

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 2/2022

Kvalitetsmått vid journalgranskning

**En systematisk litteraturöversikt avseende tidigare
använda mått inom specialiserad psykiatrisk vård till
ungdomar med depression**

Verksamhet:	Barn- och ungdomspsykiatri Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, Region Skåne
Verksamhet:	Barn- och ungdomspsykiatri, öppenvård Skåne
Projektansvarig chef:	Fredrik Löfgren, områdeschef fredrik.lofgren@skane.se
	Linda Welin, verksamhetschef linda.welin@skane.se
Projektets medarbetare:	Susanne Remvall, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, doktorand vid Lunds universitet susanne.remvall@skane.se
Utgivning:	Augusti 2022
ISBN:	978-91-987657-3-1
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habilitering. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Remvall, S. (2022). *Kvalitetsmått vid journalgranskning*. FoU-rapport 2/2022, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Depression hos ungdomar är vanligt och förekomsten har ökat markant. Tidig depression leder ofta till allvarliga konsekvenser senare i livet. Trots risk för långvariga symtom, stort lidande, låg livskvalitet och suicid, får många ungdomar med depression inte vården de behöver och har rätt till. Rekommenderade vårdprocesser används i vårdkvalitetsförbättrande syfte men kunskaperna om följsamhet och vårdkvalitet inom psykiatrisk vård för ungdomar är begränsade. Det finns heller ingen internationell konsensus kring användning av vårdkvalitetsmått eller globala kvalitetsramverk.

Retrospektiv journalgranskning med kvalitetsindikatorer används ofta i vårdkvalitetsstudier. Inom depressionsvården för ungdomar är sådana studier dock sällsynta. Metodens validitet och reliabilitet är beroende av jämförbara mått. Detta utgör bakomliggande syfte till den aktuella litteraturöversikten. Genom strukturerad sökning i forskningsdatabaser identifierades fem studier där metoden hade använts för mätning av vårdkvalitet vid depression hos ungdomar. Studierna uppvisade vissa gemensamma drag i operationaliseringen av vårdkvalitet men globala kvalitetsramverk användes inte. Trots begränsningar tillför den aktuella forskningsöversikten värdefull information som möjliggör ökad tillförlitlighet och jämförbarhet i kommande analyser av vårdkvalitetseffekter inom psykiatrisk öppenvård vid depression hos barn och ungdomar.

Förväntad nytta för patienterna är ökad vårdkvalitet, med effektivare, säkrare och mer jämlika vårdinsatser, som kan leda till minskat lidande, snabbare tillfrisknande och färre allvarliga konsekvenser vid depression.

Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har kvalitetsmått inom specialiserad psykiatrisk vård studerats. Projektet har genomförts av Susanne Remvall, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri. Hälso- och sjukvårdsstrateg fil dr Stine Thorsted har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från områdeschef Fredrik Löfgren och verksamhetschef Linda Welin. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till Linus Brorsson, bibliotekarie vid Medicinska fakultetens bibliotek, Lunds universitet och Håkan Jarbin, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri och, för värdefullt stöd i arbetet med denna rapport.

Lund augusti 2022

Daniel Lindqvist
Specialistläkare, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	7
1.1 <i>Vårdkvalitet.....</i>	<i>7</i>
1.2 <i>Rekommenderade vårdprocesser.....</i>	<i>10</i>
1.3 <i>Retrospektiv journalgranskning avseende vårdkvalitet.....</i>	<i>12</i>
2. Syfte.....	13
3. Metod.....	13
3.1 <i>Sökstrategi.....</i>	<i>13</i>
3.2 <i>Urvalskriterier.....</i>	<i>14</i>
3.3 <i>Databassökningar.....</i>	<i>14</i>
3.4 <i>Relevansbedömning.....</i>	<i>15</i>
3.5 <i>Dataabstraktion.....</i>	<i>15</i>
3.6 <i>Analys.....</i>	<i>16</i>
4. Resultat.....	17
4.1 <i>Information om studierna.....</i>	<i>17</i>
4.2 <i>Domäner och indikatorer.....</i>	<i>17</i>
4.3 <i>Förhållningssätt vid analys.....</i>	<i>19</i>
5. Diskussion.....	20
5.1 <i>Operationalisering av vårdkvalitet i inkluderade studier.....</i>	<i>20</i>
5.2 <i>Rekommenderade vårdprocesser som kvalitetsmått.....</i>	<i>21</i>
5.3 <i>Alternativa metoder för mätning av vårdkvalitet.....</i>	<i>22</i>
5.4 <i>Operationalisering av vårdkvalitet i framtiden.....</i>	<i>23</i>
5.5 <i>Studiens begränsningar.....</i>	<i>24</i>
6. Slutsatser.....	25
Referenser.....	26
Bilagor.....	33
<i>Bilaga 1. Processindikatorer tillämpliga i öppenvård vid depression hos ungdomar... 33</i>	
<i>Bilaga 2. Tematisk analys av samtliga inkluderade studier..... 34</i>	

<i>Bilaga 3. Riskmarkörer för identifiering av skador i psykiatrisk heldygnsvård</i>	38
Tidigare publikationer.....	39

1. Bakgrund

Depression hos ungdomar är vanligt och förekomsten har ökat markant. Under det senaste decenniet har andelen depressionsdiagnoser och förekomsten av depressionssymtom bland ungdomar fördubblats (Shorey m.fl., 2021; Socialstyrelsen, 2019). Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat psykisk ohälsa hos unga, och i synnerhet depression, som ett särskilt prioriterat område inom global folkhälsa (WHO, 2008; 2021). Depression är ett av de tillstånd som orsakar högst sjukdomsburda och mortalitet i världen, samt påverkar unga människors livskvalitet och funktion mest (WHO, 2008; 2014; 2017). Tidig depression leder ofta till allvarliga konsekvenser senare i livet, med betydligt högre förekomst av somatiska, psykosociala och psykiatriska problem (Leslie m.fl., 2018; Thapar m.fl., 2012; WHO, 2014). Depression ökar också avsevärt risken för suicid, som utgör den tredje vanligaste dödsorsaken bland världens ungdomar (WHO, 2014; 2017). Trots stort lidande, med risk för långvariga symtom, låg livskvalitet och suicid, får många ungdomar med depression inte den vård de behöver och har rätt till (Kilbourne m.fl., 2018; Kruk m.fl., 2018; Mora Ringle m. fl, 2019; Socialstyrelsen, 2019; WHO, 2008; 2014). Psykiatrisk vård för ungdomar lider av resursbrist, med ojämnt fördelade resurser, och vården följer inte bästa tillgängliga evidens (Kruk m.fl., 2018; Socialstyrelsen, 2019; WHO, 2008; 2014). Detta leder förutom till stort individuellt lidande också till enorma samhällsförluster (Kieling m.fl., 2011; WHO, 2008), vilket understryker betydelsen av en god vård till ungdomar med depression.

1.1 Vårdkvalitet

Vårdkvalitet är ett abstrakt begrepp som ges olika innebörd beroende på sammanhang och perspektiv (Wensing m.fl., 2020). En teoretisk definition är i vilken grad sjukvårdens insatser ökar sannolikheten för ett önskat hälsoutfall (WHO, 2005). En annan definition är hur väl verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten, enligt olika lagar och föreskrifter inklusive beslut som har fattats med stöd av dessa (Socialstyrelsen, 2012). När vårdkvalitet står i fokus för vetenskapliga studier är det därför viktigt att tydligt definiera, conceptualisera och operationalisera begreppet, utifrån aktuell och specifik kontext (Donabedian, 2005; Vassar & Holzmann, 2013; Wensing m.fl., 2020).

Vetenskap kring vårdkvalitet har länge dominerats av en modell etablerad av Donabedian (2005). Den beskriver vårdkvalitetsförändringar i tre delar: 1) Struktur: resurser, miljöer eller andra förhållanden inom organisationen; 2) Process: funktionerna i de vårdgivande aktiviteterna och systemen; och 3) Utfall: resultat och effekter för patienterna utifrån genomförda åtgärder.

Utgångspunkten för modellen är att strukturåtgärder ger effekter på processer som i sin tur påverkar utfall. Olika åtgärder behöver balanseras mellan delarna för att åstadkomma förbättrad vårdkvalitet. Patientutfall anses vara det ultimata måttet för uppnådd effektivitet och kvalitet men kan vara svårt att definiera och effekterna av olika åtgärder dröjer ofta. Processmått, som beskriver om vårdinsatser har genomförts adekvat och utifrån korrekt indikation, spelar därför en viktig roll. Kvalitetsstandarden som processmått utgår ifrån kan vara empirisk: hur vården verkligen är, eller normativ: hur vården borde vara enligt vissa förutbestämda normer. Om måtten är tillräckligt valida och reliabla kan de påvisa samband mellan olika förändringar i strukturer eller processer och specifika patientutfall. Exempel på indikatorer som används i modellens delar anges i Tabell 1.

Tabell 1. Modell för vårdkvalitetsförbättring enligt Donabedian (2005)

Strukturindikatorer (resursernas tillgång och lämplighet)	Processindikatorer (vad som genomförs och hur det görs)	Utfallsindikatorer (resultaten för patienterna)
Mänskliga resurser	Dokumentation	Funktion
Infrastruktur	Vårdinsatser	Symtom
Information	Vårdtillgång	Nöjdhet
Material	Vårdgivare	Beteenden
Teknik	Säkerhet	Livskvalitet

Egenskaper som har definierats är att kvalitetsindikatorerna behöver vara: 1) relevanta; 2) vetenskapliga; 3) användbara; och 4) genomförbara; för sjukvårdsområdet där de är tänkta att användas (Donabedian, 2005; Hermann m.fl., 2006; McGlynn, 2010; Socialstyrelsen, 2021a; Wensing m.fl., 2020). Dessa egenskaper kan vara svårförenliga och behöver ofta balanseras mot varandra (Iyer m.fl., 2016). Ett sätt att stärka indikatorers validitet är användningen av konsensusbaserade metoder (Bourré m.fl., 2008; Wensing m.fl., 2020). Dessa rekommenderas vid utveckling av såväl kvalitetsindikatorer och processindikatorer som rekommenderade vårdprocesser och kliniska riktlinjer (McGlynn, 2010; Wensing m.fl., 2020). Vanligt använda konsensusmetoder är *RAND Appropriateness Method* (RAM), Delfi-metoden, konsensusutvecklingskonferens och nominell grupp, vilka samtliga baseras på liknande principer såsom definition av ämne, litteraturöversikter, urval av experter och olika interaktionsprocesser (Bourré m.fl., 2008). Trots omfattande användning är antalet studier som har validerat metoderna begränsade, och metoderna används ofta i någon modifierad form (Bourré m.fl., 2008). För RAM finns dock viss evidens kring både validitet och reliabilitet (McGlynn, 2010).

Ett annat stöd vid mätning av vårdkvalitet är globala kvalitetsramverk, varav de två mest etablerade är *Global Standard* enligt WHO (2005) och dimensioner för vårdkvalitet enligt *Institute Of Medicine* (IOM; 2006). Dessa två ramverk överensstämmer väl med varandra, samt med de sex dimensionerna för God vård som används av Socialstyrelsen (2021a). Nämnade tre organisationers exakta benämning av de sex dimensionerna: kunskapsbaserad, säker, effektiv, jämlik, individanpassad och tillgänglig, återges i Tabell 2 tillsammans med respektive förklarande beskrivning, (IOM, 2006; Socialstyrelsen, 2021a; WHO, 2005).

Tabell 2. Globala vårdkvalitetsdimensioner enligt Socialstyrelsen (2021a), IOM (2006) och WHO (2005)

Dimension	Beskrivning
Kunskapsbaserad / Effective	Vård baserad på bästa tillgängliga kunskap enligt vetenskap och beprövad erfarenhet ska erbjudas till patienter som behöver den och kan dra nytta av den.
Säker / Safe	Vården ska vara säker och undvika att patienter skadas av vården som är avsedd att hjälpa dem. Verksamheten ska även präglas av rättssäkerhet.
Resurseffektiv / Efficient	Vården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål. Resursslöseri ska undvikas – särskilt av utrustning, förmödenheter, idéer och energi.
Jämlik / Equitable	Vårdens insatser ska erbjudas, hålla samma kvalitet och fördelas på lika villkor, med hänsyn till kön, etnicitet, geografiskt läge och socioekonomisk status.
Individanpassad / Patient-centered	Vården ska ges med respekt för och hänsyn till patientens behov, förväntningar, integritet, preferenser och värderingar, samt med möjlighet till delaktighet.
Tillgänglig / Timely	Vården ska vara tillgänglig och ges inom rimlig tid. Väntetid och ibland skadliga förseningar ska undvikas, både för mottagarna av vården och de som ger den.

En mer omfattande och specifik global kvalitetsstandard för hälso- och sjukvård riktad till ungdomar, har också lanserats av WHO (2015). Syftet med denna är att guida implementering av standardiserade metoder för kvalitetsförbättring. Implementering och utvärdering, av både detta och andra kvalitetsramverk, har dock försvårats av det mycket sparsamma vetenskapliga underlaget inom psykiatrisk vård för ungdomar (Quinlan-Davidson m.fl., 2021).

Trots växande intresse och satsningar inom området, finns en begränsad kunskap om vårdprocessers kvalitet och egentliga effekter för patienterna (Kilbourne m.fl., 2018; Quinlan-Davidson m.fl., 2021; Zima, 2020). Många studier saknar formell konceptualisering, ramar och definitioner för själva begreppet vårdkvalitet (Quinlan-Davidson m.fl., 2021). En mångfald av instrument har använts för kvalitetsmätning men bristen på specifika och kontextualiserade indikatorer är stor och konsensus har efterlysts vid upprepade tillfällen (Fisher m.fl., 2013; Hermann m.fl., 2006; Iyer m.fl., 2016; Quinlan-Davidson m.fl., 2021; Zima m.fl., 2019). Studier med syfte att identifiera gemensamma psykiatriska kvalitetsindikatorer har resulterat i ett fåtal användbara mått inom öppenvård vid depression hos ungdomar (Fisher m.fl., 2013; Hermann m.fl., 2006; Iyer m.fl., 2016; Zima m.fl., 2013). Trots fler initiativ och ökat fokus på vårdkvalitet riskerar mångfalden av begrepp och ramverk att leda till inkonsekventa bedömningar, med låg grad av jämförbarhet, vilket ytterligare försvårar omständigheterna för forskare och beslutsfattare (Leslie m.fl., 2018).

Vårdkvalitetsmätningar har också problematiserats av Socialstyrelsen (2021a), vars riktlinjespecifika processindikatorer är avsedda för uppföljning och utveckling av vårdprocesser med syftet att förbättra vårdens kvalitet och effektivitet. Indikatorerna mäts via nationella register, enligt en lagstiftning som fram till 2017 endast medgav att information om vårdinsatser utförda av läkare i specialiserad öppenvård och vårdinsatser inom heldygnsvård inhämtades och registrerades. Detta har medfört att kvalitetsregister saknas för merparten av vården vid depression hos ungdomar, och att denna därmed inte har kunnat utvärderas genom Socialstyrelsens indikatorer. Det begränsade antalet indikatorer som går att tillämpa i barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård återges i Bilaga 1. Flera andra internationella och nationella kvalitetsindikatorer omges av liknande omständigheter (NICE, 2019; OECD, 2017; Zima m.fl., 2013).

1.2 Rekommenderade vårdprocesser

Kliniska riktlinjer och standardiserade vårdprocesser (SVP) används i syfte att förbättra vården (Donabedian, 2005; Wensing m.fl., 2020). Dock är kunskapen begränsad kring följsamhet och vad relevant vårdkvalitet inom psykiatrisk vård för ungdomar egentligen är (Quinlan-Davidson m.fl., 2021; Skokauskas m.fl., 2019). Det är också oklart huruvida följsamheten till rekommenderade psykiatriska vårdprocesser för unga är associerad med reell vårdkvalitetsökning eller ett meningsfullt utfall för patienternas hälsa, som motiverar följsamhetsmätningar (Zima m.fl., 2019; Zima, 2020). Inom psykiatrisk vård för vuxna har det dock påvisats associationer mellan uppmätt följsamhet till vårdkvalitetsindikatorer och patienters självskattade förbättring av depressionssymtom (Duhoux m.fl., 2013). Standardiserade

vårdförlopp har visat sig resultera i en ökad följsamhet till riktlinjer, bättre dokumentation och upplevelser hos personalen av förbättrat samarbete, samtidigt som risk för undanträngningseffekter och ökad arbetsbelastning har identifierats (Vård- och omsorgsanalys, 2021; Wensing m.fl., 2020).

Inom Region Skåne pågår ett omfattande arbete kring SVP för utredning och behandling av flera psykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar, däribland depression (Bup Skåne, 2022). SVP för depression refererar till de nationella kliniska riktlinjerna och de är samtliga tänkta att säkra en relevant, kostnadseffektiv och likvärdig vård, utifrån bästa tillgängliga kunskap enligt forskning och beprövad erfarenhet. Innehållet är grundat på internationella riktlinjer, systematiska översikter och metaanalyser, eller klinisk konsensus, med avsikt att tillhandahålla ett tydligt kliniskt stöd där en lättillgänglig, bred och systematisk utredning betonas (Bup Skåne, 2022; Jarbin m.fl., 2014; Socialstyrelsen, 2021a). Inom psykiatrisk vård möjliggör det tvärprofessionella arbetet flera kompletterande perspektiv, men det finns också skillnader mellan olika professioners attityder, normer och värderingar som kan inverka på följsamheten till rekommenderade vårdprocesser (Danielson m.fl., 2019; Wensing m.fl., 2020; Williams & Beidas, 2019). Många rekommenderade vårdprocesser förespråkar grundliga utredningar och förutsätter att samma vårdpersonal ansvarar för utredning, behandling och utvärdering (Bup Skåne, 2022; Jarbin m.fl., 2014; Socialstyrelsen, 2021a). Detta försvåras av resursbrist och variation i kompetens hos vårdpersonalen (Hermens m.fl., 2015; Socialstyrelsen, 2019; Wensing m.fl., 2020). Inom svensk barn- och ungdomspsykiatri har det blivit allt svårare att rekrytera personal med lämplig kompetens och erfarenhet. Uppdraget har i verksamheterna också upplevts som oklart och svårförenligt med en god och säker vård (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2017). Trots stort engagemang för utveckling och samstämmighet kring evidensbaserade metoder, försvåras resursbrister implementeringen av rekommenderade vårdprocesser (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2017; Vård- och omsorgsanalys, 2021; Wensing m.fl., 2020).

Publicering och passiv spridning av rekommenderade vårdprocesser och kliniska riktlinjer har ensamt visat sig vara ineffektivt för att åstadkomma förändringar i vården (Wensing m.fl., 2020). Genom särskilda insatser för implementering kommer nya metoder snabbare och i högre omfattning till användning (Wensing m.fl., 2020). Inom implementeringsforskningen är *Implementation Outcomes Framework* (IOF) ett etablerat ramverk (Proctor m.fl., 2011). Detta delar in implementeringsprocessens utfall i tre områden: 1) Implementeringsutfall, relaterat till implementeringsprocessen och dess förmedlande faktorer; 2) Organisationsutfall, relaterat till vårdprocesserna; och 3) Klientutfall, relaterat till implementeringens effekter för patienterna. Inom ramverket IOF likställs organisationsutfallet med dimensionerna för

vårdkvalitet enligt IOM (2006; Proctor m.fl. 2011). Dimensionerna inom de tre utfallsområdena återges i Tabell 3. Områdena är rekommenderade att utvärderas i angiven följd men många studier kring implementering inom vården redovisar enbart det första, implementeringsutfallet, medan de två senare: organisationsutfall och klientutfall, sällan anges (Allen m.fl., 2020).

Tabell 3. Utfallsområden i implementeringsprocesser enligt IOF (Proctor m.fl., 2011)

1) Implementeringsutfall	2) Organisationsutfall*	3) Klientutfall
Acceptans	Kunskapsbaserig	Nöjdhet
Adoption	Säkerhet	Funktion
Lämplighet	Effektivitet	Symptom
Kostnad	Jämlikhet	
Genomförbarhet	Individanpassning	
Följsamhet	Tillgänglighet	
Institutionalisering		
Vidmakthållande		

*Enligt IOM (2006).

1.3 Retrospektiv journalgranskning avseende vårdkvalitet

Retrospektiv journalgranskning möjliggör effektstudier av vårdföreteelser som inte är lämpade för randomiserade prospektiva studier (Worster & Haines, 2004). Metoden används ofta vid frågeställningar av deskriptiv karaktär och har kommit att bli standardmetoden vid vetenskapliga studier av vårdkvalitet (Gearing m.fl., 2006; Vassar & Holzmann, 2013). En särskild variant utgörs av den markörbaserade journalgranskningen, som främst är avsedd för systematisk identifiering av risker och skador inom heldygnsvård (Socialstyrelsen, 2021b). För att leda fram till meningsfulla resultat behöver operationaliseringen av begreppet vårdkvalitet – det teoretiska begreppets överensstämmelse med konkreta variabler, samt hur dessa sedan mäts, analyseras och redovisas – vara valid och reliabel. Vid retrospektiv journalgranskning operationaliseras begreppet som mäts i två steg (Gearing m.fl., 2006; Vassar & Holzmann, 2013). I ett första steg identifieras och definieras undersökningsvariablerna. Konsensusbaserade metoder kan då vara användbara (Bourré m.fl., 2008). I det andra steget identifieras genom en litteraturoversikt hur olika jämförbara studier har operationaliserat samma teoretiska begrepp med liknande variabler. Användning av överensstämmande metoder för operationalisering leder till en ökad validitet och reliabilitet (Vassar & Holzmann, 2013; Gearing m.fl., 2006). För vårdkvalitet vid depression hos ungdomar kompliceras tillvägagångssättet dock av att få studier tycks ha använt metoden.

I Sverige pågår ett flerårigt multicenterforskningsprogram som studerar effekter av en klinisk riktlinje för depression, samt dess implementering, inom psykiatrisk öppenvård vid depression hos barn och ungdomar (Jarbin m.fl., 2020). Kliniker inom Region Skåne deltar i forskningsprogrammet, där vårdkvalitetseffekter mäts genom granskning av kvalitetsindikatorers förekomst i patientjournaler, före och efter en multimodal strukturerad implementeringsintervention. Vårdkvalitetsindikatorerna utgår från de nationella rekommenderade vårdprocesserna (Jarbin m.fl., 2014; Socialstyrelsen, 2021a), som också överensstämmer med gällande regionala standardiserade vårdprocesser (Bup Skåne, 2022). Utöver detta projekt, utvecklas inom skånsk barn- och ungdomspsykiatri nya former av insatser relaterade till SVP för depression. I anslutning till de kommande implementeringsinsatserna är ökad kunskap om kvalitetsmått för området av stor betydelse (Wensing m.fl., 2020). Dock har ingen forskningsöversikt kring operationalisering av vårdkvalitet vid retrospektiv journalgranskning av depressionsvård för ungdomar, hittills identifierats i befintlig litteratur.

2. Syfte

Denna forskningsöversikt syftar till att identifiera och analysera hur tidigare studier har operationaliserat begreppet vårdkvalitet i retrospektiv journalgranskning av depressionsvård för ungdomar, samt om studiernas operationalisering har relaterats till något etablerat kvalitetsramverk.

3. Metod

En systematisk litteratursökning och granskning genomfördes enligt metod från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2020).

3.1 Sökstrategi

Ansatsen var att genomföra en strukturerad sökning, med hög precision för målgrupp, studiedesign, utfallsmått och jämförbarhet. Sökstrategin utformades i samråd med bibliotekarie. Initialt genomfördes testsökningar, varefter strategin justerades och relevanta databaser valdes ut: PubMed, CINAHL och PsycInfo. Sökblock med söktermer utformades via fritextord, termer från relevanta artiklar och indexeringsord i de aktuella databaserna. Sensitiviteten kalibrerades med hjälp av kända artiklar som sökningens ämne omfattade (Ellis m.fl., 2019; Hermens m.fl., 2015; Pile m.fl., 2020). Artiklarna identifierades huvudsakligen genom sökningar i databaserna. Som komplement eftersöktes även artiklar via granskning av referenslistor för kända studier (Ellis m.fl., 2019; Hermens m.fl., 2015; Pile m.fl., 2020).

3.2 Urvalskriterier

Utifrån syftet med studien behövde identifierade artiklar för att inkluderas: 1) omfatta ungdomar i åldern 13 – 17 år, diagnostiserade med depression; 2) avse vårdens kvalitet inom psykiatrisk öppenvård för depression; samt 3) vara genomförda med metoden retrospektiv journalgranskning, med kvantitativa kvalitetsmått enligt kliniska riktlinjer, indikatorer eller liknande. Inklusionskriterierna bestämdes utifrån att vård vid vuxendepression och heldygnsvård för ungdomar inte är likvärdig med öppenvård för ungdomar (Socialstyrelsen, 2021a). Exkluderade blev studier av depressionsvård vid: 1) avgränsade somatiska, psykiatriska och sociala tillstånd och situationer; 2) uteslutande läkarinsatser inom primärvård eller motsvarande nivå; och 3) enbart farmakologisk behandlingsinsats. Ingen tidsavgränsning gjordes. Depressionsvård vid enskilda sjukdomstillstånd eller sociala förhållanden ansågs inte vara jämförbar med övrig öppenvård vid ungdomsdepression. Primärvårdsstudier kunde inkluderas om vården var jämförbar. Studier med enbart fokus på farmakologi ansågs däremot inte vara representativa, då detta inte är rekommenderat som första behandlingsval för ungdomar (Bup Skåne, 2022; Jarbin m.fl., 2014; Socialstyrelsen, 2021a). Kriterierna användes i utförandet av sökstrategi, sökning och stegvist manuellt urval.

3.3 Databassökningar

Sökningarna i databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo, genomfördes samma dag. Sökordning, med detaljerade uppgifter, återfinns i Tabell 5.

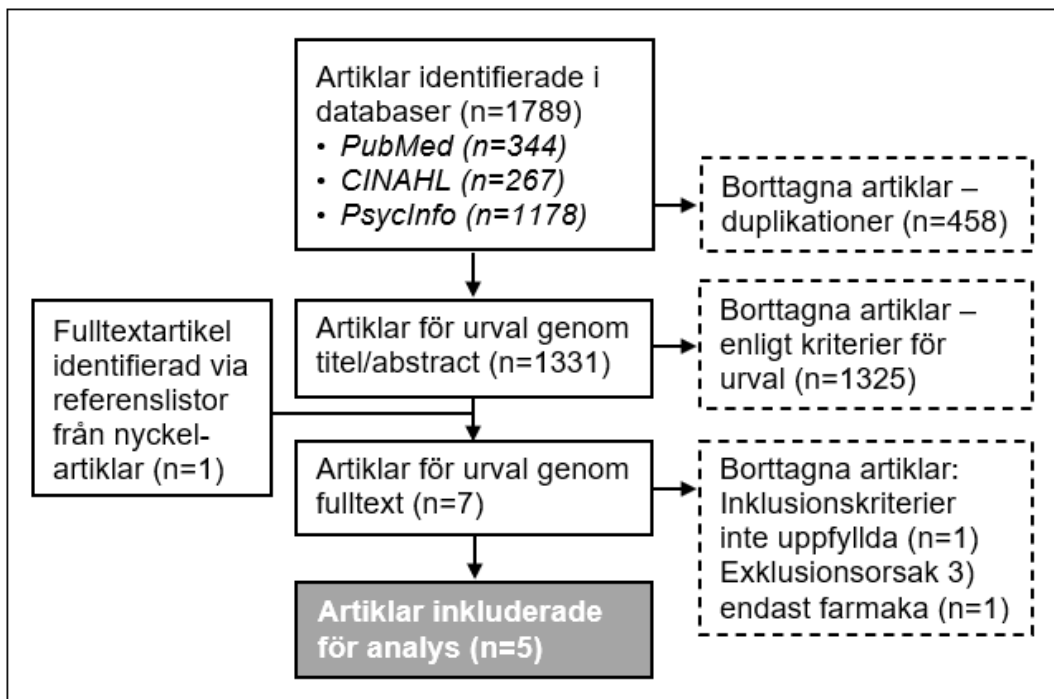
Tabell 5. Sökningar i tre olika databaser 2022-01-04 – med antal sökträffar

Nr.	Söktermer i titel eller abstract	PubMed	CINAHL	PsycInfo
#1	adolescen* OR child* OR young people OR young adults	1 791 348	677 747	936 773
#2	depression OR depressive disorder	391 542	145 273	282 859
#3	assessing OR assessment OR guideline*	3 671 559	610 113	491 130
#4	quality of care OR care quality OR safe care OR evaluation OR adherence	1 492 712	517 164	336 394
#5	medical record review OR retrospective chart review OR records OR data	4 429 402	1 032 047	5 864 250
#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	344	267	1 178

3.4 Relevansbedömning

Relevanta artiklar selekterades utifrån tidigare beskrivna urvalskriterier. Det stegvisa manuella urvalet genomfördes av rapportens författare, utifrån informationen i identifierade artiklars titel eller abstract, och därefter genom läsning av fulltext. Referenslistorna för de tre nyckelartiklarna (Ellis m.fl., 2019; Hermens m.fl., 2015; Pile m.fl., 2020), kontrollerades enligt samma princip för att identifiera eventuella ytterligare artiklar. Sökningen kompletterades i det senare steget med en fulltextartikel, som vid senare genomgång av fulltext inte visade sig möta urvalskriterierna och därför blev exkluderad (Hetrick m.fl., 2012). Eftersom litteraturöversiktens fokus gällde operationaliseringsmetoder för vårdkvalitet, och inte själva utfallet, ansågs en evidensgradering av studierna inte vara användbar, nödvändig eller relevant. Urvalsprocessen i helhet finns återgiven i Figur 1.

Figur 1. Identifiering och urval av vetenskapliga artiklar för analys



3.5 Dataabstraktion

Utifrån den aktuella litteraturöversiktens syfte, bestämdes på förhand att följande information skulle abstraheras från de olika inkluderade artiklarna: 1) grundläggande data som författare, publikationsår och studienation;

2) information om studien, såsom standard, riktlinje eller norm från vilken kvalitetsmått utgick, patientgruppens ålder, antal inkluderade patienter och använd konsensusmetod vid operationaliseringen av vårdens kvalitet; 3) kvalitetsindikatorer i journaler, med förekomst och domänindelning; och 4) relevanta uppgifter kring förhållningssätt vid analys och redovisning av resultat, inklusive om studien relaterade kvalitetsindikatorer eller domäner till något etablerat globalt kvalitetsramverk enligt WHO (2005) eller IOM (2006). Rapportens författare abstraherade data, varefter en översiktlig kontroll av inkluderade studier och abstraherade data genomfördes av handledaren.

Den systematiska litteratursökningen identifierade totalt 1332 unika artiklar, via de tre valda databaserna (n=1331) och nyckelartiklarnas referenslistor (n=1). Av dessa mötte fem artiklar litteraturöversiktens urvalskriterier. Sammantaget var databassökningens precision 0,4% (5 / 1331), eftersom samtliga inkluderade artiklar återfanns bland de 1331 unika artiklarna som identifierades i databaserna. Känsligheten, *Recall*, var 100% (5 / 5), då samtliga inkluderade artiklar identifierades genom databaserna. Tre av de fem inkluderade artiklarna återfanns i samtliga databaser (Ellis m.fl., 2019; Hermens m.fl., 2015; Pile m.fl., 2020). De två övriga identifierades i CINAHL (Kramer m.fl., 2008), respektive PsycInfo (Zima m.fl., 2005). Sökutfallet för databaserna anges i Tabell 6.

Tabell 6. Sökningarnas precision och känslighet för respektive databas

Databas	Precision (P) *	Känslighet, <i>Recall</i> (R) *
PubMed	3/344 = 0,0087 → 0,9%	3/5 = 0,6 → 60%
CINAHL	4/267 = 0,0149 → 1,5%	4/5 = 0,8 → 80%
PsycInfo	4/1178 = 0,0034 → 0,3%	4/5 = 0,8 → 80%

* P = Andel inkluderade av antalet identifierade artiklar i databasen

R = Andel inkluderade artiklar från databasen av samtliga inkluderade

3.6 Analys

Antalet inkluderade studier var få och studierna uppvisade en låg grad av homogenitet. Därför ansågs resultatet lämpligast kunna återges enligt en tematisk analys, med kvantitativa och kvalitativa beskrivningar, utifrån de på förhand definierade områdena för dataabstraktion.

4. Resultat

Fullständiga abstraherade data från studierna återges, enligt en tematisk analys, i Bilaga 2. De inkluderade artiklarna uppfyllde alla urvalskriterier och var publicerade under tidsperioden 2005 – 2020. Studierna hade genomförts inom: Storbritannien, Australien, Nederländerna eller USA. Merparten av internationellt publicerade kliniska riktlinjerna inom området har ursprung i dessa nationer, som får anses ha en väl utbyggd psykiatrisk vård för ungdomar (Birmaher m.fl., 2007; Hickie m.fl., 2019; NICE, 2019).

Majoriteten av studier som inte inkluderades i litteraturoversikten berörde vuxna patienter, ungdomar med annan psykiatrisk diagnos än depression eller andra metoder än journalgranskning utifrån vårdkvalitetsindikatorer. Av den mindre andel studier som berörde depressionsvård för ungdomar, exkluderades större delen utifrån fokus på depressionsvård vid vissa specifika tillstånd. Bland dessa fanns depression vid specifika somatiska tillstånd inom neurologi, onkologi, endokrinologi eller kardiologi, men även depression i kombination med social utsatthet, såsom vid övergrepp eller bristande omsorg av olika karaktär. I nämnda studier var vårdinsatserna i princip enbart inriktade mot det associerade tillståndet, inte depressionen. Det fåtal studier som inte exkluderades av övriga skäl visade sig enbart beröra farmakologisk behandling och exkluderades av den anledningen.

4.1 Information om studierna

Kvalitetsindikatorerna baserades i tre av studierna på nationella riktlinjer (Ellis m.fl., 2019; Hermens m.fl., 2015; Pile m.fl., 2020). I de övriga två användes kvalitetsindikatorer som hade utvecklats på annat sätt (Kramer m.fl., 2008; Zima m.fl., 2005). Studierna omfattade tillsammans patienter i åldrarna 0 – 21 år. Antal granskade patientjournaler varierade mellan 90 och 655, med medianvärdet 208. Två studier beskrev att en etablerad konsensusmetod hade använts i operationaliseringen (Ellis m.fl., 2019; Zima m.fl., 2005). Övriga beskrev annan validitet vilken återges i Bilaga 2.

4.2 Domäner och indikatorer

Tre av de fem studierna hade fördelat kvalitetsindikatorerna till olika domäner (Ellis m.fl., 2019; Hermens m.fl., 2015; Zima m.fl., 2005). Antalet domäner varierade mellan två och sex. Domänerna berörde två huvudsakliga områden, bedömning och behandling med uppföljning. Antalet indikatorer inom domänerna varierade mellan en och nio. En av nämnda tre studier redovisade ytterligare sex indikatorer som saknade domäntillhörighet (Ellis m.fl., 2019). De två studierna som inte fördelade indikatorer inom olika domäner redovisade totalt sju respektive sex

kvalitetsindikatorer (Kramer m.fl., 2008; Pile m.fl., 2020). Domäner med indikatorantal återges i Tabell 7. Detaljerad information återfinns i Bilaga 2.

Tabell 7. Studiernas domäner för vårdkvalitet med antal indikatorer

Författare År	Domäner för bedömning	Domäner för behandling inklusive uppföljning	Totalt antal indikatorer
Pile m.fl. 2020	–	–	6
Ellis m.fl. 2019	Bedömning (5)	Behandling och uppföljning (4)	15 (SIC!)
Hermens m.fl. 2015	Diagnostik (1) Bedömning av svårighetsgrad (1)	Stegvis vård (4) Monitorering och justering av behandlingsvar (3)	9
Kramer m.fl. 2008	–	–	7
Zima m.fl. 2005	Bedömning (9)	Basala vårdprinciper (4) Psykosocial behandling (1) Farmakologisk behandling (1) Säkerhet – patientskydd (3) Säkerhet – farmakologi (6)	24

Antalet indikatorer som redovisades i de fem studierna varierade mellan sex och 24, med medianvärde nio. Bland indikatorerna fanns vissa genomgående teman, sammanställda i Tabell 8. Indikatorer för val av lämplig behandling redovisades i alla studier, både avseende psykoterapi och farmakologi. Fyra av fem studier hade undersökt indikatorer rörande suicidriskbedömning samt behandling och monitorering. I tre studier förekom indikatorer relaterade till bedömning (Hermens m.fl., 2015; Kramer m.fl., 2008; Zima m.fl., 2005), psykoedukation (Ellis m.fl., 2019; Pile m.fl., 2020; Zima m.fl., 2005), samt familjeomständigheter (Ellis m.fl., 2019; Kramer m.fl., 2008; Zima m.fl., 2005). Ingen av dessa indikatorer var gemensam. I studierna där även farmakologisk behandling var inkluderad redovisades flera olika relaterade indikatorer. Dessa avsåg korrekt val, skriftligt godkännande, muntlig eller skriftlig information, frekvens för uppföljning och olika parametrar kring uppföljning (Ellis m.fl., 2019; Pile m.fl., 2020; Zima m.fl., 2005). Av dessa indikatorer var endast uppföljning av biverkningar gemensam. Detaljerad information återfinns i Bilaga 2.

Tabell 8. Sammanställning av indikatorer enligt gemensamma teman

Författare År	Suicidrisk- bedömning	Behandling och monitorering	Psyko- terapi- behandling	Farmaka- behandling
Pile m.fl. 2020	–	Minst en gång per vecka vid farmaka	Första insats	Endast vid psyko- terapi
Ellis m.fl. 2019	Plan för säkerhet	Mål för vården Funktion hemma Funktion i skolan	Första insats	Ej första behandling
Hermens m.fl. 2015	Suicidal intention	–	Tilläggsinsats	Vid svår depression
Kramer m.fl. 2008	Suicidrisk	Minst 8 gånger per halvår	Minst en KBT- komponent	Förskrivet
Zima m.fl. 2005	Suicidrisk	Minst en gång per månad Vård utifrån risk	Minst en gång per månad	Enligt korrekt indikation

4.3 Förhållningssätt vid analys

Samtliga fem studier redovisade följsamhet till kvalitetsindikatorer som den proportionella andelen godkända indikatorer i patientjournalerna. Vissa indikatorer var endast tillämpbara för en mindre andel patientjournaler. Samtliga studier beräknade därför andelen godkända indikatorer utifrån den delpopulation för vilken indikatorn var tillämplig. Som exempel gällde det indikatorer relaterade till farmakologisk behandling men kunde även röra sig om andra insatser som inte var generella. Två studier analyserade utöver följsamhet till indikatorer även följsamhet till domänerna (Ellis m.fl., 2019; Zima m.fl., 2005). Den ena ställde kravet att samtliga indikatorer i domänen måste vara godkända för att uppfylla domänföljsamhet (Ellis m.fl., 2019). Den andra hade definierat ett gränsvärde för *sannolikt acceptabel vård*, ≥ 75 :e percentilen för varje indikator och domän (Zima m.fl., 2005). Ingen av studierna relaterade operationalisering eller resultatredovisning av vårdkvalitet till något etablerat kvalitetsramverk (IOM, 2006; WHO, 2005). Noggrannheten i beskrivning av metoderna skiljde sig åt vilket försvårade jämförelser av analytiskt förhållningssätt.

5. Diskussion

Denna litteraturöversikt hade ambitionen att genomföra en uttömmande och systematisk sökning, med en hög precision. Sökningarnas känslighet, *Recall*, och precision antyder att de var uttömmande och bör ha identifierat flertalet tillgängliga studier inom området. Trots det identifierades endast fem studier som uppfyllde urvalskriterierna. Merparten av de studier som inte inkluderades berörde vuxna patienter, andra psykiatriska diagnoser eller andra metoder för vårdkvalitetsbedömning. En mindre andel studier exkluderades då depressionsdiagnosen inte utgjorde huvudsakligt fokus för vården, och ett fåtal då de uteslutande berörde farmakologisk vård. Således är det troligt att denna typ av studier är mycket sällsynta inom specialiserad psykiatrisk öppenvård av depression hos ungdomar. Retrospektiv journalgranskning är en resurskrävande metod, vilket sannolikt bidrar till att så få studier har genomförts inom området.

5.1 Operationalisering av vårdkvalitet i inkluderade studier

Operationaliseringen av vårdkvalitet beskrevs mycket sparsamt i de fem inkluderade studierna. Samtliga studier redovisade andelen godkända indikatorer endast utifrån patientjournaler där de de ansågs vara aktuella. Detta tillvägagångssätt är tilltalande eftersom en och samma åtgärd kan vara adekvat utifrån vissa förutsättningar, såsom tidigt ställningstagande till farmakologisk behandling vid svår depression, men inadekvat under andra omständigheter, exempelvis vid lindrig depression. Tre av studierna använde enstaka och förhållandevis grova mått för vårdkvalitet (Hermens m.fl., 2015; Kramer m.fl., 2008; Pile m.fl., 2020). De två övriga använde betydligt fler mått, vilka var mer detaljerade och inbegrep fler aspekter av vårdkvalitet (Ellis m.fl., 2019; Zima m.fl., 2005). Gemensamma drag för studiernas indikatorer var behandlingsval, monitorering av behandling och suicidriskbedömning. Få indikatorer beskrevs på samma sätt, vilket försvårade jämförelserna. De tre studierna som redovisade indikatorer i domäner hade endast gemensamt att domänerna kunde associeras till bedömning eller behandling (Ellis m.fl., 2019; Hermens m.fl., 2015; Zima m.fl., 2005). Därmed bekräftades den oenighet som tidigare studier redan har påvisat (Fisher m.fl., 2013; Hermann m.fl., 2006; Iyer m.fl., 2016; Quinlan-Davidson m.fl., 2021; Zima m.fl., 2019).

Studiernas kvalitetsindikatorer var framtagna genom processer för vilka något slag av validitet beskrevs, men själva processerna var mycket varierande. De två studierna som beskrev användning av etablerade konsensusmetoder var också de som redovisade utfall för flest antal indikatorer (Ellis m.fl., 2019; Zima m.fl., 2005). Det kan röra sig om ett slumpmässigt samband, men en annan förklaring kan vara att dessa två

studier generellt beskrev metoderna på ett mer detaljerat sätt. Nämnda två studier hade även redovisat definitioner för domänföljsamhet, där den ena normativt definierade att samtliga indikatorer inom domänen måste vara godkända (Ellis m.fl., 2019). Den andra studien definierade empiriskt vad som ansågs vara *sannolikt acceptabel vård*, genom gränsvärdet för den 75:e percentilen inom resultatets spridningsmått (Zima m.fl., 2005). Det senare kan vara problematiskt eftersom gränsen för god vårdkvalitet inte definieras på förhand och måttet därmed blir beroende av mätningen. Samtidigt riskerar en hög normativ standard, enligt den förra studien (Ellis m.fl., 2019), att resultera i en onyanserad bild av följsamhet. Alternativet kan vara en lägre normativ gräns för godkänd följsamhet, exempelvis 75% godkända indikatorer, eller en kombinerad empirisk och normativ gräns.

Ingen av studierna relaterade vårdkvalitetsmått till något etablerat globalt kvalitetsramverk, enligt WHO (2005) eller IOM (2006). Därmed bekräftades att användningen av dessa ramverk är sällsynt (Fisher m.fl., 2013; Iyer m.fl., 2016; Leslie m.fl., 2018; Quinlan-Davidson m.fl., 2021). Det är också svårt att i efterhand applicera något av kvalitetsramverken utifrån de befintliga indikatorerna. Sannolikt behöver ramverket finnas med tidigt i operationaliseringsprocessen, som utgångspunkt vid utformningen av lämpliga kvalitetsmått. Då kan det även utgöra en kontrollfunktion för att alla kvalitetsdimensioner omfattas, vilket är det som rekommenderas i implementeringsforskningen (Proctor m.fl., 2011; Wensing m.fl., 2020).

5.2 Rekommenderade vårdprocesser som kvalitetsmått

Att använda rekommenderade vårdprocesser som utgångspunkt för mätning av vårdkvalitet har fördelen att dessa i hög grad bygger på bästa tillgängliga kunskap samt ofta ger tydliga beskrivningar kring specifika insatser och när dessa bör tillämpas (Birmaher m.fl., 2007; Hickie m.fl., 2019; Jarbin m.fl., 2014; NICE, 2019; Socialstyrelsen, 2021a; Wensing m.fl., 2020). Detaljerade processer som utgår från patienters olika förutsättningar är svårare att avläsa i andra slag av administrativa system än patientjournaler, varför detta sannolikt är skälet till att retrospektiv journalgranskning är den etablerade metoden i studier av vårdkvalitet (Gearing m.fl., 2006; Vassar & Holzmann, 2013). Inte minst tydliggörs det i depressionsvården för ungdomar, där insatserna som i första hand rekommenderas inte utgörs av specifik psykoterapi eller farmakologi (Birmaher m.fl., 2007; Hickie m.fl., 2019; Jarbin m.fl., 2014; NICE, 2019; Socialstyrelsen, 2021a). För att kunna identifiera kvalitetsindikatorer krävs då ingående journalgranskning. Alternativet är en direkt observation av vårdprocessen, men detta är ofta kostsamt och observationen riskerar dessutom att påverka utförandet av vårdprocessen (Donabedian, 2005).

Rekommenderade vårdprocesser är tänkta att säkra en god vårdkvalitet för den avsedda patientgruppen, vilket inte får förväxlas med en god vårdkvalitet för individuella patienter. Detta kan utgöra ett problem vid kvalitetsmätning enligt riktlinjer och SVP. Individuella kliniska situationer är svåra att på förhand definiera och operationalisera via indikatorer. Utifrån vissa kliniska omständigheter kan den mest kvalitativa insatsen uppnås genom avsteg från de rekommenderade vårdprocesserna (Hickie m.fl., 2019; Kilbourne m.fl., 2018). Mätningar med indikatorer som utgår ifrån rekommenderade vårdprocesser riskerar då att bli missvisande. Det kan också finnas felkällor som att vården inte dokumenteras på önskvärt eller förväntat sätt, vilket inte behöver vara likställt med bristande vårdkvalitet. Frågan är då om det som mäts är vårdens eller dokumentationens kvalitet. Samtidigt bör det påtalas att god dokumentation, enligt flertalet riktlinjer, är en viktig vårdkvalitetskomponent i sig (Ellis m.fl., 2019; Kramer m.fl., 2008; NICE, 2019; Pile m.fl., 2020; Socialstyrelsen, 2021a; Zima m.fl., 2005).

5.3 Alternativa metoder för mätning av vårdkvalitet

Inledningsvis nämndes att vetenskapen kring vårdkvalitet länge har utgått från modellen av Donabedian (2005): 1) Struktur; 2) Process; och 3) Utfall; där exempel på indikatorer gavs i Tabell 1. Dessutom introducerades ramverket IOF, som ofta används i studier av implementeringsprocesser: 1) Implementeringsutfall; 2) Organisationsutfall; och 3) Klientutfall; som återgavs i Tabell 3 (IOM, 2006; Proctor m.fl., 2011). Inom de nämnda kvalitetsramverken kompletterar olika kvalitetsmått, mätinstrument och metoder varandra, med syftet att så fullständigt som möjligt beskriva vårdkvalitet. En förutsättning för att lyckas med detta är medvetenhet om vad olika kvalitetsmått, mätinstrument och metoder egentligen mäter, hur resultaten tolkas och hur de kompletterar varandra (Kilbourne m.fl., 2018).

Patienters och vårdpersonals egna skattningar av upplevd vårdkvalitet, kan vara värdefulla komplement till processindikatorer men förutsätter liksom andra mätningar att metoder med tillräckligt hög validitet används (Wensing m.fl., 2020). Vid låg kännedom hos den som skattar, om det vetenskapliga stödet för olika slags vårdinsatser riskerar den typen av mätningar annars att bli missvisande. Upplevd frustration eller besvikelse över uteblivna behandlingseffekter betyder inte alltid att vården har brustit i kvalitet, medan bemötandet av upplevelsorna får anses utgöra en viktig vårdkvalitetskomponent. Psykiatriska tillstånd har olika svårighetsgrad, prognoser skiljer sig åt och faktorer utanför de kliniska vårdprocesserna inverkar på utfallet för patienterna (Donabedian, 2005). Svårigheter att kontrollera för alla strukturer och processer som inverkar på utfallet för patienterna gör att processindikatorer för vårdkvalitet behöver användas och ofta är av avgörande betydelse för forskningen (Kilbourne m.fl., 2018).

Vårdprocesser mäts ofta genom indikatorer som är avsedda för andra administrativa system än patientjournalers text, såsom exempelvis processindikatorerna från Socialstyrelsen (2021a). De är av nödvändighet mindre detaljerade än indikatorer som används vid journalgranskning. Samtidigt möjliggör de mätning av processer för ett stort antal patienter över lång tid (Kilbourne m.fl., 2018). Tillförlitliga resultat förutsätter att de vårdprocesser som avses mätas blir registrerade i administrativa system. I verksamheter med resursbrist riskerar sådan registrering att åsidosättas till förmån för utförandet av vårdprocesserna, som av vårdpersonalen ofta uppfattas som mer meningsfullt (Kilbourne m.fl., 2018). Där har studier kring läkemedelsbehandling fördelen att många uppgifter kan avläsas genom administrativa system: diagnoskoder, läkemedelsförskrivning och besöksbokning (Kilbourne m.fl., 2018; Socialstyrelsen, 2021a). Kodning av diagnoser anger dock inte hurvida den diagnostiska bedömningen har varit av god kvalitet. Likaså anger registrerade vårdprocesskoder sällan något alls om processens kvalitet, endast att den är utförd. När enstaka processindikatorer mäts finns också risk för undanträngningseffekter, eftersom vårdpersonalen då inte i lika hög grad uppmuntras att utföra andra vårdprocesser (Kilbourne m.fl., 2018; Wensing m.fl., 2020). Den specifika metoden markörbaserad journalgranskning, vars främsta syfte är att identifiera risker och skador i heldygnsvård (Socialstyrelsen, 2021b), är av begränsat värde inom psykiatrisk öppenvård vid depression hos unga då dess riskmarkörer främst berör kvalitetsramverkens dimension säker vård (IOM, 2006; WHO, 2005). Riskmarkörer för denna återges i Bilaga 3.

5.4 Operationalisering av vårdkvalitet i framtiden

Mångfalden av kvalitetsbegrepp och ramverk riskerar som tidigare nämndes att leda till inkonsekventa bedömningar, med låg grad av jämförbarhet, och vetenskaplig konsensus har efterlysts vid upprepade tillfällen (Fisher m.fl., 2013; Iyer m.fl., 2016; Leslie m.fl., 2018; Quinlan-Davidson m.fl., 2021). Konsensus kring hur vårdkvalitet lämpligast operationaliseras behöver successivt utvecklas genom vetenskapliga studier, vilket innebär att studier i högre grad behöver relatera indikatorer både till tidigare studier och de globala kvalitetsramverken (IOM, 2006; WHO, 2005). Bristen på valida indikatorer, som har operationaliserats i likhet med andra studier, riskerar annars att leda till vårdkvalitetsmätningar som bidrar till ytterligare förvirring. De globala vårdkvalitetsramverken som återgavs i Tabell 2 (IOM, 2006; WHO, 2005), kan möjliggöra jämförelse av vårdkvalitet mellan sjukdomstillstånd, behandlingar, sjukvårdsområden, åldersgrupper, kulturer, världsdelar och socioekonomiska förhållanden. Detta är inte minst värdefullt eftersom rekommenderade vårdprocesser vid depression skiljer sig åt beroende på patientens ålder (Socialstyrelsen, 2021a). Samma specifika kvalitetsmått kan då svårigen användas, medan globala kvalitetsdimensioner kan leda till ökad jämförbarhet.

Hur de globala vårdkvalitetsdimensionerna: kunskapsbaserad, säker, effektiv, jämlik, individanpassad och tillgänglig, förklarade i Tabell 2, bäst kan representeras av olika vårdkvalitetsdomäner och indikatorer är dock inte lätt att utröna. Svårigheter som uppstår är att flera domäner och indikatorer kan anses vara relaterade till mer än en dimension. Vissa aspekter av dimensionerna kan också lämpligare och enklare mätas genom andra metoder än retrospektiv journalgranskning, vilket påvisar betydelsen av kompletterande metoder. Oavsett svårigheterna, kommer användningen av globala kvalitetsramverk i framtida vetenskapliga studier att bli nödvändig för att tillgodose den efterlysta kunskapsutvecklingen (Fisher m.fl., 2013; Iyer m.fl., 2016; Leslie m.fl., 2018; Quinlan-Davidson m.fl., 2021; Zima m.fl., 2019; WHO & UNAIDS, 2015). Svårigheterna kan i sig anses betona vikten av att relatera kvalitetsindikatorer till de globala ramverken (IOM, 2006, WHO, 2005). Användningen av dimensioner för vårdkvalitet är också av betydelse relaterat till implementeringsforskningen som ofta utgår från kvalitetsramverket IOF, där organisationsutfall likställs med vårdkvalitetsdimensioner enligt IOM (2006; Proctor m.fl., 2011).

Kvalitetsindikatorer operationaliseras med olika målsättningar och för data med mycket varierande tillgänglighet. Det gäller inte minst psykiatrisk vård vid depression hos ungdomar (Socialstyrelsen, 2021a). Mycket kan vinnas om vetenskapliga samband påvisas mellan olika detaljerade nivåer av processindikatorer, hälsoutfall, kvalitetsramverk och subjektiva skattningar av vårdkvalitet (Iyer m.fl., 2016; Kilbourne m.fl., 2018; Kruk m.fl., 2018; Vård- och omsorgsanalys, 2021; Zima m.fl., 2019; Zima, 2020). Det kan förenkla framtida operationalisering och mätning av vårdkvalitet med en samtidig hög validitet. I annat fall finns risk att indikatorer med låg validitet används för enkelhetens skull, vilket kan leda till negativa konsekvenser om mätningarna ligger till grund för att exempelvis rikta sjukvårdsresurser. Nya elektroniska system för journaldokumentation skulle eventuellt kunna möjliggöra framtida effektivare detaljerade mätningar med hög validitet.

5.5 Studiens begränsningar

En utmaning i denna systematiska översikt var det begränsade antalet studier inom området och den bristande homogeniteten dem emellan. Detta ledde till stora svårigheter att dra generella slutsatser kring lämpliga specifika kvalitetsmått, även om vissa gemensamma nämnare fanns. Sökstrategin kan ha begränsat identifiering av tillgängliga studier då terminologin för området har uppvisat stor variation mellan olika studier. Detta motvisas dock i viss mån av sökningarnas känslighet eller *Recall*. Inklusion av andra psykiatriska tillstånd än depression hade kunnat bidra med värdefull information men hade samtidigt krävt en mer omfattande studie. Genom att endast en person ansvarade för urval och granskning

riskerade relevanta studier att förbises. Samtidigt fanns tidigare kännedom om tillgänglig litteratur, som ingående hade diskuterats med sakkunniga.

Studierna som inkluderades var alla genomförda i länder med en sannolikt väl utvecklade psykiatriska vårdinsatser för ungdomar. Studiens resultatet kan därför endast anses vara representativt för den typen av länder och sjukvårdssystem. Särskilt gäller detta då ingen av studierna relaterade vårdkvalitetsindikatorerna till något globalt kvalitetsramverk (IOM, 2005; WHO, 2005). Litteraturöversikten var begränsad till begreppet kvalitet inom vårdprocesser. Fokus låg således på metoder för mätning av vårdprocessernas kvalitet. Analys av mätmetoder för hälsoutfall eller patienternas upplevelser, liksom vårdpersonals upplevelse av vårdkvalitet, låg inte inom ramen för den aktuella studiens syften. De senare områdena utgör snarare delar av de viktiga komplement som tidigare har framhållits.

6. Slutsatser

Litteraturöversikten uppfyllde sitt grundläggande syfte och ledde till värdefulla insikter kring hur psykiatrisk vårdkvalitet vid depression hos ungdomar har operationaliserats vid tidigare journalgranskningsstudier. Vissa gemensamma nämnare identifierades och särskilt studierna som beskrev använda metoder på ett mer detaljerat sätt och redovisade utfall för störst antal indikatorer bidrog till användbar metodkunskap. Tidigare uppfattning om fåtalet studier, inkonsekventa kvalitetsmått och brister i konceptualisering, operationalisering och användning av kvalitetsramverk bekräftades. Det ledde till slutsatsen att etablerade globala ramverk bör integreras i operationaliseringen av kvalitetsindikatorer, i syfte att vinna ny viktig kunskap och bidra till vetenskaplig kvalitet. Viktiga syften i framtida forskning kan vara att bidra till stärkt evidens kring vårdkvalitetsmätningar och de globala kvalitetsramverken. Kvalitetsindikatorer för vårdprocesser behöver vara områdesspecifika. En stor utmaning ligger i säkerställandet av valida och reliabla samband mellan olika nivåer inom kvalitetsramverk, operationalisering och utfallsmått, samt inte minst en ökad jämförbarhet.

Genom bidraget till redan pågående forskning, kommer den aktuella litteraturöversikten att öka tillförlitligheten och jämförbarheten vid mätning av vårdkvalitetseffekter inom psykiatrisk öppenvård vid depression hos barn och ungdomar. Därmed kan den även leda till förbättrad vårdkvalitet. Förhoppningen är att översikten också blir av värde vid fortsatt utveckling, implementering och utvärdering av flera slags psykiatriska vårdprocesser. Studiens resultat förväntas slutligen bidra till effektivare, säkrare och mer jämlik vård, och därigenom till ett minskat lidande, snabbare tillfrisknande och färre allvarliga konsekvenser för barn och ungdomar med depression.

Referenser

Allen, P., Pilar, M., Walsh-Bailey, C., Hooley, C., Mazzucca, S., Lewis, C. C., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Purtle, J., Kepper, M. M., Baumann, A. A., & Brownson, R. C. (2020). Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: a systematic review. *Implementation science*, 15(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w>

Birmaher, B., Brent, D., Issues, A. W. G. o. Q., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T., Greenhill, L., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Stock, S., Ptakowski, K. K., & Medicus, J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>

Bourrée, F., Michel, P., & Salmi, L. R. (2008). Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(6), 415–423. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.09.006>

Bup Skåne. (2022). *Standardiserade vårdprocesser: Depression*. http://dokumentportal.i.skane.se/Dokumentmappar/RS/psyk/Psyk/VOBarnUng/Verkochstab/Standardiserade%20v%c3%a5rdprocesser%20BUP%20Sk%c3%a5ne_Depression.pdf

Danielson, M., Månsdotter, A., Fransson, E., Dalsgaard, S., & Larsson, J. O. (2019). Clinicians' attitudes toward standardized assessment and diagnosis within child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13, 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0269-0>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Duhoux, A., Fournier, L., Gauvin, L., & Roberge, P. (2013). What is the association between quality of treatment for depression and patient outcomes? A cohort study of adults consulting in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 265-274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.097>

Ellis, L. A., Wiles, L. K., Selig, R., Churrua, K., Lingam, R., Long, J. C., Molloy, C. J., Arnold, G., Ting, H. P., Hibbert, P., Downton, S. B., &

Braithwaite, J. (2019). Assessing the quality of care for paediatric depression and anxiety in Australia: A population-based sample survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(10), 1013–1025. <https://doi.org/10.1177/0004867419866512>

Fisher, C. E., Spaeth-Rublee, B., Alan Pincus, H., & IIMHL Clinical Leaders Group (2013). Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 25(1), 75–80. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs074>

Gearing, R. E., Mian, I. A., Barber, J., & Ickowicz, A. (2006). A methodology for conducting retrospective chart review research in child and adolescent psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(3), 126–134.

Hermann, R. C., Mattke, S., Somekh, D., Silfverhielm, H., Goldner, E., Glover, G., Pirkis, J., Mainz, J., & Chan, J. A. (2006). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 18 Supplement 1, 31–38. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl025>

Hermens, M. L., Oud, M., Sinnema, H., Nauta, M. H., Stikkelbroek, Y., van Duin, D., & Wensing m.fl., M. (2015). The multidisciplinary depression guideline for children and adolescents: an implementation study. *European child & adolescent psychiatry*, 24(10), 1207–1218. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0670-4>

Hetrick, S. E., Thompson, A., Yuen, K., Finch, S., & Parker, A. G. (2012). Is there a gap between recommended and 'real world' practice in the management of depression in young people? A medical file audit of practice. *BMC Health Services Research*, 12, 178. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-178>

Hickie, I. B., Scott, E. M., Cross, S. P., Iorfino, F., Davenport, T. A., Guastella, A. J., Naismith, S. L., Carpenter, J. S., Rohleder, C., Crouse, J. J., Hermens m.fl., D. F., Koethe, D., Markus Leweke, F., Tickell, A. M., Sawrikar, V., & Scott, J. (2019). Right care, first time: a highly personalised and measurement-based care model to manage youth mental health. *The Medical Journal of Australia*, 211 Supplement 9, S3-S46. <https://doi.org/10.5694/mja2.50383>

IOM, institute of Medicine, (US) Committee on Crossing the Quality Chasm: Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders.

(2006). *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasm Series*. National Academies Press (US).

Iyer, S. P., Spaeth-Ruble, B., & Pincus, H. A. (2016). Challenges in the Operationalization of Mental Health Quality Measures: An Assessment of Alternatives. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 67(10), 1057–1059. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600198>

Jarbin, H., von Knorring, A-L., & Zetterqvist, M. (2014). *Riktlinje Depression*. Svenska Föreningen för Barn och Ungdomspsykiatri (SFBUP). <https://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2017/01/SFBUPRiktlinjeDepression2014.pdf>

Jarbin, H., Santesson A. J. H., Holmberg R., Zetterqvist M., Andersson M., Essunger H. (juni 2020). *Deptyftet*. <https://www.sfbup.se/deptyftet/>

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60827-1)

Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Ruble, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>

Kramer, T. L., Miller, T. L., Phillips, S. D., & Robbins, J. M. (2008). Quality of mental health care for depressed adolescents. *American Journal of Medical Quality*, 23(2), 96-104. <https://doi.org/10.1177/1062860607310919>

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie m.fl., H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Malata, A., & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Leslie, H. H., Hirschhorn, L. R., Marchant, T., Doubova, S. V., Gureje, O., & Kruk m.fl., M. E. (2018). Health systems thinking: A new generation of research to improve healthcare quality. *PLOS medicine*, 15(10), e1002682. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002682>

McGlynn, E. (2010). Measuring clinical quality and appropriateness. 2.3. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas, & S. Leatherman (Red.), *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects* (s. 87-113). Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511711800.005

Mora Ringle, V. A., Hickey, J. S., & Jensen-Doss, A. (2019). Patterns and predictors of compliance with utilization management guidelines supporting a state policy to improve the quality of youth mental health services. *Children and youth services review*, 96, 194–203. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.11.035>

NICE, National Collaborating Centre for Mental Health, (UK). (2019). *Depression in Children and Young People: Identification and Management in*. British Psychological Society (UK). www.nice.org.uk/guidance/NG134

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Pile, V., Shamma, D., & Smith, P. (2020). Assessment and treatment of depression in children and young people in the United Kingdom: Comparison of access to services and provision at two time points. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 119-132. <https://doi.org/10.1177/1359104519858112>

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

Quinlan-Davidson, M., Roberts, K. J., Devakumar, D., Sawyer, S. M., Cortez, R., & Kiss, L. (2021). Evaluating quality in adolescent mental health services: a systematic review. *BMJ open*, 11(5), e044929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044929>

SBU. (2020). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/metodbok>.

Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. J. (2021). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>

Skokauskas, N., Fung, D., Flaherty, L. T., von Klitzing, K., Pūras, D., Servili, C., Dua, T., Falissard, B., Vostanis, P., Moyano, M. B., Feldman, I., Clark, C., Boričević, V., Patton, G., Leventhal, B., & Guerrero, A. (2019). Shaping the future of child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13, 19.
<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0279-y>

Socialstyrelsen. (2012). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (Artikelnummer 2012-6-53).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2012-6-53.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Vård vid depression och ångestsyndrom: huvudrapport med förbättringsområden: nationella riktlinjer - utvärdering 2019*. (Artikelnummer 2019-5-12).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>

Socialstyrelsen. (2021a). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2021-4-7339). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

Socialstyrelsen. (2021b). *Handbok i markörbaserad journalgranskning inom barn- och ungdomspsykiatri – För att systematiskt identifiera och bedöma skador i vården för bättre patientsäkerhet* (Artikelnummer 2021-8-7468). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2021-8-7468.pdf>

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet (London, England)*, 379(9820), 1056–1067.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)

Uppdrag Psykisk Hälsa. (2017). *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa*. Uppdrag Psykisk Hälsa, Avdelningen Vård och omsorg Sveriges Kommuner och Landsting. <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2017/11/Hur-mar-bup.pdf>

Vassar, M., & Holzmann, M. (2013). The retrospective chart review: important methodological considerations. *Journal of educational evaluation for health professions*, 10, 12.
<https://doi.org/10.3352/jeehp.2013.10.12>

Wensing, M., Grol, R., & Grimshaw, J. (Eds.). (2020). *Improving patient care: The implementation of change in health care*. John Wiley & Sons.

Williams, N. J., & Beidas, R. S. (2019). Annual Research Review: The state of implementation science in child psychology and psychiatry: a review and suggestions to advance the field. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(4), 430–450.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12960>

WHO, World Health Organization. (2005). *World Health Organization assessment instrument for mental health systems - WHO-AIMS version 2.2*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70771>

WHO, World Health Organization. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf

WHO, World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary* (WHO/FWC/MCA/14.05). https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf

WHO, World Health Organization. (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents*. World Health Organization & UNAIDS.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>

WHO, World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (WHO/MSD/MER/2017.2). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHOMSD?sequence=1>

WHO, World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf>

Worster, A., & Haines, T. (2004). Advanced statistics: understanding medical record review (MRR) studies. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 11(2), 187–192.

Vård- och omsorgsanalys. (2021). *Ledas lika, ledas rätt? Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp*. (Rapport 2021:9. ISBN 978-91-88935-37-3).
file:///rsfs081/Hem3\$/147553/Downloads/Rapport-2021-9-Ledas-lika-ledas-r%C3%A4tt.pdf,

Zima, B. T., Hurlburt, M. S., Knapp, P., Ladd, H., Tang, L., Duan, N., Wallace, P., Rosenblatt, A., Landsverk, J., & Wells, K. B. (2005). Quality of publicly funded outpatient specialty mental health care for common childhood psychiatric disorders in California. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 130–144.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00005>

Zima, B. T., Murphy, J. M., Scholle, S. H., Hoagwood, K. E., Sachdeva, R. C., Mangione-Smith, R., Woods, D., Kamin, H. S., & Jellinek, M. (2013). National quality measures for child mental health care: background, progress, and next steps. *Pediatrics*, 131 (Suppl 1), S38–S49.
<https://doi.org/10.1542/peds.2012-1427e>

Zima, B. T., Edgcomb, J. B., & Shugarman, S. A. (2019). National Child Mental Health Quality Measures: Adherence Rates and Extent of Evidence for Clinical Validity. *Current psychiatry reports*, 21(1), 6.
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-0986-3>

Zima, B. T. (2020). U.S. Child Behavioral Health Quality Measures: Advancing a National Research Agenda. *Journal of abnormal child psychology*, 48(6), 745–756. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00640-9>

Bilagor

Bilaga 1. Processindikatorer tillämpliga i öppenvård vid depression hos ungdomar

Processindikator; kvalitetsbeskrivning	Mått; procentandel
B1.1: Tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov	Andel vårdsökande barn och ungdomar med symptom på depression som fått tillgång till primär bedömning av vårdbehov inom 30 dagar.
B1.2: Tillgänglighet till uppföljning med förnyad kontakt	Andel nydiagnostiserade barn och ungdomar med depression som fått tillgång till uppföljning med förnyad kontakt inom 30 dagar.
B1.3: Somatisk undersökning vid diagnostisering (<i>utveckling</i>)	Andel ungdomar med nydiagnostiserad depression som har fått somatisk undersökning vid diagnostisering.
B1.4: Strukturerad bedömning av beroendeproblematik	Andel ungdomar med nydiagnostiserad depression som har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid diagnostisering.
B1.5: Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	Andel ungdomar med nydiagnostiserad depression som har genomgått strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk vid diagnostisering.
B2.1: Psykopedagogisk behandling med fokus på depression	Andel barn och ungdomar med nydiagnostiserad depression som har fått psykopedagogisk behandling.
B2.2: Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression	Andel ungdomar med nydiagnostiserad lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med KBT eller IPT.
B2.4: Läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel vid svår depression	Andel ungdomar med svår egentlig depression som har fått läkemedelsbehandling med antidepressiva.
B2.7: Behandling med ECT vid svår egentlig depression	Andelen ungdomar vårdade inom psykiatrisk slutenvård för svår egentlig depression som har behandlats med ECT.

Socialstyrelsen (2021a)

Bilaga 2. Tematisk analys av samtliga inkluderade studier

Författare År Land	Information om studien	Kvalitetsdomäner: Kvalitetsindikatorer (procentandel godkända)	Förhållnings- sätt i metod och resultat
Pile m. fl. 2020 Stor- britannien	Jämförelsenorm: Följsamhet till kvalitetsindikatorer utifrån kliniska riktlinjer (n=6) Patientgrupp: 5–18 år (n=45+45) Konsensusmetod: Process för NICE riktlinjeutveckling	Tidigare och nuvarande riskfaktorer blev korrekt bedömda (96+67) Föräldrars psykiska problem beaktades vid bedömning (96+93) Självskattningsformulär för depression användes vid bedömning (62+82) Psyko-terapeutisk behandling erbjöds i första hand vid medelsvår och svår depression (69+76) Farmakologisk behandling erbjöds endast i kombination med psykoterapi (60+63) Farmakologisk behandling, SSRI, följdes upp upp vid minst ett tillfälle per vecka under behandlingens första månad (60+53)	Definition av följsamhet: Andel godkända indikatorer inom tillämplig delpopulation Kvalitets- ramverk: Ej omnämnt
Ellis m. fl. 2019 Australien	Jämförelsenorm: Följsamhet till kvalitetsindikatorer utifrån kliniska riktlinjer (n=15) Patientgrupp: 3–15 år (n=133) Konsensusmetod: RAM (indikatorer) Modifierad Delfi	Depressionsbedömning: Familjeförhållanden (67) Personliga och interpersonella omständigheter (75) Funktionsnivå (78) Självskada och suicidalitet (64) Andra möjliga orsaker till besvären (59) Behandling och uppföljning: Information och behandlingsstart (79) Erbjudande om samhällsstöd (75) Mål för behandling och uppföljning (78) Säkerhetsplan för akutlägen (44)	Indikator- definition: Mätbar komponent i standard eller riktlinje med tydliga kriterier för godkänt Definition av följsamhet: Andel godkända indikatorer inom tillämplig delpopulation

		<p>Indikatorer utan domäntillhörighet: Farmakologisk behandling erbjöds inte i första hand vid lindrig depression (91)</p> <p>Psykoterapeutisk behandling erbjöds i första hand vid medelsvår och svår depression (81)</p> <p>Biverkningar följdes upp vid farmakologisk behandling, SSRI (69)</p> <p>Psykiskt tillstånd följdes upp vid farmakologisk behandling, SSRI (90)</p> <p>Funktion hemma samt mål och behandlingsresultat utvärderades inom två månader (74)</p> <p>Funktion i skolan samt mål och behandlingsresultat utvärderades inom två månader (74)</p>	<p>Domän-följsamhet: Godkänd om samtliga indikatorer i domänen var godkända</p> <p>Kvalitets-ramverk: Ej omnämnt</p>
<p>Hermens m. fl. 2015</p> <p>Neder-länderna</p>	<p>Jämförelsenorm: Följsamhet till kvalitetsindikatorer utifrån kliniska riktlinjer (n=9)</p> <p>Patientgrupp: 0–21 år (n=655)</p> <p>Konsensusmetod: Nationellt expertteam</p>	<p>Diagnostik: Semistrukturerad intervju, exempelvis K-SADS, eller självskattningsformulär, CDI vid minst två tillfällen under två veckor, användes i diagnostiskt syfte (38)</p> <p>Bedömning av svårighetsgrad: Bedömningen strukturerades enligt DSM och graderades som lindrig/medelsvår/ svår, utifrån antal symtom, suicidrisk, psykosymtom, självskattningsformulär, funktion och antal påverkade livsområden (77)</p> <p>Stegvis vård: Psykoedukation och basala psykosociala insatser med aktiv uppföljning erbjöds i första hand vid lindrig depression (33)</p> <p>Psykoterapeutisk behandling, IPT eller KBT, erbjöds i tillägg vid medelsvår depression (66)</p>	<p>Definition av följsamhet: Andel godkända indikatorer inom tillämplig delpopulation</p> <p>Kvalitets-ramverk: Ej omnämnt</p>

		<p>Farmakologisk behandling, SSRI, erbjöds i tillägg vid svår depression, inte enbart (2)</p> <p>Suicidriskbedömning, inkluderande suicidal intention, gjordes varje vecka under de första 6 veckorna med farmakologisk behandling (25)</p> <p>Monitorering och justering av behandling:</p> <p>Initiala behandlingsinsatser utvärderades efter 4–8 veckor (46)</p> <p>Psykoterapeutisk och farmakologisk behandling utvärderades efter 10–14 veckor (30)</p> <p>Behandlingen justerades, med byte eller tillägg av behandling, vid otillräcklig respons (69)</p>	
<p>Kramer m. fl. 2008</p> <p>USA</p>	<p>Jämförelsenorm: Följsamhet till kvalitetsindikatorer (n=7)</p> <p>Patientgrupp: 11–18 år (n=208)</p> <p>Konsensusmetod: Litteratursökning</p>	<p>Behandlingskomponenter:</p> <p>Suicidriskbedömning (77)</p> <p>Substansbruksbedömning (71)</p> <p>Förälder deltog vid minst en behandlingssession (80)</p> <p>Förskrivning av farmaka, SSRI (51)</p> <p>Behandling under minst 8 sessioner från diagnos upp till 6 månader (41)</p> <p>Minst en KBT-komponent inkluderades i behandlingen – kognitiv omstrukturering, beteendeförändring, problemlösningsmetod, avslappningsövning eller självmonitorering (73)</p>	<p>Definition av följsamhet: Andel godkända indikatorer inom tillämplig delpopulation</p> <p>Kvalitetsramverk: Ej omnämnt</p>
<p>Zima m. fl. 2005</p> <p>USA</p>	<p>Jämförelsenorm: Följsamhet till kvalitetsindikatorer (n=24)</p> <p>Patientgrupp: 6–16 år (n=308)</p>	<p>Bedömning – första tre månaderna:</p> <p>Patientens styrkor (84)</p> <p>Symtomrapport från förälder (91)</p> <p>Symtomrapport från skola (61)</p> <p>Psykosociala stressfaktorer (96)</p> <p>Psykiska besvär i familjen (79)</p> <p>Suicidriskfaktorer (91)</p>	<p>Definition av följsamhet: Andel godkända indikatorer inom tillämplig delpopulation</p>

	<p>Konsensusmetod: RAM Modifierad Delfi</p>	<p>Aggressivt beteende (58) Substansbruk (80) Somatiska besvär (83)</p> <p>Basala vårdprinciper: Information om diagnos (21) Minst ett besök per månad (49) Samtycke för brott av sekretess (62) Minst en familjeintervention eller familjeremittering (47)</p> <p>Psykosocial behandling: Minst en session per månad (53)</p> <p>Farmakologisk behandling: Indikationen för farmakologisk behandling, SSRI, fanns dokumenterad i journalen (66)</p> <p>Säkerhet – patientskydd: Screening för övergrepp (78) Minst en suicidriskbedömning per kvartal vid förekomst av suicidal intention föregående månad (84) Högre vårdnivå vid ökad risk (64)</p> <p>Säkerhet – farmakologi, SSRI: Skriftligt medgivande (73) Information om farmakologisk behandling (38) Uppföljning minst en gång per månad under första kvartalet (55) Status för minst ett målsymtom per besök (33) Status för minst en biverkan per besök (20) Kontroll av minst en vitalparameter vid indikation (29)</p>	<p>Gränsvärde: <i>"Sannolikt acceptabel vård"</i> ≥75:e percentilen för andelen godkända indikatorer i domänerna, inom alla diagnoser: depression/ uppförandestörning/ adhd</p> <p>Redovisning: Separat för indikatorer och domäner inom alla diagnoser: depression/ uppförandestörning/ adhd</p> <p>Variationer i vårdkvalitet: Andelen <i>"sannolikt acceptabel vård"</i> jämfördes för varje domän mellan alla diagnoser: depression/ uppförandestörning/ adhd</p> <p>Kvalitetsramverk: Ej omnämnt</p>
--	---	---	---

Bilaga 3. Riskmarkörer för identifiering av skador i psykiatrisk heldygnsvård

Vårdmarkörer	Beroende- markörer	Tvångs- vårds- markörer	Läkemedels- markörer	Kontinuitets- och övergångs- markörer
V 1–15	Y 1–4	T 1–4	B 1–7	R 1–7
<p>V1: Vårdplan saknas*</p> <p>V2: Avsaknad av SIP när patienten vårdas av flera huvudmän*</p> <p>V3: Orosanmälan till socialtjänsten</p> <p>V4: Närståendekontakt är bristfällig*</p> <p>V5: Suicidrisk-bedomning eller uppföljning av suicidförsök saknas*</p> <p>V6: Ökad tillsynsgrad</p> <p>V7: Tillkallad konsultläkare/ jourläkare</p> <p>V8: Själv tillfogad skada</p> <p>V9: Somatiskt status saknas*</p> <p>V10: Tillägg eller ändring av diagnos</p> <p>V11: Önskad effekt av annan behandling än läkemedel</p> <p>V12: Hot, våld eller otillbörlig kontakt</p> <p>V13: Vårdrelaterad infektion</p> <p>V14: Dokumentation om misstag</p> <p>V15: Övrigt, annan vårdrelaterad risk eller misstänkt skada</p>	<p>Y1: Skadligt bruk av alkohol*</p> <p>Y2: Avsaknad av kartläggning av hjälpbehov vid substansbruk eller beroende*</p> <p>Y3: Mätvärde för alkoholkoncentration saknas*</p> <p>Y4: Avsaknad av åtgärd vid misstanke om skadligt bruk av droger*</p>	<p>T1: Tvångsvård – formella brister*</p> <p>T2: Tvångsåtgärd</p> <p>T3: Konvertering</p> <p>T4: Polisbiträde</p>	<p>B1: Två eller fler antipsykotiska läkemedel samtidigt*</p> <p>B2: Antikolinergika</p> <p>B3: Tre eller fler olika psykofarmaka*</p> <p>B4: Bensodiazepin-behandling*</p> <p>B5: Metabola riskvärden*</p> <p>B6: Läkemedel som kräver regelbunden provtagning eller uppföljning</p> <p>B7: Läkemedel, övrigt</p>	<p>R1: Besök på psykiatrisk akut-mottagning</p> <p>R2: Återinskrivning i heldygnsvård inom 30 dagar</p> <p>R3: Byte av vårdenhet eller behandlare</p> <p>R4: Oplanerad utskrivning*</p> <p>R5: Avsaknad av återbesök till läkare under mer än 12 månader*</p> <p>R6: Fast vårdkontakt saknas*</p> <p>R7: Övrigt, kontinuitet och övergång</p>

Socialstyrelsen (2021b)

Tidigare publikationer

Rapport 1/2022 <i>Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP</i> . ISBN 978-91-987656-0-1
Rapport 7/2021 <i>Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva</i> . ISBN 978-91-986060-7-2
Rapport 6/2021 <i>Interventioner vid dyskalkuli</i> . ISBN 978-91-986060-4-1
Rapport 5/2021 <i>Personer med hemmasittarproblematik och autism</i> . ISBN 978-91-986060-5-8
Rapport 4/2021 <i>Good Psychiatric Management</i> . ISBN 978-91-986060-3-4
Rapport 3/2021 <i>Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion</i> . ISBN 978-91-986060-2-7
Rapport 2/2021 <i>Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter</i> . ISBN 978-91-986060-1-0
Rapport 1/2021 <i>Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD</i> . ISBN 978-91-7261-340-9
Rapport 10/2020 <i>Unga vuxna med förvärvad hjärnskada i barndomen</i> . ISBN 978-91-7261-339-3
Rapport 9/2020 <i>Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-337-9
Rapport 8/2020 <i>Mobila RIK i Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-335-5
Rapport 7/2020 <i>AKK inom sjukvården</i> . ISBN 978-91-7261-334-8
Rapport 6/2020 <i>En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolkning</i> . ISBN 978-91-7261-333-1
Rapport 5/2020 <i>Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning</i> . ISBN 978-91-7261-338-6
Rapport 4/2020 <i>Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-332-4
Rapport 3/2020 <i>Samtalsmaterialet "Det här är jag!"</i> ISBN 978-91-7261-331-7
Rapport 2/2020 <i>Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal</i> . ISBN 978-91-7261-330-0
Rapport 1/2020 <i>Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus</i> . ISBN 978-91-7261-329-4
Rapport 7/2019 <i>Habilitering och rehabilitering på distans</i> . ISBN 978-91-7261-328-7
Rapport 6/2019 <i>Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering</i> . ISBN 978-91-7261-327-0
Rapport 5/2019 <i>Patienters delaktighet i målformulering</i> . ISBN 978-91-7261-326-3
Rapport 4/2019 <i>Mentaliseringsträning vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-325-6
Rapport 3/2019 <i>ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära"</i> . ISBN 978-91-7261-324-9
Rapport 2/2019 <i>Delaktighet och digitalisering av rehabiliteringens arbetssätt</i> . ISBN 978-91-7261-323-2
Rapport 1/2019 <i>Skånska stegen II</i> . ISBN 978-91-7261-322-5
Rapport 8/2018 <i>Basal kroppskännedom vid autism</i> . ISBN 978-91-7261-321-8
Rapport 7/2018 <i>Mötet med rehabiliteringen</i> . ISBN 978-91-7261-320-1
Rapport 6/2018 <i>Grafisk AKK för barn</i> . ISBN 978-91-7261-319-5
Rapport 5/2018 <i>Kulturell kompetens i rehabiliteringsarbetet</i> . ISBN 978-91-7261-318-8
Rapport 4/2018 <i>Barns delaktighet i sin rehabiliteringsplanering</i> . ISBN 978-91-7261-317-1
Rapport 3/2018 <i>Kvalitetssäkring genom utvärdering</i> . ISBN 978-91-7261-316-4
Rapport 2/2018 <i>Bedömning av sömn</i> . ISBN 978-91-7261-315-7
Rapport 1/2018 <i>Självskattnings av delaktighet</i> . ISBN 978-91-7261-314-0
Rapport 7/2017 <i>Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-313-3
Rapport 6/2017 <i>Motorik och autism</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 5/2017 <i>Motivation för vuxna med funktionsnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 4/2017 <i>Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-310-2
Rapport 3/2017 <i>Mindfulness och synnedsättning</i> . ISBN 978-91-7261-308-9
Rapport 2/2017 <i>Stöd till anhöriga till vuxna med autism</i> . ISBN 978-91-7261-307-2
Rapport 1/2017 <i>Förskrivning av AKK-hjälpmedel</i> . ISBN 978-91-7261-306-5
Rapport 8/2016 <i>Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga döva</i> . ISBN 978-91-7261-305-8
Rapport 7/2016 <i>Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med cerebral pares</i> . ISBN 978-91-7261-304-1
Rapport 6/2016 <i>Strukturerad analys för 24h positionering</i> . ISBN 978-91-7261-303-4
Rapport 5/2016 <i>En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer med CP</i> . ISBN 978-91-7261-302-7
Rapport 4/2016 <i>DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne</i> . ISBN 978-91-7261-301-0

Rapport 3/2016 *Hur kan habiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?* ISBN 978-91-7261-300-3

Rapport 2/2016 *Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi.* ISBN 978-91-7261-299-0

Rapport 1/2016 *Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda och på tidig utvecklingsnivå.* ISBN 978-91-7261-298-3

Rapport 14/2015 *Utvärdering av samtalsgrupp kring autism.* ISBN 978-91-7261-297-6

Rapport 13/2015 *Stödsamtal som re/habiliteringsinsats.* ISBN 978-91-7261-296-9

Rapport 12/2015 *Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande.* ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 *En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument att använda vid gånganalys för personer med CP.* ISBN 978-91-7261-294-5

Rapport 10/2015 *Att beröra och beröras.* ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 9/2015 *Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt.* ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 8/2015 *Interventioner i bassäng – en kartläggning inom Vuxenhabiliteringen Skåne.* ISBN 978-91-7261-291-4

Rapport 7/2015 *Basal kroppskänedom för personer med funktionsnedsättning.* ISBN 978-91-7261-290-7

Rapport 6/2015 *Interventioner i bassäng.* ISBN 978-91-7261-289-1

Rapport 5/2015 *Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen.* ISBN 978-91-7261-288-4

Rapport 4/2015 *Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus.* ISBN 978-91-7261-287-7

Rapport 3/2015. *Föräldrastöd inom Barn- och ungdomshabiliteringen – en utvärdering av FIQ.* ISBN 978-91-7261-286-0

Rapport 2/2015 *Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer med dövblindhet.* ISBN 978-91-7261-285-3

Rapport 1/2015 *Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment i Region Skåne.* ISBN 978-91-7261-284-6

Rapport 13/2014 *Akka-platta som hjälpmedel – användning och målpuppfyllelse.* ISBN 978-91-7261-282-2

Rapport 12/2014 *Ung vuxen – en habiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet.* ISBN 978-91-7261-281-5

Rapport 11/2014 *Utvärdering av "Kompisprat".* ISBN 978-91-7261-278-5

Rapport 10/2014 *Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning.* ISBN 978-91-7261-277-8

Rapport 9/2014 *Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning.* ISBN 978-91-7261-276-1

Rapport 8/2014 *Dysfagi och cerebral pares - en forskningsöversikt.* ISBN 978-91-7261-275-4

Rapport 7/2014 *Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter av behandlingen.* ISBN 978-91-7261-274-7

Rapport 6/2014 *Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov av grafisk AKK.* ISBN 978-91-7261-273-0

Rapport 5/2014 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten.* ISBN 978-91-7261-272-3

Rapport 4/2014 *Ungdomsgrupp som stöd för transition.* ISBN 978-91-7261-271-6

Rapport 3/2014 *Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar med utvecklingsstörning.* ISBN 978-91-7261-270-9

Rapport 2/2014 *Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers.* ISBN 978-91-7261-269-3

Rapport 1/2014 *Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning.* ISBN 978-91-7261-268-6

Rapport 15/2013 *Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT) som habiliteringsinsats.* ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 *Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn och ungdomar.* ISBN 978-91-7261-258-7

Rapport 13/2013 *Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism.* ISBN 978-91-7261-265-5

Rapport 12/2013 *En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelsehinder.* ISBN 978-91-7261-263-1

Rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom.* ISBN 978-91-7261-262-4

Rapport 10/2013 *Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen.* ISBN 978-91-7261-261-7.

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch - en habiliteringsinsats för att stödja ungdomars vuxenblivande.* ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism.* ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck.* ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning.* ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 *Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur och filmer*. ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 *Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med cochleaimplantat*. ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 *En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi*. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 *Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 *Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 *Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå*. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 *Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel utprovade på Datateket*. ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 *Dyslexi och lärande - stärkande och försvårande faktorer*. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati (HMSN)*. ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 *Karusellprojektet*. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 *Unga mentorer – ett utmärkt stöd*. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012 *AKKtiv Komlgång i Skåne*. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 *Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande inom Bou i Skåne*. ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 *Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla de positiva effekterna*. ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn – SkolbamsNIT*. ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckare av barn och ungdomar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 *Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i samband med förskrivning av datorhjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 *Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3*. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 *Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 *Bamperspektiv på vibrationsträning*. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 *"Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv- och datorspel i habilitering*. ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 *Strategier för implementering*. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 *Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 *"Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är"*. ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 *Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvad hjärnskada*. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 *Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande*. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 *Webbenkät – en metodutveckling för att stärka delaktigheten i dövteamets verksamhet*. ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 *Spel som lust och träning - om tv- och datorspel för barn och ungdomar i habilitering*. ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 *SpeechEasy – ett hjälpmedel för talflyt*. ISBN 978-91-7261-173-3

Rapport 5/2009 *Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn med autismspektrumstörning*. ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 *Tinnitus Retraining Therapy*. ISBN 978-91-7261-169-6

Rapport 3/2009 *Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn har funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-168-9

Rapport 2/2009 *Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-166-5

Rapport 1/2009 *Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd*. ISBN 978-91-7261-163-4

Rapport 2/2008 *Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen*. ISBN 978-91-7261-151-1

Rapport 1/2008 *CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-146-7

Rapport 11/2007 *Finns det genvägar till Internet?* ISBN 978-91-7261-119-1

Rapport 10/2007 *"Jag har en egen vilja och egen talan"*. ISBN 978-91-7261-118-4

Rapport 9/2007 *ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringens målgrupp?* ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 *RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-106-1

Rapport 7/2007 *Träning av arbetsminnet med RoboMemo*. ISBN 978-92-7261-105-7

Rapport 6/2007 *Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-103-0

Rapport 5/2007 *Att vara ung med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-092-7

Rapport 4/2007 *Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverksbaserade insatser på Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-091-0

Rapport 3/2007 *Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv*. ISBN 978-91-7261-083-5

Rapport 2/2007 *Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen*. ISBN 978-91-7261-078-1

Rapport 1/2007 *Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse*. ISBN 91-7261-074-3

Rapport 4/2006 *Det sociala livet kring ett bilvrak*. ISBN 91-7261-073-7

Rapport 3/2006 *Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism*. ISBN 91-7261-060-3

Rapport 2/2006 *AKK med hjälp av pek dator för barn med autism*. ISBN 91-7261-055-7

Rapport 1/2006 *Hanen föräldrautbildning - en utvärdering*. ISBN 01-7261-054-9

Rapport 4/2005 *Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom habiliteringen*. ISBN 91-7261-051-4

Rapport 3/2005 *Hur använder barn med autism pek dator som alternativ kommunikation?* ISBN 91-7261-044-1

Rapport 2/2005 *Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram*. ISBN 91-7261-042-5

Rapport 1/2005 *Hur taktill massage påverkar ungdomar med smärtproblematik*. ISBN 91-7261-043-3

Rapport 2/2004 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT*. ISBN 91-7261-039-5

Rapport 1/2004 *Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 91-7261-037-9

Rapport 3/2003 *Tid till eget ansvar?* ISBN 91-7261-036-0

Rapport 2/2003 *Farvatten och blindskår i barnhabilitering*. ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 *Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering*. ISBN 91-7261-034-4.

Rapport 2/2002 *Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva*. ISBN 91-7261-030-1

Rapport 1/2002 *Föräldrars upplevelse av delaktighet*. ISBN 91-7261-000-X