

UPPFÖLJNINGSRAPPORT 2006

Allmänpsykiatri i Stockholms län

Innehåll

Inledning	4
Sammanfattande slutsatser	5
Bakgrundsdata	8
Kvalitet – inrapporterade data och analys	10
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	10
Mål 1 – Alla verksamheter tillämpar SLL:s fastställda psykiatriska vårdprogram	10
Mål 2 – 65% av alla patienter har specifik diagnos	12
Mål 3 – 70% av alla patienter har funktionsbedömts	13
Mål 4 – Registrering sker i kvalitetsregistret för bipolärt syndrom	14
Mål 5 – Självskattningsskalan PHQ-9 används för bedömning och utvärdering vid depressionsjukdomar	15
Säker vård	16
Mål 6 – Skador i samband med vård undviks genom ett systematiskt arbete med avvikelse rapporter	16
Mål 7 – Registrering av suicid och suicidförsök i patientpopulationen	17
Mål 8 – Anmälningar om klagomål i vården rapporteras och följs upp	19
Patientfokuserad vård	20
Mål 9 – Patienterna upplever sig bra bemötta	20
Effektiv vård	21
Mål 10 – En skriftlig vårdplan skall upprättas inom rimlig tid om fortsatt behandling planeras	21
Mål 11 – En skriftlig vårdplan skall upprättas för patienter med komplexa vårdbehov	22
Mål 12 – Antal återinskrivningar i slutenvården inom 90 dagar	23
Vård i rimlig tid	24
Mål 13 – Hög telefontillgänglighet till mottagningarna	24
Mål 14 – Väntetiden till ett första besök är högst fyra veckor	25
Jämlig vård	25
Mål 15 – Patienterna, oavsett kön, och etnisk eller religiös tillhörighet har förtroende för det vårdutbud vårdgivaren tillhandahåller	26
Mål 16 – Personalen erbjuds utbildning i genderfrågor kring missbruk och psykisk störning ...	27
Beställarsättningar och klinikernas prestationer	28
Så upplever patienterna allmänpsykiatri	34
Patientenkät 2006	34
Brukarnas syn på vården – resultat från hearings	36
Bilaga 1 – Definitioner	38
Bilaga 2 – Målrelaterade ersättningar 2006	38

Inledning

Det ligger i såväl klinikernas som beställarens uppdrag att ge medborgare och patienter en så bra psykiatrisk vård som möjligt. Beställarens avsikt med uppföljning är dels att undersöka om klinikerna uppfyller sina åtaganden enligt avtal, dels att stödja ett kontinuerligt kvalitetsarbete. I sammanhanget kan det noteras att Stockholms läns landsting (SLL) avsatt cirka 2,5 miljarder kronor till allmänpsykiatri under 2006.

Allmänpsykiatri omfattar här de allmänpsykiatriska klinikerna med ansvar för patienter som är 18 år och äldre. Däremot ingår inte Barn- och ungdomspsykiatri, Beroendevård, Ätstörningsvård och privatpraktiserande psykiatriker. Denna uppföljning omfattar inte heller psykiatri i Norrtälje. Genom att koppla vissa indikatorer till ersättning vill beställaren i möjligaste mån stimulera utvecklingen inom de kvalitetsområden som följer landstingets politiska prioriteringar och mål.

Det är andra året som beställaren tar fram en läns gemensam rapport över allmänpsykiatri. Nytt i förhållande till förra året är ett avsnitt om beställarersättningar och klinikernas prestationer, samt ett avsnitt som fokuserar på hur patienterna uppfattar vården. Innehållet i rapporten bygger dock huvudsakligen på de 16 kvalitetsindikatorer i uppföljningsplanen för 2006 som beställaren och klinikerna kommit överens om. Utöver uppföljningsplanen har en instruktion för inrapportering av underlag delgivits klinikerna. Ungefär hälften av indikatorerna rapporterades in via en webbaserad lösning. Detta arbetssätt medför bättre möjlighet att lagra och jämföra uppföljningsdata.

De data som framgår av resultatsammanställningen är till största del självrapporterade av klinikerna. Klinikerna har haft möjlighet att kommentera uppföljningsrapporten och därmed ytterligare kontrollera sina data och kommentera de slutsatser som dras. I vissa fall bör långtgående slutsatser dras med viss försiktighet på grund av osäkra data. Felkällor som kan finnas är exempelvis olika tolkning av definitioner och skilda journalsystem med varierande rapporteringsmöjligheter. På det stora hela innebär emellertid rapporten en bra möjlighet för klinikerna att sinsemellan göra jämförelser och hos varandra hämta goda exempel och utvecklingsidéer.

Rapporten är sammanställd av:

Jenny Algeroth

Ewa Dagergård

Daniel Håkansson

Carolina Sandberg

Anders Allard (ordf)

Berit Ekedahl

Lars Kuusiniemi

Carin Åkesson

Hans Cagnell

Eva Hellström

Eva Printz (red)

Sammanfattande slutsatser

Ett omfattande utvecklingsarbete har pågått mellan klinikerna och beställaren under de senaste åren i syfte att steg för steg införa en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig psykiatri i Stockholms läns landsting. En viktig förutsättning för att nå detta mål är en ökad öppenhet och jämförelser, vilket föreliggande uppföljningsrapport förhoppningsvis kan bidra till. Uppföljningsrapporten visar bland annat att i vilka delar allmänpsykiatrin inte lever upp till de krav som är ställda i avtalen. Allmänpsykiatrin är den första verksamhetsgrenen i SLL som reviderats¹ när det gäller hur vårdprogram implementerats, vilket också ökar förutsättningarna för en utveckling mot kunskapsbaserad och ändamålsenlig psykiatri.

Vissa data i rapporten bedöms vara osäkra. Felkällor som kan finnas är exempelvis olika tolkning av definitioner och skilda journalsystem med varierande rapporteringsmöjligheter. Frågan om datakvalitet togs även upp i revisionsrapporten över implementering av vårdprogram inom allmänpsykiatrin. Slutsatsen som drogs var att brister i informationssystemen är ett hinder för en kunskapsstyrd och säker vård. Beställaren har under hösten 2006 skapat ett webbaserat inrapporteringsformulär för en systematisk inhämtning av uppgifter för uppföljning, vilket är en pusselbit till förbättrad datakvalitet. Tre indikatorer i uppföljningsplanen förutsatte beskrivande svar, men var allt för oprecisa. Dessa indikatorer kommer att tas bort till uppföljningsplan 2007.

Två kliniker, Psykiatriklirik Sydväst och Psykiatriklirik Nordöst, har inte rapporterat uppföljningsunderlag i tid. Det är grundläggande att alla kliniker ska följa överenskomna inrapporteringsstillfällena.

Avsnittet om beställarsättningar och klinikernas prestationer visar att en produktionsökning skett, det vill säga att antalet besök, unika patienter och slutenvårdsdygn har ökat i förhållande till tidigare år. Totalt sett är dock olikheterna mellan klinikerna stora. Skillnader i ersättning per poäng motsvarande 39 procent visar att flera kliniker har en effektiviseringspotential. Variationerna mellan klinikerna kan till stor del förklaras av att avtalen historiskt förhandlats fram lokalt och att det fram till i år saknats jämförbara data i ersättningar och prestationer.

En viktig princip att fastslå för framtiden är att ersättningar och krav på prestationer i högre grad måste fastställas utifrån underlag om vårdbehov och produktivitet. De stora skillnaderna i hur stor andel av befolkningen som träffar psykiatrin och vilken typ av besök som görs beror sannolikt inte bara på olika vårdbehov, utan även på klinikernas inriktning på vården. En jämförande kartläggning bör göras för att öka kunskapen om länets totala vårdutbud.

¹ Under hösten har beställaren genomfört en revision avseende implementeringen av vårdprogrammen och dess effekter för patienterna inom 31 utvalda allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i länet, inklusive specialmottagningar för psykospatienter och personer med affektiva störningar. Revisionen är den första av sitt slag och det är planerat att en mindre uppföljande revision inom samma område skall genomföras under år 2008. Denna revision "Implementering av vårdprogram och dess effekter inom den allmänpsykiatriska öppenvården för vuxna" benämns fortsättningsvis som Revisionsrapporten.

Kunskapsbaserad vård

Resultatet av revisionen över implementering av vårdprogrammen visar stora variationer i tillämpningen både inom och mellan klinikerna. Revisorernas slutsats är att vården som ges inte är likvärdig inom landstinget i sin helhet. Den samlade bilden i revisionsrapporten och den bristfälliga hörsamheten till effektmåttet för depression och den låga registreringen i Kvalitetsregister visar att klinikerna har en stor uppgift framför sig med att visa att de arbetar kunskapsbaserat. Beställaren å sin sida måste förtydliga sina krav i avtalet så att den övergripande styrningen blir tydligare samt ta initiativ till förankring av kraven genom en utökad dialog med producenterna. Att följa implementeringen av Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet SOSFS 2005:12, är särskilt viktigt och sker redan 2007. Under 2007 planeras även för att de goda exempel som lyfts fram i revisionen får stöd i att dela med sig av sina erfarenheter. Insatta förbättringsåtgärder ska 2008 följas upp med en ny mindre omfattande beställarrevision som planeras tillsammans med producenterna.

Säker vård

Flertalet kliniker har ökat sin registrering av avvikelser vilket är en viktig förutsättning för kvalitetsutveckling. Däremot tycks många kliniker inte ha en samlad bild av antalet fällande beslut i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och ärenden hos Patientnämnden (PAN). Detta antyder att rutiner inte är fullt utarbetade och att ett klinikgemensamt lärande är svårt att åstadkomma inom området. Särskild behandlingsplanering efter suicidförsök sker sällan, vilket är oacceptabelt ur patientsäkerhetsperspektiv och uttrycker frågetecken kring samverkan mellan akut-, öppen- och slutenvård. Till uppföljningen 2008 kommer indikatorer kring suicid och suicidförsök att utökas och skärpas.

Patientfokuserad vård

I rapporten "Förbättringsområden inom allmänpsykiatri - Brukarnas syn på förbättringsområden och förslag" poängteras vikten av empati och kompetent bemötande. Många har upplevelser av brist på respekt och att inte bli trodda. Särskilt allvarlig är kritiken mot bemötandet i slutenvården. Förmågan att lyssna och servicekänslan skiljer sig där negativt från öppenvården. I den patientenkät där bland annat bemötande mätts klarade dock merparten av klinikerna sina målnivåer för öppenvården 2006. Bemötandet i slutenvården ingick inte i uppföljningen. Eftersom ett bra bemötande inte bara förbättrar behandlingsresultatet, utan även är ett värde i sig ska ambitionsnivån höjas 2007.

Effektiv vård

En alltför stor andel patienter saknar skriftliga vårdplaner, vilket framgår såväl av inrapporterade data som i revisionsrapporten om implementering av vårdprogrammen. Detta trots att vikten av skriftliga vårdplaner betonats i bland annat vårdprogram, Nationella psykiatrisamordningens slutbetänkande och av beställaren. För att få fram säkrare data och öka antalet skriftliga vårdplaner behövs en utveckling av kvalitets- och ledningssystem. Klinikerna ska tillämpa enhetliga definitioner av vårdplan vid inrapportering samt datauttag senast halvårsskiftet 2007. Detta kommer att följas särskilt av beställarna.

Vård i rimlig tid

Telefontillgänglighetsmätningen² för allmänpsykiatrien visar att patienterna har svårt att komma fram per telefon, vilket inte är acceptabelt. Alla kliniker har numera en policy för tillgänglighet och bemötande i telefon, vilket är ett steg i att förbättra tillgängligheten. I rapporten "Förbättringsområden inom allmänpsykiatrien - Brukarnas syn på förbättringsområden och förslag" framhåller många vikten av god tillgänglighet i vården och berättar både om alltför korta telefontider och svårigheter att få kontakt med sin behandlare. Det handlar alltså inte bara om att komma fram, utan också om att komma rätt. Mätningen av väntetider visar att bara cirka två av tre patienter kommer på ett första besök inom fyra veckor vilket inte är tillfredsställande.

Jämlik vård

Jämlikhetsfrågorna uppmärksammas och beaktas på olika sätt mellan klinikerna. Några jämförelser eller analys över om jämlik vård erbjuds kan utifrån det här materialet inte göras. Att känna till hur insatser fördelas avseende omfattning och innehåll, samt hur resultat skiljer sig åt mellan könen är något som klinikerna bör känna till, analysera och dra slutsatser av för eventuella åtgärder. I 2007 års uppföljning utgår indikatorn och byts till ett resultatmått hämtat från patientenkäten avseende hur man värderar den hjälp/vård som gavs, utifrån kön.

² Mätningen fokuserar endast på om patienten kommer fram eller ej.

Bakgrundsdata

Syftet med detta avsnitt är att sätta klinikerna i ett sammanhang. Det handlar framför allt om att visa hur stora klinikerna är och att ge några ledtrådar till hur befolkningen mår i de olika upptagningsområdena (se *bilaga 1* för definitioner).

TABELL 1	Upptagnings- område	Antal invånare (18 år och äldre)	Antal patienter	Antalet pat/1000 invånare	Andel med nedsatt psykiskt välbe- fin- nande	Ohälsotal
Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Södertälje, Nykvarn, Salem	79 617	2 583	32	25,2 %	38,5 %
Psykiatri- klinik Sydöst	Nacka, Värmdö, Haninge, Tyresö, Nynäshamn	191 769	5 514	29	27,3 %	34,9 %
Psykiatri- klinik Sydväst	Huddinge, Botkyrka, Älvsjö, Liljeholmen, Hägersten, Skärholmen	216 175	7 787	36	30,5 %	37,2 %
Psykiatri Södra	Maria/G:a Stan, Katarina Sofia, Enskede, Skarpnäck, Farsta, Vantör	230 654	9 380	41	32,0 %	31,3 %
Norra Stockholms psykiatri	Kista, Rinkeby, Spånga- Tensta, Hässelby, Vällingby, Bromma, Ekerö, Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm	325 319	11 688	36	31,2 %	28,8 %
Psykiatri- klinik Nordöst	Danderyd, Vaxholm, Österåker, Lidingö, Täby, Vallentuna	156 726	4 635	30	26,9 %	25,4 %
Psykiatri- klinik Nordväst	Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Upplands Väsby, Upplands Bro, Solna, Sundbyberg	246 567	7 771	32	28,0 %	34,9 %
SLL* total		1 446 827	49 358**	34	29,0 %	32,9 %

* Exkl Norrtälje

** Utöver dessa tillkommer ett antal patienter som är skyddade, ej folkbokförda på någon särskild adress, samt utomlänspatienter

Bakgrundsdata visar stora skillnader mellan hur stor andel av befolkningen som vårdats vid klinikerna, från som mest 41 personer per 1000 invånare, till som lägst 29 per 1000 invånare. Psykiatrin Södra där högst andel av befolkningen fick vård hade också högst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, men ett ohälsotal under medel. Överlag finns stora skillnader i storleken på klinikernas upptagningsområden.

Kvalitet – inrapporterade data och analys

Detta avsnitt är indelat i de sex kvalitetsområden som fastställdes av landstingsfullmäktige 2004. Som underrubriker syns de 16 målen för allmänpsykiatri som alla har en indikator knuten till sig.³ I de fall en indikator även var med 2005, står resultatet för kliniken inom parentes under årets resultat. Psykiatriklinik Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med data från 2005 är därför inte möjlig.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Vården skall främja hälsoutveckling och bygga på evidensbaserad kunskap samt formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Mål 1 – Alla verksamheter tillämpar SLL:s fastställda psykiatriska vårdprogram

En förutsättning för att ge en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård är att vara uppdaterad på det aktuella kunskapsläget. Kvalitetsuppföljningen under detta perspektiv handlar om att följa upp huruvida hälso- och sjukvården följer beslutade regionala riktlinjer i SLL när det gäller vården av patienter med ångest-, depressions- och psykossjukdomar samt av suicidnära patienter. Indikatorn är målrelaterad.

TABELL 2 Indikator	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Sydväst	Psykiatri Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst
1. Vårdgivaren bedöms ha: a) övergripande plan för införande av vårdprogrammen -----	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (-)	Ja (-)
b) instruktioner för tillämpning av dessa	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (Ja)	Ja (-)	Ja (-)

Värdet inom parentesen i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatrikliniken Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

³ Indikatorerna 4, 6, 7 och 8 bygger på helårsdata för 2005, övriga indikatorer bygger på data och uppgifter från 2006.

Samtliga kliniker uppfyller de i uppföljningsbilagan angivna kraven, d.v.s. klinikerna har en övergripande plan för införande av vårdprogrammen och fokusrapporterna, samt har instruktioner för tillämpningen av dessa. Planerna är dock olika konkreta och inte alltid utformade som ett skriftligt dokument, utan i vissa fall finns en icke formaliserad organisation för implementeringsprocessen. Instruktionerna för tillämpning av vårdprogrammen och fokusrapporterna varierar i fråga om instruktionernas tydlighet för det praktiska arbetet.

Revisionsrapporten

I revisionsrapporten över implementeringen av vårdprogrammen, anges att endast en tredjedel av de undersökta mottagningarna har brutit ner vårdprogrammen till rutiner, checklistor och lathundar. Inom ytterligare en tredjedel av mottagningarna har lokala vårdprogram tagits fram, antingen på klinisknivå eller på en enhet. Den sista tredjedelen av mottagningarna har precis påbörjat implementeringsprocessen.

Professionen har framhållit att det finns en negativ inställning till vårdprogrammets rekommendationer hos flera av medarbetarna och att detta är en bidragande faktor till att vårdprogrammen inte tillämpas fullt ut i den kliniska vardagen. Ett exempel på motsättningar inom professionen är det under sommaren utskickade uppropet om att psykodynamiska arbetsmetoder väljs bort till förmån för de i vårdprogram premierade behandlingsformerna kognitiv psykoterapi eller KBT. En negativ inställning till vårdprogrammen hos medarbetare kan enligt beställarens mening endast förklara varför vårdprogrammets rekommendationer inte kan spåras vid journalgranskningen. Utvecklandet av lokala vårdprogram, riktlinjer och rutiner, vilka är grundläggande för att vårdprogrammen skall få genomslag på det lokala planet, är en ledningsfråga. En av de främsta förklaringarna till den bristfälliga tillämpningen på det lokala planet är således att klinikledningen varit för svag i styrningen av implementeringsprocessen. En annan förklaring, som har stöd i revisionen, är att vårdprogrammen i förekommande fall är otydliga i sina rekommendationer.

Syftet med de regionala vårdprogrammen är att alla patienter i Stockholms läns landsting med psykisk sjukdom skall ha tillgång till kunskapsbaserad och ändamålsenlig psykiatrisk vård. Om vårdprogrammen inte får genomslag på det lokala planet finns det risk för att patienten inte får denna vård. En annan konsekvens av en bristfällig tillämpning av vårdprogrammen är att den psykiatriska vården, sett ur ett länsperspektiv, inte är jämlik. Absolut likriktning är svåruppnådd, men att en tredjedel av de besökta mottagningarna befinner sig i inledningsskedet av implementeringsprocessen, trots att vårdprogrammen har funnits tillgängliga sedan 2002/2003, är oacceptabelt.

Beställarrevisjonen var den första av sitt slag inom SLL. Det finns därför inga jämförelser att göra med andra verksamhetsgrenar. De svårigheter som framkommit kring implementeringen av nya riktlinjer har dock även funnits i andra sammanhang både i Sverige och internationellt. Implementeringsarbete tar tid och det är inte förrän man ser den konkreta patientnyttan som arbetet tar fart.

Samtliga kliniker bedöms uppfylla kraven som ställts upp i uppföljningsplanens fråga om vårdprogrammen och fokusrapporterna. Indikatorn är dock för allmänt hållen för att möjliggöra några bestämda slutsatser om att vårdprogrammen tillämpas i praktiken. Indikatorn kommer inte att ingå i uppföljningsplanen 2007.

Revisionsrapporten visar att den varierande tillämpningen av vårdprogram leder till att länets befolkning inte erbjuds en jämlik vård. Slutrapporten för revisionen har föranlett ett tjänsteutlåtande (LS 0606-1255). Området är utomordentligt viktigt, och i tjänsteutlåtandet anges en mängd utvecklingsområden som både klinikerna och beställaren har att jobba med framöver.

Mål 2 – 65% av alla patienter har specifik diagnos

En förutsättning för att säkerställa en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård är att hälso- och sjukvården ställer rätt diagnos för att patienten ska få rätt behandling enligt landstingets psykiatriska vårdprogram. Ambitionen med indikatorn är att stimulera till en utveckling mot successivt höjd diagnosfrekvens. Indikatorn var målrelaterad 2006 och kommer att vara det även 2007. År 2005 sattes målet till 65 %, och den nivån har bibehållits under 2006.

TABELL 3 Indikator	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Sydväst	Psykiatriklinik Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nordöst	Psykiatriklinik Nordväst
2. Andel aktuella patienter som har specifik diagnos (målnivå 65 %)	89 % (-)	74 % (82 %)	78 % (-)	83 % (71 %)	85 % (70 %)	76 % (-)	73 % (-)

Värdet inom parenteserna i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatriklinik Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Inrapporterade data från de sju klinikerna år 2006 visar att mellan 73 % och 89 % av patienterna nu har specifik diagnos, med ett genomsnitt på 80 %. Samtliga kliniker har alltså nått målnivån 65 % och snittet har stigit med 2 %. De inrapporterade uppgifterna 2005 hade varierande kvalitet beroende på att klinikernas hade olika system för inhämtande av diagnosuppgifter. Under 2006 har klinikerna höjt datakvaliteten, och det har i något fall lett till att den inrapporterade värdet sjönk jämfört med 2005. Enligt psykiatrikens uppdrag ska patienterna få en specifik diagnos senast vid tredje besöket. Inrapporterade data avser samtliga patienter, alltså även de som kommit på bara ett eller två besök. En del av dessa får ingen diagnos, varför klinikerna inte kan nå upp till 100 % diagnostiserade patienter.

Det kan noteras att enligt Socialstyrelsens skrift "Inrapportering från psykiatri till patientregistret" rörande diagnoser vid psykiatriska läkarbesök år 2004 var resultatet mycket dåligt i Stockholms län. Åtgärder har nu vidtagits för att överföringen till Socialstyrelsens patientregister ska bli betydligt bättre från år 2006.

Sammanfattningsvis har samtliga kliniker nått målnivån 65 % år 2006. År 2007 ska samtliga kliniker uppnå nivån 80 %. Det är viktigt att samtliga patienter får en specifik diagnos som även är synliggjord i VAL, samt att patienterna får specifik behandling för den psykiatriska problematiken.

Mål 3 – 70% av alla patienter har funktionsbedömts

Funktionsbedömning är bl.a. ett sätt att bedöma effekterna av vården, d.v.s. om insatserna leder till ett ökat välbefinnande och funktionsförmåga hos patienten. GAF-skalan är ett enkelt standardinstrument som skall mäta den psykiska hälsan utifrån psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga.

TABELL 4 Indikator	Psykiat- riska kliniken Söder- tälje sjukhus	Psykia- triklinik Sydöst	Psykia- triklinik Syd- väst	Psykiatri Södra	Norra Sthlms Psykia- tri	Psykia- triklinik Nord- öst	Psykia- triklinik Nordväst
3. Andel av aktuella patienter som har GAF-skattats senaste 12 månaderna (målnivå 70%)	65 % (-)	71 % (70 %)	47 % (67 %)	73 % (61 %)	72 % (78 %)	46 % (-)	54 % (-)

Värdet inom parentes i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatriklinik Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Resultatsammanställningen visar en tämligen spretig bild. Andelen aktuella patienter som har GAF- skattats de senaste 12 månaderna ligger mellan 46 % och 73 % (genomsnittet ligger på 61%). I förhållande till förra årets resultat har vissa kliniker ökat andelen funktionsbedömda patienter, medan andra har minskat sin andel. Målnivån för andelen GAF- skattade patienter är 70 %, en höjning med 5 % jämfört med målnivån förra året. Tre av sju kliniker klarade denna nivå. Vid en första anblick kan detta ses som ett dåligt resultat men GAF- skattningen är endast ett sätt att följa en patients funktionsförmåga över tid, t.ex. används skattningsverktyget CAN i psykosöppenvården inom psykiatri i Södertälje. Det totala antalet funktionsbedömda patienter är således fler än vad som framgår av denna indikator.

Årets resultat visar att andelen GAF- skattningar inte har blivit högre jämfört med förra året. Indikatorn mönstras ut ur uppföljningen 2007. Däremot avser beställaren noggrant följa att klinikerna väljer och använder andra mer specifika skattningsskalor som bör kunna utgöra grund för resultatindikatorer.

Mål 4 – Registrering sker i kvalitetsregistret för bipolärt syndrom

I allmänpsykiatrins uppdrag anges att rapportering skall ske till de psykiatriska kvalitetsregistren. Inom stora delar av sjukvården används idag både nationella och regionala kvalitetsregister. Ett register över insatt behandling och behandlingsresultat ger kunskap om vilka behandlingsmetoder som är effektivast, dessa metoder kan sedan få en ökad spridning till gagn för patienterna. Register fyller således en funktion för såväl patienter som profession samt finansierare med ansvar att erbjuda god och likvärdig vård. Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister har bedömt att kvalitetsregistren för bipolär affektiv sjukdom och nydebuterad schizofreni har god kvalitet och potential. Indikatorn säger inget om vårdens kvalitet, utan är att betrakta som ett första steg, nämligen att komma igång med registrering. Täckningsgrad anger här hur stor andel patienterna som registrerats i Kvalitetsregistret av det totala antalet patienter med diagnosen bipolärt syndrom.

TABELL 5	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Sydväst	Psykiatriklinik Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nordöst	Psykiatriklinik Nordväst
4.							
a1) Antal patienter som är registrerade i Kvalitetsregistret för bipolärt syndrom	0 pat (0)	25 pat (0)	15 pat (2)	0 pat (0)	274 pat (131)	0 pat (-)	30 pat (-)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
a2) Täckningsgrad	0 %	11 %	okänd	0 %	34 %	0 %	8%
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Antal individer som sedan föregående års mätning har nyregistrerats i detta kvalitetsregister	0 (0)	25 (0)	13 (2)	0 (0)	143 (0)	0 (-)	30 (-)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c) Antal patienter som är registrerade i Kvalitetsregistret för Schizofreni	0	0	0	0	0	0	0

Värdet inom parentesen i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatriklinik Nordöst och Nordväst har ny kliniskindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Inrapporterade data visar att antalet patienter från SLL i kvalitetsregistret för bipolärt syndrom fortfarande är lågt. Tre kliniker har inte rapporterat några patienter till registret, och de som rapporterat har en täckningsgrad mellan 34 % och 8 %, högst ligger Norra Stockholms psykiatri som står för 80 % av de patienter som finns inrapporterade från SLL.

211 patienter har nyrapporterats till registret. Jämfört med förra året, då uppföljningen visade att 133 patienter nyrapporterades i hela länet, är det en positiv utveckling. Av registrets samtliga nyanmälningar i landet under 2006 svarade Stockholms län för merparten med 71%. Ingen klinik uppger att de registrerat patienter i registret för nydebuterad Schizofreni vilket visar att man inte kommit igång med registreringen, detta

är dock inget speciellt för Stockholm eftersom registrets egna data visar att bara åtta mottagningar i hela landet rapporterat till Kvalitetsregistret för Schizofreni under året.

Förbättringsutrymmet är stort, och utan ökad registrering försvinner själva förutsättningen för att få nytta av kvalitetsregistren. Beställaren kommer 2007 att ställa krav på att 50% av patienterna med bipolär diagnos ska registreras i Kvalitetsregistret för bipolärt syndrom.

Mål 5 – Självsfattningsskalan PHQ-9 används för bedömning och utvärdering vid depressionsjukdomar

Variabeln självskattning vid depression syftar till att klinikerna utvecklar mått på den nytta patienterna har av behandlingen. Självskattning är en enkel och effektiv metod att mäta patientnyttan. PHQ-9 är ett instrument där patienten själv kan bedöma sitt psykiska tillstånd. Målsättningen bör vara att alla nya patienter med depressionsdiagnos använder detta självskattningsinstrument före och efter behandlingen. På så sätt får både patient och behandlare en bild av effekten av behandlingsinsatserna.

Denna kvalitetsvariabel är ny för året. Den omfattar dels att klinikerna skall redovisa hur stor andel av patienterna i diagnosgrupp depression som har gjort självskattning med hjälp av instrumentet PHQ-9 de senaste tolv månaderna, dels att klinikerna skall redovisa utfallet av pilotprojektet med användning av självskattning som mått på utfallet av behandlingen av nya depressionspatienter.

TABELL 6	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Syd-väst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nord-öst	Psykiatrikliniken Nordväst
Indikator							
5. a) Andel av vid mättillfället aktuella patienter med diagnosgrupp depression som har PHQ-9 skattats de senaste 12 månaderna	8 %	2 %	0 %	6 %	14 %	0 %	0 %
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Vårdgivaren bedöms ha redovisat pilotprojekt rörande användning av självskattning som utfallsmått enligt särskild projektplan.	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

Indikatorn är ny för årets uppföljning, därför kan ingen jämförelse med tidigare år göras.

Inrapporterade data från de sju klinikerna visar att mellan 0 procent och 14 procent av depressionspatienterna använt självskattningsskalan PHQ-9 de senaste tolv månaderna. Arbetet med självskattning vid depression befinner sig alltså i sin linda på alla kliniker. Beställare och kliniker har kommit överens om att samtliga i sin helhet kliniker använda självskattningsinstrumentet PHQ-9 under 2007. Vidare bör klinikerna diskutera nästa

tänkbara målgrupp för självskattning, t.ex. patienter med ångestsyndrom. På sikt måste klinikerna utveckla mått på effekten av behandlingen av samtliga patientgrupper.

Vad gäller pilotprojektet med användning av självskattning som mått på utfallet av behandlingen av depressionspatienter är inrapporterade data mycket bristfälliga. Det tyder på att flertalet kliniker inte tagit uppgiften på allvar och försökt leverera data som skulle kunna bilda utgångspunkt för det fortsatta kvalitetsarbetet.

Sammanfattningsvis befinner sig klinikernas arbete med självskattning av depressionspatienter i sin linda. Pilotprojektet rörande depressionspatienter genomfördes i mycket begränsad utsträckning. Klinikerna måste bredda användningen av PHQ-9 under 2007, vilket också ingår i uppföljningsplanen för 2007.

Säker vård

Vården skall bedrivas så att skador undviks genom ett aktivt riskpreventivt arbete.

Mål 6 – Skador i samband med vård undviks genom ett systematiskt arbete med avvikelserapporter

I Hälso- och sjukvårdslagen ingår krav på avvikelssystem för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna. Det är alltså viktigt att betrakta inträffade avvikelser som möjligheter till förbättringar. Lex Maria innebär en skyldighet för vårdgivare att snarast anmäla till Socialstyrelsen om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, har till uppgift att efter anmälan pröva frågor om disciplinpåföljd beträffande hälso- och sjukvårdspersonal. De disciplinpåföljder som ges, erinran och varning, är straffliknande åtgärder med ett individual- och allmänpreventivt syfte. Varning är den strängare påföljden. Både erinran och varning är fällande beslut. År 2005 ålades 171 yrkesutövare en varning och 213 ålades en erinran i landet som helhet.

TABELL 7 Indikator	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Sydväst	Psykiatriklinik Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nordöst	Psykiatriklinik Nordväst
6. a) Antalet avvikelse rapporter	149 (177)	287 (246)	115 (104)	160 (126)	108 (16)	67 (-)	28 (-)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Antalet anmälningar avseende Lex Maria	1 (0)	1 (1)	5 (6)	4 (3)	8 (8)	6 (-)	4 (-)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c) Antalet fällande beslut i HSAN under 2005	2 (2)	0 (0)	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (-)	0 (-)

Värdet inom parentesen i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatriklinik Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Inrapporterade data visar att de flesta verksamheter har rapporterat in ett ökat antal avvikelser jämför med 2005. Det kan tyda på förbättrade rutiner och ökad medvetenhet om på vilket sätt arbetet med systematisk avvikelse rapportering tillsammans med risk- och händelseanalys för att uppnå ökad patientsäkerhet kan ske. Antalet anmälningar avseende Lex Maria är i stort sett oförändrade. Förutom Södertälje har samtliga verksamheter rapporterat att inga anmälningar i HSAN som gällt dem har lett till fällande beslut. Det är anmärkningsvärt eftersom HSAN uppger att de för berörda verksamheter har utdelat disciplinpåföljder i form av sex varningar och tre erinran. Enligt HSAN fördelar sig påföljderna enligt följande: * Psykiatriklinik Sydöst en erinran och en varning, * Psykiatriklinik Södra en erinran och en varning, * Norra Stockholms Psykiatri en erinran och en varning, * Södertälje två varningar, * Psykiatriklinik Nordöst en varning.

Det ökade antalet avvikelse rapporter kan vara ett resultat av att några verksamheter utvecklat mer systematiska metoder för sin avvikelse rapportering. Flertalet verksamheter har uppenbarligen inte tagit till sig, eller valt att inte redovisa att de fått fällande beslut i HSAN. Den utredning som görs i samband med anmälan måste ovillkorligen ligga till grund för framtida förbättringar. I uppföljningsplan 2007 ingår en ny indikator som handlar om att klinikerna ska visa att de har ett ledningssystem för kvalitet och säkerhet enligt SOSFS 2005:12.

Mål 7 – Registrering av suicid och suicidförsök i patientpopulationen

Registrering av suicid och suicidförsök i patientpopulationen är en kvalitetsindikator i vårdprogrammet "vård av suicidnära patienter". Syftet med registrering är att förbättra möjligheten till uppföljning och minska antalet suicid och suicidförsök.

TABELL 8	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst
7. Antal suicidförsök resp. suicid som registrerats bland de patienter som varit i kontakt med verksamheten. (per 1000-tal patienter)	Försök: 32,3 (27) Suicid: 0,7 (1,3)	Försök: 3,1 (1,2) Suicid: 1,3 (0,8)	Försök: Ej svar (19) Suicid: 4 (-)	Försök: 4,6 (1,8) Suicid: 0,4 (0,3)	Försök: 30,9 (15,6) Suicid: 0,9 (0,3)	Försök: 1,4 (-) Suicid: 0,8 (-)	Försök: 1,2 Suicid: 0,4 (-)

Värdet inom parentesen i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatrikliniken Nordöst och Nordväst har ny klinisk indelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Jämfört med uppföljningsrapporten 2005 har antal registrerade suicidförsök ökat. Från Psykiatrikliniken Sydväst har inga suicidförsök inrapporterats. För övriga verksamheter varierar antalet suicidförsök/1000 patienter från 1,2 till 32,3. Det beror sannolikt på att verksamheterna fortfarande använder olika metoder vid registrering och att definitionen av suicidförsök från det regionala vårdprogrammet "Vård av suicidnära patienter" inte tillämpas tillräckligt enhetligt. Målet bör vara att alla verksamheter skall kunna göra denna registrering via patientjournalen.

Inrapporterade uppgifter om antalet suicid är som tidigare mer samstämmiga och varierar från 0,4/1000 patienter till 4/1000 patienter. På några ställen redovisas en marginell ökning.

Revisionsrapporten

Revisionsrapporten visar att alla verksamheter har utarbetat lokala vårdprogram för suicidnära patienter, men tillämpningen av vårdprogrammet varierar och arbetssättet har i många fall inte förändrats i enlighet med vårdprogrammet. Enligt revisionen görs suicidriskbedömningar i större omfattning än tidigare, men bedömningarna görs mer för att det måste göras, än för att nyttan är tydlig för personalen. Väntetiden till första besök för suicidnära patienter visade sig vid revisionen variera mellan 0-18 dagar, och vid endast tre av arton enheter görs en särskild behandlingsplanering efter suicidförsök. Brister i det interna ledningssystemet bidrar till att klinikerna har svårigheter att identifiera dessa patienter. Aktiv uppföljning av patienter som gjort suicidförsök skall ses som väsentlig del av behandlingen. Att en patient gör ett nytt suicidförsök är särskilt vanligt under det första efterföljande året. Vårdprogrammet betonar betydelsen av skriftlig vårdplan där det tydligt skall framgå hur behandlingen skall följas upp och vilka åtgärder som skall vidtas vid eventuell ökad suicidrisk.

Metoder vid registrering och definitionen av suicidförsök måste utvecklas mot att bli mer lika mellan klinikerna. I uppföljningsplan 2007 kommer indikatorer kring suicid och suicidförsök att utökas och skärpas.

Mål 8 – Anmälningar om klagomål i vården rapporteras och följs upp

Anmälningar till Patientnämnden görs av patienter och anhöriga när de inte lyckas lösa problem som uppstått i kontakten med hälso- och sjukvården. Genom att ha god kännedom om de klagomål, idéer och förslag som kommit till Patientnämnden, och aktivt arbeta med dessa har vården bättre möjligheter att förbättra verksamheten ur ett patientperspektiv.

TABELL 9	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst
8.							
a) Antalet anmälningar till Patientnämnden och orsaker till anmälningarna	22 (24)	44 (4)	7 (12)	104 (12)	12 (8)	0 (-)	4 (-)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) <i>Vårdgivaren bedöms ha redovisat vidtagna förbättringsåtgärder utifrån fråga a.</i>	Ja (nej)	Ja (ja)	Ja (ja)	Ja (ja)	Ja (ja)	- (-)	Ja (-)

Värdet inom parentes i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatrikliniken Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Inrapporterade data visar att antalet anmälningar till Patientnämnden varierar kraftigt mellan klinikerna, från som högst 104 till lägst 0. Sammanlagt rapporterade klinikerna 193 anmälningar, vilket är betydligt fler än förra året. Patientnämnden på sin sida uppger att de fått 464 anmälningar, jämfört med 406 förra året. Det skiljer sig dock betydligt mellan klinikerna där en klinik inte rapporterat någon av de anmälningar som Patientnämnden fått, tre kliniker bara rapporterat cirka en tiondel, medan de övriga rapporterat alla, eller nästan alla. Förklaringen till detta är sannolikt att en del kliniker enbart känner till de anmälningar där de kontaktats av Patientnämnden, medan andra kliniker har rutiner för att få kännedom om samtliga anmälningar.

Anmälningarna har ökat något, men flera kliniker har också förbättrat sina rutiner för samarbete med Patientnämnden, och känner i betydligt större omfattning till anmälningar som gjorts. Detta ökar deras möjligheter till att använda sig av patienter och anhörigas klagomål i kvalitetsutvecklingsarbetet. Alla verksamheter utom en har också redovisat förbättringsåtgärder utifrån de anmälningar som gjorts till Patientnämnden.

De kliniker som inte känner till alla anmälningar som gjorts till Patientnämnden behöver utveckla sina rutiner för kontakten med Patientnämnden. Beställaren avser att tydliggöra detta genom att begära redovisningar av både antal anmälningar där kliniken kontaktats av Patientnämnden och det totala antalet anmälningar.

Patientfokuserad vård

Vården ges med kontinuitet, respekt och lyhördhet för individens behov, förväntningar och värderingar.

Mål 9 – Patienterna upplever sig bra bemötta

Erfarenheten visar att ett gott bemötande förbättrar patientens behandlingsresultat. Den indikator som verksamheterna mäts mot är en sammanslagning av tre frågor (en bemötandedimension) i patientenkäten för öppenvården: "Fick du tillräckligt med tid för att diskutera igenom Ditt tillstånd och din behandling?", "Kände Du att Du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?", "Hur bedömer Du bemötandet Du har fått av mottagningspersonalen?" Som synes tar bemötandedimensionen även in tidsfaktorn vid besök och täcker såväl patientens behandlare som mottagningspersonalen.

Patientenkätens frågor och tillvägagångssätt bedöms hålla god kvalitet. Resultatet redovisas i form av ett förbättringsutrymme (FBU) i procent som återspeglar den andel av respondenterna vars svar tydliggör att det aktuella området går att förbättra. Ju högre FBU desto större behov av förbättring, sett ur patienternas synvinkel. Målnivån för 2006 är fastställd till fem procent förbättrat resultat för respektive verksamhet än föregående år. För t.ex. Psykiatrikliniken Sydöst, som hade resultatet 14,6 procent för 2005, innebär det att målnivån är 13,9 procent för 2006.

TABELL 10	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Syd-väst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nord-öst	Psykiatrikliniken Nordväst
9. Förbättringsutrymme i bemötandet av patienter i öppenvård	Ej svar (16%)	14% (14,6%)	15,5% (15,7%)	14,7% (15,6%)	12,6% (14,5%)	12% (13,7%)	12,3% (15,3%)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Målnivå för 2006	15,2%	13,9%	14,9%	14,8%	13,8%	13%	14,5%

Resultatet på varje fråga presenteras som ett förbättringsutrymme (FBU) som återspeglar den andel av respondenterna vars svar tydliggör att det aktuella området går att förbättra. Ju högre FBU desto större behov av förbättring, sett ur patienternas synvinkel.

Inrapporterade data visar att fyra av sju verksamheter uppfyller överenskommen målnivå. Sex verksamheter har förbättrat sig i förhållande till 2005. Snittet i länet, exklusive Södertälje, är ett förbättringsutrymme om 13,5 procent. Det finns inget material från andra psykiatriverksamheter i landet att jämföra med. Den korrigerade svarsfrekvensen⁴ var cirka 50 procent. Bortfallet var således stort, men likväl har i snitt över 500 enkäter besvarats per klinik. Det finns ingen analys gjord över om det var missnöjda eller nöjda patienter som inte svarade.

Med utgångspunkt i att merparten av verksamheterna klarade sina målnivåer får resultatet 2006 betraktas som gott. Eftersom ett bra bemötande inte bara förbättrar behandlingsresultatet utan också är ett värde i sig kommer ambitionsnivån att höjas 2007. En gemensam målnivå om maximalt förbättringsutrymme om 12 procent är fastställd.

⁴ Korrigerad svarsfrekvens = andel inkomna svar relaterat till antal utskickade formulär minus bortfall från urval

Effektiv vård

Vårdens måluppfyllelse relateras till använda resurser.

Mål 10 – En skriftlig vårdplan skall upprättas inom rimlig tid om fortsatt behandling planeras

Enligt uppdraget till verksamheterna under kvalitetsområdet "Effektiv vård" framgår det att en gemensam skriftlig vård- och omsorgsplan skall utarbetas i samråd med patienten, och i förekommande fall med närstående. I planen definieras ansvariga personer, insatser samt mål för insatserna. Planerna skall följas upp och revideras regelbundet.

Uppföljningsplanens mål är att verksamheterna skall utarbeta skriftliga vårdplaner inom rimlig tid om fortsatt behandling planeras, vilket innebär under de fyra första öppenvårdsbesöken. Vikten av vårdplaner betonas bl.a. i Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter, regionala vårdprogram och i Nationella psykiatrisamordningens slutbetänkande "Ambitioner och ansvar" 2006.

TABELL 11 Indikator	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatri- klinik Sydöst	Psykiatri- klinik Syd- väst	Psykiatri Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatri- klinik Nord- öst	Psykiatri- klinik Nordväst
10. Andel av vid måttillfället aktuella patienter i öppenvården som har en skriftlig vårdplan för aktuell vårdperiod	48 % (58 %)	26 % (18 %)	51 % (-)	73 % (65 %)	52 % (17 %)	39 % (-)	31 % (-)

Värdet inom parentes i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatriklinik Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Inrapporterade data visar att andelen patienter i öppenvård som har skriftliga vårdplaner varierar mellan 26 % och 73 %. Bara tre av sju verksamheter uppvisar en nivå över 50%. Även förra året var variationen stor mellan klinikerna. Andelen patienter som har skriftliga vårdplaner är märkbart låg trots ovanstående rekommendationer.

Revisionsrapporten

Den revision som beställaren genomförde under år 2006 konstaterar att skriftliga vårdplaner har gjorts i en mycket begränsad omfattning. Vid några mottagningar hade de dock upprättats i samtliga fall. Journalgranskningen visar bl.a. att klinikerna har olika rutiner och definitioner av vårdplan, vilket även är tydligt i nu inrapporterade uppföljningsdata.

Nivån för antalet upprättade skriftliga vårdplaner är för låg inom allmänpsykiatriens verksamheter. För att få fram säkrare data och få till stånd en ökning av antalet skriftliga vårdplaner behöver kvalitets- och ledningssystem utvecklas. Överenskommen definition av vårdplan ska tillämpas. I uppföljningsplanen för år 2007 återfinns indikatorn med en fastslagen målnivå om 55 procent. Klinikerna ska tillämpa enhetliga definitioner av vårdplan, vid inrapportering samt datauttag senast vid halvårsskiftet 2007. Detta ska följas särskilt av beställaren.

Mål 11 – En skriftlig vårdplan skall upprättas för patienter med komplexa vårdbehov

Personer med komplexa vårdbehov pga av psykisk störning och missbruk kräver integrerade insatser. Patienten skall uppleva en välutvecklad samverkan med relevanta vårdgrannar och myndigheter. En gemensam skriftlig vård- och omsorgsplan skall utarbetas i samråd med patienten, beroendevården, kommunen och i förekommande fall med närstående och externa deltagare. Vid redovisning enligt uppföljningsplanen faller en målrelaterad ersättning ut för indikatorn. Utgångspunkt för indikatorn har bl.a. varit policydokumentet "Samverkan i missbrukar- och beroendevården" från 1998, fokusrapporten "Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk" och statens satsning på psykiatri (Milton). En liknande kvalitetsindikator finns med i uppföljningsplanen för beroendevården.

TABELL 12	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst
11.							
a) Antal patienter med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk som vid mätillfället har en aktuell vårdplan	61	73	131	168	255	57	288
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Andel av dessa patienter som vid mätillfället har en samordnad skriftlig vårdplan som upprättats i samverkan med Beroendevården för aktuell vårdperiod	15 %	18 %	23 %	100 %	34 %	81 %	6 %

Indikatorn är ny för årets uppföljning, därför kan ingen jämförelse med tidigare år göras.

Inrapporterade data visar att antal patienter med komplexa vårdbehov pga av psykiska störningar och missbruk varierar mellan klinikerna, från 57 till 288 patienter⁵. Andelen av dessa patienter som har en samordnad skriftlig vårdplan upprättad i samverkan med beroendevården varierar också kraftigt mellan klinikerna, från 6% till 100%. Jämförelser kan inte göras med 2005 eftersom uppföljningsindikatorn är ny. Materialet är svårtolkat. Beror skillnaden i antalet identifierade patienter på klinikernas socioekonomiska upptagningsområden eller hur seriöst klinikerna arbetat med frågan? En grund för att kartlägga och arbeta med målgruppen är att skapa konsensus mellan kommun och sjukvård om vilka individer det handlar om och sedan bygga upp en ändamålsenlig gemensam verksamhet. För att säkerställa att detta kommer till stånd behövs lokala och centrala styrgrupper som fokuserar på patienterna med komplexa vårdbehov pga av psykiska störningar och missbruk. På många håll i länet har arbetet intensifierats under de senaste åren i samband med den statliga satsningen på psykiatri och de sk. Miltonprojekten.

⁵ Målgruppens storlek är svår att uppskatta men i grova drag rör det sig om cirka 80 personer per 100.000 invånare. Lokala avvikelser kan förekomma. Källa: Tom Palmstierna, docent i psykiatri vid Karolinska Institutet och överläkare vid Beroendecentrum.

Variationerna i inrapporterade underlag är mycket stora, vilket åtminstone till del förklaras av osäkra data. Kartläggning av målgruppen bör ske gemensamt med aktuella samverkansparter, såsom beroendevård och kommun. Konsensus kring vårdplaners struktur bör tas fram tillsammans med samverkansparter, i första hand beroendevård och kommun. För att åstadkomma en mer patientfokuserad, jämlik och effektiv vård måste antalet skriftliga vårdplaner för målgruppen öka. I uppföljningsplanen för år 2007 återfinns indikatorn med fastslagen målnivå om 60%.

Mål 12 – Antal återinskrivningar i slutenvården inom 90 dagar

I normalfallet är det eftersträvänsvärt att patienten inte återinskrivs inom slutenvården efter en kort tid. Tanken är att en noggrann och kontinuerlig vårdplanering ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som motverkar behovet av slutenvård.

TABELL 13	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst
12. a) Andel av samtliga inskrivningar som utgörs av återinskrivningar inom 90 dagar.	22 % (22 %)	39 % (38 %)	35 % (35 %)	33 % (34 %)	29 % (35 %)	25 % (-)	24 % (-)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Vårdgivaren bedöms ha redogjort sin rutin för överföring från sluten- till öppenvård	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Värdet inom parentes i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005. Psykiatrikliniken Nordöst och Nordväst har ny klinikindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig.

Frekvensen återinskrivningar varierar mellan 22 % och 39 %. I förhållande till 2005 har dock endast små förändringar skett. Snittvärdet uppgår till 30% återinskrivningar. Resultatet är svårtolkat där många faktorer spelar in som exempelvis kvaliteten i öppen- respektive slutenvården samt tillgången till boende och sysselsättning. En möjlig felkälla är att det kan finnas skillnader i hur vårdtillfällen registreras på olika kliniker. Huvudsakligen rör återinskrivningarna patienter med psykos, affektiv sjukdom eller personlighetsstörning. Alla verksamheter har rutiner för överföring från sluten- till öppenvård.

Det är inte möjligt att dra några slutsatser av resultatet. Indikatorn kommer att tas bort i uppföljningsplan 2007.

Vård i rimlig tid

Vården utförs på ett sådant sätt att individens, hälso- och sjukvårdens samt övriga samhällets värderingar av tid avvägs på ett rimligt sätt.

Mål 13 – Hög telefontillgänglighet till mottagningarna

En god telefontillgänglighet fyller flera syften, dels är det den enklaste vägen för tidsbokning, dels kan ett tidigt och effektivt omhändertagande ske. I allmänpsykiatrins uppdrag ingår att alla mottagningar och avdelningar ska vara tillgängliga per telefon vardagar mellan 8.30-16.30. För att samtal ska ha bedömts som godkänt ska det vara besvarat inom 1,5 min vid direktsvar, inom 10 min med köfunktion. Under 2006 har mätningen utförts enligt en utvecklad mätmetod, d.v.s. telefontillgängligheten mäts kontinuerligt under året, samtalen har utökats från 50 till 260 samtal och mätningen utgår från de krav som ställs i avtalen. Indikatorn är kopplad till målrelaterad ersättning.

TABELL 14 Indikator	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatri- klinik Sydöst	Psykiatri- klinik Syd- väst	Psykiatri- trin Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatri- klinik Nord- öst	Psykiatri- klinik Nordväst
13. a) Andel av samtalen som besvaras av akuter, jourer och öppenvårdsmottagningar enligt mål. ----- b) Vårdgivaren bedöms ha beskrivit hur verksamheten säkrar patientens telefontillgänglighet till sin behandlare.	59 % (-)	64 % (-)	66 % (-)	86 % (-)	81 % (-)	82 % (-)	86 % (-)
	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	Ja (ja)	Ja (ja)	Ja (-)	Ja (ja)	Ja (ja)	Ja (-)	Ja (-)

Värdet inom parentesen i tabellerna anger resultatet för uppföljningsrapport år 2005.

Psykiatriklinik Nordöst och Nordväst har ny klinindelning jämfört med föregående år och en jämförelse med resultat från 2005 är därför inte möjlig. Andel av samtal som besvarats föregående år saknas pga att beställaren ej genomfört mätning

Enligt resultatet från allmänpsykiatrins telefontillgänglighetsmätning för 2006 varierar andelen godkända samtal mellan 59 procent och 86 procent på klinisknivå. Två av sju kliniker uppnår målnivån om 85 procent godkända telefonsamtal. Medelvärdet för de sju klinikerna blir 75 procent d.v.s. under målnivån. Om resultatet bryts ned per mottagning ligger variationen mellan 97 procent och 9 procent. Motsvarande mätning gjordes även på habiliteringscenter och BUP. Genomsnittsvärdet för dessa verksamheter låg på ca 90 procent. Samtliga vårdgivare bedöms ha beskrivit hur verksamheten säkrar patientens telefontillgänglighet till sin behandlare. Alla kliniker har någon form av Policy för tillgänglighet och bemötande i telefon.

Resultatet för telefontillgänglighetsmätningen visar att det är svårt för patienterna att komma fram per telefon, vilket inte är acceptabelt. De kliniker som inte nått målnivån bör ta del av hur andra kliniker arbetat för att öka telefontillgängligheten. Även nästa år kommer indikatorn att vara kopplad till målrelaterad ersättning.

Mål 14 – Väntetiden till ett första besök är högst fyra veckor

En första mätning har gjorts av hur stor andel av patienterna i allmänpsykiatrin som varit på ett första besök inom fyra veckor. Kravet om fyra veckors väntetid är fastslaget i allmänpsykiatrinns uppdrag och understiger således kraftigt den vårdgaranti om 90 dagar som gällt på nationell nivå.

TABELL 15 Indikator	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Syd-väst	Psykiatriklinik Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nord-öst	Psykiatriklinik Nordväst
14. Andelen av alla patienter, oberoende medicinsk prioritering, som under mätperioden fått ett första besök inom fyra veckor.	.. ⁶	67 %	58 %	76 %	58 %	.. ⁷	57 %

Siffrorna anger hur många som varit på besök inom fyra veckor. Indikatorn är ny för årets uppföljning, därför kan ingen jämförelse med tidigare år göras.

Andelen patienter som under november månad varit på ett första besök inom fyra veckor varierar mellan 57 procent och 76 procent på kliniknivå, med ett snitt på 63 %. Datastöd för att ta fram uppgifterna på ett tillförlitligt sätt saknas dock på några kliniker. Mätningen gjordes enbart i november månad.

En vidareutveckling av uppföljningen är att både mäta hur många som erbjudits en besökstid inom fyra veckor och sedan se hur stor andel av dem som faktiskt varit på ett besök inom satta tidsramar. Anledningarna till att en erbjuden tid i vissa fall inte blir ett besök kan vara många, där såväl patienter som klinik/behandlare kan bära ansvaret.

Sammanfattningsvis anger det samlade resultatet att en tredjedel av patienterna får vänta för länge på ett första besök, vilket inte är tillfredsställande. Området kommer fortsättningsvis att följas noggrant för att säkerställa patienternas tillgänglighet, där även graden av erbjudna tider inom satta tidsramar kommer att mätas.

Jämlik vård

En persons behov av vård skall styra erbjudandet oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell identitet.

Vårdutnyttjandet skiljer sig åt i Stockholms län, bl a beroende på vilket kön och social position individen har. Detta innebär att vården måste beakta såväl individens medicinska som sociala förutsättningar vid både bedömning, behandling och omvårdnad.

⁶ Kliniken har inte besvarat frågan utan endast angivit hur många av patienterna som erbjudits en tid inom 28 dagar. Enligt kliniken erbjöds 100% av patienterna tid inom 28 dagar.

⁷ Kliniken har inte besvarat frågan utan endast angivit hur många av patienterna som erbjudits en tid inom 28 dagar. Enligt kliniken erbjöds 100% av patienterna tid inom 28 dagar.

Enligt uppdraget till klinikerna var ett av inriktningsmålen att patienterna oavsett kön, bakgrund och funktionsförmåga har förtroende för vårdutbudet.

Mål 15 – Patienterna, oavsett kön, och etnisk eller religiös tillhörighet har förtroende för det vårdutbud vårdgivaren tillhandahåller

TABELL 16	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Syd-väst	Psykiatriklinik Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nord-öst	Psykiatriklinik Nordväst
15. Vårdgivaren bedöms ha redogjort för verksamhetens specifika perspektiv i bemötande och behandling av: a) Kvinnliga/manliga patienter	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Patienter med olika etniska och religiösa tillhörigheter.	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

Indikatorn är ny för årets uppföljning, därför kan ingen jämförelse med tidigare år göras.

Inrapporterade data visar olika exempel på hur jämlikhetsfrågorna uppmärksammas och att angreppssätten varierar när det gäller hur och i vilken omfattning klinikerna jobbar med frågorna. Några kliniker anger att man har ett övergripande mer värdegrundat förhållningssätt kring jämlik vård. Fyra kliniker redovisar könsuppdelad patientstatistik, men ingen klinik redogör för resultat av behandling ur ett könsperspektiv. En klinik redovisar dock vissa skillnader i svar från män respektive kvinnor i patientenkäten. Försök att tillmötesgå önskemål om kvinnlig/manlig behandlare och anpassad läkemedelsdosering utifrån kön är andra exempel på hur klinikerna beskriver sitt arbete för en mer jämlik vård.

De flesta klinikerna har någon form av samarbete med Transkulturellt Centrum kring kompetensutveckling när det gäller transkulturella aspekter av jämlik vård. Några nämner värdet av den kunskap som den egna personalen med mångkulturell bakgrund har.

Att minimera den påverkan som skillnader i kön eller olika sociala förutsättningar har på att individen får vård på lika villkor är ett utvecklingsområde. Att känna till hur insatser fördelas avseende omfattning och innehåll, samt hur resultat skiljer sig åt mellan könen är något som klinikerna bör känna till, analysera och dra slutsatser av för eventuella åtgärder.

Några jämförelser eller analys över om jämlik vård erbjuds vid klinikerna kan utifrån årets uppföljning inte göras. I 2007 års uppföljning utgår indikatorn och byts till ett resultatmått hämtat från patientenkäten avseende hur man värderar den hjälp/vård som gavs, utifrån kön.

Mål 16 – Personalen erbjuder utbildning i genderfrågor kring missbruk och psykisk störning

Att minimera den påverkan som skillnader i kön eller olika sociala förutsättningar har på tillgång till vård på lika villkor är ett utvecklingsområde. En förutsättning är att personal på alla nivåer har relevanta kunskaper inom området.

TABELL 17	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Sydväst	Psykiatriklinik Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nordöst	Psykiatriklinik Nordväst
16. a) Vårdgivaren bedöms ha beskrivit en verksamhetsövergripande plan för kompetensutveckling i genderfrågor	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Antal genomförda utbildningar i genderfrågor	1	1	35	4	5	5	1

Indikatorn är ny för årets uppföljning, därför kan ingen jämförelse med tidigare år göras.

Inrapporterade data visar att klinikcheferna går eller har gått en länsgemensam utbildning kring jämställdhet ur både medarbetar- och patientperspektiv. Dessutom har många kliniker interna personalutbildningar likväl som frågorna finns med på arbetsplatsträffar, vid seminarier och föreläsningar, eller i utbildningspolicys. Med utgångspunkt i pågående chefsutbildningar avser flera kliniker att konkretisera det fortsatta arbetet ytterligare. De flesta klinikerna beskriver inriktning och omfattning på hur arbetet kring att medvetandegöra jämställdhetsfrågorna bedrivs.

Att känna till hur könsspecifika skillnader tar sig uttryck bland patienterna och medarbetare är en väsentlig förutsättning för att påverka metoder och vårdutbud. I 2007 års uppföljning utgår indikatorn och byts till ett könsuppdelat resultatmått hämtat från patientundersökning avseende hur man värderar den hjälp/vård som gavs.

Beställarersättningar och klinikernas prestationer

I detta kapitel redovisas klinikernas prestationer och ersättningar under 2006. Genomgången fokuserar på hur många besök och vårdtygn klinikerna gör i relation till den ersättning beställaren betalat.

Utgångspunkt för beräkningarna

- Värdena avser 2006 och inga jämförelser kan göras med 2005 eftersom vi saknar kvalitetssäkrade uppgifterna för 2005, bland annat p.g.a. ett annat ersättningssystem.
- Det är endast beställarens ersättning till klinikerna som avses. Eventuella intäkter från andra aktörer ingår inte. Med beställarens ersättning menas den nivå som är fastslagen i huvudavtalet.⁸ Nordöstra och Nordvästra klinikerna har gemensamma resurser för LRV-vård, för "Villan" (nyinsjuknade i psykos) samt för mellanvård. Ersättningen för den vården har fördelats ut på de två kliniker enligt konsumtion.
- Framtagna nyckeltal avser endast egenproducerad vård, valfrihetspatienter, länsakuten och Lövstalund. Prestationer för externt köpt vård, exempelvis på den rättspsykiatriska slutenvården i Huddinge ingår inte.

Ny ersättningsmodell fr o m 2006

De allmänpsykiatriska klinikerna har en ny gemensam ersättningsmodell från och med 2006. Avsikten med modellen har varit att åstadkomma jämförbarhet kring ersättningar och prestationer samt att uppmuntra fler öppenvårdsbesök och öppenvårdspatienter. Ersättningsmodellen är tredelad där öppenvårdens produktionsrelaterade del utgör cirka 25 procent och den uppdragsrelaterade cirka 75 procent av ersättningen. För slutenvården är motsvarande tal cirka 5 procent respektive cirka 95 procent. Av den totala ersättningen utgör 3 procent målrelaterad ersättning.

⁸ Två tilläggsavtal är medräknade, dels Psykiatriska kliniken Södertäljes ersättning för EMY-hemmet, dels Norra Stockholms ersättning för Gero-psykiatri.

Utförda prestationer 2006

I tabellen⁹ nedan framgår klinikernas prestationer under 2006, exklusive valfrihetspatienter¹⁰.

TABELL 18	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Syd-väst	Psykiatri Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nord-öst	Psykiatriklinik Nord-väst	Totalt
Hembesök	2 921	3 312	7 374	43 613	30 297	6 304	4 348 ¹¹	98 169
Mottagningsbesök	32 147	51 463	66 611	81 953	125 681	39 403	75 314	472 572
Gruppbesök	2 248	6 355	9 381	4 942	16 658	2 510	6 980	49 074
Summa besök	37 316	61 130	83 366	130 508	172 636	48 217	86 642	619 815
Antal omhändertagna individer i öppenvård	2 676	5 526	7 605	9 644	11 400	4 448	7 564	48 863
Slutenvärdsdagar	10 563	17 902	32 948	32 594	56 254	19 103	33 847	203 211

Sammanlagt har över sexhundra tusen besök och tvåhundra tusen vård dygn utförts.

Utförda prestationer jämfört med beställd volym

Klinikernas prestationer kan jämföras med beställda volymer under 2006, vilket framgår i tabellen¹² nedan. Vid procenttal som överstiger noll har klinikerna utfört mer vård än beställt.

TABELL 19	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatriklinik Sydöst	Psykiatriklinik Syd-väst	Psykiatri Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatriklinik Nord-öst	Psykiatriklinik Nord-väst	Totalt
Besök (alla typer)	2,8%	-0,1%	8,2%	-0,9%	0,2%	6,5%	0,4% ¹³	1,6%
Antal omhändertagna individer inom öppenvården	8,1%	3,7%	0,3%	0,6%	-2,2%	4,3%	2,7%	1,3%
Vård dygn (alla typer)	-1,9%	-1,7%	0,4%	10,4%	8,2%	8,9%	3,5%	5,0%

⁹ Källor: debval (öppen vård, alla kliniker exkl Södertälje) och PVS (sluten vård), VAL (Södertäljes öppen vård). Södertälje får även ersättning för telefonbesök, vilket inte redovisas här.

¹⁰ Med valfrihetspatient menas en patient som får vård på en annan klinik än den geografiska hemklinik. Varje klinik har ett geografiskt område i vilket de har betalningsansvaret för sin befolkning oavsett var patienten får sin vård.

¹¹ För psykiatriklinik Nordväst är 872 hembesök från det mobila teamet (Noa) inräknade.

¹² Källa: debval (öppen vård, alla kliniker exkl Södertälje) och PVS (sluten vård), VAL (Södertäljes öppen vård). Södertälje får även ersättning för telefonbesök, vilket inte redovisas här.

¹³ För psykiatriklinik Nordväst är 872 hembesök från det mobila teamet (Noa) inräknade.

Totalt sett i länet har antalet besök, unika patienter och slutenvårdsdygn utförts i högre utsträckning än vad som avtalats. Eftersom prestationskravet bygger på tidigare års utfall betyder det att en produktionsökning skett. Ingen ersättning har betalats för produktion utöver vad som avtalats.

Hembesök

Psykiatrin har sedan ett antal år tillbaka styrts mot mer vård i öppna former och att patienten vid behov ska kunna få hembesök. I tabellen¹⁴ nedan framgår hur stor andel av besöken inom öppenvården som sker i hemmet, inklusive valfrittspatienter.

TABELL 20	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrin Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst	Totalt
Antal hembesök	2 968	3 346	7 460	43 957	30 718	6 304	4 373	99 126
Totalt antal öppenvårdsbesök	44 397	63 355	88 166	135 170	183 367	51 015	90 392	655 862
Andel hembesök	7%	5%	8%	33%	17%	12%	5%	15%

Psykiatrin Södra har störst andel hembesök, 33 procent. Nordvästra- och Sydöstra kliniken har lägst andel hembesök med ca 4-5 procent. Kliniker som har en stor geografisk spridning av befolkningen får längre resor för personalen vid hembesök. Mobila teamet i norra länet utgår från psykiatriska kliniken Nordöst, vilket verkar leda till att befolkningen i den nordöstra delen fått fler hembesök. Inga samband kan ses mellan "högt" och "lägt" betalda kliniker kontra andel hemsjukvård.

Andel av befolkningen som är patienter vid klinikerna¹⁵

TABELL 21	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrin Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst	Totalt
Antal patienter i öppen/sluten vård	2 583	5 514	7 787	9 380	11 688	4 635	7 771	49 358
Befolkning över 18 år	79 617	191 769	216 175	230 654	325 319	156 726	246 567	1 446 827
Andel patienter i befolkningen	3,2%	2,9%	3,6%	4,1%	3,6%	3,0%	3,2%	3,4%

Andel patienter i förhållande till invånare varierar mellan 2,9 och 4,1 procent. Psykiatrin Södra har procentuellt klart störst andel av befolkningen som vårdats. En möjlig förklaring framgår i en kartläggning av det psykosociala stödet i primärvården som gjorts för tiden jan-aug 2006. Här utmärker sig de stadsdelar där Psykiatrin Södra svarar för det psykosociala stödet i primärvården. Här träffar en förhållandevis liten del av

¹⁴ Källa: VAL

¹⁵ Källor: BV (Resursfördelningsberäkningar), VAL (antal individer), Socialmedicin (Psykiatriindex), Befolkningsprognos Statisticon avser 2006 framtagen nov 2005 (befolkning 18+).

befolkningen 0,36 procent en psykolog eller kurator i primärvården. Genomsnitt för länet var 0,62 procent av befolkningen.

Ersättning per patient i öppen- och slutenvård¹⁶

TABELL 22	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst	Totalt
Ersättning, tkr	154 997	267 508	377 003	408 815	578 221	214 200	404 130	2 405 874
Antal patienter i öppen/sluten vård	2 583	5 514	7 787	9 380	11 688	4 635	7 771	49 358
Ersättning/patient	60 007	48 514	48 414	43 584	49 471	46 214	52 005	48 743

Även ersättningen per patient varierar. Psykiatri Södra ligger lägst på 44 tkr och Södertälje ligger högst på 60 tkr per patient. Psykiatri Södra, som har störst andel patienter av befolkningen, är också den klinik som har lägst ersättningen per patient.

Ersättning per poäng¹⁷.

Produktivitet är ett sätt att mäta hur mycket vård som görs för insatta pengar. Nyckeltalet nedan bygger på en SLL-gemensam modell för att beräkna produktivitet och förklaras närmare i fotnot¹⁸.

TABELL 23	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst	Totalt
Antal poäng 2006 (inklusive valfrihet)	27 684	42 141	66 844	86 041	126 535	42 964	84 163	476 372
Ersättning från beställaren 2006 inkl LRV Tkr	154 997	267 508	377 003	408 815	578 221	214 200	404 130	2 404 874
Ersättning/poäng Kr	5 599	6 348	5 640	4 751	4 570	4 986	4 802	5 048

Spannet mellan klinikerna är hela 39 procent i ersättning per poäng, d.v.s. klinikerna får olika ersättning för samma utförda prestation. Lägst ligger Norra Stockholms psykiatri på 4 570 kr medan Sydöstra kliniken ligger högst på 6 348 kr. Norra Stockholms psykiatri är den största kliniken och kan förmodligen utnyttja stordriftsfördelar. Sydöstra kliniken är

¹⁶ Källor: BV (Resursfördelningsberäkningar), VAL (antal individer), Socialmedicin (Psykiatriindex), Befolkningsprognos Statisticon avser 2006 framtagna nov 2005 (befolkning 18+).

¹⁷ Öppenvårdsbesök respektive slutenvårdsdygn ges olika vikt beroende på att det senare är mer kostsamt. För öppenvårdsbesök används vikten 0,38 och för slutenvårdsdygn används vikten 1,0. Vikterna multipliceras med antalet prestationer som gjorts. Detta ger en totalpoäng som sedan kan relateras till den ersättning kliniken får.

¹⁸ Källor: Öppen vård: VAL. Sluten vård: fakturering från respektive klinik plus valfrihet. Ersättning från beställaren 2006: respektive avtal exkl Nordöstra och Nordvästra där LRV-vården, Villan och mellanvården fördelats efter konsumtion.

relativt liten liksom Södertälje, vilka båda har en ersättning per poäng som är hög. Olika nivå på effektivitet och värdefterfrågan kan förutom olika stora ersättningar förklara skillnaderna.

Simulerad ersättning – om hänsyn tagits till bl.a. antalet patienter och psykiatriindex¹⁹

Den simulerade ersättningen bygger på en sammanvägning av socioekonomiska faktorer, den faktiska mängden patienter och boende i respektive kliniks upptagningsområde. Ingen hänsyn tas till patienternas vårdtyngd, vilket skulle förutsätta underlag kring insatta åtgärder för olika behovs/diagnosgrupper. För klinikerna Nordöst och Nordväst har Norra länets gemensamma resurser, såsom Villan, Mellanvården och LRV-sektionen fördelats enligt konsumtion. Fördelningen kan variera mellan olika år, beroende på konsumtionen. Om en klinik i nedersta raden får ett minusvärde har de mindre resurser än vad de enligt den simulerade ersättningen borde ha.

TABELL 24	Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus	Psykiatrikliniken Sydöst	Psykiatrikliniken Sydväst	Psykiatrikliniken Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psykiatrikliniken Nordöst	Psykiatrikliniken Nordväst	Totalt
Ersättning, enligt avtal 2006 (Tkr)	154 997	267 508	377 003	408 815	578 221	214 200	404 130	2 404 874
Fiktiv resursfördelning ²⁰ Tkr	130 808	285 590	372 877	441 380	558 560	214 162	401 498	2 404 874
Skillnad mellan ersättning enligt avtal och fiktiv resursfördelning (Tkr)	24 189	-18 082	4 126	-32 565	19 661	38	2 632	0
Dito i %	15,6%	-6,8%	1,1%	-8,0%	3,4%	0,0%	0,7%	0%

I en simulerad ersättning avviker fyra kliniker mycket procentuellt eller i reda pengar i förhållande till den faktiska ersättningen 2006. Variationerna mellan klinikerna kan till stor del förklaras av att avtalen historiskt förhandlats fram lokalt och att det fram till i år saknats jämförbara data i ersättningar och prestationer.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är det positivt en produktionsökning skett, d.v.s. att antalet besök, unika patienter och slutenvårdsdygn har ökat i förhållande till tidigare år. Totalt sett är dock olikheterna mellan klinikerna stora, exempelvis i fråga om ersättning per poäng. Samtidigt har den klinik, Sydöstra, som har högst ersättning per poäng en låg totalersättning i förhållande till sitt upptagningsområde i en simulerad beräkning.

¹⁹ Källor: BV (Resursfördelningsberäkningar), VAL (antal individer), Socialmedicin (Psykiatriindex), Befolkningsprognos Statisticon avser 2006 framtagen nov 2005 (befolkning 18+).

²⁰ Den fiktiva resursfördelningen är en beräkning på hur mycket pengar som klinikerna skulle ersättas 2006 med om alla resurserna till allmänpsykiatri skulle fördelas om utifrån följande viktade faktorer: 1) Andel befolkning över 18 år i förhållande till total befolkning i länet (25% vikt), 2) psykiatriindex enligt Socialmedicin (50% vikt) och 3) hur många patienter resp. klinik har haft i förhållande till hur många patienter som omhändertagits i hela länet (25% vikt).

