

Mot ett system för verksamhetsuppföljning på psykiatriområdet

Lägesrapport 2010

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

Artikelnr 2010-7-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juli 2010

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen uppdraget att ”påskynda utvecklingen av grunddata, kvalitetsindikatorer och andra indikatorer, statistik och andra mått för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet”. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 juli 2012. Denna rapport utgör den första lägesrapporten som enligt uppdraget ska rapporteras senast den 1 juli 2010.

Lägesrapporten har sammanställts av en arbetsgrupp bestående av *Emma Björkenstam, Marianne Björklund, Birgitta Clarin, Cecilia Dahlgren, Maria Enggren-Zavisic, Mikael Fabel, Nina Frohm, Matilda Hansson, Lars Holm, Birgitta Lindelius, Claes-Göran Stefansson och Ann-Britt Thulin.*

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	10
Syfte	10
Huvudmål	10
Strategiska uppföljningsområden	11
<i>Utveckling av grunddata</i>	13
Psykiatrisk vård	13
Socialtjänst	14
Patientregistret - inrapporteringen från psykiatrisk verksamhet	15
Beskrivning av patientregistret	15
Genomförda aktiviteter	16
Uppgifter från psykiatrin till patientregistret 2008 – slutenvård och öppenvård	19
Slutenvård	19
Läkarbesök i specialiserad öppenvård	21
Uppgifter från psykiatrin till patientregistret 2009 – tvångsvård	23
Utvecklingsbehov och planerade aktiviteter	24
Elektronisk inrapportering	24
Återföring av uppgifter till uppgiftslämnarna	24
Statistik på webben	25
Åtgärder	25
Diagnoser	25
Vårdgivarregister	25
Utvidgning – andra yrkeskategorier än läkare	25
Utvidgning – primärvårdsregister	26
Utvecklingsbehov kring tvångsvårdsrapporteringen	26
Personal inom psykiatrin	26
Beskrivning av datakällan	27
Utvecklingsbehov	28
Utveckling av socialtjänststatistiken	29
Insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning	29
Central databas för inventeringsdata	31
<i>Indikatorer för God vård och God kvalitet inom psykiatriområdet</i>	33
Psykiatrisk vård och socialtjänst	33
Socialstyrelsens arbete med nationella indikatorer	34
Nationella indikatorer för God vård	34
Indikatorer på psykiatriområdet	35
Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	35
Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	35
Brist på datakällor – ett utvecklingsområde	37

Kvalitetsregister som datakälla för indikatorer	37
Brukarundersökning som datakälla för indikatorer	38
Indikatorer i öppna jämförelser och verksamhetsutvärdering	38
Öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamhetsområden	38
<i>Lägesbeskrivning av verksamhet och insatser</i>	41
Den psykiatriska öppenvården för vuxna	42
Kartläggning av den psykiatriska öppenvården i november 2009	45
Metod och material	45
Vem söker den vuxenpsykiatriska öppenvården?	46
Personalgrupper inom den psykiatriska öppenvården	48
Diagnosgrupper	48
Behandlingsverksamhet	49
Psykiatrisk tvångsvård	52
Redovisning av första tertialet 2010	52
Hur organiserar kommunerna sina insatser?	65
Var i organisationen finns målgruppen?	65
Gemensamma behovsinventeringar	67
Uppsökande verksamhet	70
Information	71
Samverkan	72
Brukarinflytande	74
Kompetensutveckling	77
Utbud av verksamheter	77
<i>Framtida utmaningar</i>	82
Modeller för uppföljning och metoder för analys och utvärdering	82
Beskrivning av kostnader är ett utvecklingsområde	82
Analys av psykiatrins och socialtjänstens insatser	84
Kommunikation	84
Barn och unga	84
<i>Referenser</i>	86
<i>Tabell- och diagramförteckning</i>	87
<i>Bilaga 1: Indikatorer i nationella riktlinjer</i>	91
Föreslagna indikatorer för Nationella riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni	91
Indikatorer inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	94
<i>Bilaga 2: Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård</i>	96
<i>Bilaga 3: Psykiatrisk tvångsvård</i>	98
<i>Bilaga 4: Extramaterial</i>	104

Sammanfattning

Socialstyrelsen har av regeringen fått uppdraget att förstärka och påskynda arbetet med att förbättra verksamhetsuppföljning och statistik inom psykiatriområdet. Dessutom ska myndigheten få till stånd en regelbunden redovisning av tillståndet på området (A2006/9349/HS (delvis), S2008/1051/HS).

I den här lägesrapporten redogörs för situationen vad gäller tillgängliga grunddata och indikatorer, samt förutsättningar för att kunna genomföra verksamhetsuppföljningar på psykiatriområdet. En aktuell lägesbeskrivning ges rörande verksamhet och insatser baserad på aktuella resultat avseende kartläggning av psykiatrisk öppenvård, psykiatrisk tvångsvård samt kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder.

Utveckling av grunddata

Inrapporteringen till patientregistret (individbundna slutenvårdstillfällen och läkarbesök i psykiatrisk öppenvård) har förbättrats. Här redovisas såväl tekniska förbättringar för inrapportering av den psykiatriska vården som täckningsgrad och innehåll.

En utvidgning av patientregistret avseende detaljerad information om psykiatrisk tvångsvård (LPT och LRV) genomfördes vid årsskiftet 2008/2009. Från och med 2010 kan nationella data presenteras tre gånger per år. Såväl inrapportering som innehåll anpassas till olika tvångsvårdsalternativ, exempelvis den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk öppenvård.

Behov, inte vård, har varit utgångspunkten för insatser inom socialtjänsten. Det har inneburit att information om insatser, ekonomi med mera inte kan särredovisas. Från och med 2007 finns dock socialtjänstens beslutade insatser som individstatistik. Ett pilotprojekt på området beskrivs i rapporten.

Utveckling av indikatorer

Utveckling av indikatorer för psykiatriområdet pågår och en fortsatt utveckling av datakällorna är väsentlig för att få underlag för relevanta indikatorer. Ett utvecklingsarbete har påbörjats för att kunna göra öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamheter [1], liksom en metod att kunna utnyttja brukarundersökningar som underlag för indikatorer.

Verksamhetsuppföljning

En lägesbeskrivning av verksamheterna inom den psykiatriska öppenvården för vuxna, psykiatrisk tvångsvård utifrån patientregistret samt kom-

munernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom redovisas.

Personalens registrering av 7 930 öppenvårdsbesök i november 2009 visar bland annat att patientbesök hos läkare har liten omfattning, att ångest-depressionsdiagnoser tillsammans med förstämningssyndrom förekommer hos över hälften av patienterna, att en femtedel inte förskrivs någon psyko-farmaka och att en fjärdedel av patienterna erhåller kognitiv terapi. Vidare kunde regionala skillnader påvisas särskilt mellan storstadsregioner och övriga landet.

5 500 avslutade och 2 400 pågående tvångsvårdstillfällen avseende knappt 8 000 patienter redovisas för perioden januari – april 2010. Fyra procent av de avslutade vårdtillfällena avsåg LRV-vård. Samtliga landsting ingick i rapporteringen. Åldersgruppen 18 – 29 år var den största både bland män och bland kvinnor. Tre fjärdedelar av de avslutade vårdtillfällena var kortare än en månad.

En kartläggning av hur 308 kommuner eller stadsdelar organiserar sina insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom genomfördes i april 2008. Förhållandena i kommuner eller stadsdelar av olika storlek beskrivs. Nästan hälften av dem hade lagt huvudansvaret för insatser till dessa personer i en särskild psykiatrienhet eller hos en psykiatrisamordnare. Tre fjärdedelar av dem bedriver en aktivt uppsökande verksamhet av målgruppen, två tredjedelar genomför informationsinsatser och en lika stor andel har samverkansavtal med andra parter, företrädesvis psykiatrin. Information till brukarorganisationer genomförs i drygt hälften av kommunerna eller stadsdelarna, men i drygt en tredjedel av dem saknas lokala brukarorganisationer. Boende, boendestöd och sysselsättningsförhållandena var väl utbyggda.

Socialstyrelsens förslag till åtgärder:

Regeringen bör överväga att:

- Ge ett lagstöd för möjligheten att sambearbeta Socialstyrelsens hälsodataregister och Socialstyrelsens register inom socialtjänsten
- Ändra förordningen så att statistikuppgifter från andra personalgrupper än läkare inom den psykiatriska öppenvården kan inhämtas
- Ge Socialstyrelsen möjlighet att inhämta individstatistik från andra myndigheter som Statistiska centralbyrån och Försäkringskassan så att effektiva verksamhetsuppföljningar kan göras utifrån ett befolkningsperspektiv
- Möjliggöra att personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom kan identifieras i socialtjänstens officiella statistik

Huvudmännen måste:

- Förbättra inrapporteringen till patientregistret. Detta inkluderar bland annat vårdåtgärder, (exempelvis ECT), där bortfallet måste reduceras.

- Säkerställa att samverkan sker med andra aktörer som har betydelse för insatser för målgruppen, till exempel primärvård, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och liknande.

Huvudmännen bör:

- Uppmärksamma unga personers, speciellt kvinnors, överrepresentation i den psykiatriska öppenvården.
- Säkerställa att äldre personer med depressionssjukdomar får en tillräcklig specialistpsykiatrisk bedömning och behandling.
- Prioritera insatser för att förstärka att personer utanför storstadsområdena har tillgång till adekvat psykiatrisk specialistvård.
- Uppmärksamma att förskrivning av tre eller flera psykofarmaka samtidigt kan ge biverkningar (särskilt hos äldre personer).
- Verka för att brukare kan organiseras även lokalt i de kommuner som i dag saknar denna möjlighet.

Socialstyrelsen avser att:

- Genomföra öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamheter.
- Utveckla metoder för brukarundersökningar som underlag för kvalitetsindikatorer.
- Genomföra fördjupade analyser om varför unga personer, speciellt kvinnor, är överrepresenterade inom den psykiatriska öppenvården.
- Utveckla modeller för att beskriva strukturer, processer, kostnader och resultat samt en metodik för att analysera och utvärdera kvalitet och effektivitet i verksamheterna för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- Utveckla valida kostnadsuppgifter för vad den psykiatriska vården för personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom inom psykiatrisk vård, och framför allt inom socialtjänsten kostar.
- Analysera olika insatser för att analysera barn och ungdomars psykiska hälsa. Bland annat kommer material från Statistiska Centralbyråns nationella kartläggning av psykisk hälsa hos sjätte- och niondeklassare i Sverige att användas till att fördjupa kunskapen om skolbarns psykiska hälsa och studera kontextuella effekter i skolan. Socialstyrelsen följer även barns tillgänglighet till psykiatrisk vård
- Utveckla metoder för att kommunicera data och statistik till berörda användare såsom regering, huvudmän, brukare och andra intressenter. Socialstyrelsen kommer att redovisa metoder för detta i följande lägesrapport 2011.

Inledning

Nationell psykiatrisamordning konstaterade i sitt slutbetänkande att förutsättningar saknas för att sammantaget kunna kartlägga och följa utvecklingen av insatser och dess effekter inom psykiatriområdet. Psykiatrisamordnaren efterfrågade därför kraftfulla åtgärder för att utveckla system för verksamhetsuppföljning (SOU 2006:100).

Sedan Nationell psykiatrisamordning lämnade sitt betänkande har ett antal initiativ tagits när det gäller uppföljning och öppna jämförelser. Regeringen anser det vara angeläget att ytterligare förstärka och påskynda arbetet med att förbättra verksamhetsuppföljning och statistik inom psykiatriområdet samt att få till stånd en regelbunden redovisning av tillståndet på området.

Socialstyrelsen har av dessa skäl fått regeringens uppdrag att:

- påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer och andra indikatorer, statistik och andra mått för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet,
- följa och analysera utvecklingen inom psykiatriområdet, samt
- fortlöpande föra ut information om utvecklingen inom psykiatriområdet till huvudmännen (A2006/9394/HS (delvis), S2008/1051/HS).

För detta ändamål har regeringen avsatt 8 miljoner kronor under 2009 och 2010 samt avser att avsätta ytterligare 8 miljoner kronor 2011.

Socialstyrelsen ska delredovisa uppdraget i två lägesrapporter, den första senast den 1 juli 2010 och den andra senast den 1 juli 2011. I en rapport till regeringen (Socialdepartementet) ska Socialstyrelsen senast den 1 juli 2012 redovisa hur myndigheten avser att fortsätta arbetet med att utveckla statistik och indikatorer inom ramen för ordinarie verksamhet.

Socialstyrelsen ska i sitt arbete utgå från den nationella strategin för kvalitetsutveckling och öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Följande rapport är den första lägesrapporten avseende 2010.

Syfte

Arbetet med att påskynda, förstärka och förbättra verksamhetsuppföljning och statistik inom psykiatriområdet syftar till att få till stånd en regelbunden redovisning av psykiatrins och socialtjänstens verksamhet och insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom.

Huvudmål

Huvudmålet för uppdraget är att utforma ett system för verksamhetsuppföljning för att fortlöpande ge en bild av tillståndet inom psykiatriområdet på ett antal strategiska uppföljningsområden.

Socialstyrelsen har formulerat följande delmål till 2012:

- Ha ett system för att fortlöpande beskriva verksamheten på psykiatriområdet för personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom. Beskrivningen ska dels vara generell, dels fokusera på olika delgrupper inom olika verksamheter och kunna utgöra ett underlag för att beskriva befolkningens psykiska ohälsa
- Ha utarbetade modeller och metoder för uppföljningar samt för att analysera och utvärdera effektivitet och kvalitet för olika grupper inom olika verksamheter.
- Ha former och modeller för öppna jämförelser som visar kvalitet, resultat och effektivitet avseende vård och stöd till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och som inkluderar både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter.
- Ha former för att fortlöpande föra ut information om utvecklingen inom psykiatriområdet till de ansvariga huvudmännen.
- Ha strukturer för fortsatt arbete med att utveckla statistik och indikatorer inom ramen för Socialstyrelsens ordinarie verksamhet.

Strategiska uppföljningsområden

Socialstyrelsen avser att under hösten 2010 identifiera vilka områden som är väsentliga att fortlöpande följa för att ge en relevant bild av tillståndet på psykiatriområdet. De områden som väljs ska relateras dels till olika typer av verksamheter, dels till olika grupper inom psykiatriområdet. För varje område ska uppföljningsbara mål formuleras som knyter an till lagstiftningen, till övriga mål som regeringen formulerat på området samt till vad som är god vård och omsorg.

Exempel på några övergripande uppföljningsområden är:

- Verksamhet i form av boende, sysselsättning, rehabilitering (kommunala insatser), sluten- och öppenvårdsverksamheter (landstingens insatser)
- Organisatoriska lösningar som samverkan, tillgänglighet med mera
- Innehållet i insatserna med avseende på kunskap, evidens och med inriktning på personalens kompetens
- Patienters, brukares och anhörigas inflytande på vård-, stöd- och rehabiliteringsinsatser och deras möjligheter att välja och/eller påverka insatserna
- Insatsernas resultat på individnivå
- Utvecklingen av den psykiska ohälsan i befolkningen.

Arbetet ska leda till att det våren 2011 har fastställts ett antal strategiska områden med uppföljningsbara mål för att kunna beskriva verksamheten på psykiatriområdet samt för att kunna analysera och utvärdera verksamheternas kvalitet och effektivitet.

Arbetet kommer att inkludera Socialstyrelsens uppdrag att följa upp olika delar av den psykiatrisatsning regeringen genomför under åren 2007-2011 på hela psykiatriområdet. Detta arbete inkluderar bland annat upp-

följning av den psykiatriska tvångsvården (nya vårdformen), satsningarna på att förstärka kompetensen bland personal som arbetar inom vården och socialtjänsten, förstärkningen av alternativa sysselsättningsmöjligheter, förbättringar i den psykiatriska heldygnsvården, beskriva utvecklingen av den psykiska ohälsan bland skolbarn med mera. I regeringens psykiatrisatsning ingår även uppdrag till Socialstyrelsen att förstärka och utveckla tillsynen på området (både hälso- och sjukvården och socialtjänsten). Tillsynsresultat på psykiatriområdet ska tas tillvara i det uppföljningssystem som ska tas fram.

Strategiska uppföljningsområden ska identifieras och uppföljningsbara mål inom dessa områden ska genomföras inom ramen för uppdraget. Framtagna förslag kommer att diskuteras med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH).

De fastställda uppföljningsområdena kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet med att utveckla datakällor, indikatorer och andra mått.

Denna första lägesrapport består av fyra delar:

1. Lägesbeskrivning av situationen gällande grunddata på psykiatriområdet, dels utifrån vad som finns, dels utifrån vad som behöver utvecklas.
2. Lägesbeskrivning avseende indikatorer för att beskriva utvecklingen på och utvärdera psykiatriområdet; såväl befintliga indikatorer som behov av utveckling.
3. Presentation av aktuella resultat om verksamhet och insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom. Dessutom sammanställs i bilageform resultat från några studier som Socialstyrelsen genomfört på området.
4. Identifiering av områden inom psykiatriområdet med särskilda utvecklingsbehov.

Utveckling av grunddata

Socialstyrelsen har genom sina hälsodataregister och individbaserade register inom socialtjänsten goda möjligheter att utveckla nationella system för uppföljning av olika verksamheter på psykiatriområdet. Emellertid finns några förhållanden som i grunden begränsar att systemet kan utvecklas fullt ut. Det ena är att det saknas lagmässigt stöd för att sambearbeta Socialstyrelsens hälsodataregister med socialtjänstens register. Därigenom kan inte samordnade insatser till exempel från psykiatri och socialtjänsten för olika patient/klientgrupper beskrivas och analyseras rutinmässigt och fortlöpande. Det andra är att myndigheten inte löpande har tillgång till befolkningsregister som kan sambearbetas med de register som Socialstyrelsen ansvarar för. Det finns således begränsade möjligheter att beskriva vilka befolkningsgrupper hälso- och sjukvård respektive socialtjänstens insatser berör. Båda dessa problem är övergripande och behöver på sikt lösas för att de grunddata som idag är föremål för förbättring ska kunna användas effektivt i ett uppföljningssystem. Socialstyrelsen saknar därutöver lagliga möjligheter att behandla uppgifter om den specialiserade öppenvården som inte utförs av läkare samt om primärvården. En stor del av psykiatri kan således inte beskrivas med dagens register.

Socialstyrelsen arbetar med att utveckla grunddata kan sammanfattas enligt nedan.

Psykiatrisk vård

Genomfört utvecklingsarbete

- Utvidgat patientregistret med uppgifter om psykiatrisk tvångsvård (LPT/LRV)
- Reviderat Socialstyrelsens föreskrift om inrapportering till patientregistret (SOSF 2009:26)
- Tagit fram nya koder för registrering av tvångsåtgärder (KVÅ-koder)
- Upprättat ett kontaktnätverk med verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård
- Inrättat möjligheten till elektronisk inrapportering
- Tillhandahållit verksamheter som använder diagnossystemet DSM-IV möjligheten att konvertera dessa diagnoser till ICD-10 genom upprättande av en konverteringstabell samt ett diagnosklassificeringsstöd för kliniskt verksamma inom psykiatri
- Hemställt till regeringen om att få behandla uppgifter för andra yrkeskategorier än läkare inom den psykiatriska öppenvården samt tagit fram en utredning kring hur detta kan genomföras
- Genomfört informationsverksamhet för att förbättra täckningsgrad och minska bortfall av inrapporterade uppgifter.

Planerat utvecklingsarbete

- Upprätta en rutin för snabb återföring av registerdata till verksamheterna
- Utveckla en webbplats som ger verksamheterna tillgång till statistik, analys och möjlighet till egna datauttag
- Revidera koder för åtgärder som ska inrapporteras
- Utveckla och förbättra vårdgivarregistret
- Undersöka möjligheterna att utvidga patientregistret med inrapportering av behandlingsinsatser från primärvården
- Förenkla och förbättra inrapporteringsrutinerna för psykiatrisk tvångsvård
- Påbörja en inrapportering från andra yrkeskategorier än läkare (om lagstiftningen medger det)
- Ta fram en ny rapport som, likt den tidigare [12], belyser vårdkonsumtionen inom psykiatrin och där lyfta fram även kvalitetsbrister i inrapporteringen.

Socialtjänst

Genomfört utvecklingsarbete

- Utvecklat och genomfört bedömningar av kommunernas verksamheter för målgruppen inom ramen för ett nationellt tillsynsprojekt
- Tagit fram en strategi för att utveckla den officiella socialtjänststatistiken
- Infört individstatistik som inrapporteras till Socialstyrelsen
- Genomfört ett pilotprojekt för att undersöka möjligheterna att identifiera personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom inom socialtjänsten
- Utvecklat och prövat en metod för inventering och uppsökande verksamhet riktad till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Planerat utvecklingsarbete

- Utveckla socialtjänststens dataregistrering så att personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom kan särredovisas inom den officiella socialtjänststatistiken
- Utveckla möjligheten att sambearbeta socialtjänstens individstatistik med hälsodataregistren (som lagstiftningen nu inte medger)
- Pröva om inventeringsdata kan webbaseras och en central databas kan upprättas för att ge underlag till nationell statistik om målgruppens behov.

Patientregistret - inrapporteringen från psykiatrisk verksamhet

Socialstyrelsen ska enligt regeringens uppdrag intensifiera och påskynda det arbete som myndigheten bedriver för att förbättra grunddata och därmed öka möjligheterna till en god beskrivning av den psykiatriska vården. Till dessa grunddata hör Socialstyrelsens patientregister.

Socialstyrelsen arbetar med två delar avseende patientregistret. Myndigheten ska arbeta med att förbättra patientregistrets kvalitet på de data som den psykiatriska vården idag lämnar till registret om vårdtillfällen i slutenvård och läkarbesök i specialiserad öppenvård. Socialstyrelsen ska också arbeta för att kvalitetssäkra och implementera det nya systemet kring inrapportering av psykiatrisk tvångsvård till patientregistret.

Följande avsnitt behandlar Socialstyrelsens arbete med utveckling av grunddata som rapporteras från psykiatri till patientregistret.

Beskrivning av patientregistret

Regelverk

Patientregistret förs med stöd av 6 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Vad som ska rapporteras in föreskrivs i Socialstyrelsens föreskrift om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2009:26 (M)) (<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-26/Sidor/2009-26andringsforeskrift.aspx>).

Uppgiftslämnare

Den som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige är skyldig att lämna uppgifter till patientregistret. Uppgifterna ska avse de vårdtillfällen som rör patienter som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården eller behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård.

Uppgifter

Varje inrapporterat vårdtillfälle ska bland annat innehålla uppgifter om patientens personnummer, hemort, in- och utskrivningsdatum (i slutenvård) / besöksdatum (i öppenvård), sjukhus, klinik (verksamhetsområde), diagnoser, åtgärder och psykiatrisk vårdform.

Skydd för uppgifter

Uppgifterna i patientregistret skyddas av absolut sekretess enligt 24 kap. § 8 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Huvudregeln är att uppgifter om enskilda inte får röjas. Undantag kan dock ske om uppgifterna ska användas för forskning, statistik eller på sådant sätt att enskild inte kan identifieras (läs: i tabeller och diagram där små tal tagits bort för att undvika bakvägsidentifiering). Undantaget gäller dock endast om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men.

Användningsområden

Enligt 3 § i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen får personuppgifter i patientregistret behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Uppgifterna i registret får alltså inte användas för kontroll, tillsyn eller administrativa ändamål som kan påverka en enskild individ.

Patientregistret har idag en mycket bred användning. Det används till statistik (officiell statistik, webbstatistik på både SKL, SCB och Socialstyrelsen, samt internationell statistik inom OECD, Eurostat, NOMESCO med flera). Patientregistret utgör också underlag för beräkning av det kommunala utjämnningssystemet, epidemiologiska studier, medicinsk och epidemiologisk forskning och olika analyser av sjukvården.

Patientregistret används också som underlag för nationella produktivitet jämförelser och för öppna indikatorbaserade jämförelser av sjukvårdens resultat och effektivitet. Andra användningsområden för patientregistret är som underlag för utveckling av sekundära beskrivningssystem och underlag för uppföljning av verksamhet, vårdkonsumtion, komorbiditet, patientströmmar med mera. Dagligen kommer frågor från olika organisationer, landsting och privatpersoner om att erhålla statistik baserad på uppgifter från registret.

Tvångsvårdsuppgifter

I patientregistret ingår sedan 2009 även den särskilda insamlingen av uppgifter om patienter inskrivna för slutna eller öppna psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), LRV.

Genomförda aktiviteter

Information om vikten av att rapportera

Sedan år 2007 har Socialstyrelsen skickat årliga brev till landstingen och till privata vårdgivare med information om vikten av att rapportera, rapporteringsskyldigheter, patientregistrets många användningsområden samt vad och hur uppgiftslämnarna ska rapportera.

År 2009 utgick ett brev till samtliga landsting och privata vårdgivare där uppgiftslämnarskyldigheten betonades. Socialstyrelsen gick även ut i ett särskilt brev till landstingen angående vikten av rapportering av åtgärden elektrokonvulsiv behandling (ECT), då en kraftig underrapportering av åtgärden till patientregistret uppmärksammats.

Elektronisk inrapportering

Idag sker den huvudsakliga rapporteringen till patientregistret via filer på CD som skickas via post. En möjlighet för uppgiftslämnarna att rapportera in uppgifter elektroniskt via ”fil-drop” i en elektronisk brevlåda på Socialstyrelsens hemsida finns på plats sedan i maj 2010. Detta innebär säker krypterad överföring av filer direkt till Socialstyrelsen i enlighet med Data-

inspektionens kriterier för säker överföring av känsliga uppgifter. Lösningen medför en snabbare, säkrare och mer resurseffektiv insamling av uppgifter till patientregistret. 15 av de 21 landstingen rapporterade uppgifter från den psykiatriska tvångsvården avseende tertiäl 1 via den lösningen.

Åtgärder

År 2007 ändrades patientregistrets föreskrift så att det blev obligatoriskt att även rapportera in medicinska åtgärder – tidigare var det enbart kirurgiska åtgärder som var obligatoriska att rapportera. Detta innebar att rapportering av psykiatrins alla insatta åtgärder som haft relevans för vårdkontakten blev obligatoriska att rapportera till patientregistret. Åtgärderna ska rapporteras enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Denna åtgärds-klassifikation är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Klassifikationen uppdateras en gång om året.

Utöver den fullständiga förteckningen av KVÅ-koder finns färdiga förteckningar eller "vyer", särskilt anpassade till ett verksamhetsområde, specialitet eller yrkeskategori. Till exempel finns en egen vy framtagen speciellt för den psykiatriska verksamheten.

Under våren och försommaren 2010 uppdateras åtgärdsklassifikationen (KVÅ) med nya koder för psykiatrin. Dessa KVÅ-koder kommer att gälla från och med år 2011. Detta kommer att möjliggöra en bättre och mer utförlig beskrivning av de åtgärder som utförs i de psykiatriska verksamheterna.

Diagnoser

Huvuddiagnos, det vill säga det tillstånd som är den primära anledningen till vårdkontakten, och samtliga bidiagnoser som haft relevans för vårdkontakten, ska rapporteras till patientregistret. Diagnoser ska rapporteras enligt Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 - Systematisk förteckning (KSH97), vilken är en svensk version av WHO:s klassifikation International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10).

För uppgiftslämnare som i sin psykiatriska verksamhet använder DSM-IV som stöd för klinisk diagnostik och kodar diagnoser enligt ICD-9-CM finns sedan 2009 en konverteringstabell framtagen av Socialstyrelsen för att underlätta rapportering av diagnoser till patientregistret. Uppgiftslämnaren kan då själv konvertera diagnoskoder till KSH97/ICD-10-koder innan dessa skickas till patientregistret. Om uppgiftslämnaren önskar så kan Socialstyrelsen ordna med konverteringen.

Ytterligare aktiviteter

För att ytterligare utveckla patientregistret och därigenom förbättra möjligheterna att beskriva psykiatrin så pågår aktiviteter som syftar till att utvidga patientregistret med uppgifter från primärvården och från andra besök än läkarbesök i den specialiserade öppenvården samt att utveckla och förbättra vårdgivarregistret.

Mer om dessa aktiviteter finns i avsnittet om utvecklingsbehov och planerade aktiviteter nedan.

Särskilt om tvångsvårdsuppgifter i patientregistret

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

Under sommaren 2008 upprättade Socialstyrelsen ett kontaktnät med de kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård. Dessa fick kontinuerligt information om den nya inrapporteringen. En undersökning av klinikernas journalsystem genomfördes.

För att beskriva tvångsvårdens åtgärder, såsom exempelvis fastspänning och avskiljande, togs ett antal nya KVÅ-koder fram. Koder avseende permission och avvikning utgick ur KVÅ i och med att permission och avvikning rapporteras som enskilda variabler. Tidsangivelser för fastspänning och avskiljande ändrades. Koder för samordnad vårdplan vid tvångsvård samt övervakning av försändelser vid tvångsvård infördes.

Under hela sommaren och hösten 2008 bedrev Socialstyrelsen ett omfattande arbete för att utvidga patientregistrets föreskrift SOSFS 2002:1 med ändring enligt SOSFS 2006:21 (M). En förändring av föreskriften var nödvändig för att möjliggöra inrapportering av de nya variabler som beslutades tas in från psykiatrisk tvångsvård. I arbetet ingick:

- Utveckling av variabler för permission och avvikning
- Utvidgning av tidigare diagnosvariabel från max åtta diagnoser till obegränsat antal
- Utvidgning av tidigare åtgärdsvariabel från maximalt 12 åtgärder till obegränsat antal åtgärder
- Utvidgning av tidigare variabel för psykiatrisk vårdform till att även innefatta öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård. Tidigare har uppgiftslämnarna kunnat rapportera en vårdform per vårdtillfälle, vilket nu utvecklades så att uppgiftslämnaren kan rapportera flera vårdformer per vårdtillfälle.

Den 1 januari 2009 trädde den nya föreskrift (SOSFS 2009:26) som reglerar patientregistret i kraft. För att möjliggöra mottagande av tvångsvårdsdata utvecklades helt nya indatarutiner.

Det arbete som pågick under 2009 inkluderade:

- Mottagande av filer och inläsning av data
- Under året mottogs 120 filer i olika format och med varierande kvalitet. Varje kvartal mottogs data från ett trettiotal rapportörer.
- Ytterligare justeringar av patientregistrets föreskrift.

Antalet tillfällen för inrapportering av tvångsvårdsuppgifter ändrades från fyra till tre gånger årligen. Åtgärdspekaren, det vill säga den del i åtgärdsvariabeln som visar till vilken diagnos åtgärden hör, togs bort. Permissions- och avvikningsvariabeln utökades för att förtydliga vilken variabel som avses. Efter påpekande om svårigheter att i vissa administrativa system endast skicka in det som avviker från föregående inrapporteringstillfälle beslutades att inrapporteringsförfarandet ändras. Från och med 2010 ska ackumulerade filer rapporteras in. Månad 1-4 ska rapporteras in senast den 15 maj, månad 1-8 den 15 oktober och slutligen månad 1-12 den 15 januari efterföljande år.

- Utveckling av indatarutiner

Uppgifter från psykiatrin till patientregistret 2008 – slutenvård och öppenvård

För att få en uppfattning om omfattningen av rapporteringen till patientregistret för år 2008 och i någon mån för 2009 följer nedan en kortfattad genomgång. Det som redovisas är antal vårdtillfällen i registret samt inrapporteringen av diagnoser och åtgärder per landsting år 2008 samt en redogörelse för utvecklingen.

Patientregistret för 2009 är, när detta skrivs, inte kvalitetsgranskat i sådan utsträckning att det går att säga något i detalj om rapporteringen blivit bättre eller sämre avseende de viktiga uppgifterna om diagnoser och åtgärder. Preliminära beräkningar har dock gjorts och redovisas i texten. Detaljerade uppgifter avseende år 2009 kommer att publiceras vid ett senare tillfälle.

Slutenvård

Omfattning

Uppgifter från slutenvården började samlas in år 1964 som individbaserade uppgifter från den slutna somatiska vården. För psykiatrisk vård finns uppgifter från år 1973. Sedan år 1987 är uppgifterna om slutenvård riktäckande.

År 2008 rapporterades 92 309 vårdtillfällen in till patientregistret från psykiatrisk slutenvård. Det var 49 415 individer som stod för dessa vårdtillfällen. Omfattningen för år 2009 är i samma storleksordning som för år 2008.

Täckningsgrad - vårdtillfällen

Rapporteringen till slutenvårdsregistret är god med avseende på antalet vårdtillfällen i psykiatrin. SKL:s aggregerade verksamhetsstatistik för 2008 [3] anger 93 100 vårdtillfällen inom den psykiatriska slutenvården. I princip samtliga avslutade vårdtillfällen rapporteras alltså till patientregistret.

Tabell 1. Antal inrapporterade vårdtillfällen och andel vårdtillfällen med inrapporterade diagnoser, åtgärder och ECT-behandlingar från psykiatrisk slutenvård till patientregistret år 2008, antal och procent

Producerande landsting	Antal vårdtillfällen	Andel med diagnos	Andel med åtgärd	Andel med ECT-behandling
Blekinge	1 371	96,4	0,0	0,0
Dalarna	2 375	97,9	31,9	2,4
Gotland	593	99,3	9,8	9,6
Gävleborg	1 821	95,2	9,6	6,5
Halland	2 164	100,0	0,0	0,0
Jämtland	755	93,5	2,3	0,0
Jönköping	3 427	97,0	57,0	6,0
Kalmar	2 129	85,7	0,0	0,0
Kronoberg	1 260	84,6	10,8	5,0
Norrboten	2 218	100,0	25,0	3,7
Skåne	11 449	98,3	4,1	0,9
Stockholm	28 765	91,0	0,0	0,0
Södermanland	2 383	98,9	1,6	1,5
Uppsala	3 653	99,6	10,8	3,5
Värmland	1 583	99,6	30,1	3,7
Västerbotten	2 467	95,0	0,0	0,0
Västernorrland	2 130	88,5	0,0	0,0
Västmanland	1 880	96,3	0,1	0,0
Västra Götaland	14 463	96,5	46,4	3,5
Örebro	2 782	99,3	7,1	4,3
Östergötland	2 641	94,8	1,6	0,0
Riket	92 309	94,8	13,0	1,7

Rapportering av diagnoser

Totalt hade 95 procent av alla inrapporterade vårdtillfällen år 2008 uppgift om diagnos. Diagnosbortfallet uppgick således till 5 procent. Variationen är relativt stor mellan rapporterande landsting (0-15 procents bortfall). Preliminära uppgifter för 2009 års registeruppgifter visar en liknande bild som för år 2008 – en hög inrapporteringsgrad av diagnoser som kan bli ännu något bättre.

Rapportering av åtgärder

Andelen slutenvårdstillfällen rapporterade från psykiatri där uppgift om åtgärder finns inrapporterade uppgick år 2008 till 13 procent. Preliminära uppgifter från 2009 års register tyder på en förbättring i inrapportering av KVÅ-koder. Andelen vårdtillfällen totalt som har åtgärdsregistrering har ökat och snart sagt varje landsting har förbättrat sin inrapportering av KVÅ-koder till patientregistret mellan åren 2008 och 2009.

Rapportering av ECT-behandlingar

Socialstyrelsen har under 2009 och 2010 gjort en särskild satsning avseende ECT-behandlingar i den psykiatriska vården. Under våren gav Socialstyrelsen ut rapporten ECT-behandling – en pilotstudie [4]. I denna konstaterades återigen bristerna i vårdgivarnas inrapportering till patientregistret och då med fokus på ECT-behandlingar.

År 2008 rapporterades drygt 1 500 vårdtillfällen (1,7 procent) till patientregistret där ECT-behandlingar givits i slutenvården. Då nästan hälften av landstingen inte rapporterar något enda vårdtillfälle där ECT-behandling förekommit är detta givetvis en underskattning av det verkliga antalet.

Mot bakgrund av den ökade uppmärksamheten kring ECT-behandlingar i den psykiatriska vården och de speciella insatser som gjorts är det dock positivt att rapporteringen förefaller öka då 2009 års uppgifter innehåller fler uppgifter om ECT-behandlingar jämfört med 2008. Det är dessutom fler landsting som rapporterat att de utför ECT-behandlingar över huvud taget. Denna uppgång i antal är av allt att döma en ökad rapporteringsbenägenhet. Underskattningen av antalet är dock fortfarande problematisk. Socialstyrelsen kan inte uttala sig om omfattningen av ECT-behandlingar eller följa utvecklingen över tid förrän rapporteringen blivit bättre.

Läkarbesök i specialiserad öppenvård

Omfattning

År 1997 började huvudmännen successivt att rapportera uppgifter om läkarbesök inom den dagkirurgiska verksamheten till patientregistret. År 2001 började även uppgifter från den övriga specialiserade öppna vården (som inte är primärvård) att rapporteras in till patientregistret. Endast läkarbesök ska rapporteras in, besök hos andra yrkeskategorier med legitimation ska inte rapporteras in till patientregistret.

År 2008 rapporterades 718 044 läkarbesök i psykiatrisk vård till patientregistret. Det var 247 610 individer som stod för dessa besök. Omfattningen av inrapporterade läkarbesök år 2009 tycks enligt preliminära uppgifter ha ökat något.

Täckningsgrad – besök

Alla läkarbesök inom den specialiserade öppenvården rapporteras inte till patientregistret. En jämförelse mellan antal läkarbesök rapporterade till patientregistret med SKL:s aggregerade verksamhetsstatistik för år 2008 [3] visar att drygt 25 procent av läkarbesöken i psykiatri saknas i patientregistret. Bortfallet på omkring 250 000 besök avser främst besök hos privata vårdgivare.

Tabell 2. Antal inrapporterade läkarbesök och andel läkarbesök med inrapporterade diagnoser och åtgärder från psykiatrisk öppenvård till patientregistret år 2008, antal och procent

Producerande landsting	Antal läkarbesök	Andel med diagnos	Andel med åtgärd
Blekinge	10 259	86,6	0,0
Dalarna	17 189	99,0	50,2
Gotland	5 030	81,4	0,0
Gävleborg	12 464	99,3	26,7
Halland	15 844	66,0	1,8
Jämtland	5 606	75,5	20,0
Jönköping	18 910	73,7	88,8
Kalmar	16 304	84,3	4,8
Kronoberg	11 200	93,5	7,2
Norrbotten	10 055	88,5	14,3
Skåne	99 366	97,1	4,8
Stockholm	254 530	68,6	3,2
Södermanland	18 177	89,2	0,2
Uppsala	23 603	92,9	8,5
Värmland	18 099	82,7	54,0
Västerbotten	9 026	80,2	0,0
Västernorrland	11 642	89,5	0,5
Västmanland	18 018	90,4	0,0
Västra Götaland	95 070	94,9	45,2
Örebro	28 412	68,1	5,6
Östergötland	19 240	88,6	0,2
Riket	718 044	82,0	14,3

Rapportering av diagnoser

Andelen öppenvårdsbesök rapporterade från psykiatrin där uppgift om diagnos finns inrapporterade uppgick år 2008 till drygt 82 procent (tabell 2). Totalt saknar alltså 18 procent av besöken uppgift om diagnos. Detta är en förbättring jämfört med år 2001 då endast drygt 20 procent av inrapporterade besök hade uppgift om diagnos. För 2009 ser diagnosrapporteringen ännu lite bättre ut enligt preliminära beräkningar. Många landsting har förbättrat sin diagnosrapportering.

Rapportering av åtgärder

Andelen läkarbesök rapporterade från psykiatrin där uppgift om åtgärder finns inrapporterade uppgick år 2008 till drygt 14 procent. Denna andel har enligt preliminära uppgifter ökat 2009. Sammantaget ser åtgärdsrapporteringen ut att ha förbättrats i de flesta landsting.

Uppgifter från psykiatrin till patientregistret 2009 – tvångsvård

Under år 2009 rapporterade totalt 16 landsting in tvångsvårdsuppgifter till patientregistret (tabell 3). I vissa landsting skedde en central rapportering medan andra rapporterade direkt från respektive klinik.

Tabell 3. Status för inrapportering 2009

Landsting	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
Blekinge	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Dalarna	-	-	-	-
Gotland	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Gävleborg	-	Direkt-rapportering	Direkt-rapportering	Direkt-rapportering
Halland	-	-	-	-
Jämtland	-	-	-	-
Jönköping	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Kalmar	-	-	-	-
Kronoberg	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Norrbottn	-	-	-	-
Skåne	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Stockholm	Direkt-rapportering	Direkt-rapportering	Direkt-rapportering	Direkt-rapportering
Sörmland	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Uppsala	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Värmland	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Västerbotten	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Västernorrland	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Västmanland	Central rapportering	-	-	-
Västra Götaland	Direkt-rapportering (ej komplett)	Direkt-rapportering (ej komplett)	Direkt-rapportering (ej komplett)	Direkt-rapportering (ej komplett)
Örebro	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering
Östergötland	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering	Central rapportering

Under 2009 anordnades ett antal träffar med uppgiftslämnarna där diverse problem och synpunkter diskuterades. Bland annat identifierades följande problem:

- Stor spridning gällande landstingens olika tekniska förutsättningar för registrering och rapportering av tvångsvårdsuppgifter. Flera landsting fick utveckla sina journalsystem och patientadministrativa system för att hantera nya variabler som exempelvis permission och avvikning.
- Några landsting bytte journalsystem under året, vilket medförde att inrapportering inte alls kunde ske.
- Svårigheter att rapportera data till Socialstyrelsen på ett tillförlitligt sätt (krypterat, rekommenderat).
- Alla landsting använde inte KVÅ-koder vid tvångsvårdsregistreringen, trots att rapportering av KVÅ-koder varit lagstadgad sedan 2007.
- Vid ett flertal kliniker sker registrering av diagnoser och åtgärder först vid utskrivning, vilket innebär att dessa variabler inte kan rapporteras för inneliggande patienter

Utvecklingsbehov och planerade aktiviteter

Som noterat ovan finns idag fortfarande stora brister i rapporteringen från psykiatri till patientregistret, även om rapporteringen över tid har blivit bättre. Framför allt gäller bristerna rapporteringen av besök i den specialiserade öppna vården där inrapporteringen av besök hos privata vårdgivare för diagnoser behöver förbättras ytterligare. Även rapporteringen av åtgärder måste förbättras väsentligt.

Med dagens lagstiftning ger patientregistret också endast en begränsad möjlighet att beskriva psykiatri i den öppna vården. Bland annat får inte uppgifter från primärvården och uppgifter som rör besök hos andra yrkeskategorier än läkare i den öppna vården, till exempel psykologer, behandlas av Socialstyrelsen.

Nedan följer en redogörelse för vad Socialstyrelsen arbetar med och planerar att arbeta med för utvecklingsfrågor rörande patientregistret.

Elektronisk inrapportering

En möjlighet för uppgiftslämnarna att rapportera in uppgifter till patientregistret elektroniskt infördes under våren 2010. Inom ramen för detta regeringsuppdrag kommer Socialstyrelsen att göra insatser för att påverka uppgiftslämnarna att lämna sina uppgifter till patientregistret via Socialstyrelsens nya lösning för elektronisk insamling av data. Detta sker huvudsakligen genom information och i de fortlöpande kontakter som Socialstyrelsen har med uppgiftslämnarna.

Återföring av uppgifter till uppgiftslämnarna

En regelbunden och snabb återrapportering till vården planeras. Syftet med detta är att föra tillbaka information som kan användas av vårdgivarna i utvecklingen av sin verksamhet men också att kvalitetsbrister i inskickat material snabbt ska bli uppmärksammat och kunna åtgärdas. Denna uppgiftsåterföring kommer att utvecklas i samarbete med SKL och uppgiftslämnarna.

Statistik på webben

För att öka användningen av patientregistrets uppgifter kommer Socialstyrelsen att utveckla en ingång på webbplatsen för statistik och analyser om psykiatrin. Webbplatsen kommer att innehålla allt från enklare deskriptiv statistik om psykiatrin till möjligheter för uppgiftslämnare och andra att göra egna datauttag och analyserande rapporter.

Åtgärder

Under hösten 2010 planeras ett fortsatt arbete för att utveckla KVÅ i enlighet med de psykiatriska verksamheternas önskemål. Detta arbete kommer huvudsakligen att bedrivas av representanter för de psykiatriska verksamheterna i landet med Socialstyrelsen som diskussionspartner. Det är dock Socialstyrelsen som fastställer den slutliga versionen av KVÅ.

Löpande kontakter med uppgiftslämnarna är nödvändiga för att skapa kvalitet i rapporteringen av åtgärder till patientregistret.

Diagnoser

En mappningstabell mellan DSM-IV:s textuella beskrivningar och ICD-10 är under konstruktion. Denna tabell, tillsammans med en stödapplikation i journalsystemen, ska möjliggöra att DSM-IV utnyttjas som diagnostiskt stöd och att ICD-10-klassificeringen förenklas och kvalitetssäkras samtidigt som en mera specificerad beskrivning erhålls.

För en mer utförlig beskrivning av arbetet med diagnoskonvertering, beslutsstöd och mappningstabeller hänvisas till regeringsuppdraget ”Projekt för att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården” [5].

Löpande kontakter med uppgiftslämnarna är nödvändiga för att skapa kvalitet i rapporteringen av diagnoser. Det är viktigt att det finns en ömsesidig nytta och att rapporteringen underlättas i dialog med uppgiftslämnarna.

Vårdgivarregister

En viktig förutsättning för att få en bättre täckning av läkarbesök inom den specialiserade öppenvården är ett vårdgivarregister. Det behövs för att på ett effektivt sätt kunna kommunicera med de vårdgivare som är rapporteringsskyldiga. Vårdgivarregistret behövs också för att ha kännedom om vilka som är rapporteringsskyldiga samt följa upp i vilken mån de fullgör sin uppgiftslämnarplikt.

Socialstyrelsens avdelning för Regler och tillstånd har i uppgift att ta fram en plan för att utveckla och förbättra vårdgivarregistret.

Utvidgning – andra yrkeskategorier än läkare

I patientregistrets öppenvårdsdel får som tidigare nämnts enbart läkarbesök behandlas. När den psykiatriska vården ska följas upp är detta en stor brist. Inom psykiatrin är det på årsbasis enbart cirka 22 procent av besöken inom den specialiserade öppenvården som sker hos läkare. Många vårdåtgärder,

såsom bedömningar och psykologisk behandling, utförs av andra yrkesgrupper än läkare. Att till exempel följa utvecklingen av KBT-behandlingar genom patientregistret är idag omöjligt då det endast undantagsvis är läkare som utför behandlingen.

En hemställan om ändring av patientregistrets förordning till att omfatta fler yrkeskategorier än läkare har inlämnats till Regeringskansliet. Ett förslag till reviderad förordning till patientregistret är nu ute på remiss.

För en mer utförlig genomgång av förutsättningarna för att utvidga patientregistret till att även omfatta besök hos andra yrkeskategorier än läkare inom den öppna specialiserade vården hänvisas till regeringsuppdraget ”Projekt för att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården” [5].

Utvidgning – primärvårdsregister

I patientregistret får idag inte uppgifter som rör primärvården behandlas. Även detta medför en betydande brist vad gäller möjligheterna att få en god nationell beskrivning av de psykiatriska verksamheterna och av personer med psykiska sjukdomar. Flertalet patienter med psykiska besvär utreds och behandlas i primärvården, till exempel för lindrigare depression och/eller olika ångestsjukdomar. En utvidgning av patientregistret med behandlingsinsatser i primärvården skulle ge en betydande kunskap om sjukvårdens insatser för personer med psykiska sjukdomar.

För en mer utförlig genomgång av förutsättningarna för att utvidga patientregistret till att också innehålla uppgifter från primärvården hänvisas till regeringsuppdraget ”Projekt för att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården” [5].

Utvecklingsbehov kring tvångsvårdsrapporteringen

På Socialstyrelsen pågår idag flera parallella aktiviteter för att förbättra och förenkla tvångsvårdsrapporteringen.

Ett fortsatt arbete med utveckling av program för filinläsning och uppdatering av registret pågår. Arbetet pågår även med att skapa en långsiktig, funktionell och effektiv lagring av data.

Ytterligare justeringar av patientregistrets föreskrift kommer att ske under 2010.

I samverkan med representanter för psykiatri utreds en eventuell utvidgning av variabeln psykiatrisk vårdform, där det bland annat inkommit förslag på frivillig slutenvård under pågående öppen LPT/LRV.

Socialstyrelsen avser att fortsatt stödja och stimulera verksamheternas inrapportering till registret.

Personal inom psykiatri

Statistik om tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal är ett annat exempel på en befintlig datakälla av relevans för verksamhetsuppföljning på psykiatriområdet.

Beskrivning av datakällan

För att kunna bedöma personalsituationen inom vuxenpsykiatri används bland annat Socialstyrelsens databas Nationellt planeringsstöd (nedan kallat NPS). Databasen är en sambearbetning av flera datakällor, vilka beskrivs nedan.

Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal – HOSP

HOSP är ett register över samtliga personer med legitimationer inom hälso- och sjukvårdsyrken samt tandvårdsyrken. Vid tidpunkten för sysselsättningsstatistiken – den 1 november 2007 – omfattade registret 21 olika legitimationsgrupper.

I HOSP registreras även specialistbevis för läkare och tandläkare. En person kan ha flera legitimationer och/eller specialistbevis. HOSP är ett legitimations- och specialistbevisregister.

Register på SCB - LISA

Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (förkortas LISA, tidigare LOUISE) är en longitudinell individbaserad databas. Den omfattar samtliga folkbokförda personer i åldern 16–w år. Databasen integrerar befintliga dataregister från den sociala sektorn och från utbildnings- och arbetsmarknadssektorn i Sverige. De delregister som är intressanta för denna redovisning är registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och registret över totalbefolkningen (RTB).

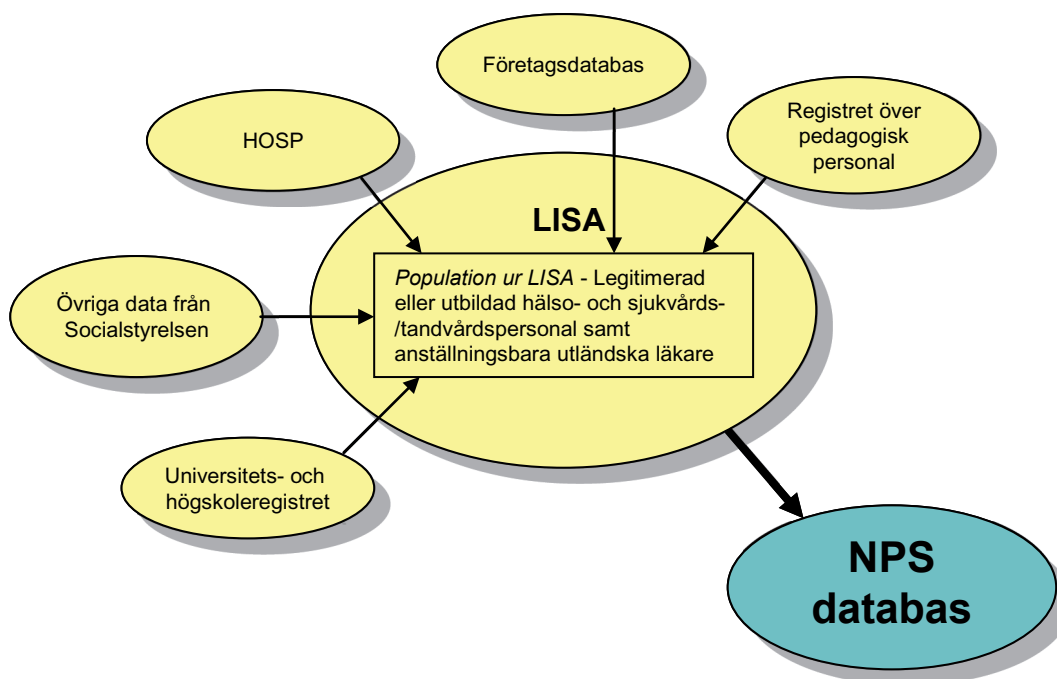
Övriga register från SCB

Från universitets- och högskoleregistret hämtas uppgifter om de fem svenska sjukvårdsexamina 1977–2008. Från företagsdatabasen (FDB) hämtas uppgifter om identitet för företag som tillhör Svenska Personaluthyrnings- och rekryteringsförbundet (SPUR). Slutligen används registret över pedagogisk personal för att avgöra vilka individer som var verksamma som lärare inom gymnasieskolan.

Sambearbetning

Statistikinformationen i redovisningen bygger på en sambearbetning av Socialstyrelsens register HOSP, uppgifter om utländska icke-legitimerade läkare, samt flera register från SCB, huvudsakligen LISA

Till dessa data samkörs uppgifter från de övriga registren (se figur 1) för att skapa den databas som är aktuell för statistiken. Vid samkörningen används information från HOSP och övriga källor som i tid sammanfaller med arbetsmarknadsuppgifterna i LISA, dvs. under november för undersökningsåret. Vid beräkning av ålder, legitimation och specialistbevis redovisas läget den 1 november under det aktuella året.



Figur 1. Schematisk bild över sambearbetningen av databasen för statistiken.

Utvecklingsbehov

Ett utvecklingsarbete som initierats är att under hösten 2010 skicka en enkät till 1500 personer, fördelat på följande yrkesgrupper; legitimerade läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, tandhygienister och tandläkare. Urvalet hämtas från HOSP. Populationen består av samtliga legitimerade under 70 år. För att kunna få en bra svarsfrekvens begränsas antal frågor till fem stycken. Genom enkätundersökningen erhålls en grov skattning av genomsnittlig sysselsättningsfrekvens för de av NPS studerade yrkesgrupperna, exkluderat röntgensjuksköterskor. Tanken är att den skattade frekvensen ska kunna användas för att konvertera NPS antalsuppgifter till heltidsekvivalenter. Ett annat syfte är att kunna skatta hälso- och sjukvårdspersonalens sysselsättning i utlandet.

Det saknas idag motsvarande statistik för personal inom socialtjänsten. En förklaring till detta är bland annat att det inte finns legitimerade yrkesgrupper på samma sätt som för hälso- och sjukvården. Dessutom kan det vara svårt att veta i vilken utsträckning personalgrupper inom socialtjänsten har klienter med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom. Initiativ har tagits till att följa hur kommuner och motsvarande satsar på kompetensutveckling i dessa frågor för personalen. Utöver detta kan det dock finnas anledning att se över möjligheten att studera tillgång på personal även inom socialtjänsten.

Utveckling av socialtjänststatistiken

Socialtjänststatistiken utgör ett annat viktigt område för grunddata, nödvändigt att utveckla för att kunna följa utvecklingen på psykiatriområdet. Socialstyrelsen tog år 2007 fram en strategi för att utveckla den officiella socialtjänststatistiken. En inventering av utvecklingsbehov har genomförts. Syftet är att få ett bättre underlag utifrån olika användares behov för att möjliggöra uppföljning och resultatbedömning av socialtjänstens insatser, där statistiken kan bidra till ökade kunskaper om verksamheten.

Till och med år 2006 byggde all statistik om insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, till personer med funktionsnedsättning på mängduppgifter från kommunerna. I och med 2007 övergick denna uppgiftssamling till att samlas in som individdata. Det innebär att kommunerna från och med 1 juli 2008 fortlöpande registrerar och halvårsvis lämnar uppgifter på individnivå för alla som har biståndsbeslut om vissa insatser enligt SoL. De uppgifter som samlas in är brukarens boendeform samt beslut om insatser enligt SoL som till exempel särskilt boende, hemtjänst, boendestöd, dagverksamhet. Vissa insatser som ges enligt SoL samlas fortfarande in som mängdstatistik. Kommunerna lämnar också uppgifter på individnivå om personkretstillhörighet och beslutade insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Även statistik om kommunal hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, samlas in.

Inom ramen för detta utvecklingsarbete har Socialstyrelsen meddelat nya föreskrifter och anvisningar om vilka uppgifter som kommunerna ska registrera samt hur dessa uppgifter ska lämnas till Socialstyrelsen. Arbetet med att utveckla den officiella statistiken om kommunernas äldre- och handikappomsorg från mängdstatistik till individstatistik fortsätter. Ett arbete har inletts med att förändra insamlingsmetoden för att öka kvaliteten på statistikunderlaget. Idag saknas dock möjlighet att identifiera personer med psykisk funktionsnedsättning i socialtjänststatistiken.

Insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

Socialstyrelsen ska enligt regeringens uppdrag utreda vilka förbättringar som krävs i socialtjänststatistiken för att kunna följa kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Arbetet har inletts med att undersöka kommunernas möjlighet att identifiera målgruppen i sin verksamhet. Detta är en första förutsättning för att kunna samla in statistik där målgruppen kan särredovisas. Genom patient- och eller läkemedelsregistret kan en viss andel av personerna med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom identifieras. Socialtjänsten träffar emellertid ett mycket större antal av dessa personer som inte återfinns i dessa register.

Undersökning i åtta kommuner

Ett pilotprojekt har genomförts under våren 2010 inom ramen för regeringsuppdraget för att undersöka möjligheten för handläggare och biståndsbedömare inom socialtjänsten att identifiera vilka personer som tillhör målgruppen – personer med psykisk funktionsnedsättning.

Undersökningen har genomförts i åtta kommuner i olika delar av landet: Sundbyberg, Kumla, Svedala, Örebro, Karlstad, Katrineholm, Östersund och Heby. Undersökningen avser att belysa vilka problem som är förknippade med att identifiera gruppen i socialtjänstens verksamhet, hur personalen ser på att gruppen registreras samt vad som idag dokumenteras om dem. Några frågeområden är:

- Hur beskrivs och definieras personer med psykisk funktionsnedsättning?
- Hur identifieras/bedöms enskilda personer tillhöra gruppen?
- Var i organisationen finns personer med psykisk funktionsnedsättning?
- Vilka uppgifter dokumenteras i akten om personer med psykisk funktionsnedsättning?
- Hur ser personalen på att enskilda personer ska registreras i den officiella statistiken som personer med psykisk funktionsnedsättning?
- Vilka uppgifter om gruppen anses vara viktiga att registrera för den egna verksamhetsuppföljningen?

De gruppintervjuer som har genomförts i de utvalda kommunerna har dokumenterats och sammanställts till en preliminär rapport. I alla kommuner utom en finns särskilda resurser för personer med psykisk funktionsnedsättning som till exempel en socialpsykiatrisk verksamhet eller särskild personal. I övrigt finns gruppen i alla delar av kommunernas verksamhet såsom inom äldreomsorgen, handikappomsorgen alternativt verksamhet för vård- och omsorg eller individ- och familjeomsorgen. Även om det finns utförarpersonal som är specialiserad för målgruppen har biståndshandläggarna ofta ansvar för flera olika grupper.

En allmän slutsats är att möjligheten att identifiera gruppen i kommunernas verksamhet är intimt förknippad med den enskilda kommunens organisering. I de kommuner där man inrättat en särskild enhet finns det tydligare incitament för att identifiera de personer som har behov av insatser som kan förmedlas av den socialpsykiatriska enheten. Enskilda individer aktualiseras i samband med att personal i olika delar av verksamheten definierar problem och svårigheter som hör samman med den psykiska funktionsnedsättningen. Inom till exempel kommunernas IFO-verksamhet (försörjningsstöd) har de dock svårare att beskriva gruppen men bedömer ibland att en person kan vara i behov av mer stöd och initierar då en kontakt med till exempel den socialpsykiatriska verksamheten. Kunskapen om gruppen anges ofta vara begränsad i kommunernas verksamhet för individ- och familjeomsorg. De av kommunernas verksamheter som har kontakt med personer i gruppen men som inte bedöms behöva insatser utanför den egna enheten saknar incitament för att identifiera enskilda personer att tillhöra den aktuella gruppen. Det gäller till exempel yngre personer med kontakt med kommunens IFO-verksamhet där inriktningen är insatser för rehabilitering till arbete och möjlighet till egen försörjning.

Kommunerna har huvudsakligen en positiv attityd till att registrera enskilda personer som personer med psykisk funktionsnedsättning och leverera data kring gruppen till Socialstyrelsen. Huvudargumentet för detta är

ett behov av att följa upp den egna kommunens verksamhet för gruppen. Några kommuner lyfter dock frågan om det är etiskt godtagbart att kategorisera personer som personer med psykisk funktionsnedsättning. Man anger i dessa fall att utgångspunkten för insatser är den enskildes behov oberoende av vilken grupp han eller hon tillhör.

En förutsättning för att kunna identifiera gruppen är vidare att det finns en tydlig definition av den. De undersökta kommunerna känner väl till den definition som Nationell psykiatrisamordning formulerat. Det varierar dock hur känd definitionen är i kommunens olika verksamheter. Bristande samverkan mellan kommunens olika delar anges bland annat som ett skäl till att definitionen är okänd i vissa delar av organisationen. Definitionen upplevs i huvudsak vara användbar. Dock anges behov av vissa förtydliganden. Dessa handlar dels om avgränsningen till missbruksproblematiken eller demenssjukdom hos äldre, dels om funktionsnedsättningens varaktighet och vilka svårigheter den lett till. En fråga som ställs är när svårigheterna ska bedömas bero på psykiska, fysiska eller sociala faktorer.

Ett annat problemområde är hur och när en person ska definieras tillhöra gruppen. De personer som aktualiseras via psykiatrin eller själva söker bistånd tillsammans med anhörig eller personligt ombud kan identifieras tillhöra målgruppen redan då ärendet aktualiseras. I vissa kommuner begär man in ett särskilt underlag från exempelvis psykiatrin i samband med en bedömning av behov av insatser. I de undersökta kommunernas dokumentation framgår ibland att en person tillhör målgruppen.

Med utgångspunkt i den undersökning som genomförts kommer Socialstyrelsen att tydliggöra de problem som är förknippade med att målgruppen ska kunna identifieras i kommunernas verksamhet och insatser registreras i den officiella statistiken. Dessa frågor kommer sedan ytterligare att diskuteras med ett antal kommuner innan en plan formuleras som anger hur den officiella socialtjänststatistiken kan utvecklas för att Socialstyrelsen ska kunna följa kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Utifrån resultatet av denna undersökning kommer också ett arbete att inledas som syftar till att utveckla socialtjänststatistiken så att den kan användas som datakälla för indikatorer, öppna jämförelser och andra relevanta uppgifter som kommer att ingå i det uppföljningssystem som ska utformas. Både möjligheten att utveckla den individbaserade statistiken och mängdstatistiken kommer att analyseras.

Under hösten 2010 kommer en plan för arbetet att tas fram. Utvecklingsarbetet är långsiktigt och kommer troligen att innebära förslag till förändringar i Förordningen om officiell statistik (2001:100) och Socialstyrelsens föreskrifter på området.

Central databas för inventeringsdata

Den nationella tillsynen som Socialstyrelsen genomförde tillsammans med länsstyrelserna under perioden 2002 – 2004 visade att cirka hälften av kommunerna saknade kunskap om gruppens storlek och behov av insatser. Genom en inventering av personer med psykiska funktionsnedsättningar (se sidan 37) kan kommun och landsting skaffa sig en uppfattning om vil-

ka som ingår i gruppen (gruppens storlek) och också en kunskap om dessa personers livssituation och behov på olika insatsområden. En god kännedom om gruppen och dess behov är en viktig förutsättning för att landstinget och kommunen ska kunna fullgöra sitt ansvar för att planera och styra sin verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Inom ramen för Nationell psykiatrisamordning tillfördes medel till ett antal kommuner och landsting som avsåg att utveckla en metodik för inventeringsarbetet. Med utgångspunkt i dessa erfarenheter har Socialstyrelsen utarbetat ett inventeringsverktyg för det lokala/regionala inventeringsarbetet. Inventeringen, som på förslag ska genomföras regelbundet med 3-4 års mellanrum, kan ge underlag för kommunernas och psykiatrins planering och uppföljning av sin verksamhet för gruppen.

Under hösten 2010 ska Socialstyrelsen också undersöka möjligheterna att IT-basera inventeringsverktyget samt möjligheten att upprätta en nationell databas för att samla in inventeringsuppgifter från kommuner och landsting. Syftet med detta är dels att öka möjligheterna till jämförbara inventeringsresultat, dels att Socialstyrelsen ska kunna komplettera sin socialtjänststatistik med inventeringsdata för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Förutom att vara underlag för kommunens och landstingets planering av verksamheten kan de uppgifter som samlas in i de gemensamma inventeringarna också vara en del av uppföljningssystemet på psykiatriområdet på både lokal och nationell nivå. För det lokala uppföljningsarbetet är det en fördel att kunna jämföra sina inventeringsresultat med gruppens livssituation och behov av insatser i kommuner med motsvarande storlek.

Indikatorer för God vård och God kvalitet inom psykiatriområdet

För att löpande kunna beskriva hur verksamheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst utför sitt uppdrag inom psykiatriområdet och för att ge underlag för det lokala och regionala förbättringsarbetet i aktuella verksamheter i kommuner och landsting, behövs indikatorer som mäter strukturer, processer, kostnader och resultat på individnivå och på verksamhetsnivå. Enligt regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ska arbetet med indikatorer förstärkas och påskyndas.

Utvecklingen av detta arbete kan sammanfattas som nedan:

Psykiatrisk vård och socialtjänst

Genomfört utvecklingsarbete

- Utvecklat indikatorer för God vård (hälso- och sjukvården)
- Tillämpat registerbaserade nationella indikatorer inom den psykiatriska vården
- Tagit fram indikatorer inom ramen för nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (hälso- och sjukvården). (Se exempel bilaga 1)
- Framtagande av indikatorer som avser psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och som avser både den psykiatriska vården som socialtjänsten (se exempel bilaga 1). Även indikatorer inom ramen för de nationella riktlinjerna för demenssjukdom är klara
- Identifierat relevanta kvalitetsaspekter utifrån ett brukar- och anhörigperspektiv som underlag för indikatorer inom både den psykiatriska vården och socialtjänsten
- Inventerat kvalitetsområden avseende missbruks- och beroendområdet inom såväl socialtjänsten som beroendemottagningar i gemensam drift av kommun och landsting.

Planerat utvecklingsarbete

- Utveckla indikatorer som underlag för öppna jämförelser både vad gäller den psykiatriska vården som inom socialtjänsten
- Följa upp framtagna indikatorer på strukturnivå som gäller socialtjänstens organisation, med mera, för målgruppen
- Utveckla en modell för brukarundersökning som kan utgöra en datakälla för indikatorer som speglar brukar- och anhörigupplevd kvalitet
- Pröva och använda data från kvalitetsregister inom psykiatriområdet som underlag för indikatorbaserade uppföljningar

- Publicera de första indikatorerna som avser området funktionshindrade på webben under hösten 2010 inom ramen för regeringsuppdraget Öppna jämförelser socialtjänst.

Socialstyrelsens arbete med nationella indikatorer

Socialstyrelsen utarbetar indikatorer med utgångspunkt från myndighetens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12 (M)) med tillhörande handbok [6] samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11 (S)) med tillhörande handbok [7]. Arbetet genomförs med stöd av utarbetade modeller för utveckling av kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården [8] respektive socialtjänsten [9]. Utgångspunkten i arbetet är relevanta kunskapsunderlag samt lagstiftningens bestämmelser och intentioner. En indikator ska vara tydlig, pålitlig, mätbar, accepterad och möjlig att registrera kontinuerligt i informationssystem såsom register och andra datakällor. Indikatorerna utformas i ett konsensusförfarande med experter på kunskapsområdet och övriga intressenter.

Information om kvaliteten i verksamheten kan belysas ur olika intressenters perspektiv. Huvudintressenter är hälso- och sjukvårdshuvudmännen respektive kommunerna utifrån gällande lagstiftning samt ledningsansvariga på olika nivåer för verksamheter inom ramen för respektive huvudmans ansvarsområde. Övriga intressenter är patienter, brukare och närstående, anställda inom verksamheterna samt staten.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att:

- Möjliggöra *uppföljning* av vårdens och socialtjänstens kvalitet.
- Möjliggöra *jämförelser* av vårdens och socialtjänstens strukturer, processer, resultat och kostnader över tid lokalt, regionalt, nationellt och internationellt.
- Initiera *förbättringar* av vårdens och socialtjänstens kvalitet både på lokal, regional och nationell nivå.
- Öka tillgängligheten till information (*öppna redovisningar*) om vårdens och socialtjänstens strukturer, processer, resultat och kostnader för de olika intressenterna.

Nationella indikatorer för God vård

Socialstyrelsen presenterade år 2009 för första gången en samlad uppsättning uppföljningsområden med tillhörande nationella indikatorer för God vård [10].

Rapporten är resultatet av ett regeringsuppdrag att ta fram indikatorer för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. I rapporten anges 24 uppföljningsområden som är viktiga för uppföljning av God vård. I rapporten presenteras dels hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer, dels indikatorer för de sjukdomsgrupper där Socialstyrelsen har publicerat na-

tionella riktlinjer. För flera av de uppföljningsområden som presenteras i rapporten krävs betydande utveckling av datakällor, mätmetoder och indikatorer.

Indikatorer på psykiatriområdet

Övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer ska kunna användas i samtliga delar av hälso- och sjukvården, även den kommunala hälso- och sjukvården. Ett antal av dessa indikatorer har också prövats på den psykiatriska verksamheten och redovisas i rapporten, Öppna jämförelser och utvärdering 2010 Psykiatrisk vård – ett steg på vägen (se bilaga 2)

Inom ramen för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer utformas också ett antal indikatorer för att följsamheten till riktlinjerna ska kunna följas upp. De indikatorer som tas fram ska dels spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, dels spegla God vård alternativt God kvalitet i socialtjänsten utifrån ett mer övergripande perspektiv för det område som riktlinjerna omfattar.

Socialstyrelsen publicerade våren 2010 indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom, inom ramen för arbetet med de nationella riktlinjerna. Indikatorer har också tagits fram inom ramen för de preliminära riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som publicerades mars 2010. De sistnämnda ska användas för att följa upp både psykiatrins och kommunens verksamhet för målgruppen på det psykosociala området. I bilaga 1 redovisas framtagna indikatorer med rubriker. En mer detaljerad beskrivning för respektive indikator återfinns i respektive nationell riktlinje.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsen har tagit fram 18 nationella indikatorer för vården av dessa patientgrupper. Av dessa är sju generella och elva riktlinjespecifika. Fokus har satts på ett fåtal indikatorer som avser att spegla de viktigaste aspekterna av god vård samt rekommendationerna i riktlinjerna.

Ett stort problem inom området är att det saknas datakällor till exempel för primärvården, som står för en stor del av vården för patientgruppen. Det innebär att ett antal av de framtagna indikatorerna ännu inte är möjliga att mäta kontinuerligt på nationell nivå. Ibland går det däremot att göra detta inom den specialiserade psykiatrin. Andra förutsättningar kan råda på regional och lokal nivå som gör det möjligt med en uppföljning. Ett antal av indikatorerna betraktas därmed som utvecklingsindikatorer. För att möjliggöra en fullständig utvärdering av följsamheten till riktlinjerna krävs bland annat möjlighet att studera insatserna för patientgruppen i primärvården.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

Socialstyrelsen har tagit fram förslag på 25 indikatorer för uppföljning och utvärdering på detta riktlinjeområde. De insatser som rekommenderas i

den preliminära versionen av riktlinjerna berör både landstingets och kommunens verksamhet och kan i vissa fall utföras av båda huvudmännen. När det varit möjligt att formulera samma indikatorer för både psykiatrins och socialtjänstens verksamhet har detta gjorts. Vissa indikatorer kan även användas för att spegla det psykosociala insatsområdet inom rättspsykiatrin men behöver då anpassas till denna verksamhet och en för rättspsykiatrin lämplig datakälla anges.

Utvecklingen har inriktats på indikatorer som bedöms ha stor relevans för att de rekommenderade insatserna finns tillgängliga och kan utföras i enlighet med riktlinjerna. Det innebär också att viktiga förutsättningar för en evidensbaserad praktik och den vård- och stödprocess som krävs för att leda fram till att angivna syften kan uppnås har beaktats i arbetet. Viktig information för utveckling av den evidensbaserade praktiken är också uppföljning av enskildas upplevelse av den psykiatriska hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamhet. Ett utvecklingsarbete har därför bedrivits för att identifiera relevanta kvalitetsaspekter utifrån ett brukar- och anhörigperspektiv. Framtagna indikatorer delas in i följande huvudgrupper:

- Indikatorer som speglar resultatet på det psykosociala insatsområdet.
- Indikatorer som speglar de rekommenderade insatserna.
- Indikatorer som speglar den brukar- och anhörigupplevda kvaliteten.
- Indikatorer som speglar mer generella förutsättningar för god kvalitet samt generella aspekter på god kvalitet i vård- och stödprocessen.

Den sistnämnda punkten handlar om de faktorer som identifierats vara väsentliga för att möjliggöra att de rekommenderade insatserna genomförs på ett sätt som kan säkra kvalitet i insatserna. Några aspekter (till exempel samarbete och uppföljning av insatser) följs upp både på verksamhets- och individnivå för att få en bild av dels förutsättningarna på strukturnivå, dels hur processen ser ut kring enskilda personer.

Dessa indikatorer är viktiga vid en uppföljning av riktlinjeområdet men avgränsas inte till det psykosociala insatsområdet eller i viss mån inte heller till den aktuella sjukdoms- och behovsgruppen. Vissa av dessa indikatorer kommer därför att senare ingå i Socialstyrelsens allmänna uppföljningssystem på psykiatriområdet.

Föreslagna indikatorer mäter kvaliteten

Den avgränsning av sjukdomsgruppen personer med schizofreni som de rekommenderade insatserna berör har för uppföljning av kommunens verksamhet anpassats till den målgrupp som kommunerna enligt 5 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, har ett särskilt ansvar för, människor med psykiska funktionshinder. Indikatorerna som ska användas i socialtjänstens verksamhet utgår därför från den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat och som består av:

Personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som

uppträder i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.

En funktionsnedsättning definieras i Socialstyrelsens termbank som en nedsättning av bland annat psykisk funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. En större andel av personerna i ovanstående definierade målgrupp utgörs av personer med schizofreni eller annan psykosjukdom.

Brist på datakällor – ett utvecklingsområde

Ett stort problem i arbetet med att utveckla indikatorer är att det ofta saknas datakällor för att mäta relevanta aspekter på psykiatriområdet. Inom de områden där Socialstyrelsen har nationella riktlinjer är det framförallt datakällor för primärvården och socialtjänsten som saknas men även för psykiatri saknas information. Det innebär att flera av de framtagna indikatorerna ännu inte är möjliga att följa på nationell nivå och betraktas därför som utvecklingsindikatorer. Det är dock viktigt att framhålla att även dessa indikatorer kan börja användas i de lokala/regionala uppföljningssystemen.

Behovet av utveckling av Socialstyrelsens patientregister och den officiella socialtjänststatistiken har redovisats i tidigare avsnitt. Möjligheten att registrera de åtgärder och insatser som rekommenderas i framtagna riktlinjer i patientregistret respektive den officiella socialtjänststatistiken är en viktig förutsättning för att framtagna indikatorer ska bli mätbara.

Kvalitetsregister som datakälla för indikatorer

En ny webbaserad och gemensam lösning för kvalitetsregister inom psykiatri håller på att utvecklas och ska finnas färdigställd den 31 december 2010. Kompetenscentrum för psykiatriska och andra medicinska kvalitetsregister, Örebro/Uppsala (KCP) kommer från och med år 2011 att förvalta och vidareutveckla den gemensamma lösningen. För övrigt ska KCP aktivt främja kvalitetsutveckling och stödja användningen av registerinformation i kliniskt förbättringsarbete. För närvarande är täckningsgraden i registren inte tillräckligt hög för att data ska kunna användas på nationell nivå. Socialstyrelsen avser att i samarbete med KCP använda uppgifter från kvalitetsregistren på psykiatriområdet som en av flera datakällor för att presentera resultat baserade på indikatorer. Följande register på psykiatriområdet är för närvarande anslutna till KCP:

- BipolärR (kvalitetsregister för bipolär sjukdom)
- RIKSÄT (kvalitetsregister för ätstörningsbehandling)
- BUSA (kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD)
- PsykosR (kvalitetsregister för psykosvård)
- RättspsyK (rättspsykiatriskt kvalitetsregister)

Brukarundersökning som datakälla för indikatorer

Brukare och anhörigas upplevelse av vård- och stödprocessen i form av bemötande, information och delaktighet är ett viktigt kvalitetsmått liksom brukares upplevelse av möjligheterna att styra det egna livet (empowerment). Information om enskildas upplevelse av den psykiatriska hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamhet ger viktig information för utveckling av den evidensbaserade praktiken.

I kommuner och inom den psykiatriska verksamheten genomförs idag brukarundersökningar med olika metoder och innehåll. SKL har i uppdrag att genomföra en nationell patientenkät som rör den psykiatriska verksamheten under 2010. Socialstyrelsen anser att det finns ett behov av en enhetlig modell för brukarundersökning på lokal/regional nivå som kan användas både i den psykiatriska och kommunala verksamheten. Sådana brukarundersökningar kan användas som en del av det lokala/regionala uppföljningssystemet men också för att göra vissa jämförelser mellan kommunerna respektive landstingen. På sikt kan uppgifter från brukarundersökningarna samlas in på nationell nivå och utgöra en datakälla för indikatorer som speglar brukar- och anhörigupplevd kvalitet. Socialstyrelsen avser att inom ramen för regeringsuppdraget utveckla en modell för brukarundersökning. I arbetet ingår att:

- kartlägga de brukarundersökningar som idag används inom såväl den psykiatriska som socialtjänstens verksamhet,
- utveckla en metod och ett instrument för brukarundersökning samt en vägledning för genomförandet,
- fortsätta arbetet med att utveckla indikatorer för brukar- och anhörigupplevd kvalitet, samt
- förbereda arbetet med att inhämta data från lokala/regionala brukarundersökningar till nationell nivå.

Indikatorer i öppna jämförelser och verksamhetsutvärdering

Socialstyrelsen kommer att använda såväl de övergripande indikatorerna som indikatorerna från de nationella riktlinjerna på psykiatriområdet i återkommande nationella öppna jämförelser och som underlag för uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet på psykiatriområdet.

Öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamhetsområden

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samarbete med SKL intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka tillgången på data av god kvalitet inom socialtjänstens olika verksamhetsområden och inom primärvårdens hemsjukvård. Uppdraget ska pågå under fem år. Öppna jämförelser ska publiceras regelbundet, minst en gång per år.

En handlingsplan har redovisats till regeringen den 31 maj 2010 (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-12>) och omfattar områdena:

- äldreomsorg enligt SoL och hemsjukvård enligt 5 § och 18 § HSL
- stöd till personer med funktionsnedsättning enligt SoL, LSS och hemsjukvård enligt 5 § och 18 § HSL
- missbruks- och beroendevård
- social barn- och ungdomsvård
- ekonomiskt bistånd.

De olika delprojektens arbete med öppna jämförelser kommer att samordnas och eventuella överlappningar av frågeställningar och kvalitetsområden att diskuteras. De indikatorer som ska vara gemensamma för hela eller delar av socialtjänstområdet kommer att identifieras och kan också tillämpas på kommunens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. För övrigt är det framförallt delprojektens stöd till personer med funktionsnedsättning och missbruks- och beroendevården som har relevans för uppföljningen på psykiatriområdet.

Öppna jämförelser av verksamhet för personer med funktionsnedsättning

Ett delprojekt inom ramen för ovanstående uppdrag ska utveckla indikatorer för att spegla strukturer, processer och resultat i socialtjänstens verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Både mer generella indikatorer för god kvalitet inom de delar av socialtjänsten som avser stöd till personer med funktionsnedsättning och mer specifika indikatorer ska utvecklas. De senare ska spegla specifika stödinsatser och kvalitet beroende på typ av funktionsnedsättning (till exempel psykisk funktionsnedsättning). Dessa indikatorer kommer att integreras i det system för verksamhetsuppföljning som ska utformas för att ge en bild av tillståndet inom kommunens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Indikatorerna ska möjliggöra jämförelser mellan kommuner samt, så långt det går, mellan enheter inom kommuner.

Under hösten 2010 kommer en uppföljning att ske av framtagna indikatorer på strukturnivå inom ramen för Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. I valda delar kommer dessa indikatorer att redovisas i form av öppna jämförelser inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag – Öppna jämförelser i socialtjänsten.

Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården

Personer med alkohol- eller drogmissbruk har oftare psykiska problem, och omvänt har personer med psykiatrisk diagnos oftare alkohol- eller narkotikaberoende än andra. Enligt internationella studier har omkring 70 procent av narkotikamissbrukare någon form av personlighetsstörning, vilket även gäller 40 procent av dem som söker hjälp för alkoholproblem inom beroendevården. Problemen kring psykisk störning/psykisk sjukdom

och samtidigt missbruk är omfattande och bedöms sannolikt vara ökande. Psykiskt störda missbrukare är den grupp som enligt länsstyrelserna i tillsynsrapporten 2005 har svårast att få sina behov tillgodosedda [11]. Länsstyrelserna har inte specifikt kommenterat utvecklingen för denna grupp i rapporter efter 2005.

Inom ramen för öppna jämförelser inom missbruks- och beroendområdet har två elektroniska enkäter utarbetats för jämförelserna 2010, en till kommuner/kommundelar och en till beroendemottagningar som drivs av landsting och kommuner gemensamt. Resultatet ska levereras till Socialstyrelsen under juni månad.

I enkäterna ställs frågor inom sex kvalitetsområden; delaktighet, samverkan, kunskapsbas, tillgänglighet, klientsäkerhet och uppföljning. Några exempel på frågor som också är relevanta inom psykiatriområdet rör samarbetet mellan missbruks- och beroendeverksamheten och socialpsykiatrin kring personer med psykisk ohälsa och samtidigt missbruks- och beroendeproblem och användningen av screening- och bedömningsinstrument samt förekomsten av fastställd policy eller avtal om samverkan med andra aktörer i missbruks- och beroendearbendet.

Lägesbeskrivning av verksamhet och insatser

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten inom psykiatriområdet. Myndigheten genomför nationella översyner av innehåll och utfall av insatser i dessa verksamheter. De olika metoder som använts beror på vilka dataunderlag som finns tillgängliga. Beskrivning, uppföljning och utvärdering innebär olika kravnivåer där tillgång till olika data fordras. Registerbaserade studier, som baseras på individuppgifter kopplat till händelser över tid och som bygger på nationella data, ger i allmänhet en god beskrivning av insatser för patienter eller klienter på riksnivå. Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregistret, samt socialtjänstens register över insatser för klienter ger möjlighet till sådana beskrivningar.

Registerdata ger dock inte information om väsentliga delar av verksamhetsinnehållet. Särskilt gäller det den psykiatriska vården där täckningsgrad och bortfall av olika slag kan vara betydande. Inom socialtjänstens verksamhet har individbaserade registerdata i stort sett saknats utom för vissa insatser (ekonomiskt bistånd och inom socialtjänstens tvångsvård). Insatser enligt LSS förekommer som individstatistik sedan 2004 och enligt SoL och HSL sedan 1 juli 2008. I de två sistnämnda fallen dock inte som löpande statistik utan som punktprevalens vid vissa tidpunkter.

För att få tillräcklig information under det utvecklingsskede som nu råder, har Socialstyrelsen, förutom de registerdata som finns, utarbetat rikstäckande enkäter som med viss regelbundenhet riktats till verksamheterna. Dessa ger en bild av hur insatserna för personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom har utformats inom delar av den psykiatriska vården och socialtjänsten och som kompletterar registerdata.

Detta avsnitt är uppdelat på tre delar:

- En kartläggning av innehållet i den öppna psykiatriska vården för vuxna utifrån en enkätundersökning i november 2009
- En preliminär redovisning av den psykiatriska tvångsvården januari – april 2010 utifrån de nya rapporteringskraven till patientregistret
- En beskrivning av hur socialtjänsten organiserar sina insatser för målgruppen utifrån en enkätundersökning våren 2008.

Socialstyrelsen har tidigare redovisat en endagsinventering av den psykiatriska tvångsvården i maj 2008 (se bilaga 3) och nyligen publicerat en beskrivning av olika aspekter av den psykiatriska vården som tagits fram i arbetet med att utveckla metoder för öppna jämförelser (se bilaga 2). Vissa resultat och iakttagelser från dessa rapporter redovisas i bilagorna.

Utifrån Socialstyrelsens senaste uppföljningar av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom inom psykiatri och socialtjänsten finns följande iakttagelser att redovisa:

Den psykiatriska öppenvården för vuxna

(Kartläggning av tre patientbesök efter varandra under två dagar).

Unga söker mer psykiatrisk öppenvård – äldre mindre

Unga personer (18-29 år), och i den gruppen särskilt kvinnor, var den dominerande gruppen. Äldre, över 65 år och framför allt de över 80 år, förekom i liten utsträckning.

Det har sedan länge konstaterats att den psykiska ohälsan hos yngre personer varit utbredd och ökat de senaste åren. Särskilt gäller det unga kvinnor. Den självskattade psykiska ohälsan som mäts i Statistiska centralbyråns intervjuer har ett starkt samband med vård i psykiatrisk slutenvård och självmordsbeteende vid en 5-årsuppföljning som Socialstyrelsen gjort [2]. Psykiatrisk slutenvård minskar i alla åldersgrupper utom för unga, särskilt för kvinnor [12]. I denna öppenvårdinventering stärks mönstret ytterligare. Unga, speciellt kvinnor, är överrepresenterade inom denna öppenvårdsundersökning, det gäller speciellt utanför storstadsområdena.

Den psykiska ohälsan bland äldre personer är omfattande. Där dominerar i hög utsträckning depressionssjukdomar mer än demenssjukdomar [13]. Äldre personer med sådana psykiska tillstånd har stort behov av tillgång till specialistpsykiatrisk bedömning och/eller vård. Inventeringen visar att det kan finnas brister i tillgång till psykiatrisk specialistvård för äldre personer.

Få läkarkontakter inom öppenvården

Inventeringen visar att läkarkontakter förekommer i liten utsträckning. Undersökningens tvärsnittskaraktär som gäller ett par dagar kan påverka resultatet. Underökningar som gäller helårsförlopp visar en högre andel runt 20-25 procent (se sidan 26). Erfarenhetsmässigt så finns ofta läkarkontakt i bakgrunden till kontakter med andra personalgrupper (intyg, recept med mera). Tydligt är dock att läkarkontakter förekommer i betydligt mindre omfattning utanför storstadsregionerna, särskilt utanför Stockholms län.

Det har sedan länge konstaterats att den psykiatriska vården har svårt att rekrytera läkare utanför storstadsregionerna. Utifrån ett patientperspektiv innebär det att tillgången till psykiatrisk specialistvård är begränsad utanför dessa områden. Vissa regeringsalternativ har vidtagits för att försöka förbättra tillgången till psykiatrisk läkarkompetens utanför storstadsregionerna (till exempel utveckling av AT-kurser) [14]. Socialstyrelsen kommer att följa utvecklingen.

Behandlingsverksamheten varierar

Inventeringen visar att strukturerade bedömnings- och skattningsskalor förekommer i omfattande, men varierande utsträckning. Detta är positivt. Att allt fler systematiska bedömningsmetoder tillämpas innebär att uppföljningssystemen förbättras samt att jämförbarhet och anpassning till evidensbaserade insatser kan mätas och säkerställas.

Läkemedelsbehandling har registrerats för 80 procent av patienterna, vilket betyder att 20 procent av dem inte står på eller erhåller läkemedel. Emellertid har en tredjedel av patienterna tre eller fler psykofarmaka samtidigt. Det kan vara adekvat men också kontraindikerat vad gäller biverkningar. Socialstyrelsen kommer att följa läkemedelsbehandling inom psykiatriområdet fortsättningsvis.

Resurser för kognitiv psykoterapi (KBT) har prioriterats i Socialstyrelsens riktlinjer om behandling av ångest/depression prioriterats för personer som lider av medelsvår egentlig depression och vissa ångesttillstånd [15]. I inventeringen erhåller cirka en fjärdedel av patienterna denna insats. Vidare uppföljningar får visa om denna insats ökar och om den är adekvat. Socialstyrelsen kommer att följa frågan.

Psykiatrisk tvångsvård

(Registerdata från patientregistret januari – april 2010)

Genom den förändring av inrapportering till patientregistret som genomfördes under 2009 har Socialstyrelsen fått en förbättrad översikt av den psykiatriska tvångsvården. Efter ett års arbete med att införa rutiner för inrapportering finns idag data som gäller perioden januari – april 2010 och som i preliminärt skick redovisas här. I framtiden kan tvångsvårdsdata redovisas fyra gånger per år.

Samtliga landsting har rapporterat till Socialstyrelsen i tid. 5 500 avslutade och 2 400 pågående vårdtillfällen avseende cirka 6 500 patienter har registrerats, varav nio procent av vårdtillfällena avser vård enligt LRV.

Åldersgruppen 18 – 29 år är den vanligaste inom tvångsvården. Det gäller både män och kvinnor. Detta är ytterligare ett förhållande som visar att den psykiska ohälsan bland yngre personer är omfattande.

Tvångsvården är i 77 procent av fallen en månad eller kortare. Det kan tyda på att vården sammanhänger med ett missbruk eller ett akut men övergående psykostillstånd. Vidare undersökningar får visa vilka patientgrupper som vårdas med olika vårdtider.

Schizofreni eller liknande psykostillstånd är den dominerande diagnosen (CD-10-kod F2), vilket gäller för en tredjedel av vårdtillfällena. En nästan lika stor grupp utgör personer med förstämningssyndrom (F3) eller ångest/depression (F4). Cirka fyra procent har en diagnos som gäller olika beteendestörningar med debut under barndom och/eller neuropsykiatriskt spektrum (F9), vilket inte tidigare förekommit i samma utsträckning. Socialstyrelsens tidigare inventeringar av tvångsvård har visat att denna diagnosgrupp har ökat över tiden [16]. En trolig förklaring är att kunskapen om neuropsykiatriska tillstånd har ökat på senare tid.

Kommunernas organisering för personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom

(Inventering till samtliga kommuner/stadsdelar i april 2008)

En tredjedel av kommunerna/stadsdelarna uppger att ansvaret för målgruppen finns inom en särskild enhet för att tillhandahålla insatser för dem. Det är en utveckling som skett över tid. Det är en positiv utveckling i den bemärkelsen att målgruppen lättare kan identifieras, att insatser för dem

kan urskiljas och registreras. Det innebär dessutom att socialtjänsten får en samlad kompetens om gruppens behov och sannolikt en bättre bedömning av vilka insatser som är adekvata.

I samband med psykiatrireformen 1995 förtydligades i socialtjänstlagen kraven på kommunerna att skaffa sig kännedom om målgruppens behov och samtidigt informera om socialtjänstens verksamheter (5 kap. 8 § SoL). I samband med reformen uppfyllde de flesta kommuner detta krav genom inventeringar tillsammans med andra berörda parter, främst den psykiatriska vården. Denna verksamhet har minskat över tiden. Idag bedrivs uppsökande verksamhet som omfattar delar av målgruppen (till exempel personer med samtidigt missbruk och psykisk sjukdom, hemlösa), men inte i samma utsträckning tillsammans med psykiatrin. En orsak är förmodligen att behoven av inventeringar och uppsökande verksamhet har minskat.

Rutiner för samverkan har byggts upp och personliga ombud har tillkommit som informerar om socialtjänstens verksamheter. Ett annat skäl kan vara att inventering och uppsökande verksamhet kräver en viss metod och systematik som inte alla kommuner har utvecklat. Socialstyrelsen har utvecklat och prövat en metodik för inventering som kan underlätta en systematisk inventering av målgruppens behov.

Två tredjedelar av kommunerna/stadsdelarna uppger att de bedriver samverkansinsatser, i huvudsak tillsammans med psykiatrin. Utvecklingen över tiden visar däremot att samverkan med primärvård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen minskat. Socialstyrelsen bedömer att denna trend är olycklig. Det minskar möjligheterna för personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom att få tillgång till de samhällsresurser som skulle förbättra resultatet av en samordnad rehabilitering.

Kartläggningen visar att samverkan med brukarorganisationer förekommer i drygt hälften av kommunerna/stadsdelarna i mindre omfattning i de små kommunerna. Det främsta skälet är att det saknas organiserad brukarverksamhet i dessa kommuner. Brukarstödet har förstärkts på riksnivå genom stöd (NSPH), medan brukarorganisering på lokal nivå på sina ställen är svagt utvecklat. Kommunernas och NSPH:s insatser för att bygga upp lokala brukarorganisationer där det saknas bör förstärkas.

Olika former av boenden och boendestöd förekommer i samtliga kommuner/stadsdelar. Däremot kan möjligheten till anpassat boende för den enskilde ta lång tid att förverkliga. Det gäller särskilt i storstäderna. I tidigare undersökningar [17] har det funnits en tendens att psykiskt funktionsnedsatta/sjuka personer har erbjudits boenden utanför det egna länet. Socialstyrelsen anser att kommunerna bör uppmärksamma kvaliteten i dessa boenden där så sker.

Någon form av sysselsättningsverksamhet finns även i samtliga kommuner/stadsdelar. Däremot tycks trenden vara att rehabiliteringsverksamheter har minskat över tiden. Sammantaget med den minskade samverkan med Arbetsförmedlingen innebär det att utrymmet i kommunerna för verksamheter som ligger närmare arbetsmarknaden har minskat för målgruppen. Detta kan möjligen kompenseras av att kommunerna i många fall aktivt söker arbets- och/eller träningsplatser för den enskilde.

Kartläggning av den psykiatriska öppenvården i november 2009

Socialstyrelsen gjorde i november 2009 en särskild inventering riktad till alla mottagningar som bedriver vuxenpsykiatrisk öppenvårdsverksamhet. Resultat på nationell nivå utifrån denna kartläggning har presenterats i rapporten Öppna jämförelser (bilaga 2). I denna lägesrapport redovisas materialet uppdelat på de tre storstadslandstingen och övriga Sverige.

Metod och material

Inventeringen omfattade alla öppenvårdsmottagningar för vuxna (18 år och äldre) inom psykiatri i Sverige. Undantaget var barnpsykiatriska mottagningar (BUP) samt mottagningar inom beroendevården där beroendevården utgör en särskild organisation som den till exempel är i Stockholm. Däremot inkluderades behandling av missbrukare på de deltagande öppenvårdsmottagningarna.

Verksamhetscheferna fick enkätformulär som distribuerades till behandlingspersonal vid de öppenvårdsmottagningar de hade ansvar för.

Uppgifterna i denna inventering omfattade det direkta patientarbetet. All behandlande personal ombads att registrera tre på varandra följande patienter under två specifika vardagar. Därmed ingår inga verksamheter som äger rum under lördagar och söndagar. Från landstingen rapporterades totalt 7 930 patientenkäter (tabell 4).

Tabell 4. Antal inrapporterade patienter i den psykiatriska öppenvården. Tre patienter per behandlingspersonal rapporterade under två vardagar, november 2009.

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

Bortfallet utgjordes av hela Kronobergs läns landsting samt cirka 300 enkäter från Stockholms läns landsting som kom in för sent för att kunna ingå i kartläggningen.

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

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

Inventeringsmaterialet redovisas uppdelat på fyra områden i Sverige, där storstadslandstingen redovisas var för sig och övriga landet för sig.

Vem söker den vuxenpsykiatriska öppenvården?

En översikt av vilka grupper i befolkningen som besökte öppenvårdsmottagningarna vid undersökningstillfället visas i diagram 1.

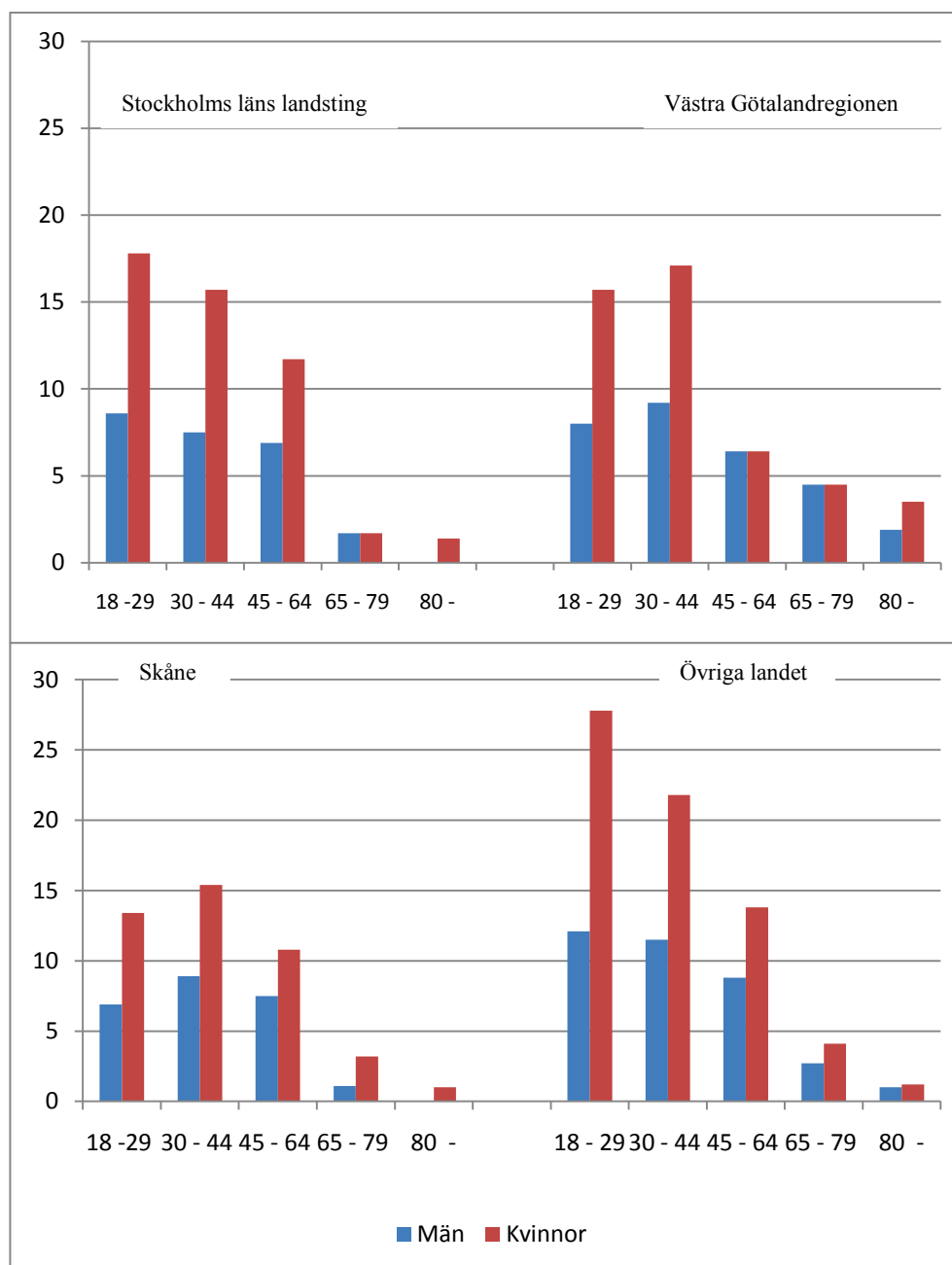


Diagram 1. Köns- och åldersfördelning för patienter vid psykiatriska öppenvårdsmottagningarna i de tre storstadsregionerna samt i övriga landet (antal per 10 000 i respektive köns- och åldersgrupp).

Ur diagrammet kan utläsas att kvinnor är överrepresenterade i samtliga åldersgrupper. I Stockholm och i övriga landet är de yngsta åldersgrupperna de vanligast förekommande, både bland män och kvinnor. Kvinnor i den yngsta åldersgruppen i övriga landet söker öppenvården i betydligt högre utsträckning än andra åldersgrupper och i övriga regioner.

Mönstret stöder det som har observerats i andra beskrivningar under senare tid. Unga personer, särskilt unga kvinnor, söker psykiatrisk vård i hög utsträckning. Yngre personer mellan 18 och 29 år är också vanligast i den tvångsvårdsstatistik som redovisas nedan (sid 55).

Personalgrupper inom den psykiatriska öppenvården

I tabell 5 nedan anges vilka personalgrupper som besvarat enkäten i de fyra områdena samt för riket totalt.

Tabell 5. Behandlingspersonalen fördelade på personalkategorier

Personal- Kategori	Stock- holms län (N=1 520)	Västra Götaland (N=1 173)	Skåne (N=831)	Övriga landet (N=4 362)	Samtliga (N=7 886)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Läkare	20	12	16	7	11
Psykolog	28	18	18	17	19
Kurator	8	12	13	12	11
Sjuksköterska	20	26	25	30	27
Skötare	16	16	11	21	18
Sjukgymnast	2	5	7	3	4
Arbetssterapeut	3	9	9	7	7
Annan	3	2	1	3	3
Samtliga	100	100	100	100	100

Sjuksköterskor träffar flest patienter i landet som helhet följt av psykologer och skötare. Läkargruppen har en förhållandevis liten andel av patientkontakterna särskilt i landsting utanför storstadslandstingen. Stockholms läns landsting avviker genom en stor andel psykolog- och läkarkontakter. Den låga andelen sjukgymnaster och arbetssterapeuter kan möjligen förklaras med att de har sina verksamheter förlagda utanför öppenvårdsmottagningarna.

Diagnosgrupper

Tabell 6. Psykiatriska huvuddiagnoser indelade enligt ICD-10.

Diagnosgrupp	Stock- holms län (N=1 462)	Västra Götaland (N=1 147)	Skåne (N=809)	Övriga landet (N=4 216)	Samtliga (N=7 634)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Schizofreni/ Vanföreställningar (F2)	18	23	30	18	20
Förstämningssyndrom (F3)	28	32	23	28	28
Ångest/ depression (F4)	29	22	26	28	27
Övriga diagnoser	25	23	21	26	25
Samtliga	100	100	100	100	100

En indelning i de största huvuddiagnosgrupperna (tabell 6) visar en tämligen jämn fördelning mellan de jämförda områdena. Skåne har en högre andel personer med schizofrenidiagnos än andra områden.

Endast två procent av patienterna har missbruk som huvuddiagnos (visas inte i tabellen). Det är dock vanligt att diagnosen missbruk sätts vid sidan av huvuddiagnos. Svarspersonerna fick också ange patienternas missbruk i olika former, utöver huvuddiagnosen. Totalt 747 (10 procent) har missbruk

som huvuddiagnos och/eller en sådan tilläggsdiagnos. Fem procent av patienterna erhöll diagnosen ADHD som huvuddiagnos. Denna diagnos har ökat på senare tid i undersökningar av den rättspsykiatriska vården som Socialstyrelsen genomfört, medan diagnoser som personlighetstörningar och psykoser (utom schizofreni) minskat [16]. Det kan förmodas att den ökande kunskapen om neuropsykiatriska tillstånd har lett till en ökning av dessa diagnoser generellt inom den psykiatriska vården.

Behandlingsverksamhet

Inventeringens var att få en beskrivning av vilka behandlingsinsatser de aktuella patienterna fick. Insatserna delades in i fem huvudgrupper; bedömning, läkemedelsbehandling, psykoterapi, psykosociala insatser och/eller träning samt andra åtgärder. Patienternas diagnostiska sammansättning har betydelse för vilken behandlingsform som förmedlas. En stor andel personer med till exempel diagnosen schizofreni genererar en högre andel av insatser som bedömning av omsorgsbehov, livskvalitet eller medicinering med antipsykosmedicin. Som visats ovan är dock den diagnostiska profilen ganska lika i de fyra områdena.

Bedömning

Bedömnings- eller diagnostiska åtgärder skulle ske i strukturerad, systematisk form och skulle ha skett antingen vid det aktuella besöket eller inom en tremånadersperiod. De olika åtgärderna redovisas i tabell 7.

Tabell 7. Bedömning i strukturerad/systematisk form vid det aktuella besöket eller inom tre månader före (ett eller flera alternativ kan anges).

Bedömning i strukturerad/ systematisk form	Stockholms län (N=1 528)	Västra Götaland (N=1 181)	Skåne (N=834)	Övriga landet (N=4 387)	Samtliga (N=7 930)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Med diagnostiska instrument (SCID etc.)	26	13	12	15	16
Med symtomskattningsskalor	43	34	23	35	35
Utredning (t.ex. neuropsykiatrisk utredning)	8	8	6	8	7
Av omvårdnadsbehov	30	39	37	33	34
Av funktionsnivå	48	59	54	52	53
Av livskvalitet	50	53	56	52	52
Av självmordsrisk	77	59	50	67	66
Av farlighet	21	14	12	16	16

En systematisk bedömning av risken för självmord var mest frekvent, särskilt i Stockholms läns landsting, där också diagnostiska instrument och symtomskattningsskalor förekom i högre utsträckning. Farlighetsbedömningar förekommer i mindre utsträckning, vilket kan vara en följd av att det är mindre relevant att göra sådana bedömningar av patienter inom öppenvården än till exempel för patienter inom heldygnsvården. Användan-

det av olika strukturerade bedömningsinstrument inom psykiatrisk vård har ökat i takt med att nya instrument har utvecklats och introducerats.

Läkemedelsbehandling

Förutom de vanligaste psykofarmaka anges i tabell 8 om patienterna har tre eller flera av dem samtidigt eller inte står på några psykofarmaka. Dessa två alternativ omfattar endast psykofarmakaalternativen, det vill säga andra läkemedel är exkluderade.

Tabell 8. Farmakologisk behandling vid det aktuella besöket eller om patienten har respektive farmaka sedan tidigare (ett eller flera alternativ kan anges). Andra läkemedel är exkluderade i de två första alternativen i tabellen.

Typ av farmaka och omfattning	Stockholms län (N=1 528)	Västra Götaland (N=1 181)	Skåne (N=834)	Övriga landet (N=4 387)	Samtliga (N=7 930)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Har ingen psykofarmaka	24	19	23	22	22
Har tre eller flera psykofarmaka	32	39	29	33	33
Antipsykos - depå	8	10	10	9	9
Antipsykos - oralt	24	31	30	23	25
Litium	8	8	4	7	7
Antidepressiva	47	52	45	49	49
Antiepilepticum (ej Litium)	9	14	8	13	12
Ångestdämpande	35	39	37	37	37
Sömnmedel-narkotikaklassat	23	26	21	20	21
Övriga sömnmedel	22	26	18	25	24
Antialkohol/narkotika	2	3	2	3	3
Psykostimulantia	5	4	3	6	5
Andra läkemedel	8	12	9	11	11

Läkemedel mot depression är vanligast och ges till hälften av patienterna. I dag används i huvudsak så kallade SSRI-läkemedel (på engelska: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) som introducerades i början av 1990-talet och som har fått en stor spridning. En tredjedel av patienterna har tre eller flera psykofarmaka. Detta kan vara en adekvat behandling. Samtidigt kan det vara problematiskt eftersom risken för interaktioner (att olika läkemedel motverkar varandra) och biverkningar ökar. En femtedel av patienterna står inte på några psykofarmaka alls. Antialkohol/narkotikamedicin och psykostimulantia är förknippade med missbruk respektive neuropsykiatriska tillstånd (ADHD), vilka är sällsynt förekommande huvuddiagnoser i denna inventering och därför står för låga andelar.

Fördelningen av de olika typerna av farmaka är ganska lika i de områden som jämförs, med en något frekventare tillämpning i Västra Götalandsregionen.

Psykologiska behandlingsmetoder

Med psykologisk behandling kan till exempel menas en psykodynamiskt grundad behandling med ursprung i psykoanalytisk teori eller KBT, som är mer beteendeinriktad och tar fasta på kognitiva funktioner (medvetet tänkande, perception med mera) i stället för omedvetna inre processer. KBT har visat sig användbar vid flera psykiatriska tillstånd och har dessutom kunnat utvärderas med vetenskapligt accepterade metoder. I Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [15] prioriteras denna behandling för personer med medelsvår egentlig depression och vissa ångesttillstånd. Förekomsten av dessa behandlingsmetoder framgår av tabell 9.

Tabell 9. Psykologiska behandlingsmetoder vid det aktuella besöket eller om det har förekommit inom tre månader (ett eller flera alternativ kan anges).

Psykologisk behandlingsmetod	Stockholms län (N=1 528)	Västra Götaland (N=1 181)	Skåne (N=834)	Övriga landet (N=4 387)	Samtliga (N=7 930)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Psykodynamisk terapi	11	17	12	13	13
Kognitiv terapi (KBT)	24	20	19	25	23
Interpersonell terapi	2	1	2	3	2
Familjeterapi	1	2	3	3	2
Gruppterapi	4	4	5	4	4

Även om uppmärksamheten på senare tid har riktats mot kognitiva terapimetoder förekommer dynamiskt inriktad psykoterapi för drygt var tionde patient, vanligare i Västra Götalandsregionen. Kognitiva terapier är dock dubbelt så vanligt. Grupp- och familjeterapier förekommer i ringa utsträckning.

Psykosocialt stöd

Tabell 10 nedan visar fördelningen av olika metoder för psykosocialt stöd.

Tabell 10. Psykosocialt stöd och/eller träning vid det aktuella besöket eller om det har förekommit inom tre månader (ett eller flera alternativ kan anges).

Psykosocialt stöd och/eller träning	Stockholms län (N=1 528)	Västra Götaland (N=1 181)	Skåne (N=834)	Övriga landet (N=4 387)	Samtliga (N=7 930)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Stödsamtal med patient	68	69	72	69	69
Stödsamtal med anhörig närvarande	14	15	14	16	16
Omvårdnadsinsats	13	24	20	18	18
Träning i daglig livsföring	13	21	16	16	16
Arbets träning	5	7	6	7	6

Stödsamtal med patienterna och/eller deras anhöriga förekommer vid nästan samtliga patientkontakter, vilket också borde vara ett naturligt inslag i

varje patientkontakt. De övriga insatserna riktar sig främst till personer med en psykisk funktionsnedsättning som minskar förmågan att hantera det dagliga livet. Det gäller omvårdnadsinsatser och träning i daglig livsföring, vilka förekommer i högre utsträckning i Västra Götalandsregionen än i övriga områden.

Övriga åtgärder

Tabell 11 visar förekomsten av andra åtgärder som patienten fick vid det aktuella besöket eller inom en tremånadersperiod före.

Tabell 11. Förekomst av andra åtgärder vid besöket eller inom tre månader före besöket (ett eller flera alternativ kan anges).

Övriga åtgärder	Stockholms län (N=1 528)	Västra Götaland (N=1 181)	Skåne (N=834)	Övriga landet (N=4 387)	Samtliga (N=7 930)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Medicinsk/somatisk undersökning	19	21	23	21	21
Annan medicinsk behandling (t.ex. ECT)	1	2	1	3	2
Vårdplanering tillsammans med patient	54	37	34	43	43
Motivering för farmakabehandling	33	34	28	28	30

Vårdplanering tillsammans med patient är mest förekommande. Var femte patient har genomgått medicinsk/somatisk undersökning och var tredje har informerats om eller motiverats för farmakabehandling.

Psykiatrisk tvångsvård

Redovisning av första tertialet 2010

Om landstingens rapportering

Uppgifter om patienter vårdade för sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård under första tertialet 2010, det vill säga 1 januari till 30 april, är ålagda att rapporteras senast den 15 maj till Socialstyrelsen. Samtliga 21 landsting levererade data kring denna tidpunkt. I redovisningen som följer presenteras avslutade och pågående vårdtillfällen separat. Då delar av granskningen av kvaliteten av dessa data ännu kvarstår ska uppgifterna ses som preliminära.

Utskrivningar

Totalt rapporterades 5 487 avslutade vårdtillfällen för perioden januari till april 2010 (tabell 12), vilket motsvarade 4 175 patienter. Tabell 12 visar hur antalet vårdtillfällen resp. patienter fördelades i landstingen. Motsvarande fördelning över sjukhus återges i bilaga 4.

Tabell 12. Antal avslutade vårdtillfällen respektive patienter per landsting, 1 januari – 30 april 2010

Landsting	Antal avslutade vårdtillfällen	Antal utskrivna patienter
Blekinge	53	50
Dalarna	82	66
Gotland	22	21
Gävleborg	110	98
Halland	119	98
Jämtland	65	62
Jönköping	193	143
Kalmar	93	74
Kronoberg	63	52
Norrbottn	153	123
Skåne	663	460
Stockholm	2 080	1 430
Sörmland	204	171
Uppsala	150	120
Värmland	71	61
Västerbotten	193	163
Västernorrland	82	70
Västmanland	114	101
Västra Götaland	764	629
Örebro	88	77
Östergötland	125	111
TOTALT	5 487	4 175

Åldersfördelningen för de patienter vars vårdtillfälle avslutades under perioden redovisas i diagram 1. Åldersgruppen 18-29 år utgjorde den största gruppen bland både kvinnor och män följt av gruppen 40-49 år. Fördelningen mellan män och kvinnor var relativt lika men en övervikt hos männen kan ses i åldrarna 30-49 år.

