

# KPP Psykiatri 2010

MYCKET MER ÄN KOSTNAD PER PATIENT

## Förord

Sedan 1999 pågår ett successivt införande av patientbaserad kostnadsredovisning (KPP) i landstingens hälso- och sjukvård. Syftet är att få ett bättre underlag för uppföljning, styrning och effektivisering av vården. Sveriges Kommuner och Landsting stödjer aktivt landstingen i detta arbete. I dagsläget bidrar 13 landsting och regioner med data till KPP-databasen för den specialiserade somatiska vården. KPP-data för psykiatri har samlats in sedan 2004 och omfattar helt eller delvis sex landsting.

Denna rapport är en uppföljning till den rapport som publicerades år 2010 och ger exempel på analyser som kan vara till nytta vid verksamhetsutveckling, förbättringsarbete och resursfördelning inom psykiatri. Vår förhoppning är att rapporten ska öka intresset för patientrelaterad kostnadsredovisning inom psykiatri och stimulera till införandet i fler landsting.

Denna rapport har författats av Bengt André konsult vid Sveriges Kommuner och Landsting samt Camilla Eriksson och Leif Lundstedt. Siv-Marie Lindquist ansvarade för diagrammen.

Stockholm i augusti 2012

Peter Fitger  
*Statistiksektionen*  
*Avdelningen för ekonomi och styrning*

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>7</b>
2.1 Bakgrund .....	7
2.2 Syfte och mål .....	7
2.3 Vad är KPP? .....	8
2.4 Beskrivning av de verksamheter som arbetar med KPP för psykiatri	10
Verksamhetsprofil psykiatri vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset .....	10
Verksamhetsprofil psykiatri, Landstinget i Östergötland .....	10
Verksamhetsprofil division psykiatri, Landstinget i Värmland .....	11
Verksamhetsprofil psykiatri i Västmanland .....	11
Verksamhetsprofil psykiatri i Norrbotten .....	11
<b>Metod .....</b>	<b>13</b>
3.1 Avgränsningar .....	13
3.2 Diagnosgruppering .....	13
3.3 Diagnosrelaterade grupper (DRG) .....	13
3.4 Vårdtid och vård dagar .....	14
<b>Kvalitet i data .....</b>	<b>15</b>
4.1 Vårdkontakter .....	15
4.2 Diagnoser och åtgärder .....	16
<b>Resultat .....</b>	<b>17</b>
5.1 Översikt .....	17
5.2 Kostnadsdata .....	17
5.3 Var vårdas patienterna? .....	19
5.4 Vilka patienter vårdas? .....	20
Åldersgrupper .....	20
Diagnosfördelning per område .....	22
Diagnosfördelning i öppen- och slutenvård .....	23
Könsfördelning .....	24
Missbruk i kombination med annan psykiatrisk diagnos .....	25
5.5 Vad får patienterna för vård? .....	26
Yrkeskategorier .....	26
Vårdåtgärder .....	28
5.6 Vad kostar vården? .....	30
Resurskrävande patienter .....	36
5.7 Vårdkonsumtion ur ett befolkningsperspektiv .....	38
5.8 Befolkningsperspektiv i Västra Götaland .....	40
<b>Gruppering av den psykiatriska vården med NordDRG .....</b>	<b>44</b>
6.1 Diagnosrelaterade grupper (DRG) .....	44
6.2 Major Diagnostic Categories (MDC) .....	44
6.3 Resultat .....	44
Slutenvård .....	44

Öppenvård .....	46
<b>Diskussion.....</b>	<b>48</b>
<b>Bilagor.....</b>	<b>50</b>

# Sammanfattning

Sedan 2004 har ett arbete bedrivits för att beskriva psykiatri mer processinriktat, det vill säga att insatser och kostnader kan fångas på individnivå för både öppen och slutenvård. Syftet har varit att kunna beskriva psykiatri utifrån diagnosgrupp, innehåll, konsumtion/befolkning och kostnader. Redovisningarna i denna rapport skall ses som exempel som kan utvidgas eller fördjupas. Detta är den andra rapporten som tagits fram. I november 2010 presenterades en rapport med data från 2008.

Kostnad per patient (KPP), individrelaterad kostnadsredovisning, är en metod för att beräkna sjukvårdsproducentens kostnad för varje enskild vårdkontakt.

Fokus i rapporten har varit att visa på vilka jämförelser som kan genomföras mellan olika verksamhetsområden avseende vilka patientkategorier som vårdas, vilken vård som erbjuds, vad vården kostar och hur konsumtionen ser ut i ett befolkningsperspektiv. Jämförelserna som redovisas i denna rapport ska ses som exempel på hur informationen kan användas. Fördjupade analyser bör göras lokalt för att ge svar på de frågeställningar som väcks.

Målsättningen har varit att kunna beskriva psykiatri så att det stödjer verksamhetsledningens behov av uppföljning för att kunna styra, leda och förbättra verksamheten. Inom psykiatri är det därför viktigt att kunna beskriva verksamheten med utgångspunkt från individdata, vilket är förutsättningen för att få en bild över de olika behandlingsprocesserna.

I rapporten ingår KPP-data för 2010 från Landstinget i Östergötland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Värmland, Norrbottens Läns Landsting samt Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

Det finns en hel del skillnader i kostnader, produktion och konsumtion mellan de olika områdena. Dessa skillnader kan inte enbart förklaras av utbud och organisation utan hänsyn måste tas till demografi och socioekonomiska förhållanden. Inom psykiatri finns många studier som visar på en högre efterfrågan, det vill säga högre prevalens i storstadsregioner. Detta gäller främst inom områden med en sämre socioekonomisk situation. Därför kan inte några direkta slutsatser dras utifrån de jämförelser som görs. En annan orsak till skillnader kan vara glesbygdsmråden med stora avstånd mellan patienterna och den öppna psykiatriska vården.

Det finns även skillnader i arbetssätt vad gäller beroendevård, neuropsykiatri och ätstörningar. I de olika områdena finns även olikheter i hur utbudet av privat vård ser ut.

I rapporten har hänsyn tagits till skillnader i organisation och utbud genom att barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt rättspsykiatri har exkluderats vid jämförelserna. Även vårdkontakter avseende personer under 18 år har exkluderats vid jämförelserna. Samtliga indirekta kontakter är exkluderade vid jämförelserna.

I arbetet med rapporten och de jämförelser som gjorts framkommer flera områden där tydligare anvisningar för hur vården ska registreras och kalkyleras skulle skapa bättre förutsättningar för jämförelserna.

Skillnader finns när det gäller registrering av diagnoser. Bortfallet av huvuddiagnoser skiljer sig mellan de olika områdena i rapporten. Det finns också skillnader i användningen och registreringen av bidiagnoser. Arbetet med att förbättra kvaliteten i diagnossättning bör prioriteras.

Åtgärdsregistrering (KVÅ) innebär en bättre beskrivning av vårdens innehåll. Användningen av KVÅ och kvaliteten i åtgärdsregistreringen skiljer sig åt mellan områdena. Arbetet med införandet och användningen KVÅ bör fortsatt prioriteras.

Mellan 79 till 87 procent av patienterna har enbart vårdats i den öppna vården. Det är väldigt få patienter som vårdats inom slutenvården och inte haft en öppenvårdskontakt. Att vissa patienter enbart förekommer slutenvård kan till viss del förklaras av den privata vården ej ingår i denna redovisning.

Inom den psykiatriska vården är majoriteten av patienterna i åldrarna 18 till 49 år. Äldre patienter förekommer främst inom andra vårdgrenar med undantag för psykiatriska verksamheter som arbetar med bland annat äldrepsykiatri och demens.

I rapporten framkommer vissa skillnader i hur resurserna fördelas mellan öppen- och sluten vård. Mellan 45 och 60 procent av kostnaderna är fördelade till den öppna vården. När det gäller könsfördelningen så visar rapporten att andelen kvinnor är högre än män, främst inom den öppna vården. Kvinnors andel av kostnaden är också högre än för män.

Patienternas fördelning mellan olika diagnosgrupper skiljer sig åt mellan områdena. Bland de vanligaste förekommande diagnosgrupperna är ångestsyndrom, övriga förstämningssyndrom och missbruk. Det finns könsskillnader i diagnosfördelningen. Kvinnor har oftare övriga förstämningssyndrom, medan missbruksdiagnoser är vanligare bland männen.

De åtgärder som registreras inom psykiatrin skiljer sig mellan öppen- och slutenvård. Stödjande samtal är vanligt i öppenvård, de står för cirka 17 procent av de åtgärder som görs. Utredning och läkemedelsbehandling är oftast använd inom både den öppna och slutna vården.

Inom den öppna vården sker de flesta besöken, cirka 57 procent, hos omvårdnadspersonal (sjuksköterskor och skötare). Ungefär 15 procent av besöken sker hos läkare. När det gäller fördelningen av resurserna motsvarar dessa läkarkontakter drygt 31 procent av den totala kostnaden inom den öppna vården.

I rapporten redovisas ett exempel på hur en redovisning kan se ut ur ett befolkningsperspektiv. Exemplet är hämtat från Västra Götaland och visar på skillnader i Västra Götaland vad gäller vårdkonsumtion. Det görs även en redovisning fördelat på betjäningssområdena, och slutligen redovisas konsumtion på stadsdelsnivå gällande Sahlgrenska sjukhusets betjäningssområde.

I rapporten beskrivs även den psykiatriska vården ur ett Nord DRG-perspektiv och vilka möjligheter DRG har i ett framtida ersättningssystem. Ett utvecklingsarbete kring de psykiatriska delarna i Nord DRG behöver initieras.

KPP utgör ett bra verktyg för att beskriva kostnader per patient. Kostnader kan relateras till samtliga variabler. Kvaliteten i kostnadsredovisningarna kan ses som relativt god men ett fortsatt arbete med metodiken är nödvändig. Genom att kostnaderna kan relateras till samtliga variabler finns stora möjligheter till att göra fördjupade analyser. KPP metoden utvecklas och förfinas kontinuerligt. Detta arbete sker inom ramen för SKL:s ordinarie verksamhet i samverkan med landstingen och Socialstyrelsen.

# Inledning

## 2.1 Bakgrund

Landstingsförbundet startade i början av 1999 ett projekt i syfte att stödja sjukvårdshuvudmännen i arbetet med att införa patientbaserad kostnadsredovisning (KPP). Projektet ledde till att KPP sedan hösten 2002 är en del av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) ordinarie arbete. KPP-data för den specialiserade somatiska vården har samlats in sedan år 2000 och ligger till grund för de nationella vikterna i Nord DRG och utvecklingen av grupperingslogiken i den svenska versionen av Nord DRG. Detta arbete bedrivs i samverkan med Socialstyrelsen.

Ett projekt för att ta fram KPP-redovisningar inom psykiatri avslutades år 2006. Slutrapporten ”Verksamhetsuppföljning inom psykiatri – problembeskrivningar och förslag till lösningar” beskriver arbetet. Där återfinns även en handledning i hur vårdtjänster bör kalkyleras för verksamhetsområdet psykiatri. Rapporterna kan laddas ner från SKL:s webbplats, [www.skl.se/KPP](http://www.skl.se/KPP).

Sedan 2004 har ett arbete bedrivits för att beskriva psykiatri mer processinriktat, det vill säga att insatser och kostnader kan fångas på individnivå för både öppen- och slutenvård. Syftet har även varit att med hjälp av KPP beskriva psykiatri utifrån diagnosgrupp, innehåll, konsumtion/ befolkning och kostnader. I inledningen bidrog Sahlgrenska Universitetssjukhuset, delar av Psykiatri Skåne (Malmö och Lund) samt Landstinget i Östergötland med data. Därefter har Landstinget Västmanland och Landstinget i Värmland tillkommit, med hjälp av stimulansmedel från SKL:s och Socialstyrelsens gemensamma projekt för utveckling av ersättningsmodeller i vården. Utöver detta levererar även Akademiska sjukhuset, Västra Götaland samt Norrbotten data till KPP. Akademiska sjukhuset och Västra Götaland är dock ej med i denna rapport, med undantag för avsnittet kring befolkningsrelaterad data där Västra Götalands data använts till viss del.

Kostnadsdata på individnivå tillsammans med all övrig information kring patienten och den vård som patienten erhållit kan ge svar på många frågeställningar. Redovisningarna i denna rapport skall ses som exempel på vilka möjligheter till jämförelser KPP-data ger och vilka som kan utvidgas och fördjupas på lokal nivå. I bilagan till rapporten finns statistik för de deltagande områdena.

Denna rapport är en fortsättning och uppdatering av den rapport som publicerades år 2010.

## 2.2 Syfte och mål

Syftet med rapporten är att visa på resultatet av arbetet med KPP för psykiatri. Utifrån underlag från KPP-databasen tar vi fram exempel på underlag för verksamhetsutveckling, förbättringsarbete och resursfördelning.

Vidare är syftet att försöka belysa följande frågeställningar:

- Var vårdas patienterna?
- Vilka patienter vårdas?
- Vilken vård får patienterna?
- Vad kostar vården?
- Hur ser vårdkonsumtionen ut i ett befolkningsperspektiv?

Målsättningen är att kunna beskriva ovanstående frågeställningar så att det stödjer verksamhetsledningens behov av uppföljning för att kunna styra, leda och förbättra verksamheten. Målsättningen är också att det ska stimulera till fördjupningar på lokal nivå. Inom psykiatri är det viktigt att kunna beskriva verksamheten med

utgångspunkt från individdata, vilket är förutsättningen för att få en bild över de olika behandlingsprocesserna.

## 2.3 Vad är KPP?

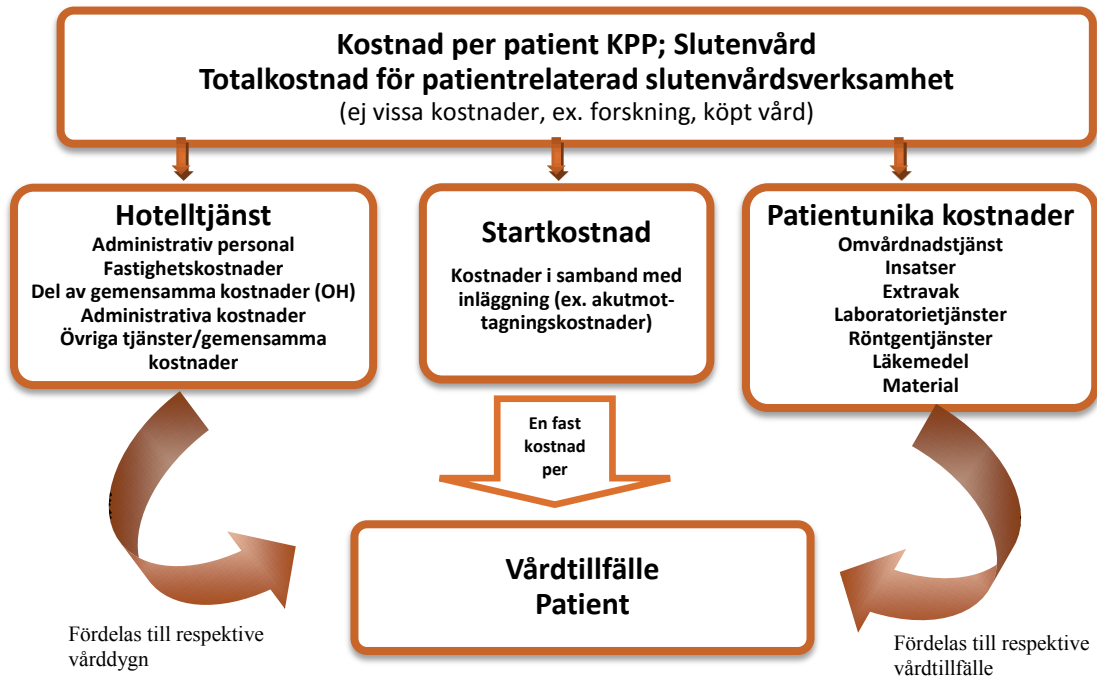
Kostnad per patient eller individrelaterad kostnadsredovisning är en metod för att beräkna sjukvårdsproducentens kostnad för varje enskild vårdkontakt. SKL har tagit fram nationella anvisningar för vilket kostnadsunderlag som ska vara utgångspunkt samt vilka beräknings-, matchnings- och redovisningsprinciper som gäller (se "Nationella KPP-principer" på SKL:s webbplats). SKL stödjer införandet av KPP med informationsinsatser och expertiskunskap. SKL anordnar även två årliga nätverksträffar för de psykiatriska enheter som arbetar med, eller planerar att börja med KPP.

KPP-metoden innebär att kostnaderna bryts ner så att de kan knytas till varje vårdkontakt och patient. Vissa kostnader, som kostnader för forskning, politiker & beställarkansli och köpt vård ingår inte i beräkningarna. All information är individbaserad, det vill säga patienten är informationsbärare vilket gör att uppföljningen är processororienterad och organisationsoberoende. Modellen utgår från vårdkontakten och kostnaderna aggregeras uppåt, så kallad "bottom-up"-metod. Befintlig information i journal- och patientadministrativa system används varför mycket lite extra registrering krävs. Modellen identifierar ett antal vårdtjänster vilka kostnadsberäknas (hotell/besök, lab/rtg, läkemedel, op/anestesi, IVA m.m) och sedan matchas ihop med den vårdkontakt som erhållit vårdtjänsten. Matchning sker i egenutvecklade eller upphandlade IT-system. Beräkningarna för psykiatri ska följa de nationella KPP-principer version 2 som tagits fram av SKL i samverkan med landstingen. Vilken information som finns i KPP-psykiatri framgår av den särskilda variabelförteckning som kan laddas ner på SKL:s webbplats ([www.skl.se/kpp](http://www.skl.se/kpp)).

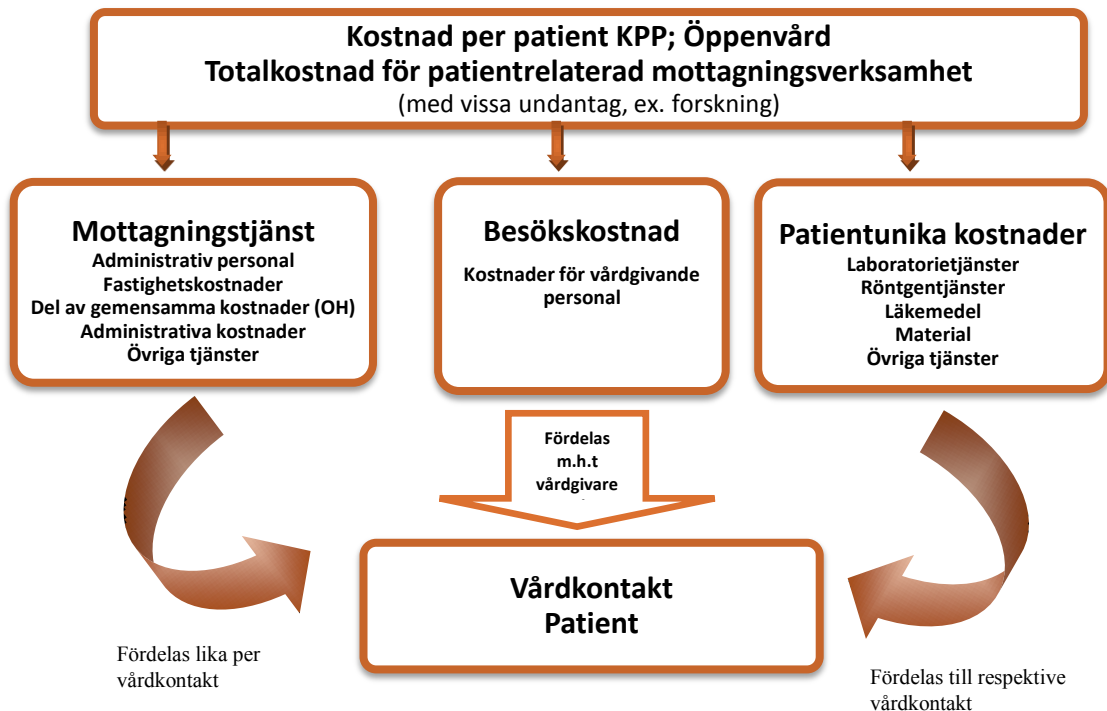
För att göra KPP-beräkningar krävs att efterkalkylering är gjord på ett års ekonomiska händelser. Denna rapport bygger på efterkalkylerad data för år 2010.



KPP-modellen för sluten kan schematiskt beskrivas enligt nedanstående:



KPP-modellen för öppen vård kan schematiskt beskrivas enligt nedanstående:



## 2.4 Beskrivning av de verksamheter som arbetar med KPP för psykiatri

I denna rapport redovisas KPP-data för 2010 från:

- Landstinget i Östergötland
- Landstinget Västmanland
- Landstinget i Värmland
- Landstinget i Norrbotten
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Tabell 1 Antal individer, vårdtillfällen och besök per område som inrapporterats till KPP psykiatri-databasen 2010.

Område	Antal individer	Antal vårdtillfällen	Antal besök
Sahlgrenska	21 218	7 255	276 119
Östergötland	14 836	2 682	267 966
Värmland	11 208	1 503	142 451
Västmanland	7 287	1 979	77 930
Norrbotten	6 565	2 272	57 053
<b>Totalt</b>	<b>61 115</b>	<b>15 691</b>	<b>821 519</b>

### Verksamhetsprofil psykiatri vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vuxenpsykiatri inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset utgjordes av sex psykiatriska verksamhetsområden för psykiatrisk specialistsjukvård i öppen- och slutenvård år 2010. Beroendekliniken, Neuropsykiatri, Rättspsykiatri samt de tre allmänpsykiatriska klinikerna Psykiatri Östra, Psykiatri Mölndal och Psykiatri Sahlgrenska. Upptagningsområdet för de allmänpsykiatriska klinikerna utgörs av kommunerna Mölndal, Partille, Härryda, Öckerö och Göteborg. I upptagningsområdet bor cirka 650 000 personer varav 525 249 är 18 år och äldre.

Beroendekliniken bedriver utredning och behandling vid komplicerat missbruk/beroende av alkohol, tillvänjande läkemedel och narkotika. Verksamheten vänder sig också till personer med psykiatrisk problematik i kombination med missbruk. Upptagningsområdet är detsamma som för allmänpsykiatri. Neuropsykiatri omfattar äldrepsykiatri, minnesrelaterade sjukdomar och omsorgspsykiatri och har för delar av verksamheten hela Västra Götalandsregionen som upptagningsområde. Rättspsykiatri har ett större upptagningsområde inom regionen än vad Sahlgrenska Universitetssjukhuset har.

Fem procent av den psykiatriska vården, mätt i kostnadstermer, inom Sahlgrenska Universitetssjukhusets upptagningsområde köps från andra huvudmän. Om rättspsykiatri inte inkluderas är siffran en procent.

### Verksamhetsprofil psykiatri, Landstinget i Östergötland

Den psykiatriska verksamheten inom Landstinget i Östergötland är uppdelad i tre geografiskt avdelade närsjukvårdsområden: centrala området, där Linköpings universitetssjukhus ligger, västra området, där Motala lasarett ligger, samt östra området med Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Finspångs lasarett. I upptagningsområdet bor cirka 423 000 personer varav 343 013 stycken är 18 år och äldre.

I samtliga tre områden finns allmänpsykiatriska slutenvårdsavdelningar och i Norrköping och Linköping även jourmottagningar. I länets västra delar finns mobila team som fungerar som "ambulerande jourmottagningar". Allmänpsykiatrisk öppenvård finns vid geografiskt spridda mottagningar i Linköping, Norrköping, Motala, Mjölby och Finspång och man bedriver även omfattande verksamhet i patientens hem. Beroendeklinik med öppen och sluten vård finns i Linköping, Norrköping och Motala. En öppenvårdsmottagning finns även i Mjölby. Barn- o ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning bedrivs i Norrköping, Linköping, Motala (privat) och i Mjölby (privat), slutenvården i Linköping. Psykosmottagningar finns i Linköping respektive Norrköping. En mottagning för utredningar av transsexualitet inför könsbytesoperation finns även vid kliniken i Linköping.

Rättspsykiatriska regionkliniken (RPR) i Vadstena fungerar som en gemensam resurs för sydöstra sjukvårdsregionen. Här finns sex vårdavdelningar med en vårdkedja från intag till utslussning. Kliniken ingår ej i rapporteringen till KPP-psykiatri.

Privata vårdgivare står för cirka 5 procent av vuxenpsykiatrins kontakter. Dessa är ej med i Östergötlands KPP-data. Primärvården bedriver viss psykiatrisk vård.

### **Verksamhetsprofil division psykiatri, Landstinget i Värmland**

Landstinget i Värmland är uppdelat i sju divisioner. Inom division psykiatri finns vuxenpsykiatri öppen- och slutenvård, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och rättspsykiatri. I divisionen finns fem vuxenpsykiatriska verksamheter. Den allmänpsykiatriska slutenvården har sex avdelningar samt en observationsavdelning, avdelningarna är fördelade på tre orter. Rättspsykiatrin har en öppenvårdsenhet och fyra avdelningar med totalt 30 platser. BUP är länsövergripande och bedriver sedan 2001 öppenvård och öppnar upp slutenvårdsplatser vid behov.

Det finns ingen fast bemannad dygnetruntöppen slutenvårdsavdelning. Istället innebär arbetssättet att erbjuda akutvård genom familjesamtal, dagvård och intensivvård i hemmet, dit personal kommer. Centrum för traumatisk stress är en verksamhet med subspecialitet som tar emot patienter från hela Värmland. I upptagningsområdet bor ungefär 273 000 personer. 221 909 stycken av dessa är 18 år och äldre.

### **Verksamhetsprofil psykiatrin i Västmanland**

I Västmanland bor drygt 250 000 personer varav 202 248 är över 18 år. Vuxenpsykiatrin i Västmanland är indelad i två länsövergripande sektioner, en för allmänpsykiatrisk vård och beroendevård samt en för psykosvård och psykiatrisk intensivvård. Basen i verksamheten är öppenvårdsmottagningarna som finns i Köping, Sala, Fagersta och Västerås. Sektion allmänpsykiatri och beroendevård har en beroendeenhet samt resurser för neuropsykiatriska utredningar för dubbeldiagnospatienter. Beroendeenheten består av en slutenvårdsavdelning samt en beroendemottagning. Dessutom finns en allmänpsykiatrisk akutavdelning och fem allmänpsykiatriska mottagningar. Sektionen för psykosvård och psykiatrisk intensivvård har förutom psykiatrisk akutmottagning fem psykosmottagningar, två psykiatriska intensivvårdsavdelningar, en akut psykosavdelning samt en psykiatrisk behandlingsenhet. På flera av enheterna vårdas även rättspsykiatriskt dömda patienter. En avdelning har häktesstatus.

Västmanlands rättspsykiatriska enhet ligger i Sala. Verksamheten omfattar fyra vårdavdelningar med vardera 10 slutenvårdsplatser. Byggnation av en ny mer ändamålsenlig rättspsykiatrisk klinik blev färdig 2011 och möjliggöra en vårdkedja från intag till utslussning samt en ökning av antalet platser till 55 inklusive 2 häktesplatser.

I KPP-arbetet har enheten för ätstörningar ännu inte inkluderats, vilken administreras under barn- och ungdomspsykiatrin i Västmanland men som behandlar både barn, ungdomar och vuxna med ätstörningsproblematik. Det finns även privata psykiatriker samt psykologer i Västmanland som har avtal med landstinget, men som inte ingår i det rapporterade materialet för KPP.

### **Verksamhetsprofil psykiatrin i Norrbotten**

Vuxenpsykiatrin är en av nio divisioner inom Norrbottens läns landsting. Landstingets upptagningsområde motsvarar en fjärdedel av landets yta och har cirka 250 000 invånare, 202 227 stycken är 18 år och äldre. Vuxenpsykiatrin vårdar patienter från 18 år och uppåt, medan barn- och ungdomspsykiatrin är organiserad tillsammans med övrig barn- och ungdomssjukvård i landstinget och tillhör en annan division.

Vuxenpsykiatrin i Norrbotten är indelad i tre geografiska områden; Gällivare, Piteå och Sunderbyn. Det finns också en länsövergripande klinik med rättspsykiatri och psykiatrisk långtidsrehabilitering som är placerad i Öjebyn utanför Piteå. Vid samtliga kliniker bedrivs både öppenvård och heldygnsvård. På Gällivare och Sunderby sjukhus finns jourmottagningar som har öppet dygnet runt.

I Luleå finns en missbruks- och beroendeavdelning med 12 vårdplatser som drivs i samverkan med primärvården samt Luleå och Bodens kommuner.

Den länsgemensamma psykiatriska kliniken i Öjebyn har, utöver rättspsykiatri, uppdraget att vara en resurs för övriga vuxenpsykiatrin i Norrbotten när det gäller särskilt vårdkrävande patienter. Det är den enda godkända enheten i länet att ta emot häktade/fängelsedömda som har ett akut behov av psykiatrisk

specialistvård. Kliniken driver också ett samverkansboende med fem lägenheter där kommuner som inte kan ta emot färdigbehandlade patienter kan köpa plats.

# Metod

## 3.1 Avgränsningar

Denna rapport innehåller data från 2010. Rapporten har avgränsats till patienter äldre än 17 år. För Norrbotten har det inte gått att särskilja den betydligt dyrare rättspsykiatri från allmänpsykiatri för slutenvården. Analyserna och kostnaderna kan därför bli missvisande för Norrbotten. Öjebyn sjukhus finns dock redovisad i öppenvården, vilket innehåller många vårdtunga patienter inom rättspsykiatri. All rättspsykiatri, inklusive Öjebyns sjukhus, är exkluderad. Även barn- och ungdomspsykiatri har exkluderats. Utomlänspatienter ingår i rapporten med undantag för avsnittet kring befolkningsrelaterad data. För att möjliggöra jämförelser har indirekta besök (telefon- och brevkontakter) exkluderats då alla landsting inte har rapporterat detta till databasen. Slutenvårdstillfällen under 2 500 kr respektive besök under 100 kr har exkluderats.

## 3.2 Diagnosgruppering

Patienterna har delats in i diagnosgrupper baserade på sin huvuddiagnos. Indelningen följer i princip den gruppering av psykiatriska diagnoser (PG-grupper) som Socialstyrelsen uppdaterat utifrån Landstingsförbundet tidigare Lf-grupper. Patienterna har först klassats i PG-grupper vilka sedan samlats i tolv diagnosgrupper samt två övriga-grupper, en för psykiatriska diagnoser och en för främst somatiska diagnoser. Slutligen har en grupp för ”*huvuddiagnos saknas*” skapats. Varje individuell patient förekommer bara en gång i en av grupperna, vilket innebär att patientantalen sett totalt inte är jämförbart med patientantalen i öppen respektive slutenvården. Psykiatriska diagnoser har fått företräde framför somatiska och slutenvårdsdiagnoser har fått företräde framför öppenvårdsdiagnoser. Därefter har datum varit utslagsgivande – det senaste utskrivnings- eller besöksdatumet har fått företräde. En ny diagnosgrupp gällande neuropsykiatri har skapats för att urskilja vissa diagnoser. Ett problem med detta är att inom neuropsykiatriska kliniker definieras denna grupp som äldrepsykiatri och vissa minnesstörningar medan rapporten utgår från de definitioner som innefattar diagnoser såsom ADD, ADHD, tvångssyndrom, och Asbergers syndrom. Inom gruppen utvecklingsavvikelser ingår bland andra diagnoser som språk- och utvecklingsstörningar, störning av psykisk utveckling samt tics. Diagnoser som ingår för gruppen ångestsyndrom, innefattar exempelvis ångestsyndrom, somatoforma och dissociativa syndrom. För mer detaljerad information över diagnosgrupperingen se bilaga 2.

## 3.3 Diagnosrelaterade grupper (DRG)

Samtliga vårdtillfällen och besök har grupperats med 2010 års version av Nord DRG. Den psykiatriska vården för 2010 har grupperats med den svenska versionen av Nord DRG. Nationella prospektiva vikter för psykiatrisk slutenvård har tillämpats vilka Socialstyrelsen tagit fram (DRG 424N – 436C), se bilaga 4. För övriga DRG och öppenvården har somatiska prospektiva vikter tillämpats. Ytterfall har identifierats efter de vårdtidsytterfallsgränser som finns fastställda. Vårdtillfällen och besök under 2 500 kronor respektive 100 kr har också betraktats som ytterfall. Rättspsykiatri och barn- & ungdomspsykiatri har som tidigare exkluderats för att få jämförbarhet mellan områdena. Även indirekta besök har tagits bort för att öka jämförbarheten mellan områdena. Läs mer under avsnittet ”Gruppering av den psykiatriska vården med Nord DRG”.

### 3.4 Vårdtid och vårddagar

Enligt Socialstyrelsens termbank definieras vårdtid som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum. En vårddag räknas däremot som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum + 1 – hela permissionsdygn. Om en patient exempelvis skrivs in och ut samma dag, räknas vårdtillfället som en vårddag, men noll i vårdtid.

I begreppet vårddagar ska alltså permissionsdygn exkluderas enligt termbanken, vilket inte gjorts i denna rapport på grund av varierande kvalitet i rapporteringen av permissioner. För icke utskrivna patienter har utskrivningsdatum satts till 2010-12-31 vid beräkningen av vårdtid och vårddagar. Vid beräkning av medelvårdtider används hela vårdtillfället och beräknas då på avslutade vårdtillfällen.

# Kvalitet i data

## 4.1 Vårdkontakter

Antalet vårdkontakter i KPP-psykiatri har jämförts med uppgifter ur Socialstyrelsens patientregister, dit all slutenvård samt läkarbesök i öppen specialiserad vård ska rapporteras.

Tabell 2 Jämförelse av läkarbesök i KPP-databasen, psykiatri (inkl BUP & rättspsykiatri) och Patientregistret (PAR) 2010.

Område	Läkarbesök		Differens PAR-KPP	
	PAR	KPP	Antal	%
Sahlgrenska	48 009	47 058	951	2
Östergötland	21 623	17 154	4 469	26
Värmland	13 547	19 262	-5 715	-30
Västmanland	18 739	12 967	5 772	45
Norrbottn	9 825	6 899	2 926	42
<b>Totalt</b>	<b>117 007</b>	<b>103 340</b>	<b>8 403</b>	<b>8</b>

Inom öppenvården var antalen läkarbesök för fyra av områdena färre i KPP än i patientregistret. Värmland är undantaget som har fler läkarbesök registrerade i KPP. Största differenserna i registrering återfanns i Norrbotten och Västmanland, där registreringen i patientregistret var mycket större än i KPP psykiatri. Skillnaden var 42 respektive 45 procent.

Tabell 3 Jämförelse av antal vårdtillfällen i KPP-databasen, psykiatri (inkl BUP & rättspsykiatri) och Patientregistret (PAR) 2010.

Område	Vårdtillfällen		Differens PAR-KPP	
	PAR	KPP	Antal	%
Sahlgrenska	7 312	7 255	57	1
Östergötland	2 632	2 682	-50	-2
Värmland	1 434	1 503	-69	-5
Västmanland	1 972	1 979	-7	0
Norrbottn	2 371	2 272	99	4
<b>Totalt</b>	<b>15 721</b>	<b>15 691</b>	<b>30</b>	<b>0</b>

Antalet vårdtillfällen skiljer sig inte mycket mellan PAR och KPP psykiatri. Värmland och Norrbotten har differenser på -5 respektive 4 procent. För Värmland var det flera vårdtillfällen registrerade i KPP psykiatri än i patientregistret. I Västmanland var antalet vårdtillfällen inom psykiatri i de två datakällorna i stort sett identiska.

## 4.2 Diagnoser och åtgärder

Åtgärds-koder inom psykiatri ska i första hand anges enligt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och i andra hand enligt huvudrubrikerna i KVÅ. Om åtgärder inte registreras eller registreras enbart med huvudrubrik påverkar det DRG-grupperingen. Västmanland rapporterar åtgärder enligt aggregerad form av gruppering, medan de andra områdena rapporterar enligt den aktuella grupperingen för KVÅ-åtgärder, se bilaga 3. I nedanstående tabeller redovisas förekomsten av diagnos- och åtgärds-koder per område.

Tabell 4 Datakvalitet i öppen vård 2010. Andelar i procent för ett urval av variabler.

Område	Läkarbesök	Totalt antal besök med		
	Med huvuddiagnos	Huvuddiagnos	Minst en bidiagnos	Minst en åtgärds-kod
Sahlgrenska	99 %	97 %	6 %	95 %
Östergötland	95 %	51 %	15 %	28 %
Värmland	75 %	76 %	25 %	49 %
Västmanland	97 %	98 %	10 %	84 %
Norrbottn	96 %	99 %	29 %	62 %

Tabell 5 Datakvalitet i slutenvård 2010. Andelar i procent för ett urval av variabler.

Område	Antal vårdtillfällen med		
	Huvuddiagnos	Minst en bidiagnos	Minst en åtgärds-kod
Sahlgrenska	99 %	54 %	91 %
Östergötland	99 %	43 %	20 %
Värmland	90 %	56 %	60 %
Västmanland	96 %	32 %	74 %
Norrbottn	100 %	46 %	53 %

Endast avslutade vårdtillfällen ingår i tabellen, eftersom diagnoskodning ofta sker vid utskrivning. För vårdtillfällen och för läkarbesök fanns huvuddiagnos i 90-100 procent av fallen, med undantag för Värmland där andelen läkarbesök med huvuddiagnos enbart var 75 procent. För besök hos andra yrkeskategorier än läkare kan förekomsten av huvuddiagnos bero på hur datasystemet är uppbyggt, om den registreras endast vid diagnostillfället, eller om den ligger kvar i systemet vid varje efterföljande besök. Val av huvuddiagnos påverkar indelningen av patienter i olika diagnosgrupper samt DRG-grupperingen. Förekomsten av bidiagnoser påverkar bland annat analysen av vilka andra sjukdomar patienter har. Andelen besök och vårdtillfällen med minst en bidiagnos varierar mellan områdena, mellan 6-56 procent. Generellt är andelen större inom den slutna psykiatriska vården.

Antalen besök och vårdtillfällen med minst en åtgärds-kod varierar, och är relativt lika inom den psykiatriska öppen- och slutenvården. Det är stor variation mellan landstingen i registreringen av åtgärds-koder, andelarna ligger mellan 20-91 procent i slutenvården och 28-95 procent i öppenvården. Lägst registreringen inom slutenvården har Östergötland, medan Sahlgrenska har över 90 procent registrerat både i öppen- och slutenvården.



# Resultat

## 5.1 Översikt

Det totala invånarantalet som berörs i rapporten är drygt 1,5 miljoner invånare, 18 år och äldre, vilket motsvarar ungefär 20 procent av Sveriges befolkning. Den totala summan vårdkostnader som redovisas på patientnivå i denna rapport är cirka 2,4 miljarder. Denna rapport innefattar närmare 53 000 patienter. I bilaga 1 till denna rapport finns detaljerad statistik för de deltagande områdena.

Tabell 6 Antal invånare och patienter, 18 år och äldre, fördelat på område 2010.

Område	Antal invånare	Antal patienter	Andel patienter av befolkningen
Sahlgrenska	525 249	20 326	3,9 %
Östergötland	343 013	11 361	3,3 %
Värmland	221 909	7 681	3,5 %
Västmanland	202 248	7 226	3,6 %
Norrbottnen	202 227	6 255	3,1 %
<b>Totalt</b>	<b>1 494 646</b>	<b>52 849</b>	<b>3,5 %</b>

## 5.2 Kostnadsdata

Kostnadsberäkning av vårdkontaktarna ska följa de nationella KPP-principerna. De kvalitetskontroller som gjorts på insamlat material visar på skillnader vid fördelning och kalkylering av kostnader. Tre områden har kostnadsberäknat indirekta kontakter, vilka inte ingår i dessa redovisningar. För mer detaljerad information se bilaga 1.

Vårdtillfällen med väldigt låga kostnader förekommer. Sahlgrenska har 66 vårdtillfällen med vårdkostnad noll kronor. Området har också rapporterat 14 750 besök utan kostnad och Norrbotten har 2 459 stycken. Dessa orimligt låga kostnader har tagits bort från samtliga beräkningar och analyser för både öppen- och slutenvården. Vårdtillfällen med en totalkostnad under 2 500 kronor har exkluderats, och för öppenvården så har besök som kostnadsberäknats till under 100 kronor undantagits.

Tabell 7 Spridning mått i öppen vård, kostnader per patient.

	10:e percentil	Median	90:e percentil	Medelvärde
Sahlgrenska	3 531	12 015	63 622	25 406
Östergötland	2 124	9 229	55 516	22 648
Värmland	9 962	19 873	41 842	24 527
Västmanland	2 434	11 666	53 600	22 981
Norrbottnen	3 730	15 890	65 398	29 306
<b>Totalt</b>	<b>2 826</b>	<b>14 547</b>	<b>56 927</b>	<b>24 780</b>

I öppenvården är mediankostnaden per patient mellan 9 229 och 19 873 kronor. Medelkostnaden per patient är 24 780 kronor.

**Tabell 8 Spridning mått i slutna vård, kostnader per patient.**

	<b>10:e percentil</b>	<b>Median</b>	<b>90:e percentil</b>	<b>Medelvärde</b>
Sahlgrenska	15 858	82 387	331 953	138 277
Östergötland	10 608	55 064	226 928	97 871
Värmland	20 614	77 371	285 846	125 901
Västmanland	10 332	42 992	266 298	109 063
Norrbottn	13 094	44 463	210 442	91 172
<b>Totalt</b>	<b>13 796</b>	<b>64 746</b>	<b>286 096</b>	<b>119 621</b>

Mediankostnaden per patient inom den slutna vården varierar från 42 992 till 82 387 kronor. Medelkostnaden per patient är 119 621 kronor.

**Tabell 9 Spridning mått totalt, kostnader per patient.**

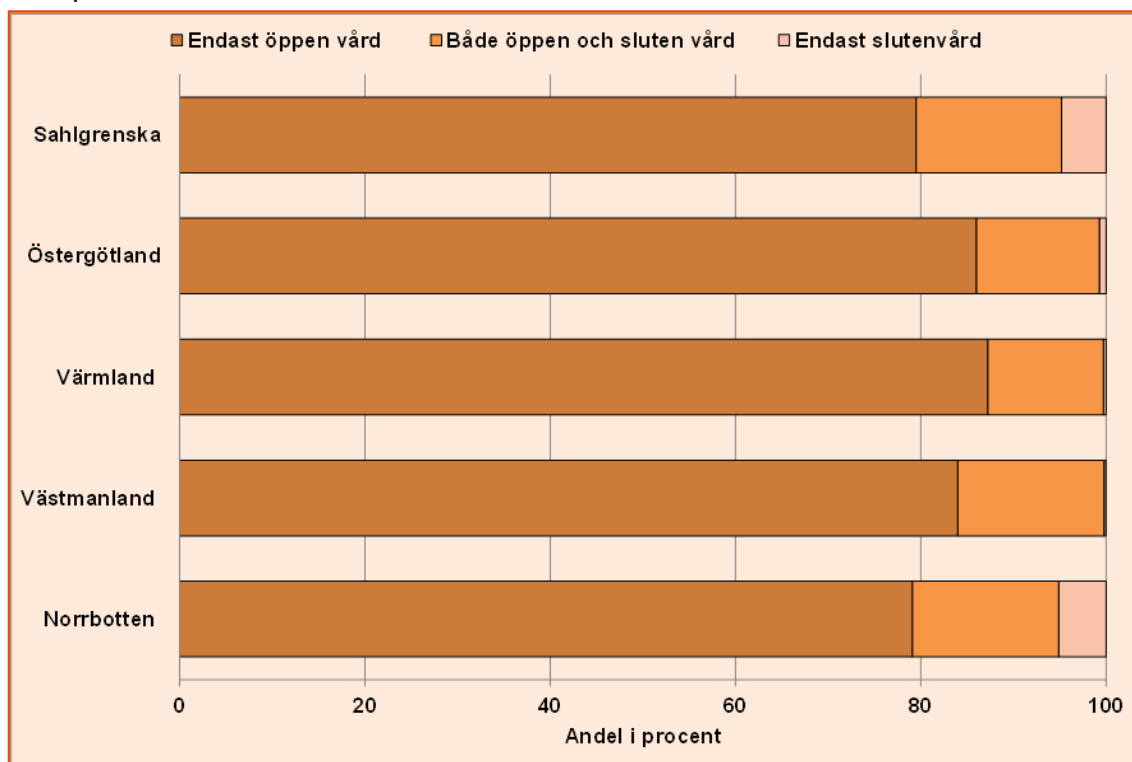
	<b>10:e percentil</b>	<b>Median</b>	<b>90:e percentil</b>	<b>Medelvärde</b>
Sahlgrenska	3 800	16 288	133 133	52 556
Östergötland	2 234	9 936	87 827	36 209
Värmland	13 866	20 418	71 362	40 507
Västmanland	2 434	14 634	83 694	40 403
Norrbottn	3 949	20 481	109 976	46 838
<b>Totalt</b>	<b>3 139</b>	<b>17 353</b>	<b>104 950</b>	<b>44 952</b>

Totalt sett är mediankostnaden för en patient inom den vuxenpsykiatriska vården 17 353 kronor och medelkostnaden 44 952 kronor.

### 5.3 Var vårdas patienterna?

I detta avsnitt belyser vi hur patienterna omhändertas avseende vårdformerna öppen- och slutenvård. Avsnittet avslutas med en redovisning över andelen utomlänsvård per område.

Diagram 1 Fördelning patienter i slutenvård, öppenvård samt både sluten- och öppenvård i allmän psykiatrisk vård, vuxna 2010. Andel i procent.



En majoritet av de patienter som fått slutenvård har också erhållit öppenvård. Andelen patienter som förekommit endast i öppenvård ligger mellan 79 till 87 procent. Andel patienter som vårdats i enbart slutenvård är störst i Norrbotten och Sahlgrenska, där rör det sig om cirka 5 procent. För Västmanland och Norrbotten är andelen patienter med både öppen- och slutenvård störst. Bland de som endast vårdats i slutenvård kan en del fått sin vård i öppenvård hos privata mottagningar, vilka inte finns med i KPP-databasen. Några av dessa patienter kan ha haft en akut inläggning som sedan inte medfört ytterligare vård.

Nedanstående tabell redovisar andelen utomlänspatienter per område år 2010:

Tabell 3 Andel utomlänspatienter fördelat på område 2010

Område	Andel utomlänspatienter
Sahlgrenska*	2,3 %
Östergötland	3,4 %
Värmland	1,4 %
Västmanland	2,8 %
Norrbotten	3,9 %
<b>Totalt</b>	<b>2,7 %</b>

Patienter utan registrerad hemort har exkluderats ur denna redovisning.

\*Utomlänspatienter är patienter med hemort utanför Västra Götalandsregionen.

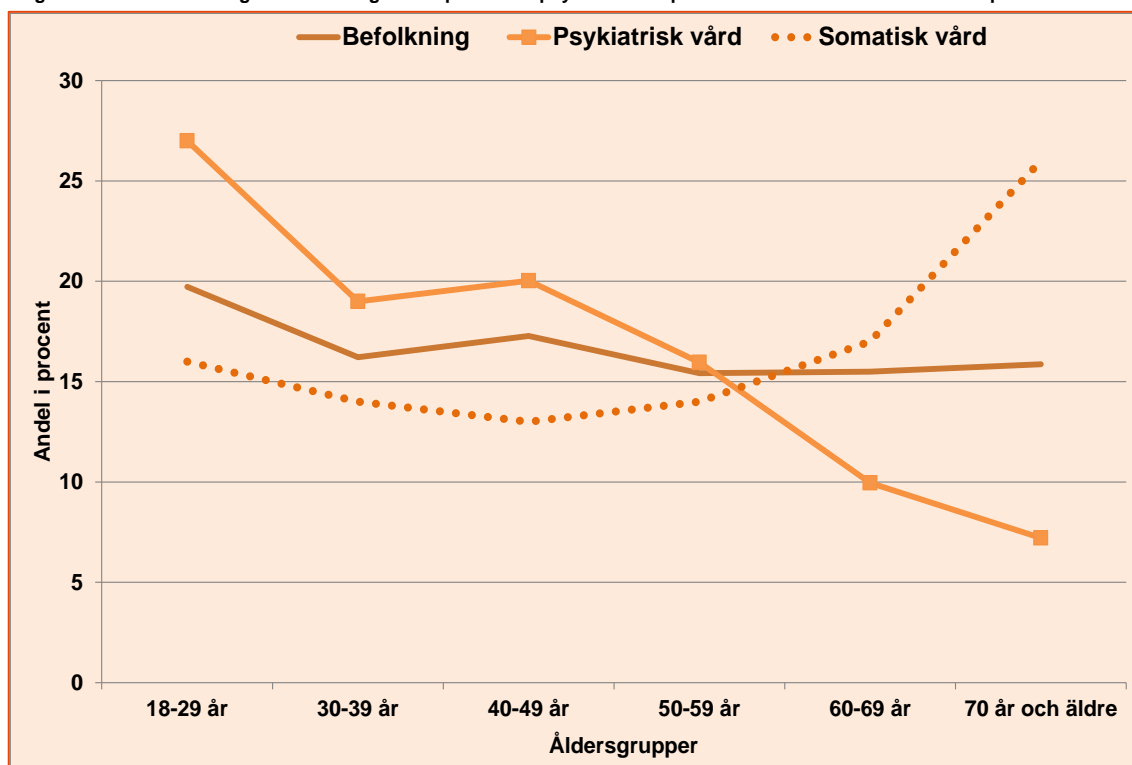
Utomlänspatienter inom den allmänna psykiatriska vården står för mellan 1,4 till 3,4 procent inom de olika områdena. Lägst andel patienter som inte bor inom området där de vårdats återfinns i Värmland, samtidigt som Östergötland står för den högsta andelen utomlänspatienter. En anledning till detta kan vara att det inom området förekommer specialkliniker, exempelvis för ätstörningar. Totalt sett har närmare 3 procent av patienterna inom den psykiatriska vården vårdats utanför sitt hemlandsting.

## 5.4 Vilka patienter vårdas?

I det följande avsnitt redovisas vilka patienter som förekommer inom psykiatrin. Respektive område beskrivs utifrån patienternas åldrar, kön samt hur de fördelar sig inom de olika diagnosgrupperna.

### Åldersgrupper

Diagram 2 Åldersfördelning för befolkningen och patienter i psykiatrisk respektive somatisk vård 2010. Andel i procent.



Syftet med ovanstående diagram är att visa hur åldersfördelningen skiljer sig mellan psykiatrisk och somatisk vård vilket bör tas hänsyn till vid arbete med exempelvis resursfördelningsmodeller eller index på befolkningsnivå.

Åldersfördelningen för den psykiatriska vården är framtagen med utgångspunkt av de fem områdena, den somatiska vårdens fördelning utgår från den somatiska KPP-databasen, vilken innehåller tretton landsting. Befolkningens åldersfördelning är hämtad från SCB och omfattar hela den svenska befolkningen över 17 år.

Andelen personer i åldrarna 18-29 år utgjorde 20 procent av den myndiga befolkningen men mer än 27 procent av patienterna inom psykiatrin. Det är den största åldersgruppen inom den psykiatriska vården. Personer över 70 år utgjorde 16 procent av befolkningen men endast 7 procent av patienter inom psykiatrin. Åldersfördelningen inom psykiatrin skiljer sig markant från åldersfördelningen inom somatisk vård, där äldre patienter är överrepresenterade. Anledningen till att förhållandevis få äldre patienter förekommer är troligtvis att äldre patienter med exempelvis demens hanteras inom primärvård och i kommunal regi.

Diagram 3 Åldersfördelning för patienter i psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Andel i procent.

<b>Sahlgrenska</b>	18-29 år 24%	30-39 år 19%	40-49 år 20%	50-59 år 17%	60-69 år 11%	70 år- 10%
<b>Östergötland</b>	18-29 år 29%	30-39 år 18%	40-49 år 20%	50-59 år 16%	60-69 år 10%	70 år- 7%
<b>Värmland</b>	18-29 år 30%	30-39 år 18%	40-49 år 20%	50-59 år 16%	60-69 år 9%	70 år- 6%
<b>Västmanland</b>	18-29 år 28%	30-39 år 18%	40-49 år 22%	50-59 år 17%	60-69 år 9%	70 år- 5%
<b>Norrbottn</b>	18-29 år 31%	30-39 år 20%	40-49 år 20%	50-59 år 16%	60-69 år 10%	70 år- 4%

Diagrammet visar en ganska jämn fördelning av åldersgrupper mellan de olika områdena inom psykiatrin. Av patienterna befinner sig 63-70 procent i åldrarna 18-49 år. Den åldersgrupp där det återfinns flest patienter är åldrarna 18-29 år. Den gruppen står för mellan 24 och 31 procent. Sahlgrenska utmärker sig genom att ha en närmare dubbelt så stor andel patienter över 70 år som de andra områdena, den är cirka 10 procent. Det kan förklaras av att Sahlgrenska har en neuropsykiatrisk klinik med inriktning på äldre.

## Diagnosfördelning per område

Tabell 10 Patienter fördelat på diagnosgrupp och område 2010. Andel i procent.

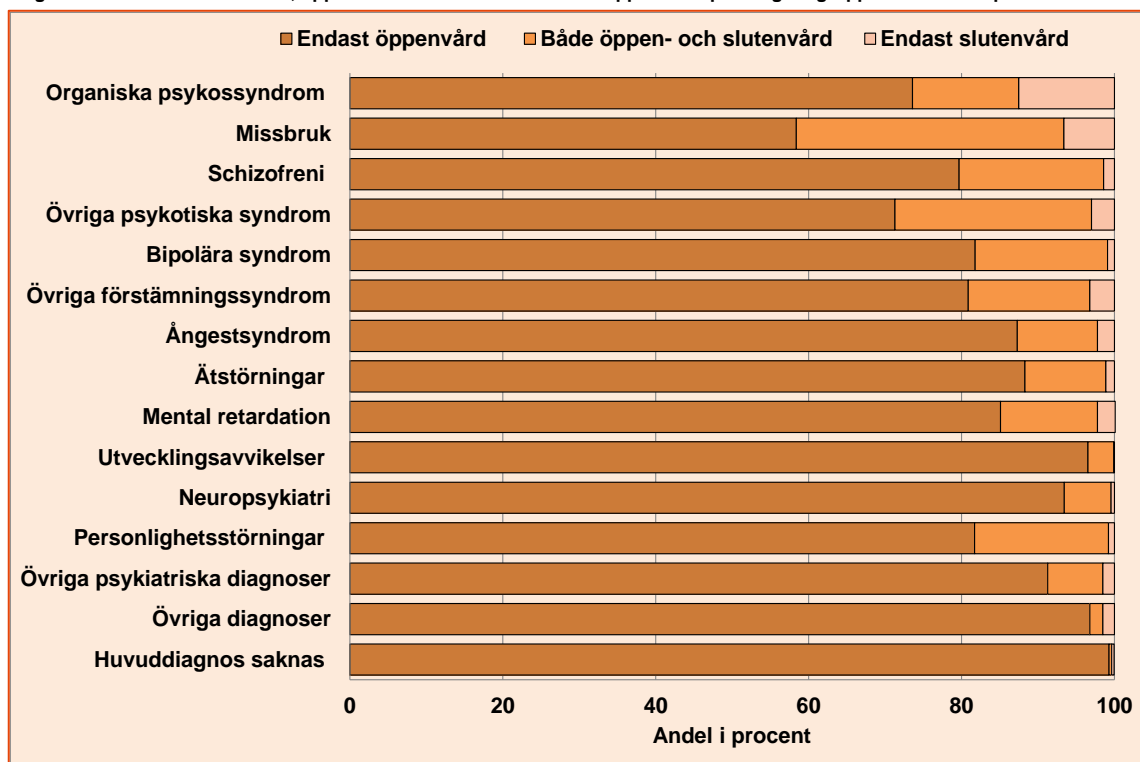
Diagnosgrupp	Sahlgrenska	Östergötland	Värmland	Västmanland	Norrbottnen	TOTALT
Organiska psykosyndrom	5,3 %	0,8 %	1,2 %	0,8 %	1,0 %	2,6 %
Missbruk	16,4 %	10,8 %	6,7 %	10,0 %	7,4 %	11,8 %
Schizofreni	4,9 %	5,1 %	3,8 %	6,1 %	7,3 %	5,3 %
Övriga psykotiska syndrom	6,8 %	4,8 %	4,0 %	6,1 %	6,2 %	5,8 %
Bipolära syndrom	7,8 %	8,0 %	7,4 %	6,9 %	14,1 %	8,4 %
Övriga förstämningssyndrom	16,1 %	16,5 %	14,6 %	16,4 %	22,3 %	16,7 %
Ångestsyndrom	16,5 %	17,5 %	29,5 %	25,5 %	18,7 %	20,1 %
Ätstörningar	0,9 %	1,3 %	1,3 %	0,4 %	1,3 %	1,0 %
Mental retardation	1,7 %	0,7 %	0,6 %	1,0 %	0,5 %	1,1 %
Utvecklingsavvikelser	2,0 %	1,1 %	4,2 %	4,1 %	3,3 %	2,6 %
Neuropsykiatri	4,4 %	8,4 %	9,9 %	6,0 %	8,4 %	6,8 %
Personlighetsstörningar	2,4 %	4,0 %	3,3 %	5,0 %	2,2 %	3,2 %
Övriga psykiatriska diagnoser.	0,5 %	0,8 %	0,9 %	1,0 %	1,1 %	0,8 %
Övriga diagnoser	13,0 %	4,4 %	4,1 %	9,4 %	5,6 %	8,5 %
Huvuddiagnos saknas	1,2 %	15,8 %	8,4 %	1,3 %	0,5 %	5,3 %
<b>Summa</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Tabellen visar att de flesta patienterna förekommer i diagnosgrupperna ”Övriga förstämningssyndrom”, ”Ångestsyndrom”, ”Bipolära syndrom” samt ”Missbruk”. När det gäller ”Schizofreni” och ”Övriga psykotiska syndrom” är det sammantaget en likvärdig fördelning av patienter inom de olika verksamhetsområdena, men med något lägre andel patienter i dessa grupper i Värmland.

Även om områdena är relativt lika i diagnosfördelningen kan det förekomma skillnader i diagnospraxis. Det finns också skillnader i diagnosregistreringen. Det är en relativt stor andel patienter som saknar diagnos. I jämförelserna bör hänsyn tas till om det finns särskilda enheter som bland annat arbetar med missbruk, ätstörningar och demenser. Som tidigare nämnts ingår en neuropsykiatrisk klinik inom Sahlgrenska verksamhet, vilket kan förklara den höga andelen patienter med organiska psykosyndrom där demenssjukdomar ingår.

## Diagnosfördelning i öppen- och slutenvård

Diagram 4 Patienter i slutenvård, öppenvård samt både sluten- och öppen vård per diagnosgrupp 2010. Andel i procent

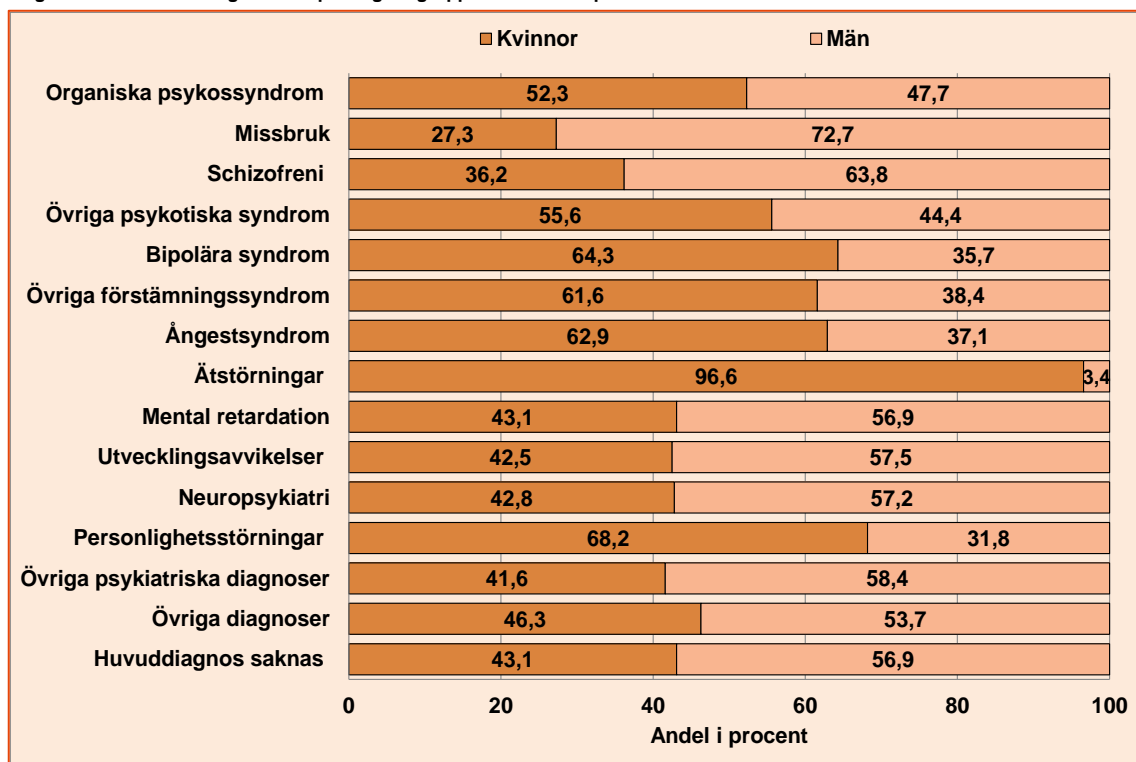


Majoriteten av patienterna inom den allmänna psykiatriska vården har vårdats enbart i öppen vård. De diagnosgrupper som oftast är i behov av sluten vård är missbruk och psykossjukdomar. Diagrammet visar också att "Organiska psykossyndrom" och "Missbruk" är de grupper som har den högsta andelen enbart sluten vård, med drygt 13 respektive 7 procent.

Att missbruk och organiska psykossyndrom har en större andel enbart sluten vård kan också bero på att missbruksgruppen får öppenvårdsinsatser hos andra vårdgivare bland annat inom kommunal verksamhet eller att de inte är benägna att fortsätta behandling i öppenvården. När det gäller gruppen "Organiska psykossyndrom", som bl.a. innehåller demenssjukdomar övergår ofta vården till annan vårdgivare/huvudman.

## Könsfördelning

Diagram 5 Könsfördelning fördelat på diagnosgrupp 2010. Andel i procent.



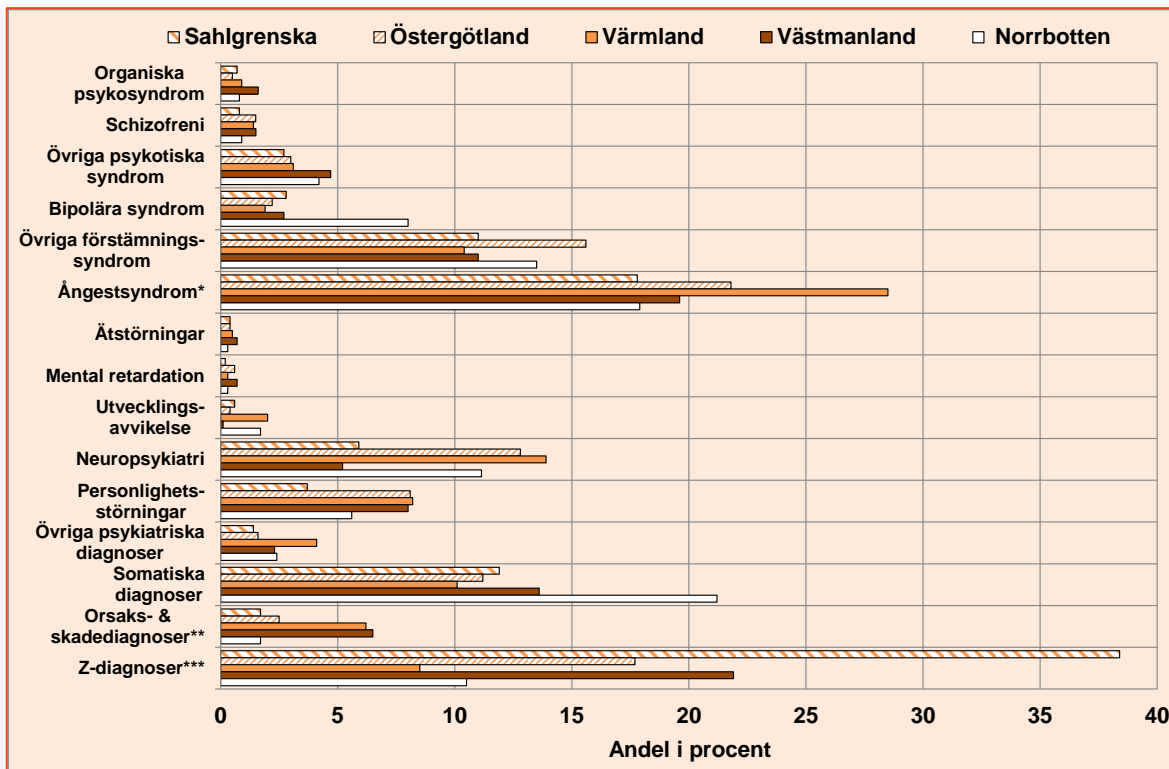
Diagrammet visar relativt stora skillnader mellan fördelningen av kvinnor och män i de olika diagnosgrupperna. Kvinnor har mer sällan missbruksdiagnos men däremot oftare förstämningss- och ångestsyndrom. Närmare 70 procent av alla som lider av personlighetsstörningar är kvinnor. Ätstörningar är en diagnosgrupp som nästan helt domineras av kvinnor samtidigt som män oftare har diagnoserna missbruk och schizofreni. Andelen män är även högre i diagnosgrupperna "Mental retardation", "Utvecklingsavvikelser" och "Neuropsykiatriska diagnoser". För mer detaljerad statistik uppdelad på kön och diagnosgrupper se bilaga 1.



## Missbruk i kombination med annan psykiatrisk diagnos

Antalet patienter som någon gång under året haft missbruk som huvuddiagnos uppgick till totalt 7 106 vilken motsvarar 13,4 procent av vuxenpsykiatriens samtliga patienter. Av dessa hade 40 procent (2 845 patienter) inga andra bi- eller huvuddiagnoser än missbruk. Övriga patienters bi- och andra huvuddiagnoser fördelar sig enligt diagrammet nedan. Observera att en patient kan förekomma i fler diagnosgrupper samtidigt.

Diagram 6 Andel patienter med missbruksdiagnos i kombination med andra psykiatriska diagnoser 2010. Andel i procent.



\*I gruppen ångestsyndrom ingår även maldaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd (F43,F62) och somatoforma & dissociativa syndrom (F44-48)

\*\*Orsaks och skadediagnos avser kapital 20 (V01-Y98)

\*\*\*Z-diagnoser avser diagnoserna kapital 21 (Z00-99). "Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakt

Diagrammet ovan visar att det är vanligast förekommande att patienter med missbruk också har diagnostiserats inom grupperna "Ångestsyndrom" och "Övriga förstämningssyndrom". Sahlgrenska har en högre andel "Z-diagnoser" än de övriga. I Värmland är det vanligare att missbruket är kopplat till ångestsyndrom medan missbruket i Norrbotten oftare är kopplat med en somatisk diagnos.

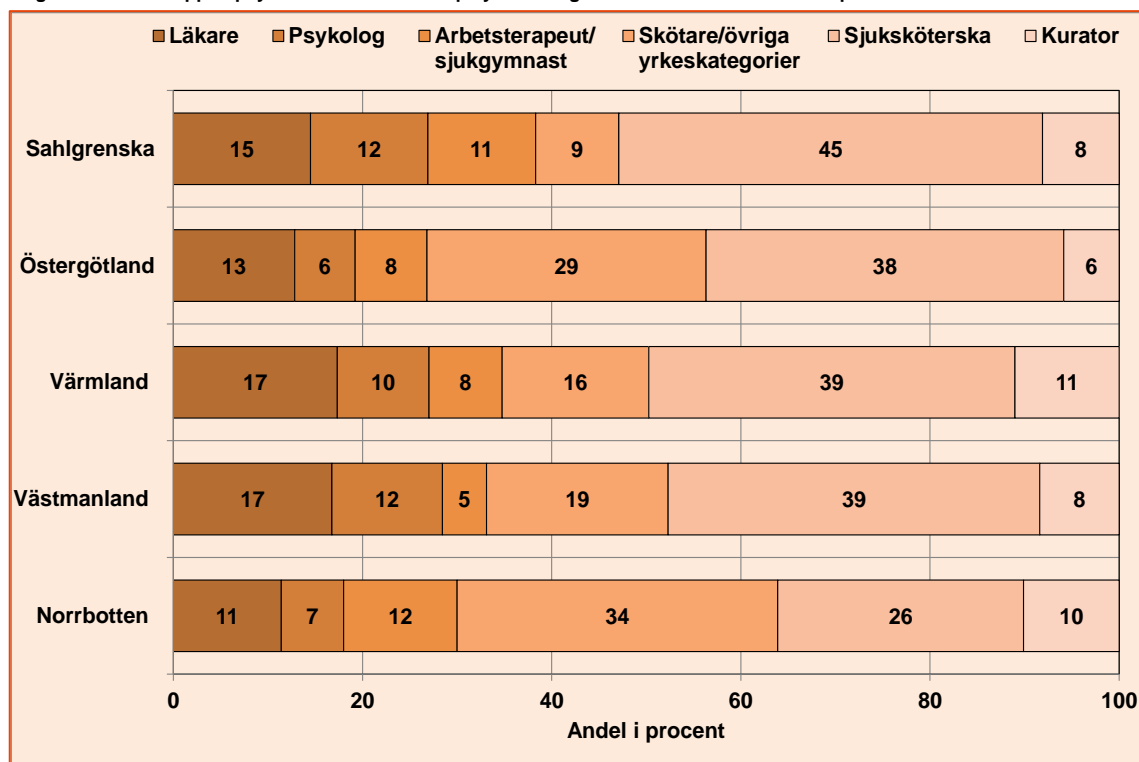
I detta sammanhang kan den enskilde individen förekomma inom flera diagnosgrupper. I jämförelser bör även hänsyn tas till diagnospraxis. Det som också påverkar jämförelserna är hur benägenheten inom psykiatrien att använda biddiagnoser. För mer detaljerad information se bilaga 1.

## 5.5 Vad får patienterna för vård?

Detta avsnitt beskriver vad patienterna får för vård och då bland annat vilka yrkeskategorier de träffar i den öppna psykiatriska vården. Detta beskrivs också i relation till kostnader. Därefter redovisas ett avsnitt kring de åtgärder som förekommer inom öppen respektive slutenvård. Eftersom de olika områdena har kommit olika långt med införande av KVÅ kan i dagsläget inga bra jämförelser göras mellan områdena, varför samtliga områden slagits ihop för att ge en övergripande bild.

### Yrkeskategorier

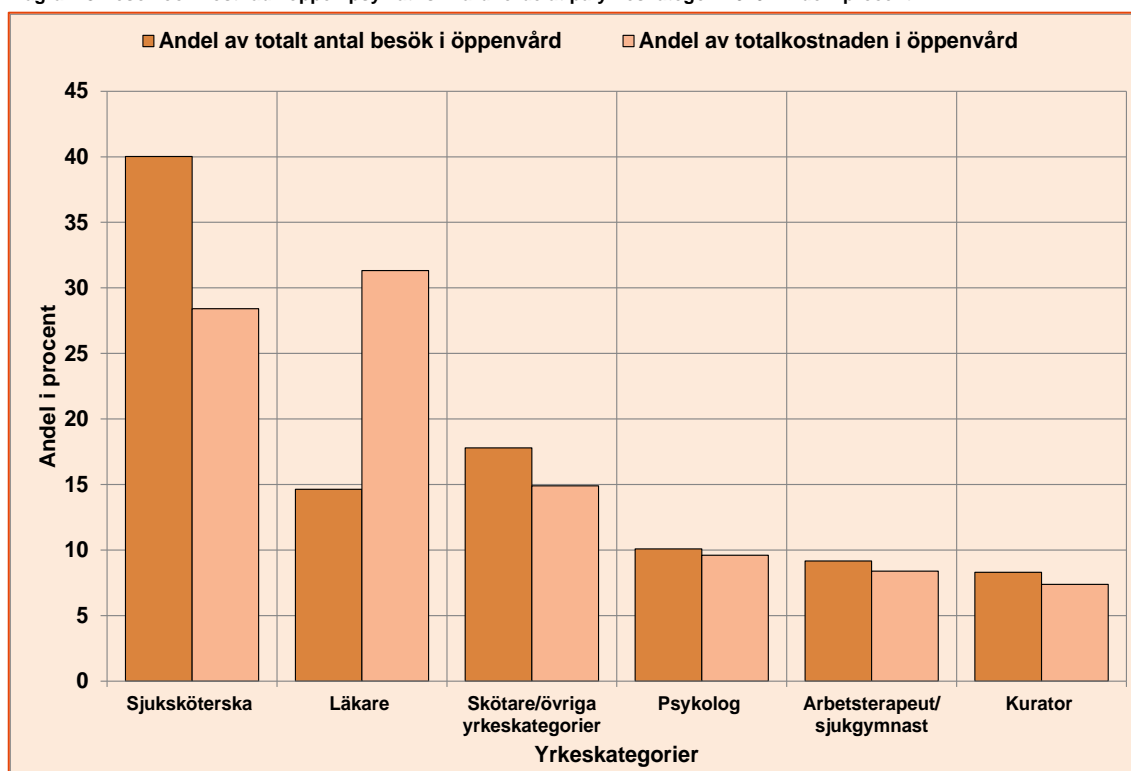
Diagram 7 Besök i öppen psykiatrisk vård fördelat på yrkeskategori och område 2010. Andel i procent.



Diagrammet visar att sjuksköterskor och skötare/övriga yrkeskategorier är de yrkesgrupper patienterna träffar mest bortsett från Sahlgrenska där skötare utgör en relativt liten andel av besöken. Andelen läkarbesök varierar mellan 11 och 17 procent mellan områdena, högst andel har Västmanland och Värmland.

Variationen av läkarbesök, psykolog- och kuratorsbesök kan bero på tillgången av dessa yrkeskategorier. Den här informationen kan ligga till grund för fördjupningar och analyser av bland annat jämlik vård. Till denna information bör data om vårdåtgärder kunna ge ytterligare möjligheter. Det är därför viktigt att införandet och användningen av KVÅ fortsätter.

Diagram 8 Besök och kostnad i öppen psykiatrisk vård fördelat på yrkeskategori 2010. Andel i procent.



Diagrammet visar att de tre yrkesgrupper som står för störst andel besök och kostnader är sjuksköterskor, läkare och skötare/övriga yrkeskategorier. Sjuksköterskor svarar för 40 procent av besöken inom öppenvården och cirka 28 procent av kostnaderna. Läkargesöken utgör cirka 15 procent av besöken och ungefär 31 procent av kostnaderna. I övriga yrkeskategorier är relationen mellan andelen kostnad och besök relativt lika.

Medelkostnad för besöken per yrkeskategori och område 2010 framgår av tabellen nedan.

Tabell 11 Genomsnittskostnad per besök i öppen psykiatrisk vård 2010.

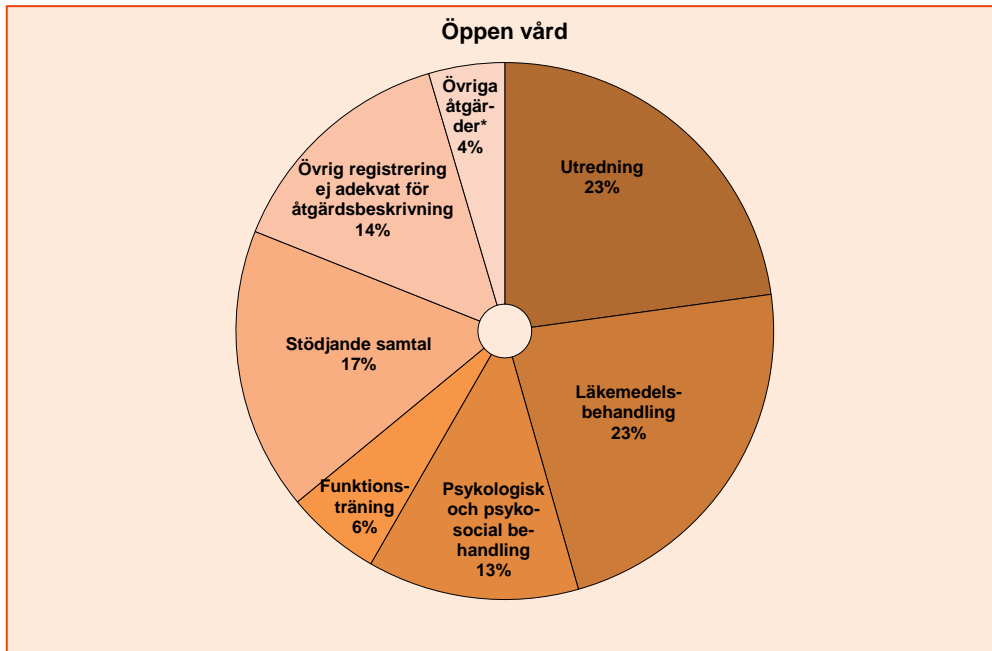
Område	Sjuksköterska	Läkare	Skötare/övriga personalkategorier	Psykolog	Kurator	Sjukgymnast/ arbetsterapeut
Sahlgrenska	1 376	4 280	1 582	1 709	1 732	1 844
Östergötland	1 278	4 512	1 586	2 303	2 029	1 596
Värmland	1 416	3 552	1 447	1 738	1 478	1 372
Västmanland	1 328	5 345	1 233	2 208	1 780	1 745
Norrboten	3 381	5 473	2 900	3 416	2 764	3 328
<b>Totalt</b>	<b>1 463</b>	<b>4 410</b>	<b>1 726</b>	<b>1 962</b>	<b>1 832</b>	<b>1 888</b>

Tabellen ovan visar att medelkostnaden för olika yrkeskategorier varierar stort mellan de olika områdena. Högst medelkostnad står läkarbesöken för, kostnaden ligger mellan cirka 3 500 och 5 500 kronor. I Norrbotten är kostnaderna för de olika yrkeskategorierna är högre än inom de andra områdena. En anledning till detta är att det i Norrbotten förekommer långa avstånd till patienter/filialmottagningar, vilket innebär att produktionen blir lägre och kostnaderna högre per vårdkontakt. Inom de övriga områdena är kostnadsnivån mellan de övriga yrkesgrupper relativt lika och ligger mellan 1 200 och 2 300 kronor. Ett annat skäl till att kostnadsnivån varierar kan vara olika arbetssätt, olika uppdrag samt skillnader i kalkylering.

## Vårdåtgärder

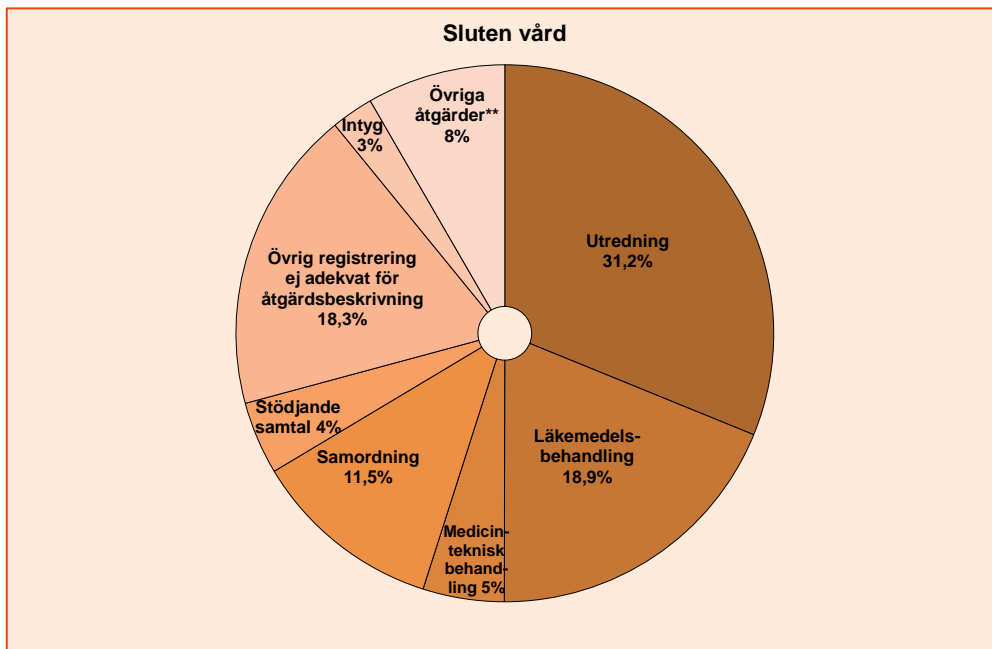
Registrering av KVÅ har pågått under några år. Det finns fortfarande en del problem med registreringen vilket gör att det finns ett stort behov av utveckling av KVÅ bland annat när det gäller regelverk kring hur registrering ska ske och vilka åtgärder som ses som mest relevanta. I nedanstående diagram redovisas vilka åtgärder som registrerats inom den öppna och slutna psykiatriska vården.

Diagram 9a Fördelning av KVÅ-åtgärder i öppenvård 2010. Andel i procent.



\*Övriga åtgärder öppen vård = Medtekniskbehandling (0,7 %), Information och utbildning (0,5 %), Samordning (2,0 %), Konsultationer (0,1 %), Intyg och anmälningar (1,2 %) samt Tilläggskoder (0,1 %)

Diagram 9b Fördelning av KVÅ-åtgärder i slutenvård 2010. Andel i procent.



\*\* Övriga åtgärder sluten vård = Psykologisk och psykosocial behandling (1,7 %), Funktionsträning och kompensation för funktionshinder (2,4 %), Information och utbildning (1,2 %), Extra tillsyn, isolering och åtgärder enligt LPT/LRV (2,3 %), Konsultationer (0,8 %), samt Tilläggskoder (0,1 %).

Åtgärder som registreras inom den öppna- respektive slutna vården varierar. Gemensamt är dock att åtgärder som handlar om utredning och läkemedelsbehandling är vanligast. Inom den öppna vården står dessa grupper för ungefär 23 procent vardera, och inom den slutna vården står utredning för cirka 31 procent. I öppenvården är ”Psykologisk och psykosocial behandling” den femte största gruppen och står för närmare 13 procent av alla åtgärder. Detta är betydligt vanligare än i slutenvården där gruppen endast står för 2 procent. Även ”Stödjande samtal” är vanligare inom den öppna vården, de står för närmare 20 procent av alla åtgärder, men enbart 4 procent i slutenvården.

Tabell 12 Fördelning av åtgärder enligt KVÅ-gruppering. Jämförelse mellan områdena 2010. Andel i procent.

Åtgärder	ÖV/SV	Sahlgrenska	Östergötland	Värmland	Västmanland	Norrbottnen
Utredning	Öppen	20,4	21,4	41,4	9,8	15,7
	Sluten	30,8	22,4	42,0	80,8	10,1
Läkemedelsbehandling	Öppen	27,1	15,2	14,1	36,3	1,8
	Sluten	19,9	12,3	25,3	6,2	10,4
Medicinteknisk behandling	Öppen	0,2	1,3	1,5	0,4	1,4
	Sluten	3,4	34,8	1,2	0,2	10,9
Psykologisk och psykosocial behandling	Öppen	13,3	13,7	8,4	12,5	18,6
	Sluten	2,2	1,3	0,2	0,1	0,1
Funktionsträning och kompensering för funktionshinder	Öppen	6,4	4,8	4,5	5,6	5,0
	Sluten	2,7	0,4	0,6	3,8	1,4
Information och utbildning	Öppen	0,3	2,1	0,1	1,1	0,8
	Sluten	1,0	3,0	0,1	0,5	3,0
Samordning	Öppen	1,5	2,2	1,4	5,8	1,4
	Sluten	11,4	2,0	4,1	6,1	25,3
Extra tillsyn, isolering och åtgärder enligt LPT/LRV	Öppen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Sluten	0,8	3,4	1,9	0,0	14,4
Konsultationer mm	Öppen	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
	Sluten	0,9	0,3	0,1	0,0	0,4
Intyg och anmälningar mm (administrativ handläggning)	Öppen	1,3	1,2	0,7	1,4	1,4
	Sluten	2,4	1,6	2,3	0,8	4,8
Tilläggs-koder	Öppen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4
	Sluten	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7
Stödjande samtal	Öppen	14,0	23,2	14,2	27,1	23,3
	Sluten	4,5	6,9	6,3	1,6	1,3
Övrig registrering, ej adekvat för åtgärdsbeskrivning	Öppen	15,4	14,9	13,6	0,0	30,3
	Sluten	19,9	11,6	15,9	0,0	17,1
<b>Totalt antal åtgärder</b>	<b>Öppen</b>	<b>360 242</b>	<b>57 606</b>	<b>124 046</b>	<b>76 538</b>	<b>51 414</b>
	<b>Sluten</b>	<b>37 710</b>	<b>1 761</b>	<b>5 102</b>	<b>1 555</b>	<b>4 941</b>

Ovanstående tabell visar mer detaljerat fördelningen av åtgärder inom öppen- respektive slutenvården för varje område. Stora skillnader noteras på flera håll.

Sahlgrenska och Värmland registrerar i genomsnitt flest åtgärder per besök, 1,4 respektive 1,2 åtgärder.

Östergötland rapporterar i genomsnitt endast 0,4 åtgärder per besök. Resterande områden registrerat omkring en åtgärd per besök.

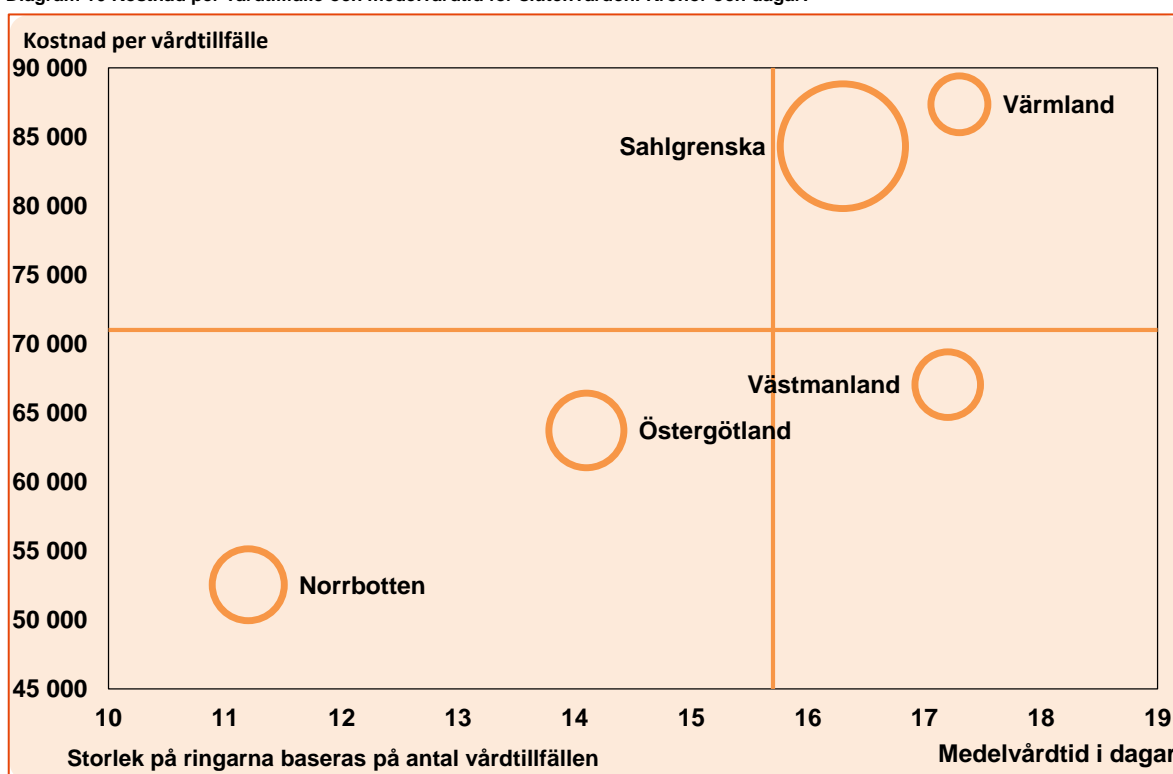
De vanligaste grupperna av åtgärder i öppenvård är ”Utredning”, ”Läkemedelsbehandling”, ”Psykologisk- och psykosocial behandling” samt ”Stödjande samtal”. I slutenvård förekommer samordning i högre utsträckning medan psykologisk och psykosocial behandling inte är så vanlig.

I Norrbotten och inom Sahlgrenska är åtgärder i gruppen ”Samordning” en relativt vanliga inom den slutna vården och står där för 25 procent resp. 11 procent av de åtgärder som registrerats. Åtgärder i gruppen ”Stödjande samtal” förekommer från 14 till 27 procent inom öppenvården för de olika områdena. I Västmanland är närmare 81 procent av de åtgärder som görs inom slutenvården utredningar. Östergötland däremot har en stor andel medicintekniska behandlingar i slutenvård, cirka 35 procent av åtgärderna är sådana.

## 5.6 Vad kostar vården?

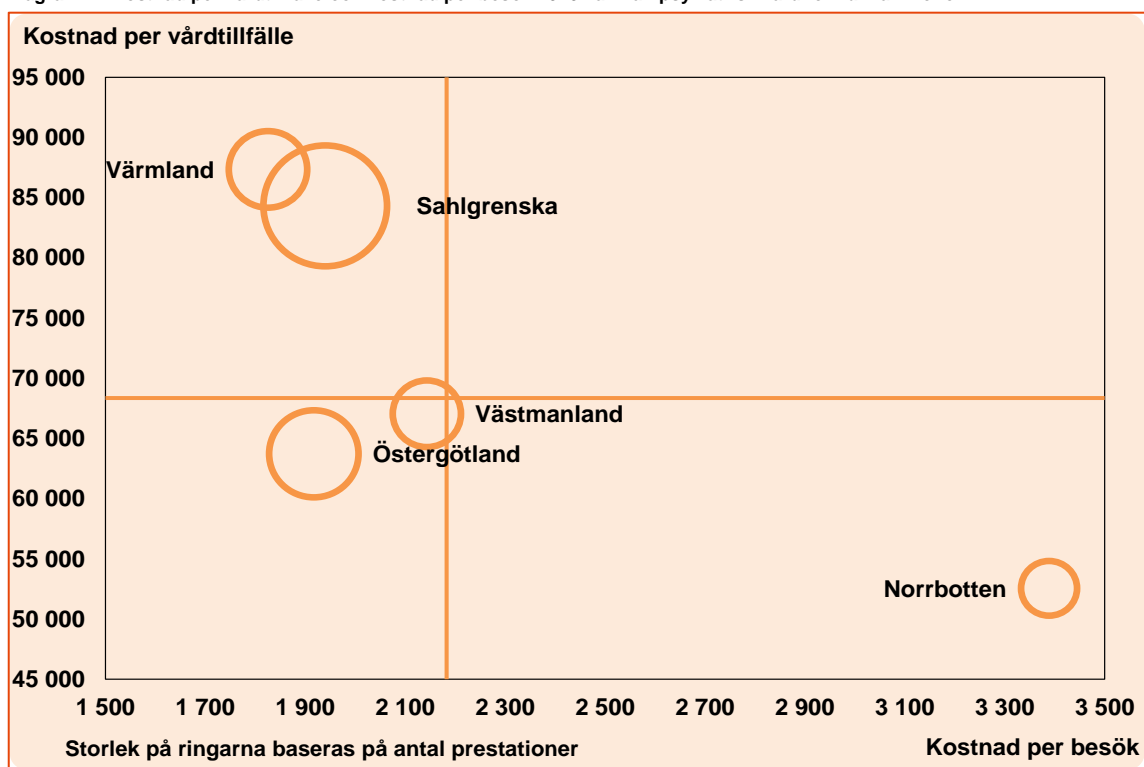
I detta avsnitt beskrivs jämförelser av kostnader för patienterna i förhållande till öppen respektive sluten vård samt i förhållande till diagnosgrupper.

Diagram 10 Kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid för slutenvården. Kronor och dagar.



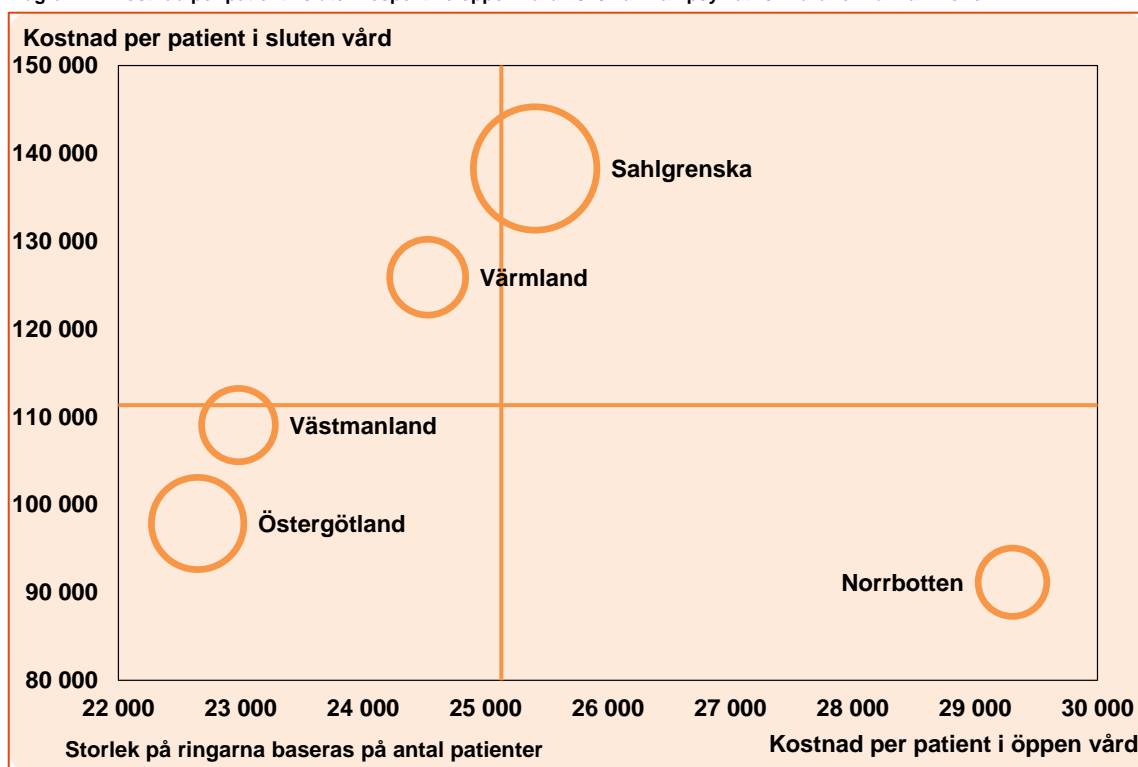
Diagrammet visar det naturliga sambandet mellan att höga kostnader per vårdtillfälle och långa vårdtider. Värmland och Sahlgrenska har hög medelkostnad per vårdtillfälle vilket kan förklaras av att de områdena även har långa vårdtider. Kostnaderna i dessa områden ligger på 83 000 resp. 87 000 kronor per vårdtillfälle. Västmanland och Värmland har de längsta medelvårdtiderna på hela 17 dagar, men en lägre kostnad per vårdtillfälle än Sahlgrenska och Värmland, runt 67 000 kronor. Norrbotten är ett undantag då området har kortast medelvårdtid, cirka 11 dagar i jämförelse med 14-17 dagar i resterande områden.

Diagram 11 Kostnad per vårdtillfälle och kostnad per besök 2010 i allmän psykiatrisk vård för vuxna. Kronor.



Diagrammet visar besökens kostnadsspridning per område i relation till kostnad per vårdtillfälle. Kostnaden per vårdtillfälle är högst i Värmland och Sahlgrenska vilket, som tidigare nämnts, sammanfaller med att dessa områden har längre medelvårdtider. I övrigt är medelkostnaden per besök relativt lika förutom för Norrbotten som i förhållande till övriga har en hög medelkostnad per besök. Anledningen till detta bör studeras närmare. En anledning till detta kan som tidigare nämnts vara en lägre produktion bland annat beroende på geografiska faktorer med stora avstånd till patienter/filialmottagningar.

Diagram 12 Kostnad per patient i sluten respektive öppen vård 2010 i allmän psykiatrisk vård för vuxna. Kronor.



Ovanstående diagram visar att medelkostnaden för patienter i sluten vård är högst för Sahlgrenska och Värmland. Norrbotten har tillsammans med Östergötland den lägsta kostnaden i sluten vård. Norrbotten har samtidigt den högsta medelkostnaden per patient i öppenvården. Orsaken till dessa skillnader kan vara flera, där organisation och utbud är betydelsefulla faktorer. Utbudet i sig kan också påverka till vilken grad patienter läggs in i sluten vård samt antal vård dagar som detta medför.



Diagram 13 Kostnadsfördelning mellan öppen och sluten psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Andel i procent.

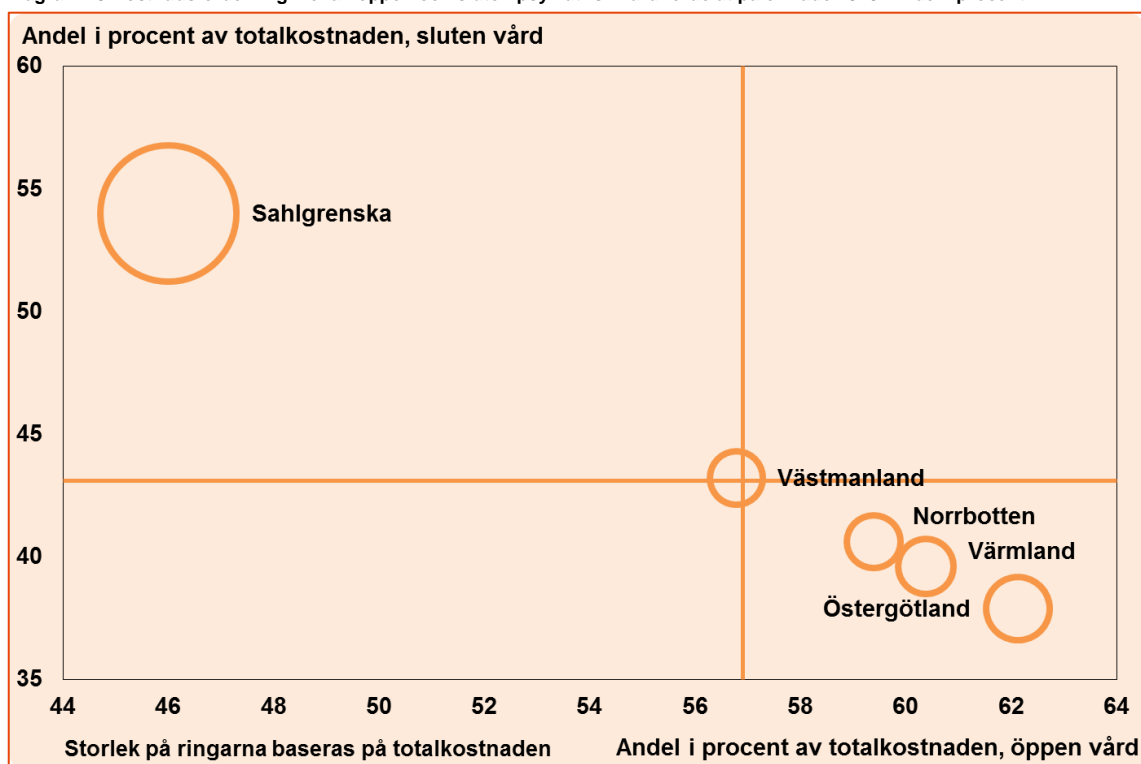


Diagram 13 visar hur de totala resurserna fördelar sig mellan öppen och sluten vård. Resursfördelningen är relativt jämn för fyra av områdena, där öppenvården står för en större andel av de totala kostnaderna. I Östergötland är närmare 63 procent av resurserna fördelade till öppen vård. Vid Sahlgrenska är dock drygt 54 procent av resurserna fördelade till den slutna vården. Skillnader hur resurserna är fördelade kan många gånger förklaras av organisatoriska olikheter bland annat hur resurserna styrts till den öppna vården. Förekomst av privata psykiatriska enheter inom området kan också påverka bilden. Nedanstående tabell beskriver skillnaderna mer i detalj. Ytterligare uppgifter om kostnader finns i bilaga 1.

Tabell 13 Kostnader fördelat på område 2010.

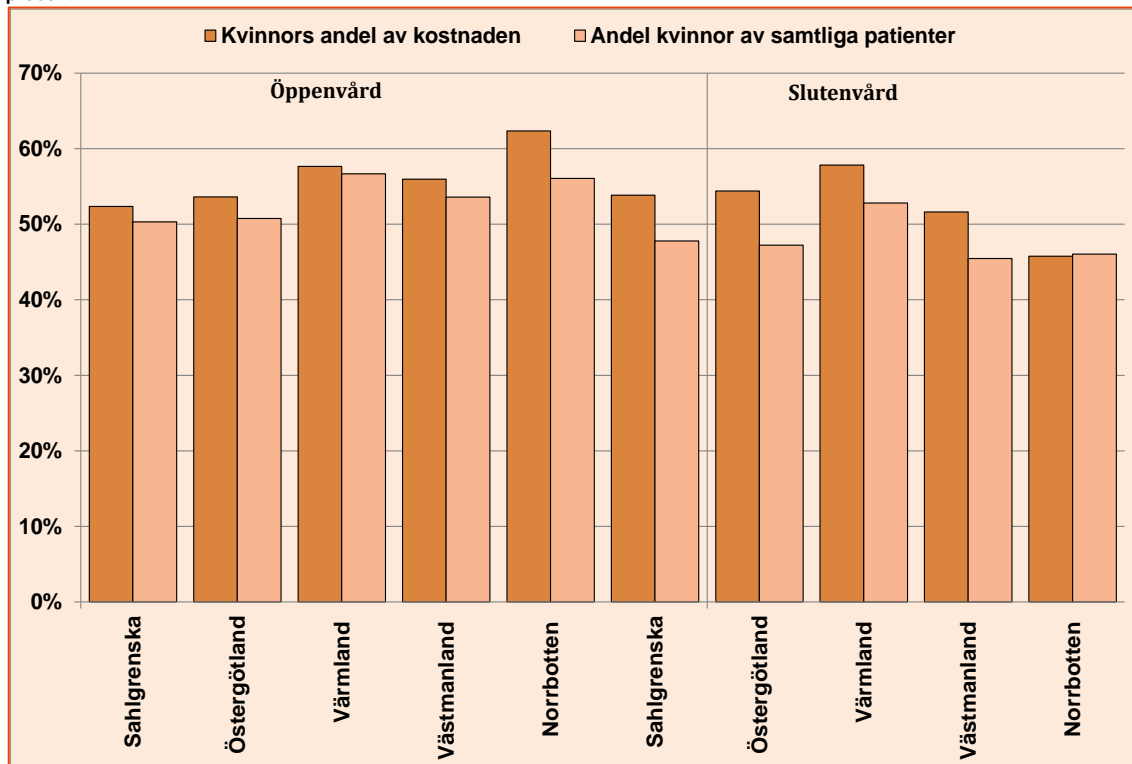
Område	Totalkostnad		Genomsnittskostnad per patient, kronor			
	Miljoner kronor	varav slutenvård (%)	Patient öppenvård	Besök öppenvård	Patient slutenvård	Vård dag slutenvård
Sahlgrenska	1 068	54	25 406	1 940	138 277	4 890
Östergötland	411	38	22 648	1 917	97 871	4 659
Värmland	311	40	24 527	1 825	125 901	5 077
Västmanland	292	43	22 981	2 143	109 063	4 556
Norrbotten	293	41	29 306	3 389	91 172	4 727
<b>Totalt</b>	<b>2 376</b>	<b>46</b>	<b>24 780</b>	<b>2 061</b>	<b>119 621</b>	<b>4 818</b>

Tabell 14 ger en övergripande bild över kostnaderna och kostnadsfördelningen inom den allmänna psykiatriska vården för berörda områden. Totalt sett är öppenvårdskostnaderna större än slutenvårdskostnaderna för områdena. Kostnaden per patient i den öppna vården ligger mellan cirka 22 000 till 29 000 kronor. De genomsnittliga kostnaderna per patient i den slutna vården är 119 621 kronor. Värmland har den högsta kostnaden per vård dag på 5 077 kronor.

Det finns en hel del skillnader i kostnader, produktion och konsumtion mellan de olika områdena. Dessa skillnader kan inte enbart förklaras av utbud och organisation utan hänsyn måste tas till de olika områdenas demografi och socioekonomiska förhållanden. Inom psykiatrin finns många studier som visar på en högre

efterfrågan (sjuklighet) i storstadsregioner, främst inom områden med en sämre socioekonomisk situation. Därför kan inte några snabba slutsatser dras utifrån de jämförelser som görs. En annan orsak till skillnader kan vara glesbygdsområden med stora avstånd till patienterna som främst belastar den öppna psykiatriska vården.

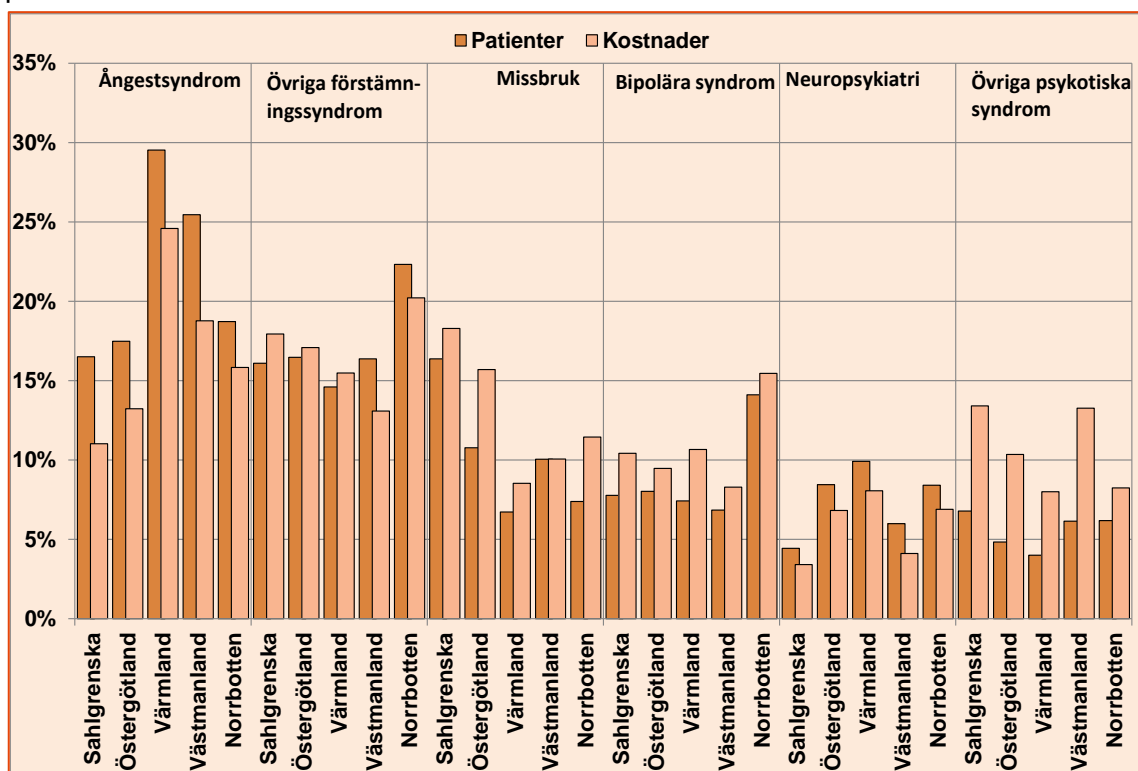
Diagram 14 Kvinnors andel av kostnader och patienter i öppen och sluten psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Andel i procent.



Generellt visar diagrammet att kvinnors andel av kostnaden är genomgående högre än andelen för män både inom den öppna och slutna vården. Inom den öppna vården är dessutom kvinnor överrepresenterade. Inom den slutna vården är andelen kvinnor lägre än för män bortsett från Värmland där kvinnor är något överrepresenterade.

Diagrammet beskriver ett känt förhållande med övervägande kvinnor i den öppna vården. Materialet i KPP databasen tillåter att mer djupgående studier görs för att beskriva vad skillnaderna kan bero på. Mer könsuppdelad statistik finns i bilaga 1.

Diagram 15 Fördelning av patienter och kostnader per område och de största diagnosgrupper efter patientantal 2010. Andel i procent.

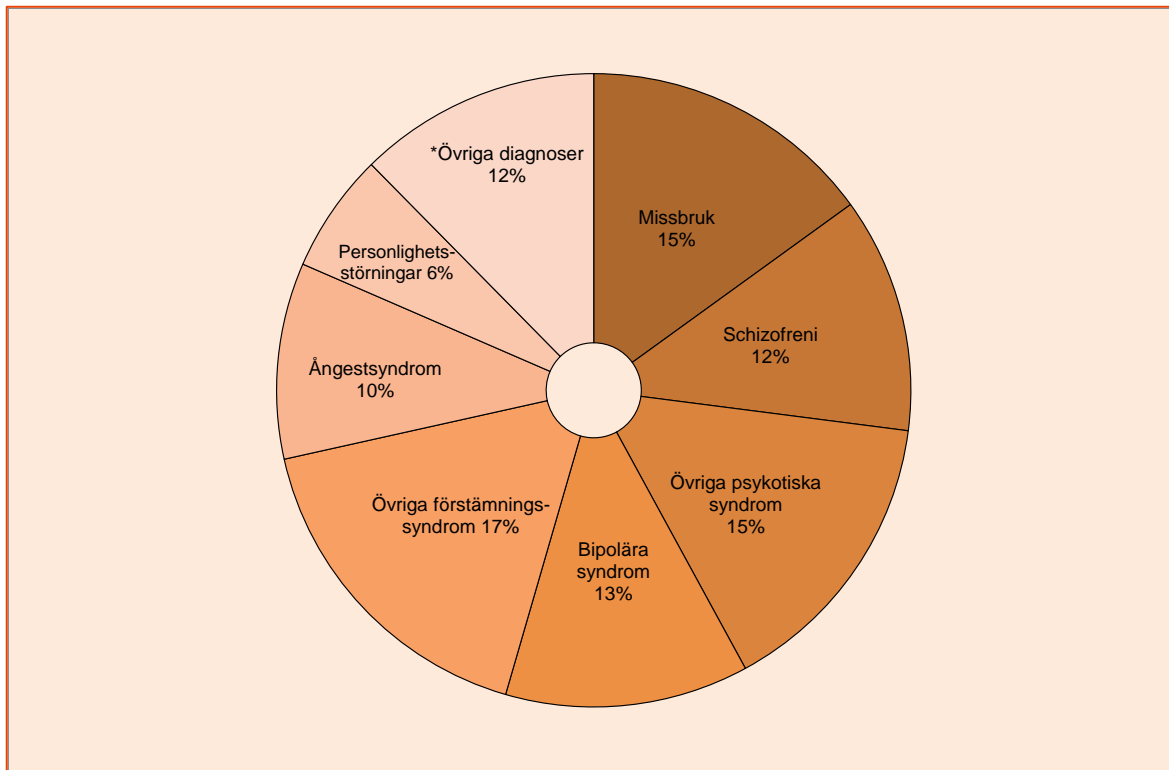


Diagrammet visar fördelningen av patienter och kostnader för de sex största diagnosgrupperna för samtliga områden. "Ångestsyndrom" är den största patientgruppen med undantag för Norrbotten, där "Övriga förstämningssyndrom" är vanligast. Andelen patienter inom gruppen "Ångestsyndrom" är dock större än kostnaderna. Gruppen står för cirka 11-25 procent av samtliga kostnader i de olika områdena. Grupperna "Bipolära syndrom", "Övriga psykotiska syndrom" och "Schizofreni" motsvarar 4-14 procent av patienterna, men står för mellan 7-16 procent av kostnaderna.

Att patienter i gruppen "Övriga psykotiska syndrom" står för en hög andel av kostnaderna får bedömas som rimligt eftersom dessa grupper är mer vårdkrävande och konsumerar mer slutenvård vilket medför högre kostnader.

## Resurskrävande patienter

Diagram 16 De 10 procent mest resurskrävande patienternas kostnad fördelat på diagnosgrupp 2010. Andel i procent.



\* Övriga diagnoser= Neuropsykiatri (3,4 %), Organiska psykosyndrom (3,3 %), Ätstörningar (2,0 %), Mental retardation (2,0 %), Utvecklingsavvikelser (0,7 %), Övriga psykiatriska diagnoser (0,3 %), Övriga diagnoser (0,3 %), Huvuddiagnos saknas (0,4 %)

Diagrammet ovan visar fördelningen av kostnader i de olika diagnosgrupperna för de 10 procent mest resurskrävande patienterna. De mest resurskrävande patienterna står för närmare 56 procent av de totala psykiatriska kostnaderna. Patientgrupperna som står för den största andelen av kostnaderna är missbruk, schizofreni, övriga psykotiska syndrom, bipolära syndrom samt övriga förstämningssyndrom. De står för mellan 12 till 17 procent av kostnaderna. De mest resurskrävande patienterna återfinns i gruppen ”Övriga förstämningssyndrom”.

Tabell 14 De 10 procent mest resurskrävande patienternas andel av totalkostnaden fördelat på diagnosgrupp och område 2010. Andel i procent.

Diagnosgrupp	Sahlgrenska	Östergötland	Värmland	Västmanland	Norrbottn
Organiska psykosyndrom	5,5 %	0,5 %	2,1 %	2,1 %	0,5 %
Missbruk	16,8 %	16,5 %	8,6 %	8,0 %	13,5 %
Schizofreni	10,4 %	12,7 %	10,3 %	20,0 %	14,5 %
Övriga psykostiska syndrom	16,8 %	13,8 %	12,9 %	19,0 %	10,1 %
Bipolära syndrom	12,0 %	11,0 %	14,7 %	10,4 %	16,3 %
Övriga förstämningssyndrom	19,0 %	17,2 %	17,6 %	10,0 %	17,5 %
Ångestsyndrom	8,2 %	7,5 %	18,3 %	11,4 %	11,8 %
Ätstörningar	1,0 %	3,2 %	2,3 %	1,8 %	4,2 %
Mental retardation	2,5 %	0,9 %	1,0 %	0,6 %	0,6 %
Utvecklingsavvikelser	0,6 %	0,5 %	0,2 %	1,5 %	1,2 %
Neuropsykiatri	2,8 %	4,7 %	3,5 %	2,1 %	5,4 %
Personlighetsstörningar	3,8 %	10,6 %	7,9 %	10,3 %	3,5 %
Övriga psykiatriska diagnoser	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,6 %
Övriga diagnoser	0,6 %	0,2 %	0,6 %	0,3 %	0,3 %
Huvuddiagnos saknas	0,0 %	0,5 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %
<b>Totalt</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Ovanstående tabell visar fördelningen av kostnaderna mellan områdena för de 10 procent mest resurskrävande patienterna. För tre av områdena kan den största andelen av kostnaden hänvisas till patientgruppen med övriga förstämningssyndrom. I Värmland, står dock gruppen ångestsyndrom för de största kostnaderna, närmare 20 procent av totala kostnaderna. Patienter med schizofreni står för den största andelen av kostnaderna i Västmanland, även där 20 procent.

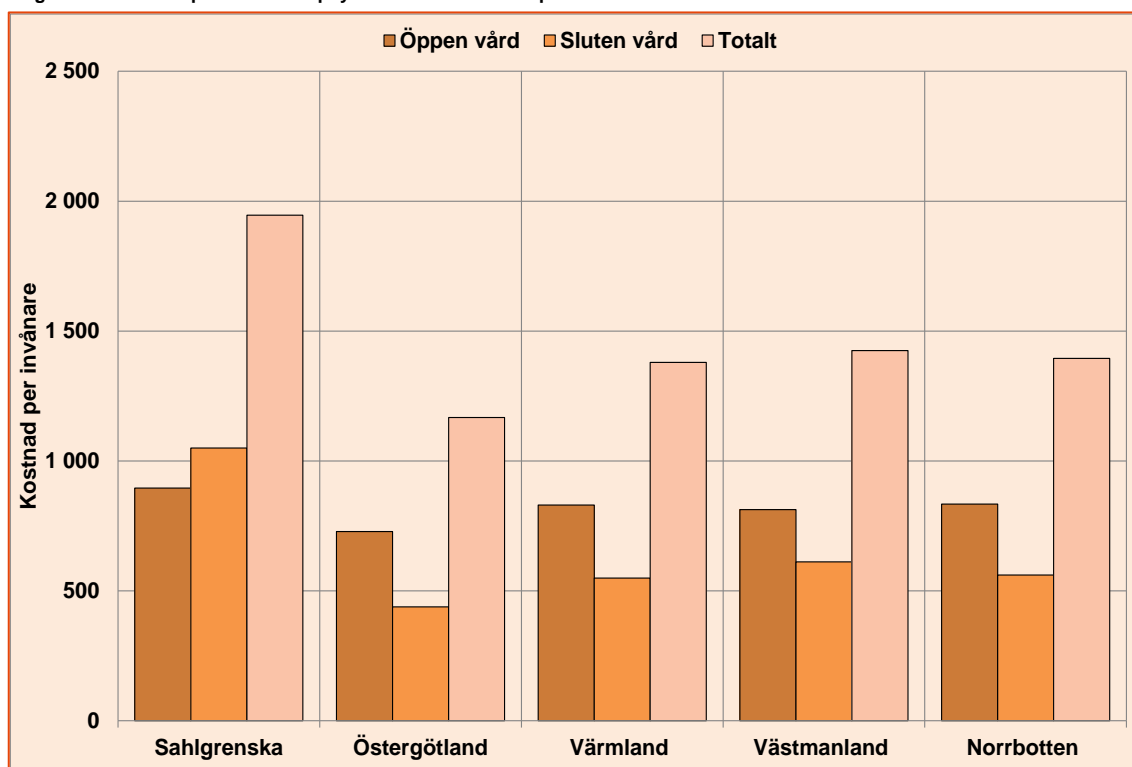
## 5.7 Vårdkonsumtion ur ett befolkningsperspektiv

I följande avsnitt redovisas hur KPP-data kan användas för att utifrån ett befolkningsperspektiv beskriva vårdkonsumtion och kostnader. Här beskrivs endast kostnader som hänförs till egen landstingsdriven verksamhet. Därmed ingår inte utomlänspatienter och patienter utan registrerad hemort i dessa underlag. Köpt vård och vård som bedrivs av privata vårdgivare är också exkluderade, vilket skulle behövts för att få en komplett bild.

Sjukvårdskonsumtion kan bero på:

- Tillgänglighet och utbud
- Efterfrågan
- Ohälsa/sjuklighet

Diagram 17 Kostnad per invånare i psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Kronor.

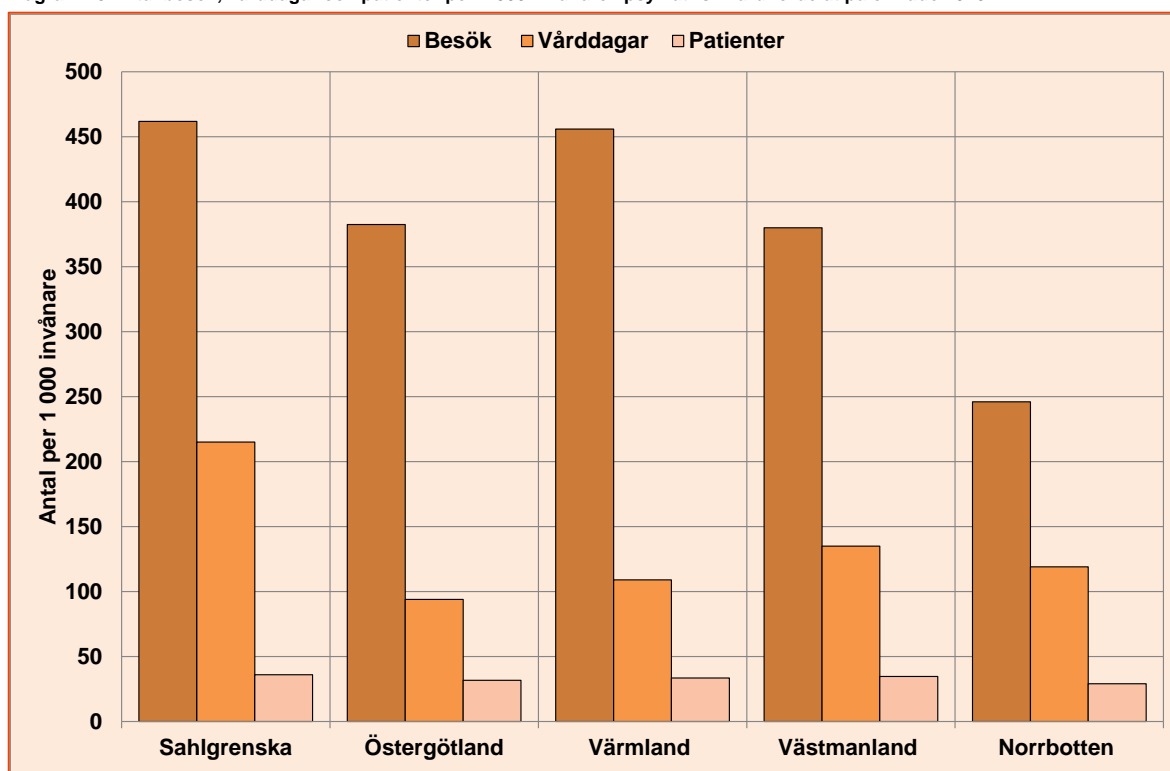


Diagrammet visar att Värmland, Västmanland och Norrbotten har en relativt jämn fördelning av kostnader per invånare. Östergötland har en lägre kostnad per invånare för den psykiatriska vården, totalt cirka 1 200 kronor, vilket kan jämföras med Sahlgremskas närmare 2 000 kronor per invånare. Inom Sahlgremskas område är även den slutna vården per invånare högre än den öppna vilket den inte är inom de övriga områdena.

Skillnaderna kan ofta förklaras av hur utbudet ser ut, andelen privat vård (ingår ej i redovisningen) samt vilken strategi man valt för utbyggnad av öppen vård liksom det uppdrag man har och vilket uppdrag primärvården har för dessa patientgrupper.

Som tidigare nämnts i rapporten finns det skillnader i kostnader, produktion och konsumtion mellan storstadsregioner och landsbygd beroende på demografiska förhållanden. Detta innebär bland annat att det i storstadsregioner finns en högre grad av inflyttning av yngre människor på grund av skola och arbete. Eftersom exempelvis schizofreni, ätstörningar och övriga psykoser oftast debuterar i yngre åldrar kan detta medföra att en högre konsumtion av vårdtunga patienter vilket i sin tur påverkar kostnaderna.

Diagram 18 Antal besök, vård dagar och patienter per 1 000 invånare i psykiatrisk vård fördelat på område 2010.

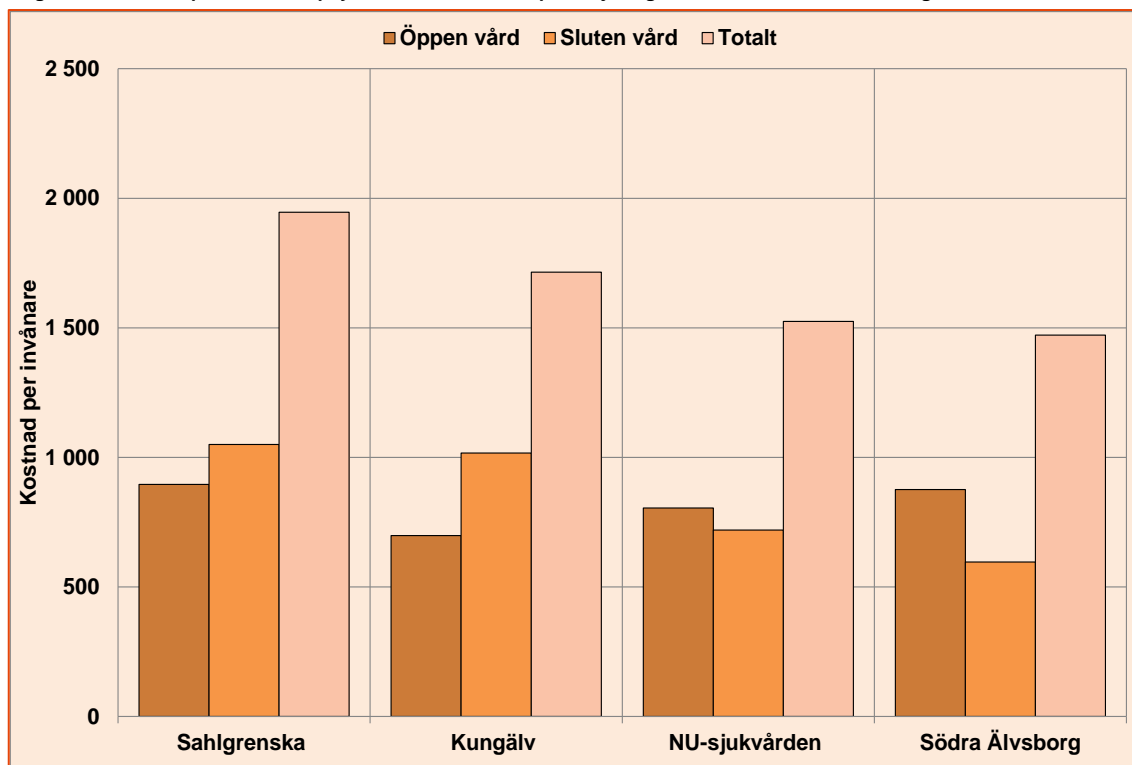


Sahlgreiska har flest besök relaterat till antal 1000 invånare. Antalet patienter per 1 000 invånare är relativt lika inom de olika områdena och varierar mellan 29 och 36 stycken. Vad gäller besök per 1 000 invånare varierar antalet mellan 380-462 besök med undantag för Norrbotten som har betydligt färre, cirka 250 besök. Det gäller även vård dagar och patienter. Diagrammet visar också att Sahlgreiska har flest slutenvårdsdagar per invånare (215 dagar) i jämförelse med de övriga områdena (94-135 dagar). Skillnader i vårdplatser kan till viss del förklaras av utbud men för att dra slutsatser behövs närmre undersökning av antal vårdplatser, tillgänglighet och vilken typ av vård som erbjuds.

## 5.8 Befolkningsperspektiv i Västra Götaland

I detta avsnitt exemplifieras hur skillnader kan beskrivas per befolknings/betjäningsområde i Västra Götaland. Skaraborg har tagits bort ur dessa diagram på grund av bristande kvalitet. Samma avgränsningar har tillämpats som tidigare i rapporten.

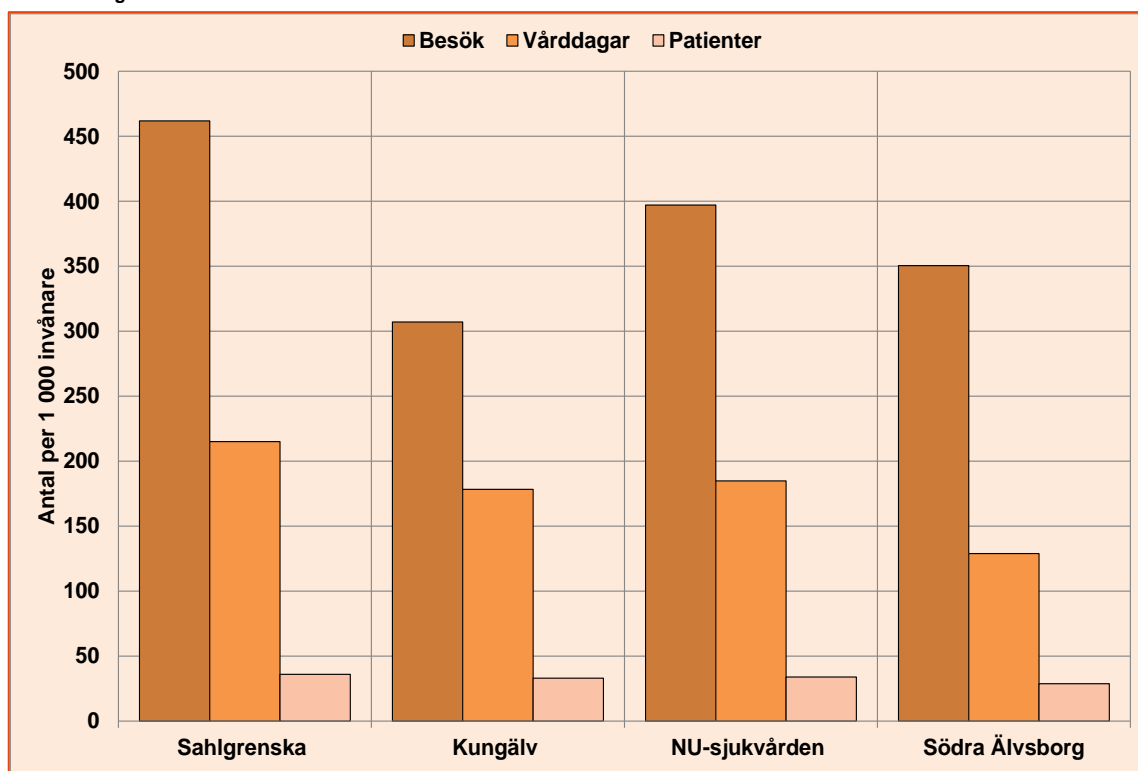
Diagram 19 Kostnad per invånare i psykiatrisk vård fördelat per betjäningsområde i Västra Götalandsregionen 2010. Kronor.



Kostnaden per invånare är ganska jämnt fördelad mellan de fyra betjäningsområdena inom Västra Götaland. Sahlgrenska har den högsta totala kostnaden per invånare i regionen, närmare 2 000 kronor. Det finns skillnader mellan områdena vad gäller fördelningen av kostnad inom sluten och öppen vård. Kungälv och Sahlgrenska har en högre kostnad per invånare inom den slutna vården, den ligger runt 1 000 kronor. NU-sjukvården och Södra Älvsborg har en högre kostnad för öppenvården, ungefär 800 respektive 900 kronor per invånare. Förklaringar till skillnader kan som tidigare nämnts bland annat bero på utbud, efterfrågan av vård samt vilken strategi som valts i organisationen.

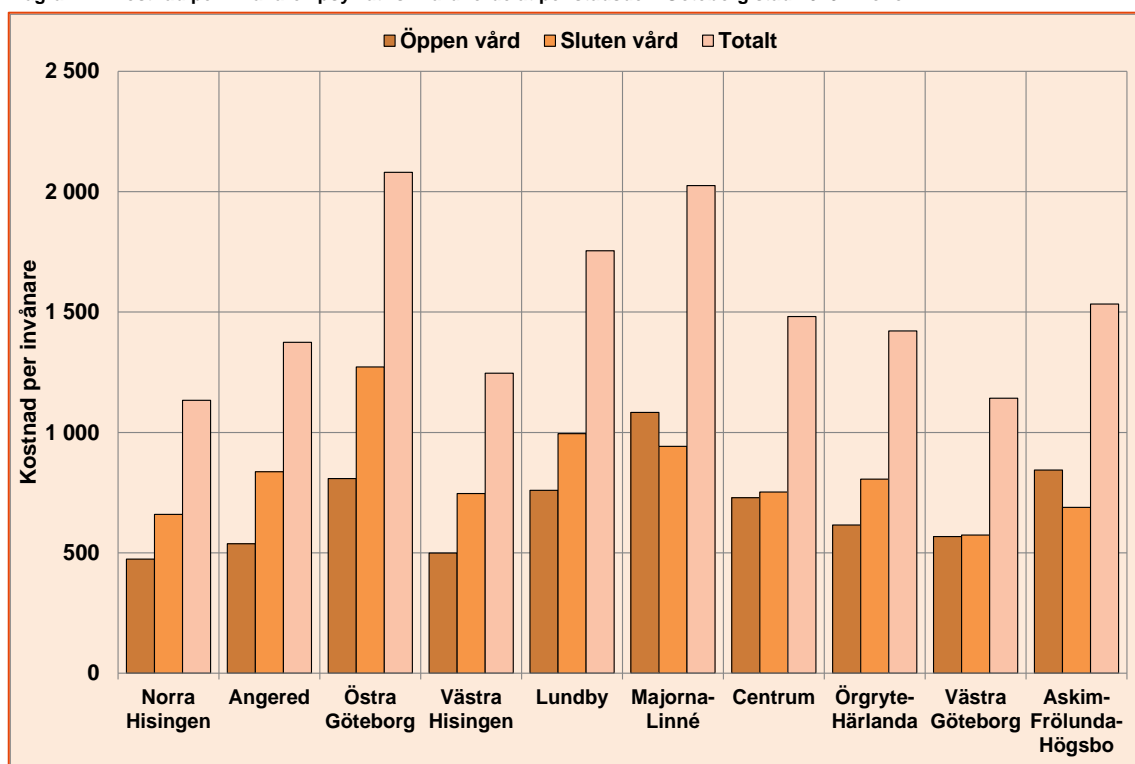


Diagram 20 Antal besök, vårdagar och patienter per 1 000 invånare i psykiatrisk vård fördelat per betjäningsområde i Västra Götalandsregionen 2010.



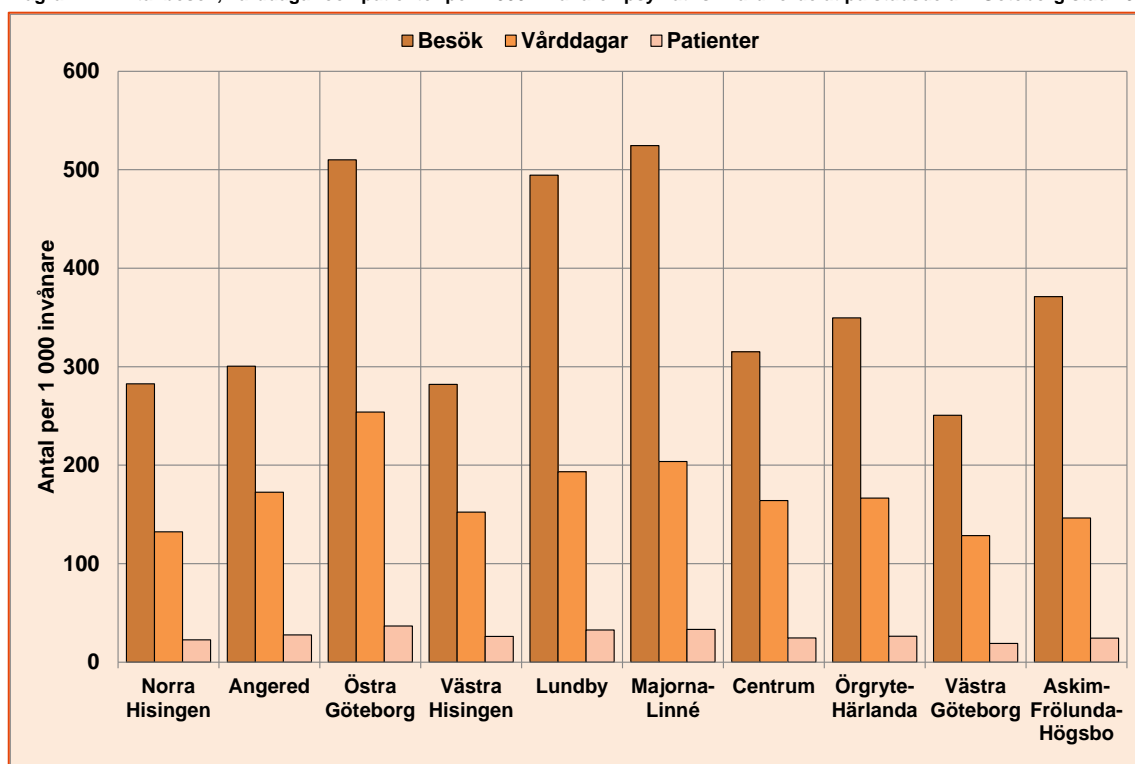
Förhållandet mellan antal besök, vård dagar och patienter ser ungefär likadant ut för de olika områdena inom Västra Götaland. Sahlgreńska har dock en högre andel besök per 1000 invånare jämfört med de övriga, över 450 stycken. Kungälv har den lägsta andelen besök i jämförelsen, 310 stycken. Antalen patienter ligger kring 30 till 36 stycken per 1 000 invånare för samtliga betjäningsområden, vilket är intressant då antalen vård dagar och besök skiljer sig.

Diagram 21 Kostnad per invånare i psykiatrisk vård fördelat per stadsdel i Göteborg stad 2010. Kronor.



Diagrammet visar kostnader per invånare fördelat på de tio stadsdelarna i Göteborgs Stad. Kostnaden per invånare är högre inom den slutna vården än inom öppenvården för alla stadsdelar utom Askim-Frölunda-Högsbo och Majorna-Linné. Högsta totalkostnaden per invånare återfinns i Östra Göteborg och Majorna-Linné, runt 2 000 kr. De lägsta kostnaderna återfinns på Norra och Västra Hisingen samt Västra Göteborg.

Diagram 22 Antal besök, vård dagar och patienter per 1 000 invånare i psykiatrisk vård fördelat på stadsdelar i Göteborg stad 2010.



Antalet patienter per 1000 invånare fördelar sig relativt jämnt mellan de olika stadsdelarna. Det ligger mellan 10-15 patienter. Fördelningen av besök skiljer sig dock åt och flest besök per 1000 invånare har Östra Göteborg, Majorna-Linné och Lundby. Dessa stadsdelar har mellan 490-530 besök per 1000 invånare. Vård dagar varierar i stadsdelarna mellan 128-254 dagar per 1000 invånare. Lägst antal vård dagar per 1000 invånare har Västra Göteborg med 128 dagar medan Östra Göteborg står för det högsta antalet vård dagar, 254 dagar.

# Gruppering av den psykiatriska vården med NordDRG

## 6.1 Diagnosrelaterade grupper (DRG)

DRG är ett sätt att beskriva sjukhusets/klinikens patientsammansättning (Casemix) mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och åtgärds-koder. Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. Grupperna viktas där vikten 1,0 motsvarar ett genomsnittligt vårdtillfälle (innerfalls) inom den somatiska vården. Den svenska versionen av Nord DRG år 2010 innehåller 578 grupper för slutenvård och 407 grupper för öppenvård/dagkirurgi. För mer information kring DRG hänvisas till Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrgr/Sidor/default.aspx>

## 6.2 Major Diagnostic Categories (MDC)

MDC är en grov indelning av diagnoser och diagnosrelaterade grupper (DRG), där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss sjukdomsorsak. Grupperingslogiken i DRG-systemet börjar med att vårdkontakten med ledning av huvuddiagnosen placeras i en av de totalt 26 olika MDC. Psykiatriska huvuddiagnoser sorteras till MDC 19 ”Psykiiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende”.

## 6.3 Resultat

### Slutenvård

Totalt 14 842 vårdtillfällen DRG-grupperades från de fyra områden. Bland dessa vårdtillfällen sorterades 132 stycken bort som ytterfall. På grund av att väsentlig information saknades, grupperades 300 vårdtillfällen till DRG 470. Den totala kostnaden för de 14 710 vårdtillfallen uppgick till 1 058 miljoner kronor. Det ger en medelkostnad per vårdtillfälle på 74 181 kronor. Medelkostnaden för ett vårdtillfälle varierade mellan 50 303 kronor till 83 839 kronor beroende på område.

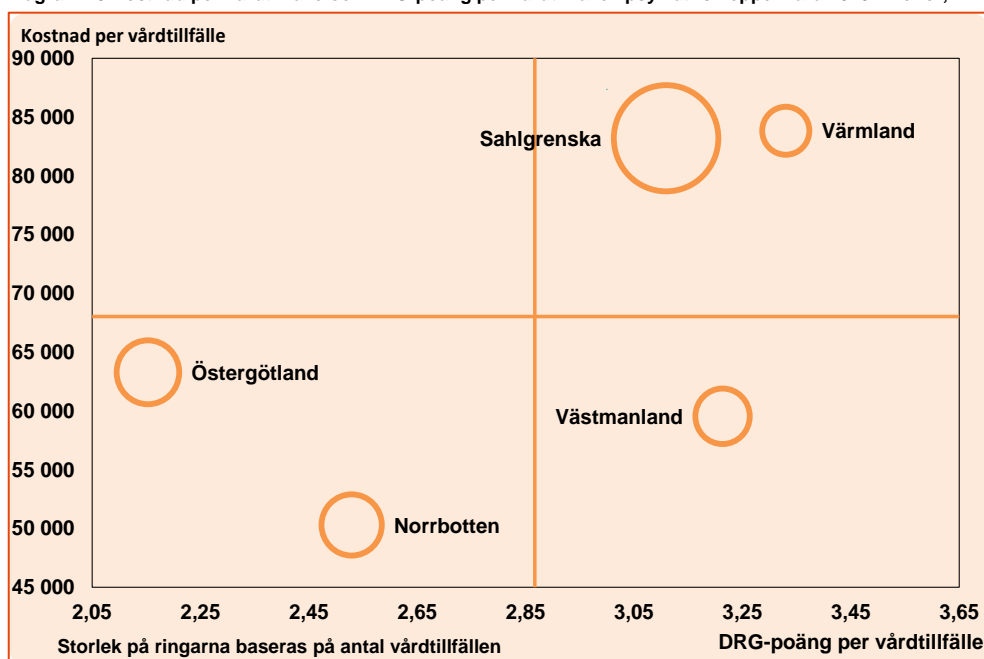
Totalt uppgick andelen ytterfall till 0,9 procent. 96 procent DRG hamnade i MDC 19 ”Psykiiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende”.

Mest frekventa DRG är 436B ”Missbruk/beroende ej psykos, ej komplicerat” (23 %) följt av 426C ”Övriga förstämningssyndrom <60 år” (10 %). Den mest resurskrävande psykiatriska gruppen är DRG 432M ”Psykiatri 29 - 90 dagar”, den står för 37 procent av totala kostnaden.

Den genomsnittliga DRG-poängen per vårdtillfällen uppgick till 2,8955 poäng och varierande för områdena mellan 2,1530 – 3,3302 poäng.

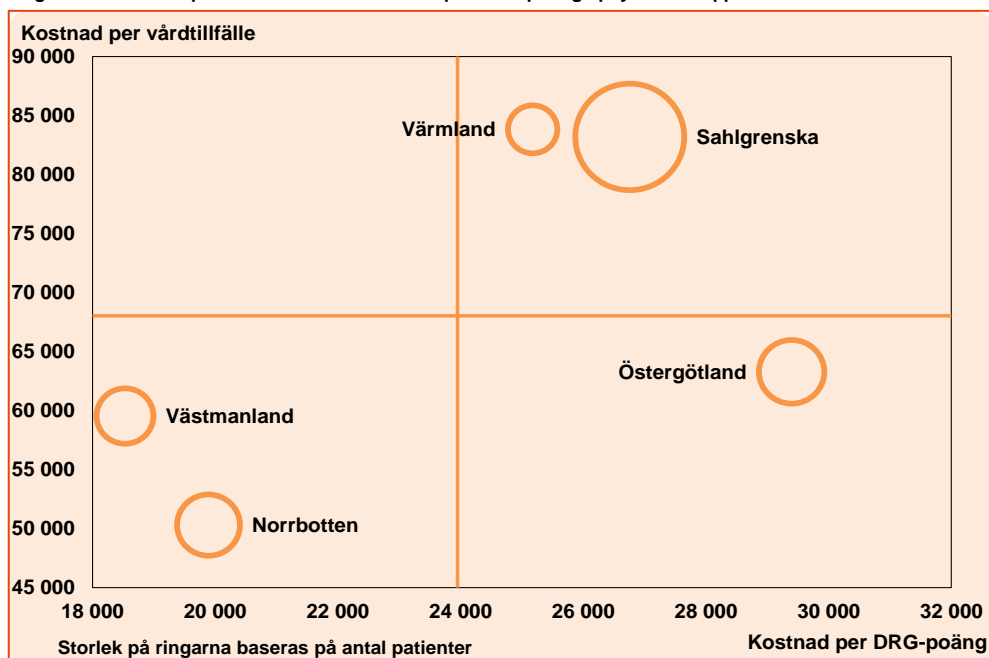
Kostnaden per DRG-poäng uppgår för samtliga vårdtillfällen till 25 619 kr. Per områden varierar kostnaden per DRG-poäng mellan 18 530 kr och 29 396 kr. Det fastställda referenspriset i 2010 års nationella viktlista var 39 840 kr (prospektiv vikt 1,0000 för innerfall inom den slutna somatiska vården).

Diagram 23 Kostnad per vårdtillfälle och DRG-poäng per vårdtillfälle i psykiatrisk öppenvård 2010. Kronor.



Sahlgrenska och Värmland har de högsta kostnaderna per vårdtillfälle och man har även höga DRG-poäng per vårdtillfälle. Västmanland har den näst högsta DRG-poängen trots att området har en lägre kostnad per vårdtillfälle. Värmland har den högsta kostnaden per vårdtillfälle samt den högsta medelvikten av DRG-poäng. Av diagrammet framgår sambandet mellan hög kostnad och hög DRG-poäng. Några områden avviker dock från mönstret vilket kan bero på hur man tillämpar diagnos- och åtgärdsregistreringen.

Diagram 24 Kostnad per vårdtillfälle och kostnad per DRG-poäng i psykiatrisk öppenvård 2010. Kronor.



Samtliga områdens kostnad per DRG-poäng understiger det nationellt fastställda riktpriiset för DRG-vikten 1,0000 (39 840 kr). Diagrammet ovan visar stora skillnader i kostnad per DRG-poäng mellan områdena, snittkostnaden är närmare 25 700 kronor. Högst kostnad per DRG-poäng har Östergötland (29 396 kronor) men området har lägst medelvikt per vårdtillfälle, 2,1530. Här kan deras låga andel registrerade bidiagnoser

och åtgärder vara en förklarande faktor. Värmland har högsta genomsnittliga vikten per vårdtillfälle (3,3302). Värmland ligger även bra till vad det gäller registrering av bidiagnoser och åtgärder. Värmland har en kostnad per DRG-poäng som ligger 1 600 kr lägre än Sahlgrenska och 4 200 kr lägre än Östergötlands.

## Öppenvård

Totalt DRG-grupperades 618 344 besök från de fem områdena. Av dessa har 34 770 vårdkontakter exkluderats, dessa besök har hamnat i DRG 470 (saknad information för gruppering). Övervägande delen av dessa härrör från Värmland. Den totala kostnaden för de 583 574 besöken uppgick till 1 174 miljoner kronor. Det ger en medelkostnad per besök på 2 012 kr. Medelkostnad per besök varierade mellan 1 817 till 3 172 kr mellan inrapporteringsområdena.

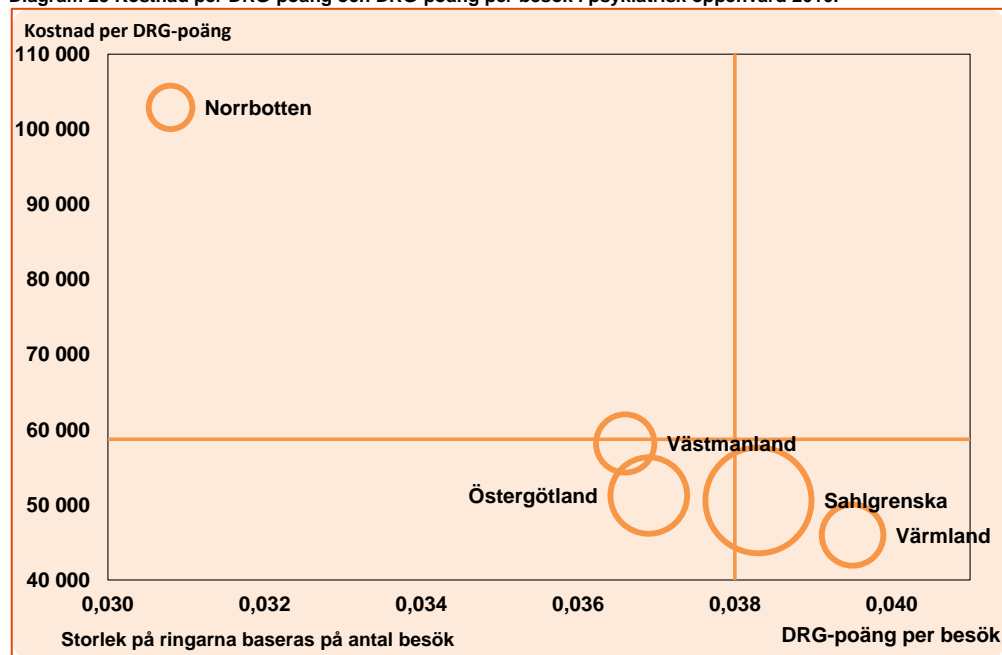
Som tidigare ingår inte vårdkontakter från rättspsykiatri och barn- & ungdomsmottagningar i beräkningarna. Även indirekta kontakter är exkluderade.

Mest frekventa DRG är 9700 "Övriga sjuksköterskebesök" (27 %) följt av DRG 906O "Samtal o rådgivning O" (12 %) och 878P "Systematisk psykologisk behandling O" (12 %). Det DRG som är mest resurskrävande är DRG 880O "Övriga läkarbesök vid psykiska sjukdomar och drogberoende", som står för cirka 19 procent av de totala kostnaderna. Därefter kommer DRG 970O "Övriga sjuksköterskebesök" som står för 16 procent av kostnaderna.

Medelpoängen per besök är 0,0375 och varierar mellan 0,0308 och 0,0395 beroende på område. I viken grad man använder de nationella åtgärdskoderna enligt KVÅ inverkar på grupperingen och därmed den genomsnittliga vårdtyngden (DRG-vikten).

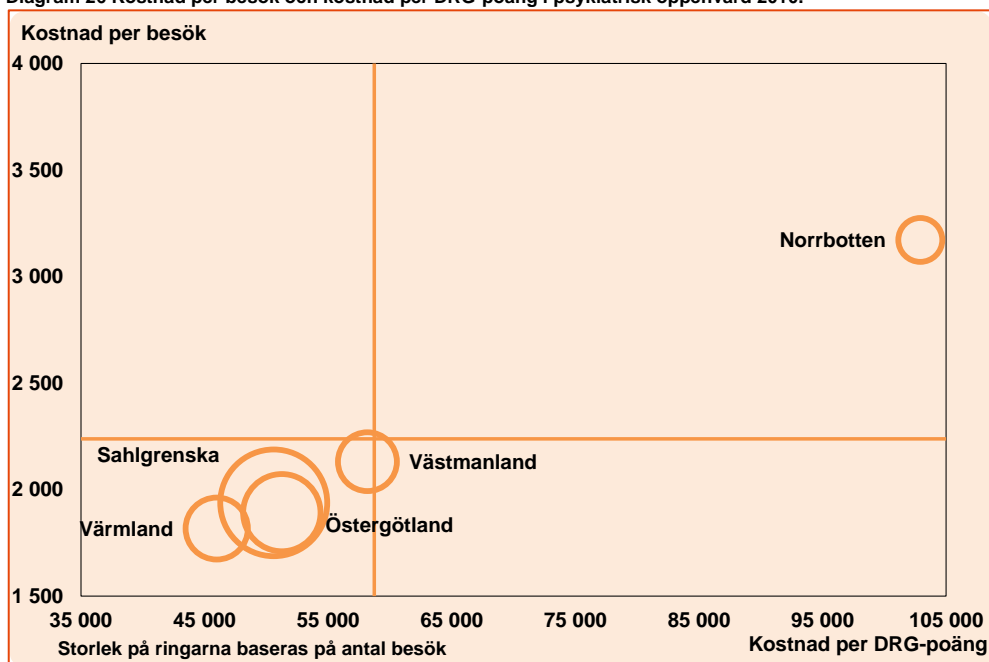
Kostnaden per DRG-poäng uppgår till totalt 53 667 kr och varierar beroende på område mellan 45 986 kr och 102 910 kr. Det fastställda referenspriset i 2010 års nationella viktlista (prospektiv vikt 1,0000) var 39 840 kr. Samtliga områden ligger därmed över det nationellt fastställda riktpriiset för DRG-vikten 1,0000.

Diagram 25 Kostnad per DRG-poäng och DRG-poäng per besök i psykiatrisk öppenvård 2010.



Diagrammet ovan visar att antal DRG-poäng per besök skiljer sig åt. Högsta DRG-poäng per besök har Värmland. Norrbotten har den lägsta DRG-poängen per besök (0,0308) vilket även avspeglar sig i deras höga kostnad per DRG-poäng.

Diagram 26 Kostnad per besök och kostnad per DRG-poäng i psykiatrisk öppenvård 2010.



Ovanstående diagram tydliggör Norrbottens avvikande mönster jämfört med de övriga områdena. Norrbotten har som tidigare nämnts den lägsta genomsnittliga vikten per besök samt den högsta kostnaden per DRG-poäng på över 100 000 kronor. Sahlgrenska och Värmland som i större grad använder de nationella åtgärdskoderna (KVÅ) erhåller en betydligt högre vikt per besök än de områden som inte tillämpar KVÅ. Östergötland har många förhållandevis ”billiga” indirekta besök i sitt material vilket påverkar deras medelkostnad, de ingår dock inte vid denna DRG-gruppering.

Den slutsats man kan dra av detta är att de nationella öppenvårdsvikterna, som bygger på kostnadsdata från den specialiserade somatiska vården, inte speglar den resursåtgång som åtgår inom den psykiatriska öppenvården

Skillnaderna vid grupperingen enligt Nord DRG kan även ha sin förklaring i att områdena har olika vårdinnehåll/behandlingsätt, patientmix, utbud/organisation m.m. varför en djupare analys bör göras.

I ett framtida ersättningssystem där DRG tillämpas bör ytterfallen hanteras i särskild ordning. I bilaga 1 redovisas detaljuppgifter per område.

## Diskussion

Utgångspunkten har varit att med hjälp av KPP-databasen för psykiatri visa på exempel som kan vara användbara för att få bättre underlag till verksamhetsutveckling, förbättringsarbete och resursfördelning. Ansatsen har varit att redovisa exemplen utifrån nedanstående frågeställningar:

- Vilka patienter behandlas inom verksamheten ?
- Vilken vård erhåller patienten?
- Vårdkonsumtion i ett befolkningsperspektiv?
- Vad kostar vården ?

Eftersom det förekommer organisatoriska och demografiska skillnader mellan de olika områdena ska man vara försiktig med att dra långtgående slutsatser av jämförelserna. Man bör i första hand se jämförelserna som exempel som med fördel kan användas lokalt för att se över sin verksamhet. Det går också mycket väl att göra mer djupgående studier med hjälp av KPP-databasen för psykiatri.

Materialet i databasen är insamlat på individnivå och kumulativt. Därför kan longitudinella jämförelser göras på data. Eftersom materialet även innehåller patientadministrativa uppgifter såsom ålder och kön samt medicinsk information om diagnos, åtgärder kan uppföljning göras på bred nivå där kostnader kan kopplas till övriga variabler. Detta leder till att information kan skapas för många olika syften. Ett syfte som kan framhållas är information för kunskapsbaserad ledning. Detta inbegriper bl.a. verksamhetsutveckling, resursfördelning och kommunikation ute i verksamheterna. Utöver detta är jämförelser med andra områden viktigt bl.a. för att hitta ”best practice”.

Databasen innehåller i dagsläget inte uppgifter om vårdens effekter. Några landsting arbetar med GAF (Global Assessment of Functioning) men det data som levereras har inte tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas i detta syfte. I det fortsatta arbetet bör ett fokus ligga på det området. Vissa uppföljningar kring kvalitet kan dock göras med hjälp av olika typer av data. Exempel på detta är områden inom begreppet ”God Vård”.

Diagnos, ålder, kön och hemort beskriver *vilka patienter* som vårdas/behandlas och till vilket befolkningsområde de tillhör. I arbetet med rapporten kan man se skillnader i diagnoskvalitet mest med tanke på hur bortfallet av diagnoser ser ut mellan olika områden samt användandet av bidiagnoser. För att förbättra diagnoskvaliteten och härigenom förbättrade jämförelser bör fortsatt utvecklingsarbete ske.

Med Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) kan *vårdens innehåll* beskrivas. När det gäller åtgärdsregistreringen finns behov av mer utvecklingsarbete. Hur man registrerar åtgärder skiljer sig en del åt i de olika områdena. Ett utvecklingsarbete pågår bl.a. inom de olika yrkesföreningarna inom psykiatrin med att utveckla åtgärdsbeskrivningarna samt att skapa instruktioner om hur dessa ska användas

**Kostnader** kan relateras till samtliga variabler. Möjligheterna med KPP kan ses som stora för att redovisa kostnader men också innehåll. Kvaliteten i kostnadsredovisningarna kan ses som relativt god men ett fortsatt arbete med metodiken är nödvändig. Genom att kostnaderna kan relateras till samtliga variabler finns stora möjligheter till att göra fördjupade studier främst på lokal nivå men också på nationell nivå.

**DRG** för den psykiatriska vården används för närvarande inte i någon större utsträckning. En utveckling av DRG för det psykiatriska området är nödvändig, speciellt när det gäller öppenvården. En förutsättning för korrekta DRG-vikter är att det finns stora volymer KPP-data av god kvalitet som beräkningsgrund. Ansatser görs på några håll för att börja använda DRG som grund för ersättning inom den slutna vården.

Under vintern våren har en utvecklingsplan för KPP generellt tagits fram. Syftet med planen är att en implementering bör ske i samtliga landsting och inom samtliga vårdgrenar. För psykiatris del kommer det under 2012-2013 att innebära att några fler landsting kommer att börja leverera KPP-data. Följden av detta



blir att bredare jämförelser kommer att kunna göras och att på sikt kunna presentera data bl.a. i ”Öppna Jämförelser”.

### **Kontaktpersoner**

Bengt André

Konsult

E-post: [bengt.andre@bahnhof.se](mailto:bengt.andre@bahnhof.se)

Tel: 0730-421 801

Leif Lundstedt

Sveriges Kommuner och Landsting

E-post: [leif.lundstedt@skl.se](mailto:leif.lundstedt@skl.se)

Tel: 08-452 7960

Camilla Eriksson

Sveriges Kommuner och Landsting

E-post: [camilla.b.eriksson@skl.se](mailto:camilla.b.eriksson@skl.se)

Tel: 08-452 7740

Siv-Marie Lindquist

Sveriges Kommuner och Landsting

E-post: [siv-marie.lindquist@skl.se](mailto:siv-marie.lindquist@skl.se)

Tel: 08-452 7474

# Bilagor

## Övergripande

### Totalt

Område	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Medel-ålder	Andel patienter med (%)			Kostnad, kronor		Kostnad per patient, kronor	
				Öppen vård	Sluten vård	Både öppen och sluten	Miljoner konor	varav sluten vård (%)	Medel	Median
Sahlgrenska	20 326	50	44	94	16	16	1 068	54	52 556	16 288
Östergötland	11 361	51	42	99	14	13	411	38	36 209	9 936
Värmland	7 681	57	42	100	13	12	311	40	40 507	20 461
Västmanland	7 226	54	42	100	16	16	292	43	40 403	14 634
Norrbottnen	6 255	55	41	95	16	16	293	41	46 838	20 481
<b>Totalt</b>	<b>52 849</b>	<b>52</b>	<b>43</b>	<b>97</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>2 376</b>	<b>46</b>	<b>44 952</b>	<b>17 353</b>

### Öppen vård

Område	Antal patienter	Antal besök	Antal besök per patient	Kostnader, kronor		Kostnad per patient, kronor	
				Miljoner kronor	Per besök	Medel	Median
Sahlgrenska	19 346	253 416	13,1	491	1 940	25 406	12 015
Östergötland	11 284	133 305	11,8	256	1 917	22 648	9 229
Värmland	7 660	102 920	13,4	188	1 825	24 527	19 873
Västmanland	7 213	77 359	10,7	166	2 143	22 981	11 666
Norrbottnen	5 937	51 344	8,6	174	3 389	29 306	15 890
<b>Totalt</b>	<b>51 440</b>	<b>618 344</b>	<b>12,0</b>	<b>1 275</b>	<b>2 061</b>	<b>24 780</b>	<b>14 547</b>

## Sluten vård

Område	Vårdtillfällen		Vård dagar		Kostnader, kronor			
	Antal patienter	Antal	Antal per patient	Antal	Antal per patient	Miljoner kronor	Per patient	Per vård dag
Sahlgrenska	4 171	6 840	1,6	117 942	28	577	138 277	4 890
Östergötland	1 592	2 445	1,5	33 445	23	156	97 871	4 659
Värmland	979	1 411	1,4	24 277	25	123	125 901	5 077
Västmanland	1 157	1 882	1,6	27 698	26	126	109 063	4 556
Norrbottn	1 305	2 264	1,7	25 171	19	119	91 172	4 727
<b>Totalt</b>	<b>9 204</b>	<b>14 842</b>	<b>1,6</b>	<b>228 533</b>	<b>25</b>	<b>1 101</b>	<b>119 621</b>	<b>4 818</b>

Indirekta besök i öppenvård och kostnader. Antal och kronor.

Område	Antal indirekta vårdkontakter	Totalsumma	Antal indirekta vårdkontakt med kostnad över 100 kr	Totalsumma över 100 kr	Medelkostnad per indirekt vårdkontakt, över 100 kr
Östergötland	133 219	24 177 284	43 400	14 564 661	336
Värmland	13 462	26 165 974	186	460 960	2 478
Norrbottn	1 442	108 758	87	106 309	1 222

Jämförelse mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri med avseende på vårdtid och kostnader 2010. Dagar och kronor.

Område *		Vårdtillfällen	Medelvårdtid per vårdtillfälle <sup>1</sup>	Kostnad per vårddag <sup>2</sup>	Andel utomlänspatienter
		Antal	Dagar	Kronor	Procent
Sahlgrenska	Rättspsykiatri	288	70	6 129	13
	Allmän psykiatri	6 840	16	4 890	4
Östergötland	Rättspsykiatri	137	207	6 137	43
	Allmän psykiatri	2 445	14	4 659	5
Värmland	Rättspsykiatri	41	943	6 087	0
	Allmän psykiatri	1 411	17	5 077	2
Västmanland	Rättspsykiatri	67	1 105	7 194	4
	Allmän psykiatri	1 882	17	4 556	5
<b>Totalt</b>	<b>Rättspsykiatri</b>	<b>533</b>	<b>274</b>	<b>6 310</b>	<b>19</b>
	<b>Allmän psykiatri</b>	<b>12 758</b>	<b>16</b>	<b>4 829</b>	<b>4</b>

\* Norrbotten ingår ej i denna jämförelse

<sup>1</sup> Inklusive tid före 2010. Räknas endast på avslutade vårdtillfällen.

<sup>2</sup> Kostnad per vårddag: endast dagar och kostnader under 2010 har räknats med.

<sup>3</sup> I denna redovisning ingår även patienter utan registrerad hemort under utomlänspatienter

Av tabellen ovan framgår att vårdtillfällena är avsevärt längre inom rättspsykiatrin, vilket måste vägas in vid jämförelse av kostnader för olika verksamheter. Eftersom det inom Sahlgrenskas rättspsykiatriska verksamhet ingår en utredningsenhet är jämförelser med Västmanland, Östergötland och Värmland inte relevanta. Registrering av lagrum är ganska bristfällig med några undantag och generellt sett är sker registrering i större avseende inom allmänpsykiatrin.

Tabell 11 Andel patienter med missbruksdiagnos i kombination med andra psykiatriska diagnoser 2010. Andel i procent.

Diagnoskombination m. missbruk	Sahlgrenska	Östergötland	Värmland	Västmanland	Norrbottn
Organiska psykossyndrom	0,7 %	0,5 %	0,9 %	1,6 %	0,8 %
Schizofreni	0,8 %	1,5 %	1,4 %	1,5 %	0,9 %
Övriga psykotiska syndrom	2,7 %	3,0 %	3,1 %	4,7 %	4,2 %
Bipolära syndrom	2,8 %	2,2 %	1,9 %	2,7 %	8,0 %
Övriga förstämningssyndrom	11,0 %	15,6 %	10,4 %	11,0 %	13,5 %
Ängestsyndrom	17,8 %	21,8 %	28,5 %	19,6 %	17,9 %
Ätstörningar	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,7 %	0,3 %
Mental retardation	0,2 %	0,6 %	0,3 %	0,7 %	0,3 %
Utvecklingsavvikelse	0,6 %	0,4 %	2,0 %	0,1 %	1,7 %
Neuropsykiatri	5,9 %	12,8 %	13,9 %	5,2 %	11,1 %
Personlighetsstörningar	3,7 %	8,1 %	8,2 %	8,0 %	5,6 %
Övriga psykiatriska diagnoser	1,4 %	1,6 %	4,1 %	2,3 %	2,4 %
Somatiska diagnoser	11,9 %	11,2 %	10,1 %	13,6 %	21,2 %
Orsaks- & skadediagnoser <sup>4</sup>	1,7 %	2,5 %	6,2 %	6,5 %	1,7 %
Z-diagnoser <sup>5</sup>	38,4 %	17,7 %	8,5 %	21,9 %	10,5 %
<b>SUMMA</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

<sup>4</sup> Orsaks och skadediagnos avser kapitel 20 (V01-Y98).

<sup>5</sup> Z-diagnoser avser diagnoserna i kapitel 21(Z00-99) ”Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakten med hälso- och sjukvården”.

## Statistik per diagnosgrupp

### Totalt

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Medel-ålder	Andel patienter med (%)			Kostnader , kronor			Fördelning (%)	
				Öppen vård	Sluten vård	Både öppen och sluten	Miljoner kronor	Varav sluten vård (%)	Per patient	Patient	Kostnader
Organiska psykosyndrom	1 370	52	70	87,5	26,4	13,9	71	69	52 492	3	3
Missbruk	6 258	27	43	93,4	41,6	35,0	350	54	55 857	12	15
Schizofreni	2 782	36	51	98,6	20,3	18,9	226	54	81 219	5	10
Övriga psykotiska syndrom	3 067	56	49	100,0	28,7	25,7	274	60	89 224	6	12
Bipolära syndrom	4 440	64	49	99,1	18,2	17,3	253	53	56 977	8	11
Övriga förstämningssyndrom	8 845	62	46	96,8	19,1	15,9	408	48	46 086	17	17
Ångestsyndrom	10 622	63	40	97,8	12,7	10,5	350	31	32 941	20	15
Ätstörningar	554	97	29	98,9	11,7	10,6	40	40	71 490	1	2
Mental retardation	576	43	38	97,7	14,9	12,7	28	73	49 097	1	1
Utvecklingsavvikelser	1 361	43	32	99,9	3,4	3,4	39	12	28 757	3	2
Neuropsykiatri	3 584	43	31	99,6	6,6	6,1	122	24	33 976	7	5
Personlighetsstörningar	1 702	68	36	99,2	18,3	17,5	121	43	71 329	3	5
Övriga psykiatriska diagnoser	401	42	35	98,5	8,7	7,2	12	25	28 737	1	0
Övriga diagnoser	4 484	46	42	98,5	3,2	1,7	54	12	12 144	8	2
Huvuddiagnos saknas	2 803	43	39	99,7	0,7	0,4	28	13	10 144	5	1
<b>Totalt</b>	<b>52 849</b>	<b>52</b>	<b>43</b>	<b>97,3</b>	<b>17,4</b>	<b>14,7</b>	<b>2 376</b>	<b>46</b>	<b>44 952</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Statistik per diagnosgrupp

### Öppen vård

Diagnosgrupp	Antal patienter	Antal besök	Antal besök per patient	Kostnad kronor			
				Miljoner kronor	Per patient medelvärde	Per patient median	Per besök medelvärde
Organiska psykosyndrom	1 199	6 332	5,3	22	18 632	10 922	3 528
Missbruk	5 848	123 460	21,1	160	27 329	12 300	1 294
Schizofreni	2 742	50 692	18,5	104	38 026	21 536	2 057
Övriga psykotiska syndrom	2 974	53 377	17,9	110	36 919	22 117	2 057
Bipolära syndrom	4 400	49 063	11,2	118	26 864	17 196	2 409
Övriga förstämningssyndrom	8 558	85 836	10,0	211	24 613	15 200	2 454
Ängestsyndrom	10 385	105 967	10,2	240	23 118	16 419	2 266
Ätstörningar	548	13 114	23,9	24	43 489	24 826	1 817
Mental retardation	563	2 904	5,2	8	13 720	7 062	2 660
Utvecklingsavvikelser	1 360	14 669	10,8	34	25 267	18 148	2 343
Neuropsykiatri	3 569	41 565	11,6	93	26 081	17 529	2 239
Personlighetsstörningar	1 689	35 232	20,9	69	41 151	24 420	1 973
Övriga psykiatriska diagnoser	395	2 923	7,4	9	21 847	14 166	2 952
Övriga diagnoser	4416	20360	4,6	48	10 823	6 150	2 348
Huvuddiagnos saknas	2794	12850	4,6	25	8 827	3 909	1 919
<b>Totalt</b>	<b>51 440</b>	<b>618 344</b>	<b>12</b>	<b>1275</b>	<b>24 780</b>	<b>14 547</b>	<b>2 061</b>



## Sluten vård

Diagnosgrupp	Antal patienter	Vårdtillfällen		Vårddagar		Kostnad, kronor		
		Antal	Per patient	Antal	Per patient	Miljoner kronor	Per patient	Per vårddag
Organiska psykosyndrom	361	452	1,3	9 866	27	49	135 955	4975
Missbruk	2603	4 456	1,7	36 438	14	190	72 904	5208
Schizofreni	565	993	1,8	27 289	48	122	215 366	4459
Övriga psykostiska syndrom	880	1 488	1,7	36 375	41	164	186 195	4505
Bipolära syndrom	808	1 342	1,7	27 967	35	135	166 804	4819
Övriga förstämningssyndrom	1 692	2 371	1,4	40 922	24	197	116 428	4814
Ängestsyndrom	1 354	1 959	1,4	22 904	17	110	81 108	4795
Ätstörningar	65	111	1,7	3 385	52	16	242 665	4660
Mental retardation	86	176	2,0	3 071	36	21	239 018	6693
Utvecklingsavvikelser	47	83	1,8	915	19	5	101 607	5219
Neuropsykiatri	235	420	1,8	5 995	26	29	122 075	4785
Personlighetsstörningar	311	765	2,5	10831	35	52	167 413	4792
Övriga psykiatriska diagnoser	35	54	1,5	590	17	3	82 693	4906
Övriga diagnoser	142	149	1	1 377	10	7	46 883	4835
Huvuddiagnos saknas	20	23	1,1	608	30	4	188 567	6203
<b>Totalt</b>	<b>9 204</b>	<b>14 842</b>	<b>1,6</b>	<b>228 533</b>	<b>25</b>	<b>1 101</b>	<b>119 621</b>	<b>4818</b>

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Sahlgrenska

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Kostnad, kronor		Fördelning (%)	
			Miljoner kronor	Per patient	Patienter	Kostnader
Organiska psykosyndrom	1 074	52	57	53 103	5	5
Missbruk	3 329	29	195	58 711	16	18
Schizofreni	1 005	37	94	93 862	5	9
Övriga psykostiska syndrom	1 379	55	143	103 874	7	13
Bipolära syndrom	1 580	64	111	70 462	8	10
Övriga förstämningssyndrom	3 272	60	192	58 577	16	18
Ängestsyndrom	3 356	59	118	35 093	17	11
Ätstörningar	192	96	12	61 926	1	1
Mental retardation	343	40	20	56 988	2	2
Utvecklingsavvikelser	410	40	13	31 051	2	1
Neuropsykiatri	903	42	36	40 350	4	3
Personlighetsstörningar	497	79	37	74 860	2	3
Övriga psykiatriska diagnoser	104	37	3	32 378	1	0
Övriga diagnoser	2 640	46	34	12 755	13	3
Huvuddiagnos saknas	242	37	3	10 709	1	0
<b>Totalt</b>	<b>20 326</b>	<b>50</b>	<b>1 068</b>	<b>52 556</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Östergötland

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Kostnad, kronor		Fördelning (%)	
			Miljoner kronor	Per patient	Patienter	Kostnader
Organiska psykosyndrom	86	64	3	37 330	1	1
Missbruk	1 224	25	65	52 786	11	16
Schizofreni	585	35	41	69 714	5	10
Övriga psykostiska syndrom	549	53	43	77 581	5	10
Bipolära syndrom	912	62	39	42 722	8	9
Övriga förstämningssyndrom	1 871	62	70	37 584	16	17
Ängestsyndrom	1 987	63	54	27 388	17	13
Ätstörningar	149	94	11	70 796	1	3
Mental retardation	81	46	3	34 432	1	1
Utvecklingsavvikelser	120	38	3	27 849	1	1
Neuropsykiatri	960	42	28	29 233	8	7
Personlighetsstörningar	458	72	34	74 932	4	8
Övriga psykiatriska diagnoser	88	52	2	23 409	1	1
Övriga diagnoser	499	44	4	8 117	4	1
Huvuddiagnos saknas	1 792	39	11	6 306	16	3
<b>Totalt</b>	<b>11 361</b>	<b>51</b>	<b>411</b>	<b>36 209</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Värmland

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Kostnad, kronor		Fördelning (%)	
			Miljoner kronor	Per patient	Patienter	Kostnader
Organiska psykosyndrom	93	55	4	47 596	1	1
Missbruk	517	27	27	51 354	7	9
Schizofreni	292	37	21	70 985	4	7
Övriga psykostiska syndrom	308	59	25	80 886	4	8
Bipolära syndrom	570	64	33	58 231	7	11
Övriga förstämningssyndrom	1 122	62	48	42 951	15	15
Ängestsyndrom	2 268	64	77	33 731	30	25
Ätstörningar	98	100	5	55 582	1	2
Mental retardation	49	57	2	50 505	1	1
Utvecklingsavvikelser	326	51	9	26 421	4	3
Neuropsykiatri	762	45	25	32 919	10	8
Personlighetsstörningar	250	65	17	67 089	3	5
Övriga psykiatriska diagnoser	70	47	2	23 334	1	1
Övriga diagnoser	313	52	6	20 306	4	2
Huvuddiagnos saknas	643	56	10	15 941	8	3
<b>Totalt</b>	<b>7 681</b>	<b>57</b>	<b>311</b>	<b>40 507</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Västmanland

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Kostnad, kronor		Fördelning (%)	
			Miljoner kronor	Per patient	Patienter	Kostnader
Organiska psykosyndrom	56	48	4	75 869	1	1
Missbruk	726	26	29	40 503	10	10
Schizofreni	441	37	40	90 386	6	14
Övriga psykostiska syndrom	444	59	39	87 288	6	13
Bipolära syndrom	495	66	24	48 890	7	8
Övriga förstämningssyndrom	1 183	63	38	32 311	16	13
Ängestsyndrom	1 840	65	55	29 798	25	19
Ätstörningar	32	100	4	110 200	0	1
Mental retardation	73	41	2	29 522	1	1
Utvecklingsavvikelser	298	40	8	27 868	4	3
Neuropsykiatri	433	43	12	27 722	6	4
Personlighetsstörningar	358	59	24	67 767	5	8
Övriga psykiatriska diagnoser	72	39	2	25 560	1	1
Övriga diagnoser	679	46	6	9 267	9	2
Huvuddiagnos saknas	96	43	4	42 139	1	1
<b>Totalt</b>	<b>7 226</b>	<b>54</b>	<b>292</b>	<b>40 403</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Norrbottnen

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Kostnad		Fördelning (%)	
			Miljoner kronor	Per patient	Patienter	Kostnader
Organiska psykosyndrom	61	34	3	40 996	1	1
Missbruk	462	26	34	72 589	7	11
Schizofreni	459	35	30	65 901	7	10
Övriga psykostiska syndrom	387	57	24	62 395	6	8
Bipolära syndrom	883	66	45	51 295	14	15
Övriga förstämningssyndrom	1 397	63	59	42 401	22	20
Ängestsyndrom	1 171	66	46	39 603	19	16
Ätstörningar	83	98	8	98 718	1	3
Mental retardation	30	53	1	43 807	0	0
Utvecklingsavvikelser	207	44	6	29 697	3	2
Neuropsykiatri	526	41	20	38 368	8	7
Personlighetsstörningar	139	69	9	63 633	2	3
Övriga psykiatriska diagnoser	67	33	3	39 146	1	1
Övriga diagnoser	353	47	4	11 564	6	1
Huvuddiagnos saknas	30	40	0	8 255	0	0
<b>Totalt</b>	<b>6 255</b>	<b>55</b>	<b>293</b>	<b>46 838</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Diagnosfördelning

Diagnosgrupp	Område	Endast öppen vård	Öppen och sluten vård	Endast sluten vård
<b>Organiska psykossyndrom</b>	Sahlgrenska	75,9	10,7	13,4
	Östergötland	53,5	37,2	9,3
	Värmland	82,8	14,0	3,2
	Västmanland	60,7	37,5	1,8
	Norrbottn	60,7	14,8	24,6
<b>Missbruk</b>	Sahlgrenska	60,2	32,0	7,8
	Östergötland	64,3	33,7	2,0
	Värmland	66,2	32,7	1,2
	Västmanland	53,9	46,1	0,0
	Norrbottn	28,1	45,7	26,2
<b>Schizofreni</b>	Sahlgrenska	78,2	19,5	2,3
	Östergötland	83,2	16,6	0,2
	Värmland	82,5	17,1	0,3
	Västmanland	78,0	22,0	0,0
	Norrbottn	78,2	18,5	3,3
<b>Övriga psykotiska syndrom</b>	Sahlgrenska	71,1	24,9	3,9
	Östergötland	71,0	26,8	2,2
	Värmland	72,1	26,9	1,0
	Västmanland	76,6	23,2	0,2
	Norrbottn	65,6	28,4	5,9

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Diagnosfördelning

Diagnosgrupp	Område	Endast öppen vård	Öppen och sluten vård	Endast sluten vård
<b>Bipolära syndrom</b>	Sahlgrenska	77,8	20,4	1,8
	Östergötland	84,3	15,5	0,2
	Värmland	83,7	16,3	0,0
	Västmanland	85,1	14,9	0,0
	Norrboten	83,2	15,6	1,1
<b>Övriga förstämningssyndrom</b>	Sahlgrenska	75,5	17,9	6,6
	Östergötland	84,2	15,3	0,4
	Värmland	83,5	16,2	0,3
	Västmanland	86,6	13,3	0,1
	Norrboten	82,0	13,8	4,2
<b>Ängestsyndrom</b>	Sahlgrenska	85,5	9,3	5,1
	Östergötland	88,6	10,8	0,6
	Värmland	89,2	10,8	0,0
	Västmanland	89,0	10,8	0,3
	Norrboten	83,3	12,6	4,1
<b>Ätstörningar</b>	Sahlgrenska	87,5	9,9	2,6
	Östergötland	87,2	12,8	0,0
	Värmland	93,9	6,1	0,0
	Västmanland	75,0	21,9	3,1
	Norrboten	90,4	9,6	0,0



## Statistik per område och diagnosgrupp

### Diagnosfördelning

Diagnosgrupp	Område	Endast öppen vård	Öppen och sluten vård	Endast sluten vård
<b>Mental retardation</b>	Sahlgrenska	84,8	11,3	3,8
	Östergötland	79,0	21,0	0,0
	Värmland	83,7	16,3	0,0
	Västmanland	93,2	6,8	0,0
	Norrbottn	86,7	13,3	0,0
<b>Utvecklingsavvikelser</b>	Sahlgrenska	97,8	2,0	0,2
	Östergötland	96,7	3,3	0,0
	Värmland	96,9	3,1	0,0
	Västmanland	95,3	4,7	0,0
	Norrbottn	95,2	4,8	0,0
<b>Neuropsykiatri</b>	Sahlgrenska	91,2	7,9	0,9
	Östergötland	94,9	4,9	0,2
	Värmland	94,8	5,1	0,1
	Västmanland	94,9	5,1	0,0
	Norrbottn	91,4	7,8	0,8
<b>Personlighetsstörningar</b>	Sahlgrenska	80,7	17,1	2,2
	Östergötland	83,0	16,6	0,4
	Värmland	79,2	20,8	0,0
	Västmanland	81,8	18,2	0,0
	Norrbottn	85,6	14,4	0,0

## Statistik per område och diagnosgrupp

### Diagnosfördelning

Diagnosgrupp	Område	Endast öppen vård	Öppen och sluten vård	Endast sluten vård
Övriga psykiatriska diagnoser	Sahlgrenska	88,5	9,6	1,9
	Östergötland	96,6	3,4	0,0
	Värmland	97,1	2,9	0,0
	Västmanland	90,3	9,7	0,0
	Norrbottn	83,6	10,4	6,0
Övriga diagnoser	Sahlgrenska	97,9	0,6	1,5
	Östergötland	95,6	3,0	1,4
	Värmland	97,8	1,9	0,3
	Västmanland	94,8	4,9	0,3
	Norrbottn	93,5	1,1	5,4
Huvuddiagnos saknas	Sahlgrenska	97,1	0,8	2,1
	Östergötland	99,9	0,1	0,0
	Värmland	99,5	0,2	0,3
	Västmanland	91,7	6,3	2,1
	Norrbottn	100,0	0,0	0,0

## Statistik per område

### Befolkningsrelaterade data

Område	Kostnad per invånare, kronor			Vårdkontakter m.m. per 1 000 invånare					
	Totalt	Sluten vård	Öppen vård	Besök	Vård dagar	Vårdtillfällen	Antal patienter totalt	Antal patienter kvinnor	Antal patienter män
Sahlgrenska	1 946	1 050	896	462	215	12	36	37	38
Östergötland	1 167	439	729	383	94	7	32	32	31
Värmland	1 380	550	830	456	109	6	34	38	29
Västmanland	1 425	612	813	380	135	9	35	37	32
Norrbottn	1 395	561	834	246	120	11	29	33	26
<b>Totalt</b>	<b>1 554</b>	<b>718</b>	<b>836</b>	<b>407</b>	<b>149</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>36</b>	<b>33</b>

### Procentuell åldersfördelning och könsfördelning för patienter och befolkning 18 år och äldre

Åldersgrupp	Sahlgrenska		Östergötland		Värmland		Västmanland		Norrbottn	
	Befolkning	Patienter	Befolkning	Patienter	Befolkning	Patienter	Befolkning	Patienter	Befolkning	Patienter
18-29 år	23,6	23,5	20,8	28,9	18,1	30,4	18,5	28,3	18,0	31,0
30-39 år	19,2	18,7	14,6	18,1	13,6	18,2	14,7	18,5	13,3	19,6
40-49 år	17,1	20,4	17,5	19,6	16,6	20,1	17,5	21,8	16,6	19,6
50-59 år	14,4	16,9	15,2	16,1	16,2	16,0	15,4	16,7	17,0	15,9
60-69 år	12,7	10,8	15,6	10,5	16,8	9,3	16,6	9,4	17,0	9,6
70-79 år	7,3	5,6	9,4	4,4	10,9	4,0	10,2	3,7	11,3	3,2
80 år -	5,7	4,2	6,9	2,4	7,8	2,1	7,1	1,6	6,8	1,2
<b>Totalt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Könsfördelning (%)</b>										
Kvinnor	51	50	50	51	50	57	50	54	49	55

## Statistik per område

### Kön

Område	Andel patienter med (%)			Kostnad per patient, kronor		
	Öppen vård	Sluten vård	Både öppen och sluten vård	Öppen vård	Sluten vård	Totalt
<b>Kvinnor</b>						
Sahlgrenska	95	20	15	26 432	155 775	55 651
Östergötland	99	13	13	23 927	112 723	38 520
Värmland	100	12	12	24 005	137 861	40 829
Västmanland	100	14	14	24 014	123 854	40 838
Norrbottn	97	17	14	32 594	90 588	47 249
<b>Totalt</b>	<b>98</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>26 075</b>	<b>133 537</b>	<b>46 697</b>
<b>Män</b>						
Sahlgrenska	95	22	16	24 367	122 266	49 438
Östergötland	99	15	14	21 330	84 575	33 834
Värmland	100	14	13	23 966	112 517	39 474
Västmanland	100	19	18	21 800	96 734	39 912
Norrbottn	93	25	18	25 112	91 671	46 332
<b>Totalt</b>	<b>97</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>22 078</b>	<b>106 936</b>	<b>43 112</b>

## Statistik per område

### DRG-grupperad öppenvård, innerfall

Område	Sjukhus/klinik	Antal besök	Kostnad per besök	DRG-poäng per besök	Kostnad per DRG-poäng	Summa kostnad miljoner kronor
<b>Norrboten</b>	Gällivare lasarett	4 638	5 830	0,0293	198 810	27
	Piteå Älvdals sjukhus	10 749	2 242	0,0333	67 163	24
	Sunderbyns sjukhus	20 696	3 059	0,0298	102 550	63
	Totalt Norrbotten	36 083	3 172	0,0308	102 910	114
<b>Västmanland</b>	Västerås lasarett	76 746	2 131	0,0366	58 173	164
<b>Värmland</b>	Karlstad sjukhus	44 908	1 587	0,0382	41 537	71
	Kristinehamns sjukhus	12 788	1 997	0,0425	47 005	26
	Arvika sjukhus	10 153	2 404	0,0396	60 698	24
	Säffle sjukhus	6 269	2 010	0,0349	57 621	13
	Torsby sjukhus	11 126	1 895	0,0439	43 155	21
Totalt Värmland	85 244	1 817	0,0395	45 986	155	
<b>Sahlgrenska</b>	Sahlgrenska	253 061	1 938	0,0383	50 599	490
<b>Östergötland</b>	Universitetssjukhuset i Linköping	41 807	1 630	0,0372	43 869	68
	Vrinnevisjukhuset	51 336	2 109	0,0370	56 962	108
	Motala lasarett	39 297	1 887	0,0365	51 664	74
	Totalt Östergötland	132 440	1 892	0,0369	51 247	251

## DRG-grupperad slutenvård, innerfall

Område	Sjukhus/klinik	Antal vårdtillfällen	Kostnad per vårdtillfälle	DRG-poäng per vårdtillfälle	Kostnad per DRG-poäng	Summa kostnad miljoner kronor
<b>Norrboten</b>	Gällivare lasarett	294	66 169	3,1650	20 907	20
	Piteå Älvdals sjukhus	368	78 372	3,3426	23 446	29
	Sunderbyns sjukhus	1 597	40 915	2,2249	18 390	65
	Totalt Norrbotten	2 259	50 303	2,5290	19 891	114
<b>Västmanland</b>	Västerås lasarett	1 846	59 546	3,2134	18 530	110
<b>Värmland</b>	Karlstad sjukhus	652	72 881	2,7721	26 291	47
	Kristinehamns sjukhus	414	88 624	3,4514	25 678	37
	Arvika sjukhus	318	100 075	4,3174	23 179	32
	Totalt Värmland	1 384	83 839	3,3302	25 175	116
<b>Sahlgrenska</b>	Sahlgrenska	6 783	83 196	3,1092	26 758	564
<b>Östergötland</b>	Universitetssjukhuset i Linköping	874	72 060	2,3704	30 399	63
	Vrinnevisjukhuset	1 137	59 653	1,9954	29 895	68
	Motala lasarett	427	55 018	2,1288	25 845	23
	Totalt Östergötland	2 438	63 289	2,1530	29 396	154

## Bilaga 2 Diagnosgruppering

PG-grupp	Beteckning	ICD 10	Diagnosgrupp i rapport
1	Organiska psykosyndrom	F00 - F09	Organiska psykosyndrom
2	Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom	F10 - F19, F55	Missbruk
3	Schizofreni	F200 - F206, F209	Schizofreni
4	Övriga psykotiska syndrom	F208, F21 - F29, F531	Övriga psykotiska syndrom
5	Bipolära syndrom	F30 - F31, F340	Bipolära syndrom
6	Övriga förstämningssyndrom	F32 - F33, F341 - F399, F530	Övriga förstämningssyndrom
7	Ängestsyndrom	F40 - F42	Ängestsyndrom
8	Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd	F43, F62	Ängestsyndrom
9	Somatoforma och dissociativa syndrom	F44 - F48	Ängestsyndrom
10	Ätstörningar	F50	Ätstörningar
11	Mental retardation	F70 - 79	Mental retardation
12a	Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser	F80-F84, F88-90, F95,	Utvecklingsavvikelser ( <b>nytt namn</b> )
12b	Neuropsykiatri ( <b>NY</b> )	F900A-F900X, F952, F840-41,45, Q860, Q980-82,84, F420-21, F428-429	Neuropsykiatri
13	Personlighetsstörningar	F60-F61, F688	Personlighetsstörningar
14	Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar	F91-F94, F982-F989	Övriga psykiatriska diagnoser
15	Övriga specificerade psykiska störningar	F51 - F52, F63 - F66, F680 - F681	Övriga psykiatriska diagnoser
16	Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder	Somatiska diagnoser, orsaksdiagnoser, Z-diagnoser förutom Z032 och Z711	Övriga diagnoser
17	Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp	F539, F69, F99, R-diagnoser	Övriga diagnoser
18	Psykiatrisk diagnos utesluten	Z032, Z711	Övriga diagnoser

Grupperingen följer i stort sett den gruppering av psykiatriska diagnoser (Lf-gruppering) som togs fram på uppdrag av Landstingsförbundet 2001. Grupperingen reviderades 2003 inom ramen för Landstingsförbundets, Socialstyrelsens och Kommunförbundets informationsförsörjningsprojekt "Info-VU" och benämns numera PG-grupper. En ny grupp, "Neuropsykiatri", har skapats för denna rapport där vissa diagnoser har brutits ut från andra grupper.

## Bilaga 3 Åtgärdsgrupper KVÅ

KVÅ-grupper	Beteckning	KVÅ-koder
08	Utredning	AA039, AA052, AA085, AD013, AE004, AF015, AF036, AG015, AJ019, AU002, AU004, AU006, AU008, AU009, AU010, AU011, AU118, AU119, AU120, AU122, AV003, AV018, AV030, AV115, AV116, AV117, AV118
09	Läkemedelsbehandling	AU116, DT003, DT011, DT016, DT019, DT020, DT026, DV004, DV046, SA010, XV008, XV012
10	Medicinteknisk behandling	DA001, DA006, DA022, DA024, DA025, DU001, DV065, DQ017, TJD00, TQX40
12	Psykologisk och psykosocial behandling	AU113, AU114, AU121, DU008, DU009, DU010, DU011, DU020, DU021, DU022, DU023, DU024, DU025, DU026, DU027, DU028, DU029, DU030, DU031, DV030
11	Funktionsträning och kompensation för funktionsträning	DU012, DV010, DV084, DV085, DV086, DV087, DV088, QB000, QJ000, QK000, QN025, QQ000, QS000, QT000
15	Information och utbildning	GB009, GB010, XS003, XS011, XS012
17	Samordning	AU120, GB004, XS005, XS007, XS008, XS013
13	Extra tillsyn, isolering och åtgärder enligt LPT/LRV	Dv091, DV092, GA002, XU001, XU003, XU004, XU011, XU012, XU013, XU021, XU030, XU040, XU041, XU042, XU043, XU044
14	Konsultationer m.m.	XS001, XS004
18	Intyg och anmälningar m.m. (administrativ handläggning)	GD001, GD002, GD003, GD004, GD005, XT001
19	Tilläggs-koder	ZV020, ZV044, ZV229, ZV501, ZV502, ZV503, ZV504
20	Stödjande samtal	DU007
99	Övrig registrering ej adekvat för åtgärdsbeskrivning	Övriga koder

Denna gruppering är skapad efter aktuell indelning av KVÅ-åtgärder.



## Bilaga 4 Vikter psykiatrisk slutenvård

### Nationella prospektiva vikter för psykiatrisk slutenvård 2010 (Källa: Socialstyrelsen)

DRG	Nord DRG text	Vikt 2010	Vårdtids- ytterfallsgräns
424N	Operationer vid psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende	1,8990	29
426A	Bipolära syndrom, < 60 år	1,7170	29
426B	Bipolära syndrom, > 59 år	2,0478	29
426C	Övriga förstämningssyndrom, < 60 år	1,5089	29
426D	Övriga förstämningssyndrom, > 59 år	2,1524	29
427A	Ångestsyndrom	1,1697	29
427B	Maladaptiva stressreaktioner, icke akuta tillstånd	1,1762	29
427C	Maladaptiva stressreaktioner, akuta tillstånd	0,8598	29
427D	Somatoforma och dissociativa syndrom	1,3601	29
428N	Personlighetsstörningar	1,0600	29
429A	Organiska psykosyndrom, komplicerat	2,0475	29
429B	Organiska psykosyndrom, ej komplicerat	1,6381	29
430A	Schizofreni, < 30 år	1,3113	29
430B	Schizofreni, 31-59 år	1,4242	29
430C	Schizofreni, >59 år	1,6524	29
430D	Långvariga psykosor, ej schizofreni	1,5567	29
430E	Kortvariga psykosor, ej schizofreni	1,5589	29
430F	Övriga psykotiska syndrom	1,4883	29
431A	Mental retardation	1,1236	29
431B	Neuropsykiatriska tillstånd	1,1060	29
431C	Övriga tillstånd som debuterar hos barn och ungdom	0,8711	29
432A	Ätstörningar	1,7091	29
432B	Övriga specificerade psykiska störningar	0,7010	29
432C	Ospecifierade psykiska störningar	0,7970	29
432M	Psykiatri 29 - 90 dagar	7,8962	91
432N	Psykiatri >90 dagar	61,9153	365
436A	Missbruk/beroende av alkohol/narkotika, avgiftning/annan symptomatisk behandling, komplicerat	0,7969	29
436B	Missbruk/beroende av alkohol/narkotika, avgiftning/annan symptomatisk behandling, ej komplicerat	0,6131	29
436C	Missbruk/beroende av alkohol/narkotika, avgiftning/annan symptomatisk behandling, bidiagnos: psykos, schizofreni, personlighetsstörningar	0,8149	29

## Bilaga 5 Indelningar i Västra Götalandsregionen

### Kommun-Sjukhus

Kommun	Sjukhus		Kommun	Sjukhus
Ale	Kungälv		Munkedal	NU-sjukvården
Alingsås	Södra Älvsborg		Mölnadal	Sahlgrenska
Bengtsfors	NU-sjukvården		Orust	NU-sjukvården
Bollebygd	Södra Älvsborg		Partille	Sahlgrenska
Borås	Södra Älvsborg		Skara	Skaraborgs sjukhus
Dals-Ed	NU-sjukvården		Skövde	Skaraborgs sjukhus
Essunga	Skaraborgs sjukhus		Sotenäs	NU-sjukvården
Falköping	Skaraborgs sjukhus		Stenungsund	Kungälv
Färgelanda	NU-sjukvården		Strömstad	NU-sjukvården
Grästorps	Skaraborgs sjukhus		Svenljunga	Södra Älvsborg
Gullspång	Skaraborgs sjukhus		Tanum	NU-sjukvården
Göteborg	Sahlgrenska		Tibro	Skaraborgs sjukhus
Götene	Skaraborgs sjukhus		Tidaholm	Skaraborgs sjukhus
Herrljunga	Södra Älvsborg		Tjörn	Kungälv
Hjo	Skaraborgs sjukhus		Tranemo	Södra Älvsborg
Härryda	Sahlgrenska		Trollhättan	NU-sjukvården
Karlsborg	Skaraborgs sjukhus		Töreboda	Skaraborgs sjukhus
Kungälv	Kungälv		Uddevalla	NU-sjukvården
Lerum	Södra Älvsborg		Ulricehamn	Södra Älvsborg
Lidköping	Skaraborgs sjukhus		Vara	Skaraborgs sjukhus
Lilla Edet	NU-sjukvården		Vårgårda	Södra Älvsborg
Lysekil	NU-sjukvården		Vänersborg	NU-sjukvården
Mariestad	Skaraborgs sjukhus		Åmål	NU-sjukvården
Mark	Södra Älvsborg		Öckerö	Sahlgrenska
Mellerud	NU-sjukvården			

### Stadsdelar i Göteborgs stad

Stadsdel fr.o.m. 1 januari 2011 (10 stycken)	Stadsdel före 1 januari 2011 (20 stycken)
Norra Hisingen	Backa, Kärre-Rödbo, Tuve-Säve
Angered	Gunnared, Lärjedalen
Östra Göteborg	Bergsjön, Kortedala
Västra Hisingen	Biskopsgården, Torslanda
Lundby	Lundby
Majorna-Linné	Linnéstaden, Majorna
Centrum	Centrum
Örgryte-Härlanda	Örgryte, Härlanda
Västra Göteborg	Södra Skärgården, Tynnered, Älvsborg
Askim-Frölunda-Högsbo	Askim, Frölunda-Högsbo

## Bilaga 6 Tabell- och diagramförteckning

### Tabeller

Tabell 1 Antal individer, vårdtillfällen och besök per område som inrapporterats till KPP psykiatri-databasen 2010. ....	10
Tabell 2 Jämförelse av läkarbesök i KPP-databasen, psykiatri (inkl BUP & rättspsykiatri) och Patientregistret (PAR) 2010. ....	15
Tabell 3 Jämförelse av antal vårdtillfällen i KPP-databasen, psykiatri (inkl BUP & rättspsykiatri) och Patientregistret (PAR) 2010. ....	15
Tabell 4 Datakvalitet i öppen vård 2010. Andelar i procent för ett urval av variabler. ....	16
Tabell 5 Datakvalitet i slutenvård 2010. Andelar i procent för ett urval av variabler. ....	16
Tabell 6 Antal invånare och patienter, 18 år och äldre, fördelat på område 2010. ....	17
Tabell 7 Spridning mått i öppen vård, kostnader per patient. ....	17
Tabell 8 Spridning mått i slutenvård, kostnader per patient. ....	18
Tabell 9 Spridning mått totalt, kostnader per patient. ....	18
Tabell 10 Patienter fördelat på diagnosgrupp och område 2010. Andel i procent. ....	22
Tabell 11 Genomsnittskostnad per besök i öppen psykiatrisk vård 2010. ....	27
Tabell 12 Fördelning av åtgärder enligt KVÅ-gruppering. Jämförelse mellan områdena 2010. ....	29
Tabell 13 Kostnader fördelat på område 2010. ....	33
Tabell 14 De 10 procent mest resurskrävande patienternas andel av totalkostnaden fördelat på diagnosgrupp och område 2010. ....	37

### Diagram

Diagram 1 Fördelning patienter i slutenvård, öppenvård samt både slutenvård och öppenvård i allmän psykiatrisk vård, vuxna 2010. Andel i procent. ....	19
Diagram 2 Åldersfördelning för befolkningen och patienter i psykiatrisk respektive somatisk vård 2010. Andel i procent. ....	20
Diagram 3 Åldersfördelning för patienter i psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Andel i procent. ....	21
Diagram 4 Patienter i slutenvård, öppenvård samt både slutenvård och öppen vård per diagnosgrupp 2010. Andel i procent. ....	23
Diagram 5 Könstillfördelning fördelat på diagnosgrupp 2010. Andel i procent. ....	24
Diagram 6 Andel patienter med missbruksdiagnos i kombination med andra psykiatriska diagnoser 2010. Andel i procent. ....	25
Diagram 7 Besök i öppen psykiatrisk vård fördelat på yrkeskategori och område 2010. Andel i procent. ....	26
Diagram 8 Besök och kostnad i öppen psykiatrisk vård fördelat på yrkeskategori 2010. Andel i procent. ....	27
Diagram 9a Fördelning av KVÅ-åtgärder i öppenvård 2010. Andel i procent. ....	28
Diagram 10 Kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid för slutenvården. Kronor och dagar. ....	30
Diagram 11 Kostnad per vårdtillfälle och kostnad per besök 2010 i allmän psykiatrisk vård för vuxna. Kronor. ....	31
Diagram 12 Kostnad per patient i slutenvård respektive öppen vård 2010 i allmän psykiatrisk vård för vuxna. Kronor. ....	32
Diagram 13 Kostnadsfördelning mellan öppen och slutenvård psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Andel i procent. ....	33
Diagram 14 Kvinnors andel av kostnader och patienter i öppen och slutenvård psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Andel i procent. ....	34
Diagram 15 Fördelning av patienter och kostnader per område och de största diagnosgrupper efter patientantal 2010. Andel i procent. ....	35
Diagram 16 De 10 procent mest resurskrävande patienternas kostnad fördelat på diagnosgrupp 2010. Andel i procent. ....	36
Diagram 17 Kostnad per invånare i psykiatrisk vård fördelat på område 2010. Kronor. ....	38
Diagram 18 Antal besök, vård dagar och patienter per 1 000 invånare i psykiatrisk vård fördelat på område 2010. ....	39
Diagram 19 Kostnad per invånare i psykiatrisk vård fördelat per betjäningsområde i Västra Götalandsregionen 2010. Kronor. ....	40
Diagram 20 Antal besök, vård dagar och patienter per 1 000 invånare i psykiatrisk vård fördelat per betjäningsområde i Västra Götalandsregionen 2010. ....	41

Diagram 21 Kostnad per invånare i psykiatrisk vård fördelat per stadsdel i Göteborg stad 2010.....	42
Diagram 22 Antal besök, vårddagar och patienter per 1 000 invånare i psykiatrisk vård fördelat på stadsdelar i Göteborg stad 2010.....	43
Diagram 23 Kostnad per vårdtillfälle och DRG-poäng per vårdtillfälle i psykiatrisk öppenvård 2010.....	45
Diagram 24 Kostnad per vårdtillfälle och kostnad per DRG-poäng i psykiatrisk öppenvård 2010.....	45
Diagram 25 Kostnad per DRG-poäng och DRG-poäng per besök i psykiatrisk öppenvård 2010.....	46
Diagram 26 Kostnad per besök och kostnad per DRG-poäng i psykiatrisk öppenvård 2010.....	47



# KPP Psykiatri

---

## Mycket mer än kostnad per patient

I denna rapport visar vi exempel på analyser där kostnader per vårdkontakt kopplas ihop med övrig patientinformation. Resultatet av analyserna kan vara till nytta vid verksamhetsutveckling, förbättringsarbete och resursfördelning inom psykiatrin. Vår förhoppning är att rapporten ska öka intresset för patientrelaterad kostnadsredovisning inom psykiatrin och stimulera till införandet i fler landsting.

Upplysningar om innehållet kan erhållas av:

Leif Lundstedt, [leif.lundstedt@skl.se](mailto:leif.lundstedt@skl.se)

Camilla Eriksson, [camilla.b.eriksson@skl.se](mailto:camilla.b.eriksson@skl.se)

Siv-Marie Lindquist, [siv-marie.lindquist@skl.se](mailto:siv-marie.lindquist@skl.se)

Bengt André, [bengt.andre@bahnhof.se](mailto:bengt.andre@bahnhof.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012  
ISBN/Bestnr: 978-91-7164-820-4

Beställ eller ladda ned på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer).