

Koncernkontoret  
Västra Götalandsregionen  
2017-09-27

# Somatisk vård för personer med långvarig psykisk sjukdom

Ett regionalt arbete för att upptäcka hinder och  
förutsättningar för tillgång till hälso- och sjukvård från  
patienters, närståendes och vårdgivares perspektiv

## Förord

Det här är en slutrapport för ett regionalt psykiatriarbete som har genomförts under 2016. I slutsatserna ges förslag till hur tillgången till hälso- och sjukvård kan förbättras för personer som är drabbade av långvarig psykisk sjukdom såsom schizofreni, bipolär sjukdom och andra psykossjukdomar. Rapportens huvudsakliga budskap är att hälso- och sjukvården behöver anpassas efter dessa patientgruppers behov. Att införa en tjänst och funktion som medicinskt samordnande läkare (liaison officers) har prövats i andra vårdssammanhang och länder, och är en möjlig lösning att prövas inom fler sammanhang i svensk hälso- och sjukvård.

Tidigare studier ger en entydig bild: personer med långvarig psykisk sjukdom riskerar att dö i förtid p.g.a. cancer, hjärt-kärlsjukdomar och stroke jämfört med befolkningen i stort. Socialstyrelsen visar i sin genomgång av forskningen att det även förekommer medicinskt omotiverade skillnader i den somatiska hälso- och sjukvård gruppen erbjuds trots eventuella och allvarliga medicinska sjukdomar. Syftet med rapporten är därför att kartlägga organisatoriska samt individuella hinder och förutsättningar för tillgång till somatisk hälso- och sjukvård för personer med psykisk och somatisk sjukdom.

Ett mål med psykiatriprojektet har varit att hitta vad som i dagsläget hindrar och vad som kan möjliggöra en mer jämlik hälsa och hälso- och sjukvård i framtiden. Hur kan vi förbättra hälso- och sjukvården så att personer med långvarig psykisk sjukdom får den vård som de kan behöva?

Arbetet har bestått av två steg: 1) Statistisk analys av förhållanden i Västra Götalandsregionen och 2) intervjuer med personer drabbade av långvarig psykisk sjukdom, närstående till personer med långvarig psykisk sjukdom samt yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. Totalt intervjuades 14 patienter, 15 närstående och 21 yrkesverksamma (inom psykiatrisk öppenvård respektive somatisk hälso- och sjukvård på vårdcentraler och sjukhus) i Västra Götalandsregionen. Projektgruppen riktar **ett varmt tack till samtliga intervjudeltagare** för att ni delade med er av era erfarenheter.

*Arbetsgruppen/författarna, augusti 2017*

**Marie Rusner**

Projektledare, Forskningschef, forskningsenheten,  
Södra Älvsborgs Sjukhus

**Elisabeth Björk Brämberg**

Forskarassistent, Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa,  
Karolinska Institutet

**Anna Norman Kjellström**

Epidemiolog, Regional vårdanalys,  
Koncernkontoret,

**Mia Harty**

Regionutvecklare, Kunskapsstöd för psykisk hälsa,  
Koncernkontoret

**Annika Jakobsson**

Kunskapsstöd för psykisk hälsa,  
Koncernkontoret

**Peder Welin**

Regionutvecklare, Kunskapscentrum för jämlik vård  
Koncernkontoret

**Jarl Torgerson**

Medicinsk rådgivare, Regional vårdanalys,  
Koncernkontoret

**Susanne Erkell**

Kunskapsstöd för psykisk hälsa,  
Koncernkontoret

**Lise-Lotte Risö Bergerlind**

Enhetschef, Kunskapsstöd för psykisk hälsa,  
Koncernkontoret

## Innehåll

|   |   |
|---|---|
| Sammanfattning .....  | 4 |
| Somatisk vård för personer med långvarig psykisk sjukdom .....  | 5 |
| Ojämligheter i hälsan och vården – en bakgrund till ämnet ..... | 5 |
| Hur många berörs? .....   | 5 |
| Syfte .....   | 6 |
| Metod .....   | 6 |
| Resultat.....   | 6 |
| Diskussion.....   | 8 |
| Kliniska och organisatoriska implikationer .....                | 8 |
| Referenser .....  | 9 |

