



Årsrapport 2018

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, Jan Ekelund och Rebecka Bertilsson (statistik och kritiska frågor) och Camilla Lansvén (projektledning och ordning och reda) vid registercentrum Västra Götaland, utan vilkas insatser rapporten inte blivit färdig!

Stockholm i september 2019

Olle Lindevall
registerhållare

registerhallare@qbup.se

www.qbup.se

Innehållsförteckning

Inledning	3
1 Bakgrund	7
1.1 Registret.....	7
1.2 Om Kvalitet.....	8
1.2.1 Kvalitetens olika dimensioner.....	8
1.2.2 Olika aspekter att belysa.....	8
1.2.3 Kvalitetsmatrisen.....	9
1.3 Vårdprocessen i barn och ungdomspsykiatri.....	10
1.4 Att mäta resultat.....	10
1.4.1 CGAS (behandlarskattad global funktionsnivå).....	10
1.4.2 SDQ (själv- och föräldraskattad symtombelastning).....	11
1.4.3 KIDSCREEN-10 (hälsorelaterad livskvalitet).....	11
1.4.4 ESQ (patientupplevd vårdkvalitet).....	11
1.4.5 BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview).....	11
1.5 Anslutningsgrad.....	12
1.6 Täckningsgrad.....	12
1.7 Datakvalitet – ”FUPS data”.....	12
1.8 Grupper som används i rapportens analyser.....	13
1.8.1 Alla aktuella vårdåtaganden.....	13
1.8.2 Vårdåtaganden som avslutats under 2018.....	13
1.8.3 Patienter med Vårdbegäran mellan 2017-07-01 - 2018-06-30.....	13
2 Kvalitetsindikatorer	14
2.1 Vårdplan.....	14
2.2 Diagnostisk screening.....	14
2.3 Strukturerad suicidriskbedömning.....	14
2.4 Kognitiv beteendeterapi vid depression.....	14
2.5 Kognitiv beteendeterapi vid ångesttillstånd.....	15
2.6 Kognitiv beteendeterapi vid OCD och 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
3.2 Förändring av funktionsnivå.....	17
4 Nya patienter: Vårdprocessen dag 1-180	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.....	20
4.2 Insatser under det första halvåret inom BUP.....	20
4.2.1 Läkemedelsbehandling.....	20
4.2.2 Diagnostisk screening.....	21
4.2.3 Vårdplanering.....	21
4.2.4 Suicidriskbedömning.....	21
4.2.5 Läkarbesök.....	22
4.2.6 Samtal med psykolog.....	22
4.2.7 Samtal med kurator.....	22
4.2.8 Sjuksköterskebesök.....	23
4.2.9 Funktionsnivåbedömning (CGAS).....	23
4.2.10 Själv-/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire.....	23
4.2.11 Tillståndsd diagnos.....	24
4.2.12 Avslutat vårdåtagande.....	24
4.2.13 Vårdåtagandets längd vid avslut.....	24
5 Resursfördelning	25
6 Aktuella patienter i registret 2018	27
6.1 Nya – Pågående - Avslutade.....	27
6.1.1 Region Gävleborg.....	27
6.1.2 Region Kalmar.....	28
6.1.3 Region Stockholm.....	28
6.2 Kön- och åldersfördelning.....	29
6.3 Funktionsnivå.....	29
6.4 Diagnospanorama för aktuella patienter.....	30

6.5	Genomförda insatser för aktuella patienter.....	31
6.5.1	Behandlingspanorama.....	31
6.5.2	Samverkan.....	31
7	Avslutade patienter under 2018.....	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.....	33
8	Referenser.....	34
	Bilaga: CGAS.....	1
	Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Aktuella).....	3
	Behandlingspanorama vid depressiva tillstånd.....	3
	Behandlingspanorama vid ångesttillstånd.....	3
	Behandlingspanorama vid ADHD.....	4
	Behandlingspanorama vid AST.....	4
	Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd.....	5
	Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd.....	5
	Behandlingspanorama vid trotstillstånd.....	6
	Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Avslutade).....	7
	Behandlingspanorama vid depression.....	7
	Behandlingspanorama vid ångest.....	7
	Behandlingspanorama vid ADHD.....	8
	Behandlingspanorama vid AST.....	8
	Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd.....	9
	Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd.....	9
	Behandlingspanorama vid trotstillstånd.....	10
	Appendix: Tabeller med enhetsvis redovisning.....	11

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 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.

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 där den 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. Detta är faktorer som 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 *Psykiatrin i siffror - Barn- och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2018* (Uppdrag Psykisk Hälsa. 2019)
- **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

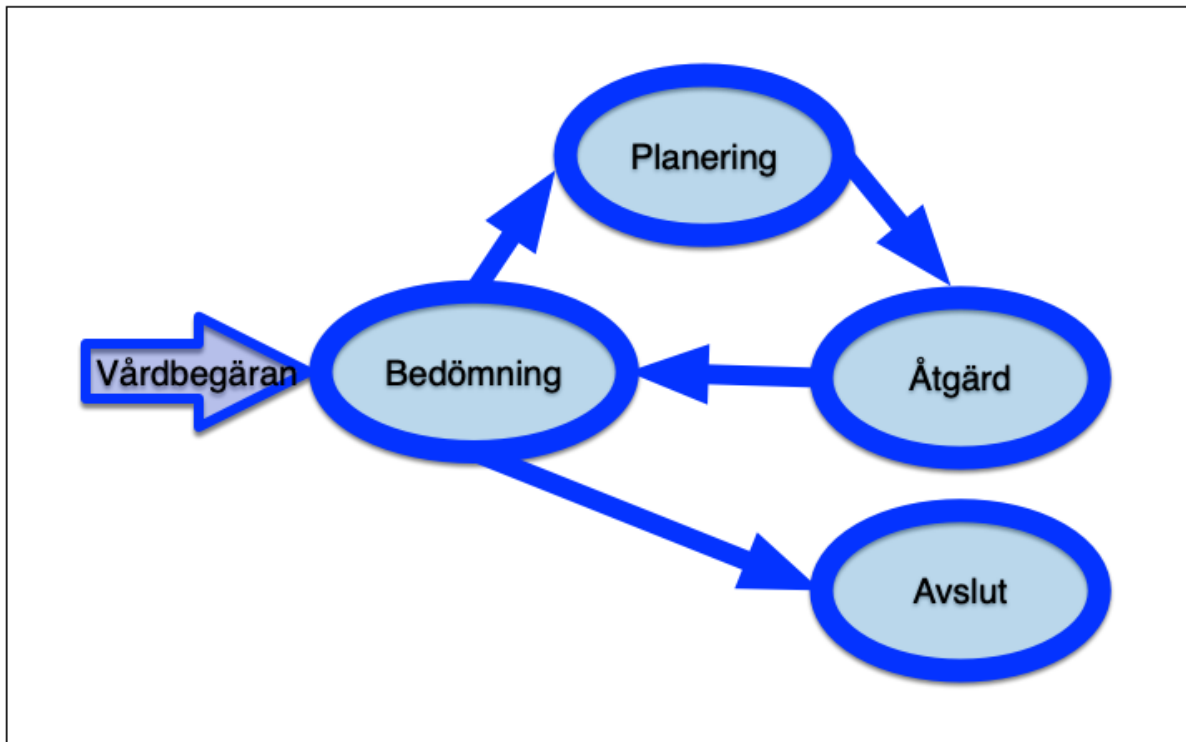
1.2.3 Kvalitetsmatrisen

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
Kostnadseffektiv			
Tillgänglig			<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering i förh t funktionsnivå
Patientcentrerad		<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 • 	

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 redan på åttiotalet (Shaffer m.fl. 1983) och som har validerats efter svenska förhållanden (Lundh 2010, 2012). Sedan 2015 finns 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-/föräldrarapporterade mått och vi rekommenderar då i första hand tre formulär:

1.4.2 SDQ (själv- och föräldraskattad symtombelastning)

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. Formuläret 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 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 2018 anslutna verksamheterna har Stockholm och Gävleborg börjat införa SDQ. 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 2018 rapporterade tre av dessa till Q-bup. Ytterligare fem regioner väntas ansluta under hösten 2019. För 2018 innebär detta att de anslutna verksamheterna ansvarar för barn- och ungdomspsykiatrisk vård till 28,7% av landets befolkning i åldern 0-17 år. Vid ingången av 2020 väntas motsvarande siffra vara 67,2%

Tabell 2: Befolkning 0-17 år 2018 per landsting samt anslutning, registrering och täckning i Q-bup.

Region	Bef 0-17 år 2018 ¹	Andel av rikets 0-17 år	Andel av 0-17 år med BUP-kontakt ²	Beräknat antal patienter inom BUP	Patienter i Q-bup 2018	Täckning i Q-bup 2018	
01 Stockholms	509 850	23,9%	5,26%	26 818	17 699	66%	Anslutit januari 2017
03 Uppsala	78 709	3,7%	5,24%	4 124		0%	Ansluter med oklar tidplan
04 Södermanland	63 347	3,0%	5,67%	3 592		0%	Ansluter med oklar tidplan
05 Östergötland	94 788	4,4%	6,45%	6 114		0%	Väntas ansluta hösten 2019
06 Jönköping	77 988	3,7%	3,90%	3 042		0%	
07 Kronoberg	42 813	2,0%	3,95%	1 691		0%	
08 Kalmar	47 987	2,2%	6,56%	3 148	2 086	66%	Anslutit juni 2015
09 Gotland	10 891	0,5%	9,69%	1 055		0%	Ansluter med oklar tidplan
10 Blekinge	32 185	1,5%	5,55%	1 786		0%	Ansluter med oklar tidplan
12 Skåne	290 006	13,6%	6,13%	17 777		0%	Väntas ansluta hösten 2019
13 Halland	70 737	3,3%	6,96%	4 923		0%	
14 Västra Götaland	354 405	16,6%	4,79%	16 976		0%	Väntas ansluta hösten 2019
17 Värmland	54 193	2,5%	6,28%	3 403		0%	
18 Örebro	62 518	2,9%	4,39%	2 745		0%	
19 Västmanland	56 706	2,7%	6,79%	3 850		0%	
20 Dalarna	57 552	2,7%	6,09%	3 505		0%	Klart maj 2018, väntar på NKRR
21 Gävleborg	56 583	2,6%	7,59%	4 295	2 192	51%	Anslutit under 2017
22 Västernorrland	48 748	2,3%	5,10%	2 486		0%	Ansluter med oklar tidplan
23 Jämtland	26 017	1,2%	7,60%	1 977		0%	Ansluter hösten 2019
24 Västerbotten	53 550	2,5%	5,06%	2 710		0%	Ansluter med oklar tidplan
25 Norrbotten	45 990	2,2%	5,32%	2 447		0%	Ansluter med oklar tidplan
Riket	2 135 563	100,0%	5,55%	118 464	21 977	19%	

1.6 Täckningsgrad

Vi har tidigare beräknat täckningsgraden i relation till antalet nya vårdåtaganden i barn- och ungdomspsykiatri, men väljer nu att gå över till att beräkna i relation till samtliga aktuella patienter under året. Denna beräkning blir långsiktigt mer rättvisande men medför initialt att täckningsgraden ser ut att ha sjunkit.

I rapporten *Psykiatrin i siffror - Barn- och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2018* (Uppdrag Psykisk Hälsa 2019) framgår hur stor del av regionernas 0-17-åringar som under året haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin. Med hjälp av befolkningstal från SCB kan vi beräkna antalet aktuella patienter som ligger till grund för täckningsgradsberäkningen. För 2018 blir då täckningen i de anslutna regionerna 64 % och i förhållande till hela landet 19 %. Uppgifterna i *Psykiatrin i siffror* inkluderar för några landsting även första linjens vård för psykisk ohälsa, varför vi kan anta att den här beräknade täckningsgraden är i underkant.

1.7 Datakvalitet – "FUPS data"

När vi väljer att använda råa data från vårdokumentation 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'*. 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, men vi bedömer

¹ Uppgifter från SCB

² Uppgifter från Psykiatrin i siffror (Uppdrag Psykisk Hälsa 2019)

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.

1.8 Grupper som används i rapportens analyser

1.8.1 Alla aktuella vårdåtaganden

Antalet vårdåtaganden (vårdepisoder) som varit aktuella (påbörjade men inte avslutade) vid något tillfälle under 2018 uppgår i registret till 21 977. Av dessa har 19 745 minst en registrerad vårdkontakt under året och 14 907 har minst 4 vårdkontakter registrerade i vårdåtagandet.

1.8.2 Vårdåtaganden som avslutats under 2018

Antalet vårdåtaganden (vårdepisoder) som avslutats under 2018 uppgår till 9 438. Av dessa har 5 103 minst 4 registrerade vårdkontakter och av dessa i sin tur har 4 419 funktionsnivåbedömning med CGAS i såväl början som slutet av vårdåtagandet.

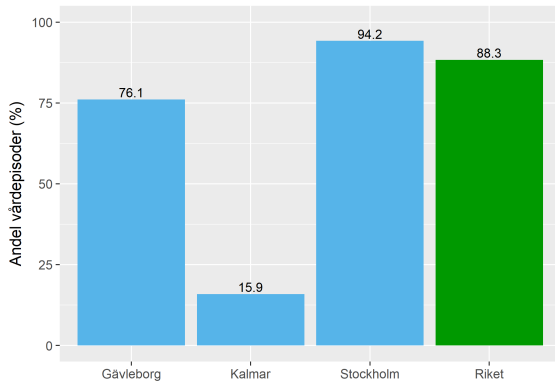
1.8.3 Patienter med Vårdbegäran mellan 2017-07-01 - 2018-06-30

Antalet individer med en ny vårdbegäran registrerad under perioden 2017-07-01 till 2018-06-30 uppgår till 10 690. Av dessa 9 747 en registrerad första funktionsnivåbedömning med CGAS

2 Kvalitetsindikatorer

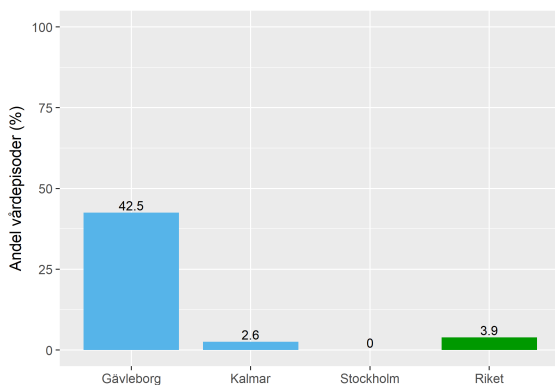
Under det år som gått sedan den förra årsrapporten har vi tillsammans med registrets styrgrupp och representanter för anslutna verksamheter gått igenom och reviderat den ursprungliga uppsättningen kvalitetsindikatorer.

2.1 Vårdplan



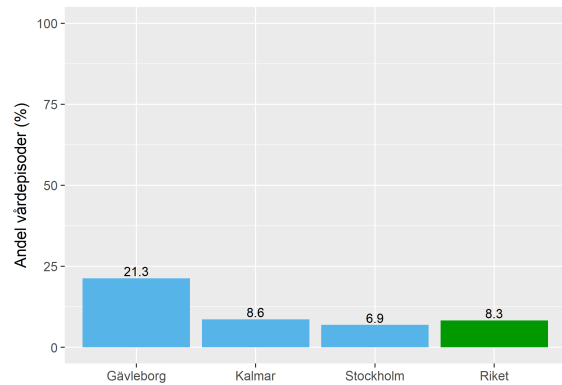
Figur 2 Andel som har vårdplan daterad senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2018

2.2 Diagnostisk screening



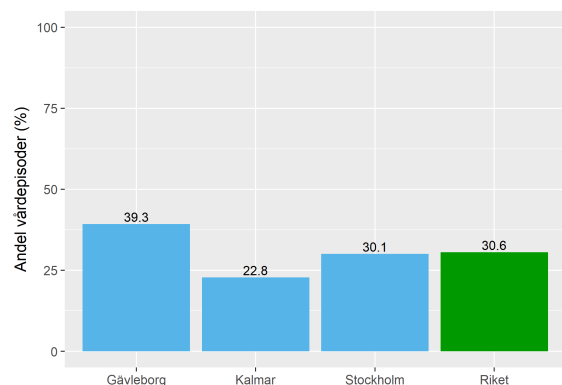
Figur 3 Andel med systematisk diagnostisk screening senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2018.

2.3 Strukturerad suicidriskbedömning



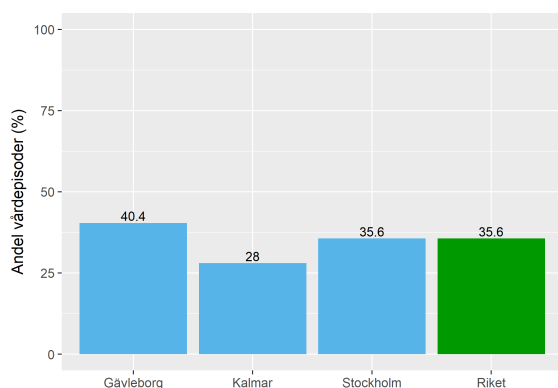
Figur 4 Andel med strukturerad suicidriskbedömning genomförd senast vid tidpunkten för det fjärde besöket. Patienter som genomfört det fjärde besöket under 2018

2.4 Kognitiv beteendeterapi vid depression



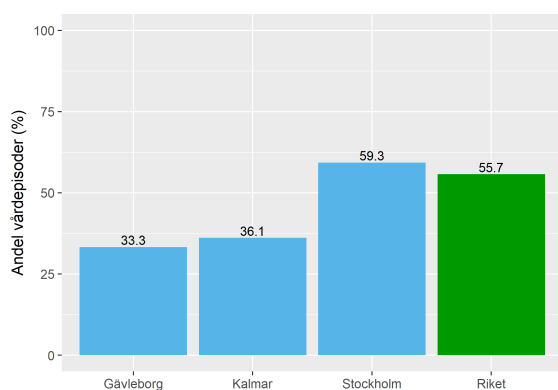
Figur 5 Andel av patienter med depressionsdiagnos som fått behandling med KBT. Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.5 Kognitiv beteendeterapi vid ångesttillstånd



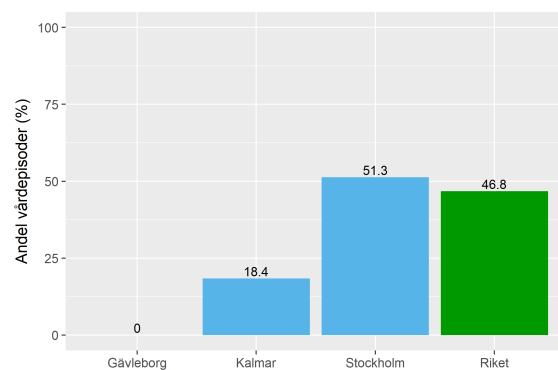
Figur 6 Andel av patienter med ångestdiagnos som fått behandling med KBT. Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.6 Kognitiv beteendeterapi vid OCD och rel. tillstånd



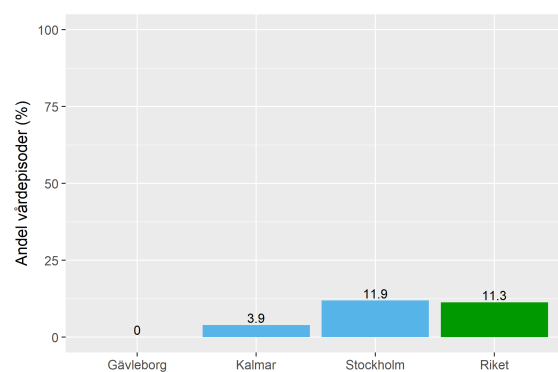
Figur 7 Andel patienter med OCD eller relaterade tillstånd som fått behandling med KBT. . Aktuella patienter som genomfört minst 4 besök.

2.7 Uppföljning vid insättning av ADHD-läkemedel



Figur 8 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 9 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.

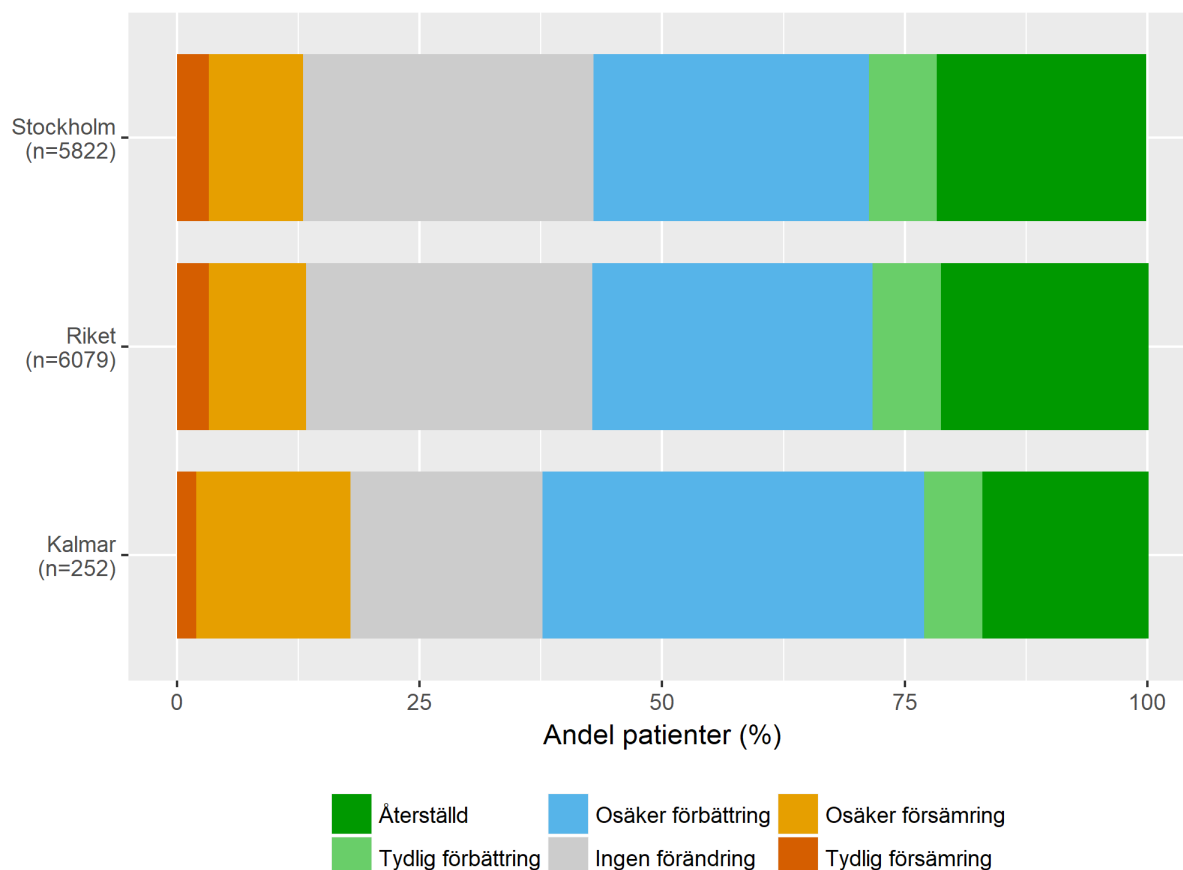
3 Behandlingsresultat

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 statistiskt 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 10: 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. (Region Gävleborg har för få avslutade patienter i perioden)

3.2 Förändring av funktionsnivå

Genom att korstabulera patienters inledande och avslutande funktionsnivå i CGAS-skalans 10 band (bilaga) där bandet 1-10 representerar sämst funktion och bandet 91-100 den högsta funktionen. 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 3: Förändring av funktionsnivå. Patienter som genomfört minst 4 besök, avslutat vårdåtagande under 2018 och har funktionsnivåbedömning med CGAS i början och slutet av vårdåtagandet. Funktionsnivån har förbättrats för 46,7% av patienterna

	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 efter:											
Försämrad (8,8%)											
Oförändrad (44,5%)											
Förbättrad (19,5%)											
Återställd (27,2%)											
CGAS 1-10	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
CGAS 11-20	2	2	0	2	3	0	0	0	0	0	9
CGAS 21-30	0	0	7	5	6	2	0	0	0	0	20
CGAS 31-40	0	5	7	76	63	16	2	0	0	0	169
CGAS 41-50	1	1	11	93	668	201	15	2	0	0	992
CGAS 51-60	0	0	5	61	584	1 025	59	4	0	0	1 738
CGAS 61-70	0	2	1	16	280	505	171	4	2	0	981
CGAS 71-80	0	0	2	9	95	190	71	13	0	0	380
CGAS 81-90	0	0	1	2	30	63	16	4	2	0	118
CGAS 91-100	0	0	0	0	2	4	1	1	0	0	8
Summa	5	10	34	265	1 732	2 006	335	28	4	0	4 419

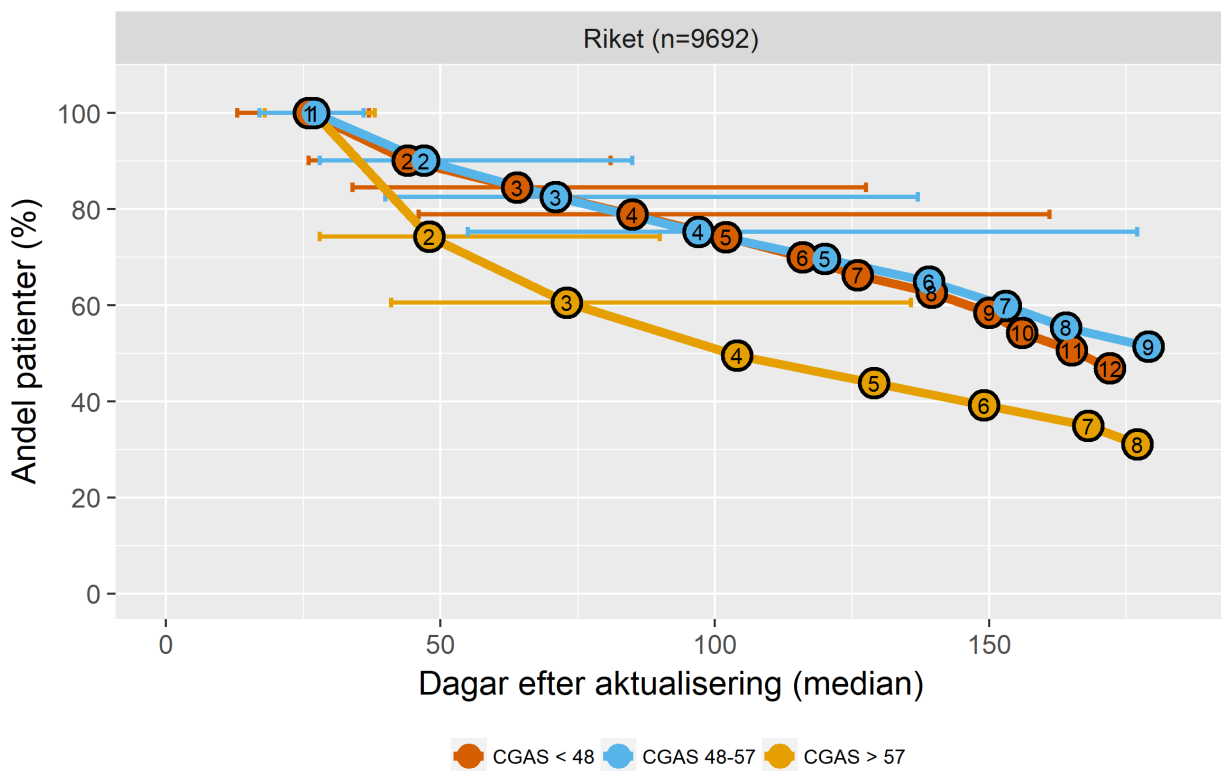
4 Nya patienter: Vårdprocessen dag 1-180

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 infallen under perioden 2017-07-07 – 2018-06-03

4.1 Prioritering i förhållande till initial funktionsnivå

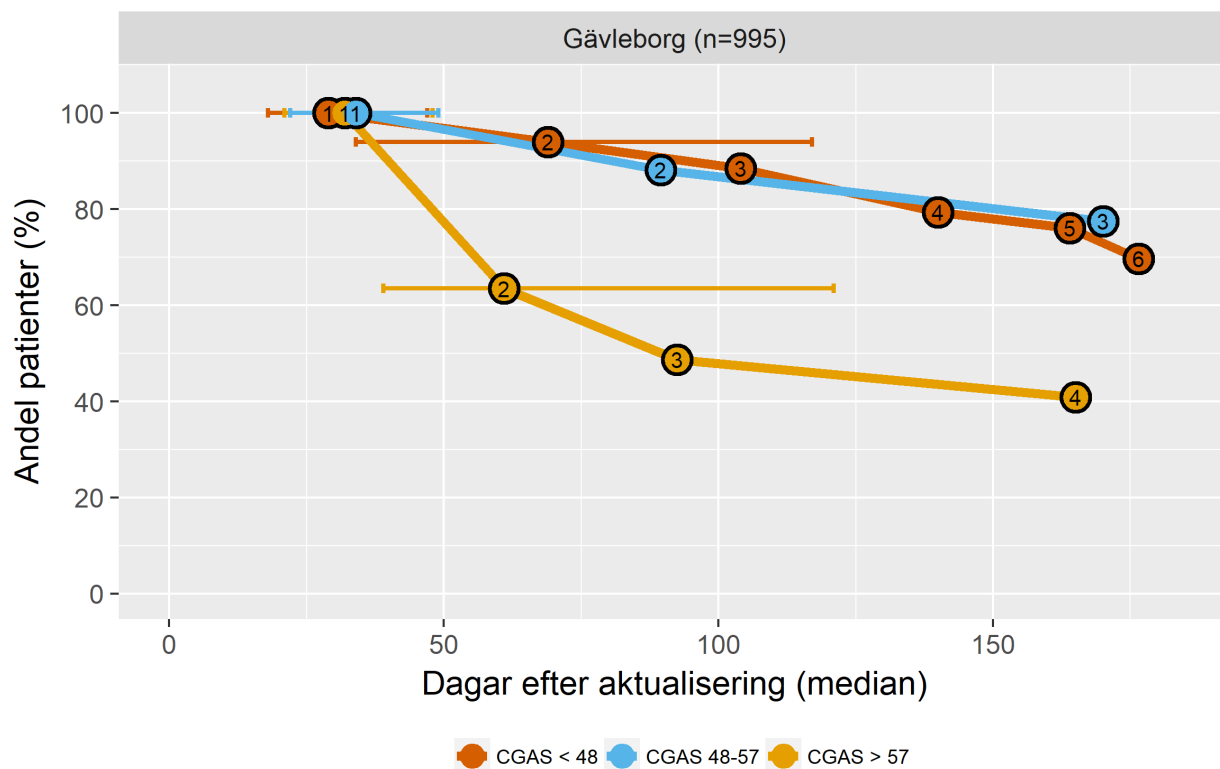
Vi undersöker den faktiska prioriteringen i det initiala omhändertagandet av nya patienter genom att dela upp patienterna i tre (övre och nedre kvartil samt mellangruppen) grupper utifrån bedömd funktionsnivå. Vårdprocessen åskådliggörs sedan genom att mediantidpunkten för besök 1-12 plottas i ett linjediagram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



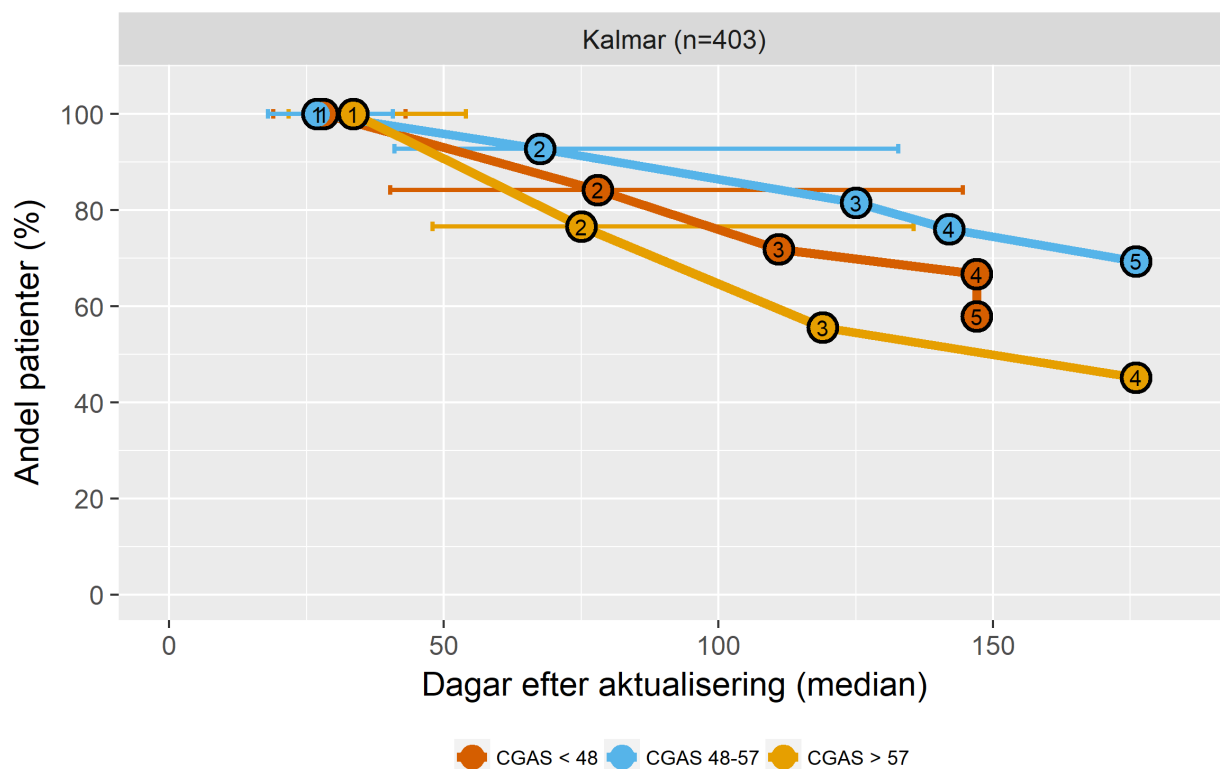
Figur 11: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga patienter med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.2 Region Gävleborg



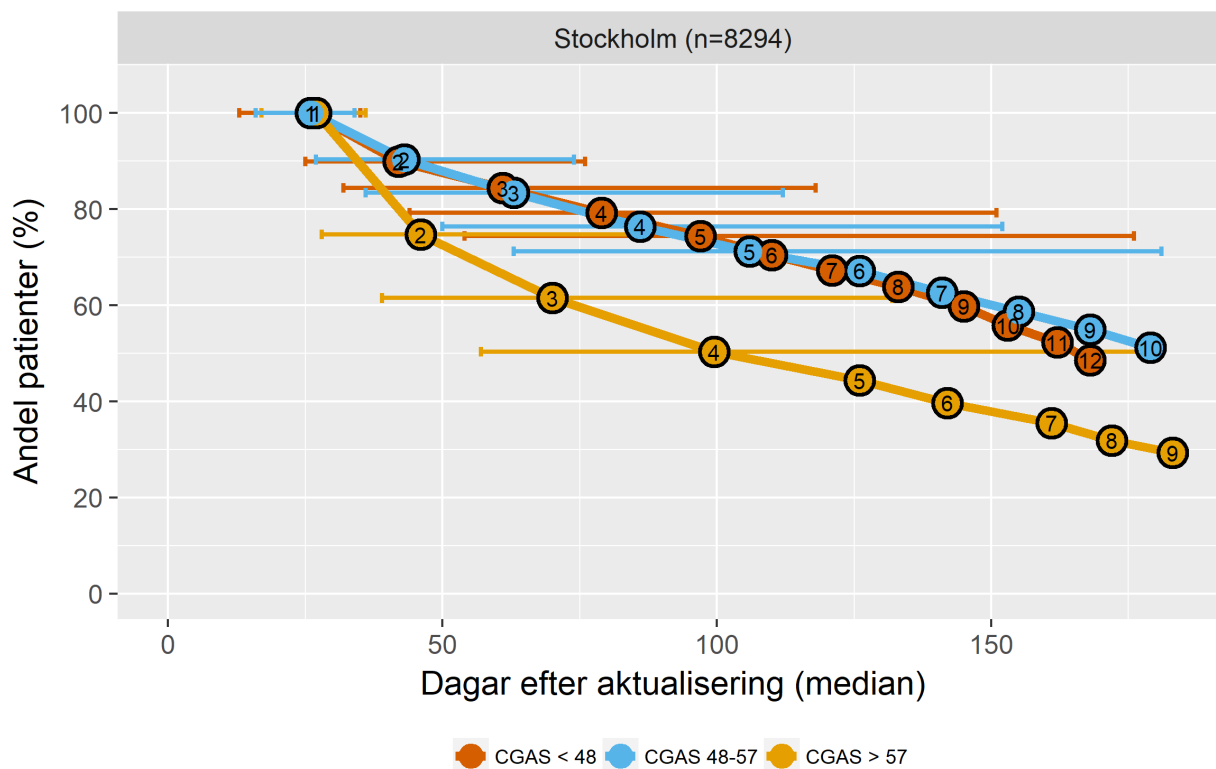
Figur 12: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i Region Gävleborg med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.1.3 Region Kalmar



Figur 13: 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

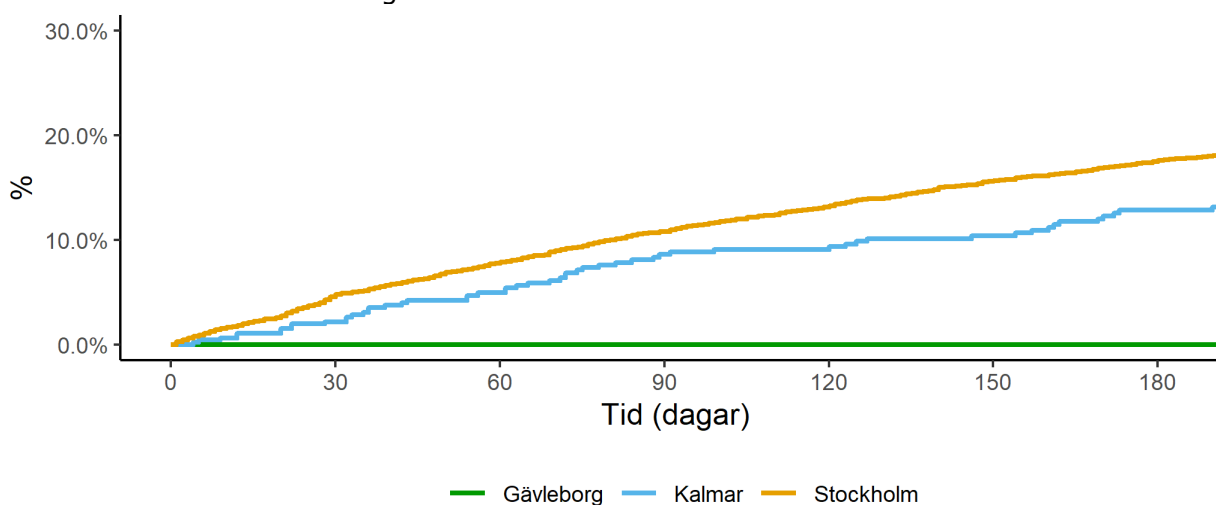


Figur 14: Initial prioritering i förhållande till bedömd funktionsnivå. Samtliga registrerade patienter i region Stockholm med vårdbegäran under perioden och dokumenterad funktionsnivåbedömning (CGAS). Siffran i diagrammets punkter anger besökets nummer i ordningsföljden. (Punkter med färre än 20 patienter visas inte i diagrammet.)

4.2 Insatser under det första halvåret inom BUP

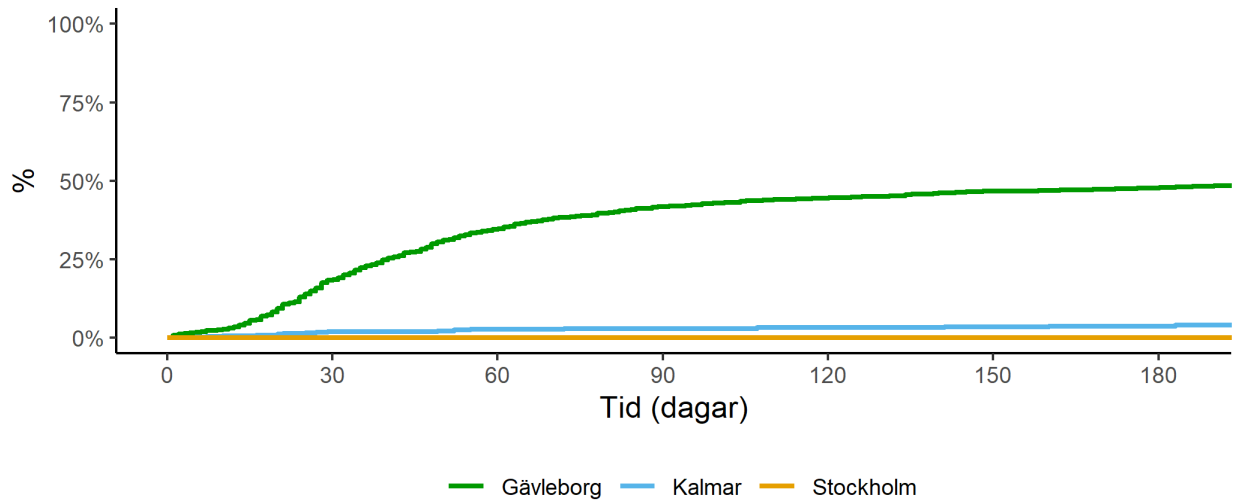
I detta avsnitt prövar vi att komplettera bilden av den initiala prioriteringen genom att med Kaplan-Meier-analyser (Kaplan & Meier 1958) visa hur stor sannolikheten är att en patient får del av olika insatser vid olika tidpunkter under det första halvåret efter vårdbegäran.

4.2.1 Läkemedelsbehandling



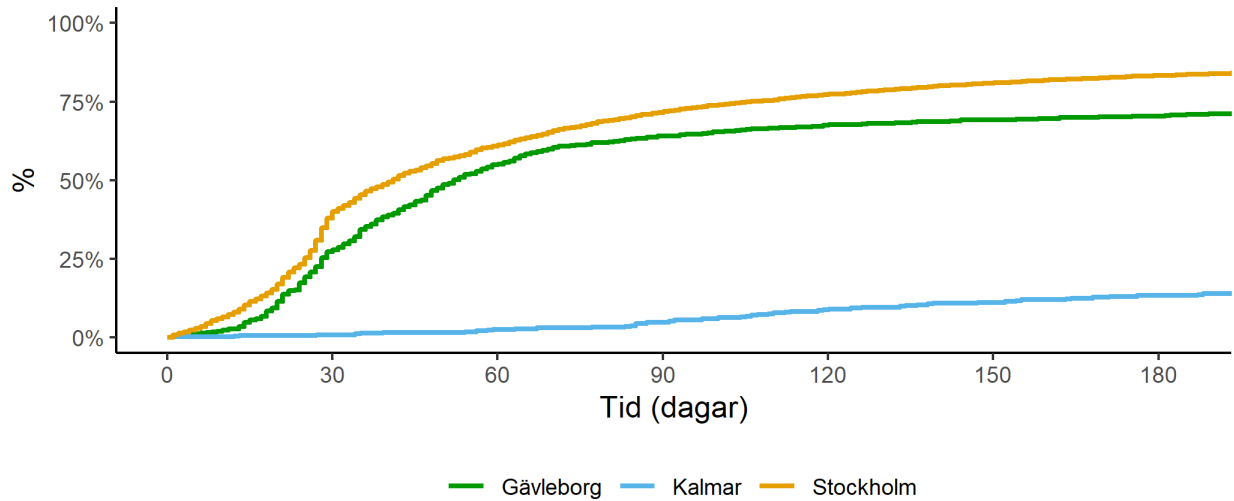
Figur 15: Tid från vårdbegäran till första läkemedelsordination. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

4.2.2 Diagnostisk screening



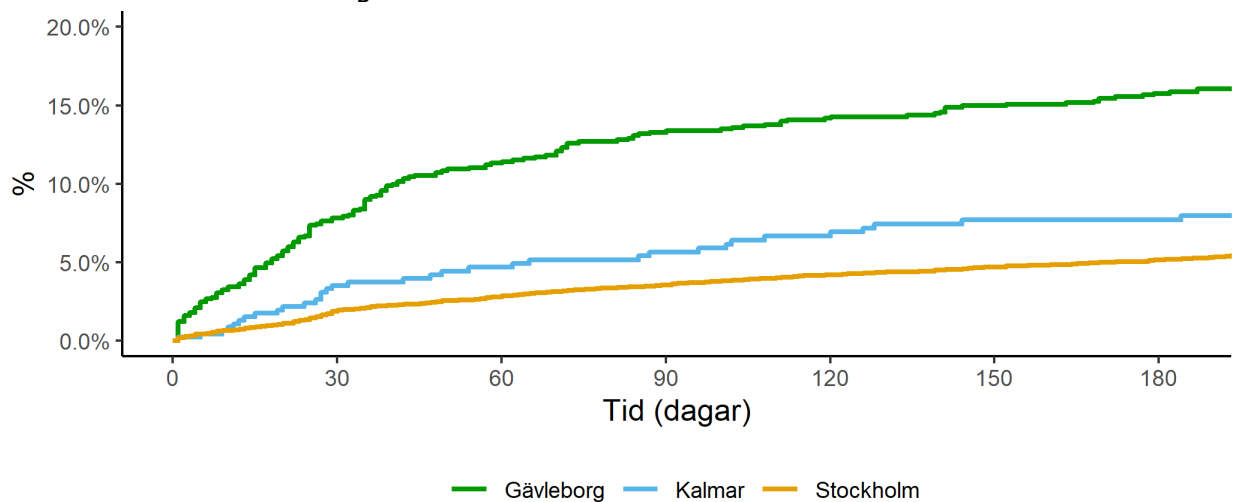
Figur 16: Tid från vårdbegäran till systematisk diagnostisk screening.

4.2.3 Vårdplanering



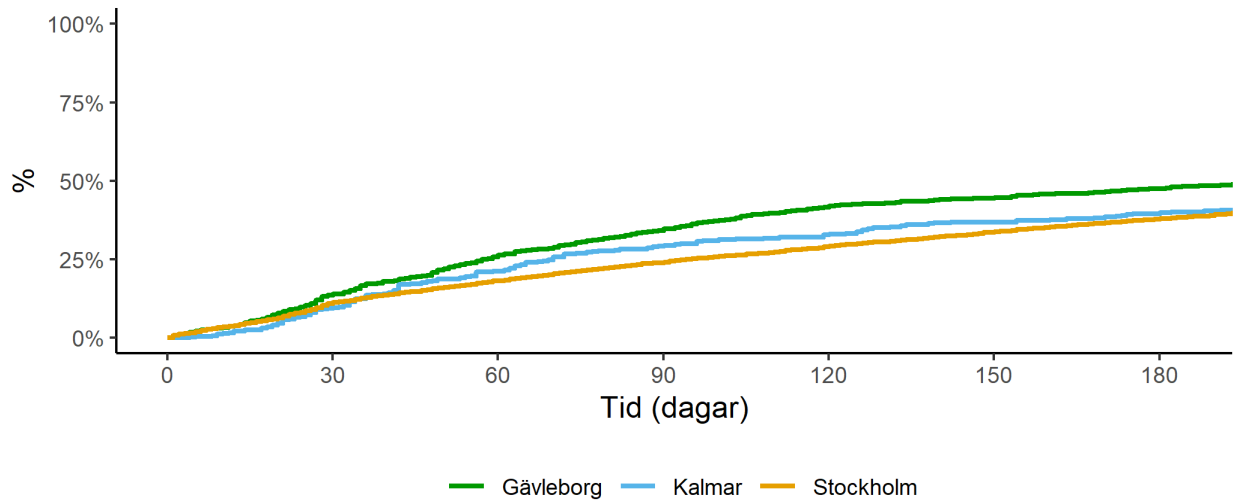
Figur 17: Tid från vårdbegäran till första vårdplan.

4.2.4 Suicidriskbedömning



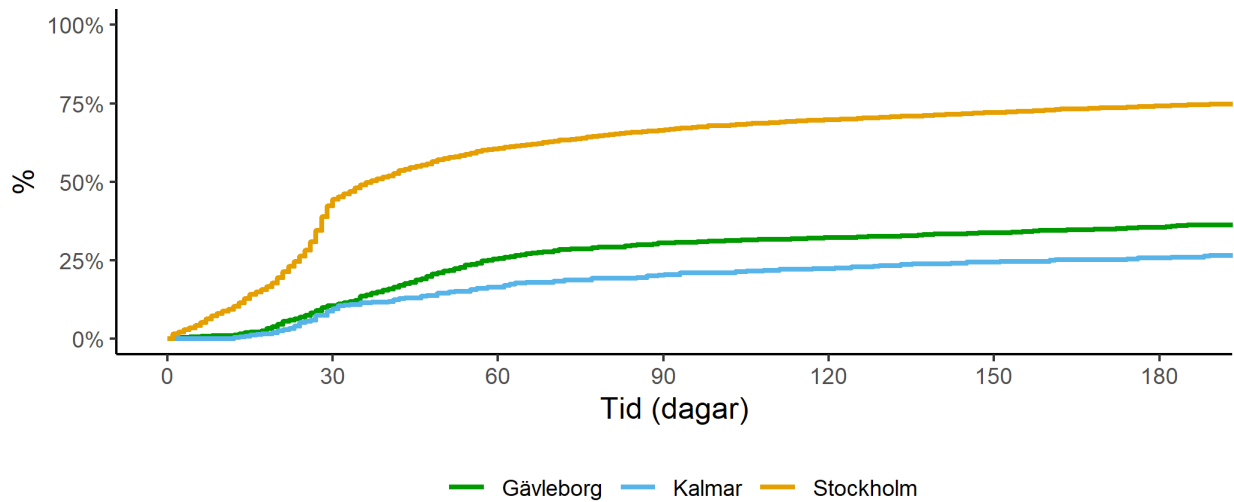
Figur 18: Tid från vårdbegäran till första strukturerad suicidriskbedömning.

4.2.5 Läkarbesök



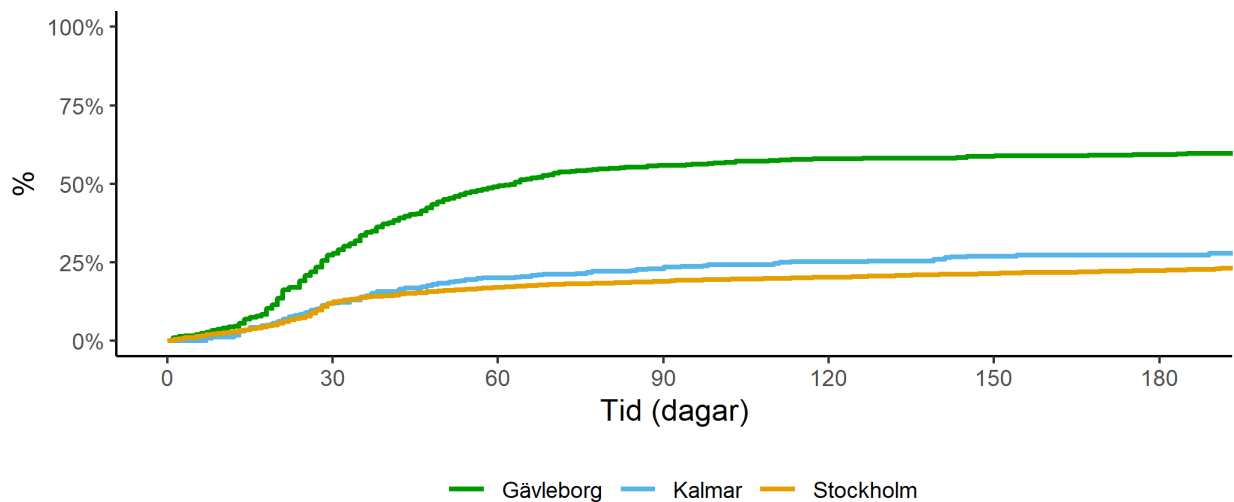
Figur 19: Tid från vårdbegäran till första läkarbesök.

4.2.6 Samtal med psykolog



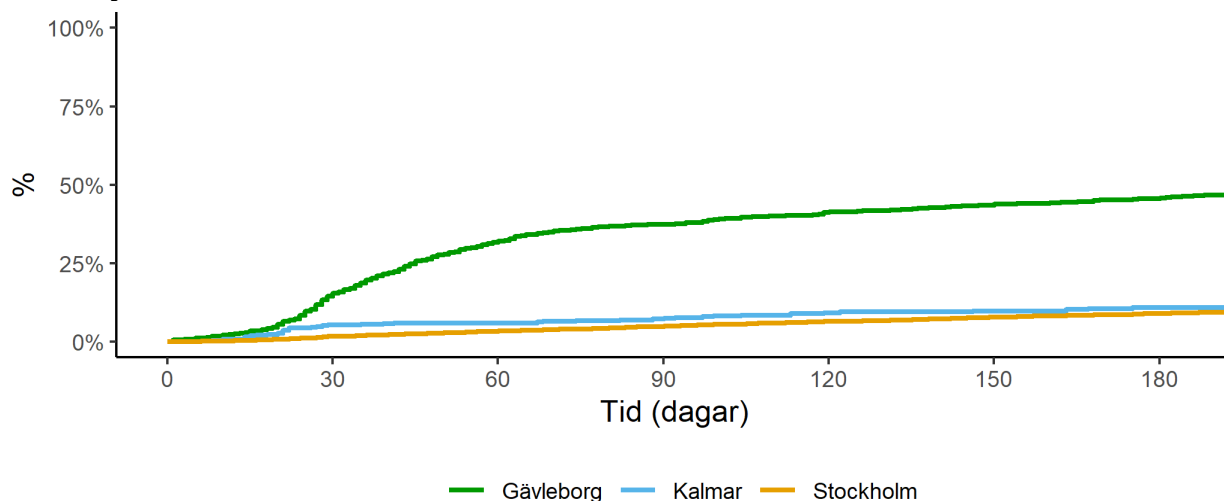
Figur 20: Tid från vårdbegäran till första samtal med psykolog.

4.2.7 Samtal med kurator



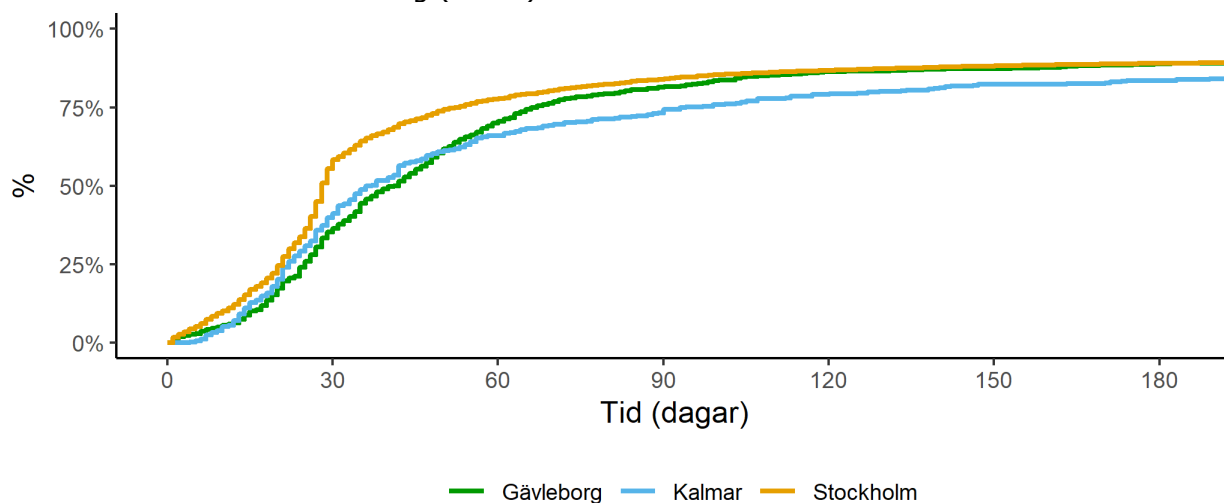
Figur 21: Tid från vårdbegäran till första samtal med kurator.

4.2.8 Sjuksköterskebesök



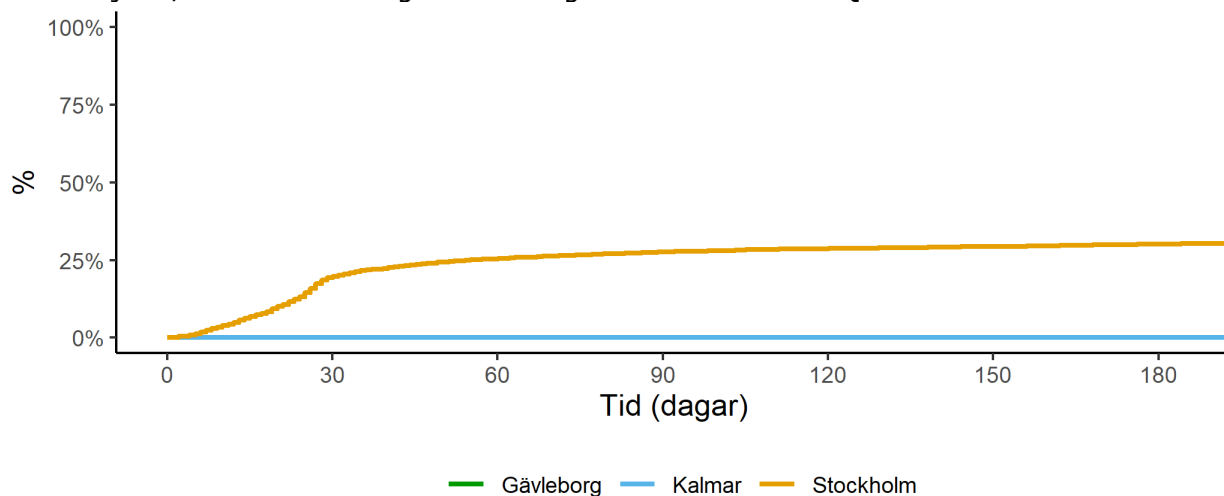
Figur 22: Tid från vårdbegäran till första sjuksköterskebesök.

4.2.9 Funktionsnivåbedömning (CGAS)



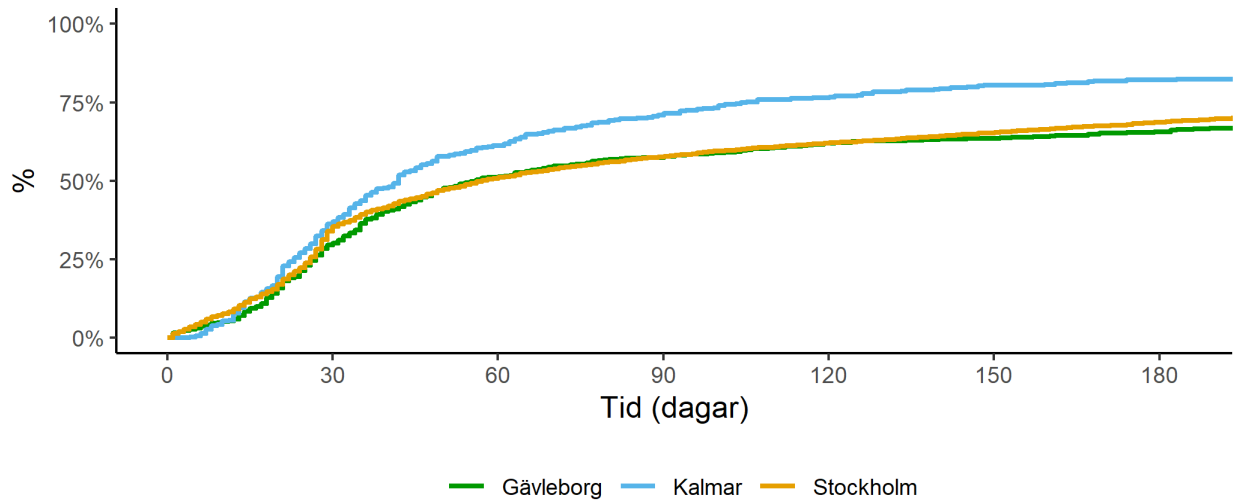
Figur 23: Tid till första funktionsnivåbedömning med CGAS.

4.2.10 Själv-/föräldraskattning med Strengths and Difficulties Questionnaire



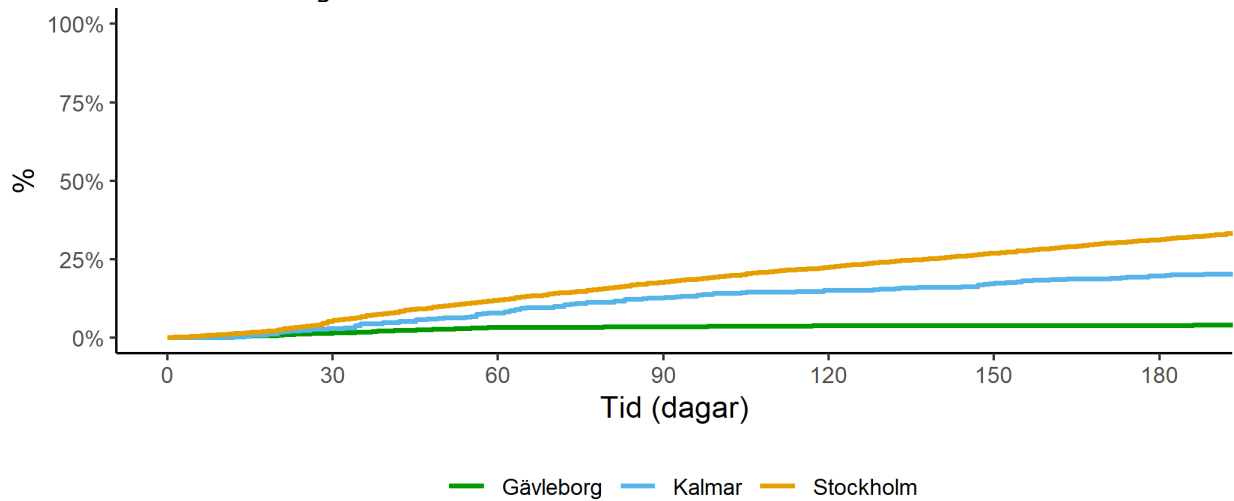
Figur 24: Tid till första själv/föräldraskattning med Strengths an Difficulties Questionnaire (SDQ).

4.2.11 Tillståndsdiasgnos



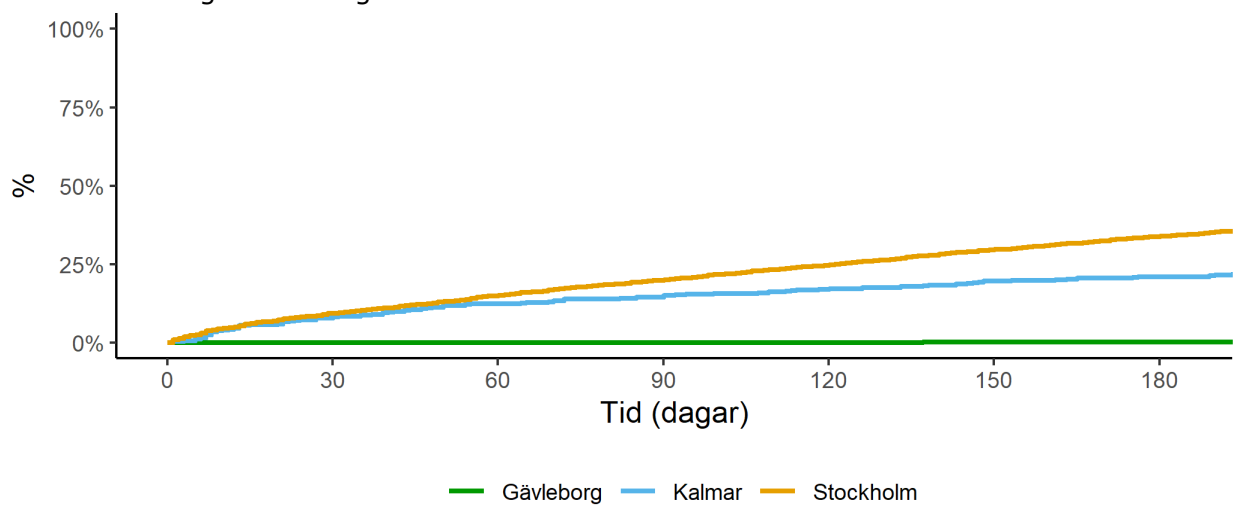
Figur 25: Tid till första tillståndsdiasgnos.

4.2.12 Avslutat vårdåtagande



Figur 26: Tid från vårdbegäran till avslut av vårdåtagande

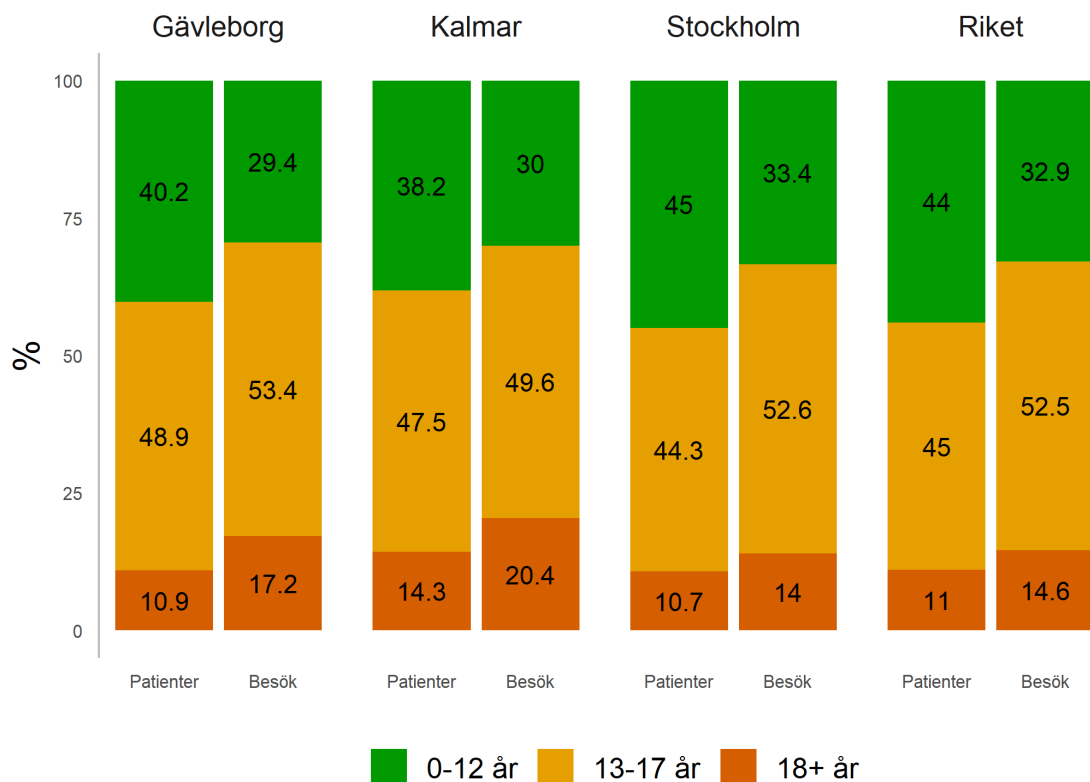
4.2.13 Vårdåtagandets längd vid avslut



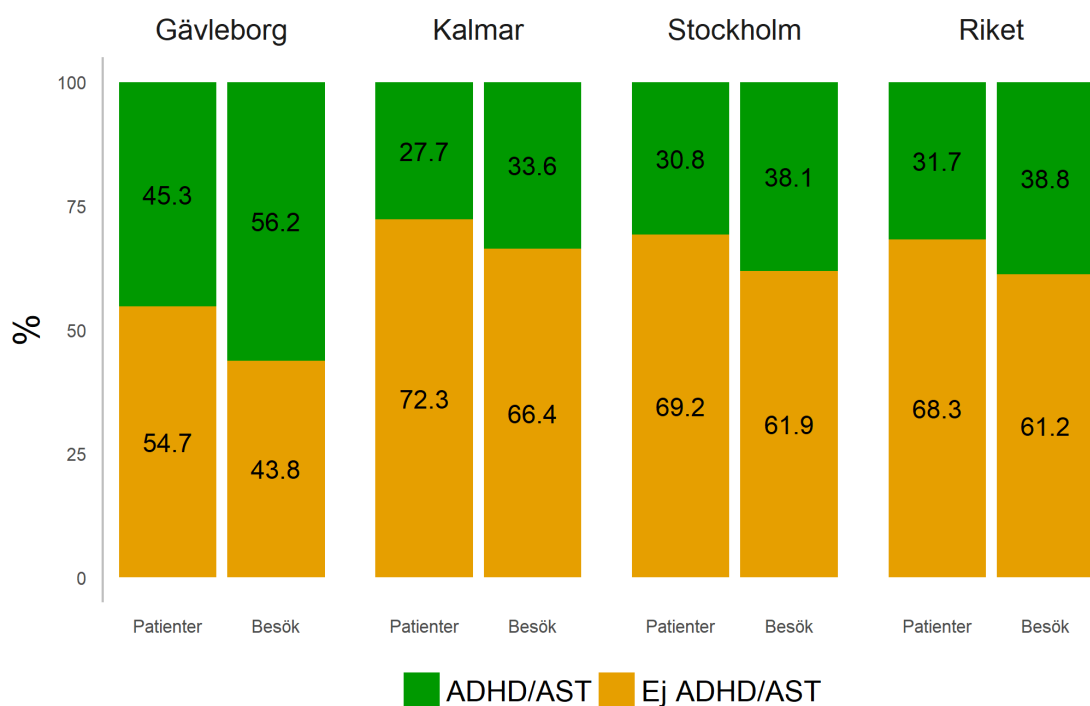
Figur 27: Tid från första besök till avslut av vårdåtagande

5 Resursfördelning

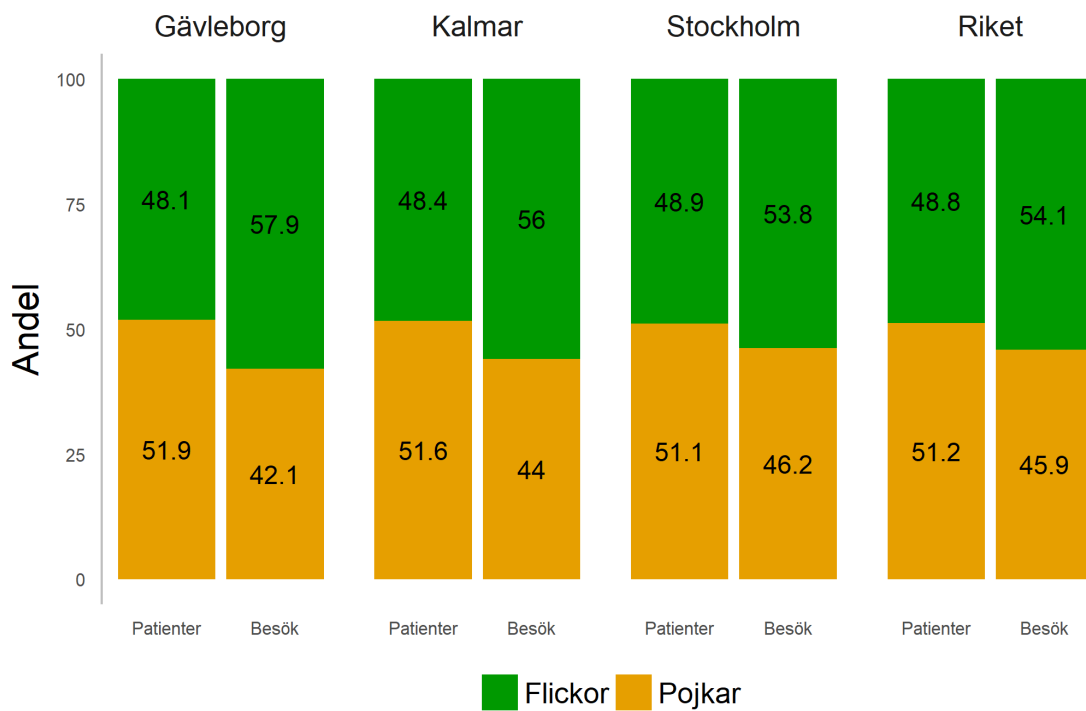
Genom att undersöka hur en verksamhets patienter fördelar sig mellan olika grupper och hur stor del av den totala besöksmassan under ett år dessa grupper svarar för, kan vi belysa hur verksamhetens resurser i praktiken prioriteras mellan olika patientgrupper.



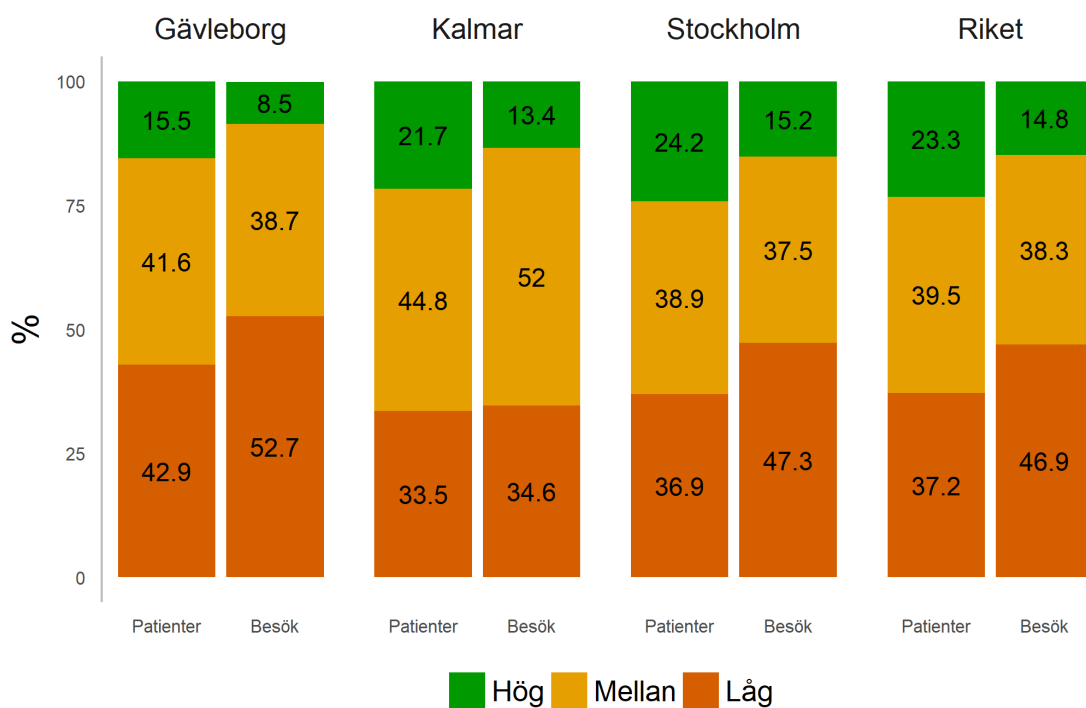
Figur 28 Andel patienter respektive besök för olika åldersgrupper.



Figur 29: Andel patienter respektive besök med eller utan diagnos inom ADHD eller Autismspektrumtillstånd.



Figur 30: Andel patienter respektive besök för pojkar respektive flickor.

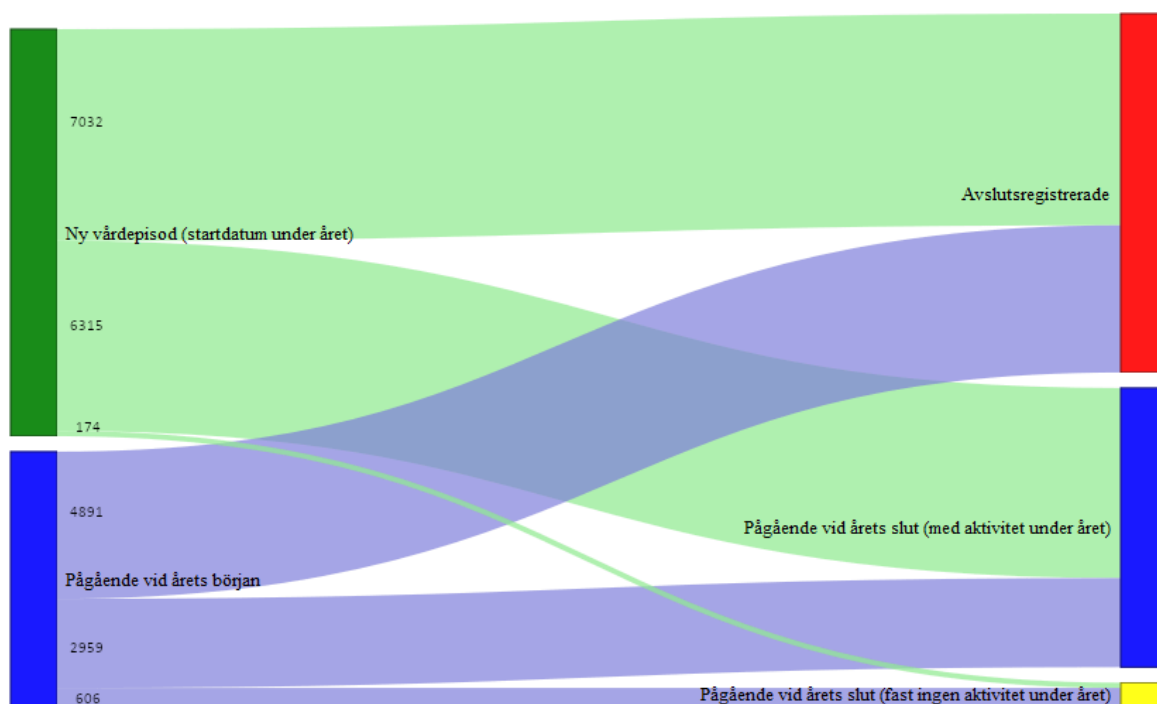


Figur 31: Andel patienter respektive besök för olika initialt bedömd funktionsnivå

6 Aktuella patienter i registret 2018

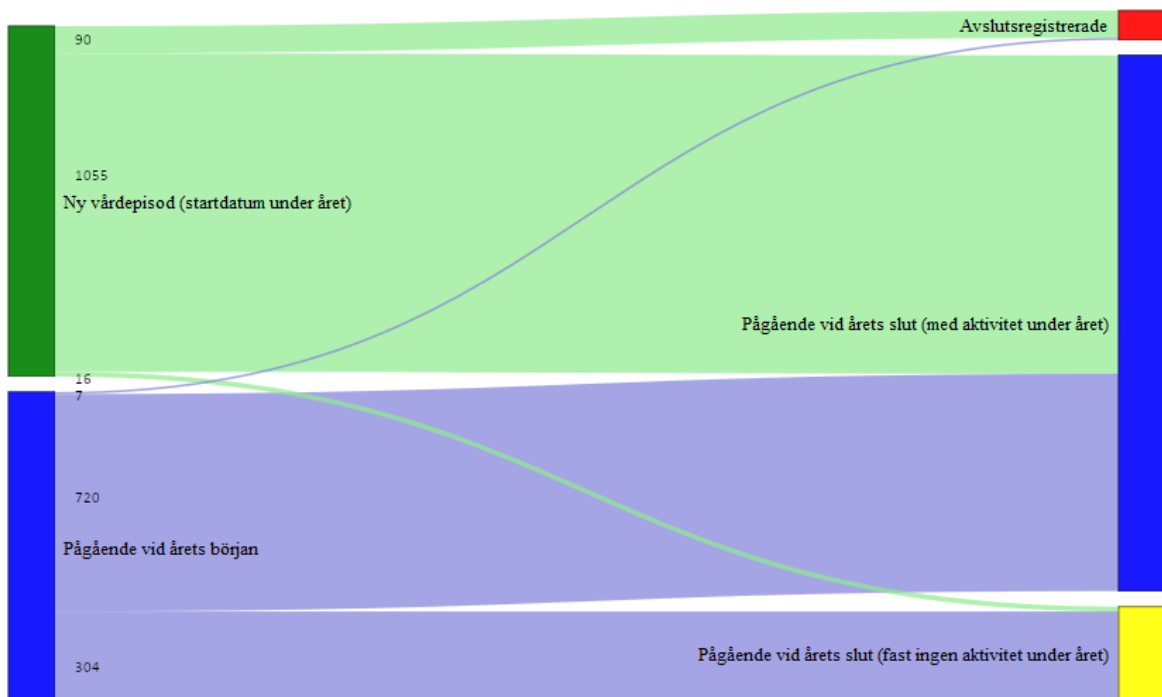
Här ger vi en sammanfattande bild av patientflödet under 2018. Ytterligare fördjupning för de vanligaste tillståndsgrupperna återfinns i appendix.

6.1 Nya – Pågående - Avslutade



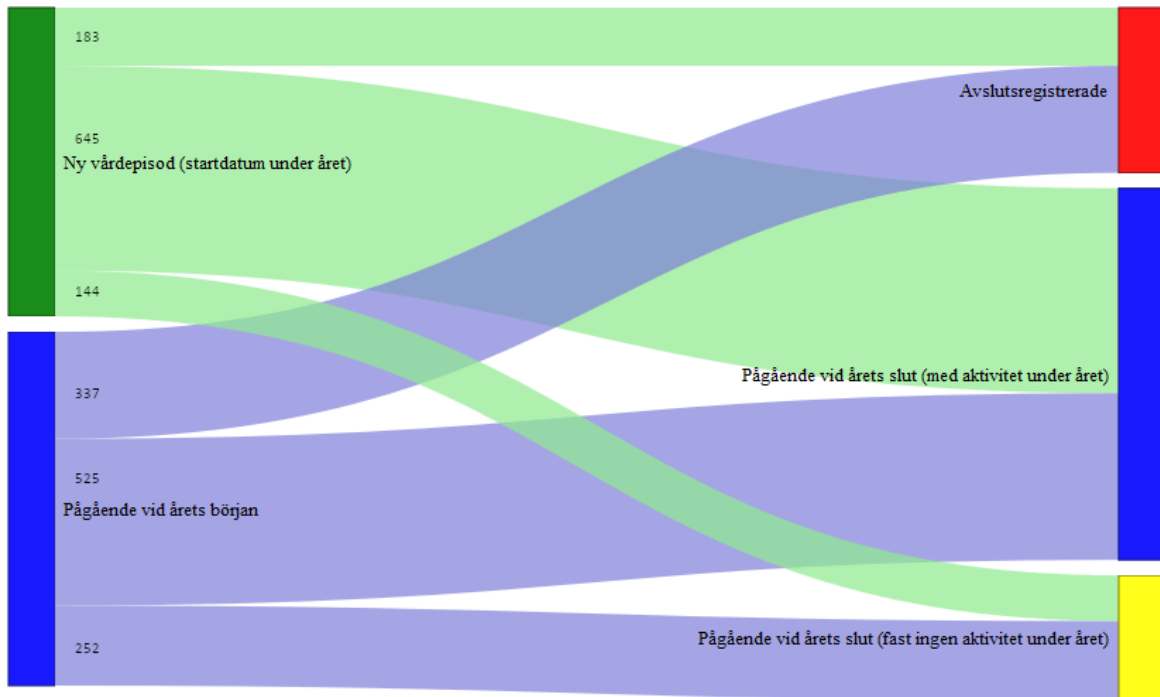
Figur 32: Samliga

6.1.1 Region Gävleborg



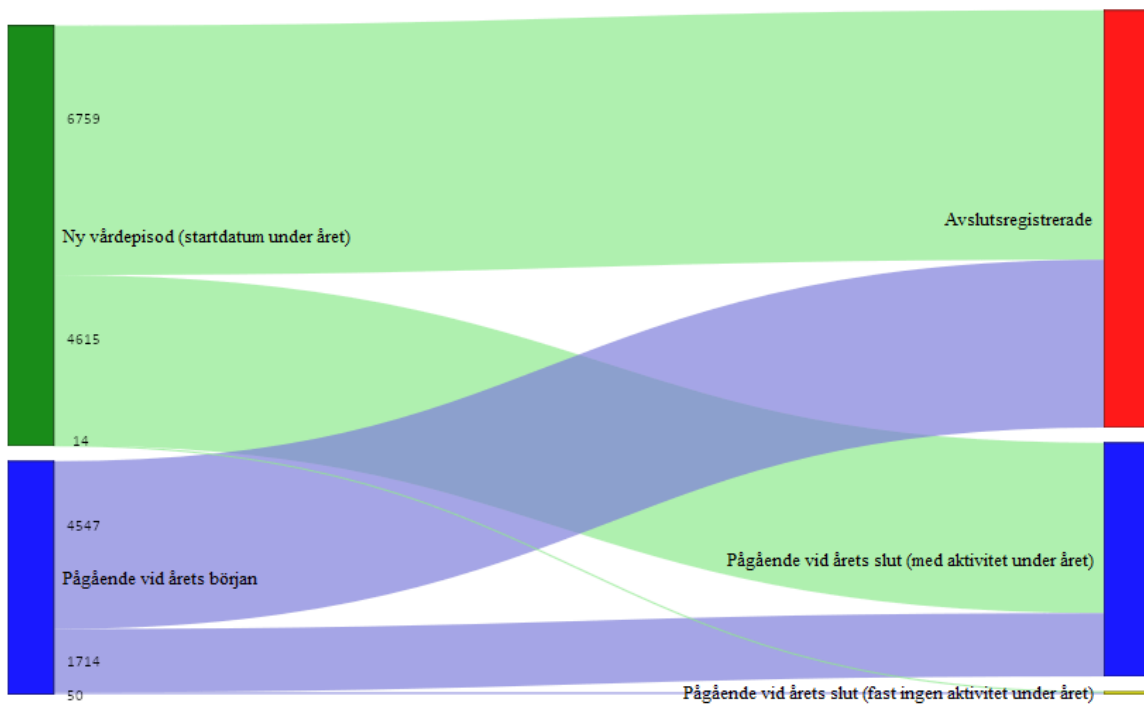
Figur 33: Gävleborg

6.1.2 Region Kalmar



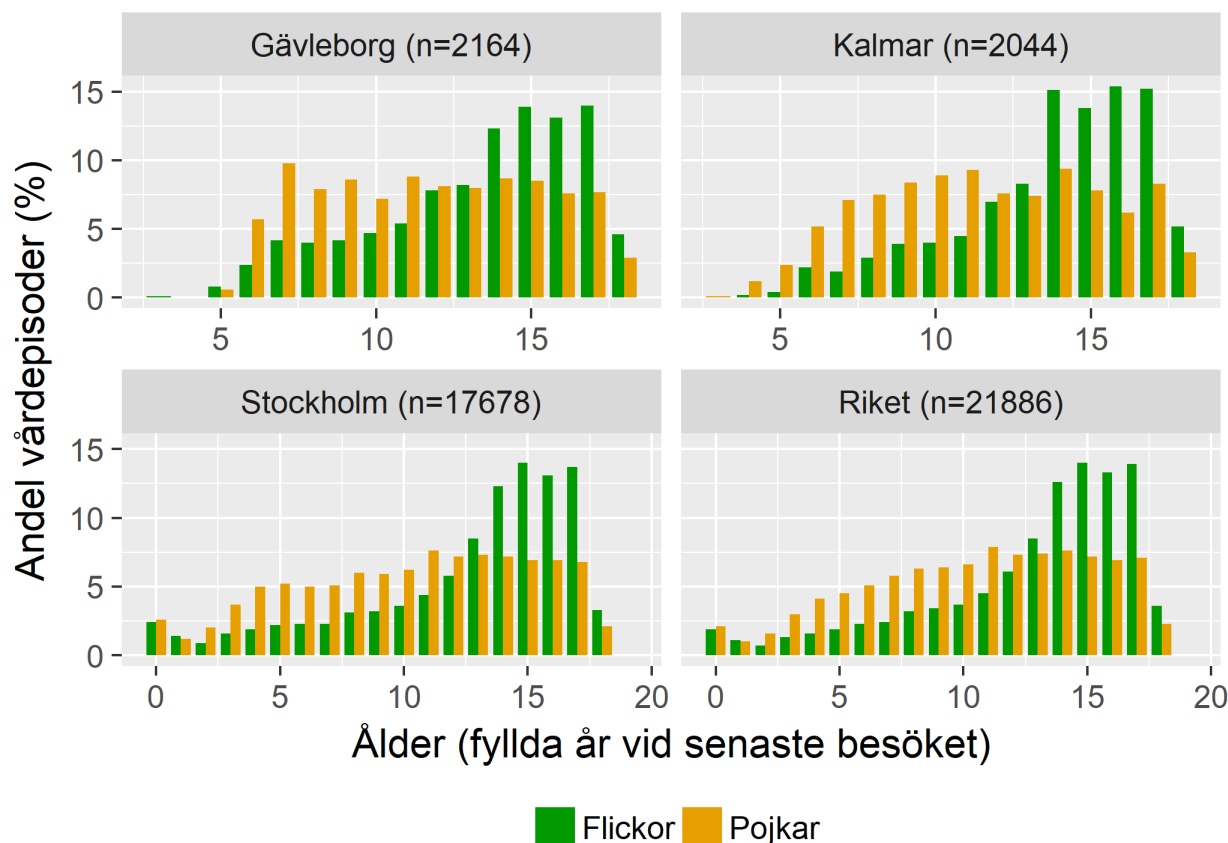
Figur 34: Kalmar

6.1.3 Region Stockholm



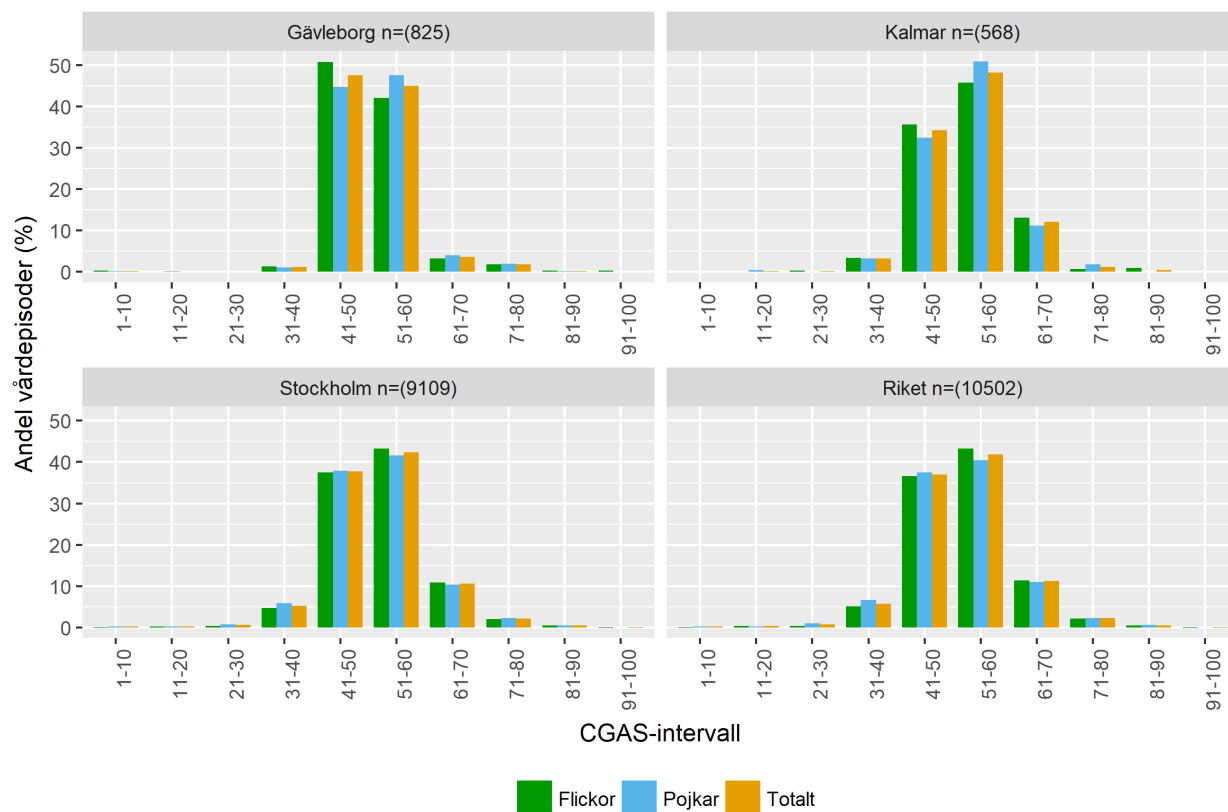
Figur 35: Stockholm

6.2 Könns- och åldersfördelning



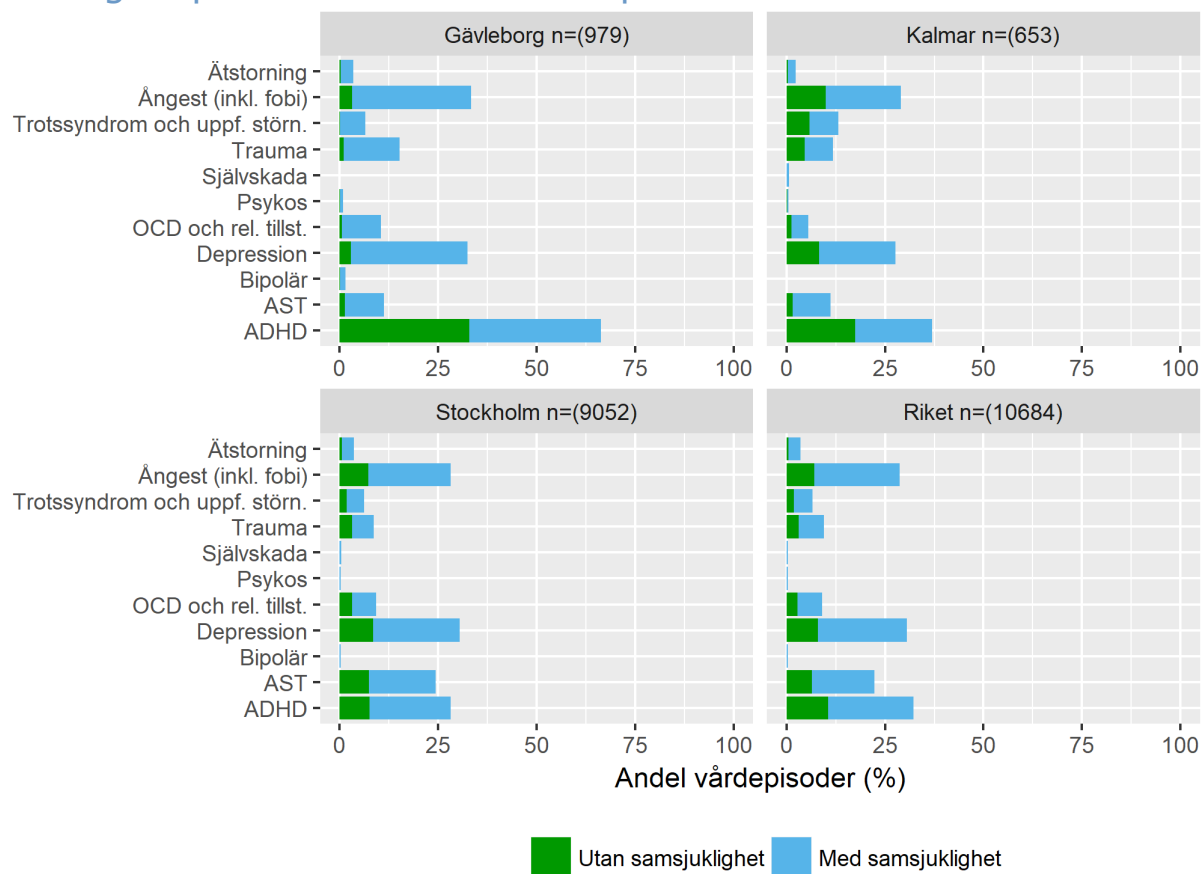
Figur 36: Ålders- och könsfördelning för aktuella patienter 2018. Fördelningen med överrepresentation av pojkar fram till tonåren och av flickor i tonåren är typisk för Barn- och ungdomspsykiatri.

6.3 Funktionsnivå



Figur 37 Initialt bedömd funktionsnivå för nya vårdtaganden under 2018.

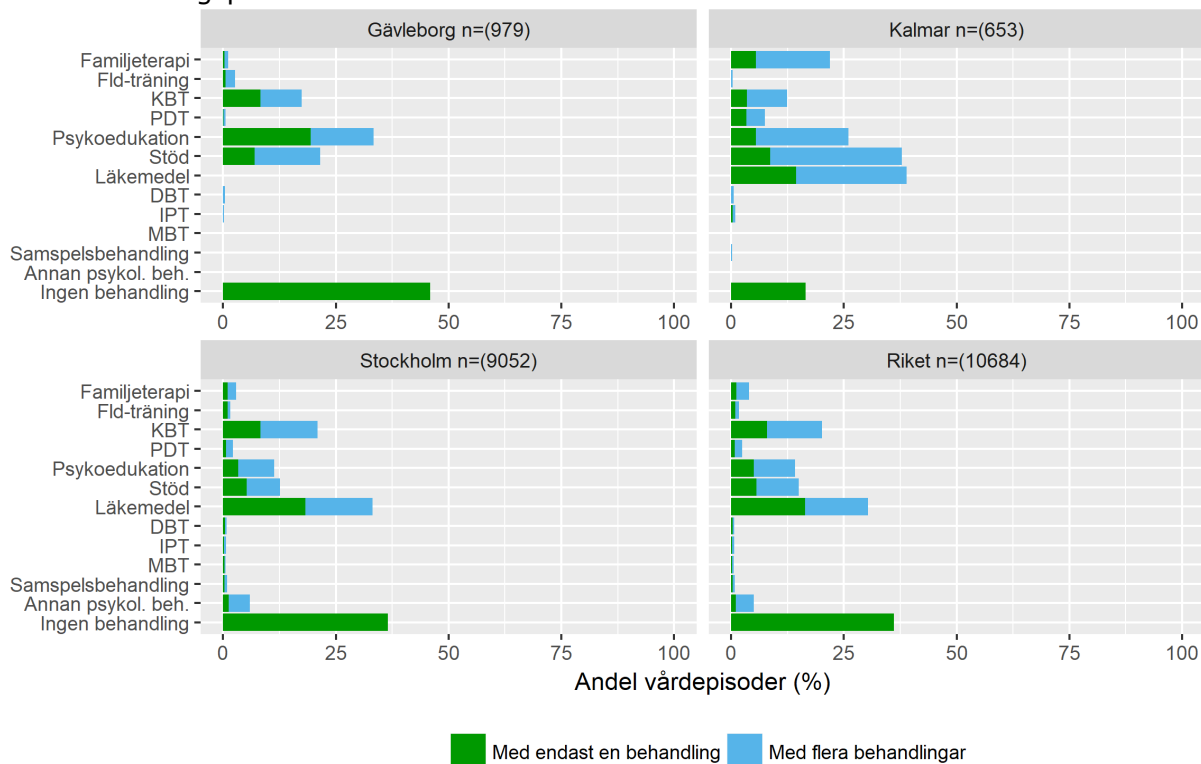
6.4 Diagnospanorama för aktuella patienter



Figur 38 Diagnospanorama för patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet

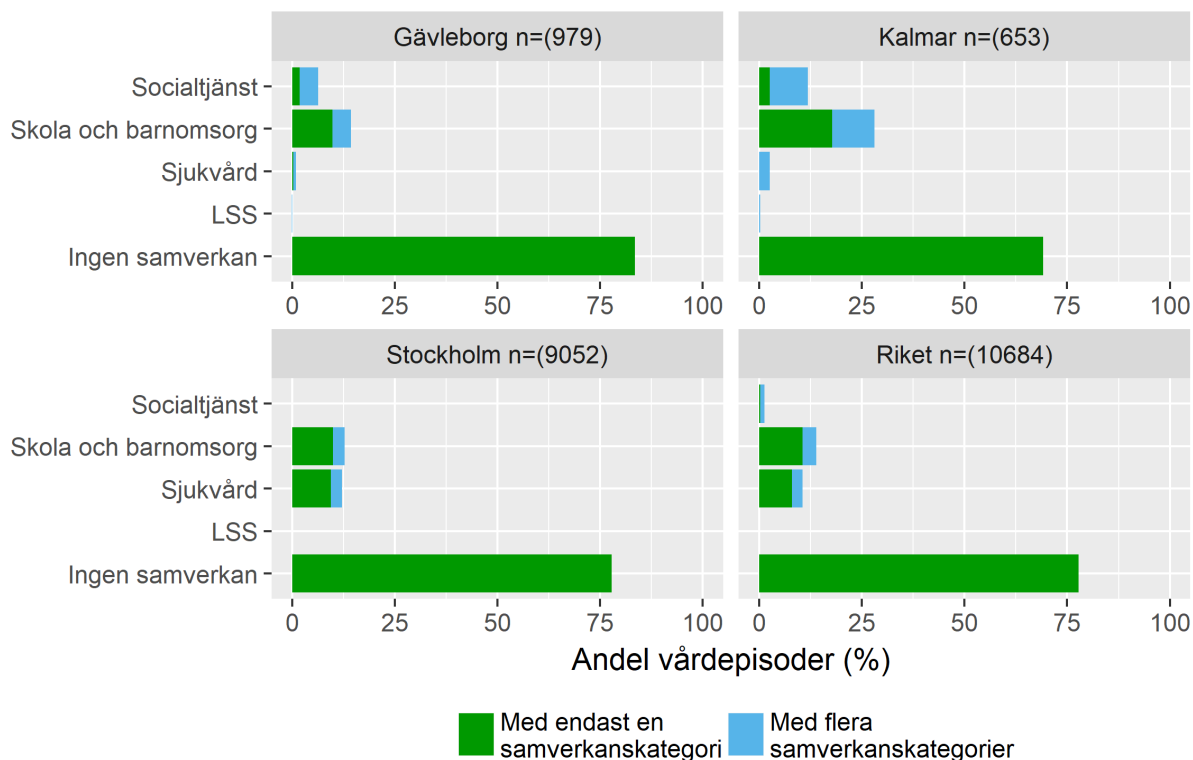
6.5 Genomförda insatser för aktuella patienter

6.5.1 Behandlingspanorama



Figur 39 Behandlingspanorama för patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

6.5.2 Samverkan

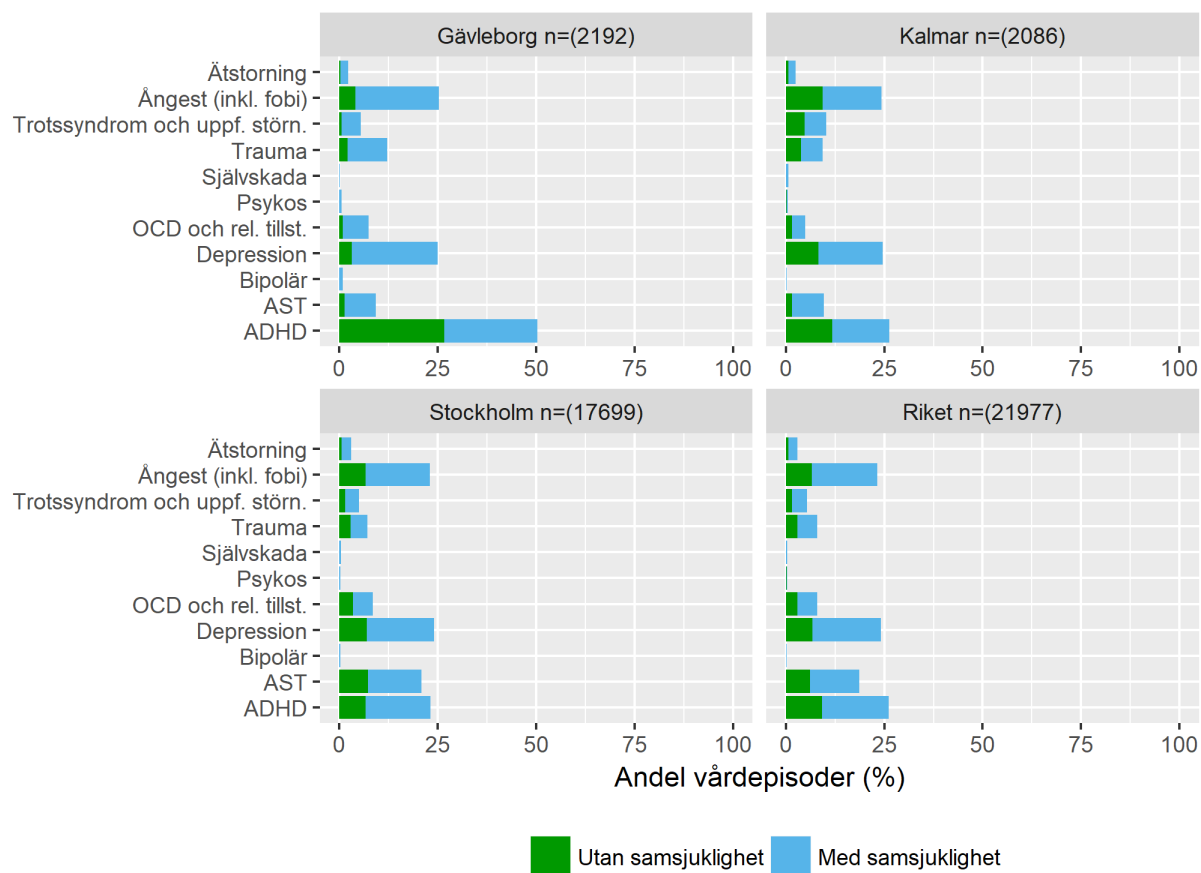


Figur 40 Andel patienter med samverkan. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet.

7 Avslutade patienter under 2018

Här ger vi en sammanfattande bild av de patienter vars vårdåtaganden avslutats under 2018. Ytterligare fördjupning för de vanligaste tillståndsgrupperna återfinns i appendix.

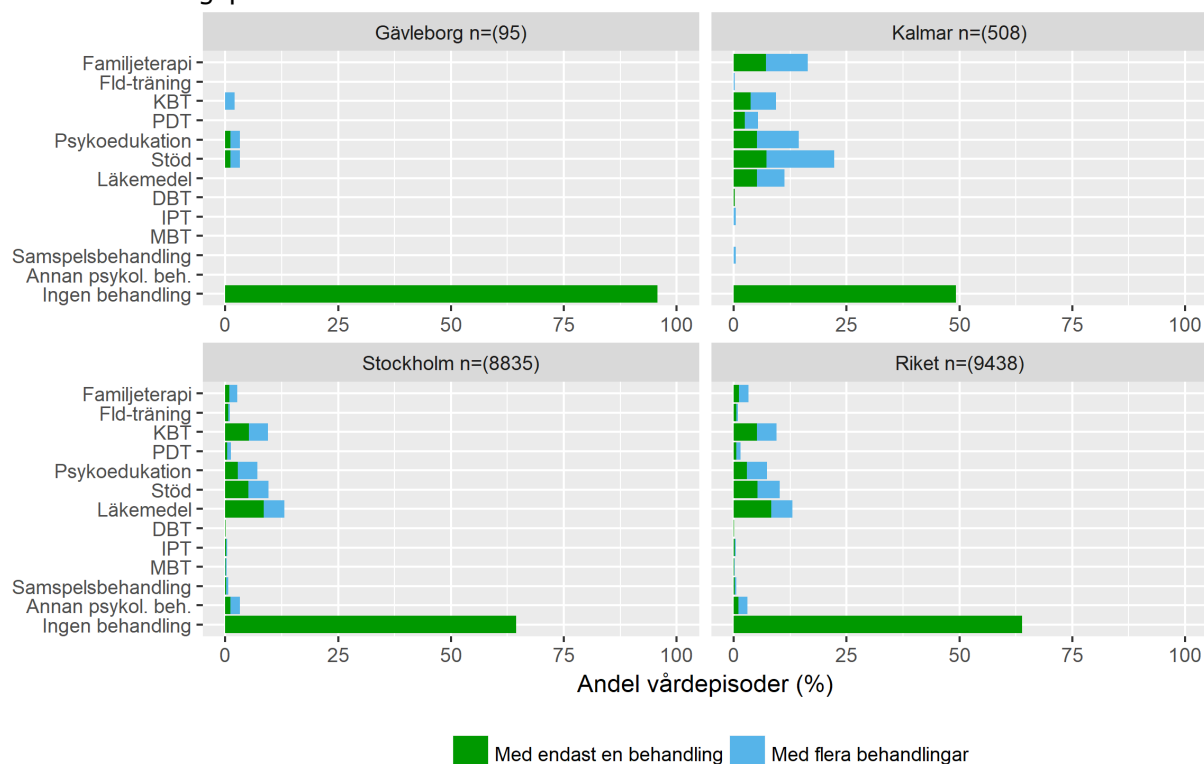
7.1 Diagnospanorama för avslutade vårdåtaganden



Figur 41 Diagnospanorama för avslutade patienter 2018

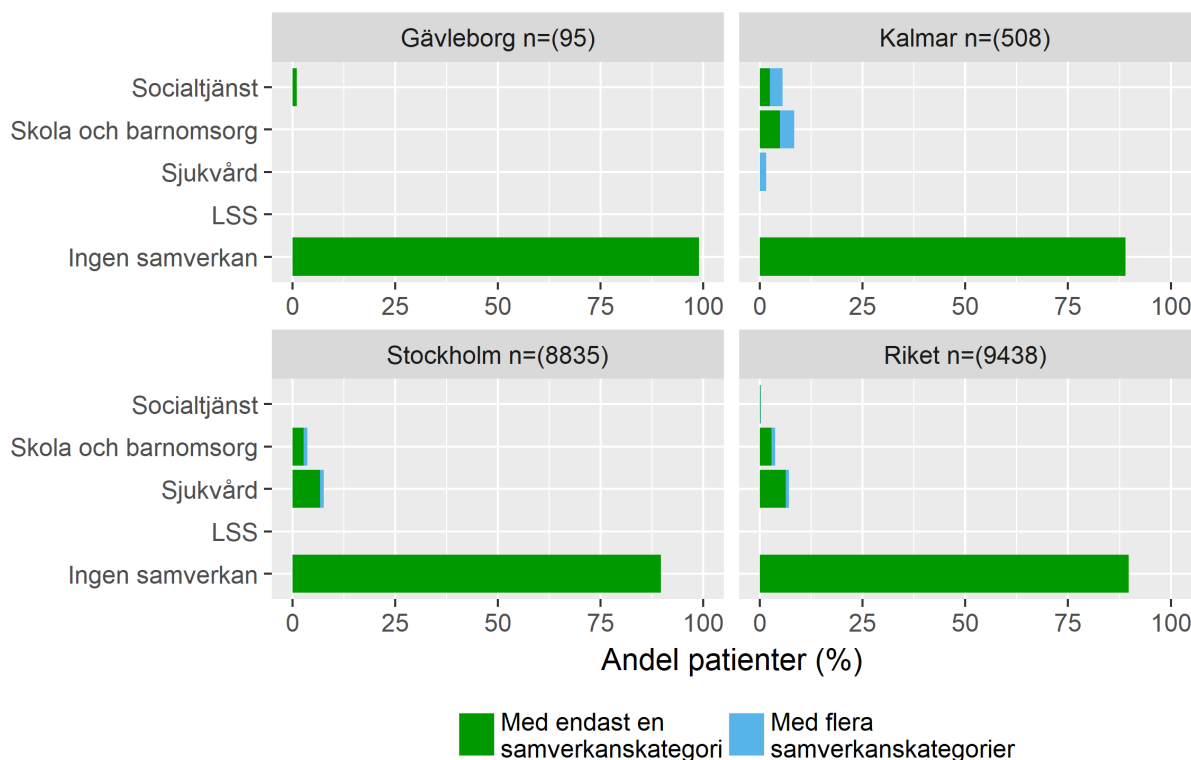
7.2 Genomförda insatser för avslutade vårdåtaganden

7.2.1 Behandlingspanorama



Figur 42: Behandlingspanorama för avslutade patienter 2018. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

7.2.2 Samverkan



Figur 43 Andel patienter där BUP mött samverkansparter inom socialtjänst, skola/barnomsorg, annan sjukvård eller LSS-handläggare. Patienter med vårdåtagande avslutad under 2018

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>
- 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. (2019). *Psykiatrin i siffror Barn- och ungdomspsykiatri Kartläggning 2018*. Hämtad från Sveriges kommuner och landsting: https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/assets/uploads/2019/05/BUP_2019_190701.pdf
- 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.

CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE – C-GAS

För barn och ungdomar i åldrarna 4-20 år.

Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, & Aluwahlia S. *Psychopharmacology Bulletin* 1983, 1:747-8.
 Anpassning av "the Global Assessment Scale for Adults" Spitzer RL, Gibbon M & Endicott i *Archives of General Psychiatry* 1983, 40: 1228-1231.

Svensk översättning 2001-04-06 M Helgesson, fil lic leg psykolog och P Gustafsson, MD PhD Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Linköping

Svensk nyöversättning och bearbetning 2005-08-14, i samarbete med Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Bird H Columbia University, New York.
 Anna Lundh, MD, Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken, Stockholm. E-post Anna.Lundh@sil.se

Skatta personens mest nedsatta generella funktionsnivå under den specificerade tidsperioden genom att välja den lägsta nivå som beskriver hans/hennes fungerande på ett hypotetiskt kontinuum av hälsa/sjukdom. Använd även de intermediära nivåerna (t.ex. 35, 58, 62).

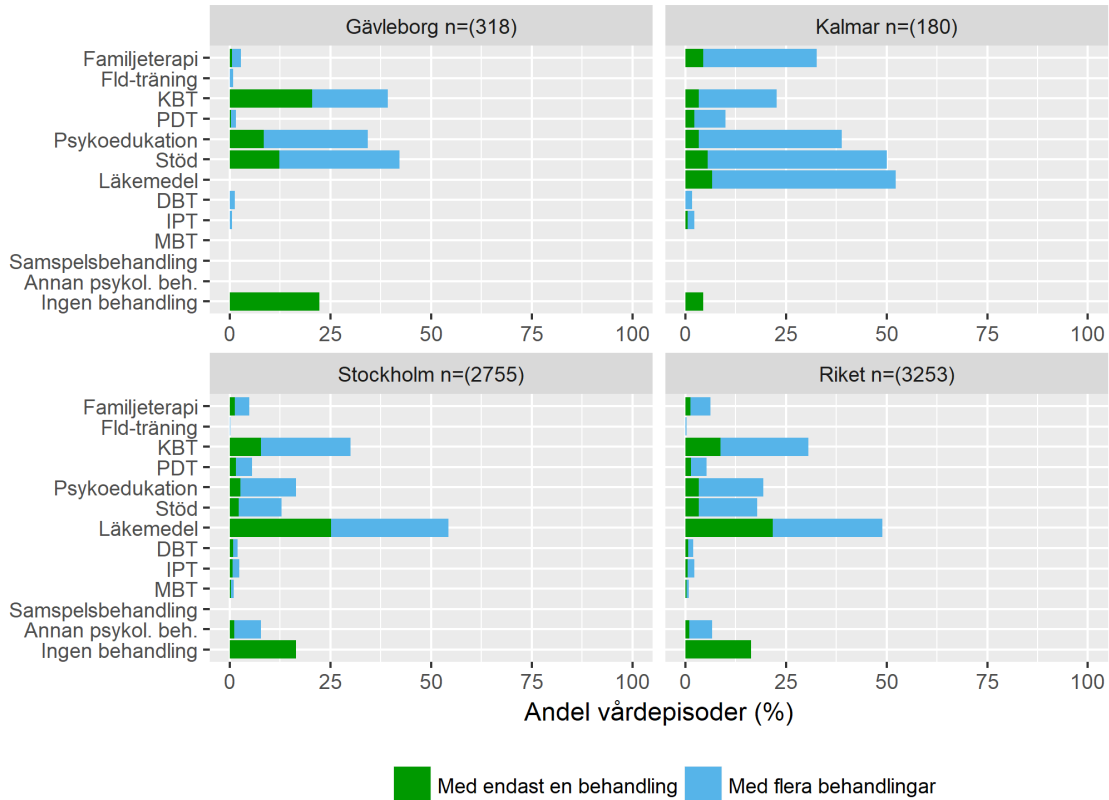
Skatta aktuell funktionsförmåga utan hänsyn till behandling eller prognos. De tillhandahållna exemplen på beteenden är enbart illustrativa och erfordras inte för en speciell skattning.

Specificerad tidsperiod: 1 månad

- | | |
|---|---|
| <p>100-91 Synnerligen god funktionsförmåga inom alla områden (hemma, i skolan och med kamrater), involverad i flera olika aktiviteter och har många intressen (t.ex. har hobbies eller deltar i aktiviteter utanför skolan eller tillhör en organiserad grupp såsom scouters, etc.). Sympatisk, gott självförtroende, vardagliga bekymmer blir aldrig ohanterliga. Klarar sig bra i skolan. Inga symtom.</p> <p>90-81 God funktionsförmåga inom alla områden. Trygg i familjen, skolan och med kamrater. Det kan förekomma tillfälliga svårigheter och vardagsbekymmer som ibland blir ohanterliga (t.ex. oro i anslutning till ett viktigt prov, sporadiska vredesutbrott mot syskon, föräldrar eller kamrater).</p> <p>80-71 Endast lindriga funktionssvårigheter hemma, i skolan eller bland kamrater. Vissa beteendestörning eller vissa känslomässiga problem kan förekomma som reaktion på stressframkallande livshändelser (t.ex. föräldrars separation, dödsfall eller ett syskons födelse), men dessa är kortvariga och funktionssvårigheterna övergående. Dessa barn är ytterst lite störande för andra och anses inte avvika av personer som känner dem.</p> <p>70-61 En del svårigheter inom ett enstaka område, men fungerar allmänt sett ganska väl (t.ex. sporadiska eller isolerade antisociala handlingar som tillfälligt skolk eller snatteri; genomgående smärre svårigheter med skolarbete, kortvariga växlingar i stämningssläge; rädslor och ångslan som inte leder till undvikande beteende; tvivel på sig själv). Har meningsfulla relationer. De flesta personer som inte känner barnet väl skulle betrakta honom/henne som normal, men de som känner honom/henne väl skulle kunna uttrycka oro.</p> <p>60-51 Varierande funktionsförmåga med sporadiska svårigheter eller symtom inom flera, men inte alla, sociala områden. Störningen skulle vara uppenbar för dem som träffar barnet i ett dysfunktionellt sammanhang eller vid en dysfunktionell tidpunkt, men inte för dem som ser barnet i andra sammanhang.</p> | <p>50-41 Måttlig störning av funktionsförmågan inom de flesta sociala områden eller allvarlig störning av funktionsförmågan inom ett område, vilket kan orsakas av t.ex. suicidal upptagenhet eller suicidala grubblerier, skolvägran och andra former av ångest, tvångsmässiga ritualer, allvarliga konversionssymtom, täta ångestattacker, ofta förekommande aggressivt eller annat antisocialt beteende med visst bibehållande av meningsfulla sociala relationer.</p> <p>40-31 Betydande nedsättning av funktionsförmågan inom flera områden och oförmögen att fungera inom ett av dessa områden, dvs. störd hemma, i skolan, med kamrater eller i samhället i stort (t.ex. ihållande aggression utan uppenbar anledning; påtagligt tillbakadraget och isolerat beteende beroende på antingen stämnings- eller tankestörning, suicidförsök med tydlig dödlig avsikt). Dessa barn behöver sannolikt särskild skolgång och/eller intensifierad öppenvård/inläggning på sjukhus.</p> <p>30-21 Oförmögen att fungera inom nästan alla områden, t.ex. stannar hemma eller i säng hela dagen utan att delta i sociala aktiviteter eller allvarlig störning av realitetsprövning eller allvarlig kommunikationsstörning (t.ex. ibland osammanhängande eller inadekvat).</p> <p>20-11 Kräver ansenlig tillsyn och övervakning för att förhindras att skada andra eller sig själv, t.ex. ofta våldsamt, upprepade suicidförsök eller för att sköta personlig hygien eller grav störning av all kommunikation, t.ex. allvarlig avvikelser i verbal kommunikation och kroppsspråk, markant socialt otillgänglig, stupor, etc.</p> <p>10-1 Kräver ständig tillsyn och övervakning (24-tim vård) på grund av allvarligt aggressivt eller självdestruktivt beteende eller grav störning av realitetsprövning, kommunikation, kognition, affekt eller personlig hygien.</p> |
|---|---|

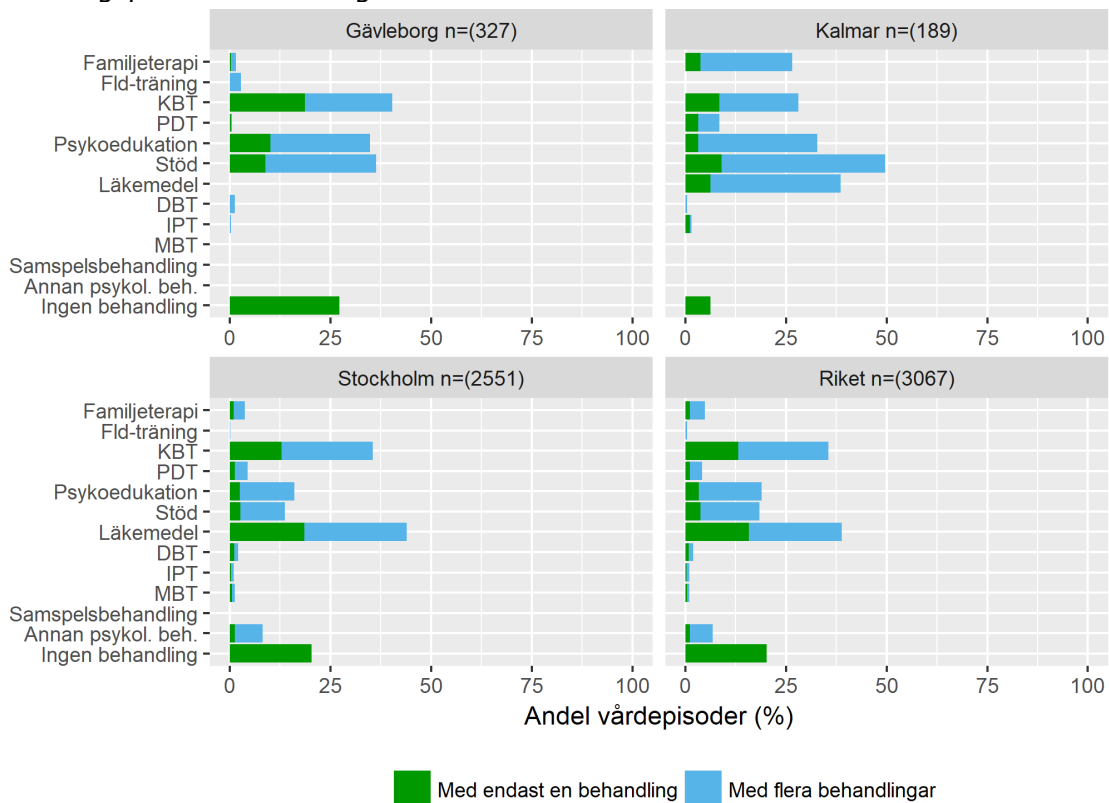
Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Aktuella)

Behandlingspanorama vid depressiva tillstånd



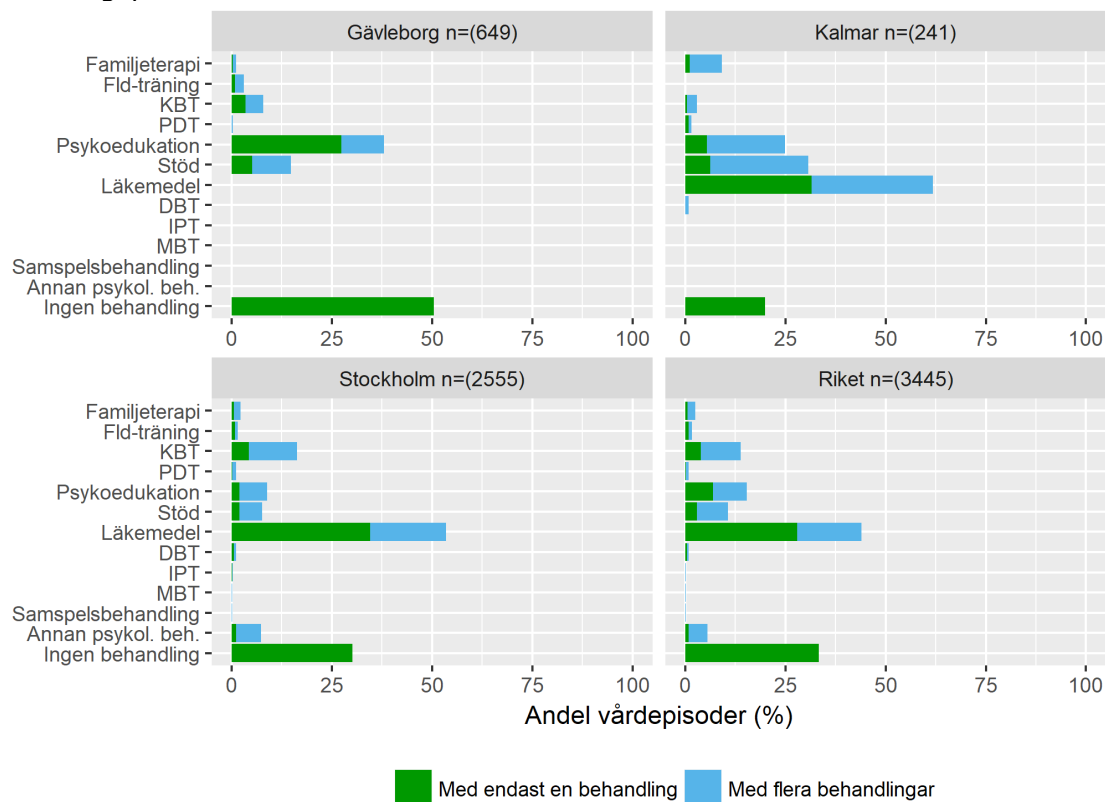
Figur 44 Behandlingspanorama för patienter med depression. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst 4 besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid ångestillstånd



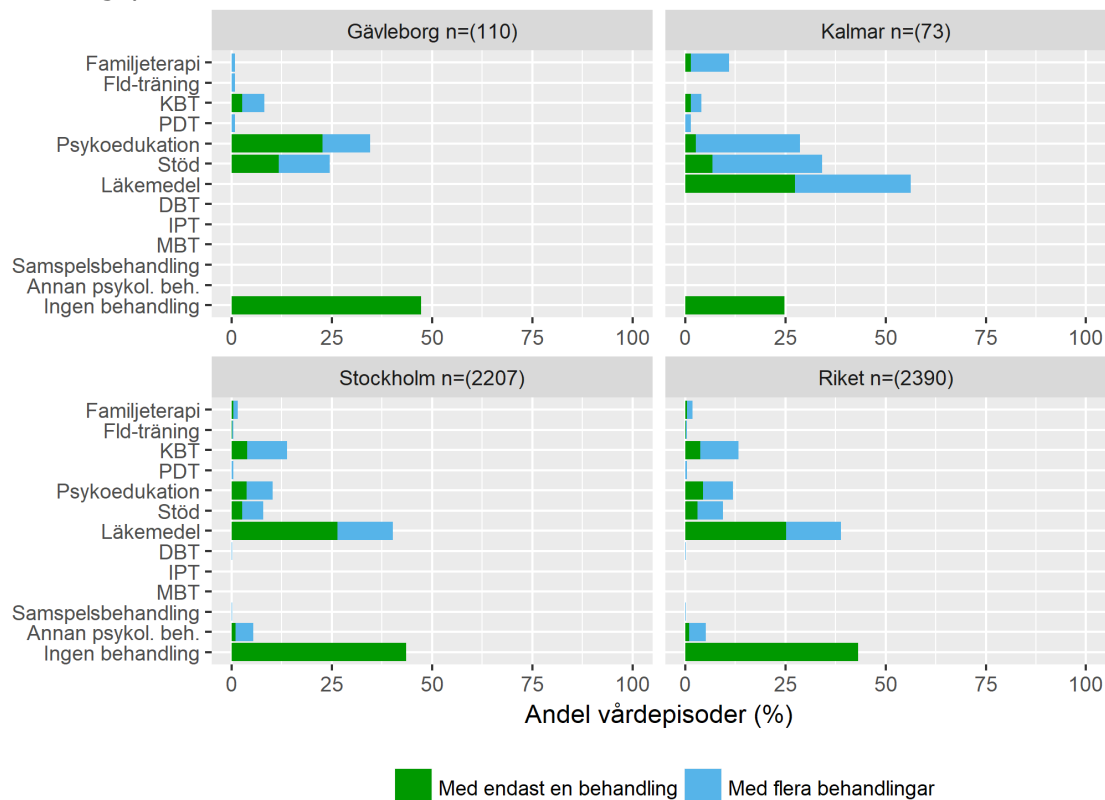
Figur 45 Behandlingspanorama för patienter med ångestillstånd. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. . OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid ADHD



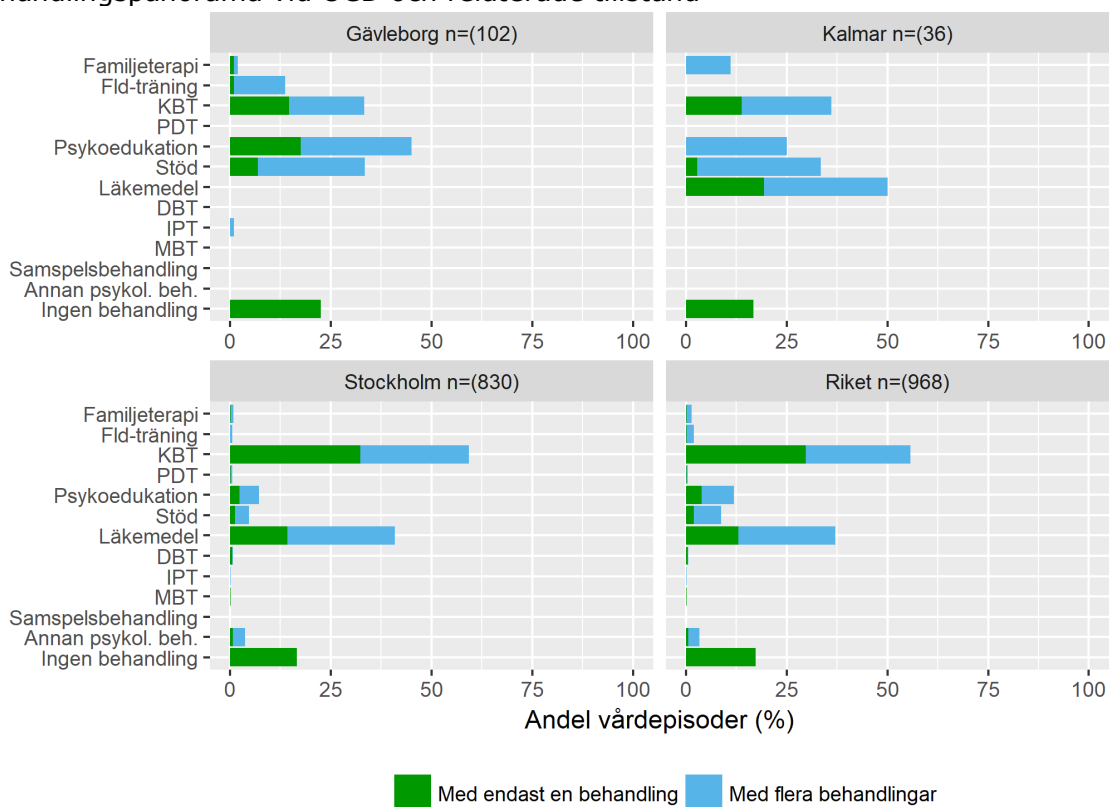
Figur 46 Behandlingspanorama för patienter med ADHD. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid AST



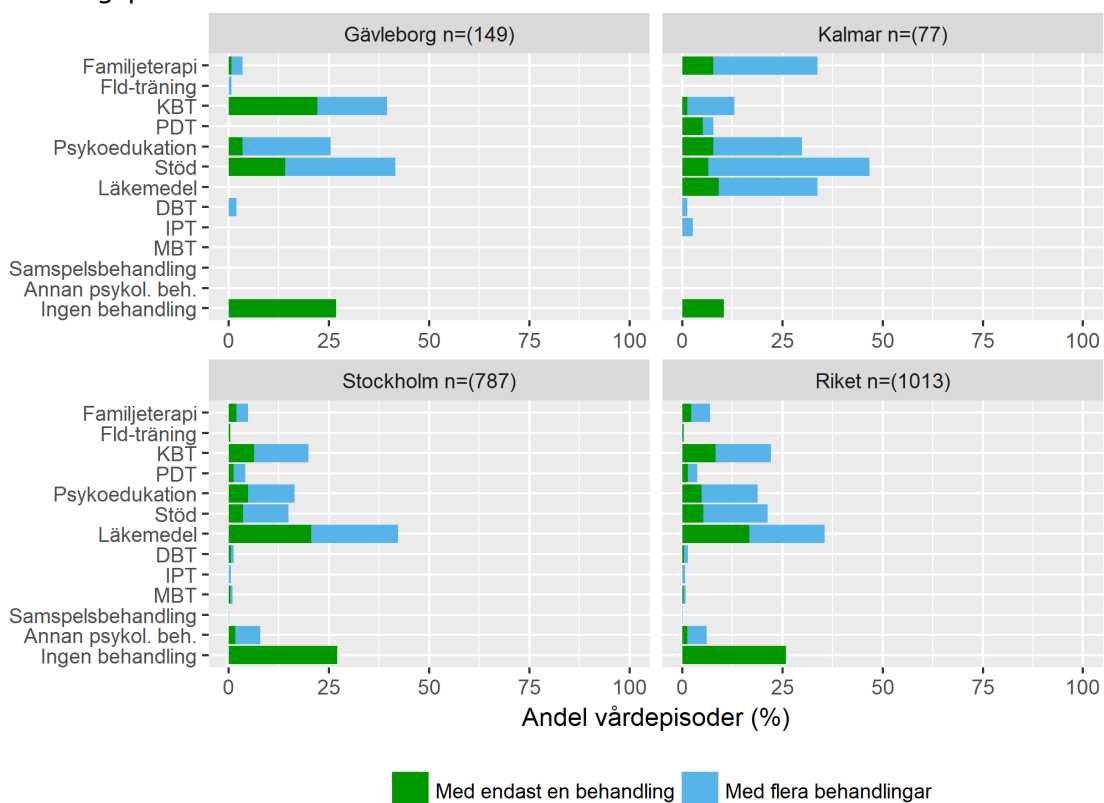
Figur 47 Behandlingspanorama för patienter med AST. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd



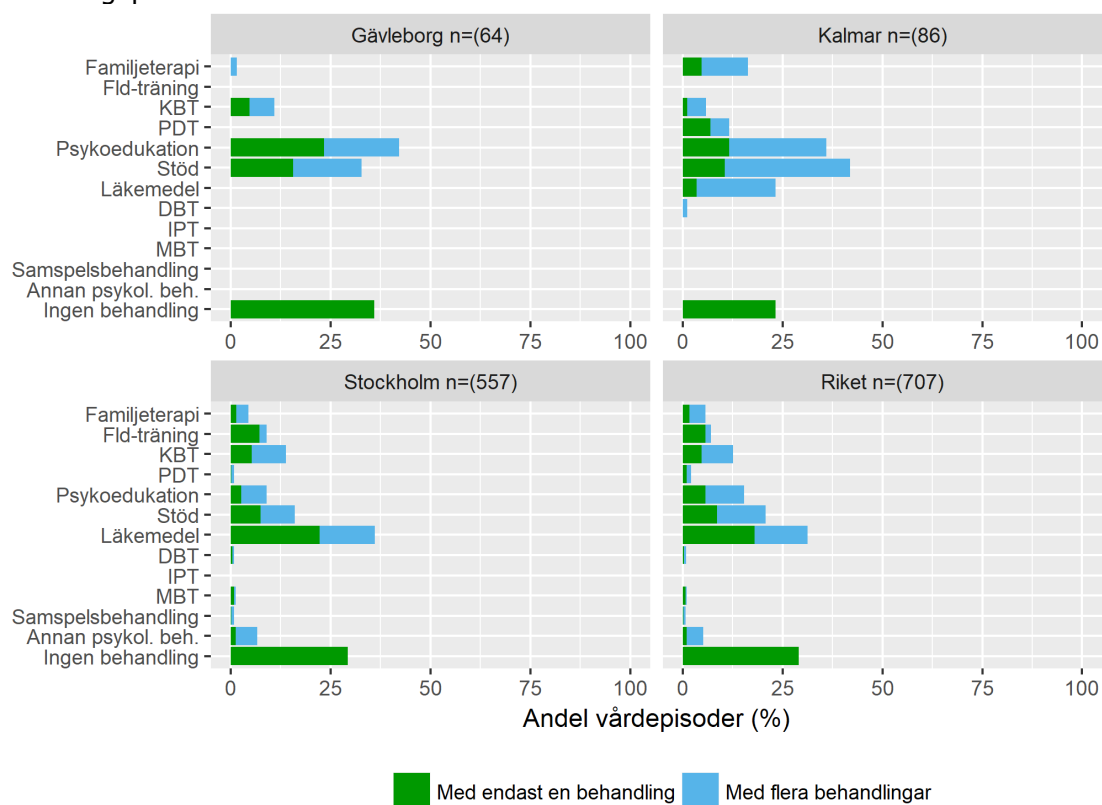
Figur 48 Behandlingspanorama för OCD. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd



Figur 49 Behandlingspanorama för traumapatienter. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst fyra besök i det aktuella vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

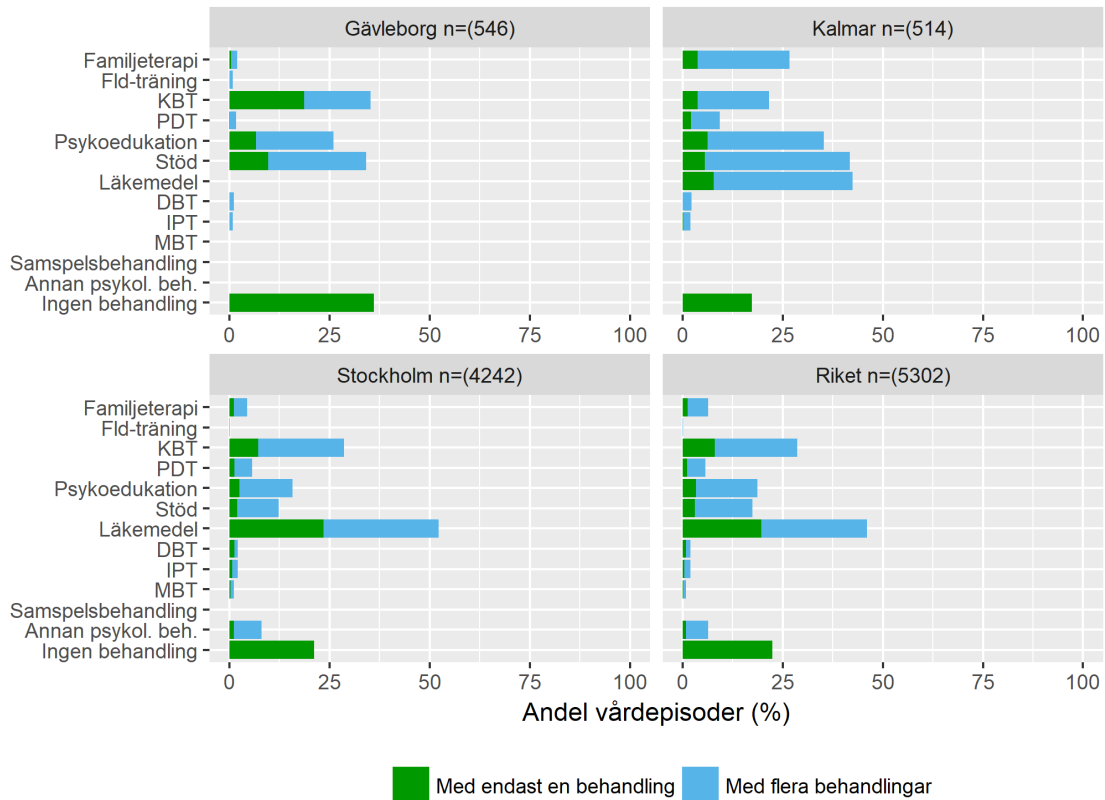
Behandlingspanorama vid trotstillstånd



Figur 50 Behandlingspanorama för patienter med trotssyndrom eller uppförandestörning. Patienter som varit aktuella under 2018 och genomfört minst 4besök under vårdåtagandet. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

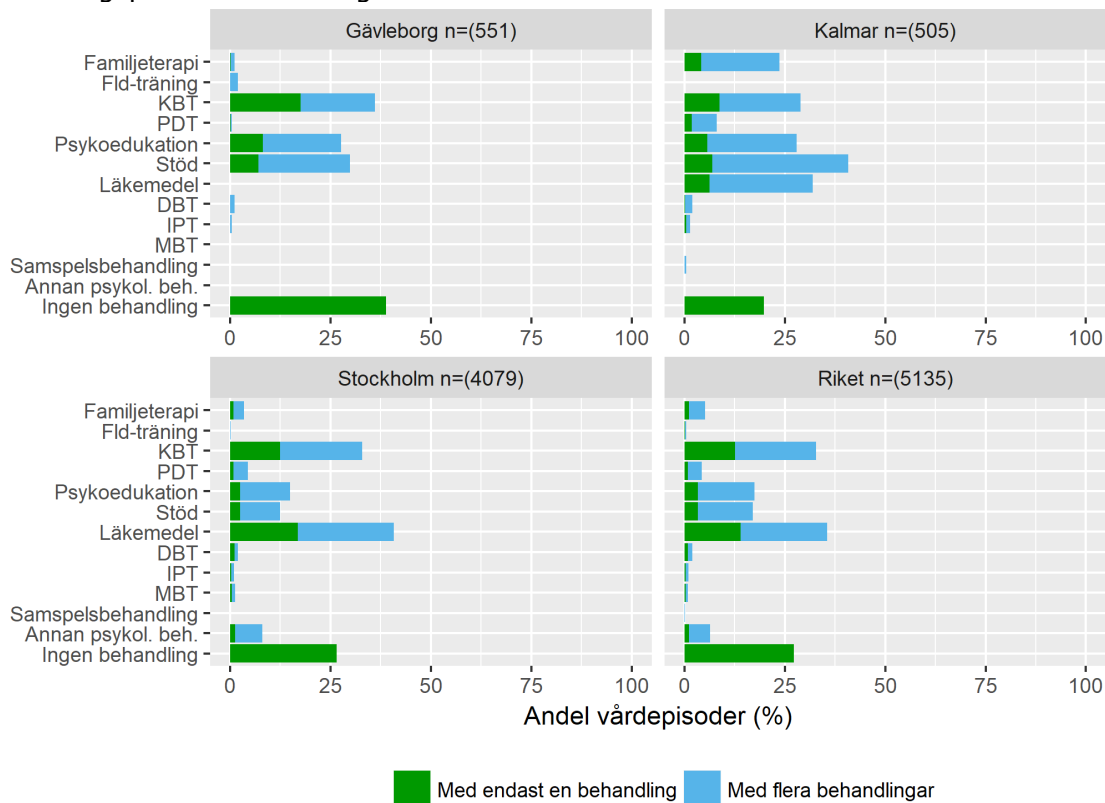
Appendix: Behandling per tillståndsgrupp (Avslutade)

Behandlingspanorama vid depression



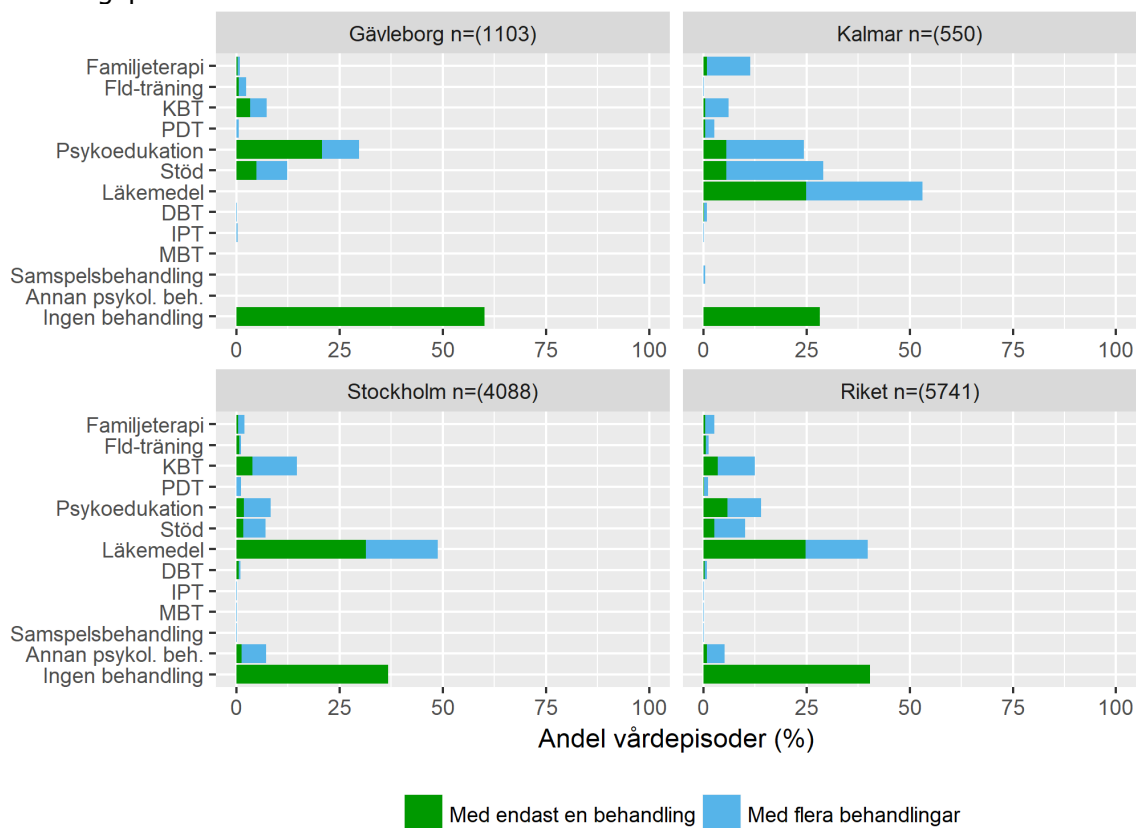
Figur 51 Behandlingspanorama för patienter med depression och vårdåtagande avslutat under 2018. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid ångest



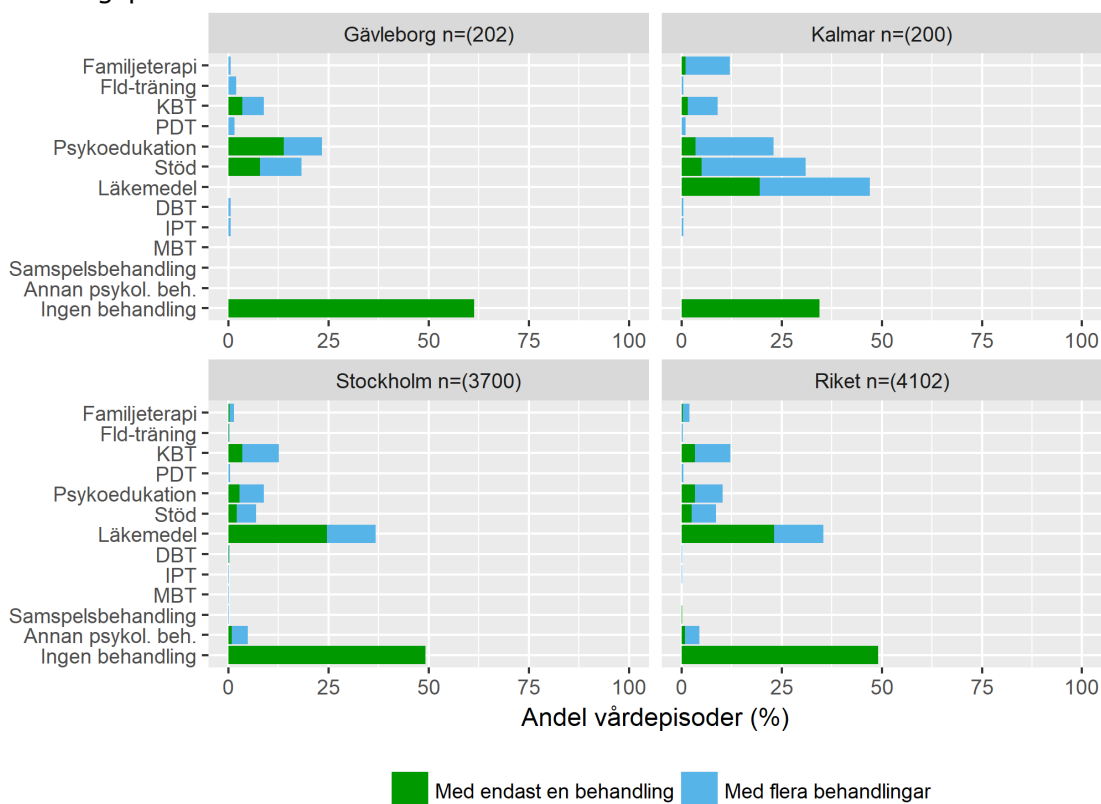
Figur 52 Behandlingspanorama för patienter med ångesttillstånd och vårdåtagande avslutat under 2018. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid ADHD



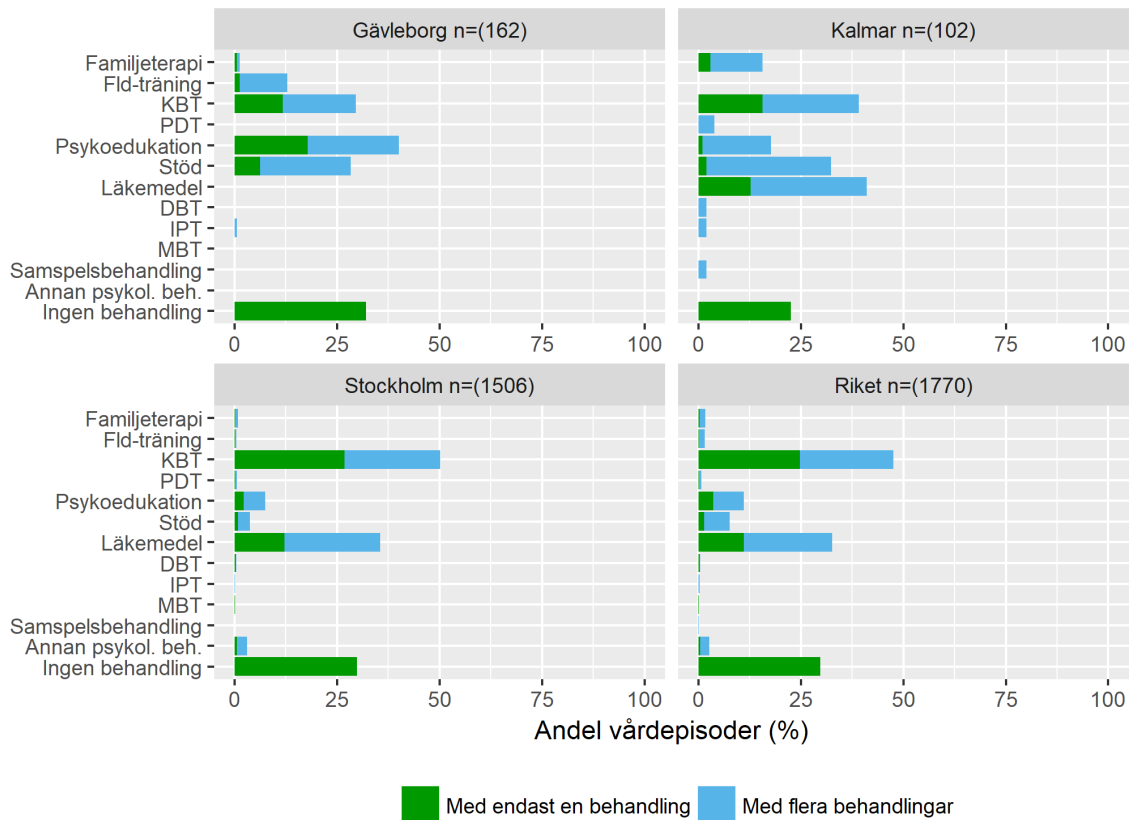
Figur 53 Behandlingspanorama för patienter med ADHD och vårdåtagande avslutat under 2018. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid AST



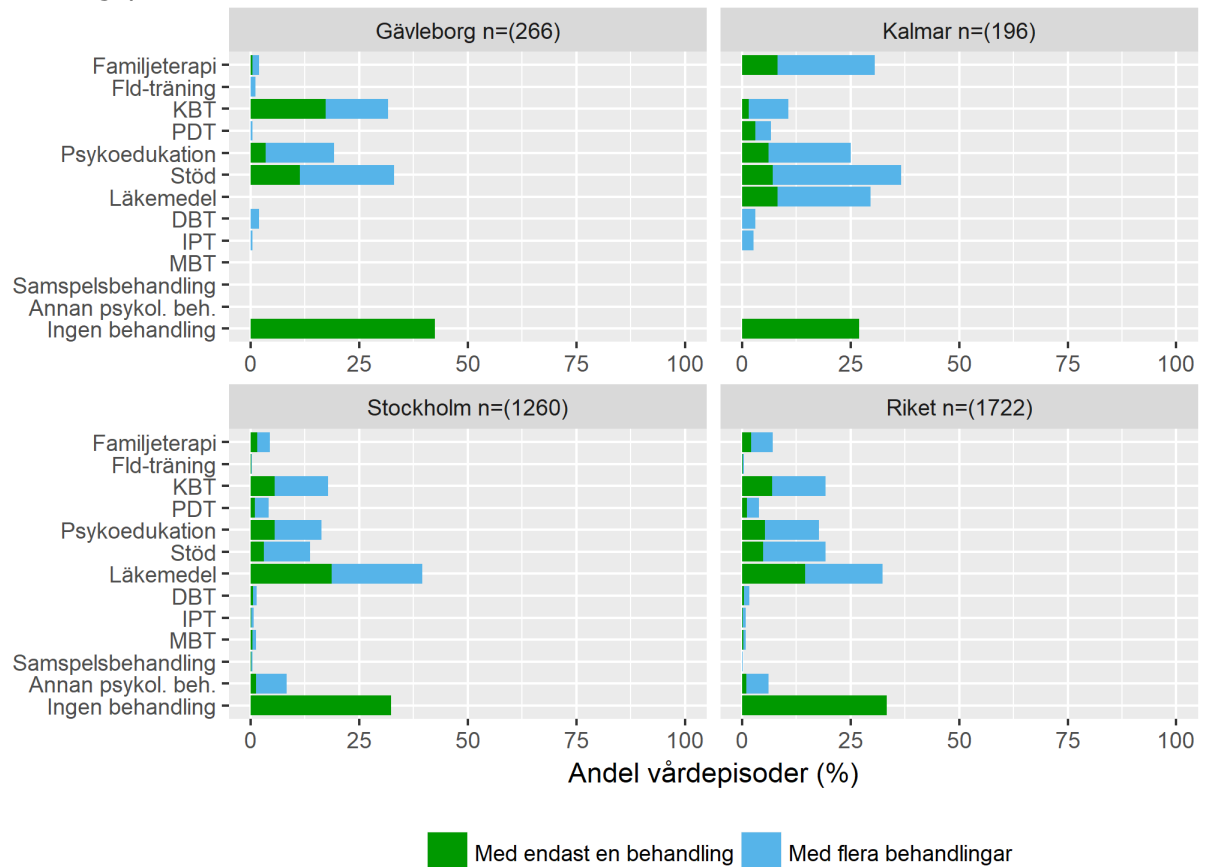
Figur 54 Behandlingspanorama för patienter med AST och vårdåtagande avslutat under 2018. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid OCD och relaterade tillstånd



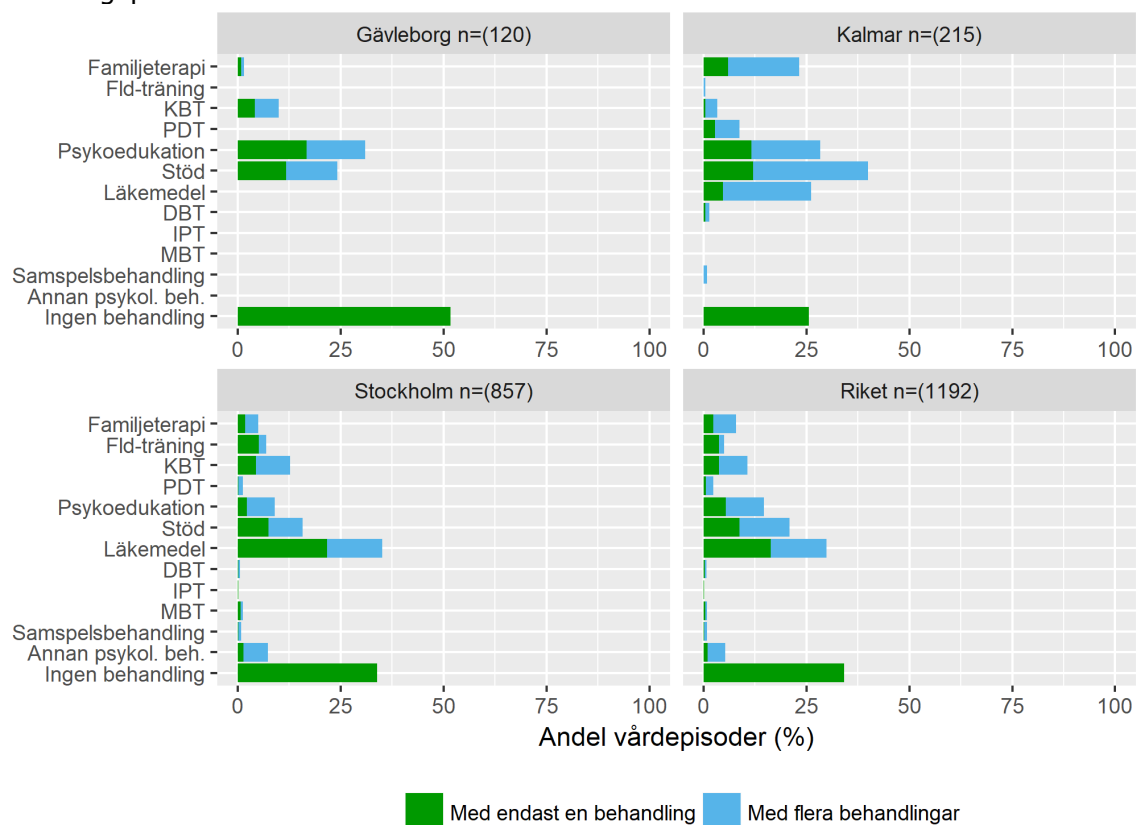
Figur 55 Behandlingspanorama för patienter med OCD och vårdåtagande avslutat under 2018. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid traumarelaterade tillstånd



Figur 56 Behandlingspanorama för traumapatienter och vårdåtagande avslutat under 2018. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Behandlingspanorama vid trotstillstånd



Figur 57 Behandlingspanorama för avslutade patienter med diagnos inom trotssyndrom/uppförandestörning. OBS: Data om läkemedelsordinationer saknas för Region Gävleborg.

Appendix: Tabeller med enhetsvis redovisning

Tabell 4: Vårdåtagandets längd i dagar för avslutade vårdåtaganden 2018.

Enhet	Antal	Medel- värde	Percentil 10	Median	Percentil 90
Gävleborg	82	22.6	0	0	0
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	68	18.6	0	0	0
Kalmar	499	358	13	312	800.8
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	274	359.6	31	316	780.5
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	26	360	15.5	309.5	853
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	52	330.6	14.1	281.5	697.5
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	31	470.9	136	422	939
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	116	336	6.5	223.5	808
Stockholm	8822	178.9	6	141	412
BUP Asylpsykiatrisk enhet	11	221.2	108	224	314
BUP Brommaplan	516	239.2	34.5	209	476.5
BUP Danderyd	412	203.7	13	172	442
BUP Döva hörselskadade	38	184.5	10	192	362.8
BUP Ektorp	1005	129	0	77	354.6
BUP Farsta	339	194.3	6.8	166	414.6
BUP Finska	17	202.9	87.2	196	393.4
BUP Globen	711	205.1	14	186	434
BUP Huddinge	350	195.3	0	136	469.7
BUP Jakobsberg	506	175	4	135	402
BUP KIND	13	265	210.4	239	332.2
BUP Klin.forskningsenh.	125	149	10.8	139	244.6
BUP Konsult Huddinge	96	85.6	6.5	48.5	232
BUP Konsult Solna	242	153.2	8	108.5	339.7
BUP Konsult SöS	94	162	1	120.5	378.4
BUP Konsult Ungdom SöS	159	160.6	26.6	109	366.8
BUP Kungsholmen	690	159.8	7	128	364.1
BUP Könsidentitetsutr.	*	*	*	*	*
BUP Mellanvård nordost	139	203.6	48.6	179	378.4
BUP Mellanvård nordväst	236	130.1	33.5	116	233.5
BUP Mellanvård sydost	232	174.3	45.1	153.5	324.5
BUP Mellanvård sydväst	119	199.3	41.6	168	400.6
BUP Neuropsykiatriska utredningar	*	*	*	*	*
BUP OCD och relaterade tillstånd	325	257.9	1	206	561
BUP Skärholmen	498	173.5	1	122.5	415
BUP Sollentuna	338	191.5	13	167.5	415.8
BUP Solna	461	212	14	182	441
BUP Södertälje	461	136.1	3	82	341
BUP Traumaenhet	81	178.8	7	147	372
BUP Täby	355	195.7	16	167	410.2
BUP Utvecklingspsyk	204	139.6	51	125	237.7
DBT-teamet	45	228.8	60.4	179	424
Totalt	9403	187.1	5	143	433

Tabell 5: Genomförda Besök per patient enhetsvis för avslutade vårdåtaganden 2018.

Enhet	Antal	Medel- värde	Percentil 10	Me- dian	Percentil 90
Gävleborg	95	1.6	0	1	1
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	12	0.7	0	1	1
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	14	2.9	0	0	4.5
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	69	1.5	1	1	1
Kalmar	508	8.1	1	3	23
Barn- och ungdomskliniken BUP Västervik	*	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	275	9.4	1	4	24.6
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	27	1.7	1	1	3
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	54	6	1	4	13.4
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	34	4.9	1	3	9.1
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	117	8.4	1	2	26.4
Stockholm	8835	8	1	4	19
BUP Asylpsykiatrisk enhet	11	18.5	7	9	39
BUP Brommaplan	517	5.9	1	3	14
BUP Danderyd	415	7	1	4	16
BUP Döva hörselskadade	38	6.4	1	4	15.6
BUP Ektorp	1007	5.2	1	2	15
BUP Farsta	340	6.2	1	4	14
BUP Finska	17	7.6	1	6	13.8
BUP Globen	712	7.4	1	5	17
BUP Huddinge	350	8.5	1	5	19
BUP Jakobsberg	507	6.8	1	4	15
BUP KIND	13	23.6	6.2	28	30.8
BUP Klin.forskningsenh.	125	1.6	1	1	3
BUP Konsult Huddinge	96	5.5	1	2.5	14
BUP Konsult Solna	243	4.8	1	3	12
BUP Konsult SöS	94	5.8	1	4	12
BUP Konsult Ungdom SöS	159	9.3	1	6	21
BUP Kungsholmen	691	7.3	1	4	17
BUP Könsidentitetsutr.	*	*	*	*	*
BUP Mellanvård nordost	139	17.5	2.8	14	40.2
BUP Mellanvård nordväst	236	18.9	3.5	13.5	39
BUP Mellanvård sydost	232	16.6	3	12	37
BUP Mellanvård sydväst	119	20.1	2.8	15	49.4
BUP Neuropsykiatriska utredningar	*	*	*	*	*
BUP OCD och relaterade tillstånd	325	11.7	1	9	25
BUP Skärholmen	498	8.2	1	4	18.3
BUP Sollentuna	340	6.7	1	3	17
BUP Solna	461	6.3	1	4	16
BUP Södertälje	461	7.6	1	3	21
BUP Traumaenhet	81	14	1	11	33
BUP Täby	355	7.4	1	5	16.6
BUP Utvecklingspsyk	204	6.9	1	8	10
DBT-teamet	45	12.2	1	7	32.8
Totalt	9438	7.9	1	4	19

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

Enhet	Antal	Medel- värde	Percentil 10	Me- dian	Percentil 90
Gävleborg	1063	41.9	14	31	68
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	227	31.5	12	25	44
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Gula Villan Gävle	29	59.3	21	53	113
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	152	38.8	18	30	57
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	655	45.5	14	35	71
Kalmar	790	79.7	13	34	190
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	399	56.8	19	35	91
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	51	221.8	10	154	454
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	102	90.7	20	42	150
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	36	152.1	21	104	349
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	202	70.6	8	23	225
Stockholm	10709	37	8	27	69
BUP Asylpsykiatrisk enhet	10	165.2	15	166	268
BUP Brommaplan	362	46.8	7	28	101
BUP Danderyd	587	31.9	12	28	58
BUP Döva hörselskadade	38	26.1	7	20	58
BUP Ektorp	1170	29.2	11	28	46
BUP Farsta	594	31.5	13	27	53
BUP Finska	40	26.7	7	22	58
BUP Globen	798	30.3	13	27	48
BUP Huddinge	433	27.9	6	25	48
BUP Jakobsberg	602	32.5	8	27	56
BUP KIND	*	*	*	*	*
BUP Klin.forskningsenh.	49	48	1	24	140
BUP Konsult Huddinge	99	19.9	3	15	40
BUP Konsult Solna	240	25.1	2	16	56
BUP Konsult SöS	139	32.4	4	20	59
BUP Konsult Ungdom SöS	88	15.6	2	11	29
BUP Kungsholmen	748	33.6	9	27	59
BUP Könsidentitetsutr.	119	295.5	144	282	374
BUP Mellanvård nordost	147	35.9	9	27	75
BUP Mellanvård nordväst	240	23.7	5	20	49
BUP Mellanvård sydost	238	29.1	11	24	55
BUP Mellanvård sydväst	140	35.3	12	30	70
BUP Neuropsykiatriska utredningar	14	52.5	7	60	101
BUP OCD och relaterade tillstånd	504	43.3	14	37	78
BUP Skärholmen	595	31.2	7	27	62
BUP Sollentuna	639	33.3	12	27	57
BUP Solna	531	45.1	14	39	78
BUP Södertälje	637	30.3	7	27	56
BUP Traumaenhet	114	106.9	27	100	156
BUP Täby	528	29.6	10	27	50
BUP Utvecklingspsyk	158	78	35	78	120
DBT-teamet	99	27	7	20	47
Totalt	12562	40.1	9	28	72

Tabell 7: Andel med vårdplan senast samma datum som det fjärde besöket.

Enhet	Antal	Antal VP i tid	Andel %
Gävleborg	741	564	76.1
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	159	121	76.1
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Gula Villan Gävle	15	6	40
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	132	102	77.3
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	435	335	77
Kalmar	454	72	15.9
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	242	37	15.3
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	73	12	16.4
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	31	6	19.4
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	104	14	13.5
Stockholm	7154	6737	94.2
BUP Asylpsykiatrisk enhet	14	8	57.1
BUP Brommaplan	307	249	81.1
BUP Danderyd	388	376	96.9
BUP Döva hörselskadade	25	25	100
BUP Ektorp	554	546	98.6
BUP Farsta	371	345	93
BUP Finska	29	24	82.8
BUP Globen	554	542	97.8
BUP Huddinge	307	282	91.9
BUP Jakobsberg	342	311	90.9
BUP KIND	25	18	72
BUP Klin.forskningsenh.	*	*	*
BUP Konsult Huddinge	49	49	100
BUP Konsult Solna	144	123	85.4
BUP Konsult SöS	87	81	93.1
BUP Konsult Ungdom SöS	76	75	98.7
BUP Kungsholmen	558	506	90.7
BUP Könsidentitetsutr.	71	69	97.2
BUP Mellanvård nordost	123	121	98.4
BUP Mellanvård nordväst	210	210	100
BUP Mellanvård sydost	219	218	99.5
BUP Mellanvård sydväst	123	122	99.2
BUP Neuropsykiatriska utredningar	*	*	*
BUP OCD och relaterade tillstånd	382	368	96.3
BUP Skärholmen	378	356	94.2
BUP Sollentuna	434	397	91.5
BUP Solna	358	308	86
BUP Södertälje	319	315	98.7
BUP Traumaenhet	83	82	98.8
BUP Täby	394	381	96.7
BUP Utvecklingspsyk	135	135	100
DBT-teamet	81	81	100
Totalt	8349	7373	88.3

Tabell 8: Antal patienter med depression och nedstämdhet samt antal och andel av dessa som har registrerad behandling med KBT.

Enhet	Antal patienter med depression	Antal med KBT	Andel med KBT %
Gävleborg	318	125	39.3
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	73	14	19.2
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Gula Villan Gävle	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	55	7	12.7
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	185	102	55.1
Kalmar	180	41	22.8
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	86	24	27.9
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	28	5	17.9
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	16	5	31.2
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	47	7	14.9
Stockholm	2755	828	30.1
BUP Asylpsykiatrisk enhet	12	0	0
BUP Brommaplan	150	40	26.7
BUP Danderyd	194	22	11.3
BUP Döva hörselskadade	*	*	*
BUP Ektorp	210	31	14.8
BUP Farsta	143	35	24.5
BUP Finska	10	1	10
BUP Globen	292	84	28.8
BUP Huddinge	138	50	36.2
BUP Jakobsberg	113	55	48.7
BUP KIND	*	*	*
BUP Klin.forskningsenh.	*	*	*
BUP Konsult Huddinge	*	*	*
BUP Konsult Solna	41	17	41.5
BUP Konsult SöS	10	0	0
BUP Konsult Ungdom SöS	24	3	12.5
BUP Kungsholmen	211	85	40.3
BUP Mellanvård nordost	49	20	40.8
BUP Mellanvård nordväst	78	27	34.6
BUP Mellanvård sydost	83	42	50.6
BUP Mellanvård sydväst	36	11	30.6
BUP OCD och relaterade tillstånd	77	74	96.1
BUP Skärholmen	178	36	20.2
BUP Sollentuna	185	69	37.3
BUP Solna	128	28	21.9
BUP Södertälje	115	32	27.8
BUP Traumaenhet	33	10	30.3
BUP Täby	162	54	33.3
BUP Utvecklingspsyk	*	*	*
DBT-teamet	69	1	1.4
Totalt	3253	994	30.6

Tabell 9: Tabell 4: Antal patienter med ångesttillstånd samt antal och andel av dessa som har registrerad behandling med KBT.

Enhet	Antal patienter med ångest	Antal med KBT	Andel med KBT %
Gävleborg	327	132	40.4
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	73	22	30.1
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Gula Villan Gävle	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	32	4	12.5
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	218	104	47.7
Kalmar	189	53	28
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	99	38	38.4
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	35	9	25.7
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	11	2	18.2
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	41	4	9.8
Stockholm	2551	907	35.6
BUP Asylpsykiatrisk enhet	*	*	*
BUP Brommaplan	132	44	33.3
BUP Danderyd	154	16	10.4
BUP Döva hörselskadade	*	*	*
BUP Ektorp	203	50	24.6
BUP Farsta	132	48	36.4
BUP Finska	*	*	*
BUP Globen	318	96	30.2
BUP Huddinge	150	57	38
BUP Jakobsberg	103	48	46.6
BUP Klin.forskningsenh.	*	*	*
BUP Konsult Huddinge	14	7	50
BUP Konsult Solna	56	29	51.8
BUP Konsult SöS	24	3	12.5
BUP Konsult Ungdom SöS	24	6	25
BUP Kungsholmen	169	73	43.2
BUP Mellanvård nordost	60	33	55
BUP Mellanvård nordväst	67	24	35.8
BUP Mellanvård sydost	88	55	62.5
BUP Mellanvård sydväst	34	13	38.2
BUP Neuropsykiatriska utredningar	*	*	*
BUP OCD och relaterade tillstånd	76	68	89.5
BUP Skärholmen	160	37	23.1
BUP Sollentuna	123	59	48
BUP Solna	122	36	29.5
BUP Södertälje	93	44	47.3
BUP Traumaenhet	34	10	29.4
BUP Täby	122	44	36.1
BUP Utvecklingspsyk	*	*	*
DBT-teamet	71	1	1.4
Totalt	3067	1092	35.6

Tabell 10: Antal patienter med OCD och relaterade tillstånd samt antal och andel av dessa som har registrerad behandling med KBT.

Enhet	Antal patienter med OCD	Antal med KBT	Andel med KBT %
Gävleborg	102	34	33.3
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Bollnäs	19	6	31.6
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Gula Villan Gävle	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Hudiksvall	19	2	10.5
Barn- och ungdomspsykiatrimottagning Södertull	62	26	41.9
Kalmar	36	13	36.1
Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård söder Kalmar	14	8	57.1
Barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning Kalmar	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Oskarshamn	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Vimmerby	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning Västervik	11	0	0
Stockholm	830	492	59.3
BUP Brommaplan	19	1	5.3
BUP Danderyd	24	2	8.3
BUP Döva hörselskadade	*	*	*
BUP Ektorp	26	7	26.9
BUP Farsta	23	4	17.4
BUP Finska	*	*	*
BUP Globen	55	17	30.9
BUP Huddinge	28	10	35.7
BUP Jakobsberg	21	11	52.4
BUP Konsult Huddinge	*	*	*
BUP Konsult Solna	*	*	*
BUP Konsult Ungdom SöS	*	*	*
BUP Kungsholmen	30	5	16.7
BUP Mellanvård nordost	*	*	*
BUP Mellanvård nordväst	*	*	*
BUP Mellanvård sydost	*	*	*
BUP Mellanvård sydväst	*	*	*
BUP Neuropsykiatriska utredningar	*	*	*
BUP OCD och relaterade tillstånd	412	373	90.5
BUP Skärholmen	36	6	16.7
BUP Sollentuna	22	9	40.9
BUP Solna	24	7	29.2
BUP Södertälje	36	21	58.3
BUP Traumaenhet	*	*	*
BUP Täby	22	3	13.6
BUP Utvecklingspsyk	*	*	*
DBT-teamet	*	*	*
Totalt	968	539	55.7