

# Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning

Aspekter av betydelse

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

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

Artikelnummer 2023-10-8755  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), oktober 2023

# Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen kartlagt det övergripande och aktuella hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning där samtidiga insatser föreligger enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade inom personkrets 3. Kartläggningen har även belyst aspekter av betydelse för hälsan och identifierat utvecklingsområden av vikt som kan bidra till att öka förutsättningarna för en likvärdig och god vård för målgruppen.

Rapporten vänder sig i första hand till regeringen men även till företrädare och profession inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.

Projektgruppen har bestått av Álfheidur Astvaldsdóttir (sakkunnig tandhälsa), Frida Lundgren (metodstatistiker) och Peter Salmi (projektledare). Gruppen har biståtts av Pontus Strålin, sakkunnig i allmänpsykiatri, och sakkunniga inom socialtjänst Carina Wiström Bergstock, Karin Flyckt och Magnus Wallinder (enhetschef). Lumell Associates har på uppdrag av Socialstyrelsen medverkat till kartläggningen genom att utföra intervjuer med företrädare vid olika verksamheter. Samråd har skett med Myndigheten för delaktighet och Folkhälsomyndigheten. Ansvarig enhetschef har varit Anastasia Nyman och ansvarig avdelningschef Natalia Borg.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Kartläggningens delar .....	7
Sämre hälsa allmänt .....	7
Tillgänglighet och bemötande .....	8
Utvecklingsområden .....	8
Bakgrund till uppdraget .....	10
Sämre hälsa av flera orsaker .....	10
Insatser från socialtjänsten .....	11
Metod och genomförande .....	12
Avgränsning av studiepopulation .....	12
Deskriptiva och analytiska analyser .....	13
Dialoger med företrädare för verksamheter .....	14
Resultat .....	16
Översikt .....	16
Analyser av tillgänglighet och bemötande .....	20
Slutsatser och bedömning .....	27
Översiktliga slutsatser om hälsa och socioekonomi .....	27
Slutsatser om tillgänglighet och bemötande vid sjukdomstillstånd .....	28
Förslag på utvecklingsområden .....	31
Metodbilaga .....	35
Tabell 1. Antal personer 18 år och äldre med psykisk funktionsnedsättning efter boendeinsats (andel män). År 2020–2021. ...	35
Tabell 2. Ålderssammansättning bland personer med psykisk funktionsnedsättning efter boendeinsats. År 2020–2021. Procent. ....	35
Tabell 3. Övriga insatser bland personer med en boendeinsats enligt LSS eller SoL .....	35
Tabell 4. Psykiatriska tillstånd bland personer med boendeinsats .....	36
Tabell 5. Vanliga somatiska tillstånd i befolkningen bland personer med psykisk funktionsnedsättning .....	36
Tabell 6. Yttre orsaker till ett vårdtillfälle och överdödlighet vid psykisk funktionsnedsättning .....	37
Tabell 7. Översikt av socioekonomiska förhållanden .....	38
Tabell 8. PCI efter akut hjärtinfarkt .....	38
Tabell 9. Dödlighet i hjärtinfarkt .....	39
Tabell 10. Akuta tandvårdsbesök .....	39
Figur 1. Blodfettssänkande medicin vid diabetes .....	40

Figur 2. Stadium vid bröstcancer .....	40
Figur 3. Överlevnad efter bröstcancerdiagnos .....	40
Figur 4. Andel personer med psykisk funktionsnedsättning som besökt tandvården oavsett behandling och fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. År 2020–2022.....	40
Figur 5. Sannolikheten bland personer som kommit på undersökning 2015–2016 att komma på uppföljande undersökning inom en 5 års-period .....	41
Figur 6. Andelen akutbesökare som behandlats med extraktion alternativt rotfyllning i samband med akutbesöket .....	41
Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång till hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning.....	43

# Sammanfattning

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen kartlagt det aktuella hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning som samtidigt har boendeinsatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade inom personkrets 3. Boendeinsatserna utgörs av bostad med särskild service (LSS), särskild bostad (SoL) och boendestöd (SoL).

Kartläggningen har i huvudsak baserats på uppgifter hämtade från nationella register men också på intervjuer med företrädare för socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt patienter med egen erfarenhet. Intervjuerna har syftat till att närmare belysa orsaker bakom registerstudiernas resultat. Målet med uppdraget har varit att öka kunskapsläget om hälsan bland personer med psykisk funktionsnedsättning och att skapa förutsättningar till en likvärdig och god vård för målgruppen.

## Kartläggningens delar

Kartläggningen ger en översikt av psykiatriska och somatiska tillstånd, inklusive munsjukdomar, bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Även särskilda orsaker till vård och av betydelse för hälsan i målgruppen är belysta, och innefattar övergrepp av annan person, självskada, suicid och död av annan orsak än suicid. För att belysa socioekonomiska förhållanden redovisas inkomst, huvudsaklig inkomstkälla och etablering på arbetsmarknaden. Analyser som har genomförts inom ramen för kartläggningen belyser aspekter som tillgänglighet till vård och bemötande inom vården. Analyserna har innefattat följande områden:

- diabetes typ 2 (sekundärprevention behandling med blodfettsänkande läkemedel)
- bröstcancer (tumörstadium vid bröstcancerdiagnos)
- akut hjärtinfarkt (ballongvidgning, så kallad PCI, av förträngningar i hjärtats kranskärl)
- munsjukdomar (besöksfrekvens med hänsyn till sjukdomsförekomst och behandling vid akutbesök)

Dialoger och intervjuer har genomförts i mindre skala, i syfte att belysa olika faktorer som kan vara av betydelse för registerstudiernas resultat. Dessa har genomförts och sammanställts av Lumell Associates.

## Sämre hälsa allmänt

Schizofreni och liknande tillstånd utgör de vanligaste tillstånden bland personer med bostad med särskild service och särskild bostad. De psykiatriska tillstånden varierade i större omfattning bland personer med boendestöd, och inkluderade bland annat hög förekomst av personlighetssyndrom och adhd. Vanliga somatiska tillstånd inom målgruppen var diabetes, fetma och KOL

och var upp till fem gånger vanligare än i befolkningen. Även munhälsan var sämre än befolkningens. Personer med psykisk funktionsnedsättning var också utsatta för övergrepp i betydligt större utsträckning än befolkningen. Likaså var riskerna för självskada, suicid och död av annan orsak än suicid betydligt högre inom målgruppen jämfört med befolkningen. Målgruppen har generellt en låg inkomst med huvudsaklig inkomstkälla från ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning.

## Tillgänglighet och bemötande

Kartläggningens analyser visar att tillgången till vård och bemötande innebär svårigheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Målgruppen erhåller sekundärpreventiv behandling med blodfettsänkande läkemedel vid diabetes i lägre utsträckning än personer med diabetes i befolkningen. Vid bröstcancerdiagnos befinner sig målgruppen i ett senare och sämre stadium än kvinnor som diagnostiseras i befolkningen och canceröverlevnaden är lägre. Personer som drabbas av akut hjärtinfarkt i målgruppen får behandlingsåtgärden ballongvidgning i lägre utsträckning än personer i befolkningen som får hjärtinfarkt. När det gäller tandhälsa får personer med funktionsnedsättning i större utsträckning sina tänder utdragna i samband med ett akutbesök jämfört med övriga som besöker akuttandvården.

Det är av stor vikt att ha en förståelse för och uppmärksamma att personer med psykisk funktionsnedsättning kan ha en begränsad insikt om sitt vårdbehov, och ha en nedsatt förmåga eller bristande vilja att söka och tillgoda vård. Analyserna visar också att det exempelvis finns brister i bemötandet vid akuta tillstånd. Kunskapen och kompetensen kan saknas för att hantera en person som har ett psykiatriskt tillstånd och mår dåligt vid ett vårdbesök. För att exempelvis kunna genomföra ballongvidgning vid akut hjärtinfarkt krävs samtycke och medverkan, och patienten behöver ha en förståelse av behandlingen där patienten behöver ligga still och vara medgörlig.

## Utvecklingsområden

Socialstyrelsen har identifierat tre huvudsakliga utvecklingsområden baserat på kartläggningen. Myndigheten är av den uppfattningen att områdena närmare behöver utredas avseende behov och förändring, och efterlyser strategier för ändamålet då konkreta åtgärder annars kan vara svåra att urskilja och ombesörja och beakta utifrån kostnader. Myndigheten understryker att det i sammanhanget finns ett tydligt jämlikhetsperspektiv att måna om.

- kunskap och kompetens
- anpassning
- samverkan

Kunskapen om personer med psykisk funktionsnedsättning behöver öka såväl inom socialtjänsten som inom den somatiska hälso- och sjukvården, inklusive tandvården. Det gäller en ökad kunskap om de psykiatriska tillstånden och om hur de yttrar sig och ser ut över tid och mellan skov. Det ökar



förutsättningar att exempelvis skilja på psykiska och fysiska symtom vilket minskar risken att missuppfatta fysiska symtom som psykiska. Det finns anledning att närmare utreda hur en sådan ökad kunskap och kompetens kan införlivas i verksamheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård.

Socialstyrelsen kan också konstatera att dagens hälso- och sjukvård och tandvård inte är anpassad efter personer som har en psykisk funktionsnedsättning. De rutiner och processer som finns utifrån hur centrala verksamheter är organiserade, och hur ingångarna allmänt fungerar till dessa verksamheter, innebär svårigheter för målgruppen. Hur en anpassning ska utformas för att tillgodose personer med en psykisk funktionsnedsättning en likvärdig vård behöver närmare utredas. Det behövs mer flexibla rutiner och arbetssätt som behöver beakta målgruppens specifika förutsättningar och behov.

Kartläggningen visar också att hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten inte är ”kommunicerande kärn” utifrån hur det i dag är organiserat. Det innebär höga organisatoriska trösklar och skarpa uppdelningar mellan verksamheter med följd att samverkan inte fungerar och inte kompenserar behoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Hur ett tätare samarbete mellan olika verksamheter ska komma till stånd är angeläget att närmare utreda. Det kan till exempel behövas gemensamma ingångar till verksamheter som i dag generellt är tydligt uppdelade och innebär svårigheter för samverkan, exempelvis uppdelningen mellan somatisk och psykiatrisk akut-sjukvård.

# Bakgrund till uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga hälsan bland personer som har en psykisk funktionsnedsättning. Uppdraget avser personer som på grund av ett psykiatriskt tillstånd har insatser enligt socialtjänstlagen<sup>1</sup> (SoL) eller lagen<sup>2</sup> om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). För att optimalt genomföra uppdraget har Socialstyrelsen avgränsat kartläggningen till att gälla personer som har boendeinsatser enligt LSS personkrets 3 eller SoL på grund av ett psykiatriskt tillstånd. Kartläggningen har inte innefattat personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism som har rätt till insatser enligt LSS personkrets 1.

Personer som är aktuella för insatser enligt SoL och LSS har stora svårigheter på grund av sin psykiska funktionsnedsättning. När det exempelvis gäller insatser enligt LSS personkrets 3 ska funktionsnedsättningen vara varaktig och medföra betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Syftet med insatserna är att personer med psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas stöd och omsorg i den utsträckning att de kan leva ett självständigt liv och ha möjlighet till meningsfull sysselsättning och boende utifrån behov.

Projektet ska belysa psykisk och somatisk hälsa, inklusive tandhälsa. Inom ramen för projektet ska även socioekonomiska förhållanden beaktas. Syftet är att beskriva aktuella hälsoläget hos personer med psykisk funktionsnedsättning och att nå ökad kunskap som kan bidra till förbättrad hälsa och likvärdig vård inom målgruppen. Socialstyrelsen föreslår därför utvecklingsområden inom vilka behov att åtgärda har identifierats.

Kartläggningen är i huvudsak registerbaserad där uppgifter har hämtats från flera nationella register. Socialstyrelsen har även haft dialog med företrädare för olika verksamheter i syfte att närmare belysa vad som kan ligga bakom registerstudiernas resultat. Även patienter med egen erfarenhet har ingått i dessa dialoger. Lumell Associates har på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört dessa dialoger.

## Sämre hälsa av flera orsaker

Personer med psykisk funktionsnedsättning har allmänt en sämre somatisk hälsa, inklusive munhälsa, jämfört med övriga i befolkningen. En mer utsatt livssituation, psykosocialt och ekonomiskt, ökar risken för levnadsvillkor som inte främjar hälsa. Det finns även ökade risker för hjärt-kärlsjukdom och sämre munhälsa om ett psykiatriskt tillstånd behandlas med vissa typer av läkemedel under längre perioder. Särskilda aspekter är en större våldsutsatthet och ökade risker för självskada och suicid jämfört med befolkningen. I den meningen har målgruppen på grund av sitt psykiatriska tillstånd sämre grundförutsättningar för en god allmän hälsa jämfört med personer som inte har psykisk ohälsa.

---

<sup>1</sup> 2001:453

<sup>2</sup> 1993:387

Personer med psykisk funktionsnedsättning har inte sällan sämre tillgång till vård då ett faktiskt behov föreligger. En sådan sämre *tillgänglighet* kan bero på att målgruppen inte söker vård av olika skäl, eller inte gör det i ett tidigt skede av sjukdom, vilket kan medföra att ett sjukdomsförlopp eller ett tillstånd förvärras. Det kan också handla om att gruppen inte får tillgång till viktig sekundärpreventiv behandling vid ett sjukdomstillstånd, om personer exempelvis inte söker vård eller inte vill ha sådan behandling.

En särskild omständighet är när personer med psykisk funktionsnedsättning faktiskt söker vård men inte får adekvat vård. Det kan till exempel handla om ett akut insjuknande där skyndsamma vårdåtgärder uteblir, eller där vård och behandling på olika sätt nedprioriteras, jämfört med befolkningens vård. Detta pekar på ett problem som mer rör vårdens *bemötande* av personer med psykisk funktionsnedsättning. Ett sådant sämre bemötande får till följd att gruppen inte får likvärdig vård som övriga i befolkningen<sup>3</sup>.

Ovanstående aspekter om tillgänglighet och bemötande har Socialstyrelsen tidigare beskrivit vid olika somatiska sjukdomstillstånd bland personer med psykisk sjukdom utan hänsyn till om personerna hade insatser från socialtjänsten eller inte<sup>4</sup>.

## Insatser från socialtjänsten

I denna kartläggning ställs kravet att personer har insatser från SoL eller LSS på grund av ett psykiatriskt tillstånd. Detta tillför en aspekt som kan vara av betydelse när det gäller utfallet hälsa. Eftersom stöd och omsorg föreligger kan exempelvis socialtjänstens personal hjälpa personer med psykisk funktionsnedsättning att komma till vård eller läkarbesök. Om detta ökar förutsättningarna för bättre hälsa är oklart, men en ökad kunskap om omständigheterna, där insatser från socialtjänsten föreligger, skulle kunna peka på viktiga faktorer som eventuellt kan bidra till, eller utgöra hinder för, en förbättrad hälsa inom målgruppen.

Socialtjänsten har flera insatser att erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning utifrån behov. Det finns olika former av boendeinsatser som ska bidra till struktur och rutiner i vardagen och därmed öka förutsättningarna för att bli mer självständig. Utöver boendeinsatser finns insatser som ledsagare, kontaktperson eller personlig assistans. Det finns även möjlighet att ha daglig sysselsättning enligt SoL<sup>5</sup>. Socialstyrelsen har i denna kartläggning definierat målgruppen utifrån att personerna ska ha någon form av boendeinsats, även om personer också kan ha andra insatser utöver boendeinsats.

---

<sup>3</sup> Perspektiven tillgänglighet och bemötande behöver inte vara ömsesidigt uteslutande när det gäller orsaker till en sämre vård. En sekundärpreventiv behandling kan exempelvis utebli inte på grund av att personen inte har sökt vård utan snarare på grund av att andra vårdåtgärder prioriteras vid vårdbesöket.

<sup>4</sup> Till exempel a) Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt och b) Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen, 2011.

<sup>5</sup> Personer som ingår i LSS personkrets 3 kan inte söka insatsen daglig verksamhet enligt LSS som personkrets 1 och 2 kan, men kan ansöka om daglig sysselsättning enligt SoL.

# Metod och genomförande

I en metodbilaga till rapporten beskrivs detaljerna kring metod och genomförande närmare. Nedan ges en översiktlig beskrivning där Socialstyrelsen har definierat studiepopulationen och analyser mot bakgrund av olika aspekter eller frågeställningar som kan vara av betydelse när det gäller hälsan inom målgruppen.

## Avgränsning av studiepopulation

Socialstyrelsen har övervägt flera möjliga avgränsningar av populationen för att genomföra kartläggningen. För att optimalt besvara frågeställningar exempelvis kring tillgänglighet till vård och bemötande inom vården, har myndigheten ändå valt att avgränsa populationen till vuxna personer, 18 år och äldre, som har ett eller flera *psykiatriska tillstånd* och samtidigt har beviljats en *boendeinsats* enligt LSS *personkrets 3* eller SoL. Socialstyrelsen har också beaktat om barn kan omfattas av kartläggningen men mycket få barn har kombinationen psykiatrisk diagnos och boendeinsats. Barn återfinns dock i större utsträckning inom LSS *personkrets 1*, där rätten till insatser finns om autism eller intellektuell funktionsnedsättning föreligger. Dessa diagnoser är generellt exkluderade i denna kartläggning men är samtidigt av vikt att studera närmare i andra studier utifrån aspekten hälsa.

Boendeinsats innefattar något av följande:

- bostad med särskild service enligt LSS, personkrets 3
- boendestöd enligt SoL
- särskilt boende enligt SoL

Av dessa insatser är bostad med särskild service och särskilt boende ett boende där personer med psykisk funktionsnedsättning bor tillsammans och där boendet har gemensamhetsutrymmen. Särskild service innebär också att fast personal finns tillgänglig för att ge stöd och service. Boendestöd innebär ett ordinärt boende där personal kommer på besök för att underlätta vardagen i det egna boendet. Tabell 1 visar antalet män och kvinnor i studiepopulationen efter boendeinsats för år 2020–2021 och Tabell 2 redovisar ålderssammansättningen efter kön och boendeinsats.