# Sammanfattning

Vi (författarna) har under 2016 gjort ett arbete med syftet att kartlägga organisatoriska samt individuella hinder och förutsättningar för tillgång till somatisk hälso- och sjukvård för personer med psykisk och somatisk sjukdom; från patienters, närståendes och vårdgivares perspektiv. Hur kan personer med långvarig psykisk sjukdom få den somatiska medicinska hälso- och sjukvård som de ska ha utifrån sina vårdbehov och som enligt Socialstyrelsens rapporter idag inte sker?

Vi har intervjuat personer med psykisk och somatisk sjukdom, närstående till dessa samt personal inom hälso- och sjukvården. En annan del i arbetet har varit att analysera statistik för att ta reda på om nationella uppgifter återspeglas i regionens statistik. Vårt arbete har skett genom samverkan och engagemang bland olika aktörer i Västra Götalandsregionen.

## Frågeställningar

1. Vilka hinder för tillgång till adekvat somatisk hälso- och sjukvård finns för personer med psykisk sjukdom och som beskrivs av patienter, närstående och verksamhetsföreträdare?
2. Vad skulle kunna skapa bättre förutsättningar för tillgång till adekvat somatisk hälso- och sjukvård för personer med psykisk sjukdom?

## De huvudsakliga resultaten visar att:

- skillnader finns mellan hur hälso- och sjukvården är organiserad och patienters individuella behov av vård och stöd
- kontinuitet i omhändertagande, vård och kontakter efterfrågas av samtliga intervjuade grupper
- hälso- och sjukvården har svårt att stödja patientgruppen
- en underlättande faktor för att möta vårdbehoven hos patientgruppen är personer eller funktioner som fungerar som länkar mellan patienterna och vårdverksamheterna
- närstående får ta ett oproportionellt stort ansvar för den somatiska ohälsan och vården för patientgruppen.

## Slutsatser:

Samordning av vårdinsatser behövs, gärna i kombination med hög grad av kontinuitet. En sådan insats skulle kunna vara en läkare eller specialistutbildad sjuksköterska med kunskap om både somatisk och psykiatrisk sjukdom, samt kunskaper i hur patientgruppen bör bemötas. Läkare eller sjuksköterskor skulle kunna vara knutna till exempelvis psykiatriska mottagningar. En annan förbättring kan vara kontinuerliga kallelser till behandling av befintlig sjukdom som sköts av en av patienten känd vårdkontakt eller motsvarande. Slutligen skulle kunskapshöjande åtgärder kring patientgruppen behövas för både personer anställda i psykiatrisk respektive somatisk hälso- och sjukvård.

# Somatisk vård för personer med långvarig psykisk sjukdom

## Ojämligheter i hälsan och vården – en bakgrund till ämnet

Hälso- och sjukvårdslagen anger att den vård och behandling som ges till individer och grupper vid sjukdomar ska vara jämlik och ges utifrån behov (Hälso- och sjukvårdslag, 2017). Skillnader i vilken vård och behandling som ges ska alltså inte behöva förekomma (Myndigheten för vårdanalys, 2014). Trots hälso- och sjukvårdslagens intentioner om jämlik vård har både Västra Götalandsregionen och Socialstyrelsen konstaterat att personer med psykisk sjukdom har sämre tillgång till vård och behandling av somatiska symtom och diagnoser jämfört med befolkningen i stort (Socialstyrelsen, 2014; Torgerson, Kjellström, Overgaard, & Johnson Dimberg, 2016). Enligt Socialstyrelsen underdiagnostiseras och följaktligen underbehandlas dessa personers somatiska symtom (Socialstyrelsen, 2014) (Socialstyrelsen, 2011a). Såväl nationella som internationella studier visar att personer med långvarig psykiatrisk sjukdom riskerar att dö 15-20 år tidigare än andra (Vancampfort, o.a., 2013) (Scott & Happell, 2011).

