

STF78 A055031

# RAPPORT

*Tjenestetilbudet til individer –  
Fra episodedata til individdata  
innen psykisk helsevern*

Solfrid E. Lilleeng og Helge Hagen

**SINTEF Helse**

Desember 2005



**SINTEF Helse**

Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo  
Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

TITTEL

**Tjenestetilbudet til individer – Fra episodedata til individdata-  
innen psykisk helsevern**

FORFATTER(E)

Solfrid Lilleeng og Helge Hagen

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055031	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-3846-4	PROSJEKTNR. 78i04230	ANTALL SIDER OG BILAG 67
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\PH\prosjekt\78i042.30		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solfrid Lilleeng	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-12-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Ronny Jørgenvåg	

**SAMMENDRAG**

Denne rapporten tar utgangspunkt i volumet av aktivitet i psykisk helsevern for voksne i 2004. I SAMDATA rapportene beskrives volum av døgnbehandling og poliklinisk behandling i form av antall døgnopphold og antall konsultasjoner. Vi har estimert hvor mange individer som mottok et tilbud innen psykisk helsevern for voksne basert på volumet av tjenester i løpet av aktivitetsåret.

70 prosent av alle døgnpasienter ble kun behandlet ved sykehus, altså uten døgnopphold ved andre typer institusjoner i løpet av året. Blant de resterende 30 prosent av døgnpasientene ved distriktpspsykiatriske tilbud, ble 40 prosent dessuten behandlet ved psykiatrisk sykehus i tillegg samme år. Pasientflyten mellom sykehus og distriktpspsykiatriske sentra er karakterisert ved en utstrakt overføring av pasienter fra sykehus til distriktpspsykiatrisk sentra, og liten flyt motsatt vei.

Når døgnbehandling og poliklinisk behandling ses under ett, mottok anslagsvis 104 000 individer tilbud fra det psykiske helsevern i 2004. 72 prosent av pasientene mottok bare poliklinisk behandling og 15 prosent av pasientene mottok tjenester fra begge tilbud i løpet av tidsvinduet på ett år. Desto flere døgnopphold pasienten hadde i løpet av året, desto flere polikliniske konsultasjoner ble utløst.

Nesten halvparten av pasientene som i løpet av året hadde døgnopphold bare ved sykehus mottok i tillegg poliklinisk behandling samme år, mens dette var tilfelle for 2/3 av pasientene med døgnopphold kun ved DPS, og 3/4 av pasientene med døgntilbud både fra sykehus og DPS. Døgnbaserte, distriktpspsykiatriske tilbud synes altså i utstrakt grad å bli fulgt opp av polikliniske tilbud. Vi kan imidlertid ikke avdekke hvorvidt poliklinisk behandling inntreffer i forkant og/eller i etterkant av innleggelsen.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health
EGENVALGTE	Pasient	Patient

## Forord

I løpende nasjonal driftsstatistikk for døgninstitusjoner, der virksomheten kvantifiseres ved antall enkeltkontakter (døgnopphold, oppholdsdøgn etc), fremgår det ikke hvordan befolkningen bruker slike døgntilbud, fordi det hittil ikke er gitt anledning til å relatere opplysninger om volum av produserte tjenester til individene som genererer dem. En slik kobling gjør det mulig å belyse andre - og i noen sammenhenger betydelig mer relevante - aspekter ved behandlingsapparatet enn hva tilfellet er i dag.

I SAMDATA presenteres statistikk over volumet av aktivitet i løpet av ett kalenderår i form av døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Disse volummålene er å regne som surrogatmål om man ønsker å undersøke tilgjengeligheten til behandlingstilbudet for befolkningen. Målene kan kun si noe om produksjonen innad i tjenesten. Kalenderåret er tidsvinduet vi har analysert innen for, både fordi pasientdata innhentes som årsdata og fordi hensikten med rapporten er å belyse hvor mange individer som genererer volumet av tjenesten presentert i SAMDATA.

I denne rapporten er et utvalg helseforetak lagt til grunn for å koble volum mot individ. Ved bruk av utvalget er nasjonale tall for individer som mottar psykisk helsevern innen voksenpsykiatrien estimert. Vi tar imidlertid forbehold om at slutninger i rapporten kan være påvirket av uavdekkede feil og mangler ved pasientdata.

Med et personentydig register ved NPR er koblingen mellom volum og individ mulig å gjøre i større skala, men det forutsetter at pasientdata som rapporteres til Norsk pasientregister har god kvalitet.

Takk til Norsk pasientregister ved Kjetil Rudjord for tilrettelegging av pasientdata.

Hanne Kvam har stått for rapporten.

Trondheim, desember 2005

Solfrid Lilleeng og Helge Hagen



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Innholdsfortegnelse .....	5
Sammendrag .....	11
1 Innledning .....	13
1.1 Bakgrunn .....	13
1.2 Mål og begrensninger .....	14
2 Datagrunnlag og metode.....	15
2.1 Datagrunnlag.....	15
2.2 Kriterier for utvelgelse av helseforetak .....	16
2.3 Beregningsmåte .....	17
2.4 Utvalg av helseforetak - døgnpasienter .....	18
2.4.1 Beskrivelse av utvalget .....	18
2.4.2 Representativitet.....	19
2.5 Utvalget av helseforetak – polikliniske konsultasjoner .....	19
2.5.1 Beskrivelse av utvalget .....	19
2.5.2 Representativitet – polikliniske konsultasjoner og døgnbehandling .....	20
3 Estimering av antall ulike individer som ble behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2004 .....	23
3.1 Innledning.....	23
3.2 Generelt om datagrunnlag og metode.....	23
3.3 Estimering av antall individer med døgnopphold i 2004 .....	24
3.3.1 Utvalg og metode.....	24

3.3.2	Oppsummering utvalg .....	27
3.3.3	Beregningsmåter.....	27
3.3.4	Resultater – antall døgnpasienter i landet i 2004.....	28
3.3.5	Konklusjon .....	31
3.4	Estimering av antall ulike individer med polikliniske konsultasjoner i 2004	32
3.4.1	Innledning.....	32
3.4.2	Resultater .....	32
3.4.3	Resultater - antall polikliniske pasienter i landet i 2004 .....	34
3.5	Estimerte antall individer som mottok tilbud i det offentlige psykiske helsevesenet i 2004 .....	34
4	Forholdet mellom volum av behandlingstilbud og antall individer.....	37
4.1	Døgnbehandling .....	37
4.2	Poliklinisk behandling .....	43
4.3	Intensiteten i den polikliniske behandlingen – antall konsultasjoner relatert til varigheten av konsultasjonsserien .....	46
5	Pasienter som mottar flere tilbud i løpet av tidsvinduet på ett år .....	49
5.1	Kategorier av ressursbruk.....	49
5.2	Individer som mottar både døgn og poliklinisk behandling .....	53
6	Individer innlagt etter vedtak om videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern.....	55
6.1	Tvungent psykisk helsevern .....	55
6.2	Datagrunnlag.....	55
6.3	Antall individer innlagt for tvangsbehandling i utvalget av åtte helseforetak	56
7	Gjestepasienter .....	61
8	Vedlegg – Resultater på HF nivå.....	63
9	Litteratur .....	67

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Faktorer for forholdet mellom opphold/konsultasjon per individ etter tre ulike metoder: Utrimmet gjennomsnitt, forventet faktor fra fordeling i kategorier og trimmet (5 prosent) gjennomsnitt.....	17
Tabell 2.2	Døgnopphold, individer og faktor for opphold per individ; utrimmet, fordelt og trimmet (5 prosent), og befolkningen 18 år og eldre som er bosatt i Helseforetakets opptaksområde i 2004. Utvalg av åtte helseforetak. ....	18
Tabell 2.3	Representativiteten i utvalg av åtte helseforetak. Andel døgnopphold, andel oppholdsdøgn i 2004 og andel av den voksne befolkningen i 2004. Etter region. 2004.....	19
Tabell 2.4	Konsultasjoner, antall individer, konsultasjoner per individ; utrimmet, fordelt og trimmet (5 prosent) og befolkningen 18 år og eldre som er bosatt i Helseforetakets opptaksområde i 2004. Poliklinisk behandling. Utvalg av fem helseforetak.....	20
Tabell 3.1	Antall døgnopphold og antall pasienter pr 10 000 voksne innbyggere bosatt i Helseforetakets opptaksområde i 2004. Faktor for antall opphold per individ: utrimmet, forventet ut fra fordeling og trimmer (fem prosent) Antall opphold per pasient etter helseforetak.....	25
Tabell 3.2	Antall døgnplasser i drift per 10 000 innbyggere 18 år og eldre tilknyttet utvalget på åtte helseforetak, resten av landet og i landet som helhet. Prosentandel av landets døgnplasser tilknyttet utvalget. Etter type institusjon 2004. ....	26
Tabell 3.3	Individer som mottar døgnbehandling. Rate pr 1000 innbyggere 18 år og eldre etter aldersgruppe og kjønn. Utvalg av 8 helseforetak. ...	29
Tabell 3.4	Individer som mottar poliklinisk behandling. Rate pr 1000 innbyggere 18 år og eldre etter aldersgruppe og kjønn. Utvalg av 5 helseforetak. ....	33
Tabell 3.5	Faktorer for forholdet mellom antall konsultasjoner per individ etter tre ulike metoder: Utrimmet gjennomsnitt, forventet faktor ut fra fordeling i kategorier og trimmet (5 prosent) gjennomsnitt.....	33
Tabell 3.6	Estimert antall individer etter type tilbud og totalt. Rate pr 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter diagnosegruppe. 2004. ....	35
Tabell 4.1	Median antall opphold, antall og andel individer, andel og median antall døgnopphold, andel oppholdsdøgn og andel og median varighet av avsluttede døgnopphold. Fordelt etter oppholdskategorier. Utvalg av 8 helseforetak. 2004. ....	38



Tabell 4.2	Fordeling i prosent etter kjønn for pasienter etter kategorier av døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004. ....	39
Tabell 4.3	Aldersfordeling i prosent for pasienter etter kategorier av døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004. ....	39
Tabell 4.4	Diagnosefordeling i prosent for pasienter etter kategorier av døgnopphold etter kategorier av døgnopphold etter kategorier av døgnopphold etter kategorier av døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004. ....	40
Tabell 4.5	Antall individer etter type behandlingssted(er) innen aktivitetsåret. Utvalg av 8 helseforetak. 2004. ....	42
Tabell 4.6	Median antall konsultasjoner, individer, serier, konsultasjoner. Fordelt etter kategorier av konsultasjoner. Utvalgt av 5 helseforetak. 2004. ....	43
Tabell 4.7	Kjønnfordeling for pasienter etter kategorier av antall konsultasjoner. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	44
Tabell 4.8	Aldersfordeling for pasienter etter kategorier av antall konsultasjoner. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	44
Tabell 4.9	Diagnosefordeling for pasienter etter kategorier av antall konsultasjoner. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	45
Tabell 4.10	Antall konsultasjoner pr 14.dag, individer, konsultasjoner. Fordelt etter kategorier av konsultasjonsseriens varighet. Konsultasjonsserier med start og slutt innenfor aktivitetsåret. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	47
Tabell 5.1	Pasienter kategorier etter ressursbruk. Fordeling av individer, menn og kvinner etter kategori av ressursbruk. Utvalg av 5 helseforetak. ..	50
Tabell 5.2	Aldersfordeling for individene kategorisert etter ressursbruk. Fordeling etter 10 års aldersgrupper. Utvalg av 5 helseforetak. ....	52
Tabell 5.3	Diagnosefordeling for pasienter kategorisert etter ressursbruk. Utvalg av 5 helseforetak. ....	52
Tabell 5.4	Individer som mottar både døgn og poliklinisk behandling. Etter døgnbehandlingssted i aktivitetsåret. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	53

Tabell 6.1	Representativiteten med hensyn på godkjente institusjoner for tvangsinnleggelse i utvalget av åtte helseforetak sett i forhold til alle godkjente institusjoner. Andel heldøgns plasser, andel oppholdsdøgn og andel opphold innen aktivitetsåret. Etter region. 2004. ....	56
Tabell 6.2	Diagnosefordeling for pasienter innlagt for videre undersøkelse eller tvungen helsevern og alle pasienter med døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004 .....	57
Tabell 6.3	Volum av opphold og døgn innen 2004 knyttet til pasienter innlagt for tvungen undersøkelse eller TVPH i 2004. Antall opphold, andel opphold, antall og andel døgn innen 2004. Utvalg av 8 helseforetak.	58
Tabell 6.4	Fordeling av individer innlagt for tvungen undersøkelse eller TVPH etter behandlingssted i 2004 med tilhørende totalt volum av opphold og døgn innen 2004. Antall opphold, andel opphold, antall og andel døgn innen 2004. Utvalg av 8 helseforetak. ....	58
Tabell 6.5	Pasienter innlagt til tvungen undersøkelse eller TVPH i 2004. Antall individer, estimert rate per 1000 innbyggere 18+, andel menn og andel kvinner. Etter helseforetak. ....	59
Tabell 8.1	Fordeling av individer i prosent etter kategorier av opphold etter helseforetak. Utvalg av 8 helseforetak. 2004. ....	63
Tabell 8.2	Fordeling av individer (andel) etter kategorier av konsultasjoner etter helseforetak. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	64
Tabell 8.3	Antall individer etter kategorier av ressursbruk. Individer kun mottatt døgntilbud, individer mottatt både døgn og poliklinisk tilbud og individer mottatt kun poliklinisk tilbud. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	64
Tabell 8.4	Pasienter innlagt til tvungen undersøkelse eller TVPH i 2004. Andel individer etter aldersgrupper. Etter helseforetak. ....	65

## Figuroversikt

Figur 4.1	Andel pasienter innen aldersgruppene etter antall opphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.....	41
Figur 4.2	Andel pasienter innen diagnosegrupper og andel kvinner etter antall opphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.....	41
Figur 4.3	Andel (prosent) individer etter kategorier av antall konsultasjoner for utvalgte pasientgrupper.....	46
Figur 4.4	Median intensitet etter varighet av behandlingen for personlighetsforstyrrelser og totalt. Konsultasjonsserier med start og slutt innen aktivitetsåret. Utvalg av 5 helseforetak. ....	48
Figur 5.1	Oversikt over pasientpopulasjonen etter tilbud. Døgnpasienter, polikliniske pasienter og pasienter som mottar begge tilbud (N=19 617). Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	49
Figur 5.2	Venndiagram over omsorgsnivå og døgntilbud.....	51
Figur 5.3	Polikliniske behandling (kategorier av antall konsultasjoner) innen pasientgrupper basert på antall døgnopphold. Utvalg av 5 helseforetak. 2004. ....	53
Figur 6.1	Aldersfordeling for menn og kvinner innlagt for videre observasjon eller tvungent PHV. Utvalg av 8 helseforetak. 2004. ....	57

## Sammendrag

I denne rapporten tar vi utgangspunkt i volumet av aktivitet innen ett tidsvindu på ett år innen psykisk helsevern for voksne. I SAMDATA rapporten beskrives volumet av døgnbehandling og poliklinisk behandling i form av antall opphold og antall konsultasjoner. Vårt hovedmål er å estimere hvor mange individer som får et tilbud innen psykisk helsevern for voksne basert på det totale volumet av tjenester.

Datagrunnlaget er basert på helseforetak med felles pasientadministrativt system og hvor pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister er godkjente etter gitte kriterier. Innen disse helseforetakene kan vi identifisere antall individer som har mottatt behandling i løpet av aktivitetsåret 2004. Helseforetakene representerer ikke et tilfeldig utvalg, og særtrekk ved disse helseforetakene sett i forhold til landet for øvrig er vurdert og diskutert.

I psykisk helsevern kan ett år være et lite tidsutsnitt av en pasients behandlingsforløp. Vi vet ikke hvorvidt det er pasientens første kontakt i behandlingsforløpet vi observerer, men sannsynligheten vil øke jo senere på året den første innleggelsen i 2004 opptrer. Da vil imidlertid kun deler av behandlingsforløpet være observerbart fordi det strekker seg inn i neste år. Dette betyr at våre estimater for antall døgnopphold og polikliniske konsultasjoner per individ er knyttet til aktivitet ved institusjonene i løpet av kalenderåret, og ikke må ses som uttrykk for omfang av reinnleggelser. En analyse av reinnleggelser krever en korrigering av tidsvinduet og pasientsammensetning som ikke er inkludert i denne rapporten. Vi omtaler derfor gjentatte opphold som gjeninnleggelser, og da menes gjeninnleggelser i løpet av kalenderåret.

Flertallet av døgnpasientene (65 prosent) hadde kun ett opphold i løpet av tidsvinduet på ett år, og denne pasientgruppen genererer over halvparten av alle oppholdsdøgn ved institusjonene i utvalget. I den andre enden av skalaen har fem prosent av pasientene fem eller flere opphold. Disse genererte 11 prosent av oppholdsdøgnene i 2004, og er kjennetegnet ved en overvekt av kvinner, yngre pasienter, og pasienter med schizofrenidiagnoser.

Vi har beregnet at omlag 26 800 individer mottok døgnbehandling i Norge i 2004. 70 prosent av disse ble kun behandlet ved sykehus, altså uten døgnopphold ved andre typer institusjoner i løpet av året. Blant de resterende 30 prosent av døgnpasientene ved distriktpsikiatriske tilbud, ble 40 prosent behandlet ved psykiatrisk sykehus i tillegg samme år. Pasientflyten mellom sykehus og distriktpsikiatriske sentra er karakterisert ved en utstrakt overføring av pasienter fra sykehus til distriktpsikiatrisk sentra, og liten flyt motsatt vei.

Antall individer som fikk poliklinisk behandling i 2004 er estimert til om lag 93 000. Da er dagpasienter og pasienter under behandling hos psykiatere og psykologer med privat praksis holdt utenfor. Over halvparten av de polikliniske pasientene fikk mindre enn seks konsultasjoner i løpet av året. Mange av disse er pasienter som er til generell undersøkelse og som ikke har fått psykiatrisk diagnose. Blant de fem prosent av individene med flest konsultasjoner (30 konsultasjoner og mer) er det

overvekt av kvinner og relativt unge pasienter. Individuer med schizofrenidiagnoser og personlighetsforstyrrelser er overrepresentert i denne relativt ressurskrevende pasientgruppen.

Vi har relatert antall konsultasjoner til varighet av konsultasjonsserien der hvor start og sluttdato på konsultasjonsserien er pålitelig. Forholdet mellom antall konsultasjoner og varighet kan angis som intensiteten i behandlingen. Resultatene viser at intensiteten er høy for korte konsultasjonsserier; med medianverdi på tre konsultasjoner per 14 dager, men synker til 1 konsultasjon i måneden når varigheten av serien er mer enn tre måneder. Det er imidlertid stor variasjon i intensitet for serier med relativt lik varighet.

Dersom det beregnede antall individer som mottok hhv døgntilbud og poliklinisk behandling summeres, vil resultatet bli om lag 120 000 individer; ca 27 000 døgntilbudspasienter og 93 000 polikliniske pasienter. Noen av pasientene mottok imidlertid begge typer tilbud i 2004, hvilket innebærer at disse vil telles to ganger om vi uten videre summerte opp antall døgntilbudspasienter og polikliniske pasienter. Når det korrigeres for slik dobbelttelling, blir estimatet for totalt antall pasienter i 2004 104 000 individer.

Av disse mottok 13 prosent bare døgntilbud, 72 prosent bare polikliniske tilbud, mens 15 prosent mottok begge behandlingsformer i løpet av tidsspennet på ett år.

Nesten halvparten av pasientene som i løpet av året hadde døgntilbud bare ved sykehus mottok i tillegg poliklinisk behandling samme år, mens dette var tilfelle for 2/3 av pasientene med døgntilbud kun ved DPS, og 3/4 av pasientene med døgntilbud både fra sykehus og DPS. Døgntilbud, distriktspsykiatriske tilbud synes altså i utstrakt grad å kombineres med polikliniske tilbud. Desto flere døgntilbud pasienten hadde i løpet av året, desto flere polikliniske konsultasjoner ble utløst. Vi kan ikke avdekke hvorvidt poliklinisk behandling inntreffer i forkant og/eller i etterkant av døgntilbudene. Begrensninger i pasientdata med hensyn på tidspunkt for poliklinisk kontakt gjør at vi ikke kan beskrive hendelsesforløpet i behandlingen.

Antall innleggelser etter vedtak om videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern er estimert til 1.7 per 1000 innbygger i vårt utvalg av helseforetak. Pasienter innlagt for tvangsbehandling er hovedsaklig behandlet ved sykehusene.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

I SAMDATA presenteres årlig statistikk over døgnvirksomhet og poliklinisk virksomhet ved bruk av oppsummerende mål som antall institusjonsopphold ved døgninstitusjoner og antall polikliniske konsultasjoner i aktivitetsåret. Dette er statistikk som er knyttet til produksjonen av pasientbehandling innen spesialisthelsetjenesten. Siden pasientdata første gang ble innsamlet for aktivitetsåret 1992 har hensikten vært å supplere slik institusjonsstatistikk med informasjon om innholdet i pasientbehandlingen.

Vi har i SAMDATA Psykisk Helsevern tidligere presentert varighet av døgnopphold ved institusjonene, karakteristika ved pasientene (alder, kjønn, diagnose) for døgnoppholdene og de polikliniske konsultasjonsseriene, samt, med visse begrensninger, reinnleggelser og tvangsinnleggelser. Slik pasientinformasjon er basert på et tilfeldig løpenummer knyttet til den enkelte pasient ved hver enkelt institusjon i løpet av kalenderåret. Det er imidlertid hittil ikke gitt generell konseksjon fra Datatilsynet om å anvende noen form for personentydig løpenummer som gjør det mulig å følge den samme pasient gjennom hele behandlingsforløpet, for eksempel ved viderehenvisning mellom to institusjoner som tilhører hvert sitt helseforetak. Pasientene kan heller ikke følges fra det ene året til det neste.

Til nå har SAMDATA derfor ikke presentert statistikk basert på individer, men på volum av tjenester generert av individene, dvs statistikk om opphold, oppholds døgn og konsultasjoner. Man har med denne metoden sett at både antall opphold og antall konsultasjoner har økt de senere år. Det fremgår imidlertid ikke i hvilken grad dette skyldes at det er flere ulike individer som mottar behandling, eller at de enkelte individer oftere enn før behandles flere ganger, eller mottar ulike typer tilbud i løpet av et år.

For å kunne belyse i hvilken grad det psykiske helsevern for voksne innfrir de overordnede helsepolitiske mål om likeverdighet i tilgang til helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av bosted, alder, kjønn og sosial tilhørighet, er det følgelig nødvendig med individdata som gjør det mulig å følge hele behandlingsforløpet for en og samme pasient, uavhengig av institusjon, omsorgsnivå eller behandlingssted. Først da lar det seg belyse i hvilken grad tilgjengeligheten til det psykiske helsevern for voksne er lik for hele befolkningen, målt ved antall individer som mottar de ulike former for behandling, og om behandlingstilbudene tilgodeser særlige sosiodemografiske eller sosioøkonomiske grupper av befolkningen.

For å belyse om tjenesten fungerer optimalt ut fra behandlingsmessige eller kliniske kriterier er det også av stor interesse å kunne avdekke de typiske forløp av sekvensielle kjeder av tjenestetilbud som behandlingen ofte består av, samt diagnostiske og andre karakteristika ved pasienter med de ulike typer behandlingsforløp. Dette

forutsetter imidlertid presis tidsangivelse for de ulike tjenestetilbud. Dette er imidlertid fremdeles mangelfullt i dagens pasientdata.

Det foreligger ikke personentydige data om det psykiske helsevern for voksne på nasjonalt nivå, noe som innebærer at det til nå ikke vært mulig å skaffe nasjonale tall som belyser disse forhold, eller hvor mange individer som mottar behandling i landet sett under ett.

## 1.2 Mål og begrensninger

Dette prosjektet er et ledd i forberedelsene med å supplere SAMDATA-publikasjonen med sammenlignbar, individbasert statistikk om aktivitet og behandlingstilbud i psykisk helsevern for voksne, som et supplement og videreutvikling av dagens episodebaserte statistikk. Dette anses som nyttig med tanke på de mulighetene som åpner seg med eventuell innføring av et personentydig pasientregister.

Hovedmålet i prosjektet er å estimere hvor mange individer som mottok et tilbud i det offentlige psykiske helsevernet for voksne i 2004.

I SAMDATA Psykisk Helsevern benyttes døgnopphold og polikliniske konsultasjoner som volummål for å kvantifisere og beskrive aktiviteten innen psykisk helsevern. Vi vil i dette prosjektet også beskrive sammenhengen mellom slike volummål og individene som har generert dette volumet i aktivitetsåret 2004 for et utvalg helseforetak.

Mer spesifikt vil vi vise:

- I hvilken grad kontakten det enkelte individ hadde med det psykiske helsevernet var preget av mange døgnopphold eller polikliniske konsultasjoner.
- I hvilken grad behandlingstilbudet bar preg av samarbeid mellom ulike instanser, for eksempel ved supplerende eller oppfølgende polikliniske tilbud i tilknytning til opphold ved døgninstitusjon.
- Hva som kjennetegner individer som hadde mange innleggelses ved døgninstitusjoner og/eller mange polikliniske konsultasjoner versus de som hadde få døgnopphold/konsultasjoner i løpet av året.
- Hvor mange individer som er tvangsinnlagt, hvor disse behandles, og hvor stort volum av aktivitet denne pasientgruppen genererer.

Begrensningene i dette materialet sammenlignet med mulighetene som ligger i et personentydig register, er at pasienten her kun kan følges i ett år. I psykisk helsevern for voksne vil ett år ofte utgjøre bare et lite tidsutsnitt av det totale behandlingsforløpet. Vi vet altså ikke hvorvidt pasienten har mottatt behandling tidligere eller om den observerte behandlingsepisode i 2004 var en førstegangskontakt. I et personentydig register vil man kunne identifisere hvorvidt pasienten har mottatt behandling tidligere, og derved kunne beskrive hele behandlingsforløpet, for eksempel antall døgnopphold/konsultasjoner per pasient per tidsenhet, uavhengig av tidspunkt for første kontakt. Anslag over pasientsirkulasjon i denne rapporten må ses i sammenheng med det avgrensede tidsvindu vi har til rådighet.

## 2 Datagrunnlag og metode

### 2.1 Datagrunnlag

Norsk pasientregister (NPR) innhenter i dag opplysninger om det psykiske helsevern på individnivå. I henhold til konsesjon fra Datatilsynet har NPR anledning til å innhente et tilfeldig løpenummer knyttet til hver pasient, slik at flere avdelingsopphold for den samme pasient kan identifiseres. I den grad et helseforetak har et felles pasientsystem og en felles tildeling av det tilfeldige løpenummeret, lar det seg derved gjøre å lage statistikk på individnivå for dette foretaket.

Vi har fått pasientdata fra NPR med et anonymisert løpenummer som i prinsippet gjør det mulig å følge hver enkelt pasient innen et og samme helseforetak i kalenderåret 2004, uavhengig av omsorgsnivå og institusjon. Vi har, etter konsesjon fra Datatilsynet, fått lov til å benytte start og sluttdato på episodene, med tanke på å se på kronologien i behandlingen og lage profiler av pasientforløp. Datoangivelse for de enkelte polikliniske konsultasjonene er imidlertid kun til stede for ett helseforetak i utvalget, som rapporterer pasientdata som NPR-melding til pasientregisteret. For de øvrige er konsultasjonsserier rapporteringsenheten slik at nøyaktig tidsangivelse for hver enkelt poliklinisk konsultasjon mangler. Avslutningsdato for konsultasjonsserien er imidlertid utelatt for svært mange individer slik at pålitelig varighet av konsultasjonsserien kun kan beregnes for en liten del av pasientpopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling. Dette er grunnen til at sekvensielle pasientforløp ikke blir behandlet i denne rapporten; vi må vente til flere enheter klarer å levere pasientdata som NPR-melding før slike profiler kan utforskes.

Forutsetningen for å kunne bruke pasientdata til våre formål er at helseforetaket har et felles pasientadministrativt system, og at opplysningene om volumet av aktiviteten er tilstrekkelig komplette i henhold til gitte kriterier.

Med utgangspunkt i slike data vil det være mulig å studere sammenhengen mellom opphold/konsultasjoner og individ på tvers av institusjoner og omsorgsnivå – innen samme helseforetak og med et tidsvindu på ett år - kalenderåret 2004. Dette anses ikke som noe stort problem i denne sammenheng. Behandlingsepisodene i psykisk helsevern for voksne er i all hovedsak av betydelig kortere varighet enn et år. Tidsspennet som anvendes vil imidlertid virke inn på andelen relativt korte behandlingsepisoder. Med et svært lite tidsvindu, for eksempel 14 dager, vil langvarige behandlingssekvenser være relativt sett overrepresentert. Sannsynligheten for å fange opp flere av de korte behandlingssekvensene øker desto større tidsvindu man benytter. Med ett tidsvindu på ett år vil den observerte behandlingsaktiviteten for hvert individ være avhengig av når på året behandlingen starter, samt varighet av behandlingen. Opphold og konsultasjonsserier som påbegynnes året før eller som avsluttes neste år vil gjennomgående være av lengre varighet og for de poliklinisk behandlede pasientenes del vil dette være behandlingsforløp som genererer mange konsultasjoner. Pasienter med første innleggelse sent på året vil ikke kunne



generere like mange opphold som en pasient innlagt i januar. I denne rapporten er det imidlertid forholdet mellom antall enkeltepisoder i løpet av ett typisk aktivitetsår og antall ulike individer som genererer dem, som er hovedtema.

Konsultasjonsserier er enheten i pasientdata som innhentes på MBDS format ved uttak av de pasientdata som omhandler poliklinisk behandling ved institusjonene. Samme individ kan gjennomgå flere konsultasjonsserier men serier er ikke behandlet i denne rapporten. Bruk av seriebegrepet er preget av individuelle vurderinger hos behandler og tekniske løsninger ved uttak av pasientdata til NPR. I NPR-meldingen vil enkeltkonsultasjoner være det som rapporteres og seriebegrepet vil bli mindre viktig. Kun refusjonsberettigede konsultasjoner i løpet av aktivitetsåret vil inngå i våre beregninger og vil heretter omtales som konsultasjoner.

Opplysninger om det totale antall døgnopphold, oppholdsøgn og polikliniske konsultasjoner i landet, er både basert på tall innhentet av SSB og pasientdata fra NPR. Kvalitetskontrollen er utført av SINTEF Helse i forbindelse med SAMDATA-prosjektet.

Dagbehandling og behandling hos psykologer og psykiatere i privat praksis inngår ikke i datagrunnlaget. Brukere under 18 år (62 brukere av døgntilbud og 39 brukere av poliklinisk tilbud) er trukket ut av analysene, fordi denne aldersgruppen faller utenfor relevante sammenlignbare alderkategorier i denne sammenheng.

## 2.2 Kriterier for utvelgelse av helseforetak

Muligheten for å kunne koble det totale volum av døgnopphold og polikliniske konsultasjoner til spesifikke individer med stor grad av sikkerhet er grunnleggende nødvendig for beregningene i de ulike deler av denne rapporten. Dette er også nøkkelinformasjon ved estimering av det totale antall individer som mottok de to typer behandlingsformer på landsbasis i 2004.

Ved nærmere gjennomgang av data fant vi at åtte Helseforetak hadde data som tilfredstilte forutsetningene for å koble det totale volum av døgnopphold til enkeltindivider, mens kobling av det totale antall polikliniske konsultasjoner til enkeltindivider var mulig bare i fem Helseforetak. De øvrige ble ekskludert av følgende årsaker:

Ekskludert pga manglende opplysninger om døgnvirksomhet:

på grunn av manglende felles pasientadministrativt system:	12 HF
fordi data om aktivitet ikke var tilstrekkelig komplette	4 HF

Ekskludert pga manglende opplysninger om poliklinisk virksomhet:

på grunn av manglende felles pasientadministrativt system:	13 HF
fordi data om aktivitet ikke var tilstrekkelig komplette	7 HF

Helseforetak godkjent med hensyn til poliklinisk virksomhet er også godkjente med hensyn til døgnvirksomhet. Ut over disse ble ytterligere ett Helseforetak tatt ut av materialet i et forsøk på å eliminere usikkerhet knyttet til mulig "lekkasje" av pasienter mellom døgninstitusjoner i to ulike Helseforetak. I den grad dette skjer vil

en og samme pasient registreres i det pasientadministrative system ved begge Helseforetak, altså som to individer. Dette vil skape usikkerhet ved koblingen mellom døgnopphold/konsultasjon og individ. Denne usikkerheten er altså forsøkt eliminert ved å fjerne helseforetak uten sykehus. Pasienter bosatt i helseforetaksområde uten eget sykehus og som har hatt behov for både behandling ved sykehus og distriktpspsykiatriske tjenester i løpet av aktivitetsåret, blir registrert i begge helseforetaks pasientadministrative system og dermed som to individer.

Vi står da igjen med to utvalg på henholdsvis åtte helseforetak (døgnopphold) og fem helseforetak (konsultasjoner). Dette er ikke "utvalg" i den forstand at de er valgt ut fra kriterier om representativitet, eller at de av andre grunner anses særlig egnede eller ideelle som utgangspunkt for beregningene i denne analysen. Helseforetakene i de to utvalgene er valgt ut fra inklusjonskriteriene beskrevet over, altså at de tilfredsstillende visse krav til volum av rapportert virksomhet, og at de har et felles pasientadministrativt system som gjør det mulig å knytte døgnopphold og konsultasjoner innen Helseforetaket i 2004 til enkeltindivider, uavhengig av type institusjon.

### 2.3 Beregningsmåte

Det er anvendt tre fremgangsmåter for å beregne gjennomsnittlig antall døgnopphold og polikliniske konsultasjoner per individ:

Utrimmet gjennomsnitt

Trimmet gjennomsnitt

Forventningsverdi basert på fordelingen

Det utrimmede gjennomsnitt er basert på alle individer. En liten andel individer med svært mange opphold vil derved kunne påvirke gjennomsnittstallet i uforholdsmessig stor grad, og øke usikkerheten i estimatet. Trimmet gjennomsnitt ekskluderer de fem prosent av individene som har flest opphold og vil, dersom det er noen få ekstreme observasjoner, gjøre estimatet mer konsistent. Dersom fordelingen har en tydelig tung hale vil bruk av forventet verdi basert på fordelingen av antall opphold/konsultasjoner per individ være den beste løsningen. I et slikt tilfelle vil utrimmet gjennomsnitt gi et for ustabil estimat, mens trimming vil underestimere faktoren vi ønsker å bestemme. Forventet faktor er beregnet ved at median antall opphold/konsultasjon innen hver kategori av antall døgnopphold/konsultasjoner per individ multipliseres med andel individer innen hver kategori. Kategoriene som er benyttet for antall opphold per individ er 1 opphold, 2 opphold, 3-4 opphold og 5 eller flere opphold per individ. For antall konsultasjoner per individ er kategoriene 1-5 konsultasjoner, 6-11 konsultasjoner, 12-29 konsultasjoner og 30 eller flere konsultasjoner per individ.

Tabell 2.1 Faktorer for forholdet mellom opphold/konsultasjon per individ etter tre ulike metoder: Utrimmet gjennomsnitt, forventet faktor fra fordeling i kategorier og trimmet (5 prosent) gjennomsnitt.

	Utrimmet faktor	Forventet faktor fra fordeling	Trimmet (5% ) faktor
Opphold per individ	1,77	1,67	1,50
Konsultasjon per individ	8,61	7,96	7,08

## 2.4 Utvalg av helseforetak - døgnpasienter

### 2.4.1 Beskrivelse av utvalget

Det var åtte helseforetak som oppfylte kriteriene for å inngå i beregninger av døgnopphold/individ i 2004. Totalt representerer disse helseforetakene et befolkningsgrunnlag på totalt 1,2 millioner voksne innbyggere (18 år og eldre), hvilket utgjør 34 prosent av den voksne norske befolkning.

Tabell 2.2 gir en oversikt over noen øvrige kjennetegn ved helseforetakene i dette utvalget. Det ble produsert 15 209 døgnopphold i utvalget i 2004 – hvilket er 33 prosent av samtlige døgnopphold dette året. Ved å identifisere døgnopphold knyttet til samme individ, fant vi at det totalt var 8 573 ulike individer som genererte disse oppholdene.

Tabell 2.2 Døgnopphold, individer og faktor for opphold per individ; uttrimmet, fordelt og trimmet (5 prosent), og befolkningen 18 år og eldre som er bosatt i Helseforetakets opptaksområde i 2004. Utvalg av åtte helseforetak.

	Døgn- opphold	Individer	Opphold per individ			Befolkning 18 år og eldre
			Utrimmet	Fordelt	Trimmet	
Sykehuset Østfold HF	2 542	1 492	1,70	1,63	1,46	199 202
Sykehuset i Buskerud HF	1 572	916	1,72	1,66	1,50	106 451
Psykiatrien i Vestfold HF	1 687	922	1,83	1,73	1,55	169 420
Helse Bergen HF	2 706	1 687	1,60	1,55	1,41	287 449
Helse Førde HF	951	549	1,73	1,66	1,50	80 224
St. Olavs Hospital HF	2 334	1 237	1,89	1,74	1,56	208 985
Nordlandssykehuset HF	1 279	828	1,54	1,46	1,33	74 199
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 138	942	2,27	2,06	1,83	84 730
Totalt	15 209	8 573	1,77	1,67	1,50	1 210 660

Det største helseforetaket både med hensyn til antall opphold, individer og befolkningsgrunnlag innen opptaksområdet er Helse Bergen HF. Det minste helseforetaket når vi ser på produksjonen er Helse Førde HF mens Nordlandssykehuset har det minste opptaksområdet. Størrelsen døgnopphold per individ er et sentralt begrep i denne rapporten da grunntemaet er relasjonen mellom opphold og individ. Faktoren opphold per individ er beregnet for hvert helseforetak, både som ordinært gjennomsnitt, basert på fordelingen i kategorier og som trimmet gjennomsnitt hvor 5 prosent av individene med flest opphold holdes utenfor. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF har flest opphold per individ med faktor basert på fordeling på 2.1 opphold per individ. Lavest ligger Nordlandssykehuset HF med 1.5 opphold per individ.

## 2.4.2 Representativitet

Helseforetakene i utvalget representerer ulike andeler av det totale antall døgnopphold og oppholds-døgn i regionene de tilhører, se tabell 2.3. Helseforetakene i utvalget står for 2/3 av det totale volum av døgnopphold og oppholds-døgn i Helse Nord, og om lag 40 prosent i de øvrige regioner, unntatt i Helse Øst, der kun ett helseforetak er representert, med 17 prosent av oppholdene. Det er vanskelig å se at denne tendensen til geografisk skjevhet i seg selv skulle kunne virke inn på representativitet i forhold til resten av landet når det gjelder antall døgnopphold per individ i landet for øvrig, eller de beregninger som ellers gjøres i denne analysen.

Tabell 2.3 Representativiteten i utvalg av åtte helseforetak. Andel døgnopphold, andel oppholds-døgn i 2004 og andel av den voksne befolkningen i 2004. Etter region. 2004.

Region	Prosentandel av aktivitet og befolkningsgrunnlag i hver helseregion som inngår i utvalget på åtte helseforetak		
	Andel døgnopphold	Andel oppholds-døgn i 2004	Andel av befolkning 18 år og eldre
Helseregion Øst	17	13	16
Helseregion Sør	38	44	40
Helseregion Vest	39	40	52
Helseregion Midt-Norge	38	45	43
Helseregion Nord	67	72	45
Totalt	33	33	34

I landet sett under ett fant det sted 130 døgnopphold per 10 000 voksne innbyggere i psykisk helsevern for voksne i 2004. Fem av helseforetakene i utvalget hadde færre døgnopphold per voksen innbygger i opptaksområdet enn gjennomsnittet for landet, mens tre har flere. De åtte helseforetakene i utvalget representerer altså foretak med både høyere og lavere antall døgnopphold i forhold til befolkningsgrunnlaget enn gjennomsnittet for landet. Sett under ett hadde helseforetakene i dette utvalget tre prosent færre døgnopphold per innbygger enn gjennomsnittet for landet i 2004. Det synes altså som at de åtte helseforetakene i utvalget ikke skiller seg ut på noen påfallende måte i forhold til resten av landet verken når det gjelder geografisk fordeling eller omfang av døgntilbud i forhold til befolkningsgrunnlaget.

## 2.5 Utvalget av helseforetak – polikliniske konsultasjoner

### 2.5.1 Beskrivelse av utvalget

Poliklinisk behandling utgjør en stadig større del av pasientbehandlingen og antall konsultasjoner har i de siste 3 år økt i størrelsesorden 10 prosentpoeng årlig. I 2004 ble det på landsbasis utført 759 000 konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne. Ikke desto mindre er pasientdata, som muliggjør en nærmere beskrivelse av aktiviteten og pasientene som mottar poliklinisk behandling et forsømt område. Institusjonene rapporterer altså antall konsultasjoner i løpet av året til SSB, men rapportering av pasientdata har og er mangelfull fremdeles.

På bakgrunn av dette er det kun fem helseforetak som oppfyller kriteriene for å inngå i beregningsgrunnlaget for poliklinisk behandling. Disse fem helseforetak er blitt vurdert å ha akseptabel kvalitet slik at antall pasienter som genererer volumet av konsultasjoner kan beregnes med rimelig sikkerhet. Konsultasjonene registrert i pasientdata fra disse helseforetak utgjør 97 prosent av konsultasjonene innrapportert til SSB.

Tabell 2.4 gir en oversikt over noen kjennetegn ved helseforetakene i dette utvalget. Det ble produsert 147 559 polikliniske konsultasjoner i 2004 – hvilket er 19 prosent av samtlige konsultasjoner i landet dette året. Ved å identifisere konsultasjoner knyttet til samme individ, fant vi at det totalt var 17 130 ulike individer som genererte disse konsultasjonene.

Tabell 2.4 Konsultasjoner, antall individer, konsultasjoner per individ; utrimmet, fordelt og trimmet (5 prosent) og befolkningen 18 år og eldre som er bosatt i Helseforetakets opptaksområde i 2004. Poliklinisk behandling. Utvalg av fem helseforetak.

	Konsultasjoner	Individer	Konsultasjoner per individ			Befolkning 18 år og eldre
			Utrimmet	Fordelt	Trimmet	
Sykehuset Østfold HF	32 906	4 634	7,10	6,55	5,99	199 202
Sykehuset i Buskerud HF	19 791	1 820	10,87	9,94	8,96	106 451
Psykiatrien i Vestfold HF	39 910	4 630	8,62	8,02	7,14	169 420
St. Olavs Hospital HF	31 421	3 536	8,89	8,20	7,57	208 985
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	23 531	2 510	9,37	8,28	7,37	84 730
<b>Totalt</b>	<b>147 559</b>	<b>17 130</b>	<b>8,61</b>	<b>7,96</b>	<b>7,08</b>	<b>768 788</b>

Psykiatrien i Vestfold HF representerer den største produksjonen målt i antall konsultasjoner. Sykehuset Østfold HF har flest individer som har mottatt poliklinisk behandling, tett fulgt av Psykiatrien i Vestfold HF. Sykehuset i Buskerud HF har færrest konsultasjoner og individer. St. Olavs Hospital HF dekker det største opptaksområdet, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge har færrest innbyggere i opptaksområdet som helseforetaket har ansvar for.

Konsultasjon per individ er beregnet som vanlig gjennomsnitt og trimmet gjennomsnitt. Fordelingen av konsultasjoner per individ som ligger til grunn for fordelt faktor er nærmere omtalt i kapittel 4. Antall konsultasjoner per individer (fordelt) varierer fra 6.6 for Sykehuset Østfold HF til 9.9 for Sykehuset i Buskerud HF.

### 2.5.2 Representativitet – polikliniske konsultasjoner og døgnbehandling

De opplysninger på individnivå som er gjort tilgjengelige gjennom dette prosjektet gjør det mulig å studere hva som kjennetegner det totale behandlingstilbud for den enkelte pasient i 2004. Dette forutsetter at døgnbehandling og poliklinisk behandling kan belyses samlet. Det er genuint interessant i denne sammenheng å avdekke hvor langt man har kommet i å utvikle behandlingsnettverk for de enkelte pasientgrupper, der pasientene altså mottar sammenfallende, oppfølgende eller supplerende tilbud fra ulike instanser i løpet av et gitt tidsrom: her i løpet av kalenderåret 2004. Slike analyser kan gjennomføres ved de fem helseforetak som er godkjent ut fra kriteriene omtalt over. De fem helseforetak som er godkjent for

analyser av poliklinisk virksomhet inngår i de åtte som ble godkjent for analyser av døgnvirksomhet. Derved kan vi identifisere antall, - og karakteristika ved pasienter som mottok tjenester fra begge omsorgsnivå, både døgnbehandling og poliklinisk behandling i løpet av året.

De fem helseforetak hadde populasjonsansvar for totalt 769 000 voksne innbyggere (18 år og eldre), hvilket utgjør 22 prosent av den voksne norske befolkning, og sto for 19 prosent av samtlige konsultasjoner i landet dette året, se tabell 2.5. Disse fem helseforetak er inkludert i utvalget som har godkjent døgnvirksomhet.

Tabell 2.5 Representativiteten i utvalget av fem helseforetak godkjent for både døgnaktivitet og poliklinisk aktivitet. Andel konsultasjoner, andel døgnopphold, andel oppholdsdøgn i 2004 og andel av den voksne befolkningen i 2004. Etter region. 2004.

Region	Prosentandel av aktivitet og befolkningsgrunnlag i hver helseregion som inngår i utvalget på fem helseforetak			
	Andel konsultasjoner 2004	Andel døgnopphold	Andel oppholdsdøgn i 2004	Andel av befolkning 18 år og eldre
Helseregion Øst	11	17	13	16
Helseregion Sør	36	38	44	40
Helseregion Vest	0	0	0	0
Helseregion Midt-Norge	32	38	45	43
Helseregion Nord	30	42	34	24
Totalt	19	22	20	22

Helseregion Sør er best representert ved 36 prosent av alle konsultasjonene. Helseregion Vest er ikke representert i dette materialet. Helseregion Midt-Norge er best representert når vi ser på befolkningsgrunnlaget helseforetakene representerer; opptaksområdene dekker 43 prosent av befolkningen i regionen.



## 3 Estimering av antall ulike individer som ble behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2004

### 3.1 Innledning

Av personvern hensyn er det hittil ikke lov å innhente personentydige data om pasientene i det psykiske helsevern for voksne på nasjonalt nivå. Det foreligger derfor ikke statistikk der tjenesteproduksjonen innen feltet relateres direkte til de enkeltindivider som genererer dem. Derved kjenner man ikke i dag verken antall individer som mottar de ulike behandlingstilbud, - hva som kjennetegner dem – eller de individuelle behandlingsforløp. Det finnes følgelig ikke sikker viten om hvilken effekt den betydelige økningen i antall behandlede pasienter i de første seks årene av planperioden for Opptrappingsplanen har hatt for tilbudenes tilgjengelighet – altså om økt aktivitet har ført til at flere ulike individer nås av tjenestetilbudet.

Målet for dette kapitlet er å beregne hvor mange individer som mottok et døgntilbud eller poliklinisk tilbud i det psykiske helsevernet for voksne i 2004. Datagrunnlag er gjort rede for i forrige kapittel. Beregningene er basert på kjennskap til forholdet mellom antall døgnopphold/konsultasjoner og antall ulike individer som genererte dem i de respektive utvalg av helseforetak, samt informasjon om antall døgnopphold/konsultasjoner i landet som helhet i 2004.

Når totalt antall individer som mottok behandling i psykisk helsevern i landet som helhet blir forsøkt estimert ut fra kjennskap til pasientsirkulasjon og gjeninnleggelsesrater i et utvalg av landets helseforetak, samt opplysninger om volum av tjenesteproduksjon i landet som helhet, gis det ikke holdepunkter for ny innsikt om lokale eller regionale forskjeller i tilgjengelighet utover det vi finner i selve utvalget. Det opprinnelige delmål for prosjektet om å avdekke slike regionale, geografiske ulikheter i tilgjengelighet på nasjonalt plan ser vi derfor bort fra i den videre fremstilling.

### 3.2 Generelt om datagrunnlag og metode

I dette prosjektet anvendes data fra NPR med et aidentifisert løpenummer som gjør det mulig å følge hver enkelt pasient innen et og samme helseforetak i kalenderåret 2004, uavhengig av omsorgsnivå og institusjon. Forutsetningen for å kunne bruke data til våre formål er at helseforetaket har et felles pasientadministrativt system, og at opplysningene om aktivitet er tiltrekkelig komplette i henhold til gitte kriterier, se kapittel to.

Muligheten for å kunne koble det totale volum av døgnopphold og polikliniske konsultasjoner til spesifikke individer med stor grad av sikkerhet er grunnleggende



nødvendig for beregningene i dette kapitlet. Ved nærmere gjennomgang av data fant vi at åtte helseforetak hadde data som tilfredstilte forutsetningene for å koble det totale volum av døgnopphold til enkeltindivider, og fem helseforetak som tilfredstilte tilsvarende krav for kobling av polikliniske konsultasjoner til individ. De to utvalg omtales nærmere under.

Opplysninger om det totale antall døgnopphold og polikliniske konsultasjoner i landet er basert på tall innhentet av SSB og pasientdata fra NPR. Kvalitetskontrollen er utført av SINTEF Helse i forbindelse med SAMDATA-prosjektet. Dagbehandling og behandling hos psykologer og psykiatere i privat praksis inngår ikke i beregningene. Brukere under 18 år (62 brukere av døgntilbud og 39 brukere av poliklinisk tilbud) er trukket ut av analysene, fordi denne aldersgruppen faller utenfor relevante sammenlignbare alderkategorier i denne sammenheng.

### 3.3 Estimering av antall individer med døgnopphold i 2004

#### 3.3.1 Utvalg og metode

De åtte helseforetak som oppfylte kriteriene for å inngå i beregninger av antall døgnopphold per individ i 2004 representerer et befolkningsgrunnlag på totalt 1,2 millioner voksne innbyggere (18 år og eldre), hvilket utgjør 34 prosent av den voksne norske befolkning, se kapittel 2.4.

Sett under ett sto helseforetakene i utvalget for 1/3 av samtlige døgnopphold, oppholdsdøgn og døgnplasser i landet i 2004. Det ble produsert 15 209 døgnopphold i utvalget i 2004, generert av 8 573 ulike individer ved i alt åtte større sykehus, 21 DPS-er og ett sykehjem. Dette tilsier en gjennomsnittlig gjeninnleggsrate i løpet av kalenderåret 2004 på 1,77.

Disse åtte helseforetak er ikke noe egentlig "utvalg" i den forstand at de er valgt ut fra kriterier om representativitet, eller at de av andre grunner anses særlig egnede eller ideelle som utgangspunkt for et estimat over antall individer som mottar døgnopphold i landet som helhet. De åtte helseforetakene er valgt ut fra kriterier om kompletthet og felles pasientadministrativt system som gjør det mulig å knytte døgnopphold innen helseforetaket i 2004 til enkeltindivider, uavhengig av type institusjon.

Presisjonen i beregningene beror på at pasientsirkulasjon og gjeninnleggsrater ved døgninstitusjonene i utvalget ikke skiller seg ut fra landets øvrige døgninstitusjoner, altså at forholdet mellom døgnopphold og antall individer som genererte dem i utvalget er representativt for landets øvrige døgninstitusjoner.

Tabell 3.1 viser antall døgnopphold per innbygger i hvert av helseforetakenes opptaksområde.

Tabell 3.1 Antall døgnopphold og antall pasienter pr 10 000 voksne innbyggere bosatt i Helseforetakets opptaksområde i 2004. Faktor for antall opphold per individ: utrimmet, forventet ut fra fordeling og trimmer (fem prosent) Antall opphold per pasient etter helseforetak.

	Døgn- opphold	Pasienter	Antall opphold per pasient		
			Trimmet	Fordelt	Utrimmet
Sykehuset Østfold HF	128	74,9	1,46	1,63	1,70
Sykehuset i Buskerud HF	148	86,0	1,50	1,66	1,72
Psykiatrien i Vestfold HF	100	54,4	1,55	1,73	1,83
Helse Bergen HF	94	58,7	1,41	1,55	1,60
Helse Førde HF	119	68,4	1,50	1,66	1,73
St. Olavs Hospital HF	112	59,2	1,56	1,74	1,89
Nordlandssykehuset HF	172	111,6	1,33	1,46	1,54
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	252	111,2	1,83	2,06	2,27
Totalt	126	70,8	1,50	1,67	1,77
Norge	130				
Norge ekskl 8 HF	132				

I landet sett under ett fant det sted 130 døgnopphold per 10 000 voksne innbyggere i psykisk helsevern for voksne i 2004. Fem av helseforetakene i utvalget hadde færre døgnopphold per voksen innbygger i opptaksområdet enn gjennomsnittet for landet, mens tre har flere. Av de 8573 individene vi har opplysninger om var 5 887 (69 prosent) tilknyttet helseforetak med lavere produksjon av døgnopphold per befolkningsenhet enn gjennomsnittet for landet – mens 2 686 (31 prosent) var tilknyttet helseforetak med høyere. De åtte helseforetakene i utvalget representerer altså foretak med både høyere og lavere antall døgnopphold i forhold til befolkningsgrunnlaget enn gjennomsnittet for landet. Sett under ett hadde helseforetakene i dette utvalget tre prosent færre døgnopphold per innbygger enn gjennomsnittet for landet i 2004. Dette er i seg selv ikke noe problem, fordi nivåforskjeller i volum av døgnbehandling vil bli tatt hensyn til i beregningsgrunnlagene. Spørsmålet er heller hvorvidt det er noe som skulle tilsi at pasientsirkulasjon og gjeninnleggelsesrater, målt ved forholdstallet mellom antall døgnopphold og antall ulike pasienter i utvalget i løpet av året, ikke er fullt ut representativ for de øvrige 2/3-parter av landet.

Det er betydelig spredning i antall døgnopphold per pasient innad i utvalget. Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF representerer her hvert sitt ytterpunkt, med hhv 28 prosent flere – og 13 prosent færre opphold per unike pasient enn gjennomsnittet for utvalget (utrimmet forholdstall). Dette trenger ikke i seg selv være noe problem, fordi disse to helseforetakene – som på hver sin måte er atypiske mht pasientsirkulasjon - trekker i hver sin retning i sin påvirkning av gjennomsnittsfaktoren for utvalget.

I utvalget som helhet har fem helseforetak lavere, og tre helseforetak høyere antall døgnopphold per individ enn gjennomsnittet for utvalget som helhet. Metoden som vil anvendes ved beregning av antall pasienter på landsbasis vil kunne korrigere for nivåforskjeller (antall døgnopphold per innbygger) mellom utvalget og de øvrige 2/3-parter av det psykiske helsevern, men forutsetter at forholdstallet mellom antall døgnopphold og antall ulike individer i utvalget som genererte disse er

representativt for landet for øvrig. Spørsmålet som må besvares er da i hvilken grad dette er tilfelle.

Tabell 3.2 viser noen karakteristika ved institusjonssammensetningen i hhv utvalget og resten av landet.

Tabell 3.2 Antall døgnplasser i drift per 10 000 innbyggere 18 år og eldre tilknyttet utvalget på åtte helseforetak, resten av landet og i landet som helhet. Prosentandel av landets døgnplasser tilknyttet utvalget. Etter type institusjon 2004.

Type institusjon	Utvalget		Resten av landet		Landet totalt	
	Døgnpl per 10 000 innb	% av landet	Døgnpl per 10 000 innb	% av landet	Døgnpl per 10 000 innb	% av landet
Sykehus	8,2	35	7,9	65	8,0	100
DPS/sykehjem	5,4	27	7,4	73	6,6	100
Totalt	13,6	32	15,3	68	14,6	100

Det er fire prosent flere sykehussenger per innbygger i utvalget enn i landet for øvrig, og 27 prosent færre døgnplasser ved DPS. Når de to typer døgnplasser ses under ett har vårt utvalg sju prosent færre døgnplasser enn landet sett under ett.

### Spredningen i utvalget – representativt for landet for øvrig?

Dersom vi antar at pasientsirkulasjon og omfang av gjeninnleggelser i vårt utvalg er representative for resten av landet, må vi også kunne anta at spredningen innad i utvalget er representativ for tilsvarende forskjeller helseforetakene imellom i landet for øvrig når det gjelder forholdet mellom produsert volum av døgnopphold og antall individer som genererte dem. Stor spredning er ikke noe problem i seg selv, men desto større forskjeller det er i dette forholdstallet helseforetakene imellom, desto viktigere blir det å oppspore eventuelle bakenforliggende forhold som kan føre til systematiske forskjeller i pasientsirkulasjon og gjeninnleggingsrater, målt ved forholdstallet mellom antall produserte døgnopphold og antall ulike brukere i løpet av året.

De mest åpenbare årsaker til at vårt utvalg ikke skulle være representativt kan utelukkes ved å studere driftsstatistikk fra SAMDATA for 2004. Det er ingen systematiske eller entydige forskjeller i fordeling av oppholdstider eller bemanningsfaktorer mellom institusjonene i vårt utvalg og ved institusjoner i landet for øvrig. Det er heller ingen forskjeller i pasientenes diagnosepanorama eller alders- og kjønnsfordeling. Ved bruk av foreliggende statistikk har vi ikke klart å avdekke noen form for systematikk eller sammenheng som skulle tilsi at vår tredje-part av landets døgninstitusjoner skulle skille seg nevneverdig ut fra landets øvrige døgninstitusjoner i psykisk helsevern for voksne.

Sannsynligheten for at en tilfeldig utvalgt, og geografisk spredt tredjedel av landets døgninstitusjoner skulle skille seg systematisk ut i en spesiell retning mht forholdet mellom antall produserte døgnopphold og antall individer som genererte dem, er da også minimal. Det er kun ett forhold som gir vårt utvalg et visst særpreg i forhold til landets øvrige døgninstitusjoner, nemlig en viss underrepresentasjon i Helse Øst, med en korresponderende relativ underrepresentasjon av døgnplasser ved DPS-er. Av institusjonsstatistikken i SAMDATA Psykisk Helsevern 2004 synes det imidlertid ikke som at dette forhold virker inn på det aspekt ved produksjonen som er av

interesse i denne sammenheng, nemlig forholdet mellom antall døgnopphold og antall ulike individer.

### 3.3.2 Oppsummering utvalg

Det synes altså som at de 30 døgninstitusjonene i de åtte helseforetakene i utvalget ikke skiller seg ut på noe nevneverdig vis i forhold til resten av landet verken når det gjelder geografisk fordeling, omfang av døgntilbud i forhold til befolkningsgrunnlaget, pasientsirkulasjon slik denne fremkommer i driftsstatistikk i SAMDATA, pasientsammensetning eller andre forhold vi har studert. Av kapittel to fremgår det at de åtte helseforetakene står for 2/3 av det totale volum av døgnopphold og oppholdsdøgn i Helse Nord, og om lag 40 prosent i de øvrige regioner, unntatt i Helse Øst, der kun ett helseforetak er representert, med 17 prosent av oppholdene. Det er vanskelig å se at denne tendensen til geografisk skjevhet i seg selv skulle kunne virke inn på representativitet i forhold til resten av landet når det gjelder det aspekt ved driften av døgnenheter vi her er opptatt av (antall døgnopphold per individ) og derved svekke presisjonen i de beregninger som gjøres i dette kapitlet.

Vi konkluderer med at pasientsirkulasjonen i vårt utvalg av åtte helseforetak med åtte sykehus, 21 DPS og ett sykehjem - som til sammen sto for 1/3 av alle døgnopphold og oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne i 2004 - er å regne som representativt for resten av landet.

### 3.3.3 Beregningsmåter

Det er anvendt tre fremgangsmåter for å beregne gjennomsnittlig antall døgnopphold per individ i utvalget:

- Utrimmet gjennomsnitt
- Trimmet gjennomsnitt
- Forventningsverdi basert på fordelingen

Det utrimmede gjennomsnitt er basert på alle individer. En liten andel individer med svært mange opphold vil derved kunne påvirke gjennomsnittstallet i uforholdsmessig stor grad, og øke usikkerheten i estimatet. Trimmet gjennomsnitt ekskluderer de fem prosent av individene som har flest opphold og vil, dersom det er noen få ekstreme observasjoner, gjøre estimatet mer konsistent. Dersom fordelingen har en tydelig tung hale vil bruk av forventet verdi basert på fordelingen av antall opphold/konsultasjoner per individ være den beste løsningen. I et slikt tilfelle vil utrimmet gjennomsnitt gi et for ustabil estimat, mens trimming vil underestimere faktoren vi ønsker å bestemme. Forventet faktor er beregnet ved at median antall opphold/konsultasjon innen hver kategori av antall døgnopphold/konsultasjoner per individ multipliseres med andel individer innen hver kategori. Kategoriene som er benyttet for antall opphold per individ er 1 opphold, 2 opphold, 3-4 opphold og 5 eller flere opphold per individ.

Det er anvendt fem beregningsmetoder:

Modell I:	Innbyggertall i landet for øvrig
Modell IIa	Innbyggertall, korrigeret for kjønns og alderssammensetning i befolkningen
Modell IIb	Modell IIa kontrollert for nivåforskjell i volum av døgnopphold per innbygger i utvalget og resten av landet
Modell III:	Antall døgnopphold i landet for øvrig sammenholdt med forholdstall mellom døgnopphold og individer i vårt utvalg av helseforetak.
Modell IV	Antall døgnopphold i landet som helhet, sammenholdt med forholdstall mellom døgnopphold og individer i vårt utvalg av helseforetak.

### 3.3.4 Resultater – antall døgnpasienter i landet i 2004

Modell I: Estimat basert antakelse om lik bruk av døgninstitusjoner i hele landet

Dersom befolkningens bruk av døgninstitusjoner var helt lik i hele landet, kunne antall individer som ble behandlet ved døgninstitusjoner på landsbasis i 2004 beregnes ved å multiplisere antall voksne innbyggere i landet med antall pasienter per innbygger i vårt utvalg, altså 3 518 330 innbyggere multiplisert med 7,0813/1000. Dette ville tilsa at 24 914 ulike individer ble behandlet ved døgninstitusjoner i 2004:

Antall institusjonsopphold i utvalget i 2004	15 209
Antall ulike voksne individer som fikk døgnbehandling	8 573
Antall voksne innbyggere (18 år og eldre) i utvalget	1 210 660
Antall ulike pasienter per 1000 innb i utvalget	7,0813
Antall innbyggere 18 år og eldre i landet 1 januar 2004	3 518 330
Estimert antall individer i 2004	24 914

Modell IIa:	Estimat basert på antakelse om lik bruk av døgninstitusjoner, korrigeret for befolkningens kjønns og alderssammensetning
-------------	--

Befolkningens bruk av døgnbaserte tjenester varierer med kjønn og alder. Vi vet fra andre studier (Hagen, H og Ruud, T; 2004) at de "yngste voksne", dvs pasienter i alderen 18-29 år er markert overrepresenterte ved sykehusavdelinger. Ved pasientregistreringen 20. november 2003 utgjorde pasienter i denne aldersgruppen 1/3 av samtlige pasienter ved sykehusene. I modell IIa fordeles derfor antall pasienter i utvalget etter kjønn og alder før de relateres til tilsvarende grupper befolkningen. Derved gis et estimat – kontrollert for de forskjeller som måtte finnes i kjønns- og alderssammensetning mellom de åtte helseforetak i vårt utvalg og

resten av landet. Tabell 3.3 viser ratene som er anvendt, altså antall individer i hver kjønns- og alderskategori i utvalget.

Tabell 3.3 Individer som mottar døgnbehandling. Rate pr 1000 innbyggere 18 år og eldre etter aldersgruppe og kjønn. Utvalg av 8 helseforetak.

Aldersgrupper	Menn	Kvinner	Totalt
18-29 år	9,0	9,1	9,0
30-39 år	8,5	7,3	7,9
40-49 år	8,0	8,5	8,2
50-59 år	5,8	6,4	6,1
60 år og eldre	4,3	5,2	4,8
Totalt	7,1	7,1	7,1

Resultatet av en slik kjønns- og aldersstandardisert beregningsmåte gir et estimat på 24 949 individer. Dette er nærmest identisk med resultatet fra modell I. Alders- og kjønnsfordelingen i vårt utvalg av åtte HF er altså praktisk talt helt lik kjønns- og alderssammensetningen i resten av landet. I de videre beregninger ser vi derfor bort fra slik korrigering for kjønns – og alderssammensetning i befolkningene.

Modell IIb:	Estimat basert på innbyggertall korrigert for kjønns og alderssammensetning, justert i henhold til nivåforskjell i antall døgnopphold per innbygger mellom utvalget og resten av landet = modell IIa * nivåforskjell per innb: $24\ 949 \times 1.05254 = \underline{26\ 260}$
-------------	--

Modell III:	Estimat basert på antall døgnopphold per pasient i utvalget, kontrollert for volum av døgnopphold i resten av landet
-------------	--

Modell III baserer seg på at forholdstallet mellom antall individer og antall døgnopphold er det samme i vårt utvalg som i landet for øvrig. Volum av døgnopphold i resten av landet divideres med forholdstallet i utvalget, og legges til det kjente antall individer i utvalget.

Det er anvendt tre mål for gjennomsnittlig antall døgnopphold per individ i utvalget; utrimmet, trimmet og forventet gjennomsnitt ut fra fordelingen:

Utrimmet gjennomsnitt: antall opphold per individ	=	1,77
Trimmet gjennomsnitt: antall opphold per individ	=	1,50
Forventet verdi basert på fordelingen	=	1,67

### Resultater, modell III:

	Antall døgnopphold i landet 2004	45 721
Minus	Antall døgnopphold i vårt utvalg	15 209
=	Antall døgnopphold i resten av landet	30 512
	a) Døgnopph per pas i utvalget, utrimmet	1,77
	b) Døgnopph per pas i utvalget, forventet ut fra fordeling	1,67
	c) Døgnopph per pas i utvalget, trimmet	1,50
Pluss	Antall pasienter i vårt utvalg	8 573
=	a) Estimert antall døgnpasienter utrimmet modell	25 811
=	b) Estimert antall døgnpasienter – forventet ut fra fordeling	26 844
=	c) Estimert antall døgnpasienter trimmet modell	28 914

Modell IV:	Antall døgnopphold i landet som helhet, sammenholdt med forholdstallet mellom antall døgnopphold og individer som genererte dem i vårt utvalg av helseforetak.
------------	--

45 721 døgnopphold i landet som helhet, dividert med	
Utrimmet gjennomsnitt:	25 831
Forventet verdi ut fra fordelingen:	27 378
Trimmet gjennomsnitt:	30 481

### Oppsummering:

Vi har brukt fremgangsmåter basert på:

- befolkningens størrelse og sammensetning
- befolkningssammensetning og nivåforskjeller i volum av døgnbehandling mellom utvalget og landet forøvrig
- sammenstilling av antall døgnopphold per individ i vårt utvalg og volum av døgnopphold i resten av landet, og
- antall døgnopphold i landet som helhet, sammenholdt med forholdstallet mellom antall døgnopphold og individer som genererte dem i vårt utvalg

Dette har gitt følgende resultater:

Modell I	basert på innbyggertall:	24 914
Modell IIa	basert på innbyggertall, korrigeret for kjønn og alders sammensetning i befolkningen	24 949
Modell IIb	modell IIa * nivåforskjell i volum av døgnbehandling mellom utvalget og landet for øvrig	26 260
Modell III	volum døgnopphold i resten av landet, og antall døgnopphold per individ i utvalget:	
	IIIa utrimmet modell:	25 811
	IIIb forventet ut fra fordeling	26 844
	IIIc trimmet modell:	28 914
Modell IV	Volum døgnopphold i landet som helhet relatert til antall opphold per individ i utvalget:	
	IVa Utrimmet gjennomsnitt:	25 831
	IVb Forventet verdi ut fra fordelingen:	27 378
	IVc Trimmet gjennomsnitt:	30 481

### 3.3.5 Konklusjon

Vi kjenner ikke det sanne antall døgnpasienter. Tallet må beregnes ut fra kjente størrelser fra 1/3 av befolkningen. Det er her forsøkt beregnet med utgangspunkt i befolkningens størrelse og sammensetning, volum av døgnopphold i landet for øvrig, og volum i landet totalt. Anslaget basert på befolkningstall justert for forskjell i volum av døgnbehandling (modell IIb) er to prosent unna estimatene fra modell IIIb, der gjennomsnittlig antall døgnopphold per individ er beregnet ut fra prosentvis fordeling rundt medianverdien. I avsnitt 3.3.3 anslås dette alternativ som best egnet med den observerte fordeling. Disse to anslagene, som med ulik metodikk gir svært like estimater anses som de mest pålitelige. Av disse er det anslaget i modell IIIb, som uttrykker forventet verdi basert på fordelingen av antall opphold per individ, som velges. Modell III forutsetter at vårt utvalg er representativt kun i ett henseende, - at forholdstallet mellom døgnopphold og antall individer som genererte dem er representativt for landet – altså at gjennomsnittlig pasientsirkulasjon og gjeninnleggelsesrate i utvalget er ikke avviker fra praksis i landet sett under ett. Det er modell III som har færrest, og lettest korrigerbare usikkerhetsfaktorer knyttet til seg. All den stund vi kjenner det totale antall døgnopphold i 2004, samt gjennomsnittlig forholdstall mellom individ og døgnopphold i utvalget, er det kun forholdstallet mellom individ og døgnopphold som kan gi usikkerhet ved beregning av estimatet. Ut fra våre studier av de åtte



sykehus og 21 DPS-er i utvalget er det ikke grunn til å tro at disse skiller seg ut på noen markert måte.

Vårt estimat for antall individer med døgnopphold i psykisk helsevern for voksne i 2004 er altså 26 850 individer. Usikkerheten rundt estimatet antas å være i størrelsesorden fem prosent.

### 3.4 Estimering av antall ulike individer med polikliniske konsultasjoner i 2004

#### 3.4.1 Innledning

Gitt samme pasientsirkulasjon – altså like mange polikliniske konsultasjoner per individ i løpet av året - i utvalget som i landet for øvrig, vil følgende fremgangsmåte kunne avdekke antall ulike individer i som fikk poliklinisk behandling i 2004:

1. antall konsultasjoner i landet for øvrig
2. dividert med forholdstallet mellom konsultasjoner og individ i utvalget
2. pluss antall pasienter i utvalget

Det tas da hensyn både til nivå av poliklinisk virksomhet i de øvrige deler av landet, og forholdstallet mellom individ og behandlingsaktivitet i vårt utvalg. Det kritiske punkt blir da hvorvidt det er særlige forhold i vårt utvalg som skulle tilsi at pasientsirkulasjonen av enkeltindivider ved poliklinikkene skulle avvike fra landet for øvrig. Beregningene tar utgangspunkt i et utvalg av fem helseforetak hvor pasientdata er komplette med hensyn til poliklinisk behandling i løpet av 2004 og hvor pasienten kan følges mellom institusjonene innen helseforetaket. Utvalget og inklusjonskriterier er omtalt i kapittel 2. De ulike beregningsmåter er nærmere beskrevet i avsnittet over, der antall døgnpasienter blir estimert.

Det fant sted 21 821 polikliniske konsultasjonsserier ved institusjonene i de fem helseforetaksområdene, generert av 17 130 ulike individer. De fem helseforetakenes opptaksområdene har 769 tusen voksne innbyggere (18 år og eldre) - 22 prosent av den voksne norske befolkning.

#### 3.4.2 Resultater

##### Modell I - basert på innbyggertall

Antall konsultasjoner i utvalget i 2004:	147 559
Antall ulike voksne individer som fikk poliklinisk behandling:	17 130
Antall voksne innbyggere (18 år og eldre) i utvalget:	768 788
Antall ulike pasienter per 1000 voksne innbyggere i utvalget:	22,2818
<hr/>	
Antall innbyggere 18 år og eldre i landet 1 januar 2004:	3 518 330
<hr/>	
Estimert antall voksne individer med poliklinisk behandling i 2004	78 395

Modell II - basert på innbyggertall, korrigert for befolkningens kjønns og alderssammensetning

I modell II fordeles pasientene i utvalget etter kjønn og alder før de relateres til tilsvarende grupper befolkningen. Tabell 3.4 viser ratene som er anvendt, altså antall individer i hver kjønns- og alderskategori i utvalget.

Tabell 3.4 Individer som mottar poliklinisk behandling. Rate pr 1000 innbyggere 18 år og eldre etter aldersgruppe og kjønn. Utvalg av 5 helseforetak.

Aldersgrupper	Menn	Kvinner	Totalt
18-29 år	27,2	40,9	33,9
30-39 år	26,2	35,9	31,0
40-49 år	21,3	30,2	25,7
50-59 år	14,8	20,0	17,4
60 år og eldre	7,5	8,9	8,3
Totalt	19,0	25,4	22,3

Når hver av ratene fra vårt utvalg multipliseres med antall voksne innbyggere i Norge for hver kombinasjon av alder og kjønn, summerer dette seg til 78 926 individer. Tallet avviker lite fra modell I. Estimert antall individer som fikk polikliniske tilbud i 2004, modell II: 78 926.

Modell III:	Estimat basert på antall polikliniske konsultasjoner per pasient i utvalget, kontrollert for volum av poliklinisk virksomhet i resten av landet
-------------	---

Modell III baserer seg på at forholdstallet mellom antall individer og antall konsultasjoner er det samme i vårt utvalg som i landet for øvrig. Vi kontrollerer for volum av poliklinisk virksomhet i resten av landet på samme måte som vi gjorde for døgnopphold, modell III. Også her er det anvendt tre mål for gjennomsnittlig antall konsultasjoner per individ i utvalget; utrimmet, trimmet og forventet gjennomsnitt ut fra fordelingen:

Tabell 3.5 Faktorer for forholdet mellom antall konsultasjoner per individ etter tre ulike metoder: Utrimmet gjennomsnitt, forventet faktor ut fra fordeling i kategorier og trimmet (5 prosent) gjennomsnitt.

	Utrimmet faktor	Forventet faktor fra fordeling	Trimmet (5%) faktor
Konsultasjoner per individ	8,61	7,96	7,08

### Resultater, modell III:

	Antall konsultasjoner i landet 2004	758 979
Minus	Antall konsultasjoner i vårt utvalg	147 559
=	Antall konsultasjoner i resten av landet	611 420
	Konsultasjoner per pas i utvalget, utrimmet	8,61
	Konsultasjoner per pas i utvalget, trimmet	7,96
	Konsultasjoner per pas i utvalget, fordeling	7,08
Pluss	Antall pasienter i vårt utvalg	17 130
=	Estimert antall pasienter utrimmet modell	87 680
=	Forventningsverdi basert på fordelingen	93 440
=	Estimert antall pasienter trimmet modell	102 925

#### 3.4.3 Resultater - antall polikliniske pasienter i landet i 2004

Når det totale antall konsultasjoner i landet i 2004 relateres til disse tre forholdstall mellom konsultasjoner og individ, kommer vi fram til følgende resultat:

Modell IIIa 87 680 individer

Modell IIIb 93 440 individer

Modell IIIc 102 925 individer

Usikkerheten rundt dette estimatet er betydelig større enn ved beregning av antall døgnpasienter. Med samme begrunnelser som ved valg av estimat for antall individer som mottok døgnbehandling i 2004, velges her modell III, med alternativet der gjennomsnittlig antall konsultasjoner per individ uttrykkes ved prosentvis fordeling rundt medianverdien. Dette anses å være best egnet med den fordeling som foreligger. Dette anses å være et forsiktig estimat over antall ulike individer som mottok undersøkelse/behandling ved offentlig poliklinikk i 2004.

Estimert antall individer som mottok poliklinisk behandling i 2004: 93 440 individer.

#### 3.5 Estimerte antall individer som mottok tilbud i det offentlige psykiske helsevesenet i 2004

Vi har i de foregående kapitler estimert døgnpasienter og polikliniske pasienter hver for seg. Noen av døgnpasientene gjenfinnes imidlertid blant de polikliniske pasienter. Dette betyr at disse telles to ganger om vi bare summerer opp døgnpasienter og polikliniske pasienter. Vi presenterer i kapittel 5 en nærmere beskrivelse av døgnpasienter, polikliniske pasienter og pasientene som mottar begge tilbud.

Antall døgnpasienter: 26 844 individer

Antall polikliniske pasienter +93 440 individer

Pasienter som mottar begge tilbud (13,3 prosent) -15 998 individer

**Totalt antall pasienter ≈104 300 individer**

Estimert pasientpopulasjon for 2004 blir altså anslagsvis 104 000 pasienter. Vi har da sett bort fra dagpasienter og pasienter under behandling av psykiatere og psykologer med privat praksis. Disse utgjør samlet i størrelsesorden 40 000 individer på årsbasis

Vi anvender i tabell 3.6 disse estimatene over nasjonale pasienttall innen psykisk helsevern for voksne til å presentere estimerte prevalenstall etter diagnosegruppe (ICD10)

Tabell 3.6 Estimert antall individer etter type tilbud og totalt. Rate pr 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter diagnosegruppe. 2004.

Diagnosegrupper	Døgnpasienter		Polikliniske pasienter		Alle pasienter (døgn og poliklinikk)	
	Antall	Rate pr 10 000 innb 18 og eldre	Antall	Rate pr 10 000 innb 18 år og eldre	Antall	Rate pr 10 000 innb 18 år og eldre
Organiske lidelser	1 157	3,3	1 784	5,1	2 610	7,4
Stoffrelaterte lidelser	3 191	9,1	4 454	12,7	6 798	19,3
Schizofreni	6 309	17,9	7 515	21,4	10 950	31,1
Affektive lidelser	8 481	24,1	22 051	62,7	25 821	73,4
Nevrotiske lidelser	3 336	9,5	20 339	57,8	22 142	62,9
Fysiske adferdssyndromer	260	0,7	1 338	3,8	1 400	4,0
Personlighetsforstyrrelser	1 850	5,3	5 906	16,8	6 916	19,7
Andre diagnoser kap F ICD10	628	1,8	6 135	17,4	5 817	16,5
Andre kap ICD10	1 632	4,6	23 919	68,0	21 846	62,1
<b>Totalt</b>	<b>26 844</b>	<b>76,3</b>	<b>93 440</b>	<b>265,6</b>	<b>104 300</b>	<b>296,4</b>

Tabellen viser estimerte prevalenstall for diagnosegruppene for døgnpasienter og poliklinikkpasienter hver for seg og når alle pasientene ses under ett.

Anslagsvis 300 pr 10 000 voksne innbyggere er psykiatrisk pasient innen offentlig psykisk helsevern i løpet av ett kalenderår. Den største pasientgruppen er individer som har fått diagnosen affektive lidelser, en stor gruppe innen døgnbehandling men særlig innen poliklinisk behandling. Nesten like stor er pasientgruppen med diagnose nevrotiske lidelser som hovedsakelig behandles poliklinisk. En stor pasientgruppe er imidlertid knyttet til andre kapitler i diagnosekodeverket ICD10. En stor del av disse pasientene har vært til generell undersøkelse og hvor resultatet av denne ikke ga grunnlag for en mer spesifikk diagnose og/eller videre behandling.



## 4 Forholdet mellom volum av behandlingstilbud og antall individer

I den løpende nasjonale driftsstatistikk i psykisk helsevern for voksne, der virksomheten oftest blir kvantifisert ved antall enkeltkontakter (antall døgnopphold, oppholdsøgn, polikliniske konsultasjoner mm), foreligger ingen informasjon om hvordan befolkningen bruker tilbudene, altså informasjon som belyser forholdet mellom de ulike behandlingstilbud og individene som bruker dem. Av personvern hensyn er det hittil ikke lov å relatere opplysninger om helsetjenester innen psykisk helsevern til individene som genererer dem.

En slik kobling gjør det mulig å belyse andre - og i noen sammenhenger betydelig mer relevante - kjennetegn ved behandlingstilbudene enn hva tilfellet er i dagens løpende driftsstatistikk.

Gjennom fremgangsmåten omtalt i kapittel 2, har vi opplysninger om det totale volum av produserte tjenester i psykisk helsevern for voksne i 2004 ved noen utvalgte helseforetak, og om enkeltindividene som genererte dem.

I dette og de to neste kapitlene gis noen eksempler på forhold som lar seg belyse når de produserte tjenester kobles til de enkelte individer som mottok dem.

I den grad våre to utvalg av helseforetak er representative for landet som helhet mht befolkningens bruk av psykisk helsevern (se kapittel 2), vil også markerte kjennetegn ved forholdet mellom individ og behandlingstilbud kunne generaliseres til landet som helhet i 2004.

### 4.1 Døgnbehandling

Det var åtte helseforetak som oppfylte kriteriene for å inngå som grunnlag for beregninger knyttet til døgnbehandling. Sett under ett sto Helseforetakene i dette utvalget for 1/3 av alle døgnopphold, oppholdsøgn, døgnplasser i landet i 2004.

Befolkningsgrunnlaget er på totalt 1,2 millioner voksne innbyggere. Det ble produsert 15 209 døgnopphold i 2004, ved i alt 8 større sykehus og 21 DPS. Det var 8 573 ulike individer som genererte disse oppholdene, hvilket tilsier en gjennomsnittlig gjeninnleggelsesrate i løpet av kalenderåret 2004 på 1,77. Antall døgnpasienter per 1000 innbyggere var 7,1 per 1000 voksne innbyggere.

Tabell 4.1 Median antall opphold, antall og andel individer, andel og median antall døgnopphold, andel oppholdsdøgn og andel og median varighet av avsluttede døgnopphold. Fordelt etter oppholdskategorier. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.

Kategorier av opphold	Median opphold innen kategorien	Individer		Opphold		Oppholdsdøgn i 2004		Avsluttede opphold	
		Antall	Prosent	Prosent	Median	Prosent	Prosent	Prosent	Varighet median dager
1 opphold	1	5 584	65	37	1	52	87	14	
2 opphold	2	1 597	19	21	2	21	91	15	
3-4 opphold	3	935	11	20	3	16	91	14	
5+ opphold	6	457	5	22	6	11	95	7	
Sum	1	8 573	100	100	1	100	91	12	

Individene i utvalget som har mottatt døgnbehandling kan ha generert ett eller flere døgnopphold i løpet av 2004. Antall opphold per individ har ingen symmetrisk fordeling rundt en gjennomsnittsverdi. For å beskrive fordelingen er antall opphold per individ gruppert i følgende kategorier: 1 opphold, 2 opphold, 3-4 opphold og 5 eller flere opphold. Den største pasientgruppen er de som kun har ett døgnopphold i psykisk helsevern for voksne løpet av tidsvinduet på ett år. Nær 2/3 av pasientene med døgnopphold i psykisk helsevern i 2004 hadde altså bare dette ene oppholdet, med median varighet på to uker. Det lar seg ikke gjøre med disse data, der tidsvinduet altså er ett kalenderår, å finne ut hvor mange av disse som faktisk bare hadde en innleggelse gjennom lang tid. Ut fra de data vi har tilgjengelige om personlige karakteristika ved den enkelte pasient, fremgår det at det praktisk talt ikke er mulig å spore noen forskjeller mellom disse 2/3 av pasientpopulasjonen som blir lagt inn én gang i løpet av et år, og de 30 prosent av pasientene som i løpet av det samme året blir gjeninnlagt 2-4 ganger.

Det er imidlertid 3 prosent av individene med kun ett opphold, som har vært innskrevet i hele 2004. Dette er hovedsakelig menn, som er yngre enn 50 og hvor de aller fleste har diagnosen schizofreni.

I den andre ytterkant finner vi at fem prosent av individene som mottok døgnbehandling i 2004 hadde fem eller flere døgnopphold i løpet av året. Selv om disse oppholdene gjennomgående var av kort varighet (median varighet for avsluttede opphold var en uke), sto denne pasientgruppen for 22 prosent av alle oppholdsdøgn produsert innen sektoren i 2004. Gitt at anslagene i kapittel 3 om at i alt 26 800 ulike individer hadde døgnopphold ved institusjon i psykisk helsevern i 2004, og at fordelingen av antall opphold per individ er den samme i vårt utvalg som i landet sett under ett, tilsier dette at om lag 13 000 personer i Norge var "svingdørspasienter" med fem eller flere opphold i 2004.

#### Pasienter med ett opphold versus fleroppholdspasienter i 2004.

Vi ser i dette avsnittet på hva som kjennetegner ett – og fleroppholdspasienter med hensyn til kjønn, alder og diagnosefordeling.

Det er relativt små og få forskjeller i fordelingen av kjønn, alder og diagnose mellom pasienter med kun ett opphold og pasienter med 2-4 opphold i 2004. Det er

en viss overvekt av fleroppholdspasienter blant kvinner, og relativ overrepresentasjon av fleroppholdspasienter i pasientgruppene under 60 år. Diagnosefordelingene er tilnærmet lik, med det unntak at andelen individer med schizofrene lidelser er hyppigere blant fleroppholdspasientene.

### Kjennetegn ved pasienter med fem eller flere opphold

Pasientgruppen med fem eller flere opphold utgjør fem prosent av alle individer som mottok døgnbehandling. Disse pasientene genererer 22 prosent av alle oppholdene og 11 prosent av alle oppholdsdøgn. Varigheten av disse opphold er kortere sammenlignet med de øvrige opphold. I dette avsnittet ser vi nærmere på hva som kjennetegner disse pasientene.

### Kjønn

Tabell 4.2 Fordeling i prosent etter kjønn for pasienter etter kategorier av døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.

	1 døgnopphold	2 døgnopphold	3-4 døgnopphold	5 eller flere døgnopphold	Totalt	Befolkningen 18 år +
Menn	50	50	50	42	49	48
Kvinner	50	50	50	58	51	52
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall individer	5 584	1 597	935	457	8 573	

Det er en meget markert overvekt av kvinner blant "svingdørspasientene". For pasientgruppen med 1-4 opphold er kjønnsfordelingen den samme som i totalmaterialet.

### Alder

Tabell 4.3 Aldersfordeling i prosent for pasienter etter kategorier av døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.

Aldersgrupper	1 døgnopphold	2 døgnopphold	3-4 døgnopphold	5 eller flere døgnopphold	Totalt	Befolkningen
18-29 år	24	25	25	25	24	17
30-39 år	21	22	22	28	22	21
40-49 år	21	20	24	27	21	19
50-59 år	14	17	16	13	15	18
60+	20	15	13	8	18	25
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall individer	5 584	1 597	935	457	8 573	

Tabell 4.3 viser at pasientgruppen med fem eller enda flere opphold i døgninstitusjoner i løpet av et år er kraftig dominert av yngre pasientgrupper. Det er pasienter i alderen 30-49 år som er mest markert overrepresentert. I forhold til



de øvrige pasientene er det relativt flere fleroppholdspasienter i alle aldersgrupper opp til 50 år.

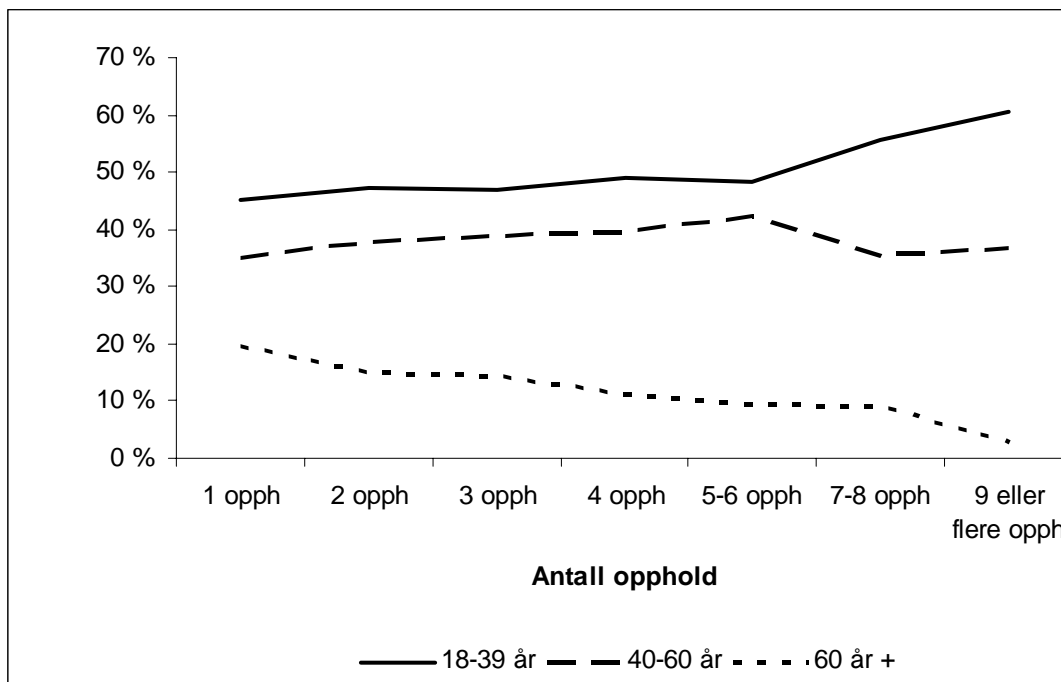
## Diagnose

Tabell 4.4 Diagnosefordeling i prosent for pasienter etter kategorier av døgnopphold etter kategorier av døgnopphold etter kategorier av døgnopphold etter kategorier av døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak, 2004.

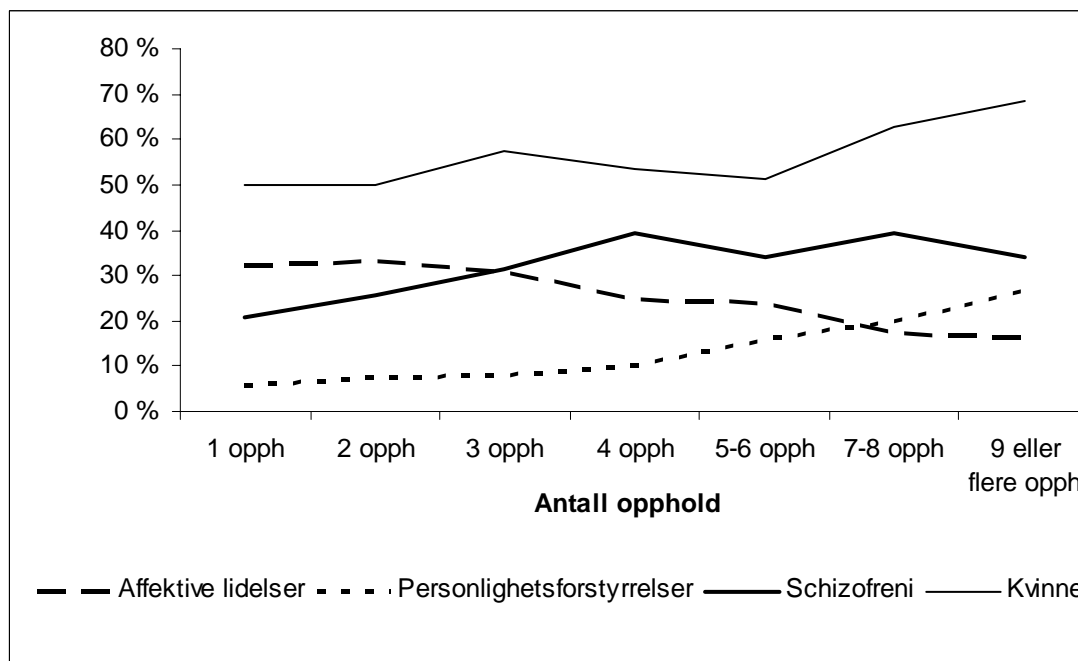
	1 døgnopphold	2 døgnopphold	3-4 døgnopphold	5 eller flere døgnopphold	Totalt
Organiske lidelser	5	3	2	1	4
Stoffrelaterte lidelser	12	12	11	7	12
Schizofreni	21	26	34	35	24
Affektive lidelser	32	33	29	21	32
Nevrotiske lidelser	13	11	9	10	12
Fysiske adferdssyndromer	1	1	1	1	1
Personlighets- forstyrrelser	6	7	8	19	7
Andre diagnoser kap F ICD-10	2	3	3	4	2
Andre kap ICD10	7	4	2	2	6
Totalt	100	100	100	100	100
Antall individer	4 729	1 284	665	330	7 008
Missing diagnose	855	313	270	127	1 565

Det er en markert relativ overrepresentasjon av pasienter med schizofrene lidelser og personlighetsforstyrrelser i denne gruppen fleroppholdspasienter. Pasienter med schizofrene lidelser utgjør over 1/3 av pasientene, mens pasienter med hoveddiagnose personlighetsforstyrrelser utgjør 19 prosent, mot kun seks prosent blant de øvrige pasientene. De to diagnosekategoriene utgjør til sammen over halvparten av samtlige "svingdørspasienter". Underrepresentasjon av affektive lidelser blant fleroppholdspasienter er også en konsekvens av den endrede pasientsammensetningen blant fleroppholdspasientene sammenlignet med de øvrige.

Figur 4.1 Andel pasienter innen aldersgruppene etter antall opphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.



Figur 4.2 Andel pasienter innen diagnosegrupper og andel kvinner etter antall opphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.



Det er altså en relativ overvekt av kvinner, yngre pasienter og personlighetsforstyrrelser blant fleroppholdspasientene. Det synes å være en klar sammenheng mellom hvor ofte pasientene gjeninnlegges i løpet av ett år, og hvor markert denne

tendensen til overrepresentasjon er. Disse tre karakteristika ved pasientene blir synligere desto hyppigere pasienten gjeninnlegges i døgninstitusjon.

Hyppige gjeninnleggelser kan være uttrykk for vidt forskjellige prosesser, fra uheldig kasteballsproblematikk på grunn av høyt belegg og innleggelsespress – til å være uttrykk for godt samarbeid med andre instanser om alternative tilbud på lavere omsorgsnivå utenfor institusjon og om planlagt beredskap ved kritiske situasjoner.

Antall opphold pasientbehandlingen genererer vil også avhenge av behandlingsmessige og registreringsrelaterede forhold:

- antall institusjoner som samarbeider om behandlingen
- ønske om å dele opp døgnbehandlingen i flere og kortere døgnopphold
- registrering av permisjoner ved institusjonene

Antall institusjoner som samarbeider om pasientbehandlingen avhenger av funksjonsfordeling og organisering av institusjonene innen helseforetaket. Ønsket oppsplitting av døgnbehandlingen i flere og korte opphold kan være en bevisst strategi i pasientbehandlingen for å gi pasientene en gradvis tilbakeføring til dagliglivet. Erfaring fra sektoren viser at registrering av permisjoner utføres ulikt i de pasientadministrative systemer. Når for eksempel pasientregistreringssystemer "forlanger" at permisjoner utover 2 dager krever avslutning av døgnoppholdet, blir det nødvendigvis generert flere opphold. Alle disse forhold har betydning for antall opphold som genereres på helseforetaksnivå.

Å avdekke i hvilken grad - og i hvilke tilfeller - hyppige gjeninnleggelser er uttrykk for positive egenskaper ved tjenesteapparatet – for eksempel at tilbudet er tilrettelagt og synkronisert med andre instanser for å dekke pasientenes varierende behov – og i hvilke tilfeller slik bruk av døgnplasser eventuelt er uttrykk for negative trekk ved leveringssystemet – for eksempel kapasitetsmangel, ansvarsfraskrivelse og påfølgende kasteballsproblematikk, krever andre tilnærminger enn hva vi har mulighet til her. Den markerte sammenhengen mellom behov for innleggelser på den ene siden, og pasientkarakteristika på den annen, tilsier imidlertid at pasienter med schizofreni eller personlighetsforstyrrelser i stor grad behandles ved pasientforløp hvor gjentatte innleggelser av kort varighet inngår.

## Hvor pasientene behandles – type institusjon

Tabell 4.5 Antall individer etter type behandlingssted(er) innen aktivitetsåret. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.

Hvor er pasientene behandlet	Individer		Opphold				Oppholdsdøgn i 2004			
	Antall	Pst	Antall	Pst	Andel opph. sykehus	Andel opph. DPS/sykehjem	Antall	Pst	Andel døgn sykehus	Andel døgn DPS
Sykehus	5 978	70	8 505	56	81	0	288 585	54	86	0
DPS/sykehjem	1 543	18	2 784	18	0	59	123 034	23	0	63
Sykehus/DPS/sykehjem	1 052	12	3 920	26	19	41	118 593	22	14	37
Sum	8 573	100	15 209	100	100	100	530 212	100	100	100

I den grad vårt utvalg på åtte helseforetak er representativt for landet som helhet når det gjelder befolkningens bruk av døgninstitusjoner i 2004, ble 70 prosent av alle døgnpasienter kun behandlet ved sykehus, altså uten døgnopphold ved andre typer institusjoner. De øvrige pasientene ble enten behandlet ved DPS (18 prosent) eller ved begge institusjonstyper (12 prosent).

Blant de tretti prosent av individene som har mottatt behandling ved DPS/sykehjem i løpet av aktivitetsåret, har 41 prosent mottatt behandling ved sykehus i tillegg.

Dette tyder på at pasientflyten mellom sykehus og DPS er preget av at pasienter som behandles ved sykehus i liten grad har opphold ved DPS i tillegg, mens pasienter innlagt ved DPS i stor grad benytter sykehustjenester i løpet av det totale behandlingsforløpet som pasientene mottar.

Pasientflyten er undersøkt nærmere ved å se på rekkefølgen av opphold for fleroppholdspasienter og hvor disse opphold har funnet sted. Vi kan skille mellom overføringer (opphold som avløser hverandre) og gjeninnleggelse ved både sykehus og DPS.

Bare 7 prosent av oppholdene ved sykehusene er resultat av overføring (3 prosent) eller gjeninnleggelse (4 prosent) fra DPS. Når vi ser på oppholdene ved DPS'ene er 23 prosent generert ved overføring (16 prosent) eller gjeninnleggelse (7 prosent) fra sykehus. Pasientflyten mellom sykehus og DPS kan oppsummeres med at hovedstrømmen av pasienter går fra sykehus til DPS og i liten grad motsatt vei.

## 4.2 Poliklinisk behandling

Det var fem helseforetak som kvalifiserte til analyser av poliklinisk aktivitet. Disse helseforetakene dekker omtrent 1/5 del av døgnaktiviteten og den polikliniske aktiviteten i landet. Helseforetakene har ansvaret for 770 tusen voksne innbyggere.

Poliklinisk virksomhet er registrert ved bruk av MBDS og rapporteres til NPR i form av konsultasjonsserier. Dette er en sekvens av konsultasjoner som er knyttet til samme behandlingsserie for den aktuelle pasienten. Valg av seriens lengde vil være avhengig av behandlerens vurdering av pasientens behov underveis i behandlingsforløpet. Oppsplitting av behandlingen i flere serier vil også være en konsekvens av vurderinger fra behandlerens side. Vi vil her se på behandlingen individene mottar i form av antall konsultasjoner i løpet av behandlingen som er gitt i løpet av aktivitetsåret, og ikke gå nærmere inn på hvor mange serier behandlingen er delt inn i.

Tabell 4.6 Median antall konsultasjoner, individer, serier, konsultasjoner. Fordelt etter kategorier av konsultasjoner. Utvalgt av 5 helseforetak. 2004.

Kategorier av konsultasjoner	Median konsultasjoner	Pasienter		Serier		Konsultasjoner	
		Antall	%	Antall	%	Antall	%
1-5 konsultasjoner	2	9 229	54	10 735	49	21 501	15
6-11 konsultasjoner	8	3 768	22	4 869	22	30 644	21
12-29 konsultasjoner	17	3 296	19	4 670	21	58 436	40
30 konsultasjoner eller flere	38	837	5	1 547	7	36 978	25
Sum	5	17 130	100	21 821	100	147 559	100

Omtrent halvparten av pasientene har bare hatt 1-5 konsultasjoner i løpet av året. Med median antall konsultasjoner på bare 2 er det mange korte behandlingsssekvenser det dreier seg om for denne pasientgruppen. En tredjedel av disse pasientene har vært inne til generell psykiatrisk undersøkelse (ICD10 Z00.4) eller til observasjon ved mistanke om sykdom.

Tabell 4.7 Kjønnfordeling for pasienter etter kategorier av antall konsultasjoner. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.

Aldersgrupper	1-5 konsultasjoner	6-11 konsultasjoner	12-29 konsultasjoner	30 konsultasjoner eller flere	Totalt
Menn	45	39	38	32	42
Kvinner	55	61	62	68	58
Totalt	100	100	100	100	100
Antall individer	9 229	3768	3296	837	17 130

Kvinner er overrepresentert blant pasienter som mottar mange konsultasjoner (30 konsultasjoner eller flere). Dette tyder på at kvinnene gjennomgående har mer kontakt med behandleren gjennom den polikliniske behandlingen og er en mer ressurskrevende pasientgruppe sammenlignet med menn.

Tabell 4.8 Aldersfordeling for pasienter etter kategorier av antall konsultasjoner. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.

Aldersgrupper	1-5 konsultasjoner	6-11 konsultasjoner	12-29 konsultasjoner	30 konsultasjoner eller flere	Totalt
18-29 år	27	30	30	28	28
30-39 år	25	29	30	30	27
40-49 år	20	22	23	24	21
50-59 år	14	14	13	14	14
60+	14	5	4	3	10
Totalt	100	100	100	100	100
Antall individer	9 229	3768	3296	837	17 130

Aldersfordelingen viser at individer i aldersgruppen 60 år og eldre utgjør 14 prosent av individene med 1-5 konsultasjoner mot 4 prosent i materialet for øvrig. Dette betyr at de over 60 år i liten grad har flere enn 5 konsultasjoner og oftest kun har kortvarig kontakt med behandleren i løpet av den poliklinisk behandling.

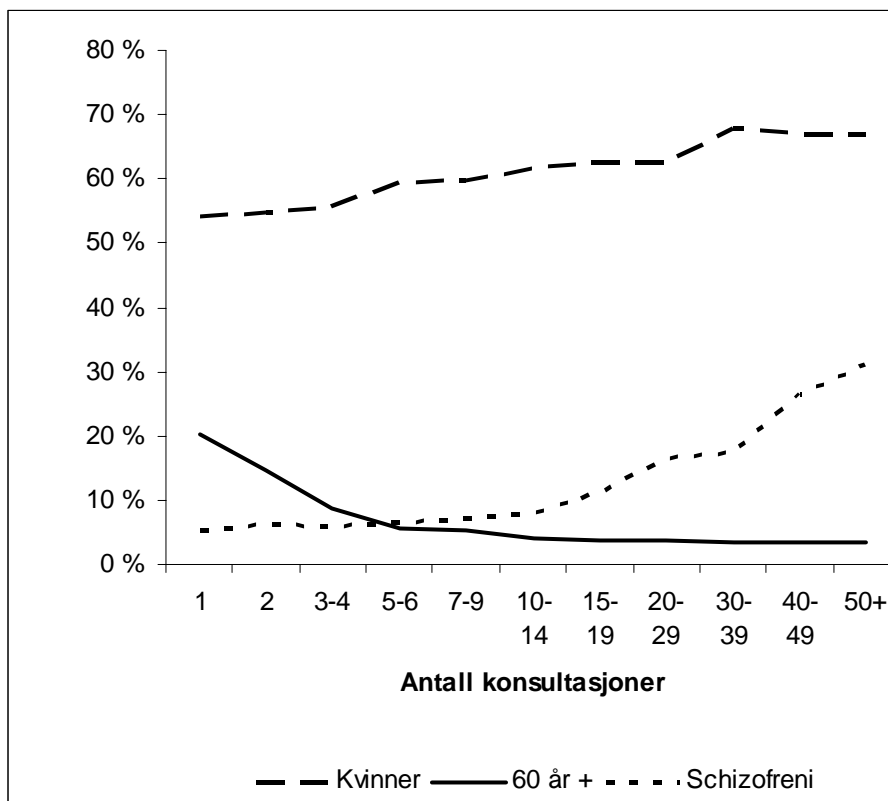
Tabell 4.9 Diagnosefordeling for pasienter etter kategorier av antall konsultasjoner. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.

	1-5 konsulta- sjoner	6-11 konsulta- sjoner	12-29 konsulta- sjoner	30 konsulta- sjoner eller flere	Totalt
Organiske lidelser	3	1	0	1	2
Stoffrelaterte lidelser	5	4	4	2	5
Schizofreni	6	7	12	23	8
Affektive lidelser	21	27	26	22	24
Nevrotiske lidelser	20	25	24	19	22
Fysiske adferdssyndromer	1	2	2	2	1
Personlighetsforstyrrelser	5	7	8	13	6
Andre diagnoser kap F ICD10	7	7	6	4	7
Andre kap ICD10	32	20	17	16	26
Totalt	100	100	100	100	100
Antall individer	8 337	3 485	2 954	729	15 505
Missing diagnose	892	283	342	108	1 625

Diagnosefordelingene for grupper av individer kategorisert etter antall konsultasjoner viser at andelen pasienter med diagnostisert schizofrenier øker desto flere konsultasjoner som finner sted. Andel personlighetsforstyrrelser er fordoblet fra kategorien 1-5 konsultasjoner til kategorien 30 eller flere konsultasjoner.

Pasientene med schizofreni, affektive lidelser og nevrotiske lidelser utgjør 2/3 av pasientene som har 30 eller flere konsultasjoner. I motsetning til schizofrenier er andel pasienter med affektive og nevrotiske lidelser uavhengig av konsultasjonsmengden. Ressursbruken i behandlingen av disse pasientene vil dermed variere i større grad og sannsynligvis være avhengig av andre faktorer som vi ikke har mulighet til å gå inn på her. Dette er imidlertid viktig informasjon ved utvikling av pasientklassifiseringssystem for psykiatriske pasienter hvor ressursmessig homogene grupper må være basisgrunnet. For disse diagnosegruppene er ikke diagnose alene et godt nok klassifiseringskriterium.

Figur 4.3 Andel (prosent) individer etter kategorier av antall konsultasjoner for utvalgte pasientgrupper.



Forholdet mellom pasientsammensetning og antall polikliniske konsultasjoner i løpet av aktivitetsåret kan oppsummeres ved at kvinner og pasienter med schizofrenidiagnoser er overrepresentert blant pasienter med mange kontakter, mens eldre pasienter i liten grad har mange kontakter i løpet av den polikliniske behandlingen.

#### 4.3 Intensiteten i den polikliniske behandlingen – antall konsultasjoner relatert til varigheten av konsultasjonsserien

Den polikliniske behandlingen er ofte organisert i polikliniske konsultasjonsserier og en interessant problemstilling er hvor ofte pasienten har kontakt med behandleren. Ved å avgrense materialet til konsultasjonsseriene som er påbegynt og avsluttet i løpet av aktivitetsåret kan vi beregne intensiteten i behandlingen for pasientene. Om pasientene har flere serier summeres varigheten av seriene.

Tabell 4.10 Antall konsultasjoner pr 14.dag, individer, konsultasjoner. Fordelt etter kategorier av konsultasjonsseriens varighet. Konsultasjonsserier med start og slutt innenfor aktivitetsåret. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.

Varighet av behandlingen	Antall konsultasjoner pr 14.dag	Individer		Konsultasjoner		Varighet av behandlingen
	Median	Antall	%	Antall	%	Median dager
Inntil 2 uker	3,0	459	13	818	5	8
2 uker-> 1 mnd	1,3	393	11	910	5	22
1->3 mnd	0,8	1 144	31	3 992	23	56
3->6 mnd	0,5	1 045	29	5 840	34	127
6->12 mnd	0,5	605	17	5 712	33	230
Total	0,7	3 646	100	17 272	100	49

Tabell 4.10 viser at korte behandlingsforløp har betydelig høyere intensitet enn lange. Når vi ser på alle individene totalt er median intensitet 1.4 konsultasjoner per måned.

I alt 24 prosent av individene har behandlingstid ved poliklinikken som er innenfor en måneds varighet og 10 prosent av konsultasjonene er knyttet til denne gruppen.

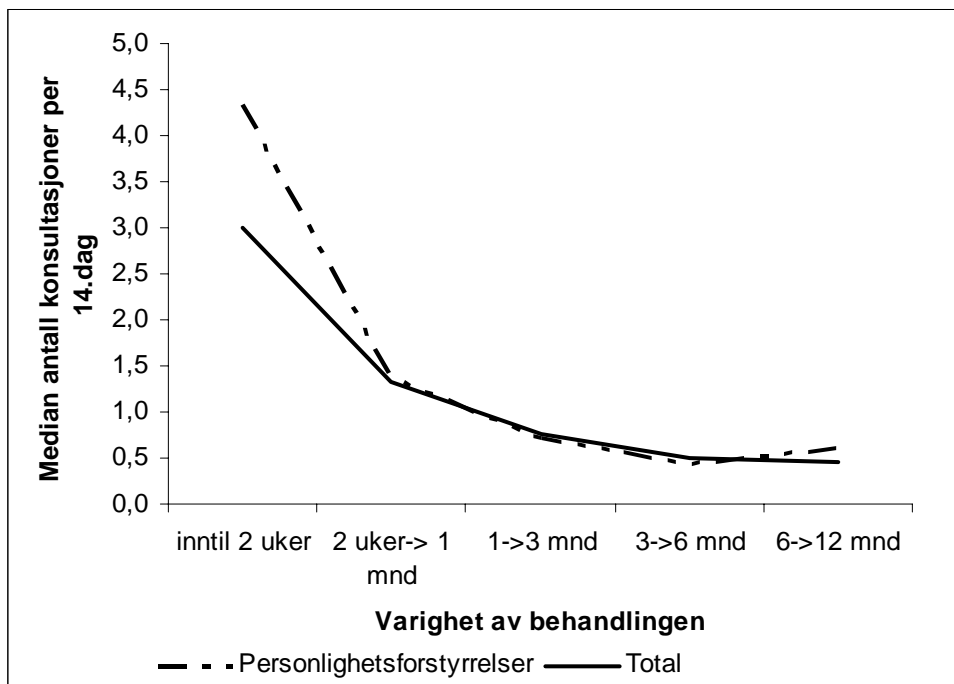
Totalt 60 prosent av individene har fått behandling som har pågått fra 1 måned til et halvt år. Individer med varighet av behandlingen fra 1-3 måneder har i gjennomsnitt mottatt 1.6 konsultasjon per måned og pasienter med behandlingstiden fra 3 til 6 måneder har median intensitet 1 konsultasjon per måned. Disse to gruppene har mottatt 57 prosent av konsultasjonene. Variasjonen i intensiteten er stor, fra 1 til 22 konsultasjoner per måned.

Pasientgruppen med lengst varighet av den polikliniske behandlingen (fra 6 til 12 mnd) utgjør 17 prosent av alle individene og 33 prosent av konsultasjonene.

Høy intensitet i starten av behandlingsopplegget med avtagende intensitet som flater ut ved 3 måneder ser ut til å være et typisk poliklinisk behandlingsforløp.



Figur 4.4 Median intensitet etter varighet av behandlingen for personlighetsforstyrrelser og totalt. Konsultasjonsserier med start og slutt innen aktivitetsåret. Utvalg av 5 helseforetak.



Figur 4.4 viser fordelingen av median antall konsultasjoner per 14 dager etter varighet av behandlingen kategorisert i 5 kategorier. Individuer som mottar behandling som avsluttes innen 2 uker har den høyeste intensiteten med 3 konsultasjoner per 14 dager.

For individene som har mottatt behandling i 2-4 uker median intensitet er 2.6 konsultasjoner per måned. Når vi ser på intensitet per varighet for diagnosegruppene er det personlighetsforstyrrelser som har den høyeste intensitet per varighet.

Denne pasientgruppen har mange konsultasjoner men ikke nødvendigvis lange behandlingsekvenser. Det er ingen forskjell på individene med schizofreni, affektive eller nevrotiske lidelser med hensyn til intensitet av behandlingen. Individuer med diagnosen schizofreni har imidlertid mange konsultasjoner (kap 4.2) men altså ikke høyere intensitet enn de øvrige.

Det er det ingen betydelig forskjell i intensitet mellom menn og kvinner eller mellom aldersgruppene.

## 5 Pasienter som mottar flere tilbud i løpet av tidsvinduet på ett år

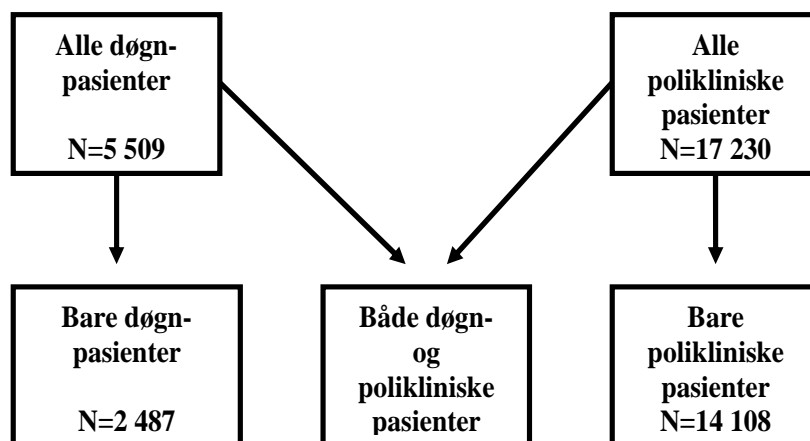
### 5.1 Kategorier av ressursbruk

De foreliggende opplysninger på individnivå gjør at døgnbehandling og poliklinisk behandling kan belyses samlet. Derved blir det mulig å studere hva som kjennetegner det totale behandlingstilbud for den enkelte pasient i løpet av et tidsspenn på ett år, her kalenderåret 2004. Det er genuint interessant i denne sammenheng å studere i hvilken grad pasientene mottar ulike oppfølgende eller supplerende tilbud fra flere instanser i løpet av et tidsrom på ett år. Slike analyser kan gjennomføres ved de fem helseforetak som er godkjent for individbaserte analyser av poliklinisk aktivitet. Disse inngår i de åtte som ble godkjent for analyser av døgnvirksomhet. Derved kan vi avdekke hvor stor andel av pasientene som mottok tjenester fra begge omsorgsnivå, både døgnbehandling og poliklinisk behandling i løpet av tidsspennet på ett år. Dette er en pasientgruppe vi ikke tidligere har kunnet identifisere.

De fem helseforetakene står for 1/5 av aktiviteten i landet og har ansvar for tilsvarende andel av den voksne befolkning. Basert på dette materialet kan antall pasienter fordeles slik som vist i figuren under.

Antall ulike pasienter i dette utvalget er totalt 19 617. Som det fremgår av figuren under mottok 2 487 (13 prosent) av disse bare døgntilbud, 14 108 (72 prosent) mottok bare polikliniske tilbud, mens 3 022 (15 prosent) mottok begge behandlingsformer i løpet av tidsspennet på ett år, se figur 5.1 og tabell 5.1.

Figur 5.1 Oversikt over pasientpopulasjonen etter tilbud. Døgnpasienter, polikliniske pasienter og pasienter som mottar begge tilbud (N=19 617). Utvalg av 5 helseforetak. 2004.



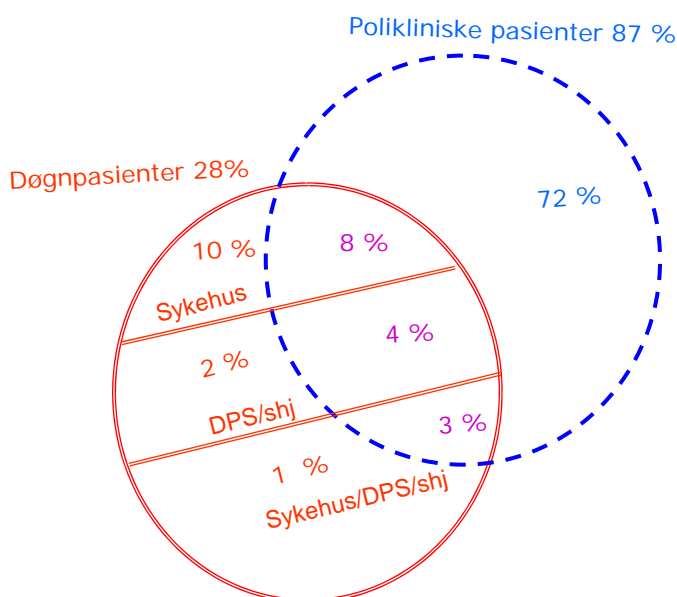
Nesten halvparten (45 prosent) av døgnpasientene mottar bare døgnbehandling i løpet av kalenderåret, mens følgelig over halvparten (55 prosent) mottar poliklinisk behandling i tillegg til døgntilbud. Blant de polikliniske pasientene mottar 82 prosent kun dette tilbudet innen psykisk helsevern i løpet av året. Pasientene som mottar både poliklinisk tilbud og døgntilbud i løpet av et tidsvindu på ett år utgjør 15 prosent av alle pasientene, - 18 prosent av de polikliniske pasientene, og 55 prosent av døgnpasientene.

Tabell 5.1 Pasienter kategorier etter ressursbruk. Fordeling av individer, menn og kvinner etter kategori av ressursbruk. Utvalg av 5 helseforetak.

Kategorier av ressursbruk	Individer		Menn		Kvinner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Kun døgnopphold	2 487	13	370	53	1 178	47
Både døgn og poliklinisk behandling	3 022	15	1 333	44	1 689	56
Kun poliklinisk behandling	14 108	72	5 812	41	8 296	59
Totalt	19 617	100	8 454	43	11 163	57

Tabell 5.1 viser fordeling av individene etter en kategorisering som muliggjør å skille mellom døgnbehandlingstilbud uten støtte av poliklinisk behandlingstilbud og poliklinisk behandling uten behov for innleggelse. Individer som mottar poliklinisk behandling uten innleggelse utgjør klart den største pasientgruppen på 72 prosent av alle individene som mottok døgn og/eller poliklinisk tilbud fra psykisk helsevern. I figur 5.2 skilles det mellom de ulike typer døgntilbud.

Figur 5.2 Venndiagram over omsorgsnivå og døgntilbud.



Figuren illustrerer de ulike kombinasjoner av døgn- og/eller polikliniske behandlingstilbud generert av enkeltindivider i kalenderåret 2004. Ved å belyse hvilke tilbud de enkelte individ mottar i løpet av ett år avdekkes at nesten halvparten av pasientene som i løpet av året hadde vært døgnpasient bare ved sykehus i tillegg også mottok poliklinisk behandling samme år, mens dette var tilfelle for 2/3 av pasientene som hadde vært innlagt på døgnbasis kun ved DPS, og 3/4 av pasientene som i løpet av året hadde fått døgntilbud både fra sykehus og DPS. Døgnbaserte, distriktpspsykiatriske tilbud synes altså i utstrakt grad å bli kombinert med poliklinisk oppfølging. Denne typen kombinasjon av behandlingstilbud kan ikke avdekkes gjennom dagens driftsstatistikk.

Blant individer som kun mottar døgnbehandling er det en overvekt av menn mens kvinner dominerer pasientgruppen som kun mottar poliklinisk behandling (59 prosent).

Døgnbehandling uten støtte av poliklinisk tilbud er det kun 13 prosent av pasientene som får, en større andel av de mannlige pasientene (15 prosent) sammenlignet med de kvinnelige pasientene (10 prosent).

Behandling som inkluderer poliklinisk tilbud i kombinasjon med innleggelse utgjør 15 prosent av alle individene, 18 prosent av alle individer som har mottatt poliklinisk behandling og 55 prosent av alle individer som har mottatt døgnbehandling.

Tabell 5.2 Aldersfordeling for individene kategorisert etter ressursbruk. Fordeling etter 10 års aldersgrupper. Utvalg av 5 helseforetak.

Kategorier etter ressursbruk	Aldersgrupper					Totalt
	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år og eldre	
Kun døgnopphold	22	20	20	17	22	100
Både døgn og poliklinisk behandling	27	24	22	13	14	100
Kun poliklinisk behandling	29	28	21	14	9	100
Totalt	27	26	21	14	11	100
Antall individer	5 377	5 162	4 134	2 748	2 196	19 617

Tabell 5.2 viser aldersfordeling innen kategorier etter ressursbruk. Andelen eldre pasienter (60 år eller eldre) utgjør en stor andel av individene som kun mottar døgnbehandling mens blant individene som kun mottar poliklinisk behandling er det de unge som dominerer.

Tabell 5.3 Diagnosefordeling for pasienter kategorisert etter ressursbruk. Utvalg av 5 helseforetak.

	Kun døgnopphold	Både døgn og poliklinisk behandling	Kun poliklinisk behandling	Totalt
Organiske lidelser	6	3	2	3
Stoffrelaterte lidelser	15	8	5	7
Schizofreni	24	22	6	10
Affektive lidelser	25	29	24	25
Nevrotiske lidelser	11	15	24	21
Fysiske adferdssyndromer	0	1	2	1
Personlighetsforstyrrelser	6	9	6	7
Andre diagnoser kap V ICD10	2	3	7	6
Andre kap ICD10	9	11	25	21
Totalt	100	100	100	100
Antall individer	2 015	2 934	12 711	17 660
Missing diagnose	472	88	1 397	1 957

Individer med diagnose schizofreni er en stor pasientgruppe når det gjelder døgnbehandling men utgjør en liten andel av individene som kun mottar poliklinisk behandling. For pasienter med nevrotiske lidelser er trenden motsatt, andelen øker med økt innslag av poliklinisk behandling. Organiske lidelser og stoffrelaterte lidelser utgjør en større pasientgruppe blant rene døgnpasientene sammenlignet med rene polikliniske pasienter, noe som tyder på at det er døgnoppholdene som er sentrale i behandlingsforløpet for disse pasientgruppene.

## 5.2 Individer som mottar både døgnet og poliklinisk behandling

Tabell 5.4 Individer som mottar både døgnet og poliklinisk behandling. Etter døgnetbehandlingssted i aktivitetsåret. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.

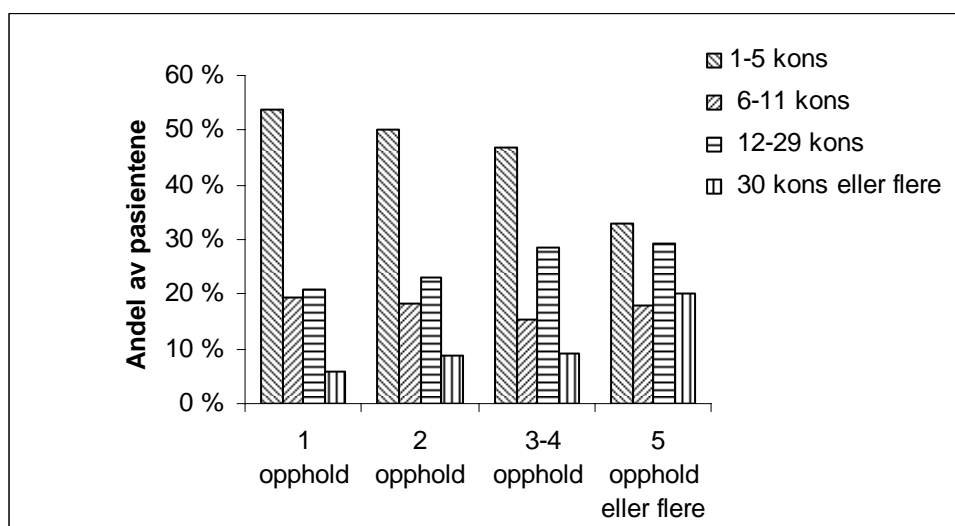
Hvor døgnetbehandlingen fant sted	Individer		Opphold		Oppholdsdøgnet i 2004	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sykehus	1 621	54	2 385	38	70 455	40
DPS	797	26	1 505	24	42 283	24
Sykehus/DPS	604	20	2 384	38	63 711	36
Sum	3 022	100	6 274	100	176 449	100

Over halvparten av pasientene som mottar både døgnetbehandling og poliklinisk behandling får all sin behandling ved sykehus uten å være i kontakt med den distriktpspsykiatriske tjenesten i løpet av året

### Kombinasjonen av døgnettilbud og poliklinisk behandling

Når døgnetbehandling kombineres med poliklinisk behandling kan vi ikke med våre pasientdata identifisere det eksakte forløpet av behandlingen; hvorvidt konsultasjonene opptrer i forkant og eller etterkant av innleggelsen. Vi kan bare si med sikkerhet hvor mange opphold og konsultasjoner som individene har mottatt i løpet av året.

Figur 5.3 Polikliniske behandling (kategorier av antall konsultasjoner) innen pasientgrupper basert på antall døgnetopphold. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.



Sammenhengen mellom antall opphold og antall konsultasjoner for disse pasientene viser at andel individer med mange konsultasjoner øker med antall innleggelses. Når pasientene får kombinert behandling kan det bety at innslaget av poliklinisk behandling er knyttet til innleggelsene i stor grad.



## 6 Individier innlagt etter vedtak om videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern

### 6.1 Tvungent psykisk helsevern

Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven er regulert i "Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern mv" (FOR-2000-12-21-1410). Virkeområdene for forskriften er legeundersøkelse (lovens §3-4 og §3-5), begjæring (lovens §1-3, §3-6 og §3-7), spesialistvedtak (lovens §3-8), kontrollundersøkelser (lovens §4-9), overføringer (lovens §4-10) og opphør av tvungent psykisk helsevern (lovens §3-9 og §7-1). Henvisningsfasen består av legeundersøkelse og begjæring om videre undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Ved innleggelse blir vedtak om formalitet fattet av spesialist ved behandlingseenheten innen 24 timer etter pasientens ankomst. Videre skal den faglige ansvarlige for vedtaket sørge for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om vilkår for vedtaket fremdeles er tilstede. Vedtaket opphører etter ett år om ikke kontrollkommisjonen ikke samtykker i forlengelse av vernet.

Spesialistvedtaket er sentralt i forhold til om pasienten blir tvangsinnlagt eller ikke. Basert på den eksterne legeundersøkelsen og begjæringen og spesialistens egen legeundersøkelse skal vedtak fattes vedrørende videre oppfølging og utfallet kan være videre undersøkelse/observasjon (lovens §3-8 jf §3-6), tvungent psykisk helsevern (lovens §3-8 jf §3-1) eller verken grunnlag for videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Ved overføring til annen institusjon skal det treffes særskilt vedtak.

Vi vil i dette kapittelet legge til grunn innleggelse hvor utfallet av spesialistvedtaket ble videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern ved identifisering av antall tvangsinnlagte individer.

### 6.2 Datagrunnlag

Datamaterialet består av åtte helseforetak med godkjente pasientdata for døgnaktiviteten i 2004 og som er omtalt i kapittel 2.2. Godkjente institusjoner etter Sosial og helsedirektoratets oversikt gjeldende for 2004 er identifisert i dette materialet og tabell 6.1 viser hvor stor andel av heldøgns plassene tilknyttet de godkjente institusjonene som er inneholdt i utvalget. Totalt er 39 prosent av alle heldøgns plasser ved godkjente institusjoner representert i utvalget. Når vi ser på aktiviteten er 39 prosent av oppholdsdøgnene og 41 prosent av døgnoppholdene ved disse institusjonene dekket av utvalget.



Pasienter som i løpet av aktivitetsåret er blitt innlagt for tvungent psykisk helsevern har vi tidligere ikke beregnet omfanget av. Vi har kun angitt volumet målt i antall innleggelsesformalitet tvungent psykisk helsevern og innleggelsesformalitet etter spesialistvedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Dette er presentert for perioden 2001-2003 (Bjørngaard, JH 2005).

I pasientdatauttaket til NPR er det opphold ved institusjonenes behandlingssenheter som hentes ut. Det er imidlertid usikkerhet vedrørende hvordan informasjon om innleggelsesformalitet og spesialistvedtak oppdateres og videreføres når individene har gjennomgått flere opphold ved enhetene. Dette er også en usikkerhetsfaktor ved overføringer mellom institusjoner. Det skal treffes eget vedtak ved overføring til annen institusjon, men dette fanges ikke opp i MBDS. Eksempelvis blir i noen tilfeller innleggelsesformalitet og spesialistvedtak kopiert over til alle de etterfølgende opphold, uten at vi kan være sikre på at det er kontrollundersøkelser som ligger til grunn for den eventuelle uendrede status. Det kan like gjerne være forårsaket av tekniske løsninger i uttaket av pasientdata til Norsk pasientregister (NPR). I 2004 er det i tillegg mangelfull registrering av hvor pasienten er innskrevet fra. Andel tvangsinnleggelsesformalitet vil dermed ikke være pålitelig for denne årgangen (Kalseth J 2005). På grunn av disse forhold er det usikkert hvor mange opphold i tilknytning til tvungent psykisk helsevern disse pasientene har generert og i den videre presentasjonen vil vi se på *alle* opphold disse pasientene har hatt i løpet av året.

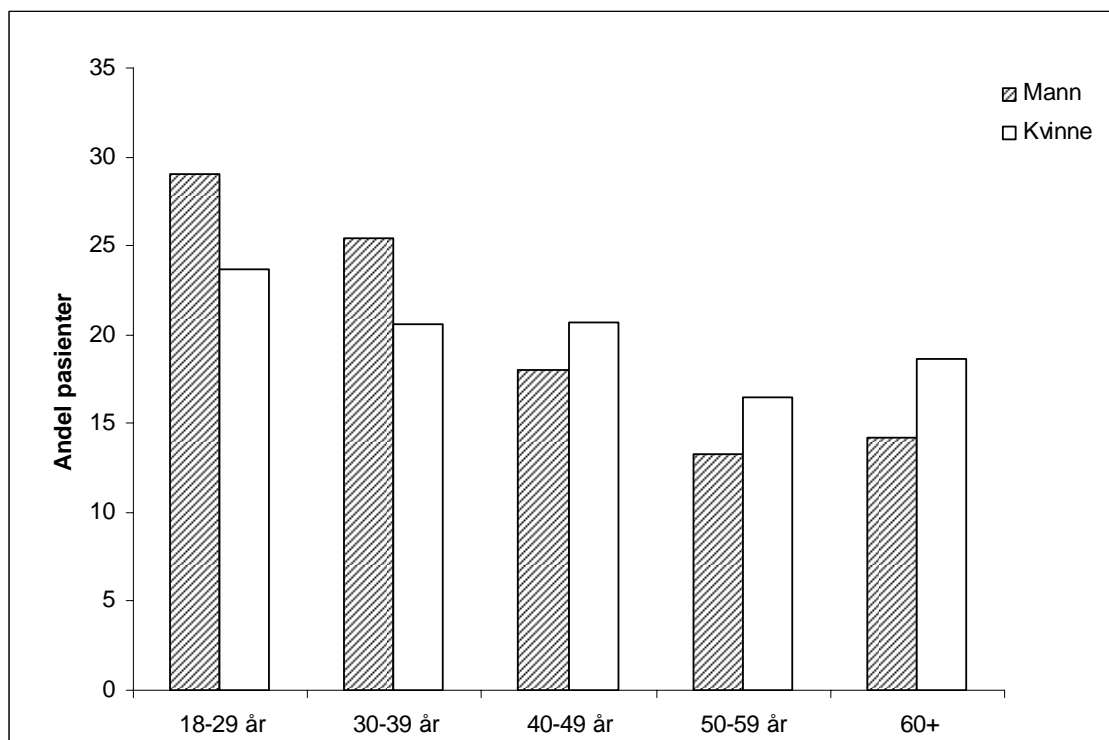
Tabell 6.1 Representativiteten med hensyn på godkjente institusjoner for tvangsinnleggelsesformalitet i utvalget av åtte helseforetak sett i forhold til alle godkjente institusjoner. Andel heldøgns plasser, andel oppholdsdøgn og andel opphold innen aktivitetsåret. Etter region. 2004.

HF-enes tilknytnings-region	Andel heldøgns plasser	Andel oppholdsdøgn	Andel døgnopphold
Øst	16	16	18
Sør	53	52	49
Vest	34	37	41
Midt	58	59	48
Nord	78	81	77
Totalt	39	39	41

### 6.3 Antall individer innlagt for tvangsbehandling i utvalget av åtte helseforetak

Antall individer som i løpet av 2004 har minst en innleggelse hvor spesialistvedtaket fastslår videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern ved en godkjent institusjon, er identifisert i dette materialet bestående av 8 helseforetak.

Figur 6.1 Aldersfordeling for menn og kvinner innlagt for videre observasjon eller tvungent PHV. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.



Det er overvekt av menn (58 prosent) blant de yngste tvangsinnlagte pasientene. Andel menn reduseres med økende alder. Kvinner utgjør 53 prosent av pasienter 60 år og eldre.

Tabell 6.2 Diagnosefordeling for pasienter innlagt for videre undersøkelse eller tvungent helsevern og alle pasienter med døgnopphold. Utvalg av 8 helseforetak. 2004

Diagnosegrupper	Pasientene	
	Tvang	Alle
Organiske lidelser	6	4
Stoffrelaterte lidelser	14	12
Schizofreni	37	23
Affektive lidelser	22	32
Nevrotiske lidelser	6	12
Fysiske adferdssyndromer	0	1
Personlighetsforstyrrelser	6	7
Andre diagnoser kap V ICD10	3	2
Andre kap ICD10	5	6
Totalt	100	100
Antall individer	1 866	7 064
Missing diagnose	447	1571

Diagnosefordeling blant pasienter innlagt for tvangsbehandling har en overrepresentasjon av schizofrenier sammenlignet med alle døgnpasientene sett under ett. Affektive lidelser og nevrotiske lidelser er underrepresentert blant tvangsinnlagte.

Tabell 6.3 Volum av opphold og døgn innen 2004 knyttet til pasienter innlagt for tvungen undersøkelse eller TVPH i 2004. Antall opphold, andel opphold, antall og andel døgn innen 2004. Utvalg av 8 helseforetak.

Behandlingssted	Individer innlagt for tvangsbehandling			
	Antall opphold	Andel opphold	Antall døgn innen 2004	Andel døgn innen 2004
Sykehus	4 080	79	109 682	75
DPS	1 055	20	35 479	24
Sykehjem	20	0	914	1
Total	5 155	100	146 075	100

Individer som i løpet av 2004 er innlagt for tvungent psykisk helsevern er hovedsakelig behandlet ved sykehus.

Tabell 6.4 Fordeling av individer innlagt for tvungen undersøkelse eller TVPH etter behandlingssted i 2004 med tilhørende totalt volum av opphold og døgn innen 2004. Antall opphold, andel opphold, antall og andel døgn innen 2004. Utvalg av 8 helseforetak.

Hvor er døgn-behandlingen funnet sted	Individer		Opphold		Oppholdsdøgn i 2004	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sykehus	1 827	79	3 117	60	83 945	57
DPS	62	3	202	4	2 869	2
Sykehus/DPS	424	18	1 836	36	59 261	41
Sum	1 827	100	5 155	100	146 075	100

I alt 97 prosent av pasientene innlagt for tvungen PHV i 2004 vært til behandling ved sykehus i løpet av året. Denne pasientgruppen er i svært liten grad håndtert av det distriktpspsykiatriske tilbudet alene. Dette har sannsynligvis sammenheng med at henvisningen i stor grad er mottatt av sykehusavdelinger og at den distriktpspsykiatriske tjenesten blir involvert dersom det foreligger vedtak om overføring. Som tidligere nevnt er ikke informasjon om dette tilgjengelig i MBDS og omfanget av overføringsvedtak kan vi dermed ikke si noe om.

Tabell 6.5 Pasienter innlagt til tvungen undersøkelse eller TVPH i 2004. Antall individer, estimert rate per 1000 innbyggere 18+, andel menn og andel kvinner. Etter helseforetak.

Behandlingssted	Antall individer	Rate per 1000 innb 18+	Andel menn	Andel kvinner
Sykehuset Østfold HF	489	2,5	49	51
Sykehuset i Buskerud HF	219	*	53	47
Psykiatrien i Vestfold HF	260	1,5	50	50
Helse Bergen HF	517	1,8	54	46
Helse Førde HF	77	1,0	49	51
St. Olavs Hospital HF	222	1,1	58	42
Nordlandssykehuset HF	205	*	60	40
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	324	*	57	43
Total	2 313	1,7	53	47

\* Stor andel gjestepasienter.

Andel gjestepasienter blant tvangsinnlagte ved sykehuset i Buskerud HF, Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF er omkring 50 prosent og rate per 1000 innbygger kan ikke beregnes. For de øvrige helseforetak er gjennomsnittet 1.7 per 1000 innbygger blir innlagt for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i løpet av ett år. Menn er overrepresentert blant tvangsinnlagte innen opptaksområdene i Sør-Trøndelag, Nordland og Troms.



## 7 Gjestepasienter

Utvalget av helseforetak er få og ikke tilfeldig utvalgt. Representativiteten er diskutert innledningsvis og vi har ikke funnet noen åpenbar grunn til at utvalget skal påvirke resultatene i noen spesiell retning.

Antall opphold per individ estimeres på grunnlag av alle individ behandlet ved helseforetakene i utvalget. Helseforetak uten egne sykehus vil generere gjestepasienter i andre helseforetak når pasientene trenger sykehusbehandling. Pasientene dette gjelder blir dermed registrert i begge helseforetak med oppholdene fordelt på to helseforetak. Derfor er helseforetak uten egne sykehus utelatt i utvalget. Helseforetak med mindre sykehus vil også berøres av dette, men i mindre grad. Gjestepasienter kan også være et resultat av pasientens ønske eller som følge av at pasienten tilfeldigvis befinner seg i området. Antall opphold per gjestepasient kan av denne grunn tenkes å ligge lavere enn for den øvrige pasientpopulasjonen. Dette kan vi kontrollere for i helseforetaket hvor gjestepasienten opptrer, men vi kan ikke identifisere samme pasient i eget helseforetak. Fordelingen av antall opphold per individ mellom gjestepasienter og egne pasienter viser signifikant forskjell for 4 av 8 helseforetak i utvalget. Forskjellene er verken knyttet til helseforetakets produksjonsnivå eller nivået på faktoren opphold per individ. Fordi effekten av gjestepasienter ikke er entydig for helseforetakene har vi ikke forsøkt å korrigere for dette i denne rapporten.

I denne rapporten har vi primært fokusert på produksjonen av pasientbehandling i utvalgene og ekstrapolert dette til landet for øvrig. På denne måten er nasjonale estimater for antall individer som mottar døgnbehandling eller poliklinisk behandling blitt etablert. Hvor pasientene er bosatt er i liten grad berørt. Grunnen til dette er at med dette begrensede utvalg av helseforetak vil vi ikke få god nok oversikt over volumet individer etter hvor de bor. Vi har fra SAMDATA psykisk helsevern 2004 en estimert fordeling av opphold etter bosted basert på pasientdata fra NPR. Denne oversikten er det beste vi har når det gjelder tilgjengeligheten til tjenestene sett fra befolkningens side. Med et personentydig register som er foreslått etablert ved NPR, vil imidlertid dette endres. Da kan individene som mottar behandling identifiseres i pasientdata og fordeling etter bosted og rater per opptaksområde kan presenteres.



## 8 Vedlegg – Resultater på HF nivå

Tabell 8.1 Fordeling av individer i prosent etter kategorier av opphold etter helseforetak. Utvalg av 8 helseforetak. 2004.

Kategorier av opphold	1 opphold	2 opphold	3-4 opphold	5+ opphold	Totalt	Sum individer
Sykehuset Østfold HF	66	19	10	5	100	1 492
Sykehuset i Buskerud HF	66	18	11	5	100	916
Psykiatrien i Vestfold HF	62	21	11	6	100	922
Helse Bergen HF	68	17	12	3	100	1 687
Helse Førde HF	64	20	11	5	100	549
St. Olavs Hospital HF	63	19	11	7	100	1 237
Nordlandssykehuset HF	72	17	7	4	100	828
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	57	19	14	10	100	942
Totalt	65	19	11	5	100	8 573

Fordelingen av antall opphold per pasient etter helseforetak er presentert i tabell 8.1. Vi finner at tre helseforetak skiller seg ut fra de øvrige fem (Kruskal-Wallis test) når vi ser nærmere på fordelingen av opphold per individ for hvert helseforetak: Helse Bergen HF og Nordlandssykehuset HF har en relativt sett større andel individer med få opphold. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har en mindre andel individer med få opphold når disse sammenlignes med de øvrige sju helseforetak. For Universitetssykehuset i Nord-Norge HF er situasjonen at 57 prosent av pasienter fra eget HF mottar kun ett opphold. Det tilsvarende tallet for alle HF i utvalget er 65 prosent.



Tabell 8.2 Fordeling av individer (andel) etter kategorier av konsultasjoner etter helseforetak. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.

HF	1-5 konsulta- sjoner	6-11 konsulta- sjoner	12-29 konsulta- sjoner	30 konsulta- sjoner eller flere	Totalt	Sum individer
Sykehuset Østfold HF	57	24	17	2	100	4 634
Sykehuset i Buskerud HF	51	18	21	10	100	1 820
Psykiatrien i Vestfold HF	56	20	19	6	100	4 630
St. Olavs Hospital HF	50	23	23	4	100	3 536
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	52	24	19	5	100	2 510
Totalt	54	22	19	5	100	17 130

Tabell 8.2 viser fordeling for hvert helseforetak med hensyn på konsultasjoner per individ etter kategorier av konsultasjoner. De to helseforetak som skiller seg ut er Sykehuset Østfold HF og Psykiatrien i Vestfold HF som har en større andel individer med få konsultasjoner sammenlignet med de øvrige 3 helseforetak (Kruskal-Wallis Test).

Tabell 8.3 Antall individer etter kategorier av ressursbruk. Individer kun mottatt døgntilbud, individer mottatt både døgn og poliklinisk tilbud og individer mottatt kun poliklinisk tilbud. Utvalg av 5 helseforetak. 2004.

HF	Kategorier av ressursbruk			Totalt	N
	Kun døgn- opphold	Både døgn og poliklinisk tilbud	Kun poliklinisk tilbud		
Sykehuset Østfold HF	9	20	71	100	5 085
Sykehuset i Buskerud HF	20	20	60	100	2 278
Psykiatrien i Vestfold HF	5	14	81	100	4 886
St. Olavs Hospital HF	18	11	71	100	4 301
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	18	13	69	100	3 067
Totalt	13	15	72	100	19 617

Tabell 8.3 viser fordelingen etter kategorier av ressursbruk etter helseforetak. Psykiatrien i Vestfold HF ligger høyest og har hele 81 prosent av individene innenfor ren poliklinisk behandling mot 60 prosent av individene behandlet ved Sykehuset Buskerud HF. Sistnevnte helseforetak ligger imidlertid høyt med hensyn på andel individer som mottar både døgn og poliklinisk tilbud, det samme gjør Sykehuset Østfold HF.

Tabell 8.4 Pasienter innlagt til tvungen undersøkelse eller TVPH i 2004. Andel individer etter aldersgrupper. Etter helseforetak.

Behandlingssted	Fordeling av andel individene i aldersgrupper					Totalt
	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60+	
Sykehuset Østfold HF	27	24	22	14	13	27
Sykehuset i Buskerud HF	33	17	19	13	18	33
Psykiatrien i Vestfold HF	22	26	20	15	17	22
Helse Bergen HF	27	20	16	16	21	27
Helse Førde HF	22	21	14	17	26	22
St. Olavs Hospital HF	29	24	15	18	14	29
Nordlandssykehuset HF	28	23	21	12	15	28
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	24	29	23	13	12	24
Total	27	23	19	15	16	27

Aldersfordelingen i tabell 8.4 viser at halvparten av de tvangsinnlagte er yngre enn 40 år. De tre nordligste helseforetak har større andel menn blant de tvangsinnlagte sammenlignet med de øvrige helseforetakene. Disse tre helseforetakene har også en større andel yngre tvangsinnlagte pasienter.



## 9 Litteratur

Hagen H (red) (2003)

Opptrappingsplanen for psykisk helse- status etter fire år. Rapport 3/03. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Hagen H og Ruud T (2004)

Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 20 november 2003. Rapport 3/04.

Kalseth J (red) (2005)

SAMDATA psykisk helsevern. Rapport 2/05. Trondheim: SINTEF Helse.

Bjørngaard JH og Hatling T (2005)

Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2003.

STF78 A055001. Trondheim: SINTEF Helse.