

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

Huvudrapport med förbättringsområden

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

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

ISBN	978-91-7555-593-5
Artikelnummer	2022-8-8072
Publicerad	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a> , september 2022
Foto	Scandinav bildbyrå, Phia Bergdahl

# Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd från 2018.

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. *Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022, underlagsrapport* innehåller samtliga resultat samt en utförlig beskrivning av metoden. Denna huvudrapport, som är en sammanfattning av ovanstående rapport, innehåller dessutom de förbättringsområden som Socialstyrelsen har identifierat.

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

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

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Förbättringsområden för regioner och kommuner .....	8
Införandet av nationella riktlinjer .....	9
Inledning .....	10
Syfte och avgränsningar .....	10
Vad är schizofreni? .....	13
Resultat och identifierade förbättringsområden .....	15
Insatser vid förstagångsinsjuknande .....	16
Delat beslutsfattande .....	21
Case management för vård och stödsamordning .....	25
Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen .....	30
Boendestöd .....	34
Kognitiv beteendeterapi .....	37
Psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram .....	40
Tekniska hjälpmedel och datorbaserad kognitiv träning .....	45
Mobil krisintervention .....	48
Integrerade åtgärder för psykisk sjukdom och beroendesjukdom .....	50
Förskrivningen av aripiprazol, risperidon och paliperidon .....	54
Klozapin vid svårbehandlad schizofreni .....	58
Antipsykotiskt läkemedel i depåform .....	60
Andra områden som ingår i utvärderingen .....	62
Referenser .....	64
Bilaga 1 Projektorganisation .....	65
Projektledning .....	65
Expertstöd .....	65
Övriga projektmedarbetare .....	65



# Sammanfattning

Schizofreni är den vanligaste diagnosen bland alla psykosjukdomar och tillhör en av de tio mest funktionshindrande sjukdomarna i västvärlden. Schizofreniliknande tillstånd omfattar sådant som schizofreniform psykos, schizoaffectivt syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom samt ospecificerad icke-organisk psykos. I Sverige har 30 000–40 000 personer diagnosen schizofreni och en stor andel av patienterna som vårdas inom den slutna psykiatriska vården har sjukdomen.

Dödligheten bland personer med schizofreni som helhet är 2 gånger högre än i befolkningen. Bland personer yngre än 50 år är dödligheten 8 gånger högre bland dem som har schizofreni jämfört med dem som inte har sjukdomen. Överdödligheten i suicid är drygt 9 gånger högre bland patienter med schizofreni jämfört med befolkningen.

Rökning, alkohol, droger, bristfällig kosthållning samt brist på fysisk aktivitet är viktiga bidragande orsaker till en hög grad av samsjuklighet med till exempel diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar. Utöver detta står många på livslång läkemedelsbehandling med risk för metabola biverkningar som viktuppgång, diabetes och hypertoni, vilket utgör en risk för sjukdomsutveckling och för tidig död. Vården och omsorgen har ansvar för att dels stödja dessa personer i att förbättra sina levnadsvanor, dels se till att de får den vård de behöver för fysiska sjukdomar och åkommor.

För att fortsatt motverka ohälsa och en överdödlighet i gruppen behöver omhändertagandet inom såväl psykiatrisk som somatisk vård och förebyggande vård fortsatt utvecklas. Viktiga instrument här är årliga fysiska hälsokontroller som innefattar hälsosamtal, somatisk undersökning och provtagning samt screening för att identifiera fysisk ohälsa och sjukdom. Vid kända riskfaktorer som till exempel viktuppgång, ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes är det nödvändigt med tätare uppföljning.

Även sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdomen är faktorer som kan ha en inverkan på ohälsa och överdödlighet. Personer som insjuknar i låg ålder och ännu inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden löper särskilt stor risk för framtida ekonomiskt utsatta förhållanden. För personer diagnostiserade med schizofreni visar utvärderingen att endast var femte har sin huvudsakliga inkomstkälla från förvärvsarbete. Typer av socioekonomiska konsekvenser som sjukdomen bland annat kan medföra är hemlöshet, arbetslöshet och oförmåga att navigera i vårdsystemet. Dessa konsekvenser är i sin tur sociala bestämningsfaktorer som har betydelse och inverkan på hälsotillstånd och risk för att avlida i förtid. Därför behövs en samverkan mellan vård och socialtjänst för att säkerställa att personer med psykosjukdom ges de insatser och stöd som behövs för att motverka och lindra socioekonomiska effekter av sjukdomen.

Denna utvärdering visar att en del av rekommendationerna i riktlinjerna har fått genomslag i verksamheterna. Exempel på detta är årskontroller av

somatisk hälsa tillsammans med rådgivande samtal kring hälsosamma levnadsvanor. Däremot är det svårare för vården att erbjuda ledarledda insatser kopplade till fysisk aktivitet och kost, vilket behöver utvecklas.

Utvärderingen visar också att det finns ett antal förbättringsområden inom regionerna och i relevanta fall kommunerna. Inom dessa områden behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten lägga mer kraft på att i ännu högre grad följa riktlinjerna för en god vård och omsorg vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

## Förbättringsområden för regioner och kommuner

Patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har i många fall ett behov av samordnade insatser från vård och socialtjänst. För att regioner och kommuner i högre grad ska kunna ge samordnade insatser krävs det att de genomför större strukturella förändringar för att i större omfattning möjliggöra ett samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utvärderingen pekar mot att det finns brister i fråga om vilken grad personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd erbjuds psykosociala insatser som till exempel case management, boendestöd, individanpassat stöd till arbete, psykopedagogiska behandlingsprogram och kognitiv beteendeterapi. Resultaten visar även att det finns stora skillnader mellan olika regioner när det gäller vilka insatser som erbjuds.

Socialstyrelsen har i utvärderingen identifierat förbättringsområden, som är kopplade till rekommendationer i nationella riktlinjer. Följande förbättringsområden gäller för regionerna samt i relevanta fall för kommunerna:

- i högre grad erbjuda insatserna familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos
- fortsätta med implementeringen av arbetsättet delat beslutsfattande
- i högre grad erbjuda insatsen case management för vård och stödsamordning
- i högre grad erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (Individual Placement and Support)
- i högre grad erbjuda boendestöd i egen bostad till personer som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv
- i högre grad erbjuda kognitiv beteendeterapi
- i högre grad erbjuda psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram
- öka tillgången till tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister
- öka tillgången till datorbaserad kognitiv träning
- öka tillgången till mobil krisintervention
- utveckla en struktur där vård och åtgärder för den psykiska sjukdomen integreras med vård och åtgärder för beroendesjukdom
- öka förskrivningen av aripiprazol, risperidon och paliperidon vid psykosymptom



- öka förskrivningen av klozapin vid svårbehandlad schizofreni
- öka förskrivningen av antipsykotiskt läkemedel i depåform.

## Införandet av nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har genom registerstudier och enkätundersökning kartlagt hur regionerna har mottagit de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd samt vilka åtgärder de vidtagit utifrån dessa riktlinjer. Resultatet visar att ungefär hälften av regionerna har haft insatser på politisk nivå för att införa de nationella riktlinjerna. Revideringar av samverkansavtal och informationsinsatser har i högre grad gjorts mellan enheter och instanser inom regionen och i mindre grad mellan region och kommun. Detta pekar mot att fler regioner behöver stärka sitt arbete med att behandla dessa frågor på högsta beslutande ledningsnivå.

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

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

# Inledning

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

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Det innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer samt genomföra utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper. Den här rapporten utvärderar vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Rapportens utgångspunkt är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd från 2018 [1].

Socialstyrelsen har vid ett tidigare tillfälle genomfört en utvärdering av vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Den utvärderingen genomfördes år 2013 [2]. Utöver utvärderingen från 2013 publicerades 2016 en lägesbeskrivning för antipsykotisk läkemedelsbehandling [3].

## Syfte och avgränsningar

### Utvärderingens syfte

Rapporten är en utvärdering av regionernas och kommunernas strukturer, processer och resultat för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Syftet med rapporten är att öppet jämföra och utvärdera hälso- och sjukvården samt omsorgen utifrån de nationella riktlinjerna samt om vården och omsorgen bedrivs i enlighet med de sex kriterierna för en god vård och omsorg – det vill säga är vården kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

### Utvärderingens avgränsningar

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

Trots att tillståndet schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har hög samsjuklig har vi i denna rapport endast utgått från det aktuella tillståndet och endast i vissa fall tar med samsjuklighetsparametrar i analyserna.

## Intressenter

Utvärderingen riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom landstingen och regionerna respektive kommunerna och även beslutsfattare på nationell nivå. Den kan även vara till nytta för andra intressenter såsom patientföreningar, vårdprofessioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara en källa för att öppet redovisa resultat för kvalitetsutveckling samt ett stöd för den offentliga debatten om vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

## Samverkan och kommunikation

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

Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

## Metod

I utvärderingen har uppgifter hämtats från flera olika datakällor, som Socialstyrelsens patientregister (PAR), läkemedelsregistret, dödsorsaksregistret och data för kommunerna från Socialstyrelsens öppna jämförelser samt enkätundersökningar för regionerna. Register har samkörts med utbildningsregistret vid Statistiska centralbyrån (SCB). Befolkningsstatistik och registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS) har också hämtats från SCB.

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

### *Enkätundersökningar*

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

- psykiatrisk specialistvård
- primärvårdsmottagningar
- regionledning.

## Indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i de nationella riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård [1]. Varje indikator har i namnet en bokstav och en siffra. I bilaga 2 finns en teknisk beskrivning av indikatorerna, och bilagan finns att hämta på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

## Jämförelser utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelse-land

När så är möjligt har resultaten jämförts utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelse-land. Resultaten för åldersgrupper, utbildningsnivå eller födelse-land redovisas dock endast när det finns en signifikativ skillnad.

# Vad är schizofreni?

Schizofreni är en psykosjukdom som innebär en förändrad verklighetsuppfattning samt nedsatt funktion på ett eller flera områden, exempelvis i arbetslivet, relationer med andra människor och förmåga att ta hand om sig själv. Schizofreniliknande tillstånd omfattar sådant som schizofreniform psykos, schizoaffektiva syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom samt ospecificerad icke-organisk psykos [1]. Schizofreni är den vanligaste diagnosen bland alla psykosjukdomar och tillhör en av de tio mest funktionshindrande sjukdomarna i västvärlden. I Sverige insjuknar 1 500–2 000 personer i schizofreni varje år. Sjukdomsdebuten sker vanligen runt 18–30 års ålder. Förekomsten i befolkningen är cirka 0,4 procent, men högre i storstadsområden med hög andel utlandsfödda samt i områden med låg socioekonomisk status. I Sverige har 30 000–40 000 personer diagnosen schizofreni. En stor andel av patienterna som vårdas inom den slutna psykiatriska vården har sjukdomen [1]. Av de som diagnostiseras med sjukdomen är 55 procent män och 45 procent kvinnor.

Psykosjukdomar yttrar sig på delvis olika sätt hos kvinnor och män. Kvinnor insjuknar ofta lite senare i livet, och symtombilden kan se lite olika ut utifrån kön. Män har ofta mer av de så kallade negativa symtomen (exempelvis likgiltighet och tillbakadragenhet), medan kvinnor har mer paranoidea vanföreställningar och hörselhallucinationer. Kvinnor har ofta en bättre funktionsnivå före insjuknandet och en bättre prognos [1].

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har större risk än normalbefolkningen att drabbas av kroppsliga (somatiska) sjukdomar och ohälsa. Medellivslängden för personer med schizofreni är i genomsnitt 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor, jämfört med befolkningen i övrigt [1].

Även psykisk samsjuklighet är vanlig vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Ungefär hälften av patienterna har depression, och minst en fjärdedel har ångestsyndrom, antingen innan insjuknandet eller samtidigt med psykosjukdomen. Personer med schizofreni har ofta även kognitiva funktionshinder som angränsar till autism och autismliknande tillstånd [1].

Det är också vanligt med samtidigt missbruk och beroende av till exempel alkohol eller narkotika [4]. Missbruket försvårar diagnostik och behandling, och de som har ett samtidigt substansmissbruk har ofta allvarigare psykiska symtom. Kombinationen psykisk sjukdom och substansberoende ger ökad risk för ensamhet, hemlöshet, följsjukdomar, dålig följsamhet till medicinsk behandling, ökad familjebörda, upprepade återfall i både psykisk sjukdom och missbruk samt i värsta fall självmord [1].

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

Rekommenderade behandlingar enligt Socialstyrelsens riktlinjer omfattar bland annat antipsykotisk läkemedelsbehandling, tidiga insatser vid insjuknande i psykos, psykologisk behandling, modeller för att samordna insatser,

boendeinsatser, olika former av rehabilitering, stöd och behandling vid akuta tillstånd samt åtgärder för att förebygga och behandla fysisk ohälsa [1].

# Resultat och identifierade förbättringsområden

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen resultat från utvärderingen och ett antal förbättringsområden riktade till regionerna och till kommunerna. Förbättringsområdena gäller de områden där utvärderingen har visat att det finns stora regionala skillnader och där Socialstyrelsen bedömer att vård och stöd inte når upp till önskvärd kvalitet i enlighet med vad som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. I de fallen bör vården och stödet förbättras.

Tanken är att Socialstyrelsens bedömningar ska kunna stödja huvudmännen och verksamheterna i deras kvalitets- och förbättringsarbete och bidra till en större följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer. En fullständig beskrivning av samtliga resultat ingår i *Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022, underlagsrapport*.

Följande förbättringsområden ingår i kapitlet:

- i högre grad erbjuda insatserna familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos
- fortsätta med implementeringen av arbetssättet delat beslutsfattande
- i högre grad erbjuda insatsen case management för vård och stödsamordning
- i högre grad erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen
- i högre grad erbjuda boendestöd i egen bostad till personer som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv
- i högre grad erbjuda kognitiv beteendeterapi
- i högre grad erbjuda psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram
- öka tillgången till tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister
- öka tillgången till datorbaserad kognitiv träning
- öka tillgången till mobil krisintervention
- utveckla en struktur där vård och åtgärder för den psykiska sjukdomen integreras med vård och åtgärder för beroendesjukdom
- öka förskrivningen av aripiprazol, risperidon och paliperidon vid psykosymptom
- öka förskrivningen av klozapin vid svårbehandlad schizofreni
- öka förskrivningen av antipsykotiskt läkemedel i depåform.

## Insatser vid förstagångsinsjuknande

Program som är särskilt utformade för att hjälpa förstagångsinsjuknade i psykos innehåller tidiga, intensiva och samordnade insatser och syftar till att hjälpa personen att snabbt komma tillbaka till ett aktivt liv. Dessa program kan organiseras på olika sätt, men har ofta ett återhämtningsinriktat perspektiv och delat beslutsfattande som ett genomgående arbetssätt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda samordnade insatser med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning samt individanpassat stöd till arbete eller studier till personer som för första gången insjuknar i psykos. Denna rekommendation har en prioritet på 1, den högsta prioriteten i de nationella riktlinjerna.

### Resultat

#### *Familjeintervention*

Familjeintervention är en riktad insats som innehåller psykopedagogisk utbildning, stöd och träning av färdigheter som gör det lättare för familjen att hantera vardagliga svårigheter och kriser relaterade till personens sjukdom. Familjeintervention kan ges till familjer i grupp eller enskilt och ska om möjligt ges tillsammans med den drabbade personen. Insatsen rekommenderas särskilt till familjer där en person nyligen insjuknat i psykosjukdom och syftar till att stärka familjens förmåga att hantera livssituationen genom att öka kunskapen och förståelsen för sjukdomen samt minska stress och oro. Åtgärdens längd och intensitet varierar utifrån familjens behov och önskemål och omfattar anpassade stödjande insatser för den enskilda familjen.

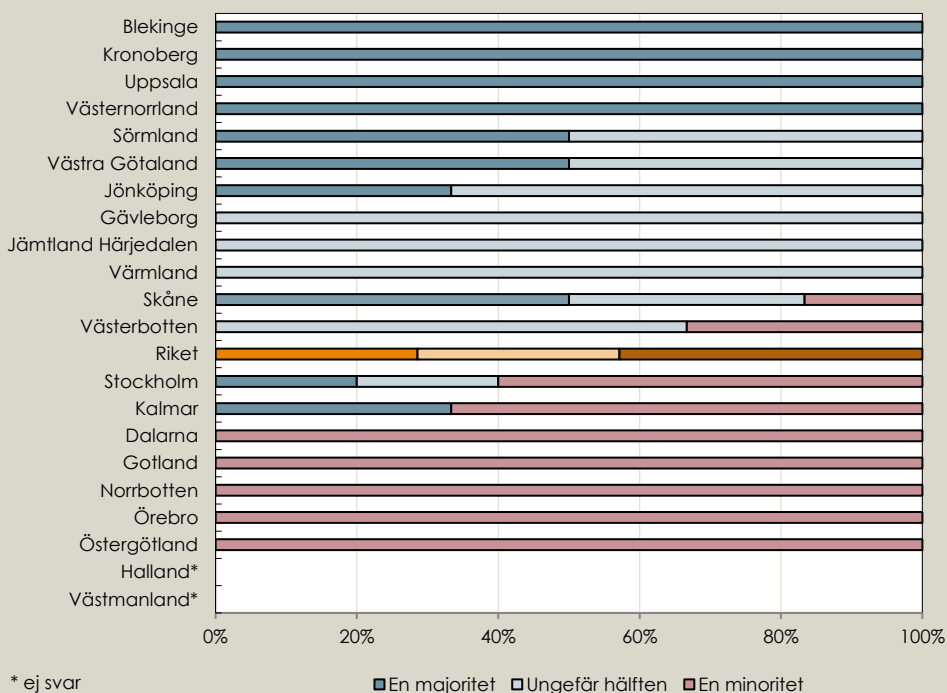
I drygt 40 procent av klinikerna i riket har en minoritet av de nyinsjuknade fått familjeintervention. I fem regioner svarar alla kliniker att endast en minoritet av nyinsjuknade fått familjeintervention, medan i fyra regioner har en majoritet fått det (diagram 3.3).

Enligt den nationella utvärderingen 2013 kunde hälften av regionerna erbjuda familjeinterventioner år 2012 [2]. Viktigt att notera är att i denna utvärdering har vi frågat efter hur många personer som har fått insatsen till skillnad från tidigare utvärdering då man frågade efter hur många regioner som kunde erbjuda insatsen.



### Diagram 3.3 Familjintervention

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



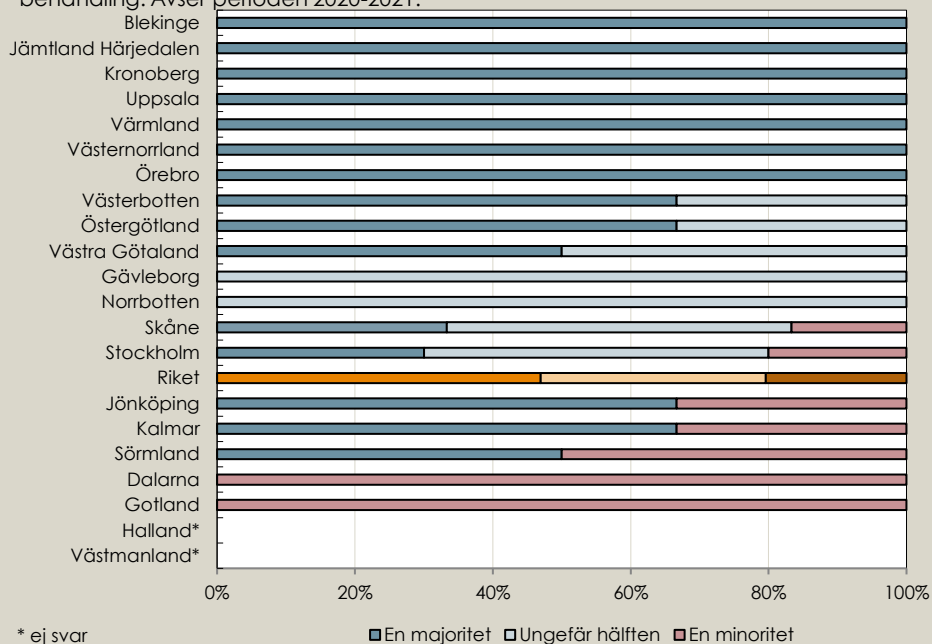
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

### Psykopedagogisk och psykologisk behandling

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

### Diagram 3.4 Psykopedagogisk/psykologisk behandling

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



\* ej svar

■ En majoritet □ Ungefär hälften ■ En minoritet

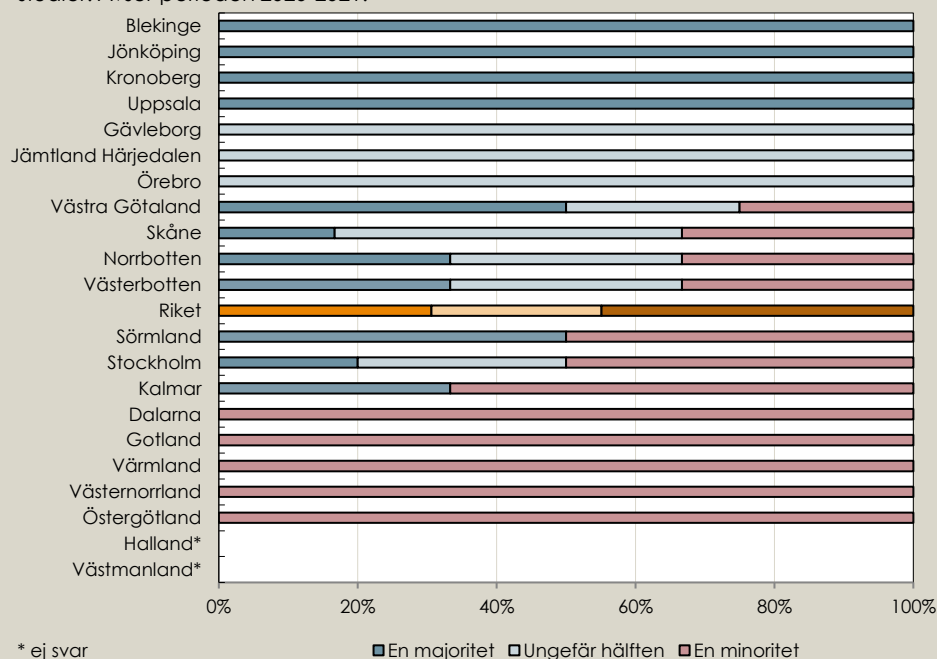
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

### Individanpassat stöd till arbete eller studier

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

### Diagram 3.5 Individanpassat stöd till arbete eller studier - nyinsjuknade

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



Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Det är flera kommentarer på frågan om samordnade insatser för förstagångs-insjuknade. En klinik i Skåne menar att de har begränsade resurser att möta behov av psykologiska, sociala och familjeorienterade insatser, och en klinik i Stockholm förklarar att alla deras patienter får en kurator och arbetsterapeutisk bedömning. En klinik i Sörmland skriver att det har varit svårt att få till stånd samverkan och möten kring stöd till arbete och studier under pandemin. De nämner även svårigheter att ordna familjeintervention, närstående-stöd och psykopedagogiska insatser samt skriver att inga gruppinterventioner har kunnat genomföras under pandemin.

### Läkemedelsbehandling vid nyinsjuknande

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

### Analys

Resultatet visar att det har skett en positiv utveckling av insatsen familjeintervention, men det indikerar även att det finns förbättringsmöjligheter. Familjen påverkas i hög grad när en person drabbas av psykossjukdom, och den vanligaste åldern för insjuknande i psykos är mellan 20 och 30 år varför familjeintervention borde ges i högre utsträckning än i dag [5]. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver i större utsträckning verka för att fler verksamheter i högre grad ger insatsen familjeintervention till personer som insjuknar i psykos för första gången. Likaså ser vi utifrån resultatet att verk-

samheter behöver arbeta för att fler personer som insjuknar i psykos för första gången ges psykopedagogisk och psykologisk behandling samt individanpassat stöd för studier och arbete. Tidiga, samordnade och intensiva insatser som stödjer återhämtning och återgång till ett aktivt liv kan minska risken för svår sjukdom som inverkar negativt på personens livsmöjligheter.

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

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- i högre grad erbjuda insatserna familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning och individanpassat stöd till arbete eller studier, till personer som för första gången insjuknar i psykos.

## Delat beslutsfattande

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

Delat beslutsfattande är en metod som ska främja återhämtning genom att öka individens delaktighet, och den kan användas i både psykiatrisk vård och socialtjänst. Metoden innebär att individen själv, tillsammans med utvalda berörda, delar samma information om olika alternativ, att alla olika preferenser tydliggörs och att ett gemensamt beslut fattas om insatser. Hänsyn tas till både individens och personalens kunskaper och till vetenskapliga fakta. Åtgärden innebär vanligtvis någon form av beslutstöd till individen för att öka möjligheten att vara delaktig.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda delat beslutsfattande till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Åtgärden har hög prioritet på nivå 2 i de nationella riktlinjerna.

