

Styringsinformasjon til helsefelleskapene

Del III: Pasienter med alvorlige
psykiske lidelser

Rapport
IS-3047



Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	6
1.1 Formål	7
1.2 Avgrensninger	7
2. Fire prioriterte pasientgrupper	9
2.1 Komplekse definisjoner og avgrensninger	11
3. Bakgrunn for arbeidet	13
4. Definisjon av alvorlig psykisk lidelse	16
4.1 Vurderinger	16
4.2 Endelig definisjon	18
4.3 Datagrunnlag og utvalgsriterier	19
5. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser	21
5.1 Diagnosegrupper	21
5.2 Funksjonsnivå (Activities of Daily Living)	23
5.3 Alder og kjønn	23
5.4 Forskjeller mellom helsefellesskap i omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser	25
6. Bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser	28
6.1 Bruk av tjenester på tvers	28
6.2 Bruk av tjenester i psykisk helsevern	29
6.3 Bruk av tjenester i somatiske sykehus	31
6.4 Bruk av tjenester hos fastlege og legevakt	34
6.5 Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester	35
6.6 Bruk av tjenester hos avtalespesialist	37
6.7 Døgnbehandling i psykisk helsevern og bruk av andre tjenester	38
7. Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser	39
7.1 Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av tjenester i psykisk helsevern	40

7.2	Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av tjenester i somatiske sykehus	43
7.3	Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester	45
7.4	Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av tjenester hos fastlege og legevakt	48
7.5	Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av tjenester hos avtalespesialist	51
8.	Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse	52
8.1	Egenskaper hos pasienter med samtidig ruslidelse	52
8.2	Bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse	53
8.3	Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse	54
9.	Hvordan kan helsefellesskapene bruke rapporten?	56
	Vedlegg A: Tabeller	59
	Vedlegg B: Figurer	72

Sammendrag

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP) beskriver fire pasientgrupper som trenger særlig prioritet og oppmerksomhet i helsefelleskapene. Dette er skrøpelige eldre, personer med flere kroniske sykdommer, barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester og pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nærmere definisjon av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP og utviklet styringsinformasjon til helsefelleskapene om disse gruppene. I 2021 ble det publisert en rapport om skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer¹, og i 2022 en rapport om barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester².

I denne rapporten, del III, gis det en nærmere beskrivelse av gruppen pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det er også publisert et vedlegg til rapporten med styringsinformasjon til helsefelleskapene.

Helsefelleskapene involverer helse- og omsorgstjenester på alle nivå og med mange ulike aktører, og det er lagt vekt på å beskrive bruk av tjenester på tvers av forvaltningsnivåene. Formålet med styringsinformasjonen er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog i helsefelleskapene, og gi et felles utgangspunkt for samhandling og videreutvikling av tjenestene. Samtidig må det gis rom for lokale tilpasninger og fleksible løsninger.

I arbeidet med denne rapporten er **personer med alvorlige psykiske lidelser** avgrenset til personer som er 18 år eller eldre og som har vært i kontakt med psykisk helsevern for minst en av følgende diagnoser:

- Schizofreni
- Bipolar lidelse
- Depresjon
- Personlighetsforstyrrelse

Basert på aktivitetsdata fra spesialisthelsetjenesten (Norsk pasientregister) i 2019 omfatter dette i underkant av 69 000 pasienter. Diagnosegruppene er ikke gjensidig utelukkende og 10 prosent av pasientene har registrert to eller flere diagnoser. Depresjon er den største gruppen (62 prosent), fulgt av personlighetsforstyrrelser (22 prosent). De alvorligste lidelsene, schizofreni og bipolar lidelse, er registrert hos et mindretall av pasientene (hhv. 13 og 14 prosent). Omfanget av pasienter er størst i aldersgruppen 18-29 år og synker med økende alder. Kvinner utgjør 60 prosent av pasientene og er overrepresentert i alle diagnosegrupper med unntak av schizofreni.

¹ Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Helsedirektoratet (2021).

² Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del II: Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet (2022).

Omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierer mellom helsefelleskapene

Utvalget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør 1,6 prosent av den voksne befolkningen. Andelen varierer fra 1,2 prosent i Østfold til 2,3 prosent i Finnmark. Det er størst variasjon i omfanget av pasienter med depresjon, som er den største undergruppen og trolig omfatter pasienter med varierende symptomtrykk og funksjonsnivå. Pasienter med schizofreni utgjør 0,2 prosent av den voksne befolkningen. Andelen varierer fra 0,1 prosent i Ahus-området til 0,3 prosent i Helse Bergen-området.

Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser mottar flere typer helse- og omsorgstjenester

Alle pasientene i utvalget har per definisjon vært i kontakt med psykisk helsevern, men mange har også mottatt andre typer helse- og omsorgstjenester. Nesten alle pasientene har i løpet av året vært i kontakt med fastlege. Litt over halvparten av pasientene har mottatt tjenester i somatiske sykehus, 43 prosent har vært i kontakt med kommunal legevakt og 31 prosent har mottatt vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester. Kun en liten andel av pasientene har vært i kontakt med avtalespesialist.

Bruken av helse- og omsorgstjenester varierer mellom helsefelleskapene

Selv om alle pasientene har mottatt tjenester i psykisk helsevern, er det forskjeller mellom helsefelleskapene i hva slags tjenester de har mottatt og i hvilket omfang. For eksempel i andel pasienter som har fått døgnbehandling, omfanget av reinnleggelser og epikrisetid. Det er mindre variasjon i hvor mange av pasientene som har vært i kontakt med somatisk sykehus eller fastlege. Det er store forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av kommunale tjenester og tilbud, som helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, individuell plan og koordinator. Bruk av kommunale tjenester varierer også mye mellom kommuner i samme helsefelleskap.

Store forskjeller mellom diagnosegrupper

Det er store forskjeller mellom de fire diagnosegruppene i bruk av helse- og omsorgstjenester. Generelt har pasienter med schizofreni høyest forbruk av tjenester, mens pasienter med depresjon har lavest forbruk. Pasienter med bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelser ligger ofte på et nivå imellom. Over halvparten av pasientene med schizofreni har i løpet av året vært innlagt for døgnbehandling i psykisk helsevern, mot 20 prosent av pasientene med depresjon. Pasienter med schizofreni har flere polikliniske kontakter i løpet av året, flere oppholdsdøgn og en høyere andel reinnleggelser. Pasienter med schizofreni har mindre kontakt med fastlege og somatiske sykehus enn pasienter i de andre diagnosegruppene, men benytter i større grad legevakt og kommunale tjenester. Forskjellene som beskrives i rapporten understreker behovet for å skille mellom diagnoser i videre analyser og arbeid med pasientgruppen.

Økt bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med samtidig ruslidelse

Rusmiddelbruk er ikke inkludert i utvalgskriteriene for pasientgruppen, i hovedsak fordi det ikke er tilstrekkelig dokumentert i aktivitetstdata fra psykisk helsevern. Vi finner likevel at 8 prosent av pasientene i utvalget også har registrert en ruslidelse. Andelen er høyest blant pasienter med schizofreni (18 prosent) og personlighetsforstyrrelser (12 prosent). Pasienter med samtidig ruslidelse har et høyere forbruk av tjenester i psykisk helsevern og benytter også andre typer helse- og omsorgstjenester i større grad enn pasienter uten samtidig ruslidelse. Unntaket er konsultasjon hos fastlege. Dette understreker behovet for nærmere oppfølging av ROP pasienter i helsefelleskapene.

1. Innledning

I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2020 fremgår det at:

Helsedirektoratet skal, i samråd med tjenestene, utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for å understøtte helsefellesskapene.

Dette var et av 23 oppdrag til Helsedirektoratet tilknyttet Nasjonal helse- og sykeplan (Meld St. 7 (2019-2020)). I NHSP fremsettes det ni ulike mål for helse- og omsorgstjenestene i perioden 2020-23, og 12 punkter med beskrivelser av hvordan målene skal oppnås. Et av de viktigste virkemidlene for å oppnå målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er opprettelsen av 19 helsefellesskap.

Regjeringen vil etablere 19 helsefellesskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefellesskapene bør prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helsefellesskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger, og vil spille inn til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.

I beskrivelsen av helsefellesskapene fremgår det at nasjonale myndigheter skal støtte helsefellesskapene gjennom å utvikle bedre styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy. Tilrettelagt styringsinformasjon for helsefellesskapene er et virkemiddel for å oppnå en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, bidra til felles virkelighetsforståelse og understøtte felles planlegging.

Det fremgår også av NHSP at felles planlegging i helsefellesskapene bør basere seg på analyser som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og at det er behov for styringsinformasjon som går på tvers av forvaltningsnivå, som for eksempel informasjon om forløp, fastlegenes aktivitet og praksis og kvalitetsindikatorer for sentrale samarbeidsprosesser.

I denne rapporten presenteres arbeidet med å definere pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som er en av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP. Det gis en beskrivelse av pasientgruppen og omfanget av pasienter i helsefellesskapene, pasientenes bruk av ulike helse- og omsorgstjenester og hvordan dette varierer mellom helsefellesskap og kommuner.

Oppdraget om å utvikle styringsinformasjon for helsefellesskapene er organisert som et internt prosjekt i Helsedirektoratet med fagdirektør for analyse som ansvarlig prosjektleder og deltakere fra avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon og avdeling helseregister.

Prosjektet inngår i Helsedirektoratets program for arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan som leverer en årlig samlet vurdering av om utviklingen i tjenesten går i den retningen som er staket ut i NHSP. Rapporteringen for 2021 tok utgangspunkt i det arbeidet som Helsedirektoratet gjør, både i oppdrag

direkte gitt i tilknytning til planen og tilgrensende oppdrag som har betydning for oppnåelse av målene som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan (Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2021).

Tall til denne rapporten er utlevert fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). NPR og KPR står ikke ansvarlig for de definisjoner og operasjonaliseringer av data som er brukt i denne rapporten.

1.1 Formål

Målet med å utvikle og tilby styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer til helsefelleskapene, er å legge grunnlag for en god og likeverdig *dialog* i helsefelleskapene som kan bidra til best mulig pasientbehandling og god pasientflyt mellom tjenester og forvaltningsnivåer. En best mulig pasientbehandling innebærer at brukeren av helsetjenesten føler seg ivaretatt og får riktig behandling og oppfølging til riktig tid. En god dialog gir rom for lokale tilpasninger og mulighet for å finne fleksible løsninger som ivaretar behovene til hver enkelt pasient/bruker. Dette gir pasientbehandling av høy kvalitet og god utnyttelse av knappe ressurser.

Det er videre et generelt mål at den styringsinformasjonen som utvikles, oppleves som nyttig for de som skal bruke den og at prosjektet samordnes godt med eksisterende styringsinformasjon og andre oppdrag ifm NHSP.

Helsefelleskapene involverer helse- og omsorgstjenester på alle nivå og mange ulike aktører. Per i dag er det stor ulikhet i aktørenes tilgang til, og kompetanse på bruk av, styringsinformasjon og analyser av pasient- og brukerdata. Utvikling av tilrettelagt og lett tilgjengelig informasjon om de pasientgruppene som skal prioriteres, vurderes derfor som et tiltak for å utbedre denne ubalansen og bidra til større likeverd mellom partnerne.

1.2 Avgrensninger

Det eksisterer allerede mye styringsinformasjon som kan være relevant for helsefelleskapene (se nærmere beskrivelse nedenfor), men tilgang på styringsinformasjon som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og gir informasjon om tjenestebruk på tvers av forvaltningsnivå for pasientgrupper som har sammensatte behov, er foreløpig lite utviklet. I dette arbeidet vurderes det derfor som viktig å ta utgangspunkt i de fire pasientgruppene som beskrives i NHSP og frembringe informasjon om disse pasientenes bruk av helse- og omsorgstjenester i både spesialisthelsetjeneste og i kommunale helse- og omsorgstjenester. De fire pasientgruppene er:

- barn og unge
- pasienter med alvorlige psykiske lidelser
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

Helsedirektoratet har i første fase av arbeidet hatt fokus på å utvikle definisjoner av de fire pasientgruppene og utarbeide rapporter med gjennomgang av tilgjengelig statistikk for helsefelleskapene. Det er ikke tilført ressurser for å opprette egne statistikkvisninger på web.

Denne rapporten presenterer arbeidet med pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser. Det publiseres et vedlegg til rapporten som gir en nærmere beskrivelse av pasientene i utvalget (del 1), bruk av helse- og omsorgstjenester for ulike aldersgrupper og diagnosegrupper (del 2) og forskjeller i bruk av tjenester mellom helsefelleskap og kommuner (del 3-8).

Rapporten med vedlegg publiseres på Helsedirektoratets temaside for helsefelleskapene: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/styringsinformasjon>

2. Fire prioriterte pasientgrupper

I NHSP pekes det på sentrale utfordringer for helsetjenesten i Norge. De største utfordringene er knyttet til demografisk utvikling, til vekst i kostnader til nye metoder og teknologi, til økte forventninger fra pasienter og pårørende, samt at flere trenger behandling over lengre tid. NHSP påpeker også en rekke ulike muligheter som gir et godt utgangspunkt for å kunne håndtere utfordringene; pasientene har mange ressuser som kan mobiliseres, vi kan prioritere bedre og vi kan samhandle bedre. Under overskriften "*En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*" beskrives mål og tiltak som skal bidra til at pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten er aktiv deltager i egen helse og behandling.

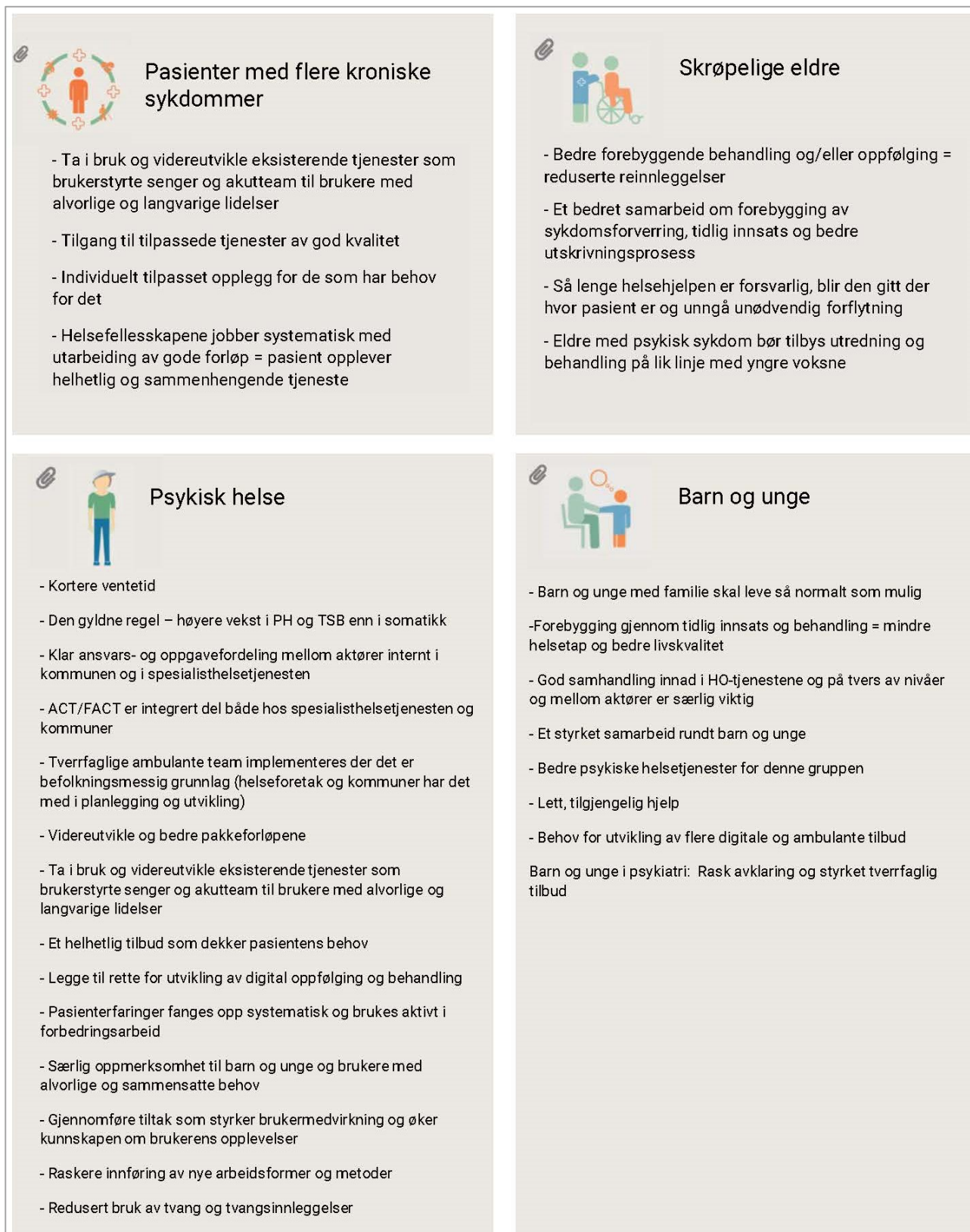
Helsefelleskapene skal prioritere fire pasientgrupper: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser, pasienter med flere kroniske sykdommer, barn og unge samt skrøpelige eldre. Planen setter opp mange mål for de fire gruppene og disse er forsøkt sammenfattet i figurene nedenfor.

Det som kjennetegner de fire pasientgruppene som omtales særskilt i NHSP er at:

- De har mange diagnoser eller en helsesituasjon som må forstås i et helhetlig perspektiv.
- De har behov for helse- og omsorgstjenester fra både kommuner og spesialisthelsetjeneste
- De har særskilt høyt behov for god samhandling både innad i tjenestene og på tvers av nivåene
- Hver enkelt diagnose kan skjule store variasjoner i hjelpebehov, både mellom ulike pasienter og mellom ulike stadier i sykdomsforløpet.

I NHSP forsøker man å adressere den utfordringen som disse fire pasientgruppene representerer, og løfte frem pasienter som har særskilt behov for god samhandling og helhetlig forståelse. NHSP setter opp mange mål for de fire prioriterte pasientgruppene. Disse er forsøkt sammenfattet i figur 2.1. For utvikling av god styringsinformasjon om disse fire pasientgruppene er det en betydelig utfordring at mange av de tiltakene som skal styrkes, forutsetter spesifikk informasjon om behandling og tjenester som er dårlig dekket eller mangler i registerdata. Dette er for eksempel brukerstyrte senger, ACT-team, grad av individuelle tilpasninger, sykdomsforverring, forebygging, habilitering og rehabilitering, fengselshelsetjenesten og sikkerhetspsykiatrien. Vi tror likevel at generell kunnskap om pasientgruppenes bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefelleskap kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles virkelighetsforståelse av situasjonen for pasientene i eget helsefelleskap. For at helsefelleskapene skal kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon bruken av ulike typer helse- og omsorgstjenester og å kunne sammenligne praksis i eget helsefelleskap med andres.

Figur 2.1. Oppsummering av mål for de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP



2.1 Komplekse definisjoner og avgrensninger

Å definere pasienter med flere kroniske lidelser, skrøpelige eldre, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og barn og unge med langvarige behov for helsehjelp er komplekst. En fastlege som kjenner sine pasienter godt, vil ofte kunne fortelle hvilke pasienter som tilhører de prioriterte pasientgruppene ettersom disse pasientgruppene gjerne har hyppig kontakt med fastlegen sin. Når vi skal utvikle løpende styringsinformasjon, må vi imidlertid basere oss på bruk av ulike kodeverk og tilgjengelig informasjon i eksisterende registerdata.

I spesialisthelsetjenesten kan en pasientgruppe vanligvis defineres gjennom kodeverkene for diagnoser (ICD-10) eller behandling (NCMP-NCSP-NCRP), eventuelt også gjennom relativt ressursbruk (DRG). Behandling og diagnostisering i spesialisthelsetjenesten er vanligvis basert på en enkelt- eller et fåtall av diagnoser og/eller prosedyrer, mens det som kjennetegner disse fire pasientgruppene er at de har mange diagnoser eller en helsesituasjon som må sees i et mer helhetlig perspektiv. Det gjør utplukket av pasienter basert på diagnose- eller prosedyrekoder komplekst og muligens utilstrekkelig.

Fastlegene benytter diagnoser i rapporteringen av pasientbehandlingen, men baserer seg på kodeverket ICPC-2 som har noe færre detaljer enn ICD-10. I fastlegenes diagnosesetting kan det for eksempel være mest relevant å bruke generelle diagnoser eller samlebetegnelser (IKA-koder). Bruk av koder i ICPC-2 kan både medføre at utvalget av pasienter blir for omfattende og lite treffsikkert, samt at det kan utelate personer som burde vært inkludert.

For kommunale helse- og omsorgstjenester er diagnosesetting ofte mindre relevant, og behovene for tjenester vurderes på bakgrunn av en helhetlig livssituasjon der boforhold, funksjonsnivå og mestring er sentrale element.

I det styringsmessige behovet for informasjon om disse pasientgruppene er det viktig at gruppene ikke defineres for vidt, slik at informasjonen blir lite treffsikker og vanskelig å håndtere. Det er samtidig viktig at de som har behov for god samhandling blir inkludert.

Målet med definisjonene er:

1. At de er treffsikre og valide, slik at de er brede nok til å inkludere de personene som har særlig stort behov for god samhandling både innad og mellom tjenestenivå, men samtidig smale nok til å ekskludere personer som ikke inngår i målgruppen.
2. At de er relativt enkle å benytte i både klinisk praksis, i evalueringer av omsorg- og tjenestebehov og ved utarbeiding av styringsinformasjon.
3. At de er nyttige i implementering av helsepolitiske prioriteringer.
4. At de ikke er i konflikt med medisinskfaglig praksis og skjønn.

Det er ønskelig å oppnå bred enighet rundt nytten av de definisjonene som tas i bruk, slik at den styringsinformasjonen som utvikles kan representere et felles grunnlag for diskusjon og situasjonsforståelse.

For pasienter med alvorlige psykiske lidelser tar definisjonen utgangspunkt i diagnosekoder og bruk av tjenester i psykisk helsevern. Definisjonen er nærmere beskrevet i kapittel 4. Det er interessant i seg selv å få informasjon om pasientenes bruk av tjenester i psykisk helsevern og mulige forskjeller i dette mellom helsefelleskap. Samtidig er det interessant å vite hvilken oppfølging som gis fra andre instanser, herunder somatiske sykehus, fastlege, legevakt og kommunale helse- og omsorgstjenester.

3. Bakgrunn for arbeidet

Det har lenge vært et uttalt politisk mål å styrke og forbedre tjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser i Norge. Det finnes mange initiativ, utredninger og prosjekter som beskriver utfordringer knyttet til samhandling og oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov. Noen av de viktigste beskrives under.

I 1997 la regjeringen fram **Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet (Psykiatrimeldingen)**. Denne slo fast at behandlingstilbudet innen psykisk helse hadde svakheter i alle ledd og var bakgrunnen for **Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008)**. Opptrappingsplanen skulle styrke kapasiteten og kvaliteten på pasientbehandlingen og innebar også en omfattende omstrukturering av tjenestene for å styrke desentraliserte behandlingstilbud (DPS) og tydeliggjøre ansvaret til spesialiserte sykehusavdelinger. Tiltakene var i hovedsak rettet mot voksne pasienter med alvorlige psykiske lidelser og barn og unge. Evalueringen av Opptrappingsplanen fra 2019 viste at mye var bedret, men at det fortsatt var utfordringer knyttet til blant annet samhandling og faglig utvikling. Det ble også påpekt at nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser var gått raskere enn forutsatt og at antall døgnplasser i sykehus lå under målsetningen. Nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern har fortsatt i hele perioden etter 1998 og også etter 2019³.

Samhandlingsreformen (2012) ga kommunene en mer fremtredende rolle i helse- og omsorgssektoren og er også relevant innen psykisk helse. Reformen satte søkelys på behovet for å samordne tjenester i større grad og utvikle mer helhetlige pasientforløp, særlig for pasienter med langvarige og sammensatte behov. Kommunene fikk en sentral rolle i å koordinere det samlede tjenestetilbudet; fra forebygging, tidlig innsats, utredning, behandling og rehabilitering. Flere tiltak ble innført for å understøtte samhandling med spesialisthelsetjenesten, blant annet lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Evalueringen av reformen fra 2016 viste en positiv utvikling på flere områder, som en bedring av akutttilbud og forebyggende innsats, men ingen klar uttelling med hensyn til helhetlige pasientforløp.

I 2017 la regjeringen fram en helhetlig strategi for god psykisk helse, **Mestre hele livet (2017-2022)**. Strategien la vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid og tiltak som sikrer inkludering og deltakelse i samfunnet. Eksempler på dette er Rask psykisk helsehjelp, individuell jobbstøtte (IPS) og bruk av tverrfaglige, oppsøkende behandlingsteam (ACT/FACT). Når det gjelder pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser fremhever strategien blant annet at *"Forebygging av kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang er kanskje de største utfordringene som tjenesteapparatet står overfor. (...) Kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten må stå sammen om denne utfordringen."* (s. 32).

³ Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020. Helsedirektoratet (2021).

Pakkeforløp for psykiske lidelser – voksne ble innført i 2019 som et ledd i å sikre mer sammenhengende og koordinerte tjenester for pasienten. Per i dag finnes egne beskrivelser av strukturerte pasientforløp for psykoselidelser, tvangslidelser, rusbehandling og somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Sentrale målsetninger med pakkeforeløpene er å unngå unødig ventetid, sikre likeverdige tjenester og bidra til økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. En evaluering fra 2021 viste derimot at mange av målsetningene ikke var nådd. Det var størst fokus på systemkrav knyttet til registrering og tidsbruk mens forhold som brukermedvirkning og helhetlig oppfølging ikke ble tilstrekkelig prioritert. Evalueringen pekte også på at kommunene i større grad bør involveres i arbeidet med pakkeforløp.

