

Medicinskt Program Arbete  
Årsrapport 2002  
Programområde  
**Psykiatrisk vård**

Stockholms läns landsting  
2003





## Årsrapporterna från det medicinska programarbetet

Det medicinska programarbetet (MPA) har av projektägarna (PrSstaben och HSNstaben) och deras styrgrupp fått som ett deluppdrag att beskriva tillståndet i vården i Stockholm en gång årligen. Tack vare att projektet involverar 14 nytillsatta medicinska råd, de 60 specialsakkunniga och 14 vårdsakkunniga i Stockholm, har MPA fått möjlighet att täcka hela sjukvårdspanoramats.

Syftet med årsrapporten är att ge lägesbeskrivningar i termer av behov och efterfrågan i relation till dagens utbud och diskussion om morgondagens möjligheter. En beskrivning av nuläget inom SLL, som utgångspunkt för arbetet med att forma morgondagens hälso- och sjukvård.

Den primära målgruppen för denna årsrapport är politiker/ beställare, ägare/producenter, patientorganisationer, massmedia och allmänhet.

Årsrapporten kommer att utgöra ett basdokument för de 14 programområdena och ligga till grund för framtida uppdateringar vilka tillkommer genom det medicinska programarbetet. Årsrapporten är således början på ett levande dokument om vården där utgångspunkten är beskrivningen av behov, efterfrågan och utbud.

Årsrapporten byggs upp dels från det arbete som gjorts inom respektive programområde under året, dels från beskrivningar från specialsakkunniga om hur tillståndet är inom patientgruppen/specialiteten/omvårdnaden och dels från andra behovsanalyser som tagits fram inom länet. Rapport bygger således huvudsakligen på de specialsakkunnigas underliggande rapporter och är en summering ur programområdets synvinkel. Därefter ligger denna rapport, tillsammans med övriga 13 rapporter från programområdena, till grund för en övergripande rapport från Stockholms Medicinska Råd, där generella och viktiga frågeställningarna lyfts fram

Årsrapporten skall utgöras av lägesbeskrivningar som grund för de analyser och förslag som görs i fokusrapporter och regionala vårdprogram.

April 2002

Anna Åberg Wistedt  
Programområde  
Psykiatrisk vård

Kaj Lindvall  
Projektledare



## Sammanfattning

Psykiska störningar/sjukdomar som t.ex. depression, ångest, psykoser och missbruksproblematik tillhör de stora folksjukdomarna. Årsprevalensen för psykisk sjukdom inkl missbruk är ca 25% i västvärlden. Trots detta är dessa sjukdomar ofta dolda p.g.a. sin stigmatiserande effekt i samhället. Den psykiatriska verksamheten inkluderar akutsjukvård, heldyngsvård i nära samarbete med somatiska specialiteter och befolkningsrelaterad sjukvård i nära samarbete med primärvård och kommun. Psykiatrin är den vårdgren som påverkas mest av samhällsekonomiska och andra omvärldsfaktorer. Arbetslöshet, förändring av arbetsmarknadsåtgärder, attitydförändringar i samhället är exempel på faktorer som påverkar den psykiska hälsan i befolkningen. En ökad förändringstakt i arbetslivet med förändrade anställningsformer bidrar till att stressrelaterade sjukdomar ökar.

Psykiska sjukdomar är bland yngre och medelålders människor den vanligaste orsaken till förtidspensionering. Uppmärksamheten har dessutom riktats mot den allt tidigare debut i t.ex. depression och att denna sjukdomsgrupp utgör nu och kommer att utgöra i ännu högre grad den största sjukdomsördan.

I ett samhällsperspektiv, inte minst samhällsekonomiskt perspektiv är de höga frekvenser av sjukskrivningar, långa sjukskrivningar p.g.a. stressrelaterade sjukdomar ett stort problem.

8% av Stockholms läns befolkning mellan 20-64 år har ett ouppfyllt vårdbehov på grund av psykisk ohälsa. Lågt räknat är detta 80 000 personer. Detta är i de flesta fall helt botbara tillstånd som orsakar ett stort lidande. (PART)

1. Psykiska störningar/sjukdomar utgör en alltmer tydlig sjukdomsörda pga. sjukdomsbilden och ofta långa förlopp. Debutåldern sjunker när det gäller depression. Vikten av tidig diagnostik och behandling bör prioriteras med tanke på individens och samhällets vinster. Resurstillskott till psykiatrisk öppenvård behövs. **Ökade utbildningsinsatser för primärvården behövs.**
2. Efter Psykiatrireformen har psykiatrisk slutenvård minskat. Minskningen av slutenvårdsplatser har delvis kompenseras med att flertal patienter efter korta vårdtider placerats utanför länet, vilket har bidragit till det facto längre vårdtider och avsevärt försämrade rehabiliteringsmöjligheter. **Utveckling av samverkan med kommunen, ökad satsning på boendeformer i närmiljö.**
3. **18-års gränsen vid övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har skapat en del problem. Samverkan mellan psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri måste utvecklas.** Uppföljning av tre aktuella samverkansprojekt, projekt mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri – viktigt!
4. **Arbetsmiljön inom den psykiatriska verksamheten**, främst allmänpsykiatrisk öppenvård har som signalerats varit mycket belastad. Vårdgarantin för psykoterapi har inte inneburit resurstillskott, men i de flesta fall omfördelning inom ramen, vilket har resulterat i att tillgängligheten på den psykiatriska öppenvården har försämrats. Den pressade arbetsmiljön skapar svårigheter med rekrytering.
5. Ur samhälls- och hälsoekonomiska perspektiv är det viktigt att tillskapa psykiatrin möjligheter att **utöka utbildningsinsatser i nya, effektiva behandlingsmetoder t.ex. kognitiv psykoterapi.**

