

Öppna jämförelser och utvärdering 2010

PSYKIATRISK VÅRD

– ett steg på vägen

*Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan.
Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten.
Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.*

| | |
|-------------|--|
| ISBN | 978-91-86585-26-6 |
| Artikelnr | 2010-6-6 |
| Omslagsfoto | Image Library, Banana Stock |
| Sättning | Edita Västra Aros |
| Tryck | Edita Västra Aros, Västerås, juni 2010 |

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 7 |
| Sammanfattning | 9 |
| Inledning | 11 |
| Bakgrund | 11 |
| Socialstyrelsens uppdrag | 11 |
| Syfte och avgränsningar | 12 |
| Målgrupp | 13 |
| Rapportens disposition | 13 |
| Metod och genomförande | 15 |
| Datakällor | 15 |
| Rekommendationer och bedömningar | 16 |
| Övergripande indikatorer för God vård applicerade på psykiatri | 23 |
| Kunskapsbaserad och ändamålsenlig psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer | 24 |
| Följsamhet till nationella riktlinjer – exemplet ECT-behandling | 24 |
| Säker psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer | 25 |
| Självmod i anslutning till psykiatrisk vård | 26 |
| Vårdrelaterade infektioner | 28 |
| Läkemedelsanvändning | 28 |
| Patientfokuserad psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer | 28 |
| Bemötande och delaktighet | 29 |
| Jämlig psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer | 30 |
| Psykiatrisk hälso- och sjukvård i rimlig tid – övergripande indikatorer | 31 |
| Faktiska väntetider | 32 |
| Patientupplevd väntetid | 32 |
| Effektiv psykiatrisk vård – övergripande indikatorer | 33 |
| Innehållet i den vuxenpsykiatriska öppenvården | 41 |
| Personaltillgång | 41 |
| Fördelningen av personalens arbetstid – en tidsstudie | 45 |
| Kartläggning av insatser – inventering av 7 930 patientbesök | 46 |
| Metod och material | 46 |
| Vilka personer besöker den vuxenpsykiatriska öppenvården? | 48 |
| Kliniska uppgifter från besöket | 50 |

| | |
|---|-----------|
| Några jämförelser mellan landstingen | 56 |
| Sluten psykiatrisk vård | 58 |
| Jämförelse med öppenvårdsinventeringen 1997 | 59 |
| Psykiatriskt vårdutnyttjande – sluten vård | 61 |
| Tvångsvård | 66 |
| Indikatorbaserade öppna jämförelser | 69 |
| Tolkningshjälp och definitioner | 69 |
| Övergripande indikatorer | 71 |
| 3.1 Självskattat psykiskt välbefinnande | 71 |
| 3.2 Självmedvetenhet i befolkningen – totalt respektive unga | 72 |
| 3.3 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen | 74 |
| 3.4 Dödlighet bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård | 76 |
| 3.5 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet | 77 |
| 3.6 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet | 78 |
| Schizofreni | 79 |
| 3.7 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för schizofreni (14 respektive 28 dagar) | 79 |
| 3.8 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för schizofreni (3 månader respektive 6 månader) | 81 |
| 3.9 Läkarkontakt i öppenvård efter utskrivning för schizofreni | 82 |
| 3.10 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för schizofreni | 84 |
| 3.11 Dödlighet bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för schizofreni | 85 |
| Bipolär sjukdom | 85 |
| 3.12 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom (14 respektive 28 dagar) | 85 |
| 3.13 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom (3 månader respektive 6 månader) | 87 |
| 3.14 Läkarkontakt i öppenvård efter utskrivning för bipolär sjukdom | 88 |
| 3.15 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom | 90 |
| 3.16 Dödlighet bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom | 91 |
| 3.17 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom | 91 |
| Depressionssjukdom | 93 |
| 3.18 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för depressions- sjukdom (14 dagar respektive 28 dagar) | 93 |
| 3.19 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för depressions- sjukdom (3 månader respektive 6 månader) | 95 |
| 3.20 Läkarkontakt i öppenvård efter utskrivning för depressions- sjukdom | 96 |
| 3.21 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för depressionssjukdom | 98 |

| | |
|--|-----|
| 3.22 Dödlighet bland personer som vårdats inom slutna psykiatrisk vård för depressionssjukdom | 99 |
| Läkemedelsbehandling | 99 |
| 3.23 Följsamhet till behandling med antidepressiva läkemedel | 99 |
| 3.24 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel | 101 |
| 3.25 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre | 102 |
| 3.26 Långvarig användning av sömnmedel bland äldre | 104 |
| 3.27 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre | 105 |
| Väntetider | 106 |
| 3.28 Andel som väntat längre än 90 dagar på ett besök till vuxen- psykiatri | 106 |
| Somatisk vård för personer vårdade för psykiatrisk sjukdom | 107 |
| 3.29 Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid diabetes | 107 |
| 3.30 Dödlighet efter hjärtinfarkt | 108 |
| 3.31 Dödlighet efter förstagångsstroke | 110 |
| Kostnader | 111 |
| 3.32 Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård | 111 |
| Diagnosregistrering | 112 |
| 3.33 Ej rapporterade diagnoser | 112 |
| | |
| Referenser | 115 |
| | |
| Bilaga 1 | 117 |
| Kvalitetsregister för psykiatri och andra datakällor | 117 |
| | |
| Bilaga 2 | 119 |
| Psykiatrisk öppenvård – en tidsstudie | 119 |
| | |
| Bilaga 3 | 127 |
| Inventeringsformulär för den vuxenpsykiatriska öppenvården | 127 |
| | |
| Bilaga 4 | 133 |
| Indikatorbeskrivningar | 133 |

Förord

Socialstyrelsen genomför oberoende nationella utvärderingar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten och redovisar öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst med utgångspunkt i God vård och omsorg.

Denna rapport är ett första steg till en öppen jämförelse och utvärdering av den landstingsfinansierade vuxenpsykiatrins processer, resultat och kostnader. Syftet är att belysa och värdera kvaliteten genom indikatorbaserade jämförelser mellan landsting, där så är möjligt med utgångspunkt i nationellt tillgänglig data. Regeringen har också gett myndigheten uppdraget att ”påskynda utvecklingen av grunddata, kvalitetsindikatorer och andra indikatorer, statistik och andra mått för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet”. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 juli 2012. Denna rapport är därmed även en del av den första lägesrapporteringen av ovan nämnda regeringsuppdrag. Socialstyrelsen avser att fortsätta arbeta för att skapa bättre förutsättningar och möjligheter att göra öppna jämförelser och utvärderingar av psykiatrin.

Rapporten vänder sig i första hand till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå liksom till yrkesverksamma inom det psykiatriska området.

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av *Emma Björkenstam, Cecilia Dahlgren, Birgitta Lindelius* (projektledare), *Rickard Ljung* och *Claes-Göran Stefansson*. Även Mikael Fabel, Mårten Gerle, Tsegalem Muzollo, Susanne Rolfner Suvanto och Helena Silfverhielm från Socialstyrelsen har bidragit. Ett stort antal personer har under arbetets gång kommit med synpunkter och bidrag. Vi vill särskilt tacka Västra Götalandsregionen där flera medarbetare har bidragit, de vetenskapliga råden Lars von Knorring och Bo Runesson samt Mattias Agestam, Bo Ivarsson och Robert Rydbeck.

Håkan Ceder
Ställföreträdande generaldirektör

Sammanfattning

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Inom ramen för uppdraget genomför myndigheten nationella öppna jämförelser och utvärderingar med utgångspunkt i God vård och omsorg. Denna rapport är ett steg på vägen mot att öppet kunna jämföra och utvärdera psykiatrin. Följande frågeställning ligger till grund för arbetet. Bedrivs svensk psykiatri i enlighet med de sex kriterierna i God vård, det vill säga är psykiatrin kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik och effektiv samt ges i rimlig tid? I denna rapport speglas psykiatrin dels utifrån övergripande indikatorer och indikatorer från nationella riktlinjer, dels utifrån en kartläggning som beskriver innehållet i den vuxenpsykiatriska öppenvården. Detta ger en indikation på hur vården bedrivs och fungerar samt hur resultatet blir för patienterna. Rapporten är främst en studie av den vuxenpsykiatriska vården som drivs inom ramen för den specialiserade psykiatrins ansvar för de patienter som vårdas där. Begreppet specialiserad psykiatri används för att synliggöra att den vård som bedrivs inom ramen för primärvården inte ingår.

Rapporten har tre delar;

Del 1 fokuserar på God vård och dess områden ur ett övergripande perspektiv och ger exempel på hur man kan följa upp de områden och indikatorer som fastställs i Socialstyrelsens rapport ”Nationella indikatorer för God vård” .

Del 2 är en beskrivande del som innehåller en kartläggning av personaltillgången med utgångspunkt från nationell statistik, exempel på hur man i den psykiatriska öppenvården fördelar sin arbetstid, en inventering av innehållet i den öppna psykiatriska vården samt en beskrivning av patientgruppen och till sist ett mindre avsnitt om den slutna psykiatriska vården.

Del 3 är en öppen jämförelse mellan landsting främst utifrån indikatorer från de nationella riktlinjerna för vård vid depressions- och ångestsjukdom och de preliminära riktlinjerna för psykosociala insatser för schizofreni.

Utifrån de iakttagelser Socialstyrelsen har kunnat göra i rapporten redovisas följande rekommendationer och bedömningar.

Uppmärksamma den somatiska sjukligheten och minska överdödligheten

- Socialstyrelsen bedömer det som mycket viktigt att somatisk sjuklighet uppmärksammas och att olika möjliga mekanismer som påverkar överdödligheten studeras. Landstingen bör vidta nödvändiga åtgärder i syfte att minska den ojämlikhet i dödlighet i sjukdomar som hjärtinfarkt och stroke som finns mellan personer med psykiatriska diagnoser och övriga patienter. Somatisk

sjukdom hos personer med psykiatriska diagnoser är ett viktigt granskningsområde för Socialstyrelsens tillsyn.

Utarbeta strategier för att minska den unga befolkningens psykiska ohälsa

- Socialstyrelsen bedömer att det är av stor vikt att fortsätta att utveckla strategier för att minska den psykiska sjukligheten och att främja den psykiska hälsan hos den unga befolkningen. Nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum) på Socialstyrelsen, som har regeringens uppdrag att föra ut evidensbaserad kunskap och stödja utvärdering av metoder för riktad prevention, tidig upptäckt och tidiga insatser till barn och unga, samt SKL:s modellområdesprojekt är exempel på arbeten som redan bedrivs.

Utarbeta gemensam strategi för ansvar för den äldre befolkningens psykiska ohälsa

- Socialstyrelsen bedömer, på samma sätt som i rapporten om äldres psykiska ohälsa 2008, att det krävs ett samordnat agerande på både nationell, regional och lokal nivå när det gäller äldres psykiska hälsa. Detta agerande bör leda till en gemensam strategi för att öka tillgången för de äldre till vetenskapligt prövade insatser, stärkt kompetens, handledning och uppföljning.

Förbättra rapportering till register

- Landstingen är skyldiga och förväntas att uppmärksamma brister i rapporteringen till både kvalitetsregister och patientregistret
- Socialstyrelsen förutsätter också att den satsning på psykiatriska kvalitetsregister som regeringen nu gör kommer att få effekt och att det därmed i framtiden kommer att gå att använda kvalitetsregistren för uppföljning av psykiatrins processer och resultat.
- Socialstyrelsen avser att fortlöpande följa upp att den obligatoriska registreringen av åtgärder och annan information till patientregistret genomförs.

Bedömning enligt God vård

Ytterligare kunskap och information på nationell nivå behövs för att kunna göra bedömningen om vården bedrivs enligt kriterierna för God vård. Socialstyrelsen avser att fortsätta arbetet med att göra öppna jämförelser och utvärderingar inom den psykiatriska vården. En liknande rapport kommer därmed att tas fram inom några år.

Inledning

Bakgrund

I slutbetänkandet ”Ambition och ansvar” presenterade utredningen Nationell psykiatrisamordning [1] en nationell strategi för att utveckla samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder. En del av strategin hanterade frågor runt verksamhetsuppföljning, register och statistik. Man konstaterade bland annat att det finns brister i inrapporteringen till Socialstyrelsens patientregister, att kvalitetsregister är viktiga grundpelare för att utvärdera arbetsmetodens värde och att bristerna i inrapporteringen till de nationella systemen främst beror på att det finns olika IT-system i vården med svårigheter att överföra data mellan dessa.

Nationell psykiatrisamordning ansåg att det krävs kraftfulla åtgärder för att skapa förutsättningar för en heltäckande verksamhetsuppföljning som innehåller uppgifter från både landsting och kommuner om insatser, kostnader, kvalitet och resultat för vård och rehabilitering. Enligt psykiatrisamordningen är målet att man på nationell, regional och lokal nivå ska kunna bedöma vårdens och omsorgens kostnader och resultat utifrån tillförlitliga individdata.

Utredningens analys har lett till ett stort antal aktiviteter där Socialstyrelsen har det samlade uppdraget att, inom ramen för området psykisk ohälsa, bland annat öka inflytandet för patienter, brukare och anhöriga, öka användningen av evidensbaserade och utvärderade metoder samt utveckla bra metoder för uppföljning och utvärdering. Psykisk hälsa är också framöver ett prioriterat område för Socialstyrelsen, och där är öppna jämförelser och utvärderingar ett viktigt instrument för att se om utvecklingsarbetet på olika fronter får effekt för dem det berör.

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att uppfylla målet ska hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen uppfylla kraven på en god vård. Av instruktionen för Socialstyrelsen framgår att myndigheten har ett särskilt uppdrag när det gäller uppföljning och utvärdering.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag genomför myndigheten nationella öppna jämförelser och oberoende utvärderingar av hälso och sjukvården och socialtjänsten med utgångspunkt i God vård och omsorg, vilket inkluderar att ta fram och fastställa nationella indikatorer för God vård och omsorg. Socialstyrelsen utvecklar dessutom indikatorer bland annat inom arbetet med publikationen ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet”, tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). De

nationella riktlinjerna är en viktig utgångspunkt för att fastställa innebörden av en god vård för specifika sjukdomsgrupper, i detta fall vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen utarbetar indikatorer inom ramen för samtliga riktlinjer. Vid denna rapportens tryckning finns även en preliminär riktlinje, med indikatorer, publicerad för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Socialstyrelsen behandlade begreppet *God vård* i föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). I handledningen till föreskriften anges att all hälso- och sjukvård ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik samt ges i rimlig tid.

Socialstyrelsen publicerade 2009 en öppen jämförelse och utvärdering av hjärtsjukvården i Sverige [2] och lade därmed grunden för en planerad serie av öppna jämförelser och utvärderingar där denna rapport ingår. De öppna jämförelserna och utvärderingarna ska bland annat bygga på framtagna nationella riktlinjer. För psykiatrin finns för närvarande endast en nationell riktlinje framtagen och beslutad, nämligen för depression och ångestsyndrom.

Förutom att denna rapport ingår i serien av öppna jämförelser och utvärderingar, sammanfaller den med två särskilda regeringsuppdrag.

I Dagmaröverenskommelsen 2007 fick Socialstyrelsen uppdraget att ta fram ett "nationellt indikatorset" där även psykiatrin skulle ingå. Detta arbete avrapporterades i rapporten "Nationella indikatorer för God vård" [3] där hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer presenterades samt genom indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, för psykiatrins del riktlinjen om vård vid depression och ångestsyndrom". I dessa rapporter presenterades inga data.

Genom ett regeringsbeslut från juni 2009 fick Socialstyrelsen i uppdrag "att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer m.m. samt att förbättra verksamhetsutvecklingen inom psykiatriområdet". Uppdraget ska delredovisas senast 1 juli 2010.

Förutsättningarna för öppna jämförelser och utvärderingar inom psykiatrin skiljer sig avsevärt från till exempel hjärtsjukvården, både när det gäller datakällor och befintliga indikatorer. Till exempel finns ingen egentlig tillgång på data från de befintliga kvalitetsregistren på nationell nivå. Dessutom görs en stor del av det psykiatriska behandlingsarbetet av annan personal än läkare. Att Socialstyrelsen ännu inte har möjlighet att ta in data från andra personalgrupper än läkare till patientregistret bidrar också till begränsningar. Mot bakgrund av detta har det inte varit möjligt att utvärdera resultatet av psykiatrins arbete. Socialstyrelsen gör ändå vissa iakttagelser och kommer här med rekommendationer och bedömningar. Därmed blir rapporten ett steg på vägen mot en utvärdering av om hälso- och sjukvården bedriver en god psykiatrisk vård.

Syfte och avgränsningar

Rapportens syfte är att stimulera till förbättringar och utveckling av vården genom att ta ett steg på vägen mot att öppet kunna jämföra och utvärdera den psykiatriska vården i Sverige. Följande frågeställning ligger till grund för arbetet. Bedrivs svensk psykiatri i enlighet med de sex kriterierna i God vård, det vill

säga är psykiatrin kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik och effektiv samt ges i rimlig tid?

En utvärdering av om vården lever upp till dessa kriterier kräver data och indikatorer som kan redovisas på nationell och lokal nivå, och det går att använda olika typer av indikatorer beroende på vilken nivå i hälso- och sjukvårdssystemet man vill följa. Lokala uppföljningar är också viktiga. I denna rapport speglas psykiatrin dels utifrån övergripande indikatorer och indikatorer från nationella riktlinjer, dels utifrån en kartläggning som beskriver innehållet i den vuxenpsykiatriska öppenvården. Detta ger en indikation på hur vården bedrivs och fungerar samt hur resultatet blir för patienterna. I vissa fall bygger bilden på lokala exempel där det inte finns tillgång till några nationella data alls, och därmed inte går att göra någon nationell analys eller utvärdering. Utgångspunkten för arbetet har varit att utvärdera och öppet jämföra den vård som bedrivs inom den specialiserade psykiatriska vården. Begreppet specialiserad psykiatri används för att särskilja denna vård från den psykiatriska vård som bedrivs inom primärvården. I vissa fall har valet gjorts att visa indikatorer som bygger på andra populationer, såsom personer med en psykiatrisk diagnos eller personer som har fått psykofarmaka utskrivet.

Rapporten är främst en studie av den vuxenpsykiatriska vården som drivs inom ramen för den specialiserade psykiatrins ansvar. Därmed ingår inte vård och omsorg som bedrivs inom ramen för primärvården eller socialtjänsten. SKL har under projektiden haft en överenskommelse med regeringen om att kartlägga den slutna psykiatriska vården. Därmed inriktades denna rapport huvudsakligen på den öppna vården. Rapporten inkluderar inte heller barn- och ungdomspsykiatrin, eller den specialiserade beroendevården.

Målgrupp

Målgruppen för denna rapport är främst beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård, men den kan även vara till nytta för olika intressenter som patientföreningar, vårdprofessioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara ett stöd för den offentliga debatten om psykiatrins innehåll och resultat.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer. Därefter är rapporten uppdelad i tre delar:

Del 1 fokuserar på God vård och dess områden ur ett övergripande perspektiv och ger exempel på hur man kan följa upp de områden och indikatorer som fastställs i Socialstyrelsens rapport "Nationella indikatorer för God vård" [3].

Del 2 har en beskrivande karaktär och innehåller en kartläggning av personaltillgången med utgångspunkt från nationell statistik men även exempel på hur man i den psykiatriska öppenvården fördelar sin arbetstid, en inventering av innehållet i den öppna psykiatriska vården med en beskrivning av patientgruppen. Till sist finns även ett mindre avsnitt om den slutna psykiatriska vården med.

Del 3 är en öppen jämförelse mellan landsting främst utifrån indikatorer från den nationella riktlinjen för vård vid depressions- och ångestsjukdom [4] och den preliminära (våren 2010) riktlinjen för psykosociala insatser för schizofreni [5].

Metod och genomförande

Rapporten är dels beskrivande till sin karaktär, dels analyserande. Socialstyrelsen har inom ramen för projektet samlat in data genom att inventera innehållet i den vuxenpsykiatriska öppenvården samt gjort en mindre studie av pilotkaraktär för att få kunskap om hur arbetstiden fördelas på direkt och indirekt patientarbete samt på administration. I den indikatorbaserade öppna jämförelsen i del 3 har redan existerande datakällor använts. I inledningen till del 3 finns en beskrivning av hur indikatorerna i de öppna jämförelserna har hanterats.

Datakällor

Socialstyrelsen har egen tillgång till flera register som kan användas i uppföljningar av hälso- och sjukvård, till exempel patientregistret (PAR), dödsorsaksregistret (DOR) och läkemedelsregistret. Dessa har använts i denna rapport. De nationella databaserna har dock idag en del brister inom det psykiatriska området.

PAR innehåller uppgifter om slutenvård samt läkarbesök i all öppen vård som inte betecknas som primärvård (inklusive psykiatri). Registret uppdateras årligen och när denna rapport framställdes kom de senaste rikstäckande data från år 2008. Rapporteringen till registret avseende diagnos är relativt god för slutenvården (cirka 95 procent av vårdtillfällena) men något lägre för öppenvården (cirka 80 procent). Registreringen av åtgärder är idag generellt sett låg. Läkarbesöken står endast för en mindre del (ca 20 procent) av de totala besöken, och därför blir en beskrivning baserad på PAR begränsad. DOR omfattar samtliga avlidna som var folkbokförda i Sverige vid dödsfallet. Registret innehåller data från 1952 och uppdateras årligen, och vid rapportens framställande fanns data tillgängliga till och med 2007.

Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som har tagits ut och som har förskrivits via recept från och med juli 2005. Registret innehåller dock inte läkemedel som ges i slutenvård, dispenserar ur läkemedelsförråd eller köps utan recept. Databasen uppdateras månadsvis med cirka två veckors fördröjning. För mer information om Socialstyrelsens register hänvisas till Socialstyrelsens hemsida [6]. Kostnadsdata för psykiatri inom hälso- och sjukvården kommer från SKL, och data om de personella förutsättningarna har hämtats från Socialstyrelsens NPS-register (Nationellt planeringsstöd).

Cirka två tredjedelar av alla patienter med en depression eller ångestdiagnos får sin behandling endast inom primärvården. Möjligheten att på ett systematiskt registerbaserat sätt följa upp denna vård finns inte då det för närvarande inte finns lagstöd för att skapa ett nationellt primärvårdsregister.

Förutom kostnadsdata har SKL ansvaret för Väntetidsdatabasen [7] som är den datakälla som kan användas för att spegla om vården ges i rimlig tid. För närvarande visas bara hur många patienter som har väntat på ett första besök i

mer än 90 dagar, det vill säga vårdgarantigränsen. Databasen håller dock på att utvecklas för att kunna användas mer flexibelt.

En indikator bygger på data från Statens folkhälsoinstituts folkhälsoenkät. Denna enkät går i år ut för sjunde gången till ett urval av Sveriges befolkning.

För att få information om innehållet i den öppna psykiatriska vården för vuxna skickades under november 2009 ett inventeringsformulär ut till alla psykiatriska mottagningar i Sverige via verksamhetscheferna.

Dessutom gjordes en tidsstudie på 15 mottagningar i Sverige som ett komplement till beskrivningen av psykiatrins innehåll, kostnader och personaltillgång. Syftet var att få en bild av arbetstidens fördelning på bland annat direkt och indirekt patientarbete.

För närvarande pågår en stor satsning på de nationella psykiatriska kvalitetsregistren. På grund av bristande täckningsgrader har dessa dock inte kunnat användas som datakällor i denna rapport. I bilaga 1 beskrivs registren närmare. I samma bilaga beskrivs några exempel på regionala och lokala datakällor.

Rekommendationer och bedömningar

Utifrån de iakttagelser Socialstyrelsen har kunnat göra i rapporten redovisas här rekommendationer och bedömningar.

Uppmärksamma den somatiska sjukligheten och minska överdödligheten

Rapportens resultat tyder på en överdödlighet i somatiska sjukdomar hos patienter som har vårdats för en psykiatrisk diagnos. Detta kan bland annat avläsas i en hög andel somatisk undvikbar slutenvård, för personer med en psykiatrisk diagnos i relation till personer utan sådan diagnos, och en högre dödlighet i sjukdomar som definieras som hälsopolitisk och sjukvårdspolitiskt åtgärdbara. Även dödligheten inom 28 dagar efter stroke eller hjärtinfarkt är högre bland personer med en samtidig psykiatrisk diagnos än för dem utan. Den minskning av dödligheten (förbättrad överlevnad) som har kunnat ses i befolkningen totalt efter hjärtinfarkt och stroke de senaste fem åren kan inte ses hos personer med en psykiatrisk diagnos.

Det kan finnas flera förklaringar till den observerade överdödligheten. Socialstyrelsen ser dock mycket allvarligt på att patienter med en psykiatrisk diagnos och samtidig somatisk sjuklighet tycks få ett sämre somatiskt omhändertagande. Socialstyrelsen anser det viktigt att frågan om det finns mekanismer i sjukvårdssystemet som påverkar överdödligheten utreds och belyses. Uppmärksammas inte psykiatriska patienters somatiska symptom? Följs inte undersökningar upp i tillräcklig grad? Hur ser dokumentationen av de somatiska tillstånden inom psykiatrin ut? Landstingen måste uppmärksamma detta problem och vidta nödvändiga åtgärder.

- Socialstyrelsen bedömer det som mycket viktigt att somatisk sjuklighet uppmärksammas och att olika möjliga mekanismer som påverkar överdödligheten studeras. Landstingen bör vidta nödvändiga åtgärder i syfte att minska den ojämlikhet i dödlighet i sjukdomar, som hjärtinfarkt och stroke, som finns mellan personer med psykiatriska diagnoser och övriga patienter. Somatisk sjukdom hos personer med psykiatriska diagnoser är ett viktigt granskningsområde för Socialstyrelsens tillsyn.

Utarbeta strategier för att minska psykisk ohälsa bland unga vuxna

Flera analyser i rapporten visar på en överrepresentation av unga personer och samtidigt en underrepresentation av äldre personer inom den psykiatriska vården. I rapportens kartläggning av den öppna psykiatriska vården är särskilt unga kvinnor överrepresenterade och unga kvinnor har också ökat sin användning av

sluten psykiatrisk vård avsevärt de senaste tio åren. Även de unga männen har ökat sin användning av sluten psykiatrisk vård.

De ungas ökade vårdbehov står i motsats till alla andra åldersgrupper där användandet snarare ser ut att minska. När det gäller självmordsdödlighet ses en nedåtgående trend för samtliga åldersgrupper, utom för den yngsta. I rapporten visas att omhändertagandet i sluten vård för självska debeteende har ökat generellt de senaste åren. I Folkhälsorapporten 2009 [8] visas att det är framförallt yngre kvinnor som står för den ökningen.

Sammantaget visar resultaten på en oroande utveckling vad gäller unga vuxnas psykiska ohälsa och sjuklighet.

- Socialstyrelsen bedömer att det är av stor vikt att fortsätta att utveckla strategier för att minska den psykiska sjukligheten och att främja den psykiska hälsan hos den unga befolkningen. Nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum) på Socialstyrelsen, som har regeringens uppdrag att föra ut evidensbaserad kunskap och stödja utvärdering av metoder för riktad prevention, tidig upptäckt och tidiga insatser till barn och unga, samt SKL:s modellområdesprojekt är exempel på arbeten som redan bedrivs.

Utarbeta en strategi för ett samordnat agerande för den äldre befolkningens psykiska ohälsa

Socialstyrelsen publicerade år 2008 "Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser". Där konstaterades att äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område som befinner sig mellan psykiatri, geriatrik, äldreomsorg och primärvård utan att någon aktör tar ett samlat ansvar. Socialstyrelsen har efter detta fått i uppdrag av regeringen att ta fram en vägledning för att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning.

Resultaten i denna rapport pekar i samma riktning som i ovan nämnda rapport. Endast sex procent av patienterna som besökte den öppna psykiatriska vården vid kartläggningstillfället var 65 år eller äldre. I relation till befolkningen gör detta att gruppen är underrepresenterad, förutsatt att vårdbehovet inte är avsevärt mindre än hos andra åldersgrupper. Indikatorerna om läkemedel visar samtidigt att användandet av tre eller flera psykofarmaka ligger på knappt fem procent i rikets befolkning över 80 år, med en högre användning bland kvinnor och en variation mellan länen.

Ett långvarigt bruk av sömnmedel är vanligt i åldersgruppen 80–84, där man också kan se en stor skillnad mellan könen och mellan landstingen. Det medel som av Socialstyrelsen bedöms vara förstahandsvalet vid behandling av sömnstörning hos äldre, används bara av hälften av de som använder sömnmedel i gruppen 80–84 år.

- Socialstyrelsen bedömer, på samma sätt som i rapporten om äldres psykiska ohälsa 2008, att det krävs ett samordnat agerande på både nationell, regional och lokal nivå när det gäller äldres psykiska hälsa. Detta agerande bör leda till en gemensam strategi för att öka tillgången för de äldre till vetenskapligt prövade insatser, stärkt kompetens, handledning och uppföljning.

Förbättra rapportering till register

Bristen på information om psykiatrins processer och resultat, förutom dödlighetsmått, är påtaglig. Flera orsaker till detta uppmärksammas i rapporten. De nationella kvalitetsregistren på psykiatrins område har fortfarande låga täckningsgrader och en låg kvalitet och går därmed inte att använda i ett nationellt utvärderingssammanhang.

Patientregistret innehåller endast information om läkarbesök, vilket begränsar användningen (80 procent av all psykiatrisk öppenvård utförs av andra personalkategorier). Förutsättningarna håller dock för närvarande på att utredas via Socialdepartementet, vilket gör att Socialstyrelsen troligtvis kommer att kunna behandla information om andra besök än läkarbesök inom ett par år.

Obligatoriet att registrera åtgärder (KVÅ-koder) i psykiatri har nyligen införts (2007). När huvudmännen levererar dessa typer av data kommer förutsättningarna att följa bland annat rekommenderade åtgärder i de nationella riktlinjerna öka.

Studier av effektiviteten i den psykiatriska vården kräver tydlig information om kostnader och resultat. Den brist på nationella data som påtalas gäller i hög grad även detta område. Om socialtjänstens ansvar för personer med psykisk funktionsnedsättning inkluderas blir bristen på information ännu mer påtaglig.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer m.m. samt att förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet inklusive tvångsvårdade patienter. Vikten av att kunna följa antalet personer är särskilt angeläget ur patient- och rättssäkerhetssynpunkt. Arbetet pågår och ska slutrapporteras i juni 2012.

- Landstingen är skyldiga och förväntas att åtgärda brister i rapporteringen till både kvalitetsregister och patientregistret.
- Socialstyrelsen förutsätter också att den satsning på psykiatriska kvalitetsregister som regeringen nu gör kommer att få effekt och att det därmed i framtiden kommer att gå att använda kvalitetsregistren för uppföljning av psykiatrins processer och resultat.
- Socialstyrelsen har för avsikt att fortlöpande följa upp att den obligatoriska registreringen av åtgärder och annan information till patientregistret genomförs.

Bedömning enligt God vård

Syftet med denna rapport är att ta ett steg på vägen mot att öppet kunna jämföra och utvärdera den svenska psykiatriska vården och om vården bedrivs enligt de sex kriterierna för god vård. Rapporten visar på exempel på en uppföljning i mindre skala utifrån de hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorerna som tagits fram av Socialstyrelsen. Indikatorerna i del 3 speglar med hjälp av nationella register främst kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker och jämlik vård.

Den höga överdödligheten generellt och främst efter hjärtinfarkt och stroke indikerar att det finns stora förbättringsmöjligheter i vården generellt för att dessa kriterier ska bli uppfyllda för patienter med psykiatriska diagnoser. Den

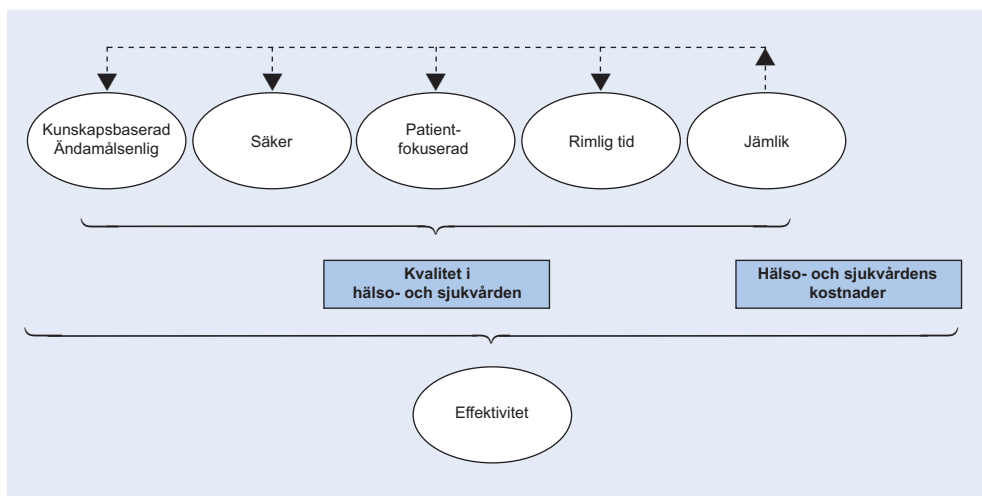
specialiserade psykiatriska vården har ett särskilt ansvar, men det är viktigt att poängtera att det i stor utsträckning handlar om ett för alla delar av vård och omsorg gemensamt ansvar.

De skillnader som exempelvis kan ses mellan landsting och kön ska tas på allvar och analyseras. Är till exempel stora skillnader vad gäller användning av psykofarmaka eller vårdtillfällen med undvikbar somatisk slutenvård tecken på brister rörande säker och jämlik vård? Ytterligare kunskap behövs för att kunna göra bedömningen om vården bedrivs enligt kriterierna för God vård. Socialstyrelsen avser att fortsätta arbetet med att göra öppna jämförelser och utvärderingar inom den psykiatriska vården.

Del I

Övergripande indikatorer för God vård applicerade på psykiatrin

Socialstyrelsen lanserade de sex God vård-områdena i samband med föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Hösten 2009 publicerades rapporten ”Nationella indikatorer för God vård” [3] där områdena fick en förtydligad innebörd. I rapporten presenteras även 24 hälso- och sjukvårdsövergripande uppföljningsområden som Socialstyrelsen bedömer vara viktiga aspekter av hälso- och sjukvården och som tillsammans belyser processer, resultat och kostnader utifrån God vård. Alla bedöms inte vara nationellt uppföljningsbara med dagens datakällor, men sammanlagt 28 indikatorer identifierades. Av dessa har fem för närvarande bedömts vara uppföljningsbara för psykiatri på nationell nivå och presenteras i del 3. Denna del av rapporten fokuserar på ett urval av de övriga övergripande uppföljningsområdena och indikatorerna applicerade på psykiatri. Exempel på uppföljning av indikatorerna ges med hjälp av data som inte är nationell.



Figur 1.1 God vård

Figur 1.1 visar hur de olika God vård-områdena förhåller sig till varandra. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård och vård i rimlig tid handlar om hälso- och sjukvårdens kvalitet. För att analysera om vården är jämlik stratifieras data med avseende på t.ex. geografi, kön eller ålder. För att analysera området effektivitet krävs dessutom information om hälso- och sjukvårdens kostnader som ställs emot kvaliteten i hälso- och sjukvården.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer

Följande citat ur Socialstyrelsens ”Nationella indikatorer för God vård” [3] är en del av innebörden av kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård .

Kunskap som medel för att främja hälsa, förebygga sjukdom, bota sjukdom samt lindra och trösta vid sjukdom växer kontinuerligt fram både i forskning och praktisk verksamhet.

I en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård använd systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap på ett metodiskt sätt. Som grund för handlandet ligger också reflekterad, kollektiv klinisk erfarenhet.

Uppföljningen av om vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig bör göras på olika sätt beroende på vilken nivå i hälso- och sjukvårdssystemet man undersöker. Följsamheten till nationella riktlinjer är ett av uppföljningsområdena i ”Nationella indikatorer för God vård”. Undvikbar slutenvård och åtgärdar dödlighet är andra uppföljningsområden. Den går att följa upp med en indikator på nationell nivå och redovisas som indikator 3.3 i del 3.

Nationella riktlinjer är ett nationellt kunskapsstöd, vars rekommendationer är ett stöd för prioriteringar på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Att mäta följsamheten till de nationella riktlinjerna är ett sätt att följa om vården arbetar kunskapsbaserat. Det är dock fortfarande svårt att göra sammanfattande bedömningar. År 2010 publicerades ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom” [4] som även har indikatorer för uppföljning av följsamheten. Några betraktas som utvecklingsindikatorer. Fem övergripande och två riktlinjespecifika indikatorer återfinns inom ramen för den indikatorbaserade öppna jämförelsen i denna rapport.

För att kunna göra en tillförlitlig utvärdering av följsamheten till rekommendationerna i riktlinjen krävs att vården registrerar åtgärder i patientregistret på det sätt som anges i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSF 2009:26). För psykiatri är obligatoriet att registrera åtgärder i patientregistret dock tämligen nytt (beslutet fattades 2007). ECT-behandling är en av de rekommenderade behandlingsmetoderna vid svår till mycket svår egentlig depressionsperiod. Hur ECT används går ännu inte att följa upp via patientregistret. Nedan ges exempel på hur ECT-behandling används utifrån information ur andra datakällor.

Följsamhet till nationella riktlinjer – exemplet ECT-behandling

Enligt den nationella riktlinjen för vård vid depression och ångestsyndrom finns det stark evidens för att ECT-behandling har god till mycket god effekt vid behandling av svår till mycket svår egentlig depression. Informationen om antalet utförda ECT-behandlingar i patientregistret är inte tillfredsställande, vilket konstaterades inom ramen för den pilotstudie om ECT-behandling som Socialstyrelsen genomförde våren 2010 [9]. Socialstyrelsen har vid upprepade tillfällen betonat att det är ett lagbrott att inte rapportera in data.

Socialstyrelsen har också ett uppdrag från regeringen att utveckla statistik och data inom det psykiatriska området. I samband med denna och den nämnda rapporten samlades en del kompletterande data in för att kunna ge en aktuell bild av frekvensen av ECT-behandlingar i några landsting. Socialstyrelsen har dock inte kunnat bedöma om frekvensen har ökat i någon påtaglig omfattning.

Sedan 2008 finns ett regionalt kvalitetsregister för ECT som täcker sju sjukhus i Mellansverige. Täckningsgraden är fullständig när det gäller Örebro läns landsting och Landstinget i Uppsala län, och den är också mycket god i Landstinget Dalarna samt i nordvästra Stockholm. Det totala befolkningsunderlaget för kvalitetsregistret är 1 213 748 personer. För 2009 kan man ur kvalitetsregistret utläsa att 441 patienter fick ECT-behandling, varav något fler än hälften (58,5 procent) var kvinnor. Åldersintervallet låg mellan 15 och 92 år med en snittålder på 54,5 år. Genomsnittsantalet ECT per behandlingsserie var 7,7. Huvuddiagnosen för över hälften av patienterna var recidiverande egentlig depression (55 procent), och av patienterna med kända diagnoser var det cirka 5 procent som behandlades för maniska syndrom eller för schizofreni. Av de 441 patienterna hade cirka 9 procent en diagnos som var okänd eller som inte tillhörde någon av de nämnda diagnosgrupperna, eller en bipolär diagnos, depressiv fas eller någon annan depressionsdiagnos.

Umeå psykiatriska klinik och psykiatriska kliniken i Skellefteå har redovisat antalet behandlingar med ECT under 2008: 1 260 respektive 1 105 behandlingar. Umeå har även redovisat att 124 patienter fick ECT-behandling under 2008, vilket ger ett medelvärde på 10 behandlingar per patient.

I den kartläggning av innehållet i den öppna psykiatriska vården som redovisas längre fram i denna rapport visar resultatet att ca 2 procent av knappt 8 000 patienter fick/hade fått ECT-behandling.

Socialstyrelsen granskade år 2008 den psykiatriska tvångsvården i de södra sjukvårdsregionerna, och då framkom att bara 33 av de 929 vårdade patienterna fick ECT-behandling. I granskningen noterades att en del kliniker endast rapporterade de ECT-behandlingar som getts mot patientens vilja. Socialstyrelsen fick då påminna om att all ECT-behandling som ges under tvångsvård ska rapporteras enligt SOSFS 2000:12.

Det är en brist att Socialstyrelsen idag inte kan presentera säkra data om ECT-behandlingar på nationell nivå. Socialstyrelsen genomför därför ett omfattande arbete bland annat avseende utveckling av patientregistret.

Säker psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer

Följande citat ur Socialstyrelsens rapport ”Nationella indikatorer för God vård” [3] är en del av innebörden av säker hälso- och sjukvård

En säker vård minskar risken för vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

Nedan speglas den psykiatriska vården ur tre olika perspektiv med patientsäkerhetsanknytning varav tre är områden hämtade från Nationella indikatorer för God vård:

- självmord i anslutning till psykiatrisk vård
- vårdrelaterade infektioner
- läkemedelsanvändning

I den indikatorbaserade redovisningen senare i rapporten (del 3) presenteras dessutom indikatorn självmord i befolkningen samt bortfall i diagnosregistrering.

Självmord i anslutning till psykiatrisk vård

1 126 människor i Sverige tog sitt liv under 2007, och antalet är 1 453 om man inkluderar de fall där det råder osäkerhet. Två av de hälso- och sjukvårdsövergripande nationella indikatorerna för God vård rör självmord:

- lex Maria-anmälda självmord i förhållande till det totala antalet självmord som har begåtts inom 4 veckor efter vårdkontakt
- levande personer ett år efter utskrivning från slutenvård orsakad av självmordsförsök.

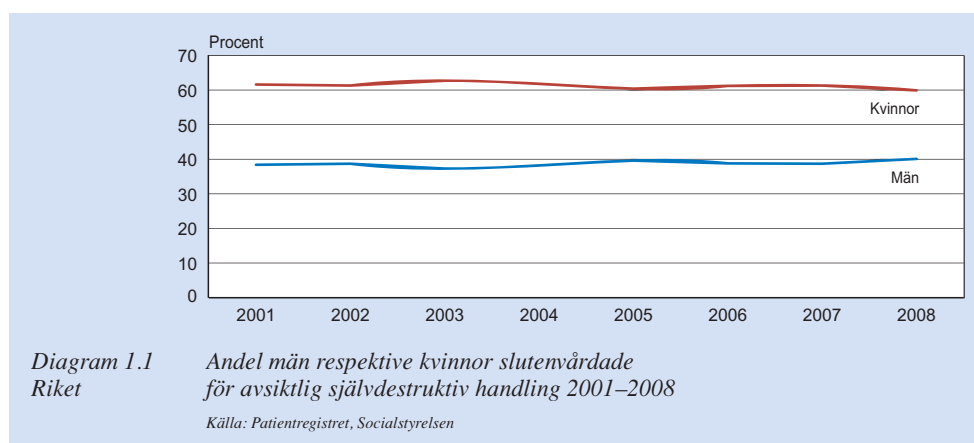
Diagnoskoden som används vid den sist nämnda typen av skador kallas ”avsiktlig självdestruktiv handling”, varav självmordsförsök är en del av dessa handlingar.

Den första indikatorn följer att vården anmäler självmord och att vården därmed har kontroll över antalet sådana händelser. Den 1 februari 2006 trädde en föreskrift i kraft som anger att vårdgivaren enligt lex Maria måste anmäla de självmord som har begåtts inom fyra veckor efter en vårdkontakt med hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:28). Syftet med lex Maria-förfarandet är framför allt att man i den berörda verksamheten ska lära av de eventuella misstag som har begåtts. Dagens patientregister inkluderar dock inte primärvården, vilket gör det omöjligt att exakt veta hur många som har haft kontakt med hälso- och sjukvården inom fyra veckorsperioden. En försiktig bedömning är att hälften (50 procent) av alla självmord tillhör den gruppen och därmed skulle ha anmälts enligt lex Maria. Ett landsting (Kronoberg) som har studerat saken närmare kom fram till att 89 procent tillhörde gruppen. Det kan vara särskilt intressant att se hur stor andel som hade sökt just psykiatrisk vård inom 4 veckor före självmordet, och patientregistret kan visa hur många som hade ett läkarbesök eller slutenvårdstillfälle inom tidsramen. Enligt uppgifterna därifrån hade cirka 14–18 procent av de som begick självmord en sådan vårdkontakt inom psykiatrin inom 4 veckor före självmordet, mellan 2002 och 2007. Den siffran är dock en minimisiffra eftersom läkarbesöken är en mindre del av samtliga besök (i Västra Götalandsregionen år 2008 var andelen 18 procent).

År 2007 lex Maria-anmälde 36 procent av samtliga säkra självmord, vilket är en liten ökning från 2006 då 32 procent anmälde. Man kan därmed konstatera att det finns en betydande underrapportering från vården som helhet. 73 procent av anmälningarna kom från psykiatrin.

Socialstyrelsen följer upp lex Maria-anmälda självmord och de nyaste siffrorna rör självmord begångna 2006–2008 [10] där lex Mariabeslutet fattades t.o.m. april 2009. Besluten granskades i syfte att identifiera systembrister och se i vilken utsträckning de kan anses ha bidragit till händelsen. Sammanlagt 990 ärenden från 2006–2008 har granskats med följande resultat. För 403 personer fanns ett tidigare självmordsförsök noterat, och 26 personer var ineliggande enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128). 5 personer var inlagda enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129) och 6 personer var på permission. Totalt hade 75 personer begått självmordet på en vårdavdelning, och av dessa var 58 ineliggande inom psykiatri. Socialstyrelsen kommer att fortsätta att systematiskt analysera lex Mariaanmälningar och återföra slutsatser till vårdgivarna.

Den andra indikatorn gäller levande personer ett år efter slutenvård för avsiktlig självdestruktiv handling, och andelen var 95–96 procent under åren 2001–2008. Det är angeläget att studera dödsorsaken för de 4–5 procent som inte lever ett år senare. För detta krävs kompletterande undersökningar. Antalet slutenvårdade personer som vårdas för en självdestruktiv handling har ökat genom åren, från knappt 8 000 personer per år 2001 till drygt 10 000 per år 2008. Könsfördelningen är ungefär 60 procent kvinnor och 40 procent män. Ökningen i antalet personer kan bero på förbättrad registrering eller på en ökad benägenhet att söka för dessa problem förutom en reell uppgång i antalet personer som gör ett självmordsförsök.



