

Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat år 2008

**Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten
November 2009
Dnr RSK 147-2006**

Innehållsförteckning

<i>Sammanfattning</i>	3
<i>Bakgrund</i>	5
<i>Befolkningens hälsoläge</i>	5
1) Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12	6
2) Suicidförekomst	8
<i>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård</i>	9
3) Vårdprogram inom psykiatri	9
4) Förekomst (registrering) av diagnos	10
5) Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)	15
6) Skattning med GAF-instrumentet	16
7) Registrering i kvalitetsregister	18
<i>Säker hälso- och sjukvård</i>	21
8) Systematiskt arbete med avvikelserapporter	21
9) Uppgifter om suicid och suicidförsök	22
10) Klagomål och deras uppföljning	24
<i>Patientfokuserad hälso- och sjukvård</i>	25
11) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt	25
12) Genomförda brukarråd	32
<i>Effektiv hälso- och sjukvård vård</i>	33
13) Skriftlig vårdplan	33
<i>Hälso- och sjukvård i rimlig tid</i>	34
14) Andel väntande inom vårdgarantigränserna	34
<i>Jämlig hälso- och sjukvård</i>	36
15) Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård	36
<i>Fortsatt arbete</i>	40
<i>Bilaga 1</i>	42

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslöt 2006 att 15 indikatorer som speglar den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat skall ligga till grund för regelbundna uppföljningar. Det finns dock ingen tillämplig indikator som belyser hälsoeffekter i befolkningen. Detta, tillsammans med en fortlöpande omprövning och vidareutveckling, gör att 15 kvalitetsindikatorer trots allt kan rapporteras, även om dessa något avviker från det ursprungliga indikatorbatteriet. Tidigare har rapporter gällande 2006 och 2007 redovisats. Föreliggande rapport avser år 2008.

1. Liksom tidigare noteras att nedsatt psykiskt välbefinnande är relativt sett vanligt förekommande i Göteborg (HSN 5, 11 och 12.) Generellt i regionen är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare hos kvinnor än hos män. Vi kan inte urskilja några säkra tidstrender för perioden 2004 – 2008.
2. Självordsfrekvensen har minskat bland både kvinnor och män under de senaste tjugo åren. De allra senaste åren är minskningen dock inte lika stor som tidigare, framför allt i de yngre åldersgrupperna.
3. Det finns nu ett flertal regionala/nationella vårdprogram inom den specialiserade psykiatrin, som antingen är implementerade eller under utveckling.
4. När det gäller diagnosättning finns en kvarstående variation mellan sjukhusen och därmed en förbättringspotential på vissa enheter. Dessutom finns en betydande och förvånande variation inom och mellan de psykiatriska klinikerna, liksom mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin, när det gäller användandet av de olika diagnosgrupperna (F, R och Z) inom ICD-10 systemet.
5. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är ny indikator i årets rapport. Det föreligger en betydande variation mellan de psykiatriska klinikerna när det gäller att överhuvudtaget sätta KVÅ-koder, vilket gör det uppenbart att här föreligger en betydande förbättringspotential på de allra flesta enheter.
6. Såväl inom barn- och ungdomspsykiatrin som inom vuxenpsykiatrin ökar andelen GAF-skattningar över tid. Variationen mellan klinikerna är betydande, indikerande en kvarstående förbättringspotential på vissa enheter.
7. Av de fem aktuella nationella kvalitetsregistren är det endast RIKSÄT som nått en större anslutningsgrad i Västra Götaland. En förändrad nationell organisation avseende kvalitetsregistren ger anledning till försiktig optimism, liksom möjligheterna att framgent kunna redovisa inomregionala data från det nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatri, RättspsyK.
8. Liksom tidigare finner arbetsgruppen att det ännu inte är meningsfullt att göra en regional sammanställning av de avvikelserapporter som hanteras i MedControl.
9. Antalet Lex Mariaanmälningar på grund av självmord som inträffat i samband med vårdkontakt varierar mellan klinikerna. Föreliggande material pekar i inte på en fortsatt ökning av antalet personer med vårdkontakt för

självordsförsök/självtilfogad skada, även om försiktighet måste iakttas vid tolkningen av data från enskilda år.

10. Antalet anmälningar till patientnämnderna är mycket lågt i relation till det stora antalet vårdkontakter, vilket gör variationer över tid svårtolkade. Arbetsgruppen gör därför bedömningen att det inte är meningsfullt att redovisa antalet anmälningar till patientnämnderna varför denna indikator utgår.
11. En mycket stor andel av patienterna såväl inom barn- och ungdomspsykiatri som inom vuxenpsykiatri är helt eller delvis nöjda med bemötande och delaktighet. Svarefrekvensen är dock i flera fall låg, vilket gör att data bör tolkas med försiktighet.
12. Antalet brukarråd varierar vid en inomregional jämförelse, vilket indikerar en förbättringspotential på vissa kliniker.
13. Sektorsråden har arbetat aktivt med att fastställa innehåll och omfattning av skriftliga vårdplaner. Årets rapport visar att vissa vuxenpsykiatriska kliniker har kunnat ta fram data kring andelen patienter med aktuell vårdplan. Bristen på information från övriga enheter antyder inte att vårdplaner inte upprättats, utan pekar snarare på IT-relaterade bekymmer. Totalt sett finns här utrymme för betydande insatser framgent, såväl inom barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri.
14. Tillgängligheten till den specialiserade psykiatriska vården ökade under loppet av 2008, även om måluppfyllelsegraden varierar mellan de berörda sjukhusen.
15. Totalt sett har hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader för den specialiserade psykiatriska vården ökat med nästan tre kvarts miljard åren 2006 – 2008. Kostnaden per individ för specialiserad psykiatrisk vård varierar mellan nämndområdena. Kostnadsfördelningen mellan kvinnor och män är ojämn med en generellt högre kostnadsandel för kvinnor än för män.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslöt 2006 att 15 indikatorer skall ligga till grund för uppföljning av kvalitet och resultat inom psykiatri (dnr RSK 147-2006). De bägge rapporterna *Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat 2006* och *Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat 2007* har tidigare tagits fram och redovisats för hälso- och sjukvårdsutskottet (dnr RSK 147-2006).

Enligt hälso- och sjukvårdsutskottets beslut skall uppföljningen av kvalitet och resultat omfatta följande facetter av den psykiatriska verksamheten:

- Befolkningens hälsoläge
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälsoeffekter i befolkningen

En eller flera indikatorer beskriver sedan vart och ett av dessa perspektiv. I nuläget finns dock ingen tillämplig indikator som belyser hälsoeffekter i befolkningen.

Föreliggande rapport gällande kvalitet och resultat inom psykiatri 2008 har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av Bo Ivarsson vuxenpsykiatri sektorsråd, Stephan Ehlers hälso- och sjukvårdsavdelningen samt barn- och ungdomspsykiatri sektorsråd, Marika Fixell hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg, Christina Möller och Jarl Torgerson hälso- och sjukvårdsavdelningen. Jarl Torgerson är huvudförfattare till rapporten. Sektorsråden i barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri har beretts möjligheter att komma med synpunkter på rapporten.

Befolkningens hälsoläge

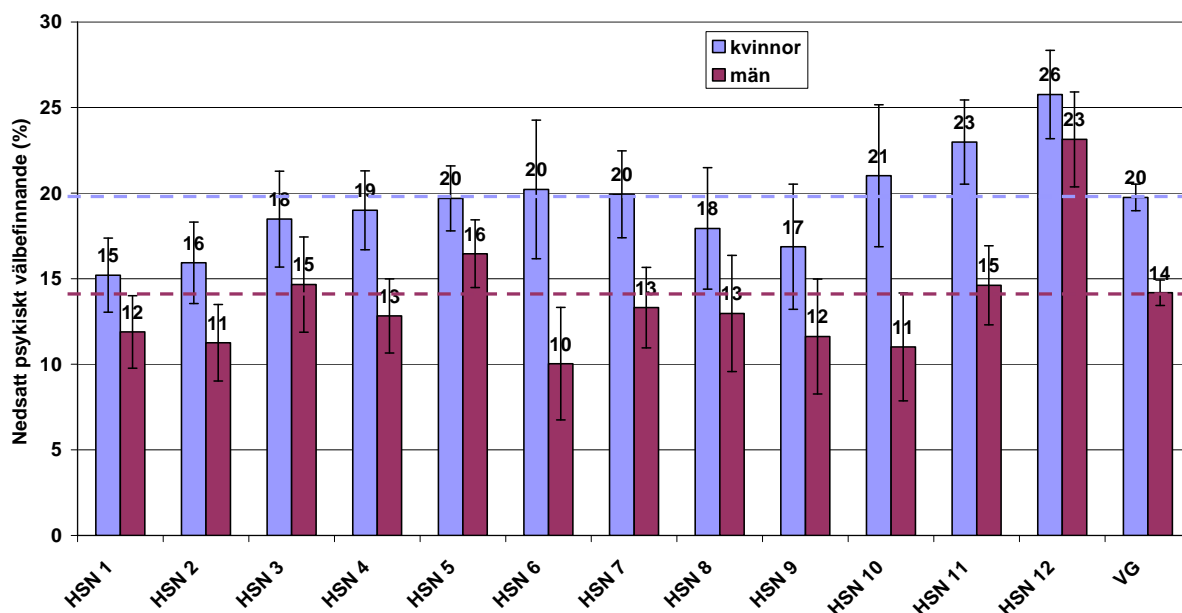
I årets rapport speglas befolkningens hälsoläge av två indikatorer. Psykiskt välbefinnande mätt med GHQ-12 (indikator 1) har funnits med i samtliga tidigare rapporter. Suicidförekomst (indikator 2) har funnits med även tidigare, men då som mått på säker hälso- och sjukvård. Vi menar dock att förekomsten av självmord i befolkningen bättre hör samman med befolkningens hälsoläge. Sjukhus- och kliniks-specifik information om suicid finns som tidigare under avsnittet om säker hälso- och sjukvård.

1) Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12

Psykiskt välbefinnande mäts med instrumentet General Health Questionnaire som innefattar 12 frågor (GHQ-12). Varje fråga har fasta svarsalternativ. Ett summaindex beräknas utifrån de tolv frågorna. En fördefinierad brytpunkt avgör gränsen för nedsatt psykiskt välbefinnande.

Folkhälsoinstitutet anlitar Statistiska centralbyrån, som varje år genomför en nationell folkhälsoenkät *Hälsa på lika villkor*. SCB levererar sedan rådata till beställande landsting/regioner för vidare statistisk analys.

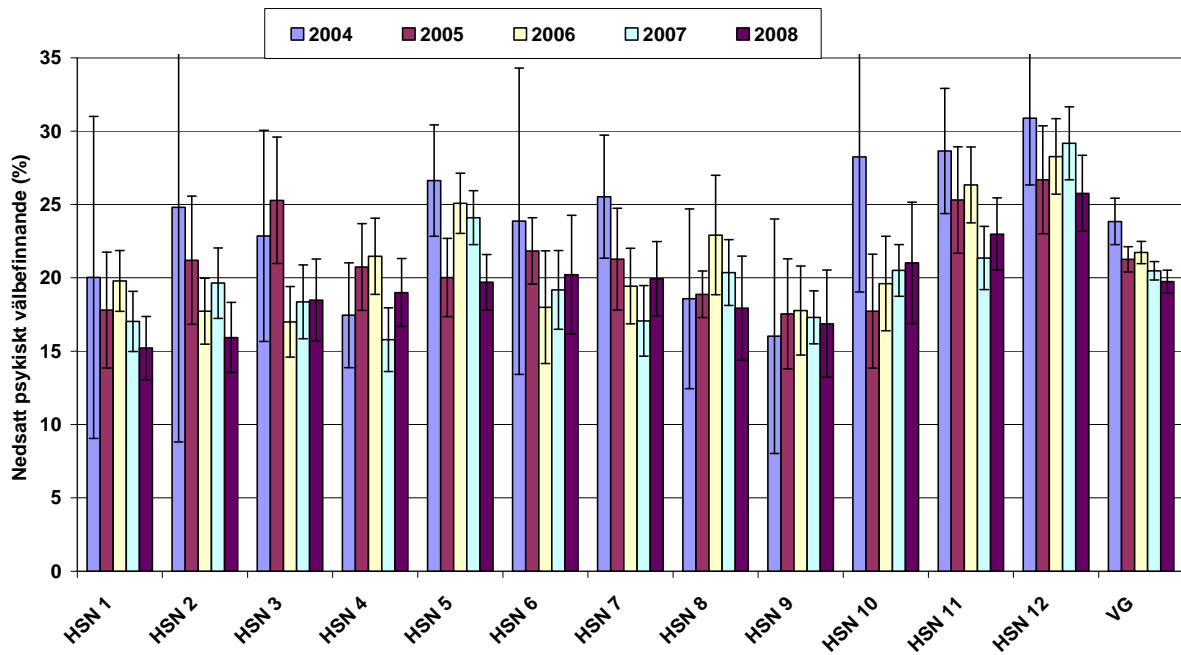
År 2008 uppgick antalet svarande i Västra Götalandsregionen till 18 838 individer, vilket motsvarar 53 % av de tillfrågade. Svarefrekvensen varierar mellan nämndområdena. Högst var svarefrekvensen i HSN 8, 9 och 10 (59 %) och lägst i HSN 12 (45 %).



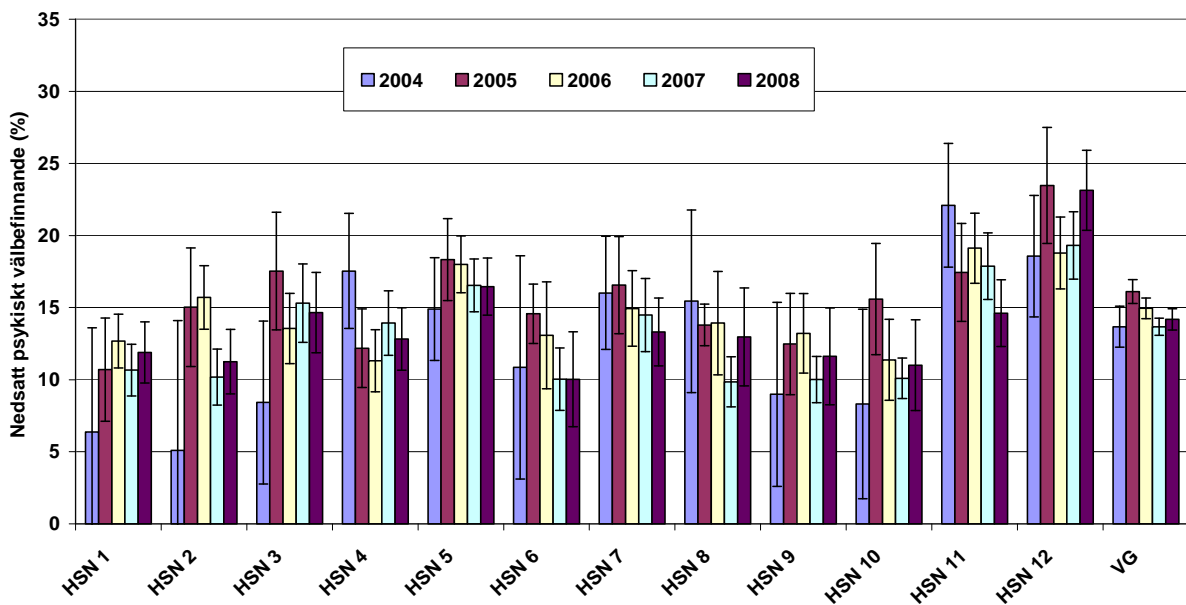
Figur 1. Procentuell andel (95 % konfidensintervall) av befolkningen med nedsatt psykiskt välbefinnande år 2008, mätt med GHQ-12. Källa: Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*.

Totalt i Västra Götaland rapporterade 20 % av kvinnorna och 14 % av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. Mest belastade i detta avseende är kvinnorna i Göteborg (HSN 5, 11 och 12), men höga siffror noteras även för kvinnorna i Mittenälvsborg (HSN 6), Södra Bohuslän (HSN 7) och Östra Skaraborg (HSN 10). Bland männen är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligast i Göteborg (HSN 5, 11 och 12), men också i Trestad (HSN 3).

I figur 2 och figur 3 redovisas utvecklingen av den psykiska ohälsan under perioden 2004 till och med 2008 för kvinnor respektive män. Eftersom konfidensintervallen (ett mått på statistisk osäkerhet) till stora delar är överlappande är det svårt att dra bestämda slutsatser om förändringar över tid inom nämndområdena.



Figur 2. Procentuell andel (95 % konfidensintervall) av kvinnorna med nedsatt psykiskt välbefinnande åren 2004 - 2008, mätt med GHQ-12. Källa: Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*.



Figur 3. Procentuell andel (95 % konfidensintervall) av männen med nedsatt psykiskt välbefinnande åren 2004 - 2008, mätt med GHQ-12. Källa: Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*.

Med GHQ-12 beskrivs i denna rapport nedsatt psykiskt välbefinnande på befolkningsnivå, alltså en problematik som är betydligt vidare än den specialiserade psykiatrins uppdrag. Det går heller inte att med den aktuella enkätmetoden mäta det psykiska välbefinnandet hos barn. Barnens självupplevda hälsa kan därför inte redovisas i föreliggande rapport. Ovanstående resultat har alltså endast bäring på den del av befolkningen som är mellan 16 och 84 år.

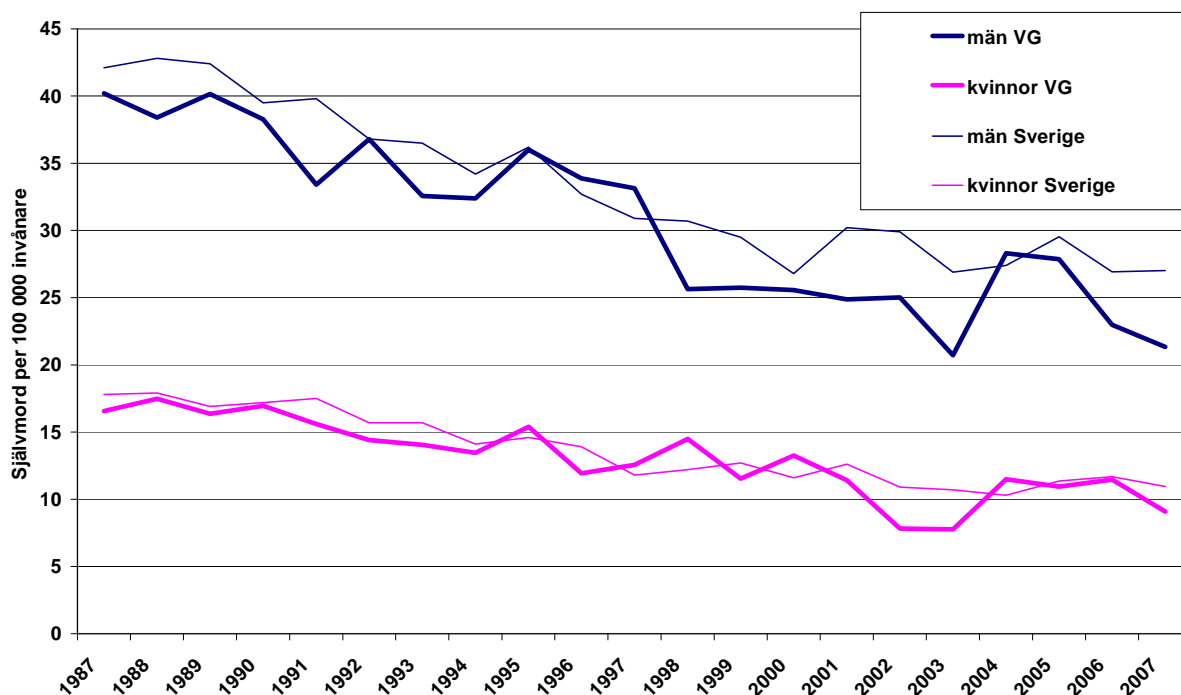
Svarsfrekvensen i folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* är i likhet med andra enkätundersökningar relativt låg. Tyvärr har situationen därvidlag försämrats under de senaste åren då svarsfrekvensen var 62 % 2005 och 59 % 2006, att jämföras med 53 % 2008. Det psykiska illabefinnandet i regionen underskattas i folkhälsoenkäten, i synnerhet i områden som har förhållandevis stor andel socioekonomiskt svaga grupper eller många utlandsfödda. Folkhälsoenkäten har alltså vissa svagheter, vilka dock inte är större än att den identifierar områden där höga respektive låga värden för psykisk välbefinnande kan förväntas. Sysselsättningsgrad, ekonomisk situation och födelseland har stor betydelse för omfattningen av psykiskt välbefinnande/illabefinnande i en befolkning. Andelen invånare med nedsatt psykiskt välbefinnande är totalt sett i nivå med riket som helhet. Liksom tidigare år noteras att nedsatt psykiskt välbefinnande är relativt sett vanligt förekommande i Göteborg (HSN 5, 11 och 12).

2) Suicidförekomst

Uppgifter om suicidförekomst är ett ytterligare mått på befolkningens hälsoläge. Information om antalet självmord i befolkningen återfinns i Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Registeruppgifterna bearbetas noggrant, vilket leder till en viss eftersläpning. Uppgifter från dödsorsaksregistret kan endast publiceras i den takt de blir tillgängliga och kravet på aktualitet måste därför med nödvändighet stå tillbaka.

Uppgifter om hur stor andel av självmordsfallen som också haft kontakt med sjukvården kräver samkörning mellan vårddatabasen Vega och dödsorsaksregistret, vilket kräver specifikt tillstånd. Arbetsgruppen har gjort bedömningen att värdet av sådana uppgifter är begränsat, eftersom de avser förhållanden flera år bakåt i tiden och har därför inte ansökt om tillstånd för samkörning. Det är dock känt från vetenskapliga undersökningar att 70–90 % av de individer som tar livet av sig haft kontakt med hälso- och sjukvården under de senaste sex månaderna före självmordet. Under avsnitt 9 nedan diskuteras denna fråga ytterligare, men i lite annan belysning.

Under 2007 begick 195 personer (15 år och äldre) självmord i Västra Götaland, varav 136 män. Uttryckt i procent begick 0,015 % av befolkningen över 15 år självmord. Figur 4 visar att självmordsfrekvensen är något lägre bland män i Västra Götaland än bland män i riket som helhet. Självmordsfrekvensen har minskat både bland kvinnor och män de senaste tjugo åren. De allra senaste åren är minskningen dock inte lika stor som tidigare. I åldersgruppen 15-24 år och möjligen även bland kvinnor i åldersgruppen 25-44 år minskar inte antalet självmord. Bland kvinnor i åldersgruppen 15-24 år ses möjligen en tendens till ökning i självmordsfrekvensen under 2000-talet.



Figur 4. Antal självmord per 100 000 män och kvinnor i Västra Götaland och Sverige åren 1987 – 2007. Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

3) Vårdprogram inom psykiatri

Denna indikator avser att redovisa påbörjade, färdigställda och lokalt implementerade regionala vårdprogram, liksom förekomsten av regionalt implementerade nationella vårdprogram. I rapporten för 2006 konstaterades att det inte fanns några regionala vårdprogram inom psykiatri. Situationen är för årets rapport därvidlag betydligt ljusare.

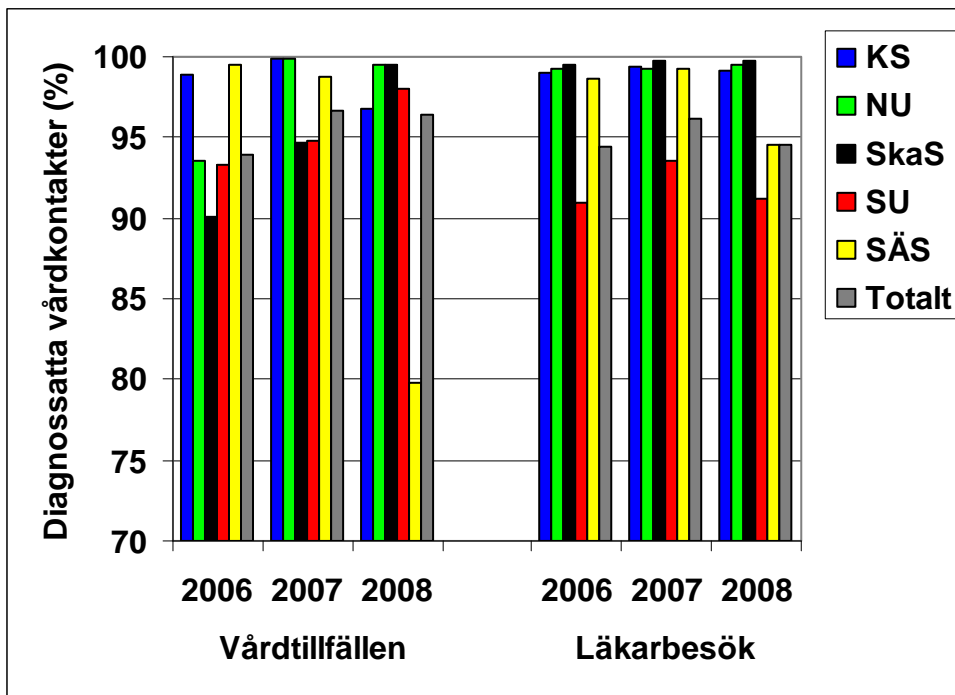
- Ett gemensamt vårdprogram för primärvården och psykiatri avseende *utmattningsdepression* har antagits våren 2008. Det pågår en diskussion om lämpliga kvalitetsindikatorer avseende detta vårdprogram inom specialistpsykiatri.
- Den slutgiltiga versionen av de *nationella riktlinjerna för ångest och depression* har fördröjts och väntas bli klar under 2010. Därefter kommer det att bli aktuellt att ta fram regionala vårdprogram inom dessa områden.
- Ett regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnostik och behandling av *tidig psykos* har antagits av program- och prioriteringsrådet.
- Under 2010 kommer sannolikt ett regionalt vårdprogram för *rehabilitering vid tidig psykos* att kunna sjösättas.

- Ett pågående utvecklingsarbete kring ett regionalt vårdprogram avseende missbruk/beroende och samsjuklighet har kompletterats med den pågående implementeringen av de *nationella riktlinjerna för missbruk*.
- Ett arbete med ett regionalt vårdprogram avseende *ADHD* bedrivs via sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri och ett förslag beräknas kunna levereras tidigt 2010. Inom vuxenpsykiatri har en första del avseende *neuropsykiatriska utredningar* överlämnats till program- och prioriteringsrådet. Via sektorsrådet i vuxenpsykiatri pågår ett arbete med att ta fram ett vårdprogram för vuxna med *ADHD*.
- Vuxenpsykiatri deltar i den regionala planeringen inför implementeringen av de kommande *nationella riktlinjerna för demens*.

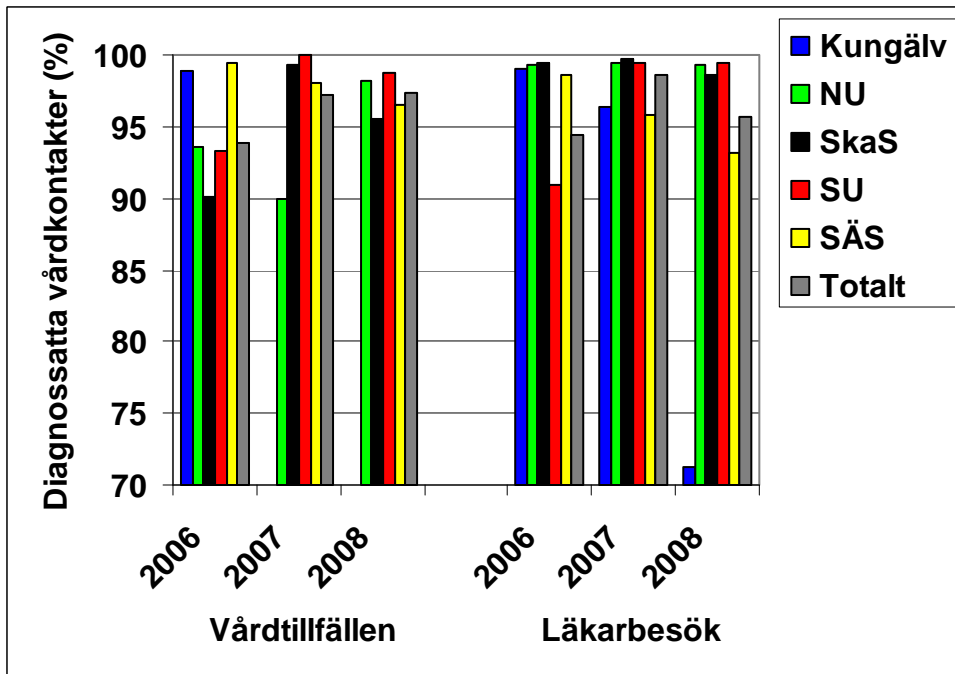
4) Förekomst (registrering) av diagnos

Adekvat behandling kräver ett diagnostiskt förarbete, vilket skall resultera i en så specifik diagnos som möjligt.

I figur 5 och figur 6 redovisas sjukhusvis för åren 2006 – 2008 andelen vårdtillfällen respektive läkarbesök i öppen vård där diagnoskod kan återfinnas i Vega. Generellt kan sägas att den absoluta majoriteten av vårdtillfällen och läkarbesök är diagnossatta. De enskilda sjukhusens nivå och utveckling över tid ser dock olika ut och någon entydigt positiv trend kan inte säkert återfinnas. Det förtjänar att nämnas att rapporten *Regionala måttal för utvalda indikatorer* (dnr RSK 150-2008) anger att > 96 % av läkarbesök och vårdtillfällen inom barn- och ungdomspsykiatri liksom vuxenpsykiatri skall vara diagnossatta och anvisar detta som ett möjligt mått för avtalsreglerad målrelaterad ersättning. Detta var dock inte satt på pränt under den tidsperiod föreliggande rapport belyser, men innebär att några enheter har en kvarstående resa att göra.

