



Årsrapport 2020

Inledning

Under året som gått sedan Q-bups första årsrapport har vi arbetat tillsammans med anslutna verksamheter för att vidareutveckla och förädla innehållet. Föreliggande rapport visar resultatet av det arbetet. Det är vår förhoppning att rapporten blir utgångspunkt för fortsatt utveckling av kvalitetsindikatorer och analyser i nära samarbete mellan registret och de anslutna verksamheterna.

Tack till Ludwig Andersson, Rebecka Bertilsson och Jan Ekelund (statistiska beräkningar och kritiska frågor) och Camilla Lansvén (projektledning och ordning och reda) vid registercentrum Västra Götaland, utan vilkas insatser rapporten inte blivit färdig!

Stockholm i augusti 2021

Olle Lindvall
registerhållare

registerhallare@qbup.se

www.qbup.se

Innehållsförteckning

Inledning	3
1 Bakgrund	7
1.1 Registret.....	7
1.2 Om Kvalitet	7
1.2.1 Kvalitetens olika dimensioner	7
1.2.2 Olika aspekter att belysa	8
1.2.3 Kvalitetsmatrisen.....	8
1.3 Vårdprocessen i barn och ungdomspsykiatri	9
1.4 Att mäta resultat	9
1.4.1 CGAS (behandlarskattad global funktionsnivå).....	9
1.4.2 SDQ (själv- och föräldraskattad symtombelastning/psykisk ohälsa)	9
1.4.3 KIDSCREEN-10 (hälsorelaterad livskvalitet)	10
1.4.4 ESQ (patientupplevd vårdkvalitet).....	10
1.4.5 BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview).....	10
1.5 Anslutningsgrad.....	11
1.6 Registreringar i Q-bup	11
1.7 Täckningsgrad	12
1.8 Datakvalitet – ”FUPS data”	12
1.9 Grupper som används i rapportens analyser	12
1.9.1 Alla aktuella vårdåtaganden under 2020	12
1.9.2 Vårdåtaganden som avslutats under 2020	12
1.9.3 Patienter med Vårdbegäran mellan 2019-07-01 - 2020-06-30	12
2 Kvalitetsindikatorer	13
2.1 Vårdplan	13
2.2 Diagnostisk screening.....	13
2.3 Strukturerad suicidrisk-bedömning	13
2.4 KBT vid depression	13
2.5 KBT vid ångesttillstånd.....	14
2.6 KBT vid OCD & rel. tillstånd	14
2.7 Uppföljning vid insättning av ADHD-läkemedel	14
2.8 Uppföljning vid insättning av SSRI.....	14
3 Behandlingsresultat	15
3.1 Säkerställd förbättring	15
3.1.1 Förbättring per tillståndsgrupp	16
3.1.2 Förbättring - åldersgrupperat.....	16
3.2 Förändring av funktionsnivå.....	16
4 Nya patienter: Det första halvåret med BUP	17
4.1 Prioritering i förhållande till initial funktionsnivå	17
4.1.1 Riket	17
4.1.2 Region Gävleborg	18
4.1.3 Region Kalmar	18
4.1.4 Region Stockholm	18
4.1.5 Region Jämtland- Härjedalen.....	18
4.1.6 Region Skåne	19
4.1.7 Region Östergötland.....	19
4.2 Insatser under det första halvåret inom BUP	19
4.2.1 Läkemedelsbehandling	19
4.2.2 Diagnostisk screening	19
4.2.3 Vårdplanering	20
4.2.4 Suicidriskbedömning.....	20
4.2.5 Läkarbesök	20
4.2.6 Samtal med psykolog	20
4.2.7 Samtal med kurator	21
4.2.8 Sjuksköterskebesök	21
4.2.9 Funktionsnivåbedömning (CGAS).....	21
4.2.10 Själv-/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire.....	21
4.2.11 Tillståndsd diagnos	22
4.2.12 Samordnad Individuell Plan (SIP)	22
5 Resursfördelning	23
6 Aktuella patienter i registret 2020	24
6.1 Nya – Pågående – Avslutade	24
6.1.1 Region Gävleborg	24

6.1.2	Region Kalmar.....	24
6.1.3	Region Stockholm.....	24
6.1.4	Region Jämtland-Härjedalen.....	24
6.1.5	Region Skåne.....	25
6.1.6	Region Östergötland.....	25
6.2	Köns- och åldersfördelning.....	26
6.3	Funktionsnivå.....	27
6.4	Diagnospanorama för aktuella patienter.....	28
6.5	Genomförda insatser för aktuella patienter.....	29
6.5.1	Behandlingspanorama.....	29
6.5.2	Samverkan.....	30
7	Referenser.....	31

1 Bakgrund

I Sverige beräknas att omkring var tjugonde 0-17-åring är patient inom barn- och ungdomspsykiatri under ett kalenderår. Många av de behandlingsmetoder (farmakologiska och psykologiska) som står till buds är otillräckligt beforskade och tillämpas därför endast med stöd av beprövad erfarenhet. Även kunskapen om hur de metoder som har evidensstöd fungerar när de tillämpas i en komplex klinisk vardag med samsjuklighet och olika slag av yttre belastningsfaktorer är idag bristfällig. Det saknas systematisk kunskap om hur vårdprocesser och vårdkedjor fungerar inom BUP liksom om vilka behandlingsmetoder som erbjuds vilka patientgrupper och vad detta ger för resultat.

1.1 Registret

Q-bup samlar information som finns fragmenterad och spridd i olika dokumentationssystem om patientens tillstånd och väg genom vårdprocessens olika steg, de bedömningar som görs av vården och om de beslut som fattas vid olika tidpunkter. Detta möjliggör analyser av ledtider mellan vårdprocessens olika steg, av avvikelser från den tänkta strukturen och hur vårdprocessen ser ut för olika patientgrupper.

Registret syftar till att bidra till bättre förutsättningar för systematisk verksamhetsutveckling, förbättringsarbete och egenkontroll inom barn- och ungdomspsykiatri genom att:

- Öka kunskapen om vilka patientgrupper BUP möter och hur vårdprocesserna ser ut för dessa patienter.
- Öka kunskapen om vilka bedömnings- och behandlingsåtgärder som vidtas för BUP:s patienter och i vilken mån de överensstämmer med gällande riktlinjer
- Att öka kunskapen om hur väl de insatser som huvudsakligen grundas på beprövad erfarenhet fungerar.
- Öka kunskapen om hur väl evidensbaserade metoder fungerar när de tillämpas i den kliniska vardagen.

Q-bup bygger uteslutande på data som av vårdgivaren överförs till registret från journal- och patientadministrativa system. Det finns inget gränssnitt för manuell registrering av data.

Under en övergångsperiod kan data i avvaktan på att den nationella infrastrukturen med tjänstekontrakt är tillräckligt mogen och har implementerats på bred front föras över till registret genom uppladdning av datafiler. För detta ändamål har vi utvecklat ett försystem som kan ta emot filöverföringar och förbereda data för import via tjänstekontrakt till registret.

1.2 Om Kvalitet

Kvalitetsbegreppet i hälso- och sjukvård komplext och mångdimensionellt. Det är därför värdefullt med kvalitetsindikatorer som täcker olika aspekter av kvalitet.

1.2.1 Kvalitetens olika dimensioner

Världshälsoorganisationen (2006) har definierat sex dimensioner av god vård som bör ingå i ett kvalitetsbegrepp för hälso- och sjukvård och som därmed bör vara föremål för löpande förbättringsarbete. Dessa dimensioner är:

- **Effektiv:** Vården använder den evidensbas som finns och resulterar i bättre hälsa utifrån behov
- **Kostnadseffektiv:** Maximerar resursutnyttjandet och undviker slöseri.
- **Tillgänglig:** Vården ges i tid och på ett rimligt avstånd.
- **Patientcentrerad:** Vården tar hänsyn till individens önskemål och strävanden samt till kulturen i det sammanhang där vården ges.
- **Jämlig:** Vårdens kvalitet varierar inte med till exempel kön, ras, hemort eller social och ekonomisk status
- **Säker:** Vården minimerar risker och skada för patienter.

1.2.2 Olika aspekter att belysa

Donabedian (1966) utvecklade med början under sextiotalet en modell för att beskriva kvalitet i hälso- och sjukvård som står sig än idag. I den definierar han tre grundläggande aspekter som behöver belysas:

- **Struktur (Vad man har):** Handlar om sådant som resurser och ramar. Vad man har för lokaler, bemanning (Tillräckligt med personal för att klara uppdraget?), geografiska och demografiska förutsättningar (*Hur långt har patienterna till mottagningen? Hur ser befolkningsunderlaget ut?*), kompetens (*Finns det någon familjeterapeut? Läkare?*) och lagar och regler som styr verksamheten.
- **Process (Hur man gör):** Handlar om hur vården går till. *Hur mycket? Hur ofta? Vem gör vad? I vilken ordning? Hur länge får man vänta? Vem får vilken behandling?* Förmågan att göra som man bestämt att man ska göra är sannolikt en av de viktigaste kvalitetsfaktorerna i en vårdorganisation.
- **Resultat (Hur det går):** Här är grundfrågan *'Hur går det för patienten?'* I andra delar av sjukvården kan man titta på hur många patienter som lever fem år efter ingreppet eller hur många knäproteser som måste bytas ut men i ett barn- och ungdomspsykiatriskt sammanhang behöver vi kvantifiera den belastning patienten bär av sina symtom eller den funktionsnedsättning symtomen medför. Det här rör sig om fenomen som är komplexare att mäta än direkt observerbara fenomen som blodtryck, längd eller vikt

1.2.3 Kvalitetsmatrisen

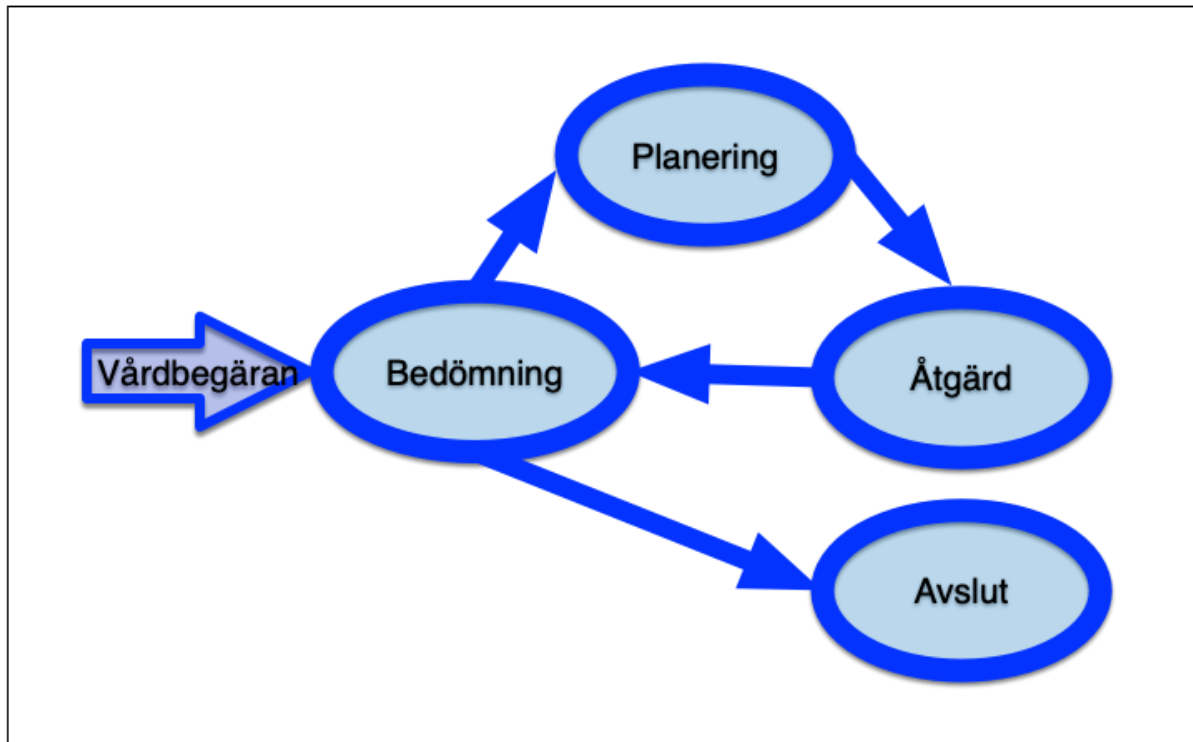
Om vi kombinerar WHO:s kvalitetsdimensioner med Donabedians idé om kvalitetsaspekter kan vi sätta samman en matris som kan hjälpa oss att förstå hur brett eller smalt våra kvalitetsindikatorer och analyser belyser vårdens kvalitet.

Tabell 1: Q-bups kvalitetsindikatorer relaterade till kvalitetsbegreppets olika dimensioner.

	Struktur*	Process	Resultat
Effektiv		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostisk Screening • KBT vid OCD • KBT vid depression • KBT vid ångest 	<ul style="list-style-type: none"> • Säkerställd förbättring • Förändrad funktionsnivå
Kostnads-effektiv			
Tillgänglig			<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering i förh t funktionsnivå
Patient-centrerad		<ul style="list-style-type: none"> • Vårdplan 	
Jämlik		<ul style="list-style-type: none"> • Resursfördelning 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatser under första halvåret
Säker		<ul style="list-style-type: none"> • Suicidriskbedömning • Uppföljning efter insättning av SSRI • Uppföljning efter insättning av ADHD-läkemedel 	

*Strukturfaktorer är till största del är gemensamma för en verksamhets alla patienter och därför inte faktorer som i första hand lämpar sig att följa i ett register. För BUP finns många relevanta strukturindikatorer samlade i rapporten Psykiatri i siffror - Barn- och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2020 (Uppdrag Psykisk Hälsa 2021)

1.3 Vårdprocessen i barn och ungdomspsykiatri



Figur 1: Vårdprocessen.