Självmordsriskbedömning

De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom [4] rekommenderar att hälso- och sjukvården bör

- genomföra en strukturerad bedömning av självmordsrisken hos ungdomar, vuxna och äldre vid misstänkt risk för självmord
- genomföra en fördjupad psykiatrisk bedömning av ungdomar, vuxna och äldre med bedömd risk för en självmordshandling
- ge möjlighet till observation inom psykiatrisk vård vid självmordsnära tillstånd

Det finns en utvecklingsindikator för att följa i vilken utsträckning vården efterlever rekommendationen om en strukturerad självmordsriskbedömning, men för närvarande finns ingen möjlighet att följa via patientregistret.

Enligt uppföljningen av de lex Maria-anmälda självmorden hade endast 6 procent av fallen en notering om att en strukturerad självmordsriskbedömning var utförd. I drygt hälften av fallen hade en självmordsriskbedömning gjorts, men inte i strukturerad form.

Sammantaget kan Socialstyrelsen i uppföljningen av lex Mariaanmälningar [10] bland annat konstatera att

- det finns en förmodad underrapportering av lex Maria-fall
- strukturerade självmordsriskbedömningar görs i för låg omfattning

En något annorlunda bild av arbetet med självmordsriskbedömningar ges i den kartläggning av innehållet i den öppna psykiatriska vården som presenteras i del 2 (sida 53) i denna rapport.

Vårdrelaterade infektioner

SKL genomför sedan 2008 punktprevalensstudier om vårdrelaterade infektioner, två gånger per år. Studierna ingår i Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Vårdrelaterade infektioner är också ett uppföljningsområde som har tagits upp för utveckling inom Nationella indikatorer för God vård.

Punktprevalensstudierna har även genomförts inom ramen för den slutna psykiatriska vården. Den senaste redovisade mätningen hösten 2009 visade att i genomsnitt 1,3 procent av de 3 330 registrerade patienterna drabbades av vårdrelaterade infektioner, vilket innebär att 43 patienter hade fått en vårdrelaterad infektion under vården i psykiatri. Variationen mellan landstingen var 0–7,7 procent.

Läkemedelsanvändning

Hur läkemedel ordineras och hanteras har stor betydelse för patientsäkerheten. Enligt vissa beräkningar går tio procent av alla vårddagar på medicinkliniker åt till vård av patienter som har felbehandlats med läkemedel. Det kan gälla olämpliga val av läkemedel och doseringar, otydligt dokumenterade ordinationer som missuppfattas, för höga doser m.m. Risken för läkemedelsrelaterade vårdskador är särskilt hög hos äldre som ofta är betydligt mer känsliga för läkemedel än yngre, på grund av kroppsliga förändringar vid åldrande och sjukdom. I indikatorredovisningen längre fram i rapporten finns några indikatorer som syftar till att lyfta problemet med olämplig medicinering med psykofarmaka för äldre och vikten av noggrann uppföljning.

Patientfokuserad psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer

Följande citat ur Socialstyrelsens rapport ”Nationella indikatorer för God vård” [3] är en del av innebörden av patientfokuserad hälso- och sjukvård.

En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet.

Vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten.

Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling.

Som patient befinner man sig i ett beroendeförhållande på grund av oro och själva sjukdomen, men patienter har också ett underläge i fråga om kunskap och möjligheter att påverka. Det gäller i högsta grad inom den psykiatriska vård som utförs under tvång. Förutsättningarna för att kunna till sig information och vara delaktig i vården är mycket olika från fall till fall, och det är också mycket individuellt vad människor upplever som ett gott och respektfullt bemötande.

För att utvärdera om vården är patientfokuserad används vanligtvis patientenkäter där patienter och brukare tillfrågas om sin övergripande upplevelse av delaktighet, bemötande etc. Flera landsting har använt sig av denna metod. De indikatorer som togs fram som hälso- och sjukvårdsövergripande nationella indikatorer för God vård bygger också på data som kan tas fram via patientenkäter. Indikatorerna speglar tre huvudsakliga områden:

- respektfullt och individuellt bemötande
- individuell information och kunskapsöverföring
- individens delaktighet i den egna vården.

SKL kommer att genomföra en nationell patientenkät inom den specialiserade psykiatri under 2010, men vid denna rapportens publicering finns inga nationella data.

Bemötande och delaktighet

Nedan följer exempel på data från Västra Götalandsregionen som speglar några av de patientfokuserade perspektiven. Ett viktigt problem är att patientenkäter ofta har en låg svarsfrekvens. I exemplet nedan var det också svårt att beräkna bortfallet eftersom det var okänt exakt hur många enkäter som hade delats ut. Bland annat på grund av låga svarsfrekvenser krävs fler insatser än patientenkäter för att kunna utvärdera om psykiatri arbetar patientfokuserat eller inte. Flera landsting har också olika former av brukarmedverkan, men det ligger utanför ramen för denna rapport att beskriva det arbetet.

| År | Instämmer helt fråga 1 (%) | Instämmer helt fråga 2 (%) |
|------|----------------------------|----------------------------|
| 2007 | 75 | 53 |
| 2008 | 78 | 55 |
| 2009 | 75 | 55 |

Tabell 1.1 Andel patienter, i procent, inom psykiatrisk öppen vård från Västra Götalandsregionen som har svarat att de instämmer i påståendena 1) "Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet" 2) "jag känner/kände mig delaktig i planering och genomförande av min vård"

Om man inkluderar andelen som har svarat att de delvis instämmer hamnar siffran på över 90 procent på båda frågorna, utan några större variationer mellan åren. År 2009 genomförde SKL en nationell patientenkät rörande primärvården. En jämförelse med frågor/påståenden som till största delen motsvarar de ovanstående visar att primärvårdspatienterna till större del anser att de har bemötts med omtanke och respekt samt varit delaktiga i planeringen av sin vård (89 procent respektive 62 procent).

Svaren från patienterna i slutna vård visar en något annorlunda bild.

| År | Instämmer helt fråga 1 (%) | Instämmer helt fråga 2 (%) |
|------|----------------------------|----------------------------|
| 2007 | 55 | 38 |
| 2008 | 59 | 35 |
| 2009 | 62 | 35 |

Tabell 1.2 Andel patienter, i procent, inom psykiatrisk slutna vård från Västra Götalandsregionen som har svarat att de instämmer i påståendet 1) "Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet" 2) "Jag känner/kände mig delaktig i planering och genomförande av min vård"

Patienter som har vårdats i slutna vård och svarat på enkäten instämmer i lägre omfattning i påståendena att de har bemötts med omtanke och respekt samt känt sig delaktiga i planering av vården. I det lokala uppföljningsarbetet kan dessa siffror sedan brytas ner på enhetsnivå för att studera skillnader mellan enheter, diskutera vilken målbild enheten bör ha och därmed vara ett viktigt underlag i ett förbättringsarbete.

Jämlig psykiatrisk hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer

Följande citat ur Socialstyrelsens rapport "Nationella indikatorer för God vård" [3] är en del av innebörden av jämlig hälso- och sjukvård

Jämlig vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Eftersom hälsan inte är jämligt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov, och som dessutom bör vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.

I rapporten Nationella indikatorer för God vård konstaterades att alla uppföljningar måste ha ett perspektiv som jämför utfallet av indikatorer för olika grupper, om en bedömning av om vården bedrivs jämligt ska kunna ske. I den indikatorbaserade delen senare i rapporten jämförs till exempel dödligheten för den psykiatriska patientgruppen med hela befolkningen. Det är sätt att studera jämlig vård. Jämförelser görs mellan könen där så är möjligt och så även mel-

lan landsting för en geografisk aspekt. Även inom ramen för kartläggningen av innehållet i den öppna psykiatriska vården görs jämförelser mellan bland annat kön och landsting för att studera om vården bedrivs jämlikt.

Psykiatrisk hälso- och sjukvård i rimlig tid – övergripande indikatorer

Följande citat ur Socialstyrelsens rapport ”Nationella indikatorer för God vård” [3] är en del av ett förtydligande av innebörden av hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att vård erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening.

De uppföljningsområden som lyftes upp i ”Nationella indikatorer för God vård” var *faktiska väntetider* och *upplevda väntetider*, även om det fortfarande pågår ett utvecklingsarbete för att nå fram dit. Den nationella patientenkäten kan ge information om den patientupplevda väntan, men enkäten kommer att genomföras inom psykiatri under 2010 och hinner inte bli klar inom ramen för detta projekt.

Väntetidsdatabasen administreras av SKL och innehåller information om andelen patienter som har väntat på ett första besök längre än 90 dagar, när det är beslutat att patienten ska få ett besök och till exempel inte hänvisas någon annanstans. Uppgifterna rapporteras till SKL månadsvis och gäller situationen den sista dagen i månaden. Till skillnad från de flesta andra specialiteter behöver det inom psykiatri inte gälla ett läkarbesök utan även annan vårdgivarkategori.

Socialstyrelsen har uppmärksammat en del tolkningsproblem rörande Väntetidsdatabasen som framför allt rör patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan [11]. Dessa tolkningsproblem rör även psykiatri. För att kunna ta del av kömiljarden kommer gruppen ”patientvald väntande” från och med april 2010 att ingå i det totala antalet väntande. Detta sätt att redovisa väntetidsstatistik gör det lättare att på ett meningsfullt sätt jämföra väntetider mellan de olika landstingen.

För att kunna göra en djupare analys av väntan på vård behövs individbaserade data där till exempel den faktiska väntetiden registreras, och data som kan relateras till medicinsk prioritet eller behov, kön och ålder med mera. Tabellen som presenteras nedan är en början på en sådan utveckling.

Den indikatorbaserade redovisningen i del 3 av denna rapport anger andelen patienter som har väntat längre än 90 dagar per landsting.

I denna del av rapporten presenteras ett par exempel från landsting som kan presentera mer detaljerad väntetidsdata än vad som är möjligt nationellt, samt data från regionala patientenkäter där man har mätt den patientupplevda väntan.

Faktiska väntetider

Sedan 2008 har landstingen/regionerna möjlighet att rapportera faktisk väntetid i intervall per månad eller halvår. Successivt har fler och fler landsting/regioner börjat rapportera i intervall. Vid intervallrapportering finns möjlighet att presentera uppgifter om patienten fick vänta 1, 2, 3 eller 6 månader respektive längre än 6 månader. Detta speglar alltså den faktiska väntetiden och dessutom på ett mer finmaskigt sätt än endast genom vårdgarantigränsen. Under 2009 rapporterar sju landsting detta, och tabellen nedan visar andelarna månadsvis under andra halvåret 2009. Notera att det inte endast är läkarbesök som gäller, utan besök på mottagningen. Tabellen innehåller inte uppgifter om den andel som har så kallad ”patientvald väntan” eller ”medicinskt orsakad väntan”, då denna uppgift inte redovisas i intervall och den faktiska väntetiden då är okänd.

| 7 landsting | Juli (%) | Augusti (%) | September (%) | Oktober (%) | November (%) | December (%) |
|---------------------|----------|-------------|---------------|-------------|--------------|--------------|
| Väntat 0–30 dagar | 55 | 41 | 48 | 50 | 50 | 53 |
| Väntat 31–60 dagar | 21 | 20 | 17 | 21 | 24 | 25 |
| Väntat 61–90 dagar | 10 | 16 | 11 | 7 | 13 | 11 |
| Väntat 91–180 dagar | 9 | 12 | 12 | 7 | 6 | 4 |
| Väntat 181– | 2 | 4 | 3 | 5 | 1 | 2 |

Tabell 1.3 Andel patienter, i procent, som fått sitt första besök inom olika tidsgränser under andra halvåret 2009. Källa: Väntetider i vården. Sveriges Kommuner och Landsting

Patientupplevd väntetid

Patienternas egen upplevelse av möjligheten att få vård när de behöver det är kanske den viktigaste aspekten på tillgängligheten i den psykiatriska vården. Lokala och regionala patientenkäter tar ofta upp den frågan på litet olika sätt, och ett exempel kommer från Västra Götalandsregionen där man har genomfört en patientenkät för psykiatri i fyra år. Patienterna fick ta ställning till påståendet ”Jag har/har haft möjlighet att komma i kontakt med någon inom psykiatri när jag har haft behov av det”. Svartalternativen var: stämmer helt, stämmer delvis, stämmer dåligt och stämmer inte alls. Under de fyra åren besvarades frågan av 4 700–5 000 patienter i den öppna psykiatriska vården.

| År | Stämmer helt (%) | Stämmer helt/delvis (%) |
|------|------------------|-------------------------|
| 2007 | 61 | 91 |
| 2008 | 63 | 93 |
| 2009 | 63 | 93 |

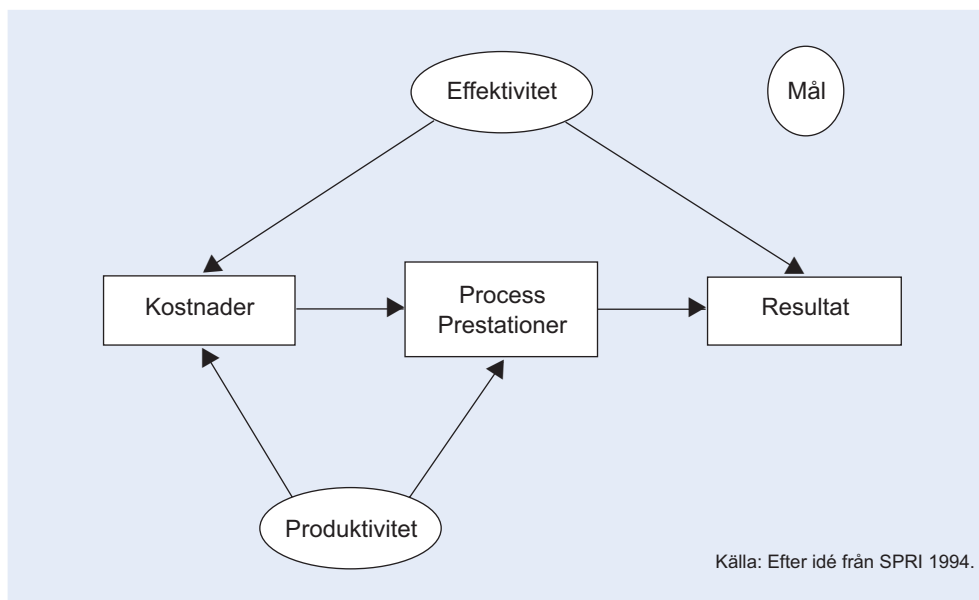
Tabell 1.4 Andel patienter, i procent, inom psykiatrisk öppen vård från Västra Götalandsregionen som svarat att de instämmer i påståendet ”Jag har/har haft möjlighet att komma i kontakt med någon inom psykiatri när jag har haft behov av det”

Effektiv psykiatrisk vård – övergripande indikatorer

Följande citat ur Socialstyrelsens rapport ”Nationella indikatorer för God vård” [3] är en del av innebörden av effektiv hälso- och sjukvård.

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.

Med definitionen ovan räcker det inte att koppla samman de insatta resurserna med de prestationer som utförs eller med de processer som finns för att analysera effektivitet. En sådan jämförelse mäter i stället vårdens produktivitet. Hög produktivitet är en förutsättning för hög effektivitet, men för att nå hög effektivitet krävs också att de utförda aktiviteterna leder till det önskvärda resultatet. I rapporten Nationella indikatorer för God vård konstaterades att information om hälso- och sjukvårdens kostnader är en förutsättning för att kunna analysera effektivitet och bedömdes därmed vara ett uppföljningsområde. Kostnaderna för psykiatrisk hälso- och sjukvård redovisas på landstingsnivå i indikator 3.32. Nedan förs ett resonemang om de kostnader som inte fångas upp i en indikator som endast visar specialiserad psykiatrisk vård och därmed inte primärvårdens eller kommunernas insatser. Efter det följer ett exempel där individbaserad kostnadsdata, som endast finns i ett fåtal landsting, används.



Figur 1.2 Effektivitet och produktivitet

Figur 1.2 illustrerar förhållandet mellan produktivitet och effektivitet. Som bilden visar är produktivitet ett snävare begrepp än effektivitet, där produktivitet handlar om hur mycket som produceras i förhållande till kostnaderna. Inom hälso- och sjukvården kan produktivitet mätas som kostnad per producerade DRG-poäng (DRG = diagnosrelaterade grupper). En analys av effektiviteten

kopplar i stället ihop kostnaderna med det resultat eller den kvalitet som prestationerna ger upphov till.

Analys av effektivitet kan ske på olika sätt, med olika metoder och med olika perspektiv. På Socialstyrelsen pågår för närvarande ett utvecklingsarbete för att utveckla modeller för effektivitetsanalyser inom vård och omsorg. Olika områden har olika förutsättningar för analyser av effektiviteten i vården och omsorgen. Tillgången på data avgör vilken typ av analyser som är möjliga att genomföra.

I denna rapport redovisas, som tidigare nämnts, kostnader för specialiserad psykiatrisk vård ur bokslutsstatistiken i indikator 3.32 (del 3). Det finns emellertid viktiga kostnader som inte ingår i dessa. En stor del av den psykiatriska vården sker inom primärvården. Det är inte möjligt att fånga kostnaderna för psykiatrisk vård inom primärvården på samma sätt som inom den specialiserade vården eftersom den inte har en egen organisation. Därmed går det inte att redovisa kostnaderna för en stor del av den psykiatriska vården. När det gäller patienter med en depression eller ångestdiagnos visar uppgifter från Västra Götalandsregionen att så mycket som två tredjedelar av patienterna endast får behandling inom primärvården. Primärvårdens roll och ansvar kan dock variera, och det är viktigt att komma ihåg när man tolkar skillnaderna i hur kostnaderna för den specialiserade psykiatrin fördelar sig mellan olika landsting.

Andra viktiga kostnader som inte heller fångas i indikator 3.32 är kommunernas kostnader för psykiatrisk vård och omsorg. Efter psykiatrireformen som genomfördes 1995 har kommunerna ansvaret för att planera och samordna insatserna för gruppen personer med psykiska funktionshinder. Kommunerna har också ansvar för gruppens boende och aktiviteter för arbete och sysselsättning samt för att tillhandahålla viss hälso- och sjukvård.

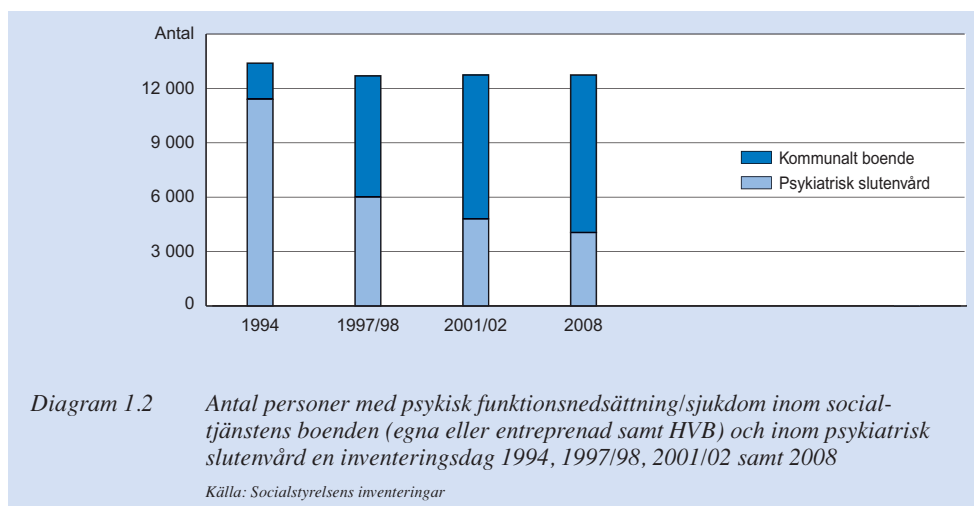


Diagram 1.2 visar hur fördelningen av personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom inom socialtjänstens boenden och inom psykiatrisk slutenvård förändrats över tid under inventeringar som Socialstyrelsen har utfört från år 1994 till 2008. Som diagrammet visar har det skett en betydande förflyttning av ansvar från den psykiatriska slutenvården till kommunerna.

Med dagens redovisning går det dock inte att urskilja vilka av insatserna som går till gruppen med psykiska funktionshinder. Denna rapport är också speciellt inriktad på den psykiatriska vård som faller inom landstingens ansvar, och därför ingår ingen fördjupning av kommunernas kostnader. Precis som med primärvården är det viktigt att tänka på att en sämre fungerande kommunal omsorg kan orsaka kostnader inom landstingen och tvärtom, precis på samma sätt som en sämre fungerande öppenvård kan öka kostnaderna för slutenvården.

Indirekta kostnader

Flera vetenskapliga studier har försökt uppskatta de totala kostnaderna för psykiatriska sjukdomar. Till de totala kostnaderna räknas, utöver de direkta kostnaderna för vård och omsorg, även indirekta kostnader för till exempel produktionsbortfall som en följd av långvarig sjukskrivning eller förtidspensionering. En nyligen publicerad svensk studie [12] uppskattar att de indirekta kostnaderna för psykisk ohälsa i Sverige uppgår till så mycket som 80 procent av de totala kostnaderna.

I studien jämförde författarna de totala kostnaderna år 2001 med kostnaderna år 1998. Under denna period sjönk antalet vårdplatser inom den specialiserade psykiatri med 11 procent medan de indirekta kostnaderna ökade dramatiskt. Under perioden nästan fördubblades till exempel antalet sjukdagar.

Tabell 1.6 visar hur kostnaderna i studien fördelade sig på olika kategorier år 2001

| 2001 | Miljoner kr | Procent |
|----------------------------|---------------|------------|
| Direkta kostnader | 17 636 | 21 |
| Slutenvård | 5 506 | 6 |
| Socialtjänst | 4 104 | 5 |
| Öppenvård | 5 433 | 6 |
| Läkemedel | 2 594 | 3 |
| Indirekta kostnader | 68 150 | 79 |
| Sjukfrånvaro | 24 161 | 28 |
| Förtidspensionering | 38 730 | 45 |
| Förtida död | 5 260 | 6 |
| Totala kostnader | 85 786 | 100 |

Tabell 1.6 Direkta och indirekta kostnader för psykiatriska sjukdomar i Sverige 2001

Kostnad per patient (KPP) och psykiatri

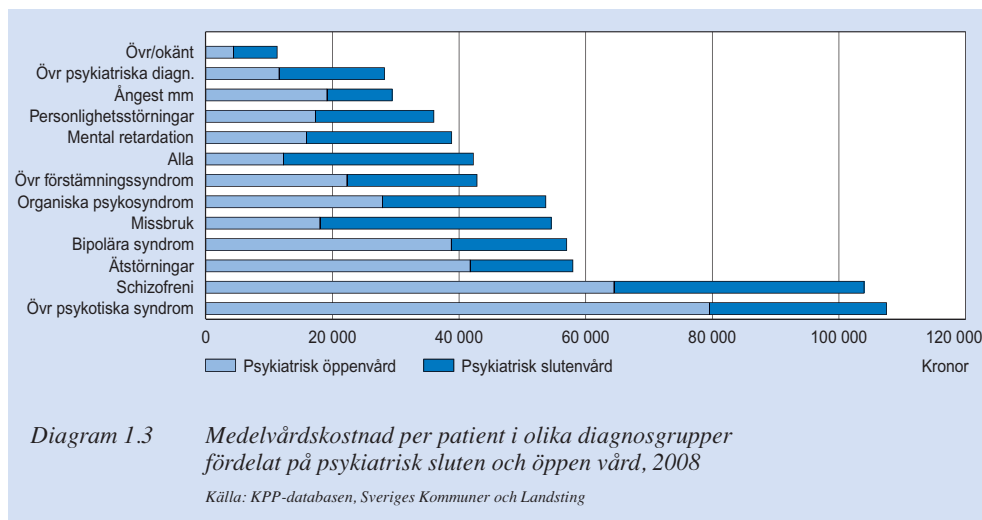
När det gäller direkta hälso- och sjukvårdskostnader ger en individbaserad redovisning bättre möjligheter att följa och analysera produktivitet och effektivitet inom vården än den årliga bokslutsstatistiken. Individbaserade kostnader samlas in i SKL:s KPP-databas, som delvis finansieras av Socialstyrelsen. KPP-metoden innebär att kostnaderna bryts ner så att de kan knytas till varje vårdkontakt och patient. I beräkningarna ingår inte kostnader för forskning, politiker och beställarkansli eller köpt vård. Informationen är individbaserad och patienten är informationsbärare, vilket innebär att uppföljningen blir processorienterad och oberoende av organisation.

Modellen utgår från vårdkontakten och kostnaderna aggregeras uppåt. Metoden använder befintlig information i journal- och patientadministrativa system, vilket minimerar behovet av extraregistrering.

KPP-redovisningen har kommit längst inom den somatiska slutenvården där 60 procent av alla vårdtillfällen ingår i databasen. En av de hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorerna för God vård inom området effektiv vård är ”Andel vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen”. När det gäller KPP inom psykiatri är det endast Västmanland, Norrbotten (enbart slutenvård), Östergötland och delar av Västra Götalandsregionen som har rapporterat in data för 2008. Malmö och Lund rapporterade in under åren 2005–2007.

I följande diagram visas uppgifter från de landsting som har rapporterat in KPP för psykiatri år 2008. Eftersom Norrbotten enbart rapporterat in data ifrån slutenvården ingår de inte i materialet.

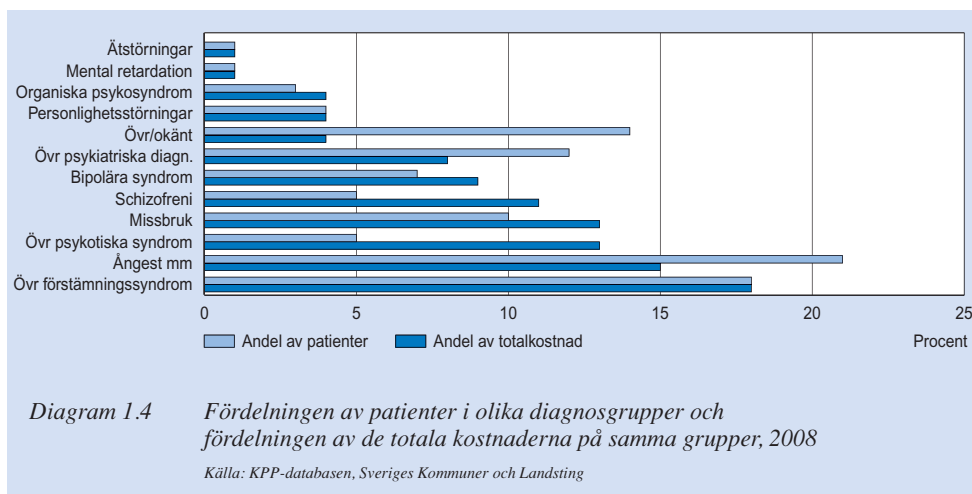
Diagram 1.3 visar den genomsnittliga kostnaden för behandling av olika patientgrupper. De diagnosgrupper som är dyrast att behandla är schizofreni och övriga psykotiska syndrom, där den genomsnittliga vårdkostnaden för 2008 översteg 100 000 kronor per patient. Det är stora skillnader i vårdkostnaderna för de olika grupperna, vilket visar hur svårt det är att tolka den samlade bokslutsstatistiken över kostnaderna för psykiatri som inte är individbaserad och som därmed inte tar hänsyn till vilka patientgrupper som behandlas.



I Diagram 1.4 presenteras dels hur stor andel av patienterna som befann sig i de olika diagnosgrupperna år 2008, och dels hur stor andel av kostnaderna som dessa patienter stod för.

Den största andelen av de totala kostnaderna gäller diagnosgruppen Övriga förstämningssyndrom. Denna grupp omfattar 18 procent av patienterna, och de stod också för 18 procent av kostnaderna. Den största patientgruppen var diagnosgruppen Ångest m.m. där 21 procent av patienterna återfanns. Denna grupp stod för 15 procent av kostnaderna.

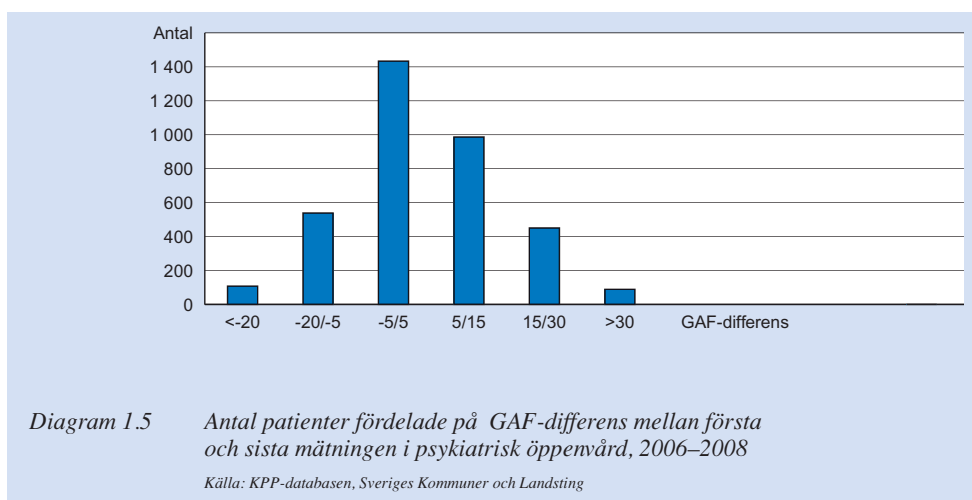
Individbaserad kostnadsredovisning ger bättre möjligheter att beskriva innehållet i den psykiatriska vården än bokslutsstatistiken, men fortfarande är det få



landsting som deltar i KPP-rapporteringen för psykiatri. För att bättre kunna följa kostnaderna för den psykiatriska vården är det angeläget att fler landsting deltar.

Kostnader och resultat

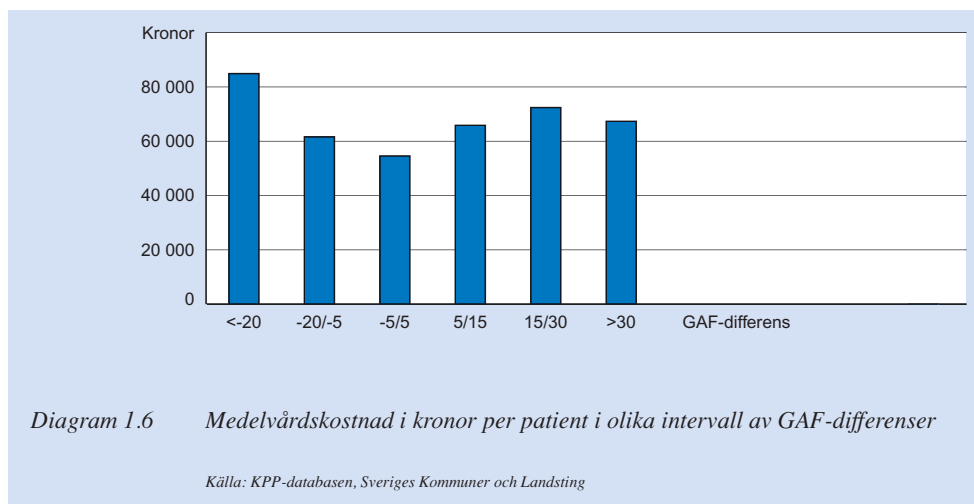
Det finns svårigheter med alla analyser av effektivitet där kostnader kopplas samman med kvalitet, och det gäller särskilt utvärderingar av psykiatrisk vård. Inom psykiatri saknas resultat av effekterna av vården i högre utsträckning än i hälso- och sjukvården i stort, men ett resultatmått som används i viss utsträckning är Global Assessment Functioning (GAF). GAF är en skattningskala som beskriver hur personen som helhet fungerar i livet. Den används nationellt och internationellt inom psykiatri och mäter psykisk hälsa och ohälsa utifrån personens psykologiska, sociala och yrkesmässiga funktionsnivå. Ett lägre GAF-värde indikerar en lägre funktionsnivå. GAF-värden kan användas som en indikator på vårdtyngden i en patientgrupp, men också som en resultatindikator när man jämför GAF-värden före och efter exempelvis en behandlingsinsats.



I diagram 1.5 redovisas denna användning av GAF som en indikator på vårdens resultat. Diagram 1.5 visar GAF-differensen mellan den första och sista mätningen för de 3 600 patienter som hade mer än ett GAF-värde för öppenvården inom psykiatri Östra i Göteborg åren 2006–2008. Ett positivt värde innebär en förbättring.

Diagram 1.5 visar att den allra största gruppen hamnar i mittenstapeln med ingen eller bara en marginell förändring av GAF-värdet.

I det här sammanhanget är det kanske mer intressant att se om en större GAF-förbättring också hänger ihop med en högre kostnad. GAF-värdena i materialet ifrån Göteborg rapporterades i samma system som kostnaderna, vilket gjorde det möjligt att även studera genomsnittskostnaden för vården av patienterna i de olika intervallerna.



Som diagram 1.6 visar fanns det ingen tydlig koppling mellan vårdkostnaden och resultatet. Materialet är dock svårtolkat eftersom det innehåller många olika patientgrupper som är svåra att jämföra med varandra. Om motsvarande information funnits för fler patienter i fler områden hade det däremot varit möjligt att dela upp redovisningen på olika diagnoser, och med hjälp av kostnaderna och resultatet komma närmare en analys av hur effektiv behandlingen är i de olika områdena.

Rutinmässig insamling av denna typ av mått skulle ge större möjligheter att utvärdera den psykiatriska vården.

En brittisk studie [13] har undersökt förutsättningarna för att rutinmässigt samla in resultatmått som till exempel GAF inom psykiatrin. Intervjuer med bland annat kliniker och verksamhetschefer visade att de främsta hindren mot att använda den typen av mått var att personalen inte såg den kliniska nyttan och att de inte fick någon återkoppling på resultaten. Många såg det i stället som en pappersexercis för verksamhetschefer. Ett annat stort hinder var opålitliga IT-system och bristande IT-kunskap, medan gruppsytryck sågs som en potentiell möjlighet för att skapa gynnsammare förutsättningar för resultatrapporteringen. Varken brist på tid eller utbildning sågs som något stort hinder.

Del 2

Innehållet i den vuxenpsykiatriska öppenvården

Del 2 i rapporten beskriver olika aspekter av innehållet i den vuxenpsykiatriska vården. Resultatet från en kartläggning av den vuxenpsykiatriska öppenvårdens insatser till patienterna redovisas. Även förutsättningar för vårdens genomförande i form av personaltillgång och arbetstidens fördelning beskrivs. Främst behandlas den öppna vården, men till del speglas också den slutna vården i form av vårdkonsumtionsdata.

Personaltillgång

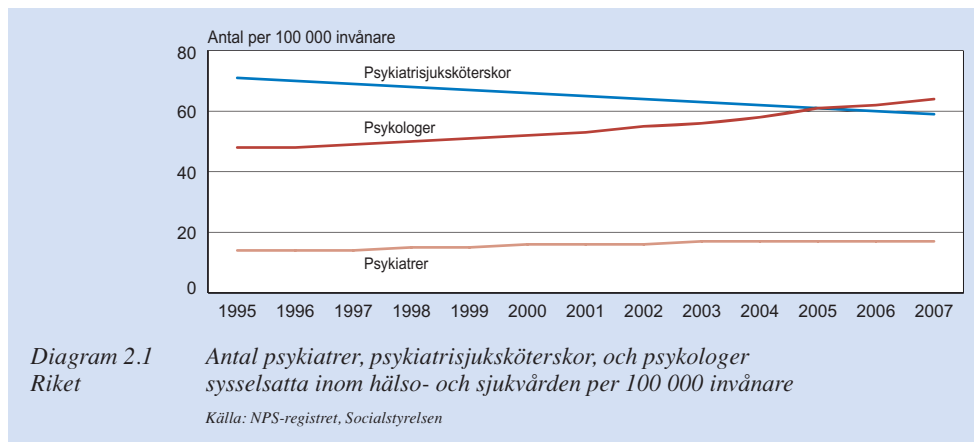
En viktig resurs inom psykiatri är personalen. I detta avsnitt redovisas tillgången på följande legitimerade yrkesgrupper som helt eller delvis är verksamma inom vuxenpsykiatri: psykiatrer, sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri (benämns fortsättningsvis psykiatrisjuksköterskor) och psykologer. Även tillgången på psykoterapeuter redovisas trots att denna grupp skiljer sig något från övriga i och med att psykoterapeututbildningen är en påbyggnadsutbildning.

Redovisningen begränsas till dessa fyra grupper trots att det finns en rad andra yrkesgrupper inom vuxenpsykiatri. För grupper utan legitimation, till exempel kuratorer och skötare, saknas den sysselsättningsstatistik som finns för de legitimerade yrkena och därför redovisas inte dessa yrkesgrupper. För sjukgymnaster och arbetsterapeuter går det att följa tillgången, men statistiken blir mycket svårtolkad eftersom det inte går att särskilja dem som enbart arbetar inom psykiatrisk verksamhet från dem som arbetar inom andra verksamheter. Dessa grupper finns troligen också främst inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården, och därför exkluderas även de från redovisningen. De data som presenteras kommer från Socialstyrelsens eget register över arbetsmarknadsdata för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Under perioden 1995–2007 ökade tillgången på psykiatrer och psykologer i hälso- och sjukvården, samtidigt som antalet yrkesverksamma psykiatrisjuksköterskor minskade. Diagram 2.1 visar personaltillgången per 100 000 invånare i riket under 1995–2007, och tabell 2.1 visar den procentuella förändringen under samma period.

När det gäller psykoterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården ökade tillgången från 25 till 40 psykoterapeuter per 100 000 invånare mellan åren 1995–2007 vilket motsvarar en ökning på 60 procent. Denna ökning motsvarar däremot inte en ökning av antalet individer eftersom utbildningen är en påbyggnadsutbildning. Snarare handlar det om en ökad kompetens hos dem som arbetar inom detta område.

Tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal varierar i olika delar av landet. I diagrammen 2.2 till 2.5 redovisas tillgången på psykiatrer, psykologer, psyko-

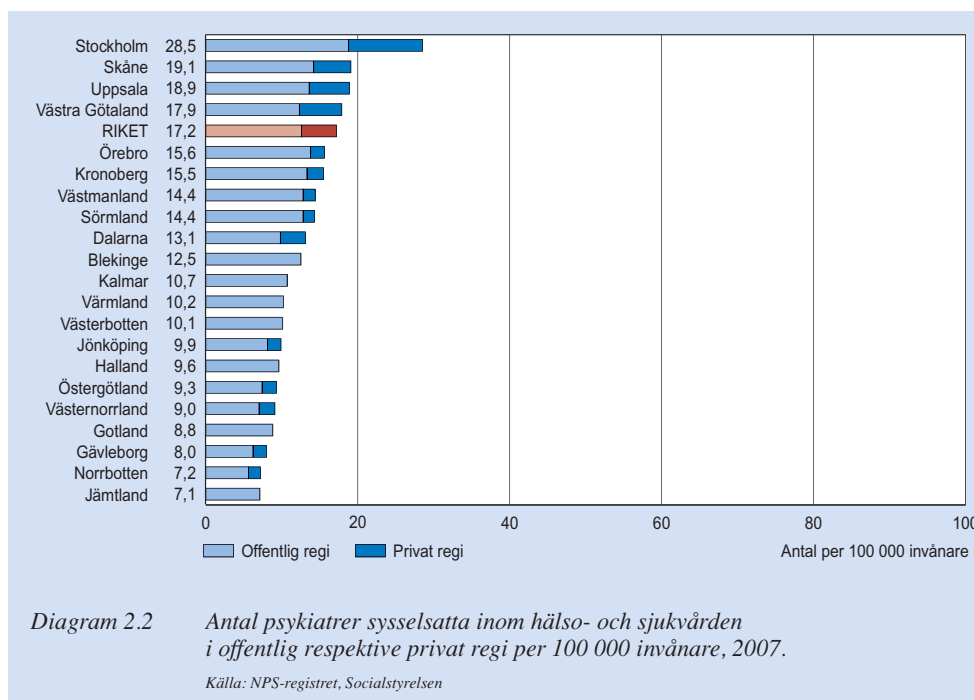


| Yrkesgrupp | Förändring 1995–2007 (%) |
|-------------------------|--------------------------|
| Psykiatrer | 26 |
| Psykologer | 33 |
| Psykiatrisjuksköterskor | -18 |

Tabell 2.1. Procentuell förändring av psykiatrer, psykiatrisjuksköterskor och psykologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården, år 1995–2007 per 100 000 invånare

terapeuter och psykiatrisjuksköterskor. Generellt sett kan en spridning i tillgången på de redovisade personalkategorierna i landstingen iakttas.

När det gäller psykiatrer har flera län i landet färre än 10 psykiatrer per 100 000 invånare sysselsatta i hälso- och sjukvården, vilket kan jämföras med riksgenomsnittet på 17 psykiatrer per 100 000 invånare. Stockholm sticker ut



med 28,5 psykiatrer per 100 000 invånare och ligger 66 procent högre än riksgenomsnittet.

I diagrammen över antal hälso- och sjukvårdspersonal per 100 000 invånare redovisas tillgången uppdelad på offentligt och privat anställd personal. I Blekinge, Kalmar, Värmland, Västerbotten, Halland, Gotland och Jämtland är de privat praktiserande psykiatrerna färre än 3 per 100 000 invånare. Av sekretesskäl på grund av små tal redovisas därför bara den totala tillgången på psykiatrer i dessa landsting, utan någon uppdelning på privat eller offentlig anställning.

Obalans mellan tillgång och efterfrågan på psykiatrer har under flera decennier varit ett problem både i Sverige och i många andra länder. Inom Norra och Sydöstra sjukvårdsregionen, som är de regioner med lägst tillgång på psykiatrer per 100 000 invånare, genomförs för närvarande ett projekt för att väcka intresset för psykiatrin. Projektet innebär att de läkare som söker allmäntjänstgöring (AT) under försöksperioden som pågår fram till och med augusti 2011 får ett erbjudande om en fördjupad psykiatriutbildning i en utvidgad AT. Erbjudandet innebär extra teoretiska kurser, klinisk handledning och en högre lön. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera och följa upp projektet och bedömer att hittills genomfört arbete och de båda sjukvårdsregionernas fortsatta planering ligger inom ramen för projektets syfte även om rekryteringen under 2008 var lägre än vad det budgeterats för [14].

Precis som när det gäller psykiatrer skiljer sig tillgången på psykologer mellan de olika landstingen. Tillgången är störst i Uppsala och Stockholm med 90 respektive 85 psykologer per 100 000 invånare. Dessa landsting har också, tillsammans med Östergötland och Gävleborg, den största andelen privatpraktiserande psykologer. Genomsnittet för hela riket är 64 psykologer per 100 000 invånare.

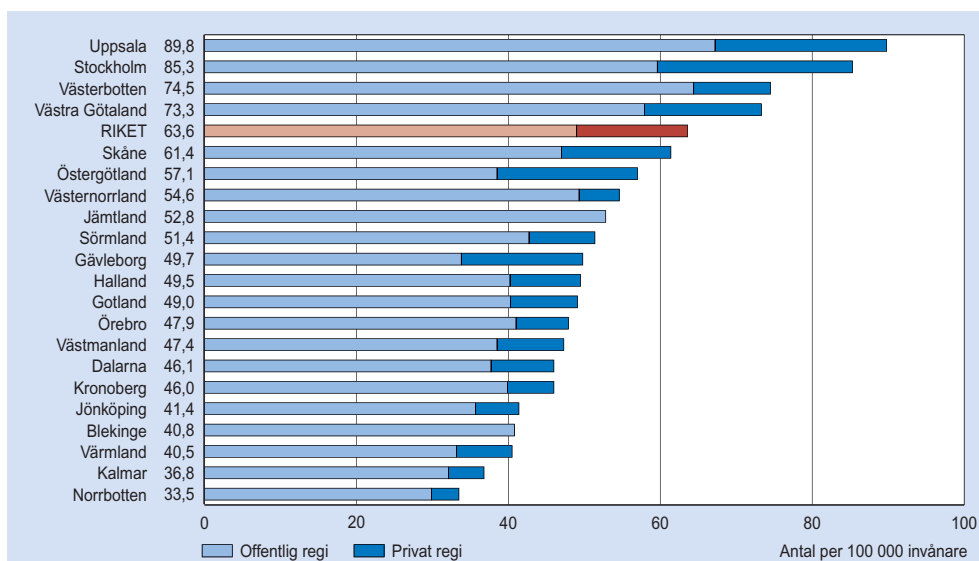


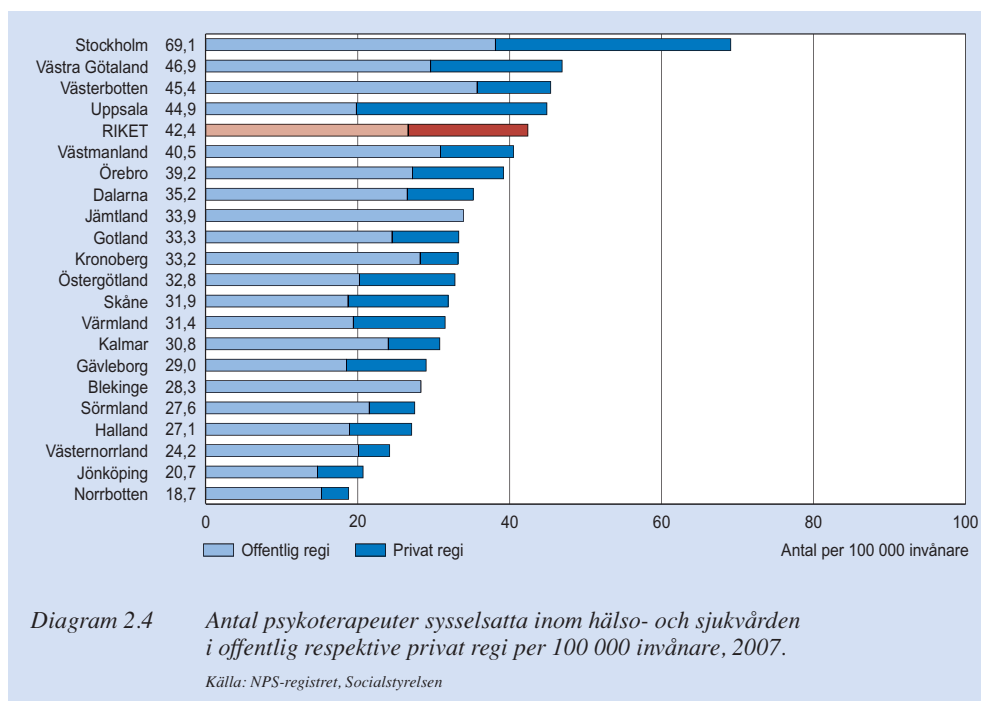
Diagram 2.3 Antal psykologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården i offentlig respektive privat regi per 100 000 invånare, 2007.

Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen

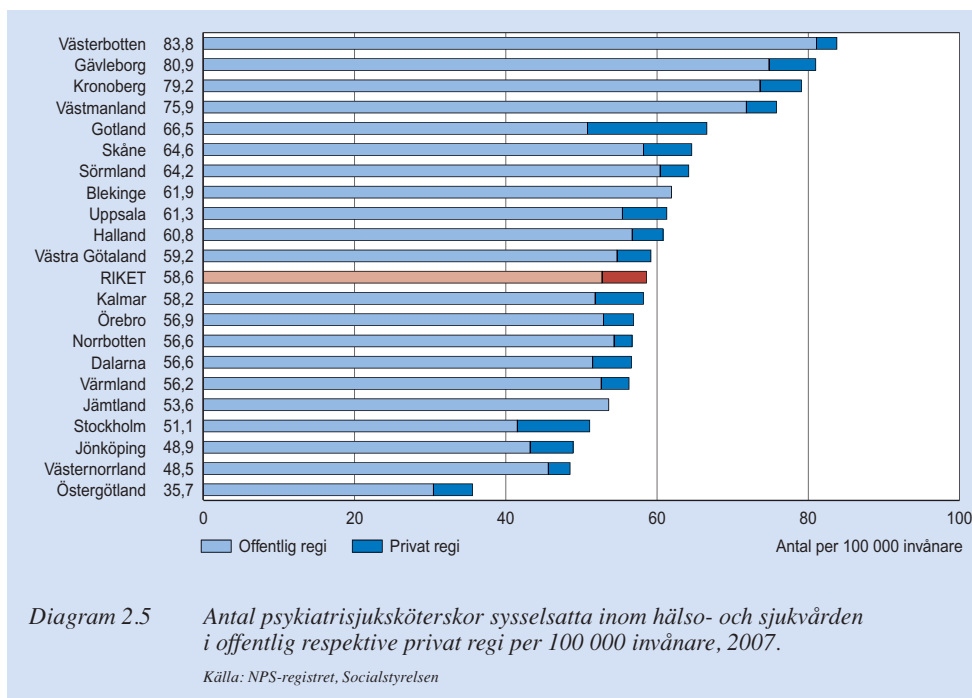
I Jämtland och Blekinge redovisas av sekretesskäl på grund av små tal endast det totala antalet psykologer per 100 000 invånare utan någon uppdelning på privat eller offentligt. Detta gäller också redovisningen av psykoterapeuter och psykiatrisjuksköterskor.

Statistiken över legitimerade psykoterapeuter är något mer svårtolkad än för övriga personalkategorier eftersom psykoterapeututbildningen är en påbyggnadsutbildning som kräver en grundexamen. Denna grundexamen kan till exempel vara psykolog, sjuksköterska eller socionom, och majoriteten av alla med en psykoterapeutlegitimation har en annan legitimation sedan tidigare. I statistiken räknas personer med psykoterapeutlegitimation både efter sin grundlegitimation och efter sin psykoterapeutlegitimation. En person som är psykolog med psykoterapeutlegitimation återfinns därför i statistiken för båda yrkesgrupperna. En psykoterapeut som inte har legitimation sedan tidigare, exempelvis en socionom, återfinns däremot endast i statistiken över psykoterapeuter.

Psykoterapeuter är den yrkeskategori som har ökat mest av de yrkeskategorier som redovisas här. År 2007 var antalet psykoterapeuter per 100 000 invånare 60 procent fler än år 1995. Tillgången till psykoterapeuter skiljer sig mycket mellan de olika länen, som framgår av diagram 2.4. År 2007 fanns det mer än tre gånger så många psykoterapeuter per 100 000 invånare i Stockholm än i Jönköping och Norrbotten.



Tillgången på psykiatrisjuksköterskor har däremot minskat sedan 1995. År 1995 fanns det i hela riket 71 psykiatrisjuksköterskor per 100 000 invånare medan motsvarande siffra för år 2007 var 59. År 2007 var tillgången på psykiatrisjuksköterskor störst i Västerbottens län med 84 psykiatrisjuksköterskor, som



framgår av diagram 2.5. I Östergötland, där tillgången var lägst, var motsvarande siffra 36.

Även spridningen av tillgången på psykiatrisjuksköterskor mellan olika landsting är stor, men fördelningen skiljer sig något ifrån övriga personalkategorier. I Stockholm, som placerar sig på första eller andra plats när det gäller antalet psykiatrer, psykologer och psykoterapeuter per 100 000 invånare, ligger tillgången på psykiatrisjuksköterskor under riksgenomsnittet. Tillgången är däremot hög i landsting som Gävleborg och Kronoberg som för övriga personalkategorier ligger under riksgenomsnittet.

En genomgående trend i diagrammen för psykiatrer, psykologer och psykoterapeuter är att de fyra eller fem landsting som placerar sig högst också är landsting med universitetssjukhus (Skåne, Stockholm, Uppsala, Västra Götaland, Västerbotten, Örebro och Östergötland). Detta gäller inte för fördelningen av psykiatrisjuksköterskor.

Fördelningen av personalens arbetstid – en tidsstudie

Som en del av kartläggningen av psykiatrins resurser, i detta fall personalen, har inom projektets ram en studie genomförts för att se hur dessa resurser används i det praktiska arbetet. Hur stor del av arbetstiden används till direktkontakt med patienten och hur stor del av arbetstiden används till annan typ av arbete?

Psykiatri Nordöst inom Stockholms läns landsting gjorde tidsstudier inom sin enhet under 2001 samt 2006–2008. Nu fick man uppdraget att genomföra en mindre studie, men på nationell nivå, som skulle ge en bild av arbetstidens fördelning inom den öppna psykiatriska mottagningsverksamheten. Studien genomfördes under en vecka i slutet av 2009, med hjälp av en modell och

webbapplikation som Psykiatri Nordöst har tagit fram (bilaga 2). I studien deltog totalt tolv mottagningar från tre kliniker (Nyköping, Malmö och Eksjö) och 250 personer (alla personalkategorier ingick). Urvalet var inte slumpmässigt utan enheterna och personalen fick själv välja om de ville delta, och därför går det inte att göra några generaliseringar av resultatet.

Metoden innebär att personalen fick fylla i ett registreringsformulär varje dag under en vecka där de registrerade tidsåtgången för olika typer av arbetsuppgifter i antalet minuter. Sammanlagt kunde de välja mellan arbetsuppgifter ordnade i 12 huvudkategorier och 60 underkategorier.

De tre största kategorierna var direkt patientarbete ("face-to-face"), indirekt patientarbete rörande en enskild patient samt administration. Totalt fördelade sig arbetstiden för dessa kategorier enligt tabell 2.2

| Tidskategorier | Medelvärde (%) | Spridning (%) |
|------------------------|----------------|---------------|
| Direkt patientarbete | 36 | 41–30 |
| Indirekt patientarbete | 26 | 32–21 |
| Administration | 6 | 11–0 |

Tabell 2.2 Andel av arbetstid, i procent, fördelat på olika tidskategorier

De i studien deltagande enheternas andel av direkt patientarbete varierar något men siffrorna visar att en stor del av arbetstiden inom öppenvården går till annat än direkt patientarbete. Tidsstudier som denna kan ge underlag för en diskussion om eventuella förändringar i arbetssätt till förmån för ökad tid med direkt patientarbete. Psykiatri Nordöst inom Stockholms läns landsting har genomfört tidsstudier tre år i rad, 2006–2008, och har kunnat visa att tidsfördelningen går att förändra utan några större insatser. Erfarenheterna därifrån tyder på att mätningarna i sig kan påverka utfallet.

Kartläggning av insatser – inventering av 7 930 patientbesök

Uppgifter om den psykiatriska öppenvårdens innehåll ska enligt SOSFS 2009:26 rapporteras till Socialstyrelsens patientregister i form av "klassifikation av vårdåtgärder" (så kallade KVÅ-koder). Bortfallet är dock fortfarande stort, både när det gäller täckningsgraden (antalet enheter som rapporterar) och KVÅ-koder. Även om inrapporteringen har förbättrats kan patientregistret ännu inte ge en tillräckligt bra bild av vårdinnehållet i den öppna psykiatriska vården på nationell nivå. Därför gjorde Socialstyrelsen en särskild inventering i november 2009, riktad till alla mottagningar som bedriver vuxenpsykiatrisk öppenvårdsverksamhet. Liknande inventeringar har genomförts av Socialstyrelsen vid andra tillfällen, till exempel i samband med uppföljningen av den så kallade psykiatrireformen.

Metod och material

Inventeringen omfattade alla öppenvårdsmottagningar för vuxna (18 år och äldre) inom psykiatri i Sverige. Undantaget var barnpsykiatriska mottagningar (som BUP) samt mottagningar inom beroendevården där beroendevården utgör

en särskild organisation (till exempel i Stockholm). Däremot inkluderades behandling av missbrukare på de deltagande öppenvårdsmottagningarna.

Varje verksamhetschef erhöll enkätformulär (bilaga 3) som distribuerades till behandlingspersonal vid alla öppenvårdsmottagningar. Verksamhetscheferna inom psykiatrin rapporterade först till Socialstyrelsen vilka öppenvårdsmottagningar de hade inom sina verksamheter, och sedan fick varje verksamhetschef enkätformulär som distribuerades till mottagningarna.

Uppgifterna i denna inventering omfattar det direkta patientarbetet (jämför tidsstudien ovan). All behandlande personal ombads att registrera tre på varandra följande patienter under två specifika vardagar. Därmed ingår inga verksamheter som äger rum under lördagar och söndagar. Från länen rapporterades totalt 7 930 patientenkäter (tabell 2.3). Bortfallet utgjordes av hela Kronobergs läns landsting samt cirka 300 enkäter från Stockholms läns landsting som kom in för sent för att kunna ingå i kartläggningen.

Det går inte att beräkna hur många i personalen inom öppenvården som fallit bort i denna undersökning. Uppskattningsvis har 3000 personer besvarat enkäten vid undersökningsdagarna. Det finns inget som tyder på att det finns en systematisk felkälla vad gäller deltagande personal i denna kartläggning. Observationsperioden var två dagar för att personal som eventuellt var ledig en dag också skulle kunna delta. Kravet på tre patienter efter varandra innebar förmodligen i praktiken att det handlar om patientkontakter under en dag.

Materialet innehåller inga personuppgifter, och därför kan en patient förekomma flera gånger om han eller hon besökte fler än en behandlare vid samma besökstillfälle. Omfattningen av detta går inte att fastställa, men i de flesta fallen handlar det troligen om ett patientbesök per behandlingspersonal.

| Landsting | Antal patienter |
|---------------------------|-----------------|
| Gävleborg | 419 |
| Dalarna | 411 |
| Norrbottn | 339 |
| Örebro | 361 |
| Gotland | 73 |
| Västernorrland | 307 |
| Uppsala | 393 |
| Jönköping | 344 |
| Blekinge | 151 |
| Västmanland | 239 |
| Jämtland | 114 |
| Värmland | 236 |
| Östergötland | 360 |
| Södermanland | 205 |
| Stockholm | 1 528 |
| Västra Götaland | 1 181 |
| Skåne | 834 |
| Halland | 170 |
| Västerbotten | 141 |
| Kalmar | 124 |
| Samtliga landsting | 7 930 |

Tabell 2.3. Antal inrapporterade patienter i den psykiatriska öppenvården. Tre patienter per behandlingspersonal rapporterade under två vardagar i november 2009.

Nästan samtliga besök (80 procent) var besök hos personal verksam vid en vanlig allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning och ägde rum på mottagningen. 371 besök skedde vid akutmottagning. 643 besök skedde i patientens hem.

96 procent av besöken var planerade återbesök medan fyra procent var nybesök.

Vilka personer besöker den vuxenpsykiatriska öppenvården?

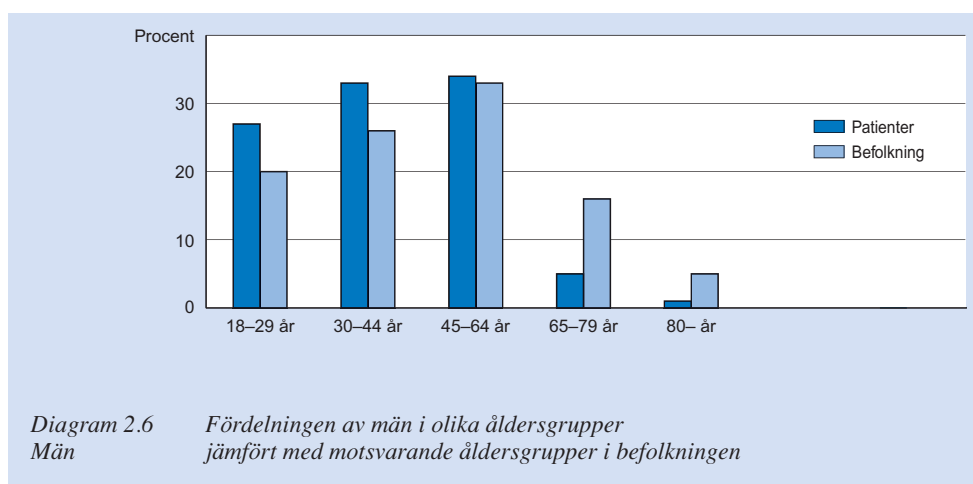
Kön och ålder

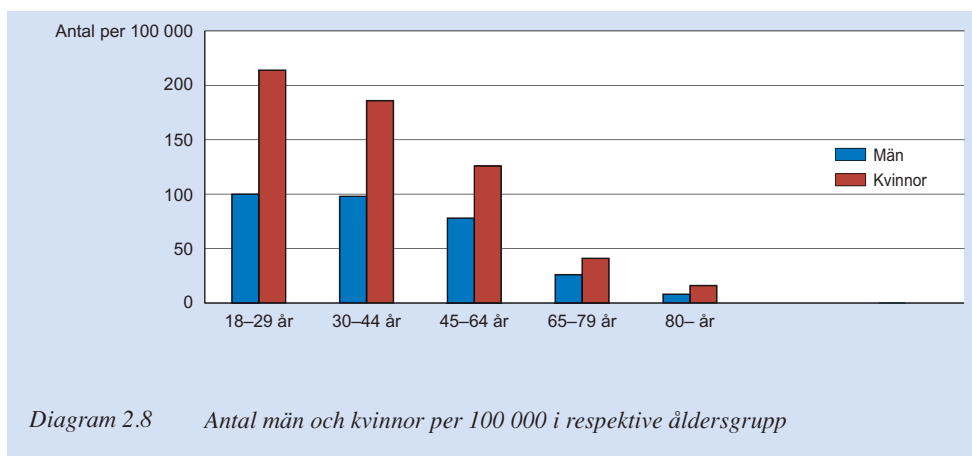
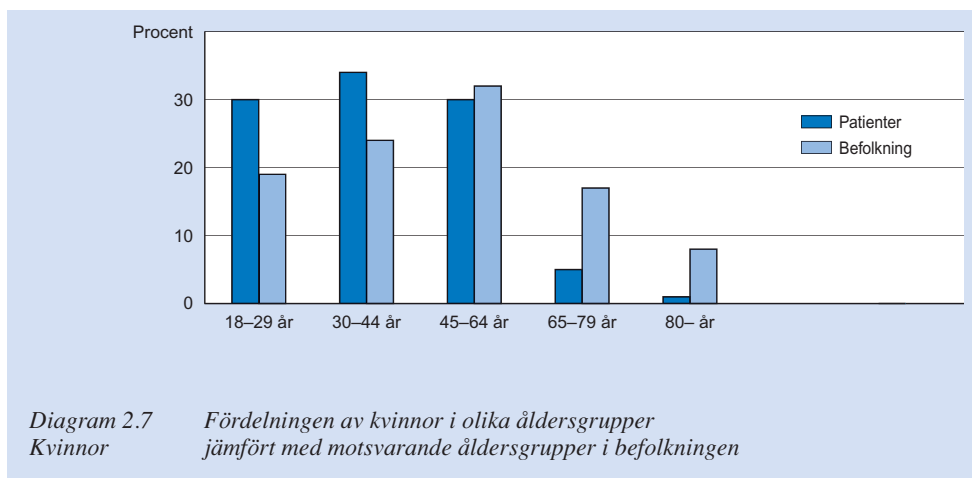
Två tredjedelar av besökarna var kvinnor (64 procent). Nästan en tredjedel, bland både män och kvinnor, tillhörde åldersgruppen 18–29 år (tabell 2.4).

| Ålder | Män | | Kvinnor | | Samtliga | |
|---------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal | Procent |
| 18–29 år | 738 | 27 | 1 509 | 30 | 2 247 | 29 |
| 30–44 år | 934 | 33 | 1 716 | 34 | 2 650 | 34 |
| 45–64 år | 951 | 34 | 1 500 | 30 | 2 451 | 31 |
| 65–79 år | 148 | 5 | 254 | 5 | 402 | 5 |
| 80 år– | 15 | 1 | 50 | 1 | 65 | 1 |
| Totalt | 2 786 | 100 | 5 029 | 100 | 7 815 | 100 |

Tabell 2.4. Patienternas fördelning på kön och åldersgrupper – Antal och procent.

En jämförelse med motsvarande befolkningsgrupper (diagram 2.6 och 2.7) visar att yngre personer, upp till 45 år, är mer överrepresenterade än andra åldersgrupper.





Ett tydligare sätt att visa vilka åldersgrupper som i denna undersökning söker psykiatrisk öppenvård är att ange hur många som inventerats i förhållande till antalet personer i motsvarande åldersgrupper i befolkningen. Enligt diagram 2.8 är det mer än dubbelt så vanligt med kvinnor i den yngsta åldersgruppen i befolkningen som söker den psykiatriska öppenvården vid undersökningstillfället än män.

1 067 personer uppges ha ett annat födelseland än Sverige (14,8 procent), och den gruppen utgör 8,0 per 10 000 utlandsfödda jämfört med 8,3 för personer födda i Sverige. Utlandsfödda personer är således inte överrepresenterade inom öppenvården. I andra material (när det gäller heldygnsvård och tvångsvård) förekommer de utlandsfödda dock i högre utsträckning än svenskfödda personer [15].

Boende och sysselsättning

7 267 personer (93 procent) har ett eget boende. Av dessa är 10 procent yngre personer som bor hos sina föräldrar. 325 personer (4 procent) bor i institutionsboende, i huvudsak kommunernas särskilda boenden, och 130 har angivits som hemlösa (ingen tabell).

Sysselsättningsförhållanden framgår av tabell 2.5.

| Sysselsättning | | Antal | Procent |
|----------------|---|--------------|------------|
| Sysselsatta | Arbete öppna marknaden | 1 890 | 24 |
| | Skyddat arbete (Samhall etc.) | 244 | 3 |
| | Sysselsättning inom dagverksamhet (t.ex. inom kommun) | 522 | 6 |
| | Studierande | 692 | 9 |
| Ej sysselsatta | Ålderspensionär | 780 | 10 |
| | Arbetslös | 1 723 | 22 |
| | Ingen sysselsättning | 1 851 | 23 |
| | Okänt | 228 | 3 |
| Totalt | | 7 930 | 100 |

Tabell 2.5. Sysselsättningssituation

En stor andel patienter klassificeras som att inte ha någon sysselsättning och uppgifter om försörjningssituationen visar anledningen till att de saknade sysselsättning vid besökstillfället (tabell 2.6).

| Försörjningssituation | Antal | Procent |
|----------------------------|-------|---------|
| Sjukpenning | 426 | 23 |
| Sjuk- aktivitetsersättning | 1 329 | 72 |
| Ekonomiskt bistånd | 134 | 9 |

Tabell 2.6 Försörjningssituation för personerna som uppgavs sakna sysselsättning (Antal och procent av 1 851 personer ovan) (38 personer har noterats för fler alternativ)

De som saknar sysselsättning får i huvudsak sin försörjning genom sjuk- och aktivitetsersättning.

Kliniska uppgifter från besöket

Behandlingspersonal

Sedan 1970-talet har en teamverksamhet utvecklats inom den allmänpsykiatriska öppenvården. De flesta team består av de personalgrupper som anges i tabell 2.7 nedan.

| Personalkategori | Antal | Procent |
|------------------|--------------|------------|
| Läkare | 888 | 11 |
| Psykolog | 527 | 19 |
| Kurator/Socionom | 899 | 11 |
| Sjuksköterska | 2 115 | 27 |
| Skötare | 1 448 | 18 |
| Sjukgymnast | 282 | 4 |
| Arbetssterapeut | 514 | 7 |
| Övrig | 213 | 3 |
| Samtliga | 7 886 | 100 |

Tabell 2.7. Behandlingspersonalen fördelade på personalkategorier

Den största personalgruppen är sjuksköterskor och 84 procent av de 2 115 är sjuksköterskor med en vidareutbildning inom psykiatri. Bland skötarna, som är den näst största personalgruppen, har nästan samtliga utbildning i psykiatri (94 procent). 82 procent av läkarna är specialitläkare i psykiatri.

Diagnoser

Diagnoserna anges i allmänhet enligt WHO:s klassifikationssystem. I dag är det ”International Classification of Diseases”, version 10 (ICD-10), som gäller som standard för inrapportering till Socialstyrelsen och som också ska gälla vid enskilda vårdkontakter. Inom psykiatrin finns också ett alternativt diagnossystem som används mer i forskningssammanhang: ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, version IV (DSM-IV). Vissa verksamheter använder detta system och rapporterar de diagnoskoderna, och i de fallen har Socialstyrelsen översatt diagnoserna från DSM-IV till ICD-10.

Tabell 2.8 visar patienternas huvuddiagnos enligt ICD-10, för män och kvinnor.

| Diagnoser (Huvudgrupper enl. ICD-10) | Män | | Kvinnor | | Samtliga | |
|--|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal | Procent |
| Hjärnskadesyndrom (F1) | 29 | 1 | 29 | 1 | 58 | 1 |
| Missbruk (F1) | 106 | 4 | 67 | 1 | 173 | 2 |
| Psykossjukdomar – Schizofreni, schizotypiska störningar, vanföreställningssyndrom (F2) | 802 | 30 | 740 | 15 | 1 542 | 20 |
| Förstämningssyndrom (F3) | 638 | 24 | 1 471 | 30 | 2 109 | 28 |
| Neurotisk ångest/depression (F4) | 636 | 24 | 1 396 | 29 | 2 032 | 27 |
| Beteendestörningar med fysiologiska rubbningar (t.ex. anorexia nervosa) (F5) | 14 | 1 | 233 | 5 | 247 | 3 |
| Personlighetsstörningar (F6) | 113 | 4 | 505 | 10 | 618 | 8 |
| Utvecklingsstörning (F7) | 9 | 0 | 29 | 1 | 38 | 1 |
| Störningar i psykisk utveckling (F8) | 85 | 3 | 83 | 2 | 168 | 2 |
| Beteendestörningar t.ex. ADHD (F9) | 196 | 7 | 220 | 4 | 416 | 6 |
| Ingen psykiatrisk huvuddiagnos (bedömning, somatisk diagnos) | 66 | 2 | 119 | 2 | 185 | 2 |
| Totalt | 2 694 | 100 | 4 892 | 100 | 7 586 | 100 |

Tabell 2.8. Psykiatriska huvuddiagnoser för män, kvinnor och samtliga – Huvudgrupper enligt ICD-10.

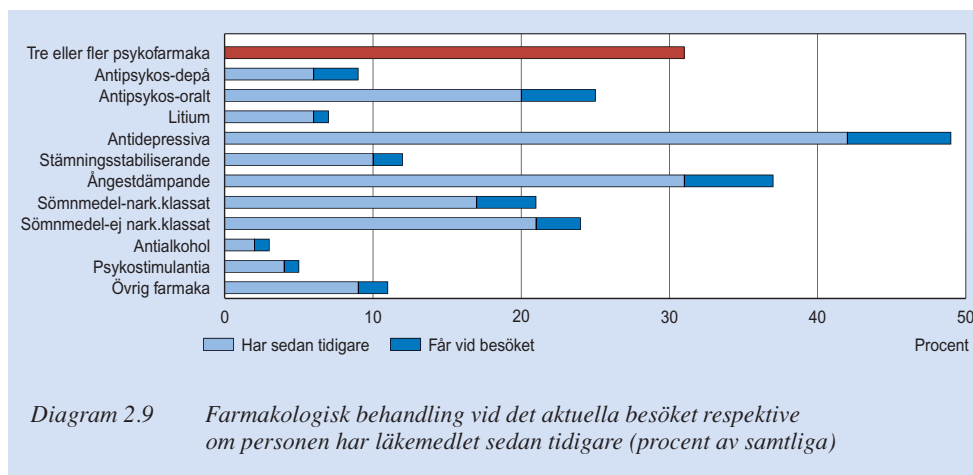
Tre fjärdedelar av patienterna i kartläggningen finns i de tre diagnosgrupperna F2, F3 och F4, och de övriga diagnoserna förekommer sällan. Andelen personer i diagnosgruppen F2 (i huvudsak diagnosen schizofreni) är dubbelt så stor bland män jämfört med kvinnor. Endast två procent har missbruk som huvuddiagnos. Det är dock vanligt att diagnosen missbruk sätts vid sidan av huvuddiagnos. Svarepersonerna fick också ange patienternas missbruk i olika former, utöver huvuddiagnosen. Totalt 747 personer har missbruk som huvuddiagnos och/eller en sådan tilläggsdiagnos (10 procent för samtliga, 16 procent för män och 7 procent för kvinnor).

Behandlingsverksamhet

Kartläggningens huvudsakliga mål var att ge en beskrivning av behandlingsinnehållet i den psykiatriska öppenvården för vuxna. Förekomsten av och innehållet i farmakologisk behandling, systematisk bedömning, psykologisk behandling, psykosocialt stöd samt övriga åtgärder skulle anges. Nedan presenteras en översikt av de olika behandlingsmetoderna för samtliga patienter.

Farmakologisk behandling

Personalen fick ange den farmaka som förekom vid det aktuella besöket, men också i vilken mån patienten står på medicinen sedan tidigare. Diagram 2.9 nedan visar andelen patienter med olika farmakologiska behandlingsformer.



Läkemedel mot depression är vanligast och ges till hälften av patienterna. I dag används i huvudsak så kallade SSRI-läkemedel (eng. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) som introducerades i början av 1990-talet och som har fått en stor spridning. En tredjedel av patienterna har tre eller flera psykofarmaka. Detta kan vara en adekvat behandling. Samtidigt kan det vara problematiskt eftersom risken för interaktioner (att olika läkemedel motverkar varandra) och biverkningar ökar. En femtedel av patienterna står inte på några psykofarmaka alls (ej i diagrammet).

Tabell 2.9 visar förekomsten av vissa grupper av psykofarmaka hos män och kvinnor. Tabellen anger om patienterna förskrevs eller fick farmaka vid det aktuella besöket, eller om de hade läkemedlet sedan tidigare. Typen av farmaka hänger till stor del samman med diagnos och därför har kontroll genomförts för skillnader i diagnosfördelning mellan män och kvinnor. Procentfördelningen mellan män och kvinnor som får de olika preparaten är relativt lika.

| Preparat | Män (Antal=2 694) Procent | Kvinnor (Antal=4 892) Procent |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Antipsykosmedicin (exkl. Litium) | 34 | 29 |
| Antidepressiva | 47 | 51 |
| Lugnande/ångestdämpande | 35 | 38 |
| Sömnmedel | 37 | 40 |

Tabell 2.9. Andel män och kvinnor som vid det aktuella besöket erhåller eller har några vanliga psykofarmaka – kontrollerat för skillnader i diagnosfördelning mellan män och kvinnor (ett eller flera alternativ kan förekomma)

Diagram 2.10 visar fördelningen över åldersgrupper för män och kvinnor för dem som erhåller eller står på antidepressiva vid besökstillfället. Motsvarande uppgifter har tagits fram ur Socialstyrelsens nationella läkemedelsregister över förskrivna och uttagna läkemedel i befolkningen 2009.

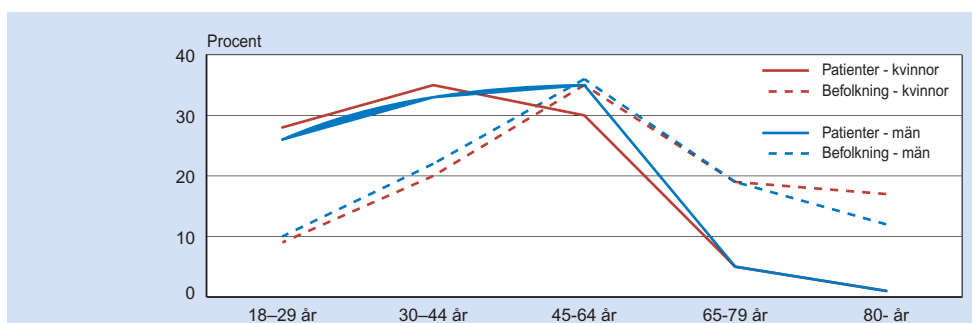


Diagram 2.10 Fördelningen över kön och åldersgrupper för dem som vid besökstillfället erhåller eller har antidepressiv medicinering jämfört med motsvarande fördelning i befolkningen av personer som minst en gång förskrivits och tagit ut antidepressiva 2009.

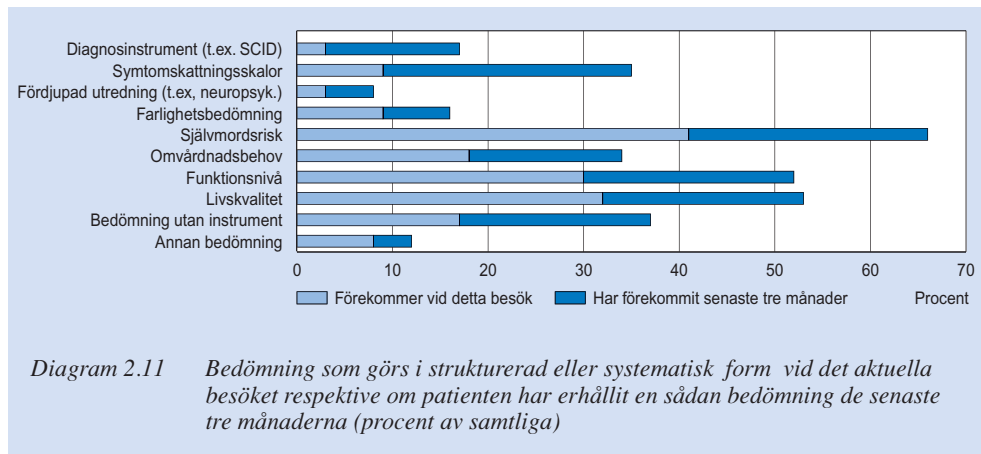
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Personer som får antidepressiva inom den psykiatriska öppenvården är framförallt yngre medan användningen är vanligare bland äldre i befolkningen. Det beror på att, som tidigare visats, unga personer dominerar till antal inom öppenvården jämfört med äldre.

Bedömning

I de flesta fall genomförs en bedömning av patientens tillstånd. I undersökningen efterfrågades om denna bedömning genomfördes med strukturerade instrument eller på annat systematiskt sätt. Diagram 2.11 visar i vilken utsträckning dessa bedömningar förekom.

För tre fjärdedelar av patienterna har man genomfört en bedömning av självmordsrisken, antingen vid besökstillfället eller inom de senaste tre månaderna. Strukturerad självmordsriskbedömning är rekommenderat (prioritet 1) för personer med depression och misstänkt suicidrisk i riktlinjen för vård vid depression och ångestsyndrom. Det är också en indikator för uppföljning av riktlinjen. Annan bedömning anges till exempel vara aktivitetsbedömning,

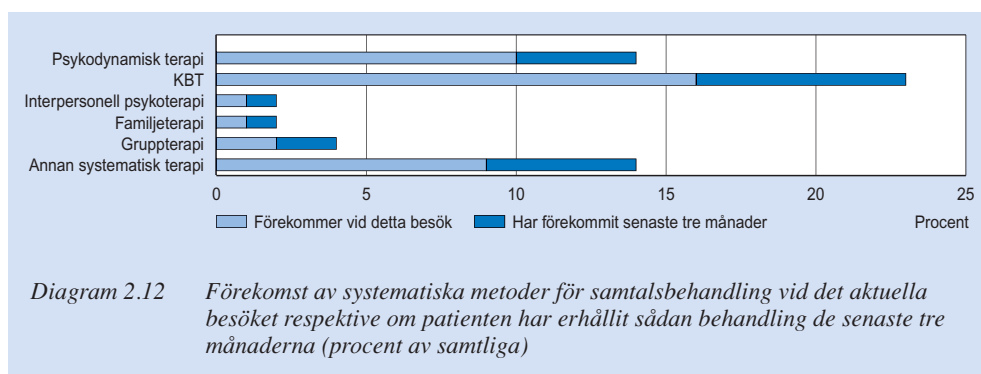


bedömning av arbetsförmåga, farmakologisk uppföljning genom bedömning av medicinbiverkningar, bedömning av drogberoende etc.

Psykologisk behandling

Med psykologisk behandling kan till exempel menas en psykodynamiskt grundad behandling med ursprung i psykoanalytisk teori eller KBT, som är mer beteendeorienterad och tar fasta på kognitiva funktioner (medvetet tänkande, perception etc.) i stället för omedvetna inre processer. KBT har visat sig användbar vid flera psykiatriska tillstånd och har dessutom kunnat utvärderas med vetenskapligt accepterade metoder. I riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom [4] prioriteras denna behandling vid behandling av medelsvår egentlig depression och vissa ångesttillstånd.

Diagram 2.12 nedan ger en översikt av förekomsten av psykologiska behandlingar med olika inriktningar.



Knappt en fjärdedel av patienterna får kognitiv beteendeterapi följt av psykodynamiskt inriktad terapi. Annan systematisk psykoterapi innebär exempelvis integrativ terapi, jagstärkande terapi, krisbearbetning och EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing).

På senare tid kopplas KBT främst till behandling av depression och ångestsjukdomar. Den kognitiva behandlingsformen används även vid andra psykiatriska tillstånd, som för personer med långvariga psykoser. I tabell 2.10 anges andelarna män och kvinnor som tillhör några olika större diagnosgrupper och som får KBT-behandling.

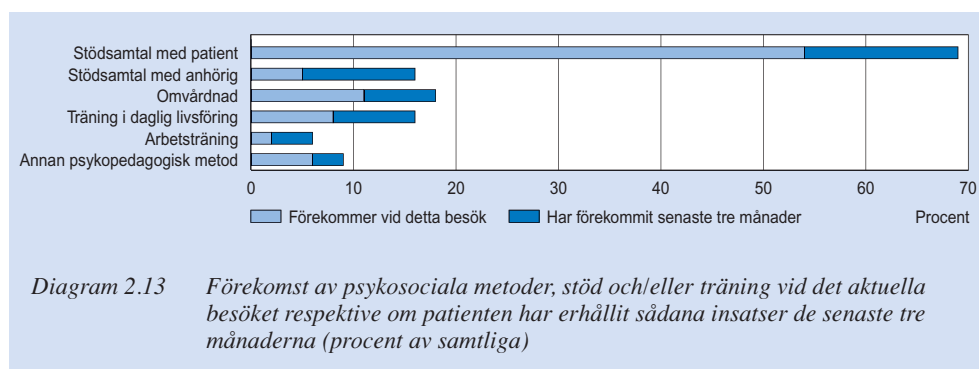
| Diagnosgrupper | Män (%) | Kvinnor (%) | Samtliga (%) |
|----------------------------------|-----------|-------------|--------------|
| Psykossjukdomar (F2) | 8 | 10 | 9 |
| Förstämningssyndrom (F3) | 20 | 22 | 22 |
| Neurotisk ångest/depression (F4) | 33 | 33 | 33 |
| Personlighetsstörningar (F6) | 29 | 45 | 42 |
| Övriga diagnoser | 17 | 31 | 26 |
| Totalt | 19 | 26 | 23 |

Tabell 2.10. Förekomst av KBT för män och kvinnor i några olika diagnosgrupper (Procent av samtliga i diagnosgruppen)

Hälften av dem som får KBT och som har diagnosticerats med personlighetsstörningar är kvinnor i åldersgruppen 18–29 år.

Psykosocialt stöd

Diagram 2.13 nedan visar fördelningen av olika metoder för psykosocialt stöd.



Stödsamtal med patienterna och/eller deras anhöriga förekommer vid nästan samtliga patientkontakter, vilket också borde vara ett naturligt inslag i varje patientkontakt. De övriga insatserna riktar sig främst till personer med en psykisk funktionsnedsättning som minskar förmågan att hantera det dagliga livet. Annan psykopedagogisk metod är främst behandlingsinsatser som förmedlas av sjukgymnaster och/eller arbetsterapeuter. Det handlar till exempel om speciell arbetsrehabilitering, sjukgymnastik, kroppskännedom, bildterapi, hälsogrupp m.m.

Övriga åtgärder

Diagram 2.14 visar förekomsten av andra åtgärder som patienten fick vid besöket eller inom en tremånadersperiod före.

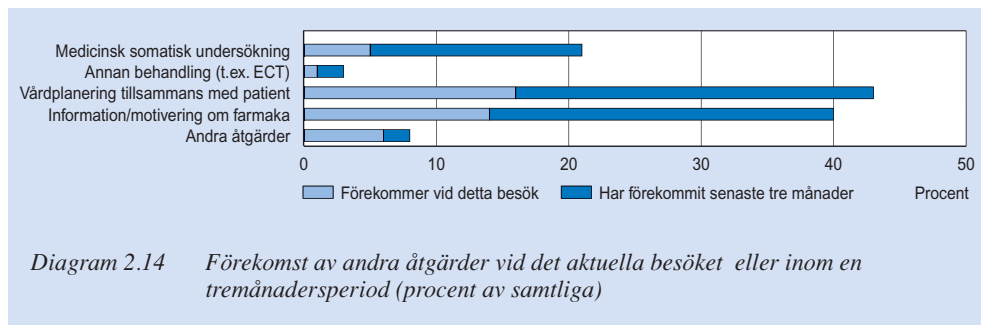


Diagram 2.14 Förekomst av andra åtgärder vid det aktuella besöket eller inom en tremånadersperiod (procent av samtliga)

Enligt behandlingspersonalen har nästan hälften av patienterna varit med om en vårdplanering. I många fall räknas även information och motivering om farmaka som vårdplanering. Andra åtgärder kan vara kontakter eller samverkan med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunen. Till den gruppen räknas också ofta uppföljningar, utredningar och planering.

Några jämförelser mellan landstingen

En beskrivning av öppenvårdsmaterialet uppdelat på landsting har sina begränsningar. En uppdelning i små undergrupper ger osäkra resultat. Förekomsten av vissa insatser utan större uppdelning på undergrupper kan dock göras. Det gäller till exempel det som visas nedan, insatser av KBT samt förekomst av läkemedelsbehandling och/eller systematisk psykoterapi i landstingen.

KBT

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har prioritet två (på en tiogradig skala där ett är högst) vid medelsvår egentlig depression enligt Socialstyrelsens riktlinjer för

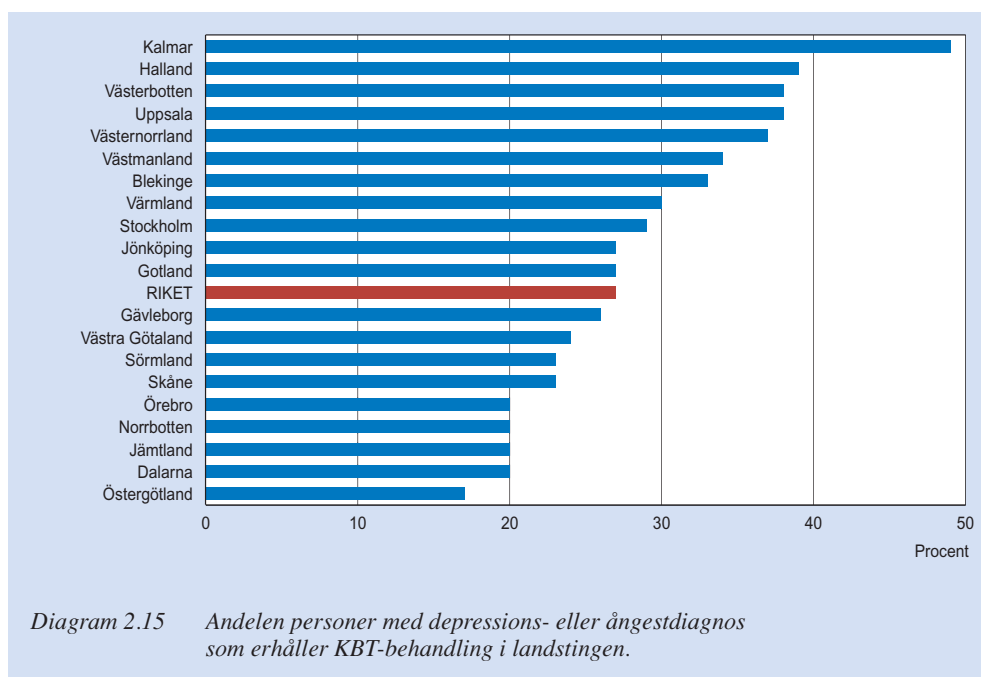


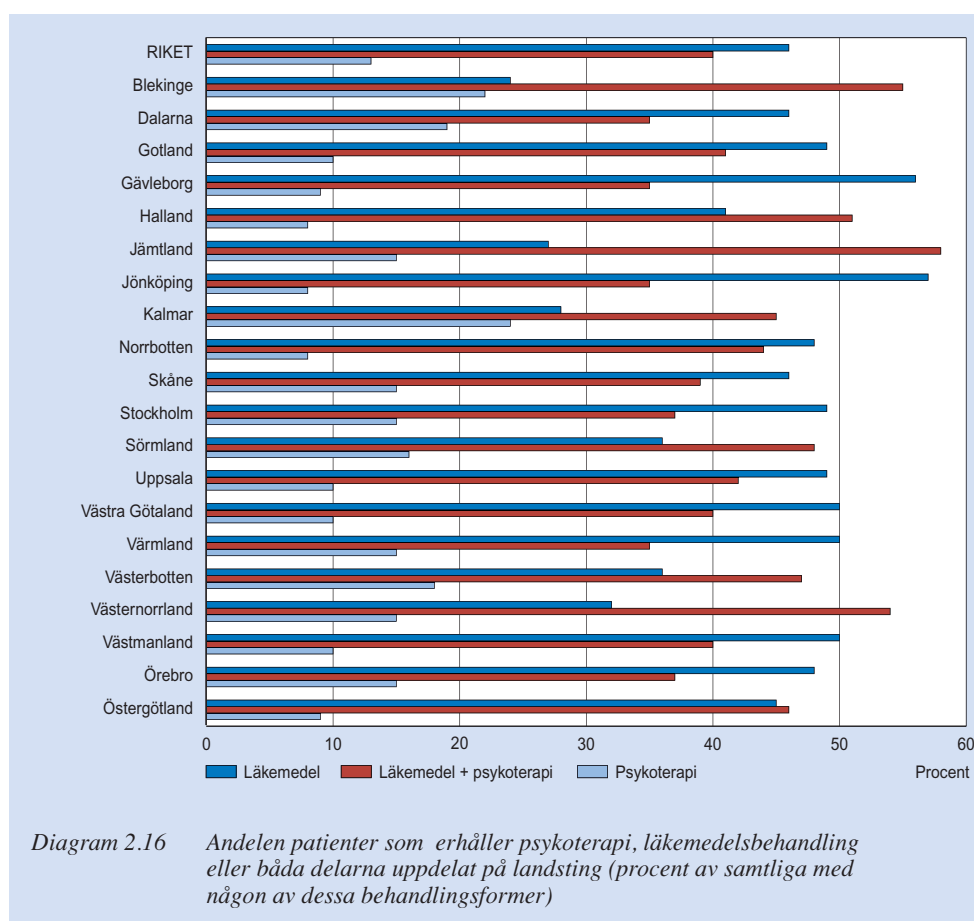
Diagram 2.15 Andelen personer med depressions- eller ångestdiagnos som erhåller KBT-behandling i landstingen.

vård vid depressions- och ångestsyndrom. Vid olika typer av ångestsyndrom är prioriteringen ett respektive två. Andelen personer med diagnoserna förstämningssyndrom (F3) eller ångest/depression (F4) (drygt hälften av samtliga) som vid besökstillfället eller inom de närmaste tre månaderna får sådan terapi som behandling i respektive län framgår av diagram 2.15 nedan.

27 procent av patienterna vid samtliga öppenvårdsmottagningar erhåller KBT-behandling, med variation från 17 till 49 procent mellan olika landsting.

Av diagram 2.16 framgår i vilken utsträckning patienterna erbjuds systematisk psykoterapi och/eller läkemedelsbehandling i landstingen. Totalt erhåller 90 procent av patienterna läkemedelsbehandling och/eller systematisk samtalsterapi.

