskerar att i högre utsträckning drabbas av biverkningar som ökar risken för kroppsliga sjukdomar och för tidig död. Förutom det lidande och tragedi som detta innebär för den enskilde och dennes anhöriga medför risken för ökat antal kroppsliga sjukdomar en påverkan på samhällets hälsoekonomiska kostnader.

Klozapin vid misstänkt ökad suicidrisk

Hos patienter med schizofreni är risken för suicid kraftigt förhöjd, speciellt bland dem som tidigare haft ett suicidförsök. Vid kvarstående risk för självmord efter ett allvarligt självmordsförsök minskar läkemedlet risken för nytt självmordsförsök, jämfört med ett antal andra antipsykotiska läkemedel. Rekommendationen har en prioritet på 2 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilket innebär att klozapin bör erbjudas av hälso- och sjukvården till personer med misstänkt ökad suicidrisk. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator D1a som beskrivs i indikatorbilagan.

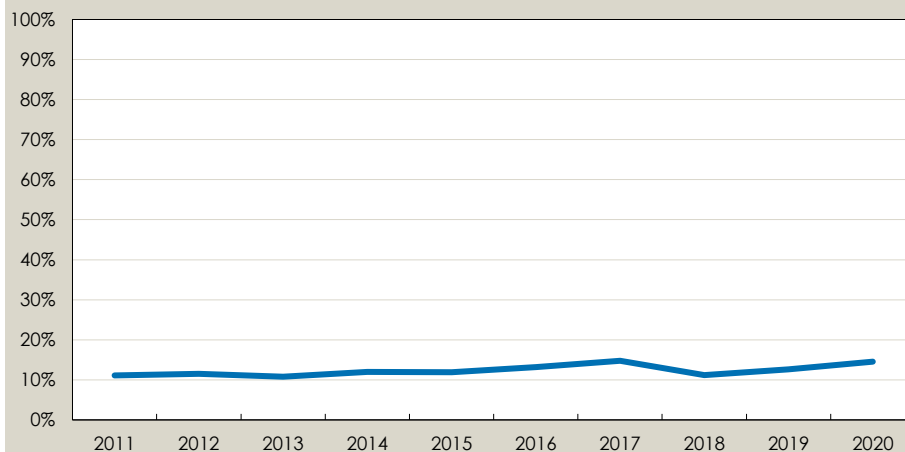
Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Utvärderingen visar att 15 procent av patienter med diagnostiserad schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som tidigare vårdats för suicidförsök har behandlats med klozapin enligt de nationella riktlinjernas rekommendation. Under en tioårsperiod har andelen ökat från 11 till 15 procent (diagram 10.11). Denna ökning har inte varit gradvis utan värdena har fluktuerat. På grund av för litet underlag kan vi inte visa resultat på regionnivå.

Läkemedel som förskrivs av läkare men inte hämtas ut syns inte i läkemedelsregistret. Rekvisitionsläkemedel ingår inte heller i registret. Detta kan göra att de data vi får fram ger en möjlig underskattning av den verkliga nivån, och resultatet ska därför bedömas med försiktighet.

Diagram 10.11 Klozapin vid misstänkt ökad suicidrisk

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med misstänkt ökad suicidrisk som behandlats med klozapin. .



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Resultatet är svårbedömt på grund av ett litet underlag och möjliga felkällor men data som tagits fram kan tyda på att det är en något för låg andel som får del av behandling med klozapin enligt Socialstyrelsens rekommendation.

Orsaker till ett något för lågt värde kan vara att man här väljer andra åtgärder för att få patienten att komma ifrån sina suicidtankar. Till exempel kan vårderna använda motiverande åtgärder för att försöka få patienten att se en framtid, medan depressionen och ångesten samtidigt behandlas med andra typer av läkemedel.

Anledningar till att inte behandla med klozapin kan vara att patienten har ett substansmissbruk, vilket gör behandlingen olämplig eftersom den ställer stora krav på patientens följsamhet till behandling och till att lämna regelbundna blodprover för kontroller av blodvärden. Det kan också vara så att patienter som får erbjudandet väljer bort behandlingen på grund av rädsla för biverkningar, obehag inför sprutor eller att patienten inte vill behöva lämna blodprover varje månad. Samtidigt har vårdens inställning och hur man erbjuder och motiverar behandlingen också betydelse.

Det är läkare inom psykosvården som behöver överväga klozapin i ett tidigt skede för patienter med en hög suicidrisk. En väg för regionerna att öka användningen av klozapin vid ökad suicidrisk kan vara att sprida kunskap om rekommendationen till alla medarbetare i psykosvården, men också till patienter och närstående som då kan framföra önskemål om att få pröva behandlingen. Möjliga vägar för att sprida denna information kan vara via skriftligt material, information på nätet eller som en del av patient- och närståendebildningar.

Klozapin vid svårbehandlad schizofreni

Hos patienter med svårbehandlad schizofreni, där det saknas andra alternativ, har klozapin en mycket god antipsykotisk effekt. Det finns dock risk för besvärande biverkningar och patienten behöver övervakas med blodprover under en viss tid.

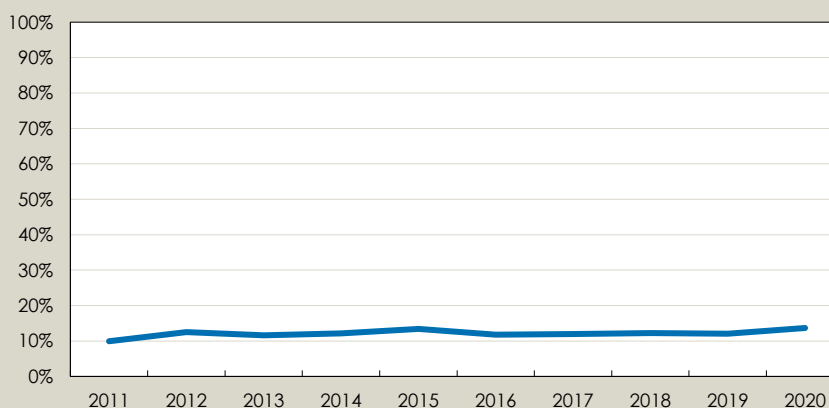
Rekommendationen har en prioritet på 1 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilket innebär att klozapin bör erbjudas av hälso- och sjukvården till personer med svårbehandlad schizofreni. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator C5a som beskrivs i indikatorbilagan.

Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Utvärderingen visar att 14 procent av patienter med svårbehandlad schizofreni behandlas med klozapin enligt de nationella riktlinjernas rekommendation (diagram 10.12). Under en tioårsperiod har andelen ökat från 10 till 14 procent. Denna ökning har inte varit gradvis utan värdena har fluktuerat. Data på regionnivå kan inte visas här på grund av för litet underlag.

Diagram 10.12 Klozapin vid svårbehandlad schizofreni

Andel av personer med diagnosen schizofreni med svårbehandlade symtom som behandlats med klozapin.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

En felkälla i detta mått är att klassificeringen av svårbehandlad schizofreni är till viss del bristfällig. I utformningen av måttet definieras svårbehandlad som personer som under en period av ett år behandlats med tre olika typer av antipsykotiska läkemedel, men inte klozapin. Denna definition gör att vi kan identifiera svårbehandlad schizofreni utifrån bristande effekt som motiverar en behandling med klozapin. Definitionen kommer dock även identifiera svårbehandlad schizofreni utifrån att patienter får oacceptabla biverkningar och därför måste göra ett byte till annat antipsykotiskt läkemedel, men då inte till klozapin. Denna svårighet med klassificering av begrepp

pet svårbehandlad gör att det kan finnas en risk för underskattning av andelen som får klorzapin vid svårbehandlad schizofreni.

Bedömning av resultat

Vår bedömning är att den data som tagits fram tyder på att det är en låg andel bland personer med en svårbehandlad schizofreni som får del av behandling med klorzapin. Anledningar till att inte behandla med klorzapin kan vara att patienten har ett substansmissbruk, vilket gör behandlingen olämpligt eftersom det ställer stora krav på patientens följsamhet till behandling och till att lämna regelbundna blodprover för kontroller av blodvärden. Det kan också vara så att patienter som får erbjudandet väljer bort behandlingen på grund av rädsla för biverkningar, obehag för sprutor eller att patienten inte vill behöva lämna blodprover varje månad. Samtidigt har vårdens inställning och hur man erbjuder och motiverar behandlingen också betydelse.

Konsekvenserna av denna underbehandling är att patienter med en svårbehandlad schizofreni får svårare att fungera i vardagen vilket, påverkar deras möjligheter till bättre psykisk hälsa och livskvalitet. Dessa patienter kan också komma att behöva söka mer vård, vilket inte bara innebär sämre förutsättningar för patienten utan även ökade hälsoekonomiska kostnader.