Socialstyrelsen konstaterar att det finns utrymme för förbättringar när det gäller omhändertagande av somatiska symtom hos personer med psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2014). Patienter med psykisk sjukdom kan ha kognitiva svårigheter som gör att de har svårare än befolkningen i stort att etablera en somatisk vårdkontakt, att fullfölja behandlingsplaner och/eller att delta i screeningsprogram. Detta kan förorsaka försenad diagnostik av exempelvis bröstcancer (Socialstyrelsen, 2011b). Ekonomisk utsatthet, vilket är relativt vanligt bland patienter med långvarig psykiatrisk sjukdom, kan också vara en försvårande omständighet när det gäller att betala patientavgifter och att hämta ut förskrivna läkemedel och tidigare studier har visat att personer med psykisk sjukdom som får hjärtinfarkt, stroke eller diabetes typ 2 tenderar att hämta ut läkemedel i lägre utsträckning (Socialstyrelsen, 2011a, b, c, d). Vidare ger läkemedelsbehandling av psykossjukdom ökad risk för övervikt, försämrade glukostolerans och försämrade blodlipider vilket påverkar riskprofilen för exempelvis diabetes och hjärt- och kärlsjukdom (Svensk Psykiatrisk Förening, 2010). Förutom läkemedelsbehandling nämns ofta levnadsvanor som en orsak till denna problematik (Svensk Psykiatrisk Förening, 2010). En försvårande faktor är otillräcklig kompetens bland personalen inom den somatiska vården att bemöta patienter med långvarig psykisk sjukdom. Det bidrar exempelvis till svårigheter i kommunikation och att genomföra planerad vård (Inspektionen för vård och omsorg, 2017).

## Hur många berörs?

Författarna till en tidigare rapport i Västra Götalandsregionen har visat hur många som lever med vissa utvalda psykiatriska sjukdomar (psykos och/eller bipolär sjukdom) (Torgerson, Kjellström, Overgaard, & Johnson Dimberg, 2016, s. 2).

*"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)."*

Författarna konstaterar att av de 60 000 personer som hade diabetes under studietiden hade 1 600 personer samtidig psykiatrisk diagnos. Av de 8 500 personer som fick hjärtinfarkt hade 160 personer psykiatrisk diagnos. Personer som insjuknade med samtidig psykiatrisk diagnos var yngre och i högre utsträckning kvinnor än bland övriga patienter (ibid).

## Syfte

Det övergripande syftet är att kartlägga organisatoriska samt individuella hinder och förutsättningar för tillgång till somatisk hälso- och sjukvård för personer med psykisk sjukdom; från patienters, närståendes och vårdgivares perspektiv.

## Metod

Studien har en kvalitativ design. Databesamlingen har skett genom individuella, halvstrukturerade intervjuer med personer med psykisk sjukdom och somatisk sjukdom vilka i den följande texten benämns patienter. Samtliga intervjuade patienter har diagnosen schizofreni, psykos eller bipolär sjukdom. I studien har även närstående till personer med psykisk sjukdom samt vårdgivare intervjuats. Sammanlagt har 50 personer intervjuats, 14 patienter, 15 närstående och 21 yrkesverksamma. Deltagande patienter har rekryterats via öppenvårdsinrättningar, närstående har rekryterats via intresseorganisationer för personer med psykisk ohälsa, och yrkesverksamma har rekryterats via kontakt med verksamhetschefer inom primärvård, somatisk slutenvård och psykiatrisk öppenvård. De personalgrupper som har intervjuats är bland annat distriktssköterskor, fysioterapeuter, läkare och sjukskötare. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Urvalet av informanter är geografiskt avgränsat till Västra Götalandsregionen.