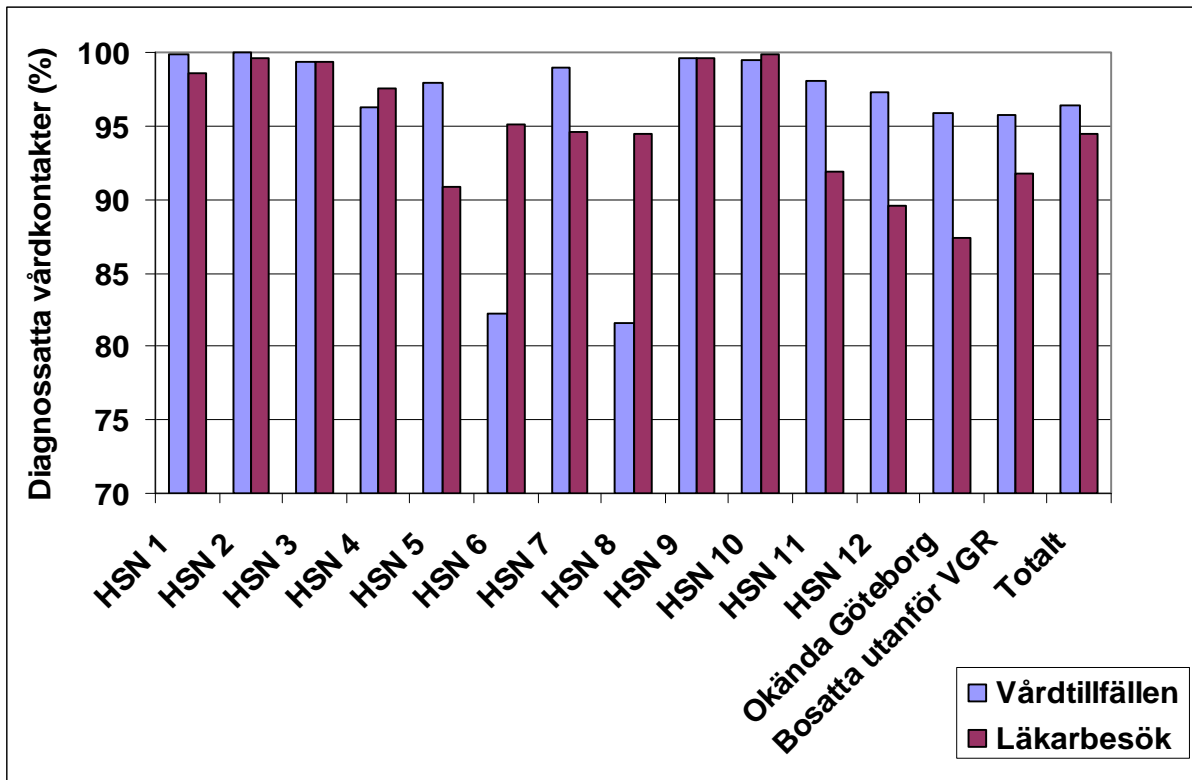


Figur 5. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med diagnoskod inom den vuxenpsykiatriska vården åren 2006 – 2008. Observera skalan på y-axeln. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

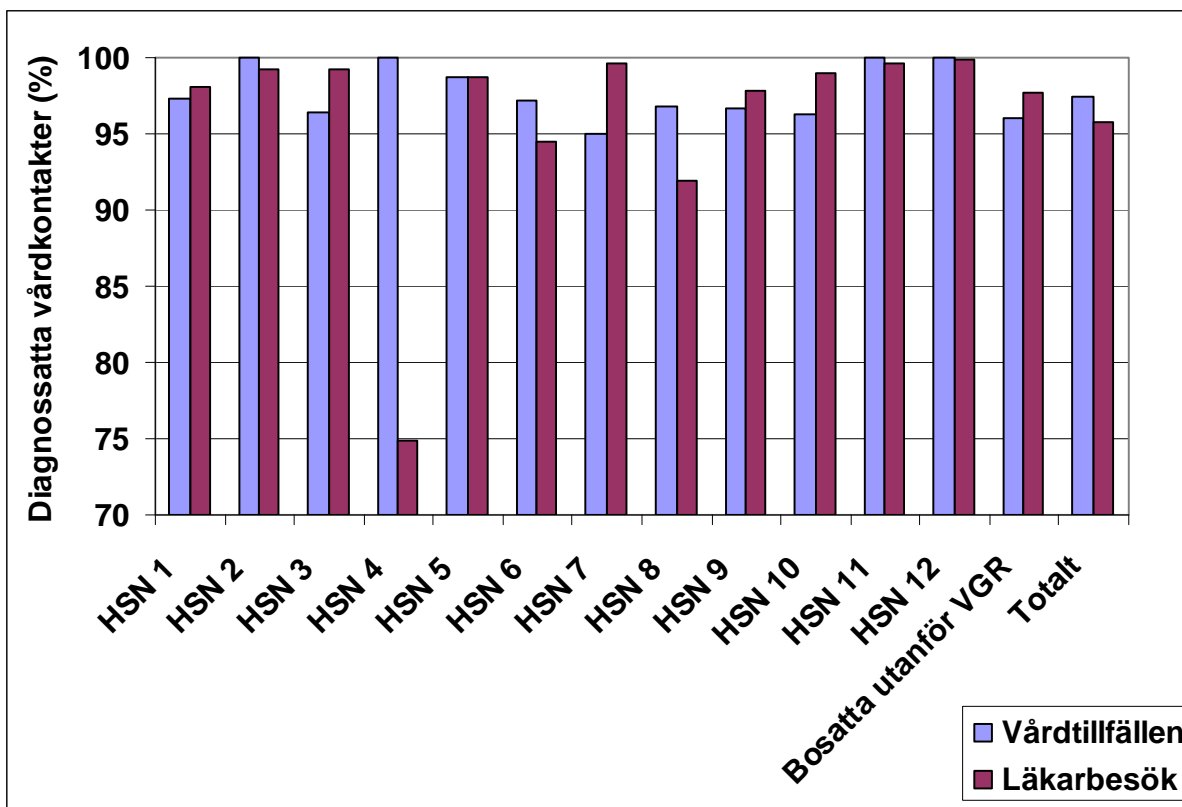


Figur 6. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med diagnoskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården åren 2006 – 2008. Observera skalan på y-axeln. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

Figur 7 och figur 8 byter perspektiv och redovisar istället per hälso- och sjukvårdsnämnd andelen vårdtillfällen respektive läkarbesök i öppen vård under 2008 där diagnoskod kan återfinnas i Vega. Precis som ovan är den absoluta majoriteten av vårdtillfällen och läkarbesök är diagnossatta. Spridningen mellan nämndsområdena är dock ganska stor, framförallt inom vuxenpsykiatrin.



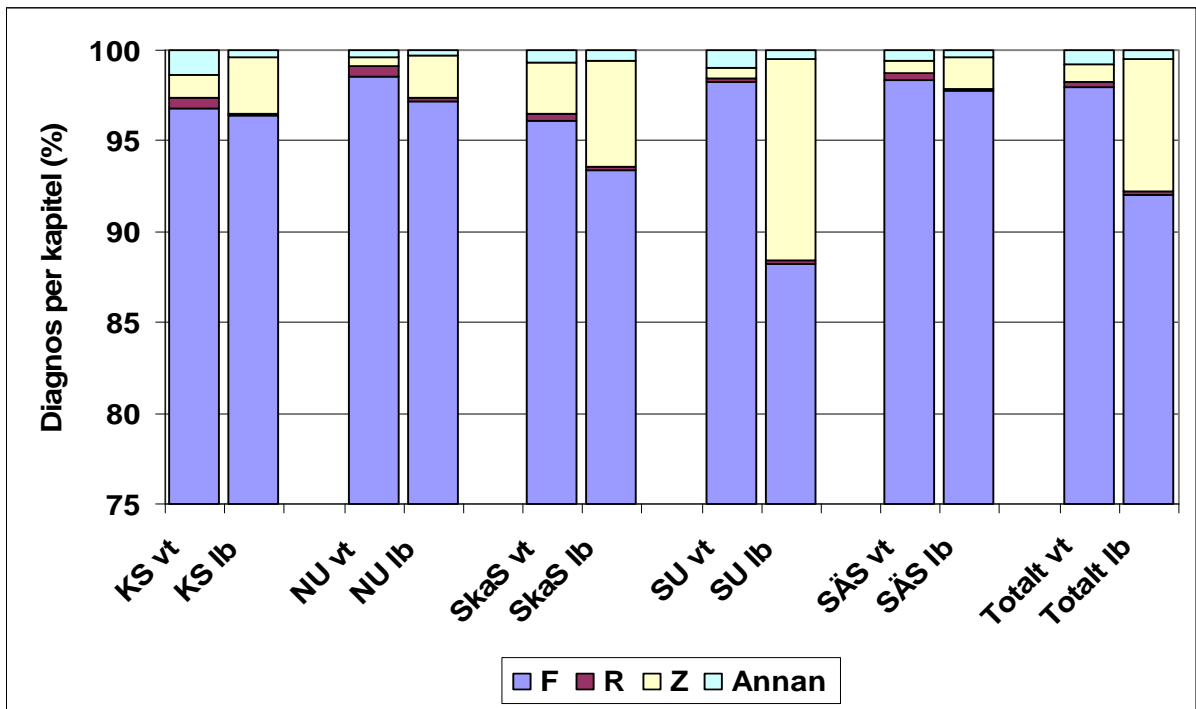
Figur 7. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med diagnoskod inom den vuxenpsykiatriska vården år 2008. Observera skalan på y-axeln. Källa: *Vårddatabasen Vega*.



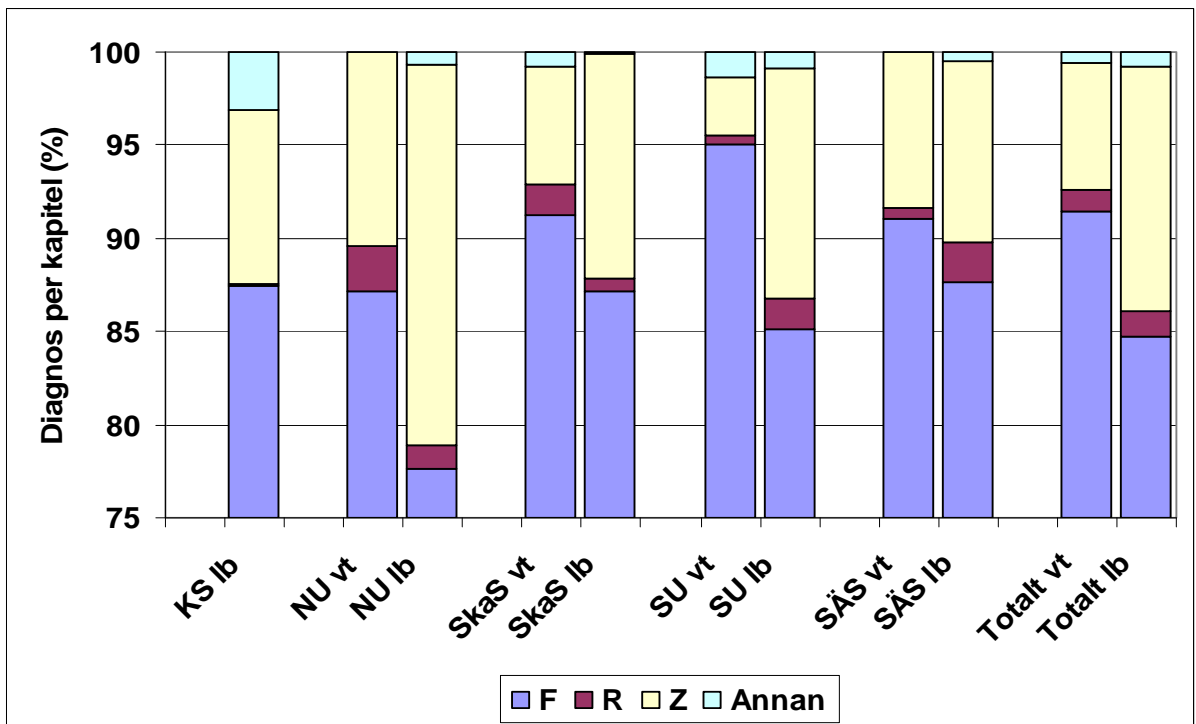
Figur 8. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med diagnoskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården år 2008. Observera skalan på y-axeln.
Källa: Vårddatabasen Vega.

I figur 9 och 10 redovisas diagnossättningen ur ytterligare ett perspektiv, vilket avser den relativa användningen av olika typer av huvuddiagnos inom ramen för ICD-10 systemet. Allmänt kan sägas att *F-diagnoser* avser psykiska sjukdomar och syndrom d v s relativt väl definierade beskrivningar av psykiatriska tillstånd. Schizofreni är ett diagnoseexempel inom denna grupp. *R-diagnoser* avser symtom och ofullständigt definierade tillstånd där ingen entydig diagnos föreligger. *Z-diagnoser* används för att beskriva annat än just sjukdom eller skada och kan nyttjas för att registrera tilläggsinformation av betydelse för patientens totala hälsotillstånd. Exempel kan vara ekonomiska svårigheter eller nära anhörigs död.

Såväl inom vuxenpsykiatrin som inom barn- och ungdomspsykiatrin varierar den relativa användningen av F-, R- och Z-diagnoser stort dels mellan kliniker och dels mellan öppen och sluten vård inom samma klinik. Man kan också notera att barn- och ungdomspsykiatrin i betydligt lägre grad sätter F-diagnoser än vad man gör inom vuxenpsykiatrin.



Figur 9. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen vt och läkarbesök lb) med huvuddiagnoskod uppdelat per diagnoskapitel inom den vuxenpsykiatriska vården år 2008. Källa: Vårddatabasen Vega.



Figur 10. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen vt och läkarbesök lb) med huvuddiagnoskod uppdelat per diagnoskapitel inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården år 2008. Källa: Vårddatabasen Vega.

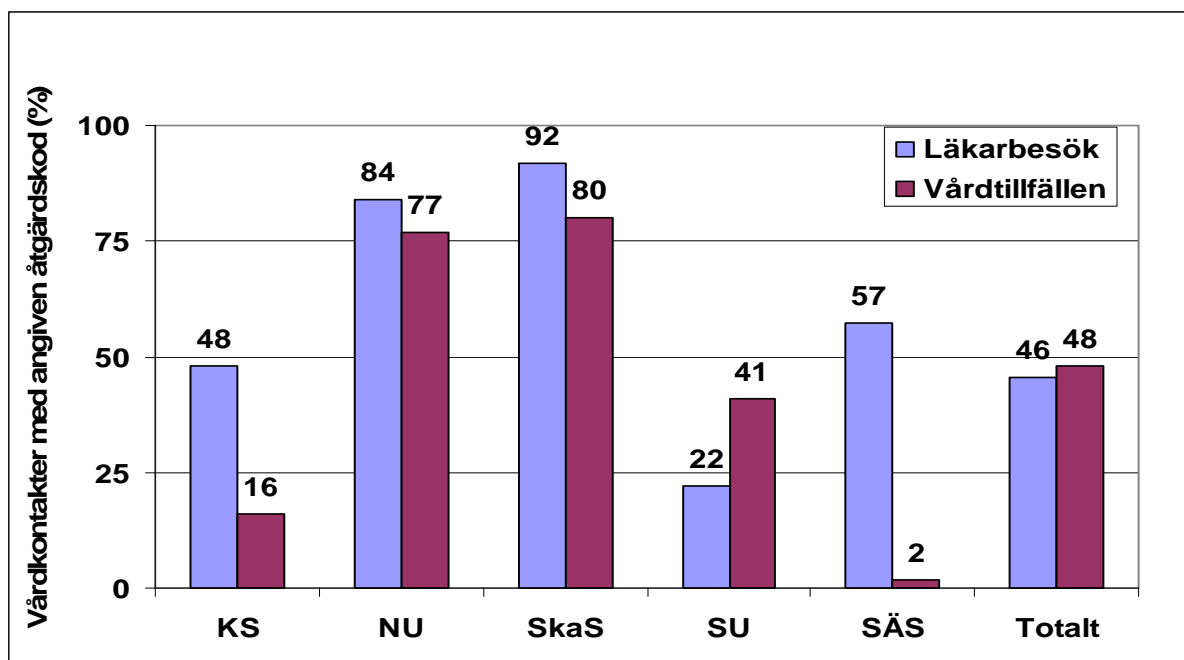
5) Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Sedan 2006 används Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) inom den somatiska sjukhusvården i Västra Götalandsregionen. Därefter har det beslutats att KVÅ-koder skall användas också inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri (dnr RSK 46-2007).

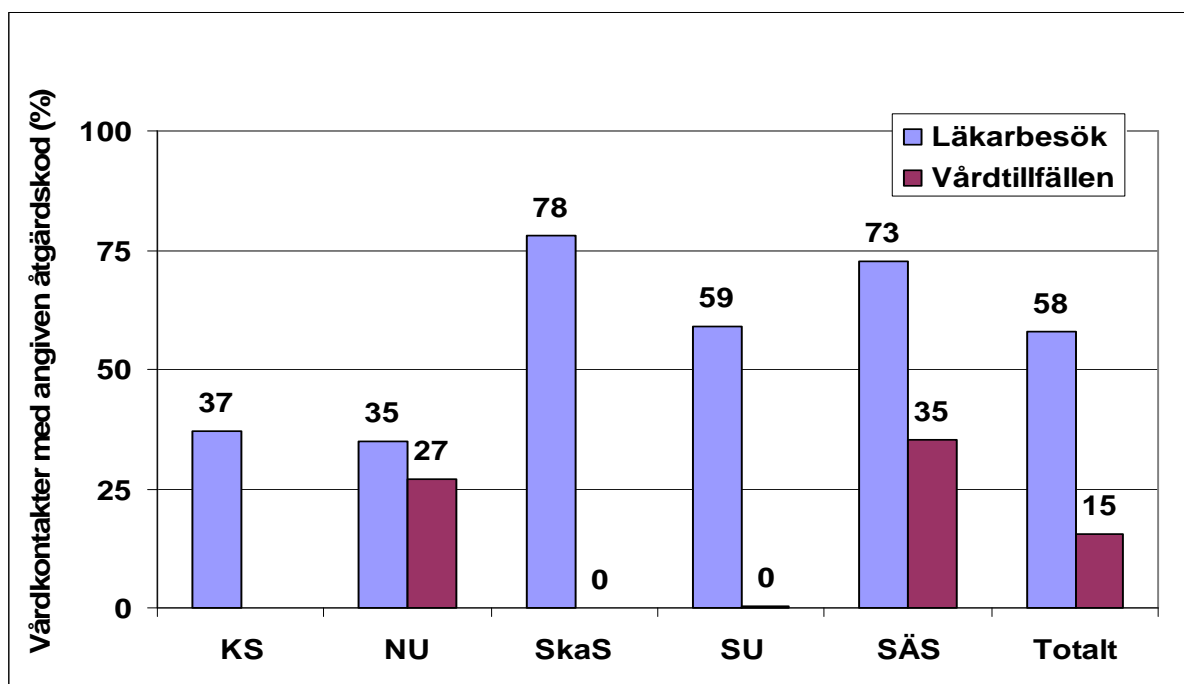
På nationell nivå växte KVÅ fram för att möjliggöra beskrivning av sjukvårdsproduktionen på en mer detaljerad nivå än vad statistiska uppgifter kring diagnoser och besöksfrekvenser medger. Vid årsskiftet 2004/2005 sjösattes KVÅ och blev då tillgängligt via Socialstyrelsens hemsida. Det föreligger rapportskyldighet av KVÅ-koder till Socialstyrelsens patientregister (SOSFS 2008:26).