En vårdepisod inom barn- och ungdomspsykiatri inleds med vårdbegäran (flertalet familjer söker själva, men många remitteras också från elevhälsa eller vårdgrannar). Accepterad vårdbegäran följs av en inledande bedömning som leder till beslut om vårdåtagande skall inledas eller ej. Vårdåtagandet innebär beslut om insatser som kan utgöras av fördjupad bedömning/utredning, stöd, psykoedukation eller behandling. Vårdåtagandet formuleras i en vårdplan. När åtgärderna i vårdplanen följs upp görs förnyad bedömning och nytt ställningstagande till patientens vårdbehov som kan innebära nya beslut om åtgärder (ny/reviderad vårdplan) eller avslut av vårdåtagande. Åtgärdsbeslut kan också innefatta remisser till eller samverkan med vårdgrannar eller andra vårdnivåer inom BUP-organisationen. I sådant fall kan samordnad individuell plan (SIP) upprättas. BUP-patienter med mer komplex eller omfattande problematik behandlas ofta parallellt på flera olika enheter och vårdnivåer (Lokal mottagning, mellanvård, heldygnsvård eller subspecialiserad öppenvård).

1.4 Att mäta resultat

Användande av PROM/PREM (patient reported outcome/experience measures) för att mäta patientens funktionsnivå och symtombelastning är ett av de angelägnaste utvecklingsområdena om psykiatrisk verksamhet på allvar ska kunna få en systematisk bild av hur det går för patienterna. Dessa mätningar bör vara en del av vårdprocessen på samma sätt som exempelvis laboratorieundersökningar i andra specialiteter. Utvecklingen av PROM/PREM är därför inte i första hand en fråga om registerutveckling. (Q-bup är byggt för att kunna ta emot och använda resultaten från alla vanligt förekommande PROM/PREM-mått) Utmaningen ligger i att integrera dessa mätningar i vårdprocessen och det är en utveckling vi som register uppmanar alla att inleda, och understödjer på de sätt vi kan. Utvecklingen försvaras av brist på fungerande lösningar där patienter kan fylla i formulär på webben och där resultatet av skattningarna blir tillgängligt som stöd i den kliniska processen. Om vi ska uppnå höga svarsfrekvenser måste verksamheter kunna använda de självskattningsformulär och bedömningsinstrument som har klinisk relevans mot bakgrund av lokala förutsättningar som casemix och arbetsätt.

1.4.1 CGAS (behandlarskattad global funktionsnivå)

Detta är en endimensionell skala från 1-100 för global funktionsnivå som utvecklades i början av åttiotalet (Shaffer m.fl. 1983) och som har validerats efter svenska förhållanden (Lundh et al 2010, Lundh 2012). Sedan 2015 finns en fritt tillgänglig webbutbildning (www.cgas.se) för träning och kalibrering av CGAS-bedömning. Funktionsbedömning med CGAS vid vårdåtagandets inledning och avslutning utförs rutinmässigt vid praktiskt taget alla landets BUP-enheter och utgör därmed idag en de-facto-standard i landets BUP-verksamheter.

Det är en tydlig rekommendation från registrets sida att man i BUP-verksamheterna kompletterar CGAS-bedömningen med patient-/föräldrapporterade mått och vi rekommenderar då i första hand tre formulär:

1.4.2 SDQ (själv- och föräldraskattad symtombelastning/psykisk ohälsa)

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) är ett frågeformulär som används såväl inom klinisk verksamhet som i epidemiologiska undersökningar i befolkningen. SDQ mäter symptom inom flera olika diagnoskluster. Formu-

läret utvecklades ursprungligen av Goodman (1997, 1999) och finns nu översatt till ett stort antal språk. SDQ är sannolikt det internationellt mest använda formuläret för resultatmätning i barn- och ungdomspsykiatri och används i nationell skala i bland annat Storbritannien, Nya Zeeland, Australien och Nederländerna. Uppföljningsformuläret innehåller även frågor om patientnöjdhet och upplevd vårdkvalitet.

1.4.3 KIDSCREEN-10 (hälsorelaterad livskvalitet)

KIDSCREEN-10 är ett standardiserat självskattningsinstrument för hälsorelaterad livskvalitet i åldrarna 8-18 år. (Ravens-Sieberer 2010) KIDSCREEN-10 är kort, finns på många språk, har goda psykometriska egenskaper och används i liknande sammanhang i många länder.

1.4.4 ESQ (patientupplevd vårdkvalitet)

Ungas uppfattning om kvalitet i psykiatrisk vård är ett hittills alltför utforskat område. I en metaanalys (Biering 2010) framhålls ett fåtal instrument som tillräckligt genomarbetade. Ett av dessa är Experience of service questionnaire (ESQ) som har utvecklats inom National Health Service (NHS) i Storbritannien (Attride-Stirling 2003) och mäter upplevd vårdkvalitet i samband med kontaktens avslutning. Instrumentet finns som föräldraskattning för barn 0-18 år och för självskattning i åldrarna 9-18. ESQ har prövats inom BUP i Stockholm med tillfredsställande resultat. Mätningar med ESQ eller annat PREM-formulär kan behöva samordnas med den nationella patientenkät inom barn- och ungdomspsykiatri som för genomförs med oregelbundna intervall.

1.4.5 BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview)

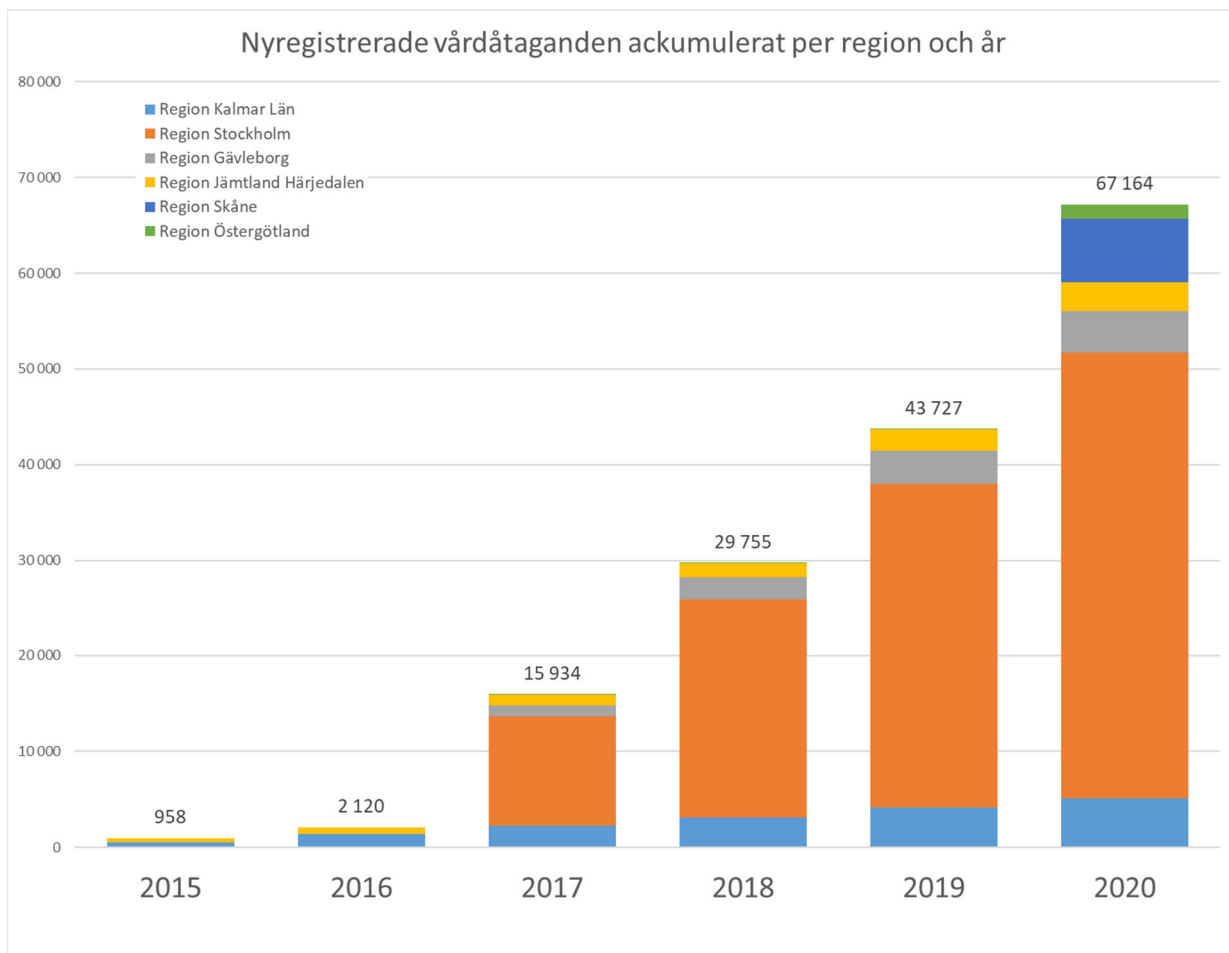
Datorstödd telefonintervju för symtomscreening, triagering och uppföljning (Cunningham m.fl. 2008, Boyle m.fl. 2008) som används eller är under införande i en stor del av landets BUP-verksamheter och är utvärderad under svenska förhållanden med gott resultat (Andersson 2019). Q-bup har inlett samarbete med BCFPI i Sverige för att göra det möjligt att använda BCFPI-data i Q-bup-registreringar.

1.5 Anslutningsgrad

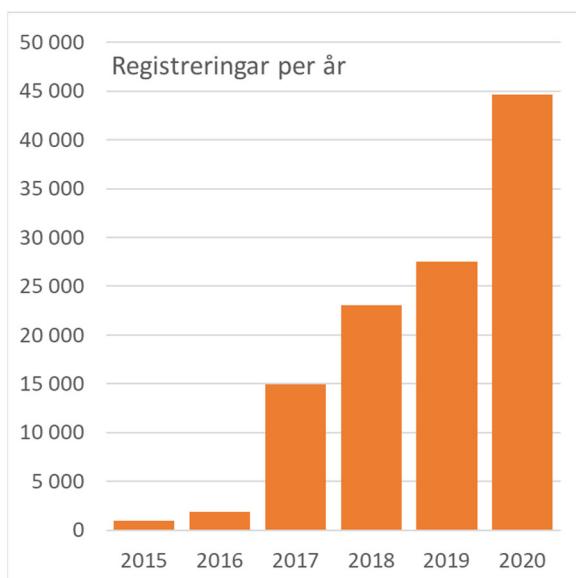
Barn- och ungdomspsykiatrisk vård finns i samtliga regioner. Under 2020 rapporterade sex av dessa till Q-bup. Ytterligare två regioner har anslutit 1/1 2021. Vid ingången av 2021 innebär detta att de anslutna verksamheterna ansvarar för barn- och ungdomspsykiatrisk vård till 58 % (2020: 48 %) av landets befolkning i åldern 0-17 år.

1.6 Registreringar i Q-bup

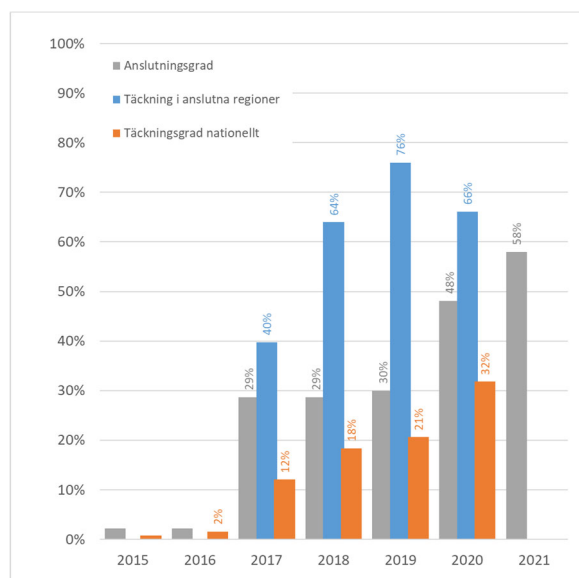
vid årsskiftet 31/12 2020 har 67 164 vårdåtaganden nyregistrerats i Q-bup sedan starten 2015.



Figur 2 Nyregistrering av vårdåtaganden per region ackumulerat per år.



Figur 3 Vårdepisoder med ny- och/eller uppföljningsregistreringar per år



Figur 4 Täcknings- och anslutningsgrad per år samt täckningsgrad för anslutna regioner

1.7 Täckningsgrad

I rapporten *Psykiatri i siffror - Barn- och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2020* (Uppdrag Psykisk Hälsa 2021) framgår hur stor del av regionernas 0-17-åringar som under året haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Med hjälp av befolkningstal från SCB kan vi beräkna antalet aktuella patienter som ligger till grund för täckningsgradsberäkningen. För 2020 blir då täckningen i de anslutna regionerna 66 % och i förhållande till hela landet 32 %. Uppgifterna i *Psykiatri i siffror* inkluderar för några regioner även första linjens vård för psykisk ohälsa, varför vi kan anta att den här beräknade täckningsgraden är i underkant då Q-bup endast redovisar data från den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri.

1.8 Datakvalitet – "FUPS data"

När vi väljer att använda råa data från vårddokumentation och patientadministrativa system, blir en konsekvens betydande osäkerheter kring datakvaliteten. I Storbritannien har Miranda Wolpert och andra (Wolpert m.fl. 2016, Wolpert & Rutter 2018) påtalat å ena sidan nödvändigheten av att faktiskt använda de bristfälliga data som står till buds, och å andra sidan vikten av försiktighet med slutsatser och tolkning och av att tydligt redovisa bristerna när data är *'Flawed, Uncertain, Proximate and Sparse – FUPS'*, vilket på svenska närmast skulle översättas till *'Bristfälliga, Osäkra, Näraliggande och Glesa – BONG'*. När vi använder och sammanställer rutinmässigt registrerade och dokumenterade uppgifter från vården kan vi genom att tydliggöra brister bidra till att kvaliteten på registrerade uppgifter ökar över tid.

