

Bättre vård – mindre tvång?

**Utvärdering av överenskommelsen om att
förbättra den psykiatriska heldygnsvården**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2013-11-27

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2013

Förord

Det finns ett behov av att utveckla innehållet i den psykiatriska heldygnsvården och att systematiskt arbeta med förbättringar. Detta har lyfts i ett flertal rapporter, bland annat från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I december 2009 ingick därför regeringen och SKL en överenskommelse om förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården.

Socialstyrelsen har följt satsningen under åren 2010–2012 genom att lämna årliga lägesrapporter som visar hur täckningsgraden för inrapporterade uppgifter till patientregistret utvecklas. Socialstyrelsen har också haft uppdraget att lämna en slutrapport för att redovisa effekterna av projektet Bättre vård – mindre tvång. Detta är slutrapporten av regeringens och SKL:s treåriga satsning för att stimulera utveckling och ett strukturerat förbättringsarbete som ska höja kvaliteten i den psykiatriska heldygnsvården.

Utvärderingen har gjorts av Nina Frohm, som även har sammanställt denna rapport. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Överenskommelsen om förbättringar i den psykiatriska heldygnsvården...	9
Socialstyrelsens uppdrag	12
Område 1: Uppföljning och förbättring av data om tvångsvård och tvångsåtgärder	13
Har inrapporteringen till patientregistret ökat?	15
Socialstyrelsens bedömning	26
Område 2: Kunskap och kompetens	27
Socialstyrelsens bedömning	34
Område 3: Praktiskt förbättrings-arbete	35
Socialstyrelsens bedömning	39
Referenser	42
Bilaga 1. Fördelningsnyckel av stimulansbidrag under åren 2010– 2012...	43
Bilaga 2. Regeringsbeslut	44
Bilaga 3. Baslista för KVÅ i psykiatrisk slutenvård	47

Sammanfattning

Satsningen på psykiatrisk heldygnsvård har framför allt haft fokus på personalen och deras kompetens. Socialstyrelsen bedömer att satsningen har haft en positiv inverkan när det gäller att öka ambitionen, ansvarstagandet och engagemanget för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården. Personalen har också fått mer kunskap om hur de kan driva förbättringsarbete lokalt. Resultaten som landstingen redovisar understryker vikten av att personalen har rätt kompetens för att bemöta patienter som vårdas enligt tvångsvårdslagstiftningen.

I satsningen ingick ett stort antal team som har arbetat med genombrottsmetoder för att förbättra kvaliteten inom den psykiatriska heldygnsvården. Representanter från olika specialiteter såsom barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri med äldrepsykiatri samt rättspsykiatri har deltagit.

Överenskommelsen var uppbyggd på en prestationsmodell där SKL fastställde prestationskraven för vad landstingen skulle uppfylla för att få ta del av stimulansbidragen. Det ena kravet om regelbunden rapportering av patientspecifika uppgifter till Socialstyrelsens patientregister styrs av föreskrifter (SOSFS 2008:28) som gäller för specialistverksamhet inom Hälso- och sjukvården. De andra kraven var att verksamheterna skulle skicka in kompetensplaner eller medverka i team.

Samtliga landsting uppfyllde prestationskraven enligt SKL. Socialstyrelsen konstaterar att prestationskraven förändrades genom åren och det har begränsat myndighetens möjlighet att följa effekterna av satsningen. Socialstyrelsen kan inte uttala sig om i vilken utsträckning överenskommelsen har haft effekt på patienternas upplevelser av tvångsvården, eftersom verksamheterna inte har genomfört några systematiska mätningar.

Resultat

Socialstyrelsen konstaterar att rapporteringen till patientregistret har ökat. Men det finns fortfarande stora brister, alltifrån kvalitet i inrapporterad data till framställande av kvalitetssäkrad och användbar statistik.

Totalt ingick 135 team i något av SKL:s genombrottsprogram, och Socialstyrelsen konstaterar att det på sikt finns förutsättningar för varaktiga förändringar. Samtliga landsting hade något team som införde rutinen att patienterna ska erbjudas ett uppföljande samtal efter en tvångsåtgärd. Denna åtgärd kommer också att kunna följas i patientregistret, med en ny KVÅ-kod för 2013.

De team som deltog har haft fokus på att förbättra arbetssätt och metoder för att patienterna ska bli bemötta med respekt och bli mer delaktiga i sin vård. Exempel är uppföljande samtal efter tvångsåtgärd och metoder för att ge förutsättningar för patienter att delta i sin vårdplanering.

Socialstyrelsen drar slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Socialstyrelsen

menar att sådana förändringar ofta tar tid och behöver bedrivas systematiskt under flera år. Det behövs fortsatta åtgärder för att stärka baskompetensen och specialistkompetensen hos olika personalgrupper. Verksamheterna behöver dessutom fortlöpande utvärdera insatsernas resultat för att säkerställa att vården blir bättre för patientgruppen tvångsvårdade.

Socialstyrelsen förslag till åtgärder

Målet med prestationskravet var att stimulera huvudmännen att rapportera till patientregistret så att de ska få bättre möjligheter att jämföra sina verksamheter med övriga delar av landet. De brister som fanns före satsningen kvarstår dock och Socialstyrelsen kommer att bidra till arbetet med att förbättra rapporteringen när det gäller tvångsvården, bland annat genom att ge tydligare instruktioner till de verksamheter som rapporterar till registret.

Målen i överenskommelsen har varit svåra att mäta eftersom de är visionära till sin karaktär. Utan tidsatta och mätbara mål är det svårt att avgöra i vilken utsträckning satsningen var en framgång eller inte. Vid fortsatta satsningar bör enligt Socialstyrelsen mål utarbetas som är möjliga att följa.

Socialstyrelsen anser att ytterligare satsningar på kompetensutveckling inom flera områden som rör den psykiatriska heldygnsvården behövs. Tillgång till personal med rätt kompetens är avgörande för att kunna bedriva god vård. Kompetensplanerna pekar på stora regionala skillnader och en majoritet av landstingen har svårt att rekrytera tillräckligt många specialister i psykiatri. Socialstyrelsen ser också ett behov av en nationell yrkesutbildning för skötare.

Många landsting hänvisar i sina kompetensplaner till att de följer utvecklingen i sitt landsting genom den nationella patientenkäten. Socialstyrelsen bedömer dock att den nationella patientenkätens svarsfrekvens på 30 procent generellt är för låg för att kunna ge en tillförlitlig bild av brukarmedverkan på nationell nivå. Socialstyrelsen anser därför att svarsfrekvensen i den nationella patientenkäten behöver förbättras och bortfallsanalyser göras.

Överenskommelsen om förbättringar i den psykiatriska heldygnsvården

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har kommit överens om att stödja ett metodiskt förbättringsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården. Syftet är att förbättra kvaliteten i metoder och arbetssätt för att därigenom kunna ge en god och säker vård med ett tydligt patientperspektiv. Överenskommelsen skrevs under i december 2009 och är en treårig satsning.

Bakgrund till överenskommelsen

SKL fick enligt en tidigare överenskommelse med regeringen (regeringens beslut den 12 december 2008 nr I:24) i uppdrag att kartlägga den psykiatriska heldygnsvården inom rättspsykiatri, allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Syftet var bland annat att se om tillgången på heldygnsplatser inom psykiatri varierar över landet samt att i så fall undersöka möjliga orsaker till variationen och hur detta kan påverka psykiatri i framtiden [1].

Inventeringen ledde till ett planeringsunderlag för att utveckla vården så att den tillgodoser patienters behov av kvalificerad psykiatrisk vård. Detta förutsätter att det finns tillräckligt många platser för heldygnsvård, med rätt säkerhetsnivå, och att vården bedrivs enligt evidensbaserade metoder.

Utgångspunkt för överenskommelsen

Närmare hälften av slutenvårdsplatserna inom psykiatri upptas av patienter som vårdas med stöd av tvångsvårdslagstiftning. Dessa patienter har ofta stora behov och kräver omfattande vårdinsatser. Patienterna har inte möjligheten att själva välja sin vård och befinner sig ofta i en utsatt position, och därför är det ett stort ansvar att vårda någon mot sin vilja.

Den vård som ges mot någons vilja måste vara planerad, allsidig och kunskapsbaserad. Sjukvårdshuvudmännen har satsat på att minska belastningen på den psykiatriska heldygnsvården samt på att kvalitetssäkra och utveckla innehållet så att vården är god och säker och håller en hög kvalitet. Tvångsvård och tvångsåtgärder ska bara användas när det inte går att ge nödvändig vård på annat sätt, och alla ansträngningar ska göras för att förebygga situationer där tvång är nödvändigt. Enligt överenskommelsen spelar bemötande, miljö, arbetssätt, kunskapsbaserade metoder och personalens kompetens stor roll för att minska behovet av tvång.

Målet för överenskommelsen var att stimulera utvecklingen mot ett strukturerat förbättringsarbete med ambitionen att höja kvaliteten i heldygnsvården. Överenskommelsen skulle också bidra till att den psykiatriska heldygnsvården erbjuder en kvalificerad vård som motsvarar patientens behov och som håller hög kvalitet både vad gäller metoder, arbetssätt och bemötande.

Data från Socialstyrelsens hälsodataregister ska användas i förbättringsarbete. Verksamheterna ska få tillbaka inrapporterade data över till exempel tvångsvård för att kunna jämföra sina resultat med andra verksamheter i landet.

Verksamheterna som bedriver psykiatrisk heldygnsvård ska ha tillgång till kunskap om aktuella metoder och arbetssätt som har visat sig vara framgångsrika. Dessutom skulle överenskommelsen stimulera till etiska överväganden och metoder för att utveckla ett gott förhållningssätt i svåra integritetskränkande situationer.

Psykiatrisk heldygnsvård där tvångsvård bedrivs ska stimuleras till att förbättra vårdens innehåll, med den så kallade genombrottsmetodiken som har använts med framgång i flera nordiska länder och i Sverige [2]. I metoden ingår att minimera det trauma och den kränkning som en tvångshändelse kan innebära för den enskilde. Arbetsmetoden kommer ursprungligen från Danmark där detta arbetssätt har haft stor framgång och liknande erfarenheter finns i Norge. De psykiatriska heldygnsvårdsverksamheterna erbjöds att delta i det systematiska förbättringsarbetet. I det praktiska arbetet inom genombrottsmetodiken ligger fokus på att försöka mäta tvångsåtgärderna (till exempel tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljande), det vill säga åtgärder för de mest sjuka patienterna. Det innebär att alla vårdavdelningar som deltar behöver se över insatserna vid tvångsvårdstillfällena, sina rutiner och sitt bemötande samt föra en dialog med patienterna för att utveckla mer ändamålsenliga arbetssätt.

Genombrottsmetodiken ska möjliggöra både systematiska mätningar och jämförelser och inspirationsutbyte mellan olika avdelningar. Regeringen vill stödja detta arbete, och avsatte i och med överenskommelsen stimulansmedel efter en prestationsbaserad modell.

Arbetet med att förbättra heldygnsvården

SKL har inom ramen för överenskommelsen utarbetat konkreta mål och webbaserade inmatningsverktyg för att kunna följa förbättringsarbetet att förebygga tvångsåtgärder och att förbättra användningen av dem. I arbetet ingick att utveckla kunskapen och kvaliteten vid bruk av tvång, samt att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder. SKL har delat in arbetet i tre områden som går in i varandra men som ändå har egna delprojekt. Landstingen behövde uppfylla vissa krav för att få ta del av stimulansbidragen och dessa prestationer följer nedanstående områden.

Bild 1. SKL:s tre områden för att förbättra den psykiatriska heldygnsvården



Socialstyrelsen redovisar dessa områden separat eftersom prestationskraven utgår från SKL:s modell.

Ekonomisk omfattning av överenskommelsen

Stimulansbidrag har fördelats efter en prestationsmodell. För att få ta del av stimulansmedlen fick landstingen redovisa sin verksamhet enligt konkreta mått som SKL har angett och som tydliggör det fortsatta förbättringsarbetet. Medelstillelningen per landsting byggde på landstingets storlek, det vill säga landstingets andel av befolkningen den 31 december året före bidragsåret. Under 2009–2012 avsatte regeringen stimulansbidrag för olika insatser.

SKL fick 21 miljoner kronor som har använts till att

- utbilda personal och coacher
- ta fram mått och mätmetoder
- ordna konferenser och inspirationsdagar
- följa upp och utvärdera resultat
- handleda och stödja de team i landstinget som har eller ska genomföra genombrottsprogram
- skapa strukturer och ge stöd för landstingens inrapportering till det nationella patientregistret.

Under 2012 fick SKL dessutom 7 miljoner kronor att fördela till landstingen för att de skulle genomföra genombrottsprogram under samma år (det vill säga ansvara för att lotsa 15–20 team). Medlen skulle användas för att ersätta

coacher kopplade till genombrottsprogrammen, ge pedagogiskt stöd till programledare, coacher och team samt ge särskilt stöd i förbättringsarbetet.

Sammanlagt har SKL fördelat 128 miljoner kronor i stimulansmedel. Pengarna har betalats ut till landstingen efter prestation, enligt överenskommelsens angivelser som under åren har förändrats något.

Socialstyrelsens uppdrag

I samband med att överenskommelsen träffades fick Socialstyrelsen i uppdrag att årligen följa upp satsningen (regeringens protokoll I:13), i samverkan med SKL (bilaga 2). Åren 2010, 2011 och 2012 lämnade Socialstyrelsen delrapporter till Socialdepartementet om täckningsgraden av de data om tvångsåtgärder som inrapporterades till patientregistret.

Socialstyrelsen fick också uppdraget att utvärdera vilken effekt satsningen har haft på den psykiatriska heldygnsvården. Slutrapporten ska också visa hur landstingen har införlivat arbetsmetoden i ordinarie verksamhet.

Frågeställningar för utvärderingen

Utvärderingen har utgått från följande frågeställningar:

- Hur har den psykiatriska heldygnsvården påverkats av överenskommelsen mellan socialdepartementet och SKL?
- Har inrapporteringen till patientregistret ökat?
- I vilken utsträckning har teamens identifierade förbättringsområden lett till en varaktig förändring?
- Vilka brister på kompetens hos personalen har landstingen identifierat i kompetensplanerna?
- Hur tänker landstingen komma till rätta med de identifierade kompetensbristerna?
- Har bemötandet och delaktigheten förbättrats för patienterna?

Socialstyrelsen har kontrollerat utvecklingen av täckningsgraden i patientregistret. Myndigheten har också granskat landstingens kompetensplaner utifrån SKL:s uppsatta mått liksom slutrapporterna från samtliga genombrotts-team.

Område 1: Uppföljning och förbättring av data om tvångsvård och tvångsåtgärder

All specialistverksamhet inom hälso- och sjukvården ska regelbundet rapportera in patientspecifika uppgifter till Socialstyrelsens patientregister. Enligt föreskrift (SOSFS 2008:26) ska den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården varje år till Socialstyrelsen lämna uppgifter om de patienter som under föregående år

1. har vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården, eller
2. har behandlats av läkare inom den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård.

Dessutom ska den som bedriver psykiatrisk tvångsvård tre gånger per år (15 maj, 15 september samt 15 januari) rapportera uppgifter om patienter som innevarande år har varit eller är inskrivna för tvångsvård som ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Socialstyrelsen har samlat in uppgifter om tvångsvården i patientregistret från och med 1 januari 2009. Den nya individbaserade inrapporteringen har dock haft en del inkörningsproblem samt svårigheter att få korrekta data från de inrapporterande landstingen. Alla uppgifter har återförts till respektive landsting för kvalitetskontroll.

Under perioden har Socialstyrelsen haft flera informationsträffar med uppgiftslämnarna för att redovisa inrapporterat material och diskutera vilka problem landstingen har med rapporteringen. Genom dessa data blir det möjligt att få en nationell bild av svensk tvångsvård. Socialstyrelsen har också deltagit som diskussionspartner i de psykiatriska föreningarnas arbete med att ta fram en baslista för tvångsåtgärder i psykiatrisk slutenvård (bilaga 3) och exempel på lathundar för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Listorna och lathundarna publicerades på Socialstyrelsens webbplats under våren 2011 och uppdateras årligen. Syftet med detta är att uppmuntra en gemensam användning och tolkning av koderna ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ-koderna).

2010 års prestationskrav för inrapportering till patientregistret

Enligt överenskommelsen måste landstingen uppfylla ett antal prestationer med rapporteringen till patientregistret för att få ta del av stimulansbidragen. Dessa prestationer finns listade i faktaruta 1.

Faktaruta 1. Prestationskrav för inrapportering till patientregistret från 2010 års överenskommelse

1. "Landstingens alla sjukhus som bedriver tvångsvård rapporterar till patientregistret.
2. Alla avslutade vårdtillfällen och patienter enligt LPT och LRV ska rapporteras.
3. 90 procent av de avslutade patienterna ska ha en registrerad diagnos.
4. 80 procent av alla avslutade vårdtillfällen ska ha minst en registrerad KVÅ-kod."

SKL har varje år i oktober följt upp de uppgifter som rapporterades in till patientregistret under perioden 1 januari–31 augusti och använt dem som ett underlag för att betala ut stimulansbidrag.