KVÅ beskriver omhändertagandet av den enskilde patienten. En bärande tanke är att omfatta alla stora vårdgivarkategorier och inte begränsa kodningen till ett läkarperspektiv. KVÅ skall kunna vara ett redskap för bättre beskrivningar av hälso- och sjukvården, liksom för verksamhetsuppföljning. Vårdinnehåll, vårdtyngd och resursåtgång är möjliga aspekter på bearbetningen av rapporterade KVÅ-koder.

Arbetsgruppen ser också möjligheter att framgent koppla diagnos till KVÅ-koder för att därigenom kunna bedöma om rekommenderade åtgärder också vidtagits vid givna sjukdomstillstånd. Detta fordrar att diagnoser och KVÅ-koder sätts med tillräckligt hög frekvens och kvalitet. Figur 11 och figur 12 redovisar som ett första steg i vad mån läkarbesök och vårdtillfällen överhuvudtaget blivit föremål för KVÅ-kodning under 2008. Som synes varierar detta stort mellan och inom sjukhusen och det är uppenbart att här föreligger en betydande förbättringspotential på de allra flesta enheter.



Figur 11. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med åtminstone en åtgärds kod inom den vuxenpsykiatriska vården år 2008. Källa: *Vård databasen Vega*.



Figur 12. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med åtminstone en åtgärdskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården år 2008. Källa: *Vård databasen Vega*.

En begränsande faktor i KVÅ-sammanhang är att det inte alltid finns tillgängliga nationella koder för relevanta psykiatriska åtgärder. Analysenheten har därför tillskrivit Socialstyrelsen (dnr RSK 46-2009) och påtalat behovet av KVÅ-koder avseende:

- Strukturerad suicidriskbedömning
- Strukturerad bedömning av beroende med standardiserat instrument t ex AUDIT och DUDIT
- Upprättande av vårdplan
- Samarbete kring vårdplaner tillsammans med kommunal vård- och omsorgsverksamhet

6) Skattning med GAF-instrumentet

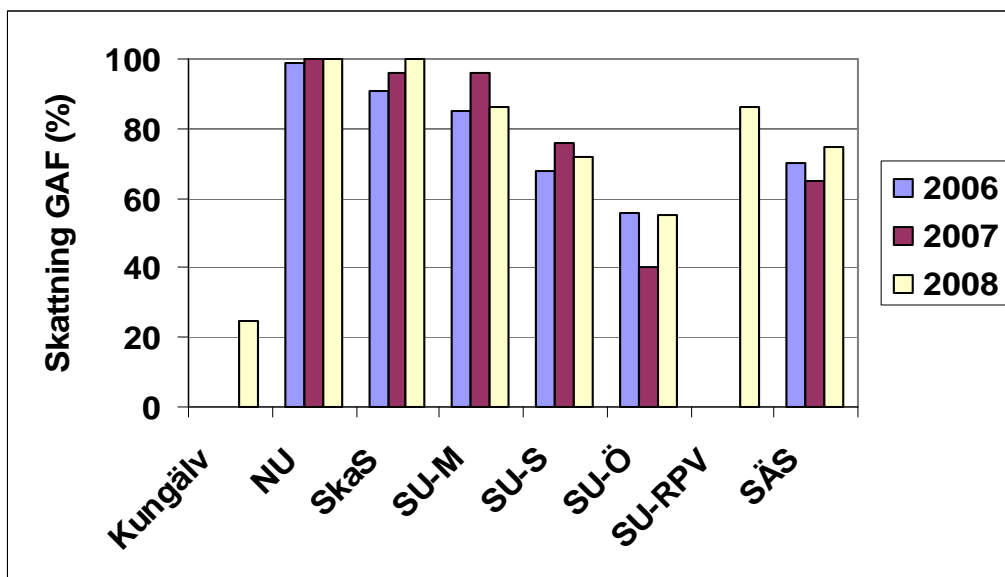
Användande av GAF (Global Assessment of Functioning) innebär att vårdgivaren gör en skattning av patientens symtomtyngd och funktionsförmåga. Vid GAF-skattning får patienten ett värde mellan 1 och 100.

Aktuell kvalitetsindikator redovisar andelen patienter som bedömts med GAF-instrumentet de senaste 12 månaderna. Inom vuxenpsykiatri kunde berörda verksamheter välja mellan två redovisningsmetoder: retrospektivt urval (100 konsekutiva patienter före 2009-01-01) eller tolv månaders redovisning (2008-01-01 - - 2008-12-31). Inom barn- och ungdomspsykiatri

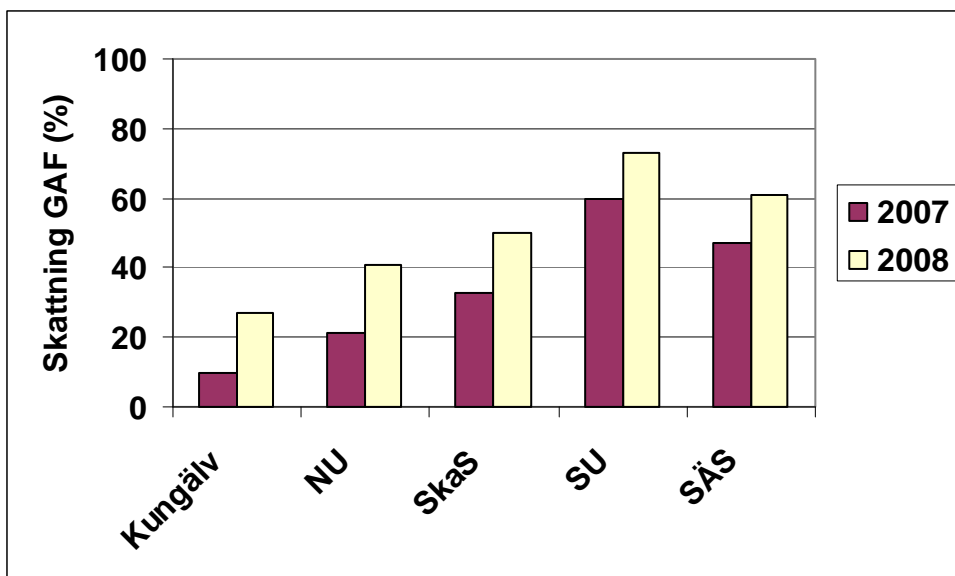
ingår GAF-skattningar som en del i kvalitetsstjärnan. Nedanstående figurer redovisar utvecklingen över tid inom vuxenpsykiatri respektive barn- och ungdomspsykiatri.

Inom vuxenpsykiatri (Figur 13) kan vi nu för första gången redovisa data även för Kungälv och SU-RPV, vilket är glädjande. Notera att GAF-skattningar inte används på beroendekliniken eller neuropsykiatriska kliniken på SU. På de vuxenpsykiatriska klinikerna ses en generellt ökande GAF-frekvens över tid, men med varierande ökningstakt och nivå.

Även inom barn och ungdomspsykiatri ökar GAF-användandet, även om man ligger på en lägre nivå än inom vuxenpsykiatri. I de senaste två rapporterna har samtliga berörda barn- och ungdomspsykiatriska kliniker redovisat mått på indikatorn, jämfört med endast två (SkaS och SÄS) i rapporten för 2006. Procentsatserna bör tas med viss reservation, dels eftersom de bygger på information från separata datakällor (kvalitetsstjärnan samt olika patient-administrativa system), dels eftersom flykting- och asylärenden i detta avseende registreras olika på olika kliniker. Med detta sagt kan konstateras att det i likhet med situationen inom vuxenpsykiatri finns en klar variation mellan klinikerna, vilket även innebär att det finns en betydande kvarstående förbättringspotential. Totalt sett har GAF-användningen ökat, vilket är positivt.



Figur 13. Andel patienter som bedömts med GAF-instrumentet inom vuxenpsykiatri åren 2006 - 2008. Källa: Respektive klinik.



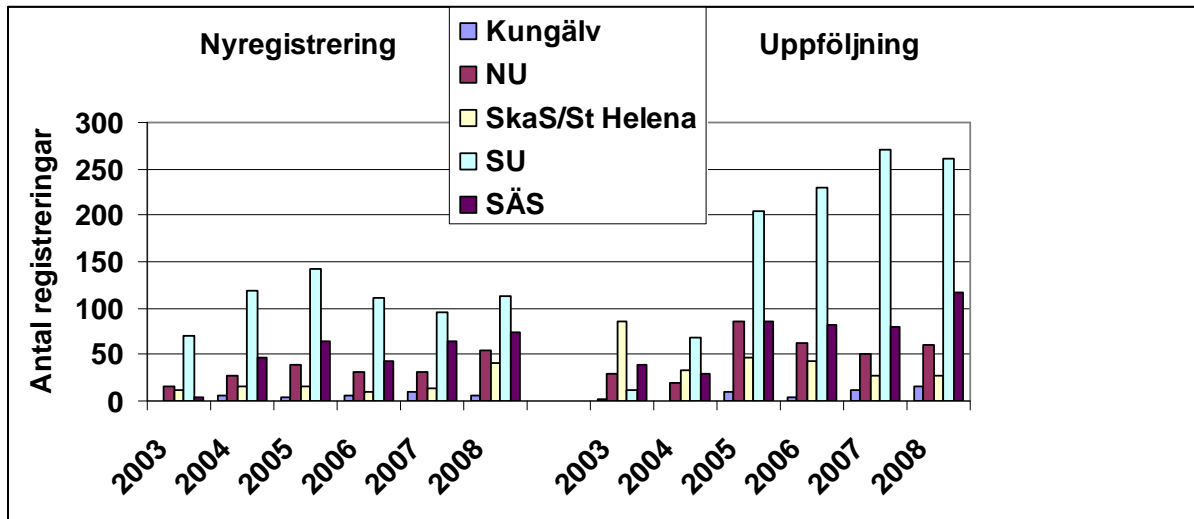
Figur 14. Andel patienter som bedömts med GAF-instrumentet inom barn- och ungdomspsykiatrin åren 2007 - 2008. Källa: *Respektive klinik.*

7) Registrering i kvalitetsregister

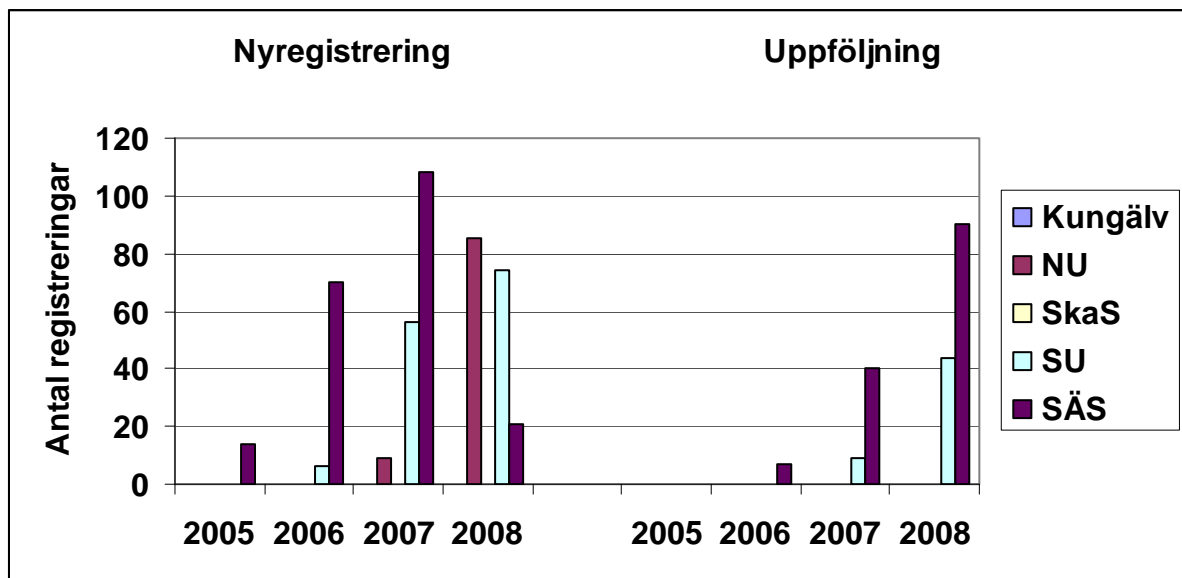
Rapporter från de nationella kvalitetsregistren ger kunskap om hur patienter handläggs i klinisk praxis. Aktuell kvalitetsindikator ger ett mått på i vilken omfattning verksamheterna rapporterar sina patienter till förekommande kvalitetsregister. Följande kvalitetsregister är aktuella:

- RIKSÄT - nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling
- Bipolär - nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
- BUSA - nationellt kvalitetsregister för behandling och uppföljning av AD/HD
- PsykosR - nationellt kvalitetsregister för nyinsjuknade i schizofreni och likartad psykosjukdom
- RättspsyK – nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister

RIKSÄT är ett etablerat nationellt kvalitetsregister, som funnits i flera år och omfattar patienter med ätstörningsproblematik (anorexi, bulimi, ätstörning UNS) såväl hos barn och ungdomar som hos vuxna. I figur 15 redovisas antalet gjorda registreringar, inte enskilda individer, under åren 2003-2008. Nyregistreringar har gjorts ända sedan 1999 och därför äger uppföljningar rum redan det första redovisade året. Staplarna som indikerar uppföljande registreringar per sjukhus kan inte rakt av tolkas som en additiv konsekvens av tidigare nyregistreringar, bl a eftersom patienter flyttar mellan olika mottagningar och därmed kan dubbelregistreras. Dessutom innefattar uppföljningarna även avslutande registreringar av patienter som tillfrisknat. Figurens huvudbudskap är den generellt ökande benägenheten under åren att registrera i RIKSÄT.



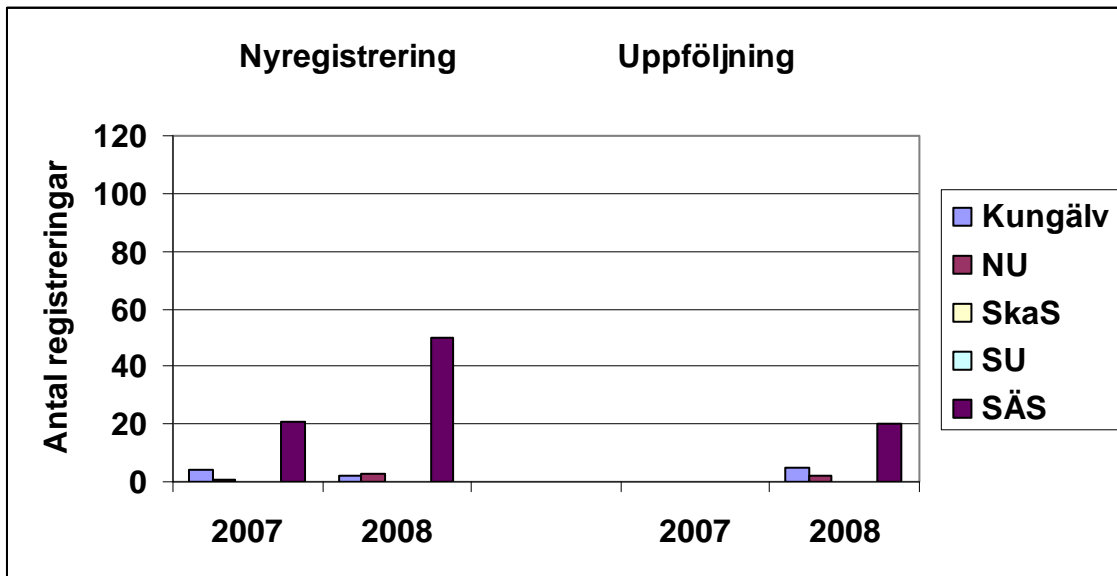
Figur 15. Antal nyregistreringar och uppföljningar i RIKSÄT åren 2003 - 2008. Källa: *KPV-centrum*.