I arbetet med analyser till den här rapporten har vi brottats med sådana problem, och det är först när registrets utdatafunktioner kom på plats under 2017 som de anslutna verksamheterna börjat kunna värdera och validera de uppgifter man rapporterat. Som en följd av detta har rapporteringen av åtgärder ökat betydligt under 2018-20, men vi bedömer att det fortfarande finns en viss underrapportering av bland annat behandlingsåtgärder och samverkan som behöver åtgärdas med bättre dokumentationsrutiner och -struktur. En annan, mera oväntad svårighet är att det inte är möjligt att få ut uppgifter om läkemedels-ordinationer från vårddokumentationssystemet i Region Gävleborg. Sammantaget tror vi oss alltså idag se en viss underrapportering av åtgärder i vården, och detta kan antas gälla i synnerhet de nyanslutna regionerna Skåne och Östergötland, men bedömer inte att data i övrigt har allvarligare brister.

1.9 Grupper som används i rapportens analyser

1.9.1 Alla aktuella vårdåtaganden under 2020

Antalet vårdåtaganden (vårdepisoder) som varit aktuella (påbörjade men inte avslutade) vid något tillfälle under 2020 uppgår i registret till 44 928. (Vårdåtagandet kan alltså påbörjats före 2020). Av dessa har 38 304 minst en registrerad vårdkontakt under året och 27 722 har minst 4 vårdkontakter registrerade i vårdåtagandet.

1.9.2 Vårdåtaganden som avslutats under 2020

Antalet vårdåtaganden (vårdepisoder) som avslutats under 2020 uppgår till 17 084. Dessa vårdåtagande kan ha påbörjats under 2020 eller tidigare. Av dessa har 7 802 minst 4 registrerade vårdkontakter och av dessa i sin tur har 5 569 (71 %) funktionsnivåbedömning med CGAS i såväl början som slutet av vårdåtagandet.

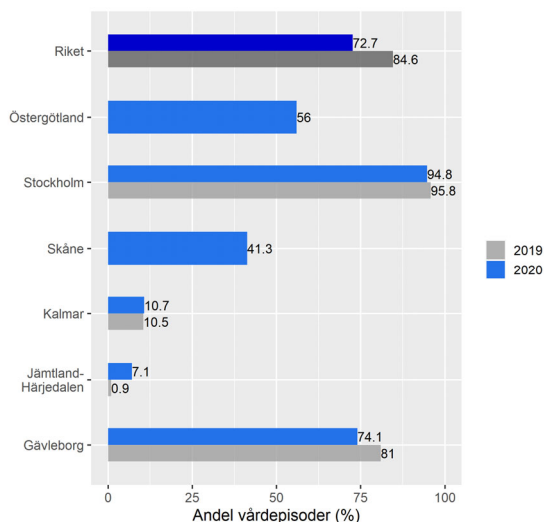
1.9.3 Patienter med Vårdbegäran mellan 2019-07-01 - 2020-06-30

Antalet individer med en ny vårdbegäran registrerad under perioden 2019-07-01 till 2020-06-30 uppgår till 14 268. Av dessa har 9 129 (62 %) en registrerad första funktionsnivåbedömning med CGAS

2 Kvalitetsindikatorer

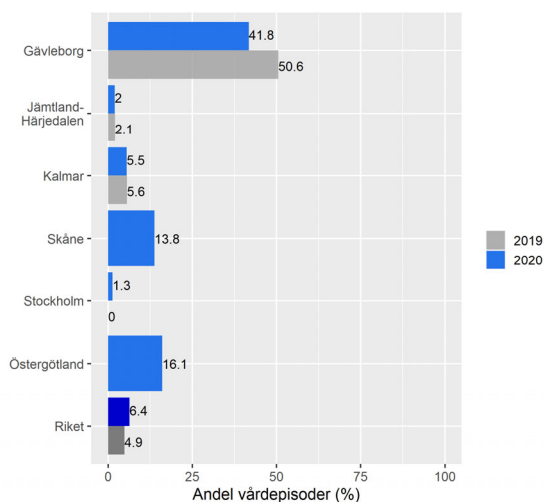
Under det år som gått sedan den förra årsrapporten har vi tillsammans med registrets styrgrupp och representanter för anslutna verksamheter gått igenom och reviderat den ursprungliga uppsättningen kvalitetsindikatorer.

2.1 Vårdplan



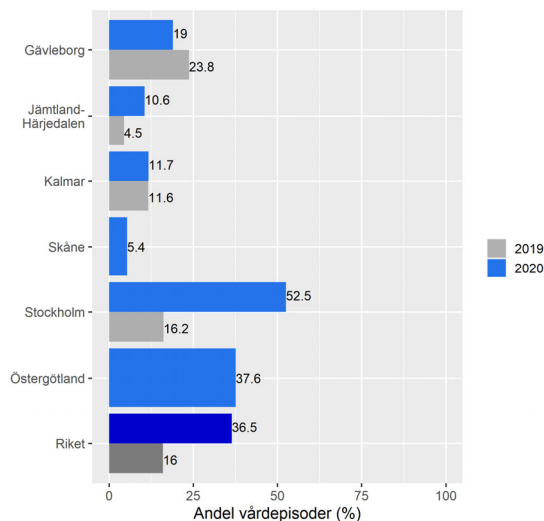
Figur 5 Andel som har vårdplan daterad senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2020

2.2 Diagnostisk screening



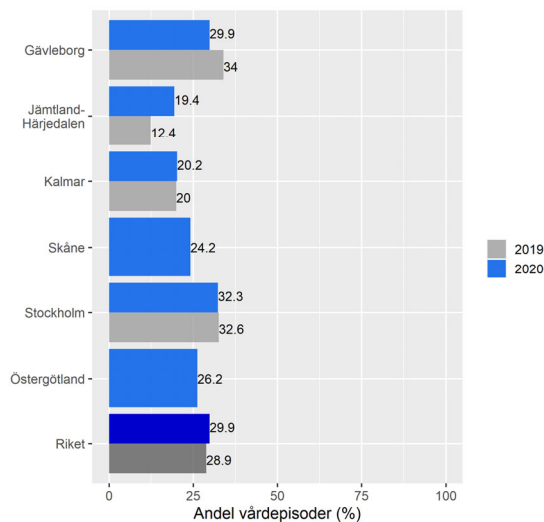
Figur 6 Andel med systematisk diagnostisk screening senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2020.

2.3 Strukturerad suicidriskbedömning



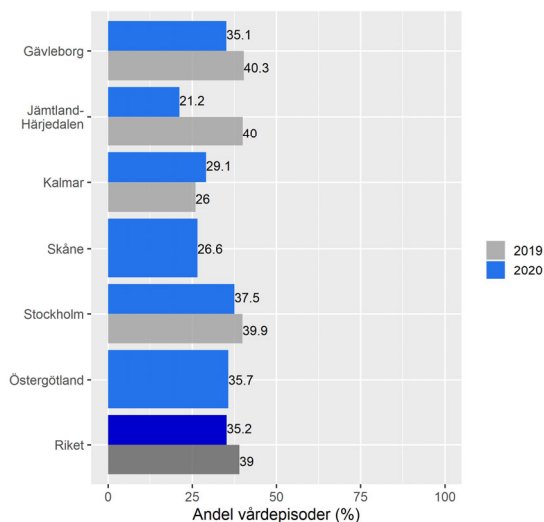
Figur 7 Andel med strukturerad suicidriskbedömning genomförd senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2020

2.4 KBT vid depression



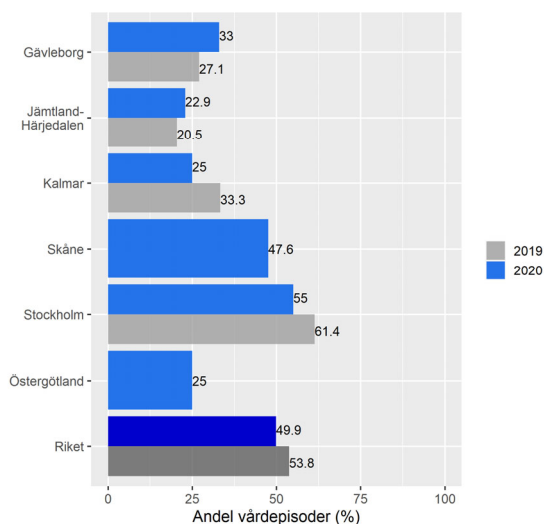
Figur 8 Andel av patienter med depressionsdiagnos som fått behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.5 KBT vid ångesttillstånd



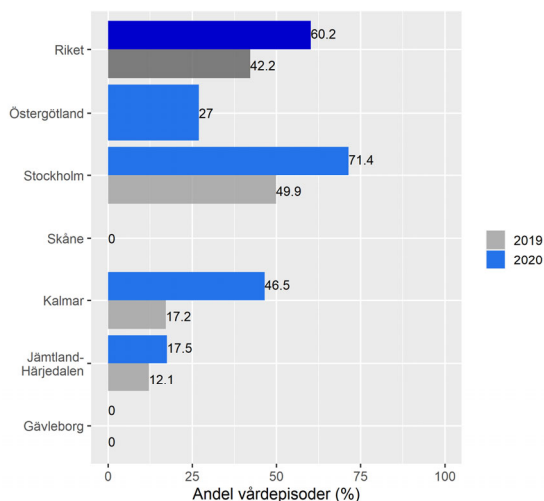
Figur 9 Andel av patienter med ångestdiagnos som fått behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.6 KBT vid OCD & rel. tillstånd



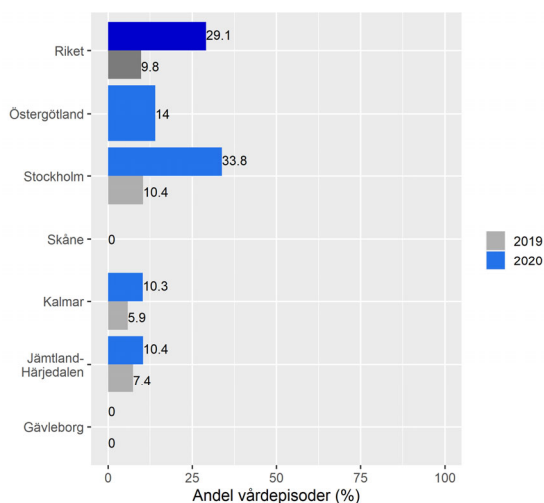
Figur 10 Andel patienter med OCD eller relaterade tillstånd som fått behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.7 Uppföljning vid insättning av ADHD-läkemedel



Figur 11 Andel patienter som fått första uppföljningsbesök med läkare eller sjuksköterska senast 20 dagar efter nyinsättning av ADHD-läkemedel. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas här för Regionerna Skåne och Gävleborg.

2.8 Uppföljning vid insättning av SSRI



Figur 12 Andel patienter som fått första uppföljningsbesök med läkare eller sjuksköterska senast 10 dagar efter nyinsättning av SSRI-läkemedel. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas här för Regionerna Skåne Gävleborg.

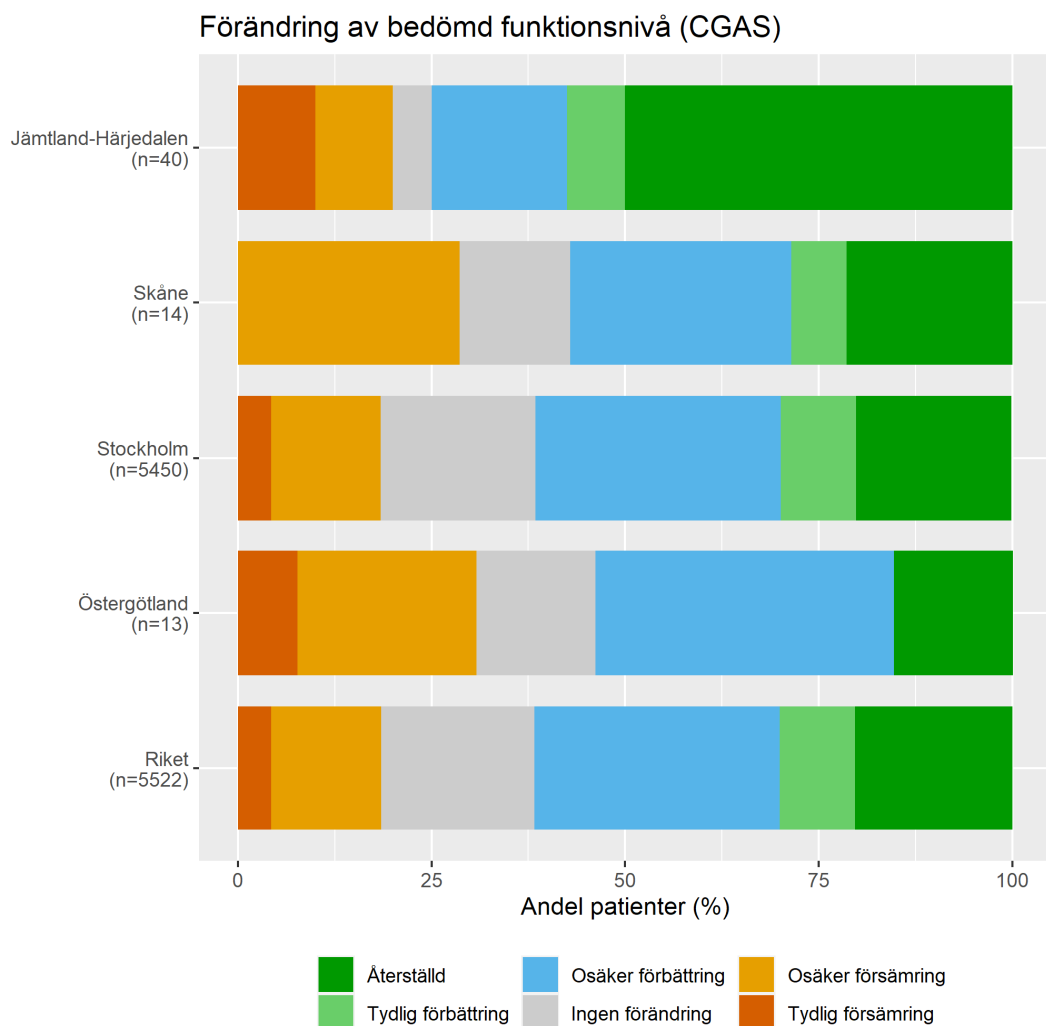
3 Behandlingsresultat

Det finns många olika statistiska metoder att använda när man vill beräkna om en förändring mellan två mätningar (till exempel för- och eftermätning) är statistiskt signifikant - det vill säga om det är sannolikt att skillnaden beror på att det faktiskt finns en skillnad mellan mättillfällena och att det alltså sannolikt inte beror på slump eller mätmetodens inneboende osäkerhet. Vanligt förekommande är till exempel delta-poäng, medelvärdesskillnad, effektstorlek, reliable change index, added value score och kliniska tröskelvärden.

