

Inrapportering från psykiatri till patientregistret

Inventering av inrapporteringsproblem och
förslag till en förbättrad rapportering

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, hälso-skydd 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 2006-131-25

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2006

Förord

Sedan 2001 ska den som bedriver hälso- och sjukvård lämna uppgifter om läkarbesök i specialiserad öppen vård (enligt SOSFS 2002:1) till Socialstyrelsens patientregister (PAR). Socialstyrelsen har sedan dess varit medveten om att det finns stora brister i uppgifterna framför allt från den psykiatriska vården. Detta har också uppmärksammats av Nationell psykiatrisamordning som därför i samarbete med Socialstyrelsen föreslagit att inventera problem och möjligheter för att förbättra inrapporteringen till PAR. För detta ändamål har utvecklingsmedel från den särskilda psykiatrisatsningen avsatts. Inventeringen har genomförts genom intervjuer med nyckelpersoner, främst verksamhetschefer och landstingens kontaktpersoner för PAR. Rapporten har arbetats fram av en projektgrupp bestående av *Bengt André* och *Mona Heurgren* från Sveriges Kommuner och Landsting samt *Emma Björkenstam*, *Annika Edberg*, *Måns Rosén* och *Claes-Göran Stefansson* från Socialstyrelsen. Bengt André har utfört intervjuerna med psykiatriledningarna och Mona Heurgren har intervjuat landstingens kontaktpersoner för inrapporteringen till PAR. Emma Björkenstam har sammanställt materialet.

Måns Rosén
Avdelningschef
Epidemiologiskt Centrum

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
1. Inledning	10
1.1 Uppdragsbeskrivning	10
1.2 Problembeskrivning	10
1.3 Arbetsmetod	11
1.4 Projektgrupp	11
2. Nulägesanalys	12
2.1 Rapportering av uppgifter från psykiatri till patientregistret	12
2.2 Rapportering av uppgifter från psykiatri till patientregistret - specialiserad öppenvård per landsting	13
3. Resultat	22
3.1 Sammanställning av svar från landstingens kontaktpersoner	22
3.2 Sammanställning av svar från psykiatriledningarna	25
4. Diskussion	28
Bilaga 1 – Frågor till landstingens kontaktpersoner	30
Bilaga 2 – Frågor till psykiatriledningarna	38
Bilaga 3 – Preliminära data till patientregistret för 2005	43
Bilaga 4 – SKL:s verksamhetsstatistik för 2005	44

Sammanfattning

Det finns stora brister i de uppgifter som inrapporteras från psykiatri till Socialstyrelsens patientregister (PAR). Det finns dock en stor spännvidd, där uppgifterna från psykiatri hos en del landsting är av god kvalitet medan uppgifterna från andra landsting är mycket bristfälliga. Bristerna återfinns främst i rapporteringen av den öppna vården. Landstingen har en skyldighet att rapportera alla läkarbesök med uppgift om diagnos till PAR. Uppgifter om diagnos saknas för en majoritet av de inrapporterade läkarbesöken. För 2004 hade endast 40 procent av de inrapporterade besöken uppgifter om diagnos.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samlar årligen in verksamhetsstatistik från sjukvårdshuvudmännen (VI2000). För att få en uppfattning om hur stort totalbortfallet av inrapporterade uppgifter till PAR är har SKL:s statistik använts som jämförelse. De flesta landstingen rapporterar in betydligt fler besök till SKL än till PAR.

Rapportens syfte är att inventera de problem som landstingen idag har med inrapporteringen till PAR samt vilka möjligheter det finns för att förbättra inrapporteringen till PAR. Rapporten berör enbart läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård. Inventeringen bygger på intervjuer som gjorts med nyckelpersoner som medverkar i processen för att ta fram underlag till PAR. De data som rapporten bygger på är uppgifter inrapporterade för år 2004. Jämförande data för 2005 har tagits fram där det varit möjligt.

Genomgående finns en positiv inställning till inrapportering i patientregistret. Av intervjuerna att döma finns det många problem som är gemensamma för ett flertal landsting. Efter det att intervjuerna har sammanställts kan följande huvudproblem identifieras:

- Tekniska problem.
Hos en majoritet av landstingen förekommer olika typer av tekniska problem som förhindrar en smidig inrapportering. Till exempel lyfter flera landsting fram problem vad gäller:
 - datafångst
 - kommunikation mellan olika datasystem
 - avsaknad av ett gemensamt datalager
- Besök hos privata vårdgivare rapporteras inte till PAR.
Differensen mellan PAR:s inrapporterade besök och de besök som skickas till SKL:s verksamhetsstatistik förklaras delvis av att besök hos privata vårdgivare inte rapporteras till PAR.
- Rapportering av ICD-10
Det stora diagnosbortfallet beror i flera landsting på att en del av verksamheterna använder diagnosklassificeringssystemet DSM-IV och inte ICD-10 som ska användas för rapportering till PAR. Den senare klassi-

fikationen anses inte tillräckligt detaljerad för psykiatrins behov. Verksamheten använder hellre diagnostiska kriterier enligt DSM-IV.

- Läkare vill inte rapportera diagnoser.
En vanlig anledning till diagnosbortfallet i PAR är att en del läkare inte vill sätta en diagnos av ideologiska/praxis skäl. Detta är speciellt vanligt inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP).
- Attitydfrågor
Rapportering till patientregistret ses i en del landsting inte som en högt rankad arbetsuppgift. Man ser inte nyttan med rapporteringen och tar inte rapporteringsskyldigheten på allvar.
- Ledningsfrågor
Många kontaktpersoner och verksamhetsföreträdare anser att en stor otydlighet finns från landstingsledningen kring vikten av verksamhetsrapportering till den nationella nivån. Det finns också otydligheter kring ansvar och befogenheter i frågan. Den nationella nivån har också varit otydlig exempelvis vad gäller inrapporteringsskyldigheter för privata vårdgivare och hur uppgifterna i PAR används. Många menar att det har saknats ”tryck” i frågan och därför har arbetet fått en låg prioritering. Några landsting hänvisar också till brist på resurser för att kunna kvalitetssäkra uppgifterna.
- Brist på kommunikation.
Bristande kommunikation framförs i de flesta landsting som en anledning till den dåliga rapporteringen. Verksamheterna och landstinget kommunicerar inte kring ansvar/skyldigheter, befogenheter, resultat och kvalitet vad gäller inrapportering till PAR. Olika delar i landstinget sköter olika rapporteringar (till exempel PAR och VI2000) och kommunicerar inte kring definitioner etc. Data återförs inte till verksamheten för kontroll och kompletteringar.

De landsting som har en fungerande rapportering hänvisar främst till följande som förklaring till framgången:

- Frågan prioriteras i landstinget. Uppföljningsfrågor anses viktiga och står högt på landstingsledningens och verksamhetsledningars dagordning.
- Det finns ”eldsjälar” som arbetar hårt för att få in uppgifter och förbättra datakvalitet.
- Det finns aktivt arbete med återkoppling och dialog med verksamheterna kring verksamhetsuppföljning och kvalitet i data. En god kommunikation mellan verksamhet och kontaktperson är också en förklarande faktor.
- Hänsyn har tagits till rapporteringen vid införande av nya IT-system.

Flera förslag till åtgärder har önskats från landstingens sida:

- För att minimera de tekniska problemen krävs stabilare och säkrare IT-system som en väg till en säkrare rapportering.
- För att få flera landsting att använda klassifikationen ICD-10 föreslår några landsting att någon slags klassifikationsgrupp sätts samman. Det behövs också en diskussion kring nödvändigheten av rapportering av diagnoser från psykiatrin. Kommunikationen mellan verksamhet, kontaktpersoner och IT-enheter måste förbättras för att rapporteringen ska fungera.
- Många landsting anser att det behövs en tydligare styrning med klara rutiner för hur man ska arbeta med rapporteringsfrågor. Landstingsledningarna bör engagera sig för att få mer ”tryck” i frågan. Flera landsting anser att rapporteringen skulle bli bättre om man underlättade arbetet för personalen genom mer utbildning och kompetensutveckling. Bättre kommunikation behövs i alla led. Man efterlyser också mer tryck från den nationella nivån för att öka statusen på arbetet med inrapportering av verksamhetsuppgifter.

Det är avslutningsvis viktigt att poängtera att en del landsting har få problem med rapporteringen. Vissa landsting, till exempel Sörmland och Västmanland har en hög täckningsgrad på såväl inrapporterade besök som inlevererade diagnosuppgifter. Halland har en hög täckningsgrad för besöken och har som enda landsting fått med de privata vårdgivarna i sin rapportering. De stora brister som många landsting har är alltså möjliga att åtgärda. Ansvaret för detta ligger ytterst på landstingsledningarna.

1. Inledning

1.1 Uppdragsbeskrivning

Det finns stora brister i de uppgifter som psykiatrien enligt gällande lagstiftning skall rapportera till Socialstyrelsens patientregister (PAR). Nationell psykiatrisamordning har därför i samarbete med Socialstyrelsen föreslagit att inventera problem och möjligheter för att förbättra inrapporteringen till PAR. För detta ändamål har utvecklingsmedel från den särskilda psykiatrisatsningen avsatts. Resultatet av inventeringen skall vara Nationell psykiatrisamordning tillhanda den 1 september 2006.

Socialstyrelsen har, tillsammans med SKL arbetat fram den här rapporten.

1.2 Problembeskrivning

Hälso- och sjukvården har enligt regeringens förordning (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2002:1 (M)) skyldighet att lämna uppgifter till PAR. Dessa patientuppgifter skall bland annat innehålla uppgifter om patientens personnummer, in- och utskrivningsdatum i slutenvård, läkarbesök, psykiatrisk vårdform, diagnoser och klinik/vårdenhet med mera.

Sedan flera år tillbaka har det visat sig att de data som rapporteras gällande slutenvårdstillfällena och läkarbesök i öppenvård för psykiatrien har stora brister. Dock skiljer sig detta mellan landstingen, uppgifterna från psykiatrien hos en del landsting är av god kvalitet medan uppgifterna från andra landsting är mycket bristfälliga. Bristerna har flera tänkbara förklaringar. Allt från att läkare helt enkelt inte sätter diagnos till att relevanta uppgifter inte förs vidare från landstingen centralt till Socialstyrelsen.

Nationell psykiatrisamordning har också identifierat detta som ett problem för psykiatrien. Betydelsen av att kunna redovisa vad som görs och vilka resultat som kan uppnås är en mycket viktig framtidsfråga för psykiatrien. Nationell psykiatrisamordning har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att inventera problem och möjligheter för att förbättra inrapporteringen till PAR. I den här skriften har fokus främst lagts på brister i specialiserad psykiatrisk öppenvård. Det finns även brister i rapporteringen av slutenvården, där den stora bristen är rapportering av vårdform.

Underlaget för rapporten bygger dels på den statistik som årligen rapporteras till PAR och dels på SKL:s verksamhetsstatistik (VI2000). För att få en uppfattning om hur stort totalbortfallet till PAR är används SKL:s statistik som jämförelse. VI2000 är den verksamhets- och ekonomistatistik som landstingen rapporterar en gång per år. Uppgifterna är inte individbaserade, utan rapporteras som summerade uppgifter per delområde. Inrapporteringen till PAR är däremot mer omfattande och ska även innehålla diagnosuppgifter. Några landsting rapporterar in fler besök till PAR än till VI2000. Dock rapporterar de flesta in fler besök till VI2000.