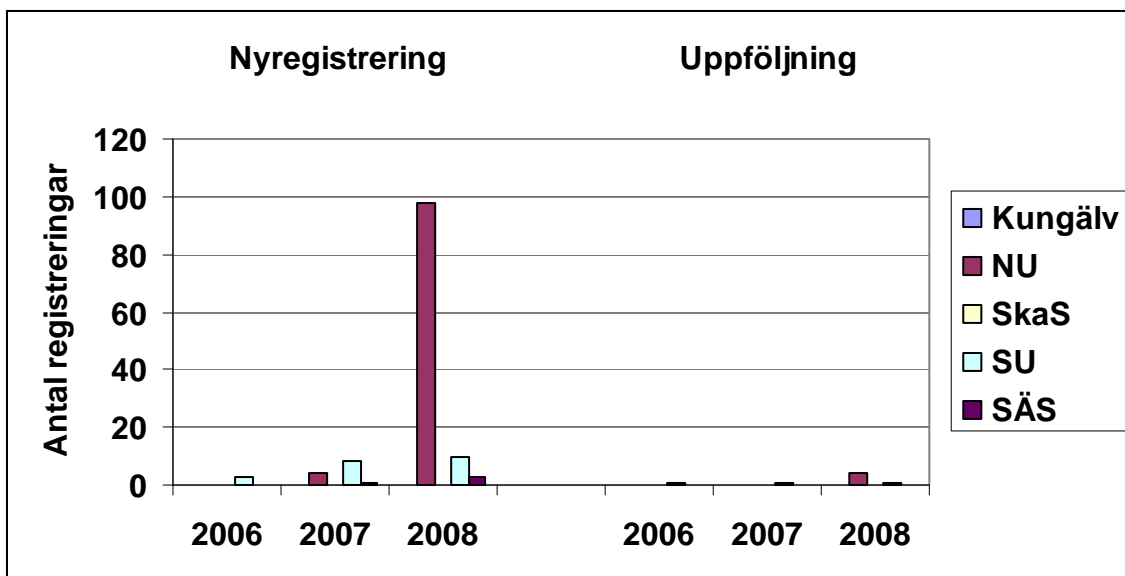
Figur 16. Antal nyregistreringar och uppföljningar i BipolärR åren 2005 - 2008. Källa: *KPV-centrum*.

I kvalitetsregistret BipolärR registreras patienter med bipolär affektiv sjukdom. När det gäller tolkningen av de enskilda staplarna i figur 16 gäller samma förbehåll som för RIKSÄT.

De övriga nationella kvalitetsregistren, BUSA (Figur 17) och PsykosR (Figur 18), är under uppbyggnad. Kritik har riktats mot deras omfattning, vilken gör registreringen mycket tidsödande. Detta återspeglas också i det blygsamma antalet patienter som registrerats från Västra Götaland, även om en viss ökning har ägt rum.



Figur 17. Antal nyregistreringar och uppföljningar i BUSA åren 2007 - 2008. Källa: KPV-centrum.



Figur 18. Antal nyregistreringar och uppföljningar i PsykosR åren 2006 - 2008. Källa: KPV-centrum.

När det gäller RättspsyK finns ännu inga regionalt nedbrutna data att tillgå. Den nationella rapporten för 2008 redovisar drygt en tredjedel av samtliga rättspsykiatriska patienter och att bryta ned materialet på klinisknivå vore alltför osäkert. RättspsyK är ett nystartat kvalitetsregister och vi har goda förhoppningar om att i kommande rapporter kunna redovisa data på inomregional nivå avseende 2009.

En nationell jämförelse mellan landsting och regioner av antalet registreringar per 1000 invånare visar att Västra Götaland ligger bra till när det gäller RIKSÄT, Bipolär och RättspsyK. Däremot är avståndet till toppen lite längre när det gäller de bägge andra kvalitetsregistren (bilaga 1).

RIKSÄT och PsykosR är upptagna på den gällande förteckningen över de nationella kvalitetsregister som berörda verksamheter skall delta fullt ut i och som utarbetas i samverkan med de medicinska sektorsråden (dnr RSK 126-2007). Framförallt när det gäller PsykosR har ett flertal psykiatriska enheter en betydande förbättringspotential om intentionerna i den regionala kvalitetsregisterförteckningen skall efterlevas.

En av förklaringarna till den förhållandevis blygsamma rapporteringsgraden till de nationella psykiatriska kvalitetsregistren är att de upplevts som väldigt tungarbetade. Under 2009 har förändringar skett på den nationella nivån när det gäller psykiatriska kvalitetsregister. Resurscentrum KPV (Kvalitet i Psykiatrisk Vård), som hittills ansvarat för registren, bytte under hösten 2009 namn till KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra nationella medicinska kvalitetsregister). Detta som en följd av att Örebro Läns Landsting fått ett uppdrag från SKL att etablera ett kompetenscentrum för samt vidareutveckla och förvalta kvalitetsregistren inom psykiatrin. Ett av målen för KCP är att under 2009-2010 i samarbete med SKL utveckla en gemensam webbaserad ingång till samtliga kvalitetsregister inom psykiatrin. Låt oss hoppas att detta kan komma att innebära att rapporteringsgraden till de nationella psykiatriska kvalitetsregistren ökar.

Säker hälso- och sjukvård

8) Systematiskt arbete med avvikelserapporter

Denna kvalitetsindikator avser att mäta:

- Förekomst av en sammanställning av under året lämnade avvikelserapporter
- Förekomst av en systematiserad redovisning av de åtgärder, per kategori av avvikelserapporter, som vidtagits för att förhindra upprepningar
- Förekomst av förvaltningsövergripande instruktion för avvikelshantering

Alla sjukhus i regionen har nu infört MedControl. De sjukhus som har MedControl kan i princip lämna en kategoriserad sammanställning av sina avvikelserapporter. Sedan 2008 redovisas dessa i delårsboks slutet och sätts i relation till antalet årsarbetare. På den allra mest övergripande nivån till exempel vård och behandling, bemötande, organisation/regler/resurser, finns en viss regional enhetlighet. På nivåerna under saknas detta, men harmoniseringsarbete pågår. Arbetsgruppen har därför bedömt att det ännu inte är meningsfullt att göra en regional sammanställning av avvikelserapporterna.

9) Uppgifter om suicid och suicidförsök

Antalet suicid bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin

Enligt Lex Maria skall vårdgivaren anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt. Denna anmälningsskyldighet trädde i kraft 1 februari 2006. Tabell 1 redovisar antalet dylika fall per vuxenpsykiatrisk klinik under delar av år 2006 (1 februari – 31 december) samt hela 2007 och 2008.

Antalet Lex Mariaanmälningar varierar påtagligt mellan klinikerna, såväl inom som mellan åren. Detta kan bero på slumpartade faktorer och/eller olikartad tillämpning av anmälningsskyldigheten. Det lilla antalet anmälningar kan inte ligga till grund för någon bedömning av eventuella skillnader i omhändertagandet av självmordsnära patienter. En sådan bedömning kan först göras efter flera år, då eventuella mönster kan urskiljas. Först då kan indikatorn värderas med avseende på om den är väsentlig för att följa psykiatrins självmordspreventiva arbete.

Tabell 1. Antal Lex Mariaanmälningar åren 2006 - 2008 på grund av självmord under eller inom fyra veckor efter vuxenpsykiatrisk vård. Källa: *Respektive sjukhus samt Socialstyrelsen.*

	2006 (1feb – 31 dec)	2007	2008
Kungälv	3	5	1
NU	13	9	10
SkaS	3	9	2
SU-Mölndal	4	3	5
SU-Sahlgrenska	0	1	3
SU-Östra	2	6	3
SU-Beroendeklinik	2	3	7
SU-Neuropsykiatrisk klinik	1	0	1
SÄS	14	8	15
Västra Götaland	42	44¹	47²

¹ Till denna siffra skall läggas en anmälan från barn- och ungdomspsykiatrin under 2007.

² Till denna siffra skall läggas tre anmälningar från barn- och ungdomspsykiatrin och tre anmälningar från privata vårdgivare under 2008.

Antalet suicidförsök bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin

I följande redovisning av antalet suicidförsök inkluderas även vårdkontakter med anledning av självtillfogad skada.

Självordsförsök och tillfällen med självtillfogad skada är vanligare bland kvinnor än män, såväl inom vuxenpsykiatri (Tabell 2) som barn- och ungdomspsykiatri (Tabell 3). I rapporten *Psykisk ohälsa omfattning och utbredning bland invånarna i Västra Götalandsregionen* (dnr RSK 95-2006) har tidigare redovisats att antalet personer med vårdkontakter avseende självordsförsök/självtillfogad skada har ökat sedan slutet av 1990-talet och att ökningen varit tydligast i åldersgruppen 15-24 år. Föreliggande material pekar i vart fall inte på en fortsatt ökning, även om stor försiktighet måste iakttas vid tolkningen av data från enskilda år.

Tabell 2. Antalet individer med suicidförsök eller självtillfogad skada åren 2006-2008 uppdelat per vuxenpsykiatrisk klinik. K avser kvinnor och M avser män. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot
	2006			2007			2008		
KS	0	1	1	3	1	4	3	4	7
NU	39	33	72	31	25	56	34	20	54
SkaS	10	6	16	3	4	7	9	13	22
SU/M	28	8	36	16	7	23	15	8	23
SU/S	58	27	85	56	17	73	33	23	56
SU/Ö	30	17	47	25	7	32	30	9	39
SU/Bero	7	14	21	13	8	21	13	16	29
SU/Neuro	3	6	9	12	8	20	11	6	17
SÄS	14	7	21	10	4	14	11	3	14
VGR	189	119	308	169	81	250	159	102	261

Tabell 3. Antalet individer med suicidförsök eller självtillfogad skada åren 2006-2008 uppdelat per barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. K avser kvinnor och M avser män. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot
	2006			2007			2008		
KS	0	0	0	1	0	1	1	0	1
NU	9	0	9	5	0	5	7	1	8
SkaS	3	3	6	0	0	0	1	1	2
SU	20	8	28	28	4	32	23	1	24
SÄS	14	1	15	13	3	16	8	2	10
VGR	46	12	58	47	7	54	40	5	45

Tabell 4. Antalet individer inom barn- ungdomspsykiatrin respektive vuxenpsykiatrin med suicidförsök och självtillfogad skada under 2008. Redovisas per hälso- och sjukvårdsnämnd. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

	BUP			VUP		
	K	M	Tot	K	M	Tot
HSN 1	2	0	2	7	1	8
HSN 2	2	0	2	9	2	11
HSN 3	3	1	4	14	17	31
HSN 4	3	0	3	4	4	8
HSN 5	2	0	2	29	23	52
HSN 6	3	1	4	5	3	8
HSN 7	3	0	3	17	13	30
HSN 8	5	2	7	8	1	9
HSN 9	1	1	2	5	7	12
HSN 10	0	0	0	6	6	12
HSN 11	9	0	9	31	14	45
HSN 12	7	0	7	18	11	29
Okända Gbg ¹	0	0	0	1	0	1
VGR	40	5	45	154	102	256

¹Avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet.

I tabell 4 redovisas antalet suicidförsök och vårdkontakter under 2008 istället ur ett hälso- och sjukvårdsnämndsperspektiv.

10) Klagomål och deras uppföljning

I tidigare rapporter har vi redovisat antalet anmälningar till patientnämnderna gällande barn- och ungdomspsykiatrin samt vuxenpsykiatrin. Vi konstaterade i *Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat 2007* att det mycket låga antalet anmälningar i relation till det stora antalet vårdkontakter innebär att variationer över tid inte nödvändigtvis är tecken på reella bakomliggande förändringar. Sammanställningar av denna typ är alltså inte en indikator som lämpar sig för inomregionala jämförelser och utgår därför ur årets rapport.

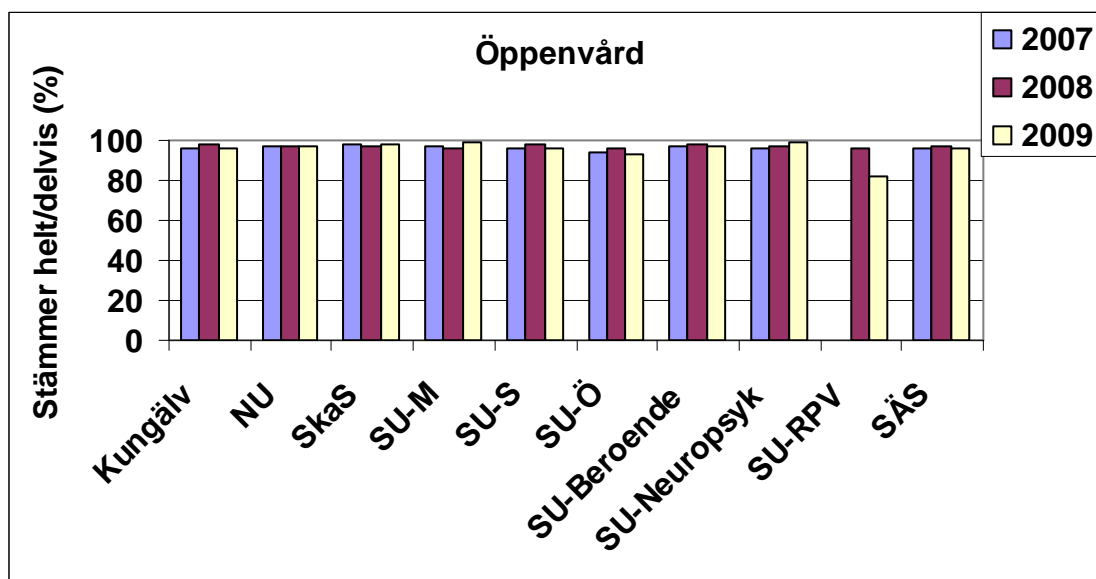
Vi menar däremot att såväl enskilda ärenden som sammanställningar av anmälningar till patientnämnderna är mycket värdefulla för respektive klinik i det interna kvalitets- och säkerhetsarbetet och att erfarenheter kopplade till anmälningar kan påverka organisationerna i rätt riktning.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

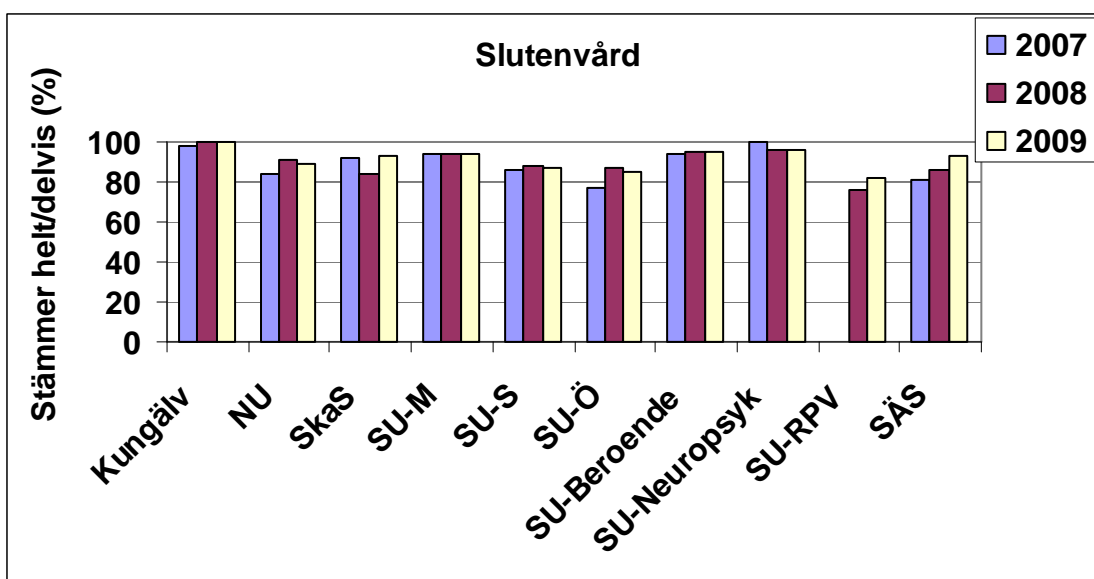
11) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt

Vuxenpsykiatrien använder *Din Syn på Vården* som regiongemensam patientenkät. Den senaste vuxenpsykiatriska enkäten genomfördes under vecka 17, 2009. Barn- och ungdomspsykiatriens kvalitetsstjärna innehåller frågor som mäter bemötande av patienter och anhöriga. Inom barn- och ungdomspsykiatrien besvaras frågorna av anhöriga och av patienter över 13 års ålder.