Antipsykotiskt läkemedel i depåform

Patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ibland samsjuklighet med missbruksproblematik. Denna typ av samsjuklighet leder obehandlad ofta till att dessa patienter får svårt att klara av den rekommenderade behandling som psykosjukdomen kräver. Obehandlad samsjuklighet skapar även svårigheter rent funktionsmässigt för patienterna att klara sig i vardagen.

Den rekommenderade behandlingen för denna patientgrupp är antipsykotisk depåbehandling, vilket ökar följsamheten till aktuell läkemedelsbehandling och andra insatser. Depåbehandling ger bättre effekt vid substansmissbruk jämfört med peroral behandling. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator C6 som beskrivs i indikatorbilagan.

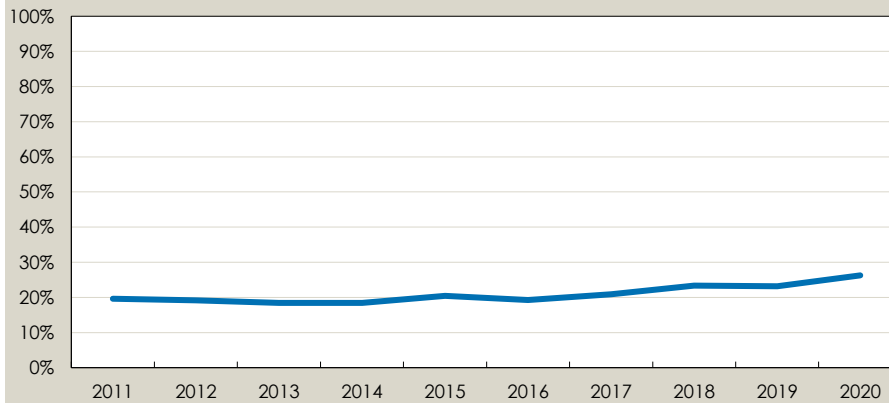
En dansk registerstudie från 2016 med drygt 460 000 patienter undersökte livstidsprevalensen av någon form av alkohol- eller narkotikadiagnos och fann att den låg på 37 procent vid schizofreni [5]. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar att 11 procent av personer som vårdats för schizofreni under år 2020 hade en missbruksdiagnos bakåt i tiden.

Resultat

I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Utvärderingen visar att 26 procent av patienter diagnostiserade med psykosjukdom och missbruk behandlades med antipsykotiskt läkemedel i depåform enligt de nationella riktlinjernas rekommendation (diagram 10.13). Sett över en tioårsperiod har andelen som får depåbehandling ökat med 6 procentenheter. Huvuddelen av denna ökning har skett under de senaste fem åren. Data på regionnivå visas inte här på grund av ett för litet underlag.

diagram 10.13 Antipsykotiskt läkemedel i depåform vid samsjuklighet med missbruk eller beroende

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har samsjuklighet med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och som behandlas med antipsykotiskt läkemedel i depåform.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att en relativt låg andel av personer med samtidig schizofreni och missbruk behandlas enligt rekommendationen. En av anledningarna till detta kan vara att patienter väljer bort medicinering i depåform för att de till exempel har negativa erfarenheter av tvångsbehandling med injektioner, känner att de får större kontroll över sin medicin med peroral behandling eller för att det känns stigmatiserande att besöka vården regelbundet för att få en depåinjektion. Ytterligare orsaker till att patienter väljer bort behandlingen kan vara på grund av bristande sjukdomsinsikt och att patienten ser större nackdelar än fördelar med depåbehandlingen. Att patienter väljer bort medicinering i depåform kan vara en del av förklaringen till att vårderna ligger lågt, men i sammanhanget är också en viktig faktor hur aktivt läkare och övrig sjukvårdspersonal förmedlar till patienten att depåinjektioner förbättrar prognosen.

Konsekvenser av denna underbehandling är att patienter inte får effekt av sin behandling och att de får svårare att fungera i vardagen, vilket påverkar deras möjligheter till bättre psykisk hälsa och livskvalitet. Dessa patienter kan också komma att behöva söka mer vård, vilket inte bara innebär sämre förutsättningar för patienten utan även ökade hälsoekonomiska kostnader.

Det är viktigt att behandlande läkare och övrig sjukvårdspersonal ger patienten tydlig information om att antipsykotiskt läkemedel i depåform ger en förbättrad prognos.

Det krävs ofta samordnade insatser mellan vård och socialtjänst för patienter med psykossjukdom och samsjuklighet med missbruksproblematik. Den aktuella patientgruppen behöver insatser som kan hjälpa personerna till en fungerande vardag med ett boende och en meningsfull sysselsättning.

Detta kan underlätta och motivera patienten till att medverka i den vård som erbjuds, som till exempel antipsykotiskt läkemedel i depåform.

Resultatet av nivå av depåbehandling kan vara påverkat av vilka rutiner regionerna har när det gäller vården av patienter med schizofreni och missbruksproblematik. Även graden av samordning med kommunerna kan påverka resultatet.

Läkemedel mot extrapyramidala biverkningar

Extrapyramidala biverkningar är vanliga vid behandling med antipsykotiska läkemedel och yttrar sig i en känsla av krypningar i benen, skakningar, muskelstelhet och långsam stel gång. Biverkningarna är dosberoende och upphör ofta då det antipsykotiska läkemedlet sätts ut.

Patienter som behandlats under lång tid löper risk att få långsiktiga motoriska biverkningar, så kallad tardiv dyskinesi. Dessa oönskade effekter yttrar sig som ofrivilliga rörelser i käkpartiet eller den övre kroppshalvan och förorsakar ofta svårigheter att äta. Tardiv dyskinesi kan finnas kvar långt efter att läkemedlet har satts ut [2].

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

Data på behandling av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med antikolinerga läkemedel hämtas från patientregistret och läkemedelsregistret. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator F5 som beskrivs i indikatorbilagan.

Resultat

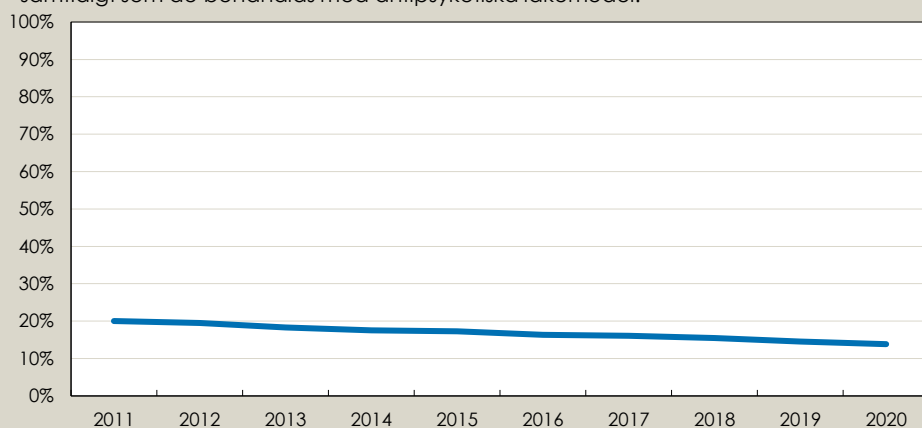
I vår utvärdering har vi inte identifierat några signifikativa könsskillnader för denna indikator. Utvärderingen visar att 14 procent av patienter diagnostiserade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd behandlas med läkemedel med antikolinerg effekt mot extrapyramidala biverkningar samtidigt som de behandlas med antipsykotiska läkemedel (diagram 10.14).

Sett över en tioårsperiod har denna andel successivt minskat med 6 procentenheter. Bland patienter i den aktuella patientgruppen som är 55 år och äldre är det nästan 2 av 10 som behandlas med läkemedel med antikolinerg effekt jämfört med dem som är under 55 år där det är runt 1 av 10 som får denna typ av behandling.

Bland patienter med en lägre utbildningsnivå utan gymnasieskolgång är det knappt 2 av 10 som fått denna typ av läkemedelsbehandling, i jämförelse med knappt 1 av 10 bland dem med en högre utbildning efter gymnasiet. På regionnivå skiljer det 12 procentenheter mellan den region som har högst respektive lägst andel (diagram 10.15).