Läkemedelsbehandling förekommer för 87 procent av patienterna och psykoterapi för 54 procent. Båda formerna av behandling förekommer för 41 procent av patienterna.



En särskild fråga gällde eventuell förekomst av om patienten hade en skriftlig vårdplan, vilken typ av vårdplan det i så fall var och vilka som deltagit i framtagandet av den (tabell 2.11).

| Förekomst av skriftlig individuell vårdplan | Antal | Procent |
|---|--------------|------------|
| Ingen sådan plan finns | 3 424 | 43 |
| Sådan plan finns som enbart gäller den psykiatriska vården | 924 | 12 |
| Sådan plan finns som gäller psykiatrisk vård samt insatser från annan part (t.ex. socialtjänst, försäkringskassa) | 3 582 | 45 |
| Totalt | 7 930 | 100 |
| Den skriftliga vårdplanen (N=4 506) är framtagen tillsammans med: (ett eller flera alternativ kan anges) | Antal | Procent |
| Patient | 4 088 | 91 |
| Anhörig/närstående | 302 | 7 |
| Socialtjänst | 347 | 8 |
| Annan part | 385 | 9 |

Tabell 2.11. Förekomst av skriftlig individuell vårdplan samt vilka parter som deltagit i framtagandet av den

57 procent av patienterna har en skriftlig individuell vårdplan, och i nästan samtliga fall var patienten med om att ta fram den. Många vårdplaner omfattar eller beskriver insatser från andra parter än bara psykiatrin, men planerna är sällan framtagna tillsammans med andra parter. Förutom uppgifterna om att skriftlig vårdplan förekommer har man för ytterligare 12 procent av patienterna angivit att en vårdplanering gjorts tillsammans med patienten, men att den inte var skriftlig (jfr diagram 2.14). För 69 procent av patienterna har således någon form av vårdplanering skett, vilket betyder att det för cirka en tredjedel av patienterna saknas uppgifter om att en vårdplanering förekommit. En vårdplanering, tillsammans med patienten, anhörig eller andra kan dock ha genomförts utanför den tidsram som undersökningen omfattar.

Sluten psykiatrisk vård

Över hälften av patienterna har erfarenhet av tidigare slutenvård (tabell 2.12), och av dem har nästan hälften någon gång tvångsvårdats (44 procent), nästan uteslutande enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). 86 personer är dömda till öppen psykiatrisk tvångsvård och 21 personer till rättspsykiatrisk öppenvård.

| Förekomst av slutenvård | Antal | Procent |
|-------------------------------------|--------------|------------|
| Slutenvårdats tidigare – frivilligt | 2 241 | 30 |
| Slutenvårdats tidigare – tvångsvård | 1 770 | 23 |
| Ej slutenvårdade | 3 513 | 47 |
| Totalt | 7 524 | 100 |

Tabell 2.12. Tidigare erfarenhet av slutenvård – frivillig vård (HSL) eller vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och/eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). (För 348 patienter, 4 procent, angavs att man inte hade kännedom om tidigare slutenvård).

Jämförelse med öppenvårdsinventeringen 1997

I mars 1997 genomförde Socialstyrelsen en liknande inventering av den psykiatriska öppenvården för vuxna, och personalen skulle då registrera alla besök under en dag. Vid denna inventering registrerades nästan 12 000 personer. Tabell 2.13 innehåller en jämförelse mellan de båda inventeringarna av män och kvinnor i olika åldersgrupper.

| Ålder | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | 1997 | | 2009 | | 1997 | | 2009 | |
| | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal | Procent |
| -29 år | 907 | 18 | 738 | 27 | 1 456 | 21 | 1 509 | 30 |
| 30-44 år | 2 092 | 42 | 934 | 33 | 2 499 | 37 | 1 716 | 34 |
| 45-64 år | 1 533 | 31 | 951 | 34 | 2 086 | 31 | 1 500 | 30 |
| 65-79 år | 313 | 6 | 148 | 5 | 571 | 8 | 254 | 5 |
| 80 år- | 121 | 3 | 15 | 1 | 230 | 3 | 50 | 1 |
| Totalt | 4 966 | 100 | 2 786 | 100 | 6 842 | 100 | 5 029 | 100 |

Tabell 2.13. Patienter i psykiatrisk öppenvård mars 1997 och november 2009 fördelat på ålder och kön.

För jämförbarhetens skull är barnpsykiatrisk öppenvård samt specialenheter för missbrukarvård inom öppenvården exkluderade då dessa inte ingår i 2009 års kartläggning. Andelen kvinnor var något högre 2009, 64 procent jämfört med 58 procent år 1997. För både kvinnor och män har det skett en ökning av andelen patienter i den yngsta åldersgruppen.

Det är svårt att jämföra fördelningen på olika diagnosgrupper eftersom de båda inventeringarna bygger på olika diagnosversioner, ICD-9 år 1997 respektive ICD-10 år 2009. Socialstyrelsen har dock jämfört olika diagnostiska huvudgrupper där vissa diagnoser har slagits samman, och resultatet framgår av tabell 2.14

| Diagnosgrupper | 1997 | | 2009 | |
|--|---------------|------------|--------------|------------|
| | Antal | Procent | Antal | Procent |
| Psykostillstånd (inkl affektiva sjukdomar och schizofreni) | 4 046 | 32 | 2 250 | 30 |
| Depression (förstämningssyndrom) | 2 236 | 18 | 1 378 | 18 |
| Personlighetsstörning | 1 686 | 13 | 619 | 8 |
| Ångest/depression | 2 290 | 18 | 1 825 | 24 |
| Missbruk | 1 334 | 11 | 174 | 2 |
| Annat | 987 | 8 | 1 388 | 18 |
| Totalt | 12 633 | 100 | 7 634 | 100 |

Tabell 2.14. Fördelning av patienter på olika diagnosgrupper vid öppenvårdsinventeringen 1997 samt 2009 (enligt diagnosgruppering 1997).

De största skillnaderna 1997 jämfört med 2009 är minskningen av andelen personer med diagnosen personlighetsstörningar samt att gruppen ”annat” är betydligt större vid det senare undersökningstillfället. Skillnaderna beror till stor del på ett förändrat diagnostiskt synsätt. I gruppen ”annat” 2009 finns 378

personer med diagnosen ADHD (F90) samt 164 med diagnosen autism (F84). Dessa diagnoskategorier var ovanliga 1997.

I en inventering av tvångsvårdade personer i Sverige 2008 och där man jämförde diagnosfördelning med ett motsvarande material från 1997 fann man samma diagnostiska förändring [14]. Neuropsykiatriska diagnoser 2008 hade ökat och diagnosen personlighetsstörning minskat. De ökade kunskaperna om neuropsykiatriska tillstånd har troligen lett till en förbättrad differentialdiagnostik vad gäller dessa diagnoser.

Förutom de 174 personerna med missbruk som huvuddiagnos 2009, uppgavs 577 personer ha ett missbruk men med en annan huvuddiagnos. Med dessa inkluderade uppgår andelen personer med missbruk till 10 procent 2009. 1997 efterfrågades endast huvuddiagnos. Förmodligen finns även där ett antal personer med missbruk, men som har en annan huvuddiagnos.

Psykiatriskt vårdutnyttjande – slutenvård

Den psykiatriska öppenvårdens förutsättningar påverkas mycket av tillgången på och kvaliteten i den slutna psykiatriska vården och vice versa. Samtidigt som denna rapport började planeras slöt regeringen en överenskommelse med SKL som fick medel (3 mkr), för att göra en kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården inom allmänpsykiatri, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri i samtliga landsting. Syftet med kartläggningen var att få fram ett bättre planeringsunderlag för utveckling av heldygnsvården inom landstingen och regionerna i Sverige. SKL ska också belysa innehållet i den psykiatriska heldygnsvården och det unika som gör att patienten har behov av en sängplats. Den planerade delen om den slutna psykiatriska vårdens innehåll i denna rapport kan dock inte genomföras då avsikten var att inkludera information från SKL och rapporten från det projektet har blivit uppskjuten. Informationen i avsnittet baseras på data från Socialstyrelsens patientregister

SKL har informerat om att kartläggningen har visat att det i början av 2010 fanns 3011 allmänpsykiatriska, 1055 rättspsykiatriska samt 154 barn- och ungdomspsykiatriska slutenvårdsplatser i Sverige. Baserat på den vuxna befolkningen motsvarar 3011 allmänpsykiatriska vårdplatser 0,4 vårdplatser per 1000 invånare.

År 2008 rapporterades totalt 92 309 vårdtillfällen in till patientregistret från psykiatrisk slutenvård. Med vårdtillfälle menas vårdkontakt i slutenvård. Diagram 2.17 visar hur vårdtillfällena fördelar sig på kön och ålder per 100 000 invånare. I åldersgruppen 15–24 år utgör kvinnor en majoritet (60 procent). I åldrarna 25 år och uppåt är däremot män i majoritet. Vid en granskning av antal patienter, istället för vårdtillfällen, ser fördelningen likadan ut.

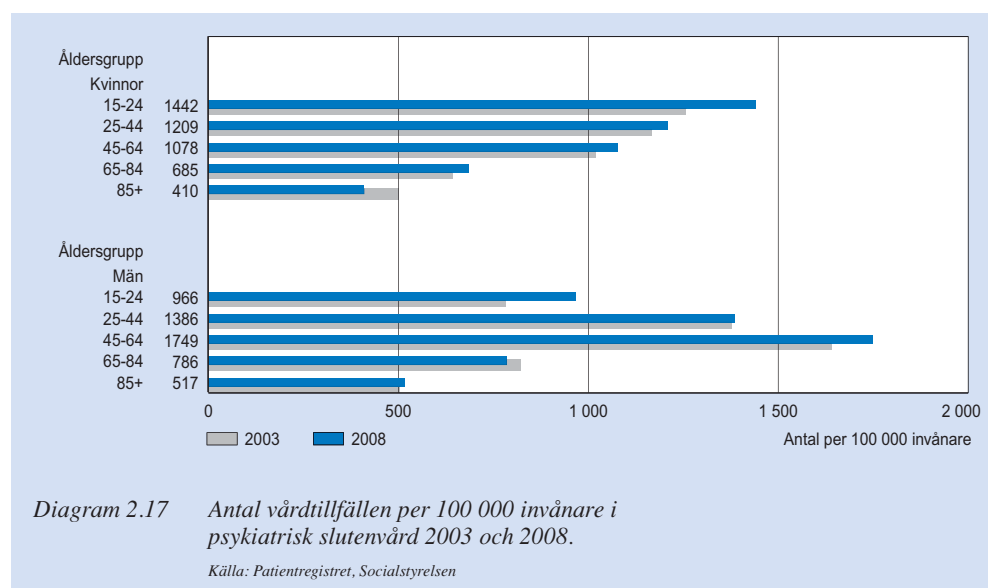
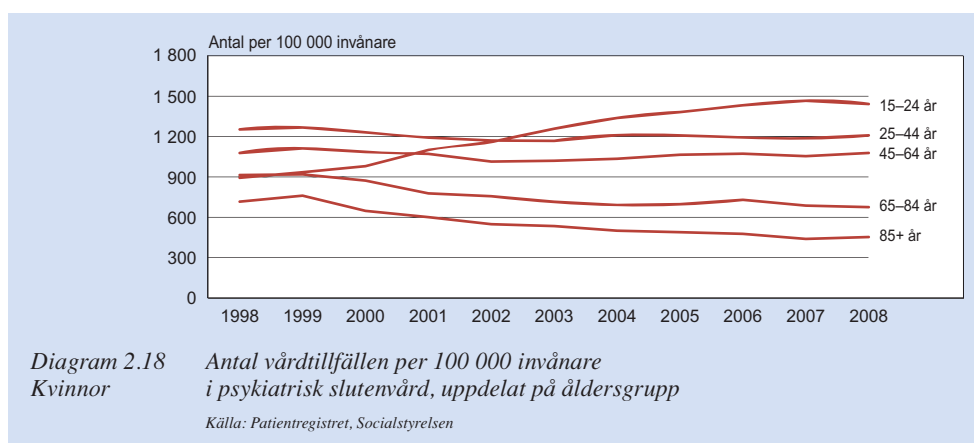


Diagram 2.18 och 2.19 visar hur antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare har utvecklats över tid för män och kvinnor i olika åldersgrupper. När det gäller kvinnorna är det tydligt att antalet vårdtillfällen har ökat kraftigt i gruppen 15–24 år. År 1998 var antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare cirka 900 i den här gruppen medan den år 2008 hade ökat till nästan 1 500. I åldersgrupperna 0–14 år och 25–64 år var utvecklingen under den här perioden relativt stabil medan trenden för kvinnorna i åldrarna 64 år och uppåt gick mot ett minskat antal vårdtillfällen per 100 000 invånare.



Även för männen har den psykiatriska slutenvårdskonsumtionen ökat i åldersgruppen 15–24 år även om den inte når upp till en lika hög nivå som för kvinnorna. Det har även skett en viss minskning av antalet vårdtillfällen för de äldsta åldersgrupperna och för åldersgruppen 25–44 år medan det har ökat något i åldersgruppen 45–64 år.

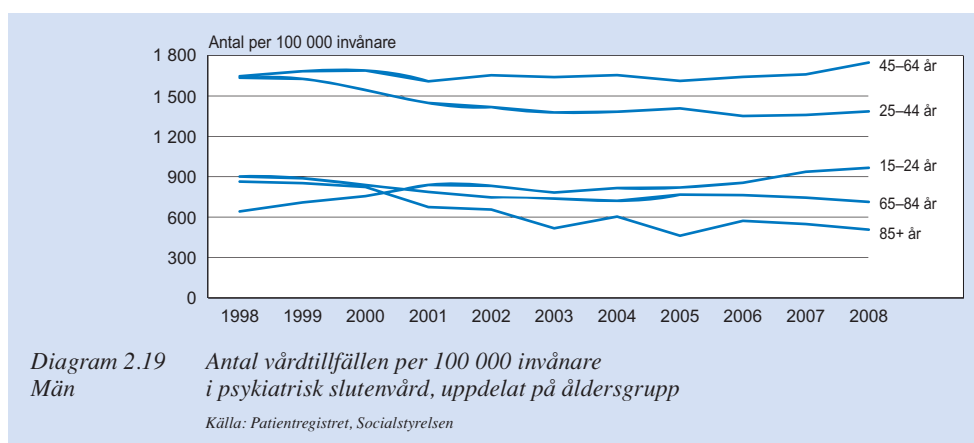
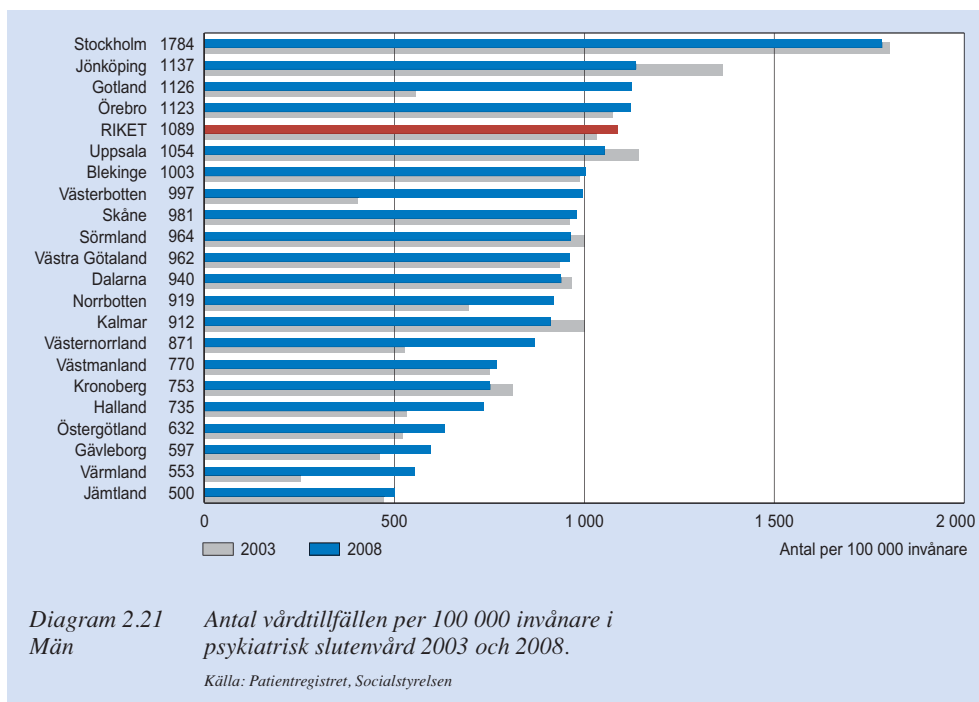
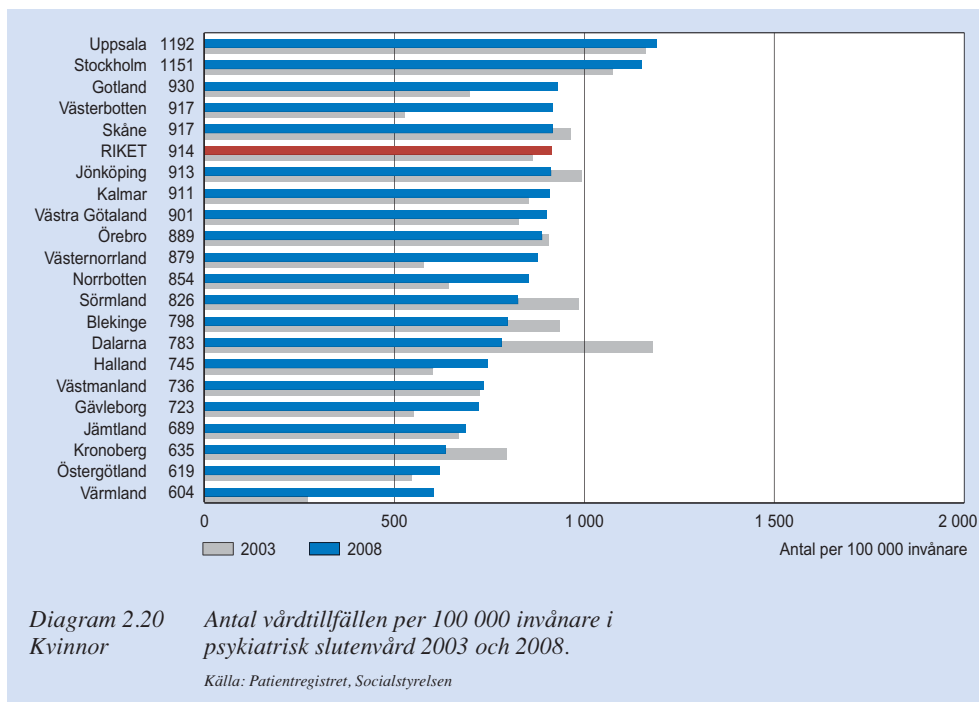


Diagram 2.20 och 2.21 ger en bild av hur vårdtillfällena fördelades mellan olika landsting. Uppsala, följt av Stockholm har flest antal vårdtillfällen per 100 000 invånare när det gäller kvinnor. För männens del har Stockholm betydligt fler vårdtillfällen per 100 000 invånare än övriga landsting.



I diagram 2.22 – 2.25 presenteras medianvårdtiden för patienter vårdade för schizofreni och bipolär sjukdom uppdelat på landsting. För respektive sjukdom redovisas medianvårdtiden både per vårdtillfälle och per patient. Medianvårdtiden redovisas istället för medelvårdtiden eftersom vissa vårdtillfällen kan ha extremt långa vårdtider vilken gör att medelvärdet kan bli missvisande.

Praxis skiljer sig mellan landstingen när det gäller patienter som tvångsvårdas och ges permission. I vissa landsting skrivs patienten ut vid permission, vilket leder till ett högre antal vårdtillfällen. Andra landsting fortsätter att ha patienten inskriven vid permission vilket leder till längre och färre vårdtillfällen.

En granskning av den genomsnittliga vårdtiden för schizofreni visar att det är stora skillnader mellan länen. Den längsta medianvårdtiden har Jämtland med 35 dagar medan Dalarna har den kortaste med 8 dagar.

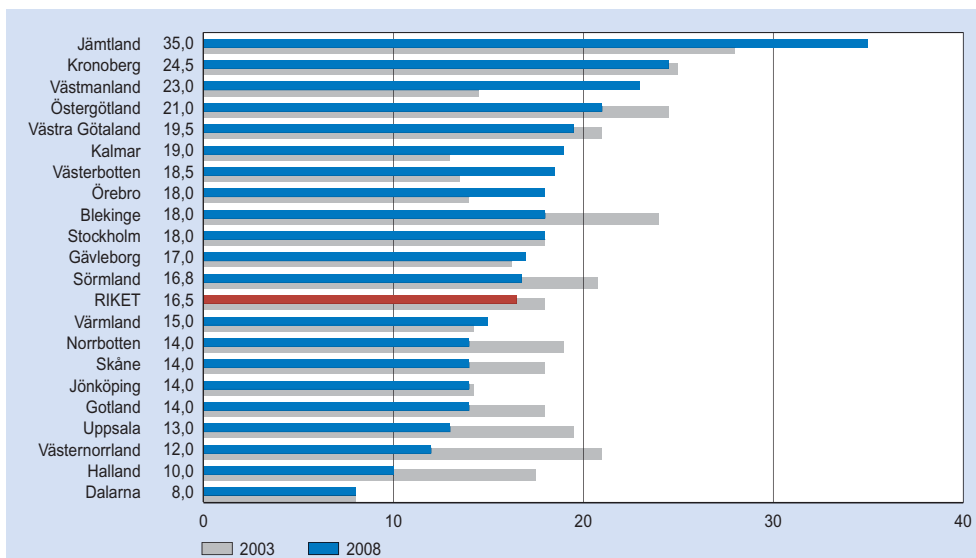


Diagram 2.22 Medianvårdtid per patient för patienter vårdade för schizofreni 2003 och 2008.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

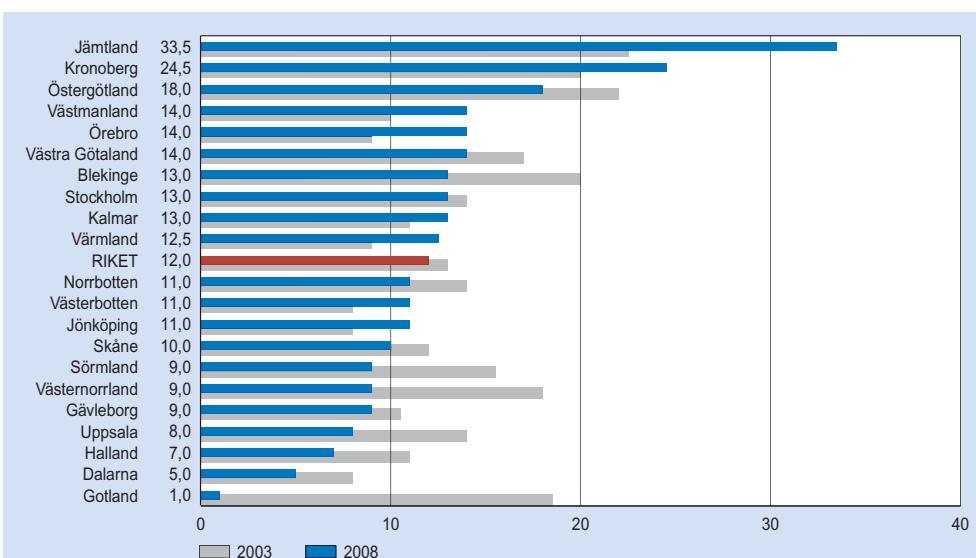


Diagram 2.23 Medianvårdtid per vårdtillfälle för patienter vårdade för schizofreni 2003 och 2008.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

När det gäller patienter vårdade för bipolär sjukdom var medianvårdtiden längst i Kronoberg med 25 dagar per patient och 24 dagar per vårdtillfälle. Kortast var medianvårdtiden i Gotland med 6 dagar både per patient och per vårdtillfälle.

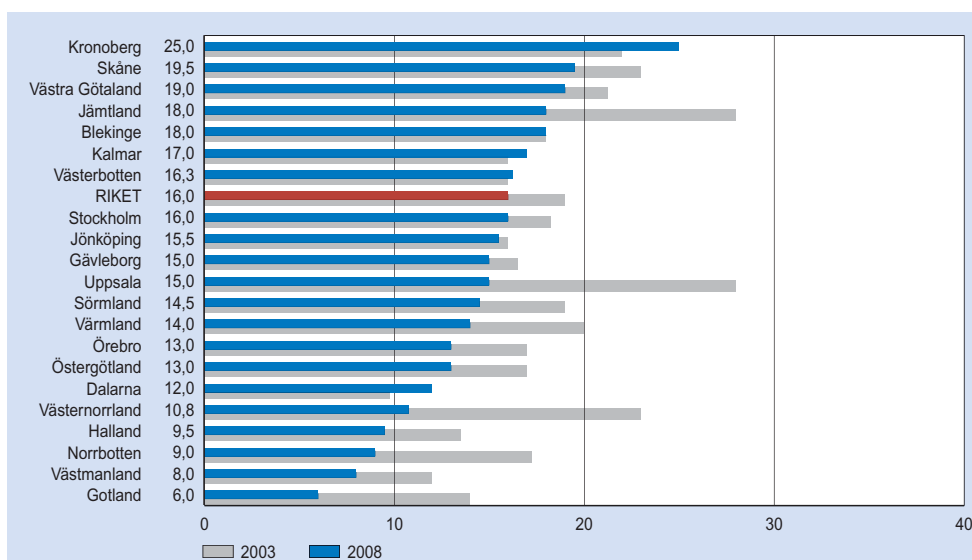


Diagram 2.24 Medianvårdtid per patient för patienter vårdade för bipolär sjukdom 2003 och 2008. Totalt

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

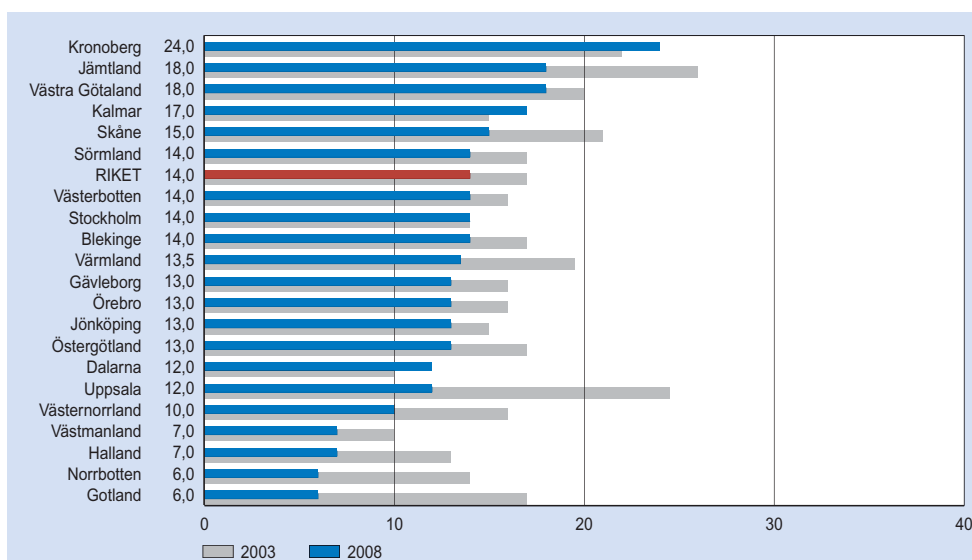


Diagram 2.25 Medianvårdtid per vårdtillfälle för patienter vårdade för bipolär sjukdom 2003 och 2008.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Medianvårdtiden per patient var något högre för patienter med schizofreni än för patienter med bipolär diagnos, medan medianvårdtiden per vårdtillfälle visar på motsatsen. De stora skillnader mellan landstingen i vårdtillfällen per 100 000 invånare och medianvårdtider som diagrammen visar behöver analyseras lokalt för att förstås på rätt sätt.

Tvångsvård

I början av 2007 föreslogs att patientregistret i egenskap av ett hälsodataregister, skulle utvidgas med individbaserade tvångsvårdsuppgifter, dvs. uppgifter om patienter inskrivna för slutenvård eller öppen psykiatrisk tvångsvård enligt lagen (LPT 1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (LRV 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Huvudsyftet var att förbättra tvångsvårdsstatistiken, med en målsättning att få ett väl fungerande register för psykiatrisk tvångsvård, med start från årsskiftet 2008/2009.

Under 2008 bedrevs ett omfattande arbete för att utvidga patientregistrets användning. En förändring av föreskriften om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2002:1), med ändring enligt SOSFS 2006:21 var nödvändig för att möjliggöra inrapportering av nya variabler som krävs i psykiatrisk tvångsvård. I föreskriftsarbetet ingick delvis följande moment:

- Utveckling av variabler för permission och avvikning
- Utvidgning av tidigare diagnosvariabel från max 12 diagnoser till oändligt antal
- Utvidgning av tidigare åtgärdsvariabel från max 12 diagnoser till oändligt antal
- Utvidgning av tidigare variabel för psykiatrisk vårdform till att även innefatta öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård. Tidigare har uppgiftslämnarna kunnat rapportera en vårdform per vårdtillfälle, vilket nu utvecklades så att uppgiftslämnaren kan rapportera flera vårdformer per vårdtillfälle.
- Utveckling av KVÅ-koder för tvångsåtgärder för att exempelvis beskriva fastspänning och avskiljande.

Den 1 januari 2009 trädde den nya föreskriften om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2009:26) i kraft. Under 2009 rapporterade totalt 16 landsting in tvångsvårdsuppgifter till patientregistret. Första tertiet 2010 har samtliga landsting rapporterat in sina uppgifter. Information om tvångsvårdsuppgifter kommer att ingå i den lägesrapportering som skall vara Socialdepartementet tillhanda 1 juli 2010. Föreskriftsändringen innebär att den som bedriver psykiatrisk tvångsvård vid tre tillfällen per år ska lämna uppgifter avseende de patienter som innevarande år har varit eller är inskrivna för tvångsvård som ges enligt lagen (LPT 1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (LRV 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Del 3

Indikatorbaserade öppna jämförelser

Nedan presenteras ett 30-tal indikatorer som ska användas till att utvärdera och öppet jämföra resultat och processer inom den specialiserade psykiatrin. Några kan också användas för att visa förekomsten av den psykiska ohälsan och utfallet för patienter med en psykiatrisk diagnos. Bristen på data gör det dock svårt att fullt ut genomföra sådana utvärderingar.

För att kunna ta fram och mäta fler och bättre indikatorer är det nödvändigt med tillgång till relevanta data, men det finns fortfarande stora brister i psykiatrins rapportering till de nationella obligatoriska hälsodataregistren. Som regelverket är just nu får Socialstyrelsen inte heller ta in data för andra typer av besök än läkarbesök, vilket också begränsar tillgången på relevanta data. Rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren har förbättrats något, men eftersom täckningsgraden fortfarande är mycket låg har myndigheten valt att inte redovisa några indikatorer från kvalitetsregistren. Socialstyrelsen arbetar på olika sätt för att utveckla rapporteringen till patientregistret, exempelvis när det gäller aktualiteten samt rapporteringen av diagnoser, åtgärds-koder och tvångs-åtgärder. Efter en överenskommelse med regeringen arbetar SKL dessutom med en omfattande satsning på kvalitetsregister inom psykiatrin.

Tolkningshjälp och definitioner

Till varje indikator finns diagram och en text. När man studerar de skillnader mellan länen som diagrammen visar är det viktigt att tänka på några saker. Av rent statistiska skäl är det mera sannolikt att de mindre landstingen, som Gotland, Jämtland, Kronoberg och Blekinge, intar extrempositioner av en slump än att de stora landstingen gör det. De stora landstingens värden är statistiskt sett säkrare och därmed också stabilare över tid. Om antalet patienter eller behandlingar är litet får ett mindre antal framgångar eller misslyckanden en större inverkan på resultatet än om patienterna eller behandlingarna är fler. En annan aspekt är att Stockholm, Västra Götaland och Skåne tenderar att hamna nära värdena för hela riket. Detta beror på att de utgör en större del av riket än övriga landsting och därmed påverkar rikets medeltal mer än andra. I de flesta fall redovisas 95-procentiga konfidensintervall för att belysa den statistiska osäkerheten kring det faktiska värdet. Utrymmet för slumpen är större i de små landstingen, som därmed får vidare konfidensintervall. Dessa statistiska aspekter är tänkta som ett stöd för läsarens tolkning och jämförelser, men det är också viktigt att inte avfärda de misslyckanden eller framgångar i vårdprocessen som indikatorerna faktiskt visar.

Utnyttjandet av psykiatrisk specialistvård varierar med patienternas ålder, vilket visas i del 2. Inom psykiatrisk vård är de flesta patienter unga vuxna och medelålders, och relativt få är äldre eller mycket gamla. I den somatiska vården ökar däremot konsumtionen tydligt med stigande ålder. För att fånga en popu-

lation med en hög andel personer som har haft kontakt med psykiatrisk specialistvård valdes för de flesta indikatorer att ha både en övre och en nedre åldersgräns, exempelvis 20–59 år. En utökning av åldersintervallet skulle i de flesta fall inte tillföra någon ytterligare information, utan resultaten skulle snarare kunna bli lite mer svårtolkade. Framför allt gäller detta indikatorerna på dödlighet och undvikbar somatisk slutenvård. Båda dessa ökar tydligt med stigande ålder, medan andelen personer som haft kontakt med psykiatrisk vård drastiskt minskar med stigande ålder.

Förteckning över indikatorer och datakällor.

| Indikator | Datakälla |
|---|---|
| 3.1 Självskattat psykiskt välbefinnande | Folkhälsoenkät, Folkhälsainstitutet |
| 3.2 Självord i befolkningen – totalt respektive unga | Dödsorsaksregistret |
| 3.3 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen | Patientregistret |
| 3.4 Dödlighet bland personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.5 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.6 Sjukvårdspolitiskt åtgärdbar dödlighet | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.7 Återinskrivning efter slutenvård psykiatrisk vård för schizofreni (14 respektive 28 dagar) | Patientregistret |
| 3.8 Återinskrivning efter slutenvård psykiatrisk vård för schizofreni (3 respektive 6 månader) | Patientregistret |
| 3.9 Läkarkontakt i öppen vård efter utskrivning för schizofreni | Patientregistret |
| 3.10 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård för schizofreni | Patientregistret |
| 3.11 Dödlighet bland personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård för schizofreni | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.12 Återinskrivning efter slutenvård psykiatrisk vård för bipolär sjukdom (14 respektive 28 dagar) | Patientregistret |
| 3.13 Återinskrivning efter slutenvård psykiatrisk vård för bipolär sjukdom (3 respektive 6 månader) | Patientregistret |
| 3.14 Läkarkontakt i öppen vård efter utskrivning för bipolär sjukdom | Patientregistret |
| 3.15 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård för bipolär sjukdom | Patientregistret |
| 3.16 Dödlighet bland personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård för bipolär sjukdom | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.17 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom | Läkemedelsregistret |
| 3.18 Återinskrivning efter slutenvård psykiatrisk vård för depressionssjukdom (14 respektive 28 dagar) | Patientregistret |
| 3.19 Återinskrivning efter slutenvård psykiatrisk vård för depressionssjukdom (3 månader respektive 6 månader) | Patientregistret |
| 3.20 Läkarkontakt i öppen vård efter utskrivning för depressionssjukdom | Patientregistret |
| 3.21 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård för bipolär sjukdom | Patientregistret |
| 3.22 Dödlighet bland personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård för depressionssjukdom | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.23 Följsamhet till behandling med antidepressiva läkemedel | Läkemedelsregistret |
| 3.24 Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel | Läkemedelsregistret |
| 3.25 Tre eller flera psykofarmaka till äldre | Läkemedelsregistret |
| 3.26 Långvarig användning av sömnmedel bland äldre | Läkemedelsregistret |
| 3.27 Lämpliga lugnande- och sömnmedel till äldre | Läkemedelsregistret |
| 3.28 Andel som väntat 90 dagar eller längre på ett besök till vuxenpsykiatri | Väntetidsdatabasen |
| 3.29 Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid diabetes | Läkemedelsregistret |
| 3.30 Dödlighet efter hjärtinfarkt | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.31 Dödlighet efter förstagångsstroke | Dödsorsaksregistret och patientregistret |
| 3.32 Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård | Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008, Sveriges Kommuner och Landsting |
| 3.33 Ej rapporterade diagnoser | Patientregistret |

I vissa fall rör indikatorerna personer som har vårdats på en psykiatrisk klinik, och i andra fall personer som har vårdats med en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos eller bidiagnos. En snävare definition fångar patienter med en tydlig psykiatrisk problematik. En mer liberal definition kan vara att ha minst ett vårdtillfälle med en psykiatrisk diagnos, antingen som huvud- eller bidiagnos, och den fångar även personer som har vårdats i somatisk vård men där en del av vården beror på ett psykiatriskt tillstånd.

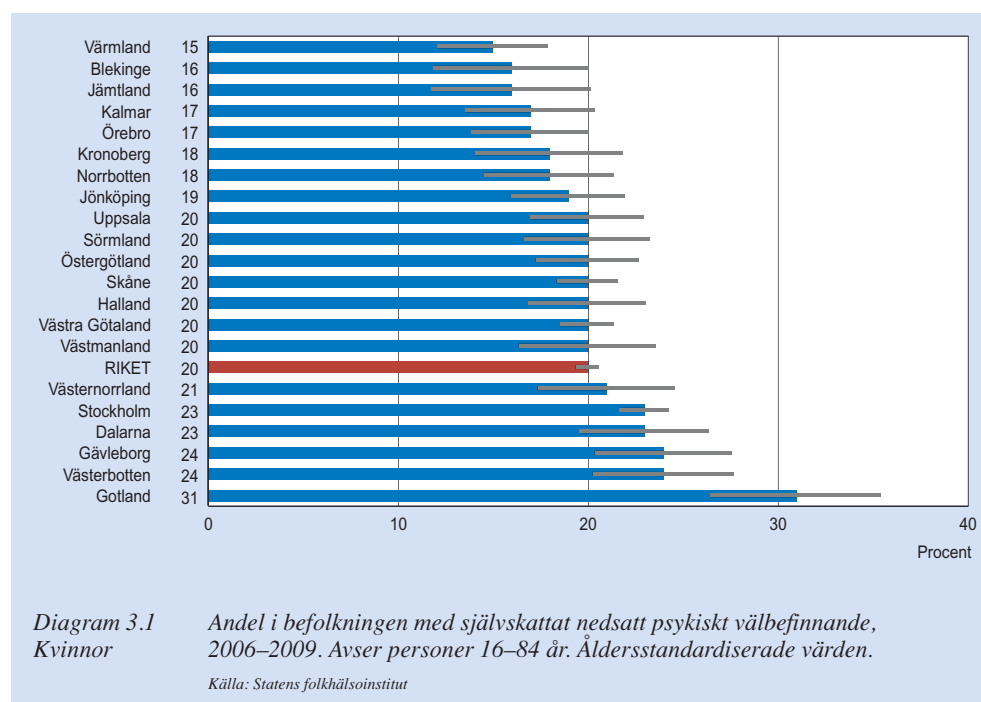
Datakällorna beskrivs mer utförligt i rapportens inledning. En teknisk beskrivning av indikatorerna finns i bilaga 4 som endast publiceras på www.socialstyrelsen.se.

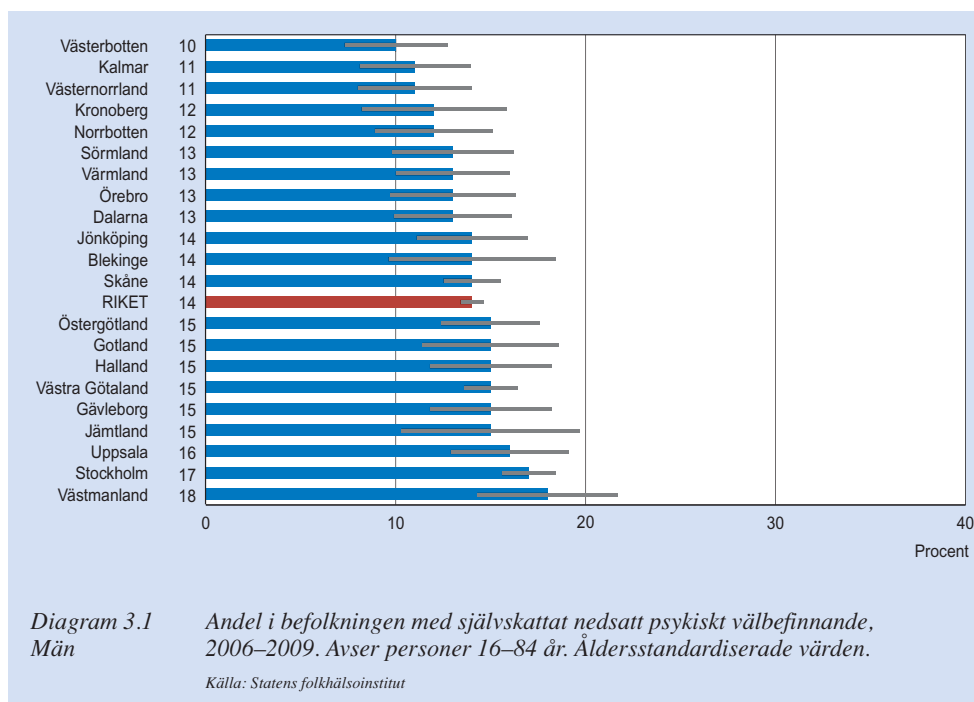
Övergripande indikatorer

3.1 Självs kattat psykiskt välbefinnande

Den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” genomförs varje år av Statens folkhälsoinstitut, och i den sammanställs tolv frågor för att mäta nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen. Frågeinstrumentet, General Health Questionnaire (GHQ12), mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa och samvarierar med bland annat självrapporterad hälsa. Indikatorn självskattat psykiskt välbefinnande har använts i flera landstings folkhälsoundersökningar under flera år. Som indikator ger den ytterligare en dimension på befolkningens hälsa och eventuella behov av hälso- och sjukvård.

Indikatorn är hämtad från folkhälsoenkäten och är en sammanslagning av resultaten för åren 2006–2009. Det finns könsskillnader, med en högre andel kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande än män. Detta avspeglar sig också i att kvinnor i högre grad utnyttjar den psykiatriska öppenvården samt har en högre konsumtion av psykofarmaka. Andelen män med nedsatt psykiskt välbefinnande





finnande varierar mellan landstingen från 10 till 18 procent. Bland kvinnorna är variationen något större och ligger mellan 15 och 31 procent.

Frågeinstrumentet GHQ12 är validerat och internationellt erkänt för att mäta psykiskt välbefinnande. För att få fram ett mått beräknas ett summaindex utifrån de tolv frågorna, och sedan fastställs en brytpunkt för nedsatt psykiskt välbefinnande. Resultaten påverkas av problemen kring bortfall i enkätstudier, men också av så kallade interna bortfall, det vill säga svarsbortfall för enstaka frågor i instrumentet.

3.2 Självmod i befolkningen – totalt respektive unga

Sverige har tillsammans med norra Europa medelhöga självmordstal jämfört med övriga Europa, men både Danmark och Finland har högre självmordstal än Sverige. Antalet personer som begår självmord i Sverige har minskat sedan början av 1980-talet, framför allt bland män. Självmod är dock fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor. År 2007 tog 325 kvinnor och 801 män livet av sig, totalt 1 126 personer. Därtill fanns det 327 dödsfall med oklart uppsåt, 102 kvinnor och 225 män. Utöver detta vårdades år 2008 också cirka 10 000 personer i slutenvård på grund av en avsiktlig självdestruktiv handling.

Antalet självmord per 100 000 invånare under åren 2004–2007 redovisas i diagram 3.2. Under denna period begick 5 823 personer självmord, inkluderat dödsfallen med oklart uppsåt. Diagrammet över antal självmord per 100 000 invånare över tid visar på en liten minskning de senaste tio åren. Självmod bland unga, 15–19 år, är ovanligt, men här syns ingen nedåtgående trend. Indikatorn är en av de nationella indikatorerna för vård vid depression- och ångestsyndrom.

