

# KPP Psykiatri

*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 hälften av landstingen till KPP-databasen för akutsomatik. KPP-data för psykiatri har samlats in sedan 2004 och omfattar helt eller delvis sex landsting.

I denna rapport visar vi exempel på analyser som 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.

Denna rapport har författats av Bengt André konsult vid Sveriges Kommuner och Landsting samt Jenny Sandgren och Leif Lundstedt. Även Håkan Mathiasson vid Verksamhetsuppföljning Psykiatri på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har deltagit i arbetet.

Stockholm i oktober 2010

*Stefan Ackerby*  
*Avdelningen för ekonomi och styrning*

## Innehåll

Sammanfattning .....	4
Inledning.....	5
KPP-modell .....	7
Beskrivning av de verksamheter som arbetar med KPP .....	8
Metod .....	10
Kvalitet i data.....	11
Kostnadsdata .....	12
Resultat .....	14
Vilka patienter vårdas?.....	16
Könsfördelning .....	18
Diagnosfördelning per område.....	20
Missbruk i kombination med annan psykiatrisk diagnos.....	21
Diagnosfördelning i öppen och sluten vård.....	22
Vad kostar vården? .....	23
Vad får patienten och vilken effekt har vården?.....	26
Vårdåtgärder .....	28
GAF och kostnad.....	29
Vårdkonsumtion ur ett befolkningsperspektiv .....	31
Befolkningsperspektiv i Värmland .....	33
Kostsamma patienter .....	35
Gruppering av den psykiatriska vården med NordDRG.....	37
Diskussion .....	41
Kontaktpersoner .....	42
Bilagor .....	43
Bilaga 1: Statistik.....	43
Bilaga 2: Diagnosgruppering:.....	50
Bilaga 3: Vikter psykiatrisk slutenvård.....	51

## Sammanfattning

Sedan 2004 har ett arbete bedrivits för att beskriva psykiatri mer processinriktat, dvs. att insatser och kostnader kan fångas på individnivå för både öppen och sluten vård. 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.

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

Fokus i rapporten har varit att visa på jämförelser som kan göras mellan olika verksamhetsområden avseende vilken typ av patienter som vårdas, vilken vård som erbjuds, vad vården kostar och hur konsumtionen ser ut i ett befolkningsperspektiv. Jämförelserna som redovisas ska ses som exempel som mycket väl kan fördjupas och kan leda till ytterligare frågeställningar.

Målsättningen har varit att kunna beskriva ovanstående frågeställningar 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 2008 från Landstinget i Östergötland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Värmland och Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

De olika verksamheterna skiljer sig åt när det gäller organisation och utbud. I rapporten har hänsyn tagits till detta genom att i en del jämförelser exkludera bl. a. rättspsykiatri. Det finns också skillnader i hur man arbetar med beroendevård, neuropsykiatri och ätstörningar. Ingen barn- och ungdomspsykiatri ingår i jämförelserna då samtliga vårdkontakter under 18 år har exkluderats. I de olika områdena finns även olikheter i hur utbudet av privat vård ser ut.

I arbetet med de jämförelser som görs och redovisas i rapporten med hjälp av KPP-data framkommer några områden som kan förbättras för att skapa bättre information om vården och härigenom bättre jämförelser.

Skillnader finns när det gäller diagnoskvalitet mest med tanke på hur bortfallet av diagnoser skiljer sig mellan olika områden. Arbeta med att förbättra kvaliteten i diagnossättning bör prioriteras.

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. Utveckling av KPP metoden kan vara av värde inom vissa områden. Ett sådant arbete kommer att fortsätta inom ramen för SKL:s ordinarie verksamhet.

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 befrämjas.

I rapporten finns ett par exempel på hur skattningar med GAF (Global Assessment Functioning) kan användas till effektjämförelser av vården. För att utveckla denna möjlighet bör GAF-registreringen förbättras eller att andra effektindikatorer tas fram.

I rapporten beskrivs även den psykiatriska vården ur ett NordDRG-perspektiv och vilka möjligheter detta har som en del i ett framtida ersättningssystem. Ett utvecklingsarbete kring de psykiatriska delarna i NordDRG behöver initieras.

# Inledning

## 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 i att KPP sedan hösten 2002 är en del av Sveriges Kommuner och Landstings ordinarie arbete. KPP-data för akutsomatiken har samlats in sedan år 2000 och ligger till grund för de nationella vikterna i NordDRG och utvecklingen av grupperingslogiken i den svenska versionen av NordDRG. Arbetet bedrivs tillsammans 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. Man tog även fram en handledning i kalkylering av KPP för 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, dvs. att insatser och kostnader kan fångas på individnivå för både öppen och sluten vård. Syftet har varit att också kunna 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 stimulansmedel från SKL:s och Socialstyrelsens gemensamma projekt för utveckling av ersättningsmodeller i vården. Norrbottens läns landsting rapporterar psykiatridata till den somatiska databasen, där vissa variabler som är specifika för psykiatrisk verksamhet inte registreras (exempelvis lagrum vid tvångsvård).

Grunddata som krävs för att ta fram KPP innehåller i sig mycket information, samt i kombination med kostnadsdata kan många frågeställningar besvaras. Redovisningarna i denna rapport skall ses som exempel på vilka möjligheter till jämförelser KPP-data ger, vilka kan utvidgas och fördjupas på lokal nivå. I bilagan till rapporten finns statistik för de deltagande områdena.

## Syfte och mål

Syftet med rapporten är att visa på resultatet av arbetet med KPP för psykiatri. Med utgångspunkt av vad som finns i KPP-databasen tar vi fram exempel på underlag för verksamhetsutveckling, förbättringsarbete och resursfördelning.

Vidare är syftet att försöka belysa följande frågeställningar:

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

Målsättningen är att kunna beskriva ovanstående frågeställningar 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.

## 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

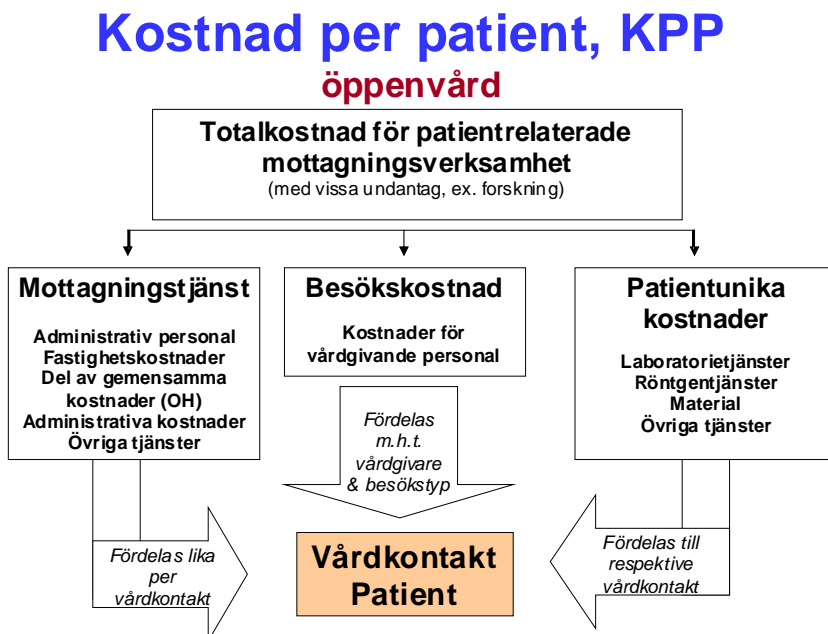
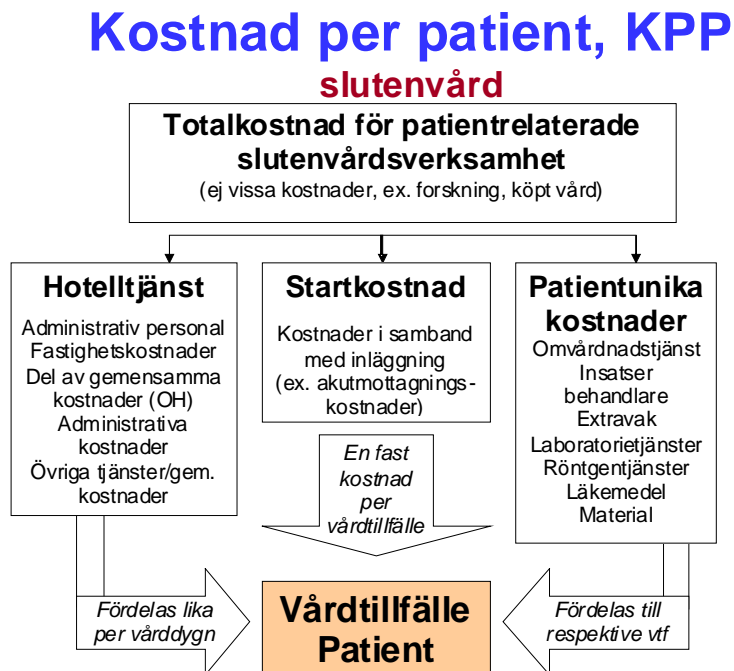
specialistkunskap. SKL anordnar även två årliga nätverksträffar för de psykiatriska enheter som arbetar med, eller planerar att börja med KPP.

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. Matchningen gör egenutvecklade eller upphandlade IT-system. Beräkningarna för psykiatri följer de nationella KPP-principer som togs fram av dåvarande Landstingsförbundet år 2002. Vilken information som finns i KPP-psykiatri framgår av den särskilda variabelförteckning som kan laddas ner på SKL:s webbplats.

För att göra KPP-beräkningar krävs att efterkalkylering är gjord på ett års ekonomiska händelser. Denna rapport bygger på efterkalkylerad data för år 2008.

## KPP-modell

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



## Beskrivning av de verksamheter som arbetar med KPP

I denna rapport redovisas KPP-data för 2008 från:

- Landstinget i Östergötland
- Landstinget Västmanland
- Landstinget i Värmland
- Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

För 2008 har Psykiatri Skåne inte kunnat rapportera in data på grund av omorganisationen av verksamheten, trots att man rapporterat in data för åren 2004-2007. I Norrbottens data har det inte gått att särskilja den betydligt dyrare rättspsykiatrin från allmänpsykiatri i analyserna och kostnaderna kan därför bli missvisande. Därför ingår inte dessa områden i denna rapport.

### **Verksamhetsprofil psykiatrin vid Sahlgrenska universitetssjukhuset**

Vuxenpsykiatrin inom Sahlgrenska universitetssjukhuset består av sex psykiatriska verksamhetsområden för psykiatrisk specialistsjukvård i öppen och slutenvård - 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 ca.640 000 personer.

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 allmänpsykiatrin. Neuropsykiatrin omfattar äldrepsykiatri, minnesrelaterade sjukdomar och omsorgspsykiatri och har för delar av verksamheten hela Västra Götalandsregionen som upptagningsområde. Rättspsykiatrin 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 man inte inkluderar rättspsykiatri är siffran en procent.

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

Landstinget i Värmland är uppdelat i sju divisioner. Inom division psykiatri finns vuxenpsykiatri öppen- och slutenvård, barn- o ungdomspsykiatri och rättspsykiatri. I divisionen finns fem vuxenpsykiatriska verksamheter. Den allmänpsykiatriska slutenvården har sex avdelningar plus en observationsavdelning, avdelningarna är fördelade på tre orter. Den länsövergripande jourmottagningen är i början av året lokaliserad under psykiatriska öppenvården Karlstad men omorganiseras till slutenvården under andra halvåret 2008. Rättspsykiatrin har en öppenvårdsenhet och fyra avdelningar med totalt 30 platser. Barn- o ungdomspsykiatri (BUP) är länsövergripande och bedriver sedan 2001 endast öppenvård.

Man har ingen fast bemannad dygnetruntöppen slutenvårdsavdelning. Istället arbetar man med att erbjuda akutvård genom familjesamtal, dagvård och intensivvård i hemmet, dit personal kommer. Centrum för traumatisk stress är en verksamhet med subspecialitet som tar i mot patienter från hela Värmland. I upptagningsområdet bor ca 273 000 personer.



### **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 ca 423 000 personer.

I samtliga tre områden finns allmänpsykiatriska slutenvårdsavdelningar och i Norrköping och Linköping även 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 slutenvård finns i Linköping och Norrköping, och öppenvårdsmottagning finns i Motala och Mjölby. Barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning bedrivs i Norrköping, Linköping, Motala och i Mjölby, 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.

### **Verksamhetsprofil psykiatri i Västmanland**

I Västmanland bor drygt 250 000 personer. Vuxenpsykiatri 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. Dess utom finns en allmänpsykiatrisk akutavdelning, en neuropsykiatrisk mottagning samt 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 och under 2009 fanns fem utslussningslägenheter som successivt lades ner. Under 2011 kommer en nybyggd rättspsykiatrisk klinik att öppnas som möjliggör en vårdkedja från intag till utslussning. Under 2008 togs patienter, som dömts till rättspsykiatrisk vård, in på vuxenpsykiatriens avdelningar. Många fick fortsätta vården där eftersom inte plats fanns inom rättspsykiatrien.

I KPP-arbetet har ännu inte tagits med den enhet för ätstörningar, som administreras under Barn- och ungdomspsykiatri i Västmanland men som behandlar både barn, ungdomar och vuxna med ätstörningsproblematik. Det finns även privata psykiatrer samt psykologer i Västmanland som har avtal med landstinget, men inte rapporteras till KPP-psykiatri.

## Metod

### Avgränsning

Denna rapport innehåller i huvudsak data från 2008. Endast data för allmänpsykiatri ingår i rapporten, trots att vissa områden även lämnat in data även för rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Dessutom har rapporten avgränsats till patienter äldre än 17 år.

För att möjliggöra jämförelser har indirekta besök (telefon- och brevkontakter) inte tagits med, eftersom endast Östergötland rapporterat detta till databasen. De indirekta besöken utgjorde 43 procent av de besök som Östergötland rapporterade in för 2008. De är endast med i analysen vid grupperingen med NordDRG.

Eftersom Neuropsykiatri inom Sahlgrenska universitetssjukhuset till vissa delar har ett större upptagningsområde än övriga verksamhetsområden har de patienter som vårdades inom Neuropsykiatri men inte haft sin hemort inom sjukhusets upptagningsområde exkluderats. Man har inte kunnat följa deras vård och kostnader inom andra delar av psykiatrin i regionen.

### Diagnosgruppering

Patienterna har delats in i diagnosgrupper baserade på huvuddiagnos. Indelningen följer i princip den gruppering av psykiatriska diagnoser ("Lf-grupper") som Landstingsförbundet tog fram 2001. Patienterna har först klassats i Lf-grupper vilka sedan samlats i nio diagnosgrupper och en övrigt-grupp. Varje individuell patient förekommer bara en gång i en av grupperna. Psykiatriska diagnoser har fått företräde framför somatiska och slutenvårdsdiagnoser har fått företräde över öppenvårdsdiagnoser. Därefter har datum varit utslagsgivande – det senaste utskrivnings- eller besöksdatumet har fått företräde. Av bilaga 2 framgår det vilka huvuddiagnoser som räknats till vilken diagnosgrupp.

### DRG-gruppering

Samtliga vårdtillfällen och besök har grupperats med 2008 års version av NordDRG. Läs mer under avsnittet "Gruppering av den psykiatriska vården med NordDRG".

### 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 2008-12-31 vid beräkningen av vårdtid och vårddagar.

## Kvalitet i data

### Vårdkontakter

Antalet vårdkontakter i KPP-psykiatri jämfördes med Socialstyrelsens patientregister, dit all slutenvård samt läkarbesök i öppen specialiserad vård skall rapporteras. För tre av områdena var antalet vårdtillfällen inom psykiatri i de två datakällorna i stort sett identiska. Sahlgrenska universitetssjukhuset rapporterar dock sjukhusvårdtillfällen till KPP-psykiatri, medan patientregistret innehåller klinikvårdtillfällen (där varje byte av klinik inom samma sjukhus räknas som ytterligare ett tillfälle), vilket sannolikt är förklaringen till att antalet vårdtillfällen i patientregistret var sex procent högre för Sahlgrenska. Totalt för samtliga områden var antalet läkarbesök i öppenvård i patientregistret tre procent högre än i KPP-psykiatri.

### Diagnos och åtgärder

Datakvalitet: Andel av ett urval av variabler (i procent) 2008 i KPP-psykiatri. För slutenvården ingår endast vårdtillfällen som avslutats.

Område	Öppenvård				Slutenvård		
	Läkarbesök med huvuddiagnos	Besök totalt med huvuddiagnos	Besök totalt med minst en bidiagnos	Besök totalt med minst en åtgärds-kod	Vårdtillfällen med huvuddiagnos	Vårdtillfällen med minst en bidiagnos	Vårdtillfällen med minst en åtgärds-kod
Värmland	95 %	51 %	3 %	26 %	100 %	39 %	13 %
Västmanland	100 %	100 %	10 %	100 %	99 %	29 %	95 %
Östergötland	90 %	44 %	13 %	9 %	96 %	39 %	2 %
Sahlgrenska	95 %	51 %	5 %	37 %	96 %	45 %	40 %

I ovanstående tabell kan man se förekomsten av diagnos- och åtgärds-koder per område. 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. 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. Huvuddiagnossättning påverkar indelningen av patienter i olika diagnosgrupper samt DRG-grupperingen. Förekomsten av bidiagnoser påverkar bland annat analysen av vilka andra sjukdomar patienter med missbruksdiagnos har. Andel patienter (d.v.s. individer) som saknar huvuddiagnos framgår av tabellen i avsnittet om huvuddiagnos per område.

Åtgärds-koder i KPP-psykiatri ska i första hand registreras 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, som registrerat åtgärd för 95-100 procent av vårdkontaktarna, har rapporterat enligt huvudrubrikerna. Övriga områden, som rapporterat åtgärder i lägre utsträckning, har gjort det enligt KVÅ.