Wolpert et al (2014) har genom att tillämpa olika statistiska metoder på en grupp med nästan 10 000 patienter med både för- och eftermätningar med SDQ visat att de olika metoderna leder till olika slutsatser vad gäller hur stor andel som förbättrats eller hur stor förbättringen är. Murphy et al (2015) har på ett likartat sätt demonstrerat hur olika statistiska metoder ger olika utfall för samma grupp patienter. Jensen och Corralejo (2017) visar hur relativt få individer i en grupp kan driva fram statistisk signifikans eller stora effektstorlekar och betonar därför vikten av att belysa förändringens kliniska signifikans på individnivå. Mot denna bakgrund har vi valt att redovisa förändring i patienternas funktionsnivå på två olika sätt:

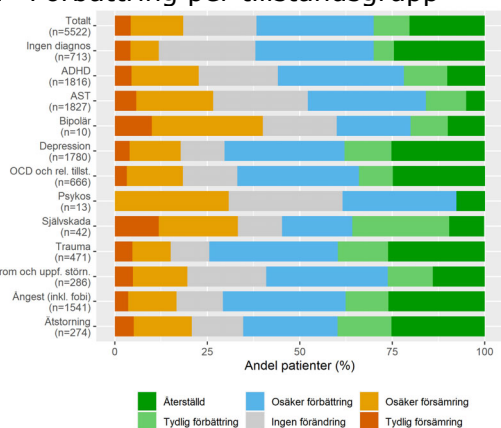
3.1 Säkerställd förbättring

Med tillämpning av *Reliable Change Index* (Jacobsson & Truax 1991) kontrolleras för varje individ om förändringen i bedömd funktionsnivå är så stor att den med största sannolikhet motsvaras av en verklig förändring och inte huvudsakligen kan förklaras av mätfel. Patienter med sådan säkerställd positiv förändring får beteckningen *Tydlig förbättring* medan patienter med en sådan säkerställd försämring av funktionsnivån får beteckningen *Tydlig försämring*. Patienter med förändrad bedömning som inte når upp till kriteriet för *reliable change* kallar vi för *Osäker förbättring/försämring*. Patienter som uppfyller kriteriet för förbättring och har gått från under det kliniska tröskelvärdet CGAS 60 till över detta värde kallar vi *Återställd*.



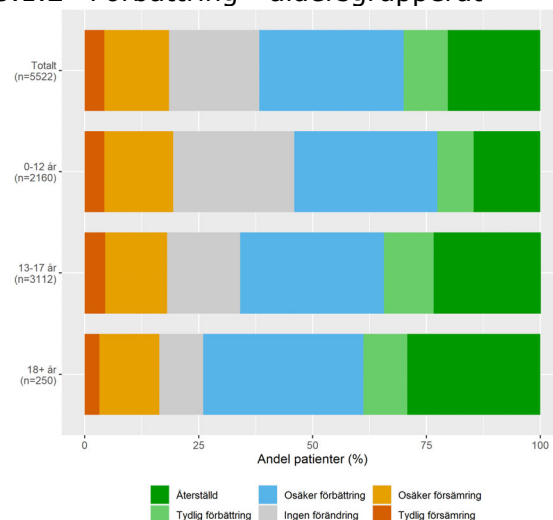
Figur 13: Andel med förbättrad respektive försämrad funktionsnivå bland avslutade patienter 2018 som genomfört minst fyra besök och har minst två CGAS-bedömningar med minst 30 dagars intervall. Förändringen beräknas från första till sista skattning. (Regionerna Gävleborg och Kalmar har för få avslutade patienter i perioden)

3.1.1 Förbättring per tillståndsgrupp



Figur 14 Andel med förbättrad respektive försämrad funktionsnivå bland avslutade patienter 2018 som genomfört minst fyra besök och har minst två CGAS-bedömningar med minst 30 dagars intervall. Förändringen beräknas från första till sista skattning.

3.1.2 Förbättring - åldersgrupperat



Figur 15 Andel med förbättrad respektive försämrad funktionsnivå bland avslutade patienter 2018 som genomfört minst fyra besök och har minst två CGAS-bedömningar med minst 30 dagars intervall. Förändringen beräknas från första till sista skattning.

3.2 Förändring av funktionsnivå

Genom att korstabulera patienters inledande och avslutande funktionsnivå i CGAS-skalans 10 band, där bandet 1-10 representerar sämst funktion och bandet 91-100 den högsta funktionen åskådliggör vi på ett annat sätt graden av förändring i patienters funktionsnivå. Patienter som avslutar behandlingen i samma band som vid kontaktens inledning betecknas då som oförändrade medan patienter som rört sig till ett annat band på skalan betecknas som förbättrade eller försämrade. Patienter som förbättrats från ett värde under eller lika med det kliniska tröskelvärdet 60 till ett avslutande värde över 60 betecknas som återställda.

Tabell 2: Förändring av funktionsnivå. Patienter som genomfört minst 4 besök, avslutat vårdåtagande under 2020 och har funktionsnivåbedömning med CGAS i början och slutet av vårdåtagandet. Funktionsnivån har förbättrats för 45,2 % av patienterna

		CGAS före:										
		CGAS 1-10	CGAS 11-20	CGAS 21-30	CGAS 31-40	CGAS 41-50	CGAS 51-60	CGAS 61-70	CGAS 71-80	CGAS 81-90	CGAS 91-100	Summa
CGAS efter:	CGAS 1-10	3			2							5
	CGAS 11-20		5	2	1	2						10
	CGAS 21-30			2	13	9	14					38
	CGAS 31-40	1	2	6	139	80	33	3				264
	CGAS 41-50		3	12	122	1007	337	30	1			1512
	CGAS 51-60		1	5	82	812	1237	84	6	2		2229
	CGAS 61-70		2		26	331	554	154	12	2		1081
	CGAS 71-80	1	2	1	7	84	183	52	7	1		338
	CGAS 81-90				1	14	46	16	2	3	1	83
	CGAS 91-100				1		3	4	1			9
Totalsumma		5	17	39	390	2344	2393	343	29	8	1	5569

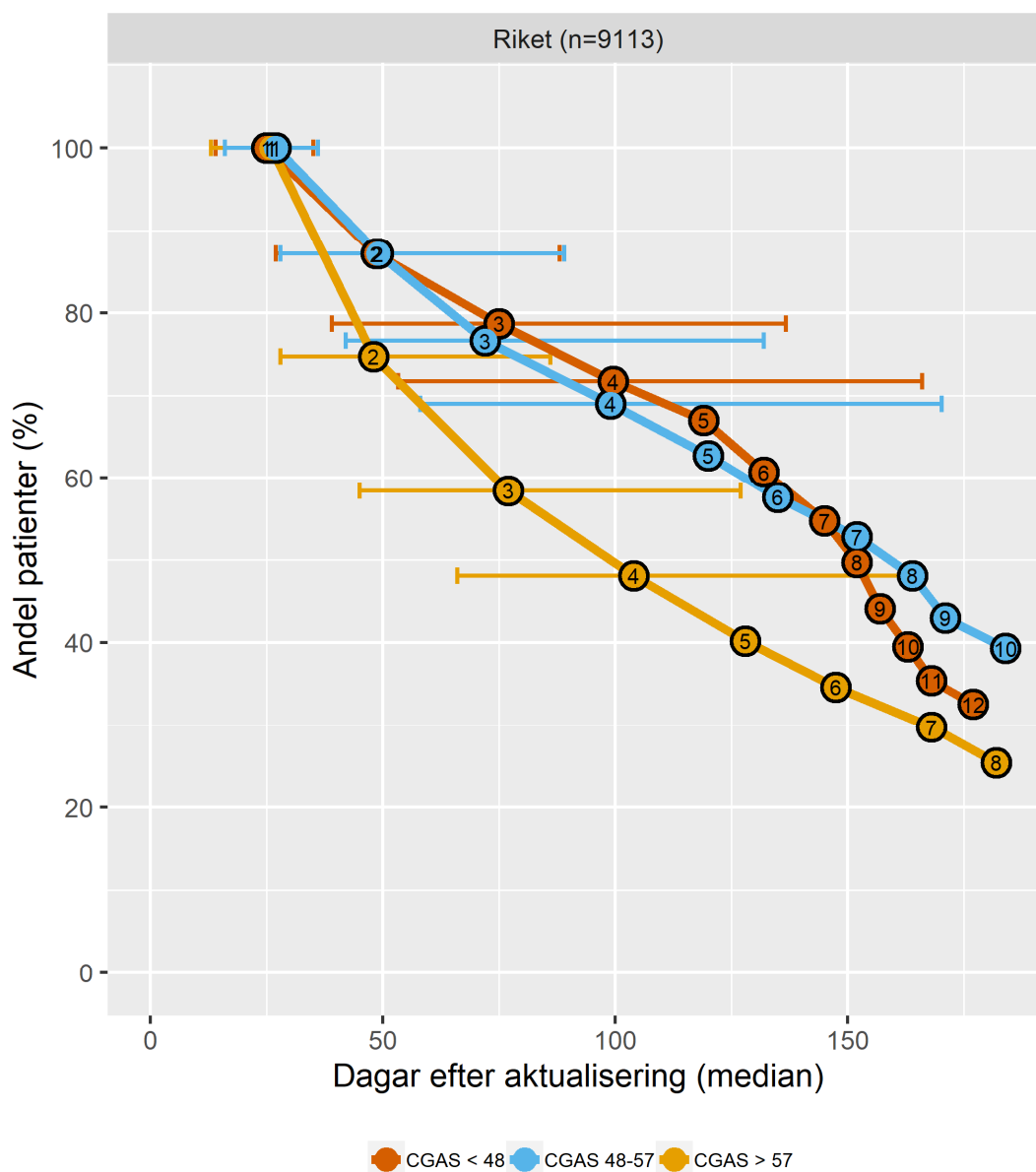
4 Nya patienter: Det första halvåret med BUP

I detta avsnitt belyser vi hur vårdprocessen ser ut under det första halvåret efter en vårdbegäran. För att alla patienter som ingår i urvalet ska ha haft möjlighet att få vård under 180 dagar förskjuter vi undersökningsperioden ett halvår bakåt i tiden så att den omfattar alla registrerade patienter vars vårdbegäran infallit under perioden 2019-07-01 – 2020-06-30

4.1 Prioritering i förhållande till initial funktionsnivå

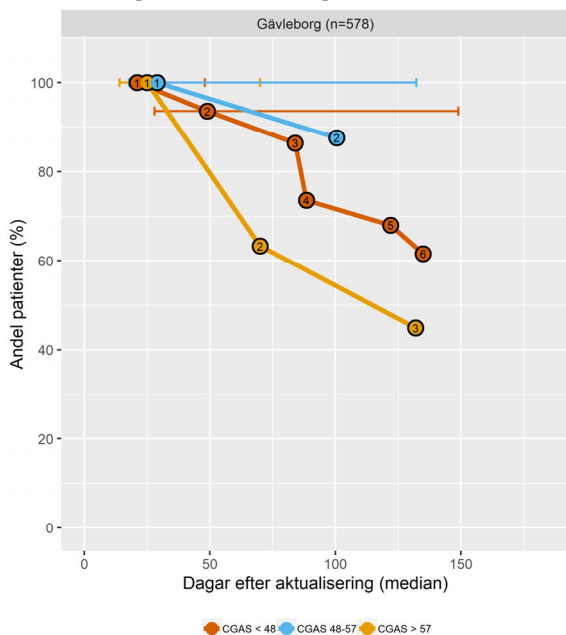
Vi undersöker den faktiska prioriteringen i det initiala omhändertagandet av nya patienter genom att dela upp patienterna i tre (övre och nedre kvartil samt mellangruppen) grupper utifrån bedömd funktionsnivå. Vårdprocessen åskådliggörs sedan genom att mediantidpunkten för besök 1-12 plottas i ett i ett linjediagram där X-axeln är en tidslinje för de första 180 dagarna från tidpunkten för vårdbegäran och Y-axeln visar hur stor andel av patienterna som genomfört respektive besök i ordningsföljden. En horisontell linje med täta besökspunkter representerar alltså en grupp som fått vård snabbare än en linje som trappar av i en brant L-form med glesa besökspunkter.