## Resultat

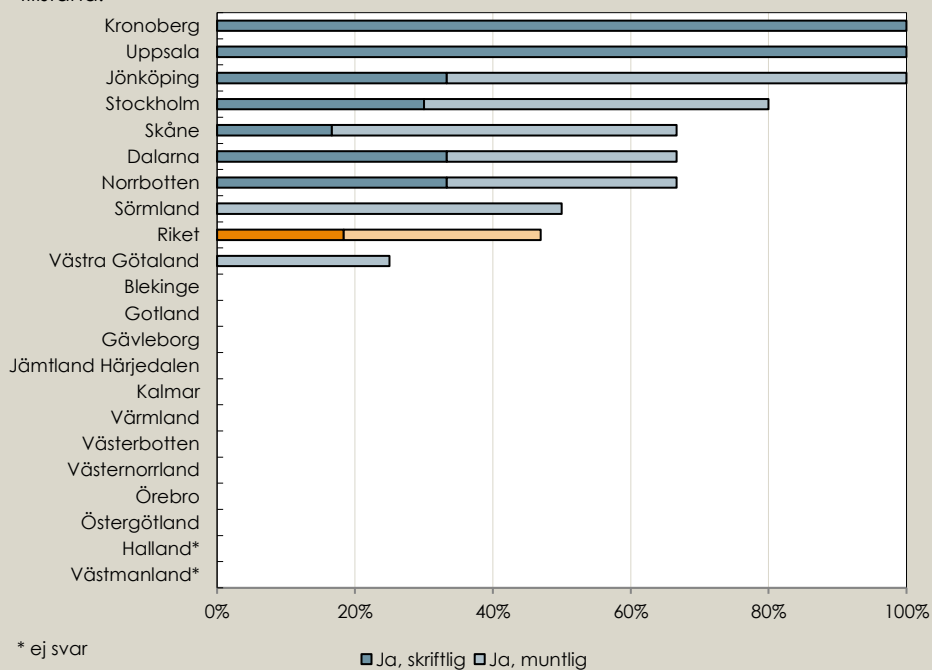
### *Rutin för delat beslutsfattande*

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

En av klinikerna kommenterar att de inte har någon rutin, men att det är en metod som används regelmässigt vid den här typen av diagnoser. En annan klinik skriver att de utbildat i metoden i verksamheten, men att en rutin för arbetet med metoden däremot inte är framtagen. I kommentarerna framförs också önskemål om en rutin för att få patienten och anhöriga delaktiga, så att patienten verkligen ska uppleva att hen är med i beslutet.

#### Diagram 4.1 Rutin för att arbeta med delat beslutsfattande

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



\* ej svar

■ Ja, skriftlig □ Ja, muntlig

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

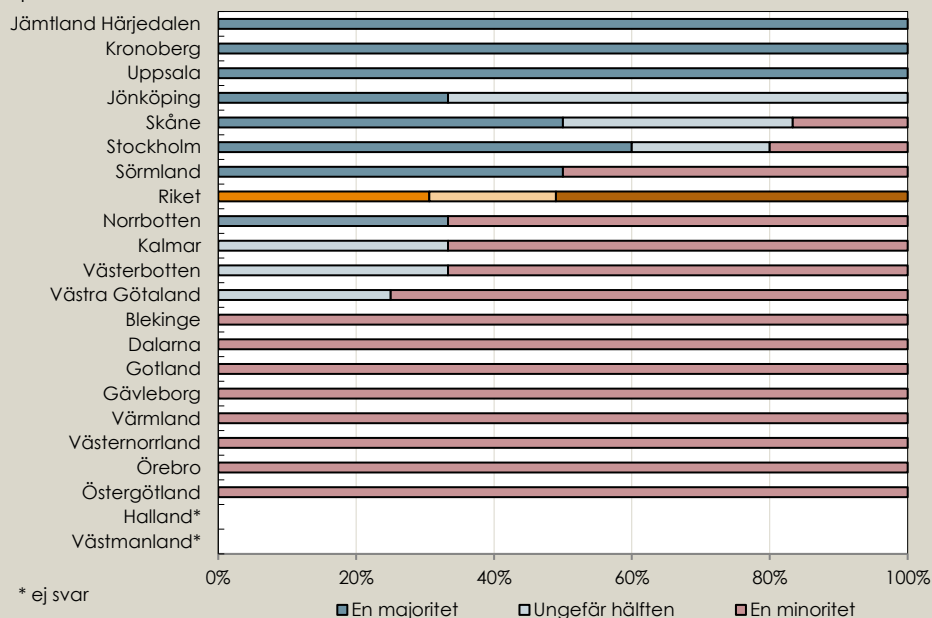
#### Vård med delat beslutsfattande

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

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

## Diagram 4.2 Vård och stöd enligt delat beslutsfattande

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



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

### Kommunernas arbete med delat beslutsfattande

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

### Analys

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

Att patient och läkare är överens om behandlingen är en långsiktig vinst eftersom det ökar sannolikheten att patienten kvarstår i behandlingen. Motvarande gäller för åtgärder inom socialtjänsten. Delat beslutsfattande kan ge individen en ökad känsla av egenmakt och bättre relation till behandlaren.

Åtgärden är dessutom ett sätt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten att strukturera sitt arbete med hänsyn till lagstiftning om information,

delaktighet, samtycke och individuell planering. Användningen av metoden delat beslutsfattande borde därför öka i regionerna och i kommunerna.

Ett antal åtgärder som kan förstärka implementeringen av delat beslutsfattande är att utbilda och kompetensutveckla personal och chefer i metoden, upprätta tydliga skriftliga rutiner, ta fram stödmaterial för beslutsprocessen och tillgänglig informationsmaterial kring relevanta insatser. Dessutom behövs ofta en kontinuerlig diskussion i arbetsgrupper kring hur man utvecklar en personcentrerad vårdkultur där det är en självklarhet att personen har inflytande över vård och stödinsatser.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna kan förbättra vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- fortsätta med implementeringen av arbetssättet delat beslutsfattande



# Case management för vård och stödsamordning

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

Case management är både ett arbetssätt och en organisationsmodell för att individen ska få tillräckliga samordnade insatser för att leva ett självständigt liv. Det finns olika modeller av case management och modellerna kan benämnas olika.

Med case management i form av integrerade team avses ett multiprofessionellt team som samordnar individuellt anpassade vård- och stödsatser som rör behandling av missbruk eller beroende, psykisk sjukdom och psykosocial problematik. Med multiprofessionella team avses en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. Teamets sammansättning motsvarar den enskildes behov.

För personer med schizofreni och samsjuklighet med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika används ACT-modellen (Assertive Community Treatment). Detta innebär att det integrerade teamet arbetar uppsökande och ger insatser på den plats där individen befinner sig. Modellen används också för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har psykiska funktionsnedsättningar som leder till omfattande funktionshinder och påverkar förmågan att medverka i vård och delta i samhällsliv.

Gemensamt för modellerna är den funktion som samordnar insatserna och har ansvar för utredning, planering och uppföljning av insatser (en case manager eller vård- och stödsamordnare). I arbetssättet ingår följande delar: allians, formulera mål och delmål, samarbete med närstående och stöd i att fungera i vardagen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda insatsen case management för vård och stödsamordning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Insatsen har en prioritet på 1, den högsta prioriteringen.

## Resultat

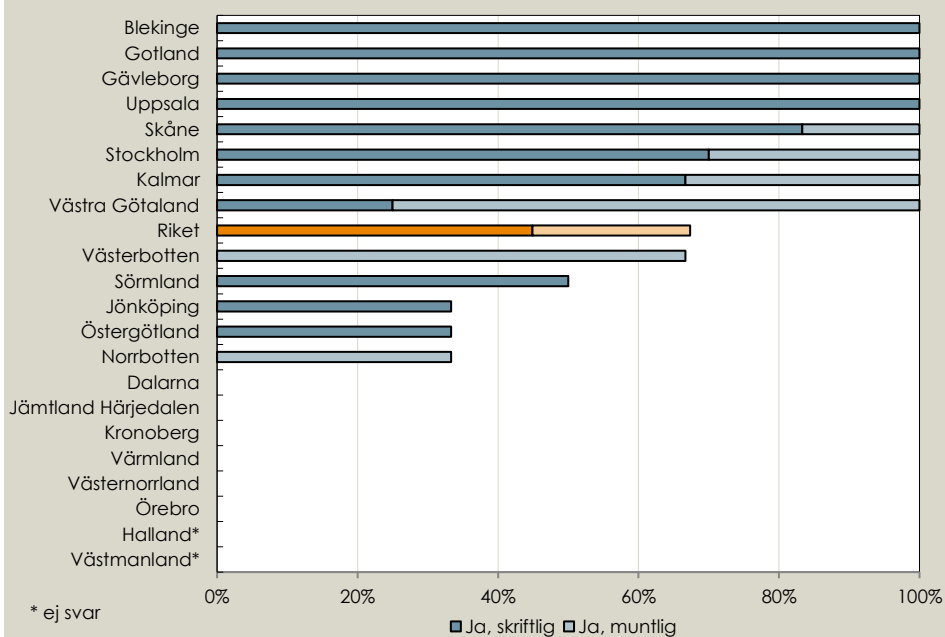
### Rutin för case management inom psykiatri

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

En klinik i Dalarna anger som förklaring att kommun och region tidigare satsade gemensamt på att utbilda personer i metoden, men att det i nuläget endast finns ett fåtal (3–4) medarbetare som har genomgått sådan utbildning. Kliniken beskriver det som otydligt och oklart om metoden ska prioriteras, och kommenterar att det behövs återkommande utbildning och fortbildning om så är fallet. Flera kliniker kommenterar att de byggt in case management i sina rutiner för fast vårdkontakt med uppdrag att samordna vården tillsammans med patienterna och närstående och kommunala insatser.

**Diagram 5.1 Rutin för att för att erbjuda case management**

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



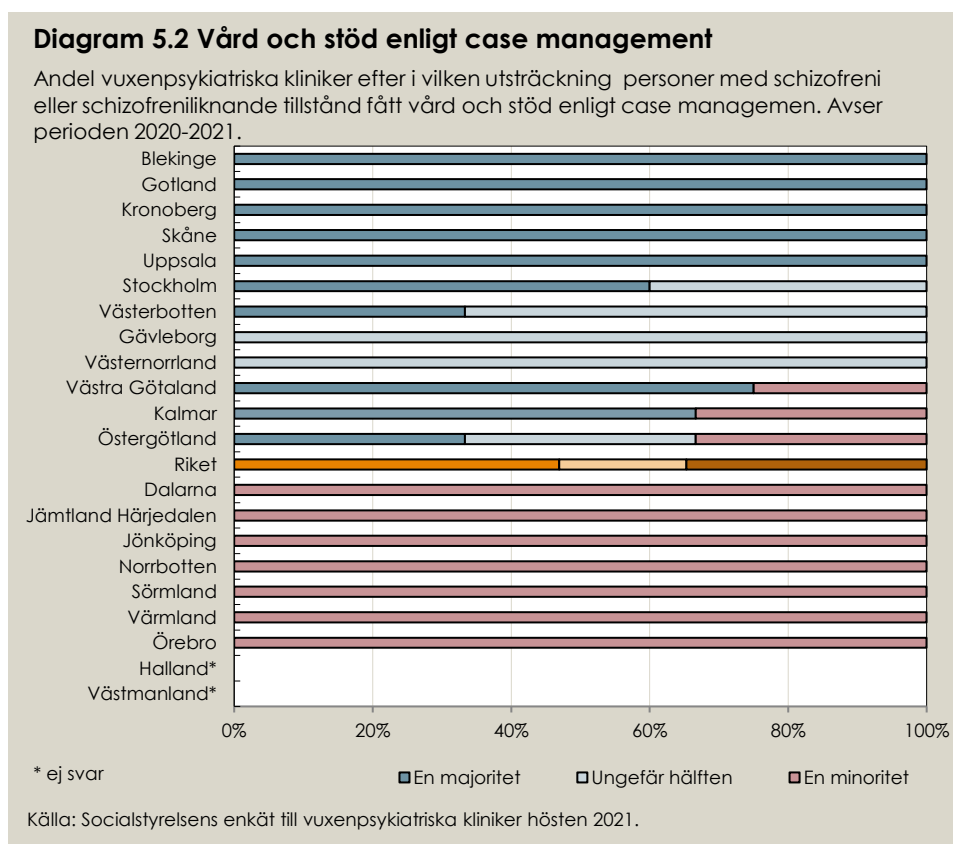
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

### Vård och stöd enligt case management i regionerna

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

Många av kommentarerna även här handlar om klinikernas arbete med fast vårdkontakt. Till exempel uppger en klinik i Västra Götaland att kontaktmannaskap där erbjuds så gott som alla patienter. En klinik i Sörmland berättar att arbetet har varit lägre prioriterat från båda huvudmännen under

pandemins första år, men att de under 2021 åter har börjat fokusera på att erbjuda vård- och stödsamordning.



### Vård och stöd enligt case management i kommunerna

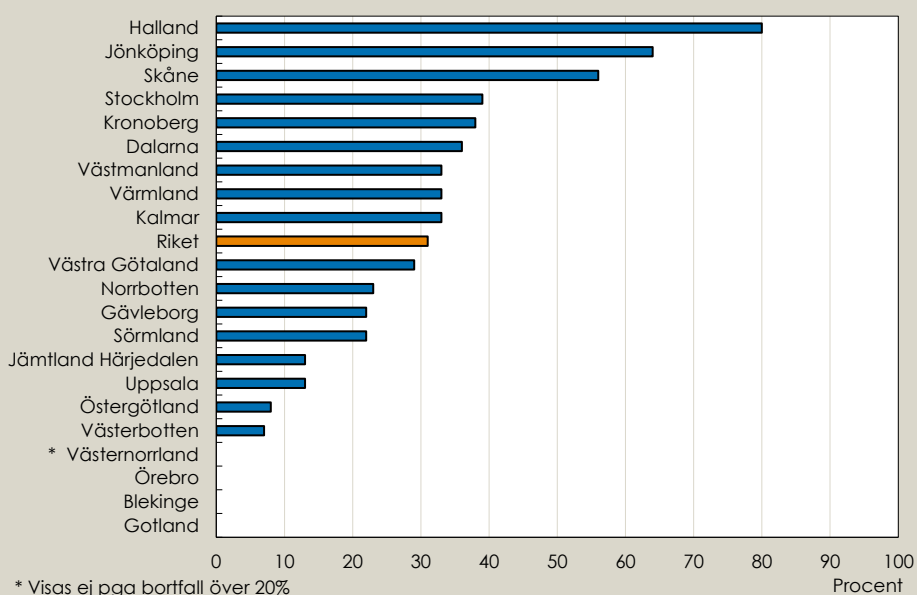
Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör även socialtjänsten erbjuda vård- och stödinsatser enligt case management till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten är det en tredjedel av kommunerna som uppger att de arbetar med vård- och stödinsatser enligt case management. Variationen mellan regionerna är dock stor, från 7–8 procent av kommunerna i Västerbotten och Östergötland till 80 procent i Halland. I Blekinge, Gotland och Örebro erbjuder ingen av kommunerna vård och stöd enligt denna metod (diagram 5.3).

Under de senaste fem åren har det skett en viss minskning av antalet kommuner som erbjuder case management. Den huvudsakliga minskningen skedde åren 2017–2019.

### Diagram 5.3 Vård och stöd enligt case management

Andel kommuner som erbjuder Case Management i form av Integrerade team till personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning.



\* Visas ej pga bortfall över 20%

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

## Analys

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

Resultatet indikerar att vissa regioner verkar organisera sig mer utifrån den psykiatriska vården och mindre utifrån kommunen, medan andra regioner gör det omvända. En organisatorisk modell med en case manager eller vård- och stödsamordnare som ansvarar för utredning, planering och uppföljning av insatser för både den psykiatriska specialistvården och socialtjänsten är att starkt föredra, framför att ha funktionen uppdelad på två olika stöd- och samordnare på region och kommun. En uppdelning av denna funktion riskerar att försämra samordningen och göra vården och stödet otydligt för patienter och anhöriga. Utifrån resultaten är det tydligt att arbetet med case management behöver förstärkas och utvecklas inom flera regioner och kommuner. Den psykiatriska vården och socialtjänsten behöver tillsammans bygga en organisation där man i integrerade team jobbar för att samordna individuellt anpassade vård- och stödsatser som rör behandling av missbruk eller beroende, psykisk sjukdom och psykosocial problematik.

Ett antal åtgärder kan förstärka implementeringen av arbetssättet case management för vård och stödsamordning. En sådan åtgärd är ledningsbeslut som möjliggör uppbyggnad av en organisationsmodell som stödjer arbetssättet. Andra åtgärder är kompetensutbildning av personal och chefer i metoden samt att upprätta tydliga skriftliga rutiner som implementeras och följs.

Socialstyrelsen bedömning är att det finns en stor förbättringspotential när det gäller att bygga en organisation som möjliggör implementering av case management för vård och stödsamordning.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna kan förbättra vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- i högre grad erbjuda insatsen case management för vård och stödsamordning.

## Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen

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

En mycket liten andel av personer med schizofreni studerar eller arbetar, men betydligt större andel bedöms kunna göra det om de får stöd [1]. Att studera eller arbeta ger större delaktighet i samhället och bättre ekonomi, vilket i sin tur ger individen bättre förutsättningar att återhämta sig från sjukdomen. För den som för tillfället inte vill eller kan studera eller arbeta kan daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning dels ge ett mer aktivt vardagsliv med sociala kontakter och en fungerande vardagsstruktur, dels bidra till återhämtning och möjlighet till framtida arbete.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar arbete eller har svag arbetsmarknadsanknytning. Modellen bygger på att personer med psykisk funktionsnedsättning som vill börja arbeta får stöd av en arbetspecialist att snabbt söka arbete, utan bedömning av arbetsförmåga. Arbetspecialisten ger fortsatt stöd genom att samordna och skraddarsy individens stöd från myndigheter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen samt från anhöriga, vänner och arbetsgivare.

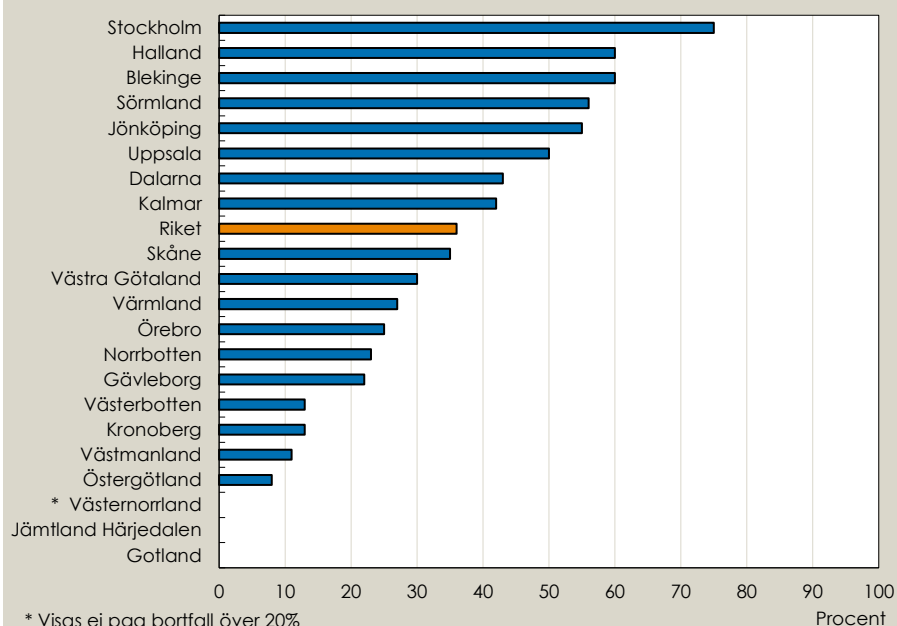
Rekommendationen har prioritet 1, som är högsta prioritet i de nationella riktlinjerna.

### Resultat

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

### Diagram 5.7 Individanpassat stöd till arbete enligt IPS

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

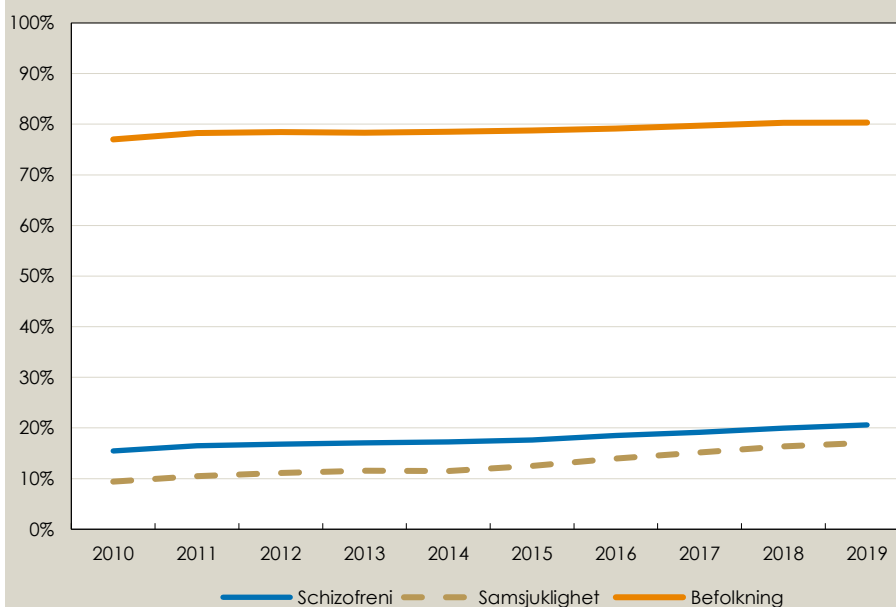


\* Visas ej pga bortfall över 20%  
Källa: Öppna jämförelser 2021 – Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri, Socialstyrelsen.

För personer diagnostiserade med schizofreni visar utvärderingen att 21 procent har sin huvudsakliga inkomstkälla från förvärvsarbete (diagram 12.1). Motsvarande siffra för personer med schizofreni och samsjuklighet i missbruk och beroende är 17 procent. I befolkningen är det 80 procent som har sin huvudsakliga inkomstkälla från förvärvsarbete. Sett över en tioårsperiod har andelen i förvärvsarbete bland personer med schizofreni ökat med 6 procentenheter och för personer med samsjuklighet med 8 procentenheter. Under denna tid har det skett en samtidig ökning av andelen förvärvsarbetande i befolkningen med 3 procentenheter.

### Diagram 12.1 Egen försörjning

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



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

Av kvinnor med schizofreni är 20 procent i förvärvsarbete och kvinnor med samsjuklighet, 14 procent. Motsvarande siffror för män är 21 procent respektive 18 procent.

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

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

### Analys

Resultatet visar att få kommuner erbjuder individanpassat stöd till arbete enligt IPS. Även i mindre kommuner där det är ett mindre antal individer som kan vara aktuella för insatsen är det viktigt att kunna erbjuda denna typ av insats.

Resultatet visar att en relativt låg andel av personer med schizofreni har ett förvärvsarbete i förhållande till befolkningen. Över tid kan man dock se en positiv utveckling, där andelen i förvärvsarbete har ökat något mer än i befolkningen i stort. Att fler i den yngre åldersgruppen har ett förvärvsarbete



pekar också mot en förbättring när det gäller att stärka och fånga upp unga människors förmåga till arbete.

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

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

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

*Socialstyrelsen bedömer att kommunerna kan förbättra stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- i högre grad erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (Individual Placement and Support) inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

## Boendestöd

Personer med schizofreni har ofta under perioder svårt att klara av ett självständigt vardagsliv och kan ha en dålig ekonomisk situation. Samsjuklighet i form av beroende eller missbruk kan också förekomma och förvärra situationen. Det kan leda till att individen förlorar sin bostad. Hemlösa personer har sämre förutsättningar för en fungerande behandling och tillgång till vård och stödsatser. Risken att försämrans i sin sjukdom ökar och behovet av slutenvård likaså.

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

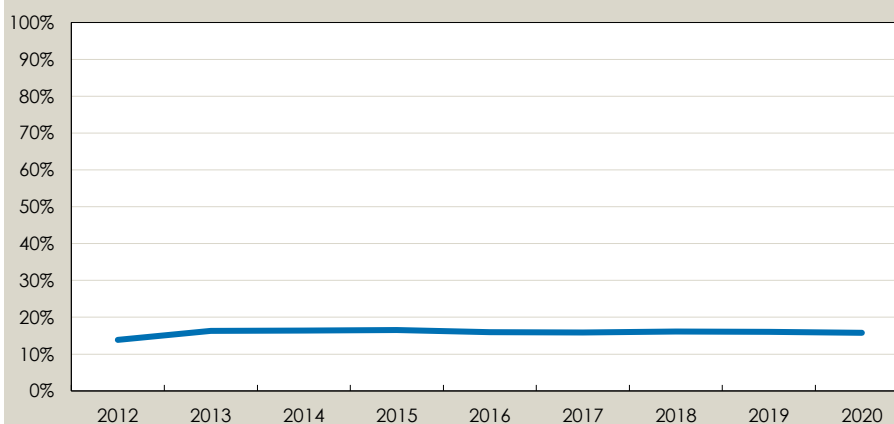
Socialstyrelsens rekommendation är att socialtjänsten bör erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv. Rekommendationen har en prioritet på nivå 2, en hög prioritet.

## Resultat

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

### Indikator 5.9 Boendestöd i ordinärt boende

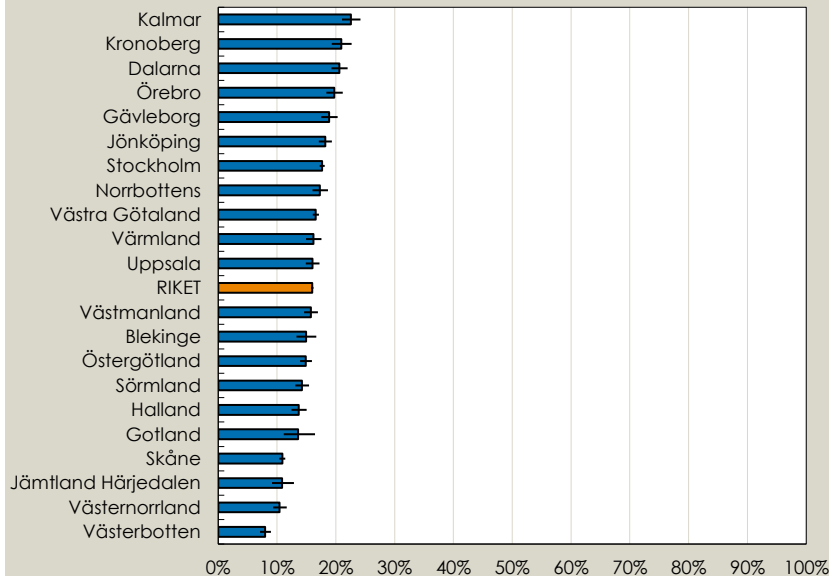
Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med boendestöd i ordinärt boende.



Källa: Patientregistret och Socialtjänstregistret

### Indikator 5.10 Boendestöd i ordinärt boende

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



Källa: Patientregistret och Socialtjänstregistret, Socialstyrelsen.

## Analys

Det vi fångar med denna indikator är personer som bor i ett ordinärt boende, och som får boendestöd enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, vad avser insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. För att enbart fånga personer som bor i ett ordinärt boende, alltså egna hem, bostadsrätt eller hyresrätt, har vi exkluderat personer som bor i ett särskilt boende, korttidsboende eller en bostad med särskild service för vuxna.

Resultatet visar att en förvånansvärt låg andel av personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som bor i ett ordinärt boende får insatsen boendestöd enligt rekommendationen. Jämförelsevis visar tidigare data från Socialstyrelsen att av personer med schizofreni var det 14 procent som hade hemtjänst, 16 procent som hade en bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och 14 procent som hade ett boende enligt SoL. Tittar man på hela gruppen inklusive dem som har en bostad enligt LSS eller SoL var det 40 procent som hade någon form av boendestöd [6].

Graden av funktionsnedsättning kan variera inom diagnosspektrat schizofreni. Det är inte otänkbart att personer med schizofreni lever tillsammans med anhöriga, till exempel bor kvar i föräldrahemmet. Detta kan göra att det inte blir aktuellt eller inte upplevs som nödvändigt med en boendestödande insats. En annan bidragande orsak till den låga andelen kan vara att personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som erbjuds boendestöd tackar nej till insatsen. Det är även troligt att kommuner erbjuder denna insats till den aktuella gruppen i en otillräcklig omfattning.

Vi finner det anmärkningsvärt att det, trots införande av riktlinjer, inte har skett en större förbättring. Konsekvensen av denna låga grad av boendestöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är att fler i den aktuella gruppen riskerar att inte återhämta sig, inte klara av att bo i eget ordinarie bostad och även försämras i sitt tillstånd. Detta innebär inte bara ett lidande för individen själv utan får även negativa konsekvenser för personer i hans omgivning. Vid försämring kan dessutom andra insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten behövas, vilket leder till ökade hälsoekonomiska kostnader. Socialstyrelsens bedömning är att kommuner i högre grad borde erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv.

I de fall där personer är benägna att tacka nej till insatsen kan behov finnas av att göra upprepade kontaktförsök, ge information om vad boendestöd konkret kan innebära och ge exempel på vad personen kan få hjälp med i vardagen. Detta för att behålla kontakt med och skapa en relation till individen för att motivera till att ta emot stöd. Boendestöd kan vara en insats som leder till ett bättre samarbete med vård och omsorg, vilket är viktigt för en fungerande behandling och behovsanpassade insatser.

*Socialstyrelsen bedömer att kommunerna kan förbättra stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- i högre grad erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hemliv.

## Kognitiv beteendeterapi

När psykossymtom kvarstår trots antipsykotisk läkemedelsbehandling kan kognitiv beteendeterapi, (KBT) vara till hjälp. Åtgärden är en tidsbegränsad manualbaserad psykoterapi som lär patienten att det finns ett samband mellan tankar, känslor och beteenden. Behandlingen går vanligtvis ut på att ändra på hur man tänker, agerar och förhåller sig till inre upplevelser. Det finns stor variation inom kognitiv beteendeterapi vid psykos, men de ledande behandlingsmanualerna delar några gemensamma element: kognitiv konceptualisering av psykotiska symtom, psykoedukation, formering av en stark terapeutisk relation och återfallsprevention. Genom behandlingen kan patienten lära sig att förstå och sätta ord på exempelvis hallucinationer och vanföreställningar, och lära sig att hantera dessa.

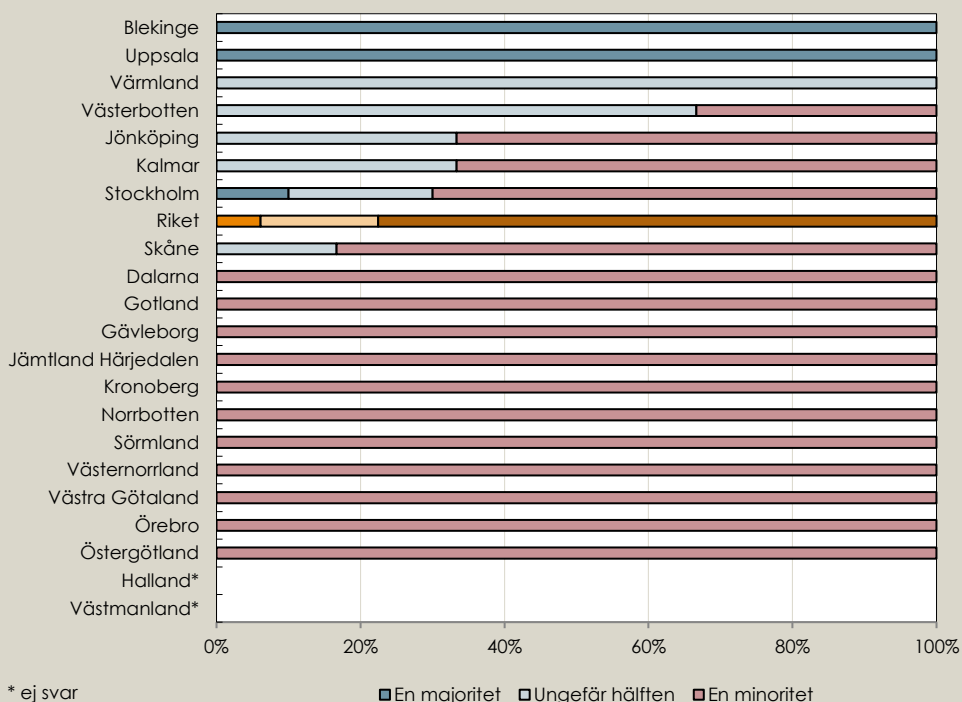
Socialstyrelsens rekommendation är att erbjuda kognitiv beteendeterapi till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och kvarstående psykossymtom. Åtgärden ger effekt på både positiva och negativa psykossymptom samt stor gynnsam effekt på generell psykisk hälsa. Den har en prioritet på 2, en hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

### Resultat

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

### Diagram 6.1 Kognitiv beteendeterapi (KBT)

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



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

## Analys

Resultaten visar att på huvuddelen av klinikerna är det en minoritet av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som får kognitiv beteendeterapi i dag. En möjlig förklaring till detta är att kognitiv beteendeterapi inte ska fortlöpa år efter år utan är tillfälliga insatser under hela sjukdomsförloppet. Detta kan innebära att patienter som varit aktuella i verksamheten redan har fått behandling innan vår mätpunkt.

En annan förklaring är att KBT används i för låg grad och att det finns en brist på denna insats med en hög prioritet. Vi kan även konstatera att det råder brist på utbildade psykoterapeuter och psykologer, vilket talar för att hälso- och sjukvården kan ha svårigheter med att erbjuda denna insats [7]. Det kan även vara så att patienter med schizofreni inte prioriteras att få kognitiv beteendeterapi eftersom insatsen bedöms omfattande och kunskapen om dess positiva effekt kan vara bristfällig.

Behandlingen har en stor gynnsam effekt på generell psykisk hälsa. Vår bedömning är att insatsen kognitiv beteendeterapi behöver stärkas för att hjälpa patienter att hantera kvarstående psykosymptom och därigenom ge en minskad risk för psykisk ohälsa och lidande samt återinsjuknande.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- i större grad erbjuda kognitiv beteendeterapi.

## Psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram

Psykopedagogisk utbildning är en riktad behandlingsinsats som stödjer personens utveckling av egna strategier för att bättre förstå och hantera sin sjukdom och tillgodogöra sig den behandling som finns tillgänglig. Behandlingen kan ges med eller utan anhörig, omfattar vanligtvis ett bestämt antal träffar och pågår ofta över en viss tid, till exempel 3–12 månader. Den inbegriper i regel en kombination av motiverande, pedagogiska och inlärningspsykologiska strategier. Syftet är att hjälpa personen att fatta informerade beslut om sin egen behandling och därmed minska risken för återfall och behov av sjukhusvård.

Socialstyrelsens rekommendation är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda psykopedagogisk utbildning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Behandlingen har en prioritet på 2 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilket är en hög prioritet.

Psykopedagogiska behandlingsprogram med social träning är en mer omfattande insats, som syftar till att stödja återhämtning från psykossjukdom med hjälp av psykopedagogisk utbildning, social färdighetsträning, beteendeorienterad återfallsprevention och effektiv läkemedelsanvändning. Insatsen stödjer personens utveckling av egna strategier för att bättre förstå och hantera sin psykiska sjukdom samt tillgänglig behandling. Exempel på manualbaserade psykopedagogiska behandlingsprogram är IMR (Illness Management and Recovery) och ESL (Ett självständigt liv).

Socialstyrelsens rekommendation är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda psykopedagogiska behandlingsprogram till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att klara av vardagliga aktiviteter eller det sociala samspelet med andra. Åtgärden har högsta prioritet i de nationella riktlinjerna, med motiveringen att åtgärden ger förbättrade sociala färdigheter och minskad risk för återinsjuknande.

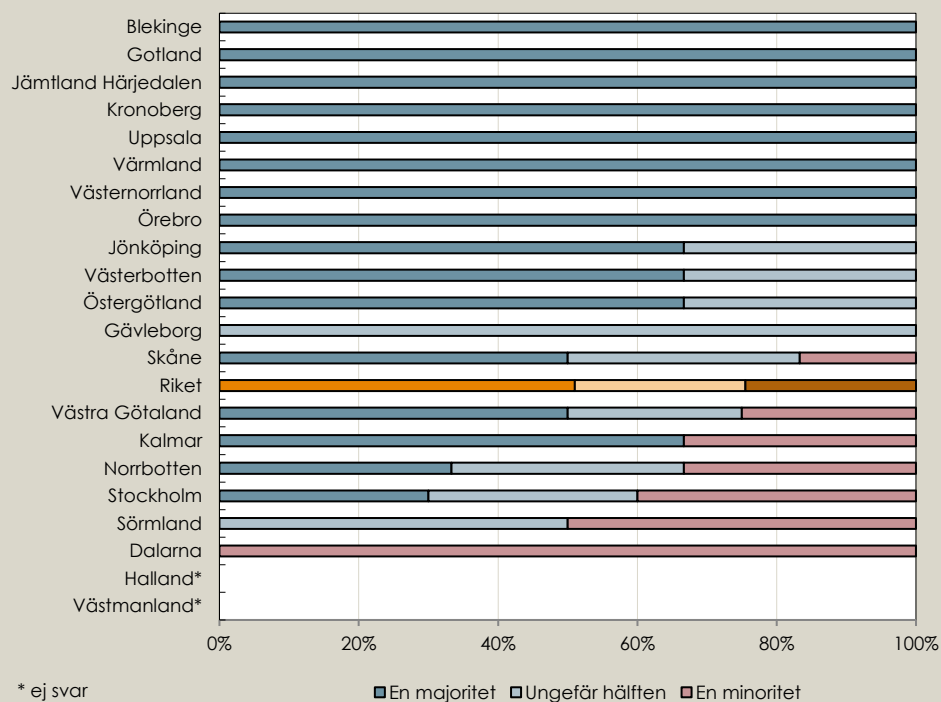
### Resultat

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



## Diagram 6.2 Psykopedagogisk behandling

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



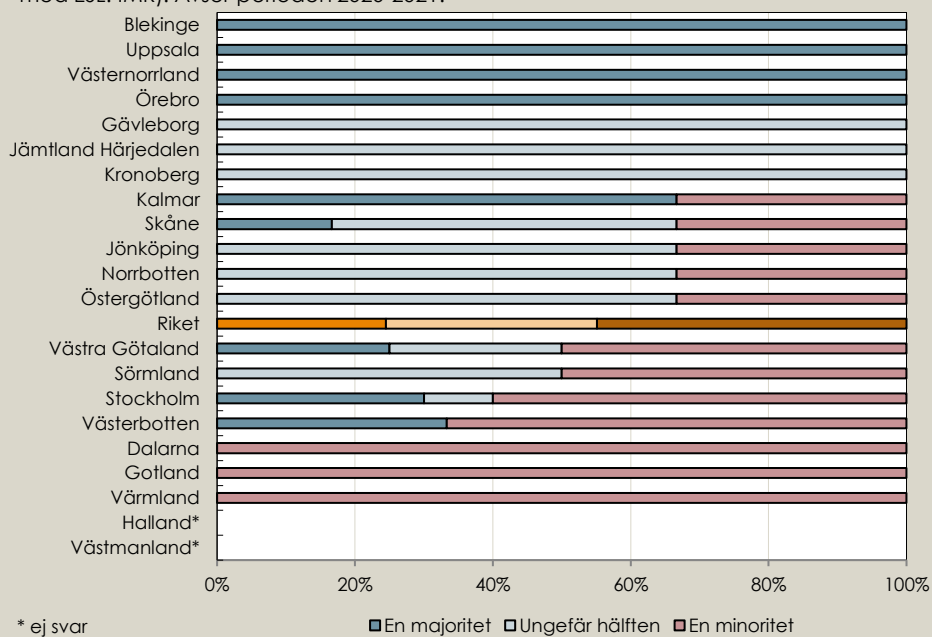
\* ej svar  
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

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

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

### Diagram 6.3 Psykopedagogiska behandlingsprogram

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

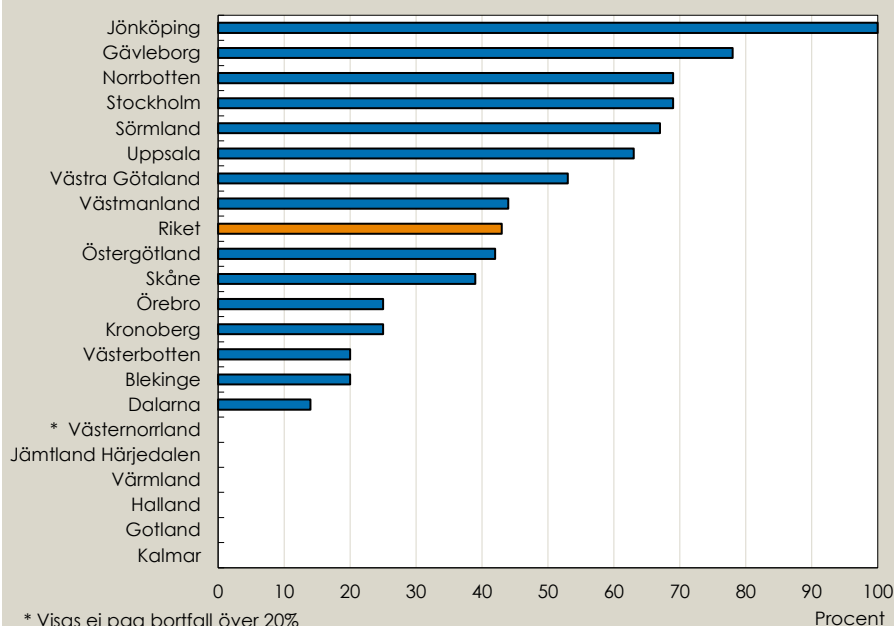


\* ej svar  
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

Enligt den årliga undersökningen öppna jämförelser inom socialtjänsten erbjuder fyra av tio kommuner social färdighetsträning enligt modellen ESL. Det är mycket stora skillnader mellan regionerna vad gäller i vilken mån kommunerna arbetar med social träning enligt ESL, från att erbjudas i alla kommuner i Jönköping till att erbjudas i var sjunde kommun i Dalarna. Och i sex regioner – Gotland, Halland, Jämtland, Kalmar, Värmland och Västernorrland – erbjuder ingen kommun denna typ av insatser (diagram 6.3a). Under åren 2017–2019 erbjöd hälften av kommunerna stöd i form av social färdighetsträning till personer med psykisk funktionsnedsättning. Att denna andel har sjunkit något under 2020 och 2021 kan bero på covid-19-pandemin.

### Diagram 6.3a Social färdighetsträning enligt modellen ESL

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



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

## Analys

Psykopedagogiska insatser som psykopedagogisk utbildning och psykopedagogiska behandlingsprogram minskar risken för återinsjuknande och sjukhusinläggning. Konsekvensen av en hög andel återinsjuknanden som skulle gå att förhindra är inte bara ett ökat lidande för patienten utan även ökade kostnader för sjukvården.

Vi kan se att det på många kliniker i dag är en majoritet av patienterna med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som får psykopedagogisk behandling, men att det skiljer sig mellan regionerna. En möjlig förklaring till skillnaderna är att psykopedagogisk behandling inte ska fortlöpa år efter år utan är tillfälliga insatser under hela sjukdomsförloppet. Detta kan därför innebära att patienter som varit aktuella i verksamheten redan har fått behandling innan vår mätpunkt. En annan förklaring till skillnaderna kan vara att insatsen används i olika grad och att det finns en brist på en insats med en hög prioritet.

Vi ser även skillnader mellan regioner vad gäller andelen patienter på vuxenpsykiatriska kliniker som deltagit i psykopedagogiska behandlingsprogram. Det är också mycket stora skillnader mellan regionerna vad gäller i vilken mån kommunerna arbetar med social träning enligt ESL. Behandlingsprogrammen syftar till att ge förbättrade sociala färdigheter och minskad risk för återinsjuknande och har högsta prioritet i nationella riktlinjerna.

Vår bedömning är att psykopedagogisk behandling behöver stärkas för att hjälpa patienterna att fatta informerade beslut om sin egen behandling och

därmed minska risken för återfall och behov av sjukhusvård. Motsvarande gäller för psykopedagogiska behandlingsprogram som vi bedömer behöver utökas för att fler personer med behov av insatsen ska få möjlighet till att träna och stärka sociala färdigheter och därigenom få en minskad risk för återinsjuknande.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna kan förbättra vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- i högre grad erbjuda psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram.

## Tekniska hjälpmedel och datorbaserad kognitiv träning

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

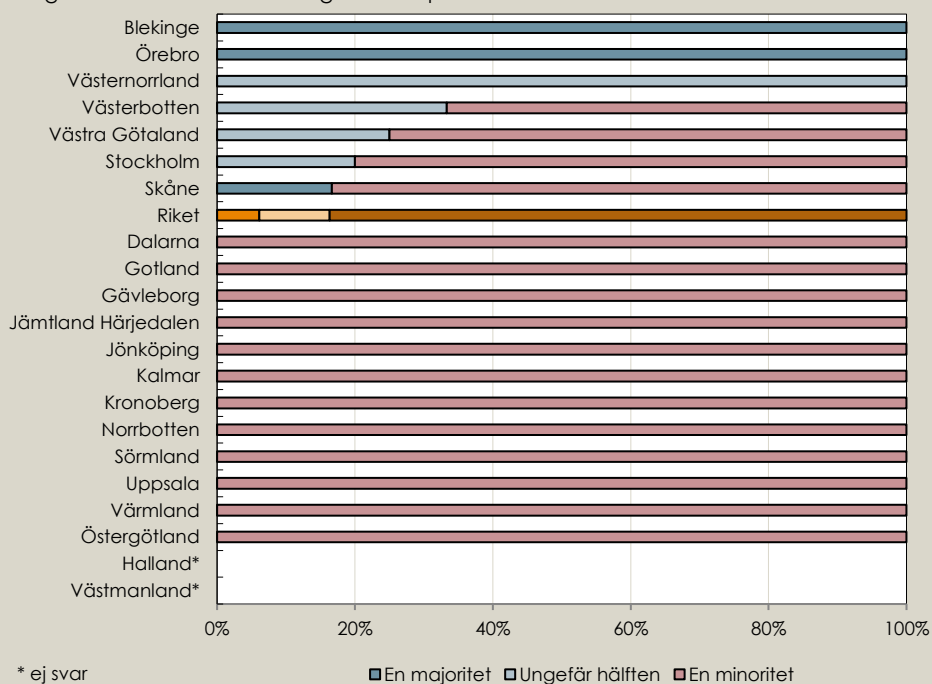
Rekommendationen om tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister har en prioritet på 1, den högsta prioriteten, i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsens nationella riktlinjer innehåller också en rekommendation om datorbaserad kognitiv träning med en prioritet på nivå 3,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

### Tekniska hjälpmedel

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

### Diagram 6.5 Tekniska hjälpmedel

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



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

### Datorbaserad kognitiv träning

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

En klinik i Skåne förklarar det låga antalet med brist på resurser, en klinik i Sörmland skriver att man prioriterat arbetsterapeutiska utredningar och bedömningar, och en klinik i Uppsala berättar att man inte erbjuder någon datorbaserad kognitiv träning.

### Analys

En övervägande andel av regionerna anger att endast en minoritet av personer med schizofreni har fått tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister. Tekniska hjälpmedel kan bidra till ökad organisations- och planeringsförmåga, ökad självständighet och ökad delaktighet och kontinuitet i behandlingen. Att en majoritet av regionerna svarar på detta sätt indikerar att det kan vara en generell brist som bidrar till lägesbilden. En möjlig förklaring till att det ser ut så här kan vara att det råder brist på arbetsterapeuter som har förskrivningsrätt [7]. Bristande tillgång på arbetsterapeuter kan också göra

det svårt för regionerna att identifiera vilka av de kognitiva insatserna som är hjälpsamma.

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

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

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- öka tillgången till tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva brister
- öka tillgången till datorbaserad kognitiv träning

## Mobil krisintervention

Vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan individens psykiska tillstånd variera, och när tillståndet försämras kan akuta och intensiva insatser krävas. En mobil krisintervention innebär att akut stöd och hjälp erbjuds i personens hemmiljö, vilket kan motverka ytterligare försämring, undvika slutenvårdsinläggning samt minska stress hos de anhöriga. Ofta identifierar anhöriga ett sjukvårdsbehov som den sjuke personen inte själv ser, och det kan även finnas en rädsla hos den sjuke för att söka upp vård. Genom att vården då erbjuder hembesök sänker man tröskeln för kontakt.

Insatsen ges ofta av ett multidisciplinärt team som är tillgängligt dygnet runt för bedömning och medicinsk behandling. Hur insatsen ges, och vad som bör ingå, är beroende på den unika situationen och hur personen och dennes närstående mår. Det är därför viktigt att vården gör en bedömning av situationen, för att sedan kunna erbjuda rätt hjälp och stöd.

Mobil krisintervention har en prioritet på 2, en hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Rekommendationen är att hälso- och sjukvården bör erbjuda mobil krisintervention till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i akut fas.

## Resultat

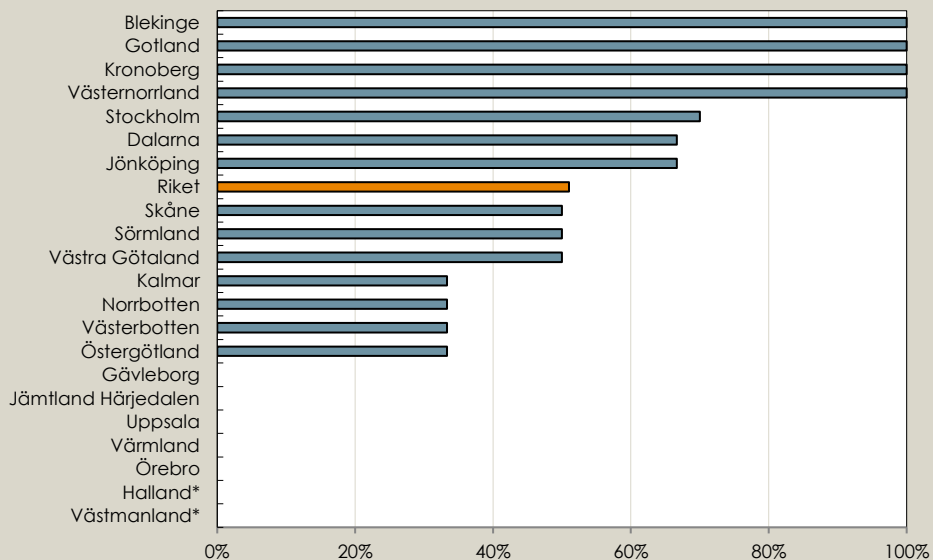
Hälften av de vuxenpsykiatriska klinikerna uppger att de under 2020–2021 har kunnat erbjuda insatser av ett mobilt team till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd vid tilltagande sjukdomssymtom. I fyra regioner – Blekinge, Gotland, Kronoberg och Västernorrland – har alla kliniker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

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



### Diagram 6.6 Erbjuder mobil krisintervention

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



\* ej svar

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatriska kliniker hösten 2021.

## Analys

Mobil krisintervention är viktigt för att minska risken för ytterligare försämring, minska stress och undvika slutenvård vid tilltagande symtom. Insatsen kan organiseras på olika sätt men omfattar situationsanpassade insatser i personens hem. Att endast hälften av verksamheterna erbjuder mobil krisintervention är inte tillfredsställande. I enkätfrågan till regionerna definierades en mobil krisintervention som att ”Insatserna i mobilt team ska utföras av personer med psykiatrisk kompetens och möjlighet att administrera läkemedel dygnet runt. Interventionen bör ske utan dröjsmål och enligt en på förhand överenskommen krisplan”. Av kommentarerna från regionerna framgår att det förekommer en struktur där det mobila teamet gör en bedömning och om läkemedel behöver administreras förs patienten till slutenvården. Mobil krisintervention kan organiseras på olika sätt. Hur ”mobilt team” definierades i enkätfrågan kan ha gett en underskattning, men vi bedömer att det är ett uttalat förbättringsområde.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- öka tillgången till mobil krisintervention.

## Integrerade åtgärder för psykisk sjukdom och beroendesjukdom

Samsjuklighet med beroendesjukdom är inte ovanligt i gruppen patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Kombinationen psykisk sjukdom och substansberoende ger ökad risk för ensamhet, hemlöshet, följsjukdomar, dålig följsamhet till medicinsk behandling, ökad familjebörda, upprepade återfall i både psykisk sjukdom och missbruk samt i värsta fall självmord. Både psykiatrin och beroendevården behöver därför ha en beredskap för att erbjuda adekvat hjälp till denna patientgrupp. Man behöver samordna vård- och stödåtgärder och säkerställa att dessa ges samtidigt och integrerat. Ökad samverkan krävs även mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten [1].

I riktlinjerna rekommenderas integrerade åtgärder för den psykiska sjukdomen och beroendesjukdomen med en prioritet på 3, som är en hög prioritet. Den behandlingsmodell som rekommenderas är case management enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment). Modellen förutsätter samverkan mellan olika verksamheter som exempelvis beroendevård, socialtjänst och specialistpsykiatri.

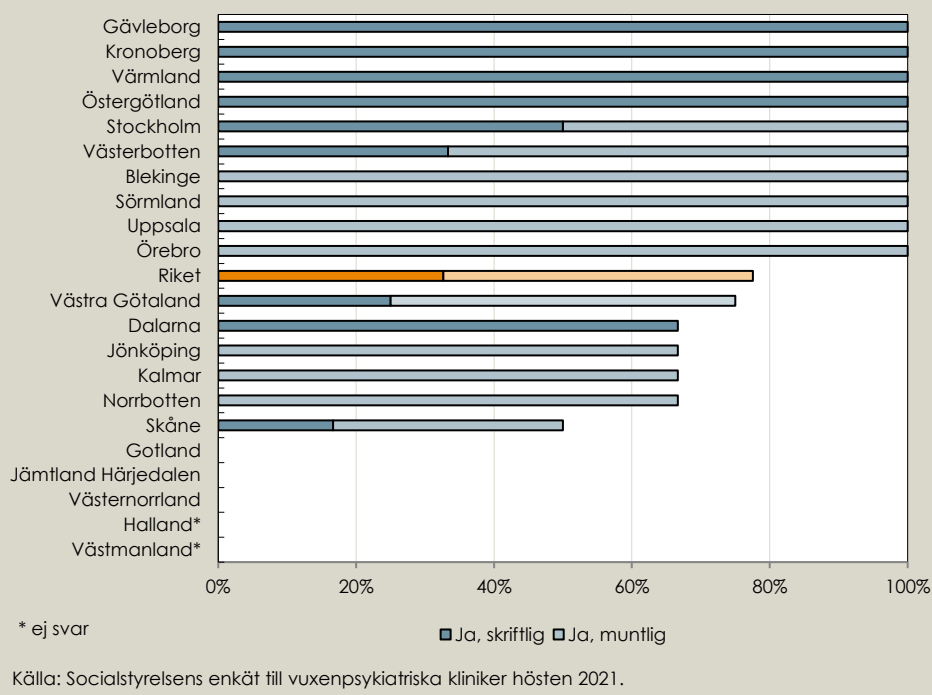
### Resultat

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

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

### Diagram 7.8 Rutin för samsjuklighet med skadligt bruk och beroende

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

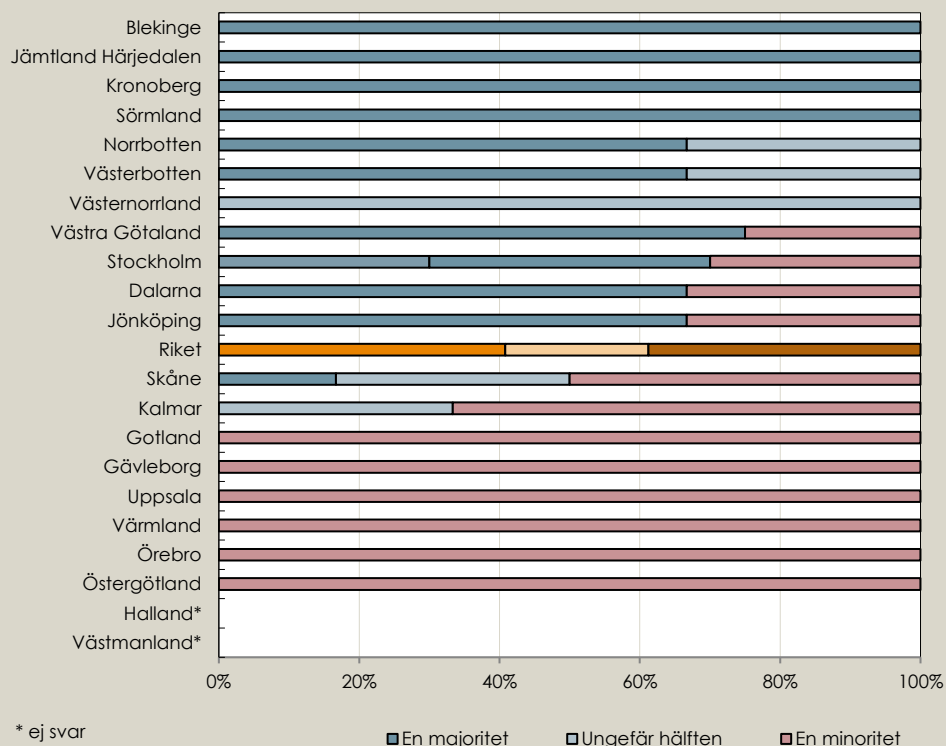


Fyra kliniker av tio uppger att en minoritet av patienter med samsjuklighet har fått omhändertagande med integrerade åtgärder tillsammans med socialtjänsten under 2020 till 2021. I fyra regioner gäller det en majoritet av patienterna, medan i sex regioner har en minoritet av alla patienter fått denna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

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

### Diagram 7.9 Integrerade åtgärder tillsammans med socialtjänst

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



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

### Analys

Resultaten visar på skillnader mellan regionerna i fråga om rutiner för integrerat omhändertagande. Det finns även skillnader när det gäller hur stor andel personer med schizofreni och samtidig beroendesjukdom som får ett integrerat omhändertagande från vård och socialtjänst.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med ett samtidigt missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika bör få tillgång till åtgärder enligt Intensive case management enligt ACT-modellen. Utvärderingen tyder på att det i dag saknas förutsättningar för att arbeta efter denna strukturerade modell. Anledningen till detta är att regionerna sannolikt har skiftande organisatoriska förutsättningar för att tillämpa ACT-modellen.

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

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna kan förbättra vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- utveckla en struktur där vård och åtgärder för den psykiska sjukdomen integreras med vård och åtgärder för beroendesjukdom.

## Förskrivningen av aripiprazol, risperidon och paliperidon

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

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

- Läkemedlet aripiprazol ger svag effekt på psykossymtom, men innebär mindre risk för viktuppgång, extrapyramidala biverkningar, hjärtpåverkan och sedering än många andra antipsykotiska läkemedel. Har en hög prioritet på nivå 2 i Socialstyrelsens rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
- Läkemedlet risperidon ger måttlig effekt på psykossymtom och förhållandevis liten risk för behandlingsavbrott, men innebär en viss risk för extrapyramidala biverkningar och viktuppgång samt stor risk för sexuella biverkningar. Har en hög prioritet på nivå 2 i Socialstyrelsens rekommendationer.
- Läkemedlet paliperidon har effekter och biverkningar som liknar dem som gäller för risperidon, men läkemedlet är mindre kostnadseffektivt. Har en hög prioritet på nivå 3 i Socialstyrelsens rekommendationer.

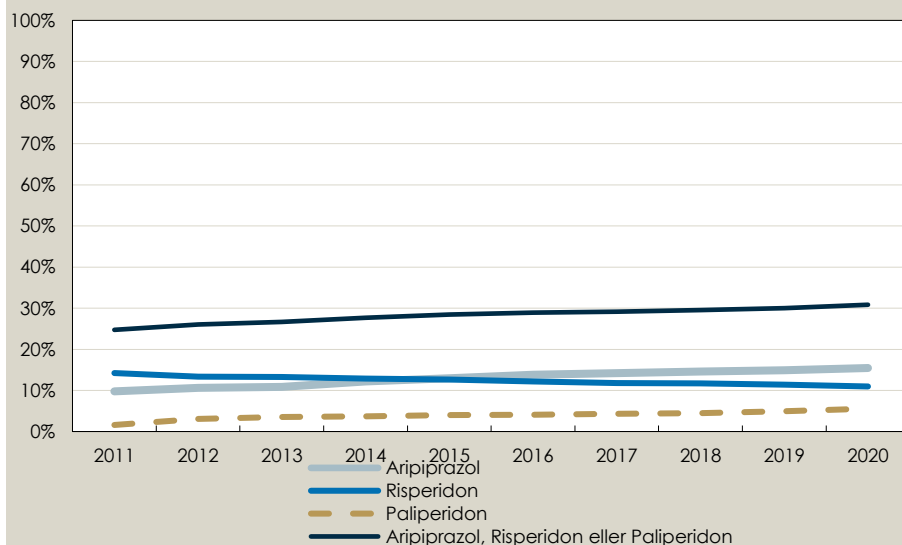
## Resultat

I vår analys tittar vi både på hela diagnosgruppen som har vårdats för schizofreni och även specifikt på gruppen nyinsjuknade under motsvarande år. Nyinsjuknad definieras här som en person som inte har vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd under de senaste fem åren.

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

### Diagram 10.1 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon

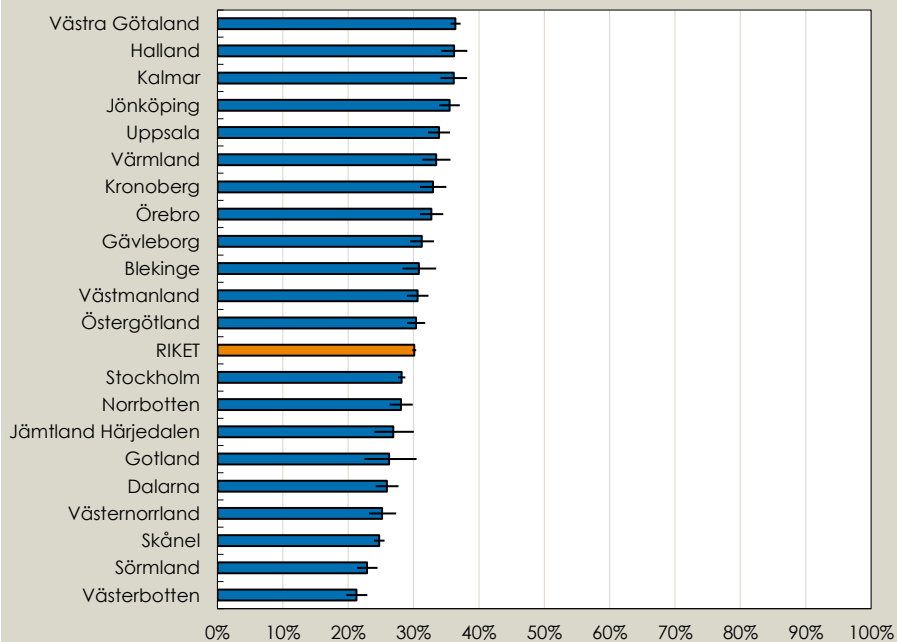
Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med aripiprazol, risperidon eller paliperidon.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 10.2 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon

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



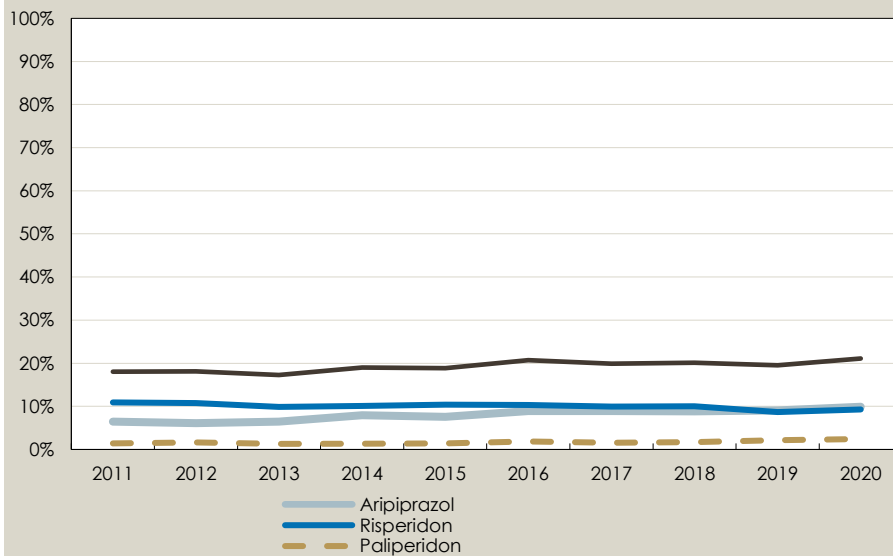
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Utvärderingen visar att 21 procent av nyinsjuknade patienter i schizofreni och schizofreniliknande tillstånd behandlas med något av läkemedlen aripiprazol, risperidon eller paliperidon (diagram 10.3). Sett över en tioårs-period har det skett en ökning med 4 procentenheter där aripiprazol har stått för

den huvudsakliga ökningen. På regionnivå skiljer det 12 procentenheter mellan den region som visar högst respektive lägst andel (diagram 10.4).

### Diagram 10.3 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon, nyinsjuknade

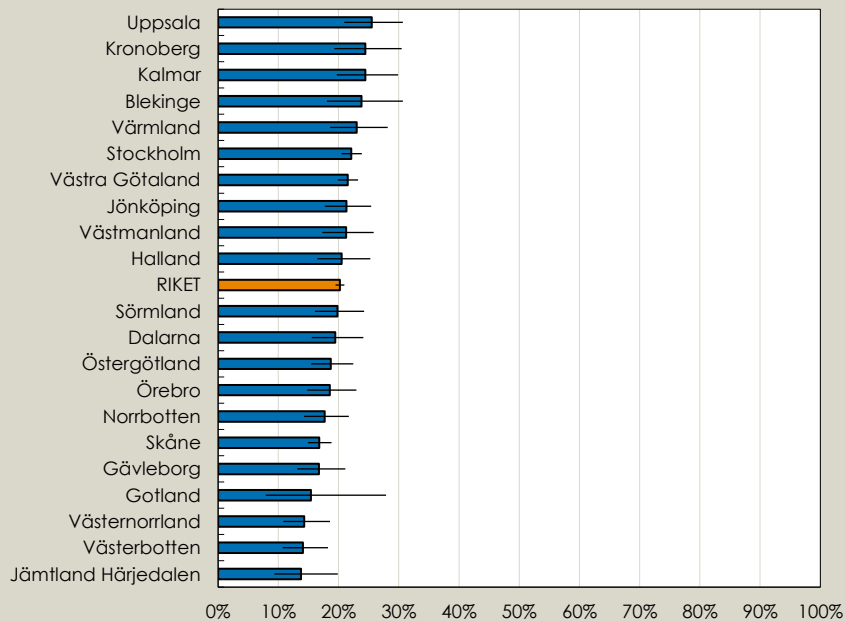
Andel av nyinsjuknade personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behandlats med aripiprazol, risperidon eller paliperidon.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 10.4 Behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon, nyinsjuknade

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



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.



## Analys

Socialstyrelsens utvärdering visar att graden av behandling med aripiprazol, risperidon och paliperidon vid schizofreni är låg. Resultatet visar också att det är färre i gruppen nyinsjuknade som har behandling med aripiprazol, risperidon eller paliperidon än i gruppen som helhet, vilket tyder på att vården brister i följsamhet till riktlinjerna. Det talar för att man inte inleder med de rekommenderade preparaten, utan att i vissa fall kan andra preparat väljas som inte är rekommenderade. Orsaken till att läkare i större utsträckning väljer andra preparat kan vara att de väljer preparat som funnits länge och som de är förtroga med, eller att de väljer mer nylanserade läkemedel.

I valet av läkemedel är det viktigt att överväga både effekt och biverkningar för varje individuell patient. Både läkare och patient ska därför kontinuerligt utvärdera vilken behandling som fungerar bäst för patienten.

En möjlig väg att sätta fokus på forskrivningsfrågan kan vara att göra uppföljningar av data över läkemedelsförskrivning på enhets- och kliniknivå. Läkargruppen kan sedan utifrån resultaten föra en gemensam och öppen diskussion kring valet av läkemedel.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- öka förskrivningen av aripiprazol, risperidon och paliperidon vid psykossymptom.

## Klozapin vid svårbehandlad schizofreni

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

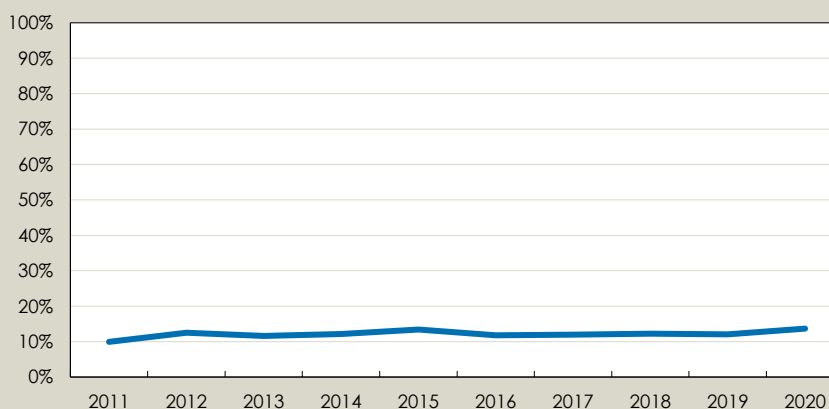
Fler personer med svårbehandlad schizofreni bör erbjudas behandling med klozapin. Rekommendationen har den högsta prioriteten i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilket innebär att klozapin bör erbjudas av hälso- och sjukvården till personer med svårbehandlad schizofreni.

### Resultat

I utvärderingen har vi inte identifierat några könsskillnader i data för det aktuella läkemedlet. Utvärderingen visar att 14 procent av patienter med svårbehandlad schizofreni behandlades med klozapin enligt de nationella riktlinjernas rekommendation. Under en tioårsperiod har andelen ökat med 4 procentenheter (diagram 10.12). Denna ökning har inte varit gradvis utan värdena har fluktuerat. Svårbehandlad definieras här som en person med schizofreni som under en period av ett år behandlats med tre olika typer av antipsykotiska läkemedel, men inte klozapin. Data på regionnivå kan inte visas här på grund av för litet underlag.

**Diagram 10.12 Klozapin vid svårbehandlad schizofreni**

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



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

### Analys

Vår bedömning är att de data som tagits fram tyder på att det är en låg andel bland personer med en svårbehandlad schizofreni som får behandling med klozapin. En anledning till att inte behandla med klozapin kan vara att patienten har ett substansmissbruk, vilket gör behandlingen olämplig eftersom det ställer stora krav på patientens följsamhet till behandling och till lämna regelbundna blodprover för kontroller av blodvärden. Det kan också vara så att

patienter som får erbjudandet väljer bort behandlingen på grund av rädsla för biverkningar, obehag för sprutor eller att patienten inte vill behöva lämna blodprover varje månad. Samtidigt har vårdens inställning och hur man erbjuder och motiverar behandlingen också betydelse.

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

Svårigheter att följa denna rekommendation kan vara kopplade till organisatoriska faktorer. Patienter som har en psykisk funktionsnedsättning som påverkar förmågan att medverka i vård behöver stöd av omgivningen för att behandling och provtagning ska fungera. Sådant stöd minskar också risken att patienten förlorar kontakt med vården.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- öka förskrivningen av klozapin vid svårbehandlad schizofreni.

## Antipsykotiskt läkemedel i depåform

Patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ibland samsjuklighet med missbruksproblematik. Denna typ av samsjuklighet leder obehandlad ofta till att patienten får svårt att klara av den rekommenderade behandling som psykosjukdomen kräver. Dessutom skapar samsjukligheten svårigheter rent funktionsmässigt, när det gäller hur patienten fungerar i vardagen.

Den rekommenderade behandlingen för denna patientgrupp är antipsykotisk depåbehandling vilken ökar följsamheten till aktuell läkemedelsbehandling och andra insatser. Depåbehandling ger bättre effekt vid substansmissbruk jämfört med peroral behandling.

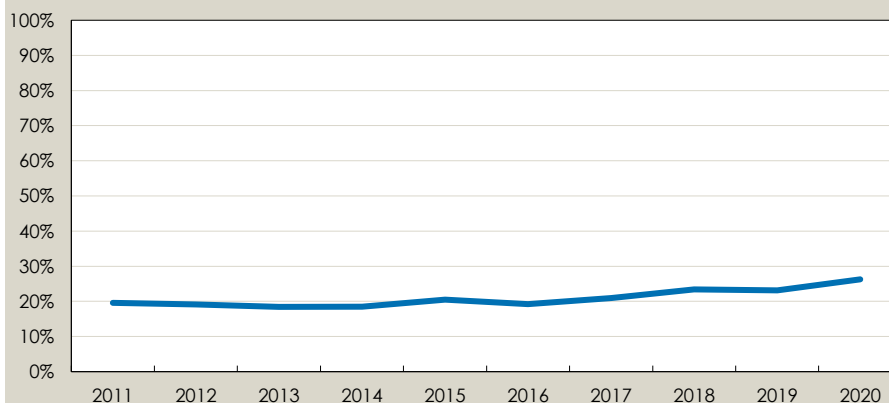
Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör också depåbehandling ges till patienter med schizofreni som inte har missbruksproblem men som har upprepade återinsjuknanden eller behandlingsavbrott.

### Resultat

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

**Diagram 10.13 Antipsykotiskt läkemedel i depåform vid samsjuklighet med missbruk eller beroende**

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



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Analys

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

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

Patienten kan vara tveksam till depåbehandling eftersom detta kan vara en typ av behandling som hen inte tycker sig ha kontroll över. Eftersom behandlingen är effektiv är det dock viktigt att vården motiverar patienten att påbörja och fortsätta sin behandling med antipsykotiskt läkemedel i depåform. Det är viktigt att behandlande läkare och övrig sjukvårdspersonal ger patienten tydlig information om att antipsykotiskt läkemedel i depåform ger en förbättrad prognos.

Det krävs ofta samordnade insatser mellan vård och socialtjänst för patienter med psykosjukdom och samsjuklighet med missbruksproblematik. Den aktuella patientgruppen behöver insatser som kan hjälpa personerna till en fungerande vardag med ett boende och en meningsfull sysselsättning. Detta kan underlätta och motivera patienten till att medverka i den vård som erbjuds som till exempel antipsykotiskt läkemedel i depåform.

*Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd genom att*

- öka förskrivningen av antipsykotiskt läkemedel i depåform.

## Andra områden som ingår i utvärderingen

I den här rapporten lyfter Socialstyrelsen fram de resultat där vi i utvärderingen har identifierat tydliga förbättringsområden. Utvärderingen omfattar även andra områden som prioriterats högt i de nationella riktlinjerna: läkemedelsbehandling och strukturella förutsättningar för vården och stödet vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. En fullständig beskrivning av samtliga resultat som ingår i utvärderingen, med tillhörande diagram, finns i underlagsrapporten *Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022, underlagsrapport*. De områden som finns med i underlagsrapporten, kopplade till rekommendationer med en hög prioritet, är:

*Konsultativt stöd.* Hälso- och sjukvården behöver använda en struktur där primärvården kan få konsultativt stöd från psykiatrin vid handläggning av personer med misstänkt psykotiska symtom. Åtgärden ökar hälso- och sjukvårdens möjlighet att ge personer med misstänkt psykotiska symtom ett bra bemötande i primärvården och vid behov snabbare erbjuda rätt behandling inom psykiatrin, jämfört med om det inte finns någon sådan etablerad struktur.

*Boendeinsatser i form av bostad först till hemlösa.* Bostad först-modellen syftar till att avhjälpa hemlöshet och innebär att hemlösa personer med psykisk sjukdom erbjuds en långsiktig boendelösning. Det är viktigt att socialtjänsten erbjuda boendeinsatser i form av bostad först-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad. Detta eftersom åtgärden har stor effekt på boendestabilitet på kort och lång sikt samt ger ökad livskvalitet och minskad risk för återinsjuknande.

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

*Strukturerad bedömning av suicidrisk.* Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn för suicid. Beprövad erfarenhet pekar på att en strukturerad bedömning ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.

*Föräldrastöd.* När en förälder har en allvarlig psykisk sjukdom drabbar det även barnen i familjen. De extra påfrestningar som hänger samman med

sjukdomen påverkar barnets möjlighet att få sina praktiska, sociala och emotionella behov tillfredsställda.

Åtgärder i form av anpassat föräldrastöd kan utformas som program där fokus är att utveckla färdigheter för att möta barnets behov.

*Personlig kontakt vid utskrivning.* Att patienten i samband med utskrivning har personlig kontakt med öppenvården och socialtjänsten leder till att fler följs upp efter utskrivning. Åtgärden ger ökad delaktighet och kontinuitet i behandling samt minskad risk för återinsjuknande.

*Klozapin vid misstänkt ökad suicidrisk.* Hos patienter med schizofreni är risken för suicid kraftigt förhöjd, speciellt bland dem som tidigare haft ett suicidförsök. Vid kvarstående risk för självmord efter ett allvarligt självmordsförsök minskar läkemedlet risken för nytt självmordsförsök, jämfört med ett antal andra antipsykotiska läkemedel.

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

*Insatser för hälsosamma levnadsvanor.* Personer med psykisk sjukdom behöver generellt sett mer stöd än andra för att förändra levnadsvanor. Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har ofta svårt att själva initiera och upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet och goda matvanor. Därför kan beteendepåverkande interventioner för att främja den fysiska aktiviteten och förbättra kosthållningen vara en värdefull insats.

# Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
2. Nationell utvärdering 2013 : vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni : rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
3. Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd : nationella riktlinjer : lägesbeskrivning 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
4. Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.( SOU 2021:93).
5. Flyckt L, Löthman A, Jörgensen L, Rylander A, Koernig T. Burden of informal care giving to patients with psychoses: a descriptive and methodological study. *Int J Soc Psychiatry*. 2013; 59(2):137-46.
6. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2020. Socialstyrelsen; 2020.
7. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård : Nationella planeringsstödet 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.



# Bilaga 1 Projektorganisation

## Projektledning

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

## Expertstöd

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

## Övriga projektmedarbetare

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