



# Vårdbehov i Västra Götaland

- Somatisk vård och hälsoutfall vid samtidig psykisk sjukdom

## Vårdbehov i VG

<http://analyshsa.vgregion.se>

### **Rapportförfattare**

Jarl Torgerson, Koncernavdelning data och analys

Anna Kjellström, Koncernavdelning data och analys, regional vårdanalys

Karin Overgaard, Avdelning  
Kvalitetsuppföljning, uppdrag och avtal,  
enheten för primärvård

Harriet Johnson Dimberg, Avdelning  
Kvalitetsuppföljning, uppdrag och avtal,  
enheten för specialistvård

### **Foto**

Bill Hesselmar

<http://analys.vgregion.se>

Datum 2016-02-29

Diarienummer RS 3443-2015

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret, koncernavdelning  
data och analys

Handläggare: Anna Kjellström

Telefon: 0703-495674

E-post: [anna.kjellstrom@vgregion.se](mailto:anna.kjellstrom@vgregion.se)

## Sammanfattning

- Bland patienter med diabetes, hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke har 1-3 % samtidigt allvarlig psykisk sjukdom (psykos/bipolär sjukdom). Patienter med både psykisk och somatisk sjukdom är oftare yngre och kvinnor och dessutom i högre grad drabbade av annan samsjuklighet tex missbruk och depression/ångest.
- I Västra Götaland, liksom i riket i övrigt, har patienter med psykos/bipolär sjukdom och samtidig somatisk sjukdom (diabetes, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke) en ökad dödlighet jämfört med psykiskt friska. De behandlas i lägre grad med relevanta läkemedel och konsumerar mer somatisk slutenvård än de psykiskt friska som drabbats av dessa somatiska sjukdomar.
- Det är internationellt och nationellt väl känt att individer med allvarlig psykisk sjukdom har en livsstil som ökar risken för medicinska komplikationer. Dessa individer röker oftare, konsumerar mer alkohol, har sämre kostvanor och lägre grad av fysisk aktivitet än personer som inte lider av psykos/bipolär sjukdom.
- Frågan om den somatiska överdödligheten, översjukligheten och den medicinska underbehandlingen vid samtidig allvarlig psykisk sjukdom är ett sjukvårdsproblem här och nu. Det handlar om att uppmärksamma denna svaga och drabbade patientgrupp. För det krävs ingen sofistikerad ny teknik eller betydande nyrekrytering av personal. Det viktiga är att uppmärksamma problemet och ställa tydliga krav på såväl psykiatri som somatik att ge också dessa patienter vård på lika villkor.

## English summary

- National Swedish data from The National Board of Health and Welfare show that patients with severe mental illness (psychosis, bipolar disorder) have an increased somatic mortality and morbidity (diabetes, myocardial infarction, stroke and cancer) as compared to the general population. They are also less likely to receive adequate medical treatment (pharmacological treatment, various interventions) for their somatic disorders.
- The present report sets out to replicate these national data in region Västra Götaland, covering 17 % of the Swedish population living in western Sweden.
- In Västra Götaland 1-3 % of patients with diabetes, myocardial infarction (MI), congestive heart failure (CHF) and stroke also suffer from severe mental illness. Patients with both somatic and psychiatric disorders are often female and younger and they also have other health problems e.g. depression, anxiety or addiction to a greater extent.
- We find that in region Västra Götaland, as well as in the general Swedish population, patients with a combination of severe mental illness and somatic disease (diabetes, myocardial infarction, stroke and cancer) have an increased mortality as compared to individuals without severe mental illness.
- As in Sweden in general they are less likely to receive adequate pharmacological treatment for the indicated somatic diseases. Furthermore, they have an increased risk of being admitted to in-patient hospital care for their somatic conditions.

## Innehåll

Inledning.....	1
Beskrivning av gruppen .....	2
Skillnader mellan olika grupper ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv .....	4
Inomregionala skillnader .....	6
Faktorer av betydelse för utveckling av hälso- och sjukvård .....	7
Skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.....	7
Informations- och kommunikationsteknik.....	8
Medicinteknisk utveckling.....	8
Kompetensförsörjning.....	8
Globala faktorer .....	8
Referenser .....	9
Bilaga tabeller.....	10

## Inledning

Syftet med "Vårdbehov i Västra Götaland" är att öka hälso- och sjukvårdens möjligheter att bidra till förbättrad folkhälsa i Västra Götaland, med särskild uppmärksamhet på grupper i befolkningen med sämre hälsa eller som löper större risk att drabbas av ohälsa samt på patientgrupper som befaras ha ojämlig tillgång till vård i olika delar av Västra Götaland.

Målet är att arbetet ska kunna användas som en del av underlaget för beställningsarbetet av hälso- och sjukvård samt för utvecklingen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Målgruppen är politiker och tjänstemän i Västra Götalandsregionen.

En väsentlig faktor att ta hänsyn till är att det finns många faktorer utöver hälso- och sjukvårdsinsatser som påverkar hälsan i befolkningen och det goda livet. Till de viktigaste hör sysselsättning, arbetsförhållanden, utbildning, andra socioekonomiska faktorer och infrastruktur.

Ambitionen är att ta fram långsiktiga prognoser och omvärldsbevakningar som fokuserar på faktorer som förväntas påverka vården och behandlingen närmsta åren, samt identifiera ojämlikheter och förbättringsområden inom hälso- och sjukvården. Underlaget ska ses som en kunskapsbank och ett komplement till övriga underlag för beställningsarbete och utveckling av hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen, tex Verksamhetsanalysen.

Behov beskrivs ofta som ett gap mellan ett aktuellt tillstånd och ett önskvärt tillstånd. Under våren 2016 fokuseras vårdbehov inom fyra områden; barn med diabetes, stroke, somatisk sjuklighet vid psykisk sjukdom samt asylsökande. Områdena har valts ut genom att skillnader som observerats i Verksamhetsanalys 2014, behövde belysas närmare. Området asylsökande valdes pga att frågan är aktuell med anledning av senaste flyktingströmmen. Underlagen publiceras på verksamhetsanalysens webbsida sista februari 2016. <http://analys.vgregion.se>.

## Beskrivning av gruppen

Socialstyrelsen har i en serie rapporter under senare år pekat på en betydande somatisk (dvs kroppsmedicinsk tex hjärtinfarkt, stroke, diabetes och cancer) överdödlighet och översjuklighet hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom, liksom en betydande medicinsk underbehandling av dessa sjukdomstillstånd. Socialstyrelsen har mycket tydligt framhållit hälso-och sjukvårdens ansvar när det gäller att tillgodose de psykiskt sjukas behov av kroppsmedicinsk sjukvård<sup>1-6</sup>.

Syftet med föreliggande rapport är att replikera och fördjupa Socialstyrelsens nationella fynd på VGR-nivå. Med psykisk sjukdom avses i det följande patienter som har fått diagnosen psykos och/eller bipolär sjukdom inom den specialiserade psykiatriska vården.

I Västra Götaland levde år 2014 drygt 10 000 personer i åldrarna 40-89 år som fått diagnosen psykos och/eller bipolär sjukdom inom den specialiserade vården någon gång under senaste femårsperioden, vilket motsvarar 1,3 procent av befolkningen. Andelen har varit oförändrad senaste femårsperioden. Det fanns något fler män än kvinnor med psykisk sjukdom i befolkningen (1,4 procent respektive 1,2 procent).

Tabell 1 visar att bland patienter i Västra Götaland med diabetes, hjärtsvikt, förstagångshjärtinfarkt eller förstagångsstroke har cirka 1-3 procent en samsjuklighet i psykos och/eller bipolär sjukdom.

Av tabell 1 framgår också hur många individer som drabbades av dessa somatiska sjukdomar och hur många av dessa som hade eller inte hade samtidig psykisk sjukdom. Det fanns drygt 60 000 personer i Västra Götaland i åldrarna 35-79 år som fått en diabetesdiagnos någon gång under tvåårsperioden 2014 och 2013. Av dessa hade 1 600 diagnosen schizofreni och/eller bipolär sjukdom. Under perioden 2012-juni 2015 fick nästan 8 500 västragötalänningar i åldrarna 35-79 år en förstagångshjärtinfarkt och av dessa hade 119 personer psykisk sjukdom.

*Tabell 1. Antal personer med diabetes, hjärtsvikt, förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke, fördelat på personer med eller utan psykisk sjukdom. Redovisas per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Källa Vega.*

HSN	Diabetes 35-79 år 2013-2014			Hjärtsvikt 35-79 år 2013-2014			Hjärtinfarkt 40-89 år 2012-juni 2015			Stroke 40-89 år 2012-juni 2015		
	Utan psykisk sjukdom	Med psykisk sjukdom		Utan psykisk sjukdom	Med psykisk sjukdom		Utan psykisk sjukdom	Med psykisk sjukdom		Utan psykisk sjukdom	Med psykisk sjukdom	
	Antal	Antal	Procent	Antal	Antal	Procent	Antal	Antal	Procent	Antal	Antal	Procent
<b>Norra</b>	10 975	277	2,5	1 442	32	2,2	1 764	20	1,1	1 709	25	1,4
<b>Västra</b>	11 742	275	2,3	1 459	34	2,3	1 740	28	1,6	1 715	17	1,0
<b>Göteborg</b>	16 785	562	3,2	2 178	51	2,3	2 015	41	2,0	2 390	46	1,9
<b>Södra</b>	8 362	225	2,6	1 029	20	1,9	1 229	10	0,8	1 373	23	1,6
<b>Östra</b>	11 508	272	2,3	1 318	34	2,5	1 554	20	1,3	1 485	15	1,0
<b>VG</b>	<b>59 372</b>	<b>1611</b>	<b>2,6</b>	<b>7 426</b>	<b>171</b>	<b>2,3</b>	<b>8 302</b>	<b>119</b>	<b>1,4</b>	<b>8 672</b>	<b>126</b>	<b>1,4</b>

Tabell 2 beskriver ålder, könsfördelning och samsjuklighet bland patienter med/utan psykisk sjukdom som samtidigt har diabetes eller hjärtsvikt eller hjärtinfarkt eller stroke. En mörkgrå cell indikerar en statistiskt signifikant skillnad mellan individer med och utan psykisk sjukdom, medan ljusgrå färg innebär att skillnaden inte är statistiskt signifikant. I celler utan text sågs ingen skillnad mellan grupperna. I celler med streck har ingen jämförelse gjorts.

Patienter med psykisk sjukdom var i högre grad yngre än personer utan psykisk sjukdom och i högre grad kvinnor. Gruppen med psykisk sjukdom hade även i högre grad en samsjuklighet i diabetes, missbruk respektive ångest/depression jämfört med personer utan psykisk sjukdom. Däremot hade gruppen i lägre grad diagnostiserad hypertoni.

Tabell 2. Jämförelse av ålder, kön och samsjuklighet för personer med respektive utan psykisk sjukdom som samtidigt har diabetes eller hjärtsvikt eller förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke. Källa Vega.