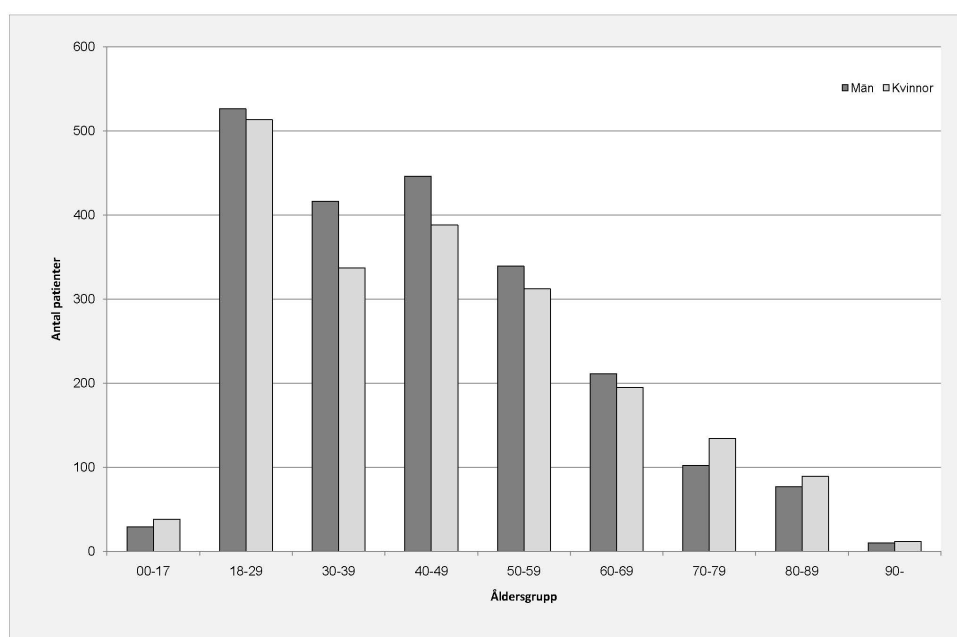


Diagram 2. Kön- och åldersfördelning för utskrivna patienter

Pågående vårdtillfällen

Av de 2 387 patienter som den 30 april 2010 vårdades med stöd av LPT eller LRV var 849 kvinnor och 1 538 män. Fördelningen över landsting redovisas i tabell 13. Sjukhusfördelningen finns redovisad i bilaga 4.

Tabell 13. Antal pågående vårdtillfällen per landsting, 30 april 2010

Landsting	Antal pågående vårdtillfällen
Blekinge	19
Dalarna	91
Gotland	8
Gävleborg	30
Halland	50
Jämtland	29
Jönköping	32
Kalmar	46
Kronoberg	141
Norrbottn	156
Skåne	201
Stockholm	378
Södermanland	232
Uppsala	74
Värmland	43
Västerbotten	72
Västernorrland	158
Västmanland	82
Västra Götaland	309
Örebro	59
Östergötland	177
TOTALT	2 387

Åldersfördelningen för dessa patienter återges i diagram 3. Uppgift om ålder saknades enbart för fyra inneliggande kvinnor och för fyra inneliggande män. Bland kvinnor återfanns flest i åldersgruppen 18-29 år, medan de flesta av männen fanns i åldersgruppen 40-49 år. För inneliggande patienter dominerar männen klart i de yngre åldersgrupperna.

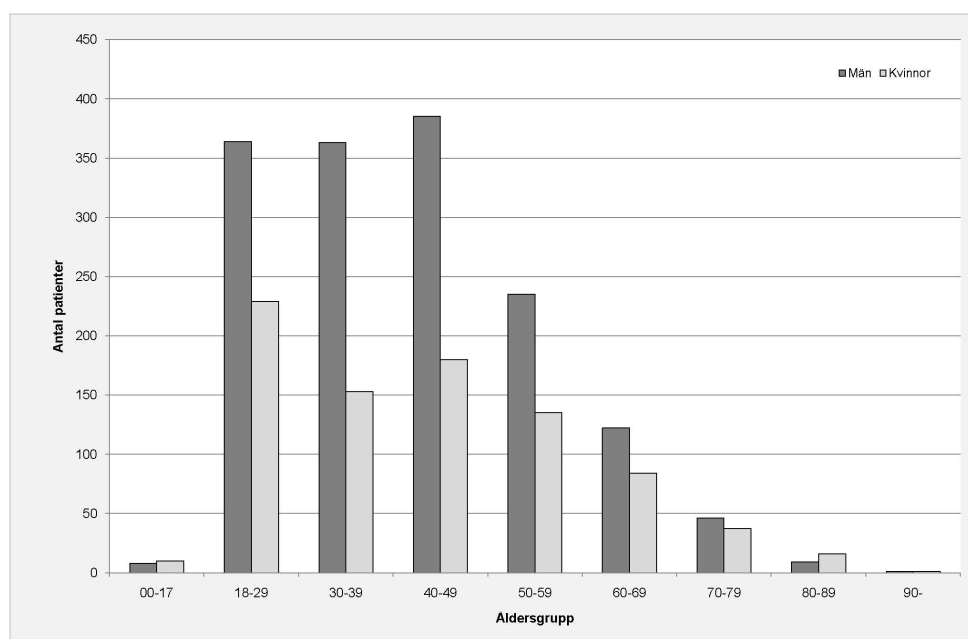


Diagram 3 Köns- och åldersfördelning för inläggande patienter

Vårdtider

I tabell 14 och 15 redovisas vårdtider för avslutade respektive pågående vårdtillfällen. En majoritet av de avslutade vårdtillfällena med vård enligt LPT var kortare än en månad (tabell 14a) medan avslutade vårdtillfällen med vård enligt LRV ofta pågick under längre tid (tabell 14b).

Tabell 14a. Vårdtid för avslutade vårdtillfällen med vård enligt LPT

Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
- 1 mån	1 874 (74.6 %)	1 902 (78.4 %)	3 776 (76.5 %)
1 - 3 mån	494 (19.7 %)	390 (16.1 %)	884 (17.9 %)
3 - 6 mån	109 (4.3 %)	95 (3.9 %)	204 (4.1 %)
6 - 12 mån	21 (0.8 %)	23 (0.9 %)	44 (0.9 %)
12 mån -	15 (0.6 %)	15 (0.7 %)	30 (0.6 %)

Tabell 14b. Vårdtid för avslutade vårdtillfällen med vård enligt LRV

Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
- 1 mån	13 (43.3 %)	55 (29.3 %)	68 (31.2 %)
1 - 3 mån	2 (6.7 %)	21 (11.2 %)	23 (10.6 %)
3 - 6 mån	2 (6.7 %)	11 (5.9 %)	13 (6.0 %)
6 - 12 mån	5 (16.7 %)	25 (13.3 %)	30 (13.8 %)
12 mån -	8 (26.7 %)	76 (40.4 %)	84 (38.5 %)

Av pågående vårdtillfällen där patienterna vårdades med stöd av LPT hade en stor andel vårdats kortare tid än en månad (mätt den 30 april 2010), vilket visas i tabell 15a. En majoritet av de patienter som vårdades med stöd av LRV vid rapporteringens brytdatum hade vårdats under ett år eller längre (tabell 15b).

Tabell 15a. Vårdtid för pågående vårdtillfällen med vård enligt LPT

Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
- 1 mån	227 (39.4 %)	191 (39.3 %)	418 (39.4 %)
1 - 3 mån	171 (29.7 %)	119 (24.5 %)	290 (27.3 %)
3 - 6 mån	50 (8.7 %)	55 (11.3 %)	105 (9.9 %)
6 - 12 mån	56 (9.7 %)	48 (9.9 %)	104 (9.8 %)
12 mån -	72 (12.5 %)	73 (15.0 %)	145 (13.7 %)

Tabell 15b. Vårdtid för pågående vårdtillfällen med vård enligt LRV

Vårdtider	Kvinnor	Män	Totalt
- 1 mån	5 (3.7 %)	26 (3.5 %)	31 (3.5 %)
1 - 3 mån	8 (5.9 %)	43 (5.7 %)	51 (5.7 %)
3 - 6 mån	16 (11.8 %)	64 (8.5 %)	80 (9.0 %)
6 - 12 mån	14 (10.3 %)	99 (13.2 %)	113 (12.7 %)
12 mån -	93 (68.4 %)	520 (69.1 %)	613 (69.0 %)

Diagnosrapportering

Till patientregistret ska huvuddiagnos och samtliga bidiagnoser som haft relevans för vårdkontakten rapporteras. Diagnoser ska rapporteras enligt *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 - Systematisk förteckning* (KSH97). Totalt hade 85 procent av alla avslutade vårdtillfällen uppgift om diagnos. Täckningsgraden varierade i landstingen, nio landsting hade ett diagnosbortfall på mindre än 10 procent (diagram 4).

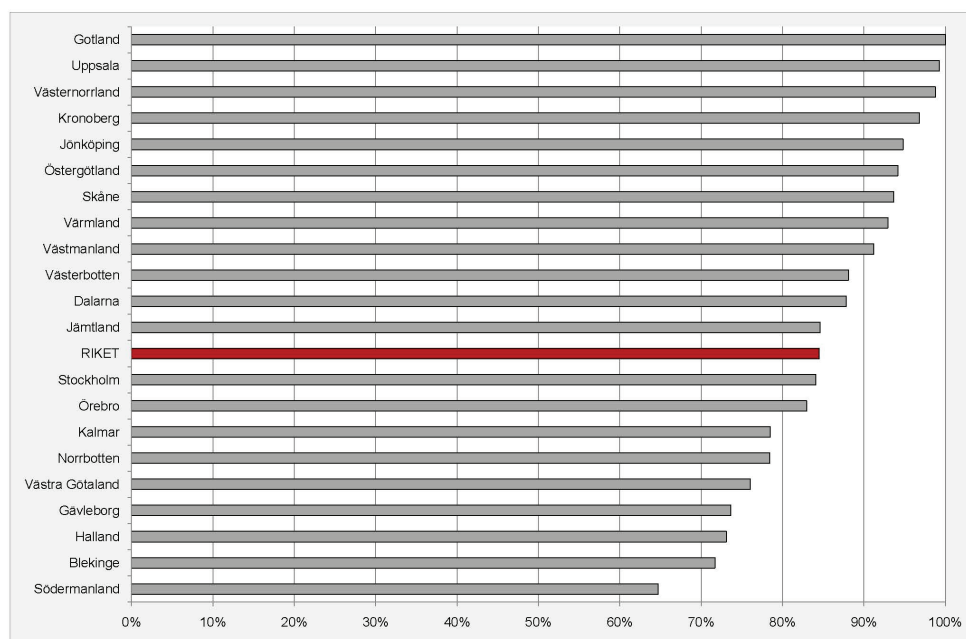


Diagram 4 Täckningsgrad för huvuddiagnos, avslutade vårdtillfällen, 1 januari – 30 april 2010, procent

Ett obegränsat antal diagnoser per vårdtillfälle kan rapporteras till patientregistret. För perioden januari till april 2010 rapporterades i genomsnitt 1,4 diagnoser per avslutat vårdtillfälle. Antalet varierade i landstingen (dia-

gram 5). Diagnosrapporteringen ska ta upp såväl somatiska som psykiatiska diagnoser om dessa haft relevans för vårdtillfället.

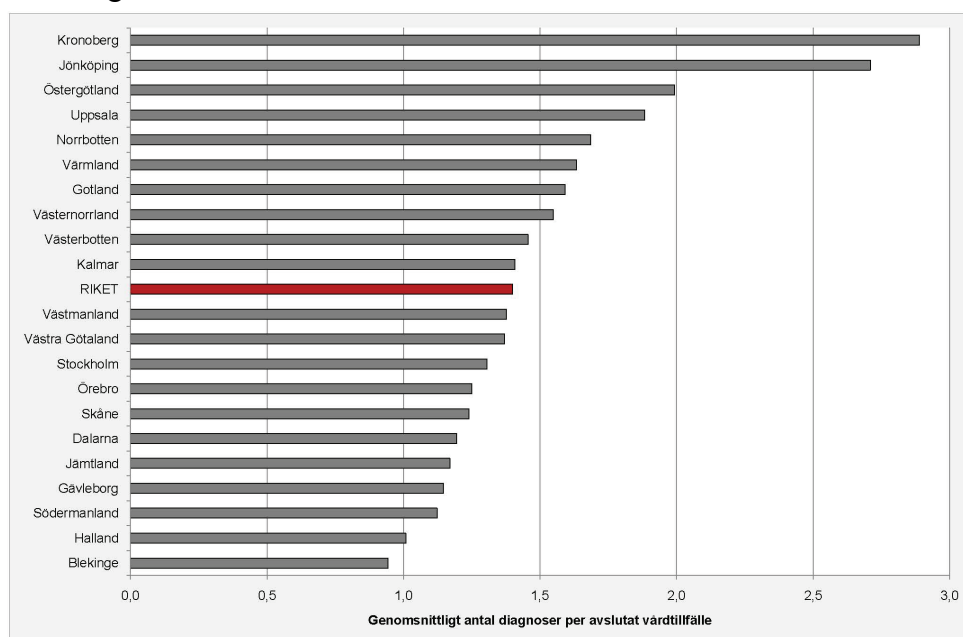


Diagram 5. Genomsnittligt antal diagnoser per avslutat vårdtillfälle, 1 januari – 30 april 2010, procent

I tabell 16 redovisas diagnoser vid vård med stöd av LPT, avslutade vårdtillfällen. Bland både kvinnor och män är schizofrenidiagnos (F20-F29) vanligast. En annan relativt vanlig diagnos bland både kvinnor och män är förstämningssyndrom (F30-F39). Bland avslutade vårdtillfällen med stöd av LRV utgjordes en stor andel av gruppen av personer med schizofrenidiagnos.

Tabell 16. Huvuddiagnos för avslutade vårdtillfällen med stöd av LPT

Huvuddiagnos enligt ICD-10	Kvinnor	Män	Totalt
Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar (F00-F09)	81 (3.2 %)	126 (5.2 %)	207 (4.2 %)
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10-F19)	191 (7.6 %)	388 (16.0 %)	579 (11.7 %)
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	648 (25.8 %)	770 (31.8 %)	1 418 (28.7 %)
Förstämningssyndrom (F30-F39)	526 (20.9 %)	383 (15.8 %)	909 (18.4 %)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F49)	181 (7.2 %)	149 (6.1 %)	330 (6.7 %)
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50-F59)	27 (1.1 %)	4 (0.2 %)	31 (0.6 %)
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	271 (10.8 %)	49 (2.0 %)	320 (6.5 %)
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	27 (1.1 %)	14 (0.6 %)	41 (0.8 %)

Störningar i psykisk utveckling (F80-F89)	37 (1.5 %)	35 (1.4 %)	72 (1.5 %)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F99)	56 (2.2 %)	99 (4.1 %)	155 (3.1 %)
Övriga diagnoser	89 (3.5 %)	94 (3.9 %)	183 (3.7 %)
Huvuddiagnos saknas	379 (15.1 %)	314 (12.9 %)	693 (14.0 %)

I och med att diagnos vanligen kodas då patienten skrivs ut saknade en stor andel av ineliggande patienter uppgift om huvuddiagnos. I de fall där diagnos angivits var schizofrenidiagnos mest förekommande.

Åtgärdsrapportering

Som tidigare nämnts har rapportering av KVÅ varit obligatorisk sedan 1 januari 2007. KVÅ beskriver vilka åtgärder som har satts in vid behandling av patienten. 18 av de landsting som rapporterade första tertialet 2010 angav KVÅ-koder i sin rapportering.

I diagram 6a respektive 6b redovisas hur stor andel av respektive landstings vårdtillfällen som innehöll minst en KVÅ-kod. I genomsnitt rapporterades 1,2 åtgärder per avslutat vårdtillfälle. Variationen i landstingen var relativt stor.

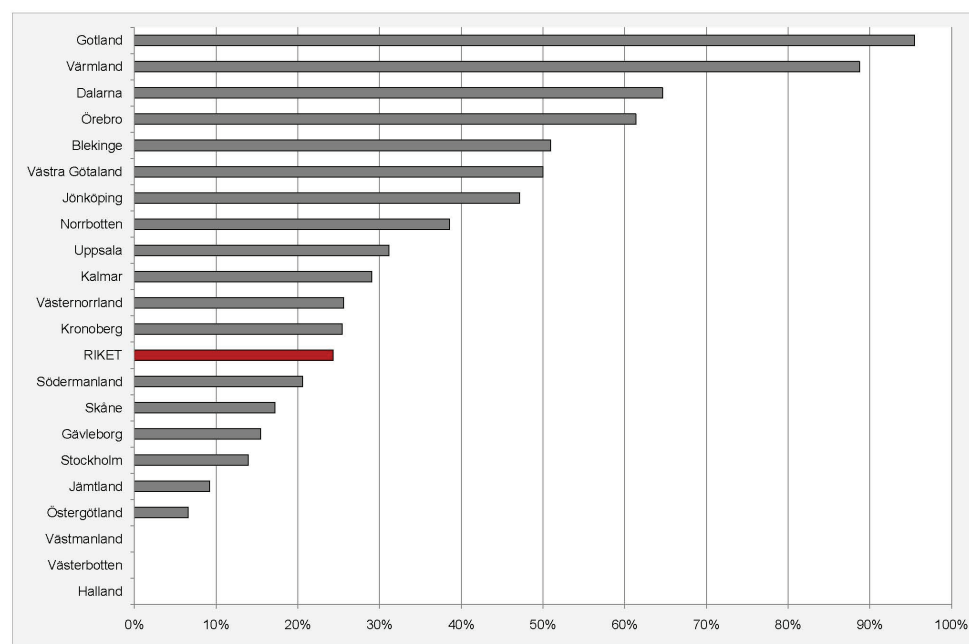


Diagram 6a. Andel avslutade vårdtillfällen med minst en registrerad åtgärds kod

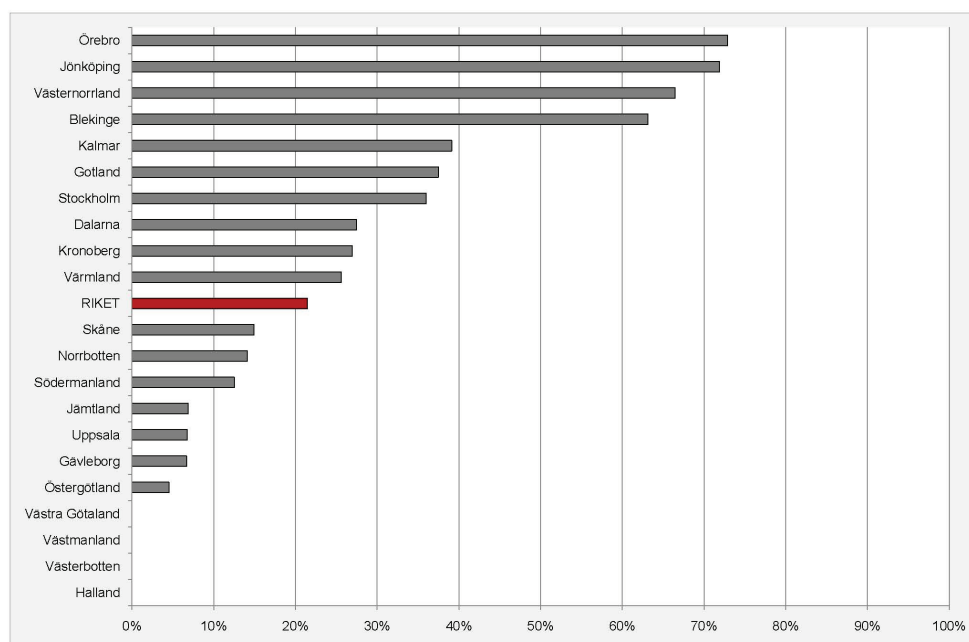


Diagram 6b. Andel pågående vårdtillfällen med minst en registrerad åtgärds kod

I tabell 17 redovisas ett antal specifika tvångsåtgärder per landsting. Första tertialet visar på en tydlig underrapportering av dessa åtgärder.

Tabell 17. Förekomster av specifika tvångsåtgärder, antal

Landsting	ECT-behandling (KVA: DA006, DA024-25)	Fastspänning (KVA: XU001-02)	Avskiljande (KVA: XU011-12)	Tvångsmedicinering, parenteral (KVA: XU020)
Blekinge	0	3	0	4
Dalarna	0	5	11	3
Gotland	3	1	0	2
Gävleborg	3	8	0	14
Halland	-	-	-	-
Jämtland	2	14	1	9
Jönköping	111	14	1	30
Kalmar	2	14	5	10
Kronoberg	1	54	25	31
Norrbottn	21	38	5	85
Skåne	68	124	90	96
Stockholm	212	227	144	430
Södermanland	133	100	45	31
Uppsala	0	24	10	21
Värmland	2	11	0	9
Västerbotten	-	-	-	-
Västernorrland	29	55	121	27
Västmanland	-	-	-	0
Västra Götaland	21	8	0	4
Örebro	32	16	3	25
Östergötland	2	0	0	0
RIKET	642	716	461	831

Psykiatrisk vårdform

Med psykiatrisk vårdform avses vilken lag som ligger till grund för patientens vård. Den variabel i patientregistret som beskriver psykiatrisk vårdform kan anta nio olika värden (tabell 18).

Tabell 18. Beskrivning av variabeln psykiatrisk vårdform

Typ av psykiatrisk vårdform
0 = Frivillig psykiatrisk vård enl. HSL
1 = Sluten psykiatrisk tvångsvård enl. LPT (ej konverterad patient)
2 = Sluten psykiatrisk tvångsvård enl. LPT (konverterad patient)
3 = Sluten rättspsykiatrisk vård enl. LRV (med särskild utskrivningsprövning)
4 = Sluten rättspsykiatrisk vård enl. LRV (utan särskild utskrivningsprövning)
5 = Sluten rättspsykiatrisk vård enl. LRV för rättspsykiatrisk undersökning
6 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enl. LPT
7 = Öppen rättspsykiatrisk vård enl. LRV (med särskild utskrivningsprövning)
8 = Öppen rättspsykiatrisk vård enl. LRV (utan särskild utskrivningsprövning)

Eftersom en patient kan byta vårdform under pågående vårdtillfälle kan ett inrapporterat vårdtillfälle innehålla flera olika vårdformer. Psykiatrisk vårdform rapporterades för 97 procent av de avslutade vårdtillfällena och för 90 procent av de pågående vårdtillfällena, med variation mellan lands-

tingen (diagram 7a resp. 7b). I genomsnitt uppgavs 1,4 vårdformer per avslutat vårdtillfälle.

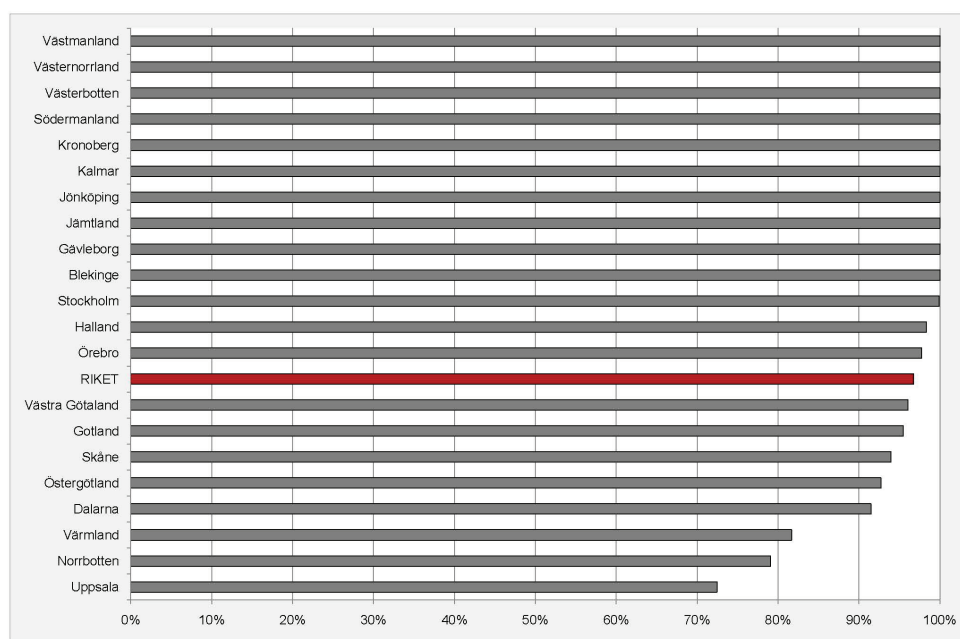


Diagram 7a. Andel avslutade vårdtillfällen med registrerad psykiatrisk vårdform

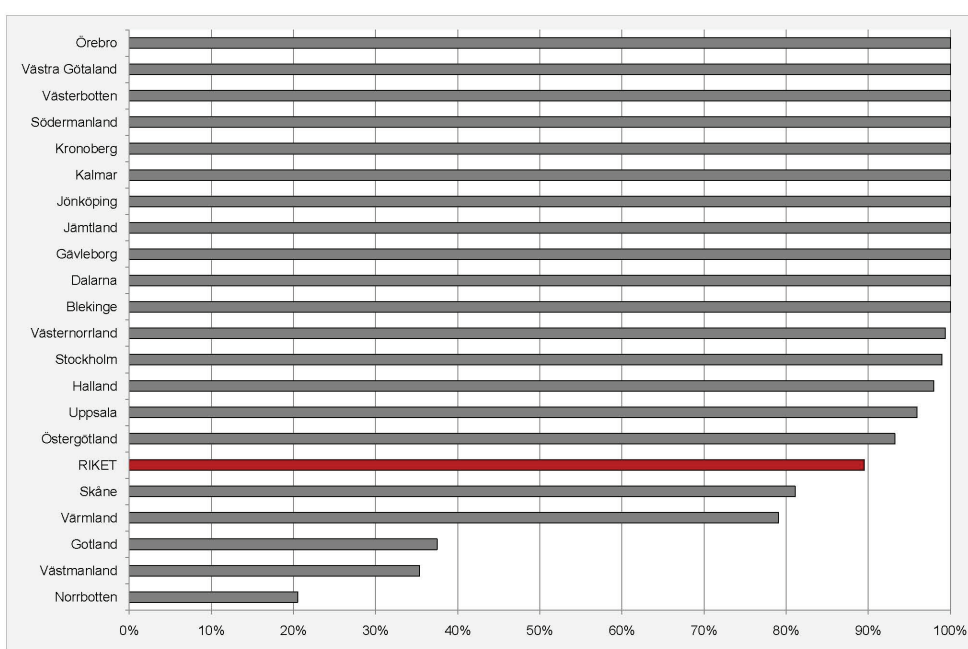


Diagram 7b. Andel pågående vårdtillfällen med registrerad psykiatrisk vårdform

I tabell 19a respektive 19b redovisas de olika vårdformerna för avslutade respektive pågående vårdtillfällen för kvinnor respektive män.

Tabell 19a. Antal avslutade vårdtillfällen uppdelade efter vårdform

Psykiatrisk vårdform	Avslutade vårdtillfällen		Totalt
	Kvinnor	Män	
Frivillig psykiatrisk vård enligt HSL	536	493	1 029
Sluten psykiatrisk vård enligt LPT (ej konverterad patient)	2 260	2 195	4 455
Sluten psykiatrisk vård enligt LPT (konverterad patient)	280	240	520
Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning	21	113	134
Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning	9	81	90
Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV för rättspsykiatrisk undersökning	6	84	90
Öppen psykiatrisk vård enligt LPT	48	44	92
Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning	2	39	41
Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning	1	11	12

Tabell 19b. Antal pågående vårdtillfällen uppdelade efter vårdform.

Psykiatrisk vårdform	Pågående vårdtillfällen		Totalt
	Kvinnor	Män	
Frivillig psykiatrisk vård enligt HSL	94	101	195
Sluten psykiatrisk vård enligt LPT (ej konverterad patient)	508	436	944
Sluten psykiatrisk vård enligt LPT (konverterad patient)	94	63	157
Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning	104	592	696
Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning	40	185	225
Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV för rättspsykiatrisk undersökning	9	41	50
Öppen psykiatrisk vård enligt LPT	41	46	87
Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning	13	136	149
Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning	4	16	20

I tabell 20 redovisas de olika typerna av psykiatrisk vårdform. I och med att ett vårdtillfälle kan innehålla mer än en vårdform överstiger det totala antalet vårdformer antalet avslutade vårdtillfällen.