## Ledningsgruppen för Medicinskt programarbete i psykiatri:

Anna Åberg Wistedt	MR, SPESAK
Leif Wahlquist	SPESAK
Anette Erdner	VÅRDSAK
Marianne Rudholm	Extpert HSN
Yvonne Forsell	Docent, Samhällsmedicin
Bo Nyström	Beställarläkare
Sven Svensson	Sjukvårdsområdesrepresentant

Ledningsgruppen har sammanträtt var fjärde vecka. Ordförande för respektive arbetsgrupp; Christina Spjut Förstämningssyndrom, Olle Lönnerberg Psykos-vård, PO Sjöblom Ångestsyndrom, Marie Åsberg/Bo Runeson Självmordsnära patienter, Marie Åsberg, Personlighetsstörningar, Johan Frank Alkoholberoende och Britt Vikander Läkemedelsberoende har vid flera tillfällen varit adjungerade till ledningsgruppen.

Under 2002 har en ny ordförande utsetts för arbetsgruppen för Narkotikaberoende nämligen Dick Mossberg. PO Sjöblom ordförande för Ångestsyndromgruppen har efter sommaren ersatts av Sergej Andreewitch.

Arbetsgrupper som har nämnts i tidigare rapporter har en bred representation i de olika psykiatriska verksamheterna inom SLL.

Samarbetet med primärvården som redan i projektets början inleddes med Ing-Marie Neve har fortsatt under ledning av ordförande för primärvårdsgruppen Ingvar Krakau.

Magna Andreen från MPA-ledningen har deltagit i utvecklingen av vårdprogram i psykiatri främst i diskussioner i utveckling av kvalitetsindikatorer och utarbetandet av förslag till utvärdering.

Vårdprogram för självmordsnära patienter, förstämningssyndrom, psykosvård, ångestsyndrom, alkoholberoende och läkemedelsberoende har presenterats för MPA-ledning och styrgruppen. Dessa program har dessutom presenterats för samtliga verksamhetschefer i psykiatri inom SLL vilka utgör en referensgrupp till medicinskt programarbete i psykiatri. Programmen har också presenterats för representanter för patient-, anhöriga- och intresseföreningar.

För kontakten mellan MPA-gruppen i psykiatri och intresseföreningarna svarar Anette Erdner VÅRDSAK som ingår i ledningsgruppen.

Under år 2002 har MPA Psykiatrisk vård arbetat med Patient/ Intresseorganisationerna på följande sätt;

- Patient/ Intresseorganisationerna har inbjudits till en informationsträff och möjlighet till att påverka innehållet i medicinska vårdprogrammen för Förstämningssjukdomar, Psykossjukdomar, Självmordsnära tillstånd och Ångestsjukdomar.
- Patient/ Intresseorganisationerna för Förstämningssjukdomar, Psykos-sjukdomar, Självmordsnära tillstånd och Ångestsjukdomar har också tillsänts vårdprogram för att kunna ge synpunkter
- Respektive programordförande med arbetsgrupp har också haft samarbete med organisationerna

Vårdprogram har dessutom presenterats på seminarier anordnade av beställargruppen och på Psykiatriutskottets möten den 21/8, 18/9 och 23/10.

Vårdprogram för självmordsnära patienter har publicerats under våren 2002. Vårdprogram för ångestsyndrom genomgår nu en sista revidering inför publikation.

Vårdprogram för psykoser, alkoholberoende och förstämningssyndrom kommer att ges ut vid årsskiftet 2002/2003.

Program för Läkemedelberoende genomgår för närvarande en sista revidering.

Program för Narkotikaberoende kommer att gås igenom i början av år 2003.

### **Vårdprogram - Implementering**

Syftet med utvecklingen av vårdprogram för de stora patientgrupperna (drygt 75% av patienter som har kontakt med den psykiatriska verksamheten i länet) är att skapa förutsättningar för en likvärdig vård i hela länet.

Arbetsgrupperna har fått uppgift att fokusera sitt arbete på vårdens innehåll baserat på aktuell kunskap (State of the Art-dokument, SBU:s rapporter etc).

Syftet med programarbetet är dessutom att uppmärksamma de specifika problemen som finns i Stockholms län t.ex. att psykisk ohälsa ökar, antal yngre personer som söker vård ökar, vården är inte alltid så lättillgänglig (PART-studie), tidig diagnostik och tidig insatt behandling förbättrar prognosen. Kontinuiteten och samverkan med primärvården och socialtjänsten lyfts fram i programarbetet. Vikten av patientdelaktighet, information och utbildnings-program får också en tydlig plats.

I vårdprogrammen har två perspektiv beaktats nämligen befolkningsperspektiv – preventiva insatser och det individuella perspektivet för att garantera individen tillgång till tidig diagnostik, professionellt omhändertagande och behandling. Ett flertal patienter är i behov av en noggrann uppföljning under lång, ibland livslång tid.

Vår avsikt är att utforma vårdprogram som kan vara vägledande vid utformningen av de lokala program med hänsyn tagen till lokala förutsättningar. Nästa steg i detta arbete är implementering.

Genom implementeringen kommer den lokala utvecklingen att stimuleras, erfarenheten av det lokala arbetet kommer i sin tur att bidra till modifiering, revidering och anpassning av vårdprogram till den praktiska verkligheten.

Samtliga verksamhetschefer i psykiatri ställer sig bakom förslaget att genomföra implementering av vårdprogram i pilotstudie.

Följande kliniker kommer att delta i pilotstudie:

Psyk.klin Sydväst HS Norra Stockholms psykiatri, Danderyd  
Vaxholm Österåker, Danderyd slutenvård, TVL-kliniken, Psykiatricentrum  
Karolinska, Psykiatrin södra, STS psykiatriska klinik och Psykiatricentrum  
SSUV.