## Resultat

Resultatet visar att det främsta hindret för tillgång till somatisk vård och behandling för personer med långvarig psykisk sjukdom är gapet mellan patienternas behov och organiseringen av hälso- och sjukvården. Den främsta möjliggörande faktorn är de länkar som finns mellan patienter med långvarig psykisk sjukdom och olika vårdverksamheter, dessa länkar består av personer och/eller funktioner. Resultaten i övrigt presenteras i tabellformat nedan.

**Tabell 1. Översiktlig presentation av studiens resultat.**

|  | <i>Individuell nivå</i>   | <i>Organisationsnivå</i>  |
|--|---|---|
| <b>Hinder för tillgång till somatisk vård och behandling</b>                 | Självstigmatisering, dvs. att uppleva sig inte som tagen på allvar eller få sina somatiska behov tillgodosedda <sup>a</sup> | Fragmentering av tidigare välfungerande primärvård i regionen <sup>a, b, c</sup>  |
|  | Patienternas kognitiva förmåga att kunna tillgodogöra sig bemötande och behandling <sup>b, c</sup>                          | Brist på samarbete mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet <sup>b, c</sup>   |
|  | Brist på kunskap om psykisk sjukdom/ohälsa bland personal <sup>c</sup>  | Brist på psykiatrisk expertis inom somatisk primär- och sjukhusvård <sup>b, c</sup><br>Stuprörsorganisation i vården, dvs. sjukdoms- eller organspecifikt fokus/organisering av den specialiserade sjukvården (single-disease paradigm) <sup>b, c</sup> |
| <b>Underlättande faktorer för tillgång till somatisk vård och behandling</b> | Att som patient ha en närstående som talesperson <sup>b</sup>   | Tillgång till en professionell kontaktperson <sup>a, b, c</sup>   |
|  | Personals intresse i att själva söka kunskap om patientgruppen för att få bättre förståelse om hur agera <sup>c</sup>       | Kontinuitet bland vårdpersonalen <sup>a, b, c</sup>   |
|  |   | Kontinuerliga kallelser <sup>a, c</sup>   |

<sup>a</sup> Hinder/möjliggörande faktorer som beskrivits av patienter

<sup>b</sup> Hinder/möjliggörande faktorer som beskrivits av närstående/anhöriga

<sup>c</sup> Hinder/möjliggörande faktorer som beskrivits av vårdpersonalen/kliniker

#### **Vidare visar resultaten att:**

- personal inom olika delar av hälso- och sjukvården uppfattar att det är svårt att stödja personer med en kombination av samtidig psykiatrisk och somatisk sjuklighet
- en underlättande faktor är personer eller funktioner som kan fungera som länkar mellan patienterna och vårdverksamheterna
- ytterligare en underlättande faktor är samordning, samarbete och samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården
- närstående får ta ett oproportionellt stort ansvar för patienters somatiska ohälsa
- att kunskap och utbildning behövs inom både psykiatri och inom den somatiska hälso- och sjukvården kring personer med långvarig psykisk sjukdom och hur vi bäst kan erbjuda en jämlik vård.

## Diskussion

Resultaten visar hur den somatiska vården av personer med långvarig psykisk sjukdom uppfattas av patienter, närstående och verksamhetsföreträdare. Vi har genom intervjuerna fått specifik kunskap om patienternas, närståendes och vårdgivarnas situation. Dessutom visar studien att offentliga verksamheter, i det här fallet hälso- och sjukvården och kommunala aktörer, behöver skapa nya arbetssätt och göra förbättringar i sitt sätt att arbeta riktat till denna specifika grupp. Exempel på målgruppsanpassade arbetssätt och förbättringar för personer med långvarig psykisk sjukdom är stödpersoner, kontaktsjuksköterskor eller kontaktläkare. Dessa insatser skulle kunna erbjudas alla de patienter som har komplexa behov av stöd eller vård från flera olika verksamheter. Detta är helt i enlighet med intentionerna i patientlagen respektive kravet på samordnad individuell plan (SIP). Insatsen samordnad individuell plan skulle kunna användas som ett av flera hjälpmedel för personer med psykisk sjukdom.

