

Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Rapport 2024



Innhold

Innhold	2
1 Sammendrag	3
2 Innledning	5
2.1 Bakgrunn	5
2.2 Formål.....	5
3 Datagrunnlag	7
4 Pasientutvalget.....	9
4.1 Utvalgskriterier.....	9
4.2 Avgrensning av forløpet	9
4.3 Diagnosegrupper	9
4.4 Samtidig ruslidelse.....	10
4.5 Tvang i psykisk helsevern	11
4.6 Alder og kjønn	12
4.7 Bosted.....	12
5 Bruk av tjenester 365 dager etter utskrivning	14
5.1 Oversikt	14
5.2 Nærmere om ulike tjenestetyper.....	15
5.3 Endringer i bruk av tjenester gjennom året	22
6 Bruk av tjenester i starten av forløpet	27
6.1 Utskrivningsklare pasienter.....	27
6.2 Tid til første kontakt og tjeneste	29
6.3 Samarbeidsmøter	32
6.4 Sammenheng mellom ulike tjenester	33
7 Forløp i utvalgte pasientgrupper.....	37
7.1 Pasienter med samtidig ruslidelse.....	37
7.2 Pasienter underlagt tvang i psykisk helsevern	40
8 Geografisk variasjon.....	44
8.1 Pasientsammensetning	44
8.2 Bruk av tjenester 30 dager etter utskrivning	47
8.3 Tid til første kontakt	52
8.4 Omfang av tjenester 365 dager etter utskrivning	55
8.5 Ambulante kontakter og ACT/FACT team	58
9 Vedlegg	61

1 Sammendrag

Helsedirektoratet utarbeider styringsinformasjon til helsefelleskapene om de fire prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Den første rapporten om pasienter med alvorlige psykiske lidelser beskrev omfang og kjennetegn ved pasientgruppen og forskjeller mellom helsefelleskapene i bruk av helse- og omsorgstjenester på tvers av sektor og forvaltningsnivå. Denne rapporten er en oppfølging av dette arbeidet. Målet å se nærmere på *hvordan bruk av ulike tjenester henger sammen* gjennom analyser av individuelle pasientforløp. Rapporten ser spesifikt på forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern.

Analysene tar utgangspunkt i samme definisjon av pasientgruppen som i første rapport til helsefelleskapene. Dette inkluderer personer som er 18 år og eldre og som har vært i kontakt med psykisk helsevern for schizofreni, bipolar lidelse, depresjon eller personlighetsforstyrrelse. Til denne rapporten er utvalget videre avgrenset til pasienter som ble utskrevet fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020. Dette utgjør totalt 15 587 pasienter.

Fordi utvalget er avgrenset til døgnpasienter, har pasientgruppen en litt annen diagnoseprofil enn i den første rapporten til helsefelleskapene. Utvalget har en høyere andel pasienter med schizofreni eller bipolar lidelse og en lavere andel pasienter med depresjon. 24 prosent av pasientene i utvalget har registrert samtidig ruslidelse, og 27 prosent av pasientene har i løpet av utskrivningsåret vært underlagt tvang i psykisk helsevern.

Rapporten følger pasientene ett år fram tid og beskriver bruk av både spesialisthelsetjenester (i hovedsak psykisk helsevern), tjenester i kommunen (fastlege, legevakt, kommunale helse- og omsorgstjenester), samarbeidsmøter mellom tjenestene og integrerte tjenestetilbud (ACT/FACT team). Rapporten beskriver også forskjeller mellom ulike undergrupper av pasienter, basert på diagnose, forekomst av samtidig ruslidelse og bruk av tvang i psykisk helsevern.

Oppsummert viser resultatene at:

- De fleste pasientene hadde poliklinisk kontakt (87 prosent) i løpet av året etter utskrivning, og de fleste hadde også konsultasjon med fastlege (89 prosent). Første polikliniske kontakt var ofte innen 1 uke, og første konsultasjon med fastlege innen 3-4 uker. I gjennomsnitt hadde pasientene 31 polikliniske kontakter og 10 konsultasjoner med fastlege i løpet av året. Kontakt med legevakt og ny døgnbehandling i psykisk helsevern var noe mindre utbredt og kom ofte senere i forløpet. Blant pasienter som fikk ny døgnbehandling (50 prosent), var det mest vanlig å ha to eller flere nye innleggelse i løpet av året, og de fleste innleggelsene var registrert som øyeblikkelig hjelp. Ny innleggelse innen 30 dager etter utskrivning var assosiert med et høyere forbruk av legevakt i samme periode.
- 60 prosent av pasientene mottok vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester i løpet av året etter utskrivning. Mest utbredt var helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og kommunal bolig. De fleste pasientene med kommunale tjenester hadde vedtak allerede før utskrivning. Totalt 2571 pasienter (16 prosent) var meldt utskrivningsklare til kommunen, og blant disse 85 prosent en kommunal tjeneste innen 30 dager etter utskrivning. Samarbeidsmøter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen var mer utbredt blant utskrivningsklare pasienter enn blant øvrige pasienter i utvalget.

- Et mindretall av pasientene i utvalget (28 prosent) hadde ambulant kontakt i løpet av året etter utskrivning, og kun 10 prosent mottok tjenester fra ACT/FACT team. Bruk av tjenester fra ACT/FACT team var assosiert med et høyere forbruk av både tjenester i psykisk helsevern (særlig polikliniske kontakter) og kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Flere typer tjenester var mest utbredt i starten av forløpet, herunder poliklinisk kontakt og kontakt med fastlege og legevakt. De første 30 dagene etter utskrivning hadde 68 prosent av pasientene poliklinisk kontakt, 49 prosent konsultasjon med fastlege og 21 prosent kontakt med legevakt. En av fem pasienter hadde registrert samarbeidsmøte. Andelen pasienter med poliklinisk kontakt falt gradvis gjennom hele året, mens bruk av andre typer tjenester var mer stabil.
- Pasienter med schizofreni hadde generelt et høyere forbruk av tjenester enn pasienter i andre diagnosegrupper. Gruppen skilte seg mest ut i bruk av døgntilrettelagt behandling, kommunale tjenester og ACT/FACT team. Kontakt med legevakt var mest utbredt blant pasienter med personlighetsforstyrrelser og pasienter med ruslidelser, som også hadde kortest tid til første kontakt og flest kontakter i løpet av året. Pasienter med personlighetsforstyrrelser hadde kortest tid til ny døgntilrettelagt behandling og høyest forekomst av mer enn tre innleggelsesperioder i løpet av året, likevel relativt få oppholdsdøgn totalt.
- Pasienter underlagt tvang hadde et annet forløp og et høyere forbruk av både spesialisthelsetjenester og tjenester i kommunen etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. Blant annet var kommunal bolig og ACT/FACT team mer utbredt blant pasienter med tvang enn blant øvrige pasienter i utvalget. Blant pasienter med tvang gikk det også kortere tid fra utskrivning til ny innleggelse for døgntilrettelagt behandling.

Rapporten beskriver også geografisk variasjon i bruk av tjenester etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. På flere områder er det betydelige forskjeller mellom regioner og helsefelleskap, for eksempel i antall polikliniske kontakter per pasient og antall dager til ny innleggelse i psykisk helsevern. Det er også store forskjeller i forekomsten av samarbeidsmøter, ambulante kontakter og ACT/FACT team.

Resultatene i denne rapporten kan være et nyttig utgangspunkt for videre arbeid i helsefelleskapene med å utvikle tjenestetilbudet til og samhandlingen om pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig kan flere av analysene og indikatorene fortsatt videreutvikles for å dekke behovet for styringsinformasjon.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

I Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023 er det en sentral målsetning å utvikle en «*helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling*». Et sentralt grep for å styrke samhandlingen har vært å etablere 19 helsefellesskap, som består av representanter fra helseforetak og kommuner tilknyttet samme opptaksområde. I helsefellesskapene skal representanter fra helseforetak, kommuner, fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. NHSP peker på fire pasientgrupper som har særlig behov for god samhandling og derfor bør prioriteres i helsefellesskapene: skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, barn og unge med langvarige og/eller sammensatte behov, og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle styringsinformasjon til helsefellesskapene som kan understøtte arbeidet med de prioriterte pasientgruppene. Første rapport om pasienter med alvorlige psykiske lidelser ble publisert i 2022. Rapporten beskriver omfang og kjennetegn ved pasientgruppen og bruk av helse- og omsorgstjenester på tvers av sektor og forvaltningsnivå, basert på aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Formålet med rapporten var å etablere en felles definisjon av pasientgruppen og en felles forståelse av tjenestetilbudet og beskrive hvordan dette varierer mellom helsefellesskap og kommuner.

2.2 Formål

Helsedirektoratet har nylig igangsatt et arbeid med å beskrive individuelle pasientforløp i aktivitetsdata fra NPR og KPR, hvor vi følger samme pasient over tid og på tvers av ulike tjenesteområder. Dette gjør det mulig å se nærmere på kronologi og andre sammenhenger mellom tjenestene i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Et av formålet med arbeidet er å videreutvikle styringsinformasjonen om de prioriterte pasientgruppene og etablere flere indikatorer for helsefellesskapene.

Denne rapporten presenterer de første resultatene fra forløpsanalyser av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Rapporten har fokus på *forløp etter utskrivning fra døgntil behandling i psykisk helsevern*. Analysene er gjort i et utvalg av pasientgruppen som ble utskrevet fra døgntil behandling i psykisk helsevern i løpet av 2020. Pasientene er fulgt ett år fram i tid og analysene ser nærmere på bruk av både spesialisthelsetjenester (i hovedsak psykisk helsevern), tjenester i kommunen (fastlege, legevakt, kommunale helse- og omsorgstjenester) og integrerte tjenestetilbud (ACT/FACT team).

Rapporten vil belyse følgende problemstillinger:

1. Hvilke tjenester mottar pasienter med alvorlige psykiske lidelser i løpet av ett år etter utskrivning fra døgntil behandling i psykisk helsevern?
2. Hva kjennetegner bruk av tjenester i ulike faser av forløpet?
3. Hvordan henger bruken av ulike tjenester sammen?
4. Hvordan varierer forløp etter utskrivning mellom ulike undergrupper av pasienter?
5. Hvordan varierer forløp etter utskrivning mellom regioner og helsefellesskap?

Resultatene i denne rapporten vil supplere tidligere publisert styringsinformasjon til helsefellesskapene om pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig kan rapporten sees som en

del av et pågående arbeid og et utgangspunkt for videre dialog med helsefelleskapene om behovet for styringsinformasjon på kort og lang sikt.

3 Datagrunnlag

Helsedirektoratet har til arbeidet med denne rapporten hatt tilgang på data i Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra perioden 2017-2020. Analysene er i hovedsak avgrenset til pasienter og tjenester i 2020 og 2021.

Pasientgruppen er identifisert i NPR data, basert på registrert kontakt og diagnosekoder i psykisk helsevern. Se kapittel 4 for nærmere omtale av utvalgskriterier. Informasjon om pasientens alder, kjønn og bosted er hentet fra NPR, men supplert med data fra KPR ved behov. Bosted er basert på sist rapporterte bostedskommune i utskrivningsåret (2020).

Følgende tjenestetyper inngår i rapporten:

- **Polikliniske kontakter og døgnopphold i psykisk helsevern:** Grunnlaget er aktivitetsdata rapportert til NPR fra offentlige og private foretak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Analysene tar utgangspunkt i alle innrapporterte episoder, klassifisert i polikliniske kontakter (omsorgsnivå = 3) og døgnopphold (omsorgsnivå = 1). Dersom en pasient har registrert flere døgnopphold som tangerer eller overlapper hverandre i tid, er disse aggregert før videre analyse. Merk at polikliniske kontakter inkluderer episoder både i psykisk helsevern og TSB, mens døgnopphold er avgrenset til psykisk helsevern. Døgnbehandling i TSB har kun begrenset omfang i vårt pasientutvalg¹.
- **ACT/FACT team:** Grunnlaget er aktivitetsdata rapportert til NPR fra offentlige og private foretak innen psykisk helsevern og TSB. Analysene tar utgangspunkt i alle registrerte, unike perioder i særtjenestegruppe TS01 «Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulant oppsøkende behandlingsteam», som definert i ISF-regelverket² og NPK (Norsk pasientklassifisering)³.
- **Fastlege og legevakt:** Grunnlaget er innsendte refusjonskrav til HELFO fra fastlege (praksistype = 62, 63, 64) og legevakt (praksistype = 65, 66), som inngår i KPR (KUHR). Analysene tar utgangspunkt i alle registrerte enkeltregninger og teller disse som kontakter.
- **Kommunale helse- og omsorgstjenester:** Grunnlaget er opplysninger om brukere og tjenester som kommunene har rapportert til KPR. Analysene tar utgangspunkt i alle registrerte vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester med gyldig startdato i den aktuelle perioden. Dersom en pasient har registrert flere vedtak for samme type tjeneste med ≤7 dager avstand i tid, er disse aggregert til en sammenhengende vedtaksperiode/tjeneste før videre analyse. Merk at KPR data kun inkluderer vedtaksfestede helse- og omsorgstjenester og ikke lavterskeltilbud og andre tjenester i kommunen som pasienten fritt kan oppsøke eller som avtales direkte med personell uten foregående rettighetsvurdering.

Forløp er konstruert ved å koble alle data for samme pasient over år og på tvers av registre, deretter sortere alle tjenester etter dato. Merk at ulike tjenester tidfestes på ulike måter, og ikke alle like

¹ I hele utvalget på 15587 pasienter ble 716 pasienter (5 prosent) innlagt for døgnbehandling i TSB i løpet av året etter utskrivning.

² www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf

³ www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/norsk-pasientklassifisering-npk

nøyaktig. Polikliniske kontakter, døgnopphold i psykisk helsevern og kontakter hos fastlege og legevakt er registrert med både dato og tidspunkt for tjenestestart og -slutt. Kommunale tjenester registreres med start- og eventuell sluttdato for en *periode* som vedtaket gjelder, og det er dessuten noe usikkerhet knyttet til kvaliteten på denne registreringen. For ACT/FACT team er det kun krav om registrering en gang per *kalendermåned*, og det forutsettes at pasienten har fått oppfølging i minst halvparten av denne måneden.

Nærmere informasjon om datagrunnlag og definisjoner er angitt fortløpende i teksten.

4 Pasientutvalget

4.1 Utvalgsriterier

Vår definisjon av alvorlige psykiske lidelser er beskrevet i første rapport med styringsinformasjon til helsefellesskapene, der pasientgruppen var identifisert i NPR data fra 2019⁴. Vi har her gjort tilsvarende uttrekk av pasienter i NPR data fra 2020. Dette inkluderer alle **pasienter i alderen 18 år og eldre som har hatt minst en kontakt i psykisk helsevern i løpet av 2020 og registrert diagnosekode for schizofreni (F20, F25), bipolar lidelse (F30, F31), depresjon (F32, F33) eller personlighetsforstyrrelse (F60-F69) som hovedtilstand eller annen tilstand**. Utvalget inkluderer totalt 67632 pasienter, som er litt færre pasienter enn i utvalget fra 2019 (n = 68930). Dette kan ha sammenheng med pandemien. Vi må ta forbehold om at både omfanget av pasienter og bruken av helse- og omsorgstjenester i 2020 kan avvike fra et «normalår».

Formålet med denne rapporten er å beskrive forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Utvalget er derfor **videre avgrenset til pasienter som i løpet av 2020 hadde minst ett avsluttet døgnopphold innen psykisk helsevern**. Dette inkluderer 15911 pasienter, dvs. om lag 1/4 av det opprinnelige utvalget. I denne gruppen døde 324 pasienter i løpet av det første året etter utskrivning. Disse pasientene er ekskludert fra videre analyser, og det endelige utvalget utgjør dermed 15587 pasienter.

4.2 Avgrensning av forløpet

Rapporten beskriver forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, der forløpet regnes fra utskrivningsdato og 365 dager fram i tid. For pasienter med flere døgnopphold i 2020 starter forløpet på utskrivningsdato for første avsluttede døgnopphold⁵. Analysen omfatter dermed 15587 forløp for like mange unike pasienter.

Rapporten har fokus på bruk av tjenester *etter* utskrivning i 2020, og tar ikke hensyn til eventuell bruk av tjenester tidligere år. Det er heller ikke mulig å angi hvilken fase av et behandlingsforløp pasientene befinner seg i. Datamaterialet inkluderer tjenester tilbake til 2017, og mange av pasientene kan ha hatt sin første henvisning og kontakt med psykisk helsevern før dette. Vi finner at 53 prosent av pasientene hadde kontakt med psykisk helsevern allerede i 2017, og 42 prosent hadde kontakt både i 2017, 2018 og 2019. Samtidig hadde 21 prosent av pasientene ingen kontakt med psykisk helsevern de tre foregående årene. Vi må derfor ta høyde for at pasientene befinner seg i ulike stadier av sykdom og behandling, og dette kan gi opphav til variasjon.

4.3 Diagnosegrupper

Som i tidligere arbeid vil vi i rapporten bruke begrepet "alvorlig psykisk lidelse" om hele pasientutvalget, selv om det vanligvis refererer spesifikt til schizofreni og bipolar lidelse. Vi tar høyde for at alvorlighetsgraden varierer og presenterer resultater både for hele pasientutvalget samlet, og separat for ulike diagnosegrupper. Merk at vi ikke har tilgjengelige data om pasientenes symptomtrykk eller funksjonsnivå, og dette kan variere både mellom og innad i diagnosegruppene.

⁴ Styringsinformasjon til helsefellesskapene. Del III: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Helsedirektoratet (2021).

⁵ Døgnopphold kan bestå av sammenhengende avdelingsopphold inklusive overføringer innad i og mellom foretak samme dag eller neste dag. Se kapittel 3 om aggregering av opphold.

I det totale utvalget av pasienter i 2020 (n = 67632) er fordelingen mellom diagnosegrupper sammenlignbar med fordelingen i utvalget fra 2019. Fordelingen er derimot annerledes blant pasienter som ble utskrevet fra døgnbehandling (n = 15587). I denne undergruppen er det en høyere forekomst av schizofreni (25 prosent), bipolar lidelse (19 prosent) og personlighetsforstyrrelser (23 prosent), og en lavere forekomst av depresjon (49 prosent). Dette indikerer at døgnbehandling i psykisk helsevern er mer utbredt blant pasienter med de alvorligste lidelsene.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har høy forekomst av komorbide tilstander, og den første rapporten til helsefelleskapene viste betydelig overlapp mellom diagnosegruppene. For å se nærmere på sammenhenger mellom diagnose og forløp etter utskrivning, vil vi i det videre klassifisere pasientene etter *utskrivningsdiagnose* (sist registrerte hovedtilstand) på det aktuelle døgnoppholdet. Dette kan antas å være diagnosen med størst betydning for innretningen av helsehjelpen på det aktuelle tidspunktet, og gjør det mulig å klassifisere pasientene i gjensidig utelukkende grupper.

Tabell 1 viser fordelingen av pasienter etter utskrivningsdiagnose. Rapporten vil ha særlig fokus på utskrivningsdiagnoser som korresponderer med gruppene i det opprinnelige utvalget, samt ruslidelser. De fem gruppene er uthevet i tabellen. Merk at gruppen med depresjon er avgrenset til *alvorlig* depresjon (tilstandskoder F32.2, F32.3, F33.2 og F33.3). Andre (milde/moderate) former for depresjon inngår her i kategorien «andre affektive lidelser».

De fem utvalgte diagnosegruppene utgjør til sammen 57 prosent av pasientutvalget (n = 8902 pasienter).

Tabell 1. Utskrivningsdiagnose på avsluttet døgnopphold i psykisk helsevern i 2020 blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Antall pasienter og andel (%) av det totale utvalget.

Utskrivningsdiagnose	Antall pasienter	Andel pasienter (%)
Schizofreni (F20, F25)	3289	21
Bipolar lidelse (F30, F31)	2044	13
Alvorlig depresjon (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3)	1261	8
Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	1401	9
Andre psykotiske lidelser (F2 ekskl. schizofreni)	452	3
Andre affektive lidelser (F3 ekskl. bipolar lidelse og alvorlig depresjon)	2838	18
Angst og andre nevrotske lidelser (F40-F48)	2000	13
Ruslidelser (F10-F19)	907	6
Symptomdiagnoser (R-koder)	308	2
Andre diagnoser	906	6
Ikke registrert	181	1
Total	15587	100

4.4 Samtidig ruslidelse

Som i tidligere analyser har vi identifisert en undergruppe av pasienter som har samtidig ruslidelse. Dette inkluderer pasienter som har minst en kontakt i psykisk helsevern med registrert kode for ruslidelse (F10-F19) eller minst en kontakt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av utskrivningsåret (2020).

Tabell 2 viser forekomsten av samtidig ruslidelse blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020. Totalt har 24 prosent av pasientene i utvalget en samtidig ruslidelse. Andelen er høyest blant pasienter med schizofreni (29 prosent) og

personlighetsforstyrrelser (27 prosent). Pasienter med alvorlig depresjon har den laveste forekomsten av samtidig ruslidelse (10 prosent).

Tabell 2. Forekomst av samtidig ruslidelse blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern i 2020. Antall og andel (%) pasienter fordelt etter utskrivningsdiagnose.

Utskrivningsdiagnose	Pasienter totalt	Herav pasienter med samtidig ruslidelse	
	Antall	Antall	Andel (%)
Schizofreni	3289	952	29
Bipolar lidelse	2044	305	15
Alvorlig depresjon	1261	124	10
Personlighetsforstyrrelser	1401	375	27
Andre psykotiske lidelser	452	98	22
Andre affektive lidelser	2838	396	14
Angst og andre nevrotiske lidelser	2000	342	17
Ruslidelser	907	907	100
Symptomdiagnoser	308	45	15
Andre diagnoser	906	136	15
Ikke registrert	181	20	11
Total	15587	3700	24

4.5 Tvang i psykisk helsevern

Av de 15587 pasientene som ble utskrevet fra døgntilrettelagt behandling i 2020 var 4259 pasienter (27 prosent) underlagt tvang i psykisk helsevern samme år, i form av tvangsinnleggelse⁶ eller behandling uten eget samtykke⁷. Tabell 3 viser hvordan andelen er fordelt etter utskrivningsdiagnose. Bruk av tvang var mest utbredt blant pasienter med schizofreni (58 prosent) og andre psykotiske lidelser (62 prosent) og minst utbredt blant pasienter med andre affektive lidelser (5 prosent).

Tabell 3. Bruk av tvang blant pasienter som ble utskrevet fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern i 2020. Antall og andel pasienter fordelt etter utskrivningsdiagnose.

Utskrivningsdiagnose	Pasienter totalt	Herav pasienter med tvang	
	Antall	Antall	Andel (%)
Schizofreni	3289	1914	58
Bipolar lidelse	2044	756	37
Alvorlig depresjon	1261	249	20
Personlighetsforstyrrelser	1401	216	15
Andre psykotiske lidelser	452	281	62
Andre affektive lidelser	2838	148	5
Angst og andre nevrotiske lidelser	2000	155	8
Ruslidelser	907	231	25
Symptomdiagnoser	308	30	10
Annen diagnose	906	252	28
Ikke registrert	181	27	15
Total	15587	4259	27

⁶ Innleggelse der pasienten er henvist til tvang. Inkluderer både innleggelse bestående av kun tvungen observasjon og innleggelse der tvungent psykisk helsevern er etablert.

⁷ Vedtak etter psykisk helsevernloven rapportert til NPR.

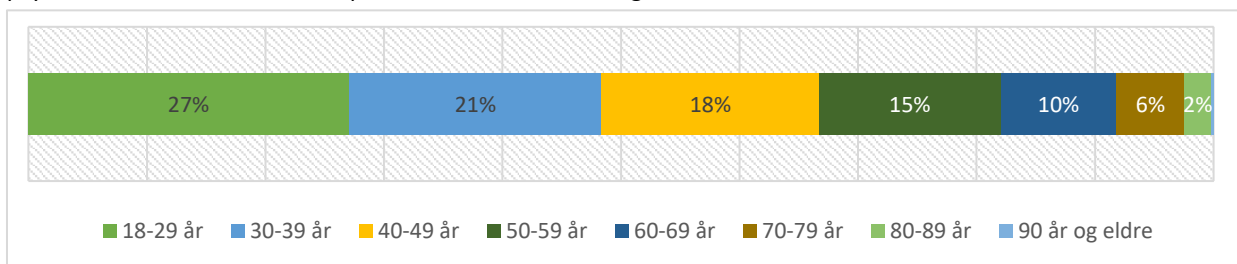
Vi har i denne rapporten ikke identifisert den aktuelle tvangsinnleggelsen eller perioden hvor pasientene var underlagt tvungen behandling. Vi vil isteden belyse hva som kjennetegner forløp etter utskrivning fra psykisk helsevern blant pasienter som er eller har vært underlagt tvang, som en egen undergruppe av utvalget (kapittel 7).

4.6 Alder og kjønn

Kvinner utgjør 55 prosent av pasientene i utvalget. Det er en overvekt av kvinner i diagnosegrupper, med unntak av gruppene med schizofreni (39 prosent), andre psykotiske lidelser (46 prosent) og ruslidelser (38 prosent).

Det er størst omfang av pasienter i de yngste aldersgruppene, og omfanget avtar med økende alder. Se figur 1. Mer enn 1 av 4 pasienter i utvalget er i aldersgruppen 18-29 år, og 2 av 3 pasienter er under 50 år.

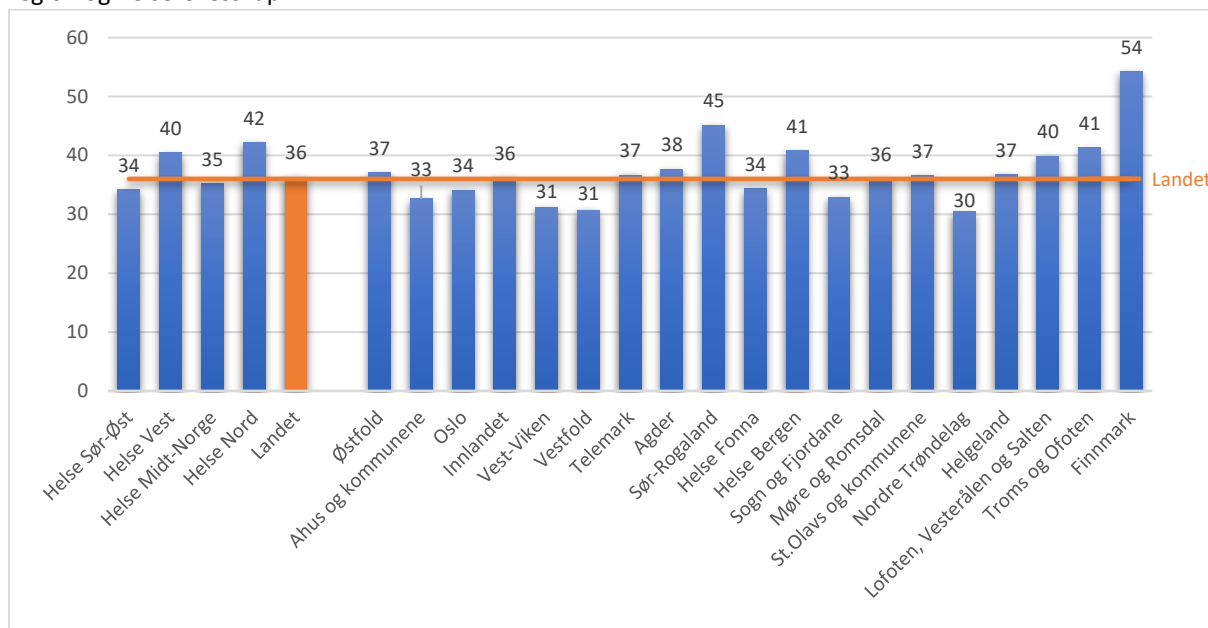
Figur 1. Aldersfordeling blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020. Andel pasienter etter alderskategori.



4.7 Bosted

Informasjon om bosted er tilgjengelig for 15545 pasienter i utvalget (>99 prosent). Figur 2 viser hvordan omfanget av pasienter varierer mellom regioner og helsefelleskap, målt som antall pasienter per 10 000 innbygger 18 år og eldre (se vedlegg for absolutte tall). Vi ser at pasientratene er høyere i Helse Vest og Helse Nord (hhv. 40 og 42) enn i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge (hhv. 34 og 35). Mellom helsefelleskapene varierer pasientraten fra 30 pasienter per 10 000 innbygger i Nordre-Trøndelag til 54 pasienter per 10 000 innbygger i Finnmark.

Figur 2. Geografisk variasjon i omfang av pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgntil behandling i psykisk helsevern i 2020. Antall pasienter per 10 000 innbygger 18 år og eldre, fordelt etter region og helsefelleskap.



Variasjonen i pasientrate kan skyldes forskjeller i forekomsten av alvorlige psykiske lidelser, men også forskjeller i diagnostisering eller registrering. Variasjonen kan også reflektere forskjeller i innretning og organisering av tjenestetilbudet, da utvalget er avgrenset til pasienter med døgntil behandling. Den første rapporten med styringsinformasjon til helsefelleskapene viste betydelig variasjon i forekomst av døgntil behandling blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, med høyest forekomst i Helse Nord og Helse Vest og lavest forekomst i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Kapittel 8 ser nærmere på geografisk variasjon i både pasientsammensetning og bruk av tjenester etter utskrivning.

5 Bruk av tjenester 365 dager etter utskrivning

I dette kapittelet beskriver vi hvilke tjenester pasientene mottok det første året etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Dette inkluderer forekomst, type og omfang av tjenester i hele perioden på 365 dager, og i ulike faser av året. Merk at 65 av pasientene i utvalget ikke hadde registrert noen tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning, verken fra psykisk helsevern, TSB, fastlege, legevakt eller kommune. Disse pasientene inngår i analysene, men kun i nevner (det totale antallet pasienter).

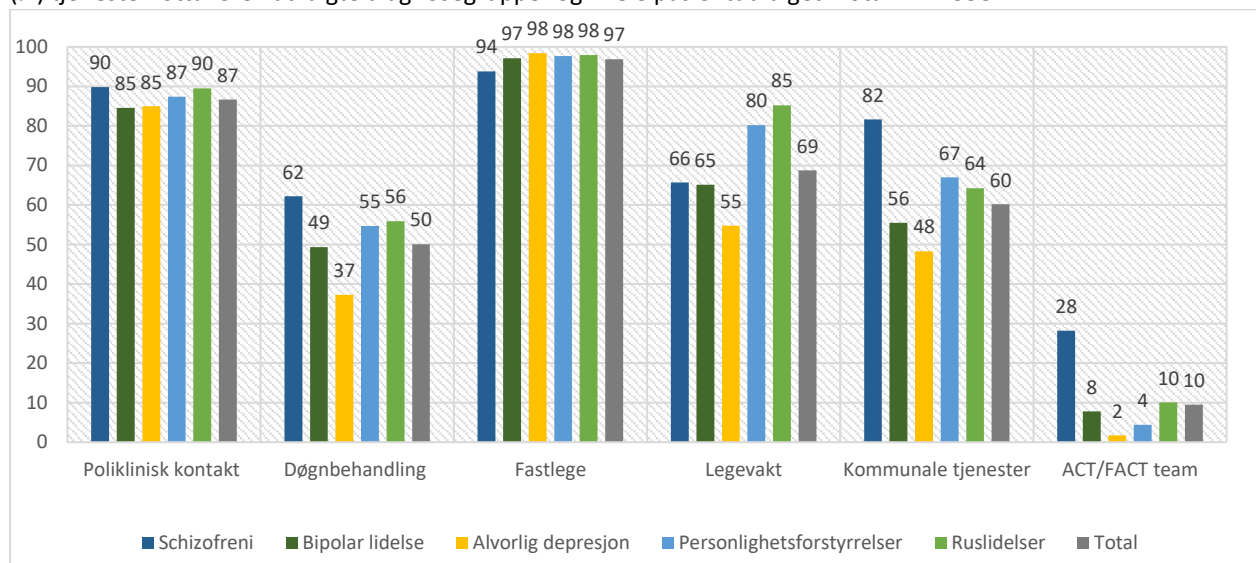
5.1 Oversikt

Figur 3 viser andel pasienter som mottok ulike tjenester etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern i de fem utvalgte diagnosegruppene og i hele pasientutvalget. Oppsummert viser resultatene at:

- De fleste pasientene (87 prosent) hadde poliklinisk kontakt i løpet av året etter utskrivning. Dette gjaldt i alle diagnosegrupper, men andelen var høyest blant pasienter med schizofreni (90 prosent) og pasienter med ruslidelser (90 prosent).
- Halvparten av pasientene (50 prosent) hadde minst en ny innleggelse i psykisk helsevern i løpet av året. Andelen varierte fra 37 prosent i gruppen med alvorlig depresjon til 62 prosent i gruppen med schizofreni.
- Nesten alle pasientene (97 prosent) hadde kontakt med fastlege i løpet av året. Dette gjaldt i alle diagnosegrupper, men andelen var litt lavere blant pasienter med schizofreni (94 prosent) enn i de andre diagnosegruppene (96-98 prosent).
- Mange av pasientene (69 prosent) hadde i løpet av året også kontakt med legevakt. Dette gjaldt i størst grad pasienter med ruslidelser (85 prosent) og pasienter med personlighetsforstyrrelser (80 prosent). Kontakt med legevakt var minst utbredt blant pasienter med alvorlig depresjon (55 prosent).
- Et flertall av pasientene (60 prosent) hadde vedtak om kommunale tjenester, og dette gjaldt særlig pasienter med schizofreni (82 prosent). Andelen pasienter med kommunale tjenester var betydelig lavere i de andre diagnosegruppene (48-67 prosent).
- Kun 10 prosent av pasientene i utvalget mottok tjenester fra ambulante team (ACT/FACT) i løpet av året etter utskrivning. Tjenester fra ACT/FACT var mest utbredt blant pasienter med schizofreni (28 prosent).

Pasienter med schizofreni, personlighetsforstyrrelser og ruslidelser skiller seg ut med et høyt forbruk av kommunale helse- og omsorgstjenester men også høy forekomst av ny døgnbehandling i psykisk helsevern. Pasienter med personlighetsforstyrrelser og pasienter med ruslidelser har i tillegg et høyt forbruk av legevaktstjenester, mens pasienter med schizofreni har høyest forekomst av tjenester fra ACT/FACT team. Pasienter med alvorlig depresjon har en annen profil, med lavest andel tjenestemottakere på alle områder med unntak av fastlege. Variasjonen mellom diagnosegruppene samsvarer med resultatene i den første rapporten med styringsinformasjon til helsefelleskapene (2019-data).

Figur 3. Bruk av tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnerbehandling i psykisk helsevern. Andel (%) tjenestemottakere i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget. Total N = 15587.



5.2 Nærmere om ulike tjenestetyper

I dette avsnittet ser vi nærmere på forekomst og omfang av ulike typer helse- og omsorgstjenester etter utskrivning fra døgnerbehandling i psykisk helsevern.

5.2.1 Polikliniske kontakter

Tabell 4 viser antall og andel pasienter som hadde minst en poliklinisk kontakt i løpet av året etter utskrivning, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Tabellen viser også gjennomsnitt og median antall polikliniske kontakter per pasient.

Som nevnt over hadde 87 prosent av pasientene poliklinisk kontakt i løpet av året etter utskrivning. Blant de fem utvalgte diagnosegruppene var poliklinisk kontakt mest utbredt blant pasienter med schizofreni og pasienter med ruslidelser (begge 90 prosent) og minst utbredt blant pasienter med bipolar lidelse og pasienter med alvorlig depresjon (begge 85 prosent). I gjennomsnitt hadde pasienter med schizofreni langt flere kontakter i løpet av året (45) enn pasienter med ruslidelser (34), og mer enn dobbelt så mange kontakter som pasienter med alvorlig depresjon (22).

Tabell 4. Forekomst og omfang av **poliklinisk kontakt (alle typer)** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Antall og andel pasienter og antall kontakter per pasient, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Gjennomsnitt og median antall kontakter beregnet for pasienter med minst en kontakt.

Utskrivningsdiagnose	Poliklinisk kontakt (alle typer)			
	Pasienter		Kontakter per pasient	
	N	%	Gj. snitt	Median
Schizofreni	2953	90	45	34
Bipolar lidelse	1728	85	27	19
Alvorlig depresjon	1071	85	22	17
Personlighetsforstyrrelser	1224	87	33	24
Andre psykotiske lidelser	417	92	40	30
Andre affektive lidelser	2323	82	23	17
Angst, nevrotiske lidelser	1735	87	27	21
Ruslidelser	812	90	34	23
Symptomdiagnoser	293	95	26	21
Andre diagnoser	784	87	30	21
Ikke registrert	167	92	25	19
Total	13507	87	31	22

Polikliniske kontakter inkluderer her alle typer direkte og indirekte kontakt med pasient og kan variere i innhold (f.eks. behandling eller utredning), format (f.eks. via video eller fysisk oppmøte) og sted (f.eks. på institusjonen eller hjemme hos pasienten). I denne rapporten vil vi se nærmere på ambulante kontakter⁸ og samarbeidsmøter om pasient mellom spesialisthelsetjenesten og annen kommunal/ekstern tjeneste⁹. Tabell 5 viser forekomst og omfang av ambulante kontakter og samarbeidsmøter blant pasientene i utvalget.

Tabell 5. Forekomst og omfang av **ambulante kontakter** og **samarbeidsmøter** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Antall og andel pasienter og antall kontakter per pasient, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Gjennomsnitt og median antall kontakter beregnet for pasienter med minst en kontakt.

Utskrivningsdiagnose	Ambulant kontakt				Samarbeidsmøte			
	Pasienter		Kontakter per pasient		Pasienter		Kontakter per pasient	
	N	%	Gj. snitt	Median	N	%	Gj. snitt	Median
Schizofreni	1869	57	18	10	2335	71	10	5
Bipolar lidelse	455	22	11	4	910	45	5	2
Alvorlig depresjon	210	17	5	2	428	34	3	2
Personlighetsforstyrrelser	316	23	9	3	778	56	6	3
Andre psykotiske lidelser	199	44	14	6	289	64	7	4
Andre affektive lidelser	377	13	6	2	945	33	3	2
Angst, nevrotiske lidelser	337	17	7	2	930	47	4	2
Ruslidelser	304	34	13	4	577	64	9	5
Symptomdiagnoser	64	21	8	3	157	51	5	2
Andre diagnoser	245	27	8	3	517	57	6	3
Ikke registrert	36	20	9	4	79	44	5	3
Total	4412	28	13	5	7945	51	6	3

⁸ Polikliniske kontakter registrert med særkode B0015 og/eller Sted for aktivitet kode 2, 4, 5 eller 9. Samarbeidsmøter er ekskludert.

⁹ Polikliniske kontakter registrert med særkode B0009 eller B0010, og/eller prosedyrekode WBPA10, WPBA15 eller WPBA20, og/eller Indirekte aktiviteter kode 22, 23 eller 71.

Ambulante kontakter utgjør 13 prosent av alle polikliniske kontakter som var registrert for pasientene i utvalget. Til sammen hadde 28 prosent av pasientene registrert minst en ambulant kontakt i løpet av året etter utskrivning, men det var store forskjeller mellom diagnosegruppene. Blant de fem utvalgte diagnosegruppene var ambulant kontakt mest utbredt i gruppen med schizofreni (57 prosent) og minst utbredt i gruppen med alvorlig depresjon (17 prosent). Pasienter med schizofreni hadde i gjennomsnitt 18 ambulante kontakter i løpet av året, mens pasienter med alvorlig depresjon hadde 5 ambulante kontakter.

Samarbeidsmøter utgjør 12 prosent av alle polikliniske kontakter som var registrert for pasientene i utvalget. Over halvparten av pasientene (51 prosent) hadde registrert minst ett samarbeidsmøte i løpet av året etter utskrivning, men også her var det stor variasjon. Blant de fem utvalgte diagnosegruppene var samarbeidsmøte mest utbredt i gruppen med schizofreni (71 prosent) og minst utbredt i gruppen med alvorlig depresjon (34 prosent). Pasienter med schizofreni hadde i gjennomsnitt 10 samarbeidsmøter i løpet av året, mens pasienter med alvorlig depresjon hadde 3 samarbeidsmøter.

5.2.2 Døgnbehandling

Tabell 6 viser antall og andel pasienter som hadde minst en ny innleggelse i psykisk helsevern i løpet av året etter utskrivning, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Tabellen viser også gjennomsnitt og median antall oppholdsdøgn per pasient¹⁰.

Halvparten av pasientene i utvalget hadde minst en ny innleggelse i løpet av året, og andelen var høyest blant pasienter med schizofreni (62 prosent). Den samlede varigheten på døgnbehandlingen varierte også mellom de fem utvalgte diagnosegruppene. Pasienter med schizofreni hadde i gjennomsnitt flest oppholdsdøgn i løpet av året (59), mens pasienter med personlighetsforstyrrelser hadde færrest oppholdsdøgn (34).

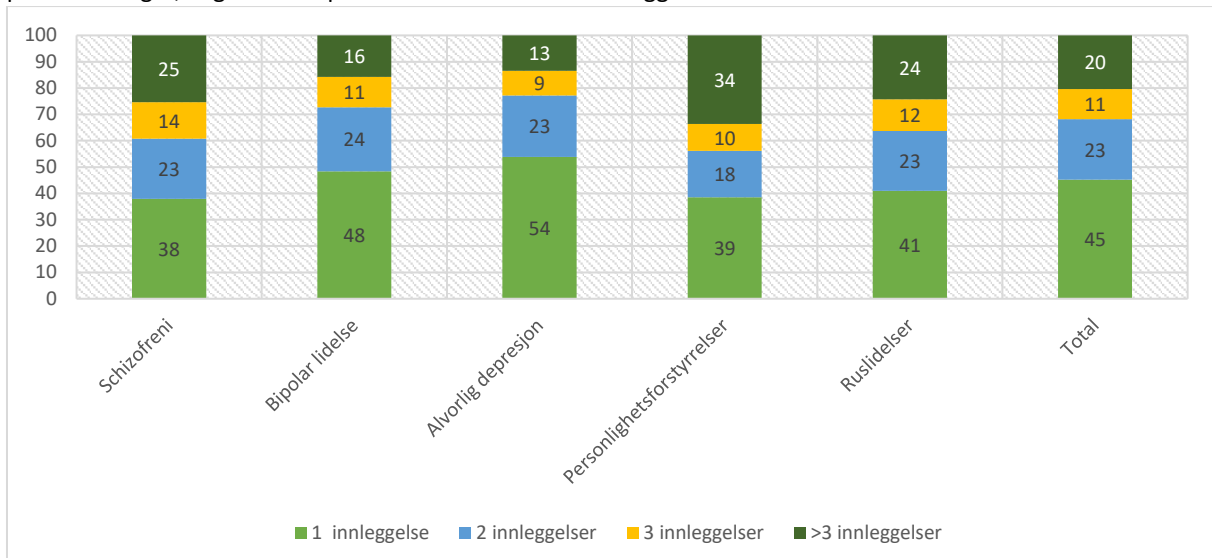
Tabell 6. Forekomst og omfang av ny innleggelse for **døgnbehandling i psykisk helsevern** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling. Antall og andel pasienter og sum oppholdsdøgn per pasient, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Gjennomsnitt og median antall oppholdsdøgn beregnet for pasienter med minst en innleggelse.

Utskrivningsdiagnose	Døgnbehandling			
	Pasienter		Oppholdsdøgn per pasient	
	N	%	Gj. snitt	Median
Schizofreni	2045	62	59	34
Bipolar lidelse	1009	49	48	29
Alvorlig depresjon	470	37	50	32
Personlighetsforstyrrelser	766	55	34	19
Andre psykotiske lidelser	268	59	64	42
Andre affektive lidelser	1027	36	35	21
Angst, nevrotiske lidelser	968	48	41	27
Ruslidelser	507	56	43	17
Symptomdiagnoser	149	48	40	20
Andre diagnoser	497	55	61	35
Ikke registrert	98	54	45	26
Total	7804	50	48	27

¹⁰ Summen av oppholdsdøgn for alle innleggelser (inkl. uavsluttede) i løpet av 365 dager etter utskrivning.

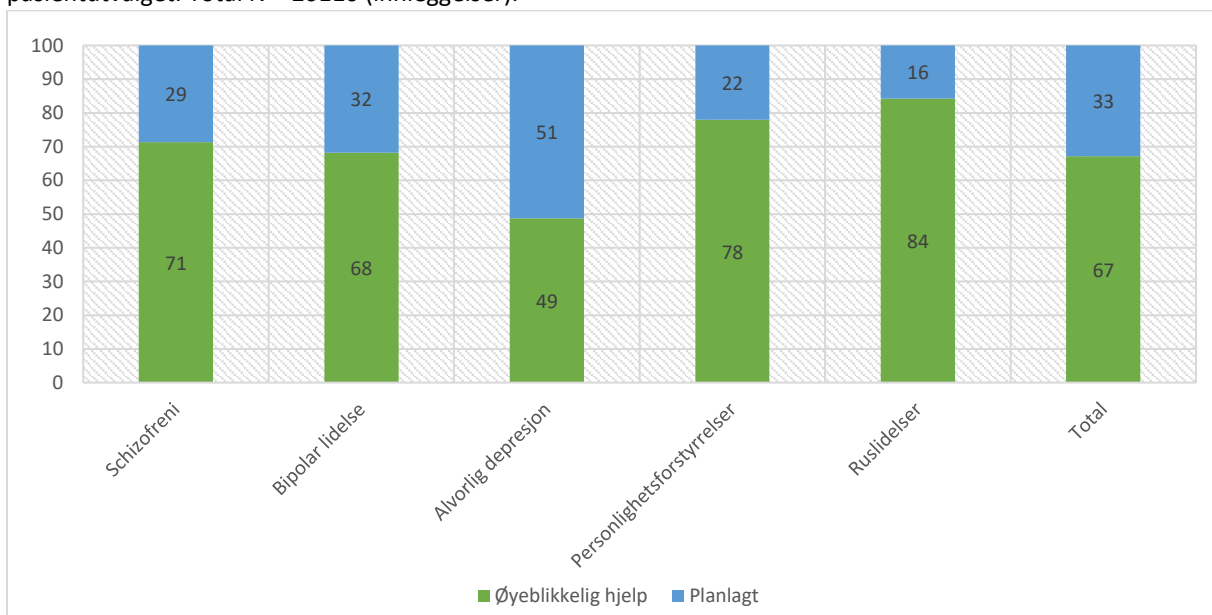
I figur 4 er pasientene fordelt etter antall nye innleggelses i løpet av året. De fleste pasientene (55 prosent) hadde 2 eller flere innleggelses. Dette gjaldt i alle diagnosegruppene med unntak av alvorlig depresjon, hvor flertallet av pasientene hadde kun 1 ny innleggelse (54 prosent). Andelen pasienter med mer enn 3 innleggelses var høyest blant pasienter med personlighetsforstyrrelser (34 prosent).

Figur 4. Antall nye innleggelses i psykisk helsevern per pasient i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilbehandling i psykisk helsevern. Andel (%) av alle pasienter i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget, avgrenset til pasienter med minst en innleggelse. Total N = 7804.



Av alle nye innleggelses i løpet av året var 67 prosent registrert som øyeblikkelig hjelp, mens 33 prosent var planlagte innleggelses. Andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelses varierte med utskrivningsdiagnose, se figur 5. Blant de utvalgte diagnosegruppene var andelen lavest blant pasienter med alvorlig depresjon (49 prosent) og høyest blant pasienter med ruslidelser (84 prosent).

Figur 5. Hastegrad ved nye innleggelses i psykisk helsevern i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilbehandling. Andel (%) av alle nye innleggelses for pasienter i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget. Total N = 20110 (innleggelses).



5.2.3 Fastlege

Nesten alle pasientene i utvalget hadde kontakt med fastlege i løpet av året (97 prosent). Dette inkluderer alle typer kontakt; ordinære konsultasjoner, enkle kontakter med/uten pasient til stede, sykebesøk, administrative kontakter og samarbeid/dialog med eksterne. I denne rapporten vil vi ha særlig fokus på konsultasjoner¹¹, som utgjorde 36 prosent av alle kontaktene med fastlege.

Tabell 7 viser forekomst av både kontakt og konsultasjon hos fastlege fordelt etter utskrivningsdiagnose, samt gjennomsnitt og median antall konsultasjoner per pasient. Totalt hadde 89 prosent av pasientene i utvalget minst en konsultasjon hos fastlege i løpet av året etter utskrivning, og i gjennomsnitt 10 konsultasjoner hver. Blant de fem utvalgte diagnosegruppene var konsultasjon med fastlege mest utbredt blant pasienter med personlighetsforstyrrelser (93 prosent) og minst utbredt blant pasienter med schizofreni (78 prosent). Pasienter med schizofreni hadde i gjennomsnitt færrest konsultasjoner i løpet av året (7), mens pasienter med personlighetsforstyrrelser hadde flest (14).

Tabell 7. Forekomst og omfang av kontakt og konsultasjon med **fastlege** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Antall og andel pasienter og antall konsultasjoner per pasient, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Gjennomsnitt og median antall konsultasjoner beregnet for pasienter med minst en konsultasjon.

Utskrivningsdiagnose	Kontakt med fastlege		Konsultasjon med fastlege			
	Pasienter		Pasienter		Konsultasjoner per pasient	
	N	%	N	%	Gj. snitt	Median
Schizofreni	3086	94	2558	78	7	4
Bipolar lidelse	1985	97	1871	92	9	7
Alvorlig depresjon	1241	98	1147	91	9	7
Personlighetsforstyrrelser	1368	98	1302	93	14	9
Andre psykotiske lidelser	434	96	397	88	8	5
Andre affektive lidelser	2780	98	2661	94	10	7
Angst, nevrotiske lidelser	1965	98	1898	95	11	8
Ruslidelser	888	98	814	90	10	6
Symptomdiagnoser	304	99	281	91	10	7
Andre diagnoser	873	96	796	88	10	8
Ikke registrert	174	96	162	90	12	7
Total	15098	97	13887	89	10	7

5.2.4 Legevakt

Tabell 8 viser antall og andel pasienter som hadde kontakt med legevakt i løpet av året etter utskrivning, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Tabellen viser også gjennomsnitt og median antall kontakter per pasient.

Totalt hadde 69 prosent av pasientene i utvalget kontakt med legevakt i løpet av året etter utskrivning, og i gjennomsnitt 6 kontakter hver. Kontakt med legevakt var særlig utbredt blant pasienter med ruslidelser (85 prosent) og pasienter med personlighetsforstyrrelser (80 prosent). Pasienter med personlighetsforstyrrelser hadde i gjennomsnitt flest kontakter i løpet av året (12) og pasienter med alvorlig depresjon hadde færrest kontakter (3).

¹¹ Kontakter med takstkode 2ak, 2fk, 2ad, 2ed, 2af, 2ae, 2aek, 2afd eller 2afdd.

Tabell 8. Forekomst og omfang av kontakt med **legevakt** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Antall og andel pasienter og antall kontakter per pasient, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Gjennomsnitt og median antall kontakter beregnet for pasienter med minst en kontakt.

Utskrivningsdiagnose	Kontakt med legevakt			
	Pasienter		Kontakter per pasient	
	N	%	Gj. snitt	Median
Schizofreni	2161	66	6	3
Bipolar lidelse	1331	65	5	2
Alvorlig depresjon	691	55	3	2
Personlighetsforstyrrelser	1124	80	12	5
Andre psykotiske lidelser	305	67	5	3
Andre affektive lidelser	1892	67	4	2
Angst, nevrotiske lidelser	1442	72	6	3
Ruslidelser	773	85	9	5
Symptomdiagnoser	225	73	5	3
Andre diagnoser	650	72	7	3
Ikke registrert	124	69	5	3
Total	10718	69	6	3

5.2.5 Kommunale tjenester

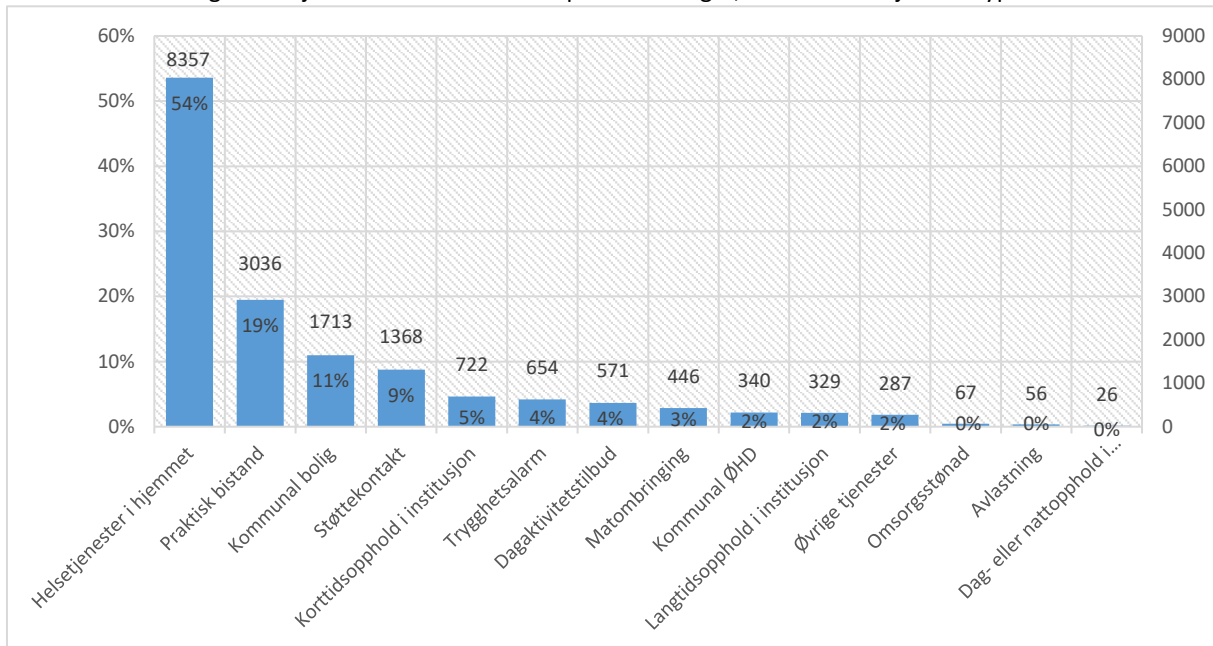
60 prosent av pasientene i utvalget mottok vedtaksbaserte kommunale helse- omsorgstjenester i løpet av året etter utskrivning fra døgnbehandling psykisk helsevern. Tabell 9 viser antall og andel pasienter som mottok kommunale tjenester fordelt etter utskrivningsdiagnose.

Tabell 9. Bruk av **kommunale tjenester** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Antall og andel pasienter, fordelt etter utskrivningsdiagnose. Total N = 15587.

Utskrivningsdiagnose	Kommunale tjenester (alle typer)	
	Pasienter	
	N	%
Schizofreni	2685	82
Bipolar lidelse	1135	56
Alvorlig depresjon	609	48
Personlighetsforstyrrelser	938	67
Andre psykotiske lidelser	263	58
Andre affektive lidelser	1312	46
Angst, nevrotiske lidelser	1013	51
Ruslidelser	583	64
Symptomdiagnoser	135	44
Annen diagnose	610	67
Ikke registrert	96	53
Total	9379	60

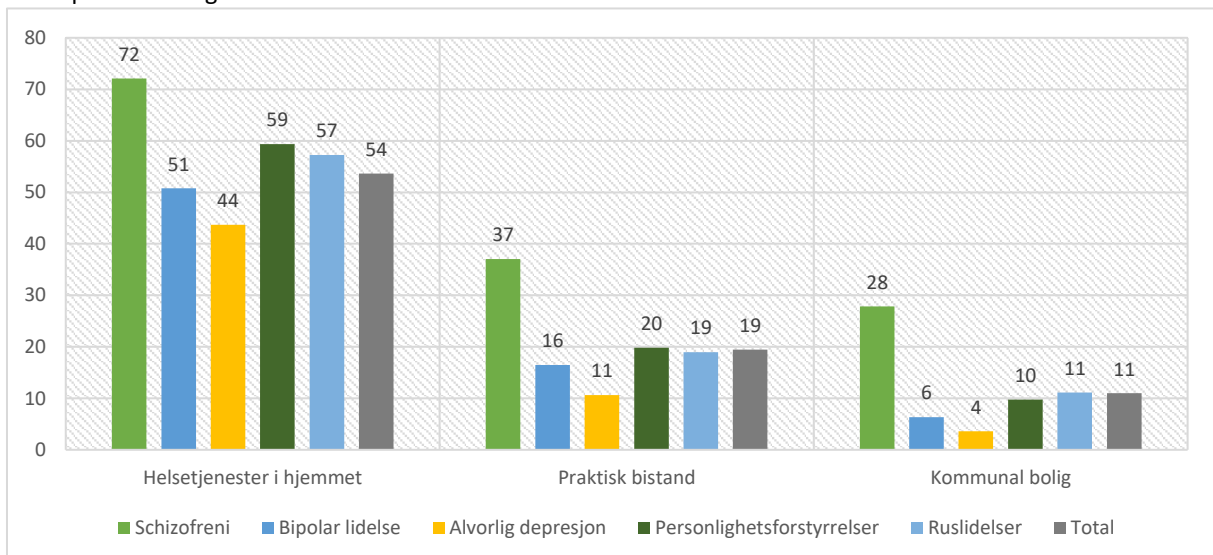
Datagrunnlaget fra KPR inkluderer et bredt spekter av både hjemmebaserte tjenester og tjenester på institusjon. Figur 6 viser omfanget av ulike tjenestetyper i pasientutvalget. Det var størst omfang av helsetjenester i hjemmet (54 prosent), praktisk bistand (19 prosent), kommunal bolig (11 prosent), støttekontakt (9 prosent) og korttidsopphold i institusjon (5 prosent). Andre typer kommunale tjenester forekom blant under 5 prosent av pasientene i utvalget.

Figur 6. Bruk av kommunale tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt psykisk helsevern. Antall og andel tjenestemottakere i hele pasientutvalget, fordelt etter tjenestetype. N = 15587.



Figur 7 illustrerer hvordan bruk av kommunale tjenester varierte mellom de fem utvalgte diagnosegruppene, for de tre tjenestetypene med størst omfang. Pasienter med schizofreni hadde høyest forekomst av både helsetjenester i hjemmet (72 prosent), praktisk bistand (37 prosent) og kommunal bolig (28 prosent). Pasienter med bipolar lidelse og pasienter med alvorlig depresjon hadde lavest forekomst av alle typer tjenester.

Figur 7. Bruk av **helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og kommunal bolig** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt i psykisk helsevern. Andel (%) tjenestemottakere i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget. Total N = 15587.



5.2.6 ACT/FACT team

Totalt 1486 pasienter (10 prosent) mottok tjenester fra ACT/FACT team i løpet av året etter utskrivning fra døgntilrettelagt i psykisk helsevern. Tabell 10 viser antall og andel pasienter fordelt

etter utskrivningsdiagnose. ACT/FACT team var mest utbredt blant pasienter med schizofreni (28 prosent).

Tabell 10. Bruk av tjenester fra **ACT/FACT team** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Antall og andel pasienter, fordelt etter utskrivningsdiagnose.

Utskrivningsdiagnose	ACT/FACT team	
	Pasienter	
	N	%
Schizofreni	929	28
Bipolar lidelse	159	8
Alvorlig depresjon	22	2
Personlighetsforstyrrelser	62	4
Andre psykotiske lidelser	84	19
Andre affektive lidelser	25	1
Angst, nevrotiske lidelser	51	3
Ruslidelser	91	10
Symptomdiagnoser	11	4
Andre diagnoser	40	4
Ikke registrert	12	7
Total	1486	10

Pasienter med schizofreni utgjør en stor andel av pasientene som mottok tjenester fra ACT/FACT team (n = 929, 63 prosent), som er iht. målgruppen for denne tjenestemodellen. Samtidig er det registrert langt flere pasienter med oppfølging fra ACT/FACT team i NPR data fra 2020 (>3200 pasienter) og 2021 (>4100 pasienter) enn de som inngår i vårt utvalg. Det er behov for flere analyser av pasienter i ACT/FACT team for å gi en komplett beskrivelse av omfang og variasjon i dette tjenestetilbudet.

5.3 Endringer i bruk av tjenester gjennom året

I dette avsnittet beskriver vi hvordan bruken av tjenester etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern endret seg i løpet av året. Her ser vi både på hvordan andelen tjenestemottakere akkumulerer over tid (avsnitt 5.3.1) og hvordan andelen varierer i ulike deler av året (avsnitt 5.3.2).

5.3.1 Bruk av tjenester X dager etter utskrivning

Figur 8 viser andel pasienter som mottok ulike helse- og omsorgstjenester 7, 30, 90, 180 og 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Figuren viser kun andeler for hele pasientutvalget (N=15587). Forskjellene mellom de fem utvalgte diagnosegruppene følger i stor grad samme mønster som for hele året samlet (jf. figur 3), og kommenteres kun kort i teksten under.

Under halvparten av pasientene i utvalget (45 prosent) hadde **poliklinisk kontakt** allerede den første uken etter utskrivning. Andelen var betydelig høyere etter 30 dager (68 prosent), men økte mindre resten av året. Gjennom første halvår (inntil 180 dager) var andelen pasienter med poliklinisk kontakt høyest i gruppen med schizofreni, men etter et helt år (365 dager) var andelen like høy i gruppen med ruslidelse (90 prosent).

Fem prosent av pasientene ble innlagt for ny **døgnbehandling** allerede den første uken etter utskrivning, og 16 prosent innen 30 dager. Andelen økte nokså jevnt resten av året. Etter 30 dager

var det størst forekomst av ny døgntilbeholdning blant pasienter med personlighetsforstyrrelser (20 prosent) og pasienter med ruslidelser (19 prosent). Etter 180 og 365 dager var det størst forekomst av ny døgntilbeholdning blant pasienter med schizofreni (hhv. 48 og 62 prosent). Gjennom hele året var andelen pasienter med ny døgntilbeholdning lavest i gruppen med alvorlig depresjon.

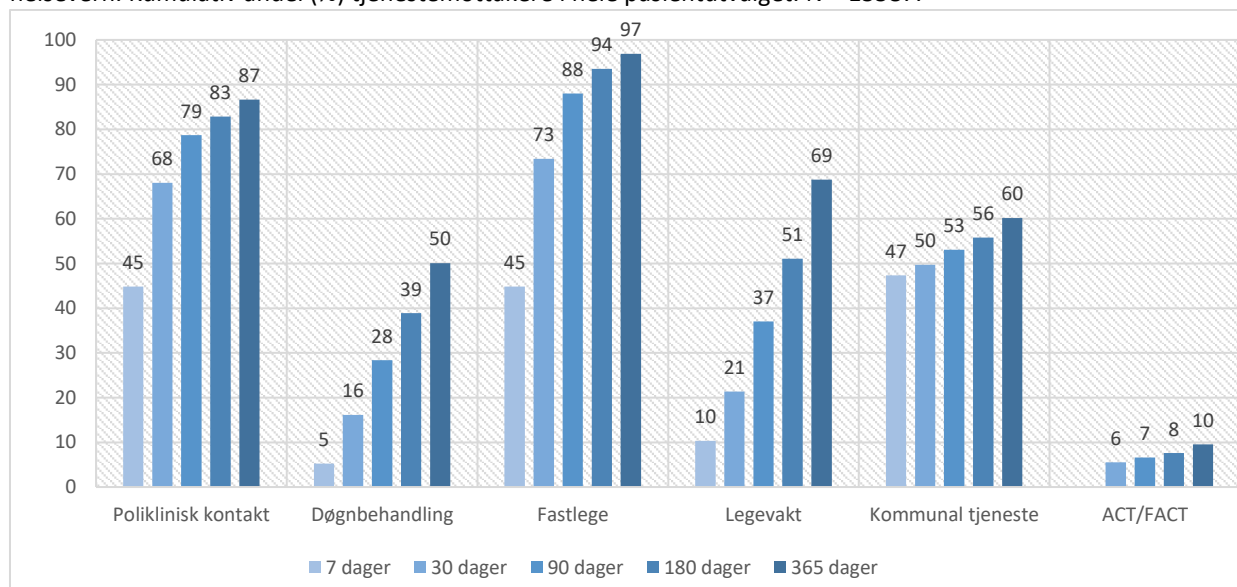
Andelen pasienter som hadde kontakt med **fastlege** økte mest den første måneden etter utskrivning. Etter 7 dager hadde 45 prosent av pasientene hatt kontakt med fastlege, og etter 30 dager var andelen økt til 73 prosent. Det var størst forskjell mellom diagnosegruppene etter 7 dager, med lavest andel i gruppen med schizofreni (37 prosent) og høyest andel i gruppen med ruslidelser (51 prosent). Gjennom hele året var kontakt med fastlege minst utbredt blant pasienter med schizofreni.

En av ti pasienter hadde kontakt med **legevakt** den første uken etter utskrivning. Andelen økte nokså jevnt gjennom året. Gjennom hele året var det høyest forekomst av kontakt med legevakt blant pasienter med personlighetsforstyrrelser og pasienter med ruslidelser. I disse to gruppene hadde en betydelig andel av pasientene kontakt med legevakt allerede den første uken etter utskrivning (hhv. 19 og 22 prosent).

Andelen pasienter med **kommunale tjenester** var nokså høy allerede 7 dager etter utskrivning (47 prosent), med en begrenset økning resten av året. Dette indikerer at de fleste pasientene som mottok kommunale tjenester hadde et vedtak allerede på utskrivningstidspunktet, eller fikk dette kort tid etter. Gjennom hele året var kommunale tjenester mest utbredt blant pasienter med schizofreni og minst utbredt blant pasienter med bipolar lidelse eller alvorlig depresjon.

Også tjenester fra **ACT/FACT team** endret seg lite gjennom året. Andelen pasienter i ACT/FACT team økte fra 6 prosent etter 30 dager til 10 prosent etter 365 dager. I gruppen med schizofreni mottok 18 prosent av pasientene tjenester fra ACT/FACT team den første måneden etter utskrivning. Etter 365 dager var andelen økt til 28 prosent.

Figur 8. Bruk av tjenester i løpet av 7^a, 30, 90, 180 og 365 dager etter utskrivning fra døgntilbeholdning i psykisk helsevern. Kumulativ andel (%) tjenestemottakere i hele pasientutvalget. N = 15587.

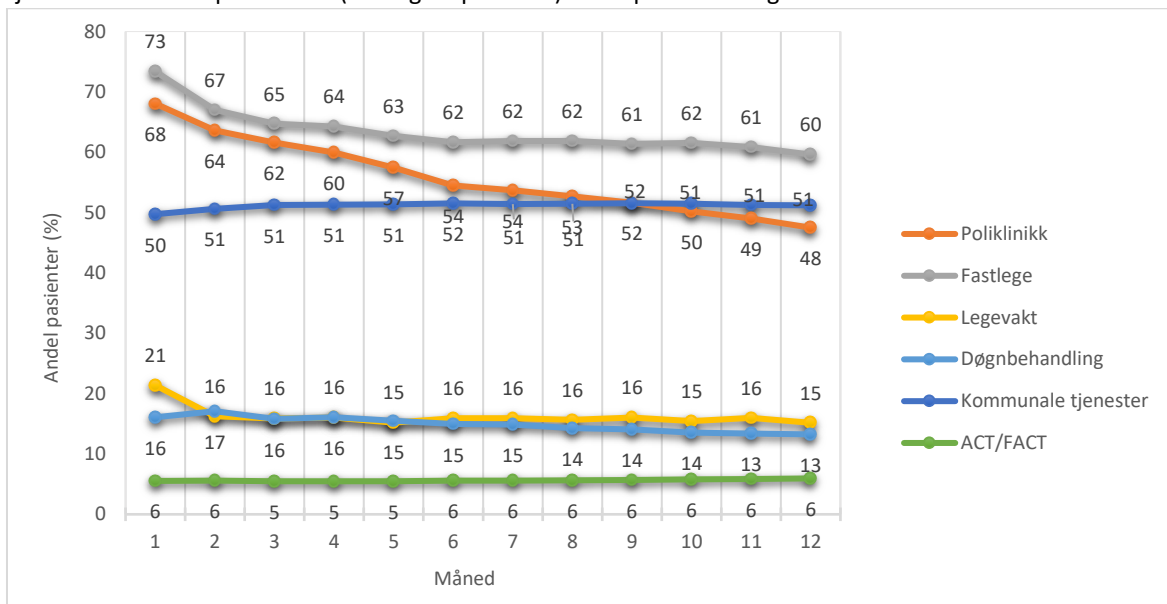


^a For ACT/FACT team er det kun krav om rapportering en gang i måneden og analysen er derfor begrenset nedad til 30 dager.

5.3.2 Bruk av tjenester per måned

Figur 8 gjengir kumulative andeler, basert på summen av alle tjenestemottakere fram til et gitt tidspunkt i forløpet. For å vurdere hvor mange pasienter som til enhver tid mottok ulike tjenester, har vi også beregnet andel tjenestemottakere innenfor hver måned etter utskrivning. Dette er gjengitt i figur 9. Merk at måned her refererer til kronologiske 30-dagers perioder, regnet fra utskrivningsdato.

Figur 9. Bruk av tjenester per måned etter utskrivning fra døgnerbehandling i psykisk helsevern. Andel tjenestemottakere per måned (30-dagers perioder) i hele pasientutvalget. N = 15587.



Den første måneden etter utskrivning hadde 73 prosent av pasientene kontakt med **fastlege**. Andelen falt gradvis gjennom første halvår, men var deretter mer stabil (60-62 prosent). Vi ser samme mønster for konsultasjoner med fastlege, selv om nivået var lavere (fra 49 prosent i første måned til 36 prosent i siste måned).

68 prosent av pasientene hadde **poliklinisk kontakt** den første måneden etter utskrivning. Andelen falt gjennom hele året og var 48 prosent i siste måned. Dette indikerer at en stadig mindre andel av pasientgruppen mottok polikliniske tjenester gjennom året.

Andelen pasienter som hadde kontakt med **legevakt** var 21 prosent den første måneden etter utskrivning, og falt til 16 prosent måneden etter. Andelen lå rundt 15-16 prosent resten av året.

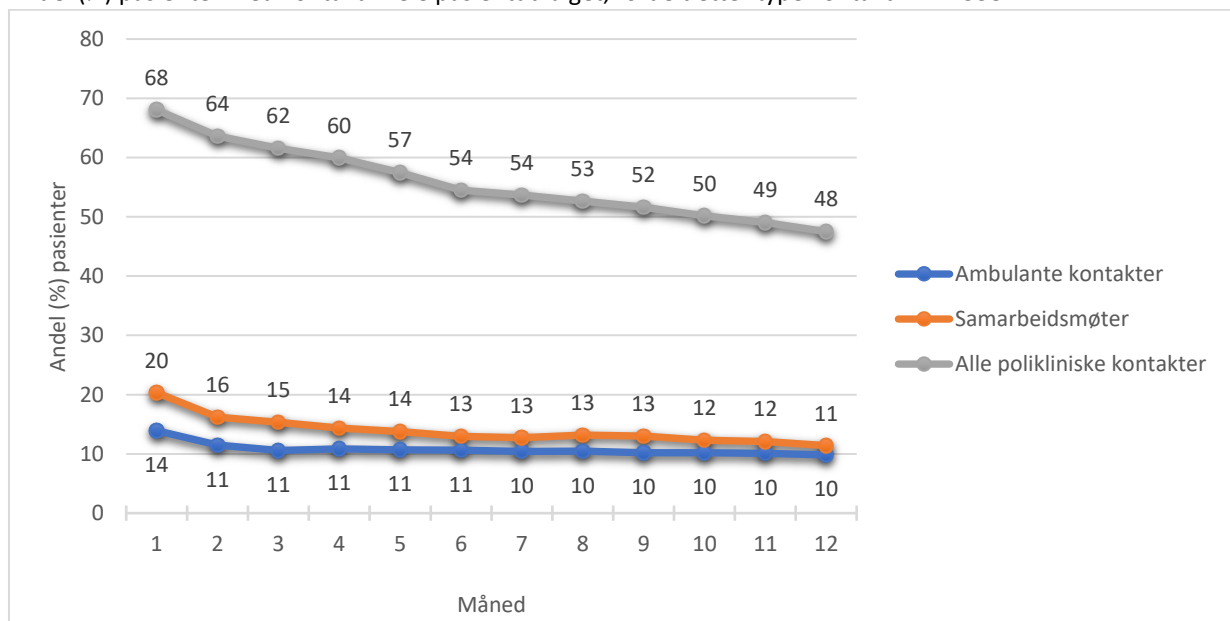
Andelen pasienter som mottok **døgnerbehandling** i psykisk helsevern var 16 prosent den første måneden etter utskrivning, og 17 prosent måneden etter. Andelen falt gradvis til 13 prosent i siste måned.

For **kommunale tjenester** og **ACT/FACT team** var det liten endring i andel tjenestemottakere gjennom året. Det var til enhver tid 50-52 prosent av pasientene som mottok kommunale tjenester og 5-6 prosent av pasientene som mottok tjenester fra ACT/FACT team.

Endring gjennom året for ulike typer poliklinisk kontakt

Blant de ulike tjenestetypene omtalt over, går bruk av poliklinisk kontakt mest tilbake gjennom året. I figur 10 ser vi nærmere på to underkategorier av poliklinisk kontakt; ambulante kontakter og samarbeidsmøter. Andel pasienter med samarbeidsmøte gikk mest tilbake fra første måned (20 prosent) til andre måned (16 prosent), og ikke like mye fram til siste måned (11 prosent). Andel pasienter med ambulant kontakt gikk også mest tilbake fra første måned (14 prosent) til andre måned (11 prosent), og lå på omtrent samme nivå resten av året. For både ambulante kontakter og samarbeidsmøter var nedgangen gjennom året mindre markant enn for alle typer polikliniske kontakter sett under ett. Dette indikerer at nedgangen i bruk av polikliniske tjenester er størst for ordinære konsultasjoner og andre typer kontakt med pasient eller pårørende på institusjonen.

Figur 10. Forekomst av poliklinisk kontakt per måned etter utskrivning fra døgntilrettelagt psykiatri i psykiatrihelsevern. Andel (%) pasienter med kontakt i hele pasientutvalget, fordelt etter type kontakt. N = 15587.



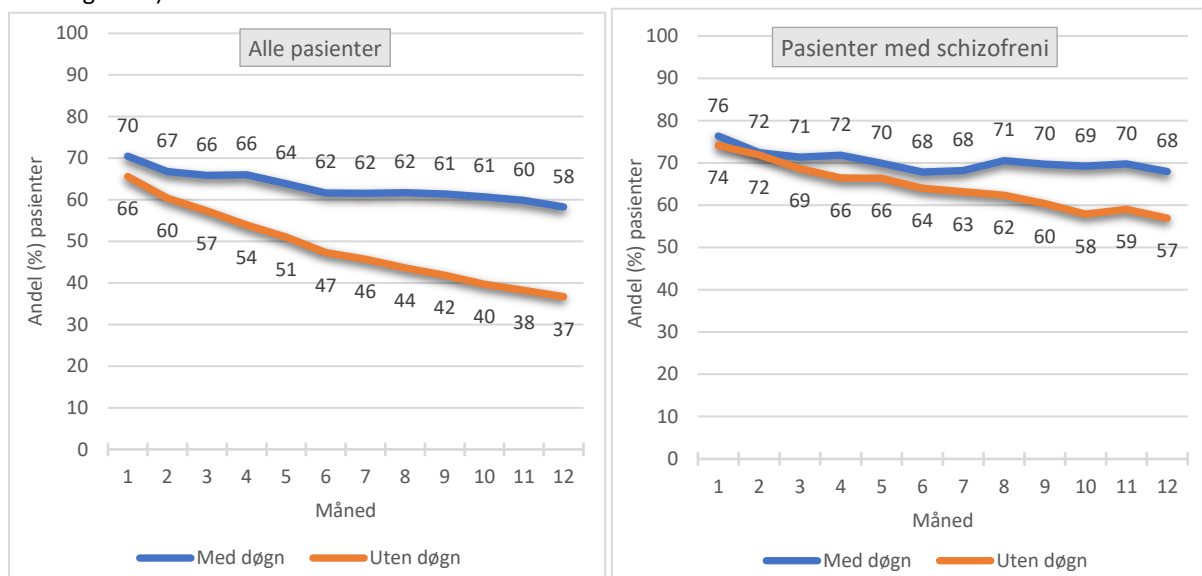
Endring i poliklinisk kontakt blant pasienter med og uten ny innleggelse

Halvparten av pasientene i utvalget hadde minst en ny innleggelse i psykiatrihelsevern i løpet av året etter utskrivning. Disse pasientene kan i perioder ha hatt mindre behov for / bruk av polikliniske tjenester. Vi har derfor sammenlignet bruk av poliklinisk kontakt blant pasienter med og uten ny innleggelse for døgntilrettelagt psykiatri i psykiatrihelsevern. Se figur 11. For å oppnå større sammenlignbarhet mellom gruppene, er resultater også vist separat for pasienter med schizofreni.

Poliklinisk kontakt var mer utbredt blant pasienter med døgntilrettelagt psykiatri, og reduksjonen gjennom året var mindre markant enn blant pasienter uten døgntilrettelagt psykiatri. Vi ser samme mønster i gruppen med schizofreni. Her er forskjellen mellom pasienter med og uten døgntilrettelagt psykiatri likevel mindre, og tydeligst siste halvår. Disse resultatene indikerer at pasienter som får ny døgntilrettelagt psykiatri har alvorligere symptomer eller større grad av funksjonssvikt, og derfor større behov også for polikliniske tjenester i løpet av året. Klassifiseringen av pasienter i diagnosegrupper vil bare delvis fange opp slike forskjeller, da vi ikke har informasjon om alvorlighetsgrad eller funksjonsnivå.

I avsnitt 6.4 ser vi nærmere på sammenhengen mellom døgntilrettelagt psykiatri i psykiatrihelsevern og bruk av andre typer helse- og omsorgstjenester i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning.

Figur 11. Forekomst av poliklinisk kontakt per måned etter utskrivning fra døgntilrettelagt psykiatrisk helsevern blant pasienter med og uten ny innleggelse i løpet av året. Andel pasienter med og uten døgntilrettelagt i hele pasientutvalget (n = 7804 og 7783), og pasienter med og uten døgntilrettelagt i gruppen med schizofreni (n = 2045 og 1244).



6 Bruk av tjenester i starten av forløpet

I dette kapittelet ser vi nærmere på tid til første kontakt og bruk av tjenester de første 30 dagene etter utskrivning. I denne fasen er det særlig viktig med god samhandling mellom tjenestenivåene for å oppnå helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Vi har derfor inkludert analyser av utskrivningsklare pasienter, samarbeidsmøter mellom spesialisthelsetjenesten og andre (kommunale) tjenester og sammenhenger i bruk av ulike typer tjenester.

6.1 Utskrivningsklare pasienter

Pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, skal meldes utskrivningsklare til kommunen. Kommunene har betalingsplikt for pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. For psykisk helsevern ble betalingsplikten først innført i 2019, og kvaliteten på rapporteringen til NPR er fortsatt noe usikker. Resultatene under må derfor tolkes forsiktig.

Totalt ble 2571 pasienter i utvalget registrert som utskrivningsklare¹² i løpet av indeksoppholdet¹³ i vår analyse. Dette utgjør 16 prosent av hele pasientutvalget. Blant de fem utvalgte diagnosegruppene var andelen utskrivningsklare pasienter høyest i gruppen med schizofreni (25 prosent) og lavest i gruppen med ruslidelser (14 prosent). Se tabell 11.

Tabell 11. **Utskrivningsklare pasienter** blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020. Antall og andel pasienter fordelt etter utskrivningsdiagnose.

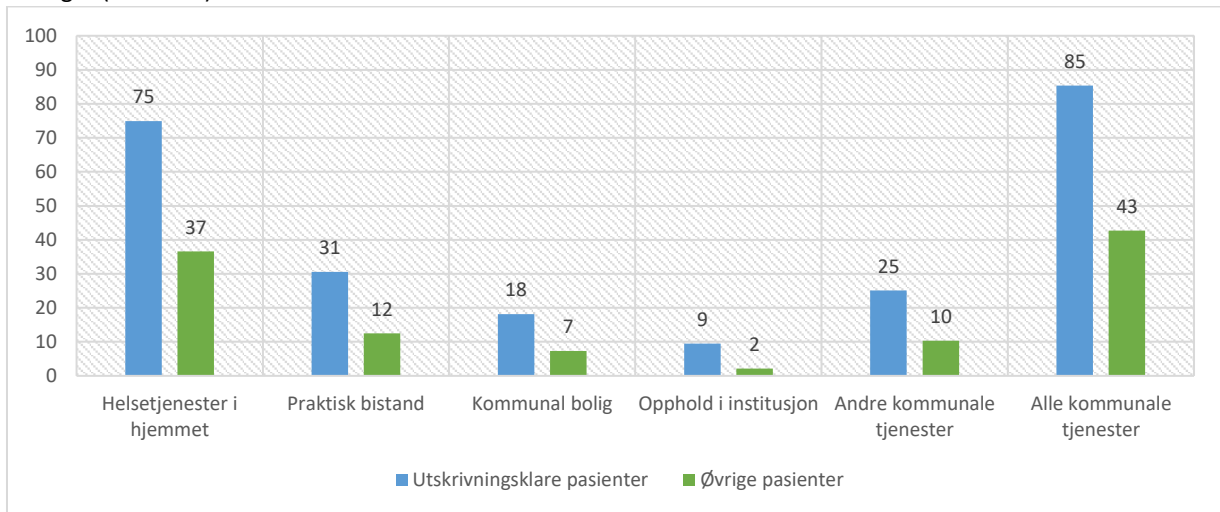
Utskrivningsdiagnose	Utskrivningsklare pasienter	
	N	%
Schizofreni	814	25
Bipolar lidelse	344	17
Alvorlig depresjon	197	16
Personlighetsforstyrrelser	221	16
Andre psykotiske lidelser	68	15
Andre affektive lidelser	357	13
Angst og andre nevrotiske lidelser	238	12
Ruslidelser	127	14
Symptomdiagnoser	19	6
Andre diagnoser	171	19
Ikke registrert	15	8
Total	2571	16

Figur 12 viser bruk av kommunale tjenester de første 30 dagene etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern blant utskrivningsklare pasienter og øvrige pasienter i utvalget. Kommunale tjenester var langt mer utbredt blant utskrivningsklare pasienter (85 prosent) enn blant øvrige pasienter i utvalget (43 prosent). Blant utskrivningsklare pasienter mottok 75 prosent helsetjenester i hjemmet den første måneden etter utskrivning, mot 37 prosent blant øvrige pasienter. Også praktisk bistand, kommunal bolig, opphold i institusjon og andre kommunale tjenester var mer utbredt blant utskrivningsklare pasienter. Senere i rapporten viser vi at utskrivningsklare pasienter også hadde kortere tid fra utskrivning til oppstart av kommunale tjenester (se avsnitt 6.2.2).

¹² Registrert tidspunkt type = 2 (pasienten er utskrivningsklar).

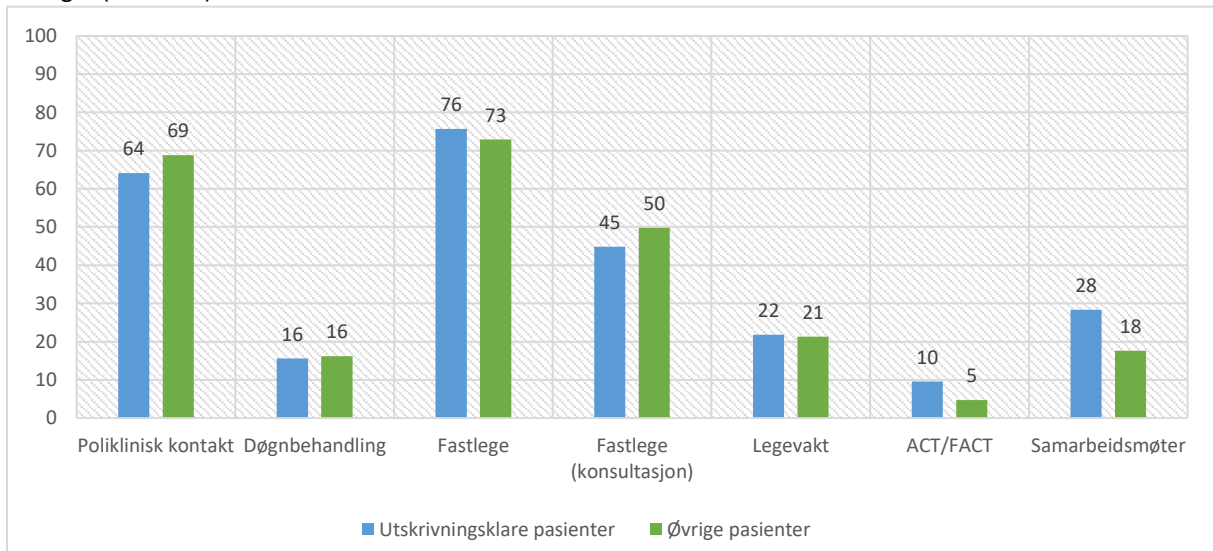
¹³ Det første avsluttede døgnoppholdet i 2020 som markerer starten (dag 0) på forløpsanalysen.

Figur 12. Bruk av kommunale tjenester i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. Andel (%) tjenestemottakere blant utskrivningsklare pasienter (n = 2571) og øvrige pasienter i utvalget (n=13016).



Figur 13 sammenligner bruk av andre typer helse- og omsorgstjenester blant utskrivningsklare pasienter og øvrige pasienter i utvalget. Utskrivningsklare pasienter hadde i noe mindre grad poliklinisk kontakt enn øvrige pasienter i utvalget de første 30 dagene etter utskrivning (64 vs. 69 prosent). Andre tjenester var like mye eller mer utbredt blant utskrivningsklare pasienter, og forskjellen var særlig stor for ACT/FACT team (10 vs. 5 prosent) og samarbeidsmøter (28 vs. 18 prosent).

Figur 13. Bruk av helse- og omsorgstjenester i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. Andel (%) tjenestemottakere blant utskrivningsklare pasienter (n = 2571) og øvrige pasienter i utvalget (n=13016).

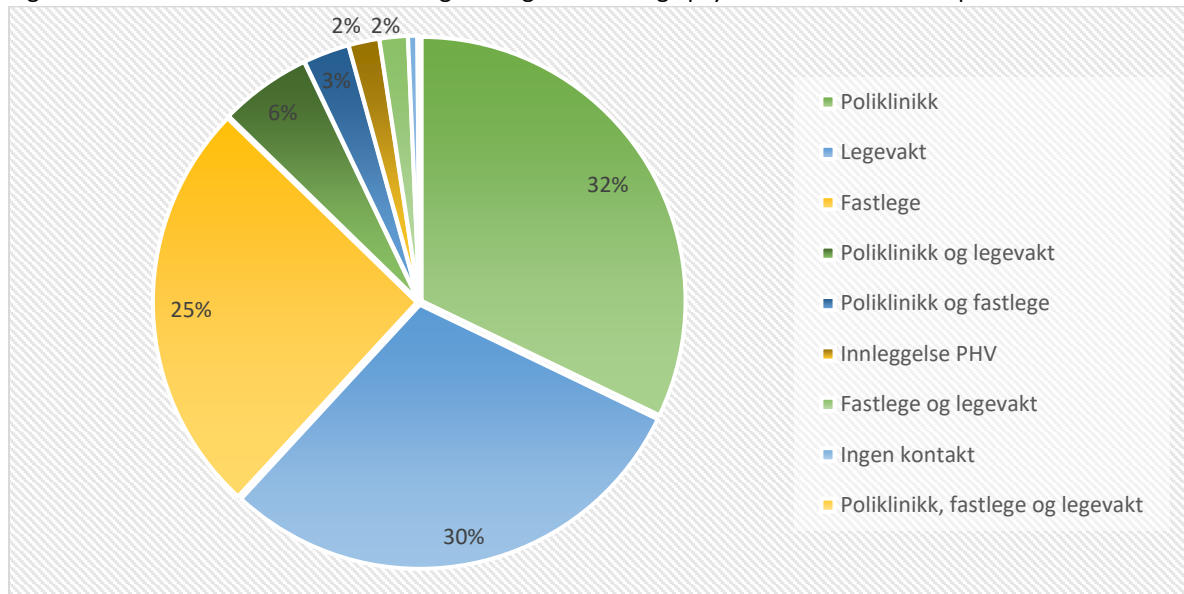


6.2 Tid til første kontakt og tjeneste

6.2.1 Tid til første kontakt

Figur 14 viser hvilken tjeneste pasienten først hadde kontakt med etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Her inngår polikliniske kontakter og innleggelse i psykisk helsevern og kontakter med fastlege og legevakt. Kommunale tjenester og tjenester fra ACT/FACT team kan ikke tidfestes like nøyaktig (se kapittel 2) og omtales derfor i egne avsnitt under.

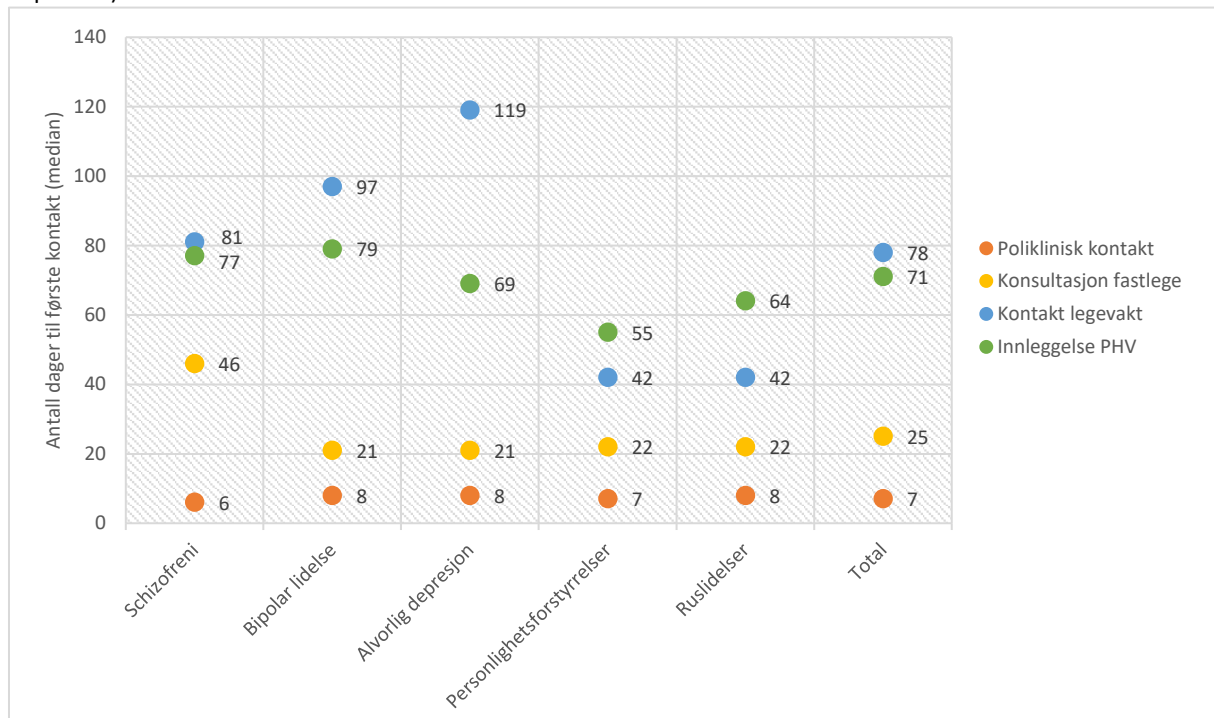
Figur 14. Første kontakt etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Andel pasienter. N = 15587.



Det var mest vanlig at første kontakt etter utskrivning var i poliklinikk, enten som eneste kontakt (32 prosent) eller i kombinasjon med legevakt (6 prosent), fastlege (3 prosent) eller begge samme dag (1 prosent). Samtidig ser vi av figuren at også mange av pasientene hadde første kontakt med kun legevakt (30 prosent) eller fastlege (25 prosent).

Figur 15 viser median antall dager fra utskrivning til første polikliniske kontakt, konsultasjon hos fastlege, kontakt med legevakt og innleggelse i psykisk helsevern. Median representerer verdien som 50 prosent av pasientene ligger under og 50 prosent ligger over. Ser vi på tallene for hele pasientutvalget, har halvparten av de polikliniske pasientene hatt første polikliniske kontakt i løpet av den første uken etter utskrivning (median 7 dager). Halvparten av pasientene med konsultasjon hos fastlege hadde første konsultasjon i løpet av de første 3-4 ukene (median 25 dager). Halvparten av pasientene med ny døgnbehandling ble innlagt innen 10 uker (median 71 dager) og halvparten av pasientene som mottok tjenester fra legevakt hadde første kontakt innen 11 uker (median 78 dager).

Figur 15. Median antall dager fra utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern til første polikliniske kontakt, ny innleggelse i psykisk helsevern, konsultasjon med fastlege og kontakt med legevakt i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget. Avgrenset til pasienter med minst en kontakt i aktuell kategori (se kapittel 5).

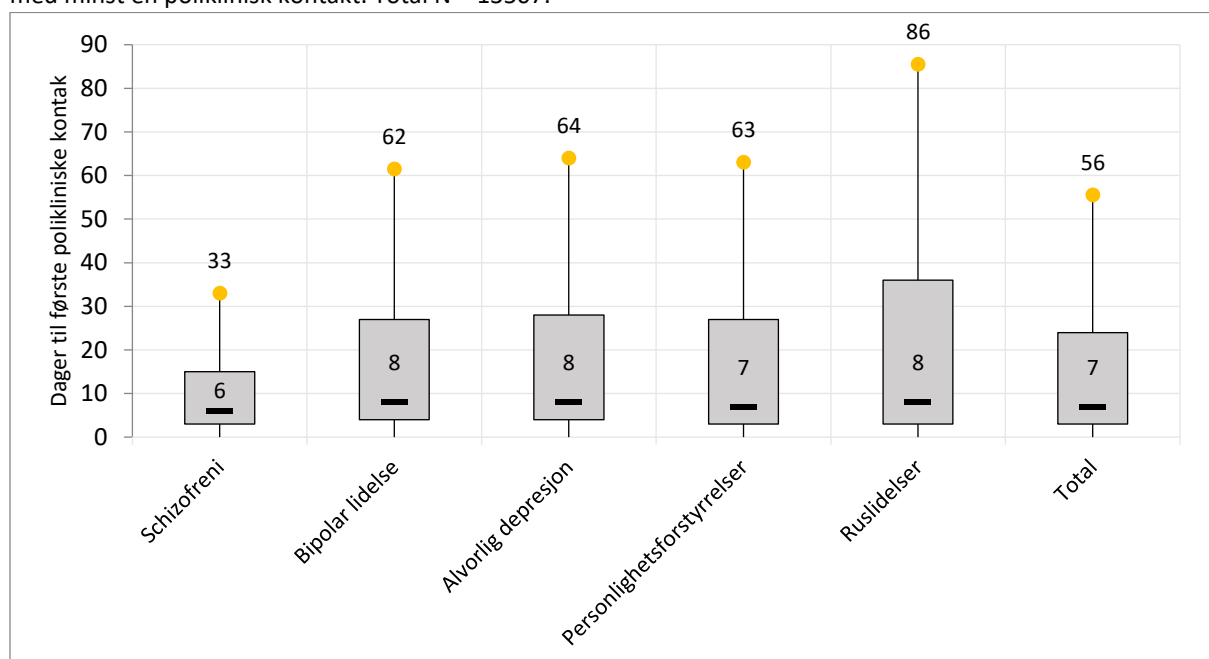


Det er små forskjeller mellom diagnosegruppene i tid til første polikliniske kontakt (6-8 dager). Pasienter med schizofreni skiller seg ut med lang tid til første konsultasjon hos fastlege (46 dager), over dobbelt så lang tid som i de andre utvalgte diagnosegruppene (21-22 dager). De største forskjellene mellom pasientgruppene sees i antall dager til første kontakt med legevakt og til første innleggelse i psykisk helsevern. Pasienter med personlighetsforstyrrelser og pasienter med ruslidelser har kortest tid til første kontakt med legevakt (42 dager), mens pasienter med alvorlig depresjon har lengst tid (119 dager). Pasienter med personlighetsforstyrrelser har kortest tid til første innleggelse i psykisk helsevern (55 dager).

Selv om det er liten forskjell mellom diagnosegruppene i median antall dager til første polikliniske kontakt, er det stor variasjon innad i gruppene. Figur 16 viser denne variasjonen i form av et boksplott. Figuren viser interkvartilbredden (boks), median (inne i boks) og trimpunkt (høyeste punkt; estimert 95 prosentil) for de observerte verdiene. Tid til første polikliniske kontakt varierte mest i gruppen med ruslidelser og minst i gruppen med schizofreni.

Merk at figur 15 og 16 viser tid til første polikliniske kontakt uavhengig av type kontakt. Median antall dager til første *ambulante kontakt* var 34 dager og varierte fra 20 dager i gruppen med schizofreni til 63 dager i gruppen med ruslidelser. Første *samarbeidsmøte* kom også ofte senere i forløpet (se avsnitt 6.3).

Figur 16. Antall dager til første polikliniske kontakt etter utskrivning fra døgntil behandling i psykisk helsevern. Fordelt etter utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper) og i hele pasientutvalget. Avgrenset til pasienter med minst en poliklinisk kontakt. Total N = 13507.



6.2.2 Tid til oppstart av kommunale tjenester

Blant pasienter som mottok kommunale tjenester etter utskrivning fra psykisk helsevern, hadde 73 prosent en tjeneste som startet allerede *før* utskrivning. Blant *øvrige* pasienter tok det i gjennomsnitt 110 dager (median 70) til oppstart av første tjeneste. Se tabell 12. Her er alle typer kommunale tjenester sett under ett.

Tabell 12 viser også tid til oppstart av kommunale tjenester separat for pasienter som var meldt utskrivningsklare til kommunen. Det fremgår av tabellen at andelen pasienter med oppstart av tjeneste *før* utskrivning var høyere blant utskrivningsklare pasienter (84 prosent) enn blant *øvrige* pasienter i utvalget (69 prosent). For utskrivningsklare pasienter som ikke hadde tjeneste *før* utskrivning, tok det i gjennomsnitt 56 dager (median 11) til oppstart av første tjeneste, mot 119 dager (median 83) blant *øvrige* pasienter i utvalget.

Tabell 12. Tid til oppstart av kommunale tjenester etter utskrivning fra døgntil behandling i psykisk helsevern, fordelt etter utskrivningsklar status. Avgrenset til pasienter som mottok kommunale tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning. UKP = utskrivningsklare pasienter.

		Totalt	UKP	Øvrige pasienter
Alle pasienter med kommunal tjeneste etter utskrivning	Antall pasienter	9379	2338	7041
	Herav pasienter med oppstart av tjeneste <u>før</u> utskrivning			
	Antall pasienter	6855	1966	4889
	Andel pasienter (%)	73	84	69
Herav pasienter med oppstart av tjeneste <u>etter</u> utskrivning	Antall pasienter	2524	372	2152
	Andel pasienter (%)	27	16	31
	Dager til oppstart, gj. snitt	110	56	119
	Dager til oppstart, median	70	11	83

6.2.3 Tid til oppstart av ACT/FACT team

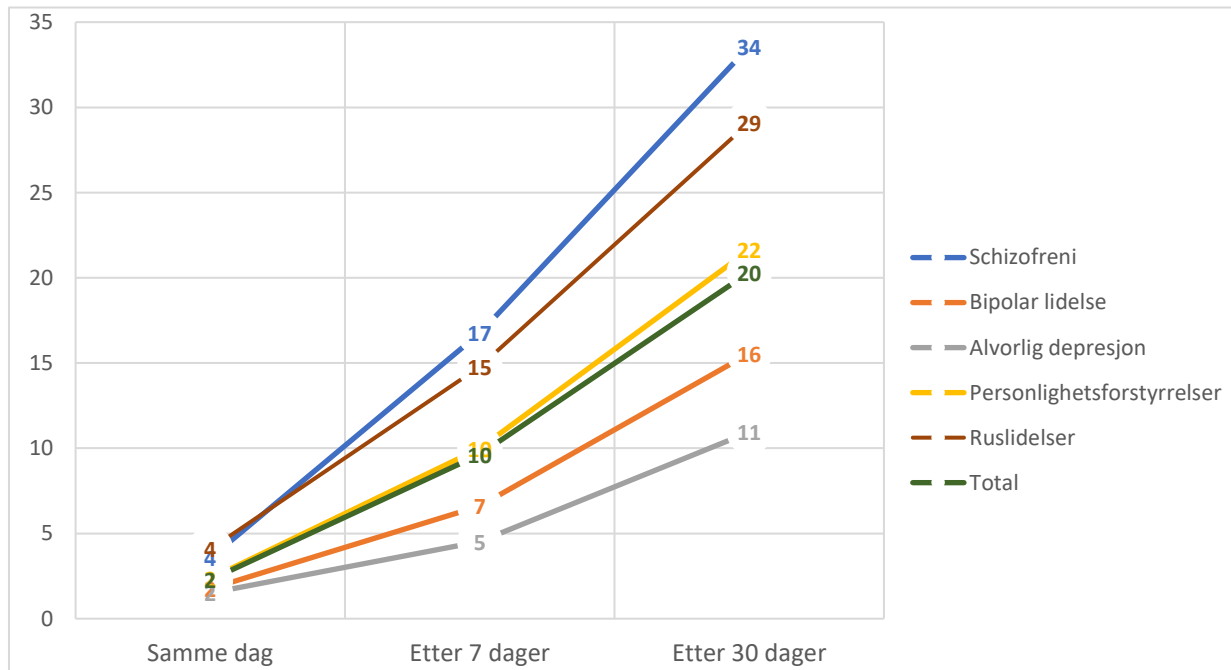
Tjenester fra ACT/FACT team kan kun tidfestes til kalendermåned. Blant de 1486 pasientene som mottok tjenester fra ACT/FACT team, mottok over halvparten av pasientene (n=865, 58 prosent) tjenester den første måneden etter utskrivning. For øvrige pasienter var oppstarten nokså jevnt fordelt gjennom resten av året (3-6 prosent per måned).

6.3 Samarbeidsmøter

Totalt 2172 (14 prosent) av pasientene i utvalget hadde minst en poliklinisk kontakt samme dag som selve utskrivningen. Dette utgjør totalt 2732 kontakter, hvorav 404 var samarbeidsmøter (355 pasienter). Kontakter samme dag som utskrivning er ikke inkludert i analysene over, da de kan være knyttet til selve utskrivningsprosessen og ikke å anse som oppfølging i etterkant. I dette avsnittet vil vi derimot inkludere samarbeidsmøter både samme dag og inntil 30 dager etter utskrivning.

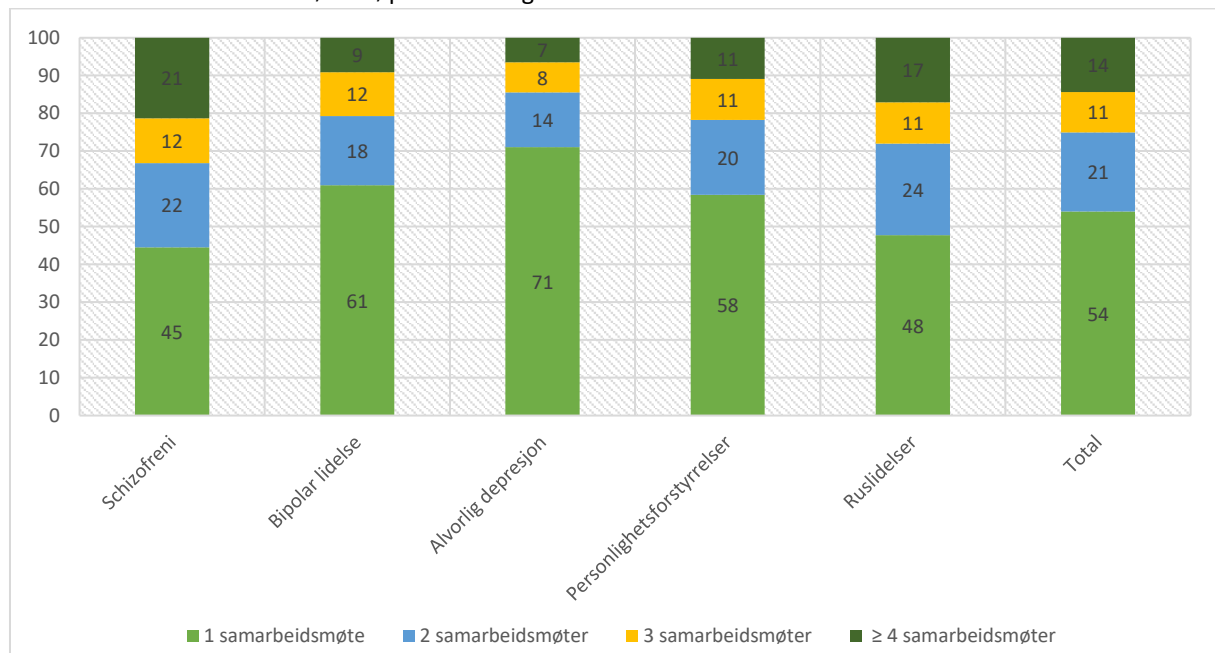
Figur 17 viser kumulativ andel pasienter som hadde registrert samarbeidsmøte samme dag og 7 og 30 dager etter utskrivning. I hele utvalget hadde 10 prosent av pasientene registrert samarbeidsmøte i løpet av den første uken etter utskrivning, herav 2 prosent samme dag. Innen 30 dager hadde 20 prosent av pasientene registrert samarbeidsmøte. Blant de fem utvalgte diagnosegruppene var forekomsten av samarbeidsmøter høyest i gruppen med schizofreni og i gruppen med ruslidelser, både samme dag som utskrivning og etter 7 og 30 dager.

Figur 17. Forekomst av samarbeidsmøte 0, 7 og 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Andel pasienter med samarbeidsmøte i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget. Total N = 15587.



Figur 18 viser fordeling av pasienter etter antall samarbeidsmøter de første 30 dagene etter utskrivning, inklusive samarbeidsmøter samme dag. Over halvparten av pasientene i utvalget (54 prosent) hadde kun ett samarbeidsmøte i løpet av de første 30 dagene, men andelen varierte mellom diagnosegrupper. Blant pasienter med schizofreni og pasienter med ruslidelser hadde flertallet 2 eller flere samarbeidsmøter.

Figur 18. Antall samarbeidsmøter per pasient i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Andel (%) pasienter i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget. Avgrenset til pasienter med minst ett samarbeidsmøte i løpet av 30 dager. Total N = 3168.



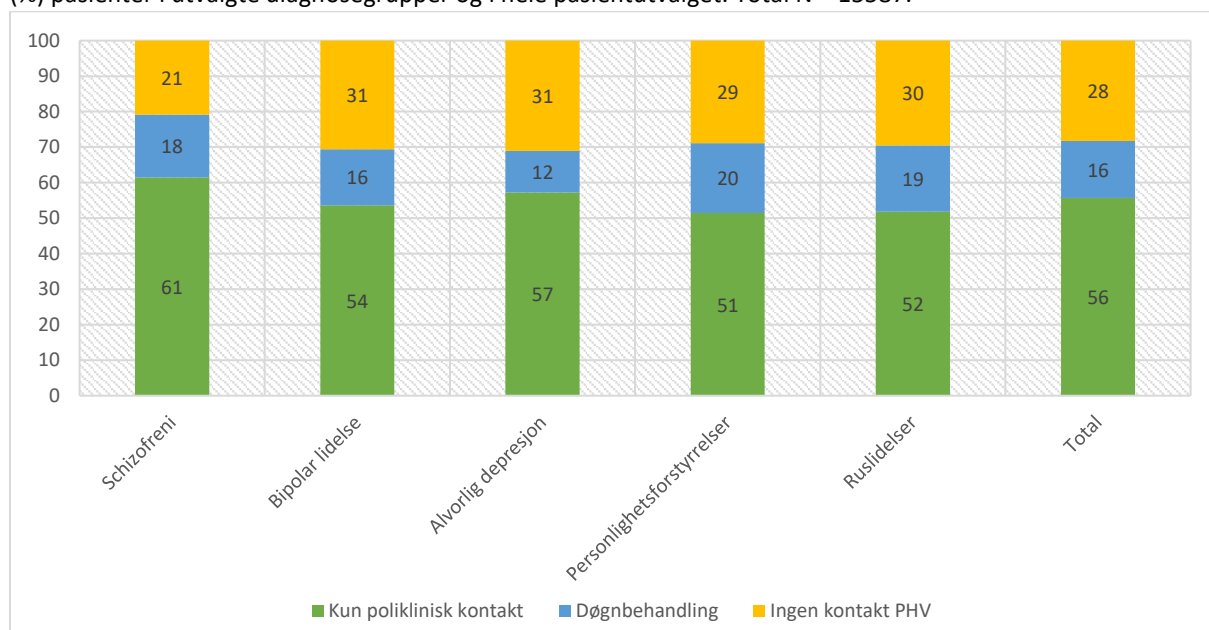
Figur 17 viste at forekomsten av samarbeidsmøter økte betydelig i løpet av den første måneden etter utskrivning. Økningen fortsatte gjennom året, og etter 365 dager var andelen pasienter med minst ett samarbeidsmøte 51 prosent (se avsnitt 5.2.1). Det gikk i gjennomsnitt 90 dager (median 51) fra utskrivning til første samarbeidsmøte. Dette indikerer at mange av samarbeidsmøtene ikke var knyttet til selve utskrivningsprosessen men oppfølging av pasientene senere i forløpet, eventuelt til en ny innleggelse/utskrivning i løpet av året. Gjennomsnittlig tid til første samarbeidsmøte varierte fra 75 dager (median 35) i gruppen med schizofreni til 107 dager i gruppen med alvorlig depresjon (median 70).

6.4 Sammenheng mellom ulike tjenester

Sammenheng mellom kontakt i psykisk helsevern og bruk av andre tjenester 30 dager etter utskrivning

Figur 19 viser forekomst av poliklinisk kontakt og ny innleggelse i psykisk helsevern i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling. Over halvparten av pasientene i utvalget (56 prosent) hadde kun poliklinisk kontakt de første 30 dagene etter utskrivning, mens 16 prosent ble innlagt for ny døgnbehandling. Blant pasienter med ny døgnbehandling hadde 77 prosent også poliklinisk kontakt i samme periode. Hele 28 prosent av pasientene i utvalget hadde ingen ny kontakt i psykisk helsevern de første 30 dagene etter utskrivning.

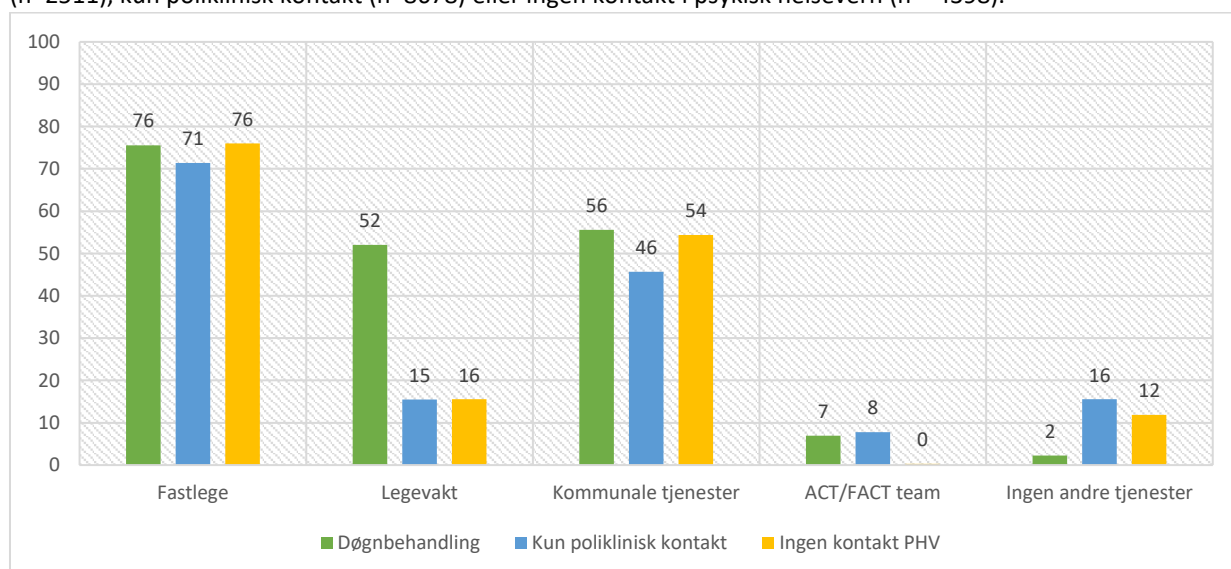
Figur 19. Type kontakt med psykisk helsevern i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnerbehandling. Andel (%) pasienter i utvalgte diagnosegrupper og i hele pasientutvalget. Total N = 15587.



Figur 19 viser også hvordan andelen varierer mellom de fem utvalgte diagnosegruppene. I gruppen med schizofreni mottok 79 prosent av pasientene tjenester fra psykisk helsevern de første 30 dagene etter utskrivning, herav 61 prosent kun poliklinisk kontakt. Andelen er høyere enn i de andre diagnosegruppene. Andelen pasienter med døgnerbehandling var høyest i gruppen med personlighetsforstyrrelser (20 prosent) og i gruppen med ruslidelser (19 prosent).

Figur 20 viser sammenhenger mellom type kontakt i psykisk helsevern de første 30 dagene etter utskrivning og bruk av andre typer helse- og omsorgstjenester i samme periode.

Figur 20. Bruk av tjenester i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnerbehandling, fordelt etter type kontakt med psykisk helsevern i samme periode. Andel (%) tjenestemottakere blant pasienter med døgnerbehandling (n=2511), kun poliklinisk kontakt (n=8678) eller ingen kontakt i psykisk helsevern (n = 4398).



Pasienter som ble innlagt for ny døgnerbehandling i psykisk helsevern hadde i større grad kontakt med fastlege, legevakt og kommunale tjenester, sammenlignet med pasienter som kun hadde poliklinisk

kontakt. Forskjellen var særlig stor i bruk av legevakt, der 52 prosent av pasientene med døgnbehandling hadde kontakt med legevakt, mot 15 prosent av de polikliniske pasientene. Disse resultatene er i tråd med den første rapporten til helsefelleskapene, som viste at døgnpasienter hadde et høyere forbruk av andre tjenester og særlig legevakt og kommunale tjenester. I denne rapporten kan vi knytte bruken av disse tjenestene sammen i tid og til en bestemt fase av forløpet.

Blant pasienter uten ny kontakt i psykisk helsevern var bruk av fastlege og kommunale tjenester omtrent som i gruppen som ble innlagt for døgnbehandling, og altså høyre enn blant pasienter med kun poliklinisk kontakt. Dette indikerer at behovet for kommunale tjenester er størst blant de tyngste pasientene, og blant pasienter (i perioder) uten poliklinisk oppfølging.

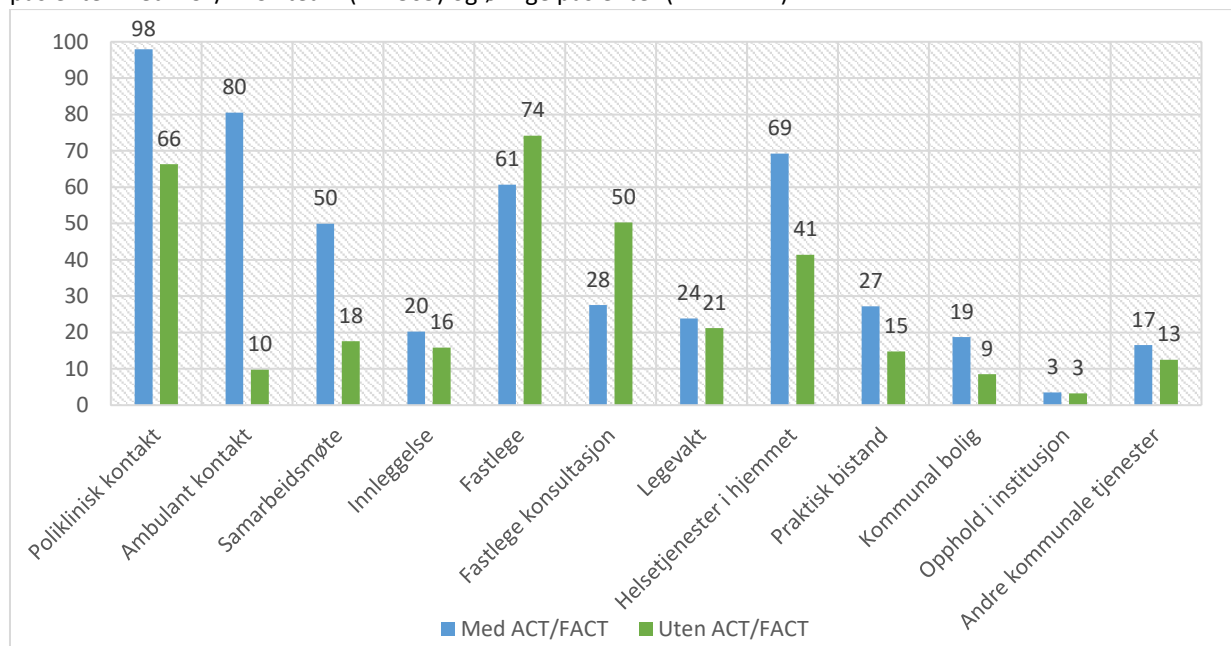
Blant pasienter uten ny kontakt i psykisk helsevern var det 12 prosent som heller ikke mottok andre tjenester de første 30 dagene etter utskrivning. Dette utgjør totalt 520 pasienter, hvorav én pasient i løpet av perioden ble innlagt i TSB. Merk at pasientene også kan ha mottatt tjenester som ikke inngår i våre analyser, eksempelvis fra avtalespesialist, somatiske sykehus eller lavterskeltilbud i kommunen.

Bruk av tjenester 30 dager etter utskrivning blant pasienter med og uten ACT/FACT team

ACT/FACT team er en tjenestemodell der spesialisthelsetjenesten og kommunen samarbeider om oppfølging av pasienten og som vektlegger tverrfaglig, oppsøkende behandling. Dette gjenspeiles i våre data. Figur 21 viser bruk av tjenester de første 30 dagene etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern blant pasienter med og uten ACT/FACT team i samme periode. Vi ser av figuren at pasienter med ACT/FACT team hadde et høyere forbruk av alle typer tjenester, med unntak av konsultasjon hos fastlege. Forskjellene var størst for ambulante kontakter og samarbeidsmøter. Også helsetjenester i hjemmet og andre kommunale tjenester var betydelig mer utbredt blant pasienter i ACT/FACT team.

Pasienter med ACT/FACT team hadde i gjennomsnitt flere polikliniske kontakter de første 30 dagene etter utskrivning (8,4 kontakter) enn pasienter uten ACT/FACT team (4,5 kontakter). Både intensivert poliklinisk oppfølging og oppsøkende tjenester kan tenkes å redusere behov for døgnbehandling. Figur 21 viser derimot at andelen pasienter med ny innleggelse innen 30 dager etter utskrivning var høyere blant pasienter med ACT/FACT team i samme periode (20 prosent) enn blant pasienter uten ACT/FACT team (16 prosent). Dette kan reflektere at pasienter i ACT/FACT team er en selektert gruppe som antas å ha større behov for tjenester enn øvrige pasienter i utvalget. Når vi avgrenser analysen til pasienter med schizofreni, er forekomsten av ny innleggelse litt lavere blant pasienter med ACT/FACT team (17 prosent) enn blant pasienter uten (18 prosent). Flere analyser er nødvendig for å beskrive eventuelle sammenhenger mellom bruk av tjenester fra ACT/FACT team og behov for døgnbehandling og andre typer helse- og omsorgstjenester. Se også avsnitt 5.2.6.

Figur 21. Bruk av tjenester i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnetterbehandling fra psykisk helsevern, fordelt etter bruk av tjenester fra ACT/FACT team i samme periode. Andel (%) tjenestemottakere blant pasienter med ACT/FACT team (n = 865) og øvrige pasienter (n = 14722).



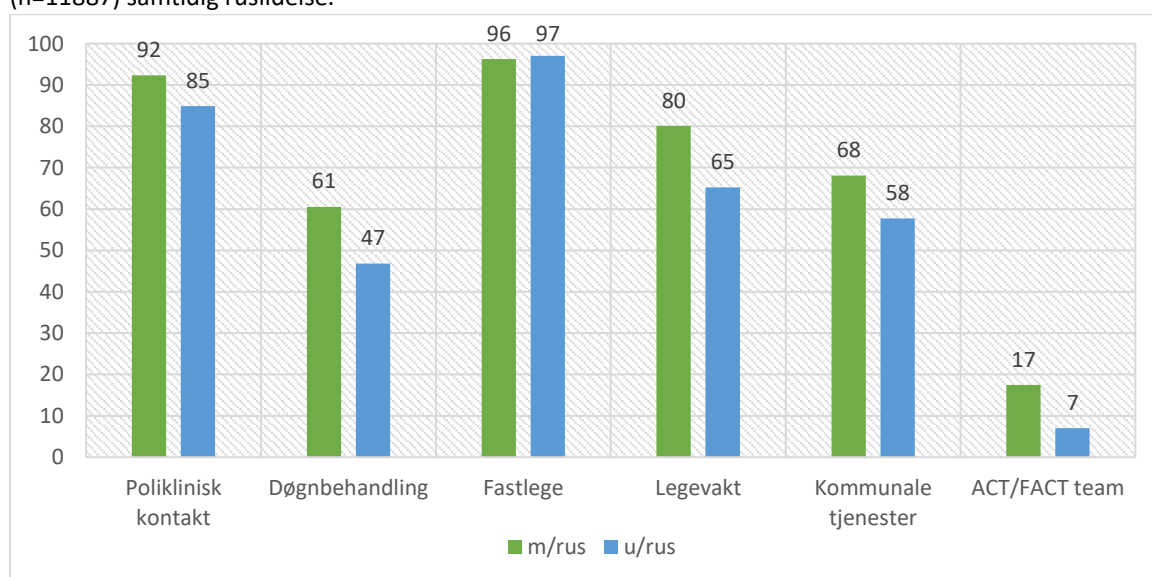
7 Forløp i utvalgte pasientgrupper

I dette kapitlet ser vi nærmere på bruk av tjenester etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i to undergrupper av pasientutvalget; pasienter med samtidig ruslidelse og pasienter underlagt tvang psykisk helsevern. Dette er pasienter med store og komplekse behov som krever særlig tilrettelegging av tjenester og tett oppfølging over tid, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen.

7.1 Pasienter med samtidig ruslidelse

Som vist i kapittel 4 hadde 3780 pasienter i utvalget (24 prosent) en samtidig ruslidelse. Figur 22 sammenligner bruk av tjenester 365 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling blant pasienter med og uten samtidig ruslidelse. Med unntak av kontakt hos fastlege var alle typer tjenester mer utbredt blant pasienter med samtidig ruslidelse enn blant pasienter uten.

Figur 22. Bruk av tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern, fordelt etter forekomst av samtidig ruslidelse. Andel (%) tjenestemottakere blant pasienter med (n = 3700) og uten (n=11887) samtidig ruslidelse.



Tabell 13 viser flere kjennetegn ved bruk av tjenester etter utskrivning blant pasienter med og uten samtidig ruslidelse. Resultatene er kommentert i teksten under.

Døgntilrettelagt behandling

Pasienter med samtidig ruslidelse hadde høyere forekomst av ny innleggelse i psykisk helsevern sammenlignet med pasienter uten samtidig ruslidelse, både etter 30 dager (21 vs. 15 prosent) og etter 365 dager (61 vs. 47 prosent). Blant pasienter med samtidig ruslidelse gikk det også kortere tid til første innleggelse (median 62 vs. 76 dager), og var flere innleggelser registrert som øyeblikkelig hjelp (81 vs. 60 prosent). Pasienter med samtidig ruslidelse hadde i gjennomsnitt litt flere oppholds dager i løpet av året (49 vs. 47 dager).

Poliklinisk kontakt

Også poliklinisk kontakt var mer utbredt blant pasienter med samtidig ruslidelse enn blant pasienter uten – både etter 30 dager (73 vs. 66 prosent) og etter 365 dager (92 vs. 85 prosent). Pasienter med samtidig ruslidelse hadde også høyere forekomst av ambulante kontakter (42 vs. 24 prosent) og samarbeidsmøter (67 vs. 46 prosent). Det var ingen forskjell mellom gruppene i tid til første polikliniske kontakt (median 7 dager), men pasienter med samtidig ruslidelse hadde i gjennomsnitt flere polikliniske kontakter i løpet av året (39 vs. 29 kontakter).

Fastlege

Pasienter med samtidig ruslidelse hadde noe lavere forekomst av konsultasjon hos fastlege – både etter 30 dager (44 vs. 50 prosent) og etter 365 dager (87 vs. 90 prosent). Blant pasienter med samtidig ruslidelse gikk det noe lenger tid før første konsultasjon (median 29 vs. 23 dager), men antall konsultasjoner i løpet av året var i gjennomsnitt på omtrent samme nivå (9 vs. 10 konsultasjoner).

Legevakt

Kontakt med legevakt var mer utbredt blant pasienter med samtidig ruslidelse enn blant pasienter uten – både etter 30 dager (31 vs. 18 prosent) og etter 365 dager (80 vs. 65 prosent). Blant pasienter med samtidig ruslidelse gikk det noe kortere tid før første kontakt med legevakt (median 52 vs. 89 dager), og antall kontakter per pasient var i gjennomsnitt litt høyere (8 vs. 5 kontakter).

Kommunale tjenester

Pasienter med samtidig ruslidelse hadde høyere forekomst av kommunale tjenester (68 prosent) enn pasienter uten samtidig ruslidelse (58 prosent). Dette gjaldt både helsetjenester i hjemmet (60 vs. 52 prosent), praktisk bistand (23 vs. 18 prosent) og kommunal bolig (17 vs. 11 prosent).

ACT/FACT team

Andelen pasienter som mottok tjenester fra ACT/FACT team etter utskrivning fra psykisk helsevern var betydelig høyere blant pasienter med samtidig ruslidelse (17 prosent) enn blant pasienter uten samtidig ruslidelse (7 prosent). Pasienter med samtidig ruslidelse utgjør 43 prosent av pasientene som mottok tjenester fra ACT/FACT (n=646).

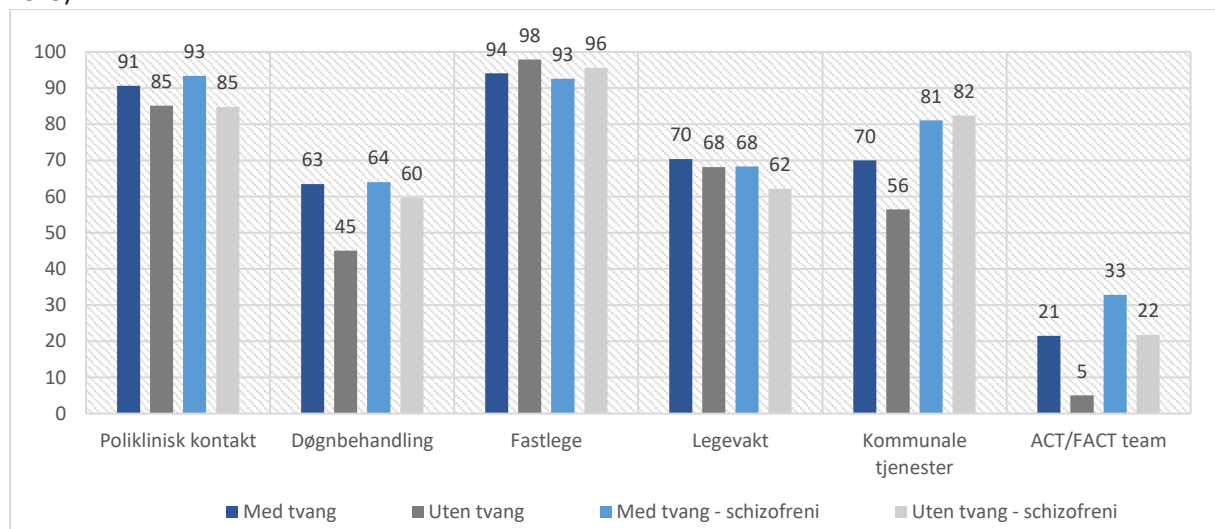
Tabell 13. Bruk av tjenester etter utskrivning fra døgntil behandling i psykisk helsevern blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser med og uten samtidig ruslidelse.

	Med ruslidelse (n=3700)	Uten ruslidelse (n=11887)
Døgntil behandling		
Andel pasienter med ny innleggelse ila 365 dager	61	47
Andel pasienter med ny innleggelse ila 30 dager	21	15
Andel innleggelser som var øyeblikkelig hjelp	81	60
Gj.snitt (median) antall dager til første innleggelse	97 (62)	107 (76)
Gj.snitt (median) antall oppholds-døgn ila 365 dager	49 (24)	47 (29)
Poliklinisk kontakt		
Andel pasienter med poliklinisk kontakt ila 365 dager	92	85
Andel pasienter med ambulant kontakt ila 365 dager	42	24
Andel pasienter med samarbeidsmøte ila 365 dager	67	46
Andel pasienter med poliklinisk kontakt ila 30 dager	73	66
Gj.snitt (median) antall dager til første polikliniske kontakt	28(7)	30 (7)
Gj.snitt (median) antall polikliniske kontakter ila 365 dager	39 (28)	29 (29)
Fastlege		
Andel pasienter med kontakt ila 365 dager	96	97
Andel pasienter med konsultasjon ila 365 dager	87	90
Andel pasienter med konsultasjon ila 30 dager	44	50
Gj. snitt (median) antall dager til første konsultasjon	67 (29)	57 (23)
Gj. snitt (median) antall konsultasjoner ila 365 dager	9 (6)	10 (7)
Legevakt		
Andel pasienter med kontakt ila 365 dager	80	65
Andel pasienter med kontakt ila 30 dager	31	18
Gj.snitt (median) antall dager til første kontakt	90 (52)	118 (89)
Gj.snitt (median) antall kontakter ila 365 dager	8 (4)	5 (3)
Kommunale tjenester		
Andel pasienter med kommunal tjeneste ila 365 dager	68	58
Andel pasienter med helsetjenester i hjemmet ila 365 dager	60	52
Andel pasienter med praktisk bistand ila 365 dager	23	18
Andel pasienter med kommunal bolig ila 365 dager	17	11
ACT/FACT team		
Andel pasienter med ACT/FACT team ila 365 dager	17	7

7.2 Pasienter underlagt tvang i psykisk helsevern

Som vist i kapittel 4 var 4259 pasienter i utvalget (27 prosent) underlagt tvang i psykisk helsevern i 2020, i form av tvangsinnleggelse og/eller behandling uten eget samtykke. Figur 23 sammenligner bruk av tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt i psykisk helsevern blant pasienter med og uten tvang. For å belyse forskjeller uavhengig av diagnose, sammenligner vi bruk av tjenester både i hele pasientutvalget og i diagnosegruppen med størst omfang av tvang, schizofreni (n = 1914, se tabell 3).

Figur 23. Bruk av tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt i psykisk helsevern, fordelt etter forekomst av tvang. Andel (%) tjenestemottakere blant pasienter med og uten tvang i hele pasientutvalget (n = 4259 og 11328) og pasienter med og uten tvang i gruppen med schizofreni (n = 1914 og 1375).



Pasienter som var underlagt tvang hadde mindre kontakt med fastlege, men et høyere forbruk av andre typer tjenester etter utskrivning, sammenlignet med øvrige pasienter i utvalget. Forskjellene er mest uttalt for døgntilrettelagt, kommunale tjenester og ACT/FACT team. Samtidig ser vi at forskjellene reduseres når vi avgrenser til pasienter med schizofreni. Dette indikerer at forskjellene mellom pasienter med og uten tvang dels kan forklares av forskjeller i diagnose (alvorlighetsgrad/behov). Innenfor gruppen med schizofreni ser vi blant annet at pasienter med og uten tvang har tilnærmet lik bruk av kommunale tjenester.

Tabell 14 viser flere kjennetegn ved bruk av tjenester etter utskrivning for pasienter med og uten tvang, både i hele pasientutvalget og innenfor gruppen med schizofreni. Resultatene er kommentert i teksten under.

Døgntilrettelagt

Blant pasienter som var underlagt tvang i psykisk helsevern hadde 25 prosent en ny innleggelse innen 30 dager etter utskrivning, mot 13 prosent blant øvrige pasienter i utvalget. Etter 365 dager var andelen økt til hhv. 63 og 45 prosent, og altså fortsatt betydelig høyere blant pasienter med tvang. Blant pasienter med tvang gikk det kortere tid til første nye innleggelse (median 53 vs. 81 dager) og var flere innleggelses registrert som øyeblikkelig hjelp (85 vs. 55 prosent). Pasienter med tvang hadde i gjennomsnitt flere oppholdsdøgn i løpet av året sammenlignet med øvrige pasienter i utvalget (72 vs. 35 døgn)

Det overordnede mønsteret er likt i gruppen med schizofreni, men her er det mindre forskjell i forekomsten av ny innleggelse, særlig etter 365 dager. I gruppen med schizofreni er andelen pasienter med ny innleggelse etter 365 dager er nesten like høy blant pasienter uten tvang (60 prosent) som blant pasienter med tvang (64 prosent).

Polikliniske kontakter

Andelen pasienter med poliklinisk kontakt etter utskrivning var høyere blant pasienter som var underlagt tvang enn blant øvrige pasienter i utvalget - både etter 30 dager (hhv. 74 og 46 prosent) og 365 dager (hhv. 91 og 85 prosent). Også ambulante kontakter og samarbeidsmøter var mer utbredt blant pasienter med tvang. Median antall dager til første polikliniske kontakt var lik i begge grupper (7 dager), men pasienter med tvang hadde i gjennomsnitt flere polikliniske kontakter i løpet av året (40 kontakter) enn øvrige pasienter i utvalget (28 kontakter). Det overordnede mønsteret er likt i gruppen med schizofreni.

Fastlege

Kontakt med fastlege var litt mindre utbredt blant pasienter med tvang enn blant øvrige pasienter i utvalget, og dette gjelder særlig konsultasjoner. Innen 30 dager etter utskrivning hadde 37 prosent av pasienter med tvang hatt konsultasjon hos fastlege, mot 53 prosent av øvrige pasienter. Etter 365 dager var andelen økt til hhv. 80 og 93 prosent. Det gikk lengre tid før første konsultasjon hos fastlege blant pasienter med tvang (median 35 dager) enn blant øvrige pasienter (median 22 dager), og pasienter med tvang hadde i gjennomsnitt færre konsultasjoner i løpet av året (7 konsultasjoner) enn øvrige pasienter (10 konsultasjoner). Det overordnede mønsteret er likt i gruppen med schizofreni.

Legevakt

Kontakt med legevakt var mer utbredt blant pasienter med tvang enn blant øvrige pasienter i utvalget – både etter 30 dager (25 vs. 20 prosent) og 365 dager (70 vs. 68 prosent). Blant pasienter med tvang gikk det også kortere tid før første kontakt med legevakt (median 62 vs. 84 dager). Antall kontakter i løpet av året på omtrent samme nivå i gjennomsnitt (7 vs. 6 kontakter). Det overordnede mønsteret er likt i gruppen med schizofreni.

Kommunale tjenester

Et stort flertall av pasientene som var underlagt tvang (70 prosent) mottok kommunale tjenester etter utskrivning fra psykisk helsevern. Helsetjenester i hjemmet var mest utbredt (61 prosent) og mer enn blant øvrige pasienter i utvalget (51 prosent). Pasienter som var underlagt tvang hadde også en høyere forekomst av praktisk bistand (27 vs. 17 prosent) og kommunal bolig (19 vs. 8 prosent). I gruppen med schizofreni var kommunal bolig mer utbredt blant pasienter med tvang enn blant øvrige pasienter, men helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand var *mindre* utbredt.

ACT/FACT team

Blant pasienter som var underlagt tvang mottok 21 prosent tjenester fra ACT/FACT team i løpet av året etter utskrivning fra psykisk helsevern, mot 5 prosent blant øvrige pasienter. I gruppen med schizofreni var andelen betydelige høyere både blant pasienter med tvang (33 prosent) og pasienter uten tvang (22 prosent).

Tabell 14. Bruk av tjenester etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern blant pasienter med og uten tvang i hele pasientutvalget og i gruppen med schizofreni.

	Alle pasienter		Pasienter med schizofreni	
	Med tvang (n=4259)	Uten tvang (n=11328)	Med tvang (n=1914)	Uten tvang (n=1375)
Døgnbehandling				
Andel pasienter med ny innleggelse ila 365 dager	63	45	64	60
Andel pasienter med ny innleggelse ila 30 dager	25	13	20	14
Andel innleggelser som var øyeblikkelig hjelp	85	55	85	51
Gj.snitt (median) antall dager til første innleggelse	90 (53)	112 (81)	102 (70)	118 (91)
Gj.snitt (median) antall oppholdsdøgn ila 365 dager	72 (46)	35 (21)	73 (44)	39 (23)
Poliklinisk kontakt				
Andel pasienter med poliklinisk kontakt ila 365 dager	91	85	93	85
Andel pasienter med ambulant kontakt ila 365 dager	48	21	63	48
Andel pasienter med samarbeidsmøte ila 365 dager	68	45	77	62
Andel pasienter med poliklinisk kontakt ila 30 dager	74	66	80	70
Gj.snitt (median) antall dager til første polikliniske kontakt	26 (7)	32 (7)	23 (6)	29 (7)
Gj.snitt (median) antall polikliniske kontakter ila 365 dager	40 (30)	28 (20)	48 (38)	41 (29)
Fastlege				
Andel pasienter med kontakt ila 365 dager	94	98	93	96
Andel pasienter med konsultasjon ila 365 dager	80	93	73	84
Andel pasienter med konsultasjon ila 30 dager	37	53	27	38
Gj.snitt (median) antall dager til første konsultasjon	75 (35)	54 (22)	92 (55)	74 (37)
Gj.snitt (median) antall konsultasjoner ila 365 dager	7 (5)	10 (7)	6 (3)	8 (5)
Legevakt				
Andel pasienter med kontakt ila 365 dager	70	68	68	62
Andel pasienter med kontakt ila 30 dager	25	20	20	17
Gj.snitt (median) antall dager til første kontakt	101 (62)	114 (84)	110 (78)	116 (83)
Gj.snitt (median) antall kontakter ila 365 dager	7 (3)	6 (3)	6 (3)	6 (3)
Kommunale tjenester				
Andel pasienter med kommunal tjeneste ila 365 dager	70	56	82	81
Andel pasienter med helsetjenester i hjemmet ila 365 dager	61	51	70	75
Andel pasienter med praktisk bistand ila 365 dager	27	17	36	39
Andel pasienter med kommunal bolig ila 365 dager	19	8	29	26
ACT/FACT team				
Andel pasienter med ACT/FACT team ila 365 dager	21	5	33	22

Av tabell 14 fremgår det flere forskjeller mellom pasienter med tvang i gruppen med schizofreni (n=1914), og pasienter med tvang i hele utvalget (n=4259). Blant annet ser vi at andel pasienter med ny innleggelse etter 30 dager var lavere blant pasienter med tvang i gruppen med schizofreni (20 prosent) enn i hele utvalget (25 prosent), og det gikk lengre tid til første innleggelse (median 70 vs. 53 dager). Kontakt med legevakt etter 30 dager var også mindre vanlig blant pasienter med tvang i gruppen med schizofreni (20 vs. 25 prosent), og det gikk lengre tid til første kontakt (median 78 vs. 62 dager). Disse resultatene kan gjenspeile allerede omtalte forskjeller mellom diagnosegrupper i bruk av tjenester etter utskrivning, men også forskjeller mellom diagnosegrupper i formen og varigheten av tvang. Det trengs nærmere analyser av forløp blant pasienter under tvang for å belyse slike sammenhenger.

8 Geografisk variasjon

Dette kapitlet beskriver geografisk variasjon i forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Vi har valgt å fokusere på et utvalg av variabler fra de foregående kapitlene som kan belyse eventuelle forskjeller i både pasientsammensetning (avsnitt 8.1) og bruk av tjenester (avsnitt 8.2-8.5). Dette bør sees i sammenheng. Vi kommer ikke nærmere inn på årsaker til variasjon i denne rapporten, men dette kan være et aktuelt tema i videre analyser.

Figurene i kapitlet viser resultater fordelt etter pasientens bosted, spesifisert som region og helsefelleskap. På regionnivå vises også forskjeller mellom de fem utvalgte diagnosegruppene. Merk at det er små volum som ligger til grunn for tall per diagnosegruppe og helsefelleskap (se vedlegg tabell A). Dette gir usikker statistikk og resultatene bør derfor tolkes forsiktig.

8.1 Pasientsammensetning

I kapittel 4 viste vi hvordan omfanget av pasienter varierte mellom helsefelleskap og regioner. I dette avsnittet ser vi nærmere på eventuelle forskjeller i sammensetningen av pasientutvalget.

Utskrivningsdiagnose

Figur 24 viser hvordan fordelingen av utskrivningsdiagnoser varierer mellom regioner og helsefelleskap. Andelen pasienter i de utvalgte diagnosegruppene er nokså lik på tvers av regioner. Andel pasienter med øvrige diagnoser varierer fra 40 prosent i Helse Vest til 46 prosent i Helse Nord. Pasienter med schizofreni, som er den største undergruppen, utgjør 21 prosent av utvalget totalt. Andelen varierer mellom helsefelleskapene fra 15 prosent i Innlandet til 27 prosent i Oslo.

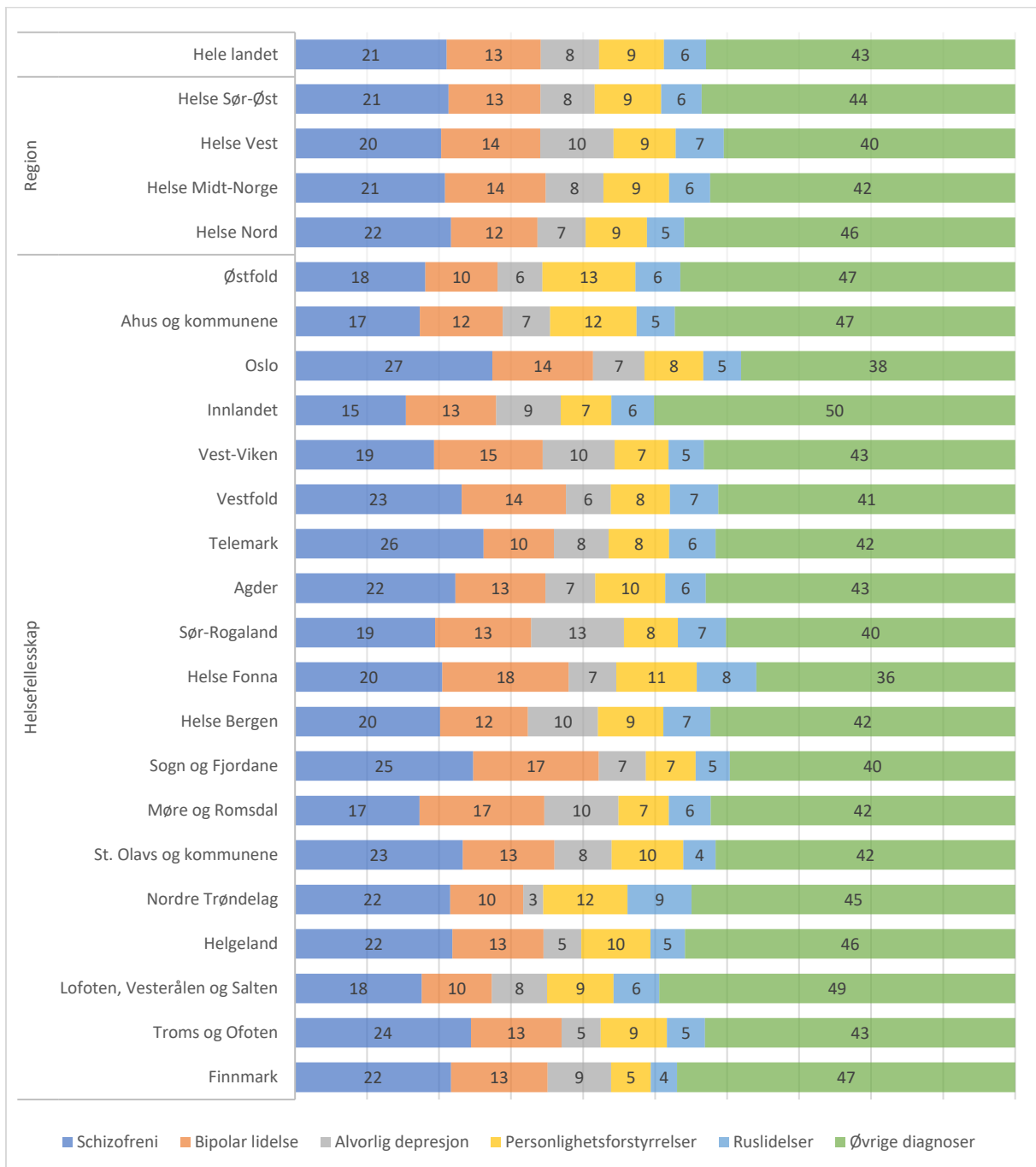
Samtidig ruslidelse

Figur 25 viser hvordan forekomsten av samtidig ruslidelse varierer mellom regioner og helsefelleskap. Andelen pasienter med samtidig ruslidelse er høyere i Helse Sør-Øst og Helse Vest (begge 25 prosent) enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord (begge 20 prosent). Mellom helsefelleskapene varierer andelen fra 16 prosent i Sogn og Fjordane til 31 prosent i Vest-Viken og i Telemark.

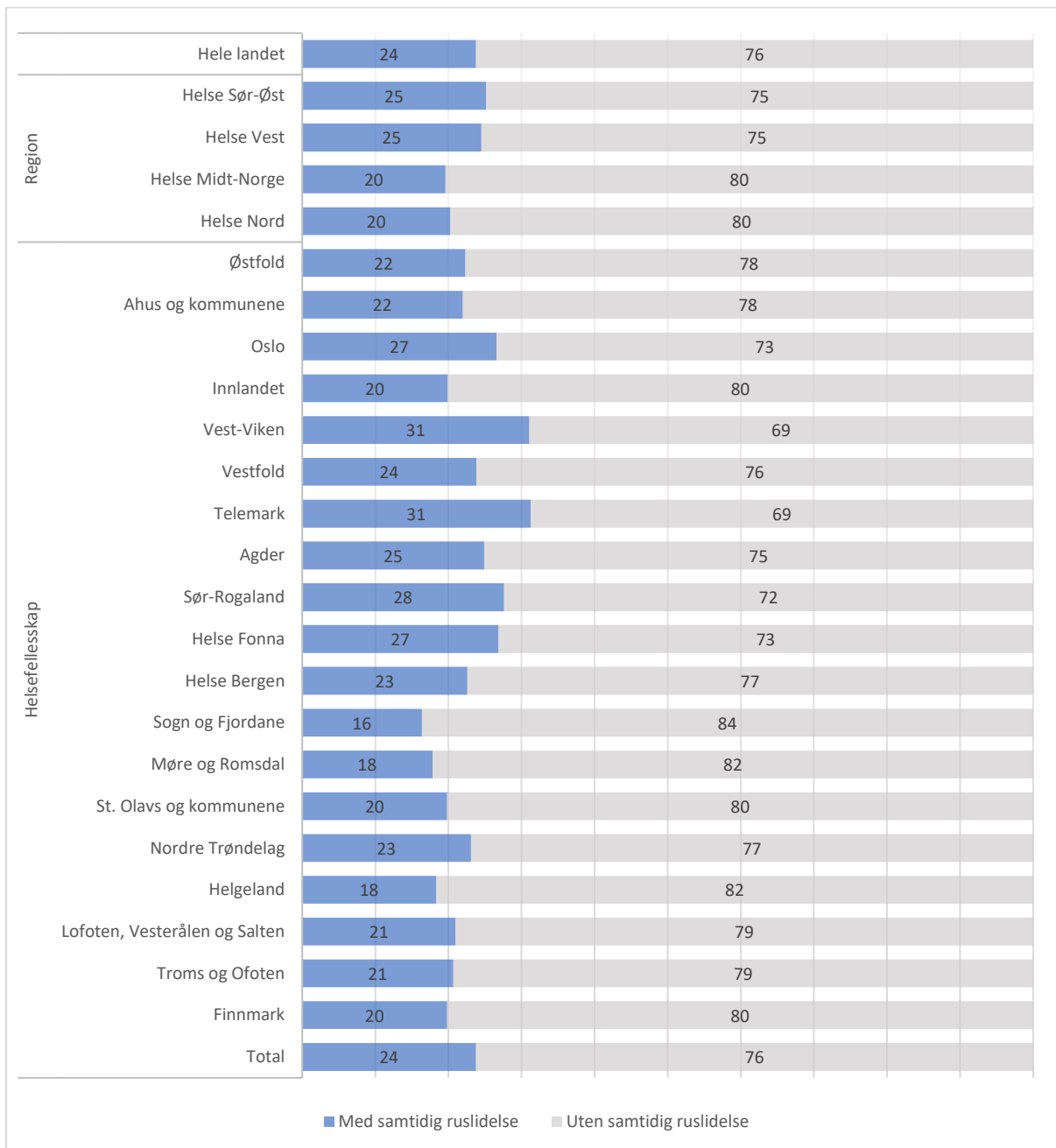
Tvang i psykisk helsevern

Figur 26 viser hvordan andelen pasienter underlagt tvang i psykisk helsevern varierer mellom regioner og helsefelleskap. Andelen er betydelige høyere i Helse Sør-Øst og Helse Vest (begge 30 prosent) enn i Helse Midt-Norge (21 prosent) og Helse Nord (18 prosent). Mellom helsefelleskapene varierer andelen fra 14 prosent i Helgeland til 36 prosent i Oslo.

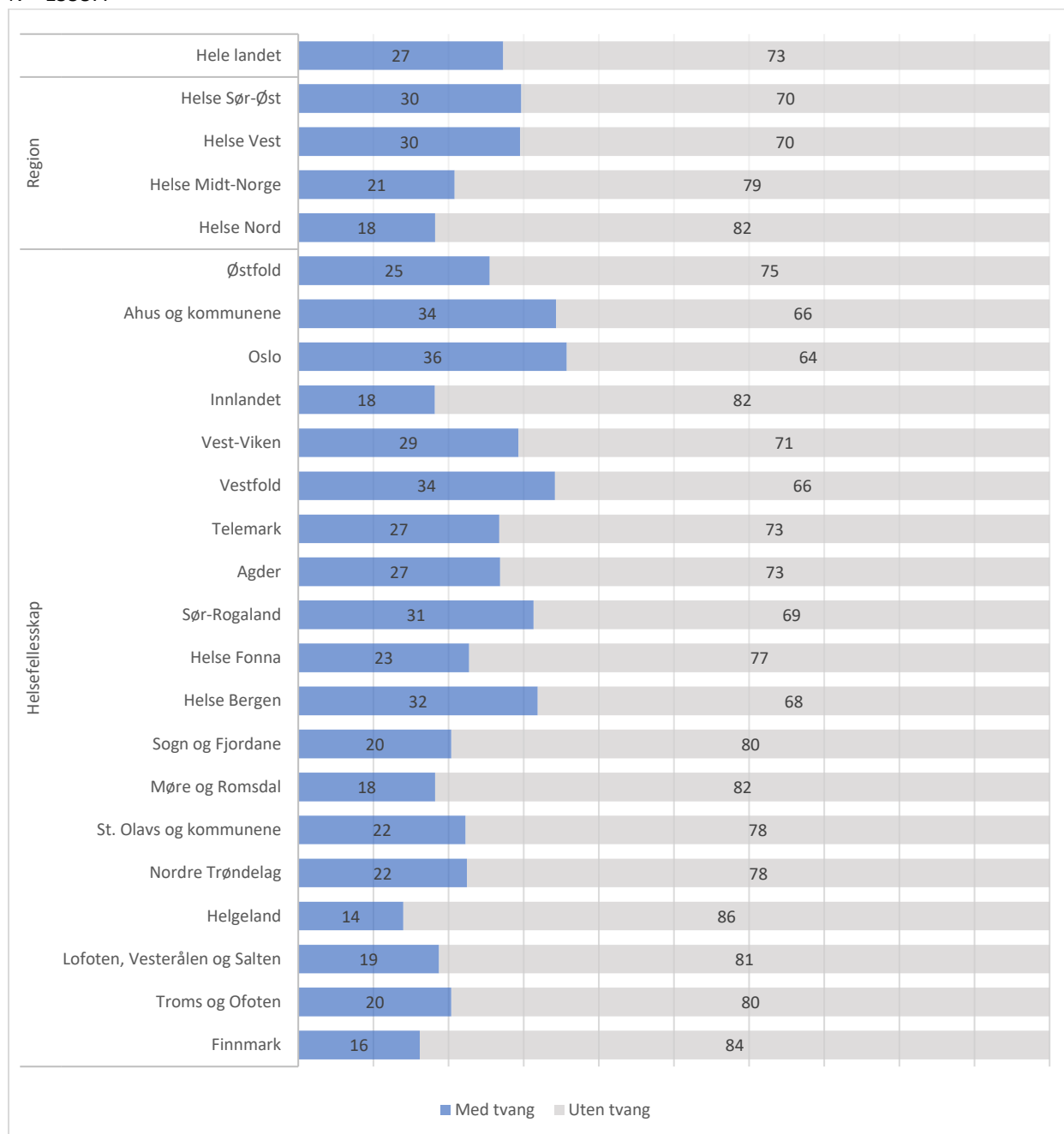
Figur 24. Geografisk variasjon i **utskrivningsdiagnose** blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020. Andel (%) av alle pasienter i utvalget, fordelt etter bosted. Total N = 15587.



Figur 25. Geografisk variasjon i forekomst av **samtidig ruslidelse** blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgntil behandling i psykisk helsevern i 2020. Andel (%) av alle pasienter utvalget, fordelt etter bosted. Total N = 15587.



Figur 26. Geografisk variasjon i **bruk av tvang** blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020. Andel (%) av alle pasienter i utvalget, fordelt etter bosted. Total N = 15587.



8.2 Bruk av tjenester 30 dager etter utskrivning

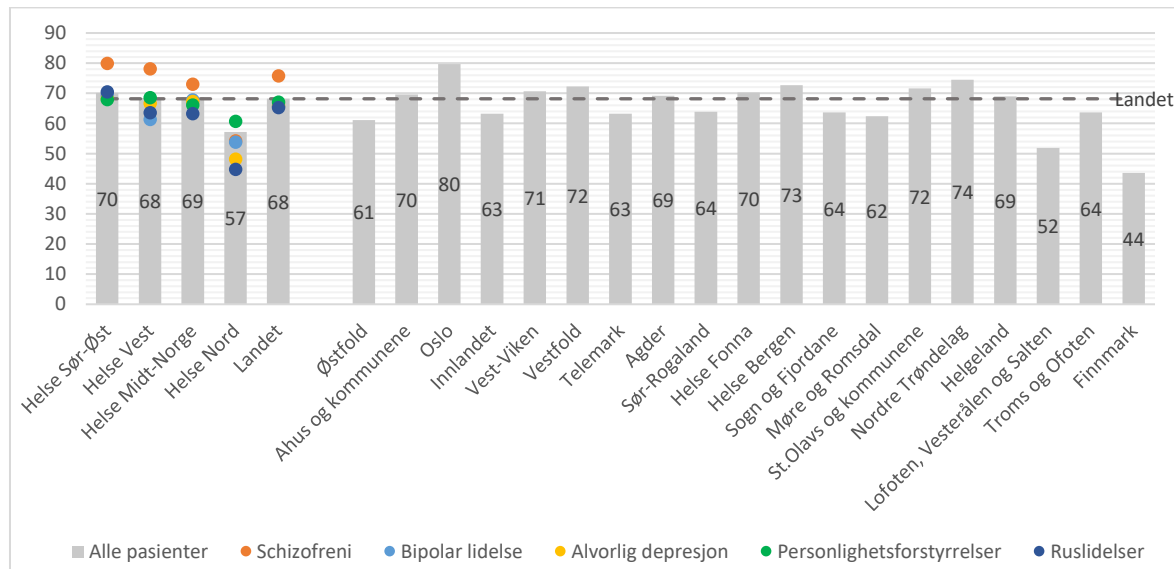
I dette avsnittet beskriver vi geografisk variasjon i bruk av tjenester de første 30 dagene etter utskrivning.

Poliklinisk kontakt

Figur 27 viser andel pasienter med poliklinisk kontakt i løpet av 30 dager etter utskrivning, fordelt etter pasientens bosted og diagnosegruppe. Vi ser at andelen var litt lavere i Helse Nord (57 prosent) enn i de andre regionene (68-70 prosent). Mellom helsefelleskapene varierte andelen fra 44 prosent

i Finnmark til 80 prosent i Oslo. I Helse Nord lå alle helsefelleskapene under landsgjennomsnittet (68 prosent). I alle regioner var andelen pasienter med poliklinisk kontakt høyest i gruppen med schizofreni, med unntak av i Helse Nord.

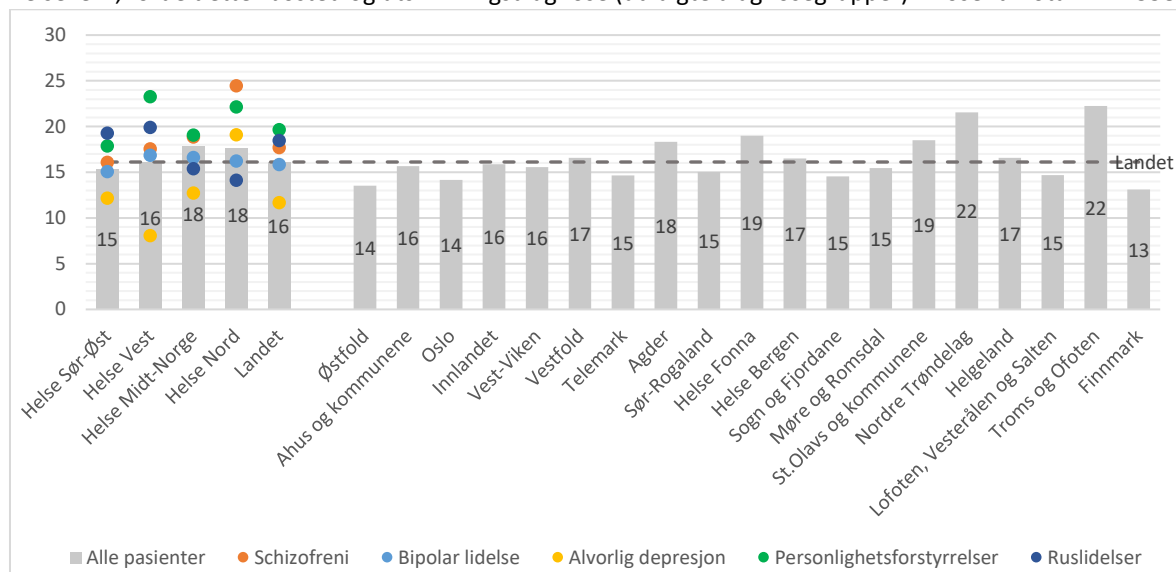
Figur 27. Andel pasienter med **poliklinisk kontakt** i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnerbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). Prosent. Total N = 15587.



Døgnerbehandling

Figur 28 viser geografisk variasjon i andel pasienter med ny innleggelse for døgnerbehandling. Andelen var litt høyere i Helse Midt-Norge og Helse Nord (begge 18 prosent) enn i Helse Sør-Øst (15 prosent) og Helse Vest (16 prosent). Mellom helsefelleskapene varierte andelen fra 13 prosent i Finnmark til 22 prosent i Nordre Trøndelag og i Troms og Ofoten. I alle regioner var andelen pasienter med ny innleggelse lavest i gruppen med alvorlig depresjon, med unntak av i Helse Nord.

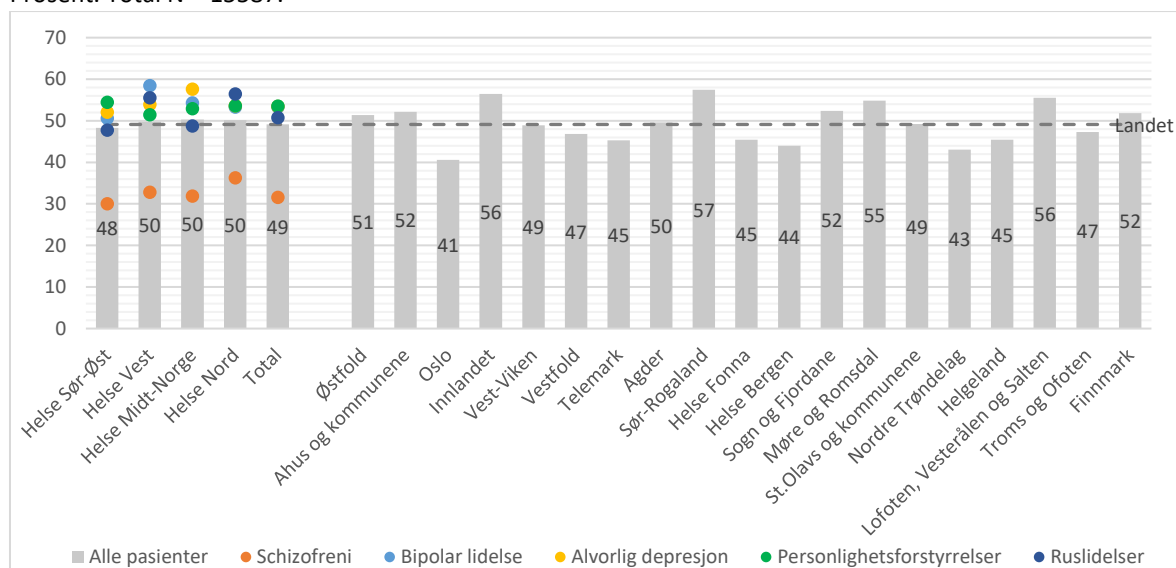
Figur 28. Andel pasienter med ny **innleggelse** i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt psykiisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). Prosent. Total N = 15587.



Konsultasjon hos fastlege

Det er små forskjeller mellom regionene i bruk av fastlege de første 30 dagene etter utskrivning. Se figur 29. Andelen pasienter med konsultasjon hos fastlege var litt lavere i Helse Sør-Øst (48 prosent) enn i de andre tre regionene (alle 50 prosent). Mellom helsefelleskapene varierte andelen fra 41 prosent i Oslo til 57 prosent i Sør-Rogaland. I alle regioner var andelen pasienter med konsultasjon hos fastlege betydelig lavere i gruppen med schizofreni enn i de andre diagnosegruppene.

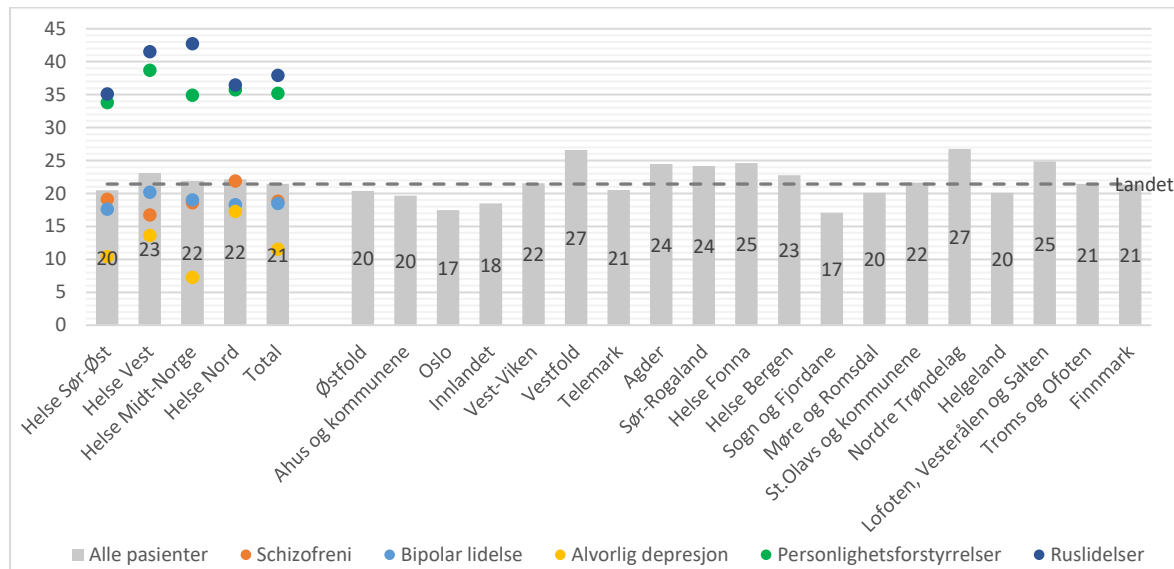
Figur 29. Andel pasienter med **konsultasjon hos fastlege** i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt psykiisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). Prosent. Total N = 15587.



Kontakt med legevakt

Figur 30 viser geografisk variasjon i andel pasienter som hadde kontakt med legevakt de første 30 dagene etter utskrivning. Også her var andelen litt lavere i Helse Sør-Øst (20 prosent) enn i de andre tre regionene (22-23 prosent). Mellom helsefelleskapene varierte andelen fra 17 prosent i Oslo og Sogn og Fjordane, til 27 prosent i Vestfold og Nordre Trøndelag. I alle regionene var andelen pasienter som hadde kontakt med legevakt særlig høy blant pasienter med personlighetsforstyrrelser eller ruslidelser, og lavest blant pasienter med alvorlig depresjon.

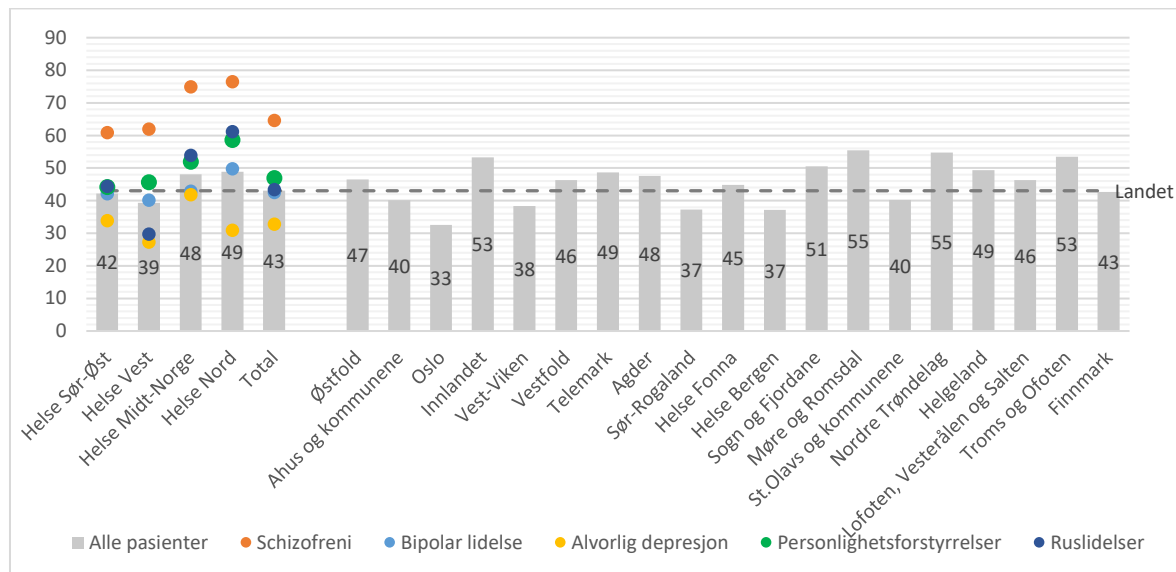
Figur 30. Andel pasienter med **kontakt med legevakt** i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). Prosent. Total N = 15587.



Helsetjenester i hjemmet

Helsetjenester i hjemmet var noe mer utbredt blant pasienter i Helse Midt-Norge (48 prosent) og Helse Nord (49 prosent) enn blant pasienter i Helse Sør-Øst (42 prosent) og Helse Vest (39 prosent). Se figur 31. Blant helsefelleskapene hadde Oslo den laveste andelen (33 prosent), mens Møre og Romsdal og Nordre Trøndelag hadde den høyeste (55 prosent). I alle regioner var forekomsten av helsetjenester i hjemmet høyest blant pasienter med schizofreni og lavest blant pasienter med alvorlig depresjon.

Figur 31. Andel pasienter med **helsetjenester i hjemmet** i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). Prosent. Total N = 15587.

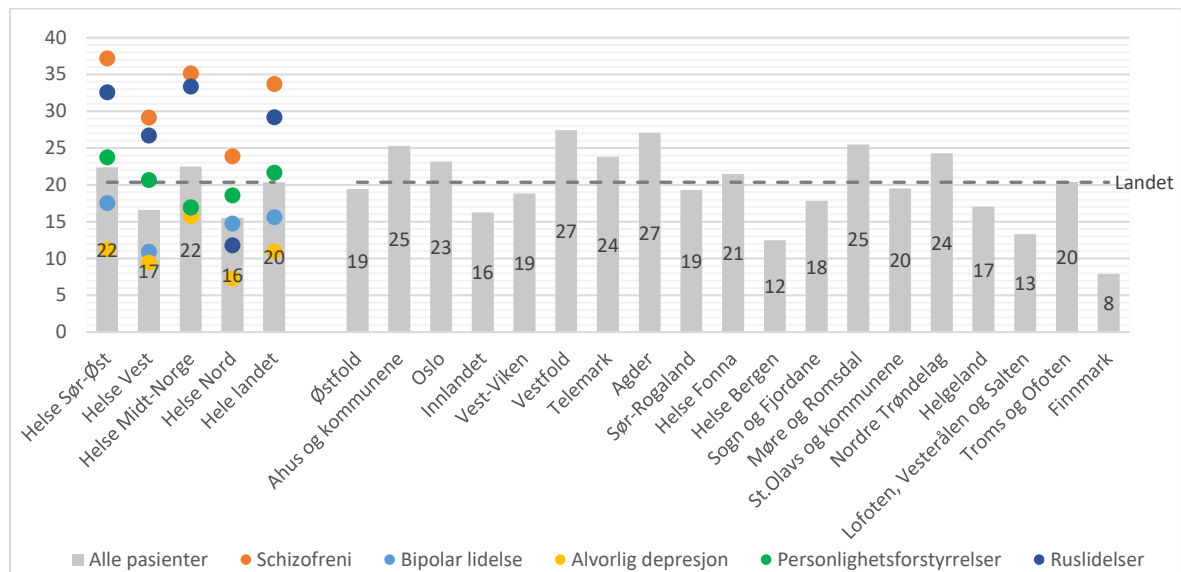


Samarbeidsmøte

Totalt hadde 20 prosent av pasientene utvalget ett eller flere samarbeidsmøter i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning¹⁴. Se figur 32. Andelen var lavere i Helse Nord (16 prosent) og Helse Vest (17 prosent) enn i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge (begge 22 prosent). Mellom helsefelleskapene varierte andelen fra 8 prosent i Finnmark til 27 prosent i Vestfold og Agder. Det var store forskjeller mellom diagnosegruppene, men i alle regioner var samarbeidsmøte mest utbredt blant pasienter med schizofreni.

¹⁴ Inklusive samarbeidsmøter samme dag. Se avsnitt 6.3.

Figur 32. Andel pasienter med **samarbeidsmøte** i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgntil behandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). Prosent. Total N = 15587.



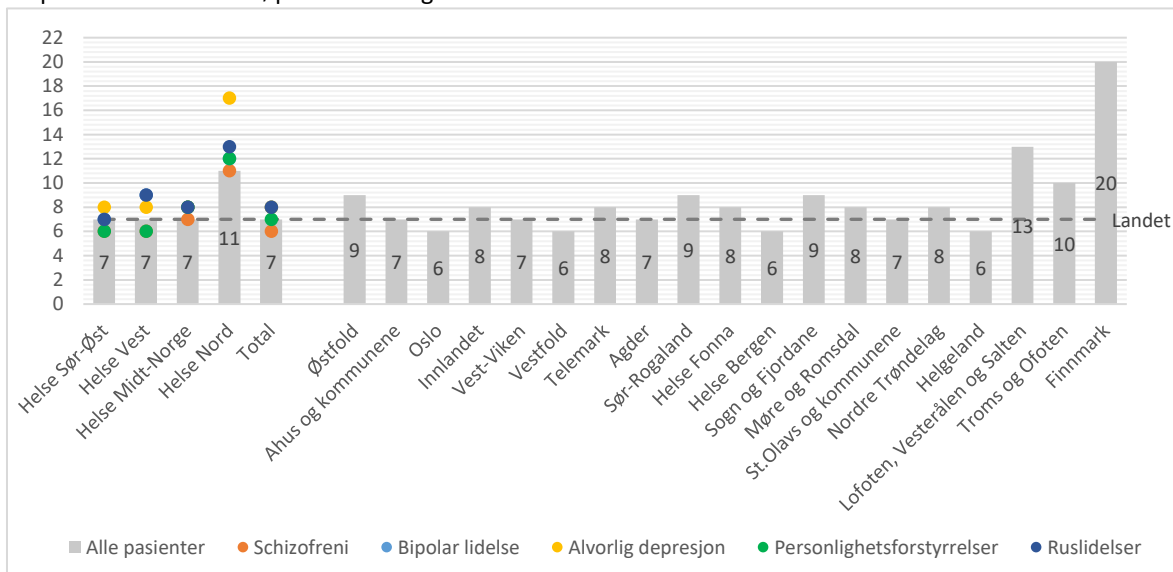
8.3 Tid til første kontakt

I dette avsnittet beskriver vi geografisk variasjon i tid fra utskrivning til første polikliniske kontakt, innleggelse i psykisk helsevern, konsultasjon med fastlege og kontakt med legevakt.

Tid til første polikliniske kontakt

Figur 33 viser antall dager til første polikliniske kontakt, fordelt etter bosted og diagnosegruppe. Det gikk lenger tid til første kontakt i Helse Nord (11 dager) enn i de andre tre regionene (alle 7 dager). Samtidig var det store forskjeller mellom helsefelleskapene i Helse Nord: Median antall dager til første polikliniske kontakt varierte fra 6 dager i Helgeland til 20 dager i Finnmark. Det var relativt små forskjeller mellom diagnosegruppene i antall dager til første polikliniske kontakt.

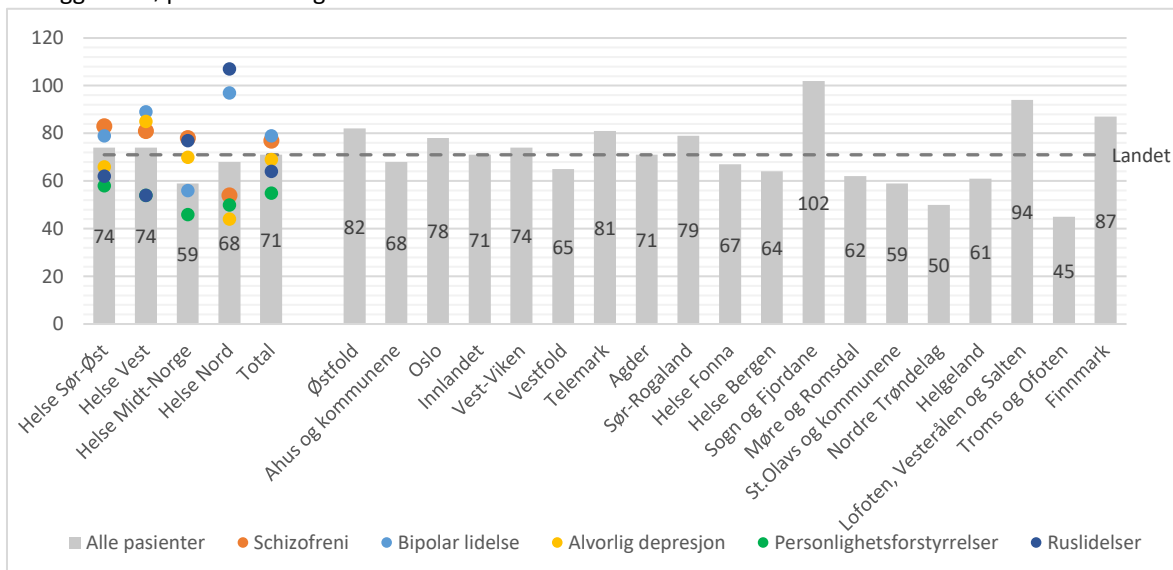
Figur 33. Median **antall dager til første polikliniske kontakt** etter utskrivning fra døgnerbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en poliklinisk kontakt i løpet av 365 dager. Total N = 13507.



Tid til første innleggelse

Figur 34 viser geografisk variasjon i antall dager til første innleggelse i psykisk helsevern. Det gikk kortere tid til første innleggelse blant pasienter i Helse Midt-Norge (59 dager) enn i de andre tre regionene (68-74 dager). Her var det også store forskjeller mellom helsefelleskapene. Median antall dager til første innleggelse varierte fra 45 dager i Troms og Ofoten til 102 dager i Sogn og Fjordane. Også i Lofoten, Vesterålen og Salten og i Finnmark gikk det lang tid til første innleggelse (hhv. 94 og 87 dager).

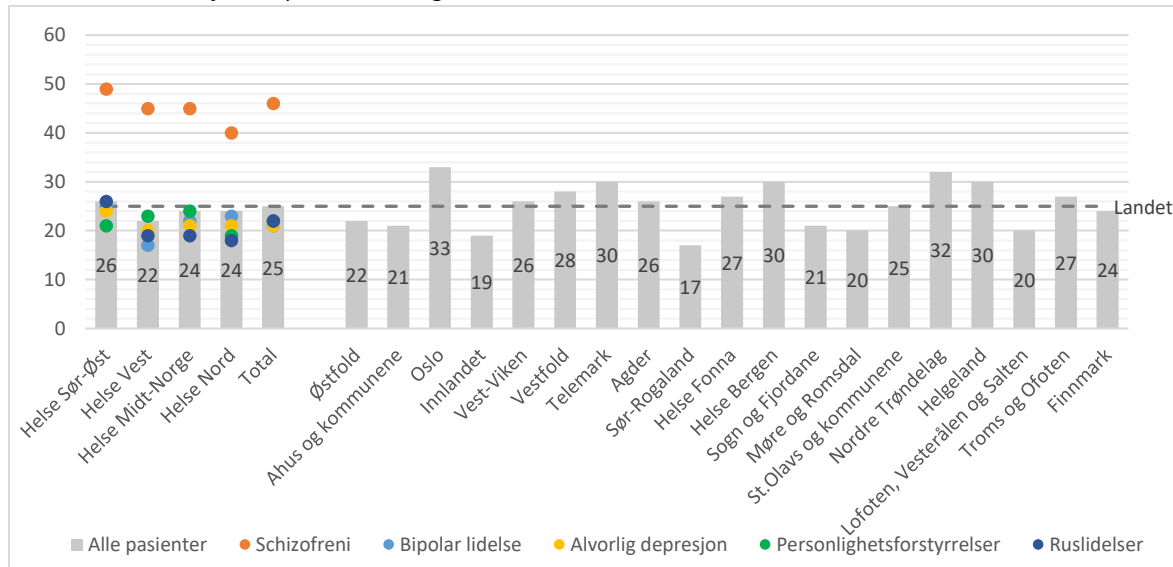
Figur 34. Median **antall dager til første innleggelse** etter utskrivning fra døgnerbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en innleggelse i løpet av 365 dager. Total N = 7804.



Tid til første konsultasjon med fastlege

Figur 35 viser geografisk variasjon i antall dager til første konsultasjon med fastlege. Median varierte fra 22 dager i Helse Vest til 26 dager i Helse Sør-Øst. I alle regionene gikk det lengst tid til første konsultasjon med fastlege blant pasienter med schizofreni og var det mindre forskjell mellom de andre diagnosegruppene. Mellom helsefelleskapene varierte antall dager fra 17 i Sør-Rogaland til 33 i Oslo.

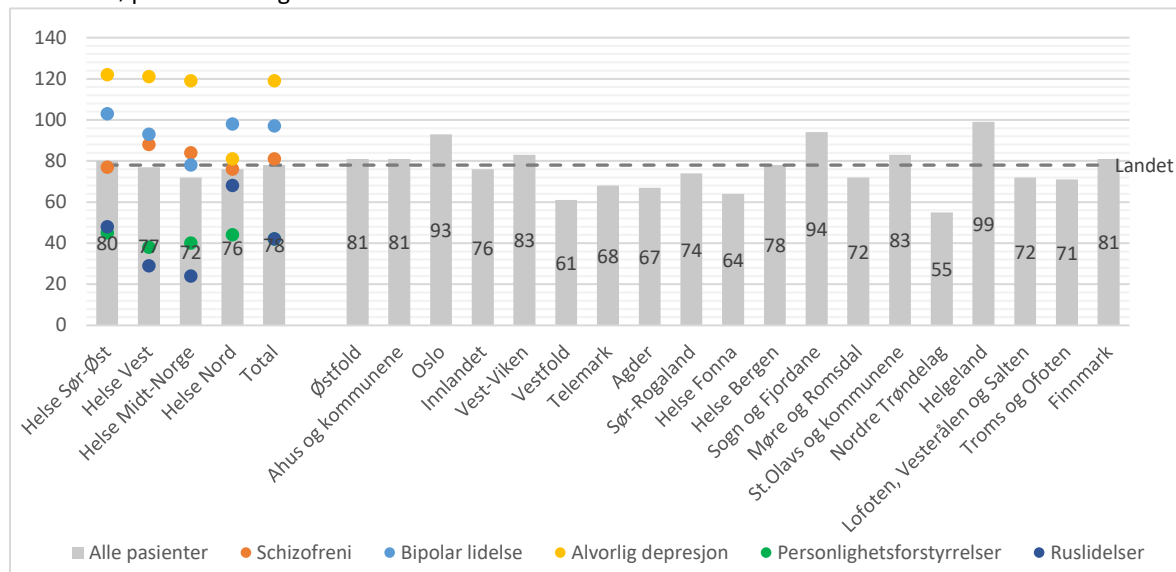
Figur 35. Median antall dager til første konsultasjon med fastlege etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en konsultasjon i løpet av 365 dager. Total N = 13887.



Tid til første kontakt med legevakt

Figur 36 viser geografisk variasjon i antall dager til første kontakt med legevakt. Median varierte fra 72 dager i Helse Midt-Norge til 80 dager i Helse Vest. I alle regioner var det store forskjeller mellom diagnosegruppene, med kortest tid til første kontakt med legevakt blant pasienter med ruslidelser eller personlighetsforstyrrelser, og lengst tid blant pasienter med alvorlig depresjon. Mellom helsefelleskapene varierte tid til første kontakt fra 55 dager i Nordre Trøndelag til 99 dager i Helgeland.

Figur 36. Median **antall dager til første kontakt med legevakt** etter utskrivning fra døgntil behandling i psykisk helsevern fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en kontakt i løpet av 365 dager. Total N = 10718.



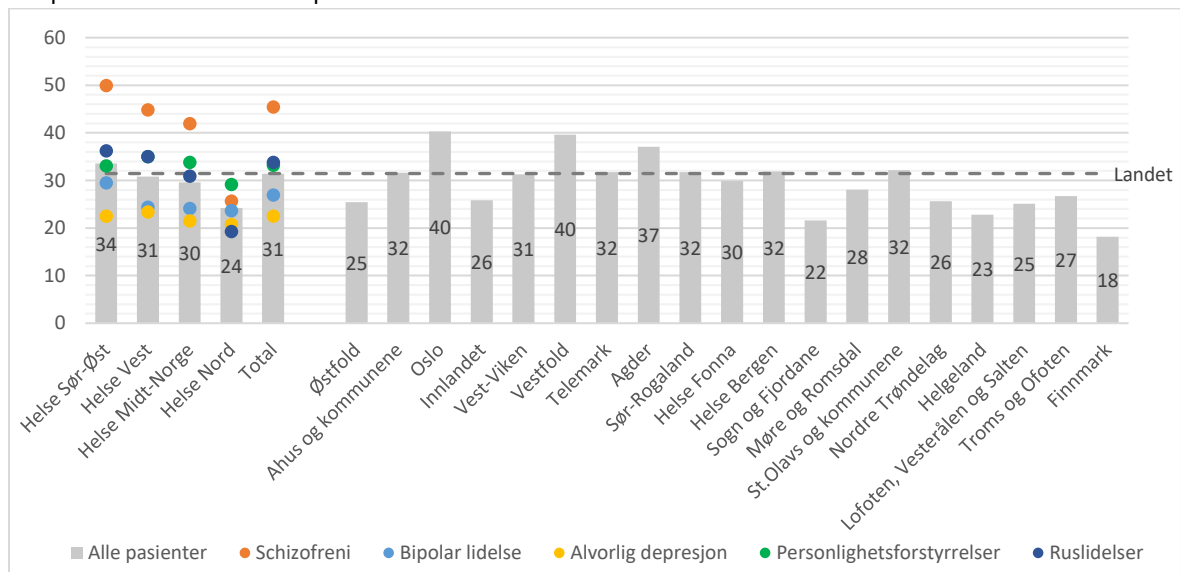
8.4 Omfang av tjenester 365 dager etter utskrivning

I dette avsnittet beskriver vi geografisk variasjon i omfang av ulike tjenester i løpet av 365 dager etter utskrivning. Beregning av omfang er avgrenset til pasienter som har mottatt aktuell tjeneste, jf. kapittel 5.

Antall polikliniske kontakter per pasient

Figur 37 viser geografisk variasjon i antall polikliniske kontakter per pasient. Pasienter i Helse Nord hadde i gjennomsnitt færrest polikliniske kontakter i løpet av året (24), mens pasienter i Helse Sør-Øst hadde flest (34). I alle regioner var det flest polikliniske kontakter blant pasienter med schizofreni, med unntak av i Helse Nord. Det var store forskjeller mellom helsefelleskapene. Pasienter i Oslo og Vestfold hadde flest polikliniske kontakter i løpet av året (40) og mer enn dobbelt så mange som pasienter i Finnmark (18).

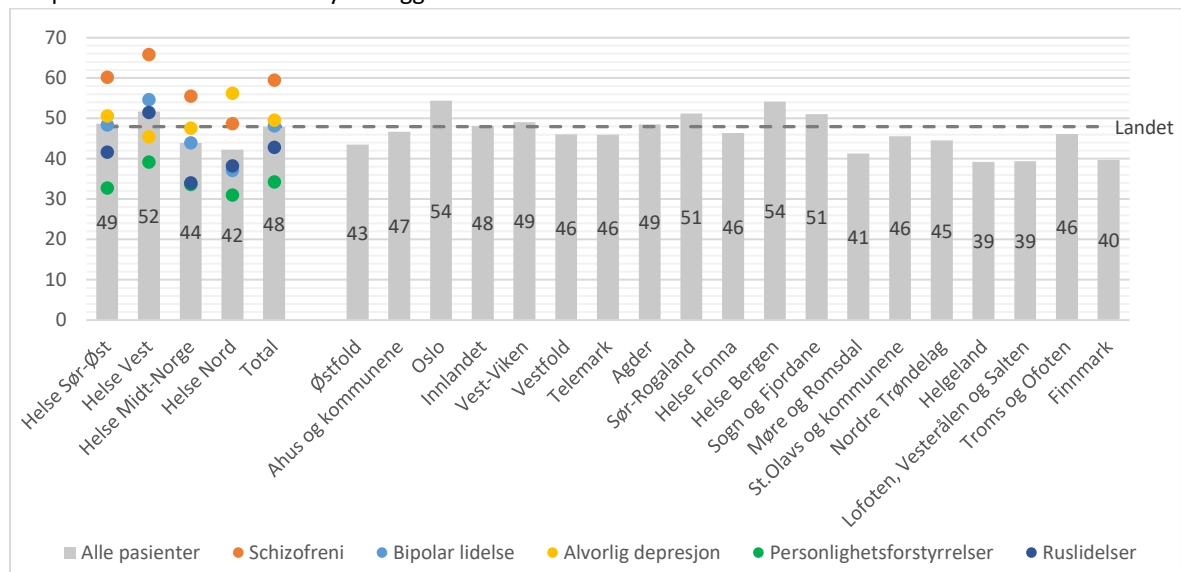
Figur 37. Gjennomsnitt **antall polikliniske kontakter per pasient** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnerbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en poliklinisk kontakt. Total N = 13507.



Antall oppholdsdøgn per pasient

Figur 38 viser geografisk variasjon i antall oppholdsdøgn per pasient. Gjennomsnittet varierte fra 42 oppholdsdøgn per pasient i Helse Nord til 52 oppholdsdøgn per pasient i Helse Vest. Det var færrest oppholdsdøgn blant pasienter i Helgeland og i Lofoten, Vesterålen og Salten (39), og flest oppholdsdøgn blant pasienter i Oslo og Helse Bergen (54). Både i Helse Midt-Norge og i Helse Nord lå alle helsefelleskapene under landsgjennomsnittet (48 oppholdsdøgn).

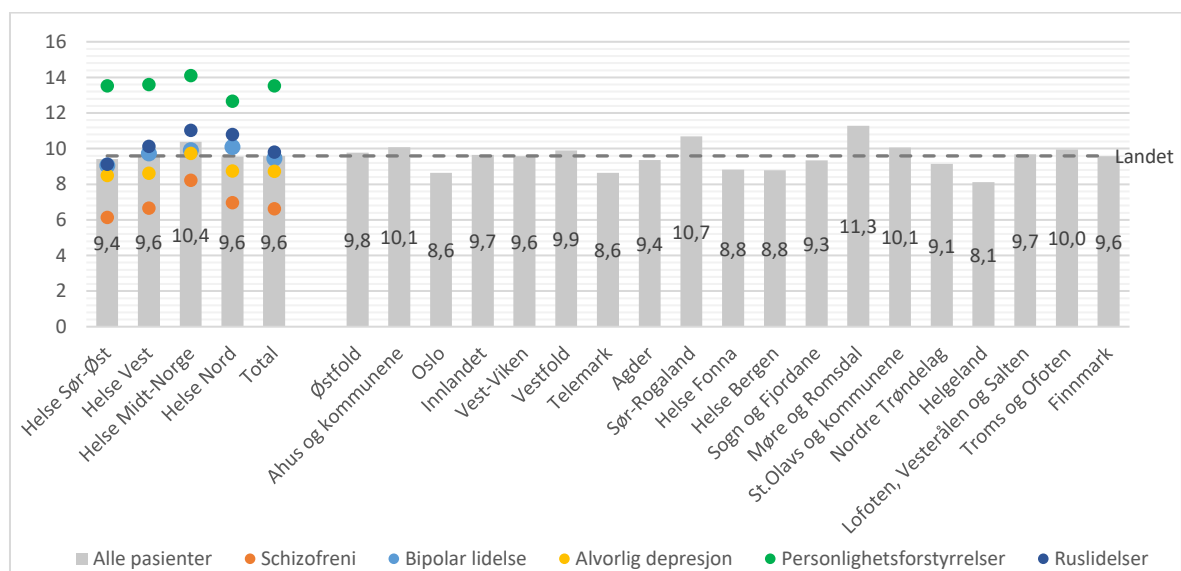
Figur 38. Gjennomsnitt **antall oppholdsdøgn per pasient** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en ny innleggelse. Total N = 7804.



Antall konsultasjoner hos fastlege per pasient

Figur 39 viser geografisk variasjon i antall konsultasjoner hos fastlege per pasient. Her er det relativt små forskjeller mellom regionene, men store forskjeller mellom diagnosegruppene. I alle regionene var det flest konsultasjoner blant pasienter med personlighetsforstyrrelser, og færrest konsultasjoner blant pasienter med alvorlig depresjon. Mellom helsefelleskapene varierte antall konsultasjoner fra 8,1 i Helgeland til 11,3 i Møre og Romsdal.

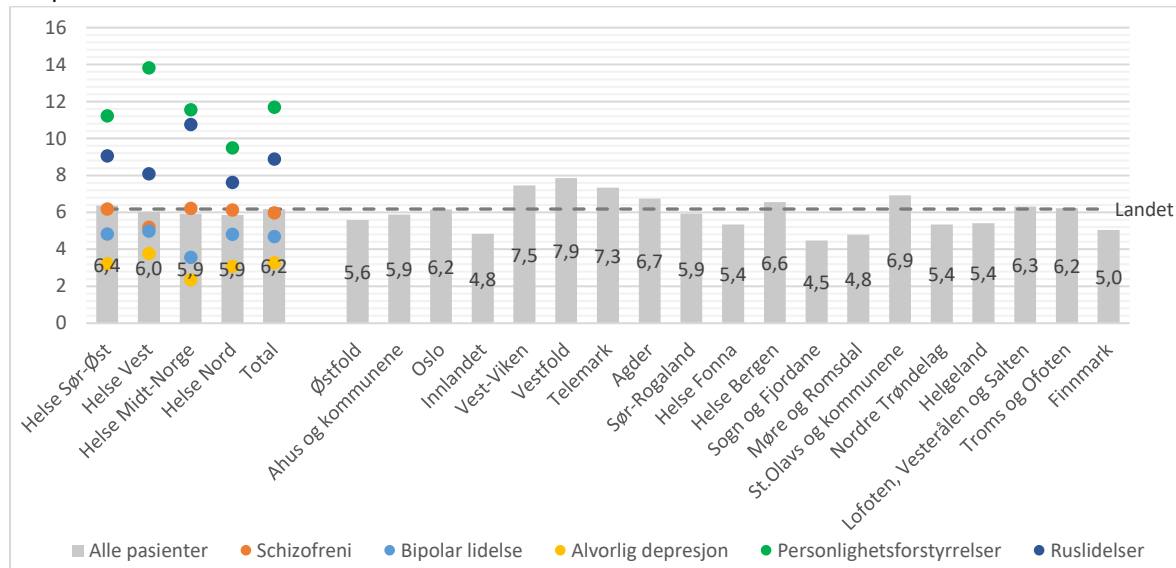
Figur 39. Gjennomsnitt **antall konsultasjoner hos fastlege per pasient** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en konsultasjon. Total N = 13887.



Antall kontakter med legevakt per pasient

Figur 40 viser geografisk variasjon i antall kontakter med legevakt per pasient. Også her er det relativt små forskjeller mellom regionene, men store forskjeller mellom diagnosegruppene. I alle regionene var det flest kontakter blant pasienter med personlighetsforstyrrelser og færrest kontakter blant pasienter med alvorlig depresjon. Mellom helsefelleskapene varierte antall kontakter med legevakt fra 4,5 kontakter per pasient i Sogn og Fjordane til 7,9 kontakter per pasient i Vestfold.

Figur 40. Gjennomsnitt antall kontakter med legevakt per pasient i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). For pasienter med minst en kontakt. Total N = 10718.



8.5 Ambulante kontakter og ACT/FACT team

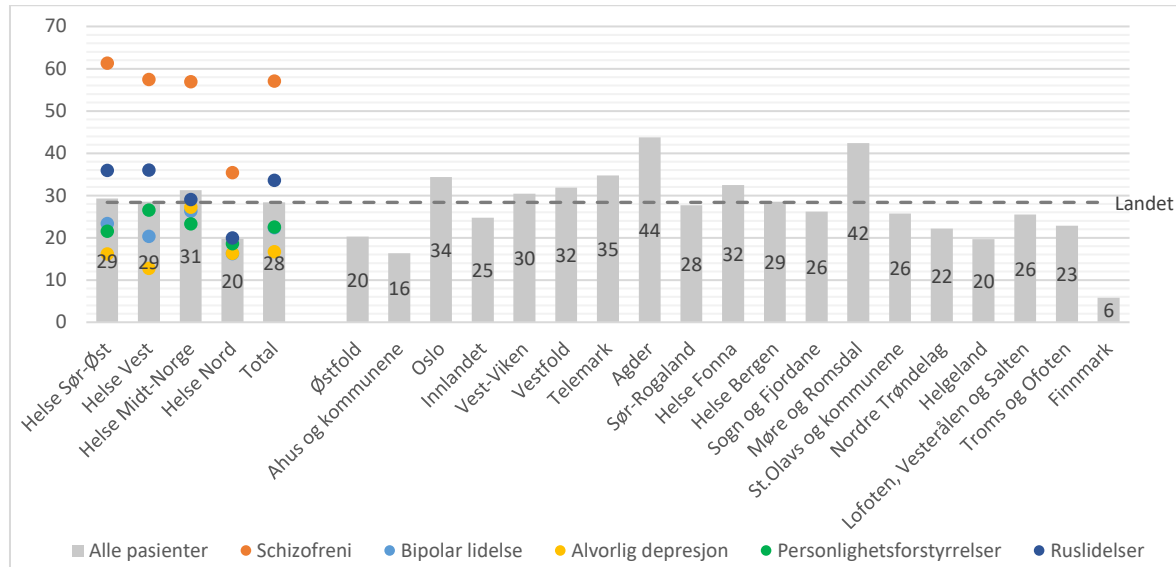
I dette avsnittet beskriver vi geografisk variasjon i bruk av ambulante kontakter og tjenester fra ACT/FACT etter utskrivning

Ambulant kontakt

Figur 41 viser geografisk variasjon i andel pasienter som hadde ambulant kontakt i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Ambulant kontakt var mindre utbredt blant pasienter i Helse Nord (20 prosent) enn blant pasienter i de andre tre regionene (29-31 prosent). Her er det også store forskjeller mellom helsefelleskapene. I Helse Nord ligger alle helsefelleskap under landsgjennomsnittet, men andelen er særlig lav i Finnmark (6 prosent). Andelen pasienter med ambulant kontakt er høyest i Agder (44 prosent). I alle regioner var ambulant kontakt betydelig mer

utbredt blant pasienter med schizofreni enn blant pasienter i de andre diagnosegruppene.

Figur 41. Andel pasienter med **ambulant kontakt** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt psykiatri i psykisk helsevern, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose (utvalgte diagnosegrupper). Prosent. Total N = 15587.

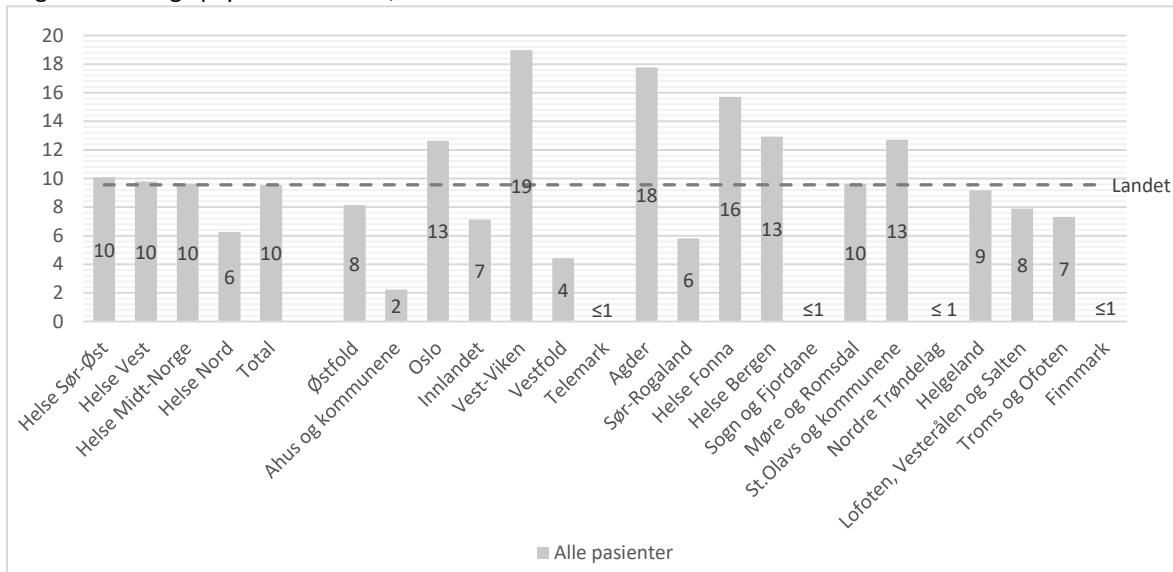


ACT/FACT team

Figur 42 viser geografisk variasjon i bruk av tjenester fra ACT/FACT team. På grunn av små volum er det kun vist tall for hele pasientutvalget. Andelen pasienter som mottok tjenester fra ACT/FACT team var lavere i Helse Nord (6 prosent) enn i de andre tre regionene (alle 10 prosent). I alle regioner var det store forskjeller mellom helsefelleskapene. ACT/FACT team var minst utbredt blant pasienter i Telemark, Sogn og Fjordane, Nordre Trøndelag og Finnmark (≤ 1 prosent) og mest utbredt i Vest-Viken (19 prosent).

Som nevnt tidligere var det langt flere pasienter som mottar tjenester fra ACT/FACT team i Norge enn de som fanges opp i vårt utvalg (se avsnitt 5.2.6), og variasjonen er ikke nødvendigvis representativ for tjenestetilbudet i sin helhet.

Figur 42. Andel pasienter som mottok tjenester fra **ACT/FACT team** i løpet av 365 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter bosted. Prosent. N = 15587.



9 Vedlegg

Tabell A. Antall pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble utskrevet fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020. Etter bosted og utskrivningsdiagnose (ICD-10). Informasjon om bosted mangler for 42 av pasientene i utvalget (N = 15587).

Bosted		Utskrivningsdiagnose						
		Alle	Schizofreni (F20, F25)	Bipolar lidelse (F30, F31)	Alvorlig depresjon (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3)	Personlighetsforstyrrelse (F60-F69)	Ruslidelse (F10-F19)	Øvrige diagnoser
Region	Helse Sør-Øst	8 304	1 770	1 061	624	766	467	3 616
	Helse Vest	3 533	717	486	360	305	236	1 429
	Helse Midt-Norge	2 065	430	289	165	189	117	875
	Helse Nord	1 643	356	197	110	140	85	755
	Hele landet	15 545	3 273	2 033	1 259	1 400	905	6 675
Helsefelleskap	Østfold	946	171	95	59	122	59	440
	Ahus og kommunene	1 206	209	139	79	145	64	570
	Oslo	1 923	527	269	137	157	101	732
	Innlandet	995	153	125	89	70	59	499
	Vest-Viken	1 201	232	181	120	90	59	519
	Vestfold	609	141	88	38	50	41	251
	Telemark	512	134	50	39	43	33	213
	Agder	912	203	114	63	89	51	392
	Sør-Rogaland	1 290	251	172	166	97	86	518
	Helse Fonna	484	99	85	32	54	40	174
	Helse Bergen	1 484	299	181	144	135	97	628
	Sogn og Fjordane	275	68	48	18	19	13	109
	Møre og Romsdal	757	131	131	78	53	44	320
	St. Olavs og kommunene	983	229	125	78	98	44	409
	Nordre Trøndelag	325	70	33	9	38	29	146
	Helgeland	229	50	29	12	22	11	105
	Lofoten, Vesterålen og Salten	443	78	43	34	41	28	219
	Troms og Ofoten	643	157	81	35	59	34	277
	Finnmark	328	71	44	29	18	12	154

Utgitt

Januar 2024

Forfatter

Hanne Lehn

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

Postadresse

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Sorgenfriveien 11, 7031 Trondheim

Forsidefoto

© Carlos Castilla / Mostphotos

Design

Itera as