4.1.1 Riket



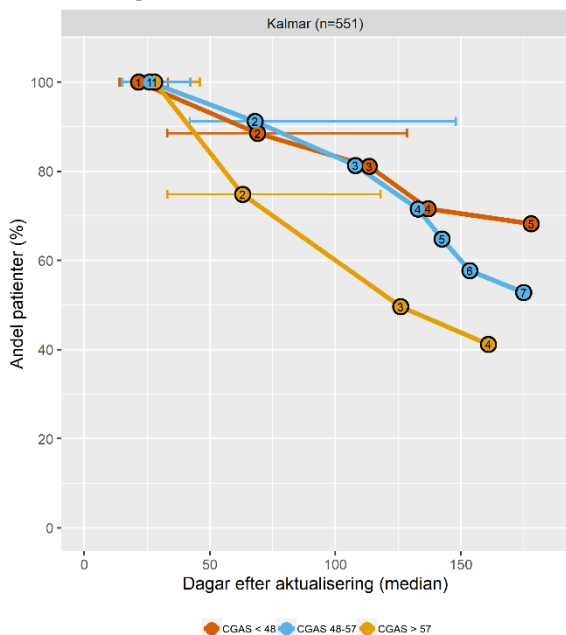
Figur 16: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga patienter med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.2 Region Gävleborg



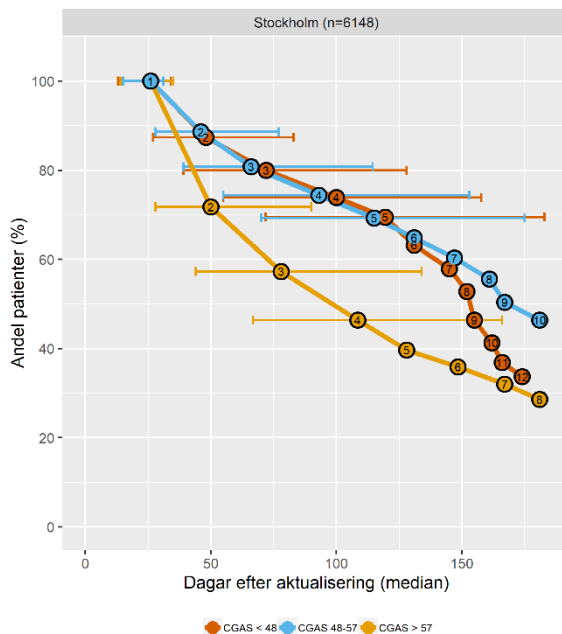
Figur 17: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i Region Gävleborg med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.3 Region Kalmar



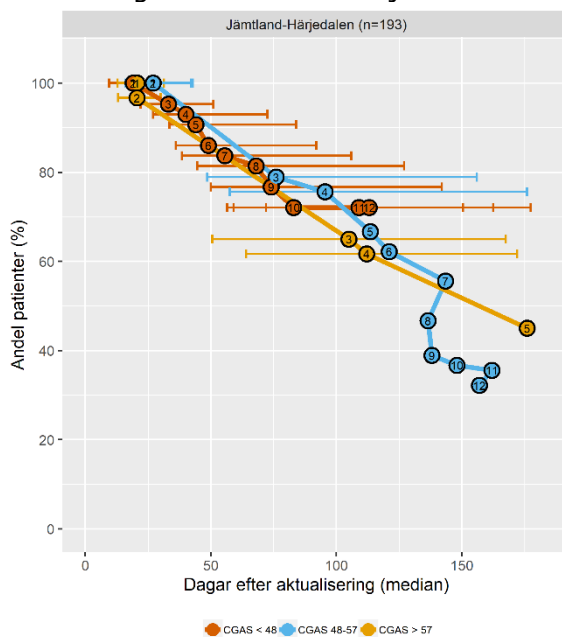
Figur 18: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Kalmar med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.4 Region Stockholm



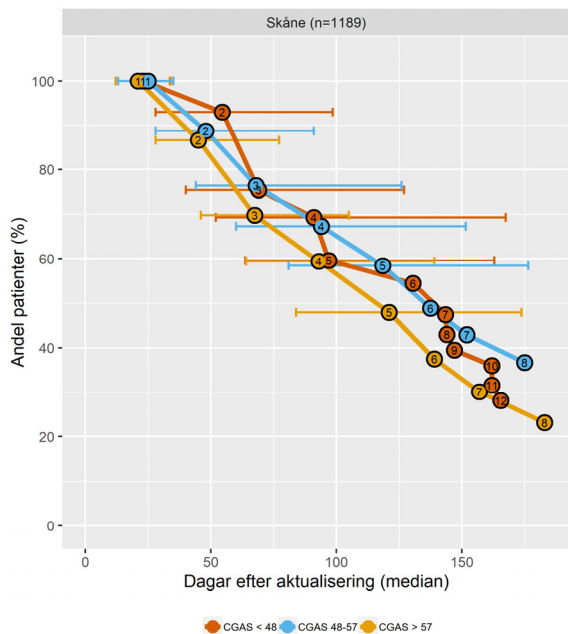
Figur 19: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Stockholm med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.5 Region Jämtland- Härjedalen



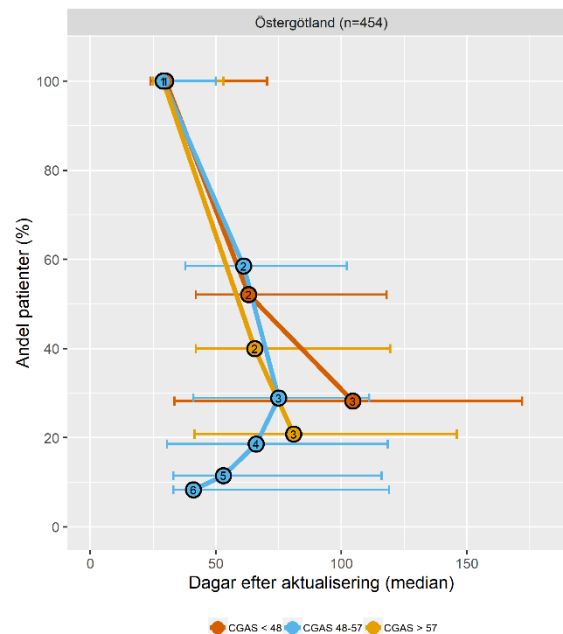
Figur 20: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Kalmar med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.6 Region Skåne



Figur 21

4.1.7 Region Östergötland

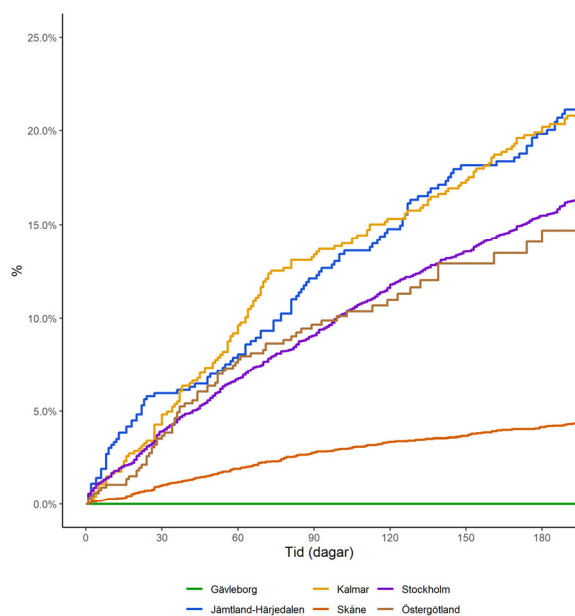


Figur 22

4.2 Insatser under det första halvåret inom BUP

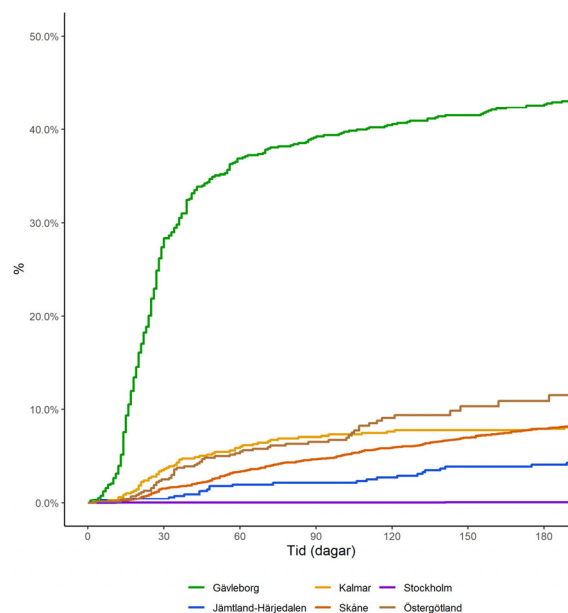
I detta avsnitt prövar vi att komplettera bilden av den initiala prioriteringen genom att med Kaplan-Meier-analyser (Kaplan & Meier 1958) visa hur stor sannolikheten är att en patient får del av olika insatser vid olika tidpunkter under det första halvåret efter vårdbegäran.

4.2.1 Läkemedelsbehandling



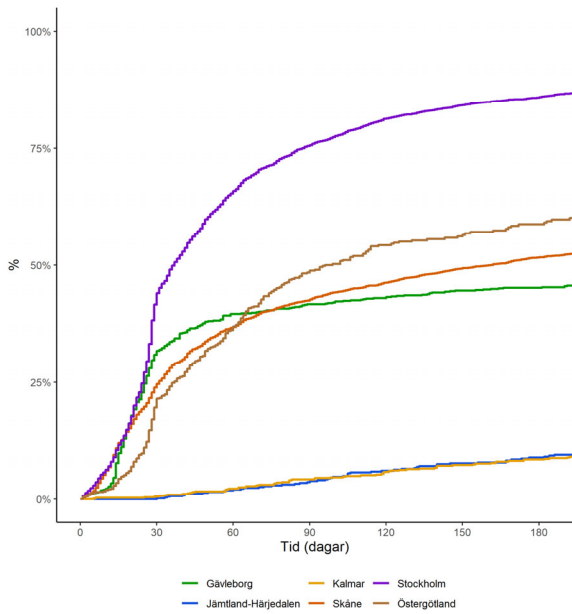
Figur 23: Tid från vårdbegäran till första läkemedelsordination. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

4.2.2 Diagnostisk screening



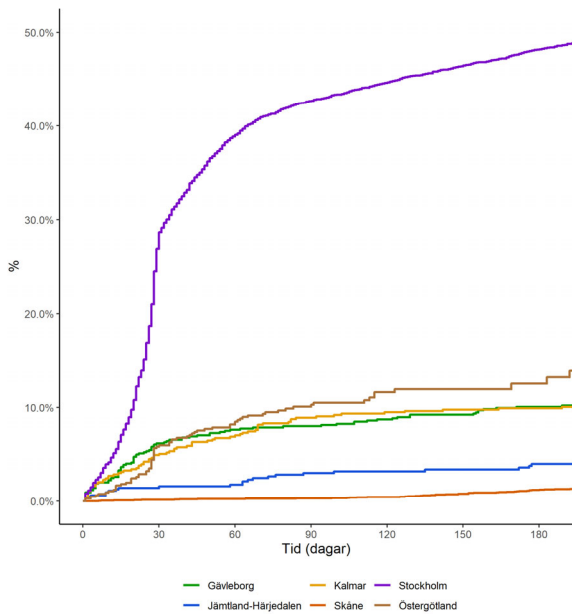
Figur 24: Tid från vårdbegäran till systematisk diagnostisk screening.

4.2.3 Vårdplanering



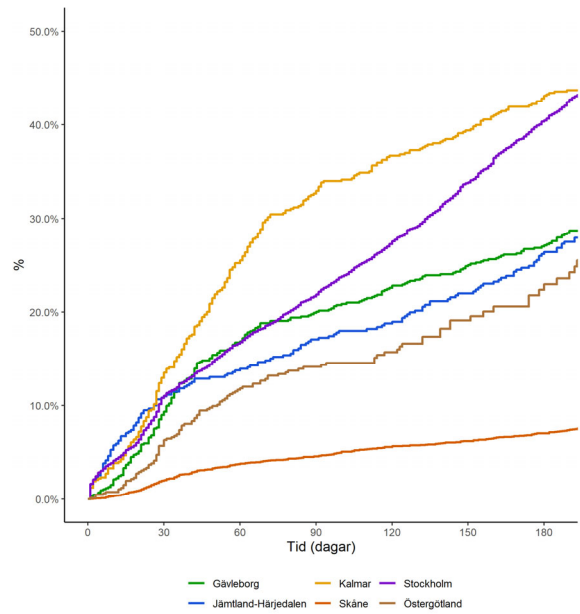
Figur 25: Tid från vårdbegäran till första vårdplan.

4.2.4 Suicidriskbedömning



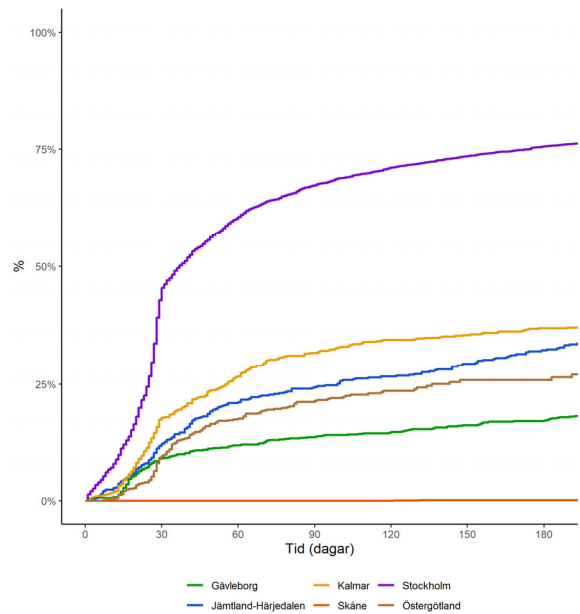
Figur 26: Tid från vårdbegäran till första strukturerad suicidriskbedömning.

4.2.5 Läkarbesök



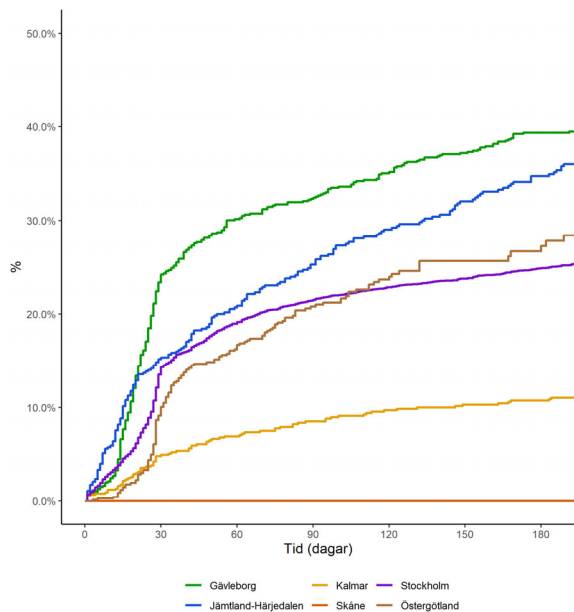
Figur 27: Tid från vårdbegäran till första läkarbesök.

