



Årsrapport 2021

Inledning

Under året som gått sedan Q-bups förra 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 kan stimulera till tänkande kring kvalitet i BUP och att den blir utgångspunkt för fortsatt utveckling av kvalitetsindikatorer och analyser i nära samarbete mellan registret och de anslutna verksamheterna.

Tack till Ludwig Andersson och Rebecka Bertilsson vid registercentrum Västra Götaland för hjälp med statistiska beräkningar och kritiska frågor. Utan deras insatser hade rapporten aldrig blivit färdig!

Tack också Sven Ernstsson som med noggrann läsning och kritisk blick bidragit till att göra rapporten tydligare såväl som korrektare.

Stockholm i september 2022

Olle Lindevall
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	13
1.9.1 Alla aktuella vårdåtaganden under 2021	13
1.9.2 Vårdåtaganden som avslutats under 2021	13
1.9.3 Patienter med Vårdbegäran mellan 2020-07-01 - 2021-06-30	13
2 Kvalitetsindikatorer	14
2.1 Vårdplan	14
2.2 Diagnostisk screening	14
2.3 Strukturerad suicidrisk-bedömning	14
2.4 KBT vid depression	14
2.5 KBT vid ångesttillstånd	15
2.6 KBT vid OCD & rel. tillstånd	15
2.7 Uppföljning vid insättning av ADHD-läkemedel	15
2.8 Uppföljning vid insättning av SSRI	15
3 Behandlingsresultat	16
3.1 Säkerställd förbättring	16
3.1.1 Förbättring per tillståndsgrupp	17
3.1.2 Förbättring - åldersgrupperat	17
3.2 Förändring av funktionsnivå	17
4 Nya patienter: Det första halvåret med BUP	18
4.1 Prioritering i förhållande till initial funktionsnivå	18
4.1.1 Riket	18
4.1.2 Region Gävleborg	19
4.1.3 Region Kalmar	19
4.1.4 Region Stockholm	19
4.1.5 Region Jämtland- Härjedalen	19
4.1.6 Region Skåne	20
4.1.7 Region Östergötland	20
4.2 Insatser under det första halvåret inom BUP	20
4.2.1 Läkemedelsbehandling	20
4.2.2 Diagnostisk screening	20
4.2.3 Vårdplanering	21
4.2.4 Suicidriskbedömning	21
4.2.5 Läkarbesök	21
4.2.6 Samtal med psykolog	21
4.2.7 Samtal med kurator	22
4.2.8 Sjuksköterskebesök	22
4.2.9 Funktionsnivåbedömning (CGAS)	22
4.2.10 Själv-/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire	22
4.2.11 Tillståndsd diagnos	23
4.2.12 Samordnad Individuell Plan (SIP)	23
5 Resursfördelning	24
6 Aktuella patienter i registret 2021	25
6.1 Nya – Pågående – Avslutade	25
6.1.1 Region Gävleborg	25

6.1.2	Region Kalmar	25
6.1.3	Region Stockholm.....	25
6.1.4	Region Jämtland-Härjedalen.....	25
6.1.5	Region Skåne	26
6.1.6	Region Östergötland	26
6.1.7	Region Västra Götaland.....	26
6.2	Köns- och åldersfördelning för aktuella vårdåtaganden.....	27
6.3	Funktionsnivå vid start av vårdåtagande.....	28
6.4	Diagnospanorama för aktuella patienter	29
6.5	Genomförda insatser för aktuella patienter.....	30
6.5.1	Behandlingspanorama.....	30
6.5.2	Samverkan	31
7	Avslutade patienter under 2021	32
7.1	Diagnospanorama för avslutade vårdåtaganden	32
7.2	Genomförda insatser för avslutade vårdåtaganden.....	33
7.2.1	Behandlingspanorama.....	33
7.2.2	Samverkan	34
8	Referenser.....	35
<i>Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Aktuellt vårdåtagande)</i>		
	<i>Behandlingspanorama vid depressiva tillstånd</i>	<i>1</i>
	<i>Behandlingspanorama vid ångesttillstånd.....</i>	<i>2</i>
	<i>Behandlingspanorama vid ADHD</i>	<i>3</i>
	<i>Behandlingspanorama vid AST.....</i>	<i>4</i>
	<i>Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd.....</i>	<i>5</i>
	<i>Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd</i>	<i>6</i>
	<i>Behandlingspanorama vid trotstillstånd[002].....</i>	<i>7</i>
<i>Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Avslutat vårdåtagande).....</i>		
	<i>Behandlingspanorama vid depressiva tillstånd</i>	<i>8</i>
	<i>Behandlingspanorama vid ångesttillstånd.....</i>	<i>9</i>
	<i>Behandlingspanorama vid ADHD</i>	<i>10</i>
	<i>Behandlingspanorama vid AST.....</i>	<i>11</i>
	<i>Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd.....</i>	<i>12</i>
	<i>Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd</i>	<i>13</i>
	<i>Behandlingspanorama vid trotstillstånd.....</i>	<i>14</i>
<i>Appendix: Tabeller med enhetsvis redovisning</i>		
		<i>15</i>

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

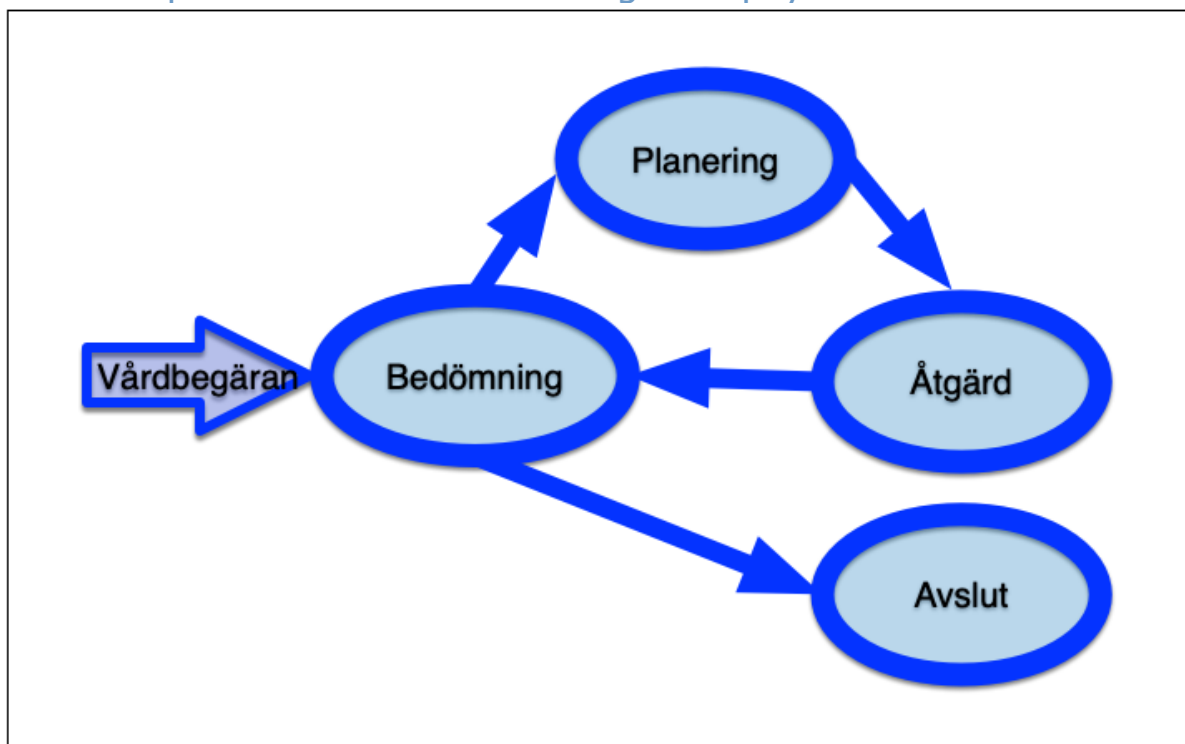
När vi kombinerar WHO:s kvalitetsdimensioner med Donabedians idé om kvalitetsaspekter kan vi sätta samman en matris som kan hjälpa oss att förstå hur brett eller smalt våra kvalitetsindikatorer och analyser belyser vårdens kvalitet.

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 	
Jämlig		<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 2021 (Uppdrag Psykisk Hälsa 2022)

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 försvåras 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 arbetssätt.

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 outforskat 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 under 2019 inlett samarbete med BCFPI i Sverige för att göra det möjligt att använda BCFPI-data i Q-bup-registreringar.

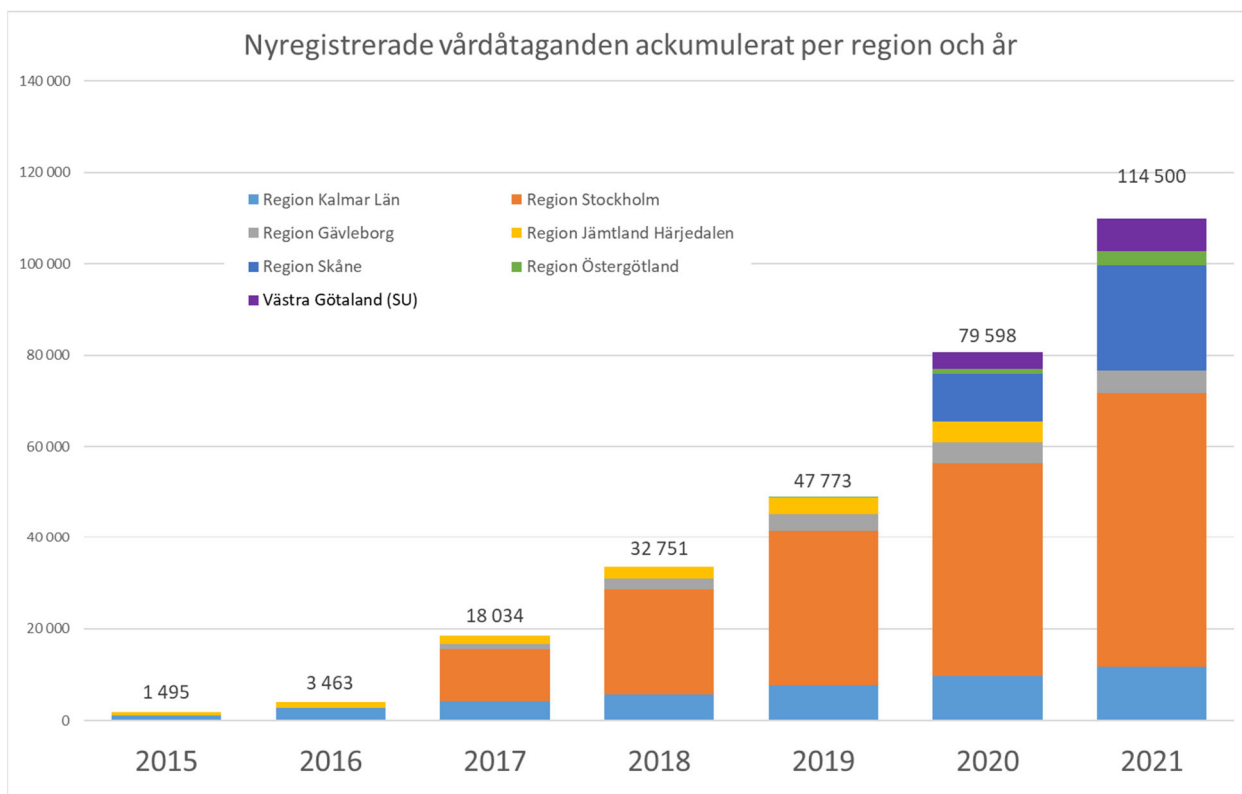
Av de under 2021 anslutna verksamheterna har Stockholm och Gävleborg börjat införa SDQ, Region Jämtland-Härjedalen använder ORS/CORS Ingen av de anslutna verksamheterna har ännu infört KIDSCREEN-mätningar eller annan systematisk mätning av hälsorelaterad livskvalitet medan Stockholm (Danielson 2010, 2017) använder ESQ löpande, men hittills som anonyma enkäter.

1.5 Anslutningsgrad

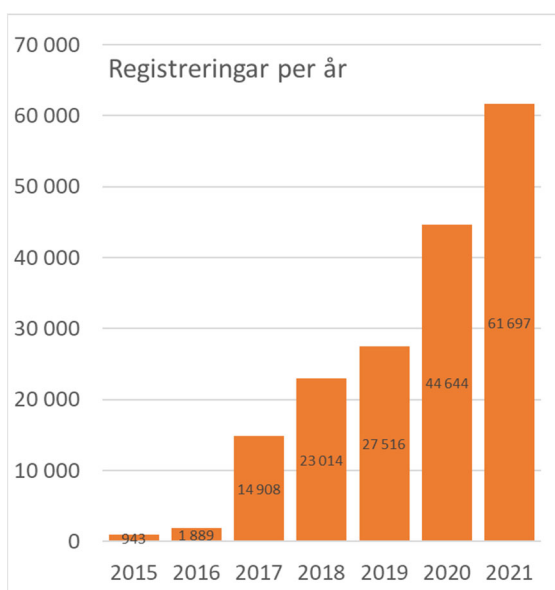
Barn- och ungdomspsykiatrisk vård finns i samtliga regioner. Under 2021 rapporterade sju av dessa till Q-bup. Ytterligare en region ansluter från 1/9 2022 medan en region pausat rapporteringen från 1/6 2021. Vid ingången av 2022 innebär detta att de anslutna verksamheterna ansvarar för barn- och ungdomspsykiatrisk vård till 52 % (2020: 32 %) av landets befolkning i åldern 0-17 år. För 2022 av 2021 väntas anslutningsgraden vara 56 %

1.6 Registreringar i Q-bup

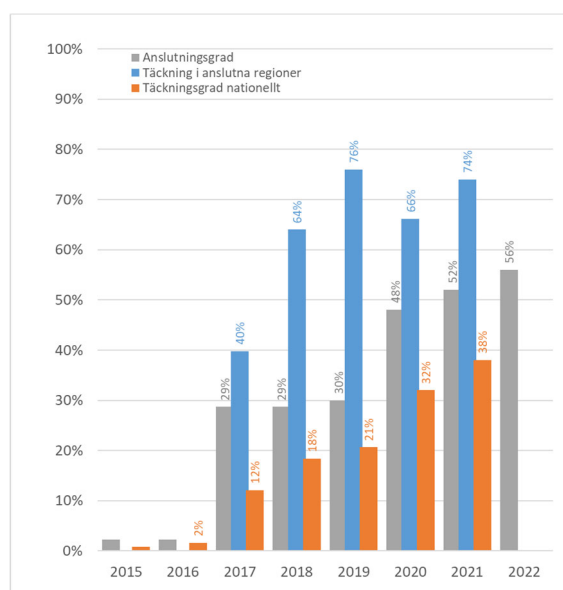
vid årsskiftet 31/12 2021 har 114 500 vårdåtaganden nyregistrerats i Q-bup sedan starten 2015 och för dessa finns omkring 1 096 000 kopplade vårdkontakter.



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 2021* (Uppdrag Psykisk Hälsa 2022) 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 2021 blir då täckningen i de anslutna regionerna **74 %** och i förhållande till hela landet **38 %**

Tabell 2: Befolkning 0-17 år 2021 per region samt anslutning, registrering och täckning i Q-bup.

Region	Bef. 0-17 år 2021 ¹	Andel av riket 0-17 år	Andel 0-17 år med BUP-kontakt ²	Beräknat antal patienter inom BUP	Patienter i Q-bup 2021	Täckning i Q-bup 2021	Anslutning
01 Stockholms	524 429	24,0%	3,78%	19 823	19 481	98%	1/1 2017
03 Uppsala	83 260	3,8%	6,59%	5 487		0%	
04 Södermanland	65 604	3,0%	7,16%	4 697		0%	
05 Östergötland	97 530	4,5%	8,91%	8 690	2 611	30%	1/1 2020
06 Jönköping	80 126	3,7%	5,30%	4 247		0%	
07 Kronoberg	44 224	2,0%	5,49%	2 428		0%	
08 Kalmar	48 879	2,2%	8,14%	3 979	3 479	87%	1/5 2015
09 Gotland	11 229	0,5%	9,92%	1 114		0%	
10 Blekinge	31 958	1,5%	7,21%	2 304		0%	
12 Skåne	302 222	13,8%	8,20%	24 782	15 179	61%	1/1 2020
13 Halland	73 699	3,4%	8,74%	6 441		0%	1/9 2022
14 Västra Götaland	364 600	16,7%	5,78%	21 074	3 494	17%	1/1 2020 (SU)
17 Värmland	55 099	2,5%	7,32%	4 033		0%	
18 Örebro	64 115	2,9%	7,11%	4 559		0%	
19 Västmanland	58 695	2,7%	8,73%	5 124		0%	
20 Dalarna	58 438	2,7%	7,38%	4 313		0%	
21 Gävleborg	57 365	2,6%	7,73%	4 434	4 234	95%	1/1 2017 – 31/5 2021
22 Västernorrland	48 721	2,2%	5,36%	2 611		0%	
23 Jämtland	26 752	1,2%	9,46%	2 531	2 791	100%	1/1 2018 (med retroaktivitet)
24 Västerbotten	54 917	2,5%	6,84%	3 756			
25 Norrbotten	46 378	2,1%	-	-			
Riket	2 189 403	100,00%	5,87 %	136 428	51 269	38 %	

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 kunna 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 och 2019, 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, men bedömer inte att data i övrigt har allvarligare brister.

¹ Uppgifter från SCB

² Uppgifter från Psykiatri i siffror (Uppdrag Psykisk Hälsa 2022)

1.9 Grupper som används i rapportens analyser

1.9.1 Alla aktuella vårdåtaganden under 2021

Antalet vårdåtaganden (vårdepisoder) som varit aktuella (påbörjade men inte avslutade) vid något tillfälle under 2021 uppgår i registret till 52 231. (Vårdåtagandet kan alltså påbörjats före 2021). Av dessa har 40 821 minst en registrerad vårdkontakt under året och 28 384 har minst 4 vårdkontakter registrerade i vårdåtagandet.

1.9.2 Vårdåtaganden som avslutats under 2021

Antalet vårdåtaganden (vårdepisoder) som avslutats under 2021 uppgår till 15 383. Dessa vårdåtagande kan ha påbörjats under 2021 eller tidigare. Av dessa har 6 535 minst 4 registrerade vårdkontakter och av dessa i sin tur har 4 344 (66,5 %) funktionsnivåbedömning med CGAS i såväl början som slutet av vårdåtagandet.

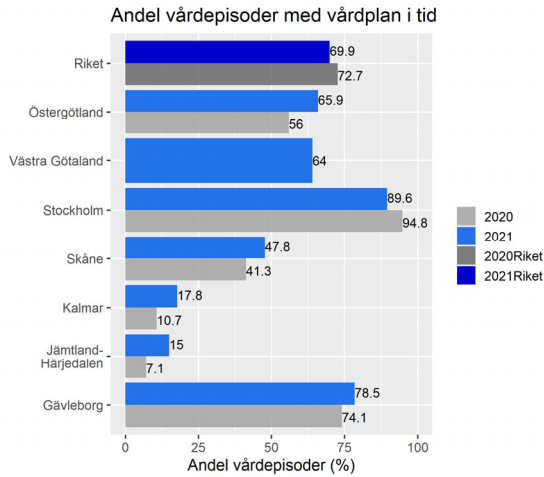
1.9.3 Patienter med Vårdbegäran mellan 2020-07-01 - 2021-06-30

Antalet individer med en ny vårdbegäran registrerad under perioden 2020-07-01 till 2021-06-30 uppgår till 23 784. Av dessa har 12 972 (53,8 %) en registrerad första funktionsnivåbedömning med CGAS

2 Kvalitetsindikatorer

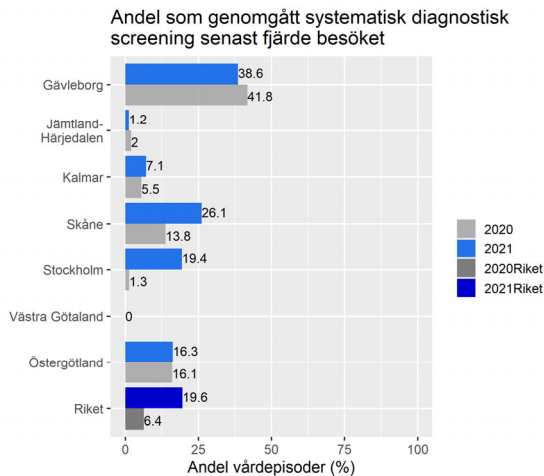
Under det år som gått sedan den förra årsrapporten har vi tillsammans med registrets styrgrupp och representanter för anslutna verksamheter gått igenom och reviderat den ursprungliga uppsättningen kvalitetsindikatorer.