Förbättringar kan ske antingen generellt (universellt) till alla eller utifrån behov (på indikation). Det generella har dock ofta en tendens att gynna de redan gynnade och i lägre utsträckning nå de som har behov av insatsen i första hand. Det skulle kunna motivera och göra det relevant att ha ett mer kraftfullt och riktat stöd till denna grupp.

## Kliniska och organisatoriska implikationer

Vi har idéer till förbättringar som är baserade på intervjuerna och resultaten. Dessa presenteras kortfattat i punktform nedan. En viktig fråga att ställa sig är vilka åtgärder som skulle vara de mest lämpliga att föreslå, prioritera och genomföra för att förbättra vården för personer med psykiatrisk sjukdom.

- Patientansvarig kontakt (i enlighet med patientlag och kontaktsjuksköterskor)
- Följeslagare, stödperson, talesperson
- Internmedicinsk kompetens på psykiatrisk enhet (liasion physician)
- Incitament/ersättning inom till exempel VÖK, VGPV för att driva på ansvarstagandet mellan olika verksamheter/huvudmän (systemändrande insatser?)
- Samordnad individuell vårdplan, andra strukturer för samverkan
- Arbete med självstigma respektive diskriminering
- Utbildningssystemet för ST- och AT-läkare respektive specialistsjuksköterskor
- Kommunikationslösningar som ger stöd, till exempel teach back/Förstå mig rätt
- Anpassade lösningar för riskgrupper som förbättrar tillgängligheten (samsjuklighet i psykiatri respektive annan somatisk sjukdom)
- Påminnelser, kontinuitet, kontaktvägar/-personer



## Referenser

- Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., & Rusner, M. (2017). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice (Under granskning)*.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24:105-112.
- Hensing, G., & Mårtensson, L. (2009). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet*. Göteborg: Sahlgrenska Akademin, Social medicine, Göteborgs universitet.
- Hälso- och sjukvårdslag. (2017). *SFS 2017:30*. 3 kapitlet 1§.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2017). *Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Myndigheten för vårdanalys. (2014). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Scott, D., & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues of Mental Health Nursing*, 589-97.
- Socialstyrelsen. (2011a). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011b). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011c). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom: diabetes*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011d). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom: stroke*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Öppna jämförelser 2014, Jämlik vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (den 25 mars 2017). *Dina rättigheter i vård och omsorg*. Hämtat från Dina rättigheter i vård och omsorg: <http://www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/dinarattigheterivardochoomsorg>
- Svensk Psykiatrisk Förening. (2010). *Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Kliniska riktlinjer*. Svensk psykiatrisk förening.
- Torgerson, J., Kjellström, A., Overgaard, K., & Johnson Dimberg, H. (2016). *Vårdbehov i Västra Götaland- Somatisk vård och hälsoutfall vid samtidig psykisk sjukdom*. Västra Götalandsregionen: Västra Götalandsregionen.
- Vancampfort, D., Wampers, M., Mitchell, A., Corell, C., De Herdt, A., Probst, M., & De Hert, M. (2013). A metaanalysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naive, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry*, 240-50.

2017-09-27

Dokumentnamn: Somatisk sjukdom för personer med långvarig psykisk sjukdom. Ett regionalt arbete under 2016 för att upptäcka hinder och möjligheter för en jämlik hälso- och sjukvård

Diarienummer: HS 2017-00683-1

Kontaktperson: Lise-Lotte Risö Bergerlind och Mia Harty, Koncernkontoret, Kunskapsstöd psykisk hälsa

Tryck: Regiontryckeriet, Vänersborg

Du kan beställa fler exemplar via:

E-post: [rs.hsa.kph@vgregion.se](mailto:rs.hsa.kph@vgregion.se)