4.2.6 Samtal med psykolog



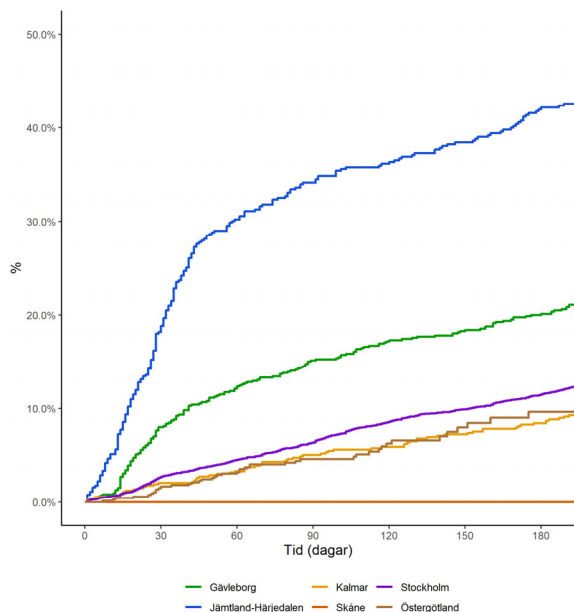
Figur 28: Tid från vårdbegäran till första samtal med psykolog.

4.2.7 Samtal med kurator



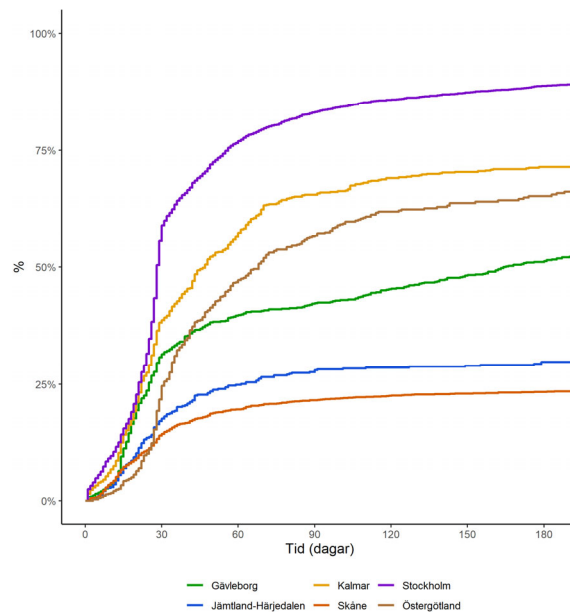
Figur 29: Tid från vårdbegäran till första samtal med kurator.

4.2.8 Sjuksköterskebesök



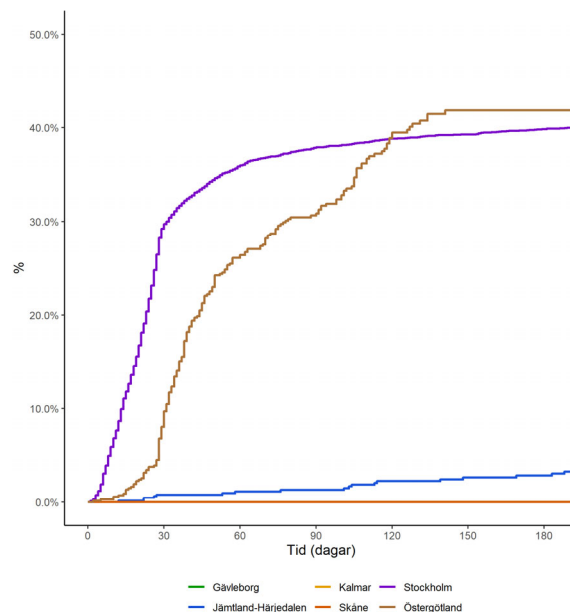
Figur 30: Tid från vårdbegäran till första sjuksköterskebesök.

4.2.9 Funktionsnivåbedömning (CGAS)



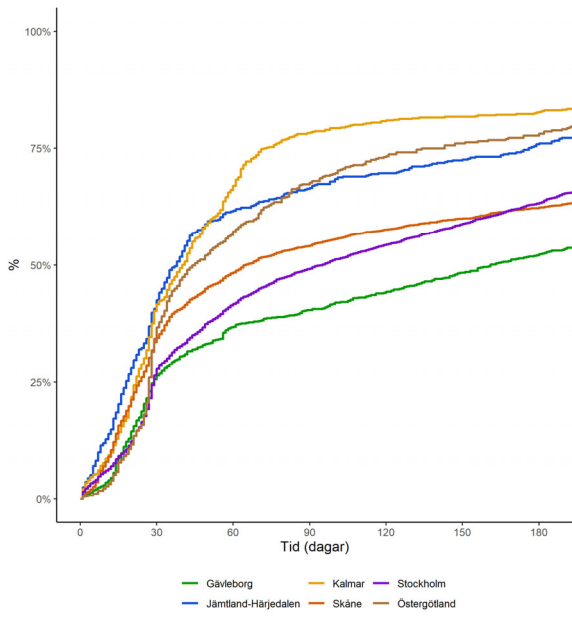
Figur 31: Tid till första funktionsnivåbedömning med CGAS.

4.2.10 Själv-/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire



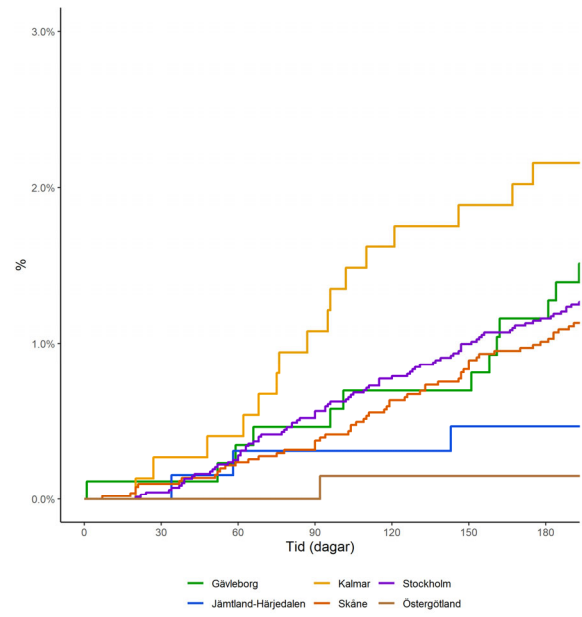
Figur 32: Tid till första själv/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

4.2.11 Tillståndsdiasgnos



Figur 33: Tid till första tillståndsdiasgnos.

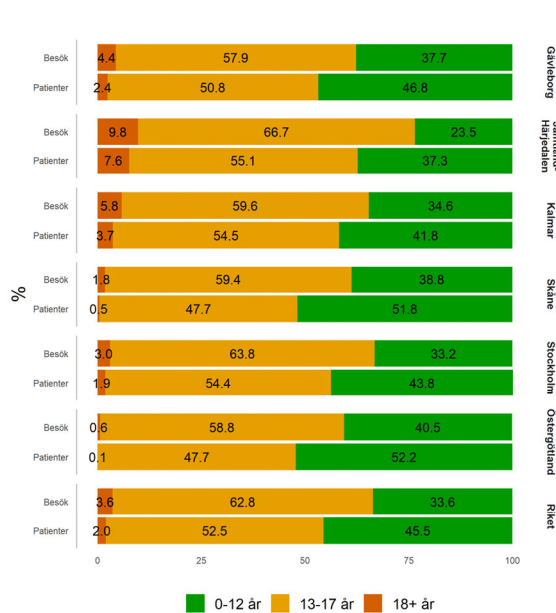
4.2.12 Samordnad Individuell Plan (SIP)



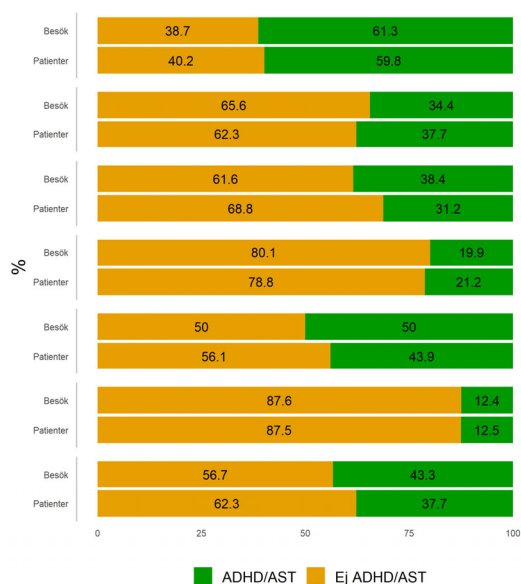
Figur 34: Tid från vårdbegäran till första SIP

5 Resursfördelning

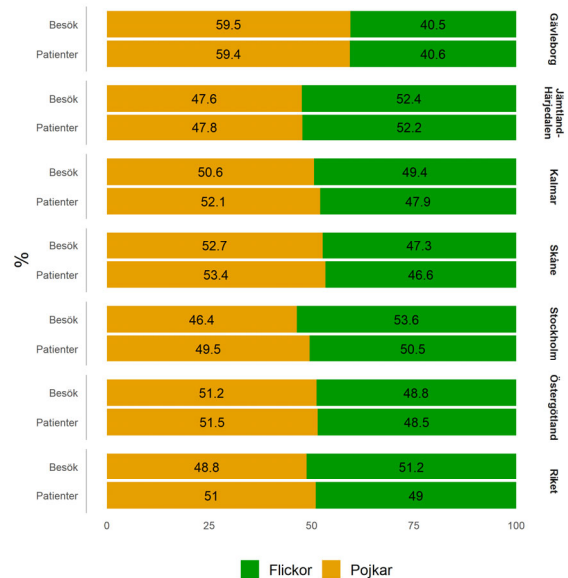
Genom att undersöka hur en verksamhets patienter fördelar sig mellan olika grupper och hur stor del av den totala besöksmassan under ett år dessa grupper svarar för, kan vi belysa hur verksamhetens resurser i praktiken prioriteras mellan olika patientgrupper.



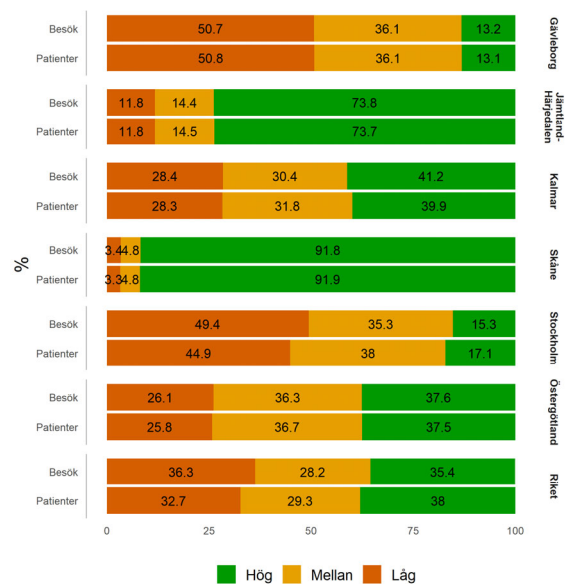
Figur 35 Andel patienter respektive besök för olika åldersgrupper.



Figur 36: Andel patienter respektive besök med eller utan diagnos inom ADHD eller Autismspektrumtillstånd.



Figur 37: Andel patienter respektive besök för pojkar respektive flickor.

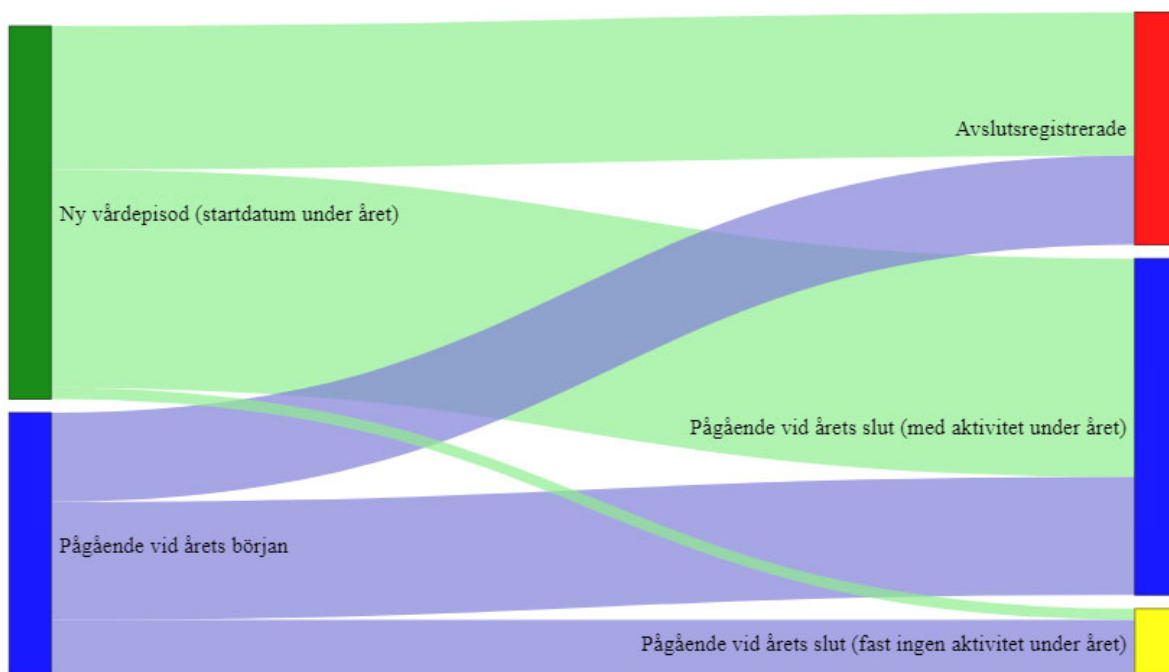


Figur 38: Andel patienter respektive besök för olika initialt bedömd funktionsnivå.