## Kostnadsdata

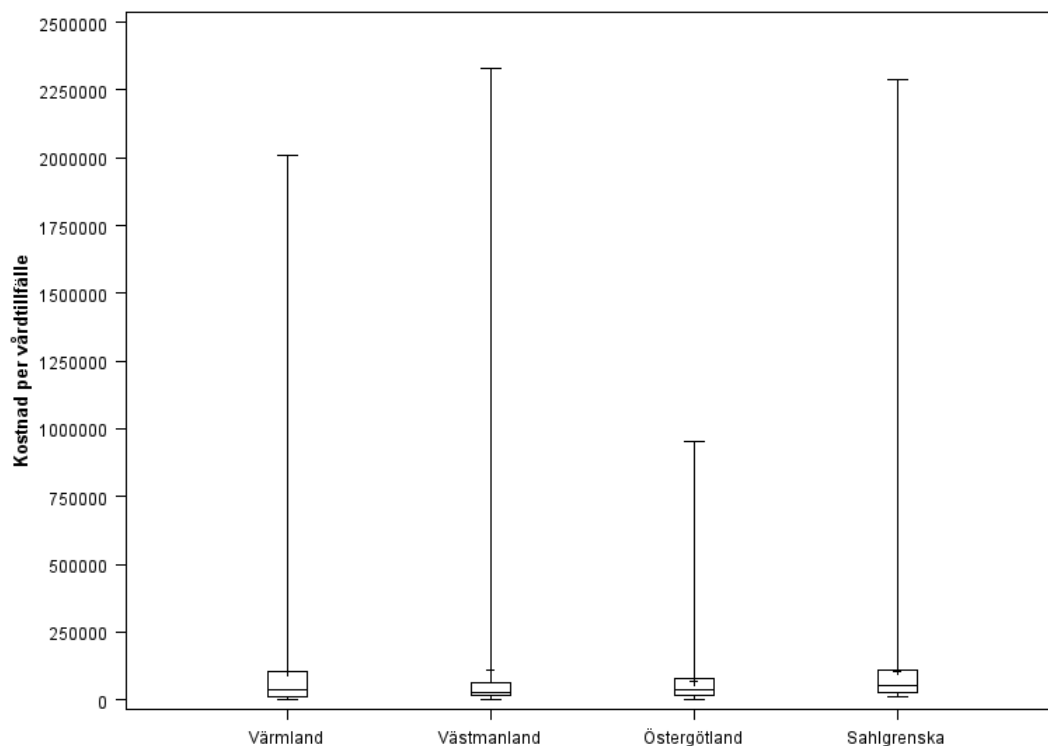
Kostnadsberäkning av vårdkontaktarna ska följa de nationella KPP-principerna. De begränsade kvalitetskontroller som gjorts på insamlat material visar på vissa orimligheter och stora skillnader vid fördelning och kalkylering av kostnader.

### Slutenvård

Mediankostnaden per vårdtillfälle varierar mellan 26 350 kr till 52 550 kr. Hur kostnadsspridningen ser ut per område framgår av graf 1. Tittar man på kostnaden per vård dag inom t.ex ”Psykiska sjukdomar, beteendestörningar & alkohol- eller drogberoende” (MDC19) varierar den mellan 3 900 kr och 5 950. Bryter man ner detta nyckeltal ytterligare på diagnosgruppen ”Övriga förstämningssyndrom” (Lf06) ligger skillnaden i kostnad per vård dag mellan 3 350 kr och 5 650 kr. Tittar man på kostnaden per vård dag inom för gruppen ”Missbruk/beroende ej psykos, ej komplicerat” (DRG 436B) så varierar kostnaden mellan 3 380 kr och 12 500 kr. Orsaken till variationerna kan förklaras av olika uppdrag och vårdens innehåll.

Nio vårdtillfällen i Värmland har en total kostnad på 0 kr trots att vårdtiden är över 5 dagar. Fyrtiotre vårdtillfällen har en onormalt låg total kostnad (1 – 2 000 kr). Här dominerar Östergötland. Vårdtiden för samtliga dessa är lika med noll (indatum = utdatum).

**Graf 1:** Låddiagram, fördelning av kostnad per vårdtillfälle för slutenvården. Hälften av observationerna ryms inom lådan. Korset anger medelvärdet och det långa strecket i lådan anger medianen.

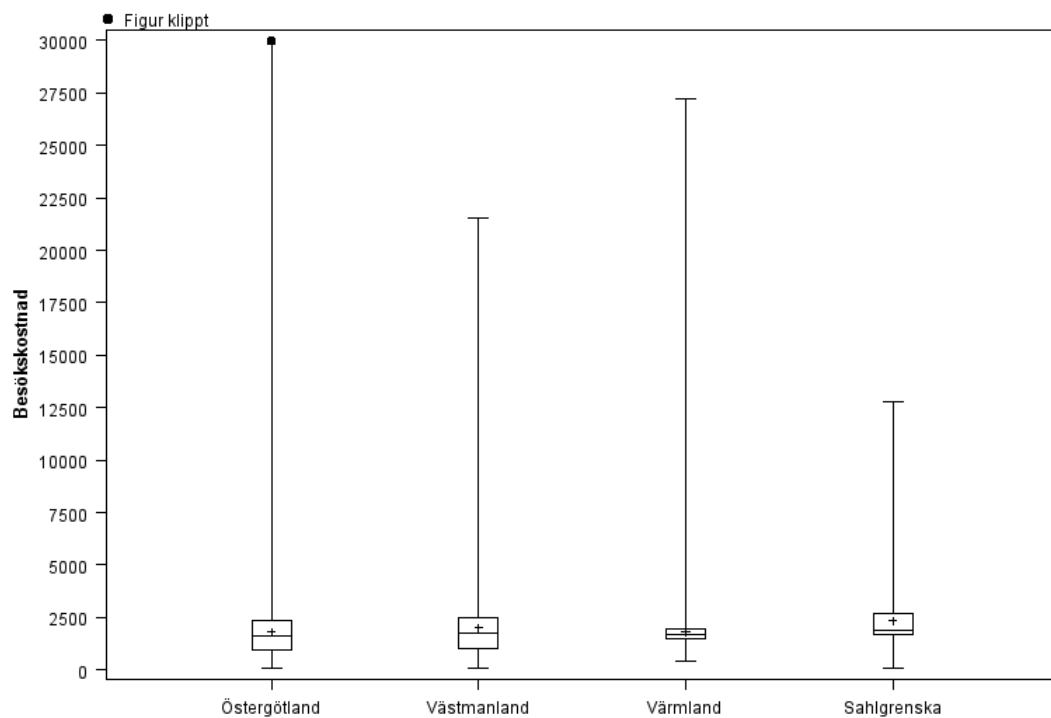


## Öppenvård

Inom öppenvård varierar mediankostnaden per besök mellan 1 600 kr och 1 900 kr. Besökens kostnadsspridning per område framgår av graf 2. Ett "Övrigt sjuksköterskebesök" (DRG 9700) varierar mellan 62 kr och 14 559 kr. Kostnaden för ett "Övrigt läkarbesök vid psykiska sjukdomar och drogberoende" (DRG 8800) med huvuddiagnosen "Blandad ångest- och depressionstillstånd" (F41.2) varierar mellan 81 kr och 17 171 kr. Medelkostnaden ligger här på 3 112 kr.

Västmanland har rapporterat 445 besök utan kostnad. Östergötland har kostnadsberäknat 55 173 vårkontakter till en låg kostnad (<100 kr). Även om det avser en indirekt kontakt syns kostnaden väl låg.

**Graf 2:** Låddiagram som visar fördelning av besökskostnaden inom öppenvården. Hälften av observationerna ryms inom lådan. Korset anger medelvärdet och det långa strecket i lådan anger medianen. Indirekta besök ingår ej.

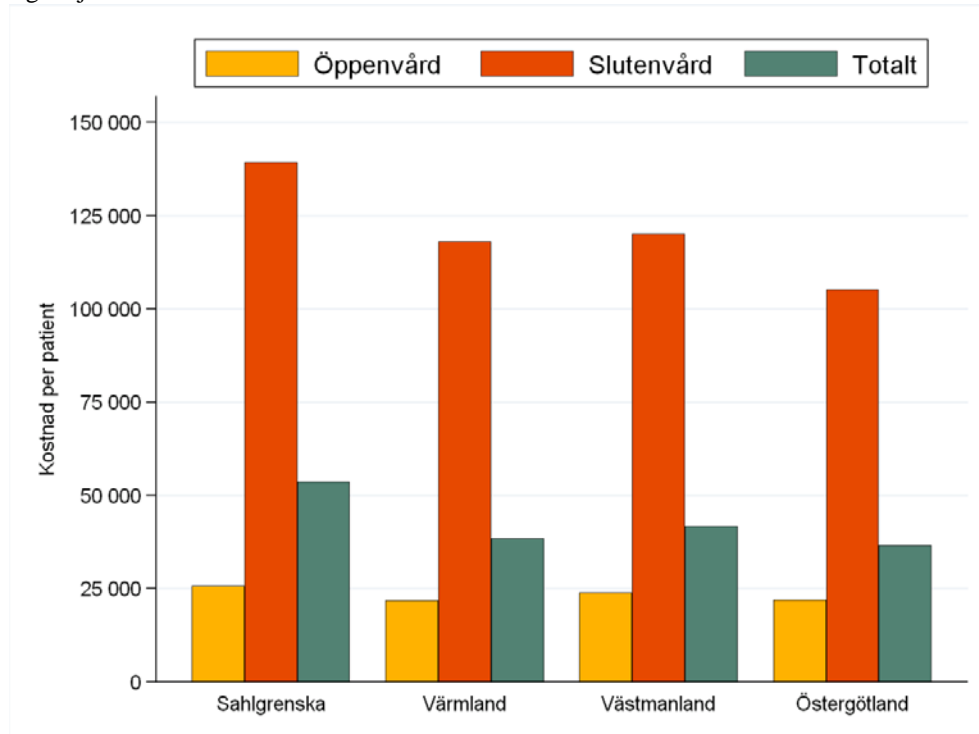


## Resultat

### Övergripande översikt

Det totala invånareantalet som berörs i rapporten är ca 1,6 miljoner invånare, vilket motsvarar 17 procent av Sveriges befolkning. Den totala summan kostnader som redovisas på patientnivå i denna rapport är ca 2 miljarder. KPP-psykiatri innefattar ca 45 000 patienter. I bilagan till denna rapport finns detaljerad statistik för de deltagande områdena.

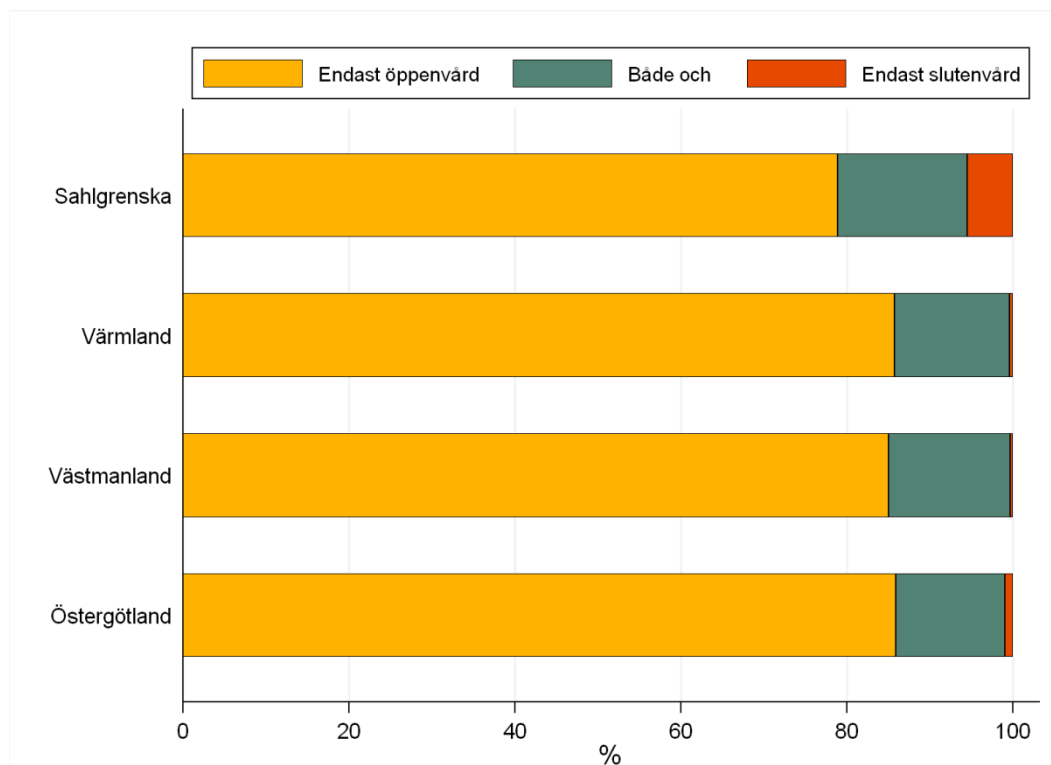
**Graf 3:** Medelkostnad per patient i öppen och sluten vård samt totalt. Utomlänspatienter ingår ej.



#### Kommentar:

Grafen visar att medelkostnaden för patienter i sluten vård är högre för Sahlgrenska. Detta återspeglar sig även i den totala medelkostnaden. I Östergötland har man den lägsta medelkostnaden. Anledningen till dessa skillnader kan vara flera. Bl.a. spelar organisation och utbud en stor roll. Utbudet i sig kan också påverka till vilken grad patienter läggs in i sluten vård samt antal vård dagar som detta medför. Behandlingspraxis och utbudet kan påverka kostnaden. Läs mer i avsnittet "Vårdkonsumtion i ett befolkningsperspektiv".

**Graf 4:** andel patienter (%) med endast öppenvård, både öppen och sluten vård, samt enbart slutenvård 2008 per område. Utomlänspatienter ingår ej.



*Kommentar:*

Totalt har 83 procent av patienterna enbart vårdats i öppen vård och 14 procent i både öppen och sluten vård. En liten del av patienterna har endast vårdats i sluten vård.

En majoritet av de patienter som fått sluten vård också erhållit öppen vård. Bland de som endast vårdats i sluten vård kan en del fått sin vård i öppenvård hos privata mottagningar, som inte finns med i KPP-databasen. Några av dessa patienter kan naturligtvis haft en akut inläggning som sedan inte medfört ytterligare vård. Utomlänspatienter är som tidigare nämnts inte med i grafen. Nedanstående tabell redovisar andelen utomlänspatienter per område:

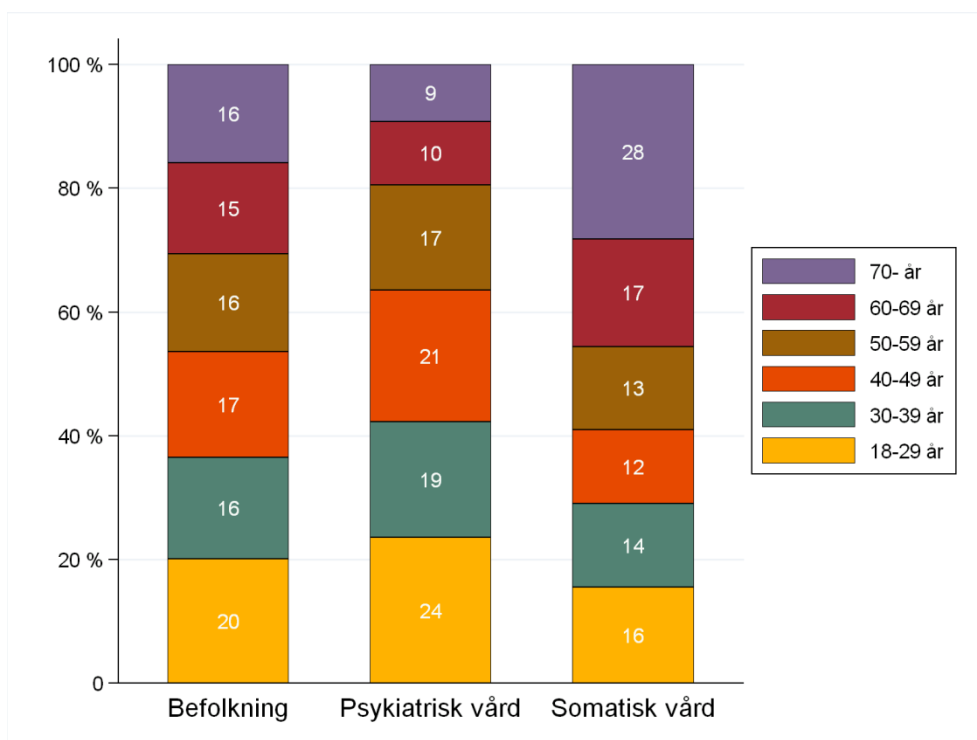
Område	Andel utomlänspatienter (%)
Sahlgrenska	7,0 %
Värmland	2,4 %
Västmanland	3,1 %
Östergötland	4,8 %
<b>Totalt</b>	<b>4,9 %</b>

## Vilka patienter vårdas?

I det följande avsnittet redovisas vilken typ av patienter som förekommer inom psykiatrin. Respektive område beskrivs utifrån patientens ålder, kön samt hur de fördelar sig inom de olika diagnosgrupperna. Det går med fördel att göra ytterligare nedbrytning av materialet i KPP-psykiatri.

### Åldersgrupper

**Graf 5:** Åldersfördelningen i procent för befolkningen i upptagningsområdet samt åldersfördelningen för patienterna i KPP-psykiatri respektive den somatiska KPP-databasen 2008. Endast personer som fyllt 18 år ingår. Utomlänspatienter ingår ej för KPP-psykiatri.

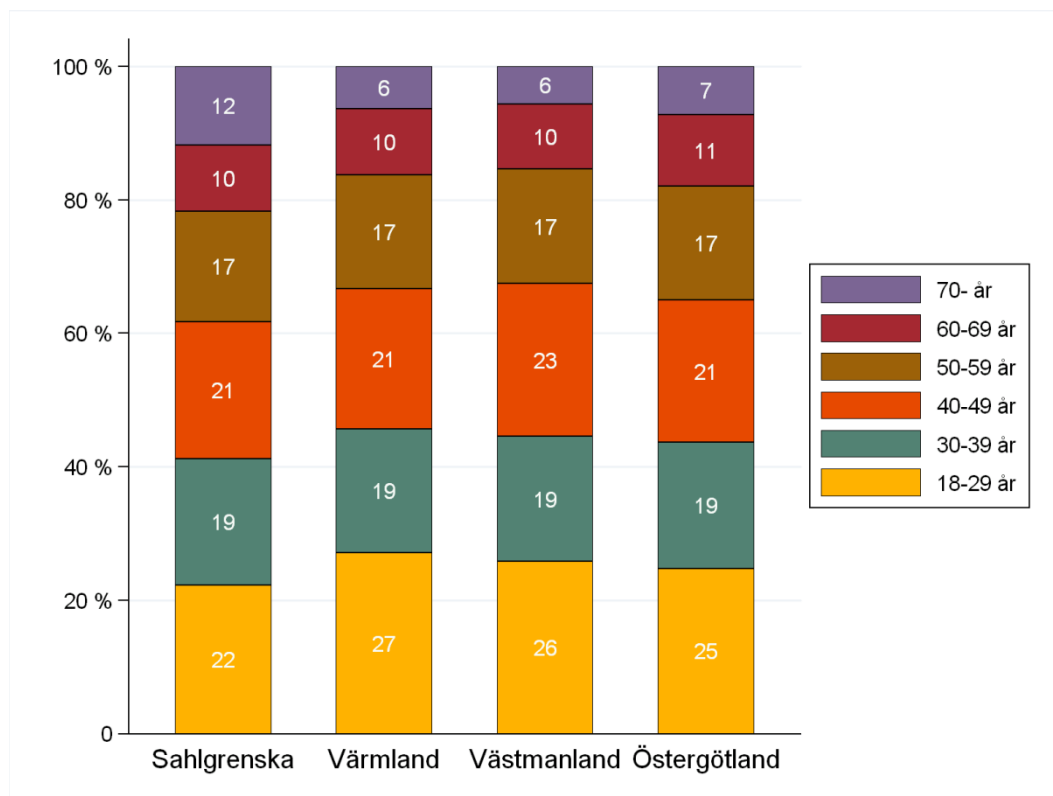


#### Kommentar:

Andelen personer i åldrarna 18-29 år utgjorde en femtedel av den myndiga befolkningen men nästan en fjärdedel av patienterna inom psykiatrin. Personer över 70 år utgjorde 16 procent av befolkningen men endast 9 procent av patienterna. Åldersfördelningen inom psykiatri skiljer sig markant från åldersfördelningen inom somatisk vård, där äldre patienter är överrepresenterade. Detta bör man ta hänsyn till bl.a. i olika resursfördelningsmodeller.



**Graf 6:** Åldersfördelning per område. Grafen visar patienternas åldersfördelning.

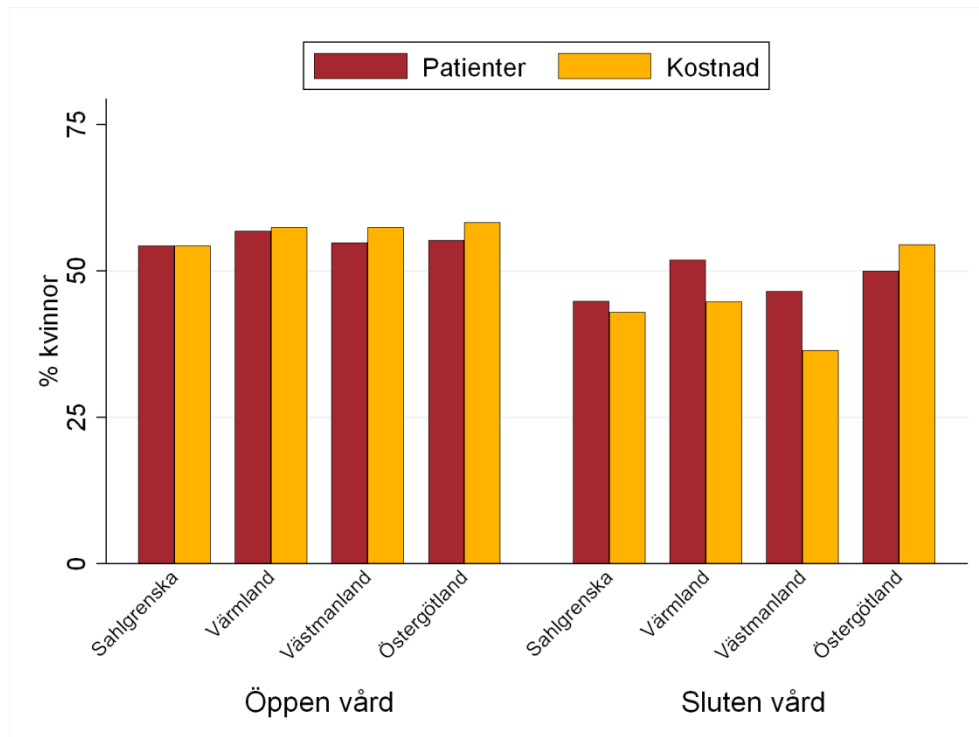


*Kommentar:*

Grafen visar att 62-68 procent av patienterna finns i åldern upp till 49 år. Det som främst skiljer sig mellan områdena är att Sahlgrenska har en dubbelt så stor andel patienter över 70 år. På Sahlgrenska finns en neuropsykiatrisk klinik med inriktning på äldre.

## Könsfördelning

**Graf 7:** Andel kvinnor per område uppdelat i sluten och öppen vård, samt deras andel av kostnaden.

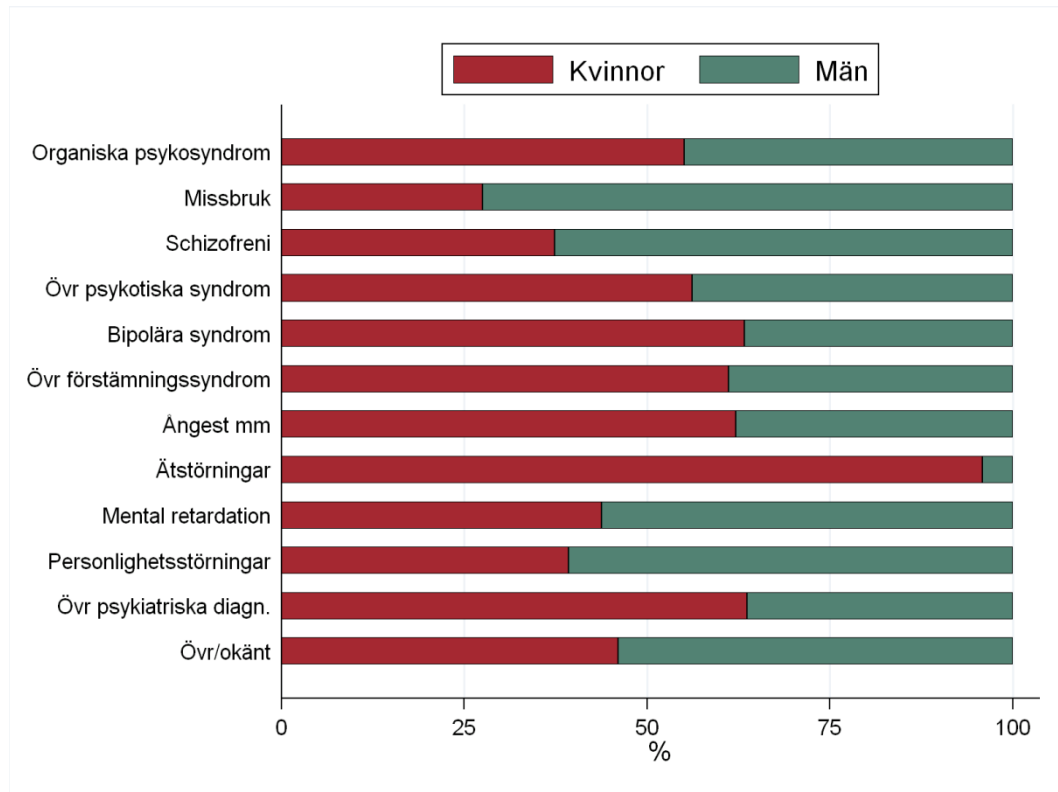


*Kommentar:*

Kvinnliga patienter utgör ca 55 procent av öppenvården. Något fler män än kvinnor vårdas inom den slutna vården. Förutom i Östergötland utgör kvinnornas andel av kostnaderna en lägre andel än deras patientandel i slutenvården.

Grafen beskriver ett känt förhållande med övervägande kvinnor i den öppna vården. Materialet i databasen tillåter att man gör mer djupgående studier för att beskriva vad skillnader kan bero på. Mer könsuppdelad statistik finns i statistikbilagan.

**Graf 8:** Könsfördelning i procent per diagnosgrupp 2008 för samtliga verksamheter.



*Kommentar:*

Grafen visar relativt stora skillnader mellan kvinnor och män i de olika diagnosgrupperna. (respektive diagnosgrupp kan studeras i detalj i statistikbilagan). Kvinnor har mer sällan missbruksdiagnos men däremot oftare förstämningss- och ängestsyndrom. Inom psykosområdet har män oftare diagnosen schizofreni medan kvinnor förekommer oftare i gruppen övriga psykosyndrom.

## Diagnosfördelning per område

Andel av patienterna som ingår i respektive diagnosgrupp och område.

Diagnosgrupp	Sahlgrenska	Värmland	Västmanland	Östergötland
Organiska psykosyndrom	5,6 %	1,0 %	0,8 %	0,7 %
Missbruk	12,3 %	6,4 %	10,0 %	10,4 %
Schizofreni	4,3 %	4,7 %	6,3 %	5,3 %
Övriga psykotiska syndrom	5,9 %	4,8 %	6,2 %	4,4 %
Bipolära syndrom	6,7 %	8,5 %	6,7 %	7,3 %
Övriga förstämningssyndrom	18,4 %	17,7 %	20,0 %	18,0 %
Ångest mm	17,9 %	30,2 %	29 %	18,7 %
Ätstörningar	1,0 %	1,1 %	0,4 %	1,0 %
Mental retardation	1,2 %	0,6 %	1,2 %	0,7 %
Personlighetsstörningar	3,2 %	8,3 %	5,5 %	4,1 %
Övr psykiatriska diagn.	2,8 %	4,6 %	4,7 %	4,4 %
Övrigt	11,1 %	3,6 %	8,8 %	6,0
Huvuddiagnos saknas	9,6 %	8,5 %	0,5 %	18,9 %
<b>Summa</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

### *Kommentar:*

Tabellen visar att de flesta patienterna förekommer i diagnosgruppen övriga förstämningssyndrom repektive ångest mm. När det gäller schizofreni och övriga psykotiska syndrom är det sammantaget en likvärdig fördelning av patienter inom de olika verksamhetsområdena.

Även om områdena är relativt lika i diagnosfördelningen kan det förekomma skillnader i diagnospraxis. Det finns också skillnader i diagnosregistreringen. Man kan bl a se att en relativt stor andel patienter saknar diagnos. I jämförelserna bör man ta hänsyn till om det finns särskilda enheter som ex vis arbetar med missbruk, ätstörningar och demenser. Exempelvis ingår en Neuropsykiatrisk avdelning in Sahlgrenskas verksamhet, vilket kan förklara den höga andelen patienter med organiska psykosyndrom där demenssjukdom ingår. På grund av datatekniska problem finns Västmanlands ätstörningsenheten inte med i underlaget.

## Missbruk i kombination med annan psykiatrisk diagnos.

Andel patienter med missbruksdiagnos som samtidigt under 2008 haft ytterligare psykiatriska diagnoser. Samtliga vårdkontakter under året har tagits med och både huvud- och bidiagnoser ingår. Observera att en patient kan förekomma i fler diagnosgrupper samtidigt. Detta innebär att rader och kolumner därför inte kan summeras.

<b>Diagnoskombination m. missbruk</b>	Sahlgrenska	Värmland	Västmanland	Östergötland
Organiska psykosyndrom	2 %	2 %	1 %	1 %
Schizofreni	2 %	3 %	3 %	2 %
Övr psykotiska syndrom	4 %	4 %	4 %	3 %
Bipolära syndrom	4 %	5 %	5 %	3 %
Övr förstämningssyndrom	19 %	14 %	16 %	18 %
Ångest mm	24 %	32 %	26 %	19 %
Ätstörningar	1 %	0 %	0 %	1 %
Mental retardation	0 %	2 %	1 %	0 %
Personlighetsstörningar	4 %	15 %	5 %	9 %

### *Kommentar:*

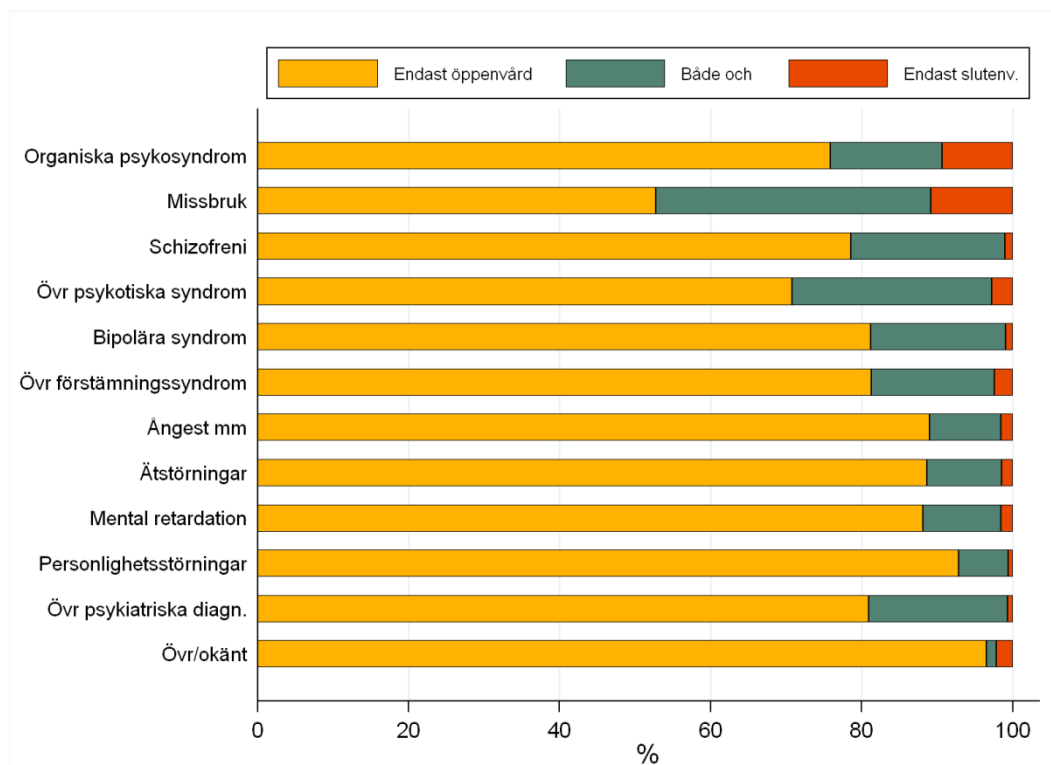
Tabellen visar att det är vanligast förekommande att patienter med missbruk också har diagnostiserats inom grupperna övriga förstämningssyndrom och ångest. I Värmland är det vanligare att missbruket är kopplat till en diagnos inom gruppen personlighetsstörningar.

Av de patienter som fått en missbruksdiagnos hade 41 procent en annan psykiatrisk diagnos under året (som antingen huvud- eller bidiagnos).

I detta sammanhang kan den enskilde individen förekomma inom flera diagnosgrupper. I jämförelser bör man också ta hänsyn till diagnospraxis, exempelvis i Värmland där det är mer vanligt med personlighetsstörning i kombination med missbruk. Det som också påverkar jämförelserna är hur benägen man är inom psykiatrin att använda bidiagnoser.

## Diagnosfördelning i öppen och sluten vård

**Graf 9:** Andel patienter med endast öppenvård, både öppen och sluten vård, samt enbart slutenvård 2008 per diagnosgrupp.



*Kommentar:*

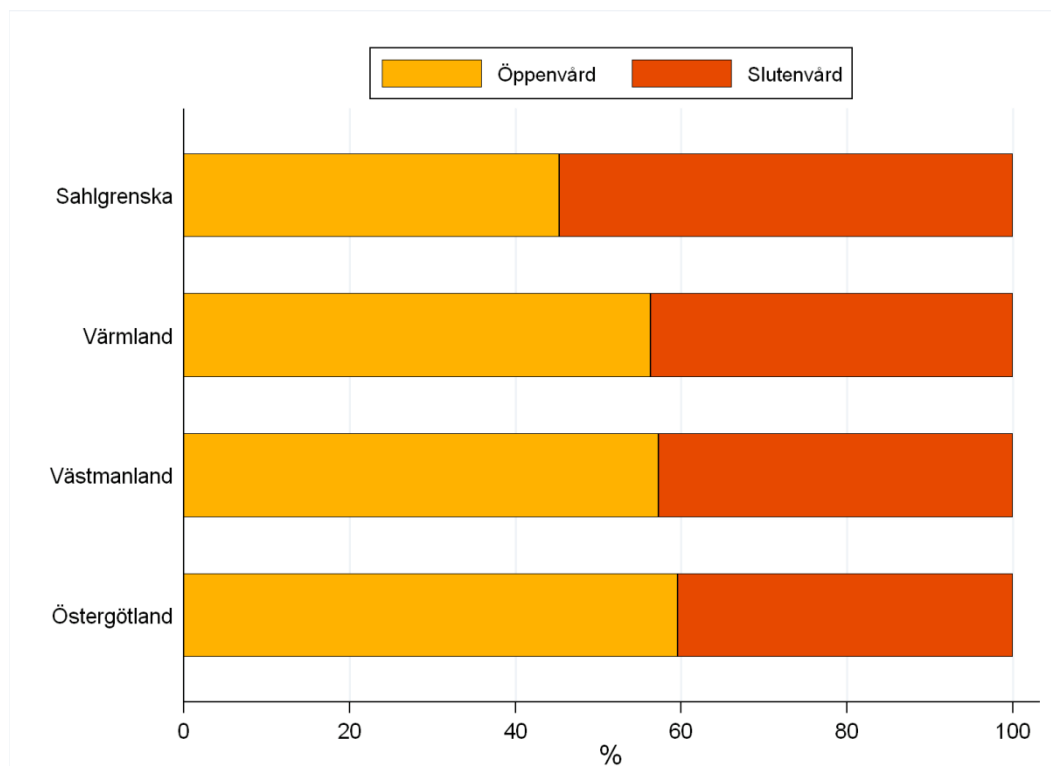
Majoriteten av patienterna vårdats enbart i öppen vård. De diagnosgrupper som oftast är i behov av sluten vård är missbruk och psykosjukdomar. Grafen visar också att organiska psykosyndrom och missbruk är de grupper som oftast har enbart sluten vård.

Att missbruk och organiska psykosyndrom har en större andel enbart sluten vård kan bero på att missbruksgruppen får öppenvårdsinsatser hos andra vårdgivare bl. a. inom kommunal verksamhet eller att de inte är benägna att fortsätta behandling i den öppna vården. När det gäller organiska psykosyndrom (bl. a. demenssjukdom) övergår ofta vården till annan vårdgivare/huvudman

## Vad kostar vården?

I det här avsnittet beskrivs jämförelser av kostnader för patienterna i förhållande till öppen respektive sluten vård samt i förhållande till diagnosgrupper

**Graf 10:** Kostnadsfördelning/resursfördelning i sluten/öppen vård per område 2008. Utomlänspatienter ingår ej.



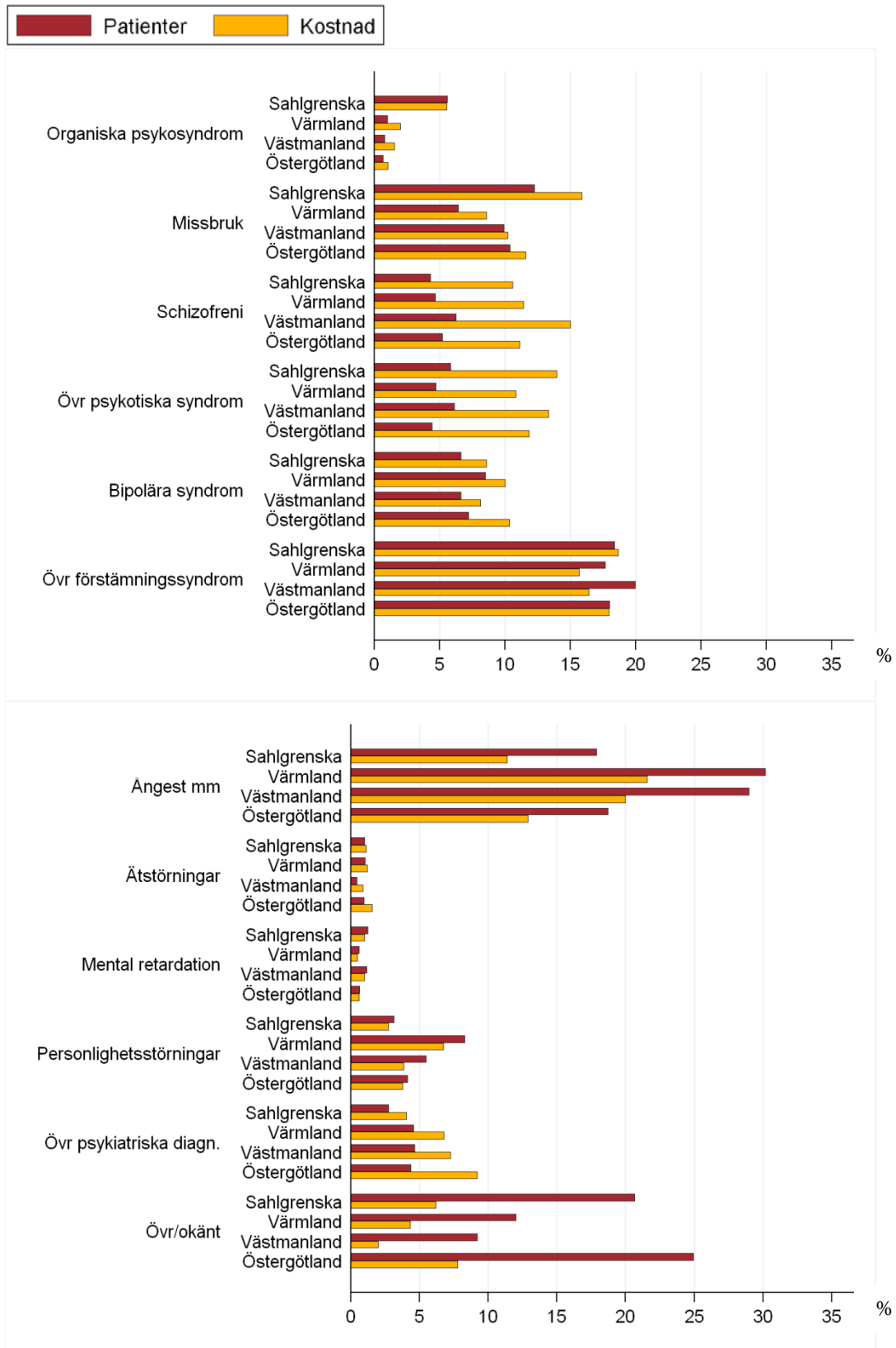
*Kommentar:*

Grafen visar hur de totala resurserna fördelar sig mellan öppen och sluten vård. I Östergötland är 59 procent av resurserna fördelade till öppen vård. Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset är 45 procent av resurserna fördelade till öppen vård. Skillnader hur resurserna är fördelade kan många gånger förklaras av organisatoriska olikheter bl.a. hur man styrt resurserna till den öppna vården, förekomst av privata psykiatriska enheter inom området. Nedanstående tabell beskriver skillnaderna mer i detalj. Ytterligare uppgifter om kostnader finns i statistikbilagan.

Tabell med kostnader per område 2008.

Område	Total kostnad (mkr)	Varav slutenvårds-kostnad (%)	Medel-kostnad per patient i öppenvård	Medel-kostnad per besök i öppenvård	Medel-kostnad per patient i slutenvård	Medel-kostnad per dag i slutenvård
Sahlgrenska	1 027	55 %	24 882 kr	2 314 kr	135 721 kr	4 403 kr
Värmland	265	43 %	22 974 kr	1 792 kr	120 003 kr	5 040 kr
Västmanland	302	43 %	23 542 kr	1 998 kr	115 912 kr	4 200 kr
Östergötland	401	41 %	21 555 kr	1 805 kr	102 667 kr	5 204 kr
<b>Totalt</b>	<b>1 996</b>	<b>49 %</b>	<b>23 523 kr</b>	<b>2 039 kr</b>	<b>124 264 kr</b>	<b>4 560 kr</b>

**Graf 11:** Procentuell fördelning av patienter och kostnader per diagnosgrupp 2008.  
 Exempel – i Sahlgrenskas upptagningsområde hade 6 procent av patienterna diagnosen organiska psykosyndrom och 6 procent av kostnaden. Fördelningen framgår även av statistikbilagan.





*Kommentar:*

Grafen visar bl.a. att schizofreni och övriga psykotiska syndrom utgörs av vardera ca 6 – 7 procent av patienterna men står för ca 15 procent vardera av kostnaderna. Diagnosgruppen ångest mm är den största patientgruppen men står för en relativt lägre del av kostnaderna.

Att psykosjukdomarna står för en hög andel av kostnaderna får man bedöma som rimligt eftersom dessa grupper är mer vårdkrävande och konsumerar mer sluten vård vilket innebär högre kostnader. Ett observandum är gruppen övrigt/okänt som tyder på att diagnoskvaliteten kan förbättras.

### **Rättspsykiatri**

Jämförelse mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri med avseende på vårdtid och kostnader. Medelvårdtiden är beräknad på hela vårdtillfället, dvs även tid före 2008 räknas med. Kostnad per vård dag: endast dagar och kostnader under 2008 har räknats med.

<b>Område</b>		Antal vård- tillfällen	Medelvårdtid per vårdtillfälle inkl tid före 2008 (dagar)	Kostnad per vård dag 2008	Kostnad per vård dag exklusive permissioner
Sahlgrenska	Rättspsyk	279	198	4 952 kr	5 284 kr
	Allm psyk	6 383	21	4 402 kr	4 687 kr
Värmland	Rättspsyk	52	1 399	4 076 kr	5 693 kr
	Allm psyk	1 511	15	5 040 kr	5 040 kr
Västmanland	Rättspsyk	59	1 421	4 089 kr	4 843 kr
	Allm psyk	1 832	23	4 442 kr	4 981 kr

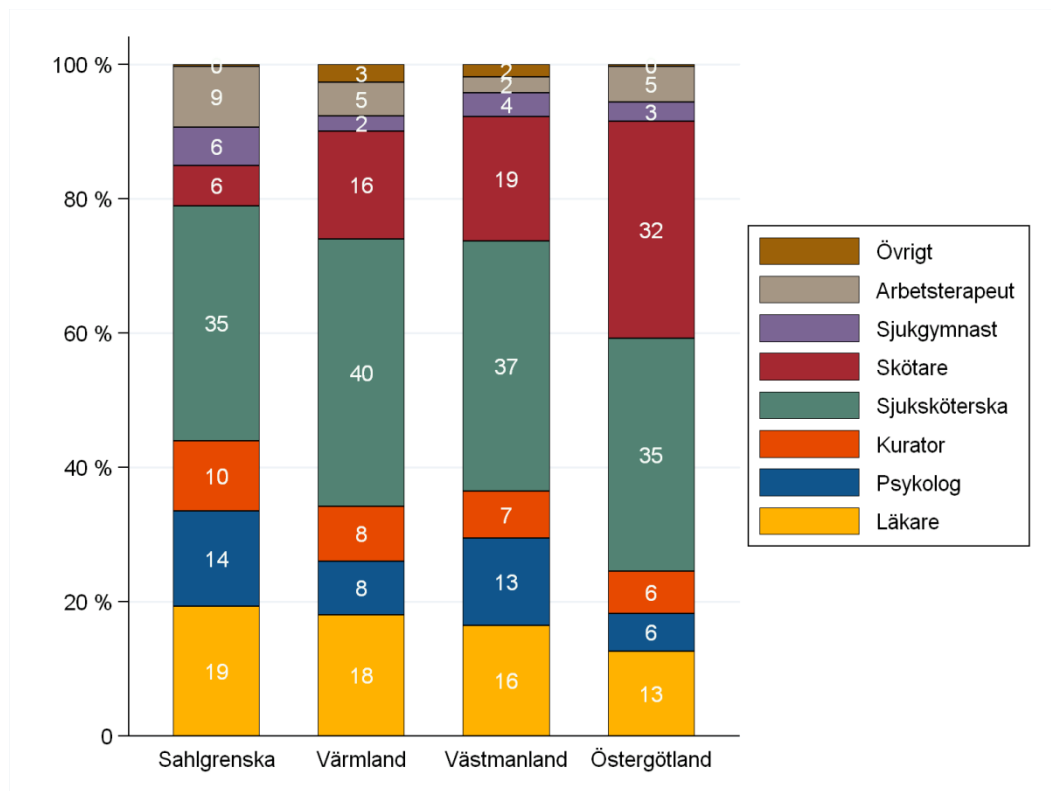
Av tabellen framgår att vårdtillfällena är avsevärt längre inom rättspsykiatrin, vilket måste vägas in när man jämför kostnader för olika verksamheter. Eftersom det inom Sahlgrenska rättspsykiatriska verksamhet ingår en utredningsenhet är jämförelser med Västmanland och Värmland inte relevanta. Östergötland rapporterar inte rättspsykiatri till KPP-psykiatri.

## Vad får patienten och vilken effekt har vården?

Detta avsnitt beskriver hur patienterna får vård bl. a. vilka yrkeskategorier man träffar i den öppna vården. Detta beskrivs också i relation till kostnader. Utöver detta beskrivs på grundval av data från Västmanland vilka åtgärder som utförs. Som mått på vårdens effekt har GAF använts i ett par exempel från Sahlgrenska universitetssjukhuset. Eftersom man kommit olika långt i de olika områdena med införande av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt i registreringen av GAF kan i dagsläget inga bra jämförelser göras mellan områdena.

### Yrkeskategorier

**Graf 12:** Procentuell fördelning av vilka yrkeskategorier som besöktes i öppenvård 2008.

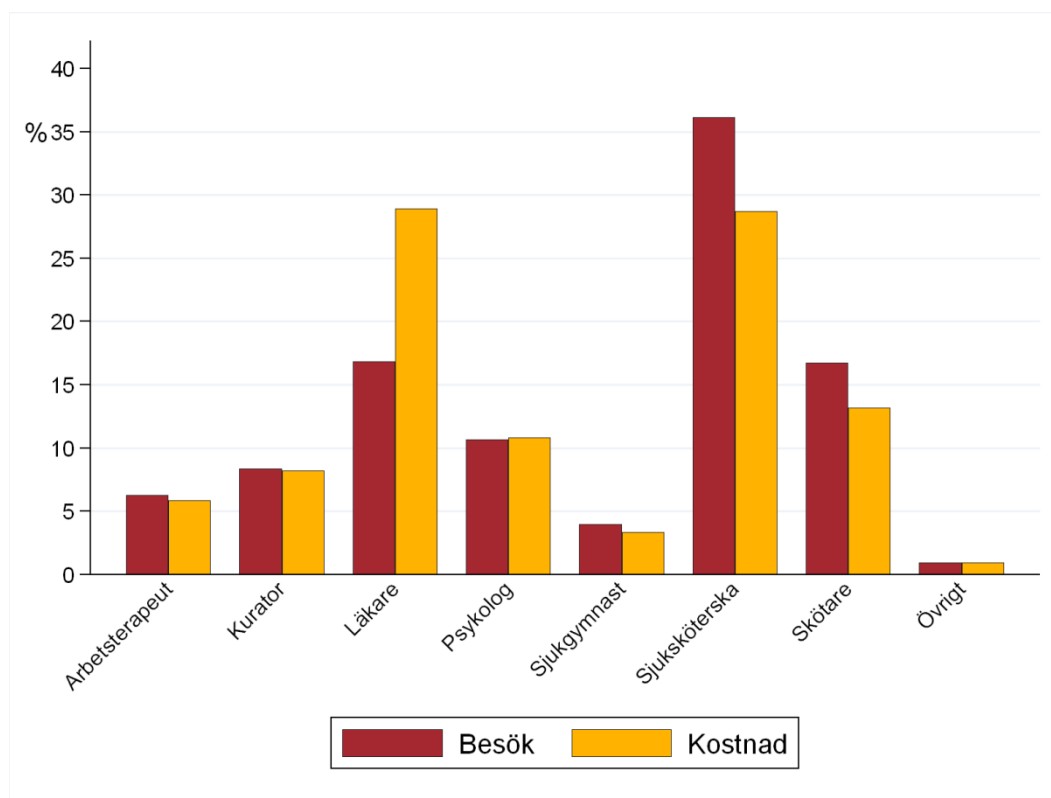


### Kommentar:

Grafen visar att sjuksköterskor och skötare är de grupper patienterna träffar mest bortsett från Sahlgrenska där skötare utgör en liten andel men där psykolog och kurator utgör en större andel. Andelen läkarbesök varierar mellan områdena där Sahlgrenska har högst andel läkarbesök.

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 bl a jämlik vård. Till denna information bör data om vårdåtgärder kunna ge ytterligare möjligheter. Det är därför viktigt att införandet och användningen av åtgärdsregistrering (KVÅ) fortsätter.

**Graf 13:** procentuell fördelning av kostnaden och andelen besök i öppenvården per yrkeskategori.



*Kommentar:*

Grafen visar att sjuksköterskor svarar för 36 procent av besöken och ca 29 procent av kostnaderna. Läkarbesöken utgör ca 17 procent av besöken och ca 29 procent av kostnaderna.

Medelkostnad för besöken per yrkeskategori och område 2008 framgår av tabellen nedan. Kostnadsskillnader förklaras bl. a av olika lönekostnader hos yrkeskategorierna, tidsåtgången vid besöket samt antal besök som varje yrkeskategori utför. (produktiviteten)

Område	Kurator	Läkare	Psykolog	Sjuk-sköterska	Skötare	Arbets-terapeut	Sjuk-gymnast
Sahlgrenska	1 963	3 830	1 947	1 924	2 196	1 944	1 900
Värmland	1 786	2 196	1 802	1 674	1 689	1 638	1 746
Västmanland	2 296	3 755	2 510	1 334	1 296	2 560	1 538
Östergötland	2 071	3 700	2 073	1 319	1 533	1 789	1 198

*Kommentar:*

Tabellen visar att medelkostnaden varierar mellan de olika områdena. Läkarbesök kostar mest inom Sahlgrenska och minst i Värmland. Psykologer kostar mest i Västmanland och Östergötland och minst i Värmland. Variationerna kan som tidigare nämnts bero på löner och produktion. Ytterligare skäl till variationerna kan vara olika arbetssätt, olika uppdrag men också vissa skillnader i kalkyleringskvalitet. Sahlgrenska har svårt att differentiera kostnaderna för andra yrkeskategorier än läkare.

## Vårdåtgärder

Vårdåtgärder har inte rapporterats i tillräcklig utsträckning till KPP-psykiatri för att man ska kunna jämföra områdena med varandra. I Västmanland registrerades dock åtgärder för

De tio vanligaste åtgärderna för besök i öppenvård 2008 i Västmanland. Jämförelse görs även för två diagnosgrupper (övriga förstämningssyndrom och schizofreni). Notera att ett besök kan resultera i mer än en åtgärd – rader och kolumner kan därför inte summeras.

Åtgärd	Öppenvård totalt	Patienter med "övriga förstämningssyndrom"	Patienter med schizofreni
Utredning	11 %	11 %	4 %
Läkemedelsbehandling	42 %	20 %	70 %
Medicinskteknisk behandling	1 %	3 %	0 %
Funktionsträning	6 %	10 %	5 %
Psykioterapi	15 %	20 %	3 %
Stödjande samtal	29 %	36 %	30 %
Kompensation för funktionshinder	3 %	1 %	5 %
Patient-/närståendeutbildning	2 %	3 %	1 %
Samordning	5 %	6 %	4 %
Administrativ handläggning	1 %	2 %	0 %

### *Kommentar:*

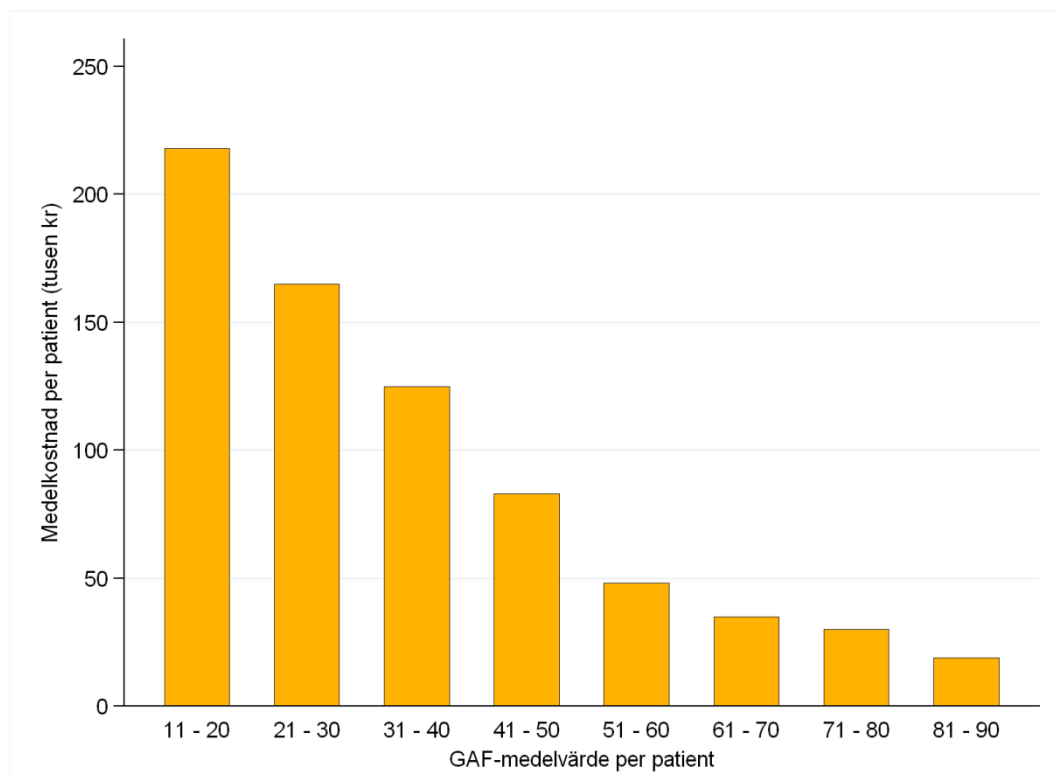
Tabellen visar vilka åtgärder som utförts i öppenvården i Västmanland, där åtgärder registrerats för samtliga besök. Tabellen visar att läkemedelsbehandling (70 procent) och stödjande samtal (30 procent) är de vanligast registrerade åtgärderna för schizofrenigruppen. Tre procent av denna grupp har fått psykioterapi. För övriga förstämningssyndrom utgör läkemedelsbehandling 30 procent, stödjande samtal 36 procent och psykioterapi 20 procent av de registrerade åtgärderna. Notera att närståendeutbildning inte kan registreras i det vårdadministrativa systemet, vilket innebär att uppgifterna här enbart avser patientutbildning.

Ovanstående information kan med fördel användas för uppföljning om hur väl olika vårdprogram följs. Informationen är också möjlig att använda för uppföljning av god vård ex vis jämlik vård. Skillnader i olika behandlingsinsatser kan ofta bero på utbud, exempelvis tillgång av olika yrkeskategorier, kompetens m.m

## GAF och kostnad

GAF, Global Assessment Functioning, är en skattingskala som beskriver hur personen som helhet fungerar i livet. Den används nationellt och internationellt inom psykiatri och är därför användbar vid jämförelser. Skattningen är också relativt enkel att lära ut vilket gör att det med viss utbildningsinsats går att få stora mängder data. Ju högre GAF-värde patienten har, desto bättre funktionsförmåga. Följande exempel är gjorda utifrån Psykiatri Östras klinik på Sahlgreiska universitetssjukhuset, där 68 procent av patienterna GAF-skattats i antingen öppen- eller slutenvård minst en gång under 2008 (för övriga områden har inte GAF rapporterats i tillräcklig utsträckning för att möjliggöra analyser). I grafen nedan kan man se medelkostnaden per patient under året i både öppen- och slutenvård i relation till GAF.

**Graf 14:** Medelkostnad per patient i respektive intervall för GAF-medelvärde, Psykiatri Östra (både öppen- och slutenvård). Många patienter har enbart en (1) registrering under året vilket då blir patientens medelvärde. Antal patienter som minst en gång har GAF-skattats var 3 101 (68 procent).



### *Kommentar:*

Grafen visar att patienter med ett lågt GAF har högre medelkostnad. Vid jämförelser av medelkostnad per patient är därför både GAF och diagnos ett nödvändigt komplement. Olika olikheter kan ha sin förklaring i olikheter i GAF-nivåer och diagnosprofil.

I tabellen nedan kan man se data från slutenvården, där man mätt GAF hos patienten vid både in- och utskrivning. Vid mätning av skillnaden mellan GAF-in och GAF-ut så får vi ett värde som beskriver förändringen som skett under vårdtillfället (GAF-diff).

GAF-differens mellan in- och utskrivning per vårdtillfälle, Psykiatri Östra.

Antal vtf	Minimum	Maximum	Median	Medelvärde
500	-25	74	23	21,2

Ett positivt värde innebär förbättring. Att negativ GAF-differens förekommer kan bl.a. förklaras av att just försämringen kan vara ett skäl till utskrivning till annat verksamhetsområde och därmed ett avslutat vårdtillfälle, men framför allt att patienter som försämras ibland väljer att skriva ut sig.

Kvoten av medelkostnad och medelvärde för GAF-differens beskriver förhållandet mellan kostnad för vårdtillfällena och GAF-förändringen under vårdtillfällena. Kostnaden blir alltså ca 4 500 kronor per GAF-steg. I tabellen nedan framgår kostnaden per vårdtillfälle totalt samt indelat i några diagnosgrupper.

Medelkostnad samt medelvärde GAF-differens totalt, samt för några diagnosgrupper (endast grupper med > 30 vtf särredovisas).

Lf-grupp	Antal vtf	Medel GAF-diff	Medelkostnad/medel GAF-diff
Lf3. Schizofreni	36	4,33	26 226 kr
Lf4. Övriga psykotiska syndrom	64	17,00	7 629 kr
Lf5. Bipolära syndrom	84	25,44	5 254 kr
Lf6. Övriga förstämningssyndrom	142	23,61	3 141 kr
Lf7. Ångestsyndrom	36	21,03	3 291 kr
Lf8. Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd	48	27,13	1 582 kr
Lf14. Personlighetsstörningar	31	27,58	1 739 kr
<b>Samtliga GAF-skattade vårdtillfällen</b>	<b>500</b>	<b>21,2</b>	<b>4 525 kr</b>

Lägst GAF-diff och högst kostnad per GAF-steg har schizofreni (Lf3). Det omvända förhållandet råder för diagnosgrupperna maladaptiv stress (Lf8) och personlighetsstörningar (Lf14).

*Kommentar:*

Tabellen beskriver kostnad per GAF-stegsförändring. Psykiatri har som övrig sjukvård ett behov av att visa på resultat, förbättring i sjukdom så kostnadseffektivt som möjligt. Man får dock inte glömma bort att vårdens uppgift ibland kan vara att motverka försämring. En bibehållen funktionsnivå är då ett av målen.

När det gäller grupper med stora resursbehov bör man alltid se över om insatserna skulle kunna användas på ett alternativt sätt. I ovanstående redovisning kan man ställa sig frågan vad slutenvård tillför en person med diagnosen schizofreni och skulle resurserna kunna användas på ett annorlunda sätt.

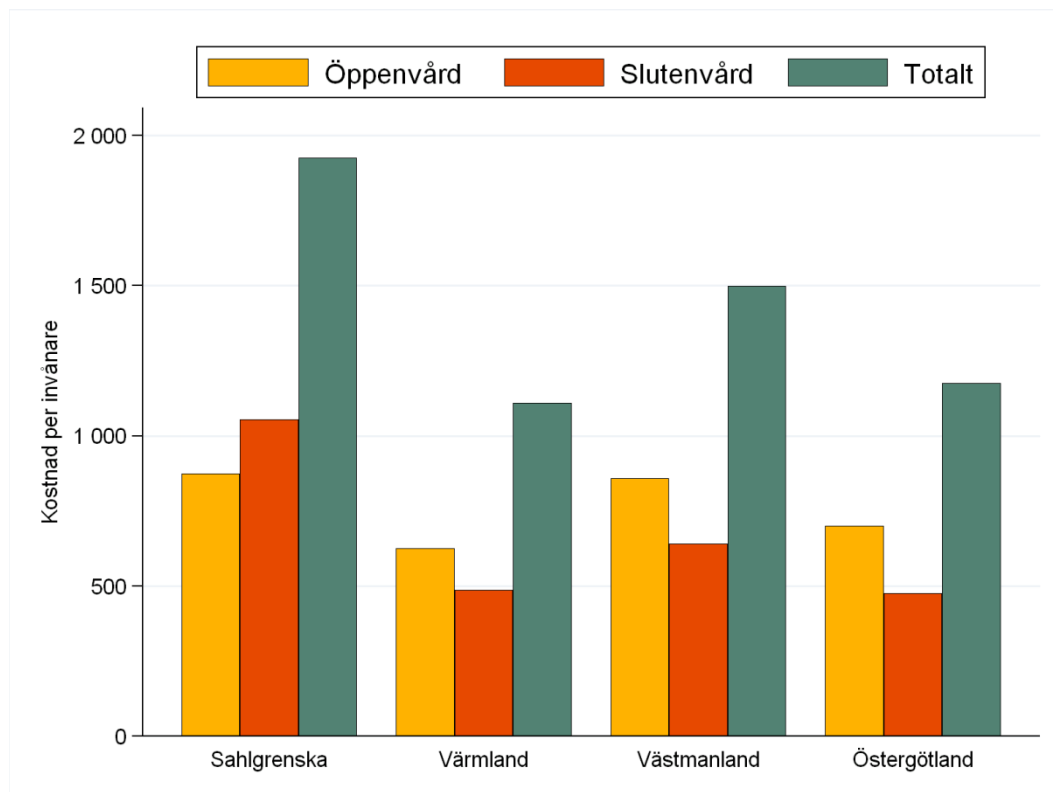
## Vårdkonsumtion ur ett befolkningsperspektiv

I följande avsnitt beskrivs hur KPP-data kan användas för att utifrån ett befolkningsperspektiv beskriva konsumtion och kostnader. Här beskrivs dock bara de kostnader som hänförs till egen landstingsdriven verksamhet. Köpt vård och vård som bedrivs av privata vårdgivare är inte med vilket skulle behövs för att få en komplett bild.

Sjukvårdskonsumtion kan bero på:

- Tillgänglighet
- Patientens förutsättningar för att konsumera
- Ohälsa/sjuklighet

**Graf 15:** kostnad per invånare 2008. Utomlänspatienter, privat och köpt vård ingår ej.

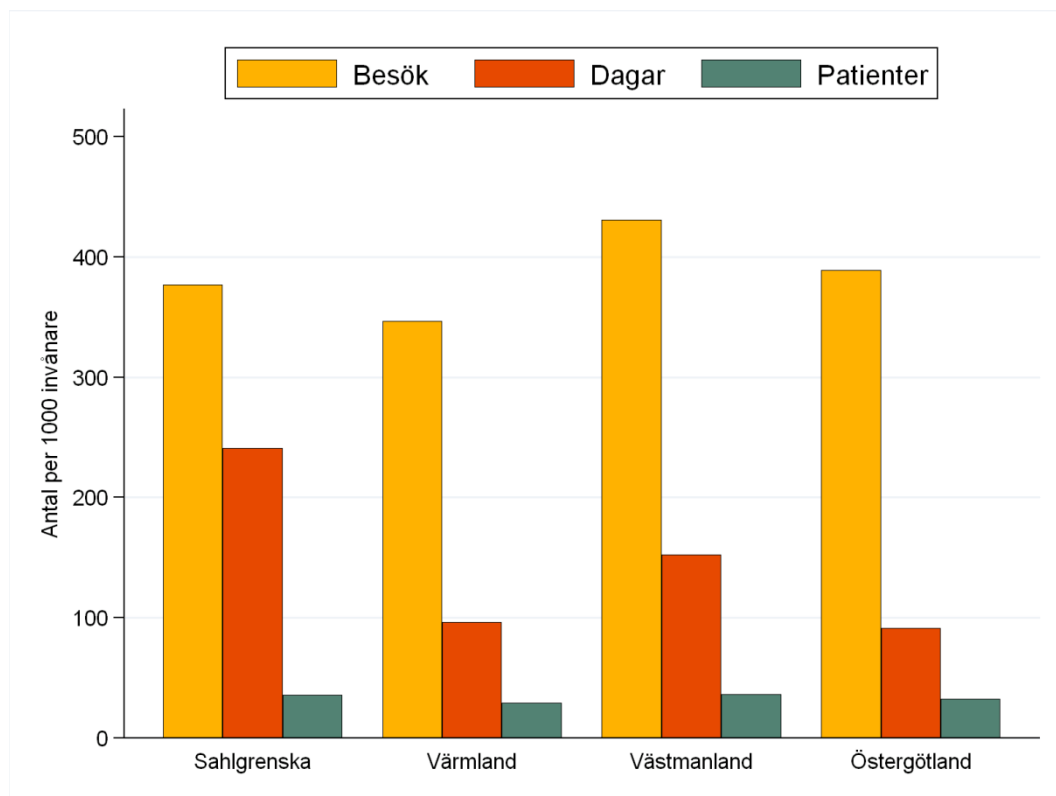


### *Kommentar:*

Kostnaderna är högst per invånare för Sahlgrenska's upptagningsområde och lägst för landstinget i Värmland. Det framgår också att Östergötland och Värmland har lägst slutenvårdskostnader per invånare och Sahlgrenska högst kostnader.

Skillnaderna kan ofta förklaras av hur utbudet ser ut och vilken strategi man valt för utbyggnad av öppen vård liksom det uppdrag man har. För Sahlgrenska's del ser man dock att man har högst kostnad per invånare också för öppen vård. I dessa sammanhang bör man ta hänsyn till att storstadsområden enligt många studier har en högre sjuklighet. I Västmanland ska tyngdpunkten i den psykiatriska vården ligga i öppen vård. Slutenvårdskostnaderna inom vuxenpsykiatri är höga på grund av att den rättspsykiatriska vården inte räcker till.

**Graf 16:** Besök, vård dagar och patienter per 1000 invånare 2008.  
Utomlänspatienter ingår ej.



*Kommentar:*

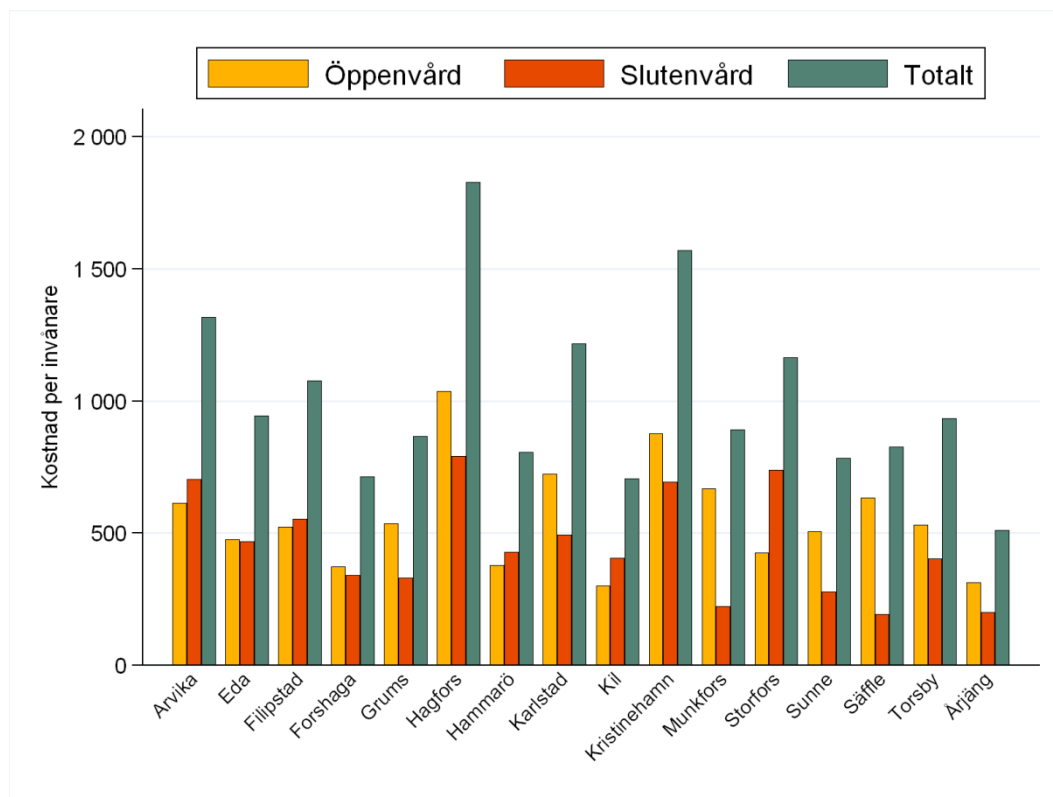
Västmanland har flest besök relaterat till antal invånare. Man har också något fler patienter per invånare. Grafen visar också att Sahlgrenska har mest slutenvårdsdagar per invånarantal. Sahlgrenskas relativt höga antal vård dagar per tusen invånare kan till viss del förklaras av utbud men för att dra slutsatser behöver man titta närmare på antal vårdplatser, tillgänglighet och vilken typ av vård som erbjuds.



## Befolkningsperspektiv i Värmland

Här har vi valt att titta närmare på Värmland för att exemplifiera hur man kan beskriva skillnader inom ett befolknings/betjäningsområde.

**Graf 17:** kostnad per invånare 2008, per kommun i Värmland. Utomlänspatienter ingår ej.

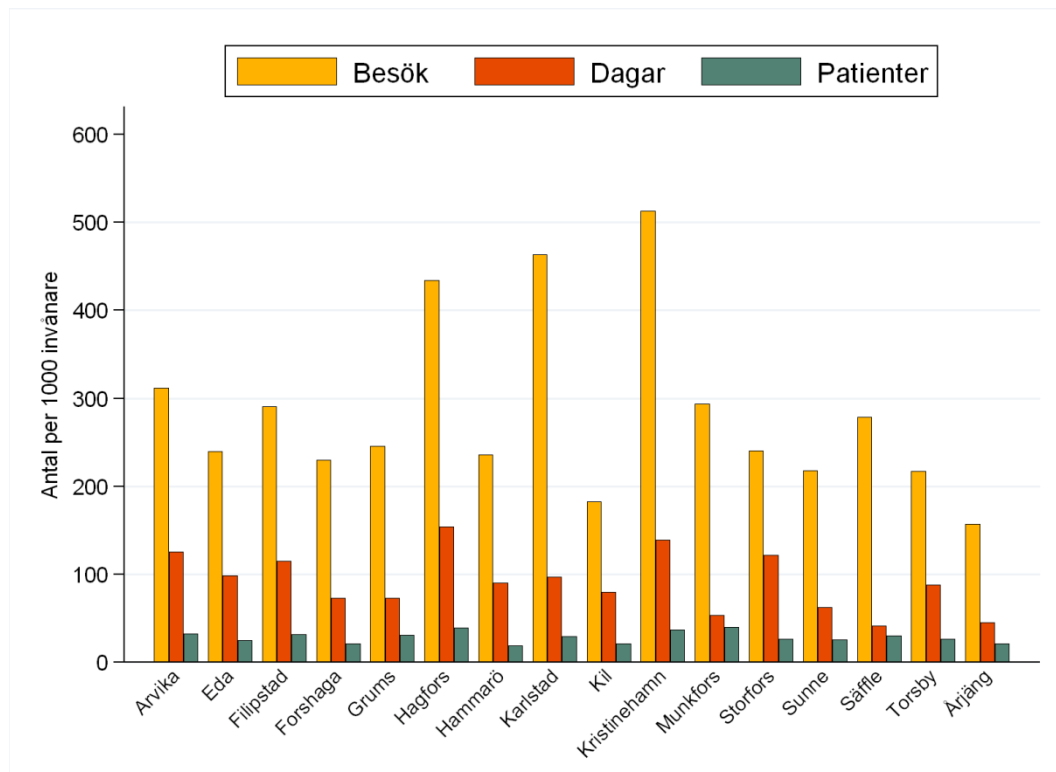


*Kommentar:*

Grafen visar skillnader i kostnad per invånare mellan kommunerna i Värmland. Här kan man se att kostnaderna i Hagfors och Kristinehamn är högst per invånare. Årjäng har lägst kostnad per invånare. Kommuner med högst slutenvårdskostnad (undantag Storfors) har också högst totalkostnad.

Kristinehamn, Karlstad och Arvika har alla höga kostnader per invånare vilket delvis skulle kunna förklaras av det finns en närhet till slutenvård för de invånarna som de övriga kommunernas invånare inte har. I området runt Hagfors och upp mot Dalarna och Norge finns en högre psykiatrisk sjuklighet vilket kan vara en förklaring till de höga kostnaderna.

**Graf 18:** Besök, dagar, patienter per 1000 invånare per kommun, Värmland. 2008  
Utomlänspatienter ingår ej.

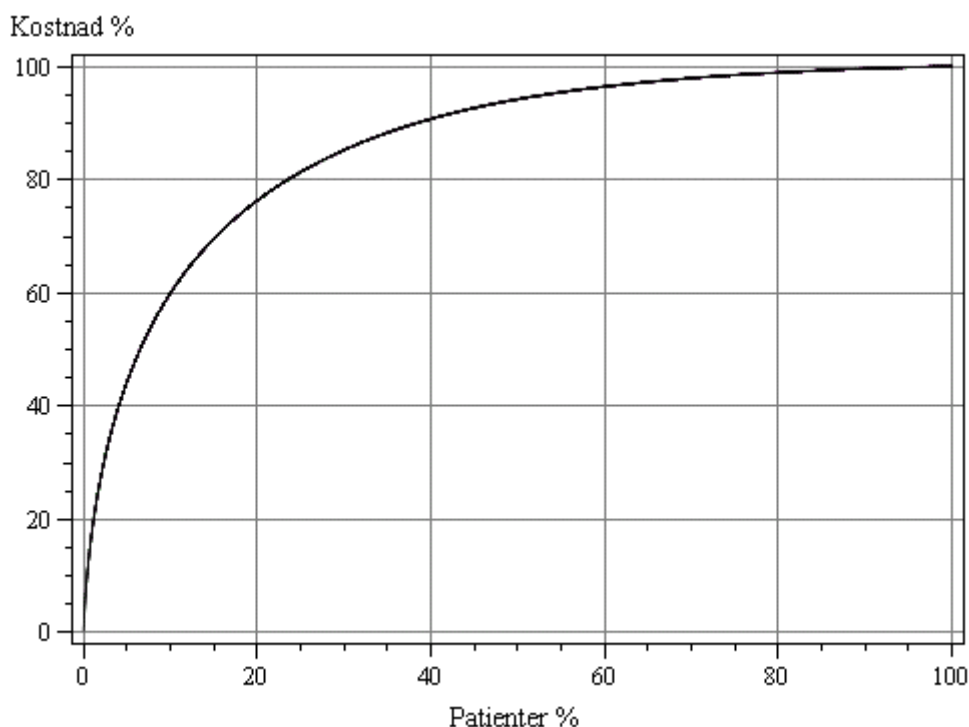


*Kommentar:*

Grafen visar att Hagfors och Kristinehamn och Karlstad har flest besök och vårdagar per invånare. En förklaring som gäller även här närheten till slutenvårdsavdelning för Kristinehamn, Karlstad samt Arvika. Som beskrevs i den förra grafen finns ett samband med en högre sjuklighet i området runt Hagfors och upp mot Dalarna och Norge vilket kan vara en förklaring till den högre vårdkonsumtionen.

## Kostsamma patienter

**Graf 19:** Andel av kostnaden som gått till en viss andel av patienterna. På X-axeln finns patienterna i storleksordning med de kostsammaste patienterna först. Exempelvis stod de 20 procent av patienterna för 76 procent av kostnaden och de 40 procent kostsammaste patienterna för 91 procent av kostnaden.



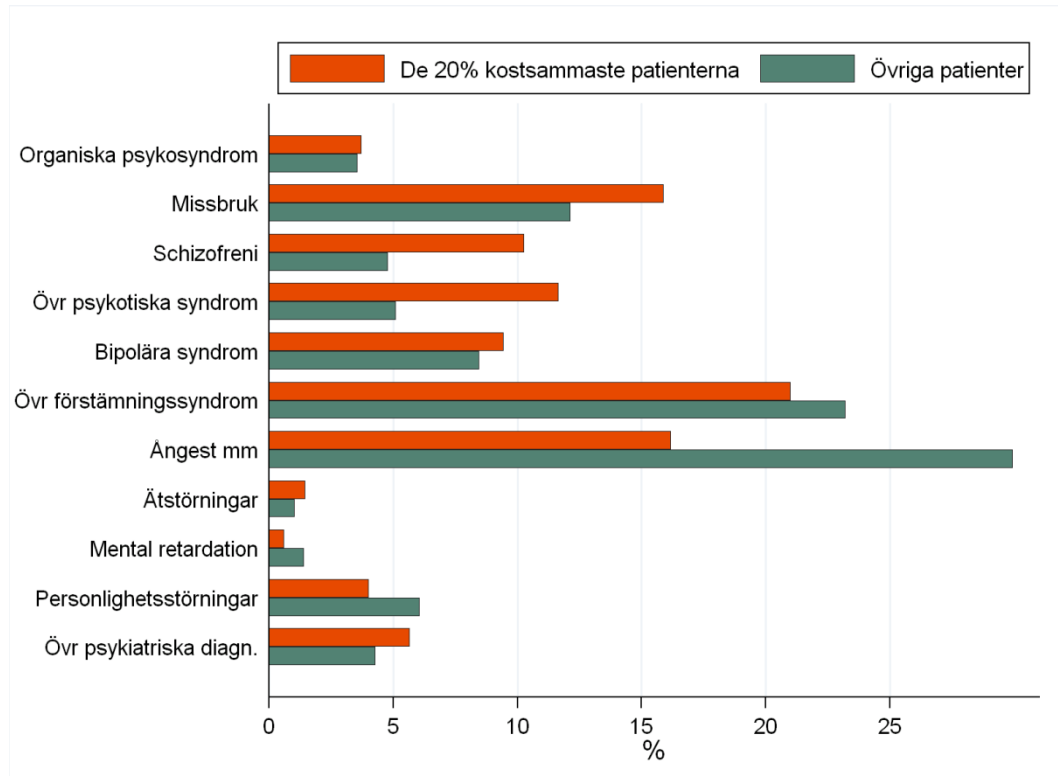
Tabellen visar hur stor andel av kostnaden som gick till de 10 %, 20 % respektive 30 % kostsammaste patienterna för de deltagande områdena.

Område	10 % kostsammaste patienterna	20 % kostsammaste patienterna	30 % kostsammaste patienterna
	Andel av kostnaden	Andel av kostnaden	Andel av kostnaden
Sahlgrenska	58 %	75 %	85 %
Värmland	60 %	77 %	86 %
Västmanland	60 %	75 %	84 %
Östergötland	63 %	78 %	87 %
<b>Totalt</b>	<b>60 %</b>	<b>76 %</b>	<b>85 %</b>

*Kommentar:*

Ovanstående statistik beskriver ett ungefärligt 80 – 20 förhållande vilket är ett vanligt förhållande inom psykiatrin. Man kan också se att 3 % av patienterna står för ca 35 % av kostnaderna. Det är då möjligt att studera vilken typ av vård som dessa patienter får och även använda informationen för att ev. förändra värden eller som underlag för metodförbättringar.

**Graf 20:** Jämförelse av fördelning (%) av diagnoser där patienterna delats in i två grupper: de 20 procent mest kostsamma patienterna jämfört med de övriga 80 procenten av patienterna. För de diagnosgrupper där den röda stapeln är högre än den gröna betyder det alltså att diagnosen var vanligare för den kostsamma patientgruppen än bland övriga patienter. För att underlätta jämförelsen ingår inte patienter i diagnosgruppen "övrigt/okänt" i denna graf, eftersom de kostsamma patienterna har erhållit mer vård och därmed har en högre sannolikhet att ha fått en psykiatrisk diagnos registrerad.



*Kommentar:*

Här kan man se att missbruk, schizofreni och övriga psykotiska syndrom är vanligare bland de kostsammaste patienterna.

## Gruppering av den psykiatriska vården med NordDRG

### Diagnosrelaterade grupper (DRG)

DRG är ett sätt att beskriva sjukhusets/klinikens patientsammansättning (casemix), mycket 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 NordDRG innehåller idag 578 grupper för slutenvård och 407 grupper för öppenvård/dagkirurgi (inkl psykiatri). För mer information kring DRG hänvisas till Socialstyrelsens hemsida

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg/Sidor/default.aspx>

### MDC

Major Diagnostic Categories, MDC är en grov indelning av diagnoser, där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss etiologi (sjukdomsorsak). MDC är en övergripande indelning av alla DRG där varje DRG-grupp är ordnade efter MDC. 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 "Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende"

### Metod

Den psykiatriska vården för 2008 har grupperats med den svenska versionen av NordDRG. Nationella prospektiva vikter för psykiatrisk slutenvård har tillämpats vilka Socialstyrelsen tagit fram (DRG 424N – 436C, se bilaga 3). För övriga DRG och öppenvården har nationella prospektiva somatiska vikter tillämpats. Ytterfall har identifierats efter de vårdtidsytterfallsgränser som finns fastställda. Vårdtillfällen med en orimligt låg kostnad (SV < 2 500 kr) har även betraktats som ytterfall. Rättpsykiatri och barn- & ungdomspsykiatrisk har exkluderats för att få jämförbarhet mellan områdena.

### Resultat

#### *Slutenvård*

Totalt 12 209 vårdtillfällen DRG-grupperades från de fyra områden. Den totala kostnaden för dessa vårdtillfällen uppgick till 975,3 milj. kronor och medelkostnaden per vårdtillfälle uppgick till 79 885 kr.

På grund av att väsentlig information (främst huvuddiagnos) saknades, grupperades 626 vårdtillfällen till DRG 470 och DRG 469. Femtiotre vårdtillfällen hade en orimligt låg totalkostnad (under 2 500 kr/vtf) och sorterades därmed bland ytterfallen. Totalt uppgick andelen ytterfall till 9 procent och varierar från 4 till 12 procent beroende på område. Merparten (92 procent) av det grupperade materialet hamnade i MDC 19 "Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende" (96 procent av innerfallen).

Medelkostnaden för ett vårdtillfälle i MDC 19 uppgick till 77 042 kr (samtliga fall). Motsvarande siffra för endast innerfallen uppgår till 65 264 kr. Ytterfallen representerade 20 procent av totalkostnaden i MDC 19 (5,6 procent av antalet vårdtillfällen). Denna andel varierar för områdena mellan 14-36 procent.

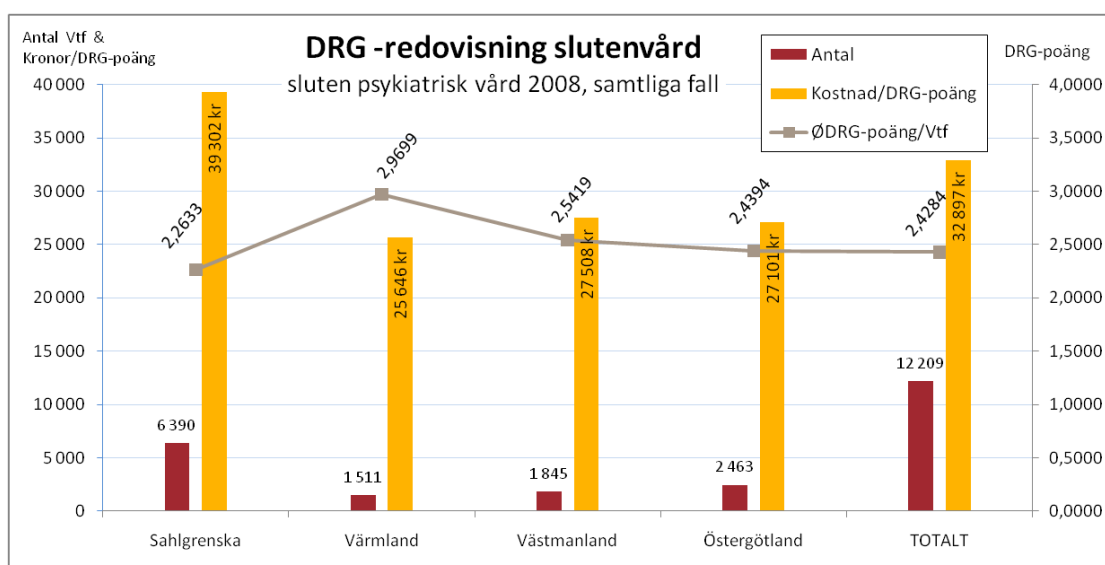
Mest frekventa DRG är 436B ”Missbruk/beroende ej psykos, ej komplicerat” (23 procent) följt av 426C ”Övriga förstämningssyndrom <60 år” (12 procent). Den mest resurskrävande gruppen är DRG 430D ”Långvarig psykos, ej schizofreni” (12 procent av totala kostnaden) där medelkostnad uppgår till 137 421 kr.

Den genomsnittliga DRG-vikten per vårdtillfällen uppgick till 2,4284 poäng. Inom MDC19 ligger den på 2,5750. För innerfallen inom MDC 19 var medelvikten 2,5870 och varierande för områdena mellan 2,4744 – 3,0011 poäng.

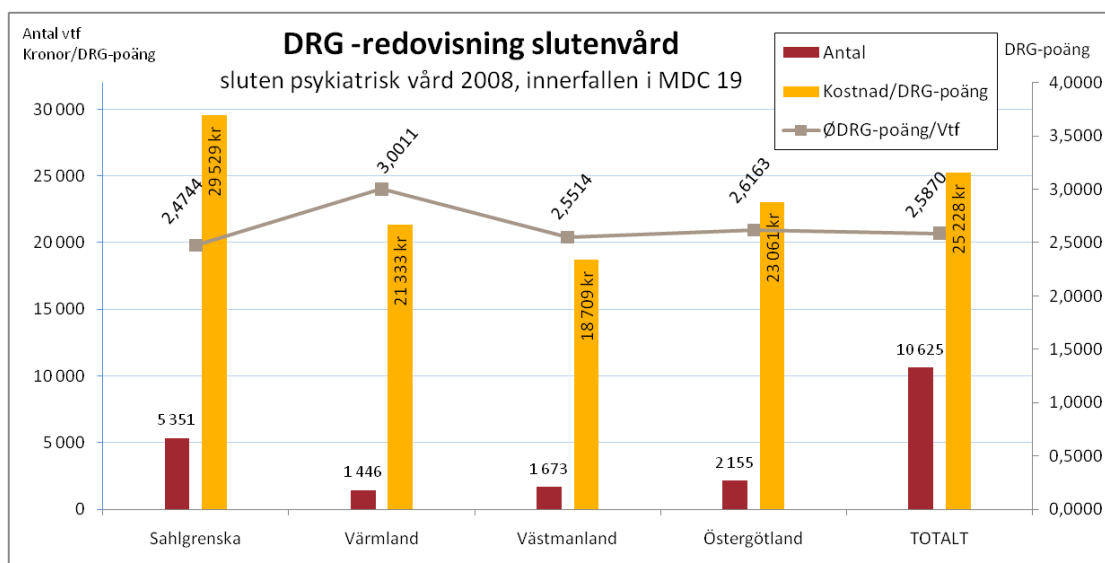
Kostnaden per DRG-poäng uppgår för samtliga vårdtillfällen till 32 897 kr, för MDC 19 till 29 919 kr. För enbart innerfallen inom MDC19 uppgår den till 25 228 kr. Per områden varierar kostnaden per DRG-poäng (inom MDC19 och innerfallen) mellan 18 709 kr och 29 529 kr. Det fastställda referenspriset i 2008 års nationella viktlista (vikten 1,0000 för innerfall) var 39 300 kr.

I statistikbilagan redovisas detaljuppgifter per område.

**Graf 21:** Kostnad per DRG-poäng och genomsnittligt antal DRG-poäng per vårdtillfälle per område. Samtliga korrekt grupperade vårdtillfällen.



**Graf 22:** Kostnad per DRG-poäng och genomsnittligt antal DRG-poäng per vårdtillfälle. Endast innerfallen i MDC 19 ”Psyksiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende”.



Testgrupperingen i **slutenvård** visar att kostnaden per DRG poäng (innerfallen) för samtliga områden väl understiger det nationellt fastställda riktpriiset för DRG-vikten 1,0000 (39 300 kr). Skillnaden är stor mellan områdena. Sahlgrenska har högsta kostnaden per DRG-poäng (29 529 kr) men har lägst medelvikt per vårdtillfälle (2,4744). Värmland har högsta genomsnittliga vikten per vårdtillfälle (3,0011) men har en kostnad per DRG-poäng som ligger 8 200 kr lägre än Sahlgrenska.

### **Öppenvård**

Totalt DRG-grupperades 573 694 besök korrekt från de fyra områdena. Den totala kostnaden uppgick till 1 022 milj. kronor, vilket ger en medelkostnad per besök på 1 782 kr. Vårdkontakter från rättspsykiatri och barn- & ungdomsmottagningar ingår inte i beräkningarna. Dessutom har 32 610 vårdkontakter exkluderats, eftersom väsentlig information (huvuddiagnos) saknades. Övervägande delen av dessa hör från Östergötland.

Mest frekventa DRG är 9700 "Övriga sjuksköterskebesök" (32 procent) följt av 9740 "Övriga besök annan vårdgivare" (13 procent) och 8800 " Övriga läkarbesök vid psykiska sjukdomar och drogberoende" (12 procent). Mest resurskrävande DRG är 9700 " Övriga sjuksköterskebesök" (23 procent av totala kostnaden) tätt följt av 8800 " Övriga läkarbesök vid psykiska sjukdomar och drogberoende" (22 procent). Deras medelkostnad är 1 314 respektive 3 338 kr.

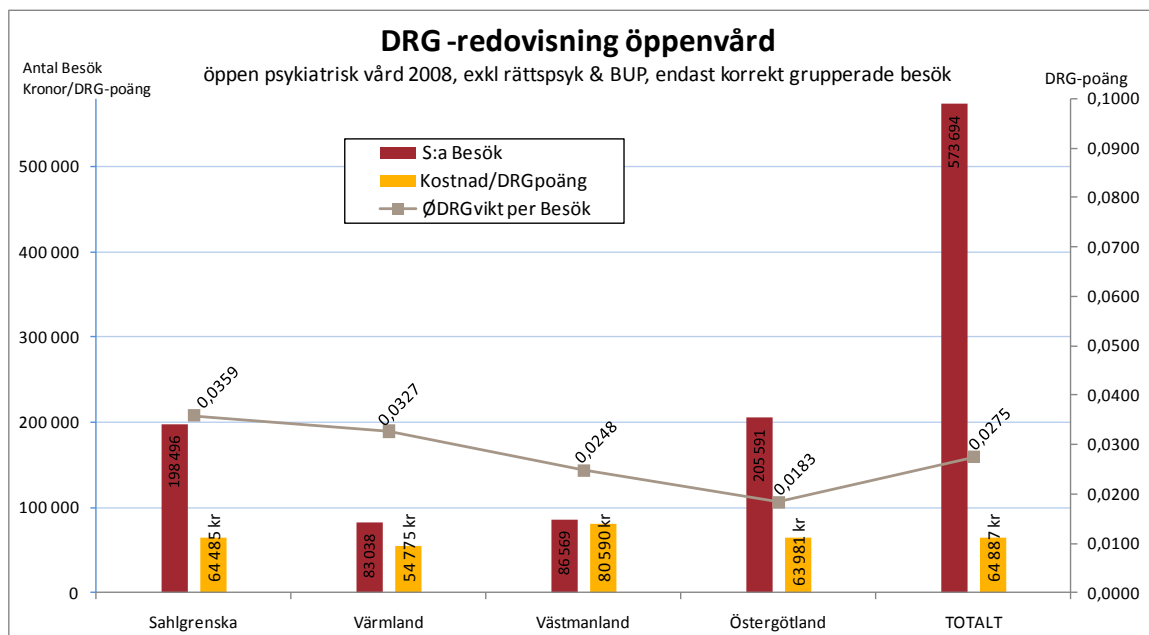
Medelvikten för alla fall är 0,0275 och varierar mellan 0,0183 och 0,0359 beroende på område. I viken grad man använder de nationella åtgärdskoderna enligt KVÅ inverkar på grupperingen och leder då till att besöken i högre grad hamnar i ett DRG med högre vikt.

Medelkostnad per besök/vårdkontakt för alla som blivit korrekt DRG-grupperade uppgår till 1 782 kr och varierar mellan 1 172 till 2 315 kr beroende på område.

Kostnaden per DRG-poäng uppgår till totalt 64 887 kr och varierar beroende på område mellan 54 775 kr och 80 590 kr. Det fastställda referenspriset i 2008 års nationella viktlista (vikten 1,0000) var 39 300 kr.

I statistikbilagan redovisas detaljuppgifter per område.

**Graf 23:** Kostnad per DRG-poäng och genomsnittligt antal DRG-poäng per besök och per område. Samtliga korrekt grupperade öppenvårdskontakter.



För **öppenvården** är bilden den motsatta mot för slutenvården - kostnaden per DRG-poäng ligger för samtliga områden långt över det nationellt fastställda riktpriiset för DRG-vikten 1,0000 (39 300 kr). Vår tolkning 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. Östergötland har en den lägsta genomsnittliga vikten per besök (0,0183). Västmanland har den högsta kostnaden per DRG-poäng (80 590 kr). 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.

Skillnaderna vid grupperingen enligt NordDRG 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 ersättningsystem där DRG tillämpas bör ytterfallen hanteras i särskild ordning.



## Diskussion

Syftet med rapporten har varit att visa på resultat av arbetet med KPP för psykiatri med utgångspunkt i databasen KPP-psykiatri samt att ta fram 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?
- Vilken effekt har vården?
- Vårdkonsumtion i ett befolkningsperspektiv?
- Vad kostar vården?

Eftersom detta är en första jämförelse mellan de olika områdena kan man inte dra några långtgående slutsatser utan bör 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 databasen KPP-psykiatri.

I jämförelserna som görs bör hänsyn tas till olikheter i organisation och utbud. Inom de olika verksamhetsområdena finns skillnader i hur vissa patientgrupper tas om hand ex. vis neuropsykiatri, beroendevård, ätstörningar och rättspsykiatri.

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. För att förbättra diagnoskvaliteten och härigenom förbättrade jämförelser bör ett utvecklingsarbete ske.

Med KPP som verktyg för beskrivning och analys av vårdepisoder/processer kan frågan om *vad vården kostar* bättre redovisas. KPP utgör ett bra verktyg för att beskriva kostnader per patient. En utveckling av KPP metoden kan dock vara av värde inom vissa områden. Ett sådant arbete kommer att fortsätta inom SKL:s ram.

Med Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) kan *vårdens innehåll* beskrivas. När det gäller åtgärdsregistreringen finns en hel del att önska. Hur man registrerar åtgärder skiljer sig markant åt i de olika områdena. En satsning på utveckling av åtgärdsregistrering ses som en viktig utveckling som behöver prioriteras.

Olika skattningsinstrument ex. GAF beskriver *behandlingsens effekt*. Arbetet med GAF skiljer också markant åt mellan klinikerna. I dagsläget kan få slutsatser dras om effektbeskrivningar med hjälp av GAF. I rapporten finns ett par exempel men för att förbättra möjligheterna bör GAF-registreringen förbättras eller att andra effektindikatorer tas fram.

*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 gör på några håll för att börja använda DRG som grund för ersättning inom den slutna vården.

## Kontaktpersoner

Bengt André  
Konsult  
E-post: [bengt.andre@bahnhof.se](mailto:bengt.andre@bahnhof.se)  
Tel: 0730-421 801

Jenny Sandgren  
Sveriges Kommuner och Landsting  
E-post: [jenny.sandgren@skl.se](mailto:jenny.sandgren@skl.se)  
Tel: 08-452 7911

Leif Lundstedt  
Sveriges Kommuner och Landsting  
E-post: [leif.lundstedt@skl.se](mailto:leif.lundstedt@skl.se)  
Tel: 08-452 7960

Håkan Mathiasson  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
E-post: [hakan.mathiasson@vgregion.se](mailto:hakan.mathiasson@vgregion.se)  
Tel: 0703-680048

Inga-Lill Candefjord  
Centrallasarettet, Västerås  
E-post: [inga-lill.candefjord@ltv.se](mailto:inga-lill.candefjord@ltv.se)  
Tel: 021-17 58 53

Lars Svensson  
Resurscentrum, Landstinget i Östergötland  
E-post: [lars.svensson@lio.se](mailto:lars.svensson@lio.se)  
Tel: 010-10 30 549

Emma Stenberg  
Lanstinget i Värmland  
E-post: [emma.stenberg@liv.se](mailto:emma.stenberg@liv.se)  
Tel: 070-508-57 97

## Bilagor

### Bilaga 1: Statistik

#### Totalt

Område	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Medel-värde ålder	Andel patienter med:			Summa kostnader (milj. kronor)	Varav slutenvårds-kostnad (%)	Medel-värde kostnad per patient	Median kost-nad per patient
				Öppen-vård	Sluten-vård	Både öppen- och sluten-vård				
Sahlgrenska	19 734	52	46	94	21	15	1 027	55	52 024	15 032
Värmland	6 567	56	43	100	15	14	265	43	40 411	10 371
Västmanland	7 387	55	42	100	15	15	302	43	40 962	13 301
Östergötland	11 188	51	43	99	14	13	401	41	35 883	9 199
Totalt	44 876	53	44	97	17	14	1 996	49	44 480	12 218

#### Öppenvård

Område	Antal patienter	Antal besök	Medel-värde besök per patient	Median antal besök per patient	Summa kostnader (milj. kronor)	Medel-värde kostnad per besök	Medel-värde kostnad per patient	Median kostnad per patient
Sahlgrenska	18 578	199 726	10,8	3	462	2 314	24 882	10 275
Värmland	6 542	83 850	12,8	4	150	1 792	22 974	8 907
Västmanland	7 363	86 631	11,8	4	173	1 998	23 542	10 564
Östergötland	11 071	132 201	11,9	4	239	1 805	21 555	8 482
Totalt	43 554	502 408	11,5	4	1 024	2 039	23 523	9 473

#### Slutenvård

Område	Antal patienter	Antal vård-tillfällen	Medel-värde vårdtillf. per patient	Antal vård-dagar 2008 <sup>1</sup>	Medel-värde dagar per patient 2008	Summa kost-nader (milj. kronor)	Medel-värde kostnad per patient	Medel-värde kostnad p dag	Permissionsdagar exkluderade <sup>2</sup>	
									Summa vård-dagar 2008	Medel-värde kostnad per dag
Sahlgrenska	4 158	6 362	1,5	128 174	31	564	135 721	4 403	120 388	4 688
Värmland	959	1 511	1,6	22 832	24	115	120 003	5 040	-	-
Västmanland	1 123	1 845	1,6	30 716	27	129	115 912	4 200	26 279	4 909
Östergötland	1 586	2 463	1,6	31 290	20	163	102 667	5 204	-	-
Totalt	7 826	12 181	1,6	213 012	27	971	124 264	4 560	-	-

<sup>1</sup>Endast vård dagar under 2008 har inkluderats, även för vårdtillfällen som påbörjades före 2008

<sup>2</sup>Vård dagar och kostnad per dag där permissionsdygn räknats bort. Detta har inte kunnat göras för hela materialet på grund av varierande kvalitet i rapporteringen av permissioner

### Statistik per diagnosgrupp: Totalt

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Medelvärde ålder	Andel patienter med:			Summa kostnader (milj. kronor)	Varav slutenvårds-kostnad (%)	Medelvärde kostnad per patient	Procentuell fördelning patienter	Procentuell fördelning kostnader
				öppenvård	slutenvård	Både öppen- och slutenvård					
Organiska psykosyndrom	1 313	55	72	91	24	15	72	71	54 665	4	3
Missbruk	4 755	28	44	89	47	36	264	58	55 536	13	11
Schizofreni	2 215	37	50	99	21	20	230	59	103 842	12	5
Övr psykotiska syndrom	2 423	56	49	97	29	26	261	61	107 811	13	5
Bipolära syndrom	3 178	63	51	99	19	18	181	53	57 034	9	7
Övriga förstärknings-syndrom	8 296	61	46	98	19	16	356	48	42 915	18	18
Ångest mm	9 762	62	40	98	11	9	287	29	29 369	14	22
Ätstörningar	414	96	30	99	11	10	24	35	57 297	1	1
Mental retardation	446	44	39	98	12	10	17	67	38 615	1	1
Personlighetsstörningar	2 041	39	31	99	7	7	73	32	35 776	4	5
Övriga psykiatriska diagn.	1 680	64	36	99	19	18	119	46	70 799	6	4
Övr/okänt	8 353	46	43	98	3	1	113	22	13 478	6	19
Totalt	44 876	53	44	97	17	14	1 996	49	44 480	100 %	100 %

### Statistik per diagnosgrupp: Öppenvård

Diagnosgrupp	Antal patienter	Antal besök	Medelvärde besök per patient	Median antal besök per patient	Summa kostnader (milj.kronor)	Medelvärde kostnad per patient	Median kostnad per patient	Medelvärde kostnad per besök
Organiska psykosyndrom	1 191	5 383	4,5	2	21	17 592	8 870	3 892
Missbruk	4 240	74 118	17,5	4	110	25 962	8 313	1 485
Schizofreni	2 192	46 420	21,2	12	94	43 127	23 467	2 032
Övr psykotiska syndrom	2 355	45 634	19,4	9	102	43 478	21 936	2 241
Bipolära syndrom	3 149	38 516	12,2	5	86	27 334	12 838	2 235
Övr förstärknings-syndrom	8 097	83 930	10,4	4	184	22 719	10 606	2 192
Ångest mm	9 614	94 589	9,8	4	204	21 257	9 912	2 160
Ätstörningar	408	7 603	18,6	11	15	37 678	22 418	2 022
Mental retardation	439	2 620	6,0	2	6	12 985	5 264	2 176
Personlighetsstörningar	2 029	25 292	12,5	5	49	24 350	12 700	1 953
Övr psykiatriska diagn.	1 669	30 411	18,2	9	64	38 470	18 405	2 111
Övr/okänt	8 171	47 892	5,9	2	88	10 727	3 912	1 830
Totalt	43 554	502 408	11,5	4	1 024	23 523	9 473	2 039

