

SINTEF A684

# RAPPORT

## *Registrering av dagbehandling ved DPS*

Helge Hagen

***SINTEF Helse***

Desember 2006



**SINTEF****SINTEF RAPPORT****SINTEF Helse**

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Registrering av dagbehandling ved DPS**

FORFATTER(E)

Helge Hagen

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A684	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Björg Gammersvik	
GRADER DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04191-0 82-14-04191-0	PROSJEKTNR. 78I053.30	ANTALL SIDER OG BILAG 111 inkl. bilag
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PHA\prosjekt\78I05330\rapport A684		PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.) Helge Hagen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2006-12-19	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Britt Venner <i>Britt Venner</i>	

**SAMMENDRAG**

Det foreliggende forprosjekt har som mål å avdekke årsaker til at volumet av dagbehandling ved DPS i henhold til offentlig statistikk fra SSB har blitt redusert hvert år hittil i planperioden for Opptappingsplanen, mens det er skjellig grunn til å anta at dagbehandling ved DPS er i vekst – både kvantitativt og kvalitativt.

Arbeidet er hovedsakelig utført ved å sammenholde og analysere opplysninger om dagbehandling og poliklinisk virksomhet som rutinemessig innhentes av SSB og NPR – hvorav data fra SSB er basert på institusjonsstatistikk, mens NPR er et pasientregister på individnivå.

Dagens rutinemessige innhenting av data til NPR på individnivå (MBDS) – den nåværende NPR-meldingen – skulle i prinsippet være tilstrekkelig nyansert til å kunne fange opp art og volum av dagbehandling ved DPS. Resultater de siste år viser at dette ikke er tilfelle. Disse data er fremdeles for ukomplette til å bli anvendt som hovedkilde til opplysninger om dagaktivitet. I 2005 var for eksempel volumet av innrapporterte dagopphold bare halvparten av tilsvarende volum registrert av SSB. Det må foretas betydelige endringer og tilpasninger før MBDS vil kunne fange opp art og volum av den dagbaserte virksomheten, og skille den fra tilgrensende tilbud utenfor døgninstitusjon.

Ved å avdekke systematiske feil eller trender i opplysningene som inngår i MBDS har vi påpekt mekanismer som også gjelder i forholdet mellom Institusjon – systemleverandør – SSB. Dette vedrører bl a opplysninger om hvordan dagaktivitet defineres, registreres og avgrenses fra poliklinisk aktivitet lokalt, hvilke kategorier og klassifiseringskriterier som anvendes hos systemleverandøren som er ansvarlig for uttak og videre avlevering av data, og om avleverte data er i henhold til kravspesifikasjoner til SSB og NPR.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental Health
EGENVALGTE	DPS	Community Mental Health Center



## Forord

Sosial- og helsedirektoratet påpeker at det ikke finnes tilfredsstillende statistikk over antall dagopphold ved DPS-ene fra 1996 og fram til i dag. Det pekes på at dette både kan være knyttet til mangel på standardisert statistikk som er sammenlignbar over tid, og endrede definisjoner og avgrensninger av dagbehandling i forhold til andre behandlingsformer, f eks poliklinisk behandling. På denne bakgrunn ble SINTEF Helse bedt om å komme med forslag til konkrete tiltak som kan bidra til at vi gjennom SAMDATA-prosjektet kan få til en enhetlig og helhetlig registrering av dagvirksomheten ved DPS-ene.

I det foreliggende forprosjektet går vi den gjeldende registreringspraksis nærmere etter i sømmene, og håper at analysene og resultatene som fremkommer kan danne basis for videre arbeid med å definere og dokumentere dagbehandling ved DPS-ene – og ikke minst avklare hvordan denne behandlingsformen skal avgrenses fra poliklinisk virksomhet.

Fra og med 1/1-2007 overtar for øvrig Staten ved Sosial- og helsedirektoratet ansvaret for drift av NPR og videreutvikling av NPR-meldingen, som definerer hva pasientdata innen psykisk helsevern for voksne skal inneholde, og hvordan de skal innhentes.

Solfrid Lilleeng har vært svært delaktig i å fremskaffe tallmateriale for mange av analysene som inngår i rapporten, mens Hanne Kvam har sydd det hele sammen til en rapport.

Trondheim, desember 2006

Helge Hagen



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Innholdsfortegnelse .....	5
Tabelloversikt .....	8
Figuroversikt .....	11
Sammendrag .....	13
1 Innledning .....	19
1.1 Forprosjektets mål og metode.....	19
1.2 Bakgrunn.....	19
1.3 Sammenlignende analyser av data om dagbehandling og poliklinisk virksomhet fra SSB og MBDS/NPR .....	20
1.4 Analyser av data fra pasientregistreringen i en 14-dagersperiode høsten 2004 .....	21
2 Hva viser offentlig statistikk om antall oppholdsdager for dagpasienter?23	
2.1 Endringer i antall dagopphold på nasjonalt plan 1996-2005.....	24
2.2 Dagbehandling og poliklinisk behandling i planperioden 1999-2005 .....	26
2.3 Registreringsmetoder .....	30
2.3.1 Registreringsmetode dagpasienter 1991-2005 .....	30
2.4 Kan resultatene være uttrykk for endret registreringspraksis? .....	30
2.5 Hvordan kan resultatene ellers tolkes? .....	31
2.5.1 Endret innhold i begrepet dagbehandling, men samme registreringsmåte.....	31
2.6 Omdefinering av dagbehandling til polikliniske tilbud ut fra faglige og/eller økonomiske incentiver .....	33
2.7 Endring fordi kommunale dagsentra tar hånd om dagsenter virksomhet som tidligere lå under psykisk helsevern. ....	35

3	Art og omfang av dagbehandling ved DPS belyst ved Minste Basis Datasett .....	37
3.1	Kapitlets mål .....	37
3.2	Registreringsmetode MBDS .....	39
3.3	MBDS: Kompletthet – antall oppholdsdager ved DPS .....	41
3.3	Systemleverandørene ved DPS: kompletthet og kvalitet .....	43
3.4	Parallell registrering av registreringsepisoder for dagbehandling og poliklinisk behandling ved DPS.....	46
3.5	Poliklinisk aktivitet som inngår i registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS ....	47
4	Kvalitet og kompletthet i data fra MBDS om dagbehandling i psykisk helsevern for voksne .....	51
4.1	Datakvalitet .....	51
4.2	Kvalitet på rapportering fra systemleverandørene .....	52
4.3	Kompletthet .....	53
4.4	Polikliniske konsultasjoner som inngår i registreringsepisoder for dagpasienter .....	55
5	Nasjonal statistikk om dagbehandling ved DPS - avsluttende betraktninger.....	59
6	Kjennetegn ved dagpasienter og polikliniske pasienter .....	69
6.1	Formålet med kapitlet.....	69
6.2	Metode og gjennomføring.....	69
6.3	Institusjonstype.....	70
6.4	Type tilbud.....	71
6.5	Tilbud utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern for voksne .....	72
6.6	Tilbud utenfor døgninstitusjon ved DPS .....	73
6.7	Sosiodemografiske kjennetegn ved dagpasienter og polikliniske pasienter ved DPS.	75
6.7.1	Kjønn.....	75
6.7.2	Alder .....	76
6.7.3	Sivilstatus .....	77
6.8	Sosioøkonomisk bakgrunn blant dagpasienter og polikliniske pasienter ved DPS.....	79
6.8.1	Viktigste kilde til livsopphold.....	79



6.8.2	Utdanningsbakgrunn.....	80
6.9	Forhold knyttet til oppstart av behandlingen .....	81
6.9.1	Inntaksmåte .....	81
6.9.2	Henvissende instans.....	82
6.10	Pasientenes nåværende behandlingssituasjon .....	82
6.11	Hoveddiagnose og tilleggssymptomer i pasientens nåværende behandlingssituasjon	84
6.11.1	Hoveddiagnose .....	84
6.11.2	Suicidalproblemer/selvskadetendens siste år .....	86
6.11.3	Rusmiddelmisbruk .....	86
6.11.4	Betydelige spiseforstyrrelser .....	89
6.12	Bruk av tvang og tvangsmidler .....	90
6.12.1	Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i psykisk helsevern for voksne .....	90
6.12.2	Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold: behandling med legemidler uten eget samtykke	90
6.13	Individuell plan, samarbeid og koordinering .....	91
6.14	Bruk av behandlingsformer.....	92
	Vedlegg til kapittel 3 .....	97
	Vedlegg til kapittel 4 .....	105
	Litteraturliste .....	111

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne 1996-2005. Antall og prosent endring. Hele tusen. Kilde: SSB .....	24
Tabell 2.2	Antall polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne eksklusive DPS. Sykehus og totalt 1998-2005. Hele tusen. ....	26
Tabell 2.3	Antall oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner ved DPS. 1998-2005. Hele tusen.....	27
Tabell 2.4	Antall polikliniske konsultasjoner og antall oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne. 1998-2005. Hele tusen.....	29
Tabell 3.1	Innrapporterte oppholdsdager ved DPS til SSB og NPR (MBDS). Antall og prosentandel innrapportert til NPR i forhold til SSB. 2001- 2005 .....	41
Tabell 3.2	Oppholdsdager for dagpasienter ved DPS. Innrapporterte oppholdsdager til NPR (MBDS) i prosent av SSB. Etter helseregion. 2004 og 2005 .....	42
Tabell 3.3	Oppholdsdager for dagpasienter ved sykehus og DPS. Innrapporterte oppholdsdager for dagpasienter til NPR (MBDS) som prosent av SSB. Etter institusjonstype. 2004 og 2005 .....	43
Tabell 3.4	Oppholdsdager ved DPS innrapportert til NPR og SSB etter systemleverandør. Andel dager innrapportert til NPR i prosent av antall oppholdsdager SSB. 2005. ....	44
Tabell 3.5	Antall DPS-er per systemleverandør totalt, prosentandel dager innrapportert til NPR i forhold til SSB, antall og andel oppholdsdager ved SSB som mangler pasientdata fra NPR, antall DPS innrapportert til SSB som mangler pasientopplysninger fra NPR (i forhold til innrapporterte oppholdsdager til SSB), antall dager innrapportert til NPR ved DPS som mangler data fra SSB og antall DPS ved NPR som mangler data om dagvirksomhet fra SSB. Per systemleverandør. 2005. ....	44
Tabell 3.6	Volum av innrapporterte oppholdsdager ved DPS til NPR i prosent av volum SSB. Prosentpoeng endring 2004-2005 etter systemleverandør. ....	46
Tabell 3.8	Registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS. Andel registreringsepisoder etter systemleverandør og hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av episoden. Samme pasient kan motta flere dagbehandlingsserier. 2005.....	50

Tabell 4.1	Antall registreringsepisoder for dagpasienter og prosentandel av episodene der opplysning om antall dager, samlet antall timer og antall oppmøter (etter sted for aktivitet) enten er utelatt, har ugyldige verdier, eller er oppført med null. 2005. ....	51
Tabell 4.2	Antall registreringsepisoder for dagpasienter, prosentandel dager der pasienten var tilstede, timer der pasienten har vært tilstede og sted for aktivitet (antall oppmøter) i registreringsepisoden. 2004 og 2005. ....	52
Tabell 4.3	Registreringsepisoder for dagpasienter etter kvalitet på rapportering fra systemleverandørene. Prosentandel av registreringsepisodene der antall dager og antall timer ble registrert med null, ugyldige verdier eller er ubesvart. 2005. N=11 784. ....	53
Tabell 4.4	Volum av oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner med refusjon RTV innrapportert til NPR på MBDS-format ved sykehus, DPS og psykisk helsevern totalt. 2001-2005. ....	54
Tabell 4.5	Volum av oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner med refusjon RTV innrapportert til SSB i prosent av volum innrapportert til SSB ved sykehus, DPS og psykisk helsevern totalt. 2001-2005. ....	54
Tabell 4.6	Volum av oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner med refusjon RTV innrapportert til NPR i prosent av volum innrapportert til SSB ved sykehus, DPS og psykisk helsevern totalt. 2001-2005. ....	54
Tabell 4.7	Registreringsepisoder for dagpasienter kategorisert etter ulike former for samtidig registrering av poliklinisk aktivitet for pasientene. Systemleverandør DIPS. 2004 og 2005. ....	55
Tabell 4.8	Andel registreringsepisoder for dagpasienter etter systemleverandør og hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av episoden. Samme pasient kan motta flere dagbehandlingsserier. 2005. ....	57
Tabell 4.9	Oppholdsdager for dagpasienter ved DPS. Andel dagbehandlingsserier kategorisert etter type institusjon og hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av serien. Samme pasient kan motta flere dagbehandlingsserier. 2005. ....	58
Tabell 5.1	Estimert antall oppholdsdager ved DPS i perioden 2001-2005. ....	64
Tabell 6.1	Antall og prosentandel pasienter ved ikke-døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern for voksne etter institusjonstype. 2004. ....	70
Tabell 6.2	Antall og prosentandel pasienter ved de ulike hovedtyper ikke-døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern for voksne høsten 2004. N=21 527. ....	72
Tabell 6.3	Kjønnsfordeling ved DPS etter behandlingsform (prosent). N=13 276. ....	76

Tabell 6.4	Aldersfordeling ved DPS etter behandlingsform (prosent). N= 13 284 .....	76
Tabell 6.5	Sivilstatus ved DPS etter behandlingsform (prosent). N=13 289. ....	78
Tabell 6.6	Viktigste kilde til livsopphold ved DPS (prosent). N=13 259.....	79
Tabell 6.7	Utdanningsbakgrunn etter behandlingsform (prosent). DPS 2004. N=13 041. ....	81
Tabell 6.8	Inntaksmåte etter behandlingsform (prosent). DPS 2004. ....	81
Tabell 6.9	Prosentandel av pasientene ved DPS som behandles av et tverrfaglig team. N=13 010. ....	82
Tabell 6.10	Antall oppmøtedager ved DPS i løpet av registreringsperioden (14 dager). Prosent.....	83
Tabell 6.11	Hoveddiagnose ved DPS. Prosent. ....	84
Tabell 6.12	Suicidalproblemer/selvskadetendenser siste år etter behandlingsform (prosent). ....	86
Tabell 6.13	Rusmiddelmissbruk de siste ukene før behandlingsstart. Ikke-døgnbaserte tilbud ved DPS. Prosent. ....	87
Tabell 6.14	Hvis pasienten har en ruslidelse, har behandlingsenheten et behandlingsavsvær for denne?.....	89
Tabell 6.15	Prosentandel og antall pasienter ved DPS med anorexi etter behandlingsform. ....	89
Tabell 6.16	Prosentandel og antall pasienter ved DPS med bulimi etter behandlingsform..	90
Tabell 6.17	Prosentandel av pasientene som ved behandlingsstart var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	90
Tabell 6.19	Prosentandel av pasientene som <i>på registreringstidspunktet</i> var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	90
Tabell 6.19	Prosentandel av pasientene som ble behandlet med legemidler uten eget samtykke ved behandlingsstart. ....	90
Tabell 6.20	Prosentandel av pasientene ved som ble behandlet med legemidler uten eget samtykke på registreringstidspunktet.....	91
Tabell 6.21	Har pasienten individuell plan?.....	91
Tabell 6.22	Har behandlingsenheten eventuelt en spesifisert rolle i den? .....	92
Tabell 6.23	Prosentandel av pasientene ved DPS som mottar ulike behandlingstilbud. Etter behandlingsform. ....	93

Tabell 6.24	Prosentandel av dagpasientene ved DPS som mottar kombinasjoner av ulike behandlingstilbud. ....	95
-------------	---	----

## Figuroversikt

Figur 2.1	Antall oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne i perioden 1991 til 2005. ....	7
Figur 2.2	Antall oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne 1996-2005. Etter institusjonstype. Hele tusen. ....	7
Figur 2.3	Antall oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne 1996-2005. Totalt og ved DPS. Hele tusen. ....	7
Figur 2.4	Antall polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne eksklusive DPS. 1996-2005. Hele tusen. ....	7
Figur 2.5	Antall oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner ved DPS. 1996-2005. Hele tusen. ....	7
Figur 3.1	Antall innrapporterte oppholdsdager ved DPS til SSB og NPR (MBDS) 2001-2005. ....	7
Figur 3.2	Oppholdsdager for dagpasienter ved DPS. Prosentandel av innrapporterte registreringsepisoder til NPR kategorisert etter hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av serien. 2004 og 2005. ....	7
Figur 4.1	Prosentandel av innrapporterte registreringsepisoder for dagpasienter kategorisert etter hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av serien. 2004 og 2005. ....	7
Figur 5.1	Antall polikliniske konsultasjoner ved DPS som sorterer under DIPS hhv med- og uten refusjon fra RTV. ....	7
Figur 5.2	Estimert antall oppholdsdager ved DPS i perioden 2001-2005, holdt opp mot antall oppholdsdager som forutsettes for at målet i Opptrappingsplanen om 90 000 flere oppholdsdager ved DPS skal innfris innen 2008, gitt en lineær årlig vekst på 9000 flere dagopphold ved DPS. ....	7
Figur 6.1	Prosentandel pasienter ved ikke-døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern for voksne etter institusjonstype. 2004. N=21 527. ....	7
Figur 6.2	Prosentandel pasienter ved de ulike hovedtyper tilbud utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern for voksne høsten 2004. N= 21 527. ....	7

Figur 6.3	Prosentandel av dagpasientene ved DPS som mottok ulike kombinasjoner av parallelle ikke-døgntilbud i løpet av en 14-dagersperiode i september 2004. N=1 065.....	7
Figur 6.4	Prosentandel pasienter ved tilbud utenfor døgninstitusjon ved DPS høsten 2004. N= 13 339. ....	7
Figur 6.5	Prosentvis aldersfordeling blant polikliniske pasienter og dagpasienter. 2004. ....	7
Figur 6.6	Prosentvis fordeling av gifte og samboende blant polikliniske pasienter og dagpasienter. 2004. ....	7
Figur 6.7	Viktigste kilde til livsopphold ved DPS (prosent). N=13 259.....	7
Figur 6.8	Henvissende instans til DPS etter behandlingsform (prosent). ....	7
Figur 6.9	Antall oppmøtedager ved DPS i løpet av registreringsperioden (14 dager). Prosent.....	7
Figur 6.10	Hoveddiagnose ved DPS. Prosent. ....	7
Figur 6.11	Prosentandel av pasientene ved DPS som mottar ulike behandlingstilbud. ....	7

## Sammendrag

Det foreliggende forprosjekt er utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, og har som mål å avdekke årsaker til at volumet av dagbehandling ved DPS i henhold til offentlig statistikk fra SSB har blitt redusert hvert år hittil i planperioden for Opptappingsplanen, mens det er skjellig grunn til å anta at dagbehandling ved DPS er i vekst – både kvantitativt og kvalitativt.

Arbeidet er hovedsakelig utført ved å sammenholde og analysere opplysninger om dagbehandling og poliklinisk virksomhet som rutinemessig innhentes av SSB og NPR – hvorav data fra SSB er basert på institusjonsstatistikk, mens NPR er et pasientregister på individnivå.

### Registreringsrutiner bak offentlig statistikk om dagbehandling ved SSB

Offentlig statistikk om omfanget av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne har fram til dags dato vært basert på data innhentet av SSB. Opplysningene er innhentet ved at institusjonene angir *sum antall oppholdsdager for dagpasienter og sum polikliniske konsultasjoner som utløste refusjon fra RTV i løpet av året.*

I henhold til offentlig statistikk fra SSB er årlig antall oppholdsdager for dagpasienter både totalt, og ved DPS-er, redusert hvert år siden 1994, mens antall polikliniske konsultasjoner har økt drastisk. Det er samme instans – SSB - som har innhentet disse opplysningene – med samme metodikk, og uten å endre selve registreringsskjema. Veiledningen for utfylling av skjema om antall oppholdsdager for dagpasienter er endret noen ganger i løpet av perioden, uten at dette synes å ha påvirket den markerte årlige reduksjonen i registrert omfang av dagvirksomhet. Heller ikke tidspunktene for de ulike revisjoner av takstsystemet for poliklinikker, eller tidspunktet for oppstart av Opptappingsplanen synes å ha hatt noen effekt på den årlige reduksjonen i antall registrerte oppholdsdager – som har vært nærmest lineært nedadgående siden 1994. Det reduserte omfang av registrert dagbehandling ved DPS kan altså ikke tilskrives endrede registreringsmetoder, men snarere mangel på en entydig og konsistent registreringspraksis - som er tilpasset endringene i den dagbehandling som faktisk finner sted ved dagens DPS-er, blant annet klare definisjoner og avgrensninger for hva som skal inngå i kategorien "dagbehandling", og markerte og entydige avgrensninger i forhold til polikliniske behandlingsformer.

### Volum av dagbehandling i perioden 1996-2005

Opptappingsplanen har som delmål å øke volum av dagbehandling og poliklinisk behandling med hhv 90 000 flere dagopphold og 220 000 flere polikliniske konsultasjoner ved DPS enn i 1996 – som var basisåret for beregningene i Opptappingsplanen. I henhold til data fra SSB er imidlertid antall dagopphold for dagpasienter redusert ved alle institusjonstyper i perioden 1996-2005. Den relative

reduksjonen har vært markert størst ved sykehjem (som i hovedsak er nedlagt) og ved de frittstående poliklinikkene, som nå i all hovedsak er innlemmet i DPS. Dette er i tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen. At volumet av dagopphold er så markert redusert også ved sykehusene (til ¼ av nivået i 1996) og at det dessuten har funnet sted en viss reduksjon ved DPS (22 prosent reduksjon) er imidlertid i strid med intensjonene.

Ved mange av landets DPS-er har dagbehandling for øvrig så mange faglige likhetstrekk med poliklinisk behandling at de to aktiviteter knapt lar seg skille ut fra faglige kriterier. Det interessante i denne sammenheng er å finne i hvilken grad det reduserte volum av dagbehandling ved DPS, og den betydelige økningen i polikliniske konsultasjoner, har skjedd ved at dagbehandling ved DPS er omdefinert til poliklinisk virksomhet.

Det reduserte omfang av dagbehandling ved sykehus og frittstående poliklinikker tilsier at det reduserte volum av dagbehandling ved DPS ikke kan skyldes at dagbehandling er overført fra DPS til andre typer behandlingssenheter.

#### *Volum av dagbehandling og poliklinisk behandling hittil i planperioden (1999-2005)*

De første sju årene av selve planperioden (1999-2005) har det registrerte årlige volum av polikliniske konsultasjoner ved DPS økt betydelig mer enn reduksjonen i antall oppholdsdager. I den grad disse to typer tilbud kan sidestilles i statistikkssammenheng, fant det i 2005 sted til sammen om lag 150 tusen flere pasientbehandlinger/oppmøter ved DPS enn hva Opptrappingsplanen la opp til ved planperiodens slutt. Den forserte økningen av poliklinisk aktivitet ved DPS har altså mer enn oppveid for reduksjonen i registrert dagbehandling.

Den svært markerte økningen i årlig poliklinisk kapasitet ved DPS er imidlertid ikke i sin helhet uttrykk for tilvekst av "ny" behandlingsskapasitet innen sektoren. 20 prosent av økningen (100 tusen polikliniske konsultasjoner per år) skyldes at polikliniske behandlingssenheter ved sykehus (2/3) og frittstående poliklinikker (1/3) er overført til DPS hittil i planperioden. Dette er altså ikke "ny" virksomhet i egentlig forstand. Selv når vi tar hensyn både til slik poliklinisk virksomhet som altså allerede var etablert andre steder og som er overført til DPS i løpet av planperioden, samt reduksjonen i registrert dagbehandling, har det i løpet av planperioden funnet sted en økning på om lag 50 tusen flere konsultasjoner/oppholdsdager ved DPS-ene enn hva Opptrappingsplanen la opp til.

Volumet av dagbehandling og poliklinisk behandling som årlig innrapporteres ved DPS til SSB påvirkes trolig i betydelig grad av at mange dagesenheter ved DPS de senere år er omdefinert til poliklinikker ved at de organisatorisk innlemmes i eksisterende, godkjente poliklinikker ved samme DPS, uten at dagesenheten nødvendigvis er godkjent som offentlig poliklinikk. I den grad dette organisatoriske grep lykkes får personalet ved dagesenheten et formelt ansettelsesforhold ved DPS-ens poliklinikk, og inntektsgrunnlaget økes ved at hvert behandlerårsverk utløser et fast årlig tilskudd uavhengig av aktivitetsnivå, samt at aktiviteten honoreres ved at hver pasientkonsultasjon utløser en refusjon fra RTV – man mottar altså et innslag av innsatsstyrt finansiering. Hvilke konsekvenser dette gir for DPS-ets økonomi vil avhenge av HF-et's interne budsjettprosesser.

På denne måten økes inntektsgrunnlaget, mens det i registreringsammenheng vil fremstå som at den faktiske dagbehandling er redusert, mens den polikliniske aktivitet har økt i løpet av kalenderåret, uten at verken art eller omfang av behandlingstilbudene nødvendigvis er endret – sett fra pasientens ståsted.



Vi kjenner ikke omfanget av slike omorganiseringer innen de enkelte DPS-er, men analysene tyder på at antall oppholdsdager som på denne måten har blitt omdefinert til polikliniske konsultasjoner er i størrelsesorden 30 tusen, altså omtrent like mye som det antall oppholdsdager som i henhold til SSB er redusert ved DPS hittil i planperioden. Dette kan begrunnes med at det er lite sannsynlig at dagbehandling ved DPS rett og slett trappes ned eller avvikles midt i en periode der denne behandlingsformen ved DPS er et prioritert satsingsområde. I den grad denne antagelsen er korrekt, ligger det samlede volumet av poliklinisk- og dagbasert behandlingsevne ved DPS i 2005 omtrent på det nivå Opptrappingsplanen anbefalte ved planperiodens slutt.

Mangelen på enhetlige kriterier for å skille mellom dagbehandling og poliklinisk behandling ved DPS gjør at det ikke foreligger noen komplett og sammenlignbar nasjonal oversikt over hvordan art og volum av dagbehandling ved landets DPS-er faktisk har utviklet seg i planperioden, og derved heller ikke grunnlag for å kunne evaluere et av de mest prioriterte målene i psykisk helsevern for voksne de senere år – nemlig utbygging og styrking av ulike typer desentraliserte behandlingstilbud uten døgnopphold. Det er behov for nye, entydige og begrunnede kriterier for å skille (strukturert) dagbehandling fra poliklinisk behandling, kriterier som lar seg operasjonalisere med et minimum av administrasjon, og der man i forkant identifiserer og unngår de usikkerhetsmomenter og feilkilder som i noen grad preger dagens løpende registreringspraksis på nasjonalt nivå.

#### Opplysninger om dagbehandling i Minste Basis Datasett (MBDS)

Dagens rutinemessige innhenting av data til NPR på individnivå (MBDS) – den nåværende NPR-meldingen - skulle i prinsippet være tilstrekkelig nyansert til å kunne fange opp art og volum av dagbehandling ved DPS. Resultater de siste år viser at dette ikke er tilfelle. Disse data er fremdeles for ukomplette til å bli anvendt som hovedkilde til opplysninger om dagaktivitet. I 2005 var for eksempel volumet av innrapporterte dagopphold ved DPS bare halvparten av tilsvarende volum registrert av SSB. En gjennomgang av status for data om dagbehandling ved DPS innhentet av NPR via MBDS (den nåværende NPR-meldingen) er foretatt i kapittel tre, som også omhandler poliklinisk aktivitet som inngår i innrapporterte registreringsepisoder for dagpasienter. I kapittel fire foretas en generell gjennomgang av kvaliteten på data om dagvirksomhet innrapportert til NPR via NPR-meldingen de siste par år – uansett type institusjon. Resultatene herfra viser at det må foretas betydelige endringer og tilpasninger før MBDS vil kunne fange opp (den komplekse) dagbaserte virksomheten, og skille den fra tilgrensende tilbud utenfor døgninstitusjon.

Det må vurderes om det eventuelt er behov for endringer som følge av at Sosial- og Helsedirektoratet i den siste DPS-veilederen, utgitt høsten 2006 (9/2006), foreslår at dagbehandling eksplisitt defineres som utvidede polikliniske behandlingsprogrammer som (...) er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner. En slik omtrentlig definisjon gir få holdepunkter som grunnlag for å fremskaffe konkrete, entydige og operasjonaliserbare kriterier som med minst mulig administrasjon kan anvendes ved registrering av de to behandlingsformer, slik at den sammensatte dagbehandlingen kan avgrensnes fra poliklinisk virksomhet på en hensiktsmessig måte.

I den grad individuell poliklinisk utredning og behandling tenkes å inngå som en integrert del av dagbehandlingstilbudet, og dagbehandling i vid forstand anbefales å være et utvidet poliklinisk tilbud, blir det nåværende skillet mellom dagbehandling og poliklinisk behandling som to ulike "omsorgsnivå" vanskelig eller umulig å opprettholde – både av fornuftsmessige og registreringstekniske årsaker. Det blir

uansett en omstendelig prosess å klassifisere og kvantifisere behandlingsvolum og ressursbruk for hvert av de to omsorgsnivå.

I den grad opplysninger om antall dagopphold anvendes i offentlig statistikk innhentes disse fra SSB. Pasientdata fra NPR om dagbehandling har aldri blitt anvendt til dette (eller andre) formål, og vedrører slik sett ikke temaet for denne rapporten. Årsaken til at pasientdata om dagbehandling ved DPS fra NPR på MBDS-formatet underkastes så grundig ettersyn i kapittel tre i denne rapporten, er at slike pasientdata inneholder en rekke opplysninger knyttet til de enkelte pasientforløp. Ved å avdekke systematiske feil eller trender i opplysningene som inngår i MBDS kan man få svar på – eller komme på sporet av – mekanismer som også gjelder i forholdet mellom institusjon – systemleverandør – SSB, altså den statistikken vi er ute etter å finne svakheter ved. Vi vet at begrepet oppholdsdag for dagpasienter defineres og avrapporteres ulikt ved de enkelte DPS-er. Innen rammen av dette forprosjektet er gransking av data fra MBDS om dagbehandling ved DPS den eneste muligheten vi har for å avdekke slik ulik praksis – og hvilke konsekvenser dette kan tenkes å ha for innrapportering av virksomhet til SSB. Dette vedrører blant annet opplysninger om hvordan dagaktivitet defineres, registreres og avgrenses fra poliklinisk aktivitet lokalt, hvilke kategorier og klassifiseringskriterier som anvendes hos systemleverandøren som er ansvarlig for uttak og videre avlevering av data, og om avleverte data er i henhold til kravspesifikasjoner til SSB og NPR.

#### Virksomhet som ikke fanges opp, verken som dagopphold eller polikliniske konsultasjoner av offentlig statistikk fra SSB

Det tidligere kravet fra SSB om at et pasientoppmøte må vare minst fire timer for å kunne klassifiseres som dagopphold forsvant fra veiledningen for utfylling av skjema til SSB for mer enn ti år siden. Ved mange DPS kreves likevel fremdeles varighet på minimum fire timer for at et pasientoppmøte skal defineres, registreres og avrapporteres videre til SSB som et dagopphold. At "firetimersregelen" fremdeles anvendes mange steder skyldes trolig at den anses som et hensiktsmessig hjelpemiddel for å skille dagopphold fra poliklinisk behandling. Diffuse faglige skillelinjer, samlokalisering og ofte samtidig aktivitet i samme bygg, med behandlere som ofte er involvert i begge behandlingsformer etc, gjør at det både faglig og administrativt blir vanskelig og/eller upraktisk å anvende andre operasjonelle kriterier for å skille de to typer tilbud.

De strukturerte gruppe- eller individualterapeutiske behandlingsopplegg som er etablert ved dagesheter ved et flertall av dagens DPS-er har en varighet på 1-2 timer, og defineres og registreres derfor mange steder ikke som dagopphold, og inngår derved ikke i nasjonal statistikk over oppholdsdager for dagpasienter innrapportert til SSB. Slik virksomhet blir i prinsippet heller ikke avrapportert til SSB som polikliniske konsultasjoner, fordi det kun er polikliniske konsultasjoner *med refusjon fra RTV* som etterspørres. Refusjon fra RTV betinger at virksomheten finner sted i lokaler som er faglig godkjent som poliklinikk av Helsetilsynet i fylket, samt tilfredsstillende bemanning der behandlerne har et ansettelsesforhold ved poliklinikken.

I tråd med at skillelinjene mellom strukturert dagbehandling og poliklinisk behandling er i ferd med å viskes ut, har kategorien "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" oppstått som en registreringsteknisk samlebetegnelse for ulike typer pasientkontakter som ikke fyller kriteriene for å inngå verken som dagtilbud eller poliklinisk tilbud ved innrapportering til SSB. Slik virksomhet finansieres på samme måte som døgnopphold – og rapporteres til Helseforetaket som ledd i den interne fordelingen av midlene fra den statlige rammefinansieringen,

men avrapporteres ikke videre utover HF-nivå fordi det ikke gir økonomisk uttelling. Statistikk over volum av slik virksomhet på nasjonalt nivå foreligger derfor ikke. Som eksempler på slike pasientkontakter og pasientrelaterte aktiviteter kan nevnes dagopphold under fire timer, oppfølging av medikamentell behandling, pasient- og pårørendeopplæring, andre opplærings-tiltak, psykiatrisk tilsyn med pasienter innlagt ved somatiske institusjoner, pasientbehandling ved utekontor og veiledning ovenfor kommuner og primærhelsetjeneste.

Slik virksomhet etterspørres ikke av SSB, som kun etterspør hovedkategoriene for dagbehandling og poliklinisk behandling med refusjon fra RTV. Volum av slik virksomhet blir imidlertid rapportert til NPR for 39 av de totalt 67 DPS-er som avga opplysninger om dagvirksomhet i 2005. Disse DPS-ene betjenes av systemleverandøren DIPS, som anvender kategorier for poliklinisk aktivitet både med og uten refusjon fra RTV. Det antas at de 39 DPS-ene som anvender DIPS som systemleverandør ikke skiller seg ut fra de øvrige 29 DPS-er som inngår i MBDS i 2005 på noen systematisk måte når det gjelder innslag av polikliniske konsultasjoner i dagbehandlingstilbudet, og at de derved er representative for landets DPS-er som helhet.

Andel registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS som inkluderer polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV ble firedoblet i løpet av kalenderåret 2005, og inngikk da i om lag halvparten av registreringsepisodene for dagpasienter. Til tross for en betydelig reduksjon i 2005 (fra 90 til 56 prosent), inngår også polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV i om lag halvparten av registreringsepisodene for dagpasienter ved DPS.

Basert på forutsetningen om at forholdstallet mellom antall "polikliniske konsultasjoner uten refusjon" og antall oppholdsdager er den samme ved de 39 DPS-ene som sorterer under DIPS som ved de øvrige 28 DPS-er som innrapporterte data om dagvirksomhet til NPR i 2005, er det i kapittel fem beregnet et estimat over volumet av denne kategorien i landet som helhet. Estimaten tyder på et omfang i størrelsesorden 67 000 slike konsultasjoner ved DPS per år. Omfang og egenart ved denne samlebetegnelsen er ellers gjort generelt rede for i kapittel tre og fire.

På bakgrunn av foreliggende opplysninger er det grunn til å anta at det årlige volum av dagbehandling ved DPS og i andre deler av det psykiske helsevernet for voksne som innrapporteres og offentliggjøres årlig av SSB hovedsakelig omfatter oppholdsdager for dagpasienter ved døgnavdelinger, der varigheten av hvert dagopphold/oppmøte er mer enn fire timer. Dette er dagtilbud tilrettelagt for dårlig fungerende langtidspasienter som bor hjemme, men som trenger hjelp til å kunne ta vare på seg selv i dagliglivet utenfor døgninstitusjon.



# 1 Innledning

I brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 28.09.2005 pekes det på at det ikke finnes tilfredsstillende statistikk over antall dagopphold ved DPS-ene fra 1996 og fram til i dag. Det pekes på at dette både kan være knyttet til mangel på standardisert statistikk som er sammenlignbar over tid, og endrede definisjoner og avgrensninger av dagbehandling i forhold til andre behandlingsformer, f eks poliklinisk behandling. På denne bakgrunn bes det om forslag til konkrete tiltak som kan bidra til at vi gjennom SAMDATA-prosjektet kan få til en enhetlig og helhetlig registrering av dagvirksomheten ved DPS-ene.

## 1.1 Forprosjektets mål og metode

På denne bakgrunn er SINTEF Helse bedt om å gjennomføre det foreliggende forprosjekt, som har følgende mål:

- å avdekke årsaker til at volumet av dagbehandling ved DPS i henhold til offentlig statistikk fra SSB har blitt redusert hvert år hittil i planperioden for Opptappingsplanen, mens det er skjellig grunn til å anta at dagbehandling ved DPS er i vekst – både kvantitativt og kvalitativt.

Arbeidet er hovedsakelig utført ved å sammenholde og analysere opplysninger om dagvirksomhet og poliklinisk virksomhet som rutinemessig innhentes av SSB og NPR – hvorav data fra SSB er basert på institusjonsstatistikk, mens NPR er et pasientregister på individnivå, der informasjonen som innhentes er definert i "Minste Basis Datasett" (MBDS), som ble operativt fra og med 2001. Informasjonen som innhentes av NPR er basert på de enkelte pasientforløp ("registreringsepisoder"). Fra og med 1/1-2007 overtar Staten ved Sosial- og helsedirektoratet ansvaret for drift av NPR og videreutvikling av NPR-meldingen, som definerer hva pasientdata innen psykisk helsevern for voksne skal inneholde, og hvordan de skal innhentes (se avsnitt 4.2).

## 1.2 Bakgrunn

I henhold til offentlig statistikk fra SSB er årlig antall oppholdsdager for dagpasienter både totalt, og ved DPS-er, redusert hvert år siden 1994, mens antall polikliniske konsultasjoner har økt drastisk. Det er samme instans – SSB - som har innhentet disse opplysningene – med samme metodikk, og uten å endre selve registreringsskjema (se avsnitt 2.4). Det reduserte omfang av registrert dagbehandling kan altså neppe tilskrives endrede registreringsmetoder, men snarere mangel på entydig og konsistent registreringspraksis som er tilpasset endringene i den dagbehandling som faktisk finner sted ved dagens DPS-er, blant annet klare definisjoner og avgrensninger for hva som skal inngå i kategorien

”dagbehandling”, og markerte og entydige avgrensninger i forhold til ulike polikliniske behandlingsformer.

Det foreligger altså ingen komplett og sammenlignbar nasjonal oversikt over art og volum av dagbehandling ved landets DPS-er, noe som er en forutsetning for å kunne evaluere et av de mest prioriterte målene i psykisk helsevern for voksne de senere år – nemlig utbygging og styrking av desentraliserte behandlingstilbud uten døgnopphold. Opptrappingsplanen har som mål å øke årlig antall dagopphold ved DPS med 90 000 opphold i løpet av den ti-årige planperioden. For å kunne evaluere status for dette delmålet forutsettes det at man identifiserer og unngår de usikkerhetsmomenter og feilkilder som i noen grad preger dagens løpende registreringspraksis på nasjonalt nivå.

Det tilsynelatende paradoks at dagvirksomheten ved DPS etter alt å dømme er i vekst, mens offentlig statistikk tilsier at volumet av slik virksomhet er redusert hvert år siden 1994, er etter alt å dømme knyttet til en eller flere av de følgende forhold:

- Reell reduksjon i dagvirksomhet slik den registreres i dag, behandlingsoppbyggene blir mer intensive, mens faktisk volum - målt ved antall oppholdsdager - synker
- Omdefinering av dagvirksomhet til poliklinisk virksomhet – pga diffuse faglige skillelinjer, og/eller rene økonomiske incentiver knyttet til polikliniske refusjons- og årsverkstakster.
- Endring i dagbehandlingens innhold – fra aktivitetstilbud til strukturerte behandlingsopplegg – gjør at klassifiseringer og begreper i statistikk skjema fra SSB blir for lite detaljerte og relevante til at innhold og volum av dagbasert virksomhet ved DPS-ene blir fanget opp.
- Et stort volum av aktivitetstilbudet som tidligere ble tatt hånd om av spesialisthelsetjenesten er nå overført til kommunene.

Sannsynligvis er flere eller alle disse mulige årsakene virksomme i større eller mindre grad. Ved mange av landets DPS har dagbehandling så mange faglige likhetstrekk med poliklinisk behandling at de to aktiviteter knapt lar seg skille ut fra faglige kriterier. Det interessante i denne sammenheng er å finne i hvilken grad det reduserte volum av dagbehandling ved DPS, og den betydelige økningen i polikliniske konsultasjoner - har skjedd ved at dagbehandling ved DPS er omdefinert til poliklinisk virksomhet.

### 1.3 Sammenlignende analyser av data om dagbehandling og poliklinisk virksomhet fra SSB og MBDS/NPR

Målet for slike analyser er å avdekke det samlede volum av behandlingsaktivitet ved DPS som innrapporteres som hhv dagopphold og polikliniske konsultasjoner til de to nasjonale registrene - SSB og NPR. Analysene under dette punktet består av tre deler:

Å gi en generell kvantitativ beskrivelse av hvordan dagtilbud og polikliniske tilbud har utviklet seg de siste par tiår

Se på effekten av å ta hensyn til polikliniske konsultasjoner med og uten refusjonsrett som er registrert i den innrapporterte dagbehandling til NPR, og dernest sammenholde dette med tall som rapporteres til SSB

Se på forekomst av parallelle dagbehandlingsserier og polikliniske konsultasjonsserier

#### 1