6 Aktuella patienter i registret 2020

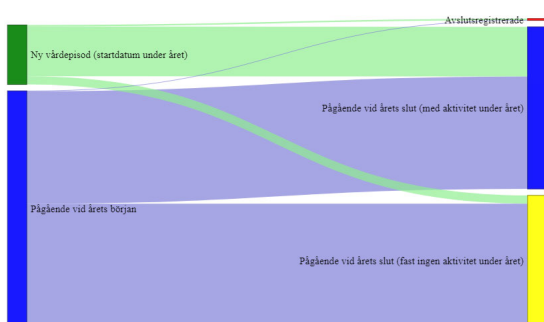
Här ger vi en sammanfattande bild av patientflödet under 2020. Ytterligare fördjupning för de vanligaste tillståndsgrupperna återfinns i appendix.

6.1 Nya – Pågående – Avslutade



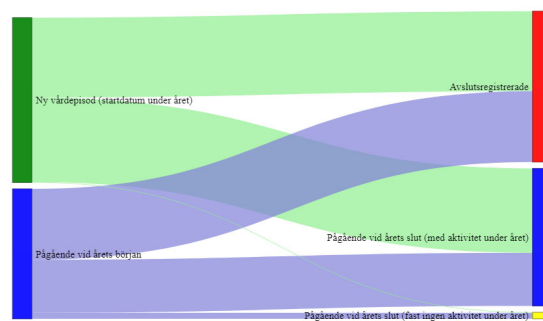
Figur 39: Riket

6.1.1 Region Gävleborg



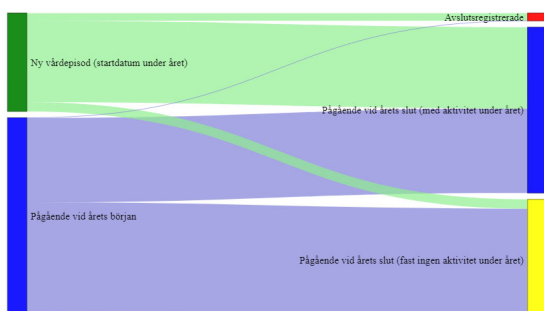
Figur 40: Gävleborg

6.1.3 Region Stockholm



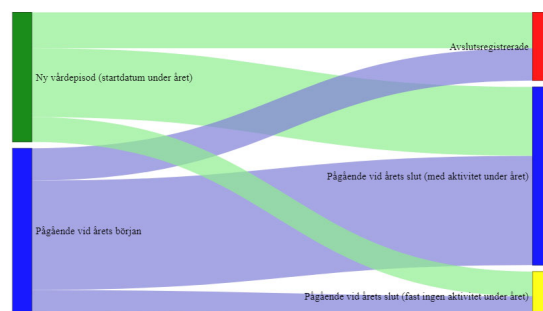
Figur 42: Stockholm

6.1.2 Region Kalmar



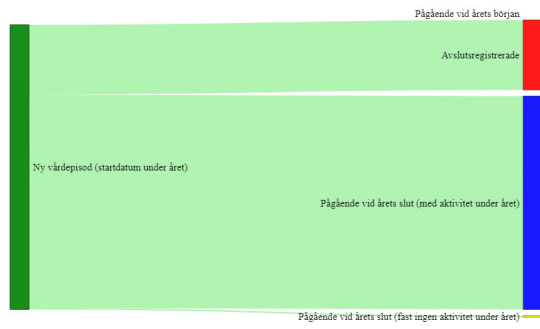
Figur 41: Kalmar

6.1.4 Region Jämtland-Härjedalen



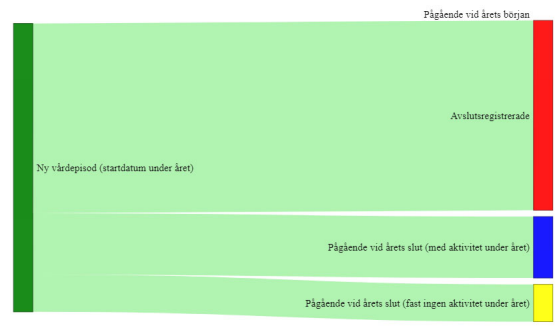
Figur 43: Jämtland-Härjedalen

6.1.5 Region Skåne



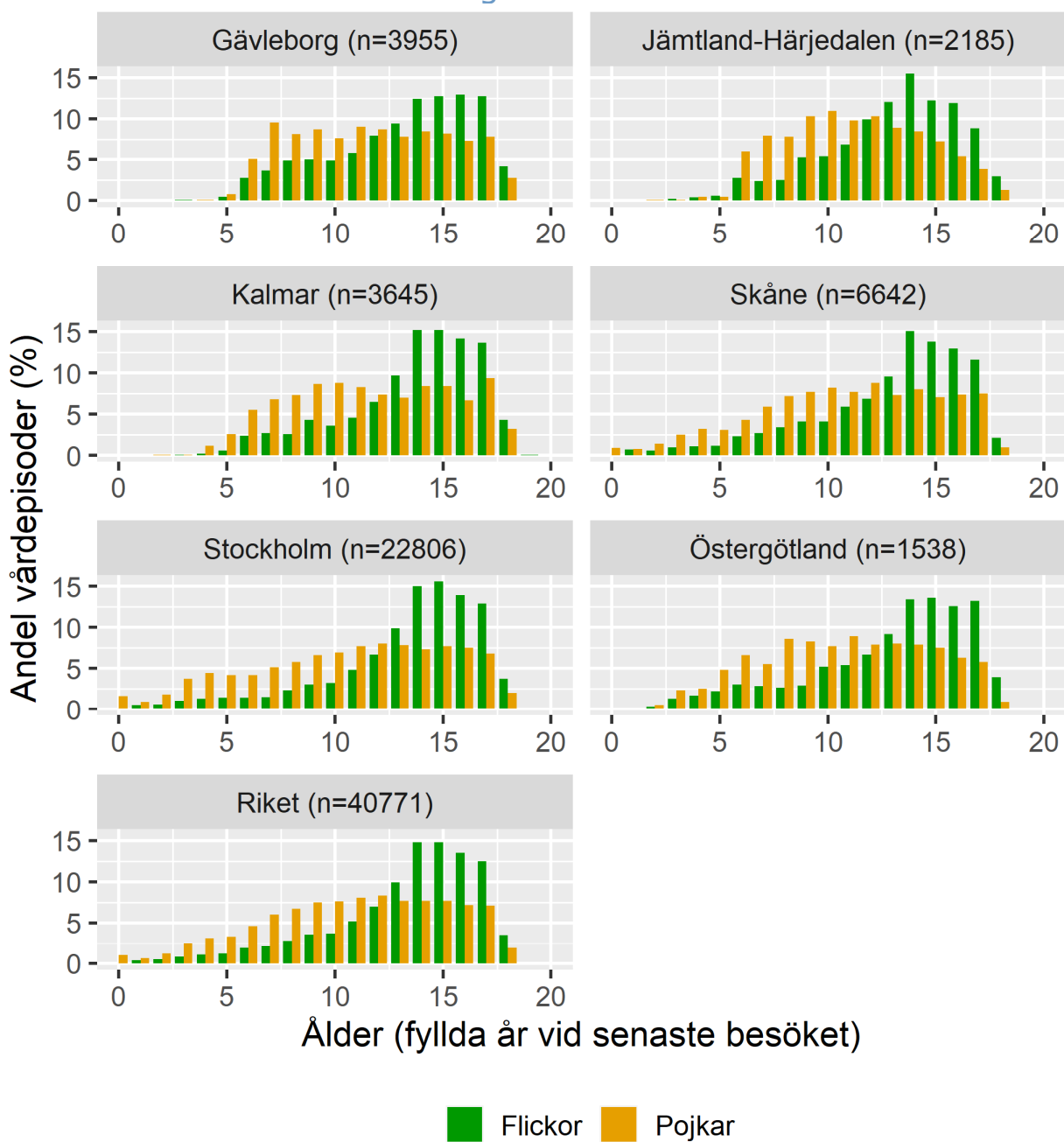
Figur 44: Skåne

6.1.6 Region Östergötland



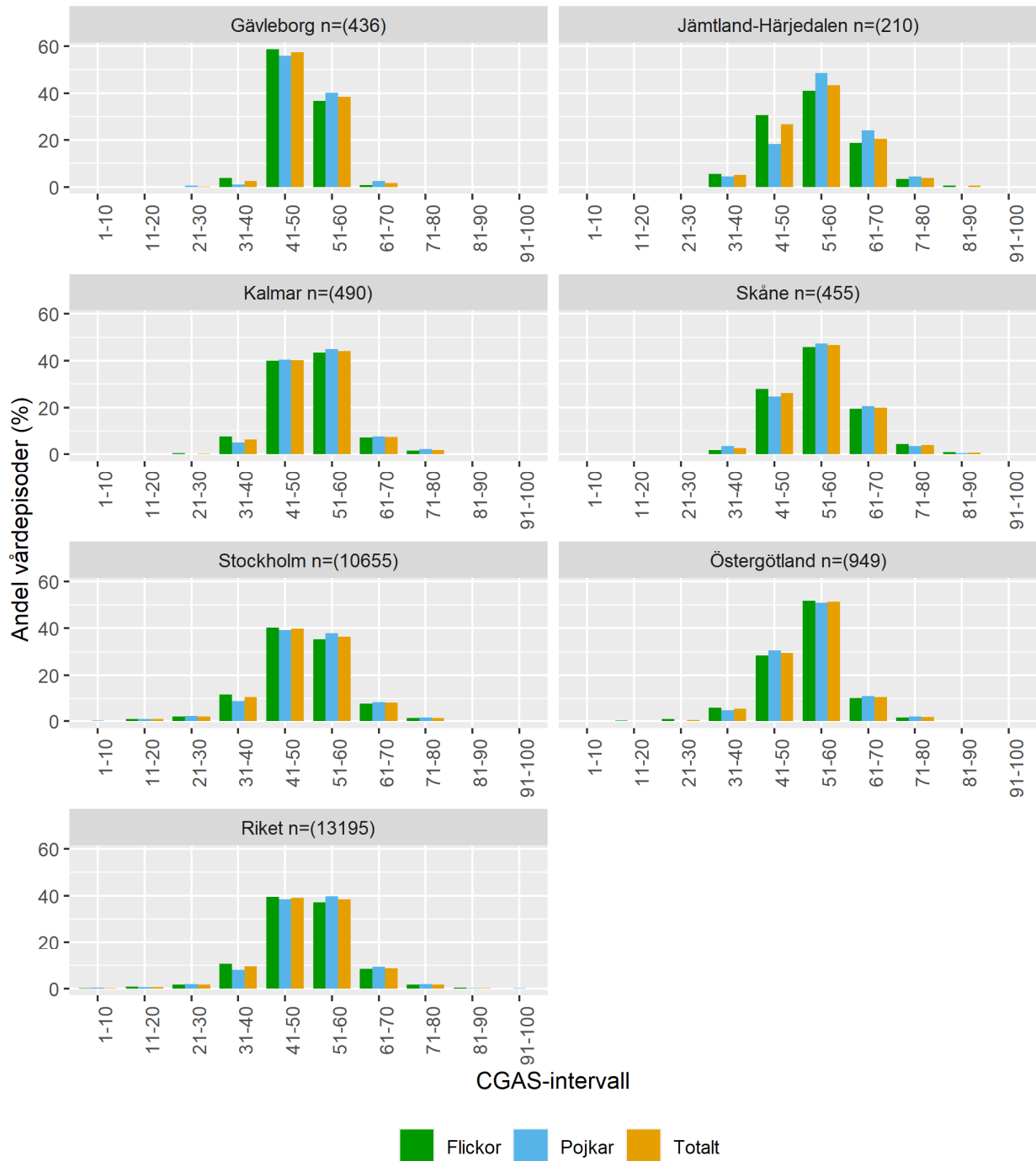
Figur 45: Östergötland

6.2 Könns- och åldersfördelning



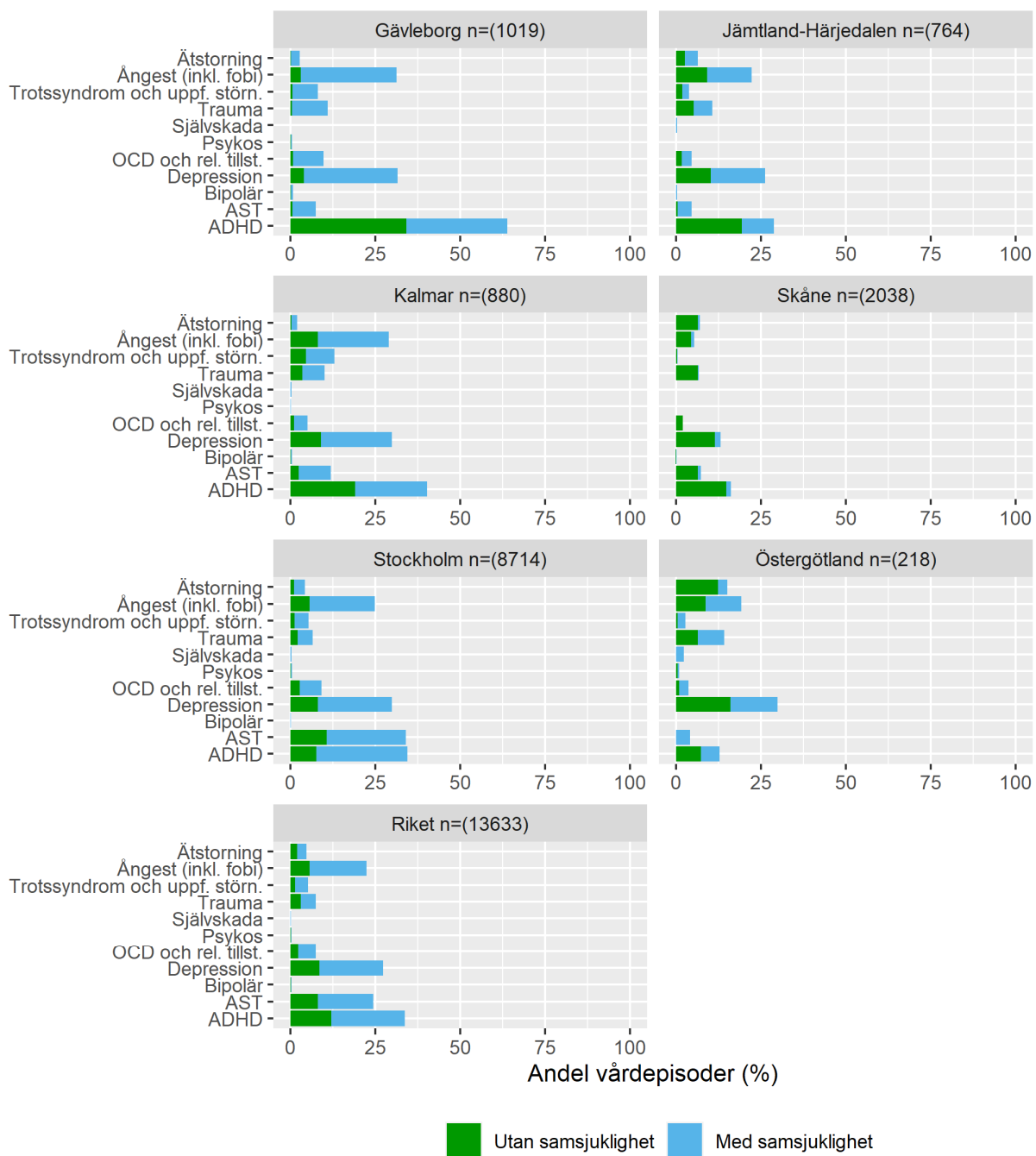
Figur 46: Ålders- och könsfördelning för aktuella vårdepisoder 2020. Fördelningen med överrepresentation av pojkar fram till tonåren och av flickor i tonåren är typisk för Barn- och ungdomspsykiatri.

6.3 Funktionsnivå



Figur 47 Initialt bedömd funktionsnivå för nya vårdåtaganden under 2020.

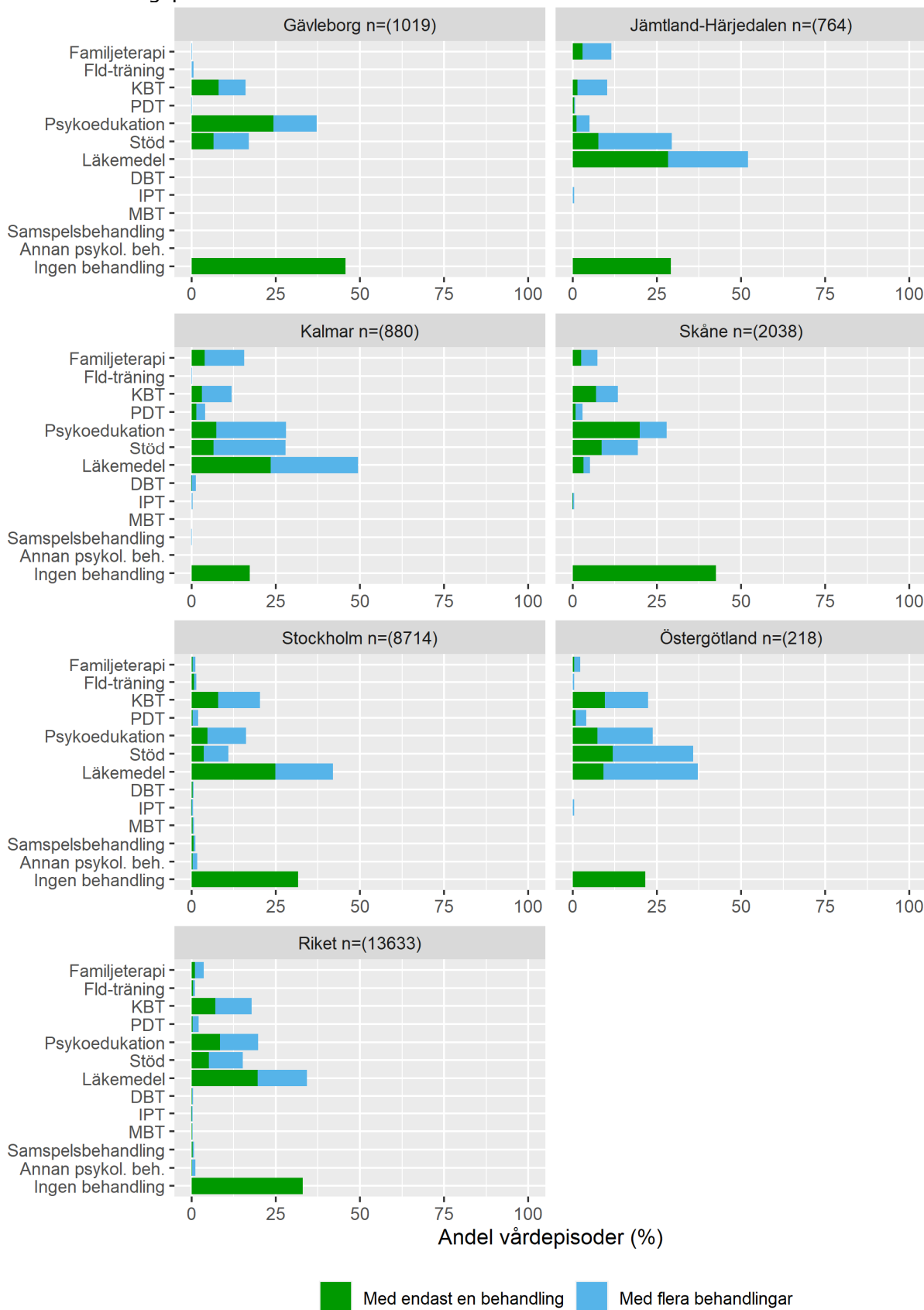
6.4 Diagnospanorama för aktuella patienter



Figur 48 Diagnospanorama för patienter som varit aktuella under 2020 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet

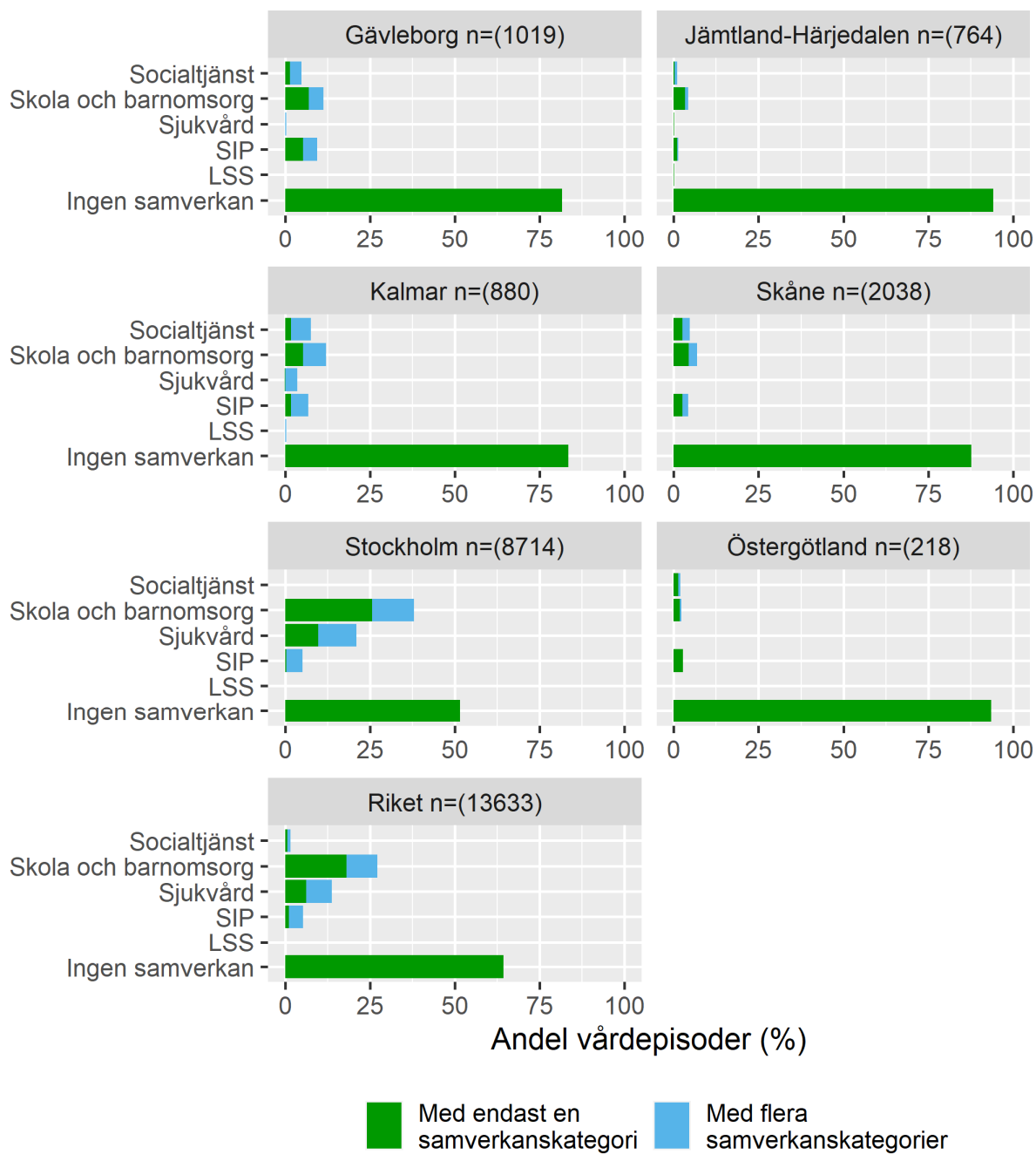
6.5 Genomförda insatser för aktuella patienter

6.5.1 Behandlingspanorama



Figur 49 Behandlingspanorama för patienter som varit aktuella under 2020 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. 'Ingen behandling' betecknar att ingen specifik behandlingsinsats registrerats. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg

6.5.2 Samverkan



Figur 50 Andel patienter med samverkan. Patienter som varit aktuella under 2020 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet.

7 Referenser

- Andersson, M. (2019). Screening and diagnostics in child and adolescent psychiatry (Doctoral thesis). Lunds Universitet, Lund.
- Attride-Stirling, J. (2003). Development of Methods to Capture Users views of Child and Adolescent Mental Health Services in Clinical Governance Reviews Project Evaluation Report. *Commission for Health Improvement, London*.
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 65–72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x>
- Boyle, M. H., Cunningham, C. E., Georgiades, K., Cullen, J., Racine, Y., & Pettingill, P. (2008). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 2. Usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9999(9999). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01971.x>
- Cunningham, C. E., Boyle, M. H., Hong, S., Pettingill, P., & Bohaychuk, D. (2008). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 1. Rationale, development, and description of a computerized children's mental health intake and outcome assessment tool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9999(9999). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01970.x>
- Danielson, M. (2010). Patientenkäter inom BUP. BUP Stockholm: Utvärderingsenheten.
- Danielson, M. (2017). *Patientenkät 2016 - lokal och gemensam öppenvård*. BUP Stockholm.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166–206.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Case-ness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791–799. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00494>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Jensen, S. A., & Corralejo, S. M. (2017). Measurement Issues: Large effect sizes do not mean most people get better – clinical significance and the importance of individual results. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(3), 163–166. <https://doi.org/10.1111/camh.12203>
- Kaplan, E. L., & Meier, P. (1958). Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. *Journal of the American Statistical Association*, 53(282), 457–481. <https://doi.org/10.1080/01621459.1958.10501452>
- Lundh, A. (2012). On the children's global assessment, scale (CGAS) [Doctoral thesis, Karolinska institutet]. <http://hdl.handle.net/10616/40912>
- Lundh, A., Kowalski, J., Sundberg, C. J., Gumpert, C., & Landén, M. (2010). Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Research*, 177(1–2), 206–210. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.006>
- Murphy, J. M., Blais, M., Baer, L., McCarthy, A., Kamin, H., Masek, B., & Jellinek, M. (2015). Measuring outcomes in outpatient child psychiatry: Reliable improvement, deterioration, and clinically significant improvement. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 39–52. <https://doi.org/10.1177/1359104513494872>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5>
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228.
- Uppdrag Psykisk Hälsa. (2021). *Psykiatrin i siffror Barn- och ungdomspsykiatri. Kartläggning 2020*
- Wolpert, M., Görzig, A., Deighton, J., Fugard, A. J. B., Newman, R., & Ford, T. (2014). Comparison of indices of clinically meaningful change in child and adolescent mental health services: difference scores, reliable change, crossing clinical thresholds and 'added value' – an exploration using parent rated scores on the SDQ. *Child and Adolescent Mental Health*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/camh.12080>
- Wolpert, M., Deighton, J., Francesco, D. D., Martin, P., Fonagy, P., & Ford, T. (2014). From 'reckless' to 'mindful' in the use of outcome data to inform service-level performance management: perspectives from child mental health. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2013-002557. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002557>
- Wolpert, M., Jacob, J., Napoleone, E., Whale, A., Calderon, A., & Edbrooke-Childs, J. (2016). *Child-and Parent-reported Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015*. London: CAMHS Press. Hämtad från http://www.corc.uk.net/media/1544/0505207_corc-report_for-web.pdf
- Wolpert, M., & Rutter, H. (2018). Using flawed, uncertain, proximate and sparse (FUPS) data in the context of complexity: learning from the case of child mental health. *BMC Medicine*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1079-6>
- World Health Organisation. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO.