2.1 Vårdplan



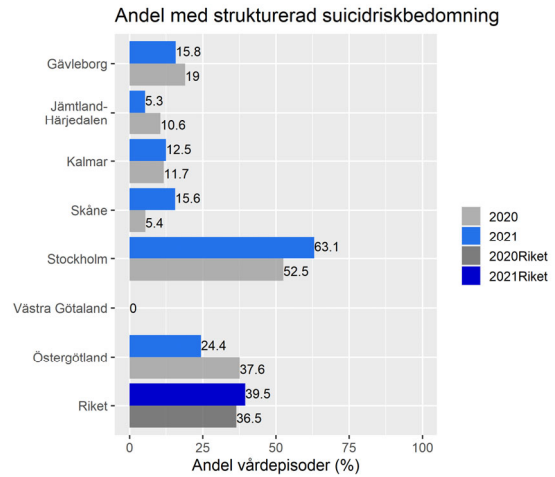
Figur 5 Andel som har vårdplan daterad senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2021

2.2 Diagnostisk screening



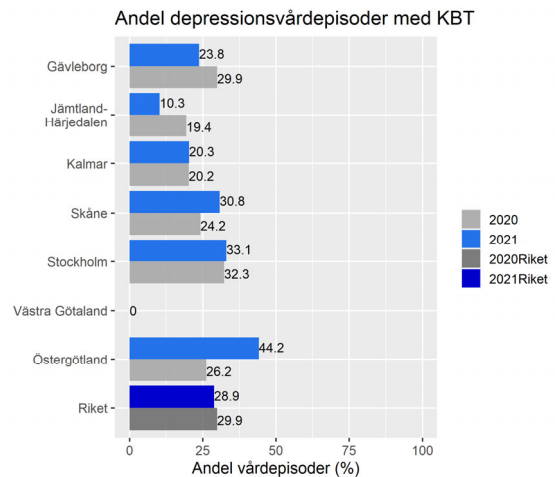
Figur 6 Andel med systematisk diagnostisk screening senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Avser patienter som genomfört det fjärde besöket under 2021.

2.3 Strukturerad suicidriskbedömning



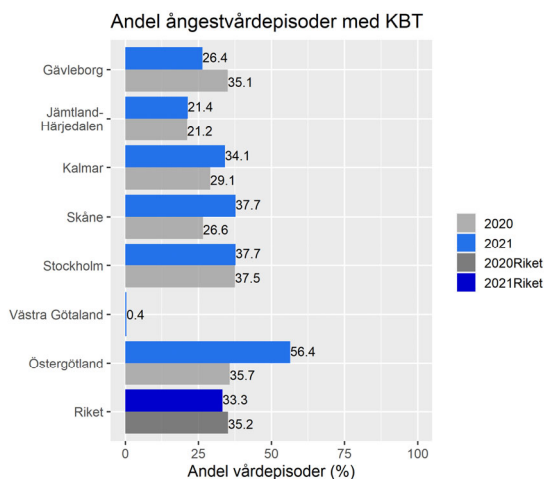
Figur 7 Andel med strukturerad suicidriskbedömning genomförd senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2021

2.4 KBT vid depression



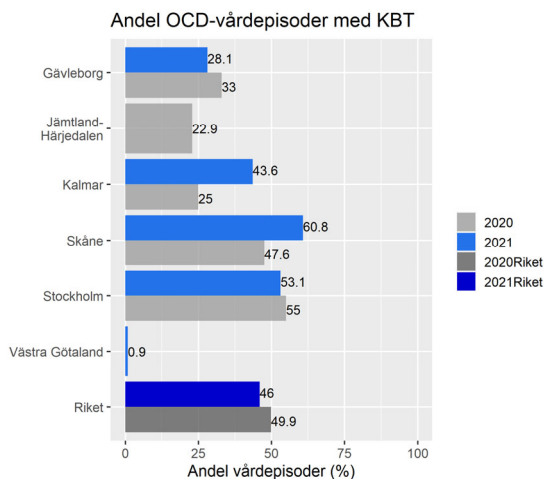
Figur 8 Andel av patienter med depressionsdiagnos som fått behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.5 KBT vid ångesttillstånd



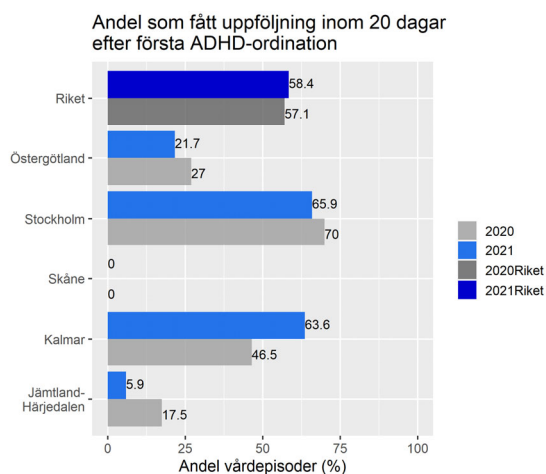
Figur 9 Andel av patienter med ångestdiagnos som fått behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.6 KBT vid OCD & rel. tillstånd



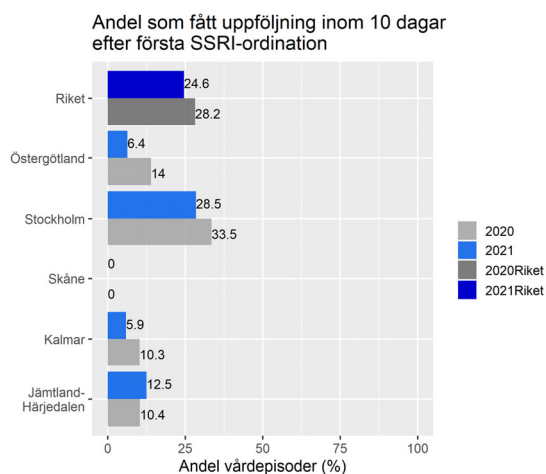
Figur 10 Andel patienter med OCD eller relaterade tillstånd som fått behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

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 för Region 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 för Region Gävleborg.

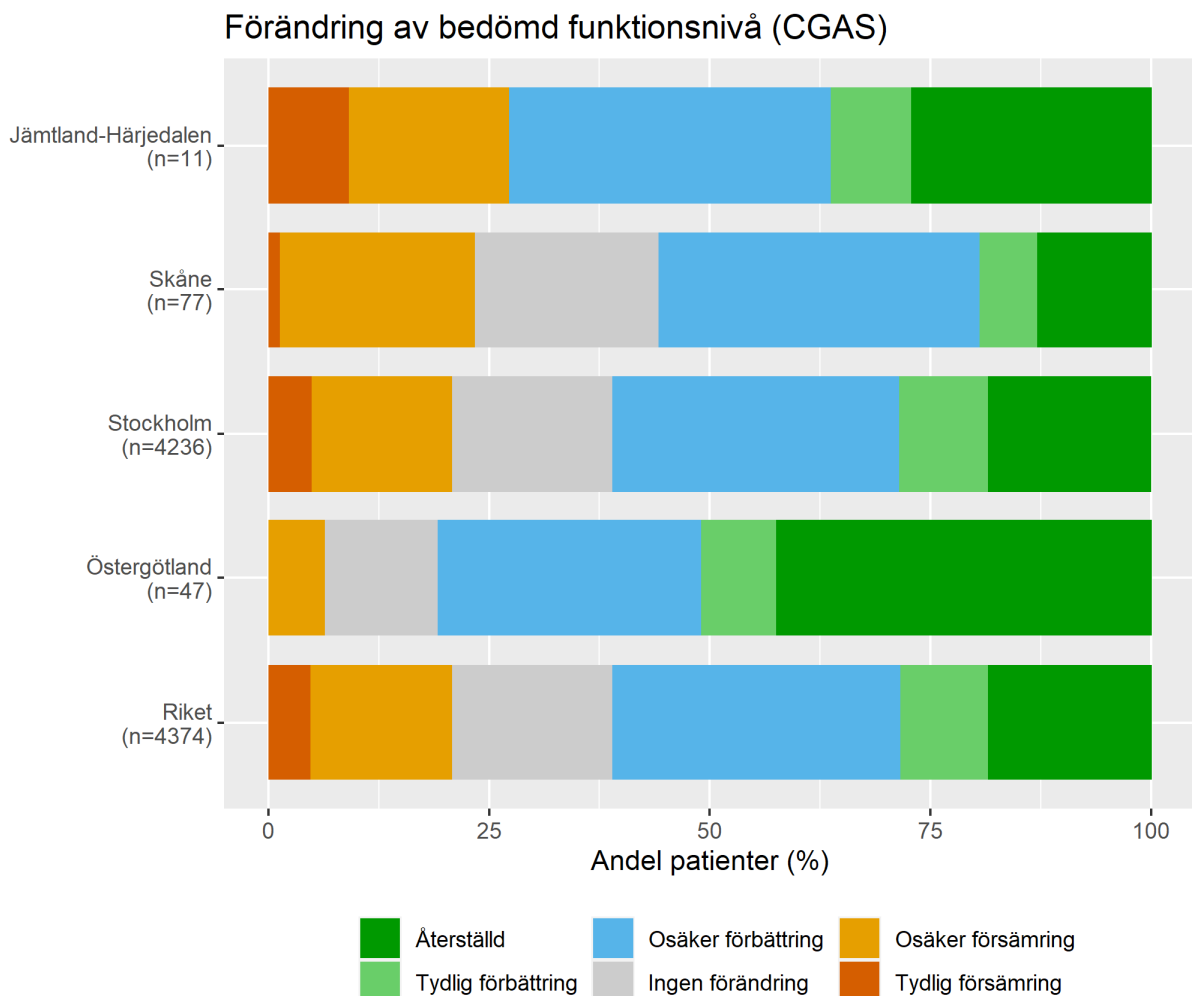
3 Behandlingsresultat

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:

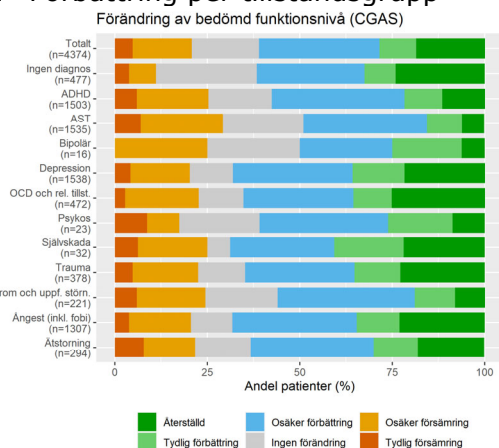
3.1 Säkerställd förbättring

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*.



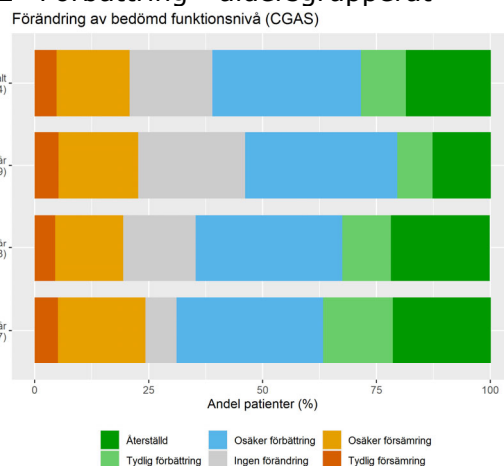
Figur 13: Andel med förbättrad respektive försämrad funktionsnivå bland avslutade patienter 2021 som genomfört minst fyra besök och har minst två CGAS-bedömningar med minst 30 dagars intervall. Förändringen beräknas från första till sista skattning. (Regionerna Gävleborg och Kalmar har för få avslutade 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 tröskelvärde 60 till ett avslutande värde över 60 betecknas som återställda.

Tabell 3: Förändring av funktionsnivå. Patienter som genomfört minst 4 besök, avslutat vårdåtagande under 2021 och har funktionsnivåbedömning med CGAS i början och slutet av vårdåtagandet. Funktionsnivån har förbättrats för 42,1 % av patienterna

CGAS efter:	CGAS före:										Summa
	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	
CGAS 1-10	1			1		1					3
CGAS 11-20	1	5		3							9
CGAS 21-30		4	10	10	10	1	1				36
CGAS 31-40	1	1	10	97	75	20	2				206
CGAS 41-50	3	1	16	105	829	316	17	1		1	1 289
CGAS 51-60		2	3	57	649	915	70	9	2		1 707
CGAS 61-70		3	3	10	237	447	114	8	1		823
CGAS 71-80		1	2	6	40	108	57	10			224
CGAS 81-90					12	46	5	6	2		71
CGAS 91-100					2	3	1				6
Totalsumma	6	17	44	289	1 854	1 857	267	34	5	1	4 374

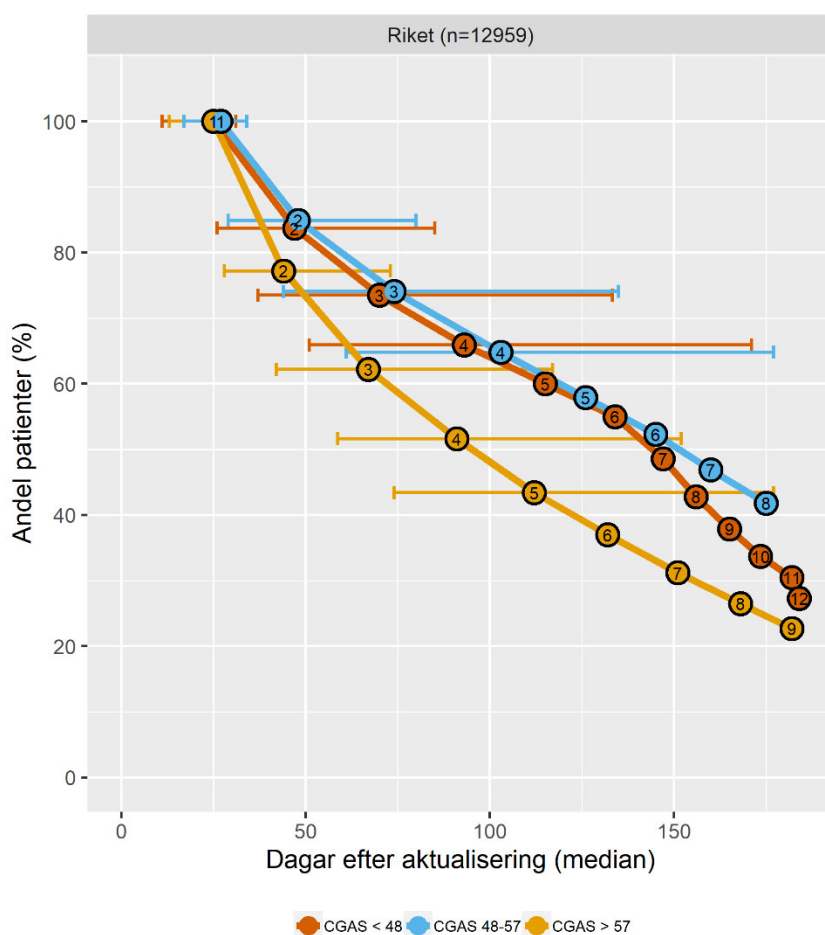
4 Nya patienter: Det första halvåret med BUP

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 2018-07-07 – 2021-06-03

4.1 Prioritering i förhållande till initial funktionsnivå

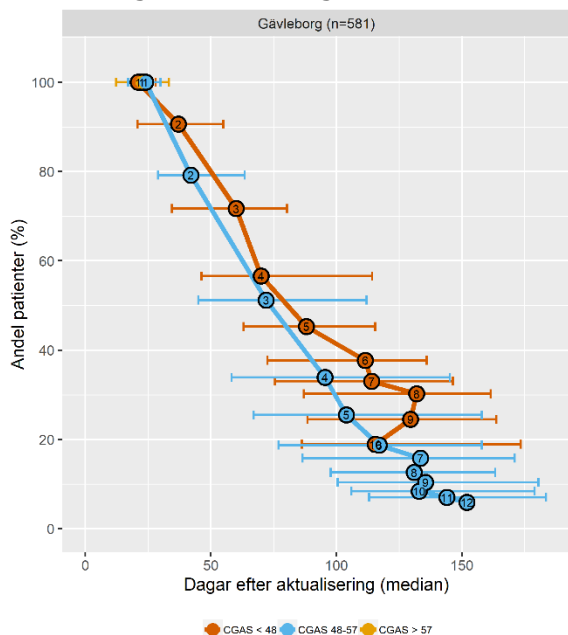
Vi undersöker den faktiska prioriteringen i det initiala omhändertagandet av nya patienter genom att dela upp patienterna i tre (övre och nedre kvartil samt mellangruppen) grupper utifrån bedömd funktionsnivå. Vårdprocessen åskådliggörs sedan genom att mediantidpunkten för besök 1-12 plottas i ett linjediagram 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



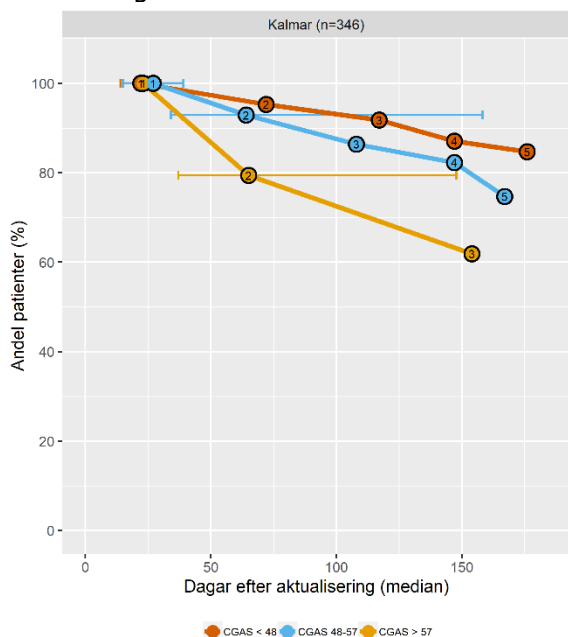
Figur 16: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga patienter med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.2 Region Gävleborg



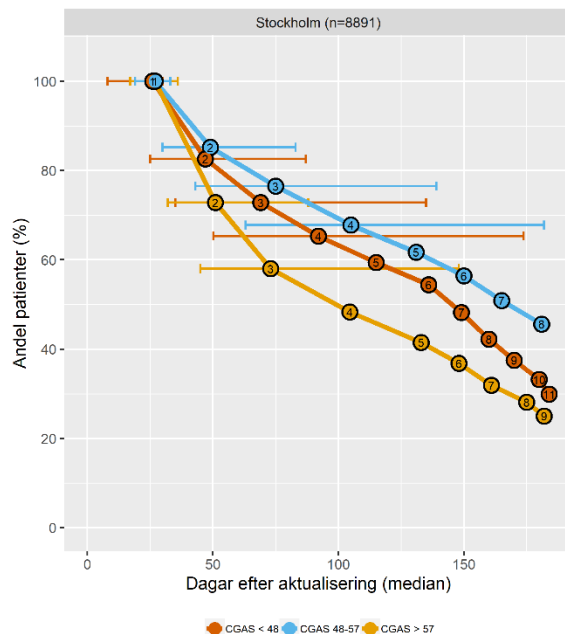
Figur 17: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i Region Gävleborg med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter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

4.1.3 Region Kalmar



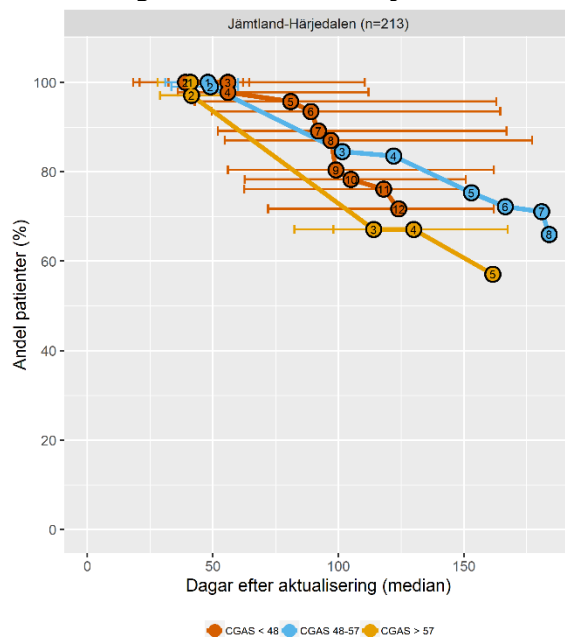
Figur 18: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Kalmar med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter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

4.1.4 Region Stockholm



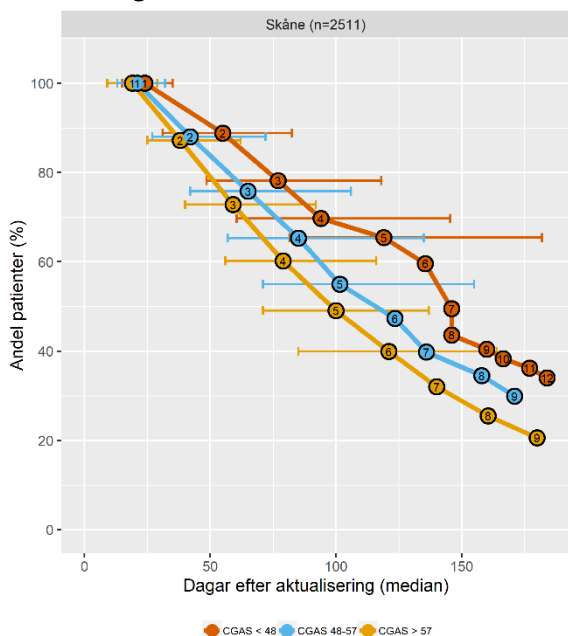
Figur 19: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Stockholm med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter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

4.1.5 Region Jämtland- Härjedalen



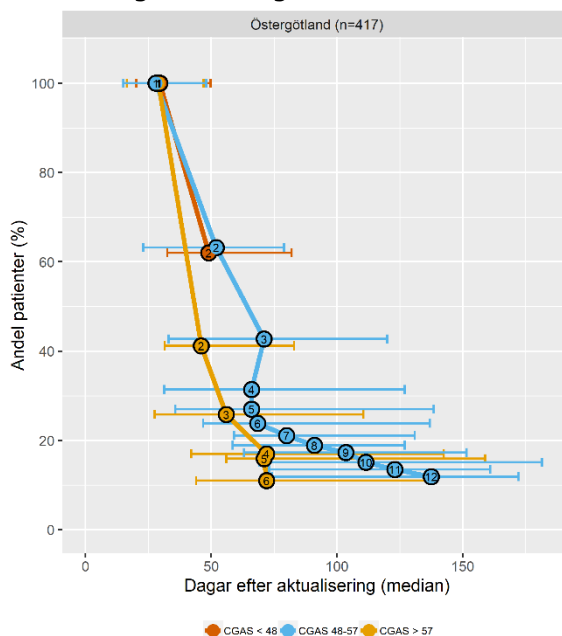
Figur 20: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Kalmar med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter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

4.1.6 Region Skåne



Figur 21: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Skåne 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.)