SINTEF utfører hvert år en kartlegging på oppdrag fra Helsedirektoratet, **Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8)**. Kartleggingen viser at kommunene bruker mye ressurser på pasienter med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, men få kommuner mener de har et godt tilbud til denne gruppen. Kartleggingen kan ikke direkte peke ut årsakene til dette. Kommunenes generelle tilbakemeldinger identifiserer derimot flere områder med forbedringspotensial, som implementering av pakkeforløp og koordinator, arbeidstiltak og boligtilbud for de tyngste brukerne.

Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (2021) avdekket flere alvorlige og kritikkverdige forhold i tjenestetilbudet til pasienter med psykiske plager og lidelser. Følgende konklusjoner ble gitt i rapporten:

- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre.
- Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.
- «Den gyldne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.
- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok.
- Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.
- De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte

NHSP (2020-2023) vektlegger tre sentrale tiltak for å møte utfordringene knyttet til psykisk helse:

1. Avklare kapasitetsbehov og organisering av tjenestene
2. Prioritere kvalitet og fagutvikling; øke kunnskap om nytte og effekt av behandling
3. Videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi

Om tjenester til brukere med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte behov heter det blant annet: *"God, helhetlig behandling og oppfølging forutsetter tverrfaglig utredning, behandling og oppfølging,*

tilstrekkelige personellressurser og spesialisert kompetanse, egnede døgnavdelinger og mulighet for langtidsoppfølging, blant annet gjennom ambulante tjenester. For noen er det behov for å få dekket grunnleggende behov, som et trygt sted å bo og utdanning, arbeid og aktivitet. Eksisterende tilbud som brukerstyrte senger og ambulante tjenester, herunder akutteam, bør tas i bruk og videreutvikles til brukere med alvorlige og langvarige lidelser." (s. 67).

Som et ledd i oppfølgingen av NHSP har de regionale helseforetakene utarbeidet **Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2021)**. Modellen estimerer kapasitetsbehovet i helsetjenesten fram mot 2040 og gir anbefalinger om behandlingsformer som sikrer bærekraftige og effektive pasientforløp. Framskrivningen tar utgangspunkt i dagens aktivitetsnivå som justeres for forventede endringer i behov og pasientsammensetning, demografisk utvikling og faglig utvikling. Modellen forutsetter blant annet en delvis omlegging fra døgn- til poliklinisk behandling og en effektivisering av døgnbehandlingen gjennom forsterket oppsøkende poliklinisk behandling, intensiverte behandlingsopplegg, digitale tjenester og brukerstyrte poliklinikker.

Framskrivningsmodellen tar høyde for at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har særskilte behov og et annet forbruk av helsetjenester enn pasienter med milde eller moderate psykiske lidelser. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har ofte behov for langvarig oppfølging og flere samtidige tjenester; mange trenger periodevis døgnbehandling, men også tett poliklinisk oppfølging for eksempel gjennom oppsøkende team (ACT/FACT). Kommunale tjenester som bemannede boliger, aktivisering og hjemmetjenester er også sentrale for de alvorligst syke. Framskrivningsmodellen foreslår å øke døgnkapasiteten for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men også forsterke den polikliniske oppfølgingen for å sikre stabilitet og kontinuitet.

Behovet for videre satsning og utvikling av tjenestene i psykisk helsevern er fremhevet også av sittende regjering. Det skal blant annet utarbeides en ny opptrappingsplan for psykisk helse, med hovedvekt på kommunale tjenester. Det er også et mål å øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, forbedre kvaliteten på behandlingen og styrke samhandlingen på tvers av forvaltningsnivå.

Normerende produkter

Helsedirektoratet har utarbeidet en rekke normerende produkter med råd og anbefalinger knyttet til utvalgte pasientgrupper og tjenester. Dette inkluderer *pakkeforløpene* omtalt over. Det er også utarbeidet nasjonale *faglige retningslinjer* for behandling av spesifikke pasientgrupper, herunder psykoselidelser, bipolare lidelser, voksne med depresjon, og samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser). Nasjonale *faglige råd* er utarbeidet for blant annet voldsrisikoutredning ved alvorlige psykiske lidelser, forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, psykiske lidelser hos eldre og selvskauding og selvmord. Flere nasjonale *veiledere* er relevante: Oppfølging av personer med store og sammensatte behov; Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator; Sammen om mestring - lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.

For en fullstendig oversikt over normerende produkter, se www.helsedirektoratet.no/produkter

4. Definisjon av alvorlig psykisk lidelse

Psykiske plager og lidelser er utbredt i befolkningen og har store konsekvenser både for den som rammes og for samfunnet. Folkehelseinstituttet har estimert at mellom 16 og 22 prosent av den voksne befolkningen oppfyllte kriteriene for en psykisk lidelse i 2019⁴. Psykiske lidelser er anslått å være den fjerde største årsaken til sykdomsbelastning i Norge⁵.

Psykiske lidelser spenner fra lettere tilstander med hovedsakelig subjektive og forbigående symptomer, som angst og mild depresjon – til alvorligere tilstander som gir store funksjonsnedsettelse og kan være livet ut, som for eksempel schizofreni. Forekomsten av de mest alvorlige lidelsene er relativt liten (psykose 1-3,5 prosent) mens de mindre alvorlige lidelsene er mer utbredt (depresjon 10 prosent)⁴. Selv om alvorlige psykiske lidelser er mindre utbredt har de ofte større konsekvenser for de som rammes, som nedsatt arbeidsførhet, økt risiko for somatisk sykdom, høy forekomst av rusmiddelbruk og økt dødelighet⁴. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser lever 15-20 år kortere enn gjennomsnittet for den generelle befolkningen⁶.

4.1 Vurderinger

Det finnes ingen klar definisjon av alvorlig psykisk lidelse. Begrepet brukes ofte om bestemte diagnoser, vanligvis schizofreni og bipolar lidelse. Det kan også vise til grad av funksjonsnedsettelse eller varighet av symptomer. Ulike definisjoner benyttes til ulike formål og kan begrenses av hvilke data man har tilgjengelig^{7 8}

National Institute of Mental Health benytter følgende definisjon av alvorlig psykisk lidelse: "*Serious mental illness (SMI) is defined as a mental, behavioral, or emotional disorder resulting in serious functional impairment, which substantially interferes with or limits one or more major life activities.*" I en nylig operasjonalisering av definisjonen er psykiatriske diagnoser sett i sammenheng med blant annet funksjonsnivå, symptombelastning og suicidalitet (National Survey of Drug Use and Health, 2020).

⁴ Psykisk helse i Norge. Folkehelseinstituttet (2018).

⁵ Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (2020). Lancet, 396(10258), 1204-1222.

⁶ Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry (2011), 199 (6), 453-8.

⁷ Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry (2000); 177(2):149–155.

⁸ Zumstein N, Riese F. Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. Front Psychiatry (2020); 11: 648.

En liknende tilnærming er benyttet i definisjonen av målgruppen for FACT team⁹: Alvorlige psykiske lidelser er ikke avgrenset til bestemte diagnoser, men kan være en rekke psykiatriske diagnoser gitt at de forårsaker alvorlig funksjonssvikt, varer i flere år og medfører behov for koordinerte helsetjenester.

Grad av funksjonsnedsettelse inngår ikke eksplisitt i vår definisjon av alvorlig psykisk lidelse. Per i dag finnes ingen felles standard for måling av funksjonsnivå i psykisk helsevern, og denne typen informasjon er heller ikke tilgjengelig i NPR data. Definisjonen av alvorlig psykisk lidelse er derfor basert utelukkende på kategoriske diagnoser. Hensynet til enkelthet (se kapittel 2) støtter også denne tilnærmingen.

Vi tar utgangspunkt i den vanligste definisjonen av alvorlig psykisk lidelse, som inkluderer **schizofreni** og **bipolar lidelse**. Omfanget av pasienter med schizofreni eller bipolar lidelse er derimot lite, og det er ønskelig å øke utvalgsstørrelsen både for å fremskaffe pålitelig statistikk og for sikre resultatenes validitet. Det er viktig at avgrensningen ikke blir for snever, men fanger opp alle pasienter med store og sammensatte behov, jf. målsetningene for definisjonen (se kapittel 2). Pasientutvalget er derfor utvidet til å inkludere pasienter med **depresjon** og pasienter med **personlighetsforstyrrelser**.

Både depresjon og personlighetsforstyrrelser er store og uensartede diagnosekategorier med betydelig intern variasjon i symptomtrykk og funksjon. Det er derfor ønskelig å avgrense til de mest alvorlige tilfellene. Noen definisjoner av alvorlig psykisk lidelse omfatter alvorlig depresjon i tillegg til schizofreni og bipolar lidelse⁹. I Norge har pasienter med alvorlig og moderat depresjon rett til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten lik pasienter med psykoselidelser og bipolar lidelse¹⁰. Dette er begrunnet i tilstandens alvorlighet. Personlighetsforstyrrelser er vanligvis ikke omtalt som en alvorlig psykisk lidelse, men er forbundet med betydelig funksjonstap knyttet til vansker med personlige og sosiale relasjoner, økt dødelighet, høy forekomst av rusmiddelbruk og selvskading^{11 12 13}. Dette kan være en ressurskrevende pasientgruppe å yte behandling til. Pasienter med personlighetsforstyrrelser har ofte kort varighet på døgnbehandling i psykisk helsevern¹⁴, men høy sannsynlighet for akutt reinnleggelse¹⁵.

NHSP fremhever at helsefelleskapene skal prioritere oppfølgingen av pasienter med store og sammensatte behov, herunder pasienter med **alvorlige psykiske lidelser og samtidige rusproblemer**. Rusmiddelbruk kan ha betydning for pasientens funksjonsnivå, behovet for øyeblikkelig hjelp¹⁵, sannsynligheten for manglende oppmøte i behandlingsforløpet, selvmordstanker¹⁶ og forventet levealder¹⁷. Risikoen for samtidig rusmiddebruk anses å være høy ved alle psykiske lidelser som inngår i

⁹ FACT: Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Remmers van Veldhuizen (2013).

¹⁰ Psykisk helsevern for voksne - Prioriteringsveileder. Helsedirektoratet (2015).

¹¹ Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* (2015); 385(9969):717-26.

¹² Ose SO, Tveit T, Mehlum L. Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients - A nationwide study. *J Psychiatr Res* (2021);133:1-9.

¹³ Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013. SINTEF (2014).

¹⁴ Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet. Helsedirektoratet (2019).

¹⁵ Forløp etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne. Helsedirektoratet (2018).

¹⁶ Andersson HW, Lilleeng SE, Ruud T, Ose SO. Suicidal ideation in patients with mental illness and concurrent substance use: analyses of national census data in Norway. *BMC Psychiatry* (2022); 22(1):1.

¹⁷ Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. (2018) Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS ONE* (2018);13(8): e0202028.

vårt pasientutvalg. Rusmiddelbruk er derimot ikke inkludert i utvalgskriteriene, i hovedsak fordi det ikke er tilstrekkelig dokumentert i aktivitetsdata fra psykisk helsevern. Dersom rusproblematikk ikke er utredet vil det ikke foreligge en rusrelatert tilstandskode. Det er vurdert å inkludere pasienter fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), men dette er pasienter som i hovedsak opplever rusproblematikk og derfor mindre relevant for vårt formål. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser skal i henhold til prioriteringsveilederen følges opp innen psykisk helsevern, også der det forekommer samtidig rusproblem¹⁰.

Det er gjort en egen analyse av pasienter i utvalget som har registrert en rusdiagnose i kontakt med psykisk helsevern (se kapittel 8). Omfanget av pasienter med samtidig rusmiddelbruk blir trolig underestimert med denne tilnærmingen. Det er tidligere vist at kun halvparten av pasientene med rusmiddelbruk kan identifiseres ved bruk av tilstandskoder i psykisk helsevern for voksne¹⁸. Resultatene gir likevel en indikasjon på hvordan samtidig rusproblematikk kan påvirke ressursbruken blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

4.2 Endelig definisjon

Det endelige utvalget inkluderer pasienter med schizofreni, bipolar lidelse, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Diagnosekriteriene er basert på klassifiseringen av tilstander i Global Burden of Disease (GBD), som også benyttes i framskrivningsmodellen. Se tabell 4.1.

Personlighetsforstyrrelser er ikke definert som en egen kategori i GBD. For denne gruppen er det valgt å inkludere alle ICD-10 koder i kategorien F60-F69. Merk også at GBD definisjonen av bipolar lidelse inkluderer F34.0 Cyklotymi. Denne utgår fordi vår definisjon er avgrenset til koder på to-tegnsnivå. Depresjon er definert som ICD-10 kode F32 og F33 iht. GBD definisjonen av "major depression", men ikke nærmere avgrenset med hensyn til alvorlighet (spesifisert i kodens tredje tegn).

I det videre vil begrepet "alvorlig psykisk lidelse" benyttes om alle fire diagnoser, selv om det vanligvis refererer spesifikt til schizofreni og bipolar lidelse. Vi tar høyde for at diagnosene har ulik alvorlighetsgrad som kan påvirke pasientenes behov og ressursbruk. Resultater presenteres både for hele pasientgruppen samlet, og for hver av diagnosegruppene.

Pasienter med samtidige ruslidelser er identifisert som et underutvalg og omtalt i et eget kapittel. Ruslidelser er definert som en tilstand fra ICD-10 kapittel F10-F19 (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer).

¹⁸ Andersson HW, Lilleeng SE, Ruud T, Ose SO. Substance use among patients in specialized mental health services in Norway: prevalence and patient characteristics based on a national census, *Nordic Journal of Psychiatry* (2021), 75:3, 160-169

Tabell 4.1. Diagnoser som inngår i definisjonen av alvorlig psykisk lidelse

Diagnose	ICD-10 kode
Schizofreni	F20 Schizofreni
	F25 Schizoaffektive lidelser
Bipolar lidelse	F30 Manisk episode
	F31 Bipolar affektiv lidelse
Depresjon	F32 Depressiv episode
	F33 Tilbakevendende depressiv lidelse
Personlighetsforstyrrelser	F60 Spesifikke personlighetsforstyrrelser
	F61 Blandede og andre personlighetsforstyrrelser
	F62 Vedvarende personlighetsforandringer som ikke skyldes skade eller sykdom i hjernen
	F63 Vane- og impulsforstyrrelser
	F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg
	F66 Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med seksuell utvikling og legning
	F68 Andre forstyrrelser av voksen personlighet og atferd
	F69 Uspesifisert forstyrrelse av voksen personlighet og atferd

4.3 Datagrunnlag og utvalgskriterier

Analysene som presenteres i denne rapporten er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Alle data er fra 2019.

Pasientutvalget er basert på NPR data. Utvalget inkluderer alle pasienter i alderen 18 år og eldre som er registrert med tjenester i psykisk helsevern for voksne eller psykisk helsevern for barn og unge i 2019. Utvalget er videre avgrenset til pasienter med minst en episode (poliklinisk kontakt, dagbehandling eller innleggelse) hvor en eller flere aktuelle diagnosekoder (tabell 4.1) er registrert som hovedtilstand eller annen tilstand. Pasientens alder, kjønn og bosted er også basert på rapporteringen til NPR.

Alle pasientene i utvalget har per definisjon mottatt tjenester i psykisk helsevern i løpet av 2019. Aktivitetsdata fra psykisk helsevern (NPR)¹⁹ er koblet med aktivitetsdata fra somatiske sykehus (NPR), avtalespesialister (NPR), fastlege (KPR - KUHR), legevakt (KPR - KUHR) og kommunale helse- og omsorgstjenester (KPR - IPLOS). De samme pasientene er identifisert i alle datasett for å beskrive bruk av tjenester på tvers.

Utvalget er basert på diagnosekoder i aktivitetsdata fra psykisk helsevern (NPR data). Dette er begrunnet i at spesialisthelsetjenesten har et hovedansvar for utredning og diagnostikk av alvorlige psykiske lidelser. Det er også større sannsynlighet for å få en homogen pasientgruppe ved å inkludere diagnosekriterier fra samme tjenestenivå og kodeverk. Fastleger og omsorgstjenester setter eller bruker vanligvis ikke diagnoser på alvorlig psykisk sykdom dersom dette ikke er utredet og satt av spesialisthelsetjenesten. Det betyr imidlertid at resultatene som beskrives i denne rapporten gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser som er i en fase med oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Pasienter som ikke har behov for spesialisthelsetjenester eller ikke oppsøker/ønsker slik hjelp, fanges

¹⁹ Vedtak om bruk av tvang inngår ikke i datagrunnlaget.

ikke opp. Dette kan for eksempel være pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet som vegrer seg for å kontakte helsetjenesten og underrapporterer plager og behov, i frykt for at henvendelsen resulterer i uønsket (tvungen) helsehjelp eller innleggelse uten tilgang til rusmidler.

Pasienter som i løpet av året kun får oppfølging av fastlege eller andre kommunale helse- og omsorgstjenester, inngår heller ikke i utvalget. Kommunene kan ha en betydelig ressursbruk knyttet til disse pasientene som ikke vil fremgå av rapporten. Merk også at pasienter som er inkludert i rapporten, kan få mer og annen oppfølging i kommunen enn det som fremgår av våre analyser. Mange kommuner gir ulike tilbud til personer med psykiske lidelser og rusproblematikk som ikke er vedtakspliktige og dermed ikke dokumenteres i KPR.

5. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Under beskrives utvalget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser, slik det er definert i kapittel 4. Vi beskriver også hvordan omfanget av pasienter varierer mellom helsefelleskap og kommuner. Se også vedlegg B del 1.

5.1 Diagnosegrupper

Utvalget inkluderer totalt 68 930 pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Tabell 5.1 viser antall pasienter fordelt på diagnose.

Tabell 5.1. Antall pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fordelt på diagnosegruppe

Diagnose	Antall pasienter
Schizofreni	8 651
Bipolar lidelse	9 908
Depresjon	42 853
Personlighetsforstyrrelser	15 115
Alle	68 930

Depresjon er den vanligste diagnosen, registrert hos 62 prosent av pasientene i utvalget. Personlighetsforstyrrelser er registrert hos 22 prosent av pasientene, schizofreni hos 13 prosent og bipolar lidelse hos 14 prosent. Dette betyr at et mindretall av pasientene har registrert en diagnose som vanligvis betegnes som en alvorlig psykisk lidelse; schizofreni og bipolar lidelse. Dette understreker behovet for å skille diagnosegruppene i videre analyser.

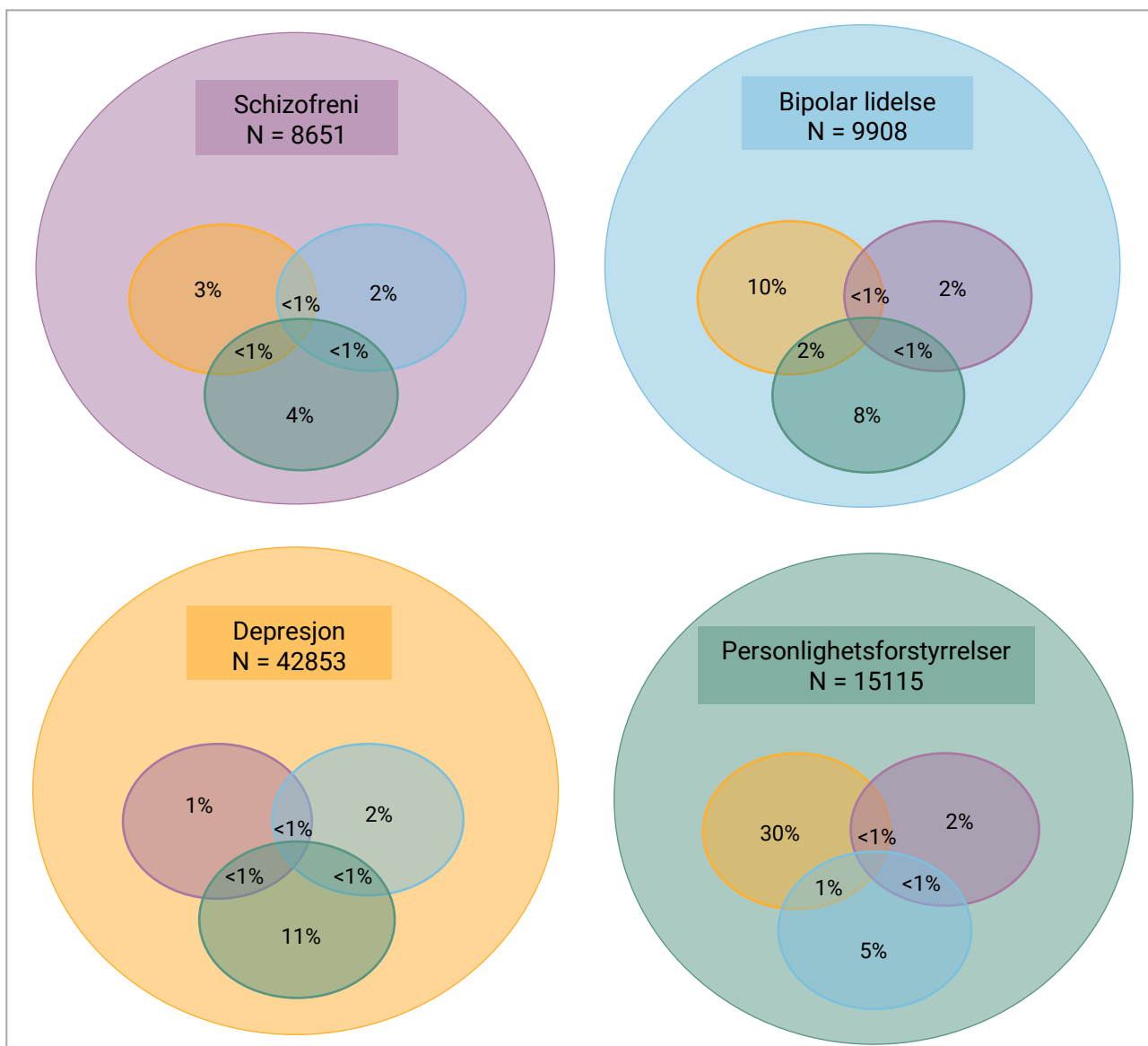
Det totale utvalget på 68 930 pasienter utgjør 1,6 prosent av befolkningen som er 18 år og eldre. Utvalget av pasienter med depresjon utgjør 1 prosent av befolkningen, pasienter med personlighetsforstyrrelser utgjør 0,4 prosent, og pasienter med schizofreni eller bipolar lidelse utgjør 0,2 prosent hver. Dette er lavere enn estimert prevalens for disse lidelsene. Vårt utvalg er basert på NPR data og omfatter pasienter som i løpet av 2019 har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten for en alvorlig psykisk lidelse. Dette utgjør kun en andel av alle personer i befolkningen med en diagnostiserbar alvorlig psykiske lidelse., jf. "behandlingsgapet" omtalt i framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og TSB). NPR-data vil trolig gi best indikasjon på forekomsten av de alvorligste lidelsene, som schizofreni. Blant personer med mindre alvorlige lidelser, som depresjon, vil en større andel ikke ha vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten²⁰.

²⁰ Psykisk helse i Norge. Folkehelseinstituttet (2018).

Overlapp mellom diagnosegrupper

Diagnosekriteriene er ikke gjensidig utelukkende og flere av pasientene har registrert mer enn en av de aktuelle diagnosene. I de fleste tilfellene er det pasienter med to diagnoser (7121 pasienter, 10 prosent av utvalget) og i noen få tilfeller pasienter med tre diagnoser eller alle fire (237 pasienter, <1 prosent av utvalget). Figur 5.1 viser hvordan de fire diagnosegruppene overlapper.

Figur 5.1. Overlapp mellom diagnosegrupper i pasientutvalget.



Det er størst overlapp mellom depresjon og personlighetsforstyrrelse, der 4583 pasienter har registrert begge diagnosene. Dette utgjør 30 prosent av pasientene i gruppen med personlighetsforstyrrelse, og 11 prosent av pasientene i gruppen med depresjon.

Andelen pasienter som har registrert minst en annen diagnose, er høyest blant pasienter med personlighetsforstyrrelser (39 prosent), fulgt av pasienter med bipolar lidelse (22 prosent), depresjon (14 prosent) og schizofreni (10 prosent).

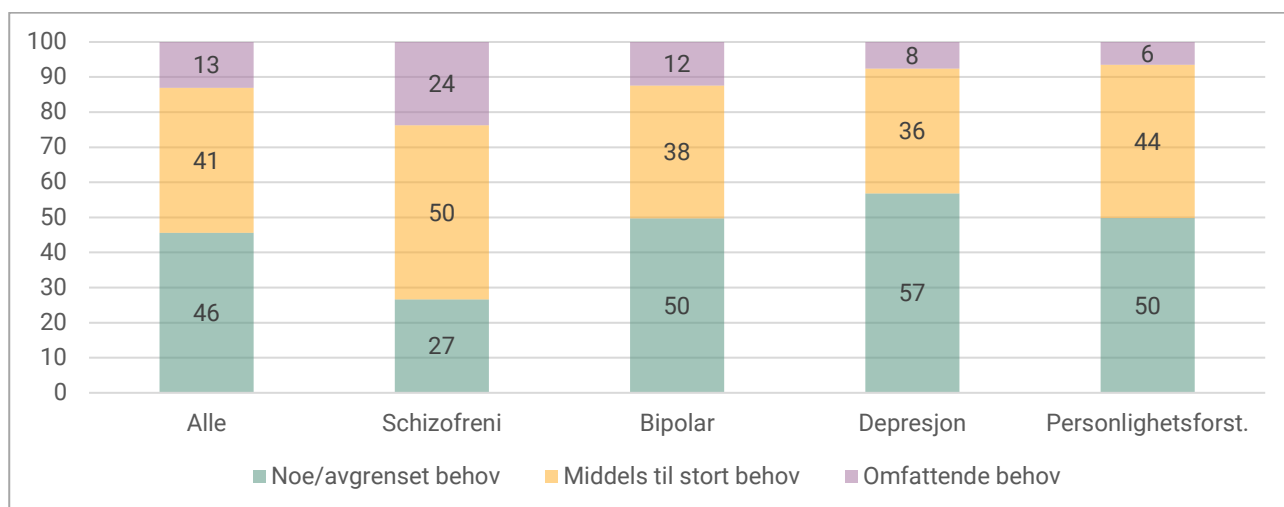
5.2 Funksjonsnivå (Activities of Daily Living)

Tjenestebehov kartlegges for brukere av kommunale tjenester og rapporteres til KPR. Kartleggingen vurderer 18 funksjoner²¹ i dagliglivet (Activities of Daily Living, ADL) som skåres på en skala fra 1 (utgjør ingen problem/utfordring) til 5 (fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp).

ADL funksjoner er registrert for kun 16512 av pasientene med alvorlige psykiske lidelser. Dette utgjør 24 prosent av hele utvalget men 75 prosent av pasientene som har registrert tjenester i KPR. På funksjonen "ivareta egen helse" har 79 prosent av pasientene en skåre på 3 eller mer. Andre funksjoner der mange pasienter skårer ≥ 3 er "sosial deltakelse" (49 prosent), "beslutninger i dagliglivet" (46 prosent), "alminnelig husarbeid" (38 prosent) og "ivareta egen økonomi" (36 prosent). Merk at dette er andeler av pasienter hvor ADL funksjoner er registrert (n=16512), og ikke andeler av pasientutvalget som helhet.

Vi har beregnet et ADL samlemål som er basert på vektingen av 15 utvalgte funksjonsvariabler og delt inn i tre nivå etter grad av bistandsbehov²². Figur 5.2 viser fordelingen av pasienter på de tre nivåene.

Figur 5.2 Grad av bistandsbehov blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, basert på rapportering av 15 funksjoner i dagliglivet (ADL). Andeler er beregnet som prosent av alle pasienter som har aktuelle funksjoner registrert i KPR.



Over halvparten av pasientene har registrert bistandsbehov på nivå 2 (middels til stort) eller 3 (omfattende). Andelen er høyest i gruppen med schizofreni (74 prosent) og lavest i gruppen med depresjon (44 prosent). Merk at dette er andeler av pasienter hvor de 15 utvalgte ADL funksjonene er registrert i KPR (n=18543), og ikke andeler av pasientutvalget som helhet.

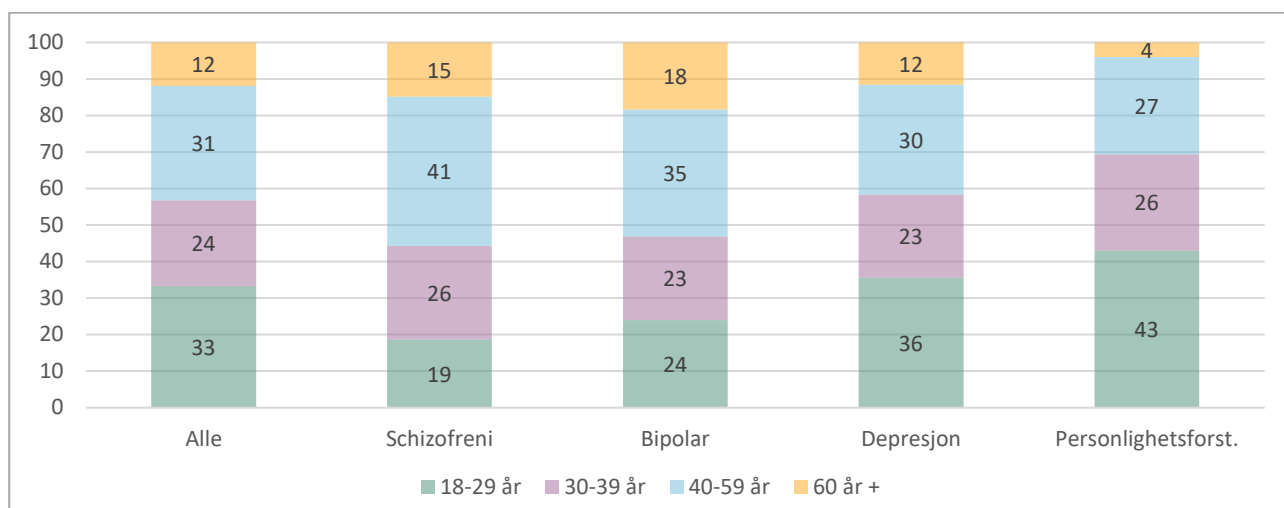
²¹ Ikke medregnet to funksjoner som ble inkludert først i 2019 (initiativevne og opplevelse av trygghet). Disse har få registreringer og er derfor holdt utenfor analysene.

²² Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen. Nasjonal veileder. Helsedirektoratet (2018).

5.3 Alder og kjønn

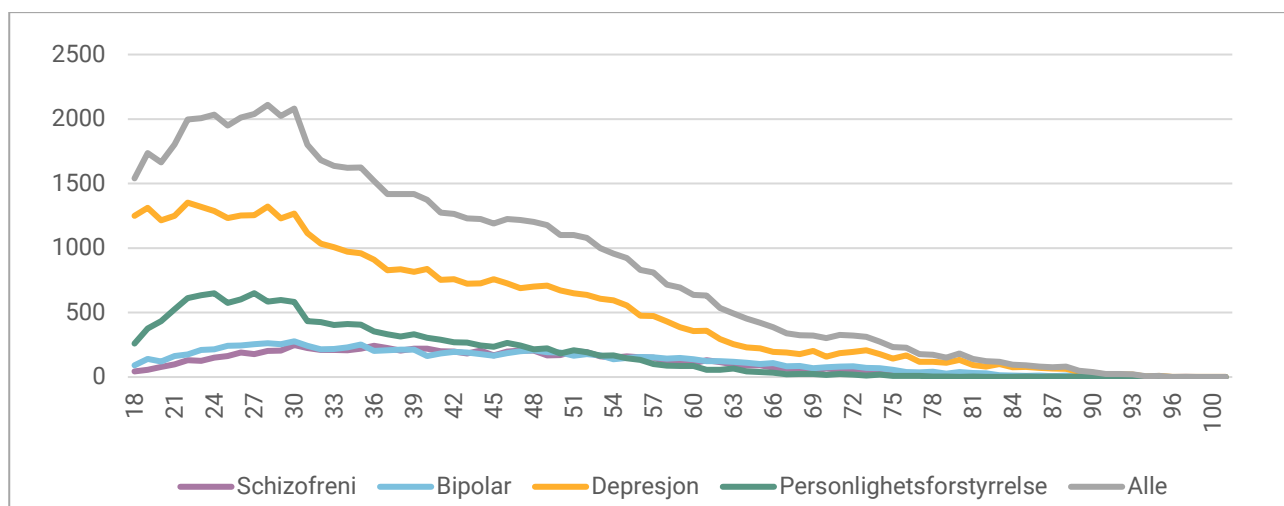
Figur 5.3 viser aldersfordelingen blant pasientene i utvalget. 1 av 3 pasienter er i alderen 18-29 år, og over halvparten er under 40 år. Gjennomsnittsalderen for alle pasientene i utvalget er 39 år (median alder 36 år). Aldersfordelingen blant pasientene varierer med diagnose. Blant pasienter med schizofreni og bipolar lidelse er over halvparten av pasientene over 40 år. Blant pasienter med depresjon og personlighetsforstyrrelser er de fleste under 40 år, og den største andelen er i aldersgruppen 18-29 år.

Figur 5.3 Aldersfordeling blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Andeler i prosent.



Figur 5.4 viser antall pasienter fordelt etter alder og diagnose. Omfanget av pasienter avtar med økende alder, men kurvene varierer med diagnose.

Figur 5.4 Antall pasienter med alvorlige psykiske lidelser fordelt etter diagnosegruppe og alder



Antall pasienter øker mest fram til midten av 20-årene, men denne økningen gjenspeiler i hovedsak utviklingen blant pasienter med personlighetsforstyrrelse. Antall pasienter med schizofreni og bipolar lidelse øker fram til 30-års alder. Antall pasienter med depresjon er nokså stabilt for aldersgruppen 20-30 år. Etter 30-års alder går omfanget av pasienter kraftig tilbake. Nedgangen er tydeligst blant pasienter

med depresjon, men samme trend sees også blant pasienter med personlighetsforstyrrelser. Blant pasienter med schizofreni og bipolar lidelse er omfanget nokså stabilt i perioden 30-60 år, før det går svakt tilbake.

Kvinner utgjør 60 prosent av pasientene i utvalget, se tabell 5.2. Det er en overvekt av kvinner i alle diagnosegrupper, med unntak av gruppen med schizofreni hvor kvinneandelen er 39 prosent. Forskjellen mellom kjønnene er størst i de yngste aldersgruppene, se vedlegg B del 1.

Tabell 5.2. Kjønnfordeling blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser

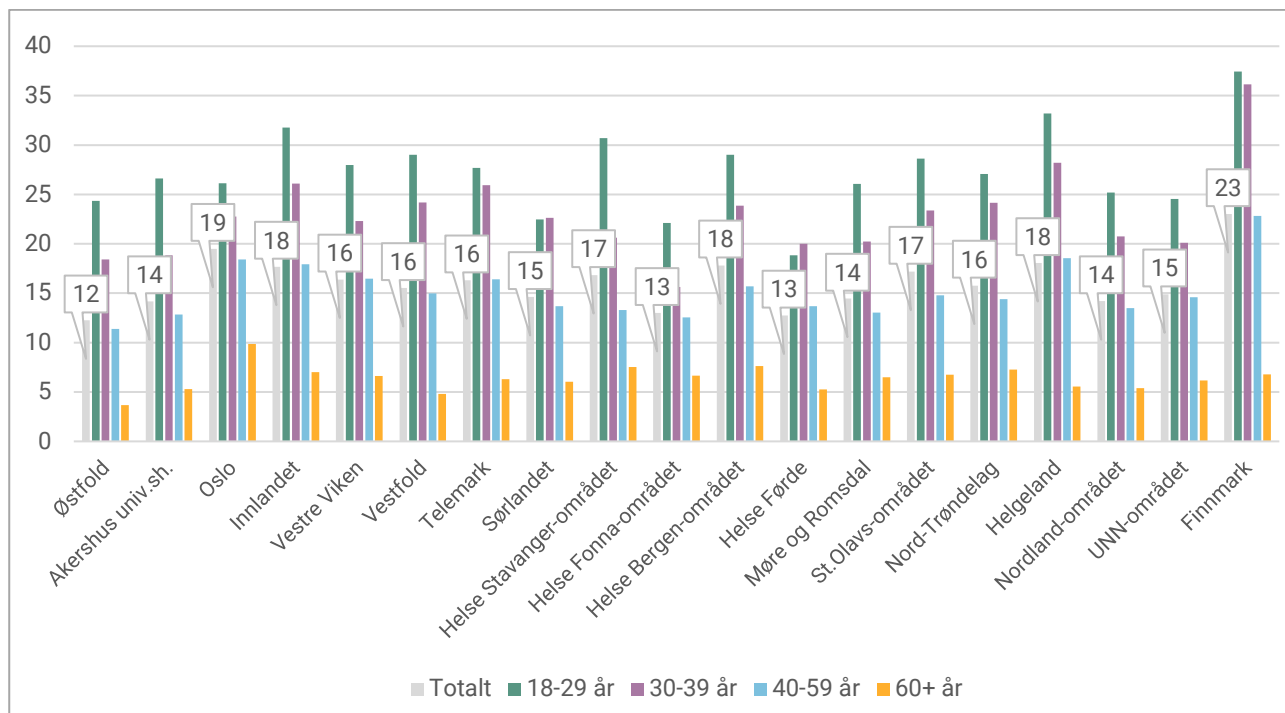
Diagnosegruppe	Pasienter totalt	Kvinner	Menn	Andel kvinner (%)
Schizofreni	8 651	3 341	5 310	39
Bipolar lidelse	9 908	5 969	3 939	60
Depresjon	42 853	26 695	16 158	62
Personlighetsforstyrrelser	15 115	9 851	5 264	65
Alle	68 930	41 103	27 827	60

5.4 Forskjeller mellom helsefelleskap i omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser

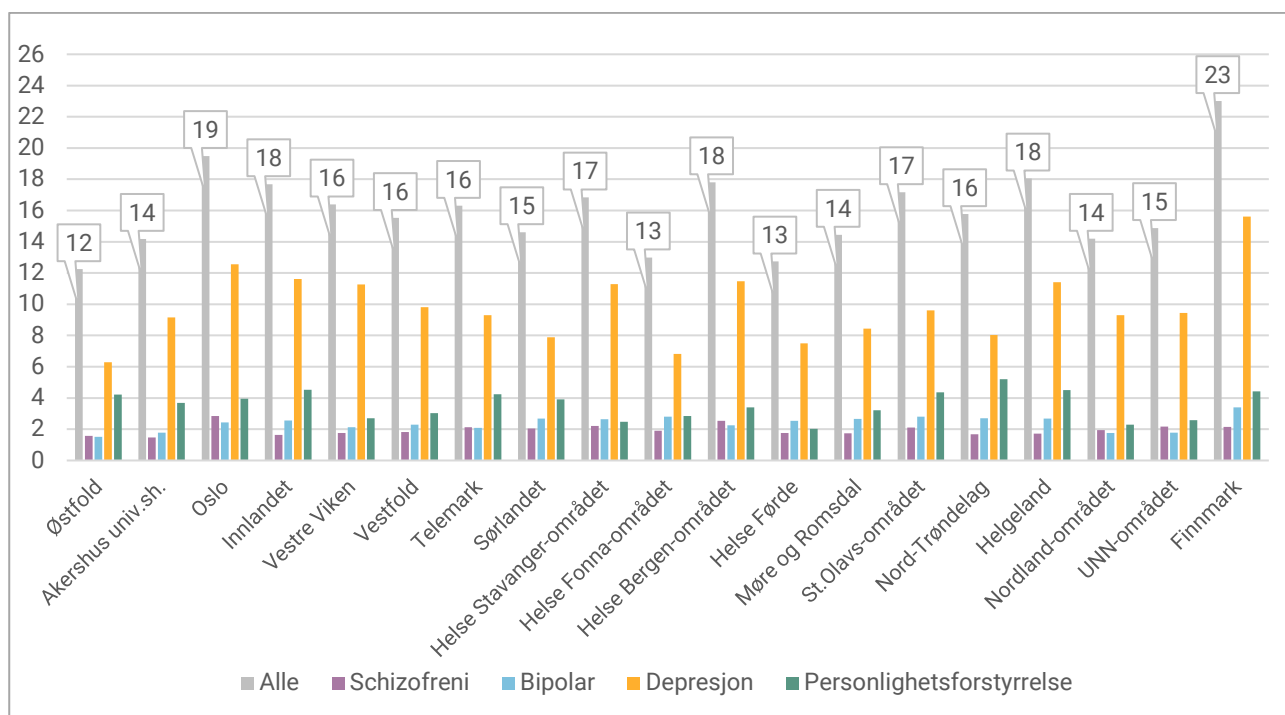
Omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierer mellom helsefelleskapene. For å sammenligne ser vi antall pasienter i forhold til befolkningstallet i 2019, fordelt etter alder. Se figur 5.3. Totalt sett varierer omfanget fra 1,2 til 2,3 prosent av befolkningen som er 18 år og eldre. Det laveste nivået finner vi i Østfold og det høyeste nivået i Finnmark. Finnmark har en pasientrate over landsgjennomsnittet i alle aldersgrupper med unntak av gruppen 60 år og eldre. I alle helsefelleskapene synker pasientratene med økende alder. Unntakene er Sørlandet og Helse Førde, hvor pasientraten er høyest i aldersgruppen 30-39 år.

Figur 5.5 viser hvordan omfanget av pasienter varierer for de ulike diagnosegruppene. Det er størst variasjon i omfanget av pasienter med depresjon; fra 0,6 prosent av befolkningen i Østfold til 1,6 prosent av befolkningen i Finnmark. Det er overlapp mellom de ulike diagnosegruppene, og pasientratene bør derfor sees i sammenheng.

Figur 5.5 Antall pasienter med alvorlige psykiske lidelser per 1000 innbygger fordelt etter alder og helsefelleskap



Figur 5.6 Antall pasienter i ulike diagnosegrupper per 1000 innbygger (18 år og eldre), fordelt etter helsefelleskap.



På kommunenivå er antallet pasienter med alvorlige psykiske lidelser til dels så lavt at det ikke gir mening å lage statistikk fordelt på alder og diagnose. For hele utvalget samlet finner vi at omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierer mellom 0,5 til 3,9 prosent av befolkningen over 18 år. Det laveste nivået finner vi i Etne kommune (Helse Fonna) og det høyeste nivået i Karasjok kommune (Finnmark). I vedlegg A finnes en tabell som viser antall pasienter per 10 000 innbyggere i alle kommuner. Se også figur i vedlegg B del 1.

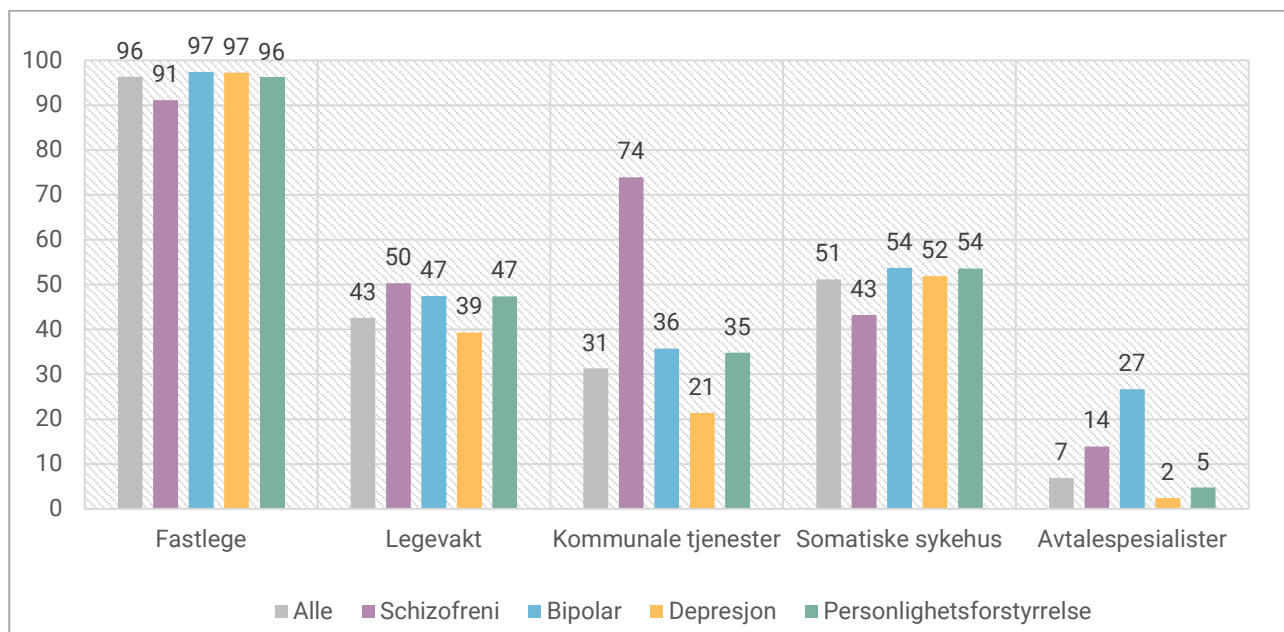
6. Bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser

I dette kapittelet beskriver vi bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og hvordan dette varierer med alder og diagnose. Se også vedlegg B del 2.

6.1 Bruk av tjenester på tvers

Alle pasientene i utvalget har per definisjon mottatt tjenester i psykisk helsevern, men mange har også mottatt andre typer helse- og omsorgstjenester, se figur 6.1.

Figur 6.1 Andel pasienter i psykisk helsevern med alvorlige psykiske lidelser, som samme år har mottatt andre typer helse- og omsorgstjenester. Andeler i prosent av alle pasienter i utvalget (n=68930).



Nesten alle pasientene med alvorlige psykiske lidelser har i løpet av året vært i kontakt med fastlege. Dette gjelder alle diagnosegrupper, selv om andelen er litt lavere for pasienter med schizofreni. Over halvparten av pasientene har mottatt tjenester i somatiske sykehus, 43 prosent har vært i kontakt med kommunal legevakt og 31 prosent har mottatt vedtaksplichtige kommunale helse- og omsorgstjenester. Kun en liten andel av pasientene har mottatt tjenester fra avtalespesialist. Dette inkluderer avtalespesialister i både somatikk og psykisk helsevern.

Bruk av tjenester på tvers varierer mellom diagnosegruppene. De største forskjellene finner vi i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, som er særlig høy blant pasienter med schizofreni.

Sammenheng mellom bruk av ulike typer tjenester

Mange av pasientene har i løpet av året mottatt *flere* typer tjenester utenfor psykisk helsevern. Tabell 6.1 viser sammenhengen mellom bruk av ulike typer tjenester (her sett bort fra avtalespesialister). For eksempel; blant pasienter som har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester er andelen som har hatt kontakt med legevakt høyere enn for pasientgruppen som helhet (54 vs. 43 prosent), og det samme gjelder andelen som har vært i somatisk sykehus (58 vs. 51 prosent).

Tabell 6.1 Overlapp mellom bruk av ulike helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Pasienter klassifisert etter tjeneste	Herav andel pasienter som har mottatt andre typer tjenester (%)			
	Fastlege	Legevakt	Somatisk sykehus	Kommunale tjenester
Fastlege	100	43	52	31
Legevakt	98	100	65	40
Somatisk sykehus	98	54	100	35
Kommunale tjenester	96	54	58	100
Alle pasienter	96	43	51	31

Totalt har 8085 av pasientene med alvorlige psykiske lidelser i løpet av året mottatt *alle* typer tjenester (sett bort fra avtalespesialister). Det vil si at de både har mottatt vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester og vært i kontakt med fastlege, legevakt og somatisk sykehus. Nedenfor beskrives bruk av tjenester på hvert av områdene.

6.2 Bruk av tjenester i psykisk helsevern

De fleste pasientene med alvorlige psykiske lidelser (97 prosent) har i løpet av året mottatt polikliniske tjenester i psykisk helsevern, mens 1 av 4 pasienter har vært innlagt for døgnbehandling. Pasienter med som mottok polikliniske tjenester, hadde i gjennomsnitt 17 kontakter i løpet av året. Pasienter som var innlagt, hadde i gjennomsnitt 46 oppholdsdøgn i løpet av året.

Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgnbehandling i 2019, ble 17 prosent reinnlagt innen 30 dager. Til sammenligning var andelen reinnleggelser for alle pasienter i psykisk helsevern 16 prosent²³. Tallene er ikke helt sammenlignbare på grunn av forskjeller i metode²⁴. Resultatene indikerer likevel at sannsynligheten for reinnleggelse er omtrent på samme nivå, men trolig litt høyere blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, sett under ett. Her er det imidlertid store forskjeller mellom diagnosegrupper (se under).

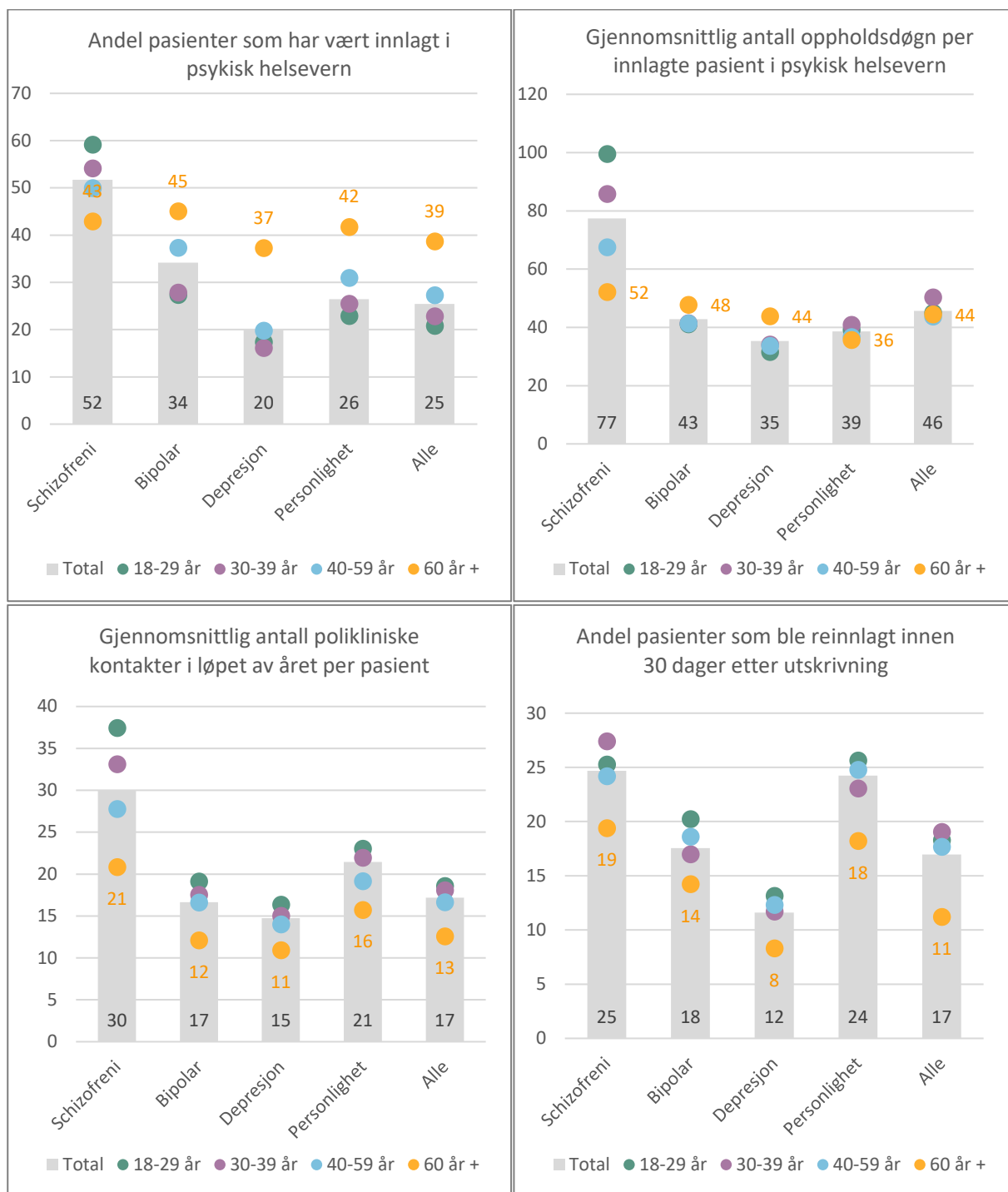
Bruk av tjenester i psykisk helsevern varierer både med alder og diagnose, se figur 6.2. Blant pasienter med schizofreni har over halvparten av pasientene vært innlagt, mens andelen er 20 prosent blant

²³ Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020. Helsedirektoratet (2021).

²⁴ I SAMDATA beregnes andel utskrivninger som er etterfulgt av en reinnleggelse innen 30 dager. I denne rapporten beregnes andel pasienter som reinnlagt innen 30 dager etter utskrivning.

pasienter med depresjon. Andelen innlagte pasienter øker også i takt med alder, fra 21 prosent i aldersgruppen 18-29 år til 39 prosent i aldersgruppen 60 år og eldre.

Figur 6.2 Bruk av tjenester i psykisk helsevern blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fordelt på diagnosegruppe og alder. Andeler i prosent.



Pasienter med schizofreni har generelt høyere forbruk av tjenester i psykisk helsevern enn pasienter i de andre diagnosegruppene. Pasienter med schizofreni har flere polikliniske kontakter i løpet av året, flere oppholdsdøgn totalt og en høyere andel reinnleggelser. Det er også blant pasienter med schizofreni vi

ser de største forskjellene mellom aldersgrupper, men fordelingen er annerledes. Blant pasienter med schizofreni er andelen innlagte pasienter og antall oppholdsdøgn høyest i de yngste aldersgruppene.

Pasienter med depresjon har generelt et *lavere* forbruk av både polikliniske tjenester og døgnbehandling i psykisk helsevern, sammenlignet med pasienter i de andre diagnosegruppene. Blant pasienter med bipolar lidelse ligger forbruket av tjenester på et nivå mellom schizofreni og depresjon. Pasienter med personlighetsforstyrrelser skiller seg litt ut. I denne gruppen er andelen innlagte pasienter omtrent som gjennomsnittet for hele utvalget, men antall oppholdsdøgn er lavere og andelen reinnleggelser er høy. Pasienter med personlighetsforstyrrelser har relativt mange polikliniske kontakter i løpet av året.

Epikrisetid kan benyttes som mål på samhandling og kommunikasjon mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, for eksempel mellom sykehus og fastlege eller annet helsepersonell i kommunen. Kort epikrisetid er viktig for å sikre at pasienten får forsvarlig oppfølging og kontinuitet i behandlingen. Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser fikk 44 prosent sendt epikrisen innen 1 dag etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Andelen er litt høyere i aldersgruppen 60 år og eldre. Det er små forskjeller mellom diagnosegruppene. Se vedlegg B del 3.

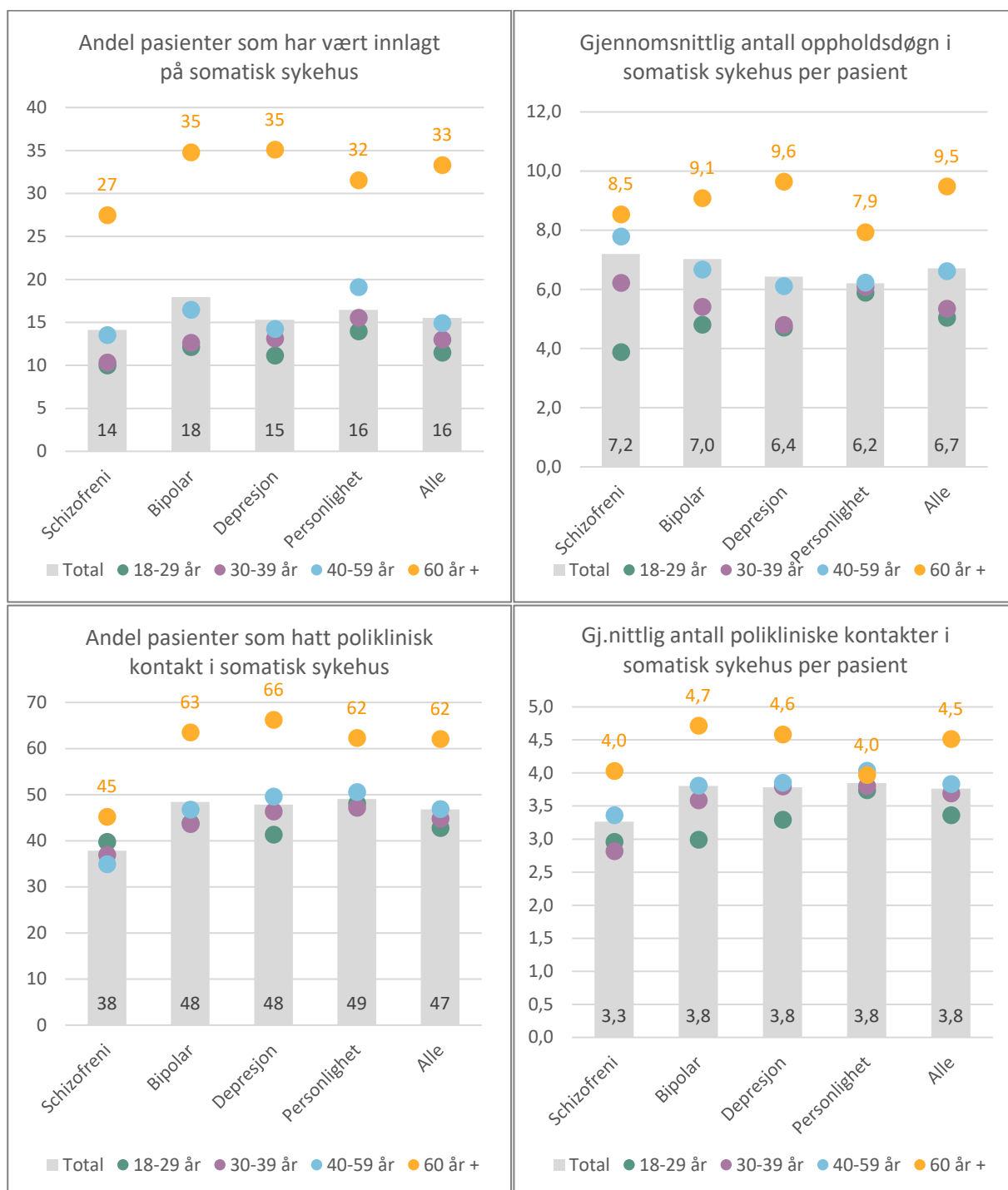
6.3 Bruk av tjenester i somatiske sykehus

Over halvparten av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har i løpet av året mottatt tjenester i somatiske sykehus. De fleste pasientene mottok polikliniske tjenester, med et gjennomsnitt på 4 polikliniske kontakter i løpet av året. 1 av 6 pasienter med alvorlige psykiske lidelser var innlagt i somatisk sykehus, med et gjennomsnitt på 7 oppholdsdøgn.

Andelen pasienter som mottok tjenester i somatiske sykehus er litt lavere i gruppen med schizofreni, jf. figur 6.1 (over). Ellers er det små forskjeller mellom diagnosegruppene, se figur 6.3. Vi ser derimot en klar effekt av alder, og bruk av både polikliniske tjenester og døgnbehandling er klart størst i den eldste aldersgruppen, 60 år og eldre. Blant de eldste pasientene har 1 av 3 vært innlagt i somatisk sykehus, og over 60 prosent har hatt poliklinisk kontakt.

Bruk av tjenester i somatiske sykehus er ikke nødvendigvis relatert til den psykiatriske diagnosen, men kan reflektere somatiske sykdommer som er utbredt og krever behandling også i den generelle befolkningen. Pasientene i vårt utvalg er registrert med et bredt spekter av diagnoser i somatiske sykehus, se tabell 6.2.

Figur 6.3. Bruk av tjenester i somatiske sykehus blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fordelt på diagnosegruppe og alder. Andeler i prosent.



Tabell 6.2 Hovedtilstand på kontakt i somatisk sykehus blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser^a

ICD-10 kapittel	Antall pasienter som har hatt minst en kontakt i somatisk sykehus med aktuell tilstandskode	Andel av alle pasienter som har mottatt tjenester i somatisk sykehus (n=35270)
Kap. XXI Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	10457	30
Kap. XVIII Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, IKA	8180	23
Kap. XIX Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	7220	20
Kap. XIII Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	6239	18
Kap. XI Sykdommer i fordøyelsessystemet	4896	14
Kap. XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	4378	12
Kap. VI Sykdommer i nervesystemet	4145	12
Kap. V Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	3748	11
Kap. IV Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser	3549	10
Kap. IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet	2643	7
Kap. X Sykdommer i åndedrettssystemet	2458	7
Kap. XII Sykdommer i hud og underhud	2320	7
Kap. II Svulster	2255	6
Kap. XV Svangerskap, fødsel og barsel	1506	4
Kap. VII Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	1441	4
Kap. I Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1166	3
Kap. VIII Sykdommer i øre og ørebenskute	1141	3
Kap. III Sykdommer i blod og bloddannende organ	481	1
Kap. XVII Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	472	1
Kap. XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	13	0

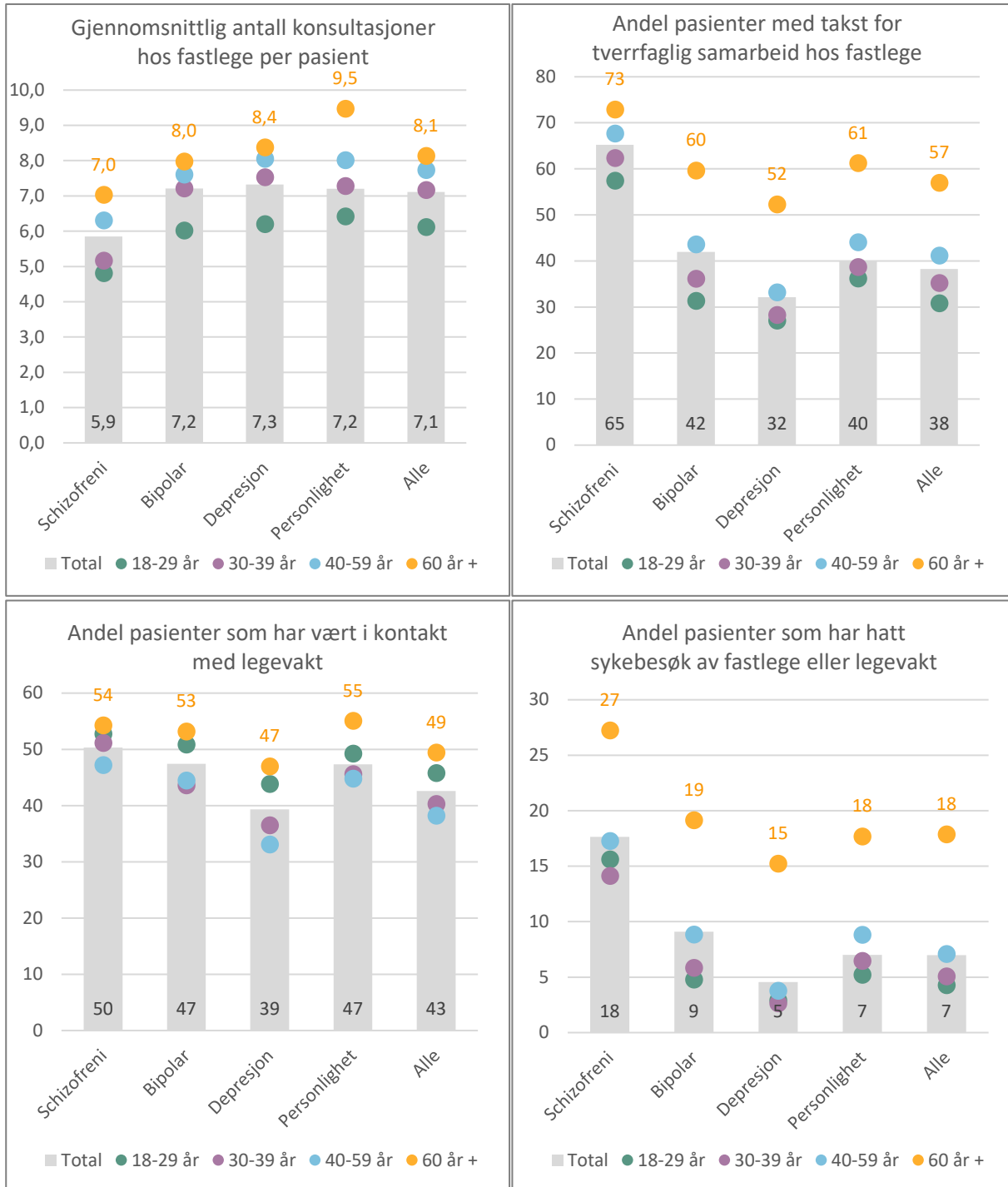
^a *Kontakter inkluderer polikliniske kontakter, dagbehandling og innleggelse i somatiske sykehus. Samme pasient kan ha registrert mer enn én hovedtilstand hvis hen har hatt flere kontakter i løpet av året.*

Vi ser av tabellen at kontaktene kan knyttes til sykdommer i de fleste organsystemer, som muskel- og skjelettsystemet, fordøyelsessystemet, luftveier, hjerte/kar, øye og hud. Noen av pasientene er behandlet for kreft, og noen er fulgt opp i forbindelse med svangerskap og fødsel. Vanligst er likevel tilstandskoder som angir kontaktårsaker (Z-koder, kapittel XXI) og ubestemte tilstander, symptomer og funn (R-koder, kapittel XVIII) som gir grunnlag for nærmere undersøkelse eller kontroll. Vi kan også merke oss at 20 prosent av pasientene har registrert en hovedtilstand som angir forskjellige typer skader og forgiftninger (S-koder og T-koder, kapittel XIX) – som også inkluderer tilstander knyttet til rusmisbruk. Om lag 1 av 10 pasienter har mottatt tjenester i somatiske sykehus knyttet til psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (F-koder, kapittel V).

6.4 Bruk av tjenester hos fastlege og legevakt

De fleste pasienter med alvorlige psykiske lidelser har i løpet av året vært i kontakt med fastlege, jf. figur 6.1. Det er likevel litt variasjon i hvor ofte og hva slags kontakt pasientene har hatt, se figur 6.4.

Figur 6.4 Bruk av tjenester hos fastlege og legevakt blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fordelt på diagnosegruppe og alder. Andeler i prosent.



Andelen pasienter som har hatt konsultasjon hos fastlege er lavere blant pasienter med schizofreni (76 prosent) enn blant pasienter i de andre diagnosegruppene (91-93 prosent), se vedlegg B del 2. Antall konsultasjoner per pasient er også litt lavere blant pasienter med schizofreni. Blant pasienter med schizofreni har flere mottatt tjenester hos fastlege som inkluderer tverrfaglig samarbeid, flere har vært i kontakt med legevakt, og flere har hatt sykebesøk sammenlignet med pasienter i de andre gruppene. Pasienter med depresjon har motsatt profil – den laveste andelen pasienter med tverrfaglig samarbeid hos fastlege, kontakt med legevakt og sykebesøk.

Vi ser flere effekter av alder i bruk av tjenester hos fastlege og legevakt. Antall konsultasjoner hos fastlege øker med økende alder. Det samme gjelder andel pasienter med tverrfaglig samarbeid hos fastlege og andel pasienter som har hatt sykebesøk, og her er andelen særlig høye i den eldste aldersgruppen (60 år og eldre). Kontakt med legevakt er vanligst i eldste aldersgruppen, etterfulgt av den yngste (18-29 år).

6.5 Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

1 av 3 pasienter med alvorlige psykiske lidelser har mottatt vedtakspåkravende kommunale helse- og omsorgstjenester²⁵. For de fleste pasientene gjelder dette helsetjenester i hjemmet. Tabell 6.3 viser tjenestene med størst omfang, og antall og andel pasienter som har mottatt disse.

Tabell 6.3 Antall og andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har mottatt vedtakspåkravende kommunale helse- og omsorgstjenester

Tjeneste	Antall pasienter	Andel pasienter (%)
Helsetjenester i hjemmet	18593	27
Praktisk bistand - daglige gjøremål	3713	5
Støttekontakt	3235	5
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	3231	5
Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål	3027	4
Dagaktivitetstilbud	1440	2
Matombringing	941	1
Langtidsopphold i institusjon	747	1
Tidsbegrenset opphold i institusjon - utredning/behandling	743	1
Tidsbegrenset opphold i institusjon - annet	591	1

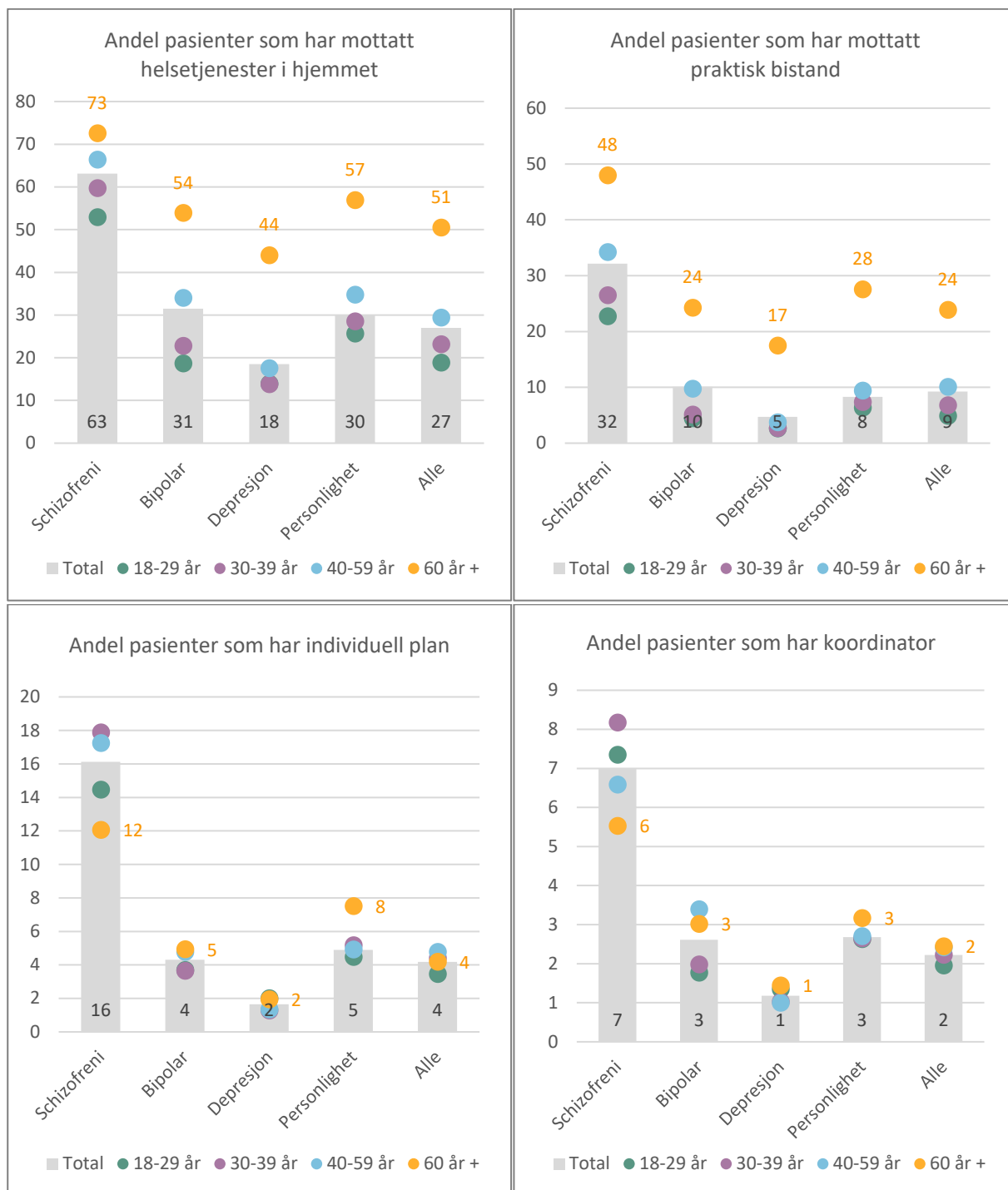
Andelen pasienter som har mottatt kommunale tjenester er trolig større for pasienter med alvorlige psykiske lidelser enn i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. I 2017-2018 mottok 15 prosent av alle pasienter i psykisk helsevern for voksne helsetjenester i hjemmet²⁶. Andelen var høyere for pasienter med døgnbehandling og for pasienter med samtidig rusproblematikk, som vi også finner i vårt utvalg (se avsnitt 6.7 og 8.2).

²⁵ Inkluderer ikke rehabilitering/habilitering utenfor institusjon, kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, trygghetsalarm eller tjenester basert på velferdsteknologi.

²⁶ Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020. Helsedirektoratet (2021).

Pasienter med schizofreni mottok helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand i større grad enn pasienter i de andre diagnosegruppene, jf. figur 6.5. Dette gjelder også alle andre vedtaksbaserte tjenester. Blant pasienter med schizofreni hadde 21 prosent kommunal bolig og 14 prosent hadde støttekontakt.

Figur 6.5 Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester²⁷ blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fordelt på diagnosegruppe og alder. Andeler i prosent



²⁷ Praktisk bistand inkluderer opplæring og hjelp til daglige gjøremål og brukerstyrt personlig assistanse.

Figur 6.5 viser også en klar effekt av alder. Andelen pasienter som har mottatt helsetjenester i hjemmet er særlig høy i den eldste aldersgruppen. Det samme gjelder praktisk bistand i hjemmet.

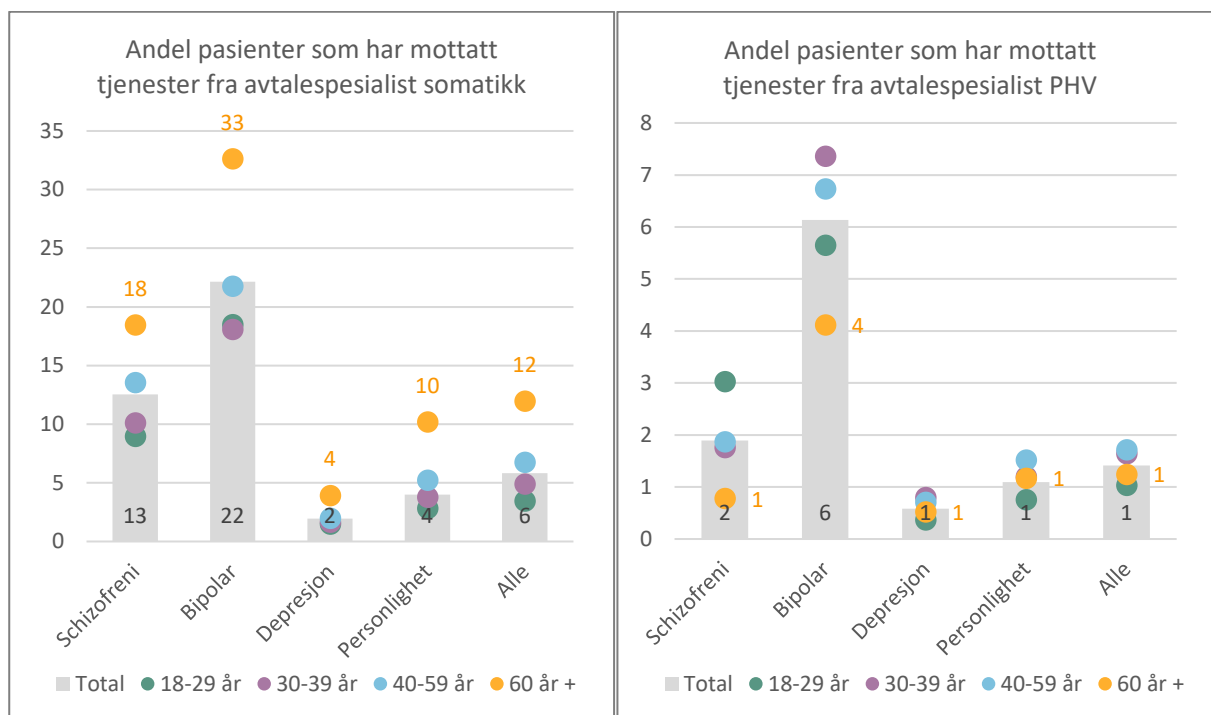
Ifølge rapporteringen til KPR har kun 4 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser fått utarbeidet en individuell plan, og kun 2 prosent har fått oppnevnt en koordinator. Andelene er litt høyere i gruppen med schizofreni. Se figur 6.5. Omfanget er lite, gitt at alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har en lovfestet rett til individuell plan og koordinator.

Ernæringskartlegging er registrert for 5 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser og legemiddelgjennomgang for 7 prosent av pasientene. I gruppen med schizofreni er andelen hhv. 13 og 23 prosent. Disse tallene er vist i vedlegg B del 2.

6.6 Bruk av tjenester hos avtalespesialist

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser benytter i liten grad tjenester hos avtalespesialist, jf. figur 6.1. I de fleste tilfellene har kontakten vært med avtalespesialist innen somatikk. Fagområdene som er hyppigst registrert på disse kontaktene er øye, gynekologi og øre-nese-hals. Bruken av avtalespesialister innen somatikk øker med økende alder.

Figur 6.6 Bruk av tjenester hos avtalespesialist blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fordelt på diagnosegruppe og alder. Andeler i prosent.



Kun 1 prosent av pasientene har hatt kontakt med avtalespesialist i psykisk helsevern (psykolog eller psykiater)²⁸. Andelen er høyest i gruppen med bipolar lidelse, se figur 6.6. Avtalespesialister i psykisk helsevern er tidligere vist å ha en annen pasientsammensetning enn sykehus og DPS²⁹. Avtalespesialister behandler i hovedsak nevrotiske og affektive lidelser, og i mindre grad psykoser og ruslidelser. Dette bildet bekreftes av våre funn, som viser at pasienter med alvorlige psykiske lidelser i liten grad følges opp av avtalespesialist.

6.7 Døgnbehandling i psykisk helsevern og bruk av andre tjenester

En av fire pasienter i utvalget har i løpet av året vært innlagt i psykisk helsevern, mange med langvarige opphold. Disse pasientene kan i perioder ha hatt mindre behov for annen type oppfølging i løpet av året, som for eksempel kontakt med fastlege. Vi har sammenlignet pasienter med og uten innleggelse i psykisk helsevern for å beskrive eventuelle forskjeller i bruk av andre typer helse- og omsorgstjenester.

Vi finner at pasienter som har vært innlagt i psykisk helsevern har et *høyere* forbruk av andre typer helse- og omsorgstjenester, sammenlignet med pasienter som kun har hatt poliklinisk kontakt. Dette ser vi i alle diagnosegrupper. Det er ingen forskjell i andel pasienter som har vært hos fastlege, men døgnpasienter har i gjennomsnitt flere konsultasjoner hos fastlege i løpet av året. Blant døgnpasienter er det også flere som har vært hos legevakt, hatt sykebesøk, mottatt vedtaksbaserte kommunale tjenester og tjenester i somatiske sykehus. Det er også flere som har individuell plan og koordinator. Disse resultatene indikerer at innleggelse i psykisk helsevern i hovedsak reflekterer alvorlighetsgrad eller behov blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Tabell 6.4 oppsummerer resultatene.

Tabell 6.4 Bruk av ulike helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser med eller uten døgnbehandling i psykisk helsevern

Indikator for bruk av tjenester utenfor psykisk helsevern	Pasienter med døgnbehandling i PHV (n = 17540)	Pasient med kun poliklinisk kontakt i PHV (n = 51390)
Andel pasienter som har vært hos fastlege (%)	96	96
Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege per pasient	8,0	6,8
Andel pasienter som har vært hos legevakt (%)	68	34
Andel pasienter som har hatt sykebesøk (%)	19	3
Andel pasienter som har vært i somatisk sykehus (%)	61	48
Andel pasienter som har mottatt kommunale tjenester (%)	57	23
Andel pasienter med individuell plan (%)	9	3
Andel pasienter med koordinator (%)	5	1

²⁸ Det er noe usikkerhet knyttet til data fra avtalespesialistene grunnet utfordringer med kobling av pasientnummer. Tallene bør derfor tolkes forsiktig. Analyser av data fra 2021 viser at 5 prosent av pasienter med alvorlige psykiske lidelser har hatt kontakt med avtalespesialist i psykisk helsevern i løpet av året.

²⁹ Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019. Helsedirektoratet (2020).

7. Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser

I dette kapitlet beskriver vi hvordan bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer mellom helsefellesskap. Se vedlegg B del 3-8 for nærmere omtale av variasjonen. I vedlegget vises også utvalgte indikatorer på kommunenivå.

For 32 av pasientene er det ikke registrert bostedskommune i NPR. Disse utgår fra analysene i dette kapitlet.

Selv om alle pasientene i utvalget har fått oppfølging i psykisk helsevern, er det forskjeller mellom helsefellesskapene i omfang og type tjenester de har mottatt, som i andel pasienter som har fått døgnbehandling og i antall polikliniske kontakter per pasient. Det er også store forskjeller knyttet til reinnleggelser og epikrisetid.

Det er mindre variasjon i hvor stor andel av pasientene som har vært i kontakt med somatisk sykehus. Det er også små forskjeller i andel pasienter som hatt kontakt med fastlege. Forskjellene er noe større når vi ser på omfang og type kontakter hos fastlege og på bruk av legevakt.

Det er store forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av kommunale tjenester og tilbud, som helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, individuell plan og koordinator. Bruk av kommunale tjenester varierer også mye mellom kommuner i samme helsefellesskap, se vedlegg B del 8.

For mange av indikatorene ser vi at alder spiller inn, for eksempel på andel pasienter med innleggelse i somatikk (figur 6.3), sykebesøk (figur 6.4) eller helsetjenester i hjemmet (figur 6.5). For disse tjenestene er det viktig å se variasjonen i sammenheng med aldersfordelingen blant pasienter i helsefellesskapene (figur 5.3).

7.1 Forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av tjenester i psykisk helsevern

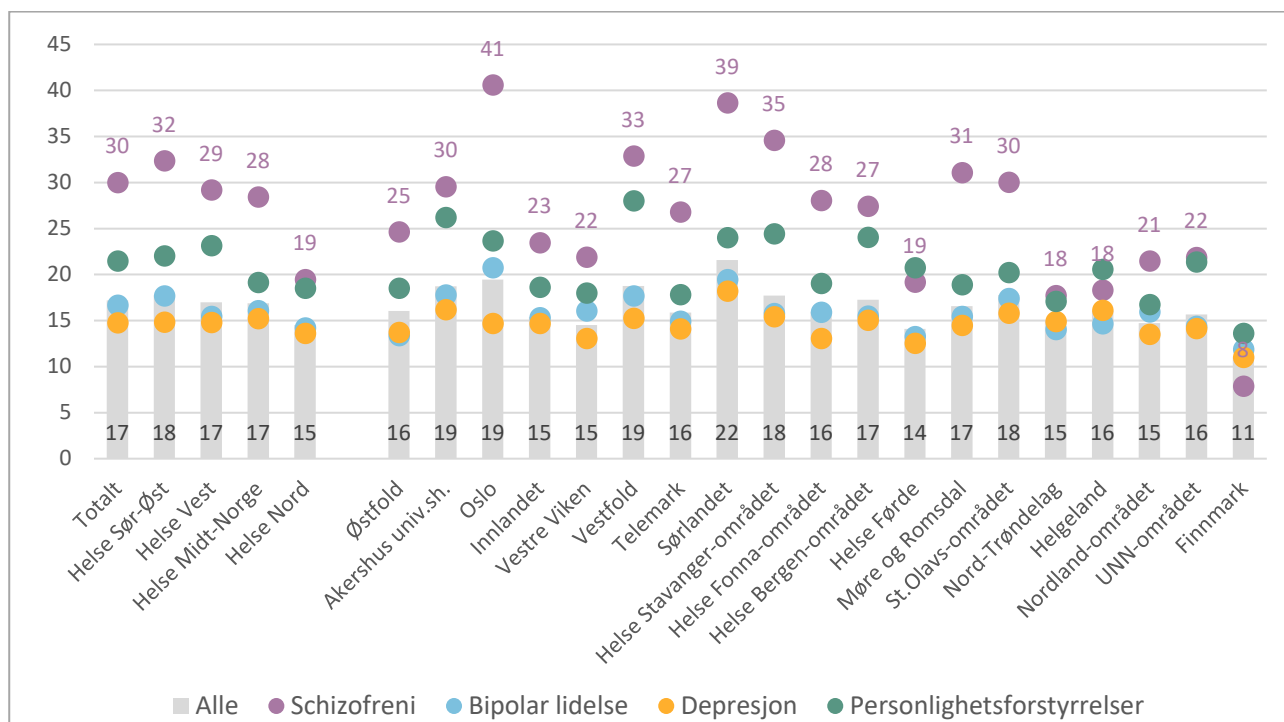
Nesten alle pasientene med alvorlig psykisk lidelse har mottatt polikliniske tjenester i psykisk helsevern, enten som eneste behandlingsform (74 prosent) eller i tillegg til dag- eller døgnbehandling (23 prosent).

Antall polikliniske kontakter per pasient varierer fra 11 kontakter per pasient i Finnmark til 22 kontakter per pasient i Sørlandet. Se figur 7.1. Variasjonen er særlig stor i gruppen med schizofreni; fra 8 kontakter per pasient i Finnmark til 41 kontakter per pasient i Oslo. Antall kontakter per pasient er noe lavere i Helse Nord enn i de andre regionene.

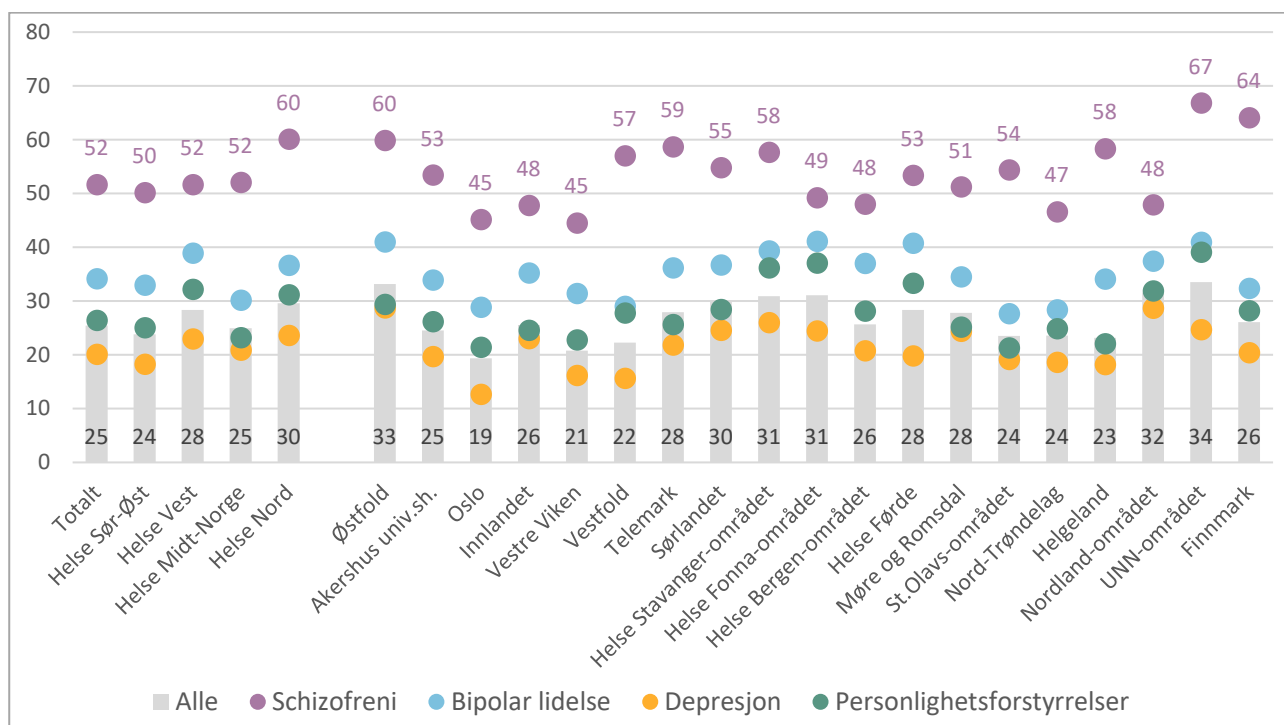
Det er også variasjon i hvor stor andel av pasientene som har vært **innlagt i psykisk helsevern**, se figur 7.2. Andelen varierer fra 19 prosent av pasientene i Oslo til 34 prosent av pasientene i UNN-området. I alle helsefelleskap er det tydelige forskjeller mellom pasientgruppene. Andelen innlagte pasienter høyest i gruppen med schizofreni og varierer fra 45 prosent i Oslo til 67 prosent i UNN-området. I alle pasientgruppene er andelen pasienter som har vært innlagt, høyest i Helse Nord.

Om lag 64 prosent av innleggelsene i psykisk helsevern er registrert som øyeblikkelig hjelp. Variasjonen i ØH-innleggelses følger omtrent samme mønster som variasjonen i innleggelses totalt, se vedlegg B del 3.

Figur 7.1 Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern per pasient med alvorlig psykisk lidelse, fordelt på diagnosegruppe og alder



Figur 7.2 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som i løpet av året har vært innlagt i psykisk helsevern, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.

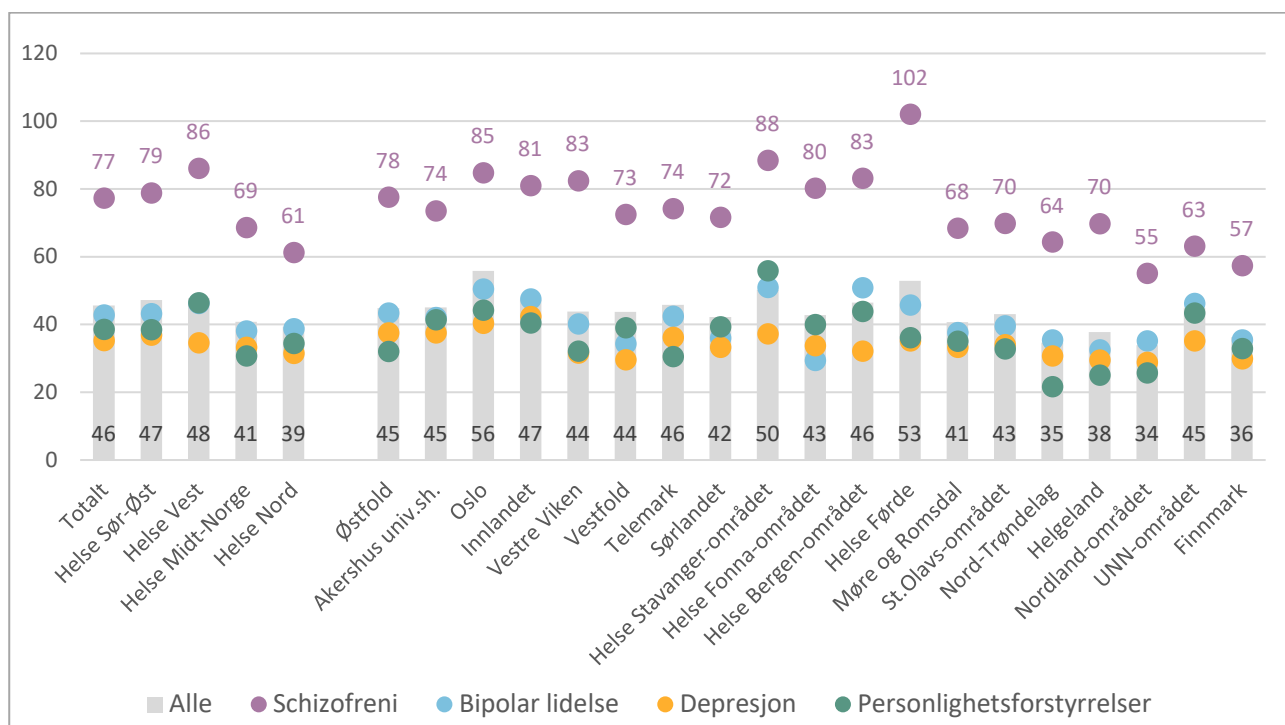


Antall oppholdsdøgn per pasient med alvorlig psykisk lidelse varierer fra 34 i Nordland og Nord-Trøndelag) til 50 i Stavanger. Se figur 7.3. Dette tilsvarer en forskjell på over 2 uker. Pasienter med schizofreni har i gjennomsnitt flest oppholdsdøgn, men variasjonen er også størst i denne gruppen – gjennomsnittet varierer fra 55 oppholdsdøgn per pasient i Nordland til 102 oppholdsdøgn per pasient i Førde. På dette analysenivået er tallene relativt små, og uteliggere kan ha stor effekt på gjennomsnittet. I gruppen med schizofreni ser vi derimot store forskjeller også på regionnivå. I Helse Vest har pasienter med schizofreni i gjennomsnitt 25 flere oppholdsdøgn enn i Helse Nord.

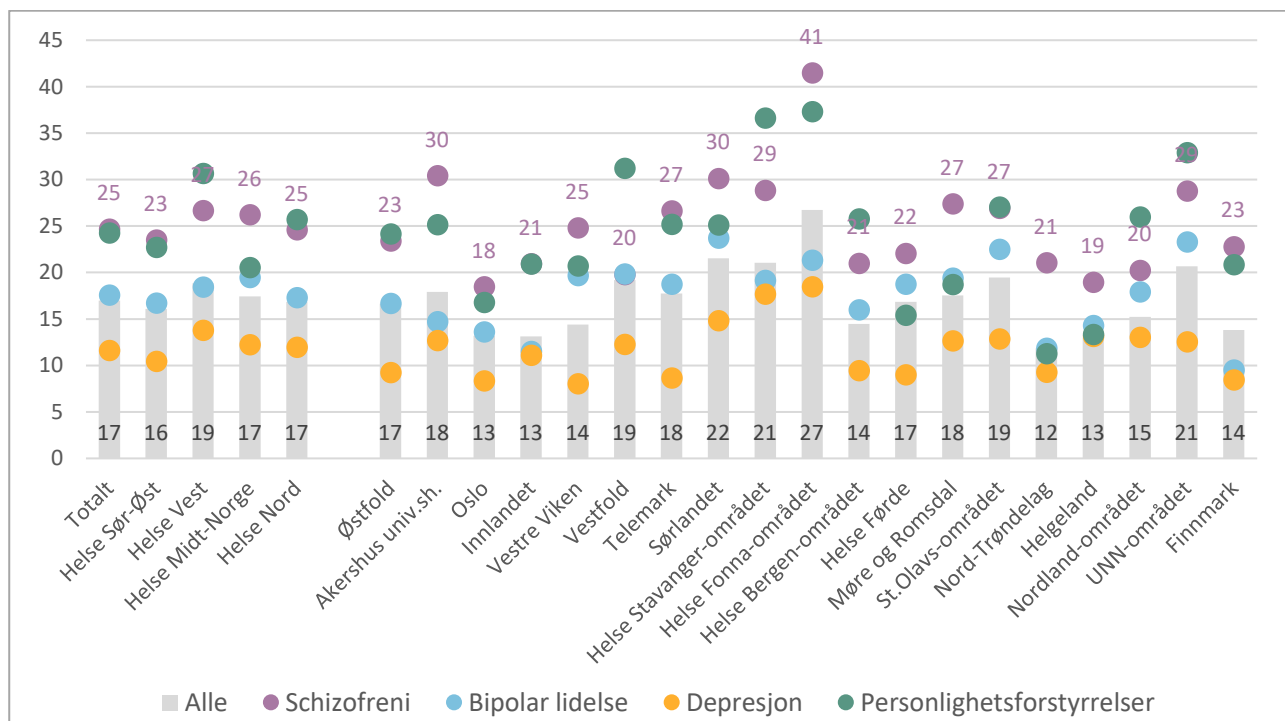
Det er store forskjeller i hvor mange av pasientene som ble **reinnlagt innen 30 dager** etter utskrivning fra psykisk helsevern, se figur 7.4. Andelen varierer fra 12 prosent i Nord-Trøndelag til 27 prosent i Fonna. I mange helsefelleskap er andelen pasienter med reinnleggelse særlig høy både i gruppen med schizofreni og i gruppen med personlighetsforstyrrelser, slik resultatene viste på nasjonalt nivå (kapittel 6). Vi ser også stor variasjon innad i pasientgruppene. Her er det derimot små tall som kan gi store utslag i prosent, og resultatene må tolkes forsiktig.

Det er også stor variasjon i **epikrisetid**, se figur 7.5. Andelen pasienter som fikk epikrisen sendt innen 1 dag etter utskrivning, varierer fra 31 prosent i Stavanger til 71 prosent i Sørlandets område. Her er det derimot små forskjeller mellom pasientgruppene, og det gjelder i alle helsefelleskap.

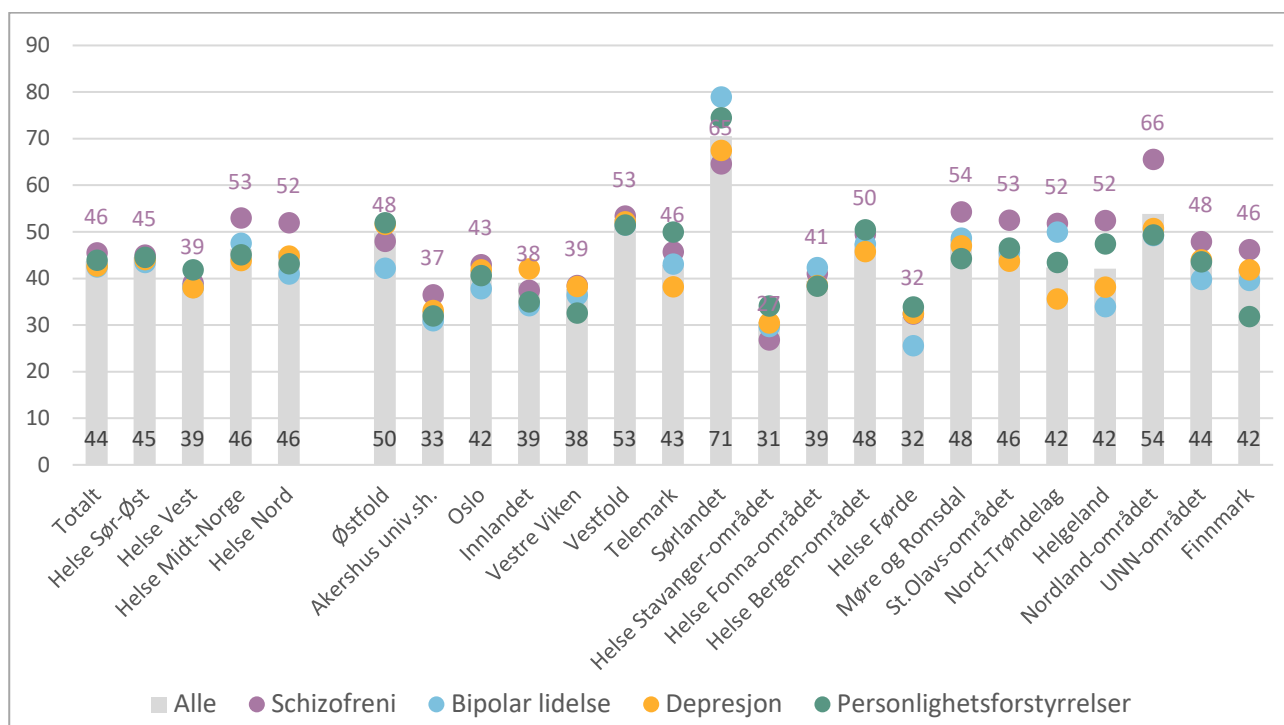
Figur 7.3 Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, fordelt på diagnosegruppe og bosted.



Figur 7.4 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble reinnlagt innen 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt i psykisk helsevern, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



Figur 7.5 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser hvor epikrisen ble sendt innen 1 dag etter utskrivning fra døgntil behandling psykisk helsevern, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



7.2 Forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av tjenester i somatiske sykehus

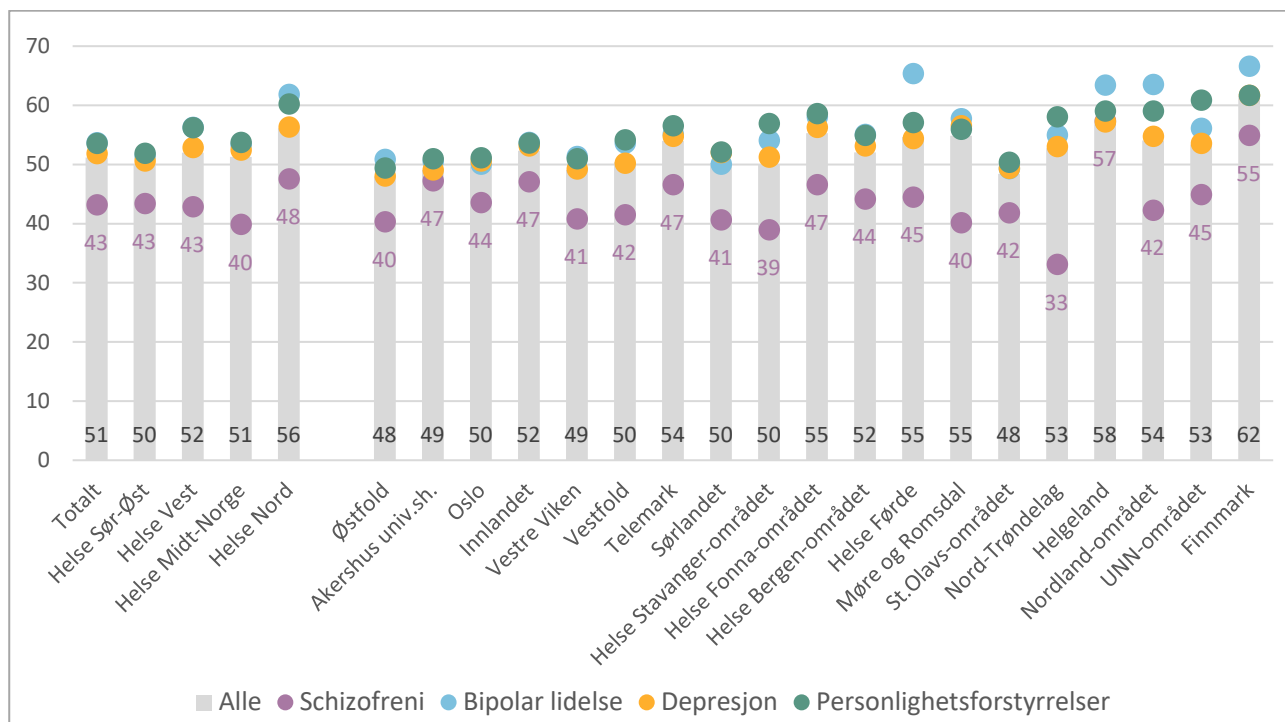
Over halvparten av pasientene med alvorlig psykisk lidelse mottok tjenester i somatiske sykehus. Andelen varierer fra 48 prosent i Østfold og St. Olavs-området til 62 prosent i Finnmark, se figur 7.6. I alle helsefelleskapene er andelen lavest i gruppen med schizofreni, mens det er mindre forskjeller mellom de tre andre pasientgruppene.

De fleste pasientene som mottok tjenester i somatiske sykehus, fikk poliklinisk oppfølging. Variasjonen i andel pasienter med poliklinisk kontakt følger samme mønster som variasjonen i figur 7.6. Se vedlegg B del 4.

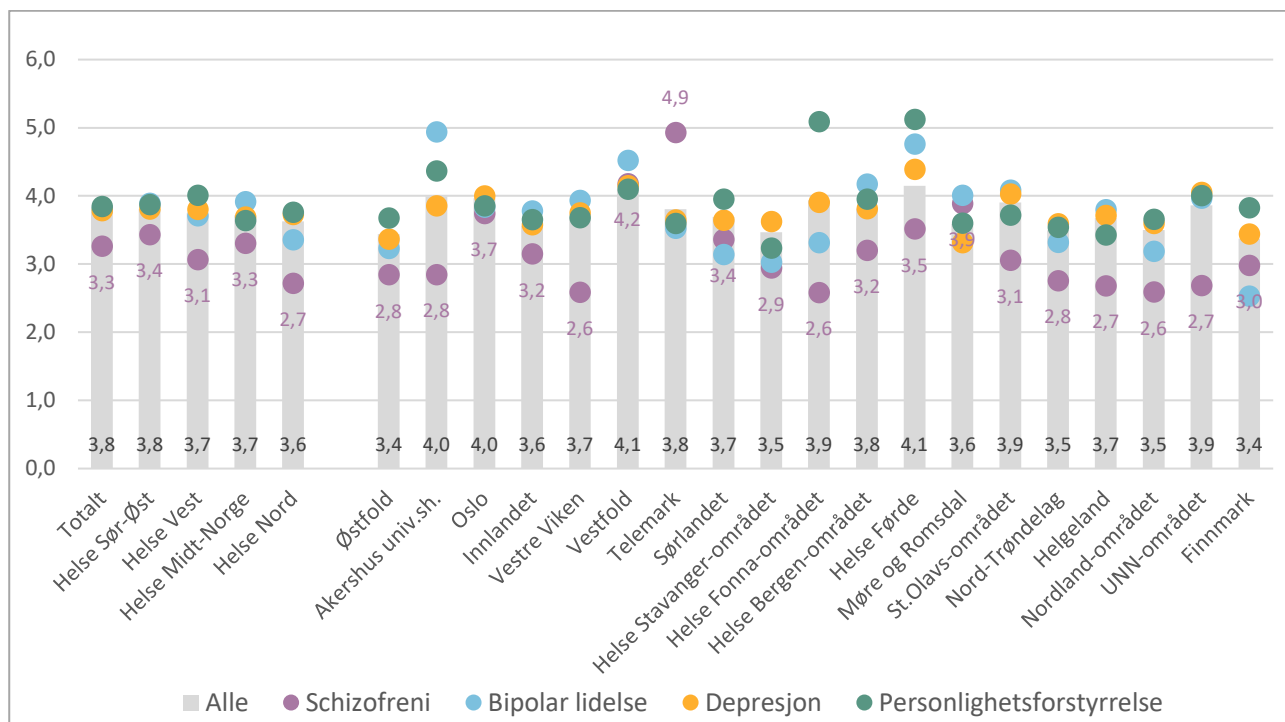
Det små forskjeller mellom helsefelleskapene i **antall polikliniske kontakter i somatisk sykehus**, se figur 7.7. Gjennomsnittet ligger mellom 3 og 4 kontakter per pasient. Det er større variasjon innad i pasientgruppene. I de fleste helsefelleskap er antall polikliniske kontakter lavest i gruppen med schizofreni, men det varierer fra 2,6 (Vestre Viken, Fonna og Nordland) til 4,9 (Telemark). Se vedlegg B del 4.

Andelen pasienter som har vært **innlagt i somatisk sykehus** varierer fra 13 prosent i Oslo til 21 prosent i Fonna, se figur 7.8. I mange helsefelleskap er andelen høyest i gruppen med bipolar lidelse eller i gruppen med personlighetsforstyrrelser, og i mange helsefelleskap er andelen lavest i gruppen med schizofreni. Samtidig er det stor variasjon innad i pasientgruppene. På dette analysenivået er det derimot små tall som kan gi store utslag i prosent, og resultatene må derfor tolkes forsiktig.

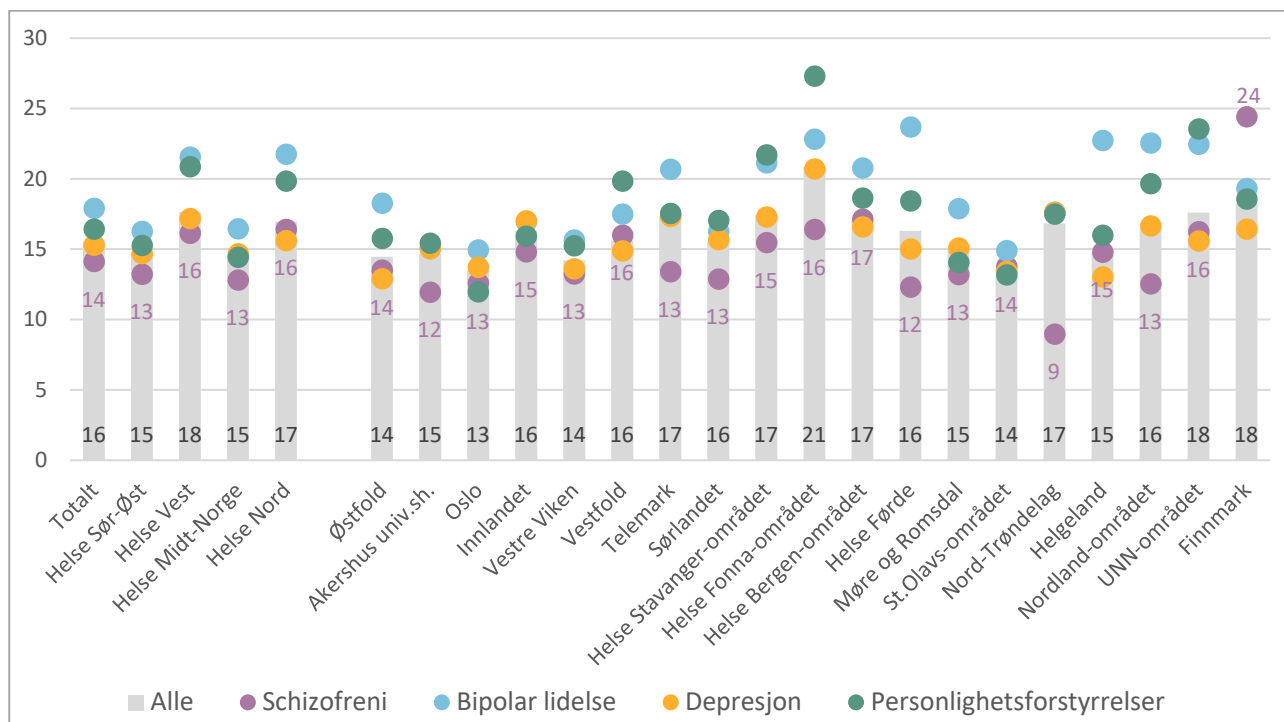
Figur 7.6 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har mottatt tjenester i somatisk sykehus, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



Figur 7.7 Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i somatisk sykehus per pasient per alvorlig psykisk lidelse, fordelt på diagnosegruppe og bosted.



Figur 7.8 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har vært innlagt i somatisk sykehus, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



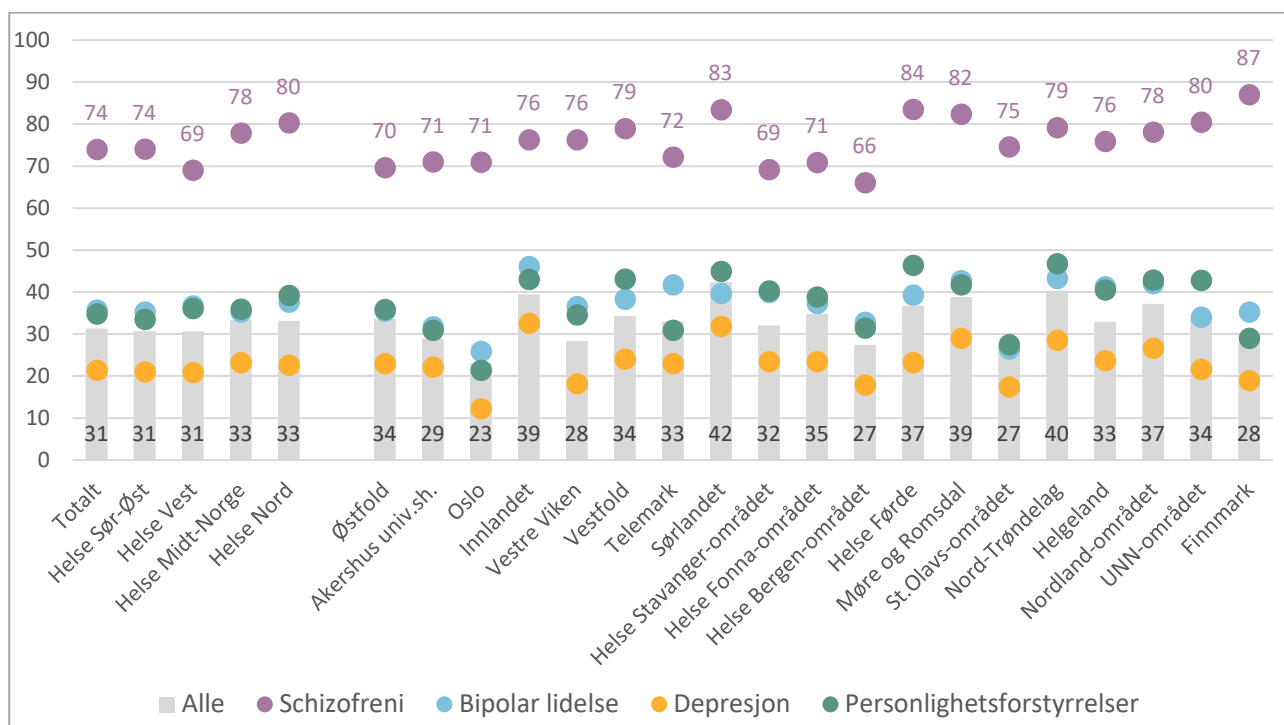
Antall oppholdsdøgn i somatisk sykehus er nokså jevnt fordelt på tvers av helsefelleskap og diagnosegrupper. Her er det relativt små tall og noen ekstremverdier som slår tydelig ut i statistikken. Se vedlegg B del 4.

7.3 Forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

1 av 3 pasienter med alvorlig psykisk lidelse mottok **vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester**³⁰. Andelen varierer fra 23 prosent i Oslo til 42 prosent i Sørlandets område, se figur 7.9. I alle helsefelleskap er andelen høyest blant pasienter med schizofreni og lavest blant pasienter med depresjon, mens pasienter med bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelser ligger på et nivå imellom. Det er også variasjon innad i pasientgruppene. Blant pasienter med schizofreni varierer andelen pasienter som har mottatt kommunale tjenester fra 66 prosent i Bergen til 87 prosent i Finnmark.

³⁰ Inkluderer ikke rehabilitering/habilitering utenfor institusjon, kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, trygghetsalarm eller tjenester basert på velferdsteknologi.

Figur 7.9 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har mottatt vedtakspliktige kommunale tjenester, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



Blant de vedtakspliktige tjenestene har **helsetjenester i hjemmet** klart størst omfang. Tallene for alle tjenestetyper samlet gjenspeiler derfor i stor grad tallene for helsetjenester i hjemmet, se vedlegg B del 5.

Andre typer tjenester som inngår er **praktisk bistand**³¹, **kommunal bolig** og **støttekontakt**. Her er variasjonen enda større, men mange av tallene er små og gir store utslag i prosent. Figur 7.10 viser andel pasienter som har mottatt praktisk bistand. For pasientgruppen som helhet varierer andelen fra 5 prosent i Helgeland til 19 prosent i Fonna. For pasienter med schizofreni varierer andelen fra 19 prosent i Vestre Viken til 50 prosent i Fonna og Finnmark. Tall for flere typer tjenester er gjengitt i vedlegg B del 5.

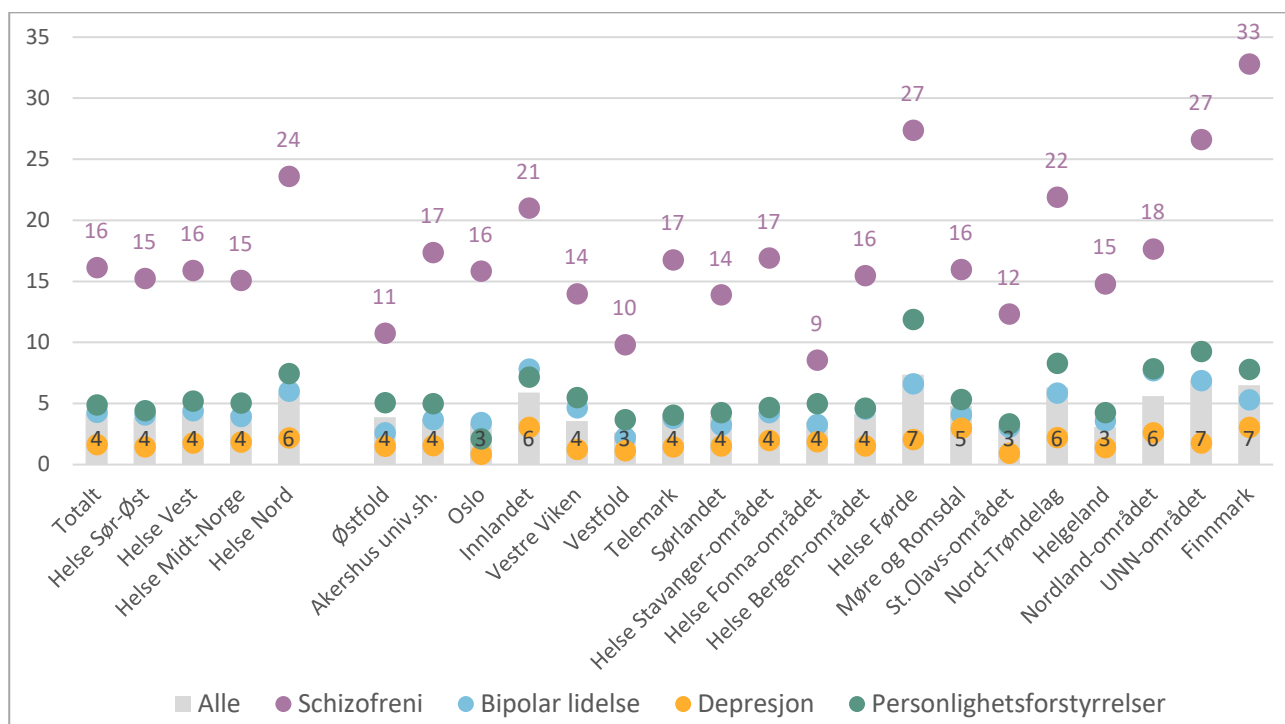
Kun en liten andel av pasientene med alvorlig psykisk lidelse har fått utarbeidet **individuell plan**. Dette ser vi i alle helsefellesskap, se figur 7.11. I alle helsefellesskap er andelen høyere blant pasienter med schizofreni, men nivået varierer fra 9 prosent i Fonna til 33 prosent i Finnmark. På grunn av små tall er det vanskelig å tolke variasjon på dette nivået. Det samme gjelder tallene for koordinator, ernæringskartlegging og legemiddelgjennomgang. Dette er vist i vedlegg B del 5.

³¹ Inkluderer opplæring og hjelp til daglige gjøremål og brukerstyrt personlig assistanse.

Figur 7.10 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har mottatt praktisk bistand, fordelt på diagnosegrupper og bosted. Andeler i prosent.



Figur 7.11 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har individuell plan, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



7.4 Forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av tjenester hos fastlege og legevakt

Nesten alle pasientene har i løpet av året hatt kontakt med fastlege, og det er liten variasjon mellom helsefelleskapene i disse tallene. Se vedlegg B del 6.

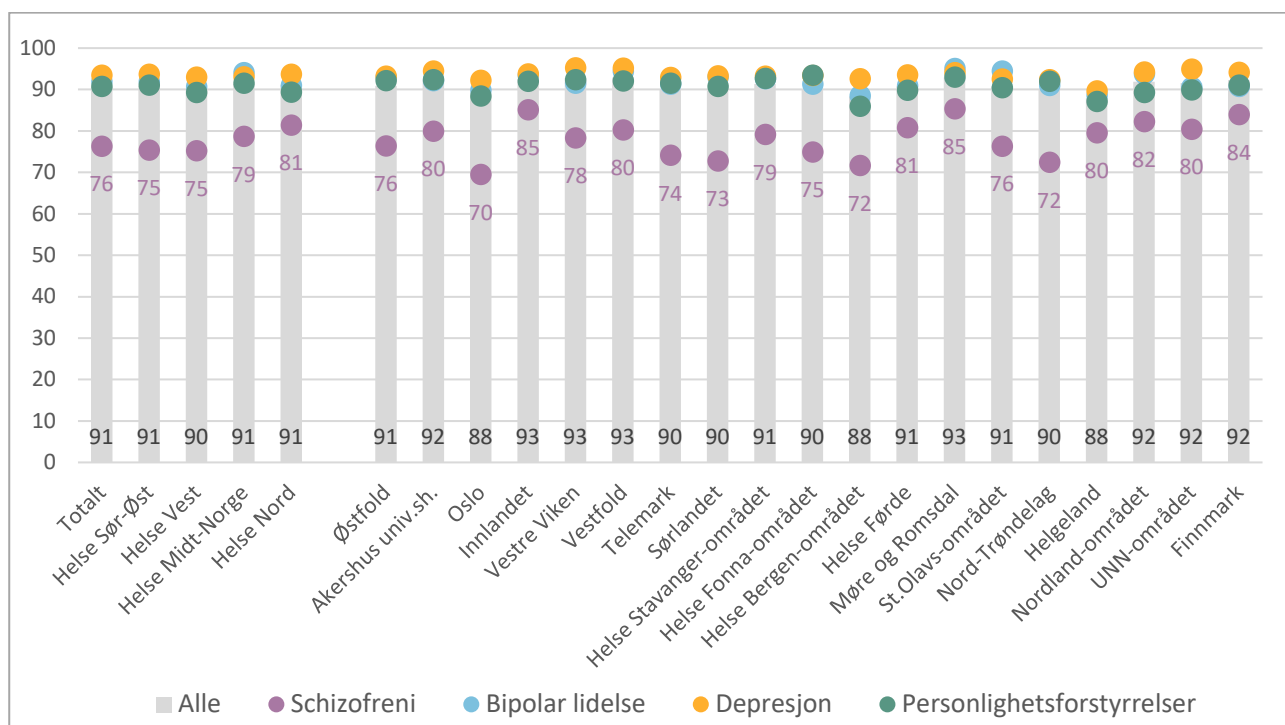
Når vi ser kun på **konsultasjoner hos fastlege** er det fremdeles små forskjeller mellom helsefelleskapene, men pasienter med schizofreni skiller seg ut. Se figur 7.12. I gruppen med schizofreni er andelen pasienter som har hatt konsultasjon hos fastlege, lavere enn i de andre gruppene. Andelen varierer fra 70 prosent i Oslo til 85 prosent i Innlandet og Møre- og Romsdal.

Det små forskjeller mellom helsefelleskapene i **antall konsultasjoner hos fastlege**, se vedlegg B del 6. Gjennomsnittet ligger mellom 6,3 og 7,5 konsultasjoner per pasient. Til sammenligning har pasienter med flere kroniske (somatiske) sykdommer mellom 7,2 og 8,7 konsultasjoner hos fastlege i løpet av året³². Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser er antall konsultasjoner hos fastlege generelt litt lavere og har litt større variasjon i gruppen med schizofreni – fra 5,0 konsultasjoner per pasient i Førde til 7,5 konsultasjoner per pasient i Finnmark.

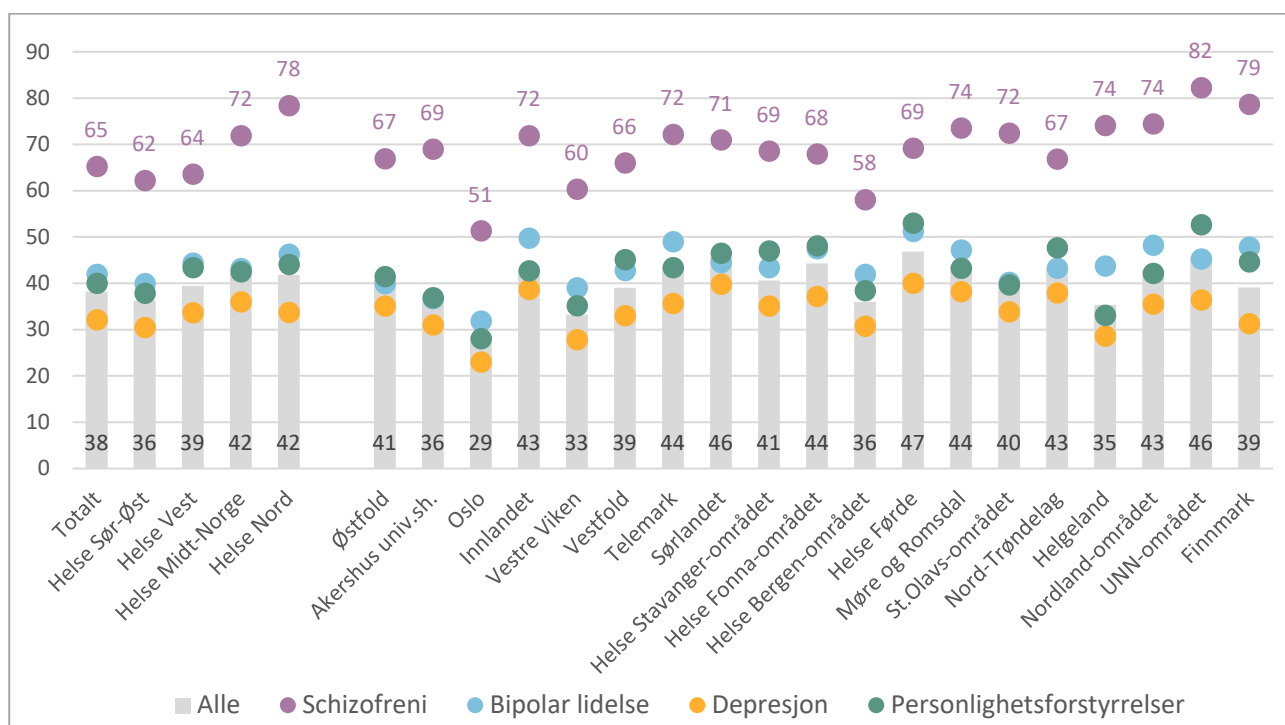
Fastlegene registrerte **takst for tverrfaglig samarbeid** for 38 prosent av pasientene med alvorlig psykisk lidelse. Andelen varierer fra 33 prosent i Oslo til 47 prosent i Førde, se figur 7.13. I alle helsefelleskap er andelen med tverrfaglig samarbeid høyest blant pasienter med schizofreni og lavest blant pasienter med depresjon. For pasienter med schizofreni varierer andelen fra 51 prosent i Oslo til 82 prosent i UNN-området.

³² Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Helsedirektoratet (2021).

Figur 7.12 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har hatt konsultasjon hos fastlege, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.

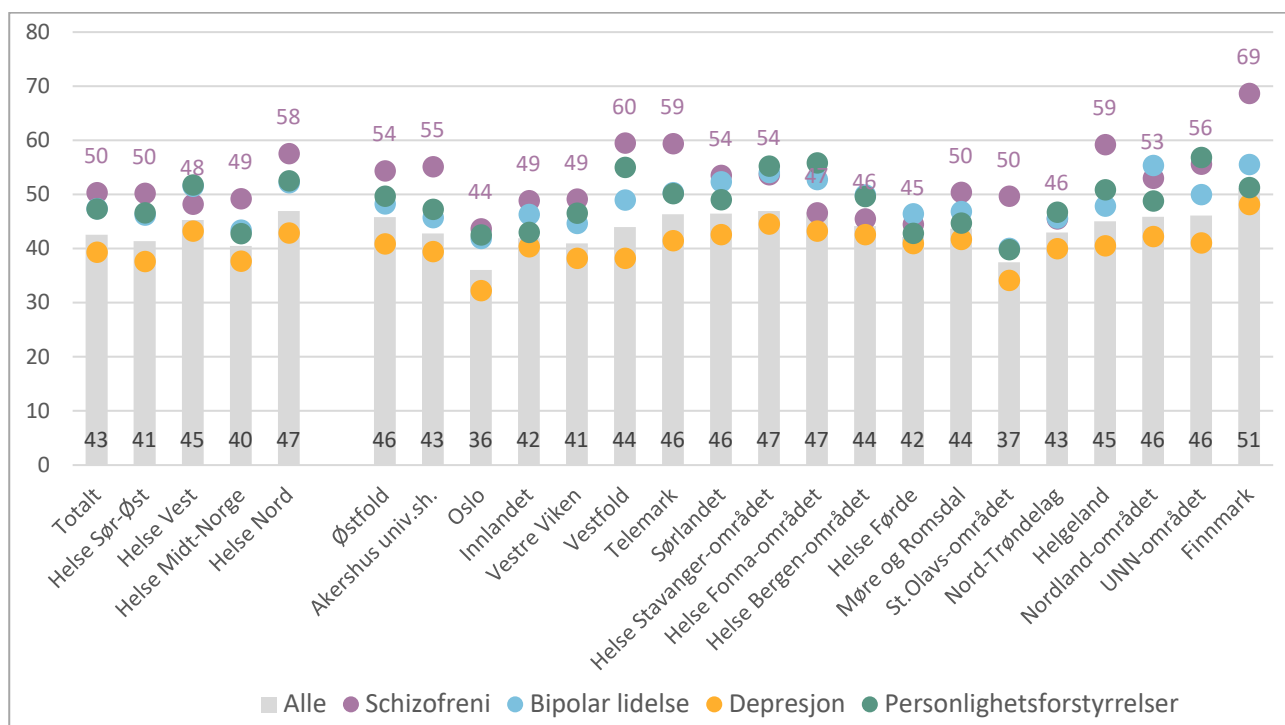


Figur 7.13 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser hvor fastlegen registrerte takst for tverrfaglig samarbeid, fordelt etter diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



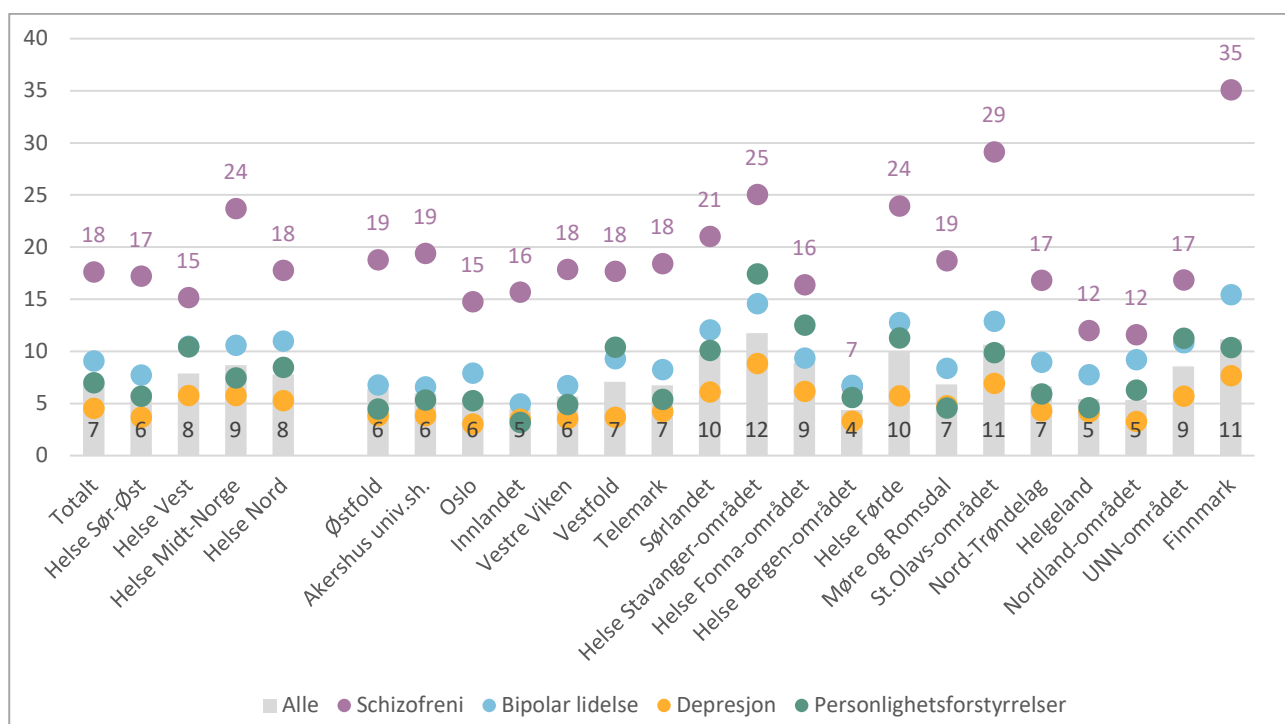
Andelen pasienter som har hatt **kontakt med legevakt** varierer fra 36 prosent i Oslo til 51 prosent i Finnmark, se figur 7.14. I alle helsefelleskap er andelen lavest i gruppen med depresjon.

Figur 7.14 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har hatt kontakt med legevakt, fordelt på diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



Kun 7 prosent av pasientene med alvorlig psykisk lidelse har i løpet av året hatt **sykebesøk i hjemmet**. I alle helsefelleskap er andelen pasienter med sykebesøk høyest i gruppen med schizofreni, men nivået varierer fra 12 prosent i Helgeland og Nordland til 35 prosent i Finnmark. Se figur 7.15.

Figur 7.15 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som hadde sykebesøk av fastlege eller legevakt, fordelt etter diagnosegruppe og bosted. Andeler i prosent.



7.5 Forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av tjenester hos avtalespesialist

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse har i liten grad hatt kontakt med avtalespesialist. For de ulike pasientgruppene er mange av tallene for små til å gjengis i rapporten (tall under 5 ekskluderes for å sikre anonymitet), og det er vanskelig å si noe om variasjon mellom helsefelleskapene.

Generelt er andelen pasienter som har hatt kontakt med avtalespesialist noe lavere i Midt-Norge og Nord enn i Sør-Øst og Vest. Dette gjenspeiler trolig ulik tilgang til og bruk av avtalespesialister i psykisk helsevern generelt³³. Se kapittel 6 og vedlegg B del 7 for nærmere omtale av disse resultatene.

³³ Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020. Helsedirektoratet (2021).

8. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse

I dette kapittelet omtales pasienter med alvorlig psykisk lidelse som har indikasjon på samtidig ruslidelse, basert på tilstandskoder fra psykisk helsevern. Omfanget av pasienter med samtidig rusproblematikk er trolig underestimert i våre data, jf. diskusjon i kapittel 4. Resultatene som presenteres må derfor tolkes forsiktig.

8.1 Egenskaper hos pasienter med samtidig ruslidelse

Vi finner at 5699 pasienter med alvorlige psykiske lidelser har registrert en tilstandskode som indikerer samtidig ruslidelse (F10-F19). Dette utgjør 8 prosent av pasientene i utvalget. Tabell 8.1 viser antall og andel pasienter med samtidig ruslidelse fordelt etter diagnosegruppe. Andelen pasienter med samtidig ruslidelse er høyest blant pasienter med schizofreni (18 prosent) og personlighetsforstyrrelser (12 prosent). Andelen er lavest blant pasienter med depresjon (6 prosent), men dette utgjør likevel den største gruppen i antall.

Tabell 8.1 Omfang av samtidig ruslidelse blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Diagnose	Antall pasienter totalt	Antall pasienter med samtidig ruslidelse	Andel pasienter med samtidig rusdiagnose (%)
Schizofreni	8 651	1 591	18
Bipolar lidelse	9 908	854	9
Depresjon	42 853	2 391	6
Personlighetsforstyrrelser	15 115	1 773	12
Alle	68 930	5 699	8

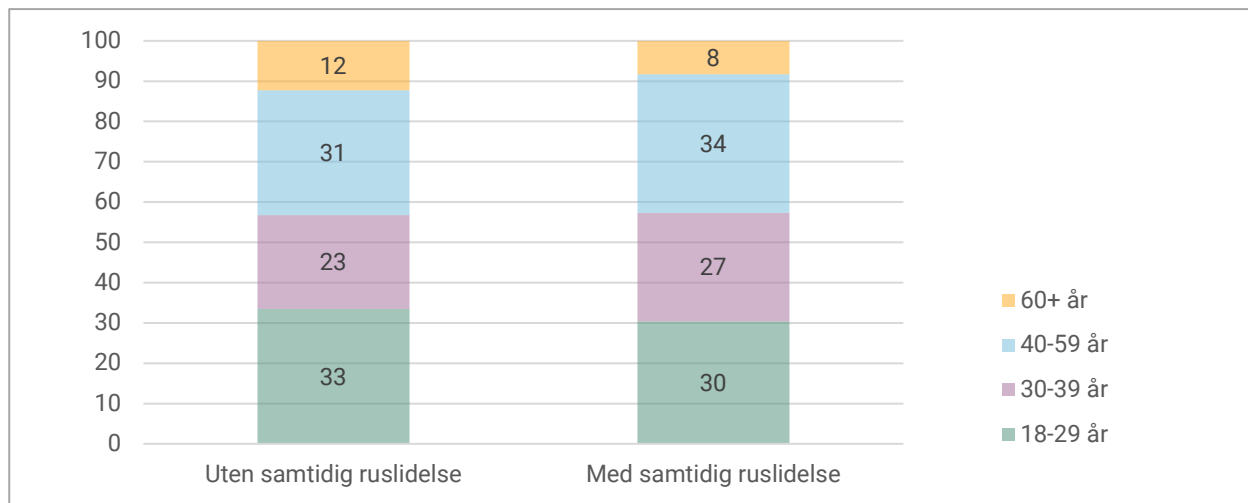
Blant pasienter med samtidig ruslidelse er 62 prosent menn, altså er kjønnsfordelingen motsatt av i pasientutvalget som helhet, se tabell 8.2. Andelen menn er særlig høy (79 prosent) blant pasienter med schizofreni og samtidig ruslidelse.

Tabell 8.2 Kjønnsfordeling blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, med og uten samtidig ruslidelse

Diagnose	Andel menn blant pasienter med samtidig ruslidelse (%)	Andel menn blant pasienter uten samtidig ruslidelse (%)
Schizofreni	79	61
Bipolar	58	40
Depresjon	58	38
Personlighetsforstyrrelser	50	35
Alle	62	40

Aldersfordelingen er også noe annerledes blant pasienter med samtidig ruslidelse, se figur 8.1. I gruppen med samtidig ruslidelse finner vi en større andel pasienter i de midterste alderskategoriene, 30-39 år og 40-59 år.

Figur 8.1 Aldersfordeling blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, med og uten samtidig ruslidelse. Andeler i prosent.

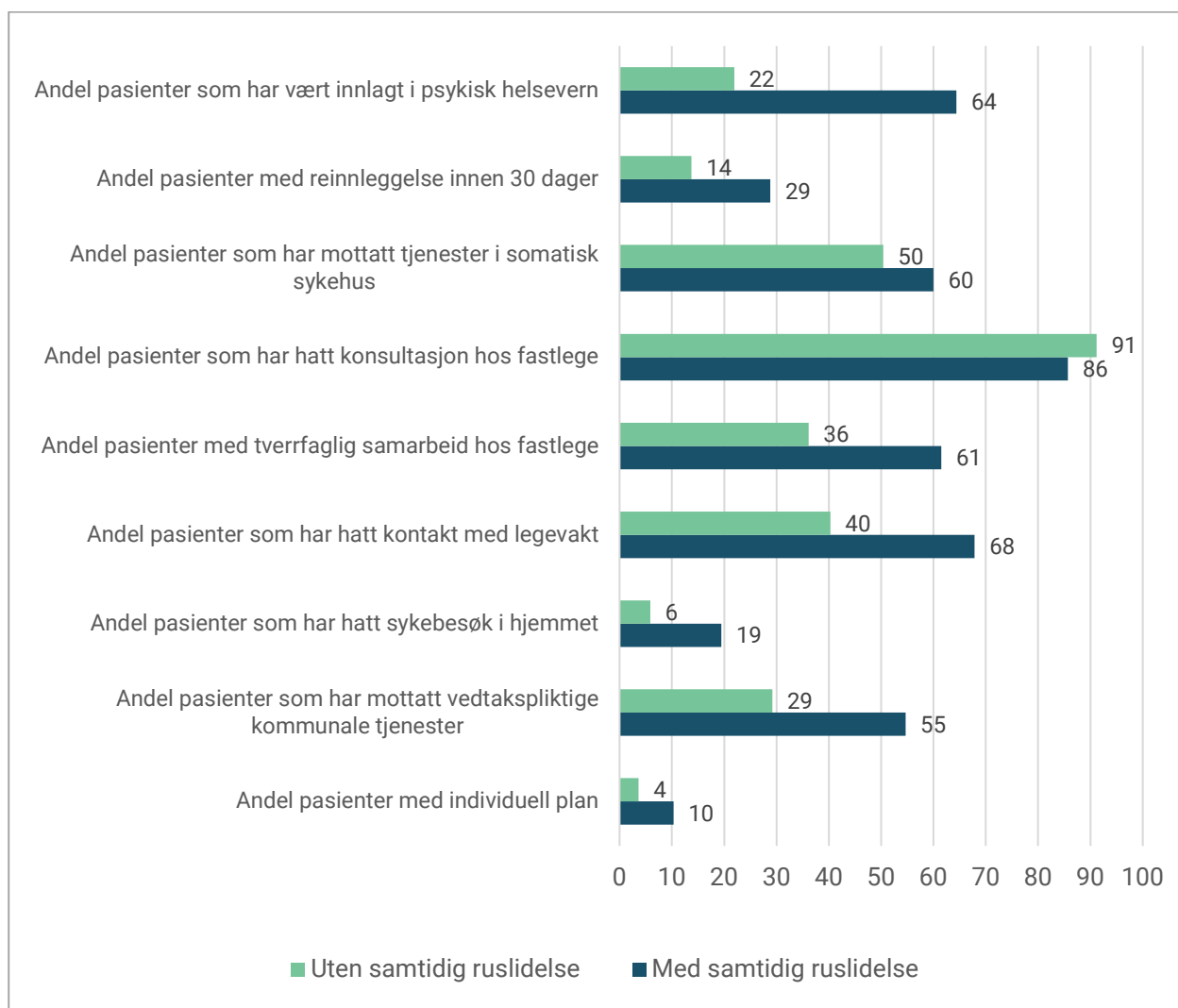


8.2 Bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse

På de fleste indikatorer finner vi at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse mottar helse- og omsorgstjenester i større grad enn pasienter uten samtidig ruslidelse. Se figur 8.2. Andelen pasienter som har vært innlagt i psykisk helsevern er betydelig høyere i gruppen med samtidig ruslidelse. Pasienter med samtidig ruslidelse har i gjennomsnitt også flere oppholdsdøgn (52) enn pasienter uten samtidig ruslidelse (44), og de har flere polikliniske kontakter (24) enn pasienter uten samtidig ruslidelse (17).

Pasienter med samtidig ruslidelse benytter også tjenester utenfor psykisk helsevern i større grad enn pasienter uten samtidig ruslidelse. Unntaket er konsultasjon hos fastlege.

Figur 8.2 **Bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, med og uten samtidig ruslidelse. Andeler i prosent.**

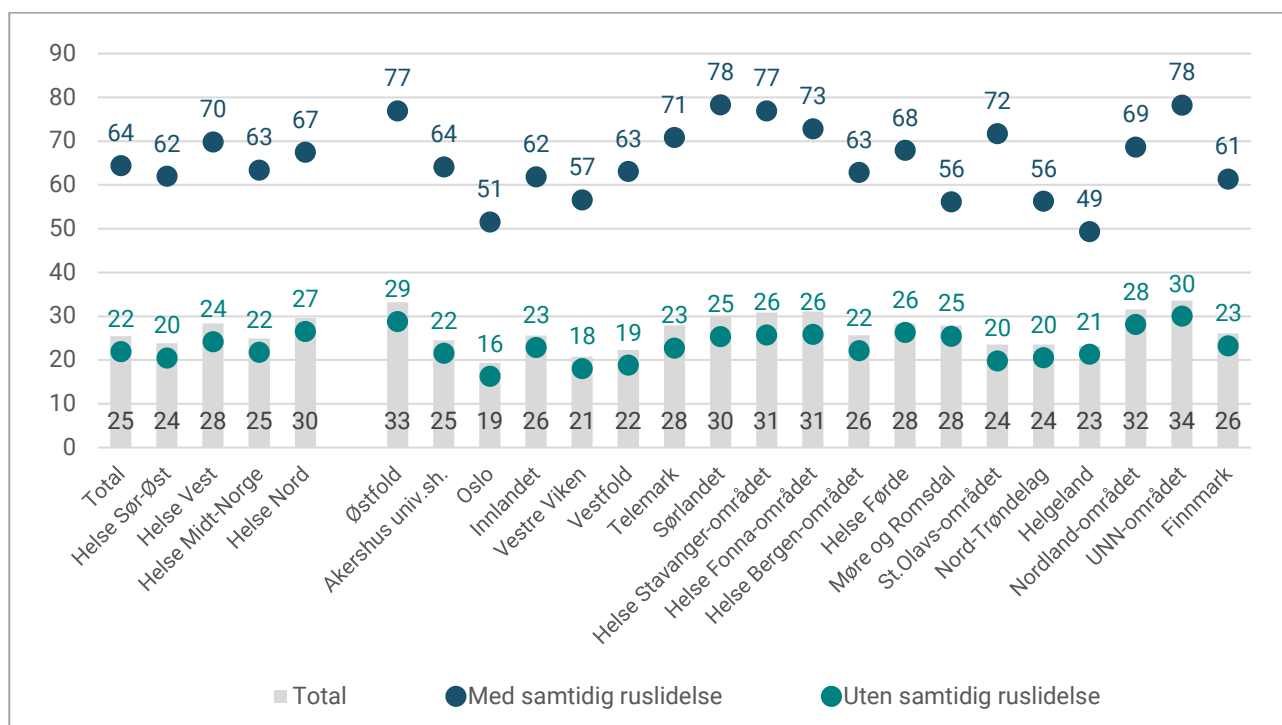


8.3 Forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse

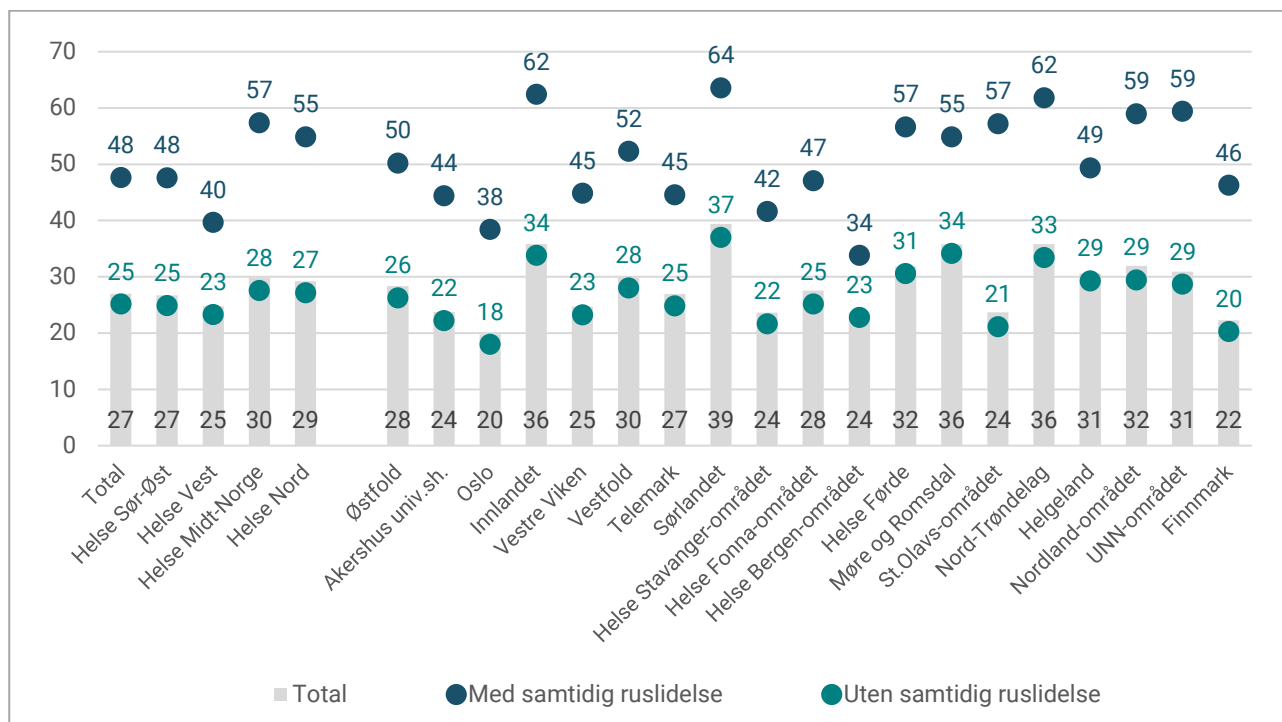
Forskjellene mellom pasienter med og uten samtidig ruslidelse er gjennomgående i alle helsefelleskap. To eksempel vises under: Andel pasienter som har vært innlagt i psykisk helsevern (figur 8.3) og andel pasienter som har mottatt helsetjenester i hjemmet (figur 8.4).

Antallet pasienter med samtidig ruslidelse er lite, og det gjør det vanskelige å tolke forskjeller mellom helsefelleskapene. Mangelfull rapportering av rusproblematikk gir ekstra usikkerhet knyttet til tallene. Variasjonen i bruk av tjenester kan også henge sammen med omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse. Pasientraten for denne gruppen varierer fra 6 (Førde) til 18 (Telemark) per 10 000 innbygger.

Figur 8.3 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har vært innlagt i psykisk helsevern. Pasienter gruppert etter forekomst av samtidig ruslidelse. Andeler i prosent.



Figur 8.4 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har mottatt helsetjenester i hjemmet. Pasienter gruppert etter forekomst av samtidig ruslidelse. Andeler i prosent.



9. Hvordan kan helsefellesskapene bruke rapporten?

Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer for helsefellesskapene kan gi et godt og felles kunnskapsgrunnlag for diskusjon og den videre utviklingen av helsetjenestene. Når man skal samarbeide, er det viktig at man har en felles forståelse av situasjonen. *En god måte å få til dette på, er å sammenligne seg med andre helsefellesskap.*

Det som er viktig – og som er nytt i disse analysene – er at vi ser på bruk av tjenester på tvers av de organisatoriske nivåene i helsetjenestene. For disse fire gruppene, så er den viktigste konklusjonen fra analysene, at det gir god og nyttig informasjon å studere bruk av helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivåene.

Vi foreslår at helsefellesskapene tar utgangspunkt i vedleggene til rapporten og gjennomgår resultatene.

Vedlegg B del 1 og 2 beskriver egenskaper hos pasientene og omfanget av ulike undergrupper i helsefellesskapene. Vi beskriver bruk av ulike helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og hvordan dette påvirkes av alder og diagnose. Dette gir helsefellesskapene nærmere innsikt i pasientgruppen og deres behov og ressursbruk.

Vedlegg B del 3 - 8 beskriver forskjeller mellom helsefellesskapene i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. De fire diagnosegruppene vises hver for seg og samlet, men det skilles ikke mellom aldersgrupper.

I gjennomgangen av resultatene er det fire spørsmål som helsefellesskapene bør stille seg:

(1) Hvordan er omfanget av pasienter og brukere i denne prioriterte pasientgruppen i vårt helsefellesskap sammenlignet med andre?

Det første spørsmålet man bør stille, er hvorvidt omfanget av pasientgruppene er høyere eller lavere i eget helsefellesskap i sammenligning med andre. Hvordan er gjennomsnittsnivået for helsefellesskapet? Og hvor stor er spredningen mellom kommunene i eget helsefellesskap, sammenlignet med andre? Er det noen kommuner som er spesielt avvikende? Tall for alle kommuner på omfanget av antall pasienter er gjengitt i vedlegg A.

(2) Er andelen som mottar/bruker en tjeneste avvikende fra andre helsefellesskap?

Det neste spørsmålet som bør stilles, er om andelen som mottar en tjeneste er særskilt høy eller lav i sammenligning med andre helsefellesskap. Andelen som mottar en tjeneste, kan også sees i sammenheng med hvor høyt omfang det er av pasientgruppen.

I vedleggene viser vi andel med bruk av sykehus (somatisk sykehus og psykisk helsevern, innleggelse eller poliklinisk kontakt), andel som var innlagt, samt andel innlagt for øyeblikkelig hjelp. Vi viser også andel som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester totalt og for ulike tjenester, samt andel med konsultasjon hos fastlege, legevakt og med hjemmebesøk av enten fastlege eller legevakt.

(3) Hvor hyppig brukes tjenestene?

Det tredje spørsmålet som bør stilles, er hva data fra eget helsefelleskap viser når det gjelder behandlingsfrekvens. Er behandlingsfrekvens og behandlingspraksis på omtrent samme nivå som landsgjennomsnittet, eller avviker helsefelleskapet i en retning? I vedleggene viser vi antall polikliniske kontakter per pasient og antall oppholdsdøgn totalt i løpet av året, både i psykisk helsevern og somatiske sykehus. Vi viser også antall konsultasjoner per pasient hos fastlege, legevakt og avtalespesialist.

(4) Er kvaliteten på tjenestene like god som hos andre?

I disse analysene er det inkludert få kvalitetsindikatorer, men for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som blir innlagt i psykisk helsevern, er *epikrisetid* viktig for den videre oppfølgingen. Det er et mål at minst 60 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning av pasienter fra psykisk helsevern og TSB. Tallene for epikrisetid som presenteres i denne rapporten kan sammenholdes med Nasjonale kvalitetsindikatorer som viser andel epikriser sendt innen 1 dag for alle pasienter innen psykisk helsevern (ikke avgrenset til pasienter med alvorlige psykiske lidelser). Andelen varierte mellom helseforetak fra 29 til 74 prosent³⁴ i 2021.

For pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan *individuell plan* bidra til samordningen av tjenester og høyne kvaliteten på tjenester og behandlinger. Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom helsefelleskapene i andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har fått utarbeidet individuell plan. Andel pasienter med individuell plan kan være et godt utgangspunkt for dialog i helsefelleskapet med hensyn til kvaliteten på tjenestene. Resultatene kan også sammenholdes med Nasjonale kvalitetsindikatorer som viser andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan. Denne andelen var 31 prosent i 2019 men gikk ned til 18 prosent i 2021³⁵.

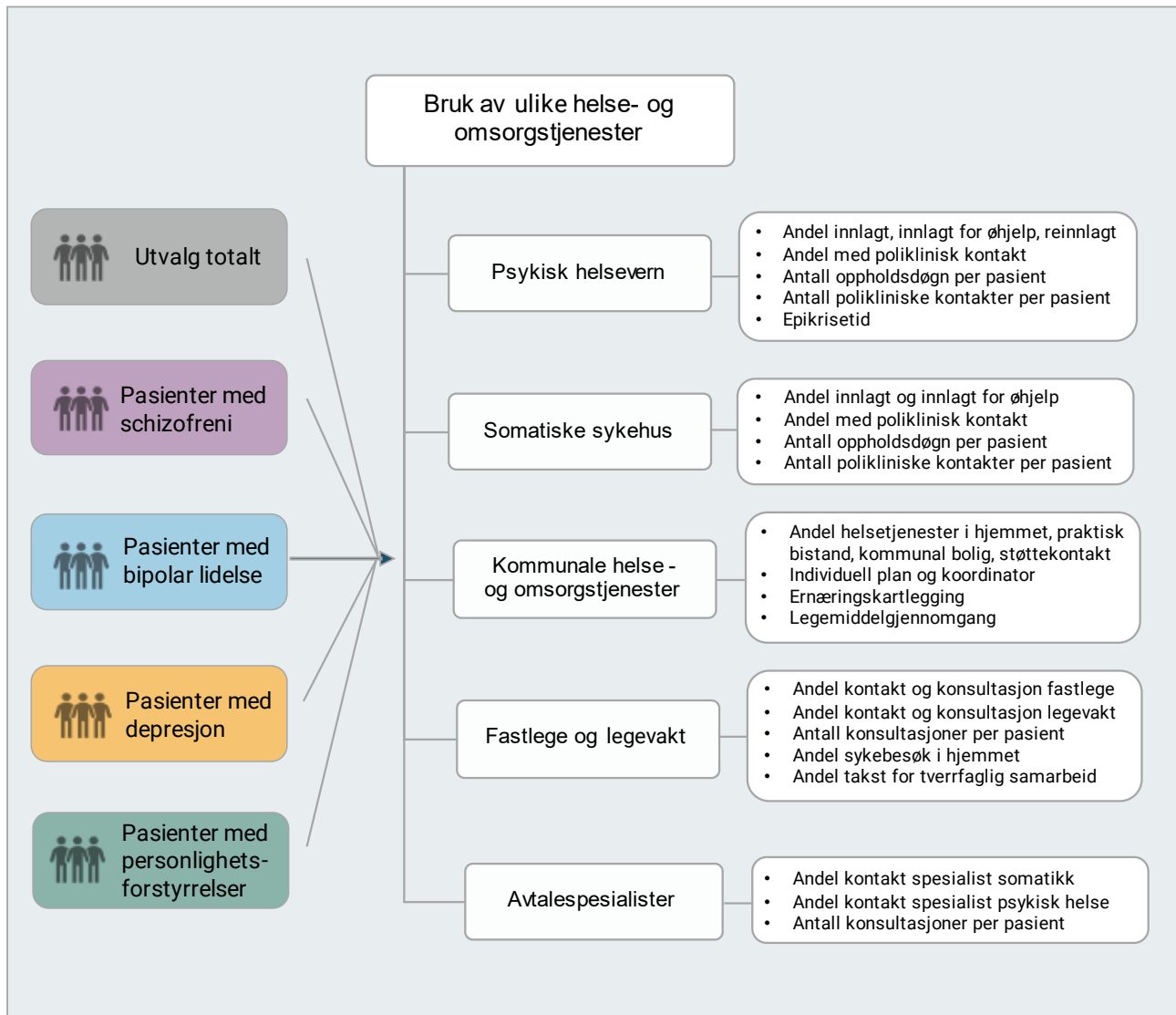
Andel pasienter med *reinnleggelse innen 30 dager* kan benyttes en som indikasjon på kvalitet i behandlingsforløpet. Akutt reinnleggelse kort tid etter utskrivning er i noen tilfeller unngåelig, men kan i andre tilfeller forebygges gjennom tilstrekkelig kvalitet og varighet på døgnbehandlingen og/eller tett oppfølging etter utskrivning.

Analysene omhandler også registrert takst for *tverrfaglig samarbeid hos fastlege*. Dette kan ikke benyttes som en direkte indikator på kvalitet, grunnet svakheter og mulig variasjon i hvordan taksten rapporteres. Resultatene kan likevel være interessante for videre oppfølging i helsefelleskapene, gitt de store forskjellene som er beskrevet.

³⁴ [Nasjonale kvalitetsindikatorer, Helsedirektoratet: Psykisk helse for voksne - epikrisetid \(nettside\)](#)

³⁵ [Nasjonale kvalitetsindikatorer, Helsedirektoratet: Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan \(nettside\)](#). Merk at NKI beregner andel basert på rapportering til NPR. Denne rapporten benytter KPR (IPLOS) data.

Figur 9.1 Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Oversikt over datagrunnlag og indikatorer for bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser.



Vedlegg A: Tabeller

Vedleggstabell 1. Omfang av pasienter med alvorlige psykiske lidelser per 10 000 innbyggere etter helsefelleskap og kommune. Data fra NPR 2019.

Norge	Totalt	162
Østfold	Total	122
	Halden	170
	Moss	127
	Sarpsborg	128
	Fredrikstad	111
	Hvaler	79
	Indre Østfold	126
	Skiptvet	88
	Rakkestad	116
	Råde	78
	Våler (Viken)	103
	Vestby	108
	Aremark og Marker	91
Akershus univ.sh.	Total	142
	Nordre Follo	132
	Ås	140
	Frogn	117
	Nesodden	121
	Aurskog-Høland	133
	Rælingen	119
	Enebakk	156
	Lørenskog	139
	Lillestrøm	162
	Nittedal	123
	Gjerdrum	102
	Ullensaker	129
	Nes (Akershus)	136
	Eidsvoll	136
	Nannestad	113
	Hurdal	174
	Kongsvinger	208
	Nord-Odal	153
	Sør-Odal	157
	Eidskog	195
	Grue	202
Oslo	Total	195
	Oslo - bydeler Lovisenberg	256
	Oslo - bydeler Diakonhjemmet	131
	Oslo - bydeler OUS	206
	Oslo - bydeler Akershus univ.sh.	191
Innlandet	Total	177
	Lunner	198
	Hamar	217
	Lillehammer	206
	Gjøvik	194
	Ringsaker	180
	Løten	222

	Stange	161
	Åsnes	172
	Våler (Innlandet)	137
	Elverum	209
	Trysil	119
	Åmot	130
	Stor-Elvdal	146
	Tynset	108
	Alvdal	116
	Dovre	145
	Skjåk	127
	Lom	203
	Vågå	197
	Nord-Fron	111
	Sel	259
	Sør-Fron	92
	Ringebu	126
	Øyer	143
	Gausdal	174
	Østre Toten	147
	Vestre Toten	180
	Gran	175
	Søndre Land	152
	Nordre Land	117
	Sør-Aurdal	203
	Nord-Aurdal	200
	Vestre Slidre	198
	Øystre Slidre	95
	Andre kommuner Innlandet	132
Vestre Viken	Total	164
	Drammen	174
	Kongsberg	221
	Ringerike	261
	Bærum	122
	Asker	132
	Hole	180
	Nesbyen	184
	Gol	243
	Hemsedal	148
	Ål	224
	Hol	185
	Sigdal	216
	Krødsherad	226
	Modum	309
	Øvre Eiker	179
	Lier	125
	Flesberg	140
	Nore og Uvdal	94
	Jevnaker	161
	Andre kommuner Vestre Viken	184
Vestfold	Total	155
	Horten	185
	Holmestrand	131
	Tønsberg	168
	Sandefjord	161
	Larvik	127
	Færder	157
Telemark	Total	163
	Porsgrunn	147

	Skien	157
	Notodden	218
	Siljan	108
	Bamble	156
	Kragerø	198
	Drangedal	168
	Nome	96
	Midt-Telemark	229
	Tinn	149
	Seljord	203
	Kviteseid	140
	Tokke	111
	Vinje	178
	Andre kommuner Telemark	128
Sørlandet	Total	146
	Risør	148
	Grimstad	129
	Arendal	139
	Kristiansand	164
	Lindesnes	158
	Farsund	116
	Flekkefjord	170
	Gjerstad	121
	Vegårshei	74
	Tvedestrand	147
	Froland	92
	Lillesand	134
	Birkenes	138
	Evje og Hornnes	149
	Vennesla	135
	Lyngdal	135
	Kvinesdal	176
	Andre kommuner Sørlandet	85
Helse Stavanger-området	Total	168
	Eigersund	207
	Stavanger	170
	Sandenes	174
	Sokndal	146
	Lund	188
	Bjerkreim	126
	Hå	154
	Klepp	195
	Time	174
	Gjesdal	152
	Sola	141
	Randaberg	163
	Strand	150
	Andre kommuner Stavanger	84
Helse Fonna-området	Total	130
	Haugesund	139
	Suldal	72
	Sauda	116
	Tysvær	90
	Karmøy	119
	Vindafjord	84
	Etne	54
	Sveio	83
	Bømlo	107
	Stord	137

	Fitjar	136
	Tysnes	122
	Kvinnherad	184
	Ullensvang	243
	Andre kommuner Fonna	89
Helse Bergen-området	Total	178
	Bergen	192
	Voss	199
	Kvam	99
	Samnanger	152
	Bjørnafjorden	171
	Austevoll	107
	Øygarden	159
	Askøy	143
	Vaksdal	193
	Osterøy	155
	Alver	143
	Austrheim	154
	Gulen	93
	Andre kommuner Helse Bergen	133
Helse Førde	Total	127
	Kinn	116
	Høyanger	135
	Vik	95
	Sogndal	126
	Lærdal	127
	Årdal	161
	Luster	119
	Askvoll	129
	Fjaler	93
	Sunnfjord	154
	Bremanger	120
	Stad	126
	Gloppen	125
	Stryn	106
	Andre kommuner Førde	89
Møre og Romsdal	Total	144
	Kristiansund	218
	Molde	161
	Ålesund	142
	Vanylven	80
	Sande (Møre og Romsdal)	154
	Herøy (Møre og Romsdal)	118
	Ulstein	114
	Hareid	152
	Ørsta	173
	Stranda	100
	Sykkylven	87
	Sula	104
	Giske	124
	Vestnes	109
	Rauma	125
	Aukra	166
	Averøy	144
	Gjemnes	72
	Tingvoll	118
	Sunnadal	128
	Surnadal	176
	Smøla	102

	Aure	133
	Volda	164
	Fjord	166
	Hustadvika	120
St.Olavs-området	Total	172
	Trondheim	199
	Frøya	109
	Oppdal	115
	Rennebu	100
	Røros	102
	Holtålen	110
	Midtre Gauldal	104
	Melhus	144
	Skaun	165
	Malvik	160
	Selbu og Tydal	90
	Indre Fosen	119
	Heim	127
	Hitra	99
	Ørland	118
	Åfjord	86
	Orkland	138
	Rindal	180
Nord-Trøndelag	Total	158
	Steinkjer	138
	Namsos	177
	Meråker	217
	Stjørdal	186
	Frosta	100
	Levanger	184
	Verdal	132
	Snåase - Snåsa	79
	Grong	137
	Overhalla	145
	Inderøy	100
	Nærøysund	203
	Andre kommuner N-Trøndelag	100
Helgeland	Total	180
	Brønnøy	288
	Alstahaug	174
	Leirfjord	174
	Vefsn	166
	Hemnes	186
	Rana	178
	Andre kommuner Helgeland	148
Nordland-området	Total	142
	Bodø	138
	Meløy	110
	Saltdal	125
	Fauske - Fuosko	169
	Steigen	70
	Vestvågøy	176
	Vågan	125
	Hadsel	179
	Bø (Nordland)	115
	Øksnes	97
	Sortland - Suortá	202
	Andøy	140
	Hamarøy	74

	Andre kommuner Nordland	109
UNN-området	Total	149
	Narvik	177
	Lødingen	117
	Tromsø	142
	Harstad	156
	Kvæfjord	139
	Tjeldsund	115
	Bardu	85
	Salangen	113
	Målselv	123
	Sørreissa	156
	Senja	142
	Balsfjord	167
	Karlsøy	85
	Lyngen	133
	Kåfjord	215
	Skjervøy	232
	Nordreisa	210
	Andre kommuner UNN	145
Finnmark	Total	230
	Alta	236
	Vardø	218
	Vadsø	308
	Hammerfest	263
	Kautokeino	126
	Nordkapp	171
	Porsanger	248
	Karasjok	390
	Tana	189
	Båtsfjord	165
	Sør-Varanger	218
	Andre kommuner Finnmark	162

Vedleggstabell 2: Oversikt over kommuner som inngår i helsefellesskapene

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Østfold	3001	Halden	
	3002	Moss	
	3003	Sarpsborg	
	3004	Fredrikstad	
	3011	Hvaler	
	3012	Aremark	
	3013	Marker	
	3014	Indre Østfold	
	3015	Skiptvet	
	3016	Rakkestad	
	3017	Råde	
	3018	Våler (Viken)	
	3019	Vestby	
Akershus universitetssykehus	3020	Nordre Follo	
	3021	Ås	
	3022	Frogn	
	3023	Nesodden	
	3026	Aurskog-Høland	
	3027	Rælingen	
	3028	Enebakk	
	3029	Lørenskog	
	3030	Lillestrøm	
	3031	Nittedal	
	3032	Gjerdrum	
	3033	Ullensaker	
	3034	Nes (Akershus)	
	3035	Eidsvoll	
	3036	Nannestad	
	3037	Hurdal	
	3401	Kongsvinger	
	3414	Nord-Odal	
	3415	Sør-Odal	
3416	Eidskog		
3417	Grue		
Oslo	301	Oslo	Bydeler Lovisenberg: 1, 2, 4 Bydeler Diakonhjemmet: 5, 6 og 7 Bydeler OUS; 3,8,9, 13, 14, 15, 16, 17 og 99 Bydeler Akershus: 10, 11, 12
Innlandet	3054	Lunner	
	3403	Hamar	
	3405	Lillehammer	
	3407	Gjøvik	
	3411	Ringsaker	
	3412	Løten	
	3413	Stange	
	3418	Åsnes	
	3419	Våler (Innlandet)	
	3420	Elverum	
	3421	Trysil	
	3422	Åmot	
	3423	Stor-Elvdal	
	3424	Rendalen	
	3425	Engerdal	
	3426	Tolga	
3427	Tynset		
3428	Alvdal		

Helsefelleskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Innlandet forts.	3429	Folldal	
	3430	Os (Innlandet)	
	3431	Dovre	
	3432	Lesja	
	3433	Skjåk	
	3434	Lom	
	3435	Vågå	
	3436	Nord-Fron	
	3437	Sel	
	3438	Sør-Fron	
	3439	Ringebu	
	3440	Øyer	
	3441	Gausdal	
	3442	Østre Toten	
	3443	Vestre Toten	
	3446	Gran	
	3447	Søndre Land	
	3448	Nordre Land	
	3449	Sør-Aurdal	
	3450	Etnedal	
3451	Nord-Aurdal		
3452	Vestre Slidre		
3453	Øystre Slidre		
3454	Vang		
Vestre Viken	3005	Drammen	
	3006	Kongsberg	
	3007	Ringerike	
	3024	Bærum	
	3025	Asker	
	3038	Hole	
	3039	Flå	
	3040	Nesbyen	
	3041	Gol	
	3042	Hemsedal	
	3043	Ål	
	3044	Hol	
	3045	Sigdal	
	3046	Krødsherad	
	3047	Modum	
	3048	Øvre Eiker	
	3049	Lier	
3050	Flesberg		
3051	Rollag		
3052	Nore og Uvdal		
3053	Jevnaker		
Vestfold	3801	Horten	
	3802	Holmestrand	Holmestrand samarbeider med både Vestfold og Vestre Viken etter sammenslåing av Sande og Holmestrand.
	3803	Tønsberg	
	3804	Sandefjord	
	3805	Larvik	
	3811	Færder	
Telemark	3806	Porsgrunn	
	3807	Skien	
	3808	Notodden	
	3812	Siljan	
	3813	Bamble	
	3814	Kragerø	
3815	Drangedal		

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Telemark forts.	3816	Nome	
	3817	Midt-Telemark	
	3818	Tinn	
	3819	Hjartdal	
	3820	Seljord	
	3821	Kviteseid	
	3822	Nissedal	
	3823	Fyresdal	
	3824	Tokke	
	3825	Vinje	
Sørlandet	4201	Risør	
	4202	Grimstad	
	4203	Arendal	
	4204	Kristiansand	
	4205	Lindesnes	
	4206	Farsund	
	4207	Flekkefjord	
	4211	Gjerstad	
	4212	Vegårshei	
	4213	Tvedestrand	
	4214	Froland	
	4215	Lillesand	
	4216	Birkenes	
	4217	Åmli	
	4218	Iveland	
	4219	Evje og Hornnes	
	4220	Bygland	
	4221	Valle	
	4222	Bykle	
	4223	Vennesla	
4224	Åseral		
4225	Lyngdal		
4226	Hægebostad		
4227	Kvinesdal		
4228	Sirdal		
Helse Stavanger	1101	Eigersund	
	1103	Stavanger	
	1108	Sanden	
	1111	Sokndal	
	1112	Lund	
	1114	Bjerkreim	
	1119	Hå	
	1120	Klepp	
	1121	Time	
	1122	Gjesdal	
	1124	Sola	
	1127	Randaberg	
	1130	Strand	
	1133	Hjelmeland	
1144	Kvitsøy		
Helse Fonna	1106	Haugesund	
	1134	Suldal	
	1135	Sauda	
	1145	Bokn	
	1146	Tysvær	
	1149	Karmøy	
	1151	Utsira	
	1160	Vindafjord	
4611	Etne		

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Helse Fonna forts	4612	Sveio	
	4613	Bømlo	
	4614	Stord	
	4615	Fitjar	
	4616	Tysnes	
	4617	Kvinnherad	
	4618	Ullensvang	
	4619	Eidfjord	
Helse Bergen	4601	Bergen	
	4620	Ulvik	
	4621	Voss	
	4622	Kvam	
	4623	Samnanger	
	4624	Bjørnafjorden	
	4625	Austevoll	
	4626	Øygarden	
	4627	Askøy	
	4628	Vaksdal	
	4629	Modalen	
	4630	Osterøy	
	4631	Alver	
	4632	Austrheim	
	4633	Fedje	
	4634	Masfjorden	
4635	Gulen		
Helse Førde	4602	Kinn	
	4636	Solund	
	4637	Hyllestad	
	4638	Høyanger	
	4639	Vik	
	4640	Sogndal	
	4641	Aurland	
	4642	Lærdal	
	4643	Årdal	
	4644	Luster	
	4645	Askvoll	
	4646	Fjaler	
	4647	Sunnfjord	
	4648	Bremanger	
	4649	Stad	
4650	Gloppen		
4651	Stryn		
Møre og Romsdal	1505	Kristiansund	
	1506	Molde	
	1507	Ålesund	
	1511	Vanylven	
	1514	Sande	
	1515	Herøy	
	1516	Ulstein	
	1517	Hareid	
	1520	Ørsta	
	1525	Stranda	
	1528	Sykkylven	
	1531	Sula	
	1532	Giske	
	1535	Vestnes	
	1539	Rauma	
	1547	Aukra	
1554	Averøy		
1557	Gjemnes		

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Møre og Romsdal forts.	1560	Tingvoll	
	1563	Sunndal	
	1566	Surnadal	
	1573	Smøla	
	1576	Aure	
	1577	Volda	Etter kommunesammenslåing flytter Hornindal (Volda fra 2020) fra Helse Førde (Helse Vest) til Helse Møre og Romsdal
	1578	Fjord	
	1579	Hustadvika	
St. Olavs hospital	5001	Trondheim	
	5014	Frøya	
	5021	Oppdal	
	5022	Rennebu	
	5025	Røros	Samarbeider også med Innlandet
	5026	Holtålen	Samarbeider også med Innlandet
	5027	Midtre Gauldal	
	5028	Melhus	
	5029	Skaun	
	5031	Malvik	
	5032	Selbu	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	5033	Tydal	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	5054	Indre Fosen	
	5055	Heim	Samarbeider også med Møre og Romsdal (Kristiansund)
	5056	Hitra	
	5057	Ørland	
	5058	Åfjord	Leksvik og Roan (Åfjord) flytter fra Helse Nord-Trøndelag til St. Olavs hospital fra 2020
	5059	Orkland	
5061	Rindal		
N-Trøndelag	5006	Steinkjer	
	5007	Namsos	
	5020	Osen	
	5034	Meråker	Samarbeider også med St. Olavs
	5035	Stjørdal	Samarbeider også med St. Olavs
	5036	Frosta	
	5037	Levanger	
	5038	Verdal	
	5041	Snåase - Snåsa	
	5042	Lierne	
	5043	Raarvihke - Røyrvik	
	5044	Namsskogan	
	5045	Grong	
	5046	Høylandet	
	5047	Overhalla	
	5049	Flatanger	
	5052	Leka	
	5053	Inderøy	
5060	Nærøysund		
Helgeland	1811	Bindal	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	1812	Sømna	
	1813	Brønnøy	
	1815	Vega	
	1816	Vevelstad	
	1818	Herøy (Nordland)	
	1820	Alstahaug	
	1822	Leirfjord	
	1824	Vefsn	
1825	Grane		

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Helgeland forts.	1826	Hattfjelldal	
	1827	Dønna	
	1828	Nesna	
	1832	Hemnes	
	1833	Rana	
	1834	Lurøy	
	1835	Træna	
	1836	Rødøy	
Nordland	1804	Bodø	
	1837	Meløy	
	1838	Gildeskål	
	1839	Beiarn	
	1840	Saltdal	
	1841	Fauske - Fuosko	
	1845	Sørfold	
	1848	Steigen	
	1856	Røst	
	1857	Værøy	
	1859	Flakstad	
	1860	Vestvågøy	
	1865	Vågan	
	1866	Hadsel	
	1867	Bø (Nordland)	
	1868	Øksnes	
	1870	Sortland - SuortÁj	
1871	Andøy		
1874	Moskenes		
1875	Hamarøy		
UNN	1806	Narvik	
	1851	Lødingen	
	1853	Evenes	
	5401	Tromsø	
	5402	Harstad	
	5411	Kvæfjord	
	5412	Tjeldsund	
	5413	Ibestad	
	5414	Gratangen	
	5415	Lavangen	
	5416	Bardu	
	5417	Salangen	
	5418	Målselv	
	5419	Sørreissa	
	5420	Dyrøy	
	5421	Senja	
	5422	Balsfjord	
	5423	Karlsøy	
	5424	Lyngen	
	5425	Storfjord	
5426	Kåfjord		
5427	Skjervøy		
5428	Nordreisa		
5429	Kvænangen		
Finnmark	5403	Alta	
	5404	Vardø	
	5405	Vadsø	
	5406	Hammerfest	
	5430	Kautokeino	
	5432	Loppa	
	5433	Hasvik	

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Finnmark forts.	5434	Måsøy	
	5435	Nordkapp	
	5436	Porsanger	
	5437	Karasjok	
	5438	Lebesby	
	5439	Gamvik	
	5440	Berlevåg	
	5441	Tana	
	5442	Nesseby	
	5443	Båtsfjord	
	5444	Sør-Varanger	

Etter kommunesammenslåingene i 2020, er det noen kommuner som samarbeider med flere helsefellesskap. Kommunene i Værnes-regionen samarbeider med både St. Olavs hospital og helse Nord-Trøndelag, Fjell-regionen i Trøndelag deltar i både St. Olavs helsefellesskap og i Innlandets helsefellesskap. Når vi lager styringsinformasjon og statistikk, så er det likevel nødvendig å ta utgangspunkt i gjensidig utelukkende kategorier. Dette innebærer at en kommune kan ikke inngå flere steder. I våre tall inngår derfor Holmestrand i Vestfold helsefellesskap. Meråker og Stjørdal inngår i Nord-Trøndelag helsefellesskap, mens Selbu og Tydal inngår i St. Olavs helsefellesskap. Røros og Holtålen inngår i St. Olavs helsefellesskap. Vi presiserer at dette gjelder kun statistikken.

Vedlegg B: Figurer

Vedlegg B publiseres som et eget dokument på Helsedirektoratets temaside for helsefellesskapene:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap/styringsinformasjon>

Vedlegget inneholder mer detaljert styringsinformasjon til helsefellesskapene om pasienter med alvorlige psykiske lidelser:

Del 1: Om definisjonen og pasientene i utvalget

Del 2: Nasjonale tall: Bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester

Del 3: Tall per helsefellesskap: Bruk av tjenester i psykisk helsevern

Del 4: Tall per helsefellesskap: Bruk av tjenester i somatiske sykehus

Del 5: Tall per helsefellesskap: Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Del 6: Tall per helsefellesskap: Bruk av tjenester hos fastlege og legevakt

Del 7: Tall per helsefellesskap: Bruk av tjenester hos avtalespesialister

Del 8: Kommunal variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester

Styringsinformasjon til helsefelleskapene

Utgitt

september 2022

Forfatter:

Hanne Lehn

Bestillingsnummer

IS-3047

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Forsidefoto

Antonio Guillem© Mostphotos

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no