Tabell 20. Antal vårdformer för avslutade vårdtillfällen

Landsting	Psykiatrisk vårdform				Totalt
	0	1-2	3-5	6-8	
Blekinge	43	51	5	3	102
Dalarna	5	76	2	17	100
Gotland	12	21	0	3	36
Gävleborg	0	151	1	8	160
Halland	50	114	1	4	169
Jämtland	40	65	0	1	106
Jönköping	183	211	33	5	432
Kalmar	35	87	4	5	131
Kronoberg	38	56	16	9	119
Norrbottn	0	118	3	0	121
Skåne	200	609	23	0	832
Stockholm	255	1 985	104	8	2 352
Södermanland	132	189	9	14	344
Uppsala	53	99	4	9	165
Värmland	0	54	2	10	66
Västerbotten	95	192	13	0	300
Västernorrland	9	58	18	5	90
Västmanland	0	82	32	0	114
Västra Götaland	2	1 178	414	61	1 655
Örebro	0	82	8	13	103
Östergötland	0	120	7	0	127
RIKET	1 152	5 598	699	175	7 624

Permissioner

Permission under pågående vårdtillfälle får ges för ett visst bestämt tillfälle och under, på förhand, fastställd tid (timmar eller dagar), dels för återkommande tillfällen och dels för viss tid, till exempel natt, dag- eller helgpermission. Bestämmelser om permission finns i 25 § LPT och i 9 § LRV (utan särskild utskrivningsprövning), 10 § LRV (med särskild utskrivningsprövning) och i 11 § LRV (intagna i kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem). Samtliga permissioner som överstiger 24 timmar ska rapporteras till patientregistret. Av de vårdtillfällen som avslutades under första tertialet 2010 hade 30 procent uppgift om permission (diagram 8a).

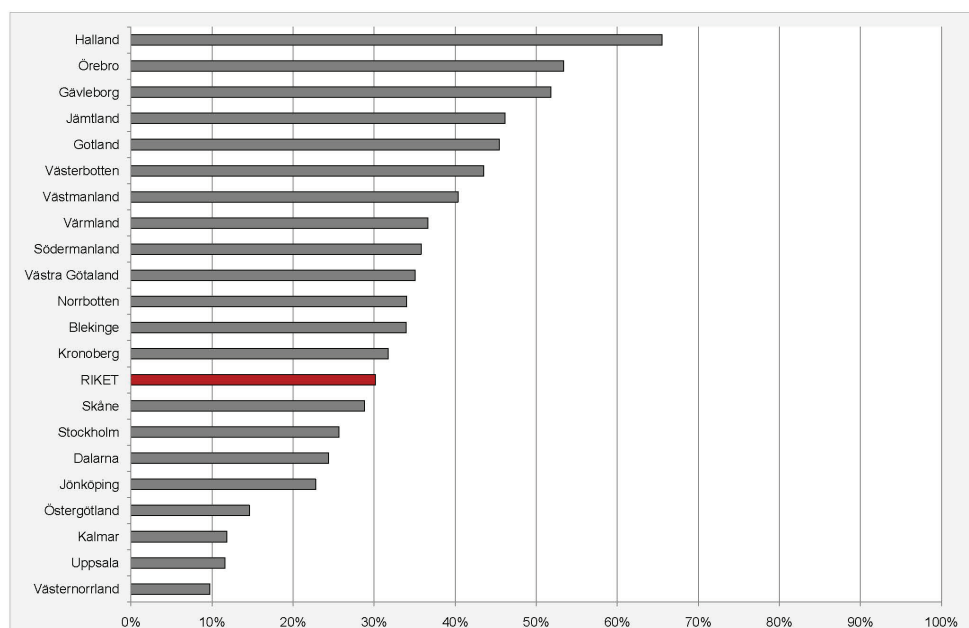


Diagram 8a. Andel avslutade vårdtillfällen med permission, 1 januari – 30 april 2010

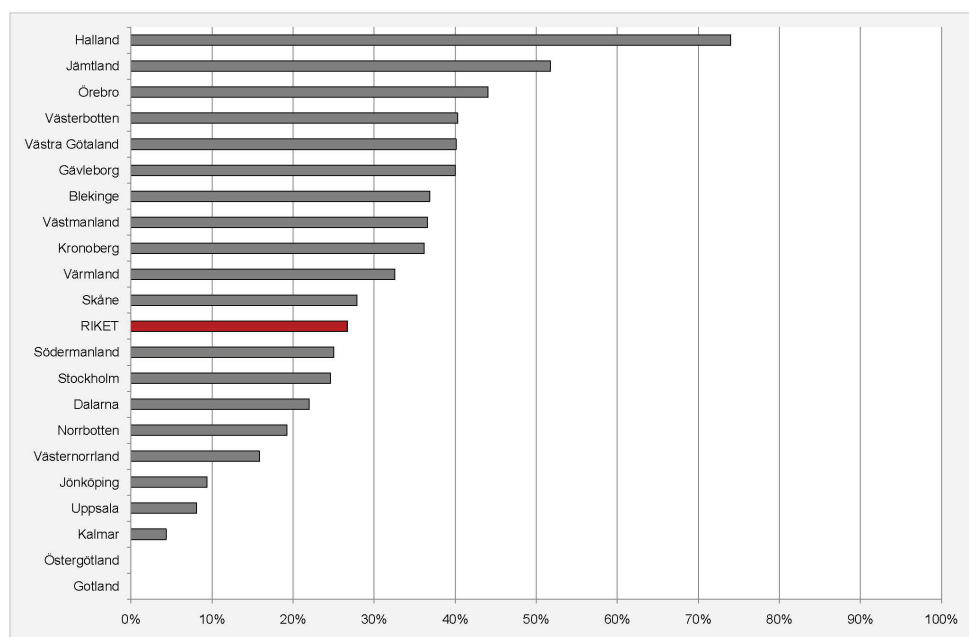


Diagram 8b Andel pågående vårdtillfällen med permission, 1 januari – 30 april 2010

Av de vårdtillfällen som löpte över första tertialet 2010 hade 27 procent uppgift om permission (diagram 8b). Antalet permissioner per pågående vårdtillfälle varierade stort, vissa landsting rapporterade inga permissioner medan andra landsting hade upp till 10 permissioner per pågående vårdtillfälle.

Hur organiserar kommunerna sina insatser?

Genom psykiatrireformen 1995 förtydligades i socialtjänstlagen kommunernas ansvar för personer med psykisk funktionsnedsättning med funktionshinder som följd. Socialstyrelsen har vid olika tillfällen genomfört kartläggningar för att undersöka hur kommunernas socialtjänst byggt upp sina verksamheter och insatser för dessa personer. Metoden är vald med hänsyn till att det behövs översiktlig och kvantitativ kunskap om kommunernas insatser för målgruppen.

Under åren 2002 – 2004 genomförde Socialstyrelsen tillsammans med samtliga länsstyrelser en nationell tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. I kartläggningen ingick 336 kommuner/stadsdelar (storstad 49 stadsdelar, mellankommun 130 kommuner, småkommun 157 kommuner). Bortfall var 8 procent 2002 och 7 procent 2004. En del av tillsynen omfattade samtliga kommuners planering och styrning av verksamheten för dessa personer på motsvarande områden som redovisas i denna rapport. För dessa frågor kan en jämförelse av utvecklingen över tid genomföras, vilket redovisas nedan. En sådan jämförelse är osäker i exakta siffror, snarare kan det noteras om utvecklingen har skett åt ena eller andra hållet (ökat eller minskat över tid).

Den senaste kartläggningen gjordes i april 2008. 308 kommuner och stadsdelar ingick. Bortfallet var 6 procent.

I denna rapport redovisas materialet för de 308 kommuner/stadsdelar som besvarade enkäten uppdelat på storstäder (Stockholm, Göteborg och Malmö med stadsdelar), mellanstora kommuner (mer än 10 000 invånare) och småkommuner (invånare mindre än 10 000 invånare) samt Riket.

Enkäten innehöll bland annat frågor om:

- organisatoriska lösningar
- gemensamma behovsinventeringar av målgruppen
- uppsökande verksamhet
- information
- samverkan
- brukarinflytande
- personalens kompetens

samt utbud av verksamheter som:

- boende
- sysselsättning
- övriga stödinsatser.

Var i organisationen finns målgruppen?

Psykiatrireformen innebar att kommunernas socialtjänst behövde bygga upp verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning i större omfattning än tidigare. Inom socialtjänstens organisation fick i många fall handikappomsorgen förvalta det ansvaret. De insatser som handikappom-

sorgen hade att erbjuda stämde inte alltid med de särskilda behov som dessa personer hade. Ibland fördelades ansvaret på flera enheter inom organisationen, ibland lades ansvaret på en enhet. I allt större utsträckning kom kommunerna att inrätta särskilda ”psykiatrienheter” eller avdela personal med uppgift att genomföra insatser för dessa personer.

Tabell 21 visar vilka enheter som vid inventeringen hade huvudansvaret för målgruppen.

Tabell 21. Enheter som har huvudansvar för insatser till personer med psykiska funktionshinder – Relativ andel fördelat på kommunstorlek (fler alternativ är möjliga)

	Storstad (N= 35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
Enhet	%	%	%	%
Individ- och familjeomsorg	66	41	48	47
Handikappomsorg	31	42	45	42
Äldre- och handikappomsorg	17	27	25	25
Äldreomsorg	6	5	10	8
Särskild psykiatrienhet	20	47	26	34
Psykiatrisamordnare	-	6	13	9

Bland de enheter som uppges ha huvudansvar för insatserna till målgruppen utgör individ- och familjeomsorg, handikappomsorg och särskild psykiatrienhet de enheter som bär detta ansvaret i många fall. I nästan hälften av kommunerna/stadsdelarna är individ och familjeomsorgen delaktig i ansvaret. 225 enheter (73 procent) har delat ansvaret mellan individ- och familjeomsorgen och handikappomsorgen. För 198 kommuner/stadsdelar (65 procent) finns ansvaret i antingen handikappomsorgen eller äldre- och handikappomsorgen.

I storstäderna har individ- och familjeomsorgen ett huvudansvar i två tredjedelar av stadsdelarna. I mellanstora och mindre kommuner är ansvaret relativt jämnt fördelat mellan denna enhet och enheter som också ansvarar för handikappomsorgen i stort.

Jämfört med inventeringen 2002 har huvudansvaret 2008 framför allt förts över från äldre- och handikappomsorgen (- 24 procent) till handikappomsorgen (+ 13 procent) och i viss mån till särskilda psykiatrienheter (+3 procent).

I 157 kommuner/stadsdelar ligger huvudansvaret på *en* enhet (tabell 22). Bland dem är det i de flesta fall handikappomsorgen som har detta ansvar utom i storstäderna där individ- och familjeomsorgen har det i större utsträckning.

Tabell 22. Enheter som har ett eget huvudansvar för insatser till målgruppen (ett alternativ)

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
Enhet	%	%	%	%
Individ- och familjeomsorg	45	22	23	25
Handikappomsorg	41	35	35	36
Äldre- och handikappomsorg	5	15	24	18
Äldreomsorg	-	-	3	1
Särskild psykiatrienhet	9	28	15	19
Psykiatrisamordnare	-	-	1	1
Summa	100	100	101	100

Gemensamma behovsinventeringar

I samband med att psykiatrireformen trädde i kraft preciserades i socialtjänstlagen kommunernas skyldigheter att göra sig väl förtrogna med psykiskt funktionshindrades levnadsförhållanden och att i sin planering av verksamheten för målgruppen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (5 kap. 8 § SoL). Enligt 7 § HSL ska landstinget planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och i sin planering samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare (8 § HSL).

Genom en inventering kan kommun och landsting skaffa sig en uppfattning om vilka som ingår i målgruppen (målgruppens storlek) och också en kunskap om dessa personers behov på olika insatsområden. Ett sådant planeringsunderlag är också en förutsättning för att kommuner och landsting ska kunna använda sina gemensamma resurser på ett effektivt sätt och utveckla samverkansformer på såväl individ- som verksamhetsnivå. En gemensam inventering är således ett viktigt underlag för de överenskomelser om samarbete mellan kommuner och landsting som ska upprättas enligt SoL och HSL (5 kap. 8a § SoL och 8a§ HSL) (se sidan 32).

Utvecklingen av kommunernas inventerande verksamhet

I samband med att psykiatrireformen genomfördes gjorde en stor del av kommunerna en inventering av målgruppen tillsammans med den psykiatriska verksamheten i landstingen. Under åren 2002 – 2004 genomförde Socialstyrelsen tillsammans med samtliga länsstyrelser en nationell tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Ett viktigt område i granskningen var kommunernas inventerande verksamhet. Resultatet visade att ungefär hälften av landets kommuner motsvarade tillsynens krav på att tillsammans med landstinget ha skaffat sig en tillfredsställande kännedom om målgruppen och dess behov genom en inventering eller på annat godtagbart sätt.

Andelen kommuner som skaffat sig en tillfredsställande kännedom om målgruppen genom inventering minskade dock mellan undersökningstillfällena från 42 procent till 28 procent. En tänkbar förklaring till denna ut-

veckling var att åtskilliga kommuner som gjorde en inventering åren efter reformstarten inte upprepat denna och därmed inte uppfyllt kraven på en viss regelbundenhet i inventeringsarbetet. Tillsynens krav på aktuell kännedom hade också förstärkts mellan de båda tillsynstillfällena, från krav på inventering gjord under de senaste sju åren till krav på inventering gjord under de senaste fem åren. Tillsynsmyndigheterna ansåg att inventeringsarbetet behövde intensifieras och att metoder för att kontinuerligt ta reda på målgruppens behov av insatser behövde utvecklas [18].

Socialstyrelsen har fortsatt att följa utvecklingen av kommunernas inventeringsverksamhet. I maj 2008 frågade Socialstyrelsen kommunerna om de skaffat sig kännedom om personer med psykisk funktionsnedsättning och deras behov. 143 kommuner och stadsdelar uppgav att de hade gjort en inventering mellan år 2004 och 2007. Kommunerna har antingen valt att inventera hela målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning eller olika delgrupper, till exempel personer med samtidiga missbruksproblem, personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller hemlösa personer. Endast 18 procent av kommunerna har genom en inventering skaffat sig kännedom om hela målgruppen, medan 25 procent har inventerat en eller flera delgrupper under tidsperioden. Det betyder att inventeringsarbetet delvis har intensifierats under den aktuella tidsperioden men dock inte för att skaffa sig en kunskap tillsammans med psykiatrin om hela målgruppens behov av insatser som underlag för planering av verksamheten. I jämförelse med antalet kommuner som genomförde en inventering av hela målgruppen under perioden 2000 – 2004 har förekomsten av inventeringar inte ändrats nämnvärt. Vid undersökningstillfället år 2008 var den efterfrågade perioden för när en inventering senast genomfördes ett år mindre.

Av nedanstående tabell framgår vilka uppgifter som samlats in i inventeringarna samt vilka andra myndigheter eller organisationer som deltagit i inventeringsarbetet vid de båda undersökningstillfällena 2004 och 2008. I 2008 års enkät fanns dock fler svarsalternativ som gav en mer detaljerad information om inventeringarna vilket framgår av tabellen.

Vid båda undersökningstillfällena hade kommunen i drygt 90 procent av inventeringarna samverkat med en annan myndighet eller organisation. Framförallt har kommunerna samverkat med psykiatrin och primärvården. Samverkanspartner som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och brukar- och anhörigorganisationer har inte varit lika delaktiga som landstinget, dock i något högre grad under perioden 2000 – 2004.

En viss skillnad mellan inventeringarnas innehåll mellan undersökningstillfällena kan noteras. År 2008 finns en ökad tonvikt på målgruppens hälsosituation medan boende- och sysselsättningssituationen inte förefaller vara lika fokuserad som vid det tidigare tillfället.

Tabell 23. Inventeringarnas innehåll och kommunernas samverkanspartner – antal och andel kommuner som inventerat personer med psykisk funktionsnedsättning under åren 2000 - 2004 och under åren 2004 – 2007

Inventeringarnas innehåll och samverkanspartner	Kommuner som har inventerat personer med psykisk funktionsnedsättning	
	Inventering 2000-2004 (n=94) Procent	Inventering 2004-2008 (n=82) Procent
Innehåll		
Antal personer	93	100
Kön	85	71
Ålder	84	73
Minderåriga barn (2008)	-	48
Hälsosituation (2004)	46	-
Psykisk hälsa/ohälsa (2008)	-	62
Somatisk hälsa/ohälsa (2008)	-	49
Missbruk/beroende (2008)	-	52
Tandhälsa (2008)	-	26
Boende/vardagsliv	88	66
Sociala relationer (2008)	-	51
Sysselsättning	79	61
Ekonomi (2008)	-	49
Samverkanspartner		
Psykiatri (2004)	82	-
Öppen psykiatrisk mottagning (2008)	-	65
Psykiatrisk slutenvård (2008)	-	43
Primärvård	56	35
Försäkringskassa	34	18
Arbetsförmedling	28	23
Brukar- och anhörigorganisation	35	26

Uppföljning av antalet kommuner som inventerar tillsammans med landstingen

Inom ramen för arbetet med Nationella riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni har Socialstyrelsen utarbetat en indikator – *Gemensam inventering av behovet av insatser hos personer med psykisk funktionsnedsättning*. Med stöd av indikatorn kommer Socialstyrelsen att följa upp en av de mest centrala förutsättningarna för att en verksamhet byggs upp som motsvarar målgruppens behov av insatser på det psykosociala området. En första datainsamling i detta syfte sker under hösten 2010. Resultatet kommer att redovisas inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag – Öppna jämförelser inom socialtjänsten.

Utveckling av ett inventeringsverktyg

Oklarhet kring definition av målgruppen och en brist på metoder försvårar arbetet med att göra gemensamma inventeringar. Detta konstaterades i den nationella tillsynens slutrapport [19]. Inom ramen för Nationell psykiatrisamordning tillfördes medel till ett antal kommuner och landsting som avsåg att utveckla en metodik för inventeringsarbetet. Med utgångspunkt i dessa erfarenheter har Socialstyrelsen utarbetat ett inventeringsverktyg som kan användas i det lokala inventeringsarbetet (se sidan 27).

Utifrån identifierade oklarheter kring vilka personer som egentligen tillhör målgruppen utarbetade Nationell psykiatrisamordning en definition av begreppet psykiskt funktionshinder [20]. Socialstyrelsen har anpassat definitionen utifrån begreppen funktionshinder och funktionsnedsättning som anges i Socialstyrelsens termbank (jämför även sidor 37-38).

Uppsökande verksamhet

Personer med psykisk funktionsnedsättning har sammansatta behov. Kännetecknande för denna funktionsnedsättning är i många fall att personen undviker kontakt med de verksamheter som bedriver vård, stöd och rehabilitering. Socialstyrelsen anser att uppsökande verksamhet är en väsentlig verksamhet och en förutsättning för att dessa personer ska nås av de insatser som de är berättigade till. Uppsökande verksamhet betyder att bedriva utåtriktat och aktivt arbete för att identifiera för kommunen okända personer med psykisk funktionsnedsättning och att erbjuda dem adekvat stöd. Uppsökande verksamhet i denna mening kan bedrivas på många sätt. I tabell 24 anger kommunerna vilka former av uppsökande verksamhet som de bedriver.

Tabell 24. Förekomst och former av uppsökande verksamhet

Samverkansuppgifter	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
	%	%	%	%
Ingen uppsökande verksamhet	26	16	38	27
Bedriver uppsökande verksamhet	74	84	62	73
Summa	100	100	100	100
Former av uppsökande verksamhet: (ett eller flera alternativ nedan)				
Uppsökarteam	62	8	3	13
Personligt ombud	77	89	78	83
Kontakt/information genom andra huvudmän, polis etc.	88	85	84	85
Öppna verksamheter inom kommunen	77	69	57	65
Information/utbildningsverksamheter	4	31	33	29
Andra former	38	27	19	25

Två tredjedelar av kommunerna/stadsdelarna bedriver en uppsökande verksamhet. Jämfört med de data som samlades in inom ramen för den nationella tillsynen år 2004 har antalet kommuner som anger att de bedriver uppsökande arbete ökat. År 2004 var det cirka 60 procent av kommunerna som angav att de bedrev sådant arbete.

Det uppsökande arbetet sker framförallt genom att kommunens personal tar kontakt med en person efter information från till exempel andra huvudmän, hyresvärdar, polis et cetera. Personliga ombud, som infördes efter psykiatrireformen, och som har till uppgift att koordinera insatser för den enskilde, har också stor betydelse för att ge underlag till den uppsökande verksamheten. Genom de öppna verksamheterna, det kan vara kaféer och liknande, får kommunerna även kännedom om personer som tillhör målgruppen och har behov av insatser. Den informations- och utbildningsverksamheter som vissa kommuner bedriver för att påverka attityder och öka kunskapen om målgruppen hos olika nyckelgrupper (till exempel hyresvärdar) har också en viss betydelse för att nå målgruppen, särskilt utanför storstäderna.

Information

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ha stora svårigheter att själva söka den hjälp de behöver. Det ställer stora krav på kommunernas förmåga att utforma information som lätt kan förstås och som finns tillgänglig när målgruppen behöver den. Information som är anpassad till målgruppen ska ge adekvat information om kommunernas ansvar, individens rättigheter och utbudet av tillgängliga insatser. Flera olika typer av informationsinsatser kan användas. Av nedanstående tabell framgår vilka

informationsinsatser kommunerna vid svarstillfället (2008) hade genomfört under det senaste året.

Tabell 25. Förekomst och former av informationsinsatser senaste 12 månaderna

Informationsinsatser	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
	%	%	%	%
Inga informationsinsatser	46	22	41	34
Genomfört informationsinsatser	64	78	59	66
Summa	100	100	100	100
Former av informationsinsatser: (ett eller flera alternativ nedan)				
Annonser i massmedia	21	17	19	18
Kommunens hemsida	63	67	62	65
Broschyr eller informationsguide	58	76	67	71
Riktad information till andra huvudmän	53	46	38	43
Andra informationsinsatser	47	44	36	41

En tredjedel av kommunerna/stadsdelarna har genomfört olika informationsaktiviteter, vanligast i de mellanstora kommunerna. Broschyrer eller informationsguider, tillsammans med information på kommunens hemsida, är de dominerande informationssätten. Vanligaste formen för andra informationsinsatser är regelbundna möten med brukar- och anhängargorganisationer, föreläsningar, inrättande av vissa kampanjdagar ("psykiatrins dag") med mera.

Samverkan

Personer med psykisk funktionsnedsättning har i många fall behov av medicinska (psykiatriska) och sociala insatser samtidigt. Det är särskilt viktigt att man i dessa verksamheter kan samverka och göra insatser när behoven finns. Det har också visat sig viktigt att olika samverkansinsatser formaliseras på så sätt att ansvaret för olika eller samordnade insatser tydligt framgår. Tillfälliga lösningar eller "vi finns om det behövs" visar sig i många fall vara otillräckligt.

Verksamheterna blir allt mer ekonomistyrda och konflikter mellan kommun och landsting handlar inte sällan om kostnadsfrågor. I sådana fall är det bra att kunna hänvisa till i förväg uppgjorda rutiner och beslut. I enkäten tillfrågades därför kommunerna om det fanns gemensamma, övergripande och skriftliga överenskommelser eller avtal med olika verksamheter som kan vara inblandade i insatser för målgruppen. Dels frågades det efter om det fanns sådana som gäller insatser på en övergripande nivå (tabell 26), dels om insatser för den enskilde personen i samverkan med landstinget (tabell 27).

Tabell 26. Förekomst och former av skriftliga samverkansavtal på en övergripande nivå

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
Samverkansinsatser	%	%	%	%
Ingen samverkan	14	25	41	31
Samverkan	86	75	59	69
Summa	100	100	100	100
Organisationer/myndigheter där samverkan förekommer: (ett eller flera alternativ nedan)				
Psykiatrisk slutenvård	67	25	54	65
Psykiatrisk öppenvård	70	92	85	86
Barn och ungdomspsykiatri (BUP)	40	38	36	37
Primärvård	30	50	48	46
Försäkringskassa	17	22	8	17
Arbetsförmedling	17	22	10	16
Annan organisation/myndighet	23	18	18	19

Det finns ett klart samband mellan förekomst av skriftliga avtal på en övergripande nivå och kommunstorlek. I storstäderna är det vanligt förekommande medan det i de mindre kommunerna är mindre vanligt. I storstäderna gäller avtalen oftare den psykiatriska slutenvården medan det i mellanstora och mindre kommuner är vanligare med avtal med den psykiatriska öppenvården. Hälften av de senare kommunerna har också samverkansavtal med primärvården, vilket är mindre vanligt i storstäderna. Avtal med arbetsförmedling eller försäkringskassa förekommer i mindre utsträckning, särskilt i de mindre kommunerna. Det som noterats under annan organisation/myndighet är i många fall beroendevården och lokala brukarorganisationer.

Jämförelse med tidigare inventering 2002 visar på en minskad samverkan med primärvård (-15 procent), Försäkringskassan (-22 procent) och Arbetsförmedlingen (-13 procent).

Motsvarande svar på om det fanns sådana avtal med landstinget för enskilda personer visas i tabell 27.

Tabell 27. Förekomst och former av skriftliga rutiner/avtal för samverkan med landstinget som omfattar enskilda personer.

Samverkansinsatser	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
	%	%	%	%
Inga skriftliga samverkansrutiner	17	18	38	27
Skriftliga samverkansrutiner finns	83	82	62	73
Summa	100	100	100	100
Skriftliga rutiner finns för: (ett eller flera alternativ nedan)				
Utskrivning från slutenvård	90	84	85	85
Permission från tvångsvård enligt LPT	62	29	28	33
Permission från tvångsvård enligt LRV	76	29	20	32
Samordnad planering för personer i kontakt med psykiatrisk öppenvård	72	69	68	69
Andra insatser	17	18	18	18

Skriftliga avtal med landstinget finns hos tre fjärdedelar av kommunerna/stadsdelarna, oftare i storstäder och mellanstora kommuner jämfört med små kommuner. Vanligt är att avtalen träffas med den psykiatriska slutenvården. Det gäller i högre utsträckning för personer som slutenvårdats på frivillig grund och inte vid tvångsvård (LPT eller LRV). En möjlig förklaring kan vara att tvångsvårdade personer först överförs till den psykiatriska öppenvården och att en del av kommunernas avtal om samordnad planering med öppenvården rör en del av dessa personer. Vad gäller skriftliga rutiner för andra insatser nämns bland annat att sådana finns vid särskilda psykiatriska tillstånd, oberoende vilken del av psykiatrin som är inblandad. Det kan till exempel vara insatser för personer som för första gången insjuknar i en psykossjukdom eller personer med en psykisk sjukdom och samtidigt ett missbruk. Den nya vårdformen öppenpsykiatrisk tvångsvård/rättspsykiatrisk öppenvård hade tillkommit cirka ett halvår före denna enkätstudie. En del av svaren under ”andra insatser” var att man höll på att utarbeta skriftliga rutiner om samordnad vårdplanering enligt de krav som gäller denna vårdform. Gemensamma rutiner, riktlinjer etc. vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård har ökat mellan 2002 och 2008 (+13 procent).

Brukarinflytande

I de flesta sammanhang (lagstiftning, utredningar et cetera) nämns att olika insatser ska grunda sig på den enskildes behov och på dennes villkor. Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta svårigheter att hävda sina behov. Patient-, brukar och anhörigorganisationer har vuxit fram ur behovet av att stärka dessa personers möjligheter till adekvata insatser både

från landstingsvården och från kommunerna. I samband med Nationell psykiatrisamordningens utredning av och stöd till verksamheter inom psykiatriområdet engagerades flera av dessa organisationer till en viktig samverkanspart. Under beteckningen NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) har också ekonomiskt stöd utgått från regeringen för att underlätta verksamheten med 3 miljoner kronor per år 2007 – 2009.

Omfattningen av lokal brukarmedverkan inom de kommunala verksamheterna för personer med psykisk funktionsnedsättning belyses nedan (tabeller 28 A-C).

Tabeller 28 A-C. Olika former av brukarinflytande eller stöd till patient-, brukar- och anhörigorganisationer

Tabell 28A. Riktad information direkt till patient, brukar- och anhörigorganisationer senaste året (i kommunen eller länet)

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
	%	%	%	%
Ingen sådan information har förekommit	31	22	66	44
Sådan information har förekommit	69	78	34	56
Summa	100	100	100	100
Informationen har varit: (ett eller flera alternativ)				
I muntlig form	92	100	88	95
I skriftlig form	58	45	45	47

I storstäder och i mellanstora kommuner är det vanligare att kommunerna/stadsdelarna har genomfört riktade informationsinsatser till organisationerna jämfört med de mindre kommunerna. Vanligare är det att ge muntlig information (vid möten med mera) än att framställa skriftlig information.

En lika stor andel av kommuner/stadsdelar uppger att de har informerat brukarrörelser om sina verksamheter för målgruppen 2008 jämfört med 2002.

På frågan om man i kommunen eller stadsdelen ger ekonomiskt stöd till dessa organisationer i den egna kommunen/stadsdelen fick man också möjligheten att ange om det överhuvudtaget fanns någon brukarorganisation där (tabell 28B).

Tabell 28B. Ekonomiskt stöd till patient-, brukar- och anhörigorganisationer i den egna kommunen/stadsdelen

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
	%	%	%	%
Ingen patient-, brukar och anhörig-organisation finns i kommunen/ stadsdelen	17	11	65	37
Patient-, brukar och anhörig-organisation finns i kommunen/ stadsdelen	83	89	35	63
Summa	100	100	100	100
Antal och andel av organisationerna som får ekonomiskt stöd	34	84	64	72

I två tredjedelar av de små kommunerna saknas sådana organisationer i den egna kommunen medan motsvarande siffra i mellanstora kommuner är 10 procent (tabell 28b). I den mån det finns brukarorganisationer i den egna kommunen/stadsdelen ges också ekonomiskt stöd i viss omfattning, även i de små kommunerna. Oberoende om det finns patient-, anhörig och/eller brukarorganisationer i den egna kommunen kan man ändå ha upprättat system för att delge brukare, enskilt eller som organisation, inflytande över olika insatser som förmedlas till dem (tabell 28C).

Tabell 28C. Arbetsformer/metoder för brukarinflytande i kommunen/stadsdelen

	Storstad (N=35)	Mellan- kommun (N=130)	Liten kom- mun (N=143)	Riket (N=308)
	%	%	%	%
Inga sådana arbetsformer/metoder finns	20	17	48	32
Sådana arbetsformer/metoder finns	80	83	52	68
Summa	100	100	100	100
Angivna arbetsformer/metoder: (ett eller flera alternativ nedan)				
Möten för inhämtning av synpunkter i särskilda frågor	64	74	55	66
Brukarrevision	11	11	4	9
Bukarråd	61	58	38	51
Brukarinflytandesamordnare (BISAM)	11	6	3	5
Brukarenkäter eller intervjuer	68	60	35	52
Deltagande i personalens fortbildning	25	37	23	30
Deltagande i rekrytering av personal	4	10	8	9
Annan arbetsform/metod	36	31	28	30

Även i denna fråga är det de mindre kommunerna som saknar metoder för detta jämfört med storstäder och mellanstora kommuner. I de fall brukarinflytande tillämpas är det olika former av rådfrågning som förekommer, antingen i form av möten, rådslag eller enkäter. Brukarrevision eller särskild samordnare för brukarinflytande (BISAM) förekommer sparsamt. När andra former anges är det framförallt att brukare ingår i referens- och/eller olika arbetsgrupper.

Kompetensutveckling

(Ingen tabell)

I samtliga kommuner/stadsdelar utom åtta, som alla tillhör de små kommunerna, finns möjligheter till kompetensutveckling i olika former. 160 kommuner/stadsdelar (52 procent) har introduktionskurser till nyanställda, 262 (85 procent) har regelbunden fortbildning i minst två heldagar per år och 246 (80 procent) ger möjlighet i form av ledighet för längre vidareutbildning (till exempel högskoleutbildning). I 271 kommuner/stadsdelar (88 procent) förekommer kontinuerligt stöd från utsedd handledare.

I de flesta kommuner/stadsdelar utom i 44 (15 procent) har samtliga personalgrupper (handläggare, baspersonal eller andra) fått tillgång till kompetenshöjande insatser det senaste året. I de övriga 44 gäller det delar av personalgruppen.

Utbud av verksamheter

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att personer med psykiska funktionshinder i så hög utsträckning som möjligt ska kunna få ett normalt liv och leva som andra. Detta är en bärande princip såväl i lagstiftningen som i psykiatrireformens intentioner. Skyldigheten innebär bland annat att den enskilde ska kunna få en meningsfull sysselsättning och ett behovsanpassat boende, vilket också kan innebära särskilda boendeformer enligt LSS.

När psykiatrireformen genomfördes var uppmärksamheten mycket inriktad på hur boendesituationen skulle lösas för de personer som betraktades som ”medicinskt färdigbehandlade” och som i många fall vårdades inom psykiatrisk heldygnsvård, vanligtvis sjukhem (cirka 3 000 personer). Utvärdering av reformen visade att kommunerna i stor utsträckningen klarade att finna alternativa boenden för denna grupp. Ganska snart visade olika uppföljningar att boendet inte var det mest problematiska området. Möjligheten till daglig och meningsfull sysselsättning eller ett ordinärt arbete framstod som ett allt större problem. Nationell psykiatrisamordning framhöll, liksom regeringen tidigare (i prop. 1993/94:218), att ”arbetslinjen” även skulle gälla för personer med psykiska funktionshinder. I vilken omfattning kommunerna 2008 har byggt ut boenden och boendestöd liksom sysselsättningsverksamheter redovisas nedan.

Boende

Tabell 29 sammanfattar utbudet av boenden och stödinsatser i boendet i kommunerna.

Tabell 29. Kommunernas/stadsdelarnas utbud av olika boendeformer och stödinsatser i boendena (ett eller flera alternativ kan anges)

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
Boendeformer	%	%	%	%
Bostad med särskild service enligt SoL (till exempel gruppboende, serviceboende)	77	86	54	70
Bostad med särskild service enligt LSS	83	74	55	66
Hem för vård och boende (HVB)	60	36	20	31
Hem för viss annan heldygnsvård (till exempel krisboende, korttidsboende)	57	48	24	38
Annan typ av boende med stöd och service	51	32	23	30
Typer av stöd i eget boende				
Boendestöd	97	96	93	95
Hemtjänst	100	88	95	93
Mobilt team	20	32	17	24
Nattpatrull	54	62	78	69
Annat boendestöd	20	19	15	17

Av de olika boendeformerna har samtliga kommuner/stadsdelar angivit att de har ett eller flera av de alternativ som upptas. 22 kommuner (7 procent) saknar utbud av dessa boendeformer. 19 av dem är små kommuner. De ger i stället stödinsatser i klienternas boenden. Alla kommuner/stadsdelar har således olika boendeformer och/eller stödinsatser för personer med psykiska funktionshinder.

På frågan om det i kommunen/stadsdelen finns beredskap att kunna erbjuda en boendelösning inom vissa tidsgränser för enskilda personer med psykiska funktionshinder och som saknar boende till exempel hemlösa eller personer utskrivna från psykiatrisk slutenvård erhöles svaren enligt tabell 30.

Tabell 30. Kommunernas/stadsdelarnas möjlighet att inom vissa tidsgränser kunna erbjuda en boendelösning för personer med psykiska funktionshinder som saknar boende

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kom- mun (N=143)	Riket (N=308)
Tidsgräns	%	%	%	%
Inom 3 månader	71	72	57	65
Inom 6 månader	6	15	26	19
Inom 1 år	9	9	8	8
Över 1 år	14	4	9	8
Summa	100	100	100	100

Cirka tre fjärdedelar av storstäder och mellanstora kommuner kan finna en boendelösning inom en månad, medan det tar längre tid för de mindre kommunerna. I storstäderna finns även en större andel kommuner/stadsdelar jämfört med andra kommuner där det kan dröja över ett år att finna en boendelösning för personer som saknar bostad.

Sysselsättning

Alla kommuner/stadsdelar har ett eller flera sysselsättningsalternativ för målgruppen. Tabell 31 visar vilka alternativ som erbjuds.

Tabell 31. Kommunernas/stadsdelarnas utbud av olika alternativ till sysselsättning (ett eller flera alternativ kan anges)

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
Sysselsättningsalternativ	%	%	%	%
Öppen verksamhet (till exempel träfflokal)	80	95	80	86
Strukturerad sysselsättning (till exempel matservering, hobby-verksamhet)	66	92	76	81
Arbetsrehabilitering/arbetsträning	60	76	46	60
Stöd i arbete (s.k. supported employment)	17	37	20	27
Studiestöd	40	38	25	32
Socialt kooperativ	34	28	6	19
Annan sysselsättning	6	15	15	14

Öppna verksamheter och strukturerad sysselsättning är de vanligast förekommande sysselsättningsformerna. Arbetsträning, som är en rehabiliteringsform med målsättning att klara ett vanligt arbete, förekommer i mer än hälften av kommunerna. Stöd till arbete inklusive stöd att kunna behålla ett arbete är mindre vanligt (supported employment).

De mellanstora kommunerna tycks ha ett något mer omfattande och bredare utbud av sysselsättningsverksamheter. Annan sysselsättning är i de flesta fallen någon variant av de alternativ som tabellen anger.

Rehabiliteringsverksamheter har minskat mellan 2002 och 2008 (-11 procent), medan öppen verksamhet och strukturerad verksamhet förekommer ungefär i samma utsträckning.

På frågan om kommunen/stadsdelen bedriver ett aktivt arbete för att finna arbets- eller träningsplatser för personer med psykiska funktionshinder utföll svaren enligt tabell 32.

Tabell 32. Förekomst av aktivt sökande efter arbets- och/eller träningsplatser samt var man söker sådana platser.

	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
Söker aktivt efter arbets- och/eller träningsplatser	%	%	%	%
Nej	49	16	36	29
Ja	51	84	64	71
Summa	100	100	100	100
Om ja, var söker man sådana platser (ett eller flera alternativ kan anges)				
Privata företag	61	88	78	82
Sociala kooperativ	50	31	9	23
Kommunen	67	90	91	89
Andra ställen	17	13	16	15

Det är vanligt att kommunerna aktivt söker efter arbets- eller träningsplatser för målgruppen. I storstäderna dock i mindre utsträckning. Privata företag eller olika verksamheter inom den egna kommunen är de vanligaste alternativen.

Övriga stödinsatser

Tabell 33. Kommunernas/stadsdelarnas utbud av några stödinsatser (ett eller flera alternativ kan anges)

Stödinsatser	Storstad (N=35)	Mellan- Kommun (N=130)	Liten kommun (N=143)	Riket (N=308)
	%	%	%	%
Stöd till vux- na/anhöriga/närstående	49	48	45	47
Stöd till barn till föräldrar med psykisk sjukdom	63	52	47	51
Fritidsstöd	71	65	59	63
Hjälpmedel	69	62	53	58
Annat stöd	6	8	13	10

29 kommuner/stadsdelar, varav 19 av de mindre kommunerna, angav inte något av de uppräknade alternativen. Annat stöd var till exempel kontaktperson, personligt ombud. I några fall hänvisade man till att stöd gavs inom ordinarie verksamhet (till exempel för barn inom ramen för individ- och familjeomsorgen). I jämförelse med inventeringen 2002 förekommer anhörigstöd och stöd till fritidssysselsättning i ungefär samma omfattning 2008, medan stödet till barn till föräldrar med psykisk sjukdom har ökat avsevärt (+ 28 procent).

Framtida utmaningar

Modeller för uppföljning och metoder för analys och utvärdering

Socialstyrelsen avser att utveckla modeller för att beskriva strukturer, processer, kostnader och resultat samt en metodik för att analysera och utvärdera kvalitet och effektivitet i verksamheterna för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Målet är att regelbundet rapportera om läget och utvecklingen inom psykiatriområdet och genomföra oberoende utvärderingar av såväl den psykiatriska hälso- och sjukvården som socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Utgångspunkten för sådana utvärderingar är dels Socialstyrelsens Nationella riktlinjer på psykiatriområdet, dels övriga kriterier för God vård och God kvalitet i socialtjänsten. Syftet är att belysa och värdera strukturer, processer och resultat i verksamheten genom indikatorbaserade jämförelser mellan olika psykiatriska verksamheter/landsting respektive mellan kommuner. Utifrån resultatet av dessa utvärderingar kommer Socialstyrelsen att peka på behov av förbättringar på vissa områden.

Under 2011 planerar Socialstyrelsen att inom ramen för uppdraget genomföra en sådan utvärdering med utgångspunkt i Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom och Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Beskrivning av kostnader är ett utvecklingsområde

Tillgången till kostnadsuppgifter för insatser och åtgärder för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning är begränsad. Det är ett område som behöver utvecklas och integreras med arbetet att utveckla en modell för att utvärdera kvalitet och effektivitet i den psykiatriska hälso- och sjukvården och kommunernas verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Kostnader för kommunernas verksamheter

Uppgifter om kostnader för kommunernas verksamheter samlas årligen in av SCB i undersökningen kommunernas räkenskapssammandrag (RS). Kostnaderna för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning kan dock inte särskiljas. Inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer för psykosociala insatser till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd samlade Socialstyrelsen, genom en enkät, bland annat in kostnader för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning under våren 2009. I enkäten efterfrågades kostnadsuppgifter för olika psykosociala insatser men inte totalt för samtliga insatserna till målgruppen.

Enkäten besvarades av 105 kommuner. De flesta kommuner lämnade uppgifter för någon eller några av de insatser som de erbjuder men inte i den omfattning att slutsatser om de totala kostnaderna kan dras. Även om svarsfrekvensen var låg kan troligen en relativt stor del av kommunerna lämna uppgifter om kostnader för deras insatser till personer med funktionsnedsättning. För att kunna göra uppföljningar och utvärderingar av bland annat nationella riktlinjer behövs kostnadsuppgifter dels på total nivå, dels på insatsnivå för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Sådana kostnadsuppgifter skulle kunna samlas in från kommunerna och vidareutvecklas inom ramen för kostnad per brukare (KPB).

Kostnader för den psykiatriska verksamheten i landstingen

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

Den specialiserade psykiatrins andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna har de senaste fem åren legat på en stabil nivå runt drygt 10 procent. Det finns däremot en betydande spridning mellan de olika landstingen när det gäller kostnaderna. Sett per invånare hade Stockholm landets högsta kostnad för specialiserad psykiatrisk vård med 2 338 kronor per invånare. I Östergötland, där kostnaden per invånare var lägst, uppgick den till 1 408 kronor per invånare. En förklaring till de höga kostnaderna i Stockholm kan vara att den psykiska ohälsan är större i storstadsmiljön.

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

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

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

Ovanstående kostnader inkluderar bara landstingens kostnader för den specialiserade psykiatrin. En stor del av patienterna med psykiatriska diagnoser behandlas delvis eller endast inom primärvården. När det gäller patienter med en depression eller ångestdiagnos visar uppgifter från Västra Götalandsregionen att så mycket som två tredjedelar av patienterna endast får behandling inom primärvården. Med dagens redovisning är det inte möjligt att urskilja hur stor del av primärvårdens kostnader som går till psykiatrisk vård. Det är idag SCB:s uppdrag att ta in kostnadssammandrag

från landstingen och man har också ansvar för de definitioner och nivåer som används i sammandraget.

Analys av psykiatrins och socialtjänstens insatser

Kännetecknande för projektets målgrupp, personer med psykisk funktionsnedsättning/ sjukdom, är deras sammansatta och ibland omfattande behov. Insatser från flera hålls krävs. Särskilt gäller det insatser från psykiatrin och socialtjänsten, då många behöver sammanhållna medicinska och sociala insatser. På nationell nivå har Socialstyrelsen hittills inte kunna ge en sådan samlad beskrivning. Individdata från socialtjänsten har saknats för viktiga insatser. Från och med 1 juli 2008 finns fortlöpande individdata vad gäller SoL-insatser samt prevalensdata för insatser enligt LSS och HSL. Viktiga socialtjänstinsatser finns sedan tidigare på individnivå vad gäller ekonomiskt bistånd och tvångsvård inom socialtjänsten (LVM och LVU). Vid samkörning av dessa register med hälsodataregister (patientregistret och läkemedelsregistret) samt dödsorsaksregistret ges en möjlighet att följa insatser från kommuner och landsting för individer eller grupper av individer samt olika utfall (återinskrivningar i slutenvård, dödlighet i somatiska och psykiatriska sjukdomar med mera). Socialstyrelsen har för avsikt att till nästa lägesrapport 1 juli 2011 utveckla och pröva en metod för att kunna beskriva och analysera sådana samlade insatser för målgruppen.

Kommunikation

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med en övergripande strategi för hur det samlade arbetet inom psykiatriområdet ska genomföras. I det arbetet ingår att synkronisera arbetet med kommunikationsinsatserna på ett sådant sätt att de olika delarna skapar ett sammanhang för de målgrupper som berörs.

Det är viktigt att använda de erfarenheter som myndigheten har från tidigare med länskonferenser och länskontaktpersoner som ett nav i kommunikationen. Vidare behöver Socialstyrelsen utveckla strukturer och modeller för att långsiktigt utveckla kommunikationsarbetet med att föra ut kunskapen som datainsamlandet ger på ett kontinuerligt sätt i kanaler som anpassas till mottagarna.

Barn och unga

Under hösten 2009 genomförde SCB på uppdrag av Socialdepartementet en nationell kartläggning av psykisk hälsa hos sjätte och niondeklassare i Sverige. Socialstyrelsen kommer att använda materialet till att fördjupa kunskapen om skolbarns psykiska hälsa. Myndigheten avser att ta till vara de möjligheter som finns att studera kontextuella effekter i skolan, bland

annat genom att utnyttja den information som finns i enkäten om mobbning och relationer.

Socialstyrelsen följer även barns tillgänglighet till psykiatrisk vård [21].

Referenser

- [1] Uppdrag att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och ta fram en handlingsplan för ökad tillgång till data av god kvalitet inom socialtjänsten m.m., Regeringsbeslut S2009/-/ST, 2009-06-25. Delrapport: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-12>.
- [2] Folkhälsorapporten 2005, Socialstyrelsen 2006
- [3] SKL:s aggregerade verksamhetsstatistik för 2008
- [4] ECT-behandling – en pilotstudie, Socialstyrelsen 2010
- [5] ”Projekt för att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården”
- [6] God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- [7] God kvalitet i socialtjänsten – ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
- [8] Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2005). Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU.
- [9] Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2007). Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten.
- [10] Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009, artikelnummer 2009-11-5.
- [11] Socialstyrelsen 2006. Individ och familjeomsorg – Lägesrapport 2005.
- [12] Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatri, Socialstyrelsen 2008.
- [13] Hälso- och sjukvårdsrapport 2009, Socialstyrelsen 2009.
- [14] Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare, Socialstyrelsen, juli 2010.
- [15] Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen, Socialstyrelsen 2010.
- [16] Innehållet i den psykiatriska tvångsvården, Socialstyrelsen 2009.
- [17] Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten, Socialstyrelsen 2003.
- [18] Socialstyrelsen och länsstyrelserna (2005). Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004, s. 15.
- [19] Socialstyrelsen och länsstyrelserna (2007). Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004, s. 14.
- [20] Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning. Vad är psykiskt funktionshinder?
- [21] Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, Socialstyrelsen 2010.

Tabell- och diagramförteckning

Tabeller

Tabell 1.	Antal inrapporterade vårdtillfällen och andel vårdtillfällen med inrapporterade diagnoser, åtgärder och ECT-behandlingar från psykiatrisk slutenvård till patientregistret år 2008, antal och procent	Sida 19
Tabell 2.	Antal inrapporterade läkarbesök och andel läkarbesök med inrapporterade diagnoser och åtgärder från psykiatrisk öppenvård till patientregistret år 2008, antal och procent	Sida 21
Tabell 3.	Status för inrapportering 2009	Sida 22
Tabell 4.	Antal inrapporterade patienter i den psykiatriska öppenvården. Tre patienter per behandlingspersonal rapporterade under två vardagar i november 2009.	Sida 44
Tabell 5.	Behandlingspersonalen fördelade på personalkategorier	Sida 47
Tabell 6.	Psykiatriska huvuddiagnoser indelat i några större grupper enligt ICD-10.	Sida 47
Tabell 7.	Bedömning i strukturerad/systematisk form vid det aktuella besöket eller inom tre månader före (ett eller flera alternativ kan anges).	Sida 48
Tabell 8.	Farmakologisk behandling vid det aktuella besöket eller om patienten har respektive farmaka sedan tidigare (ett eller flera alternativ kan anges). Andra läkemedel är exkluderade i de två första alternativen i tabellen.	Sida 49
Tabell 9.	Psykologiska behandlingsmetoder vid det aktuella besöket eller om det har förekommit inom tre månader (ett eller flera alternativ kan anges).	Sida 50
Tabell 10.	Psykosocialt stöd och/eller träning vid det aktuella besöket eller om det har förekommit inom tre månader (ett eller flera alternativ kan anges).	Sida 50
Tabell 11.	Förekomst av andra åtgärder vid besöket eller inom tre månader före besöket (ett eller flera alternativ kan anges).	Sida 51
Tabell 12.	Antal avslutade vårdtillfällen respektive patienter per landsting, 1 januari – 30 april 2010	Sida 52

Tabell 13.	Antal pågående vårdtillfällen per landsting, 30 april 2010	Sida 53
Tabell 14a.	Vårdtid för avslutade vårdtillfällen med vård enligt LPT	Sida 54
Tabell 14b.	Vårdtid för avslutade vårdtillfällen med vård enligt LRV	Sida 54
Tabell 15a.	Vårdtid för pågående vårdtillfällen med vård enligt LPT	Sida 55
Tabell 15b.	Vårdtid för pågående vårdtillfällen med vård enligt LRV	Sida 55
Tabell 16.	Huvuddiagnos för avslutade vårdtillfällen med stöd av LPT	Sida 56
Tabell 17.	Förekomster av specifika tvångsåtgärder, antal.	Sida 59
Tabell 18.	Beskrivning av variabeln psykiatrisk vårdform.	Sida 59
Tabell 19a.	Antal avslutade vårdtillfällen uppdelade efter vårdform	Sida 61
Tabell 19b.	Antal pågående vårdtillfällen uppdelade efter vårdform	Sida 61
Tabell 20.	Antal vårdformer för avslutade vårdtillfällen	Sida 62
Tabell 21.	Enheter som har huvudansvar för insatser till personer med psykiska funktionshinder – Relativ andel fördelat på kommunstorlek.	Sida 65
Tabell 22.	Enheter som har ett eget huvudansvar för insatser till målgruppen.	Sida 66
Tabell 23.	Inventeringarnas innehåll och kommunernas samverkanspartner – antal och andel kommuner som inventerat personer med psykisk funktionsnedsättning under åren 2000 - 2004 och under åren 2004 – 2007	Sida 68
Tabell 24.	Förekomst och former av uppsökande verksamhet	Sida 69
Tabell 25.	Förekomst och former av informationsinsatser senaste 12 månaderna	Sida 71
Tabell 26.	Förekomst och former av skriftliga samverkansavtal på en övergripande nivå	Sida 72
Tabell 27.	Förekomst och former av skriftliga rutiner/avtal för samverkan med landstinget som omfattar enskilda personer.	Sida 73
Tabell 28A.	Riktad information direkt till patient, brukar- och anhörigorganisationer senaste året (i kommunen eller länet)	Sida 74
Tabell 28B.	Ekonomiskt stöd till patient-, brukar- och anhörigorganisationer i den egna kommunen/stadsdelen	Sida 75

Tabell 28C.	Arbetsformer/metoder för brukarinflytande i kommunen/stadsdelen	Sida 75
Tabell 29.	Kommunernas/stadsdelarnas utbud av olika boendeformer och stödinsatser i boendena.	Sida 77
Tabell 30.	Kommunernas/stadsdelarnas möjlighet att inom vissa tidsgränser kunna erbjuda en boendelösning för personer med psykiska funktionshinder som saknar boende	Sida 78
Tabell 31.	Kommunernas/stadsdelarnas utbud av olika alternativ till sysselsättning (ett eller flera alternativ kan anges)	Sida 78
Tabell 32.	Förekomst av aktivt sökande efter arbets- och/eller träningsplatser samt var man söker sådana platser.	Sida 79
Tabell 33.	Kommunernas/stadsdelarnas utbud av några stödinsatser.	Sida 79

Figurer

Figur 1	Schematisk bild över sambearbetningen av databasen för statistiken.	Sida 27
---------	---	---------

Diagram

Diagram 1	Köns- och åldersfördelning för patienter vid psykiatriska öppenvårdsmottagningarna i de tre storstadsregionerna samt i övriga landet (antal per 10 000 i respektive köns- och åldersgrupp)	Sida 46
Diagram 2	Köns- och åldersfördelning för utskrivna patienter	Sida 52
Diagram 3	Köns- och åldersfördelning för inneliggande patienter	Sida 54
Diagram 4	Täckningsgrad för huvuddiagnos, avslutade vårdtillfällen, 1 januari – 30 april 2010, procent	Sida 55
Diagram 5	Genomsnittligt antal diagnoser per avslutat vårdtillfälle, 1 januari – 30 april 2010, procent	Sida 56
Diagram 6a	Andel avslutade vårdtillfällen med minst en registrerad åtgärdskod	Sida 57
Diagram 6b	Andel pågående vårdtillfällen med minst en registrerad åtgärdskod	Sida 58
Diagram 7a	Andel avslutade vårdtillfällen med registrerad psykiatrisk vårdform	Sida 60
Diagram 7b	Andel pågående vårdtillfällen med registrerad psykiatrisk vårdform	Sida 60
Diagram 8a	Andel avslutade vårdtillfällen med permission, 1	Sida 63

januari – 30 april 2010

Diagram 8b Andel pågående vårdtillfällen med permission, 1 Sida 63
januari – 30 april 2010

Bilaga 1: Indikatorer i nationella riktlinjer

Föreslagna indikatorer för Nationella riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni

1. Resultatet på det psykosociala insatsområdet

Indikatornummer	Indikatornamn
INDIKATOR 1.1:	Överdödlighet för patienter med schizofreni-diagnos
INDIKATOR 1.2:	Återintagningar i psykiatrisk slutenvård av patienter med schizofrenidiagnos
U – INDIKATOR 1.3:	Långsiktig boendelösning för personer med psykisk funktionsnedsättning
U - INDIKATOR 1.4:	Hemlöshet hos personer med psykisk funktionsnedsättning

2a. Psykosociala insatser i den specialiserade psykiatrin för personer med schizofreni/liknande tillstånd

Indikatornummer	Indikatornamn
INDIKATOR 2.1:	Tillgång till tidiga och samordnade insatser till personer som är nyinsjuknade i psykosjukdom
INDIKATOR 2.2:	Tillgång till familjeinterventioner
INDIKATOR 2.3:	Tillgång till stöd i föräldraskapet
INDIKATOR 2.4:	Tillgång till integrerad psykologisk terapi
INDIKATOR 2.5:	Tillgång till social färdighetsträning
INDIKATOR 2.6:	Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen
INDIKATOR 2.9:	Tillgång till samordnade vård- och stödinsatser enligt ACT-modellen
U – INDIKATOR 2.10:	Uppföljningskontakt i öppenvården efter utskrivning från slutenvården
U – INDIKATOR 2.11:	Avbrutna insatser
U – INDIKATOR 2.12:	Gemensam utbildning till patient med schizofreni/liknande tillstånd och hans/hennes anhöriga
U – INDIKATOR 2.13:	Psykologisk behandling med KBT vid schizo-

2b. Psykosociala insatser i kommunens socialtjänst för personer med psykisk funktionsnedsättning

Indikatornummer	Indikatornamn
INDIKATOR 2.3:	Tillgång till stöd i föräldraskapet
INDIKATOR 2.5:	Tillgång till social färdighetsträning
INDIKATOR 2.6:	Tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen
INDIKATOR 2.7:	Tillgång till ett varierat utbud av sysselsättningsinsatser
INDIKATOR 2.8:	Hjälp till bostad vid hemlöshet (Housing first)
INDIKATOR 2.9:	Tillgång till samordnade vård- och stödin-satser enligt ACT-modellen

3a. Generella förutsättningar för god vård samt generella aspekter på god kvalitet i hälso- och sjukvårdsprocessen