1.3 Arbetsmetod

Då resultatet av inventeringen skulle vara Nationell psykiatrisamordning tillhanda redan den 1 september 2006 har tiden för uppdraget varit relativt begränsad.

Det beslutades att inventeringen skulle genomföras genom intervjuer med nyckelpersoner, främst verksamhetschefer, men även med andra som medverkar i processen för att ta fram underlag till PAR. Ett underlag skickades ut per e-post till kontaktpersonerna för respektive landsting. Underlaget innehöll både en kort uppdragsbeskrivning och ett faktaunderlag med statistik för respektive landsting. Faktaunderlaget baserades på data för år 2004. Dessutom bifogades även ett kort frågebatteri.

Efter utskicket tog ansvariga från SKL kontakt med landstingens kontaktpersoner för att följa upp utskicket och få svar på frågorna. Svaren på frågorna återfinns i bilaga 1.

Parallellt skickades även ett liknande material ut till psykiatriledningarna inom tio landsting. Utskicket följdes upp med telefonintervjuer med psykiatrichefer. Även de här intervjuerna utfördes av personer från SKL. Svaren återfinns i bilaga 2.

Preliminära data har även tagits fram för år 2005. I skrivande stund (juni 2006) saknas inrapportering från Jönköping, Gotland och Dalarna. Uppgifter för 2005 återfinns i bilaga 3.

1.4 Projektgrupp

Rapporten har arbetats fram av en projektgrupp bestående av Bengt André och Mona Heurgren från SKL samt Emma Björkenstam, Annika Edberg, Måns Rosén och Claes-Göran Stefansson från Socialstyrelsen. Bengt André har utfört intervjuerna med psykiatriledningarna och Mona Heurgren har intervjuat kontaktpersonerna. Emma Björkenstam har sammanställt materialet.

2. Nulägesanalys

2.1 Rapportering av uppgifter från psykiatrin till patientregistret

För 2004 rapporterades totalt 656 248 läkarbesök in till PAR från psykiatrisk vård. Endast 40 procent (264 975 besök) av dessa hade diagnosuppgift. Blekinge, Värmland och Västerbotten rapporterade inga besök alls. Gotland rapporterade förhållandevis få besök och få diagnoser. Norrbotten, Gävleborg och Stockholm rapporterade i stort sett inga diagnoser på sina besök.

Tabell 1. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 som har rapporterats till PAR:

Landsting	Antal besök totalt	Antal besök med diagnos	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %	Besök totalt per 100 000 invånare
Stockholm	245 640	1 847	243 793	99	13 158
Uppsala	22 315	18 985	3 330	15	7 401
Sörmland	15 151	14 979	172	1	5 811
Östergötland	14 784	11 581	3 203	22	3 559
Jönköping	36 799	6 581	30 218	82	11 186
Kronoberg	10 189	6 448	3 741	37	5 728
Kalmar	28 042	7 636	20 406	73	11 948
Gotland	126	24	102	81	219
Blekinge	0	0	0	0	0
Skåne	100 216	76 776	23 440	23	8 663
Halland	17 497	2 783	14 714	84	6 192
Västra Götaland	85 048	75 951	9 097	11	5 601
Värmland	0	0	0	0	0
Örebro	21 242	7 360	13 882	65	7 755
Västmanland	16 785	16 399	386	2	6 442
Dalarna	9 759	8 112	1 647	17	3 532
Gävleborg	12 512	45	12 467	100	4 521
Västernorrland	6 036	6 036	0	0	2 472
Jämtland	7 158	3 309	3 849	54	5 613
Västerbotten	0	0	0	0	0
Norrbotten	6 949	24	6 925	100	2 750
Totalt Riket	656 248	264 975	391 273	59,6	7 297

För att få en uppfattning om hur stort totalbortfallet till PAR är används SKL:s verksamhetsstatistik som jämförelse. Några landsting rapporterar in fler besök till PAR än till VI2000 (Jönköping, Jämtland, Kalmar och Halland). För övriga landsting (förutom de fyra landsting som rapporterat noll eller ytterst få besök) varierar totalbortfallet till PAR med mellan 15

och 47 procent (Gävleborg 15 procent, Kronoberg 47 procent). Totalt för riket är bortfallet till PAR från psykiatrin 72 procent (besök som saknar diagnosuppgift inkluderat). (Tabell 2)

Tabell 2. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 enligt SKL:s verksamhetsstatistik (VI 2000):

Landsting	Antal besök totalt (VI2000)	Egenproducerade besök (VI2000)	Diagnosborfall/ Antal besök totalt(VI2000)* (%)	Diagnosborfall/ Egenproducerade besök (%)	Bortfall i PAR totalt jämfört med (Antal besök totalt (VI2000)) (%)
Stockholm	335 525	178 696	99	99	27
Uppsala	33 748	22 227	44	15	34
Sörmland	20 505	18 386	27	19	26
Östergötland	22 775	17 972	49	36	35
Jönköping	23 224	19 817	82*	67	-58
Kronoberg	19 266	10 254	67	37	47
Kalmar	20 882	19 223	73*	60	-34
Gotland	6 696	4 891	100	100	98
Blekinge	11 704	11 704	100	100	100
Skåne	170 870	95 445	55	20	41
Halland	17 329	16 452	84*	83	-1
Västra Götaland	109 537	84 178	31	10	22
Värmland	13 787	12 665	100	100	100
Örebro	34 355	30 829	79	76	38
Västmanland	21 685	17 323	24	5	23
Dalarna	15 806	14 272	49	43	38
Gävleborg	14 712	12 979	100	100	15
Västernorrland	10 843	10 629	44	43	44
Jämtland	5 330	5 330	54*	38	-34
Västerbotten	19 480	15 444	100	100	100
Norrbottn	9 612	6 634	100	100	28
Totalt Riket	937 671	625 350	72	58	30

*) istället för Antal besök totalt(VI2000) har antal rapporterade besök till PAR använts som nämnare för de landsting som har fler rapporterade besök till PAR än till VI-statistiken.

Av de vårdtillfällen som rapporteras in för slutenvården saknar ca 9 procent uppgift om diagnos. De landsting som har högst bortfall av diagnos är Skåne, Kalmar, Stockholm och Uppsala. 2004 saknades variabeln om psykiatrisk vårdform i 8 landsting. Samma år rapporterades 2 678 vårdtillfällen med någon form av psykiatrisk tvångsvård.

2.2 Rapportering av uppgifter från psykiatrin till patientregistret - specialiserad öppenvård per landsting

Nedan följer en mer detaljerad beskrivning per landsting för 2004. Där 2005 års data omnämns hänvisas till bilaga 3 och 4. Varje landsting presenteras med besöksstatistik på sjukhusnivå.

2.2.1 Stockholm

Stockholm har rapporterat ca 246 000 besök till PAR. I jämförelse med SKL:s verksamhetsstatistik saknas ca 90 000 besök. I stort sett saknar alla inrapporterade besök uppgift om diagnos (förutom 1 846 besök från Maria-mottagningarna). För år 2005 har Stockholm rapporterat ca 270 000 besök till PAR. Även här saknar i stort sett alla inrapporterade besök uppgift om diagnos. Jämfört med SKL:s verksamhetsstatistik för 2005 saknas ca 69 000 besök.

Tabell 3. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Stockholms läns landsting rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
S:t Görans sjukhus	28102	28102	100
S:t Eriks sjukhus	812	812	100
Södersjukhuset	843	843	100
Rosenlunds sjukhus	11408	11408	100
Serafens sjukhem	877	877	100
Ersta sjukhus	5188	5188	100
Ericastiftelsen	311	311	100
Långbro sjukhus	129	129	100
Beckomberga sjukhus	2193	2193	100
Norrulls sjukhus	3690	3690	100
Mariamottagningarna	14058	12212	87
Lindegårdens behandlingshem	2264	2264	100
Karolinska sjukhuset	9132	9132	100
Huddinge sjukhus	7753	7753	100
Danderyds sjukhus	1093	1093	100
Södertälje sjukhus	7307	7307	100
Norrälje sjukhus	432	432	100
Löwenströmska sjukhuset	1240	1240	100
Nacka sjukhus	4680	4680	100
Nynäshamns sjukhus	679	679	100
Handens sjukhus	88	88	100
Jakobsbergs sjukhus	4095	4095	100
Tumba sjukhus	1794	1794	100
Sollentuna sjukhus	4571	4571	100
Åkersberga sjukhus	1924	1924	100
Övriga	130977	130976	100
Totalt Stockholm	245640	243793	99

2.2.2 Uppsala

Uppsala har rapporterat ca 22 000 besök till PAR. 85 procent av dessa har diagnosuppgift. Enligt VI2000 har Uppsala ca 34 000 besök varav ca 22 000 produceras i det egna landstinget. 2005 års data visar inga större förändringar i inrapporteringen.

Tabell 4. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget i Uppsala län rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnosuppgift	Diagnosbortfall %
Akademiska sjukhuset	22315	3330	15

2.2.3 Sörmland

Sörmland har rapporterat ca 15 200 besök till PAR, varav 99 procent har diagnos. Enligt VI2000 ska Sörmland ha haft ca 20 500 besök. 2005 års data visar inga större förändringar i inrapporteringen.

Tabell 5. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Sörmland rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnosuppgift	Diagnosbortfall %
Mälarsjukhuset	7998	40	1
Nyköpings sjukhus	3058	12	0
Kullbergsska sjukhuset	4095	120	3

2.2.4 Östergötland

Östergötland använder egna klinikkoder. Antalet besök rapporterade från psykiatri till PAR kan därför vara fler än de 14 784 som selekterats ut. Ca 11 600 av dessa har diagnos. Enligt VI2000 har Östergötland haft ca 23 000 besök år 2004. För 2005 har Östergötland rapporterat in ca 21 800 besök till PAR och ca 26 600 till VI2000. Av de besök som rapporterats till PAR saknar ca 30 procent diagnos.

Tabell 6. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Östergötland rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnosuppgift	Diagnosbortfall %
Universitetssjukhuset i Linköping	6257	1641	26
Vrinnevisjukhuset	4535	1528	34
Motala lasarett	3992	34	1

2.2.5 Jönköping

Jönköping har rapporterat ca 36 800 besök till PAR. Detta är ca 13 600 fler än vad som uppgetts till VI2000-statistiken. Ca 6 600 av besöken har dia-

gnosuppgift. Data för 2005 har ännu inte inkommit till PAR (juni 2006) men enligt SKL:s verksamhetsstatistik ska Jönköping ha haft ca 22 000 besök år 2005.

Tabell 7. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget i Jönköpings län rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnosuppgift	Diagnosbortfall %
Länssjukhuset Ryhov	21798	18599	85
Högländssjukhuset	8417	5216	62
Värnamo sjukhus	6584	6403	97

2.2.6 Kronoberg

Kronoberg har rapporterat ca 10 000 besök till PAR, varav ca 6 400 har diagnos. Enligt VI2000 ska Kronoberg ha haft ca 19 300 besök, varav 10 300 egenproducerade. 2005 års preliminära data visar en minskning i diagnosbortfallet från 37 procent till 13 procent. Enligt VI2000 ska Kronoberg ha haft ca 16 900 besök 2005.

Tabell 8. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Kronoberg rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnosuppgift	Diagnosbortfall %
Ljungby lasarett	2393	2378	99
S:t Sigfrids sjukhus	7796	1363	17

2.2.7 Kalmar

Kalmar har rapporterat ca 28 000 besök till PAR, varav ca 7 600 har uppgift om diagnos. Kalmar har rapporterat in ca 7 000 fler besök än vad de haft enligt VI2000. 2005 har diagnosbortfallet minskat från 73 procent till 66 procent.

Tabell 9. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget i Kalmar län rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnosuppgift	Diagnosbortfall %
Västerviks sjukhus	6958	5083	73
Länssjukhuset Kalmar	17788	12149	68
Oskarshamns sjukhus	3296	3174	96

2.2.8 Gotland

Gotland bytte under 2004 datajournalssystem och fick därigenom problem med att få ut uppgifter för öppenvården 2004 från detta system. Bortfallet är därför stort för såväl somatisk som psykiatrisk öppenvård för 2004. 126 besök från psykiatrin rapporterades till PAR. Av dessa hade 24 diagnos (99 besök hade huvuddiagnos A00000). Enligt VI2000 skulle Gotland ha haft ca 6 700 besök. Data för 2005 har ännu inte inkommit till PAR. Enligt VI2000 ska Gotland ha haft ca 5 000 besök 2005.

Tabell 10. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Gotland rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Visby lasarett	126	102	81

2.2.9 Blekinge

2004 rapporterade Blekinge inte några besök alls till PAR. Enligt VI2000 hade Blekinge ca 11 700 besök. Inte heller 2005 rapporterades några besök till PAR. 2005 ska Blekinge ha haft ca 10 400 besök enligt VI2000.

2.2.10 Skåne

Skåne rapporterade ca 100 000 besök till PAR, varav ca 77 000 har uppgift om diagnos. Enligt VI2000 skulle Skåne ha ca 171 000 besök varav ca 95 000 utgör landstingets egenproducerade. Troligen består bortfallet framför allt av landstingets köpta verksamhet (privat verksamhet). Om man tittar på 2005 har diagnosbortfallet för rapporteringen till PAR minskat från 23 procent till 11 procent.

Tabell 11. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Skåne rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Ängelholms sjukhus	5491	1141	21
Hässleholms sjukhus	14612	3188	22
Universitetssjukhuset MAS	27817	7259	26
Universitetssjukhuset i Lund	29944	7981	27
Trelleborgs lasarett	6306	610	10
Helsingborgs lasarett	10294	1728	17
Ystads lasarett	5752	1533	27

2.2.11 Halland

Halland är det enda landsting som har rapporterat in sina besök från privatläkarmottagningar till PAR, totalt 877 besök. Av dessa saknar alla diagnos. Förutom dessa har Halland rapporterat 16 620 besök varav 2 783 med dia-

gnos. Enligt VI2000 har Halland haft ca 17 300 besök år 2004. För 2005 rapporterade Halland in ca 19 900 besök till PAR. Diagnosbortfallet har minskat från 84 procent till 60 procent.

Tabell 12. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Halland rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Varbergs sjukhus	16620	13837	83
Privat specialistmottagning (saml.kod)	877	877	100

2.2.12 Västra Götaland

Västra Götaland har rapporterat ca 85 000 besök till PAR. Ca 76 000 har diagnos (varav 1 385 har diagnos Z00). Enligt VI2000 skulle Västra Götaland ha ca 110 000 besök varav ca 84 000 är landstingets egenproducerade. Troligen är det framför allt de privata, det vill säga de köpta besöken som inte rapporterats. För 2005 rapporterade Västra Götaland in ca 101 000 besök till PAR och ca 117 000 besök till VI2000.

Tabell 13. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Västra Götaland rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Sahlgrenska universitetssjukhuset	43336	7846	18
Kungälv's sjukhus	3649	58	2
NU-sjukvården	14054	762	5
SÄ-sjukvården	10196	347	3
Skaraborgs sjukhus	13813	84	1

2.2.13 Värmland

Värmland rapporterade in noll (0) besök 2004 trots att landstinget enligt VI2000 haft ca 13 800 besök. För 2005 rapporterades ca 11 700 besök in till PAR. Av dessa saknade samtliga diagnosuppgift. Till SKL:s verksamhetsstatistik rapporterades ca 15 300 besök för 2005.

2.2.14 Örebro

Örebro rapporterade ca 21 200 besök. Runt 7 400 av de rapporterade besöken har uppgift om diagnos. Jämfört med VI2000 saknas ca 13 000 besök från Örebro. För 2005 rapporterades ca 24 500 besök. Av dessa hade ca 18 500 diagnosuppgift (varav ca 5 450 har diagnos Z00). Till VI2000 rapporterades ca 26 500 besök för 2005.

Tabell 14. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Örebro läns landsting rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Örebro regionsjukhus	17333	10908	63
Karlskoga lasarett	1887	1636	87
Lindesbergs lasarett	2022	1338	66

2.2.15 Västmanland

Västmanland rapporterade in ca 16 800 besök till PAR. 98 procent av dessa hade diagnosuppgift. Enligt VI2000 hade Västmanland ca 21 700 besök. 2005 års data visar inga större förändringar i inrapporteringen.

Tabell 15. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Västmanland rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Västerås lasarett	16785	386	2

2.2.16 Dalarna

Dalarna rapporterade in ca 9 800 besök till PAR, varav 8 100 med diagnos-uppgift. Enligt VI2000 har Dalarna ca 15 800 besök år 2004. Dalarna har inte rapporterat in data till PAR för 2005 men ska enligt VI2000 ha haft ca 18 600 besök.

Tabell 16. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Dalarna rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
---	761	143	19
Falu lasarett	265	14	5
Mora lasarett	1554	140	9
Avesta lasarett	1662	0	0
Borlänge sjukhus	1100	111	10
Säters sjukhus	4417	1239	28

*) Uppgift om sjukhus saknas.

2.2.17 Gävleborg

Gävleborg rapporterade ca 12 500 besök till PAR. Av dessa saknar i stort sett alla uppgift om diagnos. Enligt VI2000 har Gävleborg haft ca 14 700 besök. 2005 rapporterade Gävleborg in ungefär samma andel av sina besök som 2004 men rapporteringen av diagnoser har förbättrats.

Tabell 17. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Gävleborg rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Gävle sjukhus	5675	5660	100
Hudiksvalls sjukhus	6837	6807	100

2.2.18 Västernorrland

Västernorrland rapporterade ca 6 000 besök till PAR, samtliga med uppgift om diagnos. Enligt VI2000 ska Västernorrland ha haft ca 11 000 besök. För 2005 rapporterades ca 6 000 besök till PAR och ca 12 000 besök till VI2000.

Tabell 18. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Landstinget Västernorrland rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Sundsvalls sjukhus	4513	0	0
Örnsköldsviks sjukhus	1523	0	0

2.2.19 Jämtland

Jämtland rapporterade ca 7 000 besök vilket är ca 1 800 fler besök än vad Jämtland har haft 2004 enligt VI2000. 46 procent av de rapporterade besöken har uppgift om diagnos. För 2005 rapporterades ca 2000 färre besök till PAR. Av dessa hade 63 procent uppgift om diagnos.

Tabell 19. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Jämtlands läns landsting rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
Östersunds sjukhus	7178	3873	54

2.2.20 Västerbotten

Västerbotten rapporterade inga besök för 2004. Enligt VI2000 har de haft 19 000 besök. För 2005 rapporterades 5 besök till PAR varav samtliga hade diagnos F00 (Demens vid Alzheimers sjukdom). Till VI2000 rapporterades 20 700 besök.

2.2.21 Norrbotten

Norrbotten rapporterade ca 7 000 besök till PAR, varav i stort sett alla saknar diagnosuppgift. Enligt VI2000 ska Norrbotten ha haft ca 9 600 besök.

Av de ca 7 000 besök som rapporterats för 2005 saknar i stort sett alla uppgift om diagnos.

Tabell 20. Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2004 för Norrbottens läns landsting rapporterad till PAR och antal besök som saknar uppgift om diagnos:

Sjukhus	Antal besök totalt	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnosbortfall %
---*	172	172	100
Gällivare lasarett	1009	1002	99
Piteå Älvdals sjukhus	1722	1721	100
Sunderbyns sjukhus	4046	4030	100

*) uppgift om sjukhus saknas.

3. Resultat

3.1 Sammanställning av svar från landstingens kontaktpersoner

Projektgruppens medlemmar från SKL har talat med kontaktpersoner från samtliga landsting utom Blekinge, där kontaktperson saknas. Underlaget bygger på följande tre huvudfrågor:

1. Varför fungerar det bra/dåligt med inrapporteringen från psykiatrin till PAR?
2. Vilka är de viktigaste åtgärderna för att förbättra inrapporteringen? Vilka erfarenheter kan Ni dela med Er som tips till andra landsting?
3. Finns det en återrapportering till landstingen om det som rapporteras till PAR?

Svaren på frågorna återfinns i bilaga 1.

3.1.1 Orsaker till att inrapporteringen fungerar bra/dåligt

Först kan konstateras att anledningen till att inrapporteringen skiljer sig mycket åt mellan VI2000 och PAR oftast beror på att besök hos privata vårdgivare inte rapporteras till PAR. Däremot rapporteras dessa besök till VI2000 vilket gör att många landsting rapporterar färre besök till PAR än till SKL. Privata vårdgivare ska finnas med i PAR men rapporteringen från dessa är så gott som obefintlig. I de fall då PAR har ett högre antal besök än SKL:s statistik kan detta bero på att icke giltiga besök rapporteras in till PAR men rensas bort när statistiken till SKL skickas in. Landstinget i Kalmar län har till exempel rapporterat in telefonbesök till PAR. I vissa landsting som till exempel Jönköping har detta haft problem med hur läkarbesök ska definieras och därför har det rapporterats fler besök till PAR än till VI2000. Detta landsting har även rapporterat in andra vårdgivare än läkare. Det finns också frågetecken kring om hembesök ska rapporteras till PAR.

Många landsting har liknande problem när det gäller inrapporteringen från psykiatrin till PAR. Generellt för flera landsting är att det finns olika typer av tekniska problem som förhindrar en smidig inrapportering. Det finns flera orsaker till att IT-systemen inte fungerar som de ska. Ett vanligt problem är att landstingen har bytt IT-system och inte fått det nya att fungera tillfredställande. Gotland har till exempel bytt ut det vårdadministrativa systemet och sedan dess inte lyckats få ut någon verksamhetsstatistik trots att data finns.

I Skåne används ett system där det på varje vårdåtagande finns en diagnos som får gälla tills dess att diagnosen aktivt ändras. Det som sedan sker är att landstinget tappar informationen och länkar alla besök utan diagnoser till den diagnos som gäller för tillfället. Landstinget Halland har problem med

att ta ut diagnoser ur IT-systemen då det saknas direktiv för hur diagnoserna ska anges på enskilda besök.

Omfattningen av IT-problemen varierar. Landstinget i Värmland har inte rapporterat in ett enda besök till PAR till följd av tekniska problem för 2004, men för 2005 finns besök rapporterade. Det används olika journalsystem för olika sjukhus och vid vissa mottagningar har dessa bara pappersrapportering. Föråldrade journalsystem som inte kan kommunicera med landstingens datalager är ett vanligt problem. En verksamhet i Västernorrland använder ett journalsystem som inte går att koppla till övrig uppföljning och deras besök uteblir således helt.

En annan typ av tekniskt problem är att inrapporteringen baseras på ett IT-system där variabler som diagnos och åtgärd inte förekommer. I Stockholm baseras inrapporteringen på verksamheternas kassasystem vilket innebär att diagnoserna inte kommer med eftersom diagnoser inte registreras i kassasystemen utan i vårddatasystemen. På grund av osäkra system händer det också att diagnoser rapporteras till fel ställen. De landsting som har bra IT-system har ofta en väl fungerande inrapportering.

Det finns andra anledningar till att diagnosbortfallet ofta är så stort. Gemensamt för flera landsting är att det råder stor spridning mellan olika kliniker i hur stor andel diagnoser som rapporteras.

När det gäller diagnosklassificeringssystemet förekommer det ibland att delar av psykiatriska verksamheten inte accepterar ICD-10. Det finns flera anledningar till detta. Flera landsting anser som tidigare nämnts att ICD-10 inte är tillräckligt detaljerat och vill därför hellre använda koder enligt DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition).

I Östergötland finns en organisationsstruktur som skiljer sig från PAR:s struktur. Detta leder till att vissa besök klassas fel i PAR.

En annan vanlig anledning är den attitydfråga som finns kring rapportering av diagnoser till PAR. Många läkare vill inte rapportera en diagnos av ideologiska skäl. Detta är särskilt vanligt inom Barn- och ungdomsverksamheten (BUP), gemensamt för i stort sett alla landsting är det stora diagnosbortfallet från BUP. Man anser att det är svårt att motivera företrädare för BUP att registrera verksamhetsdata.

I Kronoberg förklaras bortfallet av diagnoser med att psykiatrin i många fall nöjer sig med att rapportera åtgärder istället för diagnoser.

Västernorrland och Västerbotten har endast levererat verksamhetsdata där diagnos finns med. I Västerbotten accepterar den psykiatriska verksamheten inte ICD-10 och därför rapporteras inga sådana diagnoser alls i landstinget. Av den anledningen har inga data levererats till PAR. Ärendet är nu uppe i landstingsledningen för andra gången.

Slutligen är en vanlig orsak till diagnosbortfall att resurserna inte räcker till. På Akutcentrum i Gävleborg sätts inte diagnoser på grund av tidsbrist. Många landsting medger att det finns en hel del problem med diagnossättningen men specificerar inte vad som egentligen är problemen. I Uppsala anses att diagnosbortfallet troligtvis beror på den mänskliga faktorn. I Kalmar har psykiatrin haft personalbrist vilket har påverkat kvaliteten i registreringarna.

3.1.2 Viktigaste åtgärderna för att förbättra inrapporteringen

För att förbättra inrapporteringen till PAR krävs säkrare och stabilare IT-system. Det behövs förbättrade system för att kunna kvalitetssäkra data. På flera håll behövs bättre journalsystem. Flera landsting har infört nya system som nu provkörs. Gotland arbetar med ett nytt IT-system förhoppningsvis ska kunna leverera data. I Östergötland pågår arbetet med att installera en IT-lösning för privata vårdgivares rapportering.

För att få ordning på rapporteringen krävs ett ökat tryck på både landstingsledning och verksamhet. Trycket på landstingsledningarna måste öka från nationellt håll, det ger fokus på frågorna och status till arbetet. Landstingen bör i sin tur öka trycket i frågan i förhållande till verksamheterna. De flesta landsting är i enkätsvaren överens om att det behövs tydligare direktiv från ledningen.

Landstinget i Jönköpings län föreslår att det utvecklas ett nätverk för kodning inom psykiatrin. Bättre kontroll över datafilerna krävs innan de skickas till den nationella nivån.

Det behövs också en diskussion kring attityden när det gäller rapportering från psykiatrin i landstingen. I Sörmland anses att mer utbildning behövs för att läkare ska förstå vikten av en korrekt rapportering till PAR. Vissa landsting som till exempel Kronoberg föreslår utbildning av personalen och en bättre kvalitetsgranskning eftersom det krävs tydligare och utvidgade krav på rapporteringen. På flera håll är rutinerna för inrapportering mycket bristfälliga. Enligt Västmanland skulle rapporteringen bli bättre om personalen fick mer utbildning i kodning och verksamhetsstatistik.

Av svaren att döma är det också tydligt att det krävs bättre kommunikation mellan ledningen och verksamheterna i vad som ska finnas i systemet och vem som ska ansvara för uppgifterna.

3.1.3 Om återrapporteringen inom landstingen

I Västra Götaland och Kronoberg saknas återrapportering om kvaliteten i data till PAR helt. På Gotland finns återrapportering av hela slutenvården men inte inom öppenvården. I Stockholm saknas återrapportering men informationen finns tillgänglig i ett gemensamt vådadministrativt system. I Dalarna, Västernorrland och Jönköping har återrapportering inte funnits tidigare men det är något landstingen kommer att sätta igång med.

Fyra landsting har inte givit något svar på frågan om återrapportering finns. Övriga tio landsting arbetar med återrapportering till klinikerna i olika utsträckning. Kliniker får vanligtvis återkoppling om resultat gällande exempelvis bortfall och diagnoser. Återrapporteringen kan gälla brister i materialet. I Skåne görs årliga återföringar av statistik med täckningsgrad på diagnoser. Landstinget i Kalmar län är ofta ute i verksamheten och informerar för att få en bättre inrapportering. I Gävleborg sker en återrapportering till verksamheten med krav på rättning och kompletteringar innan materialet skickas till PAR.

3.2 Sammanställning av svar från psykiatriledningar

Som en del av undersökningen som sammanfattats ovan skickades ytterligare ett antal frågor ut till psykiatriledningar inom tio landsting. De landsting som valdes ut var Stockholms, Hallands, Västmanlands, Sörmlands, Norrbottens, Östergötlands, Blekinges, Jönköpings, Värmlands och Västerbottens läns landsting.

Följande frågor ingick i undersökningen:

1. Känner Ni till PAR:s regelverk, rapporteringsskyldighet och innehåll?
2. Vilken inställning kring rapportering till PAR finns vid Er klinik?
3. Är psykiatriinformerad om vad som inrapporteras till PAR?
4. Hur fungerar psykiatriin inrapportering till PAR?
5. Om inrapporteringen fungerar bra, vilka är framgångsfaktorerna för en bra inrapportering vid Er klinik?
6. Om inrapporteringen fungerar dåligt, vilken/vilka är de huvudsakliga orsakerna till att det inte fungerar?
7. Vad skulle behöva göras för att det ska fungera bättre? Vilka är nyckelaktiviteterna för att förbättra inrapporteringen?
8. Hur fungerar landstingets återrapportering till psykiatriin?

Svaren på frågorna återfinns i bilaga 2. I ett par av de tillfrågade landstingen har frågorna inte besvarats.

3.2.1 Kännedom om rapporteringsskyldigheten

I landstingen i Västmanland och Jönköping känner man till rapporteringsskyldigheten. I övriga tillfrågade landsting är man inte helt införstådd med PAR:s regelverk och rapporteringsskyldigheten. På vissa håll, till exempel i Halland, är rapporteringsskyldigheten mera känd inom slutenvården. I Stockholm är PAR:s regelverk delvis bekant. Innan journalsystem och annat digitaliserades hade landstingen bättre kontroll på register och regelverk. Idag förlitar man sig på att data skickas rätt utan att det kontrolleras. Landstinget Blekinge har helt missat rapporteringsskyldigheten. Det har inte givits någon indikation på att data ska lämnas för öppenvården och därför har detta inte gjorts. Dessutom saknas den kontaktperson från landstinget som ska rapportera.

3.2.2 Inställning kring rapporteringen till PAR

Många av landstingen är positiva till inrapporteringen. I Blekinge är det ingen som motsätter sig rapportering men problemet är att de som finns ute i verksamheten inte har haft kunskap om rapporteringsskyldigheten.

I vissa landsting görs interna uppföljningar för att fånga upp diagnoser.

3.2.3 Kännedom om vad som inrapporteras till PAR

I vissa landsting saknas information om vad som rapporteras till PAR men många tycker att frågan är viktig. I Stockholm råder osäkerhet kring huruvida psykiatri är informerad om inrapporteringen. Vetskap finns om att uppgifter om till exempel vårdtillfällen och diagnoser ska rapporteras men inrapporteringen har blivit för bristfällig.

I Västmanland är psykiatri väl informerad vilket kan bero på att medarbetarna gärna vill veta hur det går för den egna verksamheten. Det finns en motivation till att rapportera. I Blekinge blev svaret att man inte får någon information om inrapportering varken från landstinget centralt eller från PAR. I landstinget i Jönköpings län var tidigare informationen om vad som rapporteras till PAR dålig men det har blivit bättre.

3.2.4 Hur inrapporteringen fungerar

För vissa landsting fungerar dock inrapporteringen bra. För flera landsting är det brister i IT-systemen som är det största problemet. Även kommunikationen är ett problem. I många landsting plockas data som ska rapporteras ut ur lokala vårdregister. Kunskapen om vad som har rapporterats är dålig. I Stockholm är allting automatiserat. När något registreras lokalt skickas det därför med viss fördröjning till ett centralt system. Vidare förlitar sig landstinget ofta på andra medarbetare, till exempel på den som sköter inrapporteringen. Detta utan att sedan kontrollera att inrapporteringen faktiskt genomförs. I Västmanland har det hänt att den person som skickar in data missat att rapportera utan att övriga medarbetare känt till detta. Detta beror på att en rapport om bortfall endast skickas till just den personen. I Jönköping skickas normalt bara rapporter till landstinget.

3.2.5 Framgångsfaktorerna för en bra inrapportering

En nyckel till framgång är att hitta rutiner till verksamheten för hur personalen ska arbeta. Den bör sedan vara noga med att återrapportera för att få medarbetarna att inse att det är värt allt arbete för ett bra resultat. I Västmanland har landstinget nått framgångar tack vare att inrapporteringen har hög prioritet. Cheferna har tagit uppgiften på allvar och följt upp resultaten kontinuerligt. Kommunikationen mellan kontaktpersonerna och verksamheten är god. IT-systemet fungerar också i dagsläget tillfredställande.

Landstinget i Östergötland har en landstingsgemensam vårddatabas för psykiatri som levererar data. Arbete pågår för att även de privata vårdgivarna ska komma med. I Hallandspsykiatri görs inventeringar inom verksamheten för att kunna uppdatera diagnoser och det lokala uppföljningsarbetet har hög prioritet. I Sörmland beror den goda kvaliteten i inrapporteringen på att diagnos alltid måste registreras i journalen. Tack vare tekniska uppdateringar fungerar överföringen till landstingsdatabasen för vidare leverans till PAR mycket bra. I samtliga landsting där rapporteringen fungerar arbetar man aktivt med verksamheterna kring rapporteringen av data.

3.2.6 Huvudsakliga faktorer till att rapporteringen inte fungerar

I Stockholm har landstinget inte gjort någon beställning till verksamheten om att få in diagnoser på de läkarbesök som rapporteras till det gemensamma registret. Under åren har även registren byggts om vilket har lett till att kompetensen på registren har minskat. Kommunikationen mellan landstinget och verksamheten i frågan är bristfällig.

Problemen återfinns i flera av de tillfrågade landstingen. I Halland beror bortfallet på att kassasystemet inte kommunicerar med journalen, vilket gör att diagnosen inte kommer med. I Norrbotten är praxis att diagnos sätts enligt DSM IV och konverteringen till ICD-10 är problematisk. Det kan även vara praktiskt svårt att sätta diagnos vid varje besök.

I Östergötland finns kvalitetsskillnader i rapportering av diagnoser mellan klinikerna. Idag finns där en gemensam vårddatabas för hela psykiatri och i och med detta är förhoppningen att kvaliteten kommer att öka. I Jönköping sätts en form av gruppdiagnos på patienterna, där ICD-10-diagnoserna är grupperade och därmed inte motsvarar enskilda ICD-10 diagnoser.

