Region Stockholm

10

Yttrande över regionrevisorernas rapport 4/2019 Psykiatrisk öppenvård – Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer samt vårdövergångar

HSN 2019-1987

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykiatri
Caroline Palo

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-01-31

HSN 2019-1987

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över regionrevisorernas rapport 4/2019 Psykiatrisk öppenvård – Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer samt vårdövergångar

Ärendebeskrivning

Regionsrevisorerna har översänt rapporten 4/2019 Psykiatrisk slutenvård, Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer samt vårdövergångar till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande. Revisorerna har i rapporten analyserat den psykiatriska öppenvården med ett särskilt fokus på barn och ungdomspsykiatri och behandling av patienter med depression och ångestsyndrom.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Regionrevisorernas rapport 4/2019

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i psykiatriberedningen.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till regionrevisorerna.

Förvaltningens motivering till förslaget

Revisorernas granskning visar att vårdövergångar mellan barn- och ungdomspsykiatrin behöver underlättas för unga vuxna med depression och ångestsyndrom och att hälso- och sjukvårdsnämnden bör i avtal med utförare av psykiatrisk vård säkerställa att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller

primärvården möjliggör en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder. Revisorernas granskning visar också på att följsamheten till riktlinjer och vårdprogram öka för att säkerställa en jämlik psykiatrisk öppenvård.

I det följande kommenterar förvaltningen den särskilda frågan som revisorerna vill ha svar på.

Hur hälso- och sjukvårdsnämnden avser att säkerställa att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården möjliggör en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder.

Förvaltningen har tecknat nya avtal med Stockholms läns sjukvårdområde (SLSO) som trädde i kraft 2019. Förvaltningen anser att de aktuella avtalen innehåller en anpassning till flexibla åldersgränser och underlättar därmed övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin mer än i de tidigare avtalen. I samtliga avtal med SLSO finns följande avtalsskrivning angiven:

”*Vårdgivaren ska utifrån patientens vårdbehov tillämpa en flexibel åldersgräns mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin.*”

Förvaltningen har med utgångspunkt från tillitsbaserad styrning medvetet uteslutit en detaljerad åldersangivelse i avtalen för att skapa en högre flexibilitet för vårdgivaren att själva avgöra när en övergång ska påbörjas för en patient till öppenvården.

Förvaltningen har vidare i samband med den löpande uppföljning för SLSO 2019, tillfrågat barn och ungdomspsykiatrin (BUP) specifikt hur de möjliggör flexibla övergångar mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. BUP har i samband med frågeställningen tagit fram den SLSO-gemensamma riktlinjen[1] inom VO Psykiatri som lyfter betydelsen av tidiga kontakter i de ärenden där detta är påkallat samt en beredskap för flexibilitet. BUP har också angett att de i samband med det pågående arbetet med att ta fram processkartor barn och unga mellan 0-17 år även inkluderat frågan om vissa patientgrupper där mognadsgrad, psykiatrisk problematik och biologisk ålder kan påverka när en övergång till vuxenpsykiatrin är lämplig att påbörja, för att bättre kunna möta det individuella vårdbehovet.

[1] Överföring av patient från BUP till vuxenpsykiatrin- riktlinje för VO Psykiatri SLSO:RIK-15388-v.3.0

Eftersom SLSO:s riktlinje blev klar i maj 2019 så finns en ökad förståelse från förvaltningens sida att det i dagsläget är en lägre andel av SLSO:s personal som har kännedom om denna riktlinje och anser att det kan vara svårt att mäta kunskap innan organisationen har hunnit att implementera en ny riktlinje. Förvaltningen avser att fortsätta att följa upp frågan om vårdövergångar och har med det i uppföljningsplanen för SLSO 2020.

För att säkerställa en jämlik psykiatrisk öppenvård i hela regionen avser förvaltningen att påbörja en dialog under 2020 med de upphandlade parterna att tillämpa en flexibel övergång från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin. Inom avtalet med PRIMA (barn- och ungdomspsykiatri) finns redan samma formulering i avtalet men förvaltningen avser att arbeta med aktuella vuxenavtal där We Mind och Praktikertjänst redan är positiva till att samarbeta med SLSO enligt den framtagna rutinen.

I revisorernas rapport framgår det ett önskemål om att förvaltningen borde genomföra en avtalsmässig justering av ersättning kopplat till tillämpningen av flexibel åldersgräns så att det finns ekonomiska incitament för verksamheterna att öka anpassningen till den enskilda individens behov oavsett ålder. Förvaltningen noterar revisionens bedömning och tar till sig denna synpunkt men anser att revisorerna inte har en fullständig förståelse för den valda ersättningsmodellen som förvaltningen har valt för SLSO avtalen. Den valda ersättningsmodellen med en fast ersättning på 70 procent och en rörlig på 30 procent innehåller inga valda stimulansmedel. I de nya avtalen har fokus istället förflyttats från ekonomistyrning till patientens behov för att undvika att vårdgivaren lägger för stort fokus på särskilda åtgärder. Förvaltningen har i tidigare svar till revisorerna angett att de nya avtalen med SLSO har haft sin utgångspunkt från principen om tillitsstyrning för att möjliggöra en högre grad av kvalitetsuppföljning. Avsikten med den nya modellen är att uppnå ett större fokus på kvalitén och därmed öka utvecklingstakten och därför ingår inga särskilda ersättningar i modellen. Förvaltningens syfte med nya styrningen är att i ett tidigare skede kunna öka möjligheten för justeringar i beställd vård och anpassa uppföljningsmetodiken så att uppföljningsresultat gagnar patienten snabbare och resurserna nyttjas effektivare.

Psykiatrienheten på förvaltningen har också under 2019 genomfört en förstudie för en förstärkt första linje för psykisk ohälsa som ingick i budgetdirektivet 2019. Förstudien är ett första steg i att skapa en primärvård som är rustad att möta det vårdbehov som finns kring psykisk ohälsa, där fler aktörer berörs och där både barn- och vuxna är patienter. Förvaltningen kommer att med utgångspunkt från studiens rekommendationer påbörja ett internt arbete på förvaltningen under 2020

för att öka förutsättningarna för en jämlik psykiatrisk öppenvård och stärka möjligheterna för första linjens aktörer att följa vårdprogram och riktlinjer, däribland övergången från barn- till vuxenpsykiatrin. Som påpekas i rapporten så finns det en möjlighet att övergångar sker till primärvård från BUP och från barn- och ungdomsmottagningar (BUMM) till specialistpsykiatrin. Detta beror på att det är olika avtalskonstruktioner men kraven kvarstår för vårdgivaren att samverka med rätt vårdnivå för att flytta över en patient. För de fall där aktuella vårdgivare inom BUMM bedömer ett behov att gå över 18 års-gränsen för en patient finns en dialog med förvaltningen i varje enskilt fall med tillämpning av flexibel åldersgräns.

Revisorerna har ytterligare två rekommendationer som förvaltningen kommenterar i det följande.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa en avtalsuppföljning som ger tillräckliga förutsättningar för att bedöma följsamheten till vårdprogram och riktlinjer.

Förvaltningen har som tidigare redovisats utarbetat en aktuell plan för avtalsuppfölningen 2019 som omfattar indikatorer och nyckeltal som är formulerade utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer, nationella kvalitetsregister samt förslag från kliniska expertgrupper. Indikatorerna för 2019 omfattade bland annat områdena tillgänglighet, patientens delaktighet och inflytande, kontinuitet, säker vård och samverkan och dessa avses vara ingå även i 2020 års uppföljning. För kvartal tre och fyra 2019 har förvaltningen haft möjlighet att jämföra den kvantitativa data som de berörda SLSO verksamheterna skickat in till förvaltningen. Förvaltningen har också jämfört den kvalitativa data mellan verksamheterna och har gjort analyser över om någon verksamhet ligger utanför mått som är acceptabla för det som mäts och efterfrågas. Där det ansetts nödvändigt har verksamheten tillfrågats om kompletterande uppgifter eller en handlingsplan.

Ytterligare indikatorer som förvaltningen arbetat fram och som planeras följas upp systematiskt med data från beställarens uppföljningssystem VAL är under arbete och avses bli fullständigt klart under 2020.

Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör säkerställa en ökad kännedom bland personalen om riktlinjer och vårdprogram i syfte att öka följsamheten

Förvaltningen delar denna uppfattning men anser att det är en fråga för vårdgivaren/SLSO att fortsätta att arbeta med en ökad kännedom om riktlinjer och vårdprogram bland personal. Som redovisats tidigare i samma text avser förvaltningen att särskilt följa upp hur vårdgivaren/SLSO kommer att arbeta med vårdövergångar från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin även under 2020.

Revisorerna har också i samma granskning följt upp de rekommendationer som lämnades 2016 gällande samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad och har konstaterat rekommendationerna är fortsatt aktuella. Förvaltningen kan inte annat än medge detsamma och har under en lång tid arbetat med att arbeta fram lösningar för denna grupp. Förvaltningen kan konstatera att det är en komplex situation med två ansvariga huvudmän inblandade men har antagit överenskommelser med alla kommuner i Stockholms län som rör psykiatri, missbruk/beroende och spel om pengar. Det regionala samrådet för missbruk och psykiatri ansvarar för att följa upp överenskommelsen och på regional strategisk nivå verka för att den efterlevs.

Den 1 januari 2020 träder en permanent överenskommelse i kraft om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS). Överenskommelsen ersätter den tillfälliga överenskommelse som har gällt sedan lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft i januari 2018. Under perioden 1 januari 2020 - 1 juli 2021 eller fram till dess att ett IT-stöd för informationsöverföring finns tillgängligt för psykiatrins aktörer gäller särskilda övergångsbestämmelser avseende betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara från psykiatrisk slutenvård. När ett gemensamt IT-system är infört sker automatiskt en övergång till samma regelverk som för somatisk sluten hälso- och sjukvård. Utskrivningsprocessen rymmer flera centrala delar bland annat SIP som ska erbjudas den enskilde som behöver insatser från både regionen och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänstens omsorgsinsatser. Förvaltningen har utarbetat riktlinjer och rutiner som ett stöd till aktuella vårdgivare och erbjuder utbildning och stödmaterial på Vårdgivarguiden i syfte att förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommun och region.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för ekonomin.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för miljön.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för administrationen.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-01-31

REGIONREVISORERNA

RAPPORT NR 4/2019

Psykiatrisk öppenvård

Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer samt vårdöver-gångar

Region Stockholm

Kort om rapporten

Följsamheten till riktlinjer och vårdprogram för behandling av patienter med depression och ångestsyndrom behöver öka för att säkerställa en jämlik psykiatrisk öppenvård. Bland annat behöver personalens kännedom om riktlinjer och vårdprogram öka inom Stockholms läns sjukvårdsområdes psykiatriska verksamheter. Dessutom behöver hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställa en avtalsuppföljning som ger tillräckliga förutsättningar att bedöma följsamhet till riktlinjer och vårdprogram.

Vårdövergångar mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin samt primärvård behöver underlättas för unga vuxna med depression eller ångestsyndrom. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i avtal med utförare av psykiatrisk vård säkerställa att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården möjliggör en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder.

Regionrevisorerna

2019-10-24

Diarienummer
RK 2019-0017

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 4/2019
Psykiatrisk öppenvård – följsamhet till vårdprogram och riktlinjer samt vårdövergångar

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-10-24 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2020-01-15.

Den samlade bedömningen är att samverkan behöver underlättas i övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin samt primärvård för unga vuxna som har behov av fortsatt psykiatrisk vård efter 18-årsdagen. Vidare behöver följsamheten till vårdprogram och riktlinjer öka för att säkerställa en jämlik psykiatrisk öppenvård.

Revisorerna vill särskilt ha hälso- och sjukvårdsnämndens svar på

- hur hälso- och sjukvårdsnämnden avser att säkerställa att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården möjliggör en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Regionrevisorerna

2019-10-24

Diarienummer
RK 2019-0017

Stockholms läns sjukvårdsområde

Projektrapport 4/2019
Psykiatrisk öppenvård – följsamhet till vårdprogram och riktlinjer samt vårdövergångar

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-10-24 att överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2020-01-15.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Slutsatser och rekommendationer

Revisionen har låtit granska om styrningen sker så att samverkan, tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs i den psykiatriska öppenvården. Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden och Stockholms läns sjukvårdsområde. Granskningen har avgränsats till patienter med depression och ångestsyndrom. Revisionen har även följt upp de rekommendationer som lämnades 2016 gällande samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad och konstaterar att dessa till stor del är fortsatt aktuella.

Den samlade bedömningen är att samverkan behöver underlättas i övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin respektive vuxenpsykiatrin samt primärvård för unga vuxna som har behov av fortsatt psykiatrisk vård efter 18-årsdagen. Vidare behöver följsamheten till vårdprogram och riktlinjer öka för att säkerställa en jämlik psykiatrisk öppenvård.

Granskningen har, under ledning av revisionskontoret, genomförts av konsult. Revisionen har nedan sammanfattat de slutsatser som kan dras och lämnar rekommendationer med anledning av granskningen. Ansvarig projektledare vid revisionskontoret har varit Åsa Elffors. Konsultens iakttagelser och bedömningar framgår i bilaga. Ansvarig konsult har varit Tina Björn-Rasmussen, Helseplan.

Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer

Det mesta av den psykiatriska vården sker genom öppenvårdsinsatser. Hälso- och sjukvårdsnämnden har totalt 21 avtal med utförare av psykiatrisk öppenvård. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), som bedriver barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, ätstörnings- och beroendevård samt rättspsykiatri i Region Stockholms regi, har tio av dessa avtal och det finns elva avtal med privata verksamheter. Hälso- och sjukvårdsnämnden har inför 2019 tecknat nya avtal med bland annat SLSO och har med anledning av det förändrat arbetet med uppföljningen av dessa avtal. De avtal som är relevanta för denna granskning är sex inom SLSO och fem privata.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning av de nya avtalen sker med hjälp av dialogmöten, vilka ska följas av skriftlig återkoppling från hälso- och sjukvårdsförvaltningen till verksamheterna, samt inhämtade kvalitativa och kvantitativa data. Den datainsamling som har genomförts av hälso- och sjukvårdsförvaltningen har utformats på ett sätt som inte möjliggör sammanställning av den kvantitativa informationen eller jämförelse mellan verksamheter. Vidare har uppföljningen av nyckeltal från verksamheterna ännu inte ägt rum på det sätt som planerats, bland annat på grund av att det tidigare använda systemet för leverantörsuppföljning (LUD) har visat sig hålla alltför låg kvalitet och ett nytt därför är under framtagande. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver utveckla metoder för datainsamling,

bearbetning och analys som säkerställer hälso- och sjukvårdsnämndens möjlighet till uppföljning av följsamhet till vårdprogram och riktlinjer.

I en enkät som genomförts inom ramen för granskningen ställdes frågan om verksamheterna, i enlighet med nationella riktlinjer och vårdprogram, har en rutin för strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer. Bland vuxenpsykiatrins chefer anger 88 procent att en sådan skriftlig rutin finns jämfört med 69 procent av medarbetarna. Bland medarbetare svarar knappt 15 procent att de inte känner till att en sådan rutin finns. Bland barn- och ungdomspsykiatrins chefer svarar 89 procent att en sådan rutin finns och endast 35 procent av medarbetarna inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Revisionen noterar att en relativt hög andel medarbetare inom såväl barn- och ungdomspsykiatrin som vuxenpsykiatrin uppger att de inte känner till att det finns rutiner för strukturerad intervju som en del av basutredningen. Revisionen bedömer att det riskerar att minska följsamheten till vårdprogram och riktlinjer som även behöver följas upp för att säkerställa en jämlik psykiatrisk öppenvård. Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör därför säkerställa en ökad kännedom bland personalen om vårdprogram och riktlinjer i syfte att öka följsamheten. Samtidigt behöver hälso- och sjukvårdsförvaltningen säkerställa en avtalsuppföljning som ger tillräckliga förutsättning för att bedöma följsamheten till vårdprogram och riktlinjer.

Vårdövergångar mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin

Unga vuxnas övergång från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin sker vid 18 års ålder. Idag tillämpas 18-årsgränsen även om vissa patienter fortsatt behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin efter 18-årsdagen i syfte att inte avbryta en behandling som anses alltför omfattande för att kunna avbrytas. En skarp åldersgräns för övergång mellan barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården innebär vissa risker, exempelvis att en terapiprocess måste avbrytas. Så som avtalen för närvarande är utformade finns inga ekonomiska incitament för vårdövergång från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården vid annan tidpunkt än då patienten fyller 18 år eftersom barn- och ungdomspsykiatrin får ersättning för patienter som är 17 år eller yngre och vuxenpsykiatrin ersätts för patienter 18 år eller äldre. Primärvården har däremot ingen motsvarande åldersgräns kopplad till ersättning.

Skillnader i uppdragen mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin kan försvåra övergångar mellan de två vårdformerna. Barn- och ungdomspsykiatrin har ett större åtagande än vuxenpsykiatrin. I barn- och ungdomspsykiatrin sker psykiatrisk behandlingen inom den specialiserade vården medan behandling för vuxna sker både i vuxenpsykiatrin och primärvården. Exempelvis är läkemedelsförskrivning till depressionspatienter ett specialistuppdrag inom barn- och ungdomspsykiatrin medan primärvården hanterar en stor del av läkemedelsförskrivningen till vuxna patienter som

behandlas för depression och ångesttillstånd. Patienter som vårdats inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin förs därför inte automatiskt över till den specialiserade vuxenpsykiatriska vården efter 18-årsdagen, utan vårdövergångar från barn- och ungdomspsykiatrin sker även till primärvården.

Enligt nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom[1] bör vård ges utifrån patientens behov, dvs. anpassat till individen. Revisionen bedömer att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatrin till den instans som ska ta över patienten, antingen vuxenpsykiatrin eller primärvården, behöver ses över för att möjliggöra en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder. Revisionen menar att en flexibilitet vad gäller ålder för vårdövergång behövs för att underlätta en sådan individanpassning. Avtalen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och utförarna av verksamheterna är en nyckel för att skapa förutsättningar och tydlighet kring vad som gäller när det kommer till personcentrering och delaktighet vid övergång mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin eller primärvården.

Rekommendationer

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i avtal med utförare av psykiatrisk vård säkerställa att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården möjliggör en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder.

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa en avtalsuppföljning som ger tillräckliga förutsättning för att bedöma följsamheten till vårdprogram och riktlinjer.

- Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör säkerställa en ökad kännedom bland personalen om riktlinjer och vårdprogram i syfte att öka följsamheten.

[1] Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen, 2017

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna presenteras på regionrevisorernas webbsida på www.sll.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev Nytt från regionrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Region Stockholm

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se
Org.nr: 232100-0016

Granskning av psykiatrisk öppenvård



Granskning på uppdrag av Region Stockholms revisorer

2019-10-16

Tina Björn-Rasmussen, projektledare

Johan Hellström

Sven Nordlund

Patrik Holmberg

Hannah Cato

Ulrike Deppert

Elina Sonnerstam

Helseplan Stadsgården 10 116 45 Stockholm tel 08-410 408 00 helseplan.se

Innehåll

1. Inledning 4
1.1. Bakgrund 4
1.2. Syfte 4
1.3. Revisionsfrågor och avgränsningar 5
1.4. Revisionskriterier 5
1.5. Metod 6
1.5.1. Dokumentgranskning 6
1.5.2. Semistrukturerade djupintervjuer 7
1.5.3. Enkäter via webb och mail 8
1.6. Projektets organisation 9
1.6.1. Förkortningar 9
2. Översikt av psykiatrisk öppenvård i Region Stockholm 10
2.1. Psykisk ohälsa generellt 10
2.2. Uppdrag för specialiserad öppenvårdspsykiatri 13
2.3. Översikt avtal specialiserad öppenvårdspsykiatri 14
2.4. Förändring av politisk styrning 15
3. Iakttagelser och bedömningar 15
3.1. Iakttagelser: Styrning mot följsamhet till vårdprogram och riktlinjer 15
3.1.1. Nationell kunskapsstyrning 16
3.1.2. Nationell tillsyn och uppföljning 17
3.1.3. Regional styrning och uppföljning 18
3.1.4. Utmaningar att följa vårdprogram och riktlinjer inom den specialiserade psykiatrin 19
3.1.5. Beställarens avtalsstyrning och uppföljning 19
3.1.6. Verksamheternas arbete att säkerställa följsamhet till vårdprogram och riktlinjer 21
3.2. Iakttagelser: Uppföljning och följsamhet till vårdprogram och riktlinjer i praktiken 23
3.2.1. Tillgänglighet till första bedömning och behandling 25
3.2.2. Kontinuitet i behandling och kontakt med mottagningen 25

3.2.3. Struktur i samband med diagnostisering.....26
3.2.4. Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik.....27
3.2.5. Öka tillgången till psykologisk behandling 28
3.3. Bedömningar: Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer.....30
3.4. Iakttagelser: Samverkan vid vårdövergång från BUP till vuxenpsykiatri 32
3.4.1. Avtalsförutsättningar avseende samverkan vid vårdövergång.32
3.4.2. Regional riktlinje och lokala överenskommelser för vårdövergångar 33
3.4.3. Vårdövergångar mellan BUP och vuxenpsykiatrin i praktiken ..34
3.4.4. Risker och brister i arbetssätt vid vårdövergångar.....35
3.4.5. Uppföljning av följsamhet och avvikelser kopplade till vårdövergångar 37
3.5. Bedömningar: Samverkan vid vårdövergångar 39
3.6. Iakttagelser: Samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad 40
3.6.1. Se över och stärka vårdkedjan.....40
3.6.2. Länkningen i gränssnittet mellan slutenvård respektive öppenvård och socialtjänst.....41
3.6.3. Utveckla skriftlig rutin för informationsöverföring 42
3.6.4. Öka tillämpningen av lagen avseende samordnad individuell vårdplanering (SIP) 43
3.7. Bedömningar: Samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad 44
4. Övergripande bedömning 45
BILAGEFÖRTECKNING 46

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Region Stockholms revisorer genomförde runt årsskiftet 2018–2019 en probleminventering inom den psykiatriska öppenvården i Region Stockholm. Vid denna framkom flera bland annat följande:

- Bemanningsproblem som riskerar att påverka såväl tillgängligheten till psykiatrisk vård som kontinuiteten i vårdkontakterna. Det riskerar även att påverka arbetsförhållandena för befintlig personal liksom möjligheterna för vårdgivarna att uppfylla vårdavtalens krav.
- En stor ökning av antalet neuropsykiatriska utredningar, diagnoser och påföljande behandlingar de senaste åren.
- Patienter med samtidig psykiatrisk diagnos och beroendeproblematik riskerar bli utan nödvändig vård.
- Nya krav på vårdgivarna i och med den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård.
- Otydlighet avseende gränsdragningen mellan den specialiserade psykiatrin och första linjens psykiatri gentemot patienten samt oklarheter kring hur fullmäktiges ambitioner för utveckling av första linjen ska realiseras.
- Utförd specialiserad psykiatrisk vård når inte upp till beställda volymer (HSN 2017–0218).

Frågorna till denna uppföljande granskning av psykiatrisk öppenvård grundar sig på slutsatserna från probleminventeringen.

I probleminventeringen framkom bland annat oklarheter avseende i vilken mån riktlinjer och vårdprogram efterlevs inom den psykiatriska öppenvården. Probleminventeringen uppmärksammade även att det finns problem vid överföringen från barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) till vuxenpsykiatrin, till exempel otydlighet i information, oklara ansvarsgränser samt olika uppdrag för barn respektive vuxna. Revisorerna önskade därutöver en uppföljning av en tidigare utförd granskning av samverkan mellan SLSO och Stockholms stad när det gäller beroendevård.

1.2. Syfte

Syftet med denna granskning är att bedöma om styrning och planering sker så att samverkan, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs i den öppna psykiatriska vården.

1.3. Revisionsfrågor och avgränsningar

Den övergripande revisionsfrågan i granskningen är:

Sker styrningen så att samverkan, tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs i den psykiatriska öppenvården?

Följande delfrågor belyses i granskningen:

Delfråga	Avgränsning
Fråga 1. Hur säkerställs följsamhet till vårdprogram och riktlinjer inom den psykiatriska vården?	Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer avseende depression och ångestsyndrom.
Fråga 2. Hur sker samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin för att säkerställa tillfredsställande vårdövergångar? (samverkan kan innebära flexibilitet i vårdövergångar)	Vårdövergångar för patienter som haft kontakter inom BUP för depression och ångestsyndrom.
Fråga 3. Hur samverkar beroendevården och övrig psykiatrisk vård för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet för patienter med samtidigt beroende och annan psykiatrisk problematik?	Avgränsas till en uppföljning av de rekommendationer som gavs i rapporten Samverkan i missbruks-/beroendevården 10/2016[1].

1.4. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier utgjort grunden för granskningens analyser, slutsatser och bedömningar:

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap 1 §

Källa:
[1]https://www.sll.se/globalassets/6.-om-landstinget/sa-granskas-landstinget/projektrapporter/rapporter-2016/rapport-10-2016-rk-201606-0049.pdf (hämtad 2019-09-20)

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 16 kap 3 §
- Patientlag (2014:821) 9 kap 1 §
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård (LoSUS)
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
- Vårdavtal mellan HSN och utförare av psykiatrisk öppenvård
- Styrande dokument inom Region Stockholm såsom budget
- Reglementen, arbets- och delegationsordningar inom Region Stockholm
- Samverkansöverenskommelse kring Överföring av patient från BUP till vuxenpsykiatrin - riktlinje för VO-Psykiatri SLSO: RIK-15388-v.3.0 avseende övergång från BUP till vuxenpsykiatrisk verksamhet
- Samverkan kring personer med missbruk/beroende (odaterad). Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län
- Projektrapport nr 10/2016: Samverkan i missbruks-/beroendevården. En granskning i samverkan mellan revisionen i Stockholms läns landsting och Stockholms stad
- Samverkansöverenskommelser mellan Region Stockholm och Stockholms kommuner

Helseplan har följt god revisionssed samt Skyrev:s och SKL:s riktlinjer för god revisionssed.

1.5. Metod

Granskningsarbetet har genomförts med stöd av nedanstående metoder.

1.5.1. Dokumentgranskning

Helseplan har granskat styrande och redovisande dokument. Dokumentgranskningen har främst syftat till att skapa en översiktlig bild av kunskapsstyrning genom vårdprogram och riktlinjer samt hur samverkan vid överföring från BUP till vuxenpsykiatrin beskrivs i avtal och överenskommelser. Utöver revisionskriterierna som listas ovan har bland annat följande dokument granskats:

- Socialstyrelsens rapport *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom,* 2019[2]
- Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*[3]
- Samverkansöverenskommelser, till exempel:
    - Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd (BUS)
    - Gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
    - Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
    - Gemensam rutin för samverkan vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård
- Styrande dokument, till exempel SLL Budget 2019 (LS2017-1455), Länsövergripande handlingsplan psykisk hälsa 2016–2020 samt reglemente, arbetsordningar och delegationsordningar.
- Tidigare granskningar av Regionrevisorerna kring Framtidens hälso- och sjukvård och kring Samverkan i vårdens gränssnitt.
- Uppgifter från SKL:s Psykiatrin i siffror 2018, Öppna jämförelser, Väntetider i vården, Nationell patientenkät 2018 med flera offentliga datakällor.
- Tillgänglighetsdata och antal besök per vårdgivare från HSF.
- Avvikelserapportering, patientnämndsärenden, händelseanalyser och dylik för granskningen relevant dokumentation.
- Övriga för uppdraget relevanta dokument och data från verksamheterna samt från HSF.

1.5.2. Semistrukturerade djupintervjuer

Djupintervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Totalt har 15 intervjuer genomförts med bland annat representanter för hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt företrädare för verksamheter som bedriver sluten psykiatrisk vård på uppdrag av Region Stockholm. Vårdgivarrepresentanter, verksamhetschefer, sektionschefer, vårdkoordinatorer och BISAM-samordnare (brukarinflytandesamordnare) har även intervjuats kring hur effektiva vårdkedjor

Källor:
[2]https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf (hämtad 2019-09-20)
[3]https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf (hämtad 2019-09-20)

säkerställs i övergångar mellan å ena sidan psykiatrisk öppen- och slutenvård, å andra sidan kommunal omsorg och somatisk vård.

1.5.3. Enkäter via webb och mail

- Webbenkät

Inom ramen för granskningen har en enkät utskickats till samtliga verksamhetschefer som har avtal med Region Stockholm för BUP och vuxenpsykiatri. Verksamhetscheferna har spridit webbenkäten vidare till sina medarbetare. Totalt 145 personer inom BUP och 199 personer inom vuxenpsykiatrin har besvarat enkäten helt eller delvis. Av respondenterna är 6 inom BUP och 128 inom vuxenpsykiatrin chefer eller medarbetare i privat verksamhet. Enkäten har besvarats av en liten andel av medarbetare och chefer och resultatet har använts indikativt i granskningen.

Enkäterna presenteras i bilaga 1.

- Mailenkät till brukarorganisationer

Enkätfrågor har skickats till 16 olika brukarorganisationer där merparten ingår i HSF:s brukarråd. Sju brukarorganisationer har svarat på frågorna.

- Mailenkät till stadsdelsförvaltningar och Beroendecentrum Stockholm

En mailenkät har skickats ut till samtliga berörda avdelningschefer i stadsdelsförvaltningar i Stockholms stad samt till avdelningschefen för den övergripande Enheten för hemlösa. Syftet med enkäten är att belysa om samverkan mellan beroendevården och övrig psykiatrisk vård fungerar för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet för patienter med samtidigt beroende och annan psykisk problematik. Elva svar har inkommit per e-post eller via telefon från Enheten för hemlösa, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Hägersten-Liljeholmen, Hässelby-Vällingby, Kungsholmen, Norrmalm, Rinkeby-Kista, Skärholmen, Spånga-Tensta samt Södermalm. Samma mailenkät har skickats ut till verksamhetschefen för Beroendecentrum Stockholm.

- Mailenkät till chefer inom BUP och vuxenpsykiatrin avseende överföringar från BUP till Vuxenpsykiatrin

En mailenkät har skickats ut till de fyra sektionscheferna inom barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter i SLSO, samt till en privat barn- och ungdomspsykiatrisk aktör. Mailenkäten har även av verksamhetschefen för BUP i SLSO

förmedlats till en lokal arbetsgrupp som arbetar med att säkra övergångar till bland annat vuxenpsykiatrin och andra vårdgrannar. Syftet med enkäten har varit att belysa till exempel vilka patienter som i första hand riskerar att falla mellan stolarna vid övergångar från BUP till vuxenpsykiatrin samt vilka faktorer som behöver säkerställas för att samverkan optimeras. Helseplan har erhållit svar från två sektionschefer samt ett samlat svar från den lokala arbetsgruppen.

1.6. Projektets organisation

Uppdragsgivare har varit Region Stockholms revisorer med Åsa Elffors som kontaktperson. Från Helseplan har Tina Björn-Rasmussen varit projektledare för Helseplans team har utgjorts av konsulterna Ulrike Deppert och Elina Sonnerstam. Legitimerade psykologerna Hannah Cato och Patrik Holmberg har varit interna experter och psykiatern Johan Hellström och leg psykolog Sven Nordlund har varit externa experter i revisionen. Helseplans VD, Niklas Källberg, har varit intern kvalitetsansvarig på Helseplan. Rapporten har sakgranskats av representanter från beställaren Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och från utföraren Stockholms läns sjukvårdsområde. Granskningen har genomförts under perioden juni till september 2019.

1.6.1. Förkortningar

Förteckning av förkortningar som används i rapporten:

BUMM – Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar
BUP – Barn- och ungdomspsykiatrin
HSF – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (Beställarorganisation inom Region Stockholm)
HSL – Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
HSN – Hälso- och sjukvårdsnämnden (Ansvarar för hälso- och sjukvård inom Region Stockholm)
IPT – Interpersonell psykoterapi
KBT – Kognitiv beteendeterapi
LoSUS – Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård
LOU – Lag (2016:1145) om offentlig upphandling
LVM – Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

MJG – Markörbaserad journalgranskning[4]
PDT – Psykodynamisk terapi
SBR – Svenskt Beroenderegister
SIP – Samordnad individuell planering
SKL – Sveriges kommuner och landsting
SLSO – Stockholms läns sjukvårdsområde (utförarorganisation av bland annat psykiatri)

2. Översikt av psykiatrisk öppenvård i Region Stockholm

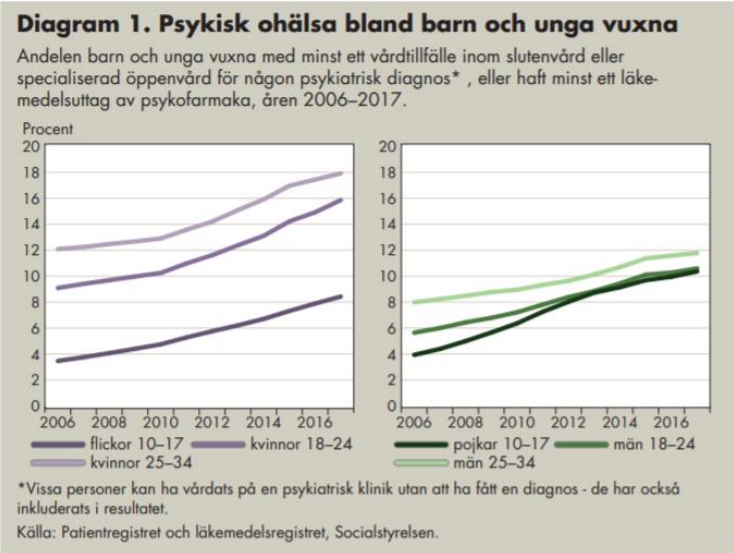
2.1. Psykisk ohälsa generellt

Depression och ångestsyndrom är folksjukdomar som drabbar såväl barn och unga som vuxna i olika skeden av livet. Livsprevalensen, det vill säga förekomsten under livet, av depression är mer än 33 procent för kvinnor och nästan 25 procent för män. När det gäller ångestsyndrom insjuknar en fjärdedel någon gång i livet. De senaste decennierna har behandlingarna av dessa folksjukdomar utvecklats mycket positivt. Framförallt har effektiva behandlingar med läkemedel och psykologisk behandling tagits fram som lindrar och botar en stor del av symtom och bidrar till ett bättre fungerande i livet. [5]

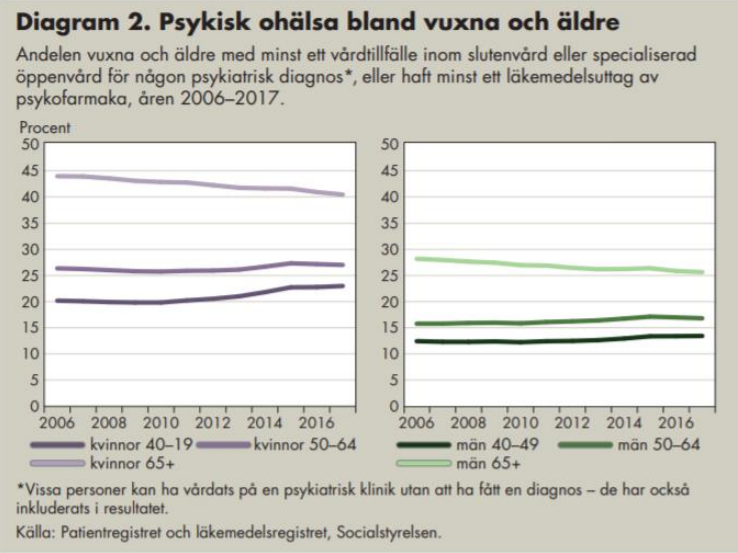
Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom* (2019) att fler och fler barn och unga vårdas inom psykiatrin för depression och ångestsyndrom medan den varken ökar eller minskar i den vuxna befolkningen (se figur 1 och 2). Vidare visar utvärderingen att besvären ofta är kvarstående i olika grad. En knapp tredjedel som insjuknat som unga får psykiatrisk vård fortsättningsvis ett decennium senare. Betydelsen av att kunna erbjuda effektiv vård i rätt tid är alltså avgörande för att kunna främja den psykiska hälsan hos befolkningen.

[4] Markörbaserad journalgranskning innebär att ett slumpmässigt urval journaler granskas. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer som kan indikera skada.

[5] Källa: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf



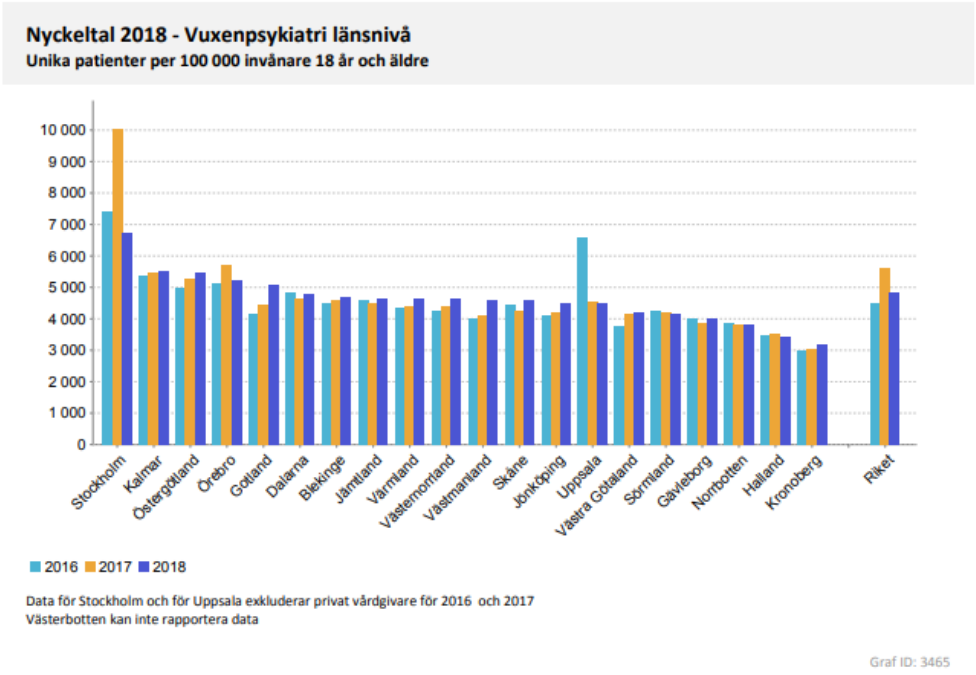
Figur 1 - Psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna



Figur 2 - Psykisk ohälsa bland vuxna och äldre

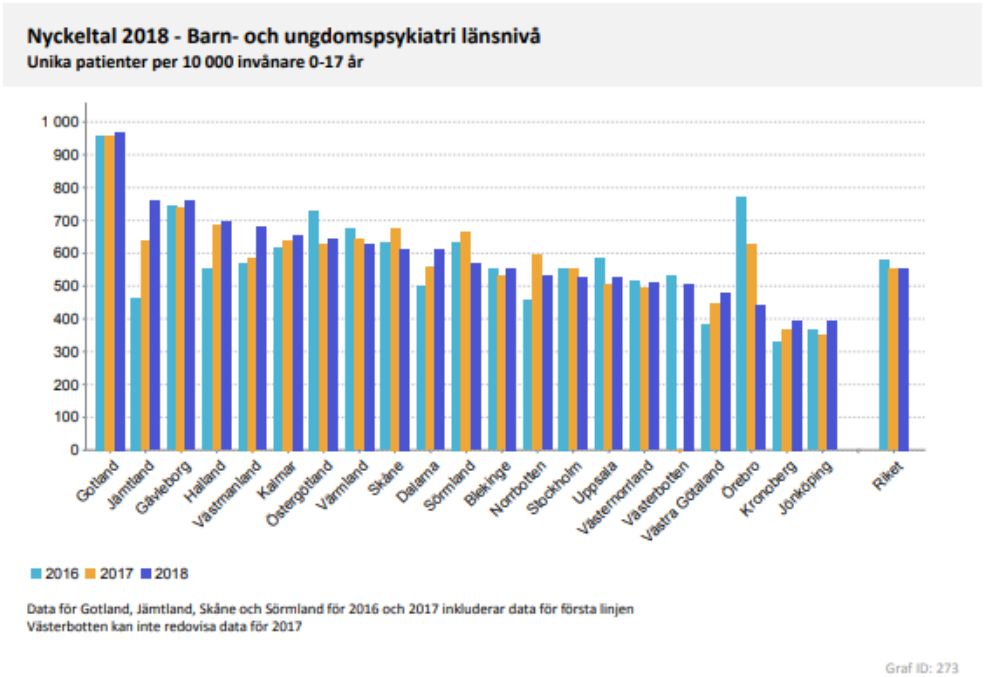
Den psykiska hälsan bland invånarna i Region Stockholm, mätt som antal unika patienter per 100 000 invånare inom psykiatrisk vård, ligger högst i landet för de tre senaste åren fram till och med 2018 för personer 18 år och äldre, enligt statistik från SKL (figur 3). När det gäller barn och ungas vårdkonsumtion är antal unika patienter per 10 000 invånare 0–17 år något lägre än riket i snitt under de tre senaste åren (figur 4). [6]

[6] Källor: Psykiatrin i siffror 2018, Barn och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, SKL och Uppdrag psykisk hälsa, se utdrag i Bilaga 4.



Graf 3465 visar totala antalet unika patienter per 100 000 invånare i åldersgruppen 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter i Sverige.

Figur 3 Vuxenpsykiatri - antal unika patienter per 100 000 invånare 18 år eller äldre



Graf 273 visar antalet totala unika patienter per 10 000 invånare i åldersgruppen 0-17 år över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter i Sverige per år.

Figur 4 BUP - unika patienter per 10 000 invånare 0–17 år

2.2. Uppdrag för specialiserad öppenvårdspsykiatri

De flesta psykiatriska vårdkedjor sker enbart genom öppenvårdsinsatser. Av alla vuxna patienter som hade kontakt med psykiatrin inom SLSO under 2018 blev 18 procent inlagda i slutenvård, medan andelen inom BUP endast var 3 procent. [7]

På senare år har psykiatrin i hela Sverige strävat efter en mer likriktad och stärkt psykiatrisk vård. I Sverige har staten sedan slutet på förra millenniet på olika sätt försökt stimulera utvecklingen inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa. Huvudsakligen har detta skett genom kortsiktiga satsningar, mellan två till fem år, med delvis olika mål och målgrupper. Ett prioriterat område för alla regeringar som lanserat olika typer av satsningar, handlingsplaner och strategier har varit utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet och inom socialtjänsten, främst med sikte på att öka kapacitet, kompetens och innovation.

En annan viktig förändring har varit tydliggörandet av primärvårdens ansvar för den så kallade första linjens psykiatri. Detta innebär att personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa i första hand ska vända sig till första linjens psykiatri, som för vuxna i Region Stockholm ligger inom vårdcentralernas ansvar. Den specialiserade psykiatrins uppdrag inkluderar patienter med medelsvår till svår psykisk ohälsa. Exakt var gränsen mellan primärvårdens och den specialiserade vårdens ansvar går varierar baserat på traditioner, tillgänglighet, status på bemanning och kompetens inom såväl primärvård som specialiserad psykiatri. Befolkningens psykiska hälsa varierar i sin tur mellan olika delar av länet. I och med fritt vårdval finns det också möjlighet för en patient att söka sig till flera specialiserade mottagningar om hen inte är nöjd med att remitteras tillbaka till primärvården.

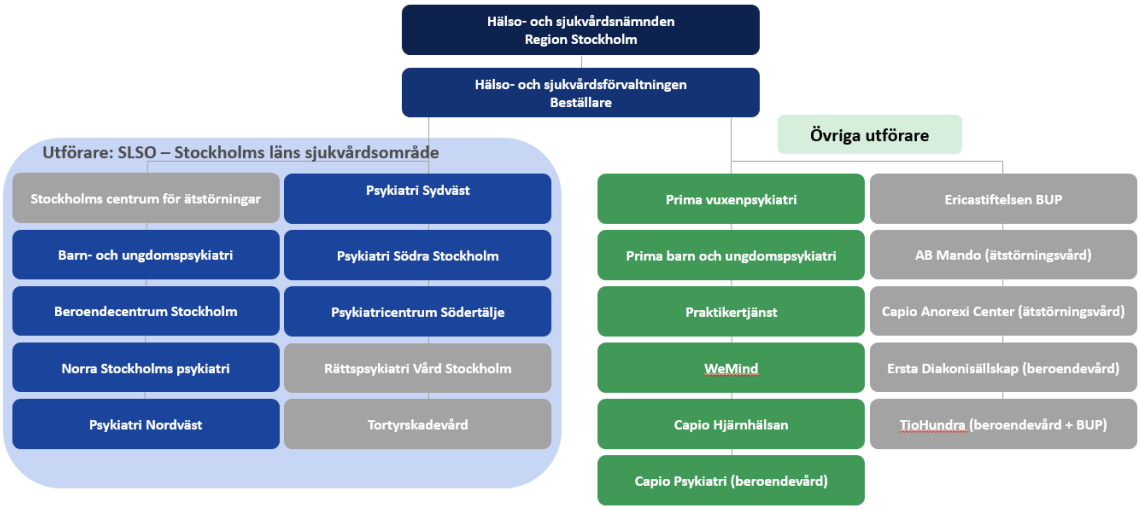
För barn- och unga upp till 18 år finns det för närvarande inom Region Stockholm möjlighet för primärvårdsverksamheter och BUMM (barn- och ungdomsmedicinska mottagningar) att ansluta sig till ett vårdval avseende första linjens psykiatri. Detta har inte skett i hela Region Stockholm och därför finns det specialiserade BUP-mottagningar som inte har någon ”avlastning” vad gäller lätt och medelsvår psykisk ohälsa. Därmed kan olika BUP-mottagningar också ha olika medelvårdtyngd och antal besök. En kartläggning utförd av Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin, inom Region

[7] Granskning av psykiatrisk slutenvård, Region Stockholms revisorer, 2019, sid 18

Stockholm, påverkar emellertid inte förekomsten av vårdvalsmottagningar på ett avgörande sätt vårdtyngden för BUP-mottagningarna, enligt intervju.

2.3. Översikt avtal specialiserad öppenvårdspsykiatri

HSN har totalt 21 avtal med utförare av psykiatrisk öppenvård. SLSO har 10 av dessa avtal och det finns 11 avtal med privata verksamheter. I denna granskning första och andra delfrågor är de verksamheter som avser verksamheter som hanterar personer med depression eller ångestsyndrom är sex inom SLSO (ett för BUP och fem inom vuxenpsykiatri) och fem privata aktuella. Avtalet med SLSO avseende beroendevård är aktuellt i den tredje revisionsfrågan. De avtal som är aktuella för denna granskning är markerade i figur 5.



Figur 5 Översikt av avtal som inkluderar psykiatrisk öppenvård inom Region Stockholm. Källor: Avtal mellan HSN och utförare av psykiatrisk öppenvård.

- **Allmänpsykiatrisk öppenvård för vuxna med depression och ångestsyndrom sker enligt HSL.** HSN har tecknat fem avtal avseende vuxenpsykiatri med SLSO samt fem privata verksamheter avseende vård av vuxna patienter med depression och ångestsyndrom. Det råder valfrihet för patienterna att söka öppen vård var som helst inom och mellan regioner enligt patientlagen (Lag 2014:821).
- **Allmänpsykiatrisk öppenvård för barn och unga upp till 18 år sker med stöd av HSL.** HSN har tecknat ett avtal med SLSO samt en privat verksamhet. Det råder valfrihet för patienterna att söka öppen vård var som helst inom och mellan regioner enligt patientlagen (Lag 2014:821).
- **Beroendevård i öppenvård sker med stöd av HSL.** Lagstiftaren har i Sverige placerat missbruksvården på primärkommunal nivå. Hälso- och sjukvården i

Region Stockholms ansvar sträcker sig enbart till den del av vården som kräver läkarinsatser. Detta gäller i huvudsak avgiftning vid allvarligt alkoholberoende, något som är potentiellt livshotande, och hävning av drogrelaterade psykostillstånd. HSN har för detta ändamål tecknat ett avtal för beroendevård med SLSO Beroendevård samt med Capio psykiatri.

2.4. Förändring av politisk styrning

Den politiska strukturen under HSN har förändrats efter valet 2018. Ansvaret för beredning av ärenden som rör psykiatrin ligger sedan årsskiftet 2018/2019 hos den så kallade Psykiatriberedningen under HSN. Under förra mandatperioden låg dessa frågor hos Beredningen för psykiatri och folkhälsa. Uppdraget för den nya Psykiatriberedningen är breddat och inkluderar allt från lindrig till svår psykisk ohälsa samt hälsofrämjande och förebyggande insatser för alla åldrar i första linjens psykiatri. Beredningen har därmed bland annat ansvar för att bereda ärenden till HSN avseende all psykiatrisk vård inom Region Stockholm, något som tidigare krävde insatser från flera beredningar.

3. Iakttagelser och bedömningar

Följande avsnitt är disponerat i tre områden som följer granskningens frågeställningar. Dessa tre områden innehåller iakttagelser och bedömningar avseende styrning mot följsamhet till vårdprogram och riktlinjer, säkerställd övergång från BUP till vuxenpsykiatri samt samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad.

3.1. Iakttagelser: Styrning mot följsamhet till vårdprogram och riktlinjer

Detta avsnitt behandlar Fråga *1. Hur säkerställs följsamhet till vårdprogram och riktlinjer inom den psykiatriska vården?* Frågan avgränsas till att beröra personer som vårdas för depression eller ångestsyndrom. Denna delfråga behandlas i två delar; först frågan om hur styrning och uppföljning av vårdprogram och riktlinjer går till, därefter belyses hur Region Stockholm ligger till vad gäller de områden som Socialstyrelsen pekat på som nationella förbättringsområden vad gäller följsamhet till nationella riktlinjer för vård av depression och ångest.

3.1.1. Nationell kunskapsstyrning

Grunden för patientsäker vård är ett kunskapsbaserat arbetssätt som utgår från vårdprogram och riktlinjer. Socialstyrelsen står för den nationella kunskapsstyrningen genom att utveckla nationella riktlinjer med syfte att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder samt vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens riktlinjer riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. De nationella riktlinjer som är relevanta för denna granskning gäller är *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest* publicerad 2017[8]. I publikationen Nationella riktlinjer – Målnivåer, Vård vid depression och ångestsyndrom, från samma år finns relevanta målnivåer för indikatorer samlade. Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri har även tagit fram kliniska riktlinjer för barn och ungdomar med depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom som har som utgångspunkt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.[9]

Nationell styrning sker också genom lagstiftning, till exempel avseende tillgänglighet (vårdgarantin). Överenskommelser mellan SKL och staten kan också fungera styrande för enskilda regioner och verksamheter. SKL är också aktivt genom att samordna och stötta regionernas arbete med att bygga upp och förmedla kunskapsstöd inom området psykisk hälsa.[10] En del i detta är det arbete som nu pågår vad gäller framtagande av nationella vård- och insatsprogram inom ramen för Nationellt programområde psykisk hälsa. Arbetet med programområden är en del av regionernas nya gemensamma system för kunskapsstyrning. Inom psykisk hälsa har ett program tagits fram så långt och är färdigt, det inom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. För ångest och depression finns ett utkast framtaget och det beräknas vara klart i början av 2020. Ytterligare tre program färdigställs under 2019 och 2020[11].

[8] Riktlinjen finns tillgänglig på https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf

[9] Riktlinjerna finns tillgängliga på www.sfbup.se/vardprogram.

[10] https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/programomrade-psykisk-halsa/ https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html

[11] https://www.vardochinsats.se/

3.1.2. Nationell tillsyn och uppföljning

Socialstyrelsen samlar in statistik kring delar av den psykiatriska öppen- och slutenvården med uppgifter om exempelvis diagnoser och utförda åtgärder för individer som vårdats inom svensk sjukvård. Statistiken samlas i Patientregistret. Övergripande syfte med registret är att kunna följa befolkningens hälsa, stärka förutsättningarna för vård och förebyggande arbete samt att utveckla av hälso- och sjukvården.[12] Denna statistik är dock inte tillräcklig: Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom,* (2019) att det krävs bättre datakällor för att följa upp området på ett tillfredsställande sätt.

Tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskar dels hur hälso- och sjukvården utförs, dels vilka förutsättningar vårdens huvudmän har för att leverera en god vård. I den årliga rapporten *Vad har IVO sett?* redogörs för iakttagelser och åtgärder som gjorts under arbetet med tillsyn, anmälningar och klagomål. De viktigaste iakttagelserna 2018 är att en utebliven helhetssyn kan leda till att personer som har två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt får sämre vård och behandling. Barn och unga riskerar att få sämre vård och behandling när samordningen inte fungerar.

SKL genomför inom ramen för projektet Uppdrag psykisk hälsa årligen en nationell kartläggning av den psykiatriska specialistvården omfattande öppen- och heldygnsvård inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt rättspsykiatri.[13] Syftet med kartläggningen är att möjliggöra jämförelser och uppföljning samt uppmuntra till förbättringsarbeten inom psykiatrisk specialistvård.

Under 2017 genomförde SKL även en nationell granskning med stöd av markörbaserad journalgranskning i syfte att samla in data kring vårdskador samt kvalitetsaspekter inom vuxenpsykiatrisk vård. I 17 procent av 2 552 granskade journaler inom allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierades skador. Närmare hälften av skadorna bedömdes vara undvikbara eller sannolikt undvikbara. Förlängt sjukdomsförlopp var den vanligaste typen av skada. Andra vanliga skador var avsiktligt självdestruktiv handling, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada. Även genom *Vården i siffror* samlar SKL in nationella data i syfte att understödja kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och

[12] Hämtat 2019-05-13: https://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret

[13] För kartläggningarna, se https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/gemensam-ledning-och-styrning/kartlaggning-av-specialistpsykiatrin/

sjukvård. De data som SKL samlar in kring psykiatrisk vård rör bland annat följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression.[14]

De psykiatriska verksamheter som bedriver vård på uppdrag av Region Stockholm rapporterar in till ett flertal nationella kvalitetsregister[15] som i varierande grad innehåller parametrar relevanta för uppföljning och utvärdering av den psykiatriska öppenvården. Enligt intervjuer sker dataöverföringen från Region Stockholms psykiatriverksamheter till dessa register i hög grad per automatik. Eftersom de flesta andra regioner inte har automatisk överföring blir det nationella jämförelsematerialet mindre heltäckande. Det område som har kommit längst vad gäller kvalitetsuppföljning är internetpsykiatrin. Också inom detta område är Stockholm långt fram vad gäller såväl verksamhet och uppföljning.

3.1.3. Regional styrning och uppföljning

Utifrån de nationella riktlinjerna har Region Stockholm utarbetat vårdprogram som finns tillgängliga som en resurs på Internet[16]. Vårdprogrammen är strukturerade på liknande sätt under olika rubriker som beskriver bland annat vilken vårdnivå patienter ska behandlas på, vilka symtom och kännetecken som gäller de olika tillstånden, hur stor andel av befolkningen som drabbas utifrån så kallade prevalensstudier, vilka samsjuklighetsdiagnoser som är vanliga, hur utredning ska genomföras, vilka behandlingar som ska ges samt vilken uppföljning som ska ske av patientens tillstånd. Det finns flera vårdprogram för diagnoser som sorterats in under rubrikerna depression och ångestsyndrom och det varierar något vad de innehåller. Till exempel så anges kvalitetsindikatorer för ångestsyndrom men inte för depression.

De vårdprogram som Region Stockholm tagit fram gäller huvudsakligen vuxna. När det gäller barn- och unga så anges i vårdprogrammen inom ångestsyndrom särskilda aspekter för barn och ungdomar. Inga sådana särskilda aspekter anges i vårdprogrammen för depression. BUP i Stockholm har utarbetat *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*, i en skrift man tagit fram som fortlöpande uppdateras i nya utgåvor, den senaste från 2015. Den innehåller bland annat beskrivningar av hur man

[14] Hämtat 2019-05-13: https://vardenisiffror.se/about?
[15] SBR (Svenskt Beroenderegister), Bipolär, BUSA, PsykosR, RättspsyK, Siber, ECT, qBUP och Riksät.
[16] http://www1.psykiatristod.se/psykiatristod/

ska arbeta inom de tolv viktigaste diagnoserna, däribland depression och ångestsyndrom.

Regional styrning kan även bestå av avtal och överenskommelser mellan region och kommuner samt mellan olika delar av regionen. Den uppföljning som sker på regional nivå görs av beställarorganisationen HSF, se nästa avsnitt.

3.1.4. Utmaningar att följa vårdprogram och riktlinjer inom den specialiserade psykiatrin

Socialstyrelsens nationella riktlinjer och regionens vårdprogram ger tydlig vägledning om vilka insatser som ska ges till personer med depression och ångestsyndrom. Det kan till exempel handla om att som förstaval sätta in psykologisk behandling för patienter med ångestsyndrom som visat sig ha god effekt i studier. Samtidigt vet vi att en stor andel av den specialiserade psykiatrins patienter har besvär av olika slag som gör det svårt att på ett enkelt sätt administrera rekommenderade insatser. En hög andel patienter har samsjuklighet med andra tillstånd, kognitiva nedsättningar, psykosociala besvär och andra problem relaterade till livsomständigheter. Dessa faktorer komplicerar vårdförlopp och leder till ökade krav på individualiseringsinsatser. Det kan samtidigt skapa utmaningar för verksamheterna avseende organisering, fördelning av resurser och möjligheterna att till exempel följa framtagna vårdprocesser.

3.1.5. Beställarens avtalsstyrning och uppföljning

HSN har inför 2019 tecknat en ny typ av avtal med bland annat SLSO i syfte att möjliggöra dialog mellan beställare och utförare kring bland annat kvalitet och vårdinnehåll. Avtalen med SLSO:s verksamheter innehåller en uppdragsdel där respektive verksamhets uppdrag specificeras. Därutöver framgår under en särskild punkt att ”Vårdgivaren ska följa för uppdraget tillämpliga nationella riktlinjer samt regionala- och lokala vård- och handlingsprogram […]” med hänvisning till Region Stockholms websidor med kunskapsstöd inom psykiatri och somatiska tillstånd Avtalen är utformade för att både ge ett större ansvar och lämna en större frihet till utförarna. Avtalen ger också beställaren en ökad möjlighet att följa upp på patientsäkerhet och kvalitet snarare än produktion och På sikt är tanken att denna styrning ska leda till nya arbetssätt och högre kvalitet för patienter, enligt intervju.

En viktig förutsättning för att denna så kallade tillitsstyrning ska få avsedd effekt är enligt intervjuer med företrädare på HSF att såväl verksamheten som beställaren löpande kan få fram korrekt information om verksamheten. Enligt intervjuer bygger HSF i detta syfte upp ett uppföljningsverktyg som ska ersätta dagens Leverantörsuppföljningsdatabas

(LUD). I samband med detta skapas indikatorer i enlighet med nationella och regionala riktlinjer samt kunskapsstyrning. Arbetet kom igång under andra kvartalet 2019 och kommer förhoppningsvis kunna testas bredare från slutet av 2019. HSF kommer, enligt intervju, att följa övergripande nyckeltal/indikatorer medan det genom avtalet åligger respektive verksamhet att ha koll på övriga viktiga indikatorer. Verktyget ska ge möjlighet att följa indikatorer över tid samt ge möjlighet till jämförelse mellan verksamheter.

De nya avtalen innebär nya uppföljningsplaner för utförarna. Under 2019 genomför beställaren och vårdgivaren fyra dialog- och uppföljningsmöten gemensamt med alla verksamheter inom SLSO:s verksamhetsområde psykiatri. Första mötet ägde rum verksamhetsvis i slutet av första kvartalet 2019 och fokuserade på uppföljning av föregående år. Det andra hade temat delaktighet, kontinuitet och tillgång till behandling (kvartal 2) ägde rum i ett gemensamt möte i slutet av juni. Det tredje mötet med temat kunskapsbaserad vård och utfall ägde rum i början av oktober. Kvartal 4 kommer ett möte på temat egenkontroll, säker vård, samverkan och utveckling genomföras[1]. Varje avtal har en liknande uppföljningsplan som innehåller olika avsnitt med ett antal indikatorer anpassade efter verksamhetens innehåll. Uppföljningsplanerna inkluderar indikatorer på övergripande nivå avseende t ex delaktighet, kontinuitet, säker vård. Exempel på indikatorer är indikatorer avseende vårdplan, suicidriskbedömning, årskontroll. Genom ett nytt uppföljningsverktyg som planeras ersätta LUD kommer det även att finnas förutsättningar för uppföljning avseende följsamhet till riktlinjer och vårdprogram. Övriga diagnosspecifika indikatorer enligt Region Stockholms vårdprogram är det verksamheterna själva som ska följa upp, enligt intervju.

Enligt intervju med representant för HSF beskrevs dialogmötet i juni som lyckat. Informationsinhämtningen skedde enligt plan och HSF fick betydligt bättre kännedom om verksamheternas styrkor och svagheter än genom tidigare avtalsuppföljning. Inför dialogmötet kring kunskapsbaserad vård och utfall som ska hållas den 3 oktober har SLSO lämnat in nya underlag till HSF. Respektive verksamhet har enligt intervju lämnat ett gediget underlag som svar på både kvalitativa och kvantitativa frågor som HSF formulerat i de uppföljningsplaner som kopplas till avtalen. Frågorna hade emellertid utformats på ett sätt som inte möjliggör jämförelse eller sammanställning av den

[1] Hämtat från: Uppföljningsplan Psykiatri Nordväst, SLSO:s allmänpsykiatriska verksamheter har liknande uppföljningsplaner.

lämnade kvantitativa informationen. HSF avser att ta lärdom av detta framöver och om möjligt begära in kvantitativ information från SLSO centralt.

Arbetet med att följa upp de nya avtalen med SLSO pågår för närvarande inom HSN. I och med att avtalen är nya för SLSO ger dessa såväl central ledning som respektive verksamhet nya signaler och nytt utrymme att agera. De resultat som samlas in under uppföljningen 2019 bildar en kunskapsbas om nuläget och kommer att utgöra en baslinje för uppföljning och avtalsstyrning inför kommande år. Tanken är att HSF genom uppföljningen ger styrsignaler till verksamheterna. Förutom de gemensamma dialogmötena kommer HSF att återkoppla resultaten skriftligt efter varje dialogmöte. Återkopplingen ska ske i en samlad rapport med kommentarer kring enskilda verksamheter som utmärker sig positivt eller negativt. En sådan skriftlig återkoppling efter dialogmötet som hölls i slutet av juni 2019 slutförs i slutet av september 2019 för att kunna återkopplas till SLSO. Tanken är att denna skriftliga återkoppling ska komma snabbare efter dialogmöten.

3.1.6. Verksamheternas arbete att säkerställa följsamhet till vårdprogram och riktlinjer

Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO

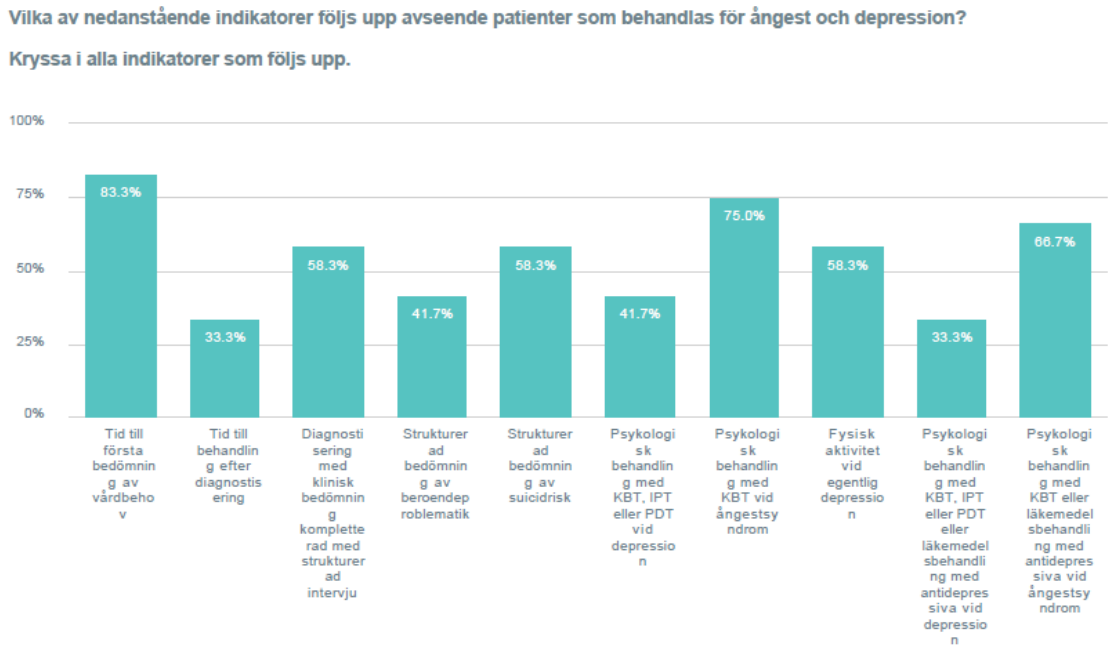
SLSO har skapat vårdprocesskartor i ett försök att likrikta praxis inom SLSO och samtidigt säkerställa att den psykiatriska vården bedrivs i enlighet med relevanta lagar, nationella riktlinjer och regionala vårdprogram. Inom vuxenpsykiatrin har processkartorna utgått från existerande vårdprogram och har redan tillämpats under ett par år (se bilaga 2 och 3). Motsvarande processkartor för barn och unga till och med 17 år har nu tagits fram i samarbete mellan BUP och representanter för vuxenpsykiatrin eftersom vårdprogram saknas för barn och unga. Dessa kartor var klara för beslut i oktober 2019.

Utöver uppföljningen av nyckeltal styr SLSO:s ledning genom att rikta fokus på specifika frågor. Företrädare för SLSO poängterar i intervjuer att det saknas bra indikatorer för att följa upp psykiatrisk vård generellt.

SLSO följer upp de nyckeltal som tagits fram kopplade till processkartorna för öppenvården (se bilaga 5 för exempel från vuxenspykiatrin). SLSO följer upp dessa två gånger per år på verksamhetsområdesnivå och de följs löpande i respektive verksamhet, enligt intervjuer.

I enkäten till chefer inom BUP och vuxenpsykiatrin belystes i vilken mån indikatorer på efterlevnad av de nationella riktlinjerna följs upp i verksamheten. I enkäten

efterfrågades vilka av tio givna indikatorer som följs upp avseende patienter som behandlas för ångest och depression. Av SLSO:s chefer uppgav fler än två tredjedelar, det vill säga 8 eller fler, att tre av indikatorerna följs upp. Åtta av 12 chefer har inte markerat att tid till behandling efter diagnostisering följs upp. Enligt intervju med företrädare för SLSO ingår dessa indikatorer i den uppföljning som respektive processägare ansvarar för. Dokumentgranskningen visar att det finns indikatorer som berör i vilken utsträckning behandling skett inom viss tid i SLSO:s lista över indikatorer (bilaga 5). Se Figur 6



Figur 6 Andel chefer inom SLSO som uppgivit att respektive indikator följs upp. N= 12

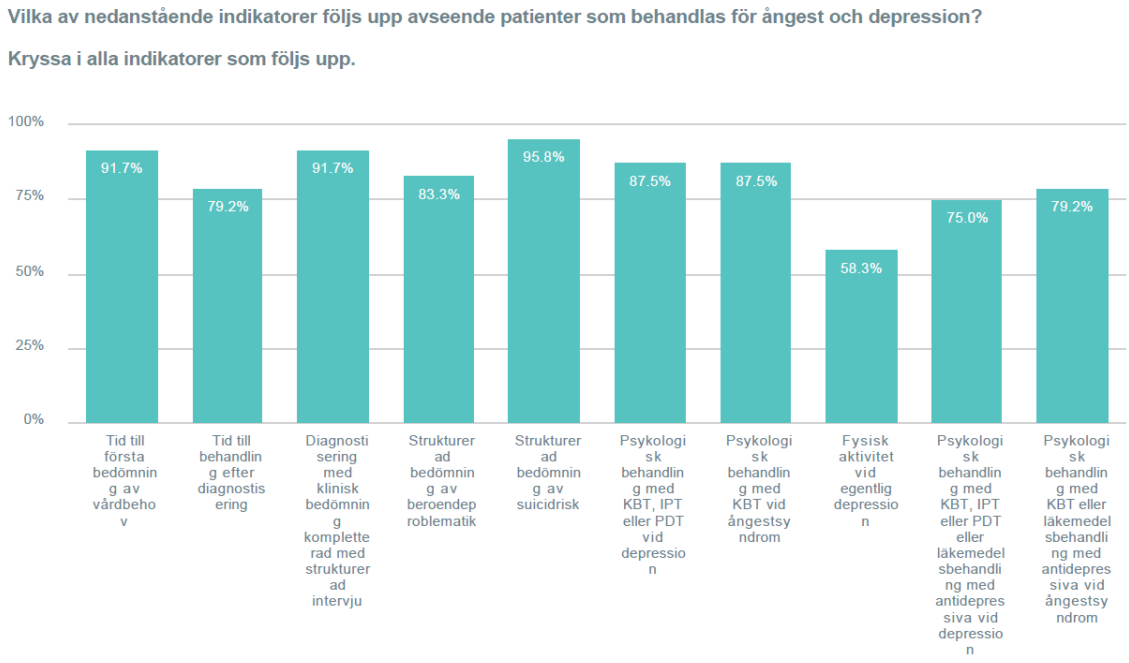
Privata utförare

De privata aktörerna uppger i intervjuer att uppföljning av efterlevnad till riktlinjer och vårdprogram sker på olika sätt. Bland annat följer en aktör effekten av insatta behandlingar och hur vården ser ut för olika grupper av patienter. Genom stickprov i journalerna följer de i vilken utsträckning olika nyckeldiagnoser får evidensbaserad utredning, behandling och uppföljning, gällande bland annat öppenvård. De diagnoser som studeras är medelsvår depression, posttraumatiskt stressyndrom, ADHD, generaliserat ångestsyndrom, psykotiska symtom och beteendestörningar orsakade av cannabis. Verksamheten följer löpande de skall-krav som följer av avtalet i en så kallad kvalitetsrapport.

En annan privat aktör har också rutiner för ett så kallat kvalitetsråd där verksamhetsutvecklare arbetar tillsammans med medicinskt ledningsansvarig för att

höja kvaliteten på enheten. Den patientnära uppföljningen sköts bland annat genom så kallade touchpoints, det vill säga surfplattor med anpassade frågeställningar där patient och anhöriga kan lämna synpunkter på exempelvis bemötande, vårdinnehåll och fysisk miljö.

I enkäten har majoriteten av cheferna från de privata aktörerna uppgivit att samtliga indikatorer följs upp. Se figur 7.



Figur 7 Uppföljning av indikatorer, chefer vid privata mottagningar, N=24

3.2. Iakttagelser: Uppföljning och följsamhet till vårdprogram och riktlinjer i praktiken

Genom att utgå ifrån fyra av de förbättringsområden som Socialstyrelsen lyfte i sin utvärdering av vården vid depression och ångestsyndrom avser granskningen i denna del att belysa faktisk uppföljning och följsamhet till nationella riktlinjer och regionala vårdprogram samt via enkätsvar ge indikationer på hur följsamheten uppfattas av chefer och medarbetare i verksamheterna.

Följande förbättringsområden som Socialstyrelsen identifierat har valts ut i granskningen:

- Öka tillgängligheten till första bedömning och behandling

- Bättre struktur i samband med diagnostisering
- Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik
- Öka tillgången till psykologisk behandling

Tillgänglighet och kontinuitet är centrala för förutsättningarna att tidigt upptäcka, behandla och följa upp dessa patienter. Socialstyrelsen konstaterar i dessa bland annat att:

*”För att snabbt kunna bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är och kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede är det därför viktigt med ett effektivt omhändertagande samt **en hög tillgänglighet** inom hälso- och sjukvården för personer med depression eller ångestsyndrom. […] Depression och ångestsyndrom innebär ofta ett växlande (och i vissa fall långdraget) sjukdomsförlopp med stor risk för återfall. För att kunna upptäcka allvarliga tillstånd bör hälso- och sjukvården därför aktivt följa upp personer med, eller med symtom på, dessa tillstånd. **En god kontinuitet** i vårdkontakten ökar också förutsättningarna för följsamhet till behandlingen och förbättrar prognosen över tid.”*[17]

Avseende struktur i samband med diagnostisering så anges i vårdprogrammen för depression och ångestsyndrom att alla vuxna patienter ska genomgå en så kallad basutredning i vilken obligatoriska delar ingår, bland annat strukturerad intervju med stöd av standardiserade frågor och skattningsskalor för patienten. När det gäller att uppmärksamma och behandla beroendeproblematik så ingår i basutredningen en screening för alkoholberoende. SLSO uppger i intervju att en definition för basutredning för barn och unga till och med 17 år har saknats men nu har tagits fram och denna kommer att användas inom hela SLSO framöver.

När det gäller förbättringsområdet att öka tillgången till psykologisk behandling så anger Socialstyrelsen olika målnivåer för hur stor andel barn och unga respektive vuxna som bör få sådan behandling inom specialistpsykiatrin. SLSO anger, som ett prioriterat mål under 2019, att 40 procent av patienterna ska erhålla KBT vid ångestsyndrom.[18]

[17] Nationella riktlinjer Vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen 2017, sid 9
[18] Powerpointpresentation: Vårdprocesser VO psykiatri, SLSO.

3.2.1. Tillgänglighet till första bedömning och behandling

Barn- och ungdomspsykiatrin

När det gäller barn- och ungdomspsykiatrin finns en nationell överenskommelse mellan staten och SKL avseende mål för tillgänglighet. Målsättningen för tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin är 30 dagar till första bedömning samt ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling, mätt från den första bedömningen. Minst 90 procent av alla barn och unga med psykisk ohälsa ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar efter första kontakt och minst 80 procent ska ha en påbörjad fördjupad utredning eller behandling.

SKL:s *Väntetider i vården* visar att 80 procent av patienterna fått sin första bedömning inom 30 dagar i Region Stockholm hittills under 2019, i jämförelse med 2018 då andelen var 92 procent. Variationen mellan de olika enheterna i regionen är stor - exempelvis i maj varierade andelen patienter mellan 14 och 100 procent.

När det gäller tillgänglighet till påbörjad behandling är det i snitt 80 procent som påbörjat sin behandling hittills under 2019, i jämförelse med 2018 då andelen var 82 procent. Även här råder det en stor variation mellan de olika mottagningarna - exempelvis i maj varierade andelen patienter mellan 21 och 100 procent.

Vuxenpsykiatrin

I vuxenpsykiatrin gäller att alla patienter ska få ett förstabesök inom 90 dagar enligt den nationella vårdgarantin. Utöver den lagstadgade vårdgarantin har Region Stockholm en snävare tidsgräns för besöksgaranti inom den specialiserade vården. Patienten ska få träffa en specialist inom 30 dagar från det att remiss beslutats eller att hen på egen hand sökt kontakt med den specialiserade vården.

Väntetider i vården visar att under 2019 har andelen som fått sitt första besök inom 90 dagar varierat mellan 77 och 85 procent. Variationen mellan verksamheter är betydligt mindre jämfört med BUP. Exempelvis i maj 2019 varierade andelen som fått första besök inom 90 dagar mellan 69 och 100 procent.

3.2.2. Kontinuitet i behandling och kontakt med mottagningen

Patienternas upplevelser av kontinuitet och koordinering mäts i den nationella patientenkäten. Dimensionen mäter patientens upplevelse avseende kontinuitet och hur väl individens vård samordnas, såväl internt som externt. För såväl barn- och

ungdoms- som vuxenpsykiatrin visar resultat från 2018 att kontinuitet och koordinering är den dimension som skattas lägst av patienterna tillsammans med dimensionen information och kunskap av de sju områden som enkäten redovisar. Region Stockholms resultat skiljer sig inte märkbart från riket som helhet avseende dimensionen kontinuitet.[19]

Kontinuiteten inom vuxenpsykiatrin följs även upp av beställaren genom indikatorn som mäter ifall patienter med långvarig problematik får en medicinsk bedömning av diagnos, status och behandling minst en gång årligen.

SLSO mäter även själva kontinuitet inom vuxenpsykiatrin som andel av de patienter som behandlas för depression eller ångest och som har haft kontakt med samma person vid de tre senaste läkarkontakterna. För 2018 var den andelen 64 procent, samma andel som 2017.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin följer beställaren upp kontinuiteten genom indikatorn som mäter andel patienter som vårdats i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård och som genomfört ett öppenvårdsbesök inom två veckor.

SLSO mäter även själva kontinuitet inom barn- och ungdomspsykiatrin genom att undersöka vid hur stor andel av de genomförda återbesöken som patienten eller familjen träffat minst en behandlare som också deltagit vid tidigare besök. För 2018 var den andelen 90 procent, samma andel som 2017.

3.2.3. Struktur i samband med diagnostisering

Socialstyrelsen lyfter i sin utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom fram svårigheter i samband med diagnostisering av psykiatriska patienter då symtom liknar varandra. I de nationella riktlinjerna anges för depression och ångest att den kliniska bedömningen ska kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer för att därigenom öka den diagnostiska tillförlitligheten.

I vårdprogrammen för depression och ångestsyndrom ingår att alla patienter ska genomgå en så kallad basutredning som nämnts ovan. För vuxenpsykiatrin inom SLSO

[19] Nationell Patientenkät (https://patientenkat.se/sv/)

följs andel patienter som genomgått basutredning upp i enlighet med de egna vårdprocessernas mätetal. För barn- och ungdomspsykiatrin följs inte andel patienter med basutredning upp.

I Helseplans enkät ställdes frågan om verksamheten, i enlighet med nationella riktlinjer och vårdprogram, har en rutin för hur de ska göra en strukturerad eller semistrukturerad intervju som komplement till klinisk bedömning i samband med diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom. Bland vuxenpsykiatrins chefer anger 88 procent att en sådan rutin finns skriftligt jämfört med 69 procent av medarbetarna. Bland medarbetare svarar knappt 15 procent att de inte vet om att en sådan rutin finns. Bland barn- och ungdomspsykiatrins chefer svarar en majoritet (89 procent) att en sådan rutin finns, jämfört med endast 35 procent av medarbetarna. Bland medarbetare anger drygt 26 procent att de inte vet om en sådan rutin finns. Intervjuad högre chef inom SLSO anser att denna stora skillnad i svar mellan chefer och medarbetare kan bero på att implementeringen av vårdprocesser ännu inte startat inom barn-och ungdomspsykiatrin. Inom vuxenpsykiatrin anges i intervju att det finns behov för ökade insatser för att processer och rutiner i högre grad ska bli kända och efterlevda bland medarbetarna.

3.2.4. Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik

I Region Stockholm är det primärvårdens uppdrag att arbeta förebyggande, bland annat genom att tidigt upptäcka och behandla personer med alkoholberoende utan komplicerande faktorer. Beroendeklinikernas uppdrag är att ta sig an patienter med bland annat samtidig psykisk sjukdom, blandmissbruk och social problematik. Övriga specialistpsykiatriska klinikers uppdrag är att hantera den del av missbruksproblematiken som kräver läkarinsatser. I övrigt har lagstiftaren placerat behandling av beroendeproblematik på primärkommunerna.

Socialstyrelsen betonar i sin utvärdering behovet av att uppmärksamma beroendeproblematik - detta för att förbättra kvaliteten på diagnostiken och därigenom kunna erbjuda mer relevanta och samordnade behandlingsinsatser. Exempelvis försöker 40 procent av patienter med alkoholberoende ta sitt liv vid något tillfälle, med

konsekvensen att cirka 7 procent av dessa dör, vilket förstärker behovet av adekvata insatser.[20]

I vårdprogram för depression och ångest anges att alla patienter inom ramen för basutredningen ska besvara en standardiserad enkät om alkoholbruk, som nämnts ovan. Syftet är att upptäcka risk- och missbruk samt beroende.

Enligt enkätsvaren uppger över 80 procent av cheferna inom vuxenpsykiatrin att en sådan standardiserad bedömning görs i mer än 75 procent av fallen. Bland vuxenpsykiatrins medarbetare är motsvarande siffra 77 procent. I enkäten till BUP ställdes frågan om hur stor andel av barn om unga mellan 13 och 17 år som genomgått strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik. Ungefär en tredjedel av BUP-cheferna uppgav att detta skett i mer än 75 procent av fallen medan motsvarande andel av BUP:s medarbetare, som hade en uppfattning i frågan då många arbetar med andra åldersgrupper, var cirka en fjärdedel.

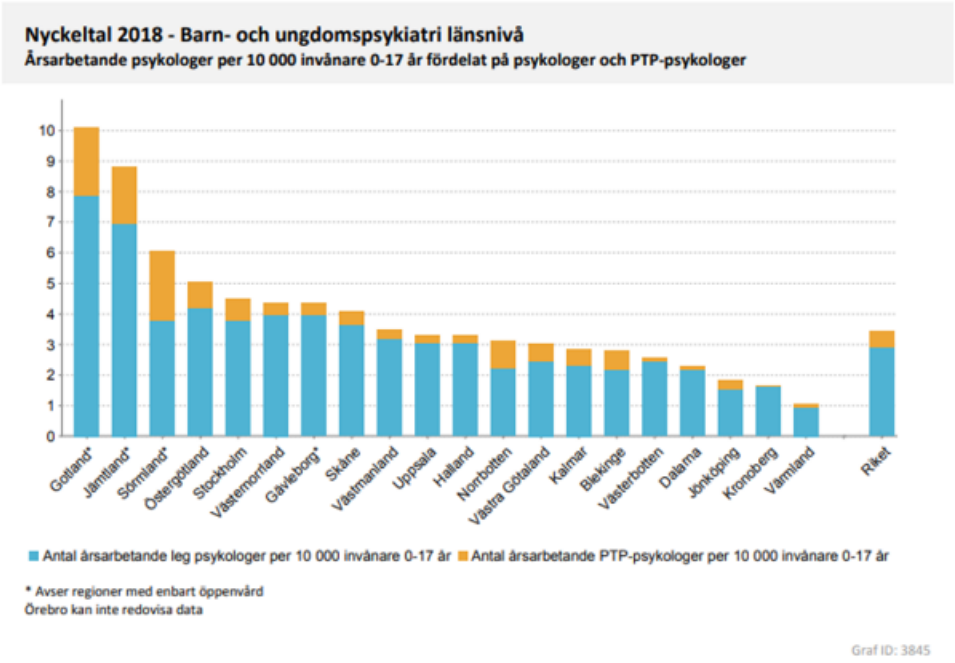
3.2.5. Öka tillgången till psykologisk behandling

Socialstyrelsen framhåller i sin utvärdering att vårdgivarna bör öka tillgången till psykologisk behandling. De konstaterar samtidigt att det är angeläget att förbättra dokumentationen så att det bättre går att följa upp andelen patienter som får psykologiska behandlingar eftersom dessa behandlingar är en central del av vården till personer med depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen har även fastställt en nationell målnivå som innebär att minst 60 procent av ungdomar (13–17 år) och vuxna med depression bör få psykologisk behandling med KBT eller IPT[21]. Vuxna bör även få PDT[22] på samma målnivå. Målnivån för psykologisk behandling med KBT för vuxna och ungdomar med ångestsyndrom är fastställd till minst 70 procent.

Region Stockholm anger i sina vårdprogram och SLSO i sina vårdprocesser att psykologisk behandling ska ges vid mild och måttlig depression samt vid de flesta typer av ångestsyndrom, i enlighet med nationella riktlinjer.

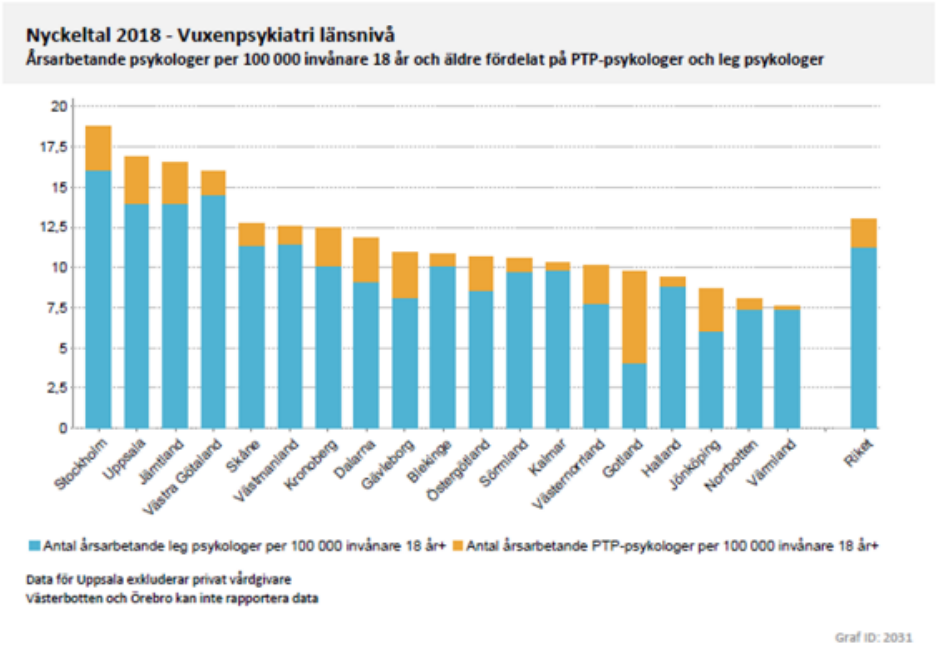
[20] Källa: http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Alkoholberoende
[21] KBT betyder Kognitiv beteendeterapi, IPT betyder Interpersonell psykoterapi
[22] PDT betyder Psykodynamisk terapi

En viktig faktor som påverkar möjligheten att ge psykologisk behandling är tillgången till kvalificerad personal. Statistik från SKL:s Psykiatrin i siffror för 2018 visar att Region



Graf 3845 visar antalet årsarbetande psykologer per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på legitimerad psykolog och PTP-psykolog. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Figur 8 - Tillgång till årsarbetande psykologer per invånare inom BUP



Graf 2031 visar antalet årsarbetande psykologer per 100 000 invånare18 år och äldre fördelat på legitimerad psykolog och PTP-psykolog.

Figur 9 - Tillgång till årsarbetande psykologer per invånare, Vuxenpsykiatri

Stockholm har störst tillgång till årsarbetande psykologer per invånare inom vuxenpsykiatrin (figur 9) men att tillgången inom barn- och ungdomspsykiatrin överstiger rikssnittet endast måttligt (figur 8)

SLSO anger i intervju att andelen personer som fått KBT för ångestsyndrom inom vuxenpsykiatrin ökat från 29 till 34 procent under de senaste två åren. Andel depressionspatienter som fått psykologisk behandling inom 90 dagar från basutredning har även ökat från 39 till 44 procent under samma period.

SLSO anger i intervju att andelen personer som fått psykologisk behandling för ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatrin ökat från 18 till 36 procent från 2017 till 2018. Andel depressionspatienter inom BUP som fått psykologisk behandling har även ökat från 22 till 33 procent under samma period.

I enkäterna ställdes frågan om verksamheterna kan erbjuda psykologiska behandlingar till personer med depression eller ångestsyndrom. Mellan 23 och ca 96 procent av cheferna inom både barn- och ungdoms- samt vuxenpsykiatrin anger att de kan erbjuda olika typer av psykologiska behandlingar. Variationen är dock stor avseende vilka typer av behandlingar de anger sig kunna erbjuda med kognitiv beteendeterapi som den metod man anger i högst grad jämfört med psykodynamisk korttidsterapi och interpersonell terapi. Bland medarbetare anger ca 12 till 91 procent att de kan erbjuda olika psykologiska behandlingar till personer med depression eller ångestsyndrom. Även här varierar det i svaren i vilken grad man anger sig kunna erbjuda de olika behandlingarna, med kognitiv beteendeterapi som den vanligaste.

3.3. Bedömningar: Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer

Övergripande: Helseplan bedömer att HSN:s nya avtalsupplägg och uppföljningsstruktur skapar bättre förutsättningar för såväl verksamheten att följa vårdprogram och riktlinjer som för HSF att genomföra en mer kvalitetsinriktad uppföljning. För att uppföljningen ska fungera som styrsignal behöver återkopplingen vara tydlig och ske utan onödig fördröjning. Helseplan gör emellertid bedömningen att HSF:s hantering av uppföljningen under 2019 inte har varit tillräckligt effektiv och att den riskerar att leda till en fördröjning vad gäller viktiga styrsignaler.

HSN:S nya uppdragsavtal ger enligt Helseplans bedömning möjlighet till bättre förutsättningar för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet än tidigare avtalsupplägg med en högre grad av detaljstyrning. Enligt Helseplans bedömning har verksamheternas möjligheter att styra över sina egna fokusfrågor ökat genom att målstyrningen minskat.

Detta bedömer vi ger bättre förutsättningar för att exempelvis kunna följa vårdprogram och riktlinjer.

Den uppföljningsplan som HSF lagt upp har enligt Helseplans bedömning följts genom att tre dialogmöten hållits enligt plan. Skriftlig återkoppling till verksamheten efter dialogmötet i juni har däremot ännu inte genomförts trots att tre månader passerat. Helseplan bedömer, i likhet med HSF, att uppföljning som sådan fungerar som en styrsignal. För att detta ska fungera behöver återkopplingen vara tydlig och ske utan onödig fördröjning.

Helseplan bedömer att HSF:s informationsinhämtning från SLSO:s verksamheter inför de två genomförda dialogmötena har skett på ett sätt som varit arbets- och tidskrävande för båda parter. Helseplan bedömer att HSF, vars kärnverksamhet ligger i att upprätta och följa upp uppdragsavtal, ska klara att utforma en uppföljningsmetodik som är effektiv för både utförare och beställare vad gäller hur data efterfrågas som hur bearbetning och analys görs.

Uppföljningen av nyckeltal från verksamheterna har ännu inte ägt rum på det sätt som planerats, bland annat på grund av att det tidigare använda systemet för leverantörsuppföljning (LUD) har visat sig hålla alltför låg kvalitet och ett nytt därför är under framtagande. Helseplan bedömer, baserat på intervju, att det nya uppföljningsverktyget som HSF bygger upp kan medföra en stor förbättring både för HSF:s avtalsuppföljning och för verksamheternas egen uppföljning. Effekterna av detta verktyg kommer inte att gå att bedöma i denna granskning.

Helseplan bedömer att det är väsentligt att riktlinjer och vårdprogram följs. Att barn- och ungdomspsykiatrin inte följer upp andel patienter som genomgår basutredning riskerar att minska följsamheten till vårdprocess/program. Att en relativt hög andel medarbetare uppger att de inte känner till om rutin för strukturerad intervju finns riskerar att minska följsamheten till vårdprogram. Detsamma gäller strukturerad bedömning av beroendeproblematik hos unga.

Helseplan konstaterar att Region Stockholm har ett relativt sett lägre antal psykologer i inom barn- och ungdomspsykiatrin jämfört med inom vuxenpsykiatrin. Enligt Helseplans bedömning bör det utredas huruvida Region Stockholm har tillräcklig tillgång till kompetens som kan ge psykologisk behandling givet de målnivåer som SoS satt upp.

Helseplan bedömer att den höga variationen i enkätsvaren vad avser tillgänglig psykologisk behandling kan ha att göra med brist på kunskap om tillgängliga behandlingsmetoder, vilket i sin tur kan begränsa vad patienterna erbjuds.

3.4. Iakttagelser: Samverkan vid vårdövergång från BUP till vuxenpsykiatri

Följande avsnitt behandlar Fråga *2. Hur sker samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin för att säkerställa tillfredsställande vårdövergångar? (samverkan kan innebära flexibilitet i vårdövergångar).* Avgränsning: Vårdövergångar för patienter som haft kontakter inom BUP för depression och ångestsyndrom.

3.4.1. Avtalsförutsättningar avseende samverkan vid vårdövergång

Uppdragens omfattning skiljer sig åt mellan BUP och vuxenpsykiatrin på flera sätt. Bland annat har BUP i högre grad resurser för att inkludera och involvera anhöriga eftersom dessa är vårdnadshavare. Inom BUP inkluderas också ett större åtagande inom begreppet specialiserad psykiatri än det gör inom vuxenpsykiatrin. Patienter som vårdats inom den specialiserade vården inom BUP kommer av detta skäl inte automatiskt att föras över till den specialiserade vuxenpsykiatriska vården i de fall att fortsatt vård krävs efter 18-årsdagen. Läkemedelsförskrivning för till exempel depressionspatienter är exempelvis, enligt intervjusvar, ett specialistuppdrag inom BUP medan primärvården hanterar en stor del av läkemedelsförskrivningen till vuxna patienter som behandlas för depression och ångesttillstånd. Vårdövergångar från BUP sker därmed både till vuxenpsykiatrin och till primärvården.

Inom Region Stockholm har HSN genom avtal uppdragit åt olika verksamheter att ansvara för psykiatrisk specialiserad öppenvård. BUP får härigenom ersättning för psykiatrisk vård avseende åldersgruppen 0–17 år och olika vuxenpsykiatriska verksamheter får ersättning för psykiatrisk vård för personer från 18 år och uppåt. Enligt intervjuer med företrädare för SLSO, som driver såväl BUP som flera vuxenpsykiatriska verksamheter, ger avtalen möjlighet att internt inom SLSO växla över ersättning mellan enheter för att möjliggöra en tidigare eller senare vårdövergång.

I de fall den psykiatriska verksamheten enligt avtal ska samverkan med andra aktörer som har avtal med HSN är psykiatrins ansvarsområde tydliggjort. Inom beroendevården tillämpas en annan åldersgräns, i och med att Maria Ungdom har ansvar för unga vuxna upp till 25 år.

3.4.2. Regional riktlinje och lokala överenskommelser för vårdövergångar

SLSO har tagit fram en generell riktlinje för hur överföring mellan BUP och vuxenpsykiatrin inom verksamhetsområde Psykiatri (SLSO) ska ske. Riktlinjen är inte regionövergripande utan gäller för verksamheterna som drivs av Region Stockholm i egen regi. Riktlinjen är ett övergripande och kortfattat dokument. En del av riktlinjen som gäller patienter i öppen vård återges nedan.

Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) har huvudansvar för åldersgruppen 0–17 år. Vuxenpsykiatrin har huvudansvar för åldersgruppen från 18 års ålder. Utifrån patientens vårdbehov ska en flexibel åldersgräns tillämpas mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. Ställningstagande behöver göras om patienten kommer att behöva fortsatt specialistvård eller om fortsatt vård ska ske inom primärvård. När en patient är aktuell inom barn- och ungdomspsykiatrins öppenvård och man bedömer att behandlingstiden kommer att sträcka sig över 18-årsdagen ska en kontakt med vuxenpsykiatrin tas minst sex månader dessförinnan. Överföring från BUP till vuxenpsykiatrin initieras alltid via remiss. Vid komplex problematik ska överföringsmöte ske. Definition på komplex problematik är exempelvis om patienten omfattas av flera olika vårdprocesser, insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behövs samt om suicidrisk föreligger. Vid behov kan BUP kalla till SIP-möte när insatser behöver samordnas med exempelvis socialtjänsten. Vuxenpsykiatrin utser en fast vårdkontakt. Fast vårdkontakt inom vuxenpsykiatrin har till uppgift att delta vid överföringsmöte och säkerställa att vårdplanering inom vuxenpsykiatrin kommer till stånd.[23]

Riktlinjen slår fast att bedömningen av fortsatt vårdbehov ska göras inom BUP. I de fall BUP gör bedömningen att det krävs fortsatt specialiserad psykiatrisk vård ska remiss skickas till vuxenpsykiatrisk verksamhet minst sex månader innan patienten fyller 18 år. Vid komplex problematik, som exemplifieras i riktlinjen, ska ett överföringsmöte hållas mellan BUP och vuxenpsykiatri.

Det framgår av avtalen mellan SLSO och HSN att den övergripande samverkansriktlinjen ska anpassas till lokal nivå. Enligt intervju med företrädare för BUP finns det för närvarande inga giltiga lokala överenskommelser inom SLSO som berör överföringen gentemot vuxenpsykiatrin.

[23] Överföring av patient från BUP till vuxenpsykiatrin - riktlinje för VO-Psykiatri SLSO: RIK-15388-v.3.0, gäller from 2019-05-07

Privata aktörer idag har områdesansvar för delar av Region Stockholms vuxenpsykiatri. Dokumentgranskningen visar att det i endast ett av dessa avtal finns angivet att det ska upprättas skriftliga samverkansöverenskommelser med vårdgrannar inom bland annat vårdområdet psykiatri. Enligt intervjusvar saknas separata vårdöverenskommelser mellan BUP och de privata aktörer som bedriver vuxenpsykiatri på uppdrag av HSN. Minst en av aktörerna har frivilligt anslutit sig till den övergripande riktlinjen som gäller för SLSO. Övergångar till dessa verksamheter sker därför i vissa fall genom frivillig tillämpning av den riktlinje som gäller för SLSO.

Riktlinjen för samverkan innehåller formuleringen att en flexibel åldersgräns ska tillämpas utifrån patientens vårdbehov. I några avtal med privata aktörer inom vuxenpsykiatrin framgår att ”Vårdgivaren ska utifrån patientens vårdbehov tillämpa en flexibel åldersgräns, 16–20 år mot barn- och ungdomspsykiatri.”[24] I avtalen mellan HSN och SLSO framgår att uppdragets målgrupp är barn och unga upp till 18 år, men det finns ingen specifikation av ett åldersspann för flexibla övergångar. Granskningen har inte identifierat någon avtalsmässig justering av ersättning kopplat till tillämpning av flexibel åldersgräns.

3.4.3. Vårdövergångar mellan BUP och vuxenpsykiatrin i praktiken

Samtliga iakttagelser pekar på att 18-årsgränsen i praktiken leder till att ansvaret för vården över till en annan enhet i samband med att patienten fyller 18 år. I enkätsvar framkommer att det varierar hur övergången från BUP till vuxenpsykiatri ser ut mellan olika delar av SLSO:s verksamheter. Regelbundna träffar, där vårdövergångar diskuteras och hanteras, hålls mellan cheferna inom BUP och vissa av SLSO:s vuxenpsykiatriska verksamheter. Andra verksamheter inom SLSO har inga sådana fora för att hantera övergångar från BUP. Mottagningarnas samverkanstradition lyfts vid intervjuer som en orsak till varierande praxis vid överföring. Då BUP och vuxenpsykiatrin var organiserade i separata verksamhetsområden fick BUP göra en överenskommelse med respektive vuxenpsykiatrisk verksamhet. Enligt intervjuer skapades under denna tid varierande grad av samverkan, något som inverkar på hur samverkan fungerar idag. Bland annat bedöms remisser på olika sätt inom olika verksamheter. Detta leder enligt intervjuer till att möjligheterna för en smidig övergång från BUP till vuxenpsykiatrin varierar. Ibland beskrivs övergångarna som smidiga med gemensamt möte, i enlighet med riktlinjen,

[24] Avtal mellan HSN och Prima (nr 11949) , samt Praktikertjänst (nr 11224 och 11226).

men ibland får patienten inte mer än en första bedömning och hamnar i exempelvis intern kö inom vuxenpsykiatrin eller faller mellan stolarna, enligt intervjuer.

Enligt intervjuer hanteras vårdövergångar till de privata aktörerna oftast via kontakt mellan de lokala cheferna. Enligt intervjuer fungerar överföringen bra mellan enskilda BUP-enheter och privata verksamheter, men detta gäller inte generellt.

Enligt intervju med företrädare för BUP finns det vuxenpsykiatriska verksamheter som tolkar riktlinjerna som att den gäller endast mer komplexa fall, vilket kan leda till att BUP:s försök att aktualisera patientfall hos vuxenpsykiatrin i god tid (sex-tre månader innan 18 årsdagen) avvisas. Vid intervjuer nämns att det finns sektioner inom SLSO, liksom privata vuxenpsykiatriska verksamheter, som har som praxis att BUP skall remittera först 30 dagar före 18-årsdagen.

Enligt intervjusvar behöver chefer på lokal nivå, exempelvis enhetschefer som har ett helhetsansvar på mottagningarna, vara involverade för att optimera övergångarna. Det finns en arbetsgrupp inom SLSO med uppgift att tydliggöra hur ansvaret säkerställs och efterföljs, att lagar och regler följs och, att någon kvitterar mottagande av patient med mera.

3.4.4. Risker och brister i arbetssätt vid vårdövergångar

Såväl intervjuer som enkätsvar indikerar att vårdövergångar mellan BUP och vuxenpsykiatrin har stora utmaningar och inte sker på ett jämlikt sätt i hela regionen. Enkätsvaren visar att en majoritet av såväl chefer som medarbetare inom BUP inte anser att tillfredsställande vårdövergångar säkerställs idag. Hälften av de chefer inom vuxenpsykiatrin som besvarat enkätfrågan anser att vårdövergångarna säkerställs helt/till största del. Inom BUP är motsvarande andel 16 procent.

Nedan redogörs för faktorer som framkommit i granskningen som bakgrundsvariabler eller bakomliggande orsaker till situationer då tillfredsställande vårdövergångar inte säkerställs.

Rutiner om samverkan inte tillräckligt känd

Vid flera intervjuer beskrivs att den övergripande riktlinjen är väl känd inom BUP och att den åberopas i samband med remittering till vuxenpsykiatrin. Andra intervjuade svarar att riktlinjen inte har en tillräcklig genomslagskraft på grund av varierande åsikter kring om, när och hur den ska tillämpas.

Enkätsvaren visar att kännedomen om och tillämpningen av riktlinjen för överföring mellan BUP och vuxenpsykiatrin varierar och ofta är låg. Det finns skillnader mellan BUP och vuxenpsykiatrin samt mellan chefer och medarbetare. Av 127 medarbetare inom vuxenpsykiatrin uppgav 68 procent att de inte kände till om en överenskommelse existerar. Motsvarande siffra bland cheferna inom vuxenpsykiatrin (30 st) är 23 procent och fler än en fjärdedel av dessa chefer uppger att det inte finns någon överenskommelse med BUP om vårdövergångar. Bland vuxenpsykiatrins medarbetare varierar andelen vet ej- svar avseende frågor som berör överenskommelsen mellan 66 och 77 procent.

Samma trend kan ses i enkätsvaren avseende BUP-verksamheten. 81 procent av 16 chefer inom BUP känner till överenskommelsen avseende övergång, medan 6 procent inte känner till om det finns en sådan. Bland BUP:s medarbetare (90 st) känner 39 procent till att en överenskommelse finns, medan nästan en lika stor andel uppger att de inte vet.

Respondenter anger i enkätkommentarer att bristande följsamhet till rutiner vid vårdövergångar kan vara en patientsäkerhetsrisk. Medarbetare anger i enkätsvar att nyanställda inte får tillräcklig information om och introduktion till samverkansrutiner, och att det önskas mer information om ”det mesta som händer i verksamheten”. En intervjuad ser att orsaken till låg kännedom kan vara att riktlinjen inte har kommunicerats tillräckligt effektivt. Det betonas att chefslinjen behöver förmedla informationen om förfarande vid övergångar vidare till medarbetare.

Olikhet i uppdrag

Som tidigare beskrivits har den specialiserade psykiatriska vården inom BUP respektive vuxenpsykiatrin olika uppdrag. Enligt intervjuer är det framför allt variationer i bedömning av allvarlighetsgrad och samsjuklighet hos patienten som ökar risken att övergången inte fungerar optimalt. Det framkommer att det finns olika syn på prioritering och enligt intervjuad finns mest oklarheter kring ångest- och depressionstillstånd, men även autismspektrumstörning med samsjuklighet. Även i enkätsvar betonas att vuxenpsykiatrin ofta hänvisar dessa patienter till vårdcentral om de endast har läkemedelsbehandling. Det finns en frustration på BUP över att patientens nästa steg blir avhängigt av primärvårdens beredskap, och det uppges att detta försvårar en smidig övergång från BUP till vuxenpsykiatrin för ångest- och depressionspatienter. En intervjuad önskar att alla BUP-patienter, som bedöms ha behov av fortsatt psykiatrisk vård, tas emot på vuxenpsykiatrin för bedömning och att vuxenpsykiatrin själva därefter ansvarar för om fortsatt vård ska ske på deras specialistnivå eller i första linjen.

Oklar remissutformning och osäkerhet vid bedömning

I intervjuer framkommer att remissens utformning och innehåll är av stor vikt. Otillräckliga remisser, exempelvis då frågeställningen är oklar, förekommer och riskerar att leda till att patienten inte tas omhand inom vuxenpsykiatrin, enligt intervju.

En mer flexibel åldersgräns för övergång till vuxenpsykiatrin diskuteras

En BUP-medarbetare med lång yrkesverksamhet beskriver i enkätkommentarer att 18 år är en känslig ålder för övergång, eftersom detta ofta innebär att en terapiprocess måste avbrytas under en period då patienten utvecklingsmässigt har bra förutsättningar för att ta till sig av terapin. I intervjuer beskrivs att den tidigare åldersgränsen på 20 år var en mindre sårbar ålder för patienten. Enligt intervjuer diskuteras åldersgränsen för närvarande inom SLSO, främst inom BUP, då vissa patienter skulle behöva gå över till vuxenpsykiatrin några år innan 18-årsdagen och andra några år efter. Idag tillämpas 18-årsgränsen rätt skarpt även om vissa patienter fortsatt behandlas inom BUP efter 18-årsdagen i syfte att avsluta eller inte avbryta omfattande behandling. Enligt en intervjuad är förutsättningarna för smidig övergång på sätt och vis bättre för BUP-patienter med beroendeproblematik, eftersom Maria Ungdom som samarbetar med BUP (SLSO) välkomnar unga vuxna upp till 25 år och kan därmed följa sina patienter längre. Granskningen har inte identifierat någon motsvarande diskussion om mer flexibel åldersgräns mellan SLSO och privata aktörer.

Särskilda riskgrupper

Riktlinjen specificerar den grupp med mera komplexa patienter som bland annat behöver både öppenvård och slutenvård i perioder. Detta är en grupp som enligt intervjuer har varit svårast att överföra till vuxenpsykiatrin. Det finns enligt intervjuer även andra patienter som behöver extra samverkan för att övergången ska fungera. Enligt intervju är detta exempelvis sådana patienter som behöver mycket stöd av sina föräldrar för att kunna ta sig till vården samt patienter med låg egen motivation. När dessa patienter blir myndiga får den psykiatriska vården ett annat förhållningsätt gentemot patienten än inom BUP, enligt intervju. Det kan även gälla patienter som kommer till BUP kort innan 18-årsdagen. BUP kan få svårt att hinna göra utredning och diagnostisering innan patienten ska överföras., vilket krävs för en tydlig remiss till vuxenpsykiatrin. Därför borde det enligt intervjuad finnas möjlighet att remittera dessa direkt till vuxenpsykiatrin.

3.4.5. Uppföljning av följsamhet och avvikelser kopplade till vårdövergångar

Det sker enligt intervjuer ingen samlad uppföljning av vårdövergångar mellan BUP och vuxenpsykiatrin från HSF:s sida. Lokalt på mottagningarna följer man enligt intervjuad upp tillämpningen utifrån enskilda ärenden. Vid problem tas kontakt med mottagande

enhet och problem som inte löses lokalt lyfts till sektionschef och verksamhetschef. Inom SLSO säkerställs följsamheten enligt intervjuer dels genom avvikelsehantering, dels genom den arbetsgrupp som arbetar med säkra övergångar bland annat till vuxenpsykiatrin som tidigare beskrivits. Avvikelsehanteringen innebär att problem som uppkommer hanteras i systemet, vilket syftar till att utgöra ett läromoment för verksamheterna. Det finns enligt intervjuade inte någon strukturerad sammanställning av avvikelserna och Helseplan har inte tagit del av avvikelserapportering. Ett exempel på effekter av avvikelsehantering som tas upp i intervju är att telefonkontakt tagits med vederbörande verksamhet vilket medfört att den privata aktören fått ta del av den övergripande riktlinjen och att vårdövergångarna därefter fungerat bättre.

I intervju med företrädare för arbetsgruppen för säkra vårdövergångar efterlyses bland annat en instans som kan kontaktas om enhetschefer inte blir överens om hur en övergång ska hanteras. Vidare efterlyser gruppen regelbundna träffar på ledningsnivå för att ytterligare säkra övergången genom gott samarbete och diskussion i de patientärenden där BUP och Vuxenpsykiatrin bedömer olika.

Enkät- och intervjusvar tyder på att den lokala arbetsgruppen för säkra övergångar inte är känd i verksamheterna. En sektionschef inom BUP efterlyser en instans som kan kontaktas om enhetschefer inte blir överens om hur en övergång ska hanteras.

Helseplan har varit i kontakt med patientnämnden avseende inkomna klagomål, och tagit del av ärenden som berör samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatriska enheter 2017 - 2019. Under perioden har endast ett ärende som rör brister i vårdövergång mellan BUP och vuxenpsykiatrin på detta sätt kunnat identifieras, från 2018. Enligt intervju med representant för patientnämnden har en förändring i den gemensamma registreringen genomförts för samtliga patientnämnder inför 2019. Tidigare kunde ärenden registreras med sökkriteriet Vårdansvar; Inom/mellan olika vårdenheter: Informationsöverföring/samverkan. Men från och med 2019 återfinns motsvarande ärenden under rubriken vårdflöde/processer[25] som är betydligt bredare. Denna förändring försvårar patientnämndens egna uppföljning, enligt intervjuad.

[25] Definition: ”bristande samverkan mellan olika vårdenheter, vårdgivare, huvudmän som slutenvård, primärvård eller kommuner. Multisjuka där samordning inte fungerar. Samsjuklighet, psykisk sjukdom med samtidig somatisk sjukdom, där det brister i samverkan. Brist eller avsaknad av rutiner rörande detta”

3.5. Bedömningar: Samverkan vid vårdövergångar

Övergripande: Samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatrin för att säkerställa tillfredsställande vårdövergångar för unga vuxna med depression eller ångestsyndrom behöver förbättras

Dokumentet riktlinje för VO-Psykiatri SLSO fungerar inte ändamålsenligt för att säkra en jämlik hantering av vårdövergångar från BUP till vuxenpsykiatrin. Riktlinjen tolkas olika av de vuxenpsykiatriska verksamheterna vilket i praktiken innebär att riktlinjens sex månaders framförhållning, uppfattas som alltför tidigt och remiss skickas åter till BUP. Enligt Helseplans bedömning har riktlinjen inte i tillräcklig grad tagit hänsyn till att vuxenpsykiatrin har ett mer specialiserat uppdrag än BUP. Detta bedöms riskera att leda till oklarheter kring vilka patienter som remitteras till in den specialiserade vuxenpsykiatrin, men som egentligen ska hanteras inom primärvården. Det är därför Helseplans bedömning även en brist att övergång från BUP till primärvård inte är beskriven i riktlinjen, något som riskerar leda till att det saknas tydlighet kring överföring av ”icke-komplexa” patienter.

Helseplan bedömer att det krävs en utjämning vad gäller lokal hantering av vårdövergångar, för ökad jämlikhet. Tidigare utarbetade arbetssätt och traditioner vad gäller samverkan har en stor betydelse och lokala överenskommelser saknas. Detta bedöms inverka negativt på vårdövergångar för enskilda patienter och skapar ojämlikhet inom Region Stockholm.

Kännedom om riktlinjer och arbetssätt är alltför låg. Utbildning och information bedöms vara bristfällig. Kännedomen om arbetsgruppen för säker övergång bedöms också vara bristfällig. Det saknas även fungerande lokala mötesfora för att hantera dessa frågor. Det saknas en instans med mandat att lösa låsta lägen i enskilda patientfall i de fall som verksamheterna själva inte kan komma överens. Den arbetsgrupp som finns för vårdövergångar mellan BUP och vuxenpsykiatrin skulle enligt vår bedömning kunna ha en sådan roll.

Tidpunkt och innehåll i vårdövergången från BUP till den instans som ska ta över patienten (primärvård eller vuxenpsykiatri) ska enligt vår bedömning ske utifrån patientens behov i första hand. Helseplans bedömning är att flexibiliteten vad gäller ålder för övergång behöver bli större för att en sådan individanpassning ska kunna bli verklighet. Avtalen mellan HSN och utförarna av verksamheterna är en nyckel för att skapa förutsättningar och tydlighet kring vad som gäller när det kommer till personcentrering och delaktighet vid övergång mellan BUP och vuxenpsykiatrin, oavsett huvudman. Helseplan bedömer att HSN tydligare behöver utforma avtal och

ersättningsmodeller för att skapa förutsättningar för samtliga verksamheter att tillämpa en flexibel åldersgräns utifrån patientens behov.

Huvudproblemet ligger enligt Helseplans bedömning i att det för närvarande inte är tillräckligt tydligt i HSN:s avtal vilka krav som ställs för att tillfredsställande vårdövergångar ska kunna säkras samt att det saknas en riktlinje som omfattar samtliga huvudmän som bedriver verksamhet.

3.6. Iakttagelser: Samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad

Följande avsnitt behandlar Fråga *3. Hur samverkar beroendevården och övrig psykiatrisk vård för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet för patienter med samtidigt beroende och annan psykiatrisk problematik?*

Denna delfråga avgränsas till att innehålla en uppföljning av de rekommendationer som gavs i rapporten Samverkan i missbruks-/beroendevården 10/2016 som hade som syfte att bedöma hur samverkan fungerar mellan staden och landstinget i vården av vuxna med missbruk/beroende och som genomgår avgiftning. Framställningen följer de tre rekommendationer som lämnades i denna granskning.

3.6.1. Se över och stärka vårdkedjan

Rekommendation från 2016	Iakttagelser 2019
Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad behöver i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt se över och stärka vårdkedjan, speciellt för de individer som erbjuds fortsatt behandling vid de lokala beroendemottagningarna.	Respondenter i stadsdelsförvaltningen och inom SLSO anger att vårdkedjan inte fungerar för individer med missbruk/beroende. Den överenskommelse som finns inom Storstockholm och som avser missbruk/beroende är inte känd bland stadsdelsförvaltningarna i Stockholms stad.

Tillfrågade representanter från Stockholms Stad och SLSO ger i intervjuer en samstämmig bild av att samverkan inte fungerar tillfredsställande. Detta beror till viss del på att klienten själv i vissa fall inte vill ha någon kontakt med psykiatrin, socialtjänsten eller med annan berörd förvaltning inom Stockholms stad. Respondenterna har också identifierat ett antal strukturella utmaningar som kan

sammanfattas som att det inte finns något för psykiatrin gemensamt förhållningssätt till samverkan med stadsdelsförvaltningarna och att en fungerande samverkan är mer beroende av personliga kontakter och relationer än av den överenskommelse som finns.

Flera respondenter inom stadsdelsförvaltningarna menar att psykiatrin inom SLSO inte erbjuder den hjälp som behövs för personer med missbruk. När en person uppvisar ångest eller självskadebeteende under avgiftningen visar den allmänna psykiatrin en låg vilja att ta emot dessa personer och beroendevården har för knappa resurser för att erbjuda adekvat behandling. Idag omfattar hälso- och sjukvårdens uppdrag generellt en psykiatrisk/medicinsk beroendevård för akuta fall för inläggning där det föreligger risk att patienten avlider om hen inte får vård på sjukhus. För patienter som har ett icke akut livshotande tillstånd men behov av psykisksocial stabilisering i samband med avgiftning tolkas gällande lagstiftning av SLSO som att det är socialtjänstens ansvar enligt socialtjänstlagen.

Det är även oklara huvudmannaskapsuppdrag för patienter med till exempel ångest eller depression och samtidigt substansbrukssyndrom menar respondenter. För den senare diagnosen har socialtjänsten ett behandlingsuppdrag enligt socialtjänstlagen parallellt med hälso- och sjukvården. Utförandet av uppdraget, det vill säga vilken behandling eller stöd som den enskilde kan få, varierar mellan olika kommuner och medför att vården inte blir jämlik. Stadsdelsförvaltningarna har en samsyn om att den allmänna psykiatrin inte tar emot patienter med missbruks-/beroendeproblematik och att när den väl gör det så är det långa köer till behandling. Utifrån de inkomna svaren på mailenkäten är det tydligt att förväntningarna vad avser fördelning av ansvar och tillgänglighet skiljer sig åt och inte matchar de rutiner och processer som finns idag. Respondenter anger att det bör förtydligas nationellt att all behandling ska ske i hälso- och sjukvården och att socialtjänstens uppdrag ska vara bostad, ekonomiskt stöd, skydd för utsatt grupper med mera.

3.6.2. Länkningen i gränssnittet mellan slutenvård respektive öppenvård och socialtjänst

Rekommendation från 2016	Iakttagelser 2019
Länkningen i gränssnittet mellan slutenvård respektive öppenvård och socialtjänst kräver särskild uppmärksamhet. I detta arbete bör även individer som kommit akut till avgiftning och tidigare är okända för öppenvården beaktas.	Respondenter i stadsdelsförvaltningarna anger att personer som tidigare är okända kräver mer administration då de inte har en naturlig motpart i socialtjänsten. En abstinensbehandling kan göras inom den allmänna psykiatrin på cirka 24 timmar. Den korta medicinska vårdtiden gör att det är svårt att etablera

	kontakt med klienten menar respondenter.

Enligt *Gemensam riktlinje för utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, som beslutades den 9 februari 2018 av Storsthlm och Region Stockholm, ska ett inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter inskrivning på slutenvårdsavdelning har skett eller senast 24 timmar efter att bedömning gjorts om att den enskilde kommer att ha behov av insatser efter utskrivning. När patienten ska skrivas ut ansvarar slutenvården för att meddela berörda enheter om att den enskilde är utskrivningsklar. Socialtjänsten eller annan berörd kommunal hälso- och sjukvård ansvarar då för att ta del av meddelandet samt informera berörda enheter inom kommunen om att den enskilda är utskrivningsklar. I nästa steg tar kommunen del av utskrivningsinformationen och begär kompletterande uppgifter om informationen från slutenvården är otillräcklig för att kunna överta vård-, omsorg- och stödinsatser för den enskilde efter utskrivning. Den enskilde ska också informeras om vilka insatser som kommunen har beslutat om.

Eftersom vårdtiderna för medicinsk avgiftning är korta är det än viktigare att in-respektive utskrivningsmeddelanden skickas och att det sker i tid. Patienten kan redan ha hunnit skrivas ut utan att en tillfredsställande kontakt med stadsdelsförvaltningen har kunnat etableras och lämpliga vidare åtgärder har kunnat erbjudas uppger respondenter inom stadsdelsförvaltningarna och inom SLSO. Personer som är kända sedan tidigare kan oftast kontaktas via sina kontaktpersoner. Personer som inte är kända sedan tidigare är inte möjliga att spåra.

I tillägg uppger respondent inom SLSO att hälso- och sjukvårdens beroendevård är en kostnadstung verksamhet med sjukhusvård som har en hög omsättning av patienter och korta ledtider. Beroendevården arbetar dygnet runt alla dagar i veckan och ser utmaningar i att socialtjänstens verksamhet inte är anpassad till detta.

3.6.3. Utveckla skriftlig rutin för informationsöverföring

Rekommendation från 2016	Iakttagelser 2019
Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad bör i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt utveckla en skriftlig rutin för informationsöverföring från beroendevårdens slutenvård till socialtjänsten och öppenvården, i syfte att förbättra vårdflödet	Respondenter i stadsdelsförvaltningarna uppger att meddelande enligt LoSUS skickas och LVM-anmälningar sker. Utmaningen är att LVM-anmälningen kan vara innehållslös eller att det finns ett inskrivningsmeddelande men inget utskrivningsmeddelande.

Respondenter på stadsdelsförvaltningarna uppger att det är en utmaning med sena in- och utskrivningsmeddelanden. Det är inte möjligt att upprätthålla interna rutiner när information når den berörda enheten för sent, oavsett om vårdtiden är kort eller lång för den enskilde. Det handlar framför allt om att fatta beslut om och kunna erbjuda andra former av behandling för den enskilde, till exempel att hitta en plats på ett lämpligt behandlingshem för den enskilde. Respondenter från stadsdelsförvaltningarna menar att följsamheten till rutinerna är låg och yttrar sig genom att det kan finnas inskrivningsmeddelanden men inga utskrivningsmeddelanden eller att utskrivningsmeddelanden kan göras efter att patienten har skrivits ut. Flera respondenter uppger att det inte finns några rutiner och att kännedomen om LoSUS kan antas vara låg inom delar av stadsdelsförvaltningarna. Denna iakttagelse bekräftas av respondent inom SLSO som menar att en stor andel av utskrivningsmeddelandena från slutenvården aldrig besvaras av kommunerna överlag. Enligt respondenter pågår en diskussion i tillämpningsnätverket för chefer i stadsdelsförvaltningarna om hur LoSUS ska tillämpas och vilka gemensamma rutiner som kan behöva skapas.

3.6.4. Öka tillämpningen av lagen avseende samordnad individuell vårdplanering (SIP)

Rekommendation från 2016	Iakttagelser
Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad behöver i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt se över när, i vårdprocessen för personer med missbruk/beroende, samordnad individuell vårdplanering (SIP) bör genomföras för att öka tillämpningen i enlighet med gällande lagstiftning.[26]	Respondenter menar att antalet SIP som görs är få, men det blir fler med tiden och att dessa får en ökad betydelse. Orsakerna beror till viss del på klienten, dennes behov av stöd och vilja att delta i /ha SIP. SIP som verktyg fungerar till exempel bättre för underhållsbehandlingar. När SIP görs är ansvarsfördelningen tydlig och efterlevs oftast.

När en SIP inte skapas kan det till viss del bero på klienten och att hen inte vill ha en SIP. Till stor del beror det på att ett för stort ansvar läggs på socialtjänsten eller motsvarande förvaltningsområde i stadsdelen. Flera respondenter uppger att SIP fungerar med den psykiatriska vården över lag. Många respondenter beskriver att det finns en upplevelse

[26] Samverkan i missbruks-/beroendevården, projektrapport 10/2016. En granskning i samverkan mellan revisionen i Stockholms läns landsting och Stockholms stad.

av att SIP inte prioriteras från SLSO:s sida och att framför allt yrkeskategorin läkare sällan medverkar. Respondent inom SLSO uppger att SIP:ar är högprioriterade och att socialtjänsten inte deltar i den utsträckning som är önskvärd.

Respondenterna från stadsdelsförvaltningen och från SLSO menar att när en SIP görs, så är ansvarsfördelningen tydlig och den efterlevs i stor utsträckning. Respondenterna uppger också att antalet SIP ökar.

3.7. Bedömningar: Samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad

Övergripande: Helseplan gör bedömningen att rekommendationerna från 2016 till stor del är fortsatt aktuella:

Helseplan bedömer att rekommendationen avseende SIP fokuserar på när SIP bör genomföras. Baserat på ovanstående iakttagelse är det tydligt att utmaningen består i att öka följsamheten till rutiner och genomföra SIP. Till viss del bottnar utmaningen i klientens sjukdomsbild där det kan saknas sjukdomsinsikt eller att klienten tackar nej till SIP. Det är en utmaning för psykiatrin, socialtjänsten eller motsvarande förvaltning inom stadsdelarna att hitta fungerande, inkluderande arbetssätt för klienter som inte vill ta del av behandling eller stöd från stadsdelsförvaltningen.

Helseplan bedömer att Region Stockholm har särskilt stora utmaningar att etablera fungerande kontaktvägar med tanke på antalet samverkande stadsdelsförvaltningar. Risken för misstag i hantering och kommunikation ökar när grundläggande strukturer saknas i form av fungerande arbetssätt eller IT-stöd och istället bygger på personliga relationer. Enligt Helseplans bedömning ställer denna situation särskilt stora krav på vårdgivare att etablera säker kommunikation mellan Region Stockholm och respektive stadsdels socialtjänst.

Helseplan bedömer att gränssnittet kring ansvarsfördelningen för missbruks-/beroendepatienter är otydlig. Denna patientgrupp riskerar enligt Helseplans bedömning att falla mellan stolarna på grund av samsjuklighet eller för att den lagstadgade medicinska insatsen är kort. Helseplan bedömer att otydligheten kring ansvarsfördelningen ökar när det är en låg följsamhet till rutiner vad avser in- och utskrivningsmeddelanden enligt LoSUS.

Helseplan bedömer vidare att avsaknaden av en tydlighet kring det lagstadgade ansvaret bidrar till att det skapas otydlighet i förväntningarna på hälso- och sjukvården respektive

socialtjänsten vilket enligt vår bedömning riskerar att inverka negativt på patientsäkerheten.

4. Övergripande bedömning

Sker styrningen så att samverkan, tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs i den psykiatriska öppenvården?

Helseplans övergripande bedömning är:

Helseplan bedömer att HSN:s nya avtalsupplägg och uppföljningsstruktur styr mot en följsamhet till vårdprogram och riktlinjer. Genom detta sker styrning mot tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet. Helseplan bedömer emellertid att för att den mer kvalitetsinriktade uppföljningen ska fungera som styrsignal behöver återkopplingen vara tydlig och ske utan onödig fördröjning. Helseplan gör bedömningen att HSF:s hantering av uppföljningen under 2019 inte har varit tillräckligt effektiv och att den riskerar att leda till en fördröjning vad gäller viktiga styrsignaler.

Helseplan bedömer att HSN:s styrning av samverkan inom och mellan olika aktörer för att säkerställa tillfredsställande vårdövergångar för unga vuxna med depression eller ångestsyndrom inte är tillräcklig. Det saknas en regionövergripande riktlinje som säkerställer jämlika förutsättningar vid vårdövergång från BUP till vuxenpsykiatrin. Dagens styrning skapar inte förutsättningar för flexibel åldersgräns för vårdövergång.

Helseplan gör bedömningen att rekommendationerna från 2016 gällande samverkan i beroendevården mellan SLSO och Stockholms stad till stor del är fortsatt aktuella.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1 – Enkäter (1a Vuxenpsykiatri, b BUP)

Bilaga 2 – SLSO:s Processkarta depression giltig 2019

Bilaga 3 – SLSO:s Processkarta ångestsyndrom giltig 2019

Bilaga 4 - Utdrag från Psykiatri i siffror 2018, SKL

Bilaga 5 – Periodiska uppföljningar inom SLSO:s vuxenpsykiatriska verksamheter

1. Enkätundersökning som en del av en granskning av psykiatrisk öppenvård i Region Stockholm

Helseplan utför på uppdrag av Region Stockholms revisorer en granskning av den psykiatriska öppenvården i Region Stockholm. Denna enkätundersökning är en del av denna granskning. Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag att bedöma om styrningen sker så att samverkan, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs i den öppna psykiatriska vården.

Enkäten ska besvaras av chefer och medarbetare som arbetar med vård av personer över 18 år med depression eller ångestsyndrom. Rättspsykiatrin är exkluderad. Både verksamheter som drivs i Region Stockholms egen regi och som drivs i annan regi med finansiering från Region Stockholm omfattas av enkäten.

Enkätsvaren lämnas anonymt. Om du önskar komplettera eller utveckla dina svar utöver enkätfrågorna så skicka ett mail till ulrike.deppert@helseplan.se eller använd fritextfältet i slutet av enkäten.

Tack för din medverkan!

2. Arbetar eller ansvarar du för en verksamhet som bedriver vård av personer över 18 år med depression eller ångestsyndrom?

Uppgifterna avser patienter som har diagnoser enligt ICD-10-klassificeringen inom F32-F34 eller F40-F45.

(Ange endast ett svar)

- ❑ Ja - Gå till 4
- ❑ Nej - Gå till 3

3. Tack! - Gå till 28

Denna enkätundersökning omfattar vården av personer över 18 år med depression och ångestsyndrom. Du har angett att du inte arbetar eller ansvarar för en sådan verksamhet och passar därför tyvärr inte undersökningens målgrupp.

Tack för att du har tagit dig tid!

4. Inom vilken verksamhet arbetar du?

(Ange endast ett svar)

- ❑ Capio Hjärnhälsan AB
- ❑ Capio Psykiatri AB
- ❑ Norra Stockholms Psykiatri
- ❑ Praktikertjänst psykiatri AB

- ❑ Prima Barn- och Vuxenpsykiatri Stockholm AB
- ❑ Psykiatri Nordväst
- ❑ Psykiatri Sydväst
- ❑ Psykiatri Södra Stockholm
- ❑ Psykiatricentrum Södertälje
- ❑ WeMind AB

Annan

_ _ _ _

6. Har du chefsbefattning?

(Ange endast ett svar)

- ❑ Ja - Gå till 7
- ❑ Nej - Gå till 10

7. Vilka av nedanstående indikatorer följs upp avseende patienter som behandlas för ångest och depression?

Kryssa i alla indikatorer som följs upp.

(Ange gärna flera svar)

- ❑ Tid till första bedömning av vårdbehov
- ❑ Tid till behandling efter diagnostisering
- ❑ Diagnostisering med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju
- ❑ Strukturerad bedömning av beroendeproblematik
- ❑ Strukturerad bedömning av suicidrisk
- ❑ Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT vid depression
- ❑ Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom
- ❑ Fysisk aktivitet vid egentlig depression
- ❑ Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT eller läkemedelsbehandling med antidepressiva vid depression
- ❑ Psykologisk behandling med KBT eller läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom

8. Följs patienternas upplevelse av information om vård och behandling respektive möjlighet till delaktighet upp? Hur?

_ _ _ _

9. Finns det hinder för att erbjuda och upprätthålla kontinuitet i patientens kontakt med er? Vilka?

_ _ _ _

ångestsyndrom inom den verksamhet som du arbetar på/ansvarar för?

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

Svara i skalen. 1 betyder "Stämmer helt" och 5 betyder "Stämmer inte alls".

	1 - Stämmer helt	2	3	4	5 - Stämmer inte alls	6 - Vet ej
Patienter i behov av detta alt. patienter som själva begärt det har en fast vårdkontakt	❑	❑	❑	❑	❑	❑
De flesta patienter behöver inte byta behandlare under behandlings perioden	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Det finns alltid möjlighet för patienter att komma i kontakt med öppenvårds mottagning en vid behov	❑	❑	❑	❑	❑	❑

14. Hur ofta har behandlade terapeuter som endast har grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) fått handledning?

(Ange endast ett svar)

- ❑ En gång i veckan eller mer
- ❑ Minst varannan vecka men inte så ofta som varje vecka
- ❑ Minst varje månad men inte så ofta som varannan vecka
- ❑ Minst varje kvartal men inte så ofta som varje månad

- ❑ Mer sällan än en gång i kvartalet
- ❑ Aldrig
- ❑ Vi har inga behandlare med enbart steg 1
- ❑ Vet ej

15. Patientsäkerhet

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

16. Har ni en rutin för hur ni ska göra en strukturerad eller semistrukturerad intervju (t.ex. MINI eller SCID-I) som komplement till klinisk bedömning i samband med diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom?

(Ange gärna flera svar)

Ja, skriftlig	Ja, muntlig	Nej	Vet ej
❑	❑	❑	❑

17. I vilken utsträckning har ni använt strukturerad eller semistrukturerad intervju (t.ex. MINI eller SCID-I) som komplement till klinisk bedömning i samband med diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom?

(Ange endast ett svar)

- ❑ I mer än 75 procent av fallen
- ❑ I 50 - 75 procent av fallen
- ❑ I 25 - 49 procent av fallen
- ❑ I mindre än 25 procent av fallen
- ❑ Inte alls

18. Vårdprocesser och rutiner kring behandling

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

19. Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har genomgått en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik?

Med en strukturerad bedömning avses t.ex. användning av AUDIT eller DUDIT.

(Ange endast ett svar)

- ❑ Mer än 75 procent
- ❑ 50 - 75 procent
- ❑ 25 - 49 procent
- ❑ Mindre än 25 procent
- ❑ Ingen
- ❑ Vet ej

20. Kan ni erbjuda personer med depression eller ångestsyndrom nedanstående psykologiska behandlingar?

(Ange endast ett svar per fråga)

	Ja, manualbaserad	Ja, men inte manualbaserad	Ja, men vet inte om den är manualbaserad eller inte	Nej	Vet ej
Kognitiv beteendeterapi	❑	❑	❑	❑	❑
Interpersonell psykoterapi	❑	❑	❑	❑	❑
Psykodynamisk korttidsterapi	❑	❑	❑	❑	❑

Annan psykologisk behandling, ange vilken

_ _ _ _

Kognitiv beteendeterapi	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Interpersonell psykoterapi	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Psykodynamisk korttidsterapi	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Annan psykologisk behandling, inte manualbaserade	❑	❑	❑	❑	❑	❑
rTMS (repetetiv transkraniel magnetstimulering)	❑	❑	❑	❑	❑	❑
ECT (elektrokonvulsiv behandling)	❑	❑	❑	❑	❑	❑

22. Har ni en rutin för strukturerad uppföljning för personer som behandlas mot depression och ångestsyndrom?

(Ange gärna flera svar)

Ja, skriftligt	Ja, muntligt	Nej	Vet ej
❑	❑	❑	❑

23. Hur ofta har strukturerade uppföljningar av personer som behandlas mot depression eller ångestsyndrom skett?

(Ange endast ett svar)

- ❑ En gång i kvartalet eller mer
- ❑ Minst en gång i halvåret men inte så ofta som en gång i kvartalet
- ❑ Minst en gång om året men inte så ofta som en gång i halvåret
- ❑ Mer sällan än varje år
- ❑ Vet ej

24. Samverkan med BUP

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

25. Har ni en överenskommelse med BUP om hur en övergång från BUP till vuxenpsykiatrin ska ske?

(Ange gärna flera svar)

Ja, skriftlig	Ja, muntlig	Nej	Vet ej
❑	❑	❑	❑

26. Hur väl stämmer följande påståenden när det gäller samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin för att säkerställa tillfredsställande vårdövergångar avseende unga vuxna personer som behandlas mot depression och ångestsyndrom?

(Ange endast ett svar per fråga)

	1 - Stämmer helt	2	3	4	5 - Stämmer inte alls	6 - Vet ej
Det finns skriftliga rutiner för hur samverkan ska gå till	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Rutinerna omfattar utbildning/information kring denna samverkan till såväl personal som patienter och anhöriga	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Det finns väl fungerande arbetssätt i linje med beslutade rutiner för samverkan	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Regelbundna möten hålls med barn- och ungdomsps	❑	❑	❑	❑	❑	❑

ykiatriska verksamheter i samverkansfrågor						
Beslut om vårdövergångar fattas individuellt och flexibelt utifrån patientens behov och mognadsgrad	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatrin säkerställer tillfredsställande vårdövergångar för unga vuxna med depression eller ångestsyndrom	❑	❑	❑	❑	❑	❑

27. Är det något som du vill tillägga?

_ _

_ _

_ _

28. Tack för din medverkan!

Tack för att du har svarat på enkätundersökningen som är en del av en granskning av psykiatrisk öppenvård i Region Stockholm.

Om du önskar komplettera eller utveckla dina svar utöver enkätfrågorna så skicka ett mail till ulrike.deppert@helseplan.se.

Klicka på "Nästa" för att avsluta enkäten.

1. Enkätundersökning som en del av en granskning av psykiatrisk öppenvård i Region Stockholm

Helseplan utför på uppdrag av Region Stockholms revisorer en granskning av den psykiatriska öppenvården i Region Stockholm. Denna enkätundersökning är en del av denna granskning. Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag att bedöma om styrningen sker så att samverkan, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs i den öppna psykiatriska vården.

Enkäten ska besvaras av chefer och medarbetare som arbetar med vård av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Rättspsykiatrin är exkluderad. Både verksamheter som drivs i Region Stockholms egen regi och som drivs i annan regi med finansiering från Region Stockholm omfattas av enkäten.

Enkätsvaren lämnas anonymt. Om du önskar komplettera eller utveckla dina svar utöver enkätfrågorna så skicka ett mail till ulrike.deppert@helseplan.se eller använd fritextfältet i slutet av enkäten.

Tack för din medverkan!

2. Arbetar eller ansvarar du för en verksamhet som bedriver vård av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom?

Uppgifterna avser patienter som har diagnoser enligt ICD-10-klassificeringen inom F32-F34 eller F40-F45.

(Ange endast ett svar)

- ❑ Ja - Gå till 4
- ❑ Nej - Gå till 3

3. Tack! - Gå till 29

Denna enkätundersökning omfattar vården av barn och ungdomar med depression och ångestsyndrom. Du har angett att du inte arbetar eller ansvarar för en sådan verksamhet och passar därför tyvärr inte undersökningens målgrupp.

Tack för att du har tagit dig tid!

4. Inom vilken verksamhet arbetar du?

(Ange endast ett svar)

- ❑ BUP Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde, SLL
- ❑ Prima Barn- och Vuxenpsykiatri Stockholm AB

Annan

_ _

_ _

_ _

5. Vilken utbildningsbakgrund har du?

Om du har mer än en utbildning kryssa i alla utbildningsbakgrunder som är relevanta för dig.

(Ange gärna flera svar)

- ❑ Läkare
- ❑ Psykolog
- ❑ Sjuksköterska
- ❑ Socionom
- ❑ Arbetsterapeut
- ❑ Fysioterapeut
- ❑ Psykoterapeut
- ❑ KBT steg 1

Annan

_ _

_ _

_ _

6. Har du chefsbefattning?

(Ange endast ett svar)

- ❑ Ja - Gå till 7
- ❑ Nej - Gå till 10

7. Vilka av nedanstående indikatorer följs upp avseende patienter som behandlas för ångest och depression?

Kryssa i alla indikatorer som följs upp.

(Ange gärna flera svar)

- ❑ Tid till första bedömning av vårdbehov

- ❑ Tid till behandling efter diagnostisering
- ❑ Strukturerad bedömning av beroendeproblematik
- ❑ Strukturerad bedömning av suicidrisk
- ❑ Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångest
- ❑ Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression
- ❑ Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom
- ❑ Kombinationsbehandling med KBT och SSRI vid ångestsyndrom

8. Följs patienternas upplevelse av information om vård och behandling respektive möjlighet till delaktighet upp? Hur?

_ _ _ _

	1 - Stämmer helt	2	3	4	5 - Stämmer inte alls	6 - Vet ej
Vi uppnår uppsatta mål när det gäller väntetid från beslut till behandlings start	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Beslutade behandlings insatser genomförs utan onödiga dröjsmål/väntetider under själva behandlingen	❑	❑	❑	❑	❑	❑

12. Kontinuitet

Hur väl stämmer följande påståenden när det gäller kontinuitet när det gäller personer med depression och ångestsyndrom inom den verksamhet som du arbetar på/ansvarar för?

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

Svara i skalen. 1 betyder "Stämmer helt" och 5 betyder "Stämmer inte alls".

	1 - Stämmer helt	2	3	4	5 - Stämmer inte alls	6 - Vet ej
Patienter i behov av detta alt. patienter som själva begärt det har en fast vårdkontakt	❑	❑	❑	❑	❑	❑
De flesta patienter behöver inte byta behandlare	❑	❑	❑	❑	❑	❑

under behandlings perioden						
Det finns alltid möjlighet för patienter att komma i kontakt med öppenvårds mottagningen vid behov	❑	❑	❑	❑	❑	❑

14. Har ni en rutin för hur ni ska göra en strukturerad eller semistrukturerad intervju (t.ex. MINI-KID eller Kiddie-SADS) som komplement till klinisk bedömning i samband med diagnostisering av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom?

(Ange gärna flera svar)

- ❑ Ja, skriftlig
- ❑ Ja, muntlig
- ❑ Nej
- ❑ Vet ej

15. Hur ofta har behandlade terapeuter som endast har grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) fått handledning?

(Ange endast ett svar)

- ❑ En gång i veckan eller mer
- ❑ Minst varannan vecka men inte så ofta som varje vecka
- ❑ Minst varje månad men inte så ofta som varannan vecka
- ❑ Minst varje kvartal men inte så ofta som varje månad
- ❑ Mer sällan än en gång i kvartalet
- ❑ Aldrig
- ❑ Vi har inga behandlare med enbart steg 1
- ❑ Vet ej

16. Patientsäkerhet

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

17. I vilken utsträckning har ni använt strukturerad eller semistrukturerad intervju (t.ex. MINI-KID eller Kiddie-SADS) som komplement till klinisk bedömning i samband med diagnostisering av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom?

(Ange endast ett svar)

- ❑ I mer än 75 procent av fallen
- ❑ I 50 - 75 procent av fallen
- ❑ I 25 - 49 procent av fallen
- ❑ I mindre än 25 procent av fallen
- ❑ Inte alls
- ❑ Vet ej

18. Hur stor andel av ungdomar (13-17 år) med depression eller ångestsyndrom har genomgått en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik?

(Ange endast ett svar)

- ❑ Mer än 75 procent
- ❑ 50 - 75 procent
- ❑ 25 - 49 procent
- ❑ Mindre än 25 procent
- ❑ Ingen
- ❑ Vet ej

19. Hur stor andel av barnen och ungdomarna med depression eller ångestsyndrom har genomgått en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk?

(Ange endast ett svar)

- ❑ Mer än 75 procent
- ❑ 50 - 75 procent
- ❑ 25 - 49 procent

❑ Mindre än 25 procent

❑ Ingen

❑ Vet ej

20. Vårdprocesser och rutiner kring behandling

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

21. Kan ni erbjuda barn och unga med depression eller ångestsyndrom nedanstående psykologiska behandlingar?

(Ange endast ett svar per fråga)

	Ja, manualbaserad	Ja, men inte manualbaserad	Ja, men vet inte om den är manualbaserad eller inte	Nej	Vet ej
Kognitiv beteendeterapi	❑	❑	❑	❑	❑
Interpersonell psykoterapi	❑	❑	❑	❑	❑
Psykodynamisk korttidsterapi	❑	❑	❑	❑	❑

Annan psykologisk behandling, ange vilken

_ _ _ _

Interpersonell psykoterapi	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Psykodynamisk korttidsterapi	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Annan psykologisk behandling, inte manualbaserade	❑	❑	❑	❑	❑	❑

23. Har ni en rutin för strukturerad uppföljning för barn och ungdomar som behandlas mot depression och ångestsyndrom?

(Ange gärna flera svar)

Ja, skriftligt	Ja, muntligt	Nej	Vet ej
❑	❑	❑	❑

24. Hur ofta har strukturerade uppföljningar av barn och ungdomar som behandlas mot depression eller ångestsyndrom skett?

(Ange endast ett svar)

- ❑ En gång i kvartalet eller mer
- ❑ Minst en gång i halvåret men inte så ofta som en gång i kvartalet
- ❑ Minst en gång om året men inte så ofta som en gång i halvåret
- ❑ Mer sällan än varje år
- ❑ Vet ej

25. Samverkan med vuxenpsykiatrin

Det är din kunskap/uppfattning av situationen som den är för närvarande (under 2019) som vi vill veta.

26. Har ni en överenskommelse med vuxenpsykiatrin om hur en övergång från BUP till vuxenpsykiatrin ska ske?

(Ange gärna flera svar)

Ja, skriftlig	Ja, muntlig	Nej	Vet ej

❑ ❑ ❑ ❑

27. Hur väl stämmer följande påståenden när det gäller samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin för att säkerställa tillfredsställande vårdövergångar avseende unga vuxna personer som behandlas mot depression och ångestsyndrom?

(Ange endast ett svar per fråga)

	1 - Stämmer helt	2	3	4	5 - Stämmer inte alls	6 - Vet ej
Det finns skriftliga rutiner för hur samverkan ska gå till	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Rutinerna omfattar utbildning/information kring denna samverkan till såväl personal som patienter och anhöriga	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Det finns väl fungerande arbetssätt i linje med beslutade rutiner för samverkan	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Regelbundna möten hålls med relevanta vuxenpsykiatriska verksamheter i samverkansfrågor	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Beslut om vårdövergångar fattas individuellt och flexibelt utifrån	❑	❑	❑	❑	❑	❑

patientens behov och mognadsgrad						
Samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatrin säkerställer tillfredsställande vårdövergångar för unga vuxna med depression eller ångestsyndrom	❑	❑	❑	❑	❑	❑

28. Är det något som du vill tillägga?

_ _ _ _

GE TILL PATIENTEN

Skicka "Guide till basutredning" med kallelse

Journalmall "Sammanfattning basutredning"

"Guide till utökad utredning"

Journalmall "Utökad utredning"

"Guide till behandling"

"Guide till vårdplanering"

Aktuell vårdplan/ vårdplaner

Informera om läkemedel, biverkningar, återfallsprevention

Aktuell vårdplan/ vårdplaner

Remiss/ självanmälan → Start av vårdåtagande

BAS-UTREDNING

Självskattningar:
ASRS-screening
AUDIT-C
EQ-5D
PHQ-9

CGI-S
TRÄNAD

Strukturerad anamnes
TRÄNAD

MINI **eller** SCID1
TRÄNAD

Diagnostisk bedömning baserad på Basutredningen sammanfattas i journalmall "Basutredning sammanfattning"
LÄK

UTÖKAD UTREDNING

DUDIT & screening substansbruk
SSK

Tidig psykoterapi-bedömning, screening för ev. personlighets-utredning eller neuropsykiatrisk utredning.
PSY

Labbprover - om ej utfört senaste 12 mån
LÄK

MADRS-S

Diagnosspecifika skattningar:
LSAS (soc.fobi)
PDSS (paniks)
GAD7 (GAD)

Bedömning av samsjuklighet och differentialdiagnostik
LÄK

Ställningstagande till specifik diagnos eller vidare utredning inom annan process. UNS-diagnos bör undvikas och bara användas om specifika diagnoser har uteslutits
LÄK+PSY

VÅRD-PLANERING

Individuell plan i samarbete med patient med tydliga mål och delmål:
- Planering av behandling/ insatser
- Ökad kunskap om diagnos
- Ökade färdigheter att hantera tillståndet
- Minskad symptombörda/ förbättrad funktion
- Ökad livskvalitet
TRÄNAD

Vid narkotikaberoende och komplicerat alkoholberoende erbjud kontakt med beroendemottagning och samordna vårdplan
LÄK

Samordnad individuell plan (SIP)
TRÄNAD

Krisplan
TRÄNAD

Plan avseende graviditet, förlossning och postpartum-period
LÄK

BEHANDLING /INSATSER

Erbjud KBT i grupp, individuellt eller förmedlat via internet.
PSY

Erbjud SSRI
Vid behandlingssvikt:
1.Byt SSRI
2.Byt till SNRI
3.Klomipramin
LÄK

Förskriv ej bensodiazepiner. Ta ställning till uttrappning av redan insatta bensodiazepiner.
LÄK

Beakta barnperspektivet
TRÄNAD

Undvik helst; vid behovsmedicinering. Om behov av anxiolytika/ sömnmedel, ge i första hand icke beroendeframkallande.
LÄK

Erbjud patient- och närstående-utbildning
TRÄNAD

Erbjud psykosociala åtgärder
TRÄNAD

Erbjud FAR enligt FYSS
TRÄNAD

UPP-FÖLJNING

EQ-5D MADRS-S

CGI-S
TRÄNAD

Diagnosspecifika skattningar som uppföljning och utvärdering av behandlingsreslutat
Beroende av diagnos:
LSAS (soc.fobi)
PDSS (paniks)
GAD7 (GAD)

Utvärdera behandling i relation till vårdplan. Ställningstagande till fortsatt eller byte av behandling, ytterligare utredning eller avslut av vårdåtagande.
LÄK

ÅNGESTSYNDROM ÖV, F400, F401, F410, F411, giltig för 2019

Aktiviteterna tillhör respektive processteg ovanför strecket
Rektangel = obligatoriskt
Oval = vid behov
Om numrerat= obligatorisk ordning
Ramfärg=Lägsta kompetenskrav där
Röd=LÄK, Gul=PSYK/ARB/KUR
Blå=SSK, Grön= skötare/behandlare
Gråstreckad=tränad i uppgift
Streckad bakgrund=självskattning

DOKUMENTERA I TAKECARE

Skattningar i Webbformulär, anv. alltid "Spara i journal"
Journalmall: "Basutredning sammanfattning"
Sökord: Differentialdiagnostiska överväganden
KVÅ: UW005 (basutredn.)

Möjliga skattningar i Webbformulär, anv. alltid "Spara i journal",, övriga i mallen "Besök" under specifikt sökord

Specifik ICD-diagnos

Journalmallar: "Individuell plan", "Krisplan"
Blankett: SIP
KVÅ: AU120 (vårdplan) AU124 (SIP) AU123 (krisplan)

Sökord: Tidpunkt för behandlingsstart och Tidpunkt för behandlingsavslut
KVÅ:DU011 (KBT), GB009 (pat.utbildning), GB010 (närst.utbildning)

Möjliga skattningar i Webbformulär, anv. alltid "Spara i journal", övriga i mallen "Besök" under specifikt sökord

MÄTETAL

Andel med "Basutredning - sammanfattning"

Andel med:
LSAS
PDSS
GAD7

60% med specifik diagnos, ej UNS, senast 2:a besöket efter "Basutredning sammanfattning"

Andel med KVÅ: AU120/ AU123

Andel med GB009
Andel med GB010
Andel med SSRI/SNRI

40% med KBT (DU011)

Antal dagar från journalmall "Basutredning sammanfattning" till KBT-start

90% utan Bensodiazepiner

Andel med uppföljande skattning av
LSAS
PDSS
GAD7

20% med uppföljande skattning av EQ-5D 5-7mån efter basutredning

Andel med minst 30% symtomreduktion på diagnosspecifik skattning

BEAKTA
Se nästa sida

BEAKTA VID BASUTREDNING

BEAKTA VID UTÖKAD UTREDNING

BEAKTA VID VÅRDPLANERING

BEAKTA VID BEHANDLING

BEAKTA VID UPPFÖLJNING

ångest

BEAKTA VID BASUTREDNING

Suicidriskbedömning.

BEAKTA VID UTÖKAD UTREDNING

Om Audit-C >4 gör AUDIT.
Om ASRS-screen > 4 gör ASRS.

Rutinlabb: Blodstatus, Na, K, Krea, ALAT, ASAT, GT, Albumin, TSH, s-Ca, P-glukos. Tillägg vid behov: Kobalamin, Folat, 25-OH D-vit, PEth och CDT.

Psykologbedömning kan vara av särskilt värde vid:
- Bristfällig effekt av tidigare KBT
- Återfall efter avslutad KBT
- Misstanke om personlighetssyndrom, neuropsykiatrisk diagnos eller annan komplicerad samsjuklighet

Väntan på utredning ska dock inte försena adekvat behandling av ångesttillståndet om detta är möjligt.

Vid misstanke om social fobi eller GAD beakta t.ex. genom att screena möjligheten att det istället/också kan röra dysmorfofobi eller sjukdomsoro.

Från start av basutredning vid ångest och tvångssyndrom skall det i normalfallet inte behöva ta mer än max 3 besök, inklusive eventuellt behov av psykologutredning för att komma till avslut av utökad utredning.

Kom ihåg att:
Identifiera barn med behov av stöd DU055, samt fråga om våld och övergrepp i nära relationer.

Screening substansbruk: CDT för alkohol, och övervakat, oannonserat urinprov med analys av vanligt förekommande narkotika.

BEAKTA VID VÅRDPLANERING

Komplicerat alkoholberoende avser exempelvis patienter med
1) tidigare behandlingsinsatser för beroende
2) bruk av flera substanser
3) social problematik
4) kriminell belastning.

BEAKTA VID BEHANDLING

Psykologisk behandling: Utförs som lägsta krav av steg 1-utbildad personal under handledning. Skall ha stöd av erfarna terapeuter och till läkarbedömning.

<u>Specifik manual bör följas, i första hand</u>:
1. Specifik fobi: Östs 1-sessionsmanual för specifika fobier.
2. Paniksyndrom m agorafobi: Craske & Barlow: Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide (Treatments That Work), finns också beskriven i Barlows Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual (ISBN 9781462513260). Carlbring: Ingen Panik: fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi (självhjälpsbok på svenska).
3. Social fobi: Heimbergs manual i Barlows Clinical Handbook of Psychological Disorders.
A Step-by-Step Treatment Manual (ISBN 9781462513260).
Furmark et al: Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi (självhjälpsbok på svenska).
4. GAD: Dugas, "Cognitive Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder", eller Öst, "Tillämpad Avslappning. Manual till en beteendeterapeutisk copingteknik", eller Borkovecs protokoll för GAD. Zinbarg: Mastery of Your Anxiety and Worry (MAW): Therapist Guide (Treatments That Work) (ISBN 0195300025).

Tidigare genomgången psykologisk och farmakologisk behandling bör utvärderas noggrant.

Vid psykoedukation i inledning av behandling, koda både DU011 och GB009.

Vid utebliven effekt överväg annan evidensbaserad, manualiserad behandling.

BEAKTA VID UPPFÖLJNING

Utvärdera behandlingsinsatser åtminstone halvårsvis.

Vid ställningstagande till behandlingslängd och information rörande detta till patienten finns ny information hos ex. läkemedelsverket.

DEP ÖV, F320-F349 , giltig för 2019

GE TILL PATIENTEN

Skicka "Guide till basutredning" med kallelse | Journalmall "Sammanfattning basutredning" | "Guide till utökad utredning" | Journalmall "Utökad utredning" | "Guide till behandling" | "Guide till vårdplanering" | Aktuell vårdplan/ vårdplaner | Informera om läkemedel och biverkningar | Aktuell vårdplan/ vårdplaner

Remiss/ självanmälan Start av vårdåtagande

BAS-UTREDNING

Självskattningar:
ASRS-screening
AUDIT-C
EQ-5D
PHQ-9

CGI-S
TRÄNAD

Strukturerad anamnes
TRÄNAD

MINI **eller** SCID1
TRÄNAD

Diagnostisk bedömning baserad på Basutredningen sammanfattas i journalmall "Basutredning sammanfattning"
LÄK

Aktiviteterna tillhör respektive processteg ovanför strecket
Rektangel = obligatoriskt
Oval = vid behov
Om numrerat= obligatorisk ordning
Ramfärg=Lägsta kompetenskrav där
Röd=LÄK, Gul=PSYK/ARB/KUR
Blå=SSK, Grön= skötare/behandlare
Gråstreckad=tränad i uppgift

UTÖKAD UTREDNING

AUDIT, DUDIT & screening substansbruk
SSK

MADRS
TRÄNAD

Värdering av förlopp
LÄK

Lab: TSH, Hb, MCV, p-glukos, kobalamin, folat, alb korr calcium, krea, CDT/PEth
LÄK

Status, som minimum: tandstatus, thyreoidea, Cor/ pulm, BT, Vikt/BMI.
LÄK

Bedömning av samsjuklighet och differentialdiagnostik
LÄK

Inventering av social situation inklusive barn.
TRÄNAD

Strukturerad suicidrisk-bedömning enligt psykiatristöd
LÄK

Mer om utredning: www.psykiatristod.se

VÅRD-PLANERING

Vårdplan
TRÄNAD

Krisplan
TRÄNAD

Vid narkotikaberoende och komplicerat alkoholberoende erbjud kontakt med beroendemottagning och samordna vårdplan
LÄK

SIP
TRÄNAD

Plan avseende graviditet, förlossning & postpartum-period
LÄK

BEHANDLING /INSATSER

Mild till måttlig depressiv episod

Inled och följ upp behandling enligt www.psykiatristod.se
LÄK

Riktmärke för återbesök/ telefonkontakt: inom 7-10 dgr. Inom 1 månad: utvärdering ex. MADRS eller PHQ-9
LÄK

Patient- och närstående-utbildning
TRÄNAD

Vid måttlig depression rTMS
LÄK

Fysisk aktivitet enligt FYSS oavsett depressions-grad
TRÄNAD

KBT (individuellt/grupp/via internet)
TRÄNAD*

Minst en strukturerad utvärdering med PHQ-9/ MADRS inom 10 sessioner (oavsett psykoterapiform)
TRÄNAD*

IPT eller psykodynamisk korttidsterapi
TRÄNAD*

Vid graviditet och spädbarnsperiod se psykiatristod.se
LÄK

Svår depressiv episod utan psykotiska symtom

Överväg inläggning baserat på funktionsnivå och suicidrisk. Optimera läkemedelsbehandling enligt www.psykiatristod.se
LÄK

Poliklinisk ECT eller rTMS
LÄK

KBT ges endast i kombination med läkemedel
TRÄNAD*

Svår depressiv episod med psykotiska symtom

Inläggning se Dep HV-karta
LÄK

Mer om behandling: www.psykiatristod.se

Mer om behandling: www.psykiatristod.se

UPP-FÖLJNING

EQ-5D, PHQ-9, efter 5-7 mån respektive årligen

CGI-S och MADRS efter 5-7 mån respektive årligen
TRÄNAD

Uppföljning behandlings-insatser
LÄK

Årskontroll för depression
LÄK

Mer om uppföljning: www.psykiatristod.se

DOKUMENTERA I TAKECARE

Skattningar i Webbformulär, anv. alltid "Spara i journal"
Journalmall: "Basutredning sammanfattning"
KVÅ: UW005 (basutredn.)

Skattningar i Webbformulär, anv. alltid "Spara i journal"
Sökord: Differentialdiagnostiska överväganden
Dokumentera i journalmall "Utökad utredning sammanfattning"

Journalmallar: "Individuell plan", "Krisplan"
Blankett: SIP
KVÅ: AU120 (vårdplan) AU124 (SIP) AU123 (krisplan)

Sökord vid psykologisk behandling: Tidpunkt för behandlingsstart, Psykoterapi (välj inriktning), Tidpunkt för behandlingsavslut
KVÅ:DU008 (PDT), DU010 (Systematisk psykologisk behandling, kognitiv) DU011 (KBT), DU022 (IPT)
KVÅ: GB009 (patientutbildning), GB010 (närståendeutbildning)

Skattningar i Webbformulär, anv. alltid "Spara i journal"

MÄTETAL

Andel med "Basutredning sammanfattning"

50% med F32/33 har kontrollerats med CDT/Peth resp drogscreening inom 90 dagar efter basutredning

Andel som inom 90 dgr från basutredning har följts upp med MADRS

Andel med journalmall "Utökad utredning sammanfattning"

Andel med KVÅ: AU120/ AU124

Andel med KVÅ: AU123

50% med F32/F33 som har fått recept på nytt antidepressivt läkemedel och som har uppföljande besök eller telefonkontakt inom 14 dagar

Andel med F32/F33 som inom 90 dgr från "Basutredning Sammanfattning" har KVÅ:DU008/DU010/DU011/DU022 (psykologisk behandling)

Andel av KVÅ koder för psykologisk behandling som utvärderas med PHQ-9/MADRS inom 10 sessioner

20% med uppföljande skattning av EQ-5D 5-7mån efter basutredning

>40% av de som haft >18 mån kontakt ska ha haft Årskontroll

EQ5D-årskontroll>EQ5D-basutredning hos >70% av patienterna som gjort årskontroll

Andel med PHQ-9

Andel med MADRS

BEAKTA
Se nästa sida

BEAKTA VID BASUTREDNING

BEAKTA VID UTÖKAD UTREDNING

BEAKTA VID VÅRDPLANERING

BEAKTA VID BEHANDLING

BEAKTA VID UPPFÖLJNING

DEP ÖV

BEAKTA VID BASUTREDNING	BEAKTA VID UTÖKAD UTREDNING	BEAKTA VID VÅRDPLANERING	BEAKTA VID BEHANDLING	BEAKTA VID UPPFÖLJNING
Mer om vårdnivå: www.psykiatristod.se Suicidriskbedömning	Mer om symtom: www.psykiatristod.se Mer om utredning: www.psykiatristod.se F32. för enstaka depressionsepisod F33. för återkommande episoder Stöd för gradering: 0: lindrig (MADRS: < 20) 1: måttlig (MADRS: 20-34) 2: svår utan psykossymptom (MADRS > 35) 3: svår med psykos (MADRS > 35) MADRS används som utvärdering av behandling och ska göras som bedömmarskattning enligt instruktionsfilm F33.4: Recidiverande depression utan aktuella symptom Screening substansbruk: CDT/PEth för alkohol, och övervakat, oannonserat urinprov med analys av vanligt förekommande narkotika. Kom ihåg att: Identifiera barn med behov av stöd DU055, samt fråga om våld och övergrepp i nära relationer. Ställningstagande till anmälan innehav vapenlicens, körkort, flygcertifikat eller liknande. Ställningstagande till avslut/ återremittering.	Mer om vårdnivå: www.psykiatristod.se Vårdplan i samarbete med patient med tydliga mål och delmål. Generella mål: respons inom 3 månader, remission och återställd funktion inom 6-12 månader. Komplicerat alkoholberoende avser exempelvis patienter med 1) tidigare behandlingsinsatser för beroende 2) bruk av flera substanser 3) social problematik 4) kriminell belastning.	Mer om behandling: www.psykiatristod.se Erbjud i undantagsfall (exempelvis då litium är kontraindicerat/ej fungerar) tillägg av aripiprazol, olanzapine, quetiapin eller risperidon vid behandlingsresistent, svår depression. Kombinationsbehandling kan vara aktuell. Beakta parallell behandling av eventuellt beroendesyndrom. Inhämta information om behov av sociala insatser inkl familjestöd, länka eventuellt till socialtjänst. Överväg arbetsterapeutiska insatser och fysisk aktivitet. *Utbildningskrav psykologisk behandling: grundläggande psykoterapiutbildning i KBT, KT eller BT alternativt i IPT eller PDTsamt handledning av legitimerad terapeut med motsvarande inriktning. Behandling för skadligt bruk och beroende ska alltid ske parallellt med behandling för ADHD/AST/Ångest/ Tvång/Psykos/EIPS/DEP/ BIPO.	Mer om vårdnivå: www.psykiatristod.se Ställningstagande till avslut/vidarehänvisning.

Psykiatrin i siffror

Vuxenpsykiatri

- Kartläggning 2018



UPPDRAG
Psykisk Hälsa
- uppdragpsykiskhälsa.se -

Innehåll

1. Förord 4
2. Nationell överblick 5
3. Introduktion och definitioner 6
4. Verksamhetsbeskrivning 12
5. Nyckeltalstabell 34
6. Nyckeltal, länsnivå 64
7. Förteckning över inrapporterande enheter 72

1. Förord

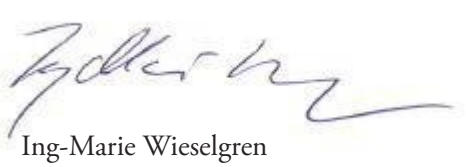
Den psykiska ohälsan är omfattande och påverkar hela samhället. För de individer som har allvarliga eller komplicerade psykiatriska tillstånd är en välfungerande specialistpsykiatri av stor betydelse. Precis som för all sjukvård är det viktigt att alla invånare erbjuds en jämlik psykiatrisk vård och att resurserna används optimalt. Det förutsätter ett ständigt pågående förbättringsarbete och grundläggande är då att det finns faktaunderlag att utgå ifrån för att kunna jämföra och följa utvecklingen.

Det är nu 10 år sedan Uppdrag Psykisk Hälsa inom Sveriges Kommuner och Landsting påbörjade kartläggningarna av psykiatrisk specialistvård. Årets rapport möjliggör jämförelser mellan åren 2016-2018 och en nyhet för i år är en lättillgänglig nationell överblick över nyckeldata med hjälp av infografik.

Kartläggningen speglar som tidigare likheter och skillnader på regionnivå men beskriver inte orsaker. Det är också möjligt att jämföra med data på kliniknivå genom egna analyser eller tillsammans med Helseplan Nysam som vi åter anlitat för insamling av data.

En enkät till Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin hösten 2018 påvisade nyttan av kartläggningarna och att verksamheterna i betydande omfattning använt jämförelserna som underlag i utvecklings- och planeringsarbete. Detta är glädjande och vår förhoppning är att kartläggningen ska fortsätta inspirera, utmana, ge nya insikter och komma till användning för analys och beslut på såväl regionnivå som förvaltnings- och verksamhetsnivå.

Stockholm maj 2019





Ing-Marie Wieselgren

Projektchef
Uppdrag Psykisk Hälsa

Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

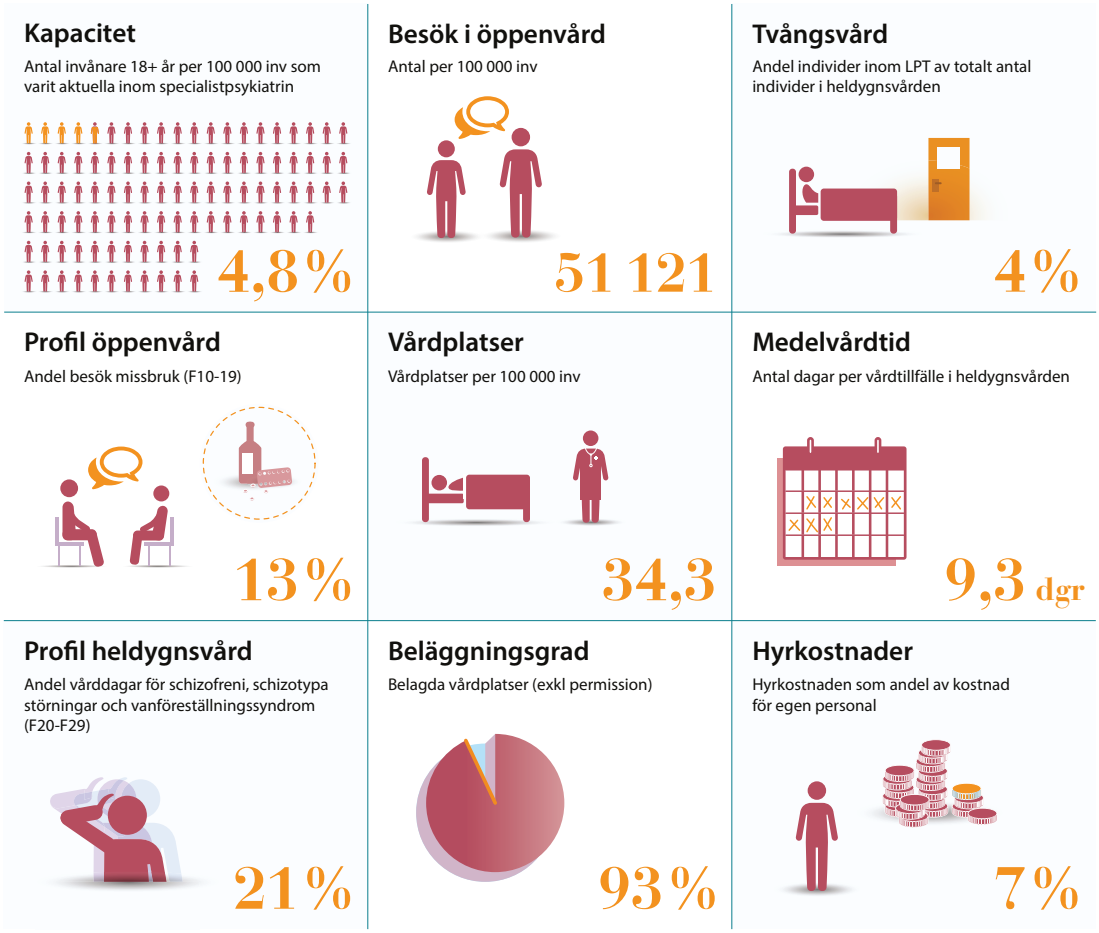
Mikael Malm

Handläggare
Sektionen för Hälso- och sjukvård

Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

2. Nationell överblick

Vuxenpsykiatri



Nyckeltal	2016	2017	2018
Antal individer (öppen- och heldygnsvård)	396 544	469 747	410 755
Antal individer heldygnsvård	60 425	60 612	58 810
Antal individer i öppenvård	336 119	409 135	351 945
Antal besök	4 048 367	4 286 425	4 213 377
Antal vårdtillfällen	105 090	101 498	101 502
Antal vårddagar	1 062 760	1 015 853	940 266
Antal fastställda vårdplatser	3 036	3 037	2 879
Antal årsarbetande läkare (öppen- och heldygnsvård)	2 037	1 901	1 719
Antal årsarbetande sjuksköterskor (öppen- och heldygnsvård)	4 167	4 145	3 773
Antal årsarbetande psykologer (öppen- och heldygnsvård)	1 197	1 170	1 092

År 2018 saknas data för Västerbotten. Befolkningsmässigt motsvarar Västerbotten ca 2,7 procent av åldersgruppen 18 år och äldre. År 2017 rapporterade Västerbotten drygt 11 300 individer (öppen- och heldygnsvård), drygt 132 000 besök, drygt 2 700 vårdtillfällen, drygt 18 000 vårddagar och 85 fastställda vårdplatser.
År 2018 saknas också HR- och ekonomidata för Örebro.

3. Introduktion och definitioner

3.1 Introduktion

Ansvarig för inrapportering av data är verksamhetschefen/motsvarande. Nätverket för styrning och lednings av psykiatrin inom SKL har ansvarat för att kvittera data och intyga att den är korrekt.

I denna rapport ingår 80 vuxenpsykiatriska verksamheter i 20 regioner vars data har aggregerats och redovisas på regionnivå. Underlaget bygger på såväl landstingsdrivna som privata verksamheter. En förteckning över inrapporterande enheter finns under avsnitt 7.

Alla nyckeltal som är invånarrelaterade är korrigerade med en utomlänspatientfaktor. Det betyder till exempel att i graf redovisat antal årsarbetande per 100 000 invånare 18 år och äldre beräknas endast på den produktion som tilldelas de ”egna” patienterna. Ett fåtal andra grafer kan också vara korrigerade med utomlänspatientfaktorn. Till utomlänspatienter räknas också asylsökande.

3.2 Definitioner

Där det har varit möjligt används Socialstyrelsens termbank för nedanstående definitioner.

En generell regel är att två olika slag av prestationer inte kan registreras på samma kalenderdygn om inte den ena insatsen är avslutad dessförinnan. Ett exempel är att ett besök inte kan registreras på patient som samtidigt är inskriven i heldygnsvård.

Begreppet patient avser en person som har haft minst ett besök eller vårdtillfälle under året och som har en egen vuxenpsykiatrisk journal. Begreppet individ avser en unik patient.

Utomlänspatienter är patienter som har fått vård och som inte är skrivna i den inrapporterande regionen. Länskod där patienten är mantalsskriven har använts som underlag. Asylsökande räknas som utomlänspatienter.

Lagrum

LPT avser individer som vårdats enligt LPT under någon del av vårdtillfället och enligt LRV. LRV avser de individer som vårdats enligt LRV enligt någon del av vårdtillfället. En individ kan endast fyllas i under ett lagrum. Om en individ under ett vårdförlopp vårdats både frivilligt och inom LPT anges hen enbart under LPT. Om en individ vårdats enligt både LPT och LRV anges hen enbart under LRV.

I instruktionerna vid respektive fråga i blanketten finns en tydlig koppling till de data som rapporteras in till Socialstyrelsens PAR inom ramen för psykiatriska vårdformer. Detta för att tydliggöra vilka patienter som ska anges i vilken kategori.

Besök

Med besök menas vårdkontakt inom öppenvård som är ett personligt möte mellan patient och vårdpersonal. Besök ska ha dokumenterats i journal. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd ska tillämpas. Endast faktisk genomförda besök ska räknas, således ska uteblivna och återbud inte registreras. Observera att i de fall anhörig kommer utan patient räknas anhörig/anhöriga som ett besök. Besök har patient/anhörig som utgångspunkt oavsett antal vårdpersonal som deltar. Nedan ges ett antal exempel för att exemplifiera besöksregistreringen.

Vårdpersonal	Patient/Anhöriga	Antal besök
1 vårdpersonal	1 patient	1 besök
1 vårdpersonal	1 anhörig	1 besök
1 vårdpersonal	1 patient + 2 anhöriga	1 besök
1 vårdpersonal	Flera anhöriga till samma patient	1 besök
2 vårdpersonal	1patient	1 besök
2 vårdpersonal	3 patienter/anhöriga till olika patienter	3 besök
1 vårdpersonal	2 patienter/anhöriga till olika patienter	2 besök
1 vårdpersonal	1 patient + 1 anhörig + 1 vårdgranne	1 besök
1 vårdpersonal	1 vårdgranne	0 besök

Observera att endast kontakter med patienter eller anhöriga registreras som besök. Kontakter med vårdgrannar eller samarbetspartners i övrigt, externt eller internt ska inte registreras. Konsultationsbesök på andra enheter registreras inte.

I årets rapport har distanskontakterna för första gången varit en del av besöken. Detta medför att den totala produktionen kan visas, inte bara den som utförs i fysiska besök. Vissa regioner har haft svårt att rapportera in distanskontakter och detta beskrivs under respektive graf. Det kan också medföra att antalet unika patienter kan vara större i år utan att en faktisk ökning har skett. Detta beror på att individer som tidigare enbart har haft distanskontakt inte har rapporterats in.

Distanskontakt

För definition av distanskontakt används Socialstyrelsens definition: Distanskontakt: innebär vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt.

Huvuddiagnos

För definition av huvuddiagnos används Socialstyrelsens definition: Huvuddiagnos innebär det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut. Det är huvuddiagnosen vid epikris som ska anges. Bidiagnoser anges inte.

Dagsjukvård

För definition av dagsjukvård används Socialstyrelsens definition: innebär dagsjukvård är öppen vård som innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett öppenvårdsbesök normalt kräver. För patienten ska det finnas en upprättad vårdplan. Inga tidsmässiga preciseringar ska tillämpas. Endast faktiskt genomförda dagsjukvårdsbesök ska räknas, således ska uteblivna och återbud inte registreras.

Vårddag

För definition av vårddag används Socialstyrelsens definition: Vårddag: innebär dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Varje påbörjat dygn räknas som en vårddag, det vill säga både inskrivningsdag och utskrivningsdag ska ingå. Hela permissionsdygn exkluderas från antalet vårddagar. (Observera skillnaden mellan begreppet vårddag och begreppet vårdtid uttryckt i dagar.)

Vårdtillfälle

För definition av vårdtillfälle används Socialstyrelsens definition: Vårdtillfälle innebär vårdkontakt i sluten vård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande). Utskrivning ska ligga till grund för beräkning av antal vårdtillfällen under året.