Implementeringen kommer att bedrivas i seminarieform. Varje verksamhetsområde kommer att välja en mottagning eller en vårdkedja där resp. program skall implementeras. Ordförandena för resp. arbetsgrupp/resp. vårdprogram kommer att svara för utbildningsinsatser. Utbildningen kommer att bedrivas i seminarieform.

Innan implementeringen planeras en kartläggning i syfte att få fram underlag, vilken struktur finns idag och vilka rutiner tillämpas idag.

Varje deltagande klinik kommer att utse en samordnare med uppgift att få fram uppgifter för kartläggningen och samordna utbildningsinsatser inom resp. verksamhetsområde.

Frågeformuläret som skall användas i kartläggningen skall besvaras med tillgång av befintlig statistik, journalgenomgång etc. Frågeformuläret har tagits fram av MPA-ledningsgrupp i psykiatri och har presenterats och godkänts av deltagande kliniker och ordförande på resp. vårdprogram.

Arbetet har påbörjats i slutet av år 2002 och kommer att pågå under våren 2003. I samband med pilotstudien kommer nätverket mellan klinikerna via de utsedda kontaktpersonerna att ytterligare utvecklas. Resultatet av pilotstudien kommer att presenteras på ett gemensamt seminarium och slutsatserna kommer att vägleda det fortsatta MPA-arbetet i psykiatri.



## Innehåll

<b>Årsrapporterna från det medicinska programarbetet.....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>5</b>
Ledningsgruppen för Medicinskt programarbete i psykiatri:.....	6
<i>Vårdprogram - Implementering</i> .....	7
<b>Innehåll .....</b>	<b>9</b>
<b>inledning.....</b>	<b>11</b>
Psykisk ohälsa .....	11
Stockholmsperspektivet .....	13
ANTAL KLIENTER BOENDE UTANFÖR DET EGNA LÄNET .....	15
<b>PART-studie – icke tillgodosett behandlingsbehov .....</b>	<b>16</b>
Part 1 .....	16
<i>Studiebasen:</i> .....	16
<i>Enkät:</i> .....	16
<i>Psykiatrisk intervju:</i> .....	16
<i>Vårdbehovsbedömningar:</i> .....	16
<i>Registerdata:</i> .....	17
Ålderskillnader .....	17
Könskillnader .....	17
Vad betyder dessa siffror estimerade till hela Stockholms befolkning? .....	17
Behov/vägar till psykiatrisk vård .....	17
<i>Rapport "Behovsanalys avseende depression och ångest"</i> .....	18
<b>Dagens produktion inom SLL .....</b>	<b>19</b>
Material och metod.....	19
Undersökningspopulation.....	19
Bortfall .....	19
<i>Slutenvård:</i> .....	19
<i>Öppenvård vuxna:</i> .....	20
<i>Slutenvård</i> .....	21
Psykiatrisk öppenvård .....	22
Bilaga 1 .....	23
Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002 .....	23



## INLEDNING

### Psykisk ohälsa

Refererat till tidigare årsrapporter för år 2001 och 2002 är den psykiska ohälsan ett växande problem vilket framgår av såväl WHO:s rapporter, folkhälsorapporter i Sverige och folkhälsorapporter i Stockholms län.

- Årsprevalensen för psykisk sjukdom inkl. missbruk är ca 25% i västvärlden. Psykiska sjukdomar är bland yngre och medelålders människor den vanligaste orsaken till förtidspensionering.
- Förekomsten av depressioner tycks öka i befolkningen. Resultatet av flera befolkningsbaserade studier visar att debutåldern för depression har sjunkit och att alltfler tonåringar drabbas av olika former av affektiva sjukdomar, främst depression. Ref. Gunilla Olsson, Adolescent Depression, 2000.
- Under de sista åren har dessutom uppmärksammats ett ökat antal av sjukskrivningar, långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar p.g.a. de stressrelaterade sjukdomarna där depression utgör en mycket väsentlig del.
- Ett annat uppmärksammat problem är att unga personer som söker p.g.a. manifest debut i psykos söker sent. De har haft tecken på psykisk ohälsa under en längre tid, inte sällan upp till fem år innan de kommer i kontakt med sjukvården.

Ref.1. Yung, A R et al., British J of Psychiatry (1998), 172 (suppl. 33) 14 – 20 (intervention i prepsykotisk fas).

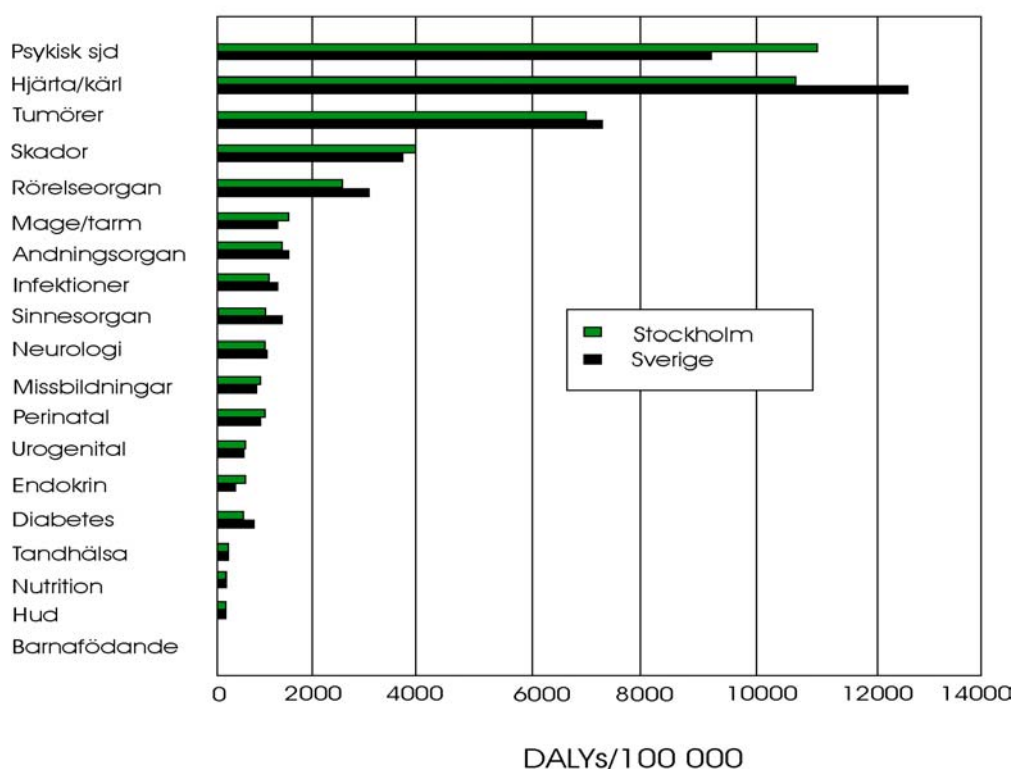
2. Johannessen, J O et al., Schizophrenia Res. (2001), 51, 39 – 46 (tidig intervention hos nyinsjuknade).