Diagram 10.14 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar

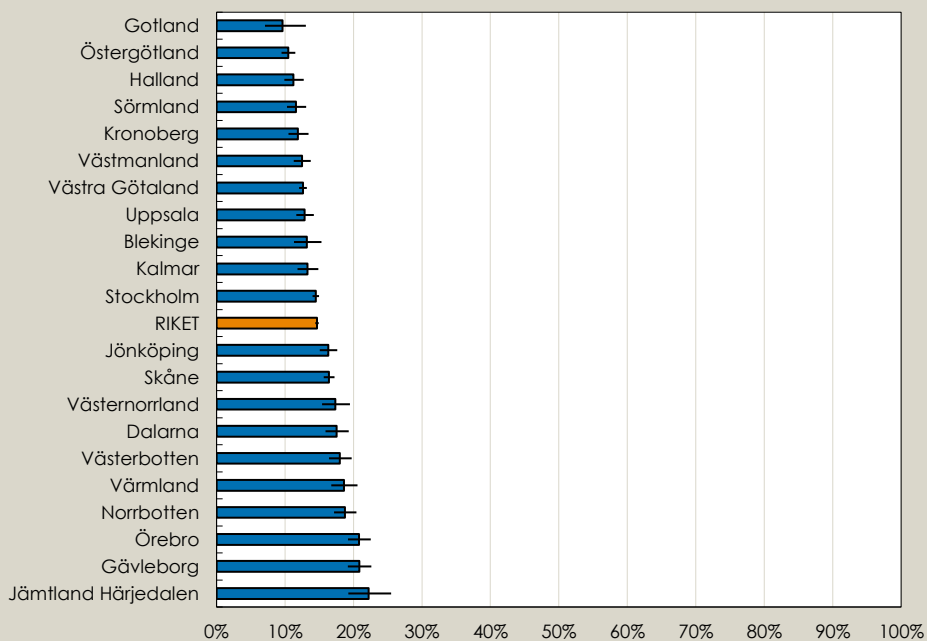
Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med läkemedel med antikolinerg effekt mot extrapyramidala biverkningar samtidigt som de behandlas med antipsykotiska läkemedel.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 10.15 Behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med läkemedel med antikolinerg effekt mot extrapyramidala biverkningar samtidigt som de behandlas med antipsykotiska läkemedel för åren 2018-2020.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att det är en hög andel av patienter med schizofreni som får en behandling med antikolinerga läkemedel. Samtidigt kan vi se att det är en stadigt minskande trend. Framtagna data visar att regionerna i norra delen av Sverige har en högre andel som behandlas med antikolinerga läkemedel.

Läkemedlet trihexyfenidyl med ATC-kod N04AA01 avregistrerades 1 juli 2021. Sannolikt har de som stått på läkemedlet fått det på licens eller bytt till annat likvärdigt läkemedel, vilket gör att avregistreringen troligtvis inte är en faktor som är avgörande för den minskning vi ser.

Det är fler äldre patienter med schizofreni som får en behandling med antikolinerga läkemedel. Eftersom äldre är mer känsliga för läkemedel som påverkar kognitionen kan en behandling med antikolinerga läkemedel ge en större skada jämfört med hos yngre patienter. Samtidigt kan detta resultat indikera att nyrekryteringen av patienter som får antikolinerga läkemedel sannolikt minskar. Det kan tala för att kurvan fortsatt kommer att gå nedåt.

För att läkemedelsbehandlingen ska kunna fungera väl som en del i behandlingen behöver det finnas förutsättningar för att utforma och fortlöpande justera den inom ramen för ett delat beslutsfattande. Det gäller att identifiera aktuella aktiviteter och mål i individens liv relaterat till önskade och oönskade effekter av de läkemedel som kan vara aktuella. Det är mycket viktigt att diskutera biverkningar, och patientens upplevelser och preferenser är viktiga faktorer i beslutet om behandling. Om patienten exempelvis vill sänka dosen för att hen upplever besvärliga biverkningar gäller det att göra detta försiktigt. En sänkning behöver ske i samarbete med patienten och de anhöriga, och det behöver finnas en beredskap för att hantera det beslut som patienten fattar. Man behöver följa tätt hur det går och vara uppmärksam på tidiga tecken på återinsjuknande – här är även de anhörigas bild viktig. På så sätt kan man få nya insikter, en bättre allians och en patient som tar mer ansvar för sin behandling. Både läkare och annan personal behöver kompetens och tid för att kunna arbeta på det här sättet.

Läkemedelsrekommendationerna kan användas för lokalt och regionalt förbättringsarbete. Det finns anledning att se över förskrivningen av ett läkemedel om man exempelvis i en region utifrån registerdata ser att ett lågt prioriterat läkemedel förskrivs i stor utsträckning, och man samtidigt ser att en stor andel patienter drabbas av biverkningar som kan förknippas med det aktuella läkemedlet.

Överdödlighet bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

I detta avsnitt redovisar vi dödligheten bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd jämfört med dödligheten i befolkningen när det gäller totaldödlighet, dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom och i suicid. Hög dödlighet kan tyda på samsjuklighet och bristande omhändertagande inom såväl psykiatrisk som somatisk vård, och förbyggande vård. Det är viktigt att följa upp personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd för att ha koll på, och motverka om de missgynnas i den positiva utvecklingen av medellivslängd och dödlighet som gäller i hela befolkningen. Data hämtas från patientregistret och dödsorsaksregistret samt befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator F1 som beskrivs i indikatorbilagan.

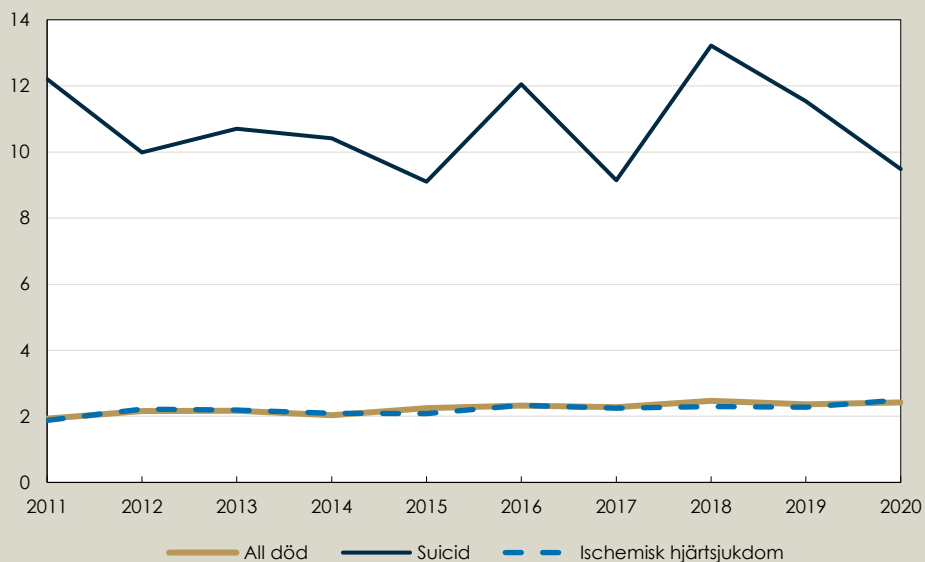
Resultat

Utvärderingen visar att som helhet är dödligheten bland patienter med schizofreni närmare 2,4 gånger högre än i befolkningen (diagram 11.1). För tio år sedan var dödligheten 1,9 gånger högre än i befolkningen. I samtliga regioner har patienter med schizofreni högre dödlighet än befolkningen i övrigt, men överrisken varierar mellan regionerna från att vara nästan fördubblad till att vara närmare 3 gånger så hög (diagram 11.2).

För män i gruppen patienter med schizofreni är dödligheten 2,6 gånger högre än för män i befolkningen. Motsvarande siffra för kvinnor i gruppen patienter med schizofreni är 2,3. Patienter med schizofreni som är yngre än 50 år har 8 gånger så stor överdödlighet jämfört med samma åldersgrupp i befolkningen. Personer med schizofreni med en eftergymnasial utbildning har nästan 3 gånger så stor överdödlighet jämfört med personer med eftergymnasial utbildning i befolkningen. Motsvarande siffra för dem med en förgymnasial utbildning ligger på drygt 2 gånger så stor.