Se ytterligare beskrivning och skiss under ”Kommentar heldygnsvården vårdtillfällen”.

Vårdplats

För definition av vårdplats används Socialstyrelsens definition: innebär fastställd vårdplats är en vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman. Ange det totala antalet fastställda vårdplatser vid årets slut.

Disponibel vårdplats

Med disponibel vårdplats menas fastställd vårdplats som är belagd eller kan beläggas. Disponibla vårdplatser lika med möjliga minus ej beläggningsbara vårddagar dividerad med 365. Exempel:

Patienter under 18 år

Så beräknas disponibla vårdplatser

En klinik med 60 fastställda vårdplatser har under året

- haft 30 vårdplatser semesterstängda i 8 veckor = 1 680 vårddagar
- reducerat för utbildning med 20 vårdplatser i 1 vecka = 140 vårddagar
- hög vårdtyngd (intagningsstopp) av 5 vårdplatser i 10 dagar = 50 vårddagar

60 fastställda vårdplatser ger 21 900 möjliga vårddagar (60 x 365 = 21 900).

Antalet disponibla vårdplatser blir därmed
21 900 – 1 870/365 = 54,8 disponibla vårdplatser

Det finns personer under 18 år som behandlas inom vuxenpsykiatrin. Beroende på vilken omfattning denna verksamhet har kan man antingen ha både produktion och resurser kvar i vuxenpsykiatrins redovisning (normalt) eller man kan flytta över både prestation och resurs till BUP:s rapporter.

Att beräkna arbetade timmar

Personalresurserna ska anges i antal arbetade timmar, det vill säga det faktiska antal timmar som disponerats för produktion under året på kliniken. Antalet arbetade timmar kommer att omvandlas till årsarbetare vid databearbetningen. (En årsarbetare = 1 760 arbetade timmar.)

Antalet arbetade timmar beräknas enligt nedanstående:

- placering enligt schema (planerat antal arbetade timmar) eller,
- registrering i stämpelklocka (antal arbetade timmar),
- aktiv tid under jour- och beredskap, se vidare nedan,
- övertid och fyllnadstid
- timanställd personal (timtid).

All frånvaro, både betald och obetald, ska inte inkluderas. Exempel på frånvarotyper som ska räknas bort är:

- semester,
- kompledighet,
- utbildning, se vidare nedan,
- övrig frånvaro med lön,
- sjukfrånvaro.

Den utbildningstid som ska räknas bort är tiden för utbildningar. Interna fortbildningsaktiviteter såsom seminarier, föreläsningar, yrkesgruppsträffar, planeringsdagar etc är ej frånvarotid.

Med aktiv tid under jour- och beredskap menas den tid som enligt avtal ligger till grund för uppräkning.

Om kliniken inte registrerar den aktiva tiden utan enbart ersätter jour- och beredskap enligt så kallad schablon är det schablonens aktiva tid som ska anges.

Så beräknas aktiv jour- och beredskap

En anställd gör

- under jourtid en insats som faktiskt tar 15 minuter
- minsta enhet som enligt avtalet registreras vid varje störning är 30 minuter
- denna insats gjordes under tid som renderar ledighet, eller ekonomisk kompensation, med avtalsenlig minsta tid multiplicerat med 2,0. I detta fall blir det 60 minuter ledighet eller ekonomisk kompensation.

Den aktiva tiden under jour- och beredskap blir enligt beräkningen ovan 30 minuter.

Timmar som inhyrd personal från så kallade bemanningsföretag tjänstgör på kliniken ska räknas som arbetad tid.

Tjänstgöring på annan enhet ska inte räknas som arbetstid på kliniken. Detta oavsett om ekonomisk reglering sker eller inte. Kontakt måste tas med den enhet där aktuell personal är placerad, så att resursen ökas där i motsvarande grad.

Tid som ST-läkare arbetar på kliniken ska räknas som arbetad tid. Detta oavsett var dessa är budgeterade. Tid för AT-läkare ska inte inkluderas.

I denna rapport ska tid för underläkare anges. Med underläkare avses bland annat medicine studerande, vikarier med läkarexamen och vikarier med legitimation. Vid tiden för inrapporteringen fanns det ingen enhetlig definition varpå det kan skilja sig mellan de inrapporterande verksamheterna hur begreppet har tolkats.

Om personal har uppdrag åt andra huvudmän än regionen, till exempel för kommun eller andra regioner, ska detta inte räknas som arbetad tid på kliniken. Detta oavsett om ekonomisk reglering sker eller inte.

Generellt gäller regeln att arbetade timmar och produktionen ska redovisas på samma enhet.

Observera att arbete med egna patienter alltid ska räknas som arbete på kliniken oavsett var patienten befinner sig. Inom VUP är ett exempel att en personal från öppenvården följer patienten i heldygnsvård som kanske ges på annan enhet/klinik. Om personal från VUP stadigvarande arbetar på till exempel rättspsykiatrisk avdelning/verksamhet är det avgörande för tidsregistrering var prestationen bokförs. Om prestationerna bokförs på VUP ska tidsresursen föras dit, annars tvärtom.

Att redovisa personalkostnader

Den totala personalkostnaden ska anges. Med totala personalkostnader avses lönekostnader och lönebikostnader. Resekostnader, kurskostnader med mera ska inte redovisas som personalkostnader.

Om personal helt eller delvis tjänstgör på annan enhet inom landstinget ska personalkostnaden i motsvarande grad reduceras på kliniken. Detta oavsett var aktuell personal är budgeterad. Kontakt måste tas med den enhet där aktuell personal är placerad, så att resursen ökas där i motsvarande grad.

Om personal har uppdrag åt andra huvudmän än regionen, ska personalkostnaderna reduceras med den ersättning regionen erhåller för detta.

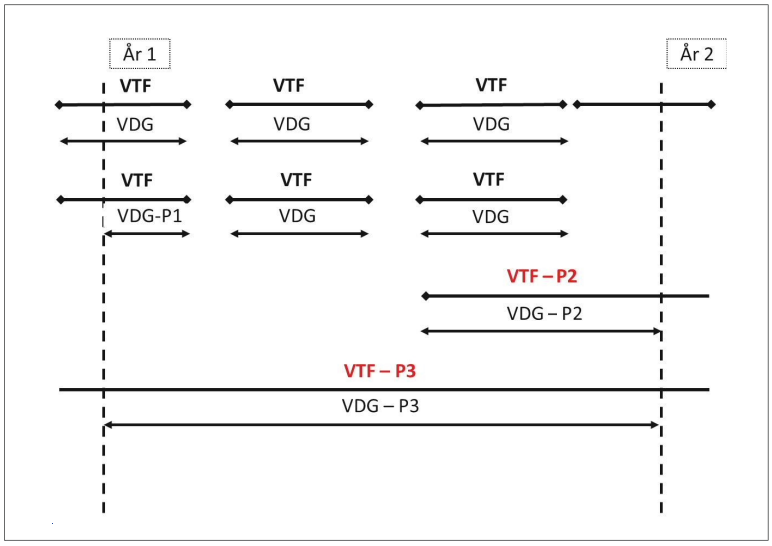
Ersättningen till så kallat bemanningsföretag ska i sin helhet redovisas som personalkostnad.

Personalkostnaden för ST-läkare ska redovisas på den klinik där de tjänstgör. Kostnader för AT-läkare ska inte inkluderas.

I denna rapport ska kostnader för underläkare anges. Med underläkare avses bland annat medicine studerande, vikarier med läkarexamen och vikarier med legitimation. Vid tiden för inrapporteringen fanns det ingen enhetlig definition varpå det kan skilja sig mellan de inrapporterande verksamheterna hur begreppet har tolkats.

Kommentarer heldygnsvården vårdtillfällen:

Definition av vårdtillfällen (VTF) är knutet till antal utskrivna patienter. Inom psykiatrin är en andel patienter ”långliggare”. Den traditionella definitionen av VTF ger en begränsad bild av verksamheten. Det har därför beslutat att komplettera heldygnsvårdsstatistiken med patienter inlagda under året och som ej är utskrivna vid årets slut (VTF-P2) och ”patienter inneliggande både vid årets start och slut” (VTF-P3).



Diagnosbenämningar

Som underlag för diagnosredovisningen har ICD-10 använts. I denna rapport redovisas en förenklad benämning av diagnoserna. Se nedan tabell för förtydligande kring vilken kod som överensstämmer med vilken diagnosbenämning.

ICD-kod	Benämning	Benämning graf
F00-F09	Organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar	Demens och annan psykisk störning av kroppslig sjukdom
F10-F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	Missbruks- och beroendesjukdomar
F20-F29	Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställnings-syndrom	Psykossjukdomar
F30-F39	Förstämningssyndrom	Förstämningssyndrom
F40-F48	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	Ångestsyndrom
F50-F59	Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	Ätstörningar och sömnstörningar
F60-F69	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	Personlighetsyndrom
F70-F79	Psykisk utvecklingsstörning	Intellektuell funktionsnedsättning
F80-F89	Störningar av psykisk utveckling	Autismspektrumtillstånd och annan störning av psykisk utveckling
F90-F98	Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid	Hyperaktivitetsstörning och beteendestörningar

4. Verksamhetsbeskrivning

4.1 Profildatatabell

Län	Öppenvårdsenhet	Slutenvårdsenhet	Finns det mobila team?	Finns det en dagvårdsenhet?
Blekinge	Ja	Ja	Ja, 1 stycken	Ja, 4 stycken
Dalarna	Ja	Ja	Nej	Nej
Gotland	Ja	Ja	Ja, 1 stycken	Ja, 1 stycken
Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Ja, 1 stycken
Halland	Ja	Ja	Nej	Ja, 1 stycken
Jämtland	Ja	Ja	Ja, 1 stycken	Ja, 2 stycken
Jönköping	Ja	Ja	Ja, 2 stycken	Nej
Kalmar	Ja	Ja	Ja, 2 stycken	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Ja, 1 stycken
Norrbotten	Ja	Ja	Ja, 2 stycken	Ja, 1 stycken
Skåne	Ja	Ja	Ja, 8 stycken	Ja, 11 stycken
Stockholm	Ja	Ja	Ja, 15 stycken	Ja, 5 stycken
Sörmland	Ja	Ja	Ja, 5 stycken	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja, 3 stycken	Nej
Värmland	Ja	Ja	Ja, 1 stycken	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja, 3 stycken	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja, 17 stycken	Ja, 18 stycken
Örebro	Ja	Ja		
Östergötland	Ja	Ja	Ja, 3 stycken	Nej

4.2 Verksamhetsbeskrivning och profiltabeller

Verksamhetsbeskrivningen syftar till att beskriva varje regions organisation, personalsituation, större förändringar/händelser under året samt framtidsplaner/utvecklingsområden. Verksamhetsbeskrivningen är ett sätt att ge läsaren en tydligare bild av de förutsättningar som finns i varje region och ger inblick, på ett övergripande plan, i vilka faktorer det finns som påverkar utfallet i graferna.

Regionprofilerna ger en samlad överblick kring utfallet för ett urval av nyckeltal. Grafen visar den procentuella avvikelsen utifrån medianen (det mittersta värdet) för respektive nyckeltal. Vid en negativ procentuell avvikelse så är regionens värde lägre än medianen och vid en positiv procentuell avvikelse är landstingets värde högre än medianen.

Notera att Västerbotten har avstått från att rapportera data för 2018.

Blekinge

Organisation
Vuxenpsykiatrin består av tre basenheter/kliniker. Vuxenpsykiatri Öst har mottagning och mellanvård (inklusive dagpsykiatri) i Karlskrona respektive Ronneby samt en heldygnsavdelning om 15 vårdplatser i Karlskrona. Vuxenpsykiatri Väst har mottagning och mellanvård (inklusive dagpsykiatri) i Karlshamn samt Sölvesborg och även en filialmottagning i Olofström. I Karlshamn finns också en heldygnsavdelning med 12 vårdplatser. Båda Öst och Väst utreder och behandlar autism.

Den tredje enheten är länsövergripande och består av mottagningar för äldrepsykiatri, sexologi, ätstörning och beroende. Dessutom finns en heldygnsavdelning med 8 vårdplatser för beroende, en med 6 vårdplatser för psykiatrisk akutvård och en med 4 vårdplatser för psykiatrisk intensivvård.

Personalsituation
Sammanlagt finns det 380 anställda. Personalrörligheten inom förvaltningen har minskat. Det finns planerade pensionsavgångar bland skötare och specialistutbildade sjuksköterskor samt svårigheter att rekrytera legitimerade psykologer och specialistutbildade sjuksköterskor och ett flertal läkarvakanser finns. Det finns ett även inplanerat hyrläkarstopp i regionen.

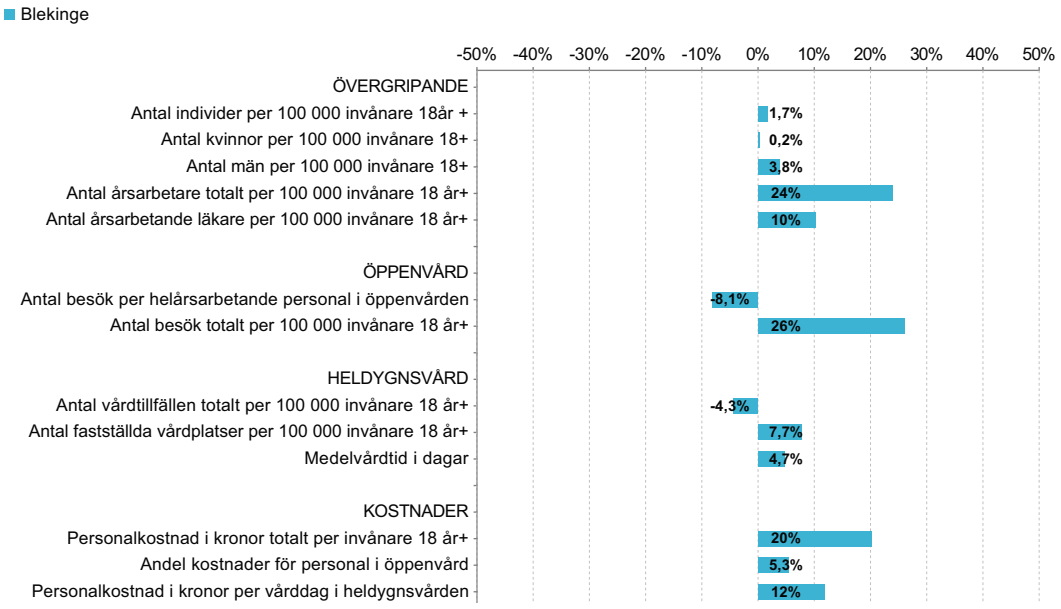
Större förändringar/händelser under året
Unga patienter 18-29 år fortsätter att öka inom vuxenpsykiatrin. Heldygnsvården har under året haft återkommande problem med för få vårdplatser, trots utökning med en plats.

Resultatet för Psykiatrin under 2018 blev ett underskott på 7,4 miljoner kronor. Det beror till största delen på minskade intäkter för statsbidrag och asyl samt ökande kostnader för läkemedel. Även ett fortsatt beroende av inhyrd personal påverkar resultatet även om dessa kostnader har minskat med 5,3 miljoner kronor.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under 2019 prioriterar verksamheten att genomföra bemötandeutbildningar inom ramen för det nationella självskadeprojektet och att kartlägga och tydliggöra utredningsprocessen för NP-utredningar för att minska köerna. Fortsatt utveckling av personcentrerad vård ska ske och även brukarmedverkan ska förstärkas.

Samverkan fortsätter och verksamheten ska slutföra och implementera samverkansöverenskommelsen mellan psykiatri och primärvård. BUP deltar också i länets PRIO-satsning.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Dalarna

Organisation
Division psykiatri i Dalarna omfattar psykiatrisk heldygnsvård, jourmottagning, rättspsykiatri, vuxen psykiatrisk öppenvård och psykiatrisk beroendevård. I divisionen finns också barn- och ungdomspsykiatri samt habilitering.

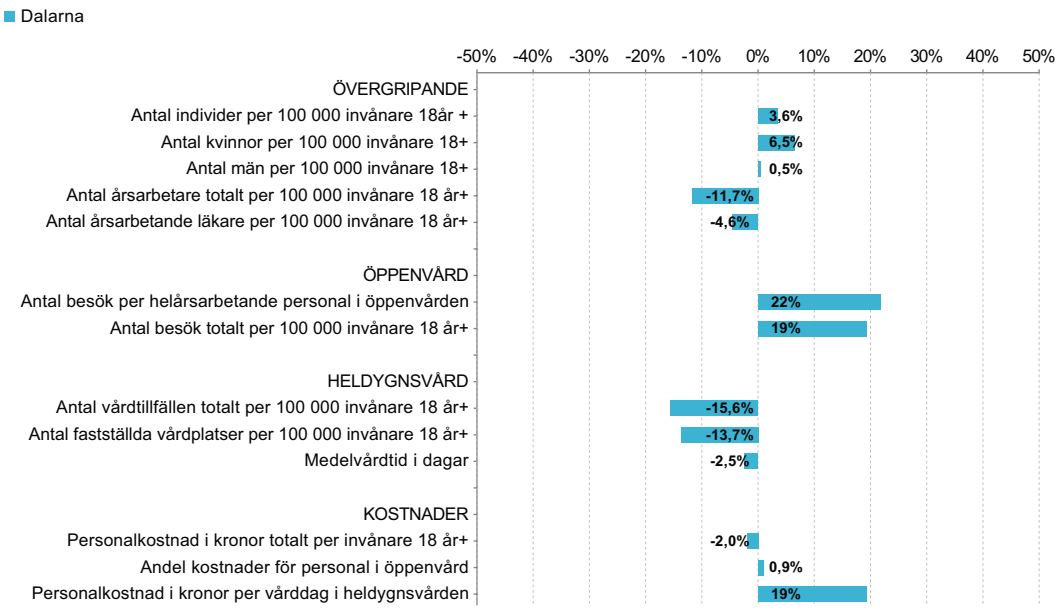
Öppenvårdspsykiatrin för vuxna är organiserat i tre basenheter som arbetar utifrån ett gemensamt basutbud. Basutbudet utgår från en nivåstrukturering i tre steg. På nivå 1 utförs det som ska ske ofta och finnas nära patienten, till exempel sjuksköterskemottagningar, beroendeteam, AST-team och mobilt team. På nivå 2 är det som finns på basenhetsnivå, till exempel läkarteam, utredningsteam och terapeutiska behandlingar. Nivå 3 är det som finns på länsnivå, till exempel vård för könsdysforipatienter.

Personalsituation
Divisionen har haft ett framgångsrikt år vad gäller rekrytering, men det saknas läkare, sjuksköterskor och psykologer även fortsättningsvis. Verksamheten ser ett stort behov av att arbeta långsiktigt med kompetensförsörjning. Stort fokus behöver läggas på rekrytering men också på att skapa en attraktiv arbetsplats för att behålla den personal som rekryteras.

Större händelser/förändringar under året
Mindre förändringar har genomförts under det gångna året. Verksamheten har ett kontinuerligt arbete med att förbättra vårdflöden och strävar efter att hitta nya mer effektiva sätt att arbeta på. Tillgänglighet och bemötande är starkt i fokus. Vuxenpsykiatrin har anställt rehabkoordinatorer för att förbättra individens möjlighet till återkomst i arbete eller annan lämplig aktivitet. Läkare med kompetens inom internmedicin rekryteras för att ytterligare höja kvalitet och innehåll i vården.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
VUP är fortfarande i en utvecklingsprocess efter omorganisationen där fokus är att få till fungerande vårdkedjor och kommunikationsvägar. Fokus kommer att ligga på produktionsplanering och prioriteringar kopplat till uppföljningar av kvalitet. Verksamheterna förbereds för ett hyrläkarstopp och omfattande insatser görs i form av förbättrade villkor för fast anställd personal och fortsatt deltagande på rekryteringsmässor.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Gotland

Organisation
Verksamhetsområde psykiatri på Gotland har öns 59 000 invånare i sitt upptagningsområde. Verksamheten omfattar psykiatrisk heldygnsvård, vuxenpsykiatrisk öppenvård, jourmottagning och psykiatrisk beroendevård samt sprututbyte. Till området tillhör också barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet.

Öppenvården ansvarar för neuropsykiatriska utredningar. Vad gäller behandling har öppenvården i uppdrag att behandla ADHD medan personer med autismspektrumstörningar remitteras till Habiliteringen. Utöver öppenvårdsmottagningen finns sedan ett så kallat psykiatriskt omvårdnadsteam, ett team som ska utgöra ett alternativ till heldygnsvård och komplement till sedvanlig öppenvård. Vuxenpsykiatrin delar åldersövergripande DBT- och ätstörningsteam med barn- och ungdomspsykiatrin.

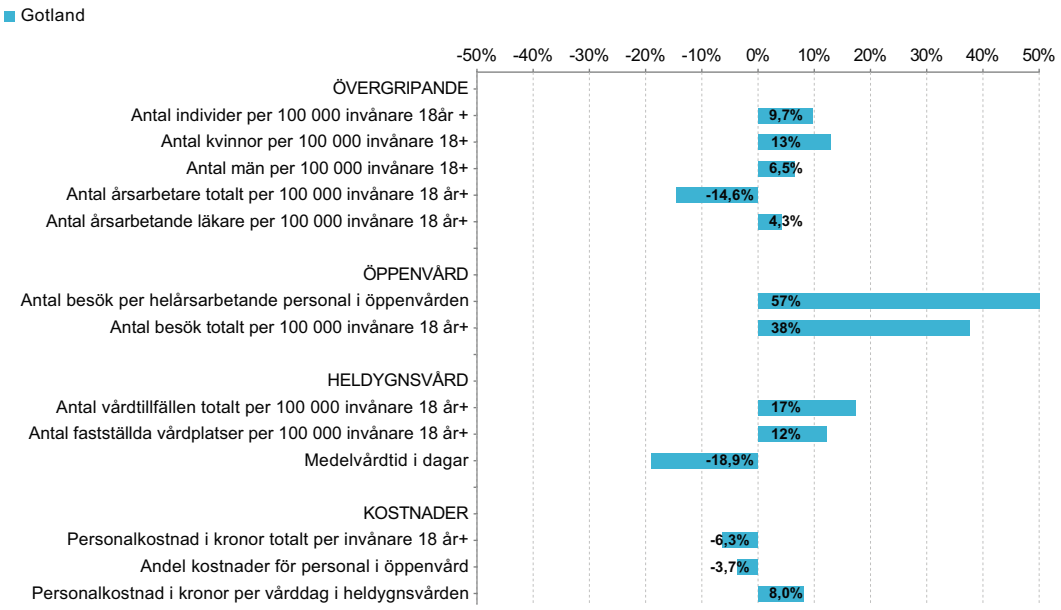
Personalsituation
Vuxenpsykiatrin har sedan ett antal år tillbaka svårt att rekrytera psykiatriker, sjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter med många vakanser och längre väntetider som följd.

Större förändringar/händelser under året
Under 2018 har en integrerad beroendevård skapats i samverkan med kommunens socialtjänst. Samarbete sker kring olika program och det finns en tydlig gränsdragning. Nästa steg i samarbetet är att skapa ett gemensamt behandlingshem. En enhet för sprututbyte har etablerats.

Barn- och ungdomspsykiatrins vårdavdelning med två vårdplatser finansieras helt av vuxenpsykiatrins heldygnsvård.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Fokus för det kommande året är att se över patientflödet samt att skapa processinriktade, standardiserade vårdförlopp.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Gävleborg

Organisation
Upptagningsområdet omfattar knappt 230 000 invånare över 18 år. I länet finns öppenvårdsmottagningar i Bollnäs, Söderhamn, Hudiksvall (med filialer i Ljusdal och Bergsjö), Sandviken och Gävle. Vuxenpsykiatrin utreder autismspektrumtillstånd samt ADHD men har enbart behandlingsansvar för ADHD. Mottagning för substitutionsbehandling vid opiatmissbruks finns i Söderhamn, Hudiksvall och Gävle.

Heldygnsvård erbjuds i Hudiksvall och Gävle. Sammanlagt finns det 72 vårdplatser. Kostnader för köpt vård för kriminalvårdspatienter belastar vuxenpsykiatrin. Psykiatrisk jourmottagning finns i Gävle.

Beroendevården har, bortsett från substitutionsbehandlingen, tidigare inte organiserats inom psykiatrin. Sedan hösten 2018 ingår beroendevården i uppdraget, men har inga egna slutenvårdsplatser.

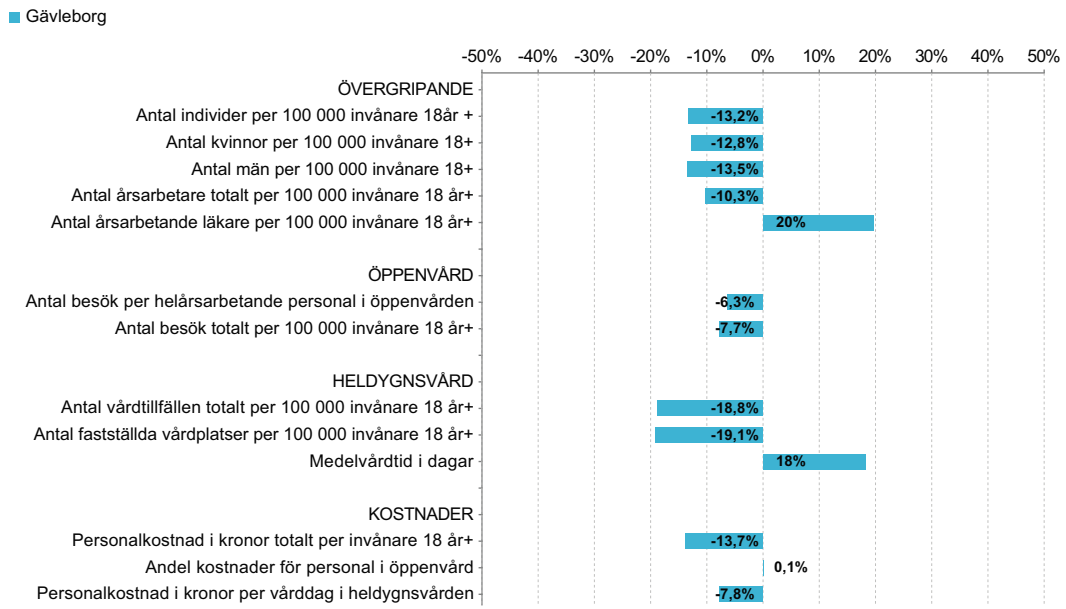
Personalsituation
Under 2018 är 420 personer (exklusive beroendeenheten) tillsvidare- eller visstidsanställda. Verksamheten har svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens vad gäller de flesta yrkeskategorier förutom skötare. På flera enheter finns vakanta psykolog- och sjuksköterskетjänster. Även brist på psykiatriker framförallt i Bollnäs, Söderhamn och Hudiksvall. På flera enheter råder dessutom en kännbar generationsväxling.

Större förändringar/händelser under året
Omorganisationen från barn- och familjehälsa till vuxenpsykiatrin har varit den största förändringen under året. I samband med detta rekryterades en ny områdeschef och mottagningarna ligger nu som en sammanhållen enhet.

Fortsatt ökat inflöde avseende neuropsykiatriska utredningar. ADHD-målgruppen är växande där det samtidigt är svårt att avsluta och utremittera patienter för uppföljning i primärvården. Därtill ett allt mer komplext missbruk hos en del patienter, vilket leder till svåra och hotfulla situationer i högre utsträckning inom heldygnsvården.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Prioriterade utvecklingsområden är generellt att utveckla mer och mer strukturerade/standardiserade vårdflöden för att säkerställa en jämlik och evidensbaserad vård-och behandling. Bland annat fortsätter verksamheten att fokusera på en strukturerad diagnostisk process samt implementering av vårdprogram för psykos, ångest och depression. En behovsplanering av öppenvården har genomförts för att kvantifiera vårdbehoven på insats- och funktionsnivå. Verksamheten genomför en vårdplatsgenomlysning för att ta fram en ny struktur och indelning av slutenvården för att bättre möta behovet av heldygnsvård.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Halland

Organisation
Psykiatrin i Halland är en egen förvaltning indelad i tre områden: vuxenpsykiatri heldygnsvård, vuxenpsykiatrisk öppenvård och BUP. I Halland finns ett vårdval för specialistpsykiatri där privata vårdaktörer erbjuder vuxenpsykiatrisk öppenvård utifrån utvalda diagnosgrupper.

I Halland finns även ytterligare en privat vårdgivare som bedriver ätstörningsvård. Vårdgivaren behandlar patienter från hela landet och data redovisas därför inte i stapeln för Halland i denna rapport (utan ingår enbart i Riket-stapeln).

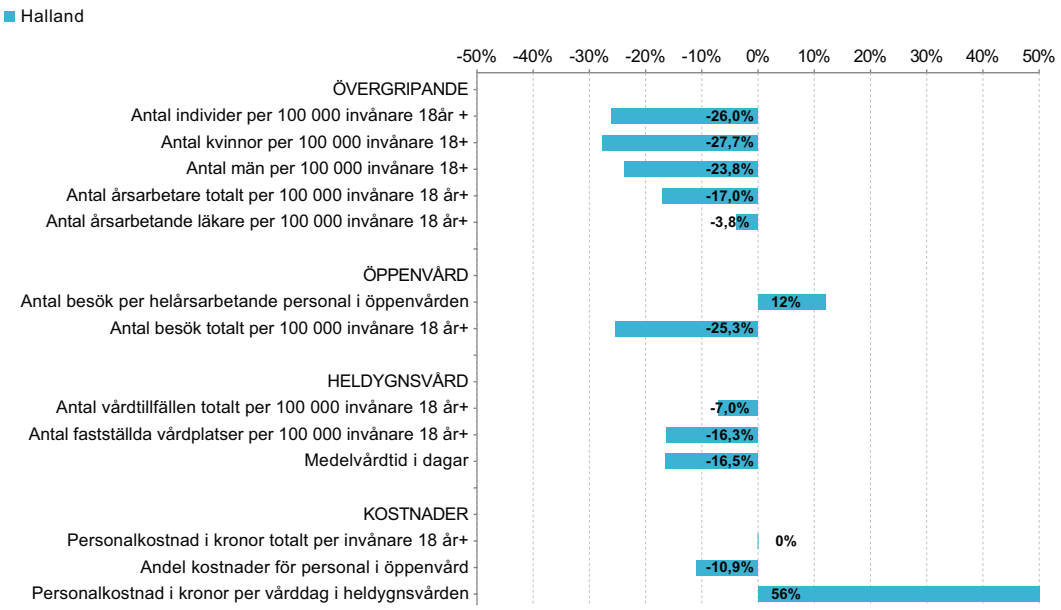
Personalsituation
Öppenvården har generellt ett bra rekryteringsläge för de flesta yrkeskategorier. Det finns två undantag, psykiatriker på alla orter förutom Kungsbacka samt psykologer i södra halvan av länet. Inom heldygnsvården finns vakanser på både läkar- och sjuksköterskesidan. Bemanningssituationen har förbättrats under 2018 och en avdelning som varit stängd öppnade första kvartalet 2018.

Större förändringar/händelser under året
Vuxenpsykiatrins öppenvård redovisar en fortsatt god tillgänglighet för nybesök inom 90 dagar, trots ett ökat patienttryck i form av besök och inkommande remisser. Det ökade antalet remisser samt de ökade kraven på intygsskrivande till följd av Försäkringskassans skärpta tillämpning av regler har medfört ökad belastning framför allt på läkarsidan. För att underlätta hanteringen av rehab- och sjukskrivningsfrågor har verksamheten byggt upp en rehabkoordinatorsorganisation som omfattar alla mottagningar. Öppenvården fick bäst resultat på helhetsindex i nationella patientenkäten 2018.

Inom vuxenpsykiatrins heldygnsvård har en ny allmänpsykiatrisk avdelning öppnats med tillhörande dagsjukvård. Enheten har varit stängd i cirka två år på grund av personalbrist men har nu kunnat öppna med delvis ny inriktning: dagsjukvård. Trycket på heldygnsvården har under året ökat i jämförelse med föregående år. Trots att antalet vårdtillfällen ökar och medelvårdtiden sjunkit har verksamheten hanterat situationen på ett patientsäkert sätt.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under 2019 fokuserar vuxenpsykiatrin i Region Halland på att införa och fortsätta utveckla en egen app för kommunikation med patienter (pilot ”Psykiatrin i fickan”), att ytterligare minska beroende av inhyrd personal och köpt vård samt att förbättra koordination med omgivande verksamheter med särskilt fokus på den psykiatriska heldygnsvården och öppenvården.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Jämtland

Organisation
Psykiatrin Jämtland har slutenvård och öppenvård och har under 2018 infört en mellanvårdsenhet. Verksamheten består av fyra avdelningar med dygnetruntvård. Arbetet pågår i huvudsak i team kring patienten vilket innebär att den enskilde patientens behov styr den kompetensinsats som behövs och därigenom vilka yrkeskategorier som involveras. Psykiatrin utreder och behandlar inte autismspektrumstörningar utan det görs av vuxenhabiliteringen.

Personalsituation
Verksamheten behöver rekrytera kuratorer, psykoterapeuter och skötare framför allt inför de pensionsavgångar som beräknas till 2019-2022. Psykologer, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och specialistläkare är de svåraste yrkesgrupperna att rekrytera och de flesta vakanserna inom området som inte kunnat tillsättas tillhör dessa yrkesgrupper.

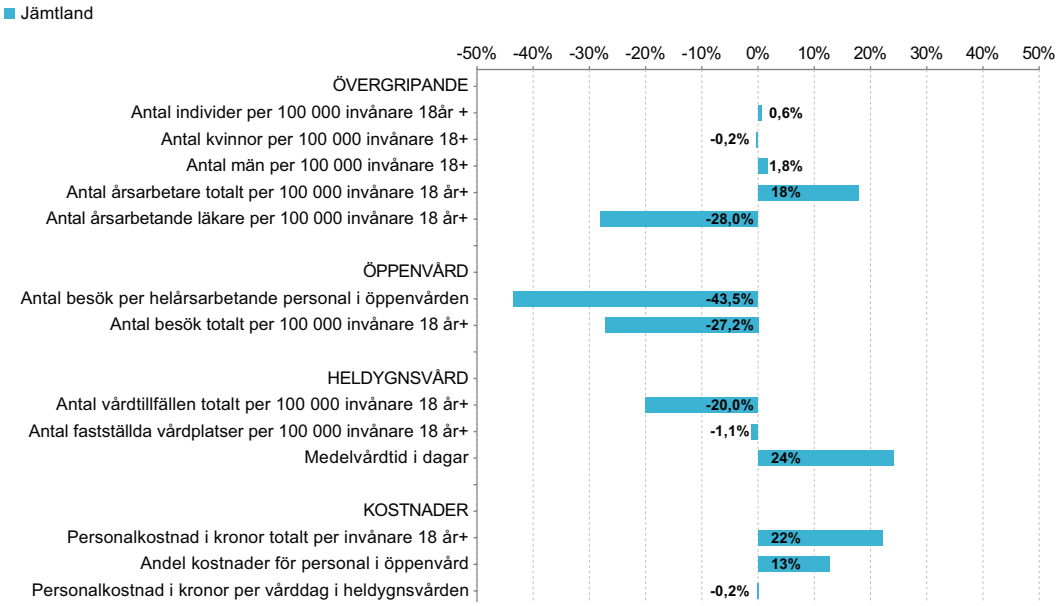
Verksamheten har minskat antalet årsanställda de senaste åren på grund av att en vårdavdelning har stängts, överföring av resurser till öppenvård och i samband med detta konvertering till yrkeskategorier som är svårrekryterade.

Större förändringar/ händelser under året
Region Jämtland Härjedalen har ett av de största underskotten per invånare i Sverige. Det finns ett ständigt effektiviseringstryck i verksamheten med stora besparingsåtgärder. Lokalerna är knappa och begränsar flexibilitet i flödena.

Det finns ett fortsatt stort inflöde inom neuropsykiatri. Könsidentitetsmottagningens målgrupp har ökat rejält med ökade behov och kostnader.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Förbättringskonceptet med syfte att frigöra tid för vård var på väg att införas på två avdelningar, men har avslutats under hösten 2017. En extern genomlysning är genomförd 2017. Arbetet resulterade i en omorganisation av verksamheten som påbörjades under 2018 och kommer att intensifieras kommande år.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Jönköping

Organisation
Vuxenpsykiatrin består av öppenvård och heldygnsvård som bedrivs i tre vuxenpsykiatriska kliniker, en klinik på respektive sjukhus i länet. Verksamheten har ett upptagningsområde som omfattar drygt 360 000 invånare, varav drygt 280 000 är 18 år och äldre. Akutmottagning finns i Eksjö dagtid alla dagar och i Värnamo dagtid alla vardagar. På länssjukhuset Ryhov i Jönköping finns vissa länsresurser i form av psykiatrisk intensivvård, avgiftningsenhet liksom psykiatrisk akutmottagning 24/7/365. Neuropsykiatriska utredningar görs i hela länet. I verksamheten bedrivs inte mellanvård.

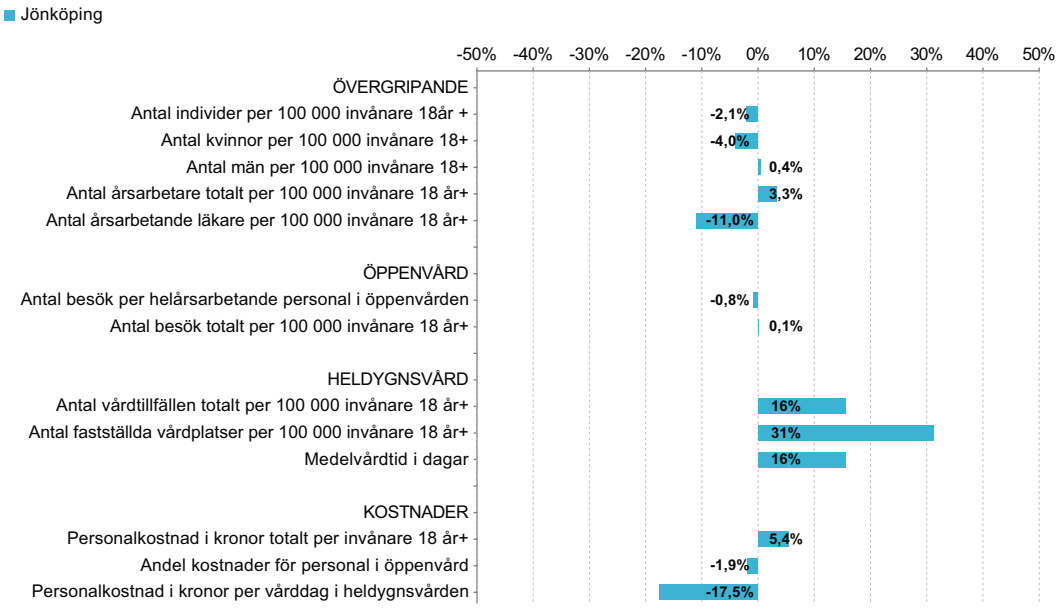
Personalsituation
För två av länets vuxenpsykiatriska kliniker gäller att rehabiliteringsresurser (arbetsterapeut och fysioterapeut) köps från regionens rehabiliteringscentrum. De egna rehabiliteringsresurserna är därmed små.

Det är svårt att rekrytera inom flera yrkesgrupper. Av läkare saknas uppemot 30 procent och även när det gäller psykologer, sjuksköterskor, socionomer och vårdadministratörer finns vissa svårigheter att rekrytera. Detsamma kan inom en snar framtid också gälla skötare då färre utbildas och det finns flera verksamheter i regionen som konkurrerar om professionen.

Större förändringar/händelser under året
Ett utvecklingsarbete för hela psykiatrin startade 2017. Det berör en rad strategiska områden och det fortsätter inom flera utvecklingsprojekt även under 2019. I ett av projekten har verksamheten arbetat med utveckling av psykiatrisk vårdjour (mobila team) och stöd i hemmet som alternativ till slutenvård. Det har resulterat i att det finns mobila psykiatriska team vid de tre vuxenpsykiatriska klinikerna. Parallellt med utvecklingen av dessa team pågår en neddragning av antalet slutenvårdsplatser.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Beslut finns om utökning av verksamheten med en tillnyktringsenhet som drivs i samverkan med länets kommuner men organiseras under specialistpsykiatrin. Fortsatt utveckling av personcentrerad vård och möjligheten att använda digitala kontaktvägar och telepsykiatri. Fortsatt utveckling av stöd i hemmet som alternativ till slutenvård.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Kalmar

Organisation
Vuxenpsykiatrin i Kalmar län är uppdelad i de geografiska områdena norr, mitt och söder. Vuxenpsykiatri norr består av heldygns- och öppenvård i Västervik samt öppenvård i Vimmerby och Hultsfred. Basenheten har cirka 200 medarbetare inom olika yrkeskategorier. Inom verksamheten finns ett brett utbud såsom neuropsykiatri, KBT-behandling, DBT-behandling, ljusbehandling, familjeterapeutisk behandling, dynamisk samtalsbehandling, läkemedelsbehandling.

Vuxenpsykiatri söder består av fyra slutenvårdsavdelningar, tre öppenvårdsmottagningar, beroendecentrum, behandlingsenheten Valnötsträdet samt en psykiatrisk rehabiliteringsenhet (PRE). Öppenvården fungerar som en traditionell mottagningsverksamhet. PRE är en verksamhet som riktar sig till de människor som till följd av psykisk sjukdom har lägst funktionsnivå. Den är mer mobil och genomför arbete i nära anslutning till patienters hemmiljö/arbetsliv och fokuserar på integrerad psykiatri.

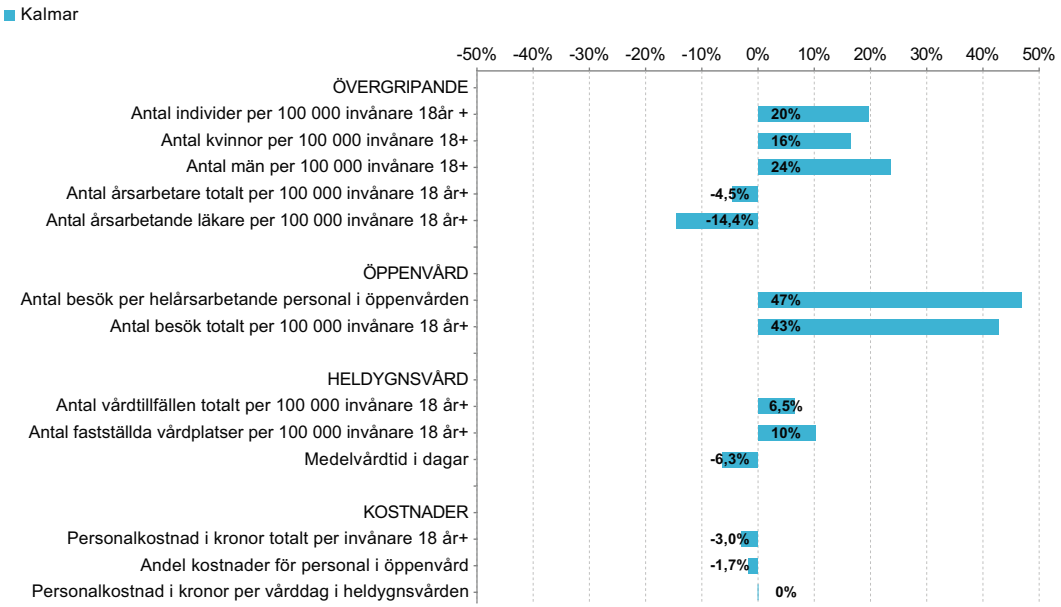
Vuxenpsykiatri i mitt erbjuder psykiatrisk öppenvård till invånarna i Oskarshamn, Mönsterås och Högsby. Verksamheten bedrivs i Oskarshamn och vid filialmottagningen i Mönsterås. Verksamheten gör också hembesök när det behövs. Till verksamheten hör tidsbokad mottagningsverksamhet rehabiliteringsverksamhet, neuropsykiatriskt team, DBT-team och möjlighet till speciell träning och utveckling i socialpsykiatriska verksamheten (SPT).

Personalsituation
VUP i Kalmar län genomgår en generationsväxling idag och några år framöver, vilket ställer höga krav på kliniken i rekryteringssammanhang, men även i kompetensutvecklingssatsningar. Det finns överlag svårigheter att rekrytera legitimerade psykologer, sjuksköterskor inklusive sjuksköterskor med specialistkompetens samt ST-läkare och specialist- respektive överläkare i allmänpsykiatri. Satsningar som görs är förändringar i arbetssätt/metoder, utlandsrekryteringar med mera.

Större förändringar/händelser under året
Vuxenpsykiatrin fortsätter att arbeta utifrån uppsatta mål med fokus på rätt patient på rätt tid till rätt resurs.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
På lång sikt ska tre vårdavdelningar bli två i en ny psykiatribyggnad. Allt arbete syftar till att förbereda för denna omställning och den nyare psykiatri som bedrivas. Under 2018 har det första spadtaget tagit för det nya psykiatrihuset i söder. Vuxenpsykiatri Mitt arbetar för fullt med frågor kring nybyggnation av nya psykiatrihuset som ska vara klar 2019. Även i norr kommer det att bli ett nytt psykiatrihus om några år. Under tiden så kommer det att ske ombyggnation för att säkerställa att befintliga lokaler har godkänd standard.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Kronoberg

Organisation
Vuxenpsykiatrin i Kronoberg bedriver en länsövergripande verksamhet. Mottagningsverksamhet finns fysiskt placerade i Växjö och Ljungby. Akutmottagning och heldygnsvård för hela länet är placerad i Växjö. Inom verksamhetens öppenvård/mottagningar finns ett brett utbud såsom KBT-behandling, DBT-behandling, ljusbehandling, familjeterapeutisk behandling, dynamisk samtalsbehandling, läkemedelsbehandling samt neuropsykiatrisk utredning vid samsjuklighet.

Vuxenpsykiatri heldygnsvården består av fyra vårdavdelningar med totalt 52 vårdplatser.

Personalsituation
Verksamheten kommer inom de närmaste fem åren ha stora pensionsavgångar inom flera yrkeskategorier, inklusive specialistläkare, medicinska sekreterare, skötare och sjuksköterskor. Det är svårt att rekrytera specialistläkare, medicinska sekreterare, sjuksköterskor och behandlare, vilket leder till en vakanssituation på vissa tjänster.

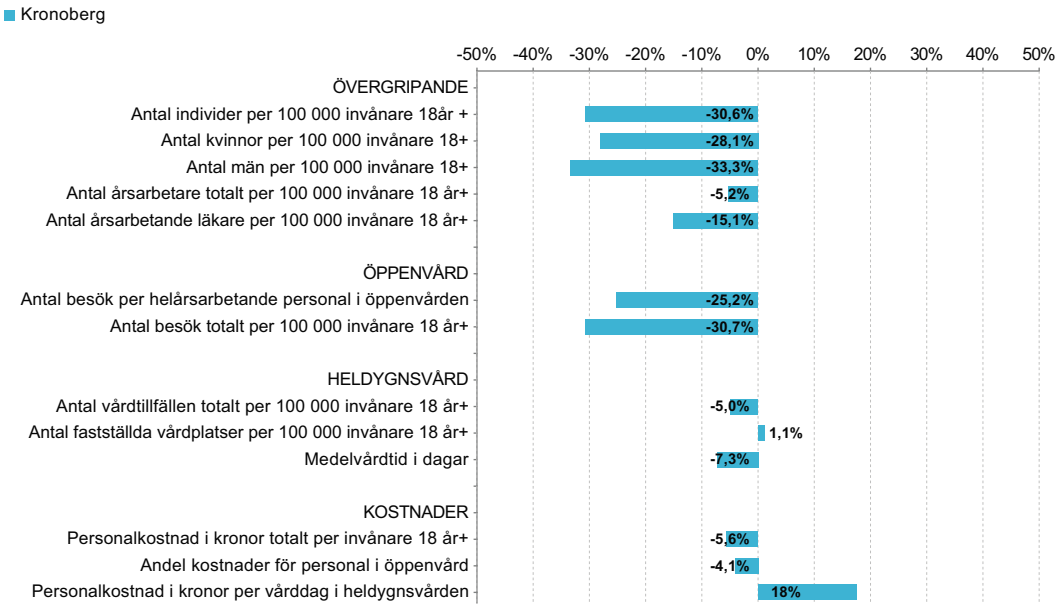
Större förändringar/händelser under året
Vuxenpsykiatrins ekonomiska resultat under 2018 genererade för första gången på flera år ett ekonomiskt överskott. Den positiva ekonomiska utvecklingen inom vuxenpsykiatrin har varit möjlig genom att verksamheten har lyckats fasa ut hyrpersonal samt minskat kostnaderna för köpt vård.

Vuxenpsykiatrin har utvecklat ett samarbete med BUP samt startat en integrerad missbruks- och beroendemottagning tillsammans med samtliga länets kommuner.

Nya lokaler för vuxenpsykiatrin har börjat byggas.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Vuxenpsykiatrin kommer framförallt att satsa på arbete med vårdplaner, vilket innebär arbete med de administrativa systemen och arbetssätt. Andra prioriterade områden är samverkan med BUP och LRV, hälsomottagningar och interna utbildningar.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Norrbotten

Organisation
Vuxenpsykiatrin Sunderbyn består av en akutmottagningsjour dygnet runt för hela kusten. Öppenvården bedrivs i Boden, Luleå och Kalix. Det finns ingen mellanvård men däremot dagvård vid ätstörningsmottagningen som är länsenhet. Vuxenpsykiatrin Gällivare består av en akutmottagningsjour dygnet runt för kommunerna Jokkmokk, Pajala, Kiruna och Gällivare. Öppenvården bedrivs i Gällivare och Kiruna, resor görs till Jokkmokk och Pajala. Distansteknik används sedan 2011 inom samtliga yrkeskategorier. Vuxenpsykiatrin Piteå betjänar kommunerna Piteå, Älvsbyn, Arvidsjaur och Arjeplog. Kliniken har akut mottagningsjour dagtid men kväll, natt och helg finns denna i Sunderbyn.

Vuxenpsykiatrin utreder alla tillstånd och behandlar alla allmänpsykiatriska sjukdomar inklusive beroende men behandling av autismspektrumstörning är begränsad.

Personalsituation
Psykiatrin i Piteå har under ett antal år haft en god återväxt av ST-läkare där flera blivit färdiga specialister. Kliniken är också väl bemannad med psykologer och sjuksköterskor. Piteå är sedan slutat av 2018 oberoende av inhyrd personal, liksom Gällivare är. Gällivare upplever en brist på psykologer.

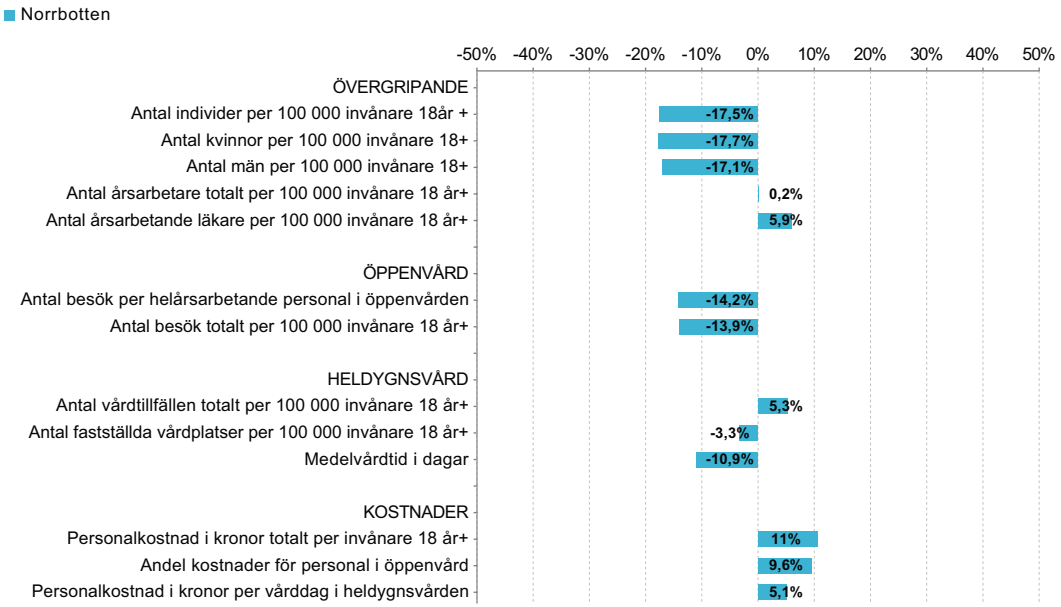
Psykiatrin Sunderbyn upplever rekryteringssvårigheter inom alla personalgrupper, främst för psykiatriker, psykologer samt specialistutbildade sjuksköterskor.

Större förändringar/händelser under året
Ett nytt psykiatrihus i Sunderbyn är under uppbyggnad och är inflyttningsklart 2020. Överbeläggningarna är ett problem men med ökad tillgänglighet i öppenvård kan slutenvård förebyggas.

I Piteå och Gällivare har ett omfattande arbete gjorts för att öka effektiviteten i öppenvården. Målet har varit att personalen i öppenvården ska träffa fyra patienter per dag. Inom slutenvården har arbetet fokuserat på att öka beredskapen på att vårda mer komplexa samt vårdkrävande patienter.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Arbetet med standardiserade vårdprocesser fortsätter. I Gällivare arbetar kliniken vidare tillsammans med primärvård och samtliga fyra kommuner med de vanligaste diagnosgrupperna och hela processen. Ett arbete med att införa ett teambaserat arbetssätt i öppenvårdsmottagningarna pågår i Sunderbyn för att gå från diagnosspecifikt tänk mot att arbeta efter patientens funktionsförmåga. I Piteå planeras satsning på KBT-via internet och kliniken kommer under 2019 delta i utveckling avseende Artificiell Intelligens (AI) ledd av forskare Luleå Tekniska Högskola.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Skåne

Organisation
Vuxenpsykiatrin i Skåne erbjuder specialistpsykiatrisk vård till drygt en miljon invånare från 18 år och uppåt. Vuxenpsykiatrin i regionens egen regi är indelat i fyra verksamhetsområden; dessutom finns upphandlade verksamheter som bedriver specialistpsykiatrisk öppenvård och en mottagning för krigs- och tortyrskadade som bedrivs av Röda Korset genom ett idéburet offentligt partnerskap. Upphandlade leverantörer svarar för cirka 20 procent av den specialistpsykiatriska öppenvården i Skåne. Det finns 400 heldygnsvårdplatser, alla i egen regi. Flera mottagningar är regionövergripande: könsidentitet, ätstörning och dövpsykiatri samt ett team för vuxna med utvecklingsstörning och svåra beteendeproblem samt avdelningar för ätstörning och läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, LARO. I vårdvalet för LARO finns numera elva privata mottagningar och sju i egen regi.

Vuxenpsykiatrin erbjuder mellanvård inom områdena psykos, ätstörning och allmänpsykiatri.

Vuxenpsykiatrin utreder autismspektrumstörningar, om diagnos ställs ges den habiliterande behandlingen på habiliteringen. Vid psykiatrisk samsjuklighet sker behandlingen i samverkan mellan vuxenpsykiatrin och habiliteringen.

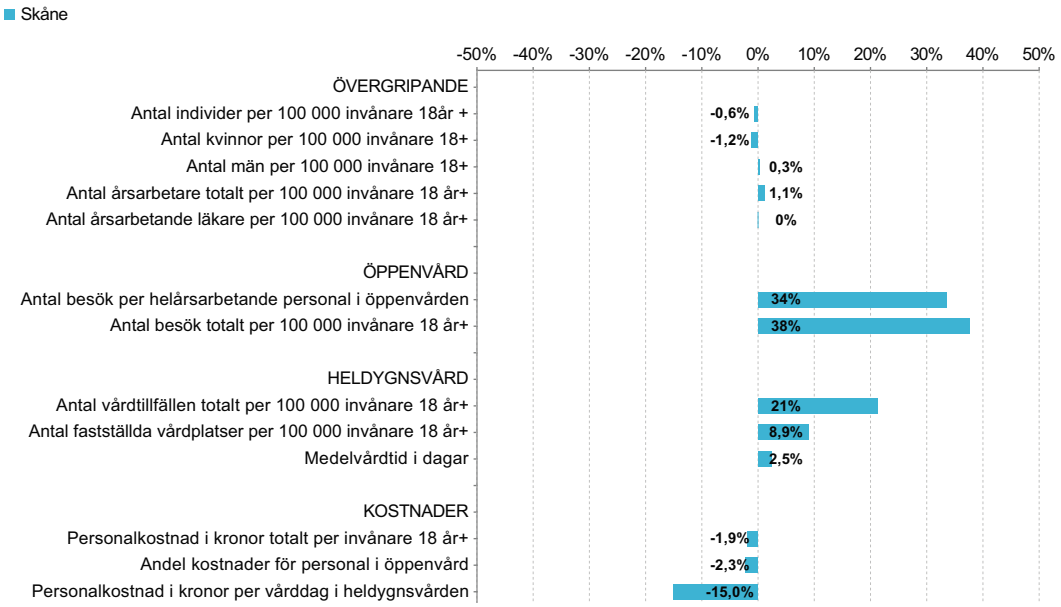
Personalsituation
Inom den offentliga psykiatrin fanns det i december 2018 totalt 3 300 medarbetare. Under de närmaste fem åren beräknas drygt 360 medarbetare gå i pension, utöver övriga avgångar. Rekryteringssvårigheterna för verksamheterna utmärker sig särskilt för yrkesgrupperna specialistläkare, sjuksköterskor, psykologer och medicinska sekreterare där vakanser finns.

Större förändringar/händelser under året
Ett politiskt beslut att införa hyrläkarstopp togs under 2016 och infördes fullt ut februari 2017. Under 2018 har den offentliga verksamheten sett effekterna av hyrläkarstoppet i form av ökad kontinuitet, högre patientsäkerhet och en bättre ekonomi.

Forskningen i den offentliga verksamheten har fått en bättre infrastruktur och det bedrivs nu forskning inom alla verksamhetsområden. Universitetssjukvård bedrivs i Lund, Helsingborg och Malmö. Verksamheten har idag fem professorer, åtta docenter samt ett sextiotal disputerade medarbetare.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Målområde 2019 har fokus drivande utvecklingsaktör, patientsäkerhet/medicinsk kvalitet, attraktiv arbetsgivare och långsiktig stark ekonomi. Psykiatrin arbetar för att forskning och kliniskt arbete ska gå hand i hand och håller på att ta fram flera standardiserade vårdprocesser.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Stockholm

Organisation
Inom SLSO Psykiatri finns fem vuxenpsykiatriska verksamheter och driver tillsammans cirka 120 öppenvårdsmottagningar samt ett flertal specialistmottagningar. Uppdraget omfattar även psykiatrisk heldygnsvård samt två länsövergripande psykiatriska akutmottagningar, en akutbil samt ett antal mobila team. Till SLSO Psykiatri hör även Beroendecentrum Stockholm och Stockholms centrum för ätstörningar. Bland de privata aktörerna finns bland annat Praktikertjänst, WeMind, Mandometer och Prima. De har avtal utifrån vissa patientgrupper eller geografiskt område.

Personalsituation
Samtliga verksamheter upplever svårigheter med att rekrytera specialistläkare i psykiatri. För att åtgärda bristen har flera verksamheter satsat på att rekrytera fler ST-läkare. När det gäller sjuksköterskor har situationen förbättrats och rekryteringen har varit något lättare än tidigare år. Viss hyrläkarbemanning finns inom ett flertal verksamheter.

Större förändringar/händelser under året
SLSO Psykiatri har under 2018 fortsatt arbetet med att skapa en mer sammanhållen vårdkedja för barn, tonåringar och unga vuxna genom att utvidga sina vårdprocesskartor. Syftet är att utforma vården så att den i än högre utsträckning sker utifrån de unga patienternas komplexa behov.

Praktikertjänst har implementerat de förändringar som det nya avtalet kräver och fokuserat på att uppnå mål för produktion som kvalitet. Prima Nordöst Jakobsberg stängde sin heldygnsvård i mars 2018. WeMind har under året inlett samverkansprojekt gentemot andra psykiatriska verksamheter och nya samarbetskanaler har arbetas upp gentemot flera sektorer inom Region Stockholm.

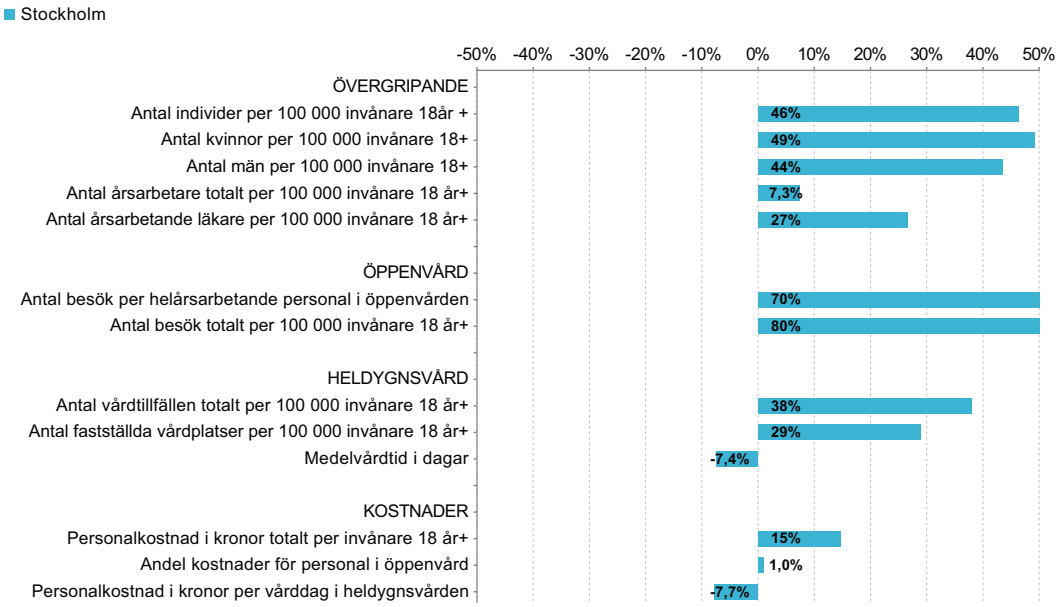
Framtidsplaner/utvecklingsområden
Utökning av antalet vårdplatser möjliggör en ökad differentiering och SLSO undersöker nu förutsättningarna för att, i tätt samarbete med kommunala insatser, erbjuda vård för patienter med beroende och andra psykiatriska tillstånd i kombination med social utsatthet. För att öka tillgängligheten erbjuds patienterna internetbaserad behandling vid vissa diagnoser och symptom och videobesök som alternativ till vanliga besök på mottagningarna är under utveckling.

Under 2019 kommer två av Praktikertjänsts allmänpsykiatriska mottagningar att flytta inom närområdet vilket blir en tidskrävande omställning. Verksamheterna kommer också att göra ändringar i sin mobila verksamhet för att bättre kunna leva upp till avtalskrav och patientnytta.

Mandokliniken har för första gången fått ett landstingsavtal för icke-invasiv behandling av allvarlig övervikt. Behandlingen av övervikt utgår från ätträning och är evidensbaserad.

WeMind kommer att starta upp en ny gruppbehandling, MBCT, för att minska risk för återfall bland patienter med recidiverande depressiv problematik.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Sörmland

Organisation
Vuxenpsykiatrin i Sörmland består av två geografiska områden. I norra delen av länet finns öppenvård i Strängnäs och Eskilstuna och slutenvård i Eskilstuna. Den psykiatriska kliniken i länets södra och västra del består av öppenvård på tre olika orter och en slutenvård i Nyköping.

Organisatoriskt finns de båda vuxenpsykiatriska enheterna i samma division som habiliteringsverksamheten, som idag ansvarar för att utreda autismspektrumstörningar.

Personalsituation
Samtliga psykiatriska kliniker i regionen har behov av rekrytering av flera yrkesgrupper framför allt sjuksköterskor, arbetsterapeuter och psykologer. Klinikerna har haft en god tillväxt på läkarsidan genom antalet ST-läkare, men alla specialisttjänster är inte tillsatta och det finns ett fortsatt behov av hyrläkare via bemanningsföretag.

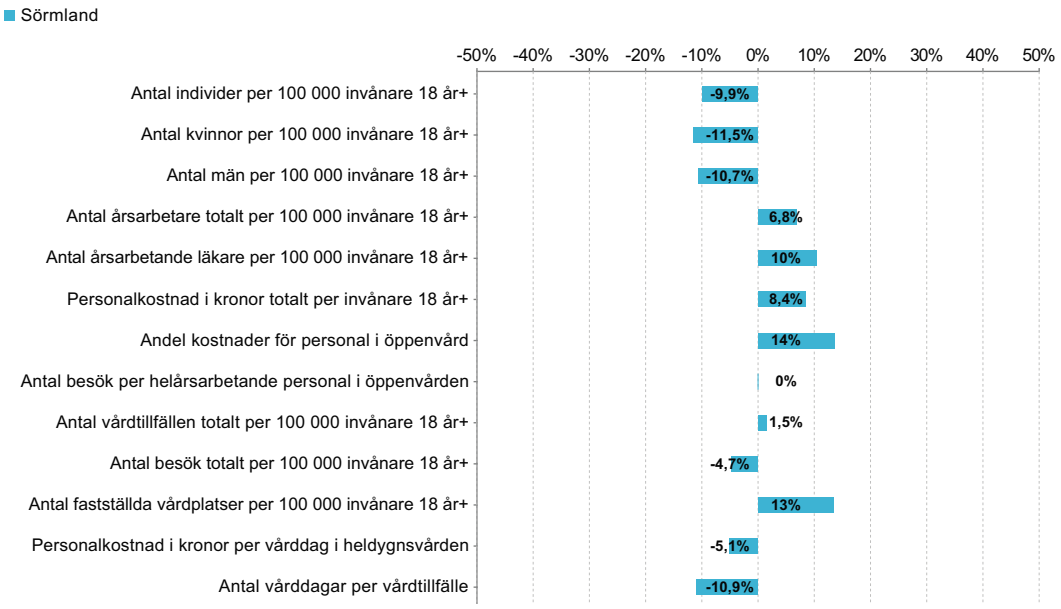
Ett divisionsövergripande arbete har påbörjats för att rekrytera specialister till regionen.

Större förändringar/händelser under året
Verksamheten i Eskilstuna har i samverkan med kommunen en utrednings-/sviktenhet för patienter med psykisk ohälsa. Enheten erbjuder sviktplatser, rehabiliteringsplatser samt korttidsplatser. Ett samverkansprojekt har pågått under året med fokus på att patientutredningen ska slutföras där den startas. Målet är ett samarbete mellan verksamheten så att patienten äger utredningen. Medicinsk behandling sker inom den psykiatriska öppenvården. Patientgruppen finns också representerad inom ett nystartat team för unga inom psykiatrisk öppenvård i norra länsdelen. Teamet arbetar utåt med patienter och deras närstående.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Det finns planer på ett framtida projekt att inom den psykiatriska intensivvårdsavdelningen öka kvalitet och kapacitet.

Vidare utvecklar verksamheten vårdprocesserna inom beroendevården vilket kommer att intensifieras under 2019.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Uppsala

Organisation
Psykiatrin är specialistvård för psykiska sjukdomar och svårare psykiatriska tillstånd. Till psykiatrin kommer du med remiss, egenremiss eller om du har akuta besvär. Psykiatrisk vård bedrivs i såväl offentlig som privat regi i Region Uppsala. Upptagningsområdet utgör totalt 296 000 antal invånare. Vård för patienter med psykossjukdom och affektiv sjukdom i Norduppland (i kommunerna Östhammar, Tierp, Älvkarleby och Heby) är upphandlad enligt LOU och drivs av en privat aktör. Övriga områden ansvarar regionen för.

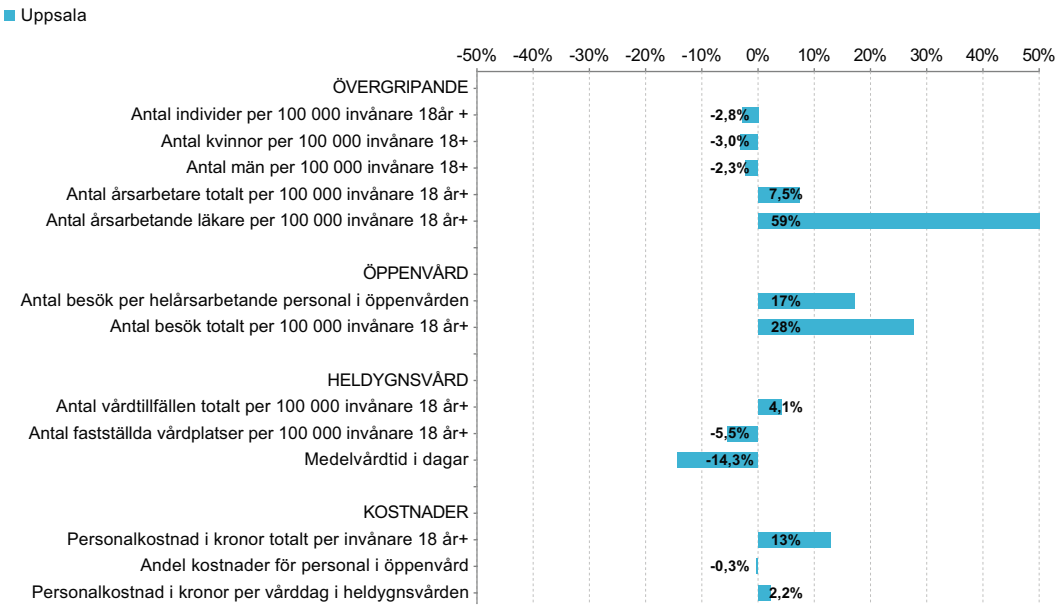
Den offentliga psykiatrin har 783 anställda (drygt 500 årsarbetare), träffar 16 500 patienter årligen genom över 140 000 besök.

Personalsituation
Inom den offentliga verksamheten pågår ett arbete med att ta fram en kompetensförsörjningsplan. Vakansläget inom slutenvården är stort bland psykiatrisjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor. Hyrsjuksköterskor och hyrläkare ersätter delar av vakanserna på slutenvården. ST-läkarförsörjningen är god inom vuxenpsykiatrin och grundar sig i en satsning sedan långt tillbaka som nu ger frukt.

Större förändringar/händelser under året
Under 2018 har offentligt drivna verksamheter som är lokaliserade i Enköping samlats på en psykiatrisk mottagning. Detta har gett en mer integrerad verksamhet mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. Ytterligare organisationsförändringar har skett inom den offentliga verksamheten. Mottagningar för affektiva sjukdomar har bytt sektion, likaså har äldrepsykiatriska mottagningen blivit en del av psykos- och rättspsykiatrisektionen och mottagningarna i Enköping och Bålsta flyttat till sektionen för beroende- och neuropsykiatri. Veteranmottagningen, en psykiatrisk mottagning för svenska soldater som har varit i stridsförande områden, har under året utvecklats från projekt till att etableras som ordinarie verksamhet.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Den offentliga verksamheten har för 2019 fokus på förbättrad arbetsmiljö och att minska antalet hyrsjuksköterskor och hyrläkare. Arbetet med att införa standardiserade vårdprocesser fortsätter. Internt har ett förbättringsarbete startats för att skapa förutsättningar för korrekta registreringar i journalsystemet Cosmic samt att utveckla arbetssättet på mottagningarna. Samtidigt införs också videovårdmöten genom appen ”Min hälsa”, som är integrerad med journalsystemet.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Värmland

Organisation
Region Värmland bedriver öppenvårdspsykiatri runt om i länet och har delvis mobil verksamhet. Mottagningar finns i Arvika, Hagfors, Karlstad, Kristinehamn, Säffle och Torsby. Psykiatrisk heldygnsvård för vuxna patienter finns i Karlstad. Upptagningsområdet omfattar hela länet på drygt 225 000 invånare över 18 år.

Länsövergripande funktioner som traumabehandling, behandling för ätstörningar, kvalificerade neuropsykiatriska utredningar bedrivs i en länsgemensam verksamhet i Karlstad. Någon formell mellanvård bedrivs för närvarande inte. Under senare år har efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar ökat vilket medfört tilltagande köer. Samtliga frågeställningar avseende det neuropsykiatriska området utreds efter en särskild prioriteringsordning.

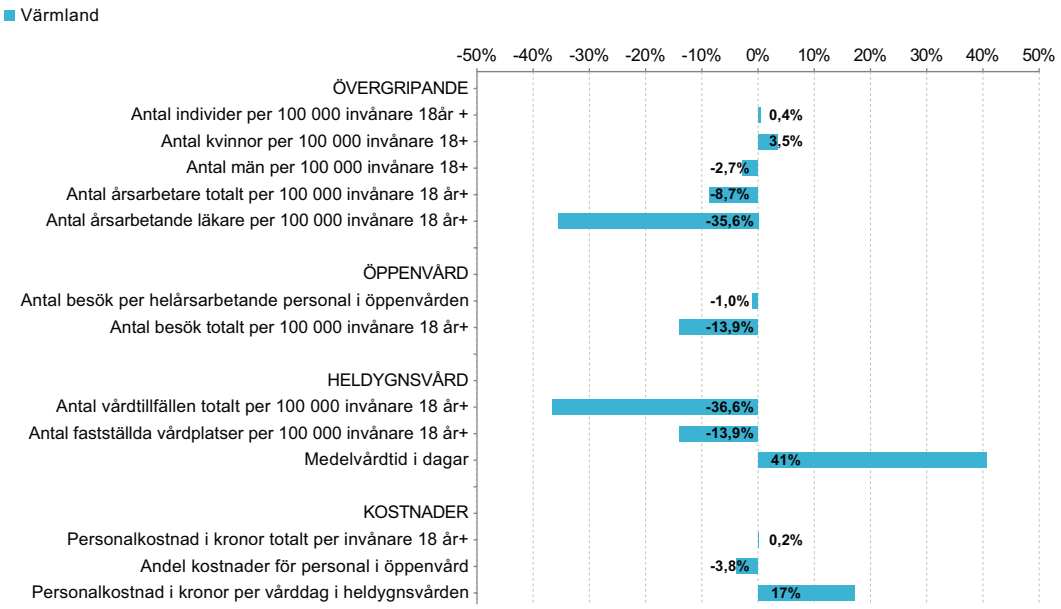
Inom länet finns också en avdelning för abstinensbehandling, så kallat beroendecentrum, som regionen driver tillsammans med länets kommuner i ett kommunförbund. Avdelningen är ett HVB-hem och inläggning beslutas via socialtjänsten. Statistik från denna avdelning har inte tagits med i 2018 års inrapportering.

Personalsituation
Totalt antal tillsvidare- och visstidsanställd med månadslön uppgick till 486 medarbetare under 2018. Rekryteringssvårigheter föreligger inom flera yrken, särskilt avseende specialistläkare, psykologer och specialistutbildade sjuksköterskor. Hyrläkarberoendet är relativt omfattande men ett intensivt arbete pågår för att bli oberoende. Positivt är ett ökat antal ST-läkare i psykiatri.

Större förändringar/händelser under året
En ny organisation baserad på områdesindelning har införts sedan ett par år. Detta har inneburit en sammanslagning av psykiatri, allmänmedicin och hälsa, habilitering och rehabilitering. Ett omfattande arbete med fokus på arbetsväxling och bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON) har genomförts och är fortsatt under utveckling.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Den nya organisationen har inneburit ett större mått av integration mellan hälso- och sjukvårdens olika delar, bland annat mellan primärvård och specialistpsykiatri. Samtidigt har förändringen också gjort att det varit svårt att hålla samman vissa specialistverksamheter, bland annat psykiatrin. Ojämlika verksamhetschefsuppdrag och stora ledningsgrupper har också varit en utmaning. Med utgångspunkt i detta pågår nu ytterligare en organisationsförändring som beräknas vara klar under hösten 2019.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Västernorrland

Organisation

Länskliniken har sitt kansli i Sundsvall, med lokala administratörer på sjukhusorterna Örnsköldsvik och Kramfors/Sollefteå. Allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar finns i Örnsköldsvik, Sollefteå, Kramfors och Härnösand. I Sundsvall finns det sex specialiserade öppenvårdsmottagningar: bedömningsenhet, affektiva enheter, LARO, NPF och psykosenhet. NPF-mottagningen utreder och behandlar ADHD och autismspektrumstörningar. En länsgemensam akutmottagning finns i Sundsvall. Den är bemannad dygnet runt med psykiatrisköterska, skötare, läkare med primärberedskap och specialist med sekundär beredskap. Ingen mellanvård finns i form av dagvårdsverksamhet. Mobila akutteam finns i Kramfors och Sollefteå, dagtid och kvällstid. Ett mobilt omvårdnadsteam finns i Sollefteå och en slutenvårdsavdelning i Örnsköldsvik med 13 vårdplatser. I Sundsvall finns fem specialiserade avdelningar med 65 vårdplatser totalt: en avdelning för missbruk och korttidsvård/observation, en för psykoser, två för affektiva tillstånd och en PIVA med huvudsakligen LPT-vård.

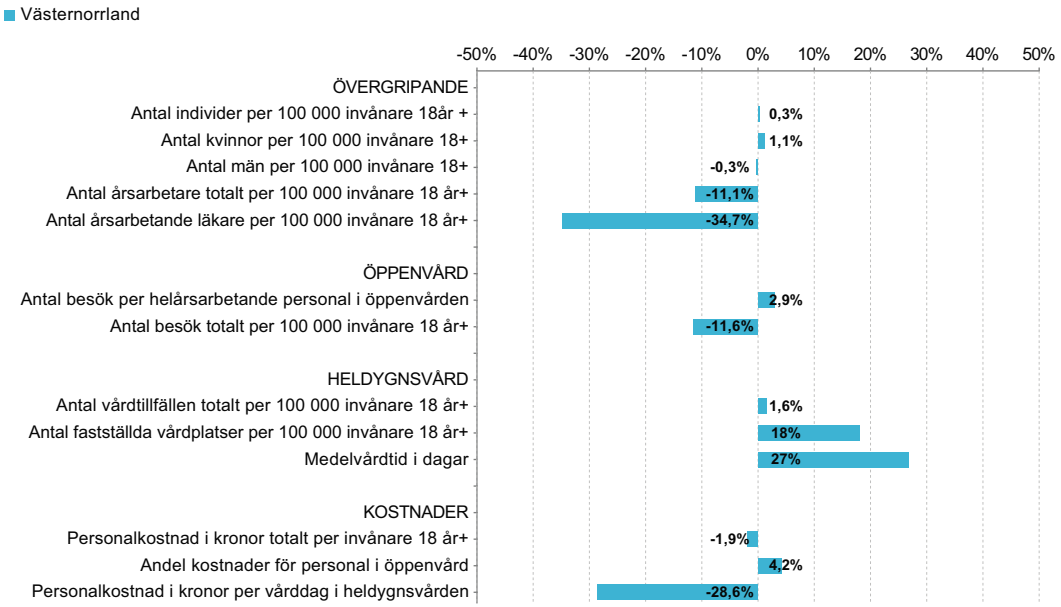
Personalsituation

Stora svårigheter med läkarbemanningen i norra delen av länet sedan många år. Beroende av hyrläkare i synnerhet i Örnsköldsvik, Sollefteå och Kramfors. Något lättare att rekrytera ST-läkare och specialister till Sundsvall, många utlandsrekryteringar inom EU under de senaste åren. Under de senaste åren har verksamheten även fått en brist på sjuksköterskor i såväl öppen- som slutenvården och svårigheterna att rekrytera sommarvikarier gör att antalet vårdplatser måste reducera under sommartid. Svårt att rekrytera legitimerade psykologer, endast möjligt att få PTP-psykologer på vakanta tjänster. Hög omsättning i denna yrkesgrupp.

Större förändringar/händelser under året

Kliniken har behov av att minska kostnaderna för stafettläkare och att omfördela resurser från slutenvård till öppenvård. Jämfört med riket i övrigt har Västernorrland en relativt hög slutenvårdskonsumtion i förhållande till befolkningsmängden och en låg bemanning i öppenvården. Brukarstyrda inläggningar har införts i Sundsvall och Örnsköldsvik för gruppen självskadepatienter. Verksamheten har utvecklat ”Vård på distans” eller telepsykiatri för att lösa läkarbristen i norra delen av länet.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Västmanland

Organisation
Vuxenpsykiatrin ska tillhandahålla psykiatrisk utredning, behandling, omvårdnad och rehabilitering till befolkningen som är 18 år och äldre. Vuxenpsykiatrins organisering ska främja samverkan med samhällets andra aktörer och ska ha tillgång till ett differentierat vårdutbud med kapacitet för både akuta och planerade insatser även för patienter i behov av varaktiga och kontinuerliga insatser.

Öppenvårdsmottagningar ska finnas i Västerås, Köping, Sala och Fagersta. Heldygnsvården och akutmottagning är länsgemensam och bedrivs i Västerås. Insatserna i heldygnsvården betraktas som episodiska och kontakt ska snabbt etableras med psykiatriska öppenvården och/eller andra aktörer för vårdplanering vid behov av mer varaktiga insatser.

Verksamheten utreder och behandlar i vissa fall autismspektrumstörningar. Det finns ingen mellanvårdsform för patienter med lägre funktionsnivå.

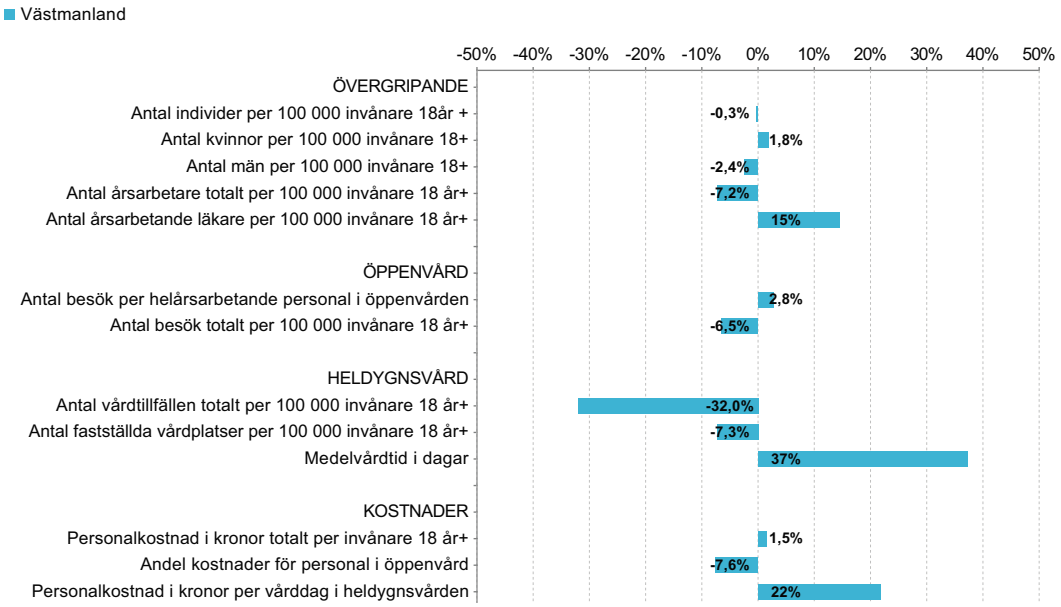
Beroendesektionen är en del av vuxenpsykiatrin och är en högspecialiserad beroendevård med inriktning på behandling av personer med beroendesjukdom avseende alkohol, narkotika och läkemedel samt personer med samtidig annan psykisk sjukdom/störning.

Personalsituation
Vuxenpsykiatri har cirka 450 anställda medarbetare. En rekryteringsplanering finns där pensionsavgångar och bristyrken har tagits hänsyn till. Vuxenpsykiatrin har jobbat aktivt och framgångsrikt med att reducera antalet inhyrda psykiatriker. Under 2018 har många åtgärder vidtagits för att rekrytera fast anställda sjuksköterskor och därmed minska behovet av hyrsjuksköterskor. Det är också svårt att rekrytera psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter och medicinska sekreterare. Inom öppenvården finns ett antal psykologvakanser vilket leder till bekymmer med utredningsköer.

Större förändringar/händelser under året
Vuxenpsykiatrin har under 2018 startat en psykiatrisk utbildningsavdelning (PUA), det är en slutenvårdsavdelning som byggts om och fått annat uppdrag samt utökat antalet vårdplatser. Inflödet av patienter ökar år från år. Verksamheten räknar med en nettoökning av antalet patienter runt 400-500 per år. Vuxenpsykiatrin har under 2018 permanentat sin DBT-verksamhet.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under 2019 kommer en tillnyktringsenhet att öppnas i samverkan med länets kommuner. Vuxenpsykiatrin kommer också att öka antalet slutenvårdsplatser riktade mott abstinensvård (fyra platser till).

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Västra Götaland

Organisation
Västra Götalandsregion (VGR) har drygt 1,6 miljoner invånare. Specialistpsykiatri bedrivs vid fem sjukhusförvaltningar och med öppenvårdsmottagningar på flertalet orter i regionen, vid Kungälvs sjukhus, NU-sjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs Sjukhus och Södra Älvsborgs Sjukhus. Inom regionen finns WeMind och Capio Lundby Närsjukhus som bedriver öppenpsykiatrisk mottagning med avtal med Västra Götalandsregionen. Alla verksamheter i regionen utreder och behandlar neuropsykiatriska tillstånd, däribland AST. Klinikerna erbjuder diagnostik och behandling inom såväl öppen- som heldygnsvård samt vid flera av förvaltningarna dessutom dagsjukvård och mobila resurser.

Personalsituation
Det finns svårigheter med att nyrekrytera personal, främst specialistläkare, specialistsjuksköterskor, psykologer men även övriga personalkategorier så som medicinska sekreterare. Det pågår generationsväxling och omsättningen av nyanställda är hög.

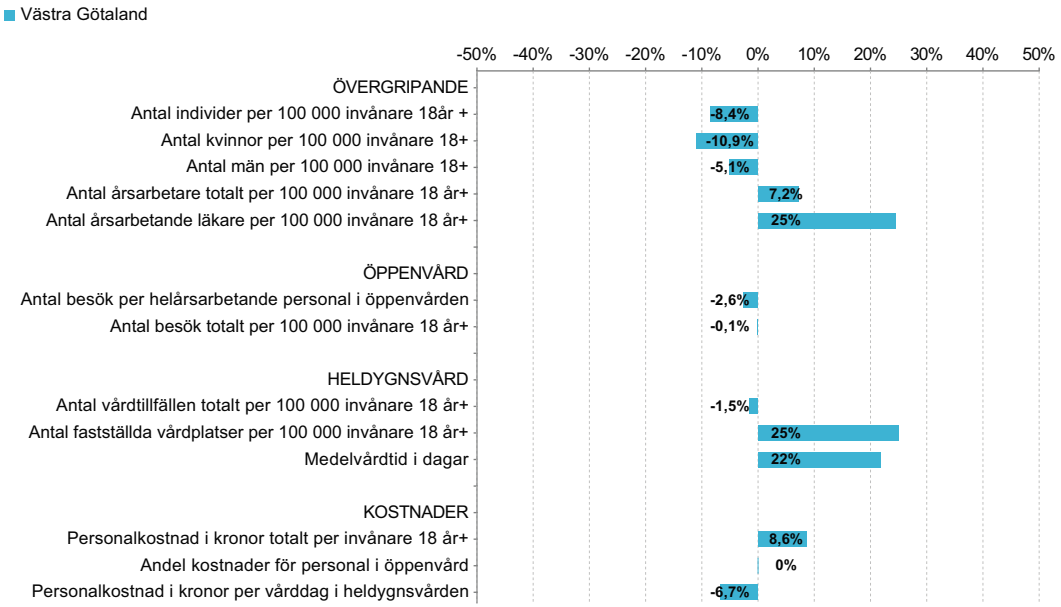
Större förändringar/händelser under året
Sahlgrenska universitetssjukhuset har infört dagsjukvård för att nå öppenvårdspatienter med behov av mer omfattande insatser, slutenvårdspatienter som i slutenvården eller efter utskrivning är i behov av kompletterande insatser. Det har även inrättats mobila team för att öka tillgängligheten.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Ett fortsatt arbete med att nå full bemanning pågår. En organisationsöversyn pågår inom NU-sjukvården som kommer att leda till en ny organisation för vuxenpsykiatri heldygn och öppenvård.

Psykiatri Affektiva har från VGR beviljats medel till en regional behandlingsenhet för vuxna patienter med mycket allvarligt självskadebeteende. Enheten har initierats i samråd med företrädare för den regionala specialistpsykiatrin och med hänsynstagande till tillgänglig forsknings- och erfarenhetsbaserad kunskap utifrån prioriterade utvecklingsområden, planerade omstruktureringar eller flytt, införande av nya arbetssätt med mera.

Sahlgrenska universitetssjukhusets psykiatri för psykos satsar stort på utveckling inom patienternas fysiska hälsa, att förebygga och minska tvångsvård samt tvångsåtgärder, ett personcentrerat arbetssätt samt e-psykos.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Örebro

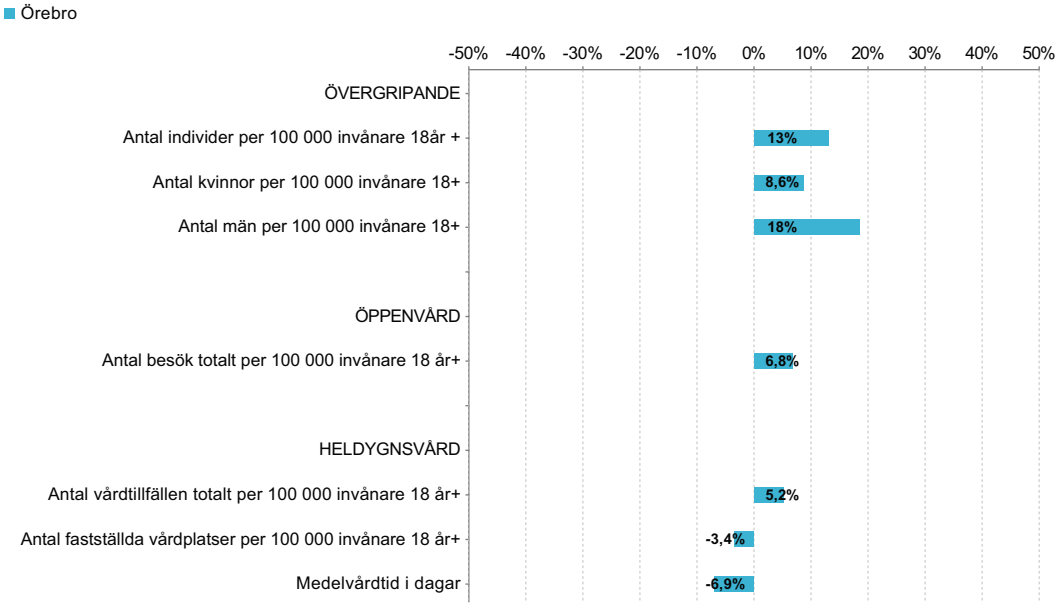
Organisation
Inom psykiatrin finns slutenvård, öppenvård, psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri. Slutenvårdsavdelningar finns i Örebro och Lindesberg. Inom den allmänpsykiatriska öppenvården finns mottagningar med inriktning mot bland annat affektiva sjukdomar och trauma. I Karlskoga en dagvårdsavdelning, så kallad förstärkt öppenvård.

Personalsituation
Det råder brist på specialistutbildade sjuksköterskor, läkare och psykologer. Något sämre rekryteringsläge råder inom heldygnsvården samt nattjänster i förhållande till öppenvården. Arbetet med att bli hyrläkaroberoende pågår. I öppenvården har VUP haft fler pensionsavgångar än tidigare vilket har inneburit att verksamheten har tappat kompetens.

Större förändringar/händelser under året
Under året har verksamheten öppnat enheten för hjärnstimulering och ECT-behandlingarna genomförs från september 2018 vid enheten. En genomlysning av psykiatrins organisation genomfördes under året och denna har resulterat i ett antal olika förslag på förbättringsåtgärder för att verksamheten ska bli bättre rustad för att möta patientens behov.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under 2019 kommer det att ske olika åtgärder utifrån genomförd genomlysning av psykiatrins organisation. Några förändringar innebär flytt av mottagningar rent organisatoriskt och några förändringar omfattar ett arbete att möta patientens behov och målgrupper som vi ser ökar, t ex neuropsykiatriska utredningar och behandling. Under 2019 kommer verksamhet kring Maria ungdom att starta i samverkan med kommun. I Karlskoga kommer slutenvårdsplatser att öppnas i januari 2019 med möjlighet till brukarstyrd självinläggning.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Östergötland

Organisation
Upptagningsområdet omfattar 13 kommuner och cirka 365 000 invånare som är 18 år och äldre. Länets VUP-verksamheter bedrivs enligt auktorisation för vårdval inom öppenvårdspsykiatri för vuxna. De har en geografisk fördelning till de tre länsdelarna (centrala, östra och västra) men tar utifrån avtal och patientens fria vårdval emot patienter från hela länet oavsett geografisk hemvist.

Öppenvårdsverksamhet bedrivs av regionens egna verksamheter (tre stycken) såväl som av auktoriserade privata vårdleverantörer (tre stycken). Samtliga öppenvårdsverksamheter bedömer, utreder och behandlar alla typer av medelsvår/svår psykisk sjukdom inklusive autism. Gränsdragning mot habiliteringen är graden av eventuell samtidig utvecklingsstörning. Alla öppenvårdsmottagningar erbjuder individuell behandling och gruppbehandling.

Slutenvård och akutvård bedrivs enbart av Region Östergötlands egna verksamheter och återfinns i Linköping, Norrköping och Motala. Slutenvården i länet har en generellt hög beläggningsgrad.

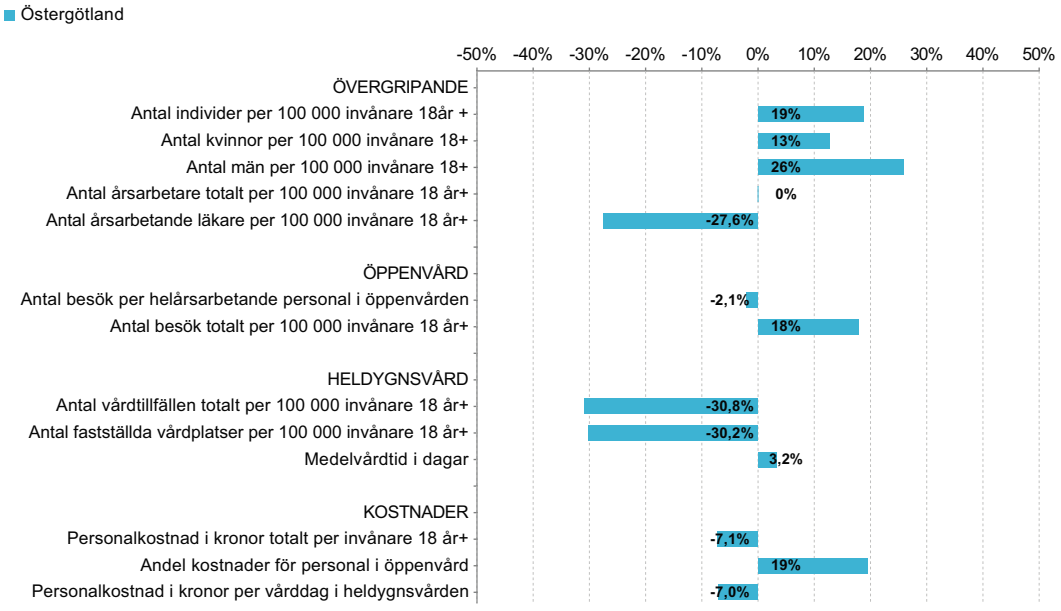
Personalsituation
Det finns vissa skillnader mellan verksamheterna avseende bemanning och rekryteringsmöjligheter. Generellt svårare med rekrytering till heldygnsvård än öppenvård. De yrkeskategorier där störst rekryteringsbehov föreligger är läkare, psykologer och sjuksköterskor. Viss hyrläkarbemanning finns. Samtliga verksamheter arbetar kontinuerligt med kompetensutveckling och för att skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö.

Större förändringar/händelser under året
Sedan införandet av vårdval 2016 pågår anpassning av verksamheterna utifrån auktorisationskrav och tillkommande privata leverantörer. I auktorisationskravet ingår ansvar för utredning och behandling av autismspektrumstillstånd vilket, i kombination med en generellt ökande psykisk ohälsa, har bidragit till ett ökat antal patienter och kontakter inom de vuxenpsykiatriska verksamheterna. Situationen återspeglas i väntande patienter, med många gånger långa väntetider, till utredning och behandling.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Fortsatt arbete för att rekrytera och behålla personal. Med ett ökat inflöde behöver också interna flöden ses över för att upptäcka förbättringar och effektiviseringar.. Bland annat pågår arbete med standardiserade vårdförlopp, samordning utifrån lagen om samverkan vid utskrivning samt att e-tjänster utvecklas.

Linköpings psykiatriska klinik är av Socialstyrelsen bedömd och godkänd universitetssjukhusklinik. Det pågår en intensiv forskningsverksamhet i samarbete med CSAN (Centre of Social and Affective Neuroscience). Inriktningen på den kliniska forskningen är affektiv sjukdom, beroendesjukdom samt uppmärksamhetsstörning.

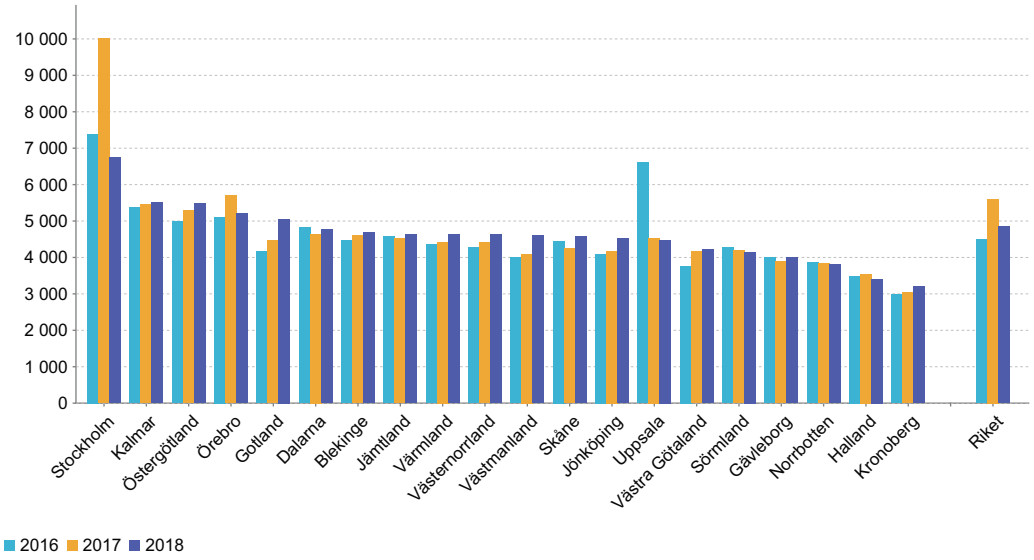
Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



5. Nyckeltalsgrafer

5.1 Övergripande

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Unika patienter per 100 000 invånare 18 år och äldre

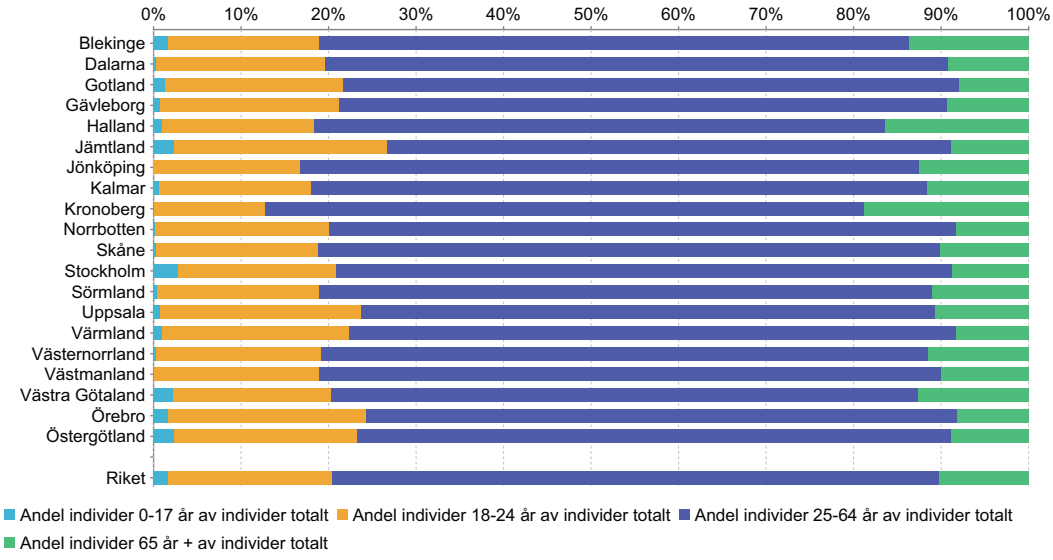


Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3465

Graf 3465 visar totala antalet unika patienter per 100 000 invånare i åldersgruppen 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Fördelning unika patienter per åldersgrupp



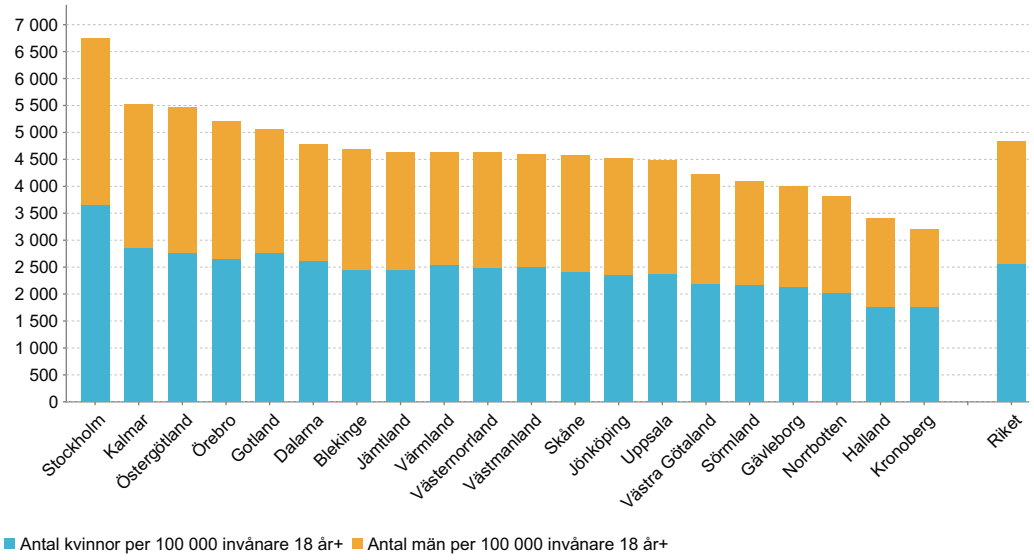
Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3466

Graf 3466 visar fördelningen av andelen unika patienter per åldersgrupp i intervallerna 0-17 år, 18-24 år, 25-64 år och 65 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter per åldersgrupp i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Unika patienter per kön per 100 000 invånare 18 år och äldre



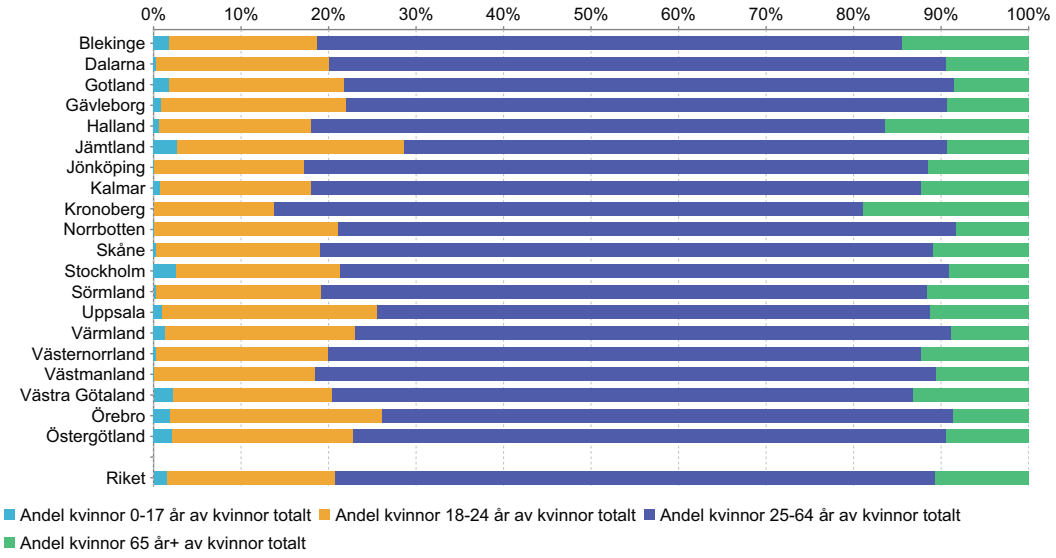
Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3467

Graf 3467 visar antalet individer uppdelat på kön per 100 000 invånare i åldersgruppen 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter per kön i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Fördelning kvinnor per åldersgrupp

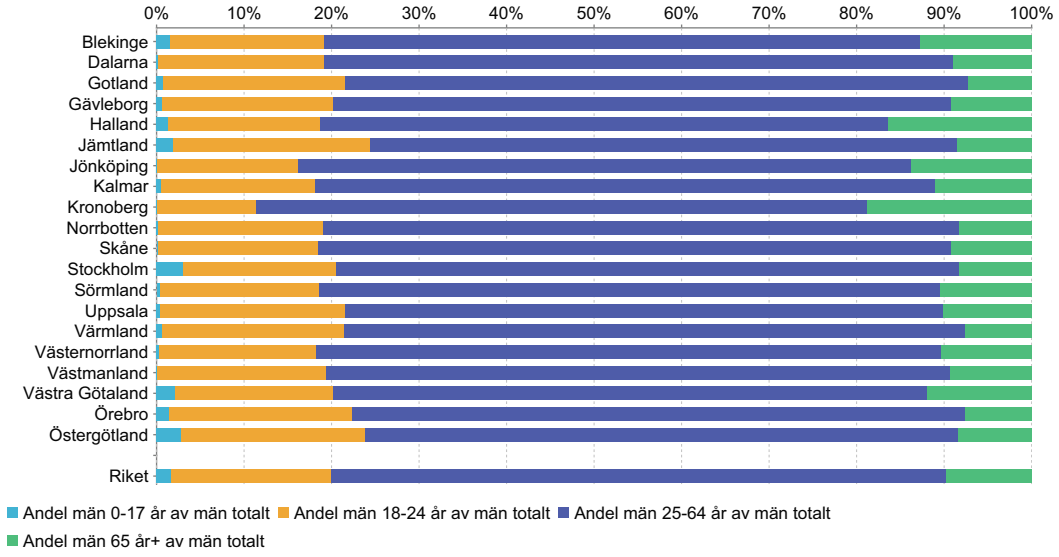


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3468

Graf 3468 visar fördelningen av andelen kvinnor i respektive åldersgrupp av det totala antalet kvinnor. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för andel kvinnor per åldersgrupp i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Fördelning män per åldersgrupp

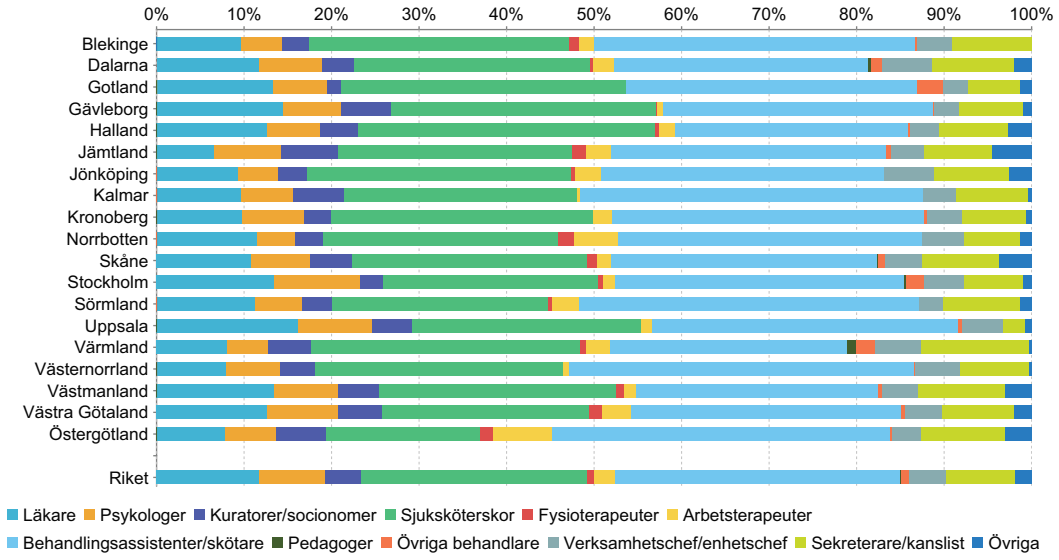


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3469

Graf 3469 visar fördelningen av andelen män i respektive åldersgrupp av det totala antalet män. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för andelen män per åldersgrupp i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Personalsammansättning (andel årsarbetare)

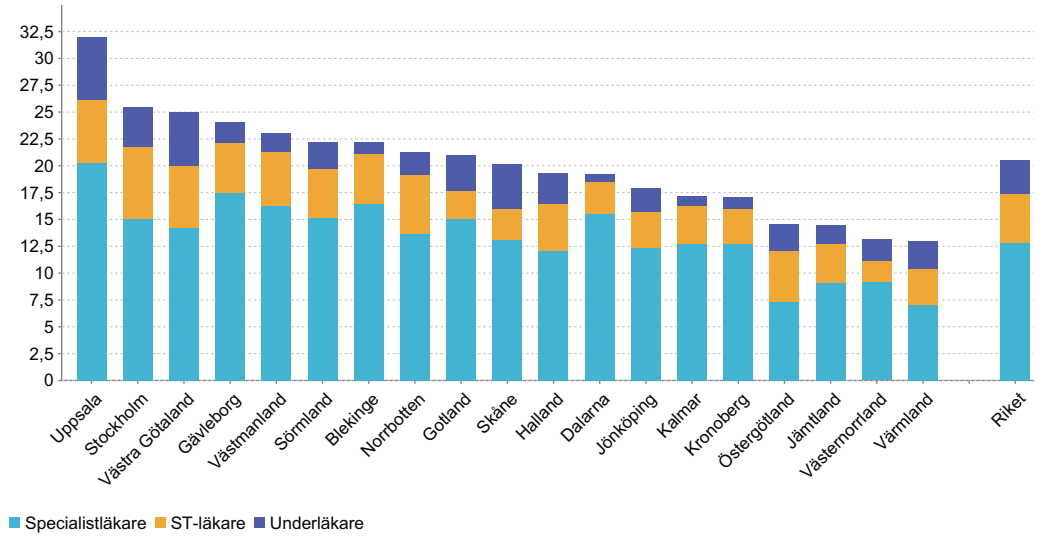


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 3470

Graf 3470 visar fördelningen av antalet årsarbetande personal uppdelat på olika yrkeskategorier. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för andel årsarbetare per yrkeskategori i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande läkare per 100 000 invånare 18 år och äldre

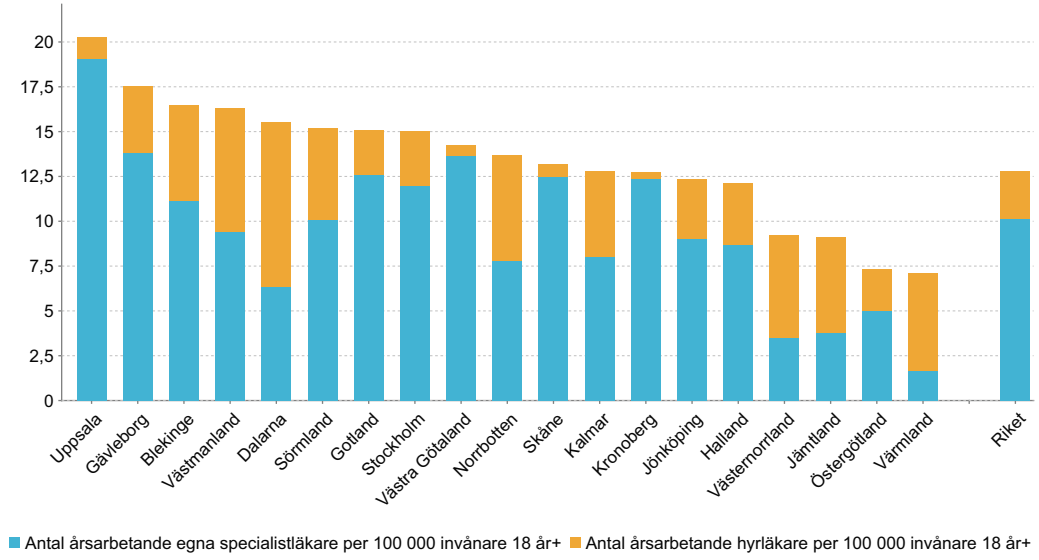


Inkluderar hyrläkare
Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 4120

Graf 4120 visar antal årsarbetande läkare per 100 000 invånare 18 år och äldre fördelat på specialistläkare, ST-läkare och underläkare. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande specialistläkare per 100 000 inv 18 år+ fördelat på fast anställda resp inhyrda läkare

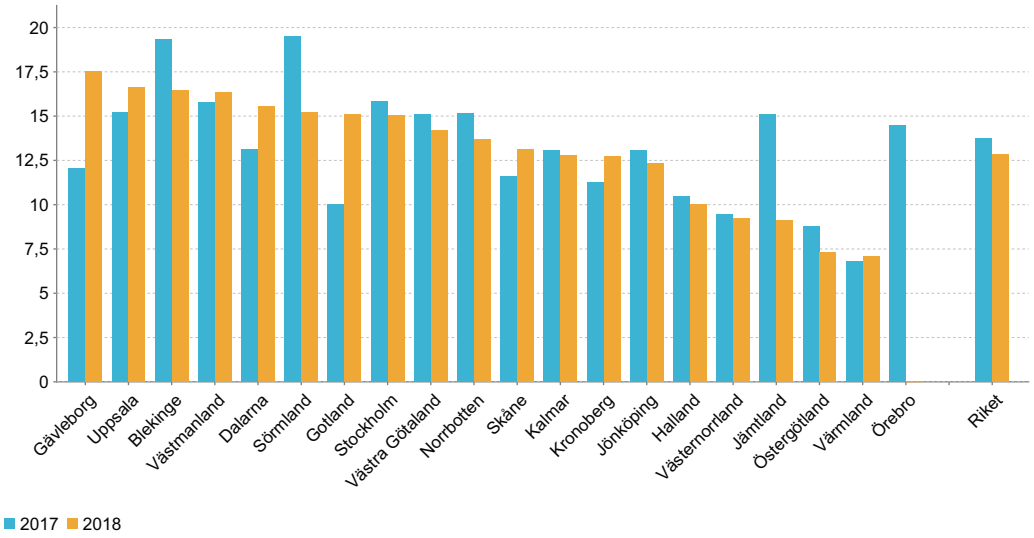


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 1993

Graf 1993 visar antalet årsarbetande läkare per 100 000 invånare 18 år och äldre fördelat på fast anställda läkare och inhyrda läkare. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande specialistläkare per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid

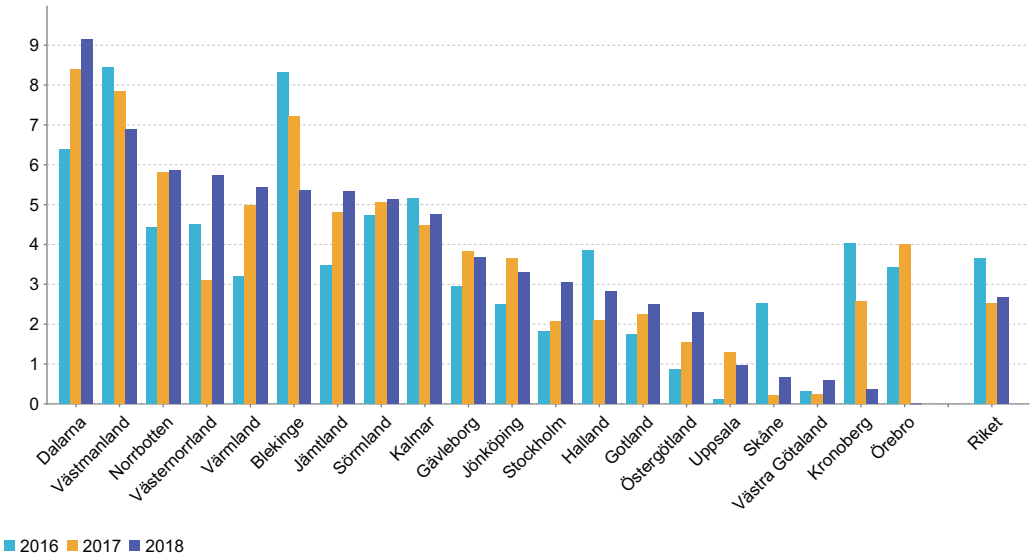


Inkluderar hyrläkare
Data för Stockholm exkluderar privat vårdgivare 2016 och 2017; Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare alla år
Västerbotten kan inte rapportera data; Örebro kan inte rapportera data för 2018

Graf ID: 4158

Graf 4158 visar antalet årsarbetande specialistläkare per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande hyrläkare per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid



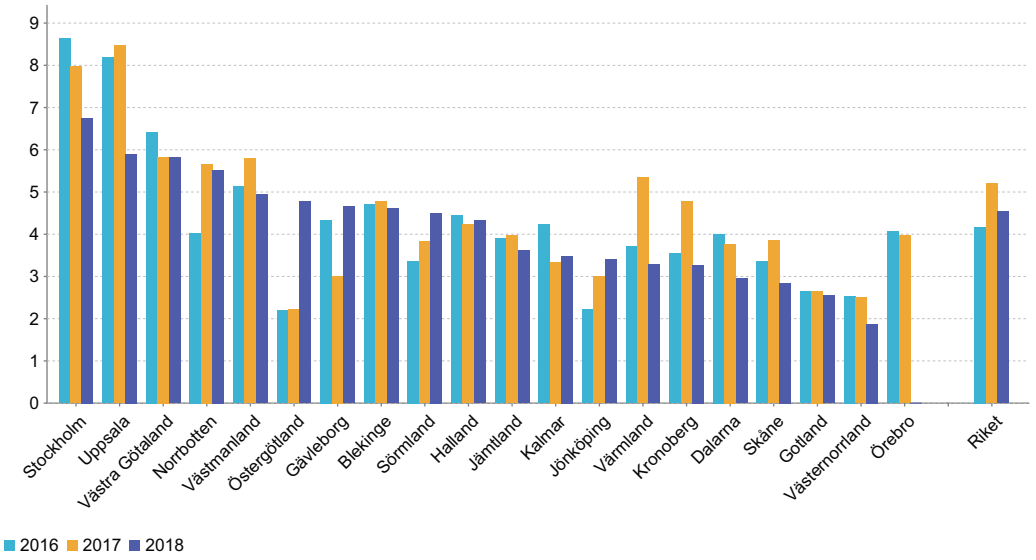
Data för Stockholm exkluderar privat vårdgivare 2016 och 2017; Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare alla år
Västerbotten kan inte rapportera data; Örebro kan inte rapportera data för 2018

Graf ID: 4159

Graf 4159 visar antalet årsarbetande hyrläkare per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Årsarbetande ST-läkare per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid



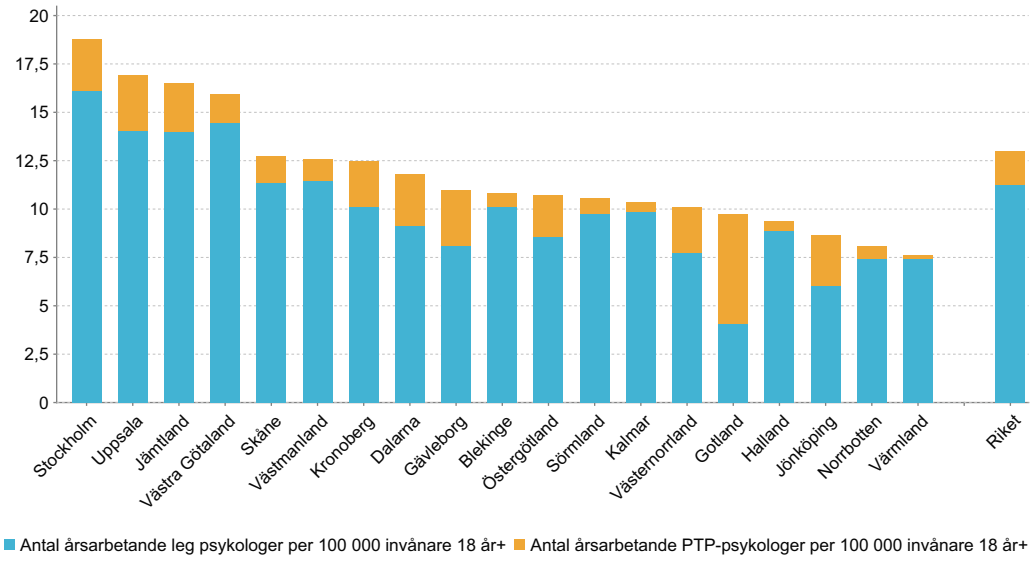
Data för Stockholm exkluderar privat vårdgivare 2016 och 2017; Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare alla år
Västerbotten kan inte rapportera data; Örebro kan inte rapportera data för 2018

Graf ID: 4119

Graf 4119 visar antalet årsarbetande ST-läkare per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Årsarbetande psykologer per 100 000 invånare 18 år och äldre fördelat på PTP-psykologer och leg psykologer

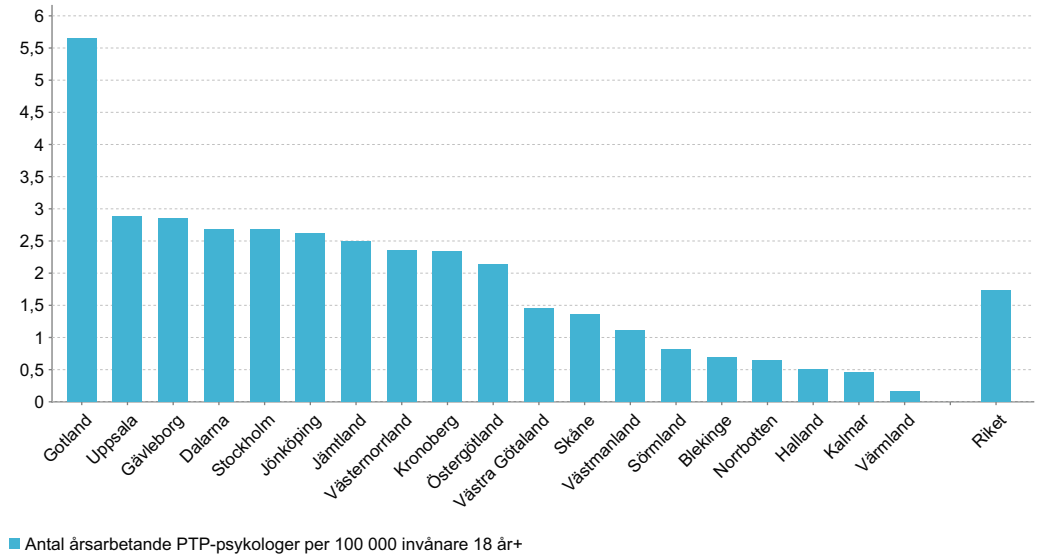


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 2031

Graf 2031 visar antalet årsarbetande psykologer per 100 000 invånare18 år och äldre fördelat på legitimerad psykolog och PTP-psykolog. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande PTP-psykologer per 100 000 invånare 18 år och äldre

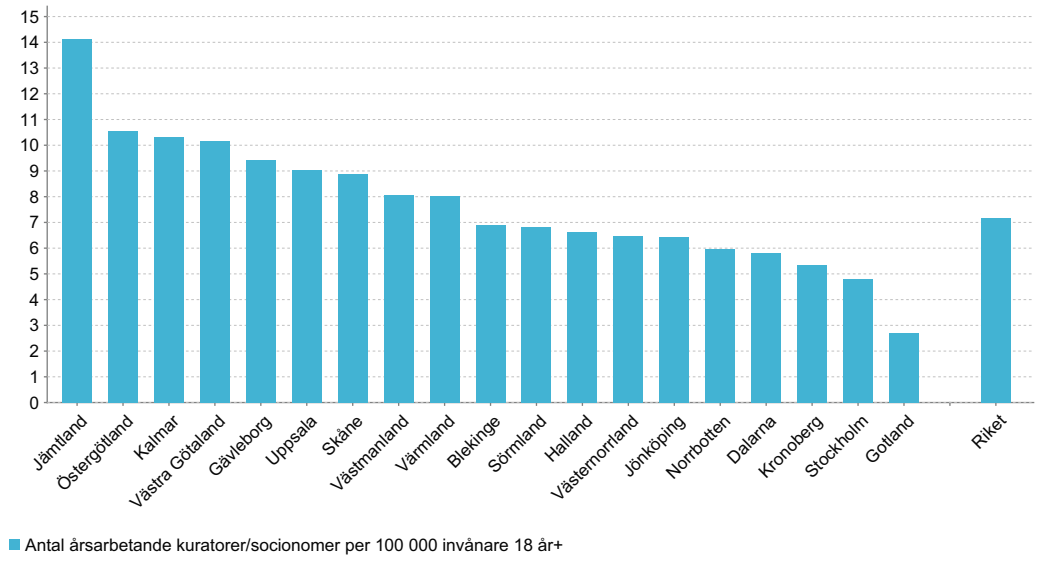


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 4155

Graf 4155 visar antalet årsarbetande PTP-psykologer per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande kuratorer/socionomer per 100 000 invånare 18 år och äldre



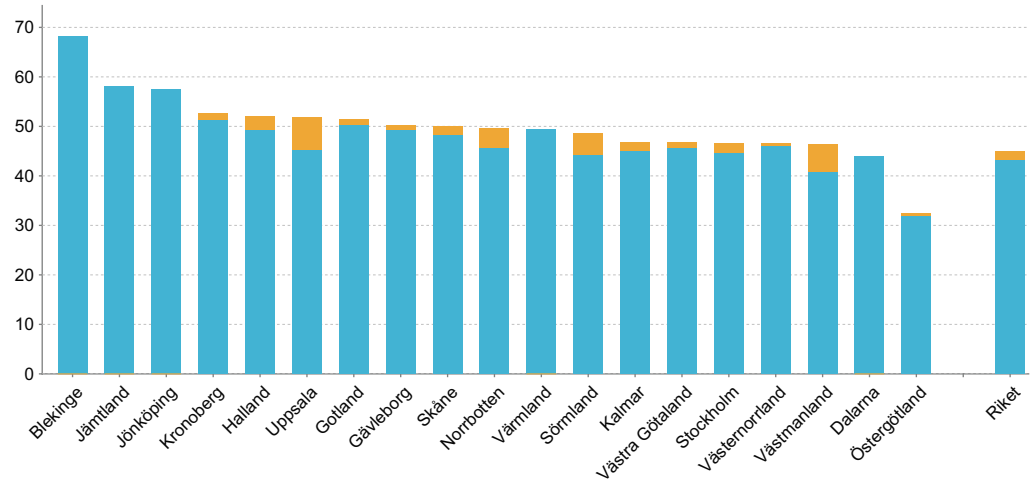
Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 2032

Graf 2032 visar antalet årsarbetande kuratorer och socionomer per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Årsarbetande sjuksköterskor per 100 000 inv 18 år+ fördelat på fast anställda resp inhyrda ssk



Antal årsarbetande egna sjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+

Antal årsarbetande hyrsjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+

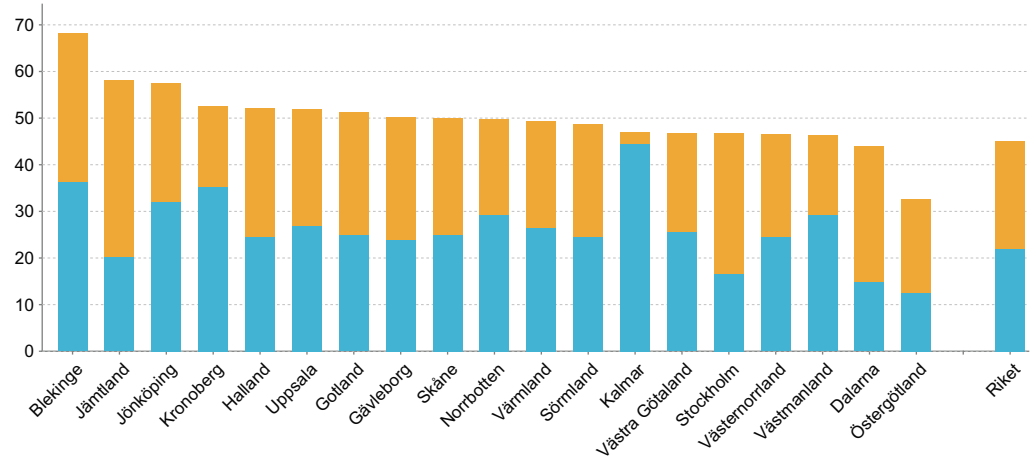
Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 2034

Graf 2034 visar antalet årsarbetande sjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år och äldre fördelat på fast anställda sjuksköterskor och inhyrda sjuksköterskor. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Årsarbetande sjuksköterskor per 100 000 inv 18 år+ fördelat på specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor



Antal årsarbetande specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+

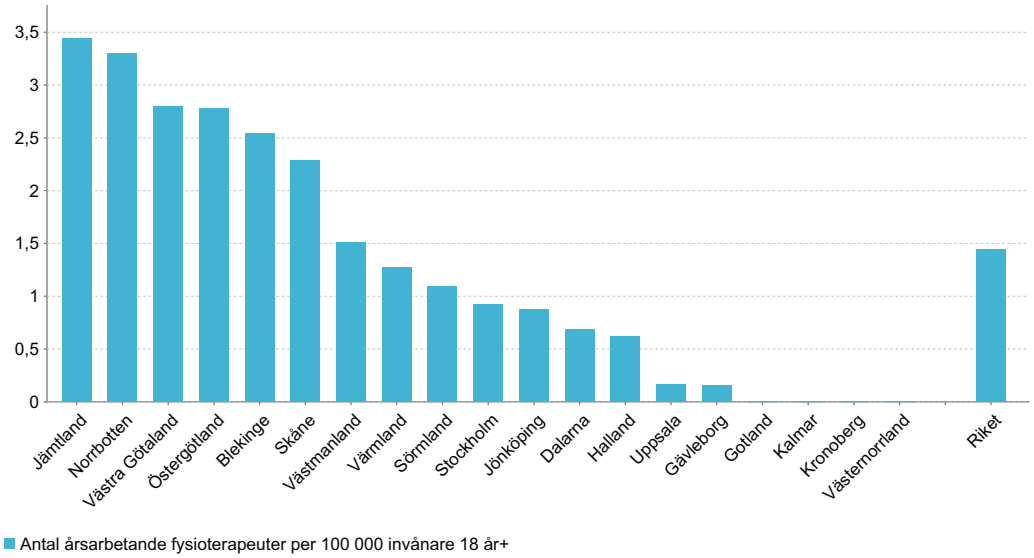
Antal årsarbetande sjuksköterskor utan specialistutbildning per 100 000 invånare 18 år+

Inkluderar hyrsjuksköterskor
Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 4121

Graf 4121 visar antalet årsarbetande sjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år och äldre fördelat på specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor utan specialistutbildning. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande fysioterapeuter per 100 000 invånare 18 år och äldre

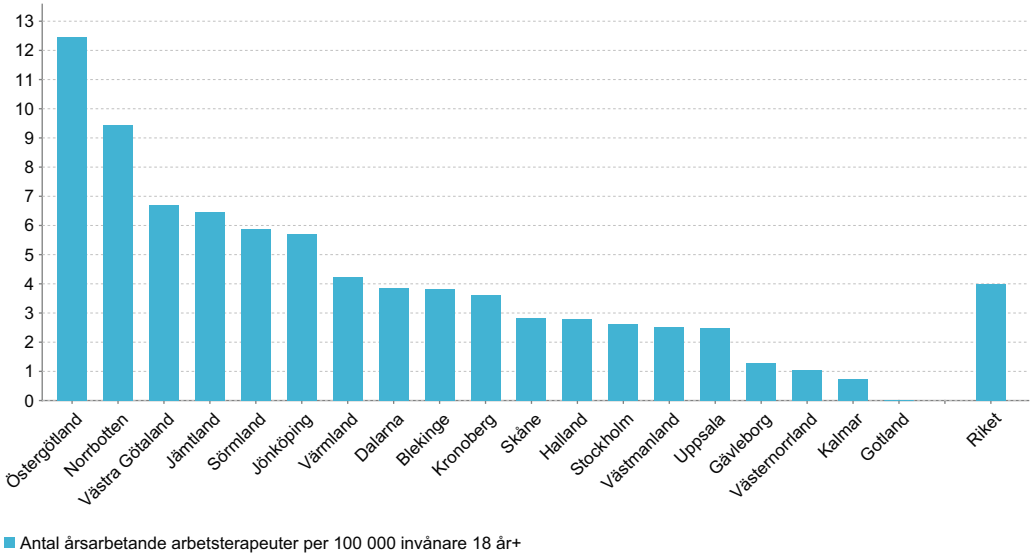


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 2035

Graf 2035 visar antalet årsarbetande fysioterapeuter och sjukgymnaster per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande arbetsterapeuter per 100 000 invånare 18 år och äldre

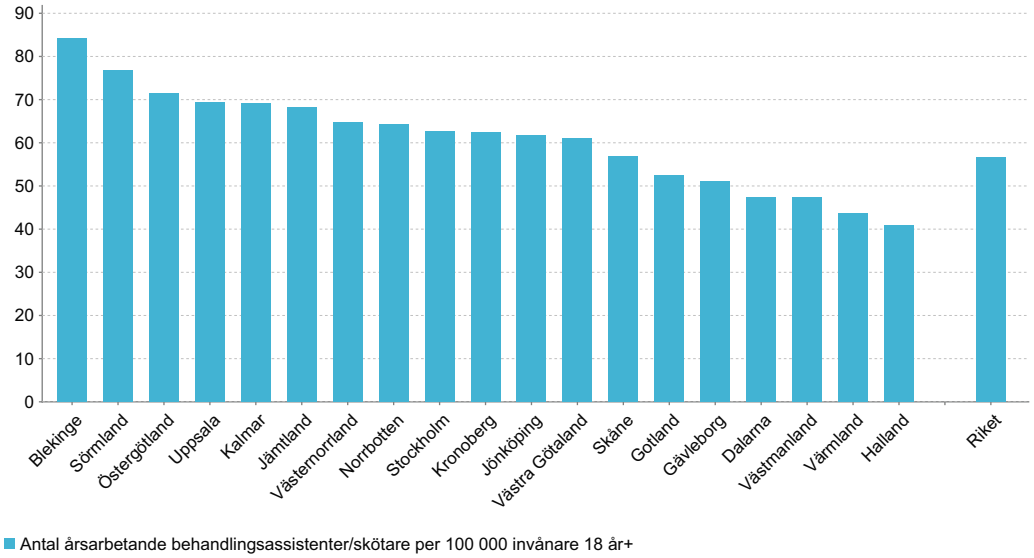


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 2036

Graf 2036 visar antalet årsarbetande arbetsterapeuter per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande behandlingsassistenter/skötare per 100 000 invånare 18 år och äldre

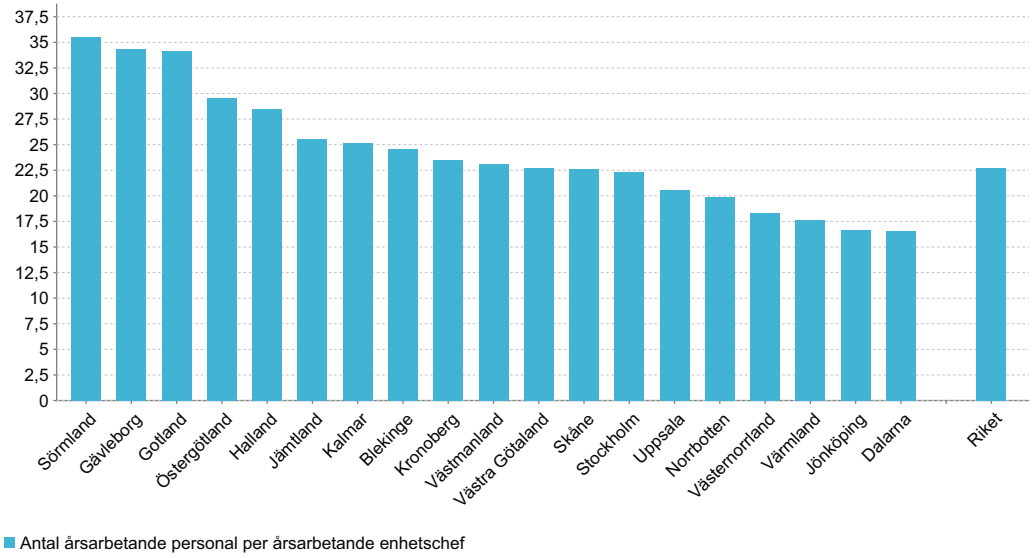


Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 3471

Graf 3471 visar antalet årsarbetande behandlingsassistenter och skötare per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Årsarbetande personal per årsarbetande chef



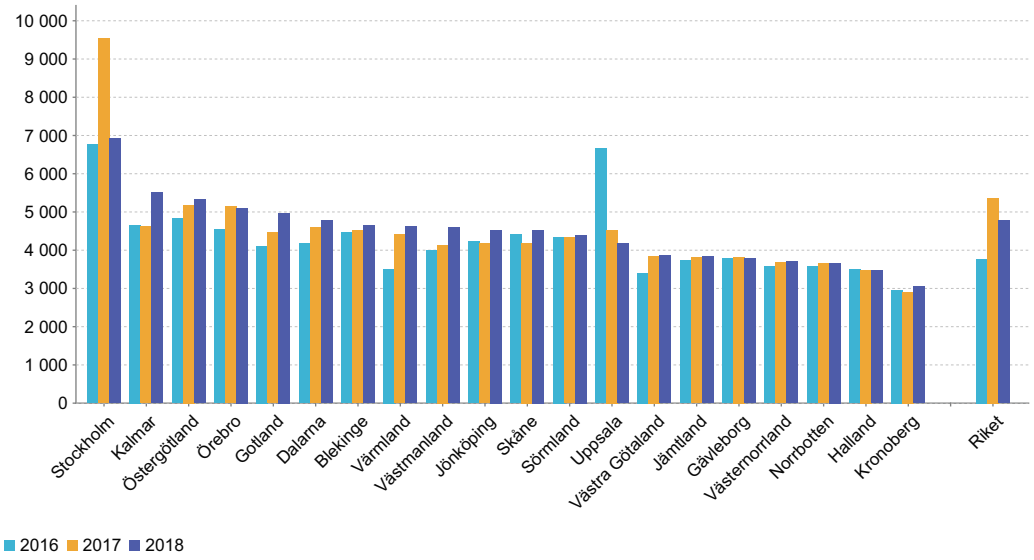
Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 4150

Graf 4150 visar antal årsarbetande personal per årsarbetande enhetschef. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetande chefer per årsarbetande personal i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

5.2 Öppenvård

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Unika patienter i öppenvård per 100 000 invånare 18 år och äldre

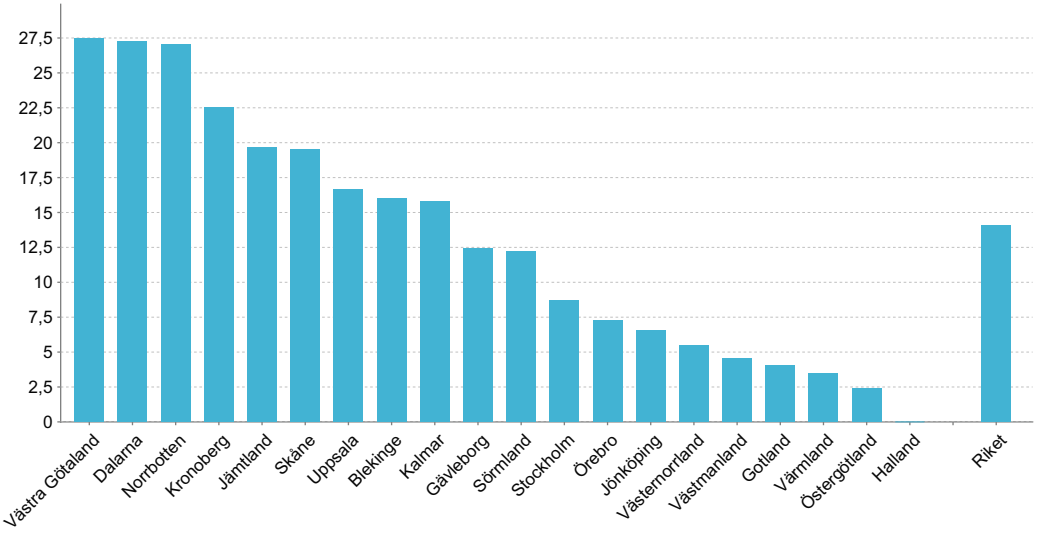


Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3477

Graf 3477 visar antalet unika patienter i öppenvården per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter per 100 000 invånare 18 år och äldre i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Unika patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård per 100 000 invånare 18 år och äldre

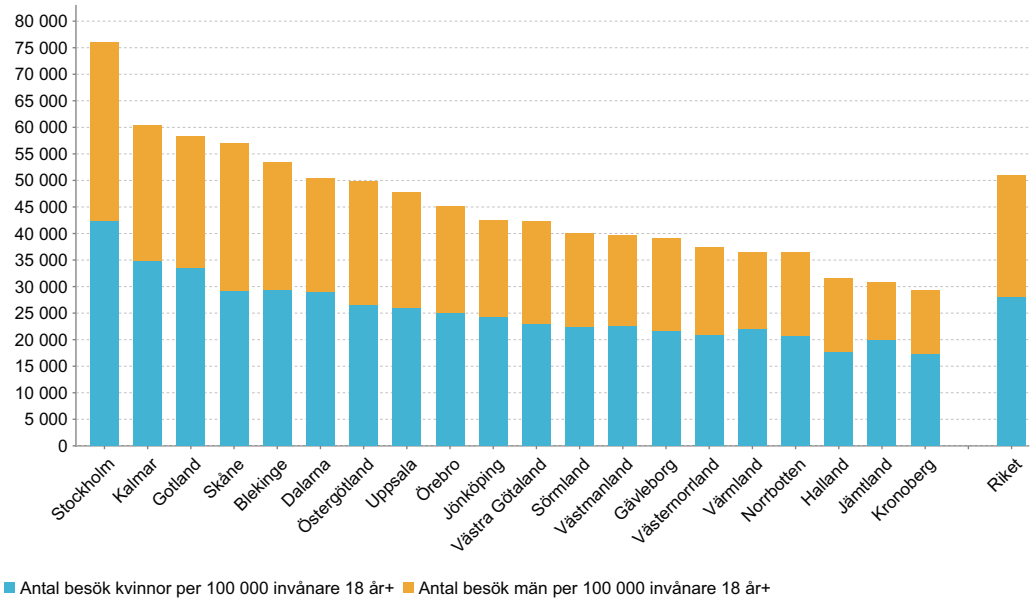


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4123

Graf 4123 visar antalet unika patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

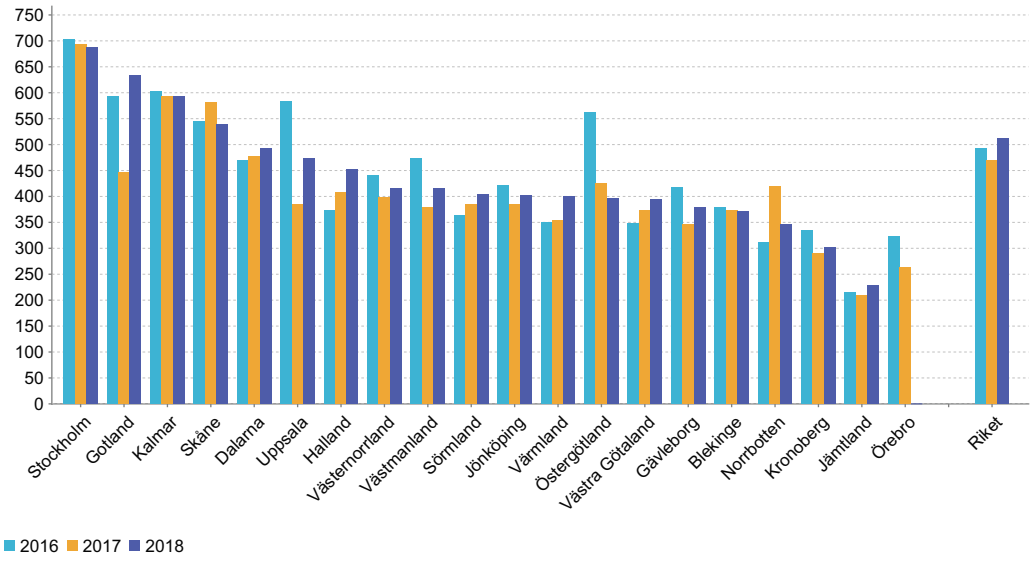
Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Besök i öppenvård per kön per 100 000 invånare 18 år och äldre



Graf ID: 3479

Graf 3479 visar antalet besök för kvinnor respektive män per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Observera att distanskontakter från och med 2017 inkluderas i besöken.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Besök i öppenvård per helårsarbetande personal

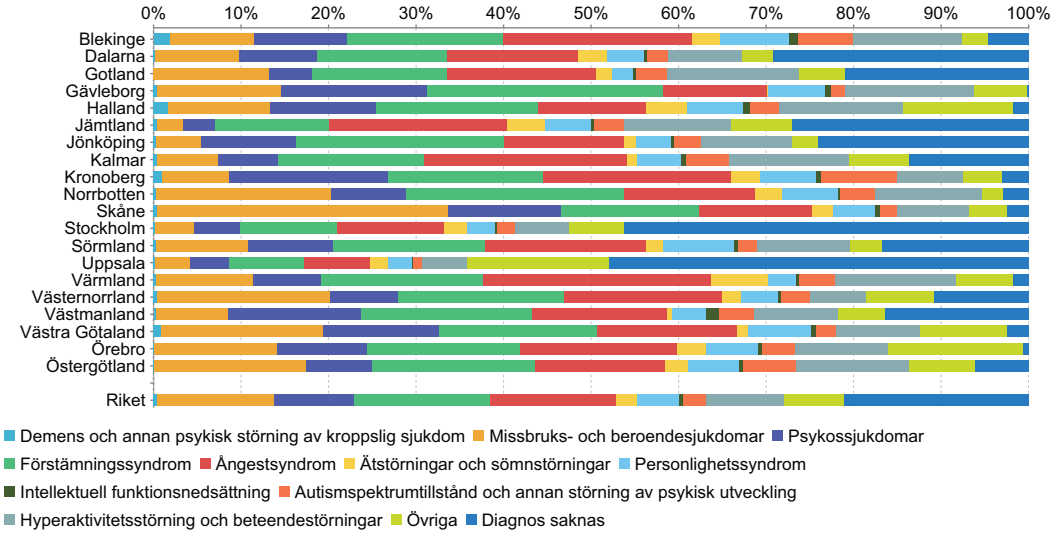


Data för Stockholm exkluderear privat vårdgivare 2016 och 2017; Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare alla år
Västerbotten kan inte rapportera data; Örebro kan inte rapportera data för 2018

Graf ID: 3480

Graf 3480 visar antalet besök per helårsarbetande personal i öppenvården över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Data för Riket visar att det genomsnittliga antalet besök per helårsarbetande personal per dag är 2,3 besök år 2018.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Andel besök fördelat på huvuddiagnos i öppenvård

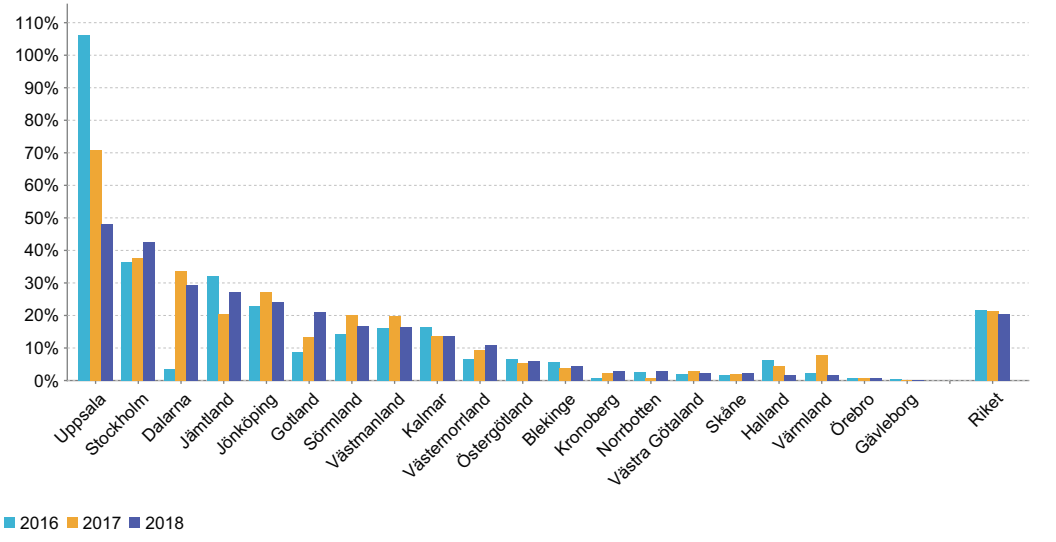


Den procentuella fördelningen återges också i tabellen på sidorna 66-67
Region Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018; Data för Uppsala exkluderar privat vårdgivare
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3812

Graf 3812 visar diagnosfördelningen i öppenvården, det vill säga hur stor andel i procent av alla besök som patienter med en viss huvuddiagnos står för. Som underlag för diagnoskodningen har ICD-10 använts. För besök där patienten inte diagnossatts används kategorin ”diagnos saknas”.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Andel besök som inte har diagnossatts



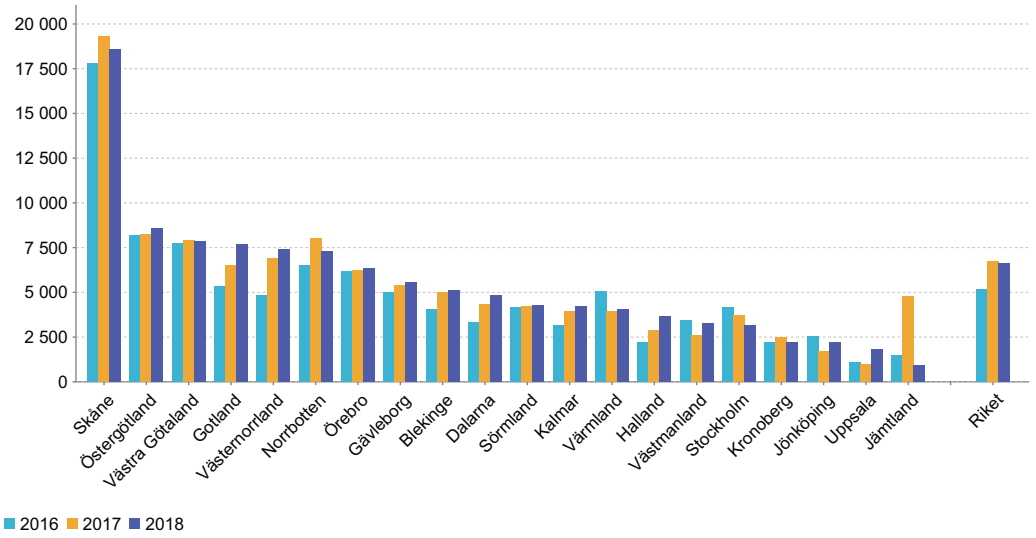
Region Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4124

Graf 4124 visar andelen besök i öppenvården som inte har diagnossatts över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för andelen icke-diagnossatta besök i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Besök för missbruks- och beroendesjukdomar per 100 000 invånare 18 år och äldre



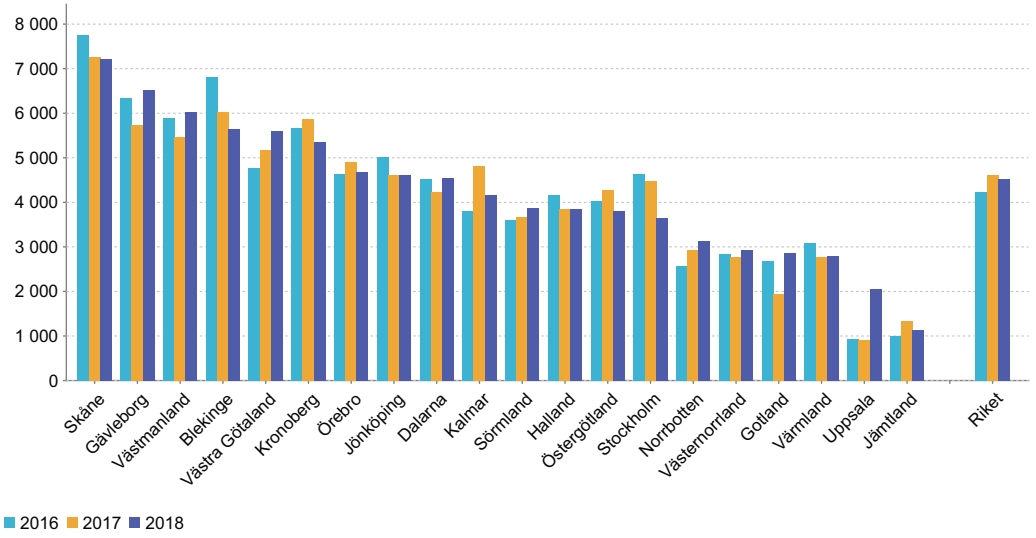
Region Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2019
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4141

Graf 4141 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för missbruks- och beroendesjukdomar (F10-F19 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Besök för psykossjukdomar per 100 000 invånare 18 år och äldre



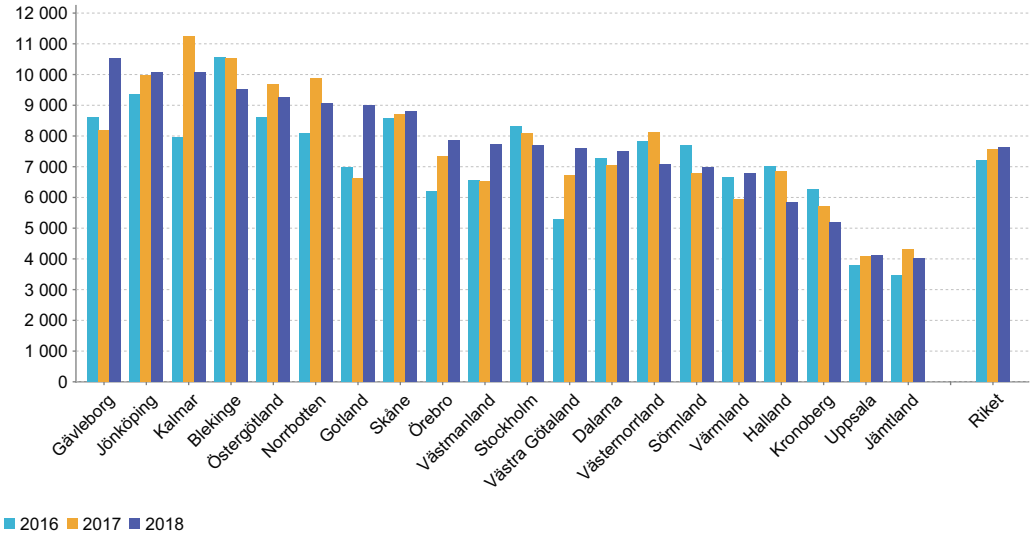
Region Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2020
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4160

Graf 4160 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för psykossjukdomar (F20-F29 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Besök för förstämningssyndrom per 100 000 invånare 18 år och äldre



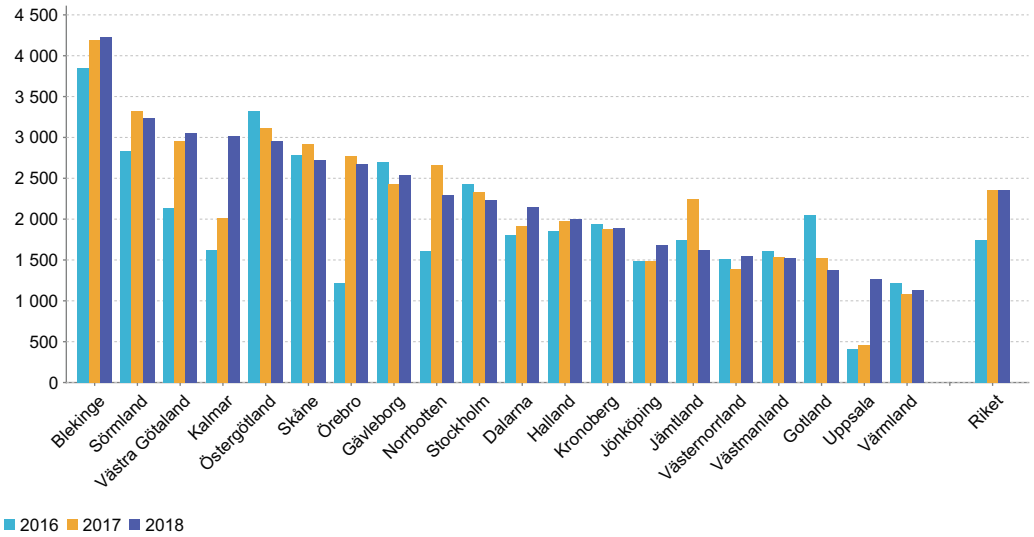
Region Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2021
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4161

Graf 4161 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för förstämningssyndrom (F30-F39 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Besök för personlighetssyndrom per 100 000 invånare 18 år och äldre



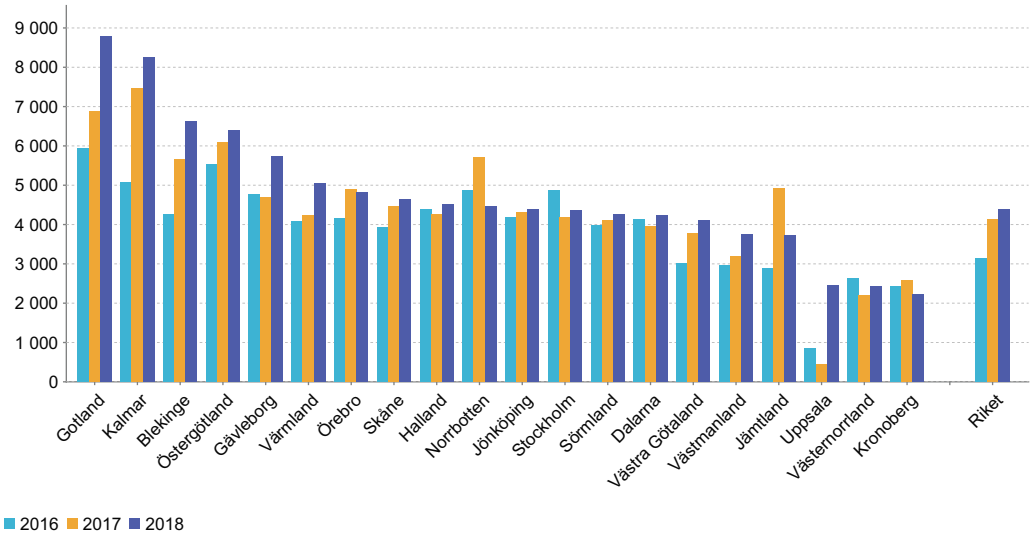
Region Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2022
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4142

Graf 4142 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för personlighetssyndrom (F60-F69 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Besök för hyperaktivitetsstörning och beteendestörningar per 100 000 invånare 18 år+



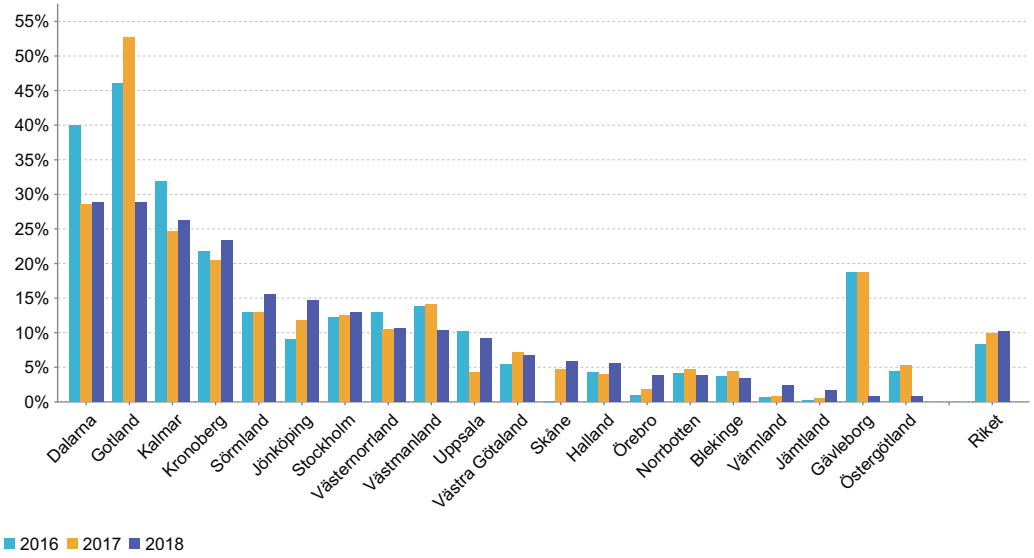
Region Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2023
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4143

Graf 4143 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar (F90-F98 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Distanskontakter av totalt antal besök i öppenvård



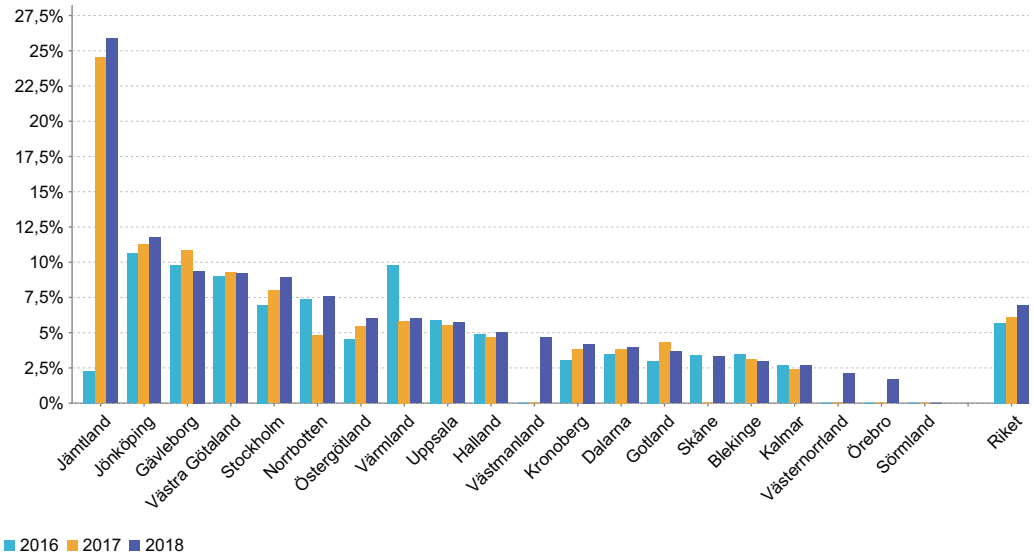
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3814

Graf 3814 visar andelen distanskontakter av totalt antal besök över tid. Distanskontakt är vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Uteblivna besök av totalt antal besök i öppenvård



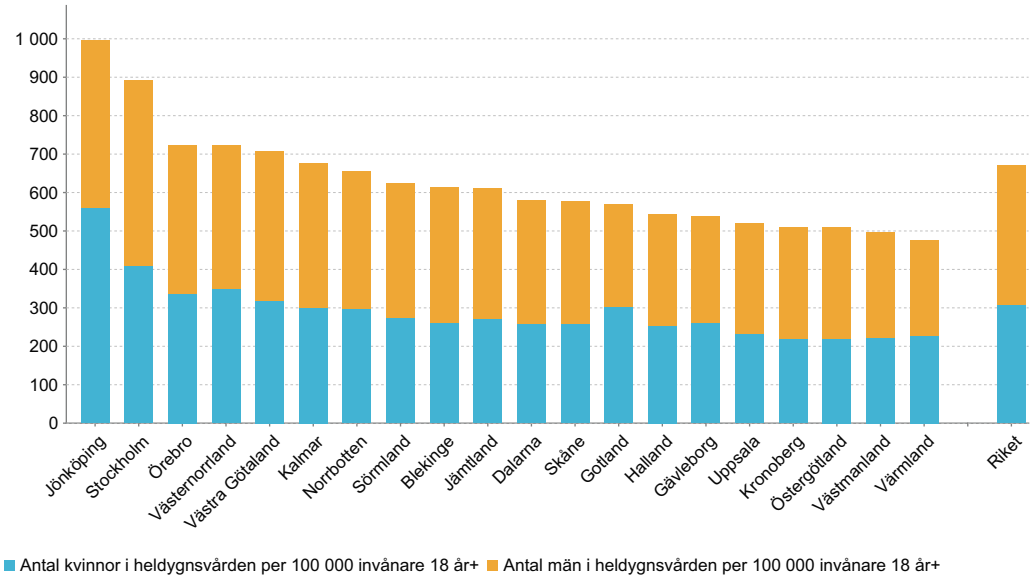
Data för Stockholm och för Uppsala exkluderar privat vårdgivare för 2016 och 2017
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3815

Graf 3815 visar andelen uteblivna av totalt antal planerade besök över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige. Ett uteblivet besök är när individen har uteblivit från sitt besök.

5.3 Heldygnsvård

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Kvinnor och män i heldygnsvården per 100 000 invånare 18 år och äldre

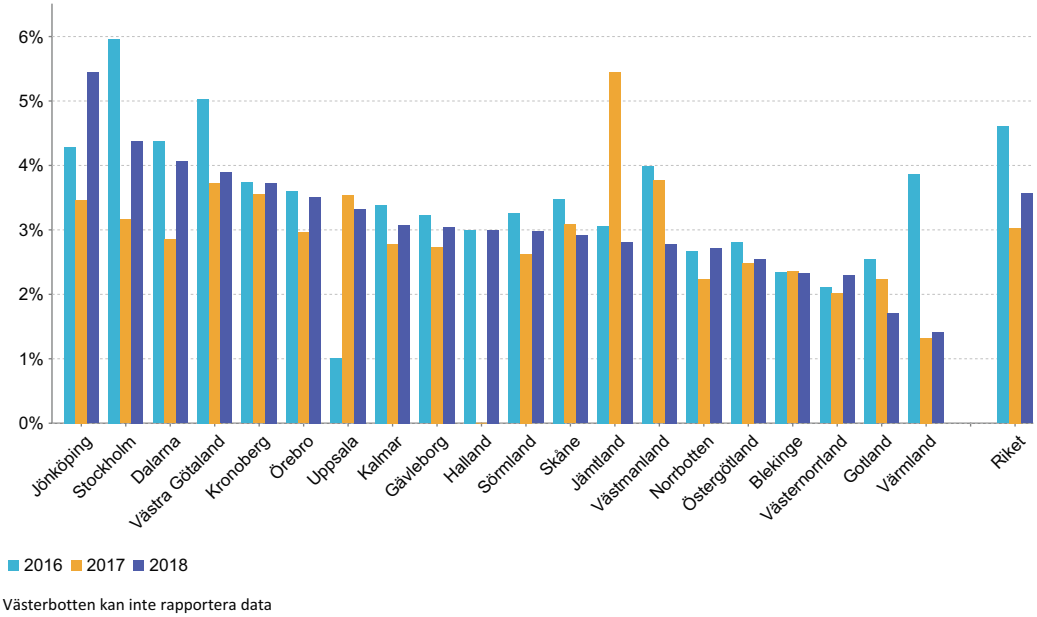


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3816

Graf 3816 visar antal kvinnor respektive män i heldygnsvården per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Andel LPT av totalt antal unika patienter

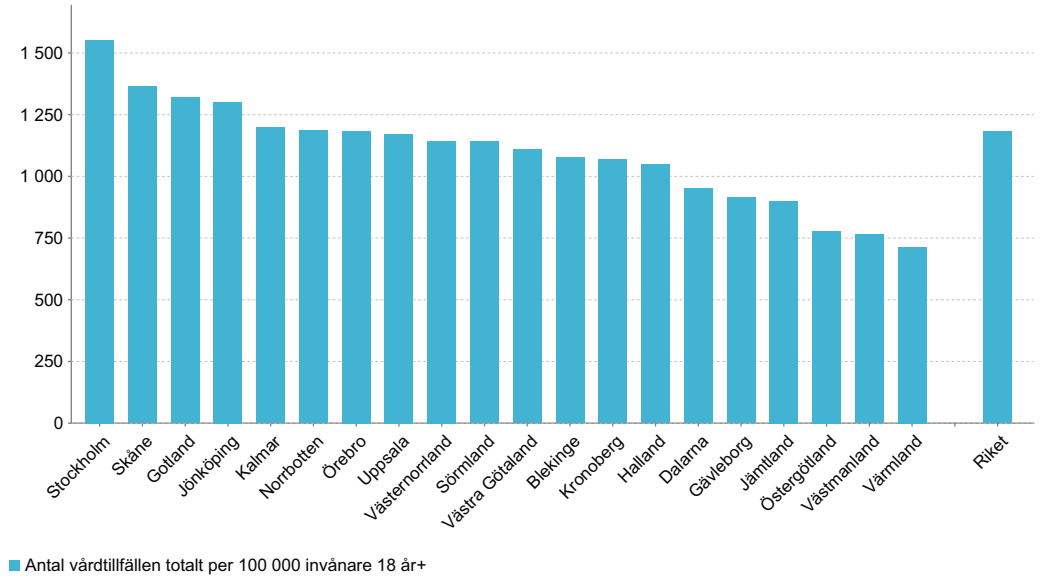


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4125

Graf 4125 visar andelen patienter som har vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) av totalt antal patienter. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Vårdtillfällen per 100 000 invånare 18 år och äldre

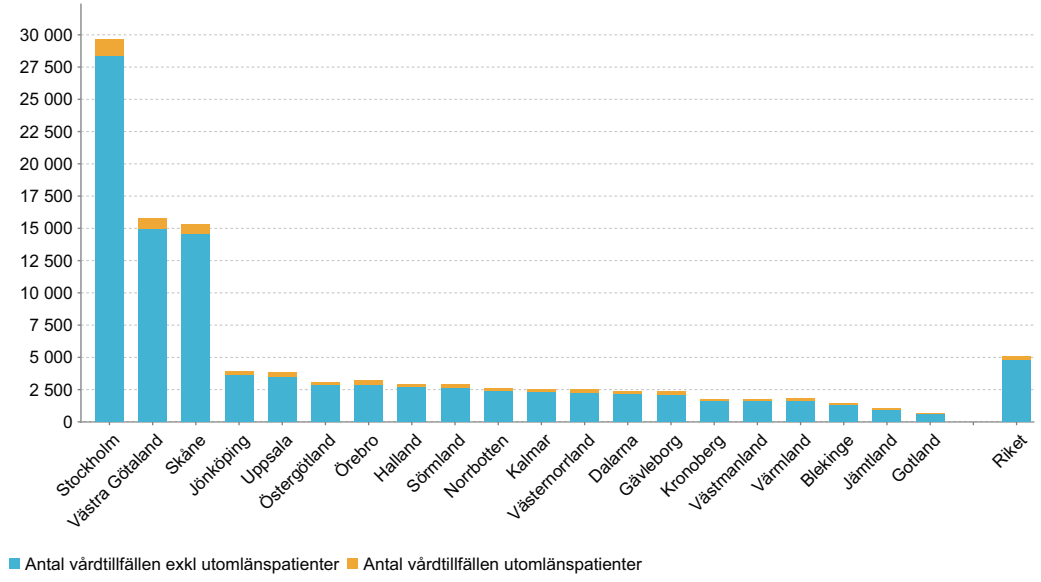


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3819

Graf 3819 visar antal vårdtillfällen i heldygnsvården per 100 000 invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige. Med vårdtillfälle avses en vårdkontakt i sluten vård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande).

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Vårdtillfällen inkl utomlänspatienter

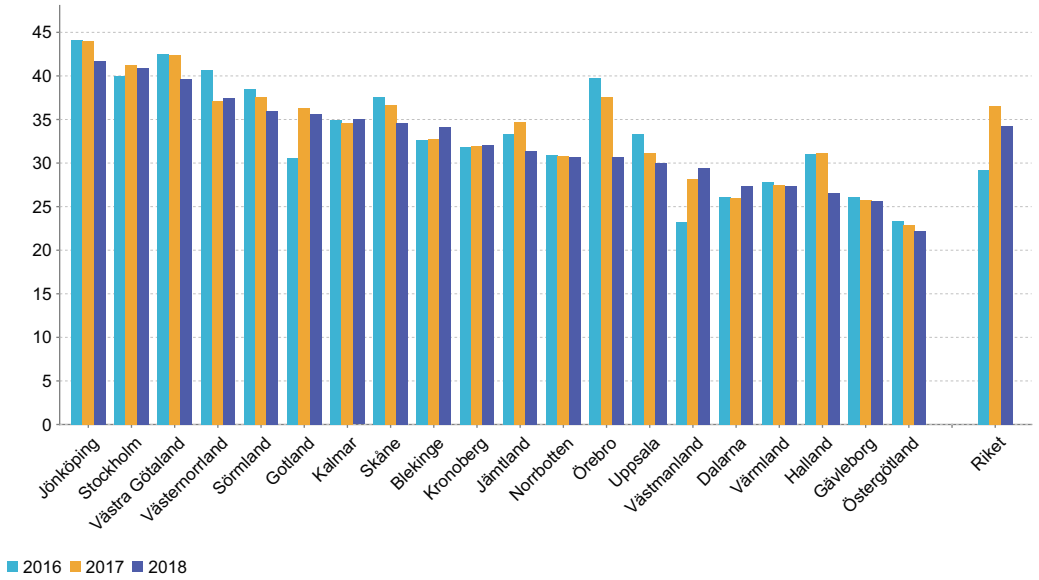


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3821

Graf 3821 visar antal vårdtillfällen fördelat på patienter skrivna i det egna landstinget och utomlänspatienter. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige. Utomlänspatienter är patienter som har fått vård och som inte är skrivna i det inrapporterande landstinget. Asylsökande räknas som utomlänspatienter.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Fastställda vårdplatser per 100 000 invånare 18 år och äldre

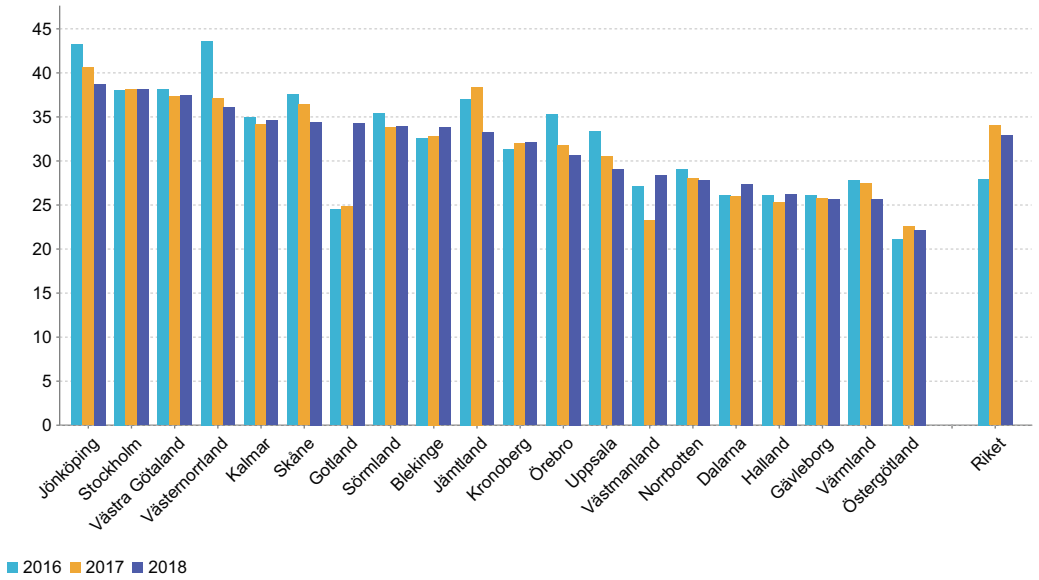


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3822

Graf 3822 visar antalet fastställda vårdplatser per 100 000 invånare 18 år och äldre över tid. En fastställd vårdplats är en vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Disponibla vårdplatser per 100 000 invånare 18 år och äldre



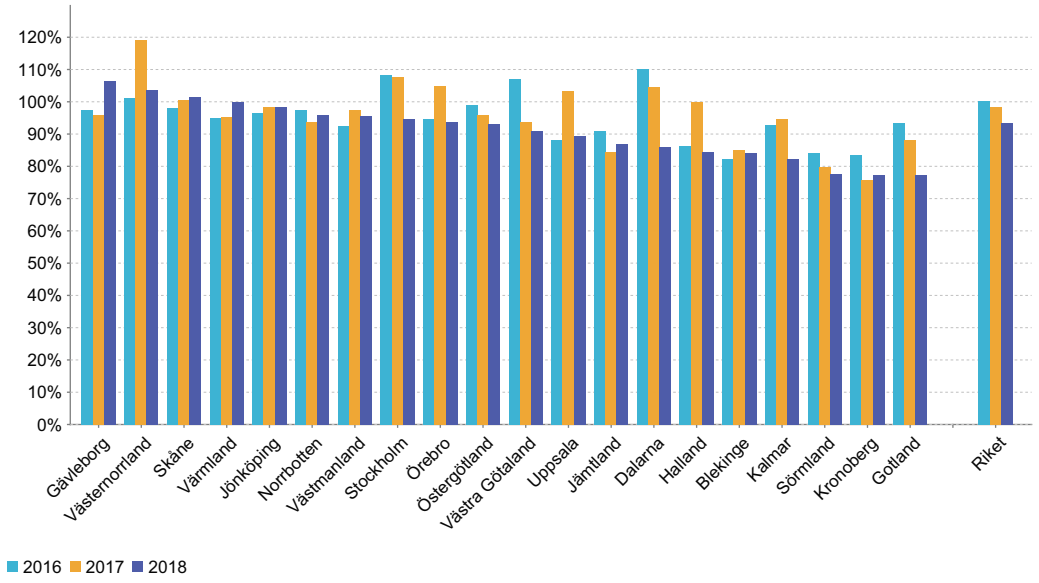
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3830

Graf 3830 visar antalet disponibla vårdplatser per invånare 18 år och äldre över tid. Med disponibel vårdplats menas fastställd vårdplats som är belagd eller kan beläggas. Antalet disponibla vårdplatser beräknas genom att omvandla antalet fastställda vårdplatser till beläggningsbara vårddagar, dra bort antalet ej beläggningsbara vårddagar och dividera med 365.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Andel disponibla vårdplatser som har varit belagda under året



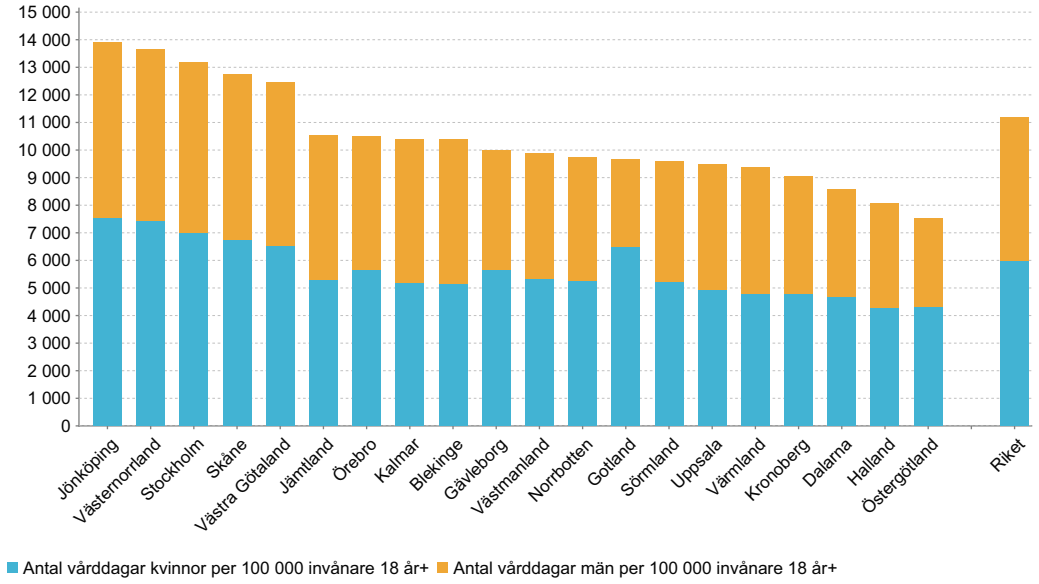
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4127

Graf 4127 visar en form av beläggningsgrad, beräknat på andelen av de disponibla vårdplatserna som har varit belagda under året. Grafen redovisar data över tid och jämför data för 2016 och 2017. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Vårddagar kvinnor resp män per 100 000 invånare 18 år och äldre



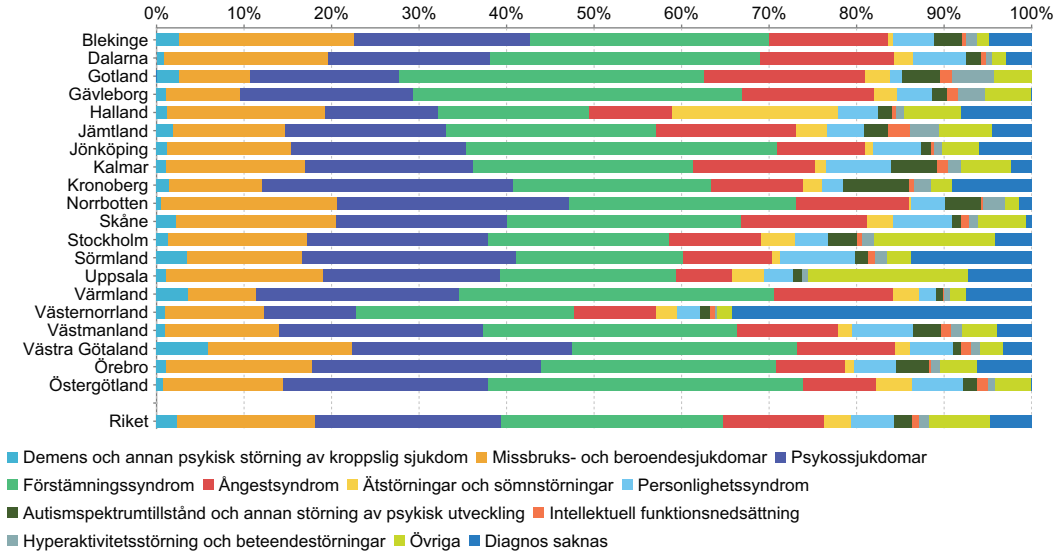
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3823

Graf 3823 visar antalet vårddagar för kvinnor respektive män per 100 000 invånare 18 år och äldre. En vårddag är ett dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Varje påbörjat dygn räknas som en vårddag, det vill säga både inskrivningsdag och utskrivningsdag ska ingå. Hela permissionsdygn exkluderas från antalet vårddagar.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Andel vårddagar fördelat på huvuddiagnos i heldygnsvård



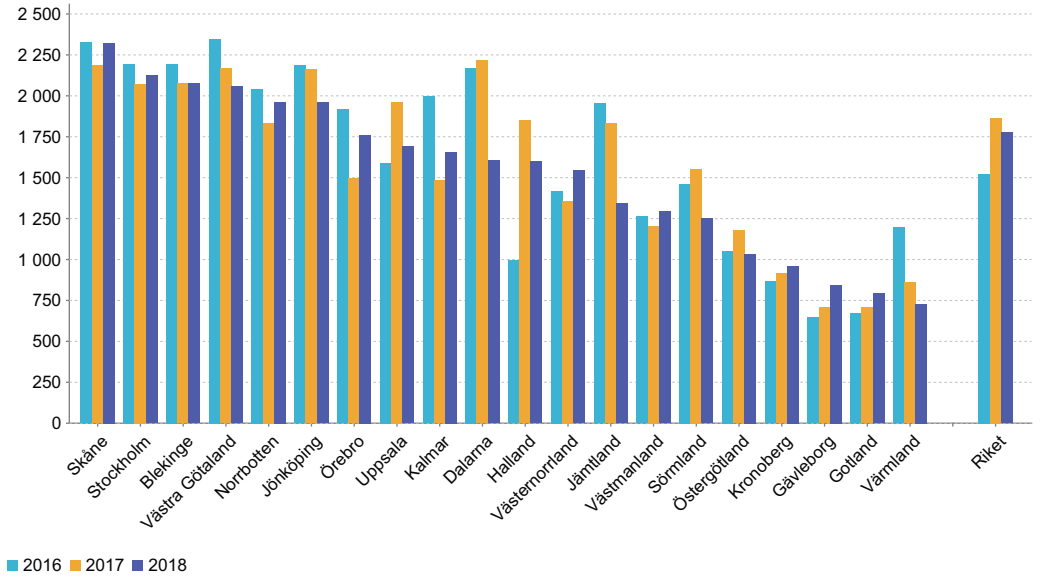
Den procentuella fördelningen återges också i tabellen på sidorna 68-69
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3824

Graf 3824 visar diagnosfördelningen i heldygnsvården, det vill säga hur stor andel i procent av alla vårddagar som patienter med en viss huvuddiagnos står för. Som underlag för diagnoskodningen har ICD-10 använts. För vårddagar där patienten inte diagnossatts används kategorin ”diagnos saknas”.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Vårddagar för missbruks- och beroendesjukdomar per 100 000 invånare 18 år och äldre



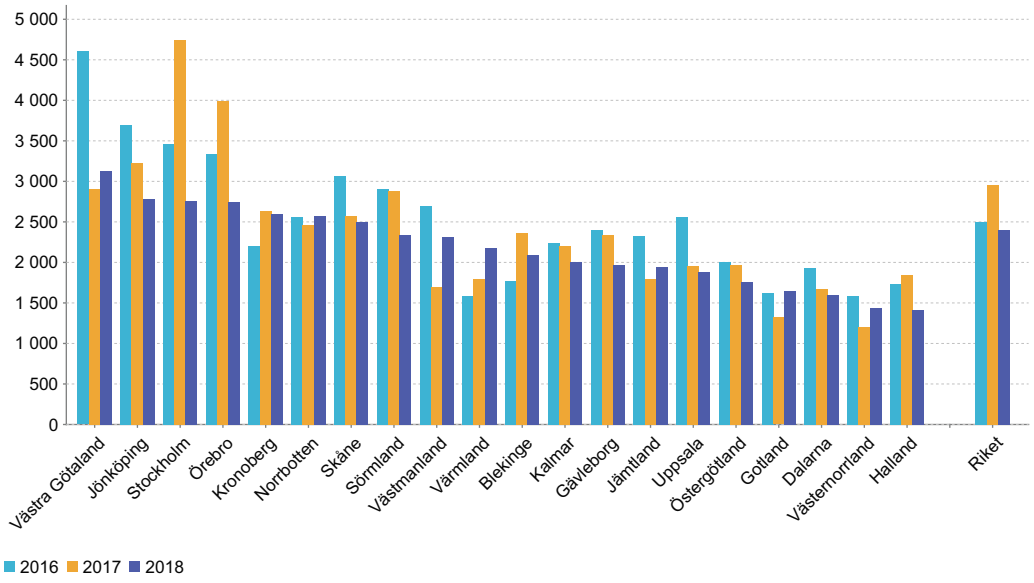
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3825

Graf 3825 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för missbruks- och beroendesjukdomar (F10-F19 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Vårddagar för psykossjukdomar per 100 000 invånare 18 år+



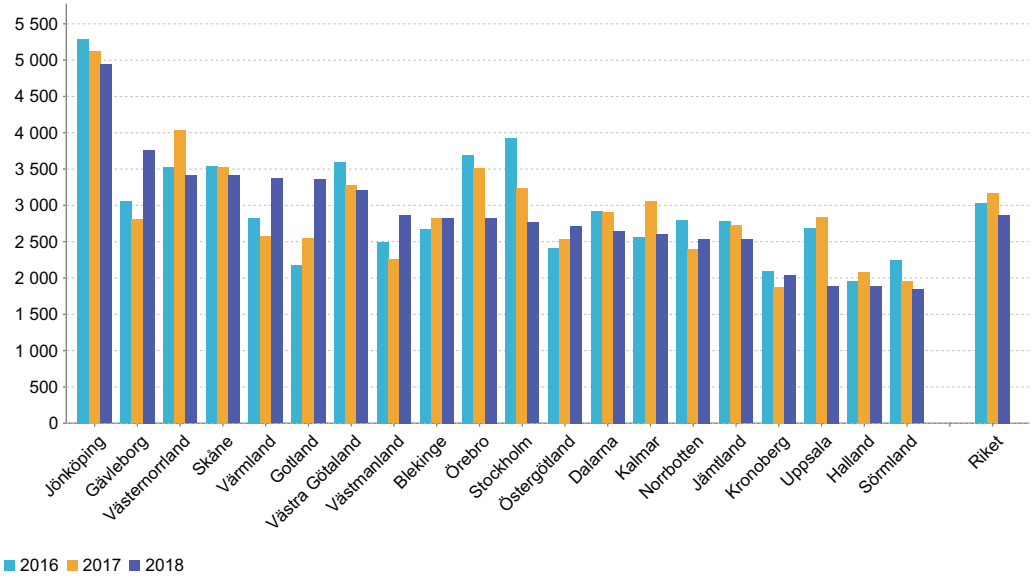
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4162

Graf 4162 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för psykossjukdomar (F20-F29 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Vårddagar för förstämningssyndrom per 100 000 invånare 18 år+

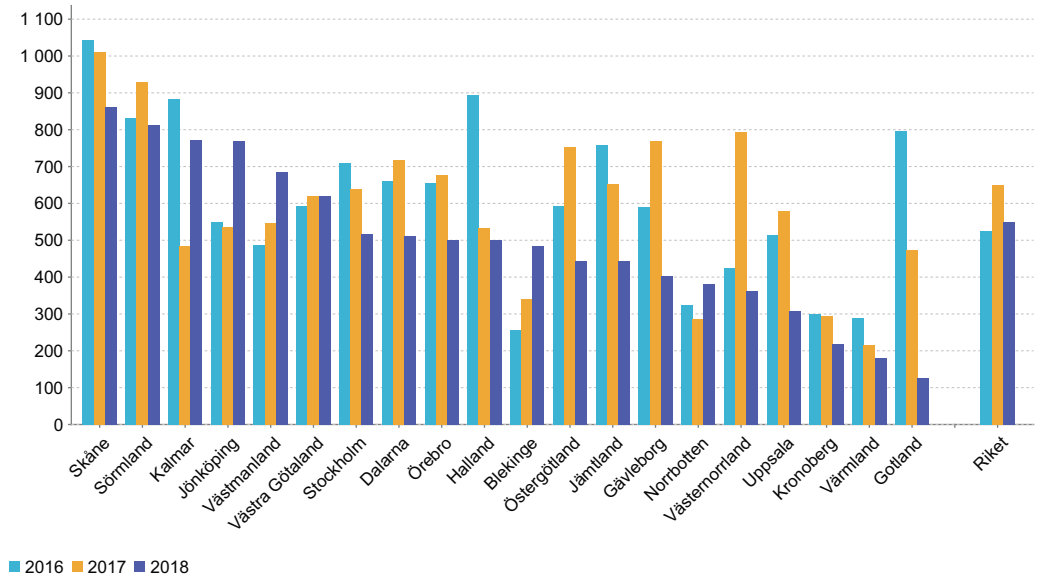


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4163

Graf 4163 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för förstämningssyndrom (F30-F39 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Vårddagar för personlighetssyndrom per 100 000 invånare 18 år+

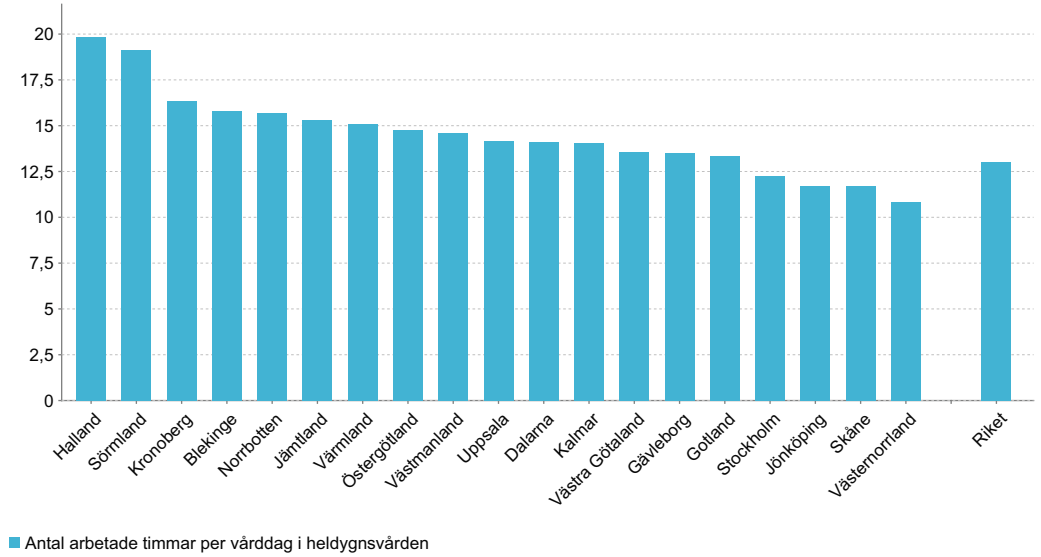


Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 4144

Graf 4144 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för ätstörningar och sömnstörningar (F50-F59 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Personaltäthet



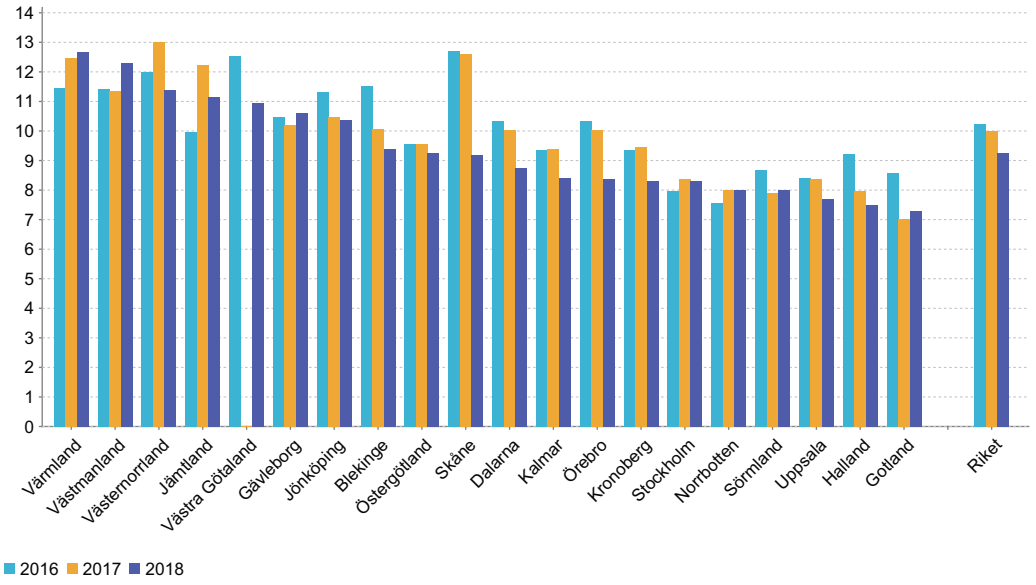
Arbetade timmar slutenvård saknas till viss del för NU-sjukvården
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 3828

Graf 3828 visar antalet arbetade timmar per vårddag i heldygnsvården. En vårddag är ett dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Varje påbörjat dygn räknas som en vårddag, det vill säga både inskrivningsdag och utskrivningsdag ska ingå. Hela permissionsdygn exkluderas från antalet vårddagar.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Medelvårdtid i heldygnsvård: Antal vårddagar per vårdtillfälle



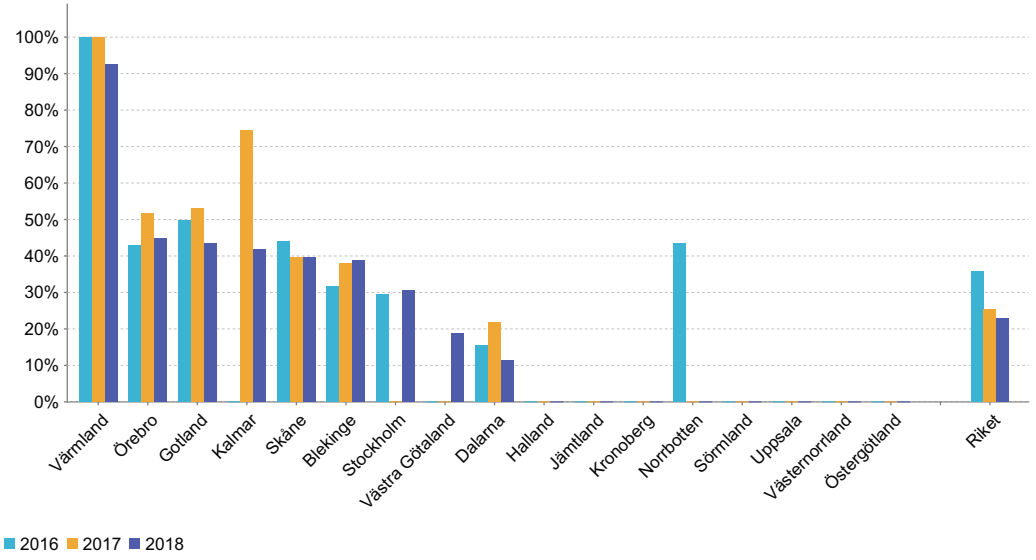
Västerbotten kan inte rapportera data

Graf ID: 3831

Graf 3831 visar medelvårdtiden i dagar beräknat på antal vårddagar per vårdtillfälle. Grafen visar data för de senaste tre åren. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Patienter i heldygnsvården som får uppföljning sju dagar efter utskrivning



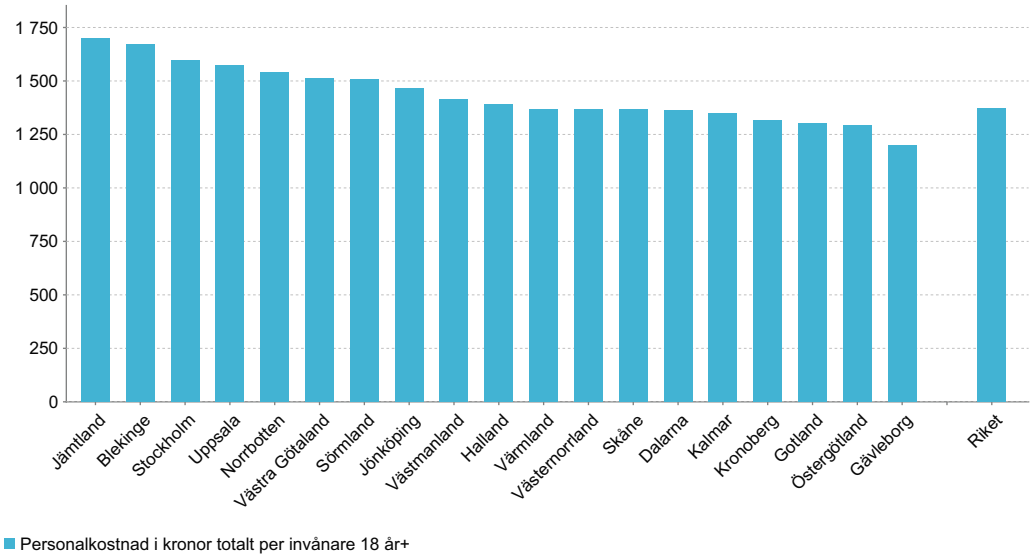
Skånes data visar patienter som har skrivits ut till den offentliga psykiatrin där uppföljning har skett inom åtta dagar
Regioner som inte syns i grafen har inte kunnat rapportera data

Graf ID: 3810

Graf 3810 visar andelen individer i heldygnsvården som har fått uppföljning sju dagar efter utskrivning. Grafen visar data för de senaste tre åren. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

5.4 Kostnader

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Personalkostnader i kronor per invånare 18 år och äldre

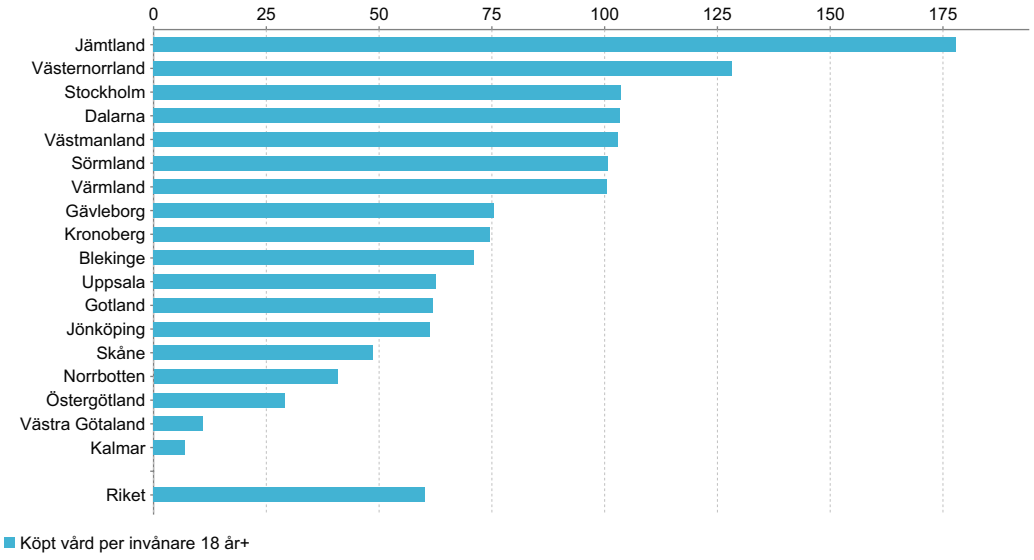


Inkluderar kostnader för hyrpersonal
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data

Graf ID: 1988

Graf 1988 visar de totala personalkostnaderna per invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Kostnad för köpt vård i kronor per invånare 18 år och äldre



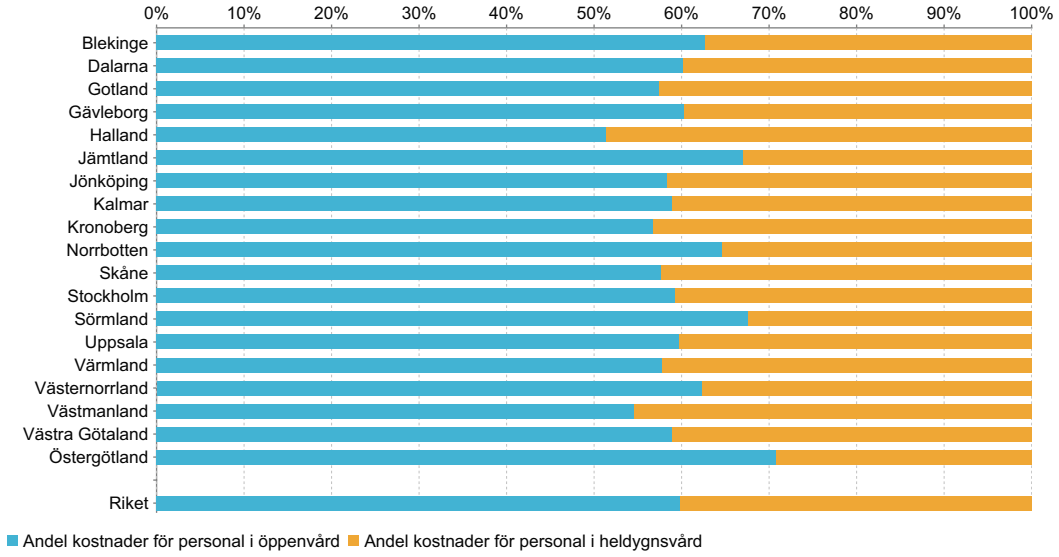
Halland, Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 3473

Graf 3473 visar den totala kostnaden för köpt vård per invånare 18 år och äldre. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Fördelning kostnader i kronor för personal i öppenvård resp heldygnsvård



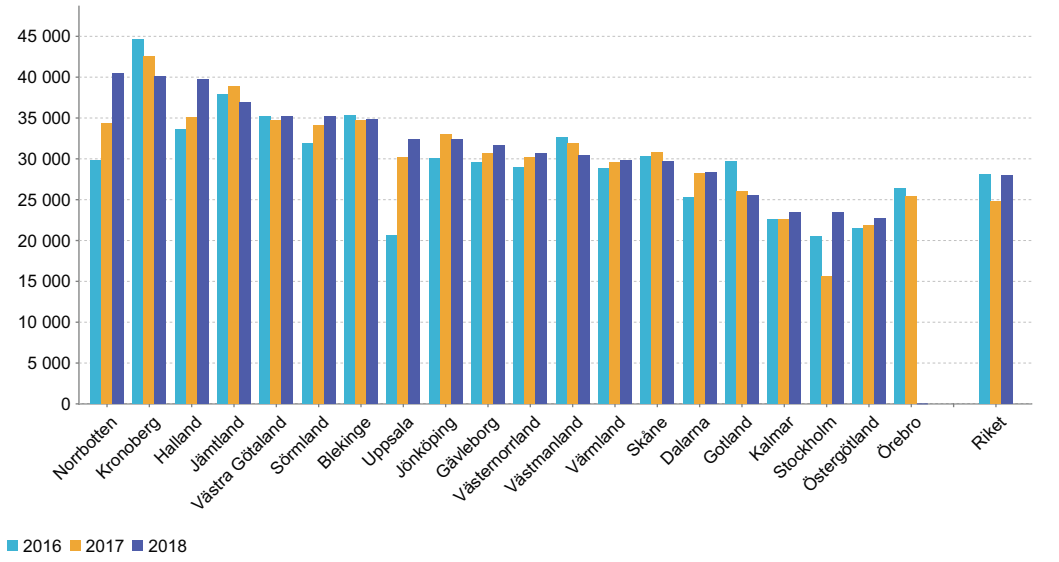
Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data
Inkluderar kostnader för hyrpersonal

Graf ID: 3474

Graf 3474 visar fördelningen av andelen kostnader i kronor för personal i öppenvård respektive heldygnsvård. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Personalkostnad (öppen- och heldygnsvård) i kronor per patient

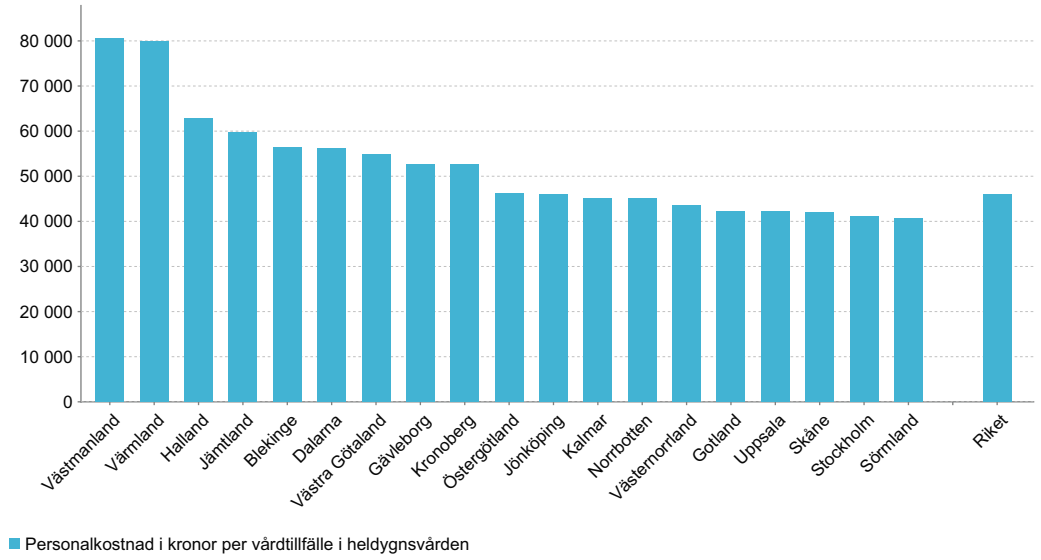


Västerbotten kan inte rapportera data; Örebro kan inte rapportera data för 2018
Inkluderar kostnader för hyrpersonal

Graf ID: 3475

Graf 3475 visar personalkostnaden i kronor per patient. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Personalkostnader i kronor per vårdtillfälle i heldygnsvården

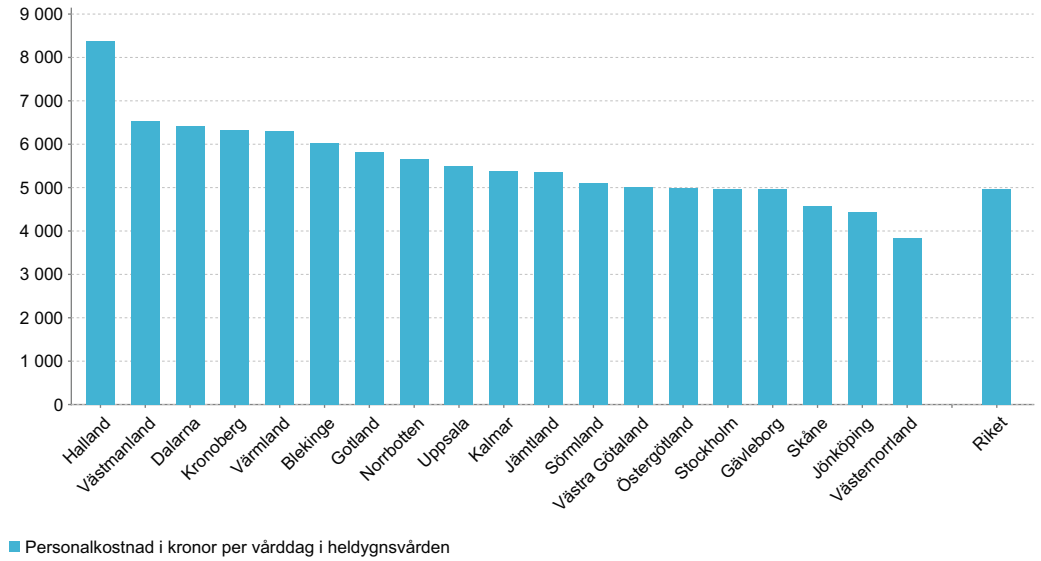


Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data
Inkluderar kostnader för hyrpersonal

Graf ID: 3826

Graf 3826 visar personalkostnaden för slutenvård i kronor per vårdtillfälle i heldygnsvården. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Personalkostnad i kronor per vårddag i heldygnsvården

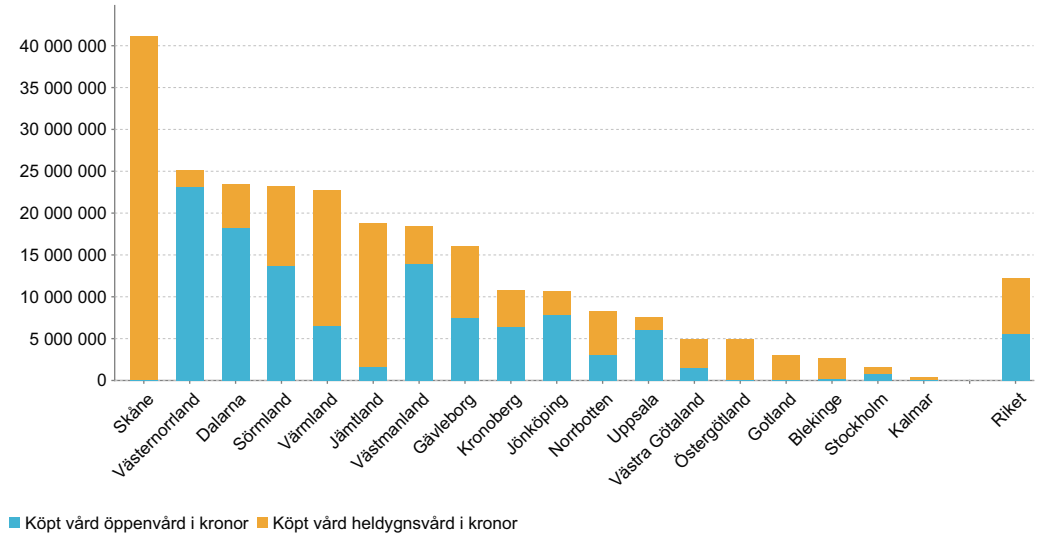


Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data
Inkluderar kostnader för hyrpersonal

Graf ID: 3827

Graf 3827 visar personalkostnaden för slutenvård i kronor per vårddag i slutenvård. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Köpt öppen- och heldygnsvård i kronor

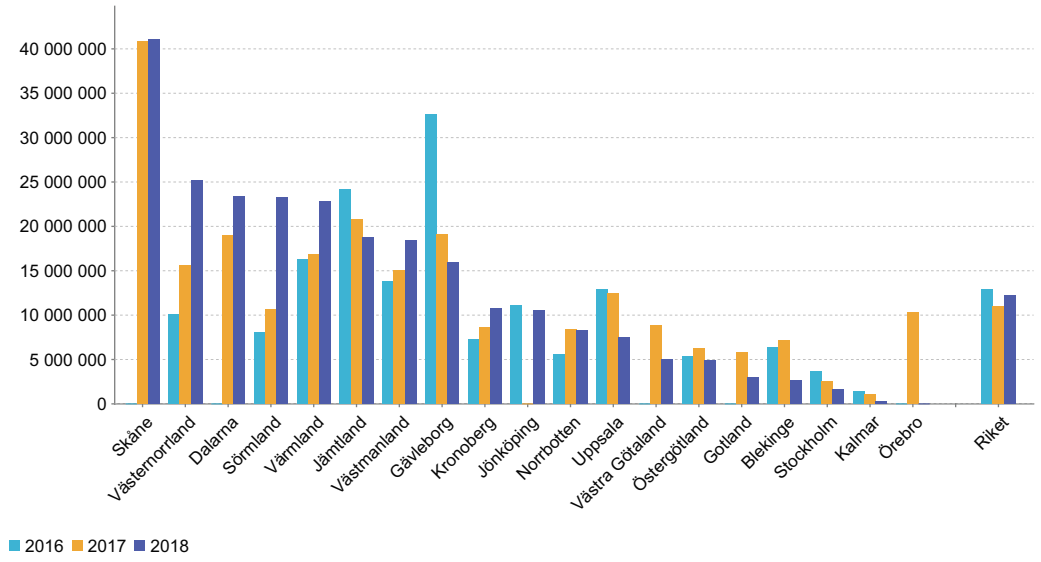


Halland, Västerbotten och Örebro kan inte rapportera data
Data för Stockholm exkluderar privat vårdgivare
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 4129

Graf 4129 visar köpt vård i kronor fördelat på köpt öppenvård och köpt slutenvård. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå
Köpt vård (öppen- och heldygnsvård) i kronor



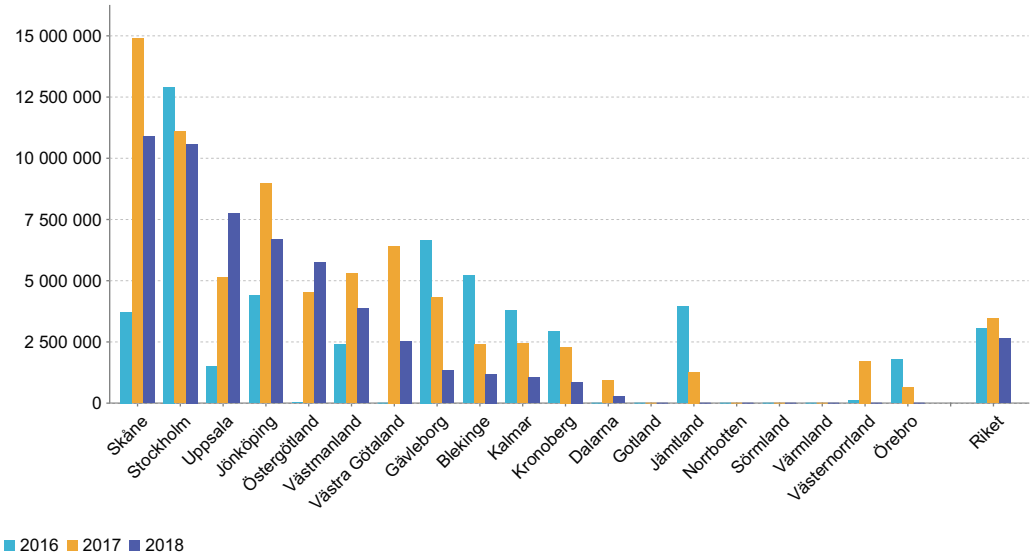
Halland och Västerbotten kan inte rapportera data; Örebro kan inte rapportera data för 2018
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 4152

Graf 4152 visar kostnaden för köpt vård i kronor över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Köpt vård HVB i kronor



Halland och Västerbotten kan inte rapportera data; Örebro kan inte rapportera data för 2018
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 4128

Graf 4128 visar köpt vård i kronor för HVB över tid. Jämförelsen sker mellan 2016 och 2017. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

6. Nyckeltal, länsnivå

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	
ÖVERGRIPANDE										
Antal individer per 100 000 invånare 18 år+	4 691	4 774	5 059	4 000	3 412	4 636	4 514	5 514	3 198	
Andel individer 0-17 år av individer totalt	2 %	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %	0 %	1 %	0 %	
Andel individer 18-24 år av individer totalt	17 %	19 %	20 %	20 %	18 %	24 %	17 %	17 %	13 %	
Andel individer 25-64 år av individer totalt	67 %	71 %	70 %	70 %	65 %	64 %	71 %	70 %	68 %	
Andel individer 65 år + av individer totalt	14 %	9 %	8 %	9 %	16 %	9 %	13 %	12 %	19 %	
Antal kvinnor per 100 000 invånare 18 år+	2 460	2 615	2 770	2 141	1 783	2 449	2 357	2 858	1 765	
Antal män per 100 000 invånare 18 år+	2 230	2 160	2 289	1 859	1 630	2 187	2 157	2 656	1 433	
Andel kvinnor 0-17 år av kvinnor totalt	2 %	0 %	2 %	1 %	1 %	3 %	0 %	1 %	0 %	
Andel kvinnor 18-24 år av kvinnor totalt	17 %	20 %	20 %	21 %	18 %	26 %	17 %	17 %	14 %	
Andel kvinnor 25-64 år av kvinnor totalt	67 %	71 %	70 %	69 %	65 %	62 %	71 %	70 %	67 %	
Andel kvinnor 65 år+ av kvinnor totalt	14 %	9 %	9 %	9 %	16 %	9 %	11 %	12 %	19 %	
Andel män 0-17 år av män totalt	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %	0 %	1 %	0 %	
Andel män 18-24 år av män totalt	18 %	19 %	21 %	20 %	17 %	23 %	16 %	18 %	11 %	
Andel män 25-64 år av män totalt	68 %	72 %	71 %	71 %	65 %	67 %	70 %	71 %	70 %	
Andel män 65 år+ av män totalt	13 %	9 %	7 %	9 %	16 %	9 %	14 %	11 %	19 %	
Antal årsarbetare totalt per 100 000 invånare 18 år+	229	163	158	166	130	218	191	176	175	
Antal årsarbetande läkare per 100 000 invånare 18 år+	22	19	21	24	16	14	18	17	17	
Antal årsarbetande egna specialistläkare per 100 000 invånare 18 år+	11	6	13	14	7	4	9	8	12	
Antal årsarbetande specialistläkare per 100 000 invånare 18 år+	16	16	15	18	10	9	12	13	13	
Antal årsarbetande hyrläkare per 100 000 invånare 18 år+	5,3	9,2	2,5	3,7	2,8	5,3	3,3	4,8	0,4	
Antal årsarbetande ST-läkare per 100 000 invånare 18 år+	4,6	3,0	2,5	4,7	3,5	3,6	3,4	3,5	3,3	
Antal årsarbetande underläkare per 100 000 invånare 18 år+	1,0	0,7	3,3	1,9	2,4	1,8	2,2	0,9	1,1	
Antal årsarbetande leg psykologer per 100 000 invånare 18 år+	10	9	4	8	8	14	6	10	10	
Antal årsarbetande PTP-psykologer per 100 000 invånare 18 år+	0,7	2,7	5,7	2,8	0,4	2,5	2,6	0,5	2,3	
Antal årsarbetande kuratorer/socionomer per 100 000 invånare 18 år+	6,9	5,8	2,7	9,4	5,5	14,1	6,4	10,3	5,4	
Antal årsarbetande egna sjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+	68	44	50	49	41	58	57	45	51	
Antal årsarbetande hyrsjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+	-	-	1,10	0,96	2,16	-	-	1,69	1,36	
Antal årsarbetande sjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+	68	44	51	50	43	58	57	47	53	
Antal årsarbetande specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+	36	15	25	24	20	20	32	44	35	
Antal årsarbetande sjuksköterskor utan specialistutbildning per 100 000 invånare 18 år+	32	29	26	26	23	38	25	2	17	
Antal årsarbetande fysioterapeuter per 100 000 invånare 18 år+	2,54	0,69	-	0,15	0,51	3,44	0,87	-	-	
Antal årsarbetande arbetsterapeuter per 100 000 invånare 18 år+	3,84	3,84	-	1,27	2,28	6,47	5,71	0,73	3,62	
Antal årsarbetande behandlingsassistenter/ skötare per 100 000 invånare 18 år+	84	47	52	51	37	68	62	69	62	
Antal årsarbetande pedagoger per 100 000 invånare 18 år+	-	0,39	-	-	-	-	-	-	-	

	Norrbotten	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	3 802	4 581	6 745	4 154	3 675	4 630	4 626	4 595	4 221	5 211	5 472	4 855
	0 %	0 %	3 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	2 %	2 %	2 %	2 %
	20 %	19 %	18 %	18 %	23 %	21 %	19 %	19 %	18 %	23 %	21 %	19 %
	72 %	71 %	70 %	69 %	66 %	69 %	69 %	71 %	67 %	68 %	68 %	69 %
	8 %	10 %	9 %	11 %	11 %	8 %	11 %	10 %	13 %	8 %	9 %	10 %
	2 020	2 426	3 662	2 173	1 953	2 540	2 483	2 499	2 186	2 666	2 767	2 570
	1 782	2 154	3 085	1 920	1 722	2 090	2 143	2 097	2 040	2 545	2 705	2 266
	0 %	0 %	3 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	2 %	2 %	2 %	2 %
	21 %	19 %	19 %	19 %	25 %	22 %	20 %	18 %	18 %	24 %	21 %	19 %
	71 %	70 %	70 %	69 %	63 %	68 %	68 %	71 %	66 %	65 %	68 %	69 %
	8 %	11 %	9 %	12 %	11 %	9 %	12 %	11 %	13 %	9 %	9 %	11 %
	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	2 %	1 %	3 %	2 %
	19 %	18 %	17 %	18 %	21 %	21 %	18 %	19 %	18 %	21 %	21 %	18 %
	73 %	72 %	71 %	71 %	68 %	71 %	71 %	71 %	68 %	70 %	68 %	70 %
	8 %	9 %	8 %	10 %	10 %	8 %	10 %	9 %	12 %	8 %	8 %	10 %
	185	187	198	197	163	161	164	171	198		185	176
	21	20	25	22	26	13	13	23	25		15	20
	8	12	12	10	16	2	3	9	14		5	10
	14	13	15	15	17	7	9	16	14		7	13
	5,9	0,7	3,1	5,1	1,0	5,4	5,7	6,9	0,6		2,3	2,7
	5,5	2,8	6,8	4,5	4,8	3,3	1,9	4,9	5,8		4,8	4,5
	2,1	4,1	3,7	2,5	4,8	2,6	2,0	1,8	5,0		2,5	3,1
	7	11	16	10	12	7	8	11	14		9	11
	0,6	1,4	2,7	0,8	2,4	0,2	2,3	1,1	1,5		2,1	1,7
	6,0	8,9	4,8	6,8	7,4	8,0	6,5	8,1	10,2		10,6	7,2
	46	48	45	44	37	49	46	41	46		32	43
	3,99	1,62	2,02	4,43	5,36	-	0,48	5,46	1,18		0,41	1,65
	50	50	47	49	43	49	47	46	47		32	45
	29	25	17	24	20	26	25	29	26		13	22
	20	25	30	24	22	23	22	17	21		20	23
	3,30	2,29	0,93	1,09	0,13	1,27	-	1,51	2,80		2,78	1,45
	9,46	2,81	2,61	5,88	2,03	4,24	1,03	2,53	6,72		12,46	3,98
	64	57	63	77	57	44	65	47	61		71	57
	-	0,11	0,23	-	-	1,65	-	-	0,17		-	0,15

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	
Antal årsarbetande övriga behandlare per 100 000 invånare 18 år+	0,56	2,09	4,69	0,21	0,80	1,31	-	-	0,57	
Antal årsarbetande personal per årsarbetande enhetschef	25	17	34	34	28	26	17	25	24	
Andel årsarbetande läkare	10 %	12 %	13 %	15 %	12 %	7 %	9 %	10 %	10 %	
Andel årsarbetande psykologer	5 %	7 %	6 %	7 %	6 %	8 %	5 %	6 %	7 %	
Andel årsarbetande kuratorer/socionomer	3 %	4 %	2 %	6 %	4 %	6 %	3 %	6 %	3 %	
Andel årsarbetande sjuksköterskor	30 %	27 %	33 %	30 %	33 %	27 %	30 %	27 %	30 %	
Andel årsarbetande fysioterapeuter	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	
Andel årsarbetande arbetsterapeuter	2 %	2 %	0 %	1 %	2 %	3 %	3 %	0 %	2 %	
Andel årsarbetande behandlingsassistenter/ skötare	37 %	29 %	33 %	31 %	28 %	31 %	32 %	39 %	36 %	
Andel årsarbetande pedagoger	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
Andel årsarbetande övriga behandlare	0 %	1 %	3 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	
Andel årsarbetande verksamhetschef/enhets-chef	4 %	6 %	3 %	3 %	3 %	4 %	6 %	4 %	4 %	
Andel årsarbetande sekreterare/kanslist	9 %	9 %	6 %	7 %	8 %	8 %	9 %	8 %	7 %	
Andel årsarbetande övriga	0 %	2 %	1 %	1 %	3 %	5 %	3 %	0 %	1 %	
ÖPPENVÅRD										
Antal individer i öppenvård per 100 000 invånare 18 år+	4 651	4 776	4 972	3 782	3 496	3 829	4 532	5 509	3 055	
Antal individer i öppenvård exkl ÖPT per 100 000 invånare 18 år+	4 635	4 748	4 968	3 769	3 496	3 808	4 526	5 493	3 032	
Antal individer i öppen psykiatrisk tvångsvård per 100 000 invånare 18 år+	16	27	4	12	-	20	7	16	23	
Antal besök kvinnor per 100 000 invånare 18 år+	29 411	29 052	33 475	21 612	17 799	19 992	24 286	34 861	17 388	
Antal besök män per 100 000 invånare 18 år+	23 948	21 442	24 761	17 461	13 810	10 818	18 113	25 601	11 950	
Antal besök totalt per 100 000 invånare 18 år+	53 359	50 494	58 237	39 073	31 610	30 809	42 400	60 461	29 338	
Antal besök per helårsarbetande personal i öppenvården	371	492	633	379	453	228	401	594	302	
Andel besök: Organiska, inkl symtomatiska, psykiska störningar	2 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %	
Andel besök: Psykiska- och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	10 %	10 %	13 %	14 %	12 %	3 %	5 %	7 %	8 %	
Andel besök: Schizofreni, schizotypa störning-ar och vanföreställningssyndrom	11 %	9 %	5 %	17 %	12 %	4 %	11 %	7 %	18 %	
Andel besök: Förstämningssyndrom	18 %	15 %	15 %	27 %	19 %	13 %	24 %	17 %	18 %	
Andel besök: Neurotiska/stressrelaterade och somatoforma syndrom	22 %	15 %	17 %	12 %	12 %	20 %	14 %	23 %	21 %	
Andel besök: Beteendestörningar med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	3 %	3 %	2 %	0 %	5 %	4 %	1 %	1 %	3 %	
Andel besök: Personlighetsstörningar och beteendestörningar	8 %	4 %	2 %	7 %	6 %	5 %	4 %	5 %	6 %	
Andel besök: Psykisk utvecklingsstörning	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	
Andel besök: Störningar av psykisk utveckling	6 %	2 %	4 %	2 %	3 %	4 %	3 %	5 %	9 %	
Andel besök: Beteendestörningar med debut under barndom och ungdomstid	12 %	8 %	15 %	15 %	14 %	12 %	10 %	14 %	8 %	
Andel besök: Diagnos saknas	5 %	29 %	21 %	0 %	2 %	27 %	24 %	14 %	3 %	
Andel besök: Övriga	3 %	4 %	5 %	6 %	13 %	7 %	3 %	7 %	4 %	
Antal besök för missbruks- och beroendesjukdo-mar (F10-F19) per 100 000 invånare 18 år+	5 133	4 822	7 662	5 552	3 686	895	2 187	4 239	2 229	
Antal besök för schizofreni, schizotypa stör-ningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29) per 100 000 invånare 18 år+	5 635	4 553	2 860	6 524	3 857	1 137	4 617	4 153	5 349	
Antal besök för förstämningssyndrom (F30-39) per 100 000 invånare 18 år+	9 518	7 503	9 011	10 522	5 863	4 009	10 075	10 069	5 200	

	Norrbotten	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	-	1,45	4,07	-	0,78	3,41	0,30	0,74	0,91		0,43	1,58
	20	23	22	36	21	18	18	23	23		30	23
	12 %	11 %	13 %	11 %	16 %	8 %	8 %	13 %	13 %		8 %	12 %
	4 %	7 %	9 %	5 %	9 %	5 %	6 %	7 %	8 %		6 %	7 %
	3 %	5 %	2 %	3 %	5 %	5 %	4 %	5 %	5 %		6 %	4 %
	27 %	27 %	24 %	25 %	26 %	31 %	28 %	27 %	24 %		18 %	26 %
	2 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %		2 %	1 %
	5 %	2 %	1 %	3 %	1 %	3 %	1 %	1 %	3 %		7 %	2 %
	35 %	30 %	32 %	39 %	35 %	27 %	39 %	28 %	31 %		39 %	32 %
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %		0 %	0 %
	0 %	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %		0 %	1 %
	5 %	4 %	4 %	3 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %		3 %	4 %
	6 %	9 %	7 %	9 %	3 %	12 %	8 %	10 %	8 %		10 %	8 %
	1 %	4 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	3 %	2 %		3 %	2 %
	3 668	4 531	6 916	4 400	3 655	4 624	3 706	4 592	3 854	5 101	5 319	4 778
	3 640	4 511	6 908	4 387	3 641	4 620	3 701	4 587	3 826	5 093	5 317	4 764
	27	19	9	12	14	3	5	5	27	7	2	14
	20 798	29 152	42 420	22 467	24 109	21 987	20 978	22 530	22 966	25 143	26 547	28 087
	15 639	27 809	33 669	17 635	20 211	14 457	16 465	17 056	19 308	20 079	23 321	22 852
	36 437	58 287	76 091	40 354	44 320	36 444	37 443	39 585	42 274	45 222	49 868	51 121
	347	540	687	404	473	400	416	416	394		396	511
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
	20 %	32 %	4 %	11 %	4 %	11 %	20 %	8 %	19 %	14 %	17 %	13 %
	9 %	12 %	5 %	10 %	4 %	8 %	8 %	15 %	13 %	10 %	8 %	9 %
	25 %	15 %	10 %	17 %	8 %	19 %	19 %	20 %	18 %	17 %	19 %	15 %
	15 %	12 %	11 %	18 %	8 %	26 %	18 %	15 %	16 %	18 %	15 %	14 %
	3 %	2 %	2 %	2 %	2 %	7 %	2 %	1 %	1 %	3 %	3 %	2 %
	6 %	5 %	3 %	8 %	3 %	3 %	4 %	4 %	7 %	6 %	6 %	5 %
	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %
	4 %	2 %	2 %	2 %	1 %	4 %	3 %	4 %	2 %	4 %	6 %	3 %
	12 %	8 %	6 %	11 %	5 %	14 %	7 %	10 %	10 %	11 %	13 %	9 %
	3 %	2 %	42 %	17 %	48 %	2 %	11 %	16 %	2 %	1 %	6 %	20 %
	2 %	4 %	6 %	4 %	16 %	7 %	8 %	5 %	10 %	15 %	8 %	7 %
	7 280	18 584	3 185	4 251	1 793	4 048	7 385	3 244	7 833	6 332	8 606	6 596
	3 130	7 213	3 650	3 870	1 976	2 799	2 938	6 030	5 602	4 691	3 796	4 534
	9 079	8 802	7 707	6 992	3 748	6 778	7 094	7 742	7 608	7 866	9 265	7 647

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	
Antal besök för personlighetsstörningar (F60-F69) per 100 000 invånare 18 år+	4 225	2 151	1 380	2 543	1 996	1 617	1 683	3 018	1 889	
Antal besök för hyperaktivitetsstörning och beteendestörningar (F90-F98) per 100 000 invånare 18 år+	6 619	4 230	8 779	5 747	4 504	3 736	4 387	8 248	2 228	
Andel distanskontakter av totalt antal besök	3 %	29 %	29 %	1 %	5 %	2 %	15 %	26 %	23 %	
Andel uteblivna besök av antal planerade besök	3 %	4 %	4 %	9 %	5 %	26 %	12 %	3 %	4 %	
HELDYGNSVÅRD										
Antal kvinnor i heldygnsvården per 100 000 invånare 18 år+	260	257	304	263	261	272	561	300	221	
Antal män i heldygnsvården per 100 000 invånare 18 år+	353	322	266	277	281	340	435	375	290	
Andel LPT-individer av totalt antal individer	2 %	4 %	2 %	3 %	3 %	3 %	5 %	3 %	4 %	
Antal vårdtillfällen totalt per 100 000 invånare 18 år+	1 077	950	1 320	914	1 047	901	1 301	1 198	1 070	
Antal vårdtillfällen exkl utomlänspatienter	1 370	2 177	637	2 097	2 701	937	3 671	2 352	1 675	
Antal vårdtillfällen utomlänspatienter	85	187	34	246	333	87	248	193	87	
Antal fastställda vårdplatser per 100 000 invånare 18 år+	34	27	36	26	28	31	42	35	32	
Antal disponibla vårdplatser per 100 000 invånare 18 år+	34	27	34	26	28	33	39	35	32	
Andel av de disponibla vårdplatserna som har varit belagda under året	84 %	86 %	77 %	106 %	80 %	87 %	98 %	82 %	77 %	
Antal vårddagar kvinnor per 100 000 invånare 18 år+	5 142	4 684	6 487	5 642	4 978	5 282	7 543	5 196	4 798	
Antal vårddagar män per 100 000 invånare 18 år+	5 242	3 911	3 177	4 350	3 105	5 254	6 346	5 206	4 253	
Andel VDG: Organiska, inkl symtomatiska, psykiska störningar	3 %	1 %	3 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %	
Andel VDG: Psykiska- och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	20 %	19 %	8 %	8 %	20 %	13 %	14 %	16 %	11 %	
Andel VDG: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	20 %	19 %	17 %	20 %	14 %	18 %	20 %	19 %	29 %	
Andel VDG: Förstämningssyndrom	27 %	31 %	35 %	38 %	19 %	24 %	36 %	25 %	23 %	
Andel VDG: Neurotiska/stressrelaterade och somatoforma syndrom	14 %	15 %	18 %	15 %	10 %	16 %	10 %	14 %	11 %	
Andel VDG: Beteendestörningar med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	1 %	2 %	3 %	3 %	21 %	4 %	1 %	1 %	2 %	
Andel VDG: Personlighetsstörningar och beteendestörningar	5 %	6 %	1 %	4 %	5 %	4 %	6 %	7 %	2 %	
Andel VDG: Psykisk utvecklingsstörning	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	
Andel VDG: Störningar av psykisk utveckling	3 %	2 %	4 %	2 %	2 %	3 %	1 %	5 %	8 %	
Andel VDG: Beteendestörningar med debut under barndom och ungdomstid	1 %	1 %	5 %	3 %	1 %	3 %	1 %	1 %	2 %	
Andel VDG: Diagnos saknas	5 %	3 %	0 %	0 %	9 %	5 %	6 %	2 %	9 %	
Andel VDG: Övriga	1 %	2 %	4 %	5 %	7 %	6 %	4 %	6 %	2 %	
Antal vårddagar för missbruks- och beroende-sjukdomar (F10-F19) per 100 000 invånare 18 år+	2 077	1 606	791	844	1 600	1 342	1 960	1 656	961	
Antal vårddagar för schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29) per 100 000 invånare 18 år+	2 090	1 595	1 648	1 972	1 150	1 948	2 781	2 004	2 602	
Antal vårddagar för förstämningssyndrom (F30-39) per 100 000 invånare 18 år+	2 828	2 649	3 359	3 761	1 534	2 531	4 938	2 605	2 042	
Antal vårddagar för personlighetsstörningar (F60-F69) per 100 000 invånare 18 år+	483	512	127	404	408	444	770	773	219	
Antal arbetade timmar per vårddag i heldygnsvården	16	14	13	14	21	15	12	14	16	
Antal vårddagar per vårdtillfälle	9,4	8,8	7,3	10,6	8,9	11,1	10,4	8,4	8,3	

	Norrbotten	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	2 292	2 720	2 231	3 236	1 247	1 130	1 554	1 524	3 056	2 680	2 954	2 362
	4 457	4 644	4 366	4 260	2 288	5 053	2 436	3 762	4 105	4 812	6 404	4 386
	4 %	6 %	13 %	16 %	8 %	2 %	11 %	10 %	7 %	4 %	1 %	10 %
	8 %	3 %	9 %	0 %	5 %	6 %	2 %	5 %	9 %	2 %	6 %	7 %
	298	259	410	275	232	227	350	222	318	336	219	309
	357	319	483	349	288	250	373	275	389	387	290	362
	3 %	3 %	4 %	3 %	3 %	1 %	2 %	3 %	4 %	4 %	3 %	4 %
	1 185	1 365	1 552	1 142	1 172	714	1 143	765	1 109	1 185	778	1 181
	2 418	14 600	28 404	2 635	3 479	1 619	2 244	1 657	14 993	2 833	2 848	95 347
	164	722	1 288	234	343	165	253	145	780	364	197	6 155
	31	35	41	36	30	27	38	29	40	31	22	34
	28	34	38	34	29	26	36	28	37	31	22	33
	96 %	102 %	95 %	78 %	90 %	100 %	104 %	96 %	91 %	94 %	93 %	93 %
	5 258	6 756	7 002	5 228	4 934	4 806	7 428	5 340	6 525	5 651	4 305	5 988
	4 491	6 004	6 183	4 371	4 556	4 571	6 232	4 558	5 921	4 857	3 224	5 214
	1 %	2 %	1 %	4 %	1 %	4 %	1 %	1 %	6 %	1 %	1 %	2 %
	20 %	18 %	16 %	13 %	18 %	8 %	11 %	13 %	17 %	17 %	14 %	16 %
	26 %	20 %	21 %	24 %	20 %	23 %	10 %	23 %	25 %	26 %	23 %	21 %
	26 %	27 %	21 %	19 %	20 %	36 %	25 %	29 %	26 %	27 %	36 %	26 %
	13 %	14 %	11 %	10 %	6 %	14 %	9 %	12 %	11 %	8 %	8 %	12 %
	0 %	3 %	4 %	1 %	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %	1 %	4 %	3 %
	4 %	7 %	4 %	8 %	3 %	2 %	3 %	7 %	5 %	5 %	6 %	5 %
	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %
	4 %	1 %	3 %	2 %	1 %	1 %	1 %	3 %	1 %	4 %	2 %	2 %
	3 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
	1 %	1 %	4 %	14 %	7 %	7 %	34 %	4 %	3 %	6 %	0 %	5 %
	2 %	5 %	14 %	3 %	18 %	2 %	2 %	4 %	3 %	4 %	4 %	7 %
	1 962	2 323	2 124	1 252	1 689	730	1 544	1 294	2 057	1 761	1 035	1 776
	2 575	2 498	2 761	2 343	1 887	2 175	1 432	2 309	3 126	2 740	1 758	2 396
	2 535	3 414	2 764	1 842	1 889	3 372	3 414	2 865	3 203	2 827	2 715	2 866
	383	861	517	814	308	180	361	687	621	501	445	549
	16	12	12	19	14	15	11	15	14		15	13
	8,0	9,2	8,3	8,0	7,7	12,7	11,4	12,3	10,9	8,4	9,3	9,3

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	
Andel patienter i heldygnsvård som följs upp sju dagar efter utskrivning	39 %	11 %	43 %		0 %	0 %		42 %	0 %	
KOSTNADER										
Personalkostnad i kronor totalt per invånare 18 år+	1 673	1 365	1 304	1 201	1 168	1 699	1 467	1 351	1 314	
Andel kostnader för personal i öppenvård	61 %	58 %	56 %	58 %	48 %	65 %	57 %	57 %	55 %	
Andel kostnader för personal i heldygnsvård	36 %	38 %	41 %	38 %	39 %	32 %	40 %	39 %	42 %	
Personalkostnad i kronor per patient	34 808	28 373	25 490	31 697	40 688	36 922	32 370	23 431	40 043	
Personalkostnad i kronor per vårdtillfälle i heldygnsvården	56 511	56 169	42 289	52 647	64 092	59 761	46 010	45 204	52 571	
Personalkostnad i kronor per vårddag i heldygnsvården	6 017	6 416	5 809	4 958	7 241	5 366	4 433	5 376	6 319	
Köpt vård heldygnsvård i kronor	2 491 830	5 166 915	2 892 062	8 575 287		17 126 881	2 766 400	273 539	4 357 700	
Köpt vård öppenvård i kronor	126 823	18 267 589	93 044	7 422 773		1 610 893	7 816 629	42 434	6 454 700	
Köpt vård (öppen- och heldygnsvård)	2 618 653	23 434 504	2 985 106	15 998 060		18 737 774	10 583 029	315 973	10 812 400	
Köpt vård HVB i kronor	1 186 773	267 244	-	1 320 631		-	6 691 207	1 056 216	868 400	

	Norrbotten	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	0 %	40 %	31 %	0 %	0 %	93 %	0 %		19 %	45 %	0 %	23 %
	1 538	1 366	1 597	1 509	1 290	1 369	1 366	1 413	1 512		1 293	1 370
	63 %	56 %	58 %	66 %	57 %	55 %	60 %	53 %	58 %		69 %	58 %
	35 %	41 %	40 %	31 %	39 %	41 %	36 %	44 %	40 %		28 %	39 %
	40 456	29 673	23 389	35 178	32 409	29 821	30 685	30 381	35 211		22 688	27 995
	45 193	42 037	41 205	40 762	42 261	79 870	43 663	80 577	54 869		46 319	46 071
	5 653	4 572	4 960	5 100	5 494	6 295	3 839	6 544	5 017		5 001	4 973
	5 235 001	41 079 884	753 000	9 548 966	1 440 777	16 244 000	1 917 000	4 475 000	3 400 213		4 781 643	132 526 098
	3 083 444	17 600	861 632	13 678 066	6 038 473	6 541 000	23 231 000	13 965 000	1 574 189		88 785	110 914 074
	8 318 445	41 097 484	1 614 632	23 227 032	7 479 250	22 785 000	25 148 000	18 440 000	4 974 402		4 870 428	243 440 172
	-	10 903 018	10 587 363	-	7 755 120	-	-	3 871 000	2 533 690		5 748 466	52 789 128

7. Förteckning över inrapporterande enheter

Region	Inrapporterande enhet
Blekinge	Vuxenpsykiatri Blekinge
Dalarna	Allmänpsykiatriska kliniken Falun-Säter VUP
	Falun södra psykiatriska klinik
	Mellersta psykiatriska sektorn
	Norra-västra psykiatriska sektorn
Gotland	Vuxenpsykiatri
Gävleborg	Gävleborg vuxenpsykiatri
Halland	Capio Ätstörningscenter Varberg
	Vuxenpsykiatri
Jämtland	Vuxenpsykiatri
Jönköping	Psykiatriska kliniken Eksjö VUP
	Psykiatriska kliniken Jönköping VUP
	Psykiatriska kliniken Värnamo VUP
Kalmar	Psykiatriförvaltningen
Kronoberg	Vuxenpsykiatri
Norrbotten	Vuxenpsykiatrin i Gällivare
	Vuxenpsykiatrin i Piteå
	Vuxenpsykiatrin i Sunderbyn
Skåne	Capio Beroendevård (Skåne)
	INM (Integrerad Närpsykiatri Malmö)
	INM LARO Malmö
	INM LARO Psykiatri Kristianstad
	INM LARO Psykiatri Ystad
	LARO BeFeM
	LARO Helsingborg
	LARO Kristianstad
	LARO Lund
	LARO Malmö/Trelleborg
	NPU-teamet Helsingborg
	Psykiatripartners Resurs
	Skåne Resund behandling
	Solstenen i Skåne (Lund, Helsingborg och Ängelholm)
	VO vuxenpsykiatri Helsingborg
	VO vuxenpsykiatri Kristianstad
	VO vuxenpsykiatri Lund
	VO vuxenpsykiatri Malmö-Trelleborg
Stockholm	Beroendecentrum Stockholm (inkl Maria Ungdom)
	Capio ÅDM
	Länsakut Stockholm
	Mandometerkliniken Novum
	Norra Stockholms psykiatri
	Praktikertjänst Psykiatri Järva
	Praktikertjänst Psykiatri Nordost
	PRIMA Liljeholmen
	PRIMA Vuxenpsykiatri
	Psykiatri Nordväst
	Psykiatri Sydväst
	Psykiatri Södra Stockholm
	Psykiatricentrum Södertälje
	Stockholms Centrum för Ätstörningar
	WeMind Stockholm
	WeMind Sydost

Region	Inrapporterande enhet
Sörmland	Priv spec VUP Nyköping
	Vuxenpsykiatrin: Psyk. Klin Mälarsjukhuset Eskilstuna
	Vuxenpsykiatrin: Psyk. Klin Nyköping/Katrineholm
Uppsala	Vuxenpsykiatrin
	WeMind Norduppland
Värmland	Allmän- och rättspsykiatrin (allmänpsykiatri)
Västerbotten	VUP Västerbotten
Västernorrland	Länsklinik Västernorrland
Västmanland	Vuxenpsykiatrin
Västra Götaland	Capio Lundby Närsjukhus
	Psykiatriska kliniken Kungälvs sjukhus
	Vuxenpsykiatri NU-sjukvården
	Vuxenpsykiatri Skaraborgs sjukhus
	Vuxenpsykiatri SU - Beroende
	Vuxenpsykiatri SU - Neuropsykiatri
	Vuxenpsykiatri SU - Psykiatri Affektiva
	Vuxenpsykiatri SU - Psykiatri Psykos
	Vuxenpsykiatri Södra Älvsborgs sjukhus
	WeMind Göteborg
Örebro	Beroendecentrum
	Vuxenpsykiatri
Östergötland	Beroendekliniken i Norrköping
	Beroendekliniken Linköping
	Capio Psykiatri Linköping och Norrköping
	Prima Vuxenpsykiatri
	Psykiatripartners Linköping
	Psykiatriska kliniken i Linköping
	Psykiatriska kliniken i Norrköping
	Vuxenpsykiatri/beroende Motala och Mjölby

UPPDRAG
Psykisk Hälsa
- uppdragpsykiskhälsa.se -

Psykiatrin i siffror

Barn- och ungdomspsykiatri

- Kartläggning 2018



UPPDRAG
Psykisk Hälsa
- uppdragpsykiskhälsa.se -

Innehåll

1. Förord 4
2. Nationell överblick 5
3. Introduktion och definitioner 6
4. Verksamhetsbeskrivning 12
5. Nyckeltalsgrafer 36
6. Nyckeltalstabell 68
7. Förteckning över inrapporterande enheter 78

1. Förord

Den psykiska ohälsan är omfattande och påverkar hela samhället. För de individer som har allvarliga eller komplicerade psykiatriska tillstånd är en välfungerande specialistpsykiatri av stor betydelse. Precis som för all sjukvård är det viktigt att alla invånare erbjuds en jämlik psykiatrisk vård och att resurserna används optimalt. Det förutsätter ett ständigt pågående förbättringsarbete och grundläggande är då att det finns faktaunderlag att utgå ifrån för att kunna jämföra och följa utvecklingen.

Det är nu 10 år sedan Uppdrag Psykisk Hälsa inom Sveriges Kommuner och Landsting påbörjade kartläggningarna av psykiatrisk specialistvård. Årets rapport möjliggör jämförelser mellan åren 2016-2018 och en nyhet för i år är en lättillgänglig nationell överblick över nyckeldata med hjälp av infografik.

Kartläggningen speglar som tidigare likheter och skillnader på regionnivå men beskriver inte orsaker. Det är också möjligt att jämföra med data på kliniknivå genom egna analyser eller tillsammans med Helseplan Nysam som vi åter anlitat för insamling av data.

En enkät till Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin hösten 2018 påvisade nyttan av kartläggningarna och att verksamheterna i betydande omfattning använt jämförelserna som underlag i utvecklings- och planeringsarbete. Detta är glädjande och vår förhoppning är att kartläggningen ska fortsätta inspirera, utmana, ge nya insikter och komma till användning för analys och beslut på såväl regionnivå som förvaltnings- och verksamhetsnivå.

Stockholm maj 2019

Ing-Marie Wieselgren

Projektchef
Uppdrag Psykisk Hälsa

Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

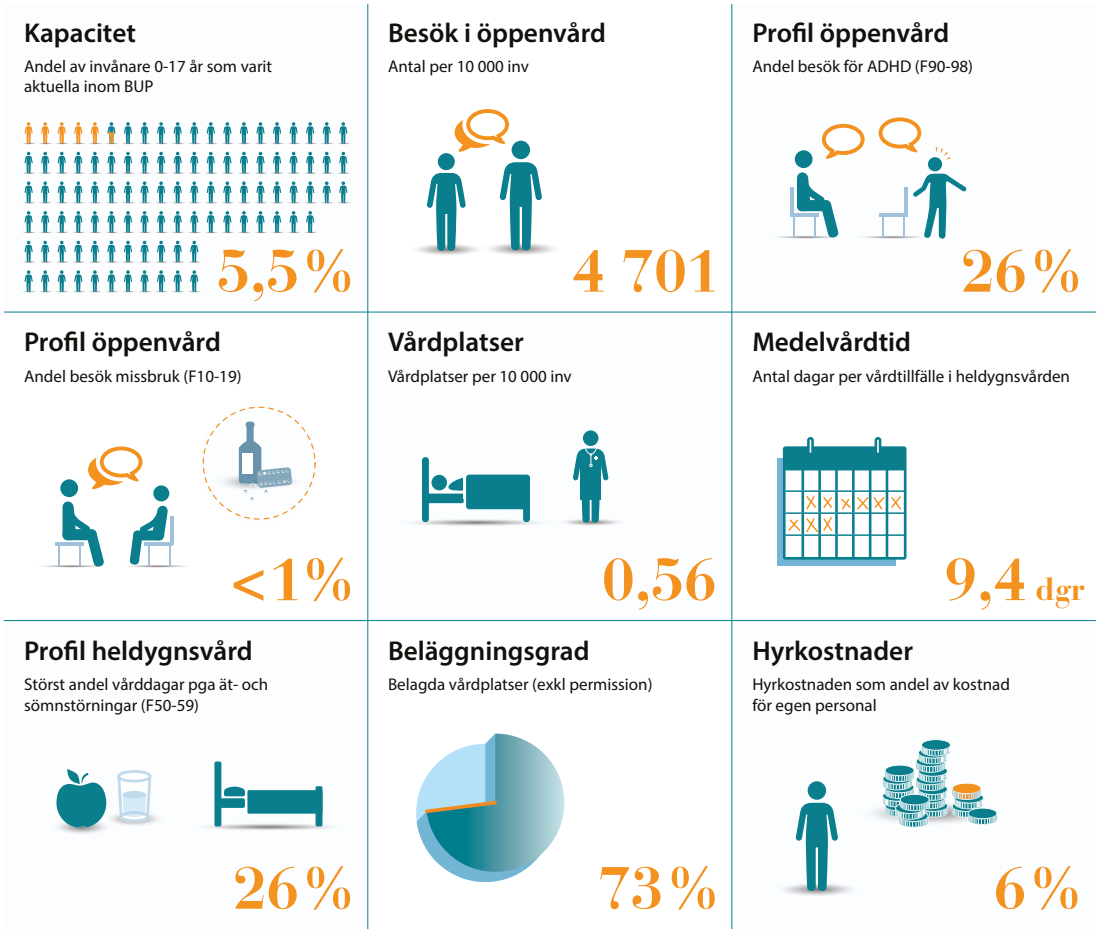
Mikael Malm

Handläggare
Sektionen för Hälso- och sjukvård

Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

2. Nationell överblick

Barn- och ungdomspsykiatri



Nyckeltal	2016	2017	2018
Antal individer (öppen- och heldygnsvård)	121 102	123 585	125 217
Antal individer heldygnsvård	3 348	2 891	2 694
Antal individer i öppenvården	116 700	119 454	123 673
Antal besök	846 715	1 000 607	1 048 981
Antal vårdtillfällen	3 811	3 922	3 753
Antal vårddagar	36 035	33 602	35 587
Antal fastställda vårdplatser	143	135	132
Antal årsarbetande läkare (öppen- och heldygnsvård)	376	406	408
Antal årsarbetande sjuksköterskor (öppen- och heldygnsvård)	554	575	569
Antal årsarbetande psykologer (öppen- och heldygnsvård)	831	809	761

År 2017 saknas data för Västerbotten. Befolkningsmässigt motsvarar Västerbotten ca 2,5 procent av åldersgruppen 0–17 år. År 2016 rapporterade Västerbotten 5 fastställda vårdplatser, 1 050 vårddagar och 101 individer inom heldygnsvården.
År 2018 saknas HR- och ekonomidata för Örebro.

3. Introduktion och definitioner

3.1 Introduktion

All data som redovisas i denna rapport avser år 2018.

Ansvarig för inrapportering av data är verksamhetschefen/motsvarande. Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin inom Sveriges kommuner och landsting (SKL) har ansvarat för att kvittera data och intyga att den är korrekt.

I denna rapport ingår 29 barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter i 21 regioner vars data har aggregerats och redovisas på regionnivå. Underlaget bygger på såväl regionsdrivna som privata verksamheter. En förteckning över inrapporterande enheter finns under avsnitt 7.

Alla nyckeltal som är invånarrelaterade är korrigerade med en utomlänspatientfaktor. Det betyder till exempel att i graf redovisat antal årsarbetande per 10 000 invånare 0–17 år beräknas endast på den produktion som tilldelas de ”egna” patienterna. Ett fåtal andra grafer kan också vara korrigerade med utomlänspatientfaktorn. Till utomlänspatienter räknas också asylsökande.

En förändring i årets rapport är att alla data som har rapporterats in är exklusiva första linjen. Detta påverkar regionerna Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland och speglas i de grafer som redovisar data över tid. Data för dessa regioner kan därmed inte jämföras rakt av med föregående år.

3.2 Definitioner

Där det har varit möjligt används Socialstyrelsens termbank för nedanstående definitioner.

En generell regel är att två olika slag av prestationer inte kan registreras på samma kalenderdygn om inte den ena insatsen är avslutad dessförinnan. Ett exempel är att ett besök inte kan registreras på patient som samtidigt är inskriven i heldygnsvård.

Begreppet patient avser en person som har haft minst ett besök eller vårdtillfälle under året och som har en egen BUP-journal. Begreppet individ avser en unik patient.

Utomlänspatienter är patienter som har fått vård och som inte är skrivna i den inrapporterande regionen. Länskod där patienten är mantalsskriven har använts som underlag. Asylsökande räknas som utomlänspatienter.

Lagrum

LPT avser individer som vårdats enligt LPT under någon del av vårdtillfället och enligt LRV. LRV avser de individer som vårdats enligt LRV under någon del av vårdtillfället. En individ kan endast fyllas i under ett lagrum. Om en individ under ett vårdförlopp vårdats både frivilligt och inom LPT anges hen enbart under LPT. Om en individ vårdats enligt både LPT och LRV anges hen enbart under LRV.

I instruktionerna vid respektive fråga i blanketten finns en tydlig koppling till de data som rapporteras in till Socialstyrelsens PAR inom ramen för psykiatriska vårdformer. Detta för att tydliggöra vilka patienter som ska anges i vilken kategori.

Besök

Med besök menas vårdkontakt inom öppenvård som är ett personligt möte mellan patient och vårdpersonal. Besök ska ha dokumenterats i journal. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd ska tillämpas. Endast faktisk genomförda besök ska räknas, således ska uteblivna och återbud inte registreras. Observera att i de fall anhörig kommer utan patient räknas anhörig/anhöriga som ett besök. Besök har patient/anhörig som utgångspunkt oavsett antal vårdpersonal som deltar. Nedan ges ett antal exempel för att exemplifiera besöksregistreringen.

Vårdpersonal	Patient/Anhöriga	Antal besök
1 vårdpersonal	1 patient	1 besök
1 vårdpersonal	1 anhörig	1 besök
1 vårdpersonal	1 patient + 2 anhöriga	1 besök
1 vårdpersonal	Flera anhöriga till samma patient	1 besök
2 vårdpersonal	1patient	1 besök
2 vårdpersonal	3 patienter/anhöriga till olika patienter	3 besök
1 vårdpersonal	2 patienter/anhöriga till olika patienter	2 besök
1 vårdpersonal	1 patient + 1 anhörig + 1 vårdgranne	1 besök
1 vårdpersonal	1 vårdgranne	0 besök

Observera att endast kontakter med patienter eller anhöriga registreras som besök. Kontakter med vårdgrannar eller samarbetspartners i övrigt, externt eller internt ska inte registreras. Konsultationsbesök på andra enheter registreras inte.

I årets rapport har distanskontakterna för första gången varit en del av besöken. Detta medför att den totala produktionen kan visas, inte bara den som utförs i fysiska besök. Vissa regioner har haft svårt att rapportera in distanskontakter och detta beskrivs under respektive graf. Det kan också medföra att antalet unika patienter kan vara större i år utan att en faktisk ökning har skett. Detta beror på att individer som tidigare enbart har haft distanskontakt inte har rapporterats in.

Nybesök

För definition av nybesök används Socialstyrelsens definition: nybesök innebär öppenvårdsbesök som inte har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande), vårdcentral eller motsvarande. Eventuell tidigare kontakt ska vara avslutad.

Distanskontakt

För definition av distanskontakt används Socialstyrelsens definition: Distanskontakt: innebär vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt.

Huvuddiagnos

För definition av huvuddiagnos används Socialstyrelsens definition: Huvuddiagnos innebär det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut. Det är huvuddiagnosen vid epikris som ska anges. Bidiagnoser anges inte.

Vårdbegäran

För definition av vårdbegäran används Socialstyrelsens definition: vårdbegäran innebär begäran om erhållande av hälso- och sjukvård. Vårdbegäran kan göras för egen eller annans räkning. Exempel: tidsbeställning, akut öppenvårdsbesök, remiss.

Vårddag

För definition av vårddag används Socialstyrelsens definition: Vårddag: innebär dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Varje påbörjat dygn räknas som en vårddag, det vill säga både inskrivningsdag och utskrivningsdag ska ingå. Hela permissionsdygn exkluderas från antalet vårddagar. (Observera skillnaden mellan begreppet vårddag och begreppet vårdtid uttryckt i dagar.)

Vårdtillfälle

För definition av vårdtillfälle används Socialstyrelsens definition: Vårdtillfälle innebär vårdkontakt i sluten vård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande). Utskrivning ska ligga till grund för beräkning av antal vårdtillfällen under året.

Se ytterligare beskrivning och skiss under ”Kommentar heldygnsvården vårdtillfällen”.

Vårdplats

För definition av vårdplats används Socialstyrelsens definition: fastställd vårdplats innebär vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman. Ange det totala antalet fastställda vårdplatser vid årets slut.

Disponibel vårdplats

Med disponibel vårdplats menas fastställd vårdplats som är belagd eller kan beläggas. Disponibla vårdplatser lika med möjliga minus ej beläggningsbara vårddagar dividerad med 365. Exempel:

Så beräknas disponibla vårdplatser

En klinik med 60 fastställda vårdplatser har under året

- haft 30 vårdplatser semesterstängda i 8 veckor = 1 680 vårddagar
- reducerat för utbildning med 20 vårdplatser i 1 vecka = 140 vårddagar
- hög vårdtyngd (intagningsstopp) av 5 vårdplatser i 10 dagar = 50 vårddagar

60 fastställda vårdplatser ger 21 900 möjliga vårddagar (60 x 365 = 21 900).

Antalet disponibla vårdplatser blir därmed
21 900 – 1 870/365 = 54,8 disponibla vårdplatser

Patienter över 18 år

Det finns personer över 18 år som behandlas på BUP. Beroende på vilken omfattning denna verksamhet har kan man antingen ha både produktion och resurs kvar i BUP:s redovisning (normalt) eller så kan man flytta över både prestation och resurs till vuxenpsykiatrins rapportering.

Att beräkna arbetade timmar

Personalresurserna ska anges i antal arbetade timmar, det vill säga det faktiska antal timmar som disponerats för produktion under året på kliniken. Antalet arbetade timmar kommer att omvandlas till årsarbetare vid databearbetningen. (En årsarbetare = 1 760 arbetade timmar.)

Antalet arbetade timmar beräknas enligt nedanstående:

- placering enligt schema (planerat antal arbetade timmar) eller,
- registrering i stämpelklocka (antal arbetade timmar),

- aktiv tid under jour- och beredskap, se vidare nedan,
- övertid och fyllnadstid,
- timanställd personal (timtid).

All frånvaro, både betald och obetald, ska inte inkluderas. Exempel på frånvarotyper som ska räknas bort är:

- semester,
- kompledighet,
- utbildning, se vidare nedan,
- övrig frånvaro med lön,
- sjukfrånvaro.

Den utbildningstid som ska räknas bort är tiden för utbildningar. Interna fortbildningsaktiviteter såsom seminarier, föreläsningar, yrkesgruppsträffar, planeringsdagar etc är ej frånvarotid.

Med aktiv tid under jour- och beredskap menas den tid som enligt avtal ligger till grund för uppräkning. Om kliniken inte registrerar den aktiva tiden utan enbart ersätter jour- och beredskap enligt så kallad schablon är det schablonens aktiva tid som ska anges.

Så beräknas aktiv jour- och beredskap

En anställd gör

- under jourtid en insats som faktiskt tar 15 minuter
- minsta enhet som enligt avtalet registreras vid varje störning är 30 minuter
- denna insats gjordes under tid som renderar ledighet, eller ekonomisk kompensation, med avtalsenlig minsta tid multiplicerat med 2,0. I detta fall blir det 60 minuter ledighet eller ekonomisk kompensation.

Den aktiva tiden under jour- och beredskap blir enligt beräkningen ovan 30 minuter.

Timmar som inhyrd personal från så kallade bemanningsföretag tjänstgör på kliniken ska räknas som arbetad tid.

Tjänstgöring på annan enhet ska inte räknas som arbetstid på kliniken. Detta oavsett om ekonomisk reglering sker eller inte. Kontakt måste tas med den enhet där aktuell personal är placerad, så att resursen ökas där i motsvarande grad.

Tid som ST-läkare arbetar på kliniken ska räknas som arbetad tid. Detta oavsett var dessa är budgeterade. Tid för AT-läkare ska inte inkluderas.

I denna rapport ska tid för underläkare anges. Med underläkare avses bland annat medicine studerande, vikarier med läkarexamen och vikarier med legitimation. Vid tiden för inrapporteringen fanns det ingen enhetlig definition varpå det kan skilja sig mellan de inrapporterande verksamheterna hur begreppet har tolkats.

Om personal har uppdrag åt andra huvudmän än regionen, till exempel för kommun eller andra regioner, ska detta inte räknas som arbetad tid på kliniken. Detta oavsett om ekonomisk reglering sker eller inte.

Generellt gäller regeln att arbetade timmar och produktionen ska redovisas på samma enhet.

Observera att arbete med egna patienter alltid ska räknas som arbete på kliniken oavsett var patienten befinner sig. Inom BUP är det vanligaste exemplet att en från öppenvården följer patienten i heldygnsvård som kanske ges på annan enhet/klinik. Om personal från BUP stadigvarande arbetar på till exempel barnmedicinkliniker är det avgörande för tidsregistrering var prestationen bokförs. Om prestationerna bokförs på BUP ska tidsresursen föras dit, annars tvärtom.

Att redovisa personalkostnader

Den totala personalkostnaden ska anges. Med totala personalkostnader avses lönekostnader och lönebikostnader. Resekostnader, kurskostnader med mera ska inte redovisas som personalkostnader.

Om personal helt eller delvis tjänstgör på annan enhet inom regionen ska personalkostnaden i motsvarande grad reduceras på kliniken. Detta oavsett var aktuell personal är budgeterad. Kontakt måste tas med den enhet där aktuell personal är placerad, så att resursen ökas där i motsvarande grad.

Om personal har uppdrag åt andra huvudmän än regionen, ska personalkostnaderna reduceras med den ersättning regionen erhåller för detta.

Ersättningen till så kallat bemanningsföretag ska i sin helhet redovisas som personalkostnad.

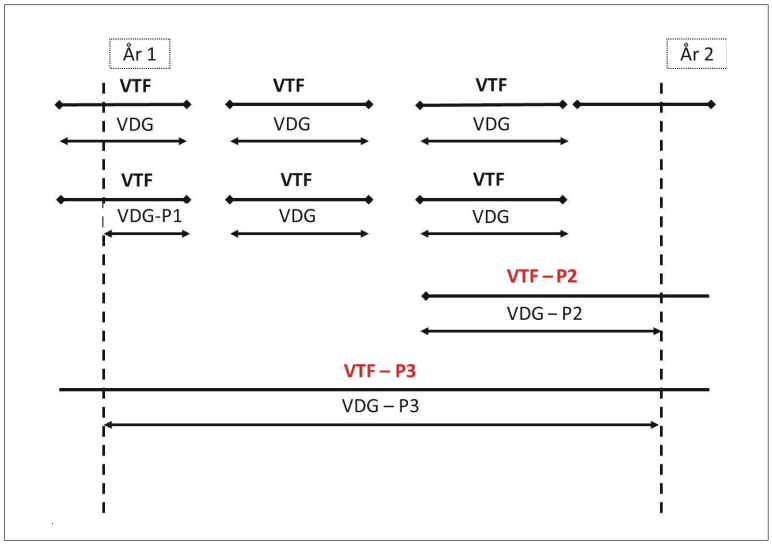
Personalkostnaden för ST-läkare ska redovisas på den klinik där de tjänstgör. Kostnader för AT-läkare ska inte inkluderas.

I denna rapport ska kostnader för underläkare anges. Med underläkare avses bland annat medicine studerande, vikarier med läkarexamen och vikarier med legitimation. Vid tiden för inrapporteringen fanns det ingen enhetlig definition varpå det kan skilja sig mellan de inrapporterande verksamheterna hur begreppet har tolkats.

Det finns ibland olika sätt att organisera olika personalgrupper, främst paramedicinare och sekreterarpersonal. I de fall någon personalgrupp tillhör annan organisation så ska kostnaderna för dessa köpta tjänster redovisas som personalkostnader på kliniken.

Kommentarer heldygnsvården vårdtillfällen:

Definition av vårdtillfällen (VTF) är knutet till antal utskrivna patienter. Inom psykiatrin är en andel patienter inneliggande under längre perioder. Den traditionella definitionen av VTF ger en begränsad bild av verksamheten. Det har därför beslutat att komplettera heldygnsvårdsstatistiken med patienter inlagda under året och som ej är utskrivna vid årets slut (VTF-P2) och ”patienter inneliggande både vid årets start och slut” (VTF-P3).



Diagnosbenämningar

Som underlag för diagnosredovisningen har ICD-10 använts. I denna rapport redovisas en förenklad benämning av diagnoserna. Se nedan tabell för förtydligande kring vilken kod som överensstämmer med vilken diagnosbenämning.

ICD-kod	Benämning	Benämning graf
F00-F09	Organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar	Psykisk störning till följd av kroppslig sjukdom
F10-F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	Missbruks- och beroendesjukdomar
F20-F29	Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	Psykossjukdomar
F30-F39	Förstämningssyndrom	Förstämningssyndrom
F40-F48	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	Ångestsyndrom
F50-F59	Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	Ätstörningar och sömnstörningar
F60-F69	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	Personlighetsyndrom
F70-F79	Psykisk utvecklingsstörning	Intellektuell funktionsnedsättning
F80-F89	Störningar av psykisk utveckling	Autismspektrumtillstånd och annan störning av psykisk utveckling
F90-F98	Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid	Hyperaktivitetsstörning och beteendestörningar

4. Verksamhetsbeskrivning

4.1 Profildatatabell

Län	Öppenvårds-enhet	Slutenvårds-enhet	Har BUP ansvar för första linjens psykiatri?	Om nej, vilken annan verksamhet har ansvar för första linjens psykiatri?	
Blekinge	Ja	Nej	Nej	Primärvården	
Dalarna	Ja	Ja	Nej	Primärvården	
Gotland	Ja	Ja	Ja	Utöver barn- och ungdomspsykiatrin har också BVC ansvar för första linjen och då för de små barnen (0-5 år)	
Gävleborg	Ja	Nej	Nej	Primärvården	
Halland	Ja	Ja	Nej	Primärvården	
Jämtland	Ja	Nej	Ja	Första linjen är inte tydligt definerad regionen. I länsöverenskommelse finns ungdomsmottagning, elevhäsa, primärvård och BUP omnämnda som verksamheter med första linjeansvar. BUP:s första linjearbete främst telefonrådgivning där vårdåtagande inte upprättas.	
Jönköping	Ja	Ja	Nej	Barn- och ungdomshälsa, elevhälsa samt ungdomsmottagning	
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Primärvården	
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Barn- och ungdomshälsan	
Norrbotten	Ja	Ja	Nej	Primärvården	
Skåne	Ja	Ja	Ja	BUP ansvarar för 6-18 år och det finns uppdrag	
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Enheter med avtal på VC och BUMM	
Sörmland	Ja	Nej	Ja		
Uppsala	Ja	Ja	Nej	Några psykologer på barnspecialistmottaning vid barnsjukhuset på Akademiska sjukhuset	
Värmland	Ja		Nej	Första linjen etablerad i hela länet sedan slutet av 2017 och är i nuläget organiserat under respektive geografiskt verksamhetsområde innehållande både allmänmedicin och psykiatri	
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	HC och ungdomsmottagning samt elevhälsa	
Västernorrland	Ja	Nej	Nej	Enligt regelboken för Vårdval ska primärvården vara första linjens hälso- och sjukvård för lätt till medelsvår psykisk ohälsa, där behov av specialistvård inte föreligger. Uppdraget gäller alla åldrar och primärvården ska kunna identifiera olika problem, göra basala utredningar av lätt till medelsvår psykisk ohälsa och behandla lätta former av psykisk ohälsa hos barn. Den ska identifiera svårare former av psykisk ohälsa och remittera vidare till rätt instans.	
Västmanland	Ja	Ja	Nej	1 januari 2018 flyttade BU hälsan över till primärvården	
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej	Primärvården	
Örebro					
Östergötland	Ja	Ja	Nej	Råd, stöd & hälsa, Ungdomsmottagningen samt Samtalsmottagningen Unga Vuxna; detta är tydliggjort i regionen	

	Finns det en dagvårdsenhet?	Finns det mobila team?	HAR BUP möjlighet att använda platser inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomsmedicin eller beroendevården?
	Nej	Nej	Ja, på vuxenpsykiatrins akutavdelning, allmänpsykiatrisk avdelning och från 16 år på beroendeavdelningen
	Ja, 2 stycken	Nej	Ja, avtal finns med vuxenpsykiatrin
	Nej	Ja, 1 stycken	BUP har en egen avdelning med två vårdplatser. Kostnaden tas av vuxenpsykiatrin. Barnpsykiatrikerna är konsulter mot avdelningen.
	Nej	Ja, 3 stycken	Ja, på vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomsjukvården
	Ja, 1 stycken	Ja, 1 stycken	Ja, avtal finns med vuxenpsykiatrin
	Nej	Ja, 1 stycken	Ja, på vuxenpsykiatrin samt barnkliniken. 2 avskilda vårdplatser för BUP-patienter finns på vuxenpsykiatrin. Särskild avdelad personal för BUP-patienter dag och kväll. Ansvarar även för jour må-fr kl 8-17. Övrig tid ordinarie jour på vuxenpsykiatrin. Nattbemanning tillses från annan avdelning på vuxenpsykiatrin.
	Ja, 1 stycken	Nej	Ja, på PIVA
	Nej	Nej	Ja, på vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomsjukvården
	Nej	Nej	Ja, på vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomshälsan
	Nej	Nej	Ja, på barnkliniken
	Ja, 5 stycken	Nej	Nej
	Ja, 1 stycken	Ja, 5 stycken	I sällsynta undantag kan psykiatriska intensivvårdsplatser bli akutella. Det rör sig om ett fåtal ärenden perår.
	Nej	Nej	Ja, avtal finns med vuxenpsykiatrin
	Nej	Ja, 2 stycken	Nej
	Ja, 1 stycken	Ja	Har möjlighet att använda plats inom vuxenpsykiatrin vid särskilt utåtagerande patienter. Bemannas med personal från BUP och vuxenpatienter flyttas för att inte blanda barn och vuxna.
	Ja	Nej	Ja, på vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomsjukvården
	Ja, 1 stycken	Nej	Ja, på vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomsjukvården
	Ja	Nej	Ja, avtal finns med vuxenpsykiatrin
	Ja, 6 stycken	Ja, 7 stycken	Ja, avtal finns med vuxenpsykiatrin
	Ja, 1 stycken	Nej	Nej

4.2 Verksamhetsbeskrivning för varje region

Verksamhetsbeskrivningen syftar till att beskriva varje regions organisation, personalsituation, större förändringar/händelser under året samt framtidsplaner/utvecklingsområden. Verksamhetsbeskrivningen är ett sätt att ge läsaren en tydligare bild av de förutsättningar som finns i varje region och ger inblick, på ett övergripande plan, i vilka faktorer det finns som påverkar utfallet i graferna.

Regionprofilerna ger en samlad överblick kring utfallet för ett urval av nyckeltal. Grafen visar den procentuella avvikelsen utifrån medianen (det mittersta värdet) för respektive nyckeltal. Vid en negativ procentuell avvikelse så är regionens värde lägre än medianen och vid en positiv procentuell avvikelse är regionens värde högre än medianen.

Blekinge

Organisation
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) utreder och bedömer psykiska symtom hos barn och ungdomar samt erbjuder behandling till barn och ungdomar med psykiatriska tillstånd, en behandling som inkluderar familj och nätverk. BUP är en tvärvetenskaplig specialistverksamhet som innefattar ett familjeterapeutiskt, kognitivt, psykodynamiskt samt neuropsykologiskt förståelseperspektiv. Verksamhetens uppgift är att bedöma, utreda och behandla allvarlig psykisk ohälsa hos barn, ungdomar under 18 år och deras familjer. Upptagningsområdet innefattar cirka 32 000 barn i åldrarna 0–17 år.

Verksamheten består av öppenvårdsmottagningar i Karlshamn, Ronneby och Karlskrona samt mellanvård i Karlshamn och Karlskrona. Mellanvården i Karlskrona finns på Kastanjevillan som också är BUP Blekinges heldygnsvård. Det finns också ett länsövergripande DBT-team och ett ätstörningsteam. BUP har även utrednings- och behandlingsuppdraget för ADHD och barnhabiliteringen avseende autismspektrumstörningar.

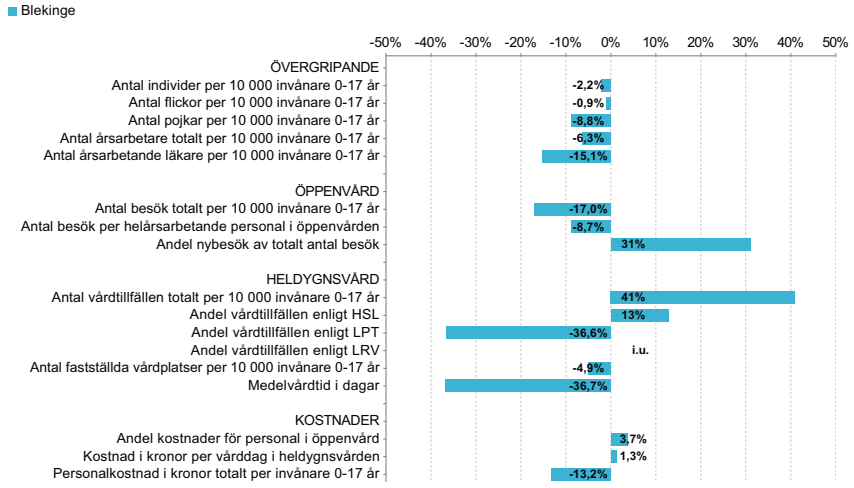
Personalsituation
Verksamheten har totalt 59 budgeterade tjänster där överläkar- och ST-läkartjänster är tillsatta. Det har varit svårt att rekrytera legitimerade psykologer. De obesatta psykologtjänsterna har ersatts med PTP-psykologer. Verksamheten har infört specialistpsykologtjänster varav en med utökat funktionsansvar. Längre utbildningar ges i form av steg 1 och steg 2-utildningar inom KBT, familjeterapi samt specialistpsykologutbildning.

Större förändringar/händelser under året
Under året har BUP i sin strävan att erbjuda alla patienter lika vård arbetat med mellanvårdens uppdrag och arbetssätt. Det har tagits fram en mall för barnpsykiatriska bedömningar samt sett över gemensamma rutiner. Gemensam nyanmälningsfunktion för hela länet har skapats. BUP och barnhabiliteringen har haft gemensam utbildning avseende neuropsykiatriska utredningar. BUP har också startat upp Dep-lyftet som löper under tre år.

Planering för psykiatrins framtida lokaler för både BUP och vuxenpsykiatrin i Karlskrona och Ronneby har gjorts under 2018.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
På regional/nationell nivå deltar BUP i gemensamt utvecklingsprojekt gällande tidiga samordnade insatser för barn och unga tillsammans med andra delar av hälso- och sjukvård där barn och unga finns samt skola och socialtjänst. Verksamheten arbetar också med att implementera nationella riktlinjer inom olika diagnosområden och att kartlägga den gemensamma utredningsprocessen för BUP och barn- och ungdomshabiliteringen.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Dalarna

Organisation
BUP Dalarna har till uppdrag att utgöra Region Dalarnas specialistnivå för att tillhanda hålla barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet för länets barn och ungdomar 0 till och med 17 år med allvarlig psykisk ohälsa. I uppdraget ingår att utreda och ge insatser till barn och unga med autism från och med 6 år. Jourverksamhet bedrivs dygnet runt på Falu lasarett. I Falun finns heldygnsvård med 4 vårdplatser. Förutom öppenvårdsmottagningar finns länsgemensamma enheter, en familjeterapienhet, ett DBT-team, Nyanmälan och Råd, akutteam, ätstörningsenheten Tornet samt kunskapscentrum neuropsykiatri.

Familjeterapienheten, kunskapscentrum neuropsykiatri samt ätstörningsenheten är att betraktas som mellanvårdsfunktion. Besöken vid familjeterapienheten är omfattande, video- och leksamtal som tar längre tid än vanliga öppenvårdssamtal. I familjeterapienhetens uppdrag ingår även insatser till små barn 0 till och med 3 år.

Personalsituation
Under 2018 har situationen kring bemanning ytterligare stabiliserats med undantag för heldygnsvården som har sjuksköterskebrist. Verksamheten har brist på specialistläkare och kompenserar med hyrlinjer, vilket påverkar personalkostnaderna avsevärt. Trots lyckosamma rekryteringar har verksamheten en fortsatt kompetensbrist och har på grund av detta använt vårdköp för både behandling och utredning. Behovet är stort gällande kompetensutveckling av nya medarbetare och kommer vara så flera år framöver.

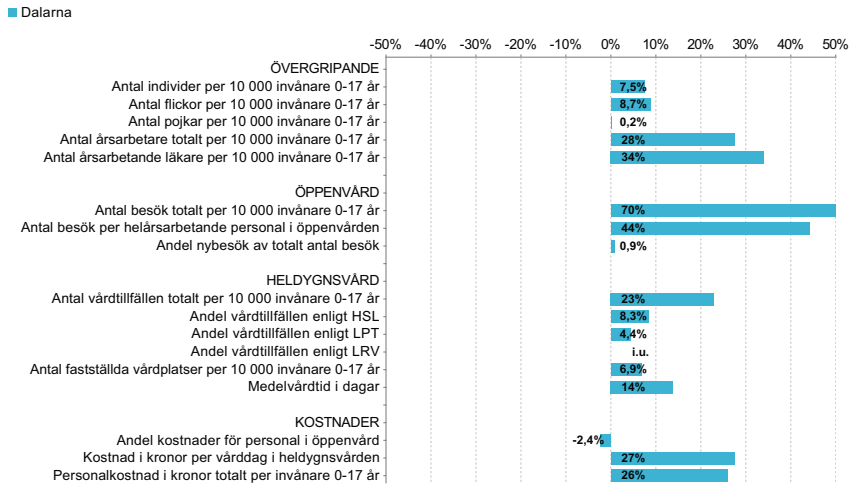
Större förändringar/händelser under året
Tillgänglighet har varit fokus under 2018 där verksamheten uppvisar en förbättring gällande första besök inom 90 dagar och insatser inom 30 dagar. Det finns fortsatta svårigheter att erbjuda fler barn och unga en första tid inom 30 dagar. Verksamheten kommer att ha fokus på tillgänglighet även under 2019.

År 2018 startades patientenkäter via Genombrott.nu i öppenvården. Verksamheten vill fortsätta förbättringsarbete där utvärdering av patienternas upplevelse gällande bemötande, delaktighet, kontinuitet och planering är viktiga områden.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Förhoppningar om fortsatta samordningsvinster med bibehållet barnperspektiv inom division psykiatri i framtiden gällande flera områden där möjligheter till samlokalisering av heldygnsvård ses över men även en önskan om samordningsvinster gällande jourlinjer. Fortsatt arbete gällande gemensamma rutiner och riktlinjer inom divisionen anses värdefullt.

Utmaningar framåt blir att utföra uppdraget med färre anställda och att förändra arbetssätt med bibehållen kvalitet. Stora utmaningar kommer att vara kompetensförsörjning och -höjning av alla nya medarbetare. Fler fasta läkare och psykologer krävs för att klara uppdraget och öka kontinuitet i vården men även sjuksköterskor, arbetsterapeuter och medicinska sekreterare. Det är viktigt att patienter får veta att de kan få hjälp och kvalificerad sådan, likaså att locka medarbetare till en verksamhet där personalen gör skillnad för barn och unga och dessutom har stora möjligheter till utveckling i sin yrkesroll.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Gotland

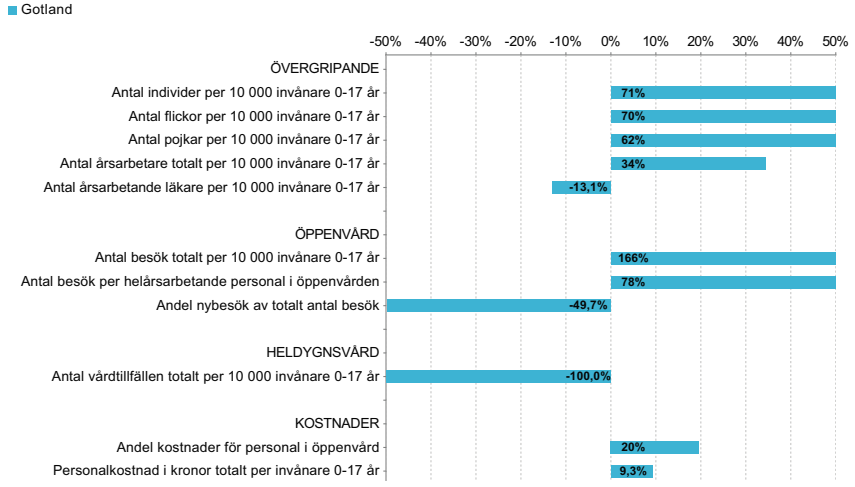
Organisation
BUP i Visby har hela Gotland som sitt upptagningsområde och bedömer, behandlar och utreder alla olika psykiatriska tillstånd. Vad gäller autismspektrumstörning ansvarar BUP för utredning, medan Habilitering ansvarar för råd och stöd. Mottagningen är organiserad i två tvärprofessionella team, med breda uppdrag. Därutöver finns åldersövergripande subspecialiserat ätstörningsteam och DBT-team. Utöver detta finns småbarnsteam, ett socialpsykiatriskt team (från 2018 är detta en del i uppdraget och inte längre ett projekt), en mindre enhet för första linjen och en MiniMaria-mottagning.

Personalsituation
BUP har under de senaste åren haft ett ökat inflöde av patienter och har därmed en ökad arbetsbelastning. Alla yrkeskategorier är svårrekryterade, särskilt svårt är det att rekrytera erfaren personal. Behov av kompetensutveckling finns inom de flesta områdena.

Större förändringar/händelser under året
Patientinflödet ökar varje år, och även efterfrågan på akuta insatser. Det ekonomiska läget inom regionen är tufft med sparbeting inom alla förvaltningar.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
En gemensam förstalinjen-mottagning med socialtjänsten skapas från och med mars 2019.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Gävleborg

Organisation
Barn- och ungdomspsykiatrin Gävleborg är specialisthjälp för barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Verksamheten har ett upptagningsområde som omfattar cirka 56 000 invånare under 18 år. Verksamheten består av sammanlagt fyra mottagningar i Gävle, Hudiksvall och Bollnäs samt en länsenhet för ätstörningar. Det finns ingen mellanvårdsfunktion men verksamheten erbjuder mobila team samt dagvård.

BUP har i uppdrag att utreda autismspektrumstörningar för barn och unga över 6 år. Behandlingsansvaret för barn och unga 0-18 år ligger på barn- och ungdomshabiliteringen, som ligger inom samma verksamhetsområde. I BUP:s uppdrag ingår att erbjuda utbildning inom diagnos ADHD för ungdomar och föräldrar. Viss gruppbehandling erbjuds. Verksamheten avsätter cirka 1–2 timmar för nybesök och vissa återbesök. För uppföljningar avsätts kortare tid.

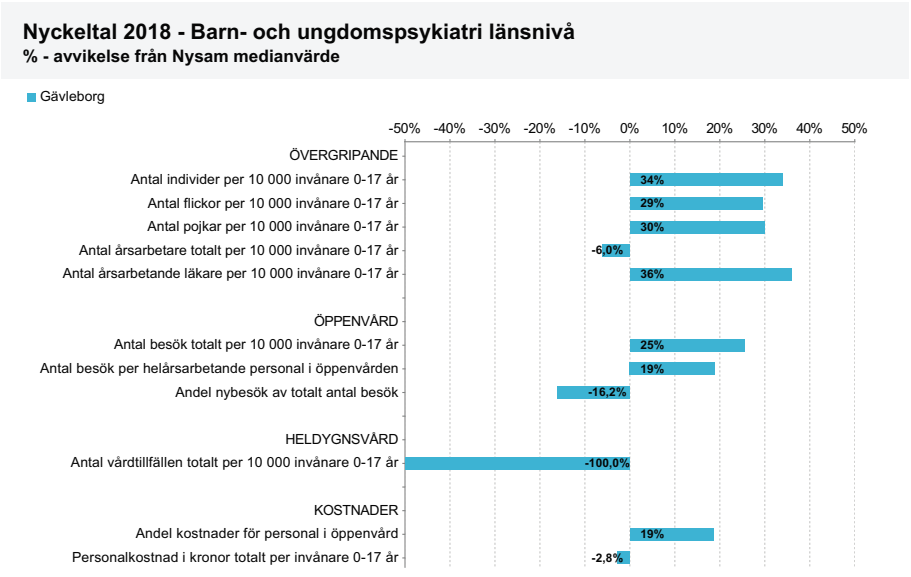
I samverkan med barn- och ungdomshabiliteringen sker ett arbete med syfte att utveckla gemensamma utbildningar. Målsättningen är att effektivisera dels utifrån ett patientperspektiv (undvika väntetider och köer), dels ur ett verksamhetsperspektiv vad avser personal och kompetens. Bland annat ska digitaliserade utbildningar tas fram.

Personalsituation
BUP har drygt 102 årsanställda (112 månadsavlönade). Åldersmässigt har verksamheten en bra blandning men märker av en ökad rörlighet på arbetsmarknaden. Det har varit omsättning på högt kvalificerad personal och vid nyrekrytering har det varit svårigheter att få samma grad av kompetens. Andel vakanser har fluktuerat under året, men en liten ljusning har setts utifrån att fler söker de tjänster som annonseras ut.

Större förändringar/händelser under året
Flödet gällande patienter som söker specialistpsykiatri är liksom tidigare år stort. Utifrån de svårigheter som finns att klara den förstärkta vårdgarantin, son är en nationell utmaning, har ett stort arbete skett gällande tillgänglighet baserat på regelbundna uppföljningar inom verksamhetsområdet. Projekt inom digital vård, psykopedagogisk behandling, triagering med mera har skett i samverkan med första linjens psykiatri/familjehälsan med målsättningen om att hitta ett säkert sätt för bland annat vårdnivåbedömning, effektivisering och med patienten i centrum.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Förbättringsområden som verksamheten arbetar med under 2019 inkluderar hur data från kvalitetsregister ska nyttjas bättre, utveckla dokumentation, journalföring och journal på nätet samt resursoptimering och –fördelning.

År 2018 beslöt hälso- och sjukvårdsdirektören att verksamhetsområdena familjehälsa (första linjens psykiatri) och habilitering- och barnpsykiatri ska bilda ett gemensamt verksamhetsområde från och med 2019.



Halland

Organisation
BUP i Halland består av fyra mottagningar fördelade över länet och en heldygnsvård lokaliserad i Halmstad. BUP-linjen är en centraliserad ”intake-enhet” som ansvarar för en första bedömning, via telefonintervju, av alla inkommande remisser. Ätstörningsenheten tillhör BUP och är organiserad åldersövergripande (barn och vuxna) med mottagningar i två kommuner.

BUP Halland bedriver också intensiv öppenvård i en länsövergripande enhet för att kunna hjälpa de som behöver mer vård än vad ordinarie mottagningar kan erbjuda. De har även i uppdrag att förebygga eventuella inläggningar samt underlätta utskrivningar från heldygnsvård. I denna enhet innefattas även OCD-team samt psykos/bipolär-team.

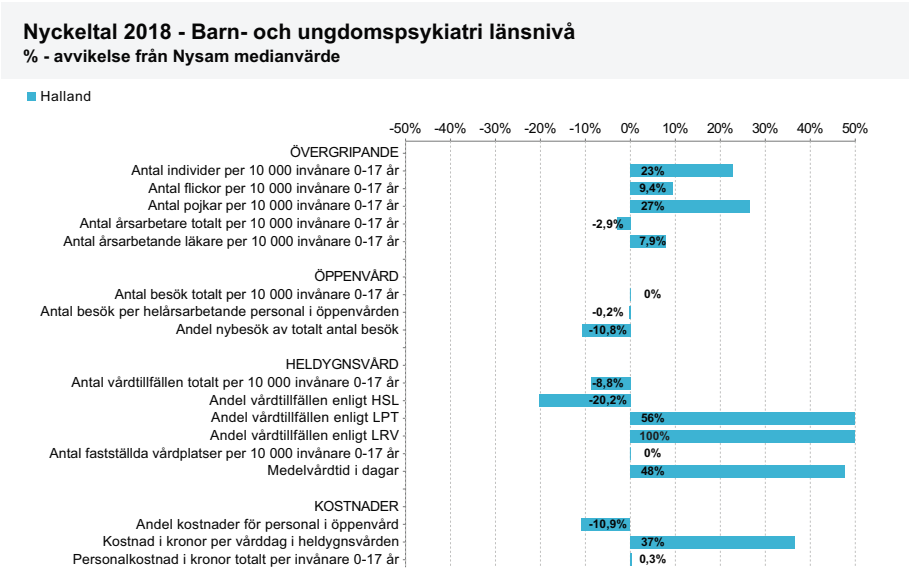
I uppdraget ingår att utreda och behandla autism för barn och unga med normalbegåvning och det finns en enhet för mellanvård.

Personalsituation
Det arbetar cirka 170 personer inom BUP Halland och upptagningsområde innefattar mellan 65-70 000 barn och unga. Under 2018 hade verksamheten drygt 5 000 unika patienter och genomförde drygt 1 500 nybesök. Andelen utomlänspatienter ökar lavinartat, främst från Västra Götalandsregionen.

BUP Halland fick under 2018 en utökad rambudget baserat på volymökningen av unika patienter. För dessa pengar så anställdes ny personal främst till öppenvård för att kunna möta det ökade trycket och kunna hålla en hög tillgänglighet. När året var slut fanns inga vakanser inom organisationen.

Större förändringar/händelser under året
År 2018 var ett år med högt patienttryck, rekordmånga inremisser samt det högsta antalet unika patienter i verksamhetens patientadministrationssystem någonsin. Utöver detta hade heldygnsvården en otroligt hög beläggning under hela året.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Inom BUP Halland finns en väl utvecklad ”intake-enhet” som styr hur och var nybesök bokas in. Därigenom har verksamheten kunnat identifiera ett stort flöde av patienter med misstänkt ADHD. Dessa får ett nybesök inbokat till läkare, som redan innan besöket har fått relevant information från skolan denna patient. Det genomförs en basutredning som eventuellt utmynnar i diagnos. Vid utfall ADHD så dras behandling igång direkt. Psykoedukation, eventuell medicinering och alla föräldrar får utbildning.



Jämtland

Organisation
Jämtland har 130 000 invånare varav 25 000 barn och ungdomar upp till 18 år. Geografiskt täcker BUP ett område som sträcker sig över 50 mil. För att lösa uppdraget bedrivs ”filialverksamhet” som innebär att personal har ”ansvarskommuner” som de besöker varannan eller var tredje vecka, i syfte att framför allt samverka med socialtjänst och elevhälsa men även för att genomföra patientbesök.

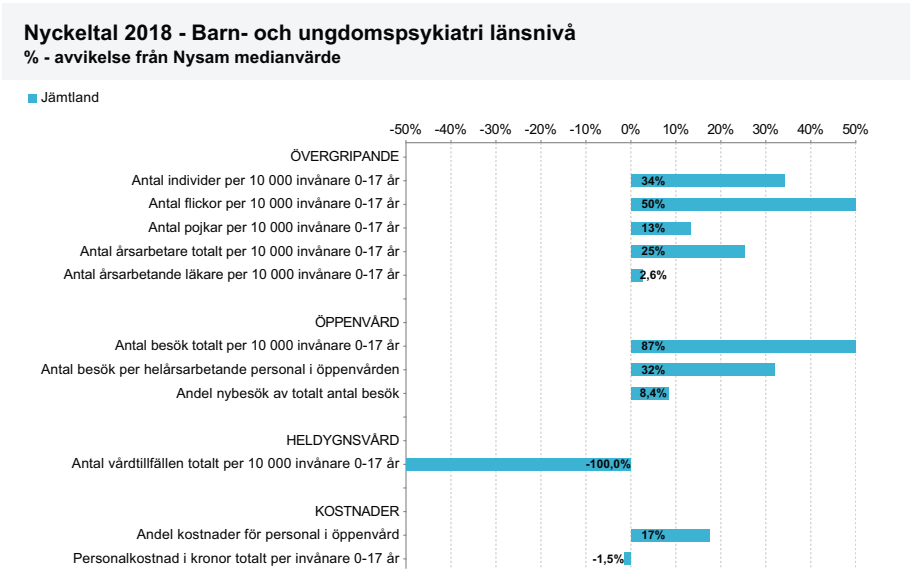
BUP ansvarar tillsammans med elevhälsa, ungdomsmottagning och primärvård för första linjen samt har ansvar för all neuropsykiatrisk utredning förutom autismfrågeställningar på barn upp till skolåldern. Barnhabiliteringen ansvarar för stöd och behandling av autism. Den genomsnittliga besökstiden mellan 1 och 1,5 timme. Det finns ingen egen slutenvård. Patienter läggs in på vuxenpsykiatrin. En egen slutenvårdslösning är under uppbyggnad och ska infatta även viss egen mellanvård. Ett team för intensiv kontextuell behandling, IKB-team, finns enligt socialpsykiatrisk modell sedan årsskiftet 2016/2017. Teamet är samfinansierat med kommunen.

Personalsituation
Verksamheten i stort fullt bemannad. Många medarbetare har kort erfarenhet och/eller är relativt nyexaminerade vilket påverkar kompetens och kunskap i organisationen. Stor kompetensutvecklingsinsatser pågår, vilket påverkar produktionen märkbart och därmed tillgängligheten.

Större förändringar/händelser under året
Ökat införde av patienter har skett flera år i rad. Samtidiga krav på besparingar i verksamheten gör situationen ansträngd. Försämrad tillgänglighet både till nybesök och till behandlingar. Verksamheten har långa väntetider, till exempel 1-2 år för neuropsykiatriska utredningar.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
År 2018 öppnade två avskilda platser på vuxenpsykiatrin för att tillse att barn kan vårdas avskilt från vuxna. Sedan tidigare fanns särskild avdelad personal för inlagda BUP-patienter samt jourbesök dagtid. Vården sker fortfarande på vuxenpsykiatrin.

Grundläggande psykoterapeututbildning startad i egen regi för tio nyanställda socionomer. Stort antal psykologer går specialistutbildning. Verksamheten har börjat erbjuda alltmer internetbehandling samt videobesök.



Jönköping

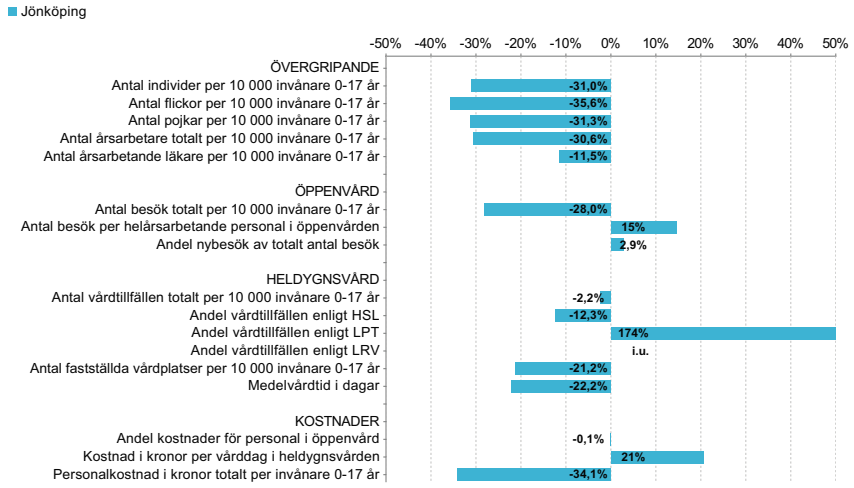
Organisation
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken är från 1 januari 2018 en länsklinik i Region Jönköpings län. Av länets 13 kommuner med ett invånarantal på 360 000 är 78 000 barn och unga i åldern 0 – 17 år. Uppdraget för länskliniken är att bedriva en specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga (upp till 18 års ålder). Den är organiserad med tre öppenvårdsmottagningar belägna i Jönköping, Värnamo och Nässjö. I Jönköping finns fyra platser för heldygnsvård och dessutom en anorexienhet med sex dagvårdsplatser. En psykiatrisk intensivvårdsavdelning, gemensam för alla åldrar, finns. Akuta besök efter klockan 16 tas emot på gemensam psykiatrisk akutmottagning för alla åldrar. Bakjourlinje bemannas av överläkare inom BUP.

Personalsituation
Sedan 2018 har kliniken inga hyrläkare. Bemanningen och ”återväxt” av läkare är inom kliniken god. Flera nya psykologer har rekryterats till klinikens öppenvård. Omsättningen av personal är fortsatt påtaglig vilket gör att kapaciteten och kompetensen i förhållande till uppdraget inte är i balans. Största utmaningen är att bemanna heldygnsvård och anorexienhet med psykologkompetens. Barn och ungdomspsykiatrin i Region Jönköpings län bedrivs med landets lägsta personalbudget i förhållande till målgrupp.

Större förändringar/händelser under året
Länets barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet sammanfördes från och med årsskiftet i en länsklinik. Det gjordes för att förtydliga och förstärka barn-och ungdomspsykiatrin i förhållande till vuxenpsykiatrin samt att erhålla ett sammanhållet och länsövergripande ansvar för utbildning, metod-och programutveckling och bemanning. Allt i syfte att kunna erbjuda en jämlik vård för länets barn och ungdomar.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Prioriteringarna för 2019 inkluderar att förbättra tillgängligheten. Verksamheten ansvar för utredning, uppföljning och behandling av både lindrig och komplex ADHD vilket är en av flera strategiska frågor för att korta köer. Även vårdplaner eller vårdkontrakt ska skapas för alla patienter i kombination med att inflytandeplaner inom verksamheten ska upprättas.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Kalmar

Organisation
Upptagningsområdet är Kalmar län består av 48 400 barn och ungdomar i åldern 0-17 år. I BUP Kalmar ingår en ätstörningsenhet som har patienter som är äldre än 18 år. Dessa patienter är redovisade i denna rapport. Strategiska mål är god tillgänglighet, respektfullt bemötande och professionalism.

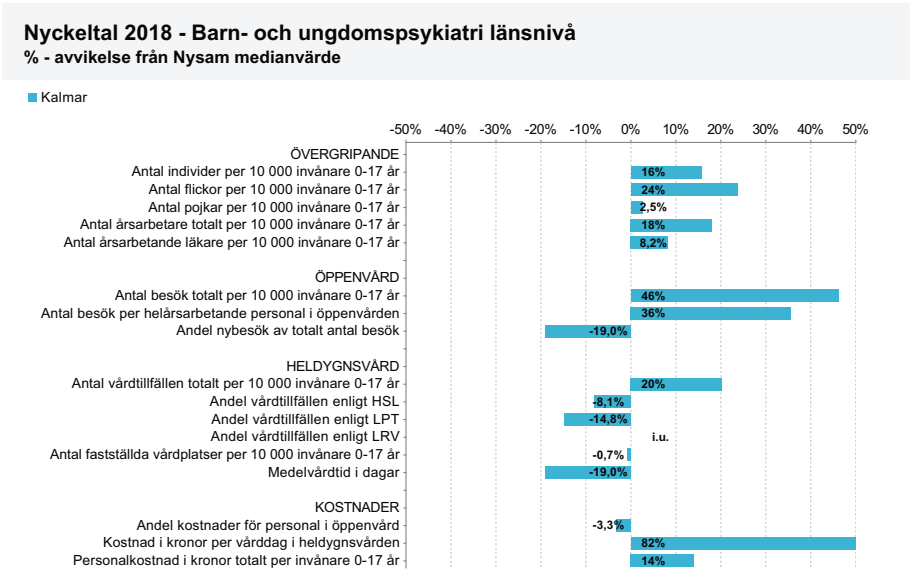
Verksamheten har ingen mellanvårdsfunktion. Verksamheten utreder neuropsykiatriska tillstånd men inte behandling. Föräldrautbildning finns, likaså gruppbehandling men inte rehabiliteringsstöd. Det är en stor variation i öppenvård från ett enskilt besök för en patient till flerårig kontakt med veckovisa besök för andra patienter. Medelvårdtiden i heldygnsvården är knappt 6 dagar.

Personalsituation
BUP Kalmar är mitt i en generationsväxling som kommer att pågå några år framöver. Det ställer höga krav på kliniken i rekryteringssammanhang, men även i kompetensutvecklingssatsningar. Det är svårt att rekrytera legitimerade psykologer, legitimerade sjuksköterskor med specialistkompetens, legitimerade psykoterapeuter och terapeuter med grundläggande samtalsutbildning med framför allt KBT-inriktning samt ST-läkare och specialist- och överläkare i allmänpsykiatri. Det är för närvarande stora svårigheter att bära upp en hållbar bakjourslinje med specialistläkare kopplade till den psykiatriska akutmottagningen. Satsningar som görs är förändringar i arbetssätt/metoder, utlandsrekryteringar med mera. Genom samarbete med somatiken finns tillgång till personal som fysioterapeut.

BUP Kalmar klarar av att upprätthålla vårdkvalitetsindikatorerna, bland annat tid till besök, med stöd av hyrläkare, men till följd av vissa brister i personkontinuitet för patienterna. Alla vakanta tjänster vid kliniken utannonseras löpande.

Större förändringar/händelser under året
Inga särskilda händelser har noterats under året.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Det pågår ett arbete med att tydliggöra vilka ärenden som ska remitteras till Första respektive Andra linjens psykiatri. BCFPI ska införas som triageringsmetod.



Kronoberg

Organisation
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Region Kronoberg bedriver specialistvård i Kronobergs län som har ett upptagningsområde på närmare 200 000 invånare, varav cirka 41 000 som är 0-17 år.

Kliniken erbjuder bedömning, utredning och psykiatrisk behandling både för akuta och planerade insatser inom såväl öppen- som slutenvård. Verksamheten arbetar utifrån ett familjeorienterat perspektiv med insatser både individuellt och i grupp samt terapeutiska och pedagogiska interventioner. Habiliterande insatser för autismspektrumstörningar och andra funktionsnedsättningar görs av barn- och ungdomshabiliteringen. Samverkan med vuxenpsykiatrin finns exempelvis genom ett gemensamt DBT-team samt för patienter med ätproblematik.

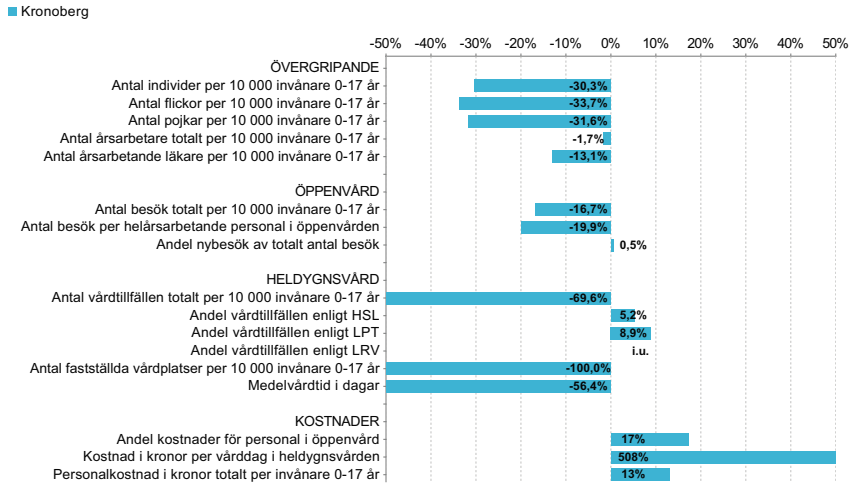
Sedan 2007 har verksamheten inte haft någon egen slutenvårdsavdelning men har tillfälligt kunnat öppna slutenvård i samverkan med vuxenpsykiatrin. Tillgång till vårdplatser på barn- och ungdomsmedicin finns för vissa patientgrupper. Samarbetsavtal, gällande en (1) slutenvårdsplats finns även med Region Halland.

Personalsituation
I ett av klinikens utvecklingsarbete har stort fokus lagts på kompetens och kompetensförsörjning för att tydliggöra hur klinikens behov av nyanställningar är och hur satsningar ska prioriteras för vidareutbildning. Generationsväxlingen och omsättningen av medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatrin påvisas även inom Region Kronoberg. Rekryteringar av sjuksköterskor och läkare har blivit något bättre, vakanta tjänster finns fortsatt inom psykologgruppen även om det ser något bättre ut. I den länsgemensamma organisationen barnahus är 50 % psykolog från barn- och ungdomspsykiatrin avsatt.

Större förändringar/händelser under året
Barn- och ungdomspsykiatrin inom Kronoberg har under 2018 påbörjat och genomfört ett stort utvecklingsarbete, utifrån en extern analys av verksamheten vad det gäller arbetsmiljö och medicinsk revision. Rutiner och riktlinjer har utformats och reviderats och ett kvalitetsledningssystem har börjat sin utformning. Utvecklingsarbetet har till syfte att skapa goda former i samverkan, processer och patientflödet samt tydlighet i styrning och ledning.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under 2019 flyttar kliniken till nya lokaler, med fysisk närhet till första linjen vilket gynnar möjligheten till ”en väg in”. Ett länsövergripande arbete med ”Barnens bästa gäller” är påbörjat tillsammans med bland annat kommuner och polismyndighet, här har kliniken en aktiv roll.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Norrbotten

Organisation
Region Norrbotten består av 14 kommuner med drygt 250 000 invånare varav cirka 46 000 barn och ungdomar upp till och med 17 år. Barnsjukvården i Norrbotten har ett samlat ansvar för barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabilitering samt barn- och ungdomspsykiatri med en gemensam länschef. Barnsjukvården är organiserad i Division länssjukvård tillsammans med bland annat alla opererande specialiteter, laboratoriemedicin och bild och funktionsmedicin.

Det finns fyra öppenvårdsmottagningar i länet. Tre av dessa, Gällivare, Kalix och Piteå, är samorganiserade med barn- och ungdomshabilitering och barn- och ungdomsmedicin och har en gemensam verksamhetschef vid respektive ort.

Barn- och ungdomspsykiatrin Sunderbyn innefattar öppenvård i Luleå och Boden, länsgemensam heldygnsvårdsavdelning med sex vårdplatser och BUP-linjen som är en länsgemensam ingång till BUP. BUP Sunderbyn har en egen verksamhetschef som inte har ansvar för barn- och ungdomshabilitering eller för barn- och ungdomsmedicin.

Det finns ingen mellanvård eller subspecialisering i Region Norrbotten.

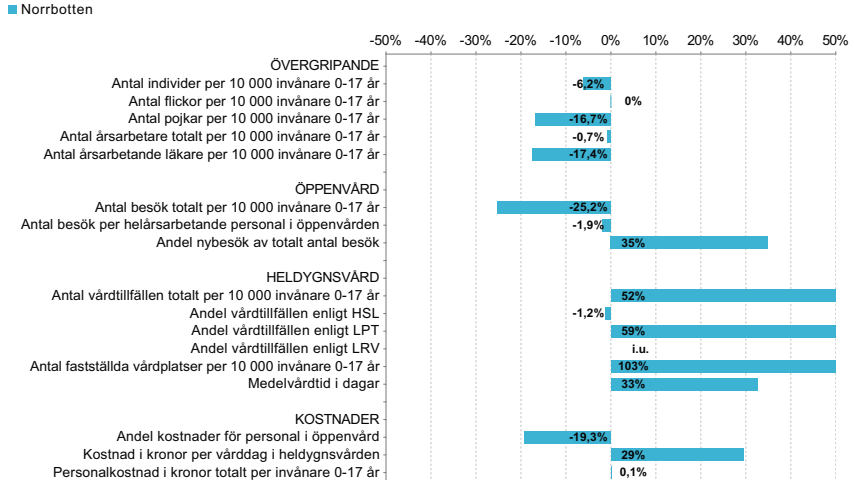
Personalsituation
Det är svårt att rekrytera och behålla framför allt psykologer samt att rekrytera barn- och ungdomspsykiatriker. Detta har genererat ett stort behov av hyrpersonal under året. Kompetensnivån påverkas också av detta och verksamheten kan i nuläget inte täcka behovet för vare sig utredningar eller behandling. Verksamheten har utifrån detta uppmärksammat behov av kompetensutveckling och kompetensförsörjning i ett längre perspektiv. Det finns också många nyanställda med stora kompetensutvecklingsbehov.

Större förändringar/händelser under året
Verksamheten har fortsatt med deltagande i Dep-lyftet och ytterligare medarbetare har utbildats under 2018. Arbetet fortsätter i modifierade former under 2019 och verksamheten siktar på en ny kaskadutbildning.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under 2019 ska BUP-linjen fortsätta implementeras för att säkerställa att BUP-linjen blir den länsövergripande enheten som tar emot alla nya ärenden till barn- och ungdomspsykiatrin i Region Norrbotten, genom telefonrådgivning, remisser och egenvårdsbegäran.

Verksamheten kommer också att ta fram en gemensam, samordnad introduktionsutbildning för all personal inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Skåne

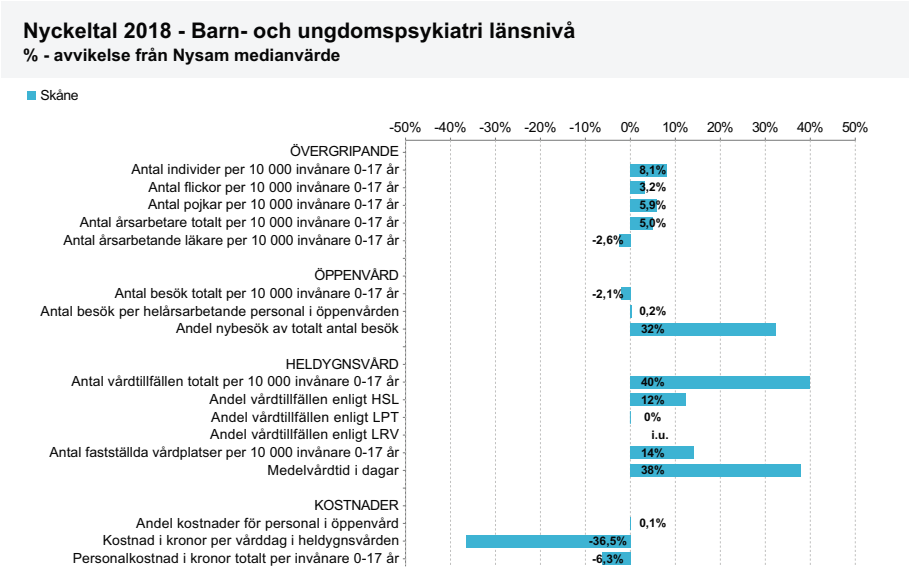
Organisation
I upptagningsområdet för barn- och ungdomspsykiatrin Skåne bor 300 000 barn i åldern 0 – 17 år. Inom BUP Skåne bedrivs vård på fyra olika nivåer: första linjen, öppenvård inklusive fyra högspecialiserade regionala team, mellanvård och heldygnsvård. BUP Skåne utreder autismspektrumstörningar, om sådan diagnos har ställts ges den habiliterande behandlingen på barn- och ungdomshabiliteringen. Vid psykiatrisk samsjuklighet sker behandlingen i samverkan mellan barn-och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshabiliteringen.

Inom BUP Skånes verksamheter erbjuds även gruppbehandling och föräldrautbildning i grupp. Behandling, utbildning och stödinsatser sker även individuellt. Individuella besök kan variera i längd, men är vanligen mellan 45-60 minuter långa. För nybesök avsätts 120 minuter. Besök sker även i dagsjukvård/mellanvård.

Personalsituation
BUP Skåne har runt 600 medarbetare av tvärprofessionell sammansättning. Precis som i resten av landets märks en generationsväxling i flera yrkesgrupper, främst avseende läkare, psykologer och sjuksköterskor. Inom BUP Skåne finns svårigheter att rekrytera medarbetare med rätt kompetens och erfarenhet av barnpsykiatriskt arbete, främst avseende psykologer. BUP Skåne arbetar därför kontinuerligt med kompetensutveckling och med att skapa förutsättningar för att vara en attraktiv arbetsplats.

Större förändringar/händelser under året
I Skåne finns ett ständigt ökande inflöde av barn och unga till både Första linjen och BUP. Upptagningsområdets volym beräknas öka med 15 procent de kommande åren. Det ökande inflödet förklaras också av ett ökat söktryck, där en större andel av barn och familjer söker och får vård på BUP.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
För 2019 finns ett antal prioriterade utvecklingsområden: e-hälsa, brukarstyrda inläggningar, vårdprocessutveckling samt kompetensförsörjning. Den demografiska ökningen innebär att verksamheten måste se över arbetssätt och utveckla vården parallellt med att det finns behov av resurs- och kompetenstillskott. Arbetet med brukarstyrda inläggningar har under 2018 gett resultat i form av kortare vårdtider för extra sårbara patienter, och de ungdomar som har tagit del av brukarstyrda inläggningar är på gruppnivå mycket nöjda med metoden.



Stockholm

Organisation
Den specialiserade psykiatriska vården för barn och ungdomar i Stockholm ska ge insatser till personer under 18 år och deras familjer vid svårare psykisk sjukdom eller störning som utgör hinder för barnets eller ungdomens personliga växt och mognad. De barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna i länet erbjuder akuta och planerade mottagningsbesök, vård i hemmet, dagvård, slutenvård samt konsultationer.

Barn- och ungdomspsykiatrin inom Region Stockholm drivs i både offentlig och privat regi. BUP Stockholm är offentlig utförare och ansvarar för 13 verksamheter med geografiskt områdesansvar. BUP Stockholm har även avtal med regionen för subspecialiserad vård för barn och unga med sällan förekommande problematik. Utöver den kliniska verksamheten bedriver BUP Stockholm också forskning inom Barn- och ungdomspsykiatriskt forskningscentrum samt tillsammans med Centrum för psykiatriforskning.

Prima Barn- och vuxenpsykiatri Stockholm AB är privat utförare och ansvarar för tre verksamheter med geografiskt områdesansvar i Botkyrka, Handen och Järva.

Personalsituation
Personalomsättningen inom BUP Stockholm har minskat något jämfört med föregående år men är fortsatt hög, detta främst inom läkargruppen.

Inom Primas enheter råder en stabil personalsituation utan vakanser men med en fortlöpande process med avgångar och anställningar.

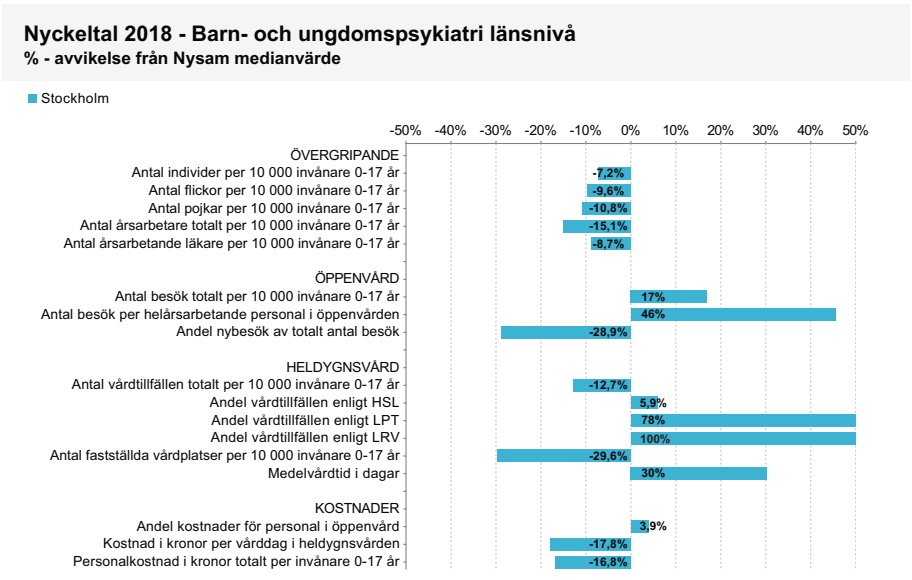
Större förändringar/händelser under året
År 2018 genomfördes en ny avtalsprocess för all offentligt driven psykiatrisk vård däribland BUP Stockholm. En ny uppdragsbeskrivning, ersättningsmodell och uppföljningsstruktur arbetades fram med tillitsstyrning som ett centralt begrepp vilket sammantaget kan komma att spela stor roll för BUP Stockholms kommande arbete och inriktning.

Under året har BUP Stockholm tillskapat tio nya heldygnsvårdsvårdplatser.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Ett ökat patientinflöde är att vänta de kommande åren då Stockholms befolkning växer kraftigt och regionen prognosticerar en ökning av behovet av psykiatrisk vård utöver befolkningstillväxten.

Första linjen för barn med psykisk ohälsa är idag ett frivilligt tilläggsuppdrag för vårdcentraler och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Framöver kommer beställningen av första linjens psykiatri i regionen att samordnas med den till barn- och ungdomspsykiatrin med troliga följder för BUP:s uppdrag.

Inom BUP Stockholm kommer ett flertal verksamheter att under 2019 att slås samman eller få förändrade uppdrag. Detta gäller bland annat konsultenheterna samt traumaenheten och asylverksamheten.



Sörmland

Organisation
BUP Sörmlands upptagningsområde består av länets nio kommuner där det bor cirka 291 000 invånare, varav cirka 62 000 är i åldern 0-17 år.

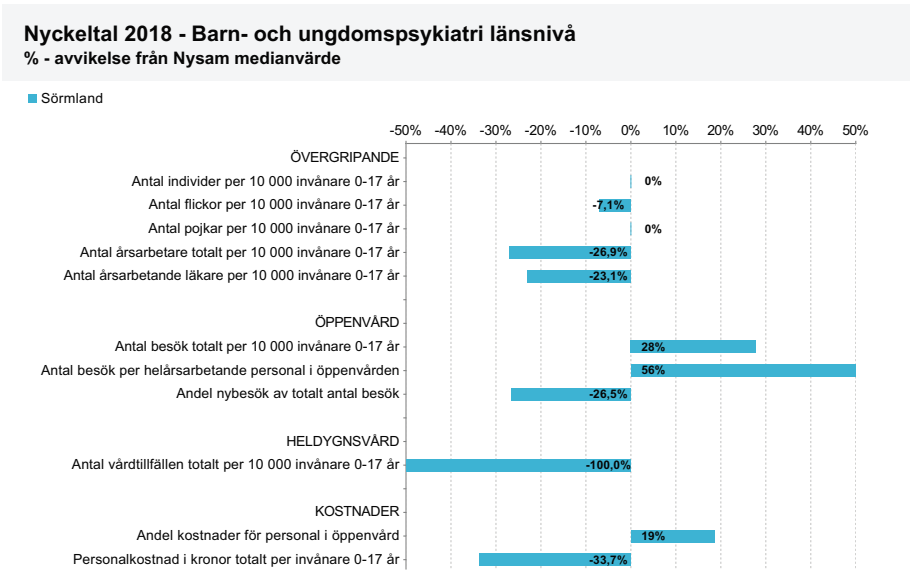
Kliniken är organiserad på tre olika vårdnivåer. I Eskilstuna och i Nyköping/Katrineholm finns öppenvårdsmottagningar på specialistnivå. Där erbjuds kontakt för barn och unga med medelsvår till svår psykisk ohälsa och deras familjer. Om insatser från öppenvårdsmottagningen inte är tillräcklig kan kontakt erbjudas med BUP-klinikens Intensivmottagning. Mottagningen erbjuder både akuta insatser och planerade, kortare, mer intensiva och flexibla insatser till barn och unga som behöver det. Det kan till exempel innebära att patienten har flera besök i veckan, att besök sker utanför mottagningen eller vid behov i hemmet.

Till BUP-kliniken hör också Första-linjen-mottagningar, som i Sörmland kallas Samtalsmottagning för Barn och Unga. De erbjuder kortare kontakter och gruppbehandlingar till barn och ungdomar i åldern 6-17 år med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa och deras familjer. Mottagningar finns i Eskilstuna och Nyköping alla vardagar dagtid. Mottagningar, med öppettider anpassade till befolkningsunderlaget, finns också i Katrineholm, Flen, Strängnäs och Gnesta. Under 2018 öppnade även mottagningar i Vingåker och Trosa och förhoppningsvis kommer det även öppnas i Oxelösund under 2019.

Personalsituation
Verksamheten har svårigheter att rekrytera framförallt legitimerade psykologer och läkare. På såväl klinik- som divisionsnivå pågår ett aktivt arbete med läkarrekrytering och karriärvägar för psykologer.

Större förändringar/händelser under året
Under 2018 har kliniken fått möjlighet att förbättra telefonmottagandet till hela kliniken ytterligare genom att anställa sex sjuksköterskor. De tar emot alla telefonsamtal som avser telefonrådgivning och nyanmälan. Vid nyanmälan använder de den strukturerade intervjun Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) för att triagera patienterna till rätt vårdnivå. Utöver det tar de emot akuta telefonsamtal och slussar dem rätt samt hanterar de telefonsamtal där den som ringer önskat kontakt med sjuksköterska.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
För att öka tillgängligheten och minska kön till neuropsykiatriska utredningar har ett arbete påbörjats för att se över hur utredningsförfarandet kan förbättras och effektiviseras. I slutet på 2018 togs beslut att uppdraget att genomföra utredningar med autismfrågeställning ska flyttas från Habiliteringsverksamheten till BUP. Detta kommer genomföras under 2019 och i samband med det kommer flera psykologer att rekryteras.



Uppsala

Organisation

BUP Uppsalas upptagningsområde är hela Uppsala län (med åtta kommuner) med cirka 370 000 invånare, varav antal barn 0–17 år är cirka 71 000. Cirka vart 20:e barn i länet besöker BUP någon gång under ett år.

Under 2018 har BUP Uppsala varit organiserad med två stora mottagningar. Inom den affektiva mottagningen finns ett DBT-team, ett bipolär/psykos/OCD-team och två affektiva team. Inom den neuropsykiatriska mottagningen finns ett utredningsteam för autismspektrumstörning och två bedömnings- och behandlingsteam för ADD/ADHD. Under 2018 återstartades mottagningen i Enköping, som under året långsamt tagit fler och fler patienter boende i Enköping och Bålsta.

BUP Uppsala har en avdelning för heldygnsvård med sex vårdplatser, med en akutmottagning som är öppen dygnet runt. Tillsammans med avdelningen finns ett akutteam som dels har telefonrådgivning för patienter som inte har kontakt med BUP, dels gör bedömningar vid planerade akutbesök.

Personalsituation

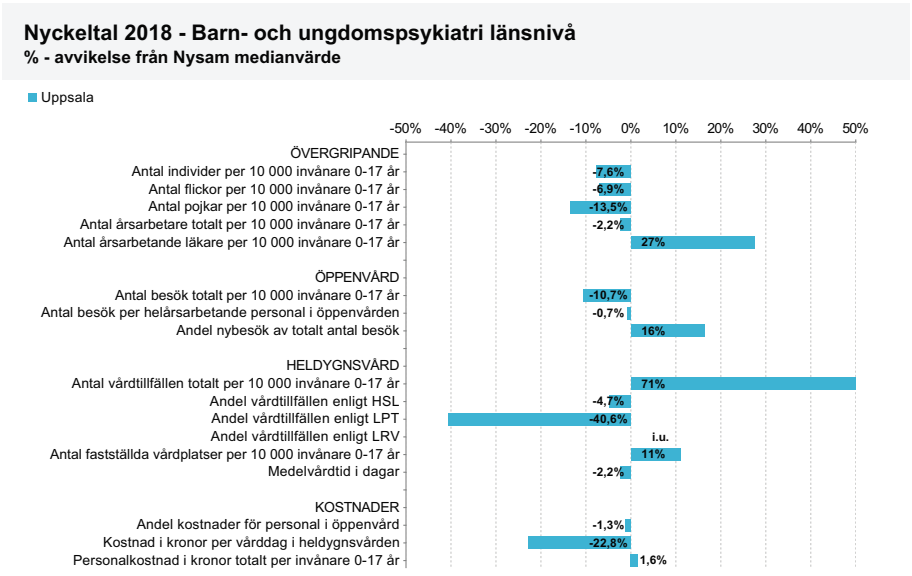
Under 2018 har verksamheten fått full bemanning förutom på mottagningen i Enköping och när det gäller läkare. Året tidigare var det ett stort tapp vad gäller medarbetare, vilket tagit ett år att komma ifatt. Vakanta specialistläkartjänster har täckts av hyrläkare. Sammanlagt arbetar 155 medarbetare inom verksamheten. Beslut har också tagit kring en ny ST-organisation beslutad, med egen chef för verksamhetens tolv blivande specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri.

Större förändringar/händelser under året

- En ny gemensam rutin med länets alla åtta kommuner och habiliteringen kring barn med neuropsykiatrisk problematik. Konsekvenserna av detta är att BUP gör större delar av utredningsarbetet än tidigare. Detta leder till längre väntetider till de neuropsykiatriska utredningarna.
- Standardiserade vårdprocesser klara för de neuropsykiatriska patientgrupperna.
- Tre satsningar kring beroende
  - Team Maria, ett integrerat bedömningsteam tillsammans med Beroendemedicinska mottagningen och de åtta kommunerna.
  - En kunskapsgrupp kring beroende inom vår öppenvård.
  - Material kring riskbruk har tagits fram till verksamhetens hemsida snorkel.se.

Framtidsplaner/utvecklingsområden

Tydliggörande av vårdflöden kommer överlag att vara fokus även inom BUP under 2019 med syfte att minska väntetider, skapa tydlighet för patienter och deras familjer, samt kvalitetssäkring av verksamheten. Ett ytterligare syfte är att skapa tydliga flöden så verksamheten blir än mer beforskningsbar så samarbetet med universitetet kan utökas ytterligare.



Värmland

Organisation
BUP Värmland har som uppdrag att erbjuda insatser på specialistnivå. Det gemensamma uppdraget har definierats på nationell nivå och innebär att insatser ges till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad, att insatserna utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet och bygger på barnpsykiatrisk diagnostik samt att insatserna består av bedömning, utredning och/eller behandling av såväl akuta som icke akuta tillstånd.

Upptagningsområde är hela Värmlands län med cirka 55 000 barn 0–17 år med utgångspunkt i Karlstad. Utbudspunkter på ytterligare fyra platser i länet, dit medarbetare reser från Karlstad cirka en gång per vecka. Verksamheten består av en administrativ enhet, en allmän barnpsykiatrisk mottagning, två neuropsykiatriska mottagningar och en mottagning för intensiva insatser. I verksamheten finns dessutom en mottagningsenhet, ett OCD-team, ett DBT-team och ett nystartat traumateam. Istället för traditionell slutenvård finns en mellanvårdsfunktion som utför intensiva insatser i form av till exempel hembesök, dagvård eller telefonstöd. Här finns även verksamhetens akutteam. Verksamheten har möjlighet att öppna upp en till två platser för heldygnsvård vid behov. BUP samverkar med vårdgrannar gällande barnpsykiatriska frågeställningar.

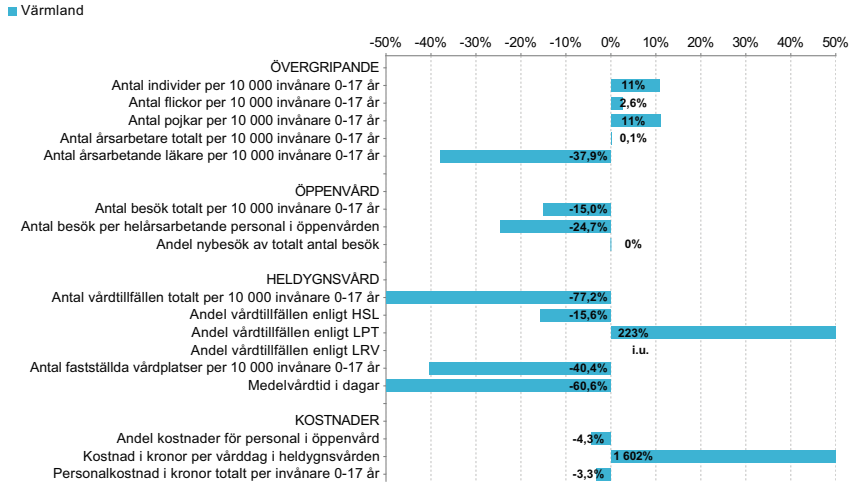
Verksamheten har både det utredande och habiliterande uppdraget när det gäller autismspektrumstörningar. Gränsdragning mot habiliteringen är utvecklingsstörning.

Personalsituation
Verksamheten har fortsatt rekryteringssvårigheter när det gäller psykologer och specialistläkare, där det finns ett flertal vakanser. Däremot har BUP lyckats rekrytera fler ST-läkare. Under vissa perioder är verksamheten beroende av hyrläkare för att klara såväl ordinarie uppdrag som jourverksamheten.

Större förändringar
Under hösten har en länsöverenskommelse tagits fram för att definiera vårdnivåer mellan barn- och familjehälsan, BUP och första linjen för barn med psykisk ohälsa. Test med gemensamt bedömningsteam en gång per vecka för dessa verksamheter där ”oklara” patienter diskuteras och fördelas utifrån länsöverenskommelsen. Testen visar ett mycket gott resultat och god samverkan och ska permanenteras under 2019.

Framtidsplaner
En översyn av område öppenvård, där BUP ingår, pågår. Syftet är att skapa färre men större verksamhetsområden. BUP kvarstår som eget verksamhetsområde i det förslag som ska förhandlas i mars 2019. Samtidigt gör BUP en översyn av den egna organisationen.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Västernorrland

Organisation
Upptagningsområde för BUP i Västernorrland är de sju kommunerna med cirka 50 000 barn i åldrarna 0 till och med 17 år. BUP har öppenvårdsmottagningar på fyra orter: Härnösand, Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik samt en filial öppen vissa dagar i Ånge. I Sundsvall finns dagvårdsverksamhet och IFT-mottagning (intensiv familjeterapi) med mellanvårdsfunktion. Dagvårdsverksamheten, med planerade ärenden, har personal i beredskap för heldygnsvård i samverkan med vuxenpsykiatrin och barnmedicin. BUP har inga slutenvårdsplatser i egen regi. Barn- och ungdomsmedicin och vuxenpsykiatrin tar emot barn med psykiatrisk problematik under jourtid kvällar och helger.

BUP bedömer, utreder och behandlar alla barnpsykiatriska tillstånd och erbjuder utbildningarna Strategi, Komet och Cope. Arbetsterapeutisk kompetens finns att tillgå inom hela kliniken. Beslut har tagits att habiliteringen fortsättningsvis ska utreda och arbeta habiliterande med autism.

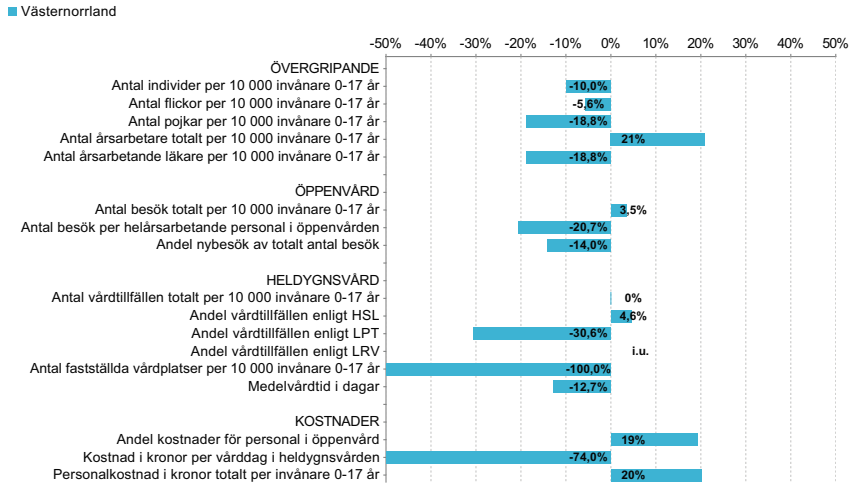
Besöken varierar i längd beroende på typ av besök. Ett nybesök tar i genomsnitt 60–90 minuter och har två resurser närvarande. Ett återbesök till en läkare tar 60 minuter och till behandlare (två resurser närvarande) 90 minuter. För läkemedelsuppföljning avsätts 30–45 minuter.

Personalsituation
Det är svårt att rekrytera framförallt läkare men också psykologer. PTP anställs på vakanta psykologtjänster. BUP köper stafettpsykolog. Överanställt personal med hjälp av statsbidrag. Många av de nyanställda saknar BUP-erfarenhet och enbart hälften av medarbetarna har arbetet på BUP mer än tre år. Under introduktionsåret utbildar erfarna kollegor de nya enligt ett fastställt årshjul.

Större förändringar/händelser under året
Det är ett fortsatt stort inflöde av patienter. Verksamheten klarar vårdgarantin på 30 dagar för prio-1-ärenden. I övrigt lång väntetid till första bedömning och behandling. Prioriterar utifrån uppdrag medelsvår/svår psykisk ohälsa. Återremitterar lätt/medelsvår psykisk ohälsa till primärvården i enlighet med deras uppdrag. Primärvården klarar inte av att ta emot alla med behov av hjälp. Rutin är framtagen för samverkan mellan skolan och BUP och implementeras nu.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Fokus på att rekrytera och behålla personal för att klara specialistvårdsnivån. Samordning i BUP:s länsverksamhet för effektivisering pågår men tar tid. Fortsatt utveckling av behandling på distans via videoteknik samt utforska möjligheterna med digitalisering, till exempel att erbjuda föräldrautbildningar via 1177.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Västerbotten

Organisation
Barn- och ungdomspsykiatri Västerbotten är en specialistverksamhet för barn och ungdomar till och med 17 års ålder. Mottagningar finns i Lycksele, Skellefteå och Umeå. I Umeå finns också en heldygnsvårdavdelning. Upptagningsområdet uppgår till drygt 53 000 invånare 0–17 år.

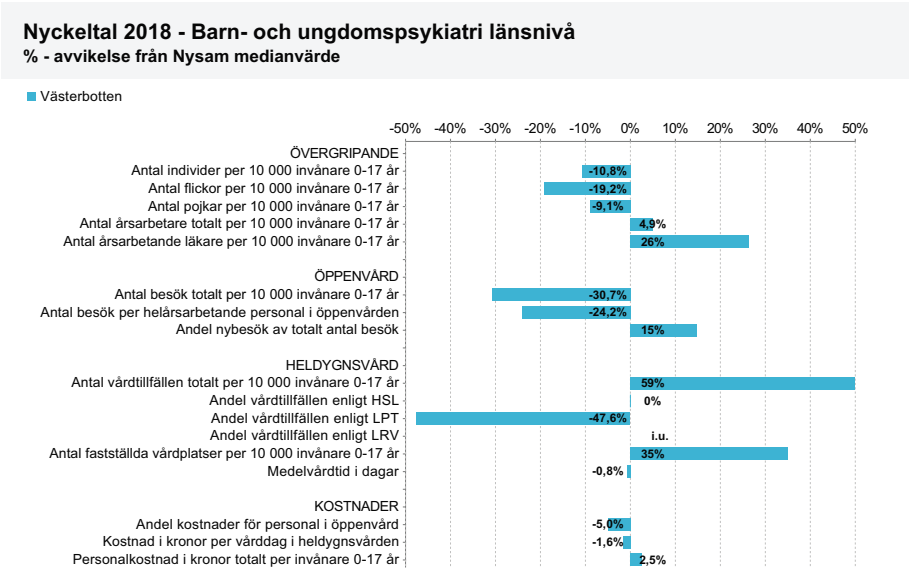
Besöken varierar i längd beroende på typ av besök. Nybesöksfas består av bred barnpsykiatrisk bedömning och omfattar ett flertal besök, inklusive ett läkarbesök. Nybesöksfas tar i genomsnitt 90 + 60 + 60 minuter och har en-två resurser närvarande. Ett återbesök till en läkare tar 45–60 minuter och till behandlare (två resurser närvarande) 45-60 minuter. Det finns såväl individualbehandling som gruppbehandling och föräldrautbildningar. Utredning för autism tar i genomsnitt 25–50 timmar och genomförs av olika resurser (psykolog, läkare, kurator med mera). Ren autismspektrumdiagnos behandlas inte inom BUP.

Personalsituation
Det finns ett flertal vakanta tjänster i länet. Sammanlagt finns cirka 110 budgeterade helårstjänster inom kliniken. Det råder brist på personer med specialistutbildning och erfarenhet av arbete inom psykiatrisk specialistnivå. För att säkerställa en jämlik vård för patienter i hela länet behöver verksamheten fortsätta att utveckla länskombinerade arbetsuppgifter och anställningar, det vill säga att medarbetare arbetar på flera orter men har anställning inom kliniken. Arbete för en långsiktig personalförsörjningsplan inklusive kompetensförsörjningsplan pågår och planerna omvärderas och utvärderas varje år.

Större händelser/förändringar under året
Det senaste året har länskliniken fortsatt att implementera den strukturerade bedömningen. Den strukturerade bedömningen inkluderar anamnesupptagning med patient och vårdnadshavare, MINI-KID, screening för trauma samt psykiatrisk och medicinsk bedömning inklusive provtagning och somatisk undersökning. Därefter fastställs eventuella diagnoser utifrån DSM-5.

Omfattande klinikutbildning inom bedömning och diagnossättning har genomförts under 2018. Personalomsättningen och sjukskrivningstalen har under 2018 förbättrats jämfört med 2017 och ligger nu inom normalvariation. Delar av verksamheten har varit kraftigt påverkad av BRO (byggnadsrelaterad ohälsa) under hela 2018.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under kommande år finns förbättringsbehov av att arbeta med klinikens patientsäkerhetskultur. Region Västerbotten står också inför ett mycket stort förändringsarbete kopplat till framtidens vårdinformationsstöd (FVIS) som bland annat innebär ett nytt journalsystem. Den del av verksamheten som har drabbats av BRO (byggnadsrelaterad ohälsa) kommer att flytta till alternativa lokaler under 2019. På en av orterna påbörjas inom kort byggnationen av ett helt nytt psykiatrihus dit slutenvården och delar av mottagningsverksamheten kommer att flytta inom några år.



Västmanland

Organisation
BUP Västmanland omfattar hela Västmanlands län med tio kommuner. Upptagningsområdet uppgår till drygt 57 000 barn. Verksamheten har öppenvård, slutenvård, egen akutmottagning samt ätstörningsvård. Slutenvården innefattar även Sörmland som upptagningsområde vilket innebär ytterligare drygt 64 000 barn. Det finns ingen mellanvård.

På alla öppenvårdsmottagningar utreds autismspektrumstörning och ADHD. Patienterna erbjuds gruppbehandling, individuell behandling och föräldrar erbjuds föräldrautbildningen Strategi. Arbetsterapeutisk kompetens finns att tillgå inom hela kliniken.

Personalsituation
Under 2018 har verksamheten lyckats bra med sitt rekryteringsarbete. Antalet medarbetare uppgår till totalt 134. På läkarsidan finns full bemanning och sjuksköterskesidan har förbättrats. Under 2018 har verksamheten successivt blivit oberoende hyrläkare. Regionens satsning på forskning har varit hjälpsam vid rekrytering av läkare. Samtliga enheter har kunnat rekrytera socionomer medan rekrytering på psykologisdan inte varit lika framgångsrik, med undantag för PTP-psykologer. PPHV har en särskild psykologsatsning med efterutbildning för nylegitimerade psykologer.

BUP har startat en omfattande introduktionsutbildning för all ny personal och arbetar även med att vidareutbildning. Flera medarbetare har under året gått steg 1-utbildning, AFT-utbildning (familjeterapi) eller specialistutbildning för psykologer respektive sjuksköterskor. Verksamheten har också genomfört två introduktionsutbildningar vad gäller utredningsarbetet på BUP. Två medarbetare har fortsatt arbetat med DEP-lyftet och en ny kaskadutbildning planeras för 2019.

Större förändringar/händelser under året
Under våren 2018 avslutade verksamhetschefen sitt uppdrag. Efter fyra månaders interim chefskap tillträdde ny inhyrd verksamhetschef 1 augusti 2018. I ledningsgruppen har det också varit flera förändringar med byte av enhetschefer.

Helseplan har genomfört en genomlysning och kommit med förslag till förbättringar med inriktning på uppdrag, samverkan, ledning, arbetssätt, medarbetare och arbetsmiljö.

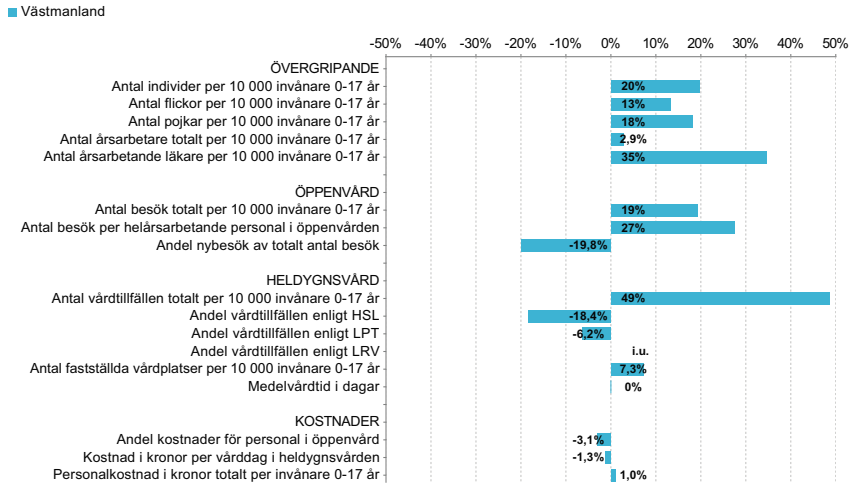
Under året har verksamheten jobbat på att förbättra samarbetet med vårdgrannar, bland annat genom att en konsultläkare är på habiliteringen en förmiddag i veckan samt att telefonkonsultationer erbjuds till skolsköterskor och BHV-psykologer.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
År 2019 kommer att ägnas åt att implementera Helseplans handlingsplan som syftar till fortsatt arbete med tillförlighet i siffror, ledningsutveckling och arbetsmiljön i fokus.

BUP ska ta fram och implementera vårdprogram för ADHD, depression och suicid för att förbättra kvalitet och arbeta evidensbaserat.

Målet är att utforma en central triageringsenhet för förbättrad tillgänglighet, jämlik vård och tydlig specialistnivå. Detta utgör också en första förberedelse för kommande forskningsmottagning.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Västra Götaland

Organisation
Västra Götaland har drygt 1,6 miljoner invånare, varav cirka 340 000 är under 18 år. Barn- och ungdomspsykiatri bedrivs inom Kungälvs sjukhus, NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs sjukhus. Totalt finns cirka 30 öppenvårdsmottagningar i länet. Heldygnsvård bedrivs för närvarande inom tre kliniker. Skaraborg och Kungälv har enbart öppenvård i olika former. Det finns tre enheter med regionala uppdrag (könsdysfori, missbruk/beroende och ätstörningsmottagning).

BUP ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån hens symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation. BUP samarbetar bland annat med barnomsorg, skola, socialtjänst, ungdomsmottagningar och de vårdcentraler som inom ramen av ett flerårigt projekt har uppdrag för första linjen för barn och unga.

Personalutveckling
Verksamheterna har svårigheter med att rekrytera läkare, psykologer och sjuksköterskor.

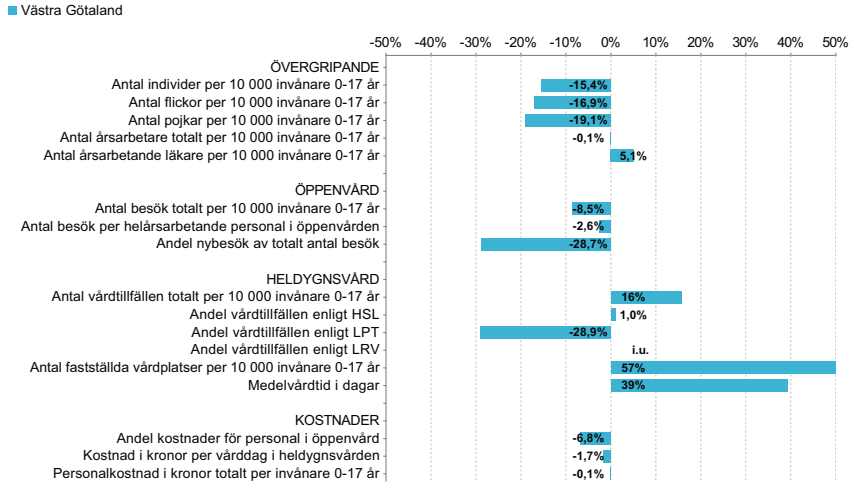
Större förändringar/händelser under året
NU-sjukvården och SÄS delar på ansvaret för barn- och ungdomspsykiatriska barn som är i behov av heldygnsvård från SkaS-området.

Ett aktivt utvecklingsarbete med stöd av nya regionala utvecklingsplanen samt aktivt arbete med vårdprocesserna för specialistområdet pågår.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Under 2019 kommer en ny enhet startas i centrala Göteborg. På denna enhet kommer ett utredningsteam samt ett nybesöksteam startas upp. I och med detta sker en centralisering av såväl utredning som nybesök och remisser. Prognosen är att det kommer öka tillgängligheten för patienterna och bidra till en mer effektiviserad vårdprocess.

Psykiatrins kvarter byggs vidare och förväntas vara klart 2020/2021 då kliniken på Södra Älvsborgssjukhus flyttar in i sina nya lokaler.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



Örebro

Organisation

Verksamhetens uppdrag är att Vi ska erbjuda psykiatriska insatser till barn och ungdomar med psykiatrisk problematik i Örebro län och tillsammans med deras familjer och andra samarbetspartners verka för att främja barnets psykiska hälsa och utveckling. Upptagningsområdet omfattar 63 000 individer i åldern 0-17 år.

BUP har två öppenvårdsmottagningar om erbjuder vård beroende på var i länet patienten är skriven. Verksamheten har en typ av mellanvårdsfunktion i form av en enhet som jobbar med förstärkt öppenvård med längre besök, hembesök och tätt samarbete med socialtjänsten och andra vårdgrannar. Därtill finns det en slutenvårdsavdelning med sex vårdplatser på Universitetssjukhuset Örebro. Därtill finns det två mottagningar som arbetar med unga vuxna: Psykiatrisk mottagning för unga vuxna som bedömer, utreder och behandlar patienter i åldern 18 till och med 24 år som bor i Örebro och Lekebergs kommun och Psykisk rehabilitering som är en länstäckande öppenvårdsverksamhet patienter i åldern 16 till och med 25 år.

Verksamheten utreder och behandlar autismspektrumstörningar. BUP har gruppbehandlingar i form av depressionsbehandlingsgrupper och DBT-färdighetsträningsgrupper. De föräldrautbildningar som erbjuds är i första hand COPE, KOMET och Strategi.

Ett normalbesök pågår cirka en timme.

Personalsituation

Kliniken har sammanlagt 180 tjänster. Verksamheten har stor personalomsättning och därför ofta vakanta tjänster. De yrkesgrupper som är svårast att rekrytera är psykologer och läkare, särskilt erfarna sådana. Många medarbetare är unga och relativt oerfarna.

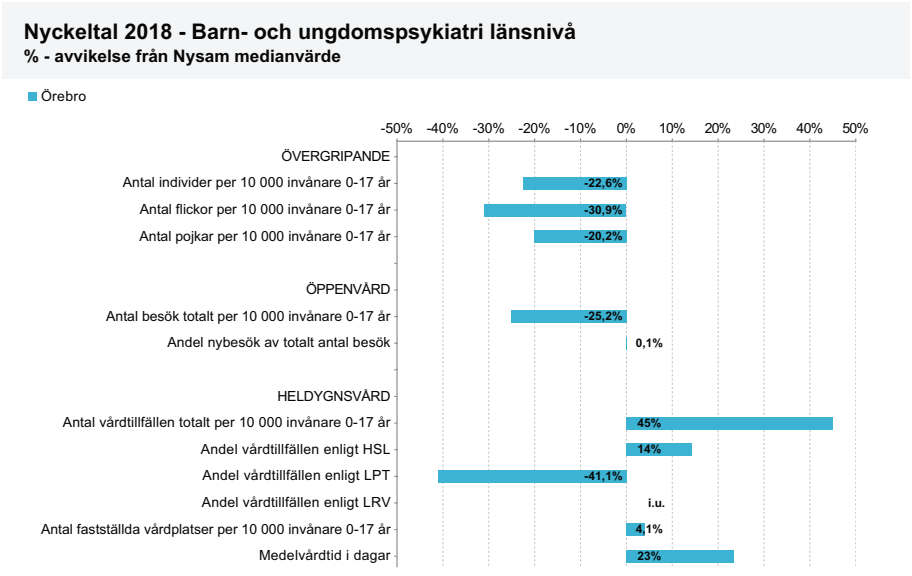
Större förändringar/händelser under året

Inflödet av patienter ökar år från år. En tendens är att gruppen småbarn ökar mycket. Även antalet utredningar som kommer via det fria vårdvalet har ökat.

Inga stora omstruktureringar har skett i verksamheten under 2018. Det ekonomiska läget har varit och är tufft inom Regionen. Verksamheten har att förhålla sig till anställningsstopp, utbildnings- och investeringsstopp med mera. Undantag måste beviljas av Regionledningen vid varje tillsättning, utbildning eller investering.

Framtidsplaner/utvecklingsområden

Verksamheten behöver se över flödet för neuropsykiatriska utredningar för att bättre möta en ökad efterfrågan. En medarbetargrupp har därför fått i uppdrag att arbeta målinriktat och strukturerat med NP-utredningar och samarbetet med Capio Hjärnhälsan gällande NP-utredningar fortsätter. Ett utvecklingsarbete med syfte att förenkla flödena i öppenvården har initierats.



Östergötland

Organisation
Upptagningsområdet omfattar 13 kommuner och cirka 94 000 barn mellan 0 till och med 17 år. Länets BUP verksamheter har en geografisk uppdelning när det gäller upptagningsområde. Öppenvårdsverksamhet bedrivs av både regionens egna verksamheter såväl som av upphandlad privat vårdleverantör. Mottagningar finns i fyra av länets kommuner. Slutenvård bedrivs vid BUP i Linköping.

Samtliga öppenvårdsverksamheter bedömer, utreder och behandlar medelsvår/svår psykisk ohälsa vid alla typer av barnpsykiatriska tillstånd, inklusive autism. Gränsdragning mot habiliteringen är graden av eventuell samtidig utvecklingsstörning. Alla öppenvårdsmottagningar erbjuder individuell terapi, gruppbehandling och föräldrautbildning.

Mellanvård erbjuds som en intensiv behandlingsform under cirka tre månader och är ett komplement till BUP:s öppen- och slutenvård. Mellanvården arbetar i barnets/ungdomens naturliga miljöer vilket kan innebära i hemmiljön och skola/fritid.

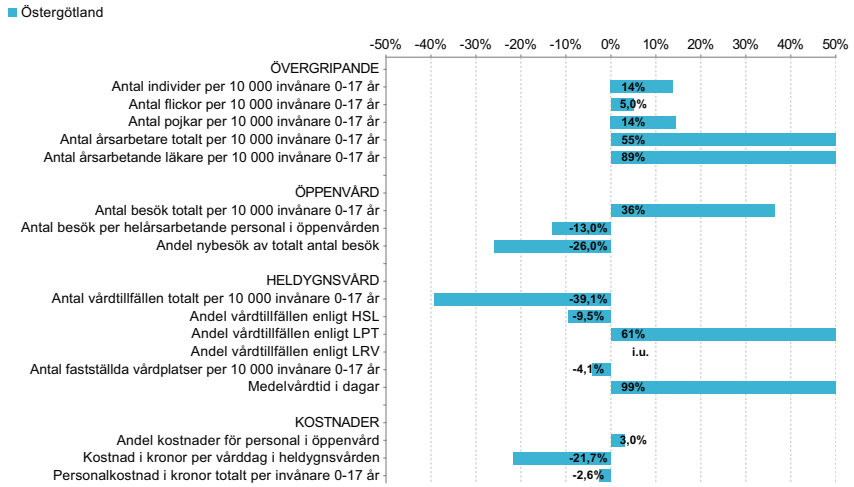
Personalsituation
Det finns vissa skillnader mellan verksamheterna avseende bemanning men samtliga har en tvärprofessionell sammansättning. Vid länets BUP verksamheter finns svårigheter att rekrytera medarbetare med rätt kompetens och erfarenhet av barnpsykiatriskt arbete. Kompetensförsörjning är en stor utmaning för alla verksamheter, särskilt gällande läkare, psykologer och sjuksköterskor. Ett aktivt arbete med denna fråga pågår.

Större förändringar/ händelser under året
Sedan 2016 ingår ansvar för utredning och behandling av autismspektrumstillstånd vilket, i kombination med ett generellt ökande inflöde av barn och unga med psykisk ohälsa till både första linjen (barn- och ungdomshälsor) samt BUP, har bidragit till ett ökat antal patienter. Situationen återspeglas i ett stort antal väntande patienter, med många gånger långa väntetider, till utredning och behandling.

Framtidsplaner/utvecklingsområden
Fortsatt arbete för att rekrytera och behålla personal. Med ett ökat inflöde behöver också interna flödena ses över för att upptäcka förbättringar och effektiviseringar. Några områden anges nedan;

- Depp-Lyftet: utbildning och implementering av arbetssätt för initial behandling vid depression. Syftar även till ökad tillgänglighet för andra patientgrupper.
- Behandlingsintervention: nybesök och tre mycket riktade samtal där man arbetar med specifika frågor för att sedan få ett program att arbeta hemma med i inför beslut om fortsättning.
- En väg in: gemensam telefonlinje för Ungdomshälsa och BUP för hjälp på rätt vårdnivå.
- Översyn av NP-process: Effektivare och mer individanpassade utredningar utifrån behov leder fram till snabbare insatser.
- iKBT behandling

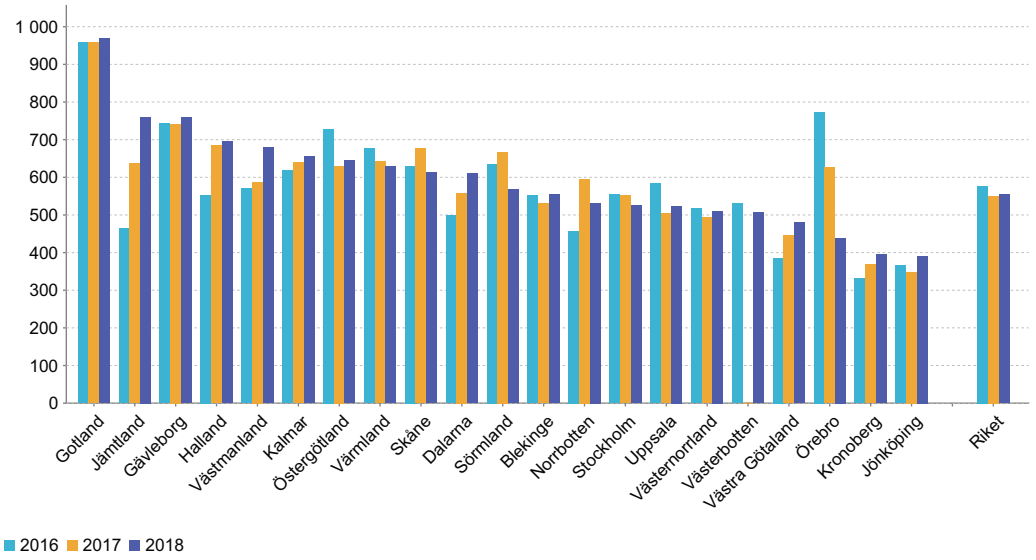
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
% - avvikelse från Nysam medianvärde



5. Nyckeltalsgrafer

5.1 Övergripande

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Unika patienter per 10 000 invånare 0-17 år

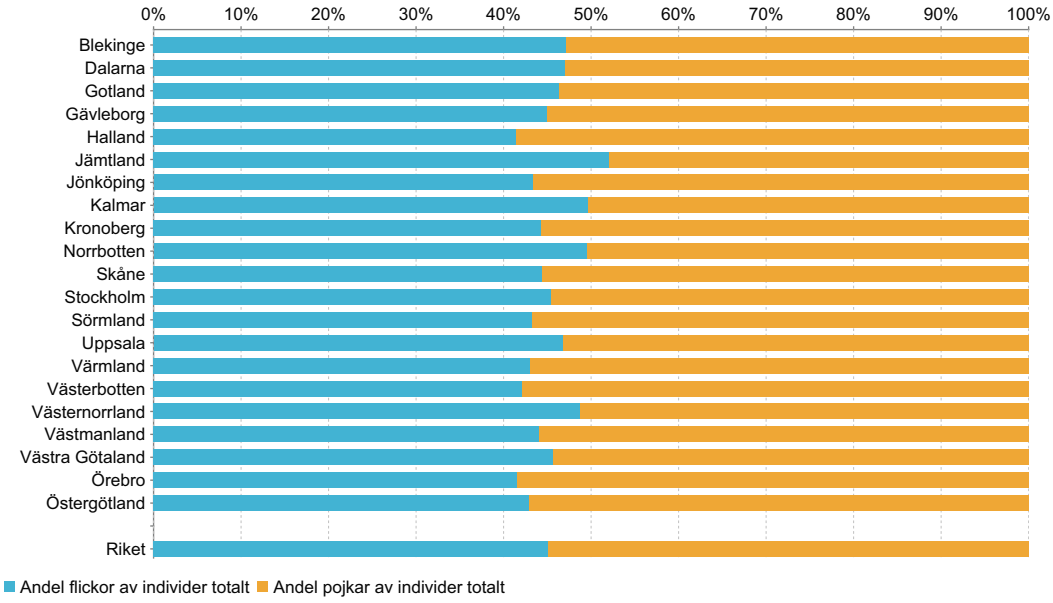


Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 273

Graf 273 visar antalet totala unika patienter per 10 000 invånare i åldersgruppen 0-17 år över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter i Sverige per år.

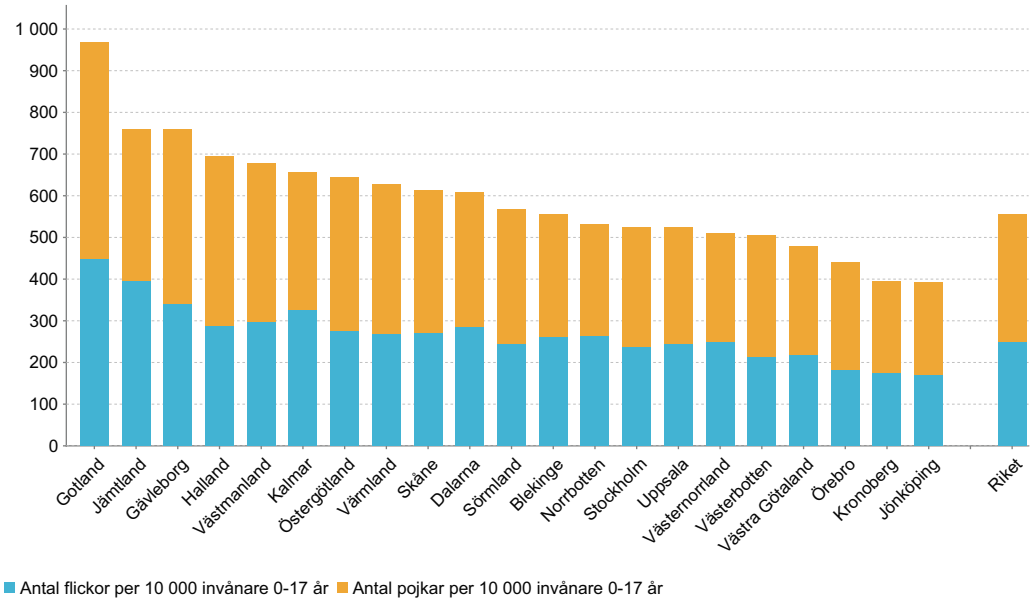
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Fördelning unika patienter på kön



Graf ID: 2969

Graf 2969 visar fördelningen av andelen flickor respektive andelen pojkar av det totala antalet patienter. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter per kön i Sverige.

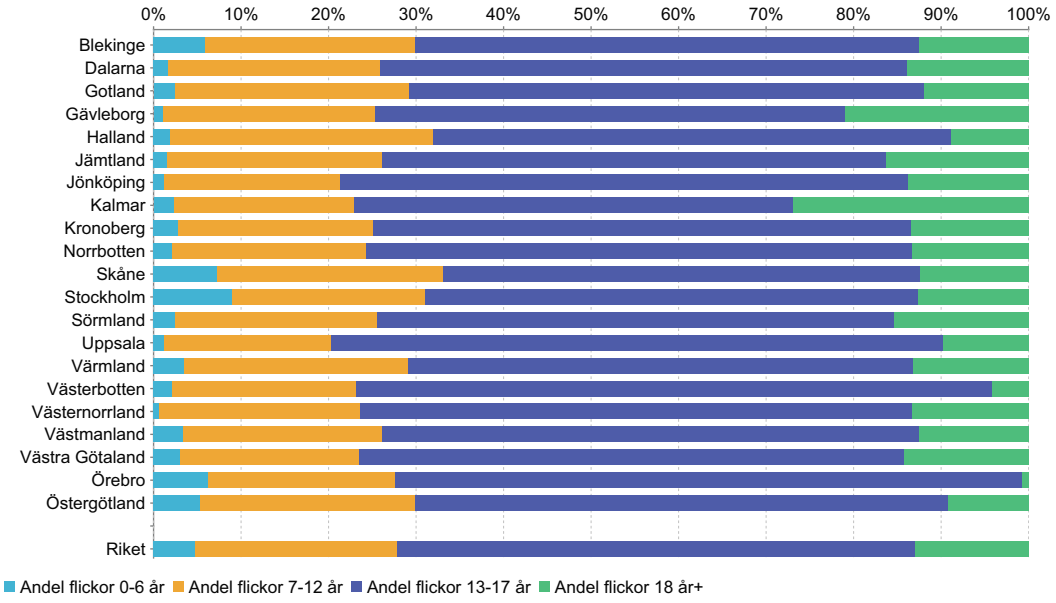
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Unika patienter per kön per 10 000 invånare 0-17 år



Graf ID: 3884

Graf 3884 visar antalet unika patienter i absoluta tal uppdelat på kön per 10 000 invånare i åldersgruppen 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter per kön i Sverige.

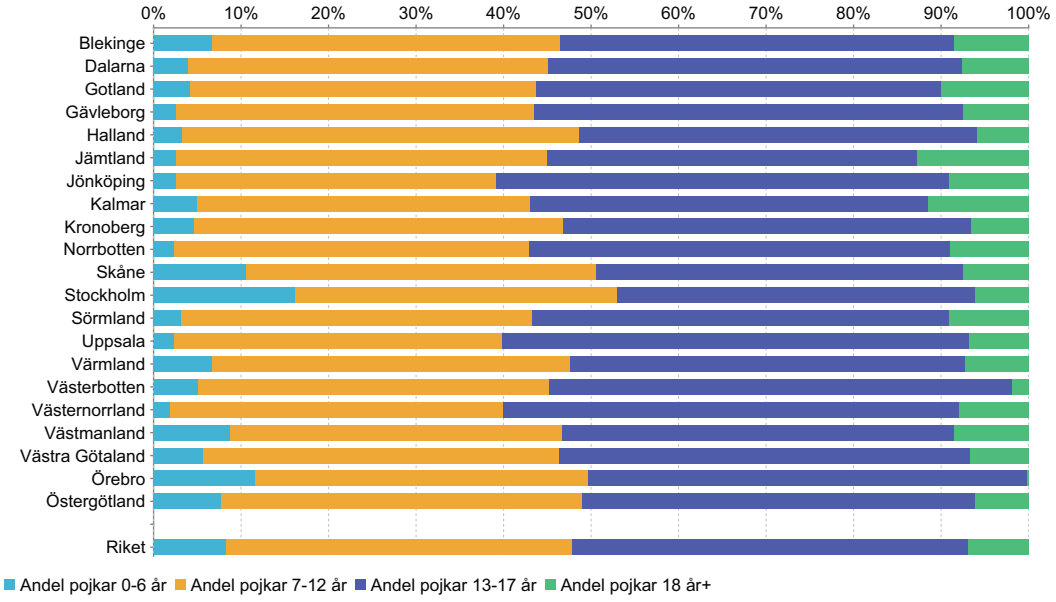
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Fördelning flickor per åldersgrupp



Graf ID: 3841

Graf 3841 visar fördelningen av andelen flickor i respektive åldersgrupp av det totala antalet flickor. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal flickor per åldersgrupp i Sverige.

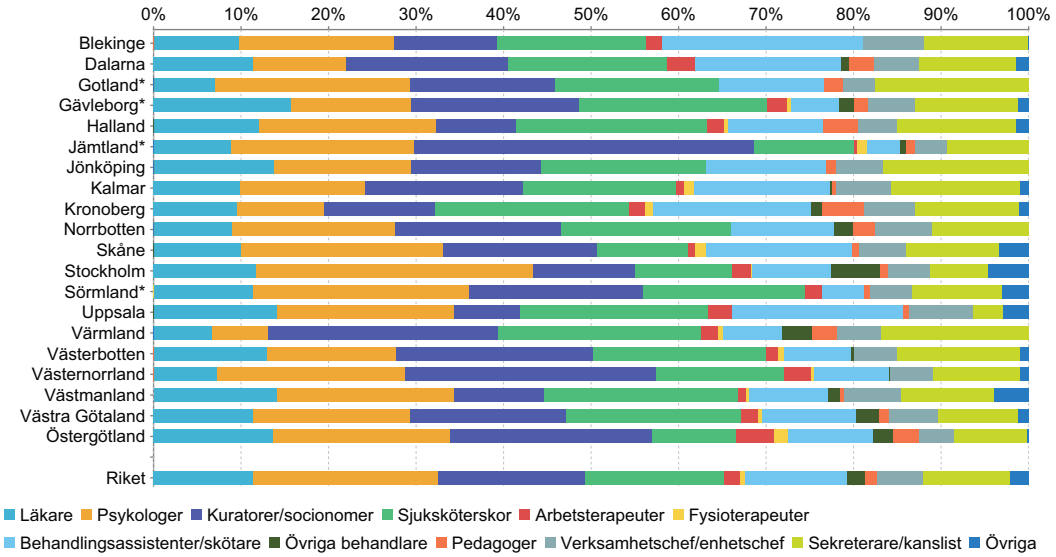
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Fördelning pojkar per åldersgrupp



Graf ID: 3842

Graf 3842 visar fördelningen av andelen pojkar i respektive åldersgrupp av det totala antalet pojkar. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal pojkar per åldersgrupp i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Personalsammansättning (andel årsarbetare)

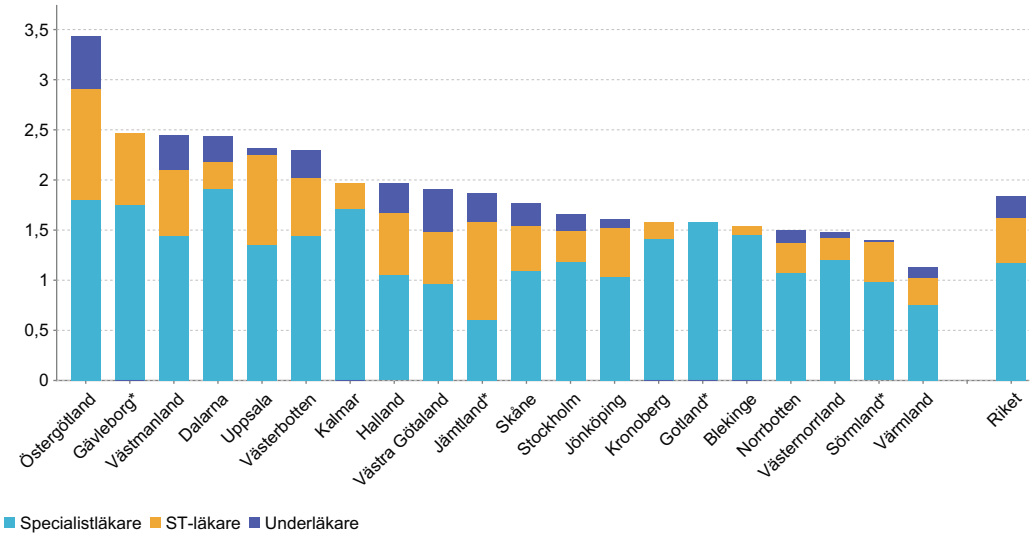


* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3843

Graf 3843 visar fördelningen av antalet årsarbetande personal uppdelat på olika yrkeskategorier. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för andel årsarbetare per yrkeskategori i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande läkare per 10 000 invånare 0-17 år

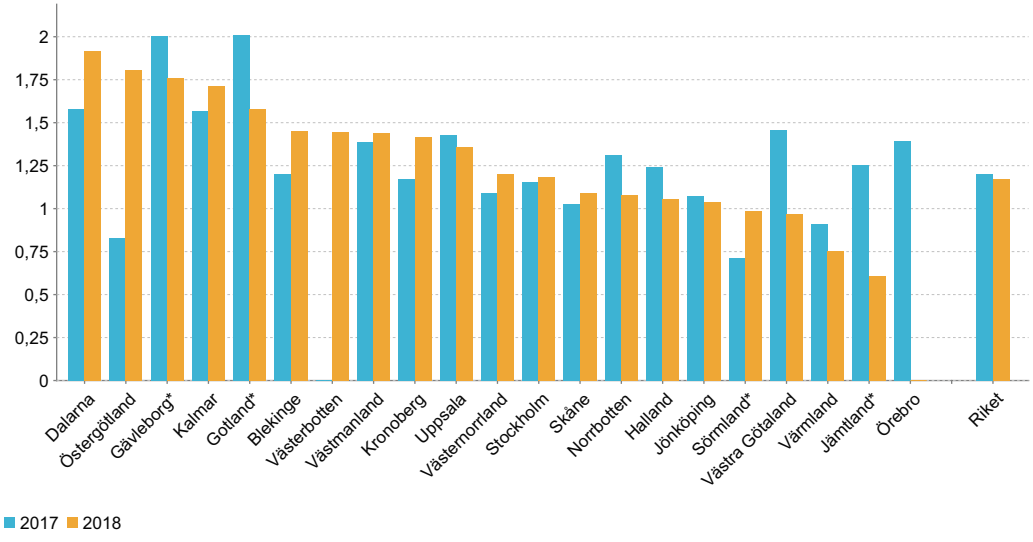


Inkluderar hyrläkare
* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 4229

Graf 4229 visar antal årsarbetande läkare per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på specialistläkare, ST-läkare och underläkare. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande specialistläkare per 10 000 invånare 0-17 år över tid

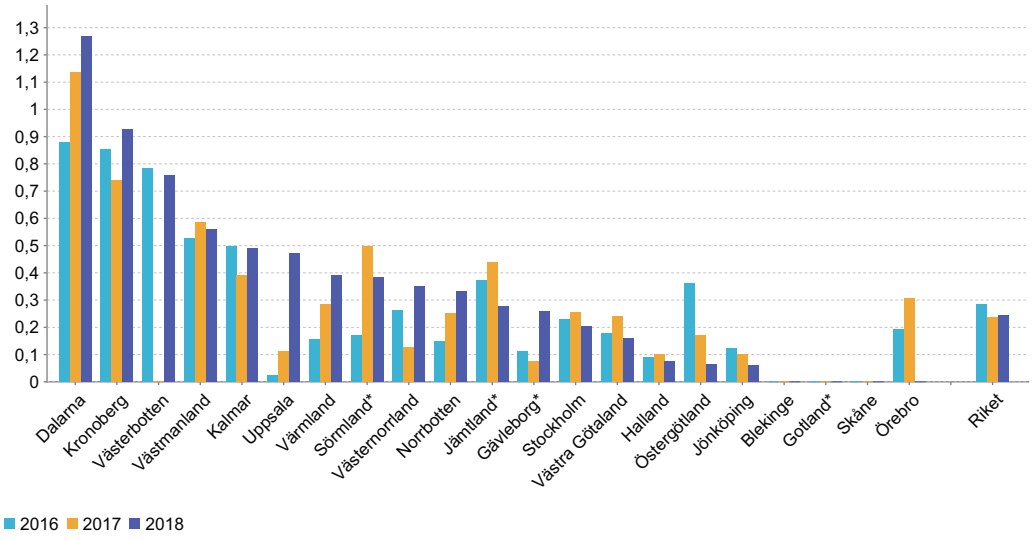


* Avser regioner med enbart öppenvård
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2017 inkluderar data för första linjen
Data finns inte för 2016; Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018

Graf ID: 4524

Graf 4524 visar antal specialistläkare per 10 000 invånare 0-17 år över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande hyrläkare per 10 000 invånare 0-17 år över tid

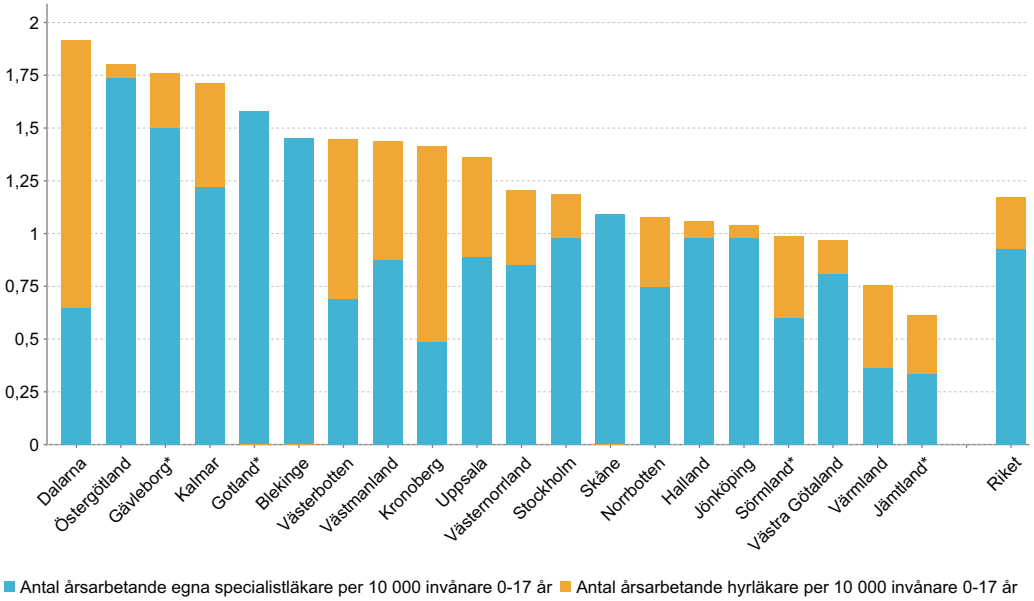


* Avser regioner med enbart öppenvård
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018

Graf ID: 4525

Graf 4525 visar antal hyrläkare per 10 000 invånare 0-17 år över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska hyrläkare.

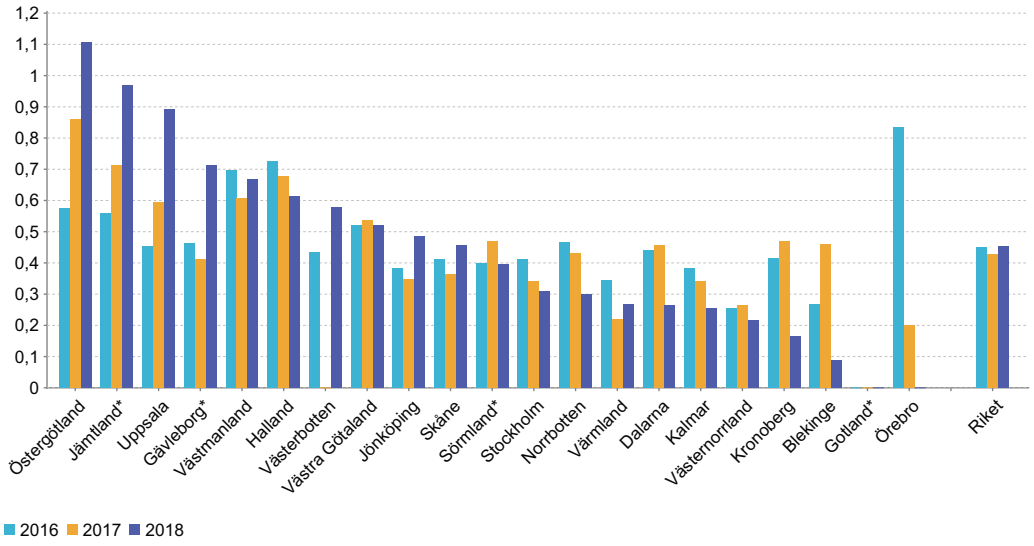
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande specialistläkare per 10 000 inv 0-17 år fördelat på fast anställda resp inhyrda läkare



Graf ID: 3844

Graf 3844 visar antalet årsarbetande specialistläkare per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på fast anställda läkare och inhyrda läkare. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande ST-läkare per 10 000 invånare 0-17 år

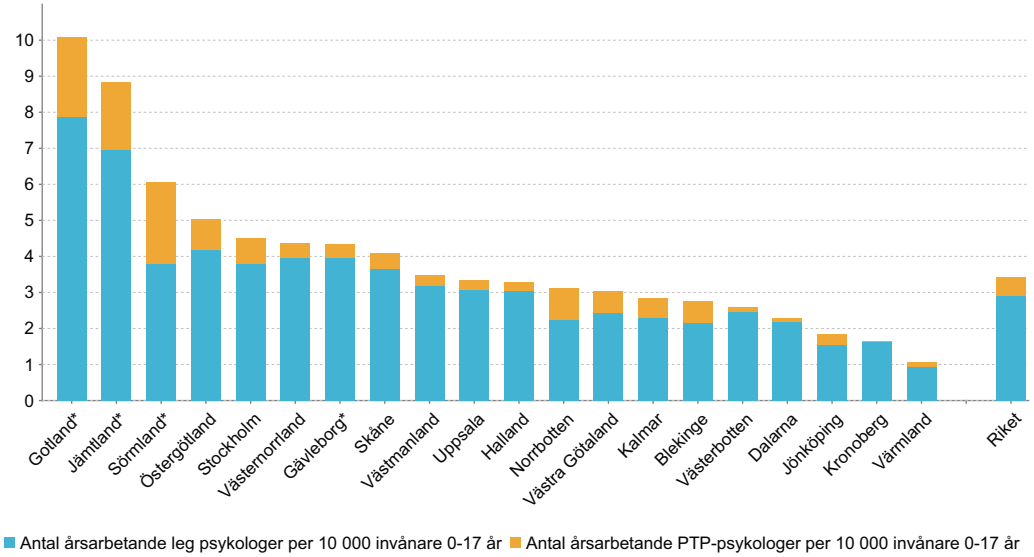


* Avser regioner med enbart öppenvård
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018

Graf ID: 4228

Graf 4228 visar antalet årsarbetande ST-läkare per 10 000 invånare 0-17 år över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande psykologer per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på psykologer och PTP-psykologer

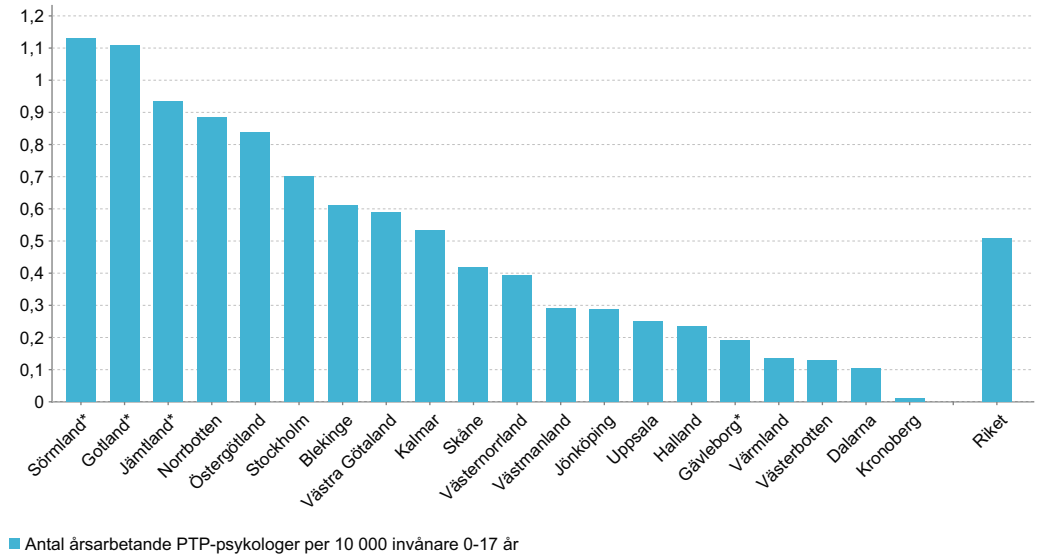


* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3845

Graf 3845 visar antalet årsarbetande psykologer per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på legitimerad psykolog och PTP-psykolog. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande PTP-psykologer per 10 000 invånare 0-17 år

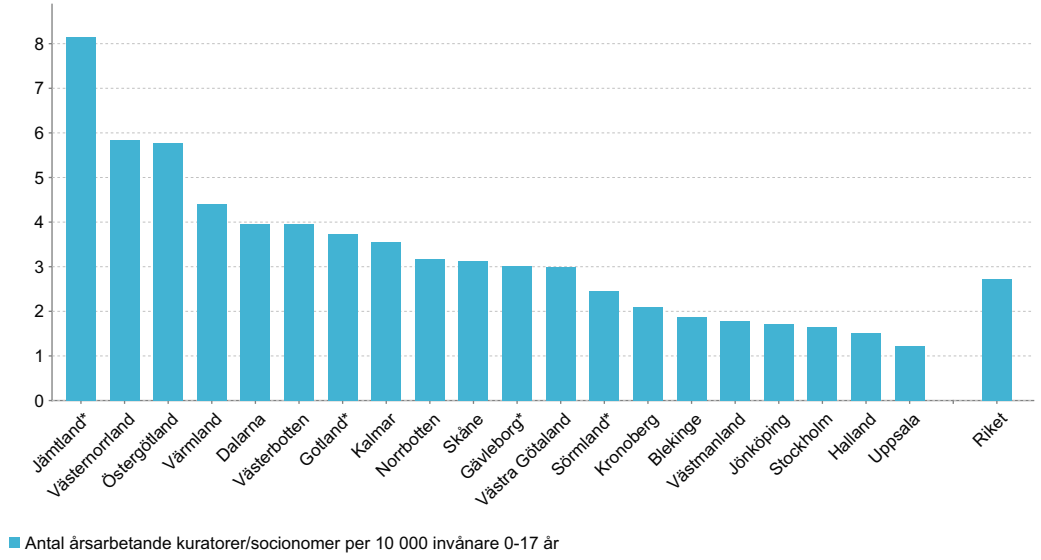


* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 4448

Graf 4448 visar antalet årsarbetande PTP-psykologer per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande kuratorer/socionomer per 10 000 invånare 0-17 år



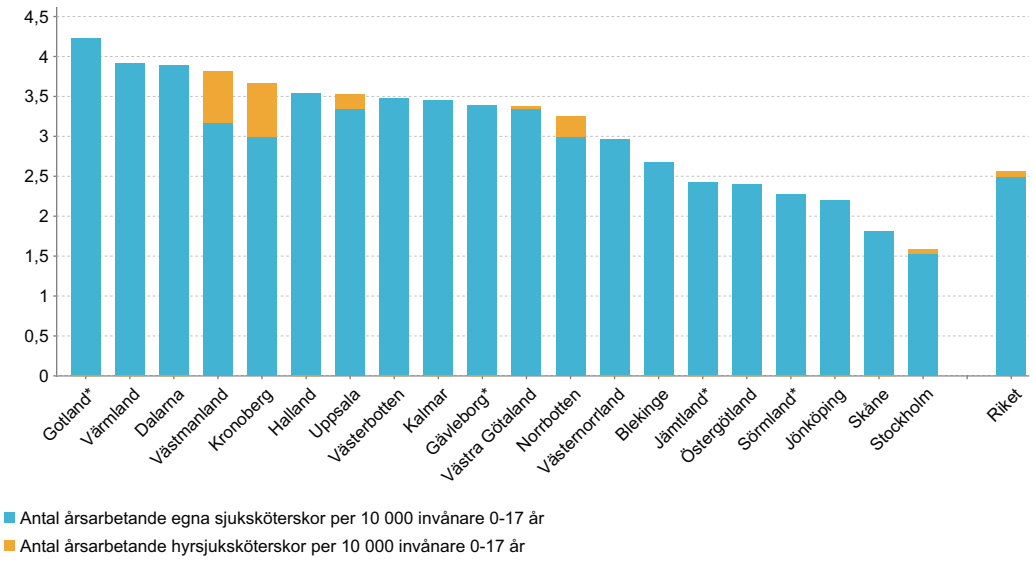
* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3846

Graf 3846 visar antalet årsarbetande kuratorer och socionomer per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Årsarbetande sjuksköterskor per 10 000 inv 0-17 år fördelat på fast anställda resp inhyrda sjuksköterskor



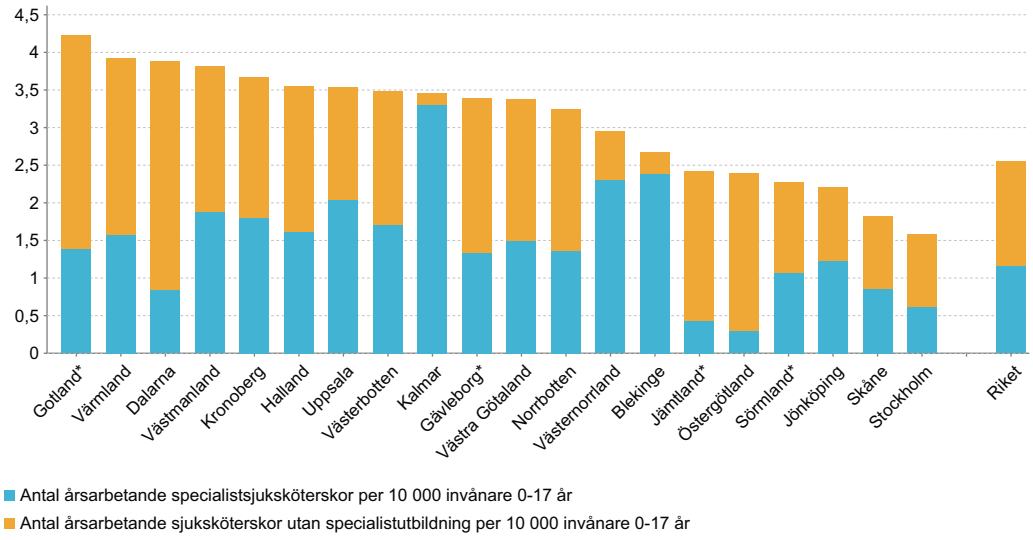
* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3847

Graf 3847 visar antalet årsarbetande sjuksköterskor per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på fast anställda sjuksköterskor och inhyrda sjuksköterskor. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Årsarbetande sjuksköterskor per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor

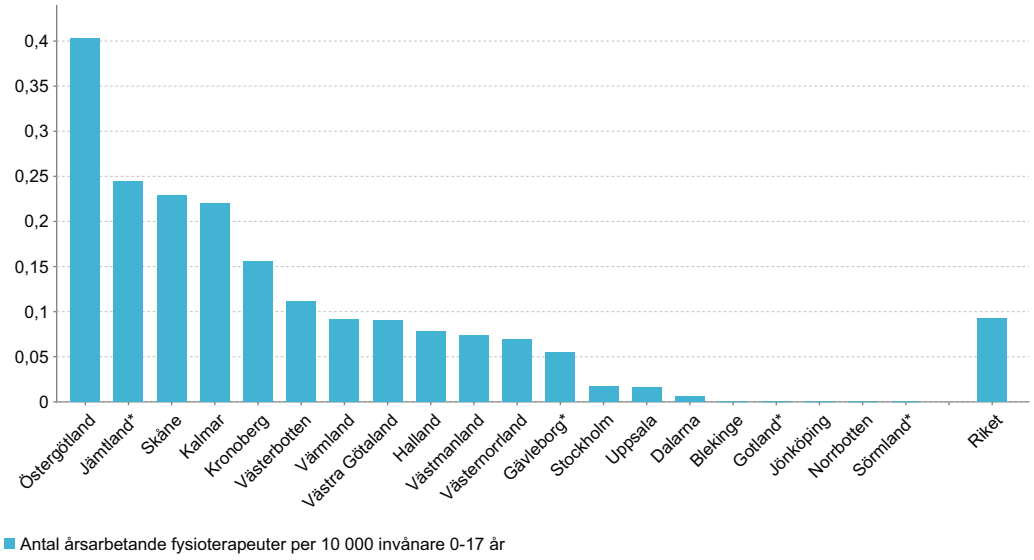


Inkluderar hyrsjuksköterskor
* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 4230

Graf 4230 visar antalet årsarbetande sjuksköterskor per 10 000 invånare 0-17 år fördelat på specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor utan specialistutbildning. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare per kategori i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande fysioterapeuter per 10 000 invånare 0-17 år

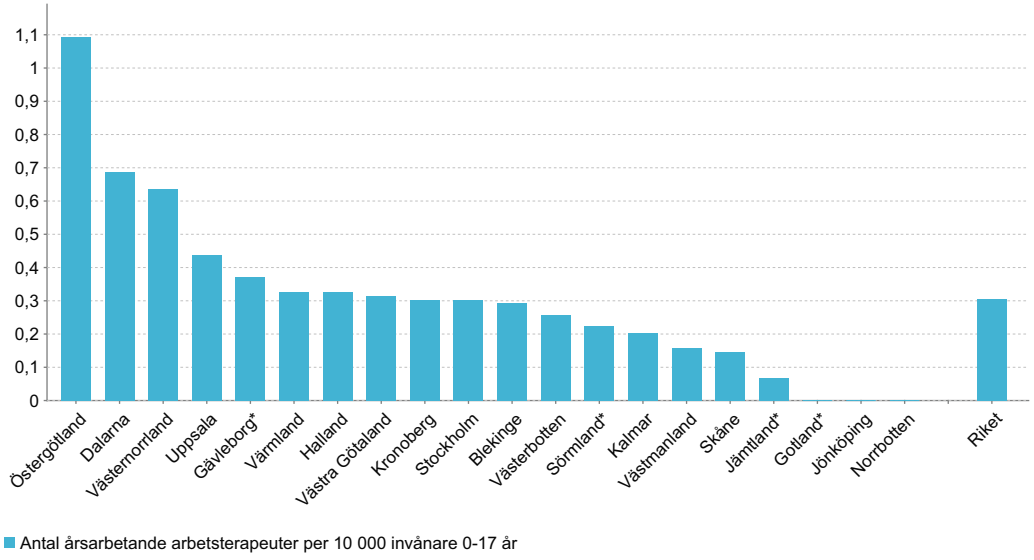


* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3848

Graf 3848 visar antalet årsarbetande fysioterapeuter och sjukgymnaster per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande arbetsterapeuter per 10 000 invånare 0-17 år

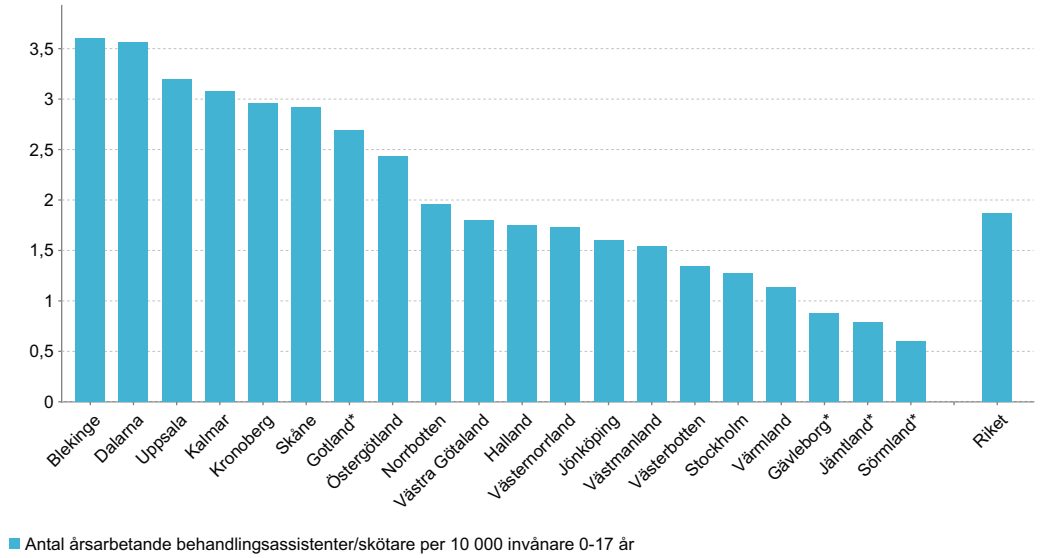


* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3849

Graf 3849 visar antalet årsarbetande arbetsterapeuter per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande behandlingsassistenter/skötare per 10 000 invånare 0-17 år



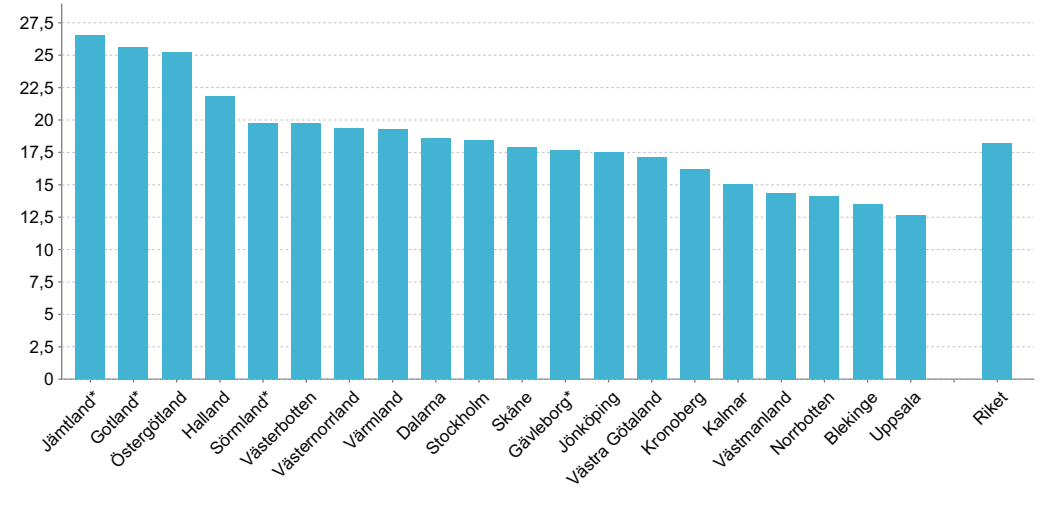
Antal årsarbetande behandlingsassistenter/skötare per 10 000 invånare 0-17 år

* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3850

Graf 3850 visar antalet årsarbetande behandlingsassistenter och skötare per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetare i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Årsarbetande personal per årsarbetande chef



Antal årsarbetande personal per årsarbetande chef

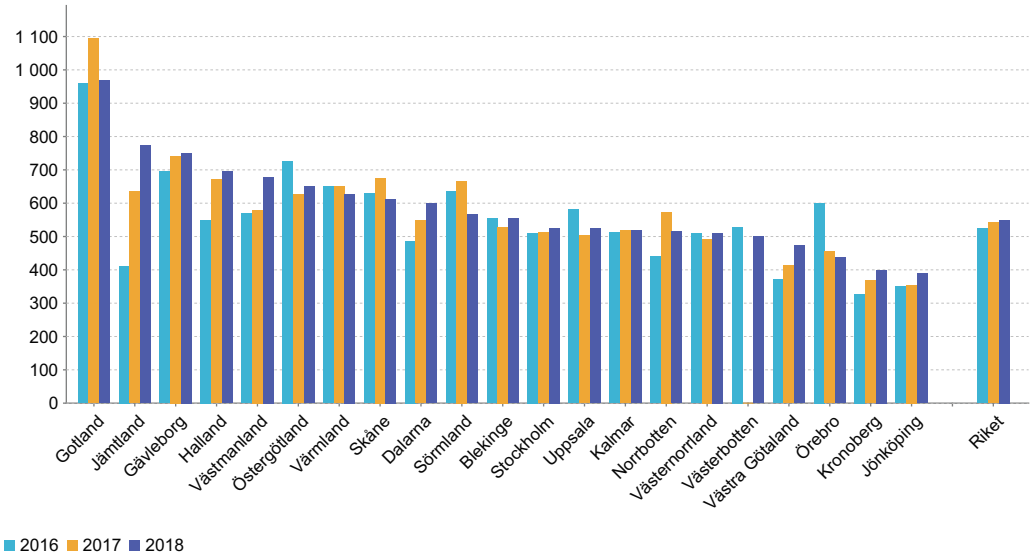
* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data
Data för Stockholm exkluderar privat vårdgivare

Graf ID: 4522

Graf 4522 visar antal årsarbetande personal per årsarbetande chef. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal årsarbetande personal per årsarbetande chef i Sverige. Observera att grafen visar antal årsarbetare och inte antal faktiska medarbetare.

5.2 Öppenvård

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Unika patienter i öppenvård per 10 000 invånare 0-17 år

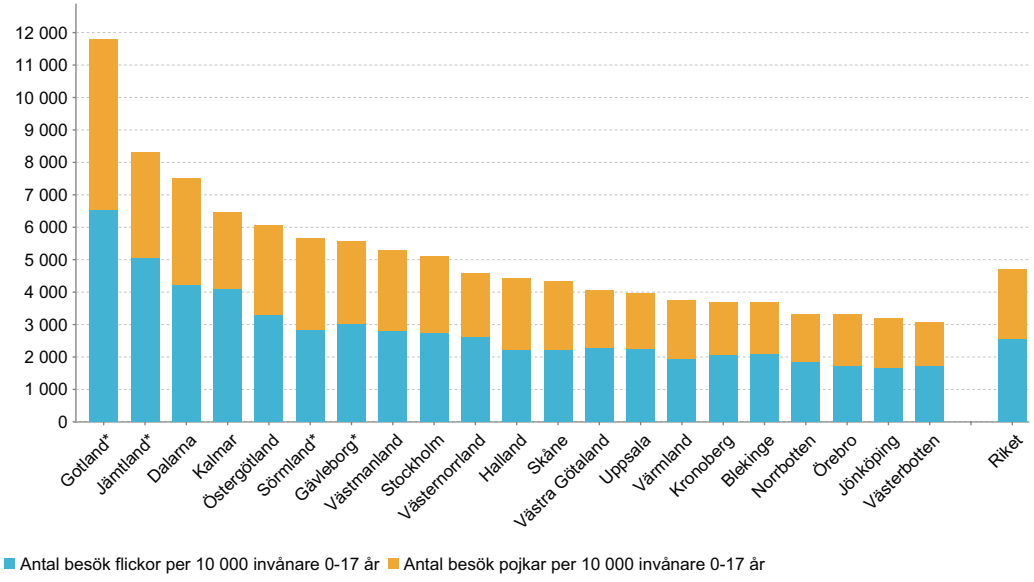


Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 3858

Graf 3858 visar antalet unika patienter i öppenvården per 10 000 invånare i åldersgruppen 0-17 år över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal patienter per 10 000 invånare 0-17 år i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Besök i öppenvård per kön per 10 000 invånare 0-17 år

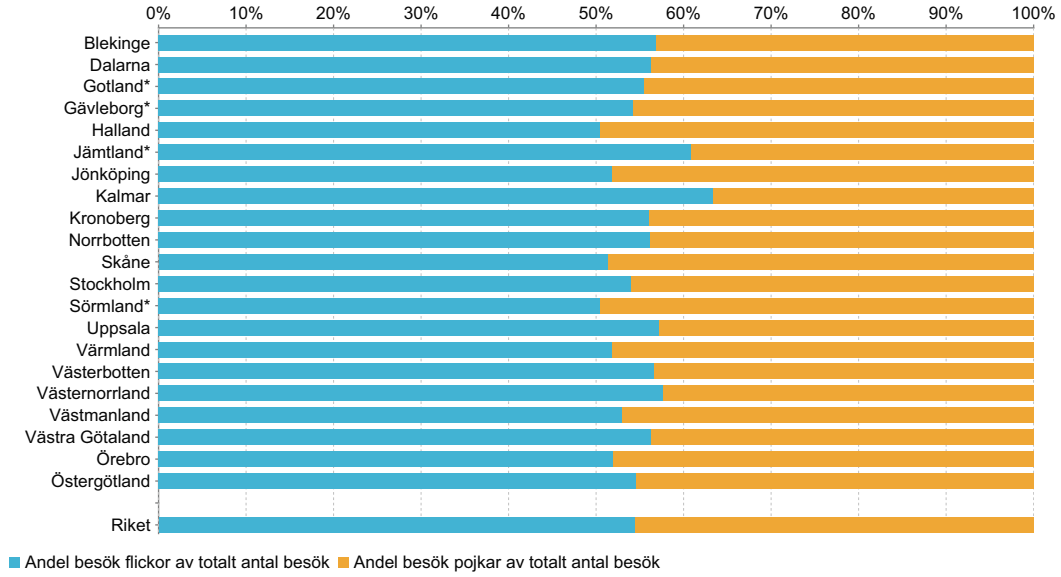


* Avser regioner med enbart öppenvård

Graf ID: 3860

Graf 3860 visar antalet besök för flickor respektive pojkar per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antal besök per kön per 10 000 invånare 0-17 år i Sverige. Observera att distanskontakter från och med 2017 inkluderas i besöken.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Besök fördelat på kön i öppenvården

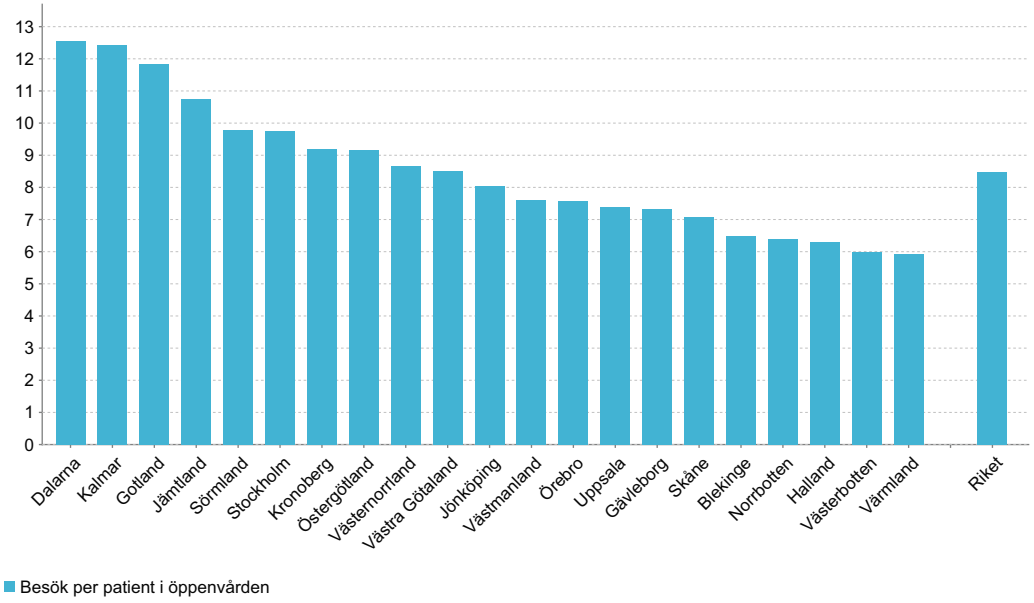


* Avser regioner med enbart öppenvård

Graf ID: 3859

Graf 3859 visar fördelningen av andelen besök för flickor respektive pojkar. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för andelen besök per kön i Sverige.

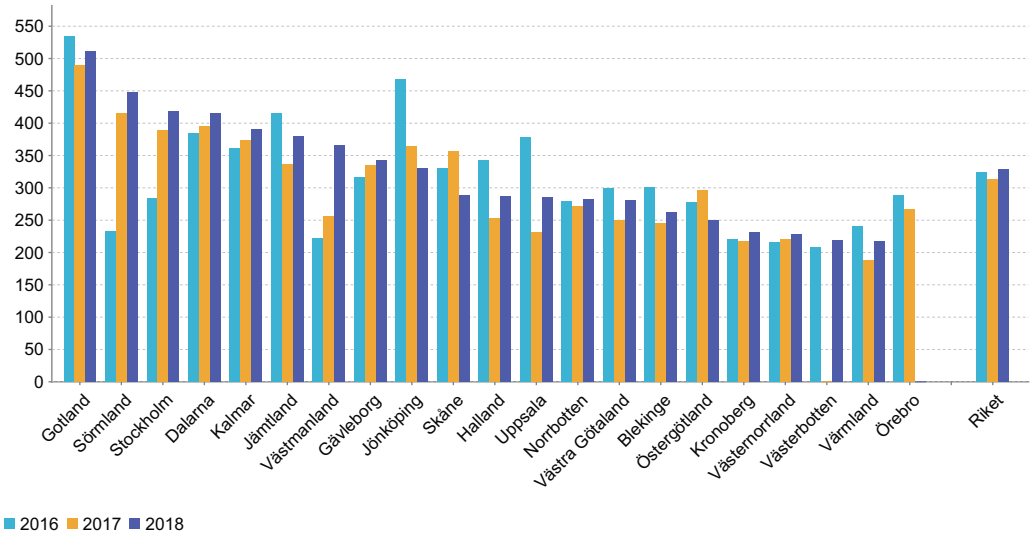
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Besök per patient i öppenvården



Graf ID: 4526

Graf 4526 visar antal besök per patient i öppenvården. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för antalet besök per patient i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Besök i öppenvård per helårsarbetande personal

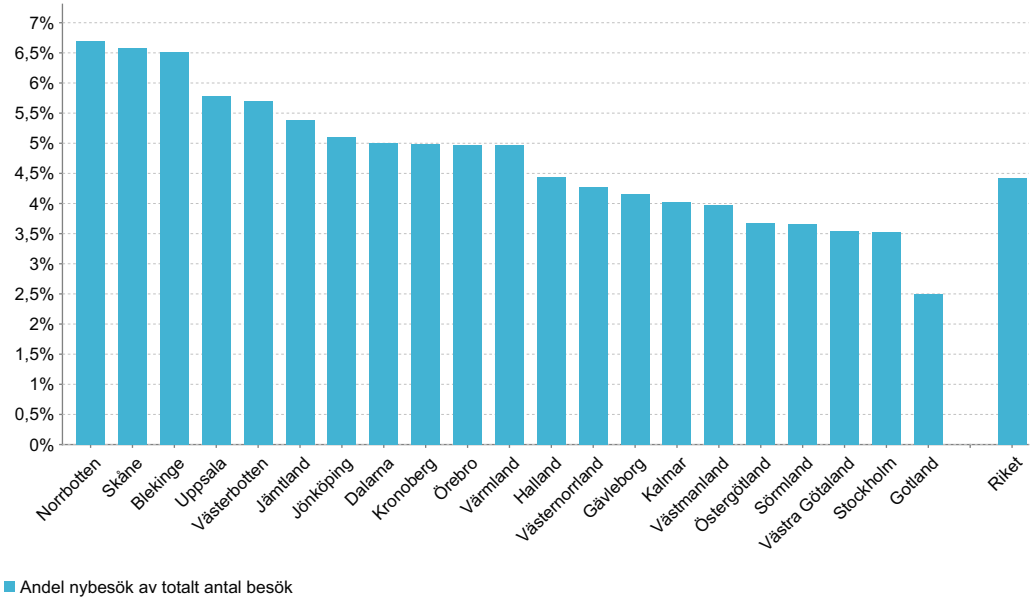


Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Helårsarbetande personal inkluderar alla yrkeskategorier
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018

Graf ID: 3861

Graf 3861 visar antalet besök i öppenvården per helårsarbetande personal i öppenvård över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Data för Riket visar att det genomsnittliga antalet besök per helårsarbetande personal per dag år 2018 är 1,5 besök.

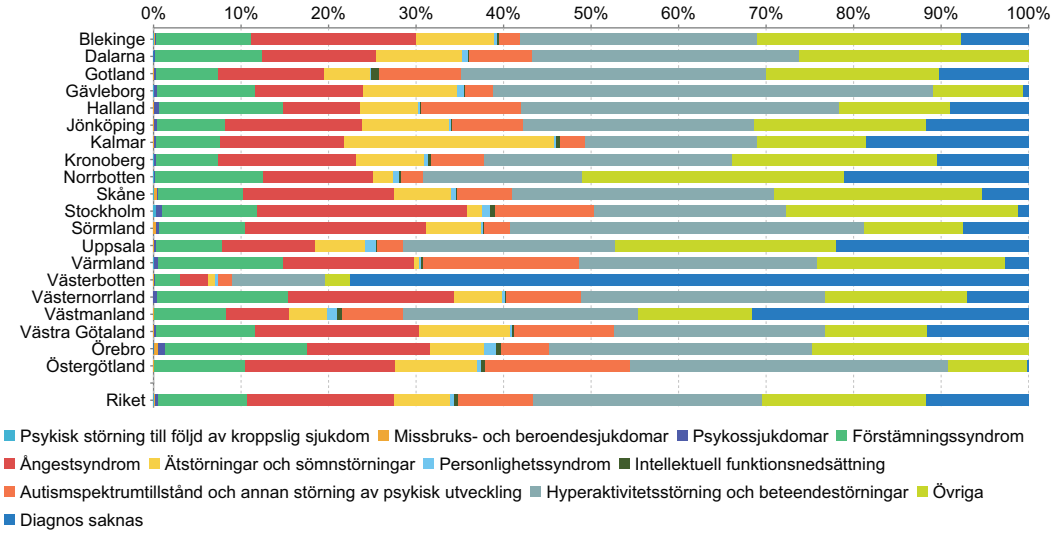
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Nybesök av totalt antal besök i öppenvård



Graf ID: 3862

Graf 3862 visar andelen nybesök av totalt antal besök. Ett nybesök är ett öppenvårdsbesök som inte har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande), vårdcentral eller motsvarande. Eventuell tidigare kontakt ska vara avslutad.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Andel besök fördelat på diagnos i öppenvård

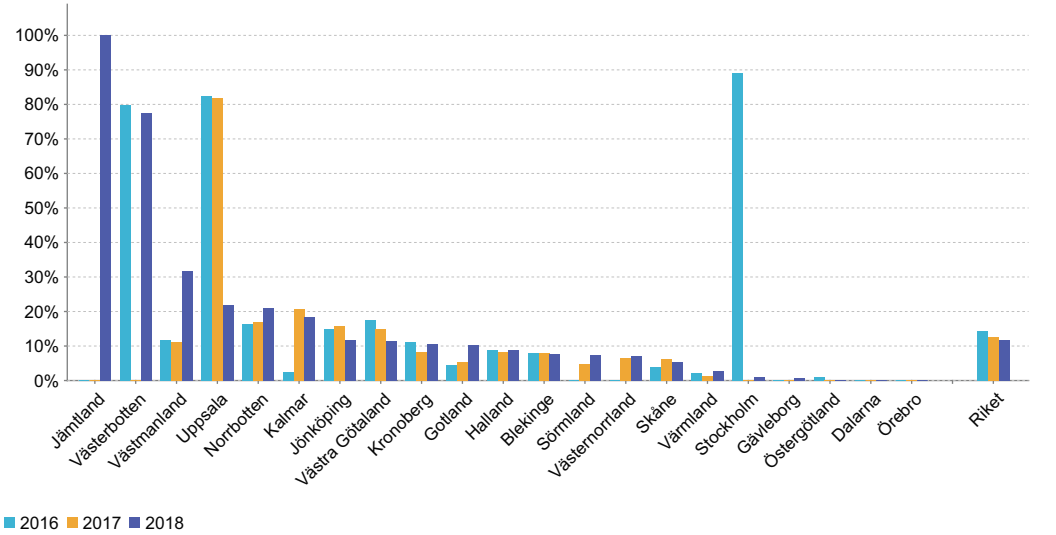


Den procentuella fördelningen återges också i tabellen på sida xx
Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Jämtland kan inte redovisa data

Graf ID: 3863

Graf 3863 visar diagnosfördelningen i öppenvården, det vill säga hur stor andel i procent av alla besök som patienter med en viss huvuddiagnos står för. Som underlag för diagnoskodningen har ICD-10 använts. För besök där patienten inte diagnossatts används kategorin ”diagnos saknas”.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Andel besök som inte har diagnossatts



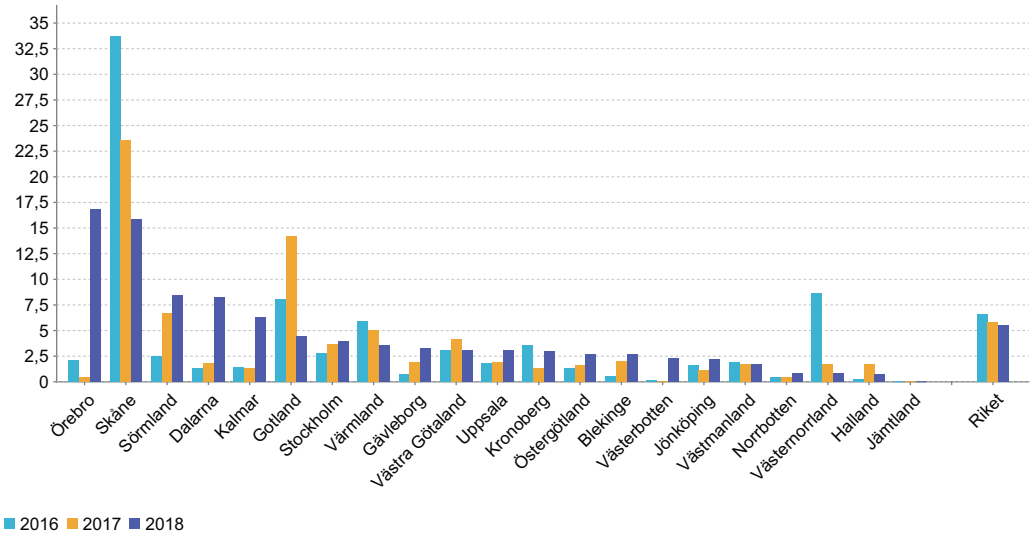
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Sörmland har inte diagnossatt distanskontakterna varför dessa inte ingår i denna graf

Graf ID: 4232

Graf 4232 visar andelen besök i öppenvården som inte har diagnossatts över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för andelen icke-diagnossatta besök i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Besök för missbruks- och beroendesjukdomar per 10 000 invånare 0-17 år



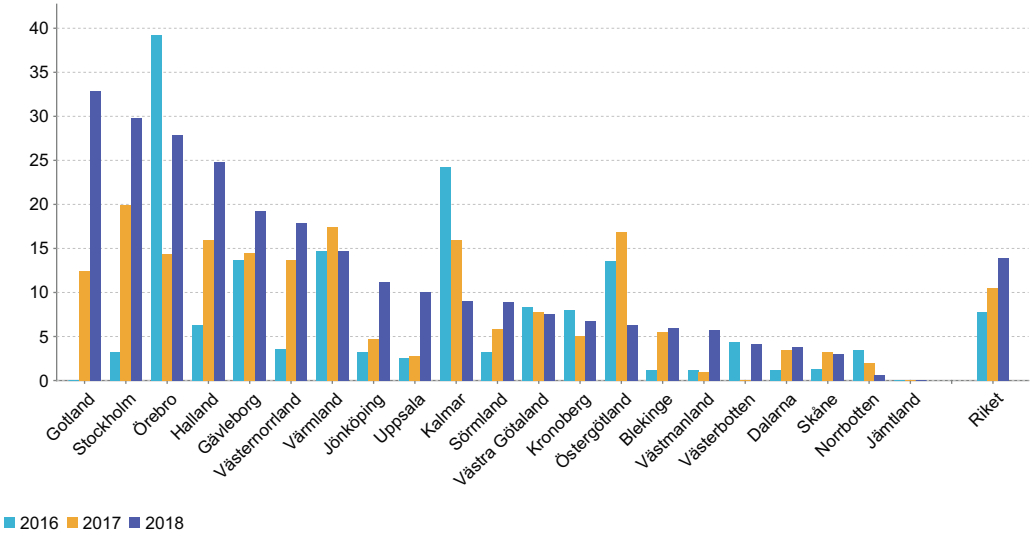
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Jämtland kan inte redovisa data

Graf ID: 4428

Graf 4428 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för missbruks- och beroendesjukdomar (F10-F19 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Besök för psykossjukdomar per 10 000 invånare 0-17 år

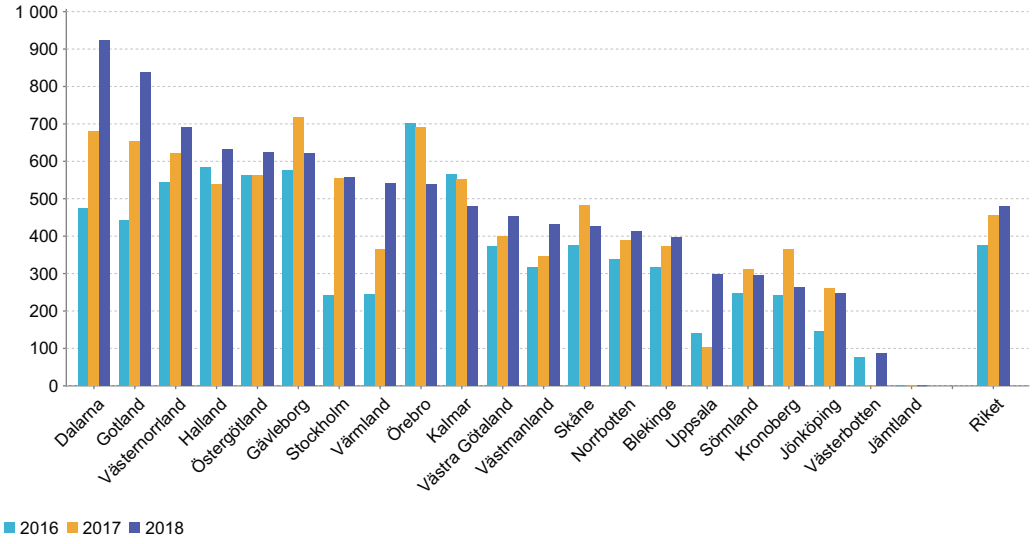


Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Jämtland kan inte redovisa data

Graf ID: 4527

Graf 4527 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för psykossjukdomar (F20-F29 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Besök för förstämningssyndrom per 10 000 invånare 0-17 år

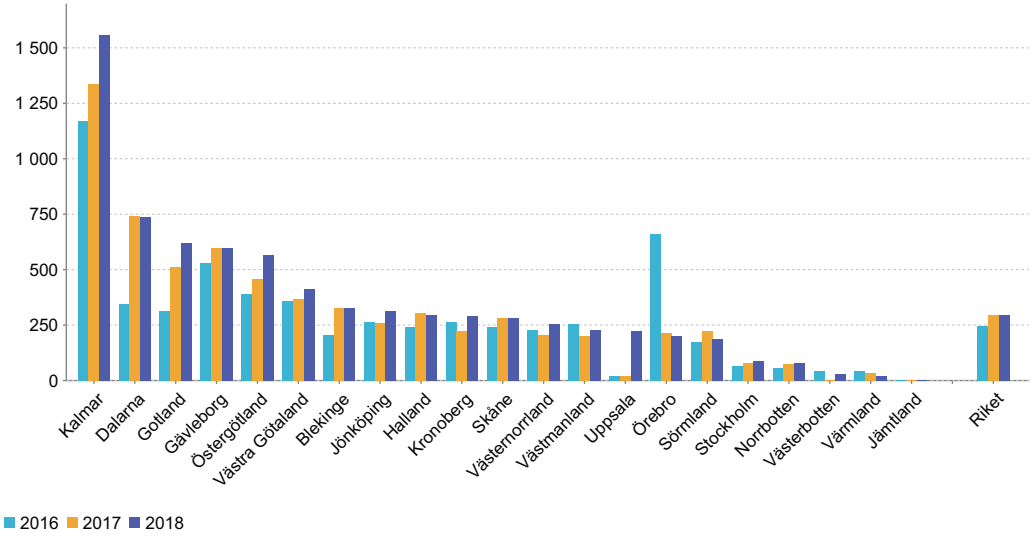


Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Jämtland kan inte redovisa data

Graf ID: 4528

Graf 4528 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för förstämningssyndrom (F30-F39 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Besök för ätstörningar och sömnstörningar per 10 000 invånare 0-17 år



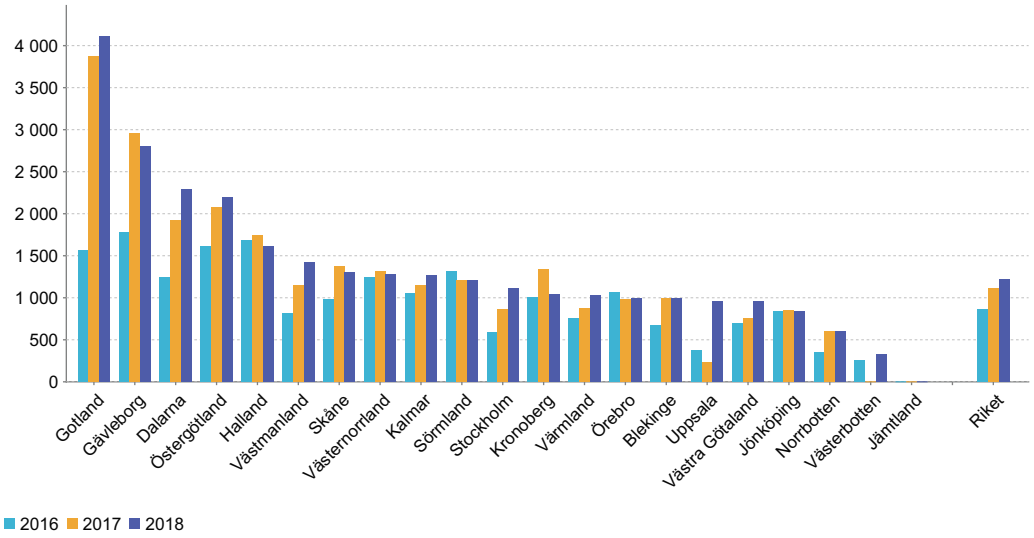
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Jämtland kan inte redovisa data

Graf ID: 4429

Graf 4429 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för ätstörningar och sömnstörningar (F50-F59 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Besök för hyperaktivitetsstörning och beteendestörningar per 10 000 invånare 0-17 år



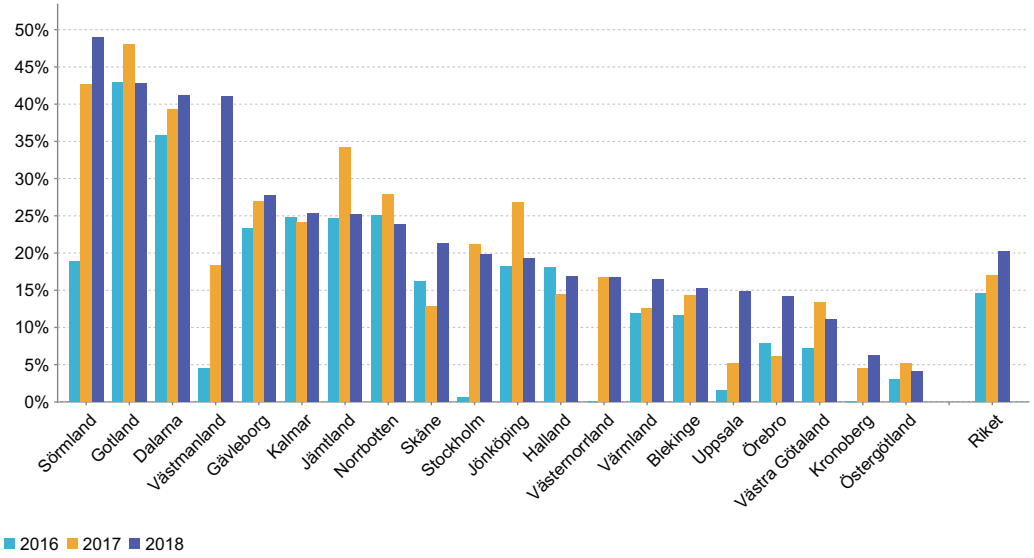
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Uppsala började diagnossätta övriga besök från och med juni 2018
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Jämtland kan inte redovisa data

Graf ID: 4430

Graf 4430 visar andelen besök i öppenvården för diagnoser inom ramen för hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar (F90-F98 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Distanskontakter av totalt antal besök i öppenvård



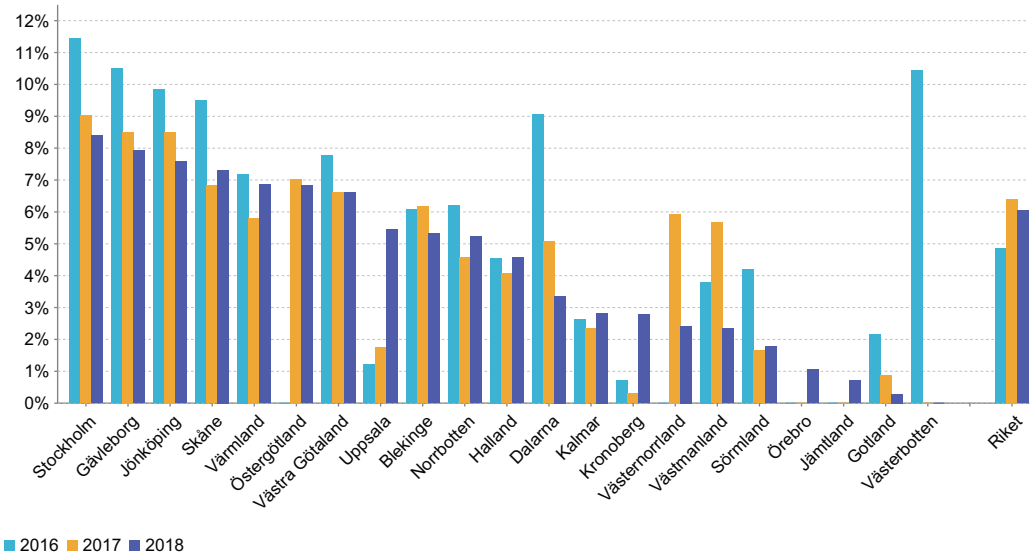
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Västerbotten kan inte redovisa data

Graf ID: 3865

Graf 3865 visar andelen distanskontakter av totalt antal besök över tid. Distanskontakt är vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Uteblivna besök av totalt antal besök i öppenvård



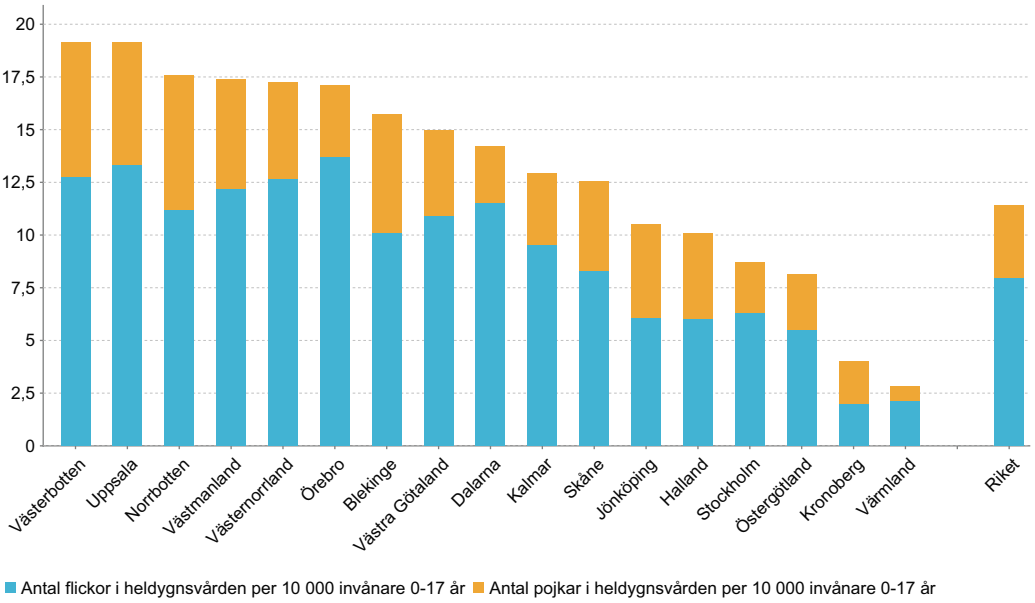
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 3866

Graf 3866 visar andelen uteblivna av totalt antal planerade besök över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige. Ett uteblivet besök är när individen har uteblivit från sitt besök.

5.3 Heldygnsvård

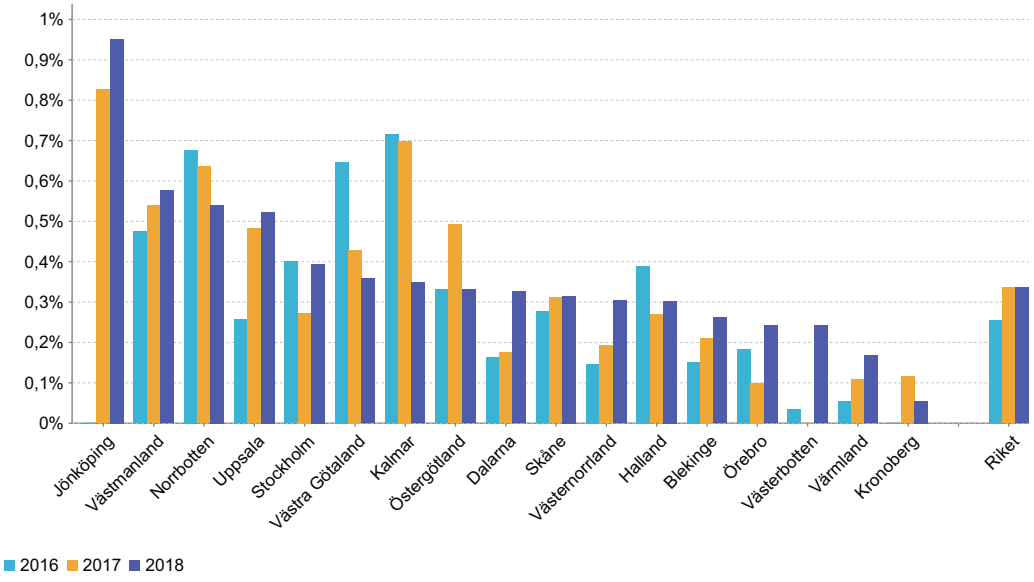
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Flickor resp pojkar i heldygnsvården per 10 000 invånare 0-17 år



Graf ID: 3867

Graf 3867 visar antal flickor respektive pojkar i heldygnsvården per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Andel LPT av totalt antal individer

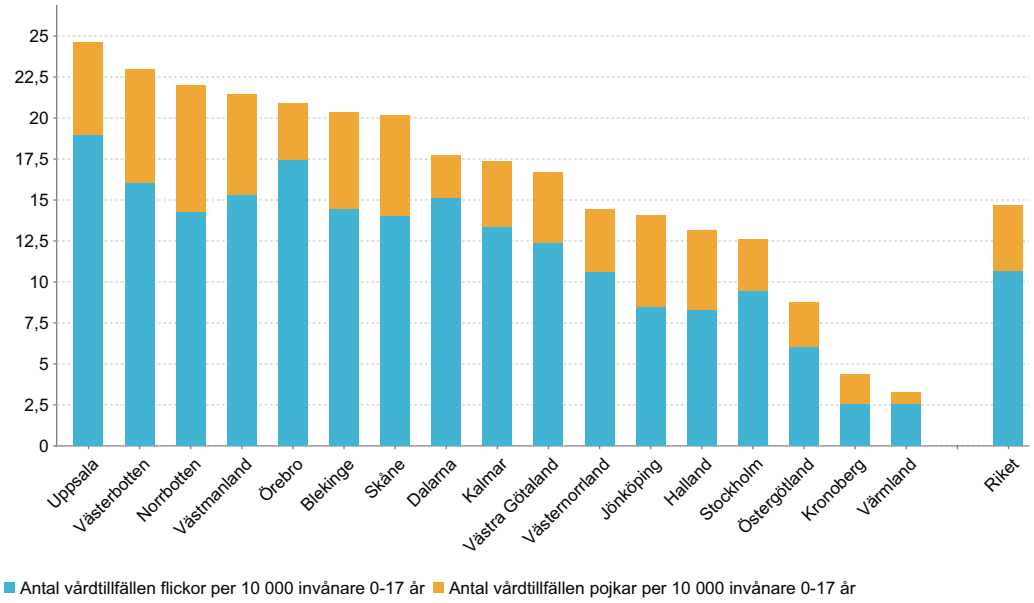


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 4233

Graf 4233 visar andelen patienter som har vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) av totalt antal patienter över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige. Data visar att antalet patienter som har vårdats enligt LPT under 2018 var 421 sammanlagt.

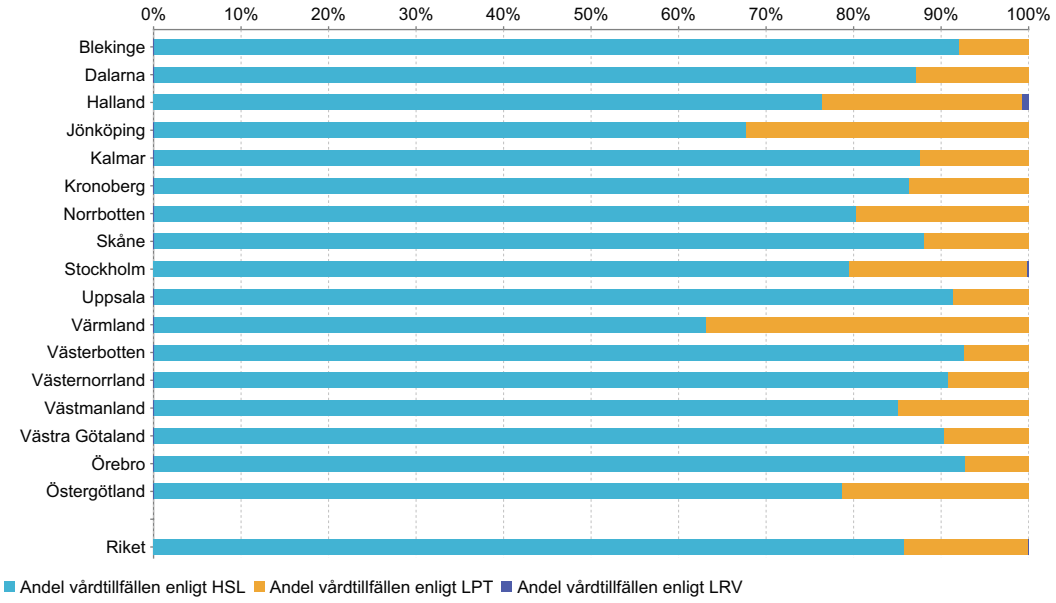
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Vårdtillfällen flickor resp pojkar per 10 000 invånare 0-17 år



Graf ID: 3868

Graf 3868 visar antal vårdtillfällen för flickor respektive pojkar i heldygnsvården per 10 000 invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige. Med vårdtillfälle avses en vårdkontakt i sluten vård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande).

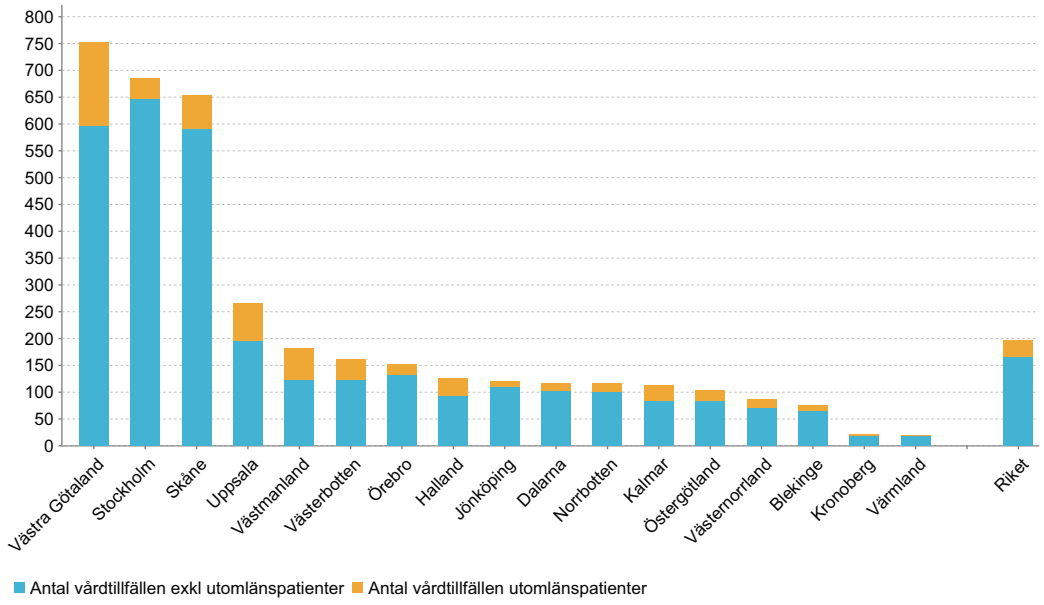
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Fördelning vårdtillfällen per lagrum



Graf ID: 3870

Graf 3870 visar fördelningen av vårdtillfällen enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) respektive lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Med vårdtillfälle avses en vårdkontakt i sluten vård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande).

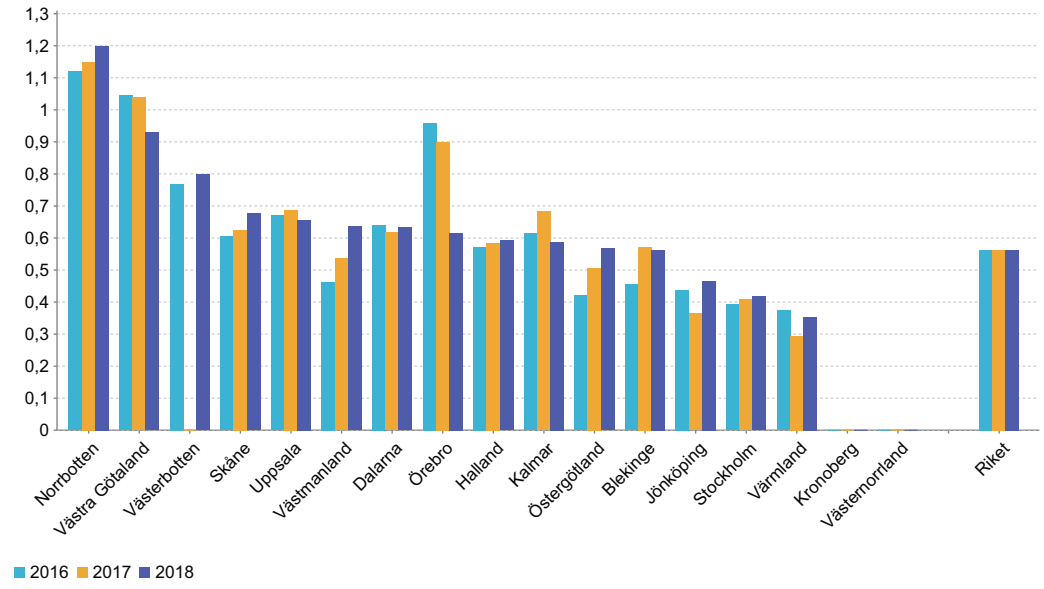
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Vårdtillfällen inkl utomlänspatienter



Graf ID: 3871

Graf 3871 visar antal vårdtillfällen fördelat på patienter skrivna i det egna landstinget och utomlänspatienter. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige. Utomlänspatienter är patienter som har fått vård och som inte är skrivna i det inrapporterande landstinget. Asylsökande räknas som utomlänspatienter.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Fastställda vårdplatser per 10 000 invånare 0-17 år

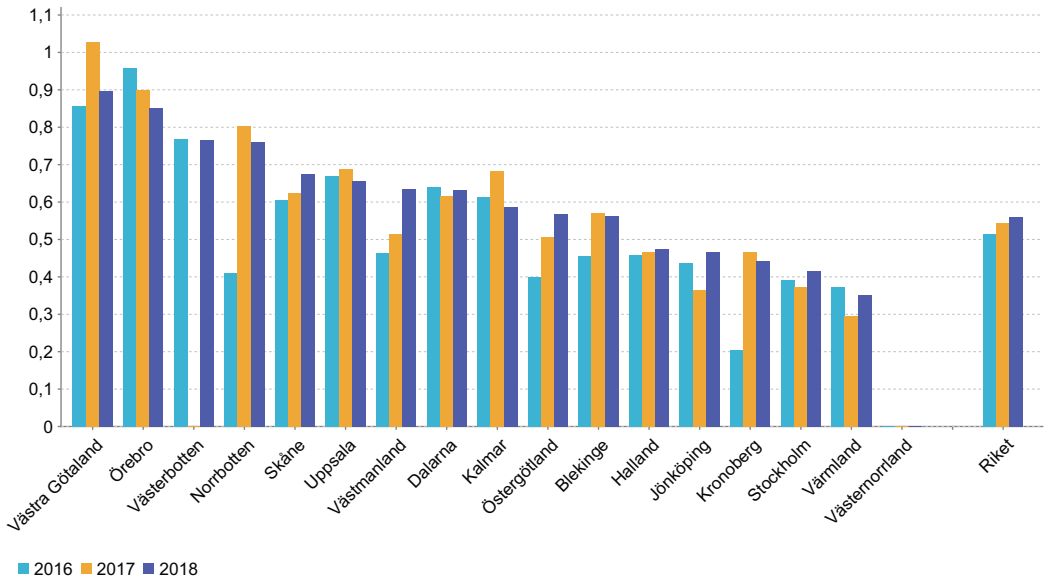


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 3872

Graf 3872 visar antalet fastställda vårdplatser per 10 000 invånare 0-17 år över tid. En fastställd vårdplats är en vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Disponibla vårdplatser per 10 000 invånare 0-17 år

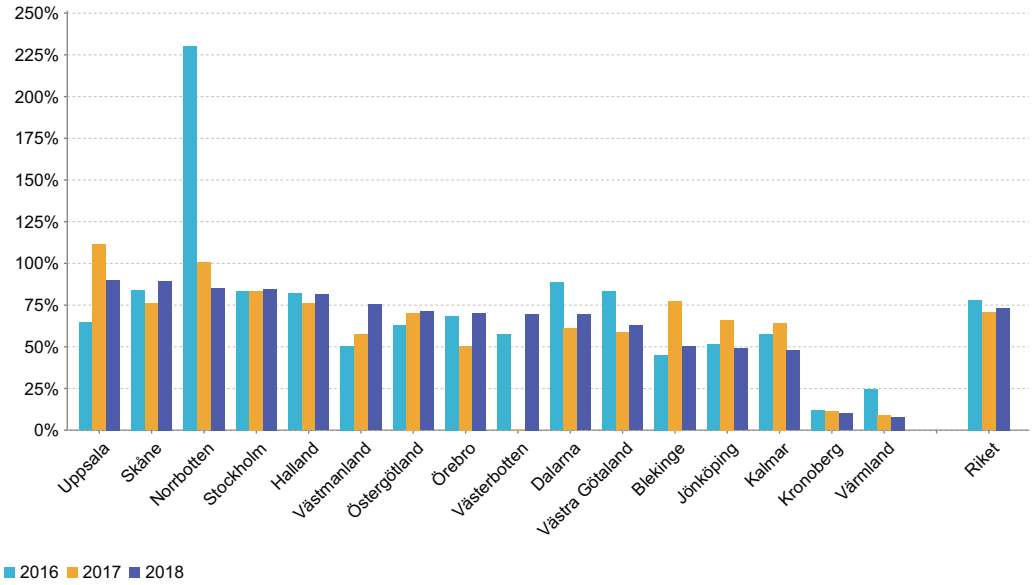


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 3873

Graf 3873 visar antalet disponibla vårdplatser per 10 000 invånare 0-17 år över tid. Med disponibel vårdplats menas fastställd vårdplats som är belagd eller kan beläggas. Antalet disponibla vårdplatser beräknas genom att omvandla antalet fastställda vårdplatser till beläggningsbara vårddagar, dra bort antalet ej beläggningsbara vårddagar och dividera med 365.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Andel disponibla vårdplatser som har varit belagda under året

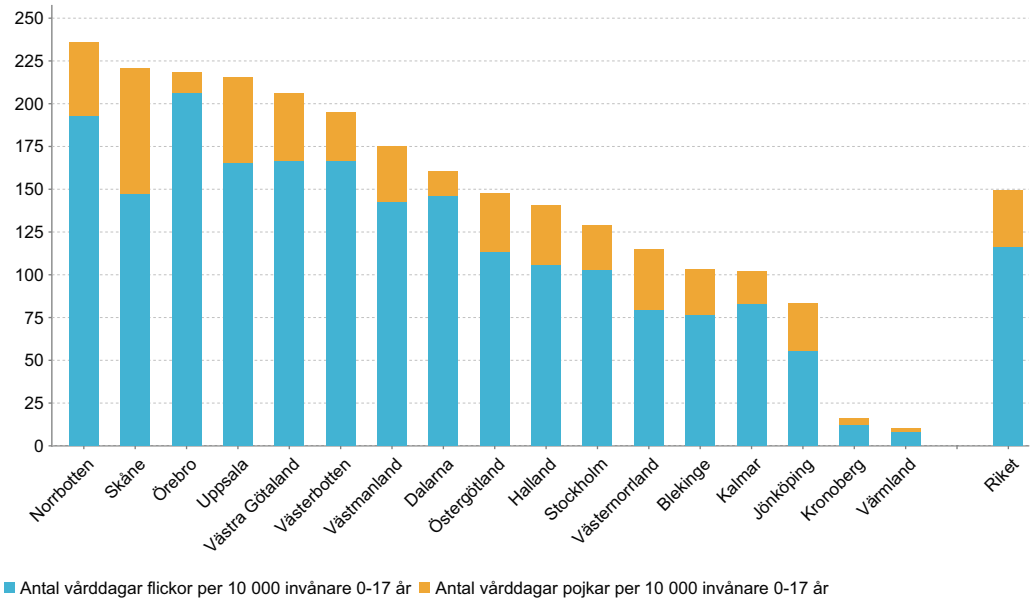


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 4234

Graf 4234 visar en form av beläggningsgrad, beräknat på andelen av de disponibla vårdplatserna som har varit belagda under året. Grafen redovisar data över tid och jämför data för de senaste tre åren. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

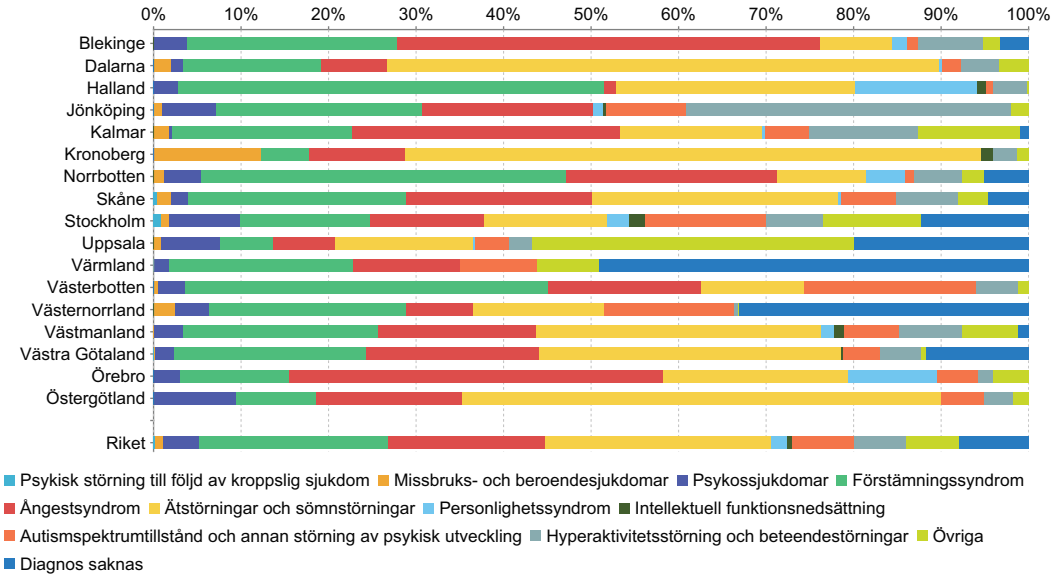
Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Vårddagar flickor resp pojkar per 10 000 invånare 0-17 år



Graf ID: 3874

Graf 3874 visar antalet vårddagar för flickor respektive pojkar per 10 000 invånare 0-17 år. En vårddag är ett dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Varje påbörjat dygn räknas som en vårddag, det vill säga både inskrivningsdag och utskrivningsdag ska ingå. Hela permissionsdygn exkluderas från antalet vårddagar.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Andel vårddagar fördelat på diagnos i heldygnsvård

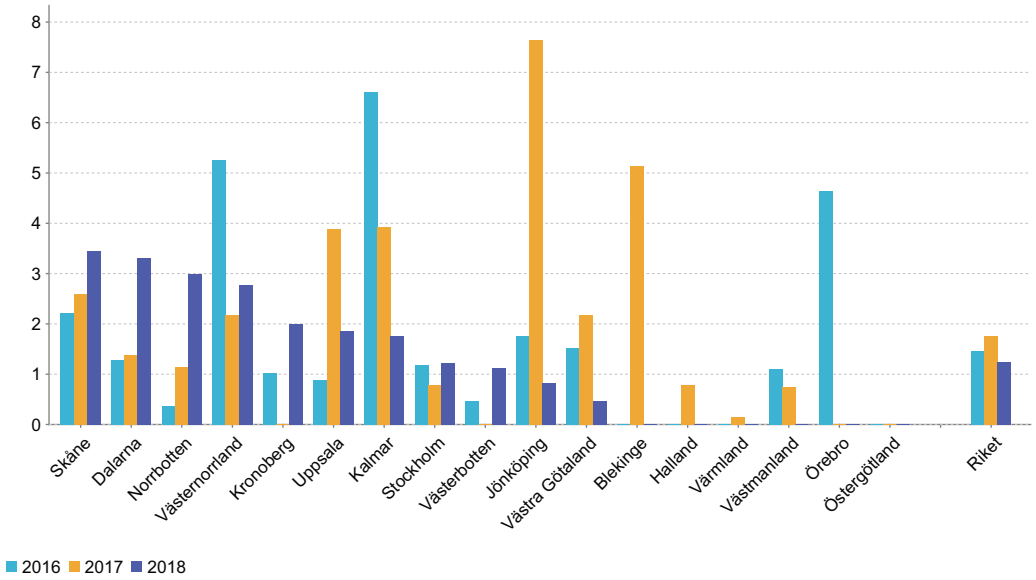


Den procentuella fördelningen återges också i tabellen på sida xx

Graf ID: 3875

Graf 3875 visar diagnosfördelningen i heldygnsvården, det vill säga hur stor andel i procent av alla vårddagar som patienter med en viss huvuddiagnos står för. Som underlag för diagnoskodningen har ICD-10 använts. För vårddagar där patienten inte diagnossatts används kategorin ”diagnos saknas”.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Vårddagar för missbruks- och beroendesjukdomar per 10 000 invånare 0-17 år

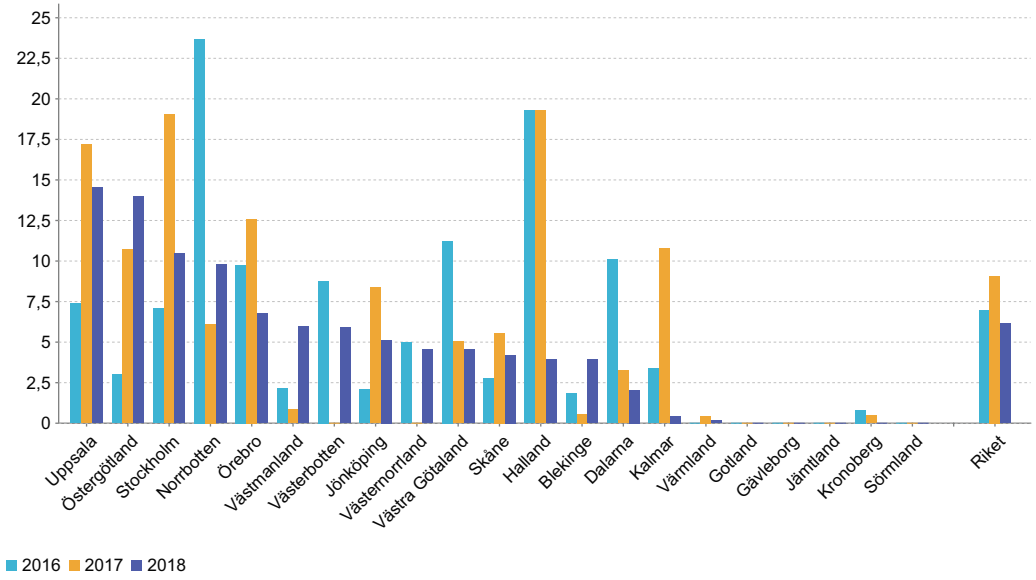


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 3876

Graf 3876 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för missbruks- och beroendesjukdomar (F10-F19 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Vårddagar för psykossjukdomar per 10 000 invånare 0-17 år

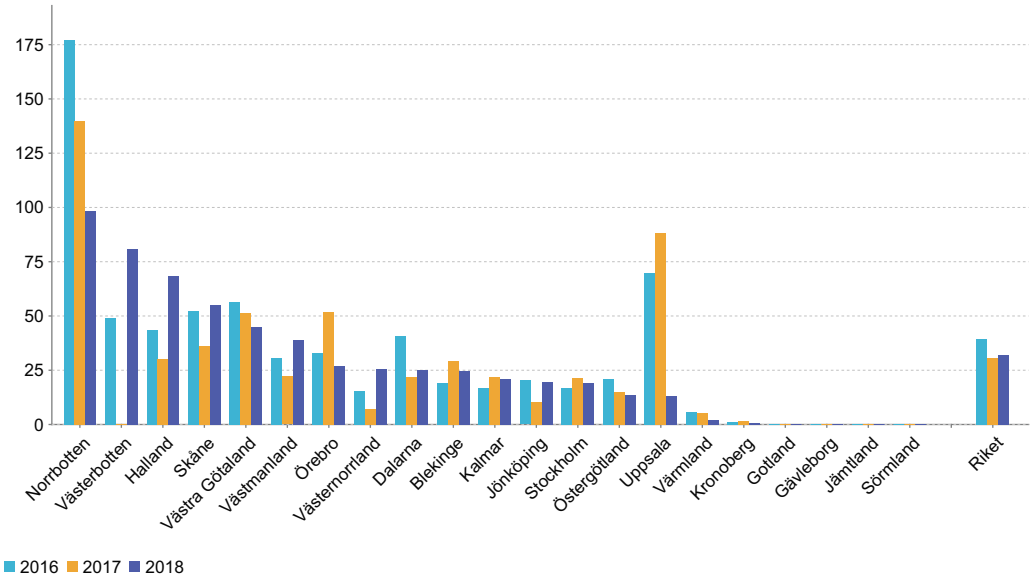


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 4529

Graf 4529 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för psykossjukdomar (F20-F29 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Vårddagar för förstämningssyndrom per 10 000 invånare 0-17 år

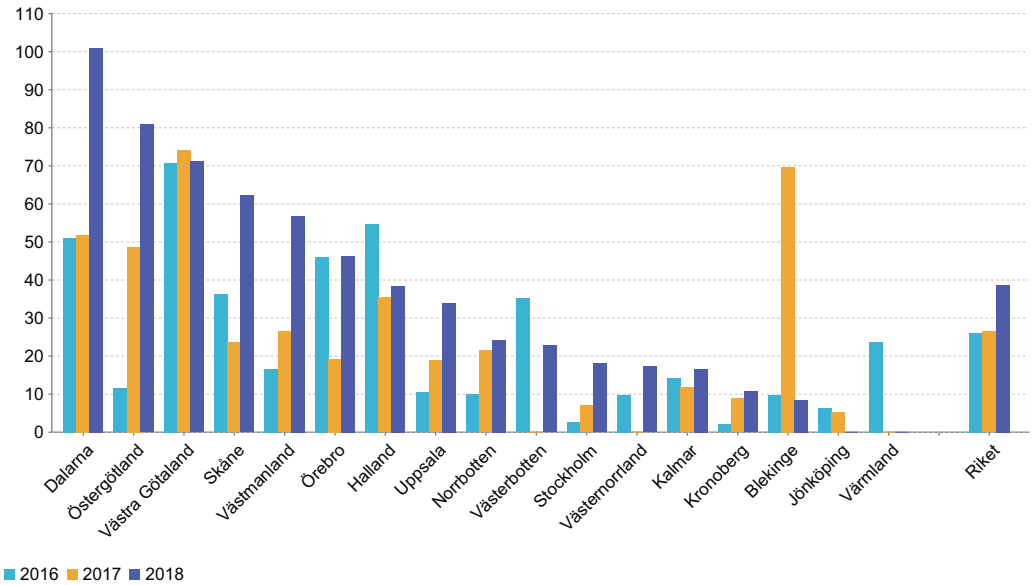


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 4530

Graf 4530 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för förstämningssyndrom (F30-F39 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Vårddagar för ätstörningar och sömnstörningar per 10 000 invånare 0-17 år

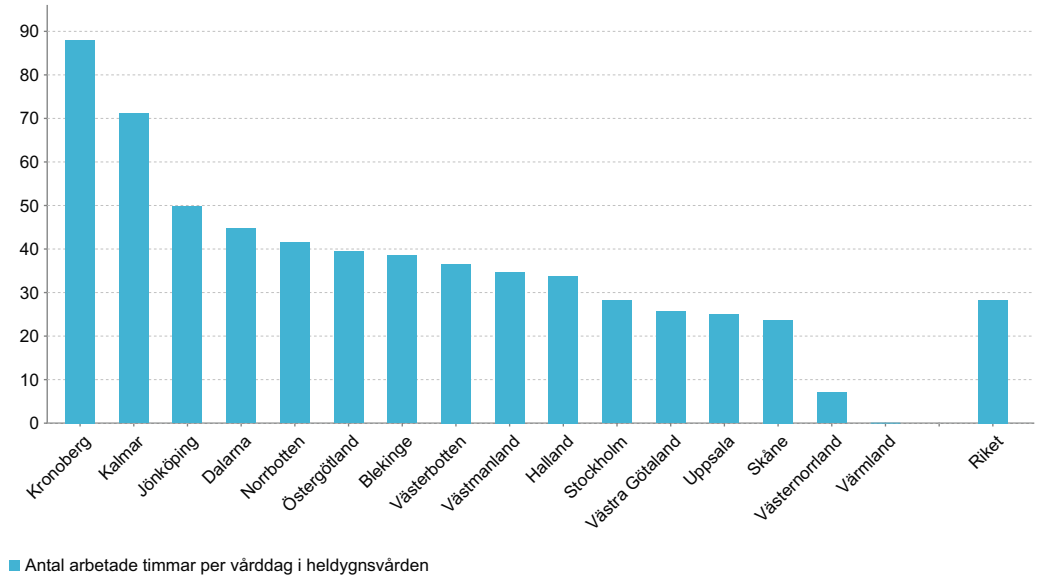


Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 4431

Graf 4431 visar andelen vårddagar för diagnoser inom ramen för ätstörningar och sömnstörningar (F50-F59 enligt ICD-10) över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet för Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Personaltäthet

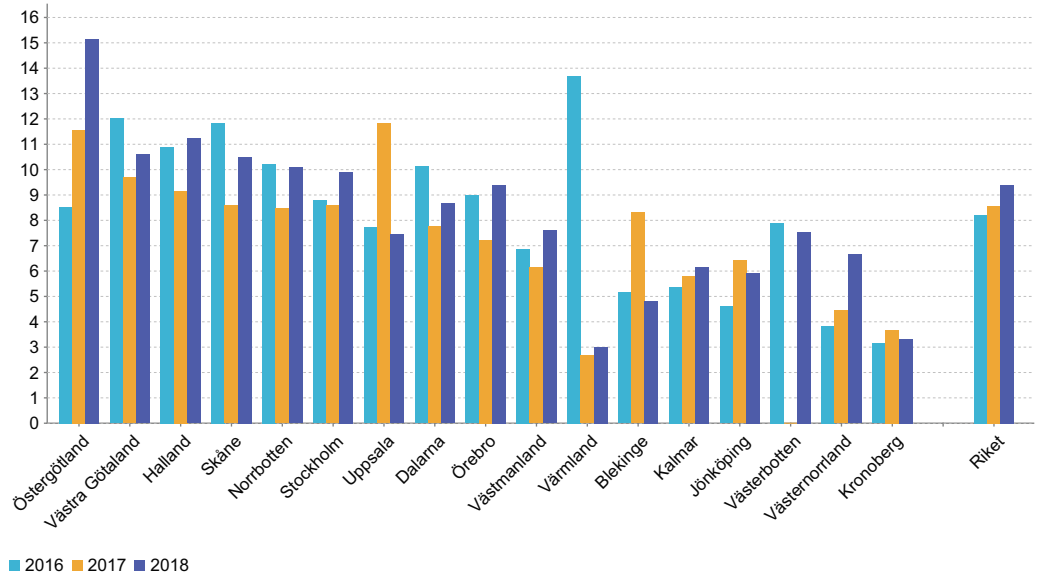


Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3879

Graf 3879 visar antalet arbetade timmar per vårddag i heldygnsvården. En vårddag är ett dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Varje påbörjat dygn räknas som en vårddag, det vill säga både inskrivningsdag och utskrivningsdag ska ingå. Hela permissionsdygn exkluderas från antalet vårddagar.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Medelvårdtid i heldygnsvård: Antal vårddagar per vårdtillfälle



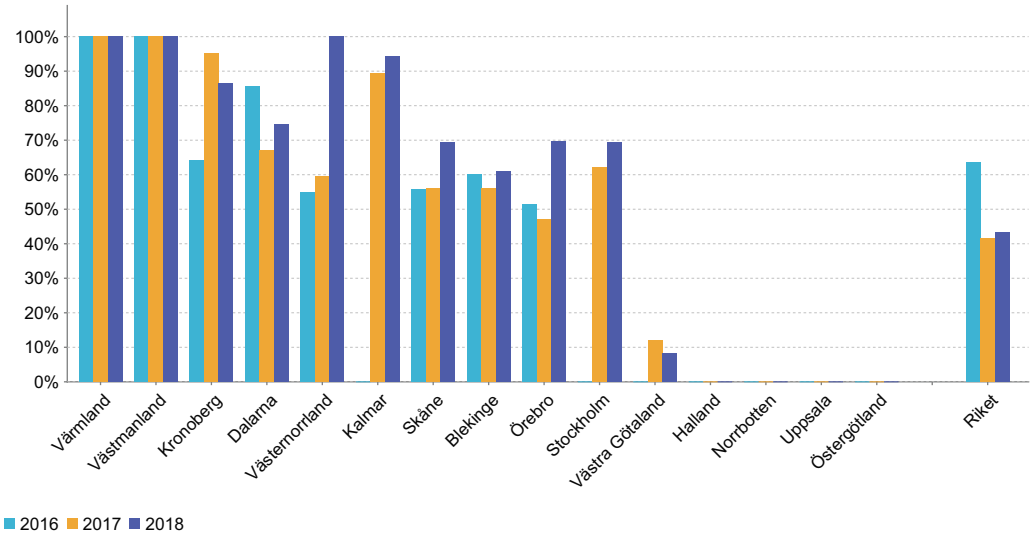
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017

Graf ID: 3885

Graf 3885 visar medelvårdtiden i dagar beräknat på antal vårddagar per vårdtillfälle. Grafen redovisar data över tid och jämför data för de senaste tre åren. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Patienter i heldygnsvården som får uppföljning sju dagar efter utskrivning



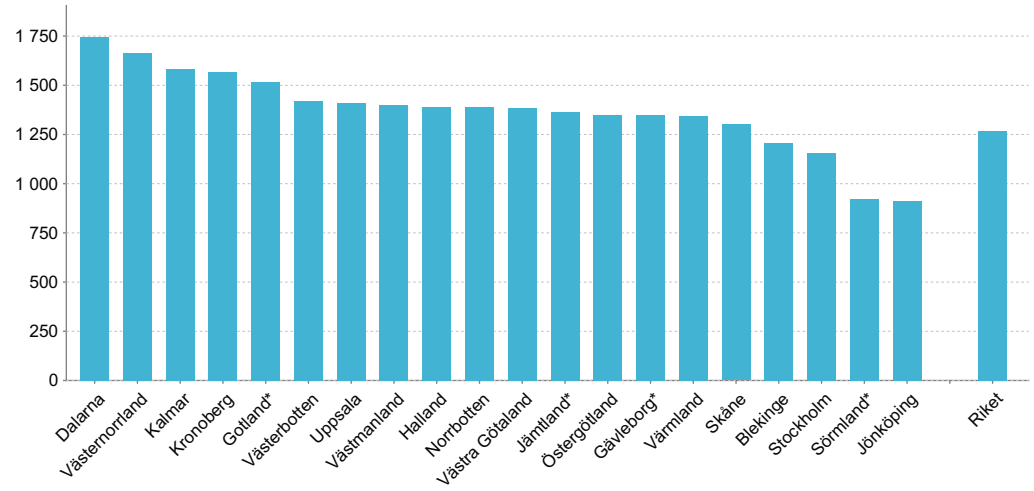
Skånes data visar patienter som har skrivits ut till den offentliga psykiatrin där uppföljning har skett inom åtta dagar
Enbart Blekinge, Dalarna, Kronoberg, Skåne, Västernorrland, Västmanland, Värmland och Örebro kunde redovisa data för 2016
Halland, Jönköping, Uppsala, VGR SU och Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Jönköping, Västerbotten och Östergötland kan inte redovisa da..

Graf ID: 3882

Graf 3882 visar andelen individer i heldygnsvården som har fått uppföljning sju dagar efter utskrivning. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

5.4 Kostnader

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Personalkostnader i kronor per invånare 0-17 år

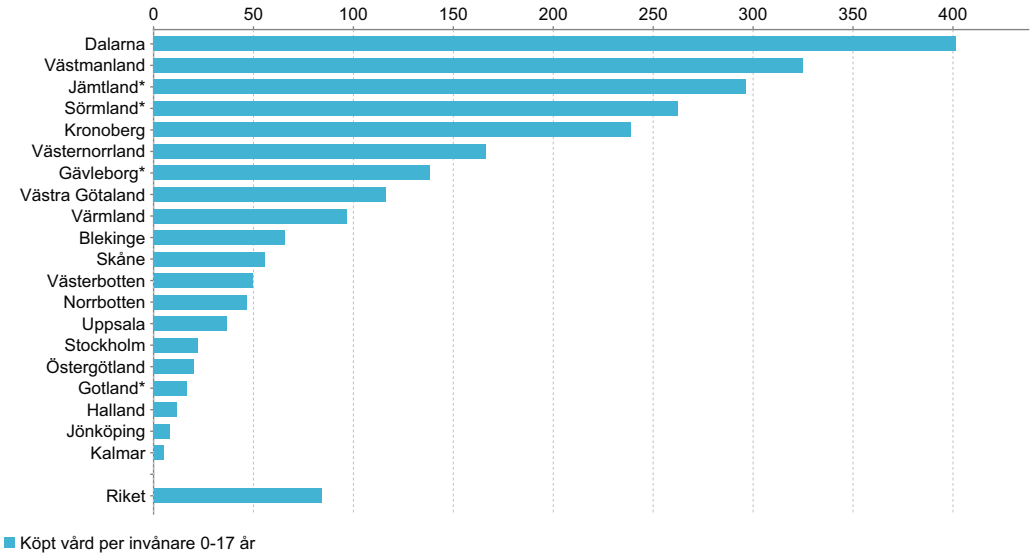


* Avser regioner med enbart öppenvård
Inkluderar kostnader för hyrpersonal
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3853

Graf 3853 visar de totala personalkostnaderna per invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Kostnad för köpt vård i kronor per invånare 0-17 år



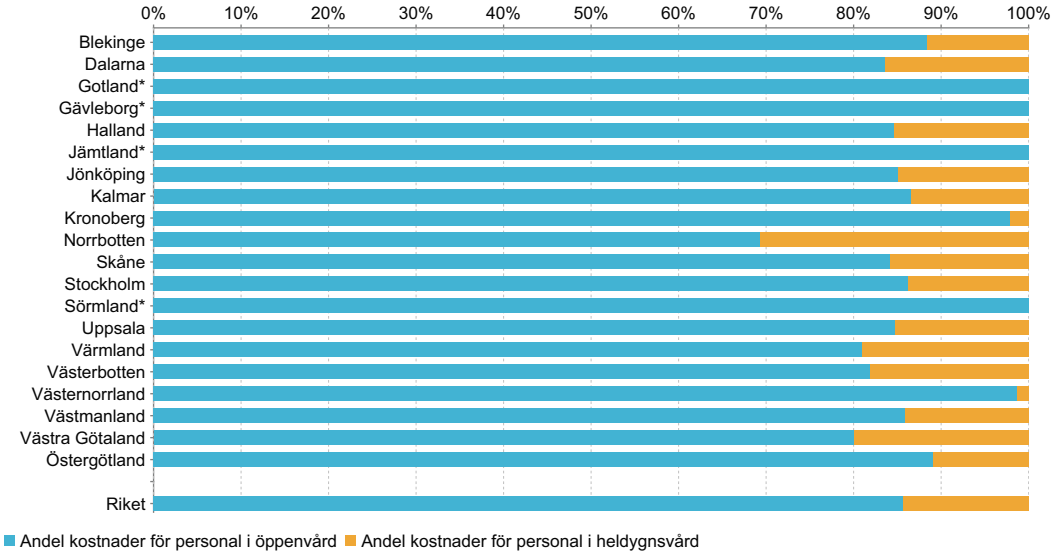
* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3854

Graf 3854 visar den totala kostnaden för köpt vård per invånare 0-17 år. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Fördelning kostnader i kronor för personal i öppenvård resp heldygnsvård



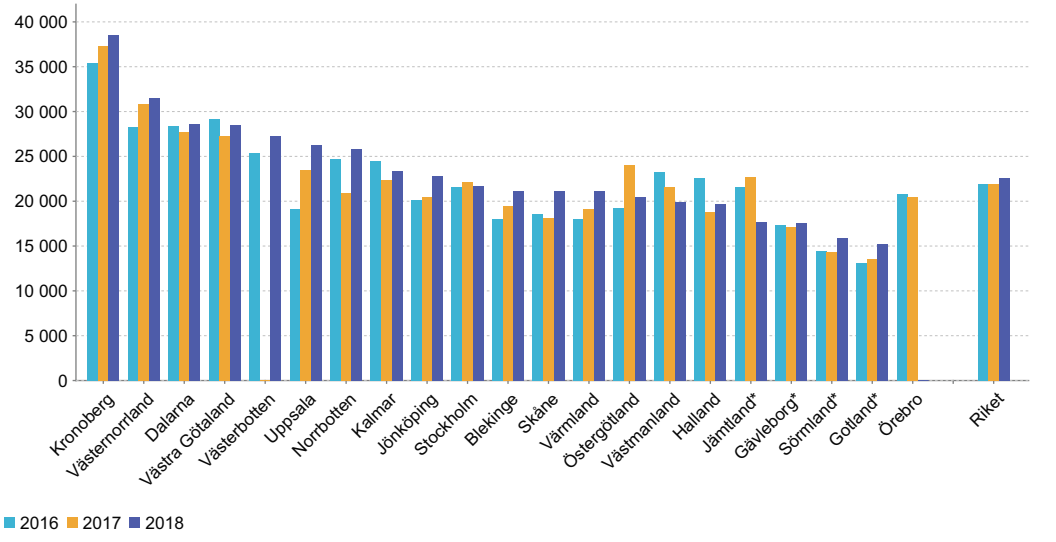
* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3855

Graf 3855 visar fördelningen av andelen kostnader i kronor för personal i öppenvård respektive heldygnsvård. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Personalkostnad i kronor per patient

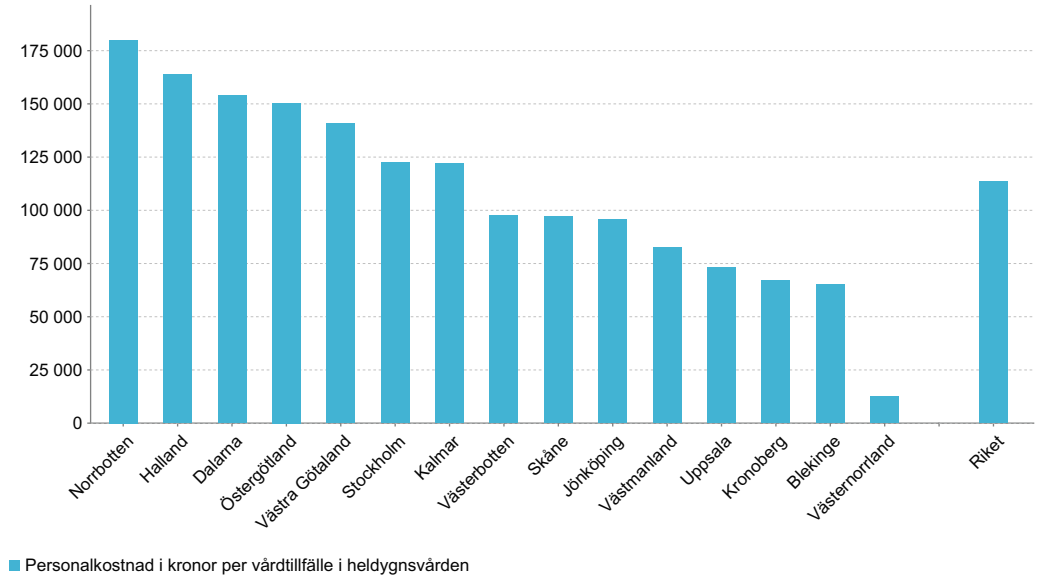


* Avser regioner med enbart öppenvård
Data för Gotland, Jämtland, Skåne och Sörmland för 2016 och 2017 inkluderar data för första linjen
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018

Graf ID: 3856

Graf 3856 visar personalkostnaden i kronor per patient över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Personalkostnader i kronor per vårdtillfälle i heldygnsvården

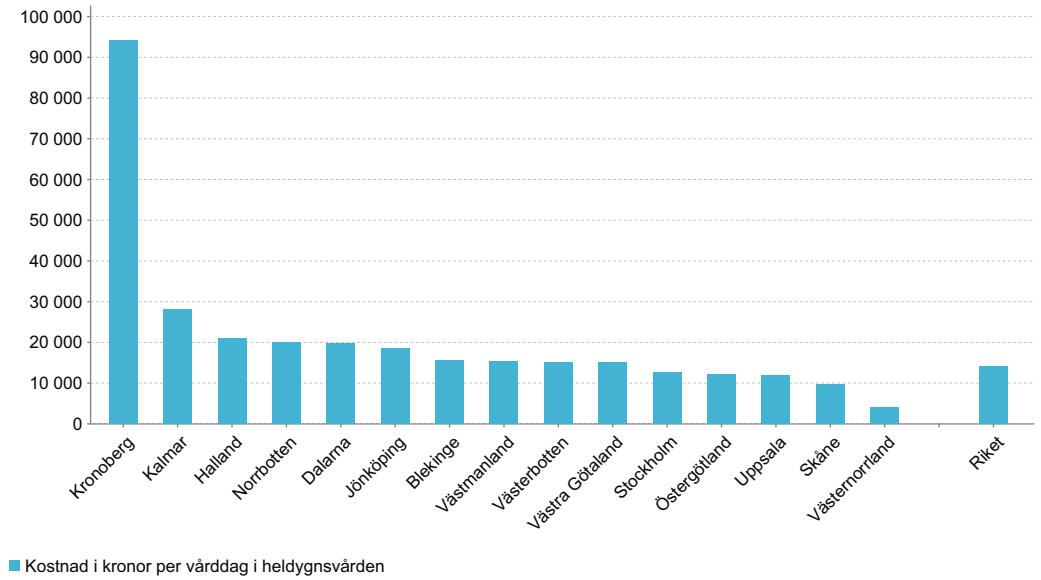


Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3877

Graf 3877 visar personalkostnaden för slutenvård i kronor per vårdtillfälle i heldygnsvården. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Personalkostnader i kronor per vårddag i heldygnsvården

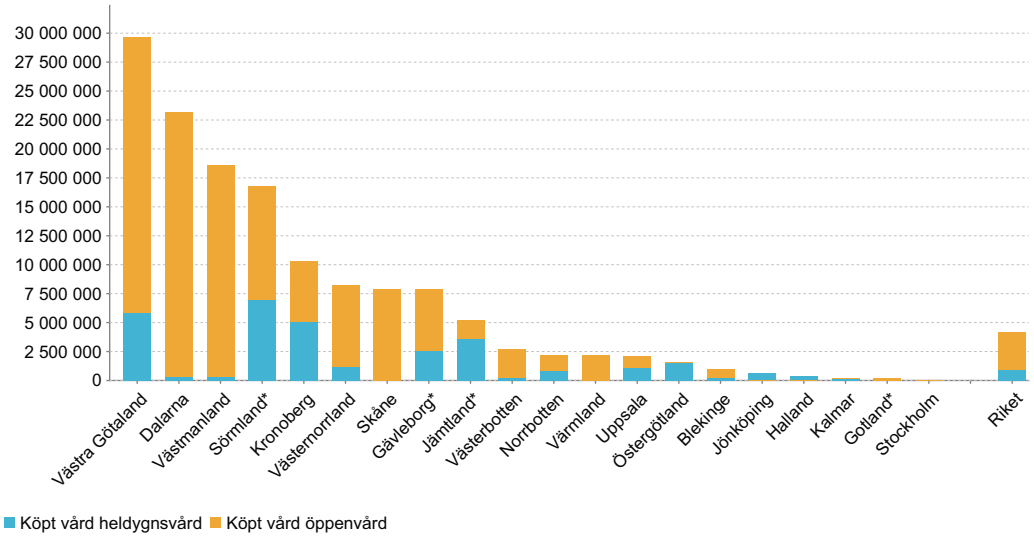


Örebro kan inte redovisa data

Graf ID: 3878

Graf 3878 visar personalkostnaden för slutenvård i kronor per vårddag i slutenvård. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive hyrpersonal och ST-läkare.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Köpt öppen- och heldygnsvård i kronor

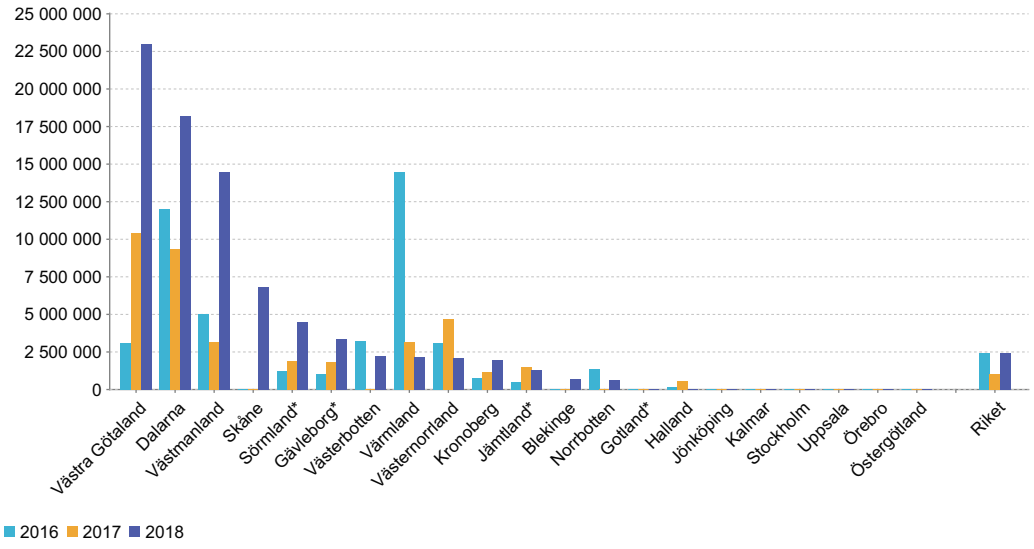


* Avser regioner med enbart öppenvård
Örebro kan inte redovisa data
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 4236

Graf 4236 visar köpt vård i kronor fördelat på köpt öppenvård och köpt slutenvård. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Köpta öppenvårdsutredningar i kronor

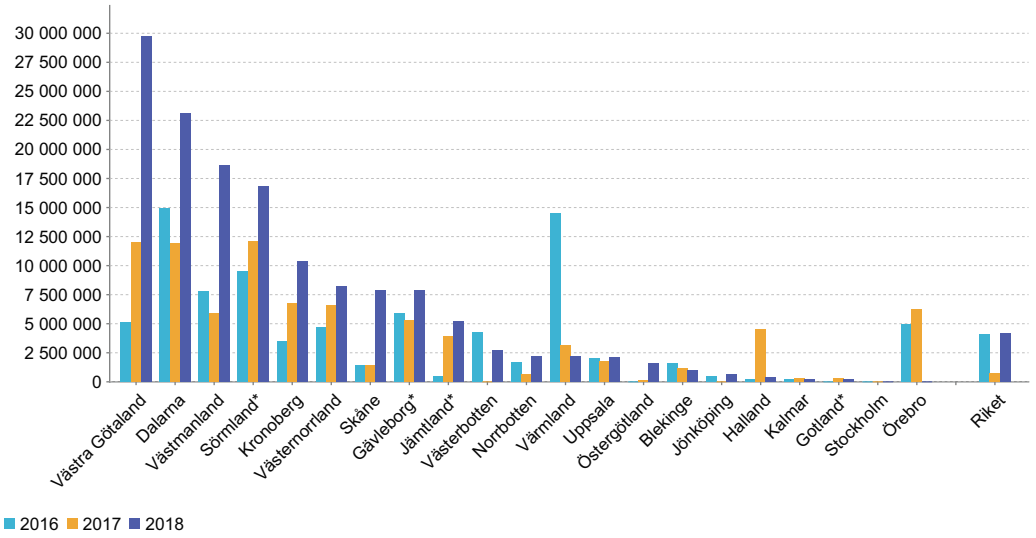


* Avser regioner med enbart öppenvård
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 4237

Graf 4237 visar kostnaden för köpta öppenvårdsutredningar i kronor över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Köpt vård i kronor (öppen- och heldygnsvård)

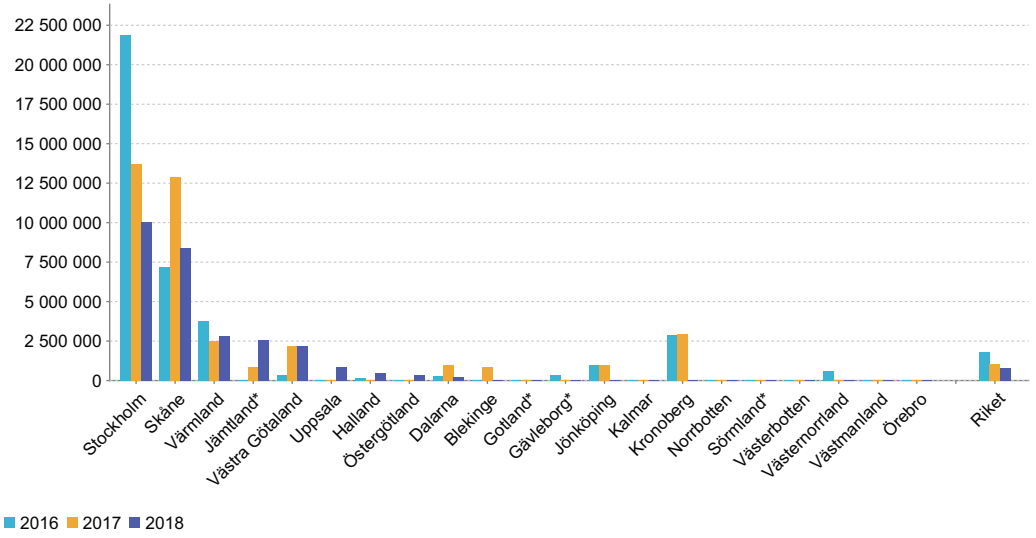


* Avser regioner med enbart öppenvård
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 4440

Graf 4440 visar kostnaden för köpt vård i kronor över tid. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

Nyckeltal 2018 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Köpt vård HVB i kronor



* Avser regioner med enbart öppenvård
Västerbotten kan inte redovisa data för 2017; Örebro kan inte redovisa data för 2018
Alla regioner har inte rapporterat in av patienten initierad men av regionen betald vård

Graf ID: 4235

Graf 4235 visar köpt vård i kronor för HVB över tid. Jämförelsen sker mellan 2016 och 2017. Stapeln för riket visar det beräknade genomsnittet i Sverige.

6. Nyckeltal, länsnivå

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	Norr-botten	
ÖVERGRIPANDE											
Antal individer per 10 000 invånare 0–17 år	555	609	969	759	696	760	391	656	395	532	
Andel flickor av individer totalt	47 %	47 %	46 %	45 %	41 %	52 %	43 %	50 %	44 %	50 %	
Andel pojkar av individer totalt	53 %	53 %	54 %	55 %	59 %	48 %	57 %	50 %	56 %	50 %	
Antal flickor per 10 000 invånare 0–17 år	261	287	449	341	288	396	170	326	175	264	
Antal pojkar per 10 000 invånare 0–17 år	293	323	520	418	408	364	221	330	220	268	
Andel flickor 0–6 år av flickor totalt	6 %	2 %	3 %	1 %	2 %	2 %	1 %	2 %	3 %	2 %	
Andel flickor 7–12 år av flickor totalt	24 %	24 %	27 %	24 %	30 %	25 %	20 %	21 %	22 %	22 %	
Andel flickor 13–17 år av flickor totalt	58 %	60 %	59 %	54 %	59 %	58 %	65 %	50 %	61 %	62 %	
Andel flickor 18 år+ av flickor totalt	13 %	14 %	12 %	21 %	9 %	16 %	14 %	27 %	13 %	13 %	
Andel pojkar 0–6 år av pojkar totalt	7 %	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %	5 %	5 %	2 %	
Andel pojkar 7–12 år av pojkar totalt	40 %	41 %	40 %	41 %	45 %	42 %	37 %	38 %	42 %	41 %	
Andel pojkar 13–17 år av pojkar totalt	45 %	47 %	46 %	49 %	45 %	42 %	52 %	46 %	47 %	48 %	
Andel pojkar 18 år+ av pojkar totalt	9 %	8 %	10 %	8 %	6 %	13 %	9 %	11 %	7 %	9 %	
Antal årsarbetare totalt per 10 000 invånare 0–17 år	16	21	23	16	16	21	12	20	16	17	
Antal årsarbetande egna specialistläkare per 10 000 invånare 0–17 år	1,45	0,65	1,58	1,50	0,98	0,33	0,98	1,22	0,49	0,75	
Antal årsarbetande specialistläkare per 10 000 invånare 0–17 år	1,45	1,91	1,58	1,76	1,06	0,61	1,04	1,71	1,42	1,08	
Antal årsarbetande hyrläkare per 10 000 invånare 0–17 år	-	1,27	-	0,26	0,08	0,28	0,06	0,49	0,93	0,33	
Antal årsarbetande läkare per 10 000 invånare 0–17 år	1,54	2,44	1,58	2,47	1,96	1,86	1,61	1,97	1,58	1,50	
Antal årsarbetande ST–läkare per 10 000 invånare 0–17 år	0,09	0,26	-	0,71	0,61	0,97	0,48	0,25	0,16	0,30	
Antal årsarbetande underläkare per 10 000 invånare 0–17 år	-	0,26	-	-	0,29	0,28	0,09	-	-	0,12	
Antal årsarbetande psykologer per 10 000 invånare 0–17 år	2,77	2,28	5,04	2,18	3,29	4,41	1,83	2,84	1,63	3,12	
Antal årsarbetande leg psykologer per 10 000 invånare 0–17 år	2,16	2,18	3,94	1,99	3,06	3,48	1,54	2,31	1,62	2,23	
Antal årsarbetande PTP–psykologer per 10 000 invånare 0–17 år	0,61	0,10	1,11	0,19	0,23	0,93	0,29	0,53	0,01	0,89	
Antal årsarbetande kuratorer/ socionomer per 10 000 invånare 0–17 år	1,86	3,96	3,74	3,02	1,50	8,15	1,73	3,56	2,09	3,16	
Antal årsarbetande egna sjuksköterskor per 10 000 invånare 0–17 år	2,68	3,88	4,23	3,39	3,54	2,42	2,20	3,45	2,99	2,99	
Antal årsarbetande hyrsjuksköterskor per 10 000 invånare 0–17 år	-	-	-	-	-	-	-	-	0,67	0,25	
Antal årsarbetande sjuksköterskor per 10 000 invånare 0–17 år	2,68	3,88	4,23	3,39	3,54	2,42	2,20	3,45	3,66	3,24	

	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-botten	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	613	526	567	524	628	506	510	679	479	439	645	555
	44 %	45 %	43 %	47 %	43 %	42 %	49 %	44 %	46 %	41 %	43 %	45 %
	56 %	55 %	57 %	53 %	57 %	58 %	51 %	56 %	54 %	59 %	57 %	55 %
	272	238	245	245	270	213	249	299	219	182	277	250
	341	287	322	278	358	293	261	380	260	257	368	305
	7 %	9 %	2 %	1 %	3 %	2 %	1 %	3 %	3 %	6 %	5 %	5 %
	26 %	22 %	23 %	19 %	26 %	21 %	23 %	23 %	21 %	21 %	25 %	23 %
	54 %	56 %	59 %	70 %	58 %	73 %	63 %	61 %	62 %	72 %	61 %	59 %
	12 %	13 %	15 %	10 %	13 %	4 %	13 %	12 %	14 %	1 %	9 %	13 %
	11 %	16 %	3 %	2 %	7 %	5 %	2 %	9 %	6 %	12 %	8 %	8 %
	40 %	37 %	40 %	37 %	41 %	40 %	38 %	38 %	41 %	38 %	41 %	40 %
	42 %	41 %	48 %	53 %	45 %	53 %	52 %	45 %	47 %	50 %	45 %	45 %
	7 %	6 %	9 %	7 %	7 %	2 %	8 %	9 %	7 %	0 %	6 %	7 %
	18	14	12	16	17	18	20	17	17		26	16
	1,09	0,98	0,60	0,89	0,36	0,69	0,85	0,88	0,81		1,74	0,93
	1,09	1,18	0,99	1,36	0,76	1,45	1,20	1,44	0,97		1,80	1,17
	-	0,21	0,38	0,47	0,39	0,76	0,35	0,56	0,16		0,06	0,24
	1,77	1,66	1,40	2,31	1,13	2,29	1,48	2,45	1,91		3,43	1,84
	0,46	0,31	0,40	0,89	0,27	0,58	0,22	0,67	0,52		1,11	0,45
	0,22	0,17	0,01	0,06	0,10	0,27	0,06	0,34	0,42		0,52	0,21
	4,07	4,49	3,03	3,33	1,06	2,58	4,36	3,49	3,04		5,04	3,42
	3,65	3,79	1,90	3,08	0,93	2,46	3,96	3,19	2,45		4,20	2,91
	0,42	0,70	1,13	0,25	0,13	0,13	0,39	0,29	0,59		0,84	0,51
	3,12	1,64	2,44	1,23	4,41	3,96	5,83	1,79	2,99		5,78	2,72
	1,81	1,52	2,27	3,35	3,92	3,48	2,96	3,17	3,35		2,40	2,50
	-	0,06	-	0,18	-	-	-	0,64	0,03		-	0,06
	1,81	1,58	2,27	3,53	3,92	3,48	2,96	3,81	3,38		2,40	2,56

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	Norr-botten	
Antal årsarbetande specialistsjuk-sköterskor per 10 000 invånare 0–17 år	2,39	0,85	1,40	1,34	1,61	0,43	1,22	3,30	1,80	1,36	
Antal årsarbetande sjuksköterskor utan specialistutbildning per 10 000 invånare 0–17 år	0,29	3,04	2,84	2,05	1,93	1,99	0,98	0,16	1,87	1,89	
Antal årsarbetande fysioterapeuter per 10 000 invånare 0–17 år	-	0,01	-	0,05	0,08	0,24	-	0,22	0,16	-	
Antal årsarbetande arbetsterapeu-ter per 10 000 invånare 0–17 år	0,29	0,69	-	0,37	0,33	0,07	-	0,20	0,30	-	
Antal årsarbetande behand-lingsassistenter/skötare per 10 000 invånare 0–17 år	3,60	3,56	2,70	0,88	1,75	0,79	1,60	3,08	2,96	1,96	
Antal årsarbetande pedagoger per 10 000 invånare 0–17 år	-	0,63	0,48	0,25	0,66	0,20	0,12	0,11	0,79	0,41	
Antal årsarbetande övriga behandlare per 10 000 invånare 0–17 år	-	0,19	-	0,27	-	0,15	-	0,03	0,21	0,36	
Antal årsarbetande sekreterare, kanslist /10 000 inv	1,87	2,38	3,95	1,86	2,23	1,97	1,93	2,93	1,97	1,83	
Andel årsarbetande läkare	0,10	0,11	0,07	0,16	0,12	0,09	0,14	0,10	0,10	0,09	
Andel årsarbetande psykologer	0,18	0,11	0,22	0,14	0,20	0,21	0,16	0,14	0,10	0,19	
Andel årsarbetande kuratorer/ socionomer	0,12	0,19	0,17	0,19	0,09	0,39	0,15	0,18	0,13	0,19	
Andel årsarbetande sjuksköterskor	0,17	0,18	0,19	0,21	0,22	0,12	0,19	0,17	0,22	0,19	
Andel årsarbetande fysioterapeuter	-	0,00	-	0,00	0,00	0,01	-	0,01	0,01	-	
Andel årsarbetande arbetsterapeuter	0,02	0,03	-	0,02	0,02	0,00	-	0,01	0,02	-	
Andel årsarbetande behandlingsassistenter/skötare	0,23	0,17	0,12	0,06	0,11	0,04	0,14	0,16	0,18	0,12	
Andel årsarbetande pedagoger	-	0,03	0,02	0,02	0,04	0,01	0,01	0,01	0,05	0,02	
Andel årsarbetande övriga behandlare	-	0,01	-	0,02	-	0,01	-	0,00	0,01	0,02	
Andel årsarbetande sekreterare/ kanslist	0,12	0,11	0,17	0,12	0,14	0,09	0,17	0,15	0,12	0,11	
Andel årsarbetande övriga	0,00	0,01	-	0,01	0,01	-	-	0,01	0,01	-	
Antal årsarbetande personal per årsarbetande chef	13	19	26	18	22	27	18	15	16	14	
ÖPPENVÅRD											
Antal individer i öppenvård per 10 000 invånare 0–17 år	554	600	969	750	695	773	388	517	400	515	
Andel besök flickor av totalt antal besök	57 %	56 %	55 %	54 %	50 %	61 %	52 %	63 %	56 %	56 %	
Andel besök pojkar av totalt antal besök	43 %	44 %	45 %	46 %	50 %	39 %	48 %	37 %	44 %	44 %	
Antal besök flickor per 10 000 invånare 0–17 år	2 089	4 234	6 552	3 016	2 238	5 057	1 653	4 109	2 068	1 861	
Antal besök pojkar per 10 000 invånare 0–17 år	1 589	3 292	5 258	2 546	2 195	3 254	1 538	2 373	1 624	1 455	
Antal besök per helårsarbetande personal i öppenvården	263	415	512	342	287	380	330	390	231	282	
Andel nybesök av totalt antal besök	7 %	5 %	2 %	4 %	4 %	5 %	5 %	4 %	5 %	7 %	
Andel besök: Organiska, inkl symtomatiska, psykiska störningar	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
Andel besök: Psykiska– och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
Andel besök: Schizofreni, schizotypa störningar och van-föreställningssyndrom	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	

	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-botten	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	0,86	0,62	1,07	2,04	1,57	1,71	2,31	1,87	1,49		0,30	1,17
	0,96	0,96	1,20	1,49	2,35	1,77	0,65	1,94	1,89		2,10	1,39
	0,23	0,02	-	0,02	0,09	0,11	0,07	0,07	0,09		0,40	0,09
	0,15	0,30	0,23	0,44	0,33	0,26	0,64	0,16	0,31		1,09	0,30
	2,92	1,27	0,59	3,20	1,13	1,34	1,73	1,54	1,79		2,43	1,87
	0,16	0,12	0,09	0,12	0,49	-	-	0,06	0,20		0,73	0,22
	-	0,80	0,00	-	0,58	0,08	0,02	0,25	0,44		0,57	0,34
	1,88	0,95	1,25	0,55	2,84	2,47	2,02	1,85	1,56		2,11	1,60
	0,10	0,12	0,11	0,14	0,07	0,13	0,07	0,14	0,11		0,13	0,11
	0,23	0,31	0,25	0,20	0,06	0,15	0,21	0,20	0,18		0,19	0,21
	0,18	0,11	0,20	0,07	0,26	0,22	0,29	0,10	0,18		0,22	0,17
	0,10	0,11	0,19	0,22	0,23	0,20	0,15	0,22	0,20		0,09	0,16
	0,01	0,00	-	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01		0,02	0,01
	0,01	0,02	0,02	0,03	0,02	0,01	0,03	0,01	0,02		0,04	0,02
	0,17	0,09	0,05	0,19	0,07	0,08	0,09	0,09	0,11		0,09	0,12
	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	-	-	0,00	0,01		0,03	0,01
	-	0,06	0,00	-	0,03	0,00	0,00	0,01	0,03		0,02	0,02
	0,11	0,07	0,10	0,03	0,17	0,14	0,10	0,11	0,09		0,08	0,10
	0,03	0,05	0,03	0,03	-	0,01	0,01	0,04	0,01		0,00	0,02
	18	20	20	13	19	20	19	14	17		25	18
	613	526	567	524	628	500	510	679	473	437	650	550
	51 %	53 %	50 %	57 %	52 %	57 %	58 %	53 %	56 %	52 %	55 %	54 %
	49 %	45 %	50 %	43 %	48 %	43 %	42 %	47 %	44 %	48 %	45 %	45 %
	2 233	2 754	2 857	2 264	1 954	1 737	2 644	2 802	2 284	1 721	3 299	2 562
	2 109	2 351	2 810	1 697	1 814	1 333	1 943	2 486	1 774	1 593	2 747	2 139
	288	419	448	286	217	218	228	367	280		250	329
	7 %	4 %	4 %	6 %	5 %	6 %	4 %	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	Norr-botten	
Andel besök: Förstämningssyndrom	11 %	12 %	7 %	11 %	14 %	0 %	8 %	7 %	7 %	12 %	
Andel besök: Neurotiska/stress-relaterade och somatoforma syndrom	19 %	13 %	12 %	12 %	9 %	0 %	16 %	14 %	16 %	13 %	
Andel besök: Beteendestörningar med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	9 %	10 %	5 %	11 %	7 %	0 %	10 %	24 %	8 %	2 %	
Andel besök: Personlighetsstör-ningar och beteendestörningar	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	
Andel besök: Psykisk utvecklingsstörning	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
Andel besök: Störningar av psykisk utveckling	2 %	7 %	9 %	3 %	11 %	0 %	8 %	3 %	6 %	3 %	
Andel besök: Beteendestörningar med debut under barndom och ungdomstid	27 %	30 %	35 %	50 %	36 %	0 %	26 %	20 %	28 %	18 %	
Andel besök: Diagnos saknas	8 %	0 %	10 %	1 %	9 %	100 %	12 %	19 %	10 %	21 %	
Andel besök: Övriga	23 %	26 %	20 %	10 %	13 %	0 %	20 %	13 %	23 %	30 %	
Antal besök för missbruks-diagnoser (F10–F19) per 10 000 invånare 0–17 år	3	8	4	3	1	-	2	6	3	1	
Antal besök för schizofreni, schi-zotypa störningar och vanföreställ-ningssyndrom (F20–F29) per 10 000 invånare 0–17 år	6	4	33	19	25	-	11	9	7	1	
Antal besök för förstämnings-syndrom (F30–39) per 10 000 invånare 0–17 år	397	922	839	622	632	-	248	481	262	412	
Antal besök för beteendestörning-ar med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50–F59) per 10 000 invånare 0–17 år	328	736	620	595	293	-	314	1 556	291	78	
Antal besök för beteendestörning-ar med debut under barndom och ungdomstid (F90–F98) per 10 000 invånare 0–17 år	995	2 292	4 107	2 798	1 611	-	843	1 267	1 047	605	
Andel distanskontakter av totalt antal besök	15 %	41 %	43 %	28 %	17 %	25 %	19 %	25 %	6 %	24 %	
Andel uteblivna besök av antal planerade besök	5 %	3 %	0 %	8 %	5 %	1 %	8 %	3 %	3 %	5 %	
HELDYGNSVÅRD											
Antal flickor i heldygnsvården per 10 000 invånare 0–17 år	10,1	11,5			6,0		6,1	9,5	2,0	11,2	
Antal pojkar i heldygnsvården per 10 000 invånare 0–17 år	5,6	2,7			4,0		4,4	3,4	2,0	6,4	
Andel LPT–individer av totalt antal individer	0 %	0 %			0 %		1 %	0 %	0 %	1 %	
Antal vårdtillfällen flickor per 10 000 invånare 0–17 år	14,4	15,2			8,3		8,5	13,4	2,6	14,3	
Antal vårdtillfällen pojkar per 10 000 invånare 0–17 år	5,9	2,6			4,9		5,6	4,0	1,8	7,7	
Andel vårdtillfällen enligt HSL	80 %	77 %			57 %		62 %	65 %	75 %	70 %	
Andel vårdtillfällen enligt LPT	7 %	11 %			17 %		30 %	9 %	12 %	17 %	
Andel vårdtillfällen enligt LRV	0 %	0 %			1 %		0 %	0 %	0 %	0 %	
Antal vårdtillfällen exkl utomlänspatienter	66	103			94		111	84	19	102	
Antal vårdtillfällen utomlänspatienter	10	14			33		10	29	3	15	
Antal vårddagar flickor per 10 000 invånare 0–17 år	76	146			106		56	83	12	193	
Antal vårddagar pojkar per 10 000 invånare 0–17 år	26	14			35		28	19	4	43	

	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-botten	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	10 %	11 %	1 %	8 %	14 %	3 %	15 %	8 %	11 %	16 %	10 %	10 %
	17 %	23 %	20 %	11 %	15 %	3 %	19 %	7 %	18 %	14 %	17 %	17 %
	6 %	2 %	6 %	6 %	1 %	1 %	6 %	4 %	10 %	6 %	9 %	6 %
	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %
	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	6 %	11 %	3 %	3 %	18 %	2 %	9 %	7 %	11 %	6 %	17 %	9 %
	30 %	22 %	40 %	24 %	27 %	11 %	28 %	27 %	24 %	30 %	36 %	26 %
	5 %	1 %	7 %	22 %	3 %	78 %	7 %	32 %	11 %	0 %	0 %	12 %
	24 %	26 %	11 %	25 %	22 %	3 %	16 %	13 %	11 %	25 %	9 %	19 %
	16	4	8	3	4	2	1	2	3	17	3	5
	3	30	9	10	15	4	18	6	8	28	6	14
	425	557	295	299	542	88	690	431	453	537	623	479
	281	90	189	224	22	28	255	227	415	201	568	296
	1 301	1 114	1 207	962	1 024	324	1 280	1 422	962	995	2 197	1 222
	21 %	20 %	49 %	15 %	17 %	1 %	17 %	41 %	11 %	14 %	4 %	20 %
	7 %	8 %	2 %	5 %	7 %		2 %	2 %	7 %	1 %	7 %	6 %
	8,3	6,3		13,3	2,1	12,8	12,7	12,2	10,9	13,7	5,5	8,0
	4,2	2,4		5,8	0,7	6,4	4,6	5,2	4,1	3,4	2,6	3,4
	0 %	0 %		1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	14,0	9,5		19,0	2,6	16,0	10,6	15,3	12,4	17,5	6,1	10,7
	6,2	3,1		5,7	0,7	6,9	3,8	6,2	4,3	3,5	2,7	4,0
	80 %	75 %		68 %	60 %	71 %	74 %	58 %	72 %	81 %	64 %	72 %
	11 %	19 %		6 %	35 %	6 %	8 %	10 %	8 %	6 %	17 %	12 %
	0 %	0 %		0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	591	648		196	18	124	71	123	597	132	84	3 163
	62	38		69	1	38	16	58	156	19	19	590
	147	103		166	8	167	80	143	167	207	114	116
	73	26		50	2	28	35	32	39	12	34	33

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	Norr-botten	
Andel VDG: Organiska, inkl symtomatiska, psykiska störningar	0 %	0 %			0 %		0 %	0 %	0 %	0 %	
Andel VDG: Psykiska– och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	0 %	2 %			0 %		1 %	2 %	12 %	1 %	
Andel VDG: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	4 %	1 %			3 %		6 %	0 %	0 %	4 %	
Andel VDG: Förstämningssyndrom	24 %	16 %			49 %		24 %	21 %	5 %	42 %	
Andel VDG: Neurotiska/stressrelaterade och somatoforma syndrom	48 %	8 %			1 %		20 %	31 %	11 %	24 %	
Andel VDG: Beteendestörningar med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	8 %	63 %			27 %		0 %	16 %	66 %	10 %	
Andel VDG: Personlighetsstörningar och beteendestörningar	2 %	0 %			14 %		1 %	0 %	0 %	4 %	
Andel VDG: Psykisk utvecklingsstörning	0 %	0 %			1 %		0 %	0 %	1 %	0 %	
Andel VDG: Störningar av psykisk utveckling	1 %	2 %			1 %		9 %	5 %	0 %	1 %	
Andel VDG: Beteendestörningar med debut under barndom och ungdomstid	7 %	4 %			4 %		37 %	12 %	3 %	5 %	
Andel VDG: Diagnos saknas	3 %	0 %			0 %		0 %	1 %	0 %	5 %	
Andel VDG: Övriga	2 %	3 %			0 %		2 %	12 %	1 %	3 %	
Antal vårddagar för missbruksdiagnoser (F10–F19) per 10 000 invånare 0–17 år	-	3			-		1	2	2	3	
Antal vårddagar för schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20–F29) per 10 000 invånare 0–17 år	4	2			4		5	0	-	10	
Antal vårddagar för förstämningssyndrom (F30–39) per 10 000 invånare 0–17 år	25	25			69		20	21	1	99	
Antal vårddagar för beteendestörningar med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50–F59) per 10 000 invånare 0–17 år	8	101			38		-	17	11	24	
Antal arbetade timmar per vårddag i heldygnsvården	39	45			34		50	71	88	41	
Antal fastställda vårdplatser per 10 000 invånare 0–17 år	0,56	0,63			0,59		0,47	0,59	-	1,20	
Antal disponibla vårdplatser per 10 000 invånare 0–17 år	0,56	0,63			0,47		0,47	0,59	0,44	0,76	
Andel av de disponibla vårdplatserna som har varit belagda under året	50 %	69 %			81 %		49 %	48 %	10 %	85 %	
Medelvårdtid: antal vårddagar per vårdtillfälle	4,82	8,66			11,23		5,92	6,16	3,32	10,09	
Andel individer i heldygnsvården som har fått uppföljning sju dagar efter utskrivning	61 %	75 %			0 %			94 %	86 %	0 %	
KOSTNADER											
Personalkostnad i kronor totalt per invånare 0–17 år	1 205	1 748	1 516	1 348	1 391	1 366	914	1 582	1 569	1 389	
Köpt vård per invånare 0–17 år	66	402	17	138	12	297	8	5	239	47	
Andel kostnader för personal i öppenvård	85 %	80 %	98 %	97 %	73 %	96 %	82 %	79 %	96 %	66 %	
Andel kostnader för personal i heldygnsvård	11 %	16 %			13 %		14 %	12 %	2 %	29 %	
Personalkostnad i kronor per patient	21 185	28 651	15 213	17 513	19 706	17 669	22 829	23 341	38 496	25 834	

	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-botten	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	0 %	1 %		0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	2 %	1 %		1 %	0 %	1 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
	2 %	8 %		7 %	2 %	3 %	4 %	3 %	2 %	3 %	9 %	4 %
	25 %	15 %		6 %	21 %	41 %	22 %	22 %	22 %	12 %	9 %	22 %
	21 %	13 %		7 %	12 %	18 %	8 %	18 %	20 %	43 %	17 %	18 %
	28 %	14 %		16 %	0 %	12 %	15 %	32 %	35 %	21 %	55 %	26 %
	0 %	3 %		0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	10 %	0 %	2 %
	0 %	2 %		0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %
	6 %	14 %		4 %	9 %	20 %	15 %	6 %	4 %	5 %	5 %	7 %
	7 %	7 %		3 %	0 %	5 %	0 %	7 %	5 %	2 %	3 %	6 %
	5 %	12 %		20 %	49 %	0 %	33 %	1 %	12 %	0 %	0 %	8 %
	4 %	11 %		37 %	7 %	1 %	0 %	6 %	1 %	4 %	2 %	6 %
	3	1		2	-	1	3	-	0	-	-	1
	4	10		15	0	6	5	6	5	7	14	6
	55	19		13	2	81	26	39	45	27	13	32
	62	18		34	-	23	17	57	71	46	81	39
	24	28		25	-	37	7	35	26		39	28
	0,68	0,42		0,66	0,35	0,80	-	0,64	0,93	0,62	0,57	0,56
	0,68	0,42		0,66	0,35	0,77	-	0,64	0,90	0,85	0,57	0,56
	89 %	85 %		90 %	8 %	70 %		75 %	63 %	70 %	71 %	73 %
	10,50	9,91		7,44	3,00	7,54	6,64	7,61	10,59	9,39	15,16	9,40
	69 %	69 %		0 %	100 %		100 %	100 %	8 %	70 %		43 %
	1 301	1 155	920	1 409	1 342	1 422	1 666	1 401	1 386		1 351	1 269
	56	22	262	37	97	49	166	325	116		20	84
	82 %	85 %	97 %	81 %	78 %	78 %	97 %	79 %	76 %		84 %	82 %
	15 %	14 %		15 %	18 %	17 %	1 %	13 %	19 %		10 %	14 %
	21 170	21 747	15 891	26 313	21 152	27 288	31 472	19 956	28 546		20 501	22 535

	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävle-borg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Krono-berg	Norr-botten	
Personalkostnad i kronor per vårdtillfälle i heldygnsvården	65 183	154 000			163 823		95 835	121 939	67 171	179 981	
Kostnad i kronor per vårddag i heldygnsvården	15 662	19 697			21 106		18 631	28 154	94 057	20 012	
Köpt vård (öppen– och heldygnsvård)	989 802	23 110 622	185 379	7 886 799	384 726	5 220 482	644 800	242 092	10 334 400	2 179 582	
Köpt vård heldygnsvård	277 323	300 667	-	2 541 788	384 726	3 592 325	644 800	156 924	5 106 200	874 853	
Köpt vård öppenvård	712 479	22 809 955	185 379	5 345 011	-	1 628 157	-	85 168	5 228 200	1 304 729	
Kostnad köpta öppenvårds-utredningar i kronor	712 479	18 192 472	-	3 351 706	-	1 274 028	-	-	1 968 900	662 700	
Köpt vård HVB	-	223 146	-	-	453 707	2 563 761	-	-	-	-	

	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Väster-botten	Väster-norrland	Väst-manland	Västra Götaland	Örebro	Öster-götland	Riket
	97 075	122 585		72 993	761 474	97 416	12 445	82 494	140 782		150 447	113 585
	9 819	12 699		11 927	263 055	15 204	4 017	15 254	15 197		12 102	14 207
	7 909 368	-	16 803 643	2 091 000	2 174 000	2 671 243	8 180 500	18 626 607	29 709 566		1 596 573	140 941 184
	-	-	7 033 532	1 111 000	-	228 381	1 182 656	367 874	5 870 000		1 592 437	31 265 486
	7 909 368	-	9 770 111	980 000	2 174 000	2 442 862	6 997 844	18 258 733	23 839 566		4 136	109 675 698
	6 850 000	-	4 483 647	-	2 174 000	2 249 572	2 078 200	14 483 820	22 968 566		-	81 450 090
	8 372 891	10 069 172	-	826 000	2 850 000	-	-	-	2 176 000		339 480	27 874 157

7. Förteckning över inrapporterande enheter

Region	Inrapporterande enhet
Blekinge	BUP Blekinge
Dalarna	BUP Dalarna
Gotland	BUP Gotland
Gävleborg	BUP Gävleborg
Halland	BUP Halland
Jämtland	BUP Jämtland
Jönköping	???
Kalmar	Psykiatriförvaltningen BUP
Kronoberg	BUP Kronoberg
Norrbotten	BUP Norrbotten
Skåne	Division Barn- & ungdomspsykiatri
Stockholm	Barn- och ungdomspsykiatri SLSO
	Prima BUP (Handen, Botkyrka, Järva)
Sörmland	BUP Sörmland
Uppsala	BUP Uppsala
Värmland	BUP Värmland
Västerbotten	Barn- och ungdomspsykiatri
Västernorrland	BUP Västernorrland
Västmanland	BUP Västmanland
Västra Götaland	BUP Kungälvs sjukhus
	BUP NU-sjukvården
	BUP Sahlgrenska universitetssjukhuset
	BUP Skaraborgs sjukhus
	BUP Södra Älvsborgs sjukhus
Örebro	Psykiatri för barn och unga vuxna
Östergötland	Barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping
	Barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Norrköping
	Psykiatripartners Motala, Mjölby, Norrköping och Linköping

UPPDRAG
Psykisk Hälsa
- uppdragpsykiskhälsa.se -

PERIODISKA UPPFÖLJNINGAR INOM VUP AV MÄTETAL NEDAN GÖRS PÅ VERKSAMHETSOMRÅDESNIVÅ TVÅ GÅNGER PER ÅR OCH KONTINUERLIGT PÅ VERKSAMHETSNIVÅ.

GENERISKA MÅTT

Tid från vårdbegäran (remiss) till första besök. (i dagar)
Andel med första besök inom 30 dagar från vårdbegäran (remiss)
Andel med första besök inom 30 dagar från vårdbegäran (remiss)
Andel med Basutredning Sammanfattning
Andel KlinikVårdåtaganden med vårdplan eller SIP
Andel som fått Patientutbildning
Andel som fått Närståendeutbildning
Andel KlinikVårdåtaganden med EQ-5D vid både basutredning och vid uppföljning efter 5-7 månader
Andel KlinikVårdåtaganden med förbättring av EQ-5D VAS från basutredning till uppföljning efter 5-7 månader

MÄTETAL DEPRESSION

Andel KlinikVårdåtaganden med Drogscreening inom 90 dagar från basutredning"
Andel KlinikVårdåtaganden med antingen CDT eller PEth inom 90 dagar från basutredning"
Andel KlinikVårdåtaganden som inom 90 dagar från basutredning har fått MADRS
Andel klinikvårdåtaganden med Utökad utredning

Andel KlinikVårdåtaganden som inom 90 dagar från basutredning har fått psykologisk behandling.
Andel som har fått recept på nytt antidepressivt läkemedel och som med läkare eller sjuksköterska har uppföljande besök eller telefonkontakt inom 14 dagar
Andel som inom 90dgr från Basutredning har PDT eller systematisk psykologisk behandling, kognitiv eller KBT eller IPT
Andel klinikvårdåtaganden med minst 10 sessioner psykologisk behandling och PHQ-9 eller MADRS både vid start och efter 5-10 veckor.
Andel som fått Patientutbildning inom Depression-processen
Andel som fått Närståendeutbildning inom Depression-processen
Andel KlinikVårdåtaganden som inom 5-7 månader efter basutredning har fått MADRS.
Andel KlinikVårdåtaganden med PHQ-9 inom 5-7 månader efter basutredning.
Andel med årskontroll efter 18 månaders kontakt
Andel med högre poäng på EQ-5D vid årskontroll än vid basutredning

MÄTETAL ÅNGEST

Andel med specifik ångestdiagnos (ej UNS)
Andel av pat med respektive diagnos som har diagnosspecifik skattning (LSAS, PDSS, GAD7)
Andel som fått KBT
Antal dagar från Basutredning till start KBT
Andel med ordination under aktuellt vårdåtagande på SSRI/SNRI
Andel utan recept efter 1a besök på bensodiazepiner
Andel som fått Patientutbildning inom Ångest-processen
Andel som fått Närståendeutbildning inom Ångest-processen
Andel som fått närståendeutbildning eller patientutbildning inom Ångest-processen
Andel med uppföljande diagnosspecifik skattning
Andel Klinikvårdåtaganden med minst 30% symtomreduktion i skattning med LSAS-SR, PDSS-SR eller GAD-7