

# **Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat år 2009**



**Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Analysenheten  
Juni 2010  
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	7
3) Suicidförsök och självtillfogad skada	8
<i>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård</i>	12
4) Vårdprogram inom psykiatri	12
5) Förekomst (registrering) av diagnos	13
6) Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)	17
7) Skattning med GAF-instrumentet	19
8) Registrering i kvalitetsregister	21
<i>Säker hälso- och sjukvård</i>	23
9) Systematiskt arbete med avvikelserapporter	23
10) Antalet suicid anmälda enligt Lex Maria	24
<i>Patientfokuserad hälso- och sjukvård</i>	25
11) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt	25
12) Genomförda brukarråd	26
<i>Effektiv hälso- och sjukvård vård</i>	27
13) Skriftlig vårdplan	27
14) Återinskrivning efter vård för schizofreni	29
<i>Hälso- och sjukvård i rimlig tid</i>	30
15) Andel väntande inom vårdgarantigränserna	30
<i>Jämlig hälso- och sjukvård</i>	32
16) Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård	32
17) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt	34
<i>Fortsatt arbete</i>	38

## 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 17 kvalitetsindikatorer kan rapporteras för 2009. Tidigare har rapporter gällande 2006, 2007 och 2008 redovisats. Föreliggande rapport avser alltså år 2009.

1. För år 2009 går indikatorn inte att redovisa på HSN-nivå. På övergripande VGR-nivå kan konstateras att kvinnor upplever nedsatt psykiskt välbefinnande i större omfattning än män. Vi kan inte med statistisk säkerhet uttala oss om förändringar mellan enstaka år. Det är av den anledningen välmotiverat att inte årligen mäta på HSN-nivå, utan istället försöka belysa mer långsiktiga trender avseende psykiskt välbefinnande.
2. Generellt sett har självmordsfrekvensen minskat både bland kvinnor och män under tjugo år, men de senaste åren är minskningen inte lika stor. I åldersgruppen 15-24 år, och möjligen även i åldersgruppen 25-44 år, minskar inte antalet självmord. Bland kvinnor i åldersgruppen 15-44 år ses en tendens till ökning i självmordsfrekvensen under 2000-talet.
3. Det verkar inte som om antalet fall av självtillfogad skada ökar i Västra Götaland, vare sig det analytiska perspektivet är klinik- eller befolkningsorienterat.
4. Det finns ett ökande antal regionala/nationella vårdprogram inom den specialiserade psykiatrin, som antingen är implementerade eller under utveckling.
5. Den absoluta majoriteten av vårdtillfällen och läkarbesök är diagnosatta, även om de olika sjukhusen skiljer sig åt. När det gäller övriga personalkategoriernas angivande av diagnos är situationen härvidlag lite sämre inom vuxenpsykiatrin. Inom barn- och ungdomspsykiatrin noteras inga påtagliga skillnader mellan personalkategorierna. Dessutom finns en betydande variation inom och mellan de psykiatriska klinikerna, liksom mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin, vad gäller användandet av *F-diagnoser*, som anger relativt väl definierade psykiatriska tillstånd, jämfört med *R-diagnoser*, som avser symptom och *Z-diagnoser*, som beskriver tilläggsinformation av betydelse för patientens hälsotillstånd.
6. Andelen KVÅ-kodade vårdkontakter har ökat betydligt från 2008 till 2009, men det finns fortfarande en betydande variation mellan de psykiatriska klinikerna när det gäller att överhuvudtaget sätta KVÅ-koder. Det föreligger således en fortsatt förbättringspotential på flera enheter.
7. Såväl inom barn- och ungdomspsykiatrin som inom vuxenpsykiatrin har andelen GAF-skattningar ökat över tid, även om en plåtå verkar ha nåtts på flera kliniker. Generellt sett ligger GAF-skattandet på en lägre nivå inom barn- och ungdomspsykiatrin än inom vuxenpsykiatrin.

8. Årets rapport innehåller för första gången andra data från de nationella kvalitetsregistren än blott uppgifter om inrapportering. Det nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatri (*RättspsyK*) föregår med gott exempel och ett flertal intressanta uppgifter kan nu redovisas.
9. Liksom tidigare finner arbetsgruppen att det tyvärr ännu inte är meningsfullt att göra en regional sammanställning av de avvikelserrapporter som hanteras i MedControl.
10. Antalet Lex Mariaanmälningar på grund av självmord som inträffat i samband med vårdkontakt varierar mellan klinikerna. Det lilla antalet anmälningar kan inte ligga till grund för någon bedömning av eventuella skillnader i omhändertagandet av självmordsnära patienter.
11. Nya uppgifter om bemötande och delaktighet kan inte redovisas för vuxenpsykiatrins del. Inom barn- och ungdomspsykiatri är redovisningsformen annorlunda än tidigare år. En mycket stor andel av patienterna inom barn- och ungdomspsykiatri är mycket nöjda med bemötande och delaktighet.
12. Inom vuxenpsykiatri har antalet brukarråd ökat kraftigt under 2009. I stort sett hela ökningen kan hänföras till aktiviteter inom NU-sjukvården. Inom barn- och ungdomspsykiatri har antingen inga brukarråd genomförts eller så saknas uppgifter från berörda kliniker.
13. Betydligt fler kliniker kan redovisa siffror avseende skriftlig vårdplan för 2009 än vad som var fallet för 2008. Fortfarande är andelen patienter med giltig skriftlig vårdplan generellt sett påfallande låg. Från barn- och ungdomspsykiatri kan tyvärr inga data redovisas.
14. Det föreligger en viss skillnad mellan sjukhusen i andelen patienter som återinlagts inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni. Skillnad i andelen återinlagda är svårvärderad och indikatorn kräver utvecklingsarbete, såväl nationellt som regionalt.
15. Inom vuxenpsykiatri var måluppfyllelsen avseende tillgänglighet generellt sett mycket god. Så var fallet även inom barn- och ungdomspsykiatri, även om vissa kliniker hade betydligt lägre måluppfyllelse i slutet av sommaren.
16. Den genomsnittliga kostnaden för egenproducerad specialiserad psykiatrisk vård var 1718 kronor per invånare under 2009. 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.
17. Könsuppdelade data inom vuxenpsykiatri visar att det inte verkar föreligga några systematiska skillnader mellan könen avseende patientupplevelsen av bemötande och delaktighet inom den specialiserade psykiatriska vården. Låg svarsfrekvens gör dock att data måste tolkas med stor försiktighet.

## **Bakgrund**

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslöt 2006 att 15 indikatorer skall ligga till grund för uppföljning av kvalitet och resultat inom psykiatrin (dnr RSK 147-2006). Hittills har tre rapporter avseende åren 2006, 2007 och 2008 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 psykiatrin 2009 har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av Lars Helldin vuxenpsykiatrins sektorsråd, Stephan Ehlers hälso- och sjukvårdsavdelningen samt barn- och ungdomspsykiatrins 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 tre indikatorer. Psykiskt välbefinnande mätt med GHQ-12 (indikator 1), liksom suicidförekomst (indikator 2) har funnits med tidigare under denna rubricering. Nytt för i år på denna plats i rapporten är information om suicidförsök och självtillfogad skada hos individer som under perioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin (indikator 3). Den senare indikatorn återfinns i tidigare rapporter under huvudrubriken säker hälso- och sjukvård.

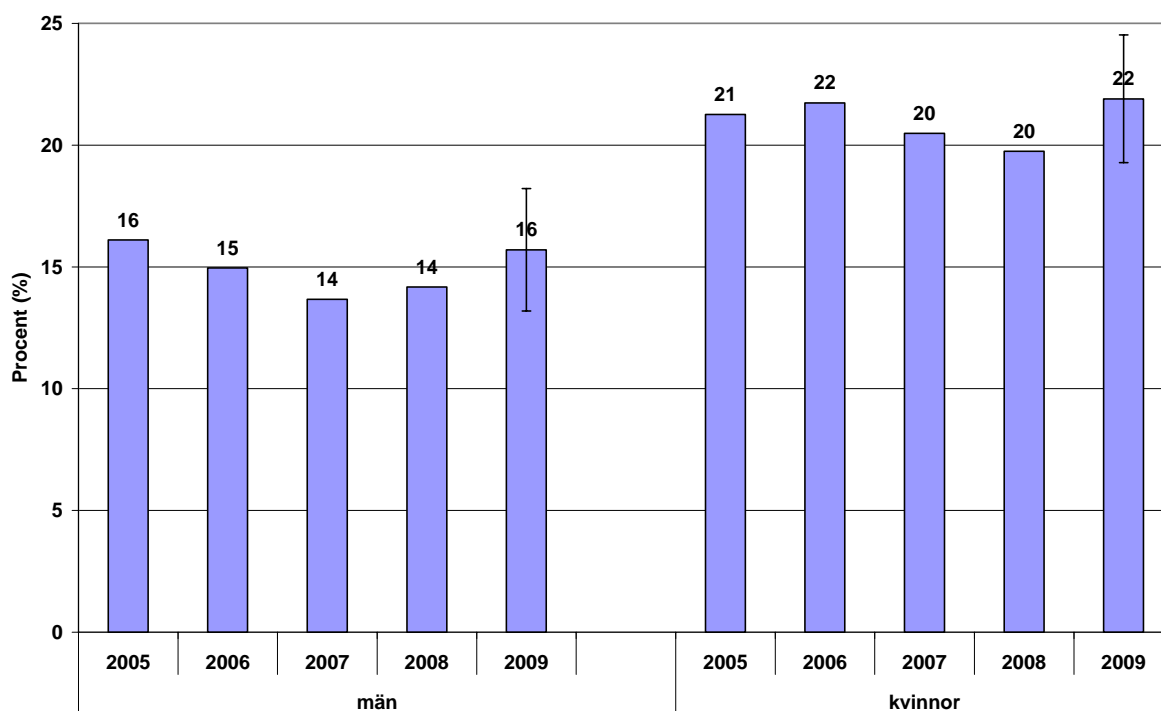
## 1) Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12

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.

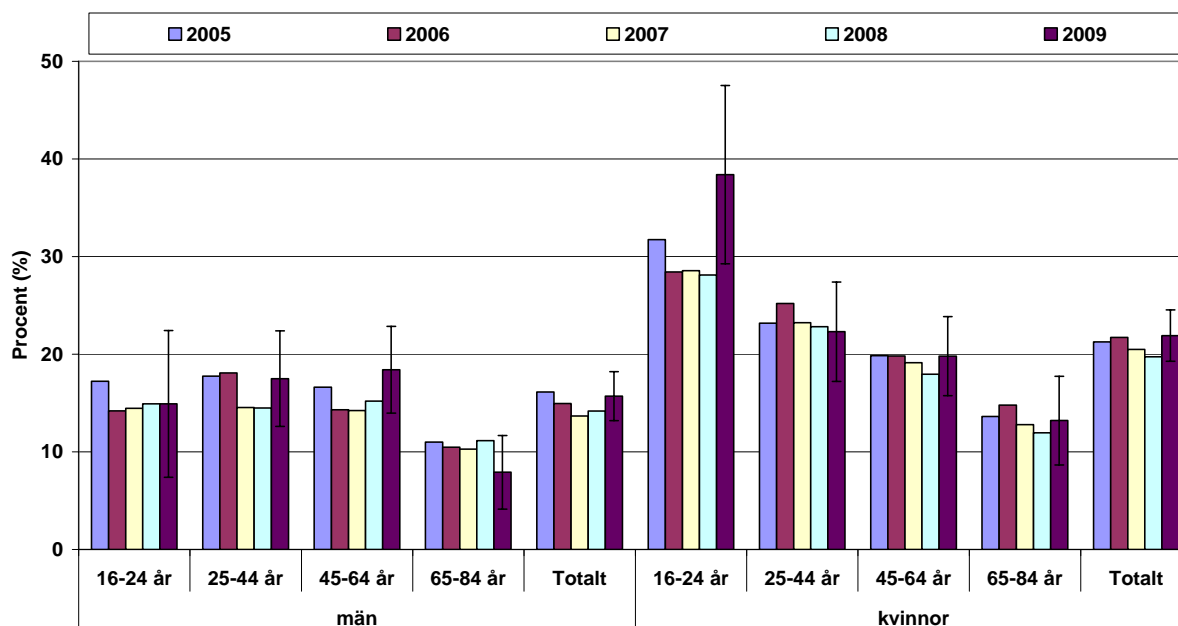
Folkhälsoinstitutet anlitar Statistiska centralbyrån, som varje år genomför en nationell folkhälsoenkät *Hälsa på lika villkor*. SCB levererar sedan rådata till beställande landsting/regioner för vidare statistisk analys. Enligt tidigare beslut deltar Västra Götalandsregionen inte med ett tilläggsurval i den nationella folkhälsoenkäten förrän 2011. För år 2009 har vi således endast tillgång till övergripande data på regionnivå och inte som tidigare på HSN-nivå.

Andelen individer i åldersgruppen 18-64 år, som år 2009 hade nedsatt psykiskt välbefinnande mätt med GHQ-12 var totalt sett 19 % i Västra Götaland, vilket skall jämföras med 18 % i riket som helhet. Figur 1 och 2 visar att kvinnor i större omfattning än män upplever nedsatt psykiskt välbefinnande. Unga kvinnor är de som i högst utsträckning är drabbade av nedsatt psykiskt välbefinnande. Det är viktigt att beakta de vida konfidensintervallen, vilket innebär att vi inte med statistisk säkerhet kan uttala oss om förändringar mellan enstaka år. Det är av den anledningen mycket välmotiverat att inte årligen mäta på HSN-nivå, utan istället försöka belysa mer långsiktiga trender avseende psykiskt välbefinnande.

Svarsfrekvensen i folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* är i likhet med andra enkätundersökningar relativt låg. Tyvärr har situationen försämrats under de senaste åren då svarsfrekvensen var 62 % 2005 och 59 % 2006, att jämföra med 53 % 2008 och 52 % 2009.



**Figur 1.** Procentuell andel av befolkningen 16-84 år (95 % konfidensintervall) med nedsatt psykiskt välbefinnande åren 2005-2009, mätt med GHQ-12. Data redovisas separat för kvinnor och män. Observera skalan på y-axeln. Källa: Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*.