	Diabetes	Hjärtsvikt	Hjärtinfarkt	Stroke
	35-79 år	35-79 år	40-89 år	40-89 år
Antal med/utan psykisk sjukdom	1611/59372	171/7426	119/8302	126/8672
Andel med psykisk sjukdom	2,6 %	2,3 %	1,4 %	1,4 %
Ålder	Yngre	Yngre	Yngre	Yngre
Andel kvinnor	Högre	Högre	Högre	Högre
Andel med tre kroniska sjukdomar*	Lägre		Högre	
Andel m hypertoni	Lägre	Lägre	Lägre	Lägre
Andel m diabetes	-	Högre	Högre	Högre
Andel m missbruksdiagnos	Högre	Högre	Högre	Högre
Andel m ångest/depression	Högre	Högre	Högre	Högre
Förklaring tabell:				
Statistiskt signifikant skillnad				
Ej statistiskt signifikant skillnad				
- Ej undersökt				

\* Kroniska sjukdomar urval 9 st: Cancer, stroke, demens, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, KOL, diabetes, övriga sjukdomar i rörelseapparaten, arytm

Antalet personer med psykisk sjukdom bland patienter med diabetes har ökat något under perioden 2009-2015 (tabell 3). Det kan delvis förklaras av en ökad diagnosregistrering av diabetes och delvis av en åldrande befolkning. Det finns inga stora förändringar över tid av antalet/andelen med psykisk sjukdom bland patienter hjärtsvikt.

Tabell 3. Antal personer med diabetes och hjärtsvikt, fördelat på personer med respektive utan psykisk sjukdom. Källa Vega.

År	Diabetes 35-79 år			Hjärtsvikt 35-79 år		
	Utan psykisk sjukdom	Psykisk sjukdom		Utan psykisk sjukdom	Psykisk sjukdom	
	Antal	Antal	Procent	Antal	Antal	Procent
2009	49 114	1193	2,4	7 419	158	2,1
2010	52 783	1295	2,4	7 192	137	1,9
2011	55 310	1401	2,5	7 114	148	2,0
2012	57 036	1490	2,5	7 220	166	2,2
2013	58 444	1565	2,6	7 343	173	2,3
2014	59 372	1611	2,6	7 426	171	2,3



## Skillnader mellan olika grupper ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Det fanns tydliga skillnader i hälsoutfall och läkemedelsanvändning bland patienter med somatisk sjukdom med eller utan samsjuklighet i psykos och/eller bipolär sjukdom i Västra Götaland.

Tabell 4 beskriver dödligheten för personer med/utan psykisk sjukdom och samtidig diabetes, hjärtsvikt, hjärtinfarkt eller stroke. En mörkgrå cell indikerar en statistiskt signifikant skillnad mellan personer med respektive utan psykisk sjukdom, medan ljusgrå visar att det inte föreligger en statistiskt signifikant skillnad. I celler utan text sågs ingen skillnad mellan grupperna och i celler med ett streck har jämförelser inte gjorts.

Överlag var dödligheten oavsett dödsorsak under uppföljningsperioden klart högre bland personer med psykisk sjukdom och samtidig diabetes eller hjärtsvikt eller förstagångshjärtinfarkt. Inom 365 dagar hade 20 procent av infarktpatienterna med psykisk sjukdom avlidit jämfört med 14 procent bland övriga. Bland strokepatienter sågs inte detta mönster, vilket skulle kunna bero på att underlaget inte är tillräckligt stort. Resultaten förändrades inte nämnvärt efter åldersstandardisering, dvs när hänsyn tagits till olika åldersfördelningar mellan grupperna.

Tabell 4. Jämförelse av dödlighet för personer med respektive utan psykisk sjukdom och samtidig diabetes, hjärtsvikt, förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke. Källa Vega och västfolket.

Dödlighet	Diabetes	Hjärtsvikt	Hjärtinfarkt	Stroke
Avliden inom fem år	Högre	Högre	-	-
Avliden inom 28 dagar	-	-	Högre	Litet antal
Avliden inom 365 dagar (90 dagar stroke)	-	-	Högre	Lägre

Förklaring tabell:

Statistiskt signifikant skillnad

Ej statistiskt signifikant skillnad

- Ej undersökt

Tabell 5 beskriver uthämtning av läkemedel bland patienter med diabetes, hjärtsvikt, hjärtinfarkt och stroke med/utan psykisk sjukdom. Andelen som hämtat ut rekommenderade läkemedel var överlag lägre bland patienter med diabetes, hjärtsvikt eller förstagångsstroke och samsjuklighet i psykisk sjukdom än bland de psykiskt friska. Mönstren var liknande för förstagångshjärtinfarktpatienter, men ej statistiskt signifikanta.

Diabetespatienter med psykisk sjukdom hade t.ex. i lägre utsträckning än övriga patienter hämtat ut receptbelagda läkemedel mot blodfettssubbningar (59 procent jämfört med 68 procent) och högt blodtryck (66 procent jämfört med 78 procent), men även diabetesläkemedel överlag (84 procent jämfört med 87 procent). Andelen som fått basbehandling bland hjärtsviktpatienter var lägre bland personer med psykisk sjukdom jämfört med övriga (66 procent jämfört med 84 procent).

Strokepatienter med psykisk sjukdom hade i lägre grad blodtryckssänkande läkemedel 6 månader efter utskrivning än övriga (69 procent jämfört med 82 procent). Resultaten förändrades inte nämnvärt efter åldersstandardisering.

Tabell 5. Jämförelse av andel som hämtat ut läkemedel för personer med respektive utan psykisk sjukdom bland patienter med diabetes, hjärtsvikt, förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke. Källa Vega och digitalis.

Läkemedel	Diabetes	Hjärtsvikt	Hjärtinfarkt	Stroke
Diabetesläkemedel	Lägre	-	-	-
Blodfettsänkande	Lägre	-	-	-
Blodtryckssänkande (inom 6 mån stroke)	Lägre	-	-	Lägre
Blodtryckssänkande efter 12-18 månader	-	-	-	Lägre
Basbehandling (RAAS-hämmare+betareceptorblockerare)	-	Lägre	-	-
Basbehandling och mineralkortikoidreceptorantagonist	-	Lägre	-	-
Mineralkortikoidreceptorantagonist vid basbehandling	-	Lägre	-	-
Blodfettsänkande statiner inom 3 månader (6 mån stroke)	-	-	Högre	Lägre
Blodfettsänkande statiner efter 12-18 månader	-	-	Lägre	Lägre
RAAS-hämmare inom 3 månader	-	-	Lägre	-
RAAS-hämmare efter 12-18 månader	-	-	Lägre	-
Betareceptorblockerare inom 3 månader	-	-	Högre	-
Betareceptorblockerare efter 12-18 månader	-	-	Högre	-
ASA inom 3 månader	-	-	Högre	-
ASA efter 12-18 månader	-	-	Högre	-
Blodtunnande vid förmaksflimmer	-	-	-	Litet antal
Blodtunnande utan förmaksflimmer	-	-	-	Högre

Förklaring tabell:

Statistiskt signifikant skillnad

Ej statistiskt signifikant skillnad

- Ej undersökt

Tabell 6 beskriver vårdkonsumtionen för personer med/utan psykisk sjukdom med samtidig diabetes, hjärtsvikt, hjärtinfarkt och stroke. Den somatisk slutenvårdskonsumtion bland personer med somatisk sjukdom var högre för personer med samsjuklighet i psykisk sjukdom jämfört med övriga, med undantag för strokepatienter. Däremot var konsumtionen av somatisk specialiserad öppenvård lägre bland psykiskt sjuka patienter. Gruppen med diabetes och hjärtsvikt och samsjuklighet psykisk sjukdom hade även en högre andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter ett slutenvårdstillfälle.

Tabell 6. Jämförelse av vårdkonsumtion för personer med respektive utan psykisk sjukdom bland patienter med diabetes, hjärtsvikt, förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke. Källa Vega.

Vårdkonsumtion	Diabetes	Hjärtsvikt	Hjärtinfarkt	Stroke
Primärvårdsbesök				
Besök somatisk specialiserad vård	Lägre			Lägre
Vårdtillfällen somatiska	Högre	Högre	Högre	
Vård dagar somatiska			Högre	
Oplanerade återinskrivningar	Högre	Högre	-	-
Oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt	-		-	-

Förklaring tabell:

Statistiskt signifikant skillnad

Ej statistiskt signifikant skillnad

- Ej undersökt

Ytterligare resultat - som ej redovisas i tabellerna ovan - tyder på att andelen som fått PCI (ballongvidgning av hjärtats kranskärl) efter förstagångshjärtinfarkt var lägre bland personer med psykisk sjukdom jämfört med övriga, men resultaten var ej statistiskt signifikanta. Antalet amputationer vid diabetes respektive halskärlskirurgi vid stroke var för få för att kunna dra några slutsatser.

Dessa resultat överensstämmer i hög grad med Socialstyrelsens publikationer från 2011 där man studerade somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom, för diabetes, förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke.

### Inomregionala skillnader

Skillnaderna som redovisas ovan bland diabetespatienter med/utan psykisk sjukdom (tabell 5) återfinns också inom respektive hälso- och sjukvårdsnämndsområde, se tabell 7. För vissa av utfallen är inte skillnaderna statistiskt signifikanta till följd av att antalet är mindre än när vi tittar på hela Västra Götaland. För hjärtsvikt, hjärtinfarkt och stroke är antalet fall för få för att jämföra på hälso- och sjukvårdsnämndsområde.

*Tabell 7. Jämförelser av uthämtade läkemedel respektive dödlighet för personer med respektive utan psykisk sjukdom, bland patienter med diabetes. Redovisas per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Källa Vega och digitalis.*

	Norra	Västra	Göteborg	Södra	Östra
Diabetesläkemedel	Lägre	Lägre	Lägre	Lägre	Lägre
Blodfettsänkande	Lägre	Lägre	Lägre	Lägre	Lägre
Blodtryckssänkande	Lägre	Lägre	Lägre	Lägre	Lägre
Avliden inom fem år	Högre	Högre	Högre	Högre	Högre

Förklaring tabell:

Statistiskt signifikant skillnad

Ej statistiskt signifikant skillnad

- Ej undersökt

## Faktorer av betydelse för utveckling av hälso- och sjukvård

### Skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa

Epidemiologiska studier har visat att personer med svår psykisk sjukdom är mer stillasittande, har sämre matvanor och konsumerar större mängd alkohol och tobak än befolkningen i allmänhet. En konsekvens av detta är en högre förekomst av metabolt syndrom (kombinationen av fetma, diabetes, högt blodtryck och höga blodfetter) liksom av sjukdomar som kan förebyggas genom förändrade levnadsvanor. Risken för hjärt- och kärlsjukdom är 2-3 gånger så hög för personer med metabolt syndrom som för gruppen utan. Rökning ökar dessutom den sammanlagda risken avsevärt.

Svenska och internationella studier styrker att prevalensen av hjärt- och kärlsjukdom, cancer och diabetes är högre hos gruppen med psykosjukdom än hos övrig befolkning. Enligt WHO kan hälsosamma levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranskärlssjukdom och stroke, 30 procent av all cancer samt förebygga eller fördröja utveckling av diabetes typ 2.