Diagram 11.1 Överdödlighet bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

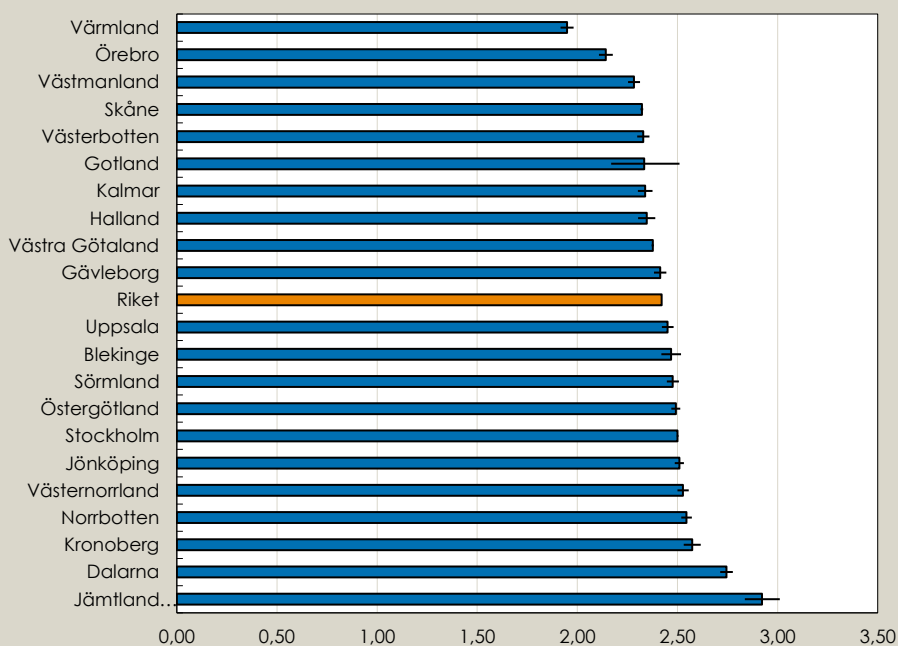
Dödlighet bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd jämfört med dödligheten i befolkningen när det gäller totaldödlighet, dödlighet i suicid och ischemisk hjärtsjukdom, kvoter. Lågt värde eftersträvas. En kvot på 1 = ingen överdödlighet i jämförelse med övriga befolkningen. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 11.2 Överdödlighet i alla dödsorsaker bland vårdade med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Dödlighet bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd jämfört med dödligheten i befolkningen när det gäller totaldödlighet för åren 2018-2020. Lågt värde eftersträvas. En kvot på 1 = ingen överdödlighet i jämförelse med övriga



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Överdödligheten i ischemisk hjärtsjukdom bland personer med schizofreni är 2,5 gånger högre än i befolkningen (diagram 11.1). För tio år sedan låg den siffran på 1,9. För män i schizofrenigruppen är dödligheten nästan 3 gånger så hög jämfört med män i befolkningen, och motsvarande siffra för kvinnor ligger på drygt 2 gånger så hög. Gruppen patienter med schizofreni som är yngre än 50 år har nästan 7 gånger så hög överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom jämfört med samma åldersgrupp i befolkningen. Patienter med schizofreni med en eftergymnasial utbildning har ungefär 3 gånger så hög överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom jämfört med personer med eftergymnasial utbildning i befolkningen. Motsvarande siffra för dem med en förgymnasial utbildning ligger på 2 gånger så hög. På regionnivå kan vi inte visa data för överdödligheten i ischemisk hjärtsjukdom eftersom underlaget är för litet.

Överdödligheten i suicid är betydligt mer markant som helhet – den är drygt 9 gånger högre bland patienter med schizofreni jämfört med totalbefolkningen (diagram 11.1). Sett över en tioårsperiod har överdödligheten i suicid fluktuerat mellan 9 och 13 gånger så hög som i befolkningen. Dessa siffror ska dock tolkas med försiktighet, eftersom analysen grundar sig på ett begränsat antal observationer. På regionnivå kan vi inte redovisa data för överdödlighet i suicid eftersom underlaget är för litet.

För män i schizofrenigruppen är dödligheten i suicid drygt 8 gånger så hög som för män i befolkningen, och motsvarande siffra för kvinnor ligger på 11. Vid en första anblick kan det kanske verka märkligt att data här visar en högre överdödlighet i suicid för kvinnor än för män. Men viktigt att komma ihåg är att vi i denna analys inte gör en jämförelse i risk mellan kvinnor och män, utan en jämförelse mellan risken hos kvinnor i schizofrenigruppen jämfört med kvinnor i befolkningen och på motsvarande sätt för män. Eftersom kvinnor i befolkningen avlider i suicid i lägre grad jämfört med män kommer kvoten att ligga högre här för kvinnor jämfört med kvoten för män. Detta gör att skillnaden i dödlighet bland kvinnor med och utan schizofreni är större än skillnaden i dödlighet bland män med och utan schizofreni.

Bland patienter med schizofreni som är yngre än 50 år är överdödligheten i suicid nästan 14 gånger så hög jämfört med samma åldersgrupp i befolkningen. Patienter med schizofreni med en eftergymnasial utbildning har nästan 13 gånger så hög överdödlighet i suicid jämfört med personer med eftergymnasial utbildning i befolkningen. Motsvarande siffra för dem med en förgymnasial utbildning ligger på drygt 5 gånger så hög.

Analys av överdödlighet utifrån födelseland har inte varit möjlig att göra på grund av för litet underlag av data.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har en högre dödlighet i jämförelse med befolkningen. Vi kan konstatera att utvecklingen har gått i fel riktning under den senaste tioårsperioden, där dödligheten har legat kvar på en hög nivå för personer med schizofreni i jämförelse med övriga befolkningen. Detta gäller speciellt en mycket högre

dödlighet i suicid i jämförelse med den övriga befolkningen, men även en förhöjd total dödlighet och en förhöjd dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.

Patienter med schizofreni, har avsevärt högre kroppslig sjuklighet, bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och komplikationer orsakade av diabetes, än befolkningen i övrigt. Att patienter med schizofreni har en högre dödlighet kan förklaras i varierande grad av sjukdomen i sig, biverkningar av mediciner, levnadsvanor som påverkar till exempel rökning, mathållning, fysisk aktivitet och missbruk. Här är även socioekonomiska konsekvenser av betydelse. Typer av socioekonomiska konsekvenser som sjukdomen bland annat kan medföra är hemlöshet, arbetslöshet och oförmåga att navigera i vårdssystemet. Dessa konsekvenser är i sin tur sociala bestämningsfaktorer som har betydelse och inverkan på hälsotillstånd och risk för att avlida i förtid [20].

Många personer med schizofreni har en kroppslig samsjuklighet som möjligtvis inte uppmärksammas på samma sätt som för personer utan schizofreni. Vid risk för kroppslig sjukdom har psykiatrin ett ansvar för förebyggande insatser och tidig upptäckt. Vid manifest sjukdom bör patienten remitteras till primärvård för fortsatt handläggning. Personer med schizofreni kan också ha svårt att tolka, upptäcka och beskriva kroppsliga besvär, och därför har psykiatrin även ett ansvar att stödja patienten i kontakt med somatisk vård.

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

Vår utvärdering visar att schizofreni är en potentiellt dödlig sjukdom där resurser och vårdinsatser för att förhindra suicid är oundgängliga. Sjukvården behöver bli mer tillgänglig för personer med schizofreni. Genom att arbeta mer med uppsökande verksamhet ökar sannolikheten att man i större grad kan nå patienter som inte aktivt söker upp vård. Omhändertagande inom såväl psykiatrisk som somatisk vård och förebyggande vård behöver fortsatt utvecklas. Årliga fysiska hälsokontroller som innefattar hälsosamtal, somatisk undersökning och provtagning samt screening för att identifiera fysisk ohälsa och sjukdom är här viktiga instrument. Vid kända riskfaktorer som till exempel viktuppgång, ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes är det nödvändigt med tätare uppföljning. Likaså behövs ytterligare samverkan mellan vård och socialtjänst för att säkerställa att personer med psykossjukdom ges de insatser och stöd som behövs för att motverka och lindra sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdomen.

Sysselsättning och försörjning

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden. Personer som insjuknar i ung ålder och ännu inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden löper särskilt stor risk för framtida ekonomiskt utsatta förhållanden. Att komma ut i arbetslivet kan ha gynnsamma ekonomiska konsekvenser för personer med schizofreni och innebära möjlighet att delta i samhället och leva som andra. En fungerande vård och omsorg är en av förutsättningarna för detta.

I denna utvärdering har vi analyserat hur stor andel av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i åldersgruppen 25–64 år som får sin huvudsakliga inkomst från ett förvärvsarbete i jämförelse med nivån i befolkningen. Vi har även tittat på hur stor andel av personer med schizofreni som har en samsjuklighet med missbruk och beroende som får sin huvudsakliga inkomst från ett förvärvsarbete i jämförelse med befolkningen. Data hämtas från patientregistret och registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS) från Statistiska centralbyrån. I vår utvärdering följer vi upp detta med indikator F9 som beskrivs i indikatorbilagan.

Resultat

För personer diagnostiserade med schizofreni visar utvärderingen att 21 procent har sin huvudsakliga inkomstkälla från förvärvsarbete (diagram 12.1). Motsvarande siffra för personer med schizofreni och samsjuklighet i missbruk och beroende är 17 procent. I befolkningen är det 80 procent som har sin huvudsakliga inkomstkälla från förvärvsarbete.

Sett över en tioårsperiod har andelen i förvärvsarbete bland personer med schizofreni ökat med 6 procentenheter och för personer med samsjuklighet med 8 procentenheter. Under denna tid har det skett en samtidig ökning av andelen förvärvsarbetande i befolkningen med 3 procentenheter.

Av kvinnor med schizofreni är 20 procent i förvärvsarbete och av kvinnor med samsjuklighet 14 procent. Motsvarande siffror för män är 21 procent respektive 18 procent. Jämförelsevis i befolkningen är det 80 procent av både kvinnor och män som får sin huvudsakliga inkomst från förvärvsarbete.

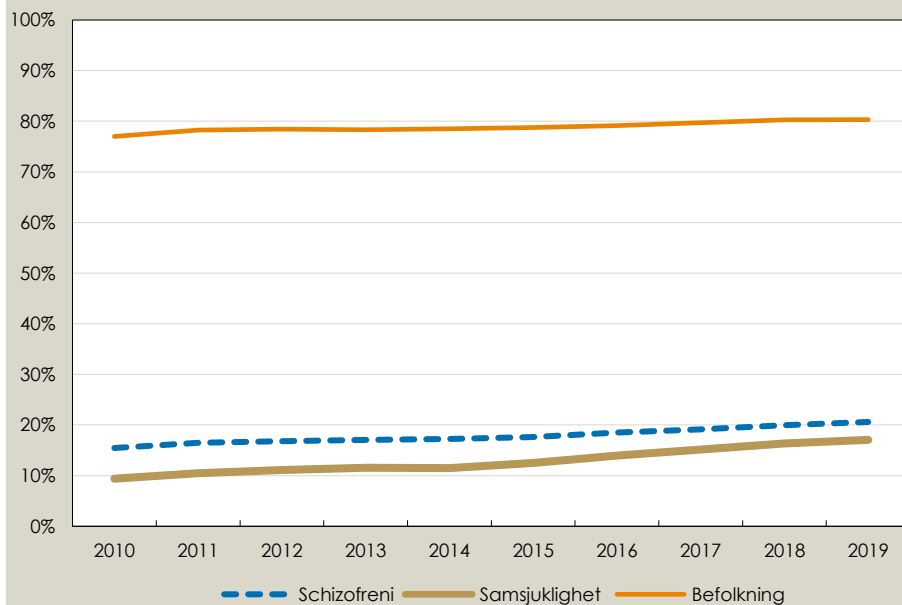
Bland personer med schizofrenidiagnos som är 29 år och yngre är det 3 av 10 som förvärvsarbetar, medan det i den äldre åldersgruppen bland dem som är över 55 år är 1 av 10. Motsvarande siffra för de med samsjuklighet är drygt 2 av 10 i den yngre åldersgruppen och knappt en av 10 bland de äldre.

I gruppen personer med schizofreni med en högre utbildning på eftergymnasial nivå är det en högre andel som förvärvsarbetar, drygt 3 av 10, jämfört med dem med en lägre utbildning på grundskolenivå där det är ungefär 1 av 10 i förvärvsarbete. Personer med schizofreni och samsjuklighet i missbruk och beroende uppvisar liknande nivåer när man gör en analys utifrån utbildningsnivå.

På regionnivå för personer med schizofreni skiljer det 13 procentenheter mellan den region som har störst respektive minst andel som får sin huvudsakliga försörjning från ett förvärvsarbete. För personer med samsjuklighet kan data inte visas på regionnivå på grund av för litet underlag.

Diagram 12.1 Egen försörjning

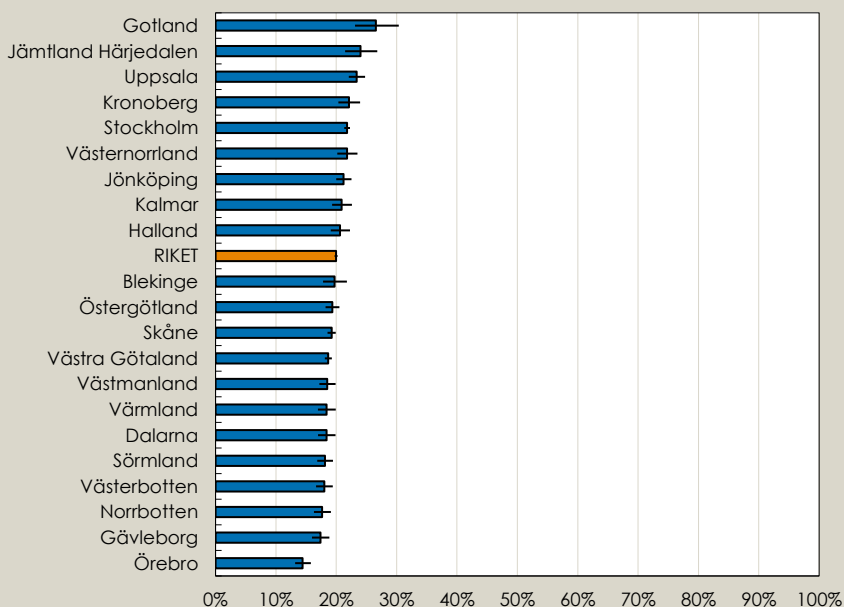
Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och samsjuklighet med missbruk och beroende som har sin huvudsakliga inkomstkälla från förvärvsarbete i jämförelse med befolkningen.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Registerbaserad Aktivitetsstatistik (RAKS), Statistiska Centralbyrån (SCB).

Diagram 12.2 Egen försörjning

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har sin huvudsakliga inkomstkälla från förvärvsarbete för åren 2017-2019.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Registerbaserad Aktivitetsstatistik (RAKS), Statistiska Centralbyrån, SCB.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att en relativt låg andel av personer med schizofreni har ett förvärvsarbete i förhållande till hur det ser ut i befolkningen. Över tid kan man dock se en positiv utveckling där andelen i förvärvsarbete har ökat något mer än i befolkningen i stort. Att fler i den yngre åldersgruppen har ett förvärvsarbete pekar också mot en förbättring när det gäller att stärka och fånga upp unga människors förmåga till arbete.

Schizofreni är en sjukdom som har stor påverkan på funktionsförmåga och möjlighet att kunna klara av ett förvärvsarbete. Samtidigt är det viktigt att kommuner och regioner i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen ger förutsättningar för personer med schizofreni att prova på arbete eller studier.

Varje individ ska värderas utifrån sina egna förutsättningar för att komma ut i arbetslivet och ges möjlighet att delta i samhället och leva som andra. Det finns en risk att stigmatiserande uppfattningar i samhället eller generellt låga förväntningar på en grupp kan styra vad som anses vara möjligt för den enskilde. Att inte tillåtas att delta i arbetslivet kan leda till ett utanförskap, försämrad hälsa, ekonomiska svårigheter, dåligt självförtroende och en känsla av hopplöshet. Men det omvända är också giltigt: att ha en meningsfull sysselsättning, att kunna försörja sig själv och att behövas på en arbetsplats är en stark friskfaktor.

Personer med schizofreni behöver ett individuellt stöd för att kunna få möjligheter till att arbeta vilket också ökar sannolikheten för en snabbare återhämtning. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar arbete eller har svag arbetsmarknadsanknytning.

Även andra rekommendationer från Socialstyrelsen har en hög prioritet i nationella riktlinjer [3]. Det gäller psykopedagogiska behandlingsprogram som till exempel ESL och IMR, vars syfte är att personer med schizofreni ska få en ökad förmåga att klara av vardagliga aktiviteter och det sociala samspelet med andra, vilket skulle kunna öka förutsättningarna för att kunna delta i arbetslivet utifrån personens egen motivation och vilja. Även NECT-metoden, en psykosocial insats för att minska självstigmatisering och samordnade insatser för förstagångsinsjuknade skulle kunna öka förutsättningarna för ett arbete. Om alla personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd skulle få dessa insatser som Socialstyrelsen rekommenderar skulle förutsättningarna öka för att fler inom den aktuella gruppen, som önskar att komma ut i arbetslivet, skulle få en chans till detta.

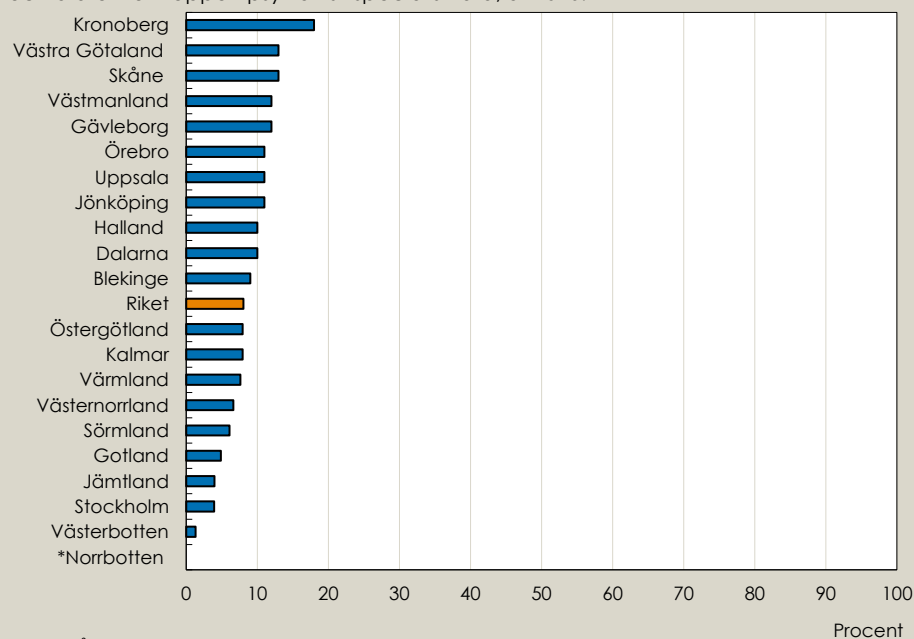
Vårdkonsumtion

Öppen psykiatrisk specialistvård

Under 2020 var det totala antalet vårdbesök i Sverige för personer 18 år och äldre inom den öppna specialistpsykiatrin 55 034 besök per 100 000 invånare. Av dessa besök var det 8 procent som gjordes av personer med diagnoserna schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom, vilket var den femte största diagnosgruppen av tolv. Över tid mellan åren 2017 och 2019 har andelen besök legat mellan 8 och 9 procent [21–24]. En jämförelse mellan regionerna uppvisar en skillnad på 17 procentenheter mellan största och minsta värdet av andelen besök (diagram 13.1).

Diagram 13.1 Besök av personer med Schizofreni inom öppen psykiatrisk specialistvård

Andel besök av personer med schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom av det totala antalet besök för personer per 100 000 invånare 18 år och äldre inom öppen psykiatrisk specialistvård, år 2020.



*Visas ej på grund av uppgift saknas.

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, Psykiatrin i siffror, 2020

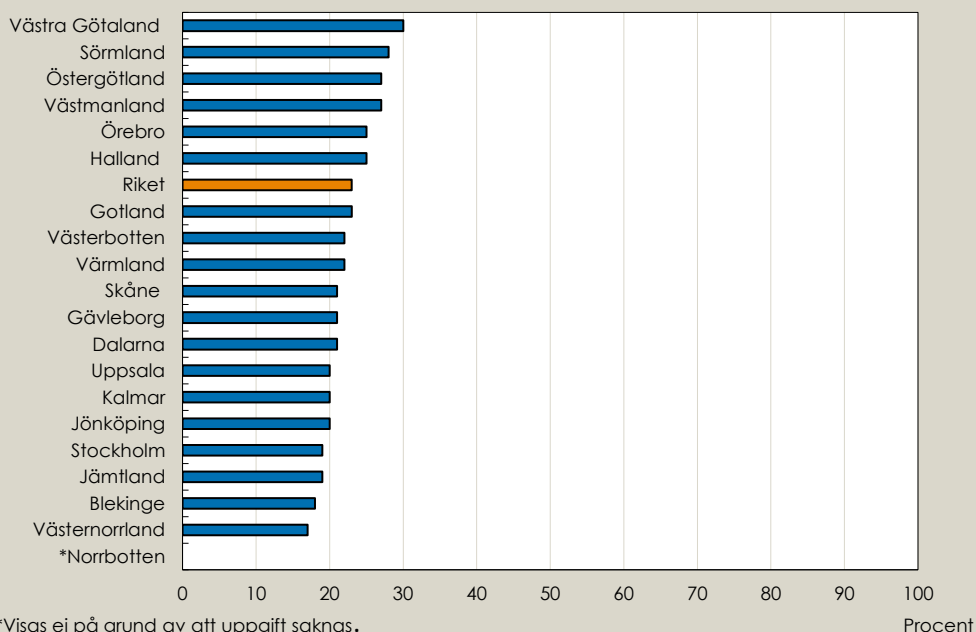
Sluten psykiatrisk specialistvård

Inom den psykiatriska specialistvården var det totala antalet vård dagar för personer 18 år och äldre på nationell nivå 10 468 vård dagar per 100 000 invånare. Av dessa vård dagar var det 23 procent som innefattade personer med diagnoserna schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom, vilket tillsammans med förstämningssyndrom var den diagnosgruppen som hade högst andel vård dagar. Under åren 2017–2019 har andelen

vård dagar för personer med schizofreni legat mellan 21 och 24 procent [21–24]. En jämförelse mellan regionerna visar en skillnad på 18 procentenheter mellan det största och minsta värdet av andelen vård dagar (diagram 13.2).

Diagram 13.2 Vård dagar för personer med schizofreni inom sluten psykiatrisk vård

Andel vård dagar för personer med Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom av det totala antalet vård dagar per 100 000 invånare för personer 18 år och äldre inom sluten psykiatrisk specialistvård, år 2020.



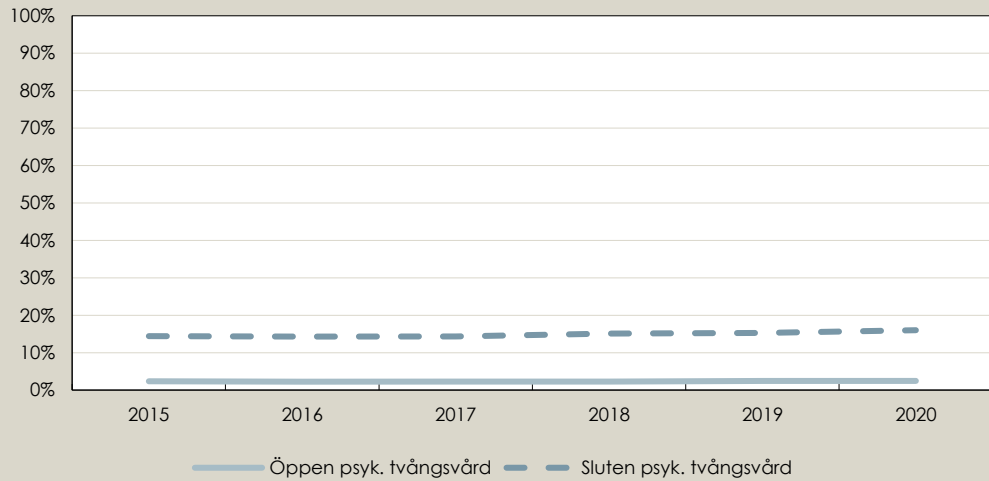
Tvångsvård

Av alla som vårdades inom sluten tvångsvård under år 2020 var det 5 362 personer som var diagnostiserade med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, vilket motsvarar 45 procent av alla som tvångsvårdades under det året. Sett till en sexårsperiod har andelen som tvångsvårdas inom den aktuella gruppen legat i stort sett oförändrad mellan 44 och 45 procent. Motsvarande siffra för öppen tvångsvård var 821 personer, vilket motsvarar 57 procent av alla som vårdades inom öppen tvångsvård. Över en sexårsperiod har det skett en minskning med 11 procentenheter inom öppen tvångsvård.

Däremot inom gruppen av alla personer som diagnostiserades med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, som utgörs av omkring 33 000 personer, var det 16 procent som vårdades inom sluten tvångsvård och 2 procent inom öppen tvångsvård (diagram 13.3). Sett över en sexårsperiod har andelen som vårdats inom sluten och öppen tvångsvård legat i stort sett oförändrat.

Diagram 13.3 Tvångsvård

Andel av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som vårdats inom tvångsvård 2015-2020, procent.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Rättspsykiatrisk vård

Av alla som vårdades inom sluten rättspsykiatrisk vård under år 2020 var det 520 personer som var diagnostiserade med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Det motsvarar 28 procent av alla som vårdades inom sluten rättspsykiatrisk vård under perioden. Sett över en sexårsperiod har andelen som tvångsvårdas inom den aktuella gruppen varierat över tid och som högst legat på 31 procent både år 2015 och år 2019. Som lägst var den siffran 28 procent år 2020. Motsvarande siffra för öppen rättspsykiatrisk vård var 187 personer, vilket motsvarar 34 procent av alla som vårdades inom öppen rättspsykiatrisk vård. Sett över en sexårsperiod har andelen som vårdats inom öppen rättspsykiatrisk vård varierat. Som högst har den siffran legat på 38 procent år 2019 och som lägst på 30 procent år 2015.

Inom gruppen personer som diagnostiserades med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och som utgörs av omkring 33 000 personer var det däremot knappt 2 procent som vårdades inom sluten rättspsykiatrisk vård och mindre än 1 procent som vårdades inom öppen rättspsykiatrisk vård. Sett över en sexårsperiod har andelen som vårdats inom sluten och öppen rättspsykiatrisk vård legat i stort sett oförändrad.

Somatisk vård

Hos personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med en samtidig diagnostiserad astma, KOL eller diabetes låg vårdkonsumtionen av antal vårdtillfällen och vård dagar i genomsnitt högre i jämförelse med patienter i befolkningen med en motsvarande somatisk diagnos (tabell 13.1).

Motsvarande data för hjärt- och kärlsjukdom visade också på att vårdkonsumtionen i slutenvården var högre hos patienter med schizofreni jämfört

med befolkningen. I den öppna specialistvården låg vårdkonsumtionen på en liknande nivå för patienter med schizofreni och personer i befolkningen diagnostiserade med hjärt-och kärlsjukdom.