## Stockholmsperspektivet

Befolkningen i Stockholms län ökar vilket har stor betydelse för planeringen av den framtida hälso- och sjukvården i länet. Sjukdomsbördan ändrar karaktär. Under de sista åren har noterats en kraftig ökning av hälsoproblemet med låg dödlighet (Sjukdomsbördan i Stockholms län 1999). Det gäller framför allt psykiska besvär, allergi och värtillstånd i rörelseorganen. I Stockholms län står dessa tre diagnosgrupper för en mycket stor del av sjukdomsbördan. Mätt med DAILY (diasability adjusted life yeras) utgör psykiska sjukdomar fem av de tio viktigaste sjukdomsgrupperna som innebär en stor sjukdomsbörda i Stockholms län.

### Sjukdomar förenade med största sjukdomsbörda mätt som Disability Adjusted Life Years (DALYs)



Psykiatriöversynen som genomfördes 1999 bekräftar att det psykiatriska vårdbehovet ökar i befolkningen, att antalet sökande till allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar har ökat med cirka 10% och att gruppen unga vuxna 18-25 år svarar för den största delen av ökningen.

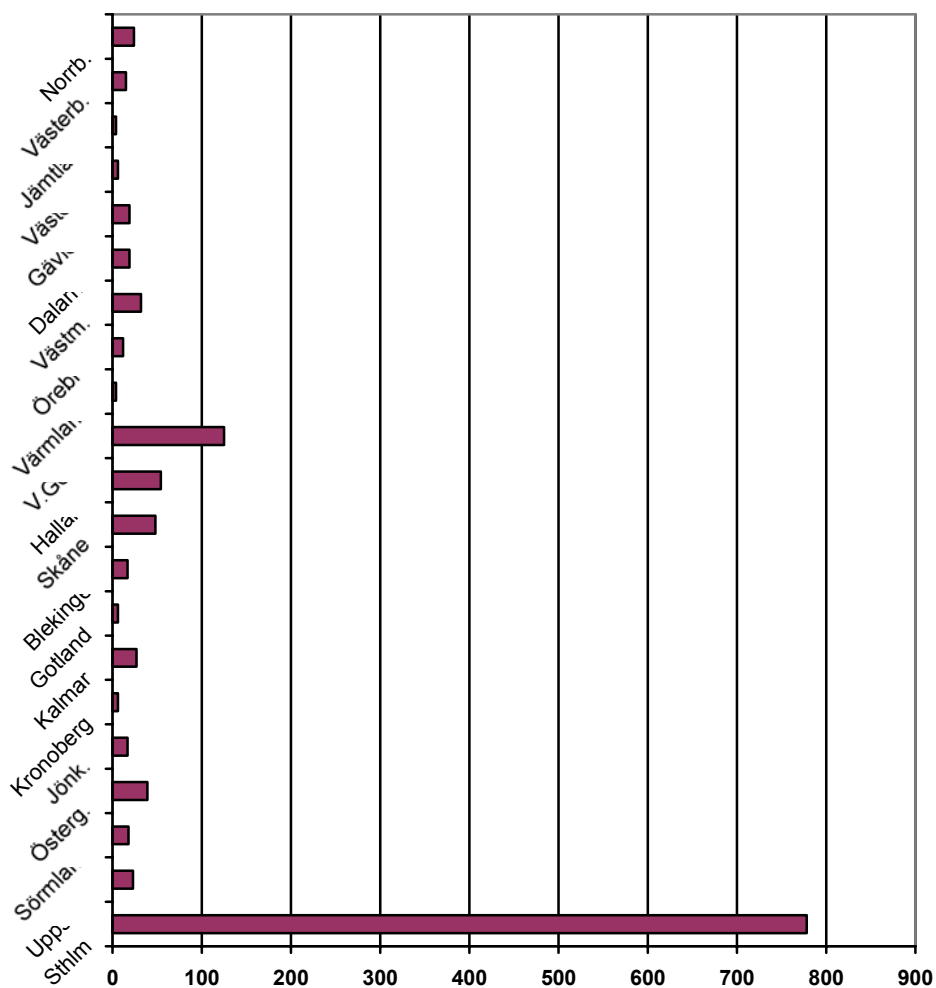
Missbruksproblematiken, alkohol, narkotika och blandmissbruk utgör ett väsentligt problemområde som kräver samverkan mellan landstinget och kommunen.