SKL:s uppföljningar av de två första tertialen år 2010 visade att samtliga landsting uppfyllde prestationskrav 1 och 2, det vill säga att alla sjukhus som bedriver tvångsvård rapporterade till patientregistret samt att man rapporterade alla avslutade vårdtillfällen och patienter som vårdas enligt LPT och LRV [3].

Elva landsting uppfyllde prestationskrav 3, att 90 procent av de utskrivna patienterna ska ha en registrerad diagnos. De landsting som inte nådde upp till denna nivå var Jämtland, Norrbotten, Blekinge, Västra Götaland, Stockholm, Västmanland, Dalarna, Kalmar, Södermanland och Gävleborg. De uppgav att det fanns en eftersläpning i täckningsgraden för uppgifterna om huvuddiagnos men bedömde att de skulle uppnå prestationskravet när de rapporterade in uppgifter för hela året 2010. En analys av helårsdata för 2010 visar också att totalt 98 procent av alla utskrivna patienter hade uppgift om diagnos, och samtliga landsting nådde nivån på 90 procent. Diagnosrapporteringen var klart bättre än under de två första tertialen 2010, då täckningsgraden i riket var 86 procent.

Prestationskrav 4 gällde rapportering av KVÅ som har varit obligatorisk för landstingen sedan januari 2007. KVÅ beskriver vilka åtgärder som har satts in vid behandling av patienten. Vid SKL:s uppföljning av de två första tertialen 2010 var det endast 32 procent av de utskrivna patienterna som hade minst en åtgärds kod registrerad. I helårsdata för 2010 hade andelen ökat till 47 procent, vilket ändå är långt från målnivån 80 procent.

Vissa landsting klarade alltså inte prestationskraven för 2010 men trots detta beslutade SKL att landstingen skulle få ta del av stimulansbidraget, förutsatt att de skickade in planer som beskrev arbetet för att förbättra sin rapportering till patientregistret.

2011 och 2012 års prestationskrav för inrapportering till patientregistret

För år 2011 ändrade SKL kravet för utbetalning av stimulansbidrag (faktaruta 2).

Faktaruta 2. Prestationskrav för inrapportering till patientregistret 2011–2012

Landstingen ska registrera tvångsåtgärder och andra överenskomna mått i de genombrottsprojekt man deltar i samt fortsätta med den registrering som påbörjades under genombrottsprojektet. Landstingen ska vidare ha kännedom om lokal aktuell statistik över antalet tvångsvårdade patienter och tvångsåtgärder så att dessa kan jämföras med data i det nationella patientregistret (PAR).

I och med det förändrade prestationskravet blev det svårare för Socialstyrelsen att kontrollera om landstingen arbetar med att förbättra sin inrapportering till patientregistret. I prestationskravet hänvisar SKL till de genombrottsprojekt som arbetade praktiskt på lokalnivå för att förbättra vården för patienterna inom heldygnsvården.

SKL följde upp inrapporterade data till patientregistret 2011 för att kunna betala ut stimulansbidrag till landstingen. I lägesrapporten till regeringen uppgav SKL att Västra Götalands region, Kalmars läns landsting och Uppsala läns landsting hade stora brister i rapporteringen och fick därför skriftligt redovisa hur de arbetar för att förbättra sin inrapportering [4]. Samtliga landsting fick ta del av 2011 stimulansbidrag.

Uppföljningen av de två första tertialen 2012 innebar en förenklad bedömning av de inrapporterade uppgifterna eftersom SKL ansåg att det fanns så stora brister i datakvaliteten att det inte gick att dra några säkra slutsatser om tillförlitligheten. Samtliga landsting fick ta del av 2012 stimulansbidrag.

Har inrapporteringen till patientregistret ökat?

Socialstyrelsen redovisar helårsdata för åren 2010–2012 (1 januari 2010–31 december 2012) för att åskådliggöra utvecklingen över tid vad det gäller inrapportering till patientregistret. Redovisningen avser täckningsgraden för de inrapporterade uppgifterna för utskrivna patienter från den psykiatriska tvångsvården.

Utskrivna patienter

Under 2010 rapporterades 12 003 utskrivna patienter, 2011 var det 11 916 patienter och för 2012 rapporterades 12 324 utskrivna patienter. Tabell 1 visar hur antalet utskrivna patienter är fördelade per landsting.

Tabell 1. Antal utskrivna patienter som vårdas enligt LPT alternativt LRV per landsting

Landsting	Antalet utskrivna patienter								
	Kvinnor			Män			Totalt		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Blekinge	66	64	60	85	87	79	151	151	139
Dalarna	122	114	110	127	148	126	249	262	236
Gotland	32	21	18	18	13	14	50	34	32
Gävleborg	126	100	132	116	118	106	242	218	238
Halland	126	139	175	134	148	179	260	287	354
Jämtland	72	62	88	77	95	69	149	157	157
Jönköping	175	169	154	174	169	191	349	338	345
Kalmar	179	137	130	212	132	138	391	269	268
Kronoberg	95	93	55	125	113	180	220	206	235
Norrbottn	179	171	113	255	236	161	434	407	274
Skåne	659	642	661	772	713	677	1 431	1 355	1 338
Stockholm	1 876	1 855	1 942	1 923	2 011	2 155	3 799	3 866	4 097
Sörmland	220	192	235	271	237	248	491	429	483
Uppsala	146	154	186	148	143	212	294	297	398
Värmland	94	130	140	91	130	151	185	260	291
Västerbotten	205	223	231	212	257	239	417	480	470
Västernorrland	119	111	103	123	159	144	242	270	247
Västmanland	63	111	143	91	135	181	154	246	324
V. Götaland	869	855	864	958	935	924	1 827	1 790	1 788
Örebro	125	113	108	136	115	131	261	228	239
Östergötland	200	194	196	207	172	175	407	366	371
RIKET	5 748	5 650	5844	6 255	6 266	6480	12 003	11 916	12 324

Antalet utskrivna patienter ökade marginellt med 2–3 procent 2012 jämfört med 2010. Ökningen ligger sannolikt inom en normalvariation. Tabell 2 visar fördelningen av antalet utskrivna patienter per 100 000 invånare.

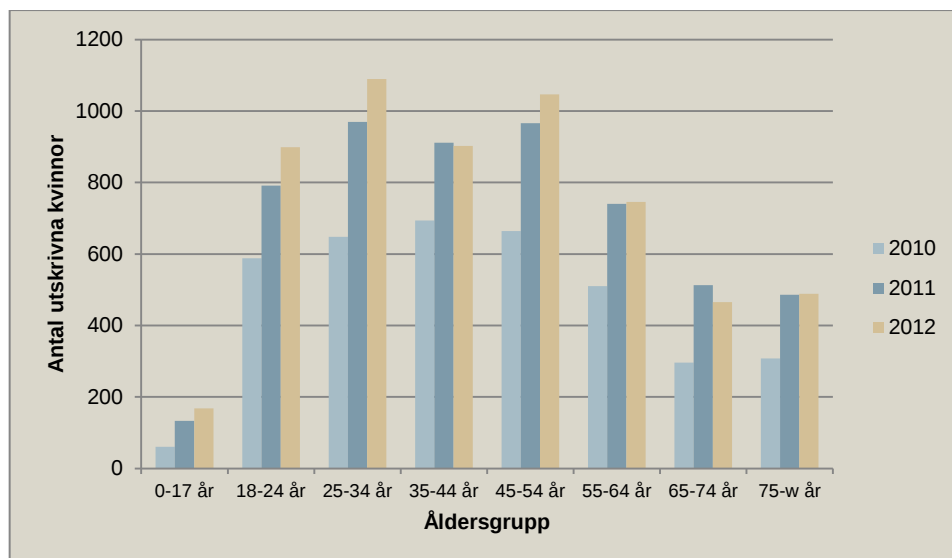
Tabell 2. Antal utskrivna patienter per 100 000 invånare som vårdas enligt LPT alternativt LRV, per landsting

Landsting	Antalet utskrivna patienter								
	Kvinnor			Män			Totalt		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
0									
Blekinge	81	85	80	98	112	102	90	99	91
Dalarna	80	83	80	82	107	91	81	95	85
Gotland	114	73	62	74	46	49	94	59	56
Gävleborg	89	72	96	91	85	77	90	79	86
Halland	80	92	115	79	99	119	80	95	117
Jämtland	102	98	140	109	150	109	106	124	124
Jönköping	97	100	91	99	100	113	98	100	102
Kalmar	137	117	111	151	113	118	144	115	115
Kronoberg	88	102	60	93	122	193	90	112	127
Norrbottn	124	140	92	171	187	127	148	164	110
Skåne	104	102	104	122	115	109	113	109	106
Stockholm	173	177	183	177	196	206	175	187	194
Sörmland	153	141	171	170	175	182	162	158	177
Uppsala	87	91	109	92	85	125	89	88	117
Värmland	66	95	103	73	95	111	69	95	107
Västerbotten	153	173	179	153	197	183	153	185	181
Västernorrland	89	92	85	79	131	119	84	111	102
Västmanland	50	87	112	77	107	142	63	97	127
V. Götaland	105	108	108	118	118	116	112	113	112
Örebro	91	80	76	97	82	93	94	81	85
Östergötland	88	91	91	83	80	81	85	85	86
RIKET	116	119	122	124	133	137	120	126	129

Åldersfördelningen för de utskrivna patienterna redovisas i diagram 1 och diagram 2. Diagram 1 visar antalet utskrivna kvinnor från vård enligt LPT och LRV, fördelat på åldersgrupp för åren 2011 och 2012.

Socialstyrelsen har slagit samman vård enligt LPT och LRV för kvinnor. Antalet kvinnor som vårdas enligt LRV är få för att inte riskera att enskilda personer kan identifieras redovisas båda vårdformerna tillsammans. Kvinnor vårdas dock i högre utsträckning inom psykiatrisk tvångsvård än rättspsykiatrisk vård, och skillnaden är stor: Under 2011 blev 146 kvinnor utskrivna från vård enligt LRV medan 5 357 kvinnor skrevs ut från vård enligt LPT. Motsvarande siffror för 2012 var 157 utskrivna från vård enligt LRV och 5 679 från vård enligt LPT.

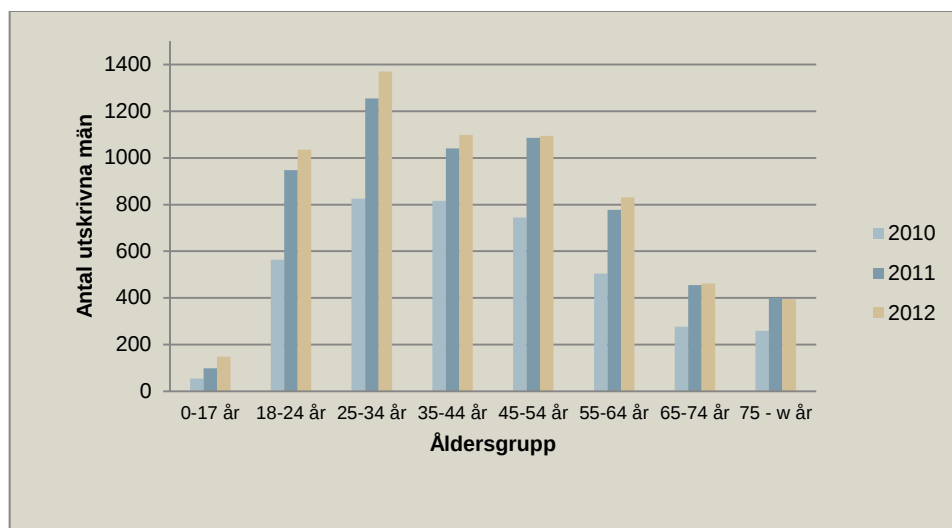
Diagram 1. Åldersfördelning för kvinnor utskrivna från vård enligt LPT och LRV för åren 2010–2012



Socialstyrelsen konstaterar att inrapporteringen blev bättre under år 2011 och 2010, och att bortfallet baserat på personnummer eller ålder var större 2010. Den största gruppen utskrivna kvinnor återfinns i åldersgruppen 25–34 år följt av gruppen 45–54 år.

Motsvarande fördelning för män visar att åldersgruppen 25–34 år är den största. Under 2011 blev 749 män utskrivna från LRV-vård och 5 314 från LPT-vård, och år 2012 var det 746 män från vård enligt LRV och 5 688 från vård enligt vård från LPT. Fler män än kvinnor döms till vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård.

Diagram 2, Åldersfördelning för män utskrivna från vård enligt LPT och LRV för åren 2010–2012



Diagnosrapportering

Huvuddiagnos och samtliga bidiagnoser som har haft relevans för vårdkontakten ska rapporteras till patientregistret. Dessa diagnoser ska rapporteras enligt Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE).

Täckningsgraden för diagnoserna var konstant under perioden 2010–2012 och pendlade mellan 98 och 99 procent.

Åtgärdsrapportering

Sedan 2007 ska alla åtgärder som har haft relevans för vårdkontakten rapporteras till patientregistret. Dessa åtgärder ska då rapporteras enligt KVÅ och samtliga landsting rapporterar någon form av KVÅ-kod till Socialstyrelsen. Under 2011 rapporterade 67 procent av landstingen minst en åtgärdskod, under 2012 hade andelen ökat till 81 procent. I tabell 3 redovisas andelen utskrivna patienter från vård enligt LPT eller LRV med minst en rapporterad åtgärdskod för 2010, 2011 och 2012.

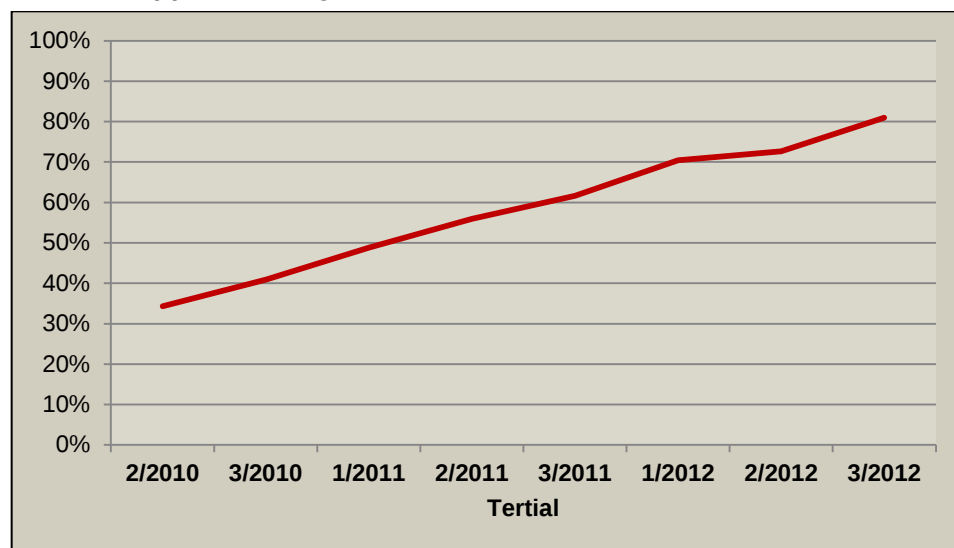
Tabell 3. Täckningsgrad, utskrivna patienter från vård enligt LPT eller LRV som har en registrerad KVÅ-kod

Landsting	2010	2011	2012
Blekinge	89	94	79
Dalarna	100	94	93
Gotland	96	76	100
Gävleborg	25	48	84
Halland	17	45	91
Jämtland	13	21	54
Jönköping	70	94	71
Kalmar	37	72	89
Kronoberg	55	39	65
Norrbottnen	88	89	92
Skåne	35	52	75
Stockholm	27	56	82
Södermanland	30	93	92
Uppsala	34	50	73
Värmland	89	92	93
Västerbotten	59	56	56
Västernorrland	36	61	59
Västmanland	16	84	92
V. Götaland	89	92	85
Örebro	81	95	85
Östergötland	37	78	90
Riket	47	67	81

De flesta landstingen har arbetat med att förbättra sin rapportering av KVÅ-koder för behandlingen av patienter som vårdas enligt LPT eller LRV.

Det finns dock fortfarande skillnader mellan landstingen i hur de rapporterar åtgärds-koder även om skillnaderna har minskat under perioden. Diagram 4 redovisar utvecklingen över tid.

Diagram 4. Andel patienter utskrivna från vård enligt LPT eller LRV med minst en rapporterad åtgärds-kod under tertial 1 2010 till tertial 3 2012



Ökningen kan bero på det arbete som Socialstyrelsen och SKL har lagt ner på att förbättra inrapporteringen av KVÅ-koder, och då framför allt de koder som är kopplade till tvångsåtgärderna. Åtgärdsrapporteringen betonades också under informationsträffarna som Socialstyrelsen och SKL ordnade under perioden. En annan förklaring till ökningen kan vara den baslista som specialistpsykiatrins föreningar har tagit fram för att visa vad som är relevant att rapportera in när det gäller psykiatrisk tvångsvård (bilaga 3).

Tabell 4 och 5 redovisar de vanligaste rapporterade KVÅ-koderna och visar ingen större skillnad på vilka KVÅ-koder som rapporteras in mest frekvent. Det var dock betydligt fler patienter som under 2012 inrapporterades ha fått en upprättad vårdplan vid tvångsvård än 2011.

Tabell 4. De vanligaste rapporterade KVÅ-koderna år 2011

KVÅ-kod	Namn	Antal
XU041	Upprättande av vårdplan vid tvångsvård	5 823
AU009	Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	4 974
AU118	Strukturerad suicidriskbedömning	4 377
XU021	Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande	3 489
XU001	Fastspänning upp till och med 4 timmar	3 017
DU007	Stödjande samtal	2 636
DA024	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral	2 089
DT026	Ordnation av läkemedel	2 032
AV018	Inhämtande av anamnes	1 841
GA002	Extra tillsyn (extravak)	1 705
XU011	Avskiljande upp till och med 8 timmar	1 639
AV034	Provtagning UNS	1 505
DA006	Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS	1 211

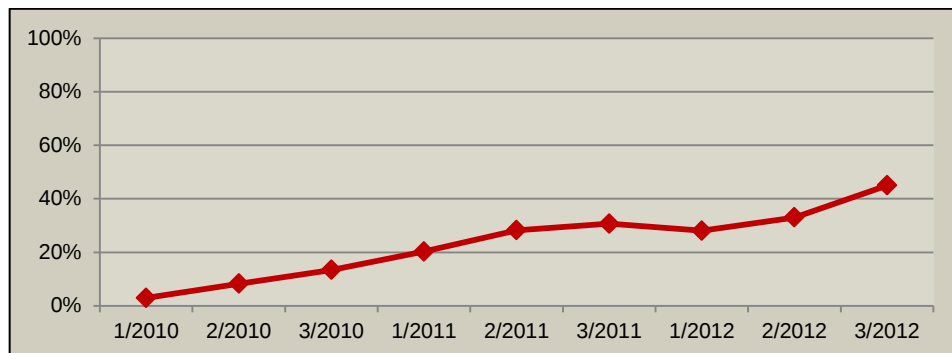
Under 2011 var XU041 den KVÅ-kod som inrapporterades oftast, ”Upprättande av vårdplan vid tvångsvård”. Det är också den åtgärd som har stöd i 3 § Vårdplanering enligt 16 § LPT och 6 § andra stycket LRV, och vårdplanen ska inledas i anslutning till beslutet om intagning. Vårdplanen ska sedan ligga till grund för behandling av patienten i det akuta skedet efter intagningen och innehålla huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården.

Vårdplanen ska omprövas så snart det finns ett underlag för att fastställa den fortsatta vården. Den KVÅ-koden var också vanligast under 2012.

Tabell 5. De vanligaste rapporterade KVÅ-koderna 2012

KVÅ-kod	Namn	Antal
XU041	Upprättande av vårdplan vid tvångsvård	9 296
AU118	Strukturerad suicidriskbedömning	7 933
AU009	Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	7 470
XU001	Fastspänning upp till och med 4 timmar	3 597
AU011	Skattning av psykiska symptom	3 544
DU007	Stödjande samtal	2 749
DA024	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral	2 671
DT026	Ordnation av läkemedel	2 499
AV018	Inhämtande av anamnes	2 495
XU021	Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande	2 135
XU011	Avskiljande upp till och med 8 timmar	2 044
DU040	Tillförsel av läkemedel under fastspänning eller fasthållning	2 001
GA002	Extra tillsyn (extravak)	1 785
XU042	Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård	1 657

Diagram 5. Andelen utskrivna patienter från vård enligt LPT eller LRV med rapporterad uppgift om vårdplan under perioden 1 januari 2010–31 december 2012.



Diagrammet visar en procentuell ökning i inrapporteringen till patientregistret, men några landsting har inte noterat att vårdplan för patienter inom tvångsvård är en KVÅ-kod som finns med i den så kallade baslistan och därför inte rapporterat på koden.

Tvångsåtgärderna fastspänning, avskiljning och tvångsmedicinering redovisas i tre olika tabeller för att möjliggöra jämförelser mellan 2011 och 2012. Tabellerna 6, 7 och 8 ska tolkas som att landstingen rapporterar detta på olika sätt snarare än att de använder tvångsåtgärder i varierande grad.

Tabell 6. Rapporterade fastspänningar (XU001-04), per landsting och totala förekomster 2011–2012.

Landsting	2011			2012		
	Antal	Antal patient	Antal per patient	Antal	Antal patient	Antal per patient
Blekinge	38	12	3,2	31	12	2,6
Dalarna	215	25	8,6	244	28	8,7
Gotland	4	3	1,3	16	8	2,0
Gävleborg	47	27	1,7	111	49	2,3
Halland	74	29	2,6	99	38	2,6
Jämtland	56	16	3,5	36	14	2,6
Jönköping	110	47	2,3	117	30	3,9
Kalmar	85	26	3,3	74	36	2,1
Kronoberg	60	34	1,8	291	25	11,6
Norrbottn	189	45	4,2	75	43	1,7
Skåne	548	156	3,5	445	153	2,9
Stockholm	1 060	345	3,1	1 319	412	3,2
Sörmland	240	54	4,4	274	49	5,6
Uppsala	67	40	1,7	97	40	2,4
Värmland	40	14	2,9	34	21	1,6
Västerbotten	159	47	3,4	250	49	5,1
Västernorrland	38	23	1,7	38	28	1,4
Västmanland	28	21	1,3	67	42	1,6
V. Götaland	287	120	2,4	387	163	2,4
Örebro	62	32	1,9	82	51	1,6
Östergötland	35	26	1,3	72	35	2,1
RIKET	3 442	1 142	3,0	4 159	1 326	3,1

Diagram 6. Antal fastspänningar för samtliga patienter under 2011 och 2012, per landsting

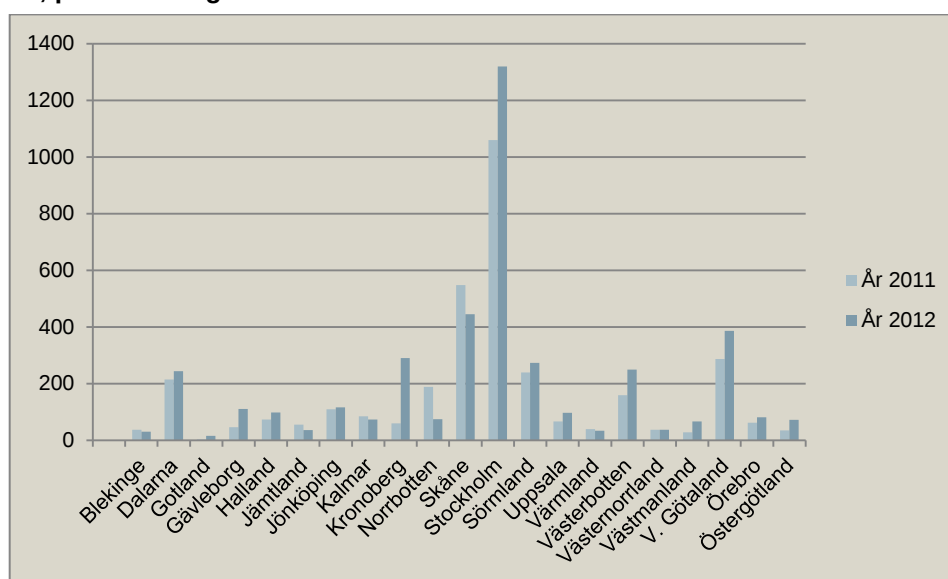


Diagram sex redovisar det totala antalet fastspänningar, för samtliga patienter som vårdades enligt LPT eller LRV under 2011 och 2012. Staplarna visar en ökning för Stockholms läns landsting men det beror inte på att det faktiska användandet av fastspänningar har ökat. Stockholms läns landsting har arbetat med att förbättra sin inrapportering till Socialstyrelsen. Västra Götaland-regionen har rapporterat in betydligt färre fastspänningar än Stockholm. SKL har påtalat för Västra Götaland att det finns brister i deras inrapportering för denna period [5].

Tabell 7. Rapporterade avskiljningar (XU0011-13), per landsting och totala förekomster 2011–2012.

Landsting	2011			2012		
	Antal	Antal patient	Antal åtgärd per patient	Antal	Antal patient	Antal åtgärd per patient
Blekinge	0	0	0	1	1	1,0
Dalarna	449	23	19,5	378	19	19,9
Gotland	1	1	1	9	6	1,5
Gävleborg	23	5	4,6	12	10	1,2
Halland	27	12	2,3	76	34	2,2
Jämtland	2	2	1	4	1	4,0
Jönköping	12	8	1,5	20	5	4,0
Kalmar	107	28	3,8	136	22	6,2
Kronoberg	50	23	2,2	75	38	2,0
Norrbottn	18	10	1,8	15	9	1,7
Skåne	340	104	3,3	246	87	2,8
Stockholm	812	253	3,2	1 297	398	3,3
Sörmland	123	36	3,4	103	34	3,0
Uppsala	27	16	1,7	26	11	2,4
Värmland	2	2	1	1	1	1,0
Västerbotten	94	40	2,4	125	45	2,8
Västernorrland	348	49	7,1	82	46	1,8
Västmanland	11	9	1,2	129	29	4,4
V. Götaland	33	21	1,6	123	41	3,0
Örebro	13	9	1,4	12	8	1,5
Östergötland	11	11	1,0	22	11	2,0
RIKET	2 503	662	3,8	2 892	856	3,4

Inrapporteringarna om tvångsåtgärden avskiljning ökade mellan 2011 och 2012 med 389 fall, men det var 192 fler patienter som fick avskiljning. Därför sjönk genomsnittet något från 3,8 till 3,4 avskiljningar per patient.

Tabell 8. Rapporterade tvångsmedicineringar (DU040, XU020-21), per landsting och totalt antal förekomster 2011–2012

Landsting	2011			2012		
	Antal	Antal patient	Antal åtgärd per patient	Antal	Antal patient	Antal åtgärd per patient
Blekinge	89	36	2,5	65	22	3,0
Dalarna	48	35	1,4	45	31	1,5
Gotland	9	7	1,3	14	6	2,3
Gävleborg	45	36	1,3	179	72	2,5
Halland	81	45	1,8	129	64	2,0
Jämtland	81	25	3,2	34	18	1,9
Jönköping	75	45	1,7	29	14	2,1
Kalmar	101	38	2,7	99	38	2,6
Kronoberg	41	27	1,5	86	31	2,8
Norrbottn	68	46	1,5	60	36	1,7
Skåne	534	236	2,3	571	230	2,5
Stockholm	1 773	682	2,6	2 248	575	3,9
Sörmland	138	60	2,3	143	47	3,0
Uppsala	67	45	1,5	51	34	1,5
Värmland	26	15	1,7	39	21	1,9
Västerbotten	116	73	1,6	115	56	2,1
Västernorrland	247	114	2,2	36	26	1,4
Västmanland	40	33	1,2	95	73	1,3
V. Götaland	146	119	1,2	303	186	1,6
Örebro	103	49	2,1	109	67	1,6
Östergötland	54	43	1,3	65	39	1,7
RIKET	3 882	1 809	2,1	4 515	1 686	2,7

Tvångsmedicinering är den vanligaste tvångsåtgärden och den ges oftast tillsammans med tvångsåtgärden fastspänning. Under 2012 inrapporterades 633 fler tvångsmedicineringar jämfört med 2011 och 123 färre patienter tvångsmedicerades vid något tillfälle, vilket visar på en viss ökning av antalet per patient.

Förbättring av inrapporterade tvångsåtgärder

Inrapporteringen av tvångsåtgärder har inte blivit bättre utan många brister och problem kvarstår. Under de år som stimulansbidrag delades ut för att förbättra inrapporteringen till patientregistret låg fokus på att skapa kontakter och att få till stånd regelbundna återkopplingar av data till landstingen och regionerna.

I september 2013 ordnade Socialstyrelsen en träff med rapportörer och verksamhetschefer för psykiatrin. Där framkom att vissa landsting inte förstod vilka uppgifter som de fick återförda av myndigheten och hur dessa uppgifter skulle kopplas ihop med deras inrapporterade data.

Landstingen framförde också att de ville ha ett förtydligande om hur de ska rapportera vissa uppgifter. Det gäller framför allt rapporteringen av vårdtillfälle. Socialstyrelsen definierar vårdtillfälle som ett in- respektive utskrivningsdatum. När det handlar om att registrera vårdtillfällen inom tvångsvård

är det i praktiken olika juridiska episoder som styr vilken vårdform patienterna får. Vårdformen kan också förändras under vårdtillfället. En patient kan alltså skrivas in för frivillig vård men under pågående vårdtillfälle i stället få psykiatrisk tvångsvård, för att senare övergå till frivillig vård igen. Under hela den tiden är patienten inskriven i och får vård inom den psykiatriska heldygnsvården, trots att det gäller olika vårdformer. Landstingen anser att Socialstyrelsen ska ta ställning till hur de ska registrera vårdtillfällen som är kopplade till olika lagar som styr den vård patienten får.

Ett annat problem är hur öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska registreras. Här förekommer tre olika varianter: Flera landsting registrerar dessa patienter som inskrivna i den psykiatriska heldygnsvården även om patienten vistas utanför heldygnsvården och inte har någon sängplats. Det andra alternativet är att landstingen skriver ut patienten från heldygnsvården, och det sista alternativet är att patienten överförs till en fiktiv avdelning. Om landstingen rapporterar detta på olika sätt ökar osäkerheten i data och det blir svårare att jämföra uppgifterna.

En annan brist är ett bortfall av de patienter som tvångsvårdas, men som inte vårdas inom den psykiatriska heldygnsvården utan får vården på en annan verksamhet inom hälso- och sjukvården. Detta bortfall beräknas vara ett antal hundra patienter per år.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att rapporteringsgraden har ökat. Myndigheten bedömer dock att överenskommelsen inte har bidragit till att kvaliteten i registret har blivit bättre. Socialstyrelsen kommer därför att göra en satsning under 2014 på att höja kvaliteten i de delar av patientregistret som avser tvångsvård. Trots den högre rapporteringsgraden finns flera brister i produktionen av statistik som rör psykiatrisk tvångsvård. Bristerna gäller hela produktionskedjan, från kvaliteten i de inrapporterade data till Socialstyrelsens produktion av kvalitetssäkrad och användbar statistik.

I dagsläget är registret inte moget att användas för att följa upp verksamheterna. Det finns dock ett stort intresse av uppgifterna och landstingen är angelägna om att utveckla statistiken tillsammans med Socialstyrelsen. Under år 2014 ska Socialstyrelsen göra en insats kring hela produktionsprocessen när det gäller statistik om psykiatrisk tvångsvård. Bedömningen är att statistiken kan hålla betydligt högre kvalitet redan under nästa verksamhetsår. I korthet kommer fyra olika åtgärder att prioriteras under 2014. Det handlar om att Socialstyrelsen ska

- ge vårdgivarna tydligare instruktioner när det gäller inrapporteringen
- öka kvalitetskontrollen av inrapporterade data
- ge landstingen tydligare återkoppling av kvaliteten i inrapporterade data
- utveckla statistik som gör det möjligt att använda uppgifterna i lokala, regionala och nationella uppföljningar av verksamheten.

Område 2: Kunskap och kompetens

Delprojektet kunskap och kompetens handlar framför allt om att ta fram redskap och kunskap samt att skapa ett forum för kunskapsdelning som på olika sätt långsiktigt stödjer utvecklingen av den psykiatriska heldygnsvården. Projektet har skapat förutsättningar för ömsesidigt lärande och utbyte mellan regioner och landsting, och utgångspunkten var att arbeta kunskapsbaserat. SKL har inte haft ambitionen att bygga upp egna strukturer för kunskapsförmedling utan att tillgängliggöra befintliga rapporter inom området. SKL har haft en gemensam webbaserad webbplats – ”Projectplace”, där alla team som deltagit i genombrottsprogrammen har haft möjlighet att ta del av avhandlingar, kunskapsöversikter, offentliga dokument samt länkar till Kunskapsguiden, SBU och motsvarande.

Det finns ett generellt behov av att öka användningen av evidensbaserade metoder inom den psykiatriska vården. Det finns också behov av att följa upp och utvärdera de metoder som används. Utvecklingen går snabbt framåt och det finns flera stora nationella satsningar på kompetens och på att ta fram nationella riktlinjer. Men dessa satsningar har inte varit utformade med den psykiatriska heldygnsvården i fokus.

Psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder är en del av den psykiatriska heldygnsvården som utmanar vården på flera plan – rättssäkerhet, patientsäkerhet, etik, juridik och praktik. Att vårda någon mot dennes vilja eller utsetta någon person för en tvångsåtgärd påverkar såväl både personal som patient. Det finns ett stort behov av redskap för att på ett rättsäkert och värdigt sätt bedriva vård mot någons vilja. Det handlar främst om att personalen ska ha rätt kompetens och förståelse för vad det innebär att vårda någon mot någons vilja.

Det är tre kunskapsområden som SKL har valt att fokusera sitt arbete mot: etik, juridik och praktik. SKL har inventerat aktuell forskning, erfarenhetsbaserad kunskap och litteratur om psykiatrisk tvångsvård inom dessa tre områdena, och sedan spridit kunskaper och erfarenheter i samverkan med andra aktörer på området. SKL har samverkat med både myndigheter och organisationer för att få genomslagskraft och för att sprida kunskap via dessa kontakter.

Under 2011 och 2012 erbjöd SKL varje län och region att hålla en inspirationsdag kring psykiatrisk heldygnsvård för personalen, i syfte att stimulera utveckling, sprida kunskap och visa på goda exempel. SKL ordnade inspirationsdagar i 16 län och dessa inspirationsdagar genomfördes i samverkan med huvudmännen, de lokala verksamheterna, patient-, brukar- och närståendeorganisationer, myndigheter och utbildningssamordnare. Delprojektet Kunskap och kompetens var också ett stöd till ”Genombrottsprogrammen”, det tredje delprojektet.

Vid projektets utgång hade SKL som mål att tillgängliggöra ett antal olika verktyg för fortsatt kompetensutveckling. Dessa olika verktyg finns i dag på SKL:s webbplats.

Under projektperioden hade SKL som prestationskrav att landstingen skulle skicka in en kompetensplan som omfattade den psykiatriska heldygnsvården. Kravet beskrivs närmare i faktarutan 3.

Faktaruta 3. Prestationskrav för området kompetens och kunskap

För att uppfylla kravet på kompetensplan måste landstinget skicka in en sådan. Det är inte nödvändigt att skriva en "ny" plan om det redan finns en kompetensplan för den psykiatriska heldygnsvården, utan det viktiga är att det tydligt framgår på vilket sätt landstinget avser att utveckla heldygnsvården med fokus på tvångsåtgärder. I de fall landstinget inte har en kompetensplan som specifikt gäller tvångsvård och tvångsåtgärder ska landstingen beskriva vilka behov som finns och vilka planer det finns för att upprätta en sådan kompetensplan. För år 2012 ska kompetensplanen kompletteras med uppgifter om hur landstingen har använt eller kommer att använda stimulansbidragen samt vilka mål landstingen har satt för den psykiatriska heldygnsvården på ett års respektive fem års sikt. Därutöver ska landstingen ange hur de avser att ta tillvara de resultat som har uppnåtts vid deltagandet i något av de genombrottsprogram som SKL erbjuder.

Socialstyrelsens genomgång av landstingens kompetensplaner

Socialstyrelsen har gått igenom samtliga landstings kompetensplaner och kan konstatera att de varierar både i innehåll och i utformning.

Samtliga landsting uppfyllde prestationskravet genom att skicka in en kompetensplan. När det gäller målformuleringar innehåller flera kompetensplaner de mål som de olika teamen satte upp för att delta i något av genombrottsprogrammen. Socialstyrelsen konstaterar att många landsting står inför en stor generationsväxling när det gäller olika professioner inom personalen. Flera landsting har identifierat brister inom olika yrkeskategorier och beskriver hur de arbetar strategiskt för att komma till rätta med dessa brister. Myn-digheten har också utifrån kompetensplanerna granskat hur landstingen tar tillvara de kunskaper och erfarenheter som deltagande team har arbetat fram för att utveckla den psykiatriska heldygnsvården.

Omorganiseringar av landsting

Västernorrlands och Kronobergs läns landstings kompetensplaner visar att landstingen ska omorganiseras från skilda förvaltningar till en gemensam ledning och uppdragsstyrd och processbaserad matrisorganisation. För hälso- och sjukvården innebär det en indelning i länsövergripande verksamhetsområden där psykiatri blir ett sammanhållet vårdområde. Förändringarna inne-

bär nya lednings- och styrningsformer, bland annat införandet av uppdragsstyrning och evidensbaserade behandlingslinjer samt en tydligare samordning av den specialiserade vården. Organisationsförändringarna ska göra det lättare att få enhetliga indikatorer och metoder för diagnostik och behandling samt att se vad som är mest kostnadseffektiv vård.

Några kompetensplaner visar också att landstingen inom de närmsta åren kommer att göra länsöversyner av den psykiatriska heldygnsvårdens placering och omfattning. Översynerna ska leda fram till förslag på var den psykiatriska heldygnsvården ska vara placerad och hur omfattande den ska vara. Dessutom ska det framgå vad förslaget innebär för medborgare och patienter samt för respektive klinik. Socialstyrelsen bedömer att det kommer att dröja några år innan landstingen kan beskriva hur organisationen av länets psykiatriska heldygnsvård har utvecklats.

Landstingen har brister på specialister inom psykiatri

Tillgång till personal med rätt kompetens är avgörande för att kunna bedriva god vård. Flera rapporter har under åren pekat på stora regionala skillnader i landet och en majoritet av Sveriges landsting har haft svårt att rekrytera tillräckligt många specialister i psykiatri såsom psykiatriker, specialistsjuksköterskor och psykologer [6]. Norrbottens läns landsting tar upp just detta i den kompetensplan det skickade in, nämligen att tillgången till vuxenpsykiatriker under lång tid har varit begränsad i stora delar av länet. Norrbotten läns landsting redovisar att det har 7,2 psykiatriker per 100 000 invånare jämfört med riksgenomsnittet på 17,2 psykiatriker. Samma landsting har också en liknande bristsituation för psykologer.

Majoriteten av landstingen har beskrivit att de står inför en stor generationsförändring inom tio år med stora personalväxlingar på grund av pensionsavgångar. Det gäller framför allt yrkesgrupper såsom psykiatriker, specialistsjuksköterskor och psykologer.

Flera landsting har angett målformuleringar för till exempel sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri. Västra Götaland har formulerat följande i sin kompetensplan:

Gemensamt inom psykiatrin i regionen har det bedömts att målsättningen ska vara 80 procent av totala antalet sjuksköterskor är specialistutbildade. Specialistsjuksköterskor är ungefär hälften av alla anställda sjuksköterskor inom Västra Götalandsregionen. Andelen specialistsjuksköterskor är större inom öppenvård än i slutenvård. För att nå målet krävs insatser på flera områden. I ett övergripande arbete har det utarbetats en handlingsplan med aktiviteter som syftar till att påverka specialistutbildade sjuksköterskor. Fokus är incitament för specialistutbildningar. Handlingsplanen är i ett skede för förankring i verksamheterna.

Samtliga län har också identifierat att de har brist på yrkesgruppen ”skötare”. Det är den personalgrupp som arbetar med patienterna och brukar benämnas omvårdnadspersonal.

Landstingens strategier för få utbildad personal

Landstingen har olika strategier för att komma till rätta med bristen på kompetens hos personal som arbetar inom den psykiatriska heldygnsvården. Här nämns ett par exempel på olika typer av strategier.

Värmlands län landsting har fattat centrala beslut rörande ”högre utbildning” inom den psykiatriska vården med särskilt fokus på att rekrytera och handleda ST-läkare. Det är flera landsting som tar upp att de har vakanser inom läkargruppen och att ungefär hälften av de nuvarande läkarna är 55 år eller äldre.

De flesta landsting har arbetat fram långsiktiga strategier för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom landstingets olika verksamheter. Detta ska ske i samverkan med universitet, högskolor och andra landsting och regioner. Kronobergs läns landsting medverkar i den nystartade psykologutbildningen för att möta pensionsavgångarna inom psykologgruppen. Samma landsting har också beslutat att tillåta anställningar i förväg, vilket innebär att man förbereder sig på pensionsavgångar genom att anställa och introducera ersättaren i förväg.

Det finns också ett behov av att öka andelen specialistutbildade sjuksköterskor och andelen sjuksköterskor med magisterkompetens. För att fler allmänsjuksköterskor ska vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor går många landsting in och betala en del av lönen under utbildningen.

I Stockholms läns landsting har beställaren infört en stimulans- och tilläggsersättning för vårdgivare när sjuksköterskor har påbörjat en vidareutbildning inom specialistpsykiatri med lägre akademisk utbildning än kandidat- eller magisterexamen, samt en ersättning efter avslutad utbildning.

De flesta landsting tar upp bristen på den yrkesgrupp som endast har gymnasial utbildning, och som går under benämningen ”skötare”. Kronoberg, Kalmar och Västra Götalandsregionen, Skåne och Stockholms läns landsting har tagit upp att det inte finns en nationell sammanhållen utbildning för att arbeta som ”skötare”. Västra Götalandsregion och Region Skåne har angett i sina respektive kompetensplaner att den nuvarande grundutbildningen på gymnasienivå inte ger tillräcklig kompetens för att arbeta som skötare inom specialistpsykiatri i respektive landsting. Både regionerna planerar att utveckla en kompletterande utbildning för skötare med gymnasial grundutbildning. Denna kompletterande utbildningen ska ge reell kompetens för att arbeta inom den psykiatriska heldygnsvården, med fokus på evidensbaserade metoder. Utbildningen ska kunna anpassas till behoven genom olika utbildningsmoduler för att underlätta samarbetet mellan olika klinker.

Gotland har löst bristen på skötare genom att vid nyrekryteringar anställa personer med högre formell kompetens, och de har exempelvis ändrat kravprofiler på lägre kompetens. Framför allt har skötare ersatts av sjukskötersketjänster och psykologtjänster.

Många landsting har avsatt medel för kompetenshöjande åtgärder till personal som inte har högskoleutbildning. Flera landsting utbildar skötarna inom områden som är relevanta, till exempel grundutbildning i olika behandlingsterapier såsom kognitiv beteendeterapi, dialektisk beteendeterapi och motive-
rande samtal.

Vilka är de vanligaste utbildningarna inom psykiatrisk heldygnsvård?

Före överenskommelsen hade alla landsting utbildat sin personal inom olika områden. Samtliga landsting har utbildat och utbildar läkare, verksamhetschefer, avdelningschefer och omvårdnadspersonal i patientsäkerhetslagen. Dessutom har de i flera år ordnat utbildningar i konflikthantering, självskydd och bemötande vid våld och hot. Utbildningar som nämns är, Termametoden (Terapeutiskt möte med aggressivitet), i utbildningen ingår det att lära sig att förhindra, bemöta och hantera våldsamma situationer på ett etiskt och för patienten respektfullt sätt. Landstingen förbättrar personalens kunskaper när det gäller svåra och hotfulla situationer. Utbildningen varvar teori och praktiska övningar kring bemötande samt förhållningssätt som syftar till att minimera risken för våldssituationer. Utbildningen sker i två etapper, under den första etappen utbildas några personer ur personalgruppen till instruktörer för att sedan i etapp två utbildar all övrig personalen i praktiskt genomförande av fasthållning med mer. Utbildningen innehåller också en systematiskt arbetsrutiner att efter en våldincident följa upp detta med ett uppföljande samtal för patienten. Arbetssättet syftar till att bearbeta incidenten, öka delaktigheten och skapa ömsesidigt förståelse mellan patient och personal. Några landsting har lagt in detta utbildningspaket i sitt värdegrundsarbete.

Det pågår också flera övergripande arbeten med vårdprocesser och processkvalitet, till exempel effektiv och likvärdig självmordsprevention. Ett landsting beskriver detta mer ingående, nämligen Skåne som skriver att Skånska Specialistpsykiatri (SPiSS) är en utbildningssatsning för flera år framåt och involverar alla anställda. Det är en webbaserad utbildning uppbyggd i flera moduler: fyra faktamoduler med kunskapskontroller och ett tiotal moduler med fingerade fall som skapar ett underlag för medarbetarna att träna och diskutera självmordsbedömningar på sina respektive avdelningar.

Flera landsting har också tagit upp att de utbildar i SBAR (Situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) – en metod för säker informationsöverföring. Den som har gått utbildningen ska kunna säkerställa att rapporteringen görs på ett systematiskt sätt och inkluderar situation, bakgrund och aktuellt tillstånd och rekommendationer. Det finns lite olika användningsområden för metoden. Vissa landsting använder den för att patienterna ska bli mer delaktiga när de får tydlig information. Andra landsting använder metoden i syfte att minska vårdskador såsom självmordsförsök.

Stockholms läns landsting har sedan fler år ett bemötandeprojekt för all personal inom tvångsvården, den så kallade Bergenmodellen mot hot och våld. Deltagarna får fördjupade kunskaper, och vissa medarbetare får spetskompetens i metoden så att de i sin tur kan träna fler medarbetare.

Flera landsting har infört ett instrument i form av en checklista för hot och våld. Instrumentet heter BVC (Brøset violence checklist) och består av ett poängsystem som personalen fyller i, utifrån om patienten är förvirrad eller uppträder retligt, om det förekommer hotfulla beteenden verbalt eller fysiskt, eller om patienten ger sig på döda föremål. Ju högre poäng, desto större risk

för farliga situationer. Metoden har ökat personalens uppmärksamhet och gett verktyg för att kunna beskriva situationen på avdelningen. BVC mäter risken för hotfulla situationer inom det närmsta dygnet. Checklistan har använts sedan mitten av 1990-talet. Genom åren har den utvärderats och validerats, och har en relativ hög träffsäkerhet på hotfulla situationer. Många av de team som deltog i genombrottsprogrammen har testat och infört checklistan på avdelningarna.

De flesta team som deltog i genombrottsprogrammet har använt sig av Anna Björkdahls 9D-triangel som en teoretisk referens i arbetet med våldsprevention (mindre tvång) och förändringsarbete. Björkdahls har i sin tur utgått från Bowers "working model" där Bower i sin forskning visar vilka faktorer hos personalen som påverkar uppkomsten av våld. Björkdahl har kombinerat in WHO:s folkhälsoperspektiv med Bowers "working model" och tagit fram en triangel med nio dimensioner som visualiserar arbetet med våldsprevention. Triangelns bas symboliserar den primära nivån där det finns förebyggande åtgärder, och de ska också få mest utrymme för att förebygga tvångsåtgärder inom psykiatriska heldygnsvården. De flesta teamen har utgått från denna modell i sitt förbättringsarbete.

Kortare seminarier, konferenser och studiebesök

De flesta landstingen har haft inspirationsdagar för all personal inom den psykiatriska heldygnsvården. Detta har blivit efterfrågat och fler landsting kommer att fortsätta med inspirationsdagar för att öka informationsutbytet mellan kliniker och avdelningar samt för att inspirera nya kliniker att starta ett förbättringsarbete.

Flera landsting har uppgett att de planerar att genomföra seminarier eller endagskonferenser för personalen om lagarna som gäller för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Syftet är att hålla personalen uppdaterade om vilka formella tvångsåtgärder som får användas i den psykiatriska tvångsvården.

Västmanlands landsting har angett att de ska anordna en workshop om "Etik i patientnärmare vård" för all vårdpersonal inom heldygnsvården. De frågor som ska diskuteras är: Varför är jag här? För vem är jag här? Varför är patienterna här? En motsvarande workshop ska hållas för enhetscheferna och den utgår från ett organisationsperspektiv med chefs roll i fokus.

En del landsting har också att planerat att personalen inom heldygnsvården kontinuerligt ska träffas i tvärgrupper för att diskutera informellt tvång eller dolt tvång.

Andra statliga kompetenssatsningar 2009–2012

Många utbildningar som pågår inom landstinget finansieras med hjälp av olika statliga satsningar som landstingen har haft möjlighet att söka bidrag för. Syftet med dessa satsningar är att stödja utvecklingen av psykoterapeutiskt kompetens och evidensbaserade psykologisk behandling.

Totalt 20 landsting har angett att de deltog i andra kompetenssatsningar som pågick under 2009–2012, för att utveckla kompetensen hos den befintliga personalen inom vård och omsorg. Kommuner och landsting har haft möjlighet att ansöka om stimulansbidrag för utbildningsinsatser som ska höja

baspersonalens kompetens inom psykiatri och socialtjänsten. Målgruppen för satsningen var i första hand skötare, vårdare, undersköterskor, boendestödjare med flera. Utbildningarna handlade främst om olika metoder för bland annat återhämtning, brukarmedverkan, motiverande samtal (MI) och grundläggande kunskaper i kognitiv beteendeterapi (KBT) [7, 9].

Bemötandefrågor

De flesta landsting har i kompetensplanerna beskrivit hur de arbetar med bemötandefrågor samt hur de gör för att involvera brukar-, patient- och anhörigorganisationerna i det övergripande arbetet.

Jönköpings läns landsting har tillsammans med kommunen startat ett projekt för att införa återhämtningsombud på avdelningarna. Återhämtningsombuden kan vara personal eller personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Projektet pågick under 2012 och ombudens roll och arbetssätt är fortfarande under utveckling.

Västmanlands landsting deltog med fyra avdelningar i genombrottsprogrammet. Erfarenheter och slutsatser från det praktiska arbetet har visat att patienternas och de närståendes erfarenheter och kunskap inte har tagits tillvara i tillräcklig utsträckning. Vuxenpsykiatrins målsättningar i kompetensplanen är därför att fortsätta arbetet med de övergripande målen i "Bättre vård, mindre tvång", med särskilt fokus på att ta vara på patienternas kunskap.

Sex landsting har planerat att genomföra etikcaféer med attitydsambassadörer för personalen inom heldygnsvården. Syftet med etikcaféerna är att patienter och personal ska kunna diskutera heldygnsvård på lika villkor utifrån sina olika erfarenheter och perspektiv.

Hur sprids teamens resultat från genombrottsprogrammen?

Flera landsting beskriver i kompetensplanerna att de arbetar med att etablera olika stöd för en fortsatt spridning av goda idéer till de avdelningar och kliniker som inte deltog i något av genombrottsprogrammen.

Under perioden var det flera landsting som utbildade nästan samtliga anställda i basprogrammet för att förebygga hot och våld. Det drevs i projektform i många landsting men börjar nu övergå i en införandefas för att behålla kompetensen. Flera landsting har utbildade instruktörer som ska utbilda de anställda inom heldygnsvården. Tillsammans med en så kallad Termakoordinator på varje verksamhetsområde har de säkerställt att fler enheter deltar regelbundet i de obligatoriska repetitionsutbildningar som innefattar både teori och praktiska övningar.

En del landsting nämner att samtliga avdelningar inom vuxenpsykiatri ska få en gemensam rutin för etisk reflektion. Syftet är att medvetandegöra och uppmärksamma etiska dilemman, särskilt vid tvångsvård. Genom att införa etisk reflektion ska personalen förstå värdet av god omvårdnad som en grund för patientens hälsotillstånd och återhämtning. Om personalen regelbundet samtar och reflekterar över olika situationer i vården får de en bättre

förståelse för vad som kan kränka patienten samt vad som kan utgöra god vård.

Några landsting kommer att utvidga sitt deltagande i "Bättre vård, mindre tvång" för att fortsätta arbetet med att förbättra den psykiatriska tvångsvården. Landstinget kommer att utse en arbetsgrupp med deltagare från de olika teamen samt representanter från de avdelningar som inte har deltagit i projektet. Arbetsgruppens uppdrag är att fortsätta utveckla arbetssätt och vara delaktiga i de utbildnings- och fortbildningsinsatser kring tvångsvården som planeras. Lärande och utveckling i det befintliga arbetet sker också genom att personalen reflekterar i grupp med fokus på patientarbetet.

Socialstyrelsens bedömning

Samtliga landsting har i sina kompetensplaner redogjort för bristerna när det gäller personalförsörjning. Det är framför allt psykiatriker, psykologer, sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri och omvårdnadspersonal (skötare) som saknas. De flesta landstingen beskriver utförligt sina strategier för att lösa personalbristen. Det bedrivs flera utbildningspaket för personalen med olika inriktningar och landstingen planerar att fortsätta dem inom flera år.

Många landsting har satt upp mål som de avser att mäta mot den nationella patientenkäten. Om personalen får kunskaper om hur patienter ska bemötas med respekt och utbildas i metoder för att få patienten med delaktig i sin vård borde detta kunna avspeglas sig i patienternas svar i den nationella patientenkäten.

Socialstyrelsen bedömer att landstingen har tagit fram samlade kompetensplaner för den psykiatriska heldygnsvården. Det framgår av planerna att landstingen har olika typer av kompetensbrister men att det också finns strategier för att komma till rätta med bristerna.

Område 3: Praktiskt förbättringsarbete

Det praktiska förändringsarbetet i projektet ”Bättre vård, mindre tvång” är det sista delprojekt som ingår i SKL:s modell. Praktiskt förbättringsarbete sker i det praktiska arbetet på vårdavdelningar där patienterna vårdas. Här ingår det att förbättra arbetssätt, det vill säga metoder och rutiner för den psykiatriska heldygnsvården. För att få ta del av stimulansbidraget ska landstingen uppfylla följande krav, se faktaruta 4.

Faktaruta 4. Prestationskrav för det praktiska förbättringsarbetet

Alla landsting ska skicka minst ett team per år till något av de genombrottsprogram som har erbjudits av SKL.

De utvalda teamen som skickades till något av de genombrottsprogram som erbjudits har lärt sig metod som kallas för genombrott. Metoden för det praktiska förbättringsarbete är genombrottsmetodiken, en metod som SKL har använt under många år för andra specialiteter inom hälso- och sjukvården. Det handlar om att genomföra förändringar i små steg i syfte att uppnå förbättringar.

Teamen har fått utbildning i att använda verktyget PDSA (plan, do, study, act; planera, utföra, studera, agera) som är användbart vid kvalitets- och förbättringsarbete i en organisation.

Verktyget är uppbyggt likt en cykel som fungerar iterativt, det vill säga om och om igen. I den första fasen ska teamen formulera ett mål för vad som ska uppnås. Målet ska kunna mätas, och därmed ska det finnas ett ingångsvärde. Med utgångspunkt i vad teamen har angett som syfte och mål diskuteras vad som gör att verksamheten inte är där de skulle vilja vara, och man försöker identifiera hinder eller problem. Teamen ska välja ett antal problem, och för varje problem utformas ett antal förbättringsidéer. Några idéer som snabbt kan testas väljs ut och testas i en liten skala under en viss tidsperiod. Syftet är att pröva så många förändringsidéer som möjligt, vilket innebär att idéerna ska testas i liten skala under kort tid. För varje test måste det finnas ett syfte, till exempel att pröva om det går att arbeta på ett annat sätt. Mätningarna görs på två nivåer. På en övergripande nivå mäter man på samma sätt under hela projektiden för att se om förbättringarna sammantaget leder mot målet eller målen. På testnivån mäts om förändringen överhuvudtaget går att genomföras. Här ingår det att göra en självutvärdering av hur arbetet har gått, samt att planera för hur teamen ska involvera fler medarbetare på arbetsplatsen och beskriva vad som ska göras för att inte samma problem ska uppstå på nytt.

Att delta i ett av SKL:s genombrottsprogram innebär minst sju månaders arbete och det inkluderar tre lärandeseminarier med föreläsningar och eget

arbete, till exempel att formulera mål. Teamen har samlats vid lärandeseminarium för att utbyta erfarenheter med varandra samt haft möjlighet till dialog och kunskapsutbyte med personer som har egen erfarenhet av den psykiatriska heldygnsvården (attitydambassadörer), antingen som närstående eller som patient.

Under tiden fick teamen kontinuerligt stöd av coacher (fristående personer), genom träffar på lärandeseminarier, träffar på teamens arbetsplatser, telefonmöten m.m. Varje månad skickade teamen rapporter till sin coach eller metodstödjare, och avslutningsvis skrev de en slutrapport.

Sammanlagt har ett 50-tal coacher och metodstödjare fått utbildning av SKL.

Totalt genomfördes nio genombrottsprogram och enligt uppgifter från SKL var det 135 team som startades under åren 2010–2012. Socialstyrelsen har slutrapporter från 122 team, varav 2 är dubletter men med olika teamnamn.

Teamen bestod av 5–8 personer, och de flesta representerade en avdelning medan ett fåtal var tvärteam med medlemmar från flera avdelningar. Teamarbetet involverade 790 personal, varav 501 kvinnor och 289 män. De yrkesgrupper som ingick var framför allt sjuksköterskor och skötare men även läkare och chefer. Genombrottsprogrammen hade särskilda aktiviteter riktade till läkarna och cheferna.

Teamen kom från olika delar av landet med avdelningar som riktar sig till barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri (inklusive psykiatrisk intensivvårdsavdelning, Piva, olika diagnosgrupper äldrepsykiatri m.m.) samt rättspsykiatri.

Teamen arbetade mot tre övergripande mål som fastställdes av SKL. De skulle

1. minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder
2. förbättra patientens upplevelser av tvångsåtgärder
3. utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder.

Socialstyrelsens granskning av teamens slutrapporter

Samtliga team gjorde en probleminventering innan de deltog i genombrottsprogrammen. De flesta teamen identifierade då områden som behöver förbättras, framför allt utifrån SKL:s tre övergripande mål. Avdelningarna identifierade olika typer av problem beroende på faktorer. Exempel är arbetsmiljö, personalsammansättningar, personalomsättningar, läkartäthet (vissa team har ingen fast läkare utan bara hyrläkare), patientsammansättningen (om den är heterogen när det gäller diagnos), vårdinnehåll (det vill säga aktiviteter för patienten), eventuella tvångsåtgärder, vårdtider (genomflödet av patienter på avdelningen) och kunskapsnivåer inom alla yrkesgrupper samt vilka regler och rutiner det finns och varför reglerna finns. Detta påverkade vad de olika teamen valde att testa.

Sammanlagt prövades cirka 718 PDSA-cyklar, och av dessa var det enligt slutrapporterna cirka hälften som bidrog till någon förbättring för personalen eller patienterna. Teamen testade flera olika PDSA-cyklar för att se vad som

kan leda till en förbättring som kan kopplas till SKL:s mål. I cirka 250 angivna mål kom teamen fram till att målet inte är mätbart. Cirka 80 PSDA-cykler hade inte startat när de teamen skickade in sina slutrapporter.

Socialstyrelsen har inte kunnat bedöma hur många av personalen som har involverats i arbetet. Personalen på avdelningarna har tillfrågats om hur de uppfattar eller upplever olika situationer med hjälp av olika metoder, till exempel enkäter, intervjuer, VAS-skalar (visuell analog skala) och kunskapstest. För samma övergripande mål kan ett team ha genomfört 1–15 PSDA-cykler. Genombrottsmetodiken bygger på att testa så många idéer som möjligt inom ett mål för att se vilken förändring det kan leda till.

När det handlar om patientmedverkan har det framgått att cirka 100 patienter tillfrågades om att delta i arbetet med att ta fram patientenkäter, VAS-skalar med mera.

Personalen inom psykiatrin möter patienter i olika psykiatriska tillstånd; de kan vara unga och gamla, självdestruktiva, paranoidea, hotfulla, ledsna eller glada. Socialstyrelsen anser att personalen måste ha ett professionellt bemötande, oavsett situation. Om personalen ska kunna agera professionellt måste personalgruppen känna sig trygg och veta hur de ska agera i till exempel olika situationer med hot och våld. De flesta teamen har genomfört någon typ av kunskapstester för att mäta personalens kunskap om hot och våld samt tvångsvårdslagstiftning. Slutrapporterna visar genomgående att personalen behövde påfyllnad i kompetensen, både i hot och i våld samt i tvångsvårdslagstiftningen. Teamen har också arbetat fram olika skattningsskalor och enkäter för att få en uppfattning om hur personalen upplever vissa hot- och våldssituationer. Resultaten visade att personalen kände sig otrygga i sådana situationer samt när de utför tvångsåtgärder, speciellt fastspänning.

Flera av teamen fokuserade på att förbättra arbetssättet för en tvångsåtgärd. Det handlar framför allt om att göra klinikens riktlinjer kända eller ta fram riktlinjer för avdelningen samt checklistor för hur personalen ska agera och gå tillväga när de utför någon tvångsåtgärd.

Personalen måste också känna att de behärskar att utföra tvångsåtgärder på ett professionellt sätt. Personalen har fått kunskapspåfyllnad och möjlighet att få utbildning i hot och våld.

Det flesta teamen arbetade fram strukturerade samtalsmallar för att ta reda på patienternas respektive personalens upplevelser efter en utförd tvångsåtgärd. Nästan alla team har också checklistor eller samtalsmallar för ett efter-samtal med patienten, och det är detta som har haft störst genomslagskraft i förbättringsarbetet enligt slutrapporterna.

Många patienter upplever att de inte är delaktiga i sin vård och behandling, och för att komma till rätta med det har många team prövat olika sätt för att patienterna i början av vårdtiden ska delta i arbetet med att upprätta omvårdnadsplaner, vårdplaner och krisplaner med mera. Teamen upprättade olika rutiner eller förbättrade de rutiner som fanns tidigare.

Andra team koncentrerade sig på att förbättra patientens delaktighet genom att ta fram veckoscheman med avdelningens fasta tider och patienternas egna aktiviteter. Några team införde dessutom strukturerade kontaktmanna-samtal en gång i veckan. Vissa team har också sett över strukturen för läkar-

ronden för att frigöra tid till fler samtal med de patientansvariga läkarna. En del utarbetade även mallar för samtal med kontaktpersoner eller formulär för patienterna att använda vid rondens.

Information är ett annat område som många har ansett behöver förbättras. Flera team tog fram välkomstbroschyrer som beskriver avdelningens rutiner och regler. Flera team har också satt upp en informationstavla på avdelningen med information om matsedeln, vilka som arbetar och vilka aktiviteter som finns att tillgå på avdelningen.

En del team har fokuserat på att förbättra vistelsen genom att erbjuda och motivera patienter att delta i till exempel morgonsamlingar, gemensamma promenader, gymnastik, avslappning, bingo eller filmkvällar.

Det har också inhandlats en del hjälpmedel för att förbättra innehållet i vårdmiljön, exempelvis motionscyklar, vetekuddar, datorer och filmer.

Har tvånget minskat?

Enligt slutrapporterna har ett tjugotal team minskat sina tvångsåtgärder. Socialstyrelsen kan inte bedöma om det endast beror på överenskommelsen eller på att landstingen har skickat ett team till genombrottsprogrammen.

En avdelning har förändrat hela sin arbetsorganisation, från ett traditionellt kontaktpersonskap till en organisation där omvårdnadspersonalen delas in i fyra primärgrupper med totalansvar för ett visst antal patienter. Patienterna tillfrågas dagligen om de behöver samtal och vad samtalet ska handla om. All personal har genomgått en fyradagarsutbildning i "Bergenmodellen" och kompetensen upprätthålls genom kontinuerliga repetitioner. I dessa fall upplever inte personalen hotfulla situationer lika stressade längre. På den avdelningen har tvångsåtgärderna minskat men personalen tror att det beror på att de har fått mer struktur och färre patienter att ansvara för.

Flera team tar upp att de har halverat antalet tvångsåtgärder på sina avdelningar. Samtidigt redovisar flera team att de har omorganiserats och därmed minskat antalet tvångsvårdade patienter. Några team uppger att de har minskat antalet tvångsåtgärder för att personalen arbetar förebyggande och har infört olika skattningsinstrument. Dessutom har personalen fått ökad kompetens i olika ämnen, exempelvis olika former av ångesthantering såsom andnings- och avslappningsövningar, promenader, vila, massage, bolltacken med mera. Något team anger att minskningen av tvångsvårdsåtgärder är en följd-effekt av att personalen har fått utbildning i att våga ställa svåra frågor om våld och självskadebeteende. Syftet med det är att tidigt kunna skapa en krisplan för patienten där det står hur personalen ska agera för att patienten ska undvika att hamna i dessa situationer.

Det finns även rapporter om vissa insatser som får patienterna att känna sig mer delaktiga och som dessutom leder till att tvångsåtgärderna minskar. Dessa insatser handlar om att se över och tydliggöra vissa arbetsuppgifter såsom att schemalägga samtal för patienterna.

Cirka hälften av de deltagande teamen har inte lyckats få med hela personalgruppen i förbättringsarbetet. En vanlig förklaring är att avdelningen har en stor personalomsättning på alla nivåer och att ett antal vikarier, kombinerat med en hög arbetsbelastning, har påverkat förändringsarbetet. Detta

har gjort det tungt att genomföra tester på hemmaplan och ännu svårare att få med övrig personal i arbetet.

Några team har också haft svårt att få med personalgruppen på avdelningar där personalomsättningen är låg och personalen har arbetat en längre tid tillsammans, trots att det förekommer tvångsåtgärder. Svårigheten är att förändra inarbetade rutiner eller införa nya rutiner.

Utifrån redovisningarna och Socialstyrelsen bedömningen att engagemanget var större på de avdelningar som är relativt nystartade eller som nyligen har genomgått en omorganisering som innebär att personal från olika avdelningar slås ihop. Nystartade avdelningar eller omorganiserade avdelningar med en heterogen personalgrupp upplever att de har ett stort behov av nya gemensamma rutiner vid tvångsåtgärder och strukturer för att reflektera och diskutera kring bemötande vid hotfulla situationer som kan leda till tvångsåtgärder.

Socialstyrelsens bedömning

Samtliga landsting skickade ett eller flera team till något av genombrottsprogrammen. De deltagande team har fått kompetensutveckling och fått lära sig en metod som utgår från identifierade problemområden. De har också satt upp mål för sitt förbättringsarbete samt fått en verktygslåda med olika metoder för att mäta om en viss förändring går att genomföra eller inte. En framgångsfaktor enligt teamen själva är att de har fått träffa andra team för att utbyta erfarenheter, reflektera och diskutera olika frågeställningar. Attitydambassadörernas deltog genom att dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter av heldygnsvården, och det har bidragit till vissa översyner. För de flesta teamen har det både varit inspirerande och motiverande att genomföra förbättringar av heldygnsvård genom att delta i programmen.

Det vanligaste är att teamen har arbetat med att införa strukturerade samtal som en rutin efter en tvångsåtgärd, för både patienter och personal. Cirka 80 team har infört detta som en rutin och i några få fall har denna rutin spridits till närliggande avdelningar som inte deltog i genombrottsprogrammet. Med mer kunskaper om hur patienterna upplever en tvångsåtgärd kan tvångsåtgärderna minska på sikt. Resultaten visade dock att väldigt få uppföljningssamtal har genomförts, och detta är ett område som behöver få fortsatt fokus för att heldygnsvården ska kunna förbättras. Det finns resultat från olika studier som visar att patienternas upplevelser varierar.

Brist på kunskap och kompetens på alla nivåer har blivit tydligare med teamens deltagande i genombrottsprogrammen. Även landstingen har bekräftat att de behöver utbildningar för personalen inom den psykiatriska heldygnsvården. I kompetensplanerna finns det exempel på utbildningar som ska ges till all personal, såsom Bergenmodellen eller Termamodellen. Syftet är att få en trygg och säker personal som bidrar till att ge en god och säker patientsäker vård. Samtidigt kan personalen inom olika arbetslag få likadana regler och ge samma besked till patienterna.

Socialstyrelsen bedömer att genombrottsprogrammen har gett personalen förutsättningar för att reflektera över och diskutera tvångsvård. En patient

som frångår sin autonomi kan uppleva det som skrämmande och kränkande, men tvångsvård kan också ge en känsla av att få skydd. De deltagande teamen har ambitionen att bli bättre på omhändertagandet av svårt sjuka patienter. Teamens mål är att patienterna som tvångsvårdas ska uppleva att de får det stöd de behöver och får vård med respekt. Det innebär att patienter ska bemötas med respekt även om det handlar om att utföra en tvångsvårdsåtgärd. För att stärka patientens delaktighet har personalen tagit fram informationsmaterial som ett stöd för patienten.

Det är flera team som har tagit fram rutiner som innebär att patienter som tvångsvårdas ska få vara med om att upprätta individuella handlingsplaner eller krisplaner för eventuella framtida vårdtillfällen. Detta är ett sätt att göra patienterna mer delaktiga, i situationer då de vårdas under tvång och saknar sjukdomsinsikt. Socialstyrelsen kan konstatera att små steg har tagits i rätt riktning men det finns mycket kvar för att patienterna ska uppleva att bemötandet är bra, vården är tillgänglig och de kan upprätta en bra behandlingsallians med personalen.

Socialstyrelsen har noterat att det kan vara särskilt svårt att öka patient- och brukarinflytandet inom den psykiatriska vården – framför allt om patienten behandlas med stöd av tvångsvårdslagstiftningen. Det finns flera metoder för brukarinflytande och medverkan inom psykiatrin, men de har utvärderats i mycket låg grad och används sällan på ett systematiskt sätt.

Enligt landstingen går det att använda resultaten från den nationella patientenkäten till att mäta om vården har blivit bättre på att bemöta, informera och ge förutsättningarna för patienten att delta i sin vård. Nationella patientenkäten har frågor om huruvida patienten har fått vård vid rätt tillfälle, har fått den information han eller hon behöver för att förstå vilka grunder vården byggde på, om han eller hon har fått vara delaktig i sin vård med mera. Den nationella patientenkäten som SKL tillhandahåller kan vara en metod att använda men den har en svarsfrekvens på cirka 30 procent av patienterna som har vårdats inom den psykiatriska helsevården. Socialstyrelsen bedömer att det behövs ytterligare satsningar för att förbättra svarsfrekvensen i den nationella brukarenkäten, och att för att göra en bortfallsanalys.

Hur har landstingen och regionerna använt stimulansmedlen?

Socialstyrelsen bedömer att stimulansbidragen inte går att följa upp på effektivitetsnivå eftersom satsningen har utgått från överenskommelsens prestationsmodell. Myndigheten kan dock rapportera vad landstingen använde medlen till och på vilket sätt. Samtliga landsting har fått medel efter de prestationer som SKL angav. De skulle

- rapportera till patientregistret
- skicka in en kompetensplan
- skicka minst ett team per år för att delta i genombrottsprogram som SKL har anordnat.

Samtliga landsting fick ta del av stimulansbidraget som fördelades efter storlek på landstinget samt efter landstingets andel i befolkningen den 31 december året innan, det vill säga året före bidragsåret (Bilaga 1).

Vissa landsting använde sina utbetalade medel till vikariekostnader i samband med att man deltog i något av genombrottsprogrammen, samt till resor och logi i anslutning till genombrottsprogrammen. Många landsting och regioner har också använt medlen till att anställa eller frikoppla befintlig personal för projektledning och utvecklingsarbete samt även avsatt medel för föreläsningar, studiebesök och andra aktiviteter kopplat till utvecklingsarbetet. Det finns några få landsting och regioner som inte har använt sina medel än men som har planerat utbildningssatsningar för stimulansbidraget. Det gäller framför allt utbildningar till baspersonalen.

Stimulansbidragen har också använts till att förbättra vårdmiljön, till exempel inköp av motionscyklar, blommor, cd-skivor, datorer m.m.

Vidare har flera landsting satsat medel för att förbättra sin inrapportering till patientregistret. De har både arbetat med it-tekniska lösningar och med ökade personalresurser för att få en bättre registrering.

Referenser

1. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. SKL; 2010.
2. Nyckelprojektet genombrott inom den psykiatriska heldygnsvården. SKL; 2009.
3. Bättre vård – mindre tvång, förbättringar av den psykiatriska heldygnsvården. Delrapport; SKL; 2010.
4. Bättre vård- mindre tvång, förbättringar av den psykiatriska heldygnsvården. Delrapport; SKL; 2011.
5. Bättre vård- mindre tvång, förbättringar av den psykiatriska heldygnsvården. Slutrapport; SKL; 2012
6. Nationella planeringsstödet 2013 – tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
7. Kompetenssatsning 2009–2012. Personal som kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen; 2013.
8. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen; 2013.
9. Statens psykiatrisatsning 2007-2011 – slutrapport. Statskontoret; 2012.

Bilaga 1. Fördelningsnyckel av stimulansbidrag under åren 2010– 2012

**Utbetalt stimulansbidrag för åren 2010–2012 beräknat efter folkmängd
i riket/län 31 december året innan**

Landsting	2010	2011	2012
Blekinge	694 000 kr	9 381 000 kr	685 000 kr
Dalarna	1 257 000 kr	1 533 000 kr	1 239 000 kr
Gotland	260 000 kr	261 000 kr	256 000 kr
Gävleborg	1 256 000 kr	1 262 000 kr	1 237 000 kr
Halland	1 350 000 kr	1 367 000 kr	1 352 000 kr
Jämtland	576 000 kr	578 000 kr	566 000 kr
Jönköping	1 528 000 kr	1 962 000 kr	1 514 000 kr
Kalmar	1 063 000 kr	1 044 000 kr	1 044 000 kr
Kronoberg	833 000 kr	840 000 kr	827 000 kr
Norrbottn	1 133 000 kr	1 135 000 kr	1 113 000 kr
Skåne	5 601 000 kr	5 678 000 kr	5 615 000 kr
Stockholm	9 187 000 kr	9 381 000 kr	9 373 000 kr
Sörmland	1 224 000 kr	1 236 000 kr	1 221 000 kr
Uppsala	1 510 000 kr	1 533 000 kr	1 517 000 kr
Värmland	1 243 000 kr	1 247 000 kr	1 222 000 kr
Västerbotten	1 176 000 kr	1 184 000 kr	1 163 000 kr
Västernorrland	1 105 000 kr	1 108 000 kr	1 085 000 kr
Västmanland	1 143 000 kr	1 154 000 kr	1 139 000 kr
V. Götaland	7 141 000 kr	7 217 000 kr	7 128 000 kr
Örebro	1 268 000 kr	1 279 000 kr	1 261 000 kr
Östergötland	1 528 000 kr	1 962 000 kr	1 931 000 kr
RIKET	42 491 000 kr	42 990 000 kr	42 488 000 kr



Socialdepartementet

SOCIALSTYRELSEN	
GD-staben	
Ink	2009 -12- 18
Doss 00	Dnr 13993
Handl.	2009

Regeringsbeslut

I:5

2009-12-10

S2006/9394/HS

(delvis)

S2008/8096/HS

(delvis)

Socialstyrelsen

106 30 STOCKHOLM

Uppdrag att betala ut bidrag för förbättringar i den psykiatriska haldygnsvården samt medel för utvärdering

Regeringens beslut

Regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att, efter rekvisition från Sveriges Kommuner och Landsting, betala ut 49 500 000 kronor. Medlen ska användas för att under 2010 stimulera utveckling och ett strukturerat förbättringsarbete som höjer kvaliteten i heldygnsvården, enligt en överenskommelse som regeringen inom kort avser att ingå med Sveriges Kommuner och Landsting. En förutsättning för utbetalning av medel är att en sådan överenskommelse har ingåtts. Medel som inte använts under 2010 ska återbetalas till Socialstyrelsen.

Av dessa medel får Sveriges Kommuner och Landsting under 2010 disponera 7 000 000 kronor för handledning, utbildning, framtagning av mått och mätmetoder, konferenser, uppföljning, utvärdering m.m.

Satsningen ska årligen följas upp av Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och en delrapport av insatser och resultat ska redovisas senast den 30 november varje år, den första 2010. Överenskommelsen ska också revideras varje år utifrån hur satsningen utvecklas.

En slutrapport i vilken effekterna av projektet utvärderas ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 november 2013. Rapporten ska även rymma en redovisning av hur landstingen avser att införliva arbetsmetoden i ordinarie verksamhet där varje arbetsgivare tar ansvar för den fortsatta finansieringen. Socialstyrelsen får för detta använda högst 500 000 kronor.

Det är viktigt att det finns fungerade mått för att kunna följa utvecklingen. Sveriges Kommuner och Landsting ska inom ramen för den överenskommelse som ingåtts utarbeta mått och webbaserade inmatnings-

verktyg. Socialstyrelsen har sedan tidigare i uppdrag att vidta nödvändiga åtgärder för att kvalitetssäkra och implementera det nya systemet för inrapportering av psykiatrisk tvångsvård till patientregistret. Uppdraget har betydelse för att kunna ta fram mer övergripande uppföljningsmått.

Socialstyrelsen får för detta ändamål disponera 50 000 000 kronor av de medel som för 2009 avsatts inom ramen för från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

Ärendet

Riksdagen har för budgetåret 2009 (prop. 2008/09:1, utgiftsområde 9, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127) beslutat att avsätta 893 471 000 kronor för regeringens satsning på förbättringar inom vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri (anslag 1:8 Bidrag till psykiatri).

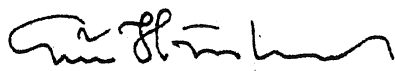
Sveriges Kommuner och Landsting har på regeringens uppdrag under 2009 genomfört en inventering av den psykiatriska heldygnsvården. Syftet med inventeringen är att få underlag för att utveckla vården så att den kan tillgodose patienternas behov av kvalificerad psykiatrisk vård. Belastningen inom den slutna vården behöver minska och innehållet i vården behöver kvalitetssäkras och utvecklas för att vården ska bli god, säker och genomgående hålla en hög kvalitet.

Regeringen delar Sveriges Kommuner och Landstings bedömning att det för att öka kvalitén i vården bör utvecklas och införas en metod för att minska tvångshandlingar i heldygnsvården. En särskild arbetsmetod har prövats med framgång inom ramen för ett projekt. Metoden är hämtad från Danmark där den varit framgångsrik. Förutom att minska tillfällen då tvång måste användas rymmer metoden översyn av rutiner liksom frågor hur man bemöter patienter.

För att få till stånd en treårig satsning avser regeringen att avsätta ytterligare 50 000 000 kronor per år under 2010 och 2011 att användas för åren 2011 och 2012 för fortsatt satsning på metodutveckling för ökad kvalitet i den psykiatriska heldygnsvården. Medel 2010 och 2011 utbetalas i den mån riksdagen beviljar medel för detta ändamål. Den fort

satta satsningen är också avhängig av hur många landsting och heldygnsenheter som deltar samt uppnådda resultat som presenteras i delrapporterna.

På regeringens vägnar


Göran Haggglund

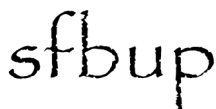

Rickard Broddvall

Likalydande till

Sveriges Kommuner och Landsting

Kopia till

Finansdepartementet/BA
Finansdepartementet/KE
Regeringskansliets förvaltningsavdelning
Regeringskansliets internrevision
Socialutskottet



KVÅ-koder för rapportering till Socialstyrelsens patientregister av åtgärder i psykiatrisk slutenvård

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en av Socialstyrelsen förvaltnad nationell klassifikation av åtgärder utförda inom hälso- och sjukvården. KVÅ används bl.a. inom journaldokumentation, inom ersättningssystem och vid den obligatoriska rapporteringen till Socialstyrelsens patientregister, (PAR).

I detta dokument beskrivs en baslista med ett urval av åtgärder, urvalet är gemensamt framtaget och förvalt av yrkesföreningarna för de vanligaste professionerna inom psykiatrisk vård. Baslistan omfattar de åtgärder i psykiatrisk slutenvård som, om de har förekommit, alltid ska rapporteras till PAR. I den gällande föreskriften för rapportering till PAR står angående rapportering av åtgärder "Avser åtgärder som har haft relevans för vårdkontakten" Baslistan utgör ett av yrkesföreningarna gjort urval bland de åtgärder som är möjliga att koda med i KVÅ befintliga koder, de åtgärder som ingår i baslistan bedöms ur något perspektiv ha sådan vikt att de alltid ska betraktas som relevanta. Syftet med baslistan är att skapa en grund för en enhetlig och användbar rapportering - inte att ge en heltäckande bild av psykiatrisk slutenvård Den som rapporterar kan välja att rapportera även andra åtgärder men baslistan utgör föreningarnas gemensamt rekommenderade miniminivå för åtgärdsrapportering till PAR vid psykiatrisk slutenvård..

Inför 2013 har en revision av baslistans urval av koder genomförts, de förändringar som gjorts beskrivs i dokumentets slut. Dokumentet i sin helhet har också reviderats och anpassats till att flera yrkesföreningar nu står bakom det.

Baslistan publiceras på Socialstyrelsens webbplats.

Denna version av baslistan, **gällande fr.o.m. 2013-01-01**, har genom styrelsebeslut eller ordförandebeslut godkänts av:

Akademikerförbundet SSR:s yrkesförening för legitimerade psykoterapeuter	2012-12-10
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter	2012-12-06
Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund	2012-12-06
Svensk sjuksköterskeförening	2012-12-10
Svensk förening för Beroendemedicin	2012-12-17
Svensk Kuratorsförening	2012-12-06
Svenska Föreningen för Barn och Ungdomspsykiatri	2012-12-10
Svenska Psykiatrföreningen för Skötare	2012-11-27
Svenska psykiatriska föreningen	2012-11-28
Svenska rättspsykiatriska föreningen	2012-12-18
Sveriges Psykologförbund	2012-12-07

Innehåll

Åtgärdslistan.....	3
Listans principiella användning.....	4
Förslag på steg i framtagandet av lokal KVÅ-lista	4
Anvisningar för kodernas användning	5
Kliniska åtgärder	5
Utredande åtgärder	5
ECT och andra medicintekniska åtgärder.....	6
Övriga kliniska åtgärder.....	7
Samordning	8
Intyg och anmälningar m.m.	8
Åtgärder enligt LPT eller LRV	9
Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering)	9
Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård	9
Tvångsåtgärder	10
Arbetet med baslistan.....	12
Bakgrund.....	12
Så togs baslistan fram.....	12
Professionsgemensam samordning	13
Principer för urval av åtgärder	13
Motiveringar för inklusion av enskilda åtgärder.....	14
Förvaltning av baslistan	17
Revision av baslistan	17
Tillägg av nya koder i KVÅ	17
Kontakta arbetsgruppen.....	17
Revision inför 2013.....	18
Medverkande i arbetet.....	19

Åtgärdslistan

När åtgärderna nedan har förekommit under ett vårdtillfälle ska de alltid KVÅ-kodas och rapporteras till Socialstyrelsens patientregister. Notera att åtgärdsbeteckningen ensam inte ger tillräcklig information om hur koden ska användas – kännedom om beskrivningstext och anvisning krävs för korrekt rapportering.

Kliniska åtgärder

Utredning

AA011 Datortomografi, hjärna

AA045 Magnetresonanstomografi, hjärna

AA085 Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument

AU006 Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik

AU118 Strukturerad suicidriskbedömning

ECT och annan medicinteknisk behandling

DA006 Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS

DA022 Vagusnervstimulering

DA024 Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral

DA025 Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral

DU050 Repetitiv transkraniell magnetstimulering

TJD00 Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond

Övriga kliniska åtgärder

DV091 Smittisolering

DV092 Skyddsisolering

SA010 Generell anestesi och sedering... *Kod för sövning vid svår abstinens.*

För fullständig kodtext se "Anvisning för kodernas användande".

XV014 Ständigt närvarande personal i 8 timmar eller mer (Extravak)

DU045 Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd

Samordning

AU123 Upprättande av krisplan

Intyg och anmälningar m.m. (administrativ handläggning)

GD007 Anmälan för utredning enligt LVM

GD008 Anmälan enligt SoL ang. barn med möjligt skyddsbehov

Åtgärder enligt LPT eller LRV

Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering)

XU043 Överföring från frivillig sluten vård till sluten psykiatrisk tvångsvård

XU044 Överföring från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård

Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård

XU041 Upprättande av vårdplan vid tvångsvård

XU042 Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård

Tvångsåtgärder

DU040 Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande

XU001 Fastspänning upp till och med 4 timmar

XU003 Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar

XU004 Fastspänning i 72 timmar eller mer

XU011 Avskiljande upp till och med 8 timmar

XU012 Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar

XU013 Avskiljande i 72 timmar eller mer

XU030 Inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård

XU040 Övervakning av försändelser vid tvångsvård

ZV229 Åtgärd utförd under fasthållande eller fastspänning

Listans principiella användning

Åtgärderna i listan ska då de har förekommit alltid KVÅ-kodas och rapporteras till Socialstyrelsens patientregister. Rapporteringen görs i enlighet med *SOSFS 2008:26, Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret*, (senaste ändringsförfattning *SOSFS 2011:4*). Baslistan anger miniminivån för den nationella rapporteringen till patientregistret.

Det finns inget som hindrar att i lokala eller regionala lathundar för KVÅ-registrering ytterligare KVÅ-koder tas med. Vid tillägg av ytterligare koder rekommenderas att utgångspunkten även då ska vara att rapporteringen ska syfta till att **beskriva väsentliga åtgärder som patienten har fått** och som inte praktiskt taget alltid förekommer vid slutenvård.

Förslag på steg i framtagandet av lokal KVÅ-lista

Erfarenheten från många håll i landet är att kvaliteten i KVÅ-rapporteringen ökar om en lokal KVÅ-lista tas fram som stöd.

Nedanstående steg kan ingå i framtagandet av en lokal KVÅ-lista för slutenvård. Beskrivningen är formulerad för att kunna användas i en situation där även andra krav än rapporteringen till PAR styr den lokala KVÅ-rapporteringen.

1. Utgå från Baslistan för slutenvård
2. Exkludera i den lokala listan de av baslistans koder som avser åtgärder som **ALDRIG** förekommer inom den verksamhet där KVÅ-listan ska användas. (Åtgärderna är obligatoriska att rapportera om de förekommer – men om de aldrig förekommer inom verksamheten behöver koderna inte finnas med i den lokala listan.)
3. Lägg till de ytterligare koder som det enligt lokalt/regionalt avtal eller regelverk är obligatoriskt att rapportera. Dessa koder bör i första hand vara valda från aktuell vårdgrens nationella *Förslag på lathund*. (finns på Socialstyrelsens website) men även andra koder ur KVÅ eller lokala koder (U-koder) kan användas.
4. Lägg till de ytterligare koder som verksamheten behöver för lokal uppföljning. Koder väljs
 - i första hand ur aktuell vårdgrens nationella *Förslag på lathund*.
 - i andra hand någon annan psykiatrisk vårdgrens *Förslag på lathund* eller i annan *Baslista*.
 - i tredje hand från hela KVÅ.
5. Säkerställ att de medarbetare som ska använda den lokala KVÅ-listan har tillgång till **beskrivningstext och anvisning** för de ingående koderna. Baslistans anvisning kan kompletteras med lokal anvisning så länge denna inte motsäger kodens beskrivningstext eller den anvisning som finns i baslistan.

Anvisningar för kodernas användning

Följande tabell innehåller utöver kod och åtgärdsbeteckning även beskrivningstext hämtad från KVÅ samt anvisning för kodens användning. Anvisningen har formulerats av den arbetsgrupp som tagit fram baslistan. Generellt gäller att åtgärderna ska ha dokumenterats i patientens journal.

Kod	Åtgärdsbeteckning	Beskrivning	Anvisning
Kliniska åtgärder			
Utredande åtgärder			
AA011	Datortomografi, hjärna		<i>Radiologiska åtgärder rapporteras på den vårdkontakt de har samband med – om patienten vårdas i slutenvård ska de rapporteras på vårdtillfället.</i>
AA045	Magnetresonanstomografi, hjärna		<i>Radiologiska åtgärder rapporteras på den vårdkontakt de har samband med – om patienten vårdas i slutenvård ska de rapporteras på vårdtillfället.</i>
AA085	Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument	Bedömning av bl.a. individens uppträdande, kommunikationsförmåga, kognitioner och kognitiva resursprofil grundad på undersökning med hjälp av vedertagen skattningsskala, strukturerad intervju, test eller motsvarande. T.ex. WAIS, WISC, WCST	<i>Avser inte symptomskattningar.</i>
AU006	Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	Fastställande av psykiatriska syndromdiagnoser med hjälp av vedertaget standardiserat diagnostiskt instrument. Undersökningen syftar till att fastställa diagnoser enligt ICD eller DSM. Exempel på instrument är SCID, MINI och Kiddie-SADS	<i>Avser fullständigt genomförd intervju enligt anvisningar i använt instrument.</i>
AU118	Strukturerad suicidriskbedömning	Strukturerad bedömning av risken för att patienten ska utföra självmordshandling. I åtgärden ingår systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska data, bedömning av psykiskt status och en med beaktande av anamnesuppgifter, statusfynd samt kända risk- och skyddsfaktorer gjord värdering av risken för självmordshandling. I åtgärden ingår även dokumentation av en strukturerad formulering av bedömarens värdering av risken	<i>För att koden ska användas ska en klinisk intervju med omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare suicidalt beteende och aktuell sjukdomsbild ha genomförts. Värderingen av suicidrisk ska vara strukturerat dokumenterad, t.ex. med hjälp av termerna "låg, medelhög eller hög risk" eller "ingen risk, viss risk, hög risk eller mycket hög risk" och vara lätt att hitta i journalen, t.ex. genom att den står under ett specifikt sökord eller motsvarande.</i>

Kod	Åtgärdsbeteckning	Beskrivning	Anvisning
ECT och andra medicintekniska åtgärder			
Anvisning för rapportering av ECT 1. Varje enskilt behandlingstillfälle i en ECT-serie åtgärdsregistreras med angivande av datum 2. Registrering på patient som vid behandlingstillfället är inskriven i slutenvård ska göras på vårdtillfället. (detta gäller oberoende av vilken enhet som administrerar ECT). 3. Registrering på patient som vid behandlingstillfället inte är inskriven i slutenvård ska göras på vårdkontakten i öppenvård (besöket). 4. Multiplicitetskoder (koder för att ange antal åtgärder med samma kod, ZX102-130 och ZX602-630), ska INTE användas			
DA006	Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS		UNS-koden används dels då elektrodplaceringen inte är känd av den som kodar, dels då en elektrodplacering som varken räknas som unilateral eller bilateral används (t.ex.bifrontal).
DA024	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral	Behandling där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström som administreras med unilateral elektrodplacering temporalt och parietalt. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom	Se anvisning ovan.
DA025	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral	Behandling där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström som administreras med bilateral elektrodplacering temporalt och parietalt. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom	Se anvisning ovan.
DA022	Vagusnervstimulering	Behandling av svårbehandlad epilepsi eller depression. Pulsgenerator implanterad subkutant stimulerar centrala nervsystemet via nervus vagus på halsen	Avser behandling, ej anläggande av pulsgeneratoren.
DU050	Repetitiv transkraniell magnetstimulering	I behandlande syfte utförd repetitiv magnetisk påverkan på avgränsad del av hjärnbarken med hjälp av elektromagnetisk spole placerad på patientens huvud	
TJD00	Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond		Avser anläggande av sond. Om sond anlägges under fastspänning eller fasthållning ska tilläggs-koden ZV229 användas.

Kod	Åtgärdsbeteckning	Beskrivning	Anvisning
Övriga kliniska åtgärder			
DV091	Smittisolering	Isolering av patient på grund av dennes smitta	<i>Används vid isolering av patient med smittsam sjukdom för att undvika smittspridning till medpatienter eller personal. Observera skillnaden mellan smittisolering och skyddsisolering</i>
DV092	Skyddsisolering	Isolering av patient på grund av dennes smittkänslighet	<i>Används vid isolering av patient med nedsatt immunförsvar för att undvika smittspridning från medpatienter eller personal. Observera skillnaden mellan smittisolering och skyddsisolering</i>
SA010	Generell anestesi och sedering. Induktion: Intravenös utan relaxation. Luftvägskontroll med: Spontanandning utan tillskott av oxygen. Huvudsakligt underhåll av narkos/sedering: Intravenöst utan relaxation. Huvudsakligt underhåll av analgesi: Ingen		<i>Används vid sövning av patienter med svår alkohol/drogabstinens.</i> <i>Anestesi vid ECT rapporteras ej eftersom ECT alltid ges med anestesi och det därför inte skulle tillföra ytterligare information.</i>
XV014	Ständigt närvarande personal (extravak) i 8 timmar eller mer	Ständig närvaro hos en enskild patient av särskilt avdelad personal som aldrig lämnar patienten ensam. Syftet är att förhindra att fara för patientens fysiska eller psykiska hälsa eller för annans liv uppstår	<i>Används endast vid tillsynsgrader som motsvarar beskrivningstexten. För den nationella rapporteringen behöver koden inte rapporteras mer än en gång även om åtgärden använts flera gånger.</i>
DU045	Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd	Efter tvångsåtgärderna fastspänning, avskiljande och medicinering under fastspänning/fasthållande regelbundet använt manualbaserat samtal. Samtalet ska genomföras inom 48 timmar efter tvångsåtgärden och syftar till att ge patienten möjlighet att beskriva och reflektera över tvångsåtgärden. För att åtgärden ska registreras ska sådant samtal ha genomförts efter samtliga eller nästan samtliga tvångsåtgärder under vårdtillfället. Samtalen ska dokumenteras i journal.	

Kod	Åtgärdsbeteckning	Beskrivning	Anvisning
Samordning <i>I ett vårdtillfälle i psykiatrisk slutenvård är samordning mellan olika aktörer och upprättande av vårdplan åtgärder som praktiskt taget alltid kan antas ingå. I den obligatoriska nationella rapporteringen till patientregistret ingår därför inga koder för detta eftersom en sådan rapportering inte skulle tillföra information. Vid vård enligt LPT och LRV gäller dock andra regler.</i>			
AU123	Upprättande av krisplan	Upprättande eller revidering av skriftlig krisplan för patienten. En krisplan innehåller en beskrivning av de symtom och tecken som hos den specifika patienten kan föregå försämring eller återinsjuknande. I planen beskrivs de åtgärder som patienten och andra aktörer bör vidta om dessa symtom eller tecken uppträder. Krisplanen upprättas tillsammans med patienten, ofta under medverkan av närstående och eventuellt andra aktörer.	
Intyg och anmälningar m.m.			
GD007	Anmälan för utredning enligt LVM	Anmälan till socialnämnden enligt LVM 6§, 2 stycket, för initiering av utredning angående behov av vård enligt LVM. Med LVM avses Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.	
GD008	Anmälan enligt SoL ang. barn med möjligt skyddsbehov	Anmälan till socialnämnden enligt 14 kap 1§ SoL av förhållande som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.	

Kod	Åtgärdsbeteckning	Beskrivning	Anvisning
Åtgärder enligt LPT eller LRV			
Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering)			
XU043	Överföring från frivillig sluten vård till sluten psykiatrisk tvångsvård	Av chefsöverläkaren fattat beslut enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård 11§, genom vilken vården av patient som är intagen för frivillig psykiatrisk vård övergår till sluten psykiatrisk tvångsvård	Avser CHÖL:ens beslut vid konvertering från HSL till LPT.
XU044	Överföring från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård	Av chefsöverläkaren fattat beslut enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård 14§, genom vilken sluten psykiatrisk tvångsvård inleds när rättspsykiatrisk vård upphör. Avser fall som beskrivs i Lagen om rättspsykiatrisk vård 15§	Avser CHÖL:ens beslut vid konvertering från LRV till LPT.

Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård

XU041	Upprättande av vårdplan vid tvångsvård	Innebär upprättande eller uppdatering av vårdplan enligt 16§ LPT eller 6§ 2 st LRV. Används vid tvångsvård.	Observera att vårdplan alltid "skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård." Det innebär att åtgärden ska rapporteras på praktiskt taget all vård enligt LPT eller LRV.
XU042	Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård	Innebär upprättande eller uppdatering av vårdplan enl 7a§ LPT eller 16b§ 2 st LRV. Används vid tvångsvård.	LPT anger att en samordnad vårdplan ska innehålla uppgifter om - det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, - beslut om insatser, - vilken enhet vid landstinget eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och - eventuella åtgärder som vidtas av andra än landstinget eller kommunen. Dessa delar ska därför ingå för att koden ska användas.

Kod	Åtgärdsbeteckning	Beskrivning	Anvisning
-----	-------------------	-------------	-----------

Tvångsåtgärder

DU040	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande	Avser läkemedelstillförsel som, oberoende av administrationssätt, sker under fasthållande eller fastspänning. Med fasthållande avses här att en eller flera personer med fysiskt tvång inskränker patientens rörlighet. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Koden avser läkemedelstillförsel som genomförs med stöd av fastspänning eller fasthållande och som man kan anta annars inte hade kunnat genomföras. Koden avser inte läkemedelstillförsel på patientens begäran, t.ex. av bensodiazepiner eller paracetamol, eller rutinmässig tillförsel av patientens ordinarie läkemedel mot somatisk sjukdom, t.ex. insulin.</i> <i>Varje tillfälle med läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande ska rapporteras. Observera att alla former av läkemedelstillförsel ska inkluderas, inte bara injektioner.</i>
XU001	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Patienten hålls fastspänd med bälte eller liknande anordning på grund av omedelbar fara för att patienten allvarligt ska skada sig själv eller någon annan. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Observera att varje tillfälle med fastspänning ska kodas. Vid läkemedelstillförsel under fastspänning rapporteras denna separat.</i>
XU003	Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar	Patienten hålls fastspänd med bälte eller liknande anordning på grund av omedelbar fara för att patienten allvarligt ska skada sig själv eller någon annan. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Observera att varje tillfälle med fastspänning ska rapporteras. Läkemedelstillförsel under fastspänning kodas separat. Vid fastspänning > 4 tim ska separat rapportering ske.</i>
XU004	Fastspänning i 72 timmar eller mer	Patienten hålls fastspänd med bälte eller liknande anordning på grund av omedelbar fara för att patienten allvarligt ska skada sig själv eller någon annan. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Observera att varje tillfälle med fastspänning ska kodas. Vid läkemedelstillförsel under fastspänning kodas denna separat. Vid fastspänning > 4 tim ska separat rapportering ske.</i>
XU011	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Patienten hålls avskild från andra patienter på grund av ett störande eller aggressivt beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Observera att varje tillfälle med avskiljning ska rapporteras..</i>
XU012	Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar	Patienten hålls avskild från andra patienter på grund av ett störande eller aggressivt beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Observera att varje tillfälle med avskiljning ska rapporteras. Vid avskiljande under mer än 8 timmar ska separat rapportering ske.</i>
XU013	Avskiljande i 72 timmar eller mer	Patienten hålls avskild från andra patienter på grund av ett störande eller aggressivt beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Observera att varje tillfälle med avskiljning ska rapporteras. Vid avskiljande under mer än 8 timmar ska separat rapportering ske.</i>

Kod	Åtgärdsbeteckning	Beskrivning	Anvisning
XU030	Inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård	Beslut om inskränkning av en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Avser beslutet om inskränkning av användning av elektroniska kommunikationstjänster, varje enskilt tillfälle då pat ej ges möjlighet att använda sådana tjänster ska ej rapporteras.</i>
XU040	Övervakning av försändelser vid tvångsvård	Beslut om övervakning av försändelser från en patient vid tvångsvård enligt LPT eller LRV	<i>Avser beslutet om övervakning, varje försändelse som övervakats ska ej rapporteras.</i>
ZV229	Åtgärd utförd under fasthållande eller fastspänning	Generell tilläggs kod. Vid medicinering utförd under fasthållande eller fastspänning använd koden XU021	<i>Observera att koden INTE ska användas vid läkemedelstillförsel. Användes vid andra åtgärder som utförs under fastspänning eller fasthållande, t.ex. TJD00 Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond. I rapporteringen ska tilläggs koden anges direkt efter koden för den åtgärd som tilläggs koden avser.</i>

Arbetet med baslistan

Bakgrund

Den nationella åtgärdsklassifikationen KVÅ innehåller totalt ungefär 10000 koder. Som en del av arbetet inför att KVÅ publicerades vid årsskiftet 2004-2005 har för olika specialiteter listor med urval av koder tagits fram. Dessa benämndes tidigare "förteckningar", nu är de officiellt benämnda "lathundar". Även för psykiatri togs en KVÅ-förteckning fram, den var dock i första hand avsedd för öppenvården. Eftersom den togs fram under tidsbrist var den dessutom endast avsedd att vara en utgångspunkt för fortsatt utvecklingsarbete.

I samband med den tvångsvårdsrapportering som infördes med SOSFS 2008:26 formulerades ett antal KVÅ-koder för registrering av tvångsåtgärder. Hösten 2009 kom åtgärdsrapporteringen till Socialstyrelsens slutenvårdsregister att aktualiseras i samband med den massmediala uppmärksamheten kring rapporteringen av ECT. Detta ledde till att det från flera håll kom starka önskemål om en nationell KVÅ-lista för slutenvård som gav en anvisning om vilka åtgärder som skulle rapporteras samt om hur de skulle rapporteras.

Med denna bakgrund initierade vuxenpsykiatri i Stockholms läns sjukvårdsområde våren 2010 ett projekt för att ta fram en gemensam lista med KVÅ-koder för användning vid rapportering till Socialstyrelsen av åtgärder i psykiatrisk slutenvård. De fyra psykiatriska föreningarnas styrelser ställde sig bakom initiativet och en projektgrupp skapades. Ett uttalat syfte med projektet var att skapa ett praktiskt användbart urval av koder. Antalet koder ska vara hanterbart och åtgärderna i listan ska ha en klinisk, resursmässig eller kvalitetsmässig tyngd som gör det rimligt att kräva att de alltid ska rapporteras om de har förekommit.

Så togs baslistan fram

Projektet med att ta fram den första versionen av den nationella KVÅ-listan för psykiatrisk slutenvård leddes av Mattias Agestam, SPF:s kontaktperson för KVÅ, och i projektgruppen ingick Bo Ivarsson, SPF, Stephan Ehlers, SFBUP, Britt Vikander, SFBM och Lars Eriksson, SRPF. Projektet genomfördes i samverkan med berörda enheter på Socialstyrelsen, med SKL:s heldygnsvårdsprojekt genom Herman Holm, SKL samt med Nysam genom Göran Eiman och Per Söderberg. Regionala och lokala lathundar, förteckningar, riktlinjer och anvisningar sammanställdes som ett underlag för det fortsatta arbetet. Gruppen formulerade principer för inklusion i baslistan varefter urval av koder gjordes. Denna första version av baslistan kom främst att omfatta medicintekniska åtgärder samt tvångsåtgärder. Anvisningar för användning av de KVÅ-koderna i baslistan formulerades och blev en viktig del i dokumentet. Efter granskning av sakkunniga på Socialstyrelsens och förankring genom beslut i de psykiatriska föreningarnas styrelser publicerades baslistan på Socialstyrelsens website i december 2012.

I december 2011 publicerades en reviderad version av baslistan för psykiatrisk slutenvård. Denna omfattade totalt ett 30-tal åtgärder, främst tillkom ett antal kliniska åtgärder. Samtidigt publicerades en baslista för läkarbesök i psykiatrisk slutenvård. Förutom baslistorna har på Socialstyrelsens hemsida också publicerats en uppdaterad version av "lathund för psykiatri". Lathunden för psykiatri, som publiceras i Excel-format, innehåller bland annat flikar med vad som betecknas "Exempel på lathundar" för vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri respektive beroendevård.

Professionsgemensam samordning

Hösten 2011 arrangerade arbetsgruppen tillsammans med Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen en workshop kring strategier för fortsatt utveckling av åtgärdsrapportering inom psykiatrin. Till workshopen inbjöds ett stort antal intressenter inom området.

Som en följd av de diskussioner som fördes inom workshopen inbjöd de psykiatriska föreningarnas samordningsgrupp för KVÅ i början av 2012 till ett utvidgat arbete med samordnad utveckling av åtgärdsrapportering inom psykiatrin. Inbjudan riktades till följande organisationer Akademikerförbundet SSR:s yrkesförening för legitimerade psykoterapeuter, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk Kuratorsförening, Svenska Psykiatriföreningen för Skötare, Sveriges Psykologförbund, Nationell samordning för psykisk hälsa och Svensk förening för allmänmedicin.

Utsedda representanter för samtliga inbjudna organisationer har under 2012 deltagit i arbetet.

Principer för urval av åtgärder

Då principerna för urval av åtgärder har formulerats har utgångspunkten varit att urvalet ska vara i linje med det övergripande syftet med rapporteringen till PAR - att på nationell nivå samla analyserbar och användbar information.

För att en åtgärd ska kunna ingå i baslistan måste det finnas en befintlig KVÅ-kod med en beskrivningstext som ger ändamålsenlig avgränsning av åtgärden. I vissa fall då beskrivningstexter har saknats eller har bedömts som svårtolkade har precisering skett genom att en anvisning har formulerats.

En stor del av åtgärderna är relaterade till de psykiatriska tvångslagarna. Inklusionen av dessa har styrts av författningskrav och av Socialstyrelsens behov av att kunna sammanställa statistik om användningen av tvångsvård.

Följande kriterier har använts vid urval av åtgärder:

- åtgärden ska ha en klinisk, resursmässig eller kvalitetsmässig **tyngd** som gör det rimligt att det är obligatoriskt att alltid registrera den om den har förekommit
- åtgärden ska vara möjlig att **beskriva så entydigt** att det inte pga oklar avgränsning uppstår osäkerhet kring om åtgärden använts eller inte
- åtgärden ska inte ha en karaktär som gör att man kan förutsätta att den alltid eller nästan alltid används då patienten slutenvårdas med viss diagnos (registrering av åtgärden ska **tilföra information** utöver den som finns i diagnoskod, psykiatrisk vårdform och vårdtid).

För att antalet koder ska bli hanterbart har en princip varit att hellre ta med för få än för många åtgärder.

Det urval som tagits fram är resultatet av kompromisser mellan olika principer och strävanden. Flera av de mesta centrala åtgärderna vid psykiatrisk slutenvård finns inte med på listan; det gäller t.ex. omvårdnadsåtgärder, utredningsåtgärder för diagnostik, funktionsbedömning, aktivitetsbedömning, bedömning av levnadsomständigheter, läkemedelsbehandling och kvalificerade samtal av olika karaktär.

För att en åtgärdsrapportering skulle generera data som skulle kunna användas för meningsfulla analyser även kring dessa åtgärder skulle en komplex och omfattande rapportering behöva utföras vid en mycket stor andel av slutenvårdstillfällena. Denna rapportering skulle dessutom behöva göras med mycket hög täckningsgrad och med god följsamhet till detaljerat nationellt regelverk. Detta har för närvarande inte bedömts realistiskt att genomföra. Av denna anledning har dessa åtgärder hittills inte inkluderats i baslistan.

Motiveringar för inklusion av enskilda åtgärder

Kliniska åtgärder

Kod	Åtgärd	Motivering
AU118	Strukturerad suicidriskbedömning	Åtgärden tas med pga dess kliniska betydelse och eftersom systematisk registrering kan ge stöd för att arbeta med kvalitetsutveckling inom ett viktigt område. Med beskrivningstext och anvisning bedöms den som tillräckligt avgränsad.
AU006	Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	Inkluderas pga dess kliniska betydelse. Systematisk registrering kan ge stöd för att arbeta med förbättrad diagnostik och främja evidensbaserad vård. Med anvisning bedöms åtgärden som tillräckligt avgränsad.
TJD00	Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond	Inom barnpsykiatri är det vanligt att sond anläggs mot patientens vilja varför åtgärden är viktig att rapportera. Generellt är åtgärden en indikator på omfattande åtgärdsbehov.
DA006	Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS	ECT är en väl avgränsad åtgärd. Den är resurskrävande, kliniskt mycket betydelsefull och medför en mycket begränsad risk för allvarliga biverkningar. Socialstyrelsen har dessutom tydligt visat att man önskar kunna följa åtgärdens användning.
DA024	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral	
DA025	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral	
DA022	Vagusnervstimulering	Vagusnervstimulering är en väl avgränsad åtgärd som används i mycket begränsad omfattning. Socialstyrelsen har tydligt uttalat att man önskar kunna följa åtgärdens användning.
DV091	Smittisolering	Tydligt identifierbar åtgärd som medför betydande resursåtgång. Åtgärden förekommer sällan inom psykiatri men den tas med eftersom den indikerar omfattande åtgärdsbehov.
DV092	Skyddsisolering	Tydligt identifierbar åtgärd som medför betydande resursåtgång. Åtgärden förekommer sällan inom psykiatri men den tas med eftersom den indikerar omfattande åtgärdsbehov.

SA010	Generell anestesi och sedering. Induktion: Intravenös utan relaxation. Luftvägskontroll med: Spontanandning utan tillskott av oxygen. Huvudsakligt underhåll av narkos/sedering: Intravenöst utan relaxation. Huvudsakligt underhåll av analgesi: Ingen	Inkluderas pga att det är en tydligt avgränsad, resurskrävande och kvalificerad åtgärd som liksom all anestesi medför viss risk. Används inom vissa verksamheter vid behandling av svåra abstinensstillstånd.
XV014	Ständigt närvarande personal (extravak) i 8 timmar eller mer	Inkluderas pga dess kliniska betydelse ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Åtgärden är också resurskrävande. Åtgärden bedöms som tillräckligt väl avgränsad.
AA011	Datortomografi, hjärna	En åtgärd av stor betydelse för att undersöka ev. förekomst av ev. underliggande organisk orsak till aktuella symtom. Dess användning varierar betydligt i landet.
AA045	Magnetresonanstomografi, hjärna	En åtgärd av stor betydelse för att undersöka ev. förekomst av ev. underliggande organisk orsak till aktuella symtom. Dess användning varierar betydligt i landet.
AA085	Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument	En förhållandevis välavgränsad åtgärd vars resultat kan ha stor betydelse för vårdplaneringen.
AU123	Upprättande av krisplan	Inkluderas pga sin kliniska betydelse för att genom patientmedverkan och samordning förebygga försämring och återinsjuknande.
GD007	Anmälan för utredning enligt LVM	Anmälning enligt lag av stor vikt för att patienten ska få tillgång till socialtjänstens resurser. Användandet av åtgärden varierar och är angeläget att kunna mäta.
GD008	Anmälan enligt SoL ang. barn med möjligt skyddsbehov	Anmälning enligt lag av stor vikt för att minderårigas skyddsbehov ska tillgodoses. Användandet av åtgärden varierar och är angeläget att kunna mäta.
DU045	Uppföljande samtal efter tvångsvård	Rimligt välavgränsad åtgärd som bedöms ha stor betydelse för kvaliteten vid tvångsvård.

Åtgärder enligt LPT eller LRV

Kod	Åtgärd	Motivering
XU043	Överföring från frivillig sluten vård till sluten psykiatrisk tvångsvård	Syftet med att rapportera koden är att möjliggöra förenklad rapportering av psykiatrisk vårdform. Inkluderas pga krav från Socialstyrelsen.
XU044	Överföring från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård	Syftet med att rapportera koden är att möjliggöra förenklad rapportering av psykiatrisk vårdform. Inkluderas pga krav från Socialstyrelsen.
XU041	Upprättande av vårdplan vid tvångsvård	Inkluderas pga krav från Socialstyrelsen och SKL. Eftersom åtgärden alltid ska utföras används koden som indikator på kvaliteten i åtgärdsrapporteringen.
XU042	Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård	Inkluderas pga krav från Socialstyrelsen och SKL.
DU040	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande	Tvångsåtgärder ska rapporteras enligt SOFS 2009:26
XU001	Fastspänning upp till och med 4 timmar	
XU003	Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar	
XU004	Fastspänning i 72 timmar eller mer	
XU011	Avskiljande upp till och med 8 timmar	
XU012	Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar	
XU013	Avskiljande i 72 timmar eller mer	
XU030	Inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård	
XU040	Övervakning av försändelser vid tvångsvård	
ZV229	Åtgärd utförd under fasthållande eller fastspänning	

Förvaltning av baslistan

Baslistan för KVÅ inom psykiatrisk slutenvård behöver fortsätta utvecklas genom återkommande revisioner. Förändringar kommer att fortsätta ske årligen de närmaste åren. Revisionerna sker med tvärprofessionell medverkan och med utgångspunkt i verksamheternas erfarenheter av arbete med den befintliga listan. I förvaltningen av baslistan måste behovet av förändring nogt vägas mot behovet av stabilitet och långsiktighet..

För tillägg av helt nya koder till KVÅ är arbetsgången en annan varför dessa båda flöden beskrivs separat.

Revision av baslistan

Tids- och arbetsgång

- förslag på revidering av baslistan kan lämnas till arbetsgruppen via kva-i-psykiatri@kcp.se
- i maj-juni arrangeras en nationell användarkonferens för KVÅ i psykiatri till vilken berörda intressentgrupper bjuds in. Konferensen vänder sig främst till företrädare för psykiatriska verksamheter. Andra identifierade intressentkategorier är professionsföreningar inom psykiatri, de psykiatriska kvalitetsregistren, Nysam, beställarorganisationer, NSPH, och företrädare för Socialstyrelsen. Ett av konferensens syften är att ge tillfälle till erfarenhetsutbyte och diskussion kring baslistornas ändamålsenlighet.
- ytterligare synpunkter fångas via Socialstyrelsens årliga möten för landstingens rapportörer till Patientregistret
- i november underställs styrelserna för de berörda professionsföreningarna ett förslag på reviderad baslista
- i januari publiceras den reviderade baslistan på Socialstyrelsens webbplats.

Tillägg av nya koder i KVÅ

Förslag på helt nya koder kan när som helst lämnas till KVÅ-arbetsgruppen via mailadressen kva-i-psykiatri@kcp.se.

- 30 september varje år lämnar KVÅ-arbetsgruppen ett förslag till Socialstyrelsen vilket avser inklusion i KVÅ 15 månader senare. KVÅ-arbetsgruppen behandlar i sitt årliga arbete förslag som inkommit senast 31 augusti.

Kontakta arbetsgruppen

Förslag, synpunkter och frågor skickas via kva-i-psykiatri@kcp.se

Revision inför 2013

Under hösten 2012 har arbetsgruppen tagit fram förslag till revidering av baslistan för psykiatrisk slutenvård. Samtidigt har även övriga urval av koder för psykiatri gått igenom. Förslaget har granskats av Soili Palmqvist, Socialstyrelsen, och det färdiga revisionsförslaget har slutligen underställts styrelserna för yrkesföreningarna inom psykiatri.

Följande ändringar har gjorts:

- Baslistan har uppdaterats enligt förändrade koder i KVÅ 2013:
- Följande koder har lagts till:

AA085	Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument
DU045	Uppföljande samtal efter tvångsvård
ZV229	Åtgärd utförd under fasthållande eller fastspänning

- En stor del av texten i dokumentet har skrivits om varvid texten bland annat har anpassats till att ansvaret för baslistan nu har överförs till den professionsgemensamma samordningsgruppen.
- Avsnittet ” *Förslag på steg i framtagandet av lokal KVÅ-lista* ” har lagts till för att konkret beskriva hur man i en verksamhet kan använda baslistan och övriga publicerade KVÅ-urval.

Medverkande i arbetet

Arbetsgruppens sammansättning hösten 2012

*Akademikerförbundet SSR:s
yrkesförening för legitimerade
psykoterapeuter*

Kjell Jonsson, Piteå
kjell.o.jonsson@telia.com

*Förbundet Sveriges
Arbetsterapeuter*

Kjerstin Hjort, Karlstad
Kerstin.Hjort@liv.se

*Legitimerade Sjukgymnasters
Riksförbund*

Marie-Louise Majewski. Region Skånes Kompetenscentrum
Ätstörningar – Syd, Lund
marie-louise.majewski@skane.se

*Nationell samverkan för psykisk
hälsa*

Elisabeth Bäärnhielm-Pousette, Stockholm
elisabeth.pousette@comhem.se

Psykologförbundet

Bengt Persson, Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö
bengt.persson@ltkronoberg.se

*Svenska föreningen för barn- och
ungdomspsykiatri,*

Stephan Ehlers, Regionalt kunskapscentrum för psykisk
hälsa, Västra Götalandsregionen, Göteborg
stephan.ehlers@vgregion.se

*Svenska psykiatriföreningen för
skötare*

Cicki Kangru, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås,.
cicki.kangru@spfs.se

Svenska psykiatriska föreningen

Bo Ivarsson, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås,.
bo.ivarsson@vgregion.se

*Svenska rättspsykiatriska
föreningen,*

Kaj Forslund, Rättspsykiatri vård, Stockholm
Kaj.Forslund@sll.se

*Svensk förening för
allmänmedicin*

Roland Morgell, Jordbro vårdcentral, Stockholm
roland.morgell@sll.se

*Svensk förening för
Beroendemedicin*

Markus Takanen, Beroendecentrum, Stockholm
Markus.Takanen@sll.se

Svensk Kuratorsförening

Birgitta Tordenström, Malmö
birgitta.tordenstrom@sydnet.net

Svensk sjuksköterskeförening

Maria Åling, Röda Korsets Högskola, Stockholm,
alim@rkh.se

Arbetet leds av Mattias Agestam, Verksamhetsstöd eHälsa, Stockholms läns sjukvårdsområde,
Svenska psykiatriska föreningen kontaktperson för KVÅ, mattias.agemstam@sll.se

Till arbetsgruppen har adjungerats Göran Eiman, Nysam, Psykiatriska kliniken, Kungälv's sjukhus,
goran.eiman@vgregion.se

Personer som tidigare på olika sätt medverkat i arbetet

Herman Holm, *Vuxenpsykiater, SKL:s heldygnsvårdsprojekt*
 Claes Richter, *Biträdande verksamhetschef, Beroendecentrum Stockholm*
 Per Söderberg, *Verksamhetschef, Allmänpsykiatriska kliniken Falun & Säter, repr. Nysam.*
 Håkan Götmark, *Vuxenpsykiater, Chefläkare, Stockholms läns sjukvårdsområde,*
 Lars Holm, *Statistiker, Socialstyrelsen, avd. f. statistik och utvärdering*
 Ingrid Rogenfelt, *Socionom/kurator,*
 Rickard Brodd, *Svensk sjuksköterskeförening*
 Britt Vikander *Överläkare, Sektionschef, Beroendecentrum Stockholm*
 Lars Eriksson, *Överläkare, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

Följande personer tackas för viktiga synpunkter:

Bo Runeson, *Karolinska Institutet*
 Tord Forsner, *Socialstyrelsen*
 Mårten Gerle, *Socialstyrelsen*
 Mona Heurgren, *Socialstyrelsen*
 Mikael Hahr, *Socialstyrelsen*
 Soili Palmqvist, *Socialstyrelsen*
 Karl-Otto Svärd, *Socialstyrelsen*
 Ing-Marie Wieselgren, *Sveriges kommuner och landsting*
 Bengt André, *inom uppdrag för Sveriges kommuner och landsting*

2012-11-15

Arbetsgruppen för åtgärdsregistrering i psykiatrin: