

Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov

NHSP-analyse 3

Rapport

IS-2732

Innhold

Innhold

Sammendrag

1. Innledning

2. Tidligere analyser

Spesialisthelsetjenesten

Kommunale helse- og omsorgstjenester

3. Oppdaterte data og indikatorer

Somatisk virksomhet ved sykehus

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern for barn og unge

TSB

Vedlegg

Sammendrag

Formålet med denne rapporten har vært å gi en oppsummerende informasjon om hva vi vet om pasienter som har behov for omfattende bruk av helse- og omsorgstjenester. Dette baserer seg både på tidligere analyser og på nye analyser og beregninger gjennomført i forbindelse med denne rapporten. Det eksisterer et mer dekkende og tilgjengelig datagrunnlag for spesialisthelsetjenesten, slik at rapporten gir i større grad informasjon om denne delen av tjenesten.

Når vi i denne rapporten snakker om pasienter med et omfattende behov for eller bruk av tjenester så er dette basert på beregninger av ressursbruk (kostnader) per pasient. I både tidligere analyser og i denne rapporten deles pasientene inn i grupper (ofte 10 like store grupper) etter samlet bruk av ressurser per år. Hensikten har da ofte vært å identifisere og beskrive kjennetegn ved de 10 prosent av pasienten som har høyest ressursbruk per år.

Tabell 1 viser noen hovedtall (andeler) for pasienter med omfattende bruk av tjenester. I denne gruppen av pasienter er det til dels store volumforskjeller mellom sektorene, særlig skiller somatikken seg ut med et høyt volum. Samtidig viser tabellen at andelen ressurser de 10 prosent av pasientene med høyest nivå står for ikke er så forskjellig, med drøyt 60 prosent i psykisk helsevern for barn/unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og ved somatiske sykehus. Innen psykisk helsevern for voksne er andelen noe høyere (77 prosent). Hvor stor andel av døgnpasientene som inngår i denne gruppen pasienter varierer imidlertid en del mellom tjenesteområdene, mens andel polikliniske pasienter er ganske lik på om lag 10 prosent. Når det gjelder andel polikliniske konsultasjoner som knyttes til de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk så er det TSB som skiller seg noe ut med et lavere nivå (15 prosent mot om lag 30 prosent for de andre tjenesteområdene).

Tabell 1 Hovedtall for pasientgruppe med omfattende behov/bruk av tjenester.-

Indikator	Psyk helsevern voksne (2016)	Psykisk helsevern barn/unge (2016)	TSB (2016)	Somatikk (2017)
Antall pasienter (10%)	15 890	5 750	3 282	196 337
Andel ressurser (kostnader)	77%	61%	61%	63%
Andel døgnpasienter	64%	84%	37%	35%
Andel oppholdsdøgn	96%	99%	78%	69%
Andel polikliniske pasienter	12%	10%	9%	10%
Andel polikliniske konsultasjoner	31%	35%	15%	28%

Sammendrag for psykisk helsevern for voksne (PHV-V)

I 2016 sto 10 prosent av pasientene i det psykiske helsevernet for voksne for 76,6 prosent av ressursbruken. Hvis vi i stedet avgrenser til de 5 prosent som hadde høyest ressursbruk, blir andelen 63,8 prosent. Ved en tilsvarende kartlegging med 2009-data hadde 10 prosent av pasientene 79,5 prosent av ressursbruken. Andelen ressurser for de pasientene med samlet størst bruk av tjenester har altså gått noe ned. Dette gjenspeiler at pasient-tallet totalt har økt, og at økningen i hovedsak har kommet ved poliklinikkene.

I gruppen med mest omfattende bruk av tjenester mottok i 2016 90 prosent døgntil behandling. Hver av disse døgntilpasientene ble i gjennomsnitt utskrevet 2,4 ganger, og hadde en samlet gjennomsnittlig varighet av oppholdene på 60 døgn, en nedgang fra 83 døgn i 2009. De ti prosent av pasientene med mest omfattende tjenestebehov utgjorde 64 prosent av døgntilpasientene, og sto for 78 prosent av utskrivningene og 96 prosent av oppholdsdøgnene.

87 prosent av pasientene med mest omfattende bruk av tjenester mottok i 2016 poliklinisk behandling, mot 76 prosent i 2009. Denne gruppen sto i 2016 for kun 12 prosent av de polikliniske pasientene, men hele 31 prosent av konsultasjonene.

Gruppen med omfattende bruk av tjenester mottar i liten grad tjenester fra privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Både for gruppen med omfattende bruk av tjenester og øvrige pasienter synker pasientraten med økende alder. Fordelingen for førstnevnte gruppe er imidlertid mindre skjev enn for pasienter totalt. Selv om ratene fortsatt synker med økende alder, har dermed de eldste aldersgruppene en større andel av pasienter med omfattende bruk av tjenester.

Pasientene med omfattende bruk av tjenester har en langt høyere andel pasienter diagnostisert med en schizofreni-lidelse (28 prosent) enn de øvrige pasientene (7 prosent). Andel pasienter med en nevrotisk lidelse er tilsvarende lavere blant pasienter med omfattende bruk av tjenester enn blant øvrige pasienter. 45 prosent av gruppen med omfattende bruk av tjenester har en alvorlig psykisk lidelse mot 9 prosent blant øvrige pasienter. For 21 prosent av pasientene med omfattende tjenestebruk er det registrert en rus-diagnose.

Individuell plan har blant annet som formål å styrke samhandlingen rundt pasienten, og er en mulig innfallsport til identifisering av pasientgrupper hvor samhandling er særlig viktig. Registreringen av individuell plan er mangelfull i pasientdata. For 33 prosent av pasientene finnes det en eller flere registreringer av dette. Av disse er det registrert plan eller behov for plan for 8 672 pasienter, om lag like mange kvinner som menn.

Pasienter diagnostisert med en schizofreni-lidelse er den største gruppen blant pasienter med individuell plan (34 prosent). Pasienter med en affektiv lidelse eller en nevrotisk lidelse utgjør også betydelige grupper, men færre enn i pasientpopulasjonen totalt. Det er også et innslag av pasienter med en ruslidelse. Totalt har 22 prosent av pasientene med individuell plan en rusdiagnose som hoved- eller bi-diagnose.

I 2016 mottok totalt 16 854 pasienter totalt 103 140 ambulante konsultasjoner. Gruppen av pasienter med omfattende bruk av tjenester utgjorde 34 prosent av pasientene og sto for 64 prosent av konsultasjonene. Som for pasienter generelt synker ratene for de ambulante pasientene med økende alder, men stiger igjen for gruppene over 60 år.

Sammendrag psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)

I det psykiske helsevernet for barn og unge viser beregninger at 10 prosent av pasientene med mest omfattende tjenestebruk stod for 60,8 prosent av ressursene i 2016. Tilsvarende tall for de 5 prosent med høyest tjenestebruk var 51,7 prosent.

De 10 prosent av pasientene med mest omfattende bruk av tjenester i PHV-BU stod for 99 prosent av oppholdsdøgnene, 85 prosent av oppholdsdagene og 35 prosent av konsultasjonene i offentlig virksomhet i 2016. Andel konsultasjoner hos avtalespesialister utgjorde 9 prosent. En stor andel av

døgnpasientene (84 prosent) var blant pasientene med omfattende tjenestebruk. De polikliniske pasientene i denne gruppen mottok i gjennomsnitt betydelig flere konsultasjoner per pasient (50 konsultasjoner) enn de øvrige polikliniske pasientene (11 konsultasjoner). Pasientene med mest tjenestebruk mottok i større grad ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten enn de øvrige pasientene, og tjenestene var oftere i kontakt med førstelinjetjenesten når det gjaldt disse pasientene.

Andelen jenter var høyere blant pasientene med omfattende bruk av tjenester (57 prosent) enn blant de øvrige pasientene (46 prosent). Ungdom i alderen 13-17 år utgjorde også en betydelig større andel (58 prosent) blant disse pasientene enn blant de øvrige pasientene (42 prosent). Det var spesielt jentene som hadde en høy andel pasienter med omfattende bruk av tjenester i ungdomsalder (69 prosent). Blant de øvrige jentene var andelen ungdom en god del lavere (48 prosent). Det var samme tendens for guttene, med høyere andel i alderen 13-17 år (43 prosent) blant pasientene med mest tjenestebruk enn de øvrige pasientene (36 prosent). Yngre barn utgjorde en lavere andel blant pasientene med omfattende tjenestebruk, spesielt var andelen jenter i alderen 6-12 år betydelig lavere (15 prosent) enn blant de øvrige jentene (29 prosent). Samme tendens ser vi for de yngste barna.

Pasienter med nevrotiske lidelser utgjorde den største gruppen blant pasientene med omfattende bruk av tjenester (30 prosent). Det var også relativt flere pasienter med schizofrenier (F2), affektive lidelser (F3) og spiseforstyrrelser (F5) blant pasientene med høyest ressursbruk enn de øvrige pasientene.

Blant gutter med et omfattende tjenestebehov var det en høyere andel med nevrotiske lidelser (25 prosent) enn blant de øvrige guttene (18 prosent) i 2016. Blant jentene var det mindre forskjell i andelen med denne diagnosen blant pasientene med omfattende tjenestebehov (34 prosent) og øvrige pasienter (36 prosent).

Både blant jenter, gutter og ungdom var det en høyere andel med schizofrenier (F2), affektive lidelser (F3), spiseforstyrrelser (F5) og en lavere andel med hyperkinetiske forstyrrelser (F90) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F91-98) blant de med høy ressursbruk enn blant de øvrige pasientene.

For eldre pasienter som mottok tjenester i PHV-BU (18 år og over) var det for pasientene med omfattende bruk av tjenester spesielt schizofrenier (F2) (7 prosent), spiseforstyrrelser (F5) (12 prosent) og personlighetsforstyrrelser (F6) (4 prosent) som utgjorde en større andel blant de med høy ressursbruk enn blant de øvrige pasientene (F2 (1 prosent), F5 (5 prosent), F6 (2 prosent)).

Blant de yngste barna (0-5 år) var det en betydelig større andel med utviklingsforstyrrelser (F8) (56 prosent) og klart lavere andel med atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F91-98) (21 prosent) blant barna med omfattende bruk av tjenester enn blant de øvrige barna (F8 (25 prosent), F91-98 (46 prosent)).

Sammendrag for rusbehandling (TSB)

Resultatene viser at 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk legger beslag på 61 prosent av ressursene¹. Blant pasientene med omfattende bruk av tjenester utgjør pasienter i aldersgruppen 23-39 år en større andel, mens pasienter i aldersgruppen 50 år og eldre er i mindre grad representert blant de med høy ressursbruk. Pasientene med omfattende bruk av tjenester i TSB er i større grad i kontakt med psykisk helsevern og da særlig som døgnpasient. Pasientene med omfattende bruk av tjenester er også i større grad dagpasienter i TSB. Som mottakere av ambulante tjenester utgjør denne pasientgruppen en større andel sammenlignet med de øvrige pasientene og i tillegg mottar de flere konsultasjoner. Pasientene med omfattende bruk av tjenester er også i større grad involvert i samarbeid mellom TSB og førstelinjetjenesten sammenlignet med de øvrige pasientene og samarbeidet utløser i tillegg flere møter og telefonkonsultasjoner for hver pasient.

Pasientene med omfattende bruk av tjenester er i all hovedsak døgnpasienter og utgjør 38 prosent av alle døgnpasientene dette året. Nesten 80 prosent av alle oppholdsdøgnene er knyttet til denne pasientgruppen. Sammenlignet med de øvrige døgnpasientene benytter denne pasientgruppen i større grad dagbehandling, ambulante tjenester og er i større grad involvert i spesialisthelsetjenestens kontakt med førstelinjetjenesten. De har også flere kontakter per pasient sammenlignet med de øvrige døgnpasientene. Pasientene med omfattende bruk av tjenester har døgnopphold med median varighet på nesten 50 dager mens den samlede varigheten av pasientopphold for døgnpasienter er på 15 dager. Døgnoppholdene for pasienter med høy ressursbruk er gjennomgående lengre, uansett hvilken type rusmiddelproblematikk de er i behandling for.

Sammendrag for somatiske sykehus tjenester

I 2017 brukte de 10 prosent av pasientene med mest omfattende bruk av tjenester om lag 63 prosent av ressursene. Tilsvarende i 2014 var 64 prosent. Innad i gruppen pasienter med omfattende bruk av tjenester gikk 84 prosent av ressursene til døgnbehandling og 16 prosent til dag- og poliklinisk behandling. I gruppen pasienter med høy ressursbruk hadde 95 prosent ett eller flere døgnopphold, mens nær 90 prosent hadde én eller flere polikliniske konsultasjoner.

¹ 5 prosent av pasientene legger beslag på 40 prosent av ressursene.

I 2017 var gjennomsnittsalderen for pasienter med omfattende bruk av tjenester 60 år. I overkant av 48 prosent var menn og nær 52 prosent var kvinner. Pasienter i alderen 67 år og eldre utgjorde nær 50 prosent av pasientene med høyest ressursbruk, men kun 15 prosent som andel av befolkningen.

Hver episode var i gjennomsnitt mer ressurskrevende for pasienter i gruppen med omfattende behov for tjenester enn for andre pasienter, og da særlig for døgnopphold. I gjennomsnitt lå disse pasientene 5,5 dager på sykehus, mens de øvrige pasientene lå 2,8 dager. Gruppen av pasienter med omfattende bruk av tjenester brukte 73 prosent av ressursene for døgnbehandling, 69 prosent av alle liggedøgn på sykehus og hadde i gjennomsnitt 2,2 døgnopphold. Andelen døgnopphold som inkluderte en kirurgisk prosedyre var på 33 prosent for pasienter med omfattende bruk av tjenester, mot 19 prosent for de øvrige pasientene. Innen dag- og poliklinisk virksomhet brukte de henholdsvis 24 prosent og 42 prosent av ressursene, og hadde i gjennomsnitt 0,4 dagbehandlinger og 8,6 polikliniske konsultasjoner.

Pasienter med en krefttilstand (ICD-10) hadde den største andelen ressurser innad blant pasientgruppen med omfattende bruk av tjenester. Av den totale ressursbruken innen hovedtilstanden «svulster» brukte de 86 prosent, mens innad i egen gruppe sto «svulster» for 20 prosent av ressursene.

Dersom vi ser på hoveddiagnosegrupper (HDG i DRG-systemet) var den høyeste ressursbruken for pasienter med omfattende bruk av tjenester knyttet til «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev», «Sykdommer i sirkulasjonsorganene», «Sykdommer i åndedretsorganene», «Sykdommer i fordøyelsesorganene» og «Sykdommer i nervesystemet». For noen av HDG-ene var en relativt stor andel av ressursene knyttet til en kreft-tilstand².

SKDE (2015) refererer til litteratur som viser tilnærmet stabile trekk ved moderne somatisk spesialisthelsetjeneste – at det er relativt få pasienter som bruker det meste av ressursene, uavhengig av ulik organisering og ulike finansieringssystem.

Tilgrensende problemstillinger og videre diskusjon

I en del analyser av pasienter med omfattende behov for eller bruk av tjenester tas det utgangspunkt i data for 1 år. For en del pasientgrupper blir dette er kort tidsvindu. Det å utvide tidsperioden som ligger til grunn for analysen vil derfor kunne ha konsekvenser for noen kjennetegn ved gruppen. Dette vil derfor være en mulig utvidelse av analysen av pasienter med omfattende behov/bruk av

² Definert gjennom hovedtilstandsgruppen «Svulster» i ICD 10.

tjenester, og avgrenses i hovedsak kun av begrensninger gitt i konsesjoner (hvor mange år man kan følge samme pasient).

Blant gruppen pasienter med høy ressursbruk er det relativt mange pasienter som har samtidige tilstander/sykdommer. Både SKDE (2015) og våre analyser viser at pasienter med omfattende tjenestebehov (ressursbruk) har flere samtidige tilstander. SKDE fant at mange pasienter i gruppen med høyest ressursbruk hadde flere tilstander samtidig. Våre analyser for somatisk sykehus tjenester viser at denne gruppen pasienter i gjennomsnitt kommer i nær 3 hovedtilstandsgrupper. I den grad man ønsker å se på ressursbruk per behandlingsforløp så vil de beregninger gjennomført i vår analyse ikke vise dette.

Tidligere analyser og de beregninger vi har gjort i denne rapporten har tatt utgangspunkt i en inndeling av alle pasienter i grupper med likt antall. Dette medfører at mange av gruppene i all hovedsak er dominert av pasienter med kun 1 eller et lite antall polikliniske konsultasjoner. En supplerende innfallsvinkel vil være å ta utgangspunktet i den gruppen pasienter innen hvert omsorgsnivå (f.eks døgnpasienter og polikliniske pasienter) som har høyest ressursbruk og se nærmere på deres samlede bruk av spesialisthelsetjenester (herunder også f.eks døgnpasientenes bruk av poliklinikkene). Dersom man avgrenser til de ti prosent av døgnpasientene som har høyest ressursbruk og deres samlede bruk av tjenester, så vil dette gi en mer ressursmessig homogen gruppen.

Vi har i denne rapporten ikke sett nærmere på om det er regionale eller lokale forskjeller i karakteristika for gruppen av pasienter med høy ressursbruk. Dette kan være interessant å følge opp i videre analyser av dette temaet.

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet flere oppdrag knyttet til underlagsarbeid for kommende nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP). Foreliggende rapport svarer ut oppdraget:

Det bes om å identifisere storforbrukerne av tjenester på de respektive tjenestenivåene og hvilke karakteristika disse har. Herunder bes å identifisere storforbrukere som har behov for samhandlingsopplegg.

I flere tidligere analyser og i rapporten her vil «storforbrukere» defineres som de 10 prosent av pasientene hvor beregnet ressursbruk per år er høyest. Dette gjøres ved å tilordne en kostnad/pris per type aktivitet pasienten har hatt i løpet av året, og summere dette per pasient. «Storforbrukere» vil da være de pasientene som har få ressurskrevende opphold (lange døgnopphold, store operasjoner, o.l.) og/eller har mange relativt lite ressurskrevende opphold (kjemoterapi, strålekonsultasjoner, dialyse, o.l.). Dersom ikke annet er oppgitt avgrenses «storforbrukerne» til de 10 prosent av pasientene med høyest samlet ressursbruk innen hvert tjenesteområde. Dette gjøres kun for spesialisthelsetjenesten, siden det er for den delen av tjenesten datagrunnlaget er godt nok for dette. I rapporten her benevnes «storforbrukere» som pasienter/pasientgrupper med omfattende behov for eller bruk av tjenester, alternativt pasienter/pasientgrupper med høyest ressursbruk.

I forberedelsene til dette oppdraget har det primært vært fokus på hva som tidligere analyser kan si om karakteristika på pasientene med omfattende bruk av tjenester. En viktig del av rapporten er derfor å gi en oppsummering av hovedresultater fra tidligere gjennomførte analyser om denne gruppen. En del av disse analysene er utført av Helsedirektoratet, og der det er mulig innenfor tidsrammen av dette oppdraget har det blitt foretatt en oppdatering og supplering av noen hovedtall.

Det er også bedt om å identifisere storforbrukere med behov for samhandlingsopplegg. Dette har ikke vært hovedfokus for den rapporten som er utarbeidet her, men vil bli fulgt opp i kommende analyser. Det som da blir viktig er å konkretisere nærmere hva som menes med samhandlingsopplegg. Om det er samhandlingen innen spesialisthelsetjenesten og/eller om det er samhandlingen mellom flere deler av helse- og omsorgstjenesten. Videre er det spørsmål om det er samhandling på pasient, fagområder eller sektornivå det skal fokuseres på. Før det igangsettes analysearbeid på dette tema vil det være

nødvendig med diskusjoner og avklaringer på hva det særlig er ønskelig å fokusere på. Herunder blir det også viktig å undersøke om og hvordan det er mulig å definere de ønskede pasientgruppene.

Kapittel 2 gir en oppsummering av de analyser som vi kjenner til gir informasjon inn pasienter med omfattende behov for eller bruk av tjenester. I kapittel 3 presenteres det oppdaterte tall om ulike karakteristika ved pasientene med omfattende bruk av tjenester. For somatiske sykehuspasienter benyttes data for 2017, mens det for psykisk helsevern og TSB benyttes data fra 2016. For sistnevnte sektorer vil analyseklare data for 2017 først være tilgjengelig senere i mai/juni.

2. Tidligere analyser

I dette kapittelet gis det en oppsummering fra en del tidligere analyser knyttet opp til beskrivelse og problemstillinger om pasienter eller pasientgrupper med omfattende behov for eller bruk av tjenester.

Spesialisthelsetjenesten

Analyser rettet mot somatisk virksomhet, herunder rehabilitering/habilitering

Analyse av somatiske sykehuspasienter

Det har de siste årene blitt utført en del analyser som belyser pasientgruppen med omfattende bruk av sykehustjenester. Helsedirektoratet publiserte både i 2012³ og i 2015 analyser⁴ som gir en beskrivelse av ressursbruk i helsetjenesten og hva som kjennetegner pasientene med høyest ressursbruk (knyttet til prioritering). SKDE publiserte også i 2015 en rapport⁵ som beskriver storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord.

Helsedirektoratet sin rapport fra 2012 inkluderte beskrivelser av kjennetegn ved pasientgruppen som har høy samlet ressursbruk per år. Rapporten viste at de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk i somatiske sykehus hadde om lag 27 prosent av episodene og drøyt 65 prosent av ressursene (målt med DRG-poeng) og 67 prosent av liggedagene. De to hoveddiagnosegruppene som fikk flest ressurser i 2012 var sykdommer i skjelett/muskler og bindevev (19 prosent) og sykdommer i sirkulasjonsorganer (12 prosent). Det trekkes også frem at pasientene ikke nødvendigvis er ressurskrevende fordi de har en svært kostbar behandling, men at summen av mange kontakter kan gjøre at de kommer i gruppen med de mest ressurskrevende pasientene. I tillegg inkluderte denne rapporten andre resultater. Blant annet så fant man ikke at det var systematiske forskjeller mellom pasientgruppene når det gjaldt kommunestørrelse eller avstand til sykehus. Det var heller ikke slik at pasientene med omfattende bruk av tjenester oftere var bosatt i sykehusets vertskommune enn mindre ressurskrevende pasienter.

³ Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. IS-1967, Helsedirektoratet (2012).

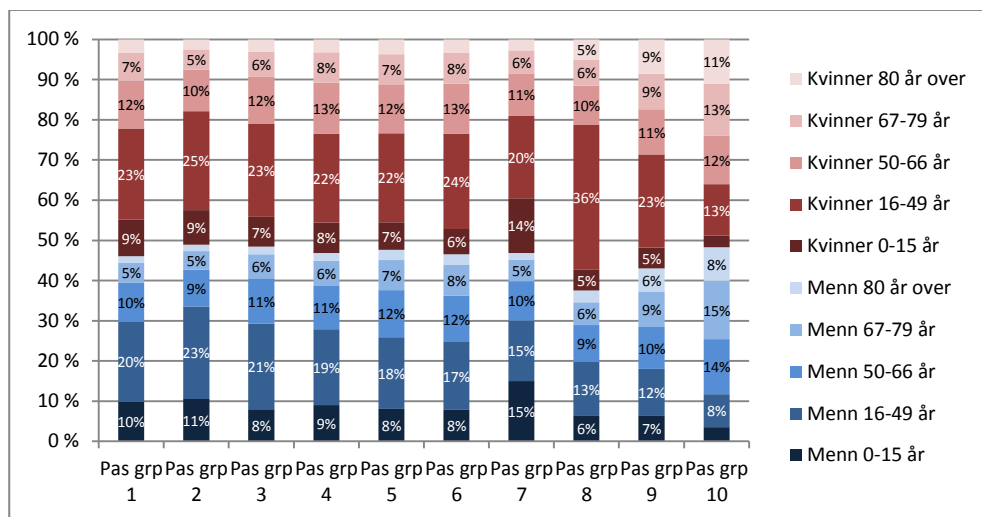
⁴ Forbruk av helsetjenester og prioritering, Helsedirektoratet (2015).

⁵ Storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord. Analyseenheden, SKDE, Helse Nord RHF (2015).

Helsedirektoratet sin neste analyse viste at i 2014 som i 2009 hadde 10 prosent av pasientene i somatiske sykehus med høyest ressursbruk om lag 30 prosent av episodene og drøyt 64 prosent av ressursene (målt med DRG-poeng) og liggedagene. Denne gruppen pasienter hadde en høy andel polikliniske episoder, men målt i andel ressursbruk (DRG-poeng) utgjorde innleggelsene mellom 70 og 90 prosent. Gjennomsnittsalderen for pasientgruppen var i 2014 60 år.

I 2014 var andelen menn og kvinner i gruppen med høyest ressursbruk omtrent 50-50, marginalt høyere for kvinner, se figur 2.1. Andelen i aldersgruppen 16-49 år var hhv 13 prosent kvinner og 8 prosent menn, andelen for 50-66 år var hhv 12 prosent kvinner og 14 prosent menn, andelen for 67-79 år var hhv 13 prosent kvinner og 15 prosent menn, mens for de eldste var fordelingen hhv 11 prosent kvinner og 8 prosent menn.

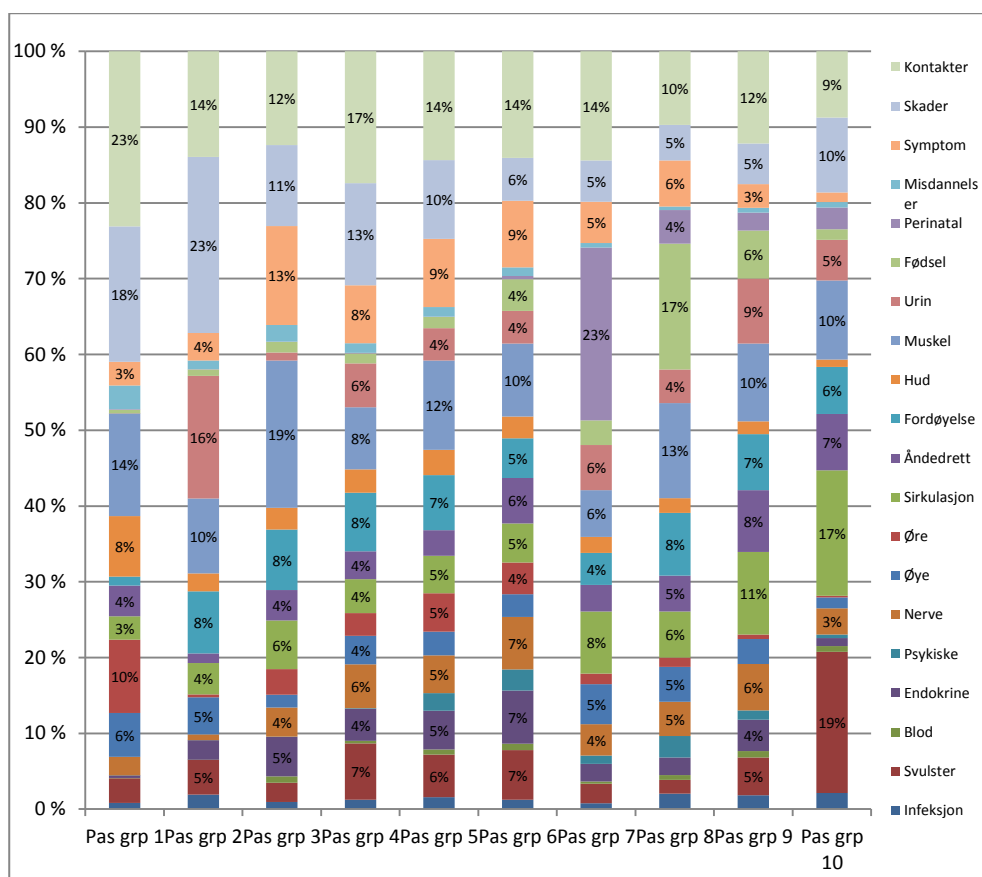
Figur 2.1 Fordeling av aldersgrupper og kjønn per pasientgruppe 1-10 i 2014.



Analysen viste videre at det blant de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk så var ressursene (DRG-poeng) knyttet til nær 50 prosent øyeblikkelig hjelp episoder (21 prosent kirurgi og 28 prosent medisinske), mens ressursbruken var 29 prosent til planlagte kirurgiske episoder og 10 prosent til planlagte medisinske episoder. De resterende ressursene var knyttet til polikliniske episoder.

Sirkulasjonssykdommer utgjør en økende andel etter hvert som sum ressursbruk per pasient blir høyere, og utgjorde 17 prosent for de med høyest ressursbruk. Tilsvarende ser vi for muskel/skjelett lidelser og til dels åndedrettsykdommer. Episoder hvor hovedtilstanden er innenfor kapittel for svulster (kreft) utgjorde 19 prosent av DRG-poengene for de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk.

Figur 2.2 Andel DRG-poeng etter hovedkapittel i ICD-10⁶ og pasientgrupper inndelt etter ressursbruk i 2014. Episoder.

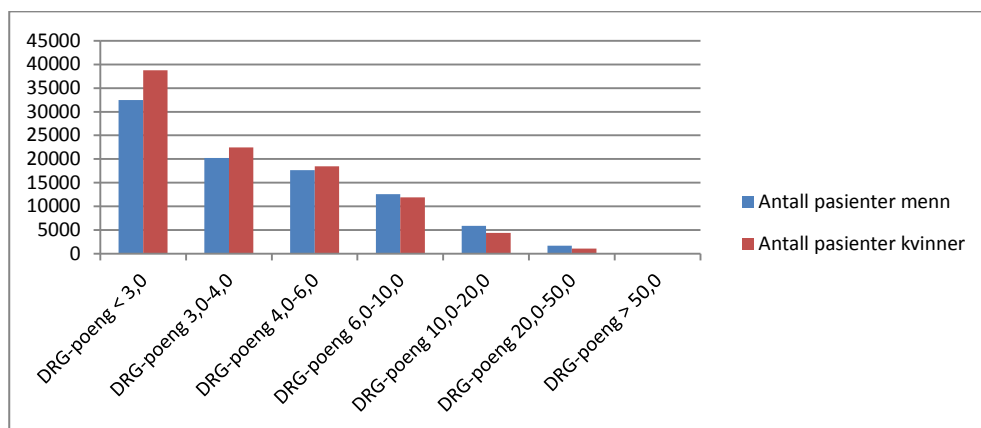


Analysen fra 2015 viste også at pasientene med høyest ressursbruk har i gjennomsnitt flere døgnopphold per døgnpasient (om lag 2,3 mot 1,2 for gruppen med nest høyest ressursbruk) og flere konsultasjoner per poliklinisk pasient (om lag 10 mot ca 5 for gruppen med nest høyest ressursbruk).

Analysen i 2015 delte gruppen med høyest ressursbruk videre inn i undergrupper etter nivå på ressursbruk. Figur 2.3 viser at antall pasienter i disse undergruppene faller raskt fra om lag 30-35 000 for de med mindre enn 3 DRG-poeng per pasient til nær ca 50-70 for de med mer enn 50 DRG-poeng per pasient.

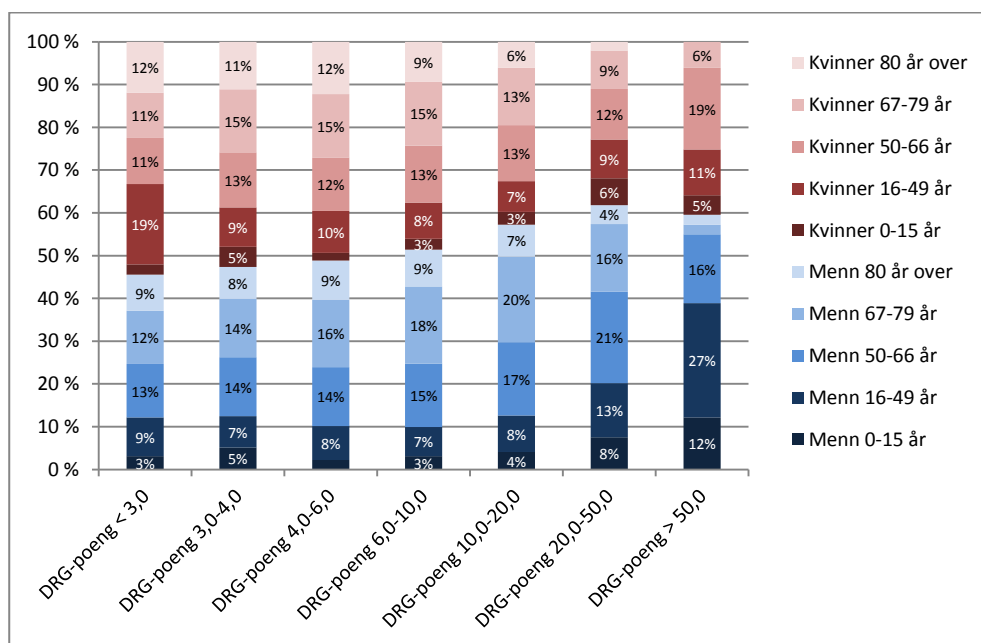
⁶ Det er benyttet kortnavn for kapitlene i ICD-10, f.eks. «Kontakter» knytter seg til kapittel 21 «Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten». De andre kortnavnene er mer selvforklarende.

Figur 2.3 Antall pasienter etter kjønn og undergruppe ressursbruk i 2014.



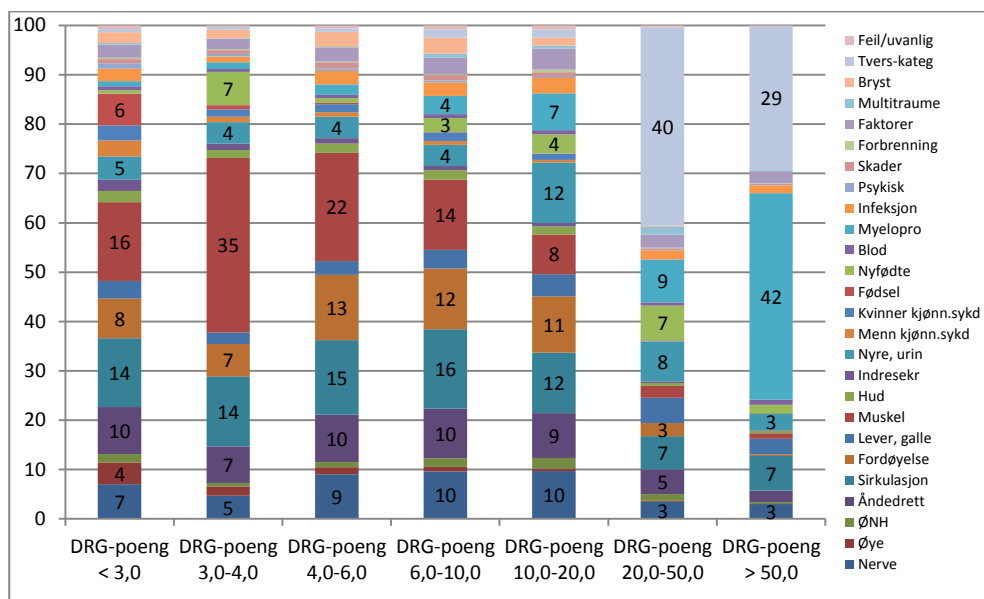
Figur 2.4 under viser at andelen menn øker med økende ressursbruk per pasient, men som nevnt er antall pasienter per gruppe raskt minkende.

Figur 2.4 Andel kvinner og menn etter aldersgrupper og undergruppe ressursbruk i 2014.



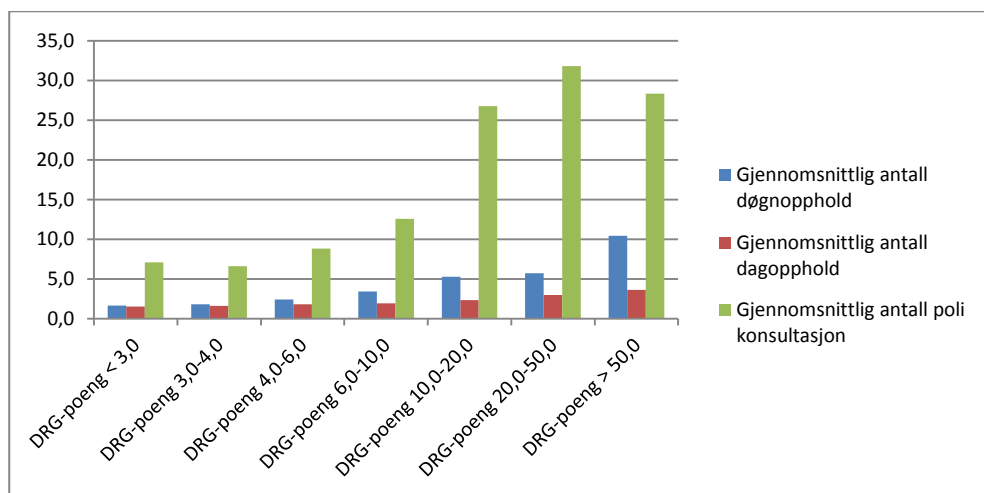
Hvilke diagnosegrupper (HDG-er) som utgjør de store gruppene for pasientene med høyest ressursbruk varierer litt som vist i figur 2.5, men de som peker seg ut som store i flere av undergruppene er muskel/skjelett, sirkulasjon, åndedrett og nerve. Inndeling etter HDG (hovedgrupper i DRG-systemet) viser ikke kreft som egen gruppe, slik at kreftpasienter vil fordele seg i flere grupper i figuren under.

Figur 2.5 Andel DRG-poeng per HDG og ressursbruk-gruppe i 2014.



Det fremgår videre av figuren under at det i gjennomsnitt er en sammenheng mellom antall episoder (døgn, dag, poliklinikk) per pasient og samlet ressursbruk per pasient. Og i denne sammenheng er det døgnoppholdene som naturlig nok betyr mest siden de gjennomgående har høyest vektor.

Figur 2.6 Antall episoder per pasient etter sum DRG-poeng per år i 2014.



Hovedfunnene i en SKDE-rapport om storforbrukere⁷ var at de 10 prosent mest ressurskrevende pasientene i Helse Nord i 2012 forbrukte 66 prosent av ressursene målt i DRG-poeng, og at én prosent av de mest ressurskrevende brukte 20 prosent av ressursene. Storforbrukeren hadde lengre liggetid, flere ø-hjelps innleggelser og flere reinnleggelser sammenlignet med andre pasienter.

⁷ Storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord. Analyseheten, SKDE, Helse Nord RHF (2015).

I tillegg hadde storforbrukere, ikke uventet, flere sykehusepisoder enn andre pasienter. Av storforbrukerne hadde 20 prosent 12 eller flere sykehusepisoder i 2012. To av tre storforbrukere hadde minst én akuttinnleggelse. Av akuttinnleggelserne var 16 prosent reinnleggelser innen 30 dager (døgnopphold). Nesten seks av ti storforbrukere hadde en kirurgisk episode (DRG) som den mest ressurskrevende.

Blant de 10 prosent mest ressurskrevende pasientene hadde flest pasienter sin mest krevende episode gruppert til «Sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev» (HDG 8) og «Sykdommer i sirkulasjonssystemet» (HDG 5). Strålebehandling, dialysebehandling og kjemoterapi var i 2012 de tre vanligste (i antall/sykehusepisoder) DRG-ene blant storforbrukere. Utblokking av hjertekransårene (PCI), innsetting av hoftelddsprotese og større operasjoner i tynn- og tykktarm var de tre vanligste DRG-ene av de tyngste DRG-ene blant storforbrukere. Videre viste analysen at nesten alle storforbrukerne hadde kronisk eller langvarig sykdom og at mange hadde flere tilstander samtidig.

SKDE refererer til litteratur som viser tilnærmet stabile trekk ved moderne somatisk spesialisthelsetjeneste – at det er få pasienter som bruker det meste av ressursene, uavhengig av ulik organisering og ulike finansieringssystem. SKDE konkluderer med at storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste er alvorlige syke pasienter som bør prioriteres høyt, og de mener at det kan være vanskelig for andre deler av helsetjenesten å overta et vesentlig ansvar for disse pasientene. De påpeker imidlertid at organiseringen og innholdet i tjenestene til disse pasientene kan diskuteres.

Bruk av sykehustjenester ved livets slutt

Melberg et al (2013)⁸ har undersøkt hvor mye av ressursbruken i somatiske sykehus som går med til behandling av pasienter som dør i løpet av året. Basert på data fra 2010 finner de at 10,6 prosent av sykehusutgiftene det året ble benyttet på pasienter som døde i løpet av året. Studien viser også at drøyt 50 prosent av utgiftene ble brukt i løpet av de tre siste månedene, og at over 30 prosent ble brukt den siste måneden.

Venstreforskyvning og oppgaveoverføring innen rehabiliteringsområdet

Innen rehabiliteringsfeltet har samspill, ansvarsfordeling og oppgaveglidning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vært diskutert og aktualisert i flere sammenhenger. Helse- og omsorgsdepartementet ba om en utredning av hvilke oppgaver kommunene bør få på rehabiliteringsfeltet ved kommunereformen (Oppdrag nr. 34 (2015)). Bakgrunnen var et politisk ønske om at større kommuner kan få et større ansvar for rehabiliteringstjenester som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten. Kort oppsummert konkluderte

⁸ «Sykehusutgifter mot livets slutt», Melberg Hans Olav et al, Tidsskriftet for Den norske legeforening nr 8, 2013.

Helsedirektoratet da med at forutsetningene ikke er til stede for å gjennomføre en generell og vesentlig overføring av rehabiliteringsoppgaver som da var definert som spesialisthelsetjenester til kommunene. Dersom en skal sikre en faglig forsvarlig utvikling av tilbudet til pasientene, herunder nødvendig styrking av det kommunale rehabiliteringstilbudet, mente Helsedirektoratet at arbeidet må gjøres gjennom følgende trinn:

- Utrede hvilke oppgaver som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.
- Gjennomføre en opptrappingsplan for å sikre at alle kommuner kommer opp på tilnærmet likt nivå knyttet til tilbud, kapasitet og kvalitet, i samsvar med krav og anbefalinger i lov, forskrift og veileder.

I forlengelsen av dette oppdraget mottok Helsedirektoratet en forespørsel fra HOD om utredning av økonomiske og administrative konsekvenser av å overføre rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene innen åtte ulike pasientgrupper (oppdragsbrev nr. 7, 2016)⁹.

I Helsedirektoratet sin utredning i 2016 ble det gjort rede for volumet av rehabiliteringsaktivitet som ble gjort innen de definerte gruppene i spesialisthelsetjenesten i dag, beregninger av hva disse tjenestene koster å produsere i spesialisthelsetjenesten, samt hvilke konsekvenser det vil ha for kommunene å ta over (deler av) disse oppgavene med tanke på kompetanse- og investeringsbehov.

Analysene den gang viste at det var i overkant av 30 000 pasienter som ble omfattet av de definerte diagnosegruppene. Disse utgjorde over halvparten av alle pasienter som mottok rehabilitering innenfor de definerte rammene for analysene gjennomført i 2014. Antall pasienter totalt sett var relativt jevnt fordelt mellom helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene, men med den forskjellen at det var dag- og polikliniske pasienter som utgjorde den største gruppen i helseforetakene og døgnpasienter som var den største gruppen i de private institusjonene. Av de definerte pasientgruppene som ble sett på var det pasienter med muskel- og skjelettproblematikk som utgjorde den klart største diagnosegruppen både i helseforetakene og i de private rehabiliteringsinstitusjonene.

⁹ Disse gruppene omfattet rehabilitering etter totalproteseoperasjon i hofte, rehabilitering etter bruddskader og ortopediske operative inngrep, rehabilitering av pasienter med muskel- og skjelettlidelser, herunder langvarige smerter i rygg og skuldre, rehabilitering av pasienter med sykkelig overvekt, rehabilitering i form av aktivitet og fysisk trening for pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), rehabilitering for diabetespasienter og kreftpasienter, rehabilitering i senere fase av hjerte- og karsykdommer og rehabilitering ved psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer.

Til sammen var det godt over 100 000 dagopphold og polikliniske konsultasjoner for rehabilitering og fysikalsk medisin i spesialisthelsetjenesten for de definerte pasientgruppene i 2014. Over 80 prosent av denne aktiviteten skjedde i helseforetakene, mens den resterende aktiviteten var i private institusjoner. Tilsvarende ble det identifisert i underkant av 310 000 oppholdsdøgn for de aktuelle pasientgruppene. Dette utgjorde over 60 prosent av de samlede oppholdsdøgnene. Over 90 prosent av disse døgnene var i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Psykisk helsevern

Helsedirektoratet publiserte i 2011 rapporten «Pasienter i det psykiske helsevernet 2009» (Helsedirektoratet 2011). Rapporten omfattet pasienter både for voksne og barn/unge. Kjennetegn ved de voksne kommenteres først.

Pasienter i psykisk helsevern voksne i 2009

Basert på enhetspriser for oppholdsdøgn, oppholdsdager, polikliniske konsultasjoner, samt konsultasjoner hos avtalespesialistene, ble det beregnet at 10 prosent av pasientene i det psykiske helsevernet for voksne sto for 79,5 prosent av ressursbruken innen sektoren i 2009.

I det psykiske helsevernet for voksne utgjorde de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk 57 prosent av døgnpasientene, men sto for 94 prosent av oppholdsdøgnene. De utgjorde 11 prosent av de polikliniske pasientene, men sto for 24 prosent av konsultasjonene. I gruppen pasienter med høyest ressursbruk mottok 97 prosent døgnbehandling.

Kvinnene utgjorde flertallet av pasientene innenfor alle tjenestetyper, samlet sett 59 prosent av pasientene. Kvinnene var også i flertall blant pasientene med omfattende bruk av tjenester (56 prosent).

Behandlingsraten innenfor det psykiske helsevernet var høyest for aldersgruppene 18-49 år. Den sank deretter med stigende alder for så å stige noe igjen for gruppen 80 år og eldre. Behandlingsraten for aldersgruppen 65-79 år var om lag 40 prosent av raten for aldersgruppene under 50 år. Også blant pasientene med høyest ressursbruk var behandlingsratene lavere for de eldre aldersgruppene, men nedgangen var mindre uttalt enn for pasientene ellers.

Av det totale pasienttallet hadde flest pasienter en affektiv lidelse (34 prosent) eller en nevrotisk lidelse (30 prosent). Åtte prosent av pasientene hadde en schizofrenilidelse. Blant pasientene med høyest ressursbruk var andelen med en nevrotisk lidelse betydelig lavere (åtte prosent), mens andelen med en schizofrenilidelse var betydelig høyere (28 prosent).

Utviklingen i bruk av tjenester for voksne etter 2009 - oppsummert

Siden 2010 har raten for oppholdsdøgn blitt redusert med 25 prosent, raten for utskrivninger med 6 prosent, mens konsultasjonsraten ved poliklinikkene har økt med 24 prosent. Raten for døgnpasienter ble fra 2011 til 2016 redusert med 8 prosent, mens raten for polikliniske pasienter økte med 13 prosent (Samdata¹⁰). Med fortsatt utbygging av poliklinikkene og reduksjon i antall døgnplasser har sannsynligvis pasientene med omfattende bruk av tjenester sin andel av ressursene i det psykiske helsevernet for voksne i etterkant gått noe ned.

Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i 2009

Rapporten fra 2011 viste at innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge stod 10 prosent av pasientene for 66 prosent av ressursbruken. Pasientene med omfattende bruk av tjenester mottok tjenester på flere omsorgsnivå enn de øvrige pasientene. Sammenliknet med de øvrige pasientene som ble behandlet i 2009, var det blant pasientene med omfattende bruk av tjenester relativt flere pasienter med affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, samt schizofreni og paranoide lidelser. Pasienter med spiseforstyrrelser utgjorde også en større andel blant pasientene med omfattende bruk av tjenester enn blant de øvrige pasientene. Geografisk variasjoner ble også presentert.

Utviklingen i bruk av tjenester for barn og unge etter 2009 - oppsummert

Pasientraten for barn og unge i psykisk helsevern holdt seg tilnærmet uendret, fra 5,0 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i 2009 til 5,1 prosent i 2016. Pasientsammensetningen ble noe endret i perioden. Mens gutter hadde en avtagende rate i perioden 2012-2016 (-4,4 prosent), var det vekst i pasientraten for jenter (3,3 prosent). Spesielt økte raten blant jenter i ungdomsalder 15-17 år (9,7 prosent). For gutter i samme alder avtok raten med 3,5 prosent. Forskjellene mellom kjønnene har dermed avtatt i perioden. Konsultasjonsraten økte imidlertid betydelig i samme periode (11,4 prosent). Nivået på konsultasjonsraten var høyere for jenter enn gutter fra 2013. I tillegg økte raten for jenter kraftigere (18,1 prosent) enn for gutter (5,2 prosent) i løpet av siste 5 års-periode. Økning i forbruk tas dermed ut i mer behandling per pasient, sterkest for jenter.

Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter - omfang og kjennetegn ved pasienten

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte SINTEF en kartlegging av pasienter innlagt i det psykiske helsevernet for voksne per 20. november 2012. Resultatene om omfang av unødige innleggelser, omfang av utskrivningsklare,

¹⁰ «Pasienter og behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne 2016», Analysenotat 03/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, 2017. (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>)

og samarbeid om enkeltpasienter, samt omfang og kjennetegn ved pasientene er beskrevet i en egen rapport¹¹.

Dette var en punkttelling, der pasienter med lange opphold vil være «overrepresentert»¹² i forhold til døgnpasienter totalt. Som vi så ovenfor, hadde gruppen med mest omfattende bruk av tjenester (høy ressursbruk) 94 prosent av oppholdsdøgnene innen psykisk helsevern for voksne. Vi gjør derfor ingen stor feil ved å benytte anslag for tjenestetilbud for døgnpasientene som en indikator for den ressurskrevende gruppen.

I rapporten beregnet en at 7 prosent av pasientene i psykisk helsevern var utskrivningsklare og ventet på et kommunalt tilbud. Årsaken til at pasientene ikke var utskrevet var stort sett at de manglet et kommunalt boligtilbud. Mange behandlere og pasienter vurderte at pasienten som var utskrivningsklar trengte et døgnbemannet botilbud.

En fant at ventende utskrivningsklare pasienter oftere hadde alvorlige psykiske lidelser sammenliknet med pasienter som ikke var vurdert som utskrivningsklare. De var oftere menn enn kvinner, de hadde lav utdanning, ofte innlagt for øyeblikkelig hjelp og en høyere andel var re-innlagt (innen 30 dager), hjemkommune var ofte storby og de hadde dårlige nettverk (familie/venner). I følge rapporten var dette pasienter som sannsynligvis trengte omfattende tilbud i kommunene i tillegg til omsorgsbolig med bemanning eller tilsyn. Det påpekes videre at mange kommuner vil si at disse pasientene er for syke til at de kan gi dem et forsvarlig tilbud med de ressursene de har tilgjengelige. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må samarbeide tett om disse pasientene for å gi de et godt tilbud også når behandling i psykisk helsevern er ferdig. Dette er pasienter kommunen ikke kan ha ansvaret for alene.

Det var altså ikke svært mange pasienter som var ventende utskrivningsklare i psykisk helsevern i følge denne rapporten, men de fant at det ligger et mye større potensiale i å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten. De anslår at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. Det er altså et stort potensial for å unngå innleggelser i døgninstitusjonene i følge behandlere og pasienter, men det er ikke slik at ytterligere 25 prosent av døgnplassene kunne legges ned. Rapporten peker på at de kommunale tjenestene må bygges ut, og de må ha god forebyggingskompetanse og et bredt tilbud både med bolig, lavterskeltak, støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt), gode

¹¹ «Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. november 2012», Ose Solveig O, SINTEF rapport 2014.

¹² Sannsynligheten for å bli registrert vil øke proporsjonalt med varigheten av oppholdet.

hjemmetjenester mm. I tillegg handler det om å motivere personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer til å ta i mot hjelp i fra kommunene. Mange vegrer seg og årsakene kan være manglende opplevd anonymitet, dårlige erfaringer fra tidligere kontakt og ikke minst at personer med psykiske lidelser og ruslidelser kan ha en annen sykdomsinnsikt enn representanter fra hjelpeapparatet mener de burde ha.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fungerte godt rundt de fleste pasientene i utvalget, vurdert av behandler og pasient. Særlig er godtfungerende ansvarsgrupper og at en koordinator som gjør en god jobb viktig for denne pasientgruppen.

Individuell Plan (IP) beskrives også ofte som et viktig verktøy når samhandlingen fungerer godt. Mange får til jevnlig kontakt mellom tjenestenivåene på telefon. Mange pasienter får også god hjelp fra NAV og i fra ACT team og andre samarbeidende grupper. Når samarbeidet ikke eksisterer eller fungerer dårlig, handler det ofte om uavklarte botilbud og at det tar lang tid å få på plass nødvendige tilbud, eller at pasienten ikke ønsker hjelp fra kommunene.

I følge rapporten ligger det største potensialet sannsynligvis i at pasienten samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Noen får det til, og da oppnår man samarbeid, stabilitet og effektivitet i tjenestene i den forstand at det er den best egnede aktøren som har oppgaven. Det er sannsynligvis i området mellom tjenestenivåene det store utviklingspotensialet ligger.

TSB

Pasientkartlegging TSB døgnpasienter fra 2012 - Sintef

SINTEF gjennomførte en kartlegging av pasienter innlagt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 20. november 2012 (Ose og Pettersen 2014¹³). Denne kartleggingen var en punkttelling, hvor døgnpasienter med lange opphold vil være overrepresentert¹⁴. Dette betyr at blant døgnpasientene er det gruppen med de lengste døgnoppholdene og dermed de mest ressurskrevende pasientene denne studien i større grad omfatter. Denne kartleggingen, som tidligere ble gjennomført hvert femte år, er imidlertid ikke gjentatt siden 2012.

Behovet for tilbud ved utskrivning oppgis som andeler av alle pasientene i kartleggingen: 40 prosent har behov for poliklinisk kontakt med TSB etter

¹³ «Døgnpasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 20. november 2012», Ose S og Pettersen I, SINTEF 2014.

¹⁴ Sannsynligheten for å bli inkludert i en punkttelling øker proporsjonalt med varigheten av oppholdet.

utskrivning mens 19 prosent har behov for poliklinisk kontakt med psykisk helsevern for voksne, 17 prosent har behov for LAR og 13 prosent har behov for fortsatt døgntilbud. Det rapporteres også at det er få som ikke vil få de nødvendige spesialisthelsetjenester når de skrives ut fra døgntilbud.

Videre har en stor andel av pasientene behov for kommunale tjenester ved utskrivning. 62 prosent har behov for sosialtjeneste/NAV og ruskonsulent. 41 prosent av pasientene har behov for et kommunalt tilbud når de skrives ut fra døgntilbud i TSB. Kommunal bolig uten tilsyn er det tilbudet det er størst usikkerhet om og noen av årsakene til det er lav kapasitet eller at tilbudet ikke finnes i pasientens hjemkommune.

Omfanget av unødvendige innleggelser ble også kartlagt i pasientkartleggingen i 2012¹⁵. Omfanget ble estimert til 10 prosent av innleggelsene i TSB og forutsetningene for å kunne unngå innleggelse ble angitt å være kommunal bolig og andre kommunale tilbud. For mange pasienter med kommunale tilbud var dette imidlertid ikke tilstrekkelig for å unngå innleggelse. En betydelig andel av pasientene ble innlagt for avrusning som er en spesialisthelsetjeneste. Over 80 prosent av pasientene som ikke ble innlagt akutt, hadde stått på venteliste for behandling. Dette forklarer at en såpass begrenset andel av innleggelsene kunne vært unngått.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunalt psykisk helsearbeid for voksne i 2017

I rapporten «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017»¹⁶ som SINTEF har utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, kartlegges årsverk knyttet til psykisk helse- og rusarbeid i kommunene (IS-24/8). Brukerne av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er i følge veilederen fra Helsedirektoratet klassifisert i 3 ulike hovedforløp¹⁷. Årsverkene blir derfor blant annet fordelt etter grad av alvorlighet, og kommunene har rapportert på hvor tilfreds de er med tilbudet til de ulike gruppene av voksne.

Det ble i 2017 utført 11 534 årsverk i tjenestene for voksne. Flest årsverk gikk til boliger med fast personell (40 prosent). Videre gikk 25 prosent av årsverkene til behandling m.v, mens 21 prosent gikk til hjemmetjenester og

¹⁵ «Døgnpasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 20. november 2012», Ose S og Pettersen I, SINTEF 2014.

¹⁶ «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene», Ose S og Kaspersen S L, SINTEF 2017.

¹⁷ «Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne», IS-2076, Helsedirektoratet 2014.

ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 14 prosent av årsverkene var knyttet til ulike arbeids- og aktivitetstiltak.

10 prosent av årsverkene i tjenester til voksne gikk med til brukere med milde og kortvarige problemer, 27 prosent til brukere med kortvarige alvorlige problemer eller mildere langvarige problemer, mens 63 prosent gikk til brukere med alvorlige og langvarige problemer.

74 prosent av kommunene vurderte tilbudet til den første gruppen som svært godt/godt, mens 26 prosent som dårlig/svært dårlig. For den andre gruppen var tallene 71 og 29. For gruppen med alvorlige langvarige problemer vurderer 59 prosent av kommunene tilbudet som svært godt/godt, mens 41 prosent som dårlig/svært dårlig. Det er særlig kommuner over 50 000 innbyggere (16 prosent) og kommuner med 20 000 til 50 000 innbyggere (27 prosent) som rapporterer lav andel med godt/svært godt tilbud for gruppen med størst problemer.

I tillegg er tema knyttet til utfordringer med dagens tilbud til ulike brukergrupper, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kommunenes vurdering av dette samarbeidet beskrevet i rapporten.