### Statistik per diagnosgrupp: Slutenvård

Diagnosgrupp	Antal patienter	Antal vårdtillfällen	Medelvärde vårdtillf. per patient	Antal vård-dagar 2008 <sup>1</sup>	Medel-värde dagar per patient 2008	Summa kostnader (milj. kronor)	Medel-värde kostnad per patient	Medel-värde kostnad p dag
Organiska psykosyndrom	317	425	1,3	12 001	38	51	160 322	4 235
Missbruk	2 248	3 507	1,6	33 591	15	154	68 509	4 583
Schizofreni	475	875	1,8	28 605	60	135	286 213	4 733
Övr psykotiska syndrom	707	1 211	1,7	33 997	48	159	225 189	4 663
Bipolära syndrom	598	1 021	1,7	21 370	36	95	159 163	4 454
Övriga förstärnings-syndrom	1 551	2 108	1,4	39 340	25	172	110 911	4 373
Ångest mm	1 075	1 483	1,4	17 760	17	82	76 583	4 636
Ätstörningar	47	76	1,6	1 896	40	8	177 625	4 403
Mental retardation	53	103	1,9	1 619	31	12	217 398	7 117
Personlighetsstörningar	145	295	2,0	4 966	34	24	163 735	4 748
Övr psykiatriska diagn.	320	771	2,4	12 227	38	55	172 447	4 471
Övr/okänt	290	306	1,1	5 640	19	25	85 979	4 421
<b>Totalt</b>	<b>7 826</b>	<b>12 181</b>	<b>1,6</b>	<b>213 012</b>	<b>27</b>	<b>971</b>	<b>124 264</b>	<b>4 560</b>

<sup>1</sup>) Endast vård dagar under 2008 har inkluderats, även för vårdtillfällen som påbörjades före 2008

### Statistik per diagnosgrupp och område: Sahlgrenska universitetssjukhuset

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Summa kostnader (milj. kronor)	Medelvärde kostnad per patient	Procentuell fördelning patienter	Procentuell fördelning kostnader
Organiska psykosyndrom	1 106	56	57	51 926		6
Missbruk	2 429	29	163	67 268	12	16
Schizofreni	852	39	109	128 009	4	11
Övr psykotiska syndrom	1 159	55	144	124 011	6	14
Bipolära syndrom	1 313	64	88	67 330	7	9
Övr förstärnings-syndrom	3 636	60	192	52 851	18	19
Ångest mm	3 538	60	117	33 080	18	11
Ätstörningar	201	97	12	57 646	1	1
Mental retardation	246	43	10	42 130	1	1
Personlighetsstörningar	624	39	28	45 111	3	3
Övr psykiatriska diagn.	544	68	42	76 489	3	4
Övr/okänt	4 086	46	64	15 592	21	6
<b>Totalt</b>	<b>19 734</b>	<b>52</b>	<b>1 027</b>	<b>52 024</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

### Statistik per diagnosgrupp och område: Värmland

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Summa kostnader (milj. kronor)	Medelvärde kostnad per patient	Procentuell fördelning patienter	Procentuell fördelning kostnader
Organiska psykosyndrom	68	56	5	78 966	1	2
Missbruk	423	30	23	54 229	6	9
Schizofreni	309	35	30	98 420	5	11
Övr psykotiska syndrom	312	62	29	92 573	5	11
Bipolära syndrom	561	62	27	47 454	9	10
Övr förstärnings-syndrom	1 163	60	42	35 905	18	16
Ångest mm	1 984	63	57	28 894	30	22
Ätstörningar	70	97	3	45 843	1	1
Mental retardation	40	58	1	32 585	1	0
Personlighetsstörningar	546	42	18	32 890	8	7
Övr psykiatriska diagn.	300	63	18	60 314	5	7
Övr/okänt	791	55	12	14 544	12	4
Totalt	6 567	56	265	40 411	100 %	100 %

### Statistik per diagnosgrupp och område: Västmanland

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Summa kostnader (milj. kronor)	Medelvärde kostnad per patient	Procentuell fördelning patienter	Procentuell fördelning kostnader
Organiska psykosyndrom	62	52	5	76 123	1	2
Missbruk	737	26	31	42 149	10	10
Schizofreni	465	38	45	98 381	6	15
Övr psykotiska syndrom	455	56	40	89 620	6	13
Bipolära syndrom	492	64	25	50 101	7	8
Övr förstärnings-syndrom	1 478	65	50	33 683	20	16
Ångest mm	2 144	64	60	28 207	29	20
Ätstörningar	33	91	3	81 476	0	1
Mental retardation	87	37	3	35 904	1	1
Personlighetsstörningar	407	38	12	28 793	6	4
Övr psykiatriska diagn.	345	55	22	64 136	5	7
Övr/okänt	682	54	6	8 916	9	2
Totalt	7 387	55	302	40 962	100 %	100 %

## Statistik per diagnosgrupp och område: Östergötland

Diagnosgrupp	Antal patienter	Andel kvinnor (%)	Summa kostnader (milj. kronor)	Medelvärde kostnad per patient	Procentuell fördelning patienter	Procentuell fördelning kostnader
Organiska psykosyndrom	77	53	4	55 263	1	1
Missbruk	1 166	26	47	40 021	10	12
Schizofreni	589	35	45	76 009	5	11
Övr psykotiska syndrom	497	55	48	96 104	4	12
Bipolära syndrom	812	64	42	51 204	7	10
Övr förstärknings-syndrom	2 019	61	72	35 823	18	18
Ångest mm	2 096	64	52	24 742	19	13
Ätstörningar	110	95	6	56 694	1	2
Mental retardation	73	47	2	33 304	1	1
Personlighetsstörningar	464	36	15	32 727	4	4
Övr psykiatriska diagn.	491	65	37	75 569	4	9
Övr/okänt	2 794	42	31	11 197	25	8
<b>Totalt</b>	<b>11 188</b>	<b>51</b>	<b>401</b>	<b>35 883</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

## Befolkningsrelaterade data

Område	Kostnad per invånare			Vårdkontakter mm, per 1000 invånare					
	Totalt	Slutenvård-kostnad	Oppenvårds-kostnad	Besök	Vård-dagar	Vård-tillfällen	Patienter, totalt	Patienter, män	Patienter, kvinnor
Sahlgrenska	1 927	1 054	872	377	241	11,7	36	35	37
Värmland	1 110	485	625	347	96	6,4	29	25	32
Västmanland	1 499	640	859	431	152	8,9	36	32	40
Östergötland	1 174	475	699	389	91	7,1	32	31	33
<b>Totalt</b>	<b>1 518</b>	<b>737</b>	<b>781</b>	<b>383</b>	<b>162</b>	<b>9,1</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>35</b>

Kostnader per invånare. Övrigt per 1000 invånare. Endast personer som fyllt 18 år 2008 ingår.

## Procentuell åldersfördelning för patienter och befolkning per område, samt könsfördelning per område

Åldersklass	Sahlgrenska		Värmland		Västmanland		Östergötland	
	Befolkning	Patienter	Befolkning	Patienter	Befolkning	Patienter	Befolkning	Patienter
18-29	23,4	22,3	17,3	27,1	17,9	25,8	20	24,8
30-39	19,2	18,9	14,1	18,5	15,2	18,7	15,8	18,9
40-49	17,1	20,5	16,8	21	17,6	22,9	16,8	21,3
50-59	14,7	16,6	16,8	17,1	16	17,2	15,8	17,1
60-69	12,3	9,9	16,3	9,9	16,3	9,7	15,2	10,7
70-79	7,4	6,1	10,9	4,3	10	4,1	9,3	4,7
80-	5,9	5,7	7,8	2	7	1,6	7	2,6
<b>Totalt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Könsfördelning</b>								
% kvinnor	51	52	51	56	50	55	50	51

## Statistik per kön och område

Område	Andel patienter med:			Öppenvård: Medel-värde kostnad per patient	Slutenvård: Medel-värde kostnad per patient	Totalt: Medel- värde kostnad per patient
	Öppenvård	Slutenvård	Både öppen- och slutenvård			
<b>Män:</b>						
Sahlgrenska	93	23	16	23 549	125 321	50 960
Värmland	99	16	15	22 452	113 169	40 119
Västmanland	99	18	18	22 341	108 939	41 936
Östergötland	98	15	13	18 507	89 908	31 738
Totalt	96	19	15	21 866	114 459	43 119
<b>Kvinnor:</b>						
Sahlgrenska	96	19	15	26 093	147 611	53 020
Värmland	100	14	14	23 375	126 045	40 636
Västmanland	100	13	13	24 517	124 039	40 169
Östergötland	99	13	13	24 447	116 429	39 856
Totalt	98	16	14	24 980	135 028	45 699

## DRG-grupperad sluten psykiatrisk vård 2008, samtliga fall

Område	Sjukhus/ klinik	Antal	Kostnad/ vård- tillfälle	DRG-poäng per vård-tillfälle	Kostnad /DRG-poäng (kronor)	Summa kostnad (milj. kronor)
Sahlgrenska universitetssjukhuset	Beroendekliniken	2 297	52 066	1,1146	46 712	119,6
	Psykiatri Mölndal	803	92 071	2,6287	35 025	73,9
	Neuropsykiatri	688	138 225	2,6370	52 418	95,1
	Psyk. Sahlgrenska	1 005	102 493	3,1340	32 704	103,0
	Psykiatri Östra	1 571	109 973	3,0289	36 309	172,8
	S:a Sahlgrenska	6 364	88 686	2,2617	39 213	564,4
Värmland	Avd 2, arvika (ar2)	286	74 044	3,2765	22 598	21,2
	Avd 3, Arvika (ar3)	116	85 566	2,9315	29 189	9,9
	Avd 1, Karlstad (kd1)	441	44 803	2,9010	15 444	19,8
	Avd 3, Karlstad (kd3)	249	100 064	3,0954	32 326	24,9
	Avd 19, Kristinehamn (kr19)	221	89 601	2,5540	35 083	19,8
	Avd 20, Kristinehamn (kr20)	193	100 321	3,0026	33 411	19,4
	Observationsplatser (obs)	5	28 595	3,2893	8 693	0,1
	S:a Värmland	1 511	76 164	2,9700	25 644	115,1
Västmanland	56010 Västerås	1 845	69 924	2,5426	27 501	129,0
	S:a Västmanland	1 845	69 924	2,5426	27 501	129,0
Östergötland	21001 Linköping	706	80 143	2,6851	29 848	56,6
	21013 Vrinnevi	1 298	63 193	2,2544	28 030	82,0
	21014 Motala	459	52 776	2,5696	20 539	24,2
	S:a Östergötland	2 463	66 110	2,4366	27 132	162,8
	Totalt	12 183	79 728	2,4274	32 844	971,3



**DRG-grupperad öppen psykiatrisk vård 2008, exkl rättspsykiatri och BUP, endast korrekt grupperade besök/vårdkontakter**

Område	Klinik	S:a Besök	Kostnad/ Besök	DRG-poäng per besök	Kostnad per DRG-poäng	Summa kostnad (milj. kronor)
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Beroende	43 926	1 866	0,0329	56 664	81,9
	Psykiatri Mölndal	34 928	1 959	0,0300	65 372	68,4
	Neuropsykiatri	11 520	3 678	0,0453	81 151	42,4
	Psyk. Sahlgrenska	54 194	2 273	0,0426	53 345	123,2
	Psykiatri Östra	53 928	2 664	0,0334	79 684	143,7
	S:a Sahlgrenska	198 496	2 315	0,0359	64 485	459,6
Värmland	Allmänpsykiatrisk vård	44 692	1 941	0,0394	49 316	86,8
	Specialvård, psykiatrisk	38 346	1 612	0,0249	64 850	61,8
	S:a Värmland	83 038	1 790	0,0327	54 775	148,6
Västmanland	56010 Västerås	86 569	1 998	0,0248	80 590	173,0
	S:a Västmanland	86 569	1 998	0,0248	80 590	173,0
Östergötland	Psykiatriska kliniken US	41 090	1 545	0,0214	72 279	63,5
	Beroendekliniken US	17 518	348	0,0158	22 095	6,1
	Beroendekliniken ViN	15 088	888	0,0155	57 194	13,4
	Vuxenpsykiatriska kliniken ViN	64 717	1 385	0,0197	70 245	89,6
	Psykiatri-habiliteringsenheten LiM	67 178	1 018	0,0164	62 046	68,4
	S:a Östergötland	205 591	1 172	0,0183	63 981	241,0
	TOTALT	573 694	1 782	0,0275	64 887	1 022,1

## Bilaga 2: Diagnosgruppering:

<b>Lf-grupper, beteckning</b>	<b>ICD 10</b>	<b>Diagnosgrupp i rapport</b>
<b>Lf1.</b> Organiska psykosyndrom	F00 - F09	Organiska psykosyndrom
<b>Lf2.</b> Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom	F10 - F19, F55	Missbruk
<b>Lf3.</b> Schizofreni	F200 - F206, F209	Schizofreni
<b>Lf4.</b> Övriga psykotiska syndrom	F208, F21 - F29, F531	Övriga psykotiska syndrom
<b>Lf5.</b> Bipolära syndrom	F30 - F31, F340	Bipolära syndrom
<b>Lf6.</b> Övriga förstämningssyndrom	F32 - F33, F341 - F399, F530	Övriga förstämningssyndrom
<b>Lf7.</b> Ångestsyndrom	F40 - F42	Ångest mm
<b>Lf8.</b> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd	F43, F62	Ångest mm
<b>Lf9.</b> Somatoforma och dissociativa syndrom	F44 - F48	Ångest mm
<b>Lf10.</b> Ätstörningar	F50	Ätstörningar
<b>Lf11.</b> Mental retardation	F70 - 79	Mental retardation
<b>LF12.</b> Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklings-avvikelser	F80-F84, F88-90, F95, F980-F981, R15	Personlighetsstörningar
<b>Lf13.</b> Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar	F91-F94, F982-F989	Övriga psykiatriska diagnoser
<b>Lf14.</b> Personlighetsstörningar	F60-F61, F688	Övriga psykiatriska diagnoser
<b>Lf15.</b> Övriga specificerade psykiska störningar	F51 - F52, F63 - F66, F680 - F681	Övriga psykiatriska diagnoser
<b>Lf16.</b> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder	F54, F59, F938, R418, G21, G24, G251, G259, T740 - T742, T887, Z-diagnoser förutom Z032 och Z711	Övrigt
<b>Lf17.</b> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp	F538 - F539, F69, F99, R-diagnoser förutom R15 och R418	Övrigt
<b>Lf18.</b> Psykiatrisk diagnos utesluten	Z032, Z711	Övrigt

Grupperingen följer i stort sett den gruppering av psykiatriska diagnoser ("Lf-gruppering") som togs fram på uppdrag av Landstingsförbundet 2001 och reviderades 2003 inom ramen för Landstingsförbundets, Socialstyrelsens och Kommunförbundets informationsförsörjningsprojekt "Info-VU"

## Bilaga 3: Vikter psykiatrisk slutenvård

Nationella prospektiva vikter för psykiatrisk slutenvård (Källa: Socialstyrelsen)

DRG	Nord DRG text	Vikt 2008	Vårdtids- ytterfallsgräns
424N	Operationer vid psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende	4,7664	68
426A	Bipolära syndrom, < 60 år	3,3593	94
426B	Bipolära syndrom, > 59 år	3,5812	105
426C	Övriga förstämningssyndrom, < 60 år	2,2675	71
426D	Övriga förstämningssyndrom, > 59 år	2,8811	93
427A	Ångestsyndrom	1,8211	52
427B	Maladaptiva stressreaktioner, icke akuta tillstånd	2,1403	45
427C	Maladaptiva stressreaktioner, akuta tillstånd	0,9201	23
427D	Somatoforma och dissociativa syndrom	4,8909	70
428N	Personlighetsstörningar	3,0793	49
429A	Organiska psykosyndrom, komplicerat	3,8528	108
429B	Organiska psykosyndrom, ej komplicerat	2,7810	86
430A	Schizofreni, < 30 år	9,4263	173
430B	Schizofreni, 31-59 år	6,7658	107
430C	Schizofreni, >59 år	9,1224	109
430D	Långvariga psykoser, ej schizofreni	4,5215	104
430E	Kortvariga psykoser, ej schizofreni	2,7555	83
430F	Övriga psykotiska syndrom	4,6298	99
431A	Mental retardation	4,9231	70
431B	Neuropsykiatriska tillstånd	5,4174	85
431C	Övriga tillstånd som debuterar hos barn och ungdom	2,0523	51
432A	Ätstörningar	3,2187	85
432B	Övriga specificerade psykiska störningar	3,7679	9
432C	Ospecificerade psykiska störningar	0,8517	19
436A	Missbr/beroende av alkoh/nark, avgiftn/annan symptomatisk behandl, komplicerat	0,7325	19
436B	Missbr/beroende av alkoh/nark, avgiftn/annan symptomatisk behandl, ej komplicerat	0,6085	15
436C	Missbr/beroende av alkoh/nark, avgiftn/annan symptomatisk behandling, bidiagnos: psykos, schizofreni, personlighetsst	1,7272	23

### Mycket mer än kostnad per patient

I denna rapport visar vi 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.

Upplysningar om innehållet  
Jenny Sandgren [jenny.sandgren@skl.se](mailto:jenny.sandgren@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2010  
ISBN/Bestnr: 978-91-7164-597-5

Text:  
Bengt André konsult vid Sveriges Kommuner och Landsting  
Leif Lundstedt Sveriges Kommuner och Landsting  
Jenny Sandgren Sveriges Kommuner och Landsting

Beställ och ladda ner på [www.skl.se](http://www.skl.se) eller på telefon 020-31 32 30

---