

# Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

**Komplettering av nationella riktlinjer för  
psykosociala insatser vid schizofreni och  
schizofreniliknande tillstånd**

ISBN 978-91-7555-173-9  
Artikelnummer 2014-4-6

Foto Bildarkivet/Andreas Offesson  
Personerna på bilden har inte någon koppling till innehållet

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2014

# Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Riktlinjerna är en komplettering av *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011*. Riktlinjerna innehåller dessutom indikatorer för god vård och omsorg som speglar rekommendationerna i riktlinjerna.

Riktlinjerna är en del av ett regeringsuppdrag inom området psykisk ohälsa (S2012/3905/FS) och utgår från en systematisk litteraturöversikt av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) som bland annat inkluderar läkemedelsbehandling vid schizofreni.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa riktlinjer riktar sig främst till verksamhetschefer och yrkesverksam personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Sjukvårdsregionerna, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den preliminära versionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunskande har deltagit i riktlinjearbetet.

Lars-Erik Holm  
generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Några viktiga rekommendationer .....	7
Rekommendationernas konsekvenser .....	8
Indikatorer för uppföljning .....	8
Inledning.....	9
Innehåll i detta dokument .....	9
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag .....	9
Särskilda förutsättningar i dessa riktlinjer .....	10
Samverkan med andra myndigheter och aktörer .....	10
Riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling och psykosociala insatser kompletterar varandra .....	11
Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd .....	11
Nationell utvärdering av den psykiatriska vården .....	13
Rekommendationer .....	15
Generellt om rekommendationerna .....	15
Rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling.....	17
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser .....	31
Konsekvenser i ett nationellt perspektiv .....	31
Indikatorer för god vård och omsorg .....	34
Indikatorer för antipsykotisk läkemedelsbehandling .....	34
Nationell utvärdering av antipsykotisk läkemedelsbehandling .....	35
Redovisning av indikatorer .....	36
Värdegrund och etik.....	40
Etisk plattform för prioriteringar .....	40
Respekt för personers integritet, självbestämmande och delaktighet...41	
Projektorganisation.....	44
Referenser .....	47
Offentliga publikationer .....	50
Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista.....	51
Bilaga 2. Förteckning över externa bilagor .....	56



# Sammanfattning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Rekommendationerna utgår främst från en systematisk litteraturoversikt om bland annat läkemedelsbehandling vid schizofreni som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har tagit fram.

Schizofreni är en svår psykossjukdom som innebär en förändrad verklighetsuppfattning, nedsatt social och kognitiv förmåga och därmed ofta en försämrad funktionsförmåga. I dessa riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om behandling med olika typer av antipsykotiska läkemedel vid

- prodromala stadier av psykossjukdom
- nyinsjuknande i psykossjukdom
- långvarig psykossjukdom
- svårbehandlad psykossjukdom
- suicidalt beteende vid psykossjukdom
- viktökning i samband med antipsykotisk läkemedelsbehandling
- extrapyramidala biverkningar av antipsykotisk läkemedelsbehandling
- behandling med antipsykotiskt läkemedel i depåform
- samsjuklighet med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika.

## Några viktiga rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör erbjuda kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling minskar risken för självmord och är en förutsättning för att undvika akuta skov och för att kunna rehabilitera och återintegrera personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd i samhället. Utan antipsykotisk läkemedelsbehandling är det i regel omöjligt för dem som drabbas att leva ett normalt liv.

Det är viktigt att valet av antipsykotiskt läkemedel utgår från hur allvarlig sjukdomen är samt vilka eventuella risker som är förknippade med patientens tillstånd, såsom suicidalt beteende eller metabola riskfaktorer. Olika antipsykotiska läkemedel har olika effekter och biverkningar. Vanliga biverkningar av antipsykotiska läkemedel är sexuella biverkningar, extrapyramidala symptom, sedation (trötthet) och viktuppgång. Det gäller särskilt vid nyinsättning av ett läkemedel. Om patienten får information om olika läkemedels effekter och biverkningar samt är delaktig i valet av läkemedel ökar också följsamheten till behandlingen.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedlen aripiprazol, olanzapin eller risperidon till personer som är nyinsjuknade i psykossjukdom. Personer med långvarig schizofreni bör erbjudas olanzapin eller risperidon. Vid långvarig sjukdom är det särskilt angeläget att läkemedelsbehandlingen är kontinuerlig och varaktig.

Vid svårbehandlad sjukdom och otillräcklig effekt av antipsykotiska läkemedel (det vill säga att symtom kvarstår trots adekvat läkemedelsdos och behandlingstid) är det angeläget att byta till ett läkemedel med mer kraftfull effekt på psykotiska symtom. Hälso- och sjukvården bör då i första hand erbjuda klorzapin. Det är också särskilt viktigt att läkemedelsbehandlingen kombineras med psykosociala insatser.

Även personer med självmordstankar och suicidalt beteende bör erbjudas klorzapin, både om de är nyinsjuknade eller har en långvarig sjukdom. Det eftersom klorzapin minskar risken för självmord och självmordsförsök i större grad än andra antipsykotiska läkemedel.

En del patienter föredrar läkemedelsbehandling i långverkande depåform framför peroral beredning. Denna behandlingsform bör också erbjudas till personer som ofta avbryter behandlingen och återinsjuknar i akuta symtom. Vid samtidigt missbruk och vid beroendebör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med risperidon i depåform.

För personer som får läkemedelsbehandling men har kvarvarande symtom eller funktionsnedsättningar är det viktigt att komplettera behandlingen med individuellt anpassade psykosociala insatser. Dessa riktlinjer kompletterar på så sätt Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011*.

## Rekommendationernas konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna generellt inte kommer att leda till ökade kostnader, eftersom kostnaderna för de olika läkemedlen i allmänhet inte skiljer sig åt i någon större utsträckning. Däremot förväntas de samhällsliga kostnaderna sjunka på lång sikt till följd av mer effektiva behandlingar.

Personer med schizofreni behöver stora resursinsatser från såväl hälso- och sjukvården som från socialtjänsten. Av dessa utgör dock läkemedelskostnaden en mindre andel av de totala kostnaderna. Att behandla personer som har schizofreni med läkemedel är kostnadseffektivt i jämförelse med ingen behandling. Effektiv läkemedelsbehandling kan reducera risken för återfall och är därmed kostnadsbesparande.

Socialstyrelsen bedömer att val av läkemedel för behandling av schizofreni huvudsakligen inte påverkar organisatoriska aspekter såsom behov av lokaler, arbetssätt, samarbete, personal etc.

## Indikatorer för uppföljning

Socialstyrelsen har tagit fram 14 nationella indikatorer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som speglar rekommendationerna i riktlinjerna. Av dessa är 12 möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor som uppdateras kontinuerligt.



# Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Rekommendationerna bör (i de flesta fall) kombineras med insatser som Socialstyrelsen rekommenderar i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* [1].

Riktlinjerna vänder sig i första hand till verksamhetschefer och yrkesverksam personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Riktlinjerna har som huvudfokus att ge vägledning om antipsykotisk läkemedelsbehandling och inte att, som andra nationella riktlinjer, vara underlag för styrnings- och ledningsfrågor (exempelvis fördelning av resurser). Målet är att denna grupp – patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – ska få en god läkemedelsbehandling.

Rekommendationerna i dessa riktlinjer utgår från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU:s) systematiska litteraturöversikt *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation* [2].

## Innehåll i detta dokument

Det här dokumentet innehåller följande delar:

- Bakgrund och motiveringar till de 34 rekommendationer i *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* som har stor betydelse för att patienter med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd ska få en god och jämlik vård.
- En analys av rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- Indikatorer för att följa upp den antipsykotiska läkemedelsbehandlingen i vården av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Indikatorerna utgår framförallt från rekommendationerna.
- En diskussion om värdegrund och etik.

Andra delar av riktlinjerna är bland annat en tillstånds- och åtgärdslista, det vetenskapliga underlaget för samtliga 34 rekommendationer och en metodbilaga. De fullständiga riktlinjerna finns på [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer).

## Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort. Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter

befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp. Målet är att bidra till att patienterna får en jämlik och god vård.

Utgångspunkt för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I riksdagsbeslutet framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Uppdraget innebär också att innehållet i riktlinjerna ska hållas aktuellt genom återkommande uppdateringar och kompletteringar.

## Särskilda förutsättningar i dessa riktlinjer

Socialstyrelsens rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd baseras på det vetenskapliga underlaget i SBU:s systematiska litteraturöversikt *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation* [2]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer tar till skillnad från SBU:s översikt enbart upp frågor som beskriver antipsykotisk läkemedelsbehandling, med fokus på behandling av psykotiska symtom.

De rekommendationer som ges i riktlinjerna är i stort sett avgränsade till de frågor som täcks av underlaget i SBU:s litteraturöversikt. Riktlinjerna utgår därmed inte från en analys av vilka åtgärder som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten har ett särskilt stort behov av vägledning om, vilket i normalfallet ingår i Socialstyrelsens modell för att ta fram nationella riktlinjer. Bilagan *Metodbeskrivning* beskriver närmare hur Socialstyrelsen har använt SBU:s litteraturöversikt samt kompletterat med annat relevant underlag i de fall det varit aktuellt. En stor systematisk översikt publicerad 2013 stödjer huvudsakligen riktlinjens rekommendationer [3].

## Samverkan med andra myndigheter och aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen samarbetat med SBU och Läkemedelsverket. SBU har bidragit med vetenskapligt underlag för de flesta av frågeställningarna.

Läkemedelsverket har utifrån samma vetenskapliga underlag tagit fram behandlingsrekommendationer som bland annat tar upp verkningsmekanismer för antipsykotiska läkemedel, utrednings- och uppföljningsmetoder, läkemedelssäkerhet och monitorering samt antipsykotisk läkemedelsbehandling hos barn, ungdomar och äldre och vid nedsatt organfunktion [4]. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer och Socialstyrelsens nationella riktlinjer kompletterar varandra.

Förutom nämnda myndigheter har företrädare för sjukvårdshuvudmännen, psykiatrien och socialtjänsten samt medicinskt sakkunniga medverkat. Sjukvårdshuvudmännen har genom nationella samordningsgruppen för kunskaps-

styrning (NSK) nominerat experter till prioriteringsarbetet. De förberedde även det nationella kunskapsseminarium som ordnades av Socialstyrelsen efter publiceringen av den preliminära versionen av riktlinjerna.

## Riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling och psykosociala insatser kompletterar varandra

Färre än hälften av patienterna med schizofreni får så god effekt av läkemedelsbehandlingen att de blir helt återställda [5, 6]. Vid kvarvarande symtom eller en funktionsnedsättning är det därför viktigt att patienterna får individuellt anpassade psykosociala insatser i kombination med läkemedelsbehandling. Riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling bör därmed (i de flesta fall) kombineras med de insatser som beskrivs i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* [1]. För att öka patienternas delaktighet och därmed följsamheten är det viktigt att tillämpa ett delat beslutsfattande även i valet av läkemedel.

Socialstyrelsen planerar att vid nästa större uppdatering av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser respektive antipsykotisk läkemedelsbehandling sammanfoga dessa två riktlinjer till en gemensam. Syftet är att verka för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten i ökad utsträckning kombinerar medicinska och psykosociala behandlingsmetoder för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Målet är att uppnå bättre behandlingsresultat med minimerade biverkningar och ökad social funktion genom att patienterna upplever ökad delaktighet i val av behandling.

## Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Schizofreni är en psykossjukdom som innebär en förändrad verklighetsuppfattning, nedsatt social och kognitiv förmåga och därmed ofta en försämrad funktionsförmåga. Schizofreniliknande tillstånd omfattar sådant som schizofreniform psykos, schizoaffektivt syndrom, kroniska vanföreställningsyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom samt ospecificerad icke-organisk psykos.

Schizofreni är den vanligaste diagnosen bland alla psykossjukdomar och tillhör en av de tio mest funktionshindrande sjukdomarna i västvärlden [7]. I Sverige insjuknar 1 500–2 000 personer i schizofreni varje år. Sjukdomsdebuten sker vanligen runt 18–30 års ålder. Förekomsten i befolkningen är cirka 0,4 procent, men högre i storstadsområden med hög andel utlandsfödda samt i områden med låg socioekonomisk status. I Sverige har 30 000–40 000 personer diagnosen schizofreni och en stor andel av patienterna som vårdas inom den psykiatriska slutna vården har sjukdomen.

## Vanligt med samsjuklighet

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd får oftare kroppsliga sjukdomar än andra personer, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och dia-

betes [8, 9]. Det beror troligen på en kombination av ohälsosam livsstil och metabola biverkningar av den antipsykotiska läkemedelsbehandlingen. Det kan också bero på att personer med psykisk ohälsa får sämre somatisk vård än befolkningen i övrigt [10]. Medellivslängden för personer med schizofreni är i genomsnitt 15 år kortare för män och för kvinnor 12 år kortare jämfört med befolkningen i övrigt [11].

Även psykisk samsjuklighet är vanlig vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Över hälften av patienterna har depression och ungefär en fjärdedel har ångestsyndrom, antingen innan insjuknandet eller samtidigt med psykosjukdomen. Patienter med schizofreni har ofta även kognitiva funktionshinder som angränsar till autism och autismliknande tillstånd.

Det är också vanligt med samtidigt missbruk och beroende av till exempel alkohol eller narkotika, vilket kan förvärra psykosjukdomen [8, 9].

## Viktigt med tidig diagnos och behandling

Prognosen för patienter i tidiga faser av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd förbättras ju tidigare tillståndet diagnostiseras och behandlas. Avgörande för en tidig diagnos är att det finns kunskap om tidiga symtom och besvär hos de vård- och omsorgsgivare som patienterna vänder sig till.

Det viktigaste och första inslaget i behandlingen vid en konstaterad psykosjukdom är antipsykotisk läkemedelsbehandling, vilket även möjliggör behandling med psykosociala insatser. För att öka följsamheten är det viktigt att redan från början göra patienten delaktig i valet av läkemedel.

## Antipsykotiska läkemedel

Det första antipsykotiska läkemedlet introducerades 1952 [12]. Läkemedlet innebar en genomgripande förändring i behandlingen av schizofreni och lade grunden till att mentalvårdens stora institutioner successivt kunde monteras ned och ersättas av öppnare vårdformer.

Antipsykotiska läkemedel delas ofta in i första respektive andra generationens antipsykotiska läkemedel – FGA (first generation antipsychotics) respektive SGA (second generation antipsychotics). De olika läkemedlen skiljer sig åt beroende på vilken effekt samt vilken biverkningsprofil de har.

Vanliga biverkningar vid behandling med FGA-läkemedel är extrapyramidala biverkningar med symtom som stelhet, skakningar och krypningar, framförallt i benen. Vanliga biverkningar vid behandling med vissa SGA-läkemedel är metabola biverkningar där ett tidigt tecken är viktuppgång.

Indelningen i FGA och SGA har dock kommit att få mindre betydelse i klinisk psykiatrisk praxis eftersom läkemedlen ofta skiljer sig mer inom än mellan grupperna [3]. Detta gäller framförallt inom SGA, både när det gäller effekter och biverkningar [8].

## Samarbete mellan vård och omsorg en förutsättning

Vården och omsorgen av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd förutsätter ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården (psykiatri) och socialtjänsten. Socialtjänsten tillhandahåller stödinsatser och bistånd

utifrån aktuella funktionsnedsättningar medan psykiatrin ansvarar för att ställa diagnos utifrån sjukdomssymtom samt erbjuda behandling.

Landsting och kommuner är enligt 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och 5 kap. 8 a § i socialtjänstlagen (2001:453), SOL, skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Det finns även en lagstadgad skyldighet i 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SOL som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen.

Socialstyrelsen ger rekommendationer om vilka samordnade åtgärder hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda för att tillgodose en kontinuitet i vård och omsorg i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* [1].

## Nationell utvärdering av den psykiatriska vården

Primärvården har enligt HSL ansvar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling. Ändå lägger sju av tio primärvårdschefer ansvaret för den fysiska hälsan hos personer med psykisk sjukdom på den specialiserade psykiatrin. Personer med psykisk sjukdom verkar också riskera bristfällig behandling vid konstaterade samtidiga kroppsliga sjukdomar, vilket kan försämra deras hälsa och leda till för tidig död. Detta visar Socialstyrelsens utvärdering av den psykiatriska vården samt primärvårdens och socialtjänstens insatser vid depression, ångest och schizofreni, *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni* [10].

Utvärderingen visar också att andelen döda efter såväl hjärtinfarkt som stroke är högre bland personer som har vårdats inom psykiatrin än bland övriga personer. Dödsfall med orsaker som bedöms vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka genom tidig diagnos och behandling (så kallad åtgärdbar dödlighet), är betydligt vanligare bland personer med psykiatrisk diagnos än bland övriga. När det gäller skillnader i behandling hade exempelvis personer med diabetes som hade vårdats för schizofreni en betydligt lägre andel blodfettssänkande läkemedel än diabetiker som inte hade schizofreni. Dessa skillnader gällde för de allra flesta landsting.

I utvärderingen lyfter Socialstyrelsen bland annat fram att hälso- och sjukvården kan förbättras genom att huvudmännen vidtar åtgärder för att minska den höga dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa. Detta kan bland annat göras genom hälsofrämjande och förebyggande insatser, samverkan och rutiner för hur kroppsliga sjukdomar kan förbyggas, diagnostiseras och behandlas samt överenskommelser om samarbete mellan huvudmännen som tydliggör ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. Rekommendationer om metoder för att stödja människor att förändra levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk

aktivitet och ohälsosamma matvanor finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [13].

Enligt utvärderingen bör vårdgivarna också öka tillgången till evidensbase-rad psykologisk behandling, psykosociala insatser, specialistläkare och specialistsjuksköterskor samt ha rutiner för självmordsriskbedömningar. Vidare anser Socialstyrelsen att vårdgivarna bör arbeta för att alla som besöker psykiatri ska känna sig respektfullt bemötta och omfattas av ett patientcentrerat arbetssätt för att öka deras delaktighet.

Utvärderingen utgår från indikatorerna i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* [14] och *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011* [1]. Under 2014–2015 kommer utvärderingen att kompletteras med resultat från indikatorerna som ingår i riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling.

# Rekommendationer

I det här kapitlet presenteras rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd inom följande områden:

- prodromala stadier av psykosjukdom
- nyinsjuknande i psykosjukdom
- långvarig psykosjukdom
- svårbehandlad psykosjukdom
- suicidalt beteende vid psykosjukdom
- viktökning i samband med antipsykotisk läkemedelsbehandling
- extrapyramidala biverkningar av antipsykotisk läkemedelsbehandling
- behandling med antipsykotiskt läkemedel i depåform
- samsjuklighet med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika.

Samtliga 34 rekommendationer redovisas i en tillstånds- och åtgärdslista i bilaga 1. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer). Det är också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökverktyg *Sök i riktlinjerna*, där vetenskapligt underlag för varje tillstånds- och åtgärdspar presenteras.

## Generellt om rekommendationerna

### Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärds kombinationer. Sammantaget ger Socialstyrelsen tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen FoU och rekommendationen icke-göra. Tabellen nedan beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

#### Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården bör eller kan erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 minst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, och endast inom ramen för forskning och utveckling. Socialstyrelsen vill med rekommendationen stödja hälso- och sjukvården att noggrant utvärdera nya åtgärder innan de börjar användas.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationen stödja hälso- och sjukvården att sluta använda ineffektiva metoder.

En beskrivning av hur Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer och det vetenskapliga underlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagorna *Metodbeskrivning* respektive *Vetenskapligt underlag*. Bilagorna finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer).

Rangordningen utgår från den nationella modellen Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärds kombinationer utgår från den nationella modellen för prioriteringar [15]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad (avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd)
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen tar även hänsyn till evidens för effekt, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är.

### Särskilda förutsättningar vid bedömningen av kostnadseffektivitet

Rekommendationerna i dessa riktlinjer baseras främst på en systematisk litteraturöversikt som tagits fram av SBU [2]. Detta gäller även den hälsoekonomiska bedömningen. Eftersom evidensen för det hälsoekonomiska underlaget i översikten var bristfällig baseras de flesta av Socialstyrelsens bedömningar på skattningar av kostnadseffektiviteten utifrån den kunskap som finns om de olika läkemedlens effekt. De läkemedel som Socialstyrelsen rekommenderar har myndigheten bedömt vara de som ger samhället ett effektivt resursutnyttjande.

I dessa riktlinjer görs ingen gradering av kostnadseffektiviteten i termer av låg, måttlig eller hög. Denna gradering behövs inte eftersom skillnaden i kostnader för de olika läkemedlen är så liten. Detta medför att det läkemedel som har störst effekt på psykotiska symtom också räknas som det mest kostnadseffektiva.



## Rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling

Antipsykotisk läkemedelsbehandling är en hörnsten i all behandling av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling förhindrar återinsjuknande i akut fas av sjukdomen och minskar risken för självmord [16-18]. Kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling är dessutom en förutsättning för att kunna rehabilitera och återintegrera personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i samhället [19, 20].

Hur allvarlig sjukdomen är kan variera från person till person. För cirka en tredjedel av de drabbade är prognosen att bli helt återställd relativt god, även om läkemedelsbehandling är fortsatt nödvändig. För drygt hälften kommer dock behandlingen inte att ha tillräcklig effekt.

Antipsykotiska läkemedel har störst effekt på så kallade positiva symtom, såsom hallucinationer och vanföreställningar. Övriga symtom, det vill säga negativa respektive kognitiva symtom (såsom apati, passivitet och inåtvändhet respektive långsamhet och svårigheter med planering), är i regel relativt opåverkade av läkemedelsbehandling [21]. Det är därmed nödvändigt att personer som har kvarstående symtom och funktionsnedsättningar även erbjuds psykosociala insatser för bättre funktioner och ökad livskvalitet [22].

Olika antipsykotiska läkemedel har olika effekter och biverkningar. Vanliga biverkningar av antipsykotiska läkemedel är extrapyramidala symtom, sedation (trötthet), sexuella biverkningar och viktuppgång. Det gäller särskilt vid nyinsättning av ett läkemedel. Biverkningarna kommer oftast tidigare än effekten, vilket kan påverka följsamheten negativt.

Det är viktigt att valet av antipsykotiskt läkemedel utgår från hur allvarlig sjukdomen är samt vilka eventuella risker som är förknippade med patientens tillstånd, såsom suicidalt beteende eller metabola riskfaktorer. För att uppnå en god effekt och samtidigt minimera risken för biverkningar är det viktigt att hälso- och sjukvården varken över- eller underbehandlar. I inledningsskedet av en behandling med ett nytt antipsykotiskt läkemedel är det därför angeläget att justera dosen till adekvat effekt med ett minimum av biverkningar. Rekommendationerna i dessa riktlinjer baserar sig också på att läkemedlen ges i rekommenderat dosintervall. I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer finns mer information om preparatval och dosering [4].

Beroende på vilken effekt ett läkemedel har eller vilka biverkningar det medför kan det bli aktuellt att byta läkemedel. Byte av läkemedel kan dock vara förknippat med ökad risk för återfall och utsättningssymtom. Nyttan av att byta till ett läkemedel med exempelvis mindre risk för biverkningar måste vägas mot möjligheten att behålla en redan god eller bättre effekt. Även efter en lång tids behandling är det viktigt att överväga justering av dosen innan ett eventuellt byte. Det finns dock undantag, till exempel vid suicidalt beteende, kraftig viktökning eller svåra extrapyramidala symtom.

Det är också angeläget att patienten är delaktig i valet av läkemedel samt får information om olika läkemedels effekter och biverkningar. Om patienten

har kunskap om behandlingen samt om valet av läkemedel utgår från patientens önskemål och förutsättningar ökar också följsamheten till behandlingen [23] (se även 2 a § och 2 b § HSL).

Socialstyrelsen ger rekommendationer om vilken modell som bör användas för delat beslutsfattande vid planeringen av vård- och stödinsatser för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* [1]. Där ges också rekommendationer om vilka övriga psykosociala insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

## Behandling med antipsykotiska läkemedel

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 1)*

Kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling är en förutsättning för att undvika akuta skov och för att kunna rehabilitera och återintegrera personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd i samhället [19, 20]. Utan antipsykotisk läkemedelsbehandling är det i regel omöjligt för dem som drabbas att leva ett normalt liv.

Omkring 80–90 procent av patienterna återfår ett akut skov av sjukdomen inom ett år, om behandling med antipsykotiskt läkemedel avbryts. Trots det slutar merparten av patienterna att ta sin medicin inom ett drygt år från det att de har påbörjat behandlingen. Förutom återinsjuknande ökar risken för självmordsförsök och våldshandlingar vid utebliven läkemedelsbehandling [16, 17]. Kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel ger ett bättre skydd mot återinsjuknande än oregelbunden (intermittent) behandling [16, 17].

Kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling behövs inte vid korta övergående psykoser, men denna diagnos omfattas ändå av riktlinjerna. Ett skäl till det är att det i dag inte finns något tillförlitligt sätt att särskilja denna diagnosgrupp från långvariga psykostillstånd i inledningsskedet av sjukdomen. Enligt diagnoskriterierna för kort reaktiv psykos får varaktigheten av psykosymtomen inte överstiga en månad, varför flertalet patienter byter diagnos när den perioden har överskridits. Dessa omständigheter innebär att det är angeläget att erbjuda dessa patienter samma behandling som patienter med andra psykosdiagnoser, om symtomen kvarstår trots omvårdnadsåtgärder.

Långsam nedtrappning av behandlingen kan vara aktuell för de patienter som enbart haft ett skov av akut sjukdom och sedan varit helt symtomfria i minst ett år. Vid försök till utsättning är det viktigt att göra närstående delaktiga samt att upprätta en plan för vad som ska göras om sjukdomssymtomen återkommer.

### *Motivering till rekommendation*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden i flertalet fall har effekt på positiva och negativa symtom, jämfört med ingen behandling. Behandling med

antipsykotiska läkemedel ger även lägre dödlighet i självmord jämfört med ingen behandling.

### Rekommendation

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel (SGA eller FGA) (*prioritet 1*).

## Behandling i prodromalfas

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 2)*

Utmärkande för prodromalfas är ospecifika symtom som isolering, funktionsnedsättning, udda föreställningar om sig själv och sin omvärld, humörsvängningar, ångest eller depression samt förlust av tidigare intressen. Dessutom kan dygnsrytm och aptit vara störda. Tillståndet kan pågå i månader eller år, utvecklas till en psykisk sjukdom eller helt gå över.

Personer i prodromalfas har hög risk att utveckla en psykisk sjukdom, men det finns i dag inget sätt att avgöra vilka som insjuknar och vilken sjukdom de i så fall kommer att få. Med dagens kunskap om vilka symtom eller andra omständigheter (till exempel ärftlighet) som föregår ett insjuknande i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är det inte möjligt att förutsäga insjuknandet med större träffsäkerhet än 30 procent [24]. Om tillståndet drabbar en ung person som befinner sig i perioden mellan pubertet och vuxen ålder (adolescensen) och det finns ärftlighet för psykisk sjukdom är risken för debut av psykisk sjukdom större.

### Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda antipsykotisk läkemedelsbehandling till personer i prodromalfas. Avgörande för rekommendationen är att det saknas tillförlitliga modeller för att särskilja vilka personer i prodromalfas som utvecklar schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, och därmed har nytta av behandlingen.

### Rekommendation

*Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling*

- erbjuda personer i prodromalfas, vid misstanke om psykosinsjuknande utan tydliga psykosymtom, behandling med antipsykotiska läkemedel (*FoU*).

## Behandling av nyinsjuknade i psykosjukdom

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 3–6)*

En person räknas som nyinsjuknad i psykosjukdom när den för första gången diagnostiseras och behandlas för ihållande psykotiska symtom inom hälso- och sjukvården. Med psykos avses här schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Personer som nyinsjuknat i psykosjukdom får ofta mer uttalad effekt på psykotiska symtom av läkemedelsbehandling, och svarar dessutom ofta på lägre läkemedelsdoser, jämfört med personer med långvarig psykosjukdom. Nyinsjuknade personer med svårare sjukdomstillstånd kan dock behöva en högre läkemedelsdos för att få tillräcklig effekt.

Biverkningar, som ofta kommer tidigare än effekten, kan påverka den fortsatta följsamheten till behandlingen negativt. Det är därför angeläget att välja läkemedel utifrån sjukdomens svårighetsgrad, men också utifrån patientens preferenser. För att öka följsamheten bör patienten göras delaktig genom information om läkemedlets effekter och biverkningar. Även risk för viktuppgång och framtida metabola sjukdomar bör vägas in vid valet av läkemedel.

### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda antingen aripiprazol, olanzapin eller risperidon till patienter som är nyinsjuknade i psykosjukdom. Avgörande för rekommendationen är att olanzapin och risperidon generellt har något bättre effekt än de flesta andra antipsykotiska läkemedel och att de bedöms likvärdiga vid en sammanvägning av effekt och biverkningar.

Aripiprazol har generellt något sämre antipsykotisk effekt än olanzapin och risperidon. Avgörande för att jämställa aripiprazol med risperidon och olanzapin är att aripiprazol kan förväntas ha tillräcklig effekt för många av dem som är nyinsjuknade i psykosjukdom. Aripiprazol har även en lägre risk för viktuppgång, sedation (trötthet) och sexuella biverkningar [25].

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda klozapin till personer som är nyinsjuknade i psykosjukdom. Avgörande för rekommendationen är att risken för allvarliga biverkningar samt viktuppgång är hög, vilket kan leda till metabola sjukdomar. Detta gäller dock inte vid suicidalt beteende då klozapin är förstahandsval även till nyinsjuknade (se avsnittet *Behandling vid suicidalt beteende*).

## Rekommendationer

### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda personer som är nyinsjuknade i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandling med antingen aripiprazol, olanzapin eller risperidon (*prioritet 2*).

### *Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall*

- erbjuda personer som är nyinsjuknade i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandling med klopazapin (*prioritet 9*).

## Behandling vid långvarig sjukdom

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 7–15)*

Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är oftast livslånga sjukdomar som debuterar tidigt i livet och medför funktionsnedsättning och svårigheter att leva ett normalt liv. Långvarig schizofreni eller liknande tillstånd har haft en varaktighet på minst två år eller längre [26]. Sjukdomens förlopp är ofta förknippad med akuta återinsjuknanden och däremellan mer stabila perioder med möjlighet till rehabilitering.

Den vanligaste orsaken till återinsjuknande är avbrott i läkemedelsbehandlingen. Vid akuta skov ökar risken för självmordsförsök, våldshandlingar och socialt utanförskap. Det är därför viktigt att läkemedelsbehandlingen är kontinuerlig och har samma varaktighet som sjukdomen.

Vid långvarig sjukdom har läkemedlets effekt stor betydelse. Även biverkningar (i synnerhet risken för metabola sjukdomar och extrapyramidala symtom) samt hur väl läkemedlet tolereras av patienten är viktiga vid val av behandling. Av den anledningen är det viktigt att inte ändra en välfungerande antipsykotisk läkemedelsbehandling. Byte av läkemedel kan vara förknippat med ökad risk för återfall och utsättningsymtom. Nyttan av att byta till ett läkemedel med exempelvis mindre risk för biverkningar måste därför vägas mot möjligheten att behålla en redan god eller bättre effekt.

### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda olanzapin eller risperidon till patienter med långvarig schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Avgörande för rekommendationen är den goda effekten på symtom jämfört med andra antipsykotiska läkemedel. Olanzapin har något bättre effekt än risperidon, men innebär större risk för viktuppgång [3].

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda aripiprazol vid långvarig psykosjukdom. Avgörande för rekommendationen är att läkemedlet ger liten eller ingen viktuppgång även om effekten är något sämre än för risperidon och olanzapin.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda quetiapin eller haloperidol vid långvarig sjukdom. Avgörande för rekommendationerna är att läkemedlen har sämre effekt än olanzapin och risperidon. Quetiapin har en ökad risk för sedation (trötthet) och viktökning än aripiprazol, och medför ofta behandlingsavbrott. Haloperidol har i sin tur ett smalt terapeutiskt intervall, vilket innebär att biverkningar som framförallt extrapyramidala symtom är vanliga i de doser som rekommenderas för effekt [27].

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda paliperidon, ziprasidon och zuklopentixol. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekt och biverkningar av paliperidon är otillräckligt. Ziprasidon bedöms ha något sämre effekt än andra läkemedel och effekten är dessutom beroende av att läkemedlet tas i samband med födointag. För zuklopentixol är det vetenskapliga underlaget begränsat bland annat på grund av att läkemedlet inte är registrerat i många länder, däribland USA.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda sertindol. Avgörande för rekommendationen är att det finns andra läkemedel som har bättre effekt samt att det innebär en risk för hjärtarytmier och viktuppgång.

### Rekommendationer

#### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda personer med långvarig schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandling med risperidon eller olanzapin (*prioritet 2*).

#### *Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda personer med långvarig schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandling med aripiprazol (*prioritet 5*)
- erbjuda personer med långvarig schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandling med antingen quetiapin eller haloperidol (*prioritet 7*).