4.1.7 Region Östergötland

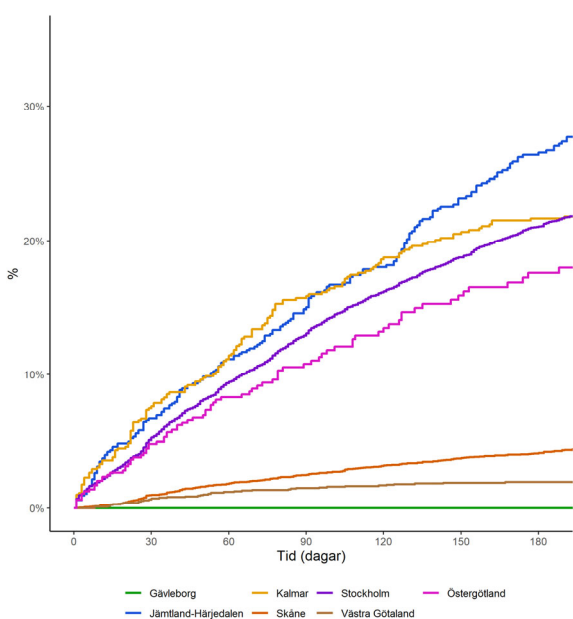


Figur 22: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Östergötland med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.2 Insatser under det första halvåret inom BUP

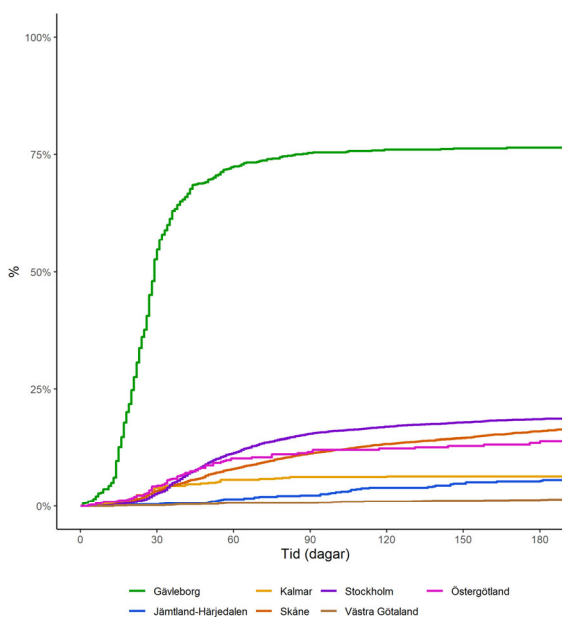
I detta avsnitt prövar vi att komplettera bilden av den initiala prioriteringen genom att med Kaplan-Meier-analyser (Kaplan & Meier 1958) visa hur stor sannolikheten är att en patient får del av olika insatser vid olika tidpunkter under det första halvåret efter vårdbegäran.

4.2.1 Läkemedelsbehandling



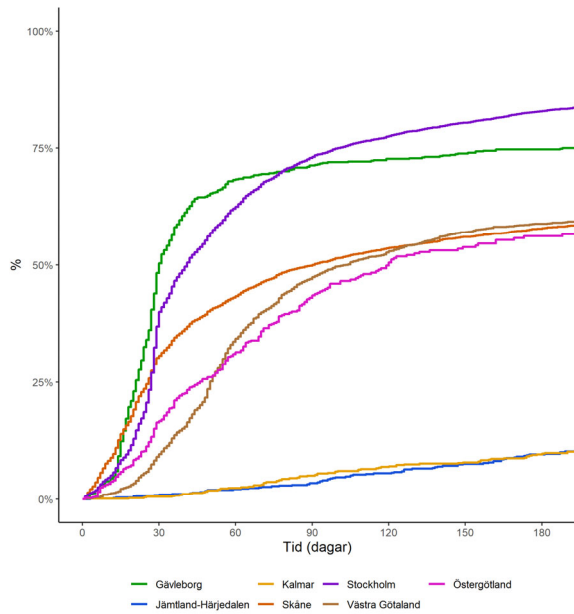
Figur 23: Tid från vårdbegäran till första läkemedelsordination. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

4.2.2 Diagnostisk screening



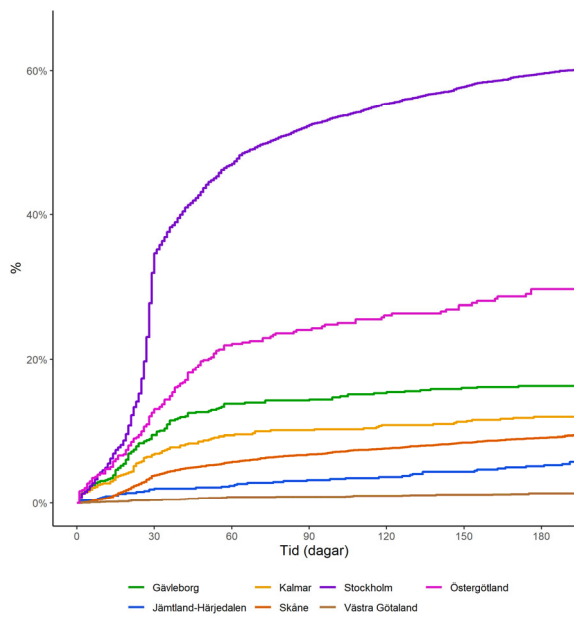
Figur 24: Tid från vårdbegäran till systematisk diagnostisk screening.

4.2.3 Vårdplanering



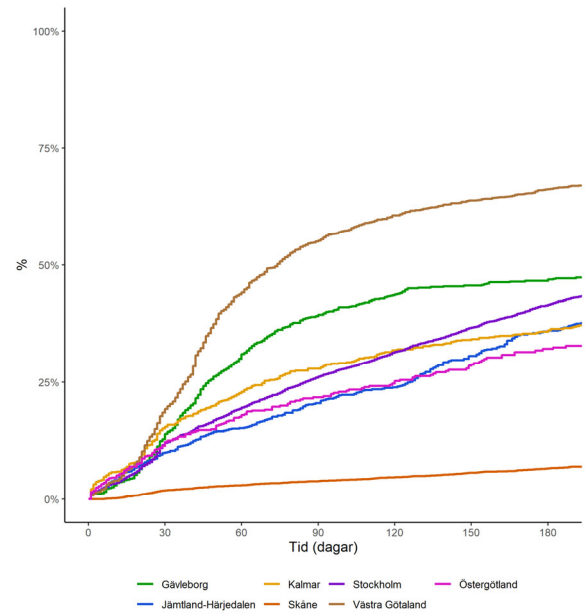
Figur 25: Tid från vårdbegäran till första vårdplan.

4.2.4 Suicidriskbedömning



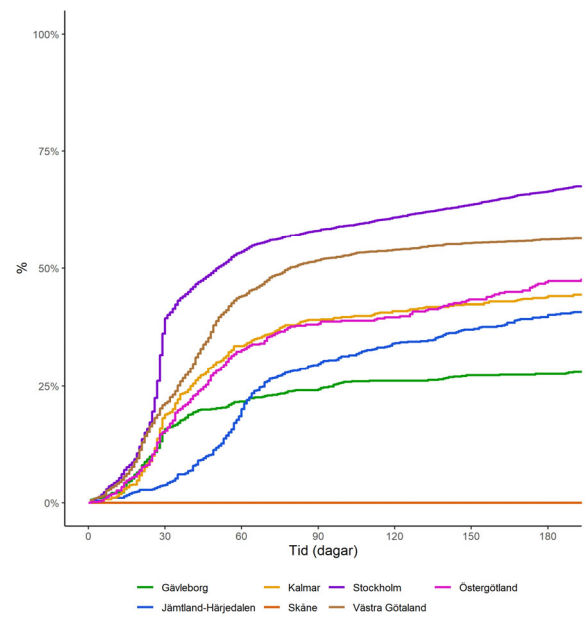
Figur 26: Tid från vårdbegäran till första strukturerad suicidriskbedömning.

4.2.5 Läkarbesök



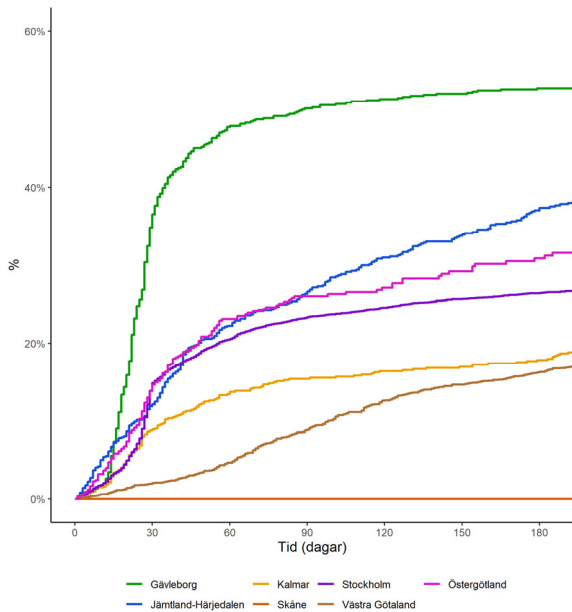
Figur 27: Tid från vårdbegäran till första läkarbesök.

4.2.6 Samtal med psykolog



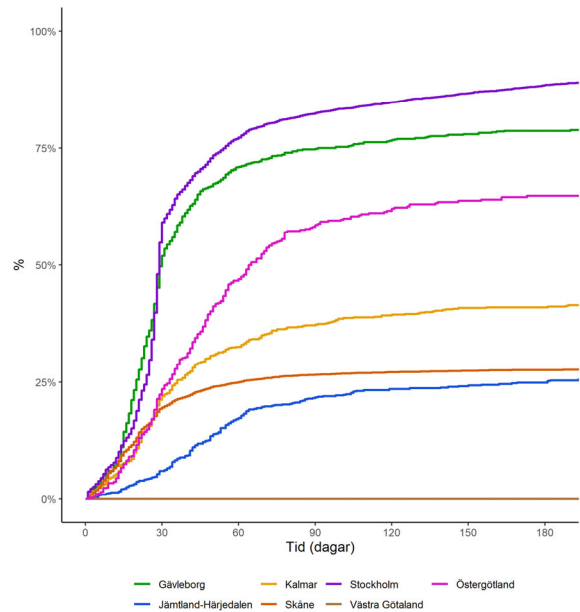
Figur 28: Tid från vårdbegäran till första samtal med psykolog.

4.2.7 Samtal med kurator



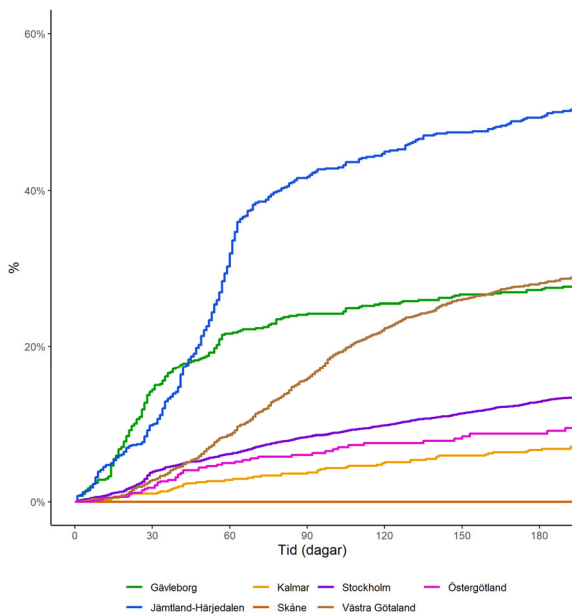
Figur 29: Tid från vårdbegäran till första samtal med kurator.

4.2.9 Funktionsnivåbedömning (CGAS)



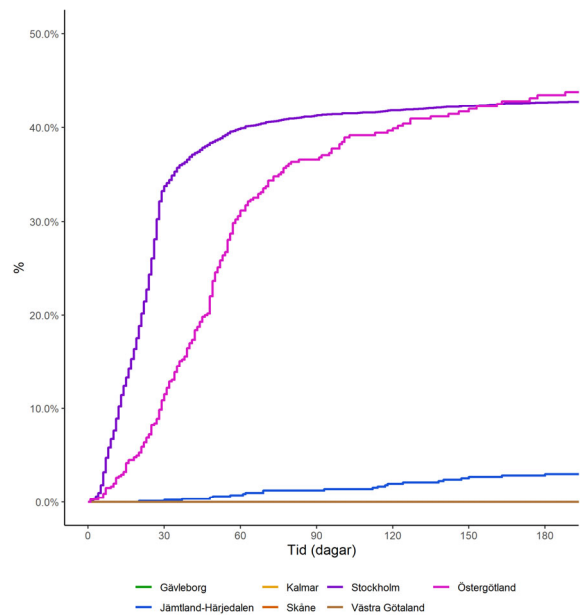
Figur 31: Tid till första funktionsnivåbedömning med CGAS.

4.2.8 Sjuksköterskebesök



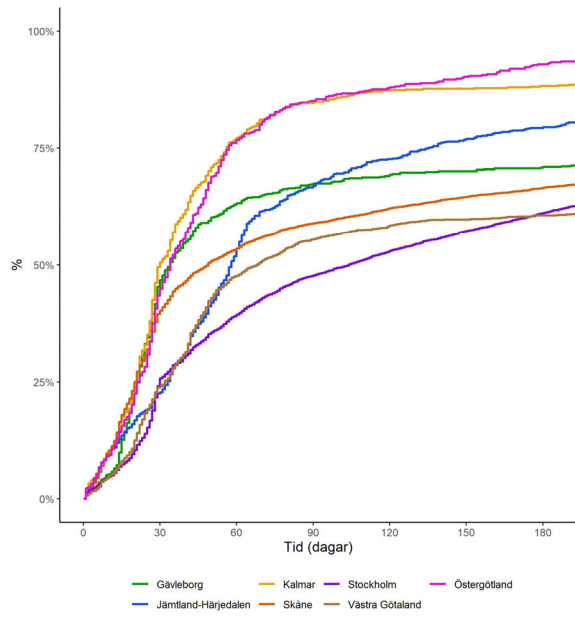
Figur 30: Tid från vårdbegäran till första sjuksköterskebesök.

4.2.10 Själv-/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire



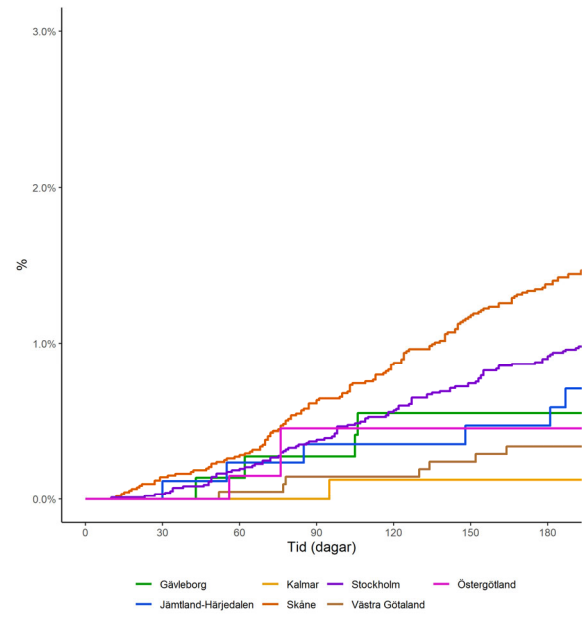
Figur 32: Tid till första själv/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

4.2.11 Tillståndsdiasgnos



Figur 33: Tid till första tillståndsdiasgnos.

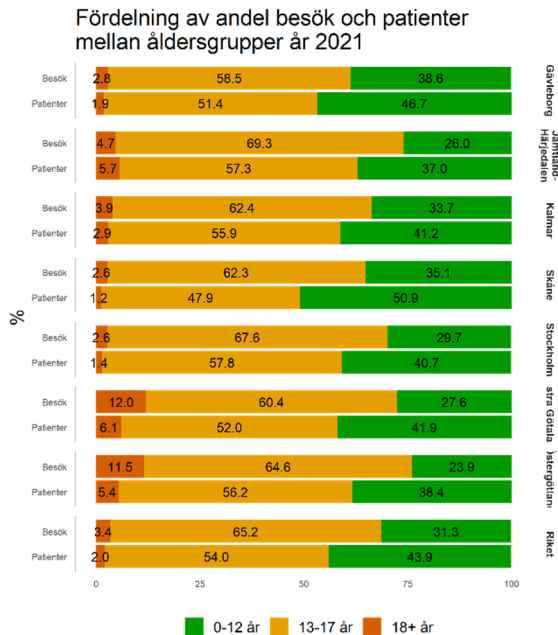
4.2.12 Samordnad Individuell Plan (SIP)



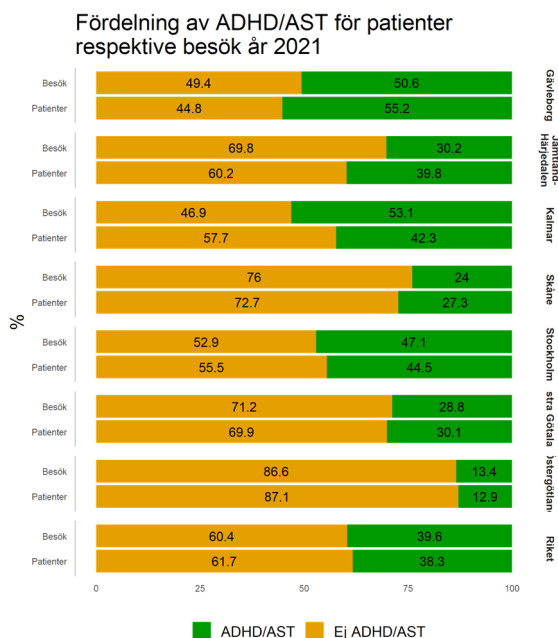
Figur 34: Tid från vårdbegäran till första SIP

5 Resursfördelning

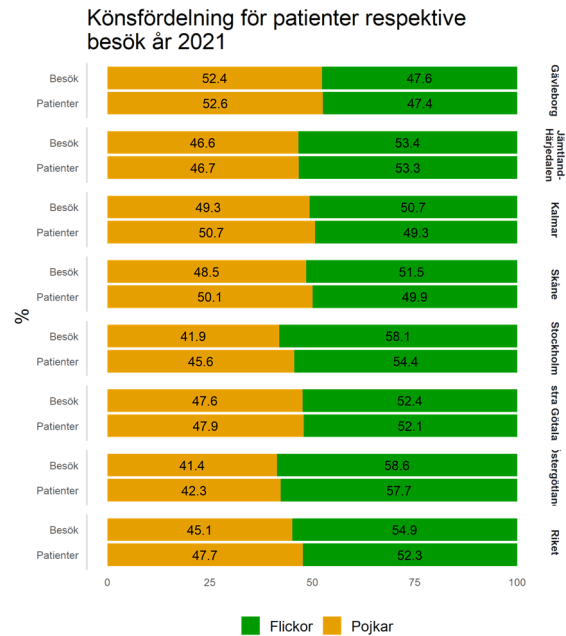
Genom att undersöka hur en verksamhets patienter fördelar sig mellan olika grupper och hur stor del av den totala besöksmassan under ett år dessa grupper svarar för, kan vi belysa hur verksamhetens resurser i praktiken prioriteras mellan olika patientgrupper.



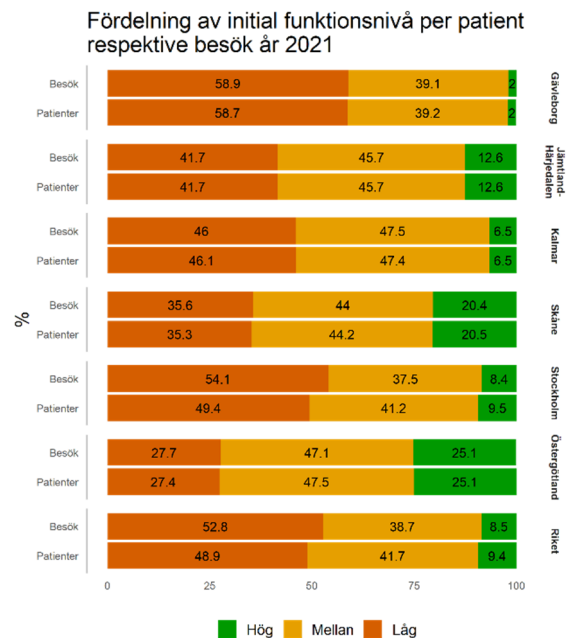
Figur 35 Andel patienter respektive besök för olika åldersgrupper.



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



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

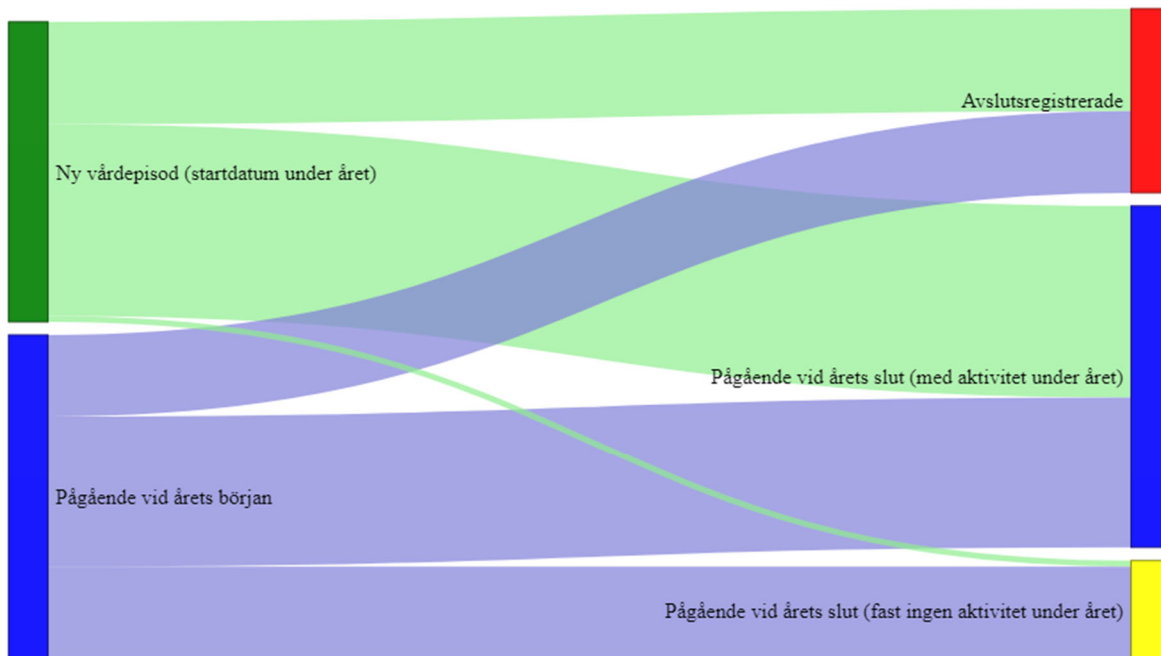


Figur 38: Andel patienter respektive besök för olika initialt bedömd funktionsnivå

6 Aktuella patienter i registret 2021

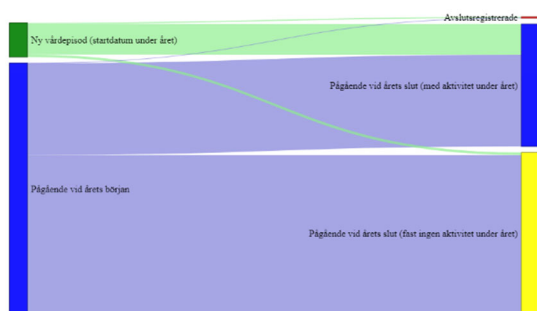
Här ger vi en sammanfattande bild av patientflödet under 2020. Ytterligare fördjupning för de vanligaste tillståndsgrupperna återfinns i appendix.

6.1 Nya – Pågående – Avslutade



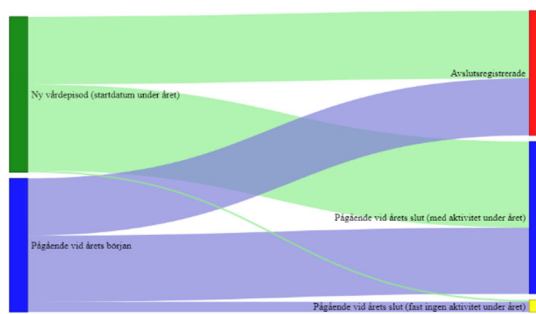
Figur 39: Riket

6.1.1 Region Gävleborg



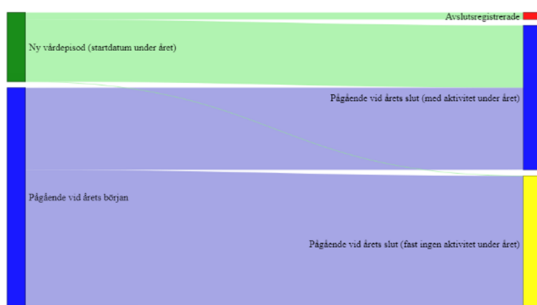
Figur 40: Gävleborg

6.1.3 Region Stockholm



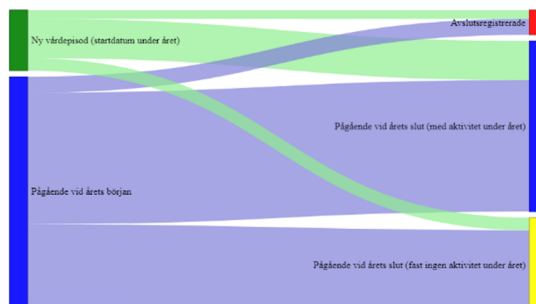
Figur 42: Stockholm

6.1.2 Region Kalmar



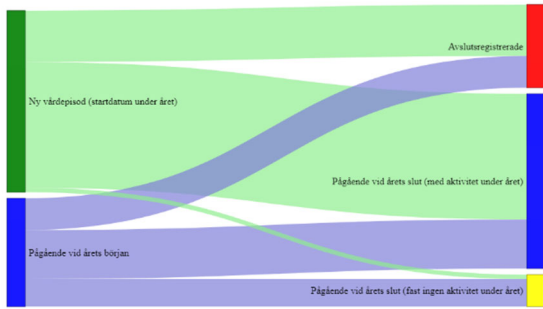
Figur 41: Kalmar

6.1.4 Region Jämtland-Härjedalen



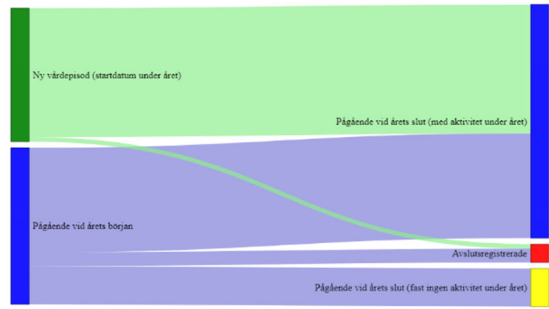
Figur 43: Jämtland-Härjedalen

6.1.5 Region Skåne



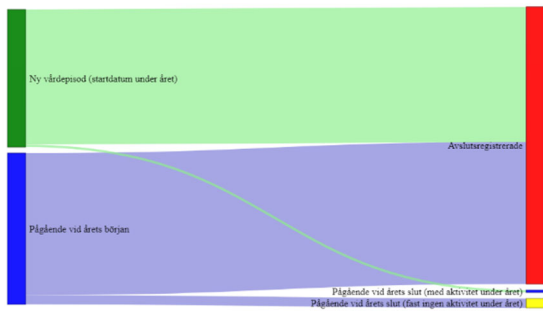
Figur 44: Skåne

6.1.7 Region Västra Götaland



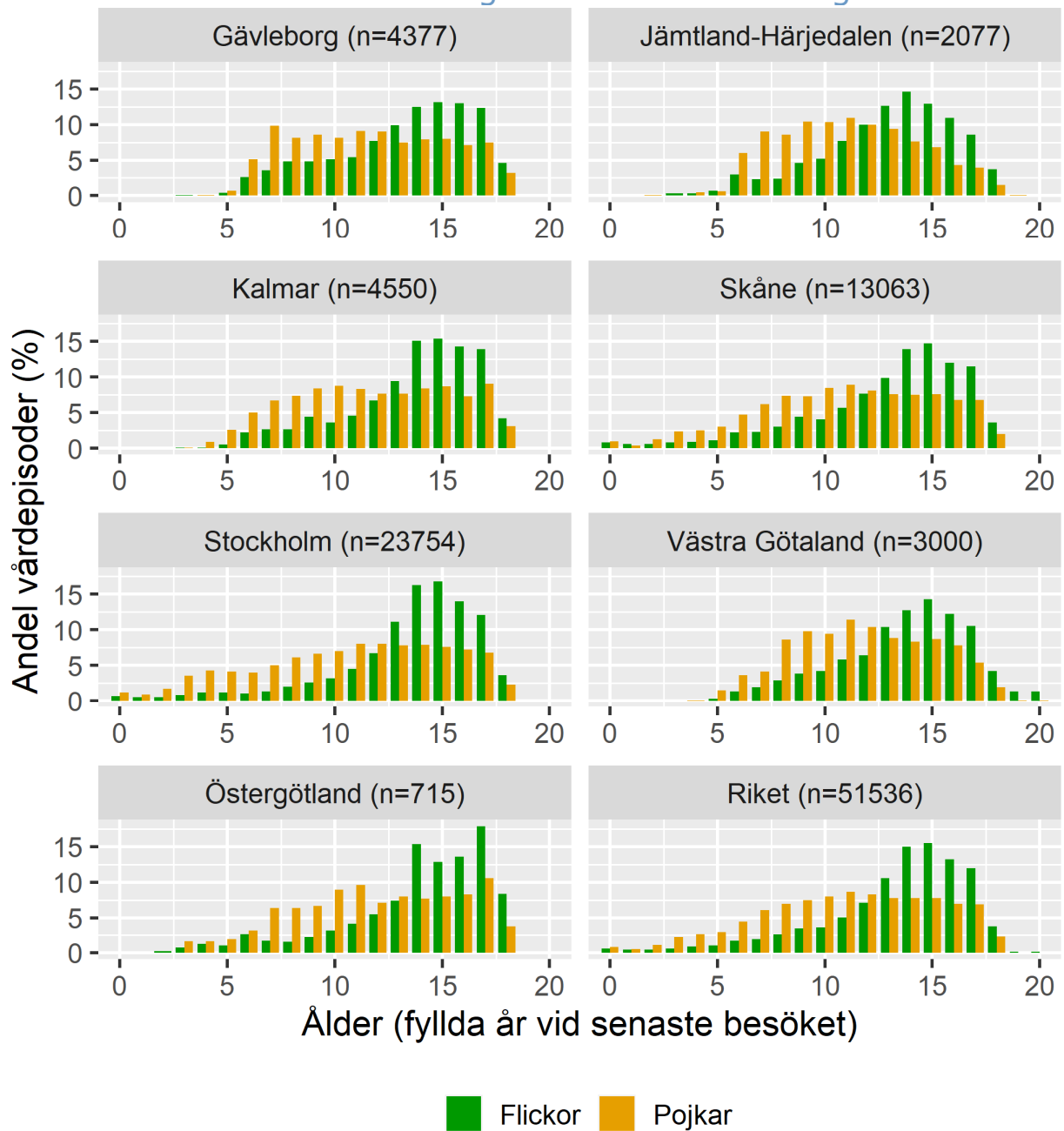
Figur 46 Västra Götaland

6.1.6 Region Östergötland



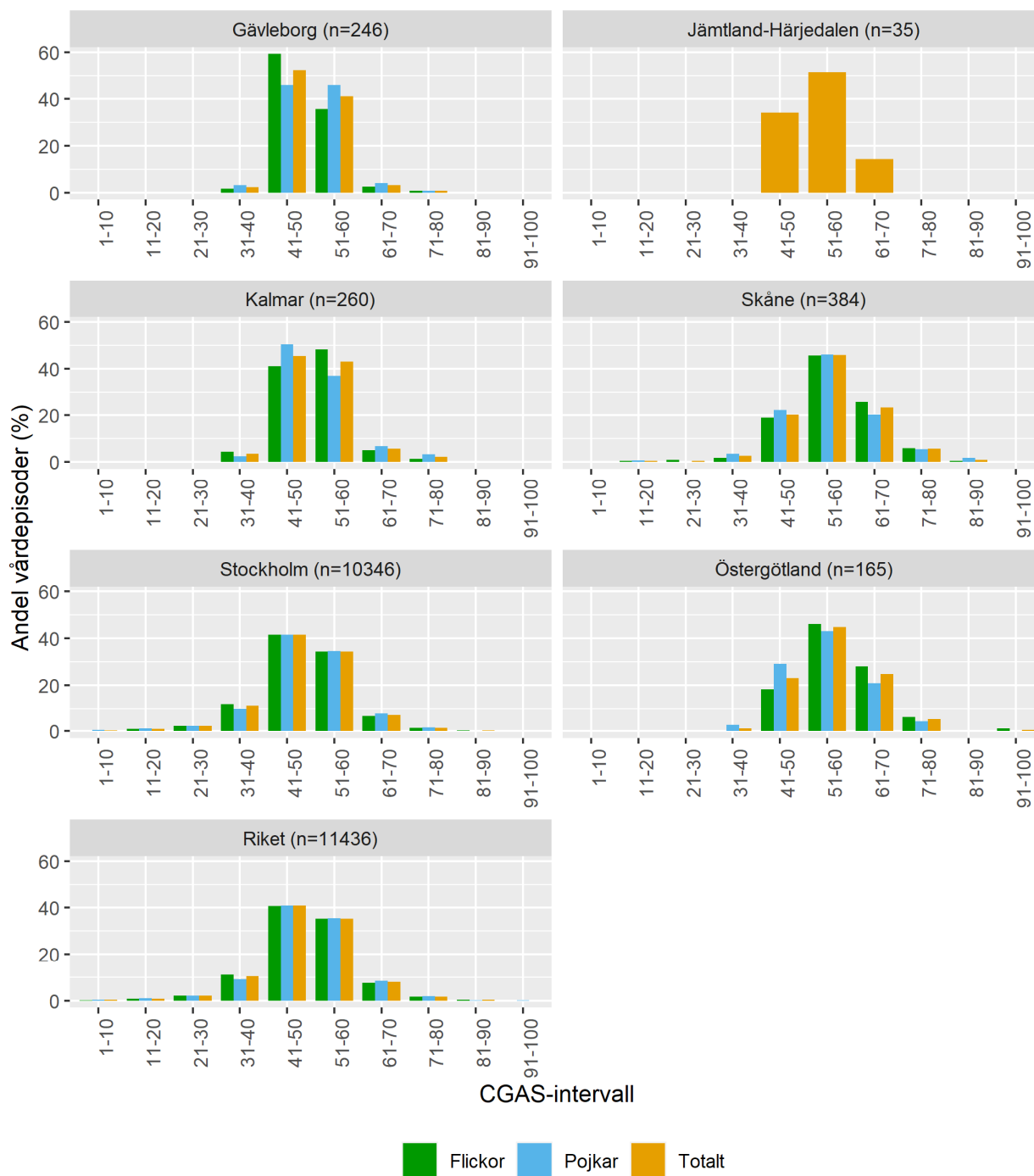
Figur 45: Östergötland

6.2 Könns- och åldersfördelning för aktuella vårdåtaganden



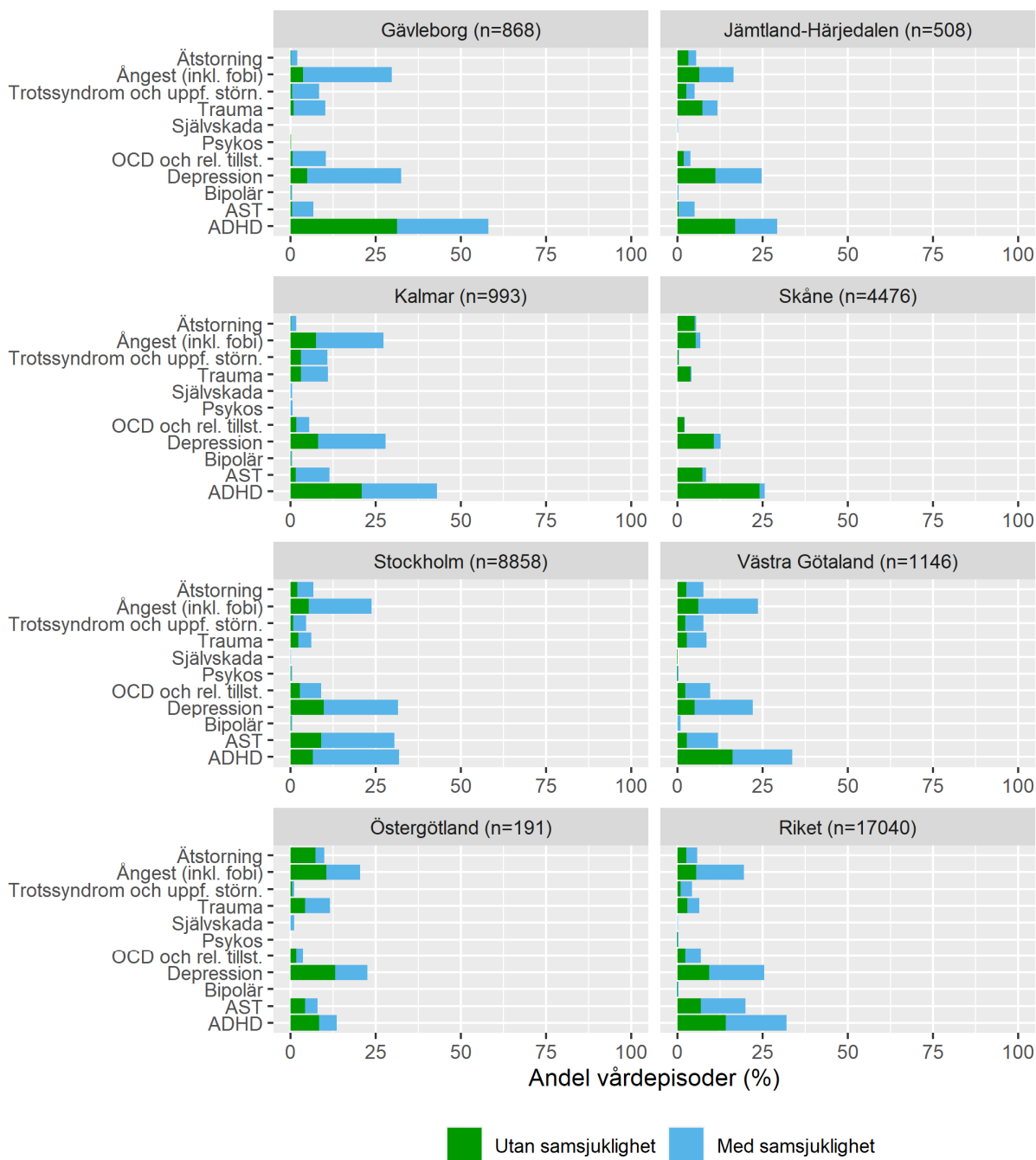
Figur 47: Ålders- och könsfördelning för aktuella vårdepisoder 2021. Fördelningen med överrepresentation av pojkar fram till tonåren och av flickor i tonåren är typisk för Barn- och ungdomspsykiatri.

6.3 Funktionsnivå vid start av vårdåtagande



Figur 48 Initialt bedömd funktionsnivå för nya vårdåtaganden under 2021.

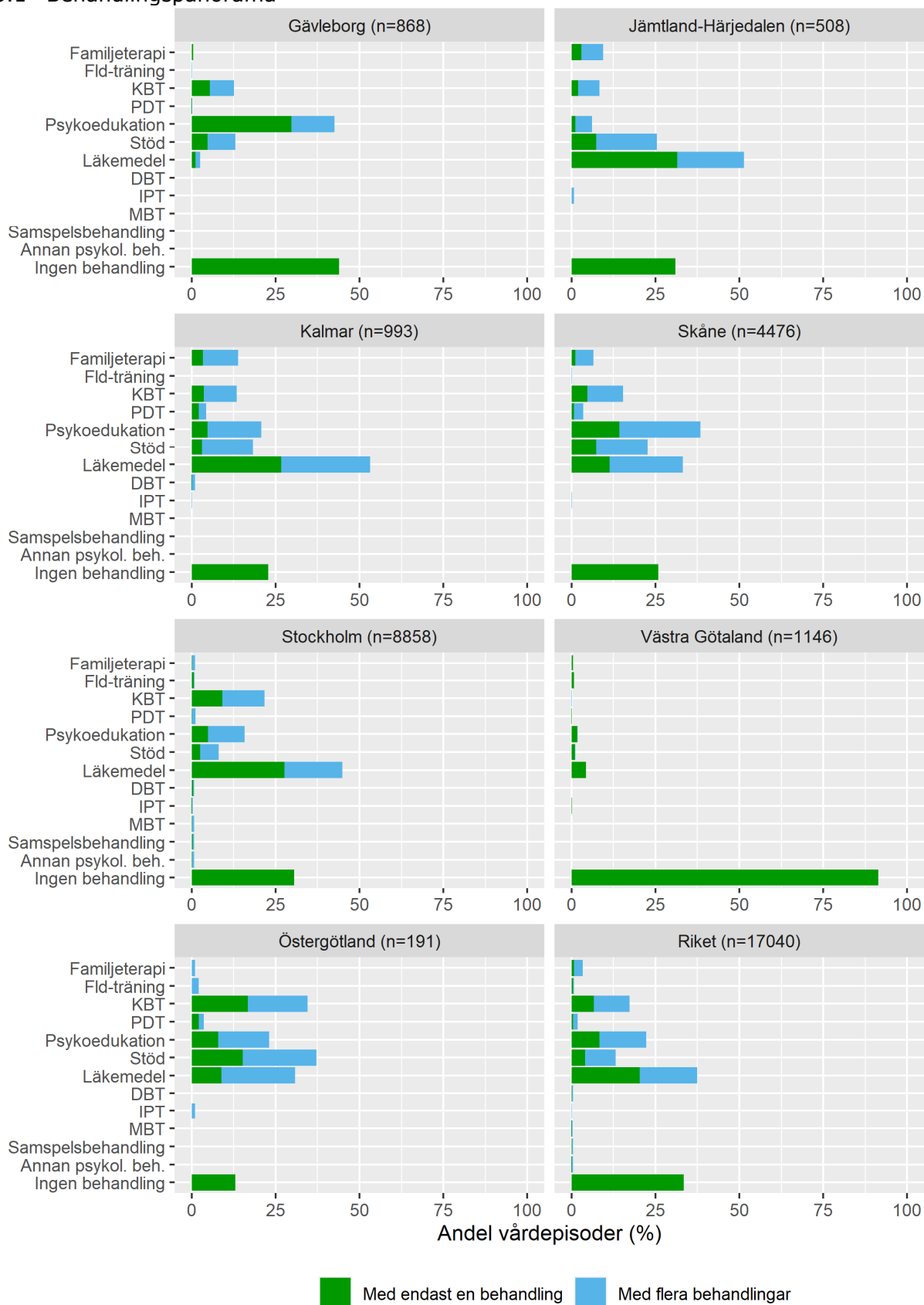
6.4 Diagnospanorama för aktuella patienter



Figur 49 Diagnospanorama för patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet

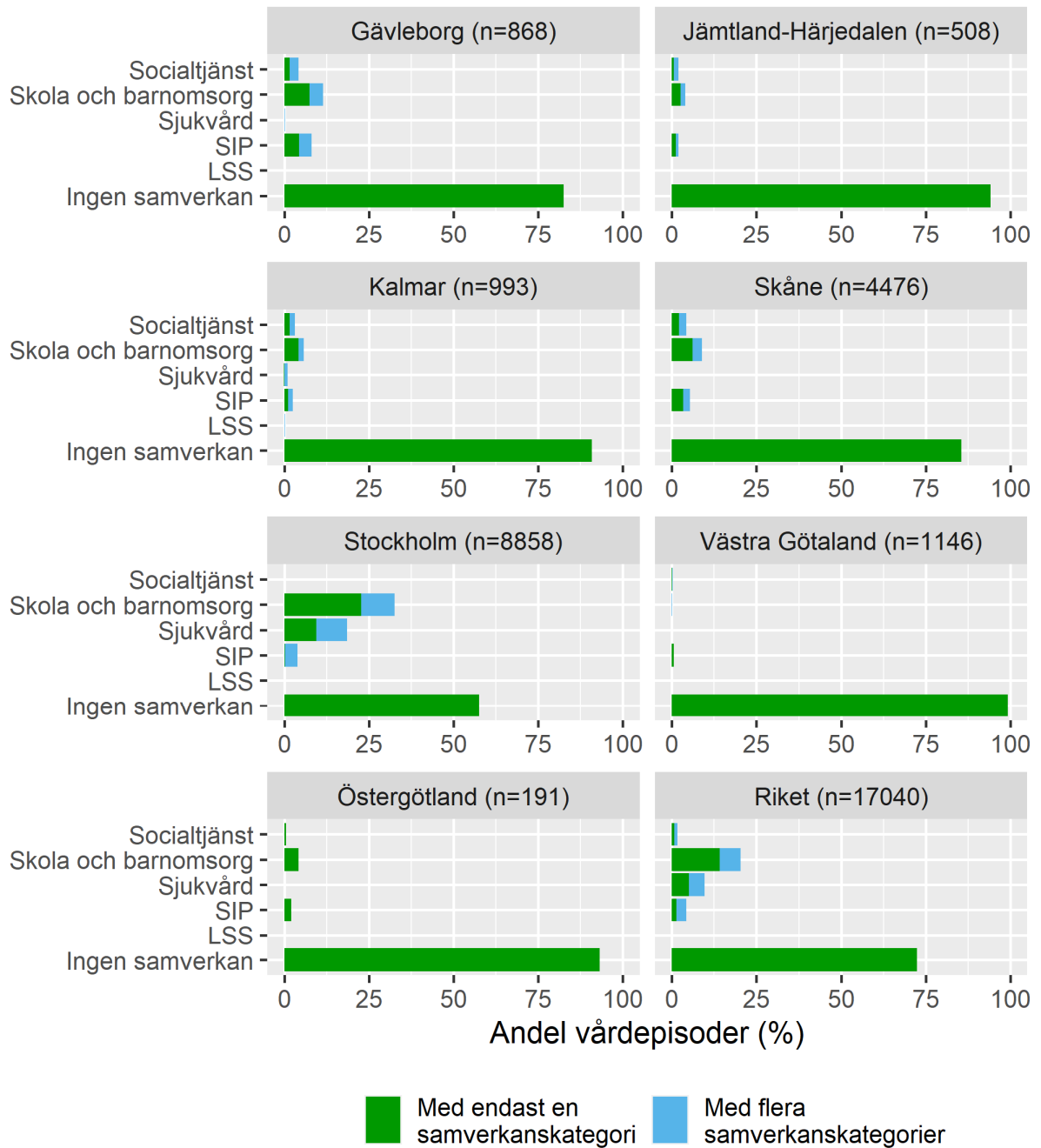
6.5 Genomförda insatser för aktuella patienter

6.5.1 Behandlingspanorama



Figur 50 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

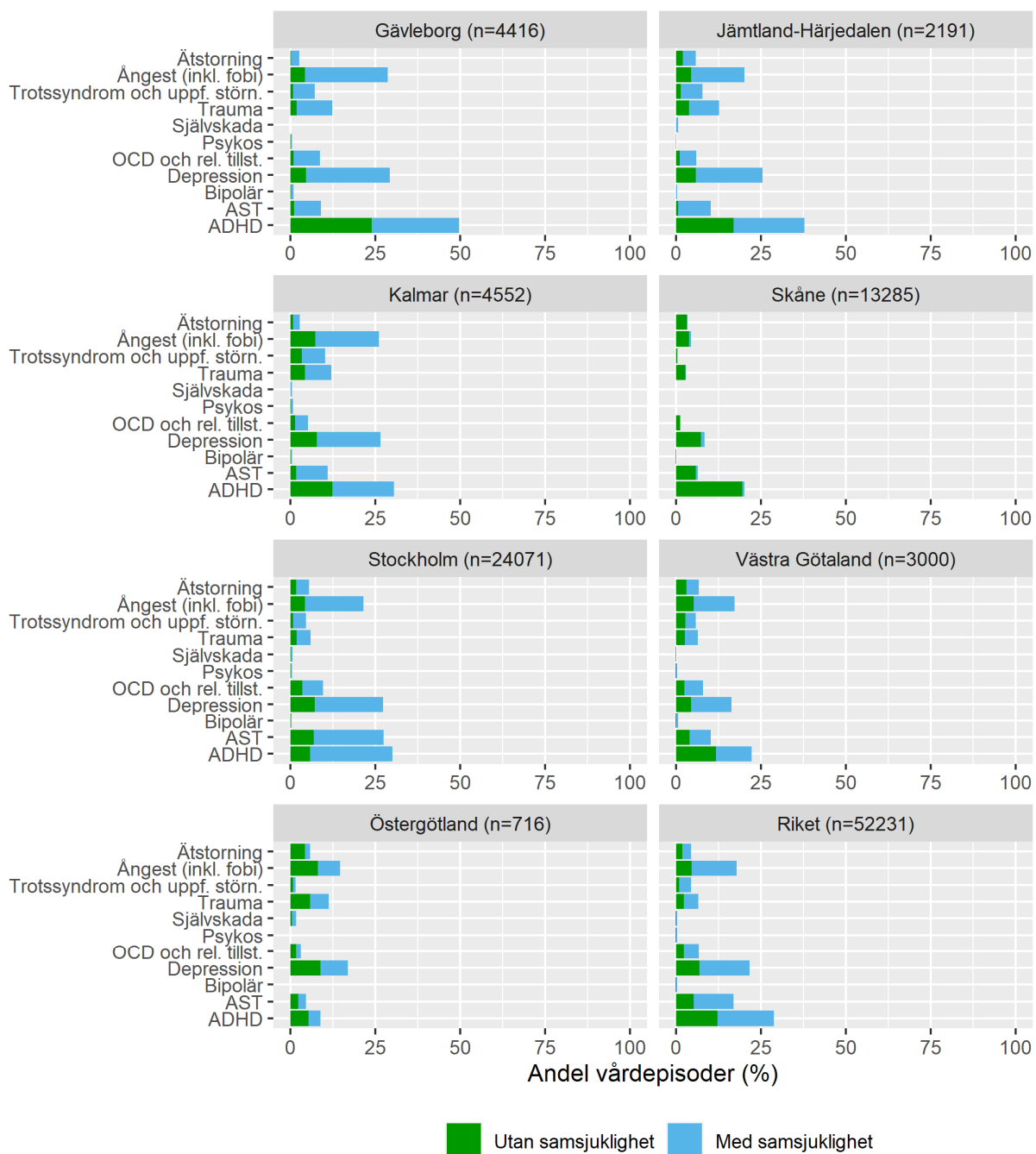


Figur 51 Andel patienter med samverkan. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet.

7 Avslutade patienter under 2021

Här ger vi en sammanfattande bild av de patienter vars vårdåtaganden avslutats under 2021. Ytterligare fördjupning för de vanligaste tillståndsgrupperna återfinns i appendix.

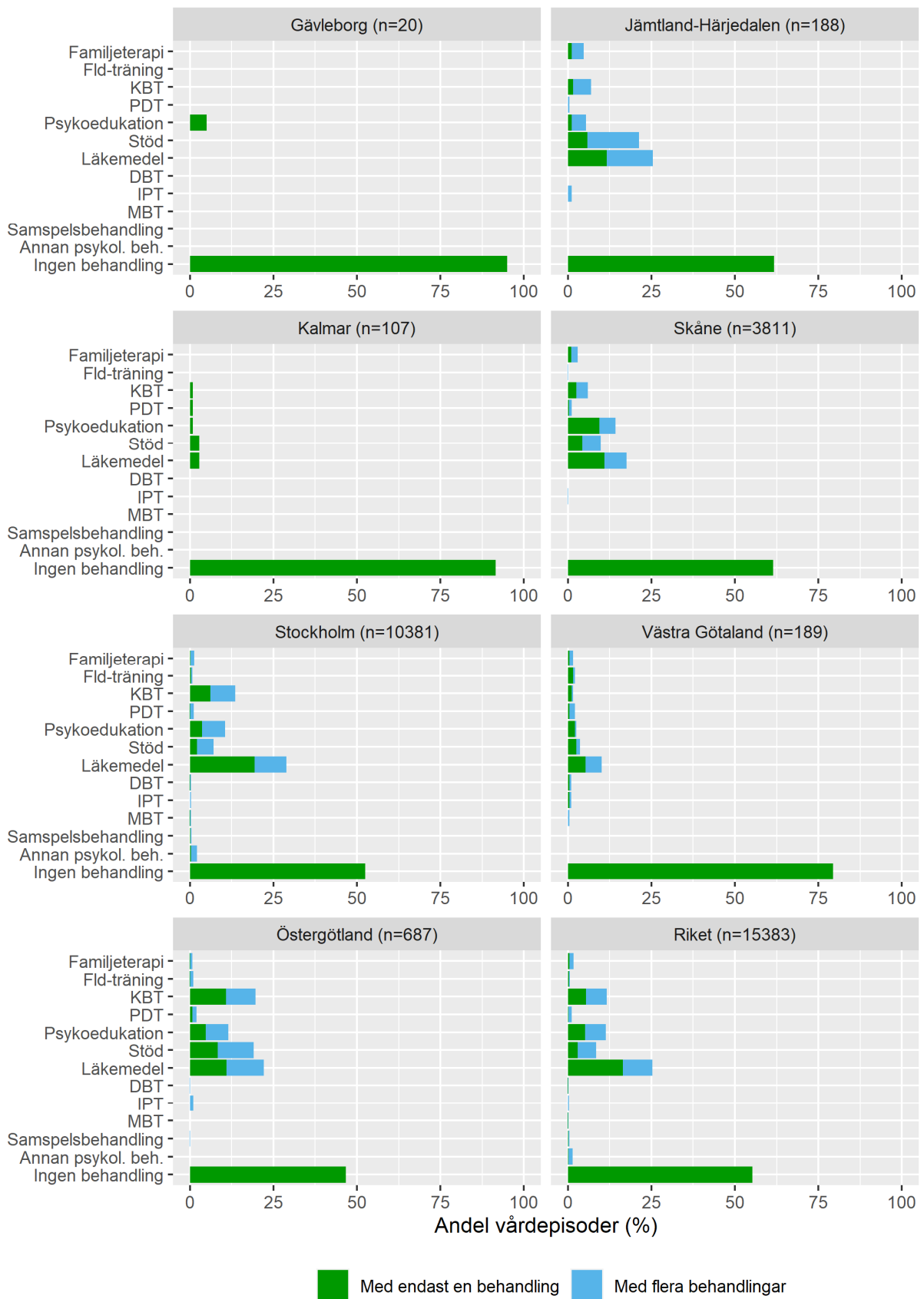
7.1 Diagnospanorama för avslutade vårdåtaganden



Figur 52 Diagnospanorama för avslutade patienter 2021

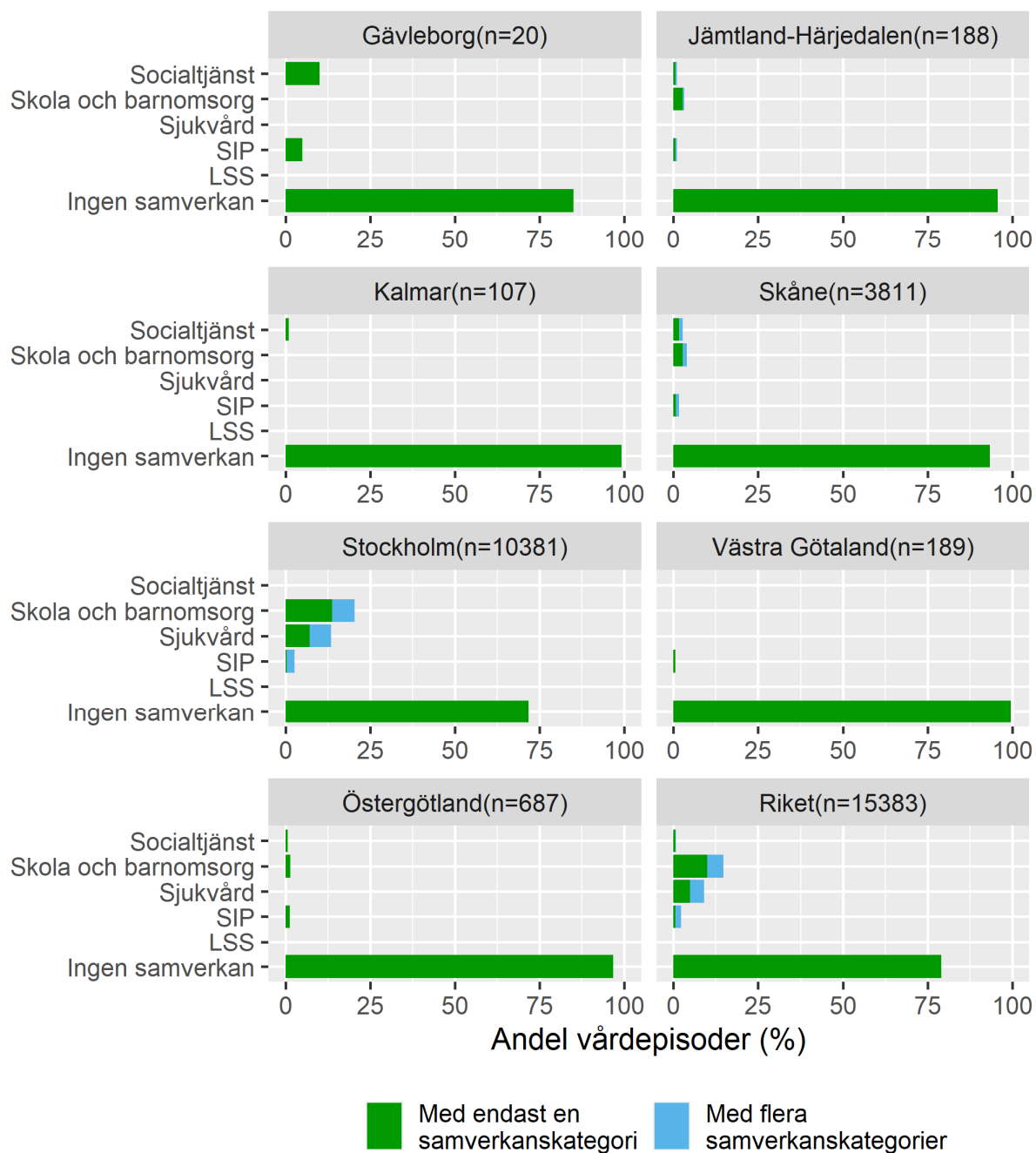
7.2 Genomförda insatser för avslutade vårdåtaganden

7.2.1 Behandlingspanorama



Figur 53: Behandlingspanorama för avslutade patienter 2021. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

