

Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatri

En rapport baserad på
hälsodataregistren vid Socialstyrelsen

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser mm som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr 2008-131-31 Korrigerad: juni 2008, ordet besök utbytt mot läkarbesök på sid.6, sid.9, sid.12, sid.13, sid.14, sid.15, sid.20, sid.21, sid.24 och sid.38
Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2008

Förord

I rapporten beskrivs vårdutnyttjande inom svensk psykiatri ur en mängd olika perspektiv. Rapporten är en del i en bred satsning vid Socialstyrelsen att förbättra kvaliteten i och kunskapen om de verksamheter som bedriver vård för personer med psykiatriska sjukdomar och funktionshinder. Uppdraget har initierats av regeringen.

Syftet med rapporten är dels att visa vilka möjligheter som finns att med dagens registerinformation göra beskrivningar av den psykiatriska vården, dels att visa vilka brister i tillgänglig information som finns i de nationella hälsodataregistren. En god beskrivning av verksamheten är grundläggande för allt utvecklings- och förbättringsarbete. Rapporten är ett led i arbetet att höja kvaliteten i de nationella registren och därmed förbättra möjligheterna till att följa upp och utveckla den psykiatriska verksamhetens kvalitet och effektivitet.

Rapporten har arbetats fram av en arbetsgrupp bestående av *Emma Björkenstam*, *Mona Heurgren* och *Rickard Ljung*, samtliga från Epidemiologiskt Centrum (EpC), Socialstyrelsen.

Petra Otterblad Olausson
Avdelningschef
Epidemiologiskt Centrum (EpC)
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
1. Introduktion	8
1.1 Bakgrund och syfte	8
1.2 Registren	9
2. Nulägesanalys	10
2.1 Rapportering av uppgifter från psykiatrin till patientregistret	10
2.2 Inrapportering på diagnosnivå	15
2.3 Öppenvårdsbesök och födelseland	19
2.4 Utbildningsnivå	21
2.5 Registerkvalitet	23
2.6 Genomsnittlig vårdtid i psykiatrisk slutenvård	28
2.7 Läkemedel och patienter i psykiatrin	33
3. Diskussion	38
4. Referenser	41
Bilaga 1 – DRG-grupper som förekommer i rapporten	42
Bilaga 2 – Diagnosförteckning	43

Sammanfattning

Rapporten syftar dels till att påvisa möjligheter till att beskriva vårdutnyttjande för patienter i psykiatrisk slutenvård och specialiserad psykiatrisk öppenvård, dels att belysa de brister som finns i de nationella hälsodataregistren och diskutera möjliga förbättringar. Rapporten är ett led i arbetet med att höja kvaliteten i registren, och därigenom skapa bättre förutsättningar för att använda beskrivningar av vårdutnyttjandet i förbättringsarbetet i den psykiatriska vården.

Statistiken baseras i huvudsak på de uppgifter som rapporteras från verksamheterna till Socialstyrelsens patientregister under 2006 samt uppgifter om läkemedelsuttag från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen under 2006 och 2007. I rapporten presenteras bland annat statistik på diagnoser, vårdtillfällen, läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård, vårdtid och vårdtyngd, samt läkemedelskonsumtion. Data presenteras vanligen uppdelat på män och kvinnor för respektive landsting. Som ett led i att belysa möjligheterna att studera sociodemografiska skillnader i psykiatriskt vårdutnyttjande presenteras en del diagram uppdelade på ålder, civilstånd, utbildningsnivå samt födelseland.

Hälso- och sjukvården har enligt regeringens förordning (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2002:1 (M)) skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsens patientregister. Uppgifterna i registret har generellt hög kvalitet men när det gäller uppgifter från psykiatrin varierar kvaliteten. Uppgifter som rapporteras från den slutna psykiatriska vården är av betydligt högre kvalitet än uppgifter från den specialiserade öppna vården, där det finns stora brister. Spännvidden är stor. Uppgifterna från psykiatrin hos en del landsting är av god kvalitet medan uppgifterna från andra landsting är mycket bristfälliga. I öppenvården är ett av problemen att en stor del av rapporteringen från privata vårdgivare ännu saknas.

En hel del satsningar görs fortlöpande för att förbättra kvaliteten i patientregistret när det gäller psykiatrisk vård. Från den 1 januari 2007 blev det obligatoriskt att rapportera in åtgärds-koder för varje vårdkontakt och i och med detta förväntas kvaliteten öka och rapporteringen bli mera fullständig.

Några observationer:

Diagnosbortfallet i psykiatrisk slutenvård har legat runt 6-8 procent de senaste tio åren, men med stor variation mellan landstingen.

Diagnosbortfallet i specialiserad psykiatrisk öppenvård har stadigt förbättrats sedan starten 2001 men är fortfarande mycket högt (35 procent för år 2006), variationen mellan landstingen är mycket stor.

Medelvårdtiden för schizofreni, psykossjukdom samt bipolär sjukdom varierar mellan landstingen.

Män har en högre konsumtion av psykiatrisk slutenvård förutom bland tonåringar och unga vuxna.

Kvinnor har en högre konsumtion av psykiatrisk öppenvård.

Kvinnor har en högre konsumtion av antidepressiva läkemedel och sömnmedel och lugnande medel.

Lågutbildade har en högre konsumtion av psykiatrisk vård än högutbildade. Konsumtionsmönstret utifrån födelseland är mer komplext.

Vid analyser av konsumtionsmönster av psykiatrisk vård utifrån socioekonomiska faktorer måste man beakta att psykisk sjukdom i unga år till exempel medför att man kan ha svårt att tillgodogöra sig en utbildning, och att personer födda i ett annat land kanske oftare har upplevt traumatiska händelser, men också att inställningen i olika kulturer till att söka psykiatrisk vård kan skilja sig åt.

1. Introduktion

1.1 Bakgrund och syfte

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen i Europa. Varje år drabbas drygt var fjärde vuxen invånare i Europa av någon form av psykisk ohälsa¹.

I Sverige uppskattas idag mellan 20 och 40 procent av befolkningen lida av någon form av psykisk ohälsa, allt från allvarligare sjukdomstillstånd, som exempelvis psykoser, till lättare sjukdomstillstånd, såsom exempelvis oro och ångest. Endast omkring 3–4 procent av befolkningen söker psykiatrisk vård under ett år².

Medan de allvarligaste psykiska sjukdomarna, exempelvis schizofreni, inte nämnvärt har ökat bland befolkningen över tid, kan man se en omfattande ökning av annan psykisk ohälsa sedan början av 1990-talet. Detta gäller främst oro och ångest. Ökningen gäller generellt i befolkningen utom bland äldre kvinnor, där andelen har varit konstant hög sedan 1980. Den största ökningen finns bland kvinnor i åldersgruppen 16–34 år.

Hälso- och sjukvården har enligt regeringens förordning (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2002:1 (M)) skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsens patientregister (PAR). Det finns stora brister i de uppgifter som psykiatrin ska rapportera till patientregistret. Detta uppmärksammades även av Nationell psykiatrisamordning som under 2006 gav Socialstyrelsen i uppgift att inventera problem och möjligheter för att förbättra inrapporteringen till patientregistret. Socialstyrelsen överlämnade rapporten till Nationell psykiatrisamordning den 1 september 2006³.

Idén till att ta fram denna rapport kom i samband med att Epidemiologiskt Centrum (EpC) förra sommaren levererade data till NU!-projektet (Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.), som är ett särskilt inrättat projekt vid Socialstyrelsen. NU!-projektet är främst inriktat på att ge stöd till huvudmännen för utveckling inom den psykiatriska hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst för psykiskt funktionshindrade personer.

Syftet med rapporten är att visa hur psykiatrin kan beskrivas ur ett vårdutnyttjandeperspektiv samt hur kvaliteten kan förbättras i de nationella hälsodataregistren. Detta gör vi genom att gå igenom inrapporteringen i både sluten- och öppenvård, granska diagnoser, undersöka vårdtid m.m. I rapporten gör vi också en jämförelse mellan landstingen, t.ex. när det gäller vårdtid.

Vi har valt att exkludera självmord i rapporten för att dessa uppgifter har publicerats i andra sammanhang.

1.2 Registren

Rapporten bygger huvudsakligen på data från patientregistret. Patientregistret ska tillhandahålla data om vårdutnyttjande för statistik, forskning, utvärdering och planering samt för allmän samhällsinformation. I slutenvården finns uppgifter för psykiatrisk vård sedan 1973. Från 1987 är dessa uppgifter rikstäckande. De senaste åren har bortfallet av huvuddiagnoser varit störst inom psykiatrin. 2006 uppgick bortfallet till sex procent⁴.

1997 började huvudmännen successivt rapportera uppgifter från dagkirurgisk verksamhet. Från och med 2001 började även läkarbesök från den specialiserade öppna vården att rapporteras in till patientregistret. Uppgifter från privata vårdgivare saknas nästan helt och står i de flesta landstingen för den största delen av bortfallet. Vid en jämförelse med den verksamhetsstatistik (VI2000) som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) årligen samlar in beräknas täckningsgraden 2006 ligga på 74 procent för specialiserad psykiatrisk öppenvård.

Uppgifterna om läkemedel är hämtade ur läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Registret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats mot recept eller motsvarande på apotek från 1999 och framåt. Sedan den 1 juli 2005 innehåller registret även personuppgifter.

I rapporten finns även uppgifter om födelse- och utbildning. Dessa är hämtade ur en databas vid EpC som består av samkörda register från Statistiska Centralbyrån (SCB). Vi har bl.a. använt data från Flergenerationsregistret, Folk- och bostadsräkningarna (FoB), Registret över totalbefolkningen (RTB) och data från den Longitudinella Integrationsdatabasen för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) använts.

2. Nulägesanalys

2.1 Rapportering av uppgifter från psykiatri till patientregistret

2.1.1 Slutenvård

År 2006 rapporterades totalt 88 401 vårdtillfällen in till patientregistret från psykiatrisk slutenvård. Med vårdtillfälle menas vårdkontakt i slutenvård. Första diagrammet visar hur vårdtillfällena fördelar sig på kön och ålder. I åldersgruppen 15–24 år utgör kvinnor en majoritet (60 procent). I åldrarna 25 år och uppåt är däremot män i majoritet. Vid en granskning av antal patienter ser fördelningen likadan ut.

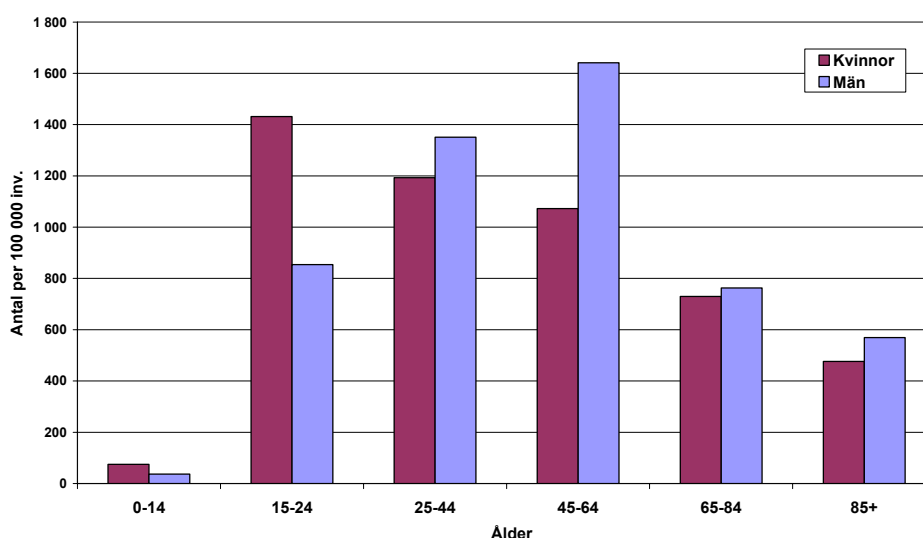


Diagram 1. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i psykiatrisk slutenvård 2006, uppdelat på åldersgrupp och kön

Diagram 2a och 2b visar antal vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård mellan 1998 och 2006, uppdelat på olika åldersgrupper för kvinnor respektive män. Bland kvinnor (diagram 2a) ses en markant ökning i åldersgruppen 15–24 år, en ökning från cirka 900 till 1 400 vårdtillfällen per 100 000. Utvecklingen är densamma sett till antal patienter.

Även för män ses en ökning i åldersgruppen 15–24 år (diagram 2b), dock inte lika påtaglig som för kvinnor. Antalet vårdtillfällen minskar något i åldersgruppen 25–44 år. I åldrarna 65 år och uppåt ses en minskning bland både kvinnor och män.

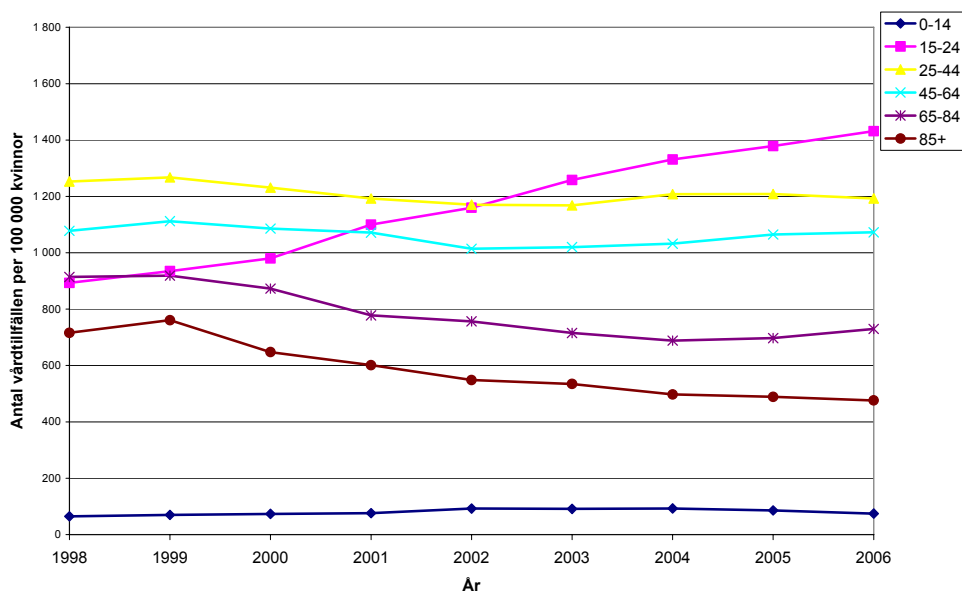


Diagram 2a. Antal vårdtillfällen per 100 000 kvinnor i psykiatrisk slutenvård. 1998–2006, uppdelat på åldersgrupp

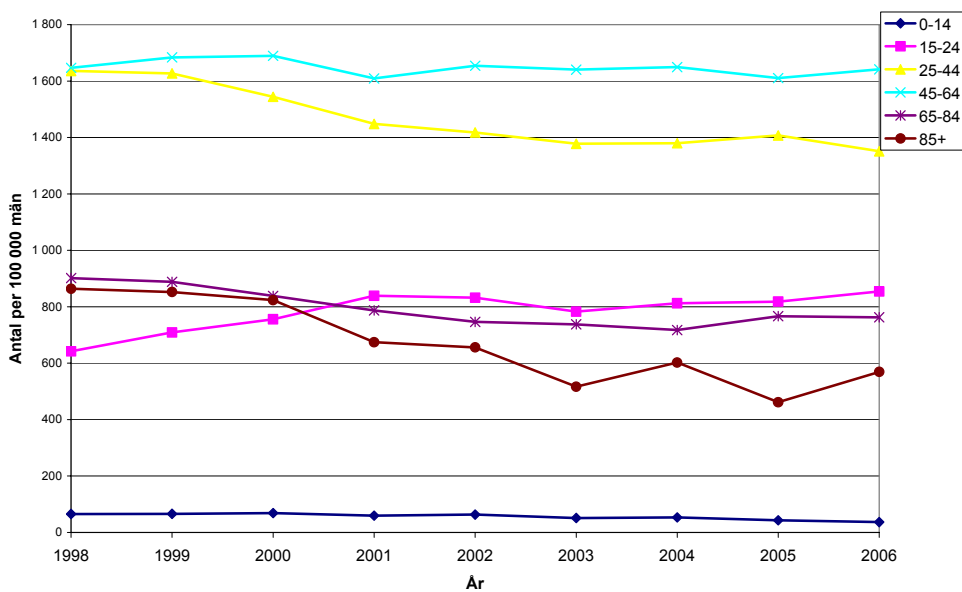


Diagram 2b. Antal vårdtillfällen per 100 000 män i psykiatrisk slutenvård. 1998–2006, uppdelat på åldersgrupp

Diagram 3 ger en bild av hur vårdtillfällena fördelades mellan olika lands-ting. Stockholm har flest antal vårdtillfällen per 100 000 invånare medan Jämtland har lägst antal bland landstingen. Vid en könsmässig uppdelning hamnar Stockholm högst både för kvinnor och för män. Stockholm ligger högst även sett till antal patienter per 100 000 invånare.

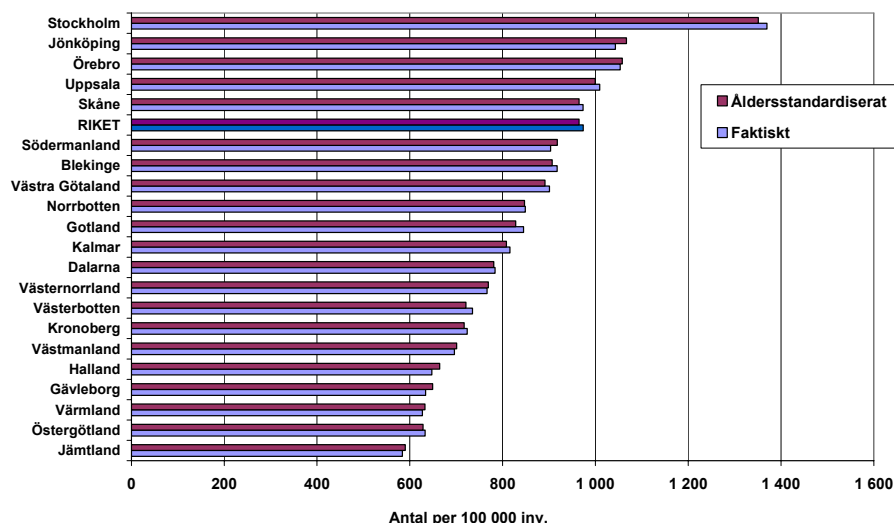


Diagram 3. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i psykiatrisk slutenvård 2006. Åldersstandardiserade respektive faktiska värden, uppdelade på landsting

2.1.2 Öppenvård

Från specialiserad psykiatrisk öppenvård rapporterades omkring 690 000 läkarbesök, vilket motsvarar runt 225 000 patienter.

Tabell 1. Antal läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2006 rapporterade till patientregistret respektive besöksstatistik enligt SKL:s verksamhetsstatistik (VI2000)

Antal läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2006			
Producerande landsting	Antal läkarbesök (patientregistret)	VI2000	Bortfall i patientregistret (jämfört med VI2000) (%)
Blekinge	0	10 181	100
Dalarna	13 562	20 496	34
Gotland	3 152	4 515	30
Gävleborg	11 539	14 794	22
Halland	18 015	19 700	9
Jämtland	5 186	5 478	5
Jönköping	14 941	22 675	34
Kalmar	16 142	16 038	0
Kronoberg	10 913	17 315	37
Norrbottn	7 941	11 172	29
Skåne	91 360	156 030	41
Stockholm	265 106	343 210	23
Södermanland	15 661	18 895	17
Uppsala	22 093	34 646	36
Värmland	1 261	16 421	92
Västerbotten	1 599	19 869	92
Västernorrland	8 382	12 773	34
Västmanland	15 272	18 919	19
Västra Götaland	122 314	120 635	0
Örebro	24 503	24 812	1
Östergötland	21 219	24 816	14
RIKET	690 161	933 390	26

Vid en jämförelse med den statistik som rapporteras till SKL saknas ett stort antal läkarbesök i rapporteringen till patientregistret, främst från privata vårdgivare. Tabell 1 ger en översikt över bortfallet i patientregistret jämfört med SKL:s verksamhetsstatistik. Uppgifterna baseras på det landsting där patienten vårdats (producerande landsting) och inte det landsting där patienten är folkbokförd. I övriga rapporten menas med landsting, om inget annat anges, det landsting där patienten är folkbokförd. Som synes är variationen mellan landstingen betydande.

Fördelningen av antal läkarbesök på kön och åldersgrupp presenteras i diagram 4. Kvinnor besöker öppenvården i större utsträckning än män i stort sett i alla åldersgrupper. Mönstret är detsamma sett till antal patienter.

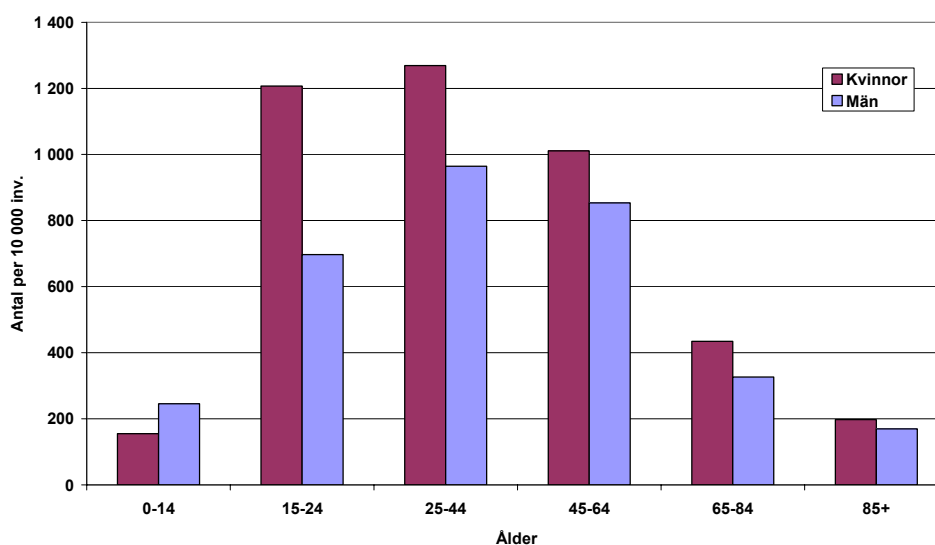


Diagram 4. Antal läkarbesök per 10 000 invånare i psykiatrisk öppenvård 2006, uppdelat på åldersgrupp och kön

Fördelningen av läkarbesök mellan landstingen 2006 visas i diagram 5. Flest läkarbesök har Stockholm, följt av Skåne och Örebro. Under åren 2001–2006 rapporterades flest läkarbesök per 10 000 invånare från Stockholms län varje år, detsamma gäller sett till antal patienter.

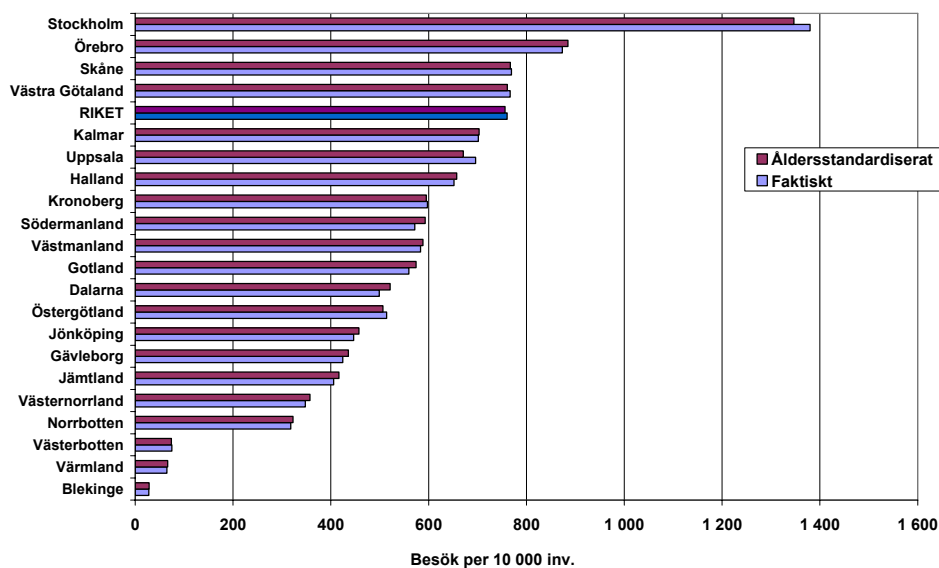


Diagram 5. Antal läkarbesök per 10 000 invånare i psykiatrisk öppenvård 2006
Aldersstandardiserade respektive faktiska värden, uppdelade på landsting

En uppdelning i antal läkarbesök per patient och åldersgrupp presenteras i diagram 6. I åldersgruppen 25–44 år dominerar 2–4 besök. I denna åldersgrupp är kvinnor i majoritet.

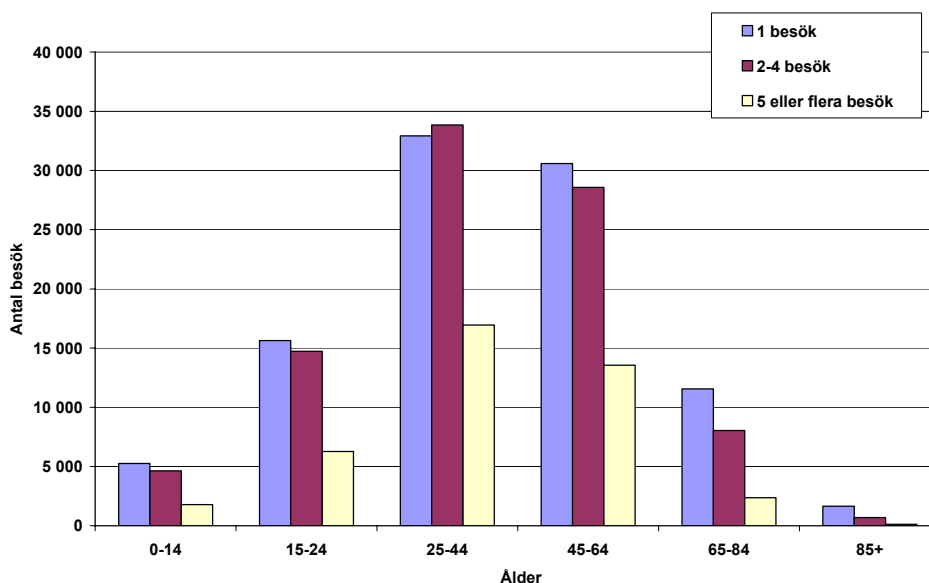


Diagram 6. Antal läkarbesök per patient i psykiatrisk öppenvård 2006, uppdelat på åldersgrupp

I diagram 7 presenteras en uppdelning av antal läkarbesök per patient på landstingsnivå. Vissa landsting, såsom Västerbotten och Östergötland har en större andel patienter med endast ett läkarbesök medan t.ex. Stockholm har en relativt hög andel patienter med flera läkarbesök. Av dessa är en majoritet av patienterna mellan 25 och 44 år.

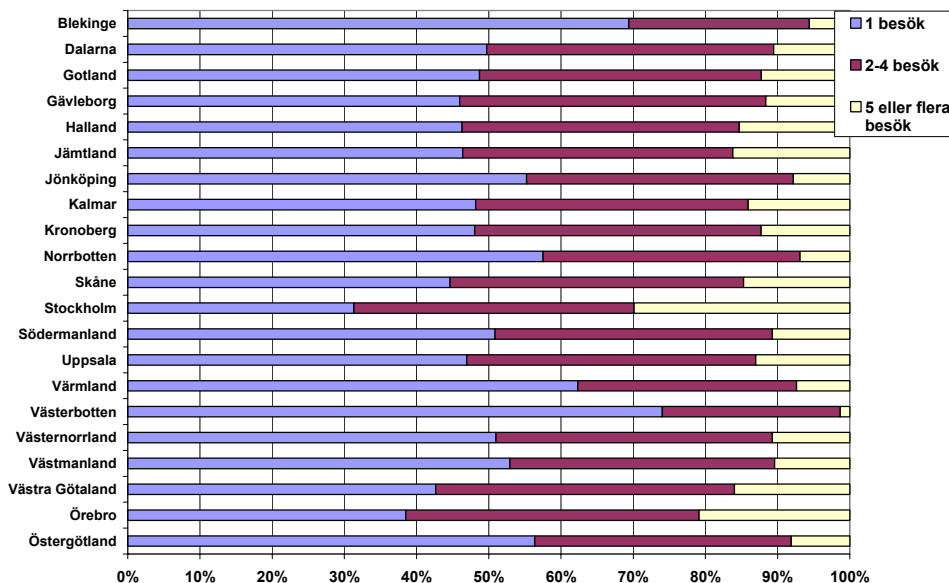


Diagram 7. Antal läkarbesök per patient i psykiatrisk öppenvård 2006, uppdelat på landsting

Sammantaget har Stockholm flest patienter, vårdtillfällen och läkarbesök och även flest besök per patient.

2.2 Inrapportering på diagnosnivå

2.2.1 DRG i den slutna psykiatriska vården

DRG står för Diagnosis Related Groups, och är ett system för att gruppera vårdtillfällen i större grupper än om dessa redovisas per diagnos. Vårdtillfällen i en viss grupp ska ha närliggande diagnoser och dessutom ska vårdkostnaden vara ungefär densamma⁵.

År 2002 tillsattes en projektgrupp vid Socialstyrelsen för att utveckla DRG-grupper i den psykiatriska vården. Först togs grupper fram för den slutna psykiatriska vården. Därefter togs grupper fram för den psykiatriska öppenvården. Inom öppenvården krävs det att man registrerar åtgärder. KVÅ, som står för Klassifikation av vårdåtgärder är en gemensam klassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården⁶. KVÅ blev obligatoriskt för inrapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister från och med 1 januari 2007. Innan rapportering av KVÅ-koder blev obligatoriskt var rapporteringen av åtgärds-koder i stort sett obefintlig i psykiatrisk öppenvård.

I stället för att presentera på diagnosnivå presenteras här vårdtillfällen från den slutna psykiatriska vården på DRG-nivå, medan öppenvården presenteras på diagnosnivå. I vissa fall har vi gjort ytterligare grupperingar för att enklare kunna presentera materialet.

Tabell 2 visar fördelningen mellan de DRG-grupper som ingår i kapitlet över psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende. Största andelen vårdtillfällen grupperas till DRG 436B (27,8 procent). Närmare 10 procent av vårdtillfallen hamnar i gruppen Övriga DRG. Av

dessa vårdtillfällen hamnar merparten, 5 460 vårdtillfällen i DRG 470 – Bristande eller felaktig information eller diagnos fattas. I tabellen presenteras även s.k. vikter hämtade från 2008 års viktlista. Betydelsen av vikter inom psykiatrin beskrivs närmare under kapitel 2.2.2.

*Tabell 2. DRG-fördelning för vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård 2006
 Tabellen visar även vikter hämtade från 2008 års viktlista*

DRG-grupp	Antal	Procent	Vikter 2008
426A Bipolära syndrom, 0–59 år	3 707	4,2	4,7664
426B Bipolära syndrom, över 59 år	1 296	1,5	3,3593
426C Övriga förstämningssyndrom, 0–59 år	8 985	10,2	3,5812
426D Övriga förstämningssyndrom, över 59 år	3 716	4,2	2,2675
427A Ängestsyndrom	4 569	5,2	2,8811
427B Maladaptiva stressreaktioner, icke akuta tillstånd	1 708	1,9	1,8211
427C Maladaptiva stressreaktioner, akuta tillstånd	2 732	3,1	2,1403
427D Icke-depressiva neuroser	239	0,3	0,9201
428N Personlighetsstörningar	4 051	4,6	4,8909
429A Organiska psyksyndrom, komplicerat	386	0,4	3,0793
429B Organiska psyksyndrom, ej komplicerat	1 378	1,6	3,8528
430A Schizofreni, 0–30 år	810	0,9	2,7810
430B Schizofreni, 31–59 år	4 594	5,2	9,4263
430C Schizofreni, över 59 år	825	0,9	6,7658
430D Långvariga psykoser, ej schizofreni	5 721	6,5	9,1224
430E Kortvariga psykoser, ej schizofreni	1 535	1,7	4,5215
430F Övriga psykotiska tillstånd	303	0,3	2,7555
431A Mental retardation	510	0,6	4,6298
431B Neuropsykiatriska tillstånd	1 290	1,5	4,9231
431C Övriga psykiatriska tillstånd som debuterar hos barn och ungdom	226	0,3	5,4174
432A Ätstörningar	1 380	1,6	2,0523
432B Övriga specificerade psykiska störningar	489	0,6	3,2187
432C Ospecificerade psykiska störningar	1 445	1,6	3,7679
436A Missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos, komplicerat	1 843	2,1	0,8517
436B Missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos, ej komplicerat	24 543	27,8	0,7325
436C Missbruk eller beroende av alkohol/droger med psykos eller personlighetsstörning	2 451	2,8	0,6085
Övriga DRG för psykiatriska vårdtillfällen	7 669	8,7	-
Totalt	88 401	100,0	-

I diagram 8 har vi gjort ytterligare en gruppering. Diagrammet ger en översiktlig bild av hur DRG-grupperna fördelas könsmässigt och åldersmässigt. Totalt saknas uppgift om ålder för 116 vårdtillfällen.

I gruppen Kvinnor 0–29 år hamnar flest vårdtillfällen i gruppen Övriga DRG. Bland dessa vårdas en stor del, 25 procent, för ätstörningar (DRG 432A). I gruppen Kvinnor 30–59 år vårdas flest patienter för bipolära syndrom (DRG 426B) eller schizofreni/psykoser (DRG 430A-F). En stor del i gruppen Kvinnor 60 år och äldre vårdas för förstämningssyndrom (DRG 426D) eller ängestsyndrom (DRG 427A). Vård för bipolära syndrom (DRG 426B) och vård för schizofreni/psykoser (DRG 430A-F) är också vanligt förekommande i den här åldersgruppen.

Bland männen dominerar DRG-grupperna för missbruk (436A-C) i alla åldersgrupper. En stor del av männen i åldern 0–29 år vårdas i gruppen Övriga DRG. Av dessa utgörs omkring 20 procent av neuropsykiatriska tillstånd (DRG 431B). En klar majoritet av männen i åldern 30–59 år vårdas

för missbruk (DRG 436A-C), främst missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos – okomplicerat (DRG 436B). Andra vanligt förekommande diagnosgrupper för män 30–59 år är schizofreni (DRG 430B) och övriga förstämningssyndrom (DRG 426C). Efter missbruk vårdas män över 60 år i störst utsträckning för övriga förstämningssyndrom (DRG 426D) och organiska psyksyndrom (DRG 429B).

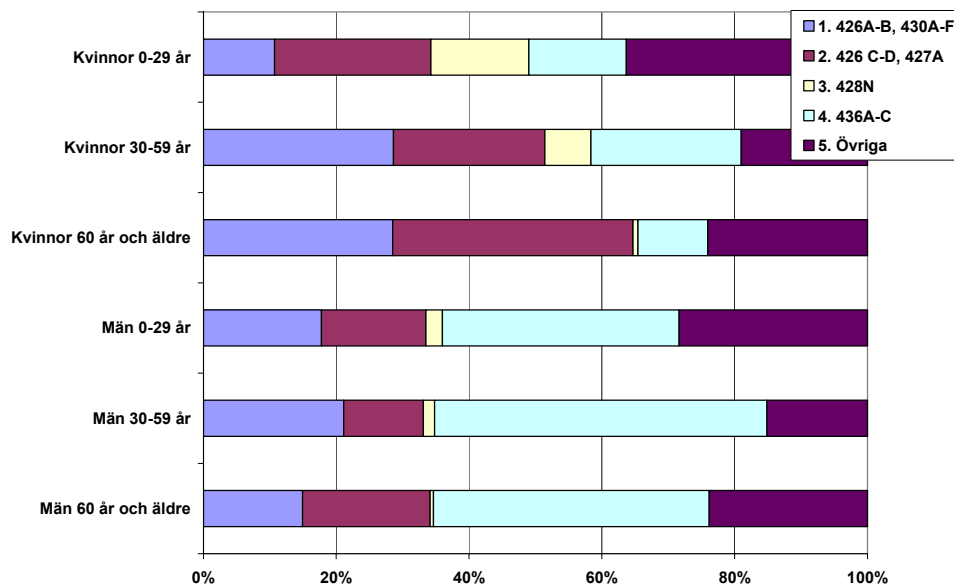


Diagram 8. Fördelning av DRG-grupper i psykiatrisk slutenvård 2006, uppdelat kön och ålder, där 1=bipolära syndrom och schizofreni/psykossjukdom, 2=förstämningssyndrom och ångest, 3=personlighetsstörningar, 4=missbruk, 5=övriga.

Sammantaget ser sjukdomspanoramata inom psykiatrin olika ut för män och kvinnor. Det gäller även vid en granskning över tid och i olika åldersgrupper.

2.2.2 DRG-vikter

En DRG-vikt är ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient inom respektive DRG. En hög vikt indikerar högre kostnader, dvs. mera vårdkrävande patienter. För att vikterna ska bli representativa krävs att kostnadsberäkningarna görs på stora patientmaterial. Vikterna tas fram av SKL i samarbete med Socialstyrelsen. Beräkningen utgår från genomsnittskostnaden för alla vårdtillfällen, både somatiska och psykiatriska, i en databas och anges som DRG-vikt 1,0. Vikten för varje DRG fås genom att dividera dess medelkostnad med kostnaden som motsvarar DRG-vikten 1,0. Det finns olika viktlistor beroende på ändamål. De vikter som används i rapporten är 2008 års prospektiva vikter, beräknade på 2006 års kostnadsdatabas. För övriga DRG-grupper har vi använt viktlistan för NordDRG fullversion. I tabell 2 presenteras vikter för respektive DRG i psykiatrisk slutenvård.

I diagram 9 presenteras genomsnittsvikter per landsting. Materialet bygger på Patientregistret för slutenvård 2006 och är framtaget per produceran-

de landsting, dvs. baserat på landstinget där patienten fått vård. Ett genomsnittligt vårdtillfälle i den psykiatriska slutenvården har mer än dubbelt så hög vikt som ett genomsnittligt vårdtillfälle inom den somatiska slutenvården. Gävleborg är det landsting som har högst genomsnittsvikt, vilket indikerar mera vårdkrävande patienter, medan Stockholm hamnar lägst på listan. En vidare granskning av DRG-fördelningen i Stockholm visar att en stor andel (cirka 40 procent) utgörs av DRG 436B – en missbruksgrupp utan psykos och utan komplikationer, vilken är en grupp med relativt låg vikt. I Gävleborg återfinns flest vårdtillfällen i DRG 426C, följt av DRG 430B.

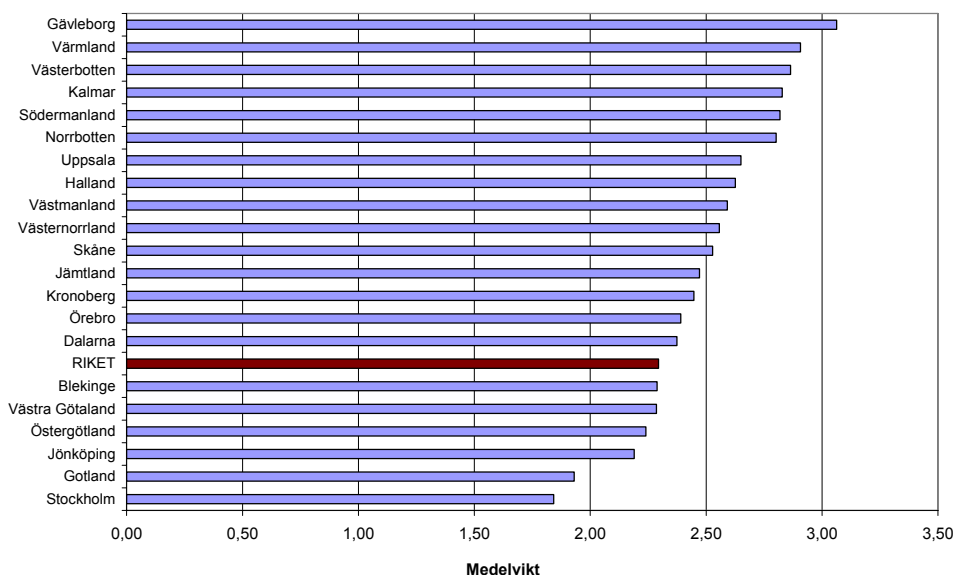


Diagram 9. Genomsnittsvikt per producerande landsting

2.2.3 Diagnoser i specialiserad psykiatrisk öppenvård

Diagram 10 visar fördelningen av de vanligaste huvuddiagnoserna rapporterade från psykiatrisk öppenvård. Bland de vanligast förekommande diagnoserna ses schizofreni, bipolär sjukdom, depressiva episoder och ångestsyndrom. Diagnosbortfallet är fortfarande stort i psykiatrisk öppenvård, vilket kommenteras närmare under rubriken 2.5. Diagnoskoderna finns i klartext i bilaga 2. Utöver de koder som presenteras i diagram 10 förekommer koden F10 (Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol) också i hög utsträckning.

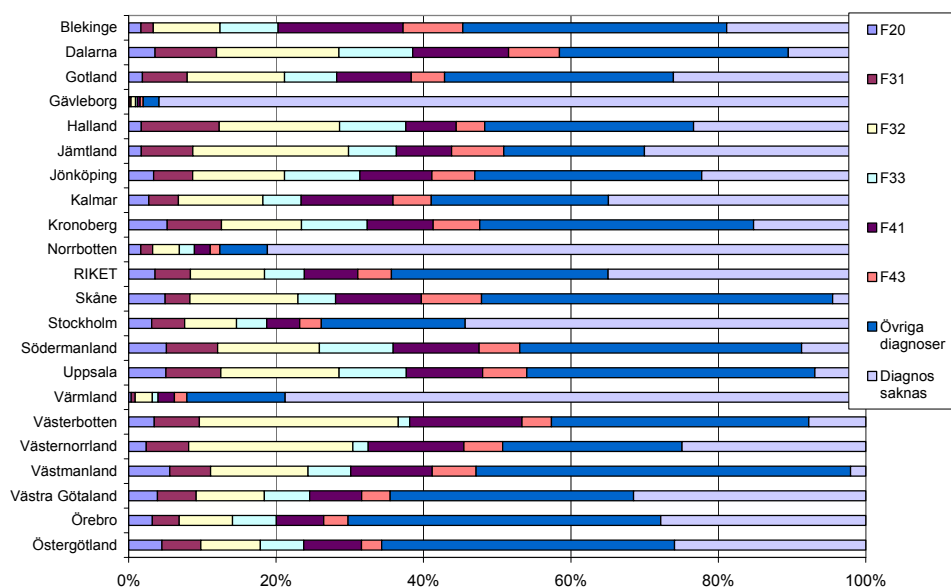


Diagram 10. Fördelning av huvuddiagnos i psykiatrisk öppenvård 2006, uppdelat på landsting

2.3 Öppenvårdsbesök och födelse land

För att belysa vårdutnyttjandet ur så många perspektiv som möjligt har vi även gjort en uppdelning på födelse land och utbildningsnivå. I diagram 11 visas en uppdelning på födelse land för kvinnor. Diagram 12 visar motsvarande för män. Av kvinnor födda i Finland har en hög andel besökt den psykiatriska öppenvården, speciellt i åldersgrupperna 15–24 år och 25–44 år.

En granskning av dessa kvinnors huvuddiagnos visar att en stor del har vårdats för förstämningssyndrom. I åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år har en hög andel av kvinnor födda i ”övriga världen”, företrädesvis forna Jugoslavien och Östeuropa besökt öppenvården. Av dessa kvinnor har åtskilliga vårdats för förstämningssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom.

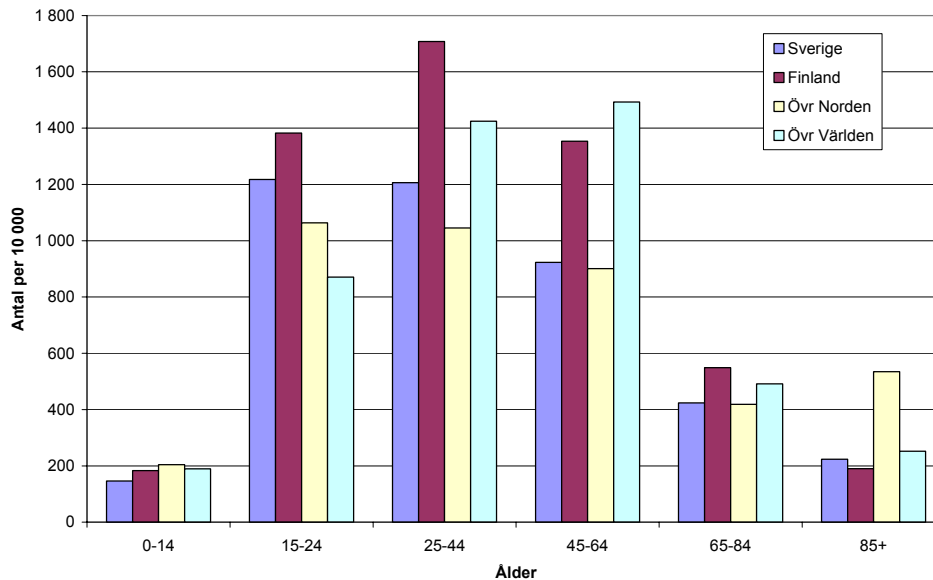


Diagram 11. Antal läkarbesök för kvinnor i psykiatrisk öppenvård per 10 000 invånare 2006, uppdelat på födelse land
 Källa: Patientregistret - Socialstyrelsen, LISA (2005) - SCB

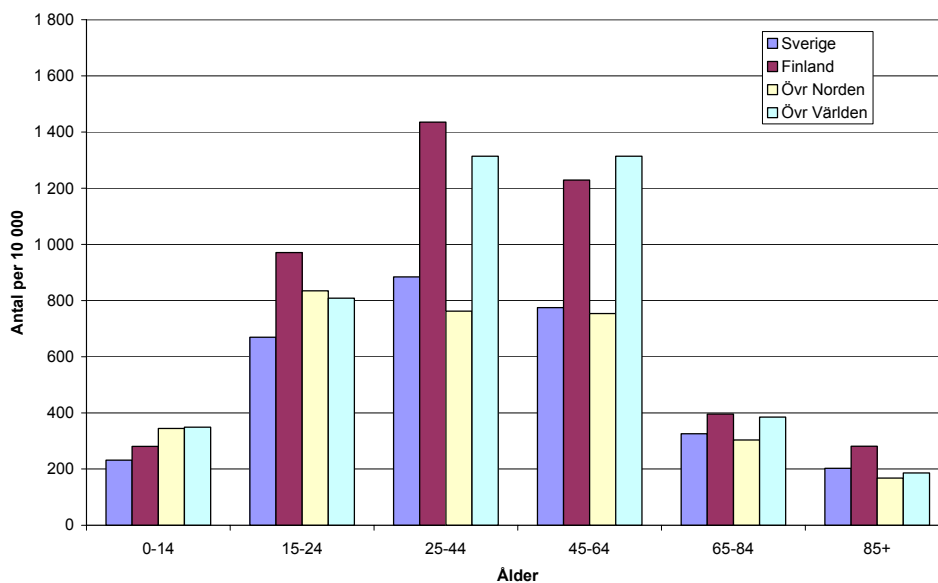


Diagram 12. Antal läkarbesök för män i psykiatrisk öppenvård per 10 000 invånare 2006, uppdelat på födelse land
 Källa: Patientregistret - Socialstyrelsen, LISA (2005) – SCB

Av män födda i Finland har en hög andel besökt den psykiatriska öppenvården (diagram 12). En stor andel av dessa män har vårdats för missbruk. Bland män födda i ”övriga världen”, företrädesvis Iran och Irak, har en stor andel vårdats för posttraumatiskt stressyndrom.

2.4 Utbildningsnivå

I rapporten undersöks utbildningsnivå för individer mellan 45 och 74 år. En låg utbildningsnivå motsvarar grundskola, mellannivå motsvarar gymnasium medan hög utbildningsnivå motsvarar eftergymnasial utbildning.

I psykiatrisk öppenvård fördelades antalet patienter enligt diagram 13.

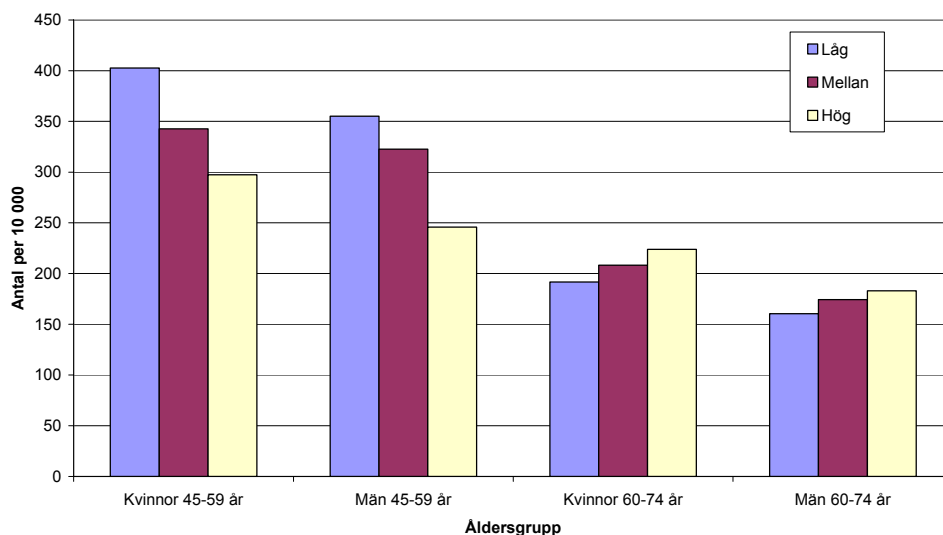


Diagram 13. Antal patienter per 10 000 invånare med läkarbesök i psykiatrisk öppenvård, uppdelat på åldersgrupp och utbildningsnivå

Källa: Patientregistret - Socialstyrelsen, LISA (2005) - SCB

För både kvinnor och män saknades uppgift om utbildning för närmare 1200 patienter. I åldersgruppen 45–59 år syns ett negativt samband mellan utbildningsnivå och antal patienter för både kvinnor och män, ju högre utbildningsnivå desto färre patienter. I åldersgruppen 60–74 år är sambandet det omvända, ju högre utbildning, desto fler patienter. Vid en motsvarande granskning av *antal besök* i psykiatrisk öppenvård är sambanden desamma. Det är dock viktigt att poängtera att lika gärna som utbildningsnivån kan leda till en viss nivå av psykiatrisk vård, kan psykiatrisk sjukdom i sig leda till begränsade möjligheter till utbildning.

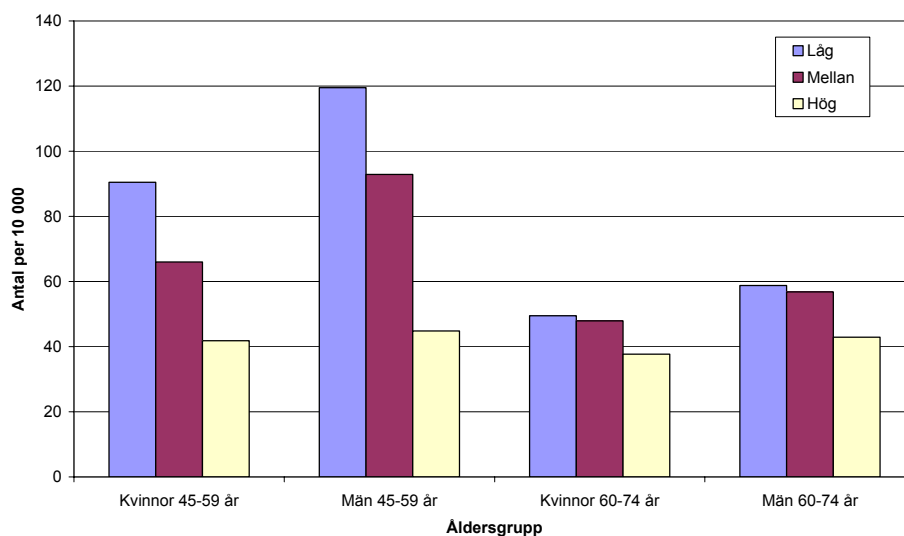


Diagram 14. Antal patienter i psykiatrisk slutenvård, uppdelat på åldersgrupp och utbildningsnivå

Källa: Patientregistret - Socialstyrelsen, LISA (2005) - SCB

Motsvarande analys av vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård presenteras i diagram 14. I samtliga undergrupper syns ett negativt samband mellan utbildning och vård i slutenvård, ju lägre utbildning desto fler patienter. Mönstret är detsamma vid en granskning av antal vårdtillfällen.

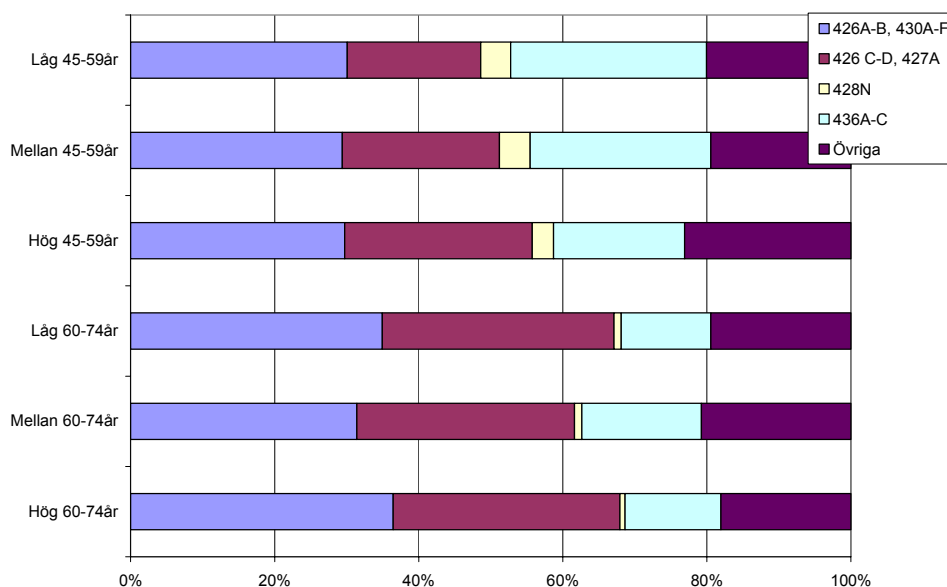


Diagram 15. DRG-fördelning - kvinnor, uppdelat på utbildningsnivå och ålder

Källa: Patientregistret - Socialstyrelsen, LISA (2005) - SCB

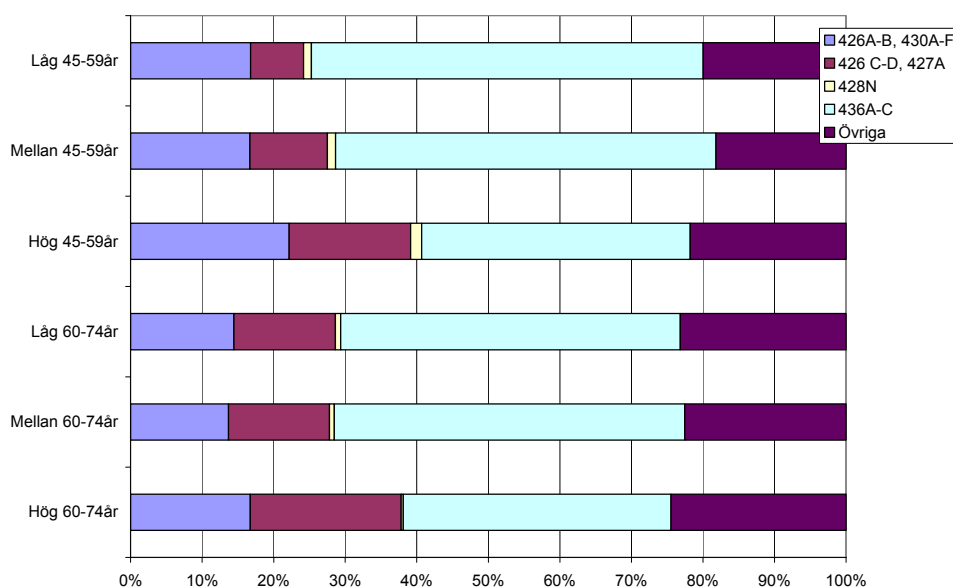


Diagram 16. DRG-fördelning - män, uppdelat på utbildningsnivå och ålder
Källa: Patientregistret - Socialstyrelsen, LISA (2005) - SCB

Vid en granskning av DRG-fördelning uppdelad på kön, utbildningsnivå och ålder är förekomsten av bipolär sjukdom och schizofreni/psykossjukdom hög både bland hög- och lågutbildade kvinnor (diagram 15). Missbruk förekommer i högre utsträckning bland lågutbildade kvinnor i åldersgruppen 45–59 år. En motsvarande granskning för män visar att missbruk förekommer i hög utsträckning i alla grupper, dock något mer bland lågutbildade män (diagram 16). Förekomsten av bipolär sjukdom och schizofreni/psykossjukdom är högre bland högutbildade män än övriga grupper.

2.5 Registerkvalitet

2.5.1 Diagnoskvalitet

I patientregistret registreras diagnoser med hjälp av de svenska klassifikationer som bygger på WHO:s internationella sjukdomsklassifikationer International Classification of Diseases (ICD). Sedan 1997 används version 10 av ICD⁷. Inom psykiatri används även ett annat klassifikationssystem – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). DSM-IV är en manual som publiceras av American Psychiatric Association och som täcker psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar. IV indikerar att det är den fjärde utgåvan (upplagan) av manualen. Från och med 2007 tas även DSM-koder in till patientregistret. Ett projekt med syfte att skapa en konvertering från DSM IV till ICD-10 pågår och beräknas vara avslutat under hösten 2008.

Diagnoskvaliteten varierar i landstingen (diagram 17a-17b). I rapporten granskas genomgående konsumerad vård, vilket innebär att uttagen bygger på patientens hemlandsting (det landsting där patienten är folkbokförd). Det finns en stor spännvidd, där uppgifterna från psykiatri hos en del landsting

är av god kvalitet medan uppgifterna från andra landsting är mycket bristfälliga.

Av vårdtillfällena i psykiatrisk slutenvård saknade år 2006 6,0 procent (5 397 vårdtillfällen) diagnosuppgift. Västernorrland var det landsting som hade störst bortfall, följt av Stockholm och Dalarna (diagram 17a). Bortfallet varierade 2006 mellan 0,5 och 14,9 procent.

Totalt saknade 1 588 vårdtillfällen uppgift om hemort.

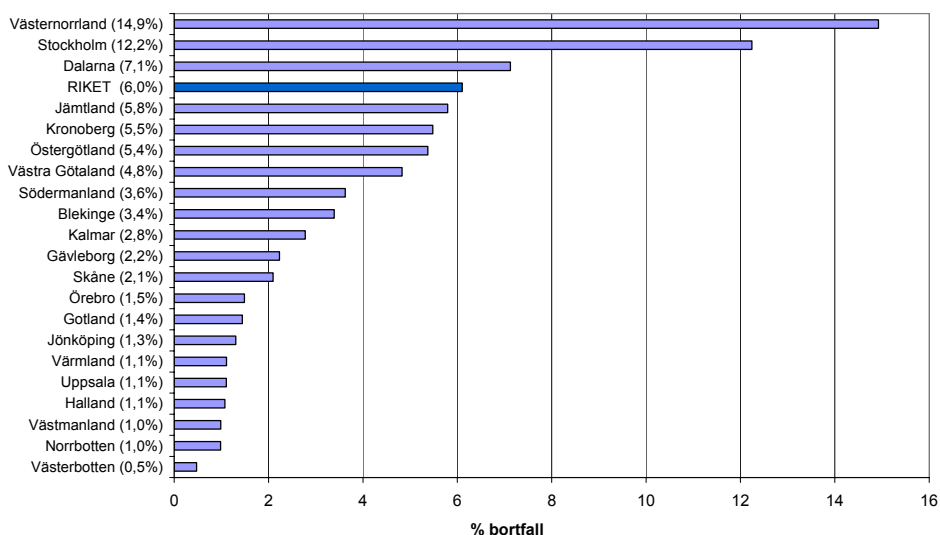


Diagram 17a. Diagnosbortfall i psykiatrisk slutenvård 2006

I psykiatrisk öppenvård var diagnosbortfallet betydligt större. I riket saknade 35,1 procent (242 236 läkarbesök) uppgift om diagnos. Bland landstingen varierade bortfallet mellan 2,1 och 95,6 procent 2006 (diagram 17b). Av de läkarbesök som rapporterades i psykiatrisk öppenvård saknade närmare 8 000 uppgift om hemort.

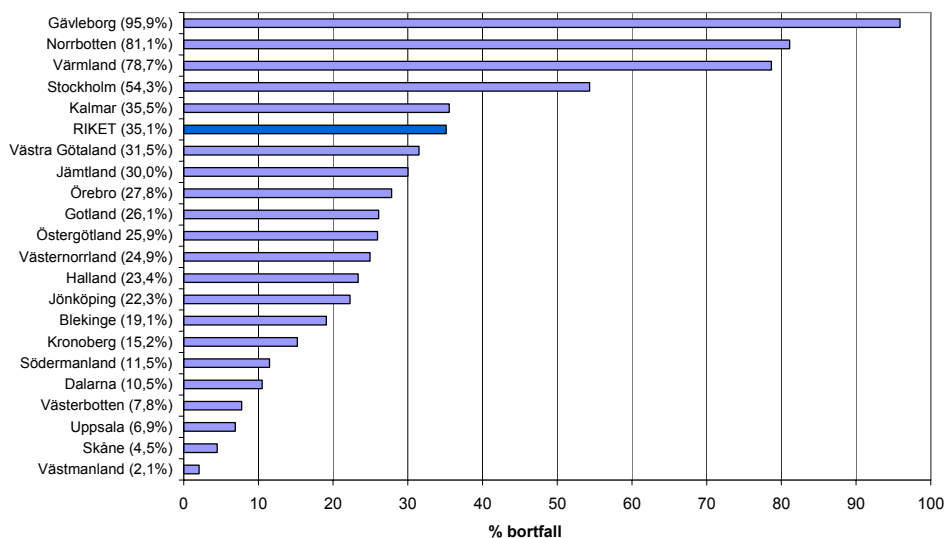


Diagram 17b. Diagnosbortfall i psykiatrisk öppenvård 2006

Diagnosbortfallet fortsätter att minska jämfört med tidigare år. Diagram 18 visar att bortfallet i öppenvården årligen har minskat i riket. År 2001, då landstingen började rapportera från specialiserad psykiatrisk öppenvård var bortfallet 100 procent i vissa landsting.

I slutenvården har bortfallet varit relativt oförändrat. 1998 saknade 8 procent av vårdtillfällena uppgift om diagnos.

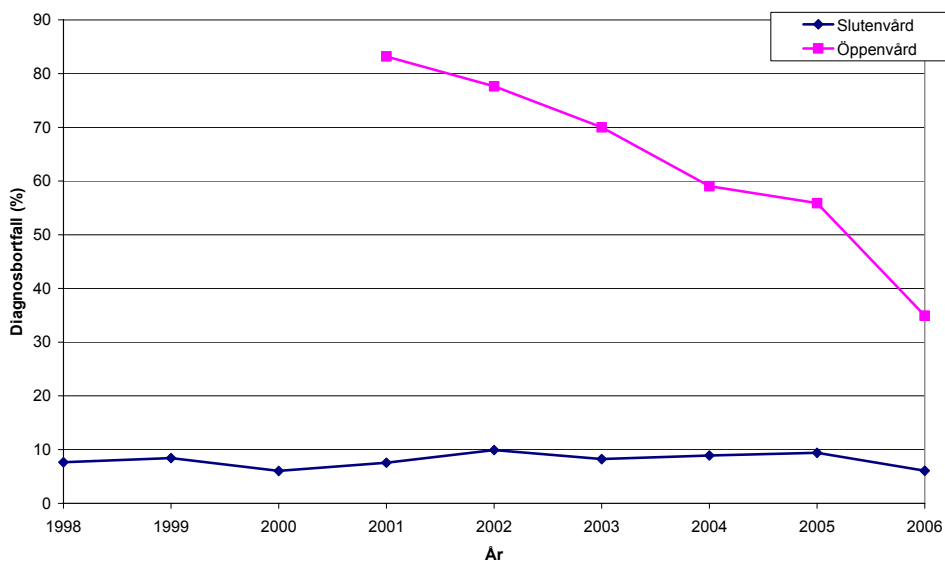


Diagram 18. Diagnosbortfall i psykiatrisk sluten- respektive öppenvård 1998(2001)–2006

2.5.2 Rapportering av psykiatrisk vårdform

Om tvångsvård ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), ska detta rapporteras till patientregistret. Här är bortfallet stort och kvaliteten i det som rapporteras är svår att kontrollera. Diagram 19 visar hur de olika vårdtillfällena för variabeln för psykiatrisk vårdform fördelas på landstingsnivå. I flera landsting är bortfallet stort.

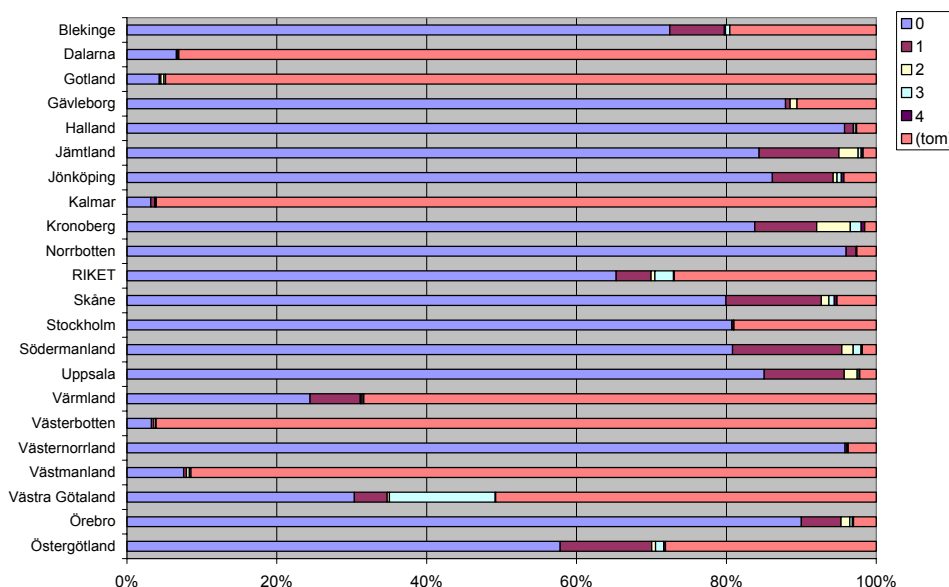


Diagram 19. Rapportering om psykiatrisk vårdform i psykiatrisk slutenvård 2006, där koderna står för: 0=Frivillig, 1=Tvångsvård ej konverterad enligt 6b§LPT, 2=Tvångsvårdad konverterad patient enligt 6b§LPT, 3=Patient vårdad enligt LRV med särskild utskrivningsprövning och 4=Patient vårdad enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

2.5.3 Rapportering av planerad respektive oplanerad vård

I patientregistret finns både i sluten- och öppenvården en variabel för planerad vård. Här ska anges huruvida intagning har överenskommit i förväg eller inte.

Kalmars stora bortfall beror på att landstinget under året bytte journalsystem och hade problem med inrapporteringen.

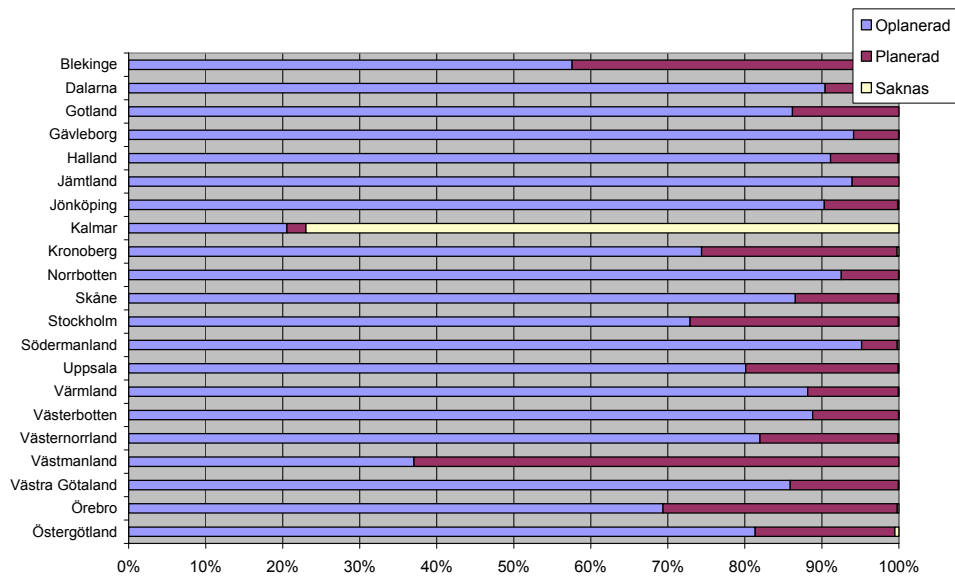


Diagram 20. Fördelning av planerad/oplanerad vård i psykiatrisk slutenvård 2006

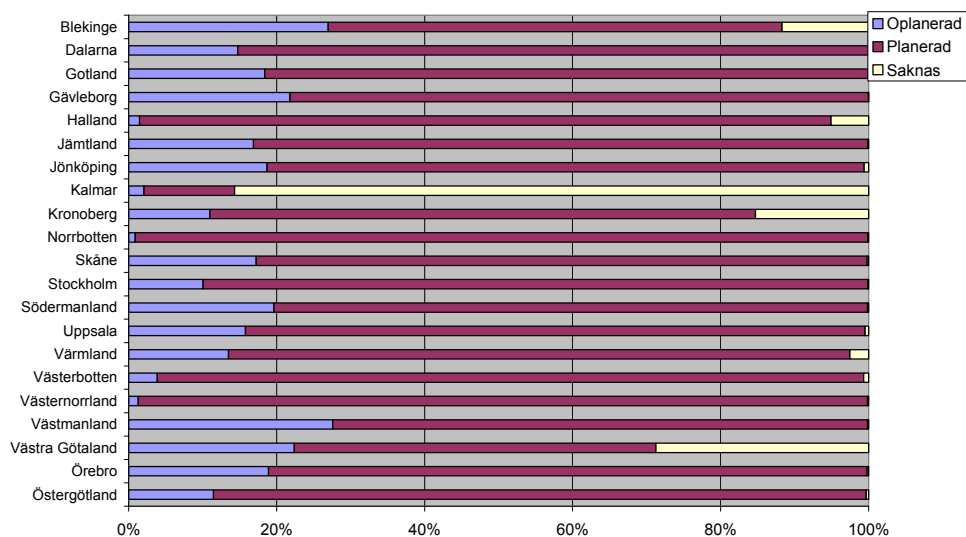


Diagram 21. Fördelning av planerad/oplanerad vård i psykiatrisk öppenvård 2006

2.6 Genomsnittlig vårdtid i psykiatrisk slutenvård

Vid beskrivning av genomsnittlig vårdtid presenteras ofta både medelvårdtid och medianvårdtid tillsammans för att ge en mera korrekt bild, eftersom vissa vårdtillfällen kan ha extremt långa vårdtider. I DRG-sammanhang, vid beräkning av vikter brukar vårdtillfällen med extrema vårdtider exkluderas vid sammanställningar genom s.k. trimning. Dessa vårdtillfällen benämns då ytterfall, medan övriga benämns innerfall. Graden av trimning kan variera, vid framställning av psykiatrivikter trimmas fem procent av ytterfallen bort.

Diagram 22 beskriver medel- och medianvårdtiden per vårdtillfälle per psykiatrisk DRG-grupp 2006. Diagrammet innehåller både ytter- och innerfall. DRG 430A, gruppen för unga patienter med schizofreni, har med 78 dagar den längsta medelvårdtiden (medianvårdtiden uppgår till 15 dagar). Vid en femprocentig trimning får DRG 430A istället en genomsnittlig vårdtid på 28 dagar.

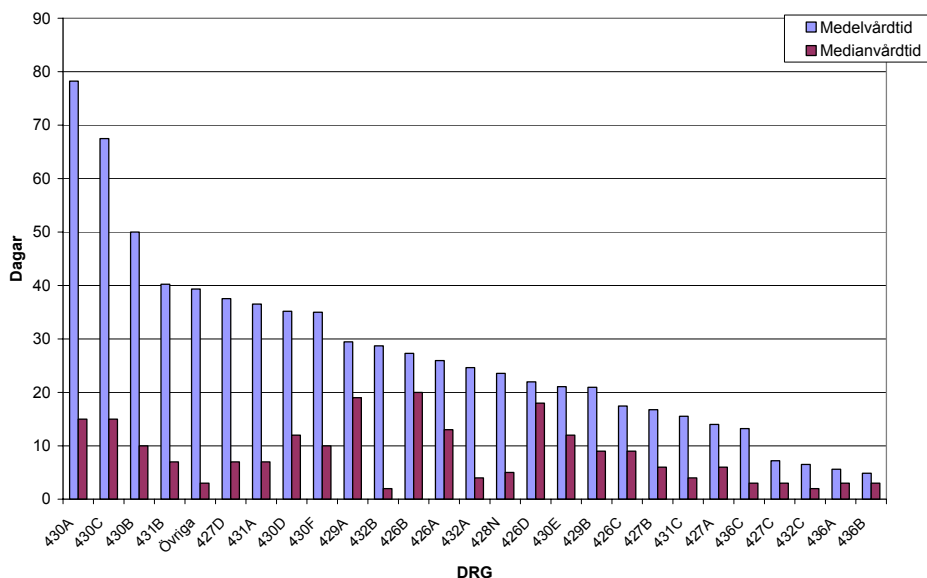


Diagram 22. Medelvårdtid och medianvårdtid per psykiatrisk DRG-grupp 2006

En analys av vårdtid för schizofreni och psykossjukdom presenteras i diagram 23. Vårdtiden varierar, i vissa landsting såsom Västmanland är en stor andel av vårdtillfällena korta (1–13 dagar).

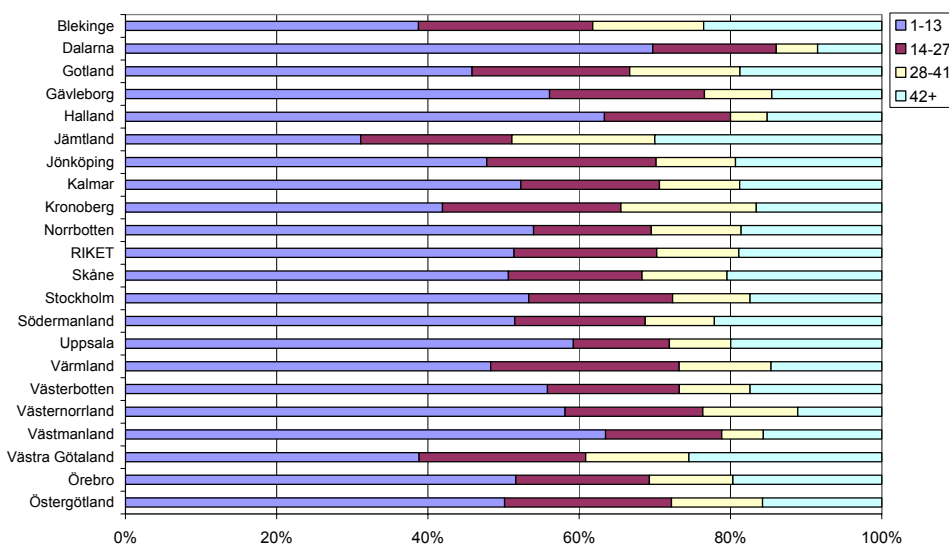


Diagram 23. Vård dagar (andel) för schizofreni och psykossjukdomar rapporterade från psykiatrisk slutenvård 2006

I diagrammen 24–26 presenteras den genomsnittliga vårdtiden för tre olika psykiska sjukdomar uppdelat på landsting. För respektive sjukdom redovisas medel- och medianvårdtid både per vårdtillfälle och per patient.

Något som bör beaktas vid granskning av genomsnittlig vårdtid är att praxis skiljer sig mellan landstingen när det gäller patienter som tvångsvårdas och ges permission. I vissa landsting skrivs patienten ut vid permission, vilket leder till ett högre antal vårdtillfällen. Andra landsting fortsätter att ha patienten inskriven vid permission vilket leder till längre och färre vårdtillfällen.

En granskning av den genomsnittliga vårdtiden för schizofreni visar att Kronoberg har den längsta medelvårdtiden, både vad gäller per patient och per vårdtillfälle. Därefter följer Norrbotten, Södermanland och Gävleborg. Om man istället studerar medianvårdtid per vårdtillfälle respektive patient hamnar istället Jämtland högst med en medianvårdtid på 28 dagar per vårdtillfälle (33 dagar per patient), följt av Blekinge med 23 dagar per vårdtillfälle (26 dagar per patient).

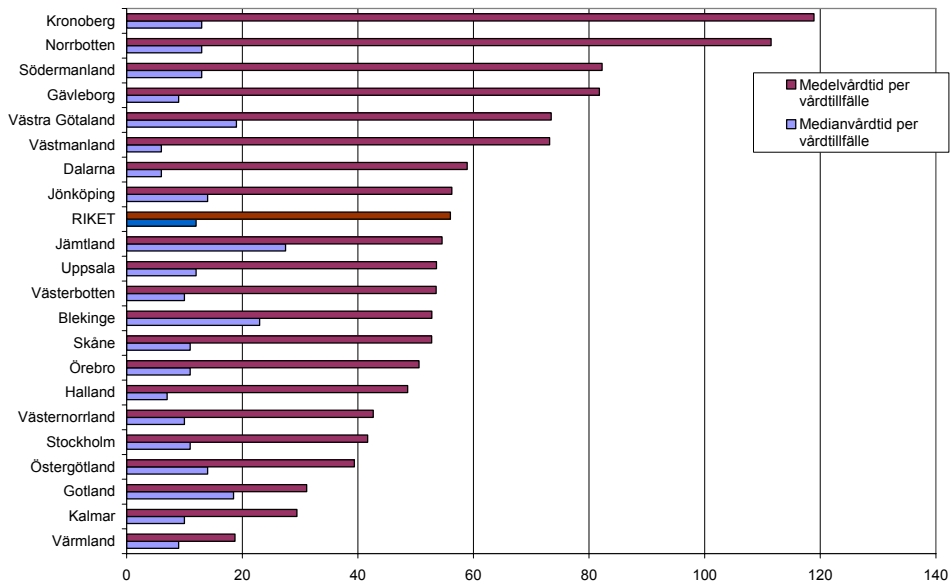


Diagram 24a. Medelvårdtid respektive medianvårdtid per vårdtillfälle, för patienter vårdade för schizofreni 2006, uppdelat på hemlandsting

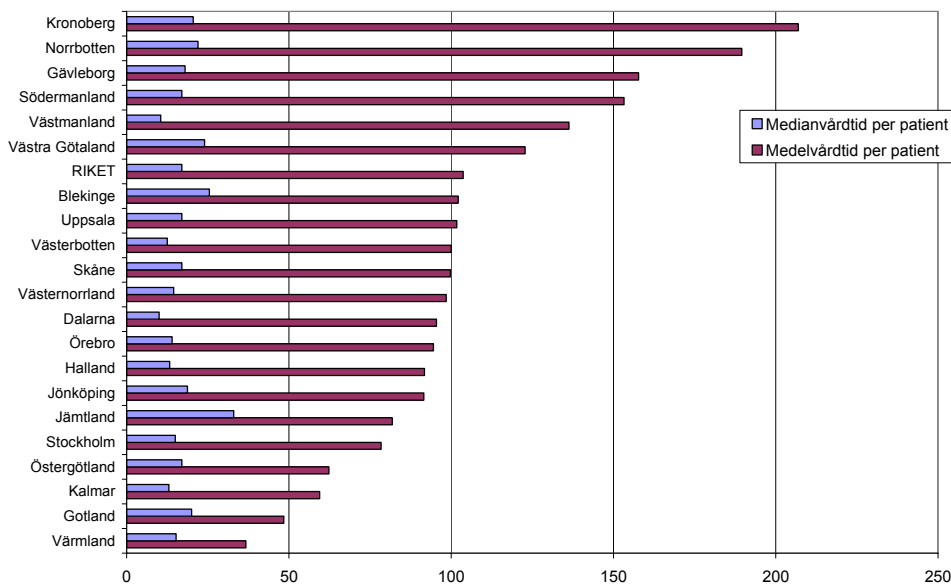


Diagram 24b. Medelvårdtid respektive medianvårdtid per patient, för patienter vårdade för schizofreni 2006, uppdelat på hemlandsting

I diagram 25a och 25b redovisas genomsnittlig vårdtid för psykos. Jämtland hamnar högst både vad gäller medelvårdtid och medianvårdtid.

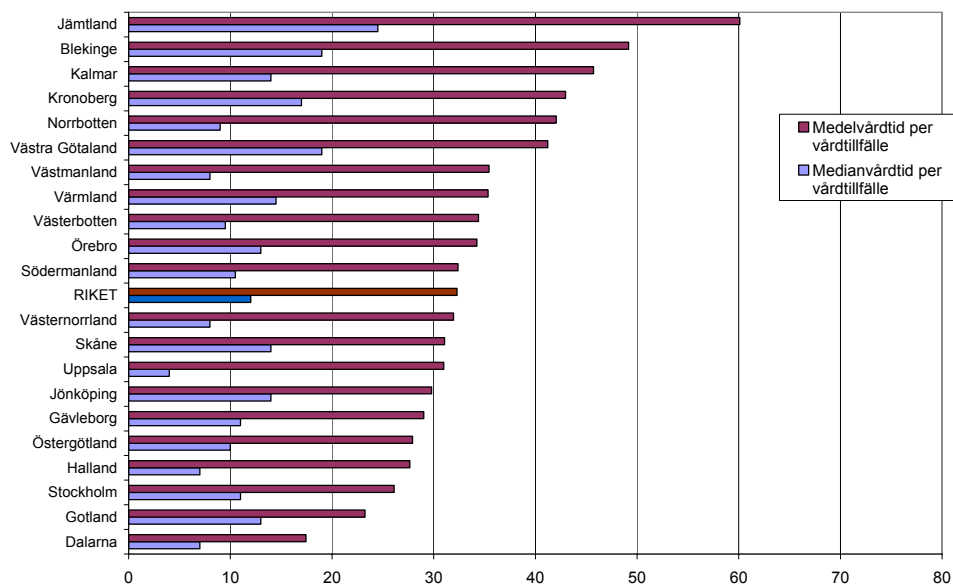


Diagram 25a. Medelvårdtid respektive medianvårdtid per vårdtillfälle, för patienter vårdade för psykos 2006, uppdelat på hemlandsting

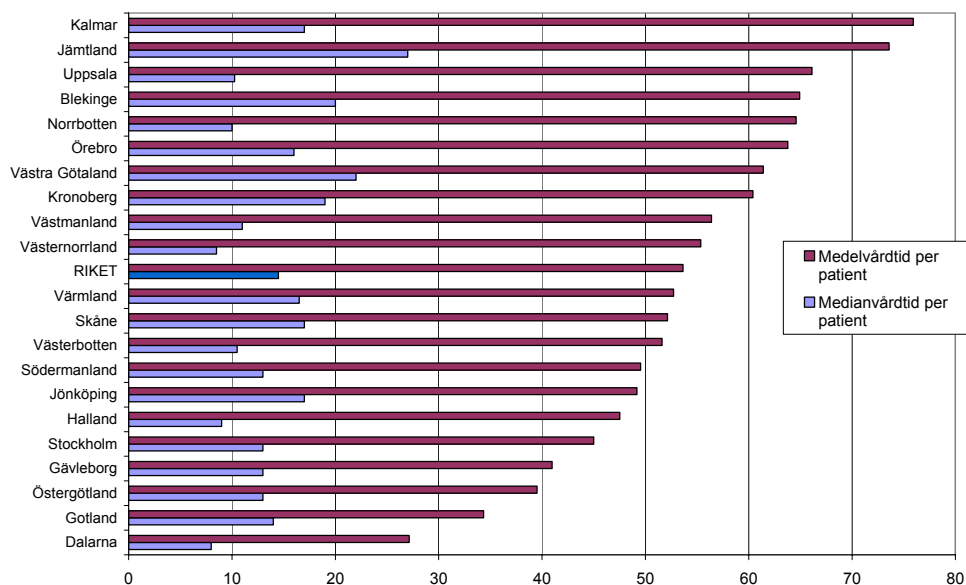


Diagram 25b. Medelvårdtid respektive medianvårdtid per patient, för patienter vårdade för psykos 2006, uppdelat på hemlandsting

Fördelningen för genomsnittlig vård för bipolär sjukdom presenteras i diagram 26a och 26b. Sett till medelvårdtid hamnar Jämtland och Västernorrland högst. En granskning av medianvårdtid visar däremot att Blekinge har längsta vårdtiden, både per vårdtillfälle och per patient.

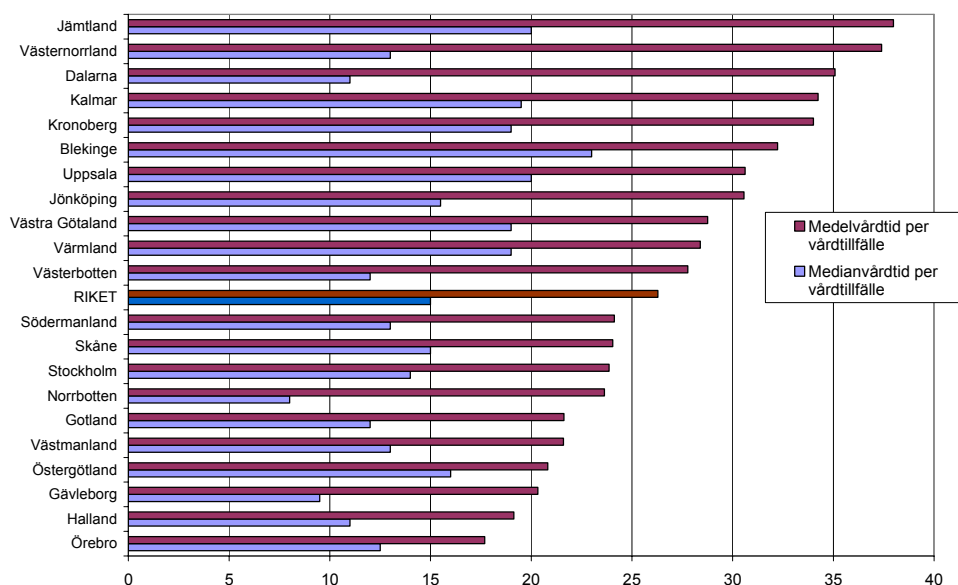


Diagram 26a. Medelvårdtid respektive medianvårdtid per vårdtillfälle, för patienter vårdade för bipolär sjukdom 2006, uppdelat på hemlandsting

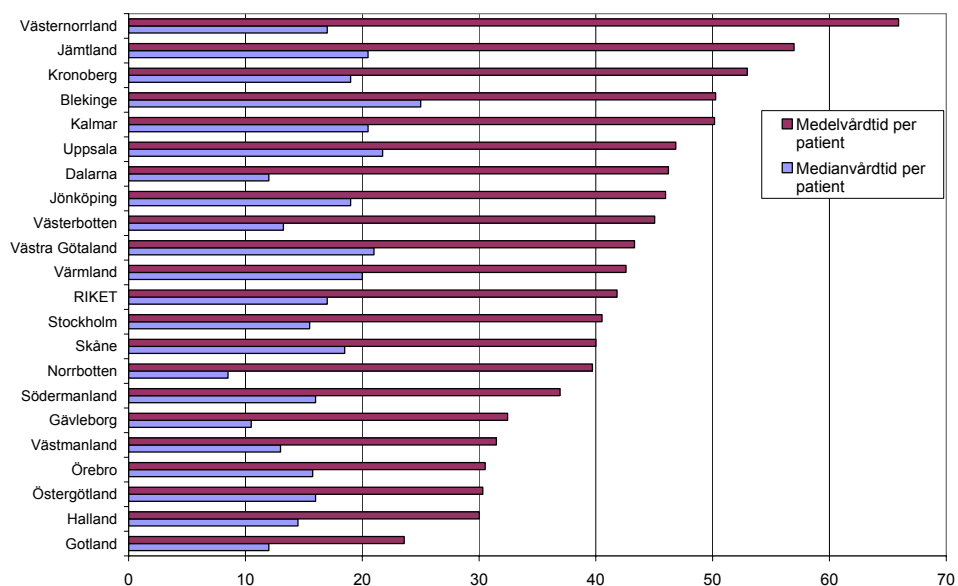


Diagram 26b. Medelvårdtid respektive medianvårdtid per patient, för patienter vårdade för bipolär sjukdom 2006, uppdelat på hemlandsting

2.7 Läkemedel och patienter i psykiatri

2.7.1 Introduktion till läkemedelsregistret

De flesta patienter med psykiatriska besvär behandlas inom primärvården. Då vi idag inte har något nationellt hälsodataregister över primärvården är läkemedelsregistret en möjlig källa för att skatta förekomsten av några av våra vanligaste psykiatriska sjukdomar och psykiatriska besvär. Vi kommer att belysa detta med två exempel, antidepressiva läkemedel samt sömnmedel och lugnande medel. Man kan även tänka sig att läkemedelsregistret skulle kunna ge en uppfattning om hur många som står på stämningsstabiliserande läkemedel t.ex. litiumbehandling, neuroleptika, eller hur många som behandlas med medel mot hyperaktivitetsstörning.

2.7.2 Läkemedelsregistret – beskrivning, bortfall och kvalitet

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats mot recept eller motsvarande på apotek från 1999 och framåt. Registret innehåller uppgifter om den expedierade varan (identitet, mängd, pris) och datum för expedition. Patientens kön, ålder och folkbokföringsort finns i registret och från 1 juli 2005 även personnummer. Uppgift om dosering finns men i en form som för närvarande inte medger statistisk bearbetning. Förskrivningsorsak finns inte. Antalet expedierade recept är cirka 90 miljoner per år

Alla expedieringar på apotek registreras men när receptförsäljningen fördelas på kön, ålder eller folkbokföringsort uppkommer ett bortfall beroende på ofullständig eller felaktig registrering av uppgifter. Bortfallet av personnummer är cirka 0,3 procent och folkbokföringsort cirka 0,6 procent.

Det finns uppgifter om förskrivarens yrke (läkare, tandläkare, etc.) och specialistutbildning, liksom om vissa egenskaper hos den arbetsplats från vilken förskrivningen har skett (ägarform, vårdform, verksamhetsinriktning). Ingen identifikation av förskrivare eller arbetsplats kan göras. Kvaliteten varierar i registrering av vårdform och verksamhetsinriktning mellan landsting. I diagram 27 redovisas andelen som fått antidepressiva läkemedel förskrivet från primärvården av alla som fått något antidepressivt läkemedel. Diagrammet skulle kunna vara ett mått på hur väl fördelningen av patienter mellan primärvården och övriga vården fungerar. Till exempel borde majoriteten av dem med depression kunna skötas inom primärvården. Dock går det inte att dra några slutsatser på grund av varierande kvalitet i inrapportering av vårdform och verksamhetsinriktning.

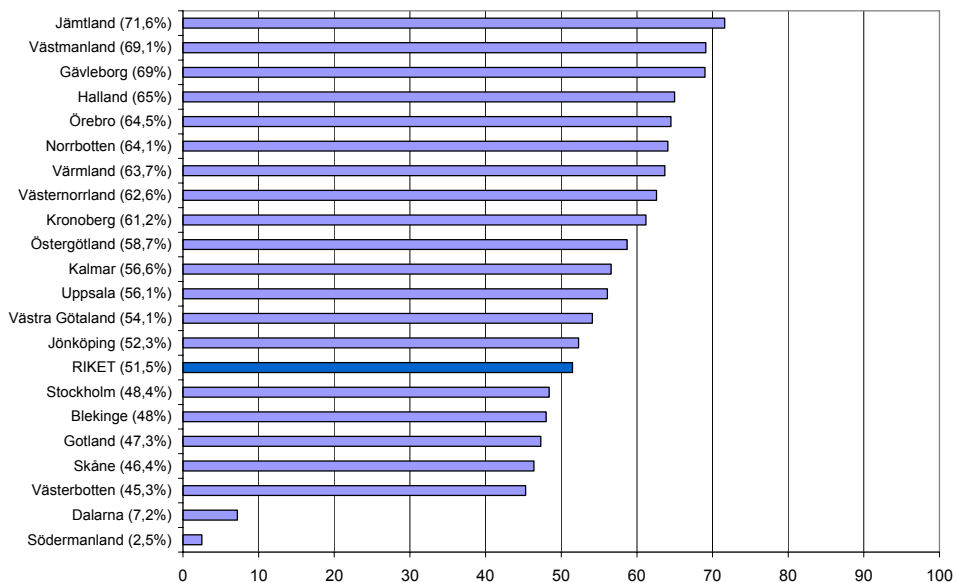


Diagram 27. Andel som vid första förskrivning under året har förskrivits antidepressiva läkemedel i primärvården av alla som förskrivits antidepressiva läkemedel, 18–74 år, åldersstandardiserat, 2007

Diagrammet avspeglar i första hand kvalitetskillnader i inrapportering av vårdform och verksamhetsinriktning (framförallt utmärker sig Dalarna och Södermanland).

2.7.3 Antidepressiva läkemedel

De flesta patienter med oro, ångest och depression får sin behandling inom primärvården. Depression och depressiva besvär är vanligt i befolkningen. Sedan introduktionen av de nyare serotonin-återupptagshämmande läkemedlen (SSRI) i början av 90-talet har konsumtionen av dessa läkemedel sexfaldigats. I diagram 28 visas andel individer som hämtat ut minst ett recept på antidepressiva medel per utbildningsnivå och kön. Kvinnor har en nästan dubbelt så hög konsumtion som män för åldrarna 45–74 år. Det är något vanligare med antidepressiv medicinering bland de lågutbildade, dock är det svårt att uttala sig om ifall detta speglar de sanna skillnaderna i sjuklighet mellan dessa grupper. Psykiatriska besvär är vanligare bland de lågutbildade grupperna och man kan tänka sig både relativt under- eller överutnyttjande av antidepressiva läkemedel inom olika utbildningsnivåer.

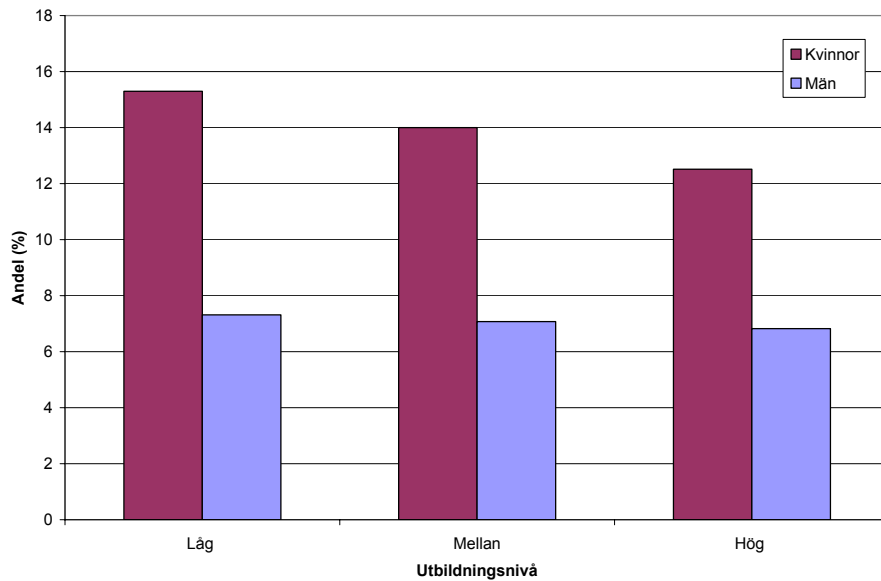


Diagram 28. Andel individer per utbildningsnivå som har hämtat ut minst ett recept på antidepressiva läkemedel, 45–74 år, åldersstandardiserat, 2006

2.7.4 Sömnmedel och lugnande medel

Oro, ångest och sömnbesvär är vanligt i befolkningen². Behandling av sömnbesvär ökar med stigande ålder. I diagram 29 ser vi att nästan en tredjedel av alla personer 80 år och äldre har hämtat ut minst ett recept på sömnmedel, kvinnor i något högre grad än män. Tidigare var bensodiazepiner den vanligaste sortens sömnmedel. De nyare bensodiazepinliknande sömnmedlen har marknadsförts som mindre beroendeframkallande och med färre biverkningar, dock är skillnaderna små⁸.

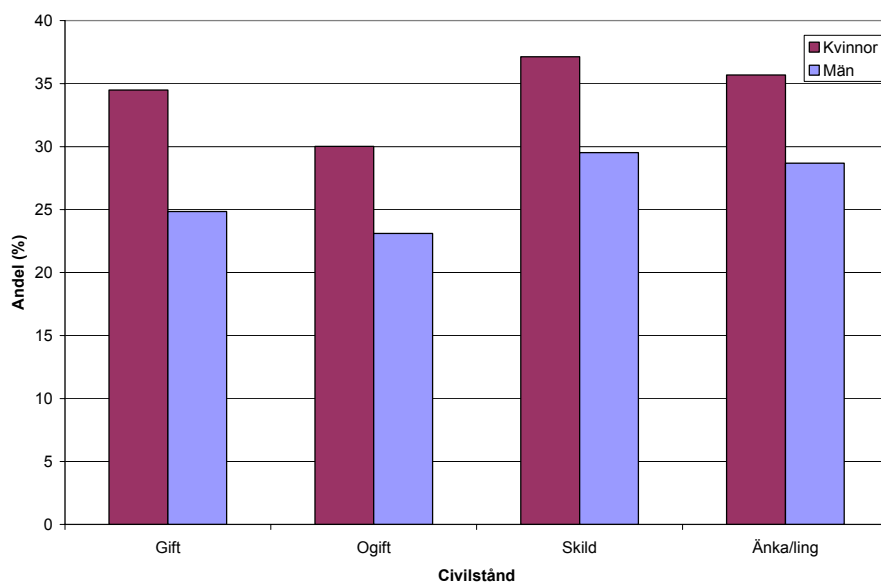


Diagram 29. Andel individer 80 år och äldre som någon gång under året har hämtat ut minst ett recept på sömnmedel fördelat på civilstånd, åldersstandardiserat, 2006

Sömnmedel och lugnande medel är beroendeframkallande. Det är svårt att få någon uppfattning om hur stor andel av befolkningen som är beroende av dessa läkemedel. Patientregistret fångar endast en liten del av dem som är beroende. Analyser av läkemedelsregistret visar att knappt 2 procent av befolkningen mellan 45 och 74 år är regelbundna användare av sömnmedel och lugnande medel, räknat som att man konsumerar i genomsnitt 0,5 dagliga dygnsdoser (DDD) per dag (diagram 30). Ungefär 0,5 procent av befolkningen är storkonsumenter av dessa beroendeframkallande medel räknat som att man konsumerar i genomsnitt 1,5 dagliga dygnsdoser (DDD) per dag (diagram 31). Kvinnor använder dessa medel i högre grad än män. Lågutbildade har en högre konsumtion än högutbildade. Dock måste man vara medveten om att personer med allvarlig psykisk sjukdom kan ha svårt att fullfölja en utbildning och således kommer fler med psykisk sjukdom att finnas i den lågutbildade gruppen.

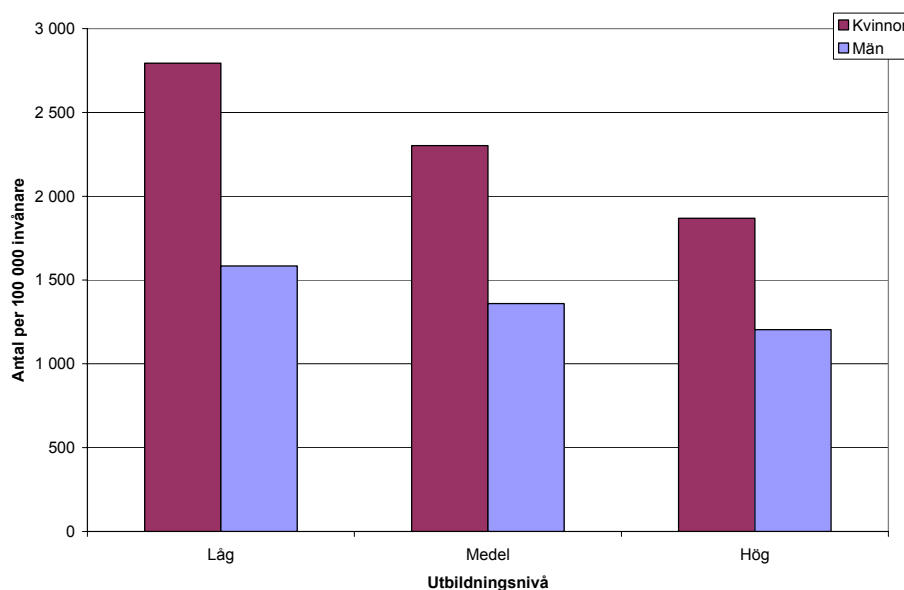


Diagram 30. Regelbundna användare av lugnande medel och sömnmedel ($\geq 0,5$ DDD per dag), 45–74 år, åldersstandardiserat, 2006

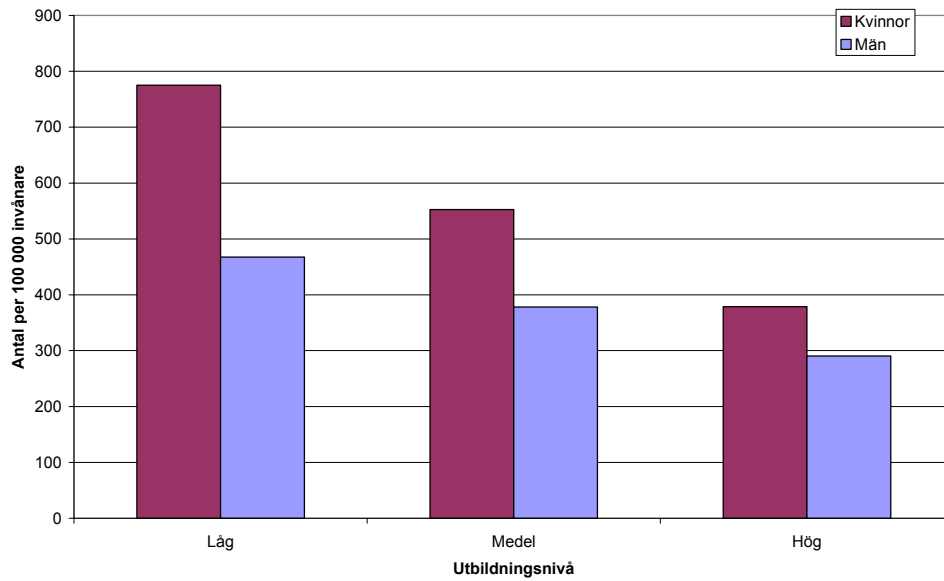


Diagram 31. Storkonsumenter av lugnande medel och sömnmedel ($\geq 1,5$ DDD per dag), 45–74 år, åldersstandardiserat, 2006

3. Diskussion

En korrekt beskrivning av hur konsumtionen av psykiatrisk vård fördelar sig på geografiska, demografiska samt socioekonomiska faktorer är en av grundpelarna för att öka förståelsen för var och hur man kan genomföra förbättringsarbete inom den psykiatriska vården. En förutsättning för detta är att vi har en hög täckningsgrad och diagnoskvalitet i våra hälsodataregister.

Den här rapporten visar på en rad beskrivningar som kan göras utifrån de data som finns i de nationella registren.

Täckningsgrad och diagnoskvalitet

Uppgifterna i registret har generellt hög kvalitet men när det gäller uppgifter från psykiatrin varierar kvaliteten. Uppgifter som rapporteras från den slutna psykiatriska vården är av betydligt högre kvalitet än den från den specialiserade öppna vården, där det finns stora brister. Spännvidden är stor, uppgifterna från psykiatrin hos en del landsting är av god kvalitet medan uppgifterna från andra landsting är mycket bristfälliga.

Rapporteringen av psykiatrins vårdtillfällen i slutenvård till patientregistret fungerar idag relativt bra. Kvaliteten varierar mellan landstingen men i genomsnitt saknas ungefär 1–2 procent av alla vårdtillfällen. Utöver detta saknar cirka 6–8 procent av vårdtillfällena diagnos. Det finns idag stora bortfall och brister, vilket tidigare påpekats i en rapport till Nationell psykiatrisamordning³. Vi har visat på möjliga uppföljningar ur en rad olika perspektiv.

Rapporteringen av läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård fungerar däremot sämre, då bortfallet av besök och diagnoser är stort, med några få undantag. I öppenvården är ett av problemen att en stor del av rapporteringen från privata vårdgivare ännu saknas. Ett antal förklaringar till varför det inte fungerar har redovisats i rapporten och även vad som krävs för att rapporteringen ska fungera bättre.

Socialstyrelsen konstaterar att inrapporteringen från landstingen till olika register ännu inte fungerar fullt ut, bl.a. beroende på tekniska problem men även lokala kvalitetsproblem³. Generellt kan ändå konstateras att medvetenheten om betydelsen av olika register för kvalitetsutveckling och verksamhetsuppföljning har ökat i landstingen.

Socialstyrelsen kommer fortsättningsvis att följa denna fråga och prioriterar också utvecklingen av patientregistret. Under 2008 förstärker Socialstyrelsen register- och statistikverksamheten inom psykiatriområdet. Insatser har påbörjats vad gäller förbättringar av inrapportering till patientregistret generellt. I vissa fall är insatserna riktade direkt till att utveckla psykiatristatistiken. Bland annat kan nämnas insatser för att förbättra kvaliteten i diagnoskodningen samt insatser för att få privata vårdgivare att rapportera till patientregistret. På nationell nivå kan idag enbart läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård tas in i patientregistret. Nu planeras för att även ta in

besök från andra vårdgivare, t.ex. psykologer och kuratorer. Detta kommer att leda till en betydligt bättre beskrivning av aktiviteter, medicinsk praxis och vårdkonsumtion i den öppna specialiserade psykiatriska vården då 75 procent av besöken görs till andra yrkeskategorier än läkare.

För att öka antalet diagnossatta besök kommer från om med 2007 även DSM IV-koder att rapporteras in till patientregistret. Ett projekt med syfte att skapa en konvertering från DSM IV till ICD-10 pågår och beräknas vara avslutat under hösten 2008.

Regionala skillnader i öppenvårdsbesök, vårdtid och vårdtillfällen

Rapporten visar på skillnader mellan landstingen i andel av befolkningen som besökt den specialiserade psykiatriska öppenvården, och i skillnader i antal vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård och vårdtid.

Skillnader i vårdutnyttjande mellan olika socioekonomiska grupper

Rapporten visar på skillnader mellan könen i vårdutnyttjande. Kvinnor har en högre konsumtion av psykiatrisk öppenvård. Män har en högre konsumtion av psykiatrisk slutenvård till stor del på grund av en betydligt högre konsumtion av slutenvård inom missbruksvården. Lindrig psykiatrisk sjukdom och psykiatriska besvär behandlas företrädesvis inom primärvården. Ännu finns inget nationellt hälsodataregister över primärvården så vi kan inte uttala oss om hur stor andel av besöken inom primärvården som är relaterade till psykiatriska besvär. Dock ger analyser av läkemedelsregistret en fingervisning om hur många som behandlas för psykiatriska besvär i befolkning, även om en betydande andel erhåller icke-farmakologisk behandling. Konsumtion av antidepressiva läkemedel och av lugnande medel och sömnmedel är högre hos kvinnor.

Lågutbildade har generellt en högre konsumtion av både psykiatrisk slutenvård och öppenvård samt av psykofarmaka. Ensamstående har en högre konsumtion än sammanboende. Vid analyser av konsumtionsmönster av psykiatrisk vård utifrån socioekonomiska faktorer måste man beakta orsakssambanden. Att få en psykisk sjukdom i unga år kan medföra att man kan ha svårt att tillgodogöra sig en utbildning. Därigenom kommer man då att ha en låg utbildningsnivå och fortsatt ha ett högt vårdutnyttjande på grund av sin psykiatriska sjukdom.

För personer födda i olika länder är bilden inte lika entydig. Personer födda i Finland har överlag en högre konsumtion av psykiatrisk vård än personer födda i Sverige.

Personer födda i ett annat land har kanske oftare upplevt traumatiska händelser som kan utlösa psykiatrisk sjukdom eller psykiatriska besvär och därmed leda till en ökad konsumtion av psykiatrisk vård. Dock kan det i vissa länder och kulturer finnas en inställning till att söka psykiatrisk vård som skiljer sig åt mot den som finns i Sverige. Detta kan leda till att utlandsfödda underkonsumerar psykiatrisk vård, eller att vården kan tillgodoses genom andra aktörer än inom hälso- och sjukvården.

Denna rapport är en del i en bred satsning på förbättringar av kvaliteten i psykiatrin som görs av regering och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen arbetar för att kunskapsunderlagen i psykiatrin ska förbättras. En bättre beskrivning av psykiatrin leder till ökad transparens och ökade kunskaper om verksamheten. Beskrivningen kan också utgöra underlag till dialog och diskussion om verksamhetens kvalitet och effektivitet vilket i sin tur kan initiera olika förbättringsarbeten i verksamheten. Jämförelser med andra liknade verksamheter bidrar också till kunskap och insikt om den egna verksamhetens möjligheter och begränsningar. En god beskrivning kan också utgöra underlag för analyser om vården ges på lika villkor i hela landet och om praxis är olika och vad det innebär för patienterna.

4. Referenser

1. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. [Green paper - Commission of the European Communities]. 2005.
2. Folkhälsorapport 2005 [Public Health report 2005]. Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. 2005.
3. Inrapportering från psykiatri till patientregistret. Inventering av inrapporteringsproblem och förslag till en förbättrad rapportering, Socialstyrelsen 2006
4. Kvalitet och innehåll i patientregistret. Utskrivningar från slutenvård 1964-2006 och besök i öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997-2006, Socialstyrelsen 2008
5. Vägledning till NordDRG. Svensk fullversion, Socialstyrelsen 2008.
http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/65AA233B-5C92-4FC5-BB0B-62FC7C111F35/0/20071063_web.pdf
6. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
http://www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/organisation/Epidemiologiskt_Centrum/Enheter/EKT/KVA.htm (2008-05-22)
7. Socialstyrelsen. Klassifikationer av sjukdomar och hälsoproblem, systematisk förteckning (1997). ISBN. 91-7201-125-4
8. Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003. NOMESCO 2004. ISBN: 87-89702-52-2

Bilaga 1 – DRG-grupper som förekommer i rapporten

Förteckning över DRG-grupper som förekommer i rapporten

DRG-grupper

426A Bipolära syndrom, 0–59 år
426B Bipolära syndrom, över 59 år
426C Övriga förstämningssyndrom, 0–59 år
426D Övriga förstämningssyndrom, över 59 år
427A Ängestsyndrom
427B Maladaptiva stressreaktioner, ick akuta tillstånd
427C Maladaptiva stressreaktioner, akuta tillstånd
427D Icke-depressiva neuroser
428N Personlighetsstörningar
429A Organiska psyksyndrom, komplicerat
429B Organiska psyksyndrom, ej komplicerat
430A Schizofreni, 0–30 år
430B Schizofreni, 31–59 år
430C Schizofreni, över 59 år
430D Långvariga psykoser, ej schizofreni
430E Kortvariga psykoser, ej schizofreni
430F Övriga psykotiska tillstånd
431A Mental retardation
431B Neuropsykiatriska tillstånd
431C Övriga psykiatriska tillstånd som debuterar hos barn och ungdom
432A Ätstörningar
432B Övriga specificerade psykiska störningar
432C Ospecifierade psykiska störningar
436A Missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos, komplicerat
436B Missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos, ej komplicerat
436C Missbruk eller beroende av alkohol/droger med psykos eller personlig-
hetsstörning

Bilaga 2 – Diagnosförteckning

Förteckning över diagnoskoder som förekommer i rapporten

Diagnos enl. ICD-10	Kodtext
F00	Demens vid Alzheimers sjukdom
F01	Vaskulär demens
F02	Demens vid andra sjukdomar som klassificeras annorstädes
F03	Ospecificerad demens
F04	Organiska amnesisyndrom ej framkallade av alkohol eller andra psykoaktiva substanser
F05	Delirium ej framkallat av alkohol eller andra psykoaktiva substanser
F06	Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom
F07	Personlighets- eller beteendestörningar orsakade av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion
F09	Ospecificerad organisk eller symtomatisk psykisk störning
F10	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol
F11	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater
F12	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis
F13	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika
F14	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain
F15	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein
F16	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av hallucinogener
F17	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av tobak
F18	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel
F19	Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination eller av andra psykoaktiva substanser
F20	Schizofreni
F21	Schizotyp störning
F22	Kroniska vanföreställningssyndrom
F23	Akuta eller övergående psykotiska syndrom
F24	Inducerat vanföreställningssyndrom
F25	Schizoaffektiva syndrom
F28	Andra icke organiska psykotiska störningar
F29	Ospecificerad icke organisk psykos
F30	Manisk episod
F31	Bipolär sjukdom
F32	Depressiv episod
F33	Recidiverande depressioner
F34	Kroniska förstämningssyndrom
F38	Andra förstämningssyndrom
F39	Ospecificerat förstämningssyndrom
F40	Fobiska syndrom
F41	Andra ångestsyndrom
F42	Tvångssyndrom
F43	Anpassningsstörningar eller reaktion på svår stress
F44	Dissociativa syndrom
F45	Somatoforma syndrom
F48	Andra neurotiska syndrom
F50	Ätstörningar
F51	Icke organiska sömnstörningar
F52	Sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom
F53	Psykiska störningar eller beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes

Diagnos	Kodtext
F55	Missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande
F59	Ospecificerade beteendesyndrom förenade med fysiologiska störningar eller fysiska faktorer
F60	Specifika personlighetsstörningar
F61	Personlighetsstörningar av blandtyp eller andra personlighetsstörningar
F62	Kroniska personlighetsförändringar ej orsakade av hjärnskada eller hjärnsjukdom
F63	Impulskontrollstörningar
F64	Könsidentitetsstörningar
F65	Störningar av sexuell preferens
F66	Psykiska störningar eller beteendestörningar sammanhängande med sexuell utveckling eller orientering
F68	Andra störningar av personlighet eller beteende hos vuxna
F69	Ospecificerad störning av personlighet eller beteende hos vuxna
F70	Lindrig psykisk utvecklingsstörning
F71	Medelsvår psykisk utvecklingsstörning
F72	Svår psykisk utvecklingsstörning
F73	Grav psykisk utvecklingsstörning
F78	Annan psykisk utvecklingsstörning
F79	Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning
F80	Specifika störningar av tal- eller språkutvecklingen
F81	Specifika utvecklingsstörningar av inlärningsfärdigheter
F82	Specifik motorisk utvecklingsstörning
F83	Blandade specifika utvecklingsstörningar
F84	Genomgripande utvecklingsstörningar
F88	Andra specificerade störningar av psykisk utveckling
F89	Ospecificerad störning av psykisk utveckling
F90	Hyperaktivitetsstörningar
F91	Beteendestörningar av utagerande slag
F92	Blandade störningar av beteende eller känsloliv
F93	Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen
F94	Störningar av social funktion med debut särskilt under barndom eller ungdomstid
F95	Tics
F98	Andra beteendestörningar eller emotionella störningar med debut vanligen under barndom eller ungdomstid
F99	Psykisk störning ej specificerad på annat sätt