Tabell 13.1 Vårdkonsumtion av somatisk vård vid schizofreni

Konsumtion av öppen specialistvård och slutenvård för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med samtidig diagnos i astma och KOL, diabetes eller hjärt-och kärlsjukdom i jämförelse med vårdkonsumtion i befolkningen för patienter med motsvarande diagnose, år 2020.

	Asthma och KOL		Diabetes		Hjärt- och kärlsjukdom	
	Befolkn.	Schizof.	Befolkn.	Schizof.	Befolkn.	Schizof.
Medel, antal vårdtillfällen i öppen specialistvård	0,25	0,51	0,79	0,92	1,38	1,35
Andel med minst ett vårdtillfälle i öppen specialistvård	12%	20%	33%	34%	52%	49%
Medel, antal vård dagar i slutenvården	0,73	1,80	1,81	3,35	3,50	5,46
Andel med minst ett vårdtillfälle i slutenvården	7%	15%	15%	20%	29%	34%

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Framtagen data på vårdkonsumtion för dessa fyra somatiska sjukdomar – astma, KOL, diabetes och hjärt- och kärlsjukdom – verifierar inte en bild av att patienter med schizofreni skulle få sämre vård, i alla fall inte utifrån aspekten antal vårdtillfällen och vård dagar [1]. Dock är det viktigt att betona att de data vi ser endast omfattar specialistvård. När det gäller sjukdomstillstånden astma och KOL samt diabetes kan vi i vår utvärdering se att personer med schizofreni i högre grad diagnostiseras med dessa sjukdomar jämfört med befolkningen. Jämfört med för ungefär tio år sedan är det några procentenheter fler bland personer med schizofreni som diagnostiseras med dessa sjukdomar.

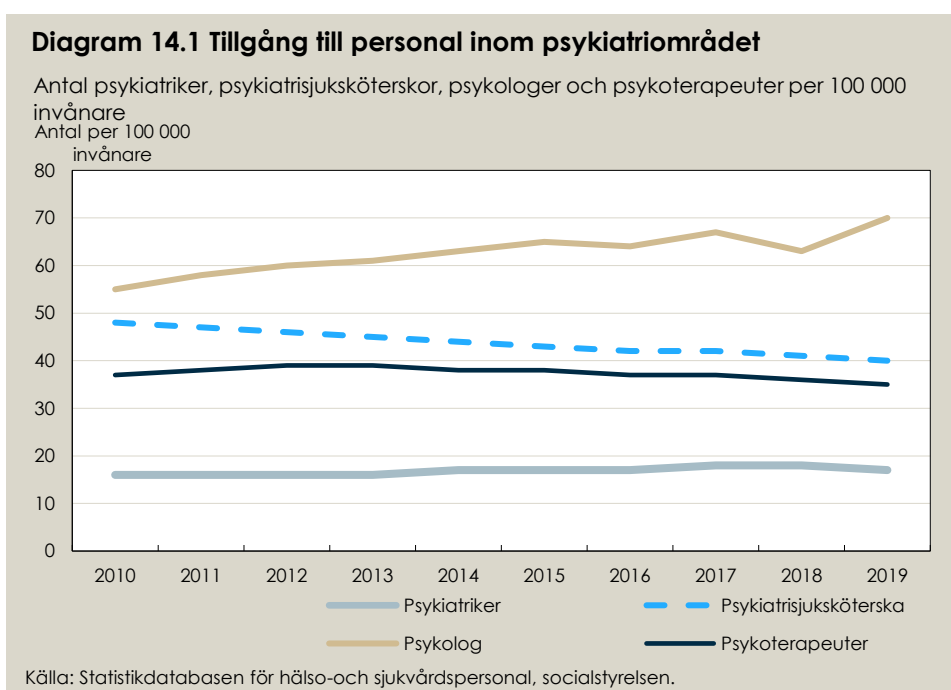
Vår utvärdering visar på en högre dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom bland personer med schizofreni, samtidigt som data i utvärderingen tyder på att personer med schizofreni i lägre grad diagnostiseras med hjärt- och kärlsjukdom. Likaså visar data i vår utvärdering att personer med schizofreni i lägre grad diagnostiseras med cancer i jämförelse med befolkningen. Forskning har också visat att personer med schizofreni har en högre dödlighet i sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom och cancer, men att de inte i högre grad diagnostiseras med dessa tillstånd [12].

En hypotes till att det ser ut så här är att patienter med schizofreni kommer till vården i ett senare skede av sjukdomsförloppet och därför behöver en större vårdinsats. En annan bidragande orsak kan möjligtvis vara att patienter med schizofreni i vissa fall behöver ligga något längre inom slutenvården och har en tätare kontakt med den öppna specialistvården för somatiska

tillstånd på grund av den funktionsnedsättning som diagnosen schizofreni kan medföra.

Tillgång till legitimerad personal inom psykiatrisk vård

Tillgången till psykologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården har ökat sedan år 2010 (diagram 14.1). Antalet psykiatriker har varit relativt konstant medan antalet psykiatrisjuksköterskor har minskat vilket gör att det senare är bristkompetenser i dagsläget. Även bland psykoterapeuter kan man se en tendens till nedgång i antalet.



Som tabell 14.1 visar finns det skillnader i tillgången till personalgrupper mellan sjukvårdsregionerna. Stockholms sjukvårdsregion har dubbelt så många psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter jämfört med de sjukvårdsregioner som har lägst antal. Samtidigt har Stockholm lägst andel psykiatrisjuksköterskor, medan Södra, Västra och Norra sjukvårdsregionerna har nästan 1,5 gånger så många psykiatrisjuksköterskor som Stockholm.

Tabell 14.1 Tillgång till personal

Antal psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare år 2019, uppdelat efter sjukvårdsregion.

	Psykiatriker	Psykiatrisjuksköterskor	Psykologer	Psykoterapeuter
Riket	17	40	70	35
Stockholms sjukvårdsregion	22	31	89	52
Sydöstra sjukvårdsregionen	14	37	47	23
Södra sjukvårdsregionen	15	45	61	30
Västra sjukvårdsregionen	19	45	82	36
Uppsala/Örebro sjukvårdsregion	14	43	59	28
Norra sjukvårdsregionen	11	45	63	23

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

Kostnader för vård vid schizofreni

För att kunna beräkna sjukvårdskostnader för vård vid schizofreni har uppgifter hämtats både från KPP (kostnad per patient) databasen, som SKR administrerar, och från Socialstyrelsens läkemedelsregister samt från patientregistret (PAR).

Kostnad per patient (KPP)

Kostnad per patient (KPP) innebär att sjukvårdens kostnader beräknas för varje enskild vårdkontakt. Modellen utgår från att vårdkontaktens kostnader kalkyleras på lägsta nivå (klinik/mottagning) och aggregeras för att bilda sjukhusets bruttokostnad. KPP för psykiatri bygger på uppgifter där man kan följa individens totala konsumtion av både öppen- och slutenvård. I KPP-databasen finns uppgifter om patienten, om vårdenheten där patienten har vårdats och administrativa uppgifter om vårdtillfället, medicinska variabler som diagnoser och åtgärds-koder samt kostnadsdata. Kostnadsdata omfattar vårdkompetens (läkare och annan behandlande personal), omvårdnad, mottagning eller vårdavdelning, läkemedel på rekvisition i slutenvården, material, operationer etc.

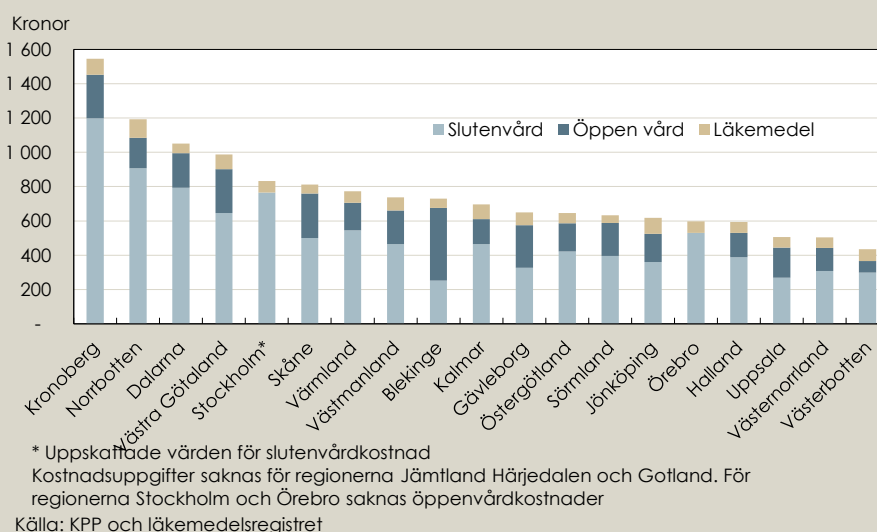
För närvarande rapporterar 18 regioner till KPP databasen för psykiatri; regionerna Stockholm, Gotland och Jämtland rapporterar inte alls och Region Örebro rapporterar enbart slutenvårdskostnader för psykiatri.

Sjukvårdskostnader vid vård för schizofreni 2020

Kostnadsberäkningarna omfattar slutenvård, öppenvård och läkemedel. Totalkostnad för vård vid schizofreni i riket uppskattas till 4,9 miljarder, varav 3,5 miljarder slutenvård, drygt 0,9 miljarder öppenvård och drygt 0,4 miljarder för läkemedel.

Kostnader för slutenvård, öppenvård och läkemedel beräknas även per capita 18 till 65 år per region 2020 för att möjliggöra jämförelser mellan regionerna. Notera att öppenvårdskostnader för regionerna Stockholm och Örebro saknas samt att slutenvårdskostnader för region Stockholms har uppskattats genom att multiplicera antalet vård dygn för schizofreni från PAR med en uppskattning av slutenvårdskostnaden per dygn från region Stockholm (Figur 15.1). Av Figur 15.1 framgår att slutenvårdskostnader utgör en stor del av kostnaderna för vård vid schizofreni i flertalet regioner och att det finns en spridning i slutenvårdskostnad per capita mellan regionerna.

Figur 15.1 Sjukvårdskostnader för vård vid schizofreni per capita



Insatser och slutenvårdskostnader

För att studera om det finns samband på regional nivå mellan vilka åtgärder som ges och slutenvårdskostnader för vård vid schizofreni använder Socialstyrelsen enkätdata om insatser i vården för patienter med schizofreni. Dock är datatillgången mycket begränsad och aggregerad, varför inga långtgående slutsatser bör dras. Resultaten antyder att ju högre andel av patienterna som får social träning med behandlingsprogram som exempelvis ESL eller IMR eller erbjuds case management desto lägre blir slutenvårdskostnaden för vård vid schizofreni per capita. Vidare antyder resultaten att slutenvårdskostnaden per capita kan öka genom att erbjuda mobila interventionsteam till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd i akut fas, vilket kan bero på att behov av slutenvård tillgodoses i högre utsträckning i regioner som har tillgång till mobila interventionsteam.

Kostnadsutveckling för specialiserad psykiatrisk vård

Regionernas nettokostnader är de samlade kostnaderna för hälso- och sjukvård exklusive kostnader som täcks av andra finansieringskällor som exempelvis statsbidrag och patientavgifter. År 2021 var regionernas nettokostnader för specialiserad psykiatrisk vård exklusive läkemedel 26,2 miljarder kronor eller drygt 2 500 kronor per capita. Motsvarande kostnader för den specialiserade somatiska vården var 163 miljarder kronor eller drygt 15 600 kronor per capita, och för primärvården 52,9 miljarder kronor, närmare 5 100 kronor per capita.

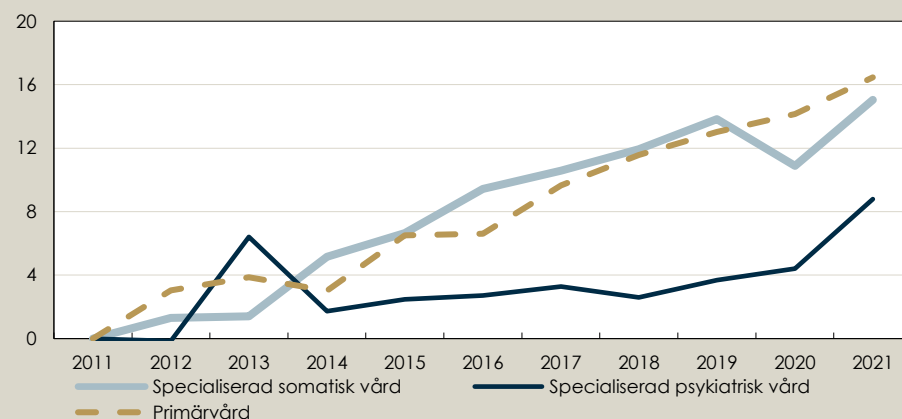
Figur 15.3 visar nettokostnadsutvecklingen för den specialiserade psykiatriska vården jämfört med den specialiserade somatiska vården och primär-

vården i fasta priser [25]. Regionernas nettokostnader för psykiatrisk vård har under de senaste åren inte ökat i lika stor utsträckning som nettokostnaderna för specialiserad somatisk vård och primärvård. Från 2010 till 2021 har regionernas nettokostnad ökat med 9 procent för psykiatri i 2010-års priser. Under samma period ökade nettokostnaden för specialiserad somatisk vård med 15 procent och för primärvården med 16 procent.

Figur 15.3 Procentuell nettokostnadsutveckling exkl läkemedel

Procentuell nettokostnadsutveckling exklusive läkemedelskostnader för specialiserad psykiatrisk vård, specialiserad somatisk vård och primärvård för åren 2010 till 2021

Procent



Källa: SCB och SKR

Referenser

1. Nationell utvärdering 2013 : vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni : rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd : nationella riktlinjer : lägesbeskrivning 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
3. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
4. Socialstyrelsens statistikdatabas. Sökning gjord 2022-06-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/-statistik-databasen>.
5. Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.(SOU 2021:93).
6. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende : stöd för styrning och ledning : 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
7. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
8. Vård vid depression och ångestsyndrom : huvudrapport med förbättringsområden : nationella riktlinjer - utvärdering 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
9. Täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister 2020. Socialstyrelsen; 2020.
10. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser, Hämtad 2022-06-30 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/>.
11. Flyckt L, Löthman A, Jörgensen L, Rylander A, Koernig T. Burden of informal care giving to patients with psychoses: a descriptive and methodological study. *Int J Soc Psychiatry*. 2013; 59(2):137-46.
12. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(3):324-33.
13. Hemlöshet 2017 : omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
14. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2020. Socialstyrelsen; 2020.
15. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård : Nationella planeringsstödet 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
16. Socialstyrelsens statistikdatabas. Sökning gjord 2022-04-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/-statistik-databasen>.
17. Folkhälsomyndigheten. Flera tecken på samhällsspridning av covid-19 i Sverige. Hämtad 2022-06-30 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/>

18. Personer över 70 bör begränsa sociala kontakter tills vidare. Hämtad 2022-06-30 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/personer-over-70-bor-begransa-sociala-kontakter-tills-vidare/>
19. Slutredovisning av regeringsuppdrag om risk för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19. Socialstyrelsen; 2021.
20. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. 2017; 16(1):30-40.
21. Psykiatrin i siffror, Vuxenpsykiatri, Kartläggning 2017. SKR; 2018.
22. Psykiatrin i siffror, Vuxenpsykiatri, Kartläggning 2018. SKR; 2019.
23. Psykiatrin i siffror, Vuxenpsykiatri, Kartläggning 2019. SKR; 2020.
24. Psykiatrin i siffror, Vuxenpsykiatri, Kartläggning 2020. SKR; 2021.
25. SKR. LPIK exklusive läkemedelskostnader. Hämtad 2022-05-31 från <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/budgetochplanering/prisindex/lpiochlpik.1332.html>

Bilaga 1 Projektorganisation

Projektledning

Britt Eriksson	projektledare fr.o.m. september 2021
Anders Nordlund	projektledare t.o.m. augusti 2021
Tobias Edbom	utredare
Riitta Sorsa	utredare
Anne Tiainen	utredare

Expertstöd

Mats Ek	medicine doktor i psykiatrisk epidemiologi, Karolinska Institutet. Master i folkhälsa från Johns Hopkins, Baltimore, USA. Överläkare, WeMind Psykiatri, Stockholm.
Louise Kimby	fil. mag, specialistsjuksköterska psykiatrisk vård. Kursledare Centrum för psykiatrforskning, region Stockholm. Handläggare Uppdrag Psykisk Hälsa, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
Björn Norlin	leg.spec.sjuksköt./leg.psykoterapeut Samordnare inom länsverksamhet psykiatri. Representant. från region Norr i NAG Schizofreni, Region Västernorrland.
David Rosenberg	docent, universitetslektor vid Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet

Övriga projektmedarbetare

Erika Budh	utredare, vårdkostnadsanalys
Natalja Balliu	statistiker
Karin Flyckt	sakkunnig socialtjänst, granskning
Ulf Hellström	statistiker
Magdalena Helgesson	utredare, granskning
Gudrun Jonasdottir Bergman	statistiker
Anna Malmborg	utredare, enkätstöd
Mikael Nyman	diagramproduktion
My Raquette	statistiker, enkäter
Oscar Sallander	statistiker
Pontus Strålin	medicinskt sakkunnig, granskning
Iwa Wasberg	produktionsledare
Harriet Wennberg	kommunikatör
Samuel Westberg	statistiker