3.2.7 Nyckelaktiviteter för förbättrad inrapportering

Gemensamt för flera landsting är att det behövs bättre rutiner. Det behövs bättre kommunikation och mera information, till exempel mellan landstingen centralt och IT-avdelningarna, men också en tydligare kommunikation från Socialstyrelsen. Man måste förklara fördelarna med en korrekt inrapportering. Man kan informera om att mycket information kan användas i samarbete med till exempel patientföreningar och andra landsting. Flera landsting efterfrågar även utbildning och kompetensutveckling. I många landsting efterfrågas bättre IT-system. På flera håll krävs en bättre integration mellan kassasystem och journalsystem för dataöverföringen. I Blekinge arbetar landstinget med att ta fram ett nytt system, vilket förhoppningsvis skall kunna användas från årsskiftet 2006/2007.

I Blekinge måste Socialstyrelsens föreskrifter bli mera kända inom organisationen, vilket kommer att tas upp till hösten. I Västmanland anses att Socialstyrelsen måste bli snabbare med att rapportera tillbaka till psykiatri så att resultaten kan användas vid den lokala verksamhetsplaneringen. När resultaten idag kommer pågår redan arbetet med nästa års resultat.

3.2.8 Återrapportering till psykiatri

I de flesta landsting kan återrapporteringen utvecklas och förbättras. I Västmanland har landstinget självt fått ta reda på hur det lyckats och återfört det resultatet till enheterna. I Blekinge har återrapporteringen inte fungerat.

4. Diskussion

Rapporteringen av psykiatrins läkarbesök till patientregistret fungerar idag dåligt med några få undantag. Uppgifterna stämmer inte mellan olika källor och bortfallet av diagnoser är stort. Ett antal förklaringar till varför det inte fungerar har redovisats i rapporten och även vad som krävs för att rapporteringen ska fungera bättre.

De vanligaste orsakerna till att rapporteringen inte fungerar är följande:

- Idag rapporteras som regel inte besök hos privata vårdgivare till PAR, trots att dessa besök ska rapporteras. De här besöken rapporteras dock till SKL:s verksamhetsstatistik, vilket är anledningen till att antalet besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård skiljer sig åt mellan flera landsting. Hela 17 landsting har rapporterat fler besök till VI2000 än till PAR.
- Fyra landsting har rapporterat fler besök till PAR än till VI2000. I dessa fall är det vanligtvis fråga om en rapportering av felaktiga läkarbesök till PAR. Vissa landsting har rapporterat exempelvis telefonbesök och besök hos andra vårdgivare än läkare till PAR. Dessa felaktigheter beror på att man varit osäker på vilka besök som ska rapporteras.
- Hos en majoritet av landstingen finns olika typer av tekniska problem som förhindrar en smidig inrapportering. Det kan vara allt ifrån att nya IT-system inte fungerar tillfredställande till att olika journalsystem inte kan kommunicera med varandra. I flera landsting förlitar man sig på att data skickas rätt utan att det kontrolleras, vilket kan leda till ett stort bortfall. För att minimera de tekniska problemen krävs stabilare och säkrare IT-system. I flera landsting pågår arbete med nya system som provkörs. Då dessa blivit stabila bör en förbättring i inrapporteringen kunna ses. Det krävs även att landstingen har den IT-kapacitet som behövs för att kunna kvalitetssäkra data. Landstingen måste även kunna lita på att journalsystemen kan kommunicera när det gäller dataöverföring.
- I exempelvis Östergötland finns även en organisationsstruktur som skiljer sig från PAR:s struktur, vilket leder till att vissa besök klassas fel i PAR.
- En förklaring till att diagnosbortfallet är stort är att delar av verksamheterna för sin egen del inte använder ICD-10. Detta beror bland annat på att denna klassifikation inte anses tillräckligt detaljerad. Man föredrar istället diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Det här får stora konsekvenser i exempelvis Västerbotten där man endast får leverera verksamhetsdata där diagnos finns med. Eftersom ICD-10 inte används rapporteras inga besök. För att få alla att kunna leverera ICD-10-diagnoser bör möjligheter till automatisk konvertering utredas. I Jönköpings läns landsting föreslås att det utvecklas ett nätverk för kodning inom psykiatrin för att förbättra kodningen av ICD-10-diagnoser.

- En anledning till diagnosbortfallet i PAR är den attitydfråga som finns kring rapportering av diagnoser. Många läkare vill inte sätta en diagnos av ideologiska skäl. Det här är speciellt vanligt inom BUP. Det behövs en diskussion kring attityden när det gäller rapportering från psykiatrin till landstinget.
- Ett övergripande problem är bristen på kommunikation kring inrapporteringen mellan de olika nivåerna. Olika personer i landstingen ansvarar för inrapportering och har inte stämt av med varandra. När det gäller återrapporeringen till landstingen har även den en del brister i flera landsting.
- Otydlig ledning. Flera landsting anser att trycket måste öka från nationellt håll för att få ordning på rapporteringen. Det behövs påtryckningar från alla nivåer. De flesta landsting är överens om att det inom landstinget behövs tydligare direktiv från ledningarna. Det behövs en klarare styrning med definierbara rutiner för hur personalen ska arbeta och att ansvar och befogenheter är tydligare definierade. Flera landsting anser att rapporteringen skulle bli bättre om de underlättade arbetet för personalen genom utbildning och kompetensutveckling. Det har även visat sig att flera landsting inte är helt införstådda med själva rapporteringsskyldigheten till PAR. Även bristande resurser har framförts som orsak till att rapporteringen inte fungerar.

De landsting där rapporteringen fungerar bra arbetar aktivt med frågorna som ligger högt på dagordningen. Man har "eldsjälar" som arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten i uppgifterna. Återrapporeringen till verksamheten kring de uppgifter som rapporteras sker regelbundet och en dialog förs kring hur uppgifterna kan förbättras. Fungerande IT-system är också en förutsättning för en fungerande rapportering.

Avslutningsvis framförs önskemål om att PAR bör utvecklas både vad gäller innehåll och omfattning. Ett exempel som framförs är att alla besök i psykiatrin bör vara med i PAR för att få en korrekt bild av verksamheten. Ett bättre PAR ökar nyttan och kommer därmed också att öka motivationen för en korrekt rapportering.

Bilaga 1 – Frågor till landstingens kontaktpersoner

Förfrågan angående inrapportering till PAR – frågor till kontaktpersoner för landstingen

Huvudfrågor till kontaktpersonerna:

1. Varför fungerar det bra/dåligt med inrapporteringen av psykiatri i PAR?
2. Vilka är de viktigaste åtgärderna för att förbättra inrapporteringen? Vilka erfarenheter kan Ni dela med Er som tips till andra landsting?
3. Finns det en återrapportering till landstingen om det som rapporteras till PAR?

Svar från landstingen:

Stockholm

1. För att höja kvalitén inför inrapporteringen av 2005 års uppgifter till VI 2000 gjordes en systematisering av tillvägagångssätt för datainsamling/presentation av de uppgifter som ska rapporteras till SKL. År 2005 års uppgifter har därför en högre kvalitet än uppgifter för tidigare år. Skillnad i antal besök mellan PAR och VI2000 beror till stor del på att privata vårdgivare med vårdavtal/ersatta enligt nationella taxan inte finns med i det underlag som skickas till PAR. Besöken rapporteras däremot till landstinget av privata vårdgivare (dock utan diagnos). Därmed bör vi i framtiden rent tekniskt även kunna leverera dessa (tills vidare ej diagnos-satta) besök till PAR. Rapporteringen av antal besök bör därför i framtiden vara av god kvalitet.
Rapportering av psykiatriska besök från verksamheten till det centrala register varifrån PAR rapporteringen hämtas, sker dels genom kassasystem, som saknar fält för diagnosrapportering, samt patientadministrativa system. För vissa patienter sätts en diagnos på vårdepisodsnivå, dvs. inte per besök. En översyn kommer att göras för att se om diagnoser på vårdepisodsnivå kan användas vid inrapportering till PAR. Detta kommer i så fall att väsentligt höja kvalitén av inrapporterade besök.
2. Påtryckningar både från landstinget centralt och från Socialstyrelsen behövs i större utsträckning. Det är svårt att få frågorna prioriterade ute i verksamheterna. Det kan även finnas ett motstånd till ändrade rapporteringsrutiner då detta kan innebära systemförändringar i lokala system vilket i sin tur kan leda till ökade kostnader.
Under 2006 införs ett ersättningssystem för psykiatrisk vård, vilket bör stimulera besöksrapporteringen.
3. Någon direkt detaljerad återrapportering till verksamheten finns inte idag, men verksamheten har möjlighet att i uppföljningsdatabasen VAL se vad som rapporterats till centralt register på individ (avidentifierad) och besöksnivå. Dessutom finns det via Internet statistikrapporter som på en aggregerad nivå beskriver vårdkonsumtionen.

Uppsala

1. All egenproducerad öppenvård rapporteras till PAR. Privata vårdgivare rapporteras inte. Diagnosbortfallet i PAR har uppmärksammats och även varit föremål för diskussion. Bortfallet beror troligtvis på den mänskliga faktorn. Det är stor spridning mellan olika kliniker när det gäller hur stor andel diagnoser som rapporteras. Landstinget har ett bra IT-system för rapportering av patientdata.
2. Det har införts en internkontroll kring registreringen på Akademiska sjukhuset. Rapportering om exempelvis täckningsgrad för diagnoser måste rapporteras kvartalsvis. Det behövs ytterligare ökat tryck från landstingsnivån för att diagnosrapporteringen ska bli perfekt. Grundproblemet i landstinget handlar om vem som är informationsägare. Om det är verksamhetscheferna finns det ingen synlig koppling av det lokala datalagret till den totala rapporteringen för landstinget. Med andra ord saknas en ägare för frågeställningen i landstinget. En tydligare styrning och ett tydligare uppdrag behövs.
3. Återrapportering till klinikerna görs när material finns.

Sörmland

1. Sörmland har en hög nivå på diagnosrapporteringen tack vare ett enträget tjtat. Dock finns det mycket mer att göra när det gäller inrapportering. Det finns fortfarande delar av verksamheten som inte accepterar ICD-10. Differensen mellan VI2000 och PAR beror på att privata vårdgivare inte finns med i PAR och att det finns problem med urvalet av läkarbesök ur registren. Olika personer tar ut data för olika ändamål och det är inte helt samstämmigt vad som rapporteras.
2. Den viktigaste förbättringsåtgärden är att få läkarna att förstå vikten av en korrekt rapportering till PAR. Det har varit särskilt svårt att förmå psykiatrin till en bättre rapportering av verksamhetsdata till PAR. Det behövs mer påtryckning från alla nivåer, både av nationella organisationer och av landstingsledningen.
3. Årligen pågår ett arbete med återrapportering till verksamheterna gällande vilka brister som finns i materialet och krävt att materialet ska kompletteras och förbättras.

Östergötland

1. Bortfallet i PAR beror på att privata vårdgivare inte kommer med (cirka 4800 besök). Det blir också en differens i PAR på 2 800 besök, vilket beror på att den organisationsstruktur som finns i Östergötland skiljer sig från den struktur som eftersträvas i PAR. Detta leder till att vissa besök blir felklassade i PAR. En diagnosutredning för psykiatrin är på gång. BUP vill inte arbeta med att sätta diagnoser. Istället vill man ha kontaktorsaker. En intern utredning pågår och besked väntas före midsommar 2006. Antalet diagnoser som sätts skiljer sig åt mellan sjukhusen i landstinget. Norrköping har störst problem vilket beror på det stora antalet inhyrda läkare som anlitas.
2. Ofta saknas IT-kapacitet. En IT-lösning för privata vårdgivares rapportering håller på att installeras.
3. Alla kliniker får återkoppling om sina resultat. Det kan exempelvis gälla bortfall, diagnoser och personnummer.

Jönköping

1. Det finns problem med hur läkarbesök definieras, vilket kan vara orsaken till att det finns fler besök rapporterade till PAR. Vid en kontroll för 2004 har uppgifterna i verksamhetsstatistiken visat sig vara korrekta medan uppgifterna i PAR varit felaktiga. Filen innehåller även andra vårdgivare än läkare. Landstinget har lagt ned stort arbete kring detta inför 2005 och 2006, bland annat med egna kontrollkörningar och programförbättringar. Landstinget har också inför 2006 informerat läkarsekreterargruppen om deras ansvar för kodningen. Privata vårdgivare finns inte med i PAR. Det finns en attitydfråga inom psykiatrin kring rapportering av diagnoser till PAR. Av ideologiska skäl ges ingen diagnos, vilket gör att sådan saknas i hög utsträckning.
2. Det behövs ett ökat tryck från den nationella nivån men också från landstingen. I landstinget behöver attityden kring rapporteringen från psykiatrin diskuteras. Alla verksamheter bör arbeta mot samma mål. Det bör även utvecklas ett nätverk för kodning för psykiatrin. En bättre granskning av datafilerna måste till innan de skickas till den centrala nivån.
3. I princip saknas återrapportering inom psykiatrin. Men inom psykiatrin kommer Diagnosrelaterade Grupper (DRG) att införas. I och med detta kommer även återföringen av verksamhetsinformation att fungera.

Kronoberg

1. Privata vårdgivare rapporteras inte till PAR vilket förklarar bortfallet. Diagnosbortfallet förklaras av att psykiatrin i många fall nöjer sig med att rapportera åtgärder istället. Hur stor andel av besöken detta berör ser olika ut på olika kliniker.
2. En bättre kvalitetsgranskning behövs. Dessutom behöver personalen utbildas. Det erfordras också mer återrapportering av resultat och kvalitet till verksamheten. Till hösten kommer psykiatrin att integreras i det gemensamma journalsystemet. Då kommer förhoppningsvis fler fel att upptäckas vilket kan leda till en bättre registrering.
3. Det finns ingen återrapportering.

Kalmar

1. Verksamheten har inte velat rapportera diagnoser enligt ICD-10. Även personalbrist har förekommit, något som har påverkat kvaliteten i registreringarna. Kalmar rapporterar fler besök till PAR än till verksamhetsstatistiken, vilket kan bero på att även telefonbesök och andra icke-giltiga besök rapporteras. Dessa besök rensas bort när materialet skickas till VI2000.
2. Verksamheten är ålagd att diagnosrapportera enligt ICD-10 sedan 2004. Det har även varit problem med en del annan kodifiering som utskrivningssätt, men landstinget har tagit policyn att etablerad kodifiering måste användas för all rapportering. En utbildning i primär och sekundär klassificering ska genomföras. Detta kommer att ske under såväl 2006 som 2007. Information har sänts ut om skatteutjämningsmodellen och hur diagnosregistrering påverkar denna i förhoppning om förbättringar i registreringen när det nya systemet Cosmic är på plats. Det finns en osäkerhet när det gäller utdata för 2006 eftersom man ännu inte plockat ut data ur det nya systemet.
3. Ett aktivt arbete med återrapportering av verksamhetsdata pågår. Informationsbesök på plats bedrivs.

Gotland

1. Det som har rapporterats till PAR för 2004 är inte korrekt. Efter att det vårdadministrativa systemet bytts ut har det inte kunnat gå att få ut någon verksamhetsstatistik. Data finns men det så även ett IT-problem. Det är ännu oklart vilka problem som finns för 2005. Gotland rapporterar inte privata vårdgivare.
2. Ett nytt system har installerats och som nu provkörs. Förhoppningen är att 2004 års data kan levereras tillsammans med data för 2005. Det krävs mer uppmärksamhet inom öppenvården för att generera bättre statistik.
3. Hela slutenvården rapporteras tillbaka till klinikerna efter PAR:s sammanställning. Det finns inte samma återrapportering i öppenvården, fokus har saknats.

Blekinge

I Blekinge saknas alla besök. Även kontaktperson saknas för tillfället.

Skåne

1. Diagnosbortfallet för 2005 är 13 procent vilket är en förbättring med tio procent i förhållande till 2004. Det goda resultatet beror på att man har ett bra IT-system. I det vårdadministrativa systemet länkas besöket till patienten via ett vårdåtagande. På varje vårdåtagande finns en diagnos som gäller tills dess att någon aktivt ändrar diagnosen. Landstinget tappar informationen och länkar alla besök utan diagnos till den diagnos som gäller för tillfället. Arbetet sker maskinellt. Det största diagnosbortfallet, 58 procent täckningsgrad, ligger hos BUP. Rent generellt är det svårt att motivera företrädare för BUP att registrera verksamhetsdata. Bortfallet mellan PAR och verksamhetsstatistiken förklaras av att privata vårdgivare helt fattas i PAR.
2. IT-system och regelverk behöver utvecklas för privata vårdgivare. Det behövs också ett ökat tryck från de nationella aktörerna för en förbättrad registrering.
3. Årliga återföringar görs av statistik över täckningsgraden på diagnoser. Informationen bryts ned på enhetsnivå och rangordnas i bäst respektive sämst täckningsgrad. I regionen finns ett speciellt nätverk där frågor kring all vårddata, registrering och uppföljning diskuteras. Nätverket får all information om kvaliteten i rapporteringen till PAR. Rutinerna har funnits ett antal år och det upplevs att organisationen kring detta är bra.

Halland

1. Rapporteringen är mycket god, alla besök finns med. Även besök hos de privata vårdgivarna har rapporterats till landstinget och finns med i PAR. Orsaken till det stora diagnosbortfallet är att det är svårt att ta ut diagnoser ur IT-systemet. Alla besök har inte diagnoser. Ofta finns diagnosen angiven på vårdepisoden. Det saknas direktiv om att kunna påföra episoddagnosen på de enskilda besöken där det saknas diagnos och därför har det inte gjorts.
2. Det finns möjlighet att koppla på fler diagnoser till besöken om det läggs mer tid på kvaliteten i vårddatalagret. Det behövs mer påtryckningar i frågan. Dessutom behövs mer tid för att jaga information och för att putsa data. En kvalitetshöjning av rapporteringen kräver också bättre kommunikation mellan ledningen och verksamheterna angående vad som ska finnas i systemet och vem som ansvarar för uppgifterna och kvaliteten. Det är viktigt för att verksamheterna ska ha god kvalitet i sina databaser. Direkti-

ven från ledningen bör också bli mycket tydligare kring detta. Tydligare och utvidgade krav på rapportering från nationell nivå är också en hjälp för den interna retoriken.

3. Återrapportering sker kontinuerligt för att få bättre data. Möjligheter till att förbättra kvaliteten ges.

Västra Götaland

1. Offentlig vård rapporteras i VGR, den privata vården fattas. Diagnoserna rapporteras i hög utsträckning.
2. -
3. Återrapportering sker inte till landstinget.

Värmland

1. I Värmland finns en rad IT-problem som gör att rapporteringen till PAR är besvärlig. Psykiatri i Karlstad har ett gammalt journalsystem som nu bytts ut mot Cambio Cosmic. Det har skickats specifikationer till Cambio om vad landstinget vill ha ut. Dock har inga data ännu erhållits. Kristinehamn väntar också på Cosmic och har därför inte skickat in några uppgifter ännu. I Arvika används Swedstar som journalsystem och inte heller där kan man rapportera något från systemet. I Torsby körs Profdoc. För att kunna rapportera till registren måste en datalagerlösning kopplas till Profdoc. Data-lagret testas i Säffle hos Carema och förhoppningsvis ska ha en sådan lösning vara klar under året. Det innebär att en rapportering i psykiatri till PAR skulle kunna starta här. Vid andra mottagningar i Säffle saknas helt datorsystem och där förekommer bara pappersrapportering.
2. Den största förbättringsåtgärden i Värmland är att IT-systemen måste fungera. Dessutom måste kommunikationen bli bättre.
3. -

Örebro

1. Det finns färre besök i PAR än i verksamhetsstatistiken. Insamlingen går till så att Tieto Enator hämtar data direkt till registret från det vårdadministrativa systemet. En annan enhet inom landstinget rapporterar till VI2000 och definitionerna för besök stämmer därför inte överens. Privata vårdgivare rapporteras inte till PAR. Diagnosbortfallet beror på flera olika orsaker. De personella resurserna räcker inte till men det finns också tekniska problem vid inrapporteringen.
2. Psykiatri känner sig inte hemma i somatikens språkbruk. Det krävs mera riktade insatser och uppföljningar specifikt mot psykiatri. Både mer efterfrågan och mer återkoppling behövs för bättre utnyttjande av data. Detta skulle förbättra kvaliteten.
3. En aktiv återrapportering till förvaltningskoordinatorerna sker kontinuerligt. Dessa har sedan till uppgift att informera verksamheterna om kvaliteten.

Västmanland

1. De senaste åren har stora förbättringar inom psykiatri uppnåtts när det gäller inrapporteringen. En pådrivande person tar stort ansvar för att diagnoser rapporteras.
2. Vård databasen ska bytas ut och förhoppningen är att det ska bli ännu bättre rapportering efter det. Eftersläpningar i skrivandet av epikriser kan bli bättre med datoriserade journaler. Detta förväntas förkorta ledtiderna. Utbild-

ning i kodning och verksamhetsstatistik för den administrativa personalen ges. Även läkare utbildas under en dag.

3. En aktiv återrapportering sker till verksamheten där brister i data visas och en diskussion hur det kan korrigeras förs.

Dalarna

1. Verksamheten har övergått till ett nytt system. I och med detta har landstinget haft en inlärningsperiod. Det finns också vissa problem med diagnossättning, varför direktiv har gått ut till verksamheten att alla måste sätta diagnos. BUP rapporterade nästan ingenting före 2005. Det ligger även en hel del oavslutade fall i systemen.
2. Under 2005 påbörjades användningen av ett nytt vårdadministrativt system. Förhoppningen är att år 2006 kommer att bli mycket bättre då även BUP ingår i det nya systemet. Från landstingets sida har också tagits ett samlat grepp om rapporteringen i psykiatri.
3. I och med en satsning på rapporteringen och det nya vårdadministrativa systemet kommer återrapportering till verksamheten att starta inom kort.

Gävleborg

1. Vård som köpts från Dalarna, Västernorrland och privat vård kommer inte med i rapporteringen till PAR. All egenproducerad vård finns i princip med i rapporteringen. Professionen accepterar inte ICD-10 och därför rapporteras inga diagnoser. Akutcentrum sätter inte heller diagnos av tidsskäl.
2. Just nu pågår ett arbete med en överenskommelse mellan LD och förvaltningarna med krav på att en ICD-10-kod rapporteras för varje besök. Avtalet ska gälla från och med 2007. Det viktigaste för att förbättra kvaliteten är att LD ställer krav. Tidigare har det varit ganska kravlöst och därför har det inte fungerat. Det saknas databaser för privata vårdgivare på landstingsnivå, men sådana är under uppbyggnad.
3. Det sker en återrapportering till verksamheten med krav på rättningar och kompletteringar innan materialet skickas in till PAR. Resultatet rapporteras även till landstingsledningen.

Västernorrland

1. 2004 skickades bara diagnossatta besök till PAR. I Västernorrland använder en av verksamheterna inom psykiatri ett journalsystem som det inte går att koppla till övrig uppföljning. Deras besök uteblir således helt. Det finns även frågetecken kring hur rapporteringen av hemsjukvårdsbesök går till.
2. Kontakt har tagits med Epidemiologiskt Centrum (EpC) angående att skicka alla besök för 2005. En kompletterade fil för 2005 kommer därför senare i sommar. Den viktigaste åtgärden för att förbättra rapporteringen från psykiatri i landstinget är att förbättra IT-systemen. Det behövs förbättrade system för att kunna kvalitetssäkra data. Ett nytt journalsystem ska införas för primärvården och specialistsjukvården men det är ett förbättringsarbete som kommer att ta åtskilliga år.
3. Man planerar en återkoppling till verksamheten till hösten 2006. Det kommer att hållas informationsmöten, där alla aspekter av registreringar till det vårdadministrativa systemet kommer att tas upp med verksamheten.

Jämtland

1. Data från BUP har skickats till PAR men inte till VI 2000. Vid barnpsykiatri saknas alla diagnoser. Detsamma gäller även för ungdomspsykiatri.

Det är ett medvetet val att inte sätta diagnos. ICD-10 är inte tillräckligt detaljerat enligt BUP. Vid vuxenpsykiatri finns en vilja att sätta diagnos och det görs också i stor utsträckning.

2. Det finns kontaktpersoner på varje klinik för det vårdadministrativa systemet. Kontaktpersonen för PAR går ut till dem ett par gånger varje år och påminner om inrapportering och diagnossättning. Kommunikationen och rapporteringen fungerar bra, men det krävs att landstinget ligger på klinikerna i frågan.
3. Man återrappporterar varje år till klinikernas kontaktpersoner och visar resultatet från PAR efter kontaktpersonmötet med SKL och Socialstyrelsen. OH-bilderna från mötena visas för klinikerna. Det har också hänt att data har fått revideras efter klinikgenomgången.

Västerbotten

1. Det är bestämt i landstinget att inga verksamhetsdata får skickas in till PAR utan att diagnosen finns med. Den psykiatriska verksamheten vill inte acceptera ICD-10 och därför sätts inga diagnoser alls i landstinget. Ärendet är nu uppe i landstingsledningen för andra gången.
2. För att få ordning på rapporteringen måste trycket ökas från centralt håll, både på landstingsledningen och på verksamheten.
3. –

Norrbotten

1. Bortfallet i PAR beror på att köp från andra landsting inte kommer med. När det gäller diagnosrapporteringen finns det ett motstånd att rapportera enligt ICD-10 till förmån för DSM IV. Tekniska problem har också inträffat och diagnoserna har rapporterats på fel ställen i det vårdadministrativa systemet. Därför har data inte kunnat rapporteras vidare.
2. Just nu ligger stort fokus på inrapporteringen av verksamhetsdata i landstinget. Ett flertal utredningar om hur kvaliteten ska kunna höjas pågår.
3. –

Kontaktpersoner

Landsting	Namn	E-post:
Blekinge	Saknas	
Dalarna	Monica Englund	monica.englund@ltdalarna.se
Gotland	Anna Glas	anna.glas@hsf.gotland.se
Gävleborg	Ann-Katrin Nilsson	ann-katrin.nilsson@lg.se
Halland	Girija Sintring	girija.sintring@lthalland.se
Jämtland	Mia Falk	mia.falk@jll.se
Jönköping	Bengt Johansson	bengt.johansson@lj.se
Kalmar	Berit Rolf	beritr@ltkalmars.se
Kronoberg	Dick Hedberg	dick.hedberg@ltkronoberg.se
Norrbotten	Agnetha Karlberg	agnetha.karlberg@nll.se
Skåne	Torbjörn Hermansson	torbjorn.hermansson@skane.se
Stockholm	Torsten Siegel	torsten.siegel@sil.se
Sörmland	Kristina Enterlid	kristina.enterlid@dll.se
Uppsala	Kjell Sahlberg	kjell.sahlberg@akademiska.se
Värmland	Hans Carlsson	hans.carlsson@liv.se
Västerbotten	Lennart Öhman	lennart.ohman@vll.se
Västernorrland	Lena Andersson	lena.andersson@lvn.se
Västmanland	Eva Barkman	eva.barkman@lvtvastmanland.se
Västra Götaland	Göran Gustavsson	goran.gustavsson@vgregion.se

Örebro
Östergötland
Östergötland

Per Eriksson
Mikael Karlsson
Mikael Åkeborg

per.eriksson@orebroll.se
mikael.karlsson@lio.se
mikael.akeborg@lio.se

Bilaga 2 – Frågor till psykiatriledningarna

Förfrågan om psykiatrins inrapportering till PAR

Undersökningen har skett genom utskick av underlaget med medföljande frågeställningar till psykiatriledningar inom tio landsting. Utskicket har där-
efter följts upp med intervjuer med psykiatrichefer eller motsvarande.

Huvudfrågor:

1. Känner Du till PAR:s regelverk, rapporteringsskyldighet och innehåll?
2. Vilken inställning kring rapportering till PAR finns vid Er klinik?
3. Är psykiatrin informerad om vad som inrapporteras till PAR?
4. Hur fungerar psykiatrins inrapportering till PAR?
5. Om inrapporteringen fungerar bra, vilka är framgångsfaktorerna för en bra inrapportering vid Er klinik?
6. Om inrapporteringen fungerar dåligt, vilken/vilka är de huvudsakliga orsakerna till att det inte fungerar?
7. Vad skulle behöva göras för att det ska fungera bättre? Vilka är nyckelaktiviteterna för att förbättra inrapporteringen?
8. Hur fungerar landstingets återrapportering till psykiatrin?

Svar från psykiatriledningarna:

Stockholm

Bakgrund: Historiskt har diagnos inte satts i öppenvården men idag görs detta kontinuerligt. Lokala vårdregister har idag en relativt god kvalitet när det gäller diagnos i öppen vård. Rutinerna är att diagnos sätts på patientens vårdperiod, vilket innebär att en koppling till patientens diagnos måste göras i kassasystemet vilket är den källa som levererar till det gemensamma vårdregistret. Detta skulle vara tekniskt möjligt. Det har enligt psykiatrin inte framkommit att diagnoser ska levereras till PAR.

Svar på frågor:

1. PAR:s regelverk är delvis känt. Innan journalsystem och annat digitaliserades var kontrollen över register och regelverk bättre. Idag förlitar sig ledningen på att data skickas rätt utan att det kontrolleras.
2. Psykiatriledningen förlitar sig på de lokala registren. Under åren som gått har det aldrig försökts att kontrollera eller granska kvaliteten i det gemensamma registret. I Stockholms läns landsting anser många att det Gemensamma registret (GVR) saknar kvalitetsgranskning. Under åren har även registren byggts om för olika syften och kompetensen på registren minskat.
3. Det är osäkert om psykiatrin är informerad om vad som rapporteras till PAR. Det är känt att uppgifter om besök, vård dagar, vårdtillfällen och diagnoser ska skickas in för den nationella uppföljningen. Dock har den här rapporteringen blivit för bristfällig.

4. Allt är automatiserat så när något registreras lokalt skickas det med viss fördröjning till ett centralt system.
5. Nyckeln till framgång är att införa rutiner på hur man ska göra, vem som ska registrera vad och när saker ska göras. En återrapportering bör ske till de personer som utför arbetet för att få dem att inse att det är värt mödan.
6. De huvudsakliga orsakerna till att det inte fungerar är att det har slarvats i grundarbetet. Dessutom förutsätts att datorerna sköter allt och att några granskningar av systemen inte behöver göras.
7. Det som behöver göras är att förklara fördelarna med en korrekt inrapportering för den enskilde vårdgivaren. Man skulle kunna informera om att en del information kan användas i samarbete med exempelvis patientföreningar och andra landsting.
8. Återrapporteringen fungerar troligtvis inte så bra. Det är svårt att kontrollera så stora områden som riket. Vid en indelning i mindre områden finns risken att olika uppgifter sammanblandas.

Sörmland

Bakgrund: Sörmland har en god kvalitet i leveransen till PAR. Detta beror på att diagnoser måste registreras i journalen (BMS). För närvarande är tekniken för överföring till landstingsdatabasen för vidare leverans till PAR god. Det har skett ett byte av PAS-modulen.

Östergötland

Bakgrund: Östergötland har idag en gemensam vårddatabas för hela psykiatrin. Det pågår en teknisk utveckling för att även få in uppgifter från privatläkare. Det har funnits stora skillnader mellan de olika klinikerna. Norrköping har haft många hyrläkare och har därför störst bortfall. Läget är något bättre i Linköping medan kvaliteten i Motala är god. När det nu finns en gemensam databas för psykiatrin kommer kvaliteten att öka avsevärt.

Svar på frågor:

1. PAR:s regelverk liksom rapporteringsskyldigheten är inte så välkända.
2. Inställningen kring rapporteringen är positiv. Det görs interna uppföljningar av diagnoser.
3. Psykiatrin är inte informerad om vad som rapporteras till PAR. Dock anses att frågan är viktig.
4. När uppgifter rapporteras till PAR plockas de från ett lokalt vårdregister. Vetskapen om vad som levereras är dålig.
5. En egen vårddatabas som levererar data finns. Den egna vårddatabasen används också för intern uppföljning.
6. –
7. Det skulle behövas mer information och en bättre kommunikation när det gäller den här typen av frågor.
8. En återkoppling finns idag men den skulle kunna utvecklas ytterligare.

Jönköping

Bakgrund: I Jönköping sätts en form av gruppdiagnos på patienterna där ICD-10-diagnoserna är grupperade. Författningen angående rapportering av öppenvårdsdata har varit okänd. Problemet uppmärksammades först 2005. I Jönköping ses detta som ett historiskt problem. Den allmänna meningen är att PAR är ofullständigt med bara läkarbesök.

När det gäller de tekniska förutsättningarna för hur data förs över från det lokala systemet är kännedomen bristfällig. Ett PM har gått ut angående diagnossättning. Det råder en bristande kommunikation med IT-ansvariga.

Svar på frågor:

1. PAR:s regelverk och rapporteringsskyldigheten är kända.
2. Inställningen till rapporteringen är positiv men okunnighet därom råder.
3. Psykiatrin har varit dåligt informerad om vad som inrapporteras till PAR men det har blivit bättre.
4. Normalt skickas bara rapporter till landstinget
5. –
6. –
7. Det som krävs är utbildning och kompetensutveckling. Rutiner för diagnossättning måste förankras. Kommunikationen mellan landstinget centralt och IT-avdelningarna måste bli bättre.
8. Tidigare fungerade återrapporteringen dåligt men nu har den i alla fall blivit något bättre.

Blekinge

Bakgrund: För närvarande saknas en kontaktperson som ska leverera uppgifter till PAR. I Blekinge är all dokumentation spridd på fem lokala datorer med olika journalsystem, vilket försvårar uttag av data. Endast skriftliga rapporter sammanställs. Under hösten kommer de lokala journalsystemen att knytas ihop vilket kommer att innebära att filer med diagnosuppgift kan tas ut. Detta innebär att det kommer att gå att leverera uppgifter från öppenvården. Frågan har nu även behandlats i psykiatrins ledningsgrupp.