Trots att amfetamin fortfarande är det vanligaste preparatet bland tunga missbrukare, ser vi tecken på en ökad heroinanvändning, särskilt bland yngre missbrukare. Kanske är det rent av så att Sverige håller på att förvandlas till ett "heroinland", från att ha varit ett "amfetaminland"? Heroin har traditionellt förknippats med injektionsmissbruk men en stor del av heroinet används idag i rökform. Evidensbaserad behandling av heroinberoende bygger på substitution, dvs tillförsel av antingen metadon eller buprenorfin (Subutex). Båda dessa preparat är tung narkotika och behandlingen måste kopplas till välstrukturerade psykosociala behandlingsprogram och ett visst mått av kontroll och övervakning för att minska riskerna för spridning av preparaten. Subutex har nyligen introducerats i Sverige och användningen är inte omgärdad av samma regelverk som tidigare gällt för metadon. Det är angeläget att snabbt nå en konsensus om hur substitutionsbehandling skall organiseras inom ramen för samarbetet sjukvård/socialtjänst. Socialstyrelsen förbereder nationella riktlinjer i frågan, liksom även för övriga delar av missbruksvården. När det gäller amfetamin- och cannabissmissbruk finns ingen evidensbaserad forskning men det pågår ett utvecklingsarbete både internationellt och inom landet. Alkoholberoende kan idag behandlas framgångsrikt i många fall med en kombination av psykosociala och farmakologiska metoder. Förekomsten av alkoholberoende är så omfattande att behandling måste kunna erbjudas inom ramen för bassjukvården. Den specialiserade beroendevårdens uppgifter ligger främst inom narkotikaområdet, samt att behandla patienter med alkoholberoende där komplicerande faktorer finns t.ex. personlighetsstörning eller blandmissbruk. Samverkansformerna med kommunernas socialtjänst har utvecklats i hög grad under senare år.

Ett annat väsentligt problemområde är kommunens, framför allt Stockholms kommuns svårigheter att bereda adekvat stöd i boendet för personer som till följd av sin sjukdom har nedsatt funktionsförmåga men som ej längre är i behov av psykiatrisk heldygnsvård. Svårigheter med att ordna adekvata boendeformer har lett till placeringar utanför Stockholms läns vilket medför svårigheter i samarbete mellan landstingspsykiatri och kommunen, bryter kontakten med det sociala nätverket och försvårar rehabilitering. Refererar till Socialstyrelsens redovisning vid konferensen "Vision och verklighet – sju år efter psykiatrireformen". Rapporten räknas bli klar under januari 2003.

## 6 600 KLIENTER

### ANTAL KLIENTER BOENDE UTANFÖR DET EGNA LÄNET



## **PART-studie – icke tillgodosett behandlingsbehov**

PART-studien är ett samarbete mellan Institutet för Folkhälsovetenskap och Neurotec, Karolinska Institutet projektledare Yvonne Forssell.

Analysen av data sker på två enheter inom Samhällsmedicin; Psykiatrisk Epidemiologi, Enheten för psykisk hälsa och Yrkesmedicinska enheten samt på FOUU-enheten för psykiatri, SLPO vid Huddinge Universitetssjukhus.

### **Part 1**

#### **Studiebasen:**

Utgörs av befolkningen i Stockholms län och angränsande kommuner, svenska medborgare i åldrarna 20-64 år. Från denna studiebas gjordes ett slumpmässigt urval av 19 750 personer.

#### **Enkät:**

Till detta urval sändes en enkät innehållande frågor om psykosociala förhållanden samt tidigare och aktuell psykisk och somatisk hälsa. Enkäten besvarades av 10 442 personer.

#### **Psykiatrisk intervju:**

Bland de som besvarat enkäten gjordes slumpmässiga urval av personer med sannolik psykisk ohälsa respektive utan sannolik psykisk ohälsa. Sammanlagt deltog 1092 personer i en utvidgad undersökning. Intervjun genomfördes enligt SCAN d.v.s. Schedules for Clinical Assessment in Neuro-psychiatry (WHO) som ger diagnoser både enligt ICD-10 (WHO 1992) och DSM-IV (APA 1994). Intervjuarna var kliniskt verksamma läkare under utbildning till psykiatriker och en var kliniskt verksam psykolog. Dessa genomgick en veckolång utbildning och hade regelbundna samskattnings-övningar för att få så god samstämmighet som möjligt. Intervjun tog 1-3 timmar att genomföra.

#### **Neuropsykologiska test:**

**Före intervjun gjordes ett kortfattat neuropsykologiskt test.**

#### **Vårdbehovsbedömningar:**

I samband med intervjun genomfördes en vård-behovsbedömning. Både intervjupersonen och den professionella intervjuaren gjorde en bedömning avseende tillgodosedda/icke- tillgodosedda vårdbehov. Dessutom ställdes frågor



om önskad typ av behandling samt önskad vårdgivare. Frågor ställdes även om vad som skulle hindra intervjupersonerna från att söka vård. De fick även svara på frågor om egenvårdstrategier vid psykisk ohälsa.

### **Registerdata:**

Data från tillgängliga register används för att jämföra deltagare i studien med icke deltagare avseende; sjukskrivningar, förtidspensioneringar, somatisk och psykiatriskslutenvård, inkomst, ursprungsland, arbetslöshets-ersättning och socialbidrag.

## **Ålderskillnader**

20-34 år, 35-49 år och 50-65år. De olika åldersgrupperna har i ungefär lika stor omfattning kontakt med hälso- och sjukvården om de har psykisk ohälsa. De uppfyllda vårdbehoven är störst i den yngsta åldersgruppen (85.1% mot 76.1% respektive 73.4%).

