



Somatisk hälsa hos psykiskt sjuka

Behovsanalys och brukardialog 2015

Handläggare: Natalie Bertling och
Sara Andersson

Verksamhet: Ledningsstaben

Datum: 2015-11-06

Diarienummer: HSN 2015-730

Innehållsförteckning

Förord	3
1. Sammanfattning och slutsatser	4
1.1 Brukardialogberedning 2	5
1.2 Utvecklingsområden	6
2. Bakgrund, syfte och genomförande	8
2.1 Uppdragsbeskrivning	8
2.2 Avgränsning	8
2.3 Brukardialogberedning 2	8
2.4 Intervjuer	9
3. Analys	11
3.1 Inledning	11
3.2 Presentation av behovsgruppen.....	11
3.3 Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport.....	13
3.4 Socialstyrelsen - Får psykiskt sjuka sämre somatisk vård?	14
3.5 Öppna jämförelser 2014 – psykiatrisk sjukvård	16
3.6 Öppna jämförelser 2014 Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom.....	17
3.7 Överdödlighet hos personer med schizofreni – en forskningsstudie	18
3.8 Ohälsosam livsstil – en bidragande orsak till somatisk ohälsa hos psykiskt sjuka	18
3.9 Läkemedel som orsak till sämre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom	19
3.10 Ett äldreperspektiv.....	21
3.11 Region Skåne – Kroppslig hälsa hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom	21
4. Resultat av enkätundersökning och dialoger med verksamheter i Region Östergötland	23
4.1 Resultat av enkätundersökning	23
4.2 Dialoger och studiebesök	27
4.3 Samverkan med andra huvudmän och organisationer	29
5. Resultat av intervjuer med brukare och närstående	31
5.1 Resultat av intervjuer.....	31
6. Reflektion	35
7. Referenser	36
8. Bilagor	38

Förord

Behovsanalysen bygger på två delar där aktuell forskning och litteratur, vårdprofessionens bedömning och brukarperspektivet vägs in. Den första delen, för vilken tjänsteman på ledningsstaben är ansvarig, baseras på information från verksamhetsföreträdare, aktuella rapporter inom området och befintlig statistik. Den andra delen belyser patienters och närståendes erfarenheter och tillförs genom brukardialogberedningens arbete.

Brukardialogberedning 2 har haft i uppdrag att genom intervjuer, ur ett brukar- och närståendeperspektiv, inhämta kunskap om behovsgruppens erfarenheter och upplevelser av hälso- och sjukvården.

Tack!

Brukardialogberedning 2 vill rikta ett varmt tack till alla intervjupersoner som på ett förtroligt sätt har delat med sig av sina erfarenheter, upplevelser och tankar. Tusen tack för er tid och ert engagemang!

Beredningen vill rikta ett stort tack till sakkunniga inom området som delgivit oss sin kunskap och sina erfarenheter och gett oss av sin tid. Ett tack riktas också till er som hjälpt oss att komma i kontakt med intervjupersoner.

Ni har alla på olika sätt bidragit till resultatet av vårt arbete.

Brukardialogberedning 2

Christer Nyström (FP), ordförande

Eva Hermansson (M), vice ordförande

Peter Noling (MP)

Eva Cox (M)

Jan-Erik Persson (S)

Lena Westerlund (S)

Roger Silfver (C)

Sara Andersson, tjänstemannastöd

Natalie Bertling, tjänstemannastöd och ansvarig tjänsteman för behovsanalysen

1. Sammanfattning och slutsatser

Internationellt riktas skarp kritik från samarbetsorganet Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) mot vården av psykiskt sjuka i en rad medlemsländer, däribland Sverige.¹ Bland annat mot bakgrund av att överdödligheten ökat med 11 procent bland personer med schizofreni och med 21 procent bland personer med bipolär sjukdom från 2006 till 2011. Flera svenska rapporter har under senaste åren visat att den somatiska hälsan, den kroppsliga hälsan, är betydligt sämre hos personer med psykiska sjukdomar än hos befolkningen i övrigt. Socialstyrelsen gav 2011 ut en rapportserie, *somatisk sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom*. Syftet var att fördjupa kunskapen inom området. De olika diagnoser/områden som ingick i rapportserien var cancer, akut hjärtinfarkt, stroke, förlösning och diabetes. Den bild som framträdde var att personer med samsjuklighet i somatisk och psykisk sjukdom riskerar sämre hälsa och mindre tillgång till angelägna vårdåtgärder än personer utan psykisk sjukdom. I *Öppna jämförelser 2014 Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom* framträder en liknande bild då resultaten pekar på att patienter med psykisk sjukdom har en högre dödlighet än den övriga befolkningen.

Mot ovanstående bakgrund är syftet med den här behovsanalysen, att på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Östergötland, undersöka hur stor medvetenheten och beredskapen är inom den somatiska vården för att möta patienter med psykiska sjukdomars behov av somatisk vård, det vill säga behov av vård som rör kroppsliga besvär.

Behovsgruppen, vilka är de patienter som varit fokus i rapporten, har avgränsats till att innefatta patienter med allvarligare psykiska sjukdomar som schizofreni, annan psykosjukdom, bipolär sjukdom, depression eller ångest. Detta då det är dessa personers somatiska hälsa som har stått i centrum i rapporter från exempelvis Socialstyrelsen. Vidare är det även patienter med dessa sjukdomar som är i majoritet inom psykiatrin. Det är också från psykiatrin som patienter har intervjuats och information har hämtats till den här analysen.

Enligt Försäkringskassan ökar för tredje året i rad antalet sjukfall med psykisk sjukdom som orsak. Vid utgången av 2014 fanns drygt 71 000 pågående sjukfall i psykiatriska diagnoser. Det kan jämföras med 48 000 sjukfall 2012, en ökning på 48 procent. Den vanligaste diagnosen är akut stressreaktion. Östergötland sticker dock ut i statistiken med lägst andel sjukfall i psykiatriska diagnoser med 34 procent. Detta kan jämföras med riksgenomsnittet på 40 procent. Högst siffror hade Västra Götaland där 43 procent av de pågående sjukfallen bestod av psykiatriska diagnoser.²

På uppdrag av Regionförbundet Östsam har en kommission för folkhälsa (Östgöta-kommissionen) arbetat under 2013 och 2014. Östgöta-kommissionen kunde konstatera en ansamling av ogynnsamma levnadsvanor särskilt hos de som har en psykisk sjukdom. I rapporten framgår det att de flesta psykiskt sjuka i Östergötland dör av sjukdomar som kan kopplas till deras levnadsvanor och inte till deras psykiska sjukdom.³ Kommissionen poängterar vikten av goda förutsättningar i de olika samhällsarenorna för att hjälpa individen att ta ansvar för sin hälsa, oavsett vilken bakgrund personen har.

Socialstyrelsen konstaterar att det är angeläget att psykiskt sjuka personer ges en god somatisk vård så att sjuklighet och dödlighet därmed ska kunna minskas. Det ställer krav på ökad medvetenhet om psykiskt sjukas levnadsvillkor och utsatthet med målsättningen att vården även erbjuds utifrån de psykiskt sjukas förutsättningar. Hälso- och sjukvården rekommenderas bland annat att använda de somatiska kvalitetsregistren mer, genom att samköra olika register kan en mer gedigen bild av patienten och bättre vård ges. Vidare har vården mycket att vinna på att tänka mer multidisciplinärt, att samverka kring patienter som rör sig mellan somatiken och psykiatrin. Det krävs bättre rutiner för att förebygga och upptäcka somatisk ohälsa hos patienter inom den egna verksamheten.

Inom ramen för behovsanalysen har intervjuer och studiebesök inom vissa delar av verksamheten kombinerats med en enkätundersökning där samtliga verksamheter gavs möjlighet att svara. Enkätundersökningens syfte var att undersöka hur verksamheterna i regionen arbetar för att upptäcka och vid behov behandla den somatiska hälsan hos psykiskt sjuka. I undersökningen kom det fram att det krävs bättre rutiner för att omhänderta patienternas somatiska besvär. Vidare upplevde samtliga verksamheter att det finns en medvetenhet kring patienternas somatiska hälsa men att det krävs kompetensutveckling inom området för att uppnå god kvalitet.

¹ OECD (2014) *Making mental health count*

² Försäkringskassan (2014:4) *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser – en studie av Sveriges befolkning 16-64 år*

³ Östgöta-kommissionen (2014) *Östgöta-kommissionen för folkhälsa – slutrapport*

Det framkom att det kan finnas en risk för att en patient med känd psykisk sjukdom får sämre somatisk vård. En annan menade det omvända, att det är patienten själv som på grund av sin psykiska sjukdom inte uppmärksammar sitt somatiska behov av vård. Detta tas upp i flera rapporter och av andra verksamhetsföreträdare i regionen, svårigheten att avgöra om behovsgruppen får sämre somatisk vård på grund av att vården brister i bemötande och omhändertagande eller om det beror på att patienterna själva inte söker eller upplever att de behöver söka för somatiska besvär. Klart är att båda orsakerna leder till att behovsgruppens somatiska hälsa de facto är sämre än befolkningens i övrigt.

Läkemedel beskrivs ofta som orsak till sämre somatisk hälsa hos personer med psykiska sjukdomar. Att regelbundet kontrollera somatisk status hos dessa patienter är ett sätt att förebygga somatisk ohälsa. Verksamhetsföreträdare i regionen menar att hälso- och sjukvården kan bli bättre på att följa upp somatiska variabler. Det kan exempelvis göras genom läkemedelsuppföljningar för att undvika metabola risktillstånd och minska risken för insjuknande i exempelvis hjärt- och kärlsjukdom och diabetes. Goda resultat har uppnåtts vid en verksamhet i regionen efter ett projekt med syfte att förebygga metabol risk hos patienter som behandlas med neuroleptika. Det skulle vara gynnsamt att sprida rutinen i regionen, till de verksamheter som inte regelbundet genomför provtagningar för att upptäcka metabola syndrom. Verksamhetsföreträdare menade att vården behöver bli bättre på att komma ihåg att målgruppen, av olika anledningar, kan vara svår att få kontakt med och därför behöver lite extra stöd i sin kontakt med vården.

När det gällde samverkan kring personer med psykisk sjukdom så spretade erfarenheterna mellan olika verksamheter. Vissa ansåg att den fungerade mycket bra medan andra menade att det fanns stor utvecklingspotential inom området. Återkommande beskrevs samverkan med psykiatrin från ett somatiskt perspektiv som svår då psykiatrin framställs som något "hemlig" och att somatiken således inte har kännedom om alla patienter med psykisk sjukdom om de inte själva söker vård i somatiken. Exempel där det fungerar bra bygger ofta på att de olika professionerna möts vid gemensamma träffar för att diskutera hur de på bästa sätt kan samverka för att möta patientgruppens behov. Flera poängterar vikten av årliga somatiska uppföljningar av patienter med känd psykisk sjukdom för att upptäcka, och på ett tidigt stadium förebygga, somatisk ohälsa.

I enkätundersökningen fick verksamheterna avslutningsvis svara på om de upplevde att patienter med psykisk sjukdom får den vård som de behöver för deras somatiska hälsa. Flera menade då att patienten får det, under förutsättning att behovet är känt eller att vården når patienten. Andra menade att somatiska besvär hamnar i skuggan av den psykiska sjukdomen.

1.1 Brukardialogberedning 2

I följande stycke redogörs för behovsgruppens upplevda behov och erfarenheter av den somatiska vården.

Brukardialogberedning 2 har vid 13 tillfällen intervjuat 21 personer bosatta i såväl de större som de mindre kommunerna i Östergötland. Intervjupersonerna har varit brukare eller närstående till någon eller några personer som lider av psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa. Områden som har diskuterats under intervjuerna har rört hälsa och livsstil, bemötande/förväntningar/behov, samverkan, delaktighet/eget ansvar samt framtiden. Fokus under samtalen har legat på intervjupersonens egna upplevelser och erfarenheter från den somatiska vården.

Merparten av de intervjuade som beredningen har träffat uppger att de lider eller har lidit av en eller flera somatiska sjukdomar som till exempel diabetes, hjärtproblematik och höga blodfetter. Biverkningar i form av viktuppgång följer ofta med flera av de psykofarmaka som skrivs ut till människor med psykisk sjukdom. Detta gör att risken för att drabbas av något av ovanstående somatiska besvär ökar. Det är därför viktigt att kontinuerligt följa upp hälsoläget hos patienter med den typen av medicinering för att förebygga ohälsa, sjukdom och för tidig bortgång.

Generellt sett upplever intervjupersonerna att det brister i bemötandet från hälso- och sjukvården. Upplevelsen är att de behandlas utifrån sina psykiska besvär och inte hörsammas när det gäller den fysiska problematiken. Det påtalas en avsaknad av kunskap gällande psykiska sjukdomar inom somatiken, något som visar sig gälla både förskrivning av mediciner och bemötande samt behandling. Några intervjupersoner låter psykiatrin sköta all kontakt med somatiken och upplever att samverkan mellan verksamheterna fungerar bra samt anser att de får god vård.

Det har under intervjutillfällena påtalats en önskan om kontinuitet inom somatiken och en fast läkarkontakt. Flera intervjupersoner har tilldelats en fast läkarkontakt, andra har en fast vårdkontakt. De personer som uppger att de kontinuerligt får träffa sin fasta kontakt inom hälso- och sjukvården, känner sig nöjda med bemötandet och upplever att de får den vård de behöver.

Samtalsstöd är ett ämne som såväl brukare som närstående har berört. Några brukare berättar hur de väljer privata alternativ för att få hjälp, vilket blir kostsamt för en redan ekonomiskt utsatt grupp. De närstående berättar att de sällan, eller aldrig, blir erbjudna någon form av samtalsstöd. Intervjupersonerna upplever bland annat att det saknas tillräcklig kompetens hos de samtalsstöd som primärvården erbjuder.

1.2 Utvecklingsområden

Nedan presenteras de utvecklingsområden som behovsanalysen har identifierat. Det är en sammanvägning av de intervjuer som beredningen har genomfört, material från kunskapsinhämtning i verksamheten, resultat av en enkätundersökning samt rapporter och andra studier som har behandlats i analysen.

- **Uppmärksamma den somatiska hälsan hos patienter med psykisk sjukdom**

I Öppna jämförelser 2014, *Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*, visas att patienter med psykisk sjukdom har en högre dödlighet jämfört med den övriga befolkningen.

Behovsgruppen hamnar ofta mellan stolarna och fångas således inte upp av vården i den utsträckning de borde. Detta beror å ena sidan på att den psykiska sjukdomen riskerar att överskugga patienternas somatiska besvär i kontakt med vården. Å andra sidan är det inte säkert att patienten själv uppfattar sig ha ett somatiskt besvär som personen borde söka hjälp för. Oavsett orsak bidrar båda delar till att patienternas vårdprocess förlängs eller till och med uteblir.

- **Kompetensutveckling för att bemöta patientgruppen likvärdigt och individanpassat**

Behov finns av kompetensutveckling i organisationen för att öka medvetenheten kring somatisk hälsa hos psykiskt sjuka i den somatiska hälso- och sjukvården, samt för att bättre kunna möta patientgruppens behov av somatisk vård på ett adekvat sätt.

Det finns ett behov av att öka kunskapen, för all vårdpersonal, kring psykiska sjukdomar. Detta för att kunna bemöta, undersöka, behandla och informera varje patient likvärdigt och individanpassat.

- **Regelbundna somatiska genomgångar för patienter med psykisk sjukdom**

Behov finns av att regelbundet kalla patienter med allvarliga och långvariga psykiska sjukdomar till somatiska kontroller som ett sätt att förebygga och följa upp den kroppsliga hälsan hos behovsgruppen.

- **Regiongemensam rutin för behandling och uppföljning av metabolt syndrom**

Behov finns av att utveckla en regiongemensam rutin för behandling och uppföljning av det metabola syndromet för patienter som får neuroleptika som kan medföra risk för metabolt syndrom. Ett projekt i den östra länsdelen visar att av de patienter som inte fick en ordentlig uppföljning hade elva procent högre risk än befolkningen i övrigt att utveckla metabola risktillstånd. Tillstånd som hade kunnat förebyggas genom bättre uppföljning. Analysen visar att de patienter med psykiska sjukdomar som får en ordentlig uppföljning av sin läkemedelsbehandling, oavsett om detta sker inom somatiken eller psykiatrin, har en lägre risk att drabbas av metabola risktillstånd. Tillstånd som kan vara livshotande kan förebyggas genom metabol screening och behovet i regionen är stort.

- **Motivera patienterna att ta hand om den egna hälsan**

Patienter med psykisk sjukdom saknar ofta motivation och ork att ta hand om den kroppsliga hälsan, exempelvis genom motion eller goda kostvanor. Det finns således behov av att vården behöver bli bättre på att stötta patienterna till en bättre livsstil som ökar den somatiska hälsan och därmed leder till minskad belastning på hälso- och sjukvården.

- **Multiprofessionell samverkan**

Det finns behov av bättre samverkan mellan olika kliniker, professioner och huvudmän samt andra externa aktörer. Detta för att undvika att patienten faller mellan stolarna då flera olika verksamheter och huvudmän kan vara involverade i den enskildes vårdkedja. Samverkan beskrivs fördelaktigt exempelvis då verksamheten vid gemensamma träffar kan diskutera hur de på bästa sätt kan arbeta för att möta patientgruppens behov. Särskilt behov av samverkan finns mellan psykiatrin och tandvården då statistik

visar att patienter med psykiatriska diagnoser besöker tandvården i betydligt lägre utsträckning än den övriga befolkningen.

- **Fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt**

Det finns ett särskilt behov hos personer som lider av psykisk sjukdom att informeras om och ges möjlighet till en *fast vårdkontakt*, något som inte tillgodoses i full utsträckning i dag. En fast kontakt kan bidra till ökad kontinuitet och trygghet för patienten i kontakten med hälso- och sjukvården. Den fasta vårdkontakten bör samverka med andra enheter samt samverka med patient och närstående.

Det finns ett särskilt behov hos personer som lider av psykisk sjukdom att informeras om, och ges möjlighet till en *fast läkarkontakt* inom primärvården. Det är särskilt viktigt för dessa personer att få träffa samma läkare vid sina besök inom primärvården.

- **Närståendes roll**

Det finns ett behov av att förbättra stödet för närstående till personer som lider av psykisk sjukdom, då brukaren insjuknar samt att stödet sker fortlöpande. Närstående behövs även som stöd till den psykiskt sjuka i kontakten med den somatiska vården. Detta för att brukaren ska känna trygghet i sin kontakt med hälso- och sjukvården samt för att undvika att det brister i kommunikation mellan patient och vårdgivare.

Sett ur ett patientperspektiv finns behov av att stödja patienten genom att informera om möjligheten att involvera närstående och-/eller personal från stödboende, gruppboende eller annan verksamhet i den somatiska vården. Detta för att patienten ska känna trygghet i sin kontakt med hälso- och sjukvården samt för att undvika att det brister i kommunikation mellan patient och vårdgivare.

2. Bakgrund, syfte och genomförande

2.1 Uppdragsbeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ska utifrån ett medborgarperspektiv verka för en god hälsa hos befolkningen, att invånarna erbjuds en god vård på lika villkor samt att vården ges utifrån befolkningens behov. Behovsanalysen är en strategiskt viktig utgångspunkt för en styrning utifrån behov. HSN väljer årligen ut ett antal sjukdomsgrupper och/eller behovsgrupper som bedöms angelägna att analysera. Behovsanalyserna syftar till att identifiera befolknings- och patientbehov som underlag för HSN:s vidare ställningstagande i uppdrag till vårdleverantörerna.

HSN har beslutat att under 2015 genomföra en behovsanalys inom området somatisk hälsa hos psykiskt sjuka med följande motivering:

”Den somatiska hälsan hos personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är betydligt sämre än hos befolkningen generellt. Inom specialistpsykiatrin är man väl medveten om detta faktum, men det är oklart hur stor medvetenheten och beredskapen är att möta dessa behov inom övrig hälso-och sjukvård. Hur ser det ut i Östergötland? Vad kan förbättras?”

Beredningen för behovsstyrning har ansvar för den politiska samordningen av behovsanalysen.

Samtliga behovsanalysen följer en gemensam disposition för att säkerställa en bred och tydlig beskrivning av behovsgruppens behov. Behov inom hälso- och sjukvård definieras här som gapet mellan en förekommande ohälsa hos befolkningen och ett mål för ett önskvärt hälsoläge. För att definiera behovet sker en sammanvägning av aktuell forskning och litteratur, vårdprofessionens bedömning och brukarperspektivet. Behovsanalysen baseras därför på information från verksamhetsföreträdare, aktuella rapporter inom området och den statistik som finns. Patienters och närståendes erfarenheter tillförs genom brukardialogberedningens arbete. Till behovsanalysen har relevanta referenspersoner knutits vilket tillför viktig kunskap och perspektiv på behovsanalysens område. För en mer utförlig beskrivning av källor hänvisas till referenserna.

2.2 Avgränsning

Psykisk sjukdom och psykisk ohälsa är ett vitt begrepp som omfattar en mängd olika diagnoser och tillstånd. Beredningen har främst träffat och gjort intervjuer med personer med allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni, annan psykossjukdom, bipolär sjukdom, depression eller ångest. Det är även dessa grupper somatiska hälsa som Socialstyrelsen och andra främst har tittat på i relation till befolkningen i övrigt i en serie rapporter.

Vid kunskapsinhämtning och kontakt med olika verksamheter i Region Östergötland har dock fokus legat på patienter med all form av psykisk sjukdom/ohälsa och medvetenheten och beredskapen kring deras somatiska hälsa.

I vanliga fall innehåller behovsanalysen generellt ett stycke som rör verksamhetens organisation kring behovsgruppen, men eftersom gruppen i detta fall går att finna inom samtliga verksamheter i regionen görs ingen sådan presentation i denna analys. Inte heller går det att ta fram statistik kring hur många patienter med psykisk sjukdom som sökt för kroppsliga symtom i den somatiska vården. Analysen fokuserar snarare på patienternas upplevelser när de sökt vård samt hela verksamhetens upplevelse av vilken medvetenhet och beredskap som finns kring målgruppens behov.

2.3 Brukardialogberedning 2

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fem beredningar för brukardialog vars uppgift är att genom dialog med medborgare/patienter bidra med underlag till behovsanalysen. Varje beredning består av sju politiker och en sekreterare/processtöd. Den kunskap om befolkningens behov och erfarenheter av hälso- och sjukvård som kommer fram ur brukardialogberedningarnas resultat är ett viktigt underlag för behovsanalyserna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat att under 2015 ge brukardialogberedning 2 (härefter kallad beredningen) i uppdrag att föra en fördjupad dialog med medborgare/brukare inom området.

2.4 Intervjuer

Beredningen har haft 13 intervjutillfällen med personer bosatta i såväl de större som de mindre kommunerna i Östergötland, varav en intervju har gjorts via telefon. Sammantaget så har beredningen träffat 21 personer, 13 kvinnor och 8 män. 6 av dessa intervjupersoner är närstående till någon eller några personer som lider av psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa. Majoriteten av de intervjuade har varit i medelåldern eller äldre. Det finns bland intervjudeltagarna en bredd av samtliga sjukdomsgrupper som den här behovsanalysen främst fokuserar på. Inbjudan till intervjuerna har gått genom psykiatriska mottagningar, patient- och anhörigföreningar samt kommunalt boende.

Varje intervju har genomförts av två politiska ledamöter med stöd av en sekreterare. Under intervjuerna har en samtalsguide (bilaga 1) använts som underlag för att diskutera områden som; hälsa och livsstil, bemötande/förväntningar/behov, samverkan, delaktighet/eget ansvar samt framtiden. Fokus under samtalen har legat på intervjupersonens egna upplevelser och erfarenheter från den somatiska vården.

För att inhämta grundkunskaper så har beredningen träffat sakkunniga från hälso- och sjukvårdens olika enheter som till exempel slutenvårdspsykiatrin, primärvården och öppenvårdspsykiatrin.

Intervjuer som metod

Syftet med beredningens arbete är att få ta del av och öka sina kunskaper om patienternas föreställningar, attityder, värderingar och upplevelser av hälso- och sjukvård. Intervjuer är den metod som brukardialogberedningarna vanligtvis använder sig av, eftersom det ger en djupare förståelse av vad brukarna upplever, känner och tycker. Detta är en kvalitativ metod och det går därmed inte att dra några generella statistiska slutsatser av intervjumaterialet. Den kvalitativa metoden möjliggör däremot att beskriva komplicerade fenomen och processer. Den kvalitativa metoden ger också möjlighet att förklara varför individen agerar på ett visst sätt och framförallt att den betraktar individen utifrån ett helhetsperspektiv.

Definitioner och begrepp

Behovsområdet/behovsgruppen är i den här behovsanalysen patienter med psykiska sjukdomar/psykisk ohälsa och deras behov av somatisk vård.

Brukare benämns i den här behovsanalysen de personer som använder, eller har använt, kommunens eller regionens tjänster men som vid intervjutillfället inte befinner sig inom den slutna sjukvården.

Patient benämns i den här behovsanalysen den person som på grund av sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården för att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad.⁴

Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som gäller allt från självrapporterade besvär av oro eller nedstämdhet, som är mer eller mindre plågsamma, till psykiska sjukdomar.⁵

Psykisk sjukdom är ett tillstånd där den psykiska ohälsan diagnostiserats och patienten är i behov av behandling.⁶

Respondent benämns i den här behovsanalysen den som tar emot och svarar på enkätfrågor

Intervjuperson benämns i den här behovsanalysen de brukare, patienter och närstående som beredningen har träffat för intervju

Samordnad individuell plan betyder att då någon behöver hjälp både från hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten, ska landstinget/ regionen och kommunen tillsammans upprätta en individuell plan.⁷

Somatisk hälsa innebär den kroppsliga hälsan.

Somatisk vård är den vård som sker utanför psykiatrins ramar.

⁴ <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=patient&s=%22%C3%A5ng%22> (2015-10-15)

⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf> (2015-07-02)

⁶ <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf> (2015-07-02)

⁷ http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip#anchor_0 (2015-10-15)

Förkortningsordlista

BDB2 – Brukardialogberedning 2

OECD – Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling

PRIO – Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

SIP – Samordnad individuell plan

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting

SPF – Svenska Psykiatriska Föreningen

3. Analys

3.1 Inledning

Samarbetsorganet OECD, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling, riktar skarp kritik mot vården av psykiskt sjuka i en rad medlemsländer, däribland Sverige.⁸ Särskilt allvarlig pekas vården av lindrig psykisk sjukdom ut, exempelvis ångest och depression. Självmorden i Sverige har minskat med 5,6 procent från år 2000 till år 2011. Samtidigt har överdödligheten ökat med 11 procent bland personer med diagnosen schizofreni och med 21 procent bland personer med diagnosen bipolär sjukdom mellan år 2006 och år 2011. Här sticker Sverige ut i statistiken. Överdödligheten för personer med bipolär sjukdom är till exempel mer än tre gånger så hög som i Danmark.⁹

Samarbetsorganet konstaterar att Sverige framför allt riktat strålkastarna mot dem som lider av allvarlig psykisk sjukdom samt på att ta hand om psykisk ohälsa hos barn och unga. Grupperna är särskilt prioriterade i regeringens handlingsplan »PRIO psykisk ohälsa – en plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016«. Enligt samarbetsorganet finns det omfattande problem i samtliga medlemsländer. Mellan en tredjedel och hälften av dem som lider av psykisk ohälsa får inte någon vård. Det leder till betydande samhällskostnader på grund av minskad produktivitet, sjukfrånvaro, invaliditet och arbetslöshet enligt OECD. Personer med en allvarlig psykisk sjukdom har en förväntad livslängd som är 20 år kortare än genomsnittet för hela befolkningen, och risken att de blir arbetslösa är sex till sju gånger så stor.¹⁰

OECD föreslår en ökad satsning på primärvården för att människor med lindrig psykisk sjukdom ska kunna tas om hand och följas där. De ger även några exempel på åtgärder. Till exempel att läkare och sjuksköterskor inom primärvården fortlöpande bör utbildas om psykisk ohälsa generellt och risken för somatisk ohälsa på grund av den psykiska ohälsan specifikt.¹¹

Människor som har psykiska besvär, och många patienter som mår psykiskt dåligt, söker sig till primärvården även om de ofta främst söker för fysiska besvär. Vid Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har man kommit fram till att närmare 80 procent av patienterna med depression eller ångest presenterar sina problem som kroppsliga.¹²

3.2 Presentation av behovsgruppen

Som anges i avgränsningen har beredningen främst träffat personer med allvarligare psykiska sjukdomar som schizofreni, annan psykossjukdom, bipolär sjukdom, depression eller ångest. Vid kunskapsinhämtning och kontakt med olika verksamheter i Region Östergötland har dock fokus legat på psykisk ohälsa överlag. Nedan ges därför först en beskrivning av de sjukdomar som nämns ovan samt ett stycke som berör förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen såväl nationellt som regionalt för att ge en bild av nuläget.

Schizofreni

Schizofreni är en form av psykos, det vill säga ett tillstånd som innebär att man uppfattar verkligheten på ett annat sätt än andra. Schizofreni varar minst ett halvår och oftast hela livet. Sjukdomen brukar däremot bli lindrigare med åren. Det finns olika former av schizofreni. Det vanligaste är att sjukdomen utvecklas under en tid. En del får en psykos bara en gång, medan det hos andra är återkommande. Schizofreni beror på en kombination av arv och miljö. Det finns en genetisk känslighet som gör att man lättare får en psykos när man utsätts för påfrestningar, men risken ökar också om man till exempel röker cannabis eller är med om svåra upplevelser. De flesta är unga när de blir sjuka första gången. Om man har schizofreni kan man oftast leva ett vanligt liv, med hjälp av psykologiskt stöd, en meningsfull sysselsättning och ett socialt kontaktnät.¹³ En rapport från Socialstyrelsen visar att personer som har invandrat till Sverige löper en större risk än personer

⁸ OECD (2014) *Making mental health count*

⁹ OECD (2014) *Making mental health count*

¹⁰ OECD (2014) *Making mental health count*

¹¹ Läkartidningen. 2014;111:CZCF Läkartidningen.se 2014-07-09

¹² SBU (2005) *Behandling av ångestsyndrom – en systematisk litteraturöversikt* SBU-rapport nr 171

¹³ 1177 *Schizofreni* <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Schizofreni/> (2014-12-15)

födda i Sverige att insjukna i schizofreni. En tänkbar orsak tros vara traumatiserade upplevelser innan migrationen, ökad stress i samband med migration och nyetablering samt diskriminering.¹⁴

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom kallas ibland även manodepressiv sjukdom och innebär att man i perioder är antingen manisk eller deprimerad. När man är manisk kan man förlora omdömet och bete sig på ett sätt som skapar problem när det gäller till exempel relationer, arbete och ekonomi. När man är deprimerad kan allt kännas svårt och man kan förlora livsglädjen. Mellan perioderna av sjukdom brukar man må bra och kan ofta leva som vanligt.¹⁵

Psykos

Om man får en psykos får man förändrad verklighetsuppfattning och vanföreställningar, till exempel att man känner sig styrd eller övervakad utan att vara det. Det är också vanligt att man hör röster som inte finns. Att verkligheten känns förändrad kan göra att man får ångest, blir deprimerad eller får ett avvikande beteende. En psykos kan komma plötsligt, men det vanligaste är att den utvecklas under en tid. Hur länge en psykos varar varierar också. En del får en psykos bara en gång, medan det hos andra är återkommande. Schizofreni är ofta en långvarig form av psykos. Psykos har troligen flera orsaker, ärftlighet är en av dem. En del människor har lättare att reagera med psykos vid påfrestningar. Det som utlöser psykosen kan vara till exempel en chockartad upplevelse, drogpåverkan eller problem som har att göra med att bli vuxen. De flesta som blir sjuka är mellan 18 och 40 år, men psykos kan komma under hela livet.¹⁶

Depression

I dagligt tal säger man ofta att man är ”deprimerad” eller ”deppig” när man känner sig ledsen, nedslagen eller ur form. Men ordet syftar egentligen på ett allvarigare tillstånd som kräver behandling. Det som händer vid en depression är att hjärnans signalsubstanser kommer i obalans, vilket påverkar bland annat känslolivet, initiativförmågan och sömnen. Exempel på signalsubstanser som man vet spelar en viktig roll när det gäller depression är serotonin och noradrenalin. Läkemedelsbehandling mot depression går ut på att återställa balansen. Vanlig nedstämdhet kan ibland övergå i en depression, och gränsen mellan tillstånden är inte skarp utan mer flytande. Det som avgör om man har en depression eller inte handlar både om hur lång tid man upplever nedstämdheten och hur man upplever sin tillvaro under den tiden. Om man känner sig nedstämd och orkeslös varje dag under mer än två veckor och har tappat lusten för sådant man vanligtvis brukar tycka om att göra och upplever känslor av meningslöshet kan man ha blivit deprimerad.¹⁷

Ångest

Ångest är starka känslor av oro och rädsla som de flesta känner någon gång. Det hör till livet. För många är ångesten knuten till något obehagligt som har hänt tidigare eller till något man tror skulle kunna hända framöver och som väcker oro. Men man kan också få intensiv ångest utan att man riktigt förstår varför man mår så dåligt. Ångest brukar kännas tydligt i kroppen. Hjärtat slår snabbare, man kanske börjar svettas, känner som en klump i magen och kanske får svårt att andas. Symtomen är obehagliga och beror på att olika stresshormoner kommer ut i blodet. En form av ångest kallas panikattack. Det är stark ångest som kommer plötsligt och varar i minst några minuter. Panikattacken kan kännas väldigt plågsam och överväldigande men den är inte farlig i sig. Däremot är det vanligt att man tror att något farligt eller livshotande ska hända när man får en panikattack. Till ångestsjukdomar räknas också generaliserat ångestsyndrom - GAD, paniksyndrom, social fobi, fobier och tvångssyndrom.¹⁸

Självskadebeteende

Bland de personer som beredningen har träffat har det framkommit att några av dem skadar sig själva genom olika handlingar. Självskadebeteendet kan hos patienten vara primärt, det vill säga vara det huvudsakliga symtomet, eller sekundärt som ett symptom bland flera andra. Ett självskadande beteende är

¹⁴ Socialstyrelsen (2013) *Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige*

¹⁵ 1177 Bipolär sjukdom <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Manodepressiv-sjukdom---bipolar-sjukdom/> (2014-12-15)

¹⁶ 1177 Psykos <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Psykos/> (2014-12-15)

¹⁷ 1177 Depression <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/> (2014-12-15)

¹⁸ 1177 Ångest <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Angest/> (2014-12-15)

inte ovanligt förekommande tillsammans med andra självdestruktiva beteenden och sjukdomar, som vissa personlighetsförändringar och ätstörningar. Att skada sig själv kan bland annat handla om att reglera upp eller ned en känsla- eller som en social handling som man plågas av som kan ta sig uttryck i form av självskärning. Såväl unga som vuxna kan lida av ett självskadebeteende.¹⁹

Förekomst av psykisk ohälsa i befolkningen

Folkhälsomyndigheten menar att de allra flesta barn och vuxna uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Samtidigt är det vanligt med psykiska och somatiska besvär.²⁰ Enligt Försäkringskassan ökar för tredje året i rad antalet sjukfall med psykisk sjukdom som orsak. Vid utgången av 2014 fanns drygt 71 000 pågående sjukfall i psykiatriska diagnoser, vilket kan jämföras med 48 000 sjukfall 2012. Det är en ökning på 48 procent. Den vanligaste diagnosen är akut stressreaktion.²¹

Östergötland sticker dock ut i statistiken med lägst andel sjukfall i psykiatriska diagnoser med 34 procent. Det kan jämföras med riksgenomsnittet på 40 procent. Högst siffror hade Västra Götaland där 43 procent av de pågående sjukfallen bestod av psykiatriska diagnoser.²² Den nationella folkhälsoenkäten visar att i befolkningen mellan 16 och 84 år uppger de allra flesta, 72 procent, att de har en bra eller mycket bra hälsa. Bland vuxna är det vanligast att lida av trötthet (47 procent), följt av sömnbesvär (33 procent) och ångest (32 procent). Cirka 25 procent har huvudvärk, 17 procent har nedsatt psykiskt välbefinnande och 13 procent är stressade. Självskadebeteenden förekommer hos cirka 6 procent av befolkningen.²³

Resultatet av en epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting kring barn- och ungas psykiska ohälsa visar att andelen barn och unga med en psykiatrisk diagnos har ökat kraftigt från 2008 till 2012. I Östergötland har siffrorna gått från 4 procent till 7,8 procent.²⁴ I absoluta tal innebär det att 9213 barn och unga i åldrarna 0 till 24 år hade en psykiatrisk diagnos 2012. Förekomsten av psykisk ohälsa 2012 är störst bland flickor i åldrarna 18 till 24 år vilket är 14 procent. Motsvarande siffra för pojkar är 9,1 procent.²⁵ Bland pojkar är, i storleksordning; beteendestörning, stress och adhd mest förekommande och bland flickor stress, depression och beteendestörning.²⁶ Notera att dessa siffror gäller barn och unga vuxna som har en fastställd psykiatrisk diagnos. Rapporter visar att antalet som lider av psykisk ohälsa är högre.

3.3 Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport

På uppdrag av Regionförbundet Östman har en kommission för folkhälsa (Östgötakommissionen) arbetat under 2013 och 2014. Uppdraget formulerades utifrån den Folkhälsopolitiska policyn för Östergötland 2011–2014: ”En Östgötakommission för folkhälsa, skall, enligt modell från WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer, belysa hälsoläget i länet utifrån ett tvärsektorielt kunskaps- och erfarenhetsperspektiv”.²⁷ Rapporten visar att upplevelsen av oro ökar mellan 12 och 15 års ålder, framförallt bland flickor. Andelen med upplevd psykisk ohälsa är också mycket högre bland tonårsflickor och unga kvinnor jämfört med tonårpojkar och unga män. I årskurs 9 är det nästan dubbelt så vanligt att flickor rapporterar psykosomatiska besvär som magvärk, huvudvärk och sömnbesvär. Självskadebeteende är ett allvarligt tecken på psykisk ohälsa och i Östergötland har 25 procent av kvinnorna och 11 procent av männen

¹⁹ Psykologiguiden *Självskadebeteende* <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=170&sjalvskadebeteende> (2015-06-16)

²⁰ Folkhälsomyndigheten *Nuläge psykisk hälsa* <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/psykisk-halsa/nulage-psykisk-halsa/> (2015-05-26)

²¹ Försäkringskassan (2014:4) *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser – en studie av Sveriges befolkning 16-64 år*

²² Försäkringskassan (2014:4) *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser – en studie av Sveriges befolkning 16-64 år*

²³ Folkhälsomyndigheten *Nuläge psykisk hälsa* <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/psykisk-halsa/nulage-psykisk-halsa/> (2015-05-26)

²⁴ Uppdrag Psykisk Hälsa (2015) *Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting*

²⁵ Uppdrag Psykisk Hälsa (2015) *Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting*

²⁶ Uppdrag Psykisk Hälsa (2015) *Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting*

²⁷ Kommissionen ska utgå från de nationella folkhälsopolitiska målområdena och verka under åren 2012–2014.

Kommissionen ska analysera hälsoläget utifrån bl.a. socioekonomiska-, miljö-, genus-, mångfald-/icke-diskriminerings- och livsrytmsperspektiv. Kommissionen ska föreslå insatser på läns-, kommun- och stadsdelnivå som skapar förutsättningar för en bättre hälsa på lika villkor för alla som bor och verkar i Östergötland. Ur Östgötakommissionen (2014) *Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport*

mellan 19 och 24 år övervägt att ta sitt liv och 7 procent respektive 5 procent av dem har försökt ta sitt liv. Det är emellertid vanligare att män tar sitt liv. I gruppen utomeuropeiskt födda östgötar är det psykiska välbefinnandet nedsatt jämfört med övriga grupper, särskilt utsatta är kvinnliga flyktingar från låginkomstländer.²⁸

Den ökande psykiska ohälsan bland unga och unga vuxna, särskilt bland flickor och unga kvinnor, har även visats inom barn- och ungdomspsykiatriens verksamhet där patientgrupper med diagnoser som ångest, depression, missbruk, bipolär sjukdom samt autism har ökat. Även här framträder en tydlig social snedfördelning, i den meningen att barn och unga från socioekonomiskt utsatta miljöer drabbas mer.²⁹

Östgötakommissionen kunde konstatera en ansamling av ogynnsamma levnadsvanor, särskilt hos de som har en psykisk sjukdom. Av rapporten framgår det att de flesta psykiskt sjuka i Östergötland dör av sjukdomar som kan kopplas till deras levnadsvanor och inte av sin psykiska sjukdom.³⁰ Kommissionen poängterar vikten av goda förutsättningar i de olika samhällsarenorna för att hjälpa individen att ta ansvar för sin hälsa, oavsett vilken bakgrund hen har.

3.4 Socialstyrelsen - Får psykiskt sjuka sämre somatisk vård?

Socialstyrelsen gav 2011 ut en rapportserie, *somatisk sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom*, med syfte att fördjupa kunskapen inom området. De olika diagnoser/områden som ingick i rapportserien var cancer, akut hjärtinfarkt, stroke, förlossning och diabetes. Den bild som har framträtt är att personer med samsjuklighet i somatisk och psykisk sjukdom riskerar sämre hälsa och mindre tillgång till angelägna vårdåtgärder än personer utan psykisk sjukdom. Nedan redovisas några resultat ur rapporterna.

Cancer

I rapporten granskas överlevnad efter insjuknande i cancer, närmare bestämt orsaksspecifik överlevnad vilket innebär att all annan dödlighet som inte är relaterad till cancer har tagits bort. Sju olika cancerformer undersöktes och för samtliga var överlevnaden kortare för personer med samtidig psykisk sjukdom än för övriga cancerpatienter. Ett exempel ur rapporten visar att vid cancer i lymfatisk och blodbildande vävnad hade 25 procent av patienterna med psykosjukdomar eller depressions- och ångestsjukdomar avlidit cirka ett halvår efter sin cancersjukdom. För referensgruppen, det vill säga övriga cancerpatienter utan psykisk sjukdom, tog det två år innan 25 procent hade avlidit till följd av sin sjukdom.³¹

Socialstyrelsen skriver att en möjlig orsak till att psykiskt sjuka i högre grad dör av sin cancer beror på att de kommer under vård senare och att canceren därmed också upptäcks senare. Därför analyserades också hur långt canceren fortskridit vid tidpunkten för diagnos. I studien valdes bröstcancer, då det är en cancerform som hälso- och sjukvården aktivt screenar genom att bjuda in kvinnor till mammografiundersökning. Screening med mammografi har visat sig minska dödligheten i sjukdomen väsentligt. Resultaten i rapporten visar att psykiskt sjuka kvinnor befann sig i ett senare stadium av sin bröstcancer än övriga bröstcancerpatienter när de fick sin diagnos och behandling. Detta indikerar att psykiskt sjuka kvinnor troligen inte går på screening i samma utsträckning som andra kvinnor och att bröstcanceren därför upptäcks senare. Dessa kvinnor riskerar därför en sämre prognos än övriga patienter med bröstcancer.

Akut hjärtinfarkt

När det gäller akut hjärtinfarkt visar resultaten att patienter som hade samtidig psykisk sjukdom inte fick ballongvidgning av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter. Psykiskt sjuka patienter hade också en ökad risk att avlida inom sex månader efter hjärtinfarkt. Uteblivet ingrepp med ballongvidgning var relaterat till en högre risk att avlida. Psykiskt sjuka hämtade även i lägre utsträckning ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte. Detta bekräftar även tidigare resultat; att personer med psykisk sjukdom inte får adekvat somatisk vård och därför riskerar sämre hälsa, oavsett vad orsakerna till detta kan vara. Påfallande är att psykiskt sjuka, när väl somatisk sjuklighet konstaterats i form av akut hjärtinfarkt, inte får en skyndsam vårdåtgärd som ballongvidgning i samma utsträckning som andra hjärtinfarktpatienter. Ett sämre somatiskt omhändertagande inom vården kan vara en förklaring, förutsatt att inga medicinska skäl finns till att inte utföra ingreppet.³²

²⁸ Östgötakommissionen (2014) *Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport*

²⁹ Östgötakommissionen (2014) *Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport*

³⁰ Östgötakommissionen (2014) *Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport*

³¹ Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer*

³² Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*

Stroke

Rapporten redovisar resultaten från en studie av personer som för första gången har insjuknat i hjärninfarkt på grund av blodpropp (stroke) eller övergående blodbrist i hjärnan på grund av liten blodpropp (transitorisk ischemisk attack). Resultaten visar att patienter som hade samtidig psykisk sjukdom inte fick halskärlskirurgi, ett ingrepp som görs för att ta bort förkalkning i halspulsådern, i samma omfattning som övriga patienter. Psykiskt sjuka patienter hade också en ökad risk att avlida sex månader efter hjärninfarkt. De hämtade även i lägre utsträckning ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte. Socialstyrelsen konstaterar att personer med psykisk sjukdom har sämre förutsättningar att få en tillräckligt god vård. Detta kan ha flera orsaker, exempelvis att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos psykiskt sjuka. Myndigheten framhåller att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen psykiskt sjuka med somatisk sjuklighet. Särskilt tydligt blir detta ansvar då psykiskt sjuka kommer till vården för behandling av stroke eller annan somatisk sjukdom och inte får lika god vård som övriga patienter.³³

Förlossning

Inom förlossningsvården studerades gravida kvinnor inför och under barnafödandet. Förlossningsvården skiljer sig från tidigare områden bland annat genom att mödrahälsovården tydligt tar hänsyn till både medicinska och psykosociala aspekter när det gäller förberedelser inför en förlossning och ett föräldraskap. Olika förlossningsutfall och vårdåtgärder, som smärtlindring, har studerats. Resultaten visar att psykiskt sjuka kvinnor i större utsträckning blir förlösta med ett planerat kejsarsnitt än kvinnor utan psykisk sjukdom. Sannolikt har psykiskt sjukas särskilda förutsättningar för att få en positiv upplevelse vid förlossningen uppmärksammas och tagits hänsyn till, vilket lett till att humanitär indikation utgjort grund för ett planerat snitt. Gruppen psykiskt sjuka har även fått adekvat smärtlindring. Detta kan ses som att omhändertagandet och vården är adekvat för gruppen psykiskt sjuka kvinnor. Studien visade också vissa skillnader när det gäller barnets hälsotillstånd efter förlossningen. Kvinnor med psykisk sjukdom tenderade att föda för tidigt och barnen mådde sämre efter förlossningen. Sannolikt kan detta förklaras av att gruppen psykiskt sjuka bland annat rökte i högre utsträckning under graviditeten. Även kejsarsnitt i sig kan leda till exempelvis lägre Apgar-poäng, som är en bedömning av det nyfödda barnets hälsotillstånd, jämfört med spontan vaginal förlossning. Studien pekar på att mödrahälsovården och förlossningsvården verkar beakta psykiskt sjuka kvinnors situation för att på så sätt skapa förutsättningar för att de får en positiv erfarenhet av att föda. Omhändertagandet förefaller också ta hänsyn till eventuella komplikationer vid förlossningen på grund av psykisk sjukdom och minimera dessa. Medicinska och psykosociala aspekter kräver samverkan mellan flera olika vårdgivare. Det kan vara skälet till att kvinnor med psykisk sjukdom får ett bra omhändertagande i samband med förlossningen.³⁴

Diabetes

När det gäller diabetes visar studien att det finns tydliga skillnader i hälsoutfall och läkemedelsanvändning mellan diabetespatienter med eller utan samsjuklighet i psykisk sjukdom. Diabetespatienter med psykisk sjukdom hade i lägre utsträckning än övriga patienter hämtat ut receptbelagda blodfettsänkande läkemedel mot blodfettssrubningar. Gruppen av psykiskt sjuka patienter hade också en förhöjd risk för amputation av delar av benet på grund av allvarlig komplikation till sin diabetes. Diabetespatienter med samtidig psykisk sjukdom hade dessutom en ökad dödlighet, även då självmord och skadehändelser med oklar avsikt togs bort från analyserna. Resultaten i rapporten visar att samtidig psykisk sjukdom hos diabetiker ökade risken för sämre hälsoutfall och för mindre användning av blodfettsänkande medicin. De bakomliggande orsakerna till dessa skillnader kan vara flera, men det är rimligt att på ett mer generellt plan anta att diabetessjukdom upptäcks senare hos personer med psykisk sjukdom och att tillgången till diabetesvård och läkemedel av olika orsaker inte når dessa personer i samma utsträckning som övriga.³⁵

Sammanfattning av Socialstyrelsens utvärderingar – och sen då?

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att patienter med psykisk sjukdom har sämre prognos vid metabola syndrom och cancer då personer med psykisk sjukdom och samtidig somatisk ohälsa underbehandlas samt inte får lika god somatisk vård som övriga patienter i befolkningen. Detta menar Socialstyrelsen resulterar i en förkortad medellivslängd på mellan 15 till 20 år samt ett stort lidande för den enskilde. Det är därför viktigt att psykiskt sjuka personer ges en god somatisk vård så att sjuklighet och dödlighet därmed ska kunna minskas. Detta ställer krav på ökad medvetenhet om psykiskt sjukas

³³ Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke*

³⁴ Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – förlossning*

³⁵ Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes*

levnadsvillkor och utsatthet med målsättningen att vården även erbjuds utifrån de psykiskt sjukas förutsättningar.

I tidningen *Nyttan* diskuteras resultatet från Socialstyrelsen.³⁶ Peter Salmi, utredare vid Socialstyrelsen, menar att resultatet tydligt visar att psykisk sjuka inte alltid får den vård som de har rätt till. Han menar vidare att det helt enkelt är så att om man har en psykisk sjukdom i bagaget så är risken stor att man inte får samma vård som andra. Peter Salmi säger också att många patienter har känt igen sig i rapporterna: att de inte blir trodda och att de kan uppfattas som lite stökiga. Dessutom har många svårt att göra sin röst hörd. Peter Salmi anser även att det kan röra sig om att psykisk sjukdom kan skymma somatiska problem så att somatiska symtom kopplas till den psykiska sjukdomen.³⁷

Här menar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården bör använda de somatiska kvalitetsregistren mer. Där finns detaljerade uppgifter om patienterna. Peter Salmi menar att olika kvalitetsregister kan och bör samköras, exempelvis kan Kvalitetsregistret ECT samköras med patientregistret och med läkemedelsregistret. På så vis kan vårdhistoria och eventuella biverkningar följas upp. Peter Salmi påpekar att det är viktigt att man tänker mer multidisciplinärt och att de somatiska frågorna flätas in mer i verksamheten. Med hjälp av kvalitetsregistren kan man komma in mer på detaljnivå, följa upp och fördjupa kunskapen.³⁸ Kristina Lindwall Sundel, biträdande projektledare för "Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister", menar att kvalitetsregistren kan ge oss en avstämning om hur vi kan göra på hemmaplan. Variabler som fångar upp den somatiska hälsan och visar erbjudna eller genomförda insatser kan användas till uppföljning och planering av vården. Då kan kvalitetsregistren bli vardagsverktyg på kliniken även inom detta område och då kan man också jämföra med hur det ser ut på nationell nivå.³⁹ De somatiska måtten kan mycket väl kopplas till förbättringsarbete inom den psykiatriska vården, fortsätter Kristina Lindwall Sundel. Många gånger är psykiatrin den enda sjukvårdskontakt som patienten har. Vården kan dels bli bättre på att hjälpa patienterna i kontakten med den somatiska vården, dels bygga upp rutiner för att förebygga eller upptäcka somatisk ohälsa inom den egna verksamheten.⁴⁰

"Det är helt enkelt så att om man har en psykisk sjukdom i bagaget så är risken stor att man inte får samma vård som andra".
/Peter Salmi,
Socialstyrelsen

3.5 Öppna jämförelser 2014 – psykiatrisk sjukvård

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) publicerade i december 2014 för nionde året i rad rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Ett kapitel rör den psykiatriska sjukvården.

Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård belyser omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en väl fungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan påverka inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården. Indikatorn visar antal personer mellan 20 och 59 år som någon gång under åren 2007 till och med 2011 har fått slutenvård för en psykiatrisk diagnos (F-diagnos) och haft minst ett somatiskt slutenvårdstillfälle under 2013, med någon av de diagnoser som ingår. Av de som vårdats inom psykiatrin hade 2 613 per 100 000 patienter haft ett sådant undvikbart slutenvårdstillfälle. Denna siffra kan jämföras med hela befolkningen där de vårdade var 420 per 100 000 invånare med samma diagnoser. En viss ökning kan ses på riksnivå från föregående år bland de psykiatrisk vårdade patienterna, medan en minskning kan ses i befolkningen. Den högre andelen kan till exempel bero på att sjukdomen upptäcks sent i förloppet, att behandlingen inte alls sker eller tar

³⁶ *Nyttan #20* är en slutrapport från projektet *Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister*, inom ramen för satsningen på att utveckla nationella kvalitetsregister inom vården. Projektet är ett samarbete mellan Nationella Kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

³⁷ Nationella Kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Nyttan #20 – en skrift från projektet Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister* (2014)

³⁸ Nationella Kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Nyttan #20 – en skrift från projektet Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister* (2014)

³⁹ Nationella Kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Nyttan #20 – en skrift från projektet Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister* (2014)

⁴⁰ Nationella Kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Nyttan #20 – en skrift från projektet Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister* (2014)

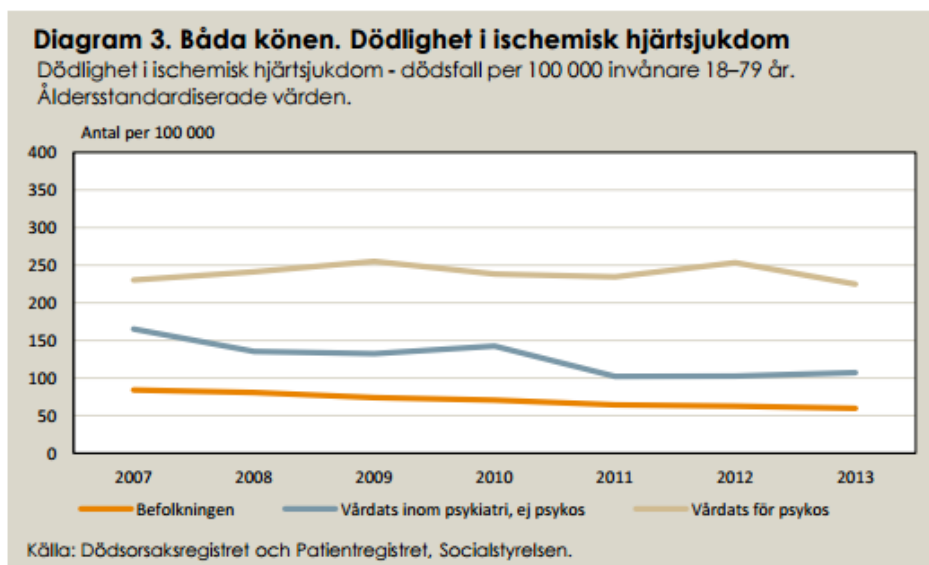
längre tid eller på att patienterna är sämre på att följa ordinationer. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer (så som rökning, inaktivitet, dålig kost et cetera).

Generellt har fler män än kvinnor undvikbara vårdtillfällen. Detta beror troligen på att fler män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i öppen vård. Personer med en allvarlig psykisk störning kan också ha svårt att sköta viss somatisk behandling i öppen somatisk vård, vilket kan göra att patienten vårdas ineliggande. Skälen till att patienter med psykiatrisk diagnos i högre utsträckning vårdas i slutna somatisk vård i enlighet med indikatorn bör studeras närmare. Förekomsten av vissa sjukdomstillstånd kan skilja sig åt mellan olika landsting och regioner. Även diagnossättningen och registreringen kan variera. Tillgången på platser i slutna vård spelar sannolikt också in. Med många slutenvårdsplatser är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska vården. Faktorer som dessa kan ha påverkat landstingens resultat.⁴¹

I Östergötland hade 1891 personer per 100 000 patienter ett undvikbart somatisk slutenvårdstillfälle 2013. Östergötland ligger under riksgenomsnittet som var 2109.

3.6 Öppna jämförelser 2014 Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom

För andra året i rad publicerar Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen särskilda öppna jämförelser av jämlig vård. I en rapport presenteras indikatorer som beskriver processer och resultat av somatisk vård för personer med psykisk sjukdom. Jämförelsen sker på nationell nivå och visar skillnader mellan indikatorernas totalvärde jämfört med två kategorier av psykisk sjukdom, psykossjukdom (i diagram; vårdats för psykos) och annan psykisk sjukdom, som ångest och depressionssjukdomar (i diagram; vårdats inom psykiatri, ej psykos).⁴² Resultatet visar på en högre dödlighet för bägge kategorierna med psykisk sjukdom, högst är överdödligheten för personer med psykos när det gäller ischemisk hjärtsjukdom. Bland patienter som har hunnit komma till sjukvården och vårdats för hjärtinfarkten ses också en högre dödlighet hos de med psykossjukdom.



En tydlig trend är att psykossjuka inte har fått del av den i övrigt positiva utvecklingen av vad gäller överlevnad vid hjärtsjukdom hos befolkningen. Andra indikatorer, som också har bäring på hjärt- och kärlsjukvården, visar generellt att personer med psykisk sjukdom har ett lägre uttag av sekundärpreventiv läkemedelsbehandling och att de i lägre utsträckning får kranskärlsröntgen vid hjärtinfarkt.⁴³ Socialstyrelsen kan konstatera att det fortfarande finns utrymme för stora förbättringar när det gäller omhändertagande av psykiskt sjukas somatiska hälsa. Personer med psykisk sjukdom har troligen ett större behov av somatisk vård än många andra grupper. Samsjukligheten ställer krav på vårdens förmåga till en helhetssyn av patienten om psykiskt sjuka ska få del av den annars positiva utvecklingen i hjärt- och kärlsjukvården.

⁴¹ Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Öppna jämförelser 2014, Hälsa- och sjukvård – jämförelser mellan landsting, Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar*

⁴² Socialstyrelsen (2014) *Öppna jämförelser 2014 Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*

⁴³ Socialstyrelsen (2014) *Öppna jämförelser 2014 Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*

3.7 Överdödlighet hos personer med schizofreni – en forskningsstudie

Personer med schizofreni har en ökad risk att dö i förtid. Forskare i Lund har tillsammans med amerikanska kollegor tittat närmare på sambandet. I en undersökning som baseras på en uppföljning av över 6 miljoner svenskar, varav 8 277 med diagnosen schizofreni, under 2003 till 2009. En slutsats är att hjärt-kärlsjukdom och cancer var de viktigaste orsakerna till överdödlighet i gruppen. Även brist på antipsykotisk medicinering var kopplad till ökad risk för förtida död. Forskarna rekommenderar effektivare metoder av screening för hjärt-kärlsjukdom och cancer.⁴⁴

3.8 Ohälsosam livsstil – en bidragande orsak till somatisk ohälsa hos psykiskt sjuka

Metabolt syndrom är ett samlingsnamn för faktorer som ökar risken för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdom och diabetes. Personer med psykosjukdom uppvisar i högre grad än befolkningen i övrigt metabola avvikelser i form av rubbning av blodfetter. Det ger en ökad risk för att utveckla hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes. Orsaken till ökade värden hos denna målgrupp har studerats i ett flertal studier såväl nationellt som internationellt. En bidragande faktor är ohälsosamma levnadsvanor som starkt bidrar till utvecklingen av metabolt syndrom. Med ohälsosamma levnadsvanor menas exempelvis användning av tobak, alkohol, droger, brist på fysisk aktivitet och onyttig kost. I en studie framgår att endast en procent av patienter med schizofreni eller annan allvarlig psykisk sjukdom (jämfört med tio procent av befolkningen i övrigt) uppfyller följande fem faktorer: icke-rökare, regelbunden fysisk aktivitet, god tandstatus, frånvaro av övervikt/fetma och avsaknad av allvarliga kroppsliga symtom.⁴⁵

Av Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* framgår att samsjuklighet är vanligt förekommande vid schizofreni. Studier visar att död i kroppsliga sjukdomar är vanligare än förväntat och här bidrar särskilt sjukdomar i andningsorganen, hjärt-kärlsjukdomar, infektionssjukdomar och sjukdomar i mag-tarmsystemet. Förutom de somatiska sjukdomarna finns en tydlig samsjuklighet med andra psykiska problem, särskilt depression och ångest och en överrisk för självmord. Även livsstilsfaktorer som dålig kosthållning, brist på motion och rökning poängteras vara ett vanligt problem. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård tar upp åtgärder för missbruk och beroende men inte särskilt för personer med schizofreni. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder innehåller dock åtgärder för att främja rökstopp anpassade för personer med schizofreni. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att vården och omsorgen uppmärksammar såväl den somatiska hälsan som problem och riskfaktorer som är relaterade till levnadsvanor hos personer med schizofreni.⁴⁶

I rapporten *Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor* från 2015 konstaterar SBU att en kombination av beteendepåverkande åtgärder som syftar till att främja både fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor endast ger en liten minskning av kroppsvikt och BMI samt en liten förbättring av livskvaliteten hos personer med schizofreni.⁴⁷

Att förebygga och handlägga metabol risk

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) har tagit fram kliniska riktlinjer för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Målet har varit att formulera konkreta och genomförbara riktlinjer för hur metabol rubbning hos patientgruppen kan förebyggas, upptäckas och handläggas inom varje psykiatrisk verksamhet.⁴⁸ Enligt riktlinjerna kan metabol risk förebyggas och handläggas genom primär och sekundär prevention. Med primär prevention menas åtgärder som ska förhindra eller skjuta upp ett insjuknande hos friska individer, vilket flertalet patienter som inleder behandling med antipsykotika är. Genom primär prevention kan lidande förhindras och

⁴⁴ Casey Crump, Marilyn A. Winkleby, Kristina Sundqvist, Jan Sundqvist (2013) *Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study* Am J Psychiatry 2013; 170:324–333

⁴⁵ Dickerson FB, Brown CH, Daumit G, Lijuan F, Goldberg RW, Wohlheiter K, Dixon LB. (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 584-9.

⁴⁶ Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*

⁴⁷ SBU (2015) *Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor* SBU-rapport nr 232

⁴⁸ Svenska Psykiatriska Föreningen (2010) *Kliniska riktlinjer att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*

kostnadsbesparingar förmodligen göras. Ett exempel på lyckad primär prevention är där en psykiatrisjuksköterska informerar alla patienter som börjar med antipsykotisk medicin om risken för viktökning och erbjuder ett hälsosamtal med fokus på levnadsvanor. Detta i kombination med årlig uppföljning bör innebära att patienter som riskerar att drabbas av metabola syndrom fångas upp i god tid.⁴⁹ Ett annat gott exempel på primär prevention är att prioritera rökavvänjning för behovsgruppen.

Med sekundär prevention menas åtgärder för att tidigt identifiera en metabol störning för att förhindra eller försena en fortsatt sjukdomsprocess och därmed undvika signifikant viktökning eller utveckling av diabetes. SPF menar att det åligger varje patientansvarig psykiater att upptäcka och sätta in åtgärder mot metabol störning och att varje psykiatrisk klinik bör ha en rutin för screening av metabola riskfaktorer. SPF anser att patientansvarig psykiater ska ta fullt ansvar för att följa upp metabolt status efter insättning eller byte av antipsykotisk medicinering.⁵⁰

3.9 Läkemedel som orsak till sämre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom

Det finns läkemedelsbehandling för olika typer av psykisk ohälsa. Enligt SBU är läkemedelsbehandling vanligast vid svår depression, ångestsyndrom och schizofreni.⁵¹ SBU konstaterar att för patienter med exempelvis schizofreni så kan läkemedelsbehandling rädda liv, men både allvarliga och mindre allvarliga biverkningar förekommer och är varierande vid olika läkemedel.⁵² Exempelvis kan läkemedlet Klozapin ge kraftig viktökning och drastiskt minska antalet vita blodkroppar vilket ökar infektionsrisken. Båda biverkningarna påverkar i sin tur den somatiska hälsan.⁵³ SBU konstaterar att det idag görs regelbundna kontroller av patienter som behandlas med klozapin, vilket har resulterat i färre fall av allvarliga biverkningar. Registerstudier som har genomförts i Finland och Sverige visar att dessa läkemedel medför lägre dödlighet och lägre självmordsrisk samt färre återinläggningar än de flesta andra antipsykotiska läkemedel. Nyttan av behandling är generellt större än riskerna. Behandling med antipsykotiska läkemedel minskar alltså dödligheten jämfört med ingen behandling alls.⁵⁴ För att minska antalet biverkningar så bör dock läkemedelsbehandlingen nogta anpassas och följas upp efter individ och livssituation i så hög utsträckning som möjligt. Verksamhetsföreträdare från psykiatrin i västra länsdelen menar att psykiatrin behöver bli bättre på att följa upp somatiska variabler vid läkemedelsuppföljning för att undvika metabola risktillstånd.

I den östra länsdelen genomfördes ett projektarbete, *behandling med neuroleptika utgör en riskfaktor för metabolt syndrom*, av två läkare från den vuxenpsykiatriska kliniken i Norrköping och en läkare från medicinkliniken i Norrköping.⁵⁵ Som ett resultat finns idag en ökad medvetenhet kring de metabola risktillstånden vid läkemedelsbehandling. Det metabola syndromet som är ett kluster av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom ökar kraftigt risken hos patienten för att utveckla diabetes, hjärtsjukdomar och/eller stroke. Syftet med projektet/studien var att granska de uppgifter som finns om metabola syndrom som har framkallats av läkemedel som är vanliga vid schizofreni och vanföreställningar samt ge förslag till ett fullgott PM för kontroll och uppföljning av de patienter som står på dessa läkemedel. En journalgranskning av patienter som behandlades med neuroleptika vid psykiatriska kliniken i Norrköping mellan juni och september 2012 gjordes. Då kom det fram att enbart 8 av 54 patienter (14 procent) som påbörjat behandling med neuroleptika hade fått en uppföljning som gällde kardiovaskulära riskfaktorer. De resterande patienterna hade varit på återbesök hos läkare, men ingen provtagning eller somatisk undersökning hade gjorts.⁵⁶ Av de åtta som följdes upp var det bara en patient (två procent) som följdes upp med både provtagning och somatisk undersökning enligt det PM som gällde. Detta innebär att endast en patient av alla som behandlades med neuroleptika fick en optimal uppföljning enligt det PM som gäller i Region Östergötland. Granskningen visar att av de patienter som inte fick en ordentlig uppföljning hade elva procent

⁴⁹ Svenska Psykiatriska Föreningen (2010) *Kliniska riktlinjer att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*

⁵⁰ Svenska Psykiatriska Föreningen (2010) *Kliniska riktlinjer att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*

⁵¹ Kunskapsguiden *Behandlingsåtgärder vid psykisk ohälsa* www.kunskapsguiden.se (2015-05-26)

⁵² SBU (2012) *Schizofreni – läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*

⁵³ SBU (2012) *Schizofreni – läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*

⁵⁴ SBU (2012) *Schizofreni – läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*

⁵⁵ Kais Mahod, Magnus Wijkman och Maria Vargas (2014) *Behandling med neuroleptika utgör en riskfaktor för metabolt syndrom - men alltför få neuroleptika-behandlade patienter följs upp avseende kardiovaskulära riskfaktorer*

⁵⁶ Kais Mahod, Magnus Wijkman och Maria Vargas (2014) *Behandling med neuroleptika utgör en riskfaktor för metabolt syndrom - men alltför få neuroleptika-behandlade patienter följs upp avseende kardiovaskulära riskfaktorer*

en högre risk än befolkningen i övrigt att utveckla metabola risktillstånd. Tillstånd som hade kunnat förebyggas genom bättre uppföljning. Läkarna menar att projektarbetet slagit fast att behovet av metabol screening för patienter som behandlas med neuroleptika är stort.⁵⁷ Som ett resultat av studien reviderades den klinikgemensamma rutinen vid somatisk uppföljning av personer behandlade med neuroleptika/antipsykotiska läkemedel och innehåller nu en del kring vikten av god uppföljning av dessa patienter.

I Socialstyrelsens öppna jämförelser *Jämlig vård- Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom* påtalas att det finns problem vid förskrivning och uttag av blodförtunnande läkemedel. Den typen av läkemedel skrivs inte ut till patienter med psykisk ohälsa i samma utsträckning som till andra, trots att behov kan finnas.⁵⁸ Sakkunnig inom området menar att det finns en försiktighet gentemot dessa personer då de kan ha suicidala tankar, vilket vården inte kan förutsätta gäller alla patienter. Vidare befarar de som arbetar inom den somatiska vården att följsamheten hos patienter med psykisk ohälsa är sämre när det kommer till blodförtunnande läkemedel. Detta kan bero på att patienterna inte hämtar ut sina läkemedel eller att det finns brister i kommunikationen med sjukvården. Sjukvården behöver bli bättre på att bemöta, förmedla och förvissa sig om att patienten har förstått vad som har sagts. Nyckeln är att vården ändrar pedagogik, ökar sin kunskap om psykisk ohälsa samt tar in närstående i diskussionen.

Tandvårdsstöd till personer med psykisk funktionsnedsättning

Patienter med psykiska funktionshinder har ofta olika kognitiva funktionshinder som en del av symptomen, exempelvis koncentrationsproblem, svårigheter med dagliga rutiner samt initiativlöshet. Vid mer omfattande psykisk sjukdom som till exempel schizofreni, bipolär sjukdom eller hjärnskador vid missbruk kan de kognitiva problemen påverka den dagliga livsföringen. Det kognitiva funktionshindret vid psykisk sjukdom leder ofta till svårigheter att upprätthålla daglig munvård samt regelbundna kontakter med tandvården. De kognitiva nedsättningarna kan medföra att patienten får svårt att komma ihåg tandvårdsbesök, klara bra kosthållning samt äta regelbundna måltider. Detta i kombination med att patienter med psykiskt funktionshinder ofta har ökad risk för skador på tänderna på grund av medicinering som ger muntorrhet (tredje vanligaste läkemedelsbiverkan) gör att denna patientgrupp kan ha möjligheter till utökat tandvårdsstöd.⁵⁹

Det finns tre tandvårdsstöd som patienter med psykisk funktionsnedsättning kan ha rätt till.

1. Patienter som har muntorrhet på grund av läkemedelsbehandling har rätt till Särskilt tandvårdsbidrag (STB). STB riktar sig till de patienter som har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrade tandhälsa, däribland individer som är muntorra till följd av långvarig läkemedelsbehandling. Bidraget är högst 600 kronor per år och gäller enbart för förebyggande tandvård eller abonnemangstandvård.

2. Patienter som har en svår psykisk funktionsnedsättning och stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling har rätt till Tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård) För detta tandvårdsstöd krävs ett läkarintyg, och när intyget är godkänt hos landstinget/regionen får individen ett blått tandvårdskort. All bastandvård fås enligt avgift som inom öppna hälso- och sjukvården, men fast protetik ingår inte i stödet.

2015-06-08 var det 213 personer med svår psykisk funktionsnedsättning som omfattades av detta stöd och hade tandvårdskort i Östergötland.

3. Patienter som har en psykisk funktionsnedsättning och som har stora personliga vård- och omvårdnadsbehov och har hjälp med att sköta den dagliga hygien minst morgon och kväll har rätt till Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till vissa äldre och funktionshindrade (N-tandvård). N-tandvård omfattas av lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS-lagen) och/eller har ett omfattande omsorgsbehov. För att erhålla detta tandvårdsstöd krävs ett intyg av särskilt utsedda intyg utfärdare och efter godkännande hos landstinget/regionen får personen ett grönt tandvårdskort. Den uppsökande verksamheten i form av

⁵⁷ Kais Mahod, Magnus Wijkman och Maria Vargas (2014) *Behandling med neuroleptika utgör en riskfaktor för metabolt syndrom - men alltför få neuroleptika-behandlade patienter följs upp avseende kardiovaskulära riskfaktorer*

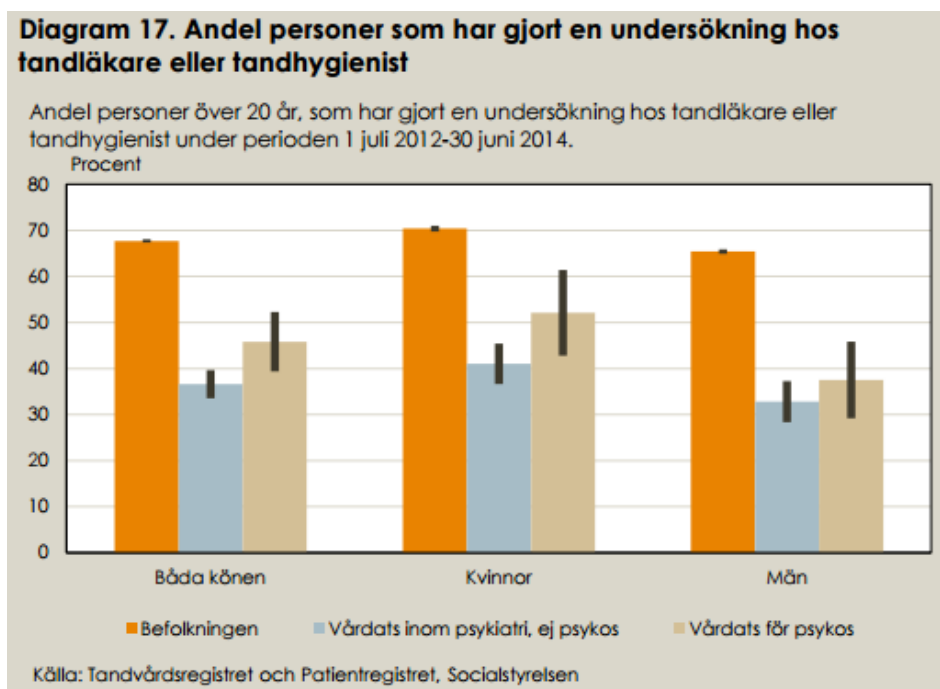
⁵⁸ Socialstyrelsen (2014) *Öppna jämförelser 2014 Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*

⁵⁹ Anna Ahlvin, tandvårdsstrateg, Ledningsstaben, Region Östergötland

munhälsobedömning är avgiftsfri. För övrig tandvårdsbehandling är avgifterna desamma som inom den öppna hälso- och sjukvården.

När det gäller den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården var det 2015-06-08 9 844 personer som hade rätt till tandvårdsstödet. Personerna är identifierade via att de bor i särskilda boenden, att de får omfattande hälso- och sjukvård i hemmet, att de omfattas av LSS-lagen eller att de bor i egen bostad och har mycket stora behov av vård och/eller omsorg. Av de 9 844 personerna går det inte att särskilja vilka som har rätt till tandvårdsstödet på grund av en psykisk funktionsnedsättning.⁶⁰

I Socialstyrelsens *Öppna Jämförelser 2014 Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom* finns ett diagram som visar andelen personer som har gjort en undersökning hos tandläkare eller tandhygienist. Diagrammet visar tydligt att personer med psykiska sjukdomar besöker tandvården i betydligt lägre utsträckning än övriga befolkningen. (Trots möjligheten att ta del av olika tandvårdsstöd)



3.10 Ett äldreperspektiv

Äldre personer med psykiska besvär behandlas oftare än yngre personer vid somatiska kliniker. Detta menar Socialstyrelsen tyder på att äldre med psykisk sjukdom i större utsträckning än yngre behandlas på en vårdinrättning där personalen inte är van att handskas med en psykiatrisk problematik. Konsekvensen kan bli att äldre, som har varit i kontakt med den somatiska vården snarare än psykiatrin på grund av psykisk sjukdom, inte följs upp adekvat alternativt får mindre behandling än de borde ha fått med risk för ökad dödlighet som följd.⁶¹

3.11 Region Skåne – Kroppslig hälsa hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom

I Region Skåne genomfördes 2012 ett utredningsarbete med fokus på den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk sjukdom.⁶² Målet var att utreda vad Region Skåne kan göra för att nå en förbättrad somatisk hälsa hos målgruppen. Målgruppen var de patienter som hade kontakt med ett psykosteam inom psykiatrin i Skåne och rörde diagnoser som bland annat schizofreni och kroniska vanföreställningar. Målgruppen hade en överdödlighet och en livslängd som i genomsnitt är förkortad med 20 år. Detta bland annat på grund av ökad risk för suicid, större risk för metabolt syndrom genom låg fysisk aktivitet, onyttig kost och ökad vikt, riskbeteende som rökning samt användande av alkohol och droger samt biverkningar av neuroleptika.

⁶⁰ Anna Ahlvin, tandvårdsstrateg, Ledningsstaben, Region Östergötland

⁶¹ Socialstyrelsen (2014) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*

⁶² Region Skåne (2012) *Kroppslig hälsa – hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom*

Utredningen pekade på vikten av att biverkningar av läkemedelsbehandlingar behövde följas regelbundet på ett strukturerat sätt för att undvika att oupptäckta biverkningar leder till kroppsliga komplikationer. Viktigt är även att vården inte kan utgå från att personerna själva tar initiativ till kontroller och vård, en del personer behöver hjälp att komma till vårdenheten.⁶³ I rapporten framgår att den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk sjukdom är starkt eftersatt jämfört med övriga medborgare. Alla med ansvar för gruppen kan bidra till att dessa personer får ett friskare och längre liv. Det kan göras genom ökad uppmärksamhet på problemen, kunskap, vaksamhet på biverkningar av behandling, förebyggande hälsoarbete, kontroll av hälsan samt behandling av uppkommen sjukdom i såväl primärvård som specialistvård med samma ambition som för alla medborgare.⁶⁴

Utredningen avslutas med några rekommendationer, bland annat med ett förslag om att ta fram en överenskommelse rörande den kroppsliga hälsan hos personer med allvarlig och omfattande psykisk sjukdom. Överenskommelsen föreslås gälla bevakning av den somatiska hälsan hos målgruppen inom primärvården. Målet är att behandling av uppkomna somatiska sjukdomar i samma grad som hos andra listade patienter i avsikt att ge målgruppen ett friskare och längre liv. Psykiatrin ansvarar för att skriva remiss till vårdcentraler rörande patienter som är aktuella inom den psykiatriska öppenvården. Vid utskrivning från slutenvård görs samordnad vårdplanering där vårdenhetens uppdrag är att bevaka och behandla patientens somatiska hälsa. Primärvården ansvarar i sin tur för årliga hälsokontroller dit patienten kallas årligen till kontroll av somatisk hälsa samt speciellt utveckling av metabolt syndrom och hjärtsjukdom. Vid behov utökas undersökningen och under samtalet diskuteras och ges råd kring kost, motion, rökning, alkohol och droger.⁶⁵ Om patienten uteblir meddelar primärvården den som har remitterat patienten.

⁶³ Region Skåne (2012) *Kroppslig hälsa – hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom*

⁶⁴ Region Skåne (2012) *Kroppslig hälsa – hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom*

⁶⁵ Region Skåne (2012) *Kroppslig hälsa – hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom*

4. Resultat av enkätundersökning och dialoger med verksamheter i Region Östergötland

Under denna rubrik presenteras hur verksamheterna i Region Östergötland arbetar för att upptäcka och vid behov behandla den somatiska hälsan hos personer som är psykiskt sjuka. Likt motiveringen till uppdraget ligger fokus på medvetenheten om och beredskap att behandla den somatiska hälsan hos patienter med psykisk sjukdom.

4.1 Resultat av enkätundersökning

För att inhämta kunskap om hur verksamheterna i Region Östergötland arbetar med behovsgruppen skickades en enkät ut till de verksamheter som är berörda av frågeställningen, det vill säga alla somatiska och psykiatriska verksamheter samt 1177 Vårdguiden. Enkäten bestod av ett antal öppna frågor som respondenterna gavs utrymme att reflektera kring. Exempel på frågor var; ”anser du att det finns en medvetenhet kring den somatiska hälsan hos patienter med psykisk sjukdom som besöker eller kontaktar din verksamhet?”, ”vad tänker du är viktiga kroppsliga symtom att uppmärksamma hos de personer med psykisk sjukdom som besöker eller kontaktar din verksamhet?” och ”upplever du att samverkan kring patienter med psykisk sjukdom och somatiska besvär fungerar bra?”. Enkäten skickades ut till knappt 250 verksamheter i Region Östergötland och representanter från 71 verksamheter besvarade enkäten. Resultatet presenteras under de frågor som var aktuella i enkäten.

Rutiner för att omhänderta patienter med psykiska sjukdomars somatiska besvär

Inledningsvis ställdes en fråga kring vilka rutiner som finns i verksamheten för att upptäcka och behandla somatisk ohälsa hos psyksikt sjuka. De allra flesta somatiska verksamheter svarar att de inte har några särskilda rutiner för att behandla den somatiska hälsan hos patienter med psykiska sjukdomar. Behovsgruppen behandlas istället som ”vem som helst” enligt de generella rutiner som finns i verksamheten.

”Vi prioriterar efter symtom, behöver någon omedelbar vård så får de det oavsett om de har psykisk ohälsa eller ej. Vi gör alltid intervjuer med patienten så att inget ska missas om deras hälsa”
/Cityhälsan Centrum

”Samma rutiner som för alla patienter med dessa besvär, psykisk sjukdom förändrar inget”
/Njurmedicin, Dialysen, Lasarettet i Motala

En del verksamheter så som hudkliniken och geriatriska kliniken på universitetssjukhuset skriver att många av deras patienter lider av psykisk ohälsa vilket innebär att de har en större medvetenhet kring problematiken.

När det gäller de psykiatriska klinikerna i länet menar företrädarna att de har fokus på den somatiska hälsan bland annat då den påverkas av flera av de mediciner som patienter med psykiska sjukdomar vanligtvis äter. Andra verksamheter menar att de följer sina patienter noga då de flesta vanligen har en livsstil som beskrivs som allt annat än sund.

”Vi följer metabola riskfaktorer” /Psykiatriska öppenvården, Motala

”På kliniken har vi ett PM avseende rutin vid somatisk uppföljning av personer behandlade med neuroleptika/antipsykotiska läkemedel. Vi uppmärksammar alla patienter som kommer till oss om behov av somatisk uppföljning föreligger” /Psykiatriska kliniken, Norrköping

Medvetenhet i verksamheten kring den somatiska hälsan hos personer med psykisk sjukdom

Den andra frågan berörde medvetenheten kring den somatiska hälsan hos psykiskt sjuka. Så gott som alla verksamheter som besvarade enkäten menar att det finns en medvetenhet om patienternas somatiska hälsa. Beroendekliniken i Norrköping påtalar exempelvis att många av deras patienter har somatiska sjukdomar till följd av sitt missbruk/beroende och därför ingår alltid somatiska kontroller/utredningar av deras patienter.

”Vårt uppdrag är att uppmärksamma både den psykiska och somatiska hälsan hos våra patienter, båda aspekterna uppmärksammas” /Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset

”Ja och det finns ofta en koppling mellan muskuloskeletala besvär och psykisk ohälsa. Vi tänker medvetet även när barn söker för diffusa smärtor” /Vårdcentral

En del menade dock att även om medvetenheten om behovsgruppens somatiska hälsa är hög så efterfrågas kompetensutveckling även på detta område. Akutkliniken i Norrköping ansåg att det kan finnas en risk för att en känd psykisk sjukdom (ofta vanlig hos flergångsbesökare) kan leda till att besöket färgas till patientens nackdel. Några verksamhetsföreträdare menade att det omvända kunde vara problematiskt, att patienten inte är medveten om den somatiska hälsan, och att det ofta finns ett mindre fokus från patientens sida att uppmärksamma eller söka hjälp för somatiska besvär.

”Personal är medvetna, oftast inte patienten” /Vårdcentralen, Nygatan

Psykiatriska mottagningen i Mjölby påpekade dock att deras patienter generellt sett är oroliga för sin hälsa och vill uppnå ett bättre mående.

Viktiga kroppsliga symtom att uppmärksamma hos personer med psykisk sjukdom

Respondenterna tillfrågades vilka särskilt viktiga kroppsliga symtom som bör uppmärksammas hos personer med psykisk sjukdom. Några verksamheter menade att de inte gör någon skillnad på patienter med eller utan psykisk sjukdom. Andra ansåg att vården bör ha i åtanke att behovsgruppen kan vara svår att få kontakt med.

*”Det skiljer sig ej från andra patienter. Patientgruppen har dock svårare att uttrycka dessa”
/Anestesi IVA, Norrköping*

Verksamheter i den somatiska vården menade att viktiga kroppsliga symtom att uppmärksamma hos patienter med psykisk sjukdom är bröstsmärta, hjärtklappning, förändringar i sjukdomsförloppet som avviker från ”normalt sjukdomsförlopp”, magbesvär och luftvägsbesvär. Käk kliniken tyckte att patienter med psykisk sjukdom ofta har mer oro och ångest än andra och därför behöver mer tid, fler besök och uteblir och lämnar återbud mer frekvent än andra. Den psykiska sjukdomen kan även inverka på följsamheten till rekommenderad behandling, exempelvis svårighet att ta läkemedel på rätt tid.

Tandvården ser ofta att patienter med psykisk sjukdom har dålig munhygien, trasiga tänder, muntorrhet (på grund av läkemedel), avvikande kostbeteenden som leder till över eller undervikt och magproblem.

Respondenter från psykiatrin menade att de fokuserar på metabola symtom som BMI, midjemått, alkohol, droger, fysisk aktivitet, blodtryck och kostfrågor.

*”Viktuppgång – på ett mycket tidigt stadium åtgärder redan vid högst 3 kilos viktuppgång och förebyggande åtgärder när du sätter in psykofarmaka dvs information pedagogik”
/Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena*

Hälsoråd

En fråga i enkäten rörde huruvida verksamheten arbetar med hälsoråd gentemot patienter med psykisk sjukdom. Här varierade svaren från inte alls (det vill säga inte har några särskilda hälsoråd till behovsgruppen) till att de frågar alla patienter om tobaksbruk och matvanor et cetera (behovsgruppen får således samma råd som alla andra). Vårdcentralen Vadstena och Cityhälsan Centrum ansåg att behovsgruppen kan ha behov av mer stöttning för att kunna ta till sig hälsoråden.

”På likartat sätt som övrig befolkning, erbjuder tobaksavvänjning, råd kring riskbruk alkohol, öka sin fysiska aktivitet mm, dock med vetskap om varierande förmåga kunna ta till sig info och orka med åtgärder själv, krävs mer stöttning-coachning.” /Vårdcentralen, Vadstena

”Tyvärr så har vi inga speciella hälsoråd, men man försöker att få mera tid för dessa patienter för att kunna förklara och visa.” /Cityhälsan Centrum

Dialysavdelningen i Motala menar att behovsgruppen ofta kan behöva stöd av närstående eller personal på boenden, men att de alltid ger hälsoråd som syftar till samma sak oavsett vem patienten är.

De psykiatriska verksamheterna uppgav att de jobbade aktivt med hälsoråd gentemot behovsgruppen. Psykiatriska mottagningen i Mjölby arbetar exempelvis, med stöd av Hälsopotten, för att förbättra patienternas somatiska hälsa. De håller på att införa Hälsokurvan på mottagningen för att upptäcka och motivera patienterna till en bättre livsstil. Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena menade att de

"... arbetar ju med psykiatriska besvär men vi måste alltid jobba med ex vis detta med livsstilsfaktorer, hälsosam mat, motion/rörelse, tobaksavvänjning och det försöker vi hela tiden göra. Även förstås droger och alkohol men när de är hos oss är ju alltid detta inte alls tillåtet men man måste motiveras att fortsätta ett drogfritt liv. Ta de små hälsoråd - att göra små ändringar kan ge stora vinster. Detta har vi bland annat jobbat med i grupp, är också viktigt att alltid ta i den individuella kontakten."

/Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena

Psykiatriska kliniken i Linköping arbetar med fysisk aktivitet på recept (FaR), erbjudande om att delta i gruppverksamheter, gymnastik, bassängträning tillsammans med sjukgymnast, matlagingsgrupper med dietist och hälsoråd av behandlare. Beroendekliniken i Norrköping menar att de alltid försöker ha med hälsoperspektivet och foga in det i patientens behandling och vårdplanering.

Samverkan kring personer med psykisk sjukdom

Verksamheterna tillfrågades om de ansåg att samverkan kring patienter med psykisk sjukdom och somatiska besvär fungerar bra. Här spretade svaren åt alla håll, en del ansåg att det fungerade i stort sett bra, medan andra påpekade att det fanns stor utvecklingspotential inom området. Nedan presenteras några svar.

"Samverkan kan bli bättre, och jag tänker främst på den somatiska vården. Patienterna borde bli mer tagna på allvar och deras symtom ordentligt bedömda av kroppsjukvården".

/Psykiatriska mottagningen i Mjölby

"Bättre dialog, och förståelse att alla somatiska symtom inte kan botas med somatiken, utan att psykiatrin har ett stort ansvar att hjälpa till. Större stöd från beroendeenheten önskas, då vi ofta har dessa patienter hos oss."/> Kirurgisk klinik

"Vi upplever att patienter med psykiatrisk sjukdom inte får samma bemötande och direkta behandling när de ex. uppsöker somatiken för somatiska besvär. Patienterna blir hänvisade till oss och därmed fördröjs behandlingen av de somatiska besvären för många med långvariga allvarliga psykiatriska sjukdomar."

/Psykiatriska kliniken i Linköping

"Upplevelsen är att dessa patienter ibland "hamnar mellan stolar" i vården. Man tar inte alltid alla symtom som beskrivs på allvar. Patienter säger ibland att man fått besked från vården att deras somatiska symtom är psykiskt orsakade. När vi på 1177 gör annan vård uppmärksam på att en patient inte mår bra - kan ha hört av sig till oss många gånger på kort tid, men är inte så dålig att hen behöver åka in akut - får vi sällan eller aldrig någon återkoppling."/> 1177 Vårdguiden

"Samarbetet med psykiatrin framförallt har ibland upplevts som osmidigt. Traditionellt upplevt att psykiatrin inte befattar sig med någon form av somatik. Ur vårt perspektiv bör patienten vara i fokus och om den vårdas på psykiatrin för en psykisk ohälsa kan man lyfta dit resurser (interna) som kommer och gör en adekvat bedömning av patientens somatiska problem. Flytta inte patienter i onödan mellan instanser."

/Akutkliniken, Norrköping

"Liten eller obefintlig med kollegor i psykiatrin. finns ingen utarbetad rutin hur detta går till utan när ett patientfall blir aktuellt."/> Rehab Väst

Återkommande beskrivs samverkan med psykiatrin i ett somatiskt perspektiv som svår då psykiatrin framställs som något "hemlig" och att de således inte har kännedom om alla patienter med psykisk sjukdom om inte patienterna själva söker vård i somatiken. Exempel där det fungerar bra bygger ofta på att de olika professionerna möts vid gemensamma träffar för att diskutera hur de på bästa sätt kan samverka för att möta patientgruppens behov. Flera poängterar vikten av årliga somatiska uppföljningar av patienter med känd psykisk sjukdom för att upptäcka och på ett tidigt stadium förebygga somatisk ohälsa.

Dialysen i Motala menar att samverkan mellan enheter rent generellt kan bli bättre.

"Samverkan mellan enheter kan alltid bli bättre, jag upplever ingen skillnad mellan de enheter som vårdar patienter med psykisk åkomma mot de som vårdar med somatisk åkomma. Vi borde bli bättre på att mötas exempelvis i vårdkonferenser för att ta hänsyn till patientens samtliga besvär istället för att jobba på var sin kammare."/> /Dialysenheten i Motala

Barn- och ungdomskliniken i Norrköping poängterade vikten av god samverkan med kommunen. Där är det preventiva arbetet viktigast eftersom de största problemen ofta grundläggs i tidiga barnår, före skolstart, vilket medför livslånga hälsoföljder. Ju tidigare vården kan fånga upp dessa barn, desto bättre.

Får personer med psykisk sjukdom den vård de behöver för sin somatiska hälsa?

Vid den avslutande frågan fick respondenterna svara på om de upplevde att patienter med psykisk sjukdom får den vård som de behöver för deras somatiska hälsa. Flera menade att patienten får det under förutsättning att behovet är känt eller att vården når patienten. Andra ansåg att somatiska besvär hamnar i skuggan av den psykiska sjukdomen.

"Ibland kan det bli så att somatiska besvär hos personer med psykisk ohälsa tillskrivs deras psykiska problem. Detta utan att patienten är med på det vilket gör att patienten inte köper bedömning. Där behöver vårdgivaren bli bättre på att förmedla och förklara bedömningen."/>
/Cityhälsan Söder

Flera menade att det behövs kompetensutveckling inom vården för att bemöta och behandla behovsgruppen på ett lämpligt sätt.

"Mer kunskap till berörda enheter vid somatiken och primärvården, ambulansen om de somatiska besvär som patienter med livslång allvarlig psykiatrisk sjukdom drabbas av och en förståelse att upplevd somatisk ohälsa inte behöver vara ett psykiatriskt symptom bara för att de finns som patienter på vår klinik."/> /Psykiatriska kliniken i Linköping

"De med psykisk sjukdom behöver ibland längre tid för samtal/undersökning och att reda ut eventuella missförstånd. Vården behöver individanpassas mer. Bra med större medvetenhet inom vården om att psykisk sjuka ibland presenterar sina symptom på annorlunda sätt."/> /Kvinnokliniken, Linköping

"Min upplevelse är att patienter med psykisk ohälsa inte tas på allvar utan deras besvär tolkas till deras psykiska diagnos. Mer kunskap om psykisk ohälsa inom primärvård och annan somatisk sjukvård skulle vara ett förbättringsområde. Mer samverkan."/> /Psykiatriska öppenvården, Motala

"Nej. Jag upplever att varken de med psykisk sjukdom eller psykosocial ohälsa får den vård de behöver för sin psykiska, psykosomatiska eller somatiska hälsa. Större satsningar behövs på dessa patientgrupper behövs på primärvårdsnivå. Inom rehaborganisationerna gäller det möjligheten till arbetsterapi och sjukgymnastik. På vårdcentralerna behöver tiden för läkarbesök säkerligen förlängas."/>
/Rehab Väst

Allmäntandvården är på gång med ett vårdprogram kring hur man bemöter och behandlar barn med neuropsykiatriska tillstånd. En respondent menade att det inom Folk tandvården finns grundläggande kunskaper, men inte alltid rätt stöd och vård, särskilt när ingen diagnos är satt än. Här ansåg respondenten att tandvården kan bli bättre på att initiera utredning och att de som är mer vana ofta lättare märker om det är något som avviker i den psykiska hälsan.

Flera respondenter menar att de kan ha hur bra rutiner och samverka hur bra som helst, men att det blir problematiskt när patienterna inte dyker upp på avtalade tider. Behovsgruppen beskrivs som en svår grupp att "få tag i" och att detta således leder till att de får en sämre vård än patienter utan psykiska sjukdomar. Vårdcentralen Ekholmen tycker att även om det finns mycket kunskap och rutiner på plats så behövs repetition. Vidare menar respondenten att psykisk sjukdom är en "låg status sjukdom" med en rad olika fördomar som behöver hanteras av samhället så att psykisk ohälsa blir lika naturligt att prata om som cancer, diabetes eller stroke.

Sammanfattning av enkätundersökningen

Sammanfattningsvis visar enkätundersökningen att en del verksamheter i regionen har en hög medvetenhet kring den ökade risken för somatisk ohälsa hos personer med psykiska sjukdomar medan andra verksamheter inte har det. Verksamheterna uppger att de inte har några särskilda rutiner för behovsgruppens somatiska hälsa utan de behandlas enligt rutiner som gäller hela befolkningen. Några respondenter betonade vikten av att komma ihåg att behovsgruppen kan behöva lite extra stöd i sin kontakt med hälso- och sjukvården och att anledningen till deras sämre somatiska ohälsa är ett resultat av två saker. Det ena är att hälso- och sjukvården kan vara dålig på att uppmärksamma den somatiska hälsan hos behovsgruppen. Det andra är att patienterna själva i lägre utsträckning än normalbefolkningen söker för problem med den somatiska hälsan. Enkäten visar vidare att de somatiska verksamheterna inte har några särskilda hälsoråd riktade till behovsgruppen medan de psykiatriska verksamheterna ofta har rutiner för att jobba med att främja bra livsstilsfaktorer hos målgruppen. När det gäller samverkan kring patienter med psykisk sjukdom och somatiska besvär spretade svaren. En del ansåg att det fungerade i stort sett bra medan andra påpekade att det fanns stor utvecklingspotential inom området. Avslutningsvis menar verksamheterna i regionen att patienter med psykisk sjukdom får den vård som de behöver för deras somatiska hälsa, under förutsättning att behovet är känt eller att vården når patienten. Andra ansåg att somatiska besvär hamnar i skuggan av den psykiska sjukdomen. Respondenterna menade att hälso- och sjukvården behöver arbeta med att öka kunskapen och minska fördomarna kring behovsgruppen.

4.2 Dialoger och studiebesök

Utöver enkäten har kunskapsinhämtning skett i form av att verksamhetsföreträdare besökt beredningen för dialog eller att beredningen har varit ute i verksamheten på studiebesök. Nedan presenteras vad som framkommit vid dessa möten.

Erfarenheter från en vårdcentral i östra länsdelen

En distriktsläkare vid en vårdcentral i östra länsdelen menar att patienter som har psykiska sjukdomar med samtidig somatisk ohälsa ofta hamnar i kläm. Det anser läkaren bland annat beror på hur arbetet med tidsbokning fungerar. Hos patienter med psykisk sjukdom fungerar inte alltid kontakten från kallelse till att komma i tid till den utsatta tiden. Det händer att patienter uteblir tre, fyra gånger från inbokade möten och slutligen ger vården upp. Innan hemsjukvårdsreformen kunde distriktssköterskorna fånga upp dessa patienter genom att oanmält besöka dem i hemmet, men den möjligheten finns inte längre. Därtill har personer som lever med psykisk sjukdom många gånger inte tillgång till telefon på grund av sämre ekonomiska möjligheter. Detta utgör vidare problem då samhället idag är uppbyggt kring telefonin. Läkaren menar att primärvården har svårt att få det stöd från psykiatrin som skulle behövas på grund av läkarbrist inom psykiatrin. Personer med både psykisk och somatisk sjukdom kräver mycket arbete i primärvården. Det finns samma svårigheter när det gäller personer med missbruksproblematik och somatiska sjukdomar. Det viktiga är att få livskvalitet de år man lever, även för missbrukare och psykiskt sjuka. Att leva ett långt liv och ta hand om sin kropp kräver psykisk energi och förmåga, vilket många med psykisk sjukdom saknar.

Patienter som bor i gruppboende har bättre förutsättningar för att få hjälp, än personer i eget boende. Om vårdcentralen bara har en fungerande dialog med den medicinskt ansvariga på gruppboendet så löper det på bra. Men de flesta personer med allvarlig psykisk sjukdom bor i eget boende och har boendestöd. Innehållet i boendestödet kan variera mycket och det är inte självklart att vårdcentralen ens känner till att patienten har stödet. Vårdcentralen försöker identifiera patienter som kan vara i riskzonen och kan exempelvis i vissa fall ringa upp patienten en gång per vecka för att förbygga att problem uppstår.

Unga personer med neuropsykiatriska diagnoser är en grupp som har svårt att få den hjälp de behöver. Ett konkret problem i primärvården är ungdomar med neuropsykiatrisk problematik som behöver intyg för körkort, till Försäkringskassan med mera. När ingen annan är beredd att göra de omfattande utredningar som krävs för detta faller det arbetet ofta på vårdcentralen.

Det finns patienter som överkonsumerar vård på grund av ångest. Vissa patienter söker till primärvården varje dag på grund av oro och ångest för kroppslig sjukdom. De byter dessutom vårdcentral ofta. Men det är inte bara personer med psykisk sjukdom som oroar sig för eventuell ohälsa utan man ser även en generationsfråga i detta. I synnerhet söker många yngre människor hälso- och sjukvård för till synes banala symtom. Hälsooran har ökat, vilket blir tidskrävande. Patienterna kräver tid och diagnos. Man ser bland annat en ökande kroppsfixering som en bidragande orsak.

Erfarenheter en vårdcentral i västra länsdelen

Representanter från vårdcentralen i västra länsdelen menar att de är medvetna om behovsgruppens behov av somatiska kontroller, men för att de ska bli gjorda behövs kännedom om behovet, exempelvis via en remiss från psykiatrin. Det är en fördel om en stödperson kan följa med patienten till vårdcentralen för att minska risken för att patienten uteblir. Om patienten är känd sedan tidigare så behöver vårdcentralen försäkra sig om att patienten blir kallad på årlig kontroll, det går inte alltid att lägga ansvaret på patienten då den psykiska sjukdomen gör det svårt att ta initiativet att beställa tid för en årlig kontroll. Här menar verksamhetsföreträdaren att det blir problematiskt med hyrläkare som inte alltid tänker på detta. Vårdcentralen kallar alla sina patienter för årliga kontroller och i de fall patienten har en utvecklad diabetes så brukar diabetessköterskan ha bra kontroll på att ingen patient missas. För att behovsgruppen ska få en god somatisk vård krävs således att vården stöttar upp och är medveten om att den psykiska sjukdomen kan göra det svårt för patienten att ta ansvar för sin somatiska hälsa.

Erfarenheter från den psykiatriska öppenvården i västra länsdelen

Vid ett sammanträde med beredningen berättade verksamhetsföreträdare att öppenvården inom psykiatri i västra länsdelen har fått särskilda projektpengar från Hälsoporten för att under 2015 arbeta med den somatiska hälsan hos patienter med psykisk sjukdom. Bakgrunden är det faktum att den somatiska ohälsan är betydligt högre bland psykiskt sjuka personer än bland övriga. Verksamhetsföreträdarnas uppfattning var att det bland medarbetare i den somatiska vården ofta finns en rädsla för patienter med psykisk sjukdom, även om förbättringar har skett på senare år. Bland medarbetare inom somatisk vård tolkas lätt "jag mår så dåligt" från en patient med psykisk sjukdom som att det handlar om den psykiska ohälsan, trots att problemen kan böttna i en allvarlig somatisk sjukdom. Det finns således ett stort behov av ökad kunskap inom hela hälso- och sjukvården, i kommunerna och bland patienterna själva. Verksamhetsföreträdarna menade att mångsökare inom psykiatrin sällan är ett problem. Att ha tät kontakt med patienterna kan vara ett sätt att stödja dem så att de slipper slutenvård. Det stora problemet är patienter som drar sig undan. I västra länsdelen finns ett bra samarbete mellan psykiatrin och de flesta vårdcentralerna. Samarbetet sker framför allt på individnivå, men skulle kunna utvecklas till att även handla om hela patientgruppen. Det vore också bra att utöka samarbetet mellan psykiatrins mobila team och akuten, gärna genom samlokalisering.

Erfarenheter från psykiatriska kliniken i östra länsdelen

Vid ett studiebesök som beredningen gjorde vid den psykiatriska kliniken i Norrköping berättade verksamhetsföreträdare att personer med psykosjukdom traditionellt sett är en grupp som isolerar sig. För många som har varit sjuka länge är det sociala nätverket mycket begränsat. Därför är den verksamhet som psykosteamet kan erbjuda viktig för många av patienterna. Psykosteamet har gruppträffar med mat, motion och social träning varje vecka för psykospatienter. Det är ett stort framsteg när patienten accepterar att delta i dessa gruppträffar. Våren 2015 startade psykiatriska kliniken en kurs, Psykopedagogisk intervention (PPI), för patienter och närstående. Den ska ge samlad information om vad psykosjukdom är, tidiga varningstecken, information från Försäkringskassan med mera. Patienter med psykosjukdom får en årlig kontroll av läkare på psykiatriska kliniken både kring psykiatrisk- och somatisk ohälsa. Vid behov remitteras patienten vidare till vårdcentral eller annan klinik.

När det gäller personer med borderline personlighetsstörning (BPD) berättar verksamhetsföreträdarna att dessa ofta är impulsiva och extroverta. Svårigheterna att hantera känslor leder många gånger till extrema reaktioner, vilket ofta medför att vänner drar sig undan och ensamhet blir ett problem. Familjen brukar inte överge dessa personer, men närstående behöver stöd. De utsätts för hög stress på grund av all oro för den sjuke och hans eller hennes agerande. Psykiatriska kliniken erbjuder anhörigutbildning, vilket är bra. Somatisk ohälsa bör vara ett område som läggs till i den utbildningen.

Vidare berättade verksamhetsföreträdarna att BPD-patienter ofta söker sjukvård, men blir inte alltid fullt mottagna. Det förekommer att svårt somatiskt sjuka som behöver slutenvård på sjukhus eller lasarettansluten hemsjukvård (LAH) inte blir inlagda där på grund av sitt impulsiva och extroverta beteende (som kan vara störande för andra patienter och svårt för ovan personal att hantera). De får istället läggas in på psykiatriska kliniken, som inte har alla resurser. Det innebär att de får sämre somatisk vård än andra. Okunskap och gamla fördomar lever kvar, men det blir successivt bättre. Det går dock inte tillräckligt fort. Information och kunskapsöverföring pågår från psykiatriska kliniken till primärvård och kommuner, men det behövs mer.

4.3 Samverkan med andra huvudmän och organisationer

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) menar att varje psykiatrisk verksamhet bör initiera en dialog eller en formaliserad överenskommelse med den lokala primärvården om hur patienter med psykiska sjukdomar ska skötas och hur ansvarsfördelningen ska se ut (inklusive patienter på kommunala boenden eller HVB-hem). SPF anser att på vissa ställen i landet kan den bästa lösningen vara att den psykiatriska kliniken knyter en somatisk konsultläkare till sig, kanske i kombination med att en speciellt intresserad psykiatrisjuksköterska organiserar och ansvarar för provtagningsrutiner och hälsosamtal för denna grupp. Ansvaret för att fungerande samarbetsformer runt dessa patienter uppnås bör ligga på verksamhetschefen för den psykiatriska kliniken.⁶⁶

Sakkunnig inom området menar att personer som lider av psykisk ohälsa kan ha flera sjukdomar vilket ställer högre krav inom såväl regional vård som kommunal vård. Det handlar om att ha en helhetssyn där lika värde, lika behandling och samma rätt till sjukvård ges patienten oavsett om en psykisk sjukdom finns med i bilden eller inte, det handlar om att minska fördomar.

Sedan 2013 finns i Östergötland en samverkansöverenskommelse som gäller personer, i alla åldrar, med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning mellan länets 13 kommuner och Region Östergötland.⁶⁷ Överenskommelsen är ett av grundkraven i den statliga PRIO-satsningen⁶⁸ för att förbättra vård och omsorg kring psykiskt sjuka/funktionshindrade. Överenskommelsen ska tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, innehålla gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper så att förtroendevalda och andra beslutsfattare kan skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning. Ett mål med överenskommelsen är att huvudmännens vård och andra insatser ska vara samordnade och utgå från en helhetssyn på de behov som den enskilde och dennes närstående har.⁶⁹ Ett område i överenskommelsen rör särskilt personer med somatisk sjuklighet. Detta motiveras med att många patienter med psykisk funktionsnedsättning, beroendeproblematik, psykisk ohälsa eller sjukdom ofta har en somatisk sjukdom. Det är därför viktigt att vårdpersonal har kunskap om och förståelse för vilka faktorer som påverkar vården. Vården har ett ansvar för att fånga upp de psykiskt sjukas hela sjukdomsbild inklusive somatiken. Detta kräver utvecklade rutiner för samarbete mellan främst primärvård, barn- och vuxenpsykiatri inklusive beroendevård och somatisk specialistvård.⁷⁰ Under 2015 kommer Östergötlands PRIO-samordnare att genomföra en uppföljning av överenskommelsen som beräknas vara klar hösten 2015.

Erfarenheter från ett kommunalt gruppboende

Vid ett av brukardialogberedningens sammanträden var en verksamhetschef vid ett gruppboende i Östergötland för personer med psykisk sjukdom och neuropsykiatrisk problematik inbjuden. Verksamhetschefen delade med sig av sina erfarenheter kring vilka svårigheter och möjligheter som personal vid just denna verksamhet upplever när det gäller somatisk hälsa och vård för personer med psykiska funktionshinder.

Såväl verksamheten som verksamhetschefen hålls konfidentiella i redogörelsen då målet inte är att peka ut en viss verksamhets erfarenheter utan enbart ge exempel på hur det kan se ut.

Inledningsvis berättade verksamhetschefen att ett problem vid upphandling och vid nyinflyttning till gruppboende eller annat stödboende är att kommunens upphandlingsunderlag respektive biståndsbeslut aldrig innehåller några uppgifter om de boendes somatiska hälsa. Det kan ta ett till ett och ett halvt år för

⁶⁶ Svenska Psykiatriska Föreningen (2010) *Kliniska riktlinjer att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*

⁶⁷ Landstinget i Östergötland *Samverkansöverenskommelse avseende personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning* LiÖ 2013-658

⁶⁸ PRIO – Handlingsplan med syfte att lyfta fram ett antal strategiska prioriterade områden och därtill kopplade insatser utgöra en grund för regeringens arbete på området psykisk ohälsa under perioden 2012–2016. Planen består av ett antal åtgärder som riktar sig till grupper som särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa. Syftet är att genom stöd till strategiska insatser inom vård och omsorg skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete som kan ge hållbara vinster för framtiden. <http://www.regeringen.se/rapporter/2012/05/s2012.006/>

⁶⁹ Landstinget i Östergötland *Samverkansöverenskommelse avseende personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning* LiÖ 2013-658

⁷⁰ Landstinget i Östergötland *Samverkansöverenskommelse avseende personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning* LiÖ 2013-658

personalen att upptäcka somatiska problem hos de boende. Detta menar verksamhetschefen måste ses som ett utvecklingsområde – inom kommunen finns inte erfarenhet kring att fokusera på hälsa, framför allt inte på somatisk hälsa, vilket kan vara en förklaring till varför den typen av uppgifter saknas i underlag till dem som ska arbeta med de boende. Eventuellt kan även sekretesskravet uppfattas vara ett skäl att inte informera boendepersonal, men här finns legala sätt att hantera den frågan. Den psykiska ohälsan är definierad och känd av boendepersonalen, eftersom man får sitt boende på grund av den och läkemedlen för de psykiska sjukdomarna ofta hanteras av personalen. Men om eventuell somatisk ohälsa finns ingen information (möjligen med undantag för diabetes) och läkemedel för somatiska sjukdomar hanteras följaktligen av de boende själva.

Personalen på gruppboendet försöker motivera de boende att lista sig på närmaste vårdcentral. Efter tre år börjar nu läkarna kontakta boendet och samverkan mellan vårdcentral och boende har blivit bra. Man försöker även motivera de boende att göra en hälsobedömning, men det lyckas inte alltid. Några boende är högkonsumenter av somatisk vård och de har inte alltid blivit väl bemötta på vårdcentralen. Men generellt upplever personalen att vården fungerar väl, det vill säga att patienterna får den vård de ska ha och att de bemöts respektfullt. När man bor i gruppboende så blir gruppboendepersonalen en viss garanti för somatisk vård. De boende har en särställning och personalen kan finnas som en brygga gentemot sjukvården. De flesta psykiskt funktionshindrade med anpassat boende enligt LSS bor i egna lägenheter med stöd från socialpsykiatrin. De har färre reguljära sjukvårdskontakter än personer i gruppboende, vilket sannolikt beror på att personalen inte känner till och kan stödja de boende fullt ut för att söka den vård de behöver.

Verksamhetschefen beskriver tre typfall, som förklarar varför det kan vara så svårt att ge somatisk vård till personer med psykisk sjukdom. Grupp 1 vill inte ha någon vård. Grupp 2 är inte svärmotiverade, men är beroende av att andra ser till deras behov. Grupp 3 är storkonsumenter och utgör en stor belastning för vården. De behöver motiveras att inte söka vård i onödan, men här finns också risk för att stora behov inte upptäcks, i synnerhet om man bor i eget boende. Personer med både psykisk sjukdom och missbruk är den grupp som får mest illa – när de missbrukar är de ohörsamma mot somatiska behov och när de inte gör det tar ofta den psykiska problematiken över.

Sammanfattningsvis menar verksamhetschefen att mötena med sjukvården i allmänhet fungerar bra. Erfarenheten är att de boende inte har sämre tillgång till vård, men det bygger på att boendepersonal hjälper dem till vården. Önskvärt från utförarledet i kommunen är att man skapar enkla kontaktvägar mellan vårdcentral och boende, till exempel att medarbetare på vårdcentralen ringer upp boendet vid behov.

Kontaktvägarna mellan vårdcentraler och boenden är viktiga – boendepersonalen besitter mycket information och kunskap som kan vara viktig för hälso- och sjukvården.

5. Resultat av intervjuer med brukare och närstående

Under denna rubrik presenteras erfarenheter och upplevda behov hos de brukare och närstående som beredningen har träffat under våren. Redovisningen av intervjuerna sker under respektive frågeområde.

5.1 Resultat av intervjuer

Hälsa och levnadsvanor

De brukare som beredningen har intervjuat berättar att de är diagnostiserade med en eller flera psykiska sjukdomar som schizofreni, annan psykossjukdom, bipolär sjukdom, depression eller ångest bland flera. Utöver dessa sjukdomstillstånd så finns, hos några av intervjupersonerna, även ett självskadebeteende med i sjukdomsbilden.

Merparten av intervjupersonerna uppger att de lider eller har lidit av en eller flera somatiska sjukdomar som diabetes, hjärtproblematik, höga blodfetter, cancer och övervikt. Som tidigare beskrivits i den här behovsanalysen så följer, inte sällan, biverkningar i form av viktuppgång med flera av de psykofarmaka som skrivs ut till människor med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Detta sammantaget med ett ohälsosamt leverne kan ge upphov till ovan nämnda somatiska sjukdomar.

Motion och kost är viktigt i sammanhanget. Några intervjupersoner uppger att de röker och/eller snusar. De vet att det är ohälsosamt men känner sig inte motiverade att sluta. Flera av de personer som beredningen har träffat berättar att de aktivt motionerar genom att promenera, styrketräna, gå på vattengymnastik, cykla med mera. Några uppger att de har fått hjälp av dietist för att förändra sina kostvanor medan andra har försökt, och försöker, på egen hand att leva sunt. Det finns också de som inte alls känner sig motiverade eller har orken att motionera och leva hälsosamt. Viktigt i sammanhanget att nämna är de intervjupersoner som uttryckligen upplever sin hälsa som god, trots att de varken motionerar eller lever sunt. Ett tecken på att livskvalitet upplevs varierande hos olika individer.

”Jag vet att somatiken vill att jag ska motionera mer och gå ner i vikt på grund av min diabetes men det vill jag inte göra”. / Brukare

Bemötande/förväntningar/behov

Flera intervjupersoner upplever att de får ett sämre bemötande inom den somatiska vården på grund av sin psykiska ohälsa. Vården kopplar samman patientens somatiska besvär med den psykiska sjukdomen och det har hänt vid upprepade tillfällen att vårdpersonal påtalat att patienten inbillar sig gällande sina somatiska krämpor. Hjärtsjukvården och akutsjukvården nämns som exempel bland flera specialistenheter, där intervjupersonerna berättar hur de upplevt att deras besvär och symtom inte tagits på allvar. Detta gör att patienter riskerar att utsättas för fara då hälso- och sjukvården nonchalerar patientens symtom. En intervjuperson delade exempelvis med sig av en erfarenhet för beredningen, där utgången kunde ha slutat illa. Patienten var vid tillfället inlagd på psykiatriska kliniken. Då blödningar uppmärksammades uppsökte patienten somatiken, dock utan gehör. Patienten blev tillbakaskickad till psykiatriska kliniken, men tillståndet försämrades. Till slut kontaktade psykiatrin somatiken som först då gjorde en undersökning och konstaterade att patienten hade drabbats av cancer, varpå en operation gjordes. Medarbetare från psykiatrin närvarade vid undersökningen och stöttade. En intervjuperson säger:

”Läkare som inte jobbar inom psykiatrin borde lära sig att psykiskt sjuka kan ha fysiska sjukdomar. Det är livsfarligt att vifta bort.” / Brukare

Brukare och närstående som beredningen har träffat upplever att det överlag saknas kunskap om psykiska sjukdomar inom den somatiska vården. Det finns de inom gruppen av intervjuade som lider av ett självskadande beteende. Under intervjutillfällena har det berättats hur patienter blivit sydda utan bedövning efter att de skadat sig själva. Den påtalade upplevelsen är att personalen vid dessa tillfällen ”straffat” patienten för vad denne har gjort.

En av intervjupersonerna berättar om den okunskap som upplevts från personal i samband med akut uppsökande av somatisk vård. Vid dessa tillfällen har patienten, utöver sina akuta somatiska besvär, även upplevt stark ångest. Därför har det varit viktigt för patienten att få både psykisk vård och somatisk vård. Personalen upplevs ha haft svårt att hjälpa till – de har vikt undan och patienten har upplevt att sjukvårdspersonalen varit dålig på att lyssna, ta patienten på allvar och bekräfta dennes upplevelser på ett lugnande och tryggt sätt.

*”Jag känner mig kränkt att de inte lyssnar på mig,
om de bara lyssnade lite, lite grann.” /Brukare*

Intervjupersonen har, vid ovan nämnda tillfällen, även upplevt att det funnits en okunskap och brist på förståelse från sjukvårdspersonalen kring vikten av att patienten vid dessa ångestladdade tillfällen får sina mediciner, vilket inte har tillgodosetts. Det berättas vidare hur det inom somatiken förutsätts att patienten, vid akut inläggning har alla sina mediciner med sig medan patienter vid akut inläggning inom psykiatri absolut inte får ha med egna mediciner, utan vid den enheten istället betraktas som tablettmissbrukare. Det här upplevs förvirrande av patienterna som hamnar i kläm och riskerar att må sämre till följd av utebliven medicin.

Flera personer har i intervjuerna berättat hur de har fått utstå kränkande kommentarer från personal inom somatiken, främst inom akutsjukvården. En patient fick vid ett besök höra:

”Nej fy fan inte den där igen, henne får du ta” /Brukare

Även brott mot tystnadsplikten uppges ha förekommit. Några intervjudeltagare har vid dessa tillfällen anmält det inträffade till patientnämnden. Det är dock oklart om det har lett till någon åtgärd.

Flera intervjudeltagare uppger att de har en fast läkarkontakt inom primärvården. Dock är det flera av dessa patienter som påtalar att de, vid besök hos primärvården, ofta får träffa andra läkare än den fasta läkarkontakten. Några intervjupersoner uppger att de helt saknar en fast läkarkontakt inom primärvården. Sammantaget upplever inte de intervjuade att de får den kontinuitet som önskas och möjligheten till en god och individanpassad vård istället tenderar att resultera i oro, uppgivenhet och ilska. Enligt patientlagen (2014:821) 6 kap. 3§ ska varje patient med särskilda behov ges möjlighet att själv välja en fast läkarkontakt inom primärvården. I 6 kap. 2§, förtydligas vikten av kontinuitet för patientens välbefinnande och trygghet.⁷¹ De intervjudeltagare som uppger att de har en fast läkarkontakt inom primärvården, som de kontinuerligt får träffa, känner sig nöjda med bemötandet och upplever att de får en god vård.

Som framkommit under intervjutillfällena så är behovet av samtalsstöd och av bearbetande terapi stort bland både brukare och närstående. Några intervjudeltagare berättar att de väljer privata alternativ för att få hjälp, vilket blir kostsamt för en många gånger redan ekonomiskt utsatt grupp. Men i dessa fall ser personerna i fråga ingen annan lösning på problemet. Intervjupersonerna, ur såväl målgruppen som närstående, upplever inte att det finns tillräcklig kompetens hos de kuratorer som vårdcentralerna erbjuder som samtalsstöd. Den samlade uppfattningen från intervjupersonerna är att det saknas kunskap och erfarenhet hos primärvårdens samtalsstöd kring den här typen av allvarlig psykisk sjukdom, och dess påverkan den har på såväl den sjuka som på den närstående. Därtill upplevs det inte att det ges gehör för vad som önskas när det gäller behandlingsmetod. Det har påpekats att stödjande samtal inte ger det resultat som patienten strävar efter. Det som önskas är istället mer bearbetande terapi.

”Hjälpen här ger ingen vidare hjälp, hjälp att komma vidare. Då måste man söka sig till den privata vården, så uppfattar jag det. Här får man bara hjälp att leva sitt liv, inte gå vidare.” /Brukare

Det framkommer under intervjuerna att det finns brukare och närstående som helt saknar samtalsstöd. Närstående berättar att de sällan erbjuds någon form av samtalskontakt eller anhörigstöd överhuvudtaget. Som närstående finner man istället stöd i anhörigföreningar där andra, utomstående personer, med liknande erfarenheter och livssituationer möts.

”Man vill ha en professionell samtalskontakt inom psykiatri.” /Närstående

⁷¹ Patientlag (2014:821) [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/\(2015-06-11\)](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/(2015-06-11))

Dialektisk beteende terapi (DBT) är en form av kognitiv beteendeterapi för att hjälpa personer som lider av bland annat självskadebeteende och depression. Terapin ska ge patienten verktyg för att lära sig finna en balans i livet såväl emotionellt som att hantera vardagen.⁷² De intervjudeltagare som uppger att de behandlas med DBT är nöjda med behandlingen och känner att de får den hjälp de behöver för att utvecklas och må bättre.

Sjukhusbesök kan upplevas som ångestfyllda och patienten kan känna svårigheter i att göra sig förstådd inför läkaren. Detta har flera brukare berättat i intervjuerna och de har också sagt att de saknar någon som kan följa med till sjukhuset vid bokade besök. Det här är något som även närstående påtalat under intervjutillfällena att de upplever hos sina närstående då såväl sjukvård som tandvård kommer på tal.

”De blir nervösa och stressade. De är mer känsliga, just i det här att möta andra människor.” /Närstående

Flera av de närstående som beredningen har träffat påtalar hur personer som lever med en psykisk sjukdom är en tyst grupp människor. Utan någon vid sin sida så står de alldeles ensamma vilket gör att de riskerar att inte höras alls.

”I handikappföreningarna står psykiatrin lägst i status, det visar hur lågt psykiskt sjuka står.” /Brukare

Intervjupersonerna påpekar att somatiska sjukdomar hos den här gruppen kan vara svåra att upptäcka om man inte känner personen i fråga. Det ställer än högre krav på somatiken vad gäller bemötande, lyhördhet och ha förståelse och kunskap om psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar. Flertalet av de närstående som har intervjuats är inte delaktiga i sina närståendes vård och ges inte möjligheten till det, på grund av patientens självbestämmande och integritet som finns förskrivna i hälso- och sjukvårdslagen.⁷³ Det finns dock möjlighet att få vara delaktig, om patienten ger sitt medgivande. Vården är skyldig att informera om detta, och att delaktigheten då sker i samråd med patienten⁷⁴. En av intervjupersonerna berättar att denne har fått medgivande av sin närstående att vara delaktig i dennes vård, något som har dokumenterats på papper.

När det gäller tandvården är den samlade upplevelsen att flertalet av de intervjuade, som besöker tandvården, känner sig nöjda med både bemötandet och den tandvårdsbehandling de får. Ett fåtal av de intervjuade anser att de inte behöver, eller vill inte gå på några undersökningar av olika anledningar och upplevelser.

Samverkan

Nedan följer de upplevelser och erfarenheter som intervjupersonerna har gällande samarbetet mellan olika verksamheter och enheter inom hälso- och sjukvården samt samverkan mellan andra externa aktörer.

Det efterfrågas snabbare kommunikation, verksamheterna sinsemellan. Några intervjupersoner återkommer även till det bristande samarbetet som upplevs mellan somatiken och psykiatrin gällande behandlandet av remisser. Det berättas hur psykiatrin remitterat patienten till andra enheter, men utan gehör.

Boendestöd enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har erbjudits flera intervjupersoner. Någon har tackat nej medan andra valt att ta emot stödet. Bland de som i dag har boendestöd upplever flertalet sig nöjda. Den kritik som kommer fram i sammanhanget handlar om upplevelsen av boendestödsfunktionens okunskap och oförståelse för personer som lider av psykisk sjukdom. Det anses inte att hjälp ges utifrån behov, utifrån sjukdomsbild, vilket gör att närstående blir tvungna att involveras för att hjälpa till.

Det finns också intervjupersoner som upplever att samverkan fungerar bra. I vissa fall låter brukaren psykiatrin sköta alla kontakter med somatiken vad gäller den enskildes somatiska besvär, vilket ses som positivt av de intervjuade. En av intervjupersonerna berättar om hur samtalen med sin kontakt inom

⁷² Dialektisk beteende terapi <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/dbt> (2015-06-24)

⁷³ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ (2015-06-11)

⁷⁴ Patientlag (2014:821) http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/ (2015-06-11)

psykiatrin fungerar och förklarar att det är genom den kontakten som det framkommer hur intervjupersonen mår och om det finns några kroppsliga besvär som behöver ses över. Om det finns ett behov så kontakter psykiatrin därefter primärvården. Samverkan mellan verksamheterna upplevs fungera väl och patienten upplever ett gott bemötande.

Vad gäller Försäkringskassan så är flertalet nöjda med såväl samverkan gentemot vården som bemötandet. Flertalet av de intervjuade har inte någon kontinuerlig kontakt med mer än vad som är nödvändigt och då upplevs kontakten vara enkel och välfungerande. Den kritik som har framkommit berör Försäkringskassans system som upplevs krångligt och bristfälligt då brukaren/patienten arbetar och får lön utöver sin sjukersättning. Försäkringskassan beräknar personens årsinkomst, som inte får överstiga det beslutade taket, vilket gör att svårigheter uppstår för personen i fråga att veta hur många timmars arbete personen kan tacka ja till varje månad. Önskvärt vore att beräkna arbetad tid varje månad och därefter justera personens sjukersättning efter inkomst.

Delaktighet/ eget ansvar

Det upplevs svårt för behovsgruppen att vara delaktig i sin egen vård. Av de som tycker att de har möjlighet att vara delaktiga i sin vård uppger flera att de fått kämpa för att komma dit de är idag. Det berättas att det antingen finns ett etablerat kontaktnät eller så är patienten aktivt delaktig i sin kontakt med vården genom att ställa frågor och ifrågasätta val av behandling och medicinering. Vad gäller de närstående så är det få som uttryckligen säger att denne ges möjlighet till att vara delaktig i vården av sin närstående. De övrigas uppfattning är att närstående sällan efterfrågas, trots att de själva upplever att de är den största resursen. Därtill, som tidigare nämnts i kapitlet, är deras uppfattning att vården stänger dem ute på grund av tystnadsplikt och värnande om patientens integritet. Detta gör att närstående hålls utanför all typ av delaktighet inom såväl somatiken som psykiatrin.

Det är flera av de intervjuade, både patienter och närstående, som är aktiva i olika intresseföreningar. För såväl patienter som för närstående kan det omfatta ett stort åtagande med diverse arbetsuppgifter. Som aktiv i en intresseförening ges möjligheten till social samvaro. Det är uppskattat och en av anledningarna till att personerna har valt att vara med. För närstående är föreningslivet ett sätt att möta andra människor i samma situation, att få prata med någon som förstår genom egna erfarenheter men som även är utomstående. Dessutom ordnar intresseföreningarna utbildningar för både närstående och för målgruppen.

”Vi anhöriga behöver också stöd. Det är inte så lätt att gå till sina vänner och lägga på dem det här.” ”Nej, det är ingen som förstår” /Närstående

För någon handlar delaktighet och eget ansvar om att förmedla sina erfarenheter och känslor till andra människor som befinner sig i samma eller liknande situationer, genom att skriva. Detta för att ge personer som har det svårt en möjlighet att känna igen sig och veta att de inte är ensamma. Uppfattningen är att det finns en viss ansvarskänsla gentemot sina medmänniskor samtidigt som skrivandet uppges bli en typ av terapi i svåra stunder.

Flertalet av intervjupersonerna anser att det är deras eget ansvar att ta hand om sig själva, det vill säga, ta sina mediciner, motionera, tänka på kosten samt söka vård vid behov. De påtalar även hur det egna ansvaret innefattar att ta hand om sin psykiska hälsa, att ta tillvara på, och använda, de verktyg som ges från psykiatri till dem att aktivt arbeta med.

Framtiden

Under det här frågeområdet ges intervjupersonerna möjlighet att ge förslag på förändringar inom hälso- och sjukvården som skulle innebära förbättringar för dem, utifrån deras egna perspektiv.

Motion är ett ämne som har berörts vid flera tillfällen i den här behovsanalysen. Det har under intervjuerna kommit fram en önskan om att se över träningsmöjligheter för de som lider av psykisk sjukdom och därav många gånger har en sämre ekonomisk situation. Tillgång till någon form av träningslokal inom Region Östergötland är ett förslag. Ett annat önskemål är vattengymnastik som drivs av regionen, likt den som idag finns inom sjukgymnastiken, till reducerat pris och med möjlighet att medverka under obegränsad tid. I dagsläget är patienten endast tillåten att medverka under ett bestämt antal terminer. Ytterligare ett önskemål handlar om att utveckla vårdcentraler som specialiserar sig på psykiskt funktionshindrade, där såväl läkare som sköterskor har kunskap kring psykisk sjukdom.

Kontinuitet och igenkännande är av stor vikt för patienten vid kontakten med vården. En av de intervjuade berättar hur denne, efter alla år av olika läkarkontakter, nu omger sig av personer som personen litar på.

Sköterskan inom psykiatrin stöttar patienten till fullo och läkarna lyssnar och tar till sig patientens behov. Dock påtalar intervjupersonen att det finns en oro att mista den kontakt som har arbetats upp under lång tid.

En bättre samverkan mellan regionen och kommunerna är ett önskemål som uppkommit under flera intervjuer. En samverkan där flera verksamheter och enheter ingår, förslagsvis för att utforma en samlad individuell plan (SIP) att följa och som ska verka för att täppa till det glapp som patienten hamnar i, som i dag upplevs finns mellan olika aktörer. Närstående upplever att hälso- och sjukvården skickar hem den sjuka patienten för tidigt. Det saknas kompetens hos både närstående och hos personal på boenden, vilket kan leda till en försämring för patienten.

Flera av de intervjuade har tidigare upplevelser av ett dåligt bemötande inom specialistvården, främst akutsjukvården. Vid frågan om vad de önskar av framtiden så påtalar flera att de vill få ett bättre bemötande från just akutsjukvården.

”Vill bli bemött som en fullvärdig människa” / Brukare

Det finns en samlad uppfattning om att människor som lider av någon form av psykisk sjukdom behandlas utifrån sin psykiska problematik och genom det riskerar att bli särbehandlade i negativ bemärkelse, genom att inte bli trodda och lyssnade på.

Medskick

Som avslutande fråga vid varje intervju har intervjupersonerna fått möjligheten att skicka med politikerna några ord.

En intervjuperson är uttalat tacksam för det jobb som politikerna gör och poängterar vikten av att den här typen av frågor, som rör människor med psykisk ohälsa/sjukdom, lyfts fram.

Ett medskick från en av de intervjuade, som är av mer kommunal karaktär men av vikt att belysa, berör kommunernas stöd- och gruppboenden. Det berättas om bristen på plats på de stöd- och gruppboenden som kommunen i dag bedriver. Långa köer bland människor som lider av psykisk sjukdom och som är i behov av plats på ett stöd- eller gruppboende, men som i dag står utan bostad och istället på pappret blir bostadslösa. Det finns på grund av detta människor som befinner sig inom den slutna vuxenpsykiatrin, trots att patienten anses färdigbehandlad.

En intervjuperson skickar slutligen med en fråga till politiken; Hur ska situationen med psykiatrin hanteras när den psykiska ohälsan bara ökar?

6. Reflektion

I analysen framträder en splittrad bild av hur den somatiska vården av psykiskt sjuka fungerar. På det stora hela menar verksamheten, med några undantag, att patienter med psykisk sjukdom får den somatiska vård de behöver och att de inte bemöts annorlunda än övriga patienter. Denna bild skiljer sig från den som flera av de intervjuade upplever - att de ofta bemöts på ett negativt sätt på grund av sin psykiska sjukdom. Flera intervjupersoner påtalar att somatiken ser till deras psykiska sjukdom och inte till de somatiska besvär som vårdbesöket gäller. I de fall patienten har stöd från medarbetare inom psykiatrin när de söker somatisk vård så upplevs det fungera bättre. Det finns en stor problematik i att personer med psykisk sjukdom får en bättre somatisk vård om någon annan för deras talan. Människor som söker vård för sina somatiska besvär bör bemötas och behandlas likvärdigt i den somatiska vården. Samtidigt som det kan vara bra att närstående och/ eller annan personal i högre grad görs delaktig i patienternas vård så ska resultatet av vården inte vara beroende av deras delaktighet.

7. Referenser

Referenspersoner

Anna Ahlvin, tandvårdsstrateg, Ledningsstaben, Region Östergötland

Shideh Ershadi, psykoterapeut och sjuksköterska, Psykiatriska kliniken Norrköping, Region Östergötland

Berit Gustavsson Dahlgren, psykiatrisjuksköterska, Psykiatriska Öppenvården Mjölby, Region Östergötland

Christina Karlsson, medicinsk rådgivare, Ledningsstaben, Region Östergötland

Karin Mossberg, verksamhetschef, Psykiatriska kliniken Norrköping, Region Östergötland

Åsa Nahlbom, psykiatrisjuksköterska, Psykiatriska kliniken Norrköping, Region Östergötland

Beate Palm-Scherl, distriktsläkare, Geria Vårdcentral Söderköping

Göran Stjerna, psykiatriker

Linda Rickardsson, psykiatrisjuksköterska, Psykiatriska Öppenvården Motala, Region Östergötland

Eva-Lotta Welander, utvecklingssekreterare och psykiatrisjuksköterska, Psykiatriska kliniken Norrköping, Region Östergötland

Litteratur/Internetkällor

1177 *Bipolär sjukdom* <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Manodepressiv-sjukdom---bipolar-sjukdom/> (2014-12-15)

1177 *Depression* <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/> (2014-12-15)

1177 *Psykoser* <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Psykoser/> (2014-12-15)

1177 *Schizofreni* <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Schizofreni/> (2014-12-15)

1177 *Ångest* <http://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Angest/> (2014-12-15)

Crump, Casey, Winkleby, Marilyn A., Sundqvist, Kristina, Sundqvist, Jan (2013) *Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study* *Am J Psychiatry* 2013; 170:324–333

Dickerson FB, Brown CH, Daumit G, Lijuan F, Goldberg RW, Wohlheiter K, Dixon LB. (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 584-9.

Folkhälsomyndigheten *Nuläge psykisk hälsa*

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/psykisk-halsa/nulage-psykisk-halsa/> (2015-05-26)

Försäkringskassan (2014:4) *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser – en studie av Sveriges befolkning 16-64 år*

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ (2015-06-11)

Kunskapsguiden *Behandlingsåtgärder vid psykisk ohälsa* www.kunskapsguiden.se (2015-05-26)

Landstinget i Östergötland *Samverkansöverenskommelse avseende personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning* LiÖ 2013-658

Läkartidningen. 2014;111:CZCF [Läkartidningen.se](http://www.lakartidningen.se) 2014-07-09

Mahod, Kais, Wijkman, Magnus och Vargas, Maria (2014) *Behandling med neuroleptika utgör en riskfaktor för metabolt syndrom - men alltför få neuroleptika-behandlade patienter följs upp avseende kardiovaskulära riskfaktorer*

Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=intervju&s=%22%C3%A5ng%22> (2015-10-15)

Nationella Kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Nyttan #20 – en skrift från projektet Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister* (2014)

OECD (2014) *Making mental health count*

Patient lag (2014:821)

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/ (2015-06-11)

Psykologiguiden, *Självskadebeteende*

<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=170&sjalvskadebeteende> (2015-06-16)

PRIO-satsningen <http://www.regeringen.se/rapporter/2012/05/s2012.006/> (2015-06-02)

Region Skåne (2012) *Kroppslig hälsa – hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom*

SBU (2005) *Behandling av ångestsyndrom – en systematisk litteraturöversikt* SBU-rapport nr 171

SBU (2012) *Schizofreni – läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*

SBU (2015) *Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor* SBU-rapport nr 232

Socialstyrelsen (2013) *Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige*

Socialstyrelsen, *Dialektisk beteendeterapi*

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/dbt> (2015-06-24)

Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland unga*

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf> (2015-07-02)

Socialstyrelsen, *Samordnad individuell plan*

http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip#anchor_0 (2015-10-15)

Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer*

Socialstyrelsen (2014) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*

Socialstyrelsen (2014) *Öppna jämförelser 2014 Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Öppna jämförelser 2014, Hälso- och sjukvård – jämförelser mellan landsting, Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar*

Svenska Psykiatriska Föreningen (2010) *Kliniska riktlinjer att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*

Uppdrag Psykisk Hälsa (2015) *Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting*

Östgötakommissionen (2014) *Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport*

8. Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide

Guiden är tänkt att användas som en ”checklista”. Frågorna behöver inte ställas i denna ordning och alla frågor är inte relevanta vid alla intervjuer. Se denna guide som ett stöd under intervjun.

Sjukdomsbakgrund (fr. a kroppsliga sjukdomar)

- Kort presentation av din livssituation
- Hur upplever du din egen hälsa? (Rent generellt)
- Hur påverkas ditt liv av din kroppsliga ohälsa? *Detta kanske man delvis får svar på från de första frågorna.*
- Har du haft kontakt med vården för kroppslig ohälsa? Var?
- Levnadsvanor (fysisk aktivitet, mat osv)?

Bemötande/Förväntningar/behov

- Känner du att du har fått den hjälp du behöver av hälso- och sjukvården?
Om inte – vad saknar du?
Vad anser du är allra viktigast att få hjälp med?
- Hur upplever du kontakten med hälso- och sjukvården (bemötande t ex)

Samverkan

- Hur upplever du att samarbetet mellan olika delar av hälso- och sjukvården fungerar (mellan vårdcentral, psyk klinik, andra kliniker)?
- Hur fungerar samarbetet gentemot gruppboendet, kontaktperson, gode män, försäkringskassa osv (*om man bor på gruppboende, har god man osv*)?

Delaktighet/eget ansvar

- Tycker du att du kan vara delaktig i och ha inflytande på din vård och behandling?
- Vilket ansvar ser du själv att du har?
- Vilka krav anser du att sjukvården kan/bör ställa på dig?

Framtiden

- Vad tycker du behöver förändras för att sjukvården skulle fungera riktigt bra utifrån ditt perspektiv?

Avslutningsfrågor

- Är det någonting mer du vill ta upp? Något vi missat?
- Är det något särskilt du vill ”skicka med” oss politiker?

Tack för din medverkan!