7.2.2 Samverkan



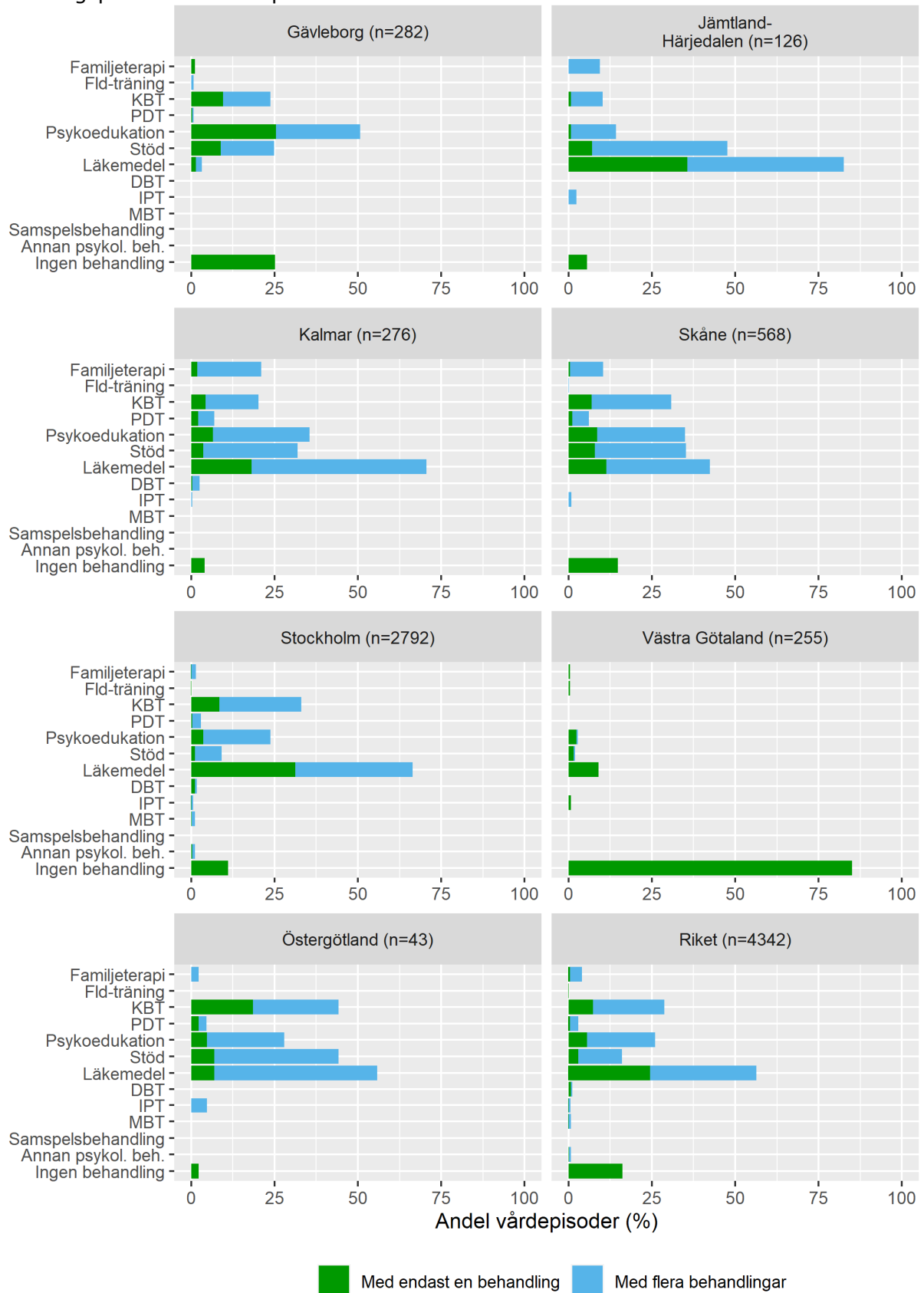
Figur 54 Andel patienter där BUP mött samverkansparter inom socialtjänst, skola/barnomsorg, annan sjukvård eller LSS-handläggare. Patienter med vårdåtagande avslutat under 2021

8 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. (2022). *Psykiatrin i siffror Barn- och ungdomspsykiatri. Kartläggning 2021*
- 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.

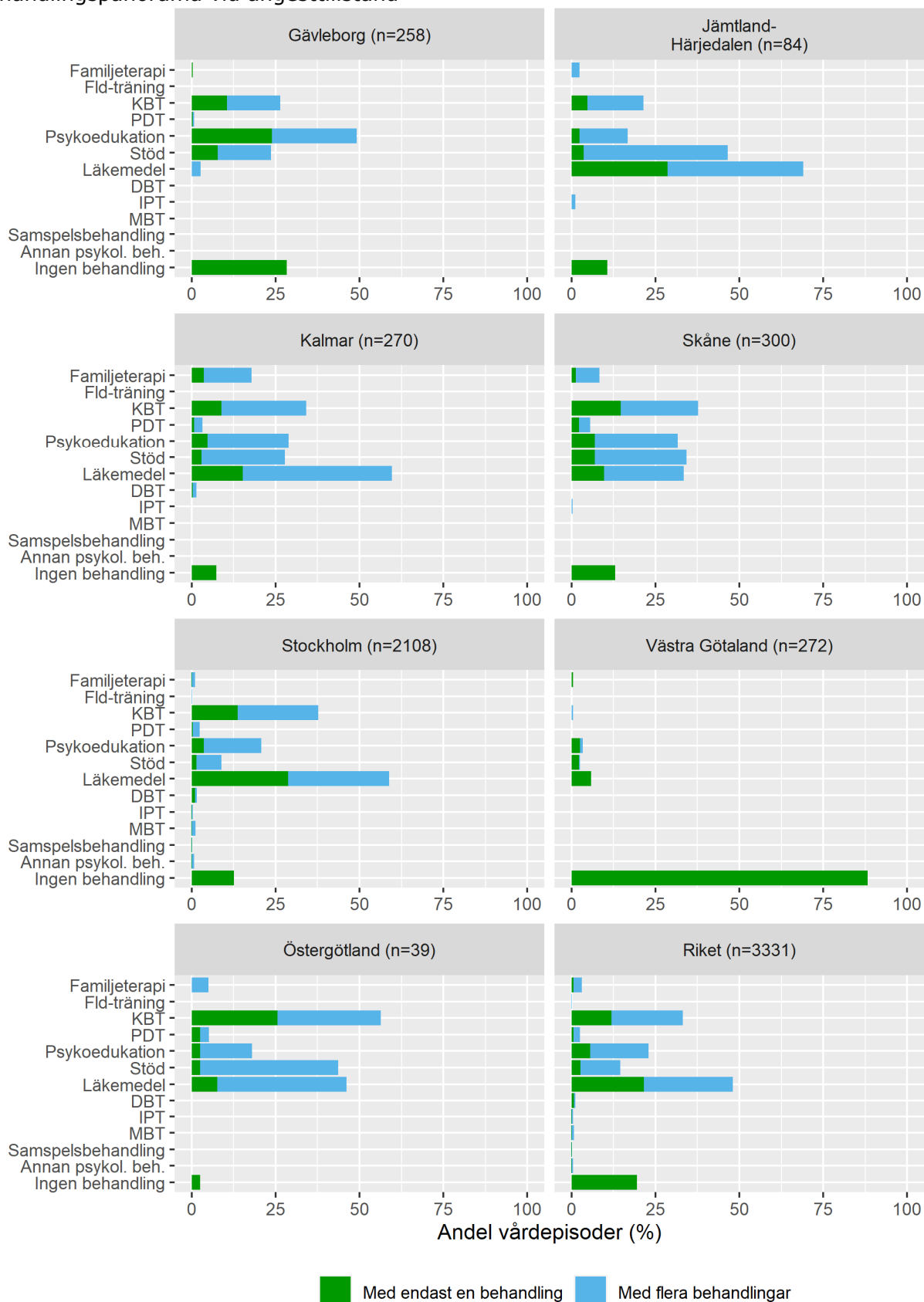
Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Aktuellt vårdåtagande)

Behandlingspanorama vid depressiva tillstånd



Figur 55 Behandlingspanorama för patienter med depression. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst 4 besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid ångestillstånd



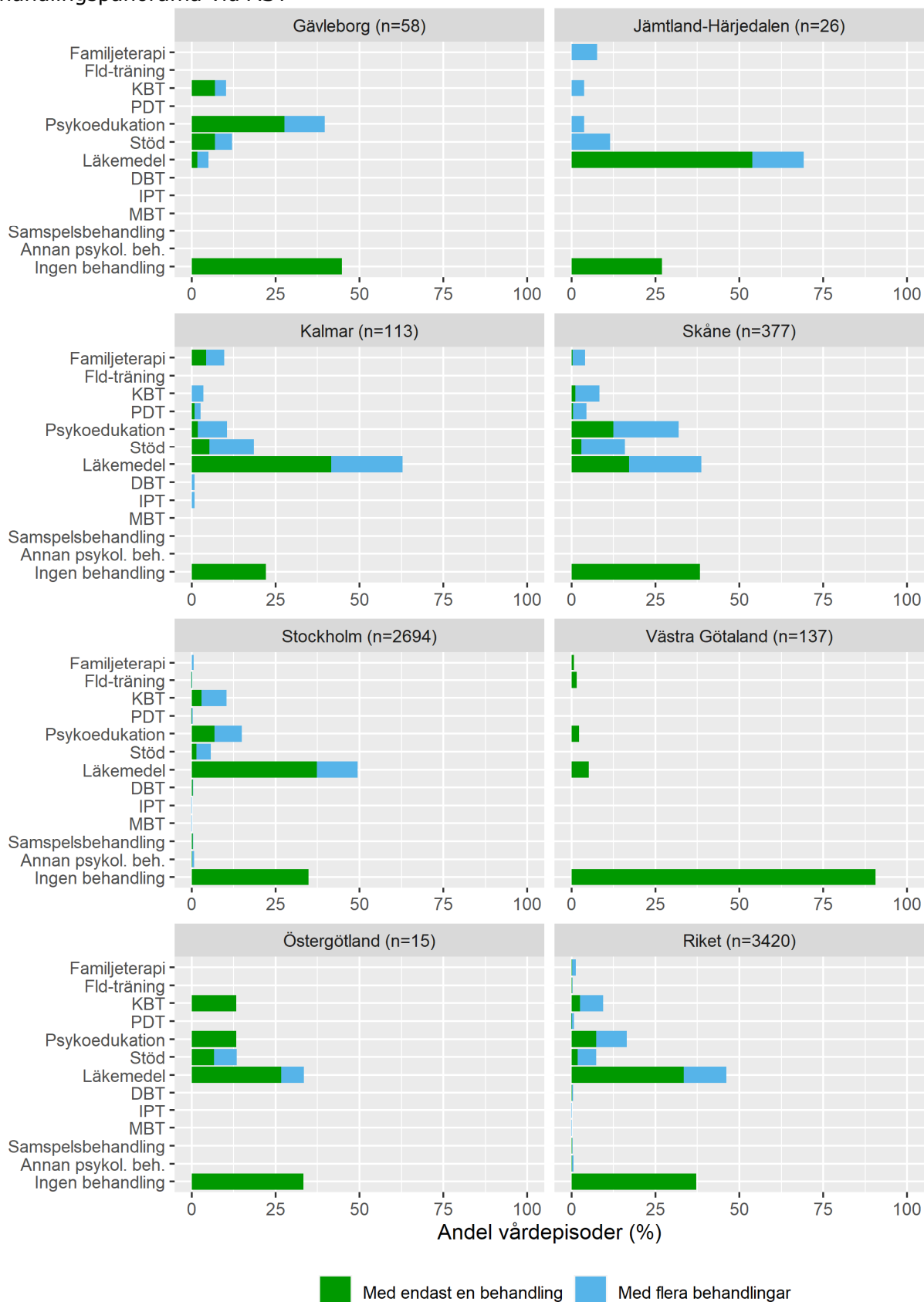
Figur 56 Behandlingspanorama för patienter med ångestillstånd. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. . OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid ADHD



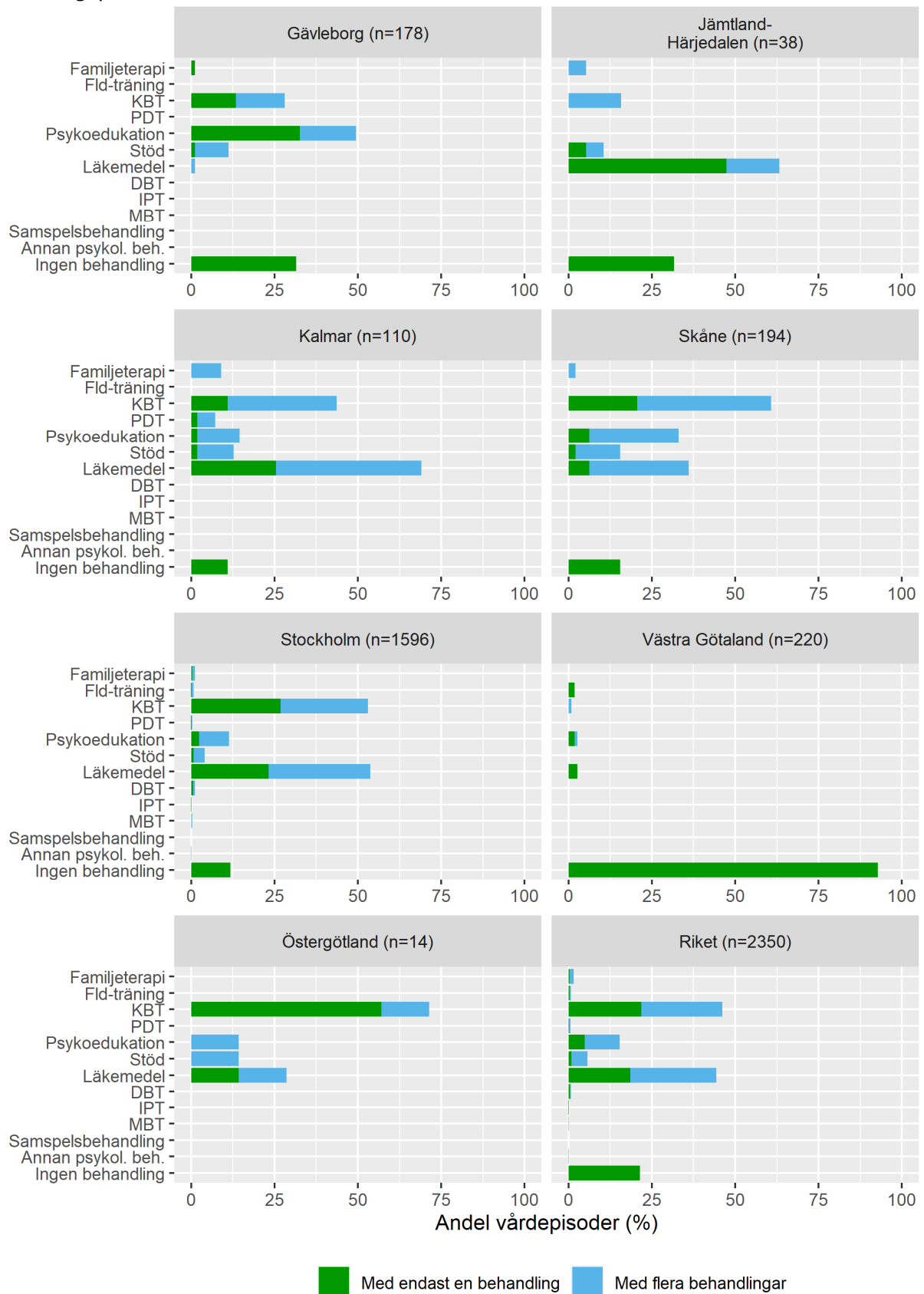
Figur 57 Behandlingspanorama för patienter med ADHD. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid AST



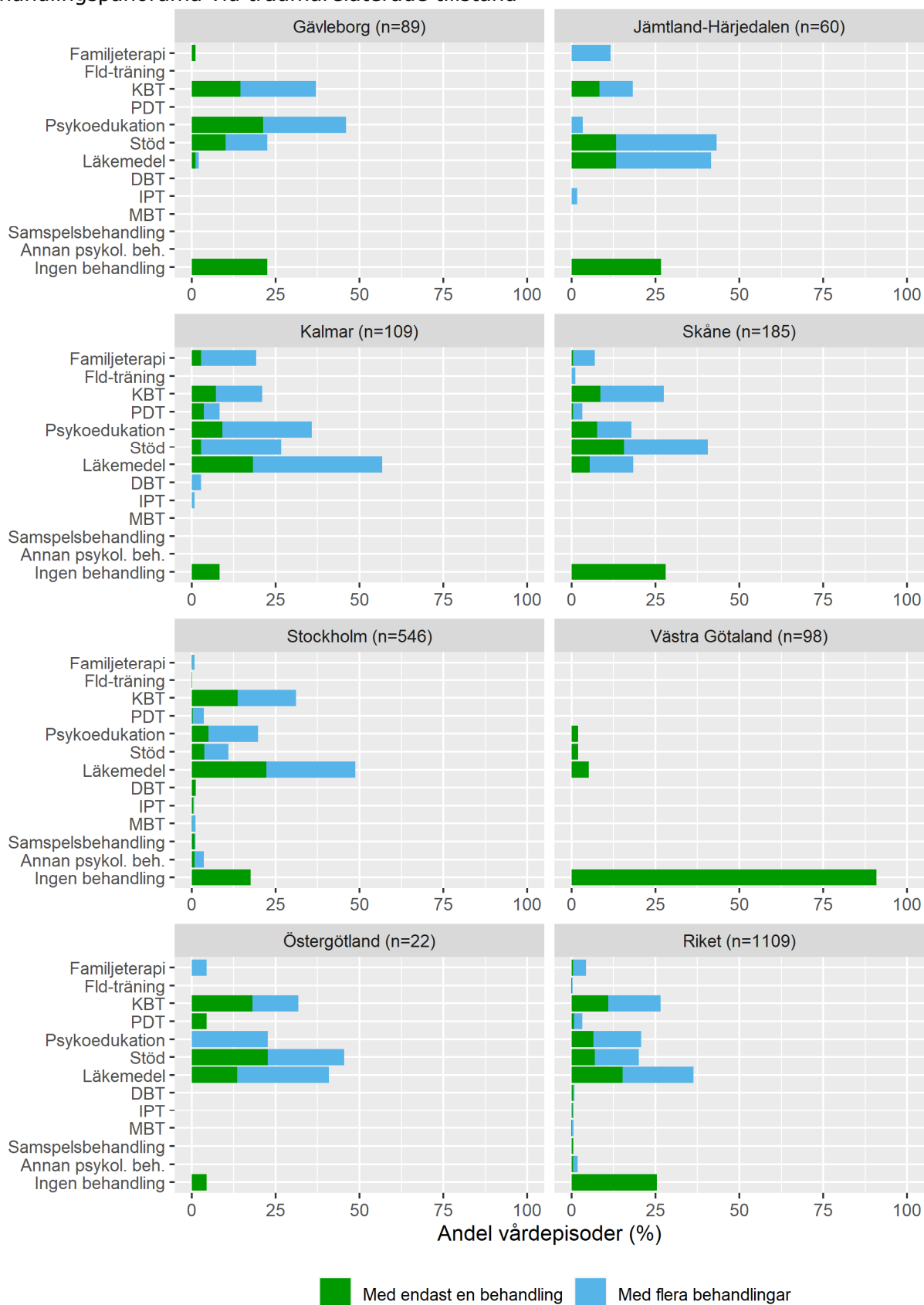
Figur 58 Behandlingspanorama för patienter med AST. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd



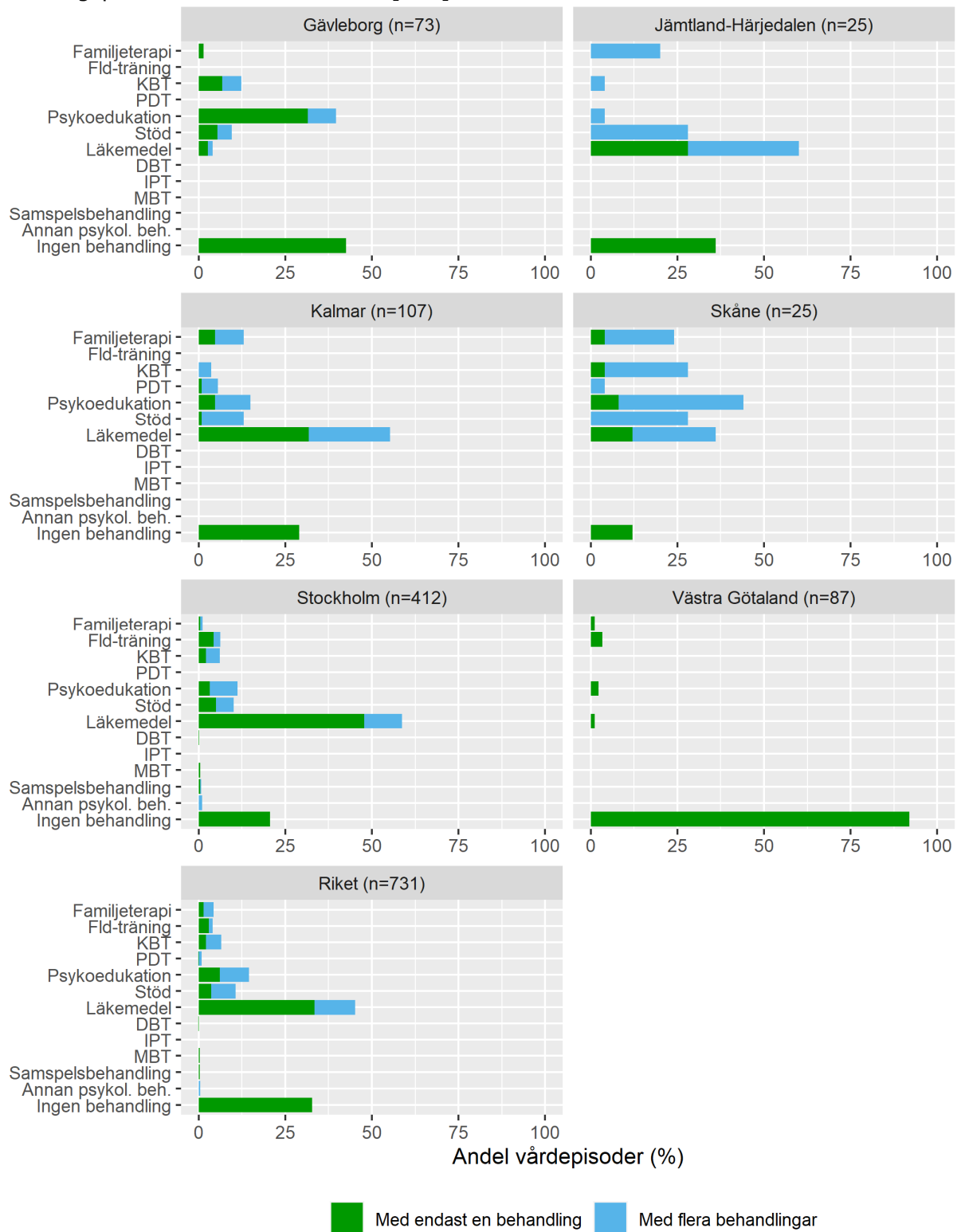
Figur 59 Behandlingspanorama för OCD. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtgärdet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd



Figur 60 Behandlingspanorama för traumapatienter. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

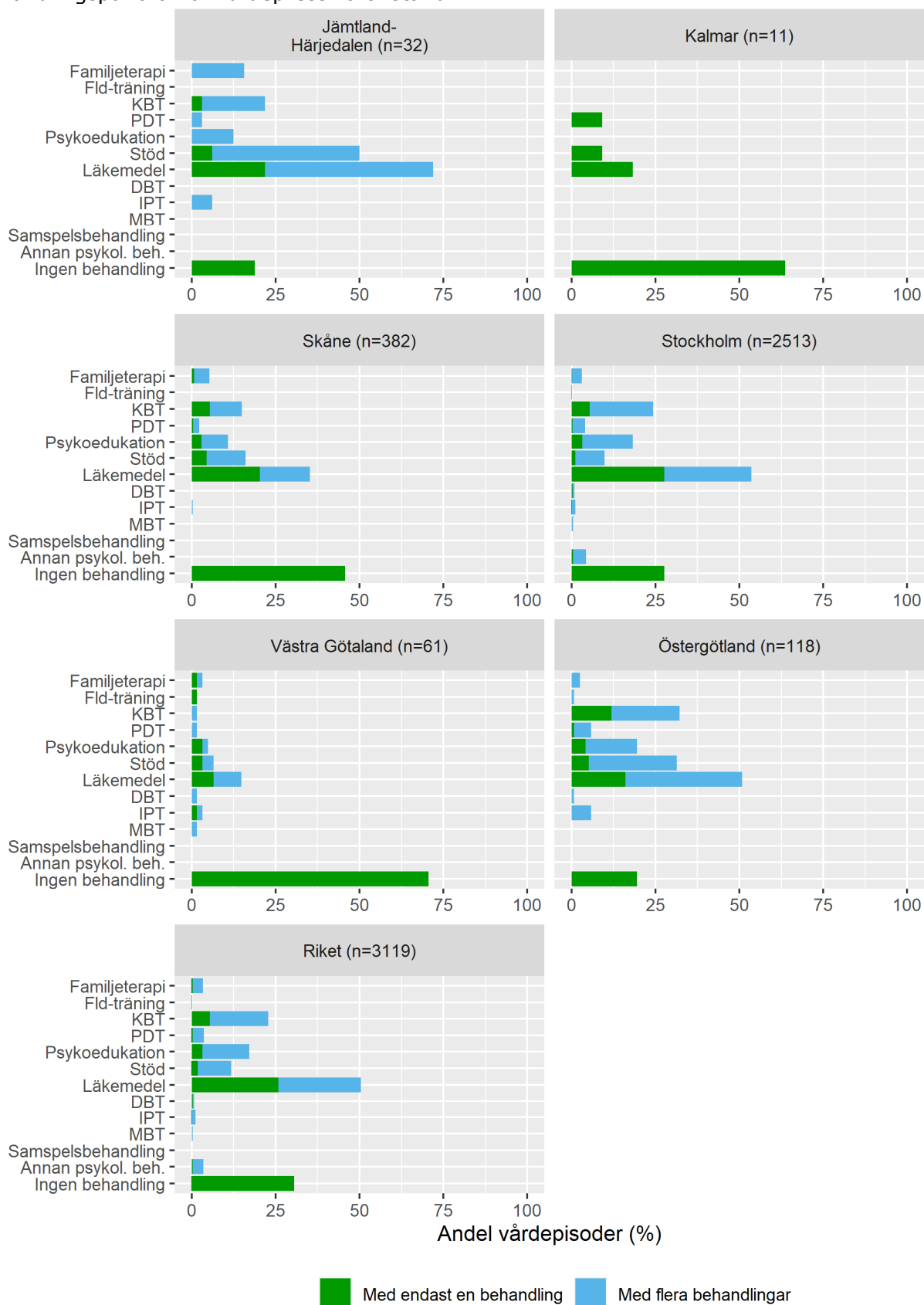
Behandlingspanorama vid trotstillstånd[002]



Figur 61 Behandlingspanorama för patienter med trotssyndrom eller uppförandestörning. Patienter som varit aktuella under 2021 och genomfört minst 4besök under vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

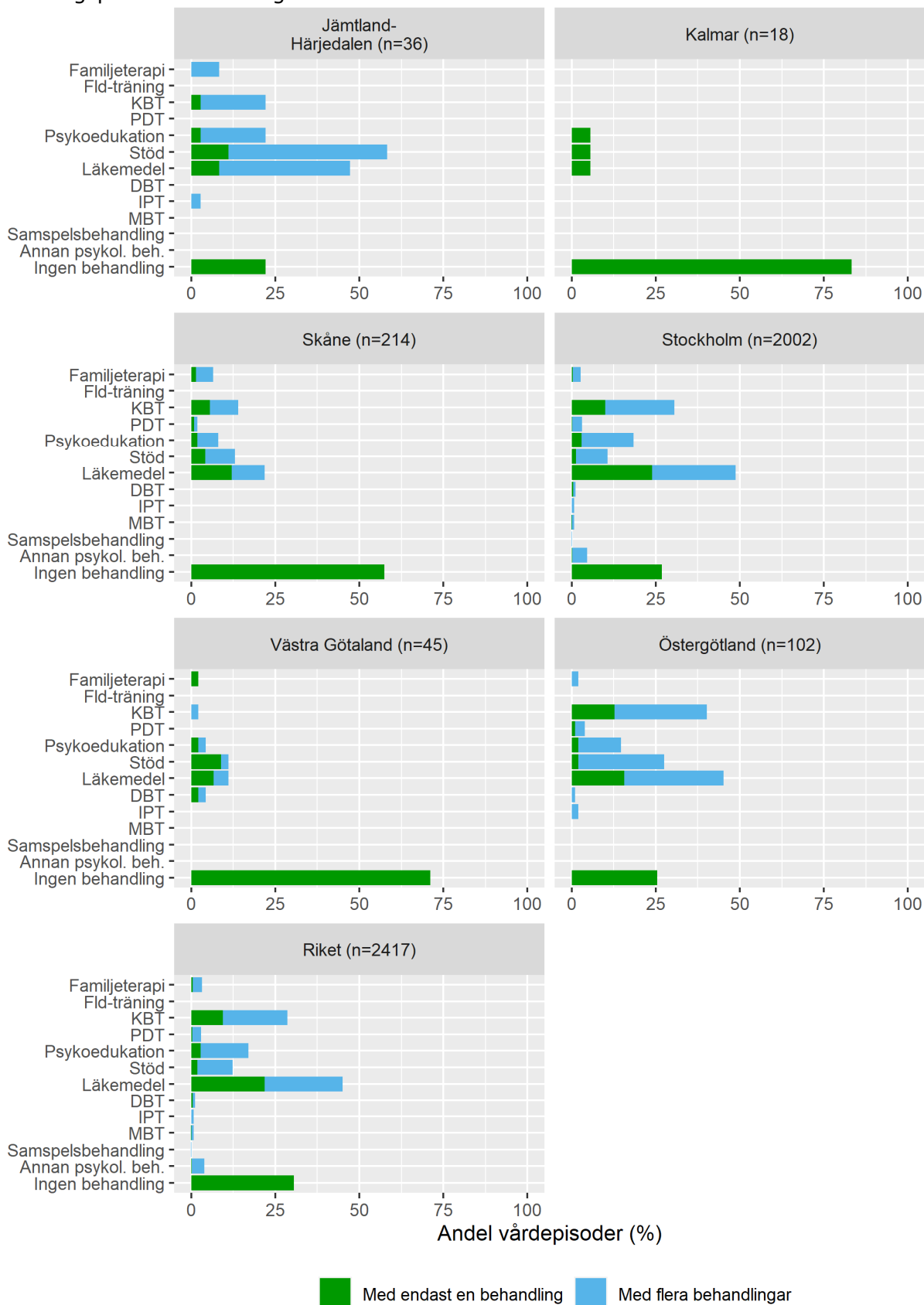
Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Avslutat vårdåtagande)

Behandlingspanorama vid depressiva tillstånd



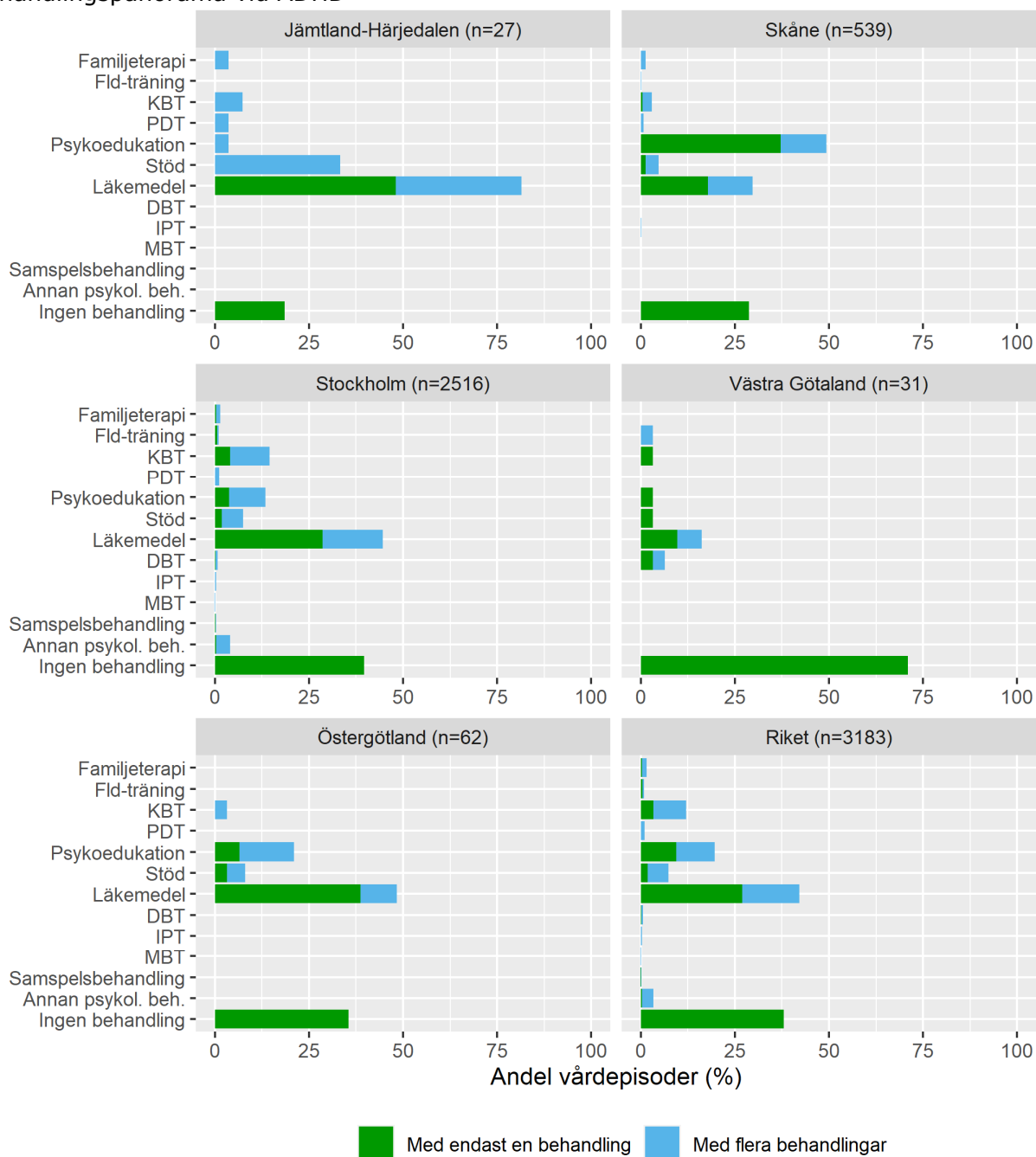
Figur 62 Behandlingspanorama för patienter med depression och vårdåtagande avslutat under 2021.

Behandlingspanorama vid ångestillstånd



Figur 63 Behandlingspanorama för patienter med ångestillstånd och vårdåtagande avslutat under 2021.

Behandlingspanorama vid ADHD



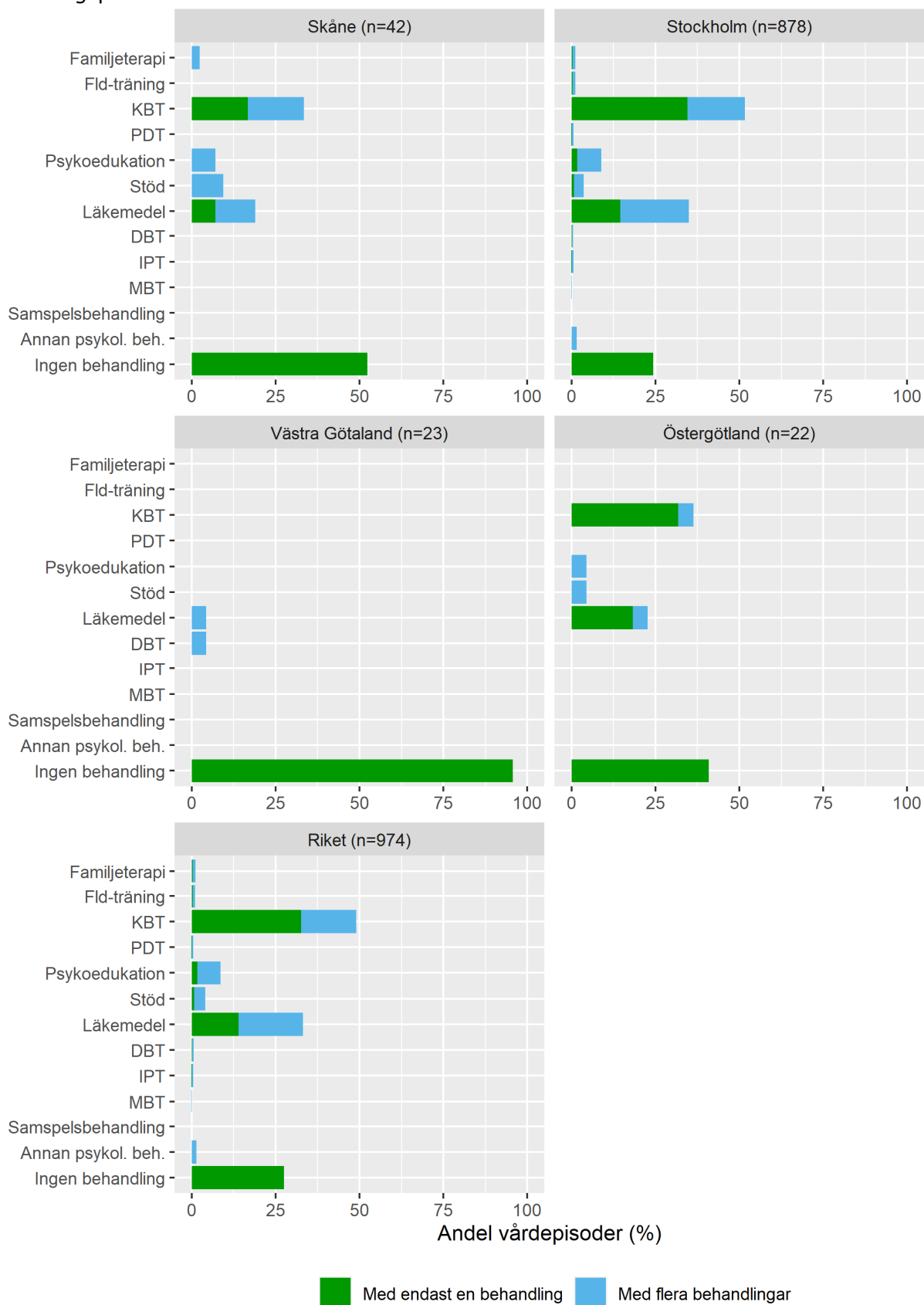
Figur 64 Behandlingspanorama för patienter med ADHD och vårdåtagande avslutat under 2021.

Behandlingspanorama vid AST



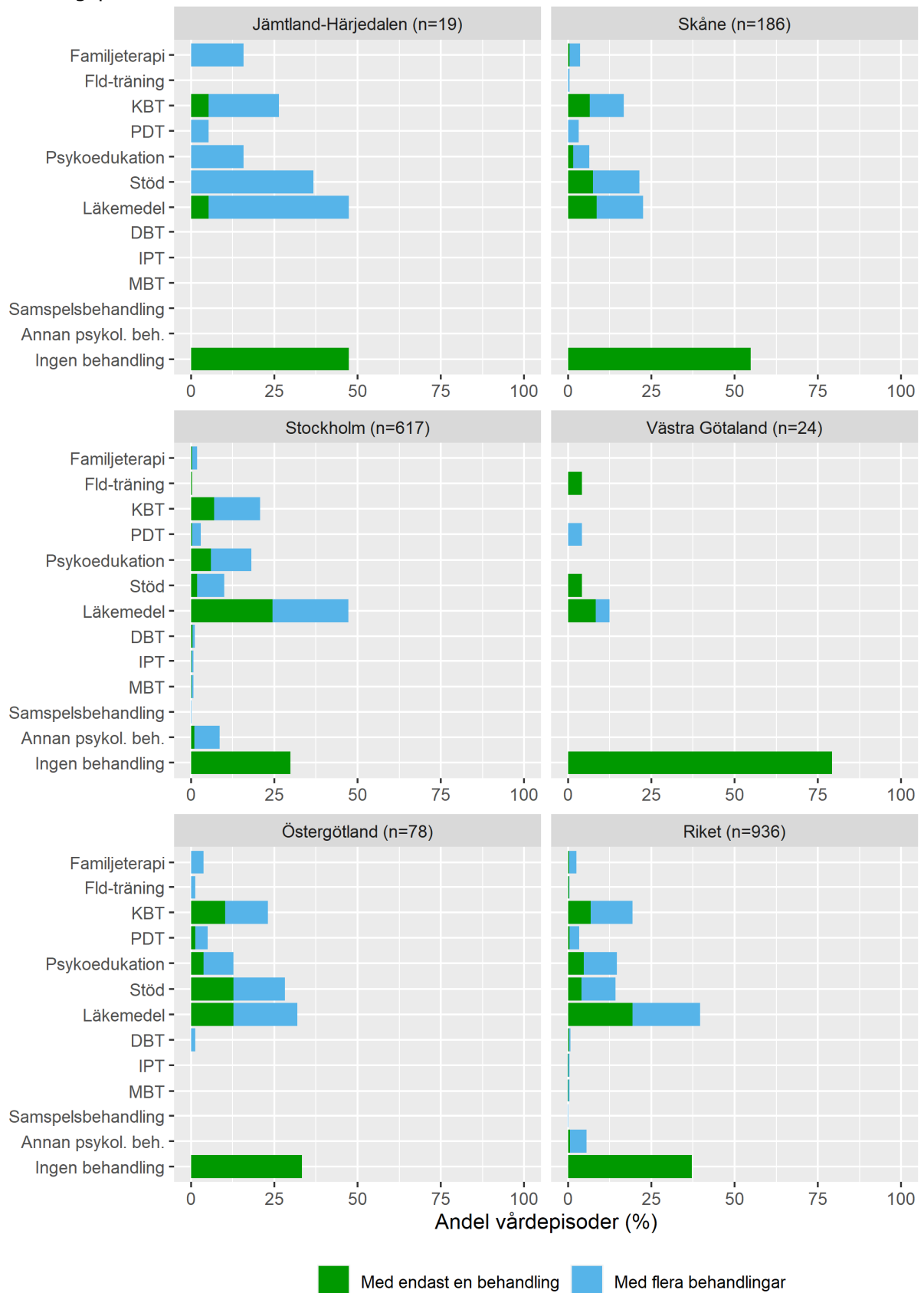
Figur 65 Behandlingspanorama för patienter med AST och vårdåtagande avslutat under 2021.

Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd



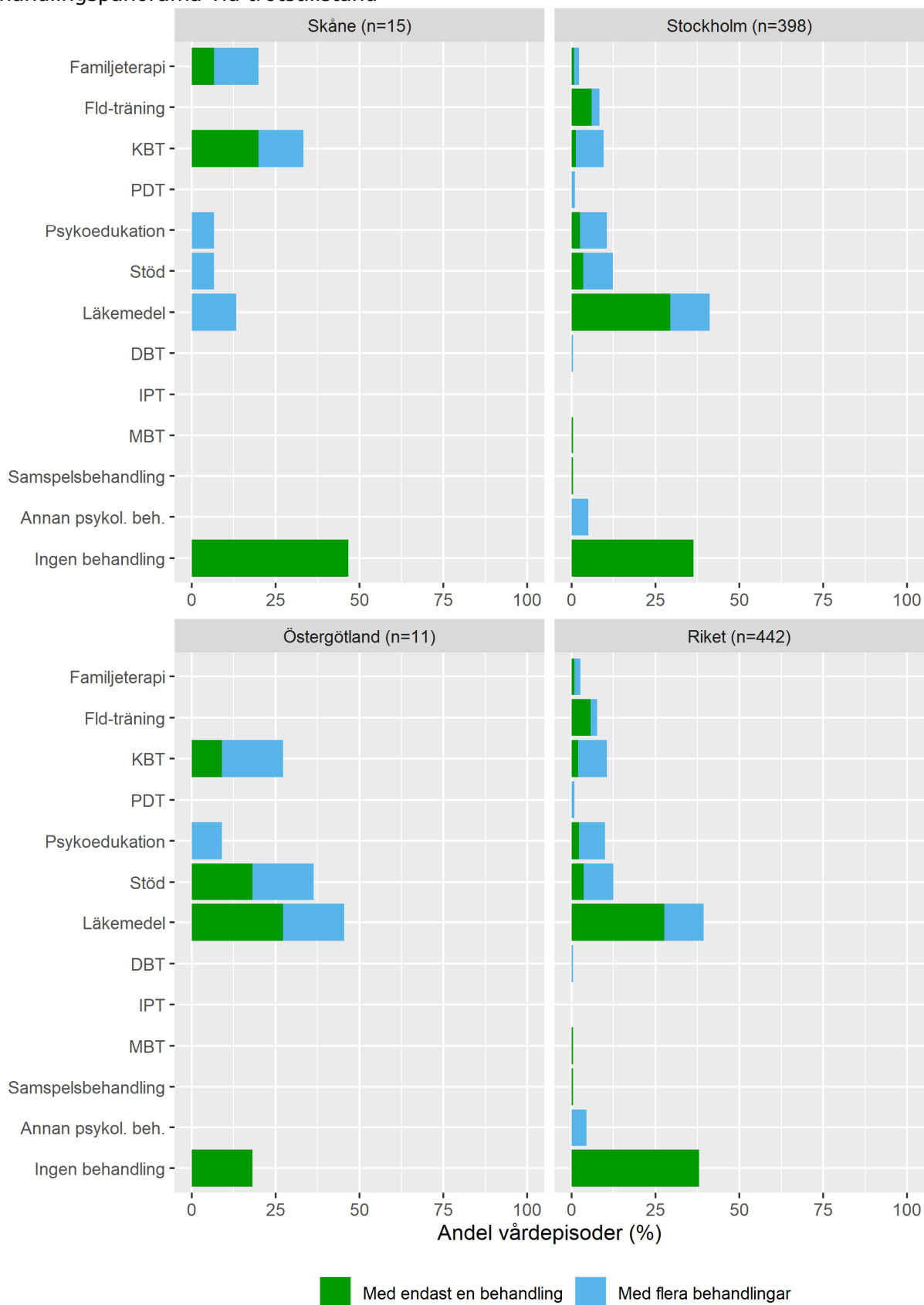
Figur 66 Behandlingspanorama för patienter med OCD och vårdtagande avslutat under 2021.

Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd



Figur 67 Behandlingspanorama för traumapatienter och vårdåtagande avslutat under 2021.

Behandlingspanorama vid trotstillstånd



Figur 68 Behandlingspanorama för avslutade patienter med diagnos inom trotssyndrom/uppförandestörning och vårdåtagande avslutat under 2021.

Appendix: Tabeller med enhetsvis redovisning

Tabell 4: Vårdåtagandets längd i dagar för avslutade vårdåtaganden 2021.

Enhet	Antal	Medel	Percentil_10	Median	Percentil_90
Gävleborg	19	66,6	0	0	253,6
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	12	65,2	0	0	187,9
Jämtland-Härjedalen	169	520,3	9,6	180	1701,2
Barn- och ungdomspsykiatrin	169	520,3	9,6	180	1701,2
Kalmar	102	15	5	13	30,8
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	59	16,7	6	14	35,4
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	11	12,7	4	8	23
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	29	13,2	4	8	21,4
Skåne	3792	160,7	0	111	414
Akutavdelning BUP Malmö	733	29,7	0	0	74,8
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Lund	*	*	*	*	*
BUP Eslöv	129	205,4	0	190	457,4
BUP Helsingborg	287	201,5	14	174	429,6
BUP Hässleholm	207	210,7	14,8	177	434,6
BUP hörselskadade och döva Lund	31	203,6	10	148	493
BUP Kristianstad	342	212,2	12,1	183,5	478,7
BUP Landskrona	227	171,5	7,6	132	426,4
BUP mellanvård Helsingborg	25	284,8	76,2	321	473,2
BUP mellanvård Kristianstad	19	269,1	98	215	483,2
BUP mellanvård Lund	*	*	*	*	*
BUP mellanvård Malmö	*	*	*	*	*
BUP neuropsykiatri Malmö	136	251,5	135,5	222,5	414,5
BUP norr söder Malmö	322	190,7	1	118	448
BUP trauma	58	209,4	13	139,5	473,3
BUP Trelleborg	305	145	2	119	358,6
BUP Viktoriagården Malmö	98	127,8	0	95	303
BUP Ängelholm	367	211,6	8	184	463,4
BUP ätstörning Malmö	146	158,4	0	122	356,5
BUP öster väster Malmö	337	170,5	6	110	423
Stockholm	10221	248,6	0	138	663
BUP Akutenhet	2291	0,6	0	0	1
BUP Brommaplan	371	387,5	45	315	807
BUP Dagsvårdsenhet	97	48,2	1	29	101,6
BUP Danderyd	493	365	28,2	267	834
BUP Döva hörselskadade	30	420,6	36,1	400	753,5
BUP Ektorp	487	380,2	34	279	901,2
BUP Farsta	462	439,5	34	347	990,8
BUP Finska	20	853	402,3	722	1442,1
BUP Globen	585	393,2	36	305	841,2
BUP Helydgneuh. St Görän	58	39,1	12,1	25	78,3
BUP Helydgnsvårdsenhet 1	80	34	2	17	89,3
BUP Helydgnsvårdsenhet 2	87	34	1	20	64,8
BUP Huddinge	364	275,4	15	199	606,6
BUP Immunpsykiatri	37	178,3	14,6	56	556,6
BUP Internetbehandling	121	172	6	165	331
BUP Jakobsberg	387	337,7	14	224	783

Fortsättning nästa sida>>>

>>> Fortsättning från föregående sida	Antal	Medel	Percentil_10	Median	Percentil_90
BUP Klin.forskningsenh.	109	425,4	428,6	449	470
BUP Konsultenhet	300	107,1	5	63,5	281
BUP Kungsholmen	464	322	22	224,5	821,2
BUP Könsidentitetsutr.	62	430,5	11,3	350	1073,2
BUP Mellanvård nordost	116	297,3	68,5	235	575
BUP Mellanvård nordväst	204	103,1	28	86,5	193,5
BUP Mellanvård sydost	121	202,7	48	176	379
BUP Mellanvård sydväst	86	271,1	46,5	251,5	532
BUP OCD och relaterade tillstånd	304	405,1	12,3	443,5	694,5
BUP Psykos o bipolär sjuk	85	81,9	2	25	214,8
BUP Skärholmen	525	314,9	0	182	871,8
BUP Sollentuna	639	344	22	245	799
BUP Solna	316	343,4	39	270,5	714
BUP Södertälje	388	322,6	9	211	825,2
BUP Team för finsktalande	10	244,9	137	226	358,4
BUP Traumaenhet	80	338	42,3	295	721,5
BUP Täby	403	341,8	21,2	254	780,6
DBT-teamet	39	599,8	142	627	1077
Västra Götaland	189	238,5	0	263	433,2
Barn BUP SV/Specmott	58	211,6	0	211	440,6
Barn BUP Öppen vård	131	250,5	0	276	411
Östergötland	686	189,4	4	160,5	443,5
BUP avd 40 Linköping	*	*	*	*	*
BUP Linköping	112	71,1	0	12,5	260,1
BUP Norrköping	260	211,7	11	210,5	457,2
BUP Traumaenheterna Linköping	24	137,5	4,2	111,5	331
BUP Ätstörningsmottagning Linköping	16	104,4	7	25,5	294
Capio BUP Mjölby	*	*	*	*	*
Capio BUP Motala	*	*	*	*	*
Psykiatripartners BUP Linköping	75	260,9	11,4	270	480,8
Psykiatripartners BUP Mjölby	46	201,3	28,5	192	406
Psykiatripartners BUP Motala	90	186,8	5,9	169	416,4
Psykiatripartners BUP Norrköping	53	296,3	46,8	316	527,2

Tabell 5: Genomförda Besök per patient enhetsvis för avslutade vårdåtaganden 2021.

Enhet	Antal	Medel	Percentil_10	Median	Percentil_90
Gävleborg	20	1,6	1	1	2,3
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	13	1,6	1	1	2
Jämtland-Härjedalen	188	15,5	0,7	4	44,6
Barn- och ungdomspsykiatrin	188	15,5	0,7	4	44,6
Kalmar	107	1,6	1	1	2
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	61	1,9	1	1	2
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	11	1,7	1	1	2
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	30	1,1	1	1	1,1
Skåne	3 811	4,6	1	2	11
Akutavdelning BUP Malmö	742	1,7	1	1	3
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Lund	*	*	*	*	*
BUP Eslöv	129	3,6	1	2	7
BUP Helsingborg	287	4,6	1	3	8,4
BUP Hässleholm	208	4,1	1	3	9
BUP hörselskadade och döva Lund	32	3,5	1	2	8,6
BUP Kristianstad	343	5,1	1	2	11,8
BUP Landskrona	227	5,6	1	4	12,4
BUP mellanvård Helsingborg	25	18,8	2	15	35,6
BUP mellanvård Kristianstad	19	25,5	6,8	16	44,4
BUP mellanvård Lund	10	11,1	2,7	5	25,6
BUP mellanvård Malmö	*	*	*	*	*
BUP neuropsykiatri Malmö	136	3,1	1	2	6
BUP norr söder Malmö	323	4,1	1	2	10
BUP trauma	58	18,6	1	5,5	54,2
BUP Trelleborg	308	3,3	1	1	7
BUP Viktoriagården Malmö	98	7,6	1	5	18,3
BUP Ängelholm	367	5,2	1	4	12
BUP ätstörning Malmö	146	10,6	1	6	25,5
BUP öster väster Malmö	338	3,7	1	1	8
Stockholm	10 381	8,5	1	3	22
BUP Akutenhet	2 297	1,3	1	1	2
BUP Brommaplan	381	9,2	1	6	22
BUP Dagsvårdsenhet	97	11,8	1	4	35,4
BUP Danderyd	497	10	1	7	22
BUP Döva hörselskadade	31	9,7	1	7	18
BUP Ektorp	497	10,5	1	6	24
BUP Farsta	468	9,1	1	6	22
BUP Finska	20	24,3	5,9	18	43,1
BUP Globen	593	11,1	1	7	26,8
BUP Helydgneuh. St Görän	58	1,4	1	1	2,3
BUP Helydgnsvårdsenhet 1	80	1,4	1	1	2
BUP Helydgnsvårdsenhet 2	87	1,7	1	1	3,4
BUP Huddinge	372	10,8	1	6	26,9
BUP Immunpsykiatri	40	2,3	1	1	4,2
BUP Internetbehandling	124	10	1	7	23,7
BUP Jakobsberg	393	9	1	6	21,8
BUP Klin.forskningsenh.	126	1,4	0	1	3
BUP Konsultenhet	322	3,3	1	2	8

Fortsättning nästa sida>>>

>>> Fortsättning från föregående sida	Antal	Medel	Percentil_10	Median	Percentil_90
BUP Kungsholmen	473	10,4	1	6	25
BUP Könsidentitetsutr.	63	5,2	1	3	14
BUP Mellanvård nordost	118	24,8	2,7	15	56,9
BUP Mellanvård nordväst	207	11,1	2	9	22
BUP Mellanvård sydost	121	19,4	5	16	40
BUP Mellanvård sydväst	86	27	2	22	54
BUP OCD och relaterade tillstånd	314	11,8	1	7	27,7
BUP Psykos o bipolär sjuk	88	5,3	1	2	10,8
BUP Skärholmen	534	11,3	1	5	28
BUP Sollentuna	644	10,1	1	6	22
BUP Solna	321	9	1	5	22
BUP Södertälje	394	10,9	1	4	30,7
BUP Team för finsktalande	10	5,6	1	5,5	10
BUP Traumaenhet	82	26,3	2	21	55,9
BUP Täby	404	10,2	1	6	25
DBT-teamet	39	69,7	1	70	136,6
Västra Götaland	189	11,9	1	5	27,2
Barn BUP SV/Specmott	58	22,2	1	10	66,6
Barn BUP Öppen vård	131	7,4	1	5	19
Östergötland	687	6,3	1	2	18
BUP avd 40 Linköping	*	*	*	*	*
BUP Linköping	112	2,7	1	1	6
BUP Norrköping	260	7,9	1	3	23
BUP Traumaenheterna Linköping	24	9,3	1	1,5	30,7
BUP Ätstörningsmottagning Linköping	16	5,3	1	2	13,5
Capio BUP Mjölby	*	*	*	*	*
Capio BUP Motala	*	*	*	*	*
Psykiatripartners BUP Linköping	75	8,3	1	5	19
Psykiatripartners BUP Mjölby	46	4,8	1	1,5	16
Psykiatripartners BUP Motala	91	5,9	1	1	16
Psykiatripartners BUP Norrköping	53	5,8	1	4	12,8

Tabell 6: Faktiska ledtider i dagar mellan vårdbegäran och första mottagningsbesök enhetsvis. ((Obs: Även patienter med självmald väntan eller andra omständigheter som medför undantag från vårdgarantin ingår)

Enhet	Antal	Medel	Percentil_10	Median	Percentil_90
Gävleborg (Endast jan-maj)	473	83	15	29	325
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	87	82,4	16	27	347
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Gula Villan Gävle	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	81	71,1	20	28	224
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	299	87	14	29	335
Jämtland-Härjedalen	337	90,9	9	58	227
Barn- och ungdomspsykiatrin	337	90,9	9	58	227
Kalmar	1 060	94,1	11	29	181
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	567	95,5	13	29	99
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	71	224,5	2	51	699
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	129	76,8	13	32	92
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	289	66,7	9	29	75
Skåne	6 418	46,5	12	28	91
Akutavdelning BUP Malmö	*	*	*	*	*
BUP Eslöv	419	33,7	19	29	54
BUP Helsingborg	1 077	76,7	16	48	200
BUP Hässleholm	457	32,8	14	27	53
BUP hörselskadade och döva Lund	59	35,9	9	21	71
BUP Kristianstad	678	32,9	14	28	56
BUP Landskrona	390	25,8	7	22	42
BUP mellanvård Helsingborg	35	55,7	14	28	135
BUP mellanvård Kristianstad	29	23,8	13	24	32
BUP mellanvård Lund	78	235,7	65	158	502
BUP mellanvård Malmö	*	*	*	*	*
BUP neuropsykiatri Malmö	187	27,6	11	21	39
BUP norr söder Malmö	664	29,8	11	25	55
BUP trauma	80	56,2	28	49	92
BUP Trelleborg	545	52,5	8	31	115
BUP Velandergården Malmö	*	*	*	*	*
BUP Viktoriagården Malmö	142	21,3	7	18	35
BUP Ängelholm	724	25,2	8	23	42
BUP ätstörning Malmö	146	25,3	9	20	41
BUP öster väster Malmö	694	66	13	52	119
Stockholm	10 072	44,9	11	29	90
BUP Akutenhet	128	1,1	1	1	1
BUP Brommaplan	597	38,7	13	28	74
BUP Dagsvårdsenhet	70	9,5	1	6	21
BUP Danderyd	606	37,2	12	27	73
BUP Döva hörselskadade	36	41,7	19	30	86
BUP Ektorp	555	44	20	29	93
BUP Farsta	458	45,7	18	30	88
BUP Globen	786	41,8	18	29	77
BUP Helydgnehh. St Görän	*	*	*	*	*
BUP Helydgnsvårdsenhet 1	*	*	*	*	*
BUP Helydgnsvårdsenhet 2	*	*	*	*	*
BUP Huddinge	547	38,7	13	29	73
BUP Immunpsykiatri	40	56,1	19	48	94
BUP Internetbehandling	177	60,4	24	55	111
BUP Jakobsberg	546	35,9	5	26	82

Fortsättning nästa sida>>>

>>> Fortsättning från föregående sida					
BUP Klin.forskningsenh.	*	*	*	*	*
BUP Konsultenhet	336	34,7	4	25	75
BUP Kungsholmen	717	37,2	14	28	70
BUP Könsidentitetsutr.	96	361,9	212	353	503
BUP Mellanvård nordost	124	29,4	10	26	43
BUP Mellanvård nordväst	206	24,8	8	23	44
BUP Mellanvård sydost	148	30,9	12	25	57
BUP Mellanvård sydväst	90	35,8	14	30	68
BUP OCD och relaterade tillstånd	406	77,4	30	68	138
BUP Psykos o bipolär sjuk	110	33,5	8	26	59
BUP Skärholmen	726	33	14	28	56
BUP Sollentuna	700	39,1	19	29	70
BUP Solna	513	60,1	15	49	126
BUP Södertälje	521	55	11	35	151
BUP Team för finsktalande	25	66	18	35	119
BUP Traumaenhet	90	122,4	28	98	200
BUP Täby	611	36,7	16	29	64
DBT-teamet	96	19,6	8	14	30
Västra Götaland	1 376	46,3	14	44	79
Barn BUP SV/Specmott	245	36,4	8	29	71
Barn BUP Öppen vård	1 131	48,5	19	45	79
Östergötland	327	58,7	11	38	126
BUP Linköping	89	109,5	21	70	257
BUP Norrköping	112	43,1	11	44	69
BUP Traumaenheterna Linköping	18	54,7	14	47	103
BUP Ätstörningsmottagning Linköping	13	31,2	15	24	40
Capio BUP Mjölby	*	*	*	*	*
Capio BUP Motala	*	*	*	*	*
Psykiatripartners BUP Linköping	22	53,5	11	28	77
Psykiatripartners BUP Mjölby	13	27,2	7	28	34
Psykiatripartners BUP Motala	36	33,2	8	34	60
Psykiatripartners BUP Norrköping	16	23,1	2	20	48
Totalt	20 063	50	12	29	92