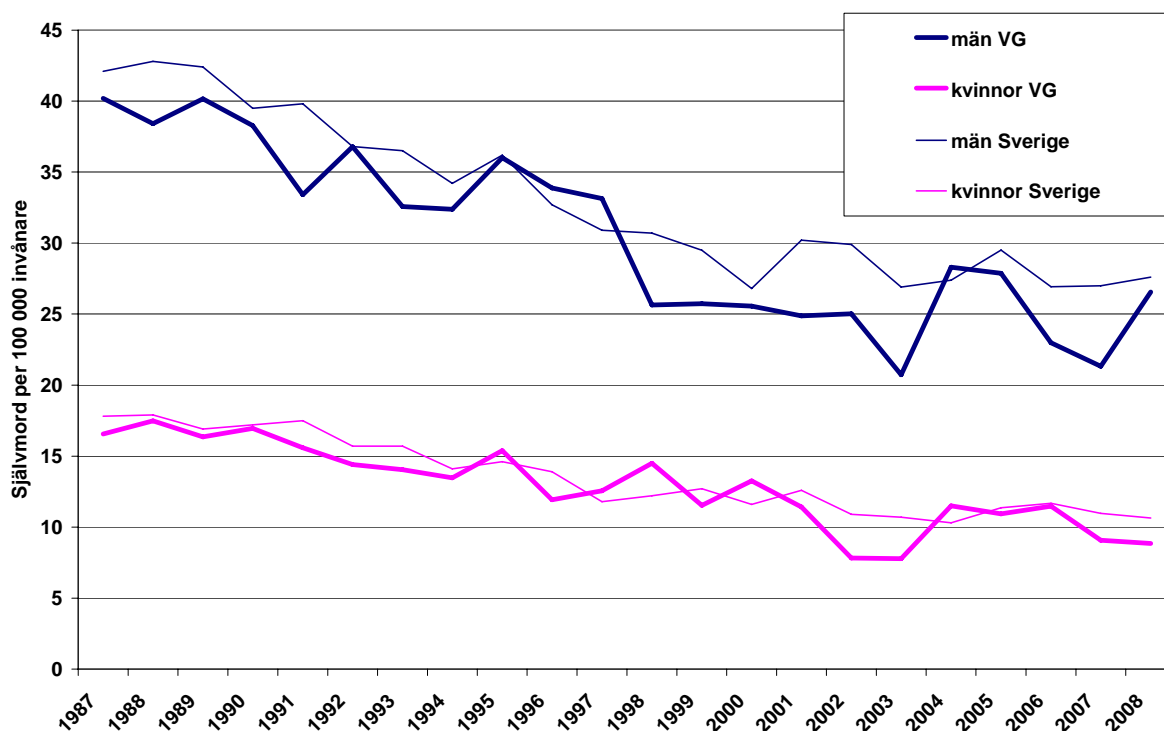
**Figur 2.** Procentuell andel av befolkningen 16-84 år (95 % konfidensintervall) med nedsatt psykiskt välbefinnande år 2005-2009, mätt med GHQ-12. Data redovisas åldersuppdelat och separat för kvinnor och män. Källa: Observera skalan på y-axeln. Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*.

Med GHQ-12 beskrivs i denna rapport nedsatt psykiskt välbefinnande på befolkningsnivå, alltså en problematik som är betydligt vidare än den specialiserade psykiatriens 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.

## 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.



**Figur 3.** Antal självmord per 100 000 män och kvinnor i Västra Götaland och Sverige åren 1987-2008. Källa: *Socialstyrelsens dödsorsaksregister*.

Under år 2008 begick 230 personer självmord i Västra Götaland, varav 171 män. Detta kan jämföras med 2007 då 197 personer begick självmord, varav 137 män. Med tanke på variationen över åren kan inga säkra slutsatser dras avseende det ökade antalet självmord bland män under 2008. Figur 3 visar att självmordsfrekvensen är något lägre bland män i Västra Götaland jämfört med män i riket som helhet. Generellt sett har självmordsfrekvensen minskat både bland kvinnor och män under tjugo år, men de senaste åren är minskningen inte lika stor. I åldersgruppen 15-24 år, och möjligen även i åldersgruppen 25-44 år, minskar inte antalet självmord. Bland kvinnor i åldersgruppen 15-44 år ses en tendens till ökning i självmordsfrekvensen under 2000-talet.

### 3) Suicidförsök och självtillfogad skada

Nedan redovisas det totala antalet vårdkontakter med anledning av suicidförsök och självtillfogad skada. Självmordsförsök och tillfällena med självtillfogad skada är vanligare bland kvinnor än män, såväl inom vuxenpsykiatri (Tabell 1) som inom barn- och ungdomspsykiatri (Tabell 2).

**Tabell 1.** Antalet suicidförsök och vårdkontakter till följd av självtillfogad skada 2006-2009 uppdelat per vuxenpsykiatrisk klinik. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot
	2006			2007			2008			2009		
KS	0	1	1	3	1	4	3	4	7	5	2	7
NU	39	33	72	31	25	56	34	20	54	33	32	65
SkaS	10	6	16	3	4	7	9	13	22	15	8	23
SU	126	72	198	122	49	171	102	65	167	76	62	138
SÄS	14	7	21	10	4	14	11	3	14	7	2	9
<b>VGR</b>	<b>189</b>	<b>119</b>	<b>308</b>	<b>169</b>	<b>83</b>	<b>252</b>	<b>159</b>	<b>105</b>	<b>264</b>	<b>136</b>	<b>106</b>	<b>242</b>

**Tabell 2.** Antalet suicidförsök och vårdkontakter till följd av självtillfogad skada 2006-2009 uppdelat per barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot
	2006			2007			2008			2009		
KS	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
NU	9	0	9	5	0	5	7	1	8	13	2	15
SkaS	3	3	6	0	0	0	1	1	2	0	0	0
SU	20	8	28	28	4	32	23	1	24	19	7	26
SÄS	14	1	15	13	3	16	8	2	10	1	3	4
<b>VGR</b>	<b>46</b>	<b>12</b>	<b>58</b>	<b>47</b>	<b>7</b>	<b>54</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>12</b>	<b>46</b>

I tabell 3 redovisas antalet suicidförsök och vårdkontakter under 2008 och 2009 istället ur ett hälso- och sjukvårdsnämndsperspektiv. I några fall föreligger en viss diskrepans mellan antalen i tabell 3 respektive tabell 1 och 2. En viktig förklaring till detta är att tabell 1 och 2 även innefattar patienter med annan hemvist än Västra Götaland.

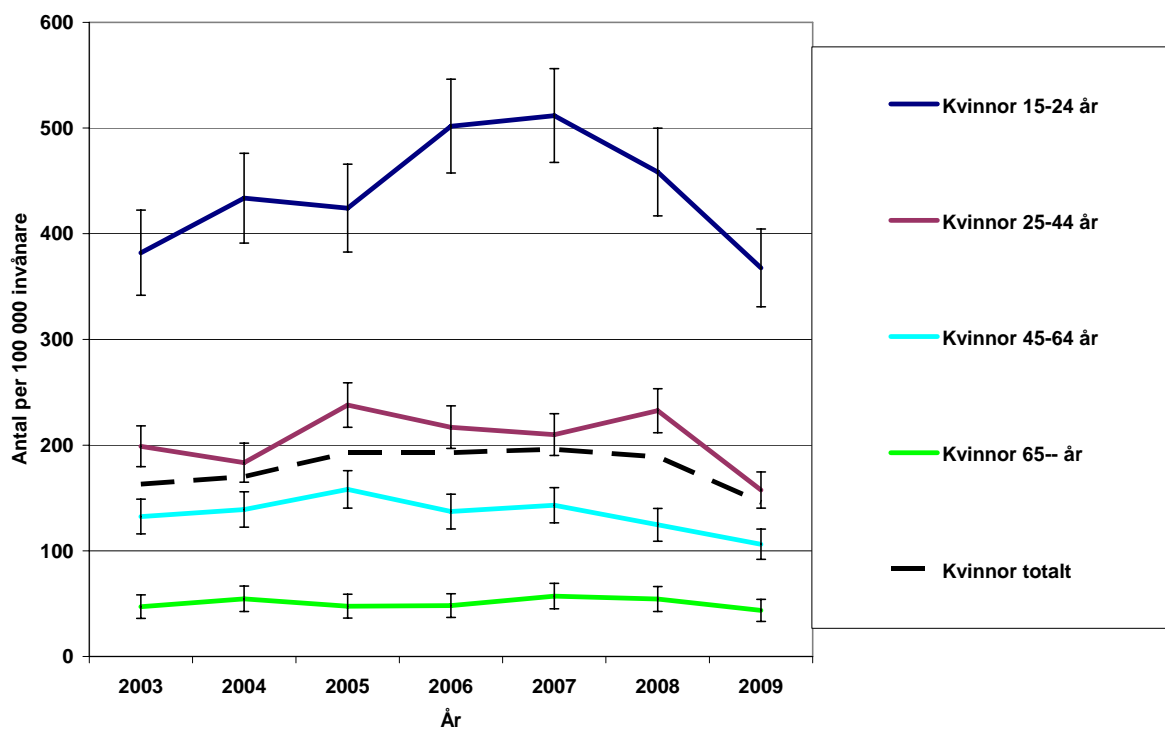
**Tabell 3.** Antalet suicidförsök och vårdkontakter inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri till följd av självtillfogad skada 2008 och 2009. Redovisas per hälso- och sjukvårdsnämnd. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

	BUP		VUP	
	2008	2009	2008	2009
HSN 1	2	2	8	9
HSN 2	2	2	11	9
HSN 3	4	6	31	41
HSN 4	3	5	8	10
HSN 5	2	2	52	59
HSN 6	4	1	8	3
HSN 7	3	0	30	27
HSN 8	7	2	9	7
HSN 9	2	0	12	12
HSN 10	0	0	12	11
HSN 11	9	16	45	15
HSN 12	7	6	29	20
Okända Gbg <sup>1</sup>	0	0	1	1
<b>VGR</b>	<b>45</b>	<b>42</b>	<b>256</b>	<b>224</b>

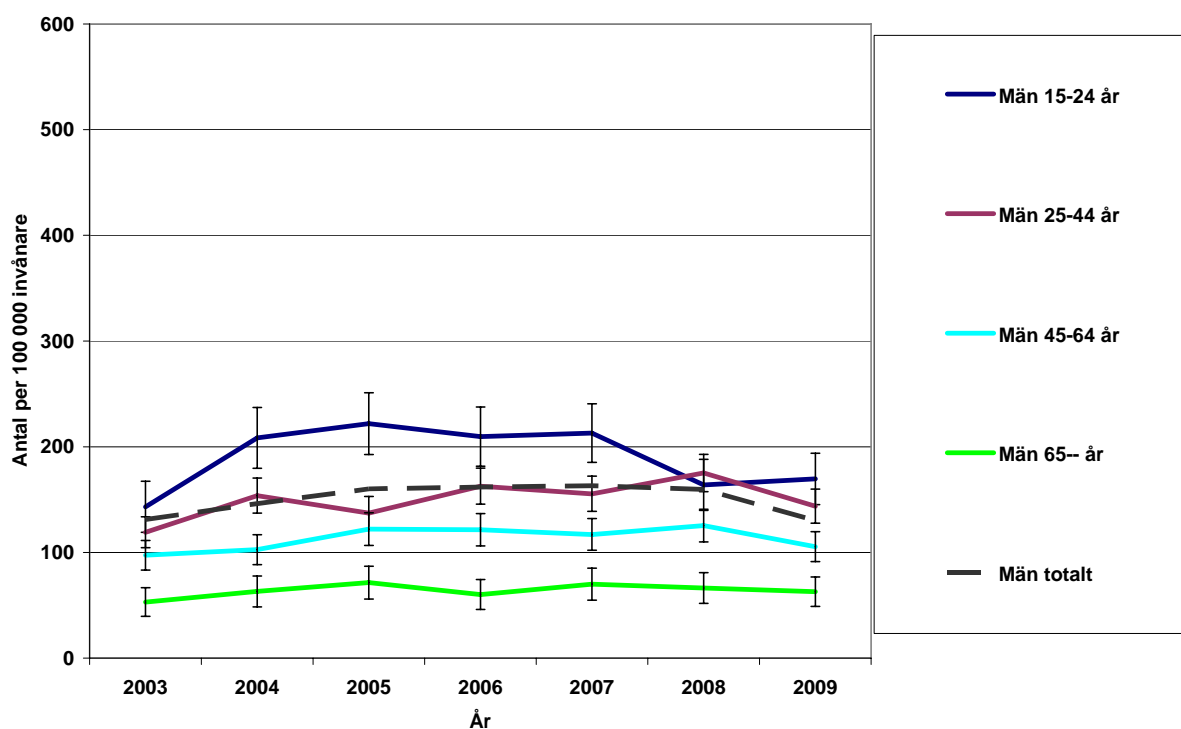
Det bör betonas att data i tabell 1-3 är förknippade med en betydande osäkerhet sett ur ett befolkningsperspektiv. Mörkertalet torde vara betydande och precisionen i diagnossättningen varierar dessutom uppenbarligen mellan de berörda klinikerna. Föreliggande material pekar i vart fall inte på en ökning av antalet fall, även om stor försiktighet således måste iaktas vid tolkningen av data.

Figur 4 och figur 5 anlägger ett bredare befolkningsperspektiv på förekomsten av självtillfogad skada. Notera att numerären skiljer betydligt från tabell 1-3, eftersom vi nu beskriver vårdtillfällena på samtliga kliniker, inte enbart de psykiatriska. Som synes ligger antalet vårdtillfällena för självtillfogade skador totalt sett relativt stabilt under senare år och bland de yngsta åldersgrupperna ses snarast en nedåtgående trend.

Totalt sett ger alltså de olika redovisningssätten en likartad bild av problematiken. Det verkar inte som om antalet fall av självtillfogad skada ökar i Västra Götaland.



**Figur 4.** Antal vårdtillfällen för självtillfogad skada per 100 000 invånare. Redovisning avser kvinnor i olika åldersgrupper under perioden 2003-2009. Källa: *Vårddatabasen Vega*.



**Figur 5.** Antal vårdtillfällen för självtillfogad skada per 100 000 invånare. Redovisning avser män i olika åldersgrupper under perioden 2003-2009. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

## **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård**

### **4) 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 betydligt ljusare därvidlag.

- Ett gemensamt vårdprogram för primärvården och psykiatri avseende utmattningsdepression har antagits våren 2008. En översyn av behovet av uppdatering av vårdprogrammet har påbörjats. Det pågår en diskussion om lämpliga kvalitetsindikatorer avseende detta vårdprogram inom specialistpsykiatri.
- Den slutgiltiga versionen av de nationella riktlinjerna för ångest och depression blev klara under våren 2010. Införandet av riktlinjerna sker i samband med genomförandet av utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri och uppföljning av utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri.
- 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. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni dröjer i slutlig form till början av 2011. Därefter påbörjas programarbetet.
- Regionala riktlinjer för utredning av neuropsykologiska störningar antogs under 2009.
- Vårdprogram för behandling av vuxna patienter med ADHD har tagits fram under 2009 och beräknas bli antaget under 2010.
- Ett arbete med ett regionalt vårdprogram avseende ADHD bedrivs via sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Arbetet beräknas kunna redovisas hösten 2010.
- På uppdrag av program- och prioriteringsrådet pågår ett arbete att ta fram ett regionalt vårdprogram för ätstörningar, inklusive regiongemensamma indikationer för slutanorexi. Sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri är huvudansvarigt för arbetet. I arbetsgruppen ingår representanter för sektorsråden för barn- och ungdomssjukvård, allmänmedicin, internmedicin och allmänpsykiatri. Arbetet skall redovisas juni 2011.
- Ett pågående utvecklingsarbete kring ett regionalt vårdprogram avseende missbruk/beroende och samsjuklighet har kompletterats med den pågående implementeringen av de nationella riktlinjerna för missbruk.
- Nationella riktlinjer för demens har i maj 2010 kommit i slutversion. Ett ägaruppdrag kommer att tas fram.

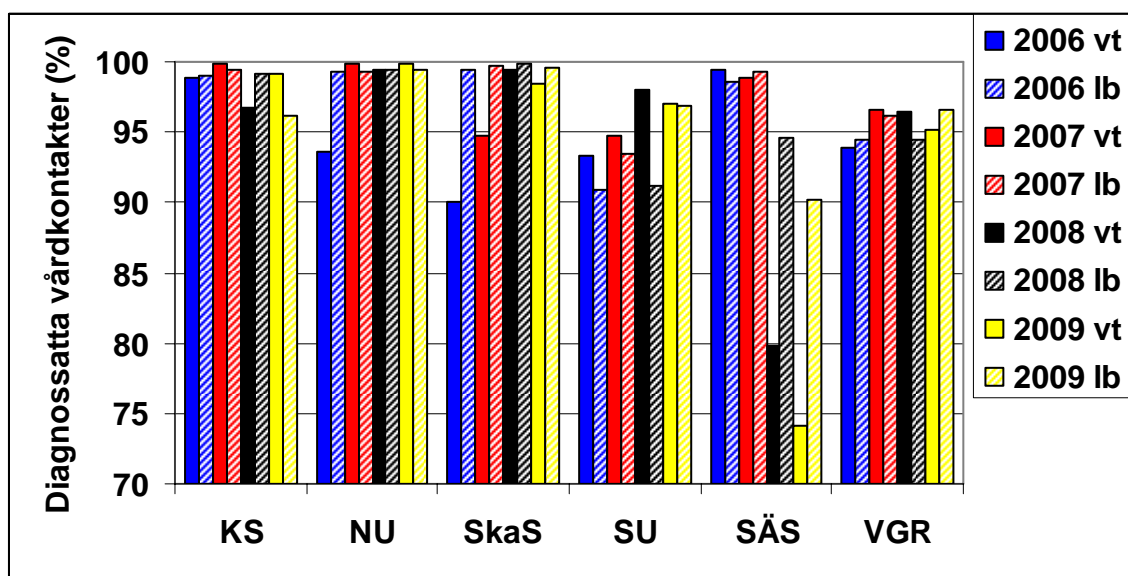
## 5) Förekomst (registrering) av diagnos

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

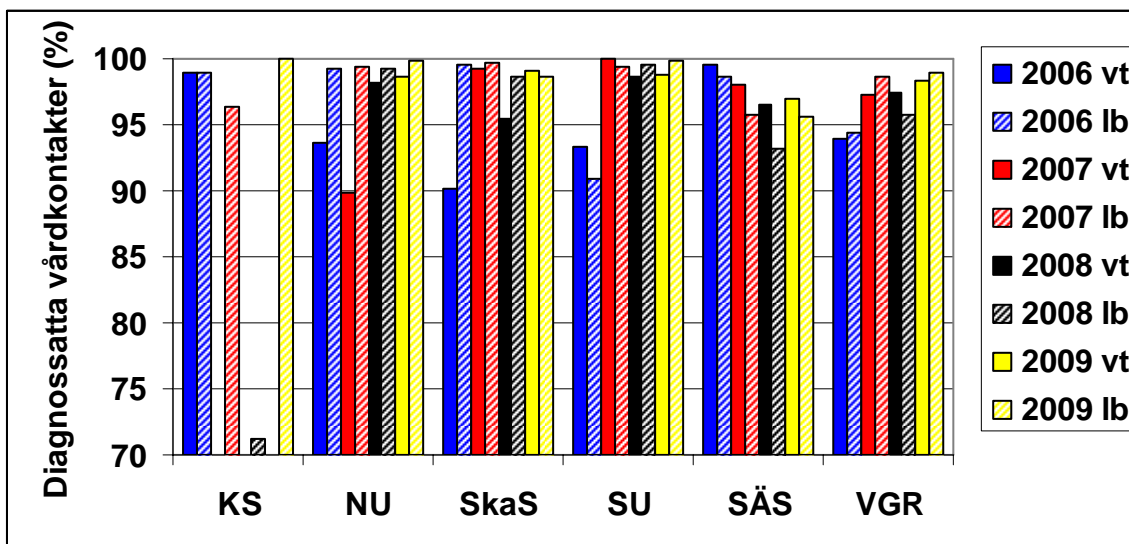
I figur 6 och figur 7 redovisas sjukhusvis för åren 2006 – 2009 andelen vårdtillfällen (vt) respektive läkarbesök i öppen vård (lb) där diagnoskod kan återfinnas i Vega. Generellt kan sägas att den absoluta majoriteten av vårdtillfällen och läkarbesök är diagnossatta, även om de olika sjukhusen skiljer sig åt.

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 under 2010 och anvisar detta som ett möjligt mått för avtalsreglerad målrelaterad ersättning.

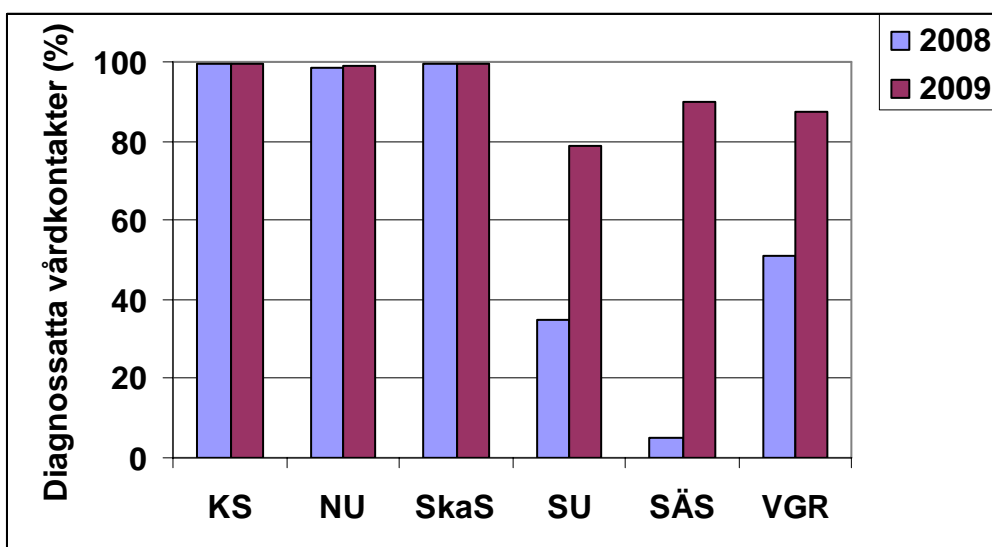
I figurerna 8 och 9 redovisas andelen diagnossatta besök hos samtliga personalkategorier exklusive läkare. Som synes är situationen inom vuxenpsykiatri härvidlag lite sämre än när det gäller diagnosättning av läkarbesök och vårdtillfällen. Inom barn- och ungdomspsykiatri noteras däremot inga påtagliga skillnader.



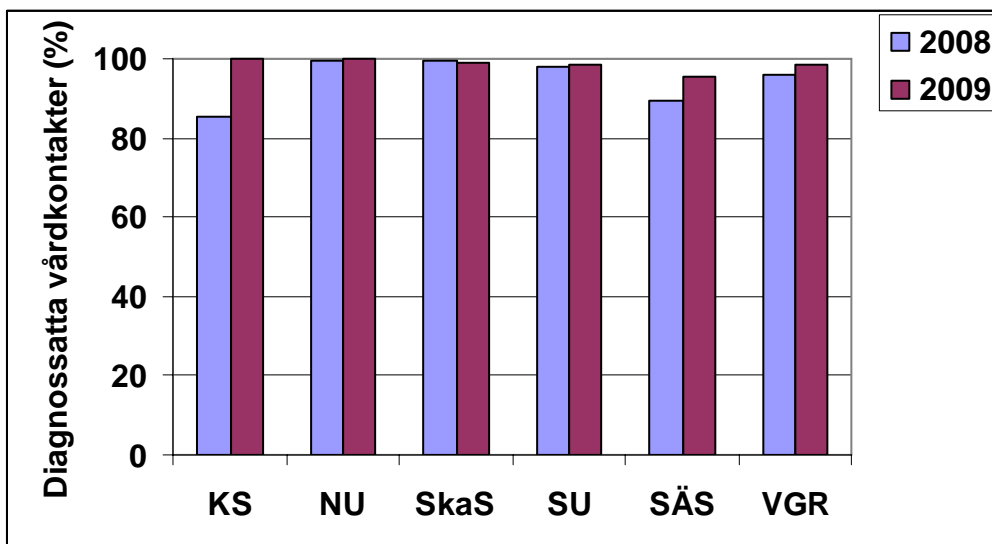
**Figur 6.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen, vt och läkarbesök, lb) med diagnoskod inom den vuxenpsykiatriska vården åren 2006-2008. **Observera skalan på y-axeln.** Källa: *Vårddatabasen Vega*.



**Figur 7.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen, vt och läkarbesök, lb) med diagnoskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården åren 2006-2008. **Observera skalan på y-axeln.** Källa: *Vårddatabasen Vega*.

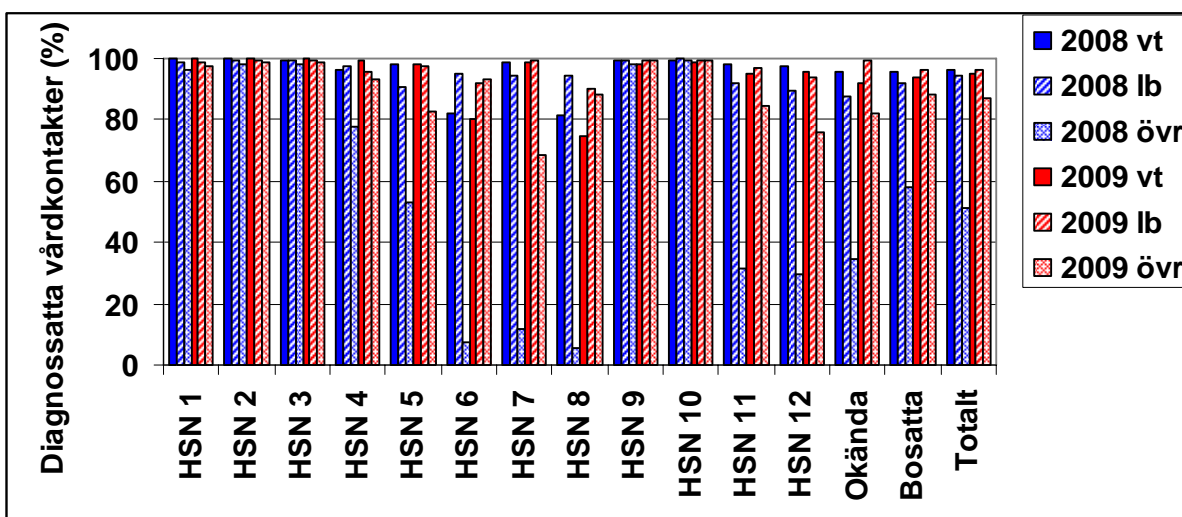


**Figur 8.** Andel vårdkontakter (besök hos samtliga personalkategorier utom läkare) med diagnoskod inom den vuxenpsykiatriska vården åren 2008 och 2009. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

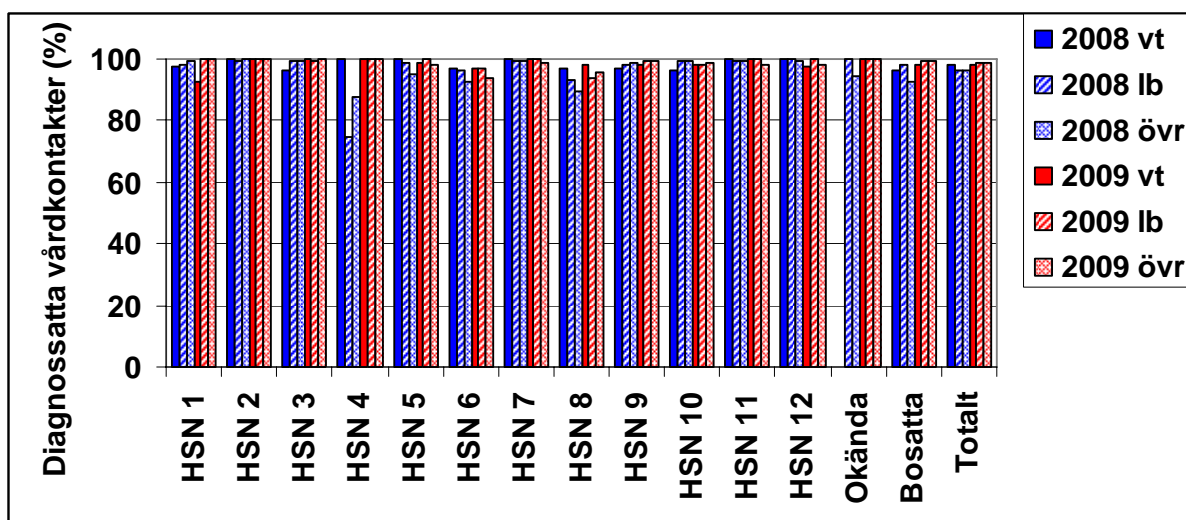


**Figur 9.** Andel vårdkontakter (besök hos samtliga personalkategorier utom läkare) med diagnoskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården åren 2008 och 2009. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

Figur 10 och figur 11 byter perspektiv och redovisar istället per hälso- och sjukvårdsnämnd andelen vårdtillfällen, läkarbesök och besök hos övriga personalkategorier i öppen vård under 2008 och 2009 där diagnoskod kan återfinnas i Vega. Precis som ovan är den absoluta majoriteten av vårdkontakter diagnossetta. Spridningen mellan nämndsområdena är dock relativt stor, framför allt avseende besök hos övriga personalkategorier inom vuxenpsykiatrin.

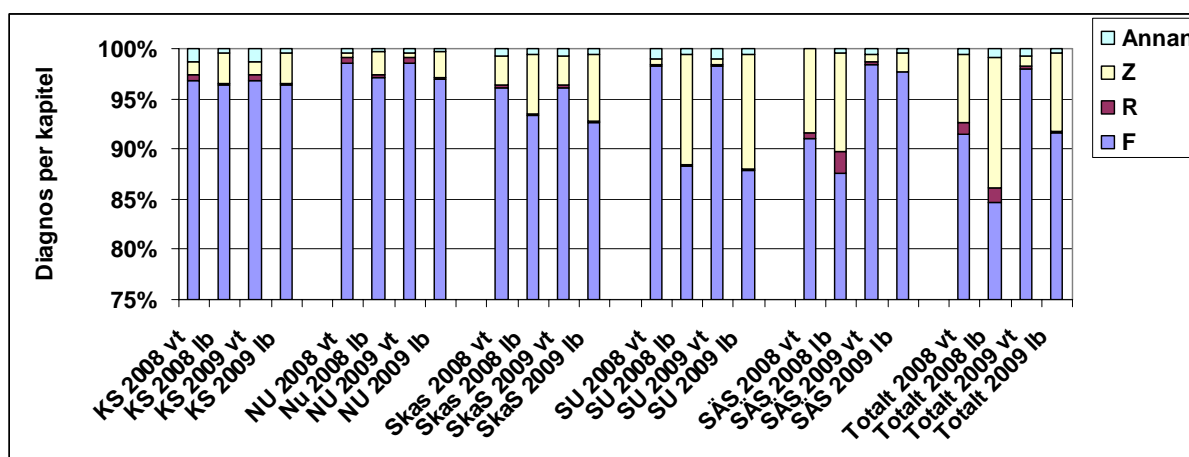


**Figur 10.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen, läkarbesök och besök hos övriga personalkategorier) med diagnoskod inom den vuxenpsykiatriska vården åren 2008 och 2009. Okända avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet. Bosatta avser patienter som inte bor i Västra Götaland. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

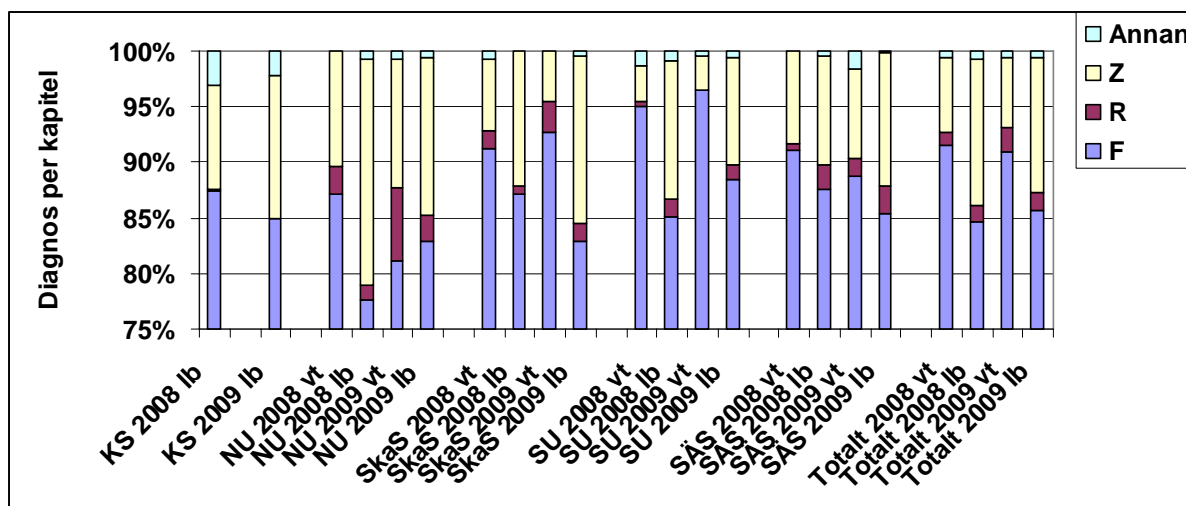


**Figur 11.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen, läkarbesök och besök hos övriga personalkategorier) med diagnoskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården åren 2008 och 2009. Okända avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet. Bosatta avser patienter som inte bor i Västra Götaland. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

I figurerna 12 och 13 redovisas diagnossättningen med avseende på 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.



**Figur 12.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen vt och läkarbesök lb) med huvuddiagnoskod uppdelat per diagnoskapitel inom den vuxenpsykiatriska vården åren 2008 och 2009. Observera skalan på y-axeln. Källa: *Vårddatabasen Vega*.



**Figur 13.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen vt och läkarbesök lb) med huvud-diagnoskod uppdelat per diagnoskapitel inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården åren 2008 och 2009. Observera skalan på y-axeln. Källa: Vårddatabasen Vega.

Såväl inom vuxenpsykiatri som inom barn- och ungdomspsykiatri 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 ungdomspsykiatri i betydligt lägre grad sätter F-diagnoser än vad man gör inom vuxenpsykiatri.

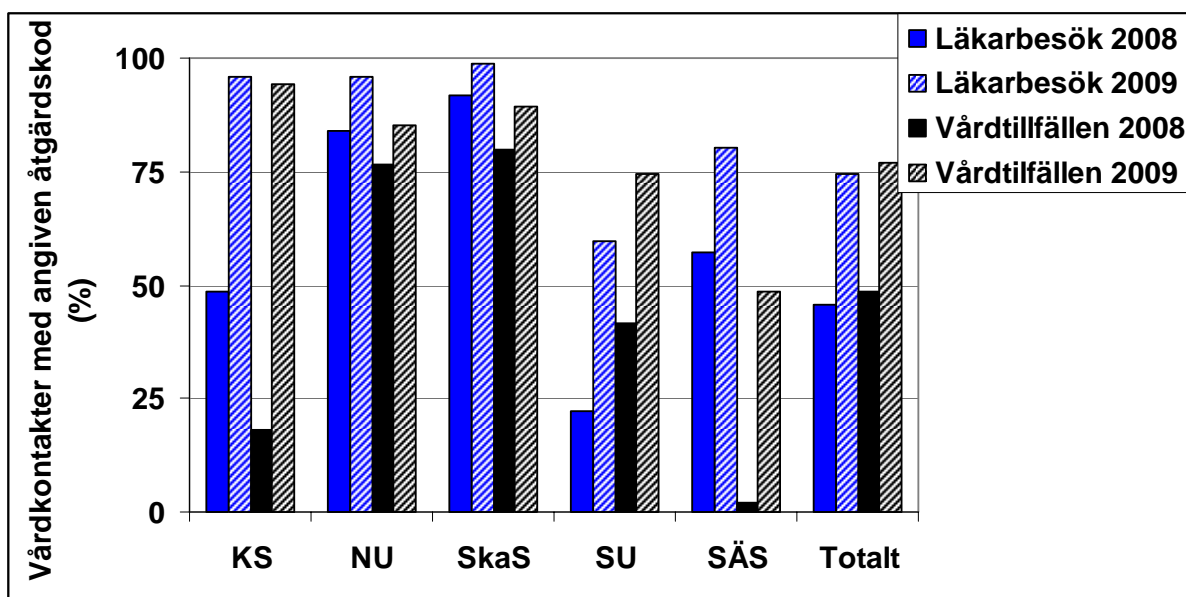
## 6) Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

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).

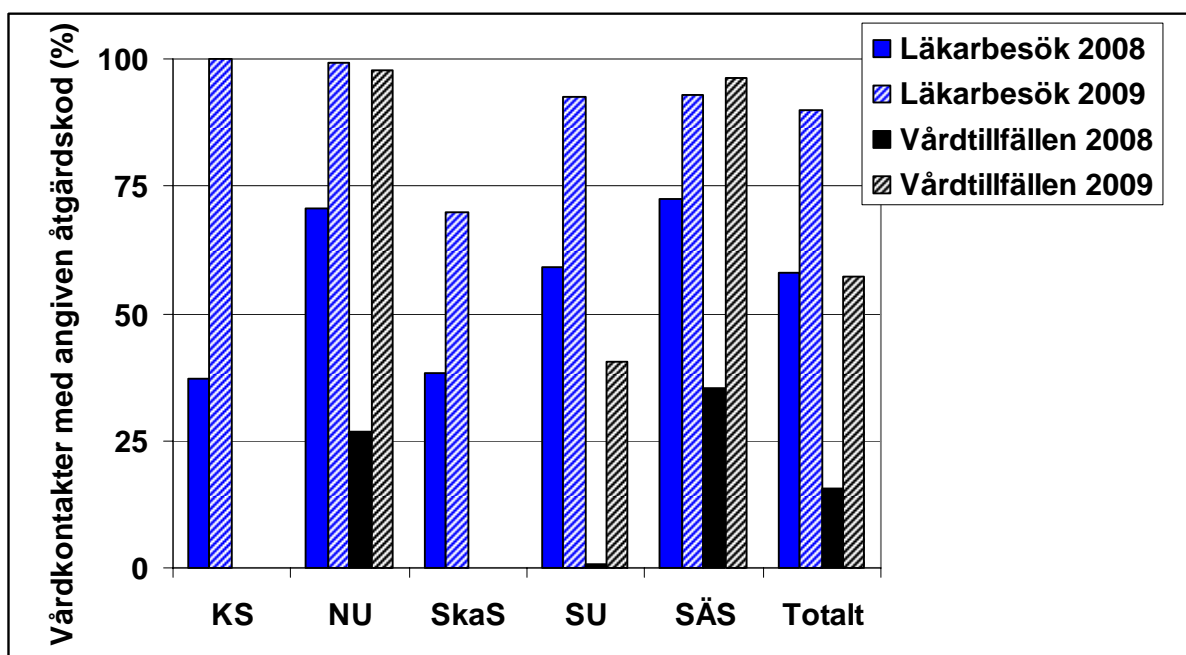
På nationell nivå växte KVÅ fram för att möjliggöra beskrivning av sjukvårdsproduktionen på en mer detaljerad nivå än vad statistiska uppgifter kring diagnoser och besöksfrekvenser medger. Vid årsskiftet 2004/2005 sattes KVÅ och blev då tillgängligt via Socialstyrelsens hemsida. Det föreligger rapportskyldighet 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.

Figur 14 och figur 15 redovisar andelen vårdkontakter där åtminstone en KVÅ-kod angivits. Som synes har en betydande ökning ägt rum mellan 2008 och 2009, såväl när det gäller läkarbesök som vårdtillfällen, både inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Fortfarande finns dock en klar variation mellan och inom sjukhusen och det torde därför föreligga en fortsatt förbättringspotential på flera enheter.



**Figur 14.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med åtminstone en åtgärdskod inom den vuxenpsykiatriska vården år 2008-2009. Källa: *Vårddatabasen Vega*.



**Figur 15.** Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) med åtminstone en åtgärdskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården år 2008-2009. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

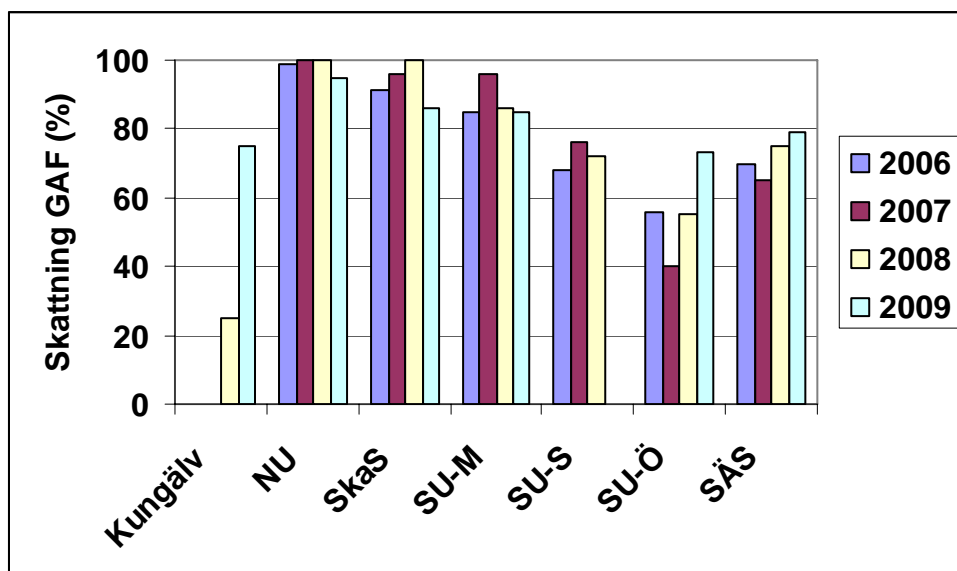
Arbetsgruppen ser möjligheter att framgent koppla diagnos till KVÅ-koder för att därigenom kunna bedöma om rekommenderade åtgärder också vidtagits vid givna sjukdomstillstånd. Detta fordrar att diagnoser och KVÅ-koder sätts med tillräckligt hög frekvens och kvalitet. Även om frekvensen onekligen ökat krävs vidare analys av och arbete med vilka KVÅ-koder som utnyttjats, innan en sådan koppling kan göras med rimlig kvalitet.

En begränsande faktor i KVÅ-sammanhang är att det inte alltid finns tillgängliga nationella koder för relevanta psykiatriska åtgärder. Via Socialstyrelsen pågår dock ett arbete för att tillskapa relevanta koder för bland annat strukturerad suicidriskbedömning och upprättande av vårdplan.

## 7) 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.

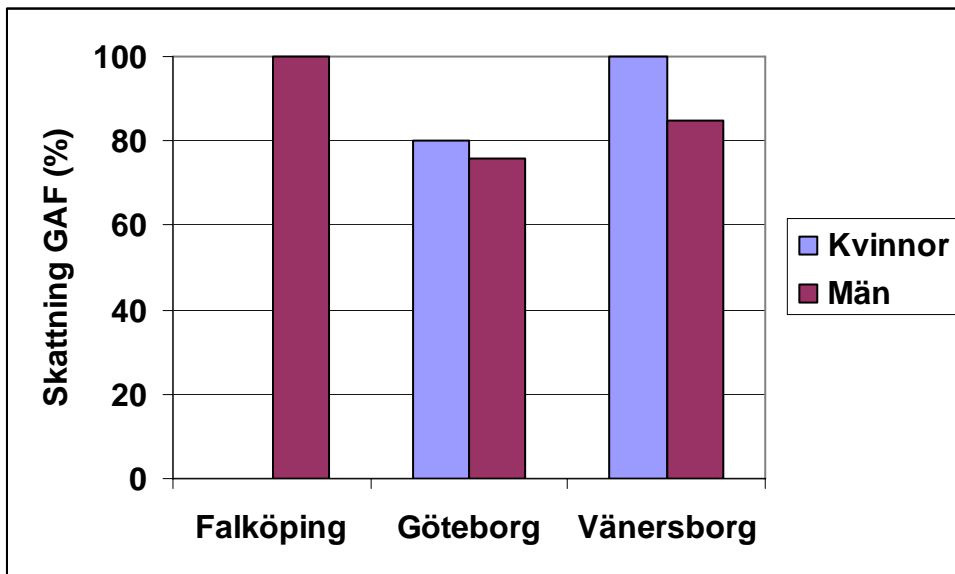
Aktuell kvalitetsindikator redovisar andelen patienter som bedömts med GAF-instrumentet de senaste 12 månaderna. Inom vuxenpsykiatri kunde berörda verksamheter välja mellan två redovisningsmetoder: retrospektivt urval (100 konsekutiva patienter före 2010-01-01) eller tolv månaders redovisning (2009-01-01 - - 2009-12-31). Inom barn- och ungdomspsykiatri ingår GAF-skattningar som en del i kvalitetsstjärnan.



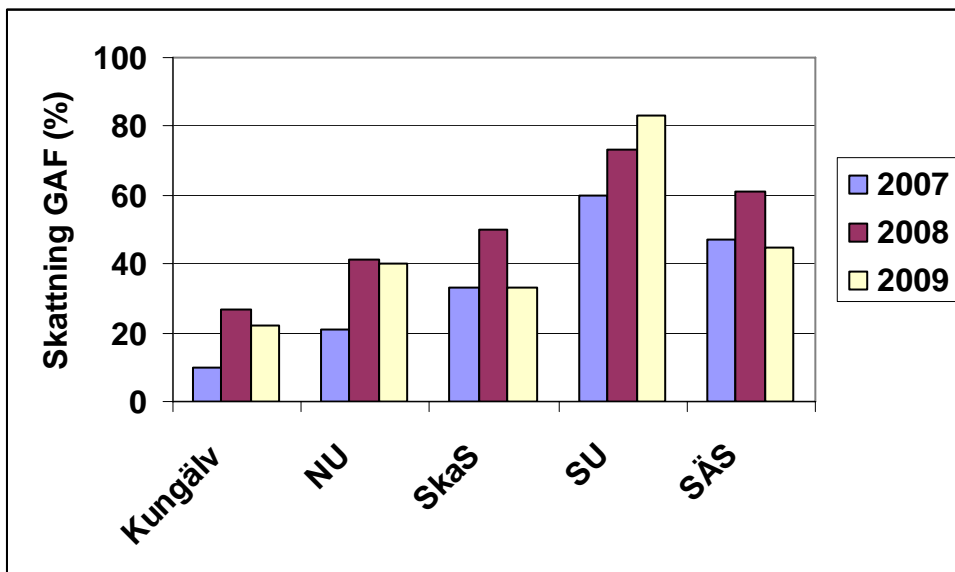
**Figur 16.** Andel patienter som bedömts med GAF-instrumentet inom vuxenpsykiatri Åren 2006-2009. Källa: *Respektive klinik.*

Inom vuxenpsykiatri (Figur 16) kan man på Kungälv, SU-Östra och SÄS notera en långsiktigt uppåtgående trend, vilket är positivt. NU, SkaS och SU-Möndal ligger under åren relativt stabilt på höga eller mycket höga andelar GAF-skattade patienter. Tyvärr finns inga uppgifter från SU-Sahlgrenska avseende 2009. Notera att GAF-skattningar inte används på beroendekliniken eller neuropsykiatriska kliniken på SU.

Klinikrapporter avseende 2009 från det nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatri, RättspsyK, möjliggör nu separatredovisning av GAF-skattande inom de rättspsykiatriska verksamheterna (Figur 17). Det bör noteras att andelen kvinnliga patienter inom rättspsykiatri är låg eller mycket låg.



**Figur 17.** Andel patienter som bedömts med GAF-instrumentet inom rättspsykiatrin år 2009. Källa: *RättspsyK klinikrapporter för verksamhetsåret 2009.*



**Figur 18.** Andel patienter som bedömts med GAF-instrumentet inom barn- och ungdomspsykiatrin åren 2007-2009. Källa: *Respektive klinik.*

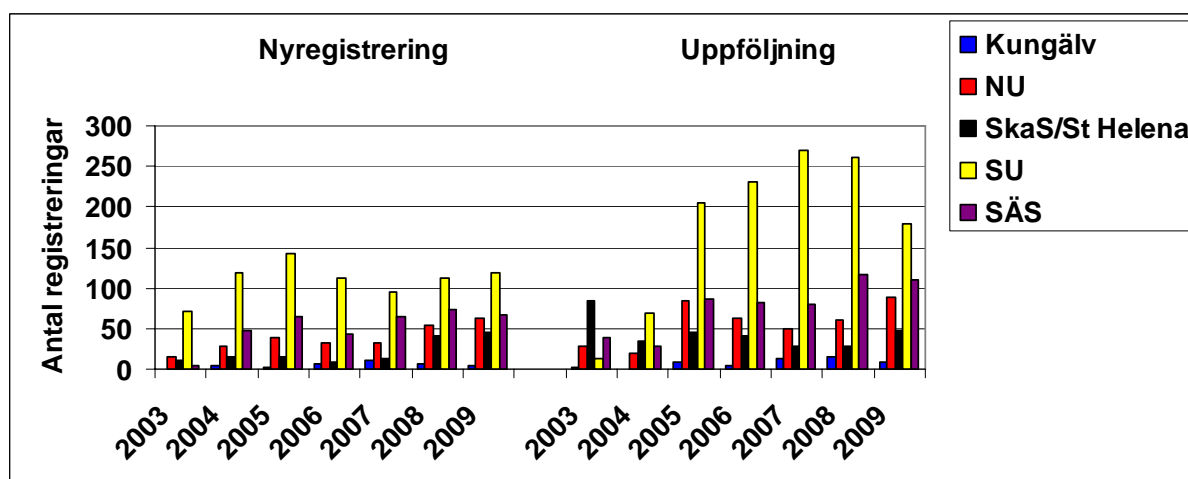
Inom barn och ungdomspsykiatrin ökar GAF-användandet på SU, medan de andra enheterna ligger still eller minskar något jämfört med tidigare (Figur 18). Generellt sett ligger GAF-skattandet på en lägre nivå inom barn- och ungdomspsykiatrin än inom vuxenpsykiatrin.

## 8) Registrering i kvalitetsregister

Rapporter från de nationella kvalitetsregistren bör kunna ge kunskap om hur patienter handläggs i klinisk praxis. Aktuell kvalitetsindikator är avsedd att ge 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 psykossjukdom
- RättspsyK – nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister

På grund av låg eller mycket låg anslutningsgrad och relativt låg upplevd relevans avseende några nationella kvalitetsregister fokuserar vi i årets rapport på RIKSÄT och RättspsyK.

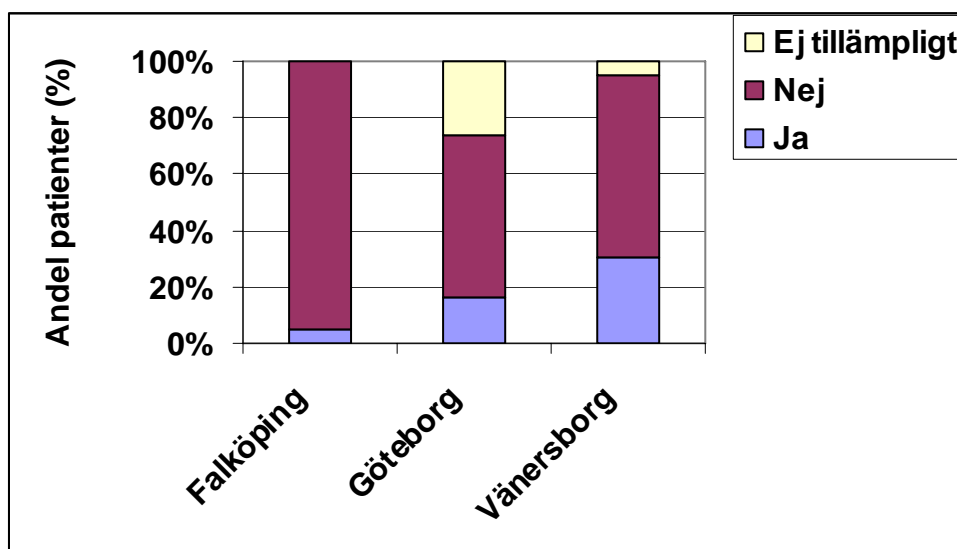


**Figur 19.** Antal nyregistreringar och uppföljningar i RIKSÄT åren 2003-2009. Källa: *Kompetenscentrum för psykiatriska kvalitetsregister.*

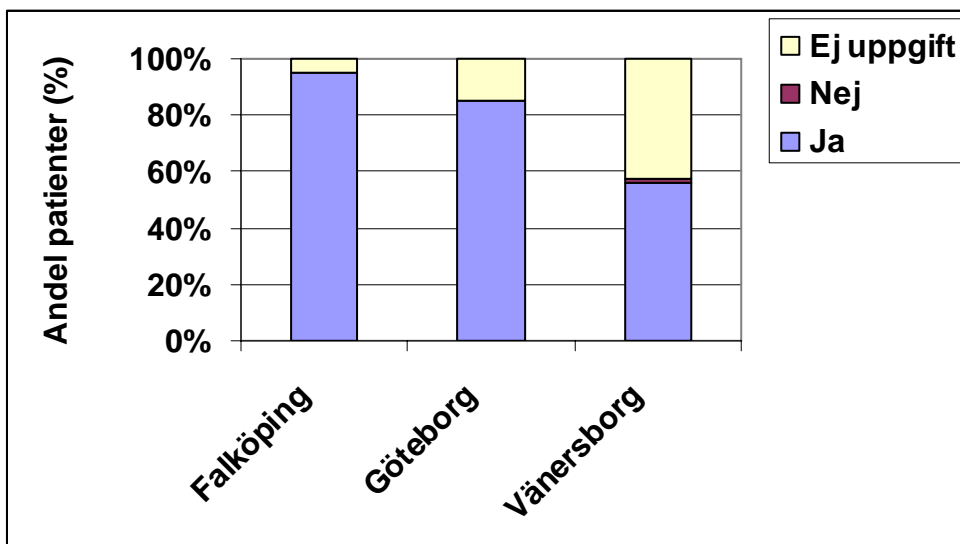
RIKSÄT är ett etablerat nationellt kvalitetsregister, som omfattar patienter med ätstörningsproblematik (anorexi, bulimi, ätstörning UNS), såväl hos barn och ungdomar som hos vuxna. I figur 19 redovisas antalet gjorda registreringar, inte enskilda individer, under åren 2003-2009. Nyregistreringar har 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.

Från RättspsyK finns det tillgängliga rapporter med data från de enskilda klinikerna avseende 2009, vilket möjliggör jämförande diskussioner. Den överväldigande majoriteten av patienter inom rättspsykiatri är män och för att inte riskera att dra för stora växlar på alltför små material redovisas endast data avseende män. Under 2009 var antalet uppföljda män 21 i Falköping, 148 i Göteborg och 59 i Vänersborg.

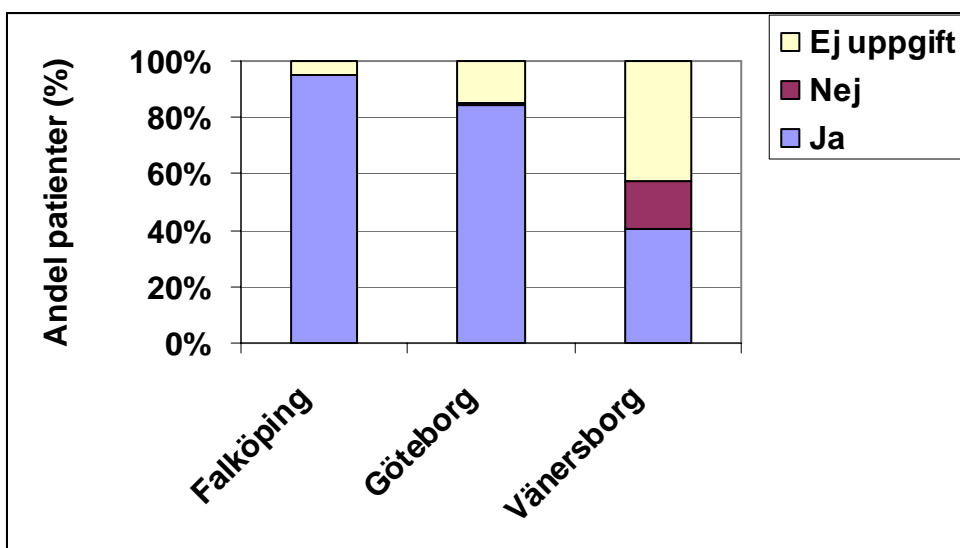
Figureerna 20, 21 och 22 redovisar data avseende brottsåterfall under slutenvårdstiden, genomförda riskanalyser och behandling utifrån genomförda riskanalyser. Som synes finns viss variation mellan klinikerna, vilket till en del kan förklaras av varierande rapporteringsgrad men säkert också av varierande patientsammansättning.



**Figur 20.** Andel manliga patienter som under slutenvårdstiden återfallit i brott. Med ej tillämpligt avses att patienten sköts i öppen vård. Källa: *RättspsyK klinikrapporter för verksamhetsåret 2009*.



**Figur 21.** Andel manliga patienter där riskanalys genomförts. Källa: RättspsyK klinikrapporter för verksamhetsåret 2009.



**Figur 22.** Andel manliga patienter som fått behandling utifrån identifierade riskfaktorer. Källa: RättspsyK klinikrapporter för verksamhetsåret 2009.

## Säker hälso- och sjukvård

### 9 ) 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 delårsboksluten 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 beräknas vara på plats från sista kvartalet 2010. Arbetsgruppen har därför återigen bedömt att det ännu inte är meningsfullt att göra en regional sammanställning av avvikelserapporterna men hyser gott hopp inför den närmaste framtiden.

## **10 ) Antalet suicid anmälda enligt Lex Maria**

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 4 redovisar antalet dylika fall per vuxenpsykiatrisk klinik under delar av år 2006 (1 februari – 31 december) samt åren 2007-2009.

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.

**Tabell 4.** Antal Lex Mariaanmälningar 2006-2009 på grund av självmord under eller inom fyra veckor efter vuxenpsykiatrisk vård. Källa: *Respektive sjukhus samt Socialstyrelsen.*

	Antal suicid anmälda enligt Lex Maria			
	2006*	2007	2008	2009**
Kungälv	3	5	1	0
NU	13	9	10	7
SkaS	3	9	2	9
SU-Mölndal	4	3	5	7
SU-Sahlgrenska	0	1	3	8
SU-Östra	2	6	3	7
SU-Beroendeklinik	2	3	7	6
SU-Neuropsykiatrisk klinik	1	0	1	0
SÄS	14	8	15	11
<b>Västra Götaland</b>	<b>42</b>	<b>44<sup>1</sup></b>	<b>47<sup>2</sup></b>	<b>55<sup>3</sup></b>

\* Avser 1 februari -31 december. \*\* Omfattar preliminära data från Socialstyrelsen

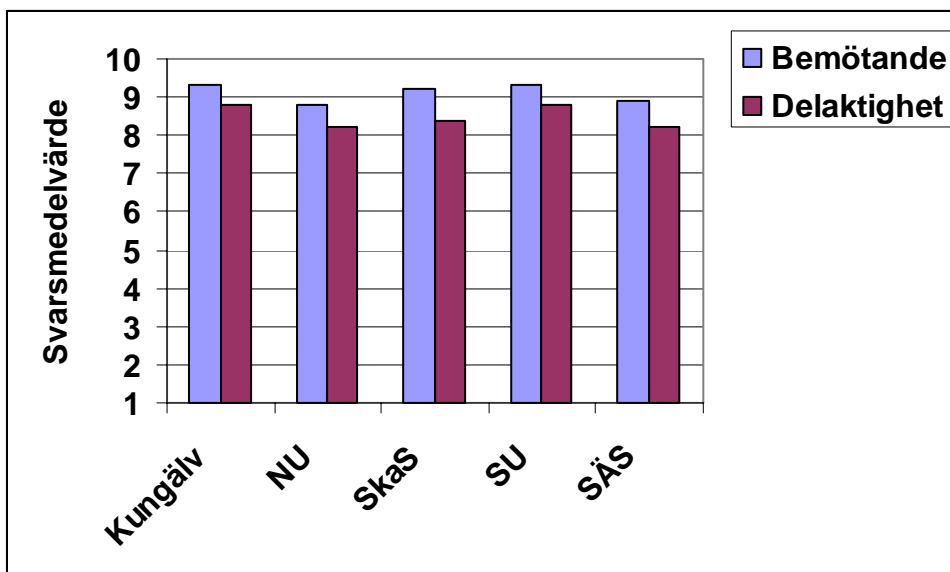
<sup>1</sup> Till denna siffra skall läggas en anmälan från barn- och ungdomspsykiatri. <sup>2</sup> Till denna siffra skall läggas tre anmälningar från barn- och ungdomspsykiatri och tre anmälningar från privata vårdgivare. <sup>3</sup> Till denna siffra skall läggas en anmälan från Lundby sjukhus.

## **Patientfokuserad hälso- och sjukvård**

### **11) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt**

Vuxenpsykiatri har tidigare använt *Din Syn på Vården* som regiongemensam patientenkät. Den senaste vuxenpsykiatriska enkäten genomfördes under vecka 17, 2009. Resultat från den enkätomgången redovisades redan i rapporten avseende 2008. Under 2010 har *Din Syn på Vården* inte använts utan istället den *Nationella patientenkäten*. Data från denna undersökning finns ännu inte tillgängliga, varför vi i föreliggande rapport inte kan redovisa patientupplevelse av bemötande och delaktighet inom vuxenpsykiatri. Data för 2007-2009 redovisas däremot i könsuppdelad form under indikator 17 nedan.

Barn- och ungdomspsykiatrins kvalitetsstjärna innehåller frågor som mäter bemötande av patienter och anhöriga. Inom barn- och ungdomspsykiatri besvaras frågorna av anhöriga och av patienter över 13 års ålder. Tyvärr har data för 2009 inte gått att få ut i samma detaljerade form som tidigare, vilket försvårar jämförelser mellan åren.



**Figur 22.** Svartsmedelvärde avseende patientupplevt bemötande och delaktighet inom barn- och ungdomspsykiatri 2009. Källa: *Kvalitetsstjärnan*.

Figur 22 redovisar bemötande och delaktighet inom barn- och ungdomspsykiatri år 2009. För faktorerna delaktighet och bemötande finns flera olika frågor i kvalitetsstjärnan. Varje fråga har svarsalternativen 1–10, där 10 är bäst. För bemötande har medelvärdet av samtliga svar på de ingående frågorna beräknats. Det samma gäller avseende delaktighet. Som synes är svartsmedelvärdet generellt sett mycket högt, vilket är positivt. Liksom tidigare år (om än med annan redovisningsform) varierar bilden något mellan de berörda klinikerna. Precis som tidigare år och i likhet med vuxenpsykiatri är resultatet bättre när det gäller bemötande än delaktighet.

## 12) Genomförda brukarråd

I utvecklingsplanerna för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri lyfts behovet av brukar- och anhängarflytande i form av brukarråd fram. De flesta, men dock inte alla, verksamheter har i nuläget regelbunden kontakt med brukar- och anhängarorganisationer. 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, anhängarför (företrädesvis regionala företrädare för nationell samverkan för psykisk hälsa; NSPH) och utförare
- Präglas av dialog och samverkan
- Dokumenteras

Inom vuxenpsykiatri genomfördes 104 brukarråd under 2009, vilket är en betydande ökning jämfört med tidigare år (tabell 5). I stort sett hela ökningen kan hänföras till aktiviteter inom NU-sjukvården, men även beroendekliniken på SU har under 2009 haft brukarråd och då tillsammans med socialtjänsten. Förekomsten är mycket ojämnt fördelad mellan respektive kliniker. På SU-Sahlgrenska genomfördes inte formella brukarråd 2008 då det varit svårt att bemanna dessa från brukarorganisationerna. Däremot genomförs brukarrevision på kliniken. För 2009 finns tyvärr ingen uppgift från SU-Sahlgrenska.

**Tabell 5.** Antal genomförda brukarråd 2007-2009 per vuxenpsykiatrisk klinik. Källa: *Respektive klinik.*

	Antal brukarråd		
	2007	2008	2009
Kungälv	4	4	5
NU	0	5	69
SkaS	2	2	2
SU-Mölndal	5	5	5
SU-Sahlgrenska	0	0	-
SU-Östra	6	6	7
SU-Beroendeklinik	0	0	2
SU-Neuropsykiatri	1	1	1
SU-Rättspsykiatri	0	0	0
SÄS	13	12	13
<b>Västra Götaland</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>104</b>

När det gäller barn- och ungdomspsykiatri har SÄS angivit att inga brukarråd genomfördes under 2009. Övriga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter har tyvärr inte lämnat några uppgifter. Notera dock att Kungälvs psykiatriska klinik innefattar såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet och att brukarråden därmed är specialitetsövergripande och gemensamma.

Det finns ett antal patient-, brukar-, och närståendeorganisationer i Västra Götaland. De är dock ojämnt geografiskt spridda och har varierande aktivitetsgrad. Regeringen har i ett antal år gett stöd till organisationerna i syfte att stärka deras roll och därigenom har Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) tillskapats. I dagsläget har NSPH en lokalavdelning i Göteborg, men saknar lokalavdelningar i övriga länet liksom en regionövergripande organisation. Antalet genomförda brukarråd är delvis avhängigt aktiviteten i de olika patient-, brukar- och närståendeorganisationerna.

## **Effektiv hälso- och sjukvård**

### **13) Skriftlig vårdplan**

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

Inom vuxenpsykiatrien 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 skriftlig vårdplan nu i princip beskrivas inom vuxenpsykiatrien.

Tabell 6 redovisar procentandelen vuxenpsykiatriska patienter som under år 2008 respektive 2009 hade en giltig skriftlig vårdplan i enlighet med sektorsrådets kriterier. Fortfarande är andelen patienter med giltig skriftlig vårdplan generellt sett påfallande låg. Som synes kan dock betydligt fler kliniker redovisa siffror för 2009 än vad som var fallet för 2008. Två kliniker har inte kunnat rapportera data för 2009, vilket inte torde bero på att giltiga skriftliga vårdplaner saknas utan snarare på viss kvarstående ovana att arbeta med denna typ av utsökningar i kombination med tidsbrist och bristande IT-stöd.

**Tabell 6.** Andelen patienter med skriftlig vårdplan inom vuxenpsykiatrien åren 2008 och 2009. Källa: *Respektive klinik.*

	Andel patienter med skriftlig vårdplan (%)	
	2008	2009
Kungälv	-	16
NU	-	-
SkaS	-	-
SU-M	5	8
SU-S	14	21
SU-Ö	8	8
SU-Beroende	16	21
SU-Neuropsyk	-	23
SU-RPV	-	34
SÄS	32	34

Inom barn- och ungdomspsykiatrien 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. Faktiska data för barn- och ungdomspsykiatri kan tyvärr ännu inte redovisas.

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 psykiatri, vilket rimligen innebär att siffrorna framgent torde bli mer heltäckande och nå högre procentuella nivåer (dnr RSK 798-2009).

#### **14) Återinskrivning efter vård för schizofreni**

I storleksordningen 1 % av befolkningen drabbas av schizofreni. Risken att insjukna är högst i ungdomen och i viss mån efter 70 års ålder. Förekomsten (prevalensen) av schizofreni vid en given tidpunkt är 0,2-0,5 %. Sjukdomen har ofta ett långdraget förlopp. Allvarlighetsgraden varierar stort mellan olika individer. Sjukdomen förlöper ofta i episoder och mellan skoven kan många patienter med behandlande insatser uppnå god symtomkontroll. För andra är schizofreni däremot en svårt handikappande sjukdom med stort lidande och betydande negativa sociala konsekvenser. Schizofreni är en av de vanligare orsakerna till självmord.

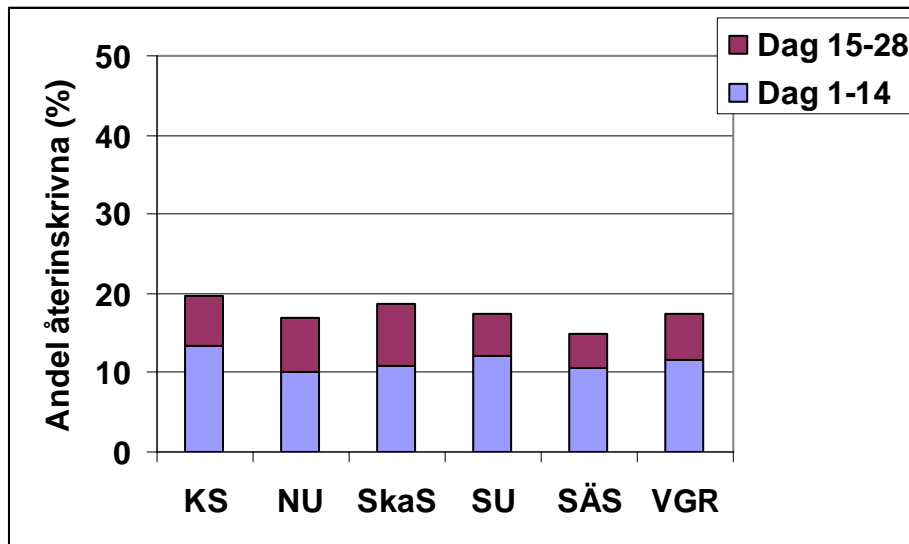
I *Öppna Jämförelser 2009* introducerades indikatorn återinskrivning 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni. Målet var att belysa alltför tidig utskrivning, alternativt utskrivning där det fortsatta omhändertagandet i öppenvård inte fungerat i tillräcklig omfattning eller varit samordnat på ett bra sätt. I *Öppna Jämförelser 2009* omfattade indikatorn tidsperioden 2005-2007. Riksgenomsnittet var cirka 11 % återinskrivna patienter efter 14 dagar och 16 % efter 28 dagar. Västra Götaland låg nära riksgenomsnittet.

Figur 23 redovisar andelen återinlagda efter vård för schizofreni. Totalt i Västra Götaland var 11,5 % återinlagda efter 1-14 dagar och 17,3 % efter 1-28 dagar. Det bör betonas att vi redovisar en indikator som inte fullt ut överensstämmer med den som presenteras i *Öppna Jämförelser*. Vi redovisar, till skillnad från *Öppna Jämförelser*, inte ålderstandardiserade data. Dessutom är tidsperioderna något annorlunda, då vi redovisar data för en senare tidsperiod (2007-01-01 - - 2010-01-31), vilket innebär att diagnossättningen ökat. Vega har dessutom generellt en större andel diagnoskodade vårdkontakter, eftersom Vega uppdateras, vilket Patientregistret inte gör.

Notera att vi utnyttjar tidsintervallen 1-14 respektive 1-28 dagar och alltså exkluderar dag noll det vill säga själva utskrivningsdagen. Detta eftersom sjukhusen skiljer sig så kraftigt åt i antalet utskrivningar dag noll att man tvingas misstänka skillnader i administrativa snarare än medicinska rutiner. Enligt tillgängliga Vega-data var regionsnittet för återinskrivning dag noll 3,5 %, med en spridning från 1,3 % (SkaS och SÄS) till 13,2 % (NU). Detta bör undersökas närmare!

Den skillnad i andelen återinlagda som noteras mellan sjukhusen är svårvärderad. Det kan finnas viss medicinsk variation i kriterierna för återinläggning, men också skillnader i antalet slutenvårdsplatser och i hur väl öppenvård och samverkan med andra aktörer fungerar. Vi instämmer i konklusionen från *Öppna Jämförelser 2009*:

*Denna indikator behöver utvecklas, till exempel med hjälp av journalgranskningar, för att försöka klargöra i vilken mån återinskrivningar är påverkbara och kan fungera som indikator på kvalitet.*



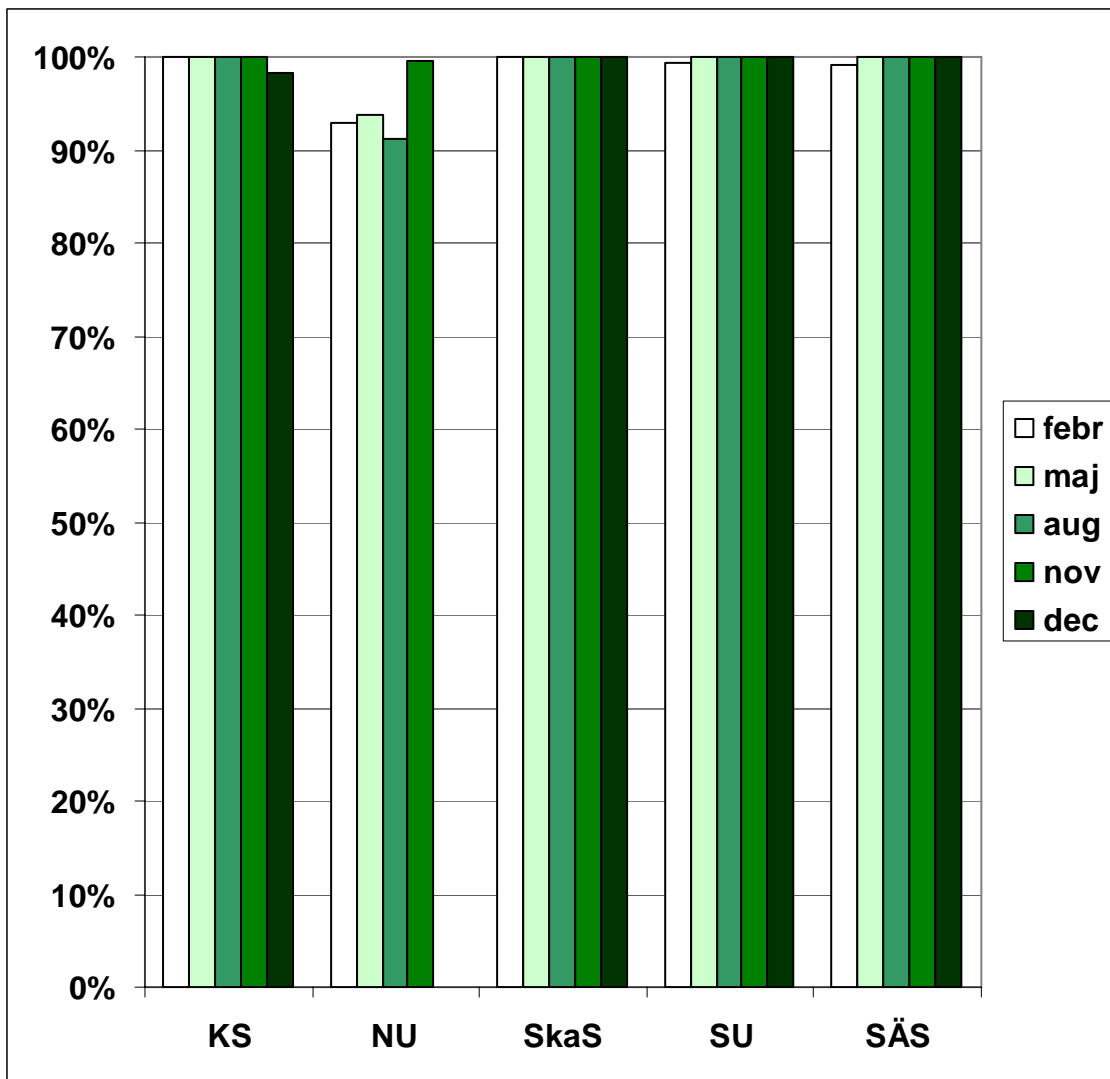
**Figur 23.** Andelen patienter som under perioden 2007-01-01 - - 2010-01-31 blivit återinlagda inom 1-14 respektive 1-28 dagar (dag 1-14 plus dag 15-28) efter vård för schizofreni. Observera skalan på y-axeln. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

## **Hälso- och sjukvård i rimlig tid**

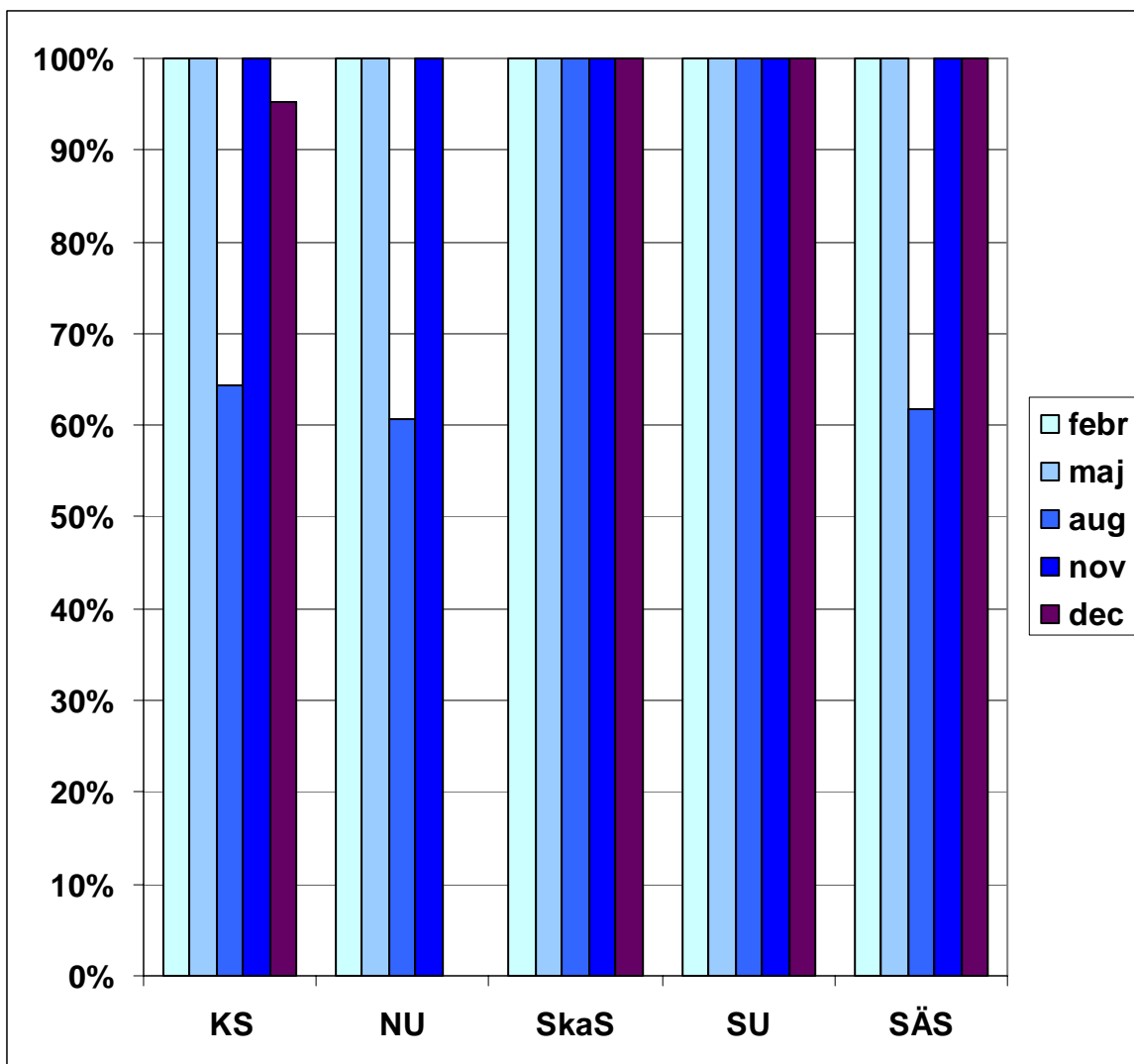
### **15) Andel väntande inom vårdgarantigränserna**

Inom vuxenpsykiatri 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 ungdomspsykiatri mäter kvalitetsindikatorn andelen patienter som väntat på besök mindre än 30 dagar efter vårdbegäran, plus de patienter som väntat mindre än 180/60 dagar då de själva avstått från vårdgarantin. Den skärpta gränsen 60 dagar inom barn- och ungdomspsykiatri gäller f o m den 1 oktober 2009

Inom vuxenpsykiatri var måluppfyllelsen generellt sett mycket god. Så var fallet även inom barn- och ungdomspsykiatri även om vissa kliniker hade betydligt lägre måluppfyllelse i slutet av sommaren, vilket säkert delvis hänger samman med att den regionala väntetidsmätningen tillämpade 60-dagarsgränsen redan från augusti (Figur 24 och 25).



**Figur 24.** Andelen vuxenpsykiatriska patienter inom Västra Götalandsregionen som år 2009 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 25.** Andelen barn- och ungdomspsykiatriska patienter inom Västra Götalandsregionen som 2009 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.*

### **Jämlig hälso- och sjukvård**

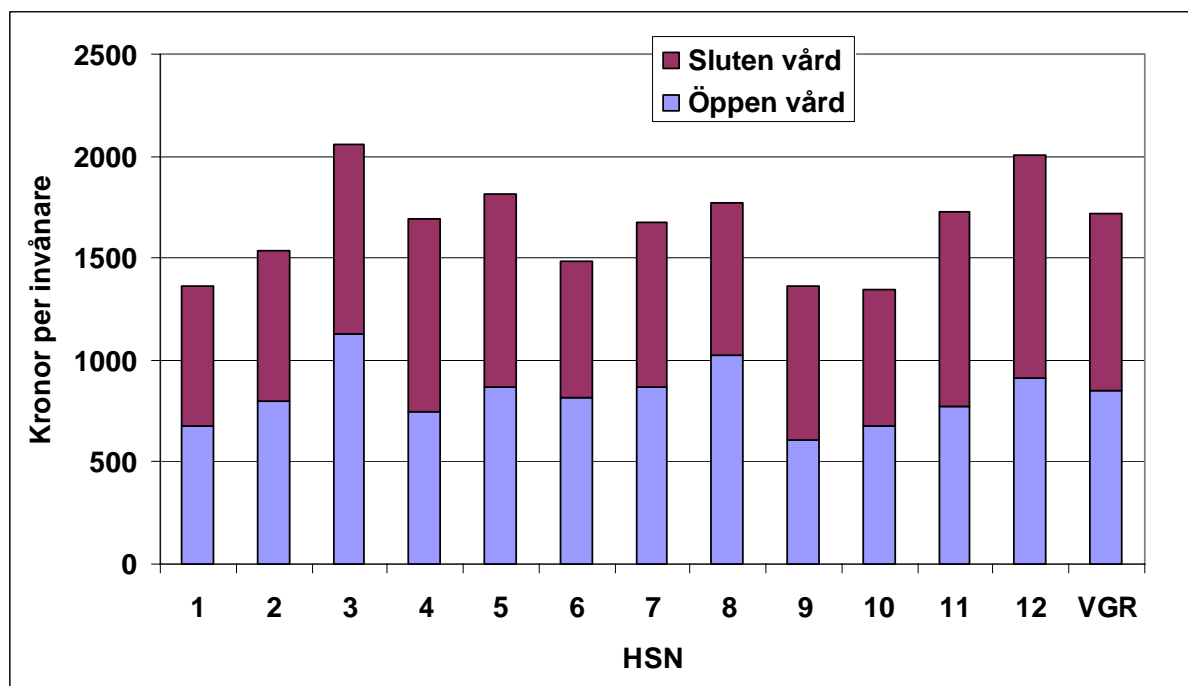
I tidigare rapporter har vi under huvudrubriken jämlig hälso- och sjukvård enbart redovisat kostnader för specialiserad psykiatrisk vård. Den indikatorn finns med även i året rapport, om än i något bantad form. Dessutom introducerar vi ett nytt mått; könsuppdelade data avseende patientupplevt bemötande och delaktighet.

### **16) Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård**

Indikatorn mäter hälso- och sjukvårdsnämndernas faktiska kostnad för *egenproducerad* specialiserad psykiatrisk vård. Däremot ingår *inte* köpt psykiatrisk specialistvård eller den psykiatriska vård som bedrivs inom primärvården. I tidigare årsrapporter har även köpt

specialiserad psykiatrisk vård ingått, vilket innebär att de redovisade beloppen för 2009 inte är helt jämförbara med tidigare år.

Av figur 26 framgår att den genomsnittliga kostnaden för egenproducerad specialiserad psykiatrisk vård var 1718 kronor per invånare under 2009. Den lägsta kostnaden återfinns i Norra Bohuslän (HSN 1) med 1359 kronor, Västra och Östra Skaraborg (HSN 9 och 10) med 1362 respektive 1347 kronor per invånare. De högsta kostnaderna finns i Trestad (HSN 3) och Göteborg Nordost (HSN 12) med 2058 respektive 2003 kronor per invånare.



**Figur 26.** Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad per invånare för egenproducerad specialiserad psykiatrisk vård (barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri) år 2009. Källa: Vårddatabasen Vega.

Tabell 7 visar utvecklingen över tid av den procentuella fördelningen mellan kvinnor och män avseende fakturerade kostnader för specialiserad psykiatrisk vård. Det bör betonas att jämförelser mellan åren kan vara missvisande, dels då ersättningssystemet varierar över tid, dels då bara egenproducerad vård omfattas av föreliggande rapport. Med detta taget i beaktande har den kraftiga ökningen av kvinnornas andel av kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården i Västra Götaland som noterades mellan 2006 och 2007 stabiliserats. År 2009 stod kvinnorna för 53,5 % och männen för 46,5 % av kostnaderna. Männen dominerar liksom tidigare stort när det gäller kostnader för psykiatrisk vård bland individer i Göteborg utan känd nämndtillhörighet.

**Tabell 7.** Procentuell fördelning mellan kvinnor och män av fakturerade kostnader för specialiserad psykiatrisk vård 2006-2009. Källa: *Vårddatabasen Vega*.

	2006		2007		2008		2009	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
HSN 1	49,7	50,3	54,4	45,6	52,1	47,9	50,3	49,7
HSN 2	49,5	50,5	57,6	42,4	54,0	46,0	54,0	46,0
HSN 3	50,1	49,9	55,4	44,6	54,5	45,5	53,7	46,3
HSN 4	49,6	50,4	56,2	43,8	55,4	44,6	55,1	44,9
HSN 5	51,2	48,8	54,6	45,4	53,2	46,8	52,9	47,1
HSN 6	50,2	49,8	58,6	41,4	60,9	39,1	54,4	45,6
HSN 7	50,3	49,7	55,5	44,5	54,7	45,3	55,3	44,7
HSN 8	50,4	49,6	57,7	42,3	58,5	41,5	56,2	43,8
HSN 9	50,1	49,9	52,1	47,9	53,0	47,0	55,7	44,3
HSN 10	50,0	50,0	57,1	42,9	54,4	45,6	55,0	45,0
HSN 11	49,9	50,1	50,6	49,4	50,3	49,7	53,6	46,4
HSN 12	50,5	49,5	48,7	51,3	46,7	53,3	50,5	49,5
Okänd Gbg <sup>1</sup>	/	/	13,5	86,5	20,2	79,8	17,0	83,0
<b>VGR</b>	<b>50,2</b>	<b>49,8</b>	<b>53,7</b>	<b>46,3</b>	<b>53,1</b>	<b>46,9</b>	<b>53,5</b>	<b>46,5</b>

<sup>1</sup>Avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet.

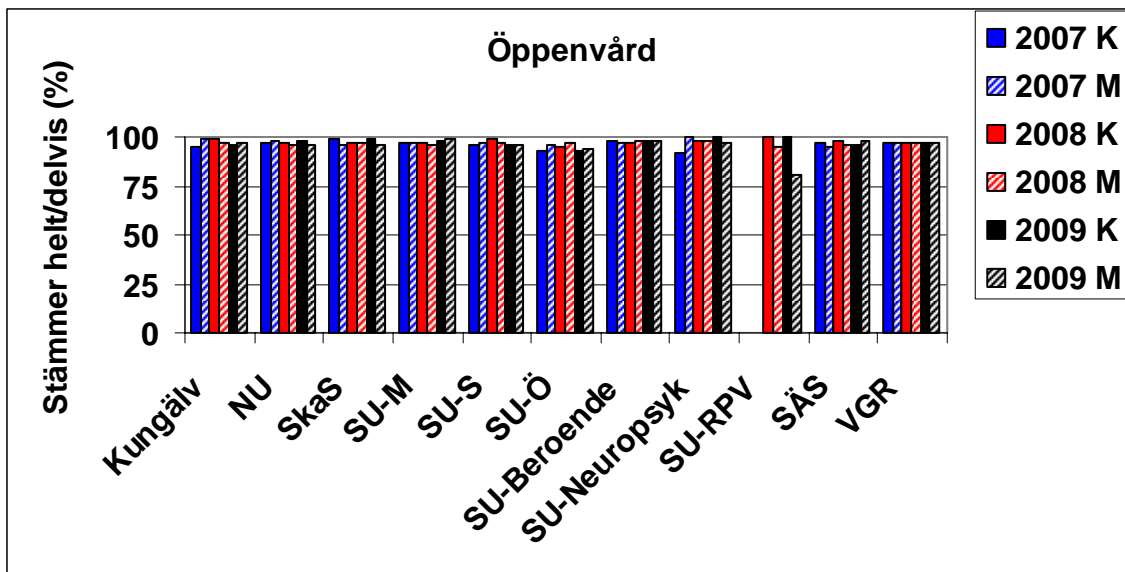
De ovan redovisade beloppen avser hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader, vilket skall skiljas från respektive sjukhus faktiska kostnader för psykiatrisk vård. Vi saknar exakt kunskap om i vilken grad dessa två kostnadsmått överensstämmer.

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

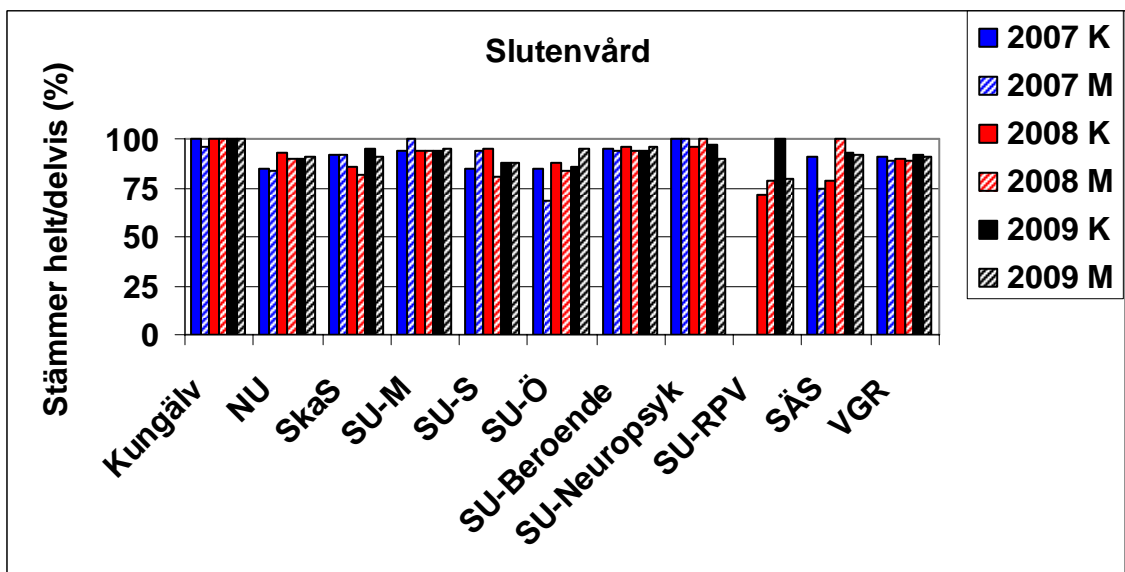
- Den bakomliggande psykiska ohälsan. Det finns t ex en viss samvariation med psykiskt välbefinnande (kvalitetsindikator 1).
- Historiska investeringar i psykiatrisk vård, vilka fortfarande påverkar vårdens omfattning.
- Den psykiatriska organisationens effektivitet och produktivitet.

## 17) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt

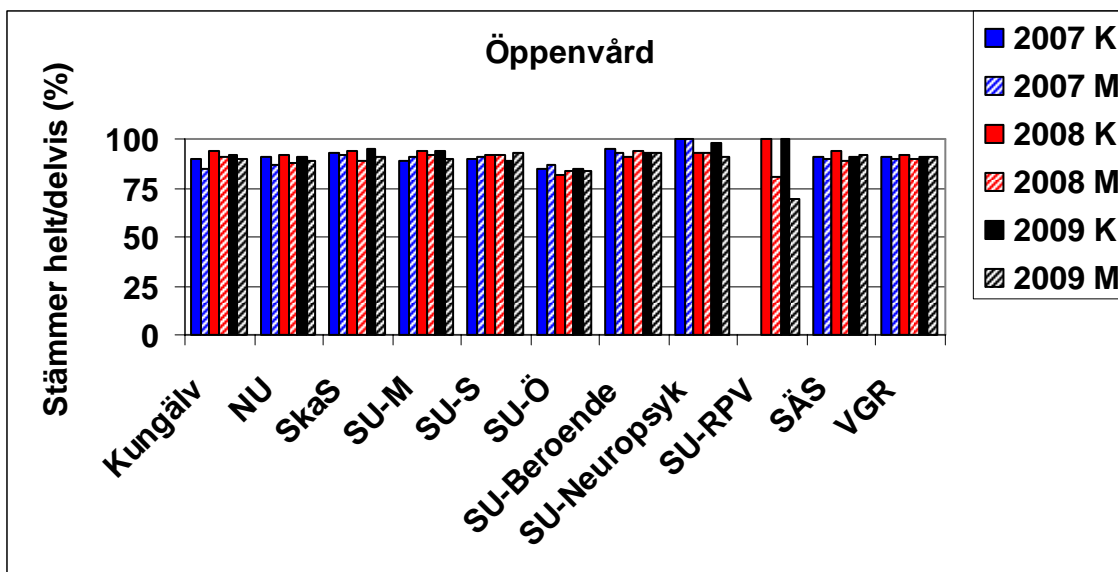
För bakgrundsinformation se indikator 11 ovan. Figurerna 27, 28, 29, 30 redovisar patientupplevelse av bemötande och delaktighet, separat för kvinnor och män, såväl inom öppen som inom sluten vuxenpsykiatrisk vård åren 2007-2009.



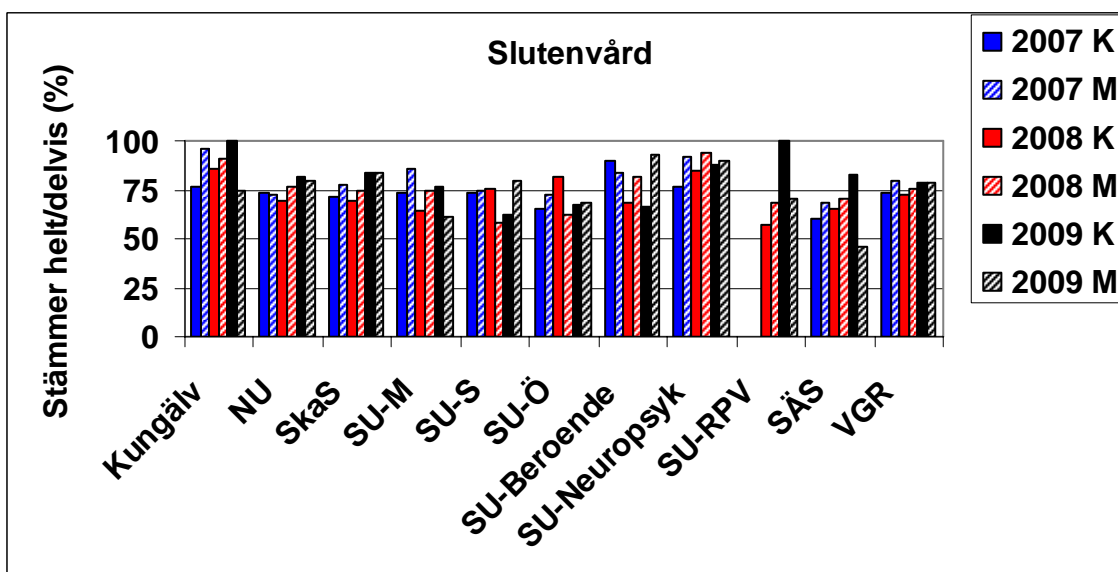
**Figur 27.** Patientuppfattning (könsuppdelade data) om bemötande inom vuxenpsykiatrins öppenvård åren 2007-2009. Påståendet var "Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet". Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.



**Figur 28.** Patientuppfattning (könsuppdelade data) 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*.



**Figur 29.** Patientuppfattning (könsuppdelade data) 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 30.** Patientuppfattning (könsuppdelade data) 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*.

Dessa data (ej könsuppdelade) kommenterades utförligt i *Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat 2008*. Vi konkluderade då att en mycket stor majoritet av patienterna inom öppenvården var nöjda med bemötandet, men att det generellt sett fanns ett lite större missnöje i slutenvården än i öppen vård. Även när det gällde delaktighet var

den övervägande delen av öppenvårdspatienterna nöjda och precis som när det gällde bemötande var en något större andel missnöjda med delaktigheten inom slutenvården än inom öppen vård. Vi konstaterade också det förelåg en relativ osäkerhet i tolkningen av data, eftersom svarsfrekvensen inom slutenvården var relativt låg på flera kliniker.

De allmänna slutsatser som drogs i föregående rapport avseende bemötande och delaktighet äger sin giltighet också när data redovisas separat för kvinnor och män. Problemet med låg svarsfrekvens och åtföljande tolkningssvårigheter får dock ännu större genomslag och försvårar tolkningen ytterligare (tabell 8 och tabell 9). Givet detta verkar det inte föreligga några systematiska skillnader mellan könen avseende patientupplevelsen av bemötande och delaktighet inom den specialiserade psykiatriska vården. Man bör också beakta att olika kliniker har ett delvis olikartat patientunderlag, vilket kan påverka resultatet.

**Tabell 8.** Antal patienter (könsuppdelade data) inom vuxenpsykiatrin som 2007-2009 besvarat bemötandefrågan. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

	Öppenvård						Slutenvård					
	2007		2008		2009		2007		2008		2009	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Kungälv	165	95	153	88	166	86	18	23	21	22	6	4
NU	523	303	479	307	488	336	65	68	69	99	79	80
SkaS	456	211	358	155	374	195	60	58	61	67	63	62
SU-M	288	156	302	162	239	132	31	7	17	16	33	18
SU-S	294	170	290	145	276	167	26	16	39	26	32	25
SU-Ö	279	138	253	115	260	100	27	22	34	24	36	20
SU-Bero	164	229	185	331	205	365	38	109	22	53	16	46
SU-Neur	13	12	63	44	58	33	21	14	27	18	33	10
SU-RPV	-	-	2	21	1	26	-	-	7	42	1	30
SÄS	508	293	465	277	540	303	22	16	38	20	29	13
<b>VGR</b>	<b>2690</b>	<b>1607</b>	<b>2550</b>	<b>1645</b>	<b>2607</b>	<b>1743</b>	<b>308</b>	<b>333</b>	<b>335</b>	<b>387</b>	<b>328</b>	<b>308</b>

**Tabell 9.** Antal patienter (könsuppdelade data) inom vuxenpsykiatri som 2007-2009 besvarat delaktighetsfrågan. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

	Öppenvård						Slutenvård					
	2007		2008		2009		2007		2008		2009	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Kungälv	161	95	151	88	164	86	17	23	21	22	6	4
NU	518	302	473	307	481	335	64	68	68	98	78	80
SkaS	456	209	355	155	372	194	60	58	59	64	63	61
SU-M	285	156	299	160	237	130	30	7	17	16	34	18
SU-S	292	170	289	144	277	166	26	16	37	26	32	24
SU-Ö	279	138	252	113	258	98	26	22	32	24	37	19
SU-Bero	164	229	183	331	202	362	39	111	22	53	15	44
SU-Neur	13	12	60	44	60	34	21	12	26	17	32	10
SU-RPV	-	-	2	21	1	26	-	-	7	41	1	30
SÄS	506	292	463	276	537	302	20	16	38	20	29	13
<b>VGR</b>	<b>2674</b>	<b>1603</b>	<b>2527</b>	<b>1639</b>	<b>2589</b>	<b>1733</b>	<b>303</b>	<b>333</b>	<b>327</b>	<b>381</b>	<b>327</b>	<b>303</b>

### **Fortsatt arbete**

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

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

Föreliggande regionala rapport täcker in indikatorerna I, II, V, VII och VIII. Indikator V är ny för i år. Indikator III och IV kan inte sägas vara entydiga mått på den specialiserade

psykiatrins uppdrag, utan innefattar betydande/dominerande komponenter av allmänmedicin, invärtesmedicin, geriatrik med flera verksamhetsområden. Indikator VI är ett potentiellt spännande mått som speglar den specialiserade psykiatrin på ett tydligare sätt, men som kräver tillgång till individdata ur läkemedelsregistret, vilket inte har varit genomförbart.

Socialstyrelsen kommer under sommaren 2010 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 denna nationella rapport kommer troligen ytterliga kvalitetsindikatorer att kunna vaskas fram för det fortsatta regionala arbetet.

Arbetsgruppen noterar med tillfredsställelse att vi nu för första gången kan publicera annan information från de nationella kvalitetsregistren än blott och bart rapporteringsgrad. De samlade klinikrapporterna från RättspsyK rymmer betydande mängder relevanta och intressanta uppgifter om vården på de enskilda rättspsykiatriska enheterna. Vi har av utrymmesskäl tvingats begränsa oss till ett mindre urval, men den intresserade finner det kompletta materialet på <http://www.incanet.se/Nationellt-kvalitetsregister-for-RattpsyK/>. Låt oss hoppas att övriga kvalitetsregister kan komma att leverera motsvarande information framgent. Strukturerad återrapportering är ju faktiskt en betydande del av registrens existensberättigande.

En viktig komponent i det fortsatta arbetet mot mer resultatorienterade kvalitetsindikatorer är fortsatta analyser av användandet av KVÅ-koder (indikator 6), i all synnerhet i kombination med diagnoskoder (indikator 5). I ljuset av den betydligt större användningen av KVÅ-koder 2009 än 2008 är tiden nu mogen att genomföra fördjupade analyser, dels av kvalitativ natur (vilka KVÅ-koder används), dels av kopplingen mellan tillstånd och relevant åtgärd d v s mellan diagnoskoder och KVÅ-koder.

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 de regionala planeringsdirektiven. Det är därför glädjande att vi i årets rapport har kunnat få in betydligt mer fullständig information kring skriftliga vårdplaner än vad som var faller i rapporten för 2008. Samtidigt kan konstateras att ett betydande arbete återstår innan vi kan anse oss nöjda

Liksom i föregående års rapporter tvingas arbetsgruppen konstatera att vi på patientsäkerhetsområdet fortfarande i väsentlig grad saknar relevant information. Den utökade rapportering till Socialstyrelsen avseende psykiatriskt tvångsvårdade patienter, som diskuterades i föregående kvalitetsindikatorrapport, har nu sjösatts. Detta innebär att vi inför kommande rapporter har en ny viktig källa till potentiella kvalitetsindikatorer.