Bemötande inom vuxenpsykiatrien



Figur 19a. Patientuppfattning om bemötande inom vuxenpsykiatriens öppenvård åren 2007-2009. Påståendet var "Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet". Källa: patientenkäten *Din syn på vården*.



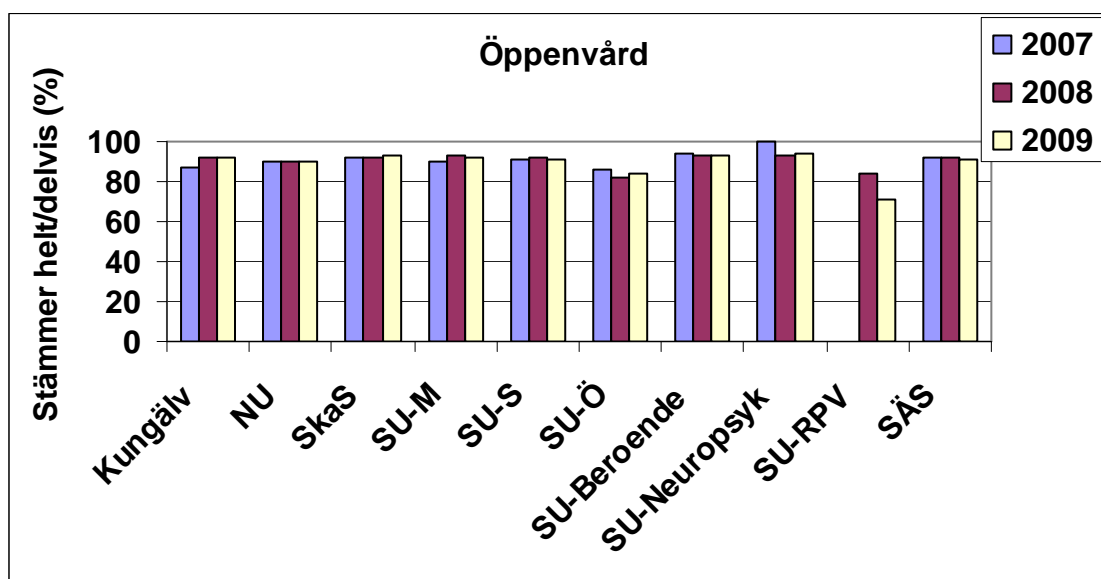
Figur 19b. Patientuppfattning om bemötande inom vuxenpsykiatrins slutenvård åren 2007-2009. Påståendet var "Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet". Källa: patientenkäten *Din syn på vården*.

En mycket stor majoritet av patienterna inom öppenvården är i likhet med tidigare år nöjda med bemötandet (Figur 19a). Inom slutenvården är antalet svarande såpass litet att utfallet är något osäkert, men den goda överensstämmelsen med tidigare år kan tas som intäkt för att det generellt sett finns ett större missnöje i slutet jämfört med öppen vård (Figur 19b). Svarsfrekvensen är totalt sett väsentligen oförändrad mellan åren. Den varierar dock i storleksordning mellan klinikerna, men ligger i regel på samma nivå över åren på de enskilda enheterna (tabell 4).

Tabell 5. Antal patienter inom vuxenpsykiatrin som 2007-2009 besvarat bemötandefrågan. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

	Öppenvård			Slutenvård		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Kungälv	264	245	253	41	44	11
NU	843	818	847	138	176	167
SkaS	672	517	582	121	130	128
SU-M	452	469	379	38	34	51
SU-S	474	448	448	45	67	59
SU-Ö	424	373	365	52	60	60
SU-Beroende	398	520	580	148	75	62
SU-Neuropsyk	27	113	100	37	51	47
SU-RPV	-	25	28	-	50	32
SÄS	815	760	853	42	59	43
VGR	4369	4288	4435	662	746	660

Delaktighet inom vuxenpsykiatri



Figur 20a. Patientuppfattning om delaktighet inom vuxenpsykiatriens öppenvård åren 2007-2009. Påståendet var "Jag känner/kände mig delaktig i planering och genomförande av min vård". Källa: patientenkäten *Din syn på vården*.



Figur 20b. Patientuppfattning om delaktighet inom vuxenpsykiatriens slutenvård åren 2007-2009. Påståendet var "Jag känner/kände mig delaktig i planering och genomförande av min vård". Källa: patientenkäten *Din syn på vården*.

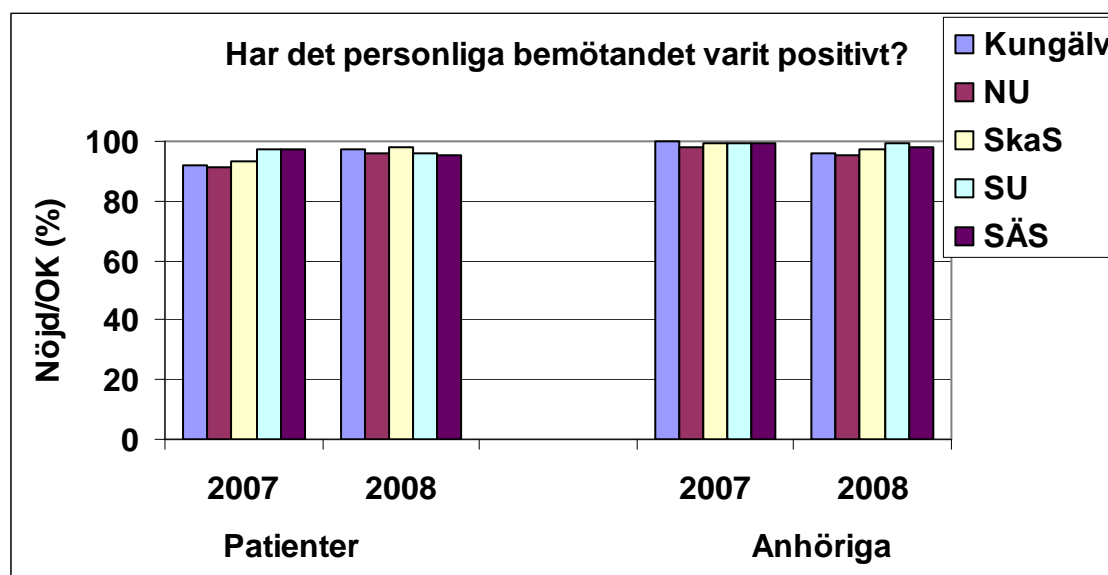
Även vad gäller delaktighet är den övervägande delen av öppenvårdspatienterna nöjda (figur 20a). I storleksordningen 10 % uttrycker dock missnöje avseende delaktighet. Inom slutenvården är andelen missnöjda i storleksordningen 20 % (figur 20b), vilket

överensstämmer med situationen tidigare år. Notera dock den relativa tolkningsosäkerhet som den på flera kliniker låga svarsfrekvensen inom slutenvården medför (tabell 5).

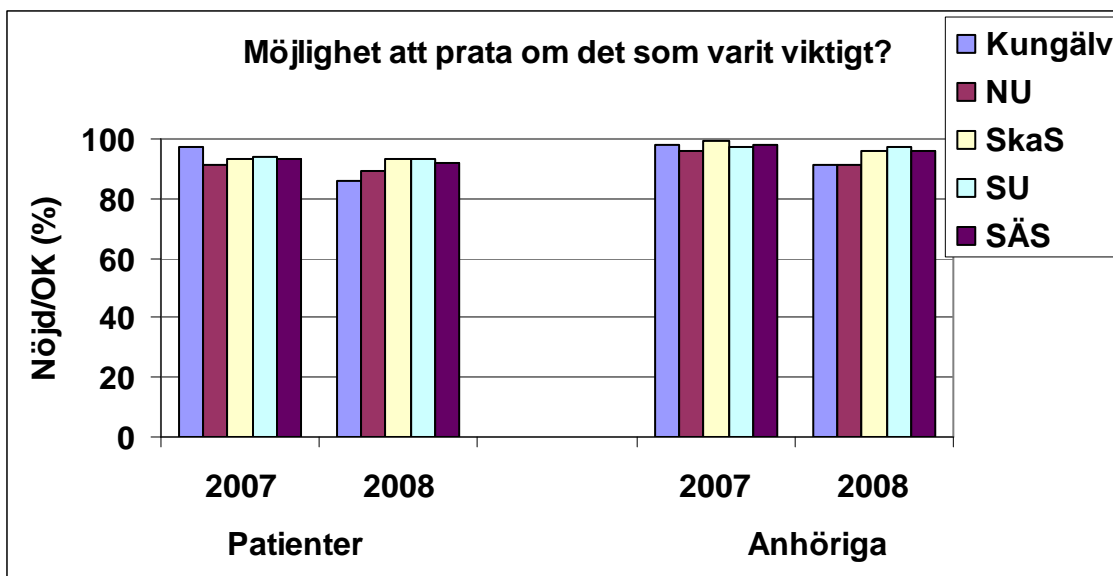
Tabell 6. Antal patienter inom vuxenpsykiatri som 2007-2009 besvarat delaktighetsfrågan. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

	Öppenvård			Slutenvård		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Kungälv	260	243	251	40	44	11
NU	836	812	838	137	174	166
SkaS	670	514	579	121	125	127
SU-M	448	464	375	37	34	52
SU-S	472	446	449	45	65	58
SU-Ö	424	370	360	51	58	60
SU-Beroende	398	518	573	151	75	59
SU-Neuropsyk	27	110	103	35	49	46
SU-RPV	-	25	28	-	49	32
SÄS	812	757	849	40	59	43
VGR	4347	4259	4405	657	732	654

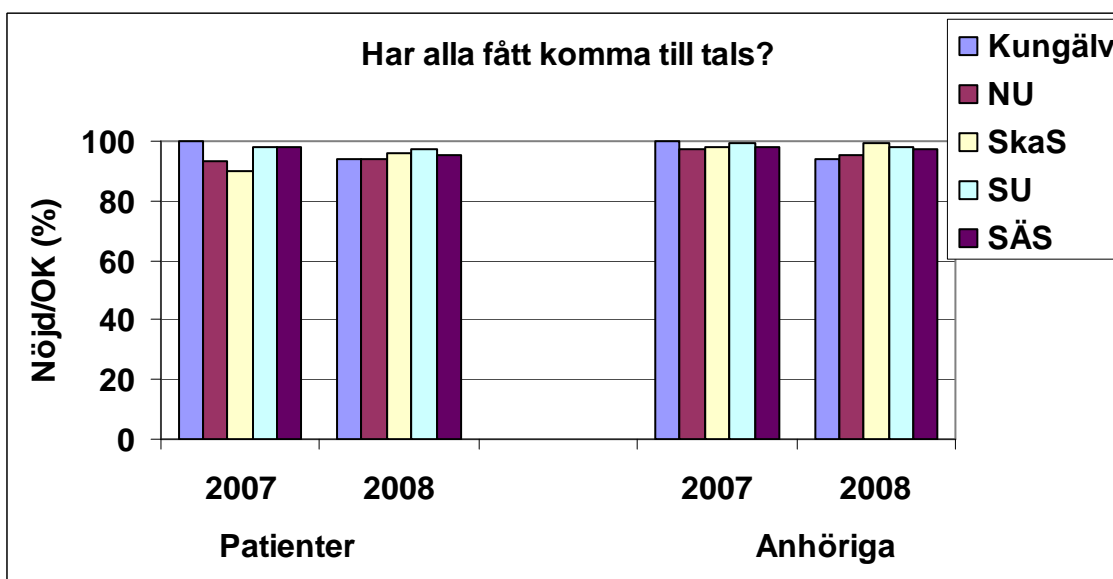
Bemötande inom barn- och ungdomspsykiatri



Figur 21a. Patient- och anhöriguppfattning om bemötande inom barn- och ungdomspsykiatri åren 2007 – 2008. Källa: *Kvalitetsstjärnan*.



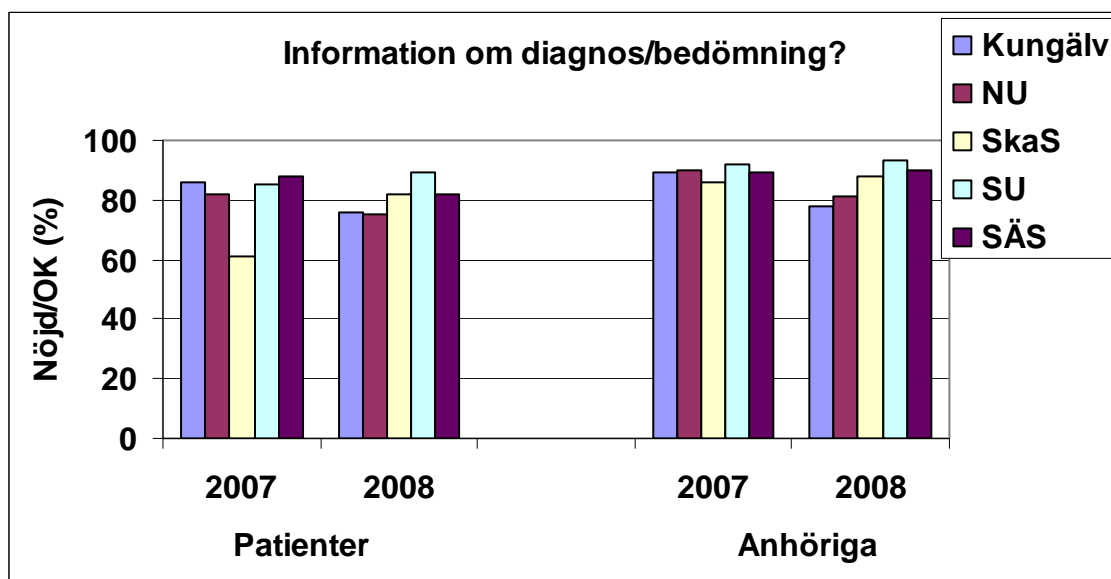
Figur 21b. Patient- och anhöriguppfattning om bemötande inom barn- och ungdomspsykiatrien åren 2007 – 2008. Källa: *Kvalitetsstjärnan*.



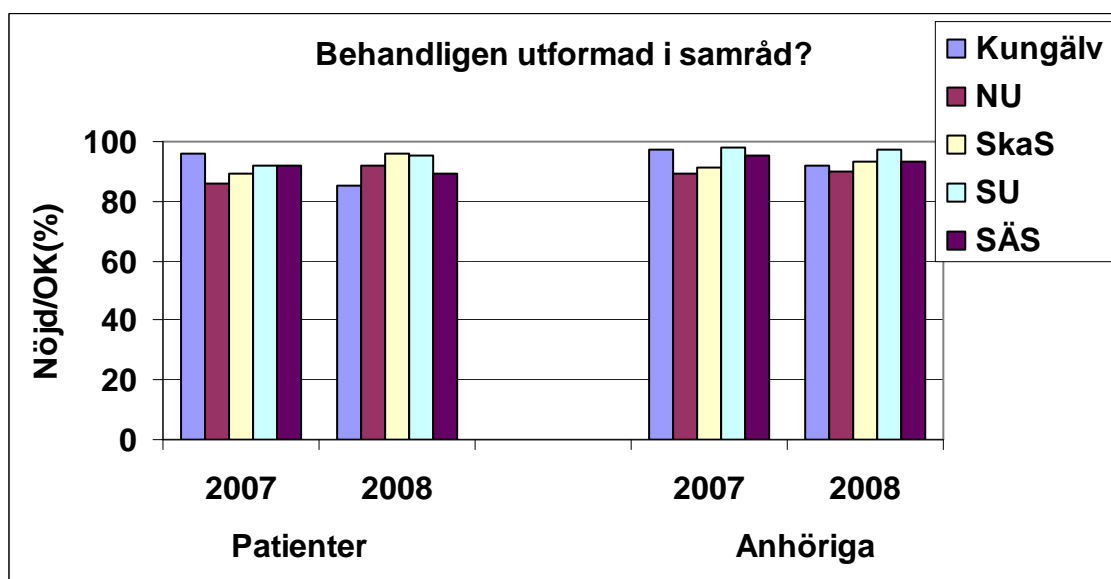
Figur 21c. Patient- och anhöriguppfattning om bemötande inom barn- och ungdomspsykiatrien åren 2007 – 2008. Källa: *Kvalitetsstjärnan*.