Rapporten bygger på spørreskjema innhentet fra kommunene, og omfatter ikke data om brukerne. Den gir derfor ikke nærmere informasjon om kjennetegn ved brukergruppen.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn/unge i 2017

Rapporten¹⁸ viser at i 2017 var det 3 099 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, siste år med en vekst på nær 8 prosent. Nær halvparten (48 prosent) av årsverkene er rettet mot milde og kortvarige problemer (hovedløp 1), 34 prosent mot kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarig mildere problemer/lidelser (hovedløp 2) og 18 prosent mot alvorlige langvarige problemer/lidelser. Kommunene har vurdert tilbudet til barn og unge i forhold til alvorlighetsgrad, og det er spesielt i forhold til alvorlige problemer/lidelser at kommunene rapporterer lavest tilfredshet (41 prosent av kommunene vurderer tilbudet for hovedløp 3 som godt/svært godt, mens 19 prosent vurderer det som dårlig/svært dårlig). Det er spesielt de største kommunene som rapporterer om at tilbudet til barn og unge var godt/svært godt.

I tillegg er tema knyttet til utfordringer med dagens tilbud til ulike brukergrupper, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kommunenes vurdering av dette samarbeidet beskrevet i rapporten. For gruppen barn og

¹⁸ «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene», Ose S og Kaspersen S L, SINTEF 2017.

unge sees det spesielt på oppfølging av denne gruppa, grad av tilrettelegging for barn og unge med psykiske vansker/lidelser, grad av rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid og overordnet handlingsplan og strategi for arbeidet med utsatte barn og unge.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2017 – med fokus på rusbehandling

Hovedforløp 3 omfatter som nevnt alvorlige langvarige problemer/lidelser, hvor medikament- eller rusmiddelavhengighet inngår som en tilstand. Dette er tilstander hvor det er behov for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Fra kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid¹⁹ oppgir kommunene at 60 prosent av årsverkene i kommunene er relatert til denne pasientgruppen. 7 prosent av kommunene oppgir at tilbudet til denne gruppen er dårlig og til tross for flere årsverk er ikke denne andelen økt fra 2016-2017. 40 prosent av kommunene oppgir at det er flere årsverk innen rusarbeid i 2017. 21 prosent av kommunene oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for pasientene med alvorlige rusproblemer og dette gjelder både små og store kommuner. Det er særlig de store kommunene som har kjennskap til opptrappingsplanen for rusfeltet og det er trolig også disse kommunene som har meldt interesse med hensyn til å få sin andel av opptrappingsmidlene.

Bruk av fastlege og legevakt for pasienter med p-diagnoser

Det har i regi av Samdata Kommune blitt utarbeidet data for bruk av fastlege og legevakt for pasienter med psykiske vansker/lidelser (p-diagnoser) (Kuhr-data). I 2016 (ikke publiserte tall) var 6,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen (73 576 pasienter) i kontakt med fastlegen og 0,4 prosent (4 078 pasienter) i kontakt med legevakt for et psykisk helseproblem (pasienter med minst en p-diagnose). Gutter utgjorde 56,5 prosent og jenter 43,5 prosent hos fastlege, mens jentene var i flertall hos legevakt (56,4 prosent).

Konsultasjoner knyttet til hyperkinetiske forstyrrelser (P81) og atferdsforstyrrelser (P10-13, P22, P23) utgjorde de største diagnosekategoriene når barn og unge oppsøkte fastlegen for et psykisk helseproblem i 2016. I tillegg utgjorde psykiske symptomer (P29, P01, P03) en relativt stor andel av konsultasjonene. Blant jenter genererte konsultasjoner knyttet til psykiske symptomer, atferdsforstyrrelser, nevrotiske lidelser (P02, P74, P75, P78, P79, P82) og affektive lidelser (P73, P76) det største volumet, mens for gutter var det knyttet flest konsultasjoner til hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser. Hos legevakt utgjorde konsultasjoner

¹⁹ «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene», Ose S og Kaspersen S L, SINTEF 2017.

knyttet til nevrotiske lidelser og ruslidelser de største gruppene i tillegg til psykiske symptomer.

Antall barn og unge (0-17 år) i kontakt med fastlegen (p-diagnoser) økte med 26 prosent fra 2010 til 2016. Antall konsultasjoner knyttet til p-diagnoser økte med 36 prosent i samme periode. Korrigert for befolkningsutviklingen var økningen på henholdsvis 25 prosent og 34 prosent. Konsultasjoner knyttet til nevrotiske lidelser og psykiske symptomer på angst og depresjon (P01, P03) utgjorde en større andel av konsultasjonene i 2016 enn i 2012. Det er en klart større vekst i konsultasjoner blant jenter både hos fastlege og ved legevakt enn for gutter i perioden.

Brukerplan for mottakere med rus- og psykiske problemer

Brukerplan er et verktøy for kartlegging av tjenestemottakere med rus- og psykiske problemer i kommunene. I følge rapporten «Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. Brukerplan – Årsrapport 2016»²⁰ deltok 219 kommuner i kartleggingen. Disse dekker 63 prosent av befolkningen 18 år og over.

Kvinneandelen i psykisk helsefelt var 62 prosent. Alder i gjennomsnitt var 44 år.

Levekårsindeksen viser at to prosent er på blålys og 24 prosent i rød kategori. Bosituasjonen er meget bra for mottakere i psykisk helsefelt, og kun én prosent er bostedsløse, og 87 prosent har permanent bolig. Mottakerne skårer mindre bra på området meningsfull aktivitet, hvor andel rød er 18 prosent og psykisk helse har 16 prosent med rød skåre. Områdene fysisk helse, økonomi og sosialt nettverk har lave andeler på rødt.

Individuell plan (IP) bruktes i liten grad blant mottakere i psykisk helsefelt, og bare åtte prosent hadde IP. Andre planer er langt mer vanlig, og ble omfattet av 41 prosent. En andel på 20 prosent hadde ansvarsgruppe.

En andel på 12 prosent av alle mottakere hadde vært i en situasjon med vold eller trusler om vold. Ni prosent av mottakerne har vært i en risikosituasjon for selvmord, enten med selvmordsforsøk eller en situasjon med fare for selvmord.

De vanligste tjenestene fra kommunale helse- og omsorgstjenester var fastlege med 94 prosent og psykisk helsearbeid med 72 prosent. En andel på 21 prosent hadde kommunal bolig. I gjennomsnitt får mottakerne litt over tre tjenester per person fra kommunen.

²⁰ <https://brukerplan.no/SUS-brukerplan16dig22.05.pdf>

Halvparten av mottakerne får varig trygd fra NAV, og godt over en tredjedel får midlertidig trygd. I gjennomsnitt får mottakerne i underkant av to tjenester per person fra NAV.

En andel på 42 prosent hadde hatt minst én tjeneste i psykisk helsevern. Av dette var polikliniske tjenester vanligst med 74 prosent, mens 24 har vært i døgnbehandling. Somatiske tjenester omfattet 23 prosent av mottakerne.

Ressurskrevende pasienter i pleie og omsorg – omfang og kostnader

Rapporten om toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester er skrevet på oppdrag fra KS.²¹ Bakgrunnen for ordningen som ble etablert i 2004 var at kommunene hadde fått ansvar for ulike brukergrupper som tidligere ble gitt tilbud på et annet forvaltningsnivå (HVPU-reformen, nedleggelse av institusjonsplasser i psykiatrien og økte muligheter for avansert medisinsk behandling på laveste nivå i behandlingskjeden). I rapporten pekes det på hvem de ressurskrevende brukerne i kommunene er, og her ser man at den store gruppen av ressurskrevende brukere er psykisk utviklingshemmede, men at også psykiatri og rus er en voksende gruppe. De diagnoser og lidelser som dominerer blant de ressurskrevende brukerne er psykisk utviklingshemmede, brukere med autisme, kognitiv svikt, psykiske lidelser/rus og fysisk funksjonsnedsettelse. Barn og unge med store behov, som er i barnehage, skole og SFO vil påføre kommunene ekstra kostnader innenfor disse sektorene. De økte utgiftene er knyttet til spesialundervisning i grunnskole og assistentressurser i SFO. Regresjonsanalyser basert på data fra 2013 indikerer at en ekstra ressurskrevende bruker i alderen 0-15 år øker utgiftene i grunnskolen med om lag 1,2 millioner kroner og utgiftene i SFO med 117.000 kroner.

²¹ «Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader», Borge et. al, SØF-rapport nr. 01/15.

3. Oppdaterte data og indikatorer

Somatisk virksomhet ved sykehus

Analysen tar utgangspunkt i pasientdata for somatisk sykehustjenester fra Norsk pasientregister. Hver episode (opphold eller konsultasjon) kan knyttes til en pasient og hver episode er kategorisert i en gruppe (DRG) med tilhørende vekt basert på kostnadsberegninger. Det er derfor mulig å aggregere antall episoder og sum ressursbruk (sum vektor DRG) per pasient. Vi har kategorisert pasientene i 10 grupper etter sum ressursbruk per pasient per år (2017)²². Pasientgruppe 1 omfatter de 10 prosent av pasientene som har minst ressursbruk mens pasientgruppe 10 består av de 10 prosent som har høyest ressursbruk.

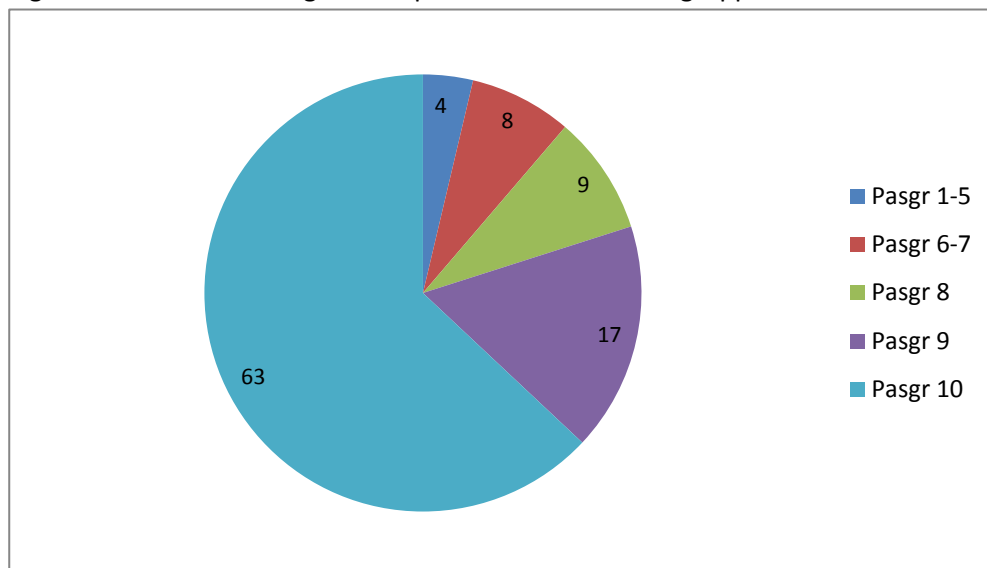
Figur 3.1 viser fordelingen av ressursene (DRG-poeng) i 2017 for alle pasientgruppene. Alle pasienter som har vært innom den somatiske sykehustjenesten er inkludert, uavhengig av om episoden var en innleggelse eller en poliklinisk kontakt. Figur 3.2 viser hvordan ressursene er fordelt etter omsorgsnivå for de 10 prosent med høyest ressursbruk.

I 2017 brukte de ti prosent av pasientene med høyest ressursbruk omlagt 63 prosent av ressursene (DRG-poeng), omtrent sammen nivå som i 2014 (64 prosent). Som vi ser av figur 3.1 brukte de 50 prosent med lavest ressursbruk 4 prosent av ressursene. Disse pasientene har i gjennomsnitt 1,7 polikliniske episode og har i liten grad vært innlagt på sykehus i 2017. Dersom man kun ser på de fem prosent av pasientene med høyest ressursbruk stod disse for 46 prosent av ressursene og 20 prosent av episodene (dette fremgår ikke av figuren).

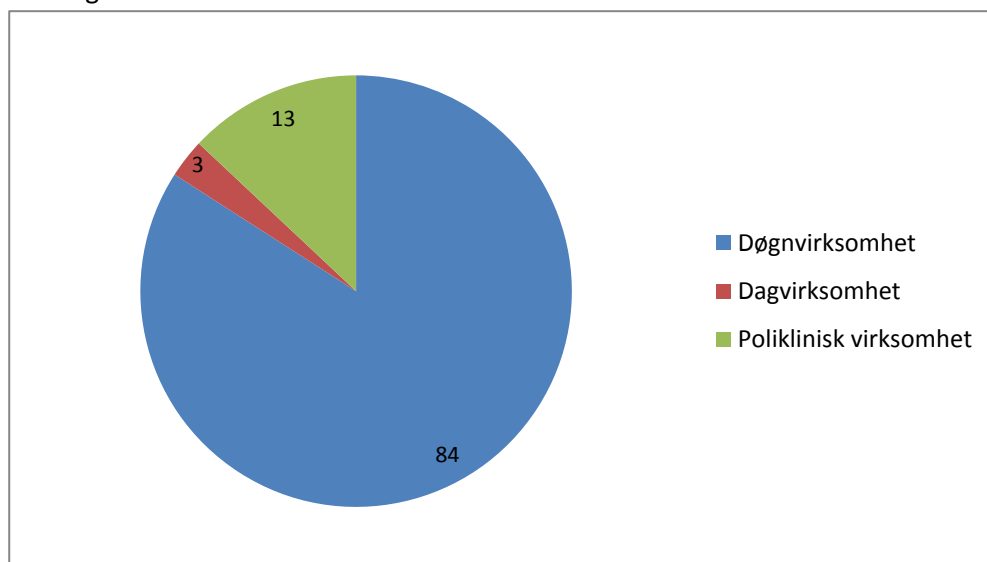
Innad i gruppen pasienter med omfattende bruk av tjenester (høy ressursbruk) gikk 84 prosent av ressursene til døgnbehandling og 16 prosent til dag- og poliklinisk oppfølging. Tilsvarende gikk 72 prosent av ressursene til døgnbehandling og 28 prosent av ressursene til dag- og poliklinisk behandling dersom vi inkluderer alle pasientene i de ti gruppene.

²² Aktivitet hos avtalespesialister er ikke inkludert.

Figur 3.1 Ressursfordeling for alle pasientene inndelt i ti grupper i 2017.



Figur 3.2 Ressursfordeling innad i gruppen med høyest ressursbruk etter omsorgsnivå i 2017.



For *alle pasienter* hadde nær fire prosent ett eller flere opphold i løpet av 2017 som var registrert som utskrivningsklart²³. For pasientgruppen med omfattende bruk av tjenester var denne andelen på 25 prosent. 65 prosent av alle utskrivningsklare pasienter var blant de ti prosent med høyest ressursbruk. Snevres dette inn til de 5 prosent med høyest nivå hadde 32 prosent ett eller flere opphold som var registrert som utskrivningsklart. Videre i dette kapitlet vil vi ha fokus på de ti prosent av pasientene med høyest ressursbruk (mest omfattende bruk av tjenester).

Tabell 3.1 viser nøkkeltall for de ti prosent med høyest ressursbruk, de resterende 90 prosentene og totalt for alle pasientene. Tabellen viser antall

²³ Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning.

pasienter, episoder og ressursbruk totalt og inndelt etter døgn-, dag- og poliklinisk virksomhet²⁴. Innen døgn-, dag- og poliklinisk virksomhet viser tallene i denne tabellen hvor mange av pasientene som hadde opphold innen de tre respektive kategoriene. Dersom en pasient har mottatt behandling innen mer enn en kategori, for eksempel både for døgnbehandling og poliklinisk virksomhet, vil denne pasienten bli telt én gang i hver kategori. For opphold/konsultasjon per pasient viser tabellen antall opphold/konsultasjon i gjennomsnitt for alle i gruppen med høyest ressursbruk, øvrige pasienter og for pasienter totalt.

I 2017 hadde pasientgruppen med høyest ressursbruk om lag 30 prosent av episodene, tilsvarende som i 2014. Ikke uventet hadde denne pasientgruppen en stor andel av døgnoppholdene. Av alle døgnopphold hadde pasientene med høyest ressursbruk 53 prosent av oppholdene, tilsvarende tall for dagbehandling og poliklinikk²⁵ var på henholdsvis 23 og 28 prosent. De brukte 73 prosent av døgnbehandlings-ressursene, 24 prosent av dagbehandlings-ressursene og nær 42 prosent av ressursene knyttet til poliklinisk behandling.

For pasientgruppen med høyest ressursbruk hadde 95 prosent ett eller flere døgnopphold, mens nær 90 prosent hadde hatt én eller flere polikliniske konsultasjoner. De hadde i gjennomsnitt over 2,2 døgnopphold, og 0,4 dagbehandlinger og 8,6 polikliniske konsultasjoner (nevner i brøken er alle pasienter i gruppen med høyest ressursbruk).

Hver episode var i gjennomsnitt mer ressurskrevende for pasientgruppen med høyest ressursbruk enn for andre pasienter, særlig for døgnoppholdene. De hadde i gjennomsnitt lengre sykehusopphold enn øvrige pasienter. I gjennomsnitt lå de 5,5 dager på sykehus, mens de øvrige pasientene lå i gjennomsnitt 2,8 dager. Median for disse to gruppene var henholdsvis 3 og 2 dager.

Gruppen av pasienter med høyest ressursbruk hadde 69 prosent av alle liggedøgn på sykehus. Andelen kirurgiske episoder var på 33 prosent for denne pasientgruppen, mot 19 prosent for de 90 prosent resterende pasientene²⁶. For døgnbehandling var hvert opphold for pasientgruppen med høyest ressursbruk 2,4 gang mer ressurskrevende enn for de øvrige pasientene. På pasientnivå var gruppen med høyest ressursbruk over 5 ganger mer ressurskrevende enn de resterende pasienter.

²⁴ I dagvirksomhet inkluderes dagkirurgi og medisinsk dagbehandling. I medisinsk dagbehandling inngår pasienter som er registrert som innlagt, men som ikke ligger på sykehus over døgnskille. Kjemoterapi, strålebehandling og dialyse inngår som poliklinisk aktivitet.

²⁵ Aktivitet hos avtalespesialistene er ikke inkludert.

²⁶ Andel av totale døgnopphold for henholdsvis pasienter med høyest ressursbruk og for de resterende pasientene.

Tabell 3.1 Nøkkeltall for ressursbruk blant de med høyest ressursbruk og øvrige pasienter ved somatiske sykehustjenester i 2017.

	10 prosent med høyest ressursbruk	Øvrige pasienter	Pasienter totalt
Antall pasienter totalt	196 337	1 767 027	1 963 364
Antall episoder totalt	2 200 916	5 060 000	7 260 916
Andel av alle episoder	30,3	69,7	100
Sum DRG-poeng	941 695	552 944	1 494 638
Andel DRG-poeng	63	37	100
Døgnvirksomhet			
Antall døgnpasienter	185 930	352 343	538 273
Antall døgnopphold	428 073	380 620	808 693
Sum DRG-poeng	791 819	291 510	1 083 330
Andel av totale dag DRG-poeng	73	27	100
DRG-indeks per opphold	1,85	0,77	1,34
DRG-indeks per pasient	4,26	0,83	2,01
Sum liggedager	2 367 100	1 057 964	3 425 064
Andel liggedager av totalt	69	31	100
Gjennomsnittlig liggetid	5,5	2,8	4,2
Median liggetid	3	2	3
Antall døgnopphold per pasient	2,2	0,2	0,4
Dagvirksomhet			
Antall dagpasienter	47 041	227 498	274 539
Antall dagepisoder	76 966	261 508	338 474
Sum DRG-poeng	27 415	88 925	116 341
Andel av totale dag DRG-poeng	24	76	100
DRG-indeks per opphold	0,36	0,34	0,34
DRG-indeks per pasient	0,58	0,39	0,42
Antall dagopphold per pasient	0,4	0,1	0,2
Poliklinisk virksomhet			
Antall polikliniske pasienter	175 481	1 620 679	1 796 160
Antall polikliniske konsultasjoner	1 695 877	4 417 872	6 113 749
Sum DRG-poeng	122 460	172 508	294 968
Andel av totale poliklinisk DRG-poeng	42	58	100
DRG-indeks per opphold	0,07	0,04	0,05
DRG-indeks per pasient	0,70	0,11	0,16
Konsultasjoner per pasient	8,6	2,5	3,1

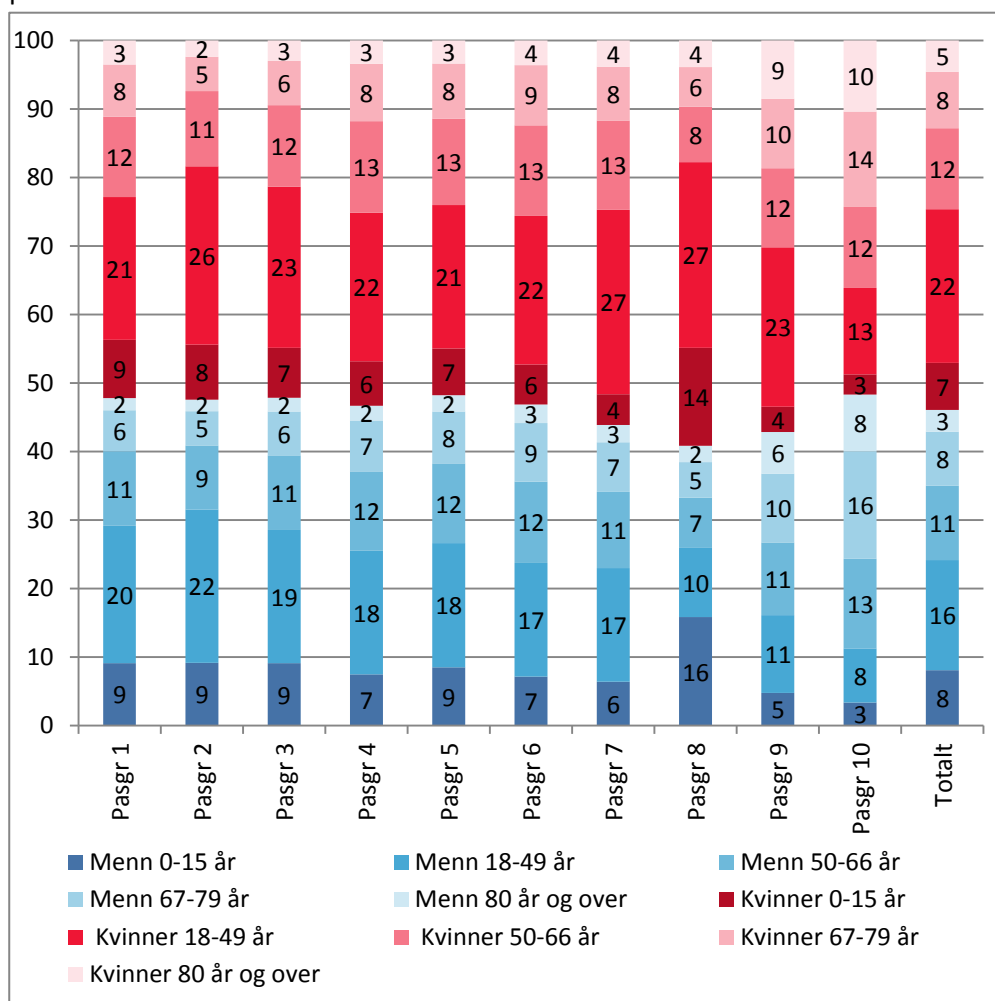
Den relativt høye ressursbruken for poliklinisk aktivitet²⁷ for gruppen med høyest ressursbruk er knyttet til poliklinisk kjemoterapi (i hovedsak i kreftbehandling). Poliklinisk kjemoterapi er mer ressurskrevende enn en gjennomsnittlig poliklinisk konsultasjon. De ti prosent av pasientene med høyest ressursbruk stod for 93 prosent av episodene for all poliklinisk kjemoterapi og 94 prosent av ressursene. Nær 30 prosent av ressursene i poliklinisk behandling for denne pasientgruppen gikk til kjemoterapi i 2017. Tilsvarende for de øvrige pasientene var 1,2 prosent. For polikliniske aktivitet var hver episode for pasienter med omfattende bruk av tjenester nesten dobbelt så ressurskrevende som for de øvrige pasientene. På pasientnivå var hver polikliniske pasient som er kategorisert inn under gruppen med høyest ressursbruk over 6,5 ganger så ressurskrevende som de resterende pasientene.

Inndeling etter alder og kjønn

Figur 3.3 viser inndeling etter alder og kjønn for alle pasientgruppene og for alle pasientene totalt. I 2017 var gjennomsnittsalderen for gruppen med høyest ressursbruk (pasientgruppe 10) på 60 år, henholdsvis 60 år for menn og 59 år for kvinner. I overkant av 48 prosent var menn og nær 52 prosent var kvinner. I pasientgruppen med høyest ressursbruk var 30 prosent av pasientene i alderen 67 til 79 år. Fra 2014 til 2017 var det en økning på ca. 2 prosentpoeng for denne aldersgruppen. Befolkningsveksten i aldersgruppen var på 1 prosentpoeng i den samme perioden. Andel pasienter over 80 år var på 19 prosent i 2017, likt som i 2014. Pasienter i alderen 67 år og eldre utgjorde nær 50 prosent av pasientene blant de med høyest ressursbruk. Som andel av befolkningen er aldersgruppen 67 år og eldre på 15 prosent.

²⁷ Kjemoterapi, strålebehandling og dialyse inngår som poliklinisk aktivitet.

Figur 3.3 Fordeling etter kjønn og alder for alle pasientgruppene og totalt for alle pasienter i 2017.



Figurnote: Pasientgruppe 1 omfatter de med lavest ressursbruk og pasientgrupper 10 de med høyest ressursbruk.

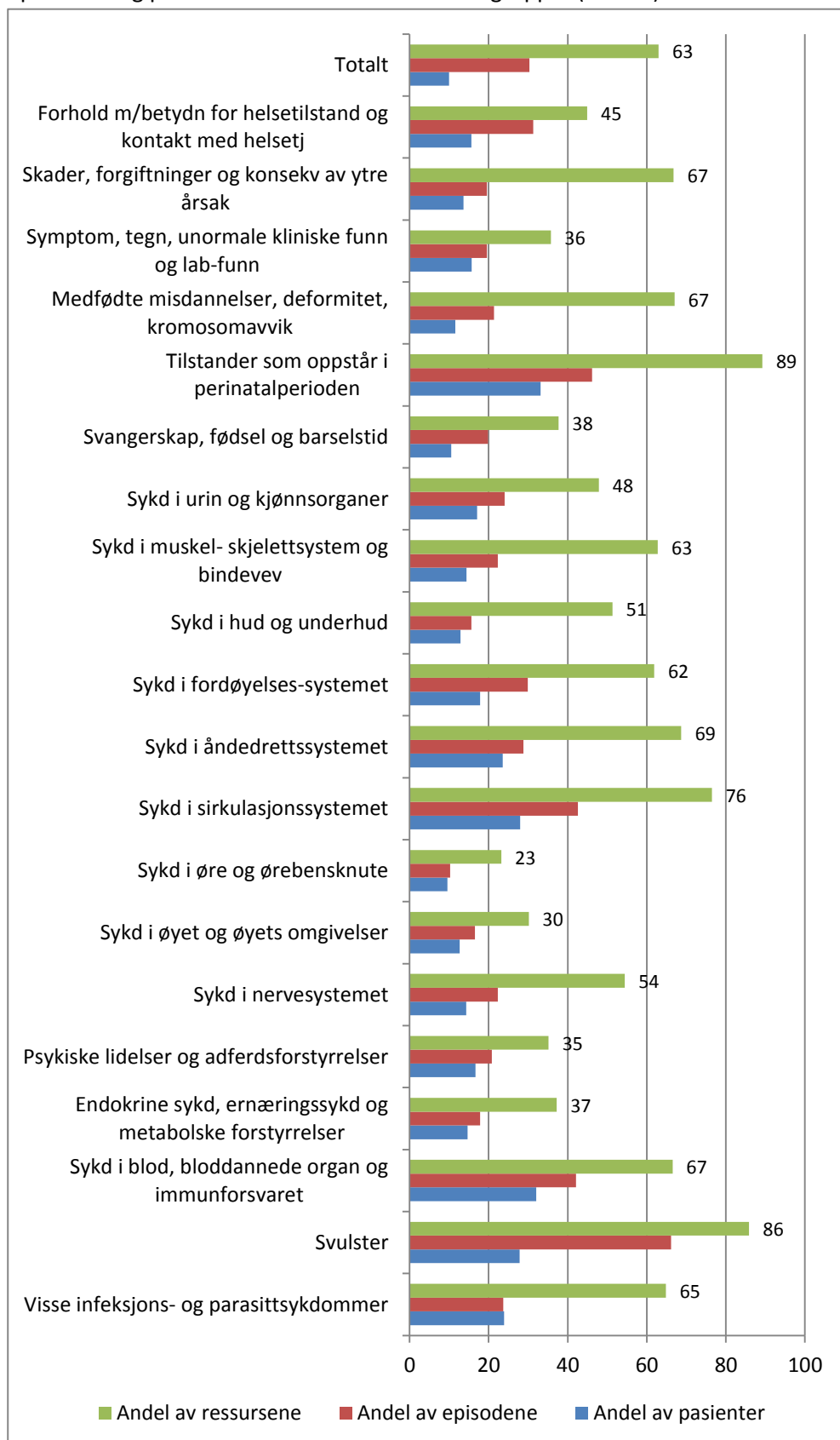
Inndeling etter hovedtilstand i henhold til ICD-10²⁸

Figur 3.4 viser hvor stor andel av ressursene, episodene og pasientene de 10 prosent med høyest ressursbruk hadde i de ulike hovedtilstandsgruppene. I disse analysene kan én og samme pasient være telt mer enn en gang dersom han/hun i løpet av året har blitt registrert i mer enn én hovedtilstandsgruppe. Pasientgruppen med høyest ressursbruk er oftere eldre multisyke pasienter, som kan ha episoder registrert med diagnoser som faller inn under flere av disse hovedkategoriene. I 2017 var de med høyest ressursbruk registrert i gjennomsnitt i 2,9 hovedtilstandsgrupper²⁹. Figur 3.5 viser hvordan ressursene og episodene er fordelt innad i gruppen pasienter med omfattende bruk av tjenester.

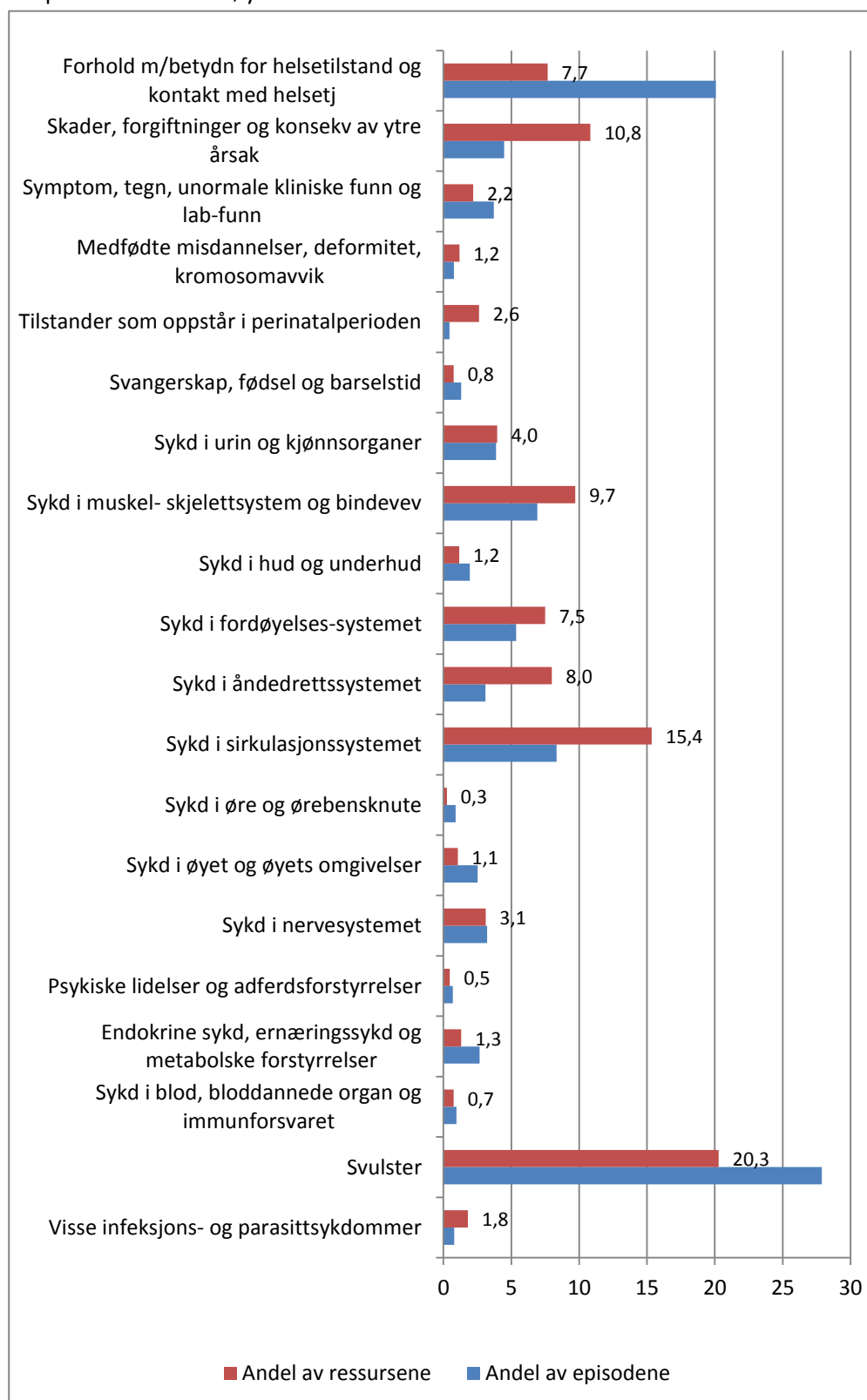
²⁸ ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (WHO).

²⁹ Dette gjør at selv om pasienter med omfattende bruk av tjenester i vår definisjon utgjør ti prosent av pasientene, så vil andel pasienter innen flere av tilstandsgruppene overstige ti prosent.

Figur 3.4 Pasientene med høyest ressursbruk (10 prosent) sin andel av ressursene, episodene og pasientene innad i hovedtilstandsgrupper (ICD-10) i 2017.



Figur 3.5 Fordeling av episoder og ressurser etter hoveddiagnosegrupper (ICD-10) for pasientene med høyest ressursbruk i 2017.



Pasientgruppen med høyest ressursbruk stod for 86 prosent av den totale ressursbruken innen hovedtilstanden «svulster», mens innad i gruppen

pasienter med omfattende bruk av tjenester sto «svulster» for 20 prosent av ressursene. I 2014 utgjorde «svulster» 19 prosent av DRG-poengene for de 10 prosent mest ressurskrevende. De med høyest ressursbruk stod for 76 prosent av de totale ressursene innad i hovedtilstanden «Sykdommer i sirkulasjonssystemet», og omtrent to tredjedeler av ressursene innen hovedtilstandene «skader, forgiftninger og konsekvens av ytre årsak», «sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev» og «sykdommer i åndedrettssystemet». Disse fire hovedtilstandene sto for 44 prosent av ressursbruken innad i gruppen pasienter med omfattende bruk av tjenester.

Pasientene med høyest ressursbruk sin ressursandel i hovedtilstanden «Tilstander som oppstår i perinatal-perioden» var på 89 prosent. Denne kategorien pasienter utgjør en relativ liten gruppe i antall pasienter og episoder, og som vi ser av figur 3.5 står denne hovedkategorien pasienter for en liten del av ressursbruken innad i gruppen med høyest ressursbruk.

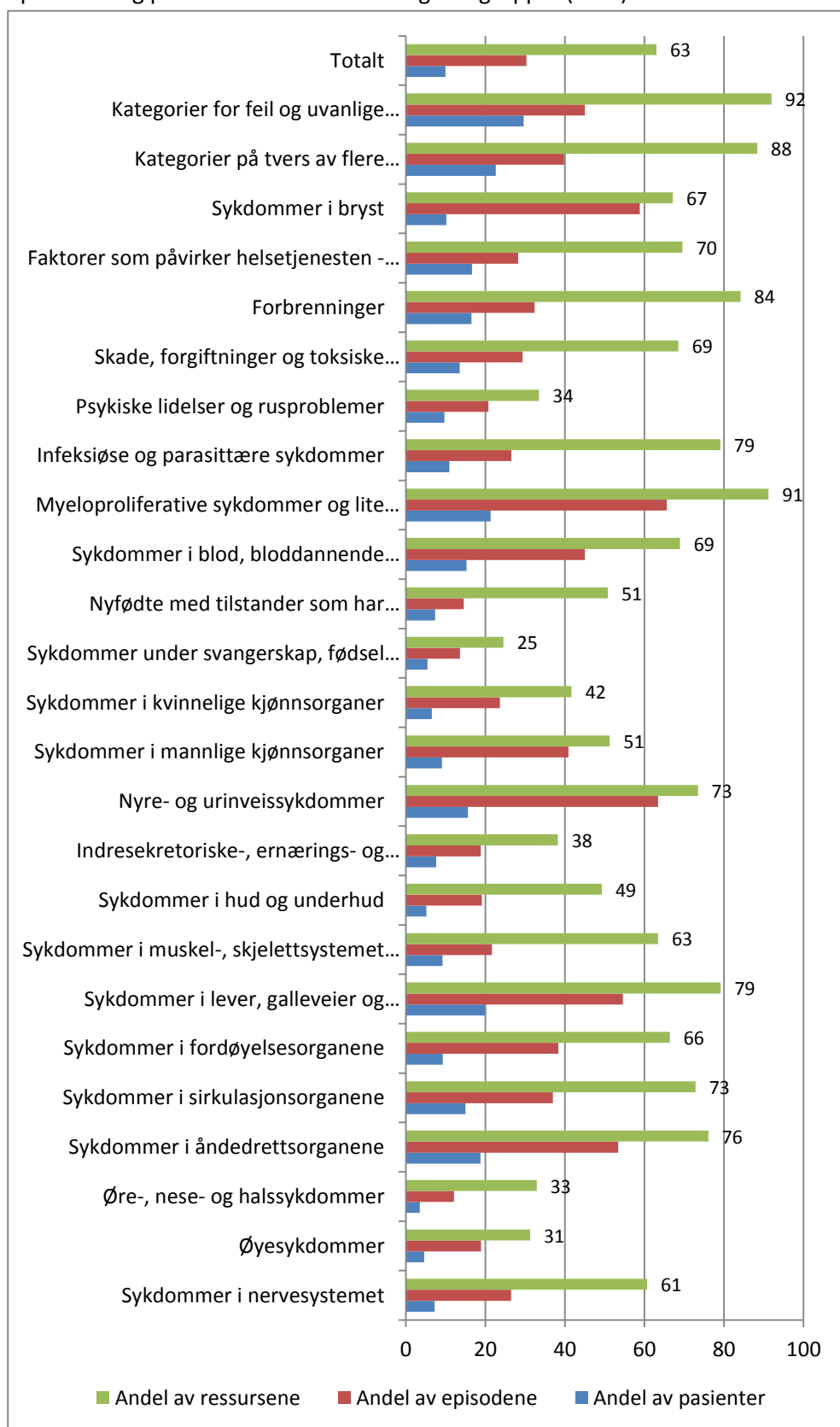
Inndeling etter hoveddiagnosegruppene i DRG-systemet (HDG)

I forrige avsnitt ble pasientene fordelt etter hovedklassifiseringen ICD-10. Nedenfor fordeles pasientene i henhold til hoveddiagnoseklassifiseringen (HDG) i DRG-systemet. Det er stort sammenfall mellom de to klassifiseringssystemene, men det er også noen forskjeller. HDG- grupperingen i DRG-systemet er i hovedsak systematisert etter organ for behandling. Som eksempel er kreftpasienter i stor grad klassifisert etter hvilket organ sykdommen er lokalisert i, mens dette er kategorisert i gruppen «svulster» i ICD-10. Et annet eksempel er at pasienter behandlet for hjerneinfarkt kommer i kapitlet for «sykdommer i sirkulasjonsorganene» i ICD-10, mens denne gruppen er gruppert til «sykdommer i nervesystemet» i DRG-systemet.

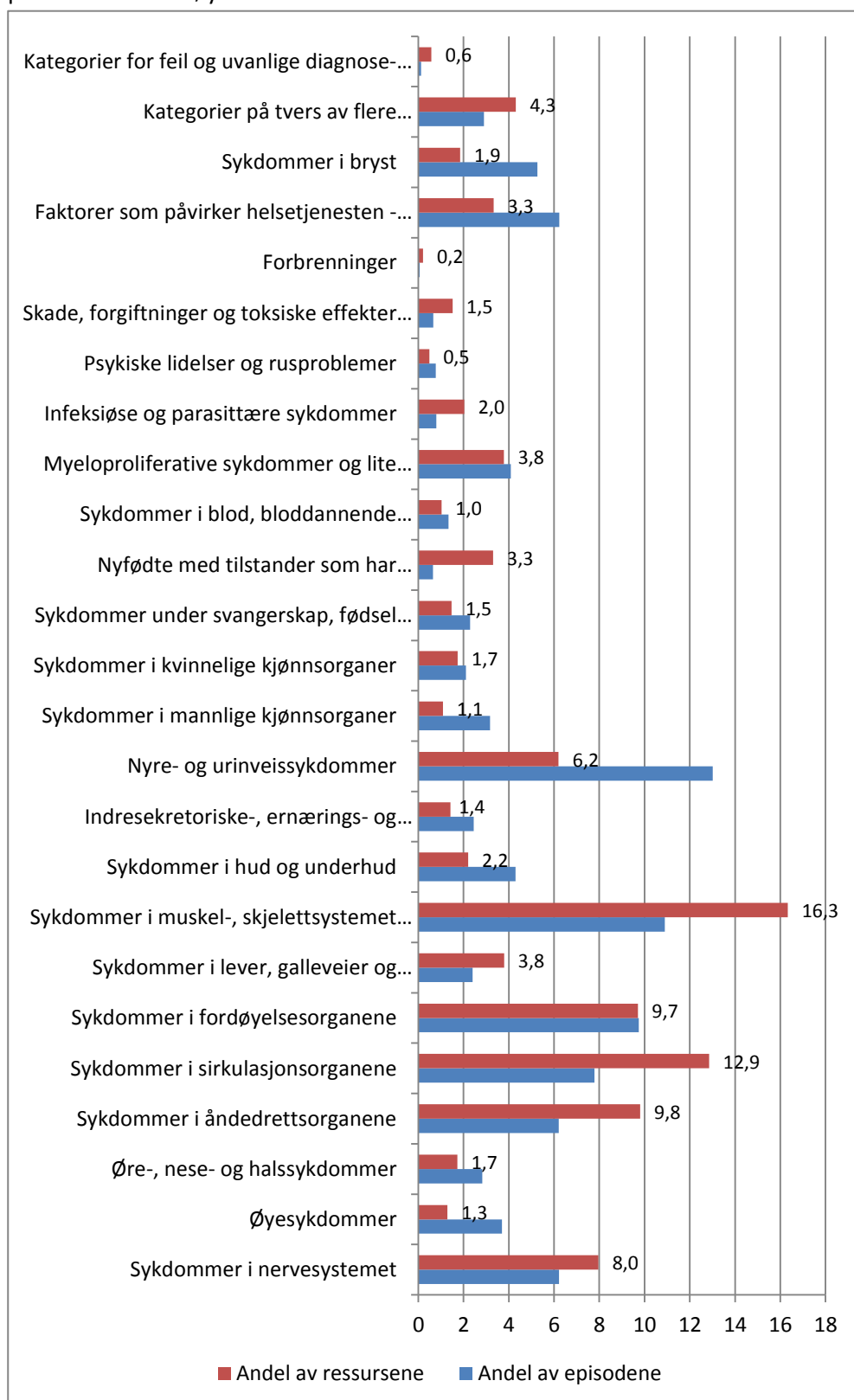
Figur 3.6 viser hvor stor andel av ressursene, episoder og pasientene de ti prosent av pasientene med høyest ressursbruk sto for i de ulike HDG-ene i DRG-systemet. På sammen måte som for hovedtilstandsgruppene i ICD-10 vil en pasient kunne ha episoder innen mer enn en av HDG-ene. I 2017 var pasientene i gruppen med høyest ressursbruk registrert i gjennomsnitt i 2,8 HDG-er³⁰. Figur 3.7 viser hvordan ressursene og episodene er fordelt innad i gruppen pasienter med omfattende bruk av tjenester.

³⁰ Dette gjør at selv om pasienter med omfattende bruk av tjenester i vår definisjon utgjør ti prosent av pasientene, så vil andel pasienter innen flere av tilstandsgruppene overstige ti prosent.

Figur 3.6 Pasientene med høyest ressursbruk (10 prosent) sin andel av ressursene, episodene og pasientene etter hoveddiagnosegrupper (HDG) i 2017.



Figur 3.7 Fordeling av episoder og ressurser etter hoveddiagnosegruppe (HDG) for pasientene med høyest ressursbruk i 2017.



Blant gruppen med omfattende bruk av tjenester var den høyeste ressursbruken knyttet til «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev», «Sykdommer i sirkulasjonsorganene», «Sykdommer i åndedrettsorganene», «Sykdommer i fordøyelsesorganene» og «Sykdommer i nervesystemet», se

figur 3.7. Den aktuelle pasientgruppens ressursandel innen disse fem HDG-ene lå mellom 61 prosent og 76 prosent, som vist i figur 3.6.

Innen HDG «Sykdommer i fordøyelsesorganene» var 41 prosent av ressursene knyttet til en kreft-tilstand³¹. For HDG «Sykdommer i åndedrettsorganene» og HDG «Sykdommer i nervesystemet» var denne andelen på henholdsvis 22 prosent og 16 prosent.

Pasienter registrert som utskrivningsklare

De to største hoveddiagnosegruppene for utskrivningsklare pasienter innen gruppen pasienter med omfattende bruk av tjenester var «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev» og «Sykdommer i åndedrettsorganene». Av de nær 49 000 utskrivningsklare pasientene i denne gruppen var henholdsvis 21 prosent og 15 prosent diagnostisert innen disse to hovedgruppene³². Omtrent 27 prosent av de utskrivningsklare pasientene i gruppen med høyest ressursbruk ble diagnostisert innen «Sykdommer i sirkulasjonsorganene», «Nyre- og urinveissykdommer» eller «Sykdommer i fordøyelsesorganene» (omtrent 9 prosent i hver av HDG-ene).

Psykisk helsevern

Helsedirektoratet publiserte i 2011 rapporten "Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne 2009" (Helsedirektoratet 2011).

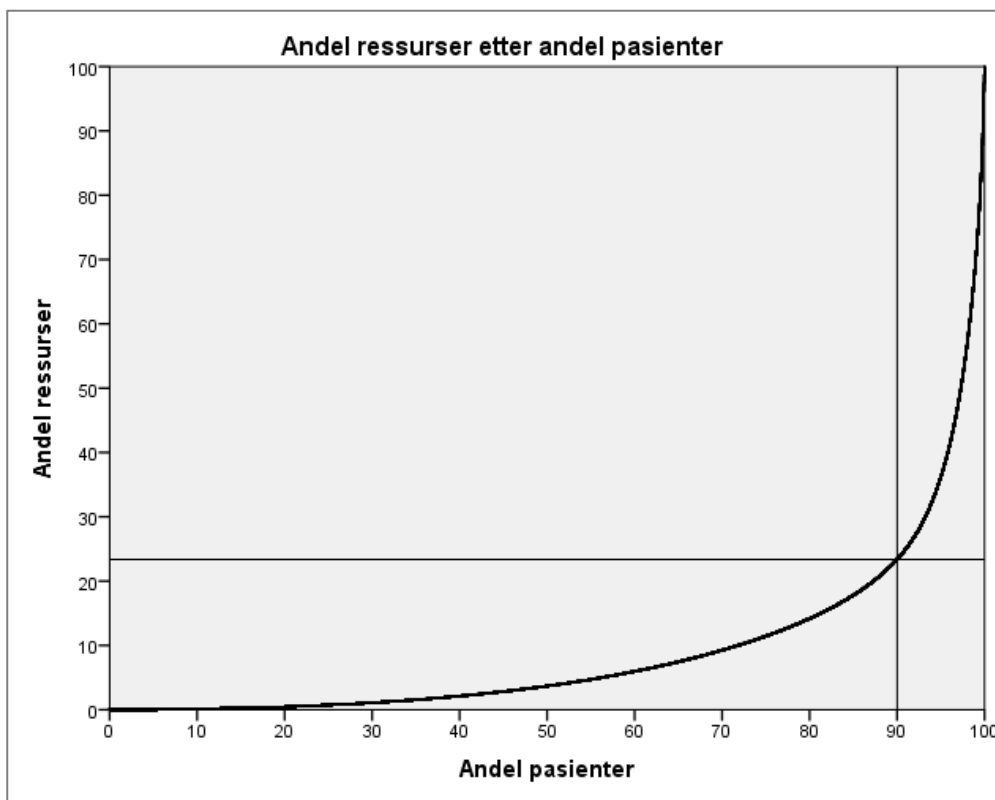
I rapporten ble det beregnet en felles enhetskostnader per oppholdsdøgn ved sykehus, per oppholdsdøgn ved andre institusjoner, per oppholdsdag (dagpasienter), per poliklinisk konsultasjon og per konsultasjon hos avtalespesialister. Ved å multiplisere disse enhetskostnadene med antall oppholdsdøgn, oppholdsdager og konsultasjoner den enkelte pasient har mottatt, kan ressursinnsats for den enkelte pasient beregnes. Vi har nå beregnet en tilsvarende fordeling basert på forbruksmønster og enhetskostnader i 2016. Fordelingen er vist i figur 3.8. Pasientene er ordnet etter hvilken andel av ressursene til tjenestene de mottar. Den bøyde linjen i figuren viser med andre ord hvilken andel av ressursene ulike andeler av pasientene mottar.

I figuren har vi tegnet inn en linje ved persentil 90 for andel pasienter (dvs. at 90 prosent av pasientene befinner seg til venstre for linjen). Vi har i tillegg trukket en horisontal linje som viser andelen av ressursene disse pasientene mottar. Denne viser at disse pasientene mottok 23,4 prosent av ressursene. De siste 10 prosent av pasientene mottar med andre ord 76,6 prosent av ressursene, eller drøyt $\frac{3}{4}$. Hvis vi i stedet benytter de 5 prosent mest ressurskrevende, blir andelen 63,8 prosent.

³¹ Definert gjennom hovedtilstandsgruppen «Svulster» i ICD 10.

³² Hoveddiagnose registrert på pasientens siste opphold.

Figur 3.8 Andel ressurser etter andel pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i 2016.



Ved kartleggingen i 2012 med 2009-data sto de 10 prosent mest ressurskrevende for 79,5 prosent av ressursbruken. Andelen ressurser for de med høyest ressursbruk har altså gått noe ned. Dette gjenspeiler at pasient-tallet totalt har økt, og at økningen i hovedsak har kommet ved poliklinikkene.

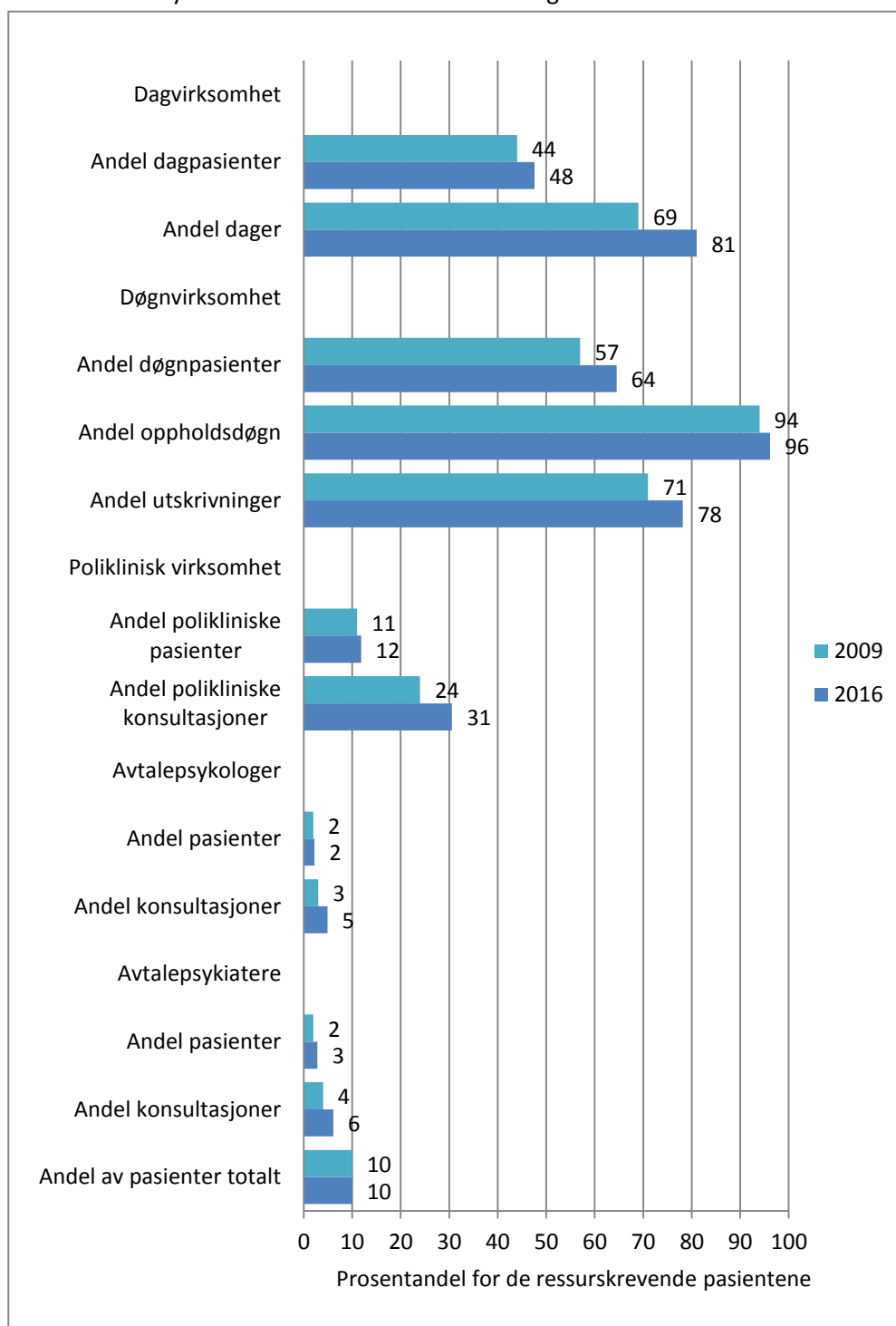
Pasienter og bruk av tjenester

Tabell 3.2 gir nøkkeltall for bruk av tjenester, for pasientene samlet, og fordelt på pasientgruppen med høyest andel ressurser og andre pasienter for 2009 og 2016. Figur 3.9 viser hvilken andel pasientene med omfattende bruk av tjenester står for innen ulike tjenester.

Tabell 3.2 Nøkkeltall for pasienter med høyest ressursbruk og andre pasienter.
 Psykisk helsevern for voksne i 2009 og 2016.

	2009			2016		
	Pasienter høyest ressursbruk	Øvrige pasienter	Totalt	Pasienter høyest ressursbruk	Øvrige pasienter	Totalt
Dagpasienter	1 596	2 005	3 601	856	942	1 798
Oppholdsdager	27 653	12 328	39 981	15 515	3 632	19 147
Prosent dagpasienter	10	1	2	4,4	0,5	0,9
Dager per dagpasient	17,3	6,1	11,1	18	4	11
Dager per pasient totalt	1,7	0,1	0,3	0,8	0,0	0,1
Døgnpasienter	15 393	11 675	27 068	17 302	9 526	26 828
Oppholdsdøgn	1 273 037	76 354	1 349 391	1 042 404	41 534	1 083 938
Utskrivninger	36 071	14 410	50 481	41 892	11 695	53 587
Prosent døgnpasienter	96,9	8,2	17,0	89,9	5,5	13,9
Døgn per døgnpasient	82,7	6,5	49,9	60,2	4,4	40,4
Utskrivninger per døgnpasient	2,3	1,2	1,9	2,4	1,2	2,0
Utskrivninger per pasient totalt	2,3	0,1	0,3	2,2	0,1	0,3
Gjennomsnittlig varighet per utskrivning	35,3	5,3	26,7	25	4	20
Polikliniske pasienter	11 996	96 084	108 080	16 694	124 529	141 223
Konsultasjoner med refusjon	271 330	868 376	1 139 706	487 917	1 107 387	1 595 304
Prosent polikliniske pasienter	75,5	67,2	68,1	86,7	71,9	73,3
Konsultasjoner per poliklinisk pasient	22,6	9,0	10,5	29,2	8,9	11,3
Konsultasjoner per pasient totalt	17,1	6,1	7,2	25,3	6,4	8,3
Pasienter hos psykolog	548	31 058	31 606	792	34 651	35 443
Konsultasjoner hos psykolog	10 669	389 709	400 378	21 606	417 750	439 356
Prosent pasienter hos psykolog	3,4	21,7	19,9	4,1	20,0	18,4
Konsultasjoner hos psykolog per pasient	19,5	12,5	12,7	27	12	12
Konsultasjoner per pasient totalt	0,7	2,7	2,5	1,1	2,4	2,3
Pasienter hos psykiater	331	14 273	14 604	524	17 892	18 416
Konsultasjoner hos psykiater	6 216	168 013	174 229	13 544	208 987	222 531
Prosent pasienter hos psykiater	2,1	10,0	9,2	2,7	10,3	9,6
Konsultasjoner per pasient hos psykiater	18,8	11,8	11,9	26	12	12
Konsultasjoner hos psykiater per pasient totalt	0,4	1,2	1,1	0,7	1,2	1,2
Andel pasienter totalt	10	90	100	10	90	100
N	15 890	142 909	158 799	19 256	173 311	192 567

Figur 3.9 Andel ressurser til ulike tjenester som går til de 10 prosent med høyest ressursbruk. Psykisk helsevern for voksne i 2009 og 2016.



I gruppen med høyest ressursbruk mottok i 2016 nær samtlige pasienter (90 prosent) døgnbehandling, mot 5,5 prosent blant de øvrige pasientene. Hver av de ressurskrevende døgnpasientene ble i snitt utskrevet 2,4 ganger, og hadde en samlet gjennomsnittlig varighet av oppholdene på 60 døgn, en nedgang fra 83 døgn i 2009. Øvrige døgnpasienter ble i snitt utskrevet 1,2 ganger, med en samlet varighet på 4,4 døgn. De ti prosent med høyest ressursbruk utgjorde 64 prosent av døgnpasientene, og sto for 78 prosent av

utskrivningene og 96 prosent av oppholdsdøgnene, som vist i fig 3.9. Andelene for de med høyest ressursbruk har økt noe fra 2009 til 2016.

Tabell 3.2 viser også at 87 prosent av pasientene med omfattende bruk av tjenester mottok i 2016 poliklinisk behandling, mot 76 prosent i 2009. I snitt mottok hver av disse pasientene 29 konsultasjoner i 2016, en økning fra 23 konsultasjoner i 2009. Øvrige polikliniske pasienter hadde i snitt 9 konsultasjoner både i 2009 og 2016. Gruppen med høyest ressursbruk sto i 2016 for 12 prosent av de polikliniske pasientene, men hele 31 prosent av konsultasjonene. Andelen konsultasjoner har økt fra 24 prosent i 2009.

Pasienter i gruppen med høyest ressursbruk mottar i liten grad tjenester fra privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Pasienter etter kjønn og alder

Tabell 3.3 viser den prosentvise fordelingen av pasienter etter kjønn.

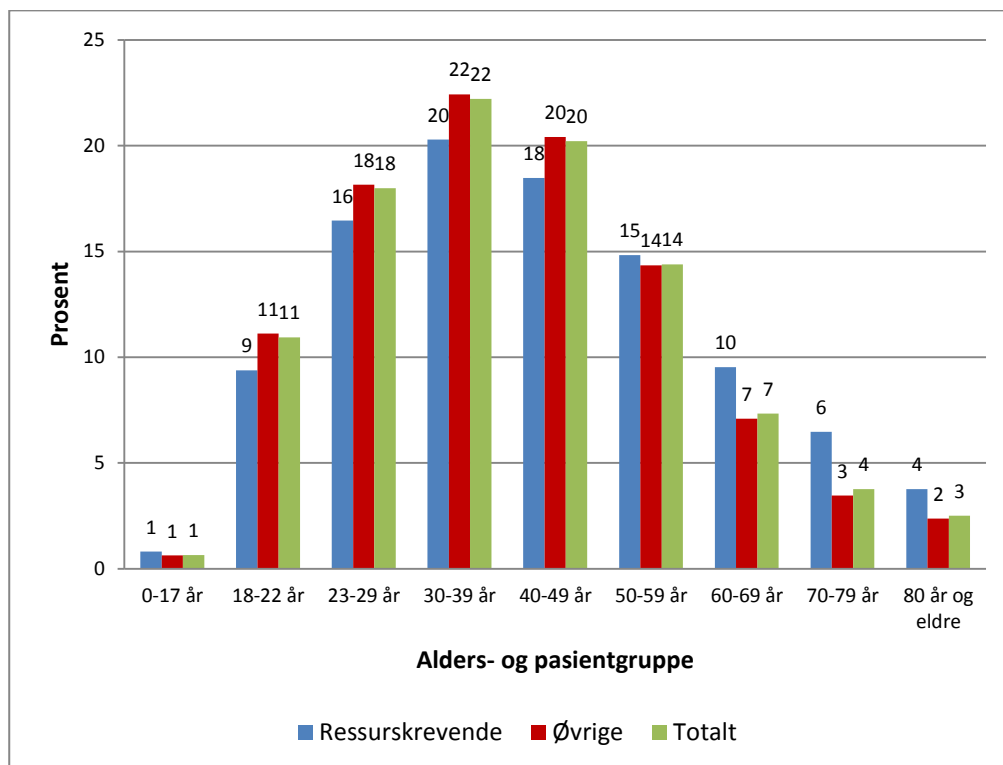
Tabell 3.3 Pasienter etter kjønn og ressursgruppe. Psykisk helsevern for voksne i 2016.

	Høyest ressursbruk	Øvrige	Totalt	N
Mann	44	39	39,8	76 415
Kvinne	56	61	60,2	115 767
Totalt	100	100	100	192 567
N	19 256	173 311	192 567	
Herav mangler data om kjønn	2	383	385	

Blant pasientene var det samlet sett en betydelig overvekt av kvinner. Dette gjaldt også i gruppen med høyest ressursbruk. Andel menn er likevel høyere blant pasientene med høyest ressursbruk enn andelen menn blant øvrige pasienter.

Figur 3.10 viser den prosentvise fordelingen av pasientene etter ressursgruppe og alder i 2016.

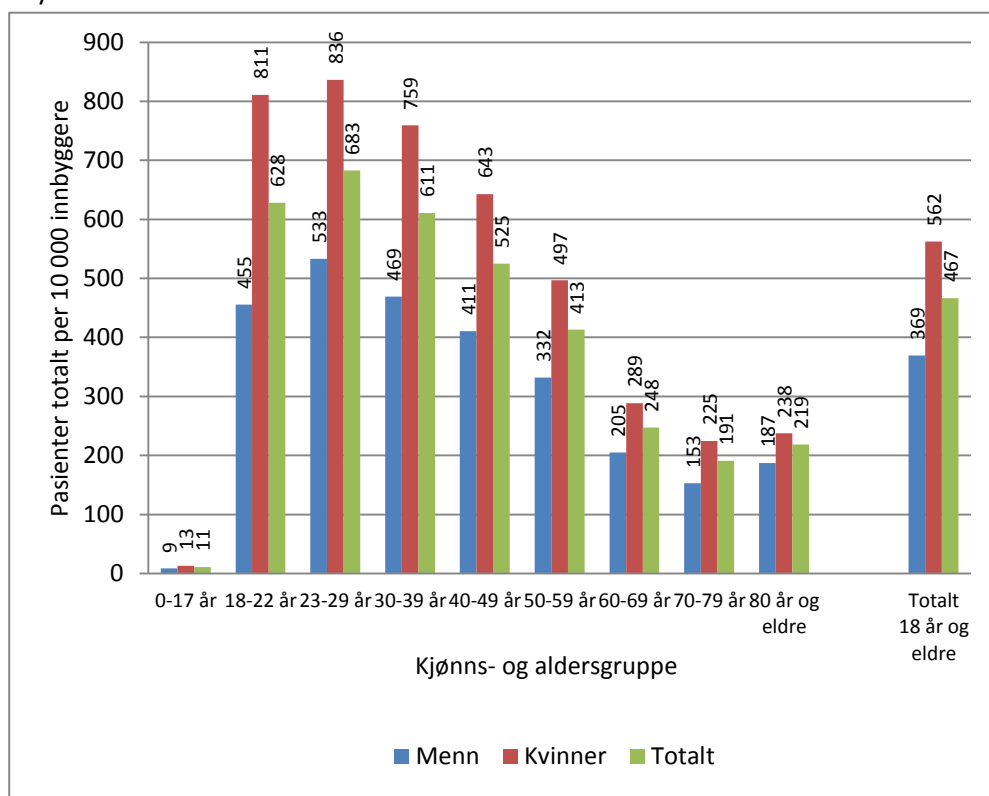
Figur 3.10 Pasienter etter ressursgruppe og alder. Psykisk helsevern for voksne i 2016. Prosent.



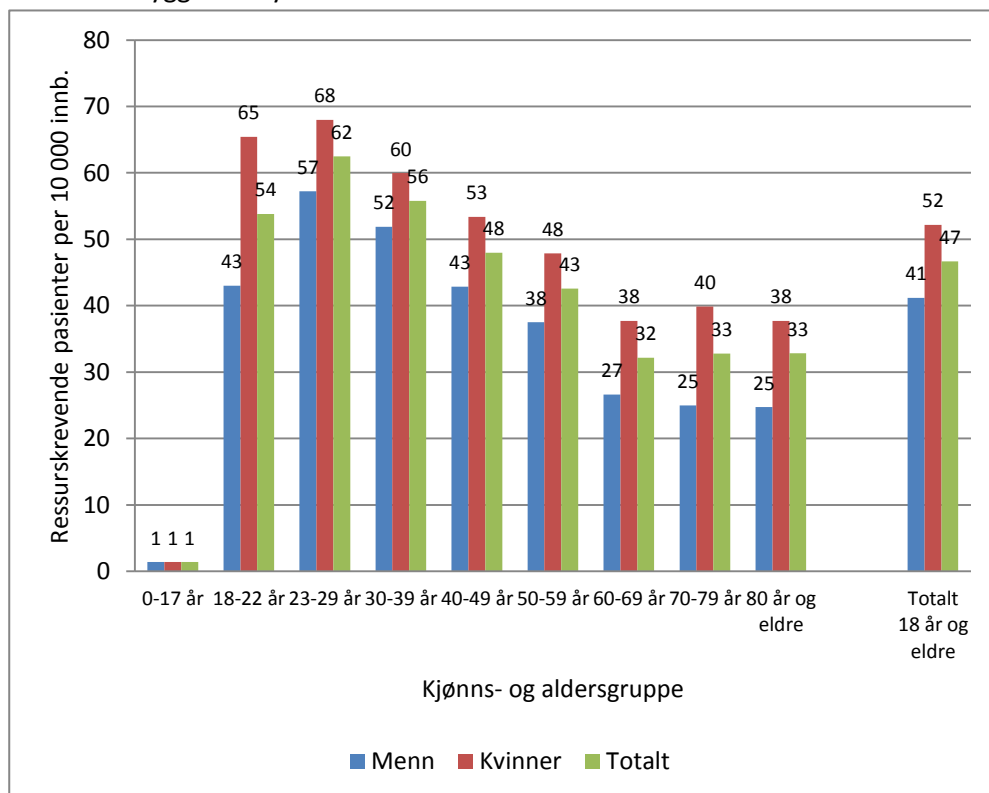
Gruppen med høyest ressursbruk har gjennomgående en høyere andel pasienter i de eldste gruppene og en tilsvarende lavere andel frem til 50 år.

I figur 3.11 har vi beregnet befolkningsbaserte rater etter kjønn og alder for pasientene samlet. Figur 3.12 viser den tilsvarende fordelingen for pasientene med omfattende bruk av tjenester. Vi gjør oppmerksom på at skalaen er forskjellig i de to figurene.

Figur 3.11 Pasienter totalt etter kjønn og alder. Rater per 10 000 innbyggere. Psykisk helsevern for voksne 2016.



Figur 3.12 Pasienter med høyest ressursbruk etter kjønn og alder. Rater per 10 000 innbyggere. Psykisk helsevern for voksne i 2016.



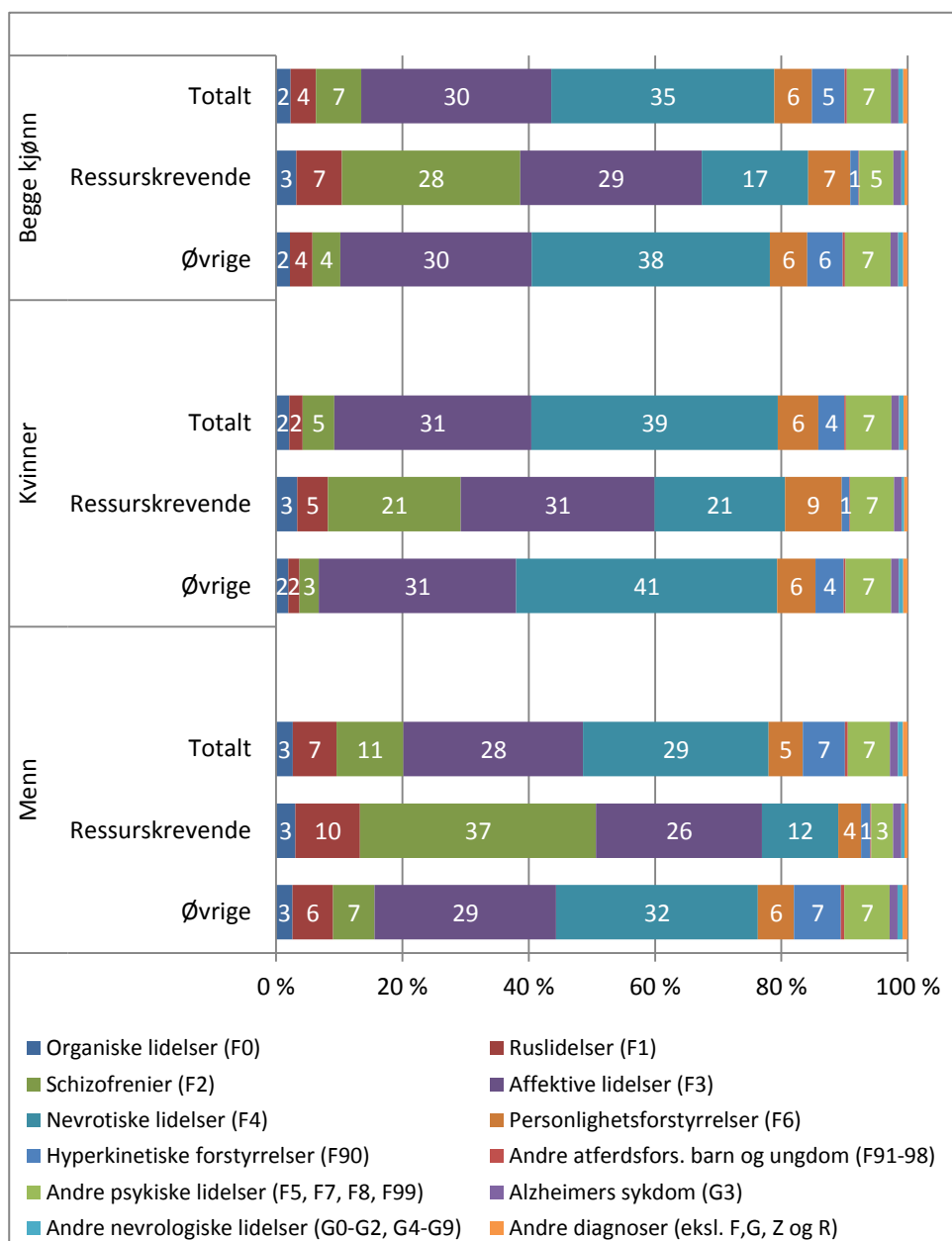
Begge fordelinger viser i hovedsak det samme mønsteret, med synkende rater ved stigende alder. Fordelingen for pasientene med omfattende bruk av

tjenester er imidlertid mindre skjev enn for pasienter totalt. Selv om ratene fortsatt synker med økende alder, har dermed de eldste aldersgruppene en større andel av pasienter med høy ressursbruk.

Diagnosefordeling

Figur 3.13 viser diagnosefordelingen etter kjønn og totalt, fordelt på pasienter med høy ressursbruk (ressurskrevende) og øvrige pasienter.

Figur 3.13 Pasienter etter hoveddiagnose, kjønn og ressursgruppe. Psykisk helsevern i 2016.

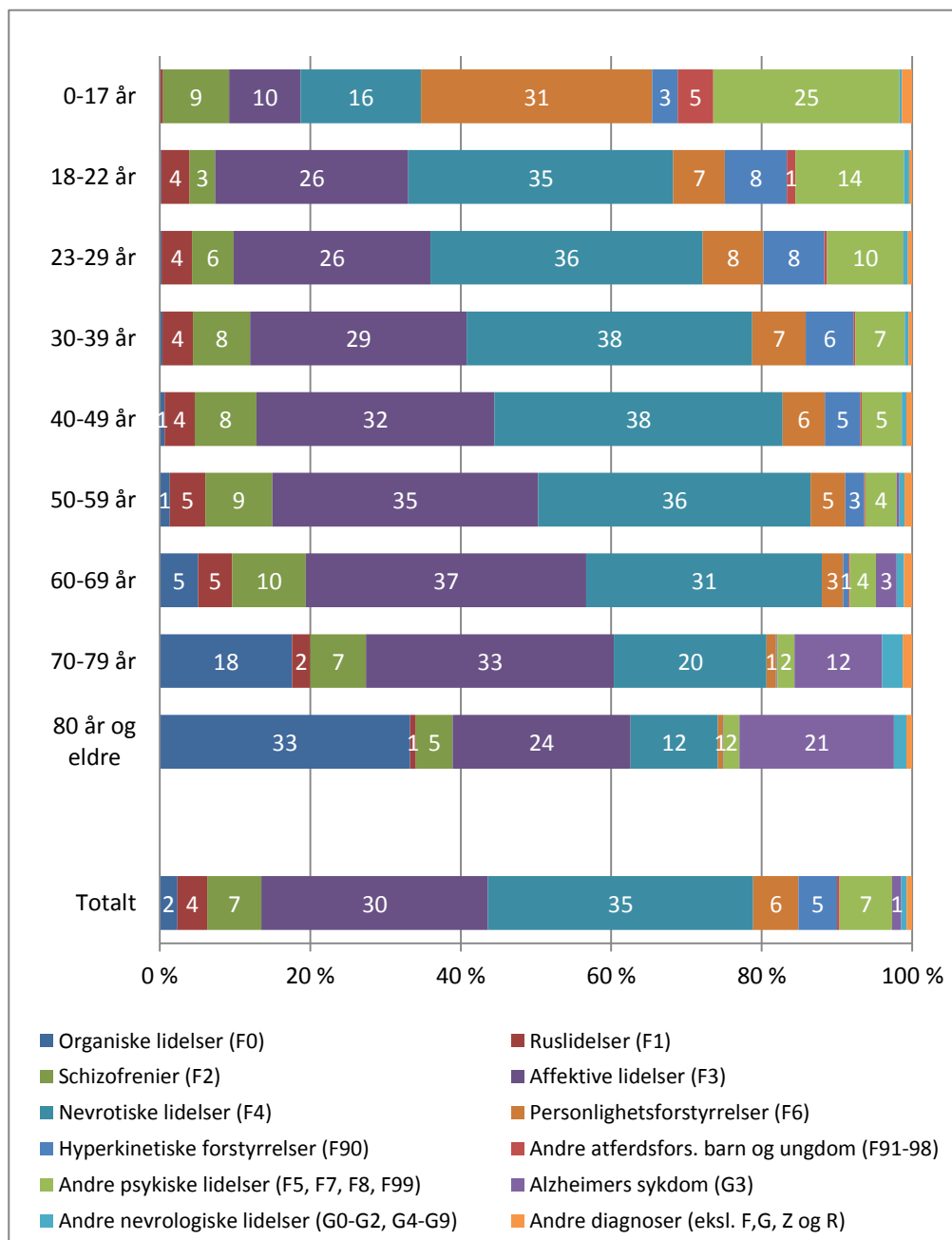


Pasientene med omfattende bruk av tjenester har en langt høyere andel pasienter diagnostisert med en schizofreni-lidelse (28 prosent) enn de øvrige pasientene (7 prosent). Mest uttalt er dette blant de mannlige pasientene. Andel pasienter med en nevrotisk lidelse er tilsvarende lavere blant ressurskrevende pasienter enn blant øvrige pasienter. Andel pasienter med en affektiv lidelse er om lag den samme i begge ressursgrupper. 45 prosent av

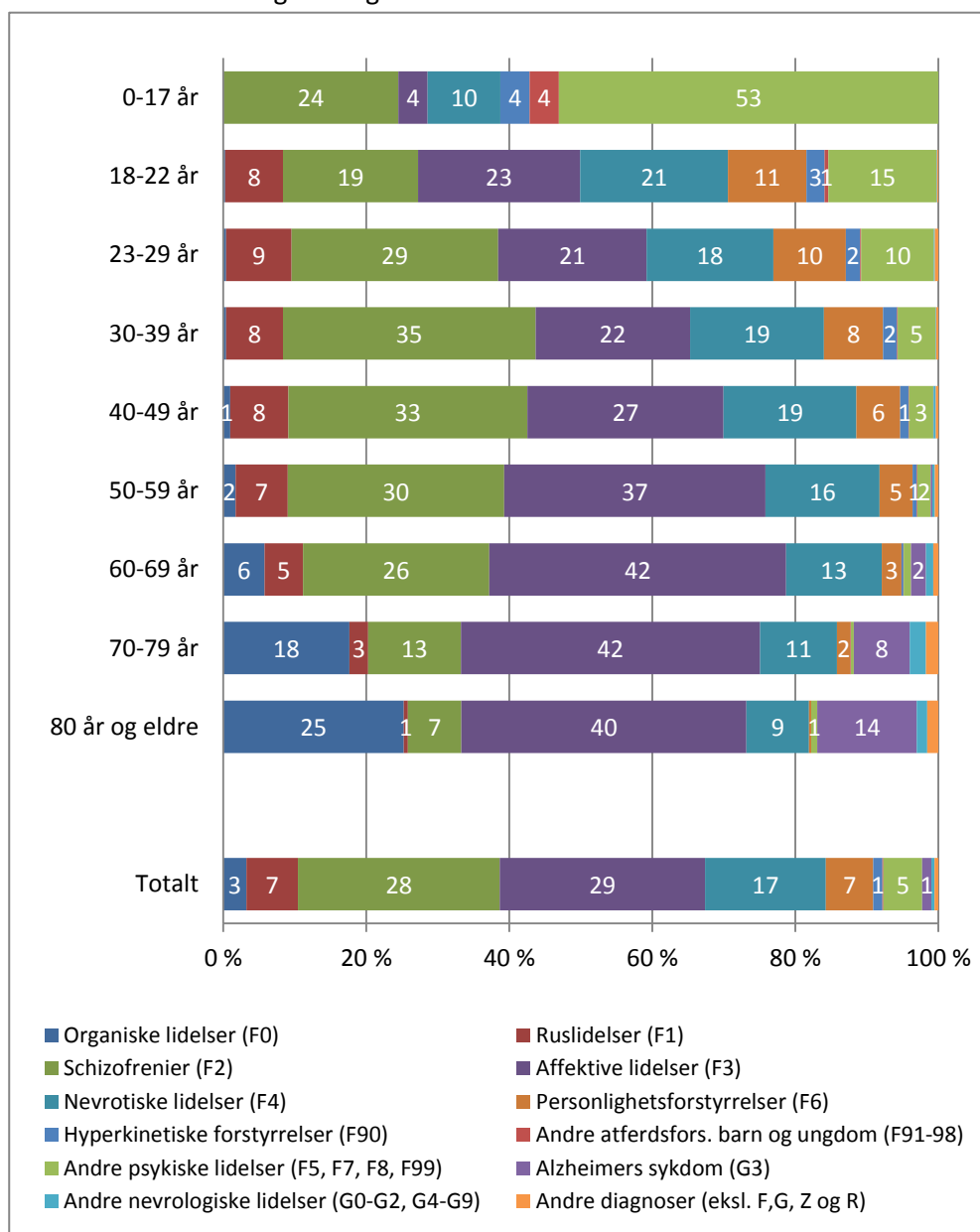
den ressurskrevende gruppen har en SMI-diagnose (Serious Mental Illness, her operasjonalisert som F20, F22-F29, F30 og F31) mot 9 prosent blant øvrige pasienter. For 21 prosent av pasientene med omfattende bruk av tjenester er det registrert en rus-diagnose, mot 5 prosent blant øvrige pasienter.

Figur 3.14 viser fordelingen av samtlige pasienter etter hoveddiagnose og alder. Figur 3.15 viser den tilsvarende fordelingen for pasientene med omfattende bruk av tjenester i 2016.

Figur 3.14 Pasienter etter hoveddiagnose og alder i det psykiske helsevernet for voksne 2016. Prosent.



Figur 3.15 Pasientene med høyest ressursbruk i det psykiske helsevernet for voksne etter hoveddiagnose og alder i 2016.



I alle aldersgrupper er det i pasientgruppen med høyest ressursbruk en større andel pasienter diagnostisert med en schizofrenidiagnose enn blant pasienter generelt. Andelen avtar likevel med økende alder. Andel pasienter med en affektiv lidelse er samlet sett på samme nivå blant pasientene med omfattende bruk av tjenester som blant pasientene generelt, men andelen øker med stigende alder blant pasientene med omfattende bruk av tjenester. Blant pasienter 70 år og eldre er det generelt et betydelig innslag av pasienter med en organisk lidelse eller Alzheimers sykdom. Andelen er likevel lavere blant pasientene med omfattende bruk av tjenester enn blant pasienter generelt. Andel pasienter med en nevrotisk lidelse er gjennomgående lavere blant pasientene med omfattende bruk av tjenester enn blant pasienter generelt.

Individuell plan

Alle pasienter som har en individuell plan må antas å ha behov for samhandling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Informasjon om individuell plan er imidlertid mangelfull rapportert i pasientdata. Informasjon om planstatus foreligger for 62 750 pasienter (33 prosent av pasientene).

Som indikator har vi valgt kodene 'IP under arbeid', 'Pasienten har en IP' og 'Melding om behov for IP er sendt kommunen'. Dette omfatter totalt 8 672 pasienter. Tabell 3.4 viser fordeling etter kjønn og ressursgruppe.

Tabell 3.4 Pasienter registrert med individuell plan i det psykiske helsevernet for voksne i 2016.

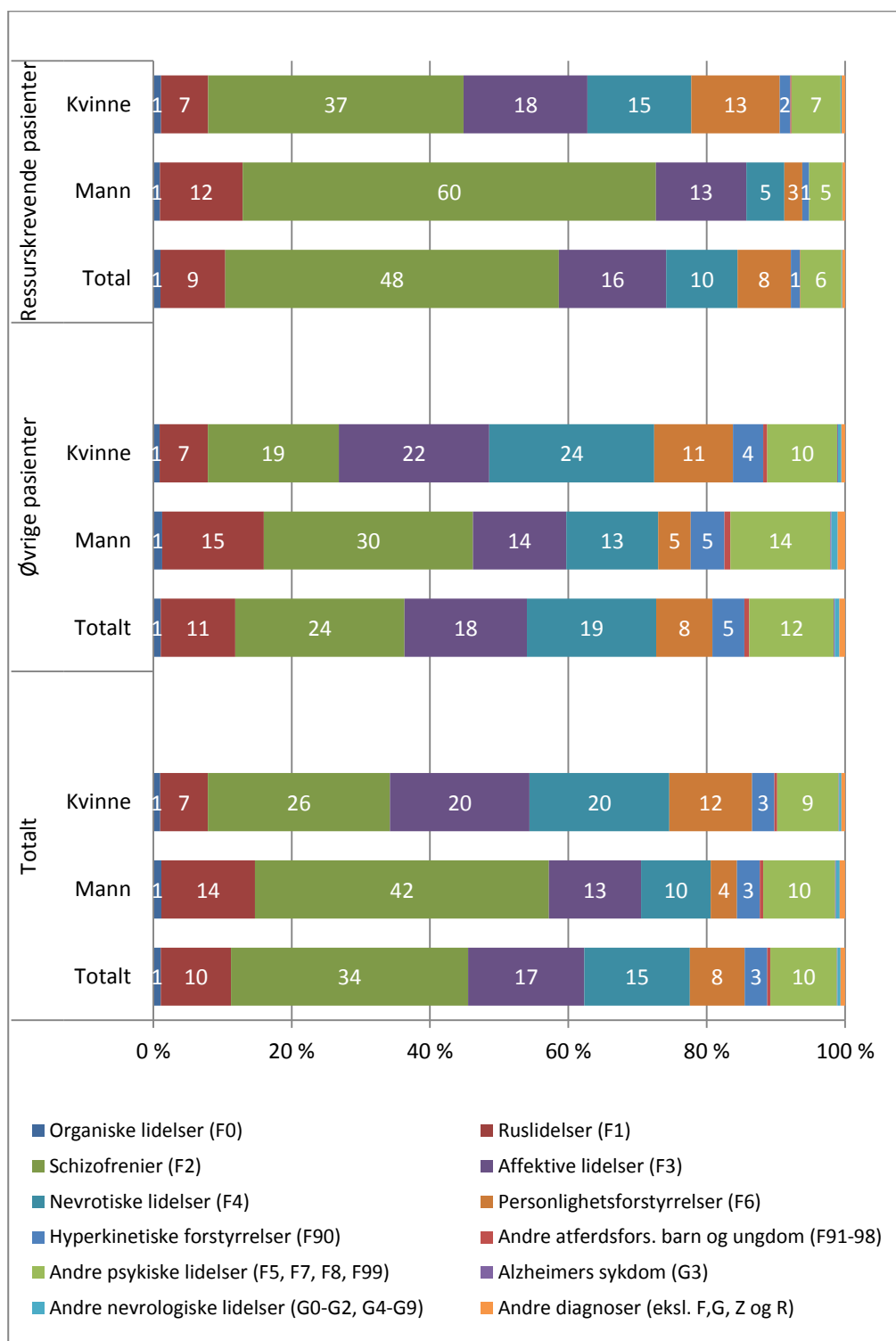
	Mann	Kvinne	Totalt
Høyest ressursbruk	1 701	1 705	3 406
Øvrige pasienter	2 593	2 670	5 266
Totalt	4 294	4 375	8 672

39 prosent av pasientene tilhører gruppen med de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk. Det er om lag like mange kvinner som menn.

Figur 3.16 viser diagnosefordeling etter ressursgruppe og kjønn.

Pasienter diagnostisert med en schizofreni-lidelse er den største gruppen blant pasienter med individuell plan (34 prosent). Pasienter med en affektiv lidelse eller en nevrotisk lidelse utgjør også betydelige grupper, men færre enn i pasientpopulasjonen totalt. Det er også et innslag av pasienter med en ruslidelse. Totalt har 22 prosent av pasientene med individuell plan en rusdiagnose som hoved- eller bi-diagnose.

Figur 3.16 Pasienter med individuell plan etter ressursgruppe og kjønn i det psykiske helsevernet for voksne i 2016.



Pasienter som mottar ambulant behandling

Vi har også sett på pasienter som mottar ambulant behandling. En må anta at disse pasientene har et særlig behov for samhandling mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten. Pasientene er identifisert gjennom bruken av takstene

P17 'Ambulant konsultasjon'. Tabell 3.5 viser antall pasienter og antall konsultasjoner for de to gruppene. ACT-pasientene, og konsultasjonene de mottar, inngår også i tallene for ambulante pasienter.

Tabell 3.5 Pasienter og konsultasjoner knyttet til ambulant behandling. Psykisk helsevern for voksne i 2016.

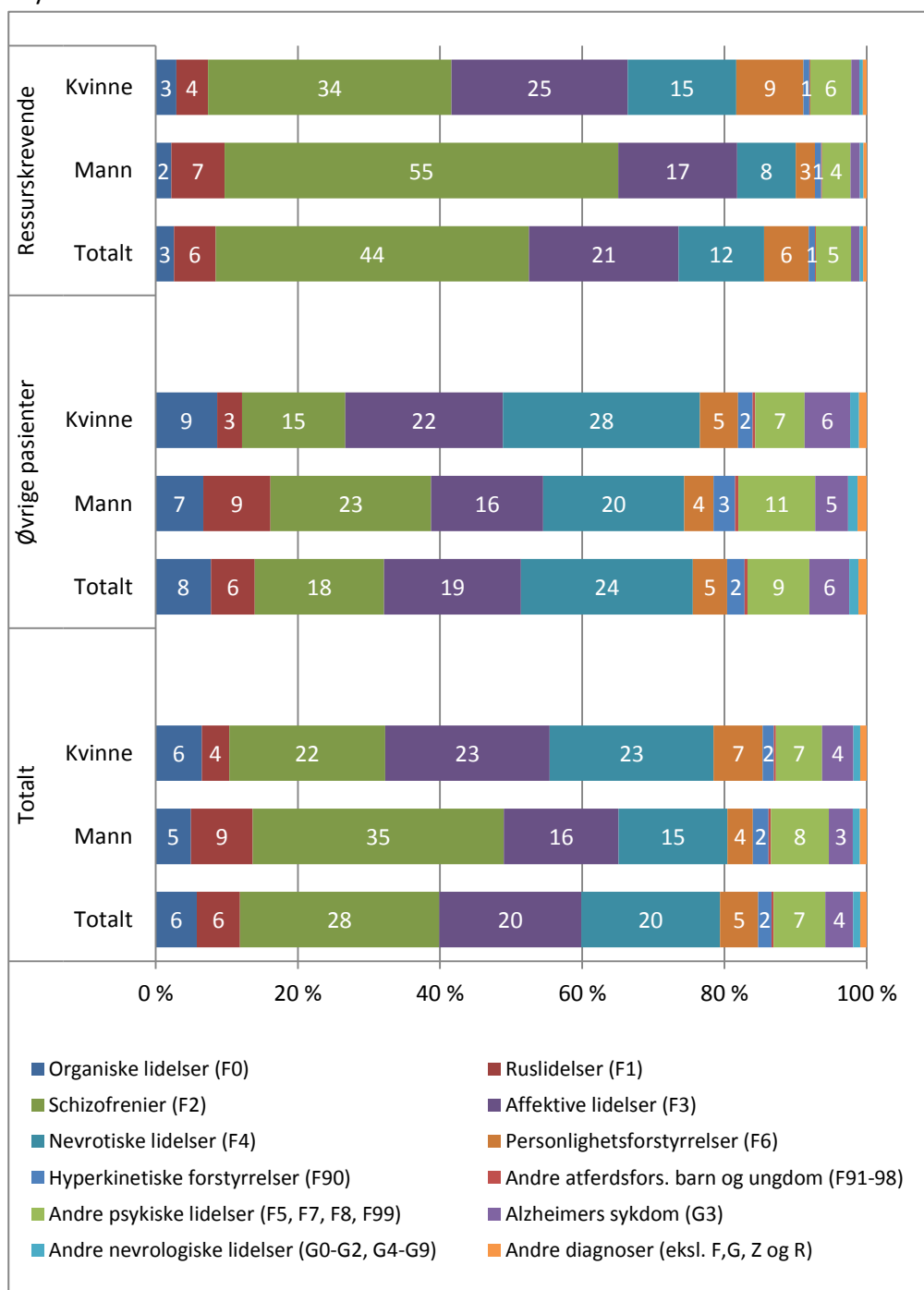
	Ambulante pasienter			Ambulante konsultasjoner		
	Mann	Kvinne	Totalt	Mann	Kvinne	Totalt
Høyest ressursbruk	2 710	3 102	5 812	35 416	30 449	65 865
Øvrige	4 951	6 087	11 042	18 417	18 852	37 275
Prosent høyest ressursbruk	35	34	34	66	62	64
Totalt	7 661	9 189	16 854	53 833	49 301	103 140

I 2016 mottok totalt 16 854 pasienter totalt 103 140 ambulante konsultasjoner. Dette gir et snitt på 6,1 ambulante konsultasjoner per pasient. Pasientgruppen med 10 prosent høyest ressursbruk utgjorde 34 prosent av pasientene og sto for 64 prosent av konsultasjonene. Dette gir 11,3 konsultasjoner per pasient.

Figur 3.17 viser diagnosefordelingen, fordelt etter kjønn.

Pasienter diagnostisert med en schizofreni-lidelse utgjør den største gruppen blant de ambulante pasientene, herav 22 prosent blant kvinnene, 35 prosent blant mennene og totalt 28 prosent for begge kjønn. Blant pasientene med omfattende bruk av tjenester gjelder dette 34 prosent av kvinnene, 55 prosent av mennene og totalt 44 prosent for begge kjønn.

Figur 3.17 Ambulante pasienter etter hoveddiagnose, kjønn og ressursgruppe.
Psykisk helsevern for voksne i 2016.



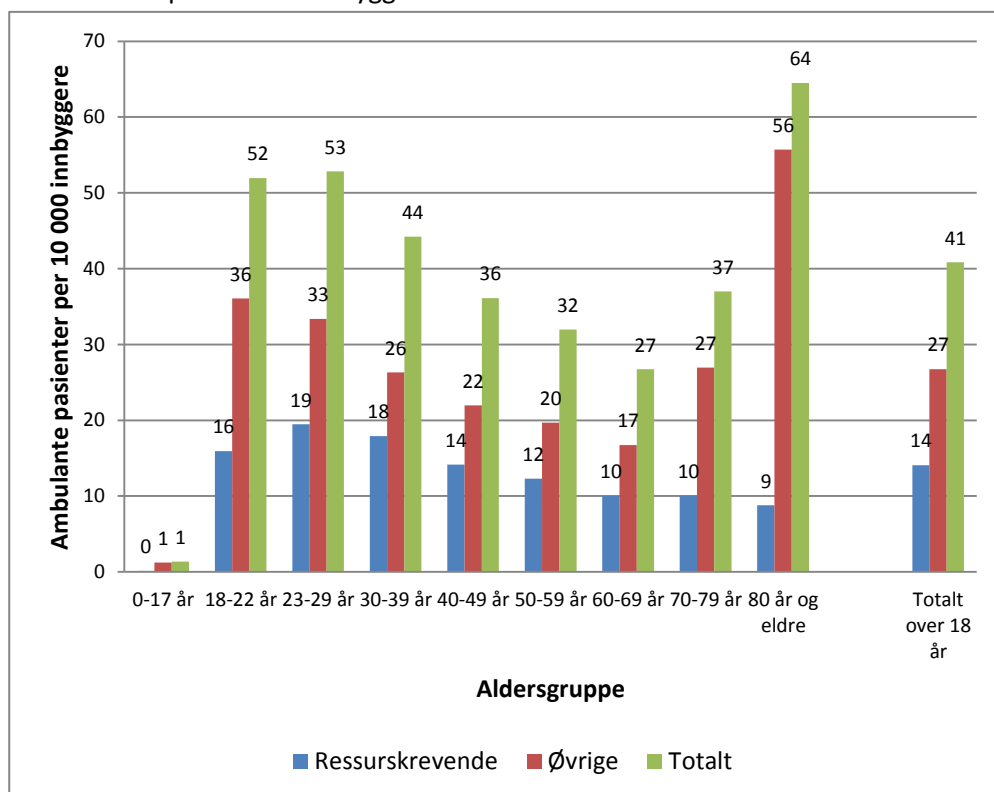
Tabell 3.6 viser den prosentvise fordelingen av ambulante pasienter etter alder og ressursgruppe. Figur 3.18 viser rater i forhold til innbyggertallet.

Figur 3.18 viser det samme mønster som pasienter totalt, med synkende rater etter stigende alder. Det er imidlertid en kraftig økning igjen for de eldste aldersgruppene. Økningen her er avgrenset til «øvrige ambulante pasienter».

Tabell 3.6 Ambulante pasienter etter alder i det psykiske helsevernet for voksne i 2016. Prosent.

	Høyest ressursbruk	Øvrige	Totalt
0-17 år	0	1	1
18-22 år	9	11	10
23-29 år	17	15	16
30-39 år	22	17	18
40-49 år	18	15	16
50-59 år	14	12	13
60-69 år	10	9	9
70-79 år	7	9	8
80 år og eldre	3	11	8
Totalt	100	100	100
N	5 812	11 042	16 854

Figur 3.18 Ambulante pasienter etter ressursgruppe i det psykiske helsevernet for voksne. Rate per 10 000 innbyggere i 2016.

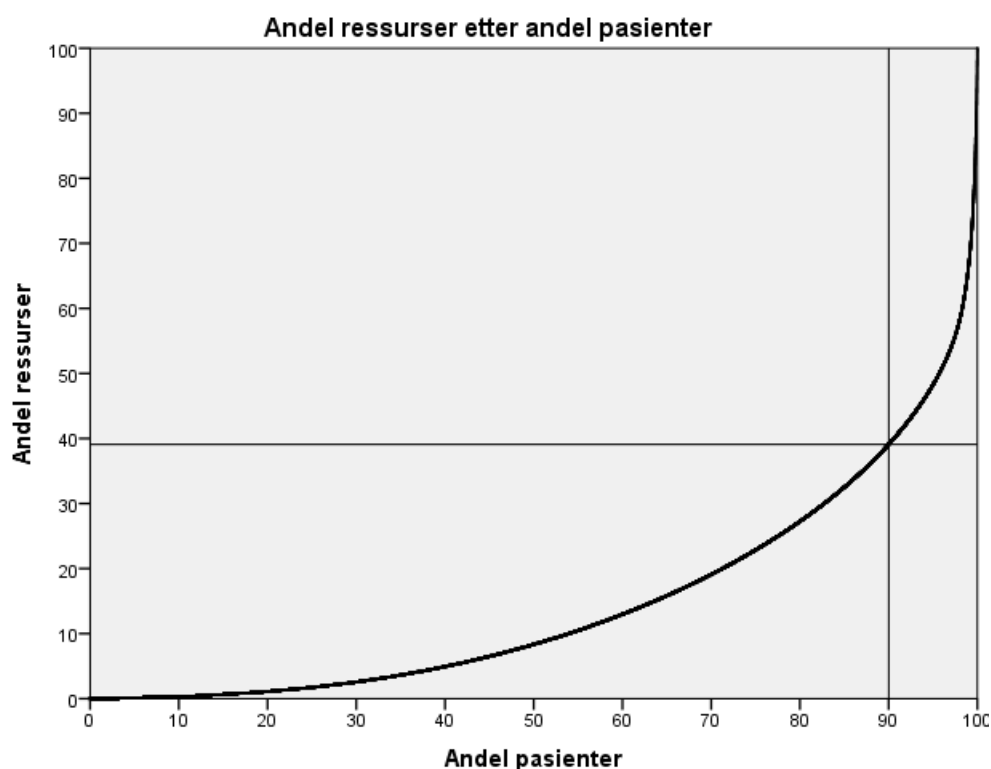


Psykisk helsevern for barn og unge

I denne delen av rapporten har vi satt fokus på pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). I analysen presenteres resultater for de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk. Disse vil bli sammenliknet med de resterende 90 prosent av pasientene som omtales som «Øvrige pasienter». Først presenteres hvor stor andel av ulike tjenester og ressurser pasientene med omfattende bruk av tjenester genererer, deretter ser vi på kjennetegn ved disse pasientene i 2016.

Figur 3.19 viser fordelingen av beregnet ressursinnsats per pasient. Pasientene er ordnet etter hvilken andel av ressursene de mottar, det vil si den bøyde linja i figuren viser hvilken andel av ressursene ulike andeler av pasientene mottar. Beregningene bygger på enhetskostnader per oppholdsdøgn, oppholdsdag, poliklinisk konsultasjon og konsultasjoner hos avtalespesialister multiplisert med antall oppholdsdøgn, oppholdsdager og konsultasjoner den enkelte pasient har mottatt. Se avsnitt om enhetskostnader i vedlegg sist i rapporten for eksakte kostnader og nærmere omtale.

Figur 3.19. Andel ressurser etter andel pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2016.



I figuren er det tegnet inn en vertikal linje for andel pasienter lik 90 prosent og en horisontal linje som viser andelen av ressursene disse pasientene mottok i 2016. Denne viser at 90 prosent av pasientene mottok 39,1 prosent av ressursene. De siste 10 prosentene mottok 60,9 prosent av ressursene. Hvis vi i stedet benytter de 5 prosent av pasientene med høyest ressursbruk, var andelen 51,7 prosent.

Pasienter og bruk av tjenester

Tabell 3.7 viser nøkkeltall for bruk av tjenester i det psykiske helsevernet i 2016 fordelt på de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter.

Tabell 3.7. Nøkkeltall for ressursbruk blant pasienter med høyest ressursbruk og øvrige pasienter. Psykisk helsevern for barn og unge i 2016.

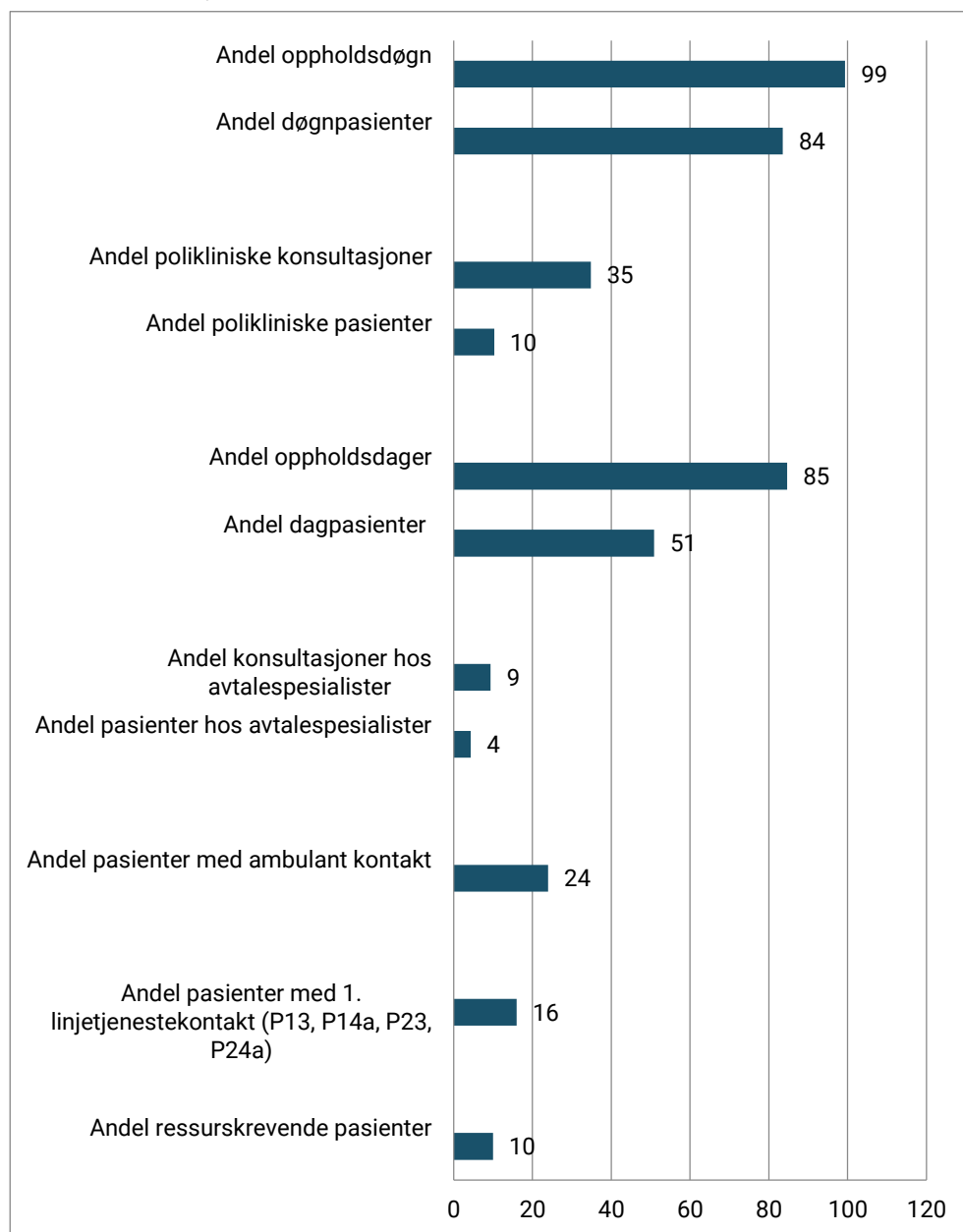
Pasientgrupper og spesialisthelsetjenester	Pasientene med høyest ressursbruk	Øvrige pasienter	Pasienter totalt (N)
Pasienter totalt	10%	90%	57 507
Døgnpasienter	84%	16%	2 066
Oppholdsdøgn	99%	1%	83 780
Dagpasienter i PHV-BU	51%	49%	1 004
Antall oppholdsdager	85%	15%	9 887
Polikliniske pasienter i PHV-BU	10%	90%	55 346
Antall polikliniske konsultasjoner (P-takst)	35%	65%	816 926
Konsultasjoner hos avtalespesialister	9%	91%	28 616
Pasienter behandlet hos avtalespesialister	4%	96%	2 691
Pasienter med ambulant kontakt (P17/P27)	24%	76%	2 930
Pasienter med 1.linjetjenestekontakt per telefon (P14a/P24a)	18%	82%	25 913
Pasienter med 1.linjetjenestemøte (P13/P23)	21%	79%	16 096
Pasienter med 1.linjetjenestekontakt (P13, P14a, P23, P24a)	16%	84%	30 997
Aldersgrupper			
0-5 år	5%	95%	4 280
6-12 år	7%	93%	22 036
13-17 år	13%	87%	24 878
18-22 år	11%	89%	5 343
23 år og eldre	2%	98%	968
Kjønn			
Menn	8%	91%	30 259
Kvinner	12%	88%	27 168

De ti prosent med høyest ressursbruk av pasientene i PHV-BU stod for 99 prosent av oppholdsdøgnene, 85 prosent av oppholdsdagene og 35 prosent av konsultasjonene i offentlig virksomhet i 2016. Andel konsultasjoner hos avtalespesialister utgjorde 9 prosent. En stor andel av døgnpasientene (84 prosent) var blant pasientene med omfattende bruk av tjenester. De polikliniske pasientene i denne gruppen hadde i gjennomsnitt betydelig flere konsultasjoner per pasient (50 konsultasjoner) enn de øvrige polikliniske pasientene (11 konsultasjoner). Pasientene med omfattende bruk av tjenester mottok i større grad ambulante tjenester enn de øvrige pasientene, nær en

fjerdedel av de ambulante pasientene i PHV-BU var blant pasientene med omfattende bruk av tjenester. Spesialisthelsetjenesten var også oftere i kontakt med førstelinjetjenesten når det gjaldt disse pasientene.

Dette illustreres i figur 3.20.

Figur 3.20 Andel ressurser som går til de ti prosent av pasientene med høyest ressursbruk i psykisk helsevern for barn og unge i 2016.



Karakteristika for pasientene med høyest ressursbruk i PHV-BU i 2016

Kjønn og alder

Tabell 3.8 viser kjønnsfordelingen for pasientene med høyest ressursbruk, øvrige pasienter og pasientpopulasjonen samlet.

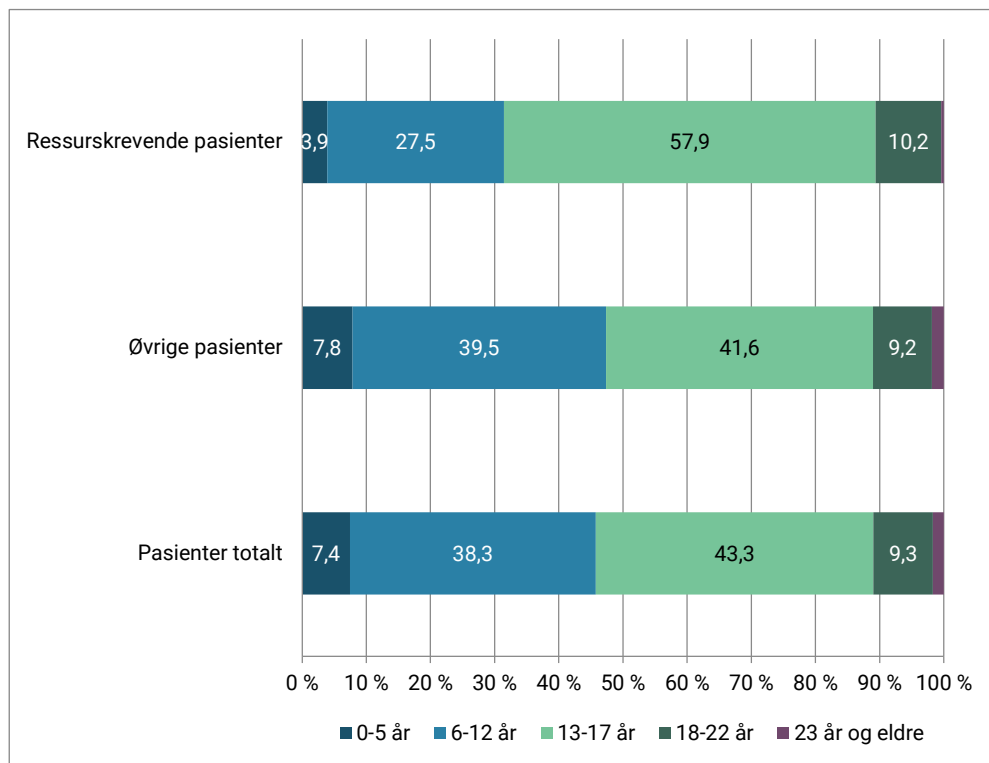
Tabellen viser at nær 53 prosent av pasientene var gutter og 47 prosent jenter i PHV-BU i 2016. Blant pasientene med omfattende bruk av tjenester var andelen jenter betydelig høyere med 57 prosent.

Tabell 3.8 Pasienter i PHV-BU fordelt etter kjønn. Antall og prosent i 2016.

	Pasientene med høyest ressursbruk	Øvrige pasienter	Pasienter totalt
Gutter	42,7	53,7	52,6
Jenter	57,2	46,1	47,2
Ikke spesifisert	0,1	0,1	0,1
Totalt	100	100	100
N	5 751	51 756	57 507

Figur 3.21 viser aldersfordelingen for pasientene med høyest ressursbruk, øvrige pasienter og pasientpopulasjonen samlet.

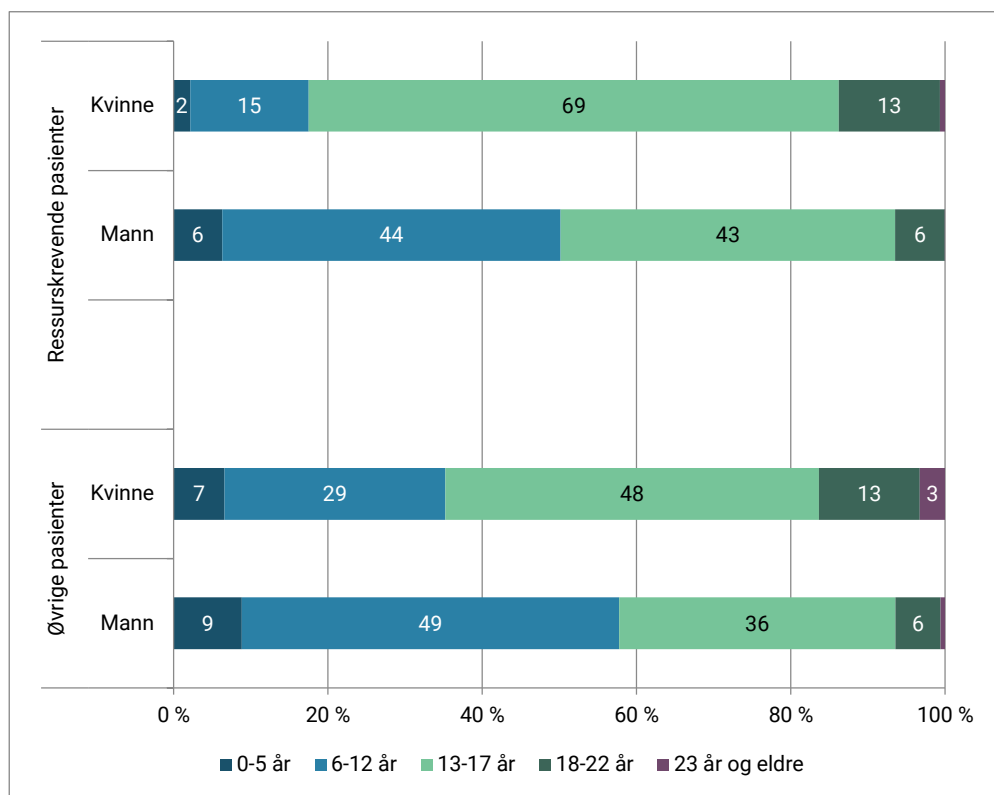
Figur 3.21 Fordeling på aldersgrupper for pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter i PHV-BU i 2016.



Figuren viser at blant pasientene med omfattende bruk av tjenester utgjorde ungdom i alderen 13-17 år en betydelig større andel (58 prosent) enn blant de øvrige pasientene (42 prosent). Yngre barn (0-12 år) utgjorde derimot en lavere

andel blant pasientene med omfattende bruk av tjenester (31 prosent) enn de øvrige pasientene (47 prosent).

Figur 3.22 Fordeling på kjønn og alder for pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter i PHV-BU i 2016.



Dersom man ser kjønn og alder samlet, viser figur 3.22 at det spesielt var de ressurskrevende jentene som hadde en høy andel pasienter i ungdomsalder (69 prosent). Blant de øvrige jentene var andelen ungdom betydelig lavere (48 prosent). Guttene hadde også en klart høyere andel i alderen 13-17 år blant pasientene med omfattende bruk av tjenester (43 prosent) enn de øvrige pasientene (36 prosent).

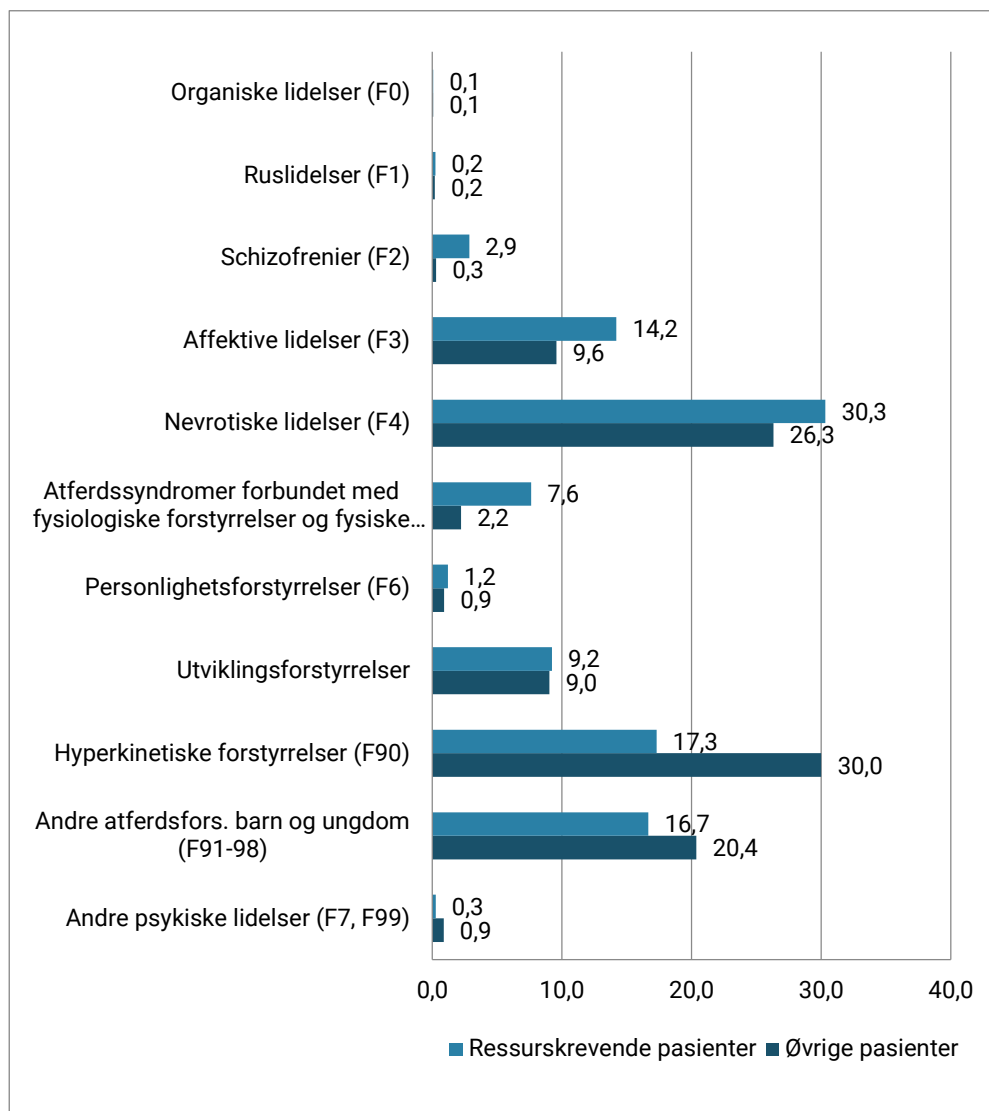
Yngre barn utgjorde en lavere andel blant pasientene med omfattende bruk av tjenester, spesielt er andelen jenter i alderen 6-12 år betydelig lavere blant ressurskrevende jenter (15 prosent) enn de øvrige jentene (29 prosent). Samme tendens ser vi for de yngste barna.

Diagnose, Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

I figur 3.23 presenteres fordelingen på siste registrerte hovedtilstand på Akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom for pasienter behandlet i PHV-BU i 2016, fordelt på pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter.

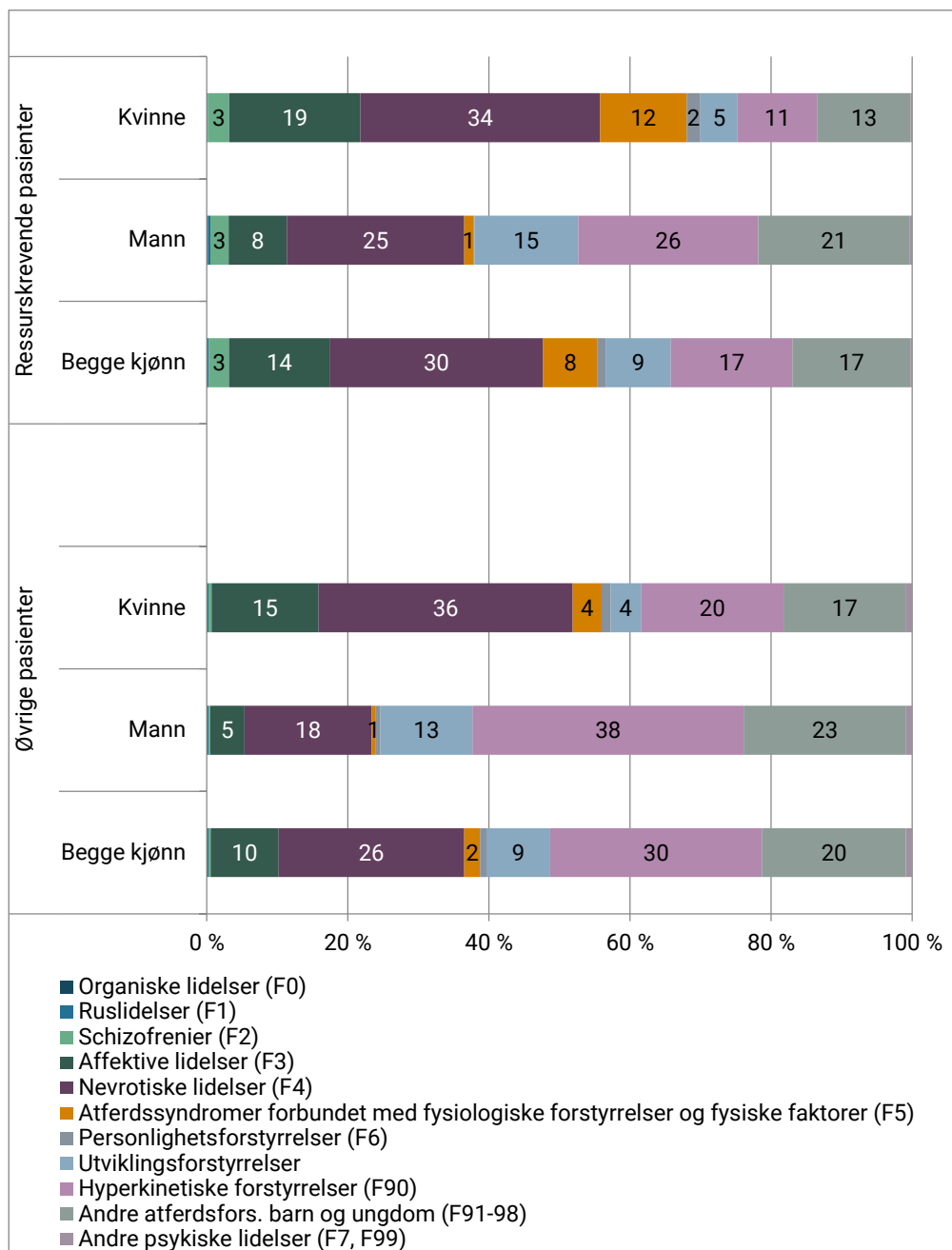
Ved presentasjon av diagnose er R- og Z-diagnoser holdt utenfor prosenteringen. Det samme er pasienter med manglende diagnose. Omfanget av dette vises i tabell V.1 i Vedlegg.

Figur 3.23 Fordeling på Akse 1 klinisk psykiatrisk syndrom for ressurskrevende og øvrige pasienter i 2016.



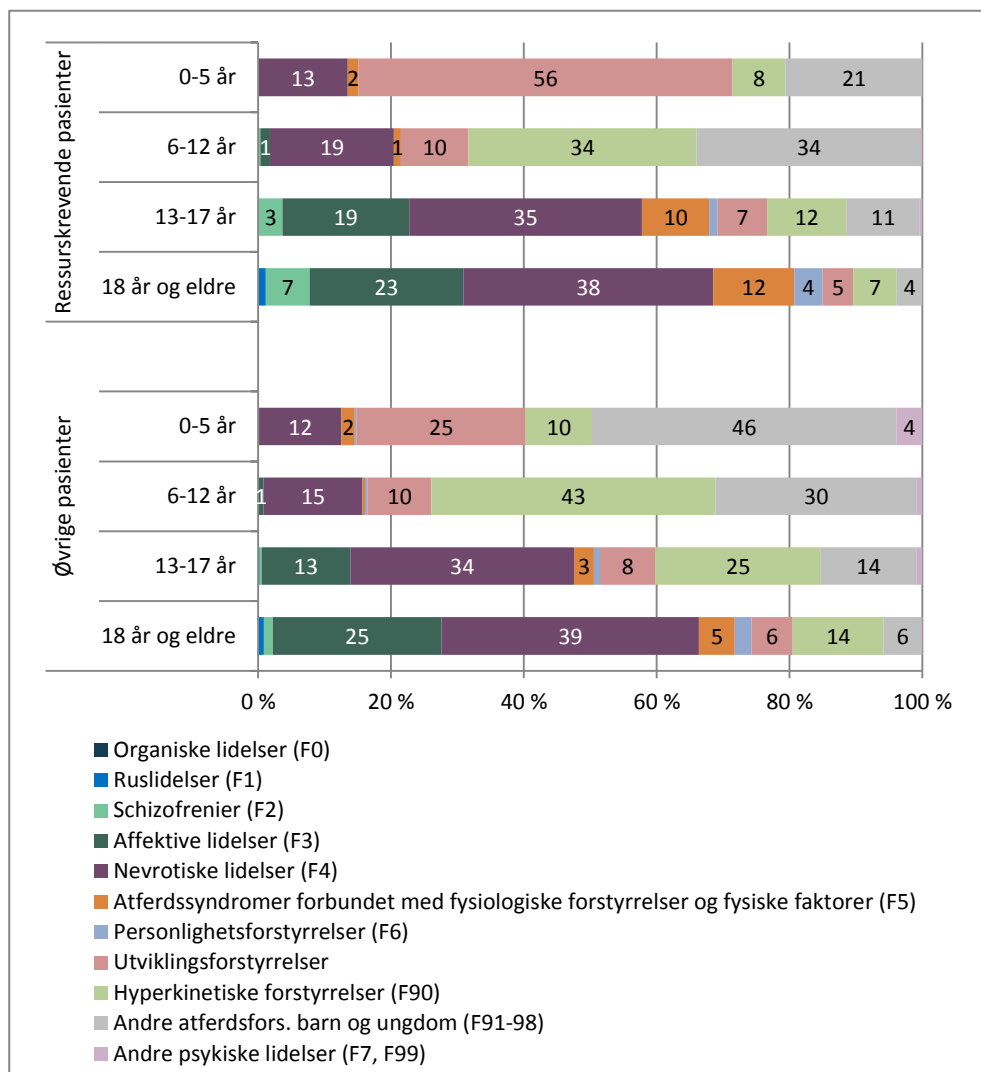
Figuren viser at pasienter med nevrotiske lidelser (F4) utgjorde den største gruppen blant pasientene med omfattende bruk av tjenester (30 prosent). Blant de øvrige pasientene er det hyperkinetiske forstyrrelser (F90) som utgjør den største andelen pasienter (30 prosent). Det er også relativt flere pasienter med schizofrenier (F2), affektive lidelser (F3) og atferdssyndromer med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5) (hovedsakelig spiseforstyrrelser) blant pasientene med høyest ressursbruk enn de øvrige pasientene.

Figur 3.24 Fordeling på Akse 1 klinisk psykiatrisk syndrom for pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter fordelt etter kjønn i 2016.



Figuren viser at selv om ressurskrevende jenter (34 prosent) hadde høyere andel nevrotiske lidelser enn ressurskrevende gutter (25 prosent), var det guttene som skilte seg fra de øvrige pasientene med en høyere andel (18 prosent for gutter og 36 prosent for jenter). Både blant jenter og gutter var det en høyere andel med schizofrenier (F2), affektive lidelser (F3), spiseforstyrrelser (F5) og utviklingsforstyrrelser, (F8) og en lavere andel med hyperkinetiske forstyrrelser (F90) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F91-98) blant de ressurskrevende enn blant de øvrige pasientene.

Figur 3.25 Fordeling på Akse 1 klinisk psykiatrisk syndrom for pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter fordelt etter alder i 2016.

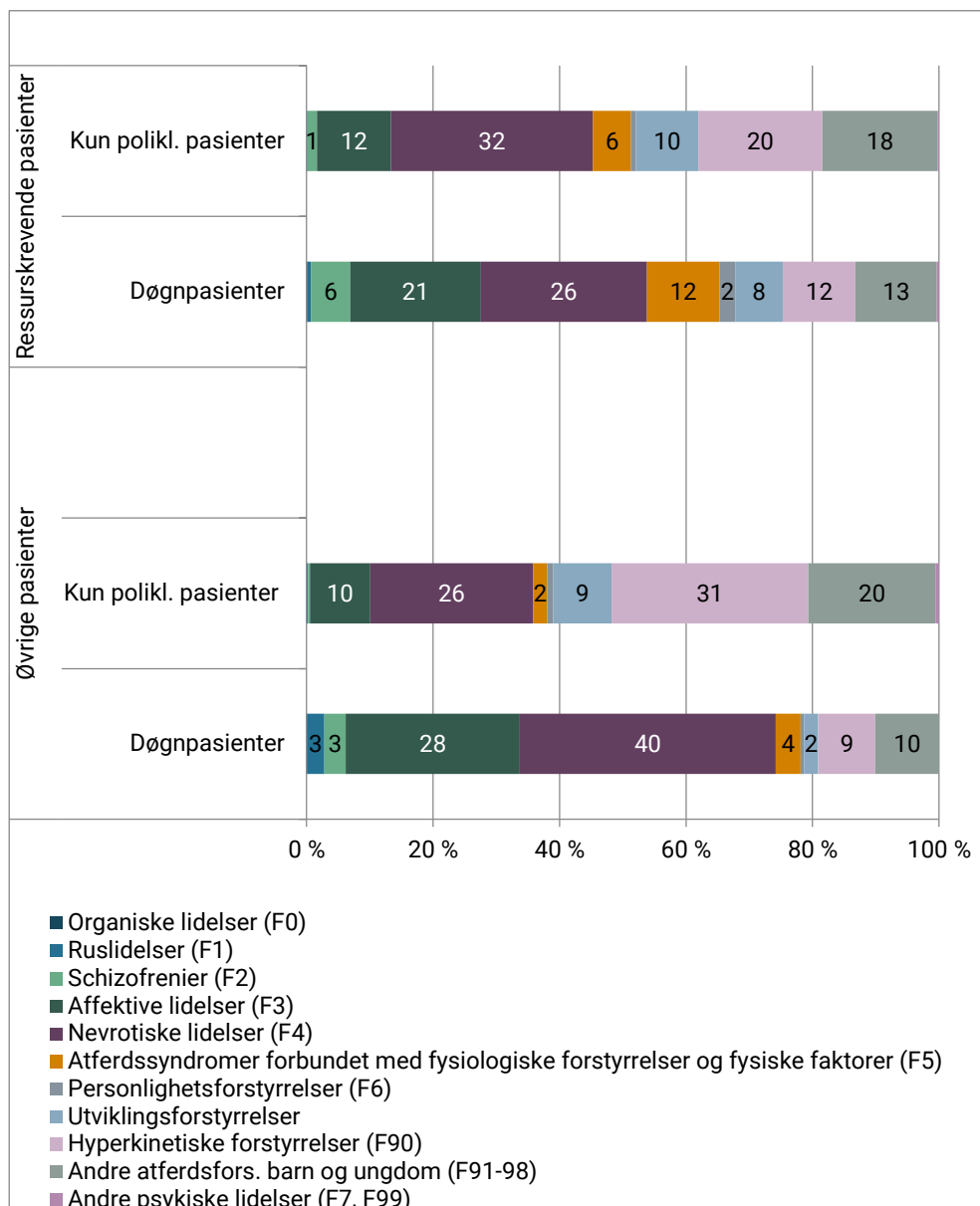


Blant ungdom (13-17 år) var det en høyere andel med schizofrenier (F2) (3 prosent vs 0,2 prosent), affektive lidelser (F3) (19 prosent vs 13 prosent) og spiseforstyrrelser (F5) (10 prosent vs 3 prosent) og en lavere andel med hyperkinetiske forstyrrelser (F90) (12 prosent vs 25 prosent) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F91-98) (11 prosent vs 14 prosent) blant de ressurskrevende enn blant de øvrige pasientene.

For eldre pasienter (18 år og over) er det spesielt schizofrenier (F2) (7 prosent vs 1 prosent), spiseforstyrrelser (F5) (12 prosent vs 5 prosent) og personlighetsforstyrrelser (F6) (4 prosent vs 2 prosent) som utgjorde en større andel blant ressurskrevende enn blant de øvrige pasientene.

Blant de yngste barna (0-5 år) var det en betydelig større andel med utviklingsforstyrrelser (F8) (56 vs 25 prosent) og klart lavere andel med atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F91-98) (21 vs 46 prosent) blant de ressurskrevende enn blant de øvrige barna.

Figur 3.26 Fordeling på Akse 1 klinisk psykiatrisk syndrom for pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter fordelt etter omsorgsnivå i 2016.



Blant de ressurskrevende døgnpasientene var det en høyere andel med schizofrenier (F2) (6 prosent vs 3 prosent), spiseforstyrrelser (F5) (12 prosent vs 4 prosent) og utviklingsforstyrrelser 8 prosent vs 2 prosent) enn blant de øvrige døgnpasientene. De ressurskrevende polikliniske pasientene skiller seg fra de øvrige polikliniske pasientene med spesielt høyere andel nevrotiske lidelser (32 prosent vs 26 prosent) og spiseforstyrrelser (6 prosent vs 2 prosent) og lavere andel hyperkinetiske forstyrrelser (20 prosent vs 31 prosent).

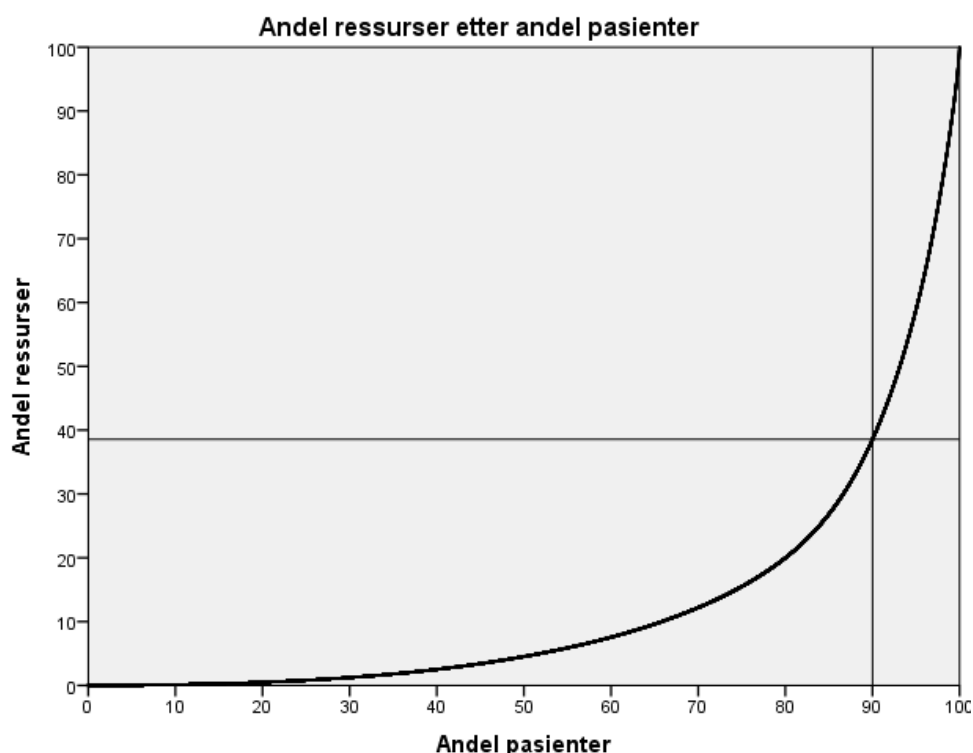
TSB

Alle pasientene i TSB i 2016

Pasientene med høyest ressursbruk er identifisert ved bruk av Lorenzkurven³³. Pasientgrunnlaget er pasienter i behandling i TSB i løpet av aktivitetsåret 2016. I figur 3.27 er Lorenzkurven presentert for pasienter og pasienters ressursbruk i TSB i løpet av 2016. Vertikal og horisontal linje krysser hverandre i punktet på kurven som viser at 90 prosent av pasientene legger beslag på 39 prosent av ressursene. Bruken av ressurser er beregnet ved enhetsbeløp for oppholdsdøgn og konsultasjoner som er presentert i tabell V.2 i Vedlegg.

Figur 3.27 Andel ressurser fordelt etter andel pasienter i TSB i 2016.

Lorenzkurve.



Fra figuren fremgår det at 90 prosent av pasientene legger beslag på 39 prosent av ressursene. Dette betyr at de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk legger beslag på 61 prosent av ressursene. Fra denne kurven kan vi også lese av at 5 prosent av pasientene benytter omlag 40 prosent av ressursene. I dette avsnittet er det hovedfokus på de 10 prosent av pasientene med høyest ressursbruk i denne sektoren basert på behandlingstilbudet pasientene har mottatt i løpet av 2016.

³³ Lorenzkurven viser fordelingen av ressurser ved at man på horisontal akse (x-aksen) rangerer pasienter etter ressursbruk fra 0 til 100% og på den vertikale akse (y-aksen) måles prosent av samlet ressursbruk. Velges et punkt på x-aksen, for eksempel 50 prosent, og det tilhørende punkt på Lorenz-kurven, kan man lese av hvor stor del av samlet ressursbruk de 50 prosent minst ressurskrevende pasientene legger beslag på.

I tabell 3.9 er nøkkeltall for pasienter med høyest ressursbruk, øvrige pasienter og pasienter totalt presentert. Statistikken er basert på de innrapporterte pasientdataopplysningene til Norsk pasientregister.

Tabell 3.9 Nøkkeltall som viser antall pasienter og tjenester totalt og andel fordelt etter pasienter med høyest ressursbruk og øvrige pasienter i TSB i 2016.

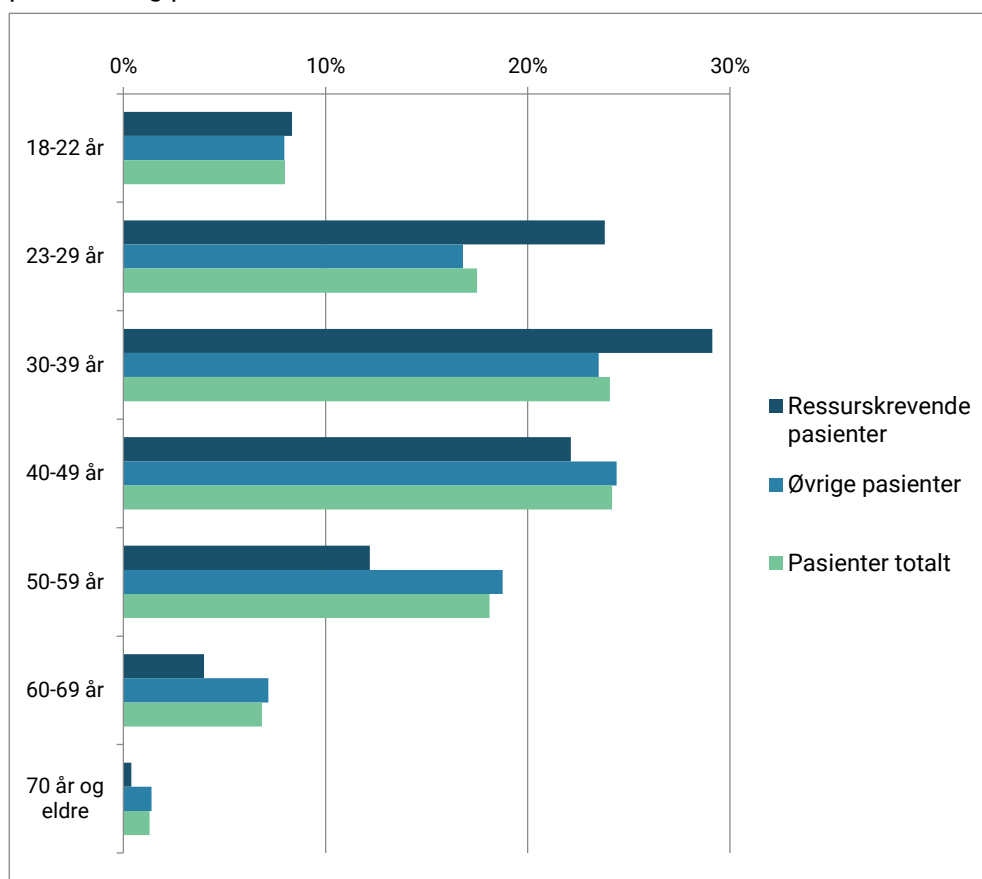
Pasientgrupper og spesialisthelsetjenester	Pasienter med høyest ressursbruk	Øvrige pasienter	Pasienter totalt
Pasienter totalt	10 %	90 %	32821
Døgnpasienter	37 %	63 %	8932
Oppholdsdøgn	78 %	22 %	644989
-ved helseforetak	76 %	24 %	222381
-ved private foretak	79 %	21 %	422608
Døgnpasient i PHV i tillegg	16 %	84 %	6125
Poliklinisk pasient i PHV i tillegg	13 %	87 %	10624
Pasient i PHV i tillegg	13 %	87 %	12179
Dagpasienter i TSB	24 %	76 %	433
Polikliniske pasienter i TSB	9 %	91 %	31312
Antall polikliniske konsultasjoner (P-takst)	15 %	85 %	389403
Antall episoder	14 %	86 %	521056
Antall dagkonsultasjoner (P-takst)	12 %	88 %	1020
Antall dagepisoder	25 %	75 %	3928
Pasienter med ambulant kontakt (P17/P27)	15 %	85 %	4091
Pasienter med 1.linjetjenestekontakt per telefon (P14a/P24a)	13 %	87 %	14580
Pasienter med 1.linjetjenestemøte (P13/P23)	15 %	85 %	9863
Pasienter med 1.linjetjenestekontakt (P13,P14a,P23,P24a)	13 %	87 %	17071
Ambulant kontakt (P17/P27)	17 %	83 %	16977
Telefonkonsultasjoner med 1.linjen (P14a/P24a)	22 %	78 %	67607
Konsultasjonsmøter med 1.linjen (P13/P23)	18 %	82 %	26312
Forekomst av tilstandskode			
F10-F19 Rusmiddelbruk uten psykose	12 %	88 %	27232
F10-F19 Rusmiddelbruk med psykose	16 %	84 %	946
F20,F22-F29 Alvorlig psykisk lidelse blant schizofrenilidelser	7 %	93 %	1338
F30.2,F31.2,F31.5,F32.3 Alvorlig psykisk lidelse blant affektive lidelser	8 %	92 %	166
F60.0-F60.3 Alvorlig psykisk lidelse blant personlighetsforstyrrelser	19 %	81 %	1397
ICD 10 F11 Behandling for bruk av opiater	13 %	87 %	11172
Hovedtilstand:			
-Alkohol	12 %	88 %	10074
-Opiater	12 %	88 %	8920
-Cannabinoider	15 %	85 %	4086
-Sedativa og hypnotika	21 %	79 %	1930
-Stimulanter	24 %	76 %	2842
-Multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer	22 %	78 %	5087
Henvvisning til LAR	10 %	90 %	6730
Aldersgrupper			
18-22 år	10 %	90 %	2605
23-29 år	14 %	86 %	5700
30-39 år	12 %	88 %	7842
40-49 år	9 %	91 %	7876
50-59 år	7 %	93 %	5900
60-69 år	6 %	94 %	2234
70 år og eldre	3 %	97 %	399
Kjønn			
Menn	10 %	90 %	21674
Kvinner	9 %	91 %	11147

Som tabell 3.9 viser er pasientene med omfattende bruk av tjenester i all hovedsak døgnpasienter og de utgjør 37 prosent av døgnpasientene, mens de legger beslag på 78 prosent av oppholdsdøgnene. Pasientene med omfattende bruk av tjenester sammenlignet med de øvrige døgnpasientene er omtalt i et eget avsnitt.

Behandlingstjenester som pasientene med omfattende bruk av tjenester benytter i større grad enn andre er dagtilbud, ambulant tilbud og samarbeid med førstelinjetjenesten. Pasientene med omfattende bruk av tjenester utgjør en fjerdedel av dagpasientene. Spesialisthelsetjenesten arbeider også i større grad ambulant med pasientene med omfattende bruk av tjenester og tjenestene har i større grad kontakt med førstelinjetjenestene når det gjelder denne pasientgruppen. Pasientene med omfattende bruk av tjenester er også i større grad i døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne sammenlignet med de øvrige pasientene i TSB.

Aldersfordelingen blant ressurskrevende pasienter, øvrige pasienter og pasienter totalt i TSB i 2016 er presentert i figur 3.28.

Figur 3.28 Aldersfordelingen for pasienter med høyest ressursbruk, øvrige pasienter og pasienter totalt i TSB i 2016.



Aldersfordelingen viser at de unge pasientene utgjør en større andel av pasientene med omfattende bruk av tjenester sammenlignet med de øvrige pasientene. Aldersgruppen 23-39 år er i større grad representert blant

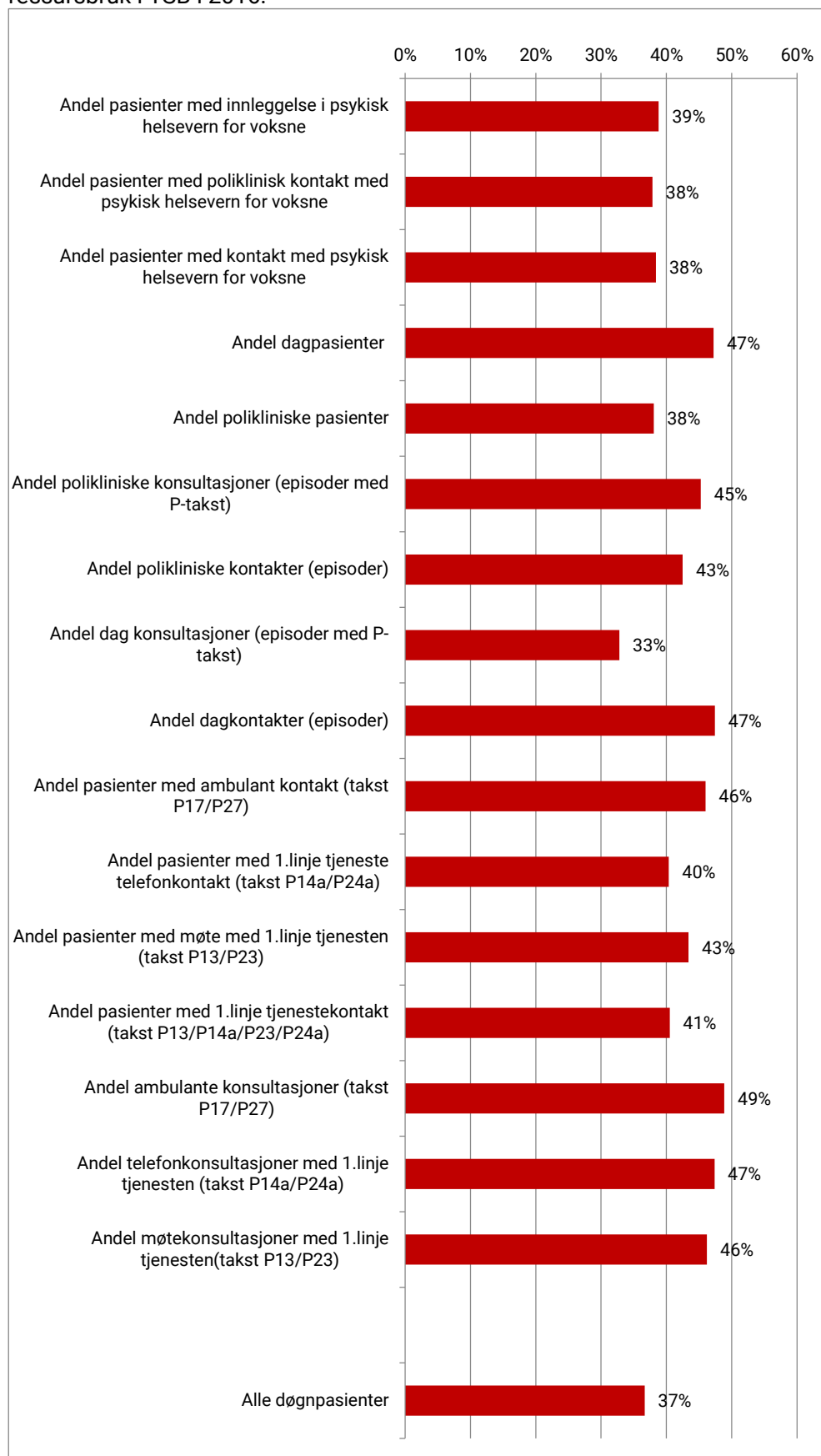
pasientene med omfattende bruk av tjenester, mens aldersgruppen 50 år og eldre er i mindre grad representert i denne gruppen i TSB i 2016.

Pasienter i døgntilbehandling

Døgntilbehandling er den mest ressurskrevende behandlingstjenesten og på grunn av metoden for beregning av pasienters ressursbruk (kostnad per døgn), vil en stor andel av pasientene med omfattende bruk av tjenester nettopp være døgnpasienter. I alt er det 3 277 døgnpasienter av de 3 283 pasientene i gruppen med høyest ressursbruk. I dette avsnittet avgrenses pasientpopulasjonen til kun pasienter i døgntilbehandling i løpet av 2016. Nøkkeltallene i figur 3.29 er en oppsummering av resultater for ressurskrevende pasienter i døgntilbehandling sammenlignet med døgnpasienter totalt.

På flere områder er det lite som skiller ressurskrevende pasienter og de øvrige døgnpasientene. Samlet sett utgjør pasientene med omfattende bruk av tjenester 37 prosent av døgnpasientene i TSB. Pasientgruppen er i kontakt med psykisk helsevern i samme grad som de øvrige døgnpasientene. Heller ikke som brukere av polikliniske behandlingstjenester gjenfinnes pasientene med omfattende bruk av tjenester i større grad enn de øvrige døgnpasientene, men som poliklinisk pasienter legger de beslag på en større andel av de polikliniske ressursene og spesielt når det gjelder samarbeid med førstelinjetjenesten. Som dagpasienter og poliklinisk pasient med ambulant kontakt utgjør ressurskrevende pasienter en større pasientgruppe enn de øvrige døgnpasientene og dette gjenspeiles også i bruken av dagbaserte og ambulante behandlingstjenester.

Figur 3.29 Andel ressurser som går til de ti prosent av pasientene med høyest ressursbruk i TSB i 2016.

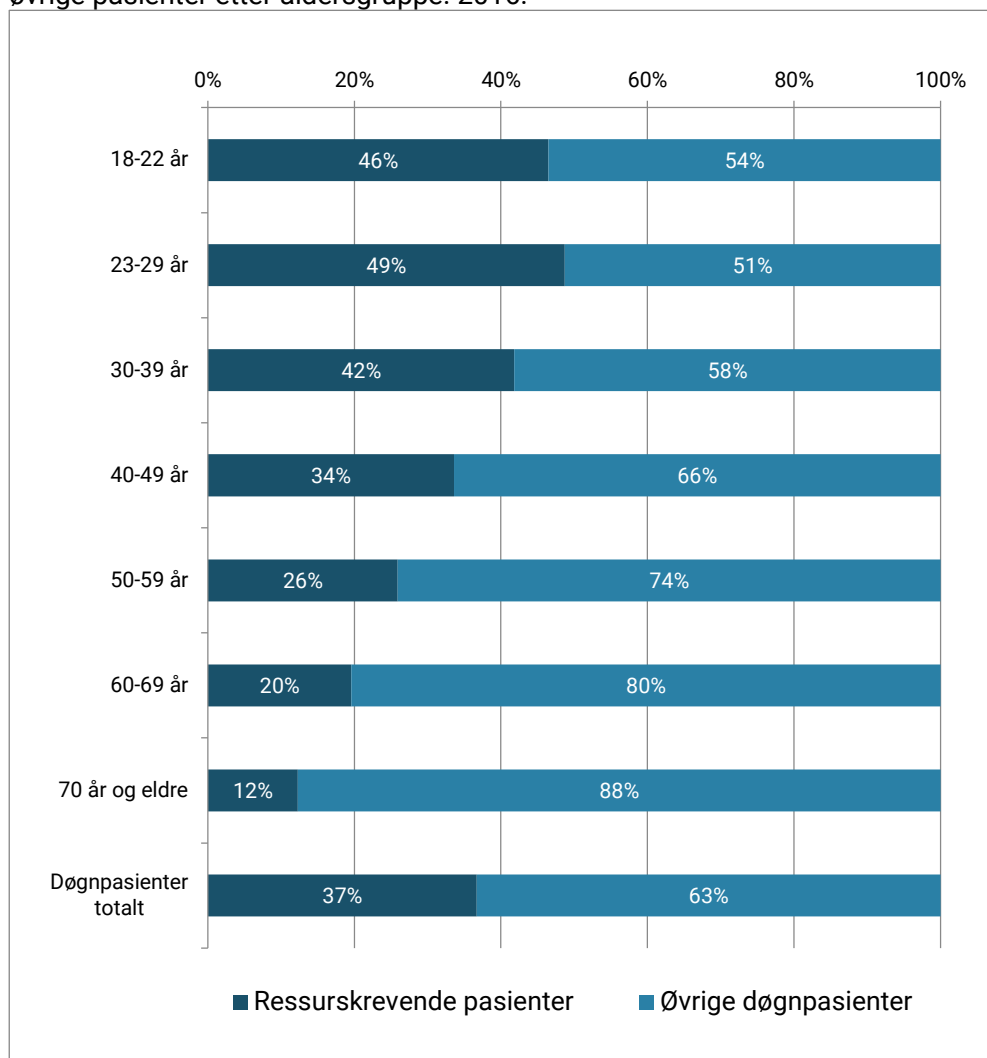


I figur 3.30 er fordelingen mellom pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter presentert for hver aldersgruppe.

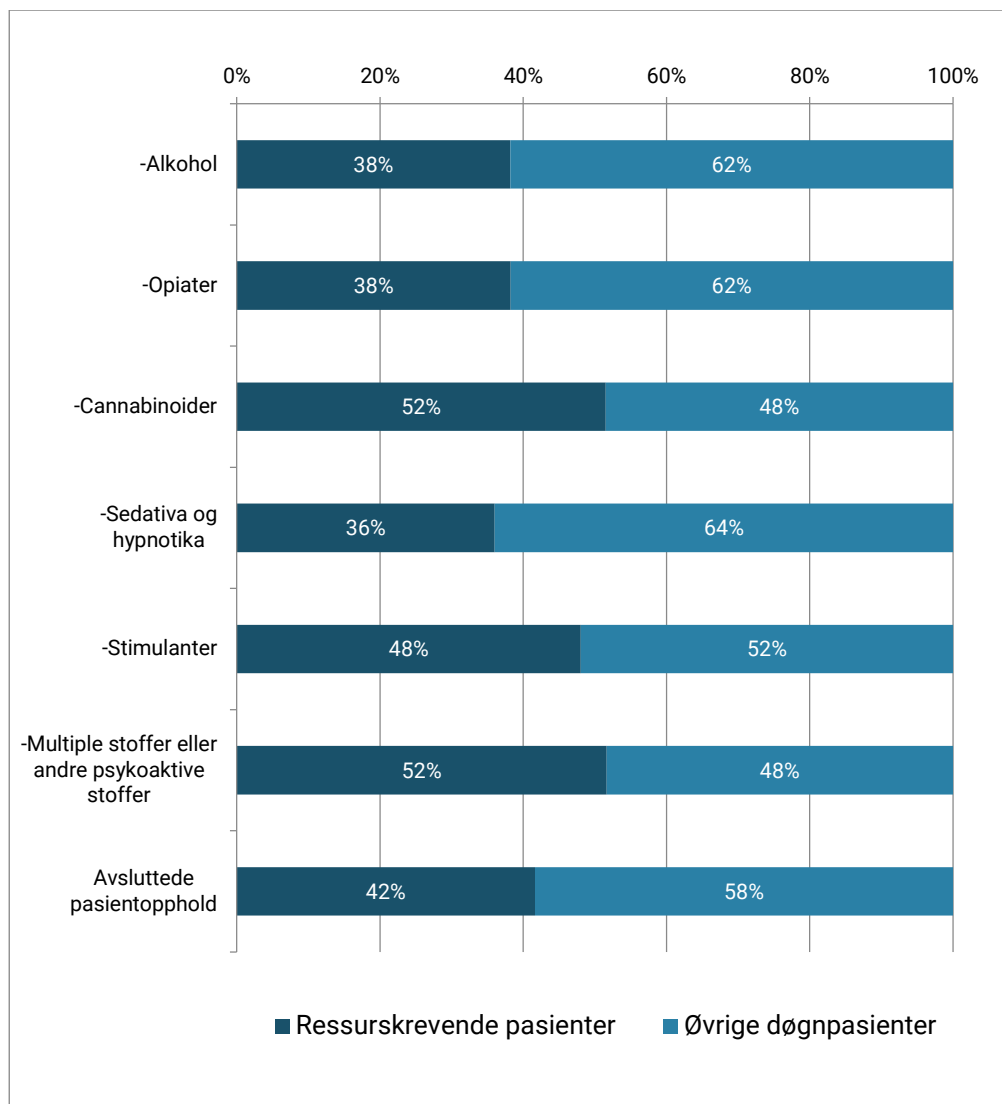
I figur 3.30 fremkommer det at de unge pasientene i størst grad er i gruppen av døgnpasienter med høyest ressursinnsats, mens de eldre pasientene i mindre grad er representert i denne gruppen.

Når vi ser på døgnbehandlingen i TSB, er avsluttede pasientopphold lagt til grunn ved beregning av varigheten av den sammenhengende døgnbehandlingen, og videre ved beregning av omfanget av kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning. I figur 3.31 er tilstandskoden ved avslutningen av pasientoppholdene presentert for ressurskrevende og øvrige døgnpasienter.

Figur 3.30 Døgnpasienter fordelt etter pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter etter aldersgruppe. 2016.



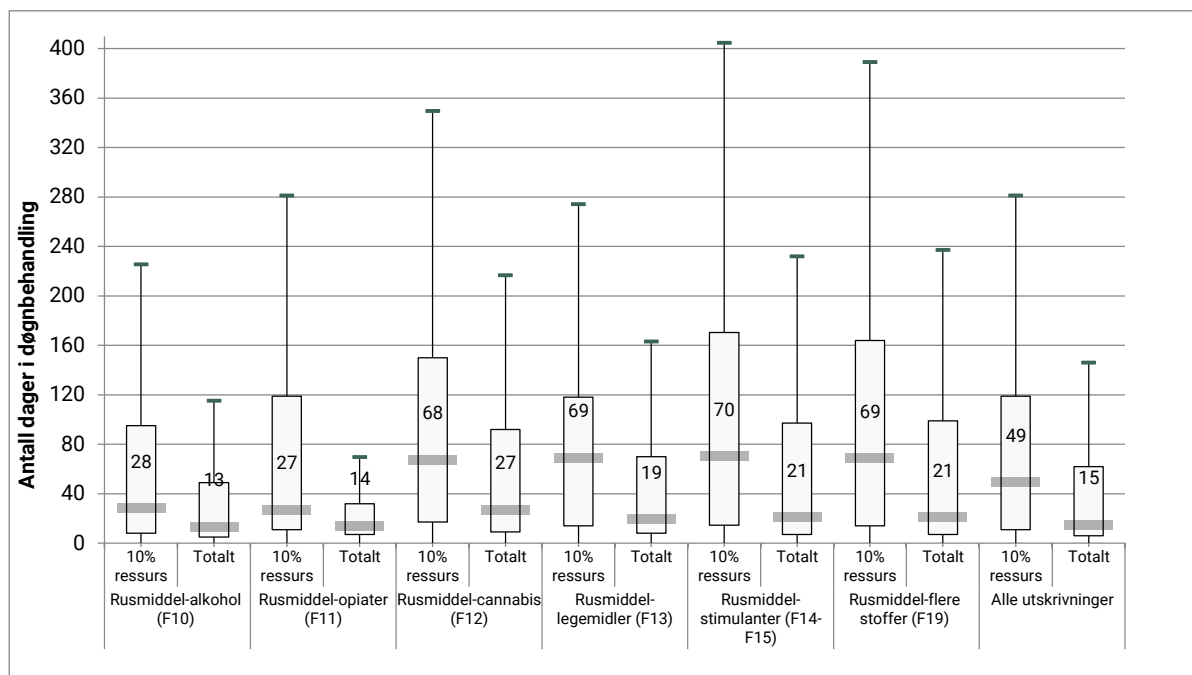
Figur 3.31 Avsluttede pasientopphold fordelt etter pasientene med høyest ressursbruk og øvrige pasienter etter utskrivningsdiagnose. 2016.



Døgntilbeholdningen rettet mot pasientene med høyest ressursinnsats utgjør 42 prosent av de avsluttede pasientoppholdene i 2016. For pasienter som skrives ut etter behandling for bruk av cannabis utgjør ressurskrevende pasienter hele 52 prosent av behandlingene. Det samme gjelder pasienter som var i behandling for bruk av flere stoffer. Døgntilbeholdninger hvor helsehjelpen har vært rettet mot bruk av stimulanter er i 48 prosent av tilfellene knyttet til gruppen pasienter med høyest ressursinnsats. Behandlinger for bruk av alkohol, opiater eller legemidler er i mindre grad representert i denne gruppen.

I figur 3.32 er varigheten av døgntilbeholdningen presentert for pasientene med høyest ressursinnsats og for pasienter totalt for utvalgte behandlinger. Varigheten er her basert på den sammenhengende lengden av døgntilbeholdningen på tvers av institusjoner (pasientopphold) for alle avsluttede døgntilbeholdninger i 2016.

Figur 3.32 Varigheten av døgnbehandlingen for de avsluttede pasientoppholdene for pasientene med høyest ressursinnsats (10% ressurs) og pasienter totalt i 2016.

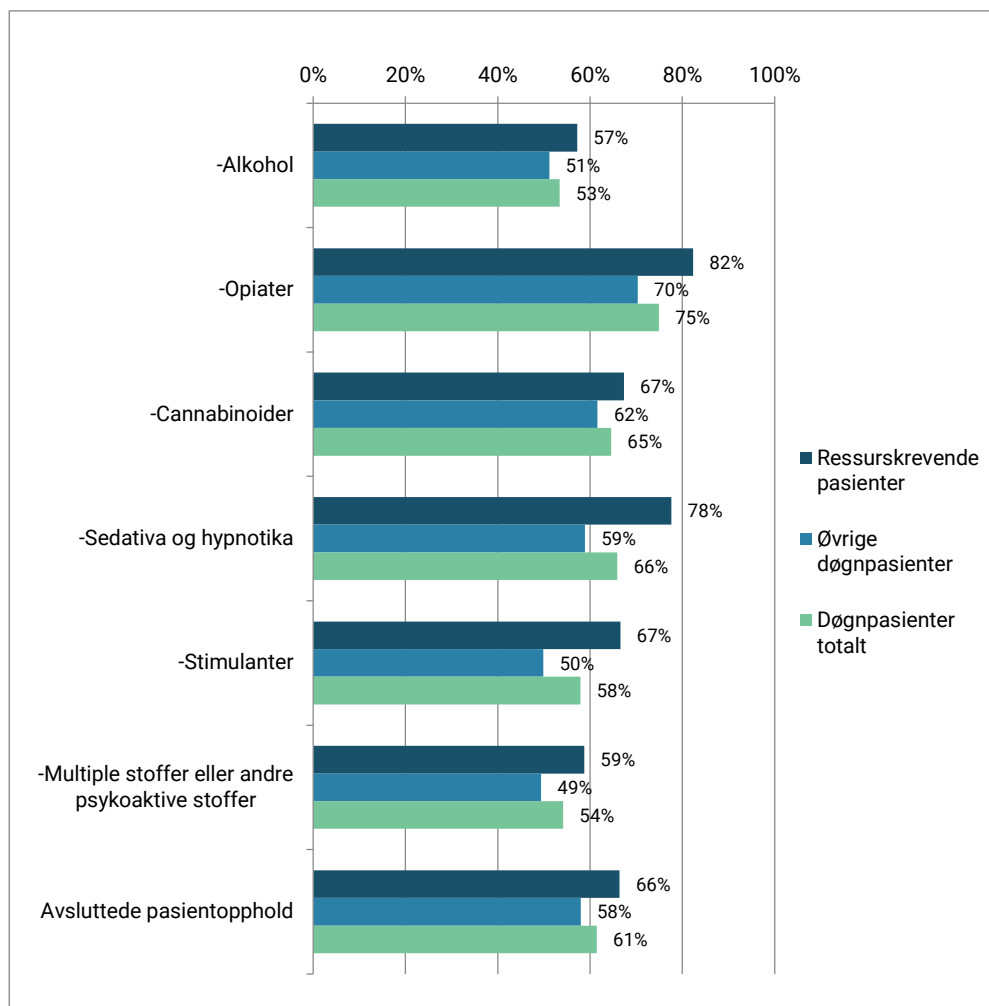


Boksplottet i figuren illustrerer varigheten av døgnbehandlingen ved at selve boksen angir interkvartilbredden (avstanden mellom nedre og øvre 25 persentil) og hvor median varighet er angitt med en strek. Det estimert trimpunkt som angir grenseverdien for når 95 prosent av utskrivningene er avsluttet, er angitt som det øvre punktet i boksplottet.

I figur 3.32 fremkommer det at døgnbehandlingen som pasientene med omfattende bruk av tjenester har gjennomgått er betydelig lengre enn for de øvrige pasientene som er i behandling for tilsvarende rusmiddelproblematikk. Mens median varighet av alle pasientopphold var på 15 dager, hadde pasientene med omfattende bruk av tjenester en median varighet på 49 dager når de var i døgnbehandling i TSB.

For å sikre kontinuitet i kontakten med pasienten, er det naturlig å forvente at spesialisthelsetjenesten har kontakt med pasienten i løpet av den første tiden etter utskrivning. Poliklinisk kontakt i løpet av 30 dager etter utskrivning er derfor en indikator som er laget for å få et inntrykk av om det forkommer en slik kontinuitet i behandlingsforløpet. I figur 3.33 er omfanget av poliklinisk kontakt etter utskrivning presentert for døgnpasientene med høyest ressursinnsats, øvrige døgnpasienter og døgnpasienter totalt for utvalgte behandlinger. Her er både poliklinisk kontakt med TSB og psykisk helsevern for voksne inkludert. Begrunnelsen for det er delvis fordi noe av det polikliniske tilbudet utføres innen psykisk helsevern, men også fordi indikatoren i denne sammenhengen skal være et mål på kontinuitet i kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten.

Figur 3.33 Andel avsluttede pasientopphold som etterfølges av en poliklinisk kontakt. Døgnpasientene med høyest ressursinnsats, øvrige døgnpasienter og døgnpasienter totalt etter utskrivningsdiagnose. 2016.



Figur 3.33 viser at de ressurskrevende døgnpasientene har poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern for voksne i større grad enn øvrige døgnpasientene. Samlet sett var 66 prosent av døgnbehandlingene for pasientene med omfattende bruk av tjenester etterfulgt av en poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning. For de øvrige pasientene var 58 prosent av behandlingene etterfulgt av poliklinisk kontakt. Denne forskjellen var gjennomgående for alle diagnosegruppene. Pasienter i behandling for opiatbruk var i størst grad i poliklinisk kontakt med behandlingstjenestene etter utskrivning, mens pasienter i behandling for bruk av multiple stoffer var i minst grad i poliklinisk kontakt med behandlingstjenestene etter utskrivning.

Vedlegg

Enhetskostnader PHV-V

Gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne var i 2016 kr 12 295 (SAMDATA Analysenotat 18/17). Det er for dette året ikke beregnet separate døgnkostnader for sykehus og for øvrige institusjoner. Fra tidligere år vet vi imidlertid at døgnkostnadene ved sykehusene er vesentlig høyere enn ved øvrige institusjoner. Vi har derfor valgt å beregne separate døgnkostnader for sykehus og for øvrige institusjoner basert på fordelingen det siste året med egne tall for hver gruppe (2014). Dette året lå døgnkostnadene ved sykehusene 68 prosent høyere enn ved øvrige institusjoner. Anvendt på tallene for 2016 gir dette en døgnkostnad ved sykehusene på 14 926 og 8 871 ved øvrige institusjoner.

Kostnad per oppholdsdag for dagpasienter er skjønnsmessig satt til 50 prosent av gjennomsnittlig døgnkostnad (kr 6 148). Kostnad per poliklinisk konsultasjon er kr 2 923 (Analysenotat 18/17).

Kostnad per konsultasjon hos avtalespesialistene er satt lik sum driftstilskudd fra de regionale helseforetakene (kr 368 487 000) pluss refusjoner fra HELFO (kr 371 563 508), totalt kr 740 050 508). Fordelt på 690 503 konsultasjoner gir dette en kostnad per konsultasjon på kr 1 072.

Enhetskostnader PHV-BU

Ressursbruken er beregnet ved bruk av enhetspriser for oppholdsdøgn (kr. 21 719 per døgn), polikliniske konsultasjoner i offentlig virksomhet (kr 3 332 per konsultasjon) og konsultasjoner hos avtalespesialister (kr 1 072 per konsultasjon). Dagkostnadene er satt lik 50 prosent av døgnkostnaden.

Døgnkostnadene som er benyttet er beregnet med utgangspunkt i beregninger for offentlige foretak i publiseringen av SAMDATA Spesialisthelsetjeneste. I analysen av ressurskrevende pasienter benyttes også disse prisene for tre private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst (Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem, NKS Østbytnet behandlingssenter og Capio anoreksi senter). I TSB er priser for private foretak lavere enn for offentlige foretak. Dette kan også være mulig i PHV-BU, men dette har vi ikke eksakte tall på. Som en sjekk på hvor mye disse institusjonene influerer på tallene, har vi ved å holde disse enhetene utenfor analysen funnet ut at de 10 prosent mest ressurskrevende pasientene genererer 57,1 prosent av ressursene uten private institusjoner. Kjennetegn ved pasientene for de 10

prosent mest ressuskrevende pasientene /pasientsammensetning ser ikke ut til å endres av om disse institusjonene holdes utenfor analysen.

Tabell V.1. Fordeling på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom for pasienter i PHV-BU i 2016. Antall og prosent. Basert på siste registrerte tilstand.

	Pasienter totalt		Ressurskrevende pasienter	Øvrige pasienter	Pasienter totalt
	N	Prosent av pasienter totalt	Prosent av sum pasienter (eksklusive Z-, R- og manglende diagnose)	Prosent av sum pasienter (eksklusive Z-, R- og manglende diagnose)	Prosent av sum pasienter (eksklusive Z-, R- og manglende diagnose)
Organiske lidelser (F0)	22	0,0	0,1	0,1	0,1
Ruslidelser (F1)	68	0,1	0,2	0,2	0,2
Schizofrenier (F2)	213	0,4	2,9	0,3	0,7
Affektive lidelser (F3)	3 318	5,8	14,2	9,6	10,2
Nevrotiske lidelser (F4)	8 708	15,1	30,3	26,3	26,9
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5)	966	1,7	7,6	2,2	3,0
Personlighetsforstyrrelser (F6)	308	0,5	1,2	0,9	1,0
Utviklingsforstyrrelser	2 937	5,1	9,2	9,0	9,1
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	9 144	15,9	17,3	30,0	28,2
Andre atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	6 433	11,2	16,7	20,4	19,9
Andre psykiske lidelser (F7, F99)	258	0,4	0,3	0,9	0,8
Andre nevrologiske lidelser (G0-G2, G4-G9)	15	0,0	0,0	0,1	0,0
Andre diagnoser (eksl. F, G, Z og R)	12	0,0	0,0	0,0	0,0
Sum pasienter			100	100	100
Z-diagnoser	13 115	22,8			
R-diagnoser	3 916	6,8			
ICD10 mangler eller er ugyldig	8 074	14,0			
Pasienter totalt	57 507	100	N=5 751	N=51 756	N=57 507

Enhetskostnader TSB

Ressursbruk er beregnet ved bruk av gjennomsnittlig døgnkostnad for offentlige og private foretak. I 2016 ble døgnkostnaden for helseforetakene beregnet til omlag kr 7000.- og kostnad per konsultasjon beregnet til kr 2500.- . Beregninger fra 2012³⁴ viste at den gjennomsnittlige døgnkostnaden for TSB var 66 prosent av kostnaden ved helseforetakene og den gjennomsnittlige døgnkostnaden ved de private foretakene var 45 prosent av kostnaden ved helseforetakene. Basert på enhetskostnader for oppholdsdøgn, oppholdsdager og konsultasjoner er ressursbruken i løpet av 2016 summert for hver pasient. Basert på ressursbruk per pasient er Lorenzkurven etablert og de 10 prosent mest ressurskrevende pasientene identifisert for TSB i 2016.

Tabell V.2 Beregnet kostnad per oppholdsdøgn og kostnad per konsultasjoner i Samdata 2016.

Ressursbruk	Type foretak	Estimering faktor	Kroner
Kostnad per oppholdsdøgn i 2016	Helseforetak	1	7000
Kostnad per konsultasjon med refusjonsgivende takst 2016	Helseforetak	1	2500
Estimert kostnad per oppholdsdøgn	Private foretak	0.45	3150
	Helseforetak og private foretak samlet	0.66	4620
Estimert kostnad per oppholdsdag	Helseforetak og private foretak samlet	0.5*0.66	2310

Beregning av ressursbruk for somatiske tjenester

For somatiske sykehustjenester er ressursbruk beregnet med basis i kostnadsvekter per DRG (DiagnoseRelatert Gruppe). Alle episoder (opphold eller konsultasjoner) for pasientene blir gruppert i en DRG, og hver DRG er tilordnet en kostnadsvekt (også benevnt DRG-vekt). DRG-poeng er lik en sum av DRG-vekter (en eller flere). Grupperingen gjøres ut i fra de data som registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. De sentrale variablene for DRG-klassifisering er: diagnoser, prosedyrer (operasjoner med mer), kjønn, alder og utskrivningsstatus. Enhetsprisen per DRG-poeng var 42 735 kroner i 2017. I denne analysen har vi aggregert antall episoder og sum ressursbruk (sum vektor DRG) per pasient.

³⁴ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/784/Ressursbruk-aktivitet-og-pasientsammensetning-i-TSB-i-2012-IS-2130.pdf>

Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov

Utgitt

Mai 2018

Bestillingsnummer

IS-2732

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130

Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

Faks 24 16 30 01

Forsidefoto

Lisa Westgaard/Tinagent

Design

Itera as

Heftet kan bestilles hos

Helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

e-post trykksak@helsedir.no

Telefon 24 16 33 68

Faks 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillings-
nummer:

IS-2732

www.helsedirektoratet.no