För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter i princip en tänkbar indikator. I praktiken är det emellertid svårt att

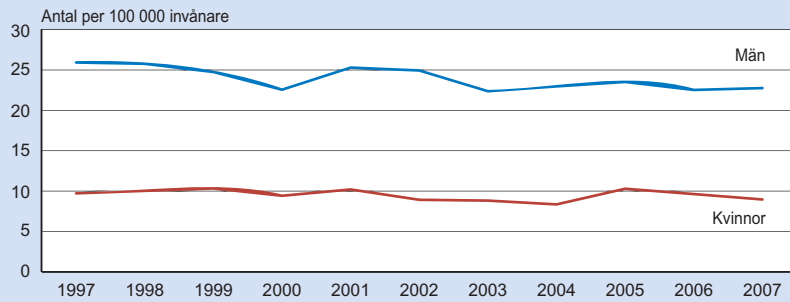


Diagram 3.2 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare 1997–2007. Riket

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

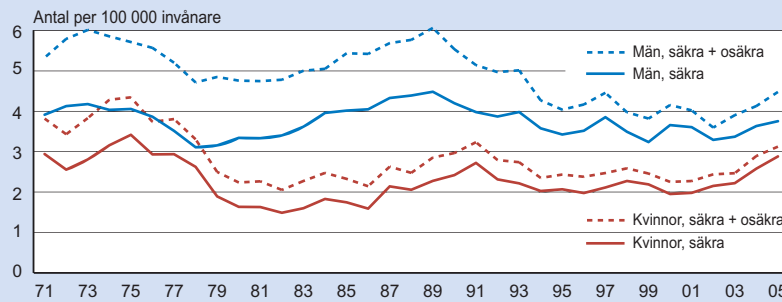


Diagram 3.2 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. 15–19 år. Glidande femårsmedelvärde. Riket

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

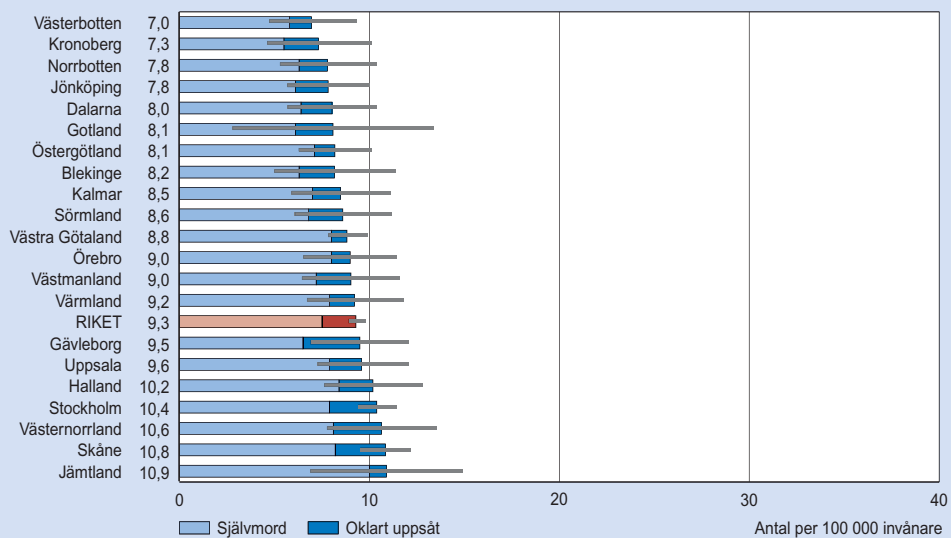
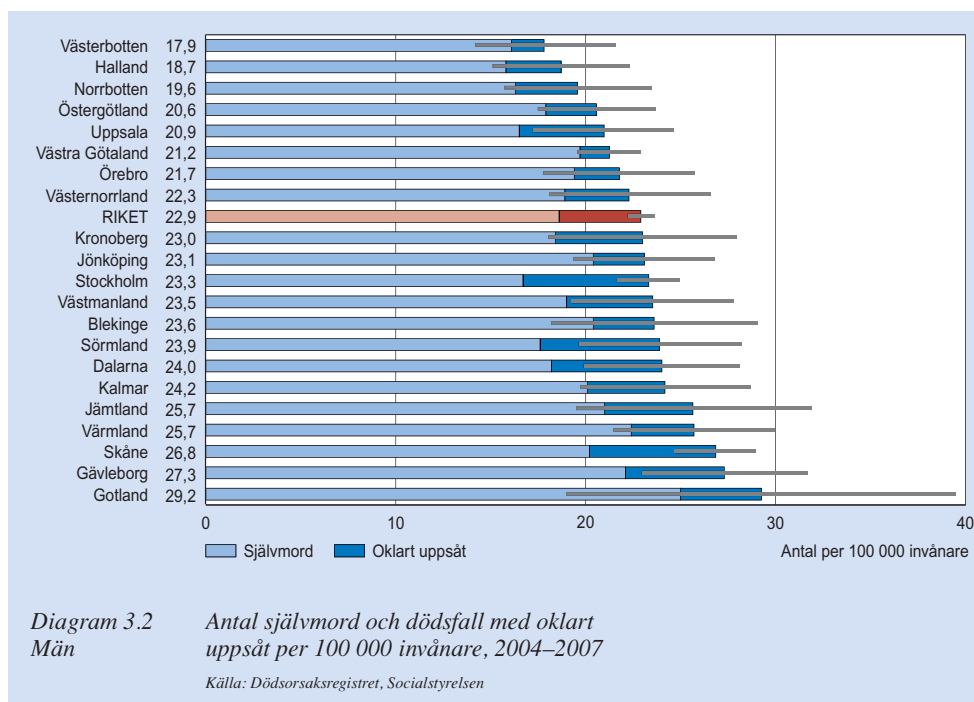


Diagram 3.2 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2004–2007. Kvinnor

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



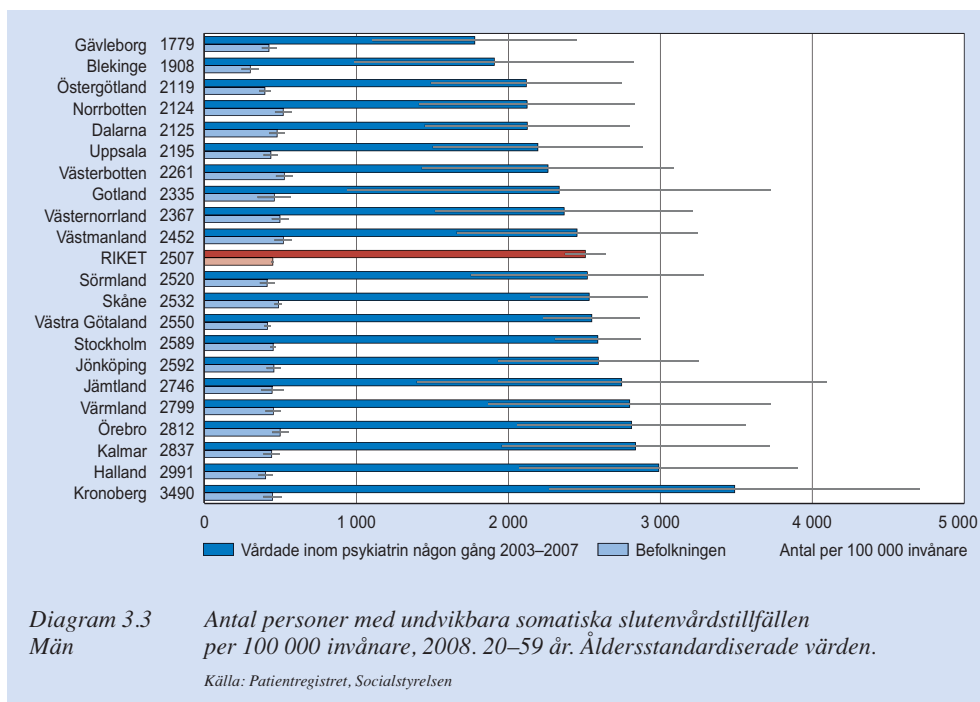
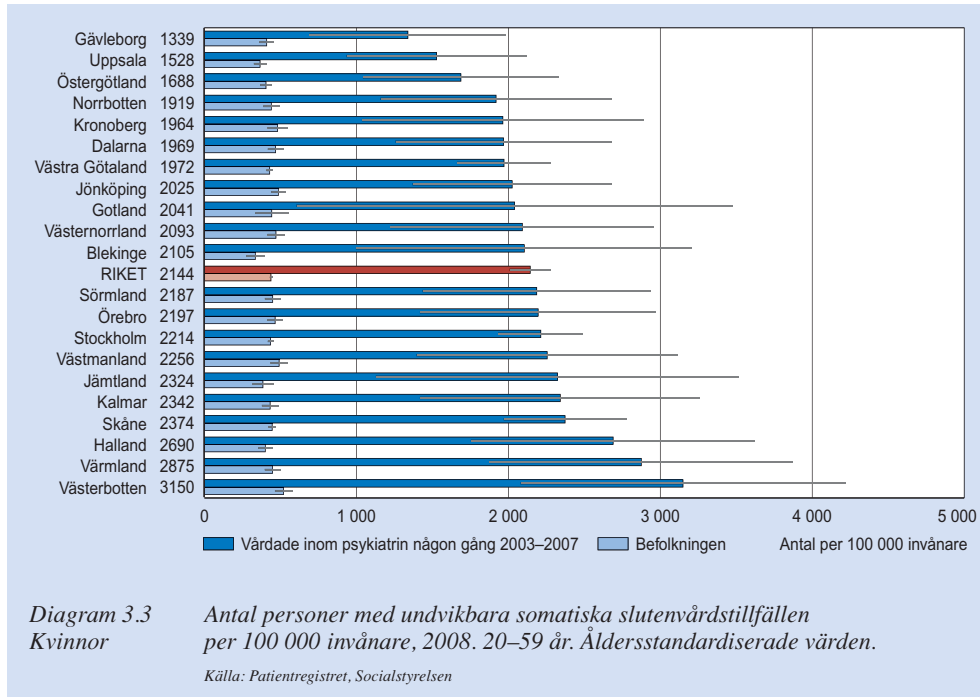
utforma den på ett relevant sätt och med tillförlitliga data. Sedan den 1 februari 2006 råder dock en skyldighet, enligt lex Maria, att anmäla självmord som har begåtts inom en månad efter den senaste kontakten med hälso- och sjukvården. En utvärdering av detta diskuteras i avsnittet om självmord i del 1.

3.3 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården. Indikatorn är en av Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsövergripande nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård och ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. Sverige deltar för närvarande i ett projekt inom OECD för att fastställa en motsvarande indikator som alla länder kan enas om.

Indikatorn består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser. En del av diagnoserna ska spegla den öppna somatiska vårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga åkommor. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlekskramp.

Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bör kunna förhindra att patienten måste läggas in på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron-, näsa- och halsinfektioner.



I diagram 3.3 redovisas antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare i åldern 20-59 år, fördelat på personer som vårdats inom psykiatrin och den totala befolkningen. Uppgifterna är från 2008. Cirka 100 000 personer har någon gång de senaste fem åren vårdats med en psykiatrisk huvuddiagnos, och av dem har 2 370 personer undvikbara somatiska

slutenvårdstillfällen. I hela befolkningen hade 20 000 patienter undvikbara slutenvårdstillfällen, ungefär lika många kvinnor som män. Diagrammet visar att andelen med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är högre bland personer som har vårdats för psykiatriska diagnoser. Detta kan bero på att sjukdomen upptäcks senare, behandlingen tar längre tid och patienterna är sämre på att följa ordinationer. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer. Generellt har fler män sådana vårdtillfällen, 2 507 män per 100 000 jämfört med 2 144 kvinnor per 100 000 för kvinnor. Detta beror troligen på att fler män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i öppen vård.

Skillnaderna mellan landstingen i undvikbar somatisk slutenvård bör tolkas med försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd kan skilja sig åt mellan olika landsting och genom att diagnossättningen och registreringen kan variera. Tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt också in. Med större antal slutenvårdsplatser är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre, och vice versa. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska vården.

Människor med en allvarlig psykisk störning kan också ha svårt att sköta viss somatisk behandling i öppen somatisk vård, och då krävs det i stället att patienten vårdas inläggande.

3.4 Dödlighet bland personer som vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård

Indikatorn mäter dödligheten för personer i åldern 20–79 år som någon gång de senaste fem åren har vårdats inläggande med en psykiatrisk huvuddiagnos. Totalt rör det sig om 7 500 kvinnor och 12 000 män med en psykiatrisk sjukdom som dött under perioden 2006–2009. Diagrammet visar att dödlig-

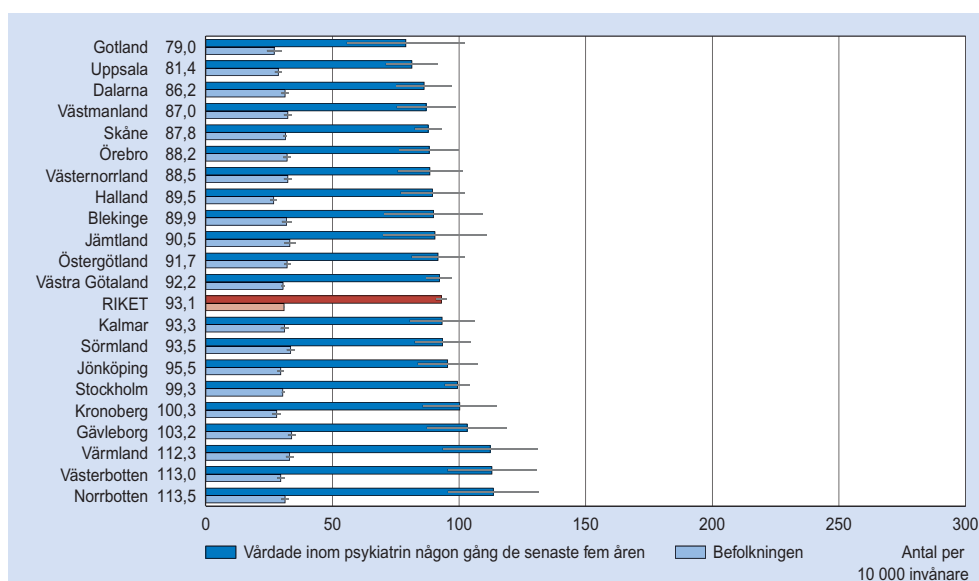
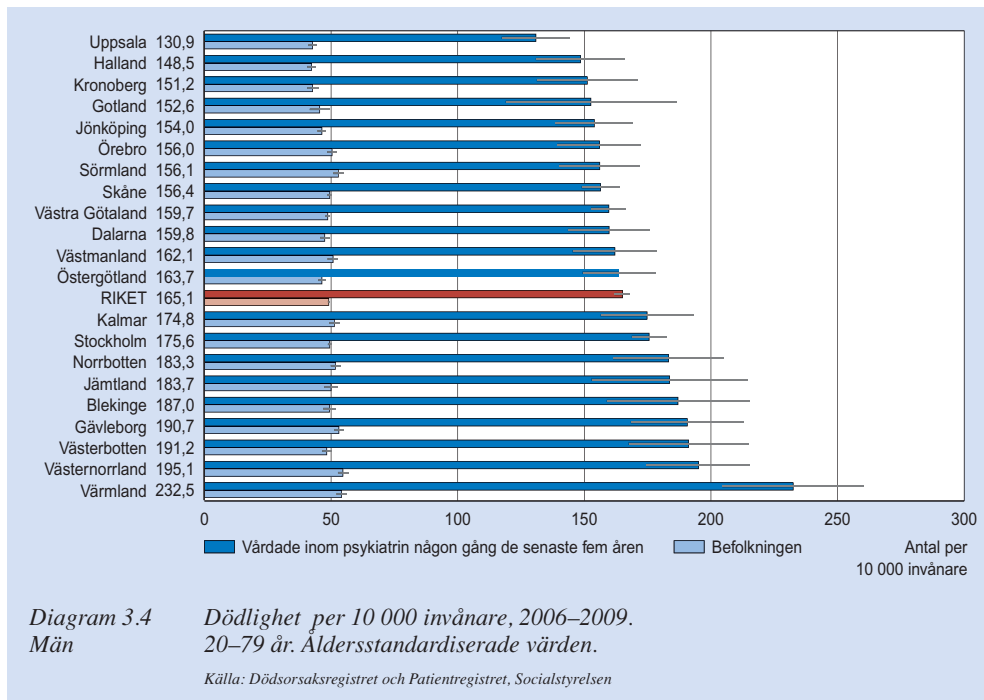


Diagram 3.4
Kvinnor

Dödlighet per 10 000 invånare, 2006–2009.
20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen



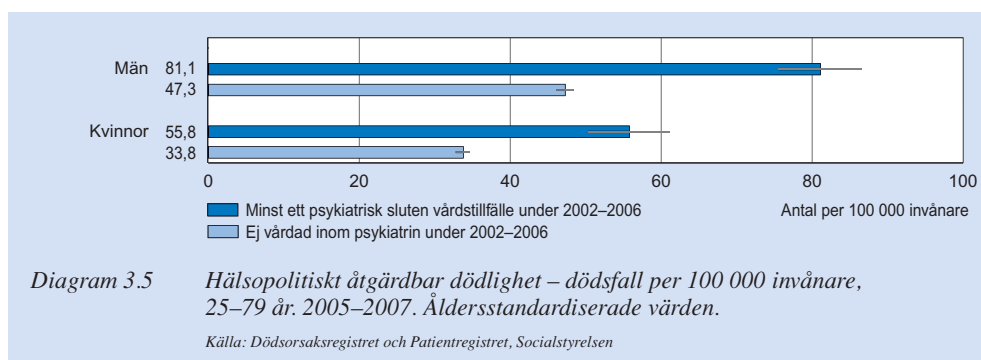
heten bland de vårdade inom psykiatrin är betydligt högre än för den övriga befolkningen. Överdödligheten är drygt tre gånger så stor bland män, 165 per 10 000 för de vårdade jämfört med knappt 50 per 10 000 i befolkningen. Bland kvinnor, 93 per 10 000 respektive drygt 30 per 10 000. En del av detta beror på en ökad risk för självmord bland personer vårdade för psykiatriska tillstånd, ungefär var femte dödsfall var till följd av självmord i denna grupp. Tillsammans med indikatorn undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen visar dock detta att många som har vårdats med psykiatriska diagnoser också har en somatisk sjuklighet som kanske inte uppmärksammas på samma sätt som för andra. Männskor med en psykiatrisk sjukdom har en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer, och dessutom är det möjligt att sjukdomen upptäcks senare, att behandlingen tar längre tid och att personerna är sämre på att följa sina ordinationer.

3.5 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Sedan mitten av 1980-talet har EU jämfört hälso- och sjukvården i medlemsländerna med hjälp av en indikator på så kallad åtgärdbar dödlighet. Avsikten är att kunskapen om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått fokusera på den dödlighet i en befolkning som kan gå att påverka. Den studerade befolkningen har avgränsats till personer i åldern 25–79 år. Indikatorn är en av Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsövergripande nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Indikatorn åtgärdbar dödlighet består av dödligheten i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, indelade i två grupper, varav den första här kallas hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Den innehåller diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som kampanjer

för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor. De absolut flesta dödsfallen beror på lungcancer och motortrafikolyckor. Diagram 3.5 visar antalet dödsfall per 100 000 invånare och kön för personer i åldern 25–79 som någon gång de senaste fem åren har vårdats ineliggande med en psykiatrisk huvuddiagnos, jämfört med de som inte har fått sådan vård. Det framgår tydligt att dödligheten bland de vårdade inom psykiatrin är betydligt högre än bland de andra. Antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall var totalt drygt 900 för åren 2005–2007 för de som hade vårdats inom psykiatrin, varav 300 kvinnor och 600 män. Den andra gruppen hade drygt 10 000 hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall. Patienterna med en psykiatrisk diagnos har 50 procent högre dödlighet jämfört med dem som inte har vårdats med en sådan diagnos. Antalet är så litet att det inte går att dela upp indikatorn på landstingsnivå, men könsjämförelser visar att män har högre dödlighet än kvinnor. Personer med psykisk sjukdom har en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer som missbruk och rökning, vilket kan vara en av förklaringarna.

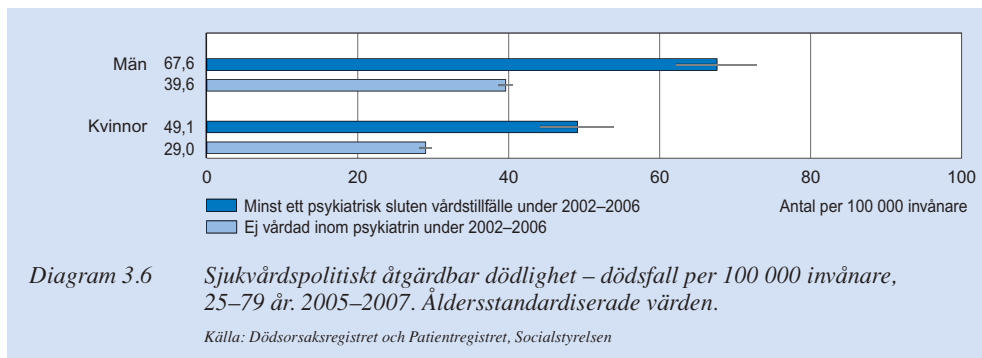


3.6 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Den andra gruppen av åtgärdbara dödsfall består av dödligheten i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser samt genom tidig upptäckt och behandling. Detta kallas för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Exempel på diagnoser i denna indikator är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Indikatorn är en av Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsövergripande nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Diagram 3.6 visar antalet dödsfall per 100 000 invånare och kön för personer i åldern 25–79 år som någon gång de senaste fem åren har vårdats ineliggande med en psykiatrisk huvuddiagnos. Det framgår tydligt att dödligheten bland de vårdade inom psykiatrin är betydligt högre än bland andra. Antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var knappt 800 sammantaget för åren 2005–2007, varav cirka 300 kvinnor och 450 män. Stroke och diabetes är de diagnoser som bidrar mest till den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, och för kvinnor är det även cancer i livmoderhalsen. De som vårdats med en psykiatrisk diag-

nos har 50 procents högre dödlighet jämfört med dem som inte har fått sådan vård. Könjämförelser visar att dödligheten är högre för män än för kvinnor. Personer med en psykiatrisk sjukdom har en ökad förekomst av de studerade tillstånden eller deras riskfaktorer, men det är möjligt att de också får en sämre vård för dessa tillstånd. På grund av de låga talen är det inte möjligt att dela upp indikatorn på landstingsnivå.



Schizofreni

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni. Kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ungdomen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen. Schizofreni har ett långdraget förlopp och förekomsten vid en given tidpunkt är 2–5 personer per 1 000 invånare.

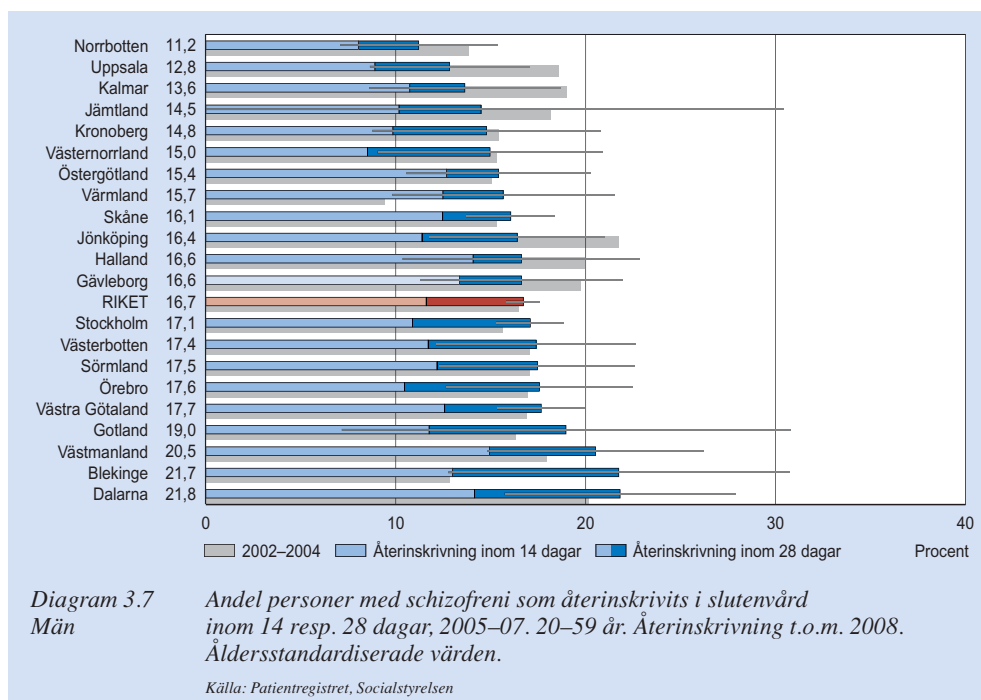
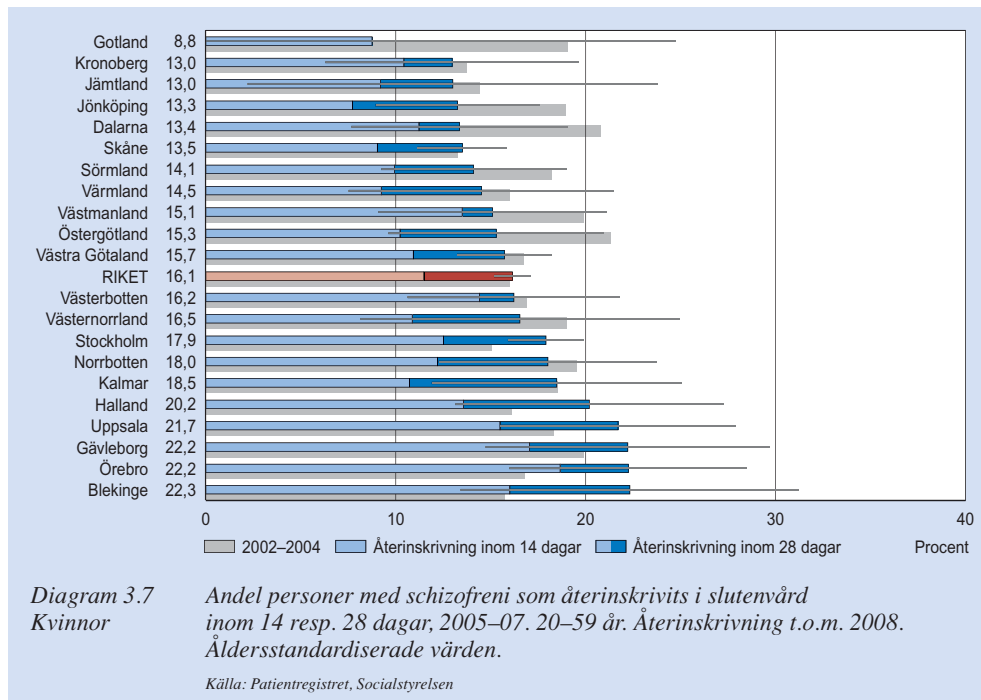
Allvarlighetsgraden varierar mycket, och ofta är förloppet episodiskt så att den drabbade däremellan har en nästan fullständig kontroll över symtomen. Många kan ha ett någorlunda normalt liv med hjälp av läkemedel och stödjande behandling. För andra är det däremot en mycket svår sjukdom som medför ett oerhört lidande och stora konsekvenser för det sociala livet. Schizofreni är en av de vanligare orsakerna bakom självmord.

3.7 Återinskrivning efter slutenvård psykiatrisk vård för schizofreni (14 respektive 28 dagar)

Tidigare vårdades många patienter med diagnosen schizofreni inom slutenvården, men nu försöker man så långt det är möjligt att vårda dessa patienter i en specialiserad psykiatrisk öppenvård. För att detta ska fungera väl behövs ett nära samarbete mellan slutenvården och öppenvården. Indikatorn ingår i de preliminära nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni.

Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar ska belysa om patienterna skrivs ut alltför tidigt från slutenvården, eller om uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via öppenvården inte är tillräckligt samordnat efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivningarna inom en månad kan man belysa kvaliteten i slutenvården. Återinskrivningar inom till exempel tre eller sex månader bedöms i högre grad mäta kvaliteten i öppenvården och socialtjänstens verksamhet (se indikator 3.8).

Diagram 3.7 visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som återinskrevs inom 14 respektive 28 dagar under de tre åren 2005–2007. Mätperioden innefattar tre år eftersom det gäller relativt få fall per år, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 900 kvinnor och 2 300 män i åldern 20–59 år för sin schizofreni.



I riket återinskrevs drygt 11 procent inom 14 dagar och drygt 16 procent inom 28 dagar, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård påverkar utfallet. För de mindre landstingen är osäkerheten dessutom stor eftersom det gäller så få fall. Andelen återinskrivna i dag har inte förändrats jämfört med nivån under perioden 2002–2004.

Denna indikator behöver utvecklas för att försöka klargöra i vilken mån det går att minska återinskrivningarna och om de kan fungera som en indikator på kvalitet. Landstingen uppmanas att analysera orsakerna till de stora skillnaderna i återinskrivningsfrekvens.

3.8 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för schizofreni (3 månader respektive 6 månader)

Indikatorn återinskrivning inom 3 respektive 6 månader ska visa om uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet inte var tillräckligt efter patienternas utskrivning. Återinskrivningarna inom 6 månader kan belysa kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser, samt i samspelet dem emellan. Återinskrivningar inom till exempel 14 eller 28 dagar bedöms i högre grad mäta kvaliteten i slutenvården, se indikator 3.7. Indikatorn ingår i de preliminära nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni.

Diagram 3.8 visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som återinskrevs under de tre åren 2005–2007. Mätperioden innefattar tre år eftersom det gäller relativt få fall per år, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vår-

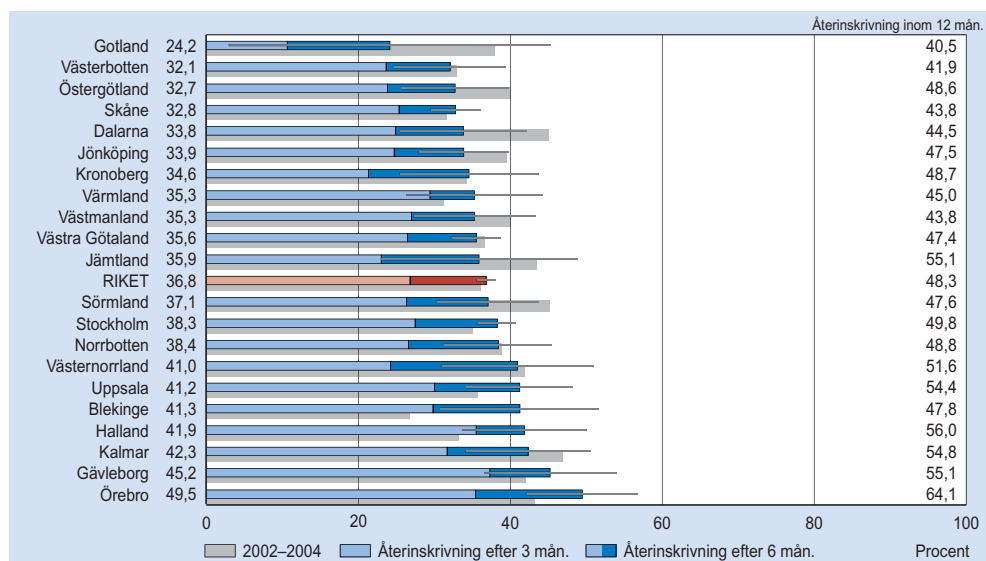
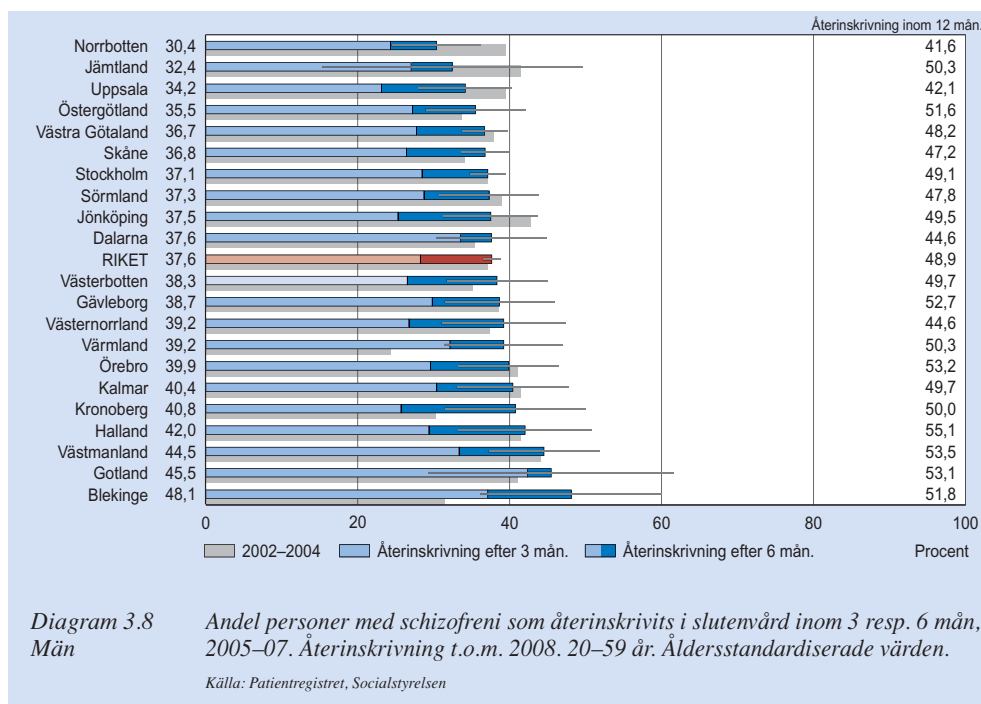


Diagram 3.8
Kvinnor

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 mån, 2005–07. Återinskrivning t.o.m. 2008. 20–59 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



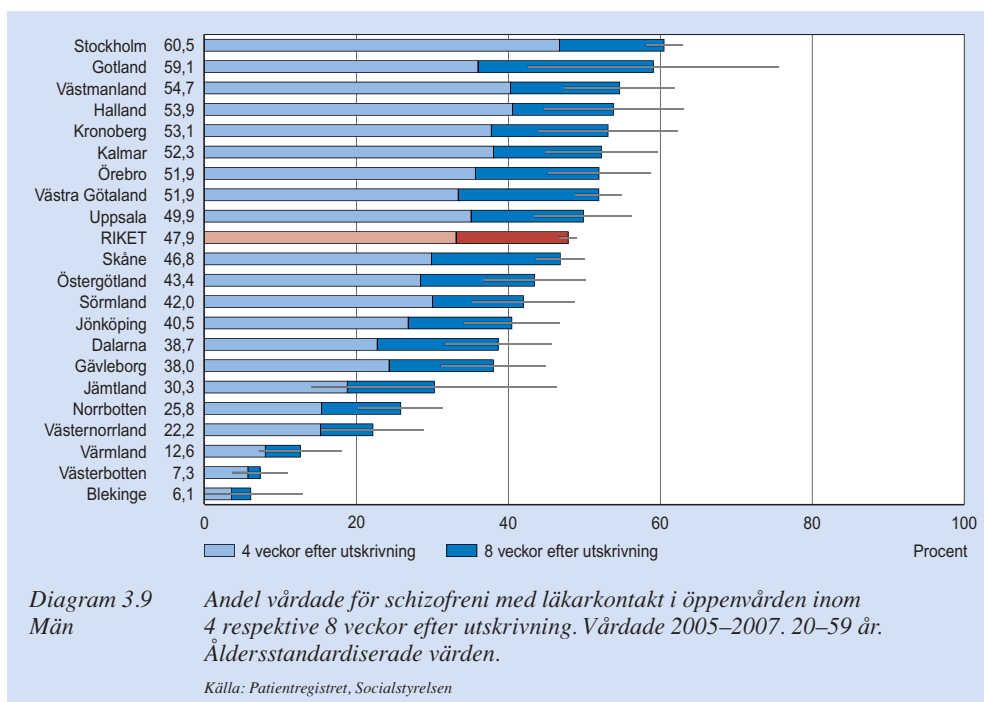
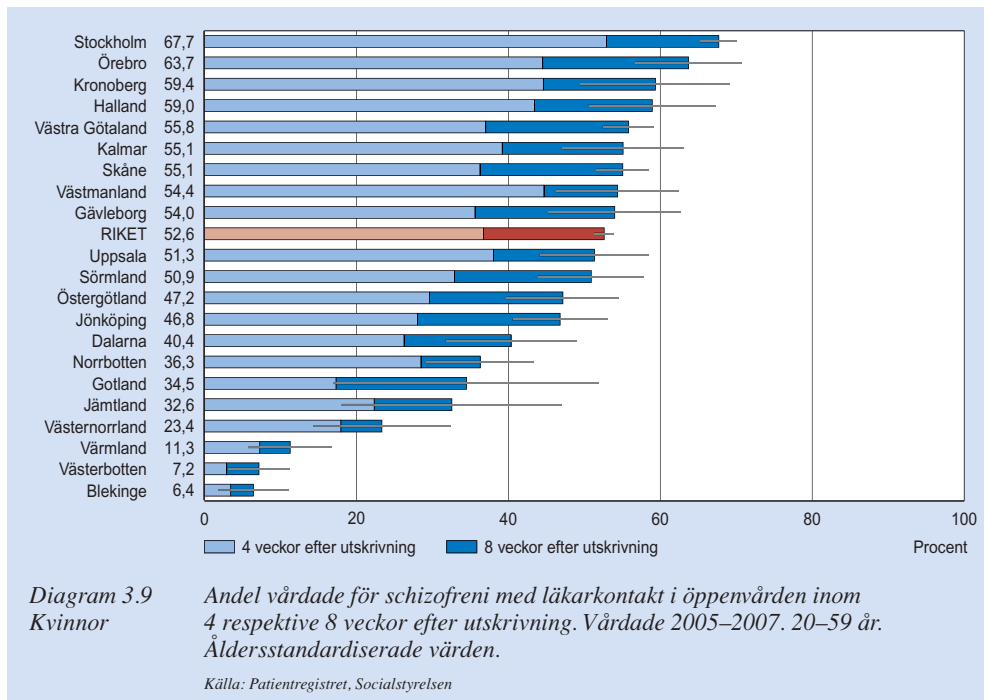
das varje år cirka 1 900 kvinnor och 2 300 män i åldern 20-59 år för sin schizofreni.

I riket återinskrevs drygt 27 procent inom 3 månader och 37 procent inom 6 månader, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård och organisationen av öppenvården påverkar utfallet. Andelen återinskrivna i dag har inte förändrats jämfört med nivån under perioden 2002-2004.

Denna indikator behöver utvecklas för att försöka klargöra i vilken mån det går att minska återinskrivningarna och om de kan fungera som en indikator på kvaliteten i den psykiatriska öppenvården och i samspelet med socialtjänstens verksamhet. Landstingen uppmanas även här att analysera orsakerna till de stora skillnaderna i återinskrivningsfrekvens.

3.9 Läkarkontakt i öppenvård efter utskrivning för schizofreni

Indikatorn mäter hur stor andel av dem som har vårdats för schizofreni som får ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivningen. Enligt de preliminära riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni finns visst vetenskapligt stöd för att kontakt med öppenvårdspersonal innan utskrivning kan öka sannolikheten för att den utskrivne infinner sig till det första öppenvårdsbesöket. Återinskrivningarna inom 28 dagar respektive 6 månader fungerar som indikatorer för att belysa alltför tidiga utskrivningar från slutenvården samt utskrivningar där uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via öppenvården, kommunen och socialtjänsten inte fungerar eller är dåligt samordnat. Det går också att bedöma vårdkedjan mellan



sluten- och öppenvården genom att undersöka om det finns en vårdplan och hur väl den följs. Detta går dock inte att mäta med dagens datakällor. I stället kan en tidig kontakt med öppenvården efter utskrivningen vara ett mått på ett välfungerande samspel mellan sluten och öppen vård. Patientregistret innehåller dock hittills enbart läkarbesök, och därför går det inte att studera kontakter

med andra personalkategorier än läkare. Föreslagen indikator i de preliminära riktlinjerna är dock ”Uppföljningskontakt i öppenvården efter utskrivning från slutenvården”.

Mätperioden innefattar tre år eftersom det gäller så få fall per år och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 900 kvinnor och 2 300 män i åldern 20–59 år för sin schizofreni.

Av de personer med schizofreni som skrevs ut från slutenvården hade en tredjedel av patienterna träffat en läkare i specialiserad psykiatrisk öppenvård inom 4 veckor, och inom 8 veckor hade hälften träffat en läkare. Variationen mellan landstingen är dock stor och kan delvis bero på tillgången till läkare, men också på hur samspelet mellan sluten- och öppenvård är organiserat. Till viss del kan variationerna även bero på skillnader i inrapporteringen av besök.

3.10 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för schizofreni

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus om patienterna med vissa sjukdomstillstånd får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården. En mer utförlig beskrivning finns i indikator 3.3.

I diagram 3.10 redovisas antalet personer i åldern 20–59 år med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2008. Totalt 16 000 personer har någon gång de senaste fem åren vårdats för schizofreni, och av dem var det drygt 250 personer som vårdades för undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen under 2008. Det faktiska antalet personer i hela befolkningen med undvikbara slutenvårdstillfällen var cirka 20 000, med ungefär lika många kvinnor som män. Eftersom talen är så låga går det inte att jämföra landstingen.

Andelen med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är betydligt högre bland personer som har vårdats för schizofreni, vilket kan bero på att sjukdomen upptäcks senare, behandlingen tar längre tid och patienterna är sämre på att följa ordinationerna. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstils-

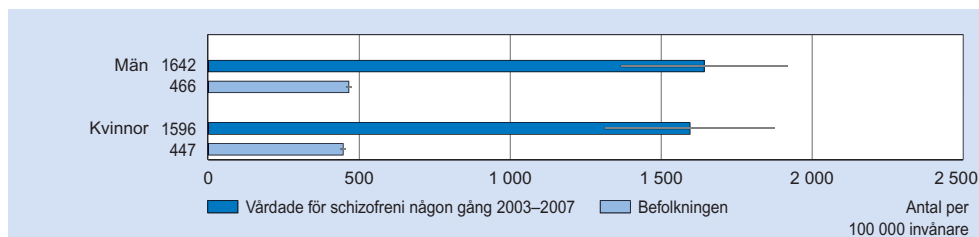


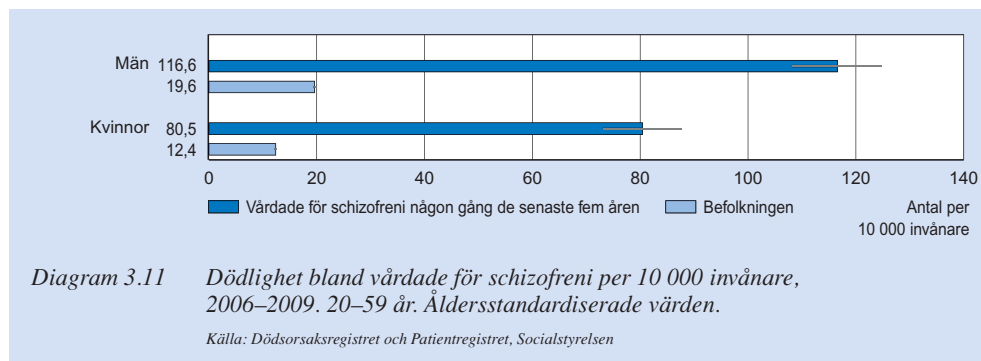
Diagram 3.10 Antal personer med schizofreni med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2008. 20–59 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

riskfaktorer. Generellt ligger männen högre, vilket troligen beror på att män oftare drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i somatisk öppen vård.

3.11 Dödlighet bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för schizofreni

Diagrammet visar dödligheten för personer i åldern 20–59 år som någon gång de senaste fem åren har vårdats ineliggande med schizofreni som huvuddiagnos. Indikatorn finns med i de preliminära riktlinjerna för schizofreni. Det framgår tydligt att dödligheten bland de som har vårdats för schizofreni är betydligt högre än bland andra, och till viss del beror detta på den ökade risken för självmord bland personer med schizofreni. Självmord står för ungefär en femtedel av dödsfallen. Tillsammans med indikatorn undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen visar dock detta att många kan ha en somatisk sjuklighet som kanske inte uppmärksammas på samma sätt som för människor utan schizofreni. Den högre dödligheten kan bero på att sjukdomen upptäcks senare, behandlingen påbörjas senare och patienterna är sämre på att följa ordinationerna. Dessutom har gruppen generellt en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer. På grund av de låga talen är det inte möjligt att jämföra landstingen, men när det gäller könen var det totalt cirka 450 kvinnor och 750 män med schizofreni som avled under perioden.

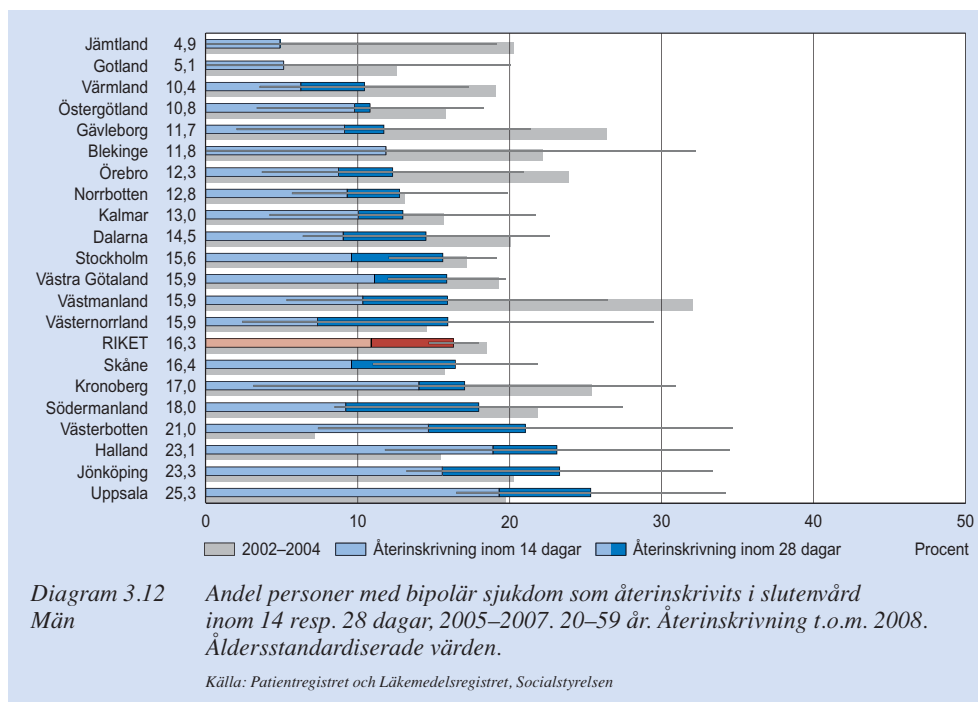
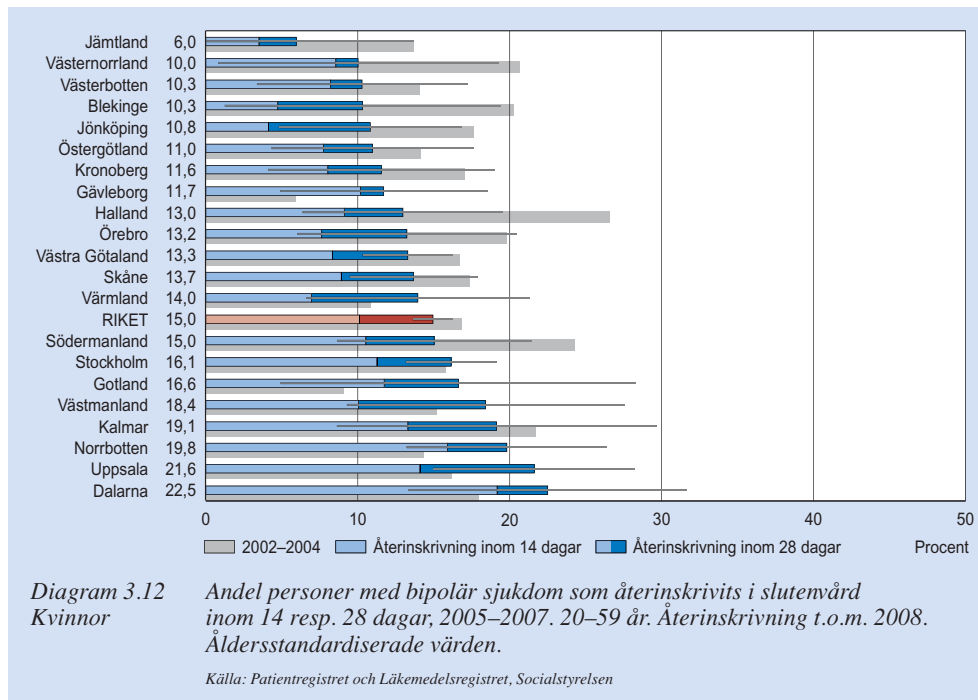


Bipolär sjukdom

Ungefär 2–4 procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i någon form av bipolär sjukdom. Sjukdomen kännetecknas av både maniska och depressiva perioder, med olika uttryck och svårighetsgrad.

3.12 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom (14 respektive 28 dagar)

Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar belyser alltför tidiga utskrivningar från slutenvården, alternativt utskrivningar utan tillräcklig samordning kring uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via öppenvården. Genom att mäta återinskrivningarna inom en månad kan man belysa kvaliteten i slutenvården. Återinskrivningar inom till exempel tre eller sex månader bedöms



i högre grad mäta kvaliteten i öppenvården samt i kommunerna och socialtjänsten (se indikator 3.13). Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Diagram 3.12 visar andelen patienter som återinskrivs med diagnosen bipolär sjukdom under de tre åren 2005–2007. Mätperioden innefattar tre år efter-

som antalet fall per år är relativt lågt, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 000 kvinnor och 700 män i åldern 20–59 år för bipolär sjukdom.

I riket återinskrevs drygt 10 procent inom 14 dagar och drygt 15 procent inom 28 dagar, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård påverkar utfallet. Återinskrivningarna har dock minskat något jämfört med perioden 2002–2004.

Denna indikator behöver utvecklas för att försöka klargöra i vilken mån det går att minska återinskrivningarna och om det kan fungera som en indikator på kvalitet. Landstingen uppmanas att analysera orsakerna till de stora skillnaderna i återinskrivningsfrekvens.

3.13 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom (3 månader respektive 6 månader)

Indikatorn återinskrivning inom 3 respektive 6 månader ska belysa de återinskrivningar som beror på att uppföljningarna och det fortsatta omhändertagandet inte räckte efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivningen inom 6 månader går det att undersöka kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt i samspelet dem emellan. Återinskrivningar inom till exempel 14 eller 28 dagar bedöms i högre grad mäta kvaliteten i slutenvården, se indikator 12. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

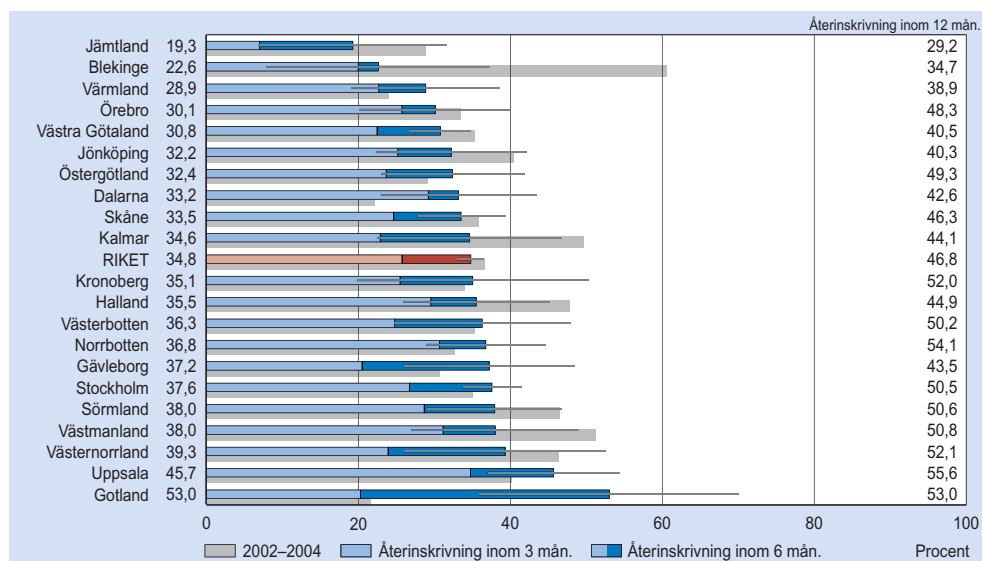


Diagram 3.13
Kvinnor

Andel personer med bipolär sjukdom som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2005–2007. 20–59 år. Återinskrivning t.o.m. 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

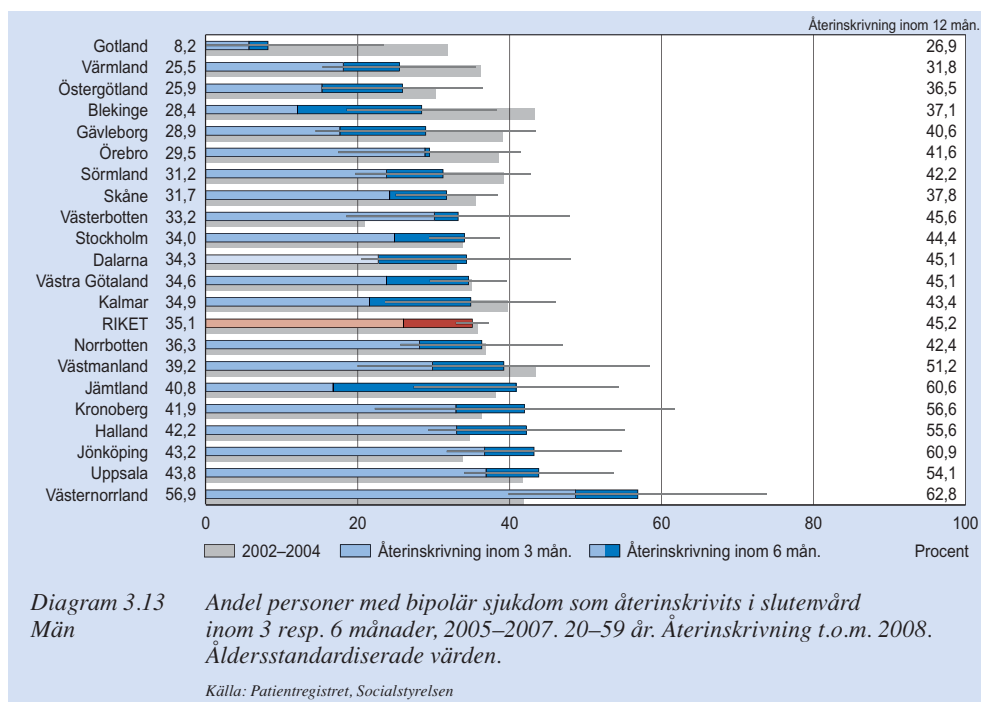


Diagram 3.13 visar andelen patienter som återinskrivs med diagnosen bipolär sjukdom under de tre åren 2005–2007. Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 000 kvinnor och 700 män i åldern 20–59 år för bipolär sjukdom.

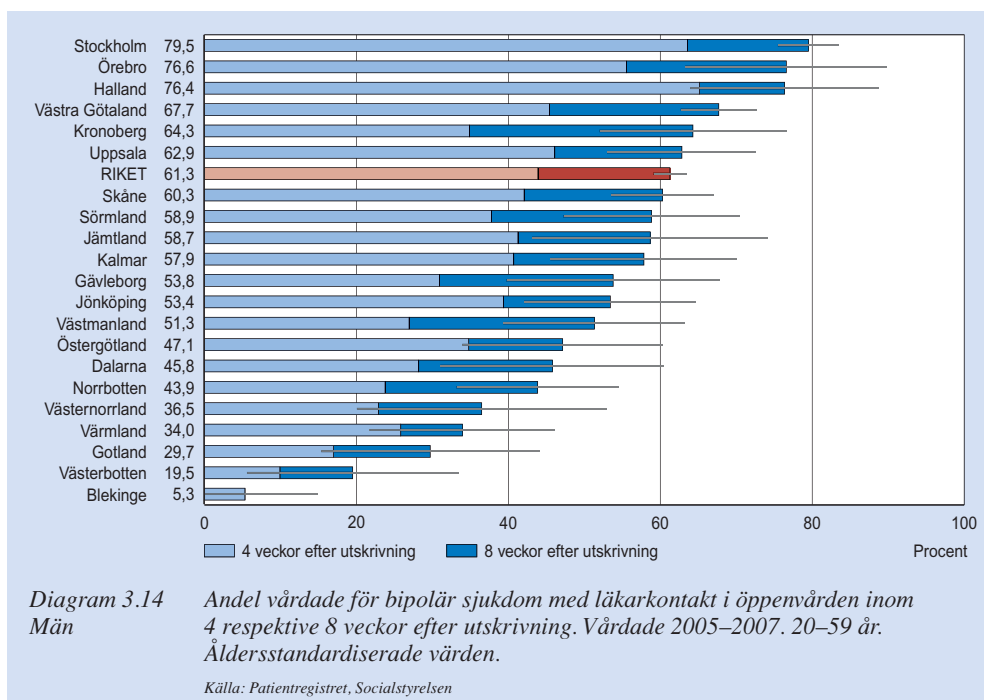
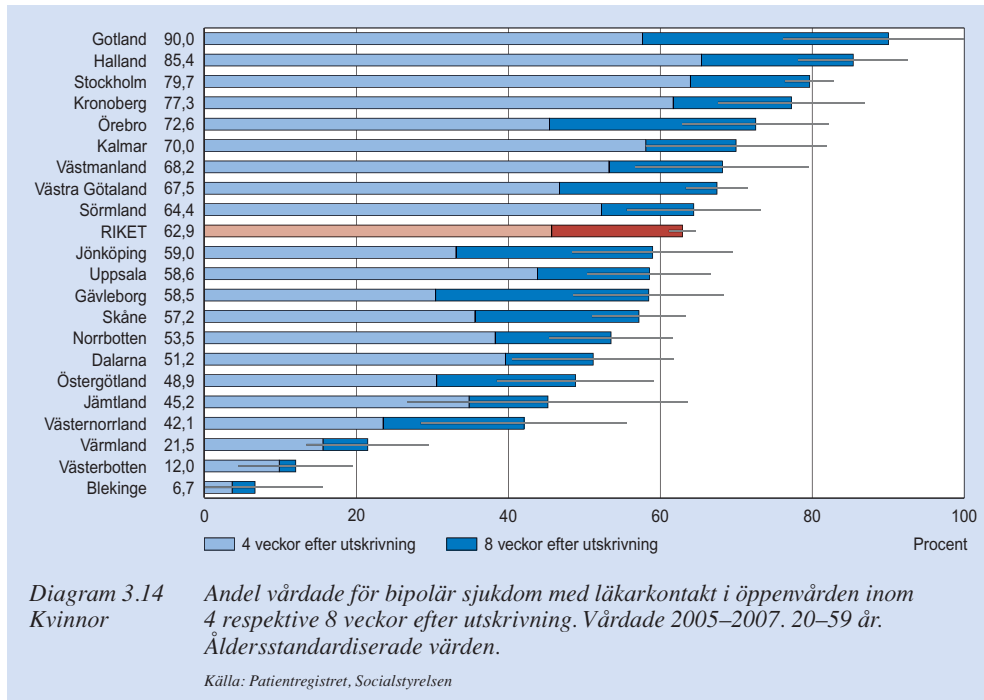
I riket återinskrivs drygt 25 procent inom 3 månader och 34 procent inom 6 månader, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård och organisationen av öppenvården påverkar utfallet. Jämfört med åren 2002–2004 har återinskrivningen inom 6 månader inte förändrats.

Denna indikator behöver utvecklas för att försöka klargöra i vilken mån det går att minska återinskrivningarna och om det kan fungera som en indikator på kvaliteten i den psykiatriska öppenvården och i samspelet med socialtjänsten. Landstingen uppmanas att analysera orsakerna till de stora skillnaderna i återinskrivningsfrekvens.

3.14 Läkarkontakt i öppenvård efter utskrivning för bipolär sjukdom

Indikatorn mäter hur stor andel av dem som har vårdats för bipolär sjukdom som får ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivningen. Återinskrivningarna inom 28 dagar respektive 6 månader belyser alltför tidiga utskrivningar från slutenvården samt utskrivningar där uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via öppenvården, kommunen och socialtjänsten inte räcker eller är dåligt samordnat. Det går också att mäta

vårdkedjan mellan sluten- och öppenvården genom att undersöka om det finns en vårdplan och hur väl den följs. Detta går dock inte att mäta med dagens datakällor. I stället kan en tidig kontakt med öppenvården efter utskrivningen vara ett mått på ett välfungerande samspel mellan sluten och öppen vård. Patientregistret inkluderar hittills enbart läkarbesök, och därför går det inte att studera



kontakter med andra personalkategorier än läkare. I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom fokuseras på kontinuiteten i läkar-kontakten, vilket för närvarande inte är uppföljningsbart.

Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 000 kvinnor och 700 män i åldern 20–59 år för bipolär sjukdom.

Av de personer med bipolär sjukdom som skrevs ut från slutenvården hade drygt 40 procent träffat en läkare i specialiserad psykiatrisk öppenvård inom 4 veckor, och inom 8 veckor hade 60 procent träffat en läkare. Variationen mellan landstingen är dock stor och kan delvis bero på tillgången på läkare, men också på hur samspelet mellan sluten- och öppenvården är organiserat. Till viss del kan variationen även bero på skillnader i inrapportering av besök.

3.15 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård belyser omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården (se indikator 3 för en utförlig beskrivning). Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

I diagram 3.15 redovisas antalet personer i åldern 20–59 år med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2008. Totalt 6 000 personer har någon gång under de senaste fem åren vårdats för bipolär sjukdom, och av dem hade 90 personer undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen under år 2008. På grund av de låga talen går det inte att jämföra landstingen, och jämförelsen med undvikbar somatisk slutenvård i befolkningen som helhet blir också något osäker. Det är dock tydligt att undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är vanligare bland personer som har vårdats för bipolär sjukdom. Detta kan bero på en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer, men också på att sjukdomen upptäcks senare, behandlingen påbörjas senare och patienterna har en sämre följsamhet till ordinationer. Generellt har männen fler sådana tillfällen, vilket troligen beror på att de oftare drabbas av några av de stora sjuk-

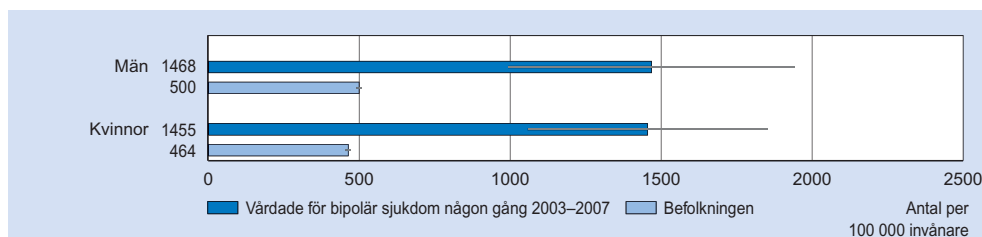


Diagram 3.15 Antal personer med bipolär sjukdom med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2008. 20–59 år. Åldersstandardiserade värden.

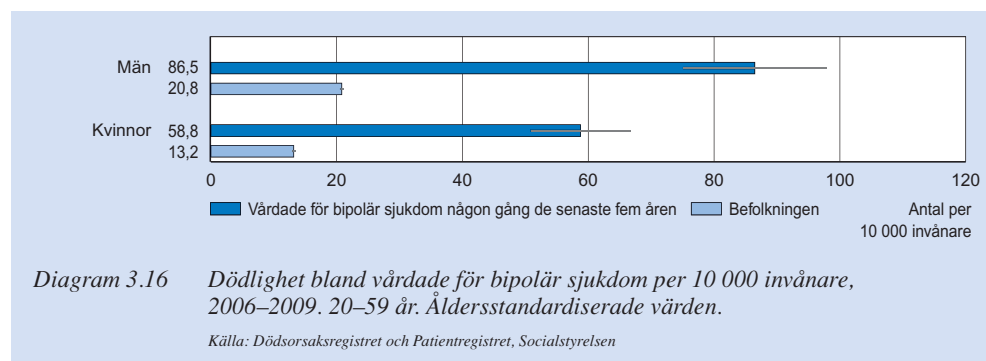
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

domsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i somatisk öppen vård.

3.16 Dödlighet bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för bipolär sjukdom

Diagram 3.16 visar dödligheten 2006–2009 för cirka 60 000 personer i åldern 20–59 år som någon gång de senaste fem åren hade vårdats inlaggande med bipolär sjukdom som huvuddiagnos. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Det framgår tydligt att dödligheten är betydligt högre bland de som hade vårdats för bipolär sjukdom än bland andra, och till viss del beror detta på att självmord är vanligare i gruppen personer med bipolär sjukdom. Ungefär en femtedel av dödsfallen är självmord. Tillsammans med indikatorn undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen visar dock detta att många med bipolär sjukdom också kan ha en somatisk sjuklighet som kanske inte uppmärksammas på samma sätt som för andra. Den högre dödligheten kan bero på försenad upptäckt, fördröjd behandling och patienternas sämre följsamhet till ordinationerna. Dessutom har gruppen generellt en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer. På grund av de låga talen går det inte att jämföra landstingen. När det gäller könsfördelningen var det cirka 210 kvinnor och 220 män med bipolär sjukdom som avled under perioden

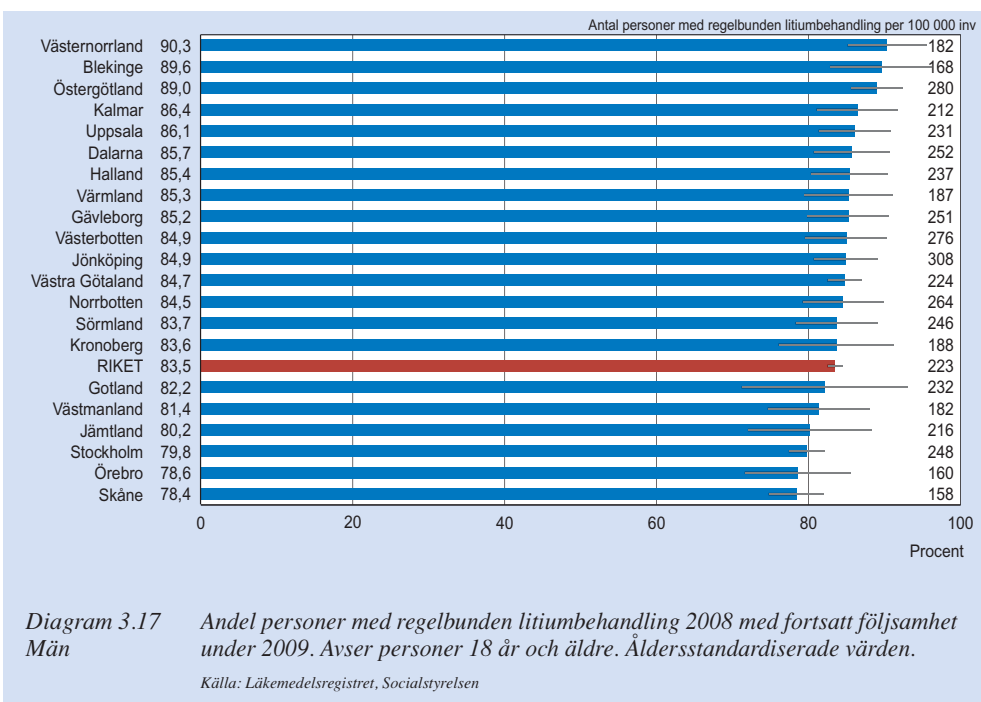
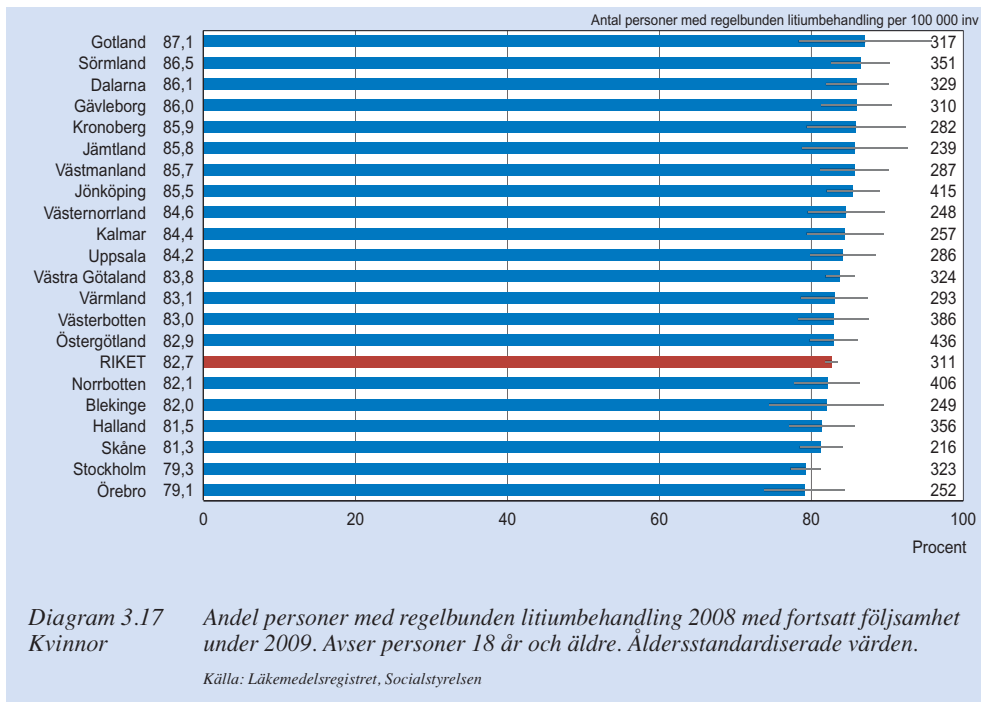


3.17 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

Litiumbehandling är en förebyggande behandling som ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller i manodepressivitet, och när det gäller bipolär sjukdom är behandlingen högprioriterad i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. Det är svårt att veta vilka patienter som riskerar att återinsjukna, men risken är högre om patienten har haft minst två episoder under de två senaste åren. Man väger också in om de tidigare episoderna har medfört en hög självmordsrisk eller fått stora konsekvenser på familje- eller arbetslivet. Förebyggande behandling med litium förhindrar inte återfallen helt, men eventuella återfallsepisoder blir oftast kortare och mindre svåra. Överdödligheten i självmord och hjärt- och kärlsjukdom minskar också.

Många drabbas av biverkningar som finvågig handskakning och effekter på ämnesomsättningen, och hos långtidsbehandlade är det vanligt med nedsatt njurfunktion. Indikatorn är något modifierad från den som ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Diagram 3.17 visar andelen personer som fick regelbunden litiumbehandling år 2008 och som fortsatte med regelbunden behandling under 2009.



I riket var denna andel 83 procent för både kvinnor och män. År 2008 fick totalt 8 300 kvinnor och 5 700 män regelbunden litiumbehandling. Variationen mellan landstingen var måttlig, framför allt för kvinnor. Diagrammets högerspalt innehåller förekomsten av litiumbehandling i de olika landstingen, och siffrorna visar relativt stora skillnader mellan landstingen i hur vanligt det var med litiumbehandling.

Enligt nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom har litium god återfallsförebyggande effekt vid bipolär sjukdom. Indikatorn är ett försök att spegla följsamheten till behandling med litium i förebyggande syfte, men är något ändrad i jämförelse med indikatorn i riktlinjen. För enskilda patienter kan det vara bättre att avbryta behandlingen och i stället försöka med andra läkemedel, och därför bör man inte förvänta sig 100 procents följsamhet.

Det finns fortfarande stora brister och variationer i diagnossättningen och registreringen inom psykiatriens öppen- och slutenvård, och därför är det svårt att via hälsodataregister mäta hur stor andel av patienterna med bipolär sjukdom som står på litiumbehandling. Antalet personer med läkemedelsbehandlingen är känd, men det råder osäkerhet om det totala antalet personer som har sjukdomen.

Depressionssjukdom

Ungefär en fjärdedel av befolkningen kommer någon gång under livet att drabbas av ett affektivt syndrom (till exempel depression), vanligare bland kvinnor än bland män. Sänkt grundstämning är det vanligaste symptomet vid depression. Andra kännetecken är uttrötthet, minskat självförtroende, störd sömn, ändrad aptit samt tankar på död eller självmord. Det är en glidande skala från de svåraste fallen till de lättaste. Det kan ibland vara svårt att dra gränsen vid vad som ska betraktas som normalt sorgearbetet vid till exempel en nära anhörigs bortgång. En liten andel av de som drabbas av depression får psykiatrisk specialistvård, de flesta som behandlas sköts via primärvården. Ett stort antal söker inte vård för sina besvär. De följande indikatorerna avser endast patienter med medelsvår eller svår depression som vårdats inom psykiatri.

3.18 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för depressionssjukdom (14 dagar respektive 28 dagar)

Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar ska belysa otillräcklig vårdtid i slutenvården, alternativt utskrivningar utan tillräcklig samordning kring uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via öppenvården. Genom att mäta återinskrivningarna inom en månad kan man få en bild av kvaliteten i slutenvården. Återinskrivningar inom till exempel tre eller sex månader bedöms i högre grad mäta kvaliteten i öppenvården samt i kommunerna och socialtjänsten (se indikator 3.19). Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Diagram 3.18 visar andelen patienter som återinskrivs med diagnosen medelsvår eller svår depression under de tre åren 2005–2007. Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt, och ett sammanvägt årligt

genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 200 kvinnor och 900 män i åldern 20–59 år för medelsvår och svår depression.

I riket återinskrevs drygt 10 procent inom 14 dagar och drygt 14 procent inom 28 dagar, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt

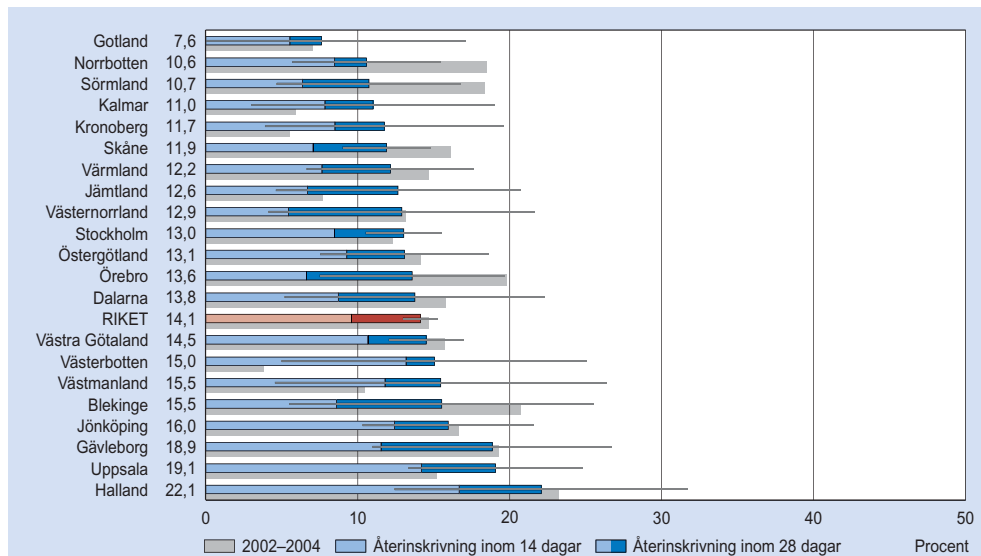


Diagram 3.18 *Kvinnor* Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2005–2007. 20–59 år. Återinskrivning t.o.m. 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

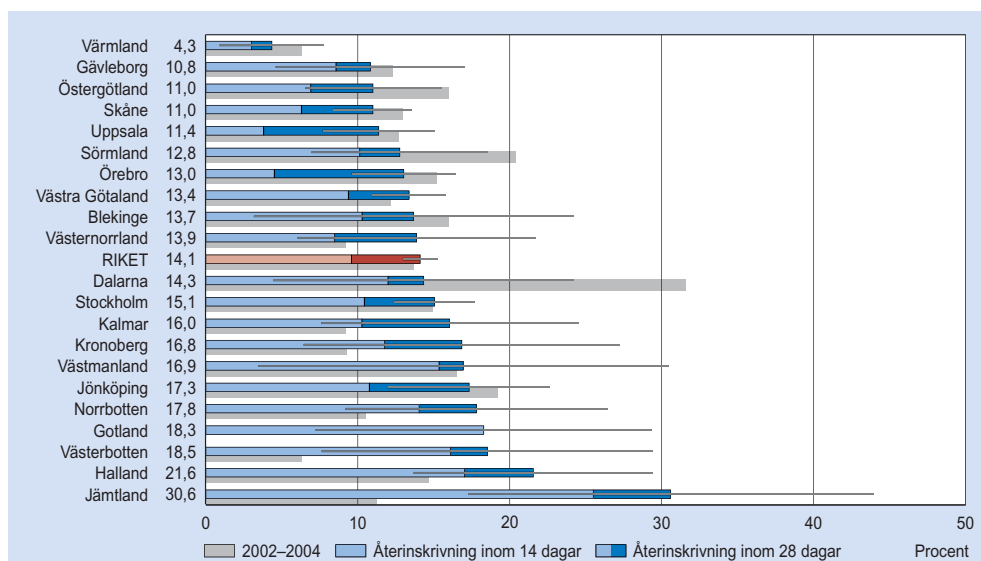


Diagram 3.18 *Män* Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2005–2007. 20–59 år. Återinskrivning t.o.m. 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård påverkar utfallet. Andelen återinskrivna är oförändrad jämfört med den föregående perioden.

Denna indikator behöver utvecklas för att försöka klargöra i vilken mån det går att minska återinskrivningarna och om de kan fungera som indikator på kvalitet. Landstingen uppmanas att analysera orsakerna till de stora skillnaderna i återinskrivningsfrekvens.

3.19 Återinskrivning efter sluten psykiatrisk vård för depressions-sjukdom (3 månader respektive 6 månader)

Indikatorn återinskrivning inom 3 respektive 6 månader ska belysa de återinskrivningar som berodde på att uppföljningarna och det fortsatta omhändertagandet inte räckte efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivningen inom 6 månader går det att få en bild av kvaliteten i öppenvården och socialtjänstens insatser samt i samspelet dem emellan. Återinskrivningar inom till exempel 14 eller 28 dagar bedöms i högre grad mäta kvaliteten i slutenvården, se indikator 3.18. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Diagram 3.19 visar andelen patienter som återinskrivs med diagnosen medelsvår eller svår depression under de tre åren 2005 – 2007. Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 200 kvinnor och 900 män i åldern 20 – 59 år för medelsvår och svår depression.

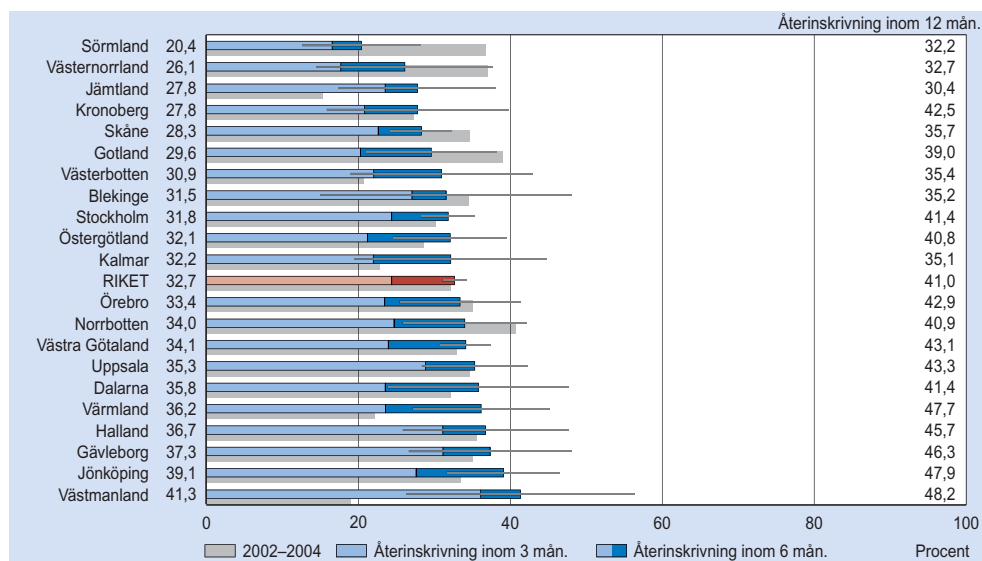
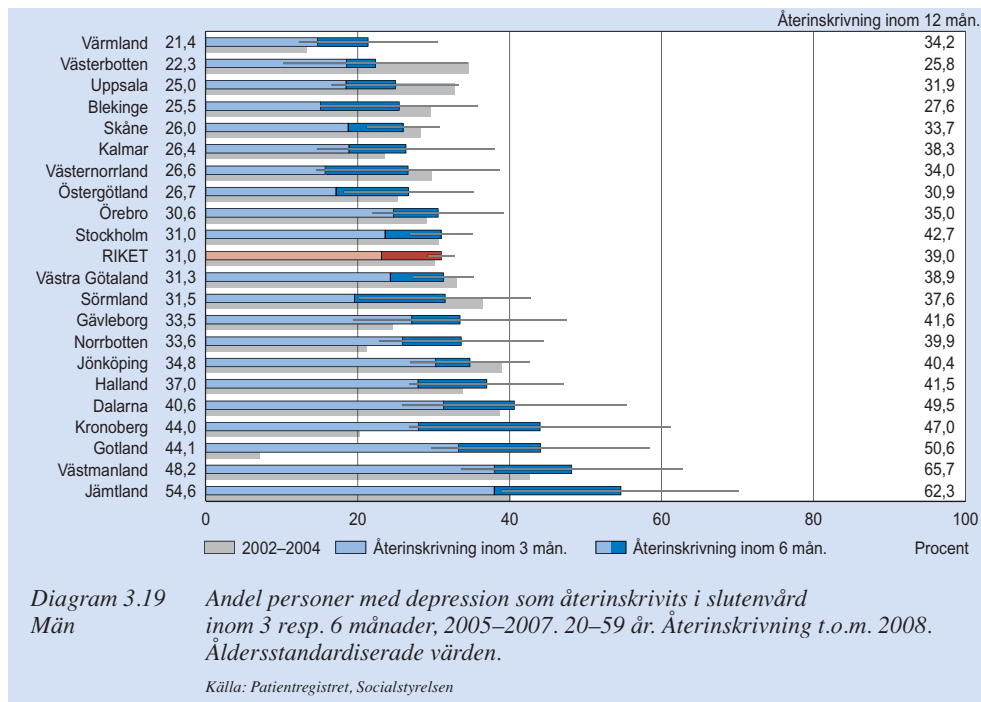


Diagram 3.19
Kvinnor

Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 3 resp. 6 månader, 2005–2007. 20–59 år. Återinskrivning t.o.m. 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

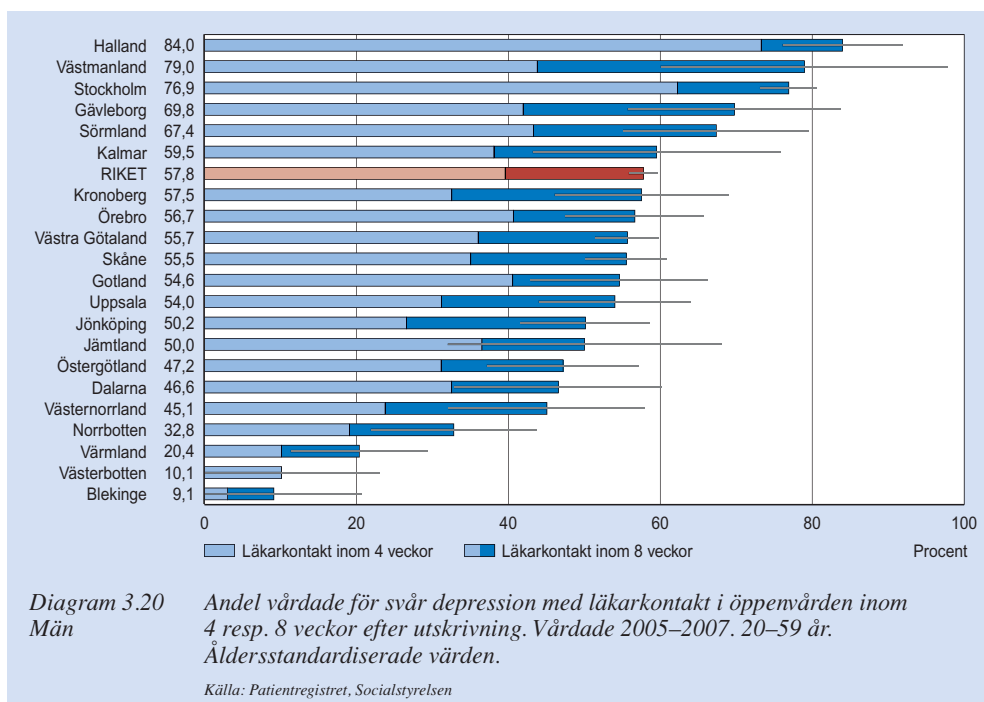
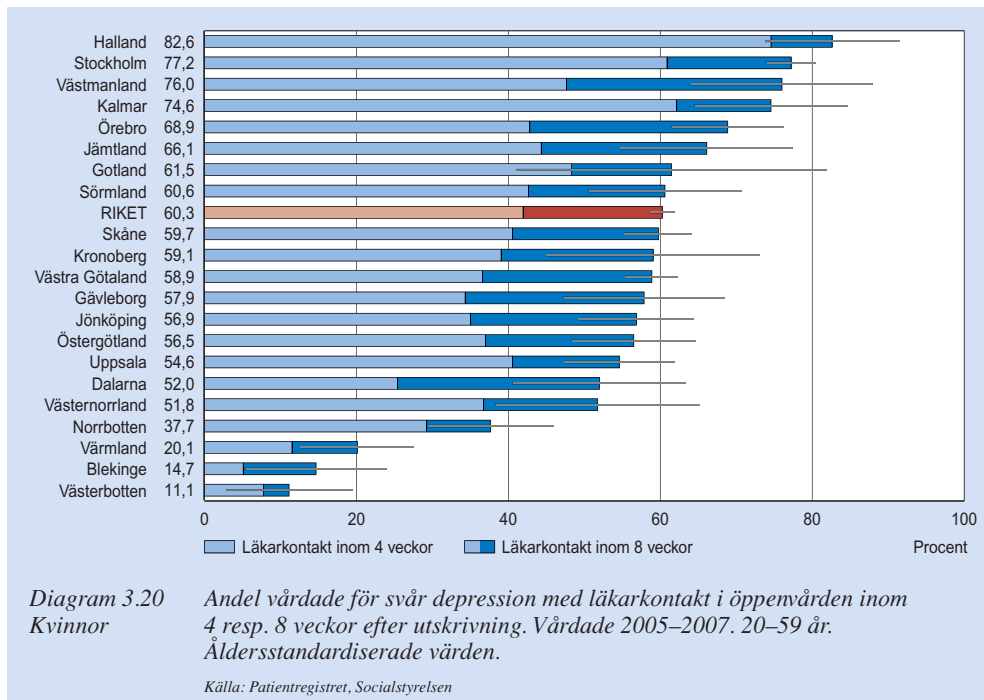


I riket återinskrivs drygt 23 procent inom 3 månader och 30 inom 6 månader, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård och organisationen av öppenvården påverkar utfallet. Andelen återinskrivna är oförändrad jämfört med föregående period.

Denna indikator behöver utvecklas för att försöka klargöra i vilken mån det går att minska återinskrivningarna och om de kan fungera som en indikator på kvaliteten i den psykiatriska öppenvården. Landstingen uppmanas att analysera orsakerna till de stora skillnaderna i återinskrivningsfrekvens.

3.20 Läkarkontakt i öppenvård efter utskrivning för depressions-sjukdom

Indikatorn mäter hur stor andel av dem som har vårdats för medelsvår eller svår depression som får ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom 4 respektive 8 veckor efter utskrivningen. Återinskrivningarna inom 28 dagar respektive 6 månader belyser alltför tidiga utskrivningar från slutenvården samt utskrivningar där uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via öppenvården, kommen och socialtjänsten inte räcker eller är dåligt samordnat. Det går också att studera vårdkedjan mellan sluten- och öppenvården genom att undersöka om det finns en vårdplan och hur väl den följs. Detta går dock inte att mäta med dagens datakällor. I stället kan en tidig kontakt med öppenvården efter utskrivningen vara ett mått på ett välfungerande samspel mellan sluten och öppen vård. Patientregistret inkluderar hittills enbart läkarbesök, och därför går det inte att studera kontakter med andra personalkategorier



än läkare. De nationella riktlinjerna för vård depression och ångestsyndrom fokuserar på kontinuitet i läkarkontakten vilket för närvarande inte är uppföljningsbart.

Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar

den statistiska osäkerheten. I medeltal vårdas varje år cirka 1 200 kvinnor och 900 män i åldern 20–59 år för medelsvår och svår depression.

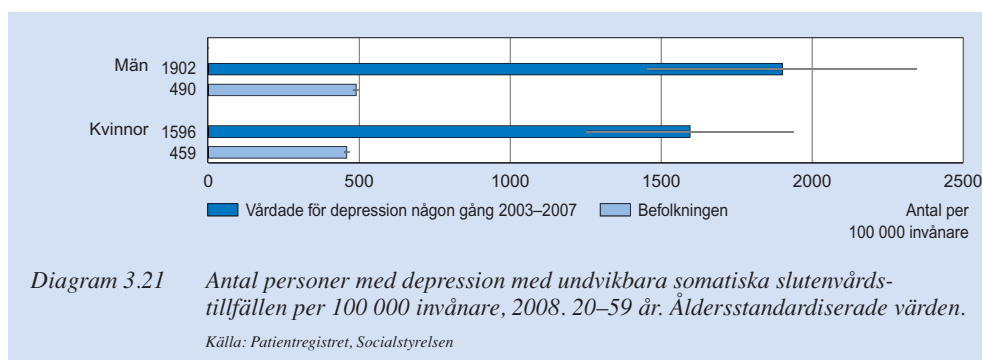
Av de personer med depression som skrevs ut från slutenvården under perioden hade cirka 40 procent av patienterna träffat en läkare i specialiserad psykiatrisk öppenvård inom 4 veckor, och inom 8 veckor har runt 60 procent träffat en läkare. Variationen mellan landstingen är dock stor och kan delvis bero på tillgången på läkare, men också på hur samspelet mellan sluten- och öppenvården är organiserat. Till viss del kan variationen även bero på skillnader i inrapportering av besök, för exempelvis Blekinge rapporterar en väldigt liten andel av sina besök.

3.2.1 Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård för depressionssjukdom

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård belyser omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården (se indikator 3.3 för en utförlig beskrivning). Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

I diagram 3. 21 redovisas antalet personer i åldern 20–59 år med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2008. Totalt 9 000 personer har någon gång under de senaste fem åren vårdats för depression, och av dem har cirka 150 personer undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen. I hela befolkningen hade 20 000 personer undvikbara slutenvårdstillfällen, ungefär lika många kvinnor som män. Antalen är dock så låga att det inte går att jämföra landstingen.

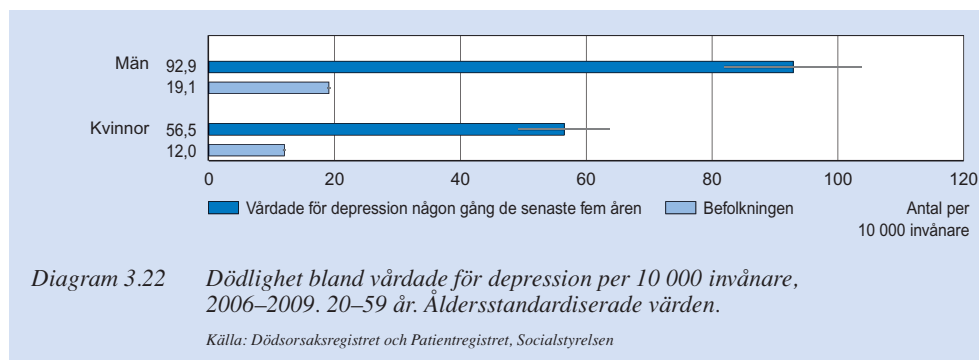
Det är tydligt att undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är vanligare bland personer som har vårdats för depression. Dessutom har männen generellt fler vårdtillfällen, vilket troligen beror på att de oftare drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i somatisk öppen vård.



3.22 Dödlighet bland personer som vårdats inom slutna psykiatrisk vård för depressionssjukdom

Diagram 3.22 visar dödligheten åren 2006–2009 för de personer i åldern 20–59 år som någon gång de senaste fem åren hade vårdats inlaggande med depression som huvuddiagnos. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Det framgår tydligt att dödligheten är betydligt högre bland de som hade vårdats för depression än bland andra, och till viss del beror detta på att självmord är vanligare i gruppen personer med depression. Självmord står för ungefär en femtedel av dödsfallen. Tillsammans med indikatorn på undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen visar dock detta att många människor med en depression också kan ha en somatisk sjuklighet som kanske inte uppmärksammas på samma sätt som för andra. Den högre dödligheten kan bero på att sjukdomen upptäcks senare, att behandlingen tar längre tid och att patienterna är sämre på att följa sina ordinationer. Dessutom har gruppen generellt en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer. På grund av de låga talen går det inte att jämföra landsingen. När det gäller könsfördelningen var det cirka 230 kvinnor och 280 män med depression som avled under perioden.



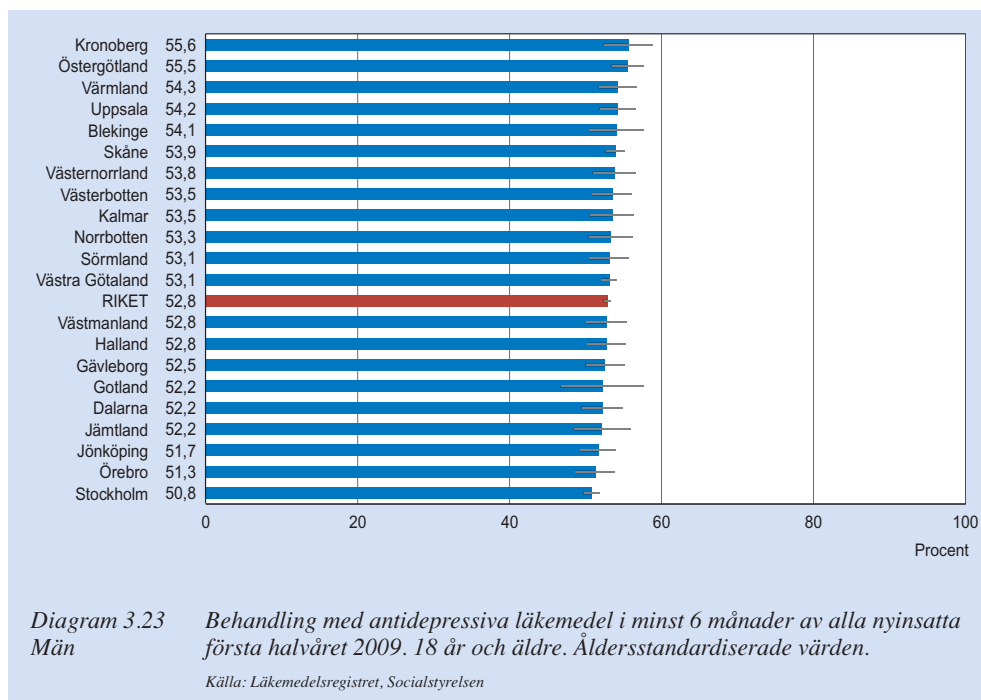
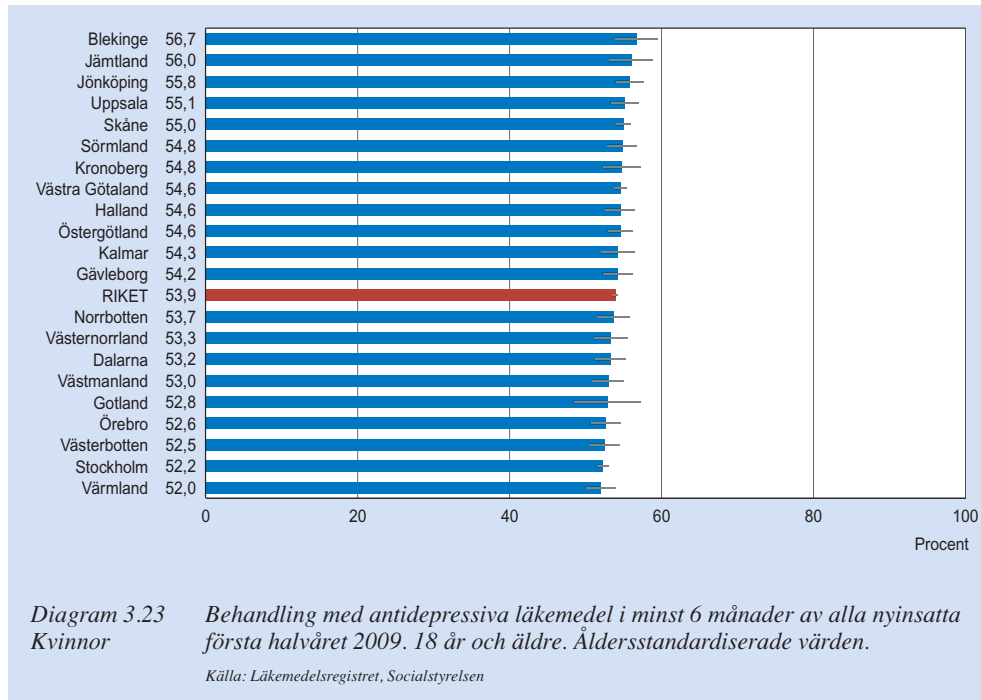
Läkemedelsbehandling

3.23 Följsamhet till behandling med antidepressiva läkemedel

Enligt de nationella riktlinjerna är behandling med KBT och antidepressiva läkemedel förstahandsval vid lindrig depression. För medelsvår och svår depression är antidepressiv medicinering förstahandsvalet. För att behandlingen med antidepressiva läkemedel ska ha någon effekt vid depression krävs dock att den är regelbunden och pågår i minst 6 månader. Indikatorn ska mäta hur stor andel av patienterna som sätts in på antidepressiv medicinering som fortsätter med denna behandling i minst ett halvår. Många behandlingar med antidepressiva initieras via primärvården, och därför kan inte registerdata användas för att definiera en population där indikationen för behandling är depression och ingen annan psykiatrisk sjukdom. I stället mäts hur stor andel av dem som hämtade ut ett recept på antidepressiva under första halvåret 2009, som inte stod på antidepressiva under sista halvåret 2008 och som också hämtade ut minst ett

till recept 2–5 månader senare. På så sätt fångas alla med antidepressiv medicineri-
 ning oberoende av indikation. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för
 vård vid depression och ångestsyndrom.

Diagram 3.23 visar att cirka hälften av alla drygt 130 000 personer över 18 år
 som hämtat ut ett recept på antidepressiva under första halvåret 2009 och som



inte under det föregående halvåret hämtat ut något antidepressivt läkemedel, fortsätter med behandlingen. Följsamheten är lika bland kvinnor och män, 54 respektive 53 procent, och variationen mellan landstingen är också liten. Den låga följsamheten kan delvis vara ett tecken på att personer med lindrig depression i hög grad sätts in på antidepressiva trots att evidensen är lägre för dessa patienter.

3.24 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel

Bensodiazepiner och bensodiazepinlika läkemedel är internationellt accepterade läkemedel för kortvarig behandling av sjukliga ångestillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De används även för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Bensodiazepiner förskrivs främst av allmänläkare, men också av psykiater och i lägre grad av invärtesmedicinare.

Patienterna kan få oönskade biverkningar efter ett regelbundet långtidsbruk eller en hög konsumtion av preparaten, och exempelvis kan den kognitiva förmågan påverkas. Preparaten kan även ha en aggressivitetshöjande effekt och kan framkalla beroende och missbruk. Därför är det viktigt att inte slentrianmässigt förskriva dessa läkemedel.

Kvinnor ordinerar oftare bensodiazepiner, vilket kan bero på att det är vanligare med ångestillstånd hos kvinnor än hos män. Användningen av bensodiazepiner har också samband med åldern eftersom personer över 65 år svarar för mer än hälften av konsumtionen.

Indikatorn ska spegla antalet regelbundna användare, det vill säga personer som i genomsnitt konsumerar en halv daglig definierad dygnsdos (DDD) av bensodiazepiner per dag under ett år. Definitionen av högkonsumenter är de som konsumerar minst 1,5 dygnsdoser per dag. Källan är Läkemedelsregistret, som är heltäckande när det gäller uthämtade läkemedel i öppenvården.

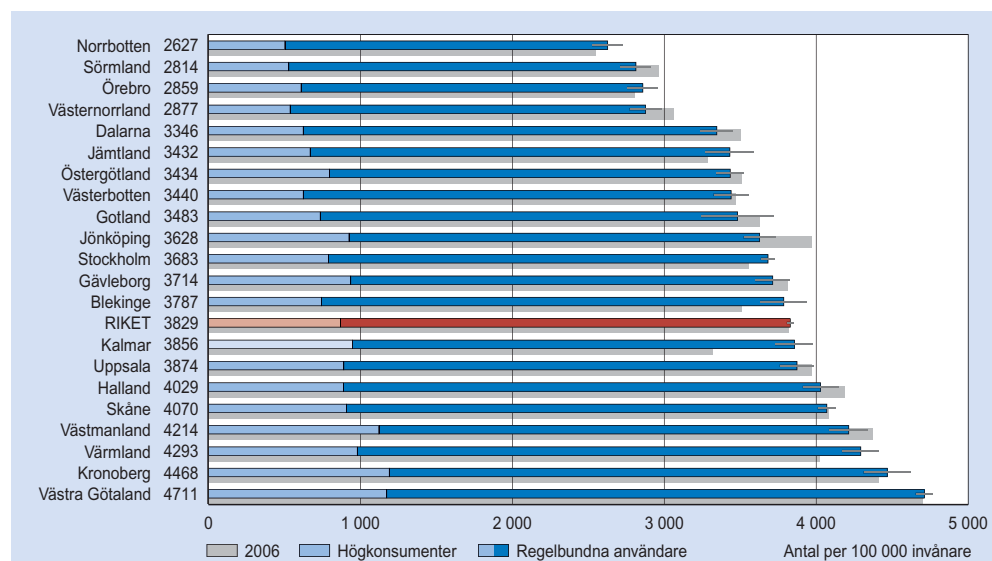
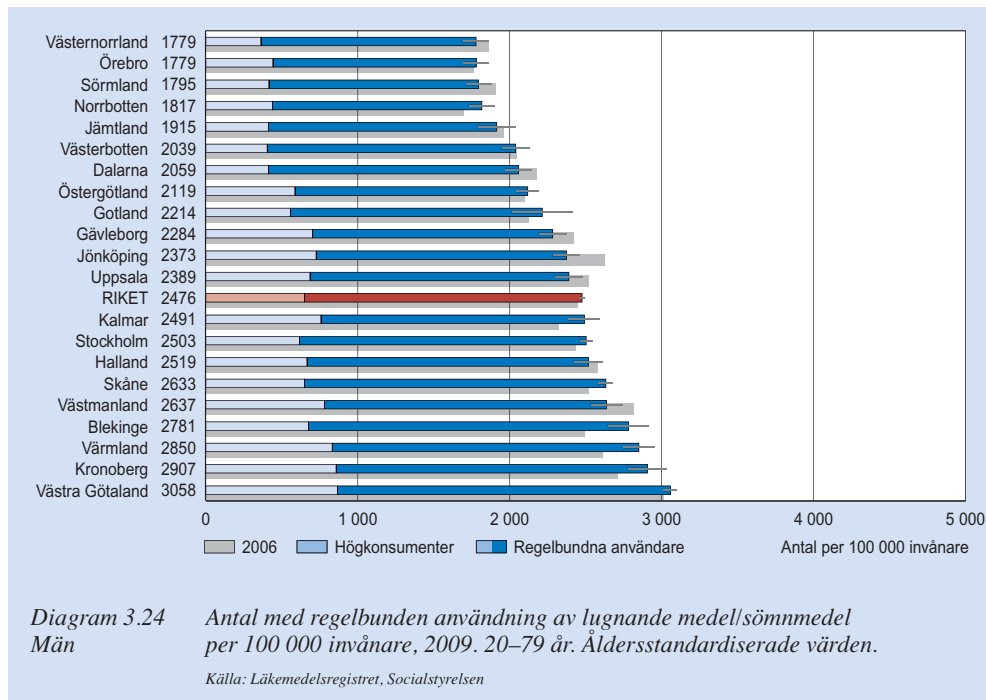


Diagram 3.24 Kvinnor Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 2009. 20-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



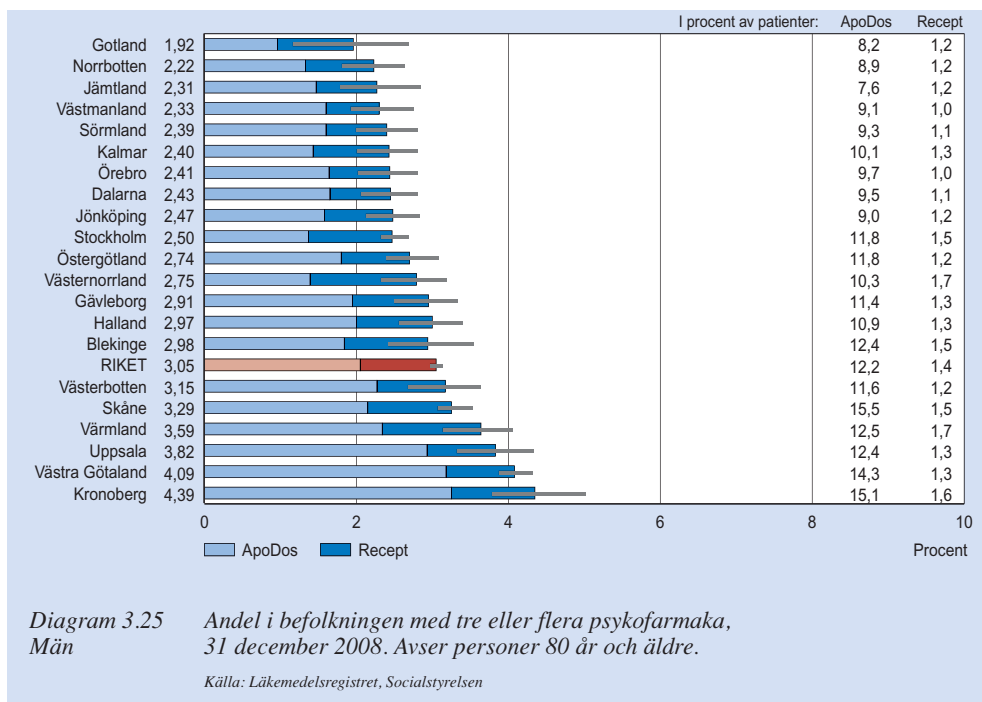
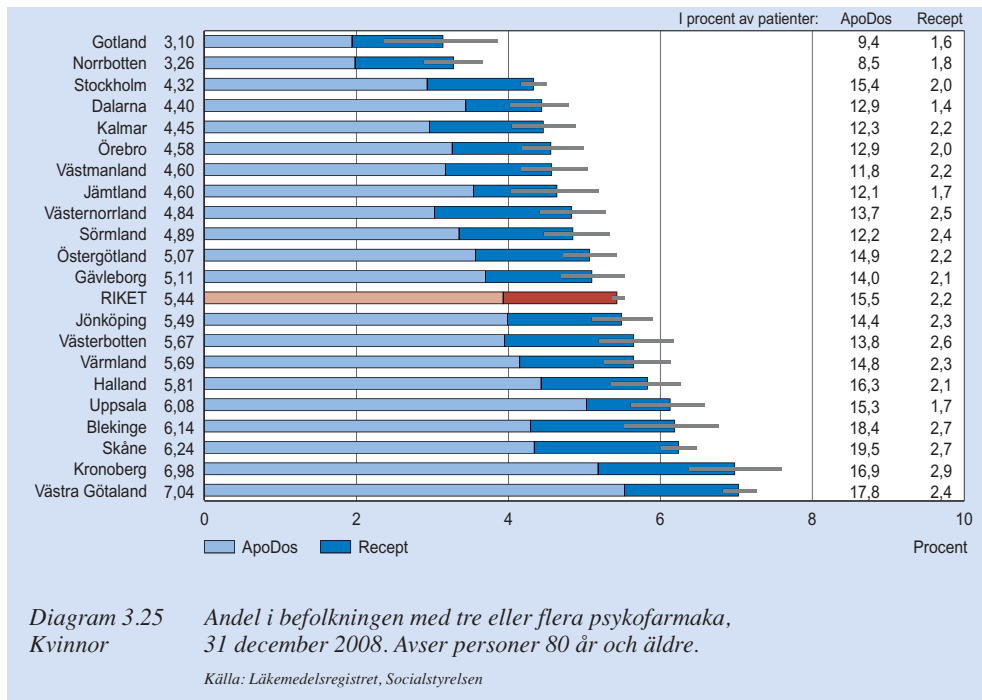
Under 2009 hämtade 211 000 personer i åldern 20-79 år regelbundet ut bensodiazepiner, varav 131 000 kvinnor och 81 000 män. Diagram 3.23 visar att de flesta regelbundna användare är kvinnor, liksom storkonsumenterna. Det finns även en stor variation mellan landstingen i användningen av bensodiazepiner. En intressant fråga är i vilken mån befolkningarnas psykiska ohälsa kan förklara skillnaderna mellan olika landsting, eller om skillnaderna snarare beror på olika behandlingstraditioner. Användningen i riket är oförändrad jämfört med 2006.

3.25 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Polyfarmaci är samtidig användning av många läkemedel. I det här fallet innebär det att en person samtidigt behandlas med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan det kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

Diagram 3.24 visar andelen äldre av hela befolkningen som hade tre eller fler psykofarmaka vid mättidpunkten 31 december 2008. Andelen var 4,6 procent år 2008, vilket motsvarar knappt 22 500 personer. Den var högre bland kvinnor än bland män, med 5,4 respektive 3,1 procent.

ApoDos har stora fördelar för vissa patientgrupper, men det finns en diskussion om att systemet ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen, där Uppsala och Västra Götaland har högst andel medan Stockholm har lägst. Detta motiverar särredovisningen av ApoDos och receptexpedierade läkemedel, som visas till höger i diagrammet. I de senare siffrorna ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan hela befolkningen ingår i stapeldiagrammet.



Patienter med tre eller fler psykofarmaka förekom framför allt i gruppen som hade ApoDos, med cirka 15 procent jämfört med nästan 2 procent i gruppen som fick receptexpedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen beror främst på skillnaden i gruppen med ApoDos, där spridningen är 9 till 18 procent i de olika landstingen.

3.26 Långvarig användning av sömnmedel bland äldre

Med åldern blir det vanligare med bestående sömnbesvär som delvis beror på kroppsliga och psykiska hälsoproblem och i vissa fall på läkemedelsbruk. Därmed är det många äldre som förskrivs sömnmedel. Effekterna av långtidsanvändning är dock inte helt dokumenterade men man anser att den medför

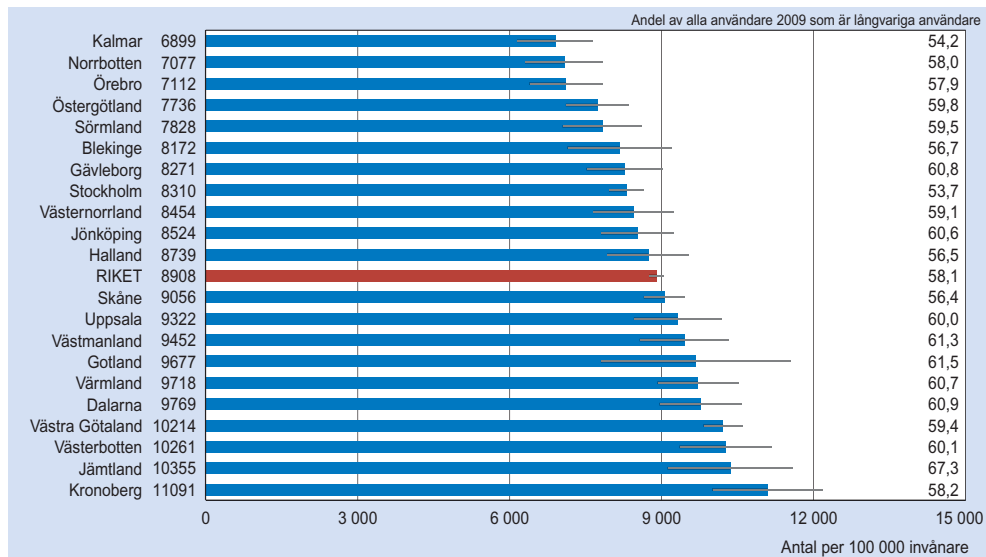


Diagram 3.26 Antal med regelbunden användning av sömnmedel under de senaste tre åren per 100 000 invånare, 2009. 80–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Kvinnor

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

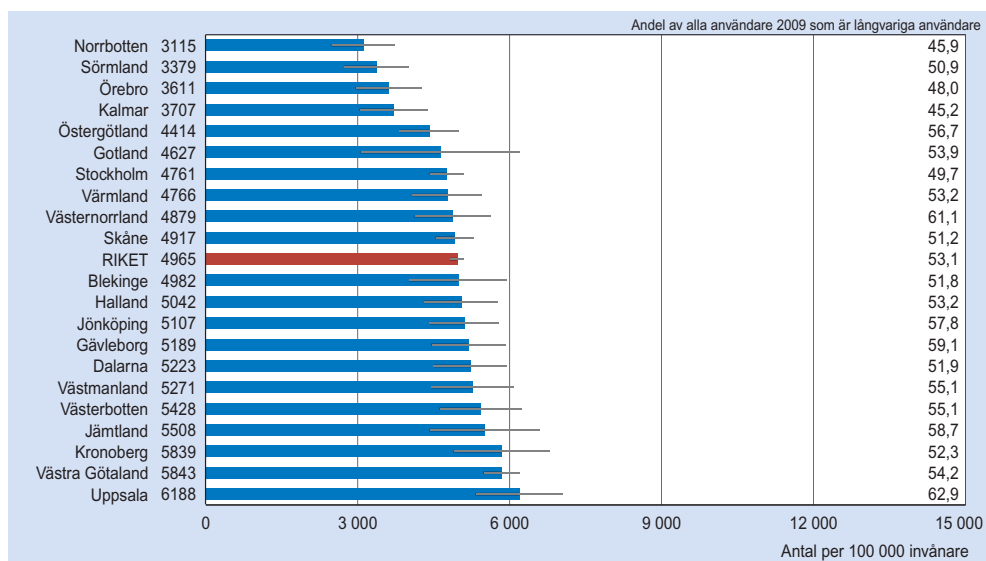


Diagram 3.26 Antal med regelbunden användning av sömnmedel under de senaste tre åren per 100 000 invånare, 2009. 80–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Män

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

en risk för en snabb toleransutveckling där den sövande effekten kan försvinna efter ett tag medan de kroppsliga och psykiska biverkningarna består. Läkemedelsverket rekommenderar att långtidsanvändare gör en långsam nedtrappning. De flesta lyckade nedtrappningsprogram kan genomföras på 1–6 månader, men för vissa patienter kan det vara nödvändigt att fortsätta i över ett år.

Av alla 80–84-åringar står 13 000 kvinnor och 5 000 män på långvarig sömnmedicinering, definierat som regelbunden användning under de senaste tre åren. Hälften av alla i denna åldersgrupp som fick sömnmedel utskrivna under år 2009 var redan långvariga användare. Det är nästan dubbelt så vanligt att kvinnor är långvariga användare av sömnmedel jämfört med män. Variationen mellan landstingen är stor. Huvudparten av förskrivningen sker via primärvården och den somatiska vården och inte via psykiatrin.

3.27 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre

Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre, vilket den föregående indikatorn visar. Det är dock viktigt att använda rätt läkemedel, och Socialstyrelsen kommer att under 2010 ge ut en rapport med indikatorer för att utvärdera kvaliteten i äldres läkemedelsterapi.

Många av de förändringar som sker i kroppen med stigande ålder påverkar läkemedlets ”kinetik”, det vill säga hur de tas upp, fördelas, omvandlas och utsöndras från kroppen. Ofta blir resultatet att läkemedlet dröjer kvar längre i kroppen. Detta kan i sin tur medföra att de får en förlängd verkan, men också att halten byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Bland annat kan det öka effekten av lugnande medel och sömnmedel på centrala nervsystemet. Detta innebär en större risk för biverkningar såsom trötthet, fall och

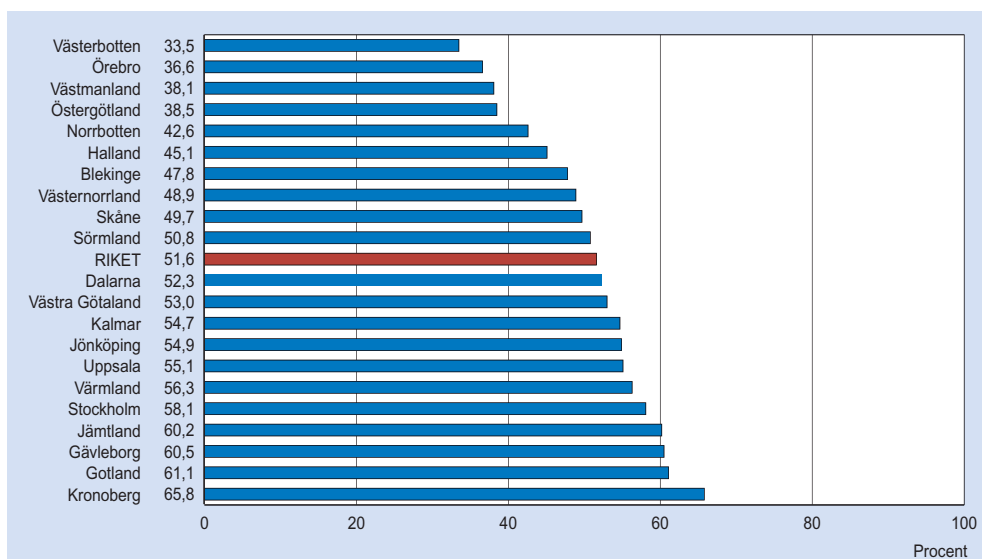


Diagram 3.27 Andel zopiklon av alla sömnmedel. 80 år och äldre. Oktober – december 2009

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

störningar av kognitiva funktioner (minne, orientering i tid och rum, förmåga till abstrakt tänkande o.d.).

Zopiklon, oxazepam och klometiazol är de lämpligaste preparaten vid sömnstörningar hos äldre, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som kräver en annan behandling. Zopiklon är förstahandsvalet, men enligt diagram 3.27 står det för bara hälften av all användning av sömnmedel till äldre (80 år och äldre). Variationen mellan landstingen är påtaglig, och Socialstyrelsen konstaterar att det finns stora förbättringsmöjligheter när det gäller rationell sömnmedelsanvändning för äldre.

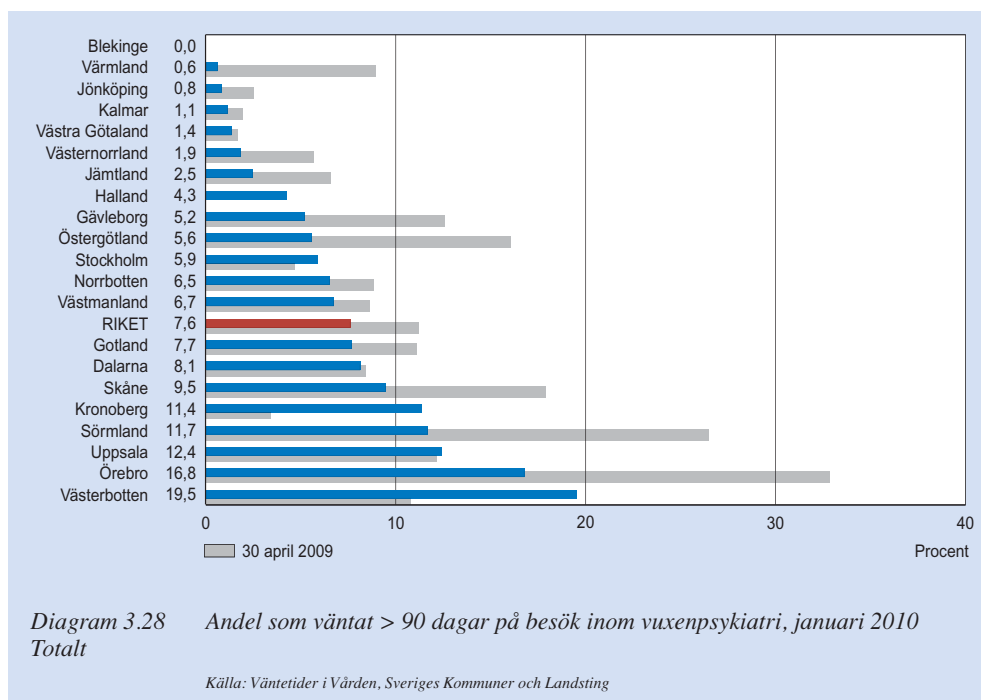
Väntetider

3.28 Andel som väntat längre än 90 dagar på ett besök till vuxenpsykiatri

När det gäller specialistbesök inom vuxenpsykiatri har svarsfrekvenserna i väntetidsrapporteringen förbättrats, vilket gör att jämförelser över tid bör göras med viss försiktighet. Indikatorn är en av de nationella indikatorerna för God vård

Denna indikator visar andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på ett förstabesök till öppenvårdspsykiatri. Majoriteten av landstingen har en total täckning på rapporterade enheter.

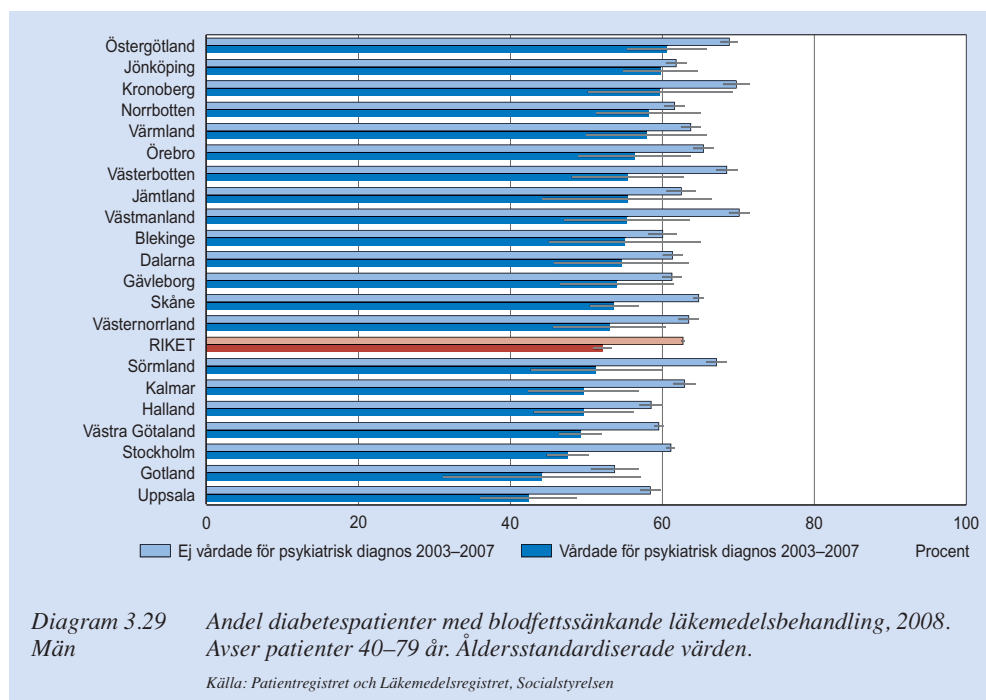
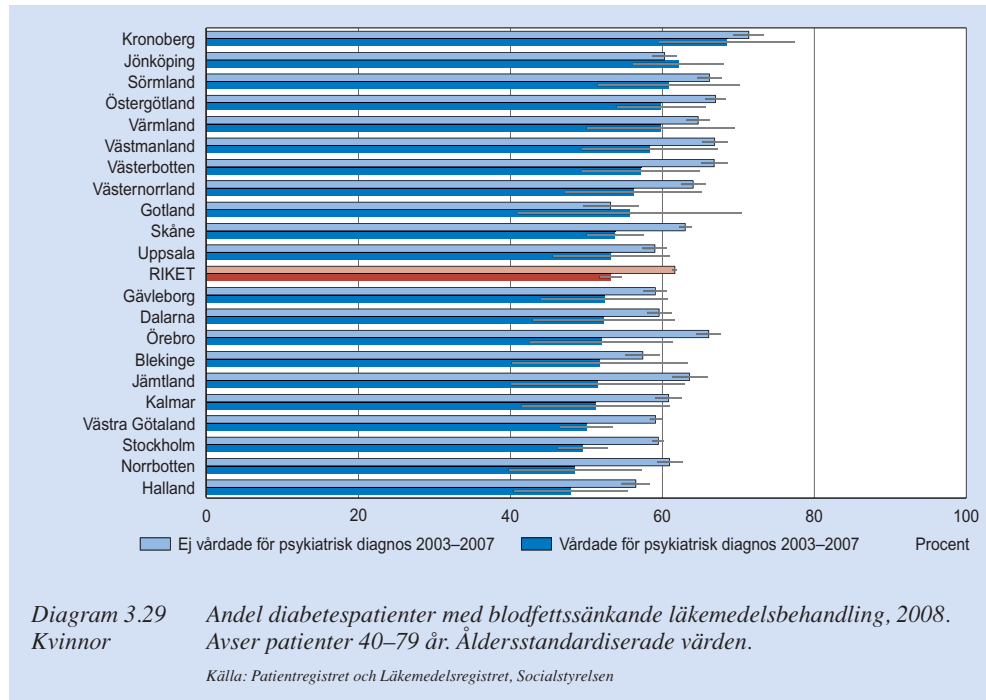
I januari 2010 låg medelvärdet (snitt för riket) för andelen väntande på knappt åtta procent. Det är stora variationer mellan landstingen, 0-19,5 procent. Vid en jämförelse med situationen april 2009 kan förbättringar ses för de flesta landsting. Under avsnittet om hälso- och sjukvård i rimlig tid (sid 26) visas ett exempel på ett annat sätt att se på väntetider.



Somatisk vård för personer vårdade för psykiatrisk sjukdom

3.29 Blodfettssänkande läkemedelsbehandling vid diabetes

Diabetes är en kronisk sjukdom som även ökar risken för andra sjukdomar. Över 350 000 svenskar bedöms ha diabetes, vilket motsvarar cirka 4 procent av befolkningen. Av dessa har 85–90 procent typ 2-diabetes, eller ”vuxendia-



betes”. De övriga har diabetes av typ 1, så kallad ”barn- och ungdomsdiabetes”.

En majoritet av patienterna med typ 2-diabetes får tidigt en blodfettssubbning. Ökad fysisk aktivitet, rökstopp och kostförändringar minskar risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar. Enligt Nationella riktlinjer för diabetesvården [16] minskar primärpreventiv statinbehandling i betydande grad risken för hjärt/kärlsjukdom vid typ-2 diabetes.

I diagram 3.29 redovisas andelen läkemedelsbehandlade diabetiker som behandlas med blodfettssänkande läkemedel, uppdelade på de som någon gång de senaste åren har vårdats med en psykiatrisk diagnos. Uppgifterna är hämtade från Läkemedelsregistret och omfattar 328 000 läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre. Bland de diabetespatienter som inte har vårdats med någon psykiatrisk diagnos behandlas 61 procent av kvinnorna med blodfettssänkande läkemedel, liksom 62 procent av männen. Andelen är betydligt lägre för de som har vårdats med en psykiatrisk diagnos: 52 respektive 51 procent. Rökning, övervikt och andra livsstilsriskfaktorer är dock vanligare bland personer med en psykiatrisk sjukdom, så siffrorna visar en ojämlikhet i användningen av blodfettssänkande läkemedel.

3.30 Dödlighet efter hjärtinfarkt

Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller ”case fatality”) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkten. Indikatoren ska mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

I diagram 3.30 presenteras landstingens resultat för perioden 2003–2007 för de som någon gång under femårsperioden före hjärtinfarkten hade vårdats för en psykiatrisk sjukdom. Som jämförelse anges dödligheten i hjärtinfarkt för dem som inte hade vårdats för en psykiatrisk sjukdom med ett lodrätt streck. Antalen är relativt låga, och därför visas data för kvinnor och män hopslagna. Inom stapeln för den totala 28-dagarsdödligheten anges också andelen som avled utanför akutsjukvården. Som hjärtinfarkt räknas alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt i dödsorsaksregistret eller i patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de personer som först sjukhusvårdades och de som dog utan att ha vårdats vid sjukhus.

Under de fem åren 2003–2007 avled cirka 44 procent av dessa hjärtinfarkter inom 28 dagar. 28 procent av fallen avled under första dagen.

Variationerna i dödlighet mellan landstingen kan ha flera orsaker. Diagnossättningens tillförlitlighet spelar naturligtvis roll, men även skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer samt skillnader i befolkningens benägenhet att söka vård. Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhuset. Psykiatrisk sjukdom definieras här som minst ett vårdtillfälle där någon av diagnoserna var psykiatrisk. På så sätt fångar man upp många fler personer med psykiatrisk sjukdom än om kriteriet hade varit en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos. Detta medför att de med psykiatrisk sjukdom också kommer att ha en högre grad av annan samsjuklighet än befolkningen i övrigt.

En felkälla är att andelen obducerade är låg bland äldre, icke sjukhusvårdade personer, vilket gör att diagnossättningen är mer osäker när dödsorsaken fastställs för denna grupp. Men det är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i indikatorn eftersom de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen av de patienter som sjukhusvårdas.

Diagram 3.30 visar att överlevnaden efter en hjärtinfarkt har förbättrats under de senaste fem åren, för både kvinnor och män. Personer med en tidigare psykiatrisk sjukdom har dock en högre dödlighet än andra, vilket gäller för både kvinnor och män. För kvinnor med en psykiatrisk diagnos ses ingen förbättring under de senaste åren.

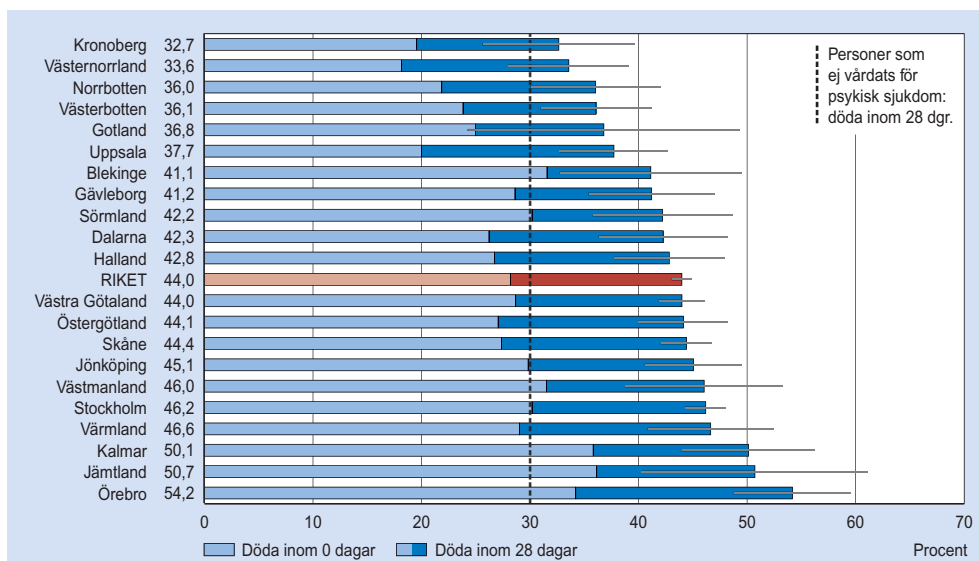


Diagram 3.30 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2003–2007. Personer vårdade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

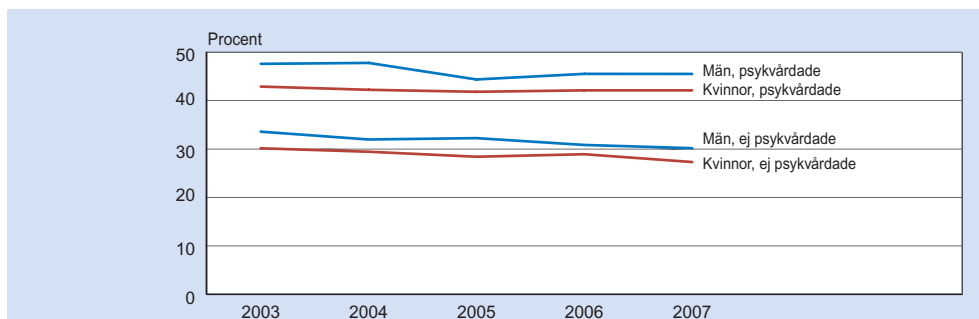


Diagram 3.30 Riket Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Personer vårdade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före hjärtinfarkten. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

3.31 Dödlighet efter förstagångsstroke

Indikatorn dödlighet efter stroke, den så kallade stroke-letaliteten, används som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser, bland annat i OECD-samarbetet. Här ska indikatorn mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

Som stroke räknas alla fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärnfarkt eller ospecificerad stroke i dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de patienter som dog utan att ha vårdats på sjukhus och de som sjukhusvårdades. I jämförelsen ingår endast förstagångsfall, definierat som de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren. Redovisningen gäller endast personer som hade vårdats för en psykiatrisk sjukdom minst en gång de senaste fem åren före sin stroke. Dödligheten bland dem som inte hade vårdats för en psykiatrisk sjukdom redovisas som ett lodrätt streck. Eftersom antalet är relativt lågt visas data för kvinnor och män hopslagna.

Under de fem åren 2003–2007 avled cirka 34 procent av dessa strokefall inom 28 dagar. 39 procent av fallen avled inom 90 dagar.

Diagram 3.31 visar att det finns en viss variation mellan landstingen när det gäller dödligheten efter stroke. Detta kan ha flera orsaker, bland annat diagnosättningens tillförlitlighet, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhuset.

Psykiatrisk sjukdom definieras här som minst ett vårdtillfälle där någon av diagnoserna var en psykiatrisk diagnos. På så sätt kan man fånga upp många

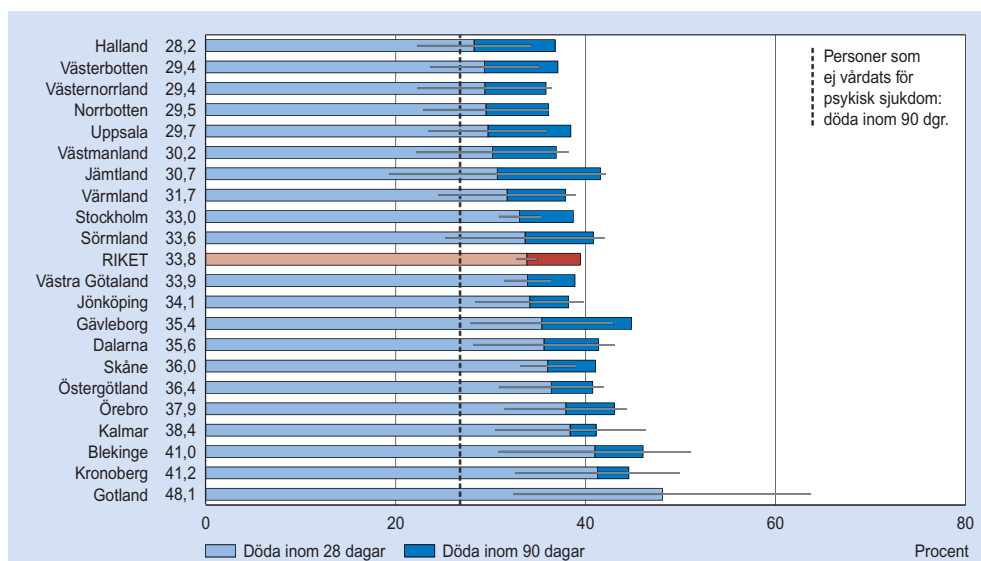


Diagram 3.31 Andel döda inom 28 resp. 90 dagar efter förstagångsstroke, 2003–2007. Personen vårdade för psykiatrisk sjukdom inom 5 år före förstagångsstroke. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

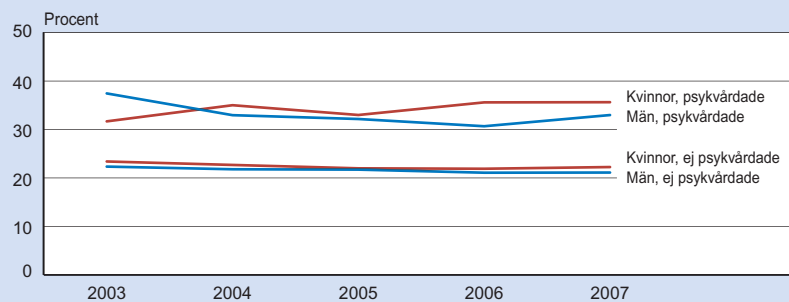


Diagram 3.31 Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke.
Riket Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

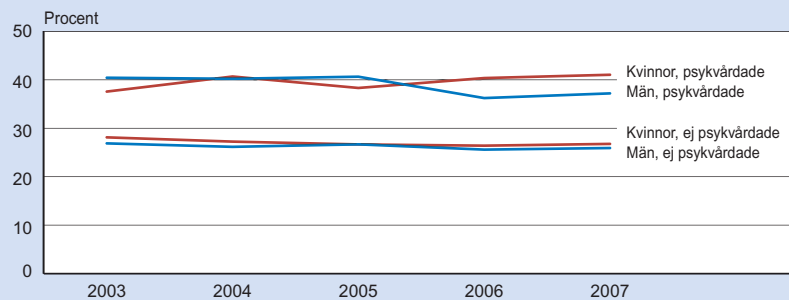


Diagram 3.31 Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke.
Riket Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

fler personer med en psykiatrisk sjukdom än om kriteriet hade varit en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos. Detta medför att de med psykiatrisk sjukdom också kommer att ha en högre grad av annan samsjuklighet än befolkningen i övrigt.

Trenddiagrammet 3.31 visar att överlevnaden efter stroke eventuellt har förbättrats något i befolkningen de senaste fem åren. Denna förbättring gäller dock inte för patienterna med en psykiatrisk sjukdom.