## **Könskillnader**

Kvinnor har i en större utsträckning kontakt med hälso- och sjukvården än män (42.1% mot 26.9%). Inom gruppen som har kontakt har kvinnor lite högre grad av uppfyllda vårdbehov än män (51.2% mot 48%). Kvinnor har också i lite större utsträckning sina vårdbehov uppfyllda utanför hälso- och sjukvården (5.3% mot 3.0%).

## **Vad betyder dessa siffror estimerade till hela Stockholms befolkning?**

Om man estimerar resultaten från denna undersökning till hela Stockholms befolkning 20-64 år så innebär detta att 8% behöver vård för Depressioner, Ångesttillstånd och Alkoholmissbruk. Denna siffra är givetvis för låg eftersom den inte innefattar Psykoser som har en prevalens på cirka 1% samt alkohol och drogmissbruk av allvarligare natur. Den är också för låg för att bortfallet är störst i de grupper som har störst andel riskfaktorer för psykisk ohälsa. Invandrare som inte är svenska medborgare saknas även, här återfinns många personer med traumatiska stresstillstånd. Sannolikt är alltså siffran minst 10%. Om vi estimerar siffrorna på uppfyllda vårdbehov så är det 8% av Stockholms läns befolkning mellan 20-64 år som har ett uppfyllt vårdbehov på grund av psykisk ohälsa. Lågt räknat är detta 80 000 personer. Detta är i de flesta fall helt botbara tillstånd som orsakar ett stort lidande.

## **Behov/vägar till psykiatrisk vård**

Majoriteten av de personer som drabbats av vissa typer av psykisk ohälsa, som till exempel depression söker inte vård (Kessler et al. 1997, Bijl et al. 2000). Detta trots att tillstånden är invalidiserande och behandlingsbara innan man bestämmer sig för att söka vård måste man inse, förstå eller kanske enbart acceptera att man behöver hjälp pga. psykisk ohälsa. Detta är en aktiv process, med undantag för vissa allvarliga tillstånd som till exempel psykos.

Att mäta resultatet av denna process är inte svårt, tillgängliga register finns över vårdsökande. Svårare är att förstå var processen avbrutits och resultatet blivit att personen inte söker. Det dock viktigt att förstå detta för att kunna angripa problemet.

Det kan givetvis vara så att personen inte accepterar att den psykiska hälsan sviktar. Studier har visat att fördomarna mot psykisk ohälsa är utbredda och gör att personen inte accepterar sitt tillstånd (Jorm et al, 1997). I PART-studien i Stockholm, visade det sig att 85% av de som drabbats av psykisk ohälsa (mestadels depressioner och ångesttillstånd) hade förstått och accepterat att den psykiska hälsan inte var god och att de behövde någon form av hjälp för detta. Bland dem som inte hade accepterat var det en överrepresentation av män och personer som var födda i annat land.

Dock hade enbart hälften av de som accepterat sökt någon form av hjälp. Bland de som sökt hjälp, hade de flesta uppgett något annat skäl än psykisk ohälsa. De hade sökt vårdcentraler, olika privata läkare m.m. Kvinnor och personer med en bräcklig ekonomi hade sökt hjälp i högre grad. Orsakerna att inte söka hjälp var många, dels fördrog man psykoterapi vilket man upplevde inte kunde erbjudas. Dels uppgav många skam, rädsla och personlig integritet. En del uppgav tidsbrist och ekonomiska hinder. De som sökte vård hade inställningen att psykoterapi och droger var den vård de önskade.

När det gällde uppfyllda behov hade personer som identifierat psykisk ohälsa och sökt för detta fått sina behov tillfredsställda i hälften av fallen. Personer som identifierat den psykiska ohälsan men inte uppgett den som skäl hade tillfredsställda behov i 25% av fallen.

Slutsatsen blir att kunskapsnivån behöver ökas på många plan. Psykiatriens kunskap behövs inom primärvården men den behöver också nå ut till allmänheten. Det behövs en öppen debatt om psykisk ohälsa och dess behandlingsmetoder. Tillgängligheten måste öka av kvalificerad psykiatrisk kunskap.

### **Rapport "Behovsanalys avseende depression och ångest".**

Ett utvecklingsarbete i samverkan mellan Sydvästra sjukvårdsområdet och Samhällsmedicin. (Rapporten kan hämtas från Internet HSN-staben)

<http://www.hsn.sll.se/Behov/behov.htm>

Bijl, R.V., Ravelli, A. (2000) Psychiatric morbidity, service uses and need for care in the general population: Results from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Public Health* 90,602-607.

Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A. *et al* (1997) Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J of Australia* 166,182-6.

Kessler, R.C., Frank, R.G., Edlund, M., *et al* (1997) Differences in the use of psychiatric services between the United States and Ontario. *N Engl J Med* 336,551-557.

## Dagens produktion inom SLL

Material och metod nedan är taget ur ”Barns och vuxnas nyttjande av psykiatrisk vård – i Stockholms län 1993-1999, per sjukvårdsområde 1999, Rapport 200:5, Psykiatrisk epidemiologi, Enheten för psykisk hälsa, Samhällsmedicin, Christina Dalman och Susanne Wicks”. Endast den del av metoden som kan vara relevant är utklippt.

### Material och metod

#### Undersökningspopulation

Materialet består av personer som har vårdats inom sluten- och/eller öppen psykiatrisk vård (samtliga 900-kliniker, d v s inklusive missbruks-, barn- och ungdoms- samt specialistkliniker) mellan 1993 och 1999 samt uppgifter om antal besök och vård dagar. Undantagen är dels besöksstatistik hos privata psykiatrispecialister som härrör från åren 1998-1999 (s.k. ARV) dels antalet barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdskontakter (f.d. PBU) där data finns från åren 1995-1999 och där vi f.n. saknar uppgifter om antal besök. P.g.a. att persondata ej finns angivna i det barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårds-registret har personer 18-24 år som besöker barn- och ungdomspsykiatrins öppenvård redovisats i barn- och ungdomskapitlet istället för i kapitlet om vuxnas öppenvård. Antalet personer 18-24 år inom barn- och ungdoms-psykiatrins öppenvård är dock litet.

En person kan ha flera vårdtillfällen/besök per år. En beskrivning av antalet personer bygger på förhållanden som gällde vid sista vårdtillfället/besöket det undersökta året.

Beräkningarna är befolkningsrelaterade om inte annat anges. Således anges ej absoluta tal i text eller bild men bifogas i tabellbilaga. Vid uppdelning på t.ex. ålder och kön är dessa siffror relaterade till befolkningen i aktuell ålder för män respektive kvinnor.

#### Bortfall

##### Slutenvård:

Data rörande kön och ålder är i det närmaste fullständiga. Vad gäller noteringar om diagnos vid slutenvård är bortfallet större: 3% av vårdtillfällena 1993, 10% 1994, 9% 1995 och 1996, 15% 1997. 1998 och 1999 föreligger bortfall på diagnos vid ca 18% av vårdtillfällena. Bortfallet är således större ju närmare i tiden vi kommer.

Detta beror på att diagnos registreras vid utskrivning och att alltfler personer fortfarande är inlagda vid senare tidpunkter. Av de som låg inne 1993 var det 6 stycken som fortfarande var inskrivna 24/3 1998. Bland personer vårdade 1997 var det 208 som fortfarande var inskrivna 24/3 1998.

Att det finns en överrepresentation av långa vårdtider bland de ej diagnossatta medför att bortfallet blir ännu större då antal vårdtygn beskrivs istället för antal personer. P.g.a. detta har vi ej inkluderat 1999 när diagnosgrupper och vård-dagar redovisas. Vid klassificering av diagnosgrupper inkluderas bortfall på diagnos i gruppen ”övriga diagnoser”.

### Öppenvård vuxna:

Data från den vuxenpsykiatriska öppenvården är ett kassa-registreringsmaterial. Alla mottagningar hade inte kassaregistrering redan 1993 utan skötte fortfarande denna registrering manuellt. Fr.o.m. 1995 är öppenvårds-registreringen sannolikt mer fullständig. Bortfall i registrering kan växla mellan områden vilket kan påverka jämförelser mellan dessa områden. Slutenvården har ett annat och bättre fungerande registreringssystem.

Vårdutnyttjande - uppföljning år 2000. Kommer att publiceras senare under året så prel. tills vidare.

**”Psykiatripopulationen”**: dvs. besökt antingen öppen- och eller slutenvården inom aktuella kliniker (allmän och beroende och specialenheter)

### Bild 3

Antal personer /10 000 invånare >18 år uppdelade på om de utnyttjad psykiatrisk slutenvård (SV), öppenvård (ÖV) eller både och

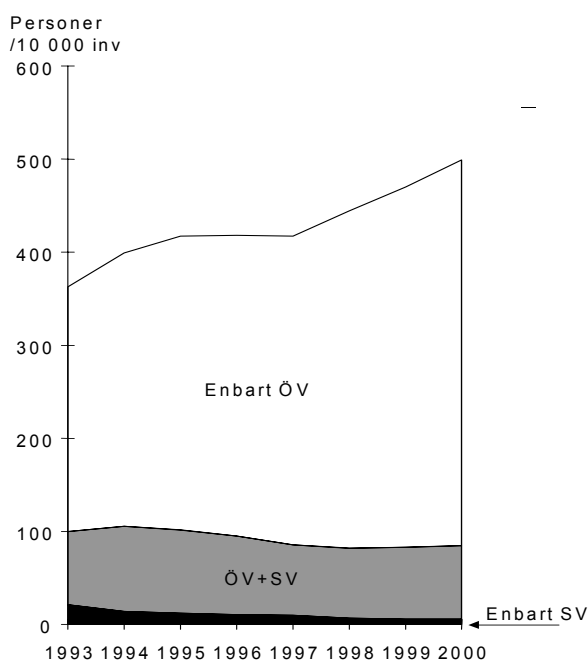
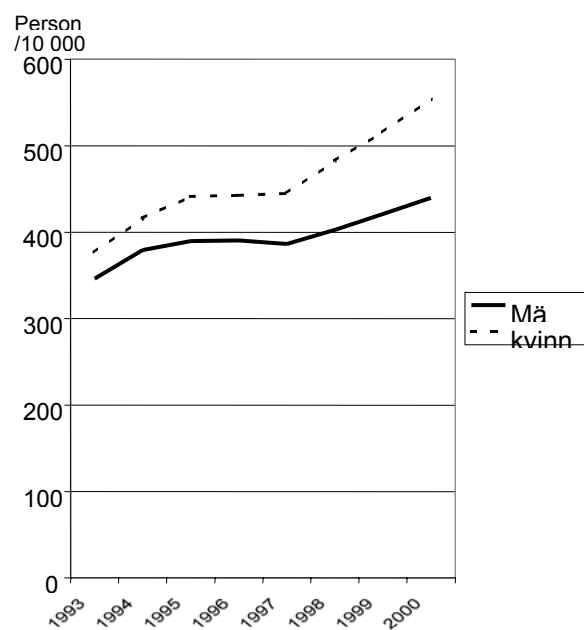


Bild 4

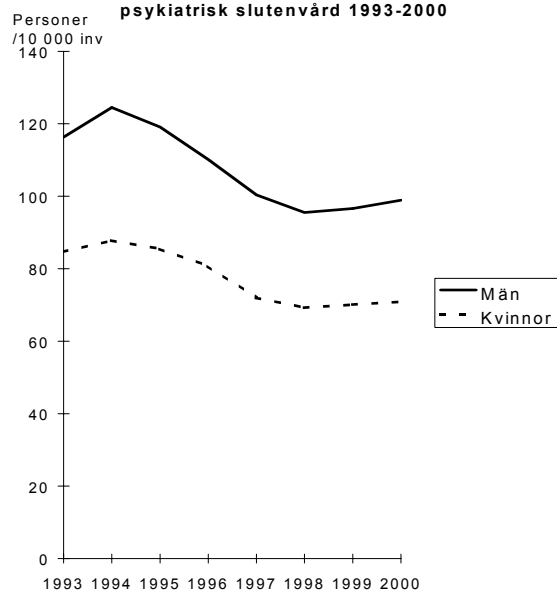
Personer / 10 000 in 18 år i psykiatrisk öppen- och/eller slutenvård 1993-2000



## Slutenvård

Minskningen av antal personer har avstannat.

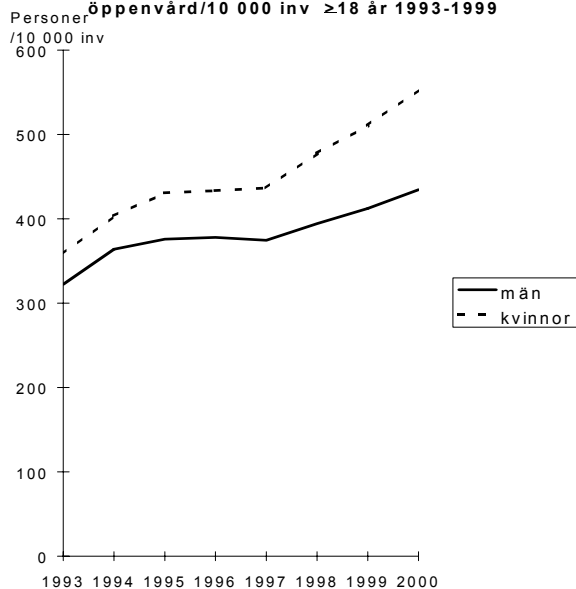
Bild 5. Personer/10 000 inv  $\geq 18$  år i psykiatrisk slutenvård 1993-2000



## Psykiatrisk öppenvård

Antalet personer fortsätter att öka.

Bild 15. Antal personer inom psykiatrisk öppenvård/10 000 inv  $\geq 18$  år 1993-1999



Ökningen har främst omfattat allmänpsykiatriska patienter och patienter med depression, ångest

Särskilt uppmärksammat problem har varit ökade sjukskrivningar pga. s.k. Utmattningsdepression. Fokusrapport har diskuterats.

## Bilaga 1

### Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002

MPA 1/02

**Häls- och sjukvård i Stockholms Läns Landsting**

Stockholms Medicinska Råd – Kaj Lindvall, Susanna Lagersten

MPA 2/02

**Kvalitetsutveckling**

Stockholms Medicinska Råd – Magna Andreen Sachs

MPA 3/02

**Akut omhändertagande (AO)**

Stockholms Medicinska Råd – Bo Brismar

MPA 4/02

**Barnsjukvård (B)**

Stockholms Medicinska Råd – Birger Winbladh

MPA 5/02

**Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård (HKL)**

Stockholms Medicinska Råd – Karin Schenck-Gustafsson

MPA 6/02

**Kvinnosjukvård (K)**

Stockholms Medicinska Råd – Anders Å:son Berg

MPA 7/02

**Medicin – Kirurgi 1 (MK 1)**

Stockholms Medicinska Råd – Hans Vallin

MPA 8/02

**Medicin – Kirurgi 2 (MK 2)**

Stockholms Medicinska Råd – Britt Nordlander

MPA 9/02

**Medicin – Kirurgi 3 (MK 3)**

Stockholms Medicinska Råd – Ulrik Ringborg

MPA 10/02

**Medicinsk Service (MS)**

Stockholms Medicinska Råd – Håkan Jorulf

MPA 11/02

**Nervsystemets sjukdomar (N)**

Stockholms Medicinska Råd – Nils-Gunnar Wahlgren och Lars- Olof Ronnevi

MPA 12/02

**Omvårdnad (O)**

Stockholms Medicinska Råd – Inger Rising

MPA 13/02

**Primärvård (PV)**

Stockholms Medicinska Råd – Ingvar Krakau

MPA 14/02

**Psykiatrisk vård (P)**

Stockholms Medicinska Råd – Anna Åberg-Wistedt

MPA 15/02

**Rörelseorganens sjukdomar (R)**

Stockholms Medicinska Råd – Staffan Lindblad

MPA 16/02

**Äldrevård (Ä)**

Stockholms Medicinska Råd – Göran Selander

Samtliga Årsrapporter är publicerade på MPAs webbsida [www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa)

MPA 17/02

**Arbetsätt och Rapportstruktur - Medicinskt Program Arbete - Samverkan kring den medicinska utvecklingen**

Kaj Lindvall, Susanna Lagersten



Filnamn: ÅR\_Psykiatri\_030229  
Katalog: O:\pr\_mpa\Rapporter\_WEBB o TRYCK\Årsrapporter 2002  
Dokumentmall: C:\Program\Microsoft Office\Office\Normal.dot  
Titel: MEDICINSKT PROGRAMOMRÅDE – PSYKIATRI  
Angående:  
Författare: CSPK  
Nyckelord:  
Kommentarer:  
Datum: 2003-01-29 10:41  
Version: 7  
Senast sparad: 2003-02-15 15:14  
Senast sparad av: UZA  
Total redigeringstid: 54 minuter  
Senast utskrivet: 2003-02-15 15:14  
Vid senaste fullständiga utskrift  
Antal sidor: 24  
Antal ord: 4 706 (cirka)  
Antal tecken: 26 827 (cirka)