

Vedlegg til registerdata-analyser i kapittel 6

1. Datagrunnlaget

Datagrunnlaget er pasientdata på episodenivå innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) fra psykisk helsevern for perioden 2015-2022. Fra 2019 har det skjedd et gradvis bytte av EPJ-system og modell for registrering og rapportering av data om bruk av tvang i psykisk helsevern. En ny rapporteringsstandard (Vedtaksmelding) for tvang som følger EPJ-standarden er utarbeidet av NPR. Den nye rapporteringsstandarden er ikke tatt i bruk av alle, slik at tvang i psykisk helsevern rapporteres på to ulike format også for aktivitetsåret 2022.

Informasjon om legevaktkontakter er hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for perioden 2.halvår 2016-2022. Legevakt er i dette arbeidet knyttet til kontakt før innleggelse for døgnbehandling, i forbindelse med selve innleggelsen og eventuell kontakt etter utskrivning fra døgnbehandling.

Beskrivelser av status før lovendringen trådte i kraft er basert på statistikk over innleggelser i 2015-2016 og utskrivinger i 2016. Pasienter i aldersgruppen 16 år og eldre i behandling i psykisk helsevern er populasjonen som ligger til grunn for pasientstatistikken som presenteres.

2. Pasientopphold

Et pasientopphold er en sammenhengende døgnbehandling for en pasient. Døgnopphold ved ulike behandlingenheter som avløser hverandre, knyttes sammen til et pasientopphold. Den første døgnepisoden markerer starten på pasientoppholdet og informasjon om henvisningsformalitet og hastegrad (øyeblikkelig hjelp) gir informasjon om hvilken type innleggelse dette dreier seg om. Henvisningsformalitet tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern initierer ett nytt pasientopphold. Den siste episoden gir informasjon om eventuell avslutning av pasientoppholdet og dersom pasienten er utskrevet kan utskrivningsdiagnose og varigheten av døgnbehandlingen hentes fra pasientoppholdet. Dersom pasientoppholdet ikke er avsluttet, bidrar ikke oppholdet inn i beregninger av varighet av døgnbehandlingen. Pasientopphold som analyseenhet er uavhengig av hvordan tjenestene er organisert og brukes blant annet for å belyse hvordan bruken av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten fordeler seg geografisk.

Innleggelsene klassifiseres i henhold til informasjonen vi har om de første dagene i døgnbehandlingen. Innleggelser med hastegrad *øyeblikkelig hjelp (behov for helsehjelp innen 24 timer)* klassifiseres som *øyeblikkelig hjelp-innleggelser*. Poliklinisk kontakt med hastegrad *øyeblikkelig hjelp* på samme dag som innleggelsen, tolkes som en *øyeblikkelig hjelp-innleggelse*. Når det ikke er knyttet en henvisning til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern til *øyeblikkelig hjelp-innleggelse* anses den som en frivillig *øyeblikkelig hjelp-innleggelse*.

Innleggelser med henvisningsformalitet tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten at det fattes vedtak om tvungent vern klassifiseres som *ikke-etablering av tvungent vern*. Fattes det vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern klassifiseres det som tvangsinnleggelser. Blant tvangsinnleggelsene skiller vi mellom følgende grupper: Fattes det vedtak om tvungen observasjon uten etterfølgende tvungent psykisk helsevern klassifiseres dette som vedtak om *tvungen observasjon (TO)*. Dette er innleggelser hvis varighet er bestemt av observasjonstidens øvre grense. Når det i observasjonsperioden etableres vedtak om tvungent psykisk helsevern (*TOmTPH*) øker lengden av oppholdene og innleggelsene grupperes ofte sammen med innleggelsene som innledes med vedtak om *tvungent psykisk helsevern (TPH)*. For mange

innleggelse med TPH avsluttes det tvungne vernet ved utskrivning, mens det for andre videreføres som *tvungent psykisk helsevern uten døgnet* (TUD).

Varigheten av døgnet behandlingen er forskjellig for de ulike innleggelsene. Frivillige akuttinnleggelse er kortere enn tvangsinnleggelse og de lengste døgnet behandlingene har pasienter med vedtak om TPH. Døgnet behandlingen er kortere når behandlingen i psykisk helsevern videreføres som TUD sammenlignet med døgnet behandling hvor TPH avsluttes ved utskrivning. Varigheten av døgnet behandlingen etter type innleggelse beregnes for utskrivninger fra og med 2016.

3. Forløp før innleggelse og etter utskrivning fra døgnet behandling

Legevaktkontakt er knyttet til perioden før innleggelse for døgnet behandling og i forbindelse med selve innleggelsen.

Ulike forløp etter utskrivning er av interesse. Dersom utskrivningen etterfølges av et *akuttforløp* er det viktig å kjenne til omfanget av for de ulike døgnet behandlingene. Et akuttforløp er her definert ved minst en kontakt med legevakt, en øyeblikkelig hjelp-innleggelse eller en tvangsinnleggelse i løpet av et gitt tidsrom etter utskrivning. Forløp etter utskrivning er også beskrevet ved ny innleggelse, poliklinisk kontakt eller ingen kontakt med tjenesten. Indikatorer basert på forløp før og etter utskrivning er knyttet til alle relevante innleggelse/utskrivninger hvor forløp i valgte tidsperioden kan observeres for pasientene som inngår. Pasienter med dato for død i observasjonsperioden er unntatt beregningene, mens samtidige innleggelse ved andre sektorer ikke er hensyntatt.

4. Pasientperspektivet

Pasienter i behandling i psykisk helsevern har ofte behandlingsforløp som pågår over flere år. Når årsstatistikk for flere år på rad sammenlignes, vil mange av de samme pasientene inngå i flere av årgangene. Dette skaper en avhengighet i pasientstatistikk og aktivitetsstatistikk generelt. Kartlegging av hvorvidt pasientene har flere innleggelse før og etter lovendringene i 2017 er derfor belyst ved å velge pasienter med innleggelse i 2015 og kartlegge pasientenes ulike typer innleggelse i løpet av ett år etter første opphold i 2015. Tilsvarende er gjort for pasienter i 2021 og resultatene for hhv 2015 og 2021 vil være basert på unike individer. I alt 16 % av pasientene inngår i begge årgangene.

5. Rusmiddelbruk og alvorlig psykisk lidelse

Rusmiddelbruk kan ha betydning for pasientens funksjonsnivå og mulighetene for å nyttiggjøre seg behandlingen rettet mot den psykiske lidelsen. Rusmiddelbruk kan påvirke pasientens adferd og opplevelse av behandlingstilbudet samt på lengre sikt øke sannsynligheten for somatiske lidelser og tidlig død. Pasienter med rusproblematikk gjenfinnes i betydelig grad blant øyeblikkelig hjelp-innleggelsene og har i større grad reinnleggelse sammenlignet med pasienter uten rusproblematikk.

Rusproblematikk blant pasienter i behandling i psykisk helsevern identifiseres ved rusdiagnose (ICD-10 F10-F19) når et rusmiddelproblem er utredet. I mange tilfeller vil rusmiddelbruk ikke være hovedårsaken til helsehjelpen som ytes, det kan være tidsknapphet i akuttmottaket med hensyn til å gjøre en utredning eller det kan være mangel på ruskompetanse. Identifisering av pasienter med betydelig rusmiddelbruk ved bruk av rusdiagnose vil sannsynligvis underestimere omfanget av denne pasientgruppen i pasientdata fra psykisk helsevern¹.

¹ [Full article: Substance use among patients in specialized mental health services in Norway: prevalence and patient characteristics based on a national census \(tandfonline.com\)](#)