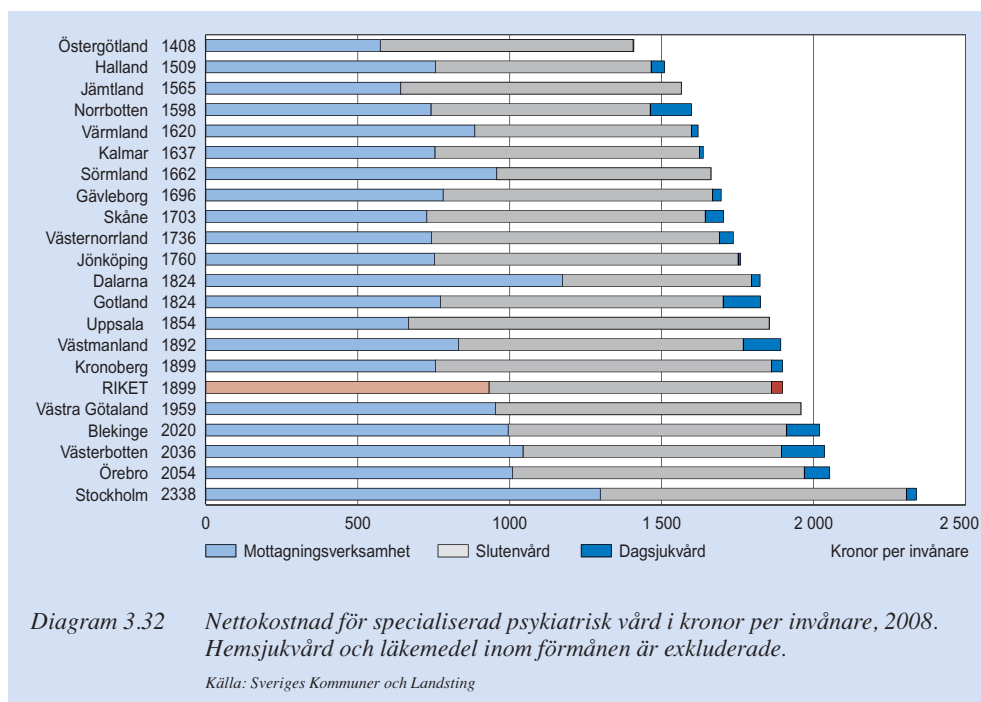
Kostnader

3.32 Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård

Indikatorn 3.32 visar landstingens faktiska nettokostnader för specialiserad psykiatrisk vård uppdelat på öppenvård, slutenvård och dagsjukvård.

År 2008 beräknades landstingens kostnader för specialiserad psykiatrisk vård uppgå till 17,6 miljarder kronor eller 1 900 kronor per invånare. Det motsvarade 10,3 procent av kostnaderna för hela hälso- och sjukvården som exklusive läkemedelsförmånen samma år uppgick till drygt 170 miljarder kronor.

Den specialiserade psykiatrins andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna har de senaste fem åren legat på en stabil nivå runt drygt 10 procent. Det



finns däremot en betydande spridning mellan de olika landstingen när det gäller kostnaderna, vilket diagram 3.32 visar.

Sett per invånare hade Stockholm landets högsta kostnad för specialiserad psykiatrisk vård med 2 338 kronor per invånare. I Östergötland, där kostnaden per invånare var lägst, uppgick den till 1 408 kronor per invånare. En förklaring till de höga kostnaderna i Stockholm kan vara att den psykiska ohälsan är större i storstadsmiljön.

Det fanns också en viss spridning i hur kostnaderna fördelade sig mellan slutenvården och öppenvården i de olika landstingen. Slutenvårdens andel av de totala kostnaderna varierade år 2008 mellan 34 procent i Dalarna och 64 procent i Uppsala.

I hela riket fördelade sig psykiatrins kostnader år 2008 nästan exakt jämnt mellan slutenvården och mottagningsverksamheten, med cirka 49 procent av kostnaderna i respektive kategori. Dagsjukvården stod i sin tur för 2 procent av de totala kostnaderna. Utvecklingen de senaste åren har gått mot en sjunkande andel slutenvårdskostnader och en ökande andel öppenvårdskostnader.

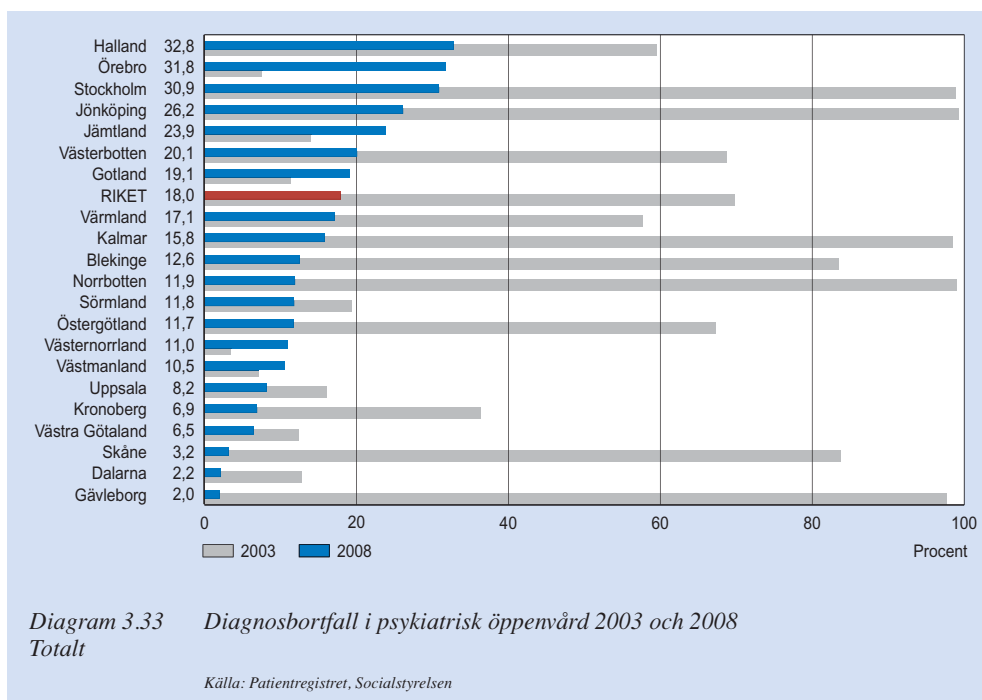
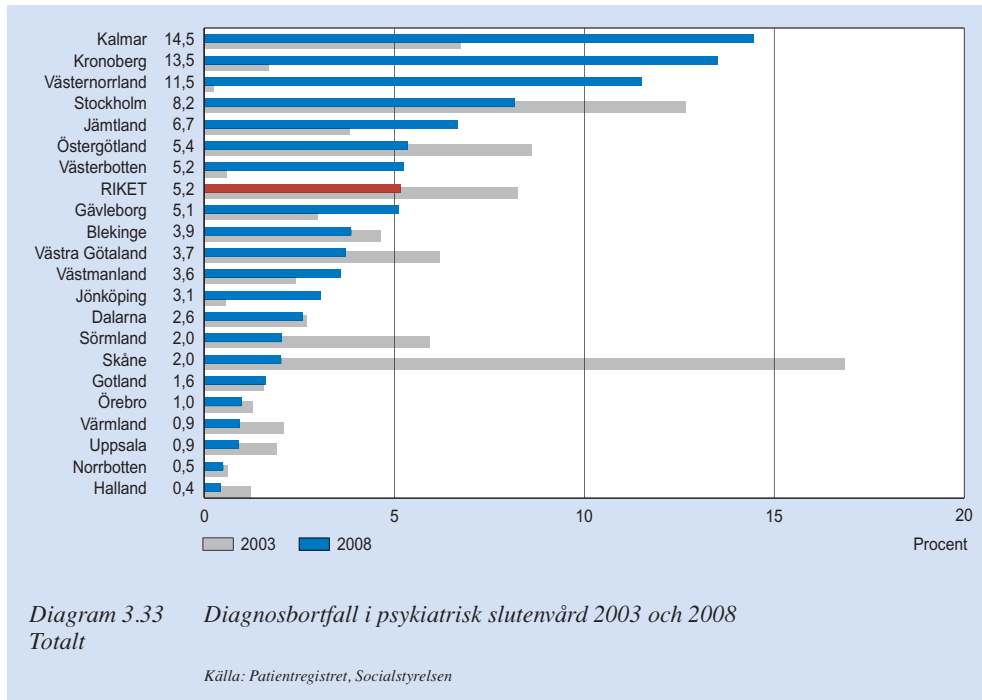
Under perioden 2002–2008 sjönk slutenvårdens andel av de totala kostnaderna med ungefär fem procentenheter medan mottagningsverksamhetens andel ökade i motsvarande utsträckning.

Diagnosregistrering

3.33 Ej rapporterade diagnoser

Socialstyrelsen uppmärksammade i ett temanummer av publikationsserien Patientsäkerhet, patientsäkerheten inom den psykiatriska vården [17]. Där konstaterades bland annat att patientsäkerhet för den psykiskt sjuka patienten kan

innebära att få en korrekt diagnos. I uppföljnings- och utvärderingssammanhang på nationell nivå är det dock svårt att kontrollera korrektheten i diagnos-sättandet. Patientregistret visar den specialiserade psykiatrins läkarbesök, och där kan man se i vilken utsträckning patienterna har en registrerad diagnos. Bortfallet för diagnoser i öppenvården har minskat markant de senaste åren



även om registreringen fortfarande inte är fullständig. År 2001 fanns diagnosen registrerad i endast cirka 20 procent av fallen i patientregistret. År 2008 har 82 procent av läkarbesöken i psykiatri en diagnos registrerad i patientregistret.

Diagram 3.33 visar tydligt en positiv utveckling när det gäller diagnosregistreringen i patientregistret mellan år 2003 och år 2008, men att det fortfarande finns landsting där mer än vart fjärde läkarbesök saknar en registrerad diagnos. Observera skillnaderna i skalsteg mellan diagrammen.

Referenser

1. SOU 2006:100 Ambition och ansvar.
2. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård. Socialstyrelsen; 2009.
3. Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen; 2009.
4. Nationella Riktlinjer för vård vid depression och ångestsjukdom. Stockholm. Socialstyrelsen; 2010.
5. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010 – stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Socialstyrelsen; 2010.
6. www.socialstyrelsen.se/register.
7. www.vantetider.se.
8. Folkhälsorapport 2009. Stockholm. Socialstyrelsen; 2009.
9. ECT-behandling. En pilotstudie. Socialstyrelsen; 2010.
10. Själv mord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria. Socialstyrelsen; 2010.
11. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och kömiljarden. Socialstyrelsen; 2010.
12. Tiainen, A., Rehnberg, C. The economic burden of psychiatric disorders in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry* Online-First; 2009.
13. Jacobs, R. Investigating patient outcome measures in mental health. York: CHE Research Paper 48; 2009.
14. Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare – Beskrivning och planering av ett försök inom två sjukvårdsregioner med låg tillgång på specialister i psykiatri Delrapport 1. Socialstyrelsen; 2009.
15. Innehållet i den psykiatriska tvångsvården, Socialstyrelsen; 2009.
16. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010. Stockholm. Socialstyrelsen; 2010.
17. Patientsäkerhet – tema psykiatri nr 6 2009 (www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet).

Bilaga I

Kvalitetsregister för psykiatrin och andra datakällor

Det första kvalitetsregistret inom det psykiatriska området var Nationellt kvalitetsregister för ätstörning (Riksät) år 1999. Under 2000-talets första decennium skapades Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom (BipolärR, år 2004), Psykosvårdsregistret (PsykosR, år 2002), Svenskt Beroenderegister (2008), Rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK, år 2008), Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av svår ADHD (BUSA, år 2004), Kvalitetsregister för barn och ungdomar som misstänkts/konstaterats ha utsatts för sexuella övergrepp (SÖK, år 2006) samt Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende (LAROS, år 2008). Samtliga dessa åtta register fick ekonomiskt stöd 2009 genom nedan beskrivna satsning och låg därmed utanför den ordinarie fördelning av pengar som görs till kvalitetsregistren.

De psykiatriska kvalitetsregistren är för närvarande föremål för en stor satsning från regeringens sida. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har fått drygt 36 miljoner kronor för att under projektåren 2009/2010 utveckla en gemensam teknisk lösning för de befintliga och nya nationella psykiatriska kvalitetsregistren. Inom ramen för projektet har också Kompetenscentrum för psykiatriska (och andra) kvalitetsregister (förkortas här efter som KCP) bildats under 2009. KCP kommer att förvalta och vidareutveckla den gemensamma lösningen samt erbjuda servicestöd och support i den dagliga användningen av registren och dess funktioner. KCP ska också aktivt främja kvalitetsutveckling inom den psykiatriska verksamheten med stöd av kvalitetsregister.

Registren utvecklas och drivs av företrädare för de yrkesgrupper som själva ska använda dem i sitt löpande utvecklings- och förbättringsarbete. Dessutom används de allt oftare i den övergripande styrningen och uppföljningen av hälso- och sjukvård. Många av indikatorerna i till exempel de nationella riktlinjerna bygger på de nationella kvalitetsregistren.

När kvalitetsregistren ansöker om bidrag ska de beskriva de viktigaste måtten som registret kommer att kunna leverera data på. De register som främst är intressanta i samband med denna rapport ger exempelvis följande resultatmått: patienter som under de senaste 12 månaderna inte haft något sjukdomsskov (BipolärR), subjektiv bedömning av livskvalitet (PsykosR), återfall i brott och ”Global Assessment of Function”, så kallade GAF-skattningar (RättspsyK) samt andel som inte har en ätstörningsdiagnos ett år efter registrering (Riksät).

Förutom resultatmått innehåller registren en stor mängd processmått kring åtgärder, medicinering med mera, men framförallt kan kvalitetsre-

gistren göra det möjligt att följa upp vårdresultat som knappast kan följas någon annanstans för närvarande.

Socialstyrelsen förutsätter att regeringens satsning på de psykiatriska kvalitetsregistren får effekt och att det i framtiden går att använda psykiatriska kvalitetsregister för att följa upp och utvärdera den psykiatriska verksamheten

På lokal och regional nivå finns ibland bättre förutsättningar för uppföljningar och utvärderingar än på nationell nivå. Arbeten som Kvalitetsstjärnan och Nysam har visat att samarbete runt kvalitetsindikatorer och nyckeltal kan ge mycket goda resultat på regional nivå. Kvalitetsstjärnan (www.kvalitetsstjarnan.se) är ett uppföljningsinstrument som har använts inom psykiatrin sedan 1997, främst i Västsverige, men som nu används inom ramen för ett vidare spritt nätverk. Kvalitetsstjärnan består av ett antal frågeformulär där syftet är att årligen

- följa upp hur patientens vård och behandling fungerar
- få en uppfattning om hur närstående ser på vården och behandlingen
- få fram vilka framsteg som har gjorts
- få en uppfattning om vilka ytterligare insatser som eventuellt behövs

Till stöd för detta finns ett dataprogram som gör att resultatet lätt kan användas i verksamhetsuppföljningar.

Nysam (www.nysam.com) är ett nätverk för nyckeltalssamarbete inom hälso- och sjukvården mellan 12 landsting och regioner, men även en del enskilda verksamheter deltar. Psykiatri är ett av områdena man samarbetar kring.

De nationella datakällorna är som tidigare nämnts inte alltid tillräckliga, och i denna rapport har Socialstyrelsen då valt att redovisa data från till exempel Västra Götalandsregionen. Syftet är att visa att indikatorn i sig går att följa upp och är intressant, men att de nationella datakällorna har brister.

Bilaga 2

Texten nedan är en del av rapporten Psykiatrisk öppenvård – en tidsstudie. Rapport från en studie av arbetstidens fördelning vid 12 psykiatriska öppenvårdsmottagningar genomförd av Leif Wahlqvist överläkare vid Psykiatri Nordöst, Stockholms Läns Sjukvårdsområde. Rapporten i sin helhet finns på Socialstyrelsen med Dnr 01-11009/2009.

Sammanfattning

Studien kan utgöra en utgångspunkt för diskussion inom kliniker och hela psykiatri i Sverige om fördelningen av arbetstiden kan optimeras ytterligare. Andelen indirekt arbete är stor och bör ägnas en fördjupad studie med syfte att se om där finns arbetsmoment som kan bortrationaliseras. En detaljstudie av olika arbetsmoment skulle ge möjlighet att förändra arbetssättet så att mer tid kunde användas till direkt patientarbete.

Den förändrade fördelningen av arbetsmomenten som kan konstateras vid de tre konsekutiva undersökningarna i Psykiatri Nordöst i riktning mot större andel tid till direkt patientarbete, är sannolikt en följd av att dessa riktat fokus mot innehållet i arbetet och ökat personalens medvetenhet om arbetssättet.

Intresset för fortsatta uppföljningar på de kliniker som deltagit i undersökningen är mycket stort och man planerar en upprepning av studien i oktober 2010 i egen regi. Viljan att hitta vägar till att arbeta mer optimalt är stor. Och denna typ av tidsstudie har visat sig vara användbar för att få en förändring till stånd.

Bakgrund

Det moderna arbetssättet i psykiatrisk öppenvård tog sin form under senare delen av 1970-talet och hela 1980-talet. Fram till dess hade Sverige haft en inte alltför smickrande första plats vad gäller antalet psykiatriska heldygnsvårdplatser. Sammanlagt cirka 32 000 vårdplatser fanns tillgängliga. Öppenvården var föga utbyggd vilket medförde långa vårdtider. Hospitaliseringsrisken var stor och psykiatrins organisation befrämjade inte utveckling av funktionsförmågan hos den enskilde.

De farmakologiska landvinningarna resulterade i förkortade vårdepisoder och gjorde det möjligt för patienter med psykoser, depressioner och orostillstånd att vistas utanför avdelningarna längre perioder än tidigare, samtidigt som antalet återfall minskade. Sammantaget reducerades behovet av antalet vårdplatser.

Förändringarna krävde en utökning av resurserna i öppenvården. Denna process inleddes 1975–1980 då en rad öppenvårdsteam bildades samtidigt som antalet heldygnsvårdplatser minskade. Det psykiatriska teamarbetet infördes.

Den positiva tanken med denna arbetsform var, att alla yrkesgruppers kompetens skulle utnyttjas. Rätt problem till rätt kompetens. I praktiken innebar det dock många gånger att det var andra faktorer som avgjorde vilken yrkesgrupp som mötte patienten.

De behandlingsmetoder som fanns tillgängliga var farmaka, psykologiskt stöd, och i några centralorter psykoterapi på psykodynamisk grund. Den enda organiserade psykoterapeutiska utbildning som fanns var den psykodynamiska.

Utveckling

Formen för arbetet, som etablerades för 35 år sedan har i stort sett bestått med några smärre förändringar. Innehållet har dock förändrats avsevärt alltefter det ny kunskap tagits fram. Stora satsningar på utbildning i kognitiv psykoterapi har genomförts. Utvecklingen på det psykofarmakologiska området har resulterat i fler så kallat skraddarsydda mediciner etc. Arbetet är idag också betydligt mer subspecialiserat.

Flera verksamhetsuppföljningar av arbetet i den psykiatriska öppenvården i Stockholms Län under 2000-talet visade att medarbetarna i teamen träffar i genomsnitt 2–3 patienter per arbetsdag. Några arbetstidsstudier visade att 25–35 procent av arbetstiden användes till direkt patientkontakt och ungefär lika stor andel till indirekt patientarbete. Antalet besök ökade successivt när beställarna i vårdöverenskommelserna skrev in att antalet besök skulle vara minst 4 per medarbetare och dag.

Uppdraget

I samband med att Socialstyrelsen genomförde en inventering av den psykiatriska öppenvården i november 2009, ville man undersöka hur de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna ute i landet fördelade sin arbetstid. Psykiatri Nordöst, Stockholms Läns sjukvårdsområde som tidigare gjort 4 undersökningar under 2000-talet (2001, 2006, 2007, 2008) och hade en teknisk bas som gjorde undersökningen relativt enkel. Psykiatri Nordöst fick ett uppdrag av Socialstyrelsen att genomföra en tidsstudie på nationell nivå. Målet var, att få en spridning av deltagarna från hela Sverige men det visade sig av olika skäl att många kliniker var upptagna av stora projekt som tog en stor del av den tillgängliga arbetstiden.

Deltagande enheter

Tre kliniker tackade ja, till att genomföra studien, Psykiatriska kliniken Nyköping, verksamhetschef Jonas Borgman (5 mottagningar), Psykiatriska kliniken i Eksjö, verksamhetschef Bo Kenneth Knutsson (5 mottagningar) samt psykiatriska kliniken i Malmö, verksamhetschef Sven Erik Andersson (2 mottagningar). Malmökliniken genomförde undersökningen i två veckor medan de övriga två deltog i en vecka.

Frågeformulär

Arbetet är beskrivet i 12 huvudkategorier. Dessa är i sin tur indelade i subkategorier så att det sammanlagt är möjligt att välja mellan 60 kategorier. Vid redovisningen är de 60 kategorierna sammanslagna på det sätt som beskrivs nedan.

Tabell 1. Rubriker i frågeformuläret.

| Kategori | Rubrik | Subkategori |
|----------|---|-------------|
| 1. | Direkt patientarbete (Face-to-Face) | 1–13 |
| 2. | Indirekt patientarbete enskild patient (intyg dokumentation etc.) | 14–23 |
| 3. | Tillsammans med andra vårdgivare | 24–30 |
| 4. | Indirekt arbete av övergripande art | 31–39 |
| 5. | Utbildning | 40–45 |
| 6. | All administration | 46–50 |
| 7. | Resor | 51–53 |
| 8. | Ledigheter | 54–56 |
| 9. | Jourkomp läkare | 57 |
| 10. | Sjukskrivning | 58 |
| 11. | Facklig | 59 |
| 12. | Övrigt | 60 |

När det gäller begreppet administration redovisas denna på två sätt, dels som en sammanslagning av subkategorierna 46–50 ("All administration") och dels särredovisas administrationen för enhetschefer (kategori 47) och sekreterare (kategori 50). All redovisning sker i minuter

Genomförande

Datum för undersökningen bestämdes till vecka 49 år 2009. För Malmökliniken registrerades arbetet även vecka 50.

Informationsfas: För att öka reliabiliteten i ifyllandet av tidsformuläret besökte undersökningsledaren de tre klinikerna och redogjorde för undersökningens uppläggning och hur man ska definiera de olika subkategorierna. En skriftlig manual fanns tillgänglig för varje deltagare i studien. En tillfällig lista på deltagarna i undersökningen upprättades där uppgifter om namn och yrke, arbetsplats noterades. Listan destruerades i samband med att data analyserats och kvar finns uppgifter om yrke och arbetsplats.

Formuläret fanns tillgängligt för varje deltagare via webben. Deltagaren fyllde i ett formulär varje dag. Tidsåtgången registrerades i minuter. Deltagarna rekommenderades att göra en preliminär kategorisering av arbetet på en "kladd" under dagen innan man förde in data i formuläret. Frågor om ifyllandet som uppstod under registreringsfasen, besvarades direkt via telefon eller e-post. Skulle felaktigheter upptäckas t.ex. vid konsulteringen av supportfunktionen fylldes ett nytt formulär i med de korrekta uppgifterna och det tidigare formuläret destruerades. Om uppgifter saknades kontaktades deltagaren per e-post och telefon.

Databearbetningen har skett vid Psykiatri Nordösts forskningsenhet, FoUU psykiatri nordöst, av docent Gunnar Edman i samarbete med undersökningsledaren. Resultatet av undersökningen har redovisats för varje klinik vid personligt besök av undersökningsledaren.

Deltagande mottagningar:

- Flen
- Katrineholm
- Psykiatrisk öppenvårdsmottagning 1
- Psykiatrisk öppenvårdsmottagning 2
- Psykiatrisk öppenvårdsmottagning 3
- Eksjö psykiatriska mottagning
- Eksjö remiss och bedömningsenhet
- Vetlanda
- Nässjö
- Tranås
- Psykiatriska mottagningen Drottninggatan Malmö
- Psykiatriska mottagningen Fosievägen Malmö

Sammanlagt 250 personer har deltagit i studien

- Nyköping: 95 personer av 116 anmälda
- Högländet 81 personer av 86 anmälda
- Malmö: 74 personer av 80 anmälda

Fördelning av yrkesgrupperna

I studien deltog följande yrkesgrupper, sammanlagt 250 personer

Tabell 2. Deltagande yrkesgrupper.

| Yrkesgrupp | Antal |
|------------------|------------|
| Läkare | 28 |
| Psykolog | 41 |
| Sjuksköterska | 57 |
| Kurator | 20 |
| Skötare | 22 |
| Sjukgymnast | 1 |
| Arbetssterapeut | 13 |
| Vårdenhetschef | 14 |
| Läkarsekreterare | 54 |
| Totalt | 250 |

Antal inkommande dagrapporter

Tabell 3. Inkommande dagrapporter.

| Klinik | Antal |
|--------------------------------|--------------|
| Nyköpings psykiatriska klinik | 368 |
| Högländets psykiatriska klinik | 369 |
| Malmö psykiatriska klinik | 671 |
| Totalt | 1 408 |

Resultat

Bortfallsanalys

Det totala bortfallet är 13 procent. Höglandet och Malmöklinikerna har ett bortfall under 10 procent. Nyköpingskliniken har ett större bortfall där var femte rapport saknas.

Tabell 4. Bortfallsanalys.

| Ort | Antal deltagare | Förväntat antal inlämnade rapporter | Inkomna rapporter | Bortfall =n | Bortfall procent |
|---------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------|-------------|------------------|
| Nyköping | 95 | 475 | 368 | 107 | 22,5 |
| Höglandet | 81 | 405 | 369 | 36 | 9,8 |
| Malmö | 74 | 740 | 671 | 69 | 9,3 |
| Totalt | 250 | 1 620 | 1 408 | 212 | 13,1 |

Redovisning av resultat

Vid redovisningen av relationen mellan de olika tidskategorierna har all frånvaro exkluderats (ledigheter, utbildning, sjukdom) Det är således hur arbetet fördelar sig när man är på arbetsplatsen som redovisas eftersom en stor slumpmässig frånvaro under registreringsveckan ger en förvrängd bild av tidsfördelningen mellan de olika arbetsmomenten. Redovisningen i rapporten till Socialstyrelsen sker i aggregerad form, det vill säga med alla klinikerna sammanslagda, men det är också möjligt att granska de enskilda klinikernas resultat.

De tre stora tidskategorierna. Arbetets fördelning.

Totalsiffror (alla mottagningar sammanslagna).

Direkt patientarbete, indirekt patientarbete kring enskild patient och administration är de tre största tidskategorierna och utgör tillsammans 74 procent av den redovisade tiden i dagrapporterna. Medelvärde och spridning framgår av nedanstående tabell (sekreterare exkluderade).

Tabell 5. Mottagningarnas arbetstidsfördelning

| Mottagningarnas arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 36 | 41–30 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 26 | 32–21 |
| Administration | 12 | 51–3 |

Den största andelen direkt patientarbete vid en av mottagningarna är 41 procent och den lägsta 30 procent. Andelen administration varierar stort och skiljer sig med 13 procent.

*De tre stora tidskategorierna. Arbetets fördelning per yrkesgrupp.
Alla uppgifter sammanslagna.*

Tabell 6. Läkarnas arbetstidsfördelning

| Läkarnas arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 44 | 49-39 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 40 | 41-38 |
| Administration | 4 | 5-1 |

Tabell 7. Psykologernas arbetstidsfördelning

| Psykologernas arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 40 | 49-31 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 40 | 43-35 |
| Administration | 6 | 7-6 |

Tabell 8. Kuratorernas arbetstidsfördelning

| Kuratorernas arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 36 | 42-30 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 31 | 45-18 |
| Administration | 5 | 5-3 |

Tabell 9. Vårdenhetschefer arbetstidsfördelning

| Vårdenhetschefer arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 12 | 15-1 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 5 | 10-2 |
| Administration | 51 | 70-35 |

Tabell 10. Sjuksköterskornas arbetstidsfördelning

| Sjuksköterskornas arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 48 | 53-42 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 32 | 38-23 |
| Administration | 6 | 9-5 |

Tabell 11. Mentalskötarens arbetstidsfördelning

| Mentalskötarens arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 45 | 50-41 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 26 | 31-21 |
| Administration | 11 | --- |

Anmärkning: Malmökliniken saknar skötare i sin personal

Tabell 12. Sekreterarnas arbetstidsfördelning

| Sekreterarnas arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 12 | 15-7 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 6 | 10-3 |
| Administration | 79 | 88-73 |

Tabell 13. Arbetsterapeuternas arbetstidsfördelning

| Arbetsterapeuternas arbetstidsfördelning | Medelvärde % | Spridning % |
|--|--------------|-------------|
| Direkt patientarbete | 31 | 39-25 |
| Indirekt patientarbete kring enskild patient | 31 | 41-24 |
| Administration | 3 | 5-1 |

Endast en sjukgymnast deltog i undersökningen varför resultatet inte redovisas för den yrkesgruppen.

Diskussion

Ett sätt att kartlägga en organisations arbetssätt är via tidsstudier. Resultatet kan vara en utgångspunkt för förändring av bland annat arbetsinnehåll och logistik så att organisationens mål uppfylls bättre. Denna studie, liksom tre genomförda i psykiatri Nordöst, visar att en stor del av det psykiatriska öppenvårdsarbetet ägnas åt andra arbetsuppgifter än direkt patientarbete, i denna undersökning totalt 36 procent med en spridning på 41–30 procent.

Ingen av de tolv mottagningarna uppnådde nivån att mer än 50 procent av arbetstiden används till direkt patientkontakt, räknat på den totala tidsanvändningen per klinik. Vissa yrkesgrupper överskred dock nivån (psykiatri Nordösts läkare uppnådde 53 procent, sjuksköterskorna i Malmö (52 procent, Skötarna i Höglandet (50 procent).

Relationen mellan indirekt arbete kring enskild patient och direkt patientarbete, ligger nära ett (1), någon mottagning hamnar under (0,9), dvs, det går åt mer tid till det indirekta arbetet än till det direkta.

Jämför man de tre klinikerna finner man att arbetstiden fördelar sig ganska lika och sannolikt skulle ett liknande resultat uppnås om andra mottagningar deltagit i undersökningen. Det som registrerats är ett etablerat arbetssätt som säkert var ändamålsenligt när det infördes, och psykiatrin utforskade sina gränsområden.

Eftersom över 90 procent av den psykiatriska populationen enbart behandlas i öppenvård är det viktigt att med tidsstudier som underlag föra en diskussion om förändring av arbetssättet till förmån för ökad tid med direkt patientarbete särskilt som efterfrågan av psykiatrisk öppenvård ökar och resurserna i bästa fall är oförändrade. Erfarenheterna från Psykiatri Nordöst är att studien i sig själv bidrar till ett förändrat arbetssätt, genom att den leder till återkommande diskussioner inom kliniken om hur man ska göra för att uppnå nya, högre produktivetsmål.

När det gäller tid för administration konstateras att den totala tiden som går åt för administration (46–50) utgör 20–27 procent. Varje yrkesgrupp har också noterat sina administrativa uppgifter utgör mellan 1–10 procent.

Psykiatri Nordöst, Stockholms läns landsting har under tre år genomfört en tidsstudie med samma upplägg som den aktuella. Kategorin ”Direkt patientarbete” har ökat i alla yrkesgrupper. Det direkta arbetet har ökat på bekostnad av det indirekta.

Bilaga 3

Inventeringsformulär för den vuxenpsykiatriska öppenvården



Inventering av den vuxenpsykiatriska öppenvården

Fyll i formuläret för tre olika patienter i följd och som du träffar den 24 och/eller 25 november. Kontakterna skall ske inom vuxenpsykiatrisk öppenvård eller gälla sådana öppenvårdskontakter på andra ställen. Du skall ej fylla i formuläret om du enbart arbetar inom psykiatrisk heldygnsvård.

Fyll i formulär "patient 1" för den första patientkontakten, "patient 2" för den andra och "patient 3" för den tredje. Du kan fylla i enkäten direkt på skärmen. Hoppa mellan de olika frågorna med musen och klicka vid de olika ifyllnadsrutorna (ett klick ger x i kryssrutorna, ett klick i redan kryssad ruta, tar bort x. Du kan även skriva bokstaven x). Du kan också gå stegvis med piltangenterna eller PageUp och PageDown. Skriv ut blanketterna och posta dem rekommenderat till:

Socialstyrelsen
Att: Kristina Håkansson, HS
106 30 Stockholm

Du kan också skriva ut formulären som pappersblanketter och fylla i för hand. Spara kopior i din dator eller på annat sätt om vi vill återkomma med något förtydligande.

Dina svar önskar vi senast 3 december. Vi planerar att sammanställa hela materialet så fort som möjligt och återföra preliminära resultat.

Frågor ställs till nedanstående, helst med e-post:

Claes-Göran Stefansson
claes-goran.stefansson@socialstyrelsen.se
Tel: 075-247 30 42

Birgitta Lindelius
birgitta.lindelius@socialstyrelsen.se
Tel: 075-247 35 91

LÄS OCKSÅ BIFOGADE BREV OM BAKGRUND M.M.

Uppgifter om verksamheten

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| Verksamhetens/sectorns namn | |
| Mottagningens namn | |
| Mottagnings gatuadress | Postadress |
| Mottagningen ligger i län | Kommun/stadsdel |

Uppgiftslämnare

| | |
|---|--|
| Namn. | |
| Adress (om annan än till mottagningen ovan) | |
| E-postadress | |
| 1. Vilken personalkategori tillhör du i din anställning? (ett alter-nativ) <input type="checkbox"/> Specialistläkare i psykiatri <input type="checkbox"/> ST-läkare i psykiatri <input type="checkbox"/> Annan läkare inkl AT <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Sjuksköterska (VUB-Psykiatri) <input type="checkbox"/> Annan sjuksköterska | <input type="checkbox"/> Skötare med psykiatriutbildning <input type="checkbox"/> Skötare övrigt <input type="checkbox"/> Sjukgymnast <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Annan, vad: Ev. kommentar: |

Uppgifter om detta besök

| | |
|---|--|
| 2. Vid vilken typ av öppenvårdsmottagning sker besöket? <input type="checkbox"/> Psykiatrisk akutmottagning i öppenvården <input type="checkbox"/> Psykiatrisk öppenvårdsmottagning (ej akutmottagning) <input type="checkbox"/> Mottagning på psyk slutenvård (t.ex återbesök i slutenvården) <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsteam <input type="checkbox"/> Dagsjukvårdsenhet <input type="checkbox"/> Mobil team <input type="checkbox"/> Annat, vad: Ev. kommentar: | 3. Var sker besöket? <input type="checkbox"/> På mottagningen som angivits under mottagningens namn ovan <input type="checkbox"/> Hos annan landstingsvårdgivare <input type="checkbox"/> På socialtjänstens kontor <input type="checkbox"/> På socialtjänstens gruppböende el.likn. <input type="checkbox"/> I patientens hem (som inte är ett gruppböende) <input type="checkbox"/> Annan plats, var: Ev. kommentar: |
|---|--|

| |
|---|
| <p>4. Är detta besök planerat (överenskommet/tidsbeställt) eller <input type="checkbox"/> planerat oplanerat (inte tidsbeställt, jour, "drop-in", äv besök inom 24 timmar efter ev telefonkontakt)? <input type="checkbox"/> oplanerat</p> <p>Ev. kommentar:</p> |
| <p>5. Vad gäller för detta besök? <input type="checkbox"/> Detta är första besöket vid denna klinik (kan betraktas som nybesök) Bägge alternativen nedan kan vara aktuella: <input type="checkbox"/> Detta är inte första besöket vid denna klinik. Patienten har besökt/haft kontakt med kliniken för dessa problem tidigare <input type="checkbox"/> Detta är inte första besöket vid denna klinik. Patienten har besökt/haft kontakt med kliniken för andra problem tidigare</p> <p>Ev. kommentar:</p> |
| <p>6. Har patienten tidigare slutenvårdats? <i>Ett el flera alternativ kan anges</i> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, slutenvård enligt HSL (frivillig vård) <input type="checkbox"/> Ja, slutenvård enligt LPT (tvångsvård) <input type="checkbox"/> Ja, slutenvård enligt LRV (rättspsykiatrisk vård) <input type="checkbox"/> Okänt/vet ej</p> <p>Ev. kommentar:</p> |
| <p>7. Föranleddes patientens besök av någon hänvisning/remittering? <input type="checkbox"/> Patienten inte hänvisad av någon. Patienten söker själv</p> <p>Pat hänvisad/remitterad av: <input type="checkbox"/> Psykiatrisk slutenvård (denna klinik) <input type="checkbox"/> Psykiatrisk akutmottagning/akutteam (denna klinik) <input type="checkbox"/> Rättspsykiatrisk vård <input type="checkbox"/> Annan psykiatrisk klinik <input type="checkbox"/> Primärvården <input type="checkbox"/> Socialtjänsten <input type="checkbox"/> Annan, vilken/vilka:</p> <p>Ev. kommentar:</p> |

Uppgifter om patienten

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>8. Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna</p> | <p>9. Ålder <input type="checkbox"/> Upp till och med 29 år <input type="checkbox"/> 30 – 44 år <input type="checkbox"/> 45 – 64 år <input type="checkbox"/> 65 - 79 år <input type="checkbox"/> 80 år eller äldre</p> | <p>10. Födelse land <input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> Norden (utom Sverige) <input type="checkbox"/> Övriga Europa <input type="checkbox"/> Utanför Europa <input type="checkbox"/> Okänt/vet ej</p> | <p>11. Krävs tolkhjälp vid denna kontakt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> |
| <p>12. Patientens boende (Endast ett alternativ nedan ska markeras) <input type="checkbox"/> Bor i eget ordinarie boende eller Bor i någon form av institutionsboende som: <input type="checkbox"/> Kommunalt särskilt boende/gruppboende <input type="checkbox"/> Hem för vård och boende (HVB) <input type="checkbox"/> Annat institutionsboende, vad eller Inget av ovan <input type="checkbox"/> Saknar bostad/hemlös (inget eget boende, tillfällighetsboende t.ex. hos vänner) <input type="checkbox"/> Annat boende, vilket: <input type="checkbox"/> Okänt/vet ej</p> <p>Ev. kommentar:</p> | | | |
| <p>13. Boendeförhållande <i>Ett el flera alternativ kan anges</i> <input type="checkbox"/> Bor ensam (ingen annan i hushållet) <input type="checkbox"/> Sammanboende med make/maka/sambo/partner <input type="checkbox"/> Sammanboende med barn (minst ett under 18 år) <input type="checkbox"/> Sammanboende med barn (inget under 18 år) <input type="checkbox"/> Bor tillsammans med föräldrar <input type="checkbox"/> Bor tillsammans med annan vuxen person <input type="checkbox"/> Annat boendeförhållande, vilket <input type="checkbox"/> Okänt/vet ej</p> <p>Ev. kommentar:</p> | | | |

| |
|---|
| <p>14. Arbete/sysselsättning <i>Ett el flera alternativ kan anges</i></p> <p><input type="checkbox"/> Arbetar på öppna arbetsmarknaden (anställd el egen företagare, hel- eller deltid)</p> <p><input type="checkbox"/> Skyddat arbete (samball eller motsvarande)</p> <p><input type="checkbox"/> Studerande</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetslös (med eller utan tillfällighetsarbete)</p> <p><input type="checkbox"/> Inget av ovan men oavlönad sysselsättning inom dagverksamhet etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Inget av ovan/ej aktuellt</p> <p><input type="checkbox"/> Okänt/vet ej</p> <p>Ev. kommentar:</p> |
| <p>15. Inkomstkälla/or <i>Ett el flera alternativ kan anges</i></p> <p><input type="checkbox"/> Arbete/sysselsättning (inkl lönebidrag)</p> <p><input type="checkbox"/> Sjukpenning</p> <p><input type="checkbox"/> Sjuk- eller aktivitetsersättning</p> <p><input type="checkbox"/> Ekonomiskt bistånd (fd socialbidrag)</p> <p><input type="checkbox"/> Ålderspension/annan pension</p> <p><input type="checkbox"/> Studielön/-lån</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetslöshetsersättning</p> <p><input type="checkbox"/> Andra offentliga bidrag (handikappersättning etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Annan inkomstkälla, vilken</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen inkomst</p> <p><input type="checkbox"/> Okänt/vet ej</p> <p>Ev. kommentar:</p> |

Kliniska uppgifter

| | |
|---|---|
| <p>16. Psykiatrisk huvuddiagnos enl ICD-10 inom spektrumet F00-F99 eller enligt DSM-IV : _____ <i>ICD-10: Ange huvudgrupp enl F20, F41 etc. äv ev z-diagnos. DSM-IV: Treställig kod enl. 295, 300 etc. äv ev v-diagnos</i></p> <p><i>Diagnosen kan också anges skriftligt nedan</i> Diagnos i skrift och ev. kommentar</p> | |
| <p>17. Ytterligare psykiatrisk eller somatisk diagnos(-er) av betydelse för besöket: _____ <i>Somatiska diagnoser enl ICD-10, psykiatriska enl ICD-10 eller DSM-IV. (Fler diagnoskoder anges med komma emellan)</i></p> <p>Diagnos(-er) i skrift och ev. kommentar</p> | |
| <p>18. Föreligger ett samtidigt missbruk (sk "dubbeldiagnos")? <i>(ett alternativ)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nej (säkert)</p> <p><input type="checkbox"/> Nej (troligen inte)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alkohol</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, andra droger</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, andra droger samt alkohol</p> <p><input type="checkbox"/> Vet ej</p> <p>Ev. kommentar:</p> | <p>19. Föreligger en funktionsnedsättning som kräver hjälp/hjälpmedel?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Ja (ett eller flera alternativ):</p> <p><input type="checkbox"/> Dövhet</p> <p><input type="checkbox"/> Synnedsättning (utöver sådan som korrigeras med glasögon etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Nedsättning i rörelseorgan (kräver rullstol, kryckor etc)</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, vad:</p> <p>Ev. kommentar:</p> |
| <p>20. Är patienten idag föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk öppenvård?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, patienten är dömd till öppen psykiatrisk tvångsvård av länsrätten (LPT)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, patienten är dömd till rättspsykiatrisk öppenvård av länsrätten (LRV)</p> <p>Ev. kommentar:</p> | |

| Åtgärderbehandlingsinsatser | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| 21. Bedömning (i strukturerad, systematisk form) | Förekommer vid detta besök | Har förekommit senaste 3 månaderna | Inget av föregående alternativ |
| Diagnostisk bedömning med diagnostiska instrument (SCID etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnostisk bedömning med symtomskattningsskalor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fördjupad diagnostisk bedömning (t.ex neuropsykiatrisk utredning) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnostisk bedömning utan något av ovanstående | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedömning av omvårdnadsbehov | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedömning av funktionsnivå (att klara dagligt liv, sociala funktioner etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedömning av livskvalitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedömning av självmordsrisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Farlighetsbedömning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan bedömning, ange i så fall i kommentarrutan nedan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev. kommentar | | | |
| 22. Farmakologisk behandling | Utdelas/får recept vid detta besök | Har denna medicin/recept sedan tidigare | Inget av föregående alternativ |
| Neurolepticum/antipsykos (exklusive litium) | | | |
| - depå | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - per oralt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Litium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stämningsstabiliserande/antiepilepticum (exklusive Litium) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lugnande/ångestdämpande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sömnmedel – narkotikaklassat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Övriga sömnmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Läkemedel vid missbruk (antialkohol, suboxone, subutex/metadon) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psykostimulantia (t.ex. vid ADHD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat läkemedel, ange i så fall i kommentarrutan nedan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev. kommentar: | | | |

(omvårdnad är aktiv, systematisk, målinriktad process som syftar till att tillgodose basala behov och ge stöd till personens läkning och utveckling)

| | Före kommer vid detta besök | Har förekommit senaste 3 månaderna | Inget av föregående alternativ |
|---|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 23. Systematisk samtalsbehandling | | | |
| Psykodynamisk terapi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kognitiv beteendeterapi (KTI/KBT/IDBT) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interpersonell psykoterapi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familjeterapi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gruppterapi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan systematisk psykologisk samtalsbehandling, ange i så fall vilken i kommentar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev. kommentar: | | | |
| 24. Psykopedagogisk metod, stöd och/eller träning | | | |
| Stödande samtal (med patienten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stödande samtal (med anhörig närvarande) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omvårdnad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Träning i daglig livsföring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbets träning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange i så fall i kommentarrutan nedan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev. kommentar: | | | |
| 25. Övriga åtgärder | | | |
| Medicinsk/somatisk undersökning (blodtryck, provtagning etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan medicinsk behandling (T.ex. ECT, TMS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdplanering tillsammans med patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information och motiverande samtal för Farmakabehandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange i så fall i kommentar nedan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev. kommentar: | | | |
| 26. Finns individuell skriftlig vårdplan för denna patient? | | | |
| <i>Ett el flera alternativ kan anges.</i> | | | |
| Med individuell plan avses här en skriftlig planering där det framgår vilka behov som identifierats, hur de ska tillgodoses, vilka insatser som ska genomföras, målet för insatserna, när en uppföljning skall ske samt vem som ska genomföra insatserna. | | | |
| <input type="checkbox"/> Individuell skriftlig vårdplan finns som enbart gäller den psykiatriska vården <input type="checkbox"/> Individuell skriftlig vårdplan finns som gäller den psykiatriska vården samt insatser från andra (t.ex. socialtjänst, försäkringskassa) <input type="checkbox"/> Samordnad vårdplan (enl SOSFS 2008:18, 3 kap., 9§) finns i samband med att patienten är överförd till öppen psykiatrisk tvångsvård av länsrätten (LPT eller LRV) <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående/ej aktuellt | | | |
| Ev. kommentar: | | | |

27. Om vårdplan/-er finns enligt ovan, hur har vårdplanen/vårdplanerna tagits fram?

Ett el flera alternativ kan anges.

- Den/de är framtagen/-na tillsammans med patient
- Den/de är framtagen/-na tillsammans med anhörig/närstående
- Den/de är framtagen/-na tillsammans med socialtjänsten
- Den/de är framtagen/-na tillsammans med annan part (ange i kommentar nedan med vem)
- Inget av ovanstående gäller

Ev. kommentar:

Bilaga 4

Indikatorbeskrivningar

Publiceras endast digitalt på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se