Slutsatsen i det här fallet är att Sydöstra kliniken har stora vårdbehov jämfört med sin ersättning, men att den också har för låg produktivitet. En viktig princip att fastslå för framtiden är att ersättningar och krav på prestationer i högre grad måste fastställas utifrån underlag om vårdbehov och produktivitet. De stora skillnaderna i hur stor andel av befolkningen som träffar psykiatrin och vilken typ av besök som görs beror sannolikt inte bara på olika vårdbehov, utan även på klinikernas inriktning på vården. En jämförande kartläggning bör göras för att öka kunskapen om länets totala vårdutbud.

Så upplever patienterna allmänpsykiatrin

Patientenkät 2006

I ett beslut 2003 fastslogs att hela sjukvården i SLL skulle genomföra gemensamma undersökningar av patientupplevd kvalitet. Frågorna för psykiatrin är framtagna i fokusgrupper med brukare som representerade de viktigaste patientgrupperna och rekryterades från olika kliniker. En enkät för öppenvård användes första gången hösten 2005 på alla allmänpsykiatriska mottagningar och undersökningen i öppenvård har upprepats hösten 2006, då även en enkät för slutenvård prövats.

Patientenkäten administreras av Institutet för Kvalitetsindikatorer, Indikator, och bygger på rapporterande frågor för att olika intressenter ska få besked om patienternas faktiska erfarenheter istället för deras subjektiva värderingar. Resultatet på varje fråga presenteras som ett förbättringsutrymme (FBU) i procent som återspeglar den andel av respondenterna vars svar tydliggör att det aktuella området går att förbättra. Ju högre FBU desto större behov av förbättring, sett ur patienternas synvinkel.

Frågorna i tabellen nedan ingår i uppföljningsplan 2007. Frågorna är utvalda pga att de återspeglar viktiga aspekter av kvaliteten och säkerheten i vården. Många har ett stort förbättringsutrymme och det är således angeläget att det kommer till stånd ett utvecklings- och förändringsarbete inom dessa områden. För att redan nu lyfta upp och skapa en diskussion kring resultaten har psykiatrin låtit beställaren ta del av och publicera data för 2006²¹.

Totalt har 6570 enkäter skickats ut. Den korrigerade svarsfrekvensen uppgår till cirka 50 procent. Svaren nedan avser endast öppenvård.

²¹ Södertälje är inte klar med sin patientenkät och har således inte lämnat uppgifter

TABELL 25	Psykiatri- klinik Sydöst	Psykiatri- klinik Sydväst	Psykiatri Södra	Norra Sthlms psykiatri	Psyki- atriklinik Nord- öst	Psyki- atriklinik Nord- väst	Snitt för klinikerna
Hur värderar du den hjälp/vård du fick som helhet Kvinnor ----- Män	11% ----- 16%	13% ----- 19%	13% ----- 13%	8% ----- 5%	12% ----- 7%	12% ----- 10%	13% ----- 12%
Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd	31%	33%	35%	29%	27%	28%	30%
Vet du vart du kan ringa om du behöver prata med någon inom den psykiatriska vården efter kontorstid	28%	44%	36%	48%	41%	45%	40%
Kände du dig delaktig i beslut om din vård	34%	34%	33%	31%	30%	30%	32%
Kände du dig delaktig i utvecklingen av din vårdplan så mycket som du önskade	55%	58%	60%	56%	59%	57%	57%
När du senast fick ett läkemedel utskrivet – blev du då informerad om eventuella biverkningar	39%	39%	40%	37%	43%	41%	40%
Kände du dig bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt	16%	15%	14%	13%	15%	12%	14%

Resultatet på varje fråga presenteras som ett förbättringsutrymme (FBU) som återspeglar den andel av respondenterna vars svar tydliggör att det aktuella området går att förbättra. Ju högre FBU desto större behov av förbättring, sett ur patienternas synvinkel.

I de flesta frågor är patienterna i länet väldigt samstämmiga. Stora skillnader finns bara ifråga om hur vården som helhet värderas och om patienterna vet vart de ska ringa efter kontorstid. Särskilt inom Norra Stockholms psykiatri²² har patienterna ett gott helhetsintryck av vården. Likaså skiljer sig Psykiatriklinik Sydöst från de övriga förutom Psykiatri Södra med ett signifikant lägre förbättringsutrymme i frågan om att patienterna vet vart de ska ringa efter kontorstid om så behövs.

Bemötandet visar sig ha ett relativt lågt förbättringsutrymme, även om ambitionen måste vara att ännu fler ska bli bemötta med respekt och hänsyn. Vad gäller information om sitt tillstånd och delaktighet i vården upplever ganska många patienter att det finns ett behov av förbättring. Skälet till att förbättringsutrymmet är högt i fråga om ”delaktighet i utveckling av vårdplan” är att hela 37% av antalet svaranden uppgav att de inte kände till någon vårdplan. Det tydliggör att psykiatri måste bli bättre på att göra vårdplaner tillsammans med patienterna, vilket är ett led i en effektiv och evidensbaserad vård. Med tanke på patientsäkerheten är det också angeläget att patienterna fortsättningsvis får bättre information om eventuella biverkningar i samband med läkemedelsförskrivning.

²² De män som besvarat enkäten på Norra Stockholms psykiatri har ett signifikant lägre förbättringsutrymme än alla övriga kliniker förutom Psykiatriklinik Nordöst.

Brukarnas syn på vården – resultat från hearings

För att få mer kunskap om vad brukare och anhöriga anser vara viktigast för att förbättra den psykiatriska vården har beställaren genomfört fem hearings med sammanlagt 40 representanter för patientföreningar, brukare och anhöriga. Nedan redovisas resultaten från hearingarna. Presentationen fokuserar på de teman som belystes av deltagarna i återkommande berättelser.

Tillgänglighet

Många berättar om allt för korta telefontider och hur svårt det är att få kontakt med sin behandlare. Man önskar snabb kontakt och e-postmöjlighet till läkare/behandlare. Många betonade även att tillgänglighet inte bara handlar om att komma fram, utan även om att komma rätt.

Bemötande

Nästan alla poängterar vikten av empati och bemötande. Många har upplevelser av brist på respekt och att inte bli trodda. Man vill ha ett kunnigt bemötande. Vårdplaner är viktiga men görs alltför sällan. Gör vårdplaneringar, följ upp och ta med anhöriga i planeringen, var uppmaningen som gavs.

Bristen på helhetssyn på patienten återkommer i de flesta samtalen, och mer av individanpassad behandling efterfrågas. Idag finns en alltför ensidig inriktning på medicinering ansåg många deltagare, utan att för den skull säga nej till medicin. De flesta önskar mycket mer av stöd och samtal samt psykoterapi.

Många framhåller hur viktigt det är att följa upp medicinering och medicinändringar, något som de upplever görs i allt för liten utsträckning. De som även haft somatiska besvär hade många gånger erfarenheter av att som psykiatrisk patient inte bli tagen på allvar och inte heller bli trodd, vare sig i psykiatrin eller i primärvården.

Anhöriga

För att uppmärksamma barnens situation påtalade många att psykiatrin måste ta reda på familjebilden när en patient kommer in. Finns i så fall ett stöd finns för dem? I dag sker det tyvärr inte alltid, berättar flera. Anhörigas delaktighet och möjlighet att utgöra en resurs i vården framhålls. Information till, samt stöd och utbildning av anhöriga är därför viktigt. Idag saknas det på många håll.

Vårdformer

De flesta vill kunna välja psykiatrisk klinik fritt. Eftersom det bara finns en akutmottagning finns ingen valfrihet där, vilket man önskar. Många vill ha möjlighet att byta läkare och kontaktperson om det inte fungerar bra. Men kontinuitet i vårdkontakten är viktigt framhåller många. En vårdallians mellan patient och behandlare är viktig för resultatet av vården. Dessutom önskar man att samma behandling, för samma diagnos ges på alla ställen. Idag upplever många att det skiljer när det gäller geografi, men ibland också på olika avdelningar inom samma klinik. Många tog upp behovet av olika slags mellanvårdsformer. De som hade erfarenhet av mellanvård var mycket positiva till detta. Mer samsyn mellan psykiatri och socialpsykiatri efterlystes, och mångas erfarenhet är att personal i kommuner och landsting ofta har svårt att samarbeta. Även samverkan mellan slutenvård och öppenvård brister enligt brukarna. När vårdplanering görs i slutenvård följs den t ex inte alltid upp i öppenvården.

Slutenvården

Slutenvården upplevs av många som våldsam, stökig och otrygg. Man är rädd för medpatienter, och i en del fall även för personal. Avdelningarna behöver vara mindre och inte så diagnosblandade. Idag upplever man att patienterna får kämpa om personalens uppmärksamhet. Många efterlyste meningsfulla aktiviteter/sysselsättning i slutenvården. Bemötandet i slutenvården är under all kritik betonar flera. Förmågan att lyssna och servicekänslan upplevs som sämre än i öppenvården.

Bilaga 1 – Definitioner:

Antal invånare = befolkning år 2006 (prognos från hösten 2005 av Statisticon) (källa Områdesdatabasen, RTK/SCB)

Nedsatt psykiskt välbefinnande = andel (%) som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande, dvs. förekomst av oro, ångest, sömnproblem och/eller andra psykiska reaktioner (källa Folkhälsoenkät 2002)

Ohälsotal = det totala antalet ersatta dagar med sjukpenning (p.g.a. sjukdom/arbetskada/ rehabilitering) och förtidspension/sjukbidrag per individ i åldern 16-64 år, år 2005 (källa Områdesdatabasen, RTK/SCB)

Antal patienter per 1000 invånare = antal patienter 18- år inom allmänpsykiatrin (öppenvård och/eller slutenvård) 2006 per 1000 invånare 18- år. (källa VAL-databasen)

Bilaga 2 – Målrelaterade ersättningar 2006

TABELL 26 Indikator	Psykiatri- klinik Södertälje	Psykiatri- klinik Sydöst	Psykiatri- klinik Sydväst	Södra Sthlms psykiatri	Norra Sthlms psykiatri	Psykiat riklinik Nord- öst	Psykiat riklinik Nord- väst
Erhållen andel av total målrelaterad ersättning ²³ , (%)	90 %	95 %	88 %	100 %	97 %	96 %	100 %

²³ Länsgemensamma och lokala indikatorer samt produktionsmått. Dock räknas inte indikatorn kring miljöcertifiering in p.g.a. annan och senare inrapporteringstidpunkt.