

Förra årets redovisning hade fem års mätperiod och baserades därmed på flera fall. Fördelarna med att visa aktuella resultat överväger dock, särskilt som detta är en processindikator som bör vara påverkbar i ett kort tidsperspektiv.

Skillnaderna mellan landstingen är stor och spänner från 37 till 91 dagar. Resultatet är tidigare inte publicerat och variationen är större än vad de registeransvariga förväntat sig. Det finns stora möjligheter till förbättringar. Det finns ingen större skillnad mellan könen i utredningstid. För kvinnor var rikets värde 70 dagar, medan det för män var något längre, 71,5 dagar.

PSYKIATRISK VÅRD

Den specialiserade psykiatrin svarar för i storleksordningen 10 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvården. Därtill kommer insatser vid psykisk ohälsa inom primärvården. Inom psykiatrin behöver både beskrivningssystem i stort och kvalitetsindikatorer utvecklas.

Sju indikatorer redovisas under rubriken *Psykiatrisk vård*. Fem fanns med i förra årets rapport, medan två är nya. De två nya avser återinskrivning efter slutenvård för schizofreni och läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom. Två mått som speglar väntetider har inkluderats i detta avsnitt.

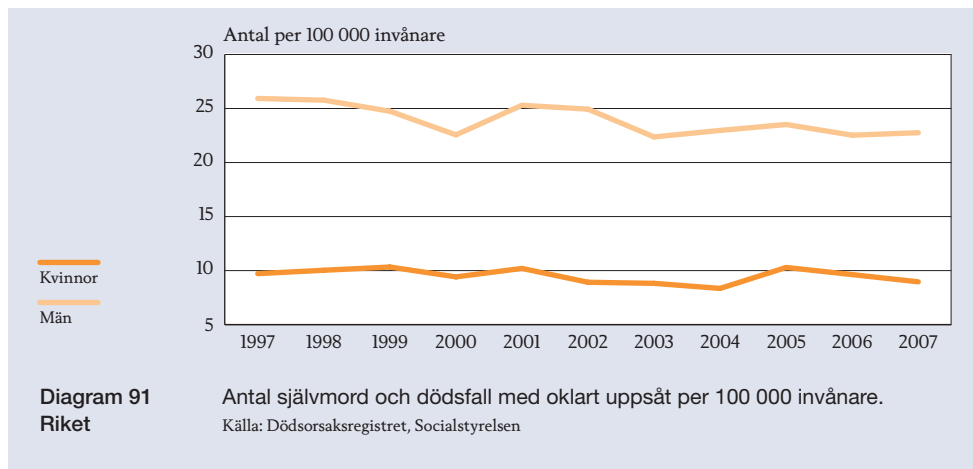
Avgörande för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data. Det finns fortfarande stora brister i den rapportering som sker från psykiatrin till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om antal besök och diagnosättning inom öppenvården. Rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren har förbättrats, även om täckningsgraden överlag är alltför låg.

Vid Socialstyrelsen bedrivs olika arbeten för att utveckla rapporteringen till Patientregistret. Det gäller exempelvis aktualiteten, förbättrad rapportering av diagnoser, tvångsvårdsåtgärder och möjlighet att beskriva vården hos andra yrkeskategorier än läkare. Efter en överenskommelse med regeringen arbetar Sveriges Kommuner och Landsting med en omfattande satsning på kvalitetsregister inom psykiatrin.

91 Självmord i befolkningen

Sedan 1 februari 2006 råder anmälningskyldighet enligt Lex Maria av självmord som begåtts i anslutning till hälso- och sjukvården inom en månad efter senaste kontakt med hälso- och sjukvården. Brister som identifierats inom vården är till exempel att det inte gjorts systematiska självmordsriskbedömningar, ofullständig dokumentation och att verksamheten inte följt de egna regionala vårdprogrammen.

För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter i princip en tänkbar indikator. I praktiken är det emellertid svårt att utforma en sådan på ett relevant sätt och med tillförlitliga data. Ett tidigare års redovisning av



självmord efter slutenvård möttes av kritik. Här redovisas istället ett bredare mått, självmord i befolkningen.

Sverige har tillsammans med norra Europa medelhöga självmordstal jämfört med övriga Europa. Danmark och Finland har högre självmordstal än Sverige. Antalet personer som begår självmord i Sverige har minskat sedan början av 1980-talet, framförallt bland män. Självmord är dock fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor. År 2007 tog 325 kvinnor och 801 män livet av sig, totalt 1 126 personer. Därtill fanns det 327 dödsfall med oklart uppsåt, 102 kvinnor och 225 män. Utöver detta gjorde cirka 8 000 personer också ett eller flera självmordsförsök som kom till hälso- och sjukvårdens kännedom.