Indikatornummer	Indikatornamn
INDIKATOR 3.2:	Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landstingspsykiatri
INDIKATOR 3.3:	Uppföljningssystem för insatser på indi-vidnivå
INDIKATOR 3.4:	Etablerade former för brukares och anhö-rigas delaktighet i verksamhetsutveckling-en
INDIKATOR 3.5:	Förekomst av individuell och samordnad plan för personer med schizofre-ni/liknande tillstånd
INDIKATOR 3.6:	Årlig uppföljning av insatser för personer med schizofreni/liknande tillstånd med stöd av etablerade instrument för bedöm-ning/uppföljning
INDIKATOR 3.7:	Årlig uppföljning av BMI-värdet hos per-soner med schizofreni/liknande tillstånd

3b. Generella förutsättningar för god kvalitet samt generella aspekter på god kvalitet i den psykosociala stödprocessen

Indikatornummer	Indikatornamn
INDIKATOR 3.1:	Gemensam inventering av behovet av insatser hos personer med psykisk funk-

	tionsnedsättning
INDIKATOR 3.2:	Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landstingspsykiatri
INDIKATOR 3.3:	Uppföljningssystem för insatser på individnivå
INDIKATOR 3.4:	Etablerade former för brukares och anhörigas delaktighet i verksamhetsutvecklingen
INDIKATOR 3.5:	Förekomst av individuell och samordnad plan för personer med psykisk funktionsnedsättning
INDIKATOR 3.6:	Årlig uppföljning av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning med stöd av etablerade instrument för bedömning/uppföljning

4. Brukar- och anhörigupplevd kvalitet

Indikatornummer	Indikatornamn
INDIKATOR 1:	Brukar- och anhörigföreningarnas upplevelse av delaktighet i verksamhetsutvecklingen

Kvalitetsaspekter som identifierats vara väsentliga att följa upp ur ett brukar- och anhörigperspektiv:

- Brukares upplevelse av livskvalitet/empowerment
- Brukares upplevelse av läkemedelsbiverkningar som begränsar
- aktiviteter i det dagliga livet
- Brukares och anhörigas delaktighet i den individuella och
- samordnade planens innehåll och genomförande
- Information till brukaren om klagomålshantering
- Brukares och anhörigas upplevelse av personalens bemötande
- Brukare som är nöjda med sitt boende
- Brukare som fått stöd i sitt föräldraskap
- Brukare som fått social färdighetsträning
- Brukare som fått arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS
- modellen
- Brukare som fått hjälpmedel för att underlätta delaktighet i
- vård/behandling och i det sociala livet

Indikatorer inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Generella indikatorer

Indikatornummer	Indikatornamn
Indikator 1.1:	Själv mord i befolkningen
Indikator 1.3:	Somatisk slutenvård*) för patienter med depression eller ångestsyndrom
Indikator 1.4:	Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling
Indikator 1.5:	Återintagningar i psykiatrisk heldygnsvård av patienter med bipolär diagnos
Utvecklingsindikator 1.6:	Bedömning av beroendeproblematik med strukturerad intervju för patienter med diagnosen depression, bipolär sjukdom eller ångestsyndrom
Utvecklingsindikator 1.7:	Läkemedelsbehandling och diagnossättning av depression och ångestsyndrom

Riktlinjespecifika indikatorer

Indikatornummer	Indikatornamn
Indikator 2.1:	ECT-behandling vid svår till mycket svår egentlig depressionsepisod
Indikator 2.2:	Behandling med litium respektive antipsykotiska läkemedel för patienter med manisk episod vid bipolär sjukdom
Indikator 2.3:	Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom
Indikator 2.4:	Strukturerad utbildning för att öka patientens kunskap om hennes eller hans bipolära sjukdom
Utvecklingsindikator 2.5:	Interventioner med sammansatta vårdåtgärder och samverkan
Utvecklingsindikator 2.6:	Kontinuitet i läkarkontakten (telefon eller besök) för patienter med egentlig depressionsepisod, bipolär sjukdom eller ångestsyndrom
Indikator/ Utvecklingsindikator 2.7:	Strukturerad självmordsriskbedömning
Indikator/	Internetbaserad KBT-behandling med be-

Utvecklingsindikator 2.8:	handlarstöd för patienter med egentlig depressionsepisod, paniksyndrom eller social fobi
Indikator/ Utvecklingsindikator 2.9:	Psykologisk behandling med KBT vid egentlig depressionsepisod
Indikator/ Utvecklingsindikator 2.10:	Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom
Indikator/ Utvecklingsindikator 2.11:	Uppföljning via telefon eller återbesök minst 2 gånger första månaden efter att läkemedelsbehandling satts in

Bilaga 2: Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Inom ramen för uppdraget genomför myndigheten nationella öppna jämförelser och utvärderingar med utgångspunkt i God vård och omsorg. Denna rapport är ett steg på vägen mot att öppet kunna jämföra och utvärdera psykiatrin.

Följande frågeställning ligger till grund för arbetet. Bedrivs svensk psykiatri i enlighet med de sex kriterierna i God vård, det vill säga är psykiatrin kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik och effektiv samt ges i rimlig tid? I denna rapport speglas psykiatrin dels utifrån övergripande indikatorer och indikatorer från nationella riktlinjer, dels utifrån en kartläggning som beskriver innehållet i den vuxenpsykiatriska öppenvården. Detta ger en indikation på hur vården bedrivs och fungerar samt hur resultatet blir för patienterna. Rapporten är främst en studie av den vuxenpsykiatriska vården som drivs inom ramen för den specialiserade psykiatrins ansvar av vården för de patienter som vårdas där. Därmed ingår inte vård och omsorg som bedrivs inom ramen för primärvården eller socialtjänsten.

Rapporten är uppdelad i tre delar.

- Del 1 fokuserar på God vård och dess områden ur ett övergripande perspektiv och ger exempel på hur man kan följa upp de områden och indikatorer som fastställs i Socialstyrelsens rapport "Nationella indikatorer för God vård".
- Del 2 är en beskrivande del som innehåller en kartläggning av personaltillgången med utgångspunkt från nationell statistik, exempel på hur man i den psykiatriska öppenvården fördelar sin arbetstid, en inventering av innehållet i den öppna psykiatriska vården samt en beskrivning av patientgruppen och till sist ett mindre avsnitt om den slutna psykiatriska vården.
- Del 3 är en öppen jämförelse mellan landsting främst utifrån indikatorer från den nationella riktlinjen för vård vid depressions- och ångestsjukdom och den preliminära riktlinjen för psykosociala insatser för schizofreni.

Utifrån de iakttagelser Socialstyrelsen har kunnat göra i rapporten ges följande rekommendationer och bedömningar:

Utarbeta strategier för att minska den unga befolkningens psykiska ohälsa

- Socialstyrelsen bedömer att det är av stor vikt att utarbeta strategier för att minska den psykiska sjukligheten och att främja den psykiska hälsan hos den unga befolkningen.

Utarbeta gemensam strategi för ansvar för den äldre befolkningens psykiska ohälsa

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

Uppmärksamma samsjukligheten och minska överdödligheten

- Socialstyrelsen bedömer det som mycket viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att olika möjliga mekanismer som påverkar överdödligheten studeras. Den höga överdödlighet som påvisas i rapporten måste minska.

Förbättra rapportering till register

- Socialstyrelsen förutsätter också att den satsning på psykiatriska kvalitetsregister som regeringen nu gör kommer att få effekt och att det därmed i framtiden kommer att gå att använda kvalitetsregistren för uppföljning av psykiatrins processer och resultat.

Bedömning enligt God vård

- Socialstyrelsen har för avsikt att fortlöpande följa upp att den obligatoriska registreringen av åtgärder och annan information till patientregistret genomförs.
- Socialstyrelsen rekommenderar landstingen att uppmärksamma brister i rapporteringen till både kvalitetsregister och patientregistret.

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

Bilaga 3: Psykiatrisk tvångsvård

En nationell endagsinventering av tvångsvården 6 maj 2008

Vården av människor som har berövats sin frihet på grund av psykisk sjukdom måste ägnas en särskild uppmärksamhet och den vård som då erbjuds måste vara av högsta kvalitet. Det gäller alla personer som vårdas under tvångsvårdslagarna: lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), LRV, och lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT. Dessa vårdformer är ofta föremål för debatter, både inom den psykiatriska professionen och hos massmedia och allmänheten. Socialstyrelsen har regelbundet tillämpat användningen av riktade enkäter till psykiatriska verksamheter. Det har varit speciellt angeläget att genomföra inom psykiatriområdet där det ofta saknas andra data.

Socialstyrelsen har inget register som ger aktuell information om hur många patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården eller vilka insatser som ges till patienterna. Det gäller främst inom den psykiatriska tvångsvården. Socialstyrelsen har därför vid flera tillfällen, senast den 6 maj 2008 genomfört endagsinventeringar för att skaffa sig uppgifter om antal patienter och insatserna som ges. Syftet med den senaste inventeringen var att få ett underlag om tvångsvårdens omfattning och innehåll samt att få ett aktuellt underlag för uppföljning av den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård, som trädde i kraft den 1 september 2008.

Metod

Två inventeringsblanketter skickades ut till samtliga psykiatriska kliniker. En verksamhetsblankett användes som innebar att chefsöverläkaren vid varje psykiatrisk klinik lämnade in samlade uppgifter om det totala antalet inskrivna patienter i slutenvården, det vill säga både för frivilligt vårdade patienter (enligt HSL) samt för patienter som vårdades enligt LPT och LRV. Inventeringen innebar också att chefsöverläkaren vid varje psykiatrisk klinik rapporterade vårdförhållanden med mera för varje inskriven patient som vårdades enligt LPT eller enligt LRV (både inlagda och utsläppta). Materialet skulle, förutom att ge en bild av tvångsvårdens omfattning och innehåll vid inventeringstillfället, också ge ett underlag för jämförelse över tid av tvångsvårdens utveckling. Tidigare inventeringsdata från rättspsykiatri finns för åren 1991, 1995 och 2005, varav material från 1995 och 2005 har använts för att göra jämförelse över tid.

Resultatets tillförlitlighet

Materialet får antas vara heltäckande. Jämförelse med tidigare och andra material gör att bortfallet av enskilda patienter i 2008 inventering förmodas vara litet. Bortfall på enskilda frågor är också litet, men varierar lite beroende på vilka förhållanden som ska belysas. Dit hör till exempel upp-

gifterna om insatser för patienterna som ska belysas, speciellt omvårdad/rehabiliteringsinsatser, för vilka en viss underrapportering förmodas. Underrapporteringen beror troligtvis på bristande kännedom om denna typ av insatser jämfört med kännedom om läkemedelsbehandling. Resultatet vad gäller behandlingsinnehållet ska därför beaktas som en indikation på hur innehållet i vården ser ut för de tvångsvårdade patienterna, snarare än en beskrivning av ett faktiskt och väldefinierat vårdinnehåll.

Resultat

Socialstyrelsen redovisade den 16 oktober 2008 [1] en sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008 om omfattning av tvångsvården med så kallade bastabeller som främst redovisade regionala skillnader, antal patienter, kön och ålder.

Socialstyrelsen konstaterade i rapporten att vårdgivarna har svårt att ange vårdens omfattning eftersom det saknas ett sådant informations- och uppföljningssystem att de snabbt och säkert kan få fram uppgifter om antalet vårdplatser och vårdade. Vissa kliniker har därför svårt att redovisa korrekt antal LRV- och LPT-patienter. Beläggningssiffrorna under inventeringsdagen var höga, 99 procent av vårdplatserna var belagda. Det är i ett internationellt perspektiv höga beläggningssiffror och det förekom variation mellan klinikerna. Nästan femtio procent av de cirka 4 000 disponibla vårdplatserna upptogs av tvångsvårdade patienter. Vårdtiderna för LRV-patienterna har blivit längre medan antalet som överlämnas till LRV-vård har minskat de senaste åren.

Socialstyrelsen konstaterade samtidigt att det fanns fler frågor som behövde en mer omfattande analys för att bättre belysa tvångsvårdens innehåll och utveckling. Den 23 februari 2009 publicerade Socialstyrelsen "Innehållet i den psykiatriska tvångsvården" [2] och här dras slutsatser om vilka områden inom den psykiatriska tvångsvården som är i behov av utveckling och förbättring. Rapporten innehåller en analys av data som inhämtades under endagsinventeringen av de patienter som vårdades enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna den 6 maj 2008 och forskning och föreskrifter.

Genom jämförelse med endagsinventeringar som gjorts tidigare år beskrivs utvecklingen i den rättspsykiatriska vården mer än tio år tillbaka när det gäller till exempel antalet patienter, kön- och åldersfördelning, diagnoser, insatser, brottstyp och vårdtider. Det var också det ena av rapportens två huvudsakliga syften. Det andra syftet är att använda inventeringens resultat för att peka på vilka områden i den psykiatriska tvångsvården som behöver utvecklas eller granskas närmare. Analysen identifierade ett antal områden där Socialstyrelsen anser att berörda aktörer bör vidta åtgärder för att den psykiatriska tvångsvården ska uppnå god kvalitet och hög patient-säkerhet.

Socialstyrelsens förslag på åtgärder

Regeringen bör överväga:

Att vidta särskilda åtgärder för att stödja huvudmännen att utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Regeringen har i december 2008

avsatt medel till Sveriges kommuner och Landsting för att organisationens ska kartlägga behovet av heldygnsvård inom psykiatri. Sveriges kommuner och landsting har inte återrapporterat resultaten än. Initiativet bör följas av åtgärder som särskilt fokuserar på innehåll och kvalitet i den psykiatriska tvångsvården. Regeringen bör stödja huvudmännen att:

- minska belastningen inom slutenvården genom att utveckla alternativa vårdformer inom ramen för den egna verksamheten eller tillsammans med kommunerna, eller genom att man utökar resurser för att till exempel starta eller bygga ut mobila team eller genom att antalet vårdplatser utökas
- utveckla vårdprogram eller kvalitetssystem för att garantera en differentierad och behovsanpassad vård inom den psykiatriska tvångsvården för samtliga patienter och för särskilda grupper som till exempel äldre och unga vuxna
- utveckla personalens kompetens så att varierat och behovsanpassat vårdinnehåll kan erbjudas

Sjukvårdshuvudmännen bör:

Utvecklingen med minskade vårdplatser och en större andel av heldygnsvården inom psykiatrin utgörs av vård med stöd av LPT eller LRV. Det finns därmed ett begränsat resursutrymme och en koncentration av patienter med omfattande vårdbehov, vilket påverkar vårdmiljön negativt för såväl personal och patienter. Detta har också ett flertal gånger uppmärksamats av Socialstyrelsens tillsyn. Det åligger huvudmannen att säkra att heldygnsvården bedrivs i sådana former och i en sådan omfattning att kraven på god vård och patientsäkerhet kan säkras.

Vidta särskilda åtgärder för att kvalitetssäkra och utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Det är ett stort ansvar att vårda någon mot dennes vilja och den enskilde bör därför ha rätt att förvänta sig en god vård på jämlika villkor. Det förutsätter att verksamheterna har ett tydligt uppdrag och tillräckliga resurser för att säkra att patienterna erbjuds ett varierat och behovsanpassat vårdutbud.

Säkerställa att äldre, barn- och unga samt de med långa vårdtider får rätt insatser och vårdas på rätt vårdnivå. Huvudmännen bör identifiera dessa grupper i respektive landsting och skaffa sig kunskap om vilka insatser de får. I många fall finns ett behov av samordnade insatser tillsammans med andra berörda huvudmän och detta måste säkerställas genom att sjukvårdshuvudmännen tar sitt ansvar att det finns rutiner och styrdokument för dessa processer.

Säkerställa att patienter med missbruk eller riskbruk får adekvat vård och behandling. Ett stort antal patienter inom den psykiatriska tvångsvården har problem med alkohol eller droger. Det är av stor betydelse för patientens möjlighet till återhämtning och för att minska risken för återfall i brott. Det finns en underrapportering av patienternas missbruk och det är huvudmannens ansvar att säkra att det finns tillräckligt med kompetens och resurser i psykiatrin för att identifiera och behandla missbruk och riskbruk, samt att det finns rutiner och styrdokument för samarbete med andra aktörer som har ansvar inom området.

Säkerställa barnperspektivet och utveckla stödet till närstående. Bland de som vårdas med stöd av LRV och LPT finns en relativ stor grupp som har barn. Det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att säkra att de som möter dessa patienter har ett tydligt uppdrag och tillräcklig kompetens att ge barnen nödvändig information, ett gott och tryggt bemötande, samt att det finns rutiner för kontakter med till exempel socialtjänst. Anhöriga och närstående i patientens nätverk är viktiga faktorer för rehabilitering och återhämtning. Sjukvårdsmannens ansvar att de verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård har uppdrag, resurser och kompetens att tillgodose detta behov.

Kvalitetssäkra läkemedelsbehandlingen och genomför läkemedelsgenomgångar av vissa preparat och kring vissa patientkategorier. Det gäller främst behandlingen med antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och behandling med dessa läkemedel samt psykostimulantia till patienter som inte har en diagnos som stödjer behandlingen.

Utvecklingsområden

Socialstyrelsen ska utveckla ett system för att löpande och periodvis kunna inhämta information om patienter som tvångsvårdas för att kunna uttala oss hur många som vårdas en aktuell dag och om hur kvaliteten är för de insatser som ges. Från och med 2009 gäller nya regler för rapportering av vårdtillfällen enligt LPT och LRV till patientregistret. Första inrapporteringsdag för uppgifterna var i april 2010. Uppgifterna innehåller basdata om patienten och angiven vårdform, vilka tvångsåtgärder som vidtagits och behandlingsinsatser som genomförts. Syftet är att på ett bättre sätt kunna beskriva tvångsvårdens innehåll och utveckling genom tillgång till säkra och jämförbara data.

- Fortsätta att följa den nya vårdformen – öppen rättspsykiatrisk vård och öppen rättspsykiatrisk vård. Utarbeta olika indikatorer utifrån god vård och god socialtjänst som fångar de gemensamma ansvar som landsting och kommuner har för dessa patienter som tvångsvårdas ute i samhället.
- Utforma en enkät för insamling av uppgifter om den specialiserade psykiatrins verksamhet på strukturnivå som kan användas som datakälla för framtagna indikatorer inom ramen för Nationella riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni. Det gäller de indikatorer som speglar mer generella förutsättningar för en evidensbaserad praktik samt om den specialiserade psykiatrin kan erbjuda rekommenderade psykosociala insatser. (hösten 2010)
- Utarbeta lämpliga mått för att beskriva utvecklingen den specialiserade psykiatrins utveckling på strukturnivå.

Uppföljning av en ny vårdform – öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

Den 1 september 2008 trädde en ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården i kraft. Vårdformen benämns öppen psykiatrisk tvångsvård i lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) (nedan kallad LPT) och i lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) (nedan kallad LRV). Syftet

med den nya vårdformen är att tillgodose vårdbehovet hos de patienter som inte kan ta emot nödvändig psykiatrisk vård på frivillig väg, men som inte behöver vårdas på en sjukvårdsinrättning för att kunna ges psykiatrisk vård.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp den öppna psykiatriska tvångsvården och öppna rättspsykiatriska vården i enlighet med regeringsuppdraget (S2006/9394/HS (delvis), S2007/551/HS (delvis), S2008/711/HS, S2008/4407/HS, S2008/8416/HS (delvis)). Socialstyrelsen lämna en delrapportering av uppdraget 1 juli 2009 och en slutrapport senast den 1 juli 2010.

Slutrapporteringen ska bland annat redovisa:

- antalet LPT- respektive LRV – vårdade patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård,
- vilka särskilda villkor som fastställs för patienternas vård,
- vilka insatser som patienterna får av hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt från andra aktörer,
- samverkan mellan olika huvudmän och myndigheter kring patienter som vårdas i den nya vårdformen,
- förekomsten av vårdplaner, dess innehåll och kvalitet,
- fortbildning för personal som kommer i kontakt med personer inom den nya vårdformen,
- patienter och anhörigas erfarenheter av den nya vårdformen,
- anledningar till eventuella återintagningar samt dess antal

Socialstyrelsen ska därutöver redovisa eventuella ytterligare aspekter som myndigheten bedömer som relevanta för att analysera användningen och konsekvenserna för den slutna psykiatriska vården beaktas.

Metod

Alla förvaltningsdomstolar ska enligt 21 § FPRV skicka in samtliga domar som gäller överföring till öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har granskat och registrerat dessa domar för att bedöma om:

- patienten ger sitt medgivande eller är informerad om att tvångsvården fortsätter i öppen vårdform,
- vilka särskilda villkor som patienten ska följa,
- det finns hänvisning till samordnade vårdplan i förvaltningsdomstolarnas underlag,
- det framgår av förvaltningsdomarna vilka insatser som görs och vilket ansvar som landsting, kommuner och patienter har

I granskningen av förvaltningsdomarna framgick att vissa beslut innehöll ringa information och att ovanstående punkter därför var problematiska att utvärdera. Det framgick inte alltid av domslutet vilket underlag förvaltningsdomstolen hade haft för sina beslut. Socialstyrelsen begärde därför in samordnade vårdplaner för 40 procent av patienterna som befann sig i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. En jurist har

utifrån ett juridiskt perspektiv studerat de förvaltningsdomar för vilka samordnade vårdplaner insamlats.

Generella slutsatser

Utifrån de idag tillgängliga uppgifterna om patienter som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård tycks vårdformen omfatta de patientgrupper för vilken vårdformen var tänkt. Det handlar i första hand om patienter som har vårdas under lång tid eller som under lång tid har haft flera vårdkontakter och där den frivilliga vården inte varit tillräcklig för att undvika att patienten återinsjuknar. Främst gäller det patienter som snabbt avbryter sin medicinering och som i samband med detta snabbt försämras i sin sjukdom. Patientgruppen som idag vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller i öppen rättspsykiatrisk vård överensstämmer väl med de patienter som vid endagsinventeringen av den psykiatriska tvångsvården 6 maj 2008 var på permission avseende ålder, vårdtid och kön.

Socialstyrelsen menar att det är av stor betydelse att den fortsatta uppföljningen av den öppna vårdformen utförs så att både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser följs upp samtidigt. De insatser som den enskilde patienten får är oftast insatser som ges från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten och är i regel varandras förutsättningar för att den enskilde ska få en effektiv vård och stöd.

Socialstyrelsen anser att det i högre grad än vad som nu är fallet bör framgå att ansvaret för de insatser som patienten är i behov av är huvudmännens ansvar. I det underlag som Socialstyrelsen inhämtat formuleras de särskilda villkoren och insatserna i huvudsak som ett ansvar för patienten, exempelvis att patienten ska ta emot behandling och stöd istället för att huvudmännen ska se till att insatserna ges på ett sådant sätt att det motiverar patienten att ta emot insatsen.

Rapporten avlämnas till regeringen senast den 1 juli 2010 och den innehåller mer utförlig information om tillämpningen av de nya reglerna, särskilda villkor och innehåll i de samordnade vårdplanerna och Socialstyrelsens förslag på åtgärder.

Referenser

- [1] Tvångsvården 2008, Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008, Socialstyrelsen, Stockholm, 2008.
- [2] Innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.

Bilaga 4: Extramaterial

I denna bilaga redovisas extramaterial för den intresserade läsaren från sidorna 45ff i avsnittet *Psykiatrisk tvångsvård, Redovisning av första tertiet 2010* i kapitlet *Lägesbeskrivning av verksamhet och insatser*.

Utskrivningar

Fördelning av avslutade vårdtillfällen och patienter över sjukhus.

Tabell 1. Antal avslutade vårdtillfällen respektive patienter per sjukhus, 1 januari - 30 april 2010

Sjukhus	Antal avslutade vårdtillfällen	Antal utskrivna patienter
Akademiska sjukhuset	138	110
Ankarets behandlingshem	111	68
Arvika sjukhus	17	13
Beroendecentrum	231	187
Blekingesjukhuset	53	50
Danderyds sjukhus	232	135
Falu lasarett	1	1
Gällivare lasarett	7	6
Gävle sjukhus	45	43
Halmstads sjukhus	51	42
Helsingborgs lasarett	110	93
Huddinge sjukhus	369	252
Hudiksvalls sjukhus	65	55
Hässleholms sjukhus	13	12
Högländssjukhuset	57	34
Karlstads sjukhus	42	38
Karolinska sjukhuset	130	88
Karsuddens sjukhus	15	13
Kristianstads sjukhus	43	28
Kristinehamns sjukhus	12	10
Kungälv sjukhus	27	24
Landskrona lasarett	16	12
Lindegårdens behandlingshem	53	34
Lindesbergs lasarett	1	1
Länssjukhuset Kalmar	52	44
Löwenströmska sjukhuset	106	68
Mariamottagningarna	13	8
Motala lasarett	12	10
Mälarsjukhuset	86	72
NU-sjukvården	85	77
Nacka sjukhus	50	30

Norrlands Universitetssjukhus	131	108
Nyköpings sjukhus	103	86
Piteå Älvdals sjukhus	38	33
Rosenlunds sjukhus	42	35
Ryhov, länssjukhus	123	102
S:t Görans sjukhus	611	423
S:t Sigfrids sjukhus	63	52
Sahlgrenska universitetssjukhuset	491	383
Sjukhuset i Kristianstad	21	20
Skaraborgs sjukhus	70	62
Skellefteå lasarett	62	55
Sunderbyns sjukhus	108	84
Sundsvalls sjukhus	82	70
SÅ-sjukvården	91	81
Säters sjukhus	81	65
Södertälje sjukhus	75	48
Trelleborgs lasarett	26	7
Universitetssjukhuset MAS	279	182
Universitetssjukhuset i Linköping	41	36
Universitetssjukhuset i Lund	129	96
Universitetssjukhuset Örebro	87	76
Vantörs psyk. sektor	39	36
Varbergs sjukhus	68	56
Visby lasarett	22	21
Vrinnevisjukhuset	84	74
Värnamo sjukhus	13	7
Västerviks sjukhus	41	30
Västerås lasarett	114	101
Ystads lasarett	16	6
Ytterö behandlingshem	18	16
Ängelholms sjukhus	10	4
Östersunds sjukhus	65	62
TOTALT	5 487	4 175

Pågående vårdtillfällen

Sjukhusfördelningen för de patienter som den 30 april 2010 vårdades med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), LRV.

Tabell 2. Antal pågående vårdtillfällen per sjukhus, 30 april 2010

Sjukhus	Antal pågående vårdtillfällen
Akademiska sjukhuset	74
Ankarets behandlingshem	10
Arvika sjukhus	5
Blekingesjukhuset	19
Danderyds sjukhus	32

Gällivare lasarett	16
Gävle sjukhus	22
Halmstads sjukhus	15
Helsingborgs lasarett	26
Huddinge sjukhus	74
Hudiksvalls sjukhus	8
Hässleholms sjukhus	13
Högländssjukhuset	11
Karlstads sjukhus	9
Karolinska sjukhuset	11
Karsuddens sjukhus	152
Kristianstads sjukhus	7
Kristinehamns sjukhus	29
Kungälv sjukhus	6
Landskrona lasarett	4
Lindegårdens behandlingshem	6
Länssjukhuset Kalmar	13
Löwenströmska sjukhuset	89
Mariamottagningarna	6
Motala lasarett	95
Mälarsjukhuset	35
NU-sjukvården	68
Nacka sjukhus	19
Norrlands Universitetssjukhus	29
Nyköpings sjukhus	45
Piteå Älvdals sjukhus	97
Rosenlunds sjukhus	5
Ryhov, länssjukhus	21
S:t Görans sjukhus	86
S:t Sigfrids sjukhus	141
Sahlgrenska universitetssjukhuset	135
Sjukhuset i Kristianstad	9
Skaraborgs sjukhus	74
Skellefteå lasarett	43
Sunderbyns sjukhus	43
Sundsvalls sjukhus	158
SÄ-sjukvården	26
Säters sjukhus	91
Södertälje sjukhus	12
Trelleborgs lasarett	1
Universitetssjukhuset MAS	87
Universitetssjukhuset i Linköping	38
Universitetssjukhuset i Lund	48
Universitetssjukhuset Örebro	59
Vantörs psyk. sektor	3
Varbergs sjukhus	35
Visby lasarett	8
Vrinnevisjukhuset	44
Västerviks sjukhus	33
Västerås lasarett	82

Ystads lasarett	5
Ytterö behandlingshem	24
Ängelholms sjukhus	1
Östersunds sjukhus	29
TOTALT	2 386