#### *Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall*

- erbjuda personer med långvarig schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandling med antingen paliperidon, ziprasidon eller zuklopentixol (*prioritet 8*)
- erbjuda personer med långvarig schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd behandling med sertindol (*prioritet 10*).

## Behandling vid svårbehandlad sjukdom

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 16–18)*

Många personer med schizofreni får inte fullgod effekt av antipsykotisk läkemedelsbehandling. Av dem som diagnostiseras med schizofreni kommer drygt hälften att ha kvar symtom och funktionsnedsättning trots behandling. Ungefär en tredjedel av patienterna får liten eller ingen effekt på symtom av läkemedelsbehandlingen. Svårbehandlad schizofreni medför funktionsnedsättning och funktionshinder inom de flesta livsområden och bördan för närstående kan vara mycket stor.

Vid otillräcklig effekt av antipsykotiska läkemedel, det vill säga att positiva eller negativa symtom kvarstår trots adekvat dos och behandlingstid, är det angeläget att byta till ett effektivare läkemedel. Vid svårbehandlad schizofreni är det också särskilt viktigt att den antipsykotiska läkemedelsbehandlingen kombineras med psykosociala insatser.

### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i första hand erbjuda klozapin vid otillräcklig effekt av andra antipsykotiska läkemedel. Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad och att läkemedlet har bättre effekt på psykotiska symtom i jämförelse med andra läkemedel.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda tilläggsbehandling med lamotrigin vid mycket svårbehandlade tillstånd där behandling med enbart klozapin har otillräcklig effekt. Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad och att det finns ett visst vetenskapligt stöd för bättre effekt på psykotiska symtom av denna kombinationsbehandling än med enbart klozapin.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda tilläggsbehandling med risperidon vid otillräcklig effekt av enbart klozapin. Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet för att tillägg med risperidon har en bättre effekt än behandling med enbart klozapin.

### Rekommendationer

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda behandling med klozapin till personer med schizofreni med kvarvarande symtom trots adekvat dos och behandlingstid med andra antipsykotiska läkemedel (*prioritet 1*).

*Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall*

- erbjuda tilläggsbehandling med lamotrigin till personer med schizofreni vid otillräcklig effekt av enbart klozapin (*prioritet 8*)

*Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling*

- erbjuda tilläggsbehandling med risperidon till personer med schizofreni vid otillräcklig effekt av enbart klozapin (*FoU*).

## Behandling vid suicidalt beteende

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 19)*

Självordsrisken är förhöjd vid schizofreni, cirka 10–15 procent av patienterna dör till följd av självmord. För personer med schizofreni som har försökt begå självmord är risken för fullbordat självmord större jämfört med de flesta andra psykiatriska sjukdomar [18]. Detta gäller både för nyinsjuknade och vid långvarig sjukdom. Vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är våldsamma metoder i samband med självmordsförsöket vanligare än vid många andra psykiska sjukdomar, vilket gör preventiva åtgärder särskilt viktiga [28].

### Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda klozapin vid suicidalt beteende. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att klozapin minskar risken för självmord och självmordsförsök jämfört med andra antipsykotiska läkemedel.

### Rekommendation

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, som har ett suicidalt beteende, behandling med klozapin (*prioritet 1*).



## Behandling vid viktuppgång

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 20–24)*

Risken för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd att drabbas av metabola sjukdomar till följd av läkemedelsbehandlingen eller en ohälsosam livsstil är hög. De vanligaste följsjukdomarna som leder till ökad sjuklighet och ohälsa samt dödlighet är hjärt-kärlsjukdomar och diabetes [29]. Medellivslängden för personer med schizofreni är 15 år kortare för män och för kvinnor 12 år kortare jämfört med befolkningen i övrigt [11]. Detta kan också bero på att personer med psykisk ohälsa får sämre somatisk vård än befolkningen i övrigt [10].

Viktuppgång i samband med behandling med ett nytt antipsykotiskt läkemedel inträffar oftast under de första månaderna av behandlingen. För patienter som gått upp i vikt 3 kilo eller mer [30] under de första månaderna av en läkemedelsbehandling kan det vara aktuellt att byta läkemedel. Syftet är att minska de metabola riskerna i en tidig fas av behandlingen.

Om en patient har god effekt av ett läkemedel är det dock viktigt att värdera värdet av att byta till ett annat läkemedel som kanske inte har likvärdig eller till och med sämre effekt. Byte av behandling kan medföra risk för utsättningsymtom och återfall. Det är inte heller alltid säkert att ett byte till ett annat läkemedel leder till viktneidgång. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvården ger råd om kost och motion och bistår med insatser som förhindrar viktuppgång till patienter som riskerar att utveckla metabolt syndrom och där viktuppgång är en tidig riskfaktor.

Rekommendationer om metoder för att stödja personer med schizofreni att förändra levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [13].

### Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda fortsatt behandling med aripiprazol till personer med viktuppgång och som redan behandlas med aripiprazol. Avgörande för rekommendationen är att ett byte till ett annat läkemedel sannolikt inte skulle motverka ytterligare viktuppgång. Aripiprazol ger generellt liten eller ingen viktuppgång och är troligen därför inte orsaken till patientens viktuppgång.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda byte till behandling med aripiprazol till personer med viktuppgång och som behandlas med annat antipsykotiskt läkemedel än aripiprazol. Avgörande för rekommendationen är att aripiprazol generellt sett ger liten eller ingen viktuppgång samt att viktuppgång är en allvarlig biverkan som på sikt kan leda till sjukdomar, såsom diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda fortsatt behandling med klozapin till personer med viktuppgång och som redan behandlas med klozapin. Avgörande för rekommendationen är att klozapin ofta ger viktuppgång men samtidigt har bättre effekt på symtom än andra läkemedel och att läkemedlet oftast getts för att andra läkemedel inte haft tillräcklig effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda fortsatt behandling med olanzapin till personer med viktuppgång som redan behandlas med olanzapin och som har effekt av behandlingen. Avgörande för rekommendationen är att det är vanligt med viktuppgång vid behandling med olanzapin, samtidigt har olanzapin något bättre effekt än andra antipsykosläkemedel med undantag av klozapin.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda personer med viktuppgång byte till olanzapin vid behandling med ett annat antipsykotiskt läkemedel. Avgörande för rekommendationen är att olanzapin har god effekt på psykotiska symtom, samtidigt som det oftare än andra antipsykosläkemedel ger viktuppgång med risk för metabola följsjukdomar.

### Rekommendationer

#### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda fortsatt behandling med aripiprazol till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har viktuppgång och som redan behandlas med aripiprazol (*prioritet 2*)
- erbjuda byte till behandling med aripiprazol till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har viktuppgång och som behandlas med annat antipsykotiskt läkemedel än aripiprazol (*prioritet 3*)
- erbjuda fortsatt behandling med klozapin till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har viktuppgång och som redan behandlas med klozapin (*prioritet 4*).

#### *Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda fortsatt behandling med olanzapin till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har viktuppgång och som redan behandlas med olanzapin (*prioritet 6*).

#### *Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall*

- erbjuda byte till behandling med olanzapin till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har viktuppgång och som behandlas med annat antipsykotiskt läkemedel än olanzapin (*prioritet 8*).

## Behandling vid extrapyramidala biverkningar

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 25–27)*

Extrapyramidala biverkningar är vanliga vid behandling med antipsykotiska läkemedel. Extrapyramidala biverkningar kan yttra sig som en känsla av krypningar (oftast i benen), grovvågiga skakningar, muskelstelhet och långsam, stel gång. Biverkningarna är dosberoende och upphör då läkemedlet

sätts ut. Högre doser, till exempel vid akut behandling, kan utlösa smärt-samma kramper i patientens käkparti, hals och svalg (så kallad akut dystoni).

Patienter som har behandlats med antipsykotiska läkemedel under lång tid löper risk att få långsiktiga motoriska biverkningar, det gäller framförallt dem som redan tidigare har haft någon form av extrapyramidala biverkningar. Denna biverkan yttrar sig som ofrivilliga rörelser i käkpartiet eller den övre kroppshalvan, så kallad tardiv dyskinesi. Tardiv dyskinesi kan finnas kvar långt efter att läkemedlet har satts ut och förorsakar ofta svårigheter att äta och tala.

Intervallerna mellan effekt och biverkan skiljer sig mellan olika läkemedel. För vissa läkemedel uppstår biverkningarna vid rekommenderade doser och för andra om dosen är högre än den som rekommenderas för effekt.

Med de läkemedel och behandlingsstrategier (såsom dossänkning) som finns inom modern antipsykosbehandling ska patienterna inte behöva acceptera extrapyramidala biverkningar som en del av behandlingen. För att minska dessa biverkningar är det därmed möjligt att i första hand sänka läkemedelsdosen, eller att byta läkemedel, om dossänkning inte gett önskat resultat eller inte gått att genomföra på grund av risk för återinsjuknande.

Det förekommer att man försöker minska de extrapyramidala biverkningarna av främst FGA-läkemedel med tillägg av så kallade antikolinerga läkemedel. Tillägg av de antikolinerga läkemedlen biperiden och trihexyfenidyl i syfte att motverka extrapyramidala biverkningar tillhör dock inte modern behandling. Det på grund av läkemedlets risk för biverkningar i form av minnessvårigheter, vilket ytterligare kan sänka patientens funktionsnivå.

### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda byte till behandling med olanzapin vid behandling med annat antipsykotiskt läkemedel som medfört extrapyramidala biverkningar om dossänkning inte har gett resultat. Avgörande för rekommendationen är att olanzapin ger mindre risk för extrapyramidala biverkningar än de flesta antipsykotiska läkemedel och dessutom har en bättre effekt på sjukdomssymtom vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda byte till quetiapin när behandling med andra antipsykotiska läkemedel medfört extrapyramidala biverkningar. Avgörande för rekommendationen är att quetiapin ger mindre risk för extrapyramidala biverkningar än övriga läkemedel, men har sämre effekt på symtom än olanzapin. Quetiapin leder dock oftast till mindre viktuppgång än olanzapin.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda byte till klozapin när behandling med andra antipsykotiska läkemedel har medfört extrapyramidala biverkningar. Avgörande för rekommendationen är att klozapin inte ger extrapyramidala biverkningar men kan ge andra allvarliga biverkningar.

## Rekommendationer

### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda byte till behandling med olanzapin till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med extrapyramidala biverkningar trots dosjustering och som behandlas med annat antipsykotiskt läkemedel än olanzapin (*prioritet 2*).

### *Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda byte till behandling med quetiapin till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med extrapyramidala biverkningar trots dosjustering och som behandlas med annat antipsykotiskt läkemedel än quetiapin (*prioritet 5*)
- erbjuda byte till behandling med klopazapin till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd med extrapyramidala biverkningar trots dosjustering och som behandlas med annat antipsykotiskt läkemedel än klopazapin (*prioritet 7*).

## Behandling med antipsykotiskt läkemedel i depåform

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 28–33)*

Många antipsykotiska läkemedel kan ges både i peroral form (till exempel tablett) och i långverkande injektionsform (så kallad depåbehandling). En del patienter föredrar läkemedelsbehandling i depåform framför peroral beredning. För patienter som ofta avbryter behandlingen och återinsjuknar i akuta symtom kan depåberedning vara att föredra framför peroral form eftersom depåbehandling medför färre återinsjuknanden [19, 20, 31]. Det finns för- och nackdelar med båda formerna. Vid peroral behandling kan patienten uppleva större frihet att hantera läkemedlet. Depåbehandling innebär å sin sida att patienten inte behöver komma ihåg att ta medicinen, vilket kan säkra en mer kontinuerlig och varaktig behandling. En nackdel med depåbehandling är dock att den inte går att sätta ut snabbt vid svåra biverkningar, såsom risk för medvetandepåverkan, och den kan ge fibros med smärta som följd vid insticksstället.

Vid val av läkemedel är det fördelaktigt att först introducera det i peroral form, för att säkerställa att läkemedlet tolereras av patienten. Detta innebär dock inte att det är nödvändigt att behålla samma läkemedel vid byte från peroral till depåbehandling. Vid varje byte av läkemedel eller beredningsform är det viktigt att väga för- och nackdelar mot varandra. Tolerabiliteten bör dock testas med en provdos i oral form innan depåbehandling med samma substans inleds.

Patienter som ofta avbryter läkemedelsbehandlingen bör, förutom depåläkemedel, även erbjudas psykosociala insatser för att öka patientens följsamhet till behandling.

### Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling i depåform till patienter som föredrar depåbehandling, ofta avbryter den perorala behandlingen och upprepat återinsjuknar i akuta symtom. Avgörande för rekommendationerna är att åtgärderna har god effekt på psykotiska symtom samt innebär färre återinsjuknanden jämfört med peroral behandling. De rekommenderade preparaten skiljer sig något åt när det gäller effekt- och biverkningsprofil, vilket har påverkat prioriteringen.

#### Rekommendationer

##### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som föredrar depåbehandling eller som ofta avbryter den perorala behandlingen och upprepat återinsjuknar, kontinuerlig behandling med risperidon i depåform (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som föredrar depåbehandling eller som ofta avbryter den perorala behandlingen och upprepat återinsjuknar, kontinuerlig behandling med antingen flufenazin eller perfenazin i depåform (*prioritet 4*).

##### *Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som föredrar depåbehandling eller som ofta avbryter den perorala behandlingen och upprepat återinsjuknar, kontinuerlig behandling med antingen haloperidol eller paliperidon i depåform (*prioritet 5*).

##### *Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall*

- erbjuda personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som föredrar depåbehandling eller som ofta avbryter den perorala behandlingen och upprepat återinsjuknar, kontinuerlig behandling med olanzapin i depåform (*prioritet 8*).

### Behandling vid samtidigt missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika

#### *(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 34)*

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika löper större risk än personer utan denna typ av samsjuklighet att avbryta behandlingen och återinsjukna i akuta symtom. Dessa personer är dessutom mer utsatta för bland annat kroppslig sjukdom, hemlöshet och socialt utanförskap. Det leder till att risken för tidig död är särskilt hög för dessa personer [32].

### *Motivering till rekommendation*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med risperidon i depåform. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet bedöms som särskilt allvarligt och att depåbehandling med risperidon i injektionsform har visat bättre följsamhet än behandling med samma läkemedel i peroral form. Behandlingen har effekt på psykotiska symtom och även viss effekt på symtom av missbruket.

#### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda behandling med risperidon i depåform till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har samtidigt missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika (*prioritet 2*).

# Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen gör i detta avsnitt en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen.

## Konsekvenser i ett nationellt perspektiv

Personer med schizofreni behöver stora resursinsatser från såväl hälso- och sjukvården som från socialtjänsten. I Sverige liksom i övriga Europa står schizofreni, näst efter demens, för den högsta samhällsliga kostnaden av alla neurologiska och psykiatriska sjukdomar [33]. Av de totala sjukvårdskostnaderna beräknas kostnaden för schizofreni utgöra 1,5–3,0 procent. Däremot är läkemedelskostnaden vid schizofreni en mindre andel av de totala kostnaderna. I Sverige har denna beräknats till 7 procent av de totala kostnaderna för schizofreni [34].

Generellt uppstår direkta kostnader på kort sikt till följd av läkemedelsbehandling, men eftersom effektiv läkemedelsbehandling kan reducera risken för återfall är behandlingen därmed oftast kostnadsbesparande på lång sikt. De största ekonomiska konsekvenserna uppstår vid obehandlad schizofreni, medan valet av olika läkemedel endast får mindre konsekvenser. Däremot kan kostnadsskillnaderna för olika läkemedel och administrationsformer vara mer kännbara för de psykiatriska klinikerna.

I Socialstyrelsens bedömning av konsekvenserna inkluderas samtliga kostnader och effekter som uppstår inom ett nationellt samhällsligt perspektiv. Den direkta kostnaden för läkemedlen (det vill säga priset) är lika över landet. Då majoriteten av dessa läkemedel ingår i högkostnadsskyddet belastar huvuddelen av denna kostnad landstingen och staten. Hur den övriga vården för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är organiserad varierar dock något över landet. Den samhällsekonomiska kostnaden till följd av utebliven produktion i samhället till följd av schizofreni beräknas vara 43 procent av de totala kostnaderna för schizofreni i Sverige [34].

Antipsykotisk läkemedelsbehandling har generellt stor effekt på patienternas livskvalitet och innebär även sänkta kostnader för samhället. Vilket läkemedel man väljer får dock inte så stora ekonomiska konsekvenser. I stället handlar det om att hitta den optimala behandlingen för varje patient så att en god effekt uppnås utan alltför allvarliga biverkningar. En viktig aspekt för läkemedlens kostnadseffektivitet är patienternas följsamhet till dem. Även om ett läkemedel i sig uppfattas som kostnadseffektivt, kan detta

förändras om följsamheten till läkemedlet är låg och patienten därmed står obehandlad under viss tid. Därmed är det av intresse att ta hänsyn till förväntad följsamhet vid val av behandling.

SBU bedömde att aripiprazol inte var kostnadseffektivt till följd av att dess pris var högre än för exempelvis olanzapin och risperidon, men då patentet för aripiprazol går ut under snar framtid förväntas priset (och därmed kostnadseffektiviteten) därefter bli motsvarande de övriga.

En behandlingsform som ökar de direkta kostnaderna för de olika läkemedlen är depåbehandling. Sådan läkemedelsbehandling kan kosta 100–150 kronor per dygn vilket är betydligt mer än någon annan beredningsform. Men om depåbehandlingen är kliniskt motiverad så borde denna extra kostnad inte användas som argument för att välja en annan behandling, eftersom även depåbehandling med stor sannolikhet uppfattas ha en låg kostnad per vunnen effekt för dessa patienter. Speciellt för patienter som kan förväntas ha problem med följsamheten vid perorala läkemedel är depåbehandling ofta ett kostnadseffektivt alternativ. Exempelvis kan depåbehandling med risperidon, vilken i sig kostar mer än tablettbehandling med risperidon, vara enklare att ge och på så vis förbättra följsamheten [19]. Det kan göra att den trots sitt högre pris kan anses vara kostnadseffektiv. I Sverige hade 15,9 procent av alla patienter med schizofrenidiagnos minst ett uttag av något depåläkemedel under 2012.

Ibland behandlas patienter med kombinationer av olika antipsykotiska läkemedel. Det vetenskapliga underlaget för kombinationsbehandling är begränsat och medför ökade kostnader i de fall då samtidig behandling med flera antipsykotiska läkemedel inte är motiverad.

Vid ökad förskrivning av klopazipin uppkommer kostnader till följd av undersökningar, provtagningar, kontroller etc. Dessa kostnader förväntas inte påverka bedömningen att klopazipin är kostnadseffektivt, men det ställer krav på att tillföra resurser för denna verksamhet.

Förutom läkemedelsbehandling är det viktigt att personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd även erbjuds olika typer av psykosociala insatser. Dessa insatser har generellt sett större ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* presenteras en analys av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av Socialstyrelsens rekommendationer på området.

## Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna generellt inte kommer att leda till ökade kostnader. Däremot förväntas de samhälleliga kostnaderna sjunka på lång sikt till följd av mer effektiva behandlingar.

Att behandla personer som har schizofreni med läkemedel är kostnadseffektivt i jämförelse med ingen behandling. Det saknas dock underlag för att med säkerhet säga vilket av de olika läkemedlen som är att rekommendera utifrån dess kostnadseffektivitet.

Priset på läkemedlen har inte så stor påverkan på den totala kostnaden för schizofrenivården. Mest kostnadsdrivande är i stället risken för återfall. Vid



läkemedel med samma verksamma substans är dock det läkemedel som har lägst pris det kostnadseffektiva alternativet, eftersom effekterna då förväntas vara desamma. När det gäller behandling med klozapin uppkommer dessutom kostnader till följd av kontroller.

Det vetenskapliga underlaget för kombinationsbehandling är begränsat och medför ökade kostnader i de fall då samtidig behandling med flera antipsykotiska läkemedel inte är motiverad.

### Organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att val av läkemedel för behandling av schizofreni huvudsakligen inte påverkar organisatoriska aspekter såsom behov av lokaler, arbetssätt, samarbete, personal etc. En ökning av användningen av klozapin kommer dock leda till ett behov av viss förändrad mottagningsverksamhet och provtagning. Vården och omsorgen av personer med schizofreni inkluderar långt fler åtgärder än läkemedelsbehandling och ställer också krav på samarbete mellan de olika aktörerna.

## Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som avser att spegla god vård och omsorg. De ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- möjliggöra uppföljning av vårdens och omsorgens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra jämförelser av vårdens och omsorgens processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalitet på lokal, regional och nationell nivå.

I detta riktlinjearbete har Socialstyrelsen inte tagit hänsyn till kostnader, eftersom kostnadsskillnaderna mellan de olika läkemedlen är små.

Socialstyrelsens arbete med att utveckla indikatorer bedrivs enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i ett konsensusförfarande med medicinska experter och övriga intressenter med relevanta kunskapsunderlag som grund [35]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor. Med begreppet god vård och omsorg menas att den ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik, samt tillgänglig.

Utgångspunkten för alla indikatorer är att presentera data uppdelat på kvinnor och män, där det är möjligt. I vissa fall kan också indikatorer redovisas uppdelat på olika socioekonomiska nivåer eller efter födelseland för att spegla jämlik vård.

## Indikatorer för antipsykotisk läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen har tagit fram 14 nationella indikatorer för *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreni-*

*liknande tillstånd.* Tolv av dessa är i dag möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor som uppdateras kontinuerligt, medan två är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menas mått som bedöms vara viktiga att följa över tid, men som i dagsläget saknar datakällor på nationell nivå.

Socialstyrelsen har fokuserat på ett begränsat antal indikatorer som framförallt avser att spegla rekommendationerna i riktlinjerna. Utöver detta finns även ett par mått som belyser individanpassad vård och omsorg samt mått på medellivslängd och behandling vid hjärtinfarkt.

## Avgränsningar och kompletterande indikatorer

Rekommendationerna i riktlinjerna bör, i de flesta fall, kombineras med de psykosociala insatser som beskrivs i *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* [1]. De indikatorer som togs fram i riktlinjearbetet över psykosociala insatser omfattar indikatorer som speglar fler aspekter av god vård och omsorg för personer med schizofreni och kompletterar indikatorerna i detta riktlinjearbete.

I utvärderingen av riktlinjerna – *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni* [10] – fanns ytterligare indikatorer som avser att belysa god vård i den somatiska vården bland personer med schizofreni i jämförelse med övrig befolkning, till exempel statinbehandling vid samtidig diabetesdiagnos.

Arbetet med att ta fram nationella indikatorer i samband med riktlinjearbetet ska ses som en kontinuerlig process där redan framtagna indikatorer kan komma att ändras eller utgå och där nya indikatorer tillkommer när riktlinjer förändras eller då nya datakällor utvecklas.

## Nationell utvärdering av antipsykotisk läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen kommer under 2014 att påbörja en nationell utvärdering av den antipsykotiska läkemedelsbehandlingen vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, som ett komplement till den utvärdering som gjordes 2013. Utvärderingen kommer att ha sin utgångspunkt i dessa riktlinjers indikatorer. Resultatet av utvärderingen kan i sin tur ge underlag för revideringar och vidareutveckling av de befintliga indikatorerna.

## Redovisning av indikatorer

Samtliga indikatorer redovisas i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer).

### Exempel på indikator

Indikatorerna redovisas i enlighet med exemplet nedan.

#### 1. Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

<b>Mått</b>	Andel personer med antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, procent.
<b>Syfte</b>	Att behandlas med antipsykotiskt läkemedel, oavsett om det är FGA eller SGA, har fått högsta prioritet i riktlinjernas rekommendationer (prioritet 1). Den samlade forskningen ger belägg för att kontinuerlig behandling har effekt på psykotiska symtom och minskar risken för för tidig död, jämfört med ingen behandling (Nationella riktlinjer för läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, rad 1 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer 18 år och äldre som har vårdats för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som hämtat ut antipsykotiska läkemedel på recept vid minst ett tillfälle inom 6 månader efter vårdtillfället</p> <p>a) oavsett beredningsform b) då något eller några av uttagen är i depåform.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 18 år och äldre som har vårdats för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd under motsvarande tidsperiod som i täljaren.</p> <p>Med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd avses följande diagnoskoder:</p>

Huvuddiagnos	ICD 10
Paranoid schizofreni	F200
Hebefren schizofreni	F201
Kataton schizofreni	F202
Odifferentierad schizofreni	F203
Schizofrent resttillstånd	F205
Schizofreni, simplexform	F206
Annan specificerad schizofreni	F208
Schizofreni, ospecificerad	F209
Vanföreställningssyndrom	F220
Andra specificerade kroniska vanföreställningssyndrom	F228
Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerat	F229
Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild	F230
Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild	F231
Akut schizofreniliknande psykos	F232

Annat akut vanföreställningssyndrom	F233
Andra specificerade akuta och övergående psykoser	F238
Akut och övergående psykos, ospecificerad	F239
Schizoaffektivt syndrom, manisk typ	F250
Schizoaffektivt syndrom, depressiv typ	F251
Schizoaffektivt syndrom, blandad typ	F252
Annat specificerat schizoaffektivt syndrom	F258
Schizoaffektivt syndrom, ospecificerat	F259
Andra icke organiska psykotiska störningar	F289
Ospecificerad icke organisk psykos	F299

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i sluten vård eller i öppen specialiserad vård. Första vårdtillfället under den studerade perioden selekteras oavsett var det ägt rum. Utskrivningsdatum (om detta vårdtillfälle är inom den slutna vården) eller datum för besök (om besöket sker i öppen specialiserad psykiatrisk vård) utgör startdatum för att hämta information om personens läkemedelsuttag under sex månader framåt.

Läkemedel	ATC-kod
Antipsykotiska läkemedel exklusive litium	N05A exklusive N05AN01

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

**Datakällor**

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor**

Alla personer med diagnos schizofreni/schizofreniliknande tillstånd vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som ges när personen är inskriven i sluten vård, läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd eller köpta utan recept. Alla hämtar heller inte ut förskrivna läkemedel och då finns uppgifterna inte i läkemedelsregistret. Socialstyrelsen har utrett förutsättningarna för att integrera individbaserade data för rekvisitionsläkemedel i ett hälsodataregister och i framtiden kan det bli möjligt att via ett nationellt register följa upp även denna användning. (Uppföljning av rekvisitionsläkemedel – förutsättningar för integrering i ett hälsodataregister, Socialstyrelsen 2013). För att uppskatta hur stort problemet är i respektive landsting när det gäller att få en fullständig bild av läkemedelsanvändningen kan i dagsläget data över uttagna läkemedel på apotek kompletteras med uppgifter över andel antipsykotiska läkemedel som säljs till vården, via försäljningsstatistik som hämtas ur statistiksystemet Concise vid eHälsomyndigheten.

**Redovisningsnivå**

Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland.

**Redovisningsgrupper**

Kön, ålder.

**Kvalitetsområde**

Kunskapsbaserad vård.

## Förteckning över indikatorer

Nedan redovisas dels indikatorer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, dels övergripande indikatorer för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

### *Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*

- |              |  |
|--------------|--|
| Indikator 1  | Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd  |
| Indikator 2  | Läkemedelsbehandling med aripiprazol, olanzapin eller risperidon bland nyinsjuknade i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd                              |
| Indikator 3  | Läkemedelsbehandling med klozapin bland nyinsjuknade i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd utan suicidalt beteende                                     |
| Indikator 4  | Läkemedelsbehandling med olanzapin eller risperidon vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd vid långvarig sjukdom                                      |
| Indikator 5  | Läkemedelsbehandling med paliperidon, ziprasidon eller zukloptixol vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd vid långvarig sjukdom                       |
| Indikator 6  | Läkemedelsbehandling med sertindol vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd vid långvarig sjukdom   |
| Indikator 7  | Läkemedelsbehandling med klozapin vid schizofreni med svårbehandlade symtom  |
| Indikator 8  | Läkemedelsbehandling med klozapin vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och suicidalt beteende   |
| Indikator 9  | Samtidig behandling med läkemedel mot extrapyramidala biverkningar vid behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd |
| Indikator 10 | Läkemedelsbehandling med risperidon i depåform bland personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och samsjuklighet med missbruk eller beroende    |

### *Övergripande indikatorer för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*

- |              |   |
|--------------|---|
| Indikator 11 | Förväntad återstående medellivslängd bland personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd samt i total- |
|--------------|---|

befolkningen

- Indikator 12 Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt bland personer med schizofreni eller schizofrenilikhande tillstånd samt i totalbefolkningen
- Utvecklingsindikator 13 Respekt och hänsyn i bemötande bland patienter inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård
- Utvecklingsindikator 14 Delaktighet i beslut om vård och behandling bland patienter inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård

## Värdegrund och etik

Läkemedelsbehandlingen vid schizofreni ska, liksom all annan vård och omsorg, vägledas av de etiska värden och normer som ligger till grund för all hälso- och sjukvård och som uttrycks i HSL (1982:763). I relation till personer med schizofreni och deras behandling kan det innebära speciella etiska problem – framförallt med tanke på sjukdomens påverkan på kognitiv och social förmåga samt på funktionen i övrigt (se Inledning). I HSL (1982:763) uttrycks det tydligt att alla patienter ska få

- tillgång till vård på lika villkor i relation till sitt behov av vård
- sin integritet och sitt självbestämmande respekterat och göras delaktiga i beslut kring sin egen vård.

I SBU:s systematiska litteraturöversikt, som riktlinjerna utgår från, ägnas ett kapitel [2] åt att diskutera etiska aspekter utifrån den förkortade medellivslängden, tvångsvård, läkemedelsforskning, information, förståelse, värderingar och beslutsfattande, patienter och läkares valmöjligheter, tid till diagnos och behandling, graviditet samt sociala aspekter, genusaspekter och kulturella frågor.

Ytterligare etiska aspekter diskuteras i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, i avsnittet värdegrund, delaktighet och samverkan [1].

## Etisk plattform för prioriteringar

Den etiska plattformen för prioriteringar ger vägledning om vad som ska styra resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Den etiska plattformen utgår från tre etiska principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Enligt människovärdesprincipen har alla människor lika värde och samma rätt till hälso- och sjukvård oberoende av personliga egenskaper eller ställning i samhället. När det gäller personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd så kan deras sociala situation ofta vara påverkad på ett negativt sätt med social isolering, social stigmatisering och socialt utanförskap. Detta i sin tur påverkar möjligheterna till att få och behålla ett arbete, vilket i sin tur påverkar deras ekonomiska situation. Dessa faktorer påverkar människors status i samhället och det finns även studier som visar på att detta kan påverka tillgången till en god och jämlik vård och omsorg [10]. Hälso- och sjukvården behöver därför vara uppmärksam så att dessa faktorer inte tillåts påverka tillgången till vård för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Enligt behovs- och solidaritetsprincipen är det mer angeläget att ge vård och behandling vid tillstånd med större svårighetsgrad. Svårighetsgraden påverkas både av tillståndets påverkan på livslängd och på livskvalitet. Schi-



zofreni och schizofreniliknande tillstånd har ofta en starkt negativ påverkan på personers livskvalitet och innebär även en kortare medellivslängd [11]. Dessa tillstånd kan alltså sägas vara långt från en gemensam hälsonivå i samhället (om tillstånden förblir obehandlade).

Solidaritetsaspekten av principen betonar att samhället bör eftersträva att utjämna skillnader mellan medborgare när det gäller möjligheter till och utfall av hälsa. Denna aspekt betonar även att det av det skälet är viktigt att vara extra uppmärksam på de grupper som inte själva kan efterfråga vård så att deras behov inte försummas eller kommer i skymundan i jämförelse med grupper som kan bedöma sitt eget behov och efterfråga vård. Följaktligen bör de grupper som ligger längst från en sådan gemensam hälsonivå prioriteras.

Propositionen (1996/97:60) betonar även att vården ska vara behovsstyrd och inte efterfrågestyrd. Tillståndets kognitiva påverkan innebär även att personer med schizofreni kan ha svårt att efterfråga vård och därför behöver särskilt uppmärksammas.

## Respekt för personers integritet, självbestämmande och delaktighet

Ytterligare en etisk aspekt som betonas i HSL och i patientdatalagen är respekten för personers integritet. Denna kan förstås på flera olika sätt [36]. Det kan bland annat handla om hanteringen av känslig information. Information kring psykisk sjukdom kan upplevas som extra integritetskänslig. Det ställer därför stora krav på hälso- och sjukvårdens förmåga att förmedla information om sjukdomen och dess behandling på ett inkännande sätt utan att utelämna väsentliga fakta. Att inbjuda till delaktighet för både patient och närstående i planeringen av insatser innebär oftast en bättre förutsättning för patientens upplevelse av ett respektfullt bemötande och integritet.

Personers autonomi och möjlighet att själva bestämma över sitt liv är reglerat i hälso- och sjukvården (1982:763). För att fatta autonoma beslut och utföra autonoma handlingar krävs en viss grad av besluts- och handlingsförmåga, vilken kan variera beroende av sjukdomens svårighetsgrad (men som också kan påverkas genom psykosociala insatser [1]).

Ett sätt att öka patienters möjlighet att utöva sin autonomi är att ge individuellt anpassad information, vilket också är hälso- och sjukvårdens skyldighet. Hälso- och sjukvårdspersonalen är också skyldig att ge patienten möjlighet att välja mellan behandlingsalternativ. Detta framgår av HSL (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

HSL anger att om informationen inte kan lämnas till patienten, så ska den istället lämnas till närstående under förutsättning att det inte finns hinder för detta i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i patientsäkerhetslagen (2010:659). Forskningen ger belägg för förbättrad följsamhet och färre återinsjuknande om närstående, tillsammans med patienten, får information om sjukdomen och dess behandling [1]. Därför bör hälso- och sjukvården som regel erbjuda sådan information både till patienter och anhöriga (2 b §

HSL), men det är speciellt viktigt när ett psykostillstånd påverkar en patients beslutsförmåga.

När det finns flera behandlingsalternativ – med sina olika fördelar och risker – ska den som har ansvaret för vården av en patient medverka till att denna ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar (3 a § HSL). Patientens delaktighet i den medicinska processen och olika val får dock inte leda till att han eller hon hamnar i en konfliktfylld situation och får ett för stort beslutsansvar utifrån sin kunskap. Det är därför inte tillräckligt att personen informeras om de olika behandlingsalternativ som finns för en viss sjukdom eller skada. Vårdpersonalen måste också hjälpa den sjuka personen att värdera de olika alternativen, ge vägledning och försäkra sig om att han eller hon har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva sitt självbestämmande (prop. *Stärkt patientinflytande*, 1998/99:4 s. 28).

För personer med schizofreni är förmågan att bearbeta intryck, samla erfarenheter och dra lärdom ofta nedsatt, vilket kan innebära svårigheter att ta aktiv del i beslut om den egna vården. Samtidigt är det väsentligt att vara försiktig vid en sådan bedömning och göra en noggrann värdering av personens beslutsförmåga så att beslutsprocessen anpassas till personens förmåga att ta in och bearbeta information.

I de fall tvångsvård inte är indicerat förefaller delaktighet i beslut kring behandling i många fall var en förutsättning för fortsatt följsamhet till behandlingen.

Även närståendes delaktighet i beslutsprocessen är viktig trots att lagstiftningen utgår från patienten. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvårdens personal, om patienten inte motsätter sig det, också startar en dialog med närstående. De närstående kan vara ett stöd för patienten så att hon eller han kan fatta ett välgrundat beslut. De påverkas självklart också av det beslut som den sjuka personen fattar.

I detta sammanhang är det dock viktigt att betona att alla personer inte vill ha information om sitt tillstånd eller delta i beslut om sin vård utan föredrar att överlåta detta till hälso- och sjukvården.

Ett problem vid behandling vid schizofreni är huruvida tydlig information kan motverka behandlingsintentionen i de fall när patienten lider av vanföreställningar som det kan vara kontraproduktivt att utmana. En fråga är huruvida den behandlande läkaren kan vara mindre tydlig med information om vad behandlingen riktar sig mot [37]. För att skapa behandlingsallians bör vårdgivaren, med respekt för patientens upplevda verklighet och problembeskrivning, försöka introducera adekvata insatser.

Det är dock viktigt att lyfta fram att hälso- och sjukvårdspersonal kan hamna i en konflikt mellan att lägga vikt vid eller respektera patientens autonomi och att ge den vård som bedöms vara bäst för patienten i längden (även utifrån patientens egna värderingar och önskemål).

Inom ett delat beslutsfattande tas stor hänsyn till patientens perspektiv och värderingar och om vad som bidrar till livskvalitet. I dialog med behandlaren kommer man fram till ett gemensamt förankrat beslut kring vilken behandling som ska ges och hur den bäst anpassas till patientens situation och förutsättningar.

Antipsykotisk läkemedelsbehandling kan i många fall stärka den autonoma förmågan hos personer med psykosjukdom och därmed deras möjlighet att fatta autonoma beslut och utföra autonoma handlingar i framtiden. I de fall tvångsvård är indicerad kan en tillfällig inskränkning av autonomi motiveras av den efterföljande autonomivinst som behandlingen kan innebära. Det är dock viktigt att betona att tvångsvård inte innebär att patientens delaktighet är helt satt ur spel. Ett syfte med tvångsvård är att skapa förutsättningar för frivillig vård. Det är därför av stor vikt att inleda processen med att göra patienten delaktig i beslut kring behandling och planering även under perioder av tvångsvård.

## Projektorganisation

### *Projektledning*

Mats Berglund

ordförande faktaarbete  
professor emeritus, avdelningen  
för psykiatri, institutionen för kliniska  
vetenskaper, Lunds universitet

Maria Eriksson

delprojektledare vetenskapligt  
underlag (till juni 2013), Socialstyrelsen

Lena Flyckt

ordförande för prioriteringsarbetet  
docent, Norra Stockholms psykiatri

Sara Hed

projektledare, Socialstyrelsen

Elin Linnarsson

delprojektledare vetenskapligt  
underlag, Socialstyrelsen

### *Arbetet med det vetenskapliga underlaget*

Mats Berglund

ordförande faktaarbete  
professor emeritus, avdelningen  
för psykiatri, institutionen för kliniska  
vetenskaper, Lunds universitet

### *Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget*

Thomas Davidson

hälsoekonom, Linköpings universitet,  
Statens beredning för medicinsk  
utvärdering (SBU)

### *Prioriteringsarbetet*

Lena Flyckt

ordförande för prioriteringsarbetet  
docent, Norra Stockholms psykiatri

Christina Gustafsson

resultatområdeschef, social- och  
omsorgskontoret, Södertälje kommun

Eva Jonsson	kvalitetsstrateg, socialförvaltningen, Falkenbergs kommun
Marie Juréen-Benedich	psykolog, psykoterapeut, Rehabiliteringsteamet, Södertälje
Ingela Lagerskog	verksamhetschef, socialförvaltningen, Luleå kommun
Johan Lindström	biträdande förvaltningschef, vuxenförvaltningen, Eskilstuna kommun
Tomas Ljungberg	docent, psykiatriska kliniken, Nyköpings lasarett
Mussie Mshgina	docent, överläkare, Sydvästra Stockholms psykiatri
Pia Rydell	verksamhetschef, chefsöverläkare, psykiatri psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal
Carl-Olav Stiller	docent, överläkare, adjungerad universitetslektor, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Nils Varg	enhetschef, handikappomsorgen, socialtjänsten, Karlskoga kommun
Thomas Wejstam	chefläkare, psykiatri Halland, Region Halland
<i>Arbetet med indikatorer</i>	
Tord Forsner	delprojektledare indikatorer (till juni 2013), Socialstyrelsen
Gunilla Ringbäck Weitof	delprojektledare indikatorer, Socialstyrelsen
<i>Andra medverkande</i>	
Michael Andresen	överläkare, övergripande studierektor psykiatri, Örebro läns landsting
Linn Cederström	kommunikatör, Socialstyrelsen
Kerstin Claesson	projektledare, Läkemedelsverket

Carina Gustafsson	samordnare för psykisk ohälsa (till september 2013), Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen
Mikael Nilsson	projektledare, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
Helene Persson	webbredaktör, Socialstyrelsen
Lars Sandman	etisk rådgivare, Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, professor (i vårdetik), Högskolan i Borås
Pontus Strålin	överläkare, Sydvästra Stockholms psykiatri
David Svärd	kommunikatör, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	tillförordnad enhetschef (från februari 2014), Socialstyrelsen
Kristina Wikner	enhetschef, Socialstyrelsen

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning. 2011.
2. SBU. Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2012; SBU-rapport nr 213.
3. Leucht, S. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013 Sep 14; 382(9896):951-62.
4. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling vid schizofreni. Behandlingsrekommendation, Information från Läkemedelsverket nr 5. 2013.
5. Tohen, M, Strakowski, SM, Zarate, C, Jr., Hennen, J, Stoll, AL, Suppes, T, et al. The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis. *Biological psychiatry*. 2000; 48(6):467-76.
6. Robinson, DG, Woerner, MG, McMeniman, M, Mendelowitz, A, Bilder, RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American journal of psychiatry*. 2004; 161(3):473-9.
7. WHO. World Health Report 2001, chapter 2. 2001:28.
8. Lahti, M, Tiihonen, J, Wildgust, H, Beary, M, Hodgson, R, Kajantie, E, et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychological medicine*. 2012:1-11.
9. Tsai, J, Rosenheck, RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: A latent class analysis. *Psychiatry research*. 2013.
10. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni 2013.
11. Crump, C, Winkleby, MA, Sundquist, K, Sundquist, J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *The American journal of psychiatry*. 2013; 170(3):324-33.
12. Laborit, H, Huguenard, P. Technique actuelle de l'hibernation artificielle. *Presse Med* 1952; Oct 25;60(68):1455-6.
13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning. 2011.

14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. 2010.
15. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Reviderad version. Prioriteringscentrum rapport 2011:4. 2011.
16. Emsley, R, Oosthuizen, PP, Koen, L, Niehaus, DJ, Martinez, G. Symptom recurrence following intermittent treatment in first-episode schizophrenia successfully treated for 2 years: a 3-year open-label clinical study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012; 73(4):e541-7.
17. Robinson, D, Woerner, MG, Alvir, JM, Bilder, R, Goldman, R, Geisler, S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of general psychiatry*. 1999; 56(3):241-7.
18. Tiihonen, J, Wahlbeck, K, Lonnqvist, J, Klaukka, T, Ioannidis, JP, Volavka, J, et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ*. 2006; 333(7561):224.
19. Tiihonen, J, Haukka, J, Taylor, M, Haddad, PM, Patel, MX, Korhonen, P. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *The American journal of psychiatry*. 2011; 168(6):603-9.
20. Leucht, S, Tardy, M, Komossa, K, Heres, S, Kissling, W, Salanti, G, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 379(9831):2063-71.
21. Tandon, R, Nasrallah, HA, Keshavan, MS. Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. *Schizophrenia research*. 2010; 122(1-3):1-23.
22. Schennach-Wolff, R, Jager, M, Seemuller, F, Obermeier, M, Messer, T, Laux, G, et al. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*. 2009; 113(2-3):210-7.
23. Hamann, J, Langer, B, Winkler, V, Busch, R, Cohen, R, Leucht, S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2006; 114(4):265-73.
24. Gee, DG, Cannon, TD. Prediction of conversion to psychosis: review and future directions. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011; 33 Suppl 2:s129-42.
25. El-Sayeh, HG, Morganti, C. Aripiprazole for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004; (2):CD004578.



26. Nuechterlein, KHea. Neurocognitive Predictors of Work Outcome in Recent-Onset Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2011; 37 suppl. 2:S33–S40.
27. Leucht, S, Engel, RR, Bauml, J, Davis, JM. Is the superior efficacy of new generation antipsychotics an artifact of LOCF? *Schizophrenia bulletin*. 2007; 33(1):183-91.
28. Levine, SZ, Bakst, S, Rabinowitz, J. Suicide attempts at the time of first admission and during early course schizophrenia: a population based study. *Psychiatry research*. 2010; 177(1-2):55-9.
29. Laursen, TM, Munk-Olsen, T, Vestergaard, M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*. 2012; 25(2):83-8.
30. Marder, SR, Essock, SM, Miller, AL, Buchanan, RW, Casey, DE, Davis, JM, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *The American journal of psychiatry*. 2004; 161(8):1334-49.
31. Kishimoto, T, Robenzadeh, A, Leucht, C, Leucht, S, Watanabe, K, Mimura, M, et al. Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Schizophrenia bulletin*. 2013.
32. Bjorkenstam, E, Ljung, R, Burstrom, B, Mittendorfer-Rutz, E, Hallqvist, J, Weitoft, GR. Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients – a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ open*. 2012; 2:e000778.
33. Gustavsson, A, Svensson, M, Jacobi, F, Allgulander, C, Alonso, J, Beghi, E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011; 21(10):718-79.
34. Lindstrom, E, Eberhard, J, Neovius, M, Levander, S. Costs of schizophrenia during 5 years. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2007; (435):33-40.
35. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer – Rapport från Info VU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. 2005.
36. Sandman, L, Kjellström, S. Etikboken: Etik för vårdande yrken. Lund: Studentlitteratur; 2013.
37. Howe, E. Ethical considerations when treating patients with schizophrenia. *Psychiatry (Edgmont (Pa: Township))*. 2008; 5(4):59-64.

## Offentliga publikationer

Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Patientdatalagen (2008:355)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60)

Socialtjänstlagen (2001:453)

## Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista

Tillstånds- och åtgärdslistan innehåller 34 rekommendationer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer). Där är det också möjligt att läsa samlad information om respektive rekommendation i bilagan *Vetenskapligt underlag*.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
1	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd <i>Behandling med antipsykotiska läkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens effekt på psykotiska symtom och den minskade dödligheten i självmord vid behandling med läkemedel jämfört med ingen läkemedelsbehandling.	1
2	Prodromalfas, misstanke om psykosinsjuknande utan tydliga psykossymtom <i>Behandling med antipsykotiska läkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma nyttan av behandlingen. Många personer i prodromalfas utvecklar inte schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.	FoU
3	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, nyinsjuknade <i>Behandling med aripiprazol</i>	Avgörande för rekommendationen är att läkemedlet har få biverkningar jämfört med andra antipsykotiska läkemedel. Aripiprazol kan förväntas ha tillräcklig effekt för många nyinsjuknade, men har generellt något sämre effekt på psykotiska symtom än risperidon och olanzapin.	2
4	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, nyinsjuknade <i>Behandling med risperidon</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden medför mindre risk för viktuppgång men har något sämre effekt på psykotiska symtom jämfört med olanzapin.	2
5	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, nyinsjuknade <i>Behandling med olanzapin</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har något bättre effekt på psykotiska symtom men ger större risk för viktökning jämfört med risperidon.	2
6	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, nyinsjuknade <i>Behandling med klozapin</i>	Avgörande för rekommendationen är risken för allvarliga biverkningar och viktuppgång, som kan leda till metaboliska sjukdomar.	9
7	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom <i>Behandling med risperidon</i>	Avgörande för rekommendationen är den goda effekten på symtom jämfört med flera andra antipsykotiska läkemedel och mindre risk för viktuppgång jämfört med olanzapin.	2

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
8	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med olanzapin</i>	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens effekt på psykotiska symtom. Olanzapin har något bättre effekt än risperidon men ger större risk för viktuppgång.	2
9	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med aripiprazol</i>	Avgörande för rekommendationen är att aripiprazol har mindre risk för viktuppgång, men har något sämre effekt än risperidon och olanzapin.	5
10	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med quetiapin</i>	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra antipsykotiska läkemedel med bättre effekt. Behandling med quetiapin ger större risk för sedation och viktökning.	7
11	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med paliperidon</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt på psykotiska symtom samt att andra antipsykotiska läkemedel har bättre vetenskapligt stöd. Paliperidon är den primära huvudmetaboliten av risperidon varför säkerheten bedöms som god. Behandling med paliperidon är dyrare än behandling med de flesta andra antipsykotiska läkemedel.	8
12	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med haloperidol</i>	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder med bättre effekt på psykotiska symtom och färre biverkningar. Åtgärden är också svår att dosera för att uppnå önskad effekt och undvika biverkningar.	7
13	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med ziprasidon</i>	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder med bättre effekt på psykotiska symtom. Den dagliga behandlingen är mer komplicerad än för andra antipsykotiska läkemedel.	8
14	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med zuklopentixol</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för zuklopentixol är begränsat.	8
15	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, långvarig sjukdom  <i>Behandling med sertindol</i>	Avgörande för rekommendationen är att behandling med andra antipsykotiska läkemedel ger bättre effekt på psykotiska symtom samt att sertindol ger ökad risk för viktuppgång och hjärtarytmier.	10
16	Schizofreni, svårbehandlade symtom och otillräcklig effekt av andra antipsykotiska läkemedel än klozapin  <i>Behandling med klozapin</i>	Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad och behandlingens effekt på psykotiska symtom.	1

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
17	Schizofreni, mycket svårbehandlad och otillräcklig effekt av klozapin <i>Tilläggsbehandling med lamotrigin</i>	Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad och att lamotrigin kan ha effekt på psykotiska symtom. Alternativen är begränsade.	8
18	Schizofreni, mycket svårbehandlad och otillräcklig effekt av klozapin <i>Tilläggsbehandling med risperidon</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet för att bedöma effekten av tilläggsbehandling med risperidon till klozapin, jämfört med enbart klozapin.	FoU
19	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, suicidalt beteende <i>Behandling med klozapin</i>	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad och att åtgärden minskar risken för självmord och självmordsförsök jämfört med andra antipsykotiska läkemedel.	1
20	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, viktuppgång vid behandling med aripiprazol <i>Fortsatt behandling med aripiprazol</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger mindre risk för viktuppgång jämfört med behandling med andra läkemedel. Byte av behandling kan medföra risk för utsättningsymtom och återfall.	3
21	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, viktuppgång vid behandling med annat SGA än aripiprazol <i>Byte till behandling med aripiprazol</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan motverka en fortsatt viktuppgång, vilket väger upp en eventuellt sämre effekt på psykotiska symtom. Byte av behandling kan medföra risk för utsättningsymtom och återfall.	3
22	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, viktuppgång vid behandling med klozapin <i>Fortsatt behandling med klozapin</i>	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens effekt. Risken för viktuppgång är större vid behandling med klozapin än de flesta andra antipsykotiska läkemedel, men personer som behandlas med klozapin har oftast haft otillräcklig effekt av andra antipsykotiska läkemedel. Ett byte av läkemedel ger med stor sannolikhet sämre effekt och medför risk för återfall.	4
23	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, viktuppgång vid behandling med olanzapin <i>Fortsatt behandling med olanzapin</i>	Avgörande för rekommendationen är att fortsatt behandling med olanzapin ger en bibehållen effekt på psykotiska symtom. Detta har vägts mot att viktuppgången troligen kan tillskrivas läkemedelsbehandlingen. Byte av behandling kan medföra risk för utsättningsymtom och återfall.	6
24	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, viktuppgång vid behandling med annat SGA än olanzapin <i>Byte till behandling med olanzapin</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden medför en ökad risk för viktuppgång jämfört med behandling med andra läkemedel. Olanzapin har dock god effekt på psykotiska symtom.	8

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
25	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, extrapyramidala biverkningar vid behandling med annat antipsykotiskt läkemedel än olanzapin  <i>Byte till behandling med olanzapin</i>	Avgörande för rekommendationen är att behandling med olanzapin ger en god effekt på psykotiska symtom och innebär samtidigt en mindre risk för extrapyramidala biverkningar, jämfört med behandling med andra antipsykotiska läkemedel.	2
26	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, extrapyramidala biverkningar vid behandling med annat antipsykotiskt läkemedel än quetiapin  <i>Byte till behandling med quetiapin</i>	Avgörande för rekommendationen är att behandling med quetiapin innebär en mindre risk för extrapyramidala biverkningar jämfört med behandling med andra läkemedel, samtidigt som det finns andra läkemedel som ger bättre effekt på psykotiska symtom.	5
27	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, extrapyramidala biverkningar vid behandling med annat antipsykotiskt läkemedel än klozapin  <i>Byte till behandling med klozapin</i>	Avgörande för rekommendationen är att behandling med klozapin minskar risken för extrapyramidala biverkningar jämfört med behandling med andra läkemedel, samtidigt som risken för andra biverkningar ökar.	7
28	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott  <i>Behandling med haloperidol i depåform</i>	Avgörande för rekommendationen är att läkemedlet är väl beprövat och att depåbehandling ger minskad risk för återinsjuknande jämfört med peroral behandling. Haloperidol innebär dock större risk för extrapyramidala biverkningar jämfört med flufenazin och perfenazin.	5
29	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott  <i>Behandling med perfenazin i depåform</i>	Avgörande för rekommendationen är att läkemedlet är väl beprövat och att depåbehandling ger minskad risk för återinsjuknande jämfört med peroral behandling. Perfenazin tolereras dessutom generellt bättre än haloperidol.	4
30	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott  <i>Behandling med flufenazin i depåform</i>	Avgörande för rekommendationen är att läkemedlet är väl beprövat och att depåbehandling ger minskad risk för återinsjuknande jämfört med peroral behandling. Det finns dessutom ett behov av många alternativa beredningsformer. Flufenazin tolereras generellt bättre än haloperidol.	4
31	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott  <i>Behandling med olanzapin i depåform</i>	Avgörande för rekommendationen är risken för allvarliga biverkningar, såsom postinjektionssyndrom (bland annat symtom på sedering eller delirium). Depåbehandling ger minskad risk för återinsjuknanden jämfört med peroral behandling. Olanzapin har dock god effekt på psykotiska symtom.	8

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
32	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott <i>Behandling med risperidon i depåform</i>	Avgörande för rekommendationen är att läkemedlet har god effekt på psykotiska symtom och att depåbehandling ger minskad risk för återinsjuknande jämfört med peroral behandling. Åtgärden kan dock ge lokala biverkningar vid injektionsstället.	3
33	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott <i>Behandling med paliperidon i depåform</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger snabb effekt på psykotiska symtom och är lätt att ge samt att behandling i depåform ger minskad risk för återinsjuknande jämfört med peroral behandling. Samtidigt är paliperidon mer oprövat än andra läkemedel. Paliperidon är den primära huvudmetaboliten av risperidon varför säkerheten bedöms som god.	5
34	Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, samtidigt missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika <i>Behandling med risperidon i depåform</i>	Avgörande för rekommendationen är det allvariga tillståndet och att depåbehandling visat bättre följsamhet jämfört med peroral behandling. Åtgärden har effekt på psykotiska symtom och viss effekt på symtom av missbruket.	2

## Bilaga 2. Förteckning över externa bilagor

Till riktlinjerna hör också ett antal externa bilagor. Samtliga bilagor finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer).

- Indikatorer
- Metodbeskrivning
- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Vetenskapligt underlag.