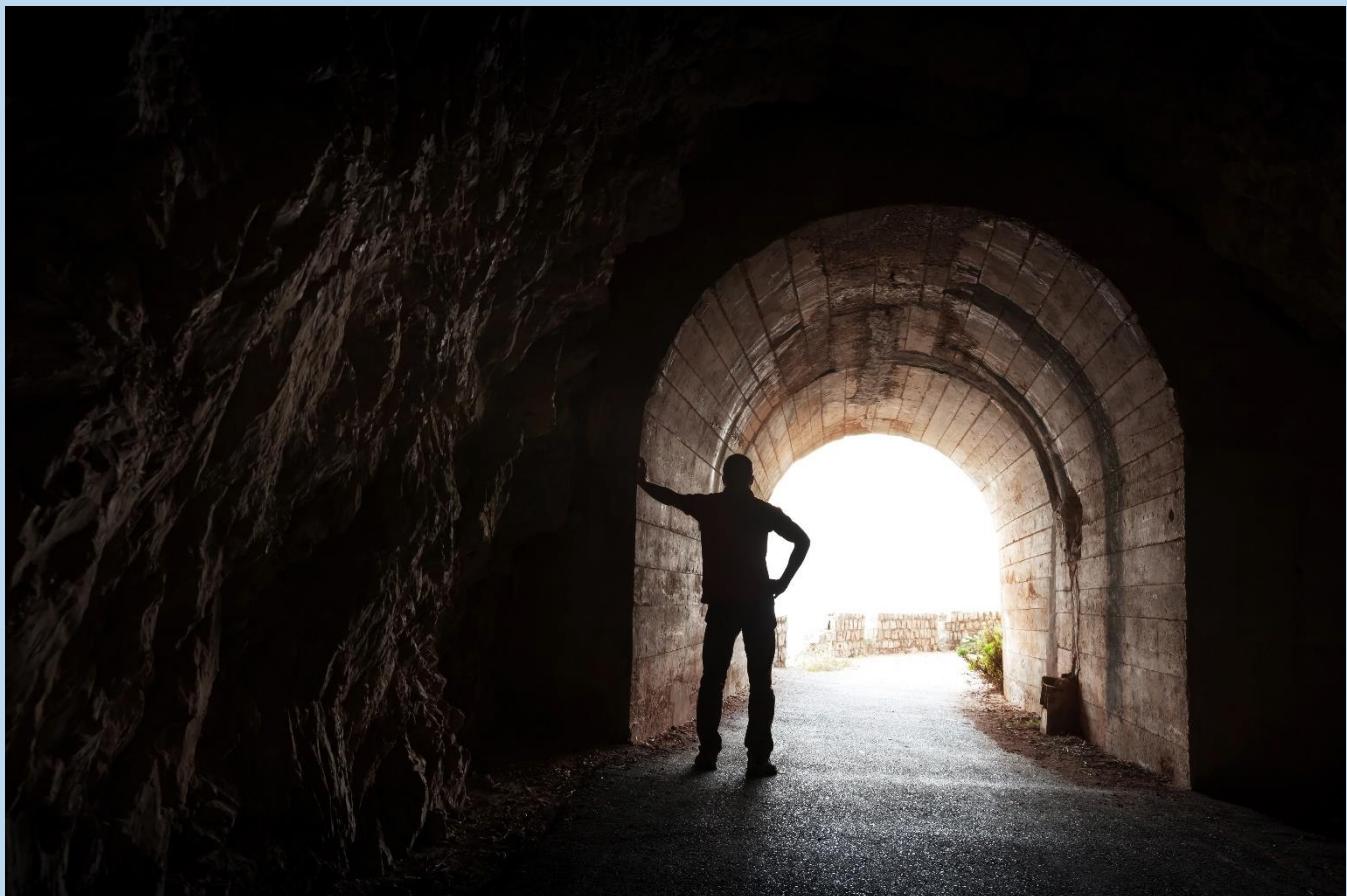


Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling

Oversikt og analyse i bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg for åra 2014–2018

Juni 2020



Helse Førde HF rapport	Nr. 1 2020
Forfattarar	Marte Bale, Maria Holsen, Knut Ivar Osvoll, Haji Kedir Bedane og Oddne Skrede
Oppdragsgjevar	Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Vest RHF
Gradering	Open
Dato	
Versjon	11. november 2020

Framsidefoto Colourbox

ISBN: 978-82-691504-4-5 (PDF)

ISBN: 978-82-691504-3-8 (Trykt, hf.)

ISBN: 978-82-691504-5-2 (PDF, engelsk versjon)

Alle rettar Helse Førde HF

Forord

Den nasjonale helseatlastenesta i Norge blir utarbeidd av Helse Nord RHF (SKDE) og Helse Vest RHF (Helse Førde HF), på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Vest/Helse Førde presenterer med dette det første norske helseatlas som tek føre seg områda psykisk helsevern og rusbehandling.

Mange av dei som mottek behandling innan psykisk helsevern og rusbehandling er utsette og sårbarer menneske, og lidingane medfører store kostnader for samfunnet. Dei siste åra har styresmaktene såleis hatt eit klart uttalt ønske om å styrke tenestetilbodet på dette området, og det eksisterer ein eigen opptrappingsplan for rusfeltet. Vi håpar at Helseatlas psykisk helsevern og rusbehandling blir eit nyttig verktøy vidare i dette arbeidet.

Målet er å gje eit oversyn over innbyggjarane sin bruk av desse spesialisthelsetenestene. Vidare ønskjer vi å gje svar på spørsmålet om kvar ein bur i landet og alder spelar noko rolle for kva behandling og mengd behandling ein får innan dei spesifikke områda psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Analysane i rapporten er gjort hovudsakleg ut frå data frå Norsk pasientregister (NPR) frå åra 2014 – 2018. Undervegs i arbeidet har vi hatt gode og ofte uunnverlege innspel frå ressursgruppa for helseatlastet, og ikkje minst godt samarbeid med kollegar ved SKDE i Helse Nord, både i førebuingar og undervegs i arbeidet.

Helseatlas tek sikte på å peike ut eventuelle variasjonar i tenestetilbodet, anten dei er av geografisk, demografisk eller helsefagleg art. Vi har også søkt å gje ei vurdering om variasjonane som er identifisert, er av ønska eller uønska art.

Vi har arbeidd for at denne rapporten skal gje mest mogeleg relevant kunnskap og faktagrunnlag for kvalifiserte analysar, vurderingar og avvegingar innanfor dei aktuelle områda i norsk spesialisthelseteneste.

Førde 2. juni 2020

Arve Varden
Administrerande direktør
Helse Førde HF

Forkortinger

Avt.: Avtalespesialist psykisk helsevern

CV: Coefficient of variation. Variasjonskoeffisient

DPS: Distriktspsykiatrisk senter

FT: Forholdstal

HF: Helseføretak

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet

ISF: Innsatsstyrt finansiering

KI: Konfidensintervall

LAR: Legemiddelassistert rehabilitering for ruslidingar

NPR: Norsk pasientregister

PHV-BU: Psykisk helsevern for barn og unge

PHV-V: Psykisk helsevern for vaksne

RHF: Regionalt helseføretak

SCV: Systematic Component of Variation. Systematisk variasjonskomponent.

SSB: Statistisk sentralbyrå

TSB: Tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar

Samandrag

Bakgrunn

For å få betre kunnskap om variasjon i bruk av helsetenester, gav Helse- og omsorgsdepartementet Helse Nord RHF og Helse Vest RHF oppdrag om å utvikle ei nasjonal helseatlasteneste. Helse Førde utfører oppdraget på vegne av Helse Vest.

Vurdering av variasjonen

Det finst ingen standard måte som enkelt kan brukast ved analyse av variasjonen i bruk av helsetenester mellom geografiske område. Fleire metodar blei derfor brukt. I vurdering av om variasjonen var uønska inngår også bruk av skjønn.

Kva blei undersøkt

I «Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling» har vi undersøkt innbyggjarane sin bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Psykisk helsevern inkluderer både psykisk helsevern for vaksne, psykisk helsevern for barn og unge, og avtalespesialistar i psykisk helsevern. Geografiske variasjonar i innbyggjarane sin bruk av desse helsetenestene blei også undersøkt. Innbyggjarane blei inndelt i tre grupper etter alder: barn og unge (0-17 år), vaksne (18-64 år) og eldre (65 år og eldre).

Analysane blei gjort ut frå data frå Norsk pasientregister frå 2014-2018, og både poliklinisk behandling og døgnbehandling blei undersøkt. I tillegg til å undersøke alle pasientane samla, blei det for vaksne og eldre sett nærmare på to undergrupper: pasientar med alvorleg psykisk liding og pasientar med rusliding.

Resultat

Helseatlas psykisk helsevern og rusbehandling innhold informasjon om mange aspekt ved innbyggjarane sin bruk og variasjon i bruk av psykisk helsevern, avtalespesialistar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i perioden 2014–2018.

For vaksne, som var den største pasientgruppa, var det stor variasjon mellom ulike delar av landet i pasientane sin bruk av tenestene, og særleg tydeleg blei dette når vi trekte ut pasientar med rusliding eller pasientar med alvorleg psykisk liding og såg spesielt på desse. For begge gruppene var det store variasjonar i bruk av poliklinisk behandling. For døgnbehandling var variasjonen ikkje like markant for pasientar med rusliding, mens for dei alvorleg psykisk sjuke var det stor variasjon også her. Vi har vurdert at variasjonen mellom buområda var uønska.

Analysane viste at variasjonen i bruk av helsetenestene var særleg stor for eldre. Både bruk av poliklinisk- og døgnbehandling varierte svært mykje mellom ulike delar av landet. Variasjonen var stor for eldregruppa samla, og når vi såg på pasientar med rusliding eller alvorleg psykisk liding kvar for seg. Omfanget

av døgnbehandling ved rusliding var lite. Vi har ikke haldepunkt for at den store variasjonen i bruk av tenestene skuldast pasientane sine behov åleine, og har vurdert at den er uønska.

For vaksne, men endå tydlegare for eldre, var bruk av poliklinikk høgast i Oslo. Større bruk av avtale-spesialistar i Oslo, samanlikna med i andre delar av landet, var med på å bidra til den store variasjonen mellom buområda i poliklinisk kontaktrate.

For barn og unge varierte bruk av poliklinikk lite mellom ulike delar av landet, vurdert ut frå heile aldersgruppa samla. Vi fann likevel at poliklinisk behandling blei gitt ulikt med tanke på tal polikliniske kontaktar per pasient. Variasjonen i døgnbehandling var stor, men det var få pasientar som fekk døgnbehandling og resultatet må tolkast i lys av dette.

Vurderingar

Resultata i helseatlaset gir grunnlag for refleksjonar knytt til innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenestene innan psykisk helsevern og rusbehandlin. Kunnskapen frå helseatlaset kan, saman med andre kjelder, vere utgangspunkt for vidare analysar for å forstå variasjonane og konsekvensane av desse – for pasientar, helsevesen og samfunn - for å bidra til meir likeverdig bruk av helsetenestene.

Konklusjon

Vi fann store variasjonar mellom ulike delar av landet i vaksne og eldre sin bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Dette var spesielt tydleg ved alvorleg psykisk liding eller rusliding.

Innhald

Forkortinger	5
Samandrag	7
1 Innleiing	11
1.1 Mandatet og behandlingsgrunnlaget	11
1.2 Om helseatlas og variasjon i bruk av helsetenester	11
1.3 Variasjonsomgrepet	12
2 Kvifor eit helseatlas innan psykisk helsevern og behandling av ruslidingar?	15
2.1 Hovudmål med helseatlaset	18
3 Sentrale omgrep og definisjonar	19
4 Resultat	21
4.1 Barn og unge i psykisk helsevern	25
4.1.1 Poliklinisk behandling	25
4.1.2 Hovudfunn - poliklinisk behandling for barn og unge	31
4.1.3 Døgnbehandling	32
4.1.4 Hovudfunn - døgnbehandling for barn og unge	34
4.1.5 Samla vurdering for barn og unge	34
4.2 Vaksne i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar	35
4.2.1 Poliklinisk behandling	35
4.2.2 Hovudfunn - poliklinisk behandling for vaksne	47
4.2.3 Døgnbehandling	48
4.2.4 Hovudfunn - døgnbehandling for vaksne	60
4.2.5 Samla vurdering for vaksne	60
4.3 Eldre i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar	61
4.3.1 Poliklinisk behandling	61
4.3.2 Hovudfunn - poliklinisk behandling for eldre	73
4.3.3 Døgnbehandling	74
4.3.4 Hovudfunn - døgnbehandling for eldre	84
4.3.5 Samla vurdering for eldre	84
4.4 Vurdering av variasjonen	85
5 Drøfting	89
5.1 Hovudfunn	89
5.2 Drøfting av resultat	90
5.3 Datagrunnlaget	93

6 Oppsummering og konklusjon	95
Referansar	97
Vedlegg A Tilleggsfigurar og -tabellar	103
Vedlegg B Metode	113
Vedlegg C Definisjon av buområde	119
Vedlegg D Definisjon av DPS-område	123
Vedlegg E Ressursgruppe	127
E.1 Endringar mellom versjonar	127

Kapittel 1

Innleiing

1.1 Mandatet og behandlingsgrunnlaget

For å få betre kunnskap om variasjon i bruk av helsetenester, gav Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i føretaksmøtet januar 2015, oppdraget med å utvikle ei nasjonal helseatlasteneste til Helse Nord RHF og Helse Vest RHF. Dei to regionale helseføretaka skal samarbeide med Helsedirektoratet om arbeidet, der ein skal sette lys på og analysere forbruk og variasjon av tenestene. I Helse Vest er det Helse Førde som utfører arbeidet med helseatlas, medan Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har denne rolla på vegne av Helse Nord.

I fleire oppdragsdokument frå HOD er det lagt vekt på at informasjon om variasjon i forbruk av helsetenester skal nyttast i forbetningsarbeid. Gjennom forbetningsarbeid kan den uønska variasjonen bli redusert. Variasjon som ikkje kan forklarast ut frå ulike behandlingspreferansar eller ulik sjukdomsførekomst i ulike delar av landet kan karakteriserast som uønska ([Wennberg, 2010](#)). Store variasjonar mellom buområda i bruk av helsetenester, indikerer over- eller underforbruk av tenestene, noko som igjen kan ha konsekvensar for både pasientar og helsetenestene.

Oversiktshelseatlet i psykisk helsevern og rus bygger på helseopplysingar utlevert frå Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2014 til 2018. Helse Førde er aleine ansvarleg for tolking og presentasjon av data som er utleverte. NPR har ikkje ansvar for analysar eller tolkingar som er basert på data dei har levert ut. Helse Førde har konsesjon frå Datatilsynet for behandling av helseopplysingar til nasjonal helseatlasteneste frå 2016. Etter 20. juli 2018 er det Personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e, og artikkel 9 nr. 2 bokstav j, som dannar det rettslege grunnlaget for databehandlinga.

1.2 Om helseatlas og variasjon i bruk av helsetenester

I Noreg er det allmenn semje om at helsetenestene skal vere likeverdig fordelt på innbyggjarane uavhengig av kvar ein bur, og at behandlingstilbodet skal vere tilpassa pasientane sine behov ([Helse-og omsorgsdepartementet, 2016](#)). Det er derfor ei sentral oppgåve å få fram i kva grad dette målet blir nådd. Dei siste åra har helseatlastenesta gjennomført samanlikningar av pasientane sin bruk av helsetenester for ulike pasientgrupper.¹ Vi er blitt klar over at bruken på mange område varierer mellom ulike deler av landet.

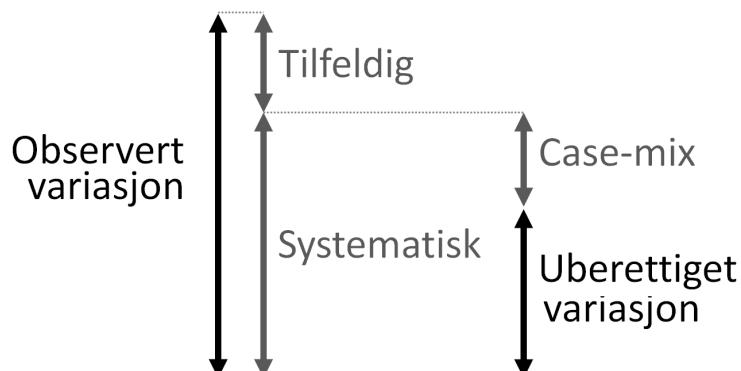
¹KOLS, eldre, nyfødde, barn, ortopedi, dagkirurgi, fødselshjelp, gynækologi

Kunnskap om variasjon i bruk av helsetenester er viktig for å kunne sjå nærmere på forholdet mellom helsepolitiske vedtak og kliniske beslutningar. Kunnskapen reiser spørsmål knytt til prioriteringar og effektivitet i helsevesenet (Wennberg, 2011), og er nyttig for både pasientar, helsearbeidarar, leiarar og politikarar.

Det finst land som har lengre tradisjon enn Noreg med å sjå på geografisk variasjon i bruk av helsetenester; helsetenesteforsking knytt til såkalla *small area variation*. I USA starta arbeidet allereie på 1970-talet, og ein pioner på området var John Wennberg ved Dartmouth College i Vermont. Bruk av helsetenester, ressursbruk og kostnader i ulike geografiske område i USA blei kartlagt, og funna framstilte mellom anna gjennom kartpresentasjonar (*Atlas of variation*). Arbeidet avdekkja store regionale forskjellar og fekk stor merksemd lokalt.

1.3 Variasjonsomgrepet

Med analysar knytt til variasjon i bruk av helsetenester ønsker vi å finne ut om pasientane har fått eit likeverdig behandlingstilbod uansett kvar dei bur i landet. Det vil alltid vere variasjon i bruk av helsetenester. Helseatlas søker å uttale seg om variasjonen er systematisk, og vidare om den er ønska eller ikkje. *Ønska, uberettiga og ubegrunda* variasjon blir brukt synonymt. I dette kapitlet vil ulike variasjonsomgrep og forholdet mellom dei bli omtalt, mens informasjon om korleis analysene av variasjonen er gjennomført i dette helseatlaset er skildra i kapittel 4.4 og vedlegg B Metode.



Figur 1.1: Illustrasjon av variasjonskomponentar. (Brukt etter tillatelse frå SKDE. Henta frå Frå Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas (Moen et al., 2016))

Den observerte variasjonen kan delast i to hovudkomponentar; systematisk og tilfeldig variasjon (figur 1.1). Den tilfeldige variasjonen blir særleg tydeleg ved små utval av pasientar, prosedyrer eller andre forhold ein studerer. Ved eit lite utval vil førekomensten reint tilfeldig kunne endre seg relativt mykje frå år til år innanfor eit geografisk område. Dersom den tilfeldige variasjonen er stor, kan vi ikkje gi tydeleg uttale om den systematiske variasjonen. Analysane i helseatlas vil derfor bygge på utval med eit stort nok volum. Volumet, for eksempel kor mange pasientar som er innlagt, kan i buområda likevel variere over tid, noko som vil påverke vurderingane og konklusjonane.

Analysar i bruk av helsetenester blir i eit helseatlas gjennomført ut frå pasienten si heimeadresse, ikkje ut frå kvar pasienten fekk behandling. Ved analyser ut frå geografisk tilhøyrigheit vil pasientsamansettinga bli meir homogen enn dersom analysane tok utgangspunkt i ulike sjukhus.

I Noreg er det generelt sett liten skilnad i førekomst av somatisk sjukdom mellom geografiske område.

Det er imidlertid lite kunnskap om førekomensten av ulike psykiske lidingar og ruslidingar i ulike deler av landet tilsvarande buområda og DPS-område ([Folkehelseinstituttet, 2018b](#)). Innbyggjarane sine behov for helsetenester bygger på fleire forhold enn kva sjukdom pasientane har. Behovet for helsetenester kan relaterast til karakteristika ved individet, som alder, og individet sine omgjevnader som sosioøkonomiske forhold, helserelaterte forhold og bustad. Slike karakteristika ligg til grunn ved utrekning av behovsindeksar i modellane for inntektsfordeling mellom dei regionale helseføretaka ([NOU, 2019](#)).

Den systematiske variasjon som ikkje kan forklarast ut frå tilfeldigheiter eller kjenneteikn ved pasientane, kan reknast som uønska (*uberettiget* i figur 1.1). For å kunne identifisere den uønska variasjonen søker vi både å redusere den tilfeldige variasjonen og variasjonen som er knytt til kjenneteikn ved pasientane. Vi korrigerer for alder og kjønn. Ein tydeleg uønska variasjon i bruk av helsetenester, indikerer ei teneste som ikkje er likeverdig fordelt i samsvar med sørge-for-ansvaret til helsevesenet. At det er uønska variasjon kan i utgangspunktet like godt bety underforbruk av tenester i eitt buområde som det betyr overforbruk i eit anna.

Gjennom helseatlaset skal vi setje lys på og analysere variasjon i bruk av helsetenester. Analysene seier ikkje kva som er det rette nivået i bruk av helsetenester, og vi kjenner heller ikkje nødvendigvis det rette nivået.

Kapittel 2

Kvifor eit helseatlas innan psykisk helsevern og behandling av ruslidingar?

Psykiske lidingar og ruslidingar er utbreidde i Noreg og kan føre til helsetap hos innbyggjarane i dei fleste aldersgrupper ([Folkehelseinstituttet, 2018b](#)). Psykiske lidingar er blant tilstandane der sjukdomsbyrda auka prosentvis mest i Noreg i perioden 2014–2017, medan sjukdomsbyrda for alkohol- og ruslidingane blei redusert ([Helse-og omsorgsdepartementet, 2019](#)).

Undersøkingar har vist at depressive lidingar og angstlidingar er blant dei vanlegaste årsakene til ikkje-dødeleg helsetap innan psykisk helse, hos både kvinner og menn. At psykiske lidingar og ruslidingar kan vere alvorlege, viser seg mellom anna ved at sjølvmord og overdosar er dei viktigaste årsakene til død blant unge og vaksne i alderen 15 til 49 år ([Folkehelseinstituttet, 2017](#)), og at personar med alvorleg psykisk liding kan trenge behandling i institusjon.

Folkehelseinstituttet (FHI) konkluderer i rapporten Psykisk helse i Norge ([Folkehelseinstituttet, 2018b](#)) med at utbreiinga av psykiske lidingar aukar både hos vaksne, og hos jenter i 15–17 års alder. Frå studier FHI viser til, vil 16–22 % av den vaksne del av folket ha ei psykisk liding i løpet av 12 månader. Hos barn og unge viser undersøkingar at omrent 7 % av barn i førskule- og skulealder har symptom som samsvarar med psykiske lidingar, medan rundt 5 % av barn og unge (0–17 år) kvart år får behandling i psykisk helsevern for barn og unge ([Folkehelseinstituttet, 2018b](#)). Våre funn ut frå data frå Norsk pasientregister i 2014–2018, samsvarar med FHI sine frå 2018.

Helsetenestetilbodet for pasientar med psykiske lidingar og /eller ruslidingar har vore prioriterte område i Noreg gjennom fleire år. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) er psykisk helsevern eitt av satsingsområda ([Helse-og omsorgsdepartementet, 2019](#)). Særleg skal barn og unge, og brukarar med alvorlege og sammensette behov få auka merksemd. Samtidig som det skal vere høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, enn i somatisk sektor, er det spurt etter meir kunnskap knytt til tenestene som pasientane får.

For å gjøre behandlinga meir tilgjengeleg for innbyggjarane, har ei desentralisering av spesialisthelsetenesta sine tilbod, både gjennom utbygging av distriktspsykiatriske senter (DPS) og poliklinikkar for barn og unge, vore viktige organisatoriske tiltak. Likevel - ikkje alle pasientar skal ha behandling i spesialisthelsetenesta. Kommunale helse- og omsorgstenester er viktige ved psykiske helseutfordringar; frå førebyggande tiltak til behandling og rehabilitering, og dei seinare åra har mellom anna helsestasjonar og skulehelsetenesta blitt styrka.

Gjennom utvikling av prioriteringsrettleiarar,² kvalitetsindikatorar,³ nasjonale kvalitetsregister,⁴ pakkeforløp,⁵ og i tillegg Helsedirektoratet sine publiseringar av statistikk og rapportar⁶ innan psykisk helsevern og rusbehandling, viser helsestyresmaktene at tenestene skal prioriterast.

Barn og unge i psykisk helsevern

Psykiske lidingar blir ofte kalla «de unges lidelser». I 75 % prosent av tilfella har lidinga vist seg hos pasienten før fylte 25 år (Kessler et al., 2005), og sjølvmord er ei av dei hyppigaste dødsårsakene blant unge (NHI, 2019).

Ein stor del av gutane blir tilvist psykisk helsevern i barneskolealder. Hos gutane er utviklingsforstyrningar og adferdsforstyrningar mest vanlege tilstandar, og med «mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse» (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) som vanleg årsak for tilvisinga.

For jenter er hovedvekta av pasientane tilvist i ungdomsskolealder. Vanlege grunnar for tilvisinga er «mistanke om depresjon» eller «mistanke om angstlidelse». Hos jenter frå puberteten er, i tillegg til depresjon og angst, tilpassingsforstyrningar og spiseforstyrningar vanlege problemstillingar (Folkehelseinstituttet, 2018b). 95 % av pasientane får poliklinisk omsorg, og dei fleste innleggingane i døgnbehandling er frivillig.

Polikliniske kontaktar for dei minste barna kan for eksempel gjelde mødre med fødselsdepresjon, der foreldre blir følgt opp det første året, eller tilbodet kan vere retta mot barn med autisme, premature, mistanke om utviklingsforstyrningar, rusmiddelskadde eller samansett barnevernsproblematikk.

Vaksne i psykisk helsevern og rusbehandling

Halvparten av innbyggjarane i Noreg vil oppleve å få ei psykisk liding i løpet av livet (Malt et al., 2018). Førekomsten er høgare i byane enn på landsbygda. Angst og depresjon er dei hyppigaste tilstandane, og ofte førekjem symptom på begge lidingane samtidig. I løpet av eitt år vil omtrent 15 % av dei vaksne innbyggjarane få ei angstliding og omtrent 10 % vil bli ramma av depresjon (Folkehelseinstituttet, 2018b). Ruslidingar førekjem hyppig, også saman med psykiske lidingar.

Psykoselidingar som f.eks. schizofreni eller paranoid psykose er forholdsvis sjeldne og berre 1-3,5 % av innbyggjarane vil få ein slik sjukdom i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2018c). Under psykose er pasienten sin måte å oppfatte verklegheta på endra. Han eller ho kan oppleve sansebedrag og utvikle vrangførestillingar. Sosial tilbaketrekkning og påverknad av kognitiv funksjon er vanleg. Nokre får eit forløp med stort funksjonsfall og omfattande hjelpebehov, mens andre kan bli friske etter ei psykoseliding.

Alkoholbrukslidingar er den hyppigaste rusbrukslidinga i Noreg, og er mest vanleg blant unge vaksne mellom 18 og 35 år. Skadeleg bruk av alkohol er meir vanleg blant menn enn hos kvinner. Pasientar med ruslidingar har ofte også andre psykiske lidingar og kroppslege sjukdommar (Folkehelseinstituttet, 2019).

Psykiske sjukdommar rammar i stor grad den yngre del av innbyggjarane, og kan gi omfattande funksjonsnedsetting som gjer utdanning og arbeidsliv vanskeleg. Psykiske lidingar- og åtferdsforstyrningar utgjer med 36 % den største gruppa av dei uføretrygda (NAV, 2019).

²www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=prioriteringsveileder, per 12.5.2020

³www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer, per 23.8.2019

⁴www.kvalitetsregister.no/ per 30.10.2019

⁵www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse, per 30.10.2019

⁶www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter, per 12.5.2020

Dei fleste får behandling i primærhelsetenesta. Fastlege og legevakt tilviser vidare til poliklinikkar og til innlegging ved behov. Dei fleste innleddingar skjer på frivillig basis. Når pasientar oppsøker fastlege eller legevakt for psykiske plager, er depresjon oftast grunnen (Folkehelseinstituttet, 2018c).

Det finst ei rekke behandlingsmetodar, inkludert ulike psykoterapiformer og medikamentell behandling. Behandling kan føregå i grupper eller individuelt. Å komme tidleg til behandling er som regel gunstig for prognosen. Nokre tilstandar har svært god prognose, mens andre kan gi meir kroniske lidingar. Også ved dei kroniske tilstandane er det mykje ein kan gjere for å leve best mogleg med sjukdommen.

Eldre i psykisk helsevern og rusbehandling

Dei hyppigaste psykiske lidingane er dei same som hos den yngre del av innbyggjarane og kan bli behandla på same måte som hos dei yngre. Samtidig kan dei eldre ha andre utfordringar i denne livsfasen. Styrking av sosialt nettverk, ernæring, fysisk aktivitet, høyrrels- og synshjelp blir beskrive som både beskyttande og viktig i behandlinga av dei vanlegste lidingane.⁷

I fleire europeiske land har 35 % av dei eldre hatt ei psykisk liding i løpet av det siste året (Folkehelseinstituttet, 2018a). Depresjon er mest vanleg. Overslag har vist at omtrent 15–20 % av dei eldre har depresjon, mens omtrent 10 % har angst. Depresjon hos eldre kan påverke hukommelse og konsentrasjon, slik at det kan feiltolkast som demens (Malt et al., 2018). Norske studier viser ein auke i førekomensten av depresjon, særleg hos dei eldste (Folkehelseinstituttet, 2018a). Omtrent 1/5 av alle sjølvomord skjer i aldersgruppa over 65 år, og menn er overrepresentert (Aldring og Helse, 2019).

5–10 % av dei over 65 år har demens. Alzheimers sjukdom er den vanlegaste typen demens. I tillegg til langsom og gradvis utvikling av hukommelsessvikt, kognitive og nevrologiske symptom, er også agitasjon, depresjonssymptom, apati og psykosesymptom vanleg. Kjenneteikn ved sjukdommen er ei langsom og gradvis utvikling av hukommelsessvikt. Førekomensten av demens aukar med aukande alder, og i aldersgruppa over 89 år har 40 % demens (Malt et al., 2018).

Nyoppståtte psykiske symptom kan også vere teikn på underliggende somatisk sjukdom eller biverkninger av medisinar. Det er viktig ikkje å slå seg til ro med at alle endringar i symptom er naturlege aldersforandringer. Problema er ofte samansette. Utgreiing og behandling av eldre skjer i primærhelsetenesta, i geriatriske, nevrologiske, alderspsykiatriske og allmennpsykiatriske avdelingar og poliklinikkar. Organisering av tenestene kan vere ulik i ulike deler av landet.

⁷ www.aldringoghelse.no/

2.1 Hovudmål med helseatlaset

Hovudmål med atlaset er

- å gi ei oversikt av innbyggjarane sin bruk av psykisk helsevern og tværfagleg spesialisert rusbehandling
- å vurdere geografisk variasjon i bruk av helsetenestene

Med psykisk helsevern meiner vi spesialisthelsetenestene psykisk helsevern for vaksne, psykisk helsevern for barn og unge og avtalespesialistar psykisk helsevern.

I analysane vil innbyggjarane bli delt inn i tre grupper etter alder: barn og unge (0–17 år), vaksne (18–64 år) og eldre (65 år og eldre). For vaksne og eldre vil vi, i tillegg til å undersøke alle pasientane samla, sjå nærmare på to grupper sin bruk av helsetenestene: pasientar med alvorleg psykisk liding (schizofreni, bipolar liding og alvorleg depresjon) og pasientar med ruslidingar. Analysane vil bli gjort ut frå data frå Norsk pasientregister frå 2014–2018, og både poliklinisk behandling og døgnbehandling vil bli undersøkt.

Gjennom helseatlaset er det eit mål å gi auka kunnskap om innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenestene i tråd med uttalt behov frå helsestyremaktene ([Helse-og omsorgsdepartementet, 2019](#)). I målsetjinga inngår også, saman med andre kjelder, å publisere analysar som kan nyttast til styringsføremål for helseføretaka, og å danne grunnlag for å forstå og forklare variasjon i bruk av helsetenestene.

Kapittel 3

Sentrale omgrep og definisjonar

I dette kapitlet omtalar vi sentrale omgrep og definisjonar knytt til analysane i helseatlaset. Sjå i vedlegg B for ei meir detaljert skildring av metodar som blei brukte.

Spesialisthelsetenesta har ansvar for både psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar (TSB). Med **psykisk helsevern** siktar vi til utgreiing og behandling av menneske på grunn av psykisk liding, i tillegg til pleia og omsorga dette krev.⁸ **TSB** tilbyr diagnostisering, utgreiing og behandling ved rusmiddel- og andre typar avhengigheit. Tverrfaglege tenester betyr at dei skal utførast av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfagleg kompetanse.⁹

Utval: Pasientar som, i 2014–2018, var i kontakt med ein eller fleire av sektorane psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern vaksne, tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidngar og avtalespesialistar psykisk helsevern blei inkluderte i utvalet. Tal unike pasientar per buområde og år blei rekna ut.

I hovudanalysane blei pasientane fordelte på tre alderssegment: barn (0–17 år), vaksne (18–64 år) og eldre (65 år og eldre). Pasienten sin alder blei definert som alder ved kontaktdato.

For gruppene vaksne og eldre såg vi i tillegg nærmare på to pasientgrupper; pasientar med *Alvorleg psykisk liding (ALV)* (schizofreni, bipolar liding og alvorleg depresjon) og pasientar med *Rusliding (RUS)* psykiske lidingar og åtferdsforstyrningar som skuldast bruk av psykoaktive stoff, unntatt tobakk).¹⁰ (Sjå nærmare definisjon i vedlegg B.)

Buområde: I helseatlaset blir variasjon i bruk av helsetenester vurdert mellom ulike buområde, for å vurdere om det er lik tilgang til helsetenester uansett kvar ein bur. Buområda svarar til helseføretaka sine opptaksområde, sjå tabell 3.1 og vedlegg C.

Distriktspsykiatrisk senter (DPS) er fagleg sjølvstendige einingar med ansvar for det allmenne psykiske helsevernet, og er ein del av spesialisthelsetenesta. Tilbyr dag-, døgn, polikliniske og ambulante tenester. DPS-a kan enkelte stader vere samlokalisert med sjukehusavdelingar. Nokre analysar blei gjort ut frå **DPS-område**; buområde som svarar til DPS-a sine «opptaksområde» (vedlegg D).

Kjønns- og aldersjustering Ratane i rapporten er alders- og kjønnsjusterte, med unntak av i tabell 4.1. I nemnar inngår tal innbyggjarar i alderssegmentet vi ser på.

Poliklinisk behandling: Alle kontaktar der pasienten blei skriven inn og ut same dato, uavhengig av oppgitt omsorgsnivå.

⁸Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, www.lovdata.no, lasta ned 4. sept. 2019

⁹Lov om spesialisthelsetjenesten §2-1, www.lovdata.no, last ned 4. sept. 2019

¹⁰Vi har brukt tilstandskodar som hovud- eller bitilstand, og vil finne pasientar med alvorleg psykisk liding eller rusliding i begge gruppene

Tabell 3.1: Helseføretaka sine buområde/opptaksområde med kortnamn

Buområde/opptaksområde for:	Kortnamn buområde
Finnmarkssykehuset HF	Finnmark
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	UNN
Nordlandssykehuset HF	Nordland
Helgelandssykehuset HF	Helgeland
Helse Nord-Trøndelag HF	Nord-Trøndelag
St. Olavs hospital HF	St. Olavs
Helse Møre og Romsdal HF	Møre og Romsdal
Helse Førde HF	Førde
Helse Bergen HF	Bergen
Helse Fonna HF	Fonna
Helse Stavanger HF	Stavanger
Sykehuset Østfold HF	Østfold
Akershus universitetssykehus HF	Ahus
Oslo universitetssykehus HF	OUS
Diakonhjemmet Sykehus	Diakonhjemmet
Lovisenberg Diakonale sykehus	Lovisenberg
Sykehuset Innlandet HF	Innlandet
Vestre Viken HF	Vestre Viken
Sykehuset i Vestfold HF	Vestfold
Sykehuset Telemark HF	Telemark
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet

Direkte poliklinisk kontakt (poliklinisk kontakt) er alle polikliniske kontaktar minus indirekte kontaktar. Kontaktane gjeld enten utgreiing/observasjon eller behandling der pasient og/eller føresette/pårørende var fysisk til stades. Ved å telje alle kontaktar vil analysene bli mindre påverka av endring i finansieringsgmåten i perioden.

Indirekte kontakt: poliklinisk kontakt uten pasienten eller pårørende fysisk til stades. Kan mellom anna gjelde telefonkontakt, videokonferanse eller møte mellom fagpersonar.

For poliklinikk blei det rekna ut:

Poliklinisk kontaktrate: Gjennomsnittleg tal direkte polikliniske kontaktar per år, per 1 000 innbyggjarar.

Indirekte kontaktrate: Gjennomsnittleg tal indirekte kontaktar per år, per 1 000 innbyggjarar.

Pasientratar: Gjennomsnittleg tal pasientar per år per 1 000 innbyggjarar.

Kontaktar per pasient: Tal direkte polikliniske kontaktar i buområdet/tal unike pasientar i det same buområdet, per år.

Intensitet: Med utgangspunkt i kvar poliklinisk kontakt: gjennomsnittleg tal polikliniske kontaktar i 30-dagars periodar per buområde og år.

Døgnopphold: alle opphold/innlegging i institusjon på meir enn null døgn, registrert i psykisk helsevern vaksne, psykisk helsevern barn og unge, eller ved tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Opphold med mindre enn åtte timer mellom er slått saman.¹¹

For døgnbehandling blei det rekna ut:

Opphaldsrate: Gjennomsnittleg tal døgnopphold per år, per 1 000 innbyggjarar.

Døgnrate: Gjennomsnittleg tal opphaldsdøgn per år, per 1 000 innbyggjarar.

Varighet av døgnoppdahldet: tal døgn per opphold per år

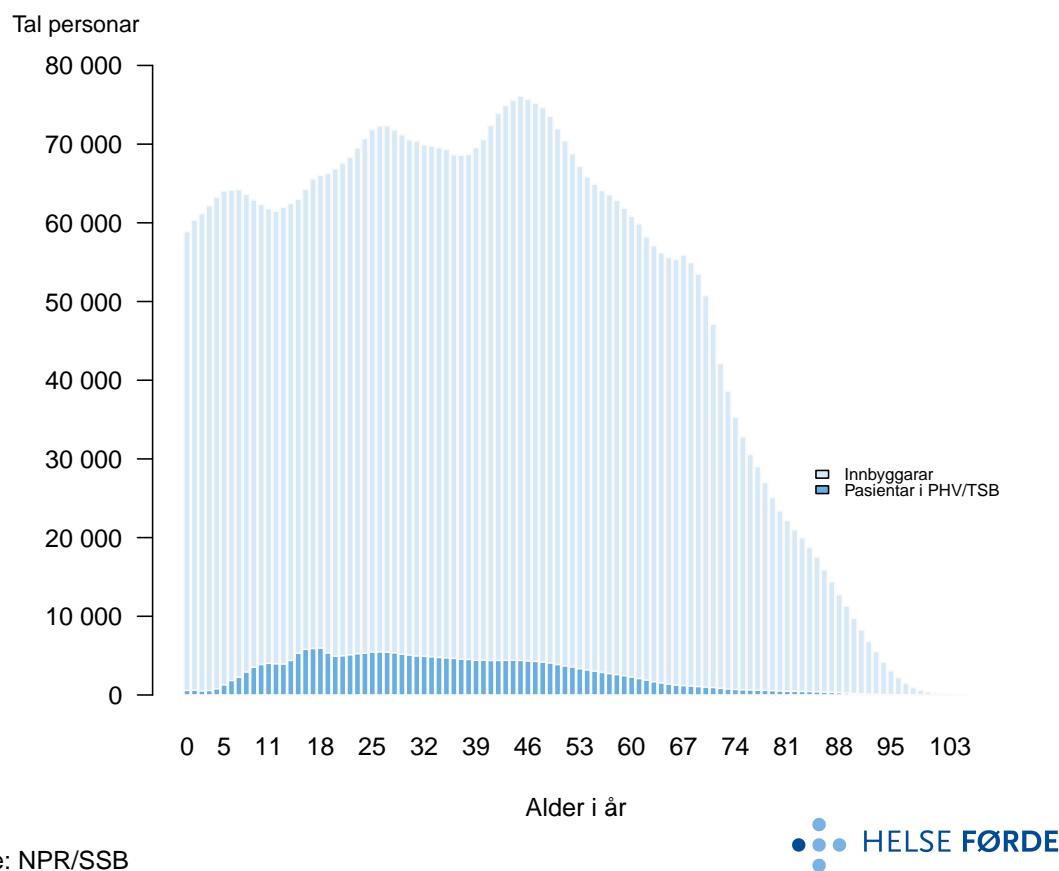
Pasientrate: Gjennomsnittleg tal døgnpasientar per år, per 1 000 innbyggjarar.

¹¹Ved å slå saman døgnoppahld med mindre enn åtte timer mellom, får vi færre og lengre opphald.

Kapittel 4

Resultat

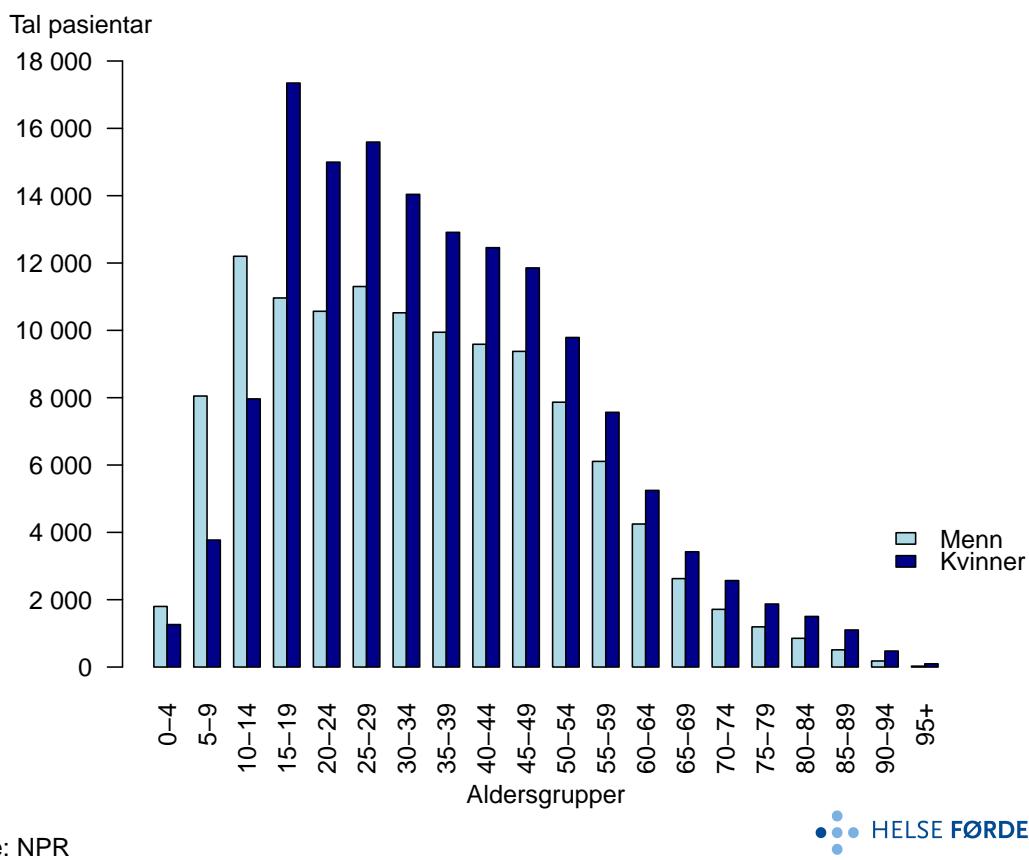
I perioden 2014–2018 var årleg i gjennomsnitt over 265 000 innbyggjarar i Noreg i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfagleg spesialisert behandling for ruslidingar. Gjennomsnittsalderen blant desse var 35 år. Figur 4.1 viser gjennomsnittleg aldersfordeling til innbyggjarane i Noreg, og for den delen av innbyggjarane som er inkludert i dette helseatlaset, d.v.s. innbyggjarar som i perioden var i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar.



Figur 4.1: Tal innbyggjarar i Noreg og tal pasientar i psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert behandling for ruslidingar og hos avtaleespesialistar i psykisk helsevern samla, fordelt på alder. Gjennomsnitt per år for 2014–2018.

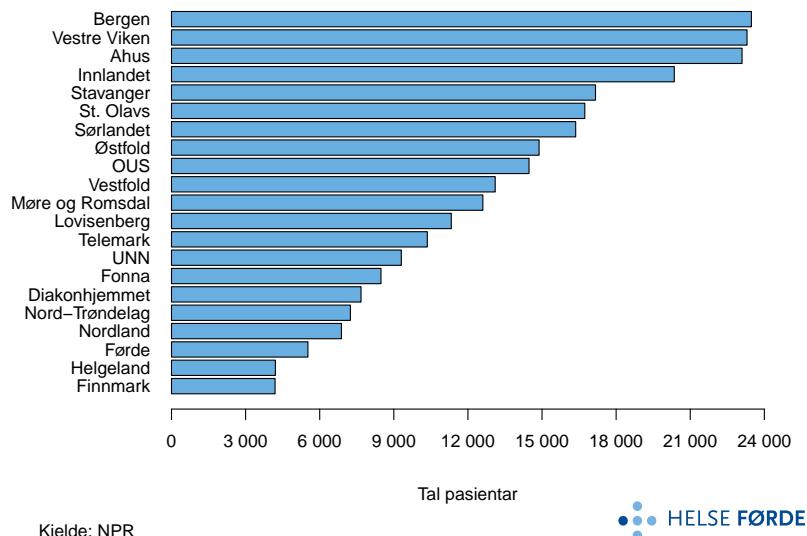
Av innbyggjarane som var i kontakt med tenestene, og er inkludert i helseatlaset, var det 52 100 barn og unge i alderen 0-17 år, 195 000 voksne i alderen 18-64 år og 18 100 eldre i alderen 65 år og eldre. Av alle pasientar inkludert i helseatlaset var 20 % barn og unge, og prosentdelen varierte fra 8 % i buområde Lovisenberg til 28 % i buområde Førde. Voksne pasientar utgjorde 73 % av alle pasientane i helseatlaset, og prosentdelen varierte fra 66 % i buområde Førde til 89% i buområde Lovisenberg. Eldre pasientar utgjorde 7 % av alle pasientane, med størst prosentdel eldre pasientar (10 %) i buområda Nord-Trøndelag og Diakonhjemmet og minst (4 %) i buområde Lovisenberg.

Når vi såg på innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenester for psykiske lidingar og ruslidingar samla, ser vi at kvinner var i fleirtal i alle aldersgrupper i voksen alder (figur 4.2). I yngre alder var gutane i fleirtal opp til 14 år, og når vi ser på tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar for seg, ser vi at menn dominerte i alle aldersgrupper (data ikkje vist).



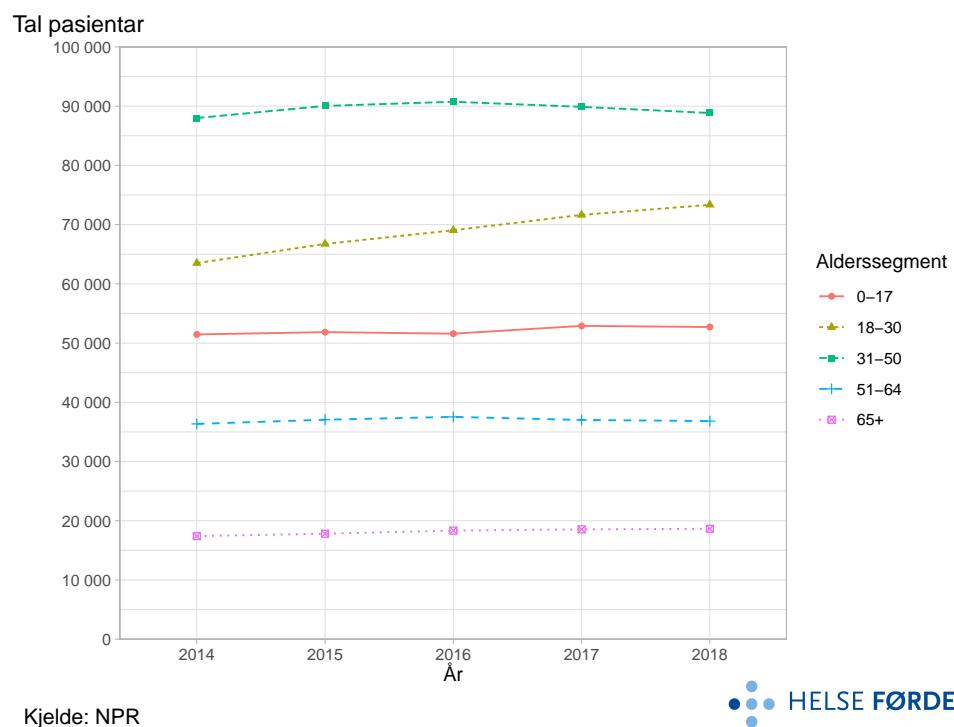
Figur 4.2: Tal pasientar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Gjennomsnitt per år for perioden 2014-2018.

Det var stor forskjell på kor mange innbyggjarar som var i kontakt med psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for ruslidingar i dei forskjellige buområda, frå omrent 4 100 personar per år i buområde Finnmark til meir enn 23 000 i buområde Bergen (figur 4.3). Gjennomsnittsalderen varierte frå 32 år i buområde Helgeland til 38 år i buområde Diakonhjemmet. Prosentdelen av innbyggjarane som var i kontakt med spesialisthelsetenesta på grunn av psykisk liding eller rusliding var derimot i gjennomsnitt 5 % både i landet og i dei aller fleste buområda. Buområde Lovisenberg (7 %), Vestfold og Telemark (6 %) hadde ein litt høgare prosentdel, og buområde Ahus ein litt lågare prosentdel (4 %).



Figur 4.3: Tal pasientar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (alle aldrar), fordelt på buområda. Gjennomsnitt per år for perioden 2014–2018.

Fordelt på mindre aldersgrupper ser vi i figur 4.4 at pasientar i aldersgruppa 31–50 år utgjorde den største pasientgruppa, mens pasientar 65 år og eldre var den minste. Vi ser i perioden 2014–2018 ein auke i tal pasientar i aldersgruppa 18 til 30 år, mens tal pasientar er stabil i dei andre aldersgruppene.



Figur 4.4: Samla tal pasientar i psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar og hos avtalespesialistar i psykisk helsevern i Noreg over tid, fordelt på aldersgrupper.

I tabell 4.1 ser vi tal pasientar per 1 000 innbyggjarar i aktuell aldersgruppe for dei fem aldersgruppene. Dette er samla ratar for pasientar som har fått behandling i psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern vaksne, tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar eller hos avtalespesialistar i psykisk helsevern. Ratane i denne tabellen er, med unntak for den siste søyla, råratar, dvs. ikkje justert for alder og kjønn.

Ratane er i perioden gjennomgåande størst i aldersgruppa 18–30 år både for landet samla (76 pasientar per 1 000 innbyggjarar) og for buområda (frå 67 til 96 pasientar per 1 000 innbyggjarar), med unntak for Lovisenberg buområde der aldersgruppa 31–50 år hadde høgast pasientrate. Dette (31–50 år) er den nest største gruppa for landet samla (62 pasientar per 1 000 innbyggjarar) og for dei fleste områda (52 til 94 pasientar per 1 000 innbyggjarar). Førde og Helgeland utgjer eit unntak, med fleire pasientar per 1 000 innbyggjarar i aldersgruppa 0–17 år. I aldersgruppa 65 år og eldre er det Lovisenberg og Diakonhjemmet områda som utmerkar seg med 44 respektive 35 pasientar per 1 000 innbyggjarar, mens dei fleste områda låg kring landsgjennomsnittet på 21 pasientar per 1 000 innbyggjarar. Dei største forskjellane mellom buområda fann vi i dei to eldste aldersgruppene.

Den samla pasientraten varierar i buområda frå 44 pasientar per 1 000 innbyggjarar i buområde Ahus til 77 (rårate) / 74 (justert rate) i buområde Lovisenberg.

Tabell 4.1: Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar. Pasientratar (tal pasientar per 1 000 innbyggjarar) for ulike aldersgrupper og samla. Årleg gjennomsnitt tal pasientar i kontakt med psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar for perioden 2014–2018. Justert samla pasientrate er justert for alder og kjønn.

Buområde	Pasientrate per aldersgruppe					Samla pasientrate	
	0-17 år	18-30 år	31-50 år	51-64 år	65 år +	Rårate	Justert
Finnmark	58,5	92,4	63,7	36,2	18,6	55,3	55,6
UNN	48,3	74,3	59,7	36,0	19,8	48,8	49,2
Nordland	54,3	82,3	56,5	33,9	22,9	50,0	51,0
Helgeland	64,7	94,1	61,2	37,2	14,8	53,6	55,8
Nord-Trøndelag	56,3	92,1	60,3	35,1	28,6	54,0	55,3
St. Olavs	48,9	84,1	60,9	37,6	21,7	52,9	52,1
Møre og Romsdal	47,9	76,0	55,0	34,2	24,3	47,6	48,4
Førde	62,4	72,7	58,7	37,8	18,2	50,4	51,5
Bergen	47,7	75,8	63,7	45,1	20,6	52,9	52,3
Fonna	44,0	71,9	57,3	38,0	20,3	47,1	47,6
Stavanger	43,1	69,9	53,4	37,2	24,5	47,7	46,8
Østfold	46,5	83,2	67,6	41,8	15,8	51,4	52,7
OUS	39,7	71,0	67,2	54,1	28,1	55,1	53,7
Lovisenberg	40,0	79,5	93,7	87,5	43,8	77,4	73,9
Diakonhjemmet	45,4	70,7	64,4	52,4	35,0	55,7	55,2
Ahus	39,4	66,9	52,2	38,2	18,7	44,2	44,1
Innlandet	51,1	88,9	71,2	45,2	17,2	53,8	56,4
Vestre Viken	40,8	77,6	60,3	42,5	18,2	48,3	49,1
Vestfold	52,8	96,1	71,1	45,9	20,3	57,2	58,7
Telemark	58,1	93,9	76,2	47,8	24,5	60,0	61,9
Sørlandet	44,9	84,7	71,5	43,9	22,0	54,9	55,3
Noreg	46,2	76,0	62,2	41,9	21,3	50,9	50,9

4.1 Barn og unge i psykisk helsevern

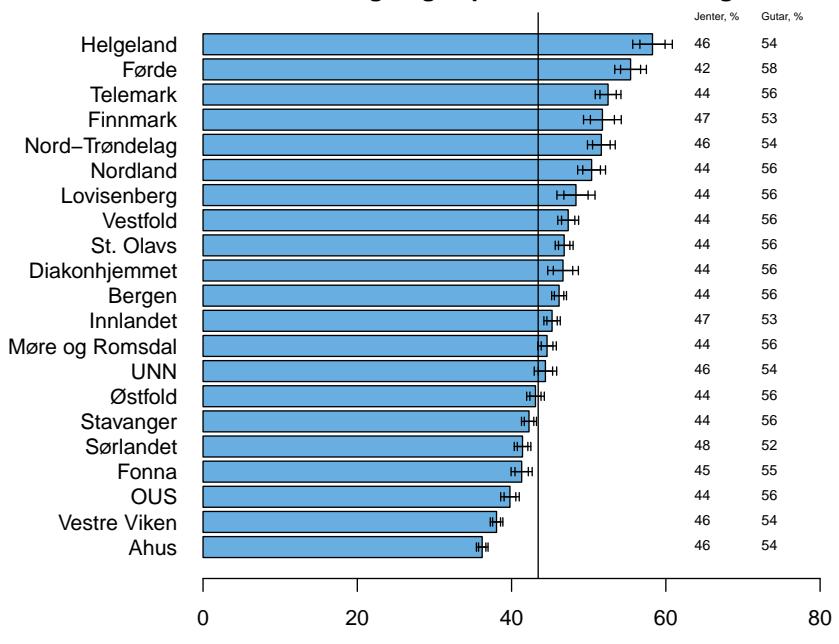
I 2014–2018 var årleg omtrent 52 100 barn og unge (0–17 år) i kontakt med psykisk helsevern, avtale-spesialist i psykisk helsevern og/eller i spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg. Tal barn og unge som var i kontakt med spesialisthelsetenestene, var relativt stabilt i perioden (figur 4.4). Det var flest gutter blant dei yngste i pasientgruppa, mens tal jenter var størst frå aldersgruppa 15–19 år (figur 4.2). I gjennomsnitt per år var 5 % av alle barn og unge (0–17 år) i Noreg i kontakt med spesialisthelsetenestene. Prosentdelen auka frå 1 % hos dei aller yngste, til 9 % for 17-åringane (figur 4.1).

Årleg hadde i gjennomsnitt 49 000 barn og unge ein eller fleire direkte polikliniske kontaktar (tabell 4.2), og knapt 1 800 var innlagt til døgnopphald (tabell 4.3) i dei nemnde spesialisthelsetenestene. Vi har her ikkje sett nærmare på kor mange pasientar som hadde berre indirekte kontaktar, eller på kor stor del av pasientane som hadde fleire typar behandling i løpet av året.

4.1.1 Poliklinisk behandling

Vi fann høgast pasientratar i buområde med forholdsmessig lågt folketal, mens ratane i hovudstadsregionen tenderte til å vere lågare (figur 4.5). Gjennomsnittleg årsrate for 2014–2018 var høgast i buområde Helgeland med 58 pasientar per 1 000 innbyggjarar og lågast i Ahus (36). Gutane utgjorde mellom 52 og 58 % av pasientgruppa per buområde. Tal polikliniske barne- og ungdomspasientar per 1 000 innbyggjarar var relativt stabilt i dei fleste buområda i 2014–2018, men med ein tendens til auke i nokre buområde; Helgeland, Stavanger, Vestfold og Fonna. Buområde med høgast og lågast pasientratar var uendra; om vi såg berre på pasientratane for 2018 eller på gjennomsnittsraten for heile perioden. Vi fann at variasjonen i pasientratar var relativt liten, men større enn kva vi kan vente frå tilfeldigheiter (tabell 4.17 i kapittel 4.4).

Barn og unge i poliklinisk behandling



Kjelde: NPR/SSB



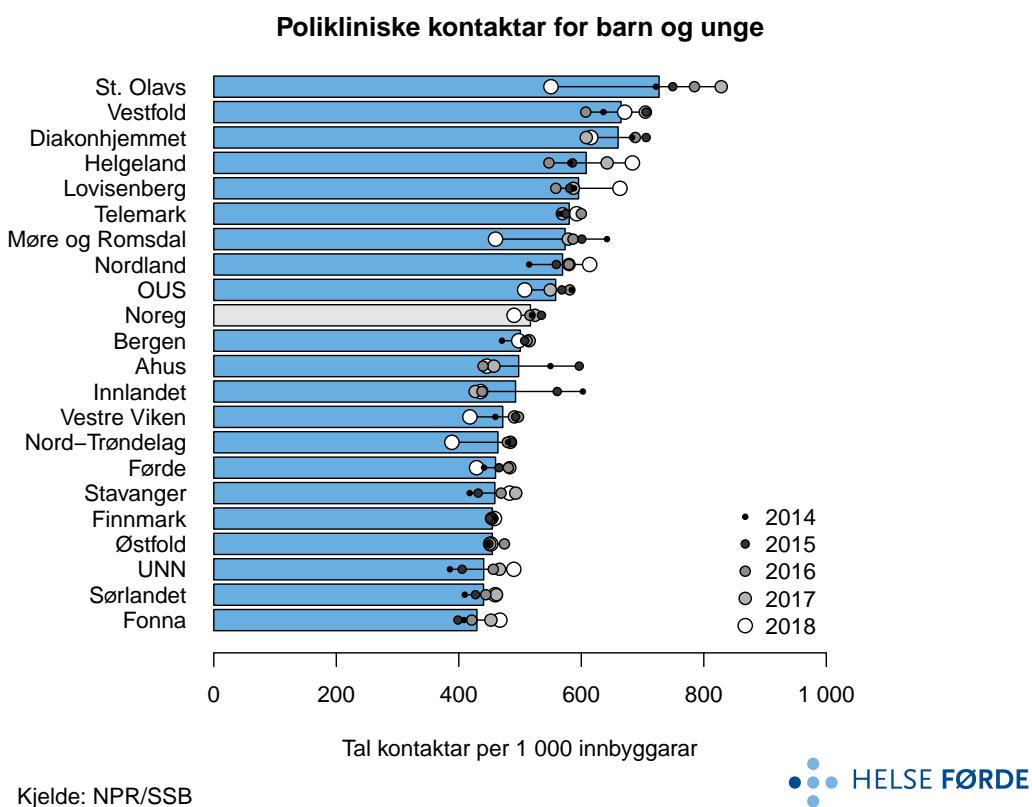
Figur 4.5: Pasientrate for poliklinisk behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal barn- og unge pasientar (0–17 år) per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014–2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Tabellen viser prosentvis fordeling; jenter til venstre, gutter til høgre. Ratane er justert for alder og kjønn.

Polikliniske kontaktar

Barn og unge hadde gjennomsnittleg 584 000 polikliniske kontaktar i psykisk helsevern (PHV-BU og PHV-V samla), hos avtalespesialistar i psykisk helsevern og/eller i tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger per år i 2014–2018 (tabell 4.2).

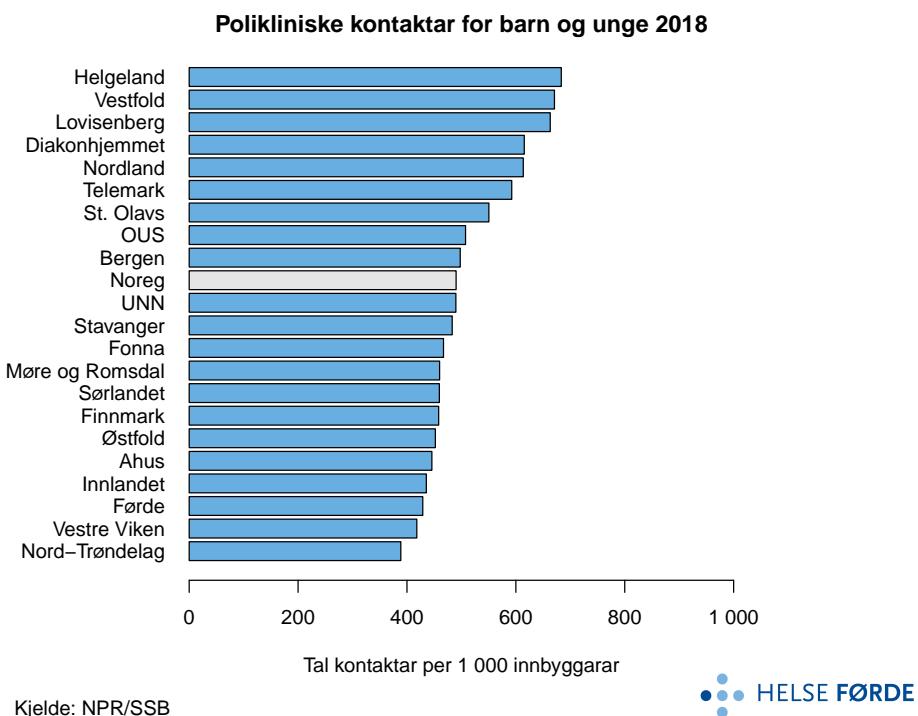
Gjennomsnittleg årsrate for Noreg i 2014–2018 var 517 polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar i perioden. Årleg kontaktrate endra seg noko frå år til år i fleire av buområda, og med ein liten nedgang for Noreg (figur 4.6).¹²

For barn og unge varierte gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate mellom buområda frå 726 i St. Olavsområdet til 429 i Fonnaområdet per år, når vi ser på heile perioden 2014–2018. Variasjonen i poliklinisk kontaktrate mellom buområda var relativt liten (figur 4.6 og tabell 4.16). Poliklinisk kontaktrate for 2018 viser registrerte polikliniske kontaktar etter innføringa av ISF for poliklinikk og innføring av nytt journalsystem i alle helseføretaka. Høgst kontaktrate i 2018 hadde barn og unge frå buområda Helgeland (683), Vestfold (671) og Lovisenberg (663), mens barn og unge frå Nord-Trøndelag fekk 389 polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar (figur 4.7). For Noreg var kontaktraten 490 i 2018.



Figur 4.6: Kontaktrate for poliklinisk behandling for barn og unge (0–17 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiane per år for perioden 2014–2018 og prikkane representerer ratar for kvartal av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

¹²Nedgangen vi ser i nokre av buområda kan skuldast innføring av nytt pasientjournalsystem i barne- og ungdomspsykiatrien, og ikkje ein faktisk reduksjon i aktivitet (Helsedirektoratet, 2018). Vi ser dette tydeleg for Helse Midt-Norge i 2018, og for Ahus og Innlandet i 2016.



Figur 4.7: Kontaktrate for poliklinisk behandling for barn og unge (0–17 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser kontaktratar for 2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

Dei fleste polikliniske kontaktane for barn og unge blei utført i psykisk helsevern. Prosentdel poliklinisk kontaktrate utført i det offentlege varierte fra 87 til nær 100 %. Buområde Telemark skilde seg ut; avtalespesialistane stod for omrent 13 % av dei polikliniske kontaktane for barn og unge.

Når vi såg regionvis på gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate per år i 2014–2018, fann vi høgast rate for barn og unge i Midt-Norge (590), deretter Sør-Øst (510) og Nord (510), mens barn og unge i Vest hadde lågast polikliniske kontaktrate (468) per år (ikkje publiserte data).

For landet samla fann vi for 2014–2018 at jentene (0–17 år) hadde ein høgare gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate per år enn gutane. Kontaktratare var 537 for jenter og 498 for gutter i gjennomsnitt per år. For 2018 var årsratane for polikliniske kontaktar 517 for jenter og 464 for gutter.

I 2014–2018 hadde jentene gjennomsnittleg mellom 423 og 748 polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar og år, avhengig av kva buområde dei tilhørte. For gutter varierte tilsvarende kontaktratar mellom 402 og 707 fordelt på buområda.

Polikliniske kontaktar per pasient Barn og unge hadde i gjennomsnitt mellom 8,3 og 16 polikliniske kontaktar per pasientar per år i 2014–2018. Flest kontaktar per pasient fann vi for barn og unge i buområde St. Olavs og færrest i Førde-området. For Noreg samla blei det årleg i gjennomsnitt gitt 12 polikliniske kontaktar per barne- og ungdomspasient (tabell 4.2).

Tabell 4.2: Poliklinisk behandling for barn og unge i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar, tal pasientar og kontaktar per pasient fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld barn og unge i alderen 0-17 år.

Buområde	Tal kontaktar	Tal pasientar	Kontaktar per pasient
St. Olavs	48 121	3 113	15,5
Vestfold	32 916	2 342	14,1
Diakonhjemmet	14 949	1 074	13,9
OUS	29 198	2 124	13,7
Ahus	60 537	4 413	13,7
Møre og Romsdal	34 131	2 653	12,9
Vestre Viken	51 565	4 157	12,4
Lovisenberg	9 340	803	11,6
Nordland	16 895	1 491	11,3
Telemark	21 138	1 909	11,1
Innlandet	38 810	3 529	11,0
Bergen	48 306	4 457	10,8
Stavanger	39 040	3 613	10,8
Sørlandet	30 315	2 847	10,6
Østfold	28 836	2 722	10,6
Helgeland	10 375	989	10,5
Fonna	18 324	1 758	10,4
UNN	17 735	1 786	9,9
Nord-Trøndelag	14 191	1 573	9,0
Finnmark	7 581	859	8,8
Førde	11 690	1 401	8,3
Noreg	583 992	49 094	11,9

Indirekte kontaktar

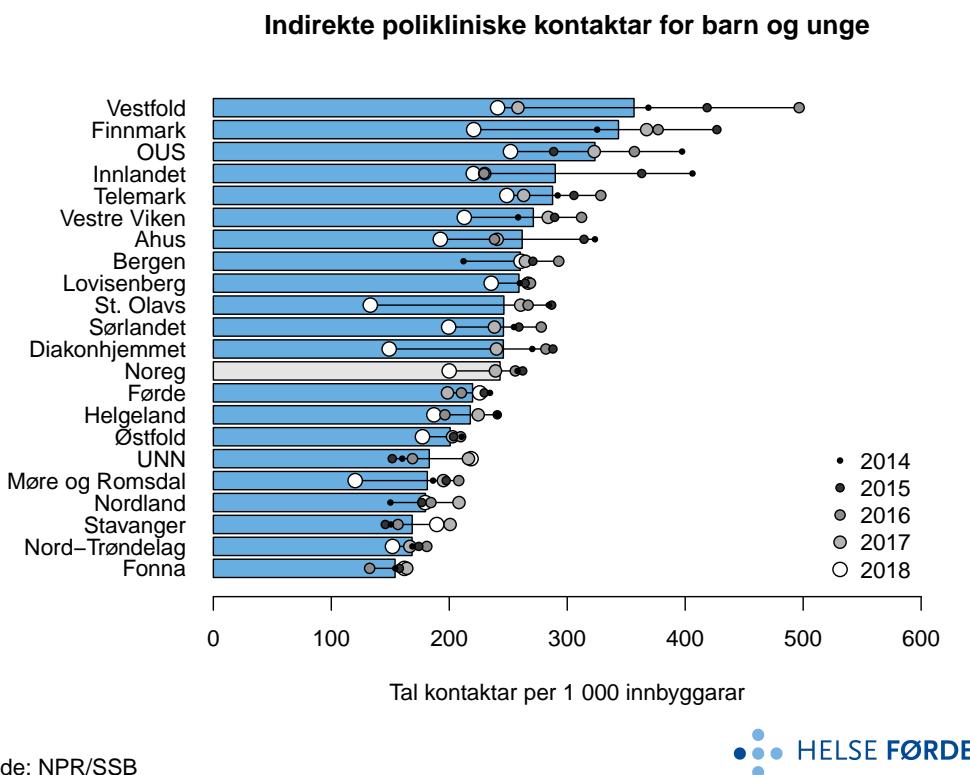
I 2014–2018 blei det gjennomsnittleg registrert 274 000 indirekte polikliniske kontaktar per år, knytt til barn og unge ved psykisk helsevern eller rusbehandling i Noreg. Dette utgjorde 32 % av alle polikliniske kontaktar. I buområde Finnmark utgjorde indirekte kontaktar 43 % av alle polikliniske kontaktar for barn og unge, mens dei indirekte kontaktane utgjorde 24 % i Nordland og Møre og Romsdal (tabell A.1).

Tal registrerte indirekte kontaktar per 1 000 innbyggjarar endra seg til dels mykje i mange av buområda i perioden 2014–2018.¹³ Gjennomsnittleg årsrate for Noreg var 243. Høgst indirekte kontaktrate fann vi i Vestfold-området med gjennomsnittleg 357, og lågast i Fonna-området med 154 kontaktar per 1 000 innbyggjarar og år (figur 4.8).

Indirekte kontaktrate gjekk ned i dei fleste av buområda i 2018. Indirekte kontaktar berre for 2018, hadde årsratar på 261 i buområde Bergen til 120 i Møre og Romsdal (figur 4.8).

For aldersgruppa 0–17 år fann vi ein auke i tal telefonsamtalar *med* pasientane frå 29 000 i 2016 til 97 000 i 2018. Telefonmøter *om* pasienten med førstelinjetenesta auka (frå 5 500 til 53 000), mens registrerte «telefonar» blei sterkt redusert frå 108 000 i 2016 til 24 000 i 2018. Tal samarbeidsmøter *om* pasienten med førstelinjetenesta og anna teneste auka tydeleg i treårsperioden (frå 2 500 til 23 000), mens det blei

¹³Fra 2017 blei finansieringa av poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge endra, med innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF). Samtidig blei koderegler og kodepraksis endra. Endringane kan ligge til grunn for endringar vi ser for indirekte kontaktratar, og for registrering av type indirekte kontakt. Mellom anna har ei omlegging til at indirekte kontaktar, for eksempel telefon- eller videosamtalar med pasient som har karakter av ein konsultasjon, kan reknast som ordinær konsultasjon.



Figur 4.8: Kontaktrate for indirekte kontaktar i poliklinisk behandling for barn og unge (0-17) år i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

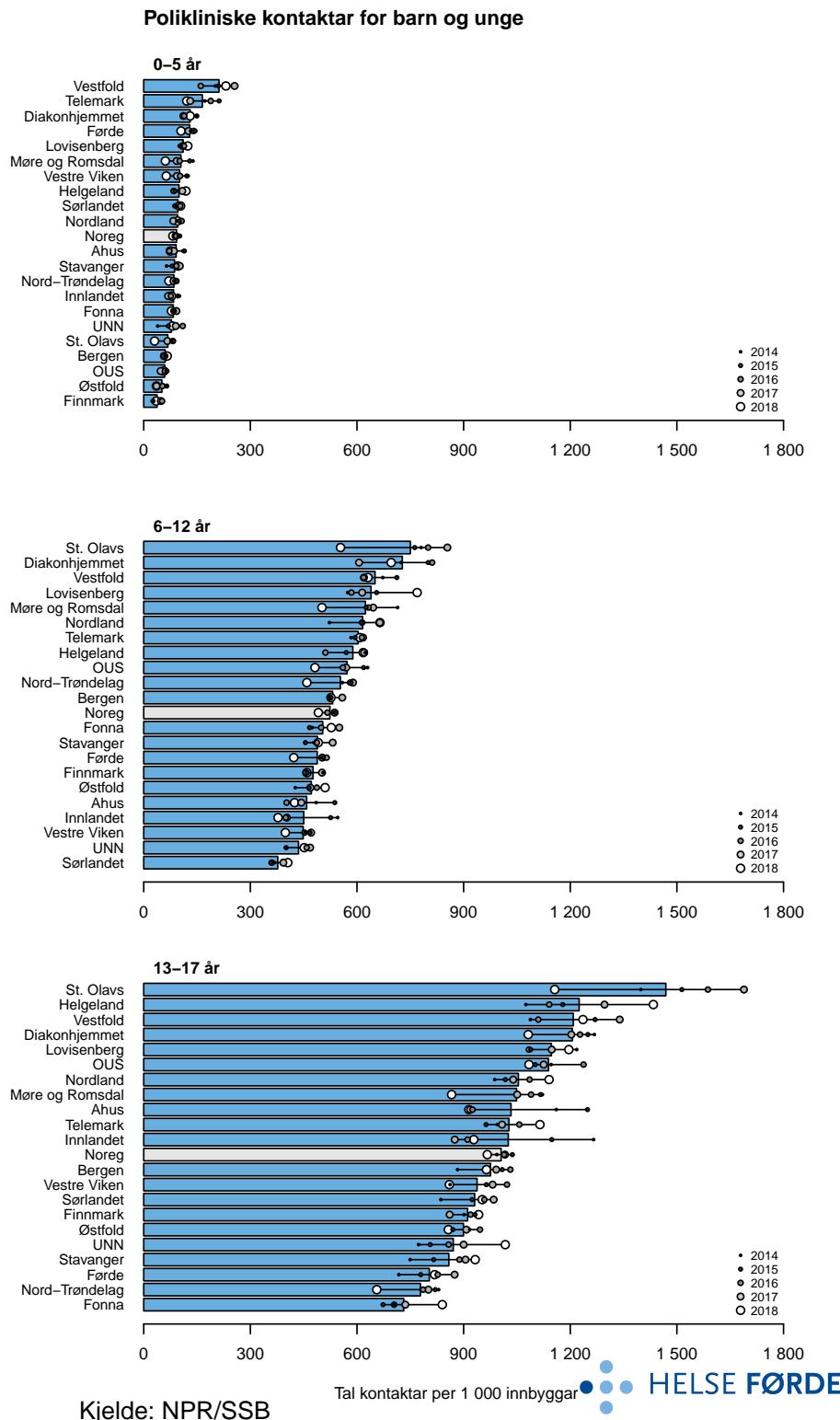
registrert få indirekte kontaktar per telemedisin og tele-/videokonferanse (omtrent 120 i 2018).

Alderssegment

Ved å dele barne- og ungdomspasientane i tre aldersgrupper, fann vi at dei yngste, barn på 0-5 år, hadde færrest polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar. Gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate for Noreg var 92 per år, varierande frå 212 for barna i Vestfold-området til 37 i Finnmark (figur 4.9). Variasjonen mellom buområda i poliklinisk kontaktrate var stor, og større for desse minste borna enn i dei to andre aldersgruppene (tabell 4.16). Jentene 0-5 år hadde mellom 31 og 122 i gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate per år, og for gutane varierte ratane frå 44 til 297 (figur A.1 og A.2).

Barn i aldersgruppa 6-12 år hadde i Noreg ein gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate på 524 per år. Kontaktraten var høgast i buområde St. Olavs med 750, og lågast i buområde Sørlandet med 377 kontaktar per 1 000 innbyggjarar (figur 4.9). Variasjonen i kontaktarar var moderat (tabell 4.16). Også i alderen 6-12 år hadde gutane fleire polikliniske kontaktar enn jentene. Kontaktratane varierte mellom 502 og 995 for gutane, og mellom 246 og 502 per år for jentene (figur A.1 og A.2).

For barn og unge i alderen 13-17 år i Noreg fann vi gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate på 1 006 per år. Det var med andre ord i dette alderssegmentet at tal polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar var størst. Ved St. Olavs var kontaktraten gjennomsnittleg 1 469, mens i Fonna var den 731 per år (figur 4.9). For tenåringane (13-17 år) var variasjonen i poliklinisk kontaktrate relativt liten mellom buområda (tabell 4.16). Jentene hadde høgast poliklinisk kontaktrate med frå 973 til 1927 i gjennomsnitt per år, og for gutane fann vi mellom 502 og 1034 polikliniske kontaktar per år og buområde (figur A.1 og A.2).



Figur 4.9: Kontaktrate, inndeling i aldersgrupper. Poliklinisk kontaktrate for behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet i aldersgruppene 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år. Søylene viser gjennomsnittsverdiane per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

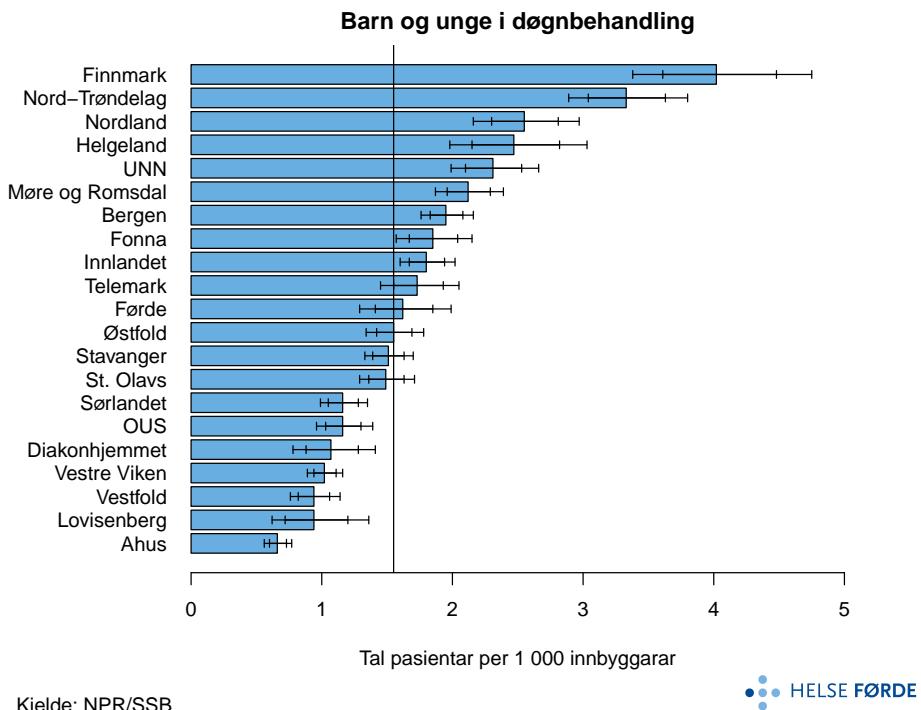
4.1.2 Hovudfunn - poliklinisk behandling for barn og unge

- Barn og unge var med 49 000 pasientar årleg den nest største pasientgruppa i dette helseatlaset. Variasjonen mellom buområda i poliklinisk behandling var liten både for kontaktratar og pasientratar. Kontaktratane i buområda varierte mellom 429 og 726.
- Nedgangen i poliklinisk kontaktrate for Noreg i 2018 kan vere påverka av både innføring av nytt journalsystem i nokre helseføretak i perioden, og ein auke i tenestetilbodet for barn og unge si psykiske helse i kommunane.
- Det var store skilnader i kor mange polikliniske kontaktar barn og unge pasientar fekk per år; omrent det doble i område med flest kontaktar som i område med færrest kontaktar per pasient.
- Når vi trekte ut aldersgruppa 13-17 år, der jenter var i fleirtal, fann vi at kontaktraten her (1 005) var den høgaste i dette helseatlaset, og høgare enn tilsvarende ratar for vaksne og eldre.
- Dei registrerte *typar* indirekte kontaktar gikk i retning av fleire telefonsamtalar *med* pasientane og samarbeidsmøter *om* pasientane. Endringane kan henge sammen med innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF), og større fokus på koding også av indirekte kontaktar.

Vi fann ulike mønster for bruk av poliklinikkane i ulike buområde. For eksempel hadde barn og unge frå buområde Førde relativt høg kontaktrate for barn i gruppa 0–5 år. I buområda Vestfold og Diakonhjemmet hadde barn og unge relativt høg kontaktrate i alle alderssegment, mens i buområda Helgeland og OUS var kontaktratane høge frå tenåra.

4.1.3 Døgnbehandling

Pasientrate Fordelt på buområda varierte gjennomsnittleg tal barn og unge i døgnopphald mellom 4,0 i Finnmark og 0,7 i Ahus per 1 000 innbyggjarar og år i perioden 2014–2018. Pasientratane var relativt høge for alle buområda i Nord-Norge, og låge i Helse Sør-Øst. Breie konfidensintervall betyr at få pasientar til grunn for ratane. Variasjonen var stor og større enn det vi kan vente fra tilfeldigheiter (figur 4.10 og tabell 4.19).



Figur 4.10: Pasientrate for døgnbehandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal barn- og unge pasientar (0–17 år) per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnitsverdier per år for perioden 2014–2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnitsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.

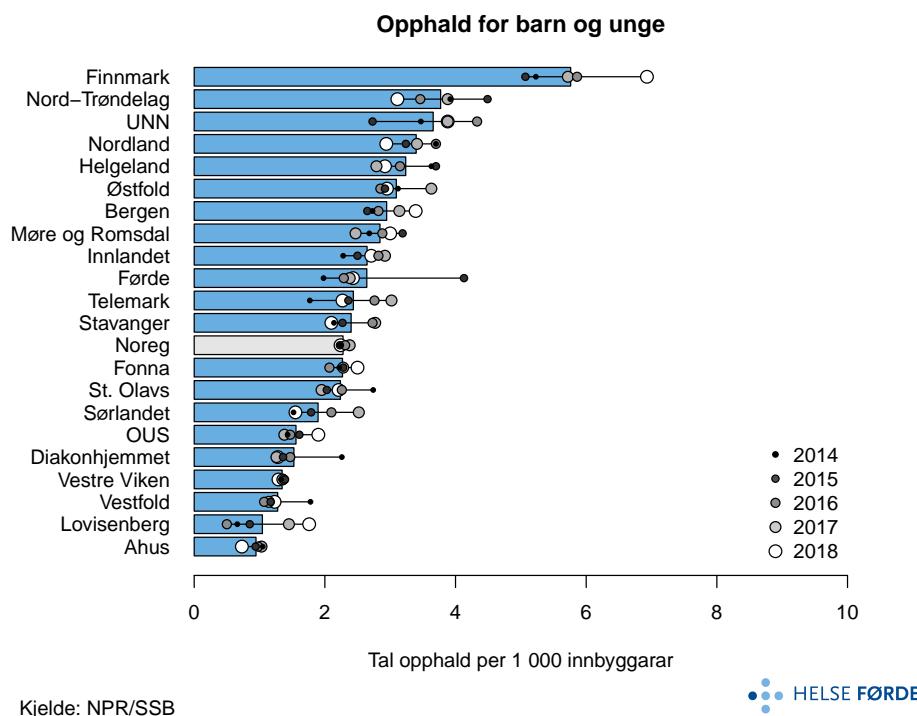
Opphaltsrate Barn og unge i Noreg hadde samla knapt 2 600 døgnopphald i psykisk helsevern per år i 2014–2018 (tabell 4.3). Opphaltsraten var stabil i perioden, med i gjennomsnitt 2,3 døgnopphald per 1 000 innbyggjarar og år.¹⁴

Barn og unge frå Nord-Norge hadde flest døgnopphald per 1 000 innbyggjarar (figur 4.11). I Finnmark auka opphaltsraten til 7,0 i 2018, mens gjennomsnittleg opphaltsrate per år i 2014–2018 var 5,8. Opphaltsratane for barn og unge frå Oslo- og Oslo-nære område var lågast, med gjennomsnittleg opphaltsrate per år på 1,1 i buområde Ahus. Variasjonen i opphaltsratar mellom buområda var særleg stor.

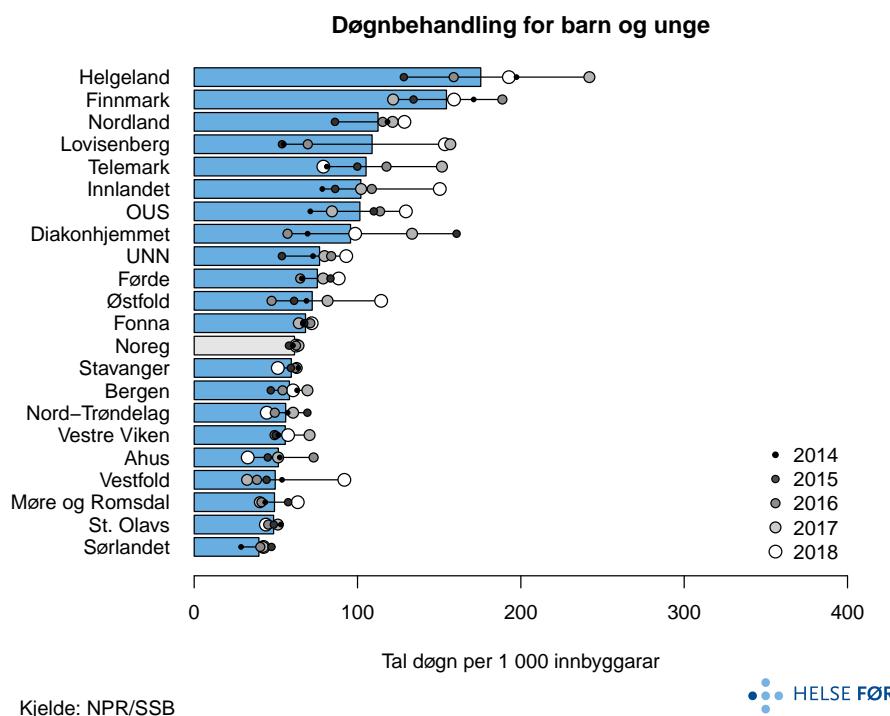
Døgnrate Barn og unge i Noreg hadde i gjennomsnitt 61 døgn i institusjon, per 1 000 innbyggjarar og år i 2014–2018 (figur 4.12). Døgnraten var stabil for Noreg, men endra seg til dels mykje mellom åra i dei ulike buområda. Vi fann låge døgnratar i Helse Midt-Norge. Døgnraten varierte mellom 40 på Sørlandet til 175 for barn og unge frå Helgeland- og 154 i Finnmark-områda.

Varighet på døgnopphalda (døgn per opphold) var lengst i Oslo-områda som alle hadde over 45 døgn per opphold per år i 2014–2018. Gjennomsnittleg varighet på døgnopphalda varierte frå 67 døgn i buområde Lovisenberg til 14 døgn per opphold Nord-Trøndelag (tabell 4.3).

¹⁴Per år blei gjennomsnittleg 33 opphold som varte lengre enn 365 døgn ekskludert frå vidare analysar



Figur 4.11: Opphaltsrate for døgnbehandling for barn og unge (0-17 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal døgnopp hold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.



Figur 4.12: Døgnrate for barn og unge (0-17 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal døgn per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Tabell 4.3: Døgnbehandling for barn og unge i psykisk helsevern og tværfagleg spesialisert behandling av ruslidningar. Tal pasientar, tal døgn, tal opphold og døgn per opphold fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld barn og unge i alderen 0-17 år.

Buområde	Tal pasientar	Tal døgn	Tal opphold	Døgn per opphold
Lovisenberg	13	1 000	15	67,0
OUS	59	4 871	79	62,0
Ahus	80	5 589	114	48,9
Diakonhjemmet	23	1 530	33	46,9
Vestre Viken	111	6 043	146	41,3
Helgeland	43	2 165	57	38,0
Telemark	65	3 355	91	36,9
Innlandet	145	7 652	214	35,8
Vestfold	47	2 053	64	32,1
Nordland	78	2 974	104	28,7
Finnmark	68	2 498	97	25,7
Fonna	79	2 415	98	24,7
Stavanger	127	4 379	201	21,8
St. Olavs	98	3 102	148	21,0
Østfold	99	4 153	198	21,0
UNN	94	2 988	148	20,1
Sørlandet	80	2 403	131	18,3
Møre og Romsdal	128	2 913	172	17,0
Førde	43	1 175	70	16,9
Bergen	189	4 511	284	15,9
Nord-Trøndelag	103	1 675	117	14,3
Noreg	1770	69 444	2 581	26,9

4.1.4 Hovedfunn - døgnbehandling for barn og unge

- Variasjonen i både opphaltsratar og pasientratar var særleg stor for barn og unge, og opphaltsraten varierte mellom 1 og 6 i gjennomsnitt per år. Det var imidlertid få barn og unge innlagt til døgnbehandling; gjennomsnittleg 1770 pasientar per år. Barn og unge i Finnmark hadde høgst både pasientrate og opphaltsrate.
- Det var markante forskjellar i varighet av oppholda med i gjennomsnitt 14 døgn per opphold i buområde Nord-Trøndelag mot opp til 67 døgn per opphold i Helse Sør-Øst der opphaltsraten var lågast.
- Også pasientratane varierte særskilt mykje mellom buområda, og var høgst i buområda i Helse Nord, og Nord-Trøndelag.

4.1.5 Samla vurdering for barn og unge

Ressursmessig kan fire polikliniske kontaktar tilsvare eitt døgn i institusjon. Ved å sjå på poliklinikk og døgn samla på denne måten, fann vi at barn og unge frå Helgeland låg høgst i bruk av tenestene, men at også barn og unge frå Finnmark-, Diakonhjemmet-, Lovisenberg- og Nordland-områda låg høgt. Vi fann med andre ord ein noko større bruk av tenestene i delar av region Nord, og i Oslo. Ut frå kunnskapen vi sit med i dag, kan vi ikkje konkludere sikkert angåande om variasjonen i bruk av tenestene var uønska.

4.2 Vaksne i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar

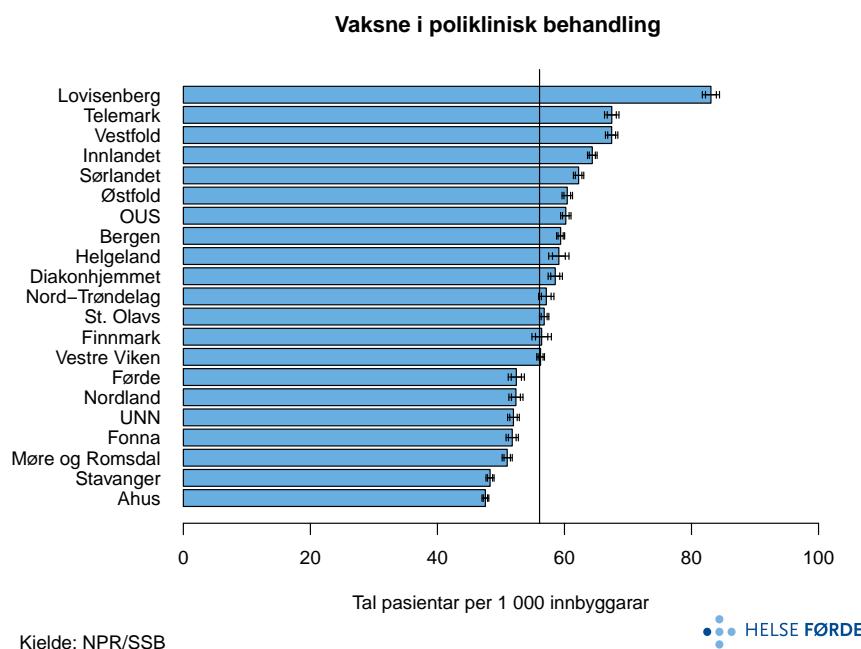
I 2014–2018 var kvart år over 195 000 vaksne (18–64 år) i kontakt med psykisk helsevern, avtalespesialist psykisk helsevern og/eller sektoren tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Pasientane utgjorde 6 % av dei vaksne innbyggjarane i Noreg, varierande frå 9 % ved 18 år til 3 % ved 64 år. Kvinnene utgjorde omtrent 57 % av pasientane (figur 4.1 og 4.2).

Tal vaksne pasientar per år auka i perioden. Auken skjedde hovudsakelg for pasientar i alderssegmentet 18–30 år med omtrent 10 000 pasientar (frå 62 815 til 72 824) i løpet av dei fem åra. For alderssegmenta 31–50 og 51–64 år var pasientvoluma meir stabile med omtrent 90 000 og 37 000 pasientar per år (figur 4.4).

Kvart år var det i gjennomsnitt over 181 000 vaksne pasientar som hadde ein eller fleire polikliniske kontaktar (tabell 4.4), og 27 700 som var innlagt til eitt eller fleire døgnopphald i dei nemnde spesialisthelsetenestene i 2014–2018 (tabell 4.7). Dei fleste pasientane fekk med andre ord kun poliklinisk behandling, nokre hadde både poliklinisk og døgnbehandling, mens få mottok kun døgnbehandling.

4.2.1 Poliklinisk behandling

Tal vaksne polikliniske pasientar per 1 000 innbyggjarar var stabilt i dei fleste buområda i perioden. Fem av buområda med høgst gjennomsnittleg pasientrate per år var i Helse Sør-Øst. Med 83 pasientar per 1 000 innbyggjarar hadde buområde Lovisenberg tydeleg høgst pasientrate. Lågast poliklinisk pasientrate (48) hadde buområda Stavanger og Ahus. Variasjonen i pasientratar mellom buområda var liten, men større enn det som skuldast tilfeldig variasjon (figur 4.13).

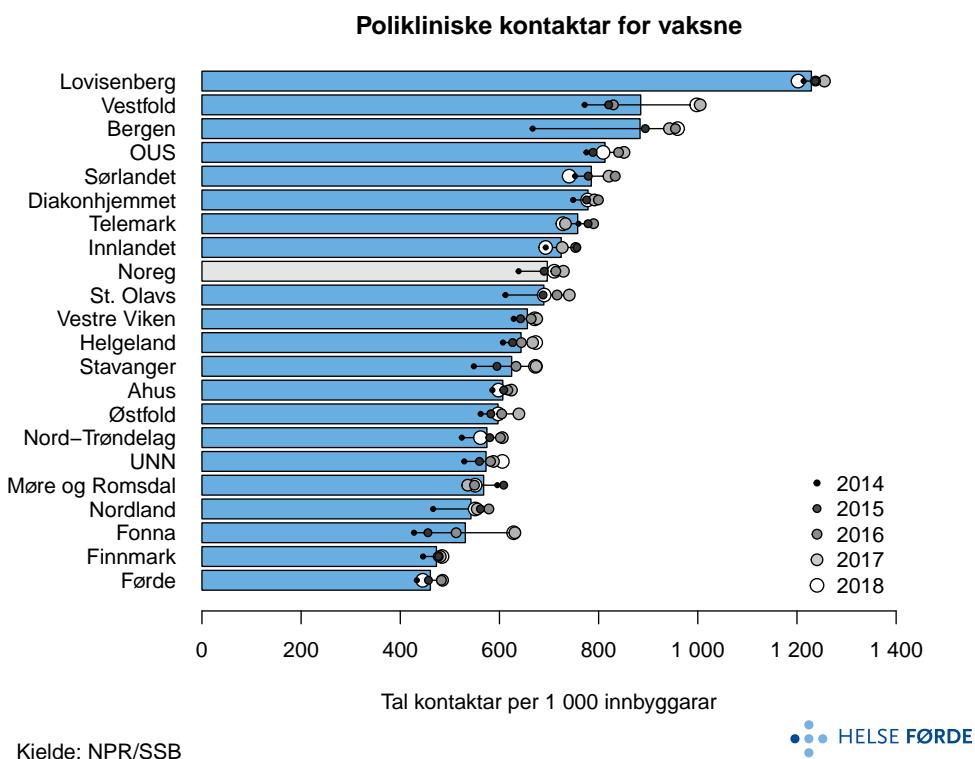


Figur 4.13: Pasientrate for poliklinisk behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal vaksne pasientar (18–64 år) per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdiane per år for perioden 2014–2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.

Polikliniske kontaktar

Vaksne i Noreg hadde nær 2 250 000 polikliniske kontaktar per år i 2014–2018, når vi summerer tal kontaktar frå psykisk helsevern, avtalespesialistar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (tabell 4.4). Poliklinisk kontaktrate for vaksne var relativt stabil i Noreg i 2014–2018, med i gjennomsnitt 696 kontaktar per 1 000 innbyggjarar og år. Vi fann likevel ein auke i kontaktrate for vaksne frå Vestfold, Bergen og Fonna (figur 4.14).

Saman med vaksne frå dei to største by-områda, hadde vaksne frå Vestfold- og Sørlandetområda høgast bruk av polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar og år i 2014–2018. Vaksne innbyggjarar i buområde Lovisenberg hadde tydeleg fleire polikliniske kontaktar enn i resten av landet med gjennomsnittleg 1 229 kontaktar per 1 000 innbyggjarar per år. Innbyggjarane i Finnmark (473) og Førde (461) hadde lågast gjennomsnittleg årleg kontaktrate (figur 4.14). Vi vurderte at variasjonen i poliklinisk kontaktrate for vaksne var moderat (tabell 4.16).

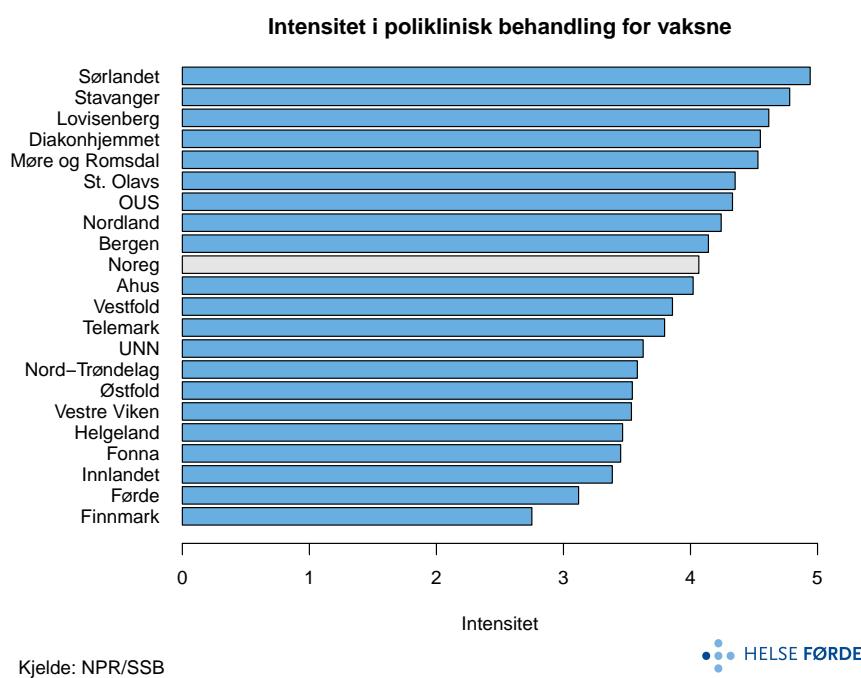


Figur 4.14: Kontaktrate for poliklinisk behandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiane per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Kontaktar per pasient Flest polikliniske kontaktar per pasient fann vi i buområda Bergen og Lovisenberg med i overkant av 14 kontaktar per år. Færrest kontaktar per pasient fann vi i Førde (8,7) og Finnmark (8,3) (tabell 4.4). Kvar pasient fekk omtrent like mange polikliniske kontaktar enten dei var til behandling hos avtalespesialist eller i det offentlege, når vi ser på heile landet (tabell A.2). Unntak frå dette var mellom anna dei som budde i Bergen- eller Sørlandetområda, der vi fann at pasientane fekk fleire av kontaktane i det offentlege. Pasientar frå andre buområde i landet (Oslo og omegn, og tre av buområda i Helse Nord) fekk fleire polikliniske kontaktar dersom dei hadde behandling hos avtalespesialist.

Tabell 4.4: Poliklinisk behandling for vaksne i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar, tal pasientar og kontaktar per pasient fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld vaksne i alderen 18-64 år.

Buområde	Tal kontaktar	Tal pasientar	Kontaktar per pasient
Bergen	248 245	16 687	14,9
Lovisenberg	136 742	9 413	14,5
OUS	144 273	10 596	13,6
Diakonhjemmet	71 913	5 411	13,3
Vestfold	120 134	9 166	13,1
Stavanger	143 518	11 052	13,0
Ahus	195 589	15 285	12,8
Sørlandet	141 155	11 221	12,6
St. Olavs	139 824	11 514	12,1
Vestre Viken	190 112	16 236	11,7
Innlandet	157 191	14 064	11,2
Telemark	76 198	6 840	11,1
Møre og Romsdal	88 230	7 943	11,1
UNN	66 688	6 074	11,0
Helgeland	28 792	2 670	10,8
Nordland	44 055	4 282	10,3
Fonna	56 794	5 537	10,3
Nord-Trøndelag	44 209	4 418	10,0
Østfold	102 330	10 369	9,9
Førde	28 856	3 310	8,7
Finnmark	21 857	2 619	8,3
Noreg	2 246 703	180 897	12,4



Figur 4.15: Intensitet i poliklinisk behandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Søylene viser gjennomsnittsverdiar for 2014–2018.

Intensitet i poliklinisk behandling blei her målt ved gjennomsnittleg tal polikliniske kontaktar i 30-dagarsperiodar. Ein gjennomsnittleg poliklinisk behandlingsintensitet på mellom 3,5 og 4,5 var vanleg i fleire av buområda i 2014–2018. For vaksne frå buområde Sørlandet var intensiteten 4,9 mens lågast intensitet opplevde vaksne i Førde (3,1) og Finnmark (2,8) (figur 4.15).

Indirekte kontaktar

I 2014–2018 blei det per år i gjennomsnitt registrert over 584 000 indirekte polikliniske kontaktar knytt til vaksne pasientar ved psykisk helsevern eller rusbehandling i Noreg. Dette utgjorde 21 % av alle polikliniske kontaktar. Av alle polikliniske kontaktar for vaksne utgjorde indirekte kontaktar omtrent 27 % per år i buområde Fonna og Stavanger og 15 % i Bergen (tabell A.3).

Tal indirekte kontaktar per 1 000 innbyggjarar var stabilt i Noreg i 2014–2018, og med ein gjennomsnittleg årsrate på 181. Høgast indirekte kontaktrate fann vi i Lovisenbergområdet med gjennomsnittleg 297, og lågast i Førde-området med 121 kontaktar per 1 000 innbyggjarar og år. Vi fann at årsratane for indirekte kontaktar endra seg særleg mykje i Vestfold- og Finnmark-områda i perioden (figur A.3).

Når det gjeld *type* indirekte kontakt, fann vi ein auke i tal telefonsamtalar *med* pasientar frå omtrent 146 000 i 2016 til 263 000 i 2018, og telefonmøter *om* pasientar med førstelinjetenesta frå 21 500 til nær 106 000.¹⁵ Registrerte «telefonar» utan vidare spesifisering, blei samtidig redusert frå 250 000 til 79 000. Tele-videokonferansar og telemedisin hadde eit lite omfang i perioden, men auka frå omtrent 400 i 2016 til 900 i 2018. Det er forventa at indirekte kontaktar med pasientar vil auke i tida framover, og kan erstatte at pasientane er fysisk til stades i konsultasjonane. Eit anna område der vi fann sterkt auke i indirekte kontaktar var samarbeidsmøte med førstelinjetenesta og anna teneste; tal kontaktar auka fire gonger til 33 000 i 2018.

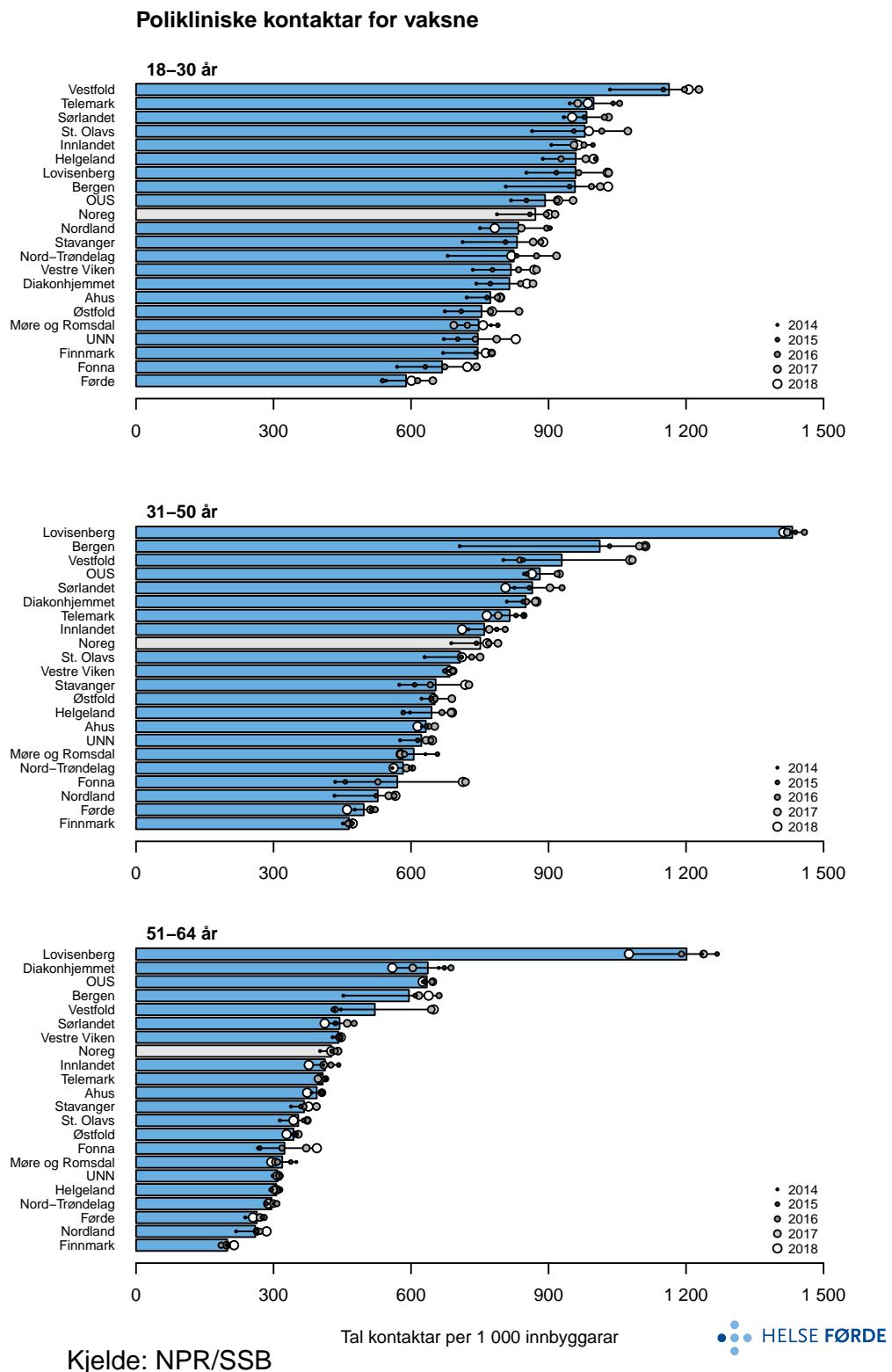
Alderssegment

For vaksne 18–30 år fann vi at gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate for Noreg var 871 per år, og med ein auke frå 2014 til 2018. For pasientar i mange buområde auka poliklinisk kontaktrate tydeleg frå 2014 til 2015. Høgast gjennomsnittleg kontaktrate per år hadde vaksne i Vestfold-området (1 163), og lågast i buområde Førde (589) (figur 4.16).

I både aldersgruppa 31–50 år og 51–64 år fann vi at vaksne frå buområde i Oslo og Bergen, saman med andre buområde med bykommunar (Vestfold, Sørlandet) tenderte til å ha høgare poliklinisk kontaktrate enn vaksne frå område som er mindre tett befolka. For begge aldersgruppene hadde buområde Lovisenberg høgast poliklinisk kontaktrate (31–50 år: 1 432 og 51–64 år: 1 201). Auken i poliklinisk kontaktrate i Lovisenbergområdet kan skuldast eit godt utbygd tilbod innan Raskere tilbake (sjå meir om Raskere tilbake i kapittel 5.2). Lågast poliklinisk kontaktrate fann vi for vaksne i Finnmark (31–50 år: 465 og 51–64 år: 199) (figur 4.16). Vi ser at poliklinisk kontaktrate gikk tydeleg ned for pasientar 50 år og eldre i dei fleste buområda.

Ved å splitte vaksengruppa (18–64 år) på fleire alderssegment fann vi færre polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar i det høgaste alderssegmentet (51–64 år), og at variasjonen innad i alderssegmenta blei større ved høgare alder (tabell 4.16); frå liten variasjon hos unge vaksne, til stor i gruppa 51–64 år.

¹⁵ Telefonsamtalar med karakter av ein konsultasjon, og som kom i staden for ein ordinær konsultasjon, kan frå 2017 inngå i berekningsgrunnlaget.

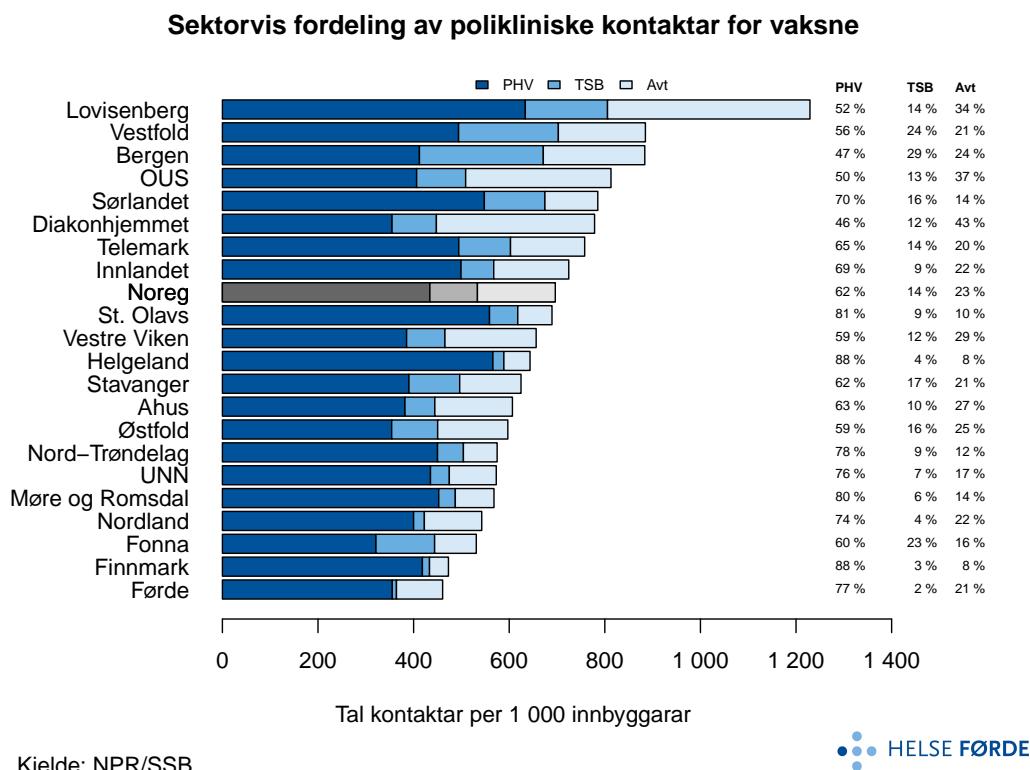


Figur 4.16: Kontaktrate, inndeling i aldersgrupper. Poliklinisk kontaktrate for behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet i aldersgruppene 18–30 år, 31–50 år og 51–64 år. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014–2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Sektorar

Dei vaksne pasientane hadde prosentvis flest polikliniske kontaktar i sektoren psykisk helsevern (PHV-V og PHV-BU samla), varierande frå 88 % av kontaktane i buområda Finnmark og Helgeland, til mindre enn 50 % i Bergen og Diakonhjemmet. Prosentvis størst bruk av avtalespesialistar hadde vaksne i hovudstadsområda Diakonhjemmet (43 %), OUS (37 %) og Lovisenberg (34 %). Prosentvis lågast bruk, var det nord i landet der innbyggjarane både i Finnmark og Helgeland hadde 8 % av kontaktane hos avtalespesialist (figur 4.17).

For innbyggjarane i buområda Bergen, Vestfold og Fonna blei meir enn 20 % av polikliniske kontaktar for vaksne registrert ved sektoren tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB). Lågast prosentdel av registrerte polikliniske kontaktar ved TSB (mindre enn 5 %) fann vi i buområde i Nord (Finnmark, Nordland, Helgeland) og Vest (Førde) (figur 4.17).

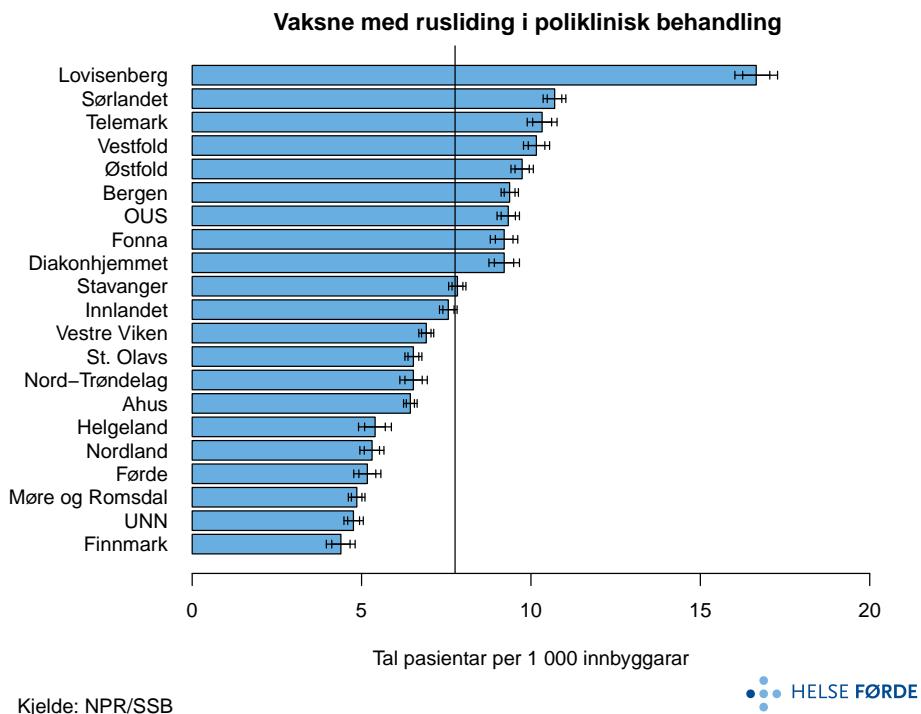


Figur 4.17: Kontaktrate, inndeling etter sektor. Poliklinisk kontaktrate for vaksne (18-64 år), fordelt på buområde og landet, med prosentvis inndeling av behandling i sektorene psykisk helsevern (PHV), tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB) og avtalespesialistar - psykisk helsevern (Avt). Søylene viser gjennomsnittsverdiane per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

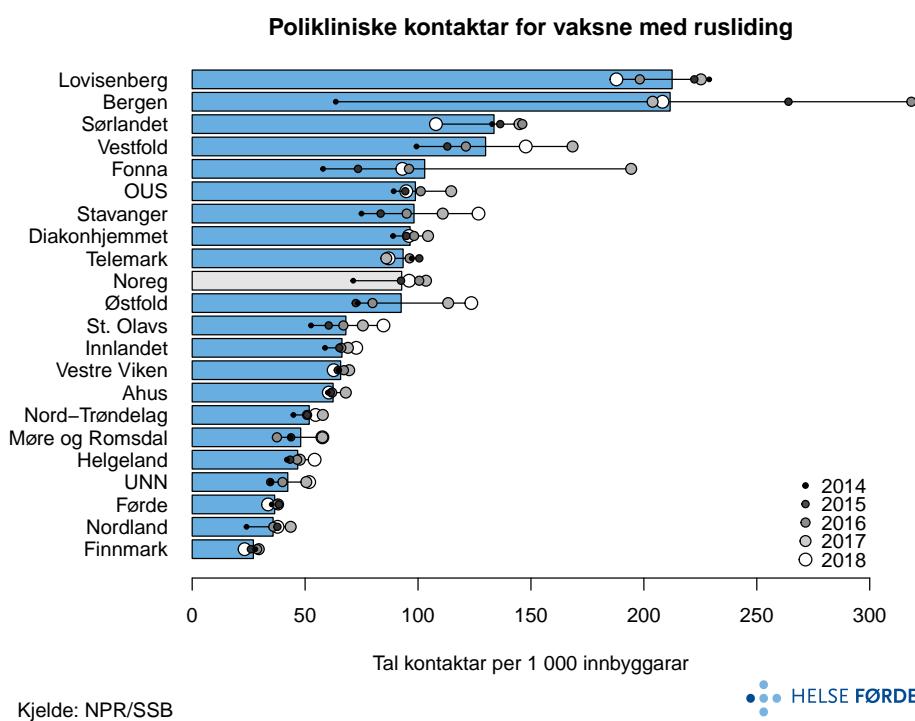
Rusliding

I Noreg hadde årleg omrent 25 000 vaksne med rusliding minst ein poliklinisk kontakt i psykisk helsevern (PHV-V og PHV-BU), tverrfagleg spesialisert rusbehandling eller hos avtalespesialist psykisk helsevern i perioden 2014–2018 (tabell 4.5). Sjå vedlegg B for definisjon av rusliding.

Pasientraten for vaksne med ruslidingar låg for fleire buområde mellom 5 og 11 per år. Tydeleg høgast tal polikliniske pasientar med rusliding per 1 000 innbyggjarar fann vi i buområde Lovisenberg, med ein pasientrate på 17. Lågast pasientrate fann vi for buområde Finnmark (4,4). Variasjonen i pasientratar var stor, og større enn det som kjem frå tilfeldigheiter (figur 4.18 og tabell 4.17).



Figur 4.18: Pasientrate, vaksne med rusliding i poliklinisk behandling. Tal vaksne (18-64 år) med rusliding per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.



Figur 4.19: Kontaktrate, vaksne med rusliding i poliklinisk behandling. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Kontaktrate For vaksne med rusliding fann vi gjennomsnittleg nær 300 000 polikliniske kontaktrar per år for Noreg (tabell 4.5), eller 93 kontaktrar per 1 000 innbyggjarar.¹⁶ Gjennomsnittleg årleg kontaktratar var tydeleg høgare for vaksne i buområda Lovisenberg og Bergen (212). Årleg kontaktrate endra seg mykje i fleire av buområda i perioden. Gjennomsnittleg kontaktrate var lågast i buområde Førde og buområda i Helse Nord. Vaksne i Finnmark hadde ein kontaktrate på 27. Variasjonen mellom buområda i polikliniske kontaktratar for vaksne med rusliding var særleg stor (figur 4.19 og tabell 4.16).

Kontaktar per pasient med rusliding var i gjennomsnitt 23 per år i buområde Bergen, mens vaksne med rusliding frå Finnmark hadde færrest med 6,2 kontaktar i gjennomsnitt (tabell 4.5).

I Noreg blei 77 % av kontaktane for vaksne pasientar med rusliding som hovud- eller bitilstand, gjennomført i sektoren tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB) i 2014–2018. 11 % av kontaktane skjedde i psykisk helsevern.¹⁷

Pasientar med rusliding frå buområda Bergen og Østfold fekk omtrent alle dei polikliniske kontaktane utført ved TSB (91 og 88 % av kontaktane). I buområde Førde skjedde berre 18 % av kontaktane for pasientar med ruslidingar ved TSB, mens 80 % skjedde i psykisk helsevern. Relativt få polikliniske kontaktar blei gjennomført hos avtalespesialistane for denne pasientgruppa. Vi fann likevel at pasientane frå buområde Nordland fekk 6 % av kontaktane gjennomført der (ikkje publiserte data).

Tabell 4.5: Poliklinisk behandling for vaksne med rusliding. Inkluderer kontaktar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar, tal pasientar og kontaktar per pasient fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld vaksne i alderen 18-64 år.

Buområde	Tal kontaktar	Tal pasientar	Kontaktar per pasient
Bergen	59 542	2 644	22,5
Vestfold	17 569	1 372	12,8
Lovisenberg	21 644	1 704	12,7
Stavanger	22 782	1 803	12,6
Sørlandet	23 799	1 914	12,4
Fonna	11 059	988	11,2
OUS	16 950	1 590	10,7
Diakonhjemmet	8 769	832	10,5
St. Olavs	13 720	1 312	10,5
Møre og Romsdal	7 516	762	9,9
Ahus	20 102	2 068	9,7
Østfold	15 843	1 666	9,5
Vestre Viken	18 833	1 984	9,5
Telemark	9 364	1 046	9,0
UNN	4 923	554	8,9
Innlandet	14 418	1 661	8,7
Helgeland	2 066	242	8,5
Nord-Trøndelag	4 022	509	7,9
Førde	2 302	328	7,0
Nordland	2 869	432	6,6
Finnmark	1 258	204	6,2
Noreg	299 349	25 027	12,0

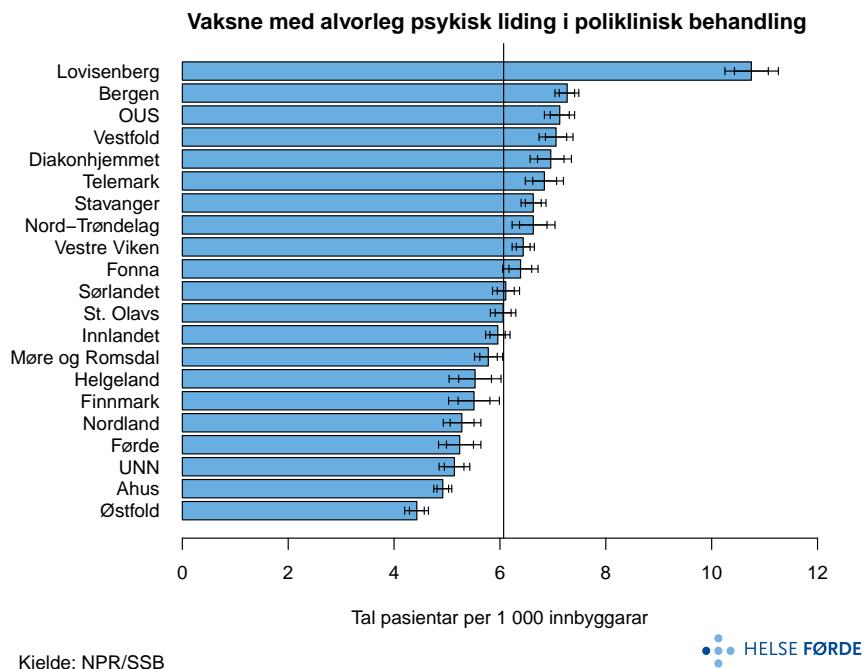
¹⁶Utlevering av legemiddel ved LAR-behandling, utan anna poliklinisk kontakt, inngår ikkje i teljinga.

¹⁷Vaksne med rusliding som hovuddiagnose fekk 88 % av kontaktane utført ved TSB, og 21 % ved psykisk helsevern.

Alvorleg psykisk liding

Kvart år hadde knapt 20 000 vaksne pasientar med alvorleg psykisk liding minst ein poliklinisk kontakt ved psykisk helsevern (PHV-V og PHV-BU), tverrfagleg spesialisert rusbehandling eller avtalespesialist psykisk helsevern, i 2014–2018 (tabell 4.6). Sjå vedlegg B for definisjon av alvorleg psykisk liding.

Pasientrate Med i gjennomsnitt 11 vaksne med alvorleg psykisk liding per 1 000 innbyggjarar per år, hadde vaksne i buområde Lovisenberg tydeleg høgast poliklinisk pasientrate. Lågast pasientrate var det i Østfold (4,4) (figur 4.20). Variasjonen i pasientratar var liten, men større enn det som kjem frå den tilfeldige variasjonen (tabell 4.17).

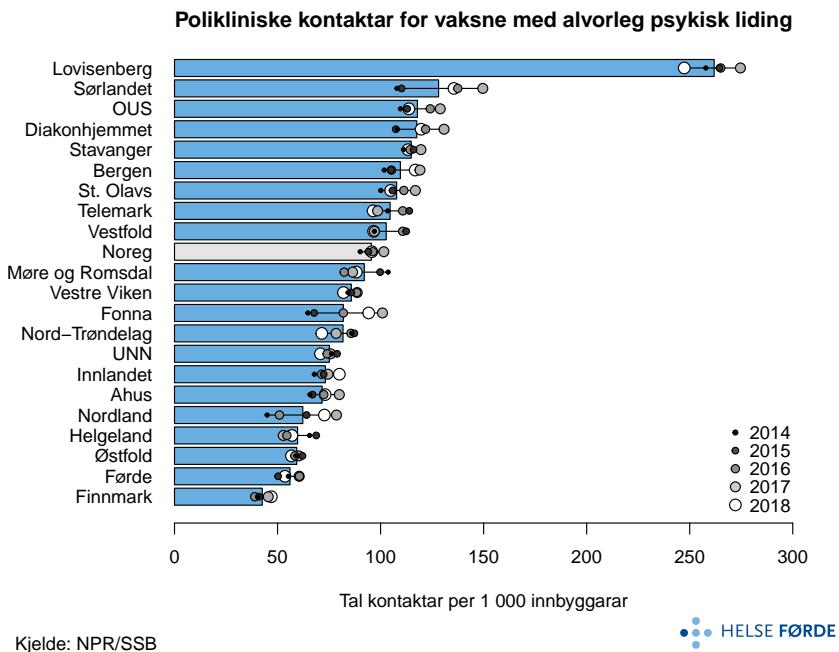


Figur 4.20: Pasientrate, vaksne med alvorleg psykisk liding i poliklinisk behandling. Tal vaksne (18-64 år) med alvorleg psykisk liding per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.

Kontaktrate Vaksne med alvorleg psykisk liding hadde samla omtrent 308 000 polikliniske kontaktar per år i Noreg. Tal polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar var stabil i 2014–2018, med ein gjennomsnittleg årsrate på 95 (figur 4.21 og tabell 4.6).

Poliklinisk kontaktrate for vaksne med alvorleg psykisk liding var tydeleg høgast i Lovisenbergområdet, med i gjennomsnitt 262 kontaktar per 1 000 innbyggjarar per år. I fire buområde (Helgeland, Østfold, Førde og Finnmark) var kontaktraten 60 eller lågare. Særleg få polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar hadde pasientar med alvorleg psykisk liding i Finnmark (43) (figur 4.21 og tabell 4.16). Variasjonen mellom buområda var stor; sett vi bort frå Lovisenbergområdet meir moderat.

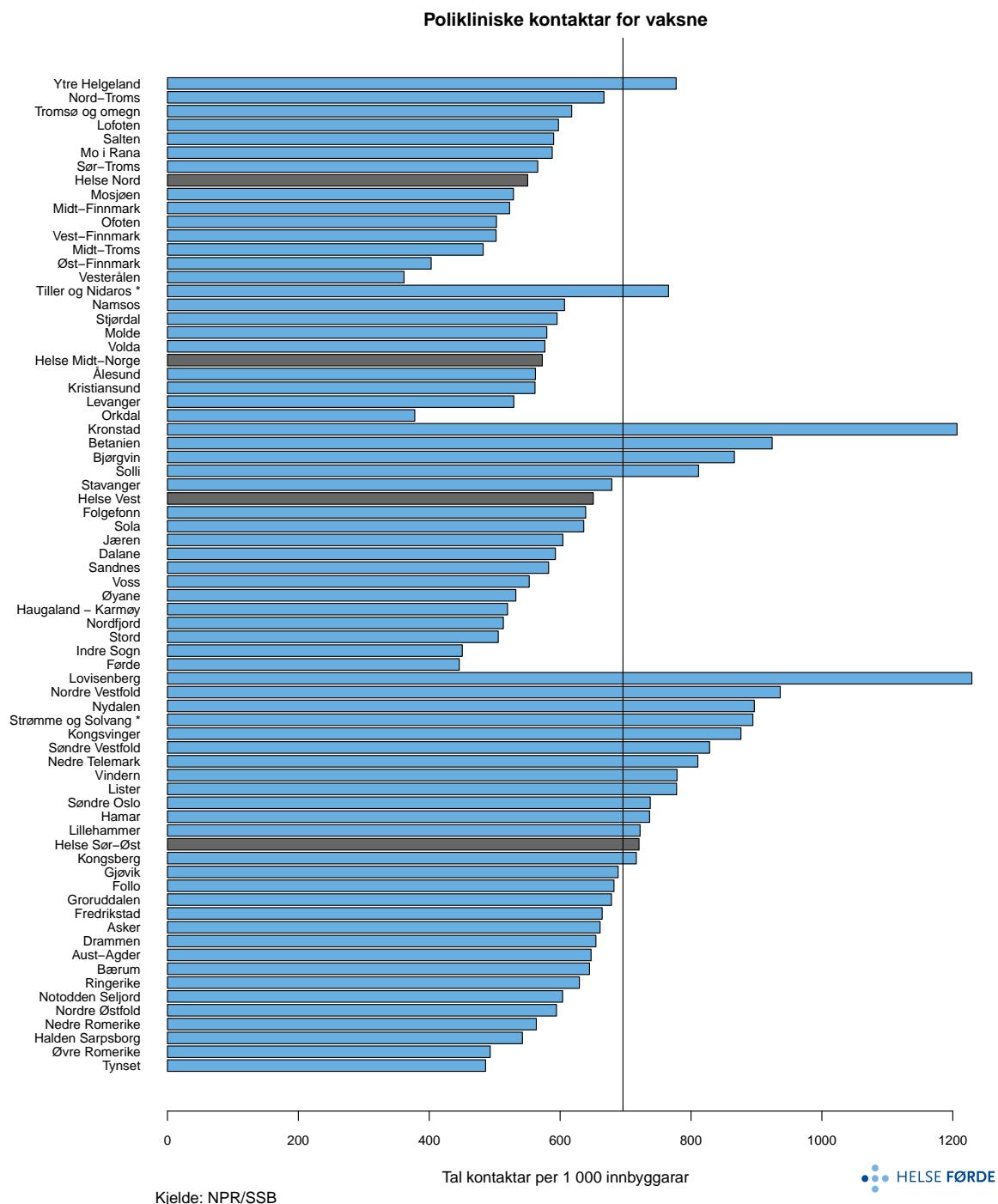
Kontaktar per pasient med alvorleg psykisk liding varierte mellom 23 i Lovisenbergområdet og 7,7 i Finnmarkområdet i årleg gjennomsnitt for 2014–2018 (tabell 4.6). Skilnaden i kontaktar per pasient vil kunne forklare noko av variasjonen i kontaktratar.



Figur 4.21: Kontaktrate, voksne med alvorleg psykisk lidning i poliklinisk behandling. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Tabell 4.6: Poliklinisk behandling for voksne med alvorleg psykisk lidning. Tal kontaktar, tal pasientar og kontaktar per pasient fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdier per år (2014-2018) og gjeld kontaktar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar for voksne (18-64 år).

Buområde	Tal kontaktar	Tal pasientar	Kontaktar per pasient
Lovisenberg	25 402	1 099	23,1
Sørlandet	22 982	1 097	20,9
St. Olavs	21 546	1 213	17,8
Stavanger	26 369	1 514	17,4
Diakonhjemmet	10 733	634	16,9
OUS	20 739	1 241	16,7
Møre og Romsdal	14 424	908	15,9
Bergen	30 580	2 014	15,2
Telemark	10 508	699	15,0
UNN	8 696	596	14,6
Ahus	23 086	1 589	14,5
Vestfold	13 919	965	14,4
Østfold	10 258	766	13,4
Vestre Viken	24 891	1 874	13,3
Fonna	8 774	684	12,8
Nord-Trøndelag	6 248	511	12,2
Innlandet	15 905	1 313	12,1
Nordland	4 976	428	11,6
Helgeland	2 677	249	10,8
Førde	3 461	329	10,5
Finnmark	1 971	255	7,7
Noreg	308 145	19 586	15,7

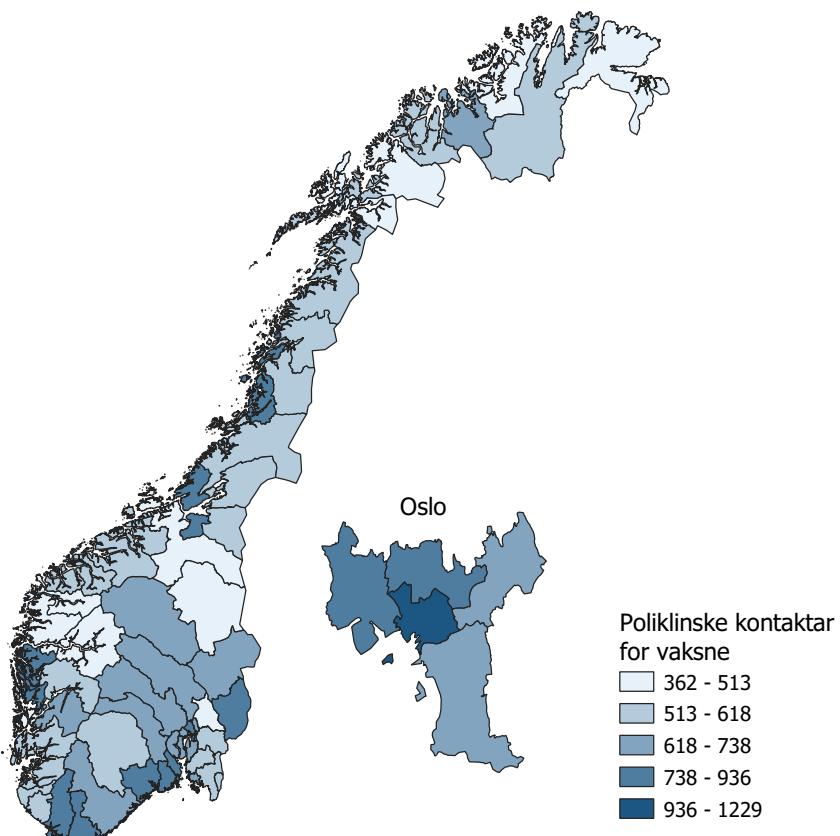
DPS- og RHF-område¹⁸

Figur 4.22: Kontaktrate fordelt på DPS-område og RHF. Poliklinisk behandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn. Stjerne: fleire DPS-område er slått saman, sjå vedlegg B.

¹⁸Pasientane er fordelt på DPS-a sine «opptaks»-område (DPS-område), ut frå kva kommune eller bydel dei bur i, uavhengig av kvar dei blei behandla.

Vurdert ut frå kontaktratane per DPS-område, fann vi tendens til høgare bruk av tenestene i byområda, og DPS-områda Lovisenberg i Oslo og Kronstad i Bergen skil seg tydeleg ut med høgst ratar. I Sør-Øst var bruken av tenestene høgast i bydelar i Oslo og i Kristiansand, men også i DPS-områda Nordre og Søndre Vestfold, og Kongsvinger var kontaktratane høge. I Vest hadde innbyggjarane i Bergen, og i Midt-Norge Trondheim, høgast bruk av poliklinikk. I Nord var tendensen til høgare bruk i byområde mindre tydeleg. Lågast poliklinisk kontaktrate for vaksne, fann vi i nokre av DPS-områda i Vest og Nord, med lågast rate for Vesterålen (figur 4.22 og 4.23). Variasjonen i poliklinisk kontaktrate mellom DPS-områda har vi vurdert til å vere moderat (tabell 4.16).

Ser vi regionvis på dei polikliniske kontaktratane for vaksne, fann vi høgaste gjennomsnittleg rate per år i Helse Sør-Øst-området med 721 polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar i 2014–2018. I Helse Vest-området hadde dei vaksne innbyggjarane ein poliklinisk kontaktrate på 651 per år, mens kontaktratane for vaksne buande i Midt-Norge var 573, og for vaksne i Helse Nord-området 550 i gjennomsnitt per år (figur 4.22). Vaksne frå Sør-Øst-området hadde høgare gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate enn i dei andre regionane. Innad i regionane var den observerte variasjonen noko større i Helse Vest enn i dei andre regionane.



Figur 4.23: Kontaktrate fordelt på DPS-område og RHF. Poliklinisk behandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område. Kartet viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

Helse-Nord Fordelt på DPS-områda fann vi høgaste og lågaste polikliniske kontaktrate hos vaksne i Ytre Helgeland med gjennomsnittleg 777 og i Vesterålen med 362 kontaktar per 1 000 innbyggjarar og år (figur 4.22).

Helse Midt-Norge Høgast og lågast poliklinisk kontaktrate i DPS-områda fann vi i Tiller og Nidaros med 765 og Orkdal med 378 kontaktar per 1 000 innbyggjarar (figur 4.22).

Helse Vest hadde tydeleg flest kontaktar for vaksne frå DPS-området Kronstad med 1 206 per 1 000 innbyggjarar. Lågast poliklinisk kontaktrate hadde vaksne i DPS-områda Førde (446) og Indre Sogn (450) (figur 4.22).

Helse Sør-Øst I fire av dei fem DPS-områda i Oslo var det høgare poliklinisk kontaktrate enn gjennomsnittet. Vaksne i DPS-området Lovisenberg hadde høgast rate med 1 229 kontaktar per 1 000 innbyggjarar. Vaksne som budde i DPS-område Tynset hadde lågast poliklinisk kontaktrate (486) i regionen (figur 4.22).

4.2.2 Hovudfunn - poliklinisk behandling for vaksne

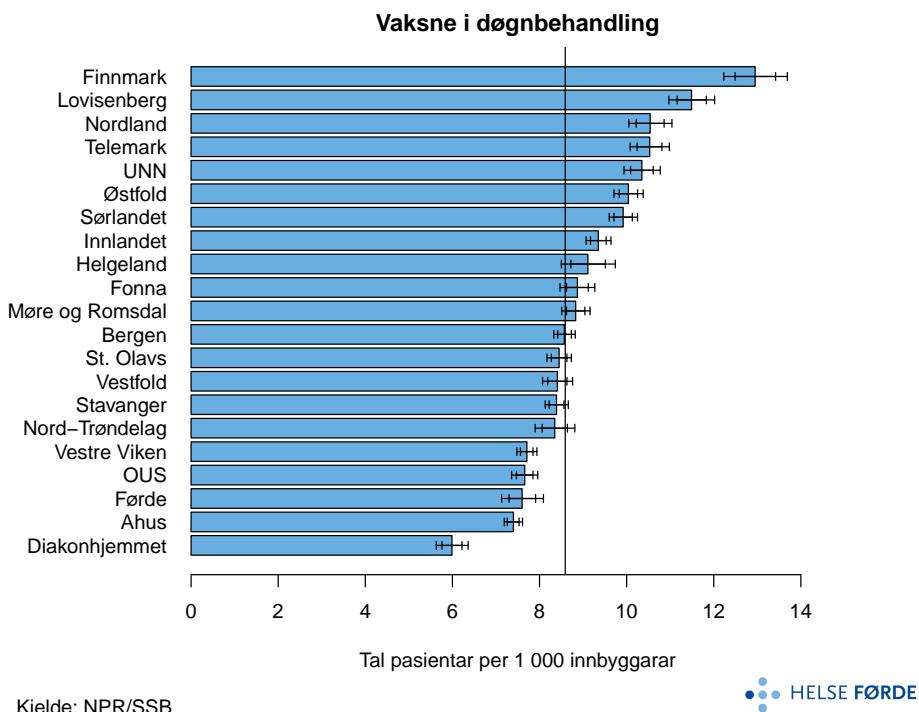
- Vaksne i poliklinisk behandling er med årleg over 180 000 pasientar den desidert største gruppa i dette helseatlaset. Med tanke på at pasientraten ikkje varierte stort mellom buområda er det verdt å legge merke til at kontaktraten varierte frå 461 til 1 229 mellom buområda. Vaksne frå både Bergen- og Oslo-områda fekk flest polikliniske kontaktar per pasient; nær dobbelt så mange i buområde Bergen som i Finnmark. Dei vaksne Oslo-innbyggjarane hadde også størst prosentvis bruk av avtalespesialistar.
- Når vi trekte ut dei med rusliding frå gruppa vaksne i poliklinisk behandling, fann vi særleg stor variasjon, med ein årleg kontaktrate som varierte frå 27 til 212 mellom buområda. Også variasjonen i pasientratar var stor mellom buområda, og pasientane frå buområde Bergen fekk kvart år meir enn tre gonger så mange kontaktar som vaksne frå Nordland og Finnmark.
- Når vi trekte ut dei med alvorleg psykisk liding, frå gruppa vaksne i poliklinisk behandling, fann vi stor variasjon i årleg kontaktrate, som varierte frå 43 til 262 mellom buområda. Det var liten variasjon i pasientratane, men pasientar frå buområde Lovisenberg hadde særleg mange kontaktar per pasient; tre gonger så mange kontaktar per pasient som i buområde Finnmark.

Vaksne med alvorleg psykisk liding eller rusliding fekk ulik poliklinisk oppfølging, avhengig av kvar dei budde i landet. Relativt høgare bruk av poliklinikk innan psykisk helsevern og rusbehandling i dei største byane, kan ha bakgrunn i større behov for behandling hos innbyggjarane der. Vi fann også at behandlingstilboda i dei same byane var meir omfattande for enkeltpasientane, samanlikna med andre stadar. Variasjonane i bruk av poliklinikk var store, og gjeld eit stort tal pasientar i ein sårbar situasjon. Vi vurderer at variasjonen i bruk av poliklinikk var uønska.

4.2.3 Døgnbehandling

Pasientrate I tillegg til vaksne fra Finnmark-, Nordland- og UNN-områda i Helse Nord, var vaksne fra Lovisenberg- og Telemark-områda blant dei med høgst gjennomsnittleg tal pasientar per 1 000 innbyggjarar og år innlagt til døgnbehandling. Tydeleg høgst pasientrate fann vi for vaksne i Finnmark-området (13).

Frå fleire av områda i og nær Oslo var pasientratane av dei lågaste; både OUS- og Ahus-områda, og med tydlegast lågast pasientrate i Diakonhjemmet-området (6,0). Det var liten variasjon mellom buområda i gjennomsnittleg pasientrate for 2014–2018, men likevel større enn det som skuldast tilfeldig variasjon (figur 4.24) og tabell 4.19).

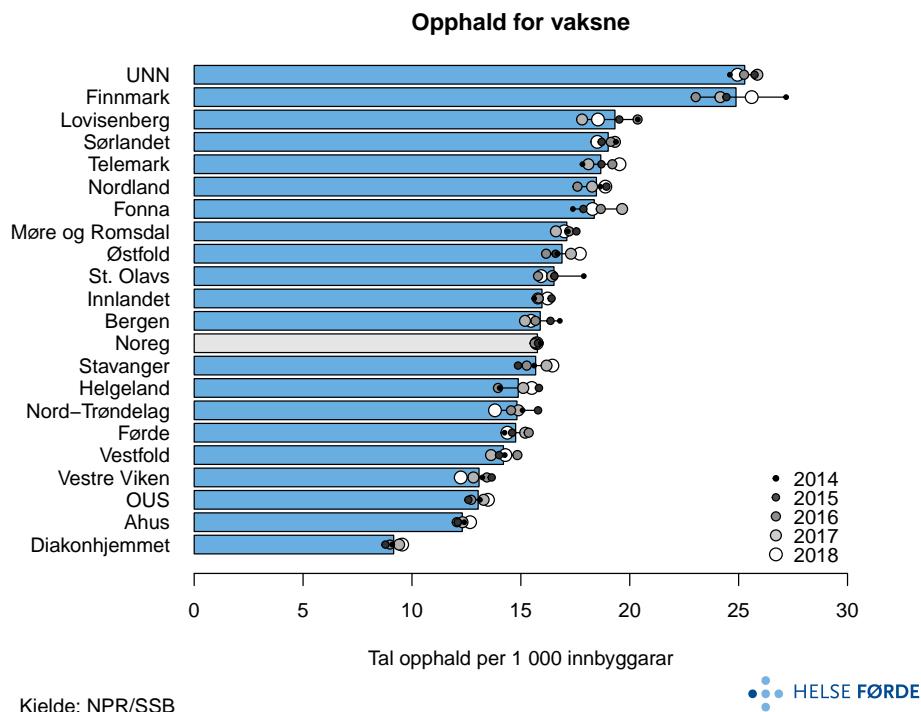


Figur 4.24: Pasientrate for døgnbehandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger:
Tal vaksne pasientar (18-64 år) per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområda. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år
for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet.
Ratane er justert for alder og kjønn.

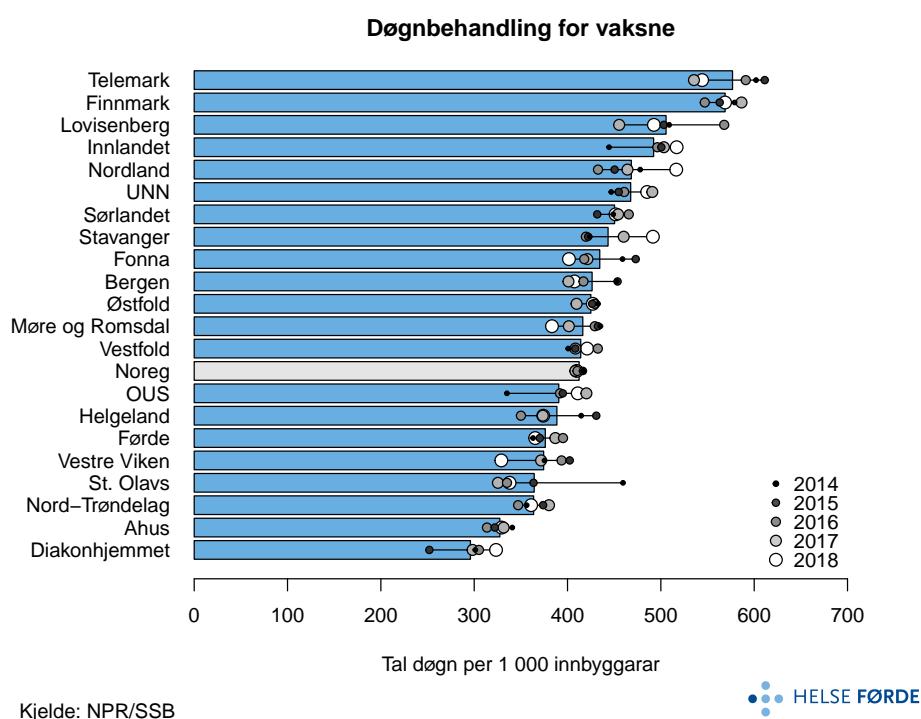
Opphaldsrate: Vaksne i Noreg hadde i 2014–2018 50 800 døgnoppfølging per år i psykisk helsevern (PHV-V og PHV-BU) og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (tabell 4.7).¹⁹ Dette gir ein gjennomsnittleg årsrate på 16 døgnoppfølging per 1 000 innbyggjarar og år i perioden. Opphaldsrate var stabil for både Noreg og dei fleste buområda. Vaksne i UNN- og Finnmark-områda hadde tydeleg fleire døgnoppfølging per vakseninnbyggjar enn i resten av landet med gjennomsnittleg opphaldsrate på 25 per år. Lågast opphaldsrate fann vi for vaksne i Diakonhjemmet-området (9,2) (figur 4.25). Vi fann at variasjonen mellom buområda i opphaldsrate var moderat (tabell 4.18).

Døgnrate: Vaksne i Noreg hadde i gjennomsnitt 412 døgn i institusjon per 1 000 innbyggjarar og år i 2014–2018. Årsratane var stabile i perioden. I Finnmark var også døgnraten høg (569), berre i Telemark hadde vaksne fleire opphaltsdøgn per 1 000 innbyggjarar (577) i institusjon. Buområde Diakonhjemmet hadde lågast døgnrate (296) for vaksne (figur 4.26).

¹⁹Per år blei mindre enn 1 % av opphalda ekskludert frå vidare analysar. Opphalda varte meir enn 365 døgn.



Figur 4.25: Opphaltsrate for døgnbehandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal døgnopphold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.



Figur 4.26: Døgnrate for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal døgn per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Varighet på døgnopphald (døgn per opphold) Vaksne i Diakonhjemmet-området hadde lengst opphold med i gjennomsnitt 32 døgn per opphold. Fem av områda med lengst varighet på døgnopphalda var i Helse Sør-Øst. Opphaldslengda var kortast ved UNN-området (19 døgn per opphold) i 2014–2018, mens døgnopphalda varte mellom 22 og 30 døgn i gjennomsnitt for vaksne frå dei fleste områda i landet (tabell 4.7).

Tabell 4.7: Døgnbehandling for vaksne i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Tal pasientar, tal døgn, tal opphold og døgn per opphold fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld vaksne i alderen 18-64 år.

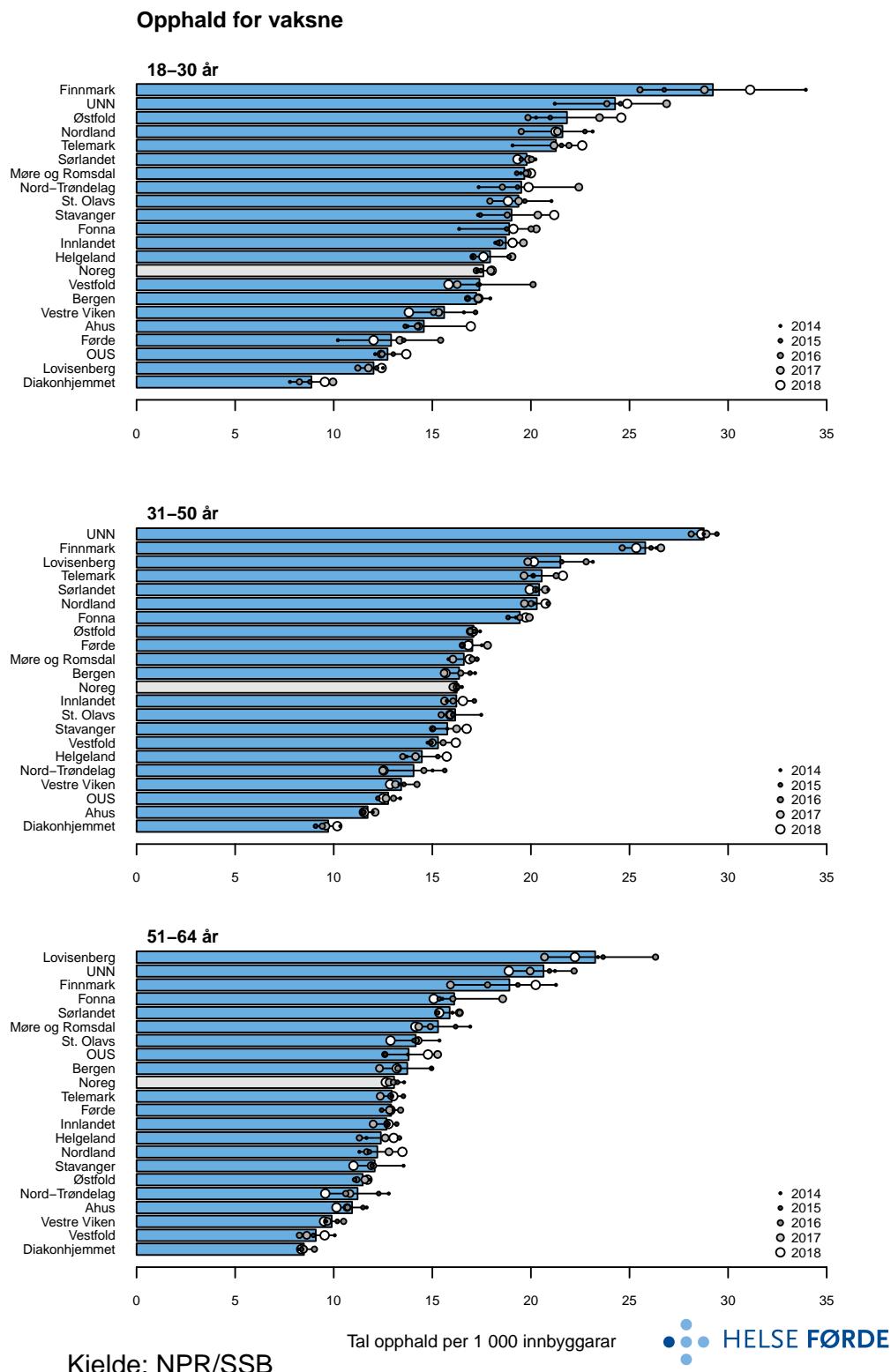
Buområde	Tal pasientar	Tal døgn	Tal opphold	Døgn per opphold
Diakonhjemmet	543	27 071	838	32,3
Telemark	1 072	57 915	1 893	30,6
Innlandet	2 065	107 188	3 525	30,4
OUS	1 310	67 601	2 236	30,2
Vestfold	1 143	55 632	1 928	28,8
Stavanger	1 916	102 037	3 574	28,5
Vestre Viken	2 220	106 895	3 774	28,3
Lovisenberg	1 156	52 997	1 938	27,3
Bergen	2 397	120 082	4 449	27,0
Ahus	2 373	104 653	3 946	26,5
Helgeland	418	17 721	684	25,9
Nordland	863	38 029	1 508	25,2
Førde	483	23 578	937	25,2
Østfold	1 724	72 069	2 891	24,9
Nord-Trøndelag	651	28 138	1 158	24,3
Møre og Romsdal	1 393	65 336	2 700	24,2
Sørlandet	1 786	80 672	3 419	23,6
Fonna	951	46 411	1 971	23,5
Finnmark	604	26 560	1 158	22,9
St. Olavs	1 699	73 898	3 315	22,3
UNN	1 214	54 729	2 956	18,5
Noreg	27 685	1 329 212	50 800	26,2

Alderssegment

Ved å dele vaksengruppa i tre alderssegment, fann vi at det skjedde ei endring i opphaldsraten ved pasientalder 50 år, med tanke på kvar i landet pasientane fekk flest døgnopphald per 1 000 innbyggjarar. I alderssegmenta 18–30 år og 31–50 år fekk vaksne i Finnmark og UNN flest opphold , og vaksne frå Oslo-områda færrest opphold per 1 000 innbyggjarar (figur 4.27).

For aldersgruppa 51–64 år hadde vaksne frå dei ulike Oslo-områda særleg ulike opphaldsratar i institusjon. Samanlikna med andre delar av landet hadde vaksne i aldersgruppa 51–64 år frå Lovisenbergområdet flest døgnopphald per 1 000 innbyggjarar, mens gruppa frå Diakonhjemmet har færrest. (figur 4.27).

Opphaldsratane for Noreg gikk noko ned med aukande alder; frå i gjennomsnitt 18 døgnopphald per 1 000 innbyggjarar og år ved 18–30 år, til 16 ved 31–50 år og 13 ved 51–64 år. Variasjonen i opphaldsratar mellom buområda var meir moderat for gruppa 18–30 år, enn for dei over 30 år, der variasjonen var stor (tabell 4.18).

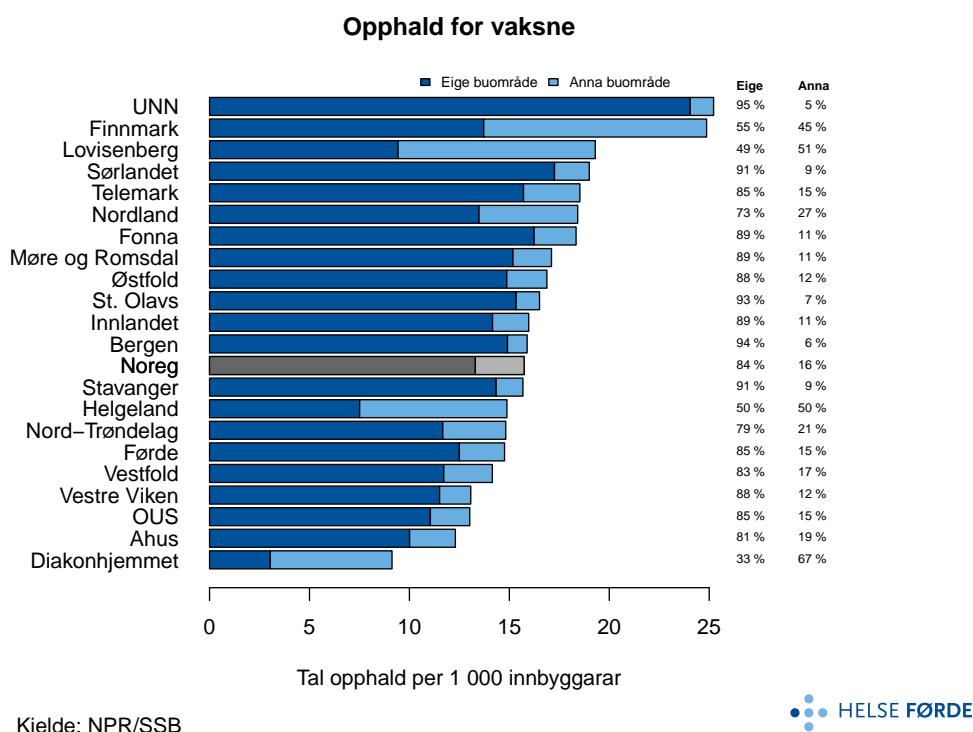


Figur 4.27: Oppholdsrate, inndeling i aldersgrupper: Tal døgnopphold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet i aldersgruppene 18-30 år, 31-50 år og 51-64 år. Søylene viser gjennomsnittsverdian per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Kvar fekk vaksne pasientar døgnbehandlinga

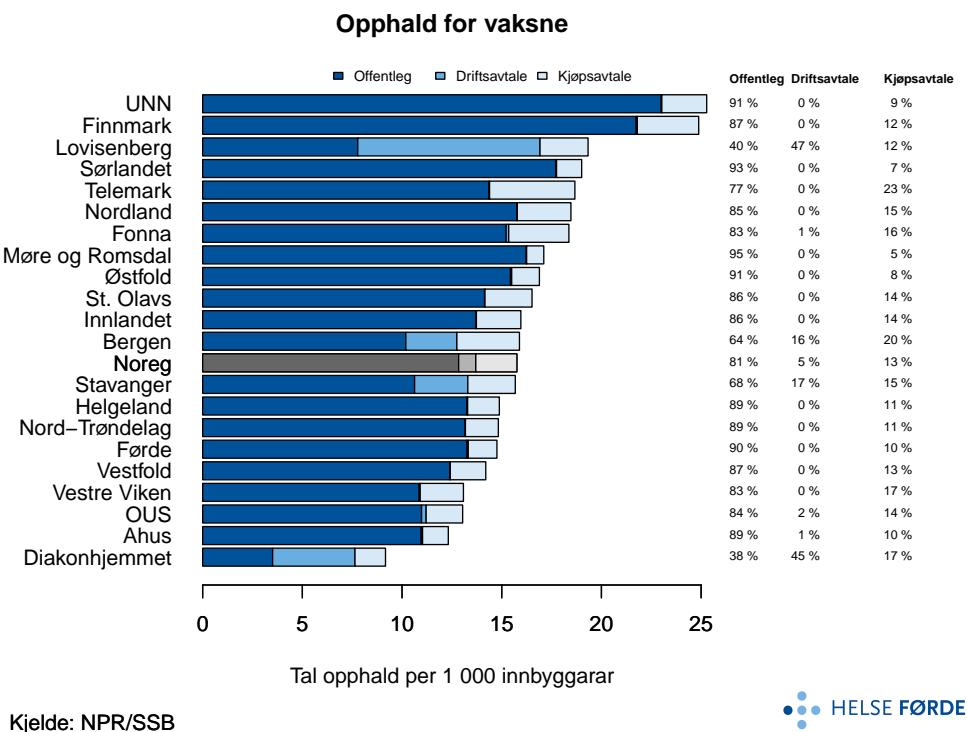
Vaksne pasientar frå Noreg fekk i gjennomsnitt 84 % av døgnopphalda innan psykisk helsevern eller rusbehandling, innanfor eige buområde i 2014–2018. Vaksne frå buområda Finnmark, Helgeland, Lovisenberg og Diakonhjemmet fekk i størst grad døgnbehandling i andre område enn der dei sjølv budde (figur 4.28). Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har ikkje eigne psykiatriske sjukehus. Pasientar frå buområda Helgeland og Finnmark med behov for døgnbehandling, får derfor slik behandling utanfor eige buområde, og funna våre reflekterer funksjonsdelinga mellom helseføretaka i Helse Nord. Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus har ikkje døgnbehandling innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Pasientar frå buområda her vil derfor motta rusbehandling utanfor eige buområde.

Vaksne frå buområda UNN, St. Olavs og og Bergen hadde lågast prosentdel av opphalda i institusjonar som låg utanfor eige buområde.



Figur 4.28: Opphaltsrate, inndeling etter behandling i eige eller anna buområde: Tal døgnopphald per 1 000 innbyggjarar (18-64 år), fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnitsverdiane per år for perioden 2014-2018 med prosentvis inndeling etter kvar pasienten fikk behandling. Ratane er justert for alder og kjønn.

Dei fleste opphalda pasientane fekk innan psykisk helsevern eller rusbehandling skjedde innan det offentlege. For vaksne i Noreg utgjorde dette 81 % av opphalda (figur 4.29). Alle institusjonar med driftsavtale ligg i Helse Vest eller Helse Sør-Øst. At det var i desse regionane vaksne hadde opphold ved slike institusjonar, var derfor som venta. At vaksne i buområda Lovisenberg og Diakonhjemmet fekk nær halvparten av opphalda sine i institusjonar med driftsavtale, tyder på at dei fekk ein stor del av døgnbehandlinga i eigen eller ved andre institusjonar med tilsvarande avtale med RHF-et. Bruk av institusjonar med kjøpsavtale utgjorde i buområde Telemark 23 % av alle opphalda for vaksne, mens i Møre og Romsdal var berre 5 % av opphalda i slik institusjon. Når vi såg berre på vaksne med rusliding, fann vi at prosentdel av opphalda i institusjon med kjøpsavtale var noko høgare; prosentdelen varierte frå 8 % i buområde Sørlandet til 44 % i Bergenområdet (ikkje publiserte data).



Figur 4.29: Opphaldsrate, inndeling etter behandling i offentleg eller privat institusjon: Tal døgnoppophald per 1 000 innbyggjarar (18-64 år), fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 med prosentvis inndeling etter kvar pasienten fikk behandling. Ratane er justert for alder og kjønn.

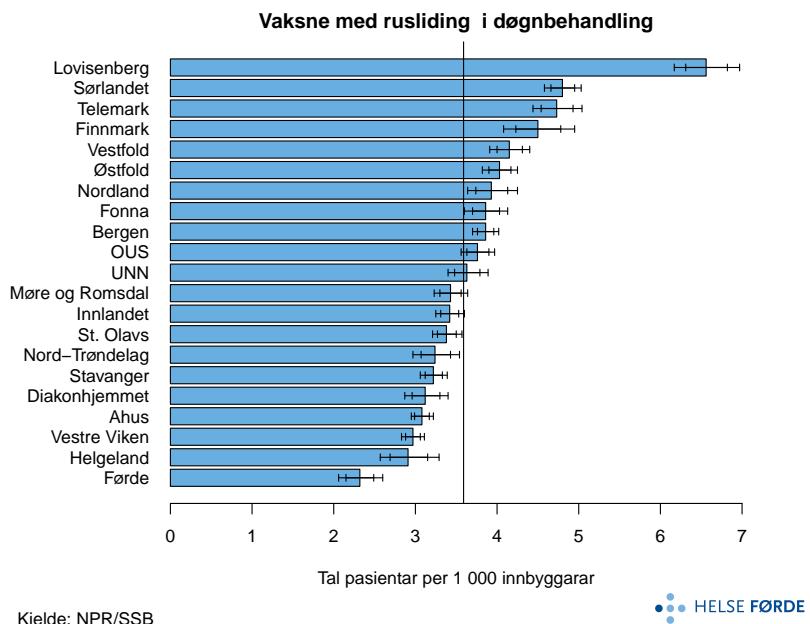
Rusliding

Pasientrate Kvart av åra 2014–2018 blei i gjennomsnitt 11 500 vaksne med rusliding innlagt til døgnbehandling innan psykisk helsevern eller tverrfagleg behandling av ruslidingar i Noreg (tabell 4.8).

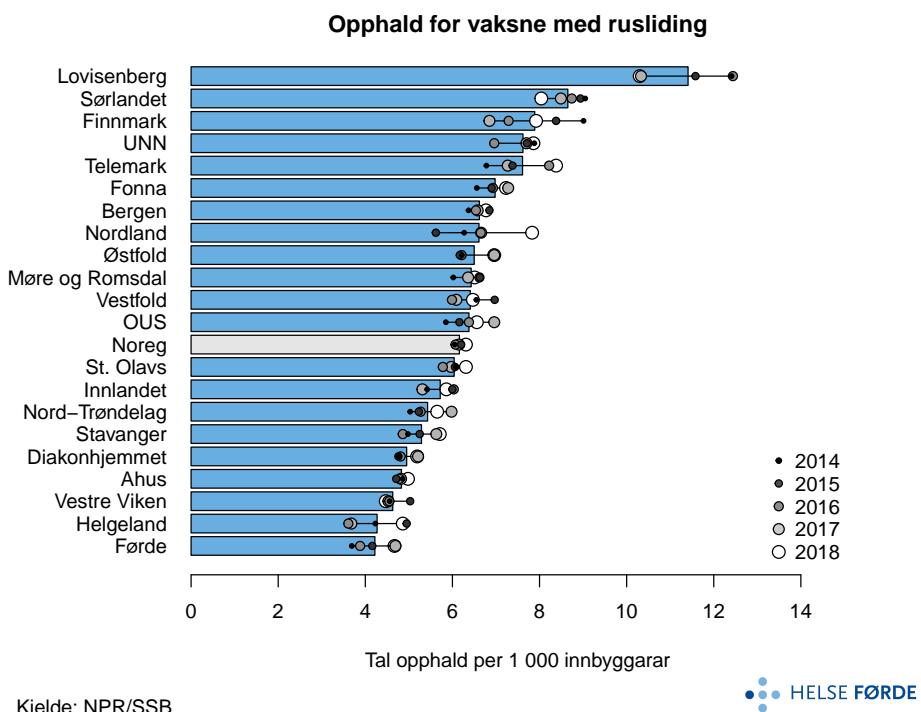
Frå dei fleste delar av landet blei mellom 3 og 5 vaksne med rusliding, per 1 000 innbyggjarar og år, innlagt til behandling i institusjon. Fire av fem av buområda med høgst pasientratar var i Helse Sør-Øst. Lovisenbergområdet skilde seg ut med høgst pasientrate (6,6), og Førde-området med lågst pasientrate (2,3) for døgnpasientar. Vi fann at variasjonen i pasientrate var moderat, men større enn det som kjem frå den tilfeldige variasjonen (figur 4.30 og tabell 4.19).

Opphaldsrate Vaksne med rusliding frå Noreg fekk i gjennomsnitt nær 20 000 døgnoppophald i psykisk helsevern (PHV-V og PHV-BU samla) eller tverrfagleg behandling av ruslidingar per år i 2014–2018 (tabell 4.8). Per 1 000 vakseninnbyggjarar var opphaldsrasen 6,2. For landet samla var opphaldsrasen stabil, men med ein tydeleg auke i Nordland-området i løpet av perioden. Høgst opphaldsrate for vaksne med rusliding fann vi for buområde Lovisenberg (11,4). Vaksne frå Helgeland-området skilde seg frå andre i Nord med relativt låg opphaldsrate (4,2) (figur 4.31 og tabell 4.18). Variasjonen i opphaldsrate var også moderat.

Varigheit av døgnopphalda (døgn per opphold) for vaksne med rusliding, varierte mellom 26 døgn per opphold for vaksne frå UNN-området, til 45 døgn per opphold i Telemark-området. I mange område av landet varte døgnopphalda for vaksne med rusliding mellom 30 og 33 døgn (tabell 4.8).



Figur 4.30: Pasientrate, vaksne med rusliding i døgnbehandling. Tal vaksne (18-64 år) med rusliding per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.



Figur 4.31: Opphaltsrate, vaksne med rusliding i døgnbehandling. Tal døgnopphold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og prikkene representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Tabell 4.8: Døgnbehandling for vaksne med rusliding. Inkluderer døgnopphald i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal pasientar, tal døgn, tal opphold og døgn per opphold fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og gjeld vaksne i alderen 18-64 år.

Buområde	Tal pasientar	Tal døgn	Tal opphold	Døgn per opphold
Telemark	476	34 102	758	45,0
Innlandet	748	49 466	1 251	39,5
Vestfold	559	33 503	862	38,9
Stavanger	741	46 009	1 214	37,9
Helgeland	132	7 296	193	37,8
Vestre Viken	852	46 823	1 328	35,3
Nord-Trøndelag	253	14 218	423	33,6
Bergen	1 084	62 362	1 861	33,5
Ahus	987	51 809	1 548	33,5
Førde	146	8 883	267	33,3
Nordland	320	17 768	537	33,1
Diakonhjemmet	282	14 556	450	32,3
Finnmark	210	11 781	366	32,2
Fonna	414	23 541	748	31,5
OUS	639	34 112	1 088	31,4
Lovisenberg	652	34 608	1 138	30,4
Møre og Romsdal	541	30 804	1 013	30,4
Sørlandet	858	46 351	1 544	30,0
Østfold	689	32 533	1 111	29,3
St. Olavs	681	33 349	1 214	27,5
UNN	424	23 419	888	26,4
Noreg	11 562	657 292	19 802	33,2

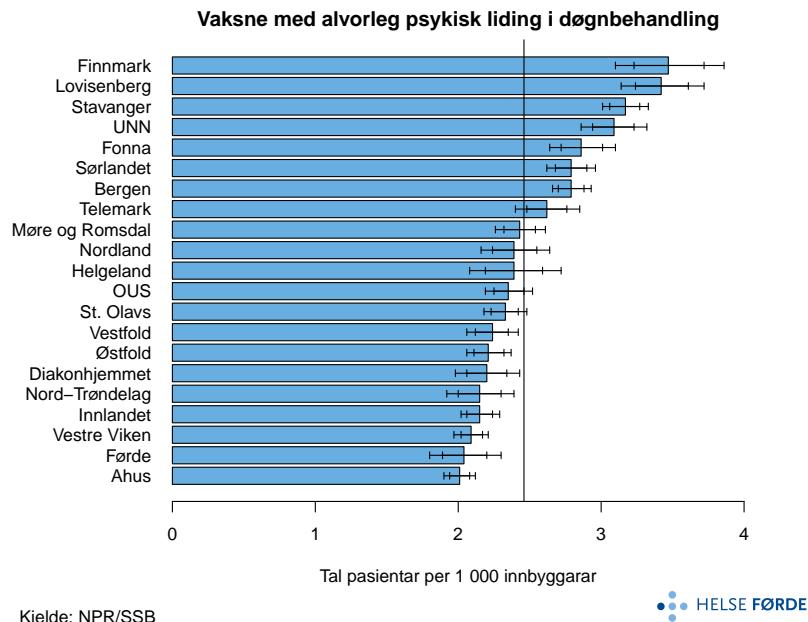
Alvorleg psykisk liding

Pasientrate Kvart år i 2014–2018 hadde 7 900 vaksne fra Noreg med alvorleg psykisk liding minst eitt døgnopphald i psykisk helsevern (PHV-V eller PHV-BU), eller tverrfagleg spesialisert rusbehandling (tabell 4.9).

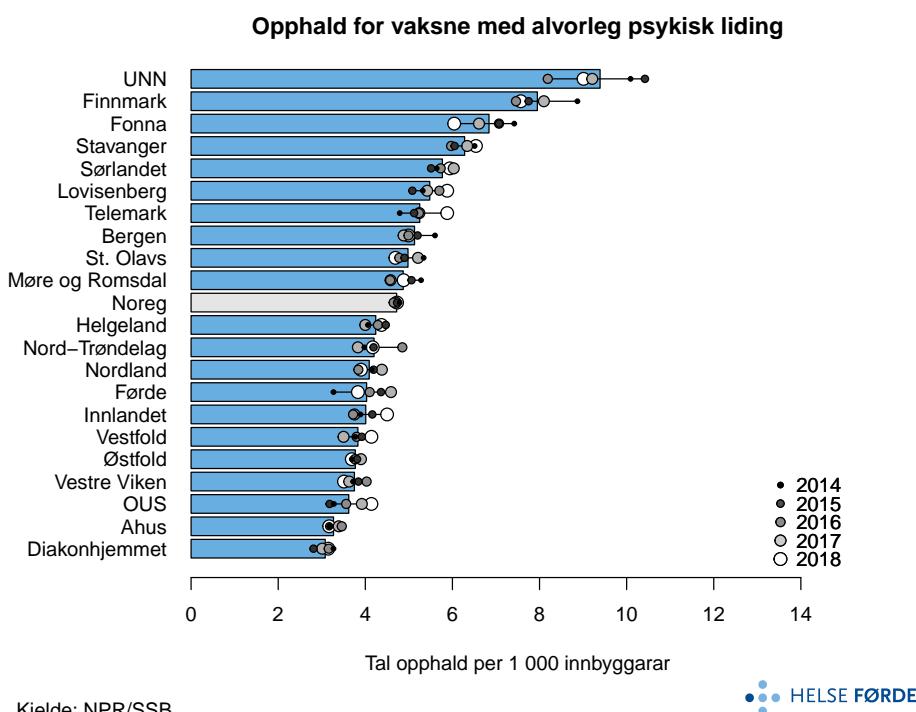
Det var flest vaksne fra Finnmark- og Lovisenberg-områda per 1 000 innbyggjarar som blei lagt inn i institusjon til behandling for alvorleg psykisk sjukdom. I begge områda var pasientratane 3,5, mens færrest døgnpasientar per 1 000 innbyggjarar blei registrert i Ahus-området (2,0). Variasjonen mellom buområda var liten, men større enn det som kjem frå tilfeldigheiter (figur 4.32 og tabell 4.19).

Opphaldsrate Vaksne med alvorleg psykisk liding i Noreg hadde i gjennomsnitt 4,7 opphold per 1 000 innbyggjarar i institusjon per år, i 2014–2018. Vaksne fra UNN- og Finnmarkområda hadde flest opphold per 1 000 innbyggjarar (oppahaldsratar på 9,4 og 8,0), mens for fleire av buområda i og nær hovudstaden var opphaldsrate låg. Lågast opphaldsrate fann vi for buområde Diakonhjemmet (3,1) (figur 4.33). Variasjonen i opphaldsrate var stor (tabell 4.18).

Varighet av døgnopphalda (døgn per opphold) for vaksne med alvorleg psykisk liding, varierte frå 17 døgn per opphold i UNN-området, til 42 døgn per opphold i OUS-området (tabell 4.9). Vi fann at vaksne med alvorleg psykisk liding frå buområda i Helse Nord, hadde kortare døgnopphald enn vaksne i andre delar av landet; alle fire buområda i Nord var blant dei seks buområda med færrest døgn per opphold. Vaksne frå Oslo-områda OUS og Diakonhjemmet hadde opphold med lengst varighet.



Figur 4.32: Pasientrate, vaksne med alvorleg psykisk liding i døgnbehandling. Tal vaksne (18-64 år) med alvorleg psykisk liding (ALV) per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.



Figur 4.33: Opphaltsrate, vaksne med alvorleg psykisk liding i døgnbehandling. Tal døgnoppahald per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Tabell 4.9: Døgnbehandling for vaksne med alvorleg psykisk liding. Inkluderer døgnopphold i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal pasientar, tal døgn, tal opphold og døgn per opphold fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld vaksne i alderen 18-64 år.

Buområde	Tal pasientar	Tal døgn	Tal opphold	Døgn per opphold
OUS	403	26 242	619	42,4
Diakonhjemmet	197	11 491	278	41,3
Østfold	384	22 285	653	34,1
Ahus	648	35 645	1 055	33,8
Bergen	774	46 245	1 420	32,6
Vestre Viken	607	35 133	1 093	32,2
Innlandet	482	28 761	901	31,9
Lovisenberg	339	17 012	537	31,7
Vestfold	307	16 228	526	30,8
Stavanger	721	42 686	1 426	29,9
Førde	130	7 599	255	29,8
Telemark	269	15 032	538	27,9
St. Olavs	462	26 816	985	27,2
Møre og Romsdal	386	21 106	778	27,1
Nord-Trøndelag	167	8 728	329	26,5
Helgeland	110	5 096	196	26,0
Nordland	194	8 426	331	25,4
Sørlandet	502	24 703	1 037	23,8
Finnmark	161	8 031	370	21,7
Fonna	307	14 940	735	20,3
UNN	360	18 004	1 091	16,5
Noreg	7 920	440 210	15 151	29,1

DPS- og RHF-område²⁰

Vurdert ut frå DPS-områda fann vi at vaksne frå sju av ti DPS-område med høgast opphaldsrate per år i 2014–2018 var i Helse Nord. Opphaldsratane var der tydeleg høgare enn for vaksne frå andre DPS-område (figur 4.35 og 4.34). Variasjonen mellom DPS-områda i opphaldsrate for vaksne var stor (tabell 4.18).

Høgast gjennomsnittleg opphaldsrate per region fann vi for vaksne i Helse Nord-området med 21 opphold per 1 000 innbyggjarar, og lågast i Helse Sør-Ost-området med ein gjennomsnittleg opphaldsrate på 15 per år. I Helse Vest og Helse Midt-Norge-områda var gjennomsnittleg opphaldsrate 16 per år i 2014–2018 (figur 4.34). Størst observert variasjon innad i regionane fann vi i Helse Nord.

Helse Nord-området Vi fann at alle DPS-områda med høgast opphaldsrate var i UNN- og Finnmarkområda, og med høgast rate for vaksne frå Nord-Troms (32). Lågast opphaldsrate hadde vaksne frå Ytre Helgeland (11) (figur 4.34).

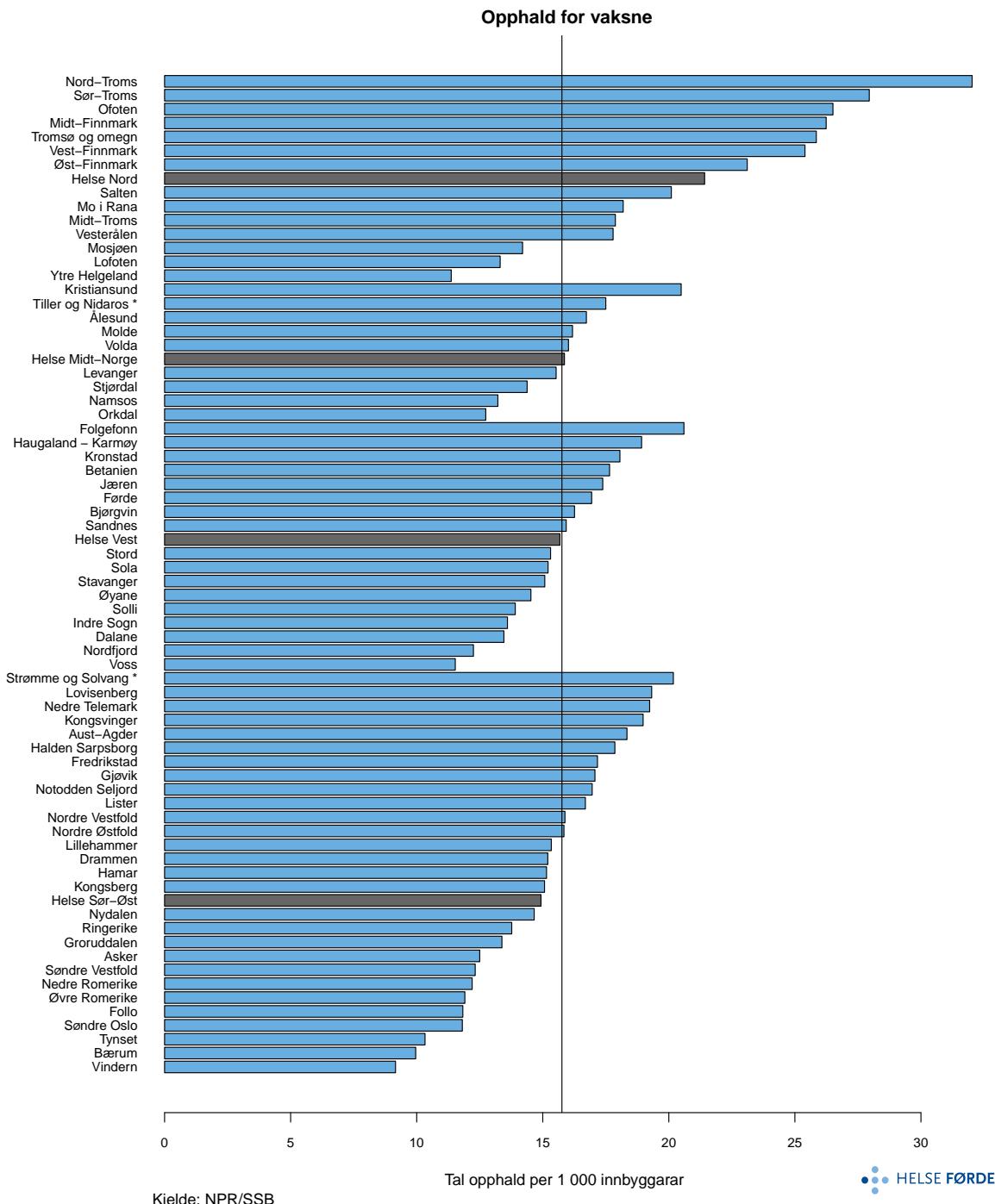
Helse Midt-Norge-området Opphaldsratane for vaksne varierte mellom 20 i DPS-område Kristiansund og 13 per år i DPS-område Orkdal (figur 4.34).

Helse Vest-området hadde flest opphold per 1 000 vakseninnbyggjarar i DPS-område Folgefond med ein

²⁰Pasientane er fordelt på DPS-a sine «opptaks»-område (DPS-område), ut frå kva kommune eller bydel dei bur i, uavhengig av kvar dei blei behandla.

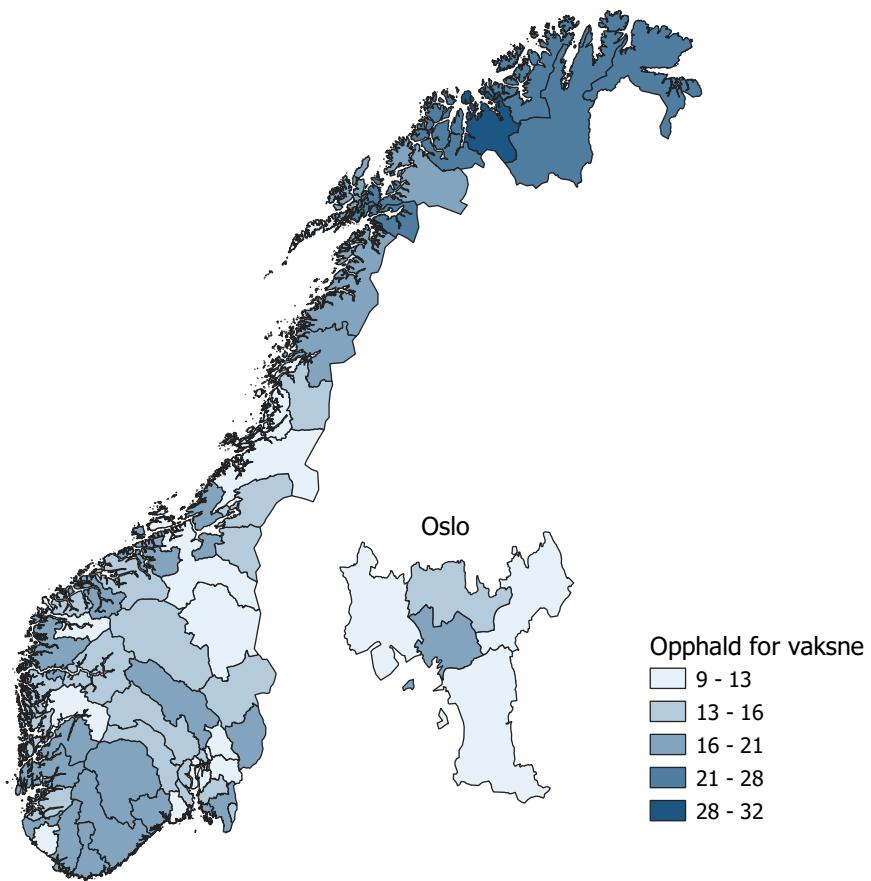
årleg opphaldsrate på 21. Lågast opphaldsrate hadde vaksne frå Voss DPS-område (11) (figur 4.34).

Helse Sør-Øst-området Vaksne frå fire av fem DPS-område i Oslo hadde lågare opphaldsrate enn gjennomsnittet for regionen, med lågast opphaldsrate i DPS-område Vindern (9,2). For heile regionen fann vi at



Figur 4.34: Opphaldsrate fordelt på DPS-område og RHF. Døgnbehandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Tal døgnopp hold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn. Stjerne: fleire DPS-område er slått saman, sjå vedlegg B.

oppaldsraten var høgast i DPS-område Strømme og Solvang med 20 døgnopphald per 1 000 innbyggjarar i gjennomsnitt per år (figur 4.34).



Figur 4.35: Opphaldsrate fordelt på DPS-område og RHF. Døgnbehandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal døgnopphald per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område. Kartet viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

4.2.4 Hovudfunn - døgnbehandling for vaksne

- Vaksne i døgnbehandling var med årleg omtrent 27 000 pasientar ei langt mindre gruppe enn den vi fann for poliklinisk behandling. Det var likevel ein merkbar variasjon med nær tre gonger fleire døgnopphald per 1 000 innbyggjarar i buområda UNN og Finnmark enn i buområde Diakonhjemmet. På den andre sida hadde pasientane i buområde Diakonhjemmet halvanna gong så lang varigheit på opphalda som i UNN.
- Når vi trekte ut dei med rusliding frå gruppa vaksne i døgnbehandling, fann vi at variasjonen ikkje var like markant som i poliklinisk behandling av pasientar med rusliding. Desse pasientane utgjorde omtrent ein tredjedel av vaksne i døgnbehandling, med opphaltsratar som varierte frå 4 til 11 i gjennomsnitt per år mellom buområda, og der varigheit på døgnopphalda var halvanna gong lengre i Telemark, samanlikna med i UNN.
- Når vi trekte ut dei med alvorleg psykisk liding, frå gruppa vaksne i døgnbehandling, fann vi at variasjonen var stor, om enn mindre enn i poliklinisk behandling. Opphaltsratane varierte frå 3 til 9 i gjennomsnitt per år mellom buområda, og varigheit på opphalda varierte frå 17 til 42 døgn.

4.2.5 Samla vurdering for vaksne

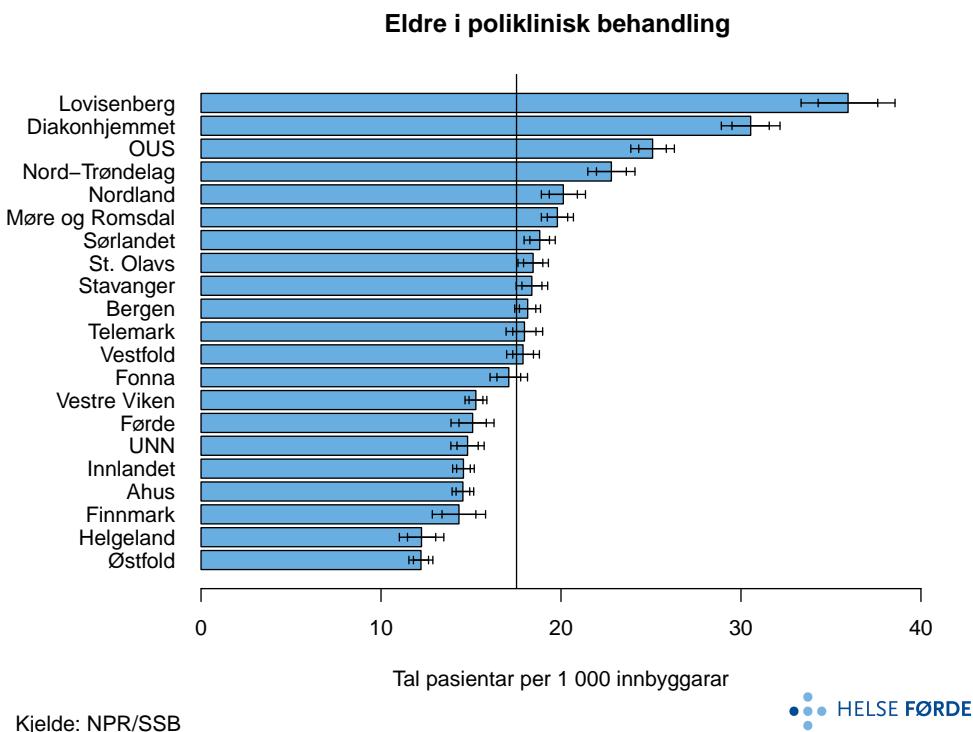
Vi fann at bruk av poliklinikk og døgnbehandling var noko ulik i landet, med ein tendens til større bruk av poliklinikk i dei større byane og av døgnopphald i Helse Nord. Som kontrastar fann vi for eksempel låg poliklinisk kontaktrate og mange korte døgnopphald for vaksne i buområda Finnmark og UNN, mens vaksne frå OUS-området hadde høg poliklinisk kontaktrate, og få lange døgnopphald. Om vi reknar eitt opphalldsdøgn og fire poliklinikkar som likt i ressursbruk, fann vi likevel ein skilnad mellom buområda i bruk av tenestene, der vaksne frå Lovisenberg og Telemark hadde høgast bruk. Funna våre viser uønska variasjonar i behandling av vaksne, og særleg tydeleg var dette når vi såg særskilt på pasientar med alvorleg psykisk liding eller rusliding.

4.3 Eldre i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar

I 2014–2018 var det eit relativt stabilt tal personar på 65 år eller eldre som var i kontakt med psykisk helsevern, avtalespesialist i psykisk helsevern og/eller tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Vi fann berre ein liten auke i tal pasientar; frå 17 404 til 18 640 pasientar per år. Pasientane utgjorde omtrent 2 % av innbyggjarane i aldersgruppa. Kvinnene utgjorde 61 % av pasientane (figur 4.1, 4.4 og 4.2). I Noreg var det årleg i gjennomsnitt 15 000 av dei eldre pasientane som hadde ein eller fleire polikliniske kontaktar (tabell 4.10), og 3 800 eldre pasientar som var innlagt til døgnopphald, i dei nemnde spesialisthelsetenestene i 2014–2018 (tabell 4.13).

4.3.1 Poliklinisk behandling

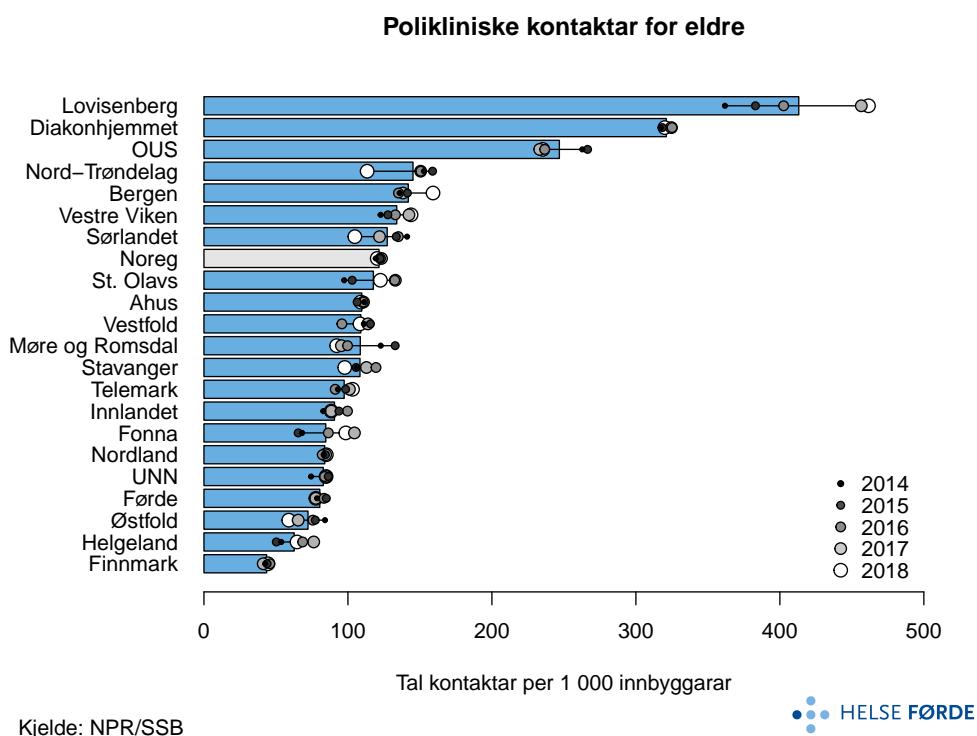
For eldre fann vi for 2014–2018 høgast pasientratar i buområda i Oslo med gjennomsnittleg årlege pasientratar på 36 i Lovisenberg- og 31 i Diakonhjemmet-områda. Lågast pasientrate var det i buområda Østfold og Helgeland med omtrent 12 polikliniske pasientar per 1 000 innbyggjarar per år. Vi fann ein variasjon i pasientrate mellom buområda som var stor, og større enn det som kjem frå tilfeldigheiter. Smale konfidensintervall betyr at fleire pasientar ligg til grunn for ratane (figur 4.36).



Figur 4.36: Pasientrate for poliklinisk behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal eldre pasientar (65 år og eldre) per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014–2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.

Polikliniske kontaktar

Eldre i Noreg fekk knapt 104 000 polikliniske kontaktar per år i 2014–2018, vurdert ut frå samla tal kontaktar i psykisk helsevern, avtalespesialistar psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (tabell 4.10). Poliklinisk kontaktrate per år var stabil i perioden, med ein gjennomsnittleg årsrate på 122 kontaktar per 1 000 innbyggjarar for Noreg. Dei eldre frå hovudstadsregionen hadde i 2014–2018 tydeleg fleire polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar enn eldre i resten av landet. Innbyggjarane i buområda til Lovisenberg hadde 413, Diakonhjemmet 321 og OUS 247 polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar i gjennomsnitt per år. Helgeland og Finnmark hadde tydeleg færrast med årleg gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate på 63 og 44 for dei eldre (figur 4.37). Variasjonen i poliklinisk kontaktrate for eldre var særleg stor (tabell 4.16).



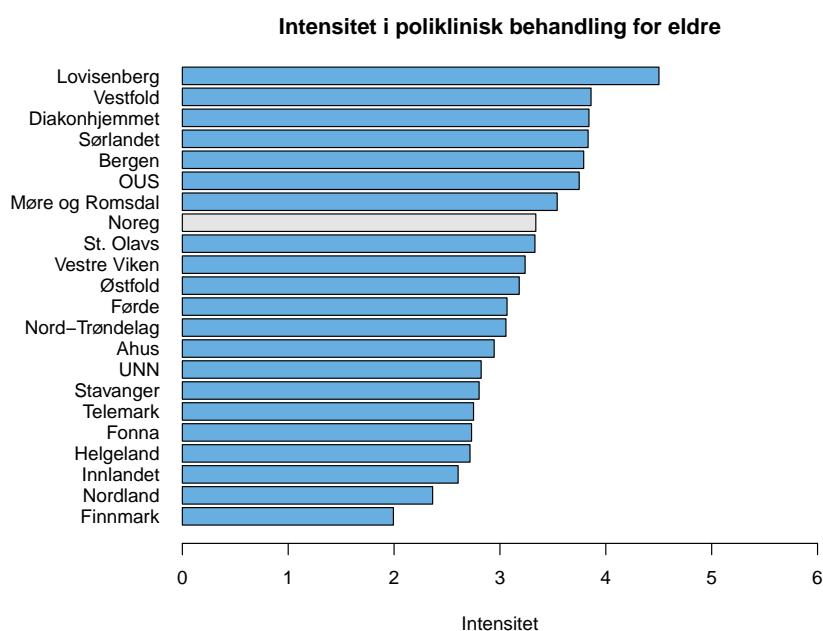
Figur 4.37: Kontaktrate for poliklinisk behandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiane per år for perioden 2014–2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Kontaktar per pasient Tal polikliniske kontaktar per pasient var høgast for eldre pasientar busette i Oslo og i Oslo-nære område. Saman med eldre frå Bergens-området hadde dei gjennomsnittleg fleire kontaktar per år enn eldre i resten av landet. Høgast var verdiane i Lovisenbergområdet med nær 12, og lågast i Finnmark-området med 3,1 kontaktar per pasient (tabell 4.10). Kvar eldre-pasient fekk fleire polikliniske kontaktar hos avtalespesialist, enn dei fekk ved behandling i det offentlege (tabell A.4). Eitt unntak frå dette, er buande i Førde-området der eldre fekk like mange kontaktar enten dei får behandling i det offentlege eller hos avtalespesialist.

Intensitet i poliklinisk behandling seier her noko om kor ofte pasienten hadde direkte poliklinisk kontaktar innan psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling eller hos avtalespesialist. Den blei målt ved gjennomsnittleg tal polikliniske kontaktar i 30-dagarsperiodar per år. Vi fann at intensiteten i fleire område var mellom 2,7 og 3,8. Eldre frå buområde Lovisenberg hadde høgast poliklinisk behandlingsintensitet (4,5), mens intensiteten var lågast i Finnmark (2,0) i perioden (figur 4.38).

Tabell 4.10: Poliklinisk behandling for eldre i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar, tal pasientar og kontaktar per pasient fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld eldre i alderen 65 år og eldre.

Buområde	Tal kontaktar	Tal pasientar	Kontaktar per pasient
Lovisenberg	4 377	371	11,8
Diakonhjemmet	7 146	677	10,6
OUS	8 090	831	9,7
Vestre Viken	10 844	1 238	8,8
Bergen	9 515	1 225	7,8
Ahus	8 602	1 130	7,6
Sørlandet	6 211	914	6,8
St. Olavs	5 888	921	6,4
Nord-Trøndelag	3 677	580	6,3
Innlandet	7 047	1 138	6,2
Vestfold	4 539	746	6,1
Østfold	3 851	649	5,9
Stavanger	5 020	851	5,9
UNN	2 743	489	5,6
Telemark	3 260	599	5,4
Møre og Romsdal	5 124	953	5,4
Førde	1 595	306	5,2
Helgeland	957	188	5,1
Fonna	2 540	517	4,9
Nordland	2 130	513	4,1
Finnmark	552	180	3,1
Noreg	103 709	14 970	6,9



Figur 4.38: Intensitet i poliklinisk behandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Søylene viser gjennomsnittsverdiar for 2014–2018.

Indirekte kontaktar

I 2014–2018 blei det årleg i gjennomsnitt registrert nær 46 000 indirekte polikliniske kontaktar knytt til eldre pasientar ved psykisk helsevern, hos avtalespesialistar eller i tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Dette utgjorde i gjennomsnitt 31 % av alle polikliniske kontaktar, varierande frå 40 % eller meir i buområda Nord-Trøndelag, Stavanger og Ahus, til 12 % for eldre frå Nordlands-området (tabell A.5).

For Noreg var tal indirekte kontaktar per 1 000 innbyggjarar stabil per år i 2014–2018 for eldre, og med ein gjennomsnittleg rate på 53. Som for polikliniske kontaktar var dei indirekte kontaktratane høgast i Oslo-området. Lovisenberg hadde ein indirekte kontaktrate på 188, OUS og Diakonhjemmet omtrent 113. Lågast indirekte rate hadde Helgeland (19) og Nordland (12).

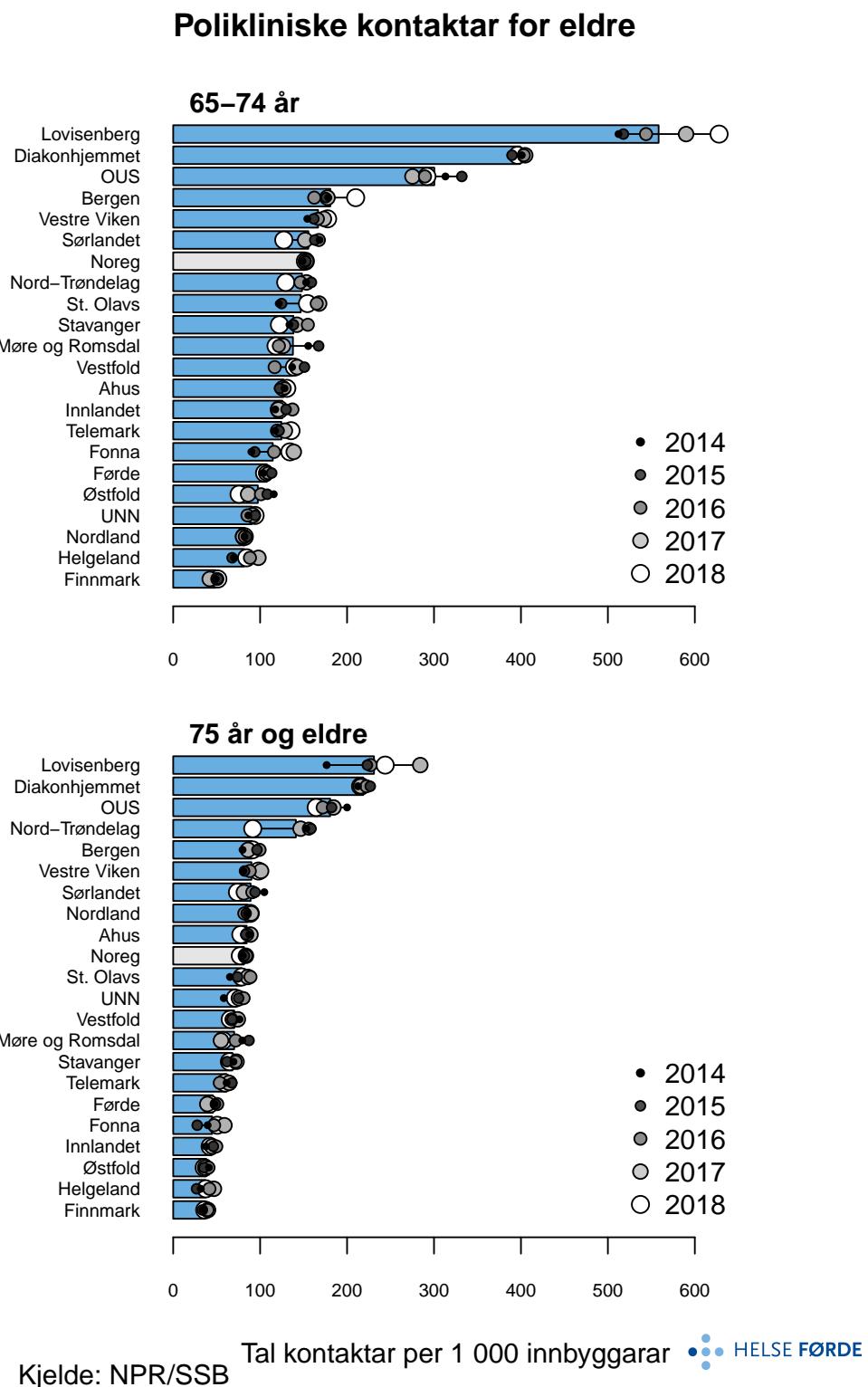
I løpet av perioden 2014–2018 skjedde det tydelege endringar i kva type indirekte kontaktar som blei registrerte for eldregruppa, noko som kan skuldast endringar i finansiering og koderegler. Når det gjeld bruk av telefon fann vi for eldregruppa samla for landet, at tal telefonsamtalar med pasient auka frå omtrent 12 000 i 2016 til 20 000 i 2018, mens registrering av «telefonar» utan vidare spesifikasjonar blei redusert frå 21 000 til vel 7 000. Telefonmøter om pasient med førstelinjetenesta auka frå 2 000 til 10 000 registrerte indirekte kontaktar. Det blei registrert svært få (omtrent 20 per år) tele-videokonferansar og telemedisin-kontaktar. Vi fann også ein sterk auke med omsyn til registrerte samarbeidsmøter med førstelinjetenesta og anna teneste; frå 400 til nær 22 000 i den same perioden.

Alderssegment

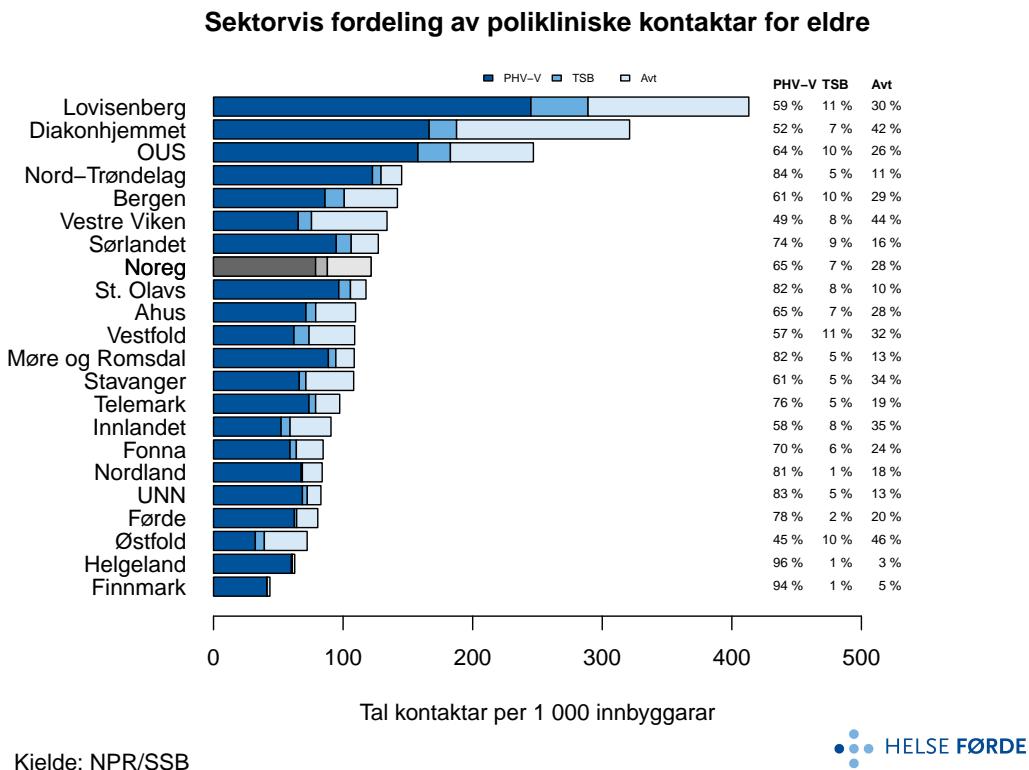
Både poliklinisk kontaktrate og variasjonen mellom buområda i kontaktratar, var større i alderssegmentet 65–74 år enn for dei 75 år og eldre. For begge alderssegmenta var ratane høgast i Oslo-områda og lågast for Helgeland og Finnmark-områda. For aldersgruppa 65–74 år var kontaktratane 558 for eldre frå Lovisenberg- og 49 frå Finnmark-områda, mens tilsvarande kontaktratar for den eldste gruppa var 231 og 37 i gjennomsnitt per år. I Lovisenbergområdet auka kontaktraten tydeleg for aldersgruppa 65–74 år i perioden (figur 4.39 og tabell 4.16).

Sektorar

Eldre fekk prosentvis flest polikliniske kontaktar i sektoren psykisk helsevern for vaksne, varierande frå omtrent 95 % i buområda Helgeland og Finnmark, til mindre enn 50 % i Østfold og Vestre Viken. Prosentvis størst bruk av polikliniske kontaktar hos avtalespesialistar var det i buområda aust i landet. I Østfold, Vestre Viken og Diakonhjemmet var over 40 % av kontaktane for eldre hos ein avtalespesialist. For innbyggjarane i buområda Vestfold, Lovisenberg, Bergen, OUS og Østfold blei 10 % eller meir av dei polikliniske kontaktane for eldre registrert ved sektoren tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB). Lågast prosentdel av registrerte polikliniske kontaktar ved TSB (mindre enn 5 %), fann vi i buområde i helseregionane nord (Finnmark, Nordland, Helgeland) og vest (Førde) (figur 4.40).



Figur 4.39: Kontaktrate, todelt aldersgruppe. Poliklinisk kontaktrate for behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet i aldersgruppene 65–74 år og 75 år og eldre. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014–2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.



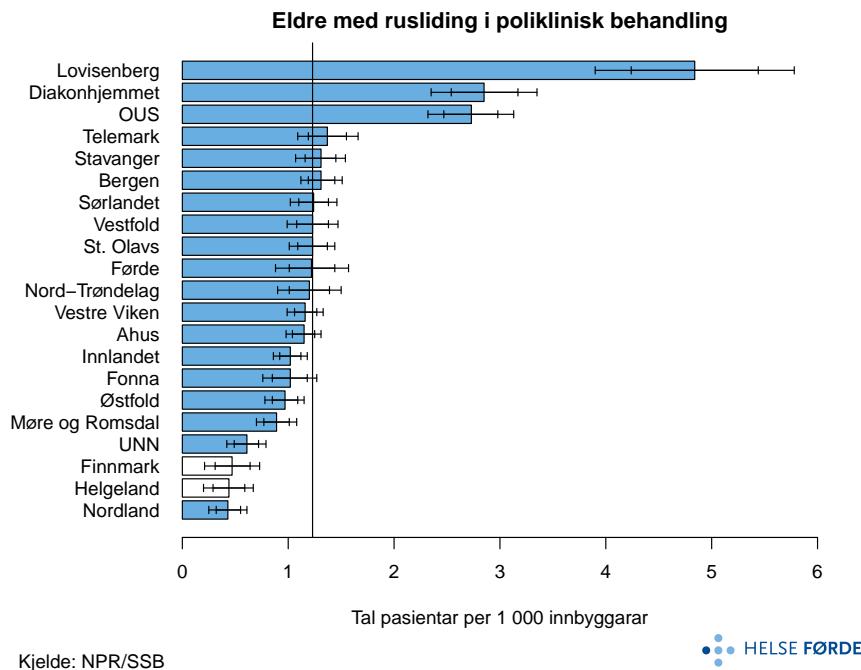
Figur 4.40: Kontaktrate, inndeling etter sektor. Poliklinisk kontaktrate for eldre (65 år og eldre), fordelt på buområde og landet, med prosentvis inndeling av behandling i sektorane psykisk helsevern (PHV), tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB) og avtalespesialistar, psykisk helsevern (Avt). Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014–2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

Rusliding

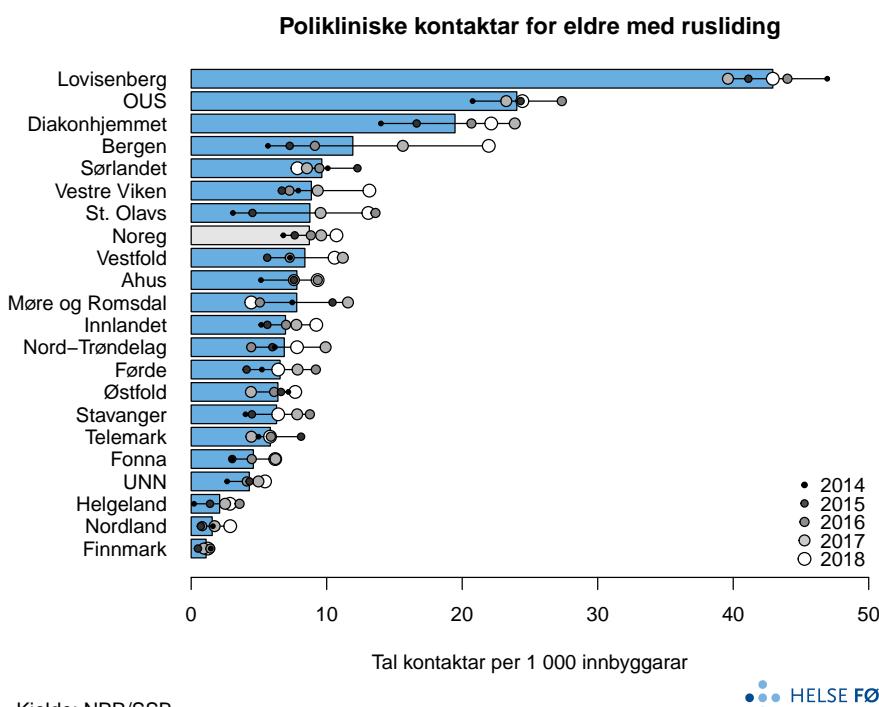
I Noreg hadde årleg over 1 000 eldre pasientar med rusliding minst ein kontakt ved poliklinikk i psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling eller hos avtalespesialist psykisk helsevern i 2014–2018 (tabell 4.11). Sjå vedlegg B for definisjon av rusliding.

Pasientrate Også for eldre med ruslidingar fann vi flest polikliniske pasientar per 1 000 innbyggjarar i hovudstadsregionen. I buområde Lovisenberg var pasientraten 4,8, for OUS og Diakonhjemmet nesten 3. I fleire buområde elles i landet fann vi pasientratar på omtrent 1 eller mindre enn 1 i gjennomsnitt per år. Færrest eldre med rusliding per 1 000 innbyggjarar fann vi Nord-Noreg (figur 4.41). Pasientraten for Noreg hadde ein liten auke i frå 2014 til 2018. Variasjonen i pasientratar mellom buområda var særleg stor. Ratane bygger på relativt små tal for nokre buområde, og den tilfeldige variasjonen kan gi usikkerheit i ratane for desse buområda. Vi ser frå konfidensintervalla at variasjonen likevel var større enn den tilfeldige variasjonen (figur 4.41 og tabell 4.17).

Kontaktrate For eldre med rusliding fann vi for Noreg nær 7 500 polikliniske kontaktar per år (tabell 4.11). Kontaktraten auka for Noreg frå 6,8 til 11 i 2014–2018, med eit gjennomsnitt på 8,7. Kontaktraten var tydeleg høgst for eldre i Oslo-området, og med ein rate på 43 per år i gjennomsnitt i Lovisenbergområdet. Som for poliklinisk kontaktrate ved alvorleg psykisk liding, kan vi sjå at det i kvar region var buområda med dei største byane som hadde høgst rate; i Vest Bergen (12), i Midt-Norge St. Olavs (8,8) og i Nord UNN (4,3). Kontaktratane var tydeleg lågast i buområda i Helse Nord, og for Finnmark-området fann vi ein kontaktrate på 1,1 (figur 4.42). Variasjonen var særleg stor. Det er få pasientar som ligg til grunn for ratane, og funnet må tolkast i lys av det (tabell 4.17).



Figur 4.41: Pasientrate, eldre med rusliding i poliklinisk behandling. Tal eldre (65 år og eldre) med rusliding per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn. Finnmark og Helgeland: Det er færre enn 40 unike pasientar som ligg til grunn for utrekninga, og ratane er derfor usikre.



Figur 4.42: Kontaktrate, eldre med rusliding i poliklinisk behandling. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Kontaktar per pasient med rusliding var for eldre i Bergens-området 9,1 mens Finnmarkspasienten fekk 2,4 kontaktar per år i gjennomsnitt (tabell 4.11).

I Noreg blei 74 % av kontaktane for eldre pasientar med rusliding som hovud- eller bitilstand, gjennomført i sektoren tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB) i 2014–2018, og 23 % av kontaktane i psykisk helsevern.²¹

Eldre pasientar frå 15 av buområda fekk 70–90 % dei polikliniske kontaktane utført ved TSB. I buområde Finnmark skjedde berre 14 % av kontaktane for eldre med rusliding ved TSB, mens resten av kontaktane skjedde i psykisk helsevern. Relativt få polikliniske kontaktar blei gjennomført hos avtalespesialistane for pasientgruppa.

Tabell 4.11: Poliklinisk behandling for eldre med rusliding. Inkluderer kontaktar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar, tal pasientar og kontaktar per pasient fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og gjeld eldre i alderen 65 år og eldre.

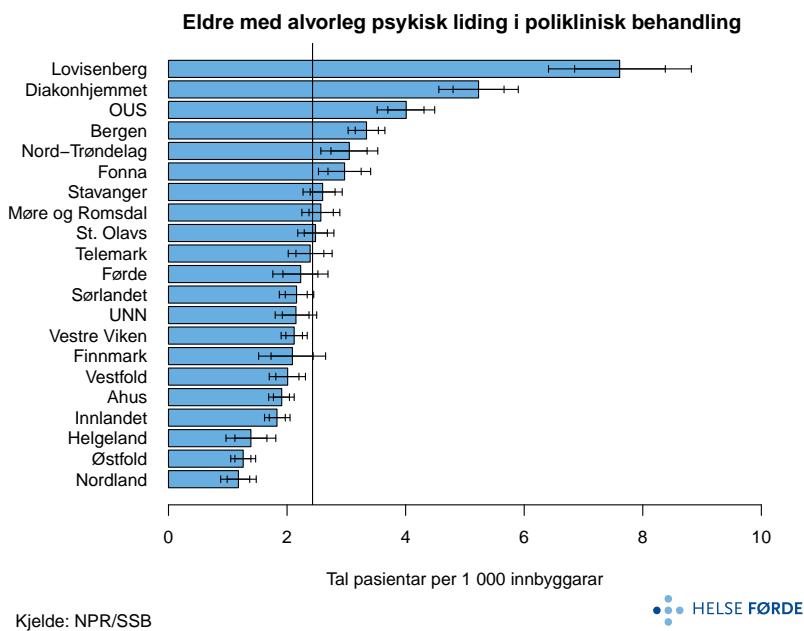
Buområde	Tal kontaktar	Tal pasientar	Kontaktar per pasient
Bergen	790	87	9,1
OUS	765	87	8,8
Lovisenberg	450	52	8,7
Møre og Romsdal	364	42	8,6
Sørlandet	471	60	7,8
Vestre Viken	710	93	7,6
St. Olavs	441	62	7,2
UNN	145	20	7,1
Vestfold	352	51	6,9
Innlandet	537	79	6,8
Ahus	617	91	6,8
Diakonhjemmet	425	63	6,7
Østfold	344	52	6,6
Nord-Trøndelag	172	30	5,7
Førde	128	24	5,3
Helgeland	32	7	4,9
Stavanger	295	61	4,8
Fonna	139	31	4,5
Telemark	193	45	4,3
Nordland	40	11	3,6
Finnmark	15	6	2,4
Noreg	7 425	1 052	7,1

²¹Dersom vi bruker rusliding som hovedtilstand fann vi at 83 % av kontaktane var registrerte i TSB, og 14 % i psykisk helsevern.

Alvorleg psykisk liding

Kvart år i 2014–2018 hadde omrent 2 100 eldre med alvorleg psykisk liding minst ein poliklinisk kontakt ved sektorane psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling eller avtalespesialist psykisk helsevern (tabell 4.12). Sjå vedlegg B for definisjon av alvorleg psykisk liding.

Pasientrate Oslo-området hadde flest eldre med alvorleg psykisk liding med 7,6 polikliniske pasientar per 1 000 innbyggjarar i Lovisenbergområdet, over 5 i Diakonhjemmet- og 4,0 i OUS-områda. Lågast pasientrate fann vi i buområda Helgeland, Østfold og Nordland som i gjennomsnitt hadde omrent ein pasient med alvorleg psykisk liding per 1 000 innbyggjarar i kontakt med spesialisthelsetenestene per år. Variasjonen i pasientrate var særleg stor, og større enn det som skuldast tilfeldigheiter (figur 4.43 og tabell 4.17).

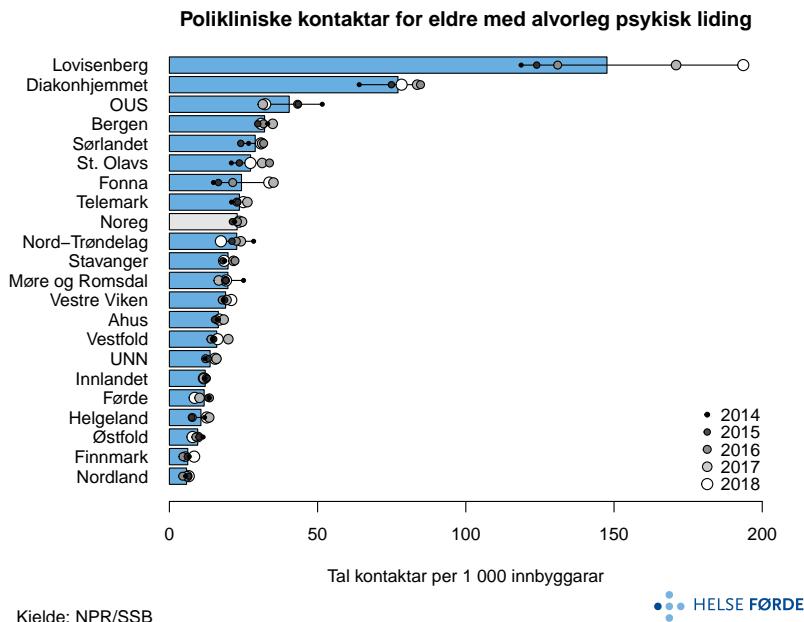


Figur 4.43: Pasientrate, eldre med alvorleg psykisk liding i poliklinisk behandling. Tal eldre (65 år og eldre) med alvorleg psykisk liding (ALV) per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014–2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.

Kontaktrate I Noreg var det knapt 20 000 polikliniske kontaktar i gjennomsnitt per år for eldre med alvorleg psykisk liding (tabell 4.12). Tal polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar var stabilt i 2014–2018, med ein gjennomsnittleg årsrate på 23 (figur 4.44).

Poliklinisk kontaktrate var tydeleg høgst for eldre i Lovisenbergområdet, med i gjennomsnitt 148 polikliniske kontaktar per 1 000 innbyggjarar per år. I Lovisenbergområdet var det ein tydeleg auke i kontaktratar per år for pasientgruppa. Kontaktratane var relativt høge også for eldre i buområda Diakonhjemmet (77) og OUS (40). I dei andre regionane hadde buområda Bergen (32) i Vest, St. Olavs (27) i Midt-Norge og UNN (14) i Nord høgst poliklinisk kontaktrate for eldre med alvorleg psykisk liding; buområda med dei største byane i regionane. I seks av buområda i landet var kontaktraten særleg låg, med mellom 6 og 12 polikliniske kontaktar per eldreinnbyggjar (figur 4.44). Variasjonen i polikliniske kontaktratar for eldre med alvorleg psykisk liding var særleg stor.

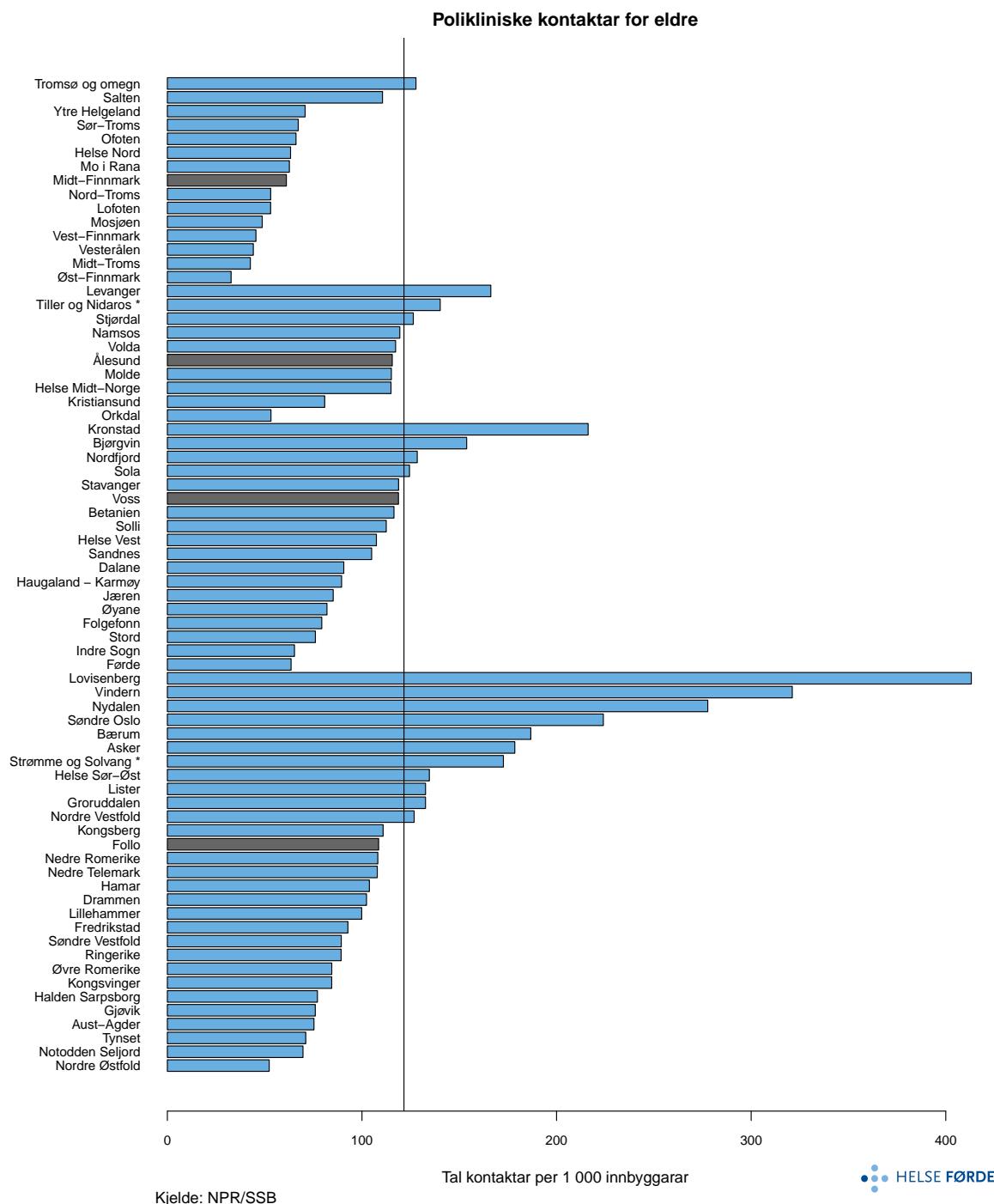
Kontaktar per pasient I Lovisenbergområdet fekk eldre nær 20 kontaktar per pasient per år i 2014–2018. Færrest kontaktar fekk eldre med alvorleg psykisk liding i Finnmark-området (3,0) (tabell 4.12).



Figur 4.44: Kontaktrate, eldre med alvorleg psykisk lidning i poliklinisk behandling. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Tabell 4.12: Poliklinisk behandling for eldre med alvorleg psykisk lidning. Inkluderer kontaktar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Tal kontaktar, tal pasientar og kontaktar per pasient fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og gjeld eldre i alderen 65 år og eldre.

Buområde	Tal kontaktar	Tal pasientar	Kontaktar per pasient
Lovisenberg	1 560	78	19,9
Diakonhjemmet	1 728	117	14,8
Sørlandet	1 421	106	13,4
St. Olavs	1 369	124	11,0
Telemark	795	80	10,0
OUS	1 314	132	9,9
Bergen	2 143	225	9,5
Vestre Viken	1 542	172	8,9
Ahus	1 299	150	8,6
Fonna	728	89	8,2
Vestfold	668	84	7,9
Østfold	515	68	7,6
Stavanger	914	120	7,6
Helgeland	160	21	7,6
Møre og Romsdal	927	123	7,6
Nord-Trøndelag	571	77	7,4
Innlandet	937	143	6,6
UNN	456	71	6,4
Førde	236	44	5,3
Nordland	145	30	4,9
Finnmark	79	26	3,0
Noreg	19 507	2 074	9,4

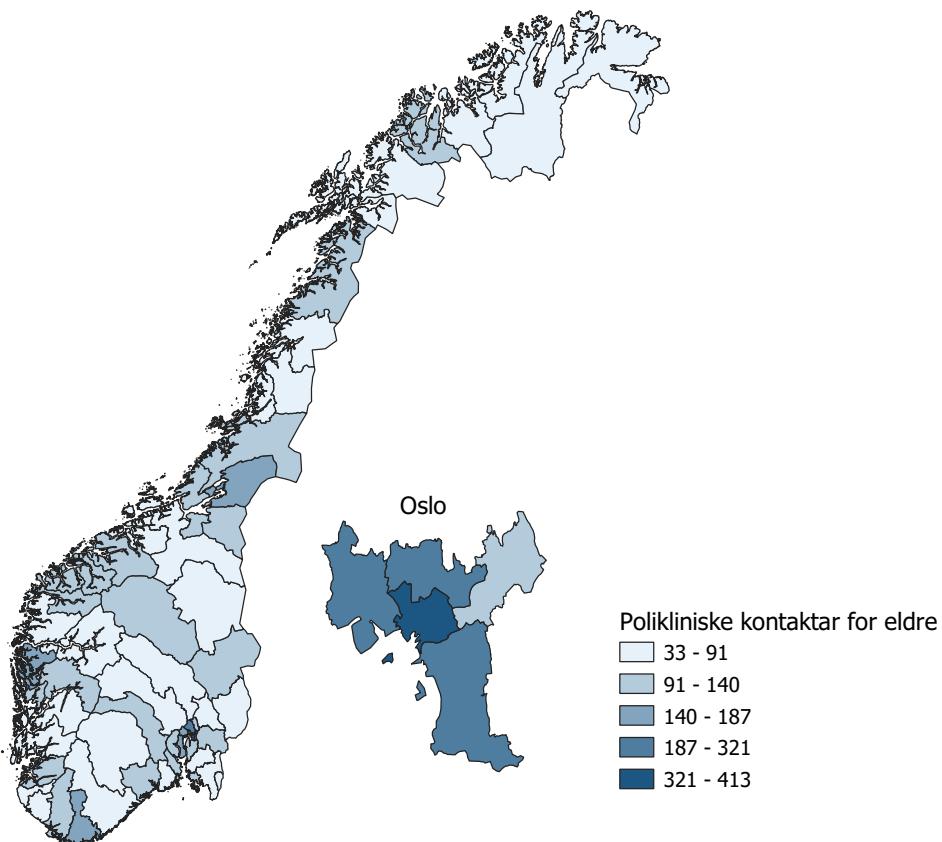
DPS- og RHF-område²²

Figur 4.45: Kontaktrate fordelt på DPS-område og RHF. Poliklinisk behandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn. Stjerne: fleire DPS-område er slått saman, sjå vedlegg B.

²²Pasientane er fordelt på DPS-a og RHF-a sine «opptaks»-område, ut frå kva kommune eller bydel dei bur i, uavhengig av kvar dei er behandla.

Blant dei ti DPS-områda med høgast poliklinisk kontaktrate for eldre, var sju i Helse Sør-Øst-området, to i Vest og eitt i Midt-Norge. Eldre frå åtte av ti DPS-område med lågast poliklinisk kontaktrate per år i 2014–2018, var frå Nord-området (figur 4.45 og 4.46). Det var særleg stor variasjon i eldre pasientar sin bruk av poliklinikk innan psykisk helsevern og rusbehandling, også vurdert ut frå DPS-områda (tabell 4.16). Observert variasjon innad i regionane var størst i Helse Sør-Øst.

Ser vi regionvis på dei polikliniske kontaktratane for eldre, fann vi høgast gjennomsnittleg rate per år i Helse Sør-Øst-området (135). Eldre frå Helse Midt-Norge hadde poliklinisk kontaktrate på 115 per år, mens i Helse Vest-området var raten 107, og i Helse Nord 63 i gjennomsnitt per år. Gjennomsnittleg poliklinisk kontaktrate var tydeleg lågare i Helse Nord enn for eldre frå andre deler av landet, og lågare enn lågaste rate i Helse Vest (figur 4.45).



Figur 4.46: Kontaktrate fordelt på DPS-område og RHF. Poliklinisk behandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område. Kartet viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

Helse Nord Fordelt på DPS-områda varierte poliklinisk kontaktrate mellom 128 for eldre i Tromsø og omegn, og 33 i Øst-Finnmark (figur 4.45).

Helse Midt-Norge Vi fann høgaste rate for eldre i DPS-område Levanger med 166 polikliniske kontaktar per innbyggjarar, og lågaste for eldre frå DPS-område Orkdal (53) (figur 4.45).

Helse Vest Flest kontaktar fann vi i DPS-område Kronstad med 216 per 1 000 innbyggjarar, og færrast i

DPS-områda Førde (64) og Indre Sogn (65) (figur 4.45).

Helse Sør-Øst Polikliniske kontaktratar for eldre varierte mellom 413 i DPS-området Lovisenberg, og 52 i Nordre Østfold, i gjennomsnitt per år (figur 4.45).

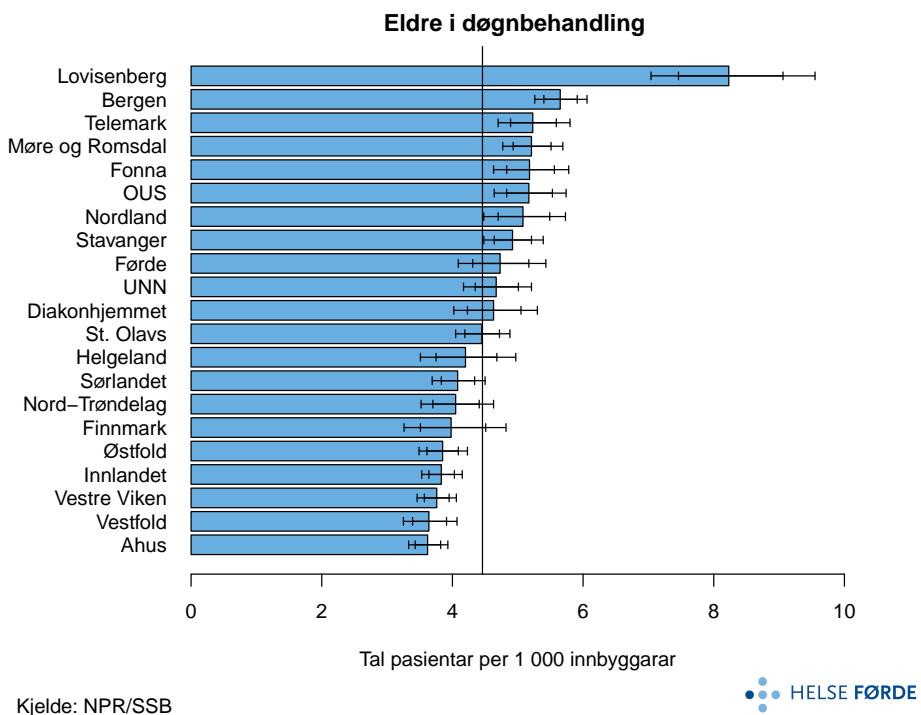
4.3.2 Hovudfunn - poliklinisk behandling for eldre

- Variasjonen i poliklinisk behandling var særleg stor for eldre pasientar. Kontaktratane varierte fra 44 til 413 i gjennomsnitt per år mellom buområda. Eldre i Helse Nord hadde tydeleg lågare poliklinisk kontaktrate enn eldre frå landet elles, og med høgast rate i Helse sør-Øst. Både kontaktrate, pasientrate og polikliniske kontaktar per pasient var høgast i Oslo. Kvart år hadde eldre i buområde Lovisenberg omtrent fire ganger så mange polikliniske kontaktar som eldre i Finnmark. Også bruk av avtalespesalistar var høg i Oslo.
- Når vi trekte ut dei med rusliding frå gruppa eldre i poliklinisk behandling, var pasientgruppa lita, men vi fann at variasjonen i bruk av poliklinikk var særleg stor. Eldre i buområde Lovisenberg hadde årleg 43 kontaktar per 1 000 innbyggjarar mot 1 kontakt per 1 000 innbyggjarar i buområde Finnmark. Både kontaktratar og pasientratar var tydeleg høgast i Oslo, og lågast i Nord. Eldre frå Lovisenberg fekk årleg nær fire gonger så mange polikliniske kontaktar per pasient som eldre i Fonna.
- Også når vi trekte ut dei med alvorleg psykisk liding frå gruppa eldre i poliklinisk behandling, var variasjonen i kontaktratar særleg stor, og varierte fra 6 til 148 per år og buområde. Pasientratane var også her høgast i Oslo. Eldre med alvorleg psykisk liding frå Lovisenberg hadde, i gjennomsnitt per år, nær sju gonger fleire kontaktar per pasient enn dei frå Finnmark.
- Kontaktraten var lågare for eldre (122) enn for vaksne (696) og for barn og unge (517). Variasjonen mellom buområda var også større for eldre enn for dei andre aldersgruppene.

Heile eldregruppa var på knapt 15 000 pasientar, men med store variasjonar i pasientratar mellom buområda. Så tydeleg store variasjonar i poliklinisk behandling av pasientar med alvorlege lidingar gir mistanke om underforbruk av tenestene i delar av landet, og er uønska.

4.3.3 Døgnbehandling

Pasientrate Fordelt på buområda hadde eldre frå buområde Lovisenberg, med i gjennomsnitt 8,2 pasientar per 1 000 innbyggjarar og år, ein tydeleg høgare pasientrate for døgnoppthal, samanlikna med andre delar av landet. I Bergensområdet var pasientraten 5,7 mens den i mange buområde var mellom 4 og 5 per år i 2014–2018. Lågast pasientrate for eldre i døgnbehandling fann vi for buområda Vestfold og Ahus (3,6). Variasjonen i pasientratar var større enn den tilfeldige variasjonen. Variasjonen mellom buområda var likevel ikkje stor (figur 4.47 og tabell 4.19).

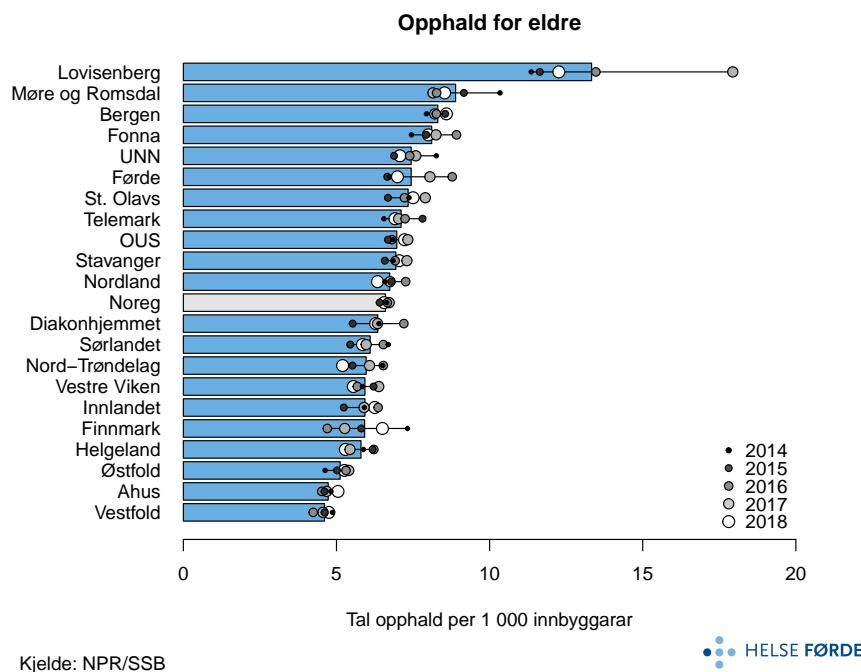


Figur 4.47: Pasientrate for døgnbehandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal eldre pasientar (65 år og eldre) per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.

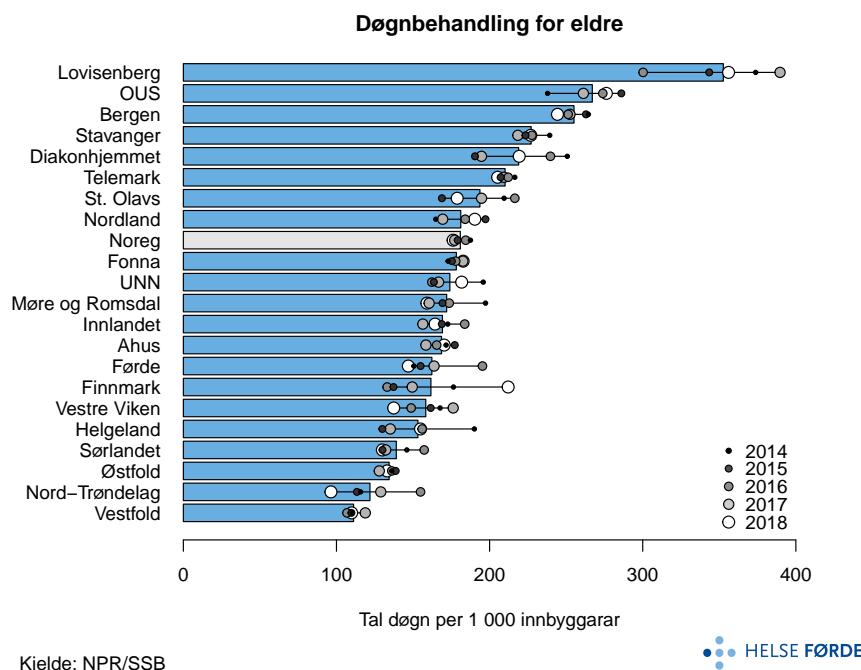
Opphaltsrate Eldre i Noreg hadde samla 5 600 døgnoppthal per år i 2014–2018 i psykisk helsevern eller tverrfagleg spesialisert rusbehandling (tabell 4.13). Opphaltsraten var stabil i perioden, med ein gjennomsnittleg årsrate på 6,6 døgnoppthal per 1 000 innbyggjarar.

Eldre i buområde Lovisenberg hadde med 13 tydeleg flest opphald per 1 000 innbyggjarar når vi ser på gjennomsnittsverdien for dei fem åra. Opphaltsraten for 2017 trekte gjennomsnittet opp for området. Lågast gjennomsnittleg opphaltsrate fann vi for eldre i Ahus (4,7) og Vestfold (4,6) (figur 4.48). Variasjonen i opphaltsrate for eldre var moderat (tabell 4.18).

Døgnrate Eldre i Noreg hadde gjennomsnittleg 181 døgn i institusjon, per 1 000 innbyggjarar, per år i 2014–2018. Vi ser av (figur 4.49) at døgnraten var høgast i dei støste byområda. Døgnraten varierte frå 353 i Lovisenbergområdet til 111 i Vestfold. Landsraten var stabil i perioden, mens vi fann størst årsvariasjonar i buområde Lovisenberg, og ein tydeleg auke i døgnraten i Finnmark i 2018.



Figur 4.48: Opphaltsrate for døgnbehandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal døgnopp hold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.



Figur 4.49: Døgnrate for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar: Tal døgn per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Varigheit av døgnopphalda (døgn per opphold) Vi fann lengst opphold i Oslo-områda OUS, Ahus og Diakonhjemmet, alle med godt over 30 døgn per opphold. Gjennomsnittleg varigheit på opphalda for eldre frå Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag var knapt 20 døgn per opphold (tabell 4.13).

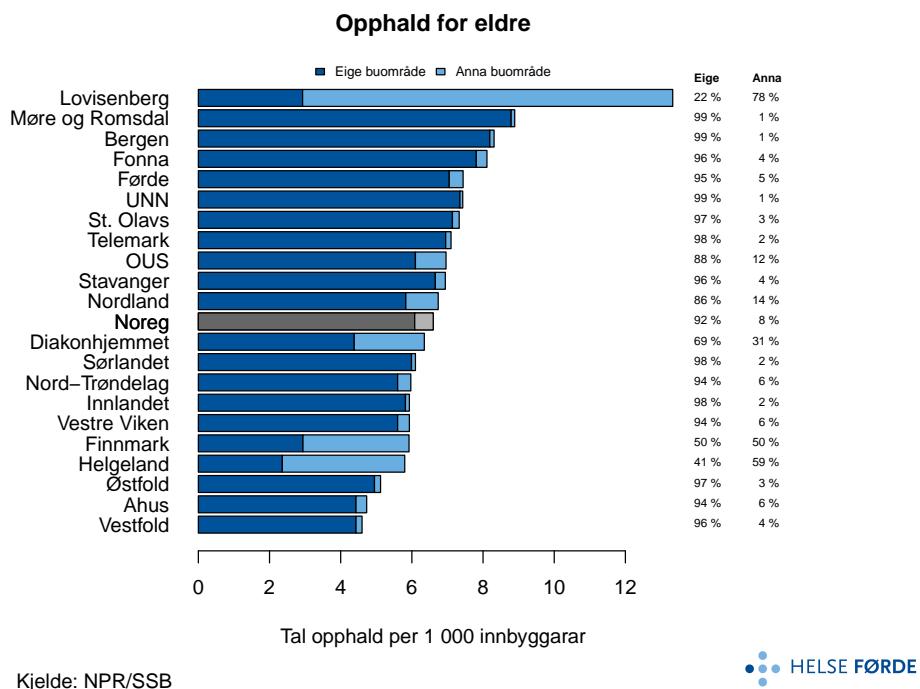
Tabell 4.13: Døgnbehandling for eldre i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Tal pasientar, tal døgn, tal opphold og døgn per opphold fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld eldre i alderen 65 år og eldre.

Buområde	Tal pasientar	Tal døgn	Tal opphold	Døgn per opphold
OUS	171	8 915	230	38,8
Ahus	281	13 066	370	35,3
Diakonhjemmet	102	4 807	141	34,2
Stavanger	228	10 479	322	32,6
Bergen	383	17 305	561	30,8
Telemark	175	7 017	238	29,5
Innlandet	299	13 212	464	28,5
Finnmark	51	2 068	76	27,3
Nordland	130	4 618	172	26,9
Lovisenberg	85	3 708	139	26,8
Vestre Viken	305	12 901	483	26,7
Helgeland	65	2 345	89	26,4
St. Olavs	222	9 650	367	26,3
Østfold	205	7 190	275	26,2
Vestfold	152	4 655	193	24,1
UNN	154	5 761	246	23,4
Sørlandet	199	6 791	298	22,8
Fonna	156	5 372	244	22,0
Førde	97	3 288	152	21,7
Nord-Trøndelag	102	3 071	151	20,3
Møre og Romsdal	250	8 180	426	19,2
Noreg	3 813	154 398	5 634	27,4

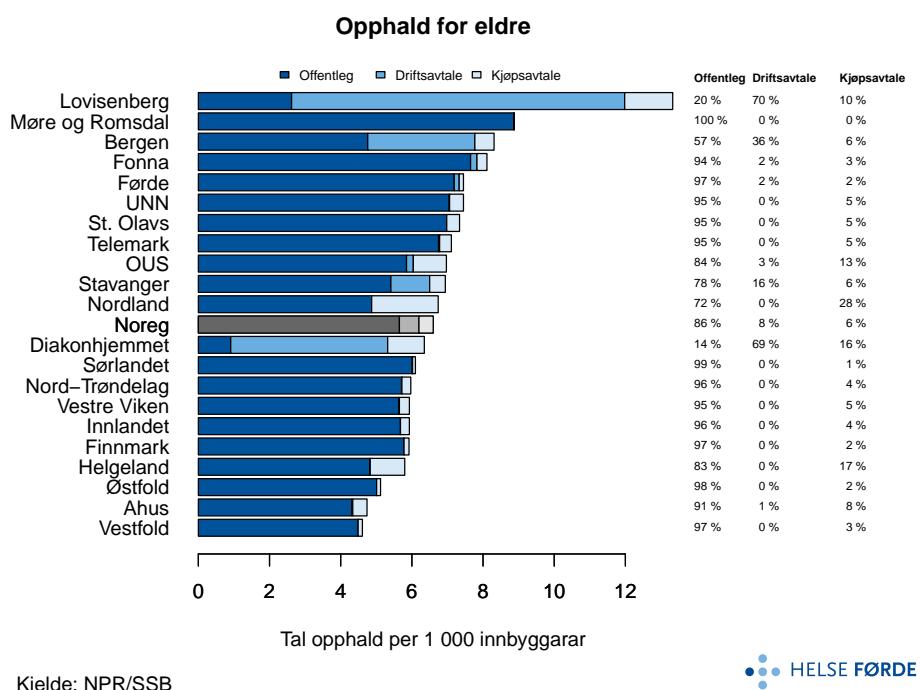
Kvar fekk eldre pasientar døgnbehandling

92 % av eldre sine døgnopphald skjedde i institusjon innanfor pasienten sitt buområde (figur 4.50). Det var særleg eldre frå buområda Helgeland, Finnmark og Lovisenberg at pasientane reiste ut av eige buområde for å få døgnbehandling. At eldre frå desse områda i stor grad fekk døgnopphalda utanfor eige buområde kan skuldast funksjonsdelinga både i Helse Nord (sjå kapittel 4.2.3) og i Oslo. Alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus gir tilbod til eldre også frå Lovisenbergområdet.

Ved fordeling av døgnopphalda på private og offentlege institusjonar, fann vi at dei fleste opphalda eldre fekk innan psykisk helsevern eller rusbehandling, skjedde innan det offentlege, d.v.s. ved helseføretaka sine institusjonar. For Noreg utgjorde dette 86 % av opphalda (figur 4.51). Som for vaksne var det i Bergen og Stavanger vi fann noko bruk av private med driftsavtale i tillegg til Lovisenberg og Diakonhjemmet. For desse siste indikerer funna at eldre der fekk behandling i eigen eller institusjon med tilsvarannde driftsavtale. Bruk av institusjonar med kjøpsavtale var prosentvis høgast i Nordland og Helgeland, og buområda i Oslo-området. Når vi såg berre på eldre med rusliding, fann vi at ingen av døgnopphalda for pasientane frå buområde Møre og Romsdal var i institusjon med kjøpsavtale, mens 47 % av opphalda for eldre med rusliding frå Bergen-området var i slik institusjon.



Figur 4.50: Opphaltsrate, inndeling etter behandling i eige eller anna buområde: Tal døgnopphold per 1 000 innbyggjarar (65 år og eldre), fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 med prosentvis inndeling etter kvar pasienten fikk behandling. Ratane er justert for alder og kjønn.



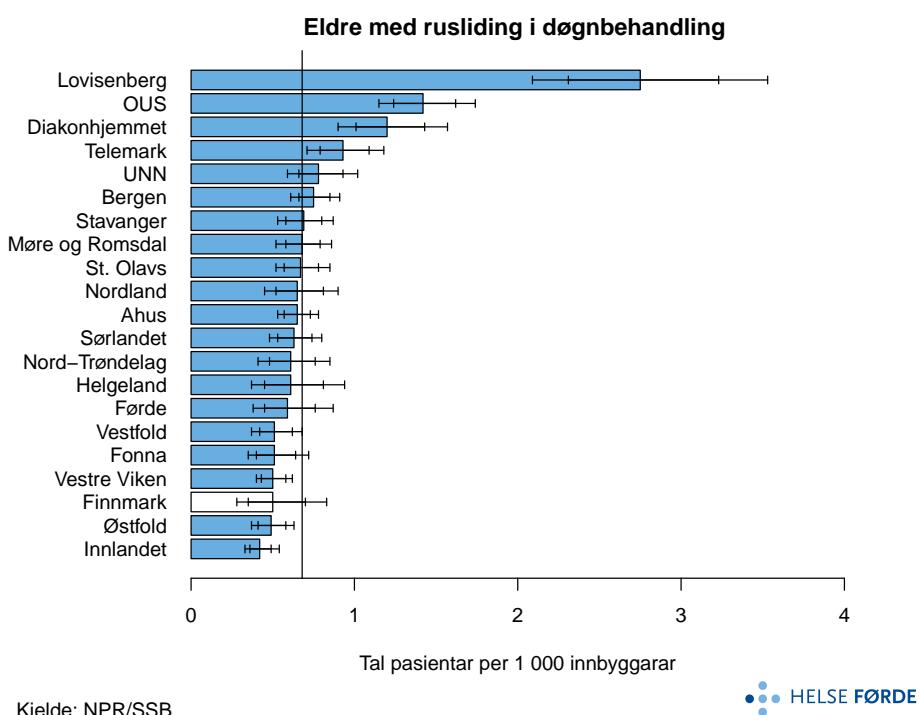
Figur 4.51: Opphaltsrate, inndeling etter behandling i offentleg eller privat institusjon: Tal døgnopphold per 1 000 innbyggjarar (65 år og eldre), fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 med prosentvis inndeling etter kvar pasienten fikk behandling. Ratane er justert for alder og kjønn.

Rusliding

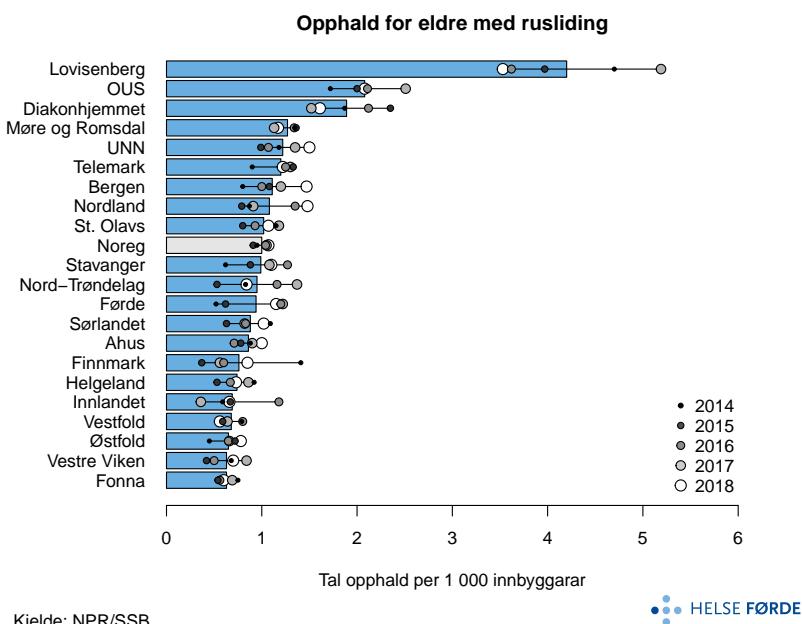
Pasientrate Kvart år i 2014–2018 hadde knapt 600 eldre med rusliding frå Noreg minst eitt døgnopphald i psykisk helsevern eller tverrfagleg spesialisert rusbehandling (tabell 4.14). Oslo-området hadde flest eldre med rusliding per 1 000 innbyggjarar i døgnbehandling, med pasientratar på 2,8 (Lovisenbergområdet), 1,4 (OUS-området) og 1,2 (Diakonhjemmet-området). Frå andre deler av landet var det relativt få eldre pasientar med rusliding til døgnbehandling, og med pasientratar mindre enn 1 pasient per 1 000 innbyggjarar. Dei breie konfidensintervalla rundt pasientratane viser at pasientutvala var små, og at den tilfeldige variasjonen kan vere stor. Vi ser likevel at pasientratane frå Oslo-området var systematisk høgare enn ratane frå andre delar av landet (figur 4.52).

Opphaltsraten for eldre med rusliding var stabilt låg i Noreg i åra 2014–2018, og med berre eitt opphald per 1 000 eldreinnbyggjar i snitt per år (figur 4.53). Opphaltsraten for eldre med rusliding var tydeleg høgare i Oslo-området enn i resten av landet. I Lovisenbergområdet hadde eldre med rusliding 4,2 døgnopphald i gjennomsnitt per 1 000 innbyggjarar og år. For eldre i OUS- og Diakonhjemmet-områda var opphaltsratane 2,1 og 1,9 i gjennomsnitt per år. Variasjonen mellom buområda i opphaltsrate for eldre med rusliding var stor (tabell 4.18).

Varigheit av døgnopphalda Eldre med rusliding frå tre buområde i Helse Nord hadde lengst opphald i 2014–2018, og med over 40 døgn per opphald i gjennomsnitt i Helgeland-området. Vi fann at varigheita på døgnopphalda var kortast i Helse-Midt Noreg. Der var eldre i gjennomsnitt innlagt i 20 eller færre dagar per opphald (tabell 4.14).



Figur 4.52: Pasientrate, eldre med rusliding i døgnbehandling. Tal eldre (65 år og eldre) med rusliding per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdian per år for perioden 2014–2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn. Finnmark: Det er færre enn 40 unike pasientar som ligg til grunn for utrekninga, og raten er derfor usikker.



Figur 4.53: Opphaltsrate, eldre med rusliding i døgnbehandling. Tal døgnopphold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

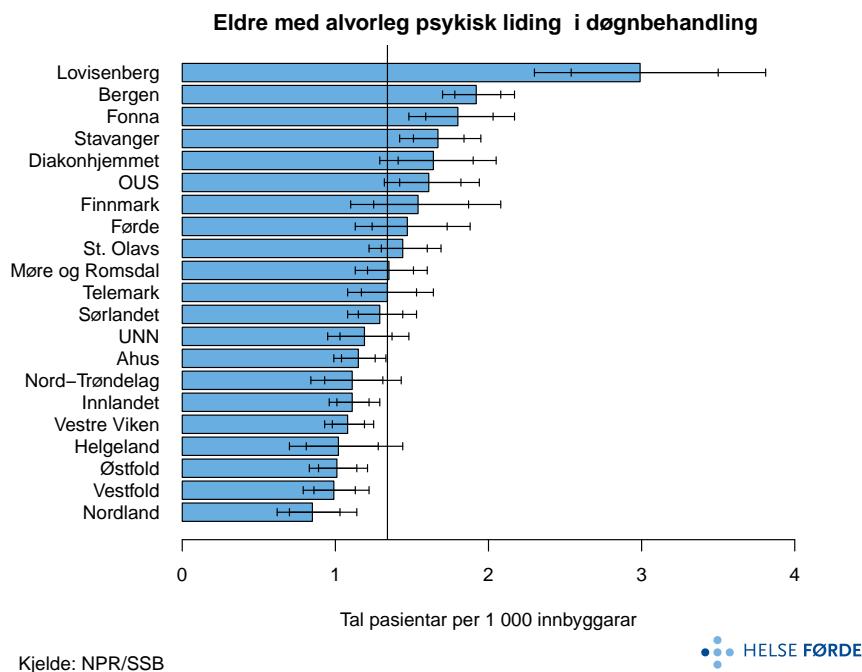
Tabell 4.14: Døgnbehandling for eldre med rusliding. Inkluderer døgnopphold i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal pasientar, tal døgn, tal opphold og døgn per opphold fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og gjeld eldre i alderen 65 år og eldre.

Buområde	Tal pasientar	Tal døgn	Tal opphold	Døgn per opphold
Helgeland	9	472	11	42,1
Finnmark	7	315	10	30,8
Nordland	17	849	28	30,5
Innlandet	33	1 627	53	30,5
Vestre Viken	40	1 417	50	28,3
Lovisenberg	29	1 220	46	26,5
Diakonhjemmet	26	1 090	42	26,2
Telemark	31	1 046	40	26,2
Stavanger	32	1 193	47	25,6
UNN	26	1 038	41	25,3
Fonna	15	471	19	25,1
OUS	46	1 621	67	24,3
Bergen	50	1 705	74	23,2
Ahus	51	1 525	68	22,5
Førde	12	426	19	22,4
Østfold	26	785	35	22,3
Vestfold	21	613	28	22,1
Nord-Trøndelag	15	492	24	20,9
Sørlandet	31	835	43	19,5
St. Olavs	34	977	51	19,1
Møre og Romsdal	32	841	60	14,1
Noreg	584	20 556	854	24,1

Alvorleg psykisk liding

Kwart år i 2014–2018 hadde omtrent 1140 eldre med alvorleg psykisk liding frå Noreg minst eitt døgnoppfølge i psykisk helsevern eller tverrfagleg spesialisert rusbehandling (tabell 4.15).

Pasientrate per år for eldre med alvorleg psykisk liding, var høgst i nokre av dei største byane våre (figur 4.54). Frå Lovisenbergområdet var årleg 3,0 eldre med alvorleg psykisk liding innlagt per 1 000 innbyggjarar, mens i fleire buområde i landet var pasientraten omtrent ein. Lågast rate fann vi i Nordland (0,9). Variasjonen i pasientraten var stor (tabell 4.19). Breie konfidensintervall rundt pasientratane betyr at få pasientar ligg til grunn for utrekninga. Vi ser av figur (figur 4.54) at variasjonen i pasientratar likevel var større enn det som kjem frå tilfeldigheiter.

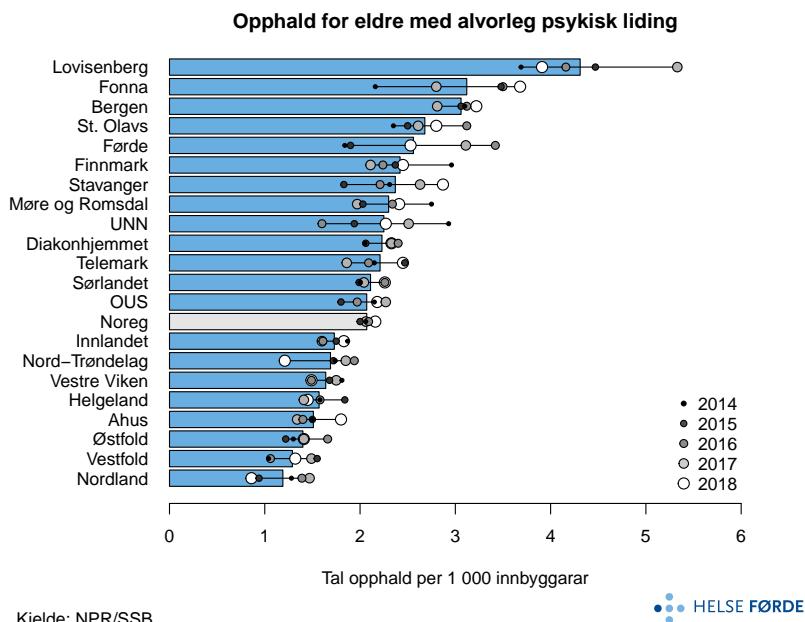


Figur 4.54: Pasientrate, eldre med alvorleg psykisk liding i døgnbehandling. Tal eldre (65 år og eldre) med alvorleg psykisk liding (ALV) per 1 000 innbyggjarar fordelt på buområde. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 med 95 % og 99,8 % konfidensintervall. Loddrett strek viser gjennomsnittsverdien for landet. Ratane er justert for alder og kjønn.

Opphaldsraten for eldre med alvorleg psykisk liding i Noreg var stabil i perioden 2014–2018 (figur 4.55). I gjennomsnitt fekk eldre med alvorleg psykisk liding 2 opphold per 1 000 innbyggjarar kvart år.

Lovisenbergområdet med høgst gjennomsnittleg årsrate (4,3), var det ein tydeleg høgare opphaldsrat i 2017 (5,3). Buområda Østfold, Vestfold og Nordland hadde lågast både pasientratar og opphaldsratar, og med ein opphaldsrat på 1,2 for Nordland. Det var stor variasjonen i opphaldsratar for pasientar med alvorleg psykisk liding (tabell 4.18).

Varigheit av døgnopphalda Døgnopphalda varte tydeleg lengre for eldre med alvorleg psykisk liding frå Diakonhjemmet- og OUS-områda i Oslo, med opp til 54 døgn i per opphold. Eldre frå Førde området hadde opphalda med kortast varigheit; 23 døgn per opphold i snitt per år i 2014–2018 (tabell 4.15).

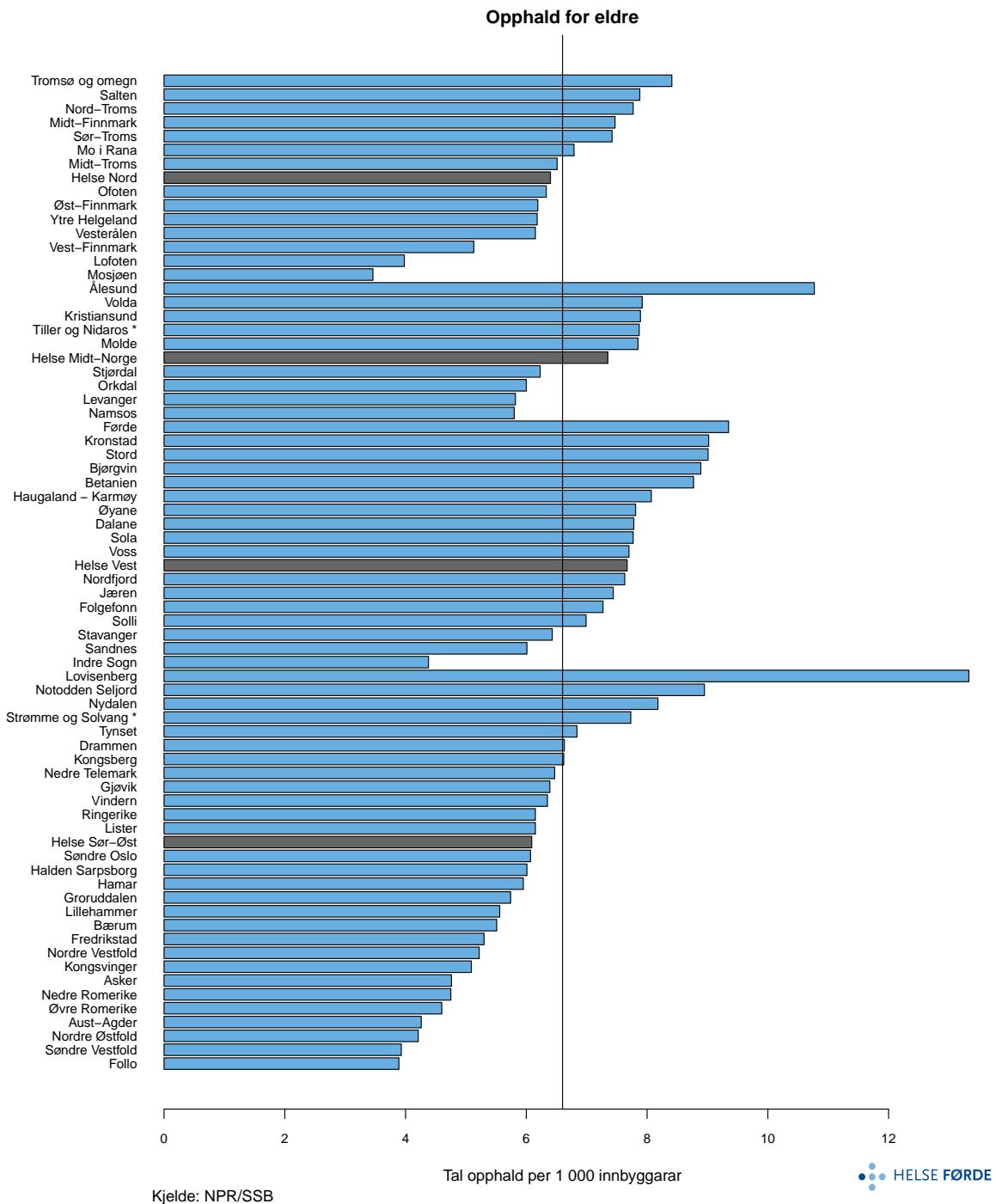


Figur 4.55: Opphaltsrate, eldre med alvorleg psykisk lidning i døgnbehandling. Tal døgnopphold per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Tabell 4.15: Døgnbehandling for eldre med alvorleg psykisk lidning. Inkluderer døgnopphold i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal pasientar, tal døgn, tal opphold og døgn per opphold fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og gjeld eldre i alderen 65 år og eldre.

Buområde	Tal pasientar	Tal døgn	Tal opphold	Døgn per opphold
OUS	54	3 733	69	54,1
Diakonhjemmet	36	2 364	50	47,7
Ahus	90	5 505	118	46,6
Stavanger	77	4 598	110	41,7
Vestre Viken	88	5 056	134	37,7
Østfold	54	2 770	76	36,5
Vestfold	41	1 888	54	34,8
Bergen	130	7 119	205	34,7
Innlandet	87	4 656	135	34,4
Lovisenberg	31	1 549	45	34,1
Telemark	45	2 523	74	34,0
St. Olavs	72	4 217	133	31,7
Finnmark	20	918	31	29,8
Nord-Trøndelag	28	1 272	43	29,7
Nordland	21	783	30	26,5
Helgeland	16	618	24	26,0
Fonna	54	2 426	93	26,0
Sørlandet	63	2 598	104	25,1
Møre og Romsdal	64	2 722	109	25,0
UNN	39	1 835	74	24,9
Førde	30	1 193	52	22,9
Noreg	1 141	60 345	1 764	34,2

DPS- og RHF-område



Figur 4.56: Opphaltsrate fordelt på DPS-område og RHF. Døgnbehandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Tal døgnoppdrag per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014–2018. Ratane er justert for alder og kjønn. Stjerne: fleire DPS-område er slått sammen, sjå vedlegg B.

Eldre frå DPS-områda Lovisenberg (13) og Ålesund (11) hadde tydeleg flest døgnoppdrag i institusjon per 1 000 innbyggjarar og år i 2014–2018 (figur 4.56 og 4.57). Elles var fem av dei ti DPS-områda med høgst

oppaldsrate i Helse Vest. Lågast oppaldsrate fann vi for eldre tilhøyrande DPS-område Mosjøen (3,5). Variasjonen mellom DPS-områda var moderat (tabell 4.18)

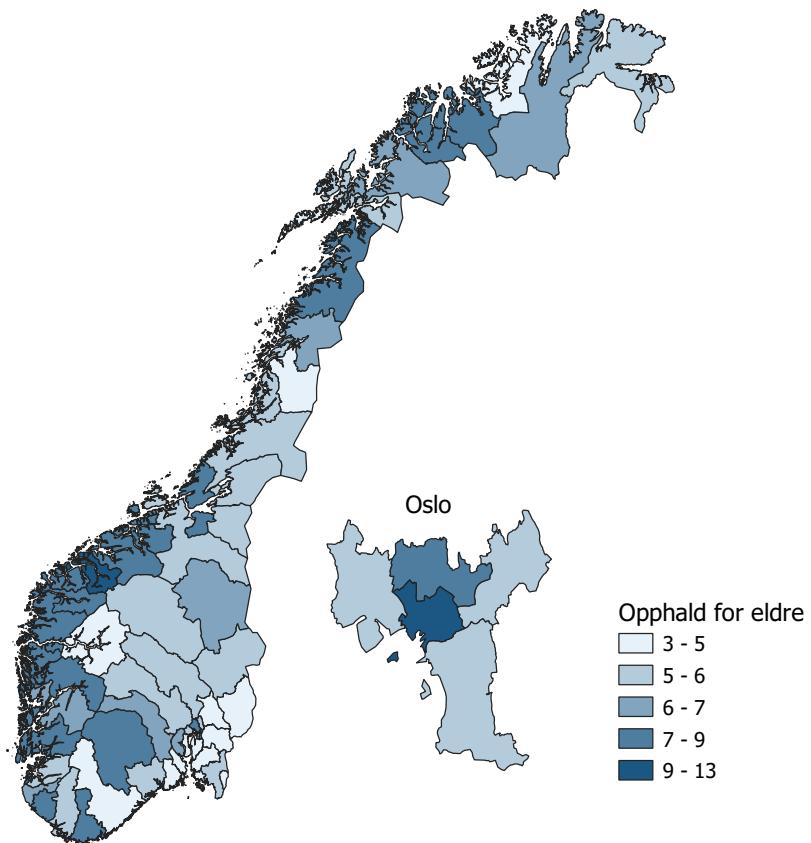
Ser vi regionvis på oppaldsratane fann vi for eldre tilhøyrande Helse Vest-området 7,7 oppald per 1 000 innbyggjarar i gjennomsnitt per år. For eldre frå Helse Midt-Norge-området var oppaldsraten 7,4, i Helse Nord-området 6,4 og i Helse Sør-Øst-området 6,1 (figur 4.56).

Helse Nord-området Eldre frå DPS-område Tromsø og omegn hadde høgast oppaldsrate (8,4), mens eldre frå DPS-område Mosjøen hadde lågast rate (3,5) (figur 4.56).

Helse Midt-Norge Her skilde DPS-området Ålesund seg ut med flest oppald i institusjon (10,8) per 1 000 innbyggjarar per år i gjennomsnitt for eldre. I DPS-området Namsos var oppaldsraten 5,8 (figur 4.56).

Helse Vest-området Oppaldsratane varierte fra 9,4 i DPS-område Førde til 4,4 i Indre Sogn (figur 4.56).

Helse Sør-Øst-området Oppaldsraten for eldre var tydeleg høgast i DPS-område Lovisenberg (13), mens eldre i Follo hadde færrast oppald i institusjon per 1 000 innbyggjarar (3,9) (figur 4.56).



Figur 4.57: Oppaldsrate fordelt på DPS-område og RHF. Døgnbehandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal døgnoppald per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område. Kartet viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

4.3.4 Hovudfunn - døgnbehandling for eldre

- Variasjonen i opphaldsratar var moderat for eldregruppa samla. Opphaldsraten varierte fra 5 til 13 i gjennomsnitt per år mellom buområda, og var høgast i Helse Vest-området. Opphaldsrate er tal døgnoppfald per 1000 innbyggjarar. Eldre frå OUS hadde dobbelt så mange døgn per opphald som eldre frå Møre og Romsdal.
- Når vi trekte ut dei med rusliding frå gruppa eldre i døgnbehandling, fann vi stor variasjon i opphaldsratar. Få eldre med rusliding fekk døgnbehandling, med unntak av i hovudstadsområdet, noko ein må vere merkasam på ved tolking av variasjonen. Opphaldsratane variero mellom 0,6 og 4,2 i gjennomsnitt per år og buområde.
- Når vi trekte ut dei med alvorleg psykisk liding frå gruppa eldre i døgnbehandling, var variasjonen i opphaldsratar også stor, og variero fra 1 til 4 per år og buområde. Opphalda var i gjennomsnitt meir enn dobbelt så lange i OUS som i Førde.

For døgnbehandling hos eldre har vi konkludert med at variasjonen i bruk av døgnbehandling var stor og uønska ved alvorleg psykisk liding. Også ved rusliding var variasjonen i opphaldsratar stor, men omfanget av døgnbehandling var lite. Opphaldsratane kan derfor innehalde større innslag av tilfeldig variasjon og gi usikkerheit til ratane. Døgnbehandling for eldre i psykisk helsevern og rusbehandling er eit område som gir sterkt mistanke om at innbyggjarane ikkje har eit likeverdig behandlingstilbod.

4.3.5 Samla vurdering for eldre

Det er ikkje kjent at det er større forskjellar i førekomensten av psykisk sjukdom eller ruslidingar mellom Oslo-området og resten av landet for eldre, enn for vaksne ([Folkehelseinstituttet, 2018b](#)). Variasjonen i bruk av spesialisthelsetenestene innan psykisk helsevern og rusbehandling, var likevel tydeleg større for eldre. Særleg stor variasjon fann vi i bruk av poliklinisk behandling med høgast bruk i Sør-Øst og lågast i Nord. Eldre frå Oslo fekk eit meir omfattande behandlingstilbod enn eldre frå andre delar i landet. Variasjonen mellom ulike delar av landet såg ikkje ut til å skuldast pasientane sine behov åleine, men også skilnader i behandlingstilbod (sjå også kapittel 5.2). Variasjonen mellom buområda i eldre sin bruk av psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar og avtalespesialister i psykisk helsevern, har vi derfor vurdert til å vere uønska. Konklusjonen gjeld både eldre samla, og for eldre med alvorleg psykisk liding og rusliding kvar for seg.

4.4 Vurdering av variasjonen

I vurdering av variasjon i bruk av helsetenestene mellom buområda og DPS-områda, har vi nytta fleire metodar fordi det ikkje er ein bestemt måte som er tilrådd. Vi har sett på forholdstalet mellom høgaste og lågaste rate (FT), forholdstalet mellom nest høgaste og neste lågaste rate (FT2), forholdstalet mellom tredje høgaste og tredje lågaste rate (FT3), variasjonskoeffisient (CV), systematisk variasjonskomponent (SCV), volumet (kor mange pasientar, polikliniske kontaktar, døgnopphald eller anna som inngår i analysane), stabilitet i årsratane og i tillegg brukt skjønn. Metodane er skildra i kapittel 4.6 i Helseatlas i ortopedi for Noreg.²³

Analysane i dette helseatlaset skil seg imidlertid frå ortopediatlaset ved at konfidensintervall berre er nytta på pasientratane. Dette fordi variablane for poliklinisk behandling og døgnbehandling er avhengige, d.v.s. ein pasient kan ha fleire polikliniske kontaktar eller døgnopphald per år. Det er både tatt høgde for avhengige hendingar ved utrekning av SCV (Cain & Diehr, 1992), og for å utelukke ekstremverdiane har vi rekna ut SCV etter at høgaste og lågaste rate blei fjerna frå analysane (McPherson et al., 1982). Det er desse SCV-verdiane som visest i tabellane 4.16, 4.17, 4.18 og 4.19, saman med anna statistikk som ligg til grunn for vurderingane.

Ved bruk av SCV kan storleik på variasjonane kategoriserast slik: SCV < 3 liten, ubetydeleg, 3 -5,4 moderat, 5,4 -10 stor, > 10 særleg stor. Kategoriane er brukt i fleire studier mellom anna hos Murphy et al. (2017). Vi har sett til desse kategoriane og nytta adjektiv frå *liten* til *særleg stor*, men samtidig også sett om verdiane frå dei andre metodane går i same retning, før vi har konkludert.

Konfidensintervall (KI) gir eit bilet av kor stor variasjon vi kan forvente frå tilfeldigheiter, og beskriv usikkerheita frå den naturlege variasjon i verda rundt oss. I figurar med pasientratar har vi tatt med konfidensintervall for raten for kvart buområde. Då har den samla raten for Noreg (landsraten) blitt teikna inn som ei vertikal line, for å gjere det enklare å samanlikne buområde og vurdere variasjonen. Dette må ikkje bli tolka som at landsraten er det riktige nivået, og at det er feil å ligge signifikant over eller under denne. Landsraten har berre blitt brukt som ei hjelpe til å vurdere kor stor variasjonen er, og om den er større enn kva vi ventar frå tilfeldigheiter. For buområde med mange innbyggjarar og mange pasientar, blir raten mindre påverka av tilfeldig variasjon, og konfidensintervallet rundt raten blir ganske smalt. For eit buområde med få innbyggjarar og få pasientar, blir raten meir påverka av tilfeldigheiter, og konfidensintervallet blir vidare.

For å kunne uttale oss om variasjonen i bruk av tenstene er uønska, har vi sett på pasientratar, omfanget kvar pasient har fått av behandling ved poliklinikk, og vi har sett etter kunnskap om førekomst av sjukdom eller behov for tenestene i ulike delar av landet frå andre kjelder. I nokre tilfeller kan variasjonen i forbruksratar mellom buområda vere stor, men utvalet lite. Det vil i så fall ha ein anna betydning enn dersom utvalet vi ser på også er stort.

²³https://helseatlas.no/sites/default/files/rapport_ortopedi.pdf

Tabell 4.16: Statistikkgrunnlag for vurdering av variasjon i poliklinisk behandling. Tal polikliniske kontakter i gjennomsnitt per år i Noreg, gjennomsnittleg årleg kontaktrate for landet med lågast og høgast rate, forholdstal (FT), variasjonskoeffisient (CV) og systematisk variasjonskomponent (SCV) for perioden 2014–2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

Poliklinikk	Tal kontakter	Kontaktrate	Lågast rate	Høgast rate	FT	FT2	FT3	CV	SCV
Barn og unge	583 778	517,0	428,6	725,5	1,7	1,5	1,5	16,3	3,4
Gutar	288 218	498,4	402,4	706,9	1,8	1,6	1,5	17,5	3,8
Jenter	295 560	536,6	422,5	748,0	1,8	1,5	1,4	15,4	3,3
0-5 år	318 897	92,2	37,4	211,7	5,7	3,2	2,2	39,6	10,3
6-12 år	34 083	523,8	377,0	750,2	2,0	1,7	1,5	17,8	3,9
13-17 år	230 798	1005,5	731,5	1468,9	2,0	1,6	1,5	17,0	3,2
Vaksne	2 246 603	696,4	460,7	1229,1	2,7	1,9	1,7	25,6	3,7
Vaksne RUS	299 349	92,8	27,1	212,5	7,8	5,9	3,7	60,5	21,5
Vaksne ALV	308 145	95,5	42,6	261,9	6,1	2,3	2,0	47,1	6,2
Vaksne DPS	2 246 603	696,4	361,6	1229,1	3,4	3,2	2,3	25,2	4,9
18-30 år	789 023	871,4	589,2	1163,0	2,0	1,5	1,3	15,5	2,2
31-50 år	1 081 669	751,1	464,7	1431,9	3,1	2,0	1,8	30,7	4,6
51-64 år	375 911	426,0	199,2	1201,2	6,0	2,4	2,4	50,9	7,1
Eldre	103 709	121,6	43,6	413,1	9,5	5,1	3,4	67,4	19,3
Eldre RUS	7 425	8,7	1,1	42,9	39,0	15,5	9,3	96,8	17,6
Eldre ALV	19 507	22,9	5,8	147,6	25,5	12,4	4,2	112,9	41,5
Eldre DPS	103 700	121,6	32,8	413,1	12,6	7,5	6,3	57,9	19,3
65-74 år	73 956	151,5	48,9	558,4	11,4	4,9	3,7	71,5	19,4
75+ år	29 744	81,4	36,6	231,0	6,3	5,9	4,8	63,4	23,6

Tabell 4.17: Statistikkgrunnlag for vurdering av variasjon i poliklinisk behandling. Tal pasientar i gjennomsnitt per år i Noreg, gjennomsnittleg årleg pasientrate med lågast og høgast rate, forholdstal (FT), variasjonskoeffisient (CV) og systematisk variasjonskomponent (SCV) for perioden 2014–2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

* Få pasientar ligg til grunn for utrekning av ratane og kan gi større innslag av tilfeldig variasjon.

Poliklinikk	Tal pasientar	Pasientrate	Lågast rate	Høgast rate	FT	FT2	FT3	CV	SCV
Barn og unge	49 000	43,5	36,2	58,3	1,6	1,5	1,3	12,2	3,5
Vaksne	180 897	56,1	47,6	83,1	1,7	1,4	1,3	13,7	1,8
Vaksne RUS	25 027	7,8	4,4	16,6	5,0	2,5	2,3	39,5	7,0
Vaksne ALV	19 586	6,1	4,4	10,8	2,4	1,5	1,4	20,6	2,0
Eldre	14 970	18,2	12,2	36,0	2,9	2,5	1,8	31,1	5,6
Eldre RUS*	1 052	1,2	0,4	4,8	11,3	6,5	5,8	74,2	14,9
Eldre ALV	2 074	2,4	1,2	7,6	6,4	4,2	2,9	54,1	11,0

Tabell 4.18: Statistikkgrunnlag for vurdering av variasjon i døgnbehandling. Tal opphold i gjennomsnitt per åt i Noreg, gjennomsnittleg årleg oppholdsrate for landet med lågast og høgst rate, forholdstal (FT), variasjonskoeffisient (CV) og systematisk variasjonskomponent (SCV) for perioden 2014–2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

Døgnbehandling	Tal opphold	Oppholdsrate	Lågaste rate	Høgaste rate	FT	FT2	FT3	CV	SCV
Barn og unge	2 581	2,3	0,9	5,8	5,4	3,4	2,8	42,8	13,6
Vaksne	50 800	15,8	9,2	25,3	2,8	2,0	1,5	22,3	4,7
Vaksne RUS	19 802	6,2	4,2	11,4	2,7	2,0	1,7	25,4	4,5
Vaksne ALV	15 151	4,7	3,1	9,4	3,0	2,4	1,9	32,2	8,0
Vaksne DPS	50 800	15,8	9,2	32,0	3,5	2,8	2,6	26,6	6,3
18-30 år	15 923	17,6	8,9	29,2	3,3	2,0	1,7	25,1	4,9
31-50 år	23 367	16,2	9,7	28,8	3,0	2,2	1,7	26,1	5,6
51-64 år	11 510	13,1	8,5	23,3	2,7	2,3	1,9	26,8	6,1
Eldre	5 634	6,6	4,6	13,3	2,9	1,9	1,6	26,8	3,9
Eldre RUS	854	1,0	0,6	4,2	6,7	3,3	2,9	68,0	8,1
Eldre ALV	1 764	2,1	1,2	4,3	3,6	2,4	2,2	33,5	7,2
Eldre DPS	5 634	6,6	3,5	13,3	3,9	2,8	2,4	25,6	4,1

Tabell 4.19: Statistikkgrunnlag for vurdering av variasjon i døgnbehandling. Tal pasientar i gjennomsnitt per år i Noreg, gjennomsnittleg årleg pasientrate i landet med lågast og høgst rate, forholdstal (FT), variasjonskoeffisient (CV) og systematisk variasjonskomponent (SCV) for perioden 2014–2018. Ratane er justert for alder og kjønn.

* Få pasientar ligg til grunn for utrekning av ratane og kan gi større innslag av tilfeldig variasjon.

Døgnbehandling	Tal pasientar	Pasientrate	Lågast rate	Høgast rate	FT	FT2	FT3	CV	SCV
Barn og unge	1 770	1,6	0,7	4,0	6,1	3,5	2,7	45,8	18,0
Vaksne	27 685	8,6	6,0	13,0	2,2	1,6	1,4	17,3	2,8
Vaksne RUS	11 562	3,6	2,3	6,6	2,8	1,6	1,6	23,7	3,5
Vaksne ALV	7 920	2,5	2,0	3,5	1,7	1,7	1,5	17,8	2,0
Eldre	3 813	4,5	3,6	8,2	2,3	1,6	1,4	21,8	3,0
Eldre RUS*	584	0,7	0,4	2,8	6,5	2,9	2,4	64,7	5,0
Eldre ALV	1 141	1,3	0,9	3,0	3,5	1,9	1,8	33,0	4,8

Kapittel 5

Drøfting

5.1 Hovudfunn

Helseatlas psykisk helsevern og rusbehandling innhold informasjon om mange aspekt ved innbyggjarane sin bruk og variasjon i bruk av psykisk helsevern, avtalespesialistar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i perioden 2014–2018. Som hovudfunn vil vi trekke fram:

- Ved rusliding og alvorleg psykisk liding hos vaksne var variasjonane i bruk av poliklinikk og døgnopphald store og uønska. Vi fann buområde med utstrakt bruk av poliklinikk for pasientgruppene. Variasjonen i døgnbehandling var stor for pasientar med alvorleg psykiske lidingar, men meir moderat for pasientar med rusliding. Bruk av tenestene var ikkje likeverdig fordelt i landet.
- For eldre var variasjonen i bruk av både poliklinikk og døgnbehandling store og uønska. Eldre frå område med lite poliklinisk behandling, hadde også liten bruk av døgnbehandling. Variasjonen i bruk av tenestene var store og uønska både når vi såg på eldre samla, og på eldre med rusliding og eldre med alvorleg psykisk liding kvar for seg.
- For vaksne, men tydlegast for eldre, var bruk av poliklinikk høgast i Oslo. Større bruk av avtalespesialistar i Oslo, samanlikna med i andre delar av landet, var med på å bidra til den store variasjonen mellom buområda i poliklinisk kontaktrate.
- For barn og unge var variasjonen i bruk av poliklinikk liten, mens variasjonen i døgnopphald var stor. Døgnopphald blei imidlertid brukt i liten grad for barn og unge.

5.2 Drøfting av resultat

Like behov for tenester uansett kvar du bur?

Gjennom analysane i helseatlas er det eit mål å kunne gi uttale om bruk av helsetenestene er likeverdige, uansett kvar du bur i landet. I dette ligg det også ei vurdering om behovet for tenester er likt fordelt. For mange somatiske tilstandar er det antatt lik førekomst og relativt like behov for helsetenester i heile landet, dersom alders- og kjønnsfordelinga blir kontrollert for. Kunnskapen om førekomst av psykiske lidingar og ruslidingar fordelt på buområde og alder er imidlertid begrensa (Folkehelseinstituttet, 2018b). I dataene våre har vi kunnskap om pasientane som var i kontakt med psykisk helsevern, avtalespesialistane i psykisk helsevern eller tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i 2014–2018. Vi kjenner likevel ikkje til omfangen av pasientane som fekk hjelp frå kommunale tenester, eller som ikkje fekk hjelp.

For å kunne gi uttale knytt til om variasjonar i bruk av spesialisthelsetenestene for pasientar med psykiske lidingar og/eller ruslidingar er uønska, har vi sett på andre kjelder som kan gi kunnskap om innbyggjarane sine behov for tenestene. Innbyggjarane sine behov for helsetenester vil, i tillegg til kva type liding pasienten har, vere påverka av forhold som gjeld helse- og sosialsituasjonen til den enkelte. Det er ein antatt direkte samanheng mellom alder og helsetenesteforbruk og mellom helserelaterte forhold og helsetenesteforbruk, medan samanhengen mellom sosioøkonomiske forhold og helsetenesteforbruk er meir indirekte (NOU, 2019). I analysane våre har vi nytta alders- og kjønnsjusterte ratar for å kunne samanlikne bruk av helsetenester mellom ulike buområde, men vi har ikkje kontrollert for sosioøkonomiske forhold.

Det er indikasjonar på at rusmiddelproblema er større i storbyane enn elles i landet. Folkehelseinstituttet viser i Folkehelserapporten (Folkehelseinstituttet, 2019) til undersøkingar der det går fram at problema knytt til alkoholbruk ser ut til å vere høgare i storbyene enn elles i landet. Undersøkingar frå 90-talet viste skilnader mellom Oslo og Sogn og Fjordane. I rapporten skriv dei vidare at vi ikkje har nyare undersøkingar, men at det ikkje kan utelukkast at det også i dag er regionale variasjonar.

Byar og tettstadar har hatt tendens til å tiltrekke seg personar med høgt forbruk av rusmiddel, og med påfølgande auka behov for helse- og sosialtenester i byane samanlikna med landkommunar. Likevel; fleire kommunar er i ferd med å hente inn problema som Oslo har (NOU, 2008).

Også innad i bykommunane kan innbyggjarane ha ulike behov. For Oslo går dette indirekte fram mellom anna gjennom ein høgare konsentrasjon av kommunale bustader i bydelar tilhøyrande Lovisenberg-området, bustader som gjerne sosialhjelpsmotakarar vil gjere seg nytte av. Mellom ulike bydelar i Oslo er det også til dels store skilnader i forventa levealder.²⁴ Innbyggjarane har mellom fire og åtte år kortare forventa levealder i bydelane Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo, Grorud og St. Hanshaugen enn i bydelar med lengst forventa levealder. Kortare levealder indikerer dårlegare helse - av ulike grunnar -, og større behov for helse- og sosialtenester.

Modellane for inntektsfordeling mellom regionale helseføretak bygger både på alders-, og helse- og sosial-kriterier. Modellen i NOU 2008:2 (NOU, 2008), som blei nytta i åra vi har analysert data frå, inneheld ein behovsindeks for psykisk helsevern og ein for tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Våre funn kan ikkje samanliknast direkte mot indeksane. For eksempel inneheld behovsindeksen for psykisk helsevern alle aldrar samla, og både døgn og poliklinikk. Det kan likevel vere interessant å spegle resultata opp mot indeksane – om forbruket er høgt der behovet er antatt høgast.

Regionale helseføretak har med utgangspunkt i modellen frå 2008 (NOU, 2008) utarbeida eigne kriteriesett og behovsnøklar per helseføretak. I Helse Sør-Øst er behovet for psykisk helsevern og tverrfagleg

²⁴Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no/webview/>, per 9. mai 2019

spesialisert behandling av ruslidingar funne høgast i Oslo. Også St. Olavs og Helse Bergen har høgare behovsindeks enn dei andre helseføretaka i sine respektive regionar (personlege overleveringar). I våre resultat fann vi høgast bruk av poliklinikk i byområda.

I forslaget til ny inntektsmodell for dei regionale helseføretaka er det utarbeida ein felles behovsindeks for psykisk helsevern vaksne (18 år og eldre) og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar ([NOU, 2019](#)). Av denne går det fram at behovet for tenestene er noko høgare i Helse Nord enn i andre regionar.

Funna våre viste at både vaksne og eldre i region Nord hadde lågare poliklinisk kontaktrate (kontaktar per 1 000 innbyggjarar) enn i andre delar av landet, og at variasjonen var særleg stor ved rusliding. Både få polikliniske pasientar (per 1 000 innbyggjarar), og få polikliniske kontaktar per pasient, var med på å forklare den låge bruken av poliklinikk i region Nord. I Helse Nord sin Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB ([Helse Nord RHF, 2016](#)) går det mellom anna fram at alle helseføretaka skal bygge ut poliklinisk kapasitet innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling for å samsvare meir med landet elles. Regionen har med andre ord eit kjent underforbruk av poliklinikk for pasientar med ruslidingar, noko som er i samsvar med funna i våre analysar.

I region Nord fann vi også for vaksne med alvorleg psykisk liding relativt liten bruk av poliklinikk. I buområda Finnmark og UNN hadde både vaksne med rusliding og vaksne med alvorleg psykisk liding derimot ein noko høgare bruk av døgnopphald enn i andre delar av landet. Dei seinare åra har det vore ei bevisst omlegging frå døgnbehandling til poliklinisk behandling i Noreg, og i perioden 2014–2018 gikk tal døgnplassar ned i alle helseregionane. Målt per 10 000 innbyggjarar var det i 2018 fleire døgnplassar innan psykisk helsevern for vaksne i Helse Nord og Helse Vest samanlikna med Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.²⁵ På grunn av lange reiseavstandar for ein del av pasientane, vil nok fleire kortare opphold kunne kompensere noko for liten bruk av poliklinisk behandling, men vi kunne ikkje sjå at dette skjedde i tilstrekkeleg grad for buområda UNN og Finnmark.

Ut frå den kjennskapen vi har knytt til bruk av og behovet for tenestene har vi konkludert med at ved rusliding og alvorleg psykisk liding hos vaksne var variasjonane i samla bruk av poliklinikk og døgnopphald store og uønska.

For barn og unge har det vore eit uttalt mål at 5 % skal vere omfatta av tenester i psykisk helsevern ([Norges forskningsråd, 2009](#)). I våre analysar varierte prosentdelen frå knappe 4 % til 6,5 % i gjennomsnitt per år mellom dei ulike buområda. Høgast prosentdel hadde buområda Helgeland og Førde. Desse buområda hadde også høgare poliklinisk pasientrate enn i andre buområde. For poliklinisk behandling var det likevel liten variasjon i både pasientrate og kontaktrate for barn og unge.

Opphaldratane for barn og unge varierte likevel mykje mellom buområda. I vurdering av variasjonen må vi her ta omsyn til at det var få barn og unge i døgnbehandling, og at den tilfeldige variasjonen kan påverke ratane i større grad enn ved store tal. I perioden 2014–2018 var tal døgnplassar i psykisk helsevern for barn og unge relativt stabilt og med fleire døgnplassar per 10 000 innbyggjarar i helseregion Nord, enn i dei andre regionane. Større behandlingskapasitet kan vere med og forklare relativt fleire døgnopphald i regionen.²⁶ Lange reiseavstandar for enkelte pasientar, kan også vere grunn for kortare døgnopphald heller enn polikliniske kontaktar. Vi kan likevel ikkje sjå bort frå at ulike behov i barne- og ungdomsgruppa, i ulike delar av landet, påverkar bruken av tenestene. I modellen for inntektsfordeling mellom dei regionale helseføretaka frå 2019 ([NOU, 2019](#)), inngår ein behovsindeks for psykisk helsevern for barn og unge. Modellen angir eit noko høgare behov for tenestene i Helse Nord, samanlikna med for barn og unge i dei andre helseregionane, noko som kan samsvare med våre funn om høgare pasientratar og opphaldratar. Det er likevel ikkje eintydig at bruk av døgnbehandling var høgare i regionen då vi

²⁵<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/09a57907-d4b8-411f-ad76-513364f54c52?e=false&vo=viewonly>

²⁶Sjå fotnote 25.

fann buområde med lengre varigheit på døgnopphalda i andre delar av landet. Ut frå den kunnskpen vi har, kan vi ikkje konkludere sikkert angåande om variasjonen i tenestene for barn og unge er uønska.

Likeverdig tilbod om behandling?

Behandlingstilboden til pasientar med psykisk liding eller rusliding vil påverke bruken av helsetenestene. Som eksempel kan vi nemne to område som nok påverkar funna i våre analysar; alderspsykiatriske avdelingar og Raskere tilbake-ordninga.

Eldre har gjennom lengre tid hatt eit godt utbygd tilbod ved alderspsykiatriske avdelingar både ved Diakonhjemmet Sykehus og OUS, for personar frå 65 år frå Oslo. Både pasientar med nyoppstått psykisk liding i eldre år, og eldre pasientar med psykisk liding som har oppstått tidlegare i livet får tilbod. Eit slikt stabilt tilbod vil generere tilvisingar og aktivitet. I andre delar av landet får eldre pasientar vanlegvis tilbod ved nyoppstårte lidingar. At vi ser lågare aktivitet i andre deler av landet enn i Oslo, kan også forklaast av ulik organisering av tenestene. Der alderspsykiatrien er samlokalisert med somatiske avdelingar, vil aktiviteten bli registrert ved denne sektoren, og ikkje inngå i analysane her. Andre har organisert tenestene med utstrakt bruk av rettleiing av kommunehelsetenesta (personleg overlevering). Helse Nord har i sin utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB nemnt at dei skal bygge opp kapasitet og kompetanse på alderspsykiatriske lidingar ([Helse Nord RHF, 2016](#)). Denne satsinga støttar inntrykket vårt om eit underforbruk av tenestene for eldre både i denne regionen og i andre deler av landet, og at variasjonen i psykiatrisk behandling for eldre er uønska.

Raskere tilbake var eit nasjonalt prosjekt der føremålet var å redusere sjukefråveret ved å bringe personar som var sjukmelde, eller stod i fare for sjukmelding, raskare tilbake til arbeidslivet. Tilboden kom i tillegg til det ordinære behandlingstilboden pasientane fekk frå helseføretaka. I perioden 2014–2017 hadde innbyggjarane med lettare psykisk liding eit behandlingstilbod innan Raskere tilbake. Frå 2018 blei tilboden erstatta med ordninga Helse og arbeid. Data frå dei regionale helseføretaka (personleg overlevering) viste at ordninga i større grad blei tatt i bruk i Helse Sør-Øst enn i dei andre regionane. Lovisenberg Diakonale Sykehus, men også private klinikkar, ga eit omfattande tilbod til pasientane. Tilboden vil inngå som polikliniske kontaktar i våre analysar, og bidreg truleg til noko av den høge polikliniske kontaktraten for vaksne i aldersgruppene 30–64 år frå buområde Lovisenberg.

Konsultasjonar hos avtalespesialistar kan, saman med poliklinikk i det offentlege, komplettere tilboden for poliklinisk behandling for pasientar med psykisk liding eller rusliding. På den måten kan vi sjå føre oss eit meir likeverdig tilbod til pasientane, uavhengig av kvar ein bur i landet. For vaksne kan dette sjå ut til å vere tilfellet i nokre buområde. For eldre fann vi derimot at buområda i Oslo som hadde høgst poliklinisk kontaktrate i det offentlege, også hadde stort bruk av avtalespesialist, per 1 000 innbyggjarar. Vi fann vidare at pasientar i Oslo hadde fleire polikliniske kontaktar per pasient både i behandling hos avtalespesialist og i det offentlege, samanlikna samanlikna med eldre frå andre delar av landet. Med andre ord kan det sjå ut som om pasientar frå buområde med eit godt utbygt offentleg tilbod, også gjer seg nytte av eit privat tilbod. Skilnadane bidreg til den store variasjon mellom buområda i eldre sin bruk av poliklinikk ved psykisk liding eller rusliding.

Før oppstart av behandling skal spesialisthelsetenesta vurdere om pasientane har rett til helsehjelp ut frå visse kriterium.²⁷ Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst fann i si undersøking «Likeverdig og forutsigbar helsehjelp» i 2017, at ved ni poliklinikkar i regionen, ga berre sju av 23 tilvisingar lik konklusjon på rettigheitsvurderingane.²⁸ Dersom pasientane opplever systematiske skeivheiter i rettigheitsvurderingane ved ulike poliklinikkar i landet, kan dette medverke til uønska variasjon i bruk av tenestene.

²⁷ www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/

²⁸ www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen

I følge studien til [Clark et al. \(2018\)](#) er høgare behandlingsintensitet og fleire konsultasjonar på kortare tid assosiert med eit positivt utbyte av behandlinga. [Bruijniks et al. \(2020\)](#) fann betre behandlingseffekt for pasientar med depresjon dersom dei hadde to, samanlikna med ei behandlingsøkt per veke. Organiseringa av poliklinisk behandling, kan derfor vere av betydning for behandlingseffekten. I arbeid med helseatlaset har vi sett på intensiteten i poliklinisk behandling, og fann at den, målt som gjennomsnitt i 30 dagarsperiodar, for vaksne pasientar i Noreg gjerne var mellom 3,5 og 4,5, og for eldre mellom 2,7 og 3,8. I modellen vår er pasientgruppene lite differensiert, og ikkje knytt mot behandlingseffekt. Det kan vere interessant å sjå nærmare på intensiteten for meir spesifikke pasientgrupper der ein undersøker organiseringa av tenestene mot behandlingseffekt.

Resultata i helseatlaset gir grunnlag for refleksjonar knytt til innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsestenestene innan psykisk helsevern og rusbehandling, og variasjonane mellom ulike delar av landet i bruk av tenestene. Kunnskapen frå helseatlaset kan, saman med andre kjelder, vere utgangspunkt for vidare analysar for å forstå variasjonane og konsekvensane av desse – for pasientar, helsevesen og samfunn. For å kunne gi eit godt svar på om helsetenestene er likeverdige uansett kvar vi bur, treng vi meir kunnskap om pasientane sine behov for helsetenestene, og for tilbodet dei samla sett får; frå både spesialisthelsetenesta og kommunale tenester.

5.3 Datagrunnlaget

Hovuddatakjelde for analysene i helseatlaset, Norsk pasientregister (NPR), er eit nasjonalt helseregister som inneholder opplysingar om alle pasientar som har fått behandling i spesialisthelsetenesta i Noreg. NPR er primært utvikla for administrative føremål. I helseatlaset blir opplysingane nytta for å vurdere om det er variasjon i innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenester i ulike delar av landet.

For å kunne samanlikne bruk av spesialisthelsetenester mellom buområda, er det vesentleg at mål på aktivitet representerer ein samanliknbar storleik. Dette er ei utfordring ved ulik registreringspraksis. Å kunne bruke same mål på aktivitet over fleire år har tilsvarande betydning for analysane. 2017 var eit prøveår for innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) i psykisk helsvern. Med innføring av ISF, skjedde det endringar i kodeverket. Å finne ein måte å rekne ut polikliniske kontaktar på ga oss derfor særskilde utfordringar. Vi konkluderte med å telje alle direkte polikliniske kontaktar, med separate analysar for indirekte kontaktar, uavhengig av ulike finansieringsmåtar. I SAMDATA sin rapport Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten ([Helsedirektoratet, 2019b](#)) går det fram at innan psykisk helsevern for vaksne er tal polikliniske kontaktar med refusjon lågare enn dersom ein tel alle kontaktar. Med andre ord vil ulike måtar å telje polikliniske kontaktar på, gi noko ulike resultat i volum, og kan gi nyansar i konklusjonane om variasjonen.

Nedgangen i poliklinisk kontaktrate for barn og unge i 2018 vil vere påverka av både innføring av nytt journalsystem i nokre helseforetak i perioden, og ein auke i tenestetilbodet for barn og unge si psykiske helse i kommunane.

I 2018 fikk 89 prosent av dei rapporteringspliktige avtalespesialistene akseptert leveransen av aktivitetsdata til NPR. Tidlegare år var denne prosenten lågare ([Helsedirektoratet, 2019a](#)). Det kan med andre ord vere noko underrapportering i tala analysane våre bygger på.

Perioden vi har analysert data frå var ein overgangsperiode på fleire måtar. I løpet av perioden 2014–2018 skjedde det tydelege endringar i kva type indirekte kontaktar som blei registrerte, noko som kan skuldast endringar i finansiering og koderegular frå 2017. I tillegg blei type kontakt registrert for langt fleire av kontaktane i 2018 enn i 2016. Nokre typar indirekte kontaktar kan no reknast som behandling, og ikkje berre administrativ aktivitet. Ved seinare analysar, når kodepraksis er meir etablert, kan det bli aktuelt

å differensiere dei indirekte kontaktane i ulike kategoriar; administrative og undersøking/behandling. Behandling via video eller telemedisin vil truleg få større utbreiing i åra framover, også som viktig del av pasientbehandlinga. Vi ser at bruk av denne type konsultasjonar kan vere særleg nyttig for pasientar med lange reiseavstandar til behandlar. Video- og telefonkonsultasjonar auka sterkt innan psykisk helsevern under corona-epidemien våren 2020, og ga både behandlar og pasient nyttig erfaring med verktøyet.²⁹

Det blir gjort mykje for å betre og harmonisere kodepraksis innan psykisk helsevern og behandling av ruslidingar, for å kunne samanlikne faktisk utført aktivitet ulike stadar. Vi kan ikkje sjå bort frå at det i datasettet vårt er noko feilkoding, det vil seie at dataene ikkje gir eit bilde som heilt svarar til verkelegheita av kva aktivitet som faktisk er utført. For å minimere utfordringa med feil i kodinga har vi derfor brukt tid på å tilrettelegge og kvalitetssjekke datasettet frå NPR, og sett etter feilkodingar og ulik kodepraksis. Feilkodingar i datasettet kan vurderast som tilfeldige feil jamnt fordelt på pasientar i heile landet, noko som ikkje vil påverke konklusjonane om variasjonen vesentleg. Ulik kodepraksis mellom føretaka kan derimot føre til noko skeivheit i datagrunnlaget som blei brukt i analysane.

²⁹www.dagensmedisin.no/artikler/2020/05/20/var-i-gang-med-video-lenge-for-korona.-slapp-store-eterslep-i-behandlinga/

Kapittel 6

Oppsummering og konklusjon

Vi fann store variasjonar mellom ulike delar av landet i innbyggjarane sin bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling for perioden 2014-2018.

For vaksne, som var den største pasientgruppa, var det stor variasjon mellom ulike delar av landet i pasientane sin bruk av tenestene, og særleg tydeleg blei dette når vi trekte ut pasientar med rusliding eller pasientar med alvorleg psykisk liding og såg spesielt på desse. For begge gruppene var det store variasjonar i bruk av poliklinisk behandling. For døgnbehandling var variasjonen ikkje like markant for pasientar med rusliding, mens for dei alvorleg psykisk sjuke var det stor variasjon også her. Vi har vurdert at variasjonen mellom buområda var uønska.

Analysane viste at variasjonen i bruk av helsetenestene var særleg stor for eldre. Både bruk av poliklinisk- og døgnbehandling varierte svært mykje mellom ulike delar av landet. Variasjonen var stor for eldregruppa samla, og når vi såg på pasientar med rusliding eller alvorleg psykisk liding kvar for seg. Omfanget av døgnbehandling ved rusliding var lite. Vi har ikkje haldepunkt for at den store variasjonen i bruk av tenestene skuldast pasientane sine behov åleine, og har vurdert at den var uønska.

For barn og unge varierte bruk av poliklinikk lite mellom ulike delar av landet, vurdert ut frå heile aldersgruppa samla. Vi vann likevel at det blei gitt ulikt mange polikliniske kontaktar per pasient. Variasjonen i døgnbehandling var stor, men det var få pasientar som fekk døgnbehandling.

Resultata i helseatlaset gir grunnlag for refleksjonar knytt til innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenestene innan psykisk helsevern og rusbehandling, og variasjonane mellom ulike delar av landet i bruk av tenestene. Kunnskapen frå helseatlaset kan, saman med andre kjelder, vere utgangspunkt for vidare analysar for å forstå variasjonane og konsekvensane av desse – for pasientar, helsevesen og samfunn.

Referansar

- Aldring og Helse (2019). Aldring og helse. Norsk kompetansesenter. www.aldringoghelse.no/alderspsykiatri/depresjon-hos-eldre/. Henta oktober 2019.
- Bruijniks, S. J., Lemmens, L. H., Hollon, S. D., Peeters, F. P., Cuijpers, P., Arntz, A., Dingemanse, P., Willems, L., Van Oppen, P., Twisk, J. W., et al. (2020). The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 222–230.
- Byhring, H. S., Shu, J., Heiberg, I., Leivseth, L., Uleberg, B., Vonen, B., & Førde, O. H. (2019). Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i nord-norge, 2015 - 2017. SKDE rapport 7/19. ISBN: 978-82-93141-42-6.
- Cain, K. & Diehr, P. (1992). The multiple admission factor (MAF) in small area variation analysis.
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (iapt approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686.
- Folkehelseinstituttet (2017). Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). ISBN: 978-82-8082-840-8. www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf. Forfattarar: A. K. Knudsen, m. fl. Henta 20. august 2018.
- Folkehelseinstituttet (2018a). Helse hos eldre i Norge. I: Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo. www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/. Folkehelseinstituttet. Henta 12. desember 2019. Publisert 17. september 2014. Oppdatert 23. mai 2018.
- Folkehelseinstituttet (2018b). Psykisk helse i Norge. Henta 12. desember 2019 frå www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/. ISBN 978-82-8082-878-1, Folkehelseinstituttet, sist oppdatert 28.02.2018. Forfattarar: A. Reneflot m. fl.
- Folkehelseinstituttet (2018c). Psykiske lidelser hos voksne. I: Folkehelserapporten. www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/. Henta 12. desember 2019, publisert 30. juni 2014, sist oppdatert 14. mai 2018. Forfattarar: A. Reneflot m. fl.
- Folkehelseinstituttet (2019). Rusbrukslidelser i Norge. I: Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo. www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/. Folkehelseinstituttet. Henta 6. mai 2020. Publisert 30. juni 2014. Oppdatert 6. desember 2019.
- Hassani, S., Lindman, A. S., Kristoffersen, D. T., Tomic, O., & Helgeland, J. (2015). 30-day survival probabilities as a quality indicator for Norwegian hospitals: Data management and analysis. *PloS one*, 10(9), e0136547.
- Helse Nord RHF (2016). Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehand-

- ling i Helse Nord 2016–2025. <https://helse-nord.no/Documents/Fagplanerograpporter/Fagplaner/UtviklingsplanforpsykiskhelsevernogTSB2016-2025endeligvedtak.pdf>. Henta 1. april 2020.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering. St. meld. 34 (2015–2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. St. meld. 7 (2019–2020). Henta desember 2019 fra www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/.
- Helsedirektoratet (2018). Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge – utvikling og variasjon 2013–2017. www.helsedirektoratet.no/statistikk/. Analysenotat 09/2018. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, ansvarleg Beate Margrethe Huseby.
- Helsedirektoratet (2019a). Aktivitetsdata for avtalespesialister 2018. www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/. Norsk pasientregister. Rapport IS-2817. Henta 10. januar 2020.
- Helsedirektoratet (2019b). Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851StatusogutviklingstrekkforspesialisthelsetjenestenSAMDATA2018.pdf>. Rapport IS-2851. SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2018.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Malt, E. A., Melle, I., & Årsland, D. (2018). *Lærebok i psykiatri*. 4. utgave, Gyldendal Akademisk.
- McPherson, K., Wennberg, J. E., Hovind, O. B., & Clifford, P. (1982). Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med*, 307(21), 1310–4.
- Moen, A., Rønnestad, A., Stensvold, H. J., Uleberg, B., Olsen, F., & Byhring, H. S. (2016). Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas. SKDE rapport 5/16. ISBN: 978-82-93141-24-2.
- Murphy, M. E., Bennett, K., Fahey, T., & Smith, S. M. (2017). Geographical variation in anti-diabetic prescribing in Ireland in 2013 and 2014: a cross-sectional analysis. *Family practice*, 34(5), 587–592.
- NAV (2019). Flest uføretrygdede med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. www.nav.no/no/person/innhold-til-person-forside/nyheter/flest-uforetrygdede-med-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelser. Publisert 27. juni 2019. Henta januar 2020.
- NHI (2019). Selvmordsforsøk hos barn og ungdom, informasjon til foreldre. www.nhi.no/sykdommer/barn/barnepsykiatri/selvmordsforsok-hos-barn-og-ungdom-til-foreldre/. Norsk Helseinformatikk. Henta 19. november 2019, sist oppdatert 5. juli 2019.
- Norges forskningsråd (2009). Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009). www.forskningsradet.no/publikasjoner. Lasta ned april 2020.
- NOU (2008). NOU 2008:2. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2008-2/id497898/. ISBN 978-82-583-0951-9. Henta august 2019. Forfattarar J. Magnussen m. fl.

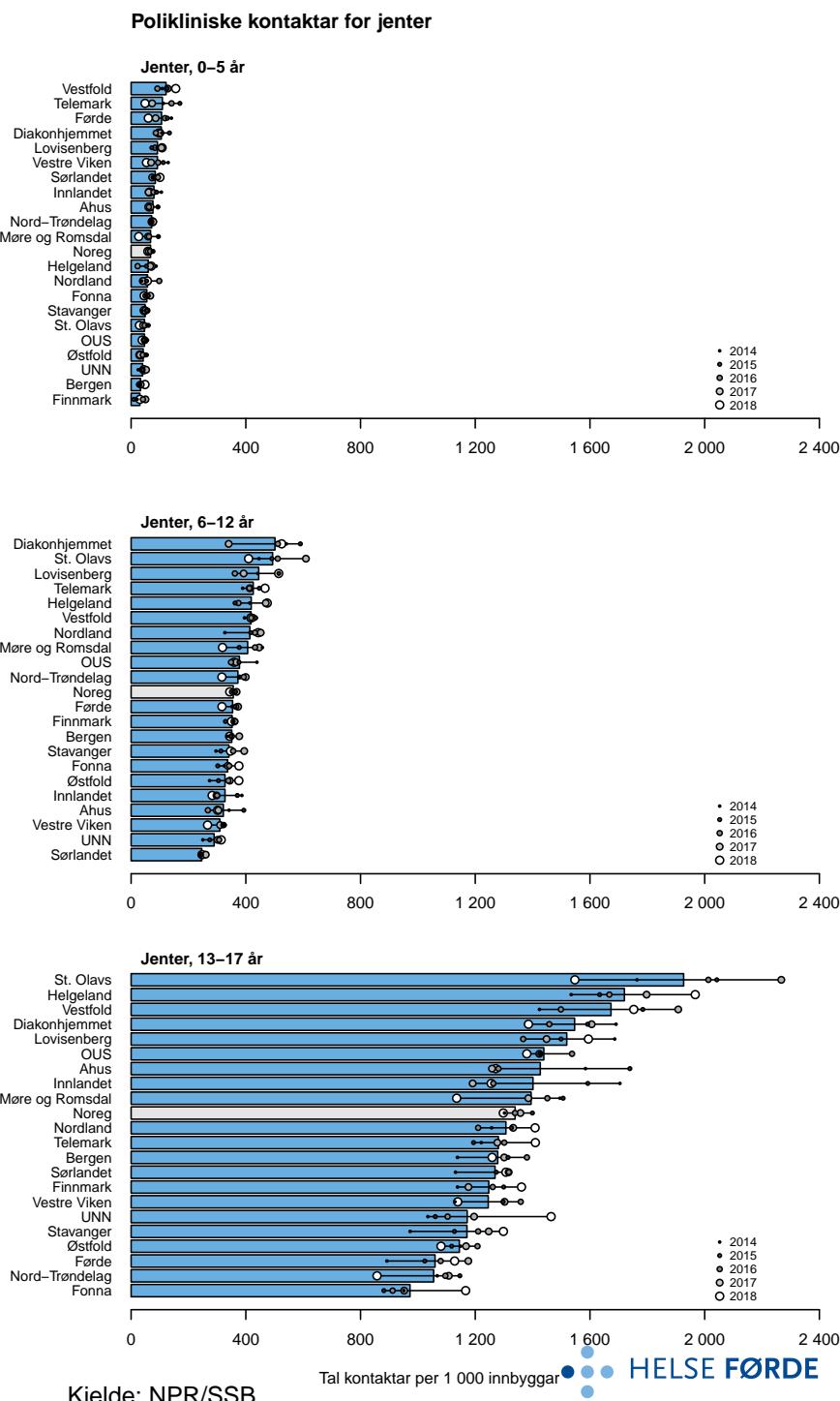
-
- NOU (2019). NOU 2019:24. Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/. ISBN 978-82-583-1429-2. Henta januar 2020. Forfattarar J. Magnussen m. fl.
- R Core Team (2018). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Statistisk sentralbyrå (1997). Standardiserte rater - en metodebeskrivelse med eksempler fra dødsårsaksstatistikken. Notater 97/22.
- Wennberg, J. E. (2010). *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press.
- Wennberg, J. E. (2011). Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ: British Medical Journal*, 342.

Vedlegg

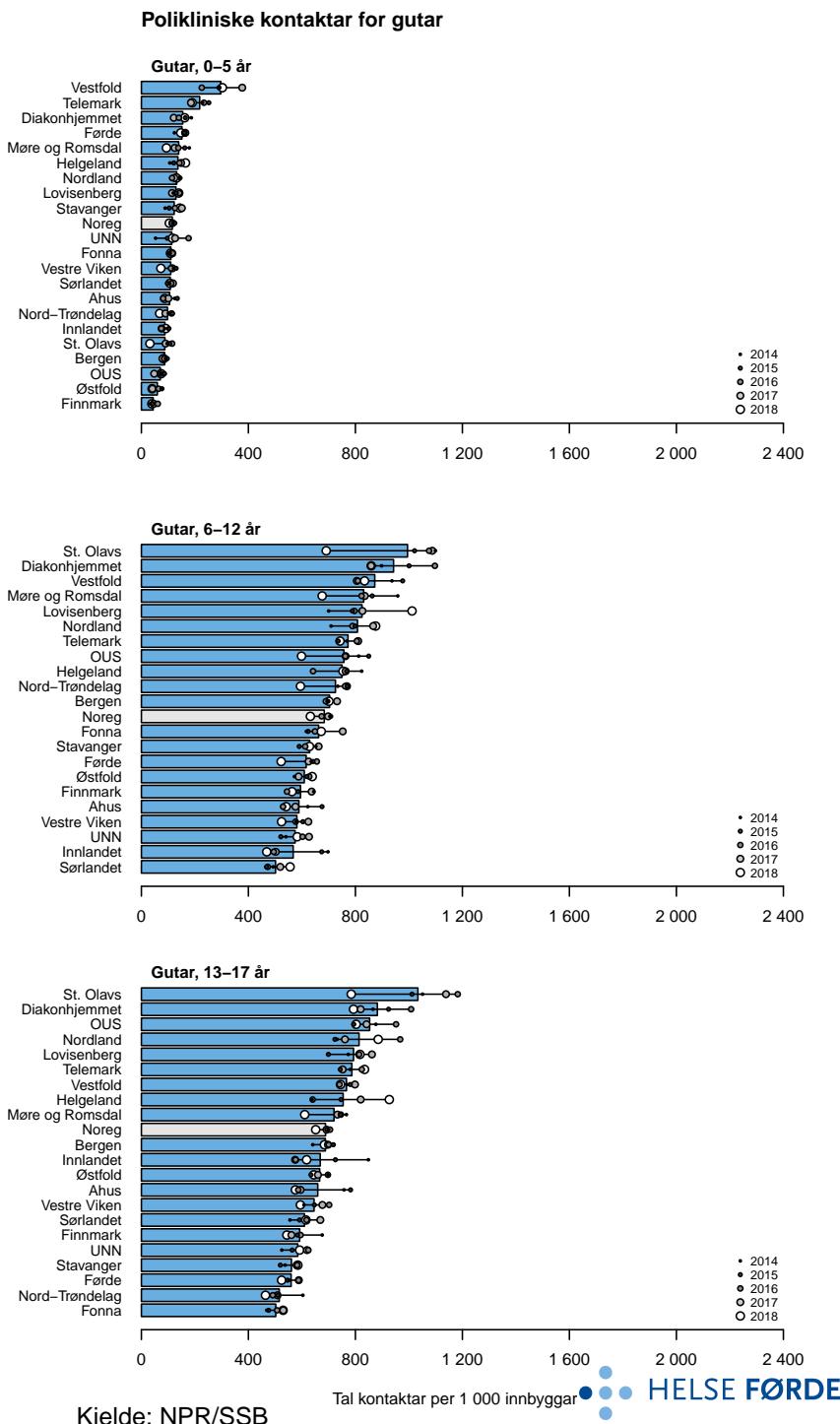
Vedlegg A

Tilleggsfigurar og -tabellar

Barn og unge



Figur A.1: Kontaktrate for jenter, inndeling i aldersgrupper. Poliklinisk kontaktrate for behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet i aldersgruppene 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder.



Figur A.2: Kontaktrate for gutter, inndeling i aldersgrupper. Poliklinisk kontaktrate for behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet i aldersgruppene 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år. Søylene viser gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder.

Tabell A.1: Direkte og indirekte kontaktar i poliklinisk behandling. **Barn og unge** (0-17 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Alle kontaktar inkluderer direkte og indirekte kontaktar. For direkte og indirekte kontaktar er det oppgitt tal kontaktar og den prosentdel det utgjer av alle kontaktar. Tala for buområda og landet representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018.

Buområde	Alle kontaktar	Direkte kontaktar		Indirekte kontaktar	
		Tal kontaktar	Prosent	Tal kontaktar	Prosent
Ahus	92 321	60 522	65,6	31 799	34,4
Diakonhjemmet	20 496	14 948	72,9	5 548	27,1
Helgeland	14 090	10 373	73,6	3 717	26,4
Bergen	73 414	48 302	65,8	25 113	34,2
Finnmark	13 319	7 581	56,9	5 738	43,1
Fonna	24 883	18 324	73,6	6 558	26,4
Førde	17 254	11 690	67,8	5 564	32,2
Nord-Trøndelag	19 301	14 178	73,5	5 123	26,5
Møre og Romsdal	44 804	34 054	76,0	10 751	24,0
Stavanger	53 428	39 040	73,1	14 388	26,9
Innlandet	61 569	38 765	63,0	22 804	37,0
Lovisenberg	13 377	9 336	69,8	4 040	30,2
Nordland	22 224	16 895	76,0	5 329	24,0
OUS	46 054	29 198	63,4	16 855	36,6
Østfold	41 594	28 835	69,3	12 759	30,7
Sørlandet	47 258	30 315	64,1	16 943	35,9
St. Olavs	64 367	48 075	74,7	16 292	25,3
Telemark	31 593	21 136	66,9	10 456	33,1
UNN	25 117	17 732	70,6	7 385	29,4
Vestfold	50 537	32 916	65,1	17 620	34,9
Vestre Viken	81 230	51 563	63,5	29 666	36,5
Noreg	858 229	583 778	68,0	274 451	32,0

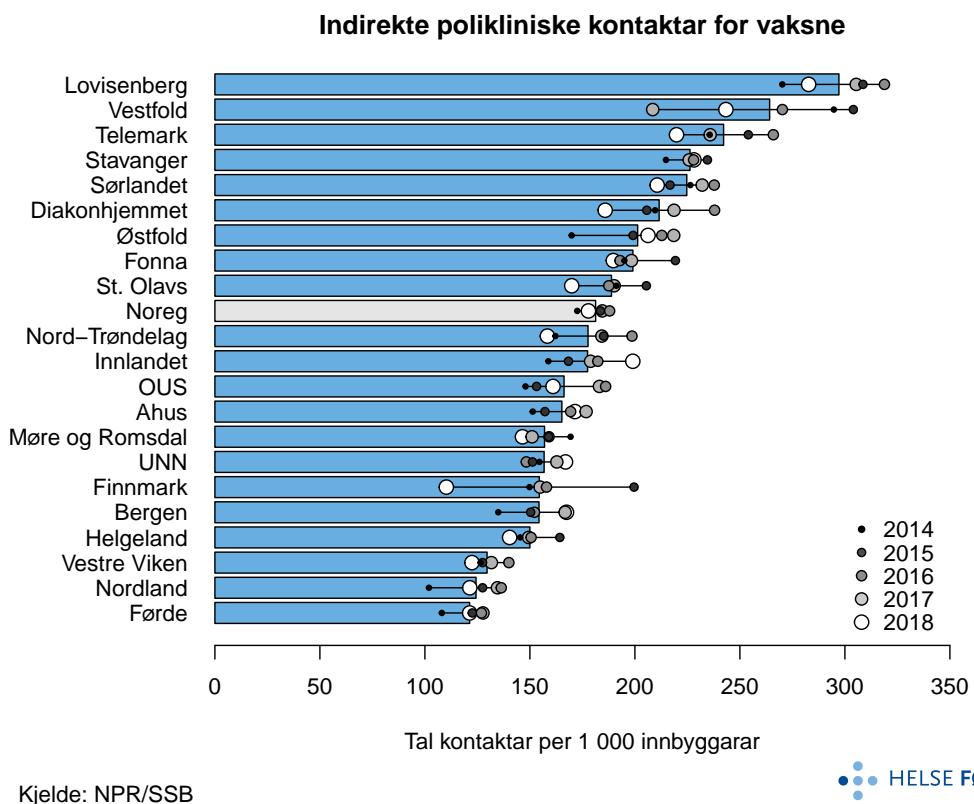
Vaksne

Tabell A.2: Poliklinisk behandling for **vaksne** i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Tal kontaktar per pasient splitta mellom psykisk helsevern (PHV) og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger (TSB), og avtalespesialist (Avt.), fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdier per år for perioden 2014-2018 og gjeld vaksne i alderen 18-64 år.

Buområde	Kontaktar per pasient	
	i PHV og TSB	hos avtalespesialist
Bergen	15,9	10,8
Lovisenberg	12,9	16,3
OUS	12,0	15,2
Diakonhjemmet	11,3	15,6
Vestfold	13,2	11,1
Stavanger	13,1	11,3
Ahus	12,0	13,9
Sørlandet	13,0	9,1
St. Olavs	12,0	11,2
Vestre Viken	10,7	13,6
Innlandet	10,6	11,2
Telemark	11,2	9,1
Møre og Romsdal	11,0	9,7
UNN	10,4	13,1
Helgeland	10,4	15,0
Nordland	9,7	11,7
Fonna	10,9	7,0
Nord-Trøndelag	10,0	9,2
Østfold	9,1	11,3
Førde	8,6	7,7
Finnmark	8,3	7,4
Noreg	12,0	12,3

Tabell A.3: Direkte og indirekte kontaktar i poliklinisk behandling. **Vaksne** (18-64 år) i psykisk helsevern og tvørrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Alle kontaktar inkluderer direkte og indirekte kontaktar. For direkte og indirekte kontaktar er det oppgitt tal kontaktar og den prosentdel det utgjer av alle kontaktar. Tala for buområda og landet representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018.

Buområde	Alle kontaktar	Direkte kontaktar		Indirekte kontaktar	
		Tal kontaktar	Prosent	Tal kontaktar	Prosent
Finnmark	29 056	21 857	75,2	7 199	24,8
UNN	84 986	66 688	78,5	18 298	21,5
Nordland	54 151	44 055	81,4	10 095	18,6
Helgeland	35 521	28 792	81,1	6 728	18,9
Nord-Trøndelag	57 867	44 209	76,4	13 659	23,6
St. Olavs	178 019	139 824	78,5	38 195	21,5
Møre og Romsdal	112 756	88 230	78,2	24 527	21,8
Førde	36 443	28 856	79,2	7 588	20,8
Bergen	292 038	248 245	85,0	43 794	15,0
Fonna	78 100	56 794	72,7	21 306	27,3
Stavanger	195 259	143 518	73,5	51 741	26,5
Østfold	136 703	102 330	74,9	34 373	25,1
OUS	173 028	144 273	83,4	28 754	16,6
Lovisenberg	167 249	136 742	81,8	30 507	18,2
Diakonhjemmet	91 155	71 913	78,9	19 242	21,1
Ahus	248 356	195 589	78,8	52 767	21,2
Innlandet	195 649	157 191	80,3	38 458	19,7
Vestre Viken	226 995	190 112	83,8	36 883	16,2
Vestfold	155 649	120 134	77,2	35 515	22,8
Telemark	100 682	76 198	75,7	24 484	24,3
Sørlandet	181 653	141 155	77,7	40 498	22,3
Noreg	2 831 314	2 246 703	79,4	584 611	20,6



Figur A.3: Kontaktrate for indirekte kontaktar i poliklinisk behandling for vaksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

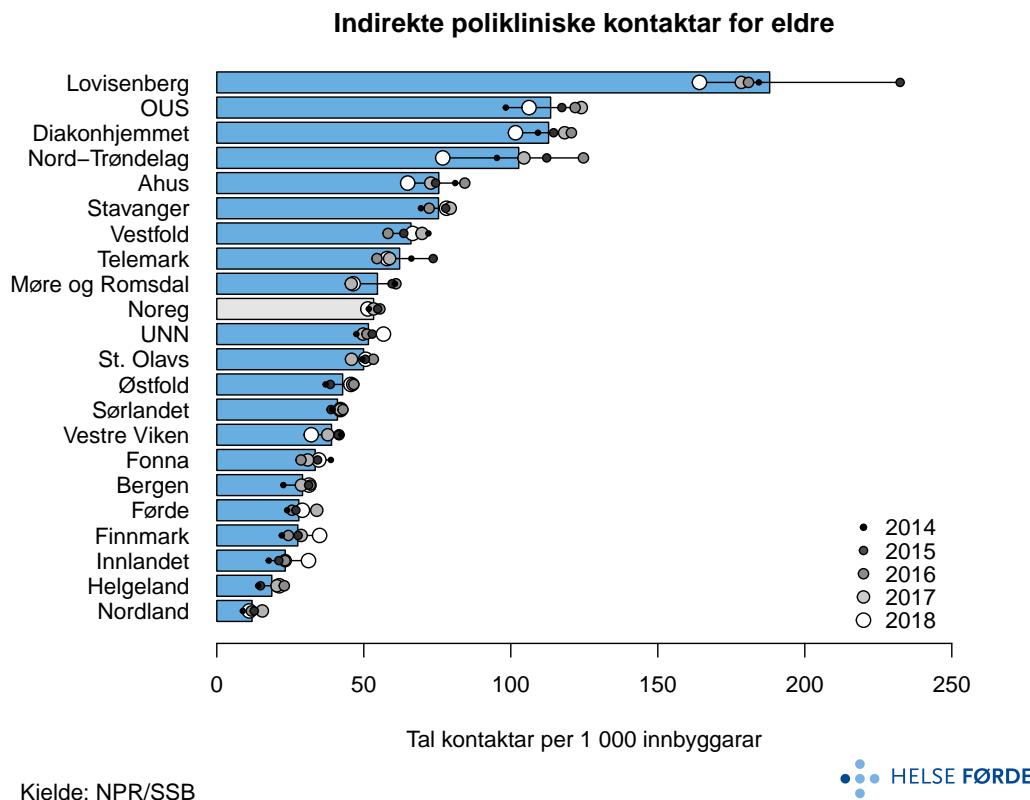
Eldre

Tabell A.4: Poliklinisk behandling for **eldre** i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontaktar per pasient splitta mellom psykisk helsevern (PHV) og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB), og avtalespesialist (Avt.), fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld eldre i alderen 65 år og eldre.

Buområde	Kontaktar per pasient	
	i PHV og TSB	hos avtalespesialist
Lovisenberg	10,8	13,2
Diakonhjemmet	8,7	13,3
OUS	8,9	12,2
Vestre Viken	7,1	11,6
Bergen	7,2	8,9
Ahus	6,7	11,1
Sørlandet	6,6	7,6
St. Olavs	6,2	8,6
Nord-Trøndelag	6,0	10,8
Innlandet	4,9	10,7
Vestfold	5,1	9,1
Østfold	4,8	7,7
Stavanger	4,8	9,9
UNN	5,3	8,2
Telemark	5,1	7,2
Møre og Romsdal	5,1	8,0
Førde	5,1	5,0
Helgeland	5,0	6,9
Fonna	4,4	7,0
Nordland	3,7	8,0
Finnmark	3,0	5,4
Noreg	6,1	10,0

Tabell A.5: Direkte og indirekte kontaktar i poliklinisk behandling. **Eldre** (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidinger. Alle kontaktar inkluderer direkte og indirekte kontaktar. For direkte og indirekte kontaktar er det oppgitt tal kontaktar og den prosentdel det utgjer av alle kontaktar. Tala for buområda og landet representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018.

Buområde	Alle kontaktar	Direkte kontaktar		Indirekte kontaktar	
		Tal kontaktar	Prosent	Tal kontaktar	Prosent
Finnmark	899	552	61,4	347	38,6
UNN	4 445	2 743	61,7	1 703	38,3
Nordland	2 432	2 130	87,6	302	12,4
Helgeland	1 247	957	76,8	289	23,2
Nord-Trøndelag	6 296	3 677	58,4	2 619	41,6
St.Olavs	8 368	5 888	70,4	2 479	29,6
Møre og Romsdal	7 752	5 124	66,1	2 628	33,9
Førde	2 173	1 595	73,4	578	26,6
Bergen	11 485	9 515	82,8	1 970	17,2
Fonna	3 547	2 540	71,6	1 006	28,4
Stavanger	8 524	5 020	58,9	3 503	41,1
Østfold	6 135	3 851	62,8	2 284	37,2
OUS	11 916	8 090	67,9	3 825	32,1
Lovisenberg	6 273	4 377	69,8	1 896	30,2
Diakonhjemmet	9 644	7 146	74,1	2 499	25,9
Ahus	14 375	8 602	59,8	5 773	40,2
Innlandet	8 869	7 047	79,5	1 821	20,5
Vestre Viken	14 012	10 844	77,4	3 167	22,6
Vestfold	7 307	4 539	62,1	2 768	37,9
Telemark	5 337	3 260	61,1	2 077	38,9
Sørlandet	8 220	6 211	75,6	2 009	24,4
Noreg	149 254	103 709	69,5	45 545	30,5



Figur A.4: Kontaktrate for indirekte kontaktar i poliklinisk behandling for eldre (65 år og eldre) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling: Tal kontaktar per 1 000 innbyggjarar, fordelt på buområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og prikkane representerer ratar for kvart av åra. Ratane er justert for alder og kjønn.

Vedlegg B

Metode

Datakjelder

Norsk pasientregister Informasjon om aktivitet i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar (TSB) bygger på opplysingar frå Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2014–2018.

Statistisk sentralbyrå Befolkningsdata er henta frå Statistisk sentralbyrå (SSB) sine tabellar 07459 og 10826.

Utvale

Pasientar som, i 2014–2018, var i kontakt med ein eller fleire av sektorane psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern vaksne, tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidngar og avtalespesialistar psykisk helsevern blei inkluderte i utvalet.

I hovudanalysane blei pasientane fordelt på tre alderssegment: barn (0–17 år), vaksne (18–64 år) og eldre (65 år og eldre). Pasienten sin alder blei definert som alder ved kontaktdato.

For gruppene vaksne og eldre såg vi nærmare på to pasientgrupper sin bruk av helsetenestene; pasientar med *Alvorleg psykisk liding (ALV)* og pasientar med *Rusliding (RUS)*.³⁰

Alvorleg psykisk lidingar (ALV) blei definert ved ICD-10-kodane F20–29 (Schizofreni, schizotyp liding og paranoide lidingar), F30.1 (Mani uten psykotiske symptom), F30.2 (Mani med psykotiske symptom), F30.8 (Andre spesifiserte maniske episodar), F30.9 (Uspesifisert manisk episode), F31 (Bipolar affektiv liding), F32.3 (Alvorleg deprimativ episode med psykotiske symptom) eller F33.3 (Tilbakevendende deprimativ liding, aktuell episode alvorleg med psykotiske symptom). Pasientar som hadde minst ein kontakt i perioden 2014–2018 med minst ein av desse som hovud- eller bitilstand blei rekna som pasientar med alvorleg psykisk liding.

Rusliding (RUS) blei definert ved ICD-10-kodane F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19 (Psykiske lidingar og atferdsforstyrningar som skuldast bruk av psykoaktive stoff, unntatt tobakk). Pasientar som hadde minst ein kontakt i perioden 2014–2018 med minst ein av desse som hovud- eller bitilstand blei rekna som pasientar med rusliding.

³⁰Ved å bruke tilstandskodane som hovud- eller bitilstand, vil vi finne pasientar med alvorleg psykisk liding eller rusliding i begge gruppene.

Tal unike pasientar per år og buområde blei rekna ut (sjå tabell 3.1 for inndeling av buområde). På grunn av at nokre pasientar flytta mellom ulike buområde i løpet av eitt år, kan det skje at same pasient blir talt fleire gonger – ein gong i kvart av buområda. Buområde Noreg, med sine unike pasientar per år, vil som konsekvens av dette ha eit noko lågare tal unike pasientar enn dersom ein summerar tal frå alle buområda.

Buområde

I helseatlaset blir variasjon i bruk av helsetenester vurdert mellom ulike buområde. Buområda svarar til helseføretaka sine opptaksområde slik dei var inndelte i 2018, det siste året vi hadde data frå, sjå tabell 3.1 og vedlegg C.

Kvar pasienten budde (kommune, bydel) på tidspunkt for kontakt med helsetenestene, blei lagt til grunn for plassering i buområde. Bruk av helsetenester analysert ut frå buområde, viser innbyggjarane i området sin bruk av helsetenester uansett kvar i landet behandlinga blei utført, og kan gi helsestyresmaktene informasjon om korleis sørge-for-ansvaret blei ivaretatt.

Nokre analysar blei gjort ut frå **DPS-område**; buområde som svarar til dei distriktspsykiatriske sentra sine opptaksområde (vedlegg D).

Inndelinga i buområde og DPS-område blei gjort med utgangspunkt i SAMDATA sine definisjonar med nokre justeringar.³¹ For Trondheim og Kristiansand hadde vi ikkje detaljerte nok data til å dele inn etter slik DPS-områda faktisk er. For Trondheim var DPS-områda inndelte på eit lågare nivå enn bydelar, og vi har derfor slått saman DPS Tiller og DPS Nidaros til eitt DPS-område. I Malvik kommune får halvparten av pasientane poliklinisk behandling ved DPS Nidaros og den andre halvparten ved DPS Stjørdal. Døgnbehandlinga skjer ved St. Olavs hospital. I våre analysar har vi lagt Malvik til DPS Nidaros. For Kristiansand hadde vi ikkje data på bydelsnivå, og vi slo saman DPS Strømme og DPS Solvang til eitt DPS-område.

For nokre pasientar var det ukjent kva kommune dei høyrd til. Dersom det var kjent kva kommune pasientane høyrd til under eit anna opphold/kontakt, knytte vi pasienten til kommunen i det opphaldet som var nærmast i tid. Dersom vi for alle opphalda mangla informasjon om kva kommune pasienten høyrd til, blei pasienten ekskludert frå teljingane.

Nokre opphald mangla informasjon om kva bydel pasienten høyrd til. Pasientane blei då fordelt prosentvis etter innbyggartalet i bydelane. Utanlandske pasientar blei ekskluderte frå analysane. Vi har fordelt innbyggjarane på same måte dersom det i dataene frå SSB ikkje var oppgitt bydel. Dette utgjorde ein liten prosentdel av innbyggjarane, og hadde lite å bety for sluttresultatet.

Poliklinisk behandling

Ved utrekning av polikliniske kontaktar tok vi utgangspunkt i alle kontaktar der pasienten blei skriven inn og ut same dato, uavhengig av oppgitt omsorgsnivå. Vi såg bort frå omsorgsnivå, då det har vist seg at koding av dagbehandling og poliklinikk kan vere nokså ulik mellom ulike behandlingsstadar (Byhring et al., 2019). Poliklinisk behandling inneholder derfor både polikliniske konsultasjonar og dagbehandling, noko som kan gi eit tilstrekkeleg godt bilde av aktiviteten på eit overordna nivå. Direkte og indirekte polikliniske kontaktar blei analysert separat.

³¹<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter>

Direkte poliklinisk kontakt (poliklinisk kontakt) er enten utgreiing/observasjon eller behandling der pasient og/eller føresette/pårørende var fysisk til stades. Direkte poliklinisk kontakt er alle polikliniske kontaktar minus indirekte kontaktar.

Ved **indirekte kontakt** var pasienten eller pårørende ikkje fysisk til stades. Indirekte kontakt kan mellom anna vere telefonkontakt, videokonferanse eller møte mellom fagpersonar. Indirekte kontaktar blei definert som episodar der variabelen «kontaktttype» har verdien «Indirekte pasientkontakt», eller der variabelen «polIndir» har verdi (ikkje er tom). For psykisk helsevern og TSB blei også kontaktar med P-takst P13, P14, P23, P24, P31 og særkodane B0009, B0010, B0011, B0017, som erstattar P-kodane frå 2018, definert som indirekte. Hos avtalespesialistar blei kontaktar med takstane 26, 31a–f, 33a–b, 60a–b, 70a–b, 80a–b rekna som indirekte.

Intensitet i poliklinisk behandling: Høgare behandlingsintensitet og fleire konsultasjonar på kortare tid er assosiert med eit positivt utbyte av behandlinga ([Clark et al., 2018](#)). Intensitet i poliklinisk behandling heng saman med organisering av tenestene, og kan reknast ut på fleire måtar. I vår utrekning av intensitet tok vi utgangspunkt i alle registrerte direkte polikliniske kontaktar knytt til pasienten. Vi summerte kvar enkelt registrerte polikliniske kontakt (inkludert første kontakt) for same pasient 30 dagar fram i tid. Som mål på intensitet i behandlinga blei gjennomsnittet av denne summen rekna ut for alle kontaktane per år og buområde.³²

Poliklinisk pasient: Pasient med minst ein poliklinisk kontakt i ein av dei fire sektorane tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB), psykisk helsevern for vaksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) eller avtalespesialistar psykisk helsevern (Avt.) i perioden 2014–2018.

Døgnbehandling

Ved utrekning av **døgnopphald** har vi tatt utgangspunkt i alle opphold på meir enn null døgn, registrert i psykisk helsevern vaksne, psykisk helsevern barn og unge, eller ved tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar.

Pasientar innlagt til døgnbehandling kan bli overført til andre avdelingar eller institusjonar. Dette kan skje i ulik grad i ulike delar av landet. Ved utrekning av tal døgnopphald og lengde på døgnopphalda, har vi derfor slått døgnopphald saman til eitt lengre døgnopphald dersom det er mindre enn åtte timer mellom utskriving og ny innskriving. Eit døgnopphald kan med andre ord bestå av eitt enkelt døgnopphald eller fleire døgnopphald dersom desse ser ut til å vere ein del av same behandlinga.³³ Lengde på døgnopphalda er rekna frå utskriving til innskriving av pasienten. Opphold lengre enn 365 dagar er ekskludert frå hovudanalysane. Årsratane er registrert på det året pasienten blei utskrivne.

Angåande kvar pasienten blei behandla (offentleg, privat med driftsavtale eller privat med kjøpsavtale): det lengste opphaldet er teljande. Dersom fleire opphold var like lange blei første opphold teljande.

Døgnpasient: Pasient med minst eitt døgnopphald i psykisk helsevern for vaksne, psykisk helsevern for barn og unge eller tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i perioden 2014–2018.

Sektorar

Informasjonen frå NPR om aktivitet i tenestene, er fordelt på sektorar etter kvar aktiviteten er registrert utført. Aktiviteten i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar blei i dette helseatlaset henta frå følgande sektorar:

³² Alle kontaktar på 1–15 minutt er ekskludert. Der F50 var hovudtilstand blei kun ein kontakt tatt med per dag.

³³ Sjå beskrivelse av metode for summering av døgnopphald i Hassani et al. ([2015](#)) sin artikkel. Ved å slå saman døgnopphald får vi færre og lengre opphold enn tilfellet kan vere i andre analysar.

- Tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB)
- Psykisk helsevern for vaksne (PHV-V)
- Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)
- Avtalespesialistar psykisk helsevern (Avt.) er både legespesialistar i psykiatri og psykologspesialistar

Sektorane er organisatoriske einingar. Eitt eksempel på at det ikkje nødvendigvis er pasienten sin tilstand som er avgjerande for kvar han eller ho får behandling, er at pasientar med rusliding kan bli behandla ved TSB eller PHV-V. Helseføretaka si organisering av tenestene, vil avgjere kvar behandlinga skjer og blir registrert.

Barn og unge sin kontakt med PHV-BU skjer vanlegvis til pasienten er 18 år. For å legge til rette for best mogleg overgang frå PHV-BU til PHV-V, kan pasienten, viss behov, bli behandla i PHV-BU fram til han eller ho er 23 år.

Offentlege og private aktørar i spesialisthelsetenesta

Med *offentlege* spesialisthelsetenester meiner vi helsetenester som blir utført i helseføretaka eller ved distrikstpsykiatriske sentra (DPS). *Private aktørar* i spesialisthelsetenesta er delt inn i *private med driftsavtale*, *private med kjøpsavtale* og *avtalespesialistar i psykisk helsevern*. Informasjon om inndeling i offentlege og private institusjonar blei henta frå SSB.³⁴ Avtalespesialistar i psykisk helsevern er sektor 7 i dataene frå NPR. Både offentleg spesialisthelseteneste og private aktørar som har avtale om offentleg finansiering, pliktar å sende inn opplysingar om pasientbehandlingar til NPR. Helseatlaset vil derfor kunne gi ei oversikt over behandlinga det offentlege sørger for gjennom finansieringsordningane. Helsetenester som er fullt ut privatfinansiert inngår ikkje.

Små tal og omsyn til personvern

Av omsyn til personvernet, har vi som hovudregel ikkje publisert tal og ratar som baserer seg på færre enn seks pasientar.

Kjønns- og aldersjustering

Bruk av spesialisthelsetenester vil variere med alder og kjønn. Ved mange somatiske helsetenester er det typisk ein høgare bruk ved stigande alder, medan det ved psykiske lidingar og ruslidingar viser seg å vere høgst bruk av helsetenestene i yngre aldersgrupper. Ved ei standardisering av ratane tek ein omsyn til befolkningssamansetjinga. Innbyggjarane sin bruk av helsetenester i eitt buområde kan då samanliknast med bruken i eit anna område, sjølv om både innbyggartal, alders- og kjønssamansetjinga er ulike ([Statistisk sentralbyrå, 1997](#)). Ratane i rapporten er alders- og kjønnsjusterte, med unntak av tabell 4.1. I nemnar inngår tal innbyggjarar i aldrerssegmentet vi ser på. Programmet R blei brukt for standardisering i analysane ([R Core Team, 2018](#)).

Direkte standardiserte ratar

Kjønns- og aldersjusteringa er gjennomført ved at det for begge kjønn blei delt inn i aldersgrupper på fem år der dette var mogleg, basert på volum og bredde på kvart alderssegment. Tal aldersgrupper er dermed ulike for kvart alderssegment. For kvart av kjønna brukte vi ni aldersgrupper for vaksne, og tre aldersgrupper for eldre, og barn og unge. Vi rekna først ut *kjønns- og aldersspesifikke ratar* for

³⁴<https://www.ssb.no/innrapportering/naeringsliv/helseforetak>

kvar kjønns- og aldersgruppe i i kvart buområde k . K er talet på buområde og I er talet på kjønns- og aldersgrupper.

Kvar kjønns- og aldersspesifikk rate blei deretter vekta med den delen av innbyggjarane kvar gruppe utgjer i landet samla, ut frå standardpopulasjonen; befolkninga i Noreg 1. januar 2016. Til slutt blei desse vekta ratane for alle kjønns- og aldersgruppene summerte. Sjå nedanfor.

For kvart område k , $k = 1, 2, \dots, K$, finn vi tal tilfelle og innbyggartal:

O_{ikt} Tal tilfelle i kjønns- og aldersgruppe i , $i = 1, 2, \dots, I$, for område k , i løpet av år t , $t = 2014, \dots, 2018$.

N_{ikt} Tal innbyggjarar i kjønns- og aldersgruppe i , $i = 1, 2, \dots, I$, for område k , 1. januar i år t , $t = 2014, \dots, 2018$.

Frå standardpopulasjonen (Noregs befolkning 1. januar 2016) nytta vi følgjande variablar til å rekne ut vektene:

N_i Tal innbyggjarar i heile Noreg i kjønns- og aldersgruppe i , $i = 1, 2, \dots, I$, 1. januar 2016.

N Samla tal innbyggjarar i heile Noreg 1. januar 2016.

Samla tal tilfelle over åra 2014-2018, for kjønns- og aldersgruppe i i område k , er gitt ved

$$O_{ik} = \sum_t O_{ikt}$$

Summen av årleg innbyggjartal, over åra 2014-2018, (*personår*) i område k , for kjønns- og aldersgruppe i , er gitt ved

$$N_{ik} = \sum_t N_{ikt}$$

Då er den standardiserte raten R_k per 1 000 innbyggjarar for område k , gitt ved

$$R_k = \sum_{i=1}^I \left[\left(\frac{O_{ik}}{N_{ik}} \right) \left(\frac{N_i}{N} \right) \right] \cdot 1\,000$$

Vedlegg C

Definisjon av buområde

Tabell C.1: Oversikt over kva for kommunar som inngår i buområda /helseforetaka sine opptaksområde

Kortnamn buområde ³⁵	Kommunar
Finnmark	2002 Vardø, 2003 Vadsø, 2004 Hammerfest, 2011 Kautokeino, 2012 Alta, 2014 Loppa, 2015 Hasvik, 2017 Kvalsund, 2018 Måsøy, 2019 Nordkapp, 2020 Porsanger, 2021 Karasjok, 2022 Lebesby, 2023 Gamvik, 2024 Berlevåg, 2025 Deatnu Tana, 2027 Nesseby, 2028 Båtsfjord, 2030 Sør-Varanger
UNN	1805 Narvik, 1851 Lødingen, 1852 Tjeldsund, 1853 Evenes, 1854 Ballangen, 1902 Tromsø, 1903 Harstad, 1911 Kvæfjord, 1913 Skånland, 1917 Ibestad, 1919 Gratangen, 1920 Lavangen, 1922 Bardu, 1923 Salangen, 1924 Målselv, 1925 Sørreisa, 1926 Dyrøy, 1927 Tranøy, 1928 Torsken, 1929 Berg, 1931 Lenvik, 1933 Balsfjord, 1936 Karlsøy, 1938 Lyngen, 1939 Storfjord, 1940 Kåfjord, 1941 Skjervøy, 1942 Nordreisa, 1943 Kvænangen
Nordland	1804 Bodø, 1837 Meløy, 1838 Gildeskål, 1839 Beiarn, 1840 Saltdal, 1841 Fauske, 1845 Sørfold, 1848 Steigen, 1849 Hamarøy, 1850 Tysfjord, 1856 Røst, 1857 Værøy, 1859 Flakstad, 1860 Vestvågøy, 1865 Vågan, 1866 Hadsel, 1867 Bø, 1868 Øksnes, 1870 Sortland, 1871 Andøy, 1874 Moskenes
Helgeland	1811 Bindal, 1812 Sømna, 1813 Brønnøy, 1815 Vega, 1816 Vevelstad, 1818 Herøy, 1820 Alstahaug, 1822 Leirfjord, 1824 Vefsn, 1825 Grane, 1826 Hattfjelldal, 1827 Dønna, 1828 Nesna, 1832 Hemnes, 1833 Rana, 1834 Lurøy, 1835 Træna, 1836 Rødøy
Nord-Trøndelag	5004 Steinkjer, 5005 Namsos, 5020 Osen, 5034 Meråker, 5035 Stjørdal, 5036 Frosta, 5037 Levanger, 5038 Verdal, 5039 Verran, 5040 Namdalseid, 5041 Snåase–Snåsa, 5042 Lierne, 5043 Raarvikhe – Røyrvik, 5044 Namsskogan, 5045 Grong, 5046 Høylandet, 5047 Overhalla, 5048 Fosnes, 5049 Flatanger, 5050 Vikna, 5051 Nærøy, 5052 Leka, 5053 Inderøy
St. Olavs	5001 Trondheim, 5011 Hemne, 5012 Snillfjord, 5013 Hitra, 5014 Frøya, 5015 Ørland, 5016 Agdenes, 5017 Bjugn, 5018 Åfjord, 5019 Roan, 5021 Oppdal, 5022 Rennebu, 5023 Meldal, 5024 Orkdal, 5025 Røros, 5026 Holtålen, 5027 Midtre Gauldal, 5028 Melhus, 5029 Skaun, 5030 Klæbu, 5031 Malvik, 5032 Selbu, 5033 Tydal, 5034 Indre Fosen

Tabell C.1: Oversikt over kva for kommunar som inngår i buområda /helseforetaka sine opptaksområde

Kortnamn buområde ³⁵	Kommunar
Møre og Romsdal	1502 Molde, 1504 Ålesund, 1505 Kristiansund, 1511 Vanylven, 1514 Sande, 1515 Herøy, 1516 Ulstein, 1517 Hareid, 1519 Volda, 1520 Ørsta, 1523 Ørskog, 1524 Norddal, 1525 Stranda, 1526 Stordal, 1528 Sykkylven, 1529 Skodje, 1531 Sula, 1532 Giske, 1534 Haram, 1535 Vestnes, 1539 Rauma, 1543 Nesset, 1545 Midsund, 1546 Sandøy, 1547 Aukra, 1548 Fræna, 1551 Eide, 1554 Averøy, 1557 Gjemnes, 1560 Tingvoll, 1563 Sunndal, 1566 Surnadal, 1567 Rindal, 1571 Halsa, 1573 Smøla, 1576 Aure
Førde	1401 Flora, 1411 Gulen, 1412 Solund, 1413 Hyllestad, 1416 Høyanger, 1417 Vik, 1418 Balestrand, 1419 Leikanger, 1420 Sogndal, 1421 Aurland, 1422 Lærdal, 1424 Årdal, 1426 Luster, 1428 Askvoll, 1429 Fjaler, 1430 Gauldalen, 1431 Jølster, 1432 Førde, 1433 Naustdal, 1438 Bremanger, 1439 Vågsøy, 1441 Selje, 1443 Eid, 1444 Hornindal, 1445 Floppen, 1449 Stryn
Bergen	1201 Bergen, 1233 Ulvik, 1234 Granvin, 1235 Voss, 1238 Kvam, 1241 Fusa, 1242 Samnanger, 1243 Os, 1244 Austevoll, 1245 Sund, 1246 Fjell, 1247 Askøy, 1251 Vaksdal, 1252 Modalen, 1253 Osterøy, 1256 Meland, 1259 Øygarden, 1260 Radøy, 1263 Lindås, 1264 Austrheim, 1265 Fedje, 1266 Masfjorden
Fonna	1106 Haugesund, 1134 Suldal, 1135 Sauda, 1145 Bokn, 1146 Tysvær, 1149 Karmøy, 1151 Utsira, 1160 Vindafjord, 1211 Etne, 1216 Sveio, 1219 Bømlo, 1221 Stord, 1222 Fitjar, 1223 Tysnes, 1224 Kvinnherad, 1227 Jondal, 1228 Odda, 1231 Ullensvang, 1232 Eidfjord
Stavanger	1101 Eigersund, 1102 Sandnes, 1103 Stavanger, 1111 Sokndal, 1112 Lund, 1114 Bjerkreim, 1119 Hå, 1120 Klepp, 1121 Time, 1122 Gjesdal, 1124 Sola, 1127 Randaberg, 1129 Forsand, 1130 Strand, 1133 Hjelmeland, 1141 Finnøy, 1142 Rennesøy, 1144 Kvitsøy
Østfold	0101 Halden, 0104 Moss, 0105 Sarpsborg, 0106 Fredrikstad, 0111 Hvaler, 0118 Aremark, 0119 Marker, 0122 Trøgstad, 0123 Spydeberg, 0124 Askim, 0125 Eidsberg, 0127 Skiptvet, 0128 Rakkestad, 0135 Råde, 0136 Rygge, 0137 Våler, 0138 Hobøl
OUS	030103 Sagene, 030108 Nordre Aker, 030109 Bjerke, 030113 Østensjø, 030114 Nordstrand, 030115 Søndre Nordstrand og 030117 Marka bydelar i Oslo
Lovisenberg	030101 Gamle Oslo, 030102 Grünerløkka, 030104 St. Hanshaugen og 030116 Sentrum bydelar i Oslo
Diakonhjemmet	030105 Frogner, 030106 Ullern, og 030107 Vestre Aker bydelar i Oslo
Ahus	0121 Rømskog, 0211 Vestby, 0213 Ski, 0214 Ås, 0215 Frogner, 0216 Nesodden, 0217 Oppegård, 0221 Aurskog-Høland, 0226 Sørum, 0227 Fet, 0228 Rælingen, 0229 Enebakk, 0230 Lørenskog, 0231 Skedsmo, 0233 Nittedal, 0234 Gjerdrum, 0235 Ullensaker, 0236 Nes, 0237 Eidsvoll, 0238 Nannestad, 0239 Hurdal, og 030110 Grorud, 030111 Stovner og 030112 Alna bydelar i Oslo

Tabell C.1: Oversikt over kva for kommunar som inngår i buområda /helseforetaka sine opptaksområde

Kortnamn buområde ³⁵	Kommunar
Innlandet	0402 Kongsvinger, 0403 Hamar, 0412 Ringsaker, 0415 Løten, 0417 Stange, 0418 Nord-Odal, 0419 Sør-Odal, 0420 Eidskog, 0423 Grue, 0425 Åsnes, 0426 Våler, 0427 Elverum, 0428 Trysil, 0429 Åmot, 0430 Stor-Elvdal, 0432 Rendalen, 0434 Engerdal, 0436 Tolga, 0437 Tynset, 0438 Alvdal, 0439 Folldal, 0441 Os, 0501 Lillehammer, 0502 Gjøvik, 0511 Dovre, 0512 Lesja, 0513 Skjåk, 0514 Lom, 0515 Vågå, 0516 Nord-Fron, 0517 Sel, 0519 Sør-Fron, 0520 Ringebu, 0521 Øyer, 0522 Gausdal, 0528 Østre Toten, 0529 Vestre Toten, 0533 Lunner, 0534 Gran, 0536 Søndre Land, 0538 Nordre Land, 0540 Sør-Aurdal, 0541 Etnedal, 0542 Nord-Aurdal, 0543 Vestre Slidre, 0544 Øystre Slidre, 0545 Vang
Vestre Viken	0219 Bærum, 0220 Asker, 0532 Jevnaker, 0602 Drammen, 0604 Kongsberg, 0605 Ringerike, 0612 Hole, 0615 Flå, 0616 Nes, 0617 Gol, 0618 Hemsedal, 0619 Ål, 0620 Hol, 0621 Sigdal, 0622 Krødsherad, 0623 Modum, 0624 Øvre Eiker, 0625 Nedre Eiker, 0626 Lier, 0627 Røyken, 0628 Hurum, 0631 Flesberg, 0632 Rollag, 0633 Nore og Uvdal, 0711 Svelvik, 0713 Sande
Vestfold	0701 Horten, 0704 Tønsberg, 0710 Sandefjord, 0712 Larvik, 0715 Holmestrand, 0716 Re, 0729 Færder
Telemark	0805 Porsgrunn, 0806 Skien, 0807 Notodden, 0811 Siljan, 0814 Bamble, 0815 Kragerø, 0817 Drangedal, 0819 Nome, 0821 Bø, 0822 Sauherad, 0826 Tinn, 0827 Hjartdal, 0828 Seljord, 0829 Kviteseid, 0830 Nissedal, 0831 Fyresdal, 0833 Tokke, 0834 Vinje
Sørlandet	0901 Risør, 0904 Grimstad, 0906 Arendal, 0911 Gjerstad, 0912 Vegårshei, 0914 Tvedstrand, 0919 Froland, 0926 Lillesand, 0928 Birkenes, 0929 Åmli, 0935 Iveland, 0937 Evje og Hornnes, 0938 Bygland, 0940 Valle, 0941 Bykle, 1001 Kristiansand, 1002 Mandal, 1003 Farsund, 1004 Flekkefjord, 1014 Vennesla, 1017 Songdalen, 1018 Søgne, 1021 Marnardal, 1026 Åseral, 1027 Audnedal, 1029 Lindesnes, 1032 Lyngdal, 1034 Hægebostad, 1037 Kvinesdal, 1046 Sirdal

³⁵Fullt namn på buområde ligg i tabell 3.1

Vedlegg D

Definisjon av DPS-område

Tabell D.1: Oversikt over kva for kommunar og bydelar som inngår i DPS-områda

Namn på DPS og RHF	Namn på kommunar og bydelar
Helse Nord	
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
Øst-Finnmark	2002 Vardø, 2003 Vadsø, 2024 Berlevåg, 2025 Deatnu, Tana, 2027 Nesseby, 2028 Båtsfjord, 2030 Sør-Varanger
Midt-Troms	1919 Gratangen, 1920 Lavangen, 1922 Bardu, 1923 , Salangen, 1924 Målselv, 1925 Sørreisa, 1926 Dyrøy, 1927 Tranøy, 1928 Torsken, 1929 Berg, 1931 Lenvik
Nord-Troms	1940 Kåfjord, 1941 Skjervøy, 1942 Nordreisa, 1943 Kvænangen
Ofoten	1805 Narvik, 1851 Lødingen, 1852 Tjeldsund, 1853 Evenes, 1854 Ballangen
Sør-Troms	1903 Harstad, 1911 Kvæfjord, 1913 Skånland, 1917 Ibestad
Tromsø og omegn	1902 Tromsø, 1933 Balsfjord, 1936 Karlsøy, 1938 Lyngen, 1939 Storfjord
Lofoten	1857 Værøy, 1859 Flakstad, 1860 Vestvågøy, 1865 Vågan, 1874 Moskenes
Salten	1804 Bodø, 1837 Meløy, 1838 Gildeskål, 1839 Beiarn, 1840 Saltdal, 1841 Fauske, 1845 Sørfold, 1848 Steigen, 1849 Hamarøy, 1850 Tysfjord, 1856 Røst
Vesterålen	1866 Hadsel, 1867 Bø, 1868 Øksnes, 1870 Sortland, 1871 Andøy
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
Helse Midt-Norge	

Tabell D.1: Oversikt over kva for kommunar og bydelar som inngår i DPS-områda

Namn på DPS og RHF	Namn på kommunar og bydelar
Levanger	5004 Steinkjer, 5038 Verdal, 5041 Snåase – Snåsa, 5053 Inderøy, Levanger kommune , 5037 Levanger
Namsos	5005 Namsos, 5020 Osen, 5039 Verran, 5040 Namdalseid, 5042 Lierne, 5043 Raarvikhe – Røyrvik, 5044 Namsskogan, 5045 Grong, 5046 Høylandet, 5047 Overhalla, 5048 Fosnes, 5049 Flatanger, 5050 Vikna, 5051 Nærøy, 5052 Leka
Stjørdal	5034 Meråker, 5035 Stjørdal, 5036 Frosta, 5032 Selbu, 5033 Tydal
Orkdal	5011 Hemne, 5012 Snillfjord, 5013 Hitra, 5014 Frøya, 5016 Agdenes, 5021 Oppdal, 5022 Rennebu, 5023 Meldal, 5024 Orkdal, 5025 Røros, 5026 Holtålen, 5027 Midtre Gauldal, 5029 Skaun
Tiller og Nidaros	5015 Ørland, 5017 Bjugn, 5018 Åfjord, 5019 Roan, 5028 Melhus, 5030 Klæbu, 5054 Indre Fosen og bydelane 500101 Midtbyen, 500102 Østbyen, 5031 Malvik, 500103 Lerkendal og 500104 Heimdal i Trondheim
Kristiansund	1505 Kristiansund, 1554 Averøy, 1560 Tingvoll, 1566 Surnadal, 1567 Rindal, 1571 Halsa, 1573 Smøla, 1576 Aure
Molde	1502 Molde, 1535 Vestnes, 1539 Rauma, 1543 Nesset, 1545 Midsund, 1546 Sandøy, 1547 Aukra, 1548 Fræna, 1551 Eide, 1557 Gjemnes, 1563 Sunndal
Volda	1511 Vanylven, 1514 Sande, 1515 Herøy, 1516 Ulstein, 1519 Volda, 1520 Ørsta
Ålesund	1504 Ålesund, 1517 Hareid, 1523 Ørskog, 1524 Norddal, 1525 Stranda, 1526 Stordal, 1528 Sykkylven, 1529 Skodje, 1531 Sula, 1532 Giske, 1534 Haram
Helse Vest	
Førde	1401 Flora, 1412 Solund, 1413 Hyllestad, 1416 Høyanger, 1428 Askvoll, 1429 Fjaler, 1430 Gauldalen, 1431 Jølster, 1432 Førde, 1433 Naustdal, 1438 Bremanger
Indre Sogn	1417 Vik, 1418 Balestrand, 1419 Leikanger, 1420 Sogndal, 1421 Aurland, 1422 Lærdal, 1424 Årdal, 1426 Luster
Nordfjord	1439 Vågsøy, 1441 Selje, 1443 Eid, 1444 Hornindal, 1445 Gloppen, 1449 Stryn
Betanien	120104 Fyllingsdalen og 120105 Laksevåg bydelar i Bergen
Bjørgvin	1252 Modalen, 1253 Osterøy, 1256 Meland, 1260 Radøy, 1263 Lindås, 1264 Austrheim, 1265 Fedje, 1266 Masfjorden, 1411 Gulen og bydelane 120101 Arna og 120108 Åsane i Bergen
Kronstad	120102 Bergenhus, 120106 Ytrebygda og 120107 Årstad bydelar i Bergen
Solli	1241 Fusa, 1242 Samnanger, 1243 Os, 1244 Austevoll, og 120103 Fana bydel i Bergen
Voss	1233 Ulvik, 1234 Granvin, 1235 Voss, 1238 Kvam, 1251 Vaksdal, 1232 Eidfjord

Tabell D.1: Oversikt over kva for kommunar og bydelar som inngår i DPS-områda

Namn på DPS og RHF	Namn på kommunar og bydelar
Øyane	1245 Sund, 1246 Fjell, 1247 Askøy, 1259 Øygarden
Folgefond	1224 Kvinnherad, 1227 Jondal, 1228 Odda, 1231 Ullensvang
Haugaland – Karmøy	1106 Haugesund, 1134 Suldal, 1135 Sauda, 1145 Bokn, 1146 Tysvær, 1149 Karmøy, 1151 Utsira, 1160 Vindafjord, 1211 Etne, 1216 Sveio
Stord	1219 Bømlo, 1221 Stord, 1222 Fitjar, 1223 Tysnes
Dalane	1101 Eigersund, 1111 Sokndal, 1112 Lund, 1114 Bjerkreim
Jæren	1119 Hå, 1120 Klepp, 1121 Time, 1122 Gjesdal
Sandnes	1102 Sandnes, 1129 Forsand, 1130 Strand, 1133 Hjelmeland
Sola	1124 Sola, 1127 Randaberg, 1141 Finnøy, 1142 Rennesøy, 1144 Kvitsøy, og 110306 Hillevåg og 110307 Hinna bydelar i Stavanger
Stavanger	110301 Hundvåg, 110302 Tasta, 110303 Eiganes og Våland, 110304 Madla og 110305 Storhaug bydelar i Stavanger
Helse Sør-Øst	
Fredrikstad	0106 Fredrikstad, 0111 Hvaler
Halden Sarpsborg	0101 Halden, 0105 Sarpsborg, 0119 Marker, 0128 Rakkestad
Nordre Østfold	0104 Moss, 0118 Aremark, 0122 Trøgstad, 0123 Spydeberg, 0124 Askim, 0125 Eidsberg, 0127 Skiptvet, 0135 Råde, 0136 Rygge, 0137 Våler, 0138 Hobøl
Nydal	030103 Sagene, 030108 Nordre Aker, 030109 Bjerke og 030117 Marka bydelar i Oslo
Søndre Oslo	030113 Østensjø, 030114 Nordstrand, 030115 Søndre Nordstrand bydelar i Oslo
Lovisenberg	030101 Gamle Oslo, 030102 Grünerløkka, 030104 St. Hanshaugen og 030116 Sentrum bydelar i Oslo
Vindern	030105 Frogner, 030106 Ullern og 030107 Vestre Aker bydelar i Oslo
Follo	0211 Vestby, 0213 Ski, 0214 Ås, 0215 Frogn, 0216 Nesodden, 0217 Oppegård
Groruddalen	0233 Nittedal og 030110 Grorud, 030111 Stovner og 030112 Alna bydelar i Oslo
Nedre Romerike	0121 Rømskog, 0221 Aurskog-Høland, 0226 Sørum, 0227 Fet, 0228 Rælingen, 0229 Enebakk, 0230 Lørenskog, 0231 Skedsmo
Øvre Romerike	0234 Gjerdrum, 0235 Ullensaker, 0236 Nes, 0237 Eidsvoll, 0238 Nannestad, 0239 Hurdal
Gjøvik	0502 Gjøvik, 0528 Østre Toten, 0529 Vestre Toten, 0533 Lunner, 0534 Gran, 0536 Søndre Land, 0538 Nordre Land, 0540 Sør-Aurdal, 0541 Etnedal, 0542 Nord-Aurdal, 0543 Vestre Slidre, 0544 Øystre Slidre, 0545 Vang

Tabell D.1: Oversikt over kva for kommunar og bydelar som inngår i DPS-områda

Namn på DPS og RHF	Namn på kommunar og bydelar
Hamar	0403 Hamar, 0412 Ringsaker, 0415 Løten, 0417 Stange, 0426 Våler, 0427 Elverum, 0428 Trysil, 0429 Åmot
Kongsvinger	0402 Kongsvinger, 0418 Nord-Odal, 0419 Sør-Odal, 0420 Eidskog, 0423 Grue, 0425 Åsnes
Lillehammer	0501 Lillehammer, 0511 Dovre, 0512 Lesja, 0513 Skjåk, 0514 Lom, 0515 Vågå, 0516 Nord-Fron, 0517 Sel, 0519 Sør-Fron, 0520 Ringebu, 0521 Øyer, 0522 Gausdal
Tynset	0430 Stor-Elvdal, 0432 Rendalen, 0434 Engerdal, 0436 Tolga, 0437 Tynset, 0438 Alvdal, 0439 Folldal, 0441 Os
Asker	0220 Asker, 0627 Røyken, 0628 Hurum
Bærum	0219 Bærum
Drammen	0602 Drammen, 0625 Nedre Eiker, 0626 Lier, 0711 Svelvik, 0713 Sande
Kongsberg	0604 Kongsberg, 0621 Sigdal, 0624 Øvre Eiker, 0631 Flesberg, 0632 Rollag, 0633 Nore og Uvdal
Ringerike	0532 Jevnaker, 0605 Ringerike, 0612 Hole, 0615 Flå, 0616 Nes, 0617 Gol, 0618 Hemsedal, 0619 Ål, 0620 Hol, 0622 Krødsherad, 0623 Modum
Nordre Vestfold	0701 Horten, 0704 Tønsberg, 0715 Holmestrand, 0716 Re, 0729 Færder
Søndre Vestfold	0710 Sandefjord, 0712 Larvik
Nedre Telemark	0805 Porsgrunn, 0806 Skien, 0811 Siljan, 0814 Bamble, 0815 Kragerø, 0817 Drangedal, 0819 Nome
Notodden Seljord	0807 Notodden, 0821 Bø, 0822 Sauherad, 0826 Tinn, 0827 Hjartdal, 0828 Seljord, 0829 Kviteseid, 0830 Nissedal, 0831 Fyresdal, 0833 Tokke, 0834 Vinje
Aust-Agder	0901 Risør, 0904 Grimstad, 0906 Arendal, 0911 Gjerstad, 0912 Vegårshei, 0914 Tvedstrand, 0919 Froland, 0926 Lillesand, 0928 Birkenes, 0929 Åmli, 0935 Iveland, 0937 Evje og Hornnes, 0938 Bygland, 0940 Valle, 0941 Bykle
Lister	1003 Farsund, 1004 Flekkefjord, 1032 Lyngdal, 1034 Hægebostad, 1037 Kvinesdal, 1046 Sirdal
Strømme og Solvang	1001 Kristiansand, 1002 Mandal, 1014 Vennesla, 1017 Songdalen, 1018 Søgne, 1021 Marnardal, 1026 Åseral, 1027 Audnedal, 1029 Lindesnes

Vedlegg E

Ressursgruppe

Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling

Ann-Torunn Andersen Austegard, St. Olavs hospital HF
Haris Bosnic, Kvalitetsregister rus
Per Arne Holman, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Gro Indrebø, brukarrepresentant
Ingunn Kraabøl, Helse Stavanger HF, vaksenpsykiatri
Torgeir Gilje Lid, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR)
Kaj Espen Nyland, Helse Førde HF, vaksenpsykiatri
Mikael Julius Sømhovd, Norsk psykologforening
Per TollefSEN, brukarrepresentant
Lars Ravn Øhlckers, Helse Stavanger HF, barne- og ungdomspsykiatri

E.1 Endringar mellom versjonar

9. juni 2020

PDF-versjon av rapport publisert på nett

11. november 2020

Endra frå døgnrate til opphaldsrate på side 58, linje 2 i setninga: «Vaksne frå fire av fem DPS-område i Oslo hadde lågare opphaldsrate enn gjennomsnittet for regionen, med lågast opphaldsrate i DPS-område Vindern (9,2).»

Korrigert informasjon om medlem i ressursgruppe.

Helse Førde HF

Epost: post@helse-forde.no
Telefon: 57 83 90 00
www.helse-forde.no

Postadresse

Helse Førde
Postboks 1000
6807 FØRDE

Alle rettigheter Helse Førde.