

Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat år 2007



**Oktober 2008
Analysenheten
Hälso- och sjukvårdsavdelningen**

Innehållsförteckning

<i>Sammanfattning</i>	3
<i>Bakgrund</i>	5
<i>Befolkningens hälsoläge</i>	5
1) Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12	5
2) Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen mätt med EQ-5D-index	7
<i>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård</i>	7
3) Vårdprogram inom psykiatri	7
4) Förekomst (registrering) av diagnos	7
5) Skattning med GAF-instrumentet	9
6) Registrering i kvalitetsregister	11
<i>Säker hälso- och sjukvård</i>	13
7) Systematiskt arbete med avvikelserapporter	13
8) Uppgifter om suicid och suicidförsök	14
9) Klagomål och deras uppföljning	17
<i>Patientfokuserad hälso- och sjukvård</i>	18
10) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt	18
11) Genomförd brukarrevision	25
<i>Effektiv hälso- och sjukvård vård</i>	27
12) Skriftlig vårdplan	27
<i>Hälso- och sjukvård i rimlig tid</i>	27
13) Andel som fått vård inom 90 dagar	27
<i>Jämlig hälso- och sjukvård</i>	30
14) Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård	30
<i>Fortsatt arbete</i>	33

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslöt 2006 att 15 indikatorer som speglar den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat skall ligga till grund för regelbundna uppföljningar. Det finns ingen tillämplig indikator som belyser hälsoeffekter i befolkningen, vilket innebär att 14 kvalitetsindikatorer de facto diskuteras/rapporteras. Tidigare har en rapport avseende 2006 redovisats. Föreliggande rapport avser år 2007.

1. Liksom tidigare noteras att nedsatt psykiskt välbefinnande är relativt sett vanligt förekommande i Göteborg (HSN 5, 11 och 12.) Generellt i regionen är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare hos kvinnor än hos män.
2. EQ-5D-index har utmönstrats ur årets rapport då vi inte finner att måttet på ett tillfredsställande sätt kan anses beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten på befolkningsnivå.
3. Det finns ett implementerat regionalt vårdprogram inom den specialiserade psykiatrin samt ett flertal pågående arbeten inom området.
4. Det har skett en mycket positiv utveckling av diagnosättning och/eller diagnosregistrering inom såväl barn- och ungdomspsykiatrin som vuxenpsykiatrin mellan 2006 och 2007. Det finns fortfarande kvarstående variation mellan sjukhusen och därmed en förbättringspotential på vissa enheter.
5. Inom vuxenpsykiatrin visar de flesta enheterna oförändrade eller förbättrade värden för GAF-skattning jämfört med 2006. Samtliga berörda barn- och ungdomspsykiatriska kliniker kan nu redovisa mått på indikatorn jämfört med endast två i förra rapporten. Variationen mellan klinikerna är betydande, indikerande en kvarstående förbättringspotential på vissa enheter.
6. Av de fyra aktuella kvalitetsregistren är det endast RIKSÄT som nått en större anslutningsgrad. Anslutningen till Bipolär ökar kraftigt. De övriga kvalitetsregistren har fortsatt en mycket låg anslutningsgrad.
7. Under 2008 kommer antalet avvikelserapporter (rapporterade i MedControl) att redovisas i delårsboksluten. På en övergripande nivå finns en viss regional enhetlighet medan harmoniseringsarbete ännu pågår på detaljnivå. Arbetsgruppens bedömning är att det ännu inte är meningsfullt att göra en regional sammanställning av avvikelserapporterna.
8. Antalet självmord minskar under hela den observerade perioden, även om minskningen bland kvinnor möjligen avstannat. Antalet Lex Mariaanmälningar på grund av självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt varierar mellan klinikerna. De redovisade uppgifterna kan ännu inte ligga till grund för någon bedömning av eventuella inomregionala skillnader i omhändertagandet av självmordsnära patienter.
9. Antalet anmälningar till patientnämnderna har varit relativt konstant de senaste åren. Under år 2007 noteras en ökning som framförallt kan hänföras till vuxenpsykiatrin på

SU-Möln dal och SU-Sahlgrenska. Det lilla antalet anmälningar i relation till det totala antalet vårdkontakter innebär att variationen inte nödvändigtvis är tecken på bakomliggande reella förändringar.

10. En mycket stor andel av patienterna inom vuxenpsykiatri är helt eller delvis nöjda med bemötande och delaktighet. I förra årets rapport fanns ingen information om bemötande och delaktighet inom barn- och ungdomspsykiatri. Data för 2007 visar att patienter och anhöriga i mycket hög grad är nöjda.
11. Tiden är ännu inte mogen för en kvalitetsindikator avseende brukarrevision. Däremot kan förekomsten av brukarråd användas som kvalitetsmått, vilket visar på en stor inomregional variation och därmed också på en förbättringspotential på vissa kliniker.
12. Via sektorsråden pågår arbete för att fastställa innehåll och omfattning av en skriftlig vårdplan, men vi är ännu inte i skarpt läge.
13. Tillgängligheten inom vuxenpsykiatri ökade under 2007 med avseende på antalet patienter som fick vård inom de gränser som besöksgarantin stipulerar. Situationen inom barn- och ungdomspsykiatri utvecklades mindre gynnsamt under andra halvåret, vilket sammanföll med att besöksgränzen sänktes från 90 till 30 dagar.
14. Kostnaden per individ för specialiserad psykiatrisk vård varierar mellan de olika nämndområdena. Kostnadsfördelningen mellan kvinnor och män är relativt jämn, även om gapet ökat jämfört med 2006.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslöt 2006 att 15 indikatorer skall ligga till grund för uppföljning av kvalitet och resultat inom psykiatrin (dnr RSK 147-2006). Rapporten *Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat 2006* togs fram och redovisades för hälso- och sjukvårdsutskottet under 2007 (dnr RSK 147-2006).

Enligt hälso- och sjukvårdsutskottets beslut skall uppföljningen av kvalitet och resultat omfatta följande facetter av den psykiatriska verksamheten:

- Befolkningens hälsoläge
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Jämlig hälso- och sjukvård
- Hälsoeffekter i befolkningen

En eller flera indikatorer beskriver sedan vart och ett av dessa perspektiv. I nuläget finns dock ingen tillämplig indikator som belyser hälsoeffekter i befolkningen. Detta innebär att 14 kvalitetsindikatorer de facto diskuteras/rapporteras.

Föreliggande rapport gällande kvalitet och resultat inom psykiatrin 2007 har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av Bo Ivarsson FoU-läkare vid vuxenpsykiatrins sektorsråd, Jörgen Bergman barn- och ungdomspsykiatrin SU, Stephan Ehlers hälso- och sjukvårdsavdelningen samt barn- och ungdomspsykiatrin SU, Christina Möller och Jarl Torgerson hälso- och sjukvårdsavdelningen. Jarl Torgerson är huvudförfattare till rapporten. Sektorsråden i barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri har beretts möjligheter att komma med synpunkter på rapporten.

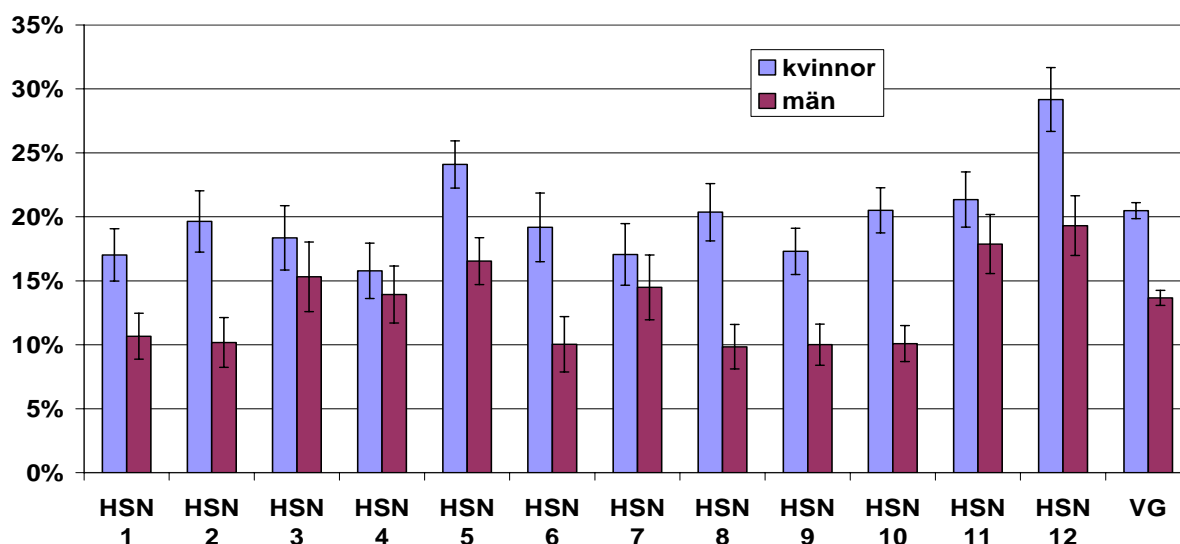
Befolkningens hälsoläge

1) Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12

Psykiskt välbefinnande mäts med instrumentet General Health Questionnaire som innefattar 12 frågor (GHQ-12). Varje fråga har fasta svarsalternativ. Ett summaindex beräknas utifrån de tolv frågorna. En fördefinierad brytpunkt avgör gränsen för nedsatt psykiskt välbefinnande.

Folkhälsoinstitutet anlitar Statistiska centralbyrån, som varje år genomför en nationell folkhälsoenkät *Hälsa på lika villkor*. Svaren bearbetas av SCB och levereras i oidentifierad form till Folkhälsoinstitutet och till beställande landsting/regioner.

År 2007 uppgick antalet svarande i Västra Götalandsregionen till knappt 29 000 individer, vilket motsvarar 58 % av de tillfrågade. Svarsfrekvensen varierar mellan nämndområdena. Högst var svarsfrekvensen i HSN 6, 8 och 9 (61 %) och lägst i HSN 12 (52 %).



Figur 1. Procentuell andel (95 % konfidensintervall) av befolkningen med nedsatt psykiskt välbefinnande år 2007, mätt med GHQ-12. Källa: Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*.

Totalt i Västra Götaland rapporterade 20,5 % av kvinnorna och 13,7 % av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. Mest belastade i detta avseende är kvinnorna i Göteborg (HSN 5, 11 och 12), men relativt höga siffror noteras även för kvinnorna i Dalsland (HSN 2), Mittenslätten (HSN 6), Sjuhäradsområdet (HSN 8) och Östra Skaraborg (HSN 10). Bland männen är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligast i Göteborg (HSN 5, 11 och 12), men också i Trestad (HSN 3) och Södra Bohuslän (HSN 7).

Bedömning och slutsats

Med GHQ-12 beskrivs i denna rapport nedsatt psykiskt välbefinnande på befolkningsnivå, alltså en problematik som är vidare än den specialiserade psykiatriens uppdrag. Det går heller inte att med den aktuella enkätmetoden mäta det psykiska välbefinnandet hos barn. Barnens självupplevda hälsa kan därför inte redovisas i föreliggande rapport. Ovanstående resultat har alltså endast bäring på den del av befolkningen som är mellan 16 och 84 år.

Svarsfrekvensen i folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* är i likhet med andra enkäter relativt låg, även om situationen har förbättrats jämfört med de föregående åren. Det psykiska illabefinnandet i regionen underskattas i folkhälsoenkäten, i synnerhet i områden som har förhållandevis stor andel socioekonomiskt svaga grupper. Folkhälsoenkäten har alltså vissa svagheter, vilka dock inte är större än att den identifierar områden där höga respektive låga värden för psykiskt välbefinnande kan förväntas. Sysselsättningsgrad, ekonomisk situation och

födelseland har stor betydelse för omfattningen av psykiskt välbefinnande/illabefinnande i en befolkning. Andelen invånare med nedsatt psykiskt välbefinnande är totalt sett i nivå med riket som helhet. Liksom tidigare år noteras att nedsatt psykiskt välbefinnande är relativt sett vanligt förekommande i Göteborg (HSN 5, 11 och 12).

2) Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen mätt med EQ-5D-index

Arbetsgruppen har efter diskussioner och kontakter, såväl inom VGR som med forskare vid Sahlgrenska akademien, beslutat utmönstra EQ-5D-index ur årets rapport. Vi finner inte att måttet på ett tillfredsställande sätt kan anses beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten på befolkningsnivå. Detta hindrar inte att EQ-5D med fördel kan användas för att följa förändringar i livskvalitet hos vissa patientgrupper efter givna medicinska åtgärder t ex höftproteskirurgi hos patienter med artros i höftleden.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

3) Vårdprogram inom psykiatri

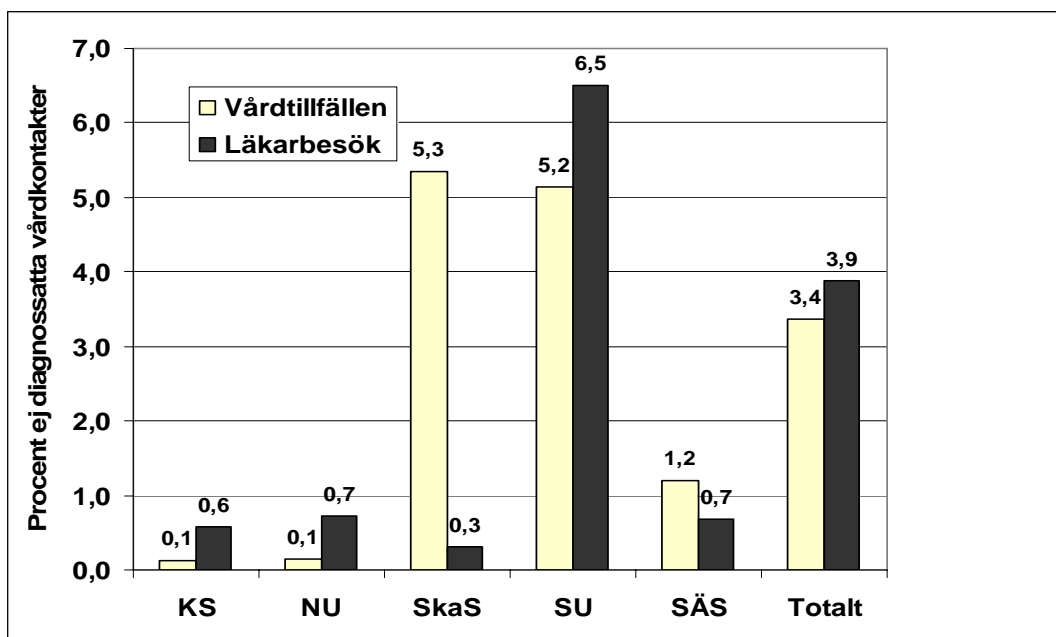
Denna indikator avser att redovisa påbörjade, färdigställda och lokalt implementerade regionala vårdprogram. I samband med den förra rapporten konstaterades att det inte fanns några regionala vårdprogram inom psykiatri. Vid en inventering våren 2008 framkommer följande:

- Ett gemensamt vårdprogram för primärvården och psykiatri avseende *utmattningsdepression* har antagits våren 2008.
- Ett slutförslag avseende ett regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnostik och behandling av *tidig psykos* har lämnats till program- och prioriteringsrådet.
- Utveckling pågår av ett regionalt vårdprogram kring *missbruk/beroende och samsjuklighet*.
- Under 2008 initieras ett arbete kring ett regionalt vårdprogram för *rehabilitering vid tidig psykos*.
- Ett arbete med ett regionalt vårdprogram avseende *ADHD* har påbörjats våren 2008 via sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri.
- Nationella riktlinjer för *ångest och depression* väntas bli klara under 2009. Därefter kommer det att bli aktuellt att ta fram regionala vårdprogram inom dessa områden.

Det finns således i nuläget ett implementerat regionalt vårdprogram inom den specialiserade psykiatri samt ett flertal pågående arbeten inom området.

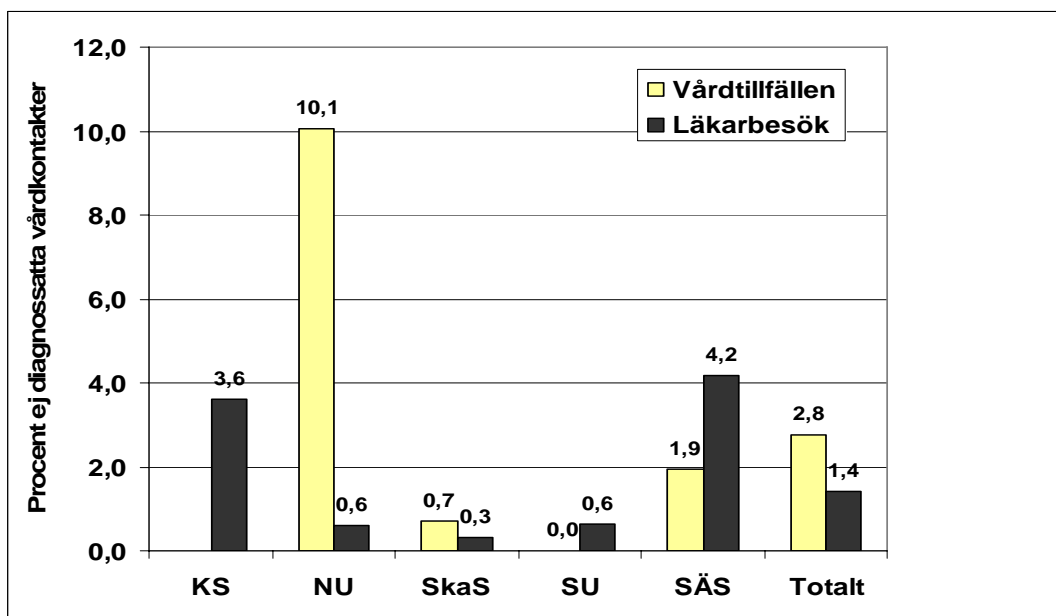
4) Förekomst (registrering) av diagnos

Adekvat behandling kräver ett diagnostiskt arbete, vilket skall resultera i en så specifik diagnos som möjligt.



Figur 2. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) utan diagnoskod inom den vuxenpsykiatriska vården. Redovisning per sjukhus. Källa: Vårddatabasen Vega.

Under 2007 var 3,4 % av ineliggande vårdtillfällen och 3,9 % av läkarbesöken inom vuxenpsykiatrin inte diagnossatta. Detta är en förbättring jämfört med 2006 då motsvarande siffror var 6,1 % respektive 5,6 %. Med undantag av diagnosregistreringen avseende vårdtillfällen på SÄS har samliga värden förbättrats eller förblivit oförändrade jämfört med föregående år.



Figur 3. Andel vårdkontakter (avslutade vårdtillfällen och läkarbesök) utan diagnoskod inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Redovisning per klinik. Källa: Vårddatabasen Vega.

Under 2007 var 2,8 % av inneliggande vårdtillfällen och 1,4 % av läkarbesöken inom barn- och ungdomspsykiatri inte diagnossatta. Detta är en klar förbättring jämfört med 2006 då motsvarande siffror var 5,1 % respektive 12,2 %. De tydligaste förändringarna sedan föregående år är en betydande förbättring avseende SUs slutenvård och SÅS läkarbesök. Utvecklingen av diagnosättning/diagnosregistrering inom NU-sjukvårdens slutenvård har däremot gått i annan riktning. Till skillnad mot förra året kan Kungälv nu delvis redovisa diagnosättningsdata.

Bedömning och slutsats

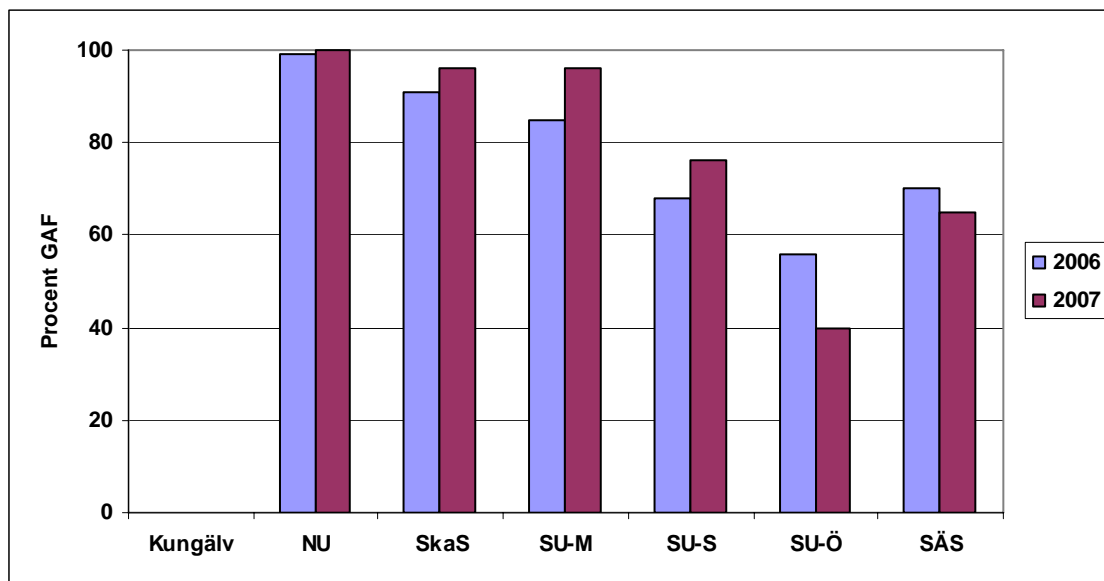
Ur ett helhetsperspektiv har det skett en mycket positiv utveckling av diagnosättning och/eller diagnosregistrering inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri mellan åren 2006 och 2007. Det finns dock fortfarande kvarstående variation mellan sjukhusen och därmed en fortsatt förbättringspotential på vissa enheter.

Det är osannolikt att diagnos inte sätts i samband med att ett vårdtillfälle avslutas. Det finns flera möjliga orsaker att diagnoskoder inte överförs till vårddatabasen Vega. Verksamheterna måste undersöka detta och justera de brister som upptäcks. Även inom öppenvården finns flera möjliga orsaker till att diagnoskoder inte överförs till Vega. Det är också möjligt att läkaren inte tagit uttrycklig ställning till varför besöket ägt rum och därmed heller inte satt diagnos.

5) Skattning med GAF-instrumentet

Användande av GAF (Global Assessment of Functioning) innebär att vårdgivaren gör en skattning av patientens symtomtyngd och funktionsförmåga. Vid GAF-skattning får patienten ett värde mellan 1 och 100.

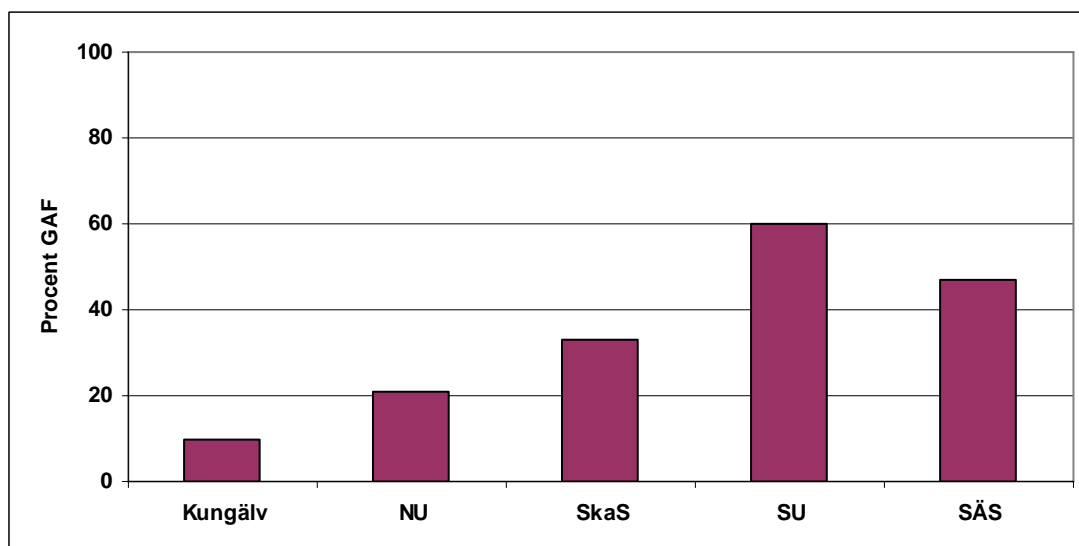
Aktuell kvalitetsindikator redovisar andelen patienter som bedömts med GAF-instrumentet de senaste 12 månaderna. Inom vuxenpsykiatri kunde berörda verksamheter välja mellan två redovisningsmetoder: retrospektivt urval (100 konsekutiva patienter före 2008-01-01) eller tolv månaders redovisning (2007-01-01 - - 2007-12-31). Inom barn- och ungdomspsykiatri ingår GAF-skattningar som en del i kvalitetsstjärnan.



Figur 4. Andelen patienter som bedömts med GAF-instrumentet inom vuxenpsykiatri 2007. Kungälvs sjukhus har inte lämnat någon redovisning. Källa: Respektive klinik.

Bedömning och slutsats

Inom vuxenpsykiatri visar de flesta enheterna oförändrade eller förbättrade värden för indikatorn 2007 jämfört med 2006. Variationerna mellan de vuxenpsykiatriska klinikerna är dock fortsatt betydande, vilket innebär att det finns en kvarstående förbättringspotential på vissa enheter. Kungälvs sjukhus har inte lämnat någon redovisning. GAF används inte på beroendekliniken eller neuropsykiatriska kliniken på SU. Inom rättspsykiatri på SU är GAF på väg in och data beräknas tillgängliga under 2009.



Figur 5. Andel patienter som vid nybesök inom barn- och ungdomspsykiatri år 2007 genomgått skattning med GAF-instrumentet. Källa: Barn- och ungdomspsykiatrins kvalitetsstjärna.

Bedömning och slutsats

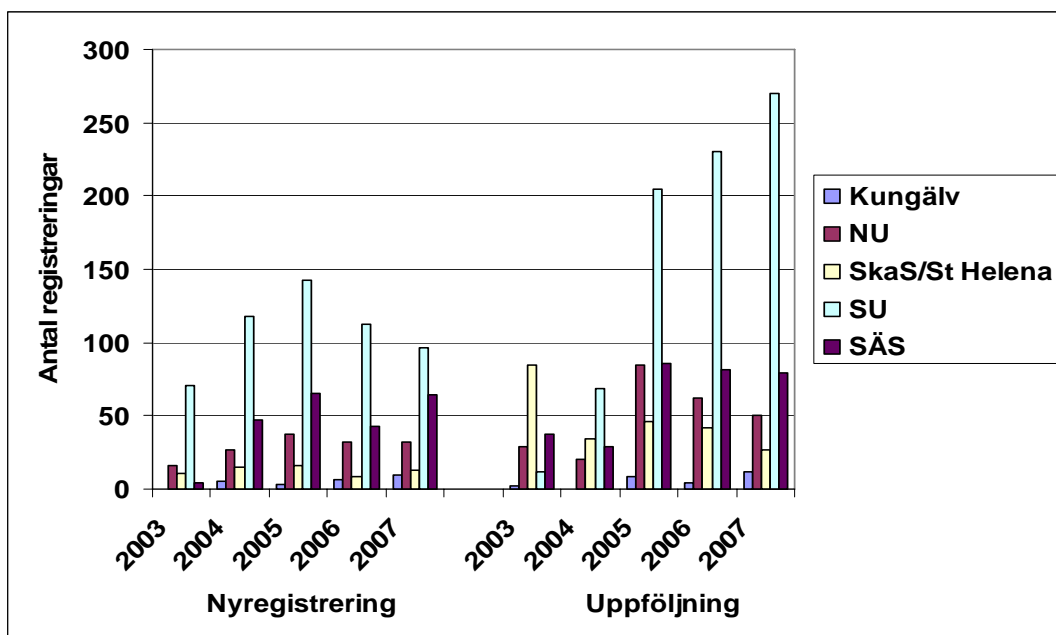
I årets rapport kan samtliga berörda barn- och ungdomspsykiatriska kliniker redovisa mått på indikatorn jämfört med endast två (SkaS och SÄS) i rapporten för 2006. Procentsatserna bör tas med viss reservation, dels eftersom de bygger på information från separata datakällor (kvalitetsstjärnan samt olika patientadministrativa system), dels eftersom flykting- och asylärenden i detta avseende registreras olika på olika kliniker. Med detta sagt kan konstateras att det i likhet med situationen inom vuxenpsykiatri finns en klar variation mellan klinikerna, vilket även innebär att det finns en betydande kvarstående förbättringspotential.

6) Registrering i kvalitetsregister

Rapporter från de nationella kvalitetsregistren ger kunskap om hur patienter handläggs i klinisk praxis. Aktuell kvalitetsindikator ger ett mått på i vilken omfattning verksamheterna rapporterar sina patienter till förekommande kvalitetsregister. Följande kvalitetsregister är aktuella:

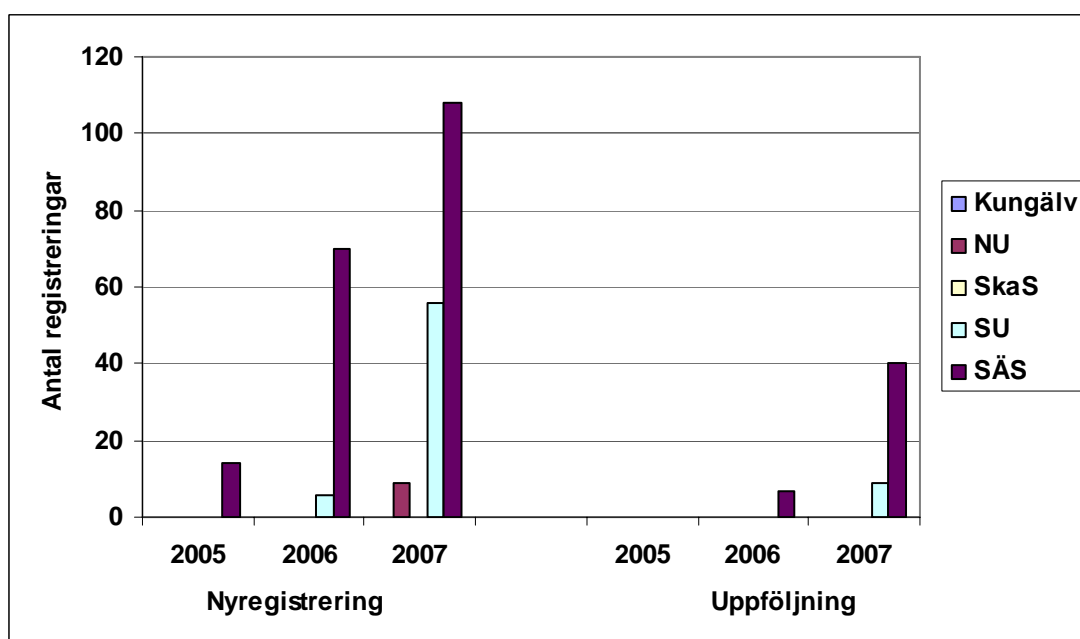
- RIKSÄT - nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling
- Bipolär - nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
- BUSA - nationellt kvalitetsregister för behandling och uppföljning av AD/HD
- PsykosR - nationellt kvalitetsregister för nyinsjuknade i schizofreni och likartad psykossjukdom

RIKSÄT är ett etablerat nationellt kvalitetsregister, som funnits i flera år och omfattar patienter med ätstörningsproblematik (anorexi, bulemi, ätstörning UNS) såväl hos barn och ungdomar som hos vuxna. I figur 6 redovisas antalet gjorda registreringar, inte enskilda individer, under åren 2003-2007. Nyregistreringar har gjorts ända sedan 1999 och därför äger uppföljningar rum redan det första redovisade året. Staplarna som indikerar uppföljande registreringar per sjukhus kan inte rakt av tolkas som en additiv konsekvens av tidigare nyregistreringar bl a eftersom patienter flyttar mellan olika mottagningar och därmed kan dubbelregistreras. Dessutom innefattar uppföljningarna även avslutande registreringar av patienter som tillfrisknat. Figurens huvudbudskap är den generellt ökande benägenheten under åren att registrera i RIKSÄT.



Figur 6. Antal nyregistreringar och uppföljningar i RIKSÄT åren 2003-2007.
Källa: KPV-centrum.

I kvalitetsregistret Bipolär registreras patienter med bipolär affektiv sjukdom. När det gäller tolkningen av de enskilda staplarna i figur 7 gäller samma förbehåll som för RIKSÄT. De övriga nationella kvalitetsregistren, BUSA och PsykosR, är under uppbyggnad. Kritik har riktats mot deras omfattning, vilken gör registreringen mycket tidsödande. Detta återspeglas också i det blygsamma antalet patienter som registrerats från Västra Götaland, även om en viss ökning har ägt rum under 2007.



Figur 7. Antal nyregistreringar och uppföljningar i Bipolär åren 2005-2007.
Källa: KPV-centrum.

Bedömning och slutsats

Av de fyra aktuella kvalitetsregistren är det endast RIKSÄT som nått en större regionövergripande anslutningsgrad. Anslutningen till Bipolär ökar kraftigt, men omfattar ännu väsentligen bara enheter på SU och SÄS. De övriga kvalitetsregistren har fortsatt en mycket låg anslutningsgrad. Detta kan bero på att registrens omfattning anses vara alltför stor. Ett annat hinder som bör beaktas är att registreringen nu måste ske separat d v s journaluppgifter måste manuellt överföras till registren. Målet, såväl inom psykiatri som inom somatiken, är att de nationella kvalitetsregistrens IT- system och sjukvårdens journaler skall utformas så att överföring kan ske automatiskt. Anslutningsproblematiken till aktuella kvalitetsregister har noterats även nationellt och åtgärder diskuteras.

Säker hälso- och sjukvård

7) Systematiskt arbete med avvikelserapporter

Denna kvalitetsindikator ska mäta:

- Förekomst av en sammanställning av under året lämnade avvikelserapporter
- Förekomst av en systematiserad redovisning av åtgärder, per kategori av avvikelserapporter, som vidtagits för att förhindra upprepningar
- Förekomst av förvaltningsövergripande instruktion för avvikelshantering

Alla sjukhus i regionen har nu infört MedControl, utom Alingsås där införande är planerat. De sjukhus som har MedControl kan lämna en kategoriserad sammanställning av sina avvikelserapporter.

Under 2008 kommer dessa att redovisas i delårsboksluten och sättas i relation till antalet årsarbetare. På den allra mest övergripande nivån, till exempel vård och behandling, organisation/regler/resurser, bemötande, finns en viss regional enhetlighet. På nivåerna under saknas detta, men harmoniseringsarbete pågår. Arbetsgruppen har därför bedömt att det ännu inte är meningsfullt att göra en regional sammanställning av avvikelserapporterna.

Systematiserade rapporter som behandlar åtgärder som vidtagits för att förhindra upprepning av noterade avvikelser kommer att finnas från 2009. Redovisningen begränsas till allvarliga händelser d v s i princip Lex Maria fall.

De sjukhus som har tagit MedControl i bruk har olika typer av förvaltningsövergripande instruktioner för avvikelshantering. Arbete med att ta fram en regiongemensam instruktion för avvikelshantering pågår.

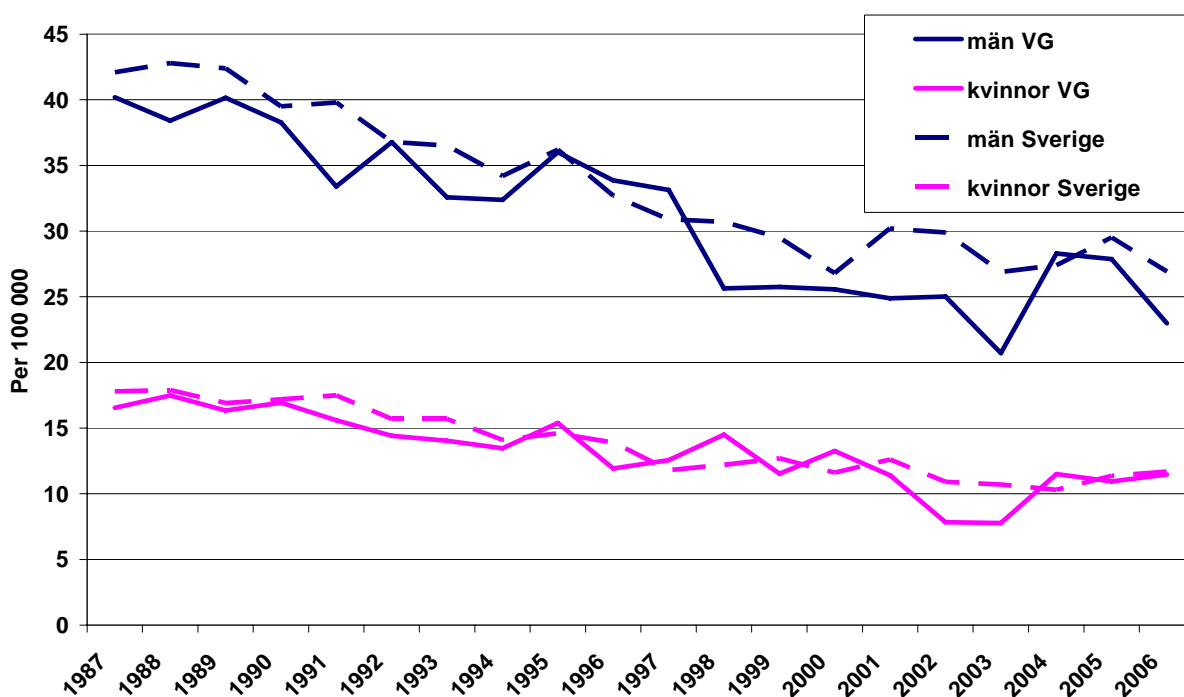
Bedömning och slutsats

Arbete med att skapa en regionövergripande enhetlighet i avvikelshandlingen pågår fortlöpande. Sammanställningar av avvikelserapporter redovisas från 2008 och systematiserade redovisningar av åtgärder vid allvarliga händelser från 2009.

8) Uppgifter om suicid och suicidförsök

Antalet suicid i befolkningen under mätperioden och andelen av dessa som haft vårdkontakt (oavsett specialitet) under viss tid före självmordet

Uppgifter om antalet självmord i befolkningen återfinns i Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Registeruppgifterna bearbetas noggrant, vilket gör att det föreligger en viss eftersläpning. Uppgifter från dödsorsaksregistret kan endast publiceras i den takt de blir tillgängliga och kravet på aktualitet måste därför med nödvändighet stå tillbaka. Uppgifter om andelen i befolkningen som haft kontakt med sjukvården kräver samkörning mellan vårddatabasen Vega och dödsorsaksregistret, vilket kräver specifikt tillstånd. Arbetsgruppen har gjort bedömningen att värdet av sådana uppgifter är begränsat, eftersom de avser förhållanden flera år bakåt i tiden, och har därför inte ansökt om tillstånd för samkörning. Det är dock känt från vetenskapliga undersökningar att 70–90 % av de individer som tar livet av sig haft kontakt med hälso- och sjukvården under de senaste sex månaderna före självmordet.



Figur 8. Antal självmord, per 100 000 män och kvinnor, i Västra Götaland och Sverige åren 1987-2006. Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Självmord är vanligare bland män. Antalet självmord ökade något i Västra Götaland under 2004, men under 2005 och 2006 ses snarast en motsatt utveckling hos män. Hos kvinnor verkar uppgången från 2004 kvarstå. Det totala antalet självmord är dock i absoluta tal litet, vilket gör det viktigare att följa långsiktiga trender än antalet fall enskilda år. Under hela den observerade perioden är trenden sjunkande, såväl nationellt som i Västra Götaland.

Antalet suicid bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin

Enligt Lex Maria skall vårdgivaren anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt. Denna anmälningsskyldighet trädde i kraft 1 februari 2006. Tabell 1 redovisar antalet dylika fall per vuxenpsykiatrisk klinik under delar av år 2006 (1 februari – 31 december) samt hela 2007.

Det totala antalet anmälda fall är väsentligen det samma bägge åren, men antalet Lex Mariaanmälningar varierar påtagligt mellan klinikerna, såväl inom som mellan åren. Detta kan bero på slumpartade faktorer och/eller olikartad tillämpning av anmälningsskyldigheten. Det lilla antalet anmälningar kan inte ligga till grund för någon bedömning av eventuella skillnader i omhändertagandet av självmordsnära patienter. En sådan bedömning kan först göras efter flera år, då eventuella mönster kan urskiljas. Först då kan indikatorn värderas med avseende på om den är väsentlig för att följa psykiatrins självmordspreventiva arbete.

Tabell 1. Antal Lex Mariaanmälningar under perioden 2006-02-01 - - 2006-12-31 samt hela år 2007 på grund av självmord under eller inom fyra veckor efter vuxenpsykiatrisk vård. Källa: Respektive sjukhus samt Socialstyrelsen.

	2006 (1 feb – 31 dec)	2007 (1 jan – 31 dec)
Kungälv	3	5
NU	13	9
SkaS	3	9
SU-Mölndal	4	3
SU-Sahlgrenska	0	1
SU-Östra	2	6
SU-Beroendeklinik	2	3
SU-Neuropsykiatrisk klinik	1	0
SÄS	14	8
Västra Götaland	42	44¹

¹ Till denna siffra skall läggas en anmälan från barn- och ungdomspsykiatrin under 2007.

Antalet suicidförsök bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin

I följande redovisning av antalet suicidförsök inkluderas även vårdkontakter med anledning av självtillfogad skada.

Tabell 2. Antalet suicidförsök och vårdkontakter till följd av självtillfogad skada 2006 och 2007 uppdelat per vuxenpsykiatrisk klinik. Källa: Vårddatabasen Vega.

	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
	2006			2007		
Kungälv	0	1	1	3	1	4
NU	39	33	72	31	25	56
SkaS	10	6	16	3	4	7
SU-Mölndal	28	8	36	16	7	23
SU-Sahlgrenska	58	27	85	56	17	73
SU-Östra	30	17	47	25	7	32
SU-Beroende	7	14	21	13	8	21
SU-Neuropsyk	3	6	9	12	8	20
SÄS	14	7	21	10	4	14
VGR	189	119	308	169	81	250

Tabell 3. Antalet suicidförsök och vårdkontakter till följd av självtillfogad skada 2006 och 2007 uppdelat per barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Källa: Vårddatabasen Vega.

	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
	2006			2007		
Kungälv	0	0	0	1	0	1
NU	9	0	9	5	0	5
SkaS	3	3	6	0	0	0
SU	20	8	28	28	4	32
SÄS	14	1	15	13	3	16
VGR	46	12	58	47	7	54

Självordsförsök och tillfällen med självtillfogad skada är vanligare bland kvinnor än män, såväl inom barn- och ungdomspsykiatrin som vuxenpsykiatrin. I rapporten *Psyisk ohälsa omfattning och utbredning bland invånarna i Västra Götalandsregionen* (dnr RSK 95-2006) har tidigare redovisats att antalet personer med vårdkontakter avseende självordsförsök/självtillfogad skada har ökat sedan slutet av 1990-talet och att ökningen varit tydligast i åldersgruppen 15-24 år. Föreliggande material pekar i vart fall inte på en fortsatt ökning, även om stor försiktighet måste iakttas vid tolkningen av data från enskilda år.

Bedömning och slutsats

Antalet självmord minskar under hela den observerade perioden, även om minskningen bland kvinnor möjligen har avstannat.

Antalet Lex Mariaanmälningar på grund av självmord som inträffat under pågående vård eller

inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt varierar påtagligt mellan klinikerna. De redovisade uppgifterna kan ännu inte ligga till grund för någon bedömning av eventuella inomregionala skillnader i omhändertagandet av självmordsnära patienter.

Självmordsförsök och tillfällena med självtillfogad skada är vanligare bland kvinnor än män, såväl inom barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri. Jämfört med den tidigare rapporterade regionala utvecklingen ses snarast en nedgång i antalet dylika händelser, men om detta är en tillfällighet eller bestående är för tidigt att uttala sig om.

9) Klagomål och deras uppföljning

Anmälningar till patientnämnderna gällande barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri kan fördelas på följande fyra kategorier:

- Vård och behandling
- Bemötande, kommunikation och information
- Organisation, regler och resurser
- Övrigt

Tabell 4. Antalet anmälningar till patientnämnderna år 2007 uppdelat per vuxenpsykiatrisk klinik. Källa: Patientnämndernas kansli.

	Vård	Bemötande	Organisation	Övrigt	<i>Totalt</i>
Kungälv	3	0	6	0	9
NU	15	9	9	2	35
SkaS	17	5	12	0	34
SU-Mölndal	15	4	10	0	29
SU-Sahlgrenska	20	14	12	1	47
SU-Östra	23	6	16	1	46
SU-Rättspsykiatri	6	2	1	0	9
SÄS	24	7	23	1	55
Västra Götaland	123	47	89	5	264

Tabell 5. Antalet anmälningar till patientnämnderna år 2007, uppdelat per barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Källa: Patientnämndernas kansli.

	Vård	Bemötande	Organisation	Övrigt	Totalt
NU	2	2	1	0	5
SkaS	1	1	2	0	4
SU	4	3	2	0	9
SÄS	4	0	0	0	4
VGR	11	6	5	0	22

Totalt gjordes 264 anmälningar inom det vuxenpsykiatriska området och 22 inom barn- och ungdomspsykiatrin under 2007. Totalt sett var anmälningar som rörde vård och behandling vanligast förekommande, följt av anmälningar avseende organisation, regler och resurser. Först därefter kom anmälningar gällande bemötande, kommunikation och information.

Bedömning och slutsats

Antalet anmälningar har varit relativt konstant de senaste åren, men under år 2007 noteras en ökning som framförallt kan hänföras till vuxenpsykiatrin på SU-Mölndal och SU-Sahlgrenska. Det lilla antalet anmälningar i relation till det totala antalet vårdkontakter innebär att variationer över tiden inte nödvändigtvis är tecken på reella bakomliggande förändringar. Respektive kliniks resultat avseende denna kvalitetsindikator bedöms bäst tillsammans med de indikatorer som indikerar patienternas uppfattning om bemötande och delaktighet.

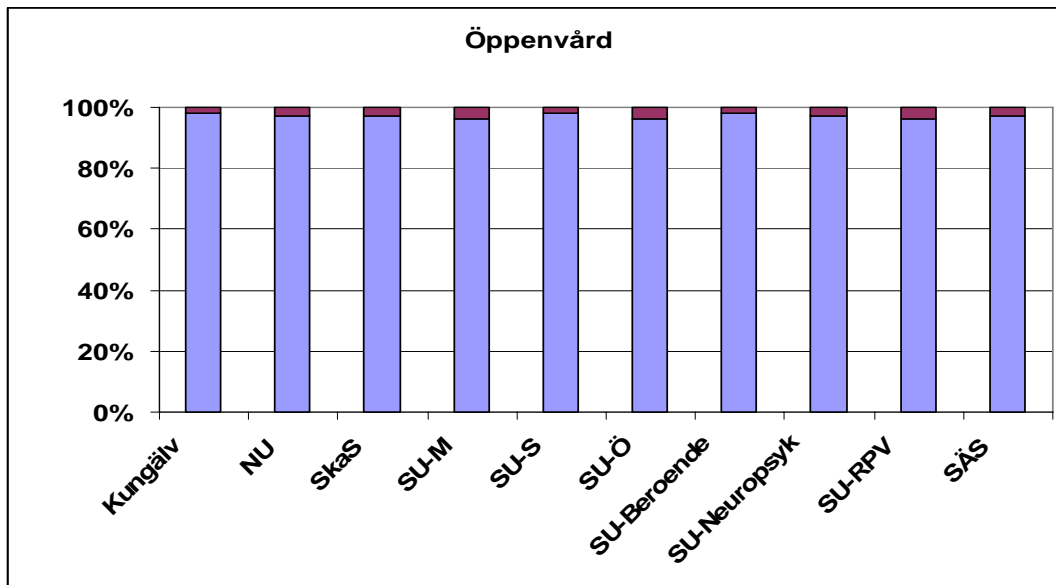
Värdefulla erfarenheter kopplade till anmälningar kan påverka organisationen i rätt riktning. Patientnämnderna och deras kanslier kontinuerligt återför erfarenheter till berörda verksamhetsansvariga liksom till styrelser och nämnder.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

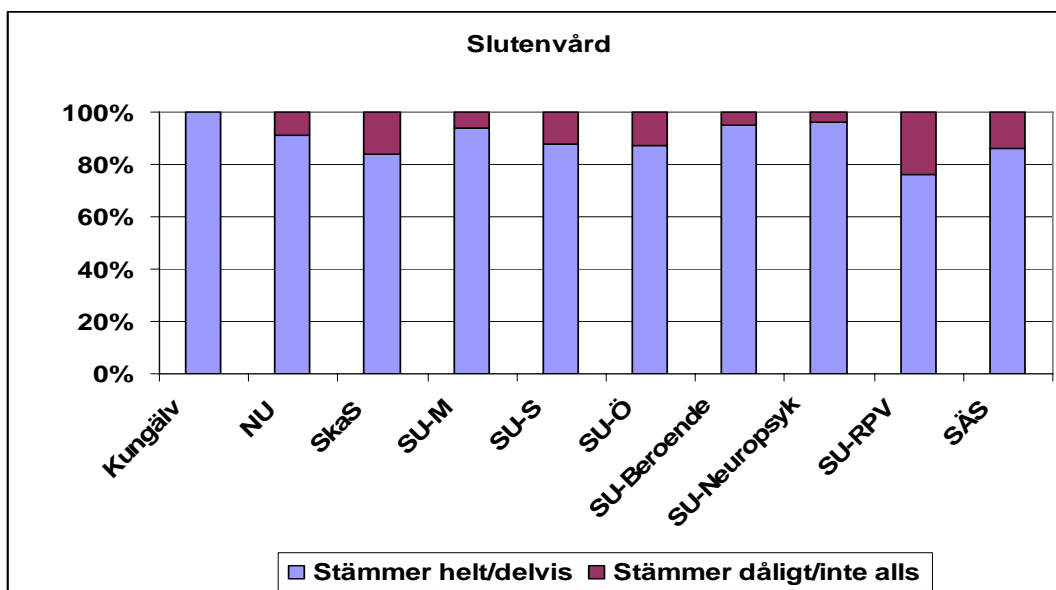
10) Patientupplevelse av bemötande och delaktighet vid vårdkontakt

Vuxenpsykiatrin använder *Din Syn på Vården* som regiongemensam patientenkät. Den senaste vuxenpsykiatriska enkäten genomfördes under vecka 17, 2008. Barn- och ungdomspsykiatrins kvalitetsstjärna innehåller frågor som mäter bemötande av patienter och anhöriga. Inom barn- och ungdomspsykiatrin besvaras frågorna av anhöriga och av patienter över 13 års ålder.

Bemötande inom vuxenpsykiatri



Figur 9a. Patientuppfattning om bemötande inom vuxenpsykiatriens öppenvård 2008. Påståendet var "Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet". Redovisningen är klinikspezifisk. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.



Figur 9b. Patientuppfattning om bemötande inom vuxenpsykiatriens slutenvård 2008. Påståendet var "Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet". Redovisningen är klinikspezifisk. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

Tabell 6. Antal patienter inom vuxenpsykiatri som 2007 och 2008 besvarat bemötandefrågan, kliniskspecifik redovisning. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

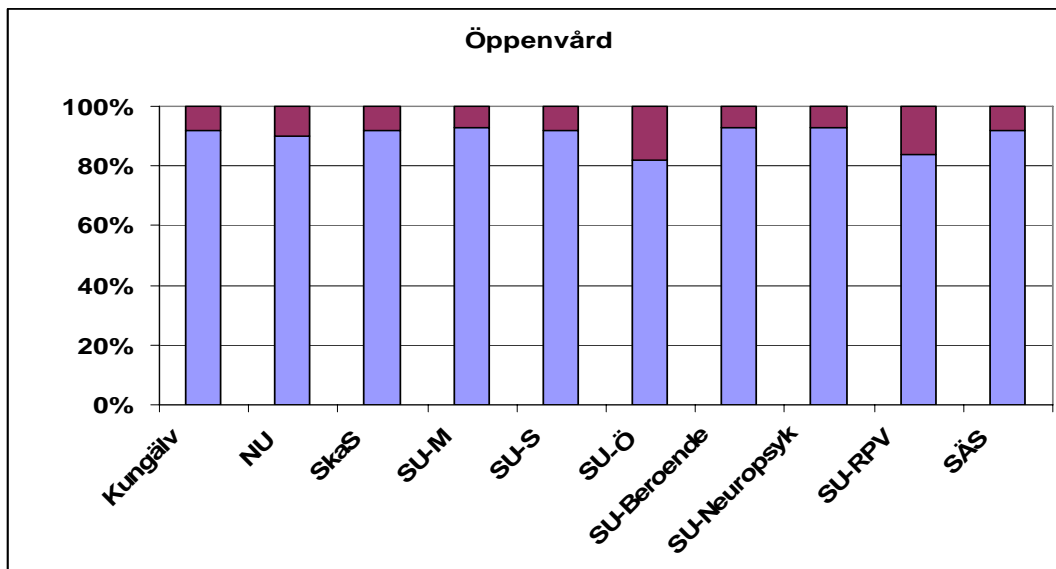
	Öppenvård		Slutenvård	
	2007	2008	2007	2008
Kungälv	264	245	41	44
NU	843	818	138	176
SkaS	672	517	121	130
SU-M	452	469	38	34
SU-S	474	448	45	67
SU-Ö	424	373	52	60
SU-Beroende	398	520	148	75
SU-Neuropsyk	27	113	37	51
SU-RPV	-	25	-	50
SÅS	815	760	42	59
VGR	4369	4288	662	746

En mycket stor majoritet av patienterna inom öppenvården är, i likhet med 2007, nöjda med bemötandet. Inom slutenvården är antalet svarande såpass litet att utfallet är något osäkert, men den goda överensstämmelsen med år 2007 kan tas som intäkt för att det generellt sett finns ett större missnöje i sluten jämfört med öppen vård. Svarsfrekvensen är totalt sett väsentligen oförändrad mellan åren, även om det på enskilda enheter finns relativt betydande förskjutningar.

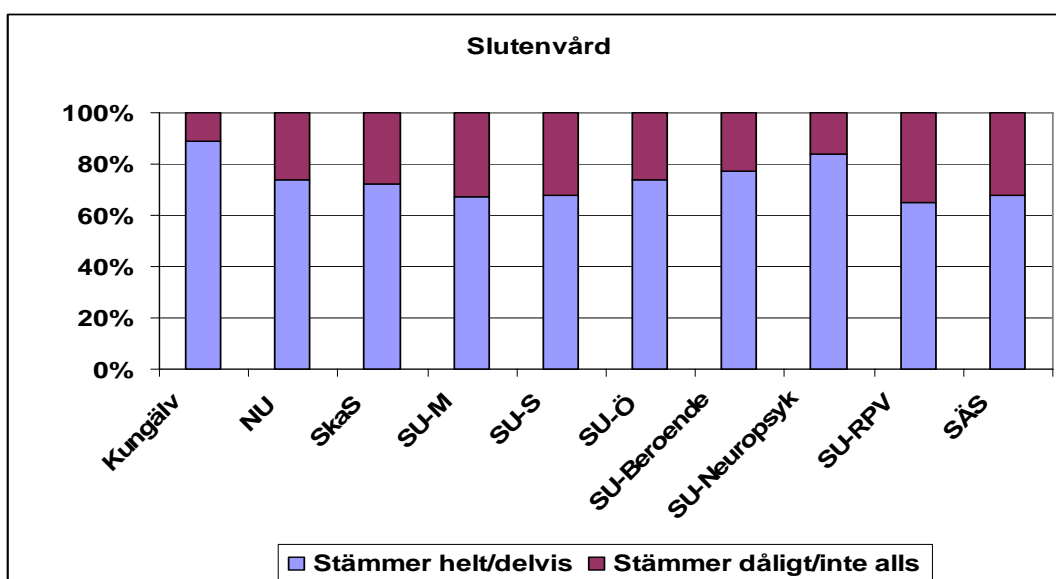
Delaktighet inom vuxenpsykiatri

Tabell 7. Antal patienter inom vuxenpsykiatri som 2007 och 2008 besvarat delaktighetsfrågan, kliniskspecifik redovisning. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

	Öppenvård		Slutenvård	
	2007	2008	2007	2008
Kungälv	260	243	40	44
NU	836	812	137	174
SkaS	670	514	121	125
SU-M	448	464	37	34
SU-S	472	446	45	65
SU-Ö	424	370	51	58
SU-Beroende	398	518	151	75
SU-Neuropsyk	27	110	35	49
SU-RPV	-	25	-	49
SÅS	812	757	40	59
VGR	4347	4259	657	732



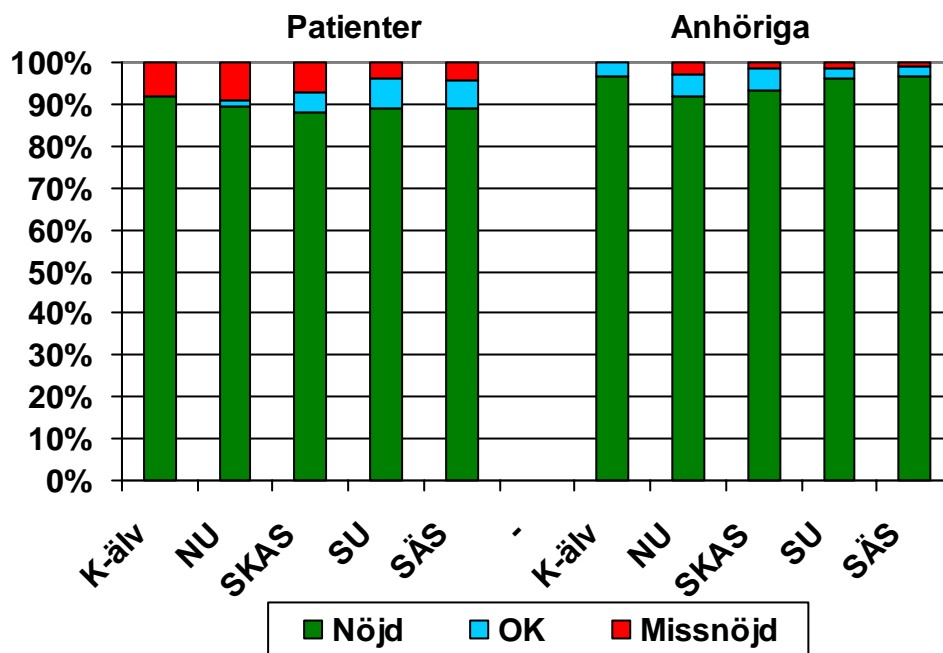
Figur 10a. Patientuppfattning om delaktighet inom vuxenpsykiatrins öppenvård 2008. Påståendet var ”Jag känner/kände mig delaktig i planering och genomförande av min vård”. Redovisningen är klinikspezifisk. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.



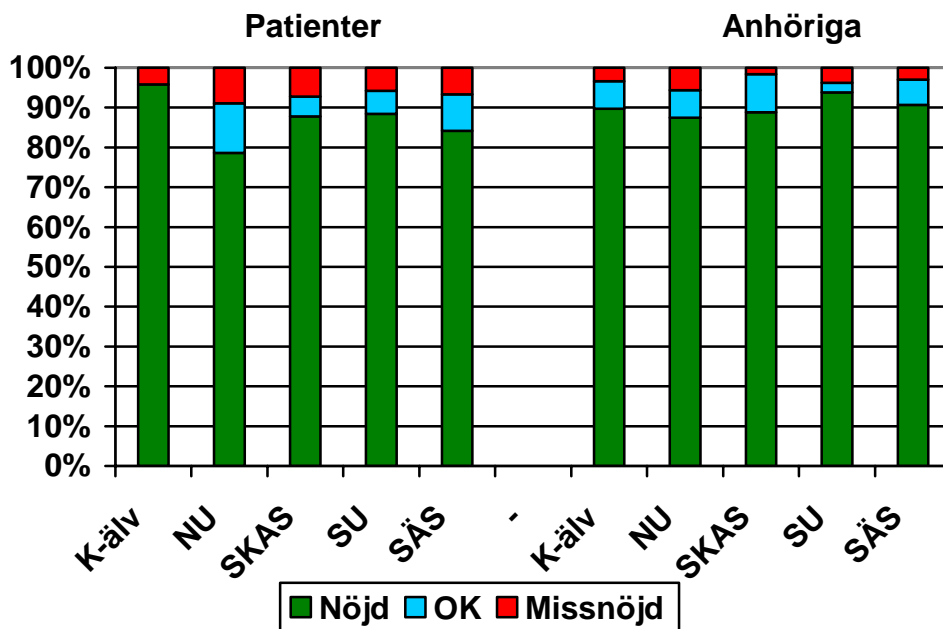
Figur 10b. Patientuppfattning om delaktighet inom vuxenpsykiatrins slutenvård 2008. Påståendet var ”Jag känner/kände mig delaktig i planering och genomförande av min vård”. Redovisningen är klinikspezifisk. Källa: Patientenkäten *Din syn på vården*.

Även vad gäller delaktighet är den övervägande delen av öppenvårdspatienterna nöjda. I storleksordningen 10 % uttrycker dock missnöje avseende delaktighet. Inom slutenvården är andelen missnöjda större (i storleksordningen 20 %), vilket överensstämmer med situationen 2007. Notera dock den relativa tolkningsosäkerhet som den låga svarsfrekvensen inom slutenvården medför.

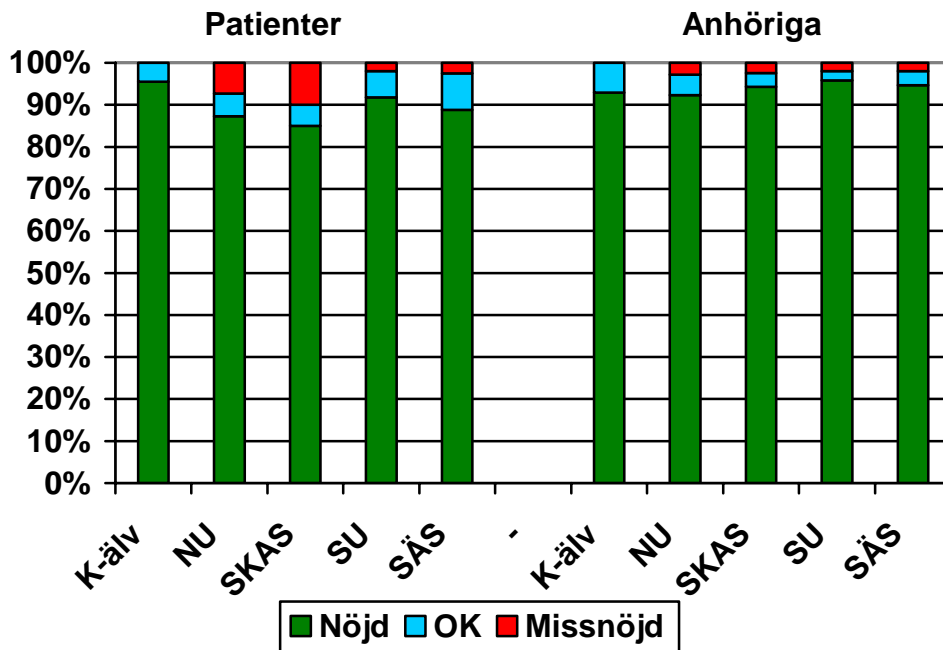
Har det personliga bemötandet varit positivt?



Möjlighet att prata om det som varit viktigt för dig?



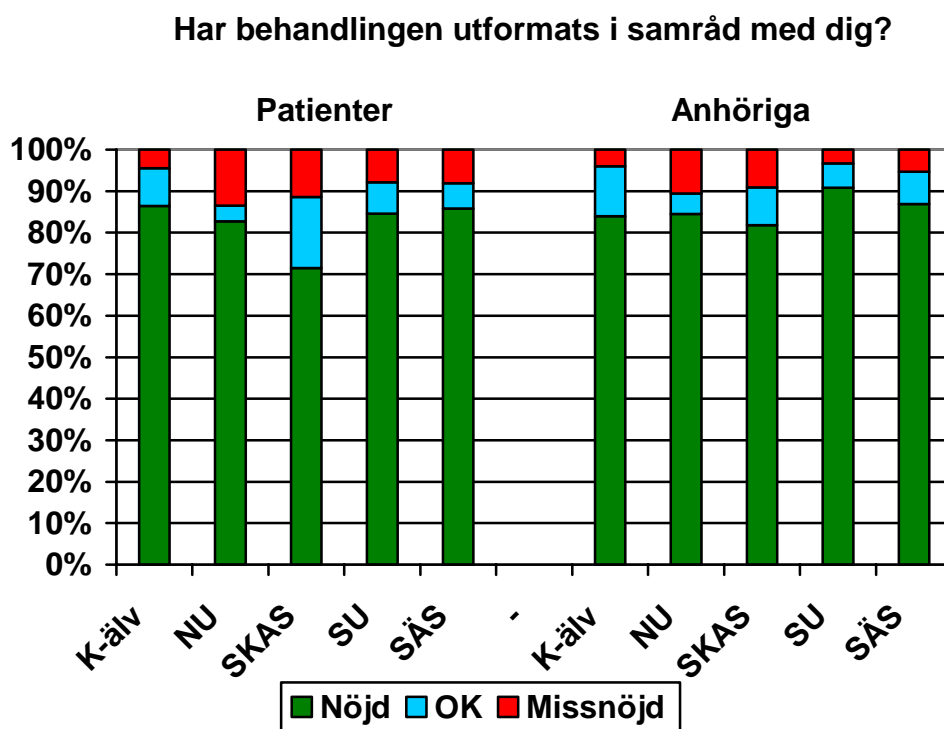
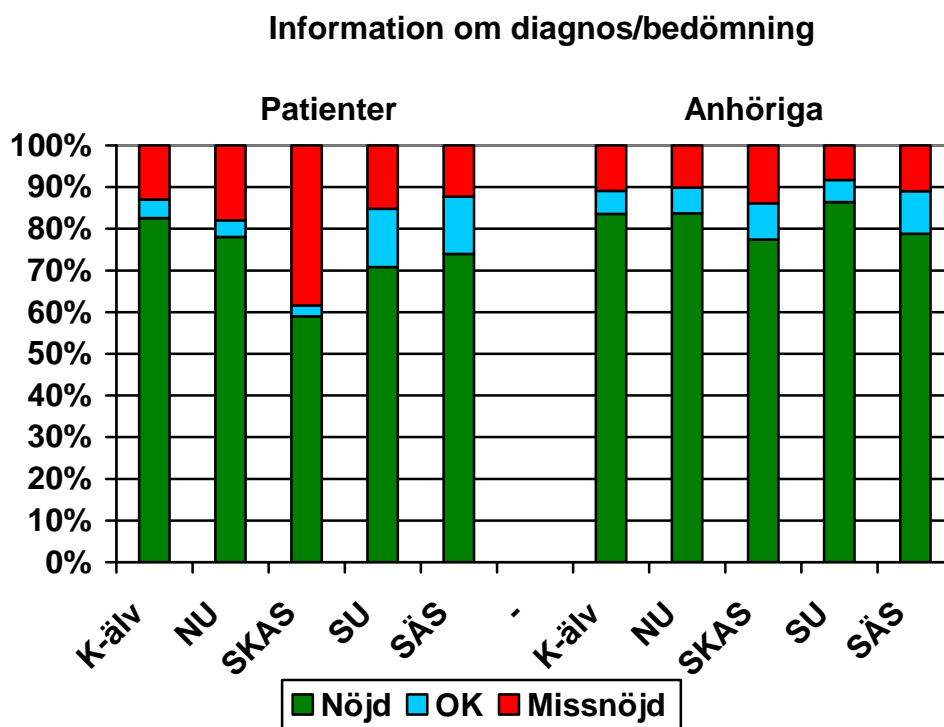
Har alla fått komma till tals?



Figur 11 a-c. Patient- och anhöriguppfattning om bemötande inom barn- och ungdomspsykiatrin 2008. Redovisningen är klinikspezifisk. Källa: Kvalitetsstjärnan.

En mycket stor andel av både patienter och anhöriga är nöjda med de olika redovisade bemötandeaspekterna. De skillnader som kan noteras mellan olika kliniker måste tolkas med försiktighet då antalet besvarade enkäter, inte minst bland patienterna, är lågt.

När det gäller delaktighetsaspekterna är fortfarande majoriteten av både patienter och anhöriga nöjda om än i lägre omfattning än när det gäller bemötande. Detta verkar framför allt gälla information om diagnos och bedömning. Även här bör man hålla i minnet att de skillnader som noteras mellan olika kliniker skall tolkas med försiktighet då antalet besvarade enkäter snarast är lägre än när det gäller bemötande.



Figur 12 a-b. Patient- och anhöriguppfattning om delaktighet inom barn- och ungdomspsykiatri 2008. Redovisningen är kliniks-specifik. Källa: Kvalitetsstjärnan.

Bedömning och slutsats

För vuxenpsykiatriens del är mönstret år 2007 väsentligen det samma som 2008. Antalet svarande inom öppenvården är tillräckligt stort för att resultatet skall anses vara säkert. En mycket stor andel av patienterna är helt eller delvis nöjda med såväl bemötande som delaktighet, även om missnöjet relativt sett är något större avseende delaktigheten. Inom slutenvården är antalet svarande så lågt att jämförelser mellan år och kliniker får göras med större försiktighet, men i storleksordningen 20 % anger missnöje både 2007 och 2008.

De variationer som ses mellan klinikerna kan bero på patientsammansättning och/eller respektive kliniks reella prestationer. Vad gäller den mindre tillfredsställelsegraden inom slutenvården kan noteras att data från det nationella kvalitetsstjärnesamarbetet belyst att tillfredsställelsen är sämre hos patienter med lägre upplevt livskvalitet och med större besvärssupplevelse samt sämre bedömd symtom- och funktionsnivå.

I förra årets kvalitetsindikatorrapport fanns ingen information om bemötande och delaktighet inom barn och ungdomspsykiatri och därför kan inga jämförelser över tid ännu göras. Data för 2007 visar dock att såväl patienter som anhöriga i mycket hög grad är nöjda med bemötande och delaktighet.

Eftersom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri inte använder samma patientenkät är direkta jämförelser över specialitetsgränsen vanskliga. Det verkar dock som om bemötandeaspekter inom bägge disciplinerna är något bättre tillgodosedda än delaktigheten.

11) Genomförd brukarrevision

Något resultat kunde inte redovisas för kvalitetsindikatorn genomförd brukarrevision i rapporten avseende 2006. Inte heller för 2007 kan några resultat redovisas. Brukarrevision är en förhållandevis omfattande uppgift, som det för närvarande inte finns tillräckliga förutsättningar att initiera. Ett utvecklingsarbete har påbörjats och förslag på grundläggande utformning tagits fram. Tillsvidare utgår dock indikatorn genomförd brukarrevision. Ambitionen att använda brukarrevision som kvalitetsindikator kvarstår dock, samtidigt som vi i årets rapport introducerar en kompletterande indikator som mäter brukar- och anhöriginflytande.

I förslagen i utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri lyfts behovet av utveckling av brukar- och anhöriginflytande i form av brukarråd fram. De flesta verksamheter har i nuläget sporadisk eller mer regelbunden kontakt med brukar- och anhörigorganisationer. I en del fall har det karaktären av informationsträffar, medan andra enheter har skapat brukarråd inriktade på samverkan kring planering och utformning av vården.

Genomförda brukarråd för samverkan mellan brukare, patienter, anhöriga och utförare införs därför som kompletterande indikator. Krav för giltig kvalitetsindikator är att brukarråden:

- Är planerade och sker med regelbundenhet
- Har en ändamålsenlig representation av brukare, patienter, anhöriga(företrädesvis genom regionala företrädare för nationell samverkan för psykisk hälsa; NSPH) och utförare
- Präglas av dialog och samverkan
- Dokumenteras

Inom barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götaland genomfördes under 2007 inga brukarråd som uppfyller definitionen av kvalitetsindikatorn. Inom barn- och ungdomspsykiatri på SU genomförs dock årliga möten med brukarrepresentanter, vilka i hög grad motsvarar den formella definitionen. Uppgifter har tyvärr inte lämnats från NU och SkaS.

Inom vuxenpsykiatri genomfördes 31 brukarråd under 2007. Förekomsten är mycket ojämnt fördelad mellan respektive kliniker. På NU och SU-Sahlgrenska genomförs samverkansaktiviteter som dock inte uppfyller den formella definitionen av kvalitetsindikatorn.

Tabell 8. Antal genomförda brukarråd under 2007 per vuxenpsykiatrisk klinik. Källa: Respektive klinik.

	Antal brukarråd
Kungälv	4
NU	0
SkaS	2
SU-Mölndal	5
SU-Sahlgrenska	0
SU-Östra	6
SU-Beroendeklinik	0
SU-Neuropsykiatri	1
SU-Rättspsykiatri	0
SÄS	13
Västra Götaland	31

Bedömning och slutsats

Tiden är ännu inte mogen för en kvalitetsindikator avseende brukarrevision. Däremot kan förekomsten av brukarråd användas som kvalitetsmått. Detta visar på en stor inomregional variation och därmed också på en förbättringspotential på vissa kliniker. Man skall dock inte glömma att samverkan med brukarrepresentanter pågår även i andra former än de som kvalitetsindikatorn mäter.

Effektiv hälso- och sjukvård

12) Skriftlig vårdplan

I föregående års kvalitetsindikatorrapport konstaterades att det inte förelåg någon regional samsyn kring vad som de facto konstituerar en vårdplan. Arbetsgruppen föreslog därför ett utvecklingsarbete kring en regional vårdplansplattform.

I årets rapport kan konstateras att arbete pågår via sektorsråden för att fastställa vårdplanens innehåll och omfattning. Barn- och ungdomspsykiatrien har skapat en modul i Melior innefattande:

1. Problembeskrivning
2. Målformulering
3. Utredning
4. Behandling
5. Utvärdering
6. Samverkan
7. Medverkan
8. Godkänd av

Problembeskrivning, målformulering, utredning, behandling och utvärdering (1-5) skall besvaras för att vårdplanen skall anses godkänd och rapporteras giltig. Punkterna 7 och 8 fångas bäst via kvalitetsstjärnan. Inom barn- och ungdomspsykiatrien bedrivs ett fokuserat arbete med att skapa rutiner för registrering och utdatahantering av uppgifter kring den skriftliga vårdplanen.

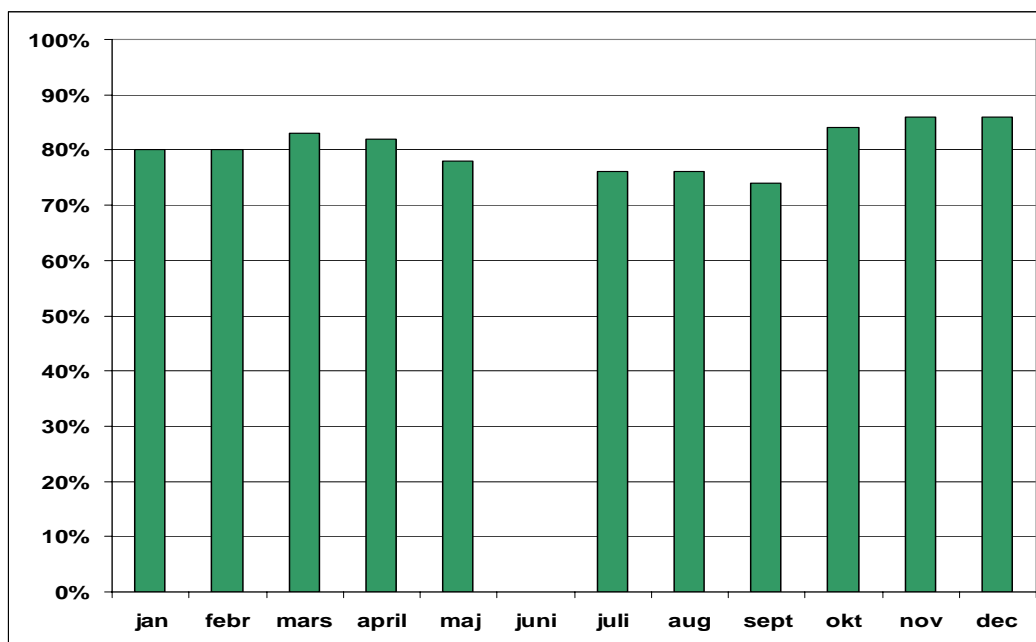
Under 2008 sker en genomgång av modellen inom vuxenpsykiatrien för att utröna om indikatorn kan införas även där.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

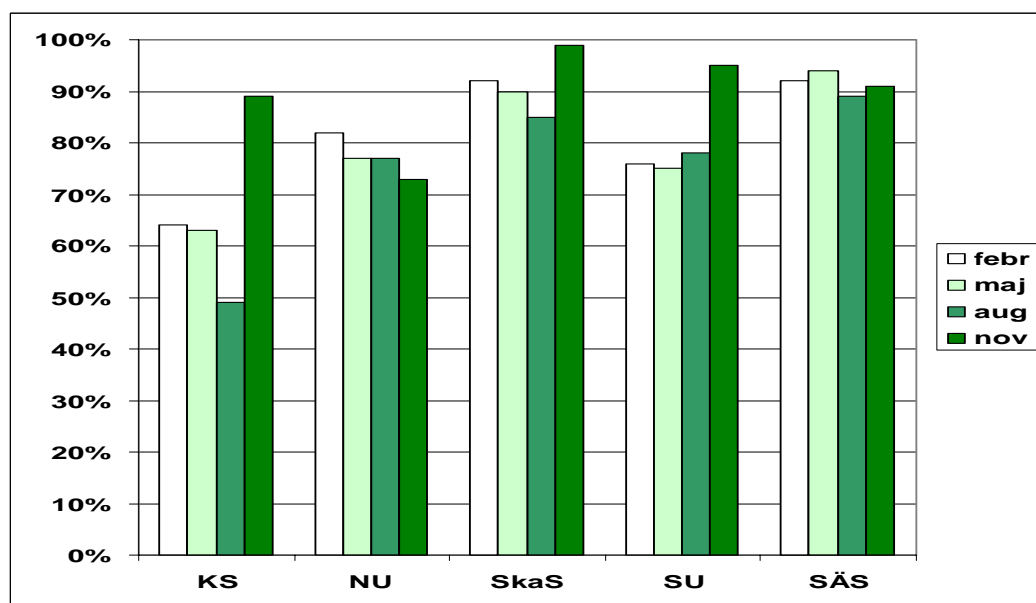
13) Andel som fått vård inom 90 dagar

Inom vuxenpsykiatrien mäter kvalitetsindikatorn andelen patienter som väntat på besök mindre än 90 dagar efter vårdbegäran, plus de patienter som väntat mindre än 180 dagar då de själva avstått från vårdgarantin, så kallad patientvald väntan.

Inom barn- och ungdomspsykiatrien mäter kvalitetsindikatorn andelen patienter som väntat på besök mindre än 90/30 dagar efter vårdbegäran, plus de patienter som väntat mindre än 180 dagar då de själva avstått från vårdgarantin. Att såväl 90 som 30 dagar anges som första tidsgräns för väntan efter vårdbegäran beror på att tidsgränsen inom barn- och ungdomspsykiatrien sänktes från 90 till 30 dagar den 1 september 2007.

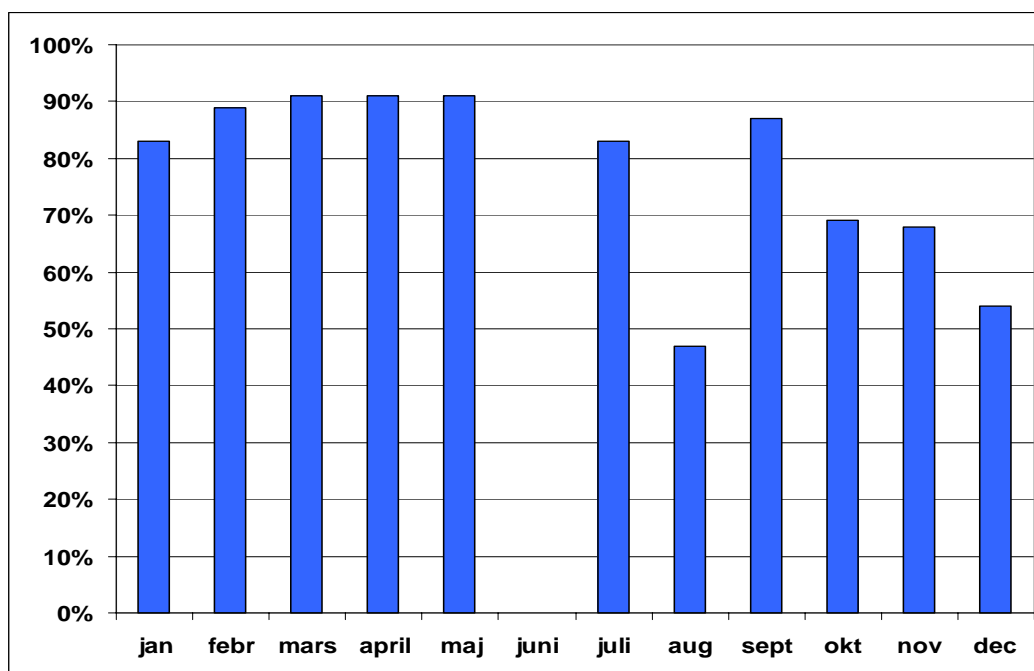


Figur 13. Andelen vuxenpsykiatriska patienter inom Västra Götalandsregionen som 2007 väntade på besök mindre än 90 dagar efter vårdbegäran, plus patienter som väntat mindre än 180 dagar inom ramen för patientvald väntan. Källa: Regionens väntetidsrapportering.

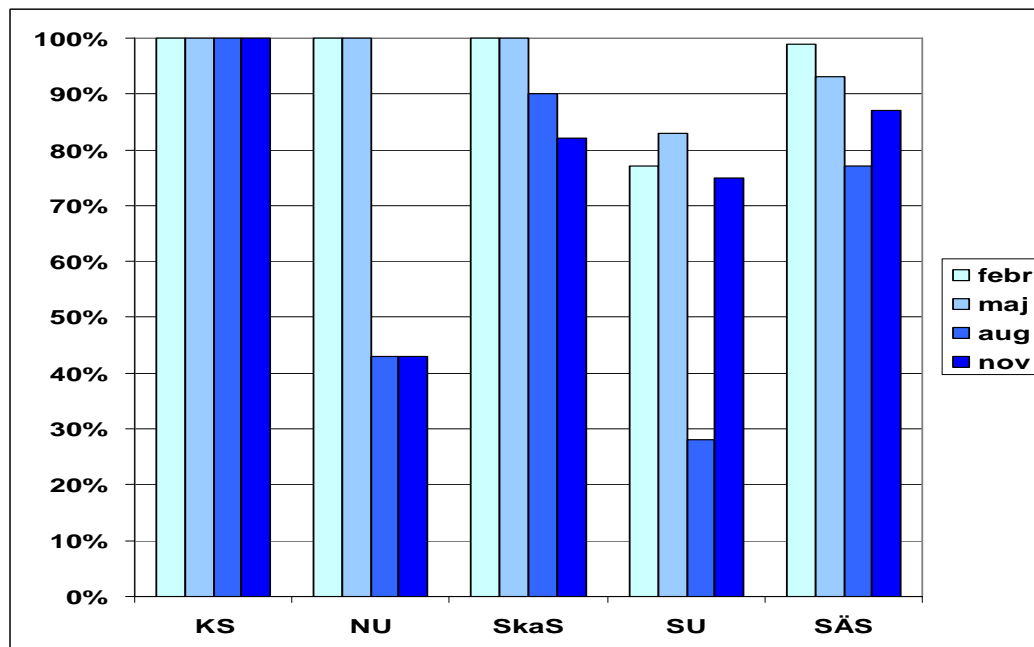


Figur 14. Andelen vuxenpsykiatriska patienter som 2007 väntade på besök mindre än 90 dagar efter vårdbegäran, plus patienter som väntat mindre än 180 dagar inom ramen för patientvald väntan. Data redovisas per sjukhus. Källa: Regionens väntetidsrapportering.

Andelen patienter i regionen som väntat längre än den stipulerade besöksgarantin varierar något över året, men totalt sett är situationen gynnsammare än under 2006. Denna bild kvarstår även under första halvåret 2008. Med viss reservation för NU-sjukvården ökar tillgängligheten till specialiserad vuxenpsykiatrisk vård på de berörda sjukhusen under loppet av 2007.



Figur 15. Andelen barn- och ungdomspsykiatriska patienter inom Västra Götalandsregionen som 2007 väntade på besök mindre än 90/30 dagar efter vårdbegäran, plus patienter som väntat mindre än 180 dagar inom ramen för patientvald väntan. Källa: Regionens väntetidsrapportering.



Figur 16. Andelen barn- och ungdomspsykiatriska patienter som 2007 väntade på besök mindre än 90/30 dagar efter vårdbegäran, plus patienter som väntat mindre än 180 dagar inom ramen för patientvald väntan. Data redovisas per sjukhus. Källa: Regionens väntetidsrapportering.

Andelen patienter inom regionens barn- och ungdomspsykiatri som väntat längre än den stipulerade besöksgarantin varierar under 2007, med en betydligt mer ansträngd situation under andra halvåret. Under våren 2008 vänder dock siffrorna entydigt i positiv riktning.

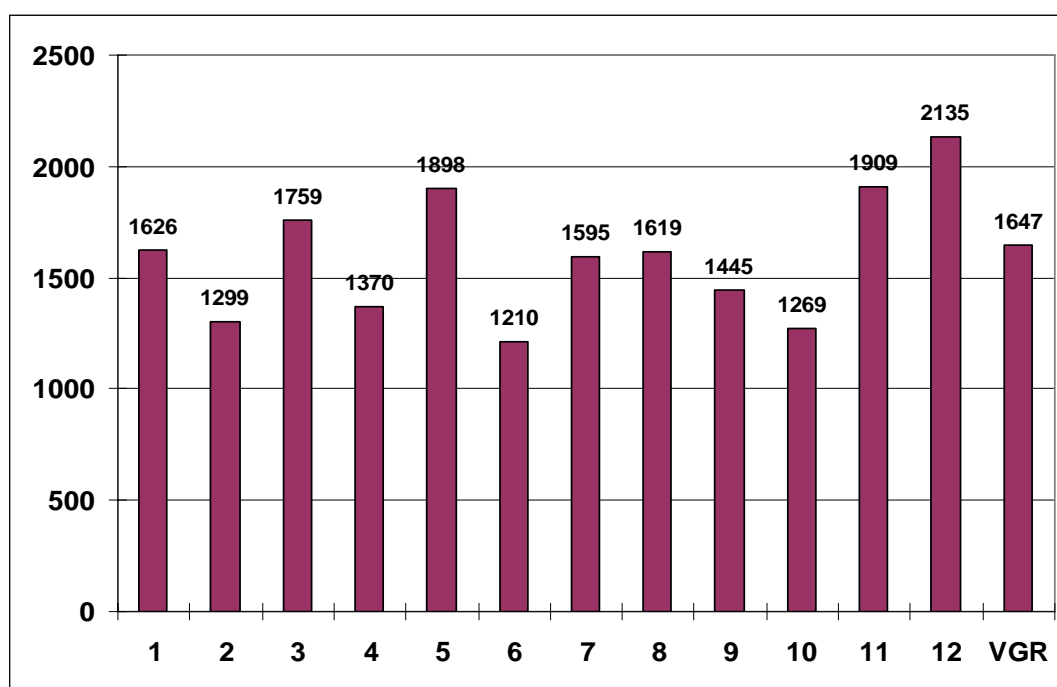
Bedömning och slutsats

Tillgängligheten inom vuxenpsykiatri ökade under 2007 med avseende på antalet patienter som fick vård inom de gränser som besöksgarantin stipulerar. Situationen inom barn- och ungdomspsykiatri utvecklades mindre gynnsamt under andra halvåret, vilket sammanfaller med att besöksgarantigränsen sänktes från 90 till 30 dagar.

Jämlig hälso- och sjukvård

14) Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård per invånare och hälso- och sjukvårdsnämnd

Indikatorn mäter hälso- och sjukvårdsnämndernas faktiska kostnad för specialiserad psykiatrisk vård, såväl egenproducerad som köpt. Däremot ingår inte den psykiatriska vård som bedrivs inom primärvården.



Figur 17. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnad per invånare för specialiserad psykiatrisk vård (barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri) år 2007. Källa: Vårddatabasen Vega och respektive hälso- och sjukvårdskansli.

Den genomsnittliga kostnaden i Västra Götaland var 1647 kronor per invånare under 2007. De lägsta kostnaderna återfinns i Dalsland (HSN 2), Mellersta Bohuslän (HSN 4), Mittenälvsborg (HSN 6) och Östra Skaraborg (HSN 10). De högsta kostnaderna finns i

Trestad (HSN 3) och i Göteborgs tre nämndområden (HSN 5, 11, 12). Den relativa inbördes ordningen mellan nämndområdena är väsentligen oförändrad jämfört med år 2006, med undantag för HSN 1 där kostnaden har ökat påtagligt.

De faktiska kostnaderna för respektive nämnd framgår av nedanstående tabell.

Tabell 9. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader för psykiatrisk specialistvård år 2007.
Källa: Vårddatabasen Vega och respektive hälso- och sjukvårdskansli.

	VGRs enheter	Privata vårdgivare	Andra landsting	<i>Totalt</i>
HSN 1	105 853 672	11 260 672	2 151 447	<i>119 265 791</i>
HSN 2	56 031 914	132 205	626 062	<i>56 790 181</i>
HSN 3	269 513 820	962 360	2 180 879	<i>272 657 059</i>
HSN 4	159 260 452	1 099 280	375 332	<i>160 735 064</i>
HSN 5	389 625 169	18 834 143	6 757 911	<i>415 217 223</i>
HSN 6	111 199 282	1 099 335	2 372 481	<i>114 671 098</i>
HSN 7	194 465 720	4 633 182	1 977 537	<i>201 076 439</i>
HSN 8	300 840 312	1 129 795	1 895 108	<i>303 865 215</i>
HSN 9	181 574 252	2 982 189	631 323	<i>185 187 764</i>
HSN 10	158 815 374	2 653 326	750 169	<i>162 218 869</i>
HSN 11	237 796 276	9 823 116	1 523 416	<i>249 142 808</i>
HSN 12	296 248 364	9 684 227	2 069 215	<i>308 001 806</i>
VGR	2 461 224 608	64 293 830	23 310 879	<i>2 548 829 317</i>

Den totala kostnaden uppgick till drygt 2,5 miljarder kronor under 2007, varav cirka 2,2 miljarder för vuxenpsykiatri och drygt 350 miljoner för barn- och ungdomspsykiatri. Motsvarande siffror för 2006 var knappt 2,3 miljarder totalt, varav ungefär 2 miljarder gick till vuxenpsykiatri och 330 miljoner till barn- och ungdomspsykiatri.

Tabell 10. Procentuell fördelning mellan kvinnor och män av fakturerade kostnader för specialiserad psykiatrisk vård 2007. Källa: Vårddatabasen Vega.

	Kvinnor	Män
HSN 1	54,4	45,6
HSN 2	57,6	42,4
HSN 3	55,4	44,6
HSN 4	56,2	43,8
HSN 5	54,6	45,4
HSN 6	58,6	41,4
HSN 7	55,5	44,5
HSN 8	57,7	42,3
HSN 9	52,1	47,9
HSN 10	57,1	42,9
HSN 11	50,6	49,4
HSN 12	48,7	51,3
Okänd Göteborg ¹	13,5	86,5
VGR	53,7	46,3

¹Avser patienter i Göteborg utan känd HSN-tillhörighet.

Sammanställningen visar att kvinnornas andel av kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården i Västra Götaland under 2007 var 53,7 %, att jämföra med 50,2 % år 2006. Männerna dominerar stort när det gäller kostnader för psykiatrisk vård bland individer i Göteborg utan känd nämndtillhörighet.

Bedömning och slutsatser

De ovan redovisade beloppen avser hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader, vilket skall skiljas från respektive sjukhus faktiska kostnader för psykiatrisk vård. Vi saknar exakt kunskap om i vilken grad dessa två kostnadsmått överensstämmer.

Kostnaden per individ för specialiserad psykiatrisk vård varierar mellan de olika nämndområdena. Möjliga orsaker till detta kan vara:

- Den bakomliggande psykiska ohälsan. Det finns t ex en viss samvariation med psykiskt välbefinnande (kvalitetsindikator 1)
- Historiska investeringar i psykiatrisk vård, vilka fortfarande påverkar vårdens omfattning
- Den psykiatriska organisationens effektivitet

Kostnadsfördelningen mellan kvinnor och män är relativt jämn, även om gapet ökat under 2007 jämfört med 2006.

Fortsatt arbete

I nästa års rapport ämnar arbetsgruppen så långt möjligt och där det är relevant redovisa varje indikator dels ur ett klinikperspektiv, dels ur ett hälso- och sjukvårdsnämndsperspektiv för att tillgodose olika intressenters informationsbehov.

Vi ämnar även aktivt värdera aktuella indikatorer i akt och mening att om möjligt vässa deras informationsvärde. I takt med att nationella och regionala vårdprogram stadfästs och implementeras kommer det sannolikt framöver att finnas möjligheter att använda mer diagnosspecifika indikatorer.