Antalet självmord per 100 000 invånare under åren 2004–2007 redovisas i diagram 91. Under denna period begick 5 823 personer självmord, inkluderat dödsfall med oklart uppsåt. Variationen mellan landsting sträcker sig från 12 till 18 fall per 100 000 invånare för hela fyraårsperioden, kvinnor och män sammantagna (redovisas ej).

92 Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel

Bensodiazepiner är internationellt accepterade läkemedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. I varierande omfattning används de även vid behandling av lindrigare former av oro och ångest. Förskrivningen av bensodiazepiner sker främst av allmänläkare, men också av psykiater och i lägre grad av invärtesmedicinare.

Regelbundet långtidsbruk och hög konsumtion av preparaten kan ge upphov till önskade biverkningar. Exempelvis kan den kognitiva förmågan påverkas. Preparaten kan även ha en aggressivitetshöjande effekt och kan framkalla beroende och missbruk. Därför är det viktigt att inte slentrianmässigt förskriva dessa läkemedel.

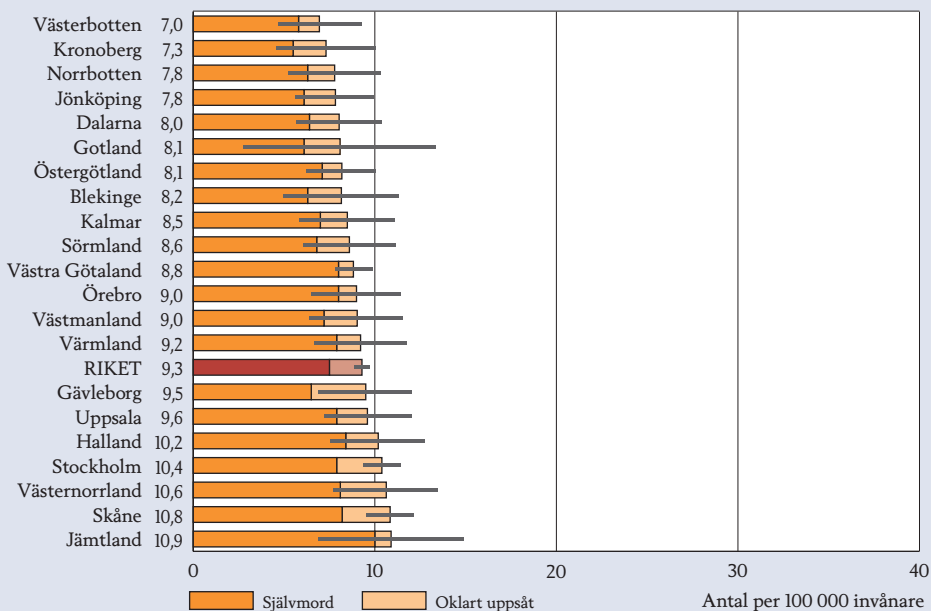


Diagram 91
Kvinnor

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2004–2007.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

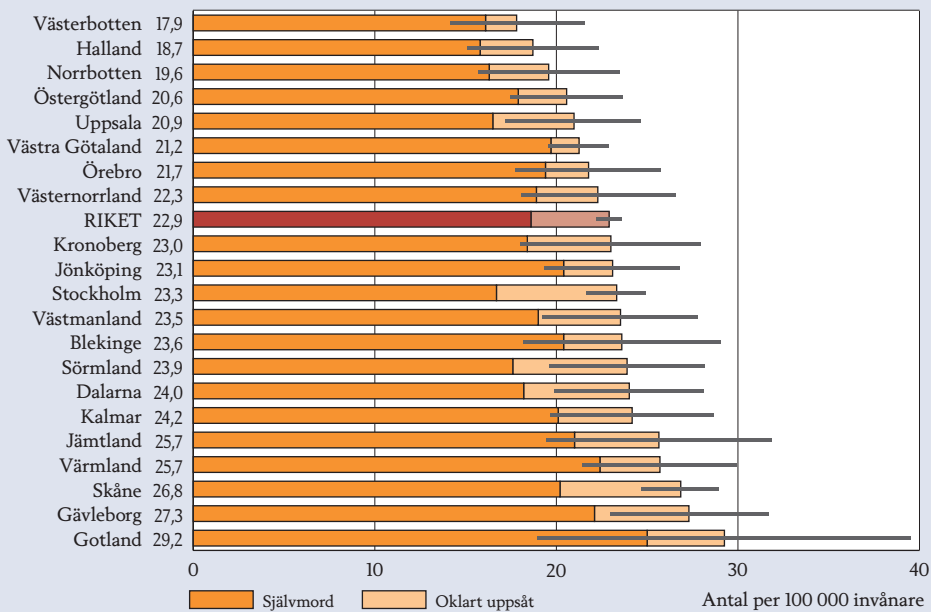


Diagram 91
Män

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2004–2007.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

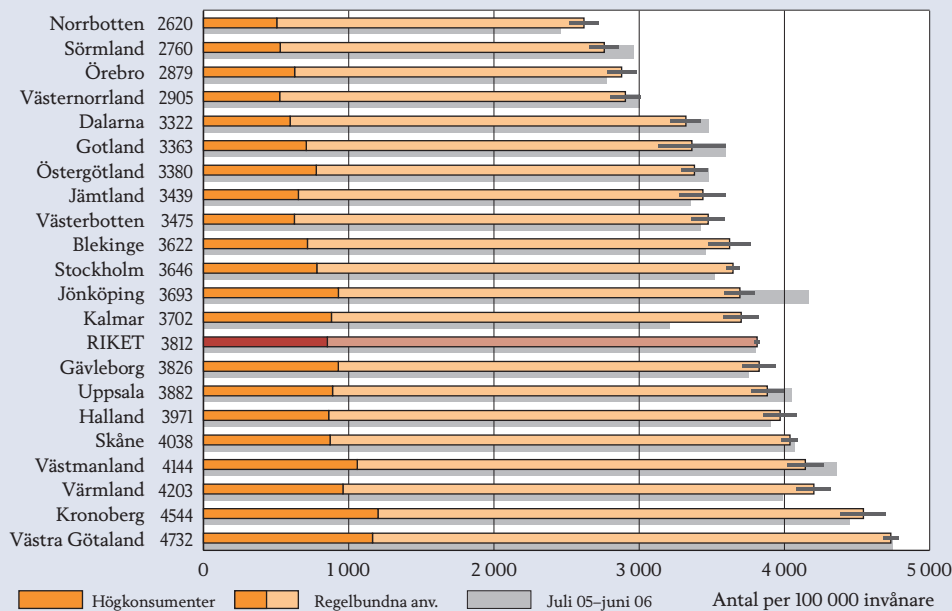


Diagram 92
Kvinnor

Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, juli 2008–juni 2009. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

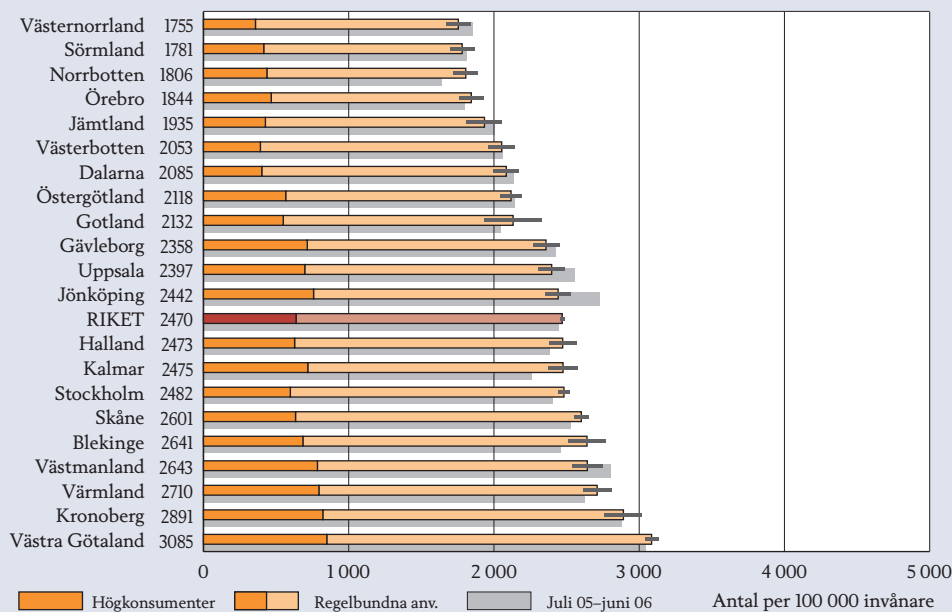


Diagram 92
Män

Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, juli 2008–juni 2009. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Kvinnor ordineras oftare bensodiazepiner, vilket kan relateras till att det är vanligare med ångesttillstånd hos kvinnor än hos män. Användningen av bensodiazepiner har också samband med åldern. Personer över 65 år svarar för mer än hälften av konsumtionen.

Måttet avser att spegla antalet regelbundna användare, definierat som att man konsumerar en halv normal dygnsdos av bensodiazepiner i genomsnitt per dag. Högkonsumenter definieras som konsumtion av minst 1,5 dygnsdoser per dag. Källan är Läkemedelsregistret, som är heltäckande avseende uthämtade läkemedel i öppen vård.

Under juli 2008 till juni 2009 hämtade 210 251 personer i åldern 20–79 år regelbundet ut bensodiazepiner, 130 055 kvinnor och 80 196 män. Diagram 92 belyser den högre andelen både regelbundna användare och storkonsumenter bland kvinnor, jämfört med männen. Det är även en påtagligt stor variation i användning av bensodiazepiner. En intressant fråga är i vilken mån befolkningarnas psykiska ohälsa kan förklara skillnaderna mellan olika landsting, eller i vilken mån det är olika behandlingstraditioner som ger upphov till dessa.

Användningen i riket är oförändrad, jämfört med den tidigare mätperioden. Framförallt i Jönköping har en påtaglig minskning skett. Bakgrund till och erfarenheter av denna vore värd en belysning.

93 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci, samtidig användning av många läkemedel. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

I diagram 93 återges andelen äldre av hela befolkningen som hade tre eller fler psykofarmaka vid mättidpunkten 31 december 2008. Andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka var 4,6 procent år 2008, vilket motsvarar knappt 22 500 personer. Variationen mellan landstingen sträcker sig från Kronobergs 6,0 procent till Gotlands 2,7 procent. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, 5,4 respektive 3,1 procent.

I stapeldiagrammet redovisas andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka i befolkningen. Staplarna är uppdelade på patienter som fått sina läkemedel via ApoDos respektive receptexpediering.

Det finns en diskussion om att ApoDos, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Uppsala och Västra Götaland har högst andel

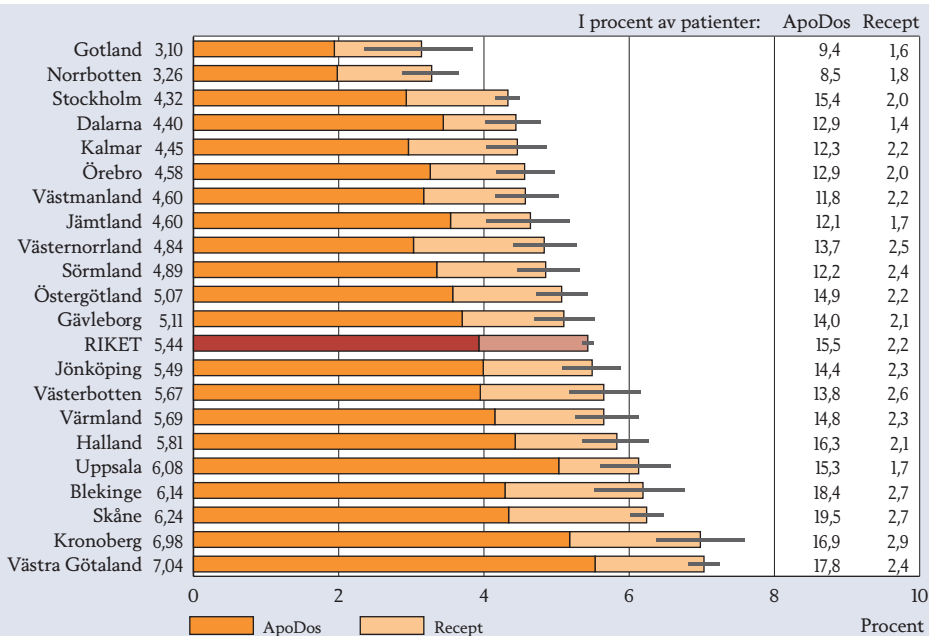


Diagram 93
Kvinnor

Andel i befolkningen med tre eller flera psykofarmaka,
31 december 2008. Avser personer 80 år äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

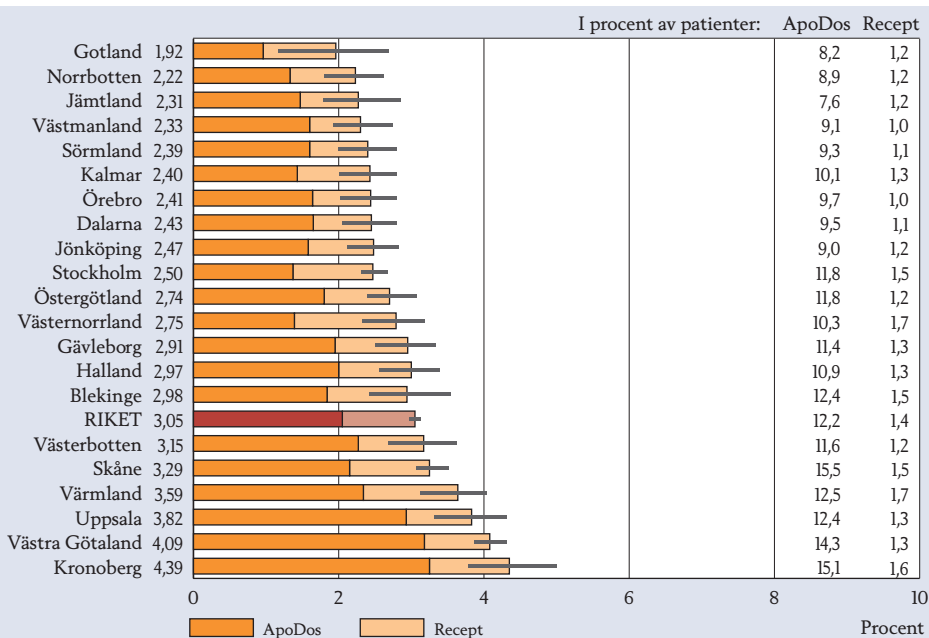


Diagram 93
Män

Andel i befolkningen med tre eller flera psykofarmaka,
31 december 2008. Avser personer 80 år äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

medan Stockholm har lägst. Detta motiverar särredovisningen av ApoDos och receptexpedierade läkemedel, som visas till höger i diagrammet. I de senare siffrorna ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan hela befolkningen ingår i stapeldiagrammet.

Patienter med tre eller fler psykofarmaka förekom framförallt i gruppen med ApoDos, där 14,6 procent hade detta, att jämföra med 1,9 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen kan främst hänföras till den som finns i gruppen med ApoDos, där spridningen är 8,6 till 18,4 procent i de olika landstingen.

94 Återinskrivning efter vård för schizofreni

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni. Kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ungdomen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen. Schizofreni har ett långdraget förlopp och förekomsten vid en given tidpunkt är 2–5 personer per 1 000 invånare.

Vanliga symtom är formella tankestörningar, obegripliga associationer, ordnybildningar, störningar i uppfattningen av det egna jaget, kroppsliga upplevelser samt hallucinationer och vanföreställningar. Utöver dessa kanske mer välkända symtom drabbas många av så kallade negativa symtom – passivitet, tröghet, avflackade affekter, innehållsfattigt språk samt tillbakadragenhet. Orsaken till schizofreni är inte helt klarlagd, men det verkar vara en interaktion mellan en disposition, ärftlig eller förvärvad genom hjärnskada, och olika belastande faktorer, såsom sociala faktorer, stress och livshändelser.

Spannet i sjukdomens allvarlighetsgrad är stort, ofta är förloppet episodiskt med däremellan nästan fullständig kontroll av symtomen. Många klarar av ett någorlunda normalt liv, med hjälp av läkemedel och stödjande behandling. För många är det däremot en mycket svår sjukdom som medför oerhört lidande och stora konsekvenser för det sociala livet. Schizofreni är en av de vanligare orsakerna bakom självmord.

Introduktion av neuroleptika har revolutionerat behandlingen av schizofreni. I kombination med psykosociala åtgärder, till exempel familjestöd och yrkesrehabilitering, har detta förbättrat vården. Fortfarande är vården av patienter med schizofreni mycket resurs- och personalkrävande. Från att tidigare i hög grad ha vårdats inom slutenvården försöker man nu så långt det är möjligt att vårda dessa patienter i specialiserad psykiatrisk öppenvård. För att detta ska fungera väl behövs ett nära samarbete mellan sluten- och öppenvården.

Måttet återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar syftar som kvalitetsindikator till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt sam-

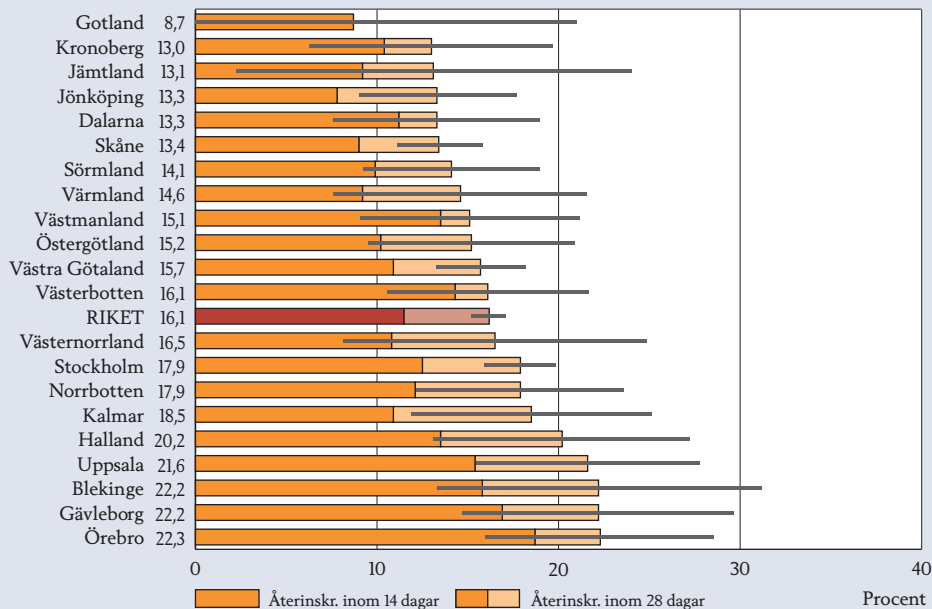


Diagram 94
Kvinnor

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2005-07. Återinskrivning t.o.m. jan 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

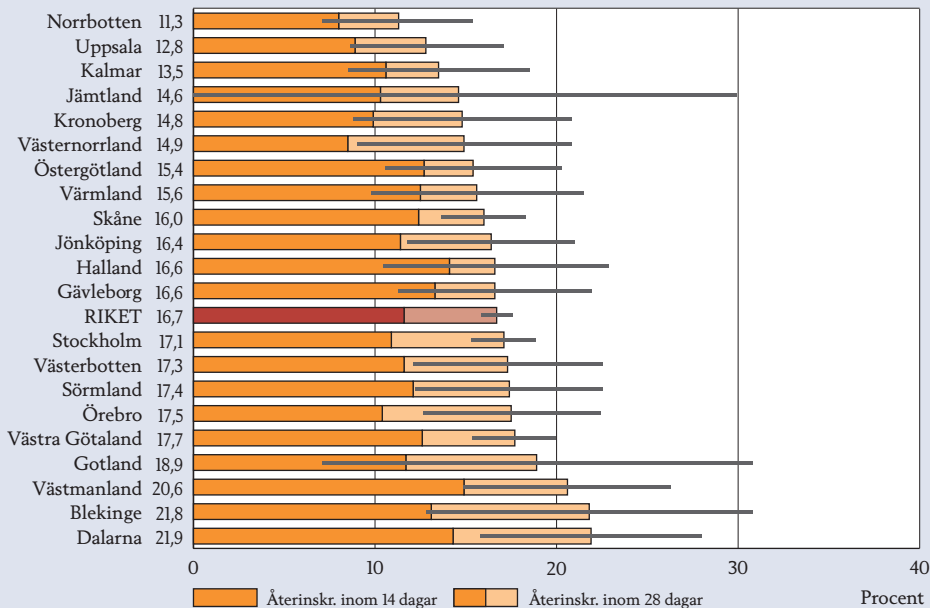


Diagram 94
Män

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2005-07. Återinskrivning t.o.m. jan 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

ordnad. Genom att mäta återinskrivning inom en månad försöker måttet belysa kvaliteten i slutenvården. Återinskrivning inom till exempel tre eller sex månader bedöms i högre grad mäta kvaliteten i öppenvården.

Diagram 94 visar andelen patienter som återinskrivits med diagnosen schizofreni under de tre åren 2005–2007. Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt och en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. Totalt ingår knappt 13 000 patienter i jämförelsen, lika många kvinnor som män.

I riket återinskrevs drygt 11 procent inom 14 dagar och drygt 16 procent inom 28 dagar. I riket är andelen återinskrivna lika för kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan undvikas och därmed även att veta om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård påverkar utfallet.

Denna indikator behöver utvecklas, till exempel med hjälp av journalgranskningar, för att försöka klargöra i vilken mån återinskrivning är påverkbar och kan fungera som indikator på kvalitet.

95 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

Ungefär 2–4 procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i någon form av bipolär sjukdom. Sjukdomen kännetecknas av både maniska och depressiva perioder, med olika uttryck och svårighetsgrad. Maniska episoder kännetecknas av påtaglig överaktivitet, patienten är pratsam, har uttalade koncentrationssvårigheter, ett tydligt minskat sömnbehov och kan vara socialt och sexuellt mer aktiv än vanligt. Detta kan leda till allvarliga konsekvenser för familje- och arbetsförhållanden. Svårighet att behålla arbetet, försämrad ekonomi och skilsmässa är vanliga följdverkningar.

Litiumbehandling av bipolär sjukdom är högprioriterad i den preliminära versionen av de nationella riktlinjerna för ångest och depression. Litiumbehandling som förebyggande åtgärd ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller i manodepressivitet. Det är dock svårt att veta vilka patienter som riskerar att återinsjukna. En måttstock är om patienten haft minst två episoder under de två senaste åren. Om tidigare episoder medfört hög självmordsrisk eller fått stora konsekvenser på familje- eller arbetsliv vägs också in. Förebyggande behandling med litium förhindrar inte helt återfall, men oftast blir eventuella återfallsepisoder kortare och mindre svåra. Överdödligheten i självmord och hjärt-kärlsjukdom minskas också.

Biverkningar som finvågig handskakning, effekter på ämnesomsättningen och framför allt nedsatt njurfunktion hos långtidsbehandlade är relativt vanliga. Ökad törst kan leda till intag av söta drycker med viktökning som följd. I genomsnitt går patienter som har långvarig förebyggande litiumbehandling upp mellan 5–10 kg inom två år.

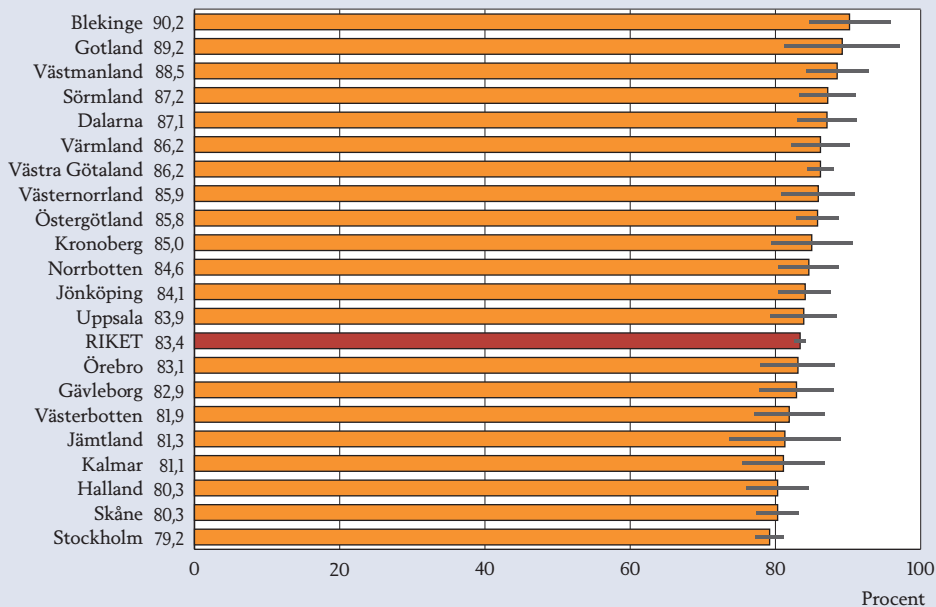


Diagram 95
Kvinnor

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2007 med fortsatt följsamhet under 2008. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

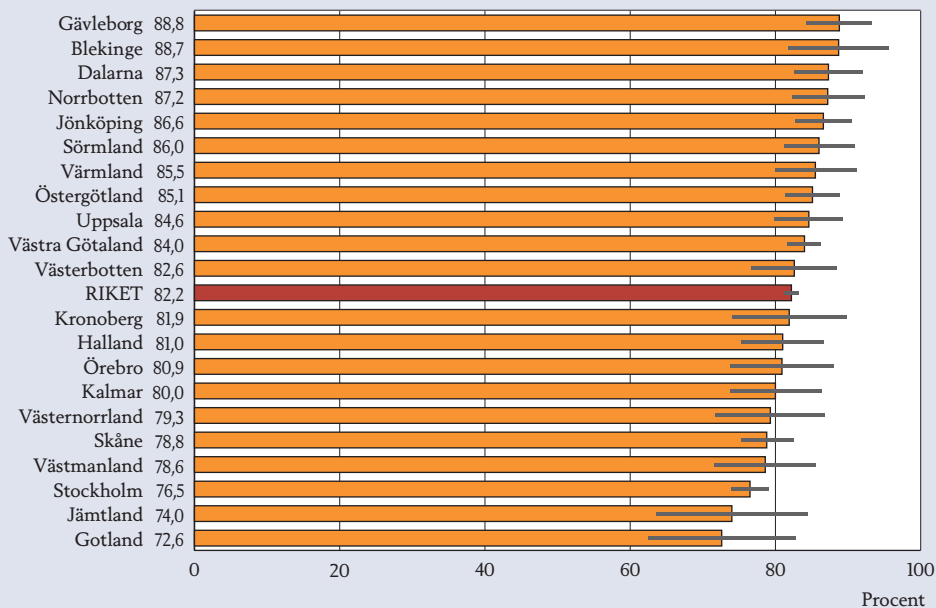


Diagram 95
Män

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2007 med fortsatt följsamhet under 2008. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Indikatoren visar andelen personer med regelbunden litiumbehandling 2007, som fortsatte med regelbunden behandling under 2008. I riket var denna andel 83 procent för kvinnorna och 82 procent för männen. Totalt antal personer med regelbunden litiumbehandling 2007 var 11 300, 6 750 kvinnor och 4 550 män. Variationen mellan landstingen är måttlig, framförallt för kvinnor.

Måttet kan ses som ett försök att spegla följsamhet till behandling med litium i förebyggande syfte. Hypotesen är således på en övergripande nivå att litiumbehandling sker på goda grunder och att behandlingen därför bör fortgå kontinuerligt. För enskilda patienter kan det finnas goda skäl att avbryta behandlingen. Man bör därför inte förvänta sig 100 procents följsamhet.

Bristfällig och olikformig diagnossättning och registrering i öppen- och slutenvård inom psykiatrin gör det svårt att via hälsodataregister mäta hur stor andel av patienter med bipolär sjukdom som står på litiumbehandling. Antalet personer med läkemedelsbehandling är känt, men det råder osäkerhet om det totala antalet personer som har sjukdomen.

96, 97 Väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri

För specialistbesök inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri har svarsfrekvenserna i väntetidsrapporteringen förbättrats, vilket gör att jämförelser över tid bör göras med viss försiktighet. Nästan alla landsting hade en svarsfrekvens på 100 procent vid mätningen i april 2009.

Flera landsting redovisar inga patienter som har väntat längre än 90 dagar inom barn- och ungdomspsykiatrin vid båda mättillfällena och med full svarsfrekvens. Skåne, Värmland, Västerbotten och Örebro har fortfarande tillgänglighetsproblem, trots förbättringar mellan de båda mätperioderna.

Tilläggsas bör att denna uppföljning visar väntande till ett förstabesök. Under hösten 2009 görs en första uppföljning av väntetiderna till så kallad fördjupad utredning och behandling inom barnpsykiatrin. Motivet är att barnpsykiatrin har uppmärksammat tillgänglighetsproblem och att det är otillräckligt att spegla detta enbart genom att följa upp tillgängligheten till ett förstabesök.

Inom vuxenpsykiatrin (diagram 97) har Blekinge och Halland fullgod svarsfrekvens vid båda mättillfällena och inga patienter som väntat längre än 90 dagar. Jämtland och Västerbotten visar en mycket positiv utveckling. Variationerna mellan landstingen är påtagliga och förefaller inte ha minskat i och med den högre svarsfrekvensen.

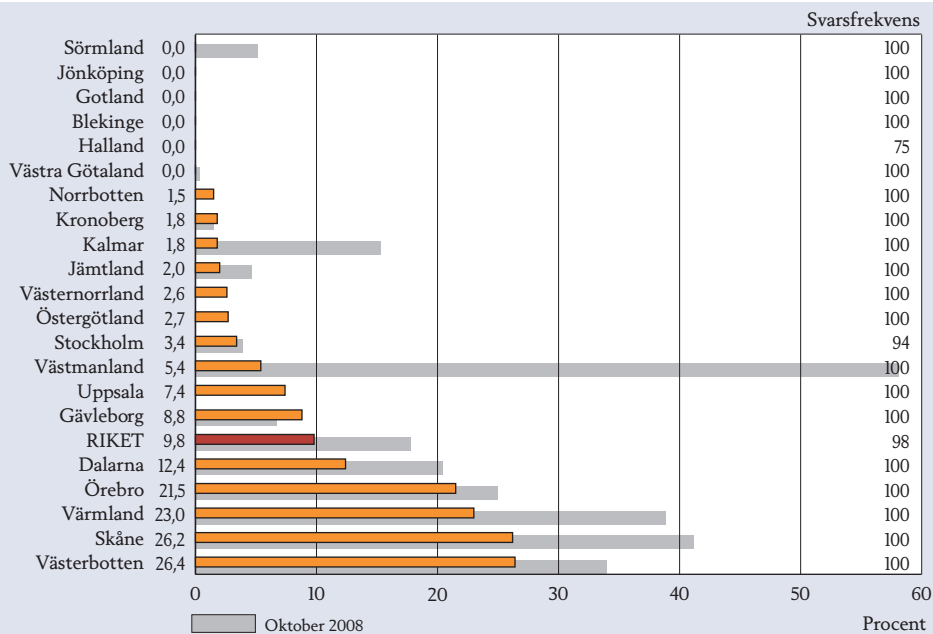


Diagram 96

Andel som väntat > 90 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

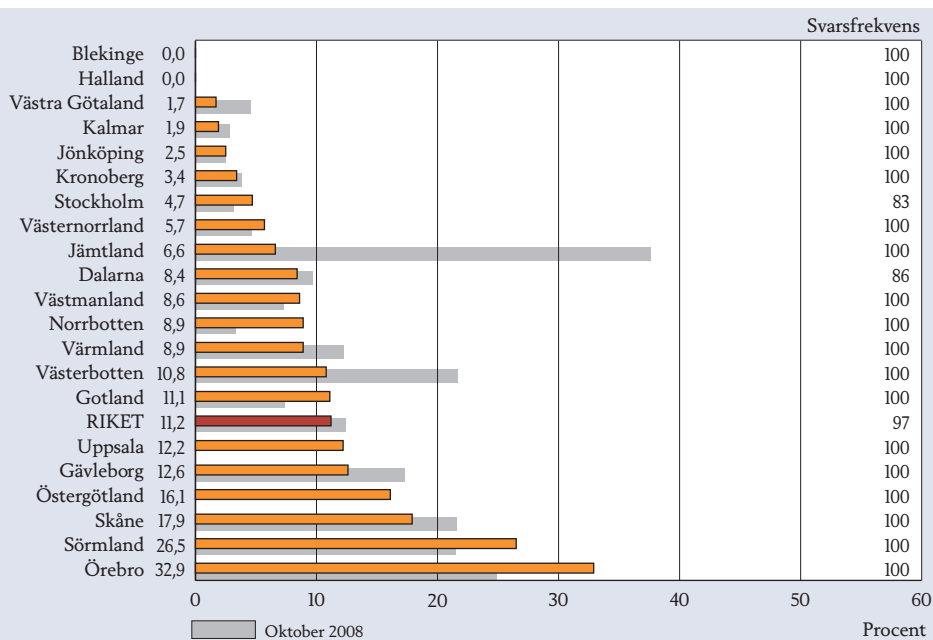


Diagram 97

Andel som väntat > 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting