

Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge

2015–2017

SKDE-rapport 28. november 2019

Hanne Sigrun Byhring
Janice Shu
Ina Heiberg
Linda Leivseth
Bård Uleberg
Barthold Vonen
Olav Helge Førde

SKDE rapport Nr. 7/2019
Forfattere Hanne Sigrun Byhring, Janice Shu, Ina Heiberg,
Linda Leivseth, Bård Uleberg, Barthold Vonen og
Olav Helge Førde
Dato November 2019
Versjon 28. november 2019

ISBN: 978-82-93141-42-6

Alle rettigheter SKDE.

Sammen drag

Hovedfunn

- Det var stor og uberettiget geografisk variasjon i bruk av polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholdsdøgn både for pasienter i PHV og for pasienter i TSB.
- I PHV var variasjonen særlig stor for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, noe som kan tyde på ulik prioritering av disse pasientene ved forskjellige behandlingssteder.
- I motsetning til hva som er tilfelle for somatiske helsetjenester finner vi at unge voksne hadde betydelig høyere bruk av polikliniske kontakter og institusjonsopphold i PHV enn eldre.
- Bruk av institusjonsopphold og oppholdsdøgn i PHV var høyere for bosatte i opptaksområdene UNN og Finnmark enn for bosatte i opptaksområdene Nordland og Helgeland. Resultatene tyder på at dette skyldes ulik kapasitet ved DPS-ene i UNN/FIN sammenliknet med NLSH/HSYK.
- Andel opphold i PHV som gav opphav til en akutt reinnleggelse, varierte fra omlag 30 % ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, til 5 % ved Senter for psykisk helse og rus Mosjøen og DPS Øst-Finnmark.

Resultatene viser stor geografisk variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Helse Nord. Sammen med tilfeldig variasjon er det særlig tre forhold som kan virke sterkt inn på bruken av tjenester; variasjon i sykkelighet, variasjon i arbeidsdeling mellom ulike nivåer i helsetjenesten og ulik faglig praksis.

Det er ikke mulig å utelukke at forekomsten av psykisk sykdom kan variere geografisk innad i Nord-Norge, og at dette kan forklare deler av den observerte variasjonen. Hvor stor del av den observerte variasjonen som skyldes variasjon i sykkelighet eller ulik arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og hvor stor del som skyldes ulik faglig praksis i spesialisthelsetjenesten er ukjent. Variasjonen i bruk av tjenester var imidlertid vesentlig større enn variasjonen i pasientraten. Dette er årsaken til at vi anser den observerte variasjonen i bruk av tjenester som uberettiget.

For å kunne planlegge omfang av tjenester, samt studere årsaker til og konsekvenser av geografisk variasjon i bruk av tjenester, er det avgjørende å ha kunnskap om forekomst av psykisk sykdom i befolkningen og hvorvidt denne varierer geografisk. Dette bør være et prioritert område for videre studier.

Innhold

1	Formål og omfang av rapporten	4
2	Begrepsforklaringer	6
3	Psykisk helsevern for voksne	9
3.1	Introduksjon	9
3.2	Bruk av polikliniske kontakter	12
3.2.1	Bruk av polikliniske kontakter fordelt på ulike aldersgrupper	14
3.2.2	Kommentarer	14
3.3	Bruk av institusjonsopphold	16
3.3.1	Gjentatte opphold	19
3.3.2	Bruk av institusjonsopphold fordelt på ulike aldersgrupper	20
3.3.3	Langtidsopphold	21
3.3.4	Kommentarer	22
4	Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser	24
4.1	Introduksjon	24
4.2	Bruk av polikliniske kontakter	27
4.3	Bruk av institusjonsopphold	28
4.4	Kommentarer	31
5	Pasientstrømmer	32
5.1	Overføringer mellom helseforetak	32
5.2	Overføringer mellom behandlingssteder	33
5.2.1	Overføringer mellom behandlingssteder i PHV	33
5.3	Kommentarer	38
6	Diskusjon	39
6.1	Hovedfunn	39
6.2	Vurdering av variasjon	39
6.2.1	Geografisk variasjon i sykkelighet	40
6.2.2	Arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	41
6.2.3	Ulik faglig praksis	41
6.3	Vurdering av omfang	41
6.4	Oppsummering	43
	Referanser	44
	Vedlegg A Tilleggsfigurer	46

A.1	Bruk av polikliniske kontakter i TSB	46
A.2	Ruspasienter på poliklinikk i PHV/TSB	47
A.3	Bruk av indirekte kontakter	48
Vedlegg B Pasientstrømstabeller		49
B.1	Bosted angitt som helseforetakenes opptaksområder	49
B.1.1	Psykisk helsevern for voksne	49
B.1.2	Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser	50
B.2	Bosted angitt som DPS-enes opptaksområder	51
B.2.1	Psykisk helsevern for voksne	51
B.2.2	Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser	55
Vedlegg C Akutte reinnleggelser		59
Vedlegg D Forklaring til nettverksfigurer		60
Vedlegg E Metode		63
E.1	Datakilde	63
E.2	Opptaksområder i Helse Nord	63
E.3	Sentrale begreper	64
E.3.1	Pasientgrupper	64
E.3.2	Behandelnde helseforetak og institusjoner	65
E.3.3	Behandlingssted	66
E.3.4	PHV og TSB	66
E.3.5	Poliklinisk kontakt	67
E.3.6	Indirekte kontakter	67
E.3.7	LAR-kontakter i TSB	67
E.3.8	Døgnopphold	67
E.3.9	Institusjonsopphold	67
E.3.10	Innleggelser	68
E.3.11	Akutt reinnleggelse	68
E.4	Kjønns- og aldersjusterte rater	68
Vedlegg F Utfordringer og begrensninger i datamaterialet		70
F.1	Ulik registrering av omsorgsnivå	70
F.2	Samtidige kontakter og flere kontakter per dag	71
F.3	Polikliniske kontakter med ulikt innhold	71
F.4	Kvalitet i tilstandskoder	72
F.5	Manglende eller ufullstendig innrapportering til NPR	73
Vedlegg G Opptaksområder		74
Vedlegg H Identifisering av behandlingssted		75
Vedlegg I Referansegruppen		82
Vedlegg J Oversiktstabell		83

Kapittel 1

Formål og omfang av rapporten

Aktivitetsdata som forteller hvordan psykiatriske helsetjenester er fordelt på befolkningen har vært mangelvare i Norge. Årsakene til dette er mange. For det første har ikke kulturen for registrering og standardisering vært tungt forankret i denne sektoren. I tillegg er utfordringene med konsistent koding av kontakter og diagnoser større i denne sektoren enn i somatisk sektor. For det tredje har aktivitetsdata ikke vært grunnlag for finansiering, slik innsatsstyrt finansiering (ISF) har vært i somatisk sektor i over 20 år. ISF ble innført for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB først i 2017. Det forventes at innføringen av ISF vil ha en positiv effekt på kodekvalitet og kompletthet i aktivitetsdata også for psykiatriske helsetjenester. Manglende kvalitet i aktivitetsdata er bakgrunnen for at Norsk pasientregister (NPR) har vært tilbakeholdne med utlevering av data fra sektoren.

SKDE fikk utlevert aktivitetsdata for psykiatrien i Helse Nord i januar 2019. Det har tatt noe tid å gjøre seg kjent med dataene, og som det framgår av denne rapporten har vi møtt kvalitetsutfordringer. Når SKDE på eget initiativ likevel har valgt å utarbeide en rapport som gir et grovt bilde av fordelingen av og innholdet i psykiatriske helsetjenester i Helse Nord, er det fordi en slik rapport er ønsket og etterspurt.

Rapporten er utarbeidet i samarbeid med fagmiljøene i de fire helseforetakene i Helse Nord. Den omhandler bruk av spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser og ruslidelser bosatt i Nord-Norge i perioden 2015–2017. Pasienter over 18 år som mottok behandling i psykisk helsevern for barn og unge i denne perioden er ikke inkludert.

Formålet med rapporten er å gi en overordnet beskrivelse av spesialisthelsetjenestene til voksne med psykiske lidelser og/eller ruslidelser i Helse Nord når det gjelder

- omfang av poliklinisk behandling og døgnbehandling,
- geografisk variasjon i bruk av tjenester,
- pasientstrømmer mellom helseforetakene og
- pasientflyt mellom ulike nivåer/enheter i samme helseforetak.

Spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge behandler også en del pasienter bosatt utenfor Nord-Norge. Omfanget av denne aktiviteten var beskjedent, og utgjorde kun 1,6 % av pasienter behandlet i psykisk helsevern/spesialistert tverrfaglig rusbehandling i perioden 2015 – 2017. Vi har derfor valgt å ekskludere disse fra analysene i denne rapporten.

I deler av rapporten er pasientene inndelt etter diagnose i to grupper; pasienter med alvorlige

psykiske lidelser og pasienter med andre psykiske lidelser. Vi har valgt å bruke denne forholdsvis grovmaskede inndelingen fordi usikkerhet omkring kodekvalitet og store endringer i bruk av diagnosekoder i perioden (se vedlegg F side 72) gjør det vanskelig å dele pasientene inn i mer spesifikke diagnosegrupper.

Arbeidet med denne rapporten har pågått parallelt og i nært samarbeid med Helse Førdes arbeid med et Helseatlas for bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri. Det kommende atlaset vil i enda større grad enn det som har vært mulig her kunne sette aktiviteten i Helse Nord inn i et nasjonalt perspektiv.

Kapittel 2

Begrepsforklaringer

Vi gir her en kort forklaring på en del sentrale begreper som brukes i rapporten. Se vedlegg E for mer detaljerte forklaringer og fullstendige definisjoner.

Helse Nord

Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. I denne rapporten inkluderer vi også offentlig finansierte private institusjoner i begrepet Helse Nord.

PHV

Psykisk helsevern for voksne.

TSB

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

DPS

Distriktpsikiatrisk senter.

UNN

Universitetssykehuset i Nord-Norge.

NLSH

Nordlandssykehuset.

FIN

Finnmarkssykehuset.

HSYK

Helgelandssykehuset.

Behandlingssted

Et behandlingssted er i denne rapporten definert som ett av følgende:

- et distriktpsikiatrisk senter,
- en sykehusavdeling med regionale funksjoner,
- en privat institusjon med offentlig finansiering,
- en avtalespesialist.

Opptaksområdene for de distriktpsikiatriske sentrene i Nord-Norge

Tabell 2.1: Opptaksområdene og kortnavnene brukt i tekst og figurer.

Opptaksområde for	Kortnavn
Finnmarkssykehuset HF	Finnmark
DPS Øst-Finnmark	Øst-Finnmark
SANKS/DPS Midt-Finnmark	Midt-Finnmark
DPS Vest-Finnmark	Vest-Finnmark
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	UNN
Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms	Nord-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms	Midt-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø	Tromsø
Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms	Sør-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten	Ofoten
Nordlandssykehuset HF	Nordland
Vesterålen DPS	Vesterålen
Salten DPS	Salten
Lofoten DPS	Lofoten
Helgelandssykehuset HF	Helgeland
Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana	Mo i Rana
Senter for psykisk helse og rus Mosjøen	Mosjøen
Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland	Ytre Helgeland

Tabell 2.1 viser hvilke helseforetak og DPS det er definert opptaksområder for og kortnavnene på disse som brukes i denne rapporten. Tabell G.1 i vedlegg G viser en komplett liste over hvilke kommuner som tilhører de ulike opptaksområdene. Opptaksområdene er definert på samme måte som i de årlige rapportene til SAMDATA (Rønningen mfl. 2016).

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser (ALV)

Alvorlige psykiske lidelser defineres som ICD-10-kodene F20 - F29 (Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser), F30 (Manisk episode) og F31 (Bipolar affektiv lidelse). Pasienter som hadde minst én kontakt i perioden 2015–2017 med minst én av disse som hoved- eller bitilstand regnes som pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Pasienter med andre psykiske lidelser (AND)

Alle pasienter som ikke hadde diagnoser definert som alvorlige psykiske lidelser i den aktuelle perioden regnes som pasienter med andre psykiske lidelser.

Pasienter med ruslidelser

Pasienter som hadde minst én kontakt i løpet av treårsperioden 2015–2017 med minst én av ICD-10-kodene F10-F16, F18 eller F19 (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, unntatt tobakk) som hovedtilstand defineres som pasienter med ruslidelser.

Poliklinisk kontakt

Alle episoder der pasienten er skrevet inn og ut samme dag, uavhengig av oppgitt omsorgsnivå (inkluderer også dagopphold). Inkluderer ikke indirekte kontakter.

Indirekte kontakter

Alle episoder der pasienten ikke er fysisk tilstede, eksempelvis telefonsamtaler, e-post, videokonferanser, møte mellom fagpersoner og telemedisinske møter.

Døgnopphold

Alle episoder der pasienten er skrevet inn og ut på ulike datoer, uavhengig av oppgitt omsorgsnivå.

Institusjonsopphold

- Ett enkelt døgnopphold eller
- En serie døgnopphold der utskrivelse fra ett døgnopphold ved en offentlig institusjon følges av en ny innskrivelse innen 24 timer ved en offentlig institusjon innenfor samme sektor (PHV eller TSB) eller
- En serie døgnopphold der utskrivelse fra ett døgnopphold ved en privat institusjon følges av en ny innskrivelse innen 24 timer ved den samme institusjonen.

Serier av døgnopphold der utskrivelse fra ett døgnopphold følges av en ny innskrivelse innen 24 timer, men som ikke faller inn under definisjonene over defineres som to (eller flere) ulike institusjonsopphold.

Pasientrate

Gjennomsnittlig antall pasienter per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder.

Kontaktrate

Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder.

Oppholdsrate

Gjennomsnittlig antall institusjonsopphold per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder.

Døgnrate

Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder.

Kapittel 3

Psykisk helsevern for voksne

3.1 Introduksjon

I perioden 2015–2017 var det i snitt 16 165 pasienter per år som var bosatt i Nord-Norge og som fikk behandling i psykisk helsevern for voksne (se tabell 3.1). Dette utgjør om lag 4,2 % av den voksne befolkningen i Nord-Norge. Av disse var det i snitt ca. 13 300 pasienter per år (82 %) som kun hadde fått poliklinisk behandling og ca. 2900 pasienter per år (18 %) som hadde ett eller flere institusjonsopphold.

Tabell 3.1: Pasienter, polikliniske kontakter, indirekte kontakter, institusjonsopphold og oppholdsøgn perioden 2015–2017 for personer bosatt i Nord-Norge.

	Pasienter ^a	Polikliniske kont. ^b	Indirekte kont.	Institusjonsopph.	Opph. døgn
2015	16 250	142 371	37 483	5 938	111 219
2016	16 096	147 390	35 352	5 691	106 733
2017	16 150	152 104	36 349	5 910	111 103
Snitt	16 165	147 288	36 403	5 846	109 685

^a Kun pasienter som hadde minst én direkte kontakt. Antall pasienter øker med ca. 8 % dersom også pasienter som hadde bare indirekte kontakter inkluderes.

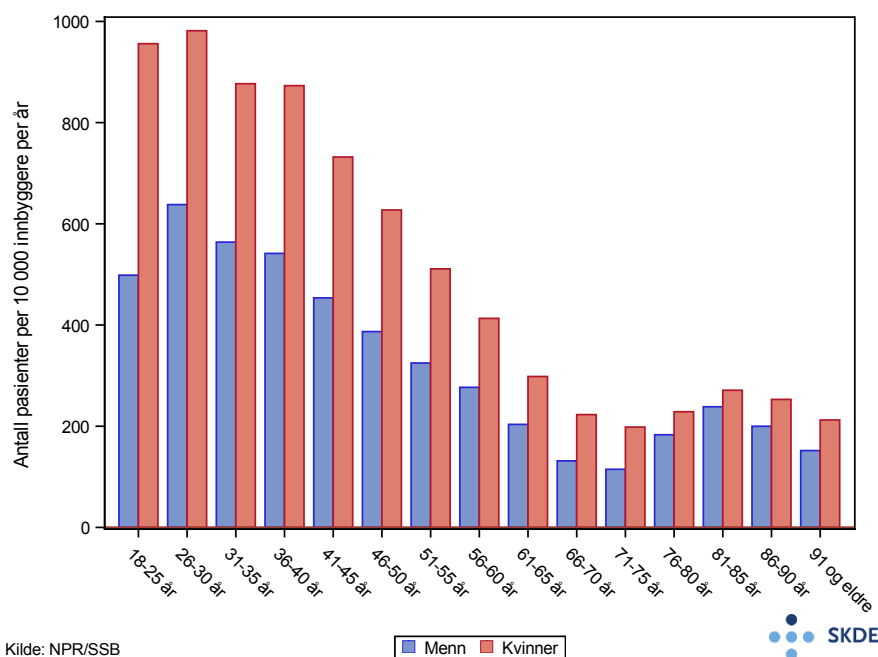
^b Direkte kontakter, inkluderer også dagopphold.

I snitt fikk pasienter bosatt i Nord-Norge 147 288 polikliniske kontakter per år, hvorav 18 % var kontakter der behandlingen ble gitt av avtalespesialist og under 1 % var kontakter der behandlingen ble gitt på en privat institusjon.

Pasienter bosatt i Nord-Norge hadde i snitt 5 846 institusjonsopphold og 109 685 oppholdsøgn per år. Omlag 9 % av institusjonsoppholdene var på en privat institusjon. Akutte innleggelsessto for omlag halvparten av institusjonsoppholdene.

Figur 3.1 viser gjennomsnittlig pasientrate per år for perioden 2015–2017, fordelt på kjønn og alder. I alle aldersgruppene var pasientraten vesentlig høyere for kvinner enn for menn. For begge kjønn var pasientraten høyest i aldersgruppen 26–30 år og lavest i aldersgruppen 71–75 år. Pasientratene for personer over 80 år er usikre siden det både er få personer i befolkningen og få pasienter i denne aldersgruppen.

Kjønns- og aldersfordelingen for pasienter behandlet hos avtalespesialist skilte seg noe fra pasienter behandlet på sykehus. Overvekten av kvinner var større og det var svært få pasienter



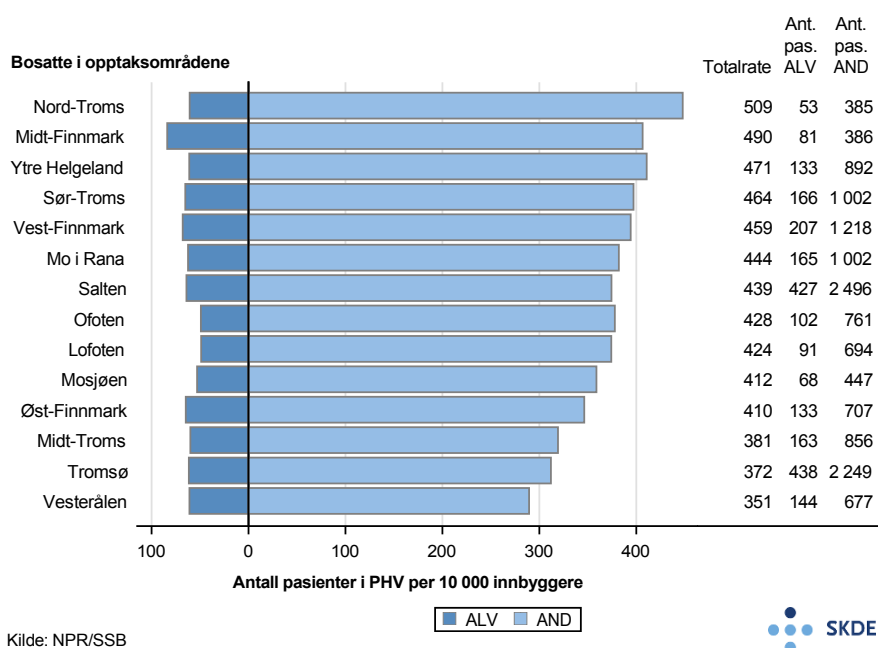
Figur 3.1: Pasienter i psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere, fordelt på kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017.

over 66 år som ble behandlet hos avtalespesialist (ikke vist i figur).

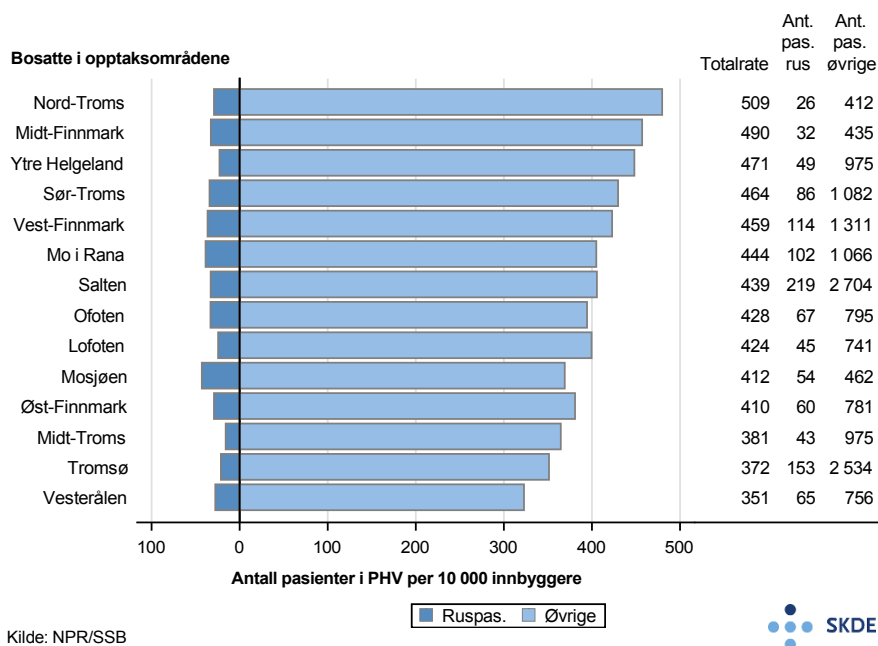
Figur 3.2 viser pasientraten i perioden 2015–2017, fordelt på pasientenes bosted inndelt etter de geografiske områdene som utgjør opptaksområdene til DPS-ene i Nord-Norge. Videre er pasientgruppen delt inn i to grupper; pasienter med alvorlige (ALV) og andre (AND) psykiske lidelser (for detaljer om inndeling i pasientgrupper se vedlegg E, side 64). Pasientraten er vist separat for disse to gruppene av pasienter.

Den totale pasientraten var rundt 40 % høyere for bosatte i opptaksområdet Nord-Troms enn for bosatte i opptaksområdet Vesterålen. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser var pasientraten 70 % høyere i opptaksområdet Midt-Finnmark enn i opptaksområdet Lofoten. For pasienter med andre psykiske lidelser var pasientraten 50 % høyere i opptaksområdet Nord-Troms enn i opptaksområdet Vesterålen.

Figur 3.3 viser pasientraten i opptaksområdene i perioden 2015–2017 fordelt på pasienter med ruslidelser og øvrige pasienter. For pasienter med ruslidelser var pasientraten i opptaksområdet Mosjøen mer enn dobbelt så høy som pasientraten i opptaksområdet Midt-Troms.

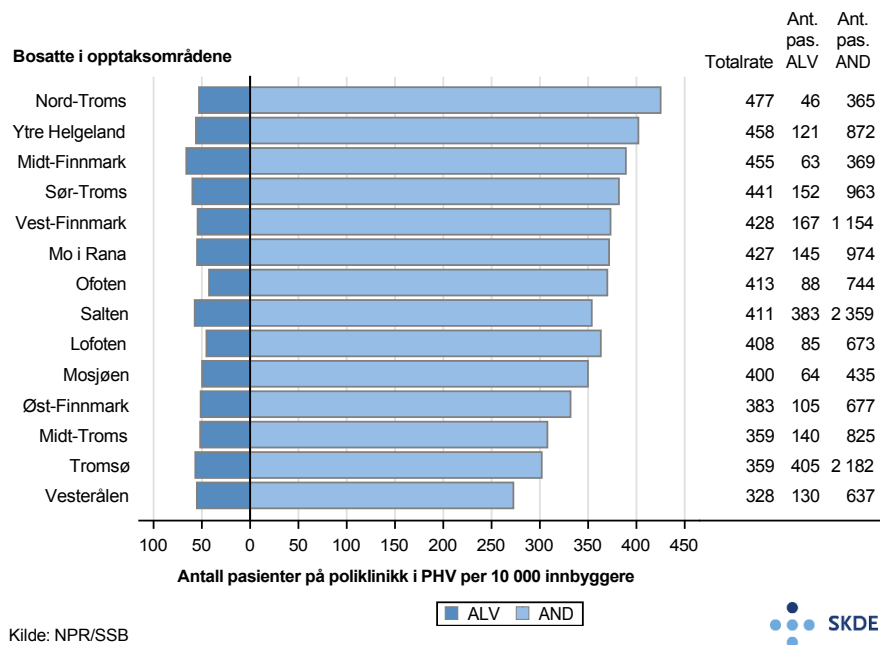


Figur 3.2: Pasienter i psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med alvorlige (ALV) og andre (AND) psykiske lidelser. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total pasientrate og antall pasienter til høyre.



Figur 3.3: Pasienter i psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med ruslidelser og øvrige pasienter. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total pasientrate og antall pasienter til høyre.

3.2 Bruk av polikliniske kontakter



Figur 3.4: Antall pasienter på poliklinikk i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med alvorlige (ALV) og andre (AND) psykiske lidelser. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total pasientrate og antall pasienter til høyre.

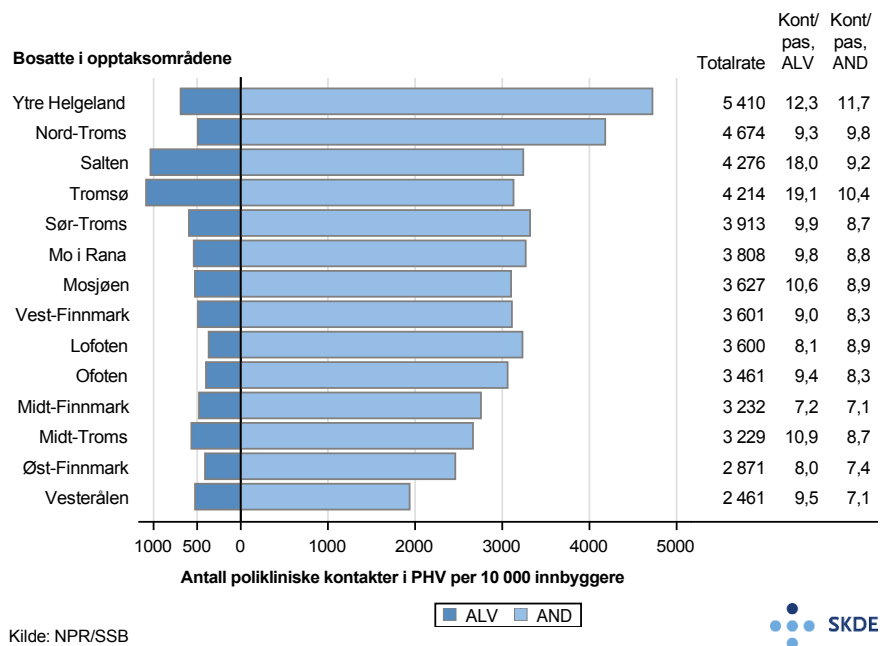
Figur 3.4 viser antall pasienter per 10 000 innbyggere per år som hadde minst én poliklinisk behandling i perioden 2015–2017, fordelt på opptaksområder og på pasienter med alvorlige og andre psykiske lidelser.

For pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierte pasientraten fra 43 per 10 000 innbyggere i opptaksområdet Ofoten til 66 per 10 000 innbyggere i opptaksområdet Midt-Finnmark. For pasienter med andre psykiske lidelser varierte pasientraten fra 425 per 10 000 innbyggere i opptaksområdet Nord-Troms til 273 per 10 000 innbyggere i opptaksområdet Vesterålen. I begge pasientgrupper var den høyeste pasientraten omlag 50 % høyere enn den laveste.

Psykisk helsevern for barn og unge er et vidt fagfelt som primært dekker alderen 0-18 år, men hvor påbegynt behandling før 18 år kan videreføres til 23 år¹. Unge voksne i alderen 18 – 25 år som behandles i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er ikke inkludert i denne rapporten. Foreløpige analyser viser imidlertid at det er små forskjeller mellom opptaksområdene i pasientraten for unge voksne behandlet i BUP, med unntak av opptaksområdet Midt-Finnmark som har en klart høyere rate enn de øvrige opptaksområdene. Gjennomsnittlig pasientrate for unge voksne behandlet i BUP ligger på mellom 10 og 30 per 10 000 innbyggere i de fleste opptaksområdene, og på omlag 60 per 10 000 innbyggere i Midt-Finnmark. Det overveldende flertallet av disse pasientene er behandlet poliklinisk. Å inkludere disse pasientene i analysene i dette kapittelet ville ikke gitt vesentlige endringer.

Årlig antall polikliniske kontakter per 10 000 innbyggere i perioden 2015–2017, fordelt på

¹Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, Helsedirektoratet IS-1570



Figur 3.5: Antall polikliniske kontakter i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med alvorlige (ALV) og andre (AND) psykiske lidelser. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total kontaktrate og antall kontakter per pasient til høyre.

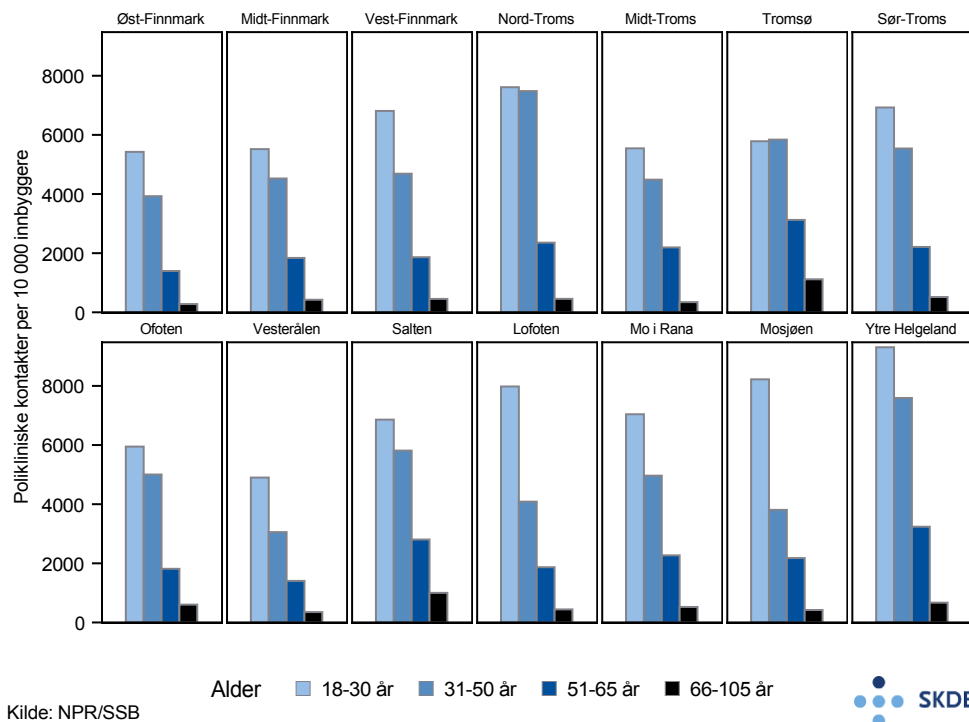
pasienter med alvorlige og andre psykiske lidelser vist i figur 3.5. Kontaktraten for pasienter med alvorlige psykiske lidelser bosatt i opptaksområdene Tromsø og Salten (litt over 1 000 kontakter per 10 000 innbyggere) var nesten tre ganger så høy som for bosatte i opptaksområdet Lofoten (368 kontakter per 10 000 innbyggere), og 50-60 % høyere enn kontaktraten for bosatte i opptaksområdet Ytre Helgeland, som hadde den tredje høyeste raten.

De høye kontaktratene for denne pasientgruppen i opptaksområdene Tromsø og Salten skyldes hovedsakelig at antall kontakter per pasient var omtrent dobbelt så høy som i de øvrige opptaksområdene. Ser vi bort fra opptaksområdene Tromsø og Salten finner vi at kontaktraten for pasienter med alvorlige psykiske lidelser bosatt i opptaksområdet Ytre Helgeland var omlag 90 % høyere enn for bosatte i opptaksområdet Lofoten, altså fortsatt en betydelig variasjon.

Pasienter med andre psykiske lidelser som bodde i opptaksområdet Ytre Helgeland hadde godt over dobbelt så mange kontakter per 10 000 innbyggere som bosatte i opptaksområdet Vesterålen.

Figur A.3 i vedlegg A (side 48) viser antall indirekte kontakter per 10 000 innbyggere per år for perioden 2015–2017. Indirekte kontakter er definert i vedlegg E, side 67.

3.2.1 Bruk av polikliniske kontakter fordelt på ulike aldersgrupper



Figur 3.6: Antall polikliniske kontakter i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og fordelt på fire aldersgrupper. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017.

Figur 3.6 viser antall polikliniske kontakter per 10 000 innbyggere per år for bosatte i DPS-enes opptaksområder fordelt på aldersgrupper. Kontaktratene var svært ulike for de fire aldersgruppene, og det var store forskjeller mellom opptaksområdene i antall kontakter per 10 000 innbygger i de ulike aldersgruppene. Pasienter i alderen 18-50 år fikk vesentlig flere kontakter per 10 000 innbyggere enn pasienter som var 51 år eller eldre. Kontaktraten for pasienter som var 66 år eller eldre var høyest i opptaksområdene Tromsø og Salten, men var likevel svært lav sammenliknet med de to yngste aldersgruppene i alle opptaksområdene. Kontaktraten for pasienter i aldersgruppen 51-65 år var høyest i opptaksområdene Tromsø, Salten og Ytre Helgeland.

3.2.2 Kommentarer

Det var stor variasjon i bruk av polikliniske kontakter. Denne variasjonen vurderes som uberettiget. Bakgrunnen for denne vurderingen er redegjort for i kap. 6 «Diskusjon», side 39.

Generelt var det høy korrelasjon mellom pasientraten og kontaktraten, men opptaksområdene Salten og Tromsø skilte seg ut med høye kontaktrater og forholdsvis lave pasientrater. Disse to opptaksområdene hadde høyere kontaktrater og flere kontakter per pasient med alvorlige psykiske lidelser enn de øvrige opptaksområdene. Dette skyldes at det i Tromsø og Bodø finnes spesialiserte polikliniske tilbud rettet mot pasienter med psykoser. I disse to opptaksområdene står kontakter for pasienter med alvorlige psykiske lidelser for en vesentlig større andel av den totale ressursbruken enn i de øvrige opptaksområdene. Dersom man ser bort fra opptaksområdene Tromsø og Salten var variasjonen mindre for pasienter med alvorlige psykiske lidelser enn for pasienter med andre psykiske lidelser.

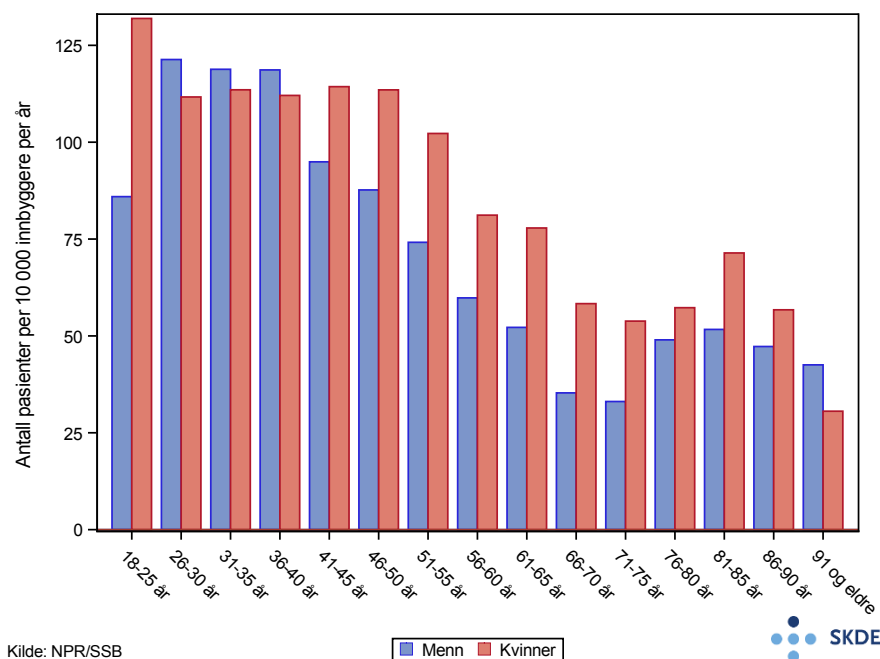
Ved Lofoten DPS var det en spesielt omfattende bruk av dagbehandling (se Vedlegg F side 70). Siden denne typen behandling normalt omfatter vesentlig mer enn en poliklinisk kontakt betyr det at aktiviteten for bosatte i opptaksområdet Lofoten antakeligvis er noe underestimert i og med at vi ikke skiller mellom dagbehandling og polikliniske kontakter.

Resultatene presentert her er i overensstemmelse med resultatene i «Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet» (Helsedirektoratet 2019), som også viser at variasjonen i bruk av polikliniske kontakter innad i Helse Nord likevel er vesentlig mindre enn for landet sett under ett. Den største variasjonen i bruk av polikliniske kontakter finnes innad i Helse Sør-Øst, som i 2017 hadde både opptaksområdet med den nest laveste og den høyeste kontaktraten i landet.

Forskjellene i bruk av polikliniske kontakter mellom ulike aldersgrupper innad i hvert opptaksområde var svært stor. I opptaksområdene Mosjøen og Øst-Finnmark hadde de yngste pasientene nesten 20 ganger flere kontakter per 10 000 innbyggere enn de eldste pasientene, mens tilsvarende for opptaksområdene Tromsø og Salten var henholdsvis fem og sju.

3.3 Bruk av institusjonsopphold

Figur 3.7 viser kjønns- og aldersfordelingen for pasienter med ett eller flere institusjonsopphold i PHV. Sammenliknet med pasientpopulasjonen i PHV som helhet var overvekten av kvinner vesentlig mindre, og i aldergruppen 26-40 år var det overvekt av menn.



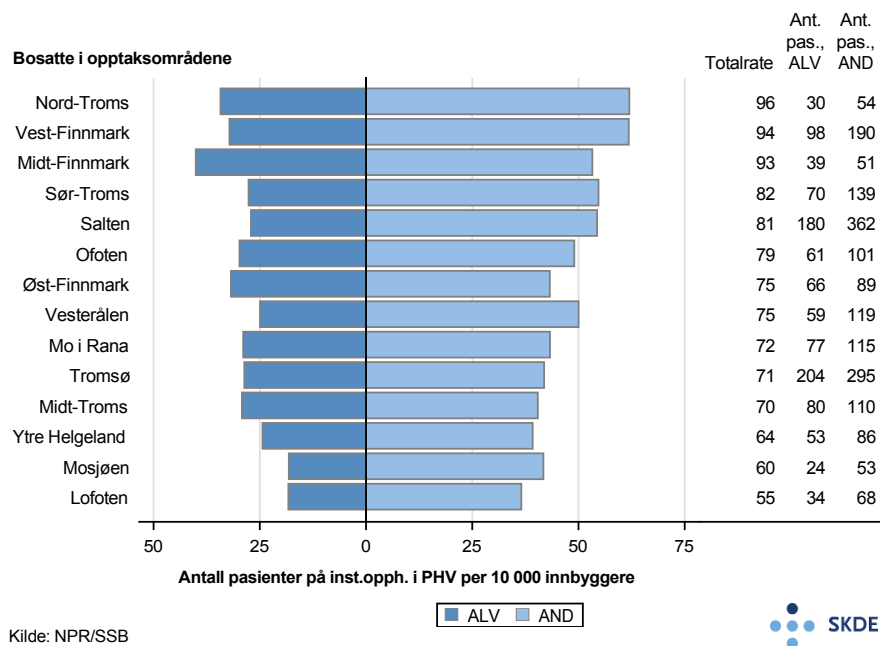
Figur 3.7: Pasienter med institusjonsopphold i PHV per 10 000 innbyggere, fordelt på kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017.

Figur 3.8 viser antall pasienter per 10 000 innbyggere per år som hadde minst ett institusjonsopphold i perioden 2015–2017, fordelt på opptaksområde og på pasienter med alvorlige og andre psykiske lidelser. Den samlede pasientraten var omlag dobbelt så høy for bosatte i opptaksområdet Nord-Troms som for bosatte i opptaksområdet Lofoten².

Antall oppholdsdøgn per pasient (data ikke vist) var omlag dobbelt så høyt for bosatte i opptaksområdet Tromsø (48 døgn per pasient) som for bosatte i opptaksområdet Mosjøen (25 døgn per pasient).

Antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere per år er vist i figur 3.9. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser var døgnraten omlag tre ganger så høy for bosatt i opptaksområdet Midt-Finnmark som for bosatte i opptaksområdene Lofoten og Mosjøen. For pasienter med andre psykiske lidelser var døgnraten godt over dobbelt så høy for bosatte i opptaksområdet Vest-Finnmark som for bosatte i opptaksområdet Mosjøen. Døgnraten for pasienter med alvorlige psykiske lidelser tilsvarte 40-60 % av den totale døgnraten.

²Ved Nordlandssykehuset Lofoten var det lenge satt av 5 senger i medisinsk avdeling som Lofoten DPS disponerte til sine pasienter. Disse pasientene ble registrert som somatiske pasienter, og er derfor ikke å finne i data fra PHV. I 2015 ble sengeantallet redusert til 1-2 senger (se styresak 93-2015 fra Nordlandssykehuset). Det er sannsynlig at denne ordningen påvirker pasientraten og oppholdsraten for bosatte i Lofoten, men effekten er forventet å være beskjeden. Analyser med data fra somatisk spesialisthelsetjeneste tyder på at det kan dreie seg om ca. 30 institusjonsopphold per år i perioden 2015–2017.

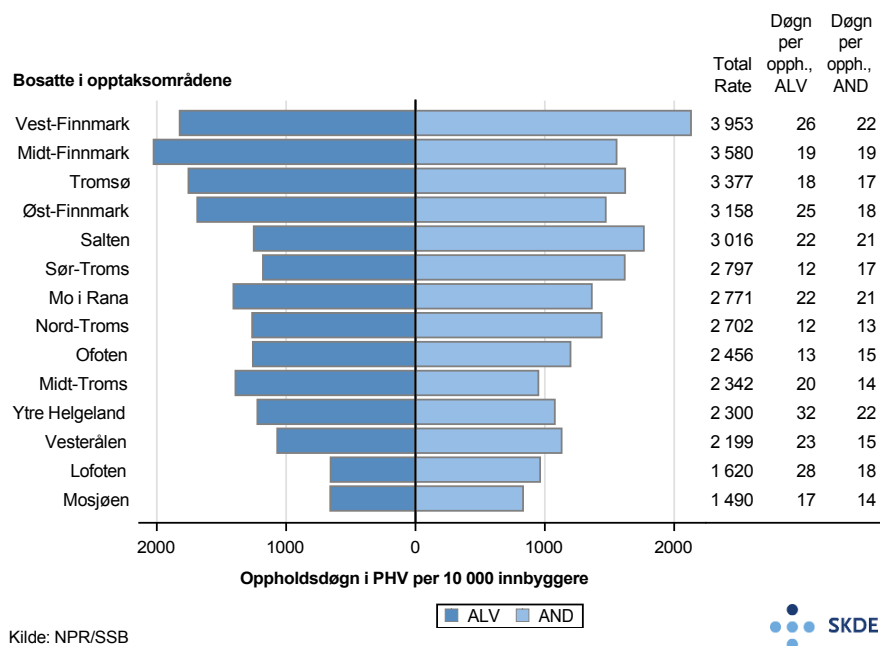


Figur 3.8: Antall pasienter med institusjonsopphold i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med alvorlige psykiske lidelser (ALV) og pasienter med andre psykiske lidelser (AND). Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total pasientrate og antall pasienter til høyre.

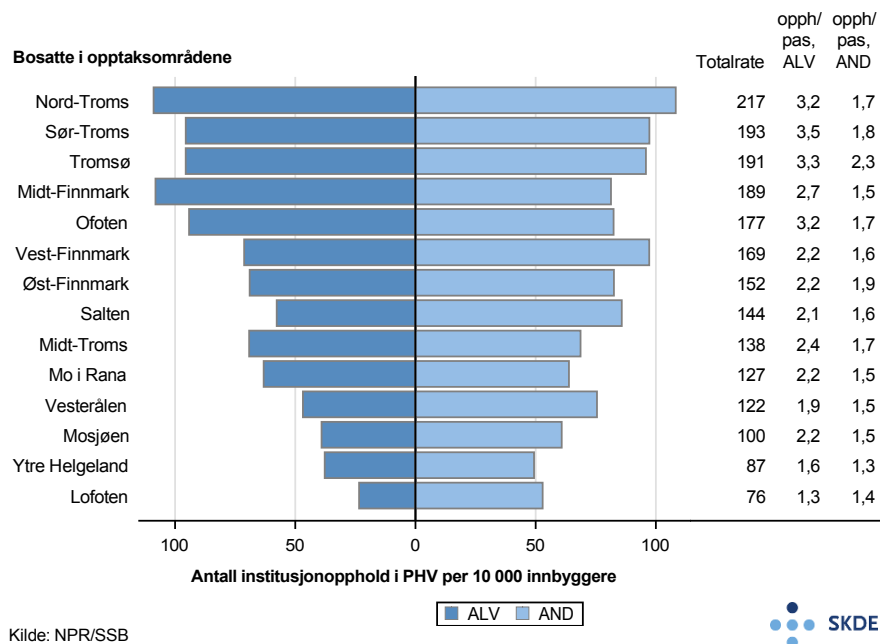
Gjennomsnittlig antall døgn per institusjonsopphold varierte mye mellom opptaksområdene. Dette gjaldt særlig for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, der antall døgn per opphold varierte fra 32 døgn for bosatte i opptaksområdet Ytre Helgeland til 12 døgn for bosatte i opptaksområdet Nord-Troms.

Antall institusjonsopphold per 10 000 innbyggere per år er vist i figur 3.10. Variasjonen i oppholdsrate var vesentlig større for pasienter med alvorlige psykiske lidelser enn for pasienter med andre psykiske lidelser. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser var variasjonen i oppholdsrate større enn variasjonen i døgnrate.

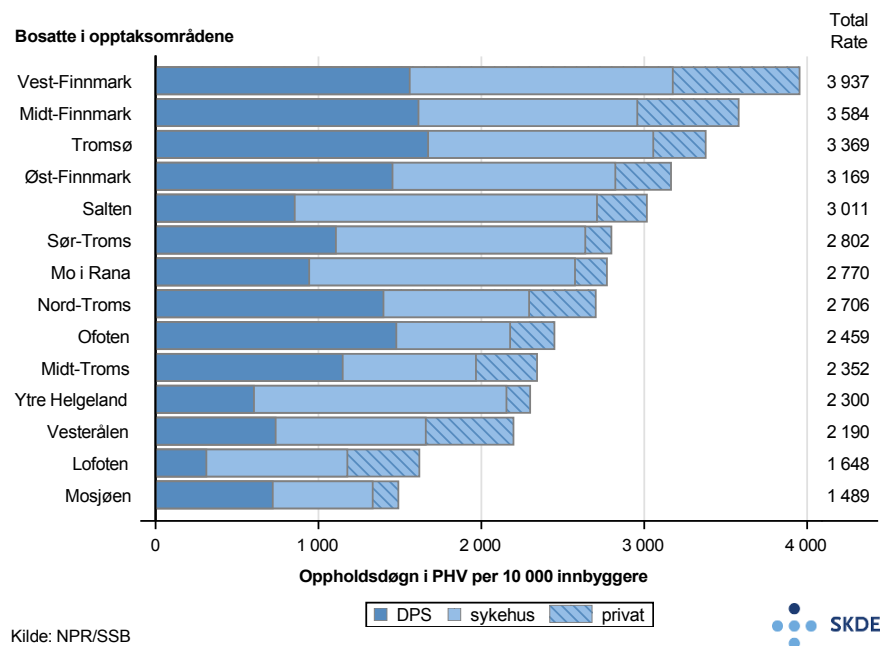
Også antall opphold per pasient varierte mye mellom opptaksområdene. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierte antall opphold per pasient fra 3,5 for bosatte i opptaksområdet Sør-Troms til 1,3 for bosatte i opptaksområdet Lofoten. For pasienter med andre psykiske lidelser varierte antall opphold per pasient fra 2,3 for bosatte i opptaksområdet Tromsø til 1,3 for bosatte i opptaksområdet Ytre Helgeland.



Figur 3.9: Antall oppholdsdøgn i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med alvorlige psykiske lidelser (ALV) og pasienter med andre psykiske lidelser (AND). Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total døgnrate og antall døgn per institusjonsopphold til høyre.



Figur 3.10: Antall institusjonsopphold i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med alvorlige psykiske lidelser (ALV) og pasienter med andre psykiske lidelser (AND). Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total oppholdsrate og antall opphold per pasient til høyre.



Figur 3.11: Antall oppholds-døgn i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på DPS, sykehus og private institusjoner. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total døgnrate og andel oppholds-døgn der pasienten ble behandlet på DPS til høyre.