Individer med svår psykisk sjukdom skiljer sig avseende levnadsvanor relativt normalbefolkningen. Detta är kopplat de kognitiva svårigheter framförallt psykosjukdom medför, till ett socialt utanförskap och till biverkningar av moderna psykofarmaka. Dessutom är de psykisk sjuka en del av sin lokala omgivning och de mönster avseende levnadsvanor som finns i närmiljön. Här vet vi att det finns inomregionala skillnader. Befolkningen i Norra hälso- och sjukvårdsnämndsområdet har genomgående mer stillasittande fritid, sämre matvanor och konsumerar mer tobak än befolkningen i övriga regionen. Här ses även en högre förekomst av fetma, diabetes och högt blodtryck, vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom. I Västra området ses det omvända förhållandet med bättre värden på samtliga variabler i jämförelse med övriga regionen. I övriga nämndsområden är skillnaderna inte lika genomgripande (tabell 8).

Tabell 8 Sammanställning av levnadsvanor och metabola riskfaktorer i befolkningen som helhet i Västra Götaland 16-84 år ur folkhälsoenkäten. Källa Hälsa på lika villkor 2015.

	Hälso- och sjukvårdsnämndsområde					VG
	Norra	Västra	Göteborg	Södra	Östra	
<b>Antal respondenter</b>	12 758	10 051	9 361	7 119	13 059	<b>52 348</b>
<b>Stillasittande fritid</b>	17%	14%	16%	15%	14%	<b>15%</b>
<b>Dagligrökare</b>	11%	8%	10%	12%	10%	<b>10%</b>
<b>Litet intag frukt/grönt</b>	27%	24%	24%	25%	26%	<b>26%</b>
<b>Riskabla alkoholvanor</b>	14%	14%	17%	13%	13%	<b>15%</b>
<b>Fetma</b>	16%	14%	12%	16%	17%	<b>14%</b>
<b>Diabetes</b>	7%	5%	5%	6%	7%	<b>6%</b>
<b>Högt blodtryck</b>	23%	19%	18%	22%	21%	<b>20%</b>

Mörkgrått indikerar statistiskt signifikant skiljt från värdet för Västra Götaland som helhet. Rött visar ett högre värde än länet och grönt ett lägre.

## Informations- och kommunikationsteknik

För många patienter med allvarlig psykisk sjukdom kan IT vara ett ytterligare instrument att stå i kontakt med hälso- och sjukvården. Patienter med psykos och bipolär sjukdom kan ha uttalade kognitiva problem och många gånger behövs hjälp för att skapa struktur och ordning i vardagen. Inom regionen finns det struktur- och minneshjälpmedel att tillgå, men även konsumentprodukter som fyller samma syfte.

Samtidigt är det viktigt att betona patientgruppens svaga ställning i samhället och betydande utanförskap och att tekniska lösningar inte ytterligare får bidra till en minskning av den direkta mänskliga kontakten mellan patienter och vårdpersonalen.

## Medicinteknisk utveckling

Vi kan inte förutse några större medicinska eller tekniska förändringar i vården av svårt psykiskt sjuka som på ett avgörande sätt skulle förändra den somatiska översjukligheten, överdödligheten eller underbehandlingen. Problemet och utmaningen finns här och nu vilket Socialstyrelsen tydligt lyft fram i sina rapporter. Det handlar i betydande grad om att börja omsätta i praktisk handling det vi redan vet att vi bör göra rent medicinskt för denna utsatta grupp.

Arbetet med att ta fram en regional medicinsk riktlinje (RMR) för hälsosamtal och årskontroll av patienter med psykisk sjukdom och dokumentet är i skrivande stund (februari 2016) ute på remiss i VGR. Denna RMR kommer att bli ett viktigt redskap för att förbättra den somatiska sjukligheten bland de svårt psykiskt sjuka.

## Kompetensförsörjning

Det finns förvisso bemanningsproblem såväl inom psykiatrin som inom primärvården i Västra Götaland. Detta är troligen inte orsaken till ovan redovisade somatiska problematik bland svårt psykiskt sjuka.

## Globala faktorer

Den pågående flyktingsituationen kommer att ytterligare spetsa till ovan beskrivna situation. Bland flyktingarna finns också individer med allvarlig psykisk sjukdom som till följd av traumatiska upplevelser riskerar att försämrats ytterligare i den psykiska grundsjukdomen. De har också med sig samma somatiska översjuklighet och medicinska underbehandling – troligen i än högre omfattning eftersom de kommer från mindre utvecklade och/eller kollapsade sjukvårdssystem. Språksvårigheter och utanförskap riskerar att ytterligare förvärra situationen.

## Referenser

1. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Socialstyrelsen 2010.
2. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen 2011.
3. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen 2011.
4. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen 2011.
5. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Socialstyrelsen 2011.
6. Öppna jämförelser 2014 - Jämlig vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen 2014.

## Bilaga tabeller

### Diabetes

Tabell 2b. Jämförelse av ålder, kön och samsjuklighet för personer med respektive utan psykisk sjukdom som samtidigt har diabetes. Källa Vega.

	Diabetes- population 35- 79 år (2 år)	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Populationen 2014 (N)</b>	2014	1 611	59 372
<b>Ålder (medelvärde)</b>	2014	60,1*	64,0
- kvinnor		61,1*	64,3
- män		59,1*	63,7
<b>Andel kvinnor (%)</b>	2014	50,4*	40,4
<b>Minst tre kroniska sjukdomar (%)</b>	2014	15,3*	17,9
<b>Hypertoni (%)</b>	2014	53,6*	72,5
<b>Missbruksdiagnos (%)</b>	2014	13,2*	2,3
<b>Ångest/depression (%)</b>	2014	57,5*	6,2

Diagnoser under studieåret eller året innan.