**Tabell 1. Antal personer 18 år och äldre med psykisk funktionsnedsättning efter boendeinsats (andel män). År 2020–2021.**

	Särskild service	Boendestöd	Särskilt boende
Antal personer	1 281 (59%)	24 400 (44%)	5 817 (49%)

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen

**Tabell 2. Åldersammansättning bland personer med psykisk funktionsnedsättning efter boendeinsats. År 2020–2021. Procent.**

Ålder	Särskild service		Boendestöd		Särskilt boende		Befolkningen	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
18–24	0,6	0,4	8,2	8,4	1,6	0,9	10,3	9,3
25–39	10,6	9,4	36,3	34,4	11,0	5,6	26,5	25,1
40–64	67,7	65,5	47,2	49,2	37,4	22,4	39,2	38,2
65 och äldre	21,1	24,7	8,3	8,1	50,0	71,1	24,0	27,4

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har även beaktat andra insatser enligt LSS eller SoL utöver boendeinsats (Tabell 3). Majoriteten, 62 procent av populationen, hade endast boendeinsats. Vanliga kombinationer av två eller fler insatser utöver boendeinsatsen var dagverksamhet och kontaktperson samt hemtjänst kombinerat med någon annan insats. Exempelvis hade 17 procent boendeinsats och hemtjänst, varav sex procent endast hade detta medan andra med boendeinsats och hemtjänst även hade ytterligare någon insats. I annan SoL-insats inkluderas matdistribution, trygghetslarm, avlösning av anhörig, korttidsboende och korttidsplats. Kartläggningen har inte närmare analyserat om insatser utöver boendeinsats kan påverka utfallet hälsa, exempelvis om en person med psykisk funktionsnedsättning har en kontaktperson som kan utgöra ett extra stöd utöver boendet. Sådana frågor kan vara angelägna att närmare beakta i framtida studier.

**Tabell 3. Övriga insatser bland personer med en boendeinsats enligt LSS eller SoL.**

Andelen personer som bara har boendeinsats eller samtidigt har någon eller fler insatser enligt SoL eller LSS.

Kombination mellan boendeinsats och annan insats (n=31 435)	Andel (har endast kombinationen)
Boendeinsats som enda insats	62 %
Boendeinsats och hemtjänst i form av service eller personlig omvårdnad	17 % (6 %)
Boendeinsats och dagverksamhet SoL/daglig verksamhet LSS	12 % (7 %)
Boendeinsats och kontaktperson SoL/kkontaktperson LSS	10 % (5 %)
Boendeinsats och ledsagning SoL/ledsagarservice LSS	4 % (0,5 %)
Boendeinsats och annan SoL-insats	14 % (3 %)

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen

## Deskriptiva och analytiska analyser

En översikt av psykiatriska och vanliga somatiska diagnoser i befolkningen, och socioekonomiska förhållanden, ges i resultatavsnittet nedan.

De analytiska analyserna nedan beaktar frågeställningar som rör perspektiven *tillgänglighet* och *bemötande*, där tillgänglighet främst rör aspekter av att komma sent till vård eller inte ha behandling, och där bemötande främst rör aspekter av att inte få adekvat vård vid ett akut sjukdomstillstånd.

Socialstyrelsen har även beaktat risk för ökad *dödlighet* relaterat till dessa perspektiv. De sjukdomstillstånd som har varit föremål för analyserna är:

- diabetes (sekundärprevention med blodfettsänkande)
- bröstcancer (tumörstadium vid ställd bröstcancerdiagnos)
- akut hjärtinfarkt (ballongvidgning, så kallad PCI, av förträngningar i hjärtats kranskärl)
- Munsjukdomar (besöksfrekvens med hänsyn till sjukdomsförekomst samt behandling vid akutbesök)

## Dialoger med företrädare för verksamheter

För att närmare belysa registerstudiernas resultat ur ett mer kvalitativt perspektiv har Lumell Associates på uppdrag av Socialstyrelsen haft dialoger med företrädare för olika verksamheter. Även patienter med egen erfarenhet har medverkat.

Dialogerna har genomförts i mindre skala och syfte att belysa olika faktorer som kan vara av betydelse mot bakgrund av registerstudiernas resultat. Resultatet av dessa dialoger har sammanställts av Lumell och finns som bilaga i sin helhet i slutet av denna rapport<sup>6</sup>.

Urvalet av intervjupersoner gjordes utifrån en strävan om geografisk spridning, och att spegla ett hälso- och sjukvårds-, socialtjänst- samt brukarperspektiv. Därutöver valdes verksamheter mot bakgrund av de kvantitativa analyser som gjorts inom ramen för regeringsuppdraget (med fokus på mammografiundersökningar, PCI-behandling, läkemedelsbehandling av diabetes och tandvård). I ett första steg valdes en stor region i södra Sverige (Region Skåne) och en mindre region i norra Sverige (Region Jämtland Härjedalen) ut för att kontakta möjliga respondenter. Företrädare inom mammografi- respektive den specialiserade hjärt-/akutsjukvården kontaktades i respektive region. En intervjuförfrågan förmedlades inledningsvis till verksamhets-/enhetschefer eller motsvarande. De kontaktade företrädarna ombads även att själva förmedla förfrågan till funktioner som de ansåg lämpliga. Intervjuförfrågningar skickades även till ett slumpmässigt urval av vårdcentraler i de nämnda regionerna. Intervjuförfrågningar förmedlades även till ett urval av vårdcentraler i Region Stockholm.

Vad gäller tandläkarmottagningar kontaktades ett slumpmässigt urval i Region Skåne och i Region Jämtland Härjedalen. På grund av begränsad respons, gjordes även ett kompletterande urval av företrädare vid tandläkarmottagningar i Region Stockholm. Målsättningen var att få en relativt jämn spridning av privata och offentliga aktörer.

När det kommer till socialtjänstföreträdare förmedlades en bred intervjuförfrågan via Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) Nätverk för kvalitet och utveckling inom funktionshinder. Via nätverket, skickades även en riktad förfrågan till SOL/LSS-boende i Västra Götalandsregionen. Detta i syfte att få kontakt med personer som på daglig basis möter och arbetar med den aktuella målgruppen. Intervjuförfrågningar förmedlades även via kommunalförbund i Västra Götalandsregionen.

<sup>6</sup> Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

Slutligen kontaktades brukar- och patientföreningar i syfte att förmedla intervjufrågningar till personer med egen erfarenhet.

# Resultat

## Översikt

Avsnittet ger en översikt av hälsan bland personer med psykisk funktionsnedsättning efter boendeinsats, kön och ålder.

### Psykiatriska tillstånd

I Tabell 4 redovisas psykiatriska tillstånd bland personer med psykisk funktionsnedsättning, där personerna samtidigt har beviljats en boendeinsats från socialtjänsten. När det gäller bostad med särskild service och särskilt boende var schizofreni och liknande tillstånd vanliga, där paranoid schizofreni var det vanligaste tillståndet. Samtidigt varierar diagnospanoramats beroende på ålder.

Andra vanliga psykiatriska diagnoser var emotionellt instabilt personlighetssyndrom bland kvinnor och adhd, både bland män och kvinnor. Personer med boendestöd hade en mer varierad förekomst av diagnoser, där ångestsyndrom och depressioner var vanliga. Samsjuklighet var vanlig och framför allt bland personer med boendestöd och särskilt boende fanns förekomst av substansbruk.

**Tabell 4. Psykiatriska tillstånd bland personer med boendeinsats**

Andelen personer med en fastställd psykiatrisk diagnos, efter boendeinsats, kön och ålder. En person kan ha fler än en diagnos och därmed förekomma under fler än en diagnoskategori. Där celler saknar siffra var andelen noll eller utgjordes av någon enstaka individ. År 2020-2021. Procent.

	Diagnoser*							
	F1	F2	F30-F31	F32-F39	F4	F5	F6	F9
<b>Bostad med särskild service</b>								
<b>Män</b>								
18-24	-	-	-	-	-	-	-	-
25-39	14,5	67,1	-	-	13,2	-	7,9	17,1
40-64	5,4	90,3	1,2	2,1	2,7	-	2,5	4,7
65 och äldre	4	92,7	-	-	4,6	-	-	-
<b>Kvinnor</b>								
18-24	-	-	-	-	-	-	-	-
25-39	8,5	57,4	-	-	23,4	-	29,8	19,1
40-64	4,6	83,9	3,6	2,1	5,5	-	6,4	6,1
65 och äldre	1,6	86,3	7,3	-	6,5	-	-	-
<b>Boendestöd</b>								
<b>Män</b>								
18-24	18,3	15,3	4,3	21,1	29,3	1,7	4,5	56,9
25-39	19,9	26	7,1	20	27,7	1,3	7,1	41,1
40-64	20,4	38,8	10,5	18	24,8	1,2	5,7	21,1
65 och äldre	16,5	50,3	12,6	15,1	17,2	0,7	3,5	6,5
<b>Kvinnor</b>								
18-24	16,6	5,8	8,9	25,1	50,6	6,1	20,6	51,9
25-39	14,5	10,5	12,8	22	43,5	4,0	21,3	42,5
40-64	11,1	24,7	16,9	21,3	37,4	2,0	11,8	24,8



	Diagnoser*							
	F1	F2	F30-F31	F32-F39	F4	F5	F6	F9
65 och äldre	7,8	42,5	17,6	18,3	28,4	1,0	3,9	6,6
<b>Särskilt boende</b>								
<b>Män</b>								
18–24	23,9	47,8	-	15,2	34,8	-	-	37,0
25–39	22,5	70,7	4,8	5,5	12,9	-	4,8	25,4
40–64	17,8	73,8	5,0	4,7	8,0	0,9	4,6	6
65 och äldre	21,6	43	11,4	16,3	14,5	0,6	2,3	3,7
<b>Kvinnor</b>								
18–24	26,9	23,1	-	23,1	69,2	-	42,3	23,1
25–39	25,1	46,1	7,2	8,4	27,5	4,2	35,3	22,8
40–64	11,9	73	6,6	5,1	12,4	0,7	9,3	5,5
65 och äldre	8,1	38,4	14,0	23,8	25	0,4	1,8	2,6

\***Diagnoser ICD-10:** F1 Substansbruk; F2 Schizofreni och liknande tillstånd; F30-F31 Bipolär sjukdom; F32-F39 Depressioner; F4 Ängestsyndrom; F5 Ät- och sömnstörningar etc.; F6 Personlighetsyndrom etc.; F9 Adhd etc.

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen

## Somatiska tillstånd som utgör folksjukdomar

Tabell 5 redovisar andelen personer med somatiska diagnoser som är vanliga i befolkningen. Risken för personer med psykisk funktionsnedsättning att ha diagnosen relativt befolkningen redovisas också<sup>7</sup>. Mycket vanliga tillstånd bland personer med boendeinsats, relativt befolkningen, var diabetes, fetma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

### Tabell 5. Vanliga somatiska tillstånd i befolkningen bland personer med psykisk funktionsnedsättning

Andel i procent (och risk relativt befolkningen) att ha ett somatiskt tillstånd bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Efter boendeinsats och kön. År 2020-2021. Åldersstandardiserade tal.

Diagnoser	Särskild service		Boendestöd		Särskilt boende	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Tumörer	8,5 (0,8)	10,1 (0,7)	8,7 (0,8)	14,1 (1,0)	10,3 (1,0)	10,6 (0,8)
Diabetes	13,8 (2,7)	17,1 (5,0)	11,4 (2,2)	9,0 (2,6)	15,0 (2,9)	13,3 (3,9)
Fetma	3,9 (3,7)	8,0 (3,2)	3,8 (3,7)	6,9 (2,7)	3,9 (3,8)	7,4 (2,9)
Akut hjärtinfarkt	1,0 (0,9)	0,4 (0,8)	1,0 (0,9)	0,4 (0,8)	1,1 (1,0)	1,0 (1,9)
Stroke	2,3 (2,1)	1,0 (1,3)	2,0 (1,8)	1,2 (1,5)	3,4 (3,1)	2,4 (3,0)
Hypertoni	8,3 (0,8)	8,2 (1,0)	14,2 (1,4)	11,6 (1,4)	16,0 (1,6)	16,1 (1,9)
KOL	6,3 (5,7)	7,1 (5,9)	3,4 (3,1)	4,3 (3,6)	5,9 (5,4)	6,3 (5,3)
Munsjukdom	60,9 (1,3)	64,4 (1,5)	60,5 (1,3)	55,6 (1,3)	67,5 (1,4)	63,0 (1,5)

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen. Kvalitetsregistret SKaPa.

### Särskilda orsaker av betydelse för hälsan

Personer med psykisk funktionsnedsättning har på grund av sitt psykiatriska tillstånd en ökad risk för att behöva vård eller att avlida av särskilda yttre orsaker. I Tabell 6 redovisas sådana yttre orsaker som har utgjort grund till ett vårdtillfälle. Tabellen visar andelen personer inom gruppen som har utsatts

<sup>7</sup> "Risk relativt befolkningen" innebär här en kvot mellan andelen personer med psykisk funktionsnedsättning med diagnosen och andelen i befolkningen med diagnosen. Om den relativa risken är 2 innebär det att diagnosen är två gånger vanligare bland personer med psykisk funktionsnedsättning.

för övergrepp av annan person eller skadat sig själv avsiktligt (med eller utan suicidavsikt). Även andelen som avlider på grund av suicid eller annan orsak redovisas.

Jämfört med befolkningen har personer med psykisk funktionsnedsättning i betydligt högre utsträckning sådana orsaker till vårdtillfällena eller som dödsorsak. När det gäller övergrepp av annan person handlade det oftast om misshandel och våldtäkt, eller försök till våldtäkt, vilket drabbade framför allt yngre personer. När det gäller självskada var avsiktlig förgiftning ett vanligt tillvägagångssätt. Självskada var vanlig bland yngre kvinnor och män, speciellt vid boendeinsatserna särskild service och boendestöd. Suicid förekom ofta både bland män och kvinnor i boendestöd. Dödlighet, exklusive suicid, var mycket hög bland män och kvinnor 65 år och äldre med särskilt boende, jämfört med övriga boendeformer och med befolkningen. Vanliga dödsorsaker, där suicid var exkluderat, var särskilt covid-19, hjärtsjukdomar, lungsjukdomar, tumörer och även demens bland äldre.

#### Tabell 6. Yttre orsaker till ett vårdtillfälle och överdödlighet vid psykisk funktionsnedsättning

Andelen personer som hade vissa yttre orsaker till ett vårdtillfälle 2019-2022 eller avled år 2020-2022 (tvåårsuppföljning från 2018-2019). Efter boendeinsats, kön och ålder. Där celler saknar siffra var andelen noll eller utgjordes av någon enstaka individ. Antal per hundra tusen.

	Övergrepp av annan person	Självskada	Suicid	Död av annan orsak, exkl. suicid
<b>Befolkningen</b>				
<b>Män</b>				
18-24	1 584	646	59	119
25-39	791	434	56	160
40-64	380	255	65	1 040
65 och äldre	86	165	66	12 583
<b>Kvinnor</b>				
18-24	1 164	1 357	23	45
25-39	567	533	23	87
40-64	251	312	27	696
65 och äldre	49	165	22	11 588
<b>Bostad med särskild service</b>				
<b>Män</b>				
18-24	-	-	-	-
25-39	-	6 579	-	-
40-64	-	2 062	-	7 810
65 och äldre	-	-	-	27 711
<b>Kvinnor</b>				
18-24	-	-	-	-
25-39	-	25 532	-	-
40-64	-	5 167	-	4 321
65 och äldre	-	-	-	21 094
<b>Boendestöd</b>				
<b>Män</b>				
18-24	5 341	9 205	1 087	-
25-39	3 510	7 558	670	1 424
40-64	2 659	5 868	486	4 962
65 och äldre	557	5 909	628	14 070
<b>Kvinnor</b>				

	Övergripp av annan person	Självskada	Suicid	Död av annan orsak, exkl. suicid
18–24	10 499	23 185	771	-
25–39	5 482	11 839	601	890
40–64	2 102	8 243	499	2 449
65 och äldre	544	5 989	460	12 603
<b>Särskilt boende</b>				
<b>Män</b>				
18–24	-	17 391	-	-
25–39	5 145	9 968	1 582	2 532
40–64	1 700	4 721	-	9 765
65 och äldre	636	6 427	-	45 654
<b>Kvinnor</b>				
18–24	-	30 769	-	-
25–39	8 383	26 347	-	2 469
40–64	2 537	6 119	-	9 870
65 och äldre	330	5 702	-	44 468

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, patientregistret, och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Socioekonomiska förhållanden

I Tabell 7 redovisas uppgifter om inkomst, inkomstkälla och etablering på arbetsmarknaden för personer med psykisk funktionsnedsättning som är i arbetsför ålder, jämfört med befolkningen, för åren 2018–2019. Av tabellen framgår att inkomsten inte ökar över ålder för personer med psykisk funktionsnedsättning vilket den gör för befolkningen. För befolkningen är förvärvsarbete den vanligaste inkomstkällan medan ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning är det för personer med psykisk funktionsnedsättning. Jämfört med befolkningen är andelen personer med psykisk funktionsnedsättning i låg utsträckning etablerade på arbetsmarknaden, där etableringen också minskar över ålder. När det gäller personer med särskild service var andelen etablerade så låga att inga siffror redovisas.

### Tabell 7. Översikt av socioekonomiska förhållanden

Inkomst, huvudsaklig inkomstkälla och etablering på arbetsmarknaden bland personer med psykisk funktionsnedsättning jämfört med befolkningen. Siffror för bostad med särskild service redovisas inte på grund av små tal. Efter boendeinsats, ålder och kön. 2018-2019.

	Inkomst (hundra-tal kronor)	Vanligaste inkomstkällan	Andel etablerade på arbetsmarknaden
<b>Befolkningen</b>			
<b>Män</b>			
18–24	1 269	Förvärvsarbete	63,0 %
25–39	3 520	Förvärvsarbete	70,6 %
40–64	4 107	Förvärvsarbete	62,1 %
<b>Kvinnor</b>			
18–24	1 298	Förvärvsarbete	66,3 %
25–39	2 795	Förvärvsarbete	67,6 %
40–64	3 475	Förvärvsarbete	67,2 %
<b>Bostad med särskild service</b>			
<b>Män</b>			
18–24	1 025	Ekonomiskt bistånd	-

	Inkomst (hundra-tal kronor)	Vanligaste inkomstkällan	Andel etablerade på arbetsmark- naden
25-39	1 176	Sjuk- eller aktivitetsersättning	-
40-64	1 191	Sjuk- eller aktivitetsersättning	-
<b>Kvinnor</b>			
18-24	960	Sjuk- eller aktivitetsersättning	-
25-39	1 176	Sjuk- eller aktivitetsersättning	-
40-64	1 191	Sjuk- eller aktivitetsersättning	-
<b>Boendestöd</b>			
<b>Män</b>			
18-24	937	Ekonomiskt bistånd	17,4 %
25-39	1 189	Sjuk- eller aktivitetsersättning	14,3 %
40-64	1 410	Sjuk- eller aktivitetsersättning	6,8 %
<b>Kvinnor</b>			
18-24	1 016	Sjuk- eller aktivitetsersättning	22,6 %
25-39	1 269	Sjuk- eller aktivitetsersättning	16,2 %
40-64	1 461	Sjuk- eller aktivitetsersättning	7,7 %
<b>Särskilt boende</b>			
<b>Män</b>			
18-24	816	Ekonomiskt bistånd	6,8 %
25-39	1 176	Sjuk- eller aktivitetsersättning	3,5 %
40-64	1 191	Sjuk- eller aktivitetsersättning	0,5 %
<b>Kvinnor</b>			
18-24	951	Sjuk- eller aktivitetsersättning	3,6 %
25-39	1 176	Sjuk- eller aktivitetsersättning	1,8 %
40-64	1 191	Sjuk- eller aktivitetsersättning	0,6 %

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen, RAKS, Statistiska centralbyrån.

## Analyser av tillgänglighet och bemötande

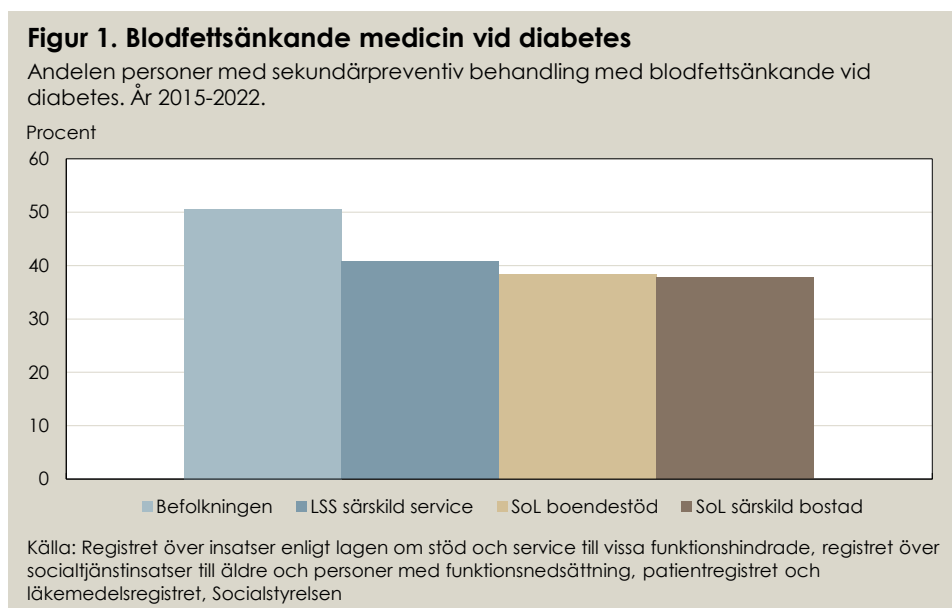
Avsnittet belyser perspektiven tillgänglighet till adekvat vård och bemötande inom vården vid något av tillstånden diabetes, bröstcancer och akut hjärtinfarkt. Även dödlighet beaktas i detta avsnitt. Analyserna är generellt justerade för ålder, kön och kommungrupp.

### Diabetes

Omkring fem procent av befolkningen har diabetes. Tillståndet innebär en påtagligt ökad risk för ökade lipidnivåer vilket på sikt ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Det är därför av stor vikt att tidigt behandla ökade värden av lipider med blodfettsänkande medicin, oftast med statiner. Detta är särskilt viktigt om också andra riskfaktorer föreligger, så som högt blodtryck och rökning. Behandlingen utgör således sekundärprevention för att förhindra hjärt-kärlsjukdom särskilt vid diabetes typ 2. Mot bakgrund av att personer med psykisk funktionsnedsättning har mycket hög förekomst av diabetes aktualiseras behovet av sådan sekundärprevention.

Figur 1 visar andelen personer med diabetes och samtidig psykisk funktionsnedsättning som hade blodfettsänkande medicin. Personer utan psykisk funktionsnedsättning med diabetes i befolkningen utgör jämförelsegrupp.

Som framgår av figuren var andelen personer med blodfettsänkande behandling lägre bland personer med psykisk funktionsnedsättning än i befolkningen.



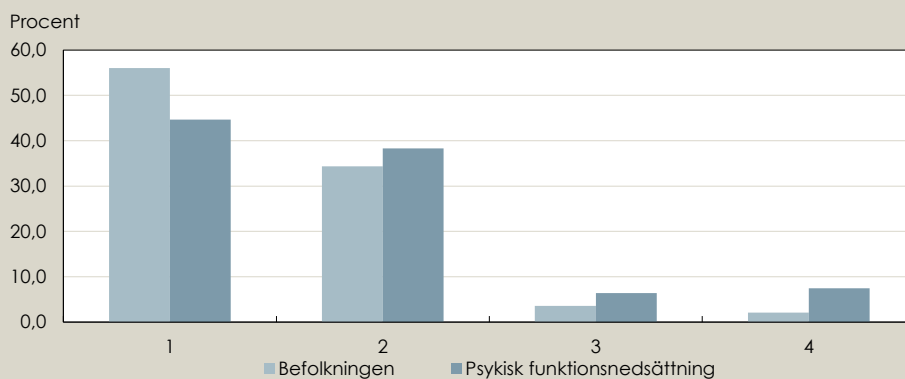
## Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor. För att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede används mammografi. Metoden minskar signifikant dödligheten i sjukdomen. Kvinnor blir från det år då de fyller 40 med regelbundna intervall inbjudna till screening med mammografi. Screening kan därför ha stor betydelse för i vilket tumörstadium bröstcancer upptäcks.

Figur 2 redovisar tumörstadium vid bröstcancer för kvinnor i åldrarna 40–59 år med psykisk funktionsnedsättning jämfört med kvinnor i befolkningen för åren 2010–2017. Figuren visar att kvinnor i befolkning i högre utsträckning befann sig i stadium ett vid bröstcancerdiagnos, vilket innebär att cancer är liten och inte finns i lymfkörtlar i armhålan. Det var vanligare att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning befann sig i ett senare stadium, där stadium fyra betyder att cancer spridits och bildat metastaser i kroppen. Samma mönster av att befinna sig i senare tumörstadium återfanns hos kvinnor 60–74 år med psykisk funktionsnedsättning (visas inte i figur).

**Figur 2. Stadium vid bröstcancer**

Tumörstadium vid fastställd bröstcancerdiagnos bland kvinnor 40-59 år med psykisk funktionsnedsättning jämfört med kvinnor 40-59 år i befolkningen. Siffran 4 indikerar ett sent stadium med spridd cancer. År 2010-2017.

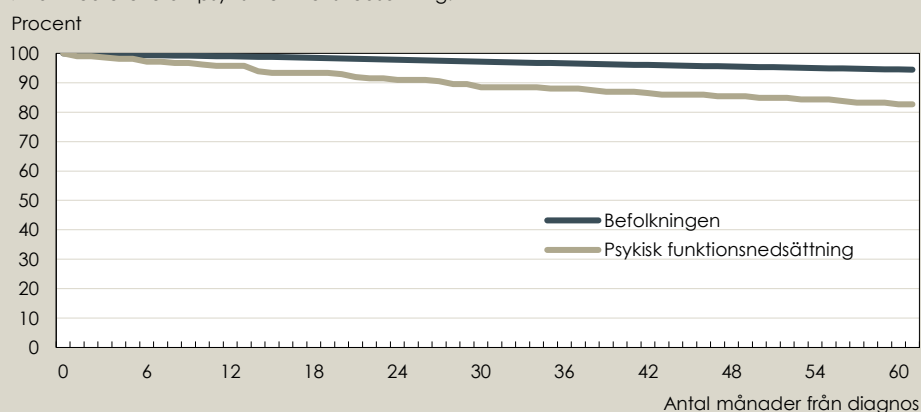


Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, patientregistret och cancerregistret, Socialstyrelsen

De kvinnorna 40–74 år som diagnostiserades med bröstcancer 2010–2017 följdes även upp under fem år efter diagnos med avseende på överlevnad. Figur 3 redovisar orsaksspecifik dödlighet för kvinnor med och utan psykisk funktionsnedsättning, där orsaksspecifik innebär att kvinnan avled specifikt i bröstcancer. Efter fem år hade omkring fem procent av kvinnorna utan psykisk funktionsnedsättning avlidit i bröstcancer medan motsvarande andel för kvinnor med psykisk funktionsnedsättning var omkring 20 procent. Beräkning av en så kallad relativ risk visade att det var nära 3,5 gånger vanligare för kvinnor med psykisk funktionsnedsättning att avlida under uppföljningen (relativ risk 3,41 med 95 % konfidensintervall 2,44–4,76)<sup>8</sup>.

**Figur 3. Överlevnad efter bröstcancerdiagnos**

Överlevnad fem år efter ställd bröstcancerdiagnos någon gång mellan 2010-2017 bland kvinnor 40-74 år med eller utan psykisk funktionsnedsättning.



Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, patient- och cancerregistret, och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

<sup>8</sup> Beräkningen genomfördes med Cox proportional hazards regression där modellen justerades för ålder och kommungrupp.

## Akut hjärtinfarkt

Vid förträngningar i hjärtats kärl finns en ökad risk för att drabbas av akut hjärtinfarkt. En viktig behandlingsinsats som skyndsamt ska utföras vid akut hjärtinfarkt är så kallad ballongvidgning (PCI) i syfte att öppna ett tilltäppt kärl.

Tabell 8 visar om ballongvidgning utfördes 0–6 dagar efter hjärtinfarkt bland personer med eller utan psykisk funktionsnedsättning under 2010–2021. Det framgår att vårdåtgärden i lägre utsträckning förekom bland personer med psykisk funktionsnedsättning än i befolkningen. Den relativa risken att erhålla ballongvidgning var 0,76 bland personer med psykisk funktionsnedsättning, vilket innebär omkring 25 procents lägre sannolikhet att behandlingen utfördes inom gruppen.

**Tabell 8. PCI efter akut hjärtinfarkt**

Utförd PCI 0-6 dagar efter akut hjärtinfarkt bland personer med psykisk funktionsnedsättning. År 2010-2021.

	IRR (95 %KI)	Antal PCI (%)
Referens	1	110 133 (57,0)
Psykisk funktionsnedsättning	0,76 (0,70–0,82)	324 (45,2)

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen

De personer som drabbades av hjärtinfarkt 2010–2021 och överlevde de sex första dagarna efter infarkten följdes även upp under ett år med avseende på dödlighet i ny hjärtinfarkt. Som Tabell 8 ovan visade fick personer med psykisk funktionsnedsättning PCI i lägre utsträckning än personer utan psykisk funktionsnedsättning, vilket kan medföra ökad risk för att avlida vid en ny hjärtinfarkt. I Tabell 9 redovisas den relativa risken för död under uppföljningen där analysen antingen tar hänsyn till PCI eller inte. Vid justering, det vill säga då hänsyn tas till en lägre förekomst av PCI bland personer med psykisk funktionsnedsättning, minskade den relativa risken att avlida. Mot bakgrund av värdet av PCI-behandling vid akut hjärtinfarkt kan resultaten indikera att utebliven PCI-behandling bidrog till överdödlighet i hjärtinfarkt inom målgruppen.

**Tabell 9. Dödlighet i hjärtinfarkt**

Relativ risk (IRR, 95 % KI) att dö i hjärtinfarkt inom 7-365 dagar efter tidigare hjärtinfarkt 2010-2021. Justerat respektive inte justerat för PCI-behandling.

	Ej justerat för PCI	Justerat för PCI
Referens	1	1
Psykisk funktionsnedsättning	1,96 (1,42–2,70)	1,64 (1,19–2,25)

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

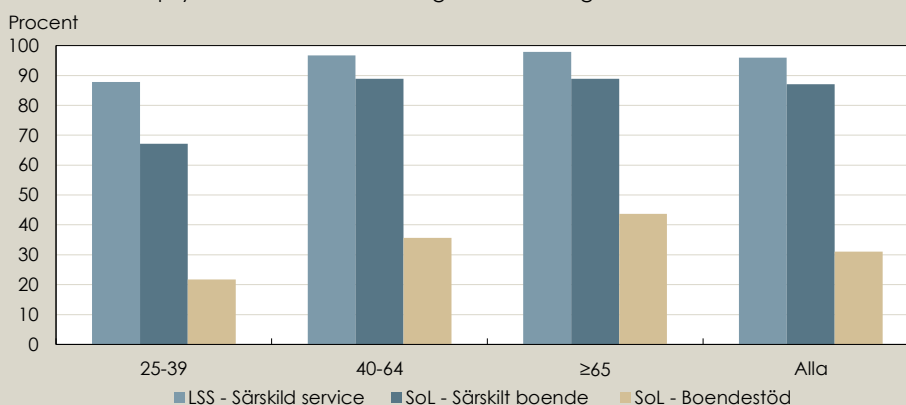
## Munsjukdomar

Tillgänglighet i tandvården kan påverkas av patienternas ekonomi eftersom personer som är 24 år eller äldre betalar en stor del av sin tandvård själva. Personer med vissa sjukdomar, funktionsnedsättningar eller ett stort behov av vård och omsorg kan få stöd från sin region vilket ger rätt till tandvård till

hälso- och sjukvårdsavgift. De regionala tandvårdsstöden kan således minska de ekonomiska hindren för personer att söka tandvård. Figur 4 visar andelen personer med psykisk funktionsnedsättning med olika boendeinsatser som har fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift jämfört med alla som har besökt tandvården med boendeinsatsen. Figuren visar att andelen som fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift ökar något med ökad ålder och att personer med boendestöd enligt SoL får i minst utsträckning tandvårdsstöd, ungefär 30 procent av gruppen.

**Figur 4. Andel som fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift bland personer som besökt tandvården 2020-2022**

Personer med psykisk funktionsnedsättning med samtidig boendeinsats.

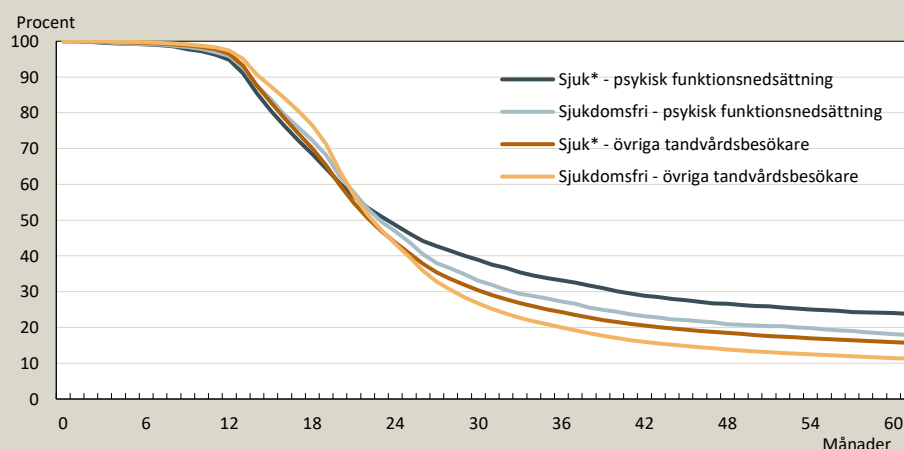


Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, patientregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta förhöjd risk för munsjukdomar, både till följd av deras funktionsnedsättning och även läkemedelsanvändning. Detta ökar behovet för en tät kontakt med tandvården. Att endast ha en sporadisk kontakt med tandvården eller ingen alls kan därför vara tecken på brister i tillgänglighet. I figur 5 visas sannolikheten för att inte komma på uppföljande undersökning inom en fem-års-period bland personer som haft munsjukdom respektive varit sjukdomsfria vid första undersökningen. Figuren visar att sannolikheten att inte komma på uppföljande undersökning skiljer sig inte mellan grupperna de första 20 månaderna men att skillnaderna mellan grupperna ökar med tid. Efter fem år är sannolikheten att inte ha kommit på uppföljande undersökning störst bland personer med psykisk funktionsnedsättning som haft aktiv munsjukdom vid första undersökningen, dvs den grupp som har tydligast behov för en tät kontakt med tandvården.



**Figur 5. Sannolikheten bland personer som kommit på undersökning 2015-2016 att inte komma på uppföljande undersökning inom en 5 års-period.**



\* sjuk = diagnostiserat med nya kariesskador eller tandköttsfickor  $\geq 5$ mm vid första undersökningen  
 Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen. Kvalitetsregistret SKaPa.

Oregelbunden kontakt med tandvården kan innebära ökat risk för att behöva söka tandvården akut. I tabell 10 visas den relativa risken för att komma akut till tandvården. Tabellen visar att gruppen med psykisk funktionsnedsättning som haft aktiv munsjukdom vid första undersökningstillfället och som har störst risk för att utebli från regelbundna undersökningar har även störst risk att behöva söka akut till tandvården.

**Tabell 10. Akuta tandvårdsbesök**

Relativ risk för att söka akut till tandvården under en fem-års-period bland personer som fått åtgärden basundersökning någon gång mellan år 2015–2016.

	IRR (95 %KI)
Övriga tandvårdsbesökare, sjukdomsfria vid baseline (referens)	1
Psykisk funktionsnedsättning, sjukdomsfria vid baseline	1,15 (1,11 - 1,20)
Övriga tandvårdsbesökare, sjuk* vid baseline	1,22 (1,21 - 1,22)
Psykisk funktionsnedsättning, sjuk* vid baseline	1,45 (1,41 - 1,49)

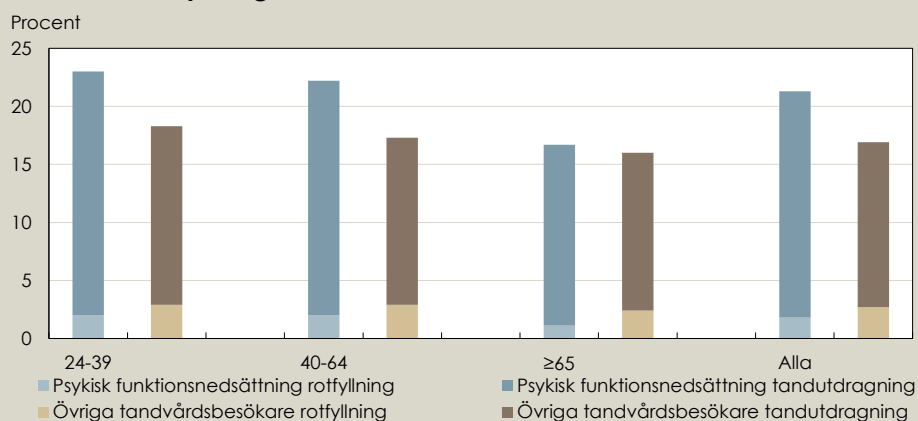
\*sjuk = diagnostiserat med nya kariesskador eller tandköttsfickor  $\geq 5$ mm vid första undersökningen

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, Socialstyrelsen. Kvalitetsregistret SKaPa.

Skälen till ett akutbesök i tandvården kan variera. Exempel på två vanligt förekommande åtgärder vid akuta tandvårdsbesök är rotfyllningsåtgärder och tandutdragningar. Skadan på tanden i fråga har stor betydelse för val av behandling. Långt framskriden sjukdom kan i vissa fall innebära att tanden inte går att rädda och måste tas bort medan en tand med en mindre omfattande skada går att rädda genom rotfyllningsbehandling eller annan typ av behandling. Val av behandling kan också bero på patientens önskemål eller behandlarens bedömning av patientens situation. Rotfyllningsbehandling kräver ofta flera uppföljande besök medan tandutdragning färdigställs oftast vid ett och samma tillfälle. Figur 6 visar andelen av de som besökte tandvården akut som behandlats med rotfyllningsåtgärd respektive tandutdragning i samband

med akutbesöket. Figuren visar att tandutdragning är vanligare bland personer med psykisk funktionsnedsättning men rotfyllningar vanligare bland övriga tandvårdsbesökare. Mer än 20 procent av personer med psykisk funktionsnedsättning fick en eller flera tänder utdragna i samband med ett akutbesök jämfört med 14 procent av övriga tandvårdsbesökare.

**Figur 6. Andelen akutbesökare\* som behandlats med extraktion alternativt rotfyllning i samband med akutbesöket**



\* Personer som fått åtgärden akut- eller kompletterande undersökning 2020-2022 som inte gjort basundersökning inom 14 dagar före besöket

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, patientregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

# Slutsatser och bedömning

## Översiktliga slutsatser om hälsa och socioekonomi

Kartläggningen visar att vanliga sjukdomstillstånd i befolkningen i större utsträckning allmänt förekommer bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Vissa tillstånd som diabetes typ 2 och fetma är mycket vanliga relativt befolkningen och många har dålig munhälsa. Andra tillstånd hade nödvändigtvis inte en ökad risk jämfört med befolkningen. Dessa tillstånd, som hjärtinfarkt och cancer, kan dock vara förenade med en ökad dödlighet inom målgruppen vilket innebär att de inte inkluderas i en riskanalys. Det kan också vara så att tillståndet, exempelvis prostatacancer och bröstcancer, inte diagnostiseras i samma utsträckning som i befolkningen med följd att analysen av den relativa risken även då påverkas.

Det är också vanligare att gruppen utsätts för olika former av våld, har en klart ökad risk för självskada och suicid, och även en ökad dödlighet generellt. Den socioekonomiska situationen är dessutom utsatt med låga inkomster och där huvudsaklig inkomstkälla utgörs antingen av ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning.

Mot bakgrund av ett sådant sämre hälsoläge och sämre socioekonomiska förhållanden bland personer med psykisk funktionsnedsättning är det av stor vikt att ha en förståelse för och uppmärksamma att målgruppen kan ha en begränsad insikt om eget vårdbehov, en nedsatt förmåga eller bristande vilja att söka och tillgodose vård. I detta sammanhang är det också viktigt att notera att personer med olika psykiatriska tillstånd, exempelvis schizofreni och emotionellt instabilt personlighetssyndrom, har olika behov med följd att bemötandet kan behöva anpassas och vara olika.

En bristande vilja att söka vård kan även ha att göra med tidigare negativa erfarenheter av vård, enligt Lumell Associates dialoger<sup>9</sup>. Även de ekonomiska förutsättningarna inom gruppen, som framgår tydligt av kartläggningen, kan begränsa möjligheten och benägenheten att söka hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.

*"Många lider av så kallade negativa symtom. Det betyder att man blir väldigt passiv, man skjuter fram saker med mera. Man kan ha bestämt något och sen kommer man inte iväg."*

*Person med egen erfarenhet*

<sup>9</sup> Till exempel sidan 7; Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

# Slutsatser om tillgänglighet och bemötande vid sjukdomstillstånd

## Sekundärprevention vid diabetes

Särskilt vid diabetes typ 2 används sekundärpreventiv behandling med blodfettsänkande medicin i syfte att minska risken för hjärtkärlsjukdom. Sådan behandling bör sättas in tidigt. Kartläggningen visar att personer med psykisk funktionsnedsättning, som har diabetes, i lägre utsträckning än diabetiker i befolkningen har sådan sekundärpreventiv behandling. Mot bakgrund av att förekomsten av diabetes typ 2 är betydligt högre bland personer med psykisk funktionsnedsättning än i befolkningen pekar en generellt lägre sekundärprevention inom målgruppen på ett aktuellt behov för behandlingen.

Att förekomsten av sekundärpreventiv behandling bland personer med psykisk funktionsnedsättning är lägre än i befolkningen kan ha flera tänkbara orsaker. I de dialoger Lumell Associates har haft med verksamma inom primärvården framkommer att det kan vara svårt att motivera patienten att ta blodfettsänkande, exempelvis på grund av att medicinen kan vara förenad med biverkningar<sup>10</sup>. Det framkommer också att vissa patienter frekvent uteblir från läkarbesök, ibland på grund av begränsad insikt om sin somatiska hälsa eller för att personen kan vara relativt kritiskt eller skeptiskt inställd till hälso- och sjukvården allmänt och läkemedelsbehandling i synnerhet. Vid ett vårdbesök som faktiskt äger rum kan dessutom andra behandlingsinsatser prioriteras, såsom att sänka blodtrycket och förmå patienten att sluta röka, innan det kan bli aktuellt att försöka motivera patienten att ta blodfettsänkande läkemedel.

*"Distriktsläkarna möter patienten som är skeptisk till behandlingen och då är vår roll att sälja in den. Det krävs tid och förtroende att få patienten att förstå varför behandlingen är viktig."*

Läkare primärvården

## Tumörstadium vid bröstcancer

Kvinnor mellan 40–74 år kallas vartannat år till en undersökning med mammografi. Screeningen syftar till att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede och därmed minska dödligheten i bröstcancer. Den här kartläggningen visar att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning i högre utsträckning kommer i senare tumörstadium där cancern också kan ha hunnit spridas i kroppen. Kvinnorna följdes även upp med avseende på att avlida i bröstcancer fem år efter diagnos. Den relativa risken visade att det var omkring 3,5 gånger vanligare att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning avled under uppföljningen. En sådan ökad risk att avlida behöver inte enbart bero på att personen kom i ett sent tumörstadium utan exempelvis också på efterföljande följsamhet till behandling efter diagnos.

<sup>10</sup> Sidan 25; Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

I dialoger med företrädare för mammografiverksamhet ges en bild av att personer med psykisk funktionsnedsättning generellt är svåra att nå och att det är en utmaning för verksamheten att kallelser skickas till kvinnor grundat på befolkningsregistret utan kännedom om kvinnan och hennes hälsotillstånd<sup>11</sup>. Det framkommer också att målgruppen kan sakna motivation och i vissa fall kanske inte heller förstår vikten av undersökningen.

Även själva bemötande kan bli problematisk av olika skäl om patienten ändå har kommit för undersökning. Undersökningen förväntas ta omkring fem minuter att genomföra, men kan bli svår att genomföra på grund av personens psykiska tillstånd med följd att screening uteblir.

## Ballongvidgning (PCI) vid akut hjärtinfarkt

Vid akut hjärtinfarkt är PCI-behandling indicerad och behandlingen ska i regel utföras skyndsamt i syfte att vidga ett tilltäppt kärl. Behandling minskar risken för ny infarkt och att avlida i infarkt. Personer med psykisk funktionsnedsättning genomgick i lägre utsträckning PCI-behandling vid en hjärtinfarkt än personer utan psykisk funktionsnedsättning och hade också en ökad risk att avlida i ny hjärtinfarkt ett år efter första infarkten. Om hänsyn togs till den lägre förekomsten av PCI bland personer med psykisk funktionsnedsättning justerades den relativa risken ned med avseende på död i ny infarkt inom målgruppen, vilket kan indikera att utebliven PCI-behandling kan ha betydelse för överdödlighet i ny infarkt.

Företrädare verksamma inom akut- eller hjärtsjukvård lyfte flera tänkbara orsaker till utebliven PCI-behandling i dialoger med Lumell Associates<sup>12</sup>. För att kunna genomföra behandlingen krävs samtycke och medverkan, och patienten behöver ha en förståelse av behandlingen där patienten behöver ligga still och vara medgörlig. Det kan också vara svårt att övertyga patienten till att medverka till röntgen och labbtester. I de fall patienten är i en akut fas av sin psykiska sjukdom är det svårigheter att få en bild av det somatiska tillståndet och konsultationer från psykiatri skulle behövas för att hantera situationen. Situationer som uppstår på

*"Det är så beroende på de som har ett stöd eller är på ett boende och det är engagerad personal där. Man ser ibland väldigt många problem, men har de personal som de har förtroende för så kan det göra underverk. Men sen kan det komma någon som inte är alls engagerad som bara sätter sig."*

Sjuksköterska mammografienhet

*"Jag skulle säga att vi och personalen inte har jättemycket utbildning i att bemöta patienter med psykisk funktionsnedsättning. Den här patientgruppen måste man lirka med. Det skulle vara intressant att diskutera bemötande. Att ha olika verktyg är bra."*

Läkare akutsjukvård

<sup>11</sup> Sidan 21; Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

<sup>12</sup> Sidan 23; Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

grund av dessa orsaker kräver avvägningar vad gäller risk och personlig integritet, vilket kan få till följd att PCI inte genomförs. Andra faktorer som lyftes när det gäller bemötande vid akut hjärtinfarkt var att det kan vara svårt att tolka somatiska symtom vid ett psykiatriskt tillstånd och att somatiska symtom kan misstas för psykiska istället.

## Oregelbunden tandvårdskontakt och akuta tandvårdsbehandlingar

Alla rekommenderas att besöka tandvården regelbundet för att förebygga eller tidigt upptäcka och behandla sjukdomar i munnen. Undersökning minst var tredje år rekommenderas för alla, och oftare för personer med aktiv munsjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk<sup>13</sup>. Denna kartläggning visar att trots att personer med psykisk funktionsnedsättning har sämre munhälsa än jämförbara grupper besöker de tandvården mer oregelbundet och har en större risk att behöva besöka tandvården akut. Behandlingen i samband med akutbesöket visar sig också vara tandutdragningar i en större utsträckning och rotfyllningar och fyllningar i en mindre utsträckning jämfört med övriga akutbesökare, 20 procent respektive 14 procent.

Förklaringarna kan vara många till att målgruppen inte kommer på regelbundna undersökningar och får annorlunda tandvårdsbehandling i samband med akuta besök. I Lumell Associates analys framkommer att målgruppen kan ha bristande förståelse för hur de regelbundna undersökningarna och kallelserna fungerar<sup>14</sup>. Deras funktionsnedsättning kan också påverka deras vilja och förmåga att söka sig till vården och det bidrar till att de varken kommer för regelbundna undersökning eller söker för tandvårdsbehandlingar förrän i ett sent skede. Ekonomiska förutsättningar kan också vara möjliga hinder för att söka till tandvården. En del av målgruppen har inte tillgång till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift och många anger i dialoger med Lumell Associates att de bortprioriterar sin munhälsa då den inte anses så viktig<sup>14</sup>. Detta kan både förklara att man endast besöker tandvården vid akuta behov och att man då behöver eller väljer själv behandlingsalternativ så som tandutdragningar i stället för dyrare eller mer komplicerade åtgärder.

Den bristande tandvårdskontakten bland målgruppen kan enligt Lumell Associates analys bland annat kunna bero på att tandvårdens rutiner och arbetssätt är inte anpassade till målgruppen<sup>15</sup>. Kallelser och bokningar

*"Vi har ingen generell rutin för de här patienterna. Vi har inga register på vilka som har de tillstånden. Det finns inte med i kallelselistan utan det kommer först i anamnesen. I och med att jag känner till patienterna, så tar jag ett extra ansvar om de uteblir. Jag kanske ringer eller kontaktar boendestödjare. Men det är väldigt tidskrävande."*

Tandläkare

<sup>13</sup> Nationella riktlinjer för tandvård, Socialstyrelsen 2022.

<sup>14</sup> Sida 7; Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

<sup>15</sup> Sida 10; Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

förmedlas på sedvanligt sätt och det är svårt att vara proaktiv i omhändertagandet då information saknas om patienternas sjukdomstillstånd inför besöket. Bristande bemötande och kommunikation som gör att patienterna inte tar till sig information kan således också leda till att målgruppen väljer andra behandlingsalternativ än övriga tandvårdsbesökare. Systemets utformning så som ersättningsmodeller och bemanning kan också göra det svårt för tandvården att skapa kontinuitet i kontakten med målgruppen vilket lyfts som en viktig parameter för att öka målgruppens motivation att söka vård. De befintliga tandvårdsstöden anses också administrativt svåra att få till och att de inte utfärdas för målgruppen i den utsträckningen som de borde.

## Förslag på utvecklingsområden

Socialstyrelsen har identifierat tre huvudsakliga utvecklingsområden baserat på kartläggningen. Myndigheten är av den uppfattningen att områdena närmare behöver utredas avseende behov och förändring och efterlyser strategier för ändamålet. Detta för att definiera åtgärder som kan förverkligas och samtidigt beakta kostnader utifrån specifika åtgärder. Myndigheten understryker att det i sammanhanget finns ett tydligt jämlikhetsperspektiv att måna om.

- kunskap och kompetens
- anpassning
- samverkan

En särskild aspekt att beakta när det gäller dessa utvecklingsområden är att behov och förändringar kan finnas eller ske på lokal/regional eller nationell nivå<sup>16</sup>. Exempelvis kan kun-

skaps- och kompetenshöjande insatser, som exempelvis kunskapsstöd eller uppdateringar av grund- eller specialistutbildningar, betraktas vara nationell nivå. Att skapa exempelvis förutsättningar för lägre organisatoriska trösklar inom verksamheter eller särskilda remissgångar för personer med psykisk funktionsnedsättning utgör snarare regional nivå. Utifrån kartläggningens resultat beskrivs utvecklingsområdena närmare nedan.

### *Kunskap och kompetens*

Kunskapen om personer med psykisk funktionsnedsättning behöver öka såväl inom socialtjänsten som inom den somatiska hälso- och sjukvården, inklusive tandvården. Det gäller en ökad kunskap om specifika psykiatriska tillstånd och om hur de yttrar sig och ser ut över tid och mellan skov. Det ökar förutsättningar att exempelvis skilja på psykiska och fysiska symtom vilket minskar risken att missta fysiska symtom som psykiska, något som internationellt kallas ”diagnostic overshadowing” och som har konstaterats att

*”Jag tror att vården skulle behöva bli mer flexibel, till exempel uppsökande. Om man hade kommit hem till oss istället hade det varit bra.”*

Person med egen erfarenhet

<sup>16</sup> Sidan 27; Bilaga – Kartläggning orsaker till svårigheter tillgång hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lumell Associates, 2023.

leda till en underdiagnostik av somatiska tillstånd inom målgruppen<sup>17</sup>. En ökad kunskap ökar även möjligheterna till ett bättre bemötande vid vårdkontakter om bemötandet baseras på kunskap om målgruppens specifika behov och förutsättningar och inte på en gängse mall. Det ökar också möjligheterna till att välja tidpunkt för att motivera personer med psykisk funktionsnedsättning om sådana motiverande samtal kan ske utifrån hur personen just nu mår på grund av sitt psykiatriska tillstånd.

Det finns anledning att närmare utreda hur en sådan ökad kunskap och kompetens kan införas i verksamheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård. Det kan röra sig om att se över grund- och specialistutbildningar för vårdprofession och företrädare inom socialtjänsten. Det kan handla om kunskapsstöd eller riktade utbildningsinsatser för omsorgs- och vårdpersonal avseende exempelvis bemötande av personer med psykisk funktionsnedsättning.

### Anpassning

Socialstyrelsen kan konstatera att dagens hälso- och sjukvård och tandvård inte är anpassad efter personer som har en psykisk funktionsnedsättning. De rutiner och processer som finns utifrån hur centrala verksamheter är organiserade, och hur ingångarna allmänt fungerar till dessa verksamheter, innebär svårigheter för målgruppen och innebär att likvärdigheten avseende hälso- och sjukvård inte kan uppfyllas för gruppen. Det handlar också om att lokaler och utrustning, exempelvis inom akutsjukvård, inte är utformad optimalt för att tillhandahålla vård för en person som kan befinna sig i ett exempelvis psykotiskt tillstånd. Vidare är inte sedvanliga arbetsätt inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst tillräckliga eller tydliga, exempelvis avseende på att följa upp uteblivna vårdbesök.

Hur en anpassning ska utformas för att tillgodose personer med en psykisk funktionsnedsättning en likvärdig vård behöver närmare utredas. Det behövs mer flexibla rutiner och arbetsätt som behöver beakta målgruppens specifika förutsättningar och behov. Det kan handla om att ett remissförfarande är att föredra, snarare än en inbjudan eller

*"Man tillskriver den psykiska sjukdomen sånt som man inte kan eller borde, eller att någon annan läkare borde sett detta och man tror att det tas om hand på psykiatrin."*

Socialtjänstföreträdare

*"Min spontana tanke är att om man hade fått till att man på förhand kunde få en remiss för en screening. Som det är nu bokas man ju in på femminutersbesök. Det kanske inte fungerar för de här individerna. Man skulle ha ett annat spår där man kunde ha en remiss för en screening och där man bokar in en längre undersökning"*

Chef mammografienhet

<sup>17</sup> Editorial. "Diagnostic overshadowing": worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatr Scand 2008; 118: 169–171



kallelse till exempelvis bröstcancerscreening. Det kan röra sig om att vården har en uppsökande verksamhet eller att primärvården och tandvården har en ”koordinator” eller fast kontakt som kan utgöra ett stöd avseende vårdkontakter. Tandvården kan till exempel behöva arbeta mer systematiskt med att följa upp uteblivande bland målgruppen och bistå när det gäller regionala tandvårdsstöd. Socialtjänsten kan också behöva förtydliga sina arbetssätt när det gäller att bistå vid bokningar av läkarbesök eller att bistå vid vårdbesök. Som för vissa andra grupper i samhället, exempelvis placerade barn, kan personer med psykisk funktionsnedsättning behöva erbjudas regelbundna hälsoundersökningar.

### Samverkan

Kartläggningen visar att hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten inte är ”kommunicerande kärn” utifrån hur det i dag är organiserat. Det innebär höga organisatoriska trösklar och skarpa uppdelningar mellan verksamheter med följd att samverkan inte fungerar och inte kan kompensera behoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Trösklarna och uppdelningar gäller inte bara mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård inklusive tandvård utan också inom vården, exempelvis mellan psykiatri och somatik. Dagens ”inbyggda” trösklar och uppdelningar gör det således svårt att nå personer med psykisk funktionsnedsättning, identifiera deras individuella behov och tillgodose en vård som innebär kontinuitet och likvärdighet som för övriga i befolkningen.

Hur ett tätare samarbete mellan olika verksamheter ska komma till stånd är angeläget att närmare utreda. Det kan till exempel behövas gemensamma ingångar till verksamheter som i dag generellt är tydligt uppdelade och innebär svårigheter för samverkan, exempelvis uppdelningen mellan somatisk och psykiatrisk akutsjukvård. Det kan således generellt behövas förutsättningar som främjar en mer multidisciplinär inställning och inriktning i verksamheterna avseende målgruppen. Samtidigt finns i dag olika rådande regelverk och styrdokument som ska säkerställa samverkan men dessa kan behöva ses över avseende utformning och följsamhet.

Socialstyrelsen understryker också att olika typer av samverkansformer redan diskuterats i ett flertal av myndighetens rapporter. Samverkan lyfts som viktig för att öka tillgängligheten och få tillstånd en jämlik vård. I Socialstyrelsens uppföljning av exempelvis överenskommelsen för ökad tillgänglighet i barnhälsovården visade både samlokalisering och utökade hembesöksprogram i samverkan mellan exempelvis barnhälsovård och tandvård

*”Patienten måste vara medveten, kunna ligga still och förstå vad man gör. Har man en psykos så gör man inte det. Man skickar ofta remisser till psykiatrin för att läkare ska konsultas oss, men det kan dröja ett dygn innan vi får hjälp. Det blir fördröjt alltihop. Den organisatoriska uppdelningen gör att kunskapen begränsas inom psykiatrin respektive somatiken.”*

Chef hjärtenhet

vara framgångsrika för mer sammanhållen vård för barn<sup>18</sup>. Dessutom, i överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2021–2022 lyfts samverkan som ett av sju delområden som tilldelas stimulansmedel. Överenskommelsen pekar generellt på att arbetet för psykisk hälsa i kommuner och regioner bör vara strategiskt, långsiktigt och bygga på samsyn kring utmaningar samt utgå från regionala och lokala behov<sup>19</sup>. I en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention är vidare ett av sju delmål *Vård och omsorg som möter individens behov*. Där ingår att stärka en effektiv samverkan som har individens behov i centrum<sup>20</sup>. Ett stärkt samarbete mellan olika verksamheter och professioner kan leda till vård- och stödkedjor blir mer sammanhållna, från upptäckt till uppföljning, och att personer upplever att deras behov och tillstånd beaktas och handläggs personcentrerat utifrån ett helhetsperspektiv.

---

<sup>18</sup> Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Slutrapport för Socialstyrelsens regeringsuppdrag att följa, analysera och stödja genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020. Socialstyrelsen 2021.

<sup>19</sup> Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner Lägesrapport 2022

<sup>20</sup> Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. Folkhälsomyndigheten 2023

# Metodbilaga

## Tabell 1. Antal personer 18 år och äldre med psykisk funktionsnedsättning efter boendeinsats (andel män). År 2020–2021.

Personer som under åren 2020–2021 fått insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt LSS och hör till personkrets 3, har boendestöd enligt SoL eller bor på särskilt boende selekteras ut från SoL- och LSS-registren.

Denna grupp samkörs med patientregistret, sluten och öppen specialiserad vård, för att få fram personer som även vårdats med en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos under samma tvåårs-period (ICD10-kod: F1-F6, F9).

Slutligen exkluderas personer som vårdats, inom sluten eller öppen specialiserad vård, med demens (ICD10-kod: F0), psykisk utvecklingsstörning (ICD10-kod: F7) eller störningar av psykisk utveckling (ICD10-kod: F8) som huvuddiagnos under tvåårs-perioden.

Personer yngre än 18 år 2021 exkluderas.

Den här populationen benämns i denna metodbilaga som population 2020–2021. I några tabeller och figurer används en population som tagits fram på samma sätt men under en annan tidsperiod och benämns i denna metodbilaga som population startår–slutår.

## Tabell 2. Ålderssammansättning bland personer med psykisk funktionsnedsättning efter boendeinsats. År 2020–2021. Procent.

Åldersfördelning inom respektive boendeinsats och kön för population 2020–2021. Ålder år 2021. Befolkningens åldersfördelning inom respektive kön, 18 år och äldre, 31 december 2021.

## Tabell 3. Övriga insatser bland personer med en boendeinsats enligt LSS eller SoL

Population 2020–2021 undersöks för att se vilka andra insatser enligt LSS och/eller SoL som de har under samma period,

## Tabell 4. Psykiatriska tillstånd bland personer med boendeinsats

För population 2020–2021 redovisas andel, inom respektive boendeinsats, kön och åldersgrupp, som vårdats med en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos inom slutna eller öppna specialiserad vård under åren 2020–2021. En person kan ha vårdats inom flera diagnosgrupper under perioden och redovisas i tabellen inom samtliga diagnosgrupper.

## Tabell 5. Vanliga somatiska tillstånd i befolkningen bland personer med psykisk funktionsnedsättning

### Sjukdomar som behandlas inom hälso- och sjukvården

Population 2020–2021 samkörs med patientregistret (slutna och öppna specialiserad vård) för åren 2019–2022. Andelen personer som någon gång under perioden vårdats med följande för följande sjukdomar, antingen som huvud- eller bidiagnos, beräknas.

- Tumörer (ICD10 kod: C00–D48)
- Diabetes (ICD10 kod: E10–E14)
- Fetma (ICD10 kod: E65–E68)
- Hypertoni (ICD10 kod: I10–I15)
- KOL (ICD10 kod: J44)

Vid beräkningen av andelen i populationen som vårdats för någon av sjukdomarna genomförs en åldersstandardisering genom en så kallad direkt åldersstandardisering. Befolkningen 2021 används som standardpopulation. För att göra jämförelser mellan könen enklare har den samlade folkmängden detta år använts vid åldersstandardiseringarna för både män och kvinnor.

Andelen bland befolkningen 2021 som vårdats för sjukdomarna 2019–2021 tas även fram och åldersstandardiseras på samma sätt.

I tabellen redovisas andelen som vårdats för någon av sjukdomarna inom respektive boendeinsats och kön samt den relativa risken jämfört med befolkningen. Den relativa risken beräknas genom att dividera andelen inom respektive boendeinsats med andelen för befolkningen.

### Sjukdomar som behandlas inom tandvården

Population 2020–2021 samkörs med SKaPa 2018–2021 och personer som har varit på en basundersökning (TLV kod: 101, 111, 1112) någon gång under perioden selekteras. Andelen av dessa som hade en munsjukdom samma år som basundersökningen beräknas. Munsjukdom har personer som har minst ett pågående kariesangrepp, minst en ficka  $\geq 5$ mm eller har lagat en tand på grund av karies.

Vid beräkningen av andelen i populationen som har en munsjukdom genomförs en åldersstandardisering genom en s.k. direkt åldersstandardisering. Tandvårdsbesökare som finns i SKaPa med en basundersökning 2018–2021 används som standardpopulation. För att göra jämförelser mellan könen enklare används samma vikt för män och kvinnor.

Andelen bland övriga tandvårdsbesökare i SKaPa med basundersökning 2018–2019 som har en munsjukdom tas även fram och åldersstandardiseras på samma sätt.

I tabellen redovisas andelen med munsjukdom inom respektive boendeinsats och kön som kommit för en basundersökning 2018–2021, samt den relativa risken jämfört med övriga tandvårdsbesökare. Den relativa risken beräknas genom att dividera andelen inom respektive boendeinsats med andelen för övriga tandvårdsbesökare.

## Tabell 6. Yttre orsaker till ett vårdtillfälle och överdödlighet vid psykisk funktionsnedsättning

### Yttre orsak till ett vårdtillfälle

Population 2020–2021 har samkörts med patientregistret, sluten och öppen specialiserad vård, för åren 2019–2022 och personer som minst en gång under perioden vårdats för övergrepp av annan person (yttre orsakskod: X85–Y09) eller avsiktligt självdestruktiv handling (yttre orsakskod: X60–X84) har selekterats.

Antal per 100 000 har beräknats inom respektive boendeinsats, kön och åldersgrupp.

För att få fram antal per 100 000 i befolkningen som vårdats för övergrepp av annan person eller en avsiktligt självdestruktiv handling har samkörning mellan patientregistret 2019–2022 och befolkningen 2021 gjorts.

### Dödlighet

Population 2018–2019 har samkörts med dödsorsaksregistret för åren 2020–2022. De personer som återfinns i dödsorsaksregistret har grupperats efter underliggande dödsorsak; avsiktligt självdestruktiv handling (ICD10-kod: X60–X84) och död av annan orsak.

Antal per 100 000 har beräknats inom respektive boendeinsats, kön och åldersgrupp.

För att få fram antal per 100 000 i befolkningen som dött av en avsiktligt självdestruktiv handling eller av annan orsak har samkörning mellan dödsorsaksregistret 2020–2022 och befolkningen 2019 gjorts.

## Tabell 7. Översikt av socioekonomiska förhållanden

Population 2018–2019 samt befolkningen år 2019 har samkörts med RAKS-registret (Registerbaserad aktivitetsstatistik, Statistiska centralbyrån) för år 2019. I tabellen redovisas:

- medianen av totala inkomsten, angivet i hundratal kronor.  
Totala inkomsten är en summering av inkomst från anställning eller egen näringsverksamhet, pensioner, studier, arbetsmarknadspolitiska åtgärder, föräldraledighet eller vård av närstående, ekonomiskt bistånd samt inkomst från sjukdom, arbetsskada eller rehabilitering.
- Huvudsaklig inkomstkälla.  
I tabellen redovisas den huvudsakliga inkomstkällan som den största andelen i gruppen hade år 2019.
- Andel etablerade på arbetsmarknaden.  
I RAKS finns uppgift om individens etableringsgrad, som kan vara svagt etablerad eller etablerad. Det är endast personer som är anställda (helårsanställd, nyanställd, avgången eller delårsanställd) som får en markering om etableringsgrad. således får kombinatorer (anställd och bedriver näringsverksamhet parallellt), företagare och personer utan arbete ingen uppgift om etablering. Andelen som redovisas i tabellen visar andelen som fått markeringen etablerad.

## Tabell 8. PCI efter akut hjärtinfarkt

Personer som fått en första akut hjärtinfarkt (ICD10: I21, I22) på 7 år selekteras från patientregistret, slutet vård, 2010–2021. En flagga skapas om personen genomfört en PCI-behandling (KVÅ-kod: FNG) 0–6 dagar efter hjärtinfarkten. Personer som dör 0–6 dagar efter hjärtinfarkten och inte fått en PCI-operation exkluderas.

Dessa personer samkörs med population 2010–2015 och personer som fått hjärtinfarkten efter att de fått sin psykiatriska diagnos tillhör studiepopulationen i denna analys.

En modifierad Poisson regressionsmodell med robust felvarians tas fram där utfallet är PCI-operation/ingen PCI-operation 0–6 dagar efter hjärtinfarkten. Exponeringen är om individen tillhör studiepopulationen eller övriga befolkningen som fått en akut hjärtinfarkt. Övriga kovariater i modellen är kön, ålder vid hjärtinfarkten och individens kommungrupp.

I tabellen redovisas den relativa risken, med 95-% konfidensintervall, att få en PCI-behandling i studiepopulationen, referens är övriga befolkningen samt antal personer som fått en PCI-operation inom 6 dagar och andelen de utgör i gruppen.

## Tabell 9. Dödlighet i hjärtinfarkt

Samma studiepopulation som i tabell 8 följs upp ett år för att se hur många som dör i hjärtinfarkt (underliggande dödsorsak I21–I22). Personer som dör 0–6 dagar efter hjärtinfarkten ingår inte i analysen.

En modifierade Poisson regressionsmodeller med robust felvarians tas fram där utfallet är död i hjärtinfarkt 7–365 dagar efter den första hjärtinfarkten. Exponeringen är om individen tillhör studiepopulationen eller övriga befolkningen som fått en akut hjärtinfarkt och överlevt de sex första dagarna. Övriga kovariater i modellen är kön, ålder vid hjärtinfarkten och individens kommungrupp.

Ytterligare en modell tas fram där även förekomst av PCI-operation 0–6 dagar efter hjärtinfarkten finns med som en kovariat.

I tabellen redovisas IRR med 95-% konfidensintervall med och utan PCI-operation i modellen.

I tabellen redovisas den relativa risken, med 95-% konfidensintervall, att inte komma på en ny basundersökning. Referens är övriga tandvårdsbesökare som var friska vid baseline.

## Tabell 10. Akuta tandvårdsbesök

Population 2015–2016 samkörs med Svenska Kvalitetsregistret för Karies och Parodontit (SKaPa) och personer i populationen som varit på en basundersökning (TLV åtgärds kod: 101, 111, 112) år 2015 eller 2016 selekteras. Detta är baseline. En gruppering i sjuk/frisk vid baseline görs. Sjuk är personer som har minst ett pågående kariesangrepp, minst en ficka  $\geq 5$ mm eller har lagat en tand på grund av karies. Detta ska finnas registrerat i SKaPa samma år som baseline.

Övriga personer i SKaPa med basundersökning år 2015 eller 2016 selekteras och delas också in i sjuk/frisk vid baseline.

Personerna följs fem år framåt i tiden för att se vilka som kommer akut till tandvården. Akutbesök räknas ett besök som om personen fått en kompletterande eller akut undersökning utförd av tandläkare (TLV kod 103) och som inte har gjort en basundersökning (TLV kod 101, 111, 112) under de 14 föregående dagarna.

En modifierad Poisson regressionsmodell med robust felvarians tas fram där utfallet är akutbesök inom fem år från baseline. Exponering är variabeln som visar om individen tillhör population 2015–2016 och var sjuk vid baseline, tillhör population 2015–2016 och var frisk vid baseline, tillhör övriga tandvårdsbesökare och var sjuk vid baseline eller tillhör övriga tandvårdsbesökare och var frisk vid baseline.

I tabellen redovisas den relativa risken, med 95-% konfidensintervall, att komma akut till tandvården. Referens är övriga tandvårdsbesökare som var friska vid baseline.

## Figur 1. Blodfettssänkande medicin vid diabetes

För att få fram personer som nyinsjuknat i diabetes har personer selekterats ut från läkemedelsregistret som hämtat ut insulin (ATC-kod=A10) vid ett apotek för första gången mellan åren 2015–2021, wash-out från och med år 2005.

Andelen som har behandlats med blodfettssänkande läkemedel inom 1 år är personer i population 2015–2016 eller i befolkningen med diabetes och som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel (ATC-kod=C10) vid ett apotek 0–365 dagar efter datumet då de hämtade ut insulin för första gången.

Personer som dött inom 1 år från datumet då de hämtade ut insulin för första gången har exkluderats i analysen.

## Figur 2. Stadium vid bröstcancer

Bröstcancer: Kvinnor som finns registrerade i cancerregistret för en första bröstcancerdiagnos (ICD10=C50) mellan åren 2010–2017, wash-out från och med år 1993. Ålder 40–59 år vid diagnos.

Kvinnor i population 2010–2015 med bröstcancer enligt definitionen i stycket ovan jämförs med kvinnor i övriga befolkningen med bröstcancer.

Stadiumindelning beräknas med hjälp av T-, N- och M-variablerna i cancerregistret. T innehåller information om tumörens storlek, N om spridning till lymfkörtlar och M innehåller information om fjärrmetastaser.

## Figur 3. Överlevnad efter bröstcancerdiagnos

Samma population som för figur 2 men för hela åldersspannet 40–74 år. Uppföljning 5 år från diagnosdatumet för bröstcancer. Överlevnadskurva och hazard ratio framtagen genom en cox proportional hazard-modell med ålder och kommungrupp som förklarande variabler.

## Figur 4. Andel personer med psykisk funktionsnedsättning som besökt tandvården oavsett behandling och fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. År 2020–2022

Personer i population 2020–2021 som besökt tandvården under åren 2020–2022 har selekterats från tandhälsoregistret. Andelen som besökt tandvården inom de regionala tandvårdsstöden nödvändig tandvård eller tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har beräknats.

I figuren redovisas personer som var 25 år eller äldre år 2021.



## Figur 5. Sannolikheten bland personer som kommit på undersökning 2015–2016 att inte komma på uppföljande undersökning inom en 5 års-period

Samma uttag och indelning i sjuk/frisk vid baseline som i tabell 10.

Dessa personer följs upp fem år i SKaPa för att se vilka som återkommer för en ny basundersökning.

Kaplan Meier-liknande kurva framtagen med Life Table-metoden.

## Figur 6. Andelen akutbesökare som behandlats med extraktion alternativt rotfyllning i samband med akutbesöket

Personer i population 2020–2021 som gjort ett akutbesök i tandvården under åren 2020–2022 har selekterats från tandhälsoregistret.

Ett akutbesök definieras som ett besök där patienten fått en kompletterande eller akut undersökning utförd av tandläkare (TLV kod 103) och patienten får inte ha gjort en basundersökning (TLV kod 101, 111, 112) under de 14 föregående dagarna.

Bland personerna i populationen som haft ett akutbesök i tandvården undersöks hur stor andel som inom 30 dagar har gjort en rotfyllning (TLV kod 501–504) eller en extraktion (TLV kod 401–404, 409–410).

I figuren görs en jämförelse med övriga personer i befolkningen som haft ett akutbesök i tandvården någon gång under åren 2020–2022.

Staplarna i figuren är uppdelad efter ålder år 2021.



Bilaga – Kartläggning  
orsaker till svårigheter  
tillgång till hälso- och  
sjukvård (inklusive tandvård)  
för personer med psykisk  
funktionsnedsättning

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

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

# Innehåll

Bakgrund till analysen .....	4
Regeringsuppdrag – kartläggning av hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning .....	4
Analysens upplägg och inriktning .....	5
Analysresultat .....	7
Orsaker kopplade till målgruppen: Individen saknar förutsättningar för att söka sig till vården .....	7
Orsaker kopplade till vården och omsorgen: Vården kompenserar inte utifrån målgruppens behov i tillräcklig utsträckning.....	10
Vårdens kunskap kring hur gruppen ska bemötas och hanteras verkar brista.....	13
Vad säger den undersökta litteraturen om orsaker till ojämlik vård för målgruppen? .....	16
Sammanfattning utvecklingsområden .....	19
Fördjupningar utifrån gjorda kvantitativa analyser .....	20
Förslag till möjliga förbättringar.....	27
Område .....	27
Socialtjänst.....	27
Nivå .....	27
Hälso- och sjukvård .....	27
Nivå .....	27
Kunskap och kompetens .....	27
Arbetsätt och rutiner .....	27
Styrning och organisation .....	28
Litteraturlista.....	29

# Bakgrund till analysen

## Regeringsuppdrag – kartläggning av hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning

- Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag om hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS (personkrets 3) (1993:387) och/eller SOL (2001:453).
- Som en del i uppdraget vill myndigheten *kartlägga orsaker bakom målgruppens svårigheter att få tillgång till hälso- och sjukvård (inklusive tandvård), utifrån socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens perspektiv. Detta ska göras genom en kvalitativ studie som bidrar till att fördjupa kunskapen om de delpopulationer som analyserats inom registerstudien.*
- Delpopulationer som analyserats inom ramen för registerstudien är: 1) personer med insatser enligt LSS (vanligen personer med schizofrenidiagnos); 2) individer med boendestöd och 3) individer som bor på särskilt boende enligt SOL (vanligen personer med schizofrenidiagnos).

# Analysens upplägg och inriktning

## Arbetets syfte

- Arbetet syftar övergripande till att bidra till ökad förståelse kring varför vården till personer med psykisk funktionsnedsättning är ojämlik, och vilka förändringar som behövs

## Vägledande frågeställningar

- Vilka orsaker finns till målgruppens svårigheter att få tillgång till hälso- och sjukvård/tandvård?
- Vilka orsaker finns till målgruppens svårigheter att få hälso- och sjukvård/tandvård (vård och behandling) av god kvalitet?
- Vilket typ av stöd från socialtjänsten behövs för att säkerställa adekvat tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet för målgruppen?
- Vad skulle kunna bidra till förbättrad tillgång till hälso- och sjukvård (inkl. tandvård) av god kvalitet för målgruppen?
  - **Målgrupp:** personer med psykisk funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS (personkrets 3) och/eller socialtjänstlagen (2001:453)
  - **Perspektiv:** hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten

Figur 1. Ett ramverk har använts som stöd i analysen



## Analyserna baseras på kvalitativ metod

### *Intervjustudie:*

- Semistrukturerade intervjuer utifrån frågeställningar och analysramverk
- Intervjuerna tog uppskattningsvis en timme och gjordes digitalt/per telefon enskilt eller i grupp
- Rekrytering av intervjupersoner i Region Jämtland Härjedalen, Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne
- Totalt 25 personer har intervjuats:
  - Personer med egen erfarenhet/brukarföreträdare (4 st)
  - Personal inom särskilt boende (LSS/SOL) (3 st)
  - Socialtjänstföreträdare (strategisk verksamhetsnivå) (3 st)
  - Hälso- och sjukvårdsföreträdare (inom tandvård, primärvård och specialiserad somatisk vård) (15 st)

### *Dokumentanalys:*

- Grå litteratur med fokus på jämlik vård och bemötande tillgängliga på Kunskapsguiden.se respektive utvalda myndigheters/organisationers hemsidor (bland annat Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, IVO och SKR)
- Sökningar gjordes på respektive myndighets/organisationers webbplats
- Litteraturen identifierades inledningsvis av arbetsgruppen och denna har inkluderats i analysen



# Analysresultat

## Orsaker kopplade till målgruppen: Individen saknar förutsättningar för att söka sig till vården

### Förståelse

- I vissa fall är det svårt för individen själv att förstå huruvida de symptom man känner är somatiska eller psykiska, till exempel smärta i bröst, vilket gör att man inte inser behovet av att söka sjukvård.
- Givet sitt tillstånd och sin livssituation, kan det vara svårt att förstå hur vårdsystemet fungerar; känner inte nödvändigtvis till vilken instans man ska vända sig till, eller hur det fungerar med rutinkontroller och screeninginsatser.

### Förmåga

- Vissa individer har levt ensamma och isolerade under förhållandevis lång tid, vilket försvårar förutsättningarna att söka sig till sjukvården vid behov. Många gånger saknas dessutom socialt skyddsnät (närstående och anhöriga), vilket gör det svårt för individen att få stöd i sin direkta närhet.
- Vissa funktionsnedsättningar påverkar även den kognitiva förmågan vilket försvårar för dessa individer att ta till sig information jämfört med övriga grupper; detta kan påverka förmågan och möjligheten att söka sig till vården. I vissa fall kan den verbala förmågan vara påverkad eller nedsatt vilket hämma gruppen att uttrycka sina somatiska besvär.
- Det finns (risk för) ett digitalt utanförskap för den här gruppen som försvårar möjligheten att ta del av vård via digitala kanaler.
- När det gäller akutsjukvård saknar dessa grupper i vissa fall förmågan/möjligheten/kapaciteten att vänta länge innan vården ges.
- Ekonomiska/socioekonomiska aspekter kan påverka förutsättningarna för individen/gruppen att söka vård, exempelvis till tandvården men också till primärvården.

### Vilja

- Till följd av negativa erfarenheter i tidigare kontakter med vården är det många individer med psykisk funktionsnedsättning som inte vill söka vård trots att de har behov; kan exempelvis handla om hur man har blivit bemött, eller att man har blivit tvångsvårdad/varit inskriven i slutenvården och därför drar sig från att söka vård.
- Det psykiatriska tillståndet, till exempel schizofreni eller depression, kan göra att du generellt blir passiv och därmed är det svårt att motivera sig själv att söka vård.

- Vissa individer/grupper prioriterar inte sin somatiska hälsa generellt och dessa behov får stå tillbaka för de psykiska besvären. Munhälsa upplevs exempelvis inte vara prioriterat.
- Skamkänslor kan bidra till att individerna avstår från att söka vård, till exempel på grund av att man uteblivit från tidigare besök eller för att man skäms över sin situation eller sitt hälsotillstånd.

## Figur 2. Exempel på vad som framkommit i intervjuer kring tillgång till vård – personer med egen erfarenhet

*"Just när man har schizofreni, vi känner inte smärta som andra. Smärta är ofta ett wakeup-call, jag borde söka för detta. Man känner inte smärta på samma sätt. Man inser inte vilket behov man har."*

- Person med egen erfarenhet

*"Många lider av så kallade negativa symptom. Det betyder att man blir väldigt passiv, man skjuter fram saker m.m. Man kan ha bestämt något och sen kommer man inte iväg."*

- Person med egen erfarenhet

*"Man kanske har blivit felbehandlad och inte fått sin diagnos. Då tycker man inte att det är någon idé att man söker vård."*

-Person med egen erfarenhet

*"Jag tror säkert att det finns en risk att man inte litar på vården eller känner att den har fungerat bra."*

- Person med egen erfarenhet

## Figur 3. Exempel på vad som framkommit i intervjuer kring tillgång till vård – företrädare vård och omsorg

*"Ibland är det svårt för målgruppen att veta vart man ska vända sig. Basic tillit, veta hur man får tillgång. Varför man ska boka, man vet inte om rutinkontroller och de delarna. Om man får inbjudningar och kallelser så förstår man de inte."*

- Socialtjänstföreträdare

*"Många har varit isolerade från samhället länge och de är emotionellt instabila. De känner rädsla och osäkerhet som blir ett väldigt stort hinder."*

- Socialtjänstföreträdare

*"De är rädda för att bli hänvisade till psykiatrin. De är rädda för tvångsåtgärder."*

- Sjuksköterska akutsjukvården

*"Många (i den här gruppen) har dåligt med pengar och de har inte råd med läkarbesöket. De kanske är stabila i sin sjukdom, och utskrivna från psykiatrin och bor här helt ensamma. De kommer aldrig upp i frikort och det blir väldigt dyrt för dem."*

- Läkare primärvården

*"Jag tror inte att denna grupp prioriterar sina tänder. Man tar det inte så allvarligt. Detta är bara tänder [...] Tänderna är det sista man tänker på i det tillståndet."*

- Tandsköterska

*"Det ligger inte inom gruppens prioritering att ta ett beslut att gå till ett vårdbesök efter kallelse. De med missbruk är rädda för att komma om de inte kan hålla sig nyktra."*

- Sjuksköterska mammografienhet

# Orsaker kopplade till vården och omsorgen: Vården kompenserar inte utifrån målgruppens behov i tillräcklig utsträckning

## System/organisation

- Vården är inte organiserad utifrån målgruppens förutsättningar och svårigheter. Det finns till exempel inga sätt att proaktivt uppmärksamma individernas tillstånd eller behov. Kallelser till besök förmedlas exempelvis ofta enligt sedvanliga kanaler och rutiner, trots risk för bristande följsamhet. Inom primärvården och tandvården skickas inte alltid kallelser, vilket innebär att individen behöver ta ett stort eget ansvar för att söka sig till vården vid behov.
- Sjukvården/omsorgen är inte kommunicerande kärn vilket gör det svårt att identifiera gruppernas behov och stödja dem för att de ska ha rätt förutsättningar att söka vård (tydliga uppdelningar mellan exempelvis psykiatri/somatiken respektive regional hälso- och sjukvård samt socialtjänst).
- Kontinuitet är avgörande för att skapa förutsättningar för långsiktiga tillitsfulla relationer mellan vårdgivare och patient, något som beskrivs som en viktig beståndsdel för att skapa incitament för gruppen att söka sig till primärvården och tandvården. På grund av systemets utformning, (exempelvis ersättningsmodeller, bemanning, produktionsmål med mera) upplevs detta svårt att få till.
- Befintliga tandvårdsstöd är administrativt belastande och svåra att förstå, vilket gör att de inte utfärdas för målgruppen i den utsträckning de borde.

## Arbetsätt

- Det saknas arbetsätt och rutiner för att särskilt fånga upp grupper med psykisk funktionsnedsättning som har behov av särskilt stöd för att nå vården, exempelvis tar hälso- och sjukvården inte alltid tydligt ansvar för att följa upp dessa individer när de uteblir från besök, utan det handlar snarare om enskilt personligt engagemang och tidsutrymme.
- Socialtjänstens personal (inom LSS och SOL-verksamhet) har inte tillräckliga förutsättningar för att kunna nå och motivera individer med psykisk funktionsnedsättning att söka sig till vården vid behov. Det verkar som att välfungerande rutiner i vissa fall saknas för att socialtjänsten ska kunna bistå i vårdmötet.
- Det saknas arbetsätt generellt för att anpassa information och kommunikation till den berörda målgruppen både inom vården och socialtjänsten.

## Resurser

- Det saknas tillgång till kompetens inom såväl sjukvården som socialtjänsten för att möta respektive grupperna på ett adekvat sätt, och därigenom stödja personerna att söka sig till vården när behov finns. Det verkar till exempel finnas risk för att vård- och omsorgspersonal är rädda för att erbjudande om stöd/anpassat stöd ska uppfattas som integritetskränkande av målgruppen.
- Socialtjänsten saknar i vissa fall förutsättningar för att kunna stödja personer att ta del av sjukvård, exempelvis på grund av bristande kunskap eller begränsningar i digitala verktyg.
- I delar av den specialiserade vården saknas ändamålsenliga lokaler/utrustning för att man ska kunna tillhandahålla vård till gruppen med psykisk funktionsnedsättning.

**Figur 4. Exempel på vad som framkommit i intervjuer kring tillgång till vård – personer med egen erfarenhet**

*"Jag tror att vården skulle behöva bli mer flexibel, t.ex. uppsökande. Om man hade kommit hem till oss istället hade det varit bra."*

- Person med egen erfarenhet

*"Det hade varit bra om vården ringde istället för att skicka ut en kallelse, men det finns massor av praktiska problem med det."*

- Person med egen erfarenhet

*"Boendestöd eller ledsaga kan följa med på somatiska besök, se till att du kommer till mammografin, att du kommer på bokade besök. Hjälper dig att boka besöken. Men då kanske man behöver öka kompetensen hos personalen."*

-Person med egen erfarenhet

*"Det skulle vara bra med mer samarbete inom vården. Har hört att de ibland har husläkare på akuten vilket är väldigt bra. Kanske skulle man ha en psykiatrisköterska också."*

- Person med egen erfarenhet

**Figur 5. Exempel på vad som framkommit i intervjuer kring tillgång till vård  
– Företrädare vård och omsorg**

*"Tror inte att socialtjänsten får reda på när man får sina mammografikallelser. Kräver att personen visar att man har fått kallelsen. Där skulle man behöva en annan form."*

- Sjuksköterska mammografienhet

*"Jag har sett det som oerhört viktigt att det finns en trygghet, kontinuitet och mycket tid så man lugnt och tryggt kan ge ett bra första möte. Men det svåraste är att få patienterna att komma, för gör de inte det så fallerar allting."*

- Läkare primärvården

*"Ibland ser man ett gott samarbete mellan olika verksamheter, och ibland fungerar det inte alls. Man kämpar för att det ska funka med ekonomiskt bistånd och anpassat stöd."*

- Socialtjänstföreträdare

*"Många (i den här gruppen) har dåligt med pengar och de har inte råd med läkarbesöket. De kanske är stabila i sin sjukdom, och utskrivna från psykiatrin och bor här helt ensamma. De kommer aldrig upp i frikort och det blir väldigt dyrt för dem."*

- Läkare primärvården

*"De är så svårt sjuka så de är inlagda månadsvis. Då sätts allt annat på paus. Det måste gå före, och de uteblir. Då finns det risk för att det tappas bort. Nu har jag ju lärt mig och vet vilka det gäller. När de uteblir kan jag undersöka det. Psykiatrin gör så gott det går, men det finns inget tätt samarbete med den psykiatriska slutenvården."*

- Läkare primärvården

*"Det jag upplever är att eftersom vi inte vet vad som kommer kan det bli lång väntetid på akuten för de här grupperna. Då går de innan. Jag kommer inte stoppa dem."*

- Sjuksköterska akutsjukvården

## Vårdens kunskap kring hur gruppen ska bemötas och hanteras verkar brista

Vårdpersonalens bemötande och kommunikation är inte tillräckligt anpassad utifrån målgruppens förutsättningar och behov

- Bristande bemötande och svårigheter att kommunicera med/nå fram till målgruppen på ett adekvat sätt riskerar att urholka vård- och behandlingsinsatser. Information och kommunikation baseras inte alltid tillräckligt på kunskap om målgruppens förutsättningar och behov, vilket kan leda till att individen avstår från vissa behandlingar trots att de är medicinskt motiverade. Det är vanligt att målgruppens tillstånd varierar, och det finns behov av kunskap och insikt om när individen är mottaglig för och kapabel till att söka respektive tillgodose sig vård.
- Vård och behandling kräver i regel tydligt samtycke och medverkan, och särskilt vissa ingrepp. I vissa fall är det, till följd av tillståndet, svårt för denna målgrupp att ge sitt samtycke eller att medverka i vården och då väljer man i stället att avstå. Den somatiska vården kan exempelvis behöva prioritera mellan olika behandlingsinsatser och då välja det alternativ som är mest angeläget, exempelvis läkemedelsbehandlingar vid diabetes.
- På grund av nedsatt (kognitiv och/eller verbal förmåga) hos (hela eller delar av målgruppen) kan det vara svårt att i vårdmötet uttrycka sina besvär och behov. Professionen tar inte/eller har inte alltid möjlighet till att ta hänsyn till detta i tillräckligt stor utsträckning, exempelvis vad gäller kommunikation eller avsatt tid.

Kunskapen kring psykiatriska och somatiska tillstånd och hur dessa tar sig i uttryck varierar inom vårdens olika delar och förutsättningar för att omhänderta samsjuklighet brister

- På grund av vårdens organisering, är kunskapen om psykiatriska tillstånd och hur det tar sig i uttryck är otillräcklig inom den somatiska vården. Detta kan i värsta fall leda till att målgruppens somatiska besvär missbedöms och feldiagnosticeras (misstänker psykosomatiska besvär vilket försvårar eller fördröjer behandling). Man ser inte till hela individens tillstånd, situation och behov samt har i värsta fall förutfattade meningar/fördomar om gruppen/individerna som kan påverka vårdens kvalitet.
- Då samverkan med socialtjänsten inte alltid fungerar på ett tillfredsställande sätt blir det svårt att få rätt uppgifter om individens tillstånd och behov, något som försvårar möjligheterna att kommunicera med och möta patienten på rätt sätt.

- Inom psykiatri saknas ibland förutsättningar att genomföra grundläggande somatiska undersökningar vilket riskerar att fördröja eller förhindra adekvat behandling.
- På grund av arbetssätt, rutiner och miljö faller individer mellan stolarna vid akutbehandling. Den somatiska akuta vården är exempelvis inte anpassad eller utformad för att kunna omhänderta psykospatienter med somatiska besvär på ett tillfredsställande och säkert sätt.

**Figur 6. Exempel på vad som framkommit i intervjuer kring vårdkvalitet – personer med egen erfarenhet**

*"Jag berättade för psykiatri om mina besvär, att jag var törstig, svettades och kräktes. De sa att det nog var för att det var varmt. Det visade sig sen att jag hade långt gången och svår diabetes. Det var en vikarierande läkare på psykiatri som fångade upp mig till slut."*

- Person med egen erfarenhet

*"Vården tror inte alltid på en. När man säger att man har ont i foten till exempel."*

- Person med egen erfarenhet

*"Åkte till akuten efter att jag hade skadat foten en gång. När jag sa vilka mediciner jag tog, då gjorde han ingenting. Blev hemskickad. Hade så ont så jag åkte tillbaka och då röntgade de foten. Den var bruten på två ställen."*

-Person med egen erfarenhet

*"Man säger att det är psykiskt snarare än fysiskt. En tjej som jag kände hade vätska i lungorna som fick komma in. Men hon skickades hem, och dog dagen efter och det visade sig att hon hade vatten i lungorna. Jag har hört om andra liknande fall."*

- Person med egen erfarenhet



## Figur 7. Exempel på vad som framkommit i intervjuer kring vårdkvalitet – företrädare vård och omsorg

*"En del åtgärder som vi vill göra kräver en väl samverkande patient. Har man svårt att fullt ut delta kan det ställa till det. Ligga still på ett PCI-bord till exempel. Det ska inte bli ett övergrepp för att vi vet bättre."*

- Läkare akutsjukvården

*"Patienten måste kunna vara medveten, kunna ligga still och förstå vad man gör. Har man en psykos så gör man inte det. Man skickar ofta remisser till psykiatri för att läkare ska konsultas oss, men det kan dröja ett dygn innan vi får hjälp. Det blir fördröjt alltihop. Den organisatoriska uppdelningen gör att kunskapen begränsas inom psykiatri respektive somatiken."*

- Chef hjärtenhet

*"De patienterna uppfattas som stökiga, påverkade och jobbiga. De kan riva saker, och vara aggressiva. Vi har dyr utrustning på plats, och kanske massor av folk och även barn. Vi har inte arbetssätt eller miljön för att kunna undersöka dem. De fastnar mellan oss och psykiatri och allt blir fördröjt."*

- Sjuksköterska akutsjukvården

*"De sjukdomsbehandlande åtgärderna är svårast att övertyga patienterna om. Stora kariesangrepp till exempel. De vill ofta ha en snabb estetisk lösning. Det är väldigt svårt, för när man behandlar måste man bygga en stabil grund och se till att munnen är frisk, sen kan man börja med tillsättning av tänder. Där tycker jag ofta att det är svårt att kommunicera. Därför krävs flertalet besök och extra tid."*

- Tandläkare

*"Man tillskriver den psykiska sjukdomen sånt som man inte kan eller borde, eller att någon annan läkare borde sett detta och man tror att det tas om hand på psykiatri."*

- Socialtjänstföreträdare

*"En del handlar om att man väljer sina strider. Det är viktigare att få ner blodtrycket och blodsockret och att sluta röka (för de patienter med diabetes). I alla patientgrupper blir det motstånd om man ger för mycket behandling direkt. Då sparar man statinerna till sist."*

- Läkare primärvården

## Vad säger den undersökta litteraturen om orsaker till ojämlig vård för målgruppen?

### Faktorer kopplade till individen

- **Den kognitiva förmågan**, som hänger samman med psykiska funktionsnedsättningar, kan påverka individens förutsättningar att både söka och tillgodogöra sig vård på olika sätt; kan t.ex. vara svårt att vänta, att ta kontakter vid behov, passa bokade tider, att uttrycka sig om sin egen hälsa eller att förstå behovet av att söka vård (SKR, 2018; Tilling 2023; Svensk sjuksköterskeförening 2017).
- **Tidigare negativa erfarenheter av vården** kan påverka motivationen när det gäller att söka och konsumera hälso- och sjukvård. Det finns vetenskapliga belägg för att personer med självskadebeteende (psykiatriska tillstånd) har negativa erfarenheter och upplevelser av vården som fungerar avskräckande, dvs. som bidrar till att hämma dessa individers framtida hjälpsökande (för sitt självskadebeteende). Dåliga erfarenheter kan exempelvis handla om att man blivit utsatt för tvångsåtgärder och restriktioner (SBU, 2015).
- **Ekonomiska förutsättningar** kan påverka möjligheten och benägenheten att söka/konsumera vård. De ekonomiska villkoren varierar bland personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS/SOL, och är överlag sämre jämfört med övriga grupper. Relativt höga hyreskostnader i bostäder med särskild service enligt LSS är en aspekt. Inte alla kommuner ersätter omkostnader för ledsagare enligt LSS. Ekonomiskt bistånd är vanligare för personer med LSS än för övriga befolkningen (Socialstyrelsen 2022). Personer med psykisk funktionsnedsättning har inte alltid ekonomiska förutsättningar för att kunna ta del av tandvård (Socialstyrelsen 2018).
- **Ett digitalt utanförskap** kan hämma möjligheten för gruppen att ta del av hälso- och sjukvård. Målgruppen/delar av målgruppen har inte möjlighet att ta del av vård genom digitala kanaler i samma utsträckning som övriga grupper (Socialstyrelsen 2022, Tilling 2023, Vårdanalys 2018).

## Faktorer kopplade till vården och omsorgen

- **Arbetsätt**, bland annat i form av kompensatorisk anpassning, är centralt när det kommer till säkerställandet av jämlik vård. Det handlar framför allt om behov av att anpassa och utforma vården utifrån individernas förutsättningar och behov. Det kan röra sig om rutiner för kallelser och information, eller om anpassningar i vårdmötet (till exempel mer tid, användningen av olika stöd, utökade möjlighet till hembesök med mera.). (SKR 2018; Socialstyrelsen 2020; Tilling, 2023). Gjord analys pekar på att aktörer inom primärvården i viss mån anpassar sina arbetsätt, exempelvis vad gäller avsatt tid, till delar av målgruppen (personer på LSS-boende), men det finns utvecklingspotential. Trots att den undersökta studien visar att vissa vårdcentraler anpassar besökstider utifrån patienters behov, görs detta inte överallt. Regionerna kan behöva förtydliga när och på vilket sätt vården ska anpassas samt för vilka grupper. Handlingsplaner för detta kan behöva tas fram. Risken är annars att resultatet snarare blir ett utfall av den personal som hanterar tidsbokning och/eller patientens förmåga att kräva mer tid i vårdmötet (Socialstyrelsen 2020). Det framkommer också i litteraturen att socialtjänstens stöd uppfattas som värdefullt i kontakter med hälso- och sjukvården, till exempel att boendepersonal följer med till vårdbesök (Socialstyrelsen 2020; Tilling 2023).
- **Vård- och omsorgspersonalens kompetens** beskrivs på olika sätt som viktiga faktorer i den undersökta litteraturen när det kommer till jämlik vård för den aktuella målgruppen (hela eller delar av). Exempelvis lyfts det fram att vård- och omsorgspersonal behöver kompetens för att kommunicera och bemöta gruppen på ett ändamålsenligt sätt utifrån individens förutsättningar och behov. Det framgår att denna kompetens behöver stärkas på olika sätt, bland annat för baspersonal inom LSS-boenden och vårdprofession inom primärvården. Delar av den undersökta litteraturen pekar på att vårdpersonal kan ha förtutfattade meningar/fördomar om målgruppen, bland annat till följd av okunskap, som påverkar vård, behandling och bemötande. Vidare framgår att socialtjänstens baspersonal (inom LSS-verksamhet) behöver få ökad kunskap om hälso- och sjukvården för att kunna fungera som ett stöd för individen, och det framgår också att de behöver ökad kunskap om hälsofrämjande levnadsvanor som en förebyggande åtgärd (Tilling 2023; Socialstyrelsen 2023; Socialstyrelsen 2022; Socialstyrelsen 2020; Socialstyrelsen 2015; SKR 2018; Vårdanalys 2014). Därutöver framgår att det finns behov av kompetensutveckling med fokus på tandvård (till exempel hur tandvårdsstöden fungerar) och munhälsa inom hälso- och sjukvården samt omsorgen (Socialstyrelsen 2020; Socialstyrelsen 2018; SKR 2018). Av litteraturen framgår också att otillräcklig kompetens inom den somatiska vården bidrar till omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande av personer med psykiatriska tillstånd jämfört med de som saknar psykiatrisk diagnos. Omvänt finns det också behov av ökad kunskap om somatisk vård inom den specialiserade psykiatrin för att

säkerställa jämlik vård (Svensk sjuksköterskeförening 2017; Vårdanalys 2014).

- **Samverkan och samordning** beskrivs på olika sätt som avgörande i delar av den undersökta litteraturen för att få till stånd en jämlik vård. Det framkommer att det finns samordnings- och samverkansbrister som försämrar förutsättningarna för målgruppen att ta del av hälso- och sjukvård på ett ändamålsenligt sätt (Socialstyrelsen 2023; Tilling 2023; Socialstyrelsen 2020; Socialstyrelsen 2019; IVO 2018; SKR 2018; Vårdanalys 2014). En analys visar exempelvis att samverkansavtal mellan regioner och kommun (med fokus på LSS-boenden) inte är enhetliga över landet, och de reglerar vårdkontakter för personer på LSS-boenden i varierande grad. Ansvar mellan kommun och region upplevs som otydligt (Socialstyrelsen 2023). Det finns tydliga indikationer på att samverkan för den aktuella målgruppen behöver förbättras även mellan tandvården, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten för att skapa förutsättningar för en jämlik vård (Socialstyrelsen 2020). Den undersökta litteraturen lyfter även specifikt fram bristande samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård som en utmaning för den aktuella målgruppen (Vårdanalys 2014). Det framkommer även att fast vårdkontakt, till exempel i form av samordnare inom psykiatrin, kan fylla en viktig funktion i sammanhanget. Även fungerande teamsamverkan är nödvändigt för att kunna möta målgruppens behov (Socialstyrelsen 2017).
- **Systemets utformning och organisering** lyfts i viss mån fram som faktorer som påverkar tillgången till vård för den aktuella målgruppen. Tandvårdsstödens utformning (F-tandvård) är inte ändamålsenligt utformade (sett till beviljande av stöd) för att målgruppen ska kunna ta del av det. Det upplevs som administrativt krångligt och belastande, vilket resulterar i att stödet inte når ut (även om vissa positiva tendenser vad gäller genomslag kan ses) (Socialstyrelsen 2023; Socialstyrelsen 2018). Därutöver framkommer att vårdens och omsorgens organisering inte bidrar till att främja en helhetssyn på målgruppen och dess samlade behov utifrån livssituation. Detta bland annat kopplat till huvudmänna- och verksamhetsgränser, exempelvis uppdelningen mellan somatisk och psykiatrisk vård, tandvård och övrigt hälso- och sjukvård, skillnader i syn- och förhållningssätt inom socialtjänsten och (den kommunala) hälso- och sjukvården med mera. Det framkommer även att de kommunala insatserna påverkar förutsättningarna för målgruppen att konsumera sjukvård då individer i ordinärt boende tenderar att hamna i skymundan (Tilling 2023; SKR 2018; Socialstyrelsen 2018; Vårdanalys 2014).
- **Styrning och avsatta resurser** lyfts fram som viktigt för att säkerställa att målgruppen får den vård de har behov av. En analys visar att primärvården inte har fullgod tillgång till läkarresurser, och även ekonomiska resurser saknas. Detta är bland annat nödvändigt för att kunna säkerställa en god kontinuitet, något som beskrivs som särskilt angeläget för att främja följsamhet till vård samt för att kunna anpassa vården utifrån individuella förutsättningar och behov (Socialstyrelsen 2023; Tilling 2023). Därutöver lyfts aspekter kopplat till styrning, exempelvis behov av ökat genomslag för kunskapsstyrning, upprättande och följsamhet till relevanta regionala

och kommunala styrdokument etcetera Exempelvis regleras inte bestämmelser kring att erbjuda årliga hälsokontroller i lokala/regionala samverkansavtal (Socialstyrelsen 2023).

## Sammanfattning utvecklingsområden

### Otillräcklig anpassning

- **Hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten behöver i större utsträckning utformas kompensatoriskt och anpassas utifrån målgruppens särskilda behov. Detta för att individerna i högre grad ska söka sig till respektive ta del av vården, exempelvis genom:**
  - Förbättrad samordning av vård och omsorg utifrån individens/målgruppens behov och ökad tillgång till kunskap och verktyg för att socialtjänsten ska kunna stödja gruppen att söka och konsumera vård utifrån behov.
  - Ett mer kompetent och anpassat bemötande i vårdmötet som skapar förutsättningar för att motivera och lugna individen så att denne kan samarbeta med vårdpersonalen.
  - Utvidgat tydligt formellt ansvar för hälso- och sjukvården att särskilt följa upp och bibehålla kontakt med målgruppen, till exempel fånga upp vid uteblivna besök.
  - Förändrade och mer flexibla arbetsätt i vården, exempelvis uppsökande verksamhet, mer avsatt tid i vårdmötet, tillgång till multidisciplinär kompetens, nya metoder för att kommunicera kallelser till vården (till exempel ringa flera gånger i stället för att skicka en kallelse per post).
  - Ett tydligt gemensamt ansvar mellan hälso- och sjukvårdens olika delar samt socialtjänsten.

## Begränsad kunskap

- **Hälso- och sjukvården behöver överlag ökad kunskap och större medvetenhet kring målgruppens tillstånd, förutsättningar och behov. Detta för att kunna erbjuda och tillhandahålla en adekvat vård av god kvalitet; socialtjänsten behöver å sin sida säkerställa att man erbjuder rätt stöd i vårdmötet för att stärka individens förmåga att kunna ta del av behandlingar, exempelvis genom:**
  - Ökad kunskap och kännedom om gruppernas förutsättningar och behov (om hur tillstånden kan ta sig i uttryck och hur detta påverkar).
  - Ökad kunskap om och förändrad syn på målgruppen. Det ska till exempel inte ses som integritetskränkande eller förminskande att anpassa kommunikation och stöd utifrån vissa svårigheter.
  - Ökad kunskap bland socialtjänstens personal om hälso- och sjukvårdens rutiner och funktionssätt, till exempel vad gäller kallelser till olika typer av besök.
  - Ökad kunskap bland socialtjänstens personal om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som en del i att stötta målgruppen.
  - Vid behov stöd från olika professioner/kompetenser i vårdmötet för att säkerställa att individen känner sig trygg.

## Fördjupningar utifrån gjorda kvantitativa analyser

### Fördjupning 1 – kvinnor med psykiatriska tillstånd diagnosticeras med bröstcancer senare

Analysen visar att kvinnor med psykiatriska tillstånd befinner sig i ett senare skede när de diagnosticeras med bröstcancer jämfört med befolkningen i stort (Socialstyrelsen 2023). En sen upptäckt av tumören kan i värsta fall innebära en försämrad prognos. Mönstret kan sannolikt förklaras av att dessa kvinnor i högre utsträckning uteblir från mammografiscreening. Samtliga kvinnor mellan 40-74 år blir regelbundet kallade till mammografiundersökning. Screeningen syftar till att sänka dödligheten i bröstcancer genom upptäckt av fler tumörer i ett tidigt skede. Den inleds med en personlig skriftlig inbjudan till undersökningen med förbokad tid (till kvinnor som inte aktivt motsätter sig undersökningen). Screeningen avslutas antingen med att kvinnan friskförklaras, eller att bröstcancer diagnosticeras. Undersökningen består av en kort anamnes och bildtagning (Socialstyrelsen 2014, SBU 2022).

Det finns generellt en medvetenhet bland intervjuade företrädare om att målgruppen är svår att nå, det vill säga att de tenderar att utebli från sina mammografiundersökningar i förhållandevis stor utsträckning. Tänkbara orsaker som lyfts fram är att gruppen överlag är passiv i relation till sin egen hälsa, och att de i allmänhet drar sig från kontakter med hälso- och sjukvården. Detta bland annat till följd av negativa erfarenheter, eller att gruppen har en begränsad insikt och/eller förståelse om vad undersökningen

innebär. Vissa beskriver även att själva undersökningen kan bli svårare att genomföra med dessa individer, vilket kan leda till att resultat uteblir.

I intervjuer med företrädare från mammografiverksamhet, framkommer bilden av att en grundläggande utmaning med screeningprogrammet är att kallelser skickas till hela populationen utifrån befolkningsregistret, det vill säga utan information om eller hänsyn till individers samlade hälsotillstånd. Det går med andra ord inte att på förhand förutspå och därmed anpassa informationen baserat på individuella förutsättningar och behov. Programmet är i hög utsträckning standardiserat, och intervjuade företrädare beskriver att utrymmet för att anpassa och skraddarsy kallelser eller besök överlag är begränsat. Undersökningen beräknas ta cirka fem minuter, och det avsätts enligt uppgift generellt inte mer tid för att kunna samtala eller ge längre förklaringar till hur screeningen går till. Rutinen sker med hänsyn till individer som har kapacitet att komma till besöket, och som har förståelse för hur den fungerar. Det verkar i regel inte vara möjligt att erbjuda nya tider vid fler än ett uteblivet besök, utan i stället ges patienterna ny tid inom nästa intervall. Intervjupersonerna beskriver att man vid några tillfällen har gjort särskilda ansträngningar och erbjudit extra och mer anpassade tider till målgruppen. Man beskriver att vissa kvinnor med psykiatriska tillstånd ibland själva hör av sig till mammografienheten och berättar om sitt tillstånd och sina eventuella svårigheter. Detta kan enligt respondenterna öka följsamheten till programmet. Intervjuföreträdarna berättar att de enbart har begränsade kontakter med socialtjänsten, vilket också bedöms vara en förhindrande faktor. Socialtjänsten skulle enligt företrädarna kunna ta ett större ansvar för att förmedla information om individens tillstånd, och ett samarbete med vården för att uppmuntra patienten att komma på sina screeningundersökningar skulle kunna initieras i större utsträckning. Närmare samverkan med socialtjänsten kring målgruppen efterfrågas i stort.

För att förbättra förutsättningarna för att kvinnor som tillhör målgruppen ska komma på sina mammografiundersökningar, lyfter man fram värdet av **mer anpassade rutiner** för gruppen. Det föreslås till exempel att man skulle kunna ha ett särskilt remisspår för målgruppen med psykiatriska tillstånd. Vissa framhåller att det möjligtvis skulle vara värdefullt med mer **anpassad information** om screeningprogrammet som särskilt riktar sig till den aktuella målgruppen, och som skulle kunna förmedlas på förhand. Skraddarsydda broschyrer eller filmklipp är några exempel som lyfts. Det framförs även att det skulle vara värdefullt att vid en första kontakt, hitta sätt för att ”flagga” patienter som har särskilda behov, och anpassa de fortsatta kontakterna utifrån detta. Man pekar på socialtjänstens ansvar för att säkerställa att individerna i högre grad förstår värdet av att gå på sina mammografiundersökningar, och att en positiv förändring kan kräva **ökad kunskap** bland socialtjänstens medarbetare som regelbundet möter målgruppen. På liknande sätt efterfrågar man **tätare samarbete** med psykiatrin, inte minst som en kunskapshöjande insats. Man beskriver även att det finns ett behov av att generellt **öka sjukvårdsprofessionens kunskap** om målgruppen och om hur deras respektive psykiatriska tillstånd tar sig i uttryck. Detta för få verktyg för att bättre kunna anpassa behandling och bemötande, bland annat för att säkerställa att patienten känner sig trygg och

för att värna individens personliga integritet. Även i detta sammanhang påtalar man på vikten av att socialtjänsten tar ansvar, det vill säga att man från kommunens sida vidtar åtgärder för att **säkerställa att socialtjänstens medarbetare ges möjlighet och tillstånd** att följa med på besöken i större utsträckning.

**Figur 8. Röster från verksamma vid mammografienhet.**

*"Vi har inte tillgång till någon journal eller bakgrundshistoria, utan man kallar bara efter ålder. Enda gången man vet lite mer är när någon söker på remiss. Men det är inget som sparas. Det hänger på att de själva eller någon närstående ringer till oss inför besöket. Då kan man skapa förutsättningar och fånga upp dem."*

- Medarbetare mammografienhet

*"Det är så beroende på de som har ett stöd eller är på ett boende och det är engagerad personal där. Man ser ibland väldigt många problem, men har de personal som de har förtroende för så kan det göra underverk. Men sen kan det komma någon som inte är alls engagerad som bara sätter sig."*

- Sjuksköterska mammografienhet

*"Min spontana tanke är att om man hade fått till att man på förhand kunde få en remiss för en screening. Som det är nu bokas man ju in på femminutersbesök. Det kanske inte fungerar för de här individerna. Man kanske skulle ha ett annat spår där man kunde ha en remiss för en screening och där man bokar in en längre undersökning."*

- Chef mammografienhet



## Fördjupning 2 – personer med psykiatriska tillstånd ges inte PCI behandling i samma utsträckning

Uppgifter visar att personer med psykiatriska tillstånd som har fått en akut hjärtinfarkt i lägre utsträckning har genomgått en PCI-operation (ballongsprängning) jämfört med befolkningen i stort (Socialstyrelsen 2023). PCI-behandling innebär ballongvidgning av hjärtats kranskärl, och används för att vidga kärl som täppts till av en propp. PCI görs akut vid hjärtinfarkt, men det kan också göras planerat när det finns risk för hjärtinfarkt. Vid PCI-behandling förs en tunn metalltråd in genom det förträngningen i kranskärl via en slang som går in i pulsådern genom handleden eller ljumsken. En ballongkateter träs över tråden och ballongen placeras vid förträngningen för att kärlet ska kunna öppnas upp. Vanligtvis förstärker man i kranskärl med ett litet cylinderformat metallnät (så kallat stent). Patienten är vaken under ingreppet (Riksförbundet Hjärtlung 2012; 1177.se 2023).

Intervjuföreträdare som är verksamma inom akut- eller hjärtsjukvården lyfter fram olika tänkbara orsaker till varför den undersökta målgruppen inte genomgår PCI-behandling i samma utsträckning som övriga befolkningen. En central aspekt handlar om att ingreppet kräver medverkan och samtycke. Patienten måste förstå behandlingen, kunna ligga still och vara medgörlig. Det beskrivs som att den aktuella målgruppen, som en följd av sitt psykiatriska tillstånd, kan ha svårt att uppfylla dessa kriterier. Situationen kräver avvägningar, exempelvis vad gäller risk och integritet, och då kan det i vissa fall resultera i att professionen avstår från att genomföra ingreppet. Det kan vara extra svårt för vissa grupper, särskilt för de med psykotiska sjukdomar enligt intervjuföreträdarna. Det är till exempel utmanande att få en bild av en somatisk tillstånd hos en schizofrenipatient med fullgod psykos, bland annat till följd av paranoida vanföreställningar. Det beskrivs att man i subakuta fall, det vill säga när man ska genomföra behandlingen inom ett dygn, i stor utsträckning behöver övertyga patienter om att följa med till labbet och röntgas med mera, och att detta i regel är svårt. Det händer med andra ord att patienten helt enkelt motsätter sig behandlingen som därför inte blir av. Inom ramen för detta resonemang pekar intervjurespondenterna även på organisatoriska aspekter som försvårar förutsättningarna att kunna genomföra PCI-behandlingar. I de fall patienten är påverkad av sin psykiatriska diagnos kan konsultationer från psykiatri behövas. Det uppges finnas samverkansutmaningar, det vill säga att konsultationen dröjer vilket gör att behandlingen inte sätts in tillräckligt snabbt. Det beskrivs att det ibland uppstår ett så kallat moment 22, det vill säga att inga somatiska undersökningar kan göras på grund av patientens psykiska hälsotillstånd, men psykiatri avstår från att undersöka och behandla till dess att man har uteslutit somatiska besvär. Man efterlyser överlag ett tätare samarbete mellan den somatiska och psykiatriska vården, bland annat för att kunna göra sambedomningar kring hälsotillståndet. Exempelvis pekar man på behovet av multidisciplinära samarbeten och tillgång till psykiatrisk kompetens inom den somatiska akutsjukvården. Vissa hänvisar till behovet att ha en gemensam ingång till den somatiska och psykiatriska akutsjukvården. Ytterligare faktorer som lyfts fram i intervjuerna är att patientgruppen

generellt kan vara svår att möta i den somatiska sjukhusmiljön. De kan till exempel uppvisa aggressivt beteende eller vara påverkade av narkotika. Man uppger att akutvårdens miljö i allmänhet inte är utformad för att kunna hantera denna typ av beteende, exempelvis då alla patienter sitter tillsammans i ett gemensamt väntrum eller då dyr utrustning finns tillgänglig i lokalerna. Dessa omständigheter försvårar förutsättningarna för att kunna erbjuda och tillhandahålla adekvat vård till gruppen, exempelvis PCI-behandling. Vissa respondenter pekar även på att det finns fördomar om gruppen samt okunskap om hur deras psykiatriska tillstånd tar sig i uttryck. Detta kan i korthet leda till att somatiska symptom misstas för psykiska, och nödvändig medicinsk behandling, såsom PCI vid hjärtinfarkt, riskerar att fördröjas eller utebli. Intervjuföreträdarna pekar också på vikten av ett fungerande samarbete med socialtjänsten. Det beskrivs generellt som att detta är begränsat, och att relevanta kontakter mellan sjukvården och socialtjänsten ofta uteblir trots att det hade varit värdefullt. Vissa beskriver även att det är relativt ovanligt att socialtjänstens medarbetare, exempelvis en personlig assistent eller ledsaga, följer med och stöttar patienten under besöken. Det lyfts också fram att när de väl är med så har de inte alltid rätt kunskap, förutsättningar eller verktyg för att kunna stödja patienten på ett ändamålsenligt sätt.

Respondenterna lyfter bland annat fram behovet av **ökat kunskapsutbyte** mellan psykiatrin och somatiken som en viktig förbättringsåtgärd, inklusive **multidisciplinära team och arbetsätt. Tätare samverkan och dialog** med socialtjänsten betonas också. Därutöver efterfrågar man **riktade kompetens- och kunskapshöjande insatser**, bland annat för att **stärka förmågan att bemöta** patientgruppen på ett adekvat sätt och därigenom förbättra förutsättningarna för att kunna tillhandahålla medicinskt motiverade behandlingsinsatser. Det handlar även om att **stärka socialtjänstens medarbetare** att kunna stötta patientgruppen på ett adekvat sätt.

#### Figur 9. Röster från verksamma vid akutsjukvård och hjärtenhet

*"Tröskeln till psykiatrin är hög. Vi kanske har ett somatiskt problem, men vi kommer inte åt dem för de har en psykos. Vi hade en patient som låg och krälade runt i 12 timmar. Vi kontaktade psykiatrin men de ville inte komma innan vi hade uteslutit somatiska åkommor."*

- Sjuksköterska akutsjukvården

*"Det finns en rädsla hos personalen runt de här patienterna också. Den skulle man behöva komma åt. Det är nog både fördomar och okunskap som ligger bakom."*

- Chef hjärtenhet

*"Jag skulle säga att vi och personalen inte har jättemycket utbildning i att bemöta patienter med psykisk funktionsnedsättning.[...] Den här patientgruppen måste man lirka med. Det skulle vara intressant att diskutera bemötande. Att ha olika verktyg är bra."*

- Läkare akutsjukvården

### Fördjupning 3 – de i målgruppen med diabetes får i lägre utsträckning blodfettssänkande läkemedel

Analyser visar att individer i den undersökta populationen som har diabetes, i lägre utsträckning behandlas med blodfettssänkande läkemedel jämfört med övriga befolkningen (Socialstyrelsen 2023). Blodfettssänkande läkemedel är enligt nationella riktlinjer för diabetesvård, mycket angeläget hos personer med diabetes med hög till mycket hög risk att insjukna i hjärtsjukdom. Hos personer med måttlig risk kan förändrade levnadsvanor fungera som ett alternativ till läkemedelsbehandlingen (Socialstyrelsen 2018).

Intervjuföreträdare som är verksamma i primärvården, och som har ett ansvar för och möter den aktuella målgruppen, beskriver olika tänkbara orsaker till varför graden av läkemedelsbehandling skiljer sig mellan dessa individer och befolkningen i stort. Det framkommer exempelvis att det generellt kan vara svårt att motivera diabetespatienter att ta blodfettssänkande läkemedel. Detta då behandlingen är förknippad med en del biverkningar såsom muskelvärk, vilket kan leda till ett allmänt motstånd bland patienterna. Detta trots att man idag enligt intervjuföreträdarna vet att man så tidigt som möjligt ska sätta in denna typ av behandling. Man beskriver att det i detta sammanhang är särskilt viktigt att på ett lyhört och kompetent sätt, redovisa fakta och konstruktivt samtala med patienten så att vederbörande på goda grunder kan ta ställning till behandlingen. Man betonar värdet av en mer flexibel vård, som i högre utsträckning är anpassad utifrån gruppens behov. Längre besök, fler uppföljande kontakter samt ökad kompetens kring hur gruppen bäst ska bemötas är några exempel som lyfts fram.

En annan aspekt som upprepar lyfts är att man som vårdgivare ”väljer sina strider” när det kommer till olika typer av behandlingsinsatser. Det beskrivs som att den aktuella målgruppen generellt kan vara mer skeptisk till olika läkemedelsbehandlingar, och då är det mer prioriterat att sätta in behandlingar som syftar till att sänka blodtrycket eller att få patienten att sluta röka. Det beskrivs som blodfettssänkande läkemedel (statiner) kommer relativt långt ner på listan i ett sådant läge. Samtidigt betonas att det ändå är viktigt att sträva mot att på sikt kunna sätta in blodfettssänkande läkemedelsbehandling, inte minst ur ett jämlikhetsperspektiv. En annan tänkbar delförklaring som lyfts fram i intervjuerna är att det i vissa fall kan vara svårt att sätta in läkemedelsbehandlingar om patienten (frekvent) uteblir från besök. Det beskrivs som att den här gruppen överlag är svår att nå, bland annat då dessa individer i allmänhet har en relativt kritisk inställning till sjukvård, eventuellt till följd av tidigare negativa upplevelser av vården. De uppges även generellt ha en mer begränsad insikt om sin somatiska hälsa, och/eller att de inte prioriterar sin somatiska hälsa i lika stor utsträckning som den övriga befolkningen. Om de uteblir från besök, går det helt enkelt inte att sätta in de läkemedelsbehandlingar som är motiverade. Det beskrivs som att man helst inte vill förskriva blodfettssänkande läkemedel vid det första besöket, utan att man i stället strävar efter att följa upp patienten och utvärdera hur hälsotillståndet utvecklas. Mot denna bakgrund kan det vara aktuellt att avvakta denna typ av förskrivning. Det är enligt de intervjuade i

korthet relativt vanligt att dessa patienter inte dyker upp på sina efterföljande besök, vilket gör att läkemedelsbehandlingen i slutändan uteblir.

När det kommer till förbättringsförslag betonas vikten av mer flexibla och anpassade arbetssätt, till exempel fler kontakter, större möjligheter att kunna följa upp patienten och en högre grad av kontinuitet. Samtidigt konstaterar flera intervjupersoner att denna typ av förändringar kräver mer omfattande strukturella reformer, exempelvis vad gäller ersättningsmodeller och produktionsmål. Det finns med andra ord en risk enligt respondenterna, att denna typ av förändringar som innebär en högre belastning för primärvården, i slutändan skulle generera negativa konsekvenser i stort. Det behövs med andra ord utökade resurser och nya styrmodeller som i högre utsträckning möjliggör en mer flexibel och anpassad vård för den aktuella målgruppen. Därutöver efterfrågas generellt kompetenshöjande insatser vad gäller bemötande av målgruppen samt välfungerande samverkan och utbyte med den specialiserade psykiatrin. Detta inte minst för att kunna fånga upp patienter som av och till vårdas i slutenvården till följd av sitt psykiatriska tillstånd. Vidare efterfrågar man ändamålsenlig samverkan med socialtjänsten, där exempelvis en ledsagare eller personlig assistent kan spela en viktig roll för att stödja patienten i vårdmötet, och för att kunna ha en mer sammanhållande roll i kontakterna med vården.

#### **Figur 10. Primärvårdsläkares röster om sekundärpreventiv behandling med blodfettsänkande vid diabetes.**

*"Om man inte lyckas att få ner blodtrycket eller få patienten att sluta röka, så är det fortfarande viktigare. Då är det inte lämpligt att kasta ett till recept på patienten som man sen måste följa upp. Det kan tränga undan andra saker som är viktigare."*

- Läkare primärvården

*"Distriktsläkarna möter patienten som är skeptisk till behandlingen och då är vår roll att sälja in den. Det krävs tid och förtroende att få patienten att förstå varför behandlingen är viktig."*

- Läkare primärvården

*"Det kan vara att dessa patienter uttrycker skepsis mot läkemedel och då, kanske man som läkare tänker att man avvaktar med andra läkemedel som inte är huvudsakligt motiverade. Det är också en grupp som tenderar att utebli från besök, och särskilt uppföljande besök, och då går det inte heller att sätta in behandlingen"*

- Läkare primärvården

# Förslag till möjliga förbättringar

**Tabell 1. Möjliga förbättringar på nationell och regional nivå**

Möjliga förbättringsförslag på nationell och regional/lokal nivå inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst

Område	Socialtjänst	Nivå	Hälso- och sjukvård	Nivå
<b>Kunskap och kompetens</b>	Se över och förbättra tillgången till kunskaps- och kompetenshöjande insatser, till exempel målgruppsanpassade och riktade utbildningsinsatser och/eller kunskapsstöd bland annat med fokus på bemötande av och kommunikation med målgruppen, vårdens funktionssätt och organisation, somatiska hälsorisker samt individanpassade arbetssätt.	Nationell	Se över och förbättra tillgången till kunskaps- och kompetenshöjande insatser, till exempel målgruppsanpassade och riktade utbildningsinsatser och/eller kunskapsstöd bland annat med fokus på bemötande av och kommunikation med målgruppen, målgruppens tillstånd, förutsättningar och behov samt individanpassade arbetssätt.	Nationell
			Undersök behovet av att uppdatera grund-/specialistutbildningar för olika vårdprofessioner, till exempel med fokus på målgruppens tillstånd, förutsättningar och behov.	Nationell
			Undersök möjligheten att använda olika kompetenser inom primärvården, till exempel hälsokoordinatorer/navigatörer för målgruppen som kan fungera som ett stöd i vårdkontaktarna.	Regional
<b>Arbetssätt och rutiner</b>	Förbättra förutsättningarna för samverkan tvärs verksamhets- och huvudmannagränser, till exempel genom ändamålsenliga samverkanstrukturer på strategisk nivå och verksamhetsnivå (exempelvis konstellationer eller ansvariga funktioner som träffas regelbundet) och/eller teambaserade multidisciplinära arbetssätt.	Lokal	Förbättra förutsättningarna för samverkan tvärs verksamhets- och huvudmannagränser, till exempel genom ändamålsenliga samverkanstrukturer på strategisk nivå och verksamhetsnivå (exempelvis konstellationer eller ansvariga funktioner som träffas regelbundet) och/eller teambaserade multidisciplinära arbetssätt.	Regional
	Säkerställ att målgruppen ges adekvat och anpassat stöd för att kunna söka och tillgodogöra sig vård, till exempel genom att upprätta och följa tydliga rutiner kring stöd vid vårdbesök och processer för att identifiera kallelser.	Lokal	Säkerställ att målgruppen ges adekvat och anpassat stöd för att kunna söka och tillgodogöra sig primär- och specialiserad vård, till exempel genom att säkerställa att fast vårdkontakt utses för individer som har behov av det.	Regional

Område	Socialtjänst	Nivå	Hälso- och sjukvård	Nivå
	Analysera förutsättningar för att införa obligatoriska rutiner kring regelbundna hälsokontroller för målgruppen.	Nationell	Förbättra förutsättningarna för en mer kompensatoriskt utformad vård som utgår från individen, till exempel genom mer flexibla arbetssätt (längre besök, anpassad kommunikation, förändrade rutiner för kallelser och uppföljning, uppsökande verksamhet/hembesök, regelbundna hälsokontroller, anpassad miljö med mera) inom såväl primärvård som specialiserad vård och tandvård.	Regional
	Identifiera och sprid inspirerande lärande exempel på framgångsrika arbetssätt inom socialtjänsten med fokus på god och jämlik vård för den aktuella målgruppen.	Nationell	Analysera förutsättningar för att införa obligatoriska rutiner för regelbundna hälsokontroller för målgruppen.	Nationell
			Identifiera och sprid inspirerande lärande exempel på framgångsrika arbetssätt inom hälso- och sjukvården med fokus på god och jämlik vård för den aktuella målgruppen.	Nationell
<b>Styrning och organisation</b>	Säkerställ följsamhet till centrala regelverk och styrdokument, till exempel kring samverkan (samverkansavtal och SIP).	Lokal	Säkerställ följsamhet till centrala regelverk och styrdokument, till exempel kring samverkan (samverkansavtal och SIP).	Regional
	Upprätta relevanta styrdokument vid behov, till exempel policies, riktlinjer eller vägledningar kring hur målgruppen på bästa sätt kan stödjas i kontakter med vården.	Lokal	Upprätta relevanta styrdokument vid behov, till exempel policies, riktlinjer eller vägledningar kring hur målgruppen på bästa sätt kan stödjas i kontakter med vården.	Regional
	Etablera ändamålsenliga strukturer för att kunna följa upp socialtjänstens stödjande insatser med fokus på jämlik vård för målgruppen.	Lokal	Skapa förutsättningar för lägre organisatoriska trösklar inom centrala verksamheter, exempelvis upprättande av gemensam ingång till den somatiska och psykiatriska akutsjukvården eller särskilda remissgångar för målgruppen.	Regional
			Etablera ändamålsenliga strukturer för att kunna följa upp hälso- och sjukvårdens insatser med fokus på jämlik vård för målgruppen.	Regional
			Analysera styrning, utformning och planering av vården till exempel primärvården och tandvården, för att skapa tydliga incitamentsstrukturer för mer anpassade arbetssätt, exempelvis inom ramen för kvalitetsledningssystem, verksamhetsplanering och ersättning. Överväg att undersöka möjligheterna att ge hälso- och sjukvården ett mer tydligt formellt ansvar för att kontakta och följa upp målgruppen över tid.	Nationell

# Litteraturlista

IVO 2019, *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014, *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020, *Med varierande funktion. Förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel vid funktionsnedsättning*

Riksförbundet HjärtLung 2012, *Allt du velat fråga om PCI*  
<https://www.hjart-lung.se/vart-arbete/tidningen-status/artiklar/allt-du-velat-fraga-om-pci/>

SBU 2015, *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende*

SBU 2022, *Screening för bröstcancer hos kvinnor över 74 år. Ett vetenskapligt underlag*

SKR 2018, *Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning? Beskrivning av ojämlikheter idag samt förslag på förändrade arbetssätt*

Socialstyrelsen 2014, *Screening för bröstcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag*

Socialstyrelsen 2015, *Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*

Socialstyrelsen 2017, *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning*

Socialstyrelsen 2018, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget*

Socialstyrelsen 2018, *Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning*

Socialstyrelsen 2019, *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Slutrapport*

Socialstyrelsen 2020, *Arbetssätt för jämlik vård. Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen 2022, *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2022*

Socialstyrelsen 2023, *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2023*

Socialstyrelsen 2023, *Vårdkontakter i LSS-boende*

Socialstyrelsen 2023, *Registerstudie – kartläggning av hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning*

Svensk sjuksköterskeförening 2017, *Jämlik vård och hälsa. Svensk sjuksköterskeförenings strategi*

Tilling 2023, *Nära vård för vuxna personer med LSS-insatser i Göteborgsregionen En förstudie* Karina Tilling Juni 2023, FoU i Väst

1177.se 2023, *Ballongvidgning av kranskärl*

<https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/operationer/operationer-i-hjartat/ballongvidgning-av-kranskarl/>