Figur 3.11 viser antall oppholds-døgn per 10 000 innbyggere per år³ fordelt på type behandlings-sted. Antall oppholds-døgn på DPS per 10 000 innbyggere var mer enn 5 ganger høyere for bosatte i opptaksområdet Tromsø enn for bosatte i opptaksområdet Lofoten. Antall oppholds-døgn på sykehus per 10 000 innbyggere var omlag tre ganger høyere for bosatte i opptaksområdet Salten enn for bosatte i opptaksområdet Mosjøen. Antall oppholds-døgn på privat institusjon per 10 000 innbyggere varierte også mye mellom opptaksområdene.

3.3.1 Gjentatte opphold

Tabell 3.2 viser alle institusjonsopphold i perioden 2015–2017 fordelt på pasientens bosted og hvorvidt oppholdet er et primær-opp hold (pasientens første opphold i perioden) eller et sekundær-opp hold (pasientens øvrige opphold i perioden). Pasientenes sekundær-opp hold er videre delt inn etter antall dager siden forrige utskrivelse. Antall dager siden forrige utskrivelse forholder seg alltid til det foregående oppholdet, uavhengig av om dette er et primær-opp hold eller et foregående sekundær-opp hold.

Opptaksområdet til UNN skilte seg ut med en vesentlig høyere andel *sekundær-opp hold som startet innen 30 dager etter utskrivelse fra forrige opphold* (reinnleggelse). Andelen var særlig høy i opptaksområdene Tromsø (46,3 %) og Sør-Troms (37,2 %), og særlig lav i opptaksområdene Lofoten (11,4 %) og Ytre Helgeland (14,5 %). Opptaksområdene Tromsø og Sør-Troms hadde også høyere andel sekundær-opp hold med innskrivelse innen en uke etter forrige utskrivelse.

³Den totale døgnraten oppgitt i figur 3.11 avviker noe fra den totale døgnraten oppgitt i figur 3.9. Dette skyldes delvis at det i enkelte tilfeller er overlapp mellom opphold på DPS og opphold på sykehus, og delvis at overføringstiden mellom sykehus og DPS inkluderes i beregningen av liggetid i figur 3.9, men ikke i figur 3.11.

Tabell 3.2: Institusjonsopphold i perioden 2015–2017 for bosatte i opptaksområdene, fordelt på primær- og sekundær- opphold (pasientenes første opphold i perioden) og sekundær- opphold (pasientenes øvrige opphold i perioden). Sekundær- opphold er delt inn etter antall dager siden forrige utskrivelse.

	Prim. opph.		Sekundær- opphold						Alle		Tot
	%	N	0-7 d		0-30 d ^A		31 d +		sek. opph.		
			%	N	%	N	%	N	%	N	
Øst-Finnmark	34,0	318	8,7	81	23,6	221	42,4	396	66,0	617	935
Midt-Finnmark	33,2	184	8,8	49	24,5	136	42,3	235	66,8	371	555
Vest-Finnmark	38,1	594	9,7	151	21,9	341	40,1	625	61,9	966	1 560
Nord-Troms	31,1	175	12,3	69	28,3	159	40,6	228	68,9	387	562
Midt-Troms	36,3	408	9,9	111	28,2	317	35,6	400	63,7	717	1 125
Tromsø	23,5	965	17,4	717	46,3	1 907	30,2	1 243	76,5	3 150	4 115
Sør-Troms	30,1	440	16,2	236	37,2	544	32,6	477	69,9	1 021	1 461
Ofoten	30,8	333	7,8	84	29,4	318	39,8	430	69,2	748	1 081
Vesterålen	42,8	374	9,5	83	20,3	177	36,9	322	57,2	499	873
Salten	40,5	1 163	9,7	279	23,5	675	35,9	1 031	59,5	1 706	2 869
Lofoten	55,1	237	5,1	22	11,4	49	33,5	144	44,9	193	430
Mo i Rana	39,7	403	9,0	91	21,9	222	38,5	391	60,3	613	1 016
Mosjøen	44,5	170	8,9	34	20,7	79	34,8	133	55,5	212	382
Ytre Helgeland	52,7	302	6,8	39	14,5	83	32,8	188	47,3	271	573

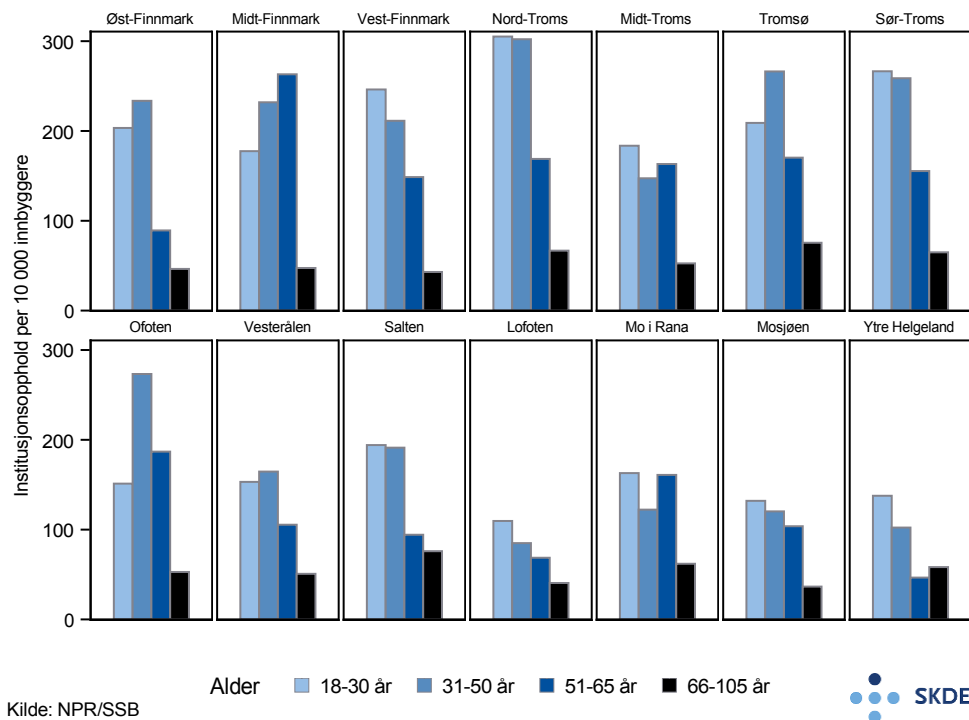
^A Sekundær- opphold som startet innen 30 dager etter utskrivelse fra forrige opphold er definert som *reinnleggelser*. Tallene her inkluderer både elektive og akutte reinnleggelser.

Andel opphold som ga opphav til *akutte reinnleggelser* var særlig høy ved behandlingsstedene Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN (ca. 30 %), Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø (ca. 30 %), Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms (ca. 25 %) og Akuttpsykiatrisk avdeling ved NLSH (ca. 20 %). Til sammenlikning var andelen 5-13 % ved de øvrige DPS-ene (se også tabell i Vedlegg C, side 59). Totalt i Nord-Norge stod pasienter med alvorlige psykiske lidelser for 47 % av alle institusjonsopphold, og 63 % av alle akutte reinnleggelser innen 30 dager.

3.3.2 Bruk av institusjonsopphold fordelt på ulike aldersgrupper

Figur 3.12 viser antall institusjonsopphold per 10 000 innbyggere per år for bosatte i DPS-enes opptaksområder fordelt på aldersgrupper. Oppholdsratene var svært ulike for de ulike aldersgruppene. I de fleste opptaksområdene var oppholdsraten lavest for aldersgruppen 66 år og eldre. Det var minst forskjell i oppholdsrate mellom aldersgruppene for bosatte i opptaksområdet Lofoten.

Siden det var relativt få institusjonsopphold blant personer som var 66 år eller eldre er innslaget av tilfeldig variasjon større i denne aldersgruppen enn i de øvrige aldersgruppene. Enkelte år var antall institusjonsopphold for pasienter som var 66 år eller eldre lavere enn 15 i opptaksområdene Midt-Finnmark (2016 og 2017), Mosjøen (2015, 2016 og 2017), Lofoten (2015) og Nord-Troms (2017). For disse er det spesielt stor usikkerhet knyttet til tilhørende oppholdsrate.



Figur 3.12: Antall institusjonsopphold per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og fordelt på fire aldersgrupper. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017.

3.3.3 Langtidsopphold

I perioden 2015–2017 hadde 2009 pasienter ett eller flere opphold med en varighet på mer enn én måned. Av disse var det 50 pasienter som hadde ett eller flere opphold med en varighet på mer enn ett år, hvorav 56 % hadde alvorlige psykiske lidelser og 16 % hadde ruslidelser⁴. Disse 50 pasientene hadde tilsammen 52 institusjonsopphold⁵, hvorav 21 opphold på mellom ett og to år, og 31 opphold på mer enn to år. For nesten alle disse 52 oppholdene (92 %) var behandlingssted UNN eller Nordlandssykehuset. Pasienten var dømt til tvungent psykisk helsevern ved 11 av de 52 oppholdene.

Det var totalt 1959 pasienter som hadde ett eller flere opphold med en varighet på mer enn én måned og mindre enn ett år. Disse hadde tilsammen 2576 institusjonsopphold⁶, hvorav 90 % hadde en varighet på mellom én og fire måneder. Blant disse pasientene hadde 41 % alvorlige psykiske lidelser og 22 % ruslidelser⁷. For de fleste av disse 2576 oppholdene var behandlende helseforetak UNN (36 %) eller Nordlandssykehuset (32 %). Kun 8 % fant sted ved Finnmarkssykehuset og 4 % ved Helgelandssykehuset. Private institusjoner var behandlingssted ved 18 % av oppholdene.

For bosatte i opptaksområdene til de to helseforetakene uten psykiatrisk sykehus, Finnmarks-sykehuset og Helgelandssykehuset, var en vesentlig andel av disse 2576 oppholdene ved henholdsvis UNN og Nordlandssykehuset. Av de totalt 513 oppholdene for bosatte i opptaksområdet Finnmark var UNN behandlende helseforetak ved 35 % av oppholdene og Finnmarkssykehuset behandlende helseforetak ved 37 % av oppholdene. Av de totalt 333 oppholdene for bo-

⁴En enkelt pasient kan ha både alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser og dermed telles med i begge gruppene

⁵Institusjonsopphold som krysser nyttår er her talt som ett opphold, og ikke to (se vedlegg E, side 67).

⁶Se note 5.

⁷Se note 4.

satte i opptaksområdet Helgeland var Nordlandssykehuset behandlende helseforetak ved 54 % av oppholdene og Helgelandssykehuset ved 30 % av oppholdene.

3.3.4 Kommentarer

Det var stor geografisk variasjon i bruk av institusjonsopphold og oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne. Denne variasjonen vurderes som uberettiget. Bakgrunnen for denne vurderingen er redegjort for i kap. 6 «Diskusjon», side 39.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjorde 30-40 % av alle pasienter som hadde institusjonsopphold, og sto for 40-60 % av oppholdsdøgnene og institusjonsoppholdene. Det var vesentlig større geografisk variasjon i bruk av oppholdsdøgn og institusjonsopphold for pasienter med alvorlige psykiske lidelser enn for pasienter med andre psykiske lidelser, noe som kan tyde på at den førstnevnte pasientgruppen prioriteres ulikt ved forskjellige behandlingssteder.

Pasienter bosatt i opptaksområdene Tromsø og Sør-Troms hadde den høyeste andelen reinnleggelser. Dette skyldes at Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø og Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms hadde en høy andel opphold som ga opphav til akutte reinnleggelser (enten ved samme enhet eller ved andre enheter). Pasienter bosatt i opptaksområdene Lofoten og Ytre Helgeland hadde den laveste andelen reinnleggelser. Andelen var vesentlig lavere for bosatte i opptaksområdene Lofoten og Ytre Helgeland, der de lokale DPS ikke har egne døgnplasser, enn for bosatte i de øvrige opptaksområdene tilknyttet NLSH/HSYK.

Helsedirektoratets rapport «Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet» viser bruk av oppholdsdøgn fordelt på pasientens bosted for hele landet i 2017. I denne rapporten kommer det frem at den største variasjonen mellom opptaksområder var å finne innad i Helse Nord, som hadde både opptaksområdet med den laveste (Mosjøen) og den høyeste (Vest-Finnmark) døgnraten i landet. Videre viser rapporten fra Helsedirektoratet at Helse Nord i 2017 hadde den høyeste døgnraten og den høyeste raten for pasienter på døgnopphold av alle de fire helseregionene. Det er også verdt å merke seg at Helsedirektoratets i sin rapport finner at Helse Nord har en høyere andel elektive innleggelser enn landet forøvrig. Hva som er årsaken til den forholdsvis høye bruken av døgnbehandling i Helse Nord, relativt til landet forøvrig, er ikke kjent. Det kan tenkes at det er særskilte forhold i regionen som kan forklare økt bruk av innleggelser, som for eksempel at mange pasienter har lang reisevei til nærmeste behandlingssted i spesialisthelsetjenesten.

Bruk av spesialiserte polikliniske tilbud rettet mot pasienter med psykoser har vært et viktig virkemiddel for å redusere bruk av døgnbehandling mange steder i landet, men den spredte bosetningen i nord gjør at det ikke er befolkningsgrunnlag for denne typen tilbud andre steder enn i de største byene. Dersom vi sammenlikner bruken av oppholdsdøgn for pasienter med alvorlige psykiske lidelser bosatt i opptaksområdene Tromsø og Salten med tilsvarende rate for bosatte i de øvrige opptaksområdene finner vi at bosatte i opptaksområdene Tromsø og Salten har en forholdsvis høy bruk av oppholdsdøgn. Antall pasienter med alvorlige psykiske lidelser per 10 000 innbyggere var ikke vesentlig høyere for bosatte i opptaksområdene Tromsø og Bodø enn for de øvrige opptaksområdene. Resultatene kan dermed tyde på at de spesialiserte polikliniske tilbudene som finnes for denne pasientgruppen i Tromsø og Bodø, og som gir høy bruk av polikliniske kontakter, ikke fører til lavere bruk av oppholdsdøgn enn i opptaksområder der slike spesialiserte polikliniske tilbud ikke finnes. Det kan imidlertid også være at varierende sykелighet (se også kapittel 6) og ulik arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

fører til at pasientgruppen som behandles i spesialisthelsetjenesten er ulik i de forskjellige opptaksområdene, og har ulikt behov for tjenester.

Ser vi på hele pasientgruppen i PHV samlet finner vi ingen korrelasjon mellom bruk av oppholdsdøgn og bruk av polikliniske kontakter på DPS-nivå.

Bosatte i alle de seks opptaksområdene i NLSH og HSYK hadde færre oppholdsdøgn på DPS per 10 000 innbyggere enn bosatte i alle de åtte opptaksområdene i UNN og FIN. Dette skyldes at kapasiteten på døgnavdelingene ved DPS-ene i UNN og FIN er høyere enn ved DPS-ene i NLSH og HSYK⁸. Den totale oppholdsraten var også lavest for bosatte i de fire opptaksområdene i NLSH og HSYK (Mosjøen, Lofoten, Vesterålen og Ytre Helgeland) der bruk av oppholdsdøgn på DPS var lavest. Dette tyder på at døgntilbudet ved DPS-ene har vesentlig betydning for lokalbefolkningens bruk av døgnbehandling.

Resultatene som er presentert her og i Helsedirektoratets rapport gir grunn til å reise spørsmål om nivået på bruken av døgnbehandling i Helse Nord og den observerte variasjonen innad i regionen kan forklares utfra befolkningens behov.

⁸Se Distriktpsykiatriske tjenester 2017 - Rapport IS-2825 s 61-66.

Kapittel 4

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

4.1 Introduksjon

I perioden 2015–2017 var det i snitt 1 742 pasienter per år som var bosatt i Nord-Norge og som fikk behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (se tabell 4.1).

Tabell 4.1: Pasienter, polikliniske kontakter, indirekte kontakter, institusjonsopphold og oppholdsøgn perioden 2015–2017 for personer bosatt Helse Nord.

	Pasienter ^a	Polikliniske kont. ^b	Indirekte kont.	Institusjonsopph.	Opph. døgn
2015	1 511	6 428	9 715	1 326	53 433
2016	1 795	8 829	10 544	1 399	62 684
2017	1 920	10 757	10 200	1 384	64 254
Snitt	1 742	8 671	10 154	1 370	60 124

^a Kun pasienter som hadde minst én direkte kontakt. Antall pasienter øker med ca. 16 % dersom også pasienter som hadde bare indirekte kontakter inkluderes.

^b Direkte kontakter.

Av disse var det i snitt 895 pasienter per år (51 %) som kun hadde fått poliklinisk behandling og 847 pasienter per år (49 %) som hadde ett eller flere institusjonsopphold.

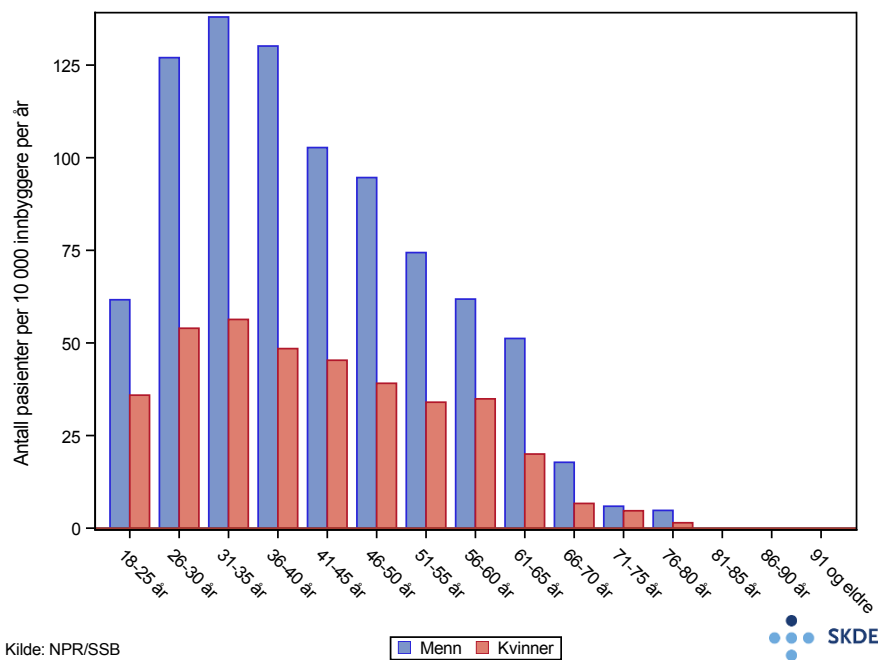
Pasienter bosatt i Nord-Norge hadde i snitt 1 369 institusjonsopphold per år, hvorav 28 % var opphold på private institusjoner. Totalt omfattet disse institusjonsoppholdene i snitt ca. 60 000 oppholdsøgn per år. Akutte innleggelses sto for under 5 % av institusjonsoppholdene i TSB.

De mest brukte private institusjonene var Sigma Nord AS (beliggende i Tjeldsund kommune i Ofoten) som sto for 70 % av private institusjonsopphold i perioden, Stiftelsen Fossumkollektivet (med avdelinger i Fauske kommune i Nordland, i Hedmark og i Østfold/Akershus) som sto for 12 % av private institusjonsopphold i perioden og Stiftelsen Finnmarkskollektivet (beliggende i Alta kommune) som sto for 8 % av private institusjonsopphold i perioden.

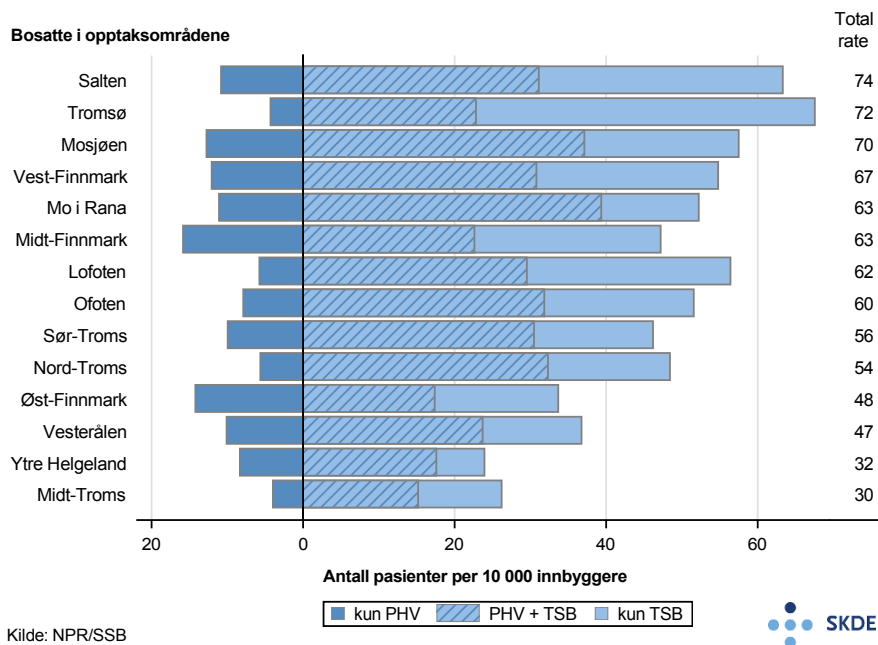
I snitt fikk pasienter bosatt i Nord-Norge 8 671 polikliniske kontakter per år, hvorav under 1 % var kontakter der behandlingen ble gitt på en privat institusjon.

Omlag 10 % av pasientene som var bosatt i Nord-Norge og ble behandlet i TSB hadde alvorlige psykiske lidelser.

Kapittel 4. Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser



Figur 4.1: Pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser per 10 000 innbyggere, fordelt på kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017.



Figur 4.2: Antall pasienter per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på pasienter med ruslidelser som ble behandlet kun i PHV, i både PHV og TSB, og kun i TSB. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Total rate til høyre.

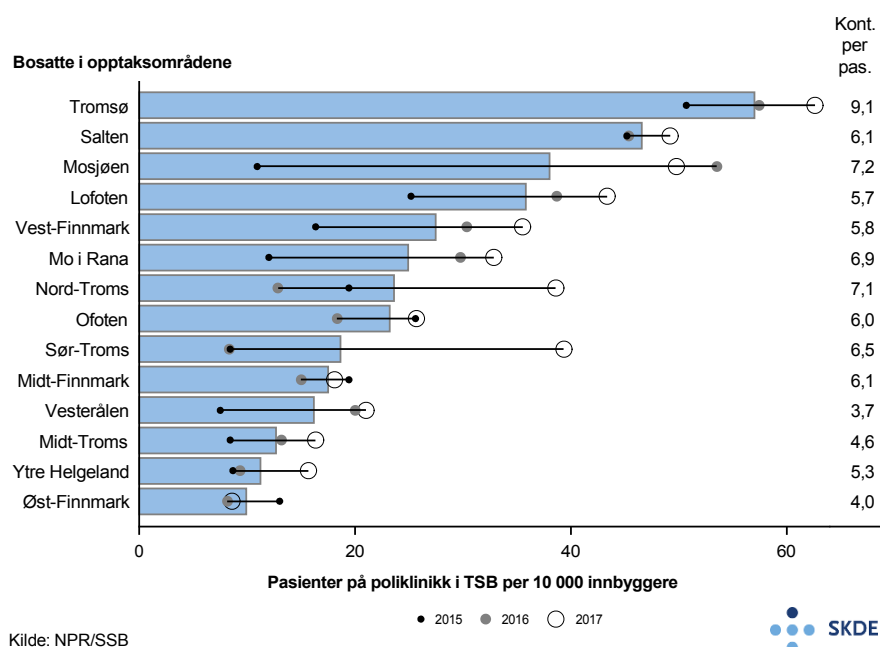
Figur 4.1 viser antall pasienter behandlet i TSB per 10 000 innbyggere per år for perioden 2015–2017, fordelt på kjønn og alder. Det var stor overvekt av menn i alle aldersgruppene, med unntak av pasienter over 70 år. Pasientraten var høyest for aldersgruppen 31-35 år og lavest for aldersgruppen eldre enn 75 år.

Figur 4.2 viser antall pasienter med ruslidelser⁹ per 10 000 innbyggere per år, fordelt på opptaksområder og delt inn i tre grupper; pasienter som kun har fått behandling i TSB, pasienter som kun har fått behandling i PHV, og pasienter som har fått behandling i både PHV og TSB i løpet av perioden 2015–2017. Den totale pasientraten var over dobbelt så høy for bosatte i opptaksområdet Salten som for bosatte i opptaksområdet Midt-Troms. I enkelte opptaksområder utgjorde raten for pasienter med ruslidelser som kun ble behandlet i PHV en vesentlig andel av totalraten.

⁹Definert som alle pasienter i PHV som hadde minst én kontakt med en rusdiagnose som hovedtilstand i løpet av treårsperioden 2015–2017, samt alle pasienter behandlet i TSB.

4.2 Bruk av polikliniske kontakter

Antall pasienter på poliklinikk per 10 000 innbyggere per år for perioden 2015–2017, fordelt på de ulike opptaksområdene er vist i figur 4.3. Det var store forskjeller mellom opptaksområdene. Pasientraten var omlag seks ganger høyere for bosatte i opptaksområdet Tromsø enn for bosatte i opptaksområdet Øst-Finnmark. Som vist i figuren (der ulike symboler angir raten for de ulike årene) var det i enkelte av opptaksområdene store endringer i pasientraten fra år til år og i mange opptaksområder var pasientraten høyest i 2017. Dette skyldes at helseforetakene jobbet med å utvide det polikliniske tilbudet i TSB i perioden. Den store økningen i opptaksområdene Mosjøen og Mo i Rana fra 2015 til 2016 er sannsynligvis forårsaket av opprettelsen av en ny TSB-enhet i Mo i Rana i 2016. Antall polikliniske kontakter per pasient varierte fra 9,1 for bosatte i opptaksområdet Tromsø til 3,7 for bosatte i opptaksområdet Vesterålen.

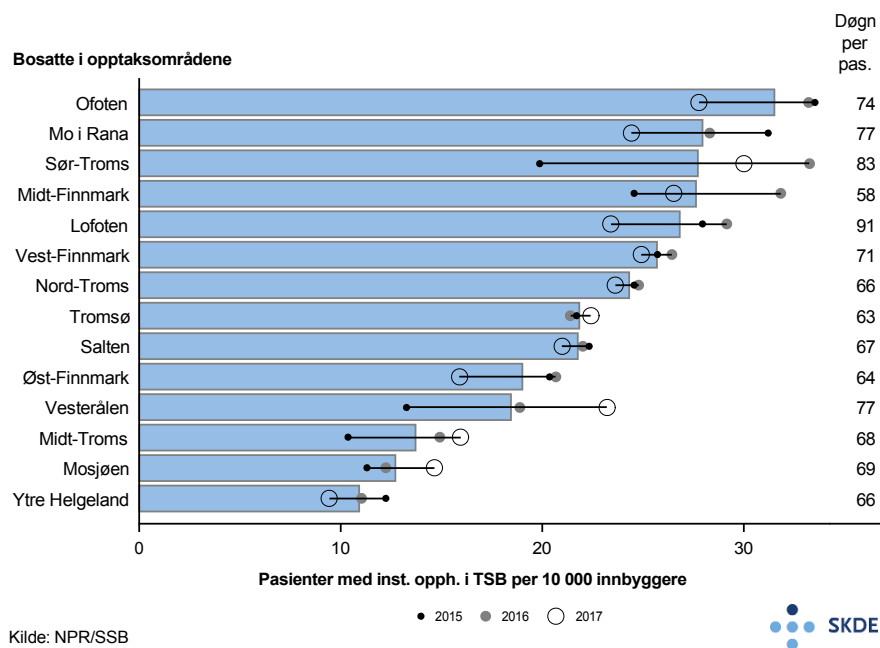


Figur 4.3: Antall pasienter på poliklinikk i TSB per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Polikliniske kontakter per pasient til høyre.

Figur A.1 og Figur A.4 i vedlegg A (på hhv. side 46 og side 48) viser henholdsvis antall polikliniske kontakter og antall indirekte kontakter per 10 000 innbyggere per år for perioden 2015–2017. Indirekte kontakter er definert i vedlegg E, side 67.

4.3 Bruk av institusjonsopphold

Figur 4.4 viser antall pasienter per 10 000 innbyggere per år som hadde minst ett institusjonsopphold i TSB i perioden 2015–2017, fordelt på opptaksområdene. Pasientraten var omlag tre ganger høyere i opptaksområdet Ofoten enn i opptaksområdet Ytre Helgeland. Antall oppholds-døgn per pasient varierte fra 91 i opptaksområdet Lofoten til 58 i opptaksområdet Midt-Finnmark.



Figur 4.4: Antall pasienter med institusjonsopphold i TSB per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Antall døgn per pasient til høyre.

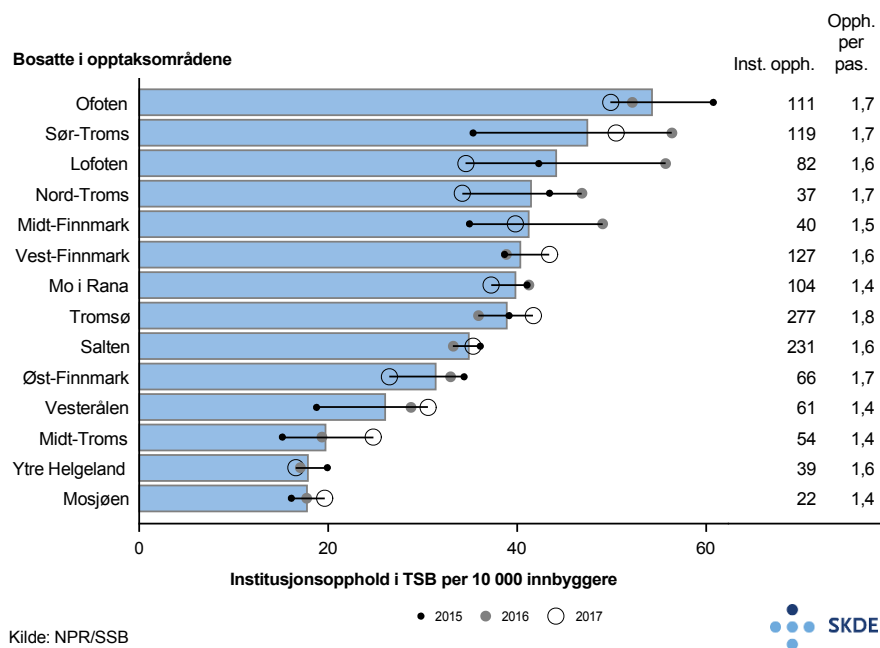
Antall institusjonsopphold per 10 000 innbyggere per år er vist i figur 4.5. Oppholdsraten var omlag tre ganger høyere i opptaksområdet Ofoten enn i opptaksområdene Mosjøen og Ytre Helgeland. Antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere per år er vist i figur 4.6. Døgnraten var nesten fire ganger høyere i opptaksområdet Lofoten enn i opptaksområdet Ytre Helgeand. Antall oppholdsdøgn per institusjonsopphold varierte fra 55 i opptaksområdene Lofoten og Vesterålen til 35 i opptaksområdet Tromsø.

Figur 4.7 viser pasienter med institusjonsopphold som kun hadde episoder med tilstandskoder knyttet til bruk av alkohol¹⁰ («Kun alkohol») som andel av alle pasienter med institusjonsopphold i TSB, fordelt på opptaksområder. Opptaksområdene Nord-Troms og Midt-Finnmark hadde høyest andel pasienter som kun var behandlet for bruk av alkohol, mens opptaksområdet Mosjøen hadde den laveste andelen. Figuren viser også andel pasienter som hadde kontakter med andre typer rusmidler enn alkohol («Andre») og andel pasienter som kun hadde episoder der type rusmiddel var uspesifisert¹¹(«Uspesifisert»).

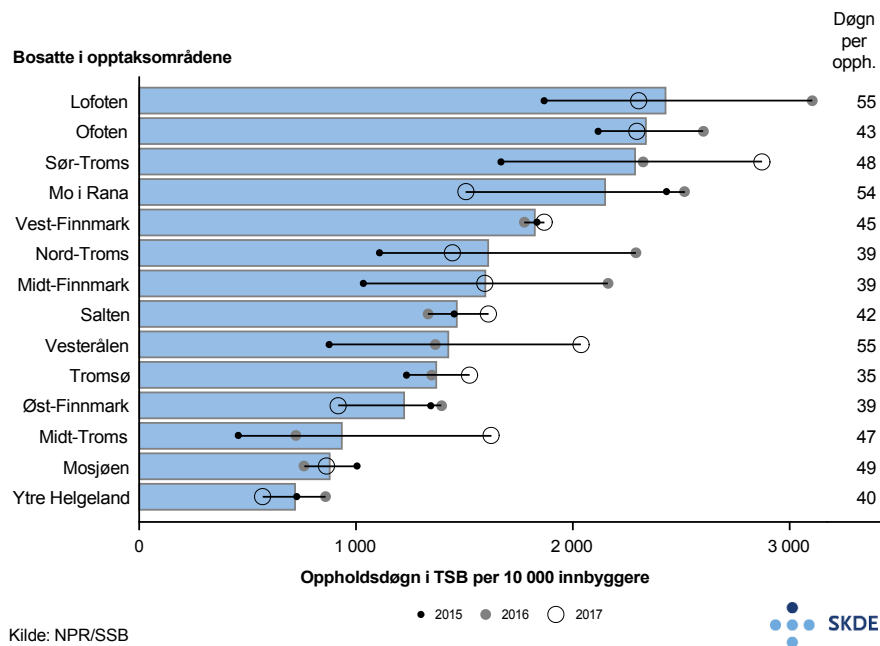
¹⁰som i løpet av treårsperioden 2015–2017 hadde minst én kontakt med tilstandskode F10, og ingen kontakter med (en eller flere av) tilstandskodene F11 – F19.

¹¹Disse inkluderer episoder med manglende tilstandskoder eller med andre psykiatriske diagnoser (enn F1), som f.eks. ved spilleavhengighet.

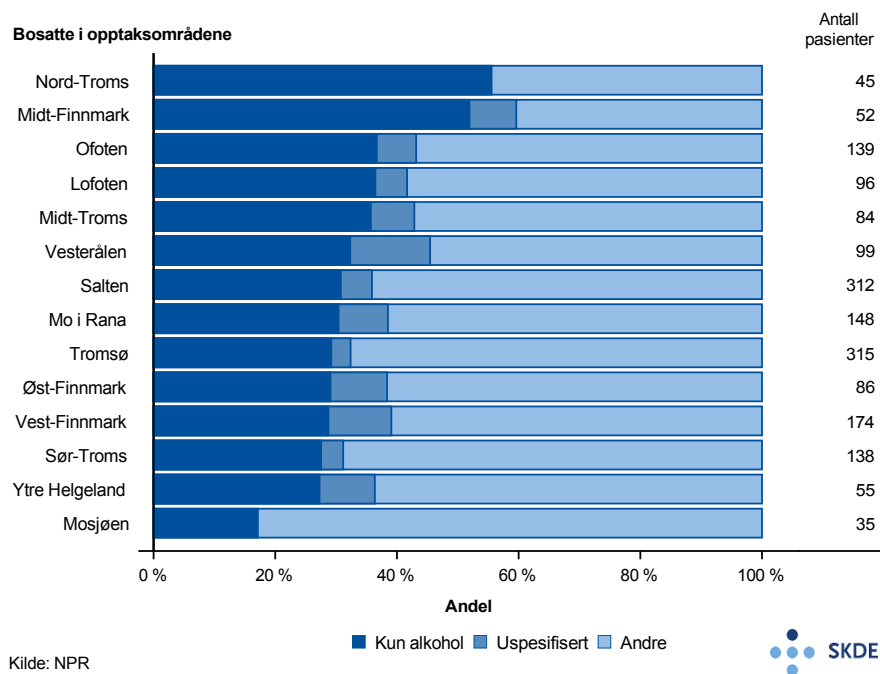
Kapittel 4. Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser



Figur 4.5: Antall institusjonsopphold i TSB per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Antall institusjonsopphold og opphold per pasient til høyre.



Figur 4.6: Antall oppholdsdøgn i TSB per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Antall døgn per institusjonsopphold til høyre.



Figur 4.7: Pasienter som kun hadde episoder med tilstandskode knyttet til bruk av alkohol (mørk blå), pasienter som kun hadde episoder der type rusmiddel er uspesifisert (mellomblå) og andre (lys blå), som andel av alle pasienter med minst ett institusjonsopphold i TSB. Antall pasienter til høyre.

4.4 Kommentarer

Det var stor variasjon i bruk av både polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholds-døgn i TSB. Denne variasjonen vurderes som uberettiget. Bakgrunnen for denne vurderingen er redegjort for i kap. 6 «Diskusjon», side 39.

Variasjonen i bruk av polikliniske kontakter skyldes sannsynligvis at det mange steder var et svært begrenset tilbud om poliklinisk rusbehandling innen TSB i perioden 2015–2017. Videre var det flere steder slik at pasienter med rusproblemer ble ivaretatt med poliklinisk behandling innenfor PHV. Denne behandlingen skiller seg ikke nødvendigvis fra den polikliniske behandlingen som andre steder gis innen TSB. I dataene fra NPR som denne rapporten tar utgangspunkt i er det svært vanskelig å skille ut denne delen av den polikliniske behandlingen i PHV. Det er dermed vanskelig å vurdere i hvor stor grad den reelle bruken av poliklinisk rusbehandling (innen TSB og PHV samlet) varierer geografisk. Det er imidlertid sannsynlig at ruspasienters bruk av polikliniske kontakter innen PHV ikke fullt ut kompenserte for manglende poliklinisk tilbud innen TSB (se også figur A.2 i vedlegg A (side 47), som viser pasienter med ruslidelser på poliklinikk i PHV/TSB).

Rapporten «Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialistert rusbehandling 2017» (Lilleeng 2017) viser at det i Norge var svært stor variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder i pasientraten for pasienter som kun hadde mottatt dagbehandling eller poliklinisk behandling i TSB i 2017. Sammenliknet med resten av landet var det lave pasientrater i Nord-Norge. Dette skyldes at behandlingstilbudet i TSB ikke er like omfattende i Nord-Norge som i resten av landet. Også «Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016 – 2025» peker på behovet for å bygge ut det polikliniske tilbudet innen TSB, slik at tilbudet i Helse Nord blir mer likt tilbudet i landet forøvrig.

Kapittel 5

Pasientstrømmer

5.1 Overføringer mellom helseforetak

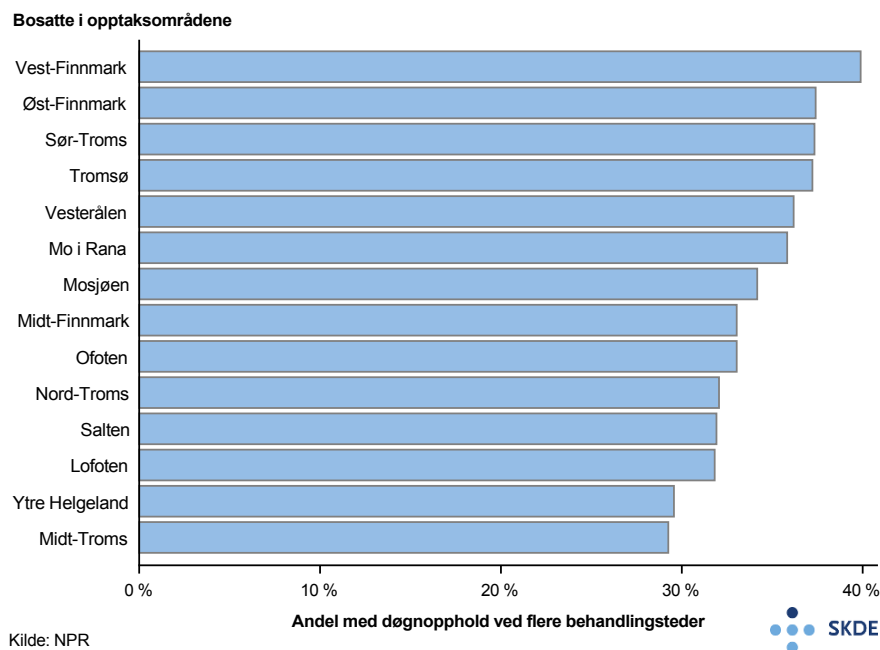
De fleste pasientene som fikk poliklinisk behandling i PHV eller TSB ble behandlet ved helseforetaket de soknet til eller hos avtalespesialist. Dette viser pasientstrømsanalysene som presenteres i vedlegg B. Antall og andel polikliniske kontakter og innleggelser¹² innenfor PHV og TSB presenteres hver for seg og fordelt på pasientens bosted og behandlingssted. Behandlingsstedene er inndelt i 5 kategorier som viser om pasienten ble behandlet ved helseforetaket pasienten soknet til («Eget HF»), et annet helseforetak i Helse Nord («Annet i HN»), et helseforetak utenfor Helse Nord («Utenfor HN»), en privat institusjon («Privat») eller hos en avtalespesialist («Avt.spes.»).

De aller fleste innleggelser i PHV for pasienter bosatt i opptaksområdene UNN og Nordland var ved helseforetaket pasientene soknet til. For bosatte i opptaksområdene Finnmark og Helgeland var omlag en tredjedel av innleggelsene i PHV ved et annet helseforetak i Helse Nord. Bruken av private institusjoner var beskjeden.

Sammenliknet med for PHV var en langt større andel av innleggelsene i TSB ved private institusjoner med offentlig finansiering. For pasienter bosatt i opptaksområdene Nordland og Helgeland gjaldt dette mer enn en tredjedel av innleggelsene, mens det for bosatte i opptaksområdet UNN gjaldt en fjerdedel og for bosatte i opptaksområdet Finnmark i underkant av en femtedel. For bosatte i opptaksområdene Nordland og Finnmark var omlag 40 % av innleggelsene i TSB ved et annet helseforetak i Helse Nord, mens tilsvarende andeler for bosatte i opptaksområdene Helgeland og UNN var henholdsvis 18 % og under 1 %.

¹²I denne delen av rapporten vil vi undersøke i hvilken grad pasienter blir overført mellom ulike helseforetak og behandlingssteder. Begrepet institusjonsopphold, som ble definert slik at det kan bestå av en serie døgnopphold ved flere ulike helseforetak (se vedlegg E, side 67), blir derfor ikke brukt her. I dette kapitlet er **en innleggelse** definert på samme måte som et institusjonsopphold, med den forskjellen at en innleggelse bare kan inneholde døgnopphold ved ett enkelt helseforetak.

5.2 Overføringer mellom behandlingssteder



Figur 5.1: Andel innlagte pasienter i TSB og/eller PHV som hadde døgnopphold ved mer enn ett behandlingssted i løpet av perioden 2015–2017.

Figur 5.1 viser at omlag 30-40 % av innlagte pasienter (i TSB og/eller PHV) hadde døgnopphold ved flere ulike behandlingssteder i løpet av perioden 2015–2017.

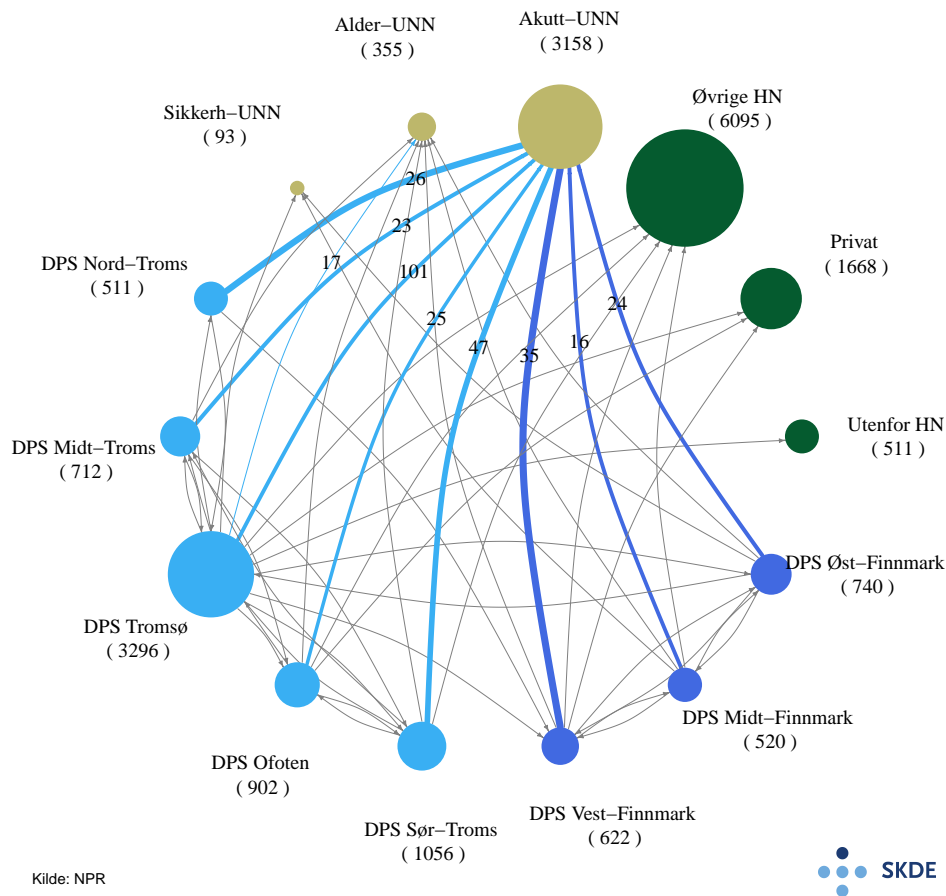
I de videre analysene i dette kapittelet studerer vi overføringer mellom behandlingssteder for pasienter som hadde døgnopphold i PHV (kapittel 5.2.1). En *overføring* skjer når en pasient skrives ut fra et døgnopphold ved ett behandlingssted og skrives inn til et døgnopphold ved et annet behandlingssted innen 24 timer.

5.2.1 Overføringer mellom behandlingssteder i PHV

Figur 5.2 gjelder Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Finnmarkssykehuset (FIN)¹³. Figuren viser antall døgnopphold ved ulike behandlingssteder, samt hvor mange av døgnoppholdene ved DPS-ene som ble etterfulgt av en overføring til ulike avdelinger ved UNN, til andre helseforetak i Helse Nord, til andre helseforetak utenfor Helse-Nord eller til private institusjoner. Figur 5.3 viser tilsvarende for overføringer andre veien, altså fra et behandlingssted som ikke er et DPS til et DPS.

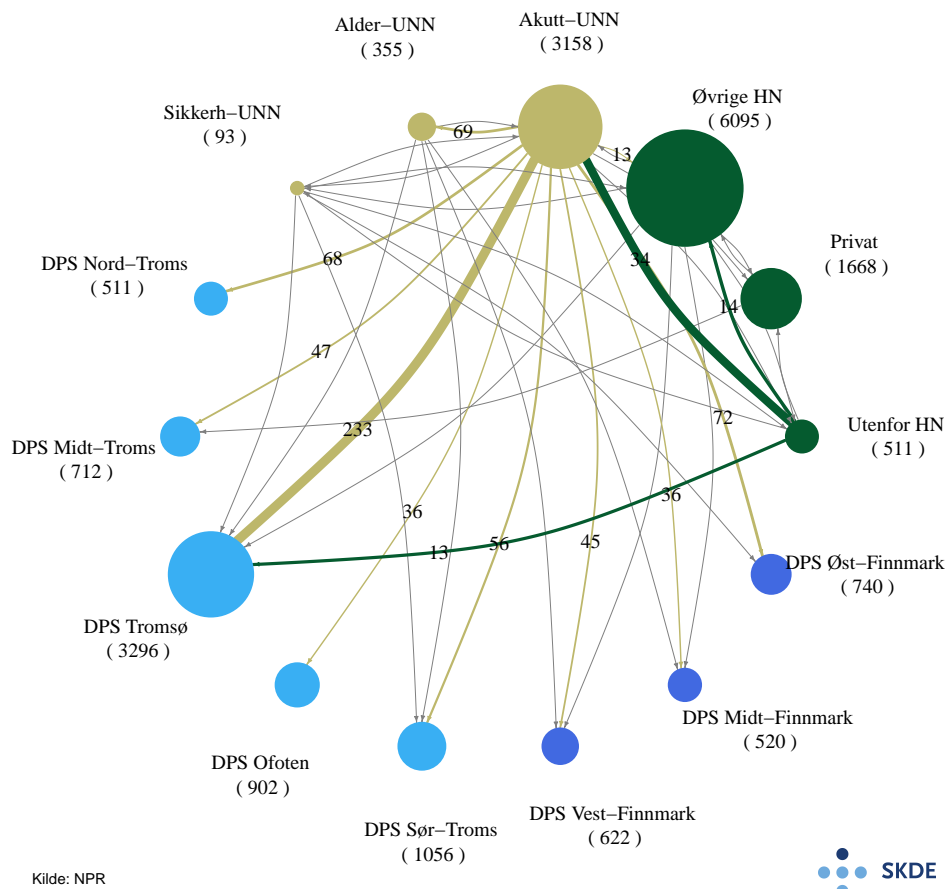
Figurene 5.2 og 5.3 viser at det var flest overføringer fra Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN til de ulike DPS-ene, samt at det var forskjeller i hvor stor andel av døgnoppholdene ved de ulike DPS-ene som ble etterfulgt av en overføring til Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN. Sistnevnte andel var dobbelt så høy ved DPS Vest-Finnmark (5,6 %) som ved DPS Ofoten (2,8 %). Antall

¹³En forklaring til figur 5.2 og tilsvarende figurer i dette kapittelet finnes i vedlegg D

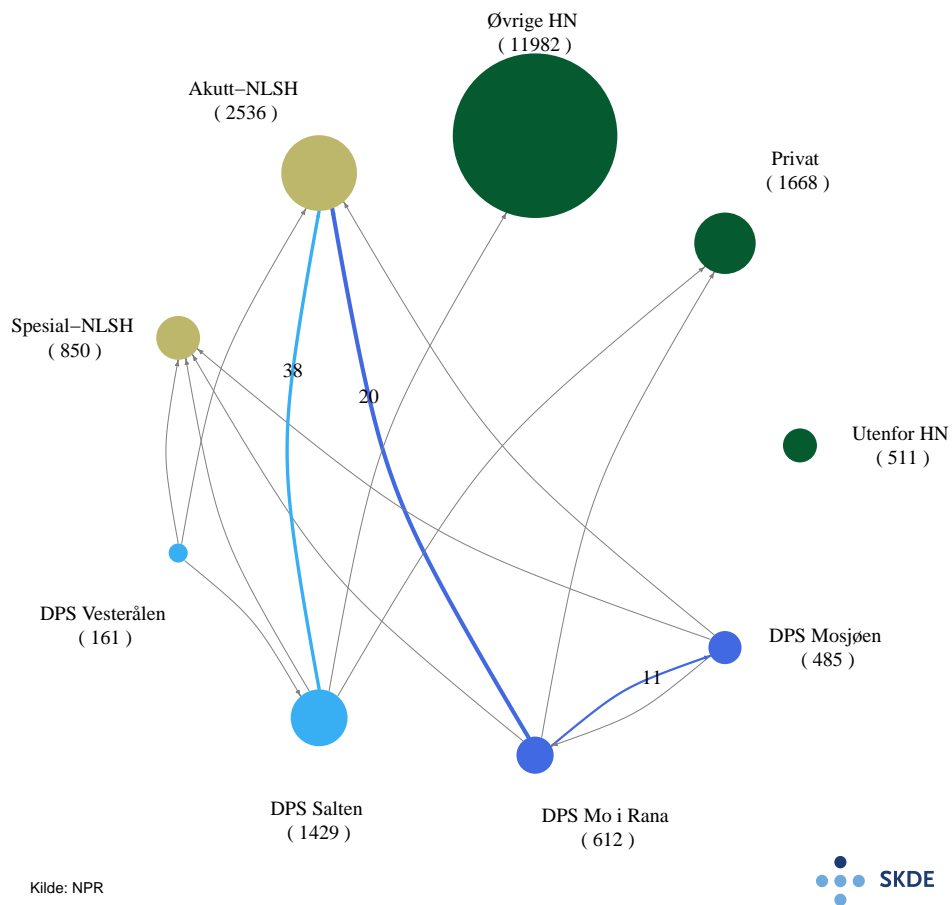


Figur 5.2: Antall døgnopphold ved ulike behandlingssteder i nettverket UNN/FIN i perioden 2015–2017, samt hvor mange av døgnoppholdene ved hvert av DPS-ene som ble etterfulgt av en overflytting til en annen type behandlingssed.

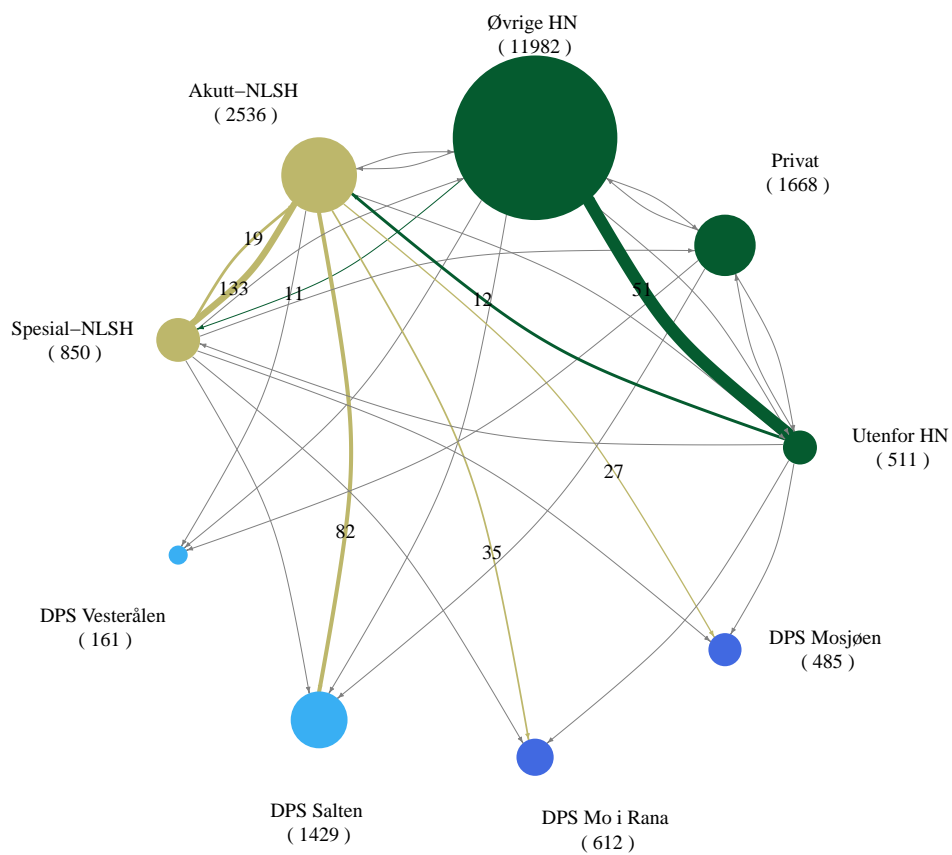
overføringer fra Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN til de ulike DPS var høyere, og som regel mye høyere, enn antall overføringer andre veien.



Figur 5.3: Antall døgnopphold ved ulike behandlingssteder i nettverket UNN/FIN i perioden 2015–2017, samt hvor mange døgnopphold ved behandlingssteder som ikke er DPS-er som ble etterfulgt av en overflytting til et DPS.



Figur 5.4: Antall døgnoophold ved ulike behandlingssteder i nettverket NLSH/HSYK i perioden 2015–2017, samt hvor mange av døgnoopholdene ved hvert av DPS-ene som ble etterfulgt av en overflytting til en annen type behandlingssted.



Kilde: NPR



Figur 5.5: Antall døgnoophold ved ulike behandlingssteder i nettverket NLSH/HSYK i perioden 2015–2017, samt hvor mange døgnoophold ved behandlingssteder som ikke er DPS-er som ble etterfulgt av en overflytting til et DPS.

Figurene 5.4 og 5.5 gjelder Nordlandssykehuset (NLSH) og Helgelandssykehuset (HSYK). Disse viser tilsvarende pasientstrømmer som figurene 5.2 og 5.3 gjør for nettverket UNN/FIN. Det var flest overføringer fra DPS Salten og DPS Mo i Rana til Akuttpsykiatrisk avdeling ved NLSH. Det var også en betydelig andel overføringer fra disse to DPS-ene til private behandlingssteder. Antall overføringer fra Akuttpsykiatrisk avdeling ved NLSH til ulike DPS-er var høyere enn antall overføringer motsatt vei.

Det er flere interessante forskjeller mellom de to «behandlingsnettverkene» UNN/FIN og NLSH/HSYK. Totalt antall døgnopphold registrert i nettverket UNN/FIN (representert ved de grønne sirklene merket «Øvrige HN» i figur 5.4 og 5.5) var over dobbelt så høyt som i nettverket NLSH/HSYK (representert ved de grønne sirklene merket «Øvrige HN» i figur 5.2 og 5.3). Dette stemmer godt overens med figur 3.10 i kapittel 3.3 (side 18), som viser at oppholdsraten i PHV generelt var høyere for bosatte i opptaksområdene UNN og Finnmark enn for bosatte i opptaksområdene Nordland og Helgeland. Akuttpsykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk avdeling og Alderspsykiatrisk avdeling ved UNN og Akuttpsykiatrisk avdeling og Spesialpsykiatrisk avdeling ved NLSH dekker omtrent de samme funksjonene, og disse hadde henholdsvis 3 606 og 3 386 døgnopphold i perioden 2015–2017. Det betyr at differansen i totalt antall døgnopphold mellom nettverket UNN/FIN og nettverket NLSH/HSYK for det meste dreide seg om aktivitet ved DPS-er.

Videre er det verdt å merke seg at DPS Lofoten og DPS Ytre Helgeland i nettverket NLSH/HSYK ikke hadde egne døgnplasser (og dermed heller ingen døgnopphold) i perioden. Til sammenlikning hadde DPS Nord-Troms og DPS Midt-Finnmark, som er de minste DPS-ene i nettverket UNN/FIN, omlag 500 døgnopphold i perioden. Dette til tross for at DPS Nord-Troms og DPS Midt-Finnmark hadde omlag halvparten så mange innbyggere i sine opptaksområder som DPS Lofoten og DPS Ytre Helgeland. Døgnbehandlingen i nettverket UNN/FIN var dermed spredt på vesentlig flere enheter enn døgnbehandlingen i nettverket NLSH/HSYK. Som en konsekvens av både den lavere aktiviteten og den mer sentraliserte strukturen i nettverket NLSH/HSYK var overføringsaktiviteten også vesentlig lavere i dette nettverket.

5.3 Kommentarer

Analysen av pasientstrømmer mellom helseforetakene viser at de aller fleste innleggelsene i PHV for pasienter bosatt i opptaksområdene UNN og Nordland var ved helseforetakene pasientene soknet til, mens en større andel av innleggelsene til pasienter bosatt i opptaksområdene Finnmark og Helgeland var ved andre helseforetak i Helse Nord. Dette var forventet da Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset ikke har egne psykiatriske sykehus. Pasienter bosatt i opptaksområdene til disse to helseforetakene behandles derfor ofte ved henholdsvis UNN og Nordlandssykehuset. I et slikt overordnet perspektiv ser organiseringen av behandlingsnettverkene UNN/FIN og NLSH/HSYK omtrent lik ut.

Det er imidlertid betydelige forskjeller i flyten av pasienter innad i de to behandlingsnettverkene slik som vist i figurene for overføringer mellom ulike behandlingssteder. Nettverket NLSH/HSYK hadde lavere aktivitet konsentrert på færre enheter enn nettverket UNN/FIN. Dette resulterte naturlig nok i færre overføringer innad i nettverket NLSH/HSYK enn i nettverket UNN/FIN.

Kapittel 6

Diskusjon

6.1 Hovedfunn

- Det var stor og uberettiget geografisk variasjon i bruk av polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholdsdøgn både for pasienter i PHV og for pasienter i TSB.
- I PHV var variasjonen særlig stor for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, noe som kan tyde på ulik prioritering av disse pasientene ved forskjellige behandlingssteder.
- I motsetning til hva som er tilfelle for somatiske helsetjenester finner vi at unge voksne hadde betydelig høyere bruk av polikliniske kontakter og institusjonsopphold i PHV enn eldre.
- Bruk av institusjonsopphold og oppholdsdøgn i PHV var høyere for bosatte i opptaksområdene UNN og Finnmark enn for bosatte i opptaksområdene Nordland og Helgeland. Resultatene tyder på at dette skyldes ulik kapasitet ved DPS-ene i UNN/FIN sammenliknet med NLSH/HSYK.
- Andel opphold i PHV som gav opphav til en akutt reinnleggelse, varierte fra omlag 30 % ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, til 5 % ved Senter for psykisk helse og rus Mosjøen og DPS Øst-Finnmark.

6.2 Vurdering av variasjon

Generelt er det slik at den delen av den observerte variasjonen som ikke kan forklares ved tilfeldigheter, pasientpreferanser eller kjente forskjeller i underliggende forekomst av sykdom betegnes som uberettiget variasjon¹⁴. Det er verdt å merke seg at der variasjonsanalyser fra SKDE normalt sett tar for seg variasjon i bruk av for eksempel ett kirurgisk inngrep eller én form for utredning, har vi her sett på bruken av alle typer kontakter i en hel sektor. Selv om erfaringer fra liknende kartlegginger i somatikken gjennom blant annet Helseatlas tilsier at man kan forvente moderat eller stor geografisk variasjon i bruken av enkelte typer behandlinger eller utredninger, er det rimelig å forvente at når man studerer alle former for behandling og utredning i en hel sektor vil variasjonen være vesentlig mindre. Vi finner

¹⁴For en grundig beskrivelse av vurdering av variasjon i bruk av helsetjenester, se «Eldre helseatlas for Norge» (Balteskard mfl. 2017) og rapporten «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon» (SKDE 2016).

imidlertid like stor geografisk variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester innen TSB og psykisk helsevern som som vi ofte finner i bruken av en spesiell type behandling innenfor somatikken.

Tilfeldig variasjon knyttet til svingninger i forekomst av sykdom og endringer i behandlingstilbudet vil kunne påvirke pasientraten, særlig for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med ruslidelser i de minste opptaksområdene.

I tillegg er det særlig tre forhold som kan virke sterkt inn på bruken av tjenester; variasjon i sykkelighet, variasjon i arbeidsdeling mellom ulike nivåer i helsetjenesten og ulik faglig praksis.

6.2.1 Geografisk variasjon i sykkelighet

Det finnes, såvidt vi vet, få studier av hvordan forekomsten av psykisk sykdom varierer geografisk i Norge. En studie med data fra 1990-tallet fant imidlertid at forekomsten av psykisk sykdom og ruslidelser var høyere i urbane strøk (Oslo) enn i utkantstrøk (Sogn og Fjordane)(Kringlen mfl. 2006). I en studie fra Finland ble det funnet at bosatte i urbane strøk hadde lavere risiko for psykotiske tilstander, samtidig som det ble påvist store forskjeller i forekomsten av schizofreni i ulike deler av landet (Perala mfl. 2008). Videre er det dokumenterte ulikheter i levekår både i Norge og innad i Nord-Norge (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2018: Regionale utviklingstrekk 2018), og det er flere studier som viser samvariasjon mellom levekår og psykisk helse (Myrvold mfl. 2008; Rognerud mfl. 2002; Johansen mfl. 2008; Elstad 2008). Vi mener derfor det er rimelig å anta at forekomsten av psykisk sykdom varierer geografisk i Norge. Det er likevel usikkert om det er geografisk variasjon i sykkelighet innad i Nord-Norge og hvor stor denne variasjonen eventuelt er.

I denne sammenhengen er det verdt å merke seg at variasjonen i pasientraten i PHV var større for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (70 % høyere rate i Midt-Finnmark enn i Lofoten) enn for pasienter med andre psykiske lidelser (50 % høyere rate i Nord-Troms enn i Vesterålen). For pasienter med alvorlige psykiske lidelser må behandling i spesialisthelsetjenesten være å betrakte som nødvendige helsetjenester¹⁵. Dersom forekomsten ikke varierte geografisk ville man derfor ikke forvente en så stor variasjon i pasientraten. Hvorvidt denne variasjonen faktisk skyldes ulik forekomst eller andre faktorer er det imidlertid ikke mulig å slå fast kun ved bruk data fra Norsk pasientregister, som denne rapporten er basert på. Variasjonen i bruk av tjenester var imidlertid vesentlig større enn variasjonen i pasientraten, både for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og for pasienter med andre lidelser. Dette er årsaken til at vi anser den observerte variasjonen i bruk av tjenester som uberettiget.

Når det gjelder ruslidelser spesielt kan man tenke seg at sykkeligheten, og dermed tjenesteb Bruken, er høyere i opptaksområder som er dominert av større byer (Tromsø og Salten) enn i opptaksområder som er dominert av mer spredt bosetning (som for eksempel Ytre Helgeland og Midt-Finnmark). Vi fant at bruk av polikliniske kontakter i TSB var vesentlig høyere i opptaksområdene Tromsø og Salten enn i de øvrige opptaksområdene, men dette skyldes sannsynligvis at tilbudet ved mange DPS-er var svært begrenset i perioden 2015–2017. Dette funnet kan derfor ikke antas å reflektere forskjeller i sykkelighet alene.

Bosatte i opptaksområdene Tromsø og Salten har ikke høye rater for bruk av institusjonsopphold og oppholdsdøgn i TSB, sammenliknet med bosatte i de øvrige opptaksområdene. Dersom det er slik at forekomsten av ruslidelser er høyere i disse to opptaksområdene tyder resultatene

¹⁵ dvs. helsetjenester som faller inn under definisjonen til den første av John Wennbergs tre kategorier av helsetjenester; nødvendige og effektive helsetjenester, preferansesensitive helsetjenester og tilbudssensitive helsetjenester (Wennberg og Gittelsohn 1973)

på at det er andre faktorer som er bestemmende for nivået på bruk av spesialisthelsetjenester innen rusbehandling.

6.2.2 Arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Ulik arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste kan gi opphav til geografisk variasjon i bruk av spesialisthelsetjenesten. Det er en helsepolitisk målsetting at mest mulig av utredning og behandling skal skje lokalt, nær der pasienten bor. Dette betyr at det er ønskelig at en vesentlig andel av helsetjenestene innen rus og psykisk helsevern skjer i primærhelsetjenesten. Det er imidlertid sannsynlig at både tilbudet i primærhelsetjenesten og funksjonsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten varierer mellom opptaksområdene. Dette vil kunne gi tildels stor variasjon i bruk av spesialisthelsetjenesten. Ulik arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan følge av planlagte prosesser, men kan også skyldes ulik spesialistdekning eller utfordringer med rekruttering både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hvor mye av variasjonen i bruk av spesialisthelsetjenester som skyldes ulik arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste er ikke kjent. Vi vurderer det imidlertid som lite sannsynlig at ulik arbeidsdeling kan forklare all den observerte variasjonen.

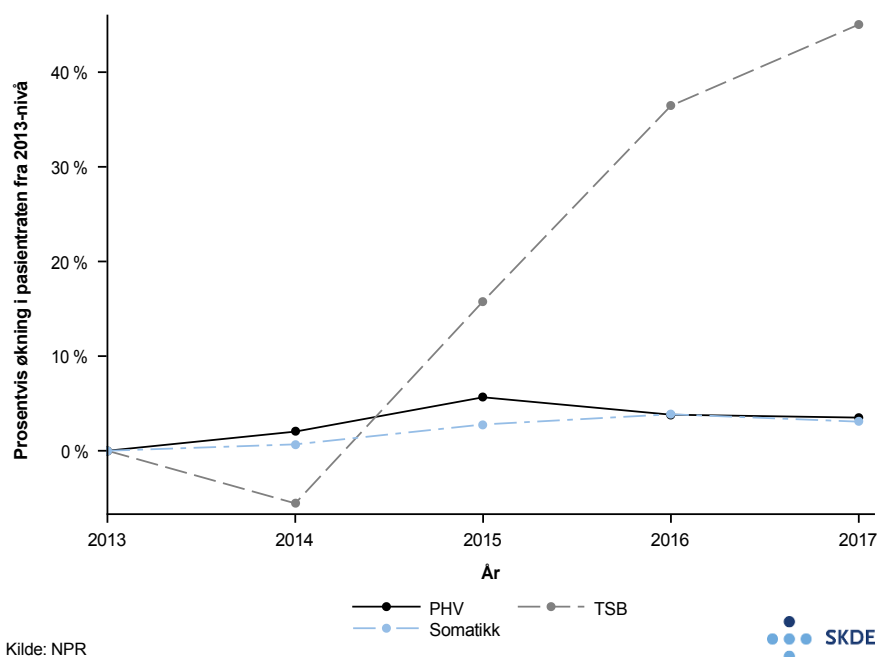
6.2.3 Ulik faglig praksis

Forskjeller i faglig praksis er en viktig årsak til geografisk variasjon i bruk av tjenester. Det finnes flere faglige veiledere innen rus og psykisk helsevern (se Helsebiblioteket), men de kan ha ulik oppslutning i fagmiljøet, og kan også praktiseres og tolkes ulikt ved forskjellige behandlingssteder. På områder der det ikke finnes klare faglige retningslinjer eller veiledere vil ulike faglige tradisjoner og behandlingsskulturer kunne gi opphav til geografisk variasjon i faglig praksis.

Det er rimelig å anta at den store variasjonen i bruk av døgnopphold mellom UNN/FIN på den ene siden og NLSH/HSYK på den andre siden, og det at aktiviteten er samlet på færre enheter i NLSH/HSYK, delvis er et resultat av ulik faglig praksis. Det er nærliggende å spørre om behandlingen kan være likeverdig når det er dokumentert så store forskjeller i tilbudet til pasientene.

6.3 Vurdering av omfang

Hva som er riktig nivå for behandling kan være svært vanskelig å slå fast. Det er en vurdering som må gjøres blant annet på bakgrunn av kunnskap om hva som er beste praksis for behandling, samt kjennskap til forhold i det enkelte opptaksområde, herunder den lokale arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En vurdering av hva som er rett nivå for behandling må også forholde seg til behovet for helsetjenester i befolkningen.



Kilde: NPR



Figur 6.1: Prosentvis økning (fra 2013-nivå) i pasientraten (pasienter 18 år eller eldre, bosatt i Helse Nord) for PHV, TSB og somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden 2014-2017.

Tabell 6.1: Antall pasienter (18 år eller eldre, bosatt i Helse Nord) og pasientrate (antall pasienter per 10 000 innbyggere per år) i perioden 2013 – 2017 for rus og psykiatri (PHV og TSB) og somatikk.

År	PHV		TSB		Somatikk	
	Pasienter	Pasientrate	Pasienter	Pasientrate	Pasienter	Pasientrate
2013	15 134	403	1 284	34	181 958	4 842
2014	15 598	411	1 225	32	185 062	4 875
2015	16 250	425	1 511	40	190 066	4 977
2016	16 096	418	1 795	47	193 604	5 029
2017	16 150	417	1 920	50	193 366	4 991

De seneste årene har det vært en kraftig økning i pasientraten¹⁶ i TSB (se figur 6.1 og tabell 6.1). Økningen i pasientraten i PHV var sammenliknbar med somatikken. Samlet sett var økningen i den totale pasientraten i psykisk helsevern og TSB vesentlig høyere enn i somatisk spesialisthelsetjeneste. I denne perioden har de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokumentene vært pålagt å prioritere psykisk helsevern og TSB fremfor somatisk virksomhet.

For å kunne planlegge omfang av tjenester, samt studere årsaker til og konsekvenser av geografisk variasjon i bruk av tjenester, er det avgjørende å ha kunnskap om forekomst av psykisk sykdom i befolkningen og hvorvidt denne varierer geografisk. Dette bør være et prioritert område for videre studier.

¹⁶Vi har her brukt den ujusterte raten.

6.4 Oppsummering

Vi fant stor og uberettiget variasjon innad i Helse Nord, både når det gjelder bruk av polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholdsdøgn innen PHV og TSB. Hvor stor del av variasjonen som skyldes tilfeldigheter, variasjon i sykelighet eller ulik arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og hvor stor del som skyldes ulik faglig praksis i spesialisthelsetjenesten, er ukjent.

Kartlegging av forekomst av ulike typer psykisk sykdom i Norge og hvordan dette varierer geografisk bør være et prioritert område for videre studier. Kunnskap om dette er avgjørende for å kunne vurdere omfang av og variasjon i bruk av tjenester innen psykisk helsevern.

Det planlegges nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen psykisk helsevern. Disse har potensiale til å belyse både behovet for helsetjenester i befolkningen og variasjon i faglig praksis. Dette vil være svært viktig for videre arbeid med å dokumentere årsaker til og konsekvenser av observert geografisk variasjon innen det psykiske helsevernet.

Referanser

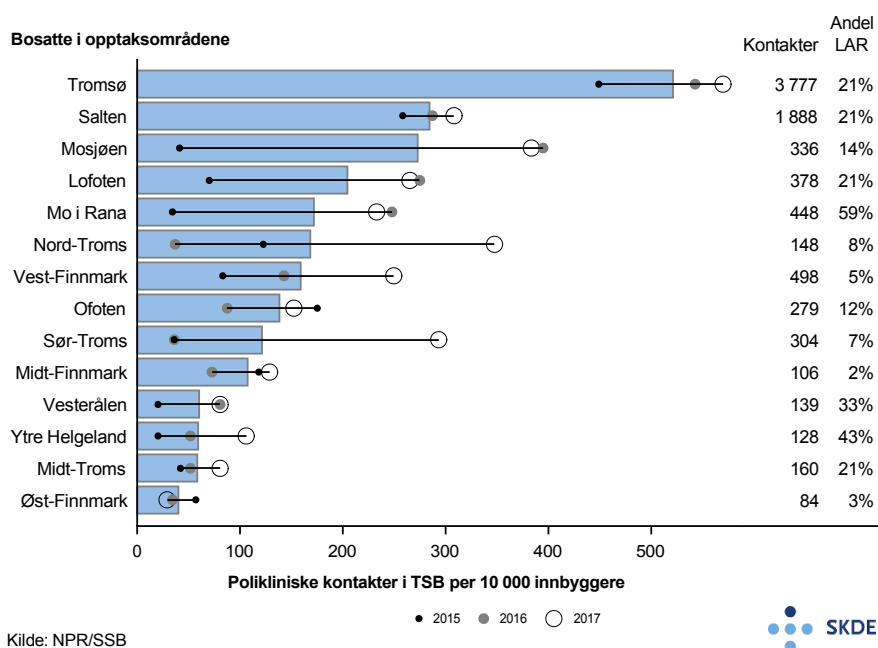
- Balteskard, L., P. Otterdal, A. H. Steindal, T. Bakken, O. H. Førde, F. Olsen, L. Leivseth og B. Uleberg (2017). *Eldrehelsetatlas for Norge*. Red. av W. F. Sellæg og B. Vonen. SKDE rapport, 2/17. ISBN: 978-82-93141-29-7.
- Elstad, J. (2008). *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. «Den gule serien» IS-1573. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019). *Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet*. Rapport IS-2807.
- Johansen, R., M. Rognerud og J. M. Sundet (2008). *Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005. Utvikling i psykisk helse*. Rapport 2008:4. Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2018). *Regionale utviklingstrekk 2018*.
- Kringlen, E., S. Torgersen og V. Cramer (2006). «Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study». I: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41.9, s. 713–9.
- Lilleeng, S. E. (2017). *Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2017*. Utgitt av Helsedirektoratet.
- Myrvold, T., F. Berglund og M. K. Helgesen (2008). *Psykisk sykes levekår*. NIBR-rapport 2008:32.
- Perala, J., S. I. Saarni, A. Ostamo, S. Pirkola, J. Haukka, T. Harkanen, S. Koskinen, J. Lonnqvist og J. Suvisaari (2008). «Geographic variation and sociodemographic characteristics of psychotic disorders in Finland». I: *Schizophr. Res.* 106.2-3, s. 337–347.
- Rognerud, M., B. H. Strand og D. O. S. (2002). «Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. I Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil». I: *Norsk Epidemiologi* 12.3, s. 239–248.
- Rønningen, L., B. M. Huseby, B. Kalseth, H. Ødegaard, K. H. Mehus, M. Pedersen, M. Sitter, M. Darvik, P. B. Pedersen, R. Bremnes, S. M. Mortensen, S. Lilleeng og T. R. Myrli (2016). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2015, med definisjonsvedlegg*.
- SKDE (2016). *Indikatorer for måling av uberettiget variasjon. Utredning fra SKDE for de regionale helseforetakene*. SKDE rapport, 4/16. ISBN: 978-82-93141-16-7.
- Wennberg, J. E. og A. Gittelsohn (1973). «Small Area Variations in Health Care Delivery: A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making». I: *Science* 182.4117, s. 1102–1108.

Vedlegg

Vedlegg A

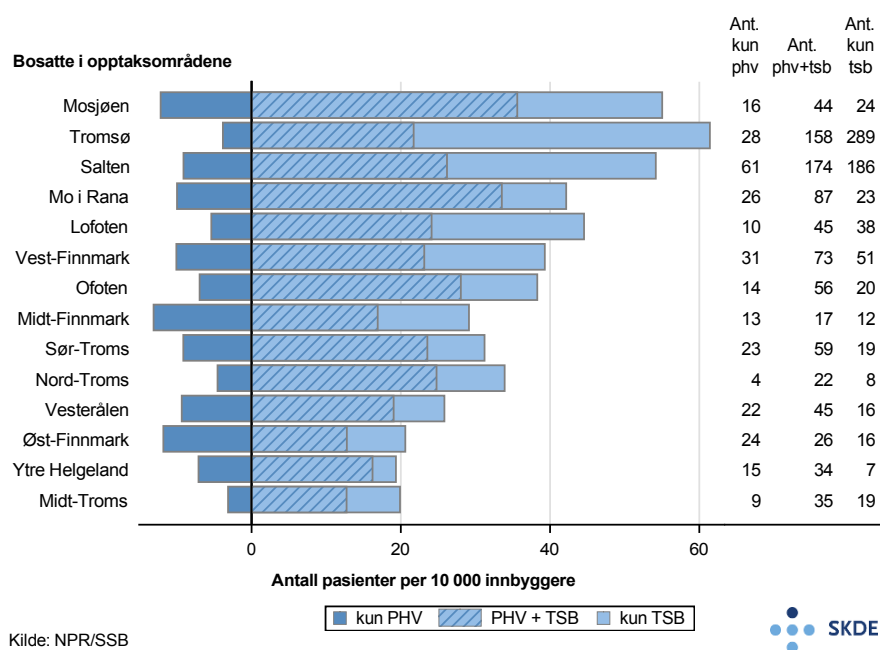
Tilleggsfigurer

A.1 Bruk av polikliniske kontakter i TSB



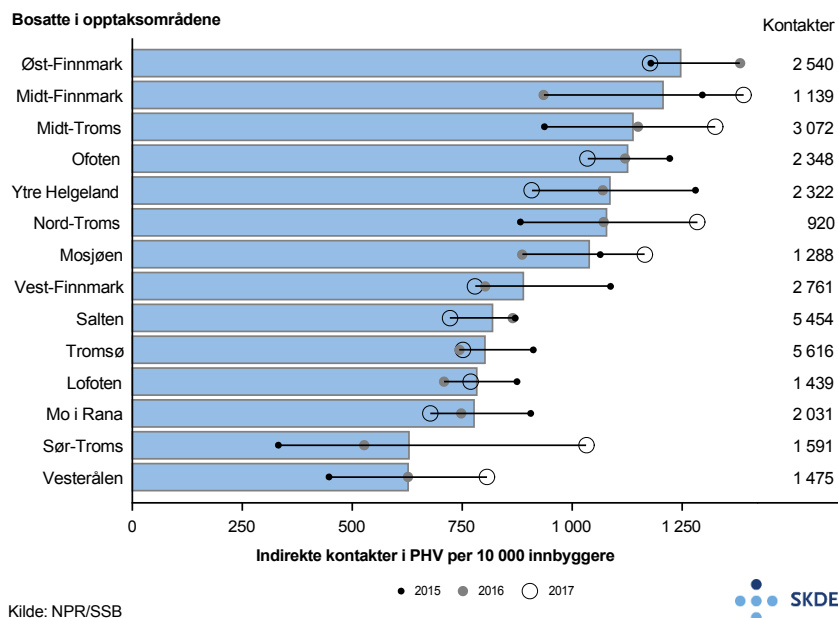
Figur A.1: Antall polikliniske kontakter i TSB per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for 2015–2017. Antall kontakter og andel LAR-kontakter til høyre.

A.2 Ruspasienter på poliklinikk i PHV/TSB

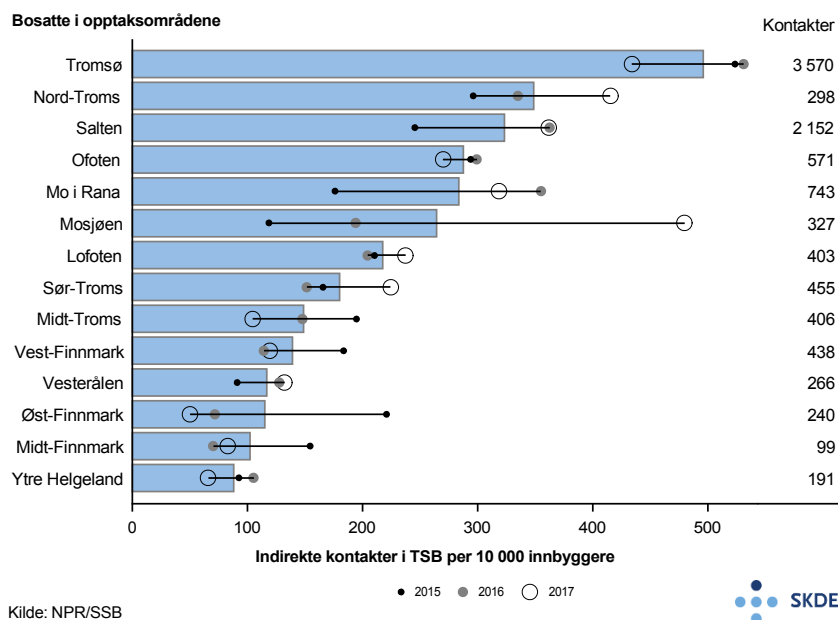


Figur A.2: Antall pasienter på poliklinikk per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder og fordelt på ruspasienter behandlet kun i PHV, ruspasienter behandlet i både PHV og TSB og ruspasienter behandlet kun i TSB. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017. Antall pasienter til høyre.

A.3 Bruk av indirekte kontakter



Figur A.3: Antall indirekte kontakter i PHV per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017.



Figur A.4: Antall indirekte kontakter i TSB per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt per år for perioden 2015–2017.

Vedlegg B

Pasientstrømstabeller

Dette vedlegget inneholder tabeller som viser polikliniske kontakter og innleggelser i PHV og TSB fordelt på pasientens bosted og behandlingssted.

I B.1 er pasientens bosted angitt som hvilket helseforetak sitt opptaksområde pasienten bor i og i B.2 er pasientens bosted angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i. Behandlingsstedene er inndelt i 5 kategorier som viser om pasienten ble behandlet ved helseforetaket pasienten soknet til («Eget HF»), et annet helseforetak i Helse Nord («Annet i HN»), et helseforetak utenfor Helse Nord («Utenfor HN»), en privat institusjon («Privat») eller hos en avtalespesialist («Avt.spes.»).

B.1 Bosted angitt som helseforetakenes opptaksområder

B.1.1 Psykisk helsevern for voksne

Polikliniske kontakter

Tabell B.1: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i PHV per år, i perioden 2015–2017, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket helseforetak sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Finnmark		UNN		Nordland		Helgeland	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	17 180	85,6	47 178	78,6	27 886	68,1	22 212	85,0
Annet i HN	508	2,5	370	0,6	577	1,4	390	1,5
Utenfor HN	567	2,8	909	1,5	840	2,1	905	3,5
Privat	45	0,2	62	0,1	1 221	3,0	139	0,5
Avt. spes.	1 775	8,8	11 482	19,1	10 444	25,5	2 488	9,5
Totalt	20 074	100,0	60 000	100,0	40 968	100,0	26 133	100,0

Innleggelser

Tabell B.2: Gjennomsnittlig antall innleggelser i PHV per år, i perioden 2015–2017, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket helseforetak sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Finnmark		UNN		Nordland		Helgeland	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	597	53,8	2 503	89,2	1 143	81,7	349	50,2
Annet i HN	360	32,4	63	2,2	56	4,0	262	37,8
Utenfor HN	26	2,4	60	2,1	29	2,1	41	5,9
Privat	127	11,4	180	6,4	171	12,2	42	6,1
Totalt	1 110	100,0	2 806	100,0	1 398	100,0	695	100,0

B.1.2 Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

Polikliniske kontakter

Tabell B.3: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i TSB per år, i perioden 2015–2017, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket helseforetak sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Finnmark		UNN		Nordland		Helgeland	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	540	78,6	4 579	98,1	2 226	92,6	791	86,8
Annet i HN	75	11,0	16	0,3	87	3,6	74	8,2
Utenfor HN	45	6,6	51	1,1	72	3,0	40	4,4
Privat	26	3,8	23	0,5	19	0,8	6	0,6
Totalt	687	100,0	4 668	100,0	2 405	100,0	911	100,0

Innleggelser

Tabell B.4: Gjennomsnittlig antall innleggelser i TSB per år, i perioden 2015–2017, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket helseforetak sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Finnmark		UNN		Nordland		Helgeland	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	101	41,9	444	74,1	87	23,1	76	46,1
Annet i HN	97	40,2	3	0,4	147	39,1	29	17,7
Utenfor HN	3	1,2	4	0,7	6	1,5	2	1,0
Privat	40	16,7	148	24,7	137	36,3	58	35,2
Totalt	242	100,0	599	100,0	376	100,0	166	100,0

B.2 Bosted angitt som DPS-enes opptaksområder

B.2.1 Psykisk helsevern for voksne

Polikliniske kontakter

Tabell B.5: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Finnmark, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Øst-Finnmark		Midt-Finnmark		Vest-Finnmark	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	5 227	89,6	2 754	90,9	9 199	82,1
Annet i HN	170	2,9	101	3,3	236	2,1
Utenfor HN	209	3,6	97	3,2	260	2,3
Privat	27	0,5	11	0,4	8	0,1
Avt. spes.	201	3,5	67	2,2	1 507	13,4
Totalt	5 834	100,0	3 029	100,0	11 210	100,0

Tabell B.6: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i UNN, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Nord-Troms		Midt-Troms		Tromsø		Sør-Troms		Ofoten	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	2 865	72,3	6 862	79,6	23 879	78,0	7 922	80,2	5 650	81,6
Annet i HN	40	1,0	37	0,4	94	0,3	78	0,8	121	1,7
Utenfor HN	90	2,3	148	1,7	279	0,9	224	2,3	167	2,4
Privat	7	0,2	15	0,2	30	0,1	4	0,0	6	0,1
Avt. spes.	962	24,3	1 556	18,1	6 331	20,7	1 653	16,7	979	14,1
Totalt	3 964	100,0	8 618	100,0	30 613	100,0	9 881	100,0	6 923	100,0

Tabell B.7: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Nordland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Vesterålen		Salten		Lofoten	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	4 875	85,6	17 536	61,2	5 475	82,6
Annet i HN	96	1,7	400	1,4	80	1,2
Utenfor HN	106	1,9	575	2,0	159	2,4
Privat	68	1,2	1 074	3,7	79	1,2
Avt. spes.	553	9,7	9 054	31,6	838	12,6
Totalt	5 699	100,0	28 638	100,0	6 631	100,0

Tabell B.8: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Helgeland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Mo i Rana		Mosjøen		Ytre Helgeland	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	8 048	80,8	4 134	92,1	10 030	85,8
Annet i HN	182	1,8	86	1,9	123	1,0
Utenfor HN	161	1,6	200	4,4	544	4,7
Privat	61	0,6	22	0,5	56	0,5
Avt. spes.	1 503	15,1	49	1,1	936	8,0
Totalt	9 955	100,0	4 490	100,0	11 688	100,0

Innleggelser

Tabell B.9: Gjennomsnittlig antall innleggelser i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Finnmark, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Øst-Finnmark		Midt-Finnmark		Vest-Finnmark	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	213	61,5	117	58,5	267	47,3
Annet i HN	100	28,8	61	30,2	200	35,4
Utenfor HN	13	3,7	3	1,3	11	1,9
Privat	21	6,0	20	10,0	86	15,3
Totalt	346	100,0	201	100,0	564	100,0

Tabell B.10: Gjennomsnittlig antall innleggelser i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i UNN, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Nord-Troms		Midt-Troms		Tromsø		Sør-Troms		Ofoten	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	172	91,7	327	86,4	1 245	89,7	443	90,5	317	87,0
Annet i HN	2	0,9	4	1,1	23	1,7	15	3,1	19	5,2
Utenfor HN	2	0,9	8	2,2	34	2,4	11	2,2	5	1,5
Privat	12	6,6	39	10,3	85	6,2	21	4,2	23	6,3
Totalt	188	100,0	378	100,0	1 387	100,0	489	100,0	364	100,0

Tabell B.11: Gjennomsnittlig antall innleggelser i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Nordland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Vesterålen		Salten		Lofoten	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	220	75,2	826	85,8	97	67,4
Annet i HN	15	5,1	36	3,8	4	3,0
Utenfor HN	4	1,5	17	1,7	8	5,3
Privat	53	18,2	83	8,6	35	24,2
Totalt	293	100,0	962	100,0	143	100,0

Tabell B.12: Gjennomsnittlig antall innleggelser i PHV per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Helgeland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Mo i Rana		Mosjøen		Ytre Helgeland	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	207	57,6	63	46,2	79	39,7
Annet i HN	124	34,5	52	38,6	86	43,0
Utenfor HN	8	2,2	12	9,1	21	10,4
Privat	20	5,6	8	6,1	14	6,9
Totalt	360	100,0	136	100,0	199	100,0

B.2.2 Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

Polikliniske kontakter

Tabell B.13: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Finnmark, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Øst-Finnmark		Midt-Finnmark		Vest-Finnmark	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	57	68,5	95	89,6	388	78,0
Annet i HN	8	10,0	7	6,9	60	12,0
Utenfor HN	11	13,1	4	3,5	31	6,2
Privat	7	8,4	0	0,0	19	3,9
Totalt	84	100,0	106	100,0	498	100,0

Tabell B.14: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i UNN, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Nord-Troms		Midt-Troms		Tromsø		Sør-Troms		Ofoten	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	140	94,6	147	92,1	3 736	98,9	289	95,1	266	95,6
Annet i HN	0	0,0	0	0,0	10	0,3	5	1,5	1	0,4
Utenfor HN	5	3,6	10	6,5	21	0,6	6	1,9	8	2,9
Privat	3	1,8	2	1,5	9	0,2	5	1,5	4	1,4
Totalt	148	100,0	160	100,0	3 777	100,0	304	100,0	279	100,0

Tabell B.15: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Nordland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Vesterålen		Salten		Lofoten	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	109	78,7	1 787	94,7	330	87,3
Annet i HN	24	17,5	45	2,4	18	4,9
Utenfor HN	5	3,4	39	2,0	29	7,6
Privat	1	0,5	17	0,9	1	0,3
Totalt	139	100,0	1 888	100,0	378	100,0

Tabell B.16: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Helgeland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Mo i Rana		Mosjøen		Ytre Helgeland	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	391	87,4	312	93,0	87	68,1
Annet i HN	48	10,7	6	1,9	20	15,7
Utenfor HN	6	1,3	16	4,7	19	14,6
Privat	2	0,5	1	0,4	2	1,6
Totalt	448	100,0	336	100,0	128	100,0

Innleggelser

Tabell B.17: Gjennomsnittlig antall innleggelser i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Finnmark, fordelt på på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Øst-Finnmark		Midt-Finnmark		Vest-Finnmark	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	28	41,4	28	66,4	46	34,4
Annet i HN	28	40,9	10	24,0	60	45,0
Utenfor HN	1	1,5	1	1,6	1	1,0
Privat	11	16,3	3	8,0	26	19,6
Totalt	68	100,0	42	100,0	133	100,0

Tabell B.18: Gjennomsnittlig antall innleggelser i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i UNN, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Nord-Troms		Midt-Troms		Tromsø		Sør-Troms		Ofoten	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eget HF	30	80,4	44	80,9	219	78,9	71	59,2	81	72,9
Annet i HN	<1	0,9	<1	0,6	1	0,2	1	1,1	0	0,0
Utenfor HN	0	0,0	0	0,0	2	0,8	<1	0,3	2	1,5
Privat	7	18,8	10	18,5	55	20,0	47	39,4	28	25,6
Totalt	37	100,0	54	100,0	277	100,0	120	100,0	111	100,0

Tabell B.19: Gjennomsnittlig antall innleggelser i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Nordland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Vesterålen		Salten		Lofoten	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	5	8,2	70	29,9	12	14,6
Annet i HN	25	41,2	88	37,9	34	41,1
Utenfor HN	1	1,6	4	1,6	1	1,2
Privat	30	48,9	72	30,7	35	43,1
Totalt	61	100,0	233	100,0	82	100,0

Tabell B.20: Gjennomsnittlig antall innleggelser i TSB per år, i perioden 2015–2017 for bosatte i Helgeland, fordelt på pasientens bosted (angitt som hvilket DPS sitt opptaksområde pasienten bor i), og på behandlingssted.

	Mo i Rana		Mosjøen		Ytre Helgeland	
	N	%	N	%	N	%
Eget HF	49	46,8	11	51,5	16	41,0
Annet i HN	16	15,3	3	15,2	10	25,6
Utenfor HN	1	0,6	1	3,0	<1	0,9
Privat	39	37,3	7	30,3	13	32,5
Totalt	105	100,0	22	100,0	39	100,0

Vedlegg C

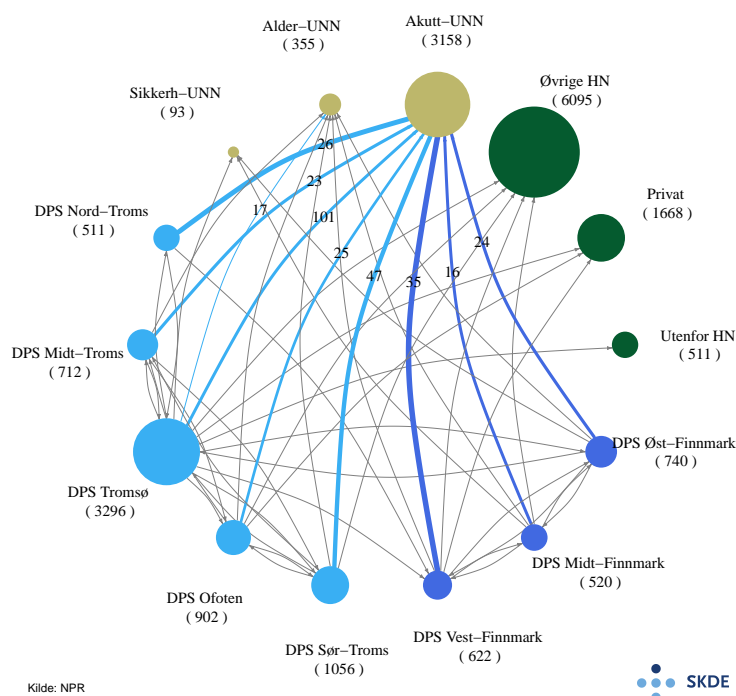
Akutte reinnleggelser

Tabell C.1: Andel institusjonsopphold som gav opphav til en akutt reinnleggelse (ved samme eller annet behandlingssted) fordelt på behandlingssteder i helseforetakene. Kortnavn for behandlingsstedene er oppgitt i tabell D.1, side 61. I tilfeller der et institusjonsopphold består av en serie døgnopphold ved ulike behandlingssteder regnes det siste (dvs. utskrivende) behandlingsstedet som aktuelt behandlingssted. Hvorvidt en reinnleggelse regnes som akutt eller elektiv følger av den administrative kodingen for det første døgnoppholdet i institusjonsoppholdet. Se også vedlegg E, side 68.

Behandlingssted	Andel (%)
FIN	
DPS Øst-Finnmark	5,0
DPS Midt-Finnmark	6,0
DPS Vest-Finnmark	9,8
UNN	
DPS Nord-Troms	12,7
DPS Midt-Troms	13,1
DPS Tromsø	30,5
DPS Sør-Troms	25,0
DPS Ofoten	6,9
Akutt-UNN	32,5
Alder-UNN	5,4
Sikkerh-UNN	14,3
NLSH	
DPS Vesterålen	11,6
DPS Salten	7,9
DPS Lofoten	-
Akutt-NLSH	20,3
Spesial-NLSH	10,6
HSYK	
DPS Mo i Rana	7,9
DPS Mosjøen	4,9
DPS Ytre Helgeland	-

Vedlegg D

Forklaring til nettverksfigurer



Figur D.1: Antall døgnopphold ved ulike behandlingssteder i nettverket UNN/FIN i perioden 2015–2017, samt hvor mange av døgnoppholdene ved hvert av DPS-ene som ble etterfulgt av en overflytting til en annen type behandlingssed.

Figur D.1 gjelder Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Finnmarkssykehuset (FIN). Figuren viser antall døgnopphold ved ulike behandlingssteder, samt hvor mange av døgnoppholdene ved DPS-ene som ble etterfulgt av en overføring til ulike avdelinger ved UNN, til andre helseforetak i Helse Nord, til andre helseforetak utenfor Helse-Nord eller til private institusjoner.

Hvert behandlingssted (se tabell D.1 for navneforkortelser på behandlingsstedene) er representert med en sirkel. DPS er representert ved lyse (UNN) og mørke (FIN) blå sirkler, andre behandlingssteder i UNN er representert ved lysegrønne sirkler og behandlingssteder utenfor UNN/Finnmarkssykehuset er representert ved mørkegrønne sirkler i tre samlekategorier.

Tabell D.1: Behandlingssteder og kortnavn brukt i nettverksfigurer.

Behandlingssted	Kortnavn
Finnmarkssykehuset HF	FIN
DPS Øst-Finnmark	DPS Øst-Finnmark
SANKS/DPS Midt-Finnmark	DPS Midt-Finnmark
DPS Vest-Finnmark	DPS Vest-Finnmark
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	UNN
Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms	DPS Nord-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms	DPS Midt-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø	DPS Tromsø
Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms	DPS Sør-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten	DPS Ofoten
Akuttpsykiatrisk avdeling	Akutt-UNN
Alderspsykiatrisk avdeling	Alder-UNN
Sikkerhetspsykiatrisk avdeling	Sikkerh-UNN
Nordlandssykehuset HF	NLSH
Vesterålen DPS	DPS Vesterålen
Salten DPS	DPS Salten
Lofoten DPS	DPS Lofoten
Akuttpsykiatrisk avdeling	Akutt-NLSH
Spesialpsykiatrisk avdeling	Spesial-NLSH
Helgelandssykehuset HF	HSYK
Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana	DPS Mo i Rana
Senter for psykisk helse og rus Mosjøen	DPS Mosjøen
Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland	DPS Ytre Helgeland
Andre behandlingssteder	
Øvrige behandlingssteder i Helse Nord RHF	Øvrige HN
Behandlingssteder i HF utenfor Helse Nord RHF	Utenfor HN
Private behandlingssteder	Privat

Arealet til sirklene er proporsjonalt med totalt antall døgnopphold¹⁷ (oppgitt i parentes) som er registrert ved det aktuelle behandlingsstedet i perioden (uavhengig av oppholdets lengde). For eksempel kan vi se at DPS Tromsø og Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN hadde omtrent like mange døgnopphold i perioden, disse to sirklene er derfor omtrent like store.

Strekene/pilene i figuren representerer overføringer fra de totalt 8 DPS til andre behandlingssteder, tallene på pilene angir antall overføringer mellom de to aktuelle behandlingsstedene. Antall overføringer er kun oppgitt dersom det overstiger ti, og disse pilene har fått farge etter det DPS pasientene overføres fra. Dersom antall overføringer mellom to enheter er mindre enn ti er pilen farget lys grå.

Vi kan for eksempel se at det i perioden er registrert totalt 101 overføringer fra DPS Tromsø til Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN. Vi finner også at det er registrert færre enn ti overføringer fra DPS Tromsø til behandlingssteder utenfor Helse Nord, og ingen overføringer fra de andre DPS til behandlingssteder utenfor Helse Nord. Vi ser også at det foregikk en del overføringer mellom de ulike DPS, men at antallet slike ikke i noen tilfeller oversteg ti.

¹⁷Ved beregning av totalt antall døgnopphold er serier av døgnopphold ved samme behandlingssted der innskrivelse til nytt døgnopphold skjer innen 24 timer etter utskrivelse fra forrige døgnopphold, slått sammen og talt som ett enkelt døgnopphold.

Videre gjelder for de fargede pilene at bredden på pila er proporsjonal med hvor stor andel overføringene utgjør av den totale mengden døgnopphold ved det aktuelle DPS. For eksempel kan vi se at pila fra DPS Nord-Troms til Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN er vesentlig bredere enn pila fra DPS Midt-Finnmark til Akuttpsykiatrisk avdeling ved UNN. Det betyr at en større andel av døgnoppholdene ved DPS Nord-Troms leder til en overføring, sammenliknet med DPS Midt-Finnmark.

Vedlegg E

Metode

E.1 Datakilde

Data fra Norsk pasientregister (NPR) ligger til grunn for beskrivelsen av bruk av psykiatriske spesialisthelsetjenester. SKDE har fått utlevert indirekte identifiserbare helseopplysninger fra NPR for årene 2013–2017 med hjemmel i helseregisterloven § 20 og NPR forskriften § 3-6, og konsesjon fra Datatilsynet av 04.08.2014 og 30.09.2015 med varighet fram til 31.12.2019.

Etter 20.07.2018 har databehandlingen behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstav j, og hvor vedtak fra NPR etter helseregisterloven § 20 utgjør nødvendig supplerende nasjonalt rettsgrunnlag. I denne rapporten brukes data fra NPR for å beskrive offentlig finansiert aktivitet ved offentlige sykehus, hos avtalespesialister og ved private institusjoner med avtale om offentlig finansiering. SKDE er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på dataene.

E.2 Opptaksområder i Helse Nord

De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for at befolkningen i deres opptaksområde tilbys forsvarlig spesialisthelsetjeneste (jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og § 2-2). I praksis er det de enkelte helseforetak og private aktører med avtale med et regionalt helseforetak som tilbyr og utfører de offentlige helsetjenestene. I psykiatrisk spesialisthelsetjeneste utføres tjenester i helseforetakene dels av de ulike distriktpsykiatriske sentrene (DPS-ene), og dels av spesialpsykiatriske avdelinger med regionale eller fylkesdekkende funksjoner.

Hvert helseforetak og hvert enkelt DPS har sitt eget opptaksområde som inkluderer bestemte kommuner og dermed utgjør et geografisk område. Enkelte tjenester er funksjonsfordelt mellom ulike helseforetak og/eller private aktører. I denne rapporten bruker vi for det meste opptaksområdene til DPS-ene som analyseenhet, men i noen analyser bruker vi i stedet helseforetakene generelle opptaksområder for medisinsk øyeblikkelig hjelp.

Tabell E.1 viser hvilke helseforetak eller DPS det er definert opptaksområder for og kortnavnene på disse som brukes i denne rapporten. Tabell G.1 i vedlegg G viser en komplett liste over hvilke kommuner som tilhører de ulike opptaksområdene. Opptaksområdene er definert på samme måte som i de årlige rapportene til SAMDATA (Rønningen mfl. 2016).

Tabell E.1: Opptaksområdene og kortnavnene brukt i tekst og figurer.

Opptaksområde for	Kortnavn
Finnmarkssykehuset HF	Finnmark
DPS Øst-Finnmark	Øst-Finnmark
SANKS/DPS Midt-Finnmark	Midt-Finnmark
DPS Vest-Finnmark	Vest-Finnmark
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	UNN
Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms	Nord-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms	Midt-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø	Tromsø
Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms	Sør-Troms
Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten	Ofoten
Nordlandssykehuset HF	Nordland
Vesterålen DPS	Vesterålen
Salten DPS	Salten
Lofoten DPS	Lofoten
Helgelandssykehuset HF	Helgeland
Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana	Mo i Rana
Senter for psykisk helse og rus Mosjøen	Mosjøen
Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland	Ytre Helgeland

Figur E.1 viser gjennomsnittlig antall innbyggere (personer 18 år eller eldre), andel kvinner og gjennomsnittsalder i opptaksområdene til de ulike DPS-ene for perioden 2015–2017. Antall innbyggere varierte fra nær 70 000 i opptaksområdet Tromsø til ca. 9 000 i opptaksområdet Nord-Troms. Kvinneandelen varierte fra 47,6% i opptaksområdet Midt-Finnmark til 50,0% i opptaksområdet Sør-Troms. Gjennomsnittsalderen varierte fra 46,2 år i opptaksområdet Tromsø til 50,5 år i opptaksområdet Mosjøen.

E.3 Sentrale begreper

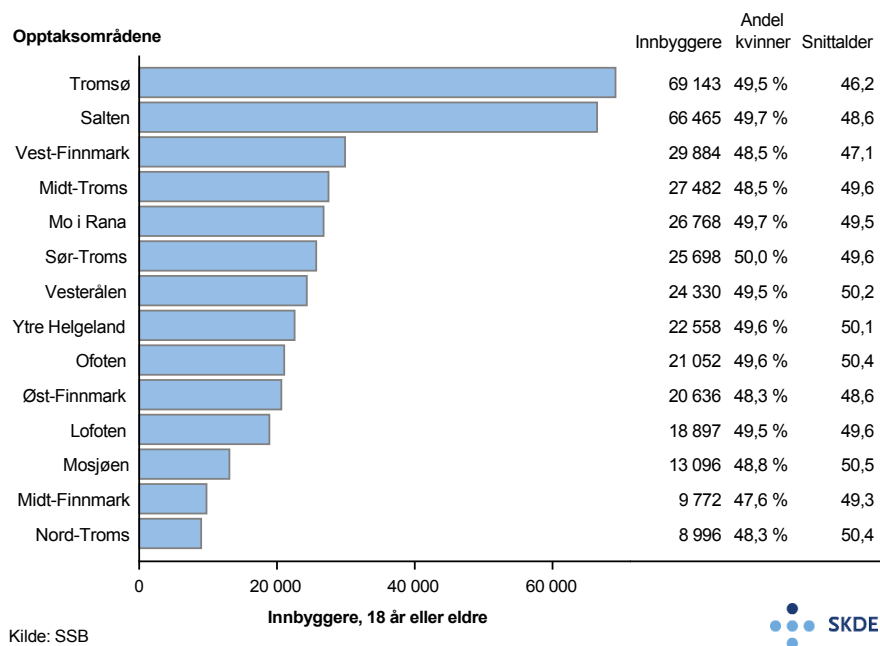
E.3.1 Pasientgrupper

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Alvorlige psykiske lidelser defineres som ICD-10-kodene F20 - F29 (Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser), F30 (Manisk episode) og F31 (Bipolar affektiv lidelse). Pasienter som hadde minst én kontakt i perioden 2015–2017 med minst én av disse som hoved- eller bitilstand regnes som pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Pasienter med andre psykiske lidelser

Alle pasienter som ikke hadde diagnoser definert som alvorlige psykiske lidelser i den aktuelle perioden regnes som pasienter med andre psykiske lidelser.



Figur E.1: Antall innbyggere, 18 år eller eldre, i de ulike opptaksområdene. Til høyre antall innbyggere, andel kvinner og gjennomsnittsalder. Gjennomsnitt for perioden 2015–2017.

Pasienter med ruslidelser

Pasienter som hadde minst én kontakt i løpet av treårsperioden 2015–2017 med minst én av ICD-10-kodene F10-F16, F18 eller F19 (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, unntatt tobakk) som hovedtilstand defineres som pasienter med ruslidelser.

E.3.2 Behandlende helseforetak og institusjoner

I pasientstrømsanalysene skiller vi på om pasienten var behandlet ved

- Eget HF: Pasienten bodde i opptaksområdet til det behandlende helseforetaket
- Annet i HN: Pasienten bodde ikke i opptaksområdet til det behandlende helseforetaket, men var behandlet ved et HF som tilhører Helse Nord
- Utenfor HN: Pasienten bodde ikke i opptaksområdet til det behandlende helseforetaket, og var behandlet ved et HF som ikke tilhører Helse Nord
- Privat: Pasienten var behandlet ved en privat institusjon eller et privat sykehus
- Avt.Spes.: Pasienten var behandlet hos en avtalespesialist

Hvert behandlende helseforetak består av flere behandlingssteder (se under).

E.3.3 Behandlingssted

Et behandlingssted er i denne rapporten definert som ett av følgende:

- et distriktspsykiatrisk senter,
- en sykehusavdeling med regionale funksjoner,
- en privat institusjon med offentlig finansiering,
- en avtalespesialist.

Rapportering av behandlingssted til NPR skal følge bestemte regler. Ifølge NPR-melding¹⁸ skal behandlingssted være entydig med hensyn på geografi og næring (delt inn i somatikk, PHV, barne- og ungdomspsykiatri, TSB og rehabilitering). Behandlingssted skal rapporteres med organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (bedriftsnummer) slik det fremkommer i Enhetsregisteret i Brønnøysund. Det er imidlertid stor variasjon mellom de ulike helseforetakene når det gjelder hva som faktisk rapporteres. Det er også variasjon i kvaliteten på innrapporterte data fra år til år grunnet organisatoriske endringer og endringer i rapporteringsrutiner. Det er derfor en krevende øvelse å identifisere ved hvilket behandlingssted hver enkelt pasientkontakt faktisk har funnet sted.

Vedlegg H gir en oversikt over hvordan behandlingsstedet er identifisert for hver enkelt pasientkontakt i dataene som er benyttet i denne rapporten. Vi har benyttet all informasjonen vi har klart å innhente gjennom utforskende analyser av dataene og samtaler med fagpersoner i de ulike helseforetakene. Det er sannsynlig at vi likevel ikke har klart å identifisere korrekt behandlingssted for alle episoder. Vi tror imidlertid at omfanget av episoder der vi ikke har klart å identifisere korrekt behandlingssted er såpass lite at dette ikke forventes å påvirke resultatene i vesentlig grad.

E.3.4 PHV og TSB

Betegnelse «Psykisk helsevern for voksne» (PHV) og «Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser» (TSB) brukes for å skille behandling som hovedsakelig dreier seg om psykiske lidelser fra behandling som hovedsakelig dreier seg om ruslidelser. Mange pasienter har sammensatte helseproblemer som inkluderer både psykisk lidelse og ruslidelser. Skillet mellom PHV og TSB er derfor hovedsakelig et organisatorisk skille som først og fremst beskriver aktiviteten ved de ulike behandlende enhetene. I datamaterialet er det skilt mellom behandlende enheter som driver psykisk helsevern for voksne og enheter som driver tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser. Vi har valgt å beskrive aktiviteten til disse enhetene i to separate resultatkapitler.

Som beskrevet over er det imidlertid ofte vanskelig å identifisere de enkelte organisatoriske enhetene i data fra NPR på grunn av ulik rapporteringspraksis og endringer fra år til år, både i organisasjon og rapporteringsrutiner. Det betyr at inndelingen av datamaterialet i PHV og TSB er beheftet med noe usikkerhet, men antall episoder som er tilskrevet feil sektor antas å være såpass lite at dette ikke forventes å påvirke resultatene i vesentlig grad.

Skillet mellom PHV og TSB i denne rapporten følger hovedsakelig av det som er oppgitt i de utleverte dataene i variabelen *sektor*. Vi har imidlertid identifisert tre behandlingssteder som

¹⁸Se aktuelle versjoner av NPR-melding på <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/informasjonsmodell-og-meldinger>.

ser ut til å være feilkategorisert i de utleverte dataene, og disse er flyttet til det vi tror er riktig sektor basert på rapportert navn. Det gjelder følgende enheter:

1. Lofoten Ruspoliklinikk - *behandlingsstedKode* 975326616 og *fagenhetKode* 7351
2. Vesterålen Ruspoliklinikk - *behandlingsstedKode* 975326594 og *fagenhetKode* 7352
3. Lofoten og Vesterålen Ruspoliklinikk - *behandlingsstedKode* 983974910 og *fagenhetKode* 7351 og 7352

der det totalt er registrert 1023 kontakter i perioden 2015–2017.

E.3.5 Poliklinisk kontakt

Begrepet *poliklinisk kontakt* brukes om alle episoder der pasienten er skrevet inn og ut samme dag. Inkluderer ikke indirekte kontakter. På samme måte som i SAMDATAs årlige rapporter har vi kun inkludert kontakter med refusjonstakst i PHV.

Eksempler på polikliniske kontakter er:

- polikliniske kontakter på sykehus
- polikliniske kontakter hos avtalespesialister
- dagbehandlinger
- andre avdelingsopphold hvor pasienten er skrevet inn og ut samme dag

E.3.6 Indirekte kontakter

Indirekte kontakter er definert som episoder der variabelen *kontaktType* har verdien «Indirekte pasientkontakt» eller der variabelen *pollndir* har verdi (ikke er «missing»). I tillegg er kontakter hos avtalespesialister med takstene 612a, 612b og 14 også definert som indirekte. For PHV og TSB inkluderes også kontakter med P-takst P13, P14, P23, P24, P31 som indirekte.

E.3.7 LAR-kontakter i TSB

Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er definert som episoder der variabelen *episodeFag* (fagområde) har verdien 365 (LAR - Legemiddellassistert rehabilitering) eller der det er registrert minst én av de nasjonale særkodene B0001, B0002, B0003, B0004.

E.3.8 Døgnopphold

Begrepet *døgnopphold* brukes om alle episoder der pasienten er skrevet inn og ut på ulike datoer, uavhengig av rapportert omsorgsnivå.

E.3.9 Institusjonsopphold

Pasienter med døgnopphold kan bli utredet, behandlet eller fulgt opp ved flere avdelinger på ett behandlingssted, eller overført mellom ulike behandlingssteder. Når vi skal sammenlikne bruk

av helsetjenester gitt ved ulike behandlingssteder er det nødvendig å ta hensyn til overføringer mellom ulike avdelinger og sykehus for å unngå systematiske skjevheter.

Vi definerer derfor *et institusjonsopphold* som:

- Ett enkelt døgnopphold eller
- En serie døgnopphold der utskrivelse fra ett døgnopphold ved en offentlig institusjon følges av en ny innskrivelse innen 24 timer ved en offentlig institusjon innenfor samme sektor (PHV eller TSB) eller
- En serie døgnopphold der utskrivelse fra ett døgnopphold ved en privat institusjon følges av en ny innskrivelse innen 24 timer ved den samme institusjonen.

Et døgnopphold ved en offentlig institusjon som umiddelbart følges av et døgnopphold ved en privat institusjon (eller vice versa) telles som to institusjonsopphold. Et døgnopphold på en privat institusjon som umiddelbart følges av et døgnopphold ved en annen privat institusjon telles også som to institusjonsopphold.

Institusjonsopphold der pasienten har et døgnopphold som går over årsskiftet deles i to (eller tre, dersom oppholdet strekker seg over flere år) institusjonsopphold. Dette gjøres for å sikre at resultatene for bruk av institusjonsopphold og oppholds døgn per år reflekterer den reelle årlige aktiviteten.

E.3.10 Innleggelser

En innleggelse er definert på samme måte som et institusjonsopphold, med den forskjellen at en innleggelse bare kan inneholde døgnopphold ved ett enkelt helseforetak.

E.3.11 Akutt reinnleggelse

En akutt reinnleggelse er definert som et institusjonsopphold der følgende kriterier er møtt

- det første døgnoppholdet er kodet som en akutt innleggelse (variabelen *innmateHast* har verdi 1,2 eller 3)
- innskrivelse skjer innen 30 dager etter utskrivelse fra forrige institusjonsopphold.

E.4 Kjønn- og aldersjusterte rater

Siden vi ønsker å sammenligne bruk av helsetjenester i geografiske områder med ulik kjønns- og alderssammensetning, anvendes kjønns- og aldersjusterte rater. Alle ratene beregnes per 10 000 innbyggere som er 18 år eller eldre. Det fremstilles en gjennomsnittsrate for årene 2015–2017 og årlige rater per opptaksområde.

Den ujusterte raten for en hendelse (for eksempel en poliklinisk kontakt) i et opptaksområde beregnes på følgende måte:

$$\frac{\text{Antall polikliniske kontakter i opptaksområdet}}{\text{Antall innbyggere i opptaksområdet}}$$

Ved kjønns- og aldersjustering av ratene benyttes direkte standardisering med Nord-Norges befolkning i aktuell alder i 2016 fordelt på aldersgrupper¹⁹ som referansepopulasjon. De justerte ratene er de ratene opptaksområdene ville ha hatt dersom kjønns- og alderssammensetningen var lik Nord-Norge som helhet i 2016. Den kjønns- og aldersjusterte raten per innbygger for en hendelse (for eksempel en poliklinisk kontakt) i et opptaksområde j (r_j) beregnes som:

$$r_j = \sum_{i=1}^K \frac{n_{ij}}{N_{ij}} \times a_i$$

hvor n_{ij} er antall hendelser (polikliniske kontakter) i opptaksområde j og kjønns- og aldersgruppe i , N_{ij} er antall innbyggere i opptaksområde j og kjønns- og aldersgruppe i , a_i er den andelen kjønns- og aldersgruppe i utgjør av Nord-Norges befolkning og K er antall kjønns- og aldersgrupper.

Vi har satt som et generelt krav at det i gjennomsnitt skal være minimum fem hendelser i hver kjønns- og aldersgruppe i hvert opptaksområde (dvs. at $n_{ij} \geq K \cdot 5$ i ligningen over). Ved justering i denne rapporten har vi to kjønn og tre aldersgrupper, slik at vi dermed har et krav om at det skal være minst 30 hendelser i hvert opptaksområde.

Fire typer rater benyttes:

- pasientrate – gjennomsnittlig antall pasienter per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder
- kontaktrate – gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder
- oppholdsrate – gjennomsnittlig antall institusjonsopphold per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder
- døgnrate – gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per år, per 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder

¹⁹Aldersgruppene er definert slik at det er omlag like mange hendelser i hver aldersgruppe. Følgelig vil aldersgruppeinndelingen variere mellom ulike pasientutvalg.

Vedlegg F

Utfordringer og begrensninger i datamaterialet

F.1 Ulik registrering av omsorgsnivå

Tabell F.1: Antall kontakter ved ulike DPS kodet med omsorgsnivå lik *dagbehandling* og *poliklinisk kontakt*.

Behandlingssted (DPS)	Dagbehandling	Poliklinisk kontakt
Midt-Finnmark	256	9 349
Øst-Finnmark	2	15 841
Vest-Finnmark	24	29 623
Nord-Troms	70	8 073
Midt-Troms	168	19 999
Tromsø	960	63 167
Ofoten	84	18 232
Sør-Troms	25	26 767
Salten	389	57 115
Vesterålen	301	14 489
Lofoten	2748	18 274
Mo i Rana	66	26 896
Mosjøen	12	15 582
Ytre Helgeland	96	31 695

Tabell F.1 viser antall kontakter i perioden 2015–2017 ved de ulike DPS som var kodet med omsorgsnivå lik *dagbehandling* og *poliklinisk kontakt*. Det var stor variasjon mellom DPS-ene når det gjaldt hvor stor andel av disse kontaktene som var kodet som *dagbehandling*. For eksempel ved Nordlandssykehuset var 2748 av 21 022 kontakter (13,0 %) kodet som *dagbehandling* ved DPS Lofoten, mens i «nabo-DPS-er» Vesterålen var kun 301 av totalt 14 790 kontakter (2,0 %) kodet som *dagbehandling*. En tilsvarende, om noe mindre uttalt, kontrast fant vi ved Finnmarkssykehuset mellom DPS Midt-Finnmark, der 2,6 % av kontaktene var kodet som *dagbehandling* og DPS Øst-Finnmark, der bare 0,01 % av kontaktene var kodet som *dagbehandling*.

Generelt er det vanskelig å vite i hvilken grad denne variasjonen representerer en reell variasjon i tilbudet til pasientene og i hvilken grad den kun reflekterer variasjon i kodepraksis

eller tilfeldig variasjon.

Når det gjelder Lofoten DPS vet vi at dette DPS-et i lengre tid har hatt et dagbehandlingstilbud som skiller seg en del fra behandlingstilbud ved andre DPS i regionen. Det er imidlertid vanskelig å skille ut denne aktiviteten i analysene slik at man står igjen med aktivitet som er sammenliknbar med tilbud som gis andre steder.

I analysene i denne rapporten har vi valgt å slå sammen all aktivitet der pasienter er skrevet inn og ut samme dag og kalle dette *polikliniske kontakter*, uavhengig av hvilket omsorgsnivå som er rapportert for kontakten. Vi mener at dette gir et tilstrekkelig godt bilde av aktiviteten på overordnet nivå, til tross for at en del nyanser når det gjelder variasjonen i tilbudet til pasientene går tapt.

F.2 Samtidige kontakter og flere kontakter per dag

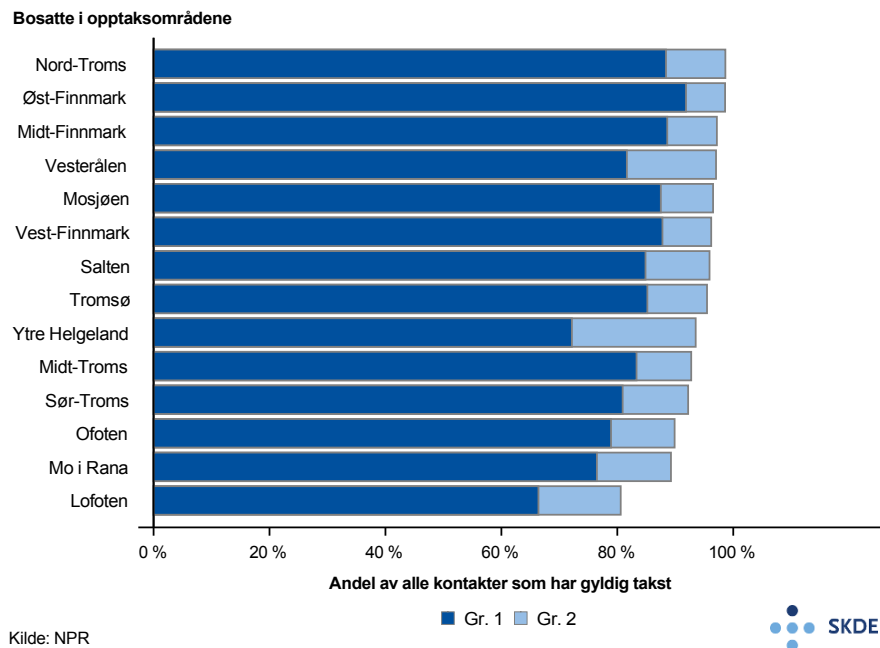
Innledende analyser viste at en del pasienter hadde kontakter som overlappet i tid, for eksempel to polikliniske kontakter som helt eller delvis overlappet, eller polikliniske kontakter som foregikk samtidig som en dagbehandling. Omfanget av dette er imidlertid såpass begrenset at det ikke forventes å påvirke resultatene.

Likeledes finner vi at det ved noen behandlingssteder i større grad enn ved andre registreres flere polikliniske kontakter for samme pasient på samme dag. Imidlertid finner vi at det i slike tilfeller ofte kun er registrert en refusjonstakst på en av kontaktene. Vi har derfor, på samme måte som i SAMDATAs årlige rapporter, kun tatt med kontakter med refusjonstakst når vi har aggregert kontakter i PHV. Ved ISF-innføringen i 2017 gikk refusjonstakstene ut av bruk, men de skulle fortsatt rapporteres til NPR for kontrollformål. Det betyr at kvaliteten på takstdata fra 2017 kan tenkes å være lavere enn foregående år.

Vi har undersøkt effekten av å telle kontakter med takst i PHV på antall polikliniske kontakter per 10 000 innbyggere i opptaksområdene, og sammenliknet med en modell hvor vi kun teller én kontakt per pasient per dag uavhengig av om refusjonstakst er oppgitt eller ikke. Vi finner svært små forskjeller mellom de to ulike modellene. Vi mener derfor at SAMDATAs metode med å kun telle kontakter med refusjonstakst i PHV gir tilstrekkelig presisjon i den typen overordnede analyser som er presentert i denne rapporten.

F.3 Polikliniske kontakter med ulikt innhold

Det kan være svært variert innhold i ulike polikliniske kontakter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det kan derfor reises spørsmål ved om den reelle variasjonen i aktivitet mellom opptaksområdene er tilstrekkelig godt representert i en modell hvor alle polikliniske kontakter vektet likt, uavhengig av innhold. Vi har derfor undersøkt andelen kontakter med ulike kategorier av refusjonstakster (i to takstgrupper, basert på utbetalingen som takstene utløser) for bosatte i de ulike opptaksområdene. Dette er vist i figur F.1. Takstgruppe 1 (lav utbetaling) består av refusjonstakstene P12, P12a, P12b og P13 eventuelt i kombinasjon med P17. Takstgruppe 2 (høy utbetaling) består av refusjonstakstene P10 og P30 eventuelt i kombinasjon med P17 samt refusjonstakstene P12, P12a, P12b og P13 i kombinasjon med P15 eller P16.



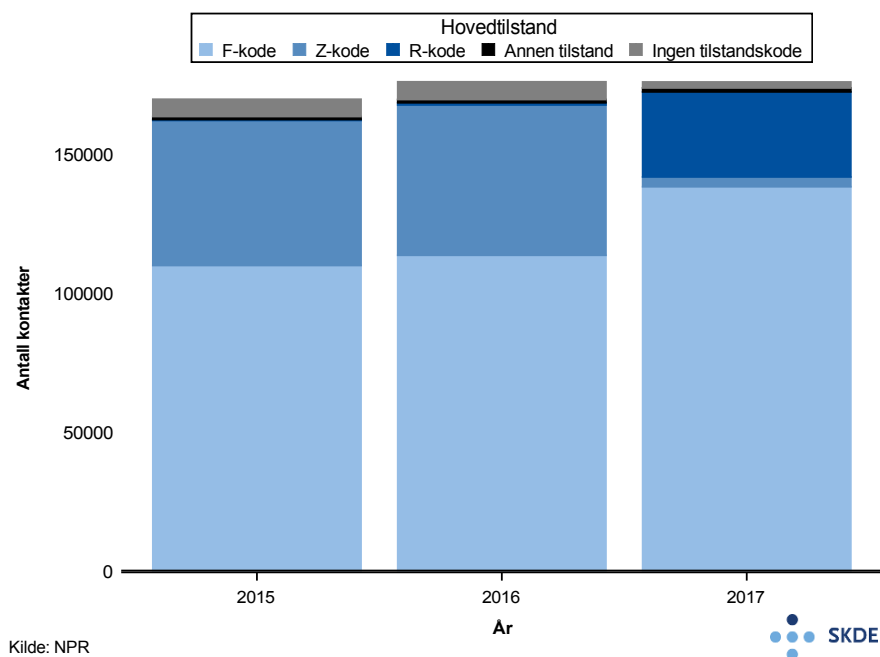
Figur F.1: Andel polikliniske kontakter i PHV som har gyldig refusjonstakst, fordelt på to takstgrupper (se definisjon i teksten ovenfor) og pasientens bosted. Gjennomsnitt for perioden 2015–2017.

Andel polikliniske kontakter som hadde gyldig refusjonstakst varierte fra nær 100 % for bosatte i opptaksområdet Nord-Troms til omlag 80 % for bosatte i opptaksområdet Lofoten. Andelen kontakter i takstgruppe 2 er lav, og med et par unntak (Ytre Helgeland og Vesterålen har forholdsvis høy bruk av takstgruppe 2) er variasjonen mellom opptaksområdene moderat. Vi mener at variasjonen i aktivitet mellom opptaksområdene slik den fremstår ved å vekte alle polikliniske kontakter likt uavhengig av innhold, representerer den reelle variasjonen forholdsvis godt og med et presisjonsnivå som er tilstrekkelig for den typen overordnede analyser som er presentert i denne rapporten.

F.4 Kvalitet i tilstandskoder

Det har lenge vært en utfordring at en vesentlig andel episoder i psykisk helsevern har uspesifikke eller manglende hovedtilstandskoder. Perioden 2015–2017 sammenfaller med innføringen av ISF for polikliniske tjenester. Vi ser en tydelig endring i bruk av hovedtilstandskoder fra 2016 til 2017, og særlig i andelen Z-koder og R-koder (se figur F.2).

Ved identifisering av ruspasienter og pasienter med alvorlige psykiske lidelser i kapittel 3 «Psykisk helsevern for voksne» så vi på alle tilstandskoder (hoved- og bitilstand) for alle episoder pasienten hadde i hele perioden 2015–2017. Dette burde gjøre identifiseringen av den aktuelle pasientgruppen forholdsvis robust. Det er likevel mulig at noen pasienter med alvorlig psykisk sykdom hadde kontakter med bare Z-koder og/eller R-koder, og dermed er definert inn i gruppen av pasienter med andre psykiske lidelser. Dette er en kilde til usikkerhet i analysene som det er vanskelig å korrigere for. Det er imidlertid lite sannsynlig at det er så stor variasjon i kodepraksis mellom ulike behandlingssteder i regionen at dette har påvirket



Figur F.2: Kontakter i PHV og TSB fordelt på hovedtilstand.

resultatene vesentlig.

F.5 Manglende eller ufullstendig innrapportering til NPR

Noen ganger hender det at en avtalespesialist ikke rapporterer all sin aktivitet til NPR på grunn av tekniske problemer eller andre årsaker. Når vi finner forholdsvis store variasjoner i aktivitet innen samme opptaksområde fra år til år kan dette skyldes opprettelse og/eller avviking av hjemler for avtalespesialister, eller manglende innrapportering til NPR.

NPRs årsrapporter med aktivitetsdata for avtalespesialister viser at andel avtalespesialister innen psykisk helsevern for voksne som ikke leverte data til NPR var på 3 % i 2015, 2 % i 2016 og 13 % i 2017, for landet som helhet.

I årsrapporten for 2015 er det ikke oppgitt hvor mange avtalespesialister i hver helseregion som ikke rapporterte data til NPR. I 2016 rapporterte alle avtalespesialistene i Helse Nord data til NPR, mens i 2017 var det 3 avtalespesialister (omlag 10 % av alle avtalespesialistene) i Helse Nord som ikke rapporterte data til NPR. Disse hadde hjemmelsstørrelser på 100 %, 45 % og 20 %. Når faktisk utført aktivitet hos avtalespesialister ikke rapporteres til NPR fører det til at vi og alle andre brukere av disse dataene underestimerer bruken av helsetjenester.

Manglende innrapportering til NPR fra avtalespesialister i 2017, kan medføre at estimert antall polikliniske kontakter per 10 000 innbyggere per år i enkelte opptaksområder der avtalespesialister er mye brukt, er noe lavere enn det reelle aktivitetsnivået. Dette forventes imidlertid ikke å påvirke hovedfunnene i rapporten.

Vedlegg G

Opptaksområder

Tabell G.1: Oversikt over hvilke kommuner som inngår i helseforetakenes (HF-enes) og de distriktspyskiatriske sentrenes (DPS-enes) opptaksområder

HF	DPS	Kommune
Finnmark	Øst-Finnmark	2002 Vardø, 2003 Vadsø, 2024 Berlevåg, 2025 Tana, 2027 Nesseby, 2028 Båtsfjord, 2030 Sør-Varanger
	Midt-Finnmark	2011 Kautokeino, 2020 Porsanger, 2021 Karasjok, 2022 Lebesby, 2023 Gamvik
	Vest-Finnmark	2004 Hammerfest, 2012 Alta, 2014 Loppa, 2015 Hasvik, 2017 Kvalsund, 2018 Måsøy, 2019 Nordkapp
UNN	Nord-Troms	1940 Kåfjord, 1941 Skjervøy, 1942 Nordreisa, 1943 Kvænangen
	Midt-Troms	1919 Gratangen, 1920 Lavangen, 1922 Bardu, 1923 Salangen, 1924 Målselv, 1925 Sørreisa, 1926 Dyrøy, 1927 Tranøy, 1928 Torsken, 1929 Berg, 1931 Lenvik
	Tromsø	1902 Tromsø, 1933 Balsfjord, 1936 Karlsøy, 1938 Lyngen, 1939 Storfjord
	Sør-Troms	1903 Harstad, 1911 Kvæfjord, 1913 Skånland, 1917 Ibestad
	Ofoten	1805 Narvik, 1851 Lødingen, 1852 Tjeldsund, 1853 Evenes, 1854 Ballangen
Nordland	Vesterålen	1866 Hadsel, 1867 Bø, 1868 Øksnes, 1870 Sortland, 1871 Andøy
	Salten	1850 Tysfjord, 1804 Bodø, 1837 Meløy, 1838 Gildeskål, 1839 Beiarn, 1840 Saltdal, 1841 Fauske, 1845 Sørfold, 1848 Steigen, 1849 Hamarøy, 1856 Røst
	Lofoten	1857 Værøy, 1859 Flakstad, 1860 Vestvågøy, 1865 Vågan, 1874 Moskenes
Helgeland	Mo i Rana	1828 Nesna, 1832 Hemnes, 1833 Rana, 1836 Rødøy
	Mosjøen	1824 Vefsn, 1825 Grane, 1826 Hattfjelldal
	Ytre Helgeland	1811 Bindal, 1812 Sømna, 1813 Brønnøy, 1815 Vega, 1816 Vevelstad, 1818 Herøy, 1820 Alstahaug, 1822 Leirfjord, 1827 Dønna, 1834 Lurøy, 1835 Træna

Vedlegg H

Identifisering av behandlingssted

Vi brukte tre variabler fra det utleverte datasettet (med tilhørende labels/navn angitt i tre strengvariabler) for å identifisere behandlingssted for alle kontakter i datasettet. Variablene er *tjenesteenhetKode* (*tjenesteenhet_Navn*), *fagenhetKode* (*fagenhet_Navn*) og *behandlingsstedKode* (*behandlingssted_Navn*).

Identifisering av behandlingssted ble gjort i to steg. I steg 1 ble variablene *tjenesteenhetKode* og *fagenhetKode* benyttet. For enkelte episoder var det vanskelig å identifisere behandlingssted ved hjelp av disse to variablene. De aktuelle episodene ble derfor sendt videre til steg 2 der variabelen *behandlingsstedKode* ble benyttet til å identifisere behandlingssted.

I noen få tilfeller var det heller ikke i steg 2 av prosessen mulig å identifisere behandlingssted. Dersom den aktuelle pasienten var behandlet ved eget helseforetak benyttet vi pasientens bosted til å finne hvilket DPS pasienten soknet til og antok at pasienten var behandlet ved dette DPS-et. Dersom pasienten ikke var behandlet ved eget helseforetak antok vi at pasienten var behandlet ved det aktuelle helseforetaket.

Tabell H.1 - H.4 viser hvordan behandlingssted er identifisert i steg 1 og tabell H.5 - H.7 viser hvordan behandlingssted er identifisert i steg 2.

Vedlegg H. Identifisering av behandlingssted

Tabell H.1: Identifisering av behandlingssted ved Finnmarkssykehuset, steg 1.

<i>tjenesteenhetKode</i>	<i>fagenhetKode</i>	Behandlingssted
6150	6150	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6000	6750	DPS Øst-Finnmark
6000	60505	DPS Vest-Finnmark
6000	60507	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6000	60508	DPS Øst-Finnmark
6000	60509	DPS Vest-Finnmark
6000	6010	Til steg 2
6000	60500	DPS Vest-Finnmark
6000	60501	DPS Vest-Finnmark
6000	60502	DPS Øst-Finnmark
6000	60503	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6000	60504	DPS Øst-Finnmark
6000	60510	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6012	6012	DPS Vest-Finnmark
6013	6013	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6011	6011	DPS Øst-Finnmark
6004	6004	SANKS/DPS Midt-Finnmark
7000	6750	Til steg 2
7300	7355	DPS Vest-Finnmark
7300	7310	Til steg 2
7300	7354	SANKS/DPS Midt-Finnmark
7300	7350	DPS Vest-Finnmark
7300	7351	DPS Vest-Finnmark
7300	7352	DPS Øst-Finnmark
6052	6052	DPS Vest-Finnmark
6055	6055	DPS Øst-Finnmark
6053	6053	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6054	6054	DPS Øst-Finnmark
6051	6051	DPS Vest-Finnmark
6005	6005	SANKS/DPS Midt-Finnmark
61508	61508	SANKS/DPS Midt-Finnmark
60139	99	SANKS/DPS Midt-Finnmark
60139	60139	SANKS/DPS Midt-Finnmark
60129	99	DPS Vest-Finnmark
60129	60129	DPS Vest-Finnmark
60119	99	DPS Øst-Finnmark
60119	60119	DPS Øst-Finnmark
6004	99	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6052	99	DPS Vest-Finnmark
6055	99	DPS Øst-Finnmark
6055	6055	DPS Øst-Finnmark
6053	99	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6054	99	DPS Øst-Finnmark
6054	6054	DPS Øst-Finnmark
6051	99	DPS Vest-Finnmark

Vedlegg H. Identifisering av behandlingssted

Tabell H.2: Identifisering av behandlingssted ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, steg 1.

<i>tjenesteenhetKode</i>	<i>fagenhetKode</i>	Behandlingssted
6100	6110	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
6100	6100	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
6100	6014	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
67000	67711	Alderspsykiatrisk avdeling, UNN
67000	67721	Alderspsykiatrisk avdeling, UNN
60050	61721	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
60050	73711	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
60060	61731	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
66000	66711	Sikkerhetspsykiatrisk avdeling, UNN
66000	66721	Sikkerhetspsykiatrisk avdeling, UNN
6000	6110	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
6000	60508	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
6000	6010	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
6000	60500	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
6001	6110	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
6001	60510	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
6001	6011	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
6001	60502	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
6001	60503	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
6001	60736	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
6002	6110	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
6002	60509	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
6002	6012	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
6002	60501	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
6002	6002	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
6002	60733	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
6003	6110	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
6003	60514	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
6003	6013	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
6003	6014	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
6003	60504	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
6003	60738	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
6004	6110	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60526	OCD-team, UNN
6004	60524	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60515	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60525	RVTSnord, UNN
6004	6014	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60505	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60506	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60522	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60521	RaskereTilbake, UNN
6004	60507	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60520	RVTSnord, UNN
6004	60761	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60711	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60741	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
6004	60771	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	61711	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	60781	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	69741	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	60000	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	65711	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	60761	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	60721	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	69731	OCD-team, UNN
60000	60719	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø

Vedlegg H. Identifisering av behandlingssted

60000	60711	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	69721	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	60741	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
60000	60771	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
69000	69711	RaskereTilbake, UNN
73020	78721	RVTSnord, UNN
73020	78711	RVTSnord, UNN
60020	60725	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
60020	60736	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
60020	60746	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
60020	60716	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
60020	60717	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
60030	60728	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
60030	60748	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
60030	60718	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
60040	60723	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
60040	60733	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
60040	60753	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
60040	60713	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
60010	60742	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
60010	60712	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
60010	60722	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
7000	6710	Alderspsykiatrisk avdeling, UNN
7000	6750	Alderspsykiatrisk avdeling, UNN
7000	6610	Sikkerhetspsykiatrisk avdeling, UNN
73010	73791	Rusbehandling, UNN Tromsø
73010	73720	Rusbehandling, UNN Tromsø
73010	73751	Rusbehandling, UNN Tromsø
73010	73771	Rusbehandling, UNN Tromsø
73010	73761	Rusbehandling, UNN Tromsø
73010	73741	Rusbehandling, UNN Tromsø
73010	73781	Rusbehandling, UNN Tromsø
73010	73713	Rusbehandling, UNN Narvik
7300	73505	Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
7300	73506	Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
7300	73507	Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms
7300	73508	Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms
7300	73510	Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø
7300	73503	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	73504	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	7310	Til steg 2
7300	73502	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	73501	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	73791	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	73751	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	73761	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	73500	Rusbehandling, UNN Narvik
67000	67711	Alderspsykiatrisk avdeling, UNN
67000	67721	Alderspsykiatrisk avdeling, UNN
60050	73711	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
60050	61721	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
60060	61731	Akuttpsykiatrisk avdeling, UNN
66000	66711	Sikkerhetspsykiatrisk avdeling, UNN
66000	66721	Sikkerhetspsykiatrisk avdeling, UNN
69000	69711	RaskereTilbake, UNN
73020	78721	RVTSnord, UNN
73020	78711	RVTSnord, UNN

Tabell H.3: Identifisering av behandlingssted ved Nordlandsykehuset, steg 1.

<i>tjenesteenhetKode</i>	<i>fagenhetKode</i>	Behandlingssted
6100	6110	Akuttpsykiatrisk avdeling, NLSH
6100	6150	Akuttpsykiatrisk avdeling, NLSH
6100	7051	Akuttpsykiatrisk avdeling, NLSH
6000	60504	Salten DPS
6000	60505	Lofoten DPS
6000	60506	Vesterålen DPS
6000	60507	Salten DPS
6000	6010	Salten DPS
6000	60500	Salten DPS
6000	60501	Salten DPS
6000	60502	Lofoten DPS
6000	60503	Vesterålen DPS
6000	60508	Salten DPS
6000	6050	Salten DPS
7000	7052	Spesialpsykiatrisk avdeling, NLSH
7000	7010	Spesialpsykiatrisk avdeling, NLSH
7000	7053	Spesialpsykiatrisk avdeling, NLSH
7300	7353	Salten DPS
7300	7310	Salten DPS
7300	7350	Salten DPS
7300	7351	Lofoten DPS
7300	7352	Vesterålen DPS
61009	61009	Akuttpsykiatrisk avdeling, NLSH
61009	6101	Akuttpsykiatrisk avdeling, NLSH
6200	6200	Spesialpsykiatrisk avdeling, NLSH
61519	61519	Salten DPS
6620	6620	Habilitering, NLSH
65509	6501	Habilitering, NLSH
65509	65509	Habilitering, NLSH
6551	6551	Spesialpsykiatrisk avdeling, NLSH
60559	60559	Spesialpsykiatrisk avdeling, NLSH
60529	60529	Salten DPS
60547	60547	Salten DPS
73509	73509	Salten DPS
73509	7301	Salten DPS
60519	60519	Salten DPS
60019	7303	Salten DPS
60019	60019	Salten DPS
60019	7302	Salten DPS
60049	60049	Spesialpsykiatrisk avdeling, NLSH
60009	6871	Vesterålen DPS
60009	6043	Vesterålen DPS
60009	60558	Vesterålen DPS
60009	60419	Vesterålen DPS
60009	60528	Vesterålen DPS
60009	60409	Vesterålen DPS
60009	6070	Vesterålen DPS
60009	60009	Vesterålen DPS
60009	60538	Vesterålen DPS
605	60028	Lofoten DPS
605	605	Lofoten DPS
605	60527	Lofoten DPS

Tabell H.4: Identifisering av behandlingssted ved Helgelandssykehuset, steg 1.

<i>tjenesteenhetKode</i>	<i>fagenhetKode</i>	Behandlingssted
6000	61508	Til steg 2
6000	6010	Til steg 2
6000	60500	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
6000	60501	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
6000	60502	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
6000	60503	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
5650	5650	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
5850	5852	Til steg 2
5850	5853	Til steg 2
5650	5650	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
6900	6900	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
6950	6950	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
605	605	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
6010	6010	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
6071	6071	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
7310	7310	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
7000	7050	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
7300	7354	Til steg 2
7300	7310	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
7300	7353	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
7300	7350	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
7300	7351	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
7300	7352	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
6050	6050	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
6900	6900	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
6950	6950	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
605	99	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
605	605	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
60109	60109	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
6071	99	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
73109	73109	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
60509	99	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
60509	60509	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen

Vedlegg H. Identifisering av behandlingssted

Tabell H.5: Identifisering av behandlingssted ved Finnmarkssykehuset, steg 2.

<i>tjenesteenhetKode</i>	<i>fagenhetKode</i>	BehandlingsstedKode	Behandlingssted
6000	6010	879848482	DPS Vest-Finnmark
6000	6010	983974880	Opptaksområde/Behandlende HF
6000	6010	974795841	SANKS/DPS Midt-Finnmark
6000	6010	974795965	DPS Øst-Finnmark
7000	6750	879848482	DPS Vest-Finnmark
7000	6750	974795841	DPS Vest-Finnmark
7000	6750	974795957	DPS Øst-Finnmark
7000	6750	974795841	SANKS/DPS Midt-Finnmark
7000	6750	974795965	DPS Øst-Finnmark
7300	7310	983974880	Opptaksområde/Behandlende HF
7300	7310	992090367	SANKS/DPS Midt-Finnmark

Tabell H.6: Identifisering av behandlingssted ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, steg 2.

<i>tjenesteenhetKode</i>	<i>fagenhetKode</i>	BehandlingsstedKode	Behandlingssted
7300	7310	974795191	Rusbehandling, UNN Narvik
7300	7310	974795787	Rusbehandling, UNN Tromsø
7300	7310	988265780	Rusbehandling, UNN Tromsø

Tabell H.7: Identifisering av behandlingssted ved Helgelandssykehuset, steg 2.

<i>tjenesteenhetKode</i>	<i>fagenhetKode</i>	BehandlingsstedKode	Behandlingssted
6000	61508	984036450	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
6000	61508	997810287	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
6000	61508	975326551	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
6000	61508	975326632	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
6000	6010	997810287	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
6000	6010	975326551	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
5850	5852	974795515	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
5850	5852	975326551	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
5850	5852	975326632	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
5850	5853	974795515	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
5850	5853	975326551	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
5850	5853	975326632	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
7300	7354	984036450	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
7300	7354	983974929	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland
7300	7354	997810287	Senter for psykisk helse og rus Mo i Rana
7300	7354	975326551	Senter for psykisk helse og rus Mosjøen
7300	7354	975326632	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland

Vedlegg I

Referansegruppen

Referansegruppen har bestått av (i alfabetisk rekkefølge):

Fred Emil Bjerke	Rådgiver, UNN
Jon Tomas Finnson	Seksjonsleder, Helse Nord RHF
Sidsel Forbergskog	Rådgiver, HSYK
Anne Høye	Overlege, UNN
Kent Jensen	Overlege, UNN
Hilde Gunn Belinda Schanche	Enhetsleder, FIN
Ruben Sletteng	Avdelingsleder, UNN
Hedda Beate Soløy-Nilsen	Overlege, Klinikksjef, NLSH
Ole-Kristian Sæbø	Klinikkrådgiver, NLSH
Andreas Østvik	Avdelingsleder, NLSH

Vedlegg J

Oversiktstabell

Tabell J.1: Gjennomsnittlig pasientrate (P-rate), kontaktrate (K-rate), oppholdsrate (O-rate) og døgnrate (D-rate) for perioden 2015–2017, fordelt på pasientenes bosted. Høyeste rate er skrevet med mørk blå og laveste rate med lys blå skrift. Ratene er antall per 10 000 innbyggere i hvert av DPS-enes opptaksområder og totalt i Helse Nords opptaksområde som er hele Nord-Norge.

	TSB				PHV			
	P-rate	K-rate	O-rate	D-rate	P-rate	K-rate	O-rate	D-rate
Øst-Finnmark	26	40	31	1 222	410	2 871	151	3 158
Midt-Finnmark	39	107	41	1 596	490	3 232	189	3 580
Vest-Finnmark	46	159	40	1 825	459	3 601	169	3 953
Nord-Troms	39	168	41	1 609	509	4 674	217	2 702
Midt-Troms	22	58	20	934	381	3 229	138	2 342
Tromsø	64	521	39	1 370	372	4 214	191	3 379
Sør-Troms	39	121	47	2 287	464	3 913	193	2 797
Ofoten	42	138	54	2 337	428	3 461	177	2 449
Vesterålen	30	60	26	1 426	351	2 461	123	2 199
Salten	57	284	35	1 465	439	4 276	144	3 016
Lofoten	53	204	44	2 427	424	3 599	77	1 620
Mø i Rana	44	172	40	2 149	444	3 808	127	2 771
Mosjøen	44	273	18	878	412	3 627	100	1 490
Ytre Helgeland	18	59	18	719	471	5 410	87	2 300
Helse Nord	45	225	36	1 559	420	3 825	152	2 847



Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
www.skde.no