Kroniska sjukdomar urval 9: Cancer, stroke, demens, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, KOL, diabetes, övriga sjukdomar i rörelseapparaten, arytm

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$

Tabell 5b. Jämförelse av andel som hämtat ut läkemedel, vårdkonsumtion och dödlighet bland personer med respektive utan psykisk sjukdom bland patienter med diabetes. Källa Vega och digitalis.

	Diabetes- population 35-79 år (2 år)	Uppföljning	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Antal (N)</b>	<b>2014</b>		<b>1 611</b>	<b>59 372</b>
<b>Antal (N)</b>	<b>2010</b>		<b>1 295</b>	<b>52 783</b>
<b>Blodfettsänkande (%)</b>	<b>2014</b>	<b>2013-</b>	<b>58,6*</b>	<b>68,2</b>
- kvinnor			58,2*	66,7
- män			59,1*	69,1
<b>Blodtryckssänkande (%)</b>	<b>2014</b>	<b>2013-</b>	<b>66,1*</b>	<b>78,4</b>
- kvinnor			65,5*	77,4
- män			66,9*	79,0
<b>Diabetesläkemedel (%)</b>	<b>2014</b>	<b>2013-</b>	<b>83,6*</b>	<b>86,9</b>
- kvinnor			81,6	84,9
- män			85,6	88,2
<b>Primärvårdsbesök (medel)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>7,6</b>	<b>7,6</b>
<b>Besök somatisk specialiserad vård (andel % med 3 el fler besök)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>39,0*</b>	<b>42,8</b>
<b>Vårdtillfällen somatisk vård (andel % med minst 1 vtf)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>24,0*</b>	<b>18,1</b>
<b>Vård dagar somatisk vård (medel)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>3,1</b>	<b>1,8</b>
<b>Oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar (%)</b>	<b>2013</b>	<b>2012-2014</b>	<b>9,5*</b>	<b>4,4</b>
<b>Avliden oavsett dödsorsak (%)</b>	2010	Tom 2015kv3	17,5*	12,2
- kvinnor			16,9*	10,6
- män			18,2*	13,3

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$



## Hjärtsvikt

Tabell 2c. Jämförelse av ålder, kön och samsjuklighet för personer med respektive utan psykisk sjukdom som samtidigt har hjärtsvikt. Källa Vega.

	Hjärtsvikts- population 35- 79 år 2 år	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Antal (N)</b>	2014	171	7 426
<b>Ålder (medelvärde)</b>	2014	65,2*	67,9
- kvinnor		67,2	68,8
- män		63,6*	67,4
<b>Andel kvinnor (%)</b>	2014	44,1	33,4
<b>Minst tre kroniska sjukdomar (%)</b>	2014	31,6	31,4
<b>Hypertoni (%)</b>	2014	61,4	68,3
<b>Diabetes (%)</b>		40,9*	32,0
<b>Missbruksdiagnos (%)</b>	2014	17,5*	4,4
<b>Ångest/depression (%)</b>	2014	62,6*	8,1

Diagnoser under studieåret eller året innan.

Kroniska sjukdomar urval 9: Cancer, stroke, demens, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, KOL, diabetes, övriga sjukdomar i rörelseapparaten, arytm

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$

Tabell 5c. Jämförelse av andel som hämtat ut läkemedel, vårdkonsumtion, crt och dödlighet bland personer med respektive utan psykisk sjukdom bland patienter med hjärtsvikt. Källa Vega och digitalis.

	Hjärtsvikts- population 35-79 år 2 år	Uppföljning	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Antal (N)</b>	<b>2014</b>		<b>171</b>	<b>7 426</b>
<b>Basbehandling (RAAS+BRB) (%)</b>	<b>2014</b>	<b>2013-2015kv2</b>	<b>65,5*</b>	<b>84,2</b>
- kvinnor			53,3*	79,2
- män			74,7*	86,7
<b>Basbehandling och MRA (%)</b>	<b>2014</b>	<b>2013-2015kv2</b>	<b>25,7*</b>	<b>37,9</b>
- kvinnor			16,0*	34,2
- män			33,7	40,0
<b>MRA vid basbehandling (%)</b>	<b>2014</b>	<b>2013-2015kv2</b>	<b>39,3</b>	<b>45,0</b>
- kvinnor			30,0	43,2
- män			45,1	45,8
<b>Primärvårdsbesök (medel)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>8,0</b>	<b>8,6</b>
<b>Besök somatisk specialiserad vård (andel % med 3 el fler besök)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>73,7</b>	<b>75,7</b>
<b>Vårdtillfällen somatisk vård (andel % med minst 1 vtf)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>60,2</b>	<b>53,5</b>
<b>Vård dagar somatisk vård (medel)</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>9,8</b>	<b>8,2</b>
<b>Oplanerade återinskrivningar för hjärtsvikt inom 1-30 dagar (%)</b>	<b>2013</b>	<b>2012-2014</b>	<b>2,3</b>	<b>3,4</b>
<b>Oplanerade återinskrivningar totalt inom 1-30 dagar (%)</b>	<b>2013</b>	<b>2012-2014</b>	<b>20,8</b>	<b>16,2</b>
<b>CRT (%)</b>	<b>2013</b>	<b>2012-2014</b>	<b>(3 st) 1,7</b>	<b>3,1</b>
<b>Avliden oavsett dödsorsak (%)</b>	<b>2010</b>	<b>Tom 2015kv3</b>	<b>50,4*</b>	<b>32,9</b>
- kvinnor			49,2*	31,8
- män			51,3*	33,4

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$

## Hjärtinfarkt

Tabell 2c. Jämförelse av ålder, kön och samsjuklighet för personer med respektive utan psykisk sjukdom som samtidigt har förstagångshjärtinfarkt. Källa Vega.

	Förstagångs- hjärtinfarkt 40- 89 år	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Antal (N)</b>	2012-2015jun	119	8 302
<b>Ålder (medelvärde)</b>	2012-2015jun	67,8*	71,2
- kvinnor		70,9*	74,5
- män		65,1*	69,6
<b>Andel kvinnor (%)</b>	2012-2015jun	47,9*	33,4
<b>Minst tre kroniska sjukdomar (%)</b>	2012-2015jun	27,7	22,2
<b>Hypertoni (%)</b>	2012-2015jun	57,1	60,9
<b>Diabetes (%)</b>		31,9*	22,0
<b>Missbruksdiagnos (%)</b>	2012-2015jun	15,1*	2,1
<b>Ångest/depression (%)</b>	2012-2015jun	62,2*	5,5

Diagnoser under studieåret eller året innan.

Kroniska sjukdomar urval 9: Cancer, stroke, demens, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, KOL, diabetes, övriga sjukdomar i rörelseapparaten, arytmier

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$

Tabell 5e. Jämförelse av andel som hämtat ut läkemedel, vårdkonsumtion, PCI och dödlighet bland för personer med respektive utan psykisk sjukdom bland patienter med förstagångsinfarkt respektive hjärtinfarkt. Källa Vega och digitalis.

	Hjärtin farkt 40-89 år	Uppföljning	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Antal (N)</b>	Första	2012-2015jun	119	8 302
<b>Antal (N)</b>	Alla	2010-2015jun	228	19 145
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Första	2012-2015jun	101	7 629
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Första	2012-2013	55	3 978
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Alla	2011-2015jun	178	13 949
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Alla	2010-2013	122	11 395
<b>Statiner inom 3 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>75,2</b>	<b>70,5</b>
- kvinnor	Första		68,2	65,5
- män	Första		80,7	72,9
<b>Statiner inom 3 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2011-2015jun</b>	<b>75,3</b>	<b>69,4</b>
- kvinnor	Alla		68,1	65,6
- män	Alla		79,8	71,3
<b>Statiner 12-18 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2013</b>	<b>74,5</b>	<b>80,1</b>
- kvinnor	Första		59,3	74,1
- män	Första		89,3	83,5
<b>Statiner 12-18 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2013</b>	<b>77,0</b>	<b>79,0</b>
- kvinnor	Alla		63,3	71,6
- män	Alla		86,3	82,6
<b>RAAS inom 3 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>68,3</b>	<b>71,0</b>
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>RAAS inom 3 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2011-2015jun</b>	<b>67,4</b>	<b>71,3</b>
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>RAAS 12-18 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2013</b>	<b>69,1</b>	<b>74,3</b>
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>RAAS 12-18 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2013</b>	<b>65,6</b>	<b>74,3</b>
- kvinnor	Alla			
- män	Alla		64,4	75,4
<b>Betareceptorblockerare inom 3 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>83,2</b>	<b>74,1</b>
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>Betareceptorblockerare inom 3 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2011-2015jun</b>	<b>81,5</b>	<b>74,1</b>
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>Betareceptorblockerare 12-18 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2013</b>	<b>87,3</b>	<b>81,7</b>
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>Betareceptorblockerare 12-18 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2013</b>	<b>82,0</b>	<b>82,4</b>
- kvinnor	Alla			

- män	Alla			
<b>ASA inom 3 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>91,1*</b>	<b>83,3</b>
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>ASA inom 3 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2011-2015jun</b>	<b>89,3*</b>	<b>82,2</b>
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>ASA 12-18 månader (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2013</b>	<b>87,3</b>	<b>84,4</b>
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>ASA 12-18 månader (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2013</b>	<b>90,1</b>	<b>84,7</b>
- kvinnor	Alla			
- män	Alla		93,2*	85,5
<b>Primärvårdsbesök (medel)</b>	<b>Första</b>	<b>2014</b>	<b>6,4</b>	<b>7,3</b>
<b>Besök somatisk specialiserad vård (andel % med 3 el</b>	<b>Första</b>	<b>2014</b>	<b>83,8</b>	<b>83,1</b>
<b>Vårdtillfällen somatisk vård (andel % med minst 2 vtf)</b>	<b>Första</b>	<b>2014</b>	<b>59,0</b>	<b>54,3</b>
<b>Vård dagar somatisk vård (medel)</b>	<b>Första</b>	<b>2014</b>	<b>15,5</b>	<b>12,3</b>
<b>PCI (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>52,1</b>	<b>57,4</b>
- kvinnor			38,6	49,1
- män			64,5	61,6
<b>PCI vid hjärtinfarktsvårdtillfället (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>46,2</b>	<b>52,3</b>
<b>PCI (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2015jun</b>	<b>51,3</b>	<b>55,0</b>
<b>PCI vid hjinfvtf (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2015jun</b>	<b>37,3</b>	<b>42,0</b>
<b>Avliden inom 28 dagar (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>12,6</b>	<b>7,2</b>
- kvinnor			17,5	8,8
- män			8,1	6,4
<b>Avliden inom 365 dagar (%)</b>	<b>Första</b>	<b>2012-2015jun</b>	<b>20,2</b>	<b>13,9</b>
- kvinnor			28,1	16,5
- män			12,9	12,6
<b>Avliden inom 28 dagar (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2015jun</b>	<b>9,2</b>	<b>7,7</b>
<b>Avliden inom 365 dagar (%)</b>	<b>Alla</b>	<b>2010-2015jun</b>	<b>16,7</b>	<b>16,2</b>

Läkemedelsavgränsning - ej avlidna inom 3 resp 18 månader.

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$

## Stroke

Tabell 2e. Jämförelse av ålder, kön och samsjuklighet för personer med respektive utan psykisk sjukdom som samtidigt har förstagångsstroke. Källa Vega.

	Förstagångs- stroke 40-89 år	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Antal (N)</b>	2012-2015jun	126	8 672
<b>Ålder (medelvärde)</b>	2012-2015jun	68,9*	74,4
- kvinnor		71,3*	76,4
- män		65,7*	72,8
<b>Andel kvinnor (%)</b>	2012-2015jun	57,1*	45,1
<b>Minst tre kroniska sjukdomar (%)</b>	2012-2015jun	37,3	36,9
<b>Hypertoni (%)</b>	2012-2015jun	51,6*	64,3
<b>Diabetes (%)</b>		25,4	20,5
<b>Missbruksdiagnos (%)</b>	2012-2015jun	16,7*	2,7
<b>Ångest/depression (%)</b>	2012-2015jun	65,9*	5,8

Diagnoser under studieåret eller året innan.

Kroniska sjukdomar urval 9: Cancer, stroke, demens, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, KOL, diabetes, övriga sjukdomar i rörelseapparaten, arytm

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$

Tabell 5e. Jämförelse av andel som hämtat ut läkemedel I, vårdkonsumtion och dödlighet bland för personer med respektive utan psykisk sjukdom bland patienter med förstagångsstroke respektive stroke. Källa Vega och digitalis.

	Stroke 40-89 år	Uppföljning	Bipolär/schizofreni	Övriga
<b>Antal (N)</b>	Förstagå	2012-2015jun	126	8 672
<b>Antal (N)</b>	Alla	2010-2015jun	164	10 934
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Första	2012-2015jun	111	7 489
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Första	2012-2013	63	3 960
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Alla	2011-2015jun	147	9 311
<b>Antal läkemedel (N)</b>	Alla	2010-2013	86	4 943
<b>Statiner inom 6 månader (%)</b>	Första	2012-2015jun	66,7	76,1
- kvinnor	Första		60,9	73,3
- män	Första		74,5	78,2
<b>Statiner inom 6 månader (%)</b>	Alla	2011-2015jun	72,1	76,3
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>Statiner 12-18 månader (%)</b>	Första	2012-2013	60,3	67,2
- kvinnor	Första		47,2	63,9
- män	Första		77,8	70,7
<b>Statiner 12-18 månader (%)</b>	Alla	2010-2013	67,4	68,0
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>Blodtryckssänkande inom 6 månader (%)</b>	Första	2012-2015jun	68,5*	82,1
- kvinnor	Första		75,0	83,3
- män	Första		59,6*	81,1
<b>Blodtryckssänkande inom 6 månader (%)</b>	Alla	2011-2015jun	67,3*	82,7
- kvinnor	Alla		75,0	83,8
- män	Alla		57,1*	81,8
<b>Blodtryckssänkande 12-18 månader (%)</b>	Första	2012-2013	73,0	80,3
- kvinnor	Första		83,3	81,1
- män	Första		59,3	79,6
<b>Blodtryckssänkande 12-18 månader (%)</b>	Alla	2010-2013	70,9	80,6
- kvinnor	Alla		78,4	81,1
- män	Alla		60,0*	80,2
<b>Blodförtunnande vid förmaksflimmer inom 6 månader (%)</b>	Första	2012-2015jun	(3 personer) 12,0	8,0
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>Blodförtunnande vid förmaksflimmer inom 6 månader (%)</b>	Alla	2011-2015jun	(3 personer) 8,8	8,1
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>Blodförtunnande vid förmaksflimmer 12-18 månader (%)</b>	Första	2012-2013	(2 personer) 13,3	8,7
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>Blodförtunnande vid förmaksflimmer 12-18 månader (%)</b>	Alla	2010-2013	(2 personer) 10,0	9,0
- kvinnor	Alla			
- män	Alla	35		
<b>Blodförtunnande ej förmaksflimmer inom 6 månader (%)</b>	Första	2012-2015jun	43,9	37,9

- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>Blodförtunnande ej förmaksflimmer inom 6 månader (%)</b>	Alla	2011-2015jun	43,4	36,7
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>Blodförtunnande ej förmaksflimmer 12-18 månader (%)</b>	Första	2012-2013	43,8	34,4
- kvinnor	Första			
- män	Första			
<b>Blodförtunnande ej förmaksflimmer 12-18 månader (%)</b>	Alla	2010-2013	42,4	32,7
- kvinnor	Alla			
- män	Alla			
<b>Primärvårdsbesök (medel)</b>	Första	2014	10,1	9,5
<b>Besök somatisk specialiserad vård (andel % med 3 el fler)</b>	Första	2014	64,4	69,5
<b>Vårdtillfällen somatisk vård (andel % med minst 2 vtf)</b>	Första	2014	43,3	42,4
<b>Vård dagar somatisk vård (medel)</b>	Första	2014	18,1	18,0
<b>Avliden inom 28 dagar (%)</b>	Första	2012-2015jun	(8 personer) 6,3	7,4
- kvinnor			4,1	8,5
- män			9,3	6,5
<b>Avliden inom 90 dagar (%)</b>	Första	2012-2015jun	(10 personer) 7,9	11,2
- kvinnor			5,6	12,7
- män			11,1	9,9
<b>Avliden inom 28 dagar (%)</b>	Alla	2010-2015jun	(9 personer) 5,5	8,1
- kvinnor				
- män				
<b>Avliden inom 90 dagar (%)</b>	Alla	2010-2015jun	(11 personer) 6,7*	12,2
- kvinnor				
- män				

Läkemedelsavgränsning - ej avlidna inom 3 resp 18 månader.

\* statistiskt signifikant  $p < 0.05$



