

Sammanfattning av Socialstyrelsens nationella utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (2022).

Christian Dahlström, journalist

Dessa formuleringar utgår från våra egna undersökningar och [Socialstyrelsens nationella utvärdering](#) av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Formuleringarna är tänkta att förenkla skapandet av debattartiklar till kampanjen "Ett liv värt att leva". De går att använda direkt som de är, men ni får även fritt ändra och anpassa dem efter behov.

Det kan också vara bra att inkludera citat från Thomas Lindén, som är avdelningschef på Socialstyrelsen. Han ger ett par skarpa kommentarer [här](#).

Socialstyrelsens utvärdering

Övergripande slutsatser

- Trots att Socialstyrelsen uppdaterade riktlinjerna för behandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2018 efterlevs rekommendationerna inte vilket innebär att patienterna inte får den hjälp de behöver.
- I så mycket som hälften av Sveriges regioner har man inte gjort några insatser på politisk nivå för att införa de nationella riktlinjerna.
- Det finns stora brister i vården vad gäller tillgång till samordnade psykosociala insatser via vården och socialtjänsten. Detta gäller exempelvis insatser för att underlätta för personer med schizofreni att studera eller komma ut i arbetslivet, eller att få boendestöd och psykopedagogiska insatser som gör det lättare att hantera sjukdomen i vardagen.
- För förstagångsinsjuknade personer erbjuds ofta bara en minoritet de viktigaste insatserna med högst prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer.

Insatser vid förstagångsinsjuknande

Socialstyrelsens rekommendation är att hälso- och sjukvården bör erbjuda den som för första gången insjuknat i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd samordnade insatser med antipsykotisk läkemedelsbehandling, familjeintervention, psykologiskt stöd för återhämtning samt individanpassat stöd till arbete eller studier. Rekommendationen har prioritet 1, Socialstyrelsens högsta prioritet i de nationella riktlinjerna. Trots den höga prioriteten erbjuds dessa insatser i alldeles för liten utsträckning runt om i landet.

- Familjeintervention innebär att den insjuknade personens familj får exempelvis psykopedagogisk utbildning och stöd, vilket är av stor vikt för att kunna vara till hjälp för sin familjemedlem.

Bland rikets kliniker uppger över 40 procent att endast en minoritet av patienterna som första gången insjuknat i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd erbjuds familjeintervention. I fem regioner uppger *samtliga* kliniker att familjeintervention enbart erbjuds till en minoritet av nyinsjuknade patienter – Dalarna, Gotland, Norrbotten, Örebro och Östergötland.

- Psykopedagogisk och psykologisk behandling hjälper den nyinsjuknade att bättre förstå sin sjukdom och hantera de allvariga symtom som den orsakar.

Hela 20 procent av rikets kliniker uppger att psykopedagogisk och psykologisk behandling bara erbjuds till en minoritet av patienterna som första gången insjuknat i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. I Dalarna och på Gotland uppger *ingen* klinik att de erbjuder en majoritet av de nyinsjuknade patienterna denna viktiga insats.

- Individanpassat stöd till arbete eller studier är viktigt för att hjälpa personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd att kunna försörja sig och att känna sig som en del av samhället.

Nästan *hälften* av alla kliniker i landet uppger att man enbart erbjuder en minoritet av de nyinsjuknade individanpassat stöd till arbete eller studier. I fem regioner uppger *samtliga* kliniker att denna viktiga insats enbart erbjuds en minoritet av de nyinsjuknade – Dalarna, Gotland, Värmland, Västernorrland och Östergötland.

- Den enda av dessa fyra insatser som samtliga kliniker erbjudit alla nyinsjuknade patienter var antipsykotisk läkemedelsbehandling. Även om medicin oftast är en central del av behandlingen av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, är det beklagligt att medicinering är det enda som alltid prioriteras, när andra insatser är nog så viktiga.

Delat beslutsfattande

Att drabbas av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd innebär ofta stora påfrestningar både för den som blir sjuk och för personer i dess omgivning. Delat beslutsfattande är en metod för att involvera patienten och andra i patientens närhet i återhämtningen. Metoden kan användas både av vården och socialtjänsten och ger patienten större delaktighet i beslut kring viktiga frågor som uppstår när man insjuknar. Metoden går i korthet ut på att patienten och dess utvalda anhöriga delar samma information om olika alternativ för återhämtningen, där allas preferenser synliggörs och vägs in i viktiga beslut.

- Två tredjedelar av alla kliniker uppger att de inte arbetar alls med delat beslutsfattande, eller att enbart en minoritet av patienterna får vård enligt delat beslutsfattande. Detta trots att rekommendationen har näst högsta prioritet (prioritet 2) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

- Även bland de kliniker som arbetar med metoden finns det kliniker som uppger att det inte finns någon upparbetad rutin kring insatsen. I en majoritet av regionerna uppger *ingen* klinik att de har någon rutin för att arbeta enligt delat beslutsfattande. Det gäller Örebro, Västernorrland, Västerbotten, Värmland, Kalmar, Jämtland/Härjedalen, Gävleborg, Gotland och Blekinge.
- Metoden rekommenderas även i socialtjänstens arbete, trots det var det bara runt fem procent av alla kommuner som sade sig använda metoden för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning.

Case management för vård och stödsamordning

Case management är ett organisationsmodell och ett arbetssätt som syftar till att ge patienten samordnade insatser och därmed få ett mer självständigt liv. Det finns olika former av case management, gemensamt för dem är att de har en funktion där en person samordnar utredning, planering och uppföljning av insatser. Case management är en väl beprövad modell vars rekommendation i Socialstyrelsens nationella riktlinjer har högsta prioritet (prioritet 1).

- Trots att insatsen har högsta prioritet, uppger en tredjedel av alla kliniker i landet att de inte har en skriftlig rutin för att erbjuda case management för vård- och stödsamordning till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. I sex regioner finns *varken* en muntlig eller skriftlig rutin – vilket gäller Västernorrland, Värmland, Kronoberg, Jämtland/Härjedalen, Örebro och Dalarna.
- På en tredjedel av klinikerna uppges att enbart en minoritet av patienterna erbjudits case management för vård och stöd.
- Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör även socialtjänsten erbjuda case management för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Trots det uppger hela två tredjedelar av kommunerna att de inte gör det.
- Variationen bland kommunerna är stor, i vissa regioner erbjuder de flesta kommuner vård och stöd enligt case management, medan bara 7–8 procent av kommunerna i Västerbotten och Östergötland gör det. I Blekinge, Gotland och Örebro erbjuder *ingen* av kommunerna vård och stöd enligt case management. Trots att metoden har högsta prioritet ter sig användningen av den väldigt slumpartad, men framför allt – den används i på tok för liten utsträckning.

Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen

En stor majoritet av alla som lever med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd varken studerar eller arbetar. En del av dem kan inte eller vill inte arbeta, då kan daglig verksamhet ge en mer aktiv vardag och sociala kontakter. För de som kan och vill är det dock väldigt angeläget att man får hjälp och stöd. Att arbeta eller studera ger bättre ekonomi och en känsla av delaktighet i samhället. IPS-modellen är en väl beprövad metod där arbetsspecialist är mer delaktig än i andra liknande modeller, och där stödet är mer

långvarigt. IPS-modellens rekommendation i Socialstyrelsens nationella riktlinjer har högsta prioritet (prioritet 1).

- Trots att IPS-modellen är framgångsrik och har högsta prioritet, uppger två tredjedelar av alla kommuner i landet att de inte erbjuder stöd enligt modellen överhuvudtaget.
- Variationen mellan regioner i landet är stor, där över 70 procent av kommunerna i Stockholm erbjuder IPS-modellen medan knappt 10 procent gör det i Östergötland.
- Andelen kommuner som använder sig av IPS-modellen har dessutom i princip stått still under den femårsperiod som undersökts.

Boendestöd

Många som lever med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har svårt att klara av ett självständigt vardagsliv. För många är det direkt nödvändigt att få boendestöd för att klara sig. Boendestödjare hjälper dem att få vardagen att gå ihop och att kunna ta större ansvar för sin egen situation. Insatsen har en rekommendation med den näst högsta prioriteringen (prioritet 2) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

- Trots den starka rekommendationen är andelen personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som får boendestöd mycket lågt – bara 16 procent i genomsnitt. Skillnaderna mellan olika regioner var mycket stor, det var tre gånger så vanligt att personer med dessa diagnoser fick boendestöd i Kalmar jämfört med i Västerbotten.
- Andelen som får boendestöd har dessutom varit i stort sett oförändrat ända sedan 2015. Socialstyrelsen skriver i sin utvärdering att de "finner det anmärkningsvärt att det, trots införande av riktlinjer, inte har skett en större förbättring". De menar att konsekvenserna kan bli ödesdigra, där de sjuka "riskerar att inte återhämta sig, inte klara av att bo i eget ordinär bostad och även försämrats i sitt tillstånd", och poängterar samtidigt att detta inte bara drabbar patienten utan även dess anhöriga.

Kognitiv beteendeterapi

För många som lever med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behöver behandling med antipsykotiska läkemedel kompletteras med kognitiv beteendeterapi, KBT. Genom KBT kan man exempelvis lära sig att hantera obehagliga och påträngande hallucinationer och vanföreställningar. Rekommendationen för KBT har näst högsta prioritet (prioritet 2) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

- En överväldigande majoritet – hela 80 procent – av alla kliniker i landet uppgav att enbart en *minoritet* av patienterna med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd fått KBT under perioden 2020-2021.

- I *över hälften* av landets regioner uppger *samtliga* kliniker att bara en minoritet av patienterna med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd hade fått KBT under perioden 2020-2021.
- Socialstyrelsen skriver 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”.

Psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram

Att lära sig om sjukdomen, få motiverande samtal och hjälp med sociala färdigheter som kan gå förlorade när man insjuknar, är av stor vikt för den som drabbas av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram är två insatser som gör syftar till detta. Behandlingsprogrammen är betydligt mer omfattande och innehåller psykopedagogisk utbildning, social färdighetsträning, beteendeorienterad återfallsprevention och effektiv läkemedelsanvändning.

Rekommendationen för psykopedagogisk behandling har näst högsta prioritering (prioritet 2) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, rekommendationen för psykopedagogiska behandlingsprogram har högsta prioritet (prioritet 1) för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att klara av vardagliga aktiviteter eller det sociala samspelet med andra.

- Trots att psykopedagogisk behandling har hög prioritet uppger nästan en fjärdedel av klinikerna i landet att bara en minoritet av patienterna har fått insatsen under 2020 och 2021.
- Nästan hälften av landets kliniker uppger att endast en *minoritet* av patienterna har fått social träning med strukturerat upplägg med psykopedagogiska behandlingsprogram, trots att insatsen har högsta prioritet.

Somliga kliniker uppger att pandemin har begränsat möjligheterna till gruppaktiviteter, men i Blekinge, Uppsala, Västernorrland och Örebro uppger trots det alla kliniker att en majoritet av patienterna fått insatsen, medan alla kliniker i tre andra regioner – Dalarna, Gotland och Värmland – uppger att endast en minoritet fått insatsen.

- En möjlig förklaring till skillnaderna i hur ofta insatserna psykopedagogisk behandling och psykopedagogiska behandlingsprogram används, är att insatserna är tidsbegränsade. Den som fått insatsen innan mätillfället räknas därför inte in, vilket kan bli missvisande.

Tekniska hjälpmedel och datorbaserad kognitiv träning

Att leva med schizofreni innebär ofta stora kognitiva begränsningar, exempelvis försämrade exekutiva förmågor och nedsatt arbetsminne. Genom tekniska hjälpmedel och datorbaserad

kognitiv träning kan man lättare hantera dessa funktionsnedsättningar. Rekommendationen för tekniska hjälpmedel vid kognitiv svikt har högsta prioritet (prioritet 1) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Datorbaserad kognitiv träning har prioritet 3, vilket är en hög prioritering.

- Över 80 procent av landets kliniker uppger att endast en *minoritet* av patienterna med schizofreni har fått tekniska hjälpmedel för att motverka kognitiv svikt. Detta trots att rekommendationen har högsta prioritet. I hela tolv regioner uppger *samtliga* kliniker att en minoritet av patienterna fått insatsen – Östergötland, Värmland, Uppsala, Sörmland, Norrbotten, Kronoberg, Kalmar, Jönköping, Jämtland/Härjedalen, Gävleborg, Gotland och Dalarna.
- Nittio procent av landets kliniker uppger att en minoritet av patienterna har fått datorbaserad kognitiv träning.

Mobil krisintervention

I ett akut skede av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är det viktigt att stöd och hjälp även kan erbjudas i hemmet. Mobila team kan se lite olika ut, men är i grunden multidisciplinära team som är tillgängliga dygnet runt för bedömning, medicinsk behandling, råd och stöd. Att kunna erbjuda stöd i hemmiljön kan minska risken för slutenvårdsinläggning och stress hos både den sjuke och dess närstående. Rekommendationen har näst högsta prioritet (prioritet 2) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

- Så lite som hälften av landets kliniker anger att de kan erbjuda mobilt team till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.
- I fem regioner – Gävleborg, Jämtland/Härjedalen, Uppsala, Värmland och Örebro – finns inte en enda klinik som kan erbjuda mobilt team till patientgruppen.
- Socialstyrelsen beskriver situationen som "inte tillfredsställande" och att regionerna kan förbättra vården för patientgruppen genom att öka tillgången till mobil krisintervention.

Integrerade åtgärder för psykisk sjukdom och beroendesjukdom

Många som lever med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har dessutom samsjuklighet med beroendesjukdom. För den här patientgruppen är det av extra stor vikt att vården och stödet är samordnat och integrerat – att psykiatrin, beroendevården och socialtjänsten samarbetar. Rekommendationen för integrerade åtgärder har hög prioritet (prioritet 3) i Socialstyrelsens riktlinjer, och modellen som rekommenderas för case management är ACT (Assertive Community Treatment).

- Även om de flesta kliniker har en rutin för omhändertagande med integrerade åtgärder, är den i de flesta fall muntlig snarare än skriftlig.

- I tre regioner saknar klinikerna rutiner för omhändertagande med integrerade åtgärder: Gotland, Jämtland/Härjedalen och Västernorrland.
- Hela fyrtio procent av klinikerna uppger att enbart en minoritet av patienterna har fått omhändertagande med integrerade åtgärder tillsammans med socialtjänsten.
- Socialstyrelsen skriver att situationen vad gäller omhändertagande med integrerade åtgärder inte är tillfredsställande och att det "finns en stor förbättringspotential".

Förskrivningen av aripiprazol, risperidon och paliperidon

Behandling med antipsykotiska läkemedel är central för de flesta personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Preparaten har olika biverkningsprofil och olika god effekt på sjukdomens symtom, vilket gör att somliga preparat bör prioriteras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar man i första hand aripiprazol, risperidon och paliperidon.

- Användningen av aripiprazol, risperidon och paliperidon har visserligen ökat något under den senaste tioårsperioden, men det är fortfarande bara 31 procent i patientgruppen som behandlas med de rekommenderade läkemedlen.
- Andelen av de nyinsjuknade som behandlas med något av de rekommenderade läkemedlen är ännu lägre – bara 21 procent. Socialstyrelsen menar att detta "tyder på att vården brister i följsamhet till riktlinjerna" och att man inleder behandlingen med andra läkemedel än de rekommenderade.

Klozapin vid svårbehandlad schizofreni

En särskilt utsatt grupp är de som lider av svårbehandlad schizofreni, definierat som patienter som under en period av ett år behandlats med tre olika typer av antipsykotiska läkemedel, men inte klozapin. Klozapin är ett oerhört effektivt läkemedel med mycket god antipsykotisk effekt, som tyvärr ger risk för vissa allvarliga biverkningar. Detta innebär att behandlingen måste övervakas med blodprover under hela behandlingsperioden.

- Så lite som 14 procent av patienterna med svårbehandlad schizofreni behandlas med klozapin. Andelen har visserligen ökat med 4 procentenheter under den senaste tioårsperioden, men ökningen är inte linjär utan fluktuerar över tid.
- Det finns flera tänkbara förklaringar till att användningen inte ökar, till exempel att patienterna fruktar biverkningarna och därför inte vill ha klozapin. Samtidigt poängterar Socialstyrelsen att utebliven behandling "påverkar deras möjligheter till bättre psykisk hälsa och livskvalitet" och att vårdens inställning till klozapin – och hur man motiverar behandlingen – påverkar patientens inställning.

Antipsykotiskt läkemedel i depåform

Antipsykotiska läkemedel i depåform har många medicinska fördelar för människor med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen rekommenderar antipsykotiska

läkemedel till personer som har samsjuklighet med missbruksproblematik, men även till personer som har problem med återinsjuknanden eller behandlingsavbrott.

- Av personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och samsjuklighet med missbruksproblematik, var det enbart 26 procent som fick antipsykotiska läkemedel i depåform.
- Ökningen av personer i patientgruppen som fått antipsykotiska läkemedel i depåform var bara sex procentenheter under den senaste tioårsperioden.
- Socialstyrelsen skriver att "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".