Svar på frågor:

1. Tyvärr har rapporteringsskyldigheten inte fullgjorts. Anledningen är att all rapportering sköts via en kontaktperson centralt från landstingets kansli. Samma arbetsrutiner gäller vid rapportering från den slutna psykiatrin. Däremot har någon indikation på att data ska lämnas för öppenvården inte givits. Därför har detta inte gjorts. Då föreskrifterna nu uppmärksammas kommer detta förhoppningsvis att fungera bättre framöver.
2. Det är ingen som motsätter sig rapportering från klinikernas sida. Problemet är att personerna ute i verksamheten inte heller har haft kunskap om rapporteringsskyldigheten. Om någon, mot förmodan, har haft det har de personerna troligtvis tagit för givet att IT-ansvarige tagit fram uppgifterna ur systemen. Detta går inte att göra centralt i dagsläget utan alla mottagningar har sitt eget lokala system. Visserligen är systemen desamma över hela länet, men uppgifterna finns bara lagrade mycket lokalt i datorerna på respektive mottagning.
3. Psykiatrin är inte informerad om vad som inrapporteras. Ingen information om detta lämnas, varken från landstinget centralt eller från PAR.
4. Rapporteringen av den slutna vården fungerar efter det att åtskilliga påminnelser gått ut till verksamhetscheferna där det framgår att de ska komplettera diagnoser. Öppenvården har som sagt inte rapporterats.
5. –
6. –
7. Det behövs bättre rutiner. Framförallt behövs betydligt bättre IT-system. Det arbetas med att ta fram ett nytt system som troligtvis blir klart till årsskiftet 2006/2007. Förutom att arbete pågår med att ta fram ett nytt IT-system är en nyckelaktivitet att göra Socialstyrelsens föreskrifter kända i

organisationen. Det här kommer att tas upp vid nästa ledningsmöte till hösten.

8. Landstingets återrapportering fungerar inte särskilt bra. En kontaktperson för psykiatri saknas uppenbarligen, vilket gör att en vetskap om att vissa uppgifter ska samlas in saknas. Den som tidigare har varit kontaktperson och bland annat påmint om att uppgifter från slutenvården ska samlas in var Mats Palmér på Blekinge landstings kansli. Efter det att han slutat har dessa uppgifter övertagits av Bertil Jonsson på samma kansli. Ingen av dem har sagt något om insamling av uppgifter från öppenvården och inte heller att det föreligger en rapporteringsskyldighet. I och med att alla mottagningar har egna lokala system blir det svårt att rapportera alla uppgifter för 2006 enligt den fördelning som finns i föreskrifterna. Kompletterande rapportering kommer förhoppningsvis att kunna tas fram från 2007 års siffror.

Halland

Bakgrund: I Halland är leveransskyldigheten känd. Inrapporteringen fungerar relativt väl i slutenvården. Från slutet av 90-talet har frågan om diagnostisering i öppenvården lyfts fram, vilket resulterat i en klar förbättring av rapporteringen. Lokalt har frågan en hög prioritet där syftet är att kunna följa upp den egna verksamheten. I hallandspsykiatri görs egna inventeringar för att kunna uppdatera diagnoser. Inget motstånd upplevs. Det lokala uppföljningsarbetet har hög prioritet. I dagsläget sker ingen koppling till diagnosen i besöksregistreringen i kassasystemet, vilket är källan för vidare rapportering till landstingets databas. I och med detta finns det en del rapporteringsproblem.

Svar på frågor:

1. Rapporteringsskyldigheten är mer känd inom slutenvården. Dock är rapporteringsskyldigheten kring inrapportering av diagnoser känd.
2. Det råder en positiv inställning kring rapporteringen till PAR.
3. Psykiatri är inte så informerad om vad som rapporteras.
4. Just i öppenvården finns stora svårigheter med inrapporteringen, främst när det gäller den tekniska biten. Det har varit svårt att samordna diagnoser som finns i patientens journal med kassafunktionerna där besöken registreras.
5. –
6. Bortfallet beror på att kassasystemet inte kommunicerar med journalen, vilket gör att diagnosen inte kommer med.
7. Det krävs en bättre integration mellan kassasystemet och journalsystemet för att överföra data till landstingets kansli. Det krävs en kvalitetsdialog både internt och externt. Dessutom skulle en kompetensutveckling behövas för att det ska fungera bättre. Ansvar inom förvaltningen måste förtydligas.
8. Den egna uppföljningen är till störst nytta. Det är viktigt att återrapporteringen sker snabbt så att de data som erhålls känns aktuella. Inom landstinget rapporterar centrala funktioner kontinuerligt, oftast kvartalsvis.

Västmanland

Bakgrund: Västmanland har god kvalitet i leveranserna till PAR. Registreringen sker i ett vårdadministrativt system. Förändringar sker vid införande av ett nytt journalsystem. Registreringen sker i boknings- och kassasystemet vilket gör att diagnosen följer med till landstingets databas. Diagnoser och åtgärdsregistrering är av god kvalitet. Kliniken har en långsiktig strategi för att förbättra registrering och verksamhetsuppföljning. Högre motivation finns för den lokala uppföljningen och

användande av data. Ett önskemål är att PAR bör innehålla alla typer av besök. Kommunikationen med Socialstyrelsens patientregister kunde vara bättre. När diagnoser väl registrerats bör kvaliteten i dem undersökas. Skulden bör inte kunna läggas på tekniska problem. Vid upphandling av IT-system måste ett krav kunna vara att allt fungerar som det ska.

Det är mycket lättare att motivera inregistrering när allt kommer med till Socialstyrelsen. Det är bra att se över vilka definitioner som används så att samma slags termer brukas som de som används på olika håll inom Socialstyrelsen.

Svar på frågor:

1. PAR:s regelverk är väl känt.
2. –
3. Psykiatrin är informerad om vad som rapporteras till PAR.
En fördel är att medarbetarna vill följa hur det går för den egna kliniken och därför finns en motivation till att rapportera. Dock vill vissa medarbetare helst inte låtsas om att det bara rör läkarbesök inom öppenvård, eftersom de utgör så liten del av produktionen. Det skulle också vara lättare att motivera behandlare om alla besök togs med.
4. Numera fungerar inrapporteringen bra. Dock har det hänt att rapportören, den person inom landstinget som skickar in data, har missat att rapportera eller bara rapporterat delvis utan att övriga medarbetare känt till detta. Det beror på att en rapport om bortfall endast skickats till rapportören. Rapportören har inte mandat att bestämma i divisionerna.
5. En av orsakerna till att inrapporteringen fungerar så bra är att frågan har uppmärksamats. Frågan har tagits upp på divisionsledning, i arbetsgrupper för kvalitet och uppföljning samt en annan divisionsgemensam grupp som praktiskt arbetar med frågorna kring registrering. Dessutom har cheferna tagit uppgiften på allvar och följt upp sina behandlares resultat varje månad.
6. –
7. En hel del kan göras från Socialstyrelsens sida. En återrapportering till psykiatrin bör göras snabbare så att resultaten kan användas vid lokal verksamhetsplanering. När resultaten idag kommer pågår redan arbetet med nästa års resultat. Socialstyrelsen bör också tydligare informera om ansvaret och visa att det är allvar. Ekonomiska konsekvenser brukar tyvärr löna sig mer än andra konsekvenser.
8. Återrapporteringen har hittills fungerat dåligt. Psykiatrin har själv tagit reda på resultatet och återfört det till enheterna.

Norrbotten

Bakgrund: På Sunderbyns sjukhus har det pågått utbildningsinsatser för diagnosättning i öppenvården och dessa pågår fortfarande. Idag är praxis att diagnos sätts enligt DSM-IV. För närvarande finns svårigheter i konverteringen till ICD-10. Det finns tekniska möjligheter men frågan har inte behandlats. Problemen kommer att lösas under hösten 2006. Det kan vara praktiskt svårt att sätta diagnos vid varje besök.

På Malmfältens psykiatri finns en väl fungerande diagnoslista. Problemet är att diagnoserna är kodade enligt DSM-IV och inte ICD-10. Då allt görs i datasystemet VAS borde en konvertering vara enkelt men intresset från IT-avdelningen upplevs som svalt. Vid varje besök måste en ny diagnos matas in i VAS. Vanligtvis kopieras diagnosen från föregående besök. Enligt Staffan Rosenius är således problemen med inrapporteringen tekniska och borde vara enkla att lösa.

Bilaga 3 – Preliminära data till patientregistret för 2005

Antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2005 rapporterad till PAR. Inrapportering saknas från Jönköping, Gotland och Dalarna.

Landsting	Antal besök totalt	Antal besök med diagnos	Antal besök utan diagnos-uppgift	Diagnos bortfall %	Besök totalt/ 100 000 inv.
Stockholm	269 860	872	268 988	100	14 343
Uppsala	22 180	19 402	2 778	13	7 309
Sörmland	15 466	15 365	101	1	5 915
Östergötland	21 792	15 392	6 400	29	5 237
Jönköping	-	-	-	100	-
Kronoberg	10 738	9 355	1 383	13	6 020
Kalmar	26 818	9 146	17 672	66	11 450
Gotland	-	-	-	100	-
Blekinge	0	0	0	100	0
Skåne	100 714	89 742	10 972	11	8 644
Halland	19 900	7 973	11 927	60	6 987
Västra Götaland	101 091	79 476	21 615	21	6 628
Värmland	11 701	0	11 701	100	4 280
Örebro	24 568	18 573	5 995	24	8 966
Västmanland	15 777	15 612	165	1	6 040
Dalarna	-	-	-	100	-
Gävleborg	12 178	12 111	67	1	4 408
Västernorrland	6 079	6079	0	0	2 492
Jämtland	4 984	3 125	1 859	37	3 917
Västerbotten	5	5	0	100	2
Norrbottn	7 148	28	7 120	100	2 835
Totalt Riket	670 999	302 256	368 743	55	7 431

Bilaga 4 – SKL:s verksamhetsstatistik för 2005

Antal besök enligt Sveriges kommuner och Landstings verksamhetsstatistik 2005 (VI 2000). Inrapportering till PAR saknas från Jönköping, Gotland och Dalarna (juni 2006).

Landsting	Antal besök totalt (VI 2000)	Diagnosbortfall/ Antal besök totalt (VI2000)* (%)	Bortfall i PAR totalt jmf med (Antal besök totalt (VI2000)) (%)
Stockholm	338 586	100	21
Uppsala	33 634	42	92
Sörmland	19 932	23	99
Östergötland	26 567	42	76
Jönköping	21 965	-	-
Kronoberg	16 863	45	92
Kalmar	19 208	66*	8
Gotland	4 954	-	-
Blekinge	10 396	100	100
Skåne	165 209	46	93
Halland	19 877	60*	40
Västra Götaland	117 113	32	82
Värmland	15 345	100	24
Örebro	26 552	30	77
Västmanland	20 068	22	99
Dalarna	18 638	-	-
Gävleborg	14 946	19	19
Västernorrland	11 992	0	49
Jämtland	5 182	40	64
Västerbotten	20 700	100	100
Norrbottn	10 141	100	30
Totalt riket	937 868	68	61

*) istället för Antal besök totalt (VI2000) har antal rapporterade besök till PAR använts som nämnare för de landsting som har fler rapporterade besök till PAR än till VI-statistiken.