En mycket stor andel av både patienter och anhöriga är nöjda med de olika redovisade bemötandeaspekterna (Figur 21a-c). De skillnader som kan noteras mellan olika kliniker måste tolkas med försiktighet då antalet besvarade enkäter, inte minst bland patienterna, är lågt. När det gäller delaktighetsaspekterna är fortfarande majoriteten av både patienter och anhöriga nöjda, om än i lägre omfattning än när det gäller bemötande (figur 22a-b). Detta verkar framför allt gälla information om diagnos och bedömning. Även här bör man hålla i minnet att de skillnader som noteras mellan olika kliniker skall tolkas med försiktighet då antalet besvarade enkäter snarast är lägre än när det gäller bemötande (tabell 7 och tabell 8).

Delaktighet inom barn- och ungdomspsykiatri



Figur 22a. Patient- och anhöriguppfattning om delaktighet inom barn- och ungdomspsykiatri åren 2007 – 2008. Källa: *Kvalitetsstjärnan*.



Figur 22b. Patient- och anhöriguppfattning om delaktighet inom barn- och ungdomspsykiatri åren 2007 – 2008. Källa: *Kvalitetsstjärnan*.

Tabell 7. Antal patienter (äldre än 13 år) inom barn- och ungdomspsykiatri där uppgifter om upplevt bemötande och delaktighet finns för åren 2007-2008. Källa *Kvalitetsstjärnan*.

	Kungälv		NU		SkaS		SU		SÄS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Personligt bemötande	25	30	56	102	42	57	265	301	163	228
Möjlighet att prata	24	31	56	103	42	56	260	300	164	222
Alla till tals	22	30	55	102	40	55	257	295	161	220
Information om diagnos	23	29	50	92	39	51	236	281	146	213
Behandling i samråd	22	28	52	85	35	51	240	273	148	208

Tabell 8. Antal anhöriga till patienter inom barn- och ungdomspsykiatri där uppgifter om upplevt bemötande och delaktighet finns för åren 2007-2008. Källa *Kvalitetsstjärnan*.

	Kungälv		NU		SkaS		SU		SÄS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Personligt bemötande	59	77	146	309	123	164	697	730	403	553
Möjlighet att prata	58	75	144	305	125	161	692	726	399	549
Alla till tals	56	75	143	267	123	159	687	721	399	549
Information om diagnos	55	75	129	284	115	151	662	674	381	519
Behandling i samråd	50	59	123	256	110	141	645	661	358	501

De variationer som ses mellan klinikerna när det gäller bemötande och delaktighet kan bero på patientsammansättning (t ex andelen inom rättspsykiatrisk vård), slumpens skördar då antalet svarande ibland är relativt lågt och/eller respektive kliniks reella prestationer. Vad gäller den mindre tillfredsställelsegraden inom slutenvården kan noteras att data från det nationella kvalitetsstjärnesamarbetet belyst att tillfredsställelsen är sämre hos patienter med lägre upplevt livskvalitet och med större besvärsupplevelse samt sämre bedömd symtom- och funktionsnivå. Eftersom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri inte använder samma patientenkät är direkta jämförelser över specialitetsgränsen vanskliga. Det verkar dock

som om bemötandenaspekter inom bägge disciplinerna är något bättre tillgodosedda än delaktigheten.

12) Genomförda brukarråd

I utvecklingsplanerna för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri lyfts behovet av utveckling av brukar- och anhöriginflytande i form av brukarråd fram. De flesta verksamheter har i nuläget sporadisk eller mer regelbunden kontakt med brukar- och anhörigorganisationer. I en del fall har det karaktären av informationsträffar, medan andra enheter har skapat brukarråd inriktade på samverkan kring planering och utformning av vården. Krav för giltig kvalitetsindikator *Genomförda brukarråd* är att dessa:

- Är planerade och sker med regelbundenhet
- Har en ändamålsenlig representation av brukare, patienter, anhöriga(företrädesvis regionala företrädare för nationell samverkan för psykisk hälsa; NSPH) och utförare
- Präglas av dialog och samverkan
- Dokumenteras

Tabell 9. Antal genomförda brukarråd per vuxenpsykiatrisk klinik år 2007 och 2008. Källa: *Respektive klinik.*

	Antal brukarråd	
	2007	2008
Kungälv	4	4
NU	0	5
SkaS	2	2
SU-Mölndal	5	5
SU-Sahlgrenska	0	0
SU-Östra	6	6
SU-Beroendeklinik	0	0
SU-Neuropsykiatri	1	1
SU-Rättspsykiatri	0	0
SÄS	13	12
Västra Götaland	31	35

Inom vuxenpsykiatri genomfördes 35 brukarråd under 2008. Förekomsten är mycket ojämnt fördelad mellan respektive kliniker. På SU-Sahlgrenska genomförs inte formella brukarråd då det varit svårt att bemanna dessa från brukarorganisationerna. Däremot genomförs brukarrevision på kliniken.

Inom barn- och ungdomspsykiatri på SU genomfördes under 2008 ett brukarråd. På SkaS och SÄS förekom inga brukarråd under 2008. Uppgifter har tyvärr inte lämnats från NU-sjukvården. Totalt sett har barn- och ungdomspsykiatri härvidlag än bit kvar för att uppfylla denna indikator.

Effektiv hälso- och sjukvård

13) Skriftlig vårdplan

Såväl inom barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri föreligger nu samsyn om vad som konstituerar en skriftlig vårdplan inom respektive specialitet.

Inom barn- och ungdomspsykiatri uppfylls kravet på skriftlig vårdplan om uppgifter kring följande fem sökord/begrepp återfinns i journalen:

1. Problembeskrivning
2. Mål
3. Utredning
4. Behandling
5. Utvärdering

6. Delaktighet

Problembeskrivning, målformulering, utredning, behandling och utvärdering (1-5) ingår som obligatoriska uppgifter i vårdplanen och utdata hämtas via Cognos ur Melior. Punkt 6, delaktighet, mäts via kvalitetsstjärnan. På SÄS har man tagit fram ett system som möjliggör utsökning av patienter med aktuell vårdplan. Övriga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter har för avsikt att utnyttja samma system. Faktiska data för barn- och ungdomspsykiatri kan således ännu inte redovisas.

Inom vuxenpsykiatri uppfylls kravet på skriftlig vårdplan om journaldokumentation finns kring samtliga följande fem sökord/begrepp:

1. Planerat utvärderingsdatum
2. Delaktighet
3. Problem/resursformulering
4. Mål
5. Åtgärd

Baserat på information från de patientadministrativa systemen och Melior/Cognos kan indikatorn andel patienter med vårdplan nu i princip beskrivas inom vuxenpsykiatri. Tabell 10 redovisar procentandelen vuxenpsykiatriska patienter som under perioden 2008-01-01 - - 2008-12-31 hade en giltig skriftlig vårdplan i enlighet med sektorsrådets kriterier. Ett antal kliniker har inte kunnat rapportera data för 2008, vilket inte torde bero på att giltiga skriftliga vårdplaner saknas generellt utan på viss ovana att arbeta med denna typ av utsökningar i kombination med tidsbrist.

I planeringsdirektiven inför 2010 anges tydligt att det skall vara möjligt att följa upp att skriftliga vårdplaner (tvångsvårdade patienter och kroniskt sjuka patienter med behov av

insatser från flera vårdgivare) upprättas inom psykiatrin, vilket rimligen innebär att siffrorna i kommande rapporter torde bli mer heltäckande och nå högre procentuella nivåer (dnr RSK 798-2009).

Tabell 10. Andelen patienter med skriftlig vårdplan inom vuxenpsykiatrin år 2008. Källa: *Respektive klinik*.

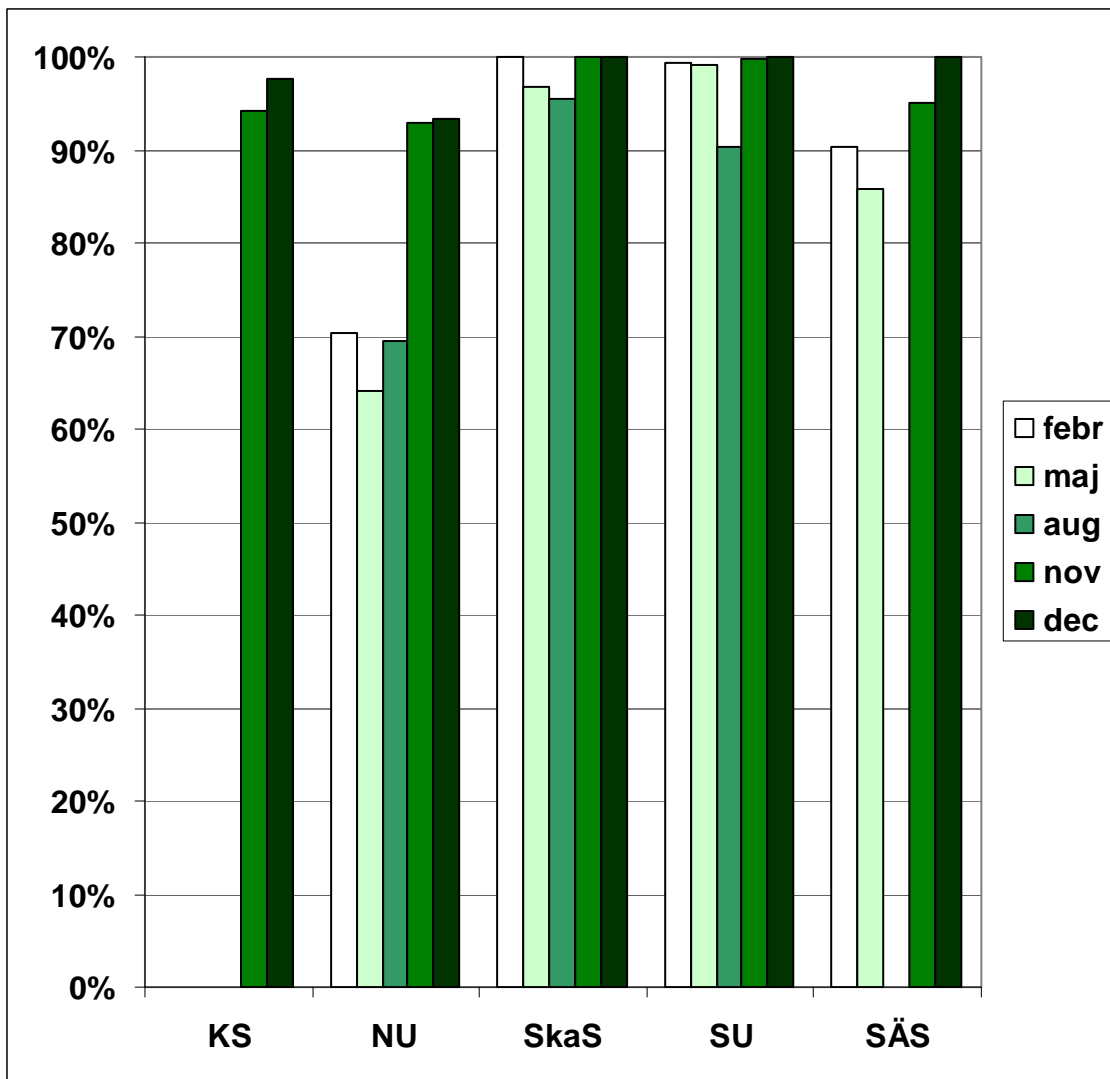
	Andel patienter med skriftlig vårdplan 2008 (%)
Kungälv	-
NU	-
SkaS	-
SU-M	5
SU-S	14
SU-Ö	8
SU-Beroende	16
SU-Neuropsyk	-
SU-RPV	-
SÅS	32

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

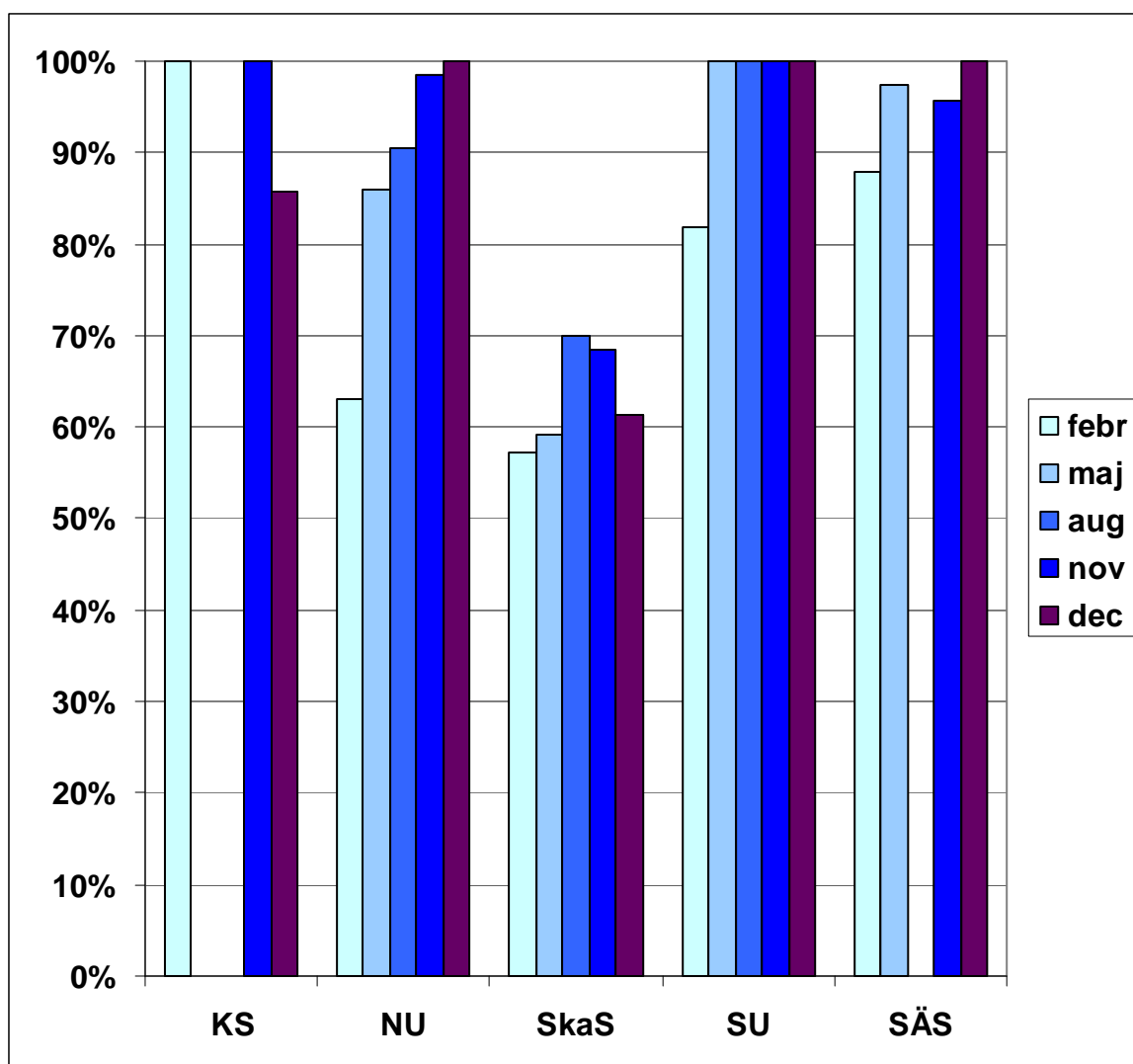
14) Andel väntande inom vårdgarantigränserna

Inom vuxenpsykiatrin mäter kvalitetsindikatorn andelen patienter som väntat på besök mindre än 90 dagar efter vårdbegäran, plus de patienter som väntat mindre än 180 dagar då de själva avstått från vårdgarantin, så kallad patientvald väntan. Inom barn- och ungdomspsykiatrin mäter kvalitetsindikatorn andelen patienter som väntat på besök mindre än 30 dagar efter vårdbegäran, plus de patienter som väntat mindre än 180 dagar då de själva avstått från vårdgarantin.

Andelen patienter inom vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatri som väntat längre än den stipulerade besöksgarantin varierar över året (Figur 23 och 24). Allmänt sett ökar tillgängligheten till specialiserad psykiatrisk vård under loppet av 2008, även om måluppfyllelsegraden varierar mellan de berörda sjukhusen. Siffrorna för 2009 ser fortsatt gynnsamma ut.



Figur 23. Andelen vuxenpsykiatriska patienter inom Västra Götalandsregionen som år 2008 befann sig inom vårdgarantigränserna, d v s inom 90 dagar efter vårdbegäran och inom 180 dagar för dem som valt att avstå vårdgarantin. Källa: *Västra Götalandsregionens väntetidsrapportering.*

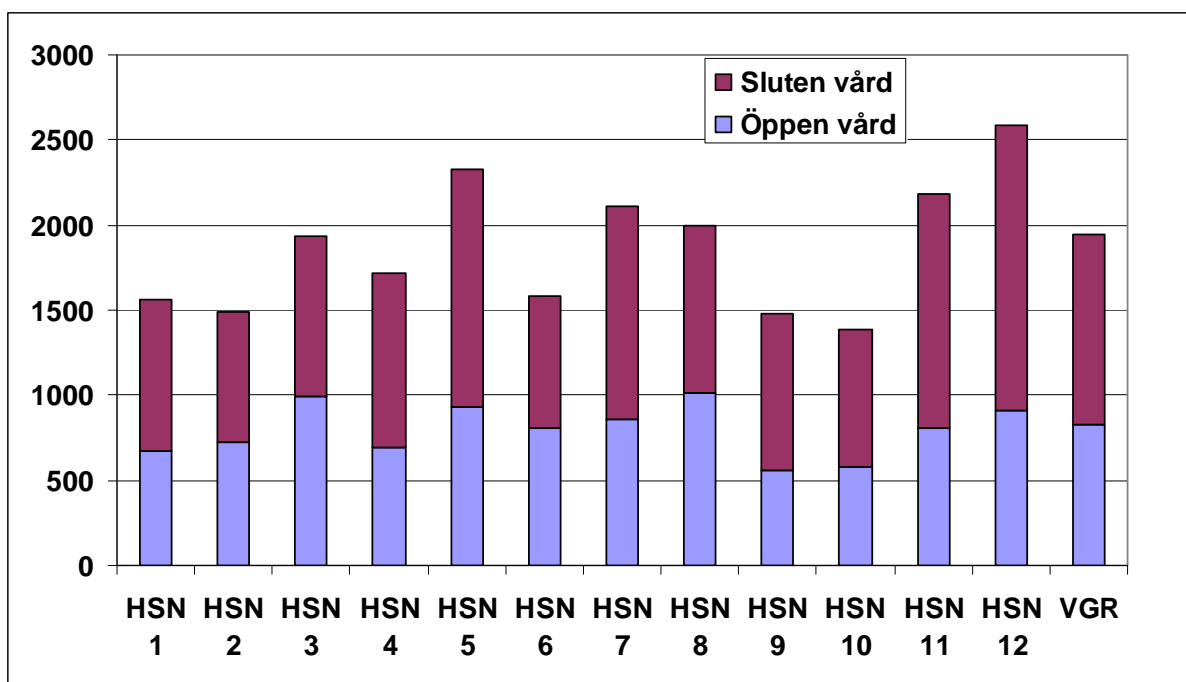


Figur 24. Andelen barn- och ungdomspsykiatriska patienter inom Västra Götalandsregionen som 2008 befann sig inom vårdgarantigränserna, d v s inom 30 dagar efter vårdbegäran och inom 180 dagar för dem som valt att avstå vårdgarantin. Källa: *Västra Götalandsregionens väntetidsrapportering*.

Jämlik hälso- och sjukvård

15) Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård

Indikatorn mäter hälso- och sjukvårdsnämndernas faktiska kostnad för specialiserad psykiatrisk vård, såväl egenproducerad som köpt. Däremot ingår inte den psykiatriska vård som bedrivs inom primärvården.



Figur 25. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad per invånare för specialiserad psykiatrisk vård (barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri) år 2008. Källa: *Vårddatabasen Vega samt respektive hälso- och sjukvårdskansli.*

Den genomsnittliga kostnaden i Västra Götaland var 1946 kronor per invånare under 2008. Den lägsta kostnaden återfinns i Norra Bohuslän (HSN 1) med 1558 kronor, Dalsland (HSN 2) med 1491 kronor, Mittenälvsborg (HSN 6) med 1587 kronor, Västra och Östra Skaraborg (HSN 9 och 10) med 1477 respektive 1391 kronor per invånare. De högsta kostnaderna finns i de tre Göteborgsnämnderna (HSN 5, 11 och 12) med 2332, 2186 respektive 2591 kronor per invånare. Den relativa inbördes ordningen mellan nämnområdena är väsentligen oförändrad jämfört med tidigare år.

De faktiska kostnaderna för respektive nämnd framgår av tabell 11. Den totala kostnaden uppgick till knappt 3,1 miljarder kronor under 2008, varav cirka 2,7 miljarder för vuxenpsykiatrin och 400 miljoner för barn- och ungdomspsykiatrin.

Tabell 12 redovisar utvecklingen 2006 – 2008 av nämndernas totala kostnader för specialiserad psykiatrisk vård. Mellan 2006 och 2007 ökade kostnaderna med cirka 250 miljoner för att mellan 2007 och 2008 öka med ytterligare drygt 500 miljoner kronor. Notera att jämförelser mellan åren försvåras av att de interna ersättningsmodellerna har ändrats.

Tabell 13 visar utvecklingen över tid av den procentuella fördelningen mellan kvinnor och män avseende fakturerade kostnader för specialiserad psykiatrisk vård. Som synes har den kraftiga ökningen av kvinnornas andel av kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården i Västra Götaland som noterades mellan 2006 och 2007 stannat av. År 2008 stod kvinnorna för 53,1 % och männen för 46,9 % av kostnaderna. Männen dominerar liksom tidigare stort när det gäller kostnader för psykiatrisk vård bland individer i Göteborg utan känd nämndtillhörighet.

Tabell 11. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader för psykiatrisk specialistvård år 2008. Källa: Vårddatabasen Vega samt respektive hälso- och sjukvårdskansli.

	VGRs enheter	Privata vårdgivare	Andra landsting	Totalt
HSN 1	105 064 784	7 377 739	1 691 717	114 134 240
HSN 2	63 568 975	16 881	1 135 079	64 720 935
HSN 3	298 371 810	161 039	1 681 601	300 214 450
HSN 4	201 466 738	1 194 560	530 190	203 191 488
HSN 5	479 517 207	22 298 038	12 609 570	514 424 815
HSN 6	146 810 182	1 682 785	3 217 744	151 710 711
HSN 7	260 953 032	5 584 013	2 277 007	268 814 052
HSN 8	373 308 458	597 787	2 608 947	376 515 192
HSN 9	184 496 189	3 101 804	1 786 223	189 384 216
HSN 10	174 022 376	2 850 999	1 181 683	178 055 058
HSN 11	278 796 605	10 841 359	2 889 791	292 527 755
HSN 12	366 142 876	9 738 664	1 924 472	377 806 012
Okänd Gbg ¹	40 654 633	777 179	724 815	42 156 627
VGR	2 973 173 864	66 222 847	34 258 839	3 073 655 549

¹Avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet.

Tabell 12. Hälso- och sjukvårdsnämndernas totala kostnader för psykiatrisk specialistvård åren 2006-2008. Källa: Vårddatabasen Vega samt respektive hälso- och sjukvårdskansli.

	2006	2007	2008
HSN 1	92 629 130	119 265 791	114 134 240
HSN 2	56 041 665	56 790 181	64 720 935
HSN 3	257 639 328	272 657 059	300 214 450
HSN 4	144 956 535	160 735 064	203 191 488
HSN 5	358 259 356	415 217 223	514 424 815
HSN 6	105 130 636	114 671 098	151 710 711
HSN 7	187 067 823	201 076 439	268 814 052
HSN 8	267 683 679	303 865 215	376 515 192
HSN 9	177 175 841	185 187 764	189 384 216
HSN 10	173 777 873	162 218 869	178 055 058
HSN 11	207 599 111	249 142 808	292 527 755
HSN 12	269 318 592	308 001 806	377 806 012
Okänd Gbg ¹	-	-	42 156 627
VGR	2 297 279 569	2 548 829 317	3 073 655 549

¹Avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet.

Tabell 13. Procentuell fördelning mellan kvinnor och män av fakturerade kostnader för specialiserad psykiatrisk vård 2006-2008. Källa: Vårddatabasen Vega samt respektive hälso- och sjukvårdskansli.

	2006		2007		2008	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
HSN 1	49,7	50,3	54,4	45,6	52,1	47,9
HSN 2	49,5	50,5	57,6	42,4	54,0	46,0
HSN 3	50,1	49,9	55,4	44,6	54,5	45,5
HSN 4	49,6	50,4	56,2	43,8	55,4	44,6
HSN 5	51,2	48,8	54,6	45,4	53,2	46,8
HSN 6	50,2	49,8	58,6	41,4	60,9	39,1
HSN 7	50,3	49,7	55,5	44,5	54,7	45,3
HSN 8	50,4	49,6	57,7	42,3	58,5	41,5
HSN 9	50,1	49,9	52,1	47,9	53,0	47,0
HSN 10	50,0	50,0	57,1	42,9	54,4	45,6
HSN 11	49,9	50,1	50,6	49,4	50,3	49,7
HSN 12	50,5	49,5	48,7	51,3	46,7	53,3
Okänd Gbg ¹	/	/	13,5	86,5	20,2	79,8
VGR	50,2	49,8	53,7	46,3	53,1	46,9

¹Avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet.

De ovan redovisade beloppen avser hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader, vilket skall skiljas från respektive sjukhus faktiska kostnader för psykiatrisk vård. Vi saknar exakt kunskap om i vilken grad dessa två kostnadsmått överensstämmer.

Kostnaden per individ för specialiserad psykiatrisk vård varierar mellan de olika nämndområdena. Möjliga orsaker till detta kan vara:

- Den bakomliggande psykiska ohälsan. Det finns t ex en viss samvariation med psykiskt välbefinnande (kvalitetsindikator 1)
- Historiska investeringar i psykiatrisk vård, vilka fortfarande påverkar vårdens omfattning
- Den psykiatriska organisationens effektivitet

Fortsatt arbete

När arbetsgruppen tittar i kristallkulan så skymtar vi några områden för fortsatta insatser avseende indikatorer som bättre kan komma att belysa den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat.

I Öppna jämförelser 2009 ingår ett flertal indikatorer inom det psykiatriska området. Inom parentes anges aktuell datakälla.

- I Själv mord i befolkningen (Dödsorsaksregistret)
- II Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel (Läkemedelsregistret)
- III Tre eller fler psykofarmaka bland äldre (Läkemedelsregistret)
- IV Återinskrivning efter vård för schizofreni (Patientregistret)
- V Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom (Läkemedelsregistret)
- VI Tillgänglighet/väntetid besök barn- och ungdomspsykiatri (Väntetider i vården)
- VII Tillgänglighet/väntetider besök vuxenpsykiatri (Väntetider i vården)

Redan i föreliggande rapport täcker vi in indikator I, VI och VII. Indikatorerna II och III kan inte sägas vara entydiga mått på den specialiserade psykiatrins uppdrag, utan innefattar betydande/dominerande komponenter av allmänmedicin, invärtesmedicin, geriatrik med flera verksamhetsområden. Indikator IV och V är däremot potentiellt spännande mått som speglar den specialiserade psykiatrin på ett tydligare sätt. Vi skulle framgent, utgående från Vega, kunna bryta ner indikator IV på klinisk nivå för inomregionala jämförelser. När det gäller indikator V kräver det tillgång till individdata ur läkemedelsregistret, vilket i nuläget inte är genomförbart annat än inom ramen för etikgodkända forskningsprojekt. Det pågår dock en diskussion med Socialstyrelsen om analysenhetens status som statistikenhet, vilket skulle kunna öppna möjligheter för en betydligt enklare tillgång till läkemedelsregistret.

I detta sammanhang förtjänar det att nämnas att Socialstyrelsen under 2010 planerar att publicera en psykiatrisk specialversion av Öppna jämförelser i analogi med den detaljerade rapport om kardiologin (*Öppna jämförelser och utvärdering 2009 - Hjärtsjukvård*) som offentliggjordes vårvintern 2009. Ur detta kommer förhoppningsvis ytterligare kvalitetsindikatorer att kunna vaskas fram för det fortsatta regionala arbetet.

Indikator 3 (vårdprogram inom psykiatrin) ger anledning till viss optimism. Det pågår onekligen ett omfattande arbete med vårdprogram, såväl nationellt som regionalt, vilket borde kunna resultera i kvalitetsindikatorer med karaktär av resultatmått snarare än de processmått som dominerar stort i föreliggande rapport. Låt oss hoppas att den nationella nystart avseende de psykiatriska kvalitetsregistren (indikator 7) som ombildningen av KPV till KCV är ett uttryck för kommer att tjäna som ytterligare draghjälp i detta avseende. Vi har också välgrundade förhoppningar att det tämligen nystartade kvalitetsregistret RättspsyK skall kunna leverera data på inomregional upplösningsnivå redan avseende verksamhetsåret 2009.

En viktig komponent i det fortsatta arbetet mot mer resultatorienterade kvalitetsindikatorer är fortsatta analyser av användandet av KVÅ-koder (indikator 5), i all synnerhet i kombination med diagnoskoder (indikator 4). Det är i ljuset av detta vår förhoppning att Socialstyrelsen fastställer ytterligare nationella KVÅ-koder, bland annat avseende strukturerad suicidriskbedömning, upprättande av vårdplan och samarbete kring vårdplaner tillsammans med kommunal vård- och omsorgsverksamhet. Icke desto mindre har de flesta psykiatriska enheter i Västra Götaland ett betydande internt arbete att göra för att öka användningen av KVÅ-koder, liksom för att säkra dessas kvalitet.

Just upprättandet av skriftliga vårdplaner när det föreligger behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården är ett fokusområde både i ny lagstiftning och i planeringsdirektiven för 2010 (dnr RSK 798-2009). Det är därför glädjande att vi i årets rapport tagit de första trevande publiceringsstegen gällande upprättandet av skriftliga vårdplaner (indikator 13). Samtidigt kan konstateras att ett betydande arbete återstår innan vi kan anse oss nöjda

När det gäller patientsäkerhetsområdet ter sig kristallkulan betydligt grumligare för arbetsgruppens blickar. Vi har själva valt att inte längre redovisa klagomål och deras uppföljning (indikator 10), eftersom vi inte tycker att indikatorn i detta sammanhang håller måttet. Tyvärr sammanfaller detta med våra svårigheter att fullt ut kunna beskriva och utnyttja det systematiska arbetet med avvikelserapporterna (indikator 8). I nuläget kan vi alltså endast redovisa uppgifter om suicid och suicidförsök (indikator 9). Ett litet ljus i sammanhanget är det pågående arbetet med att utöka rapporteringen till Socialstyrelsen kring psykiatriskt tvångsvårdade patienter. Tidigare ägde en pappersbaserad rapportering rum, men denna kom egentligen aldrig att utnyttjas för vidare analyser. Den utökade rapporteringen planeras bli elektronisk och träda i kraft från maj 2010. Uppgifter om diagnos, permissioner samt om vederbörande avvikelser från permission, eventuella tvångsåtgärder t ex bältesläggning samt givetvis person- och klinikuppgifter kommer att ingå. Detta kan rimligen komma att bli en källa till kommande kvalitetsindikatorer.

Bilaga 1

Antalet registreringar per 1000 invånare i de nationella psykiatriska kvalitetsregistren.
Data redovisas till och med 2009-09-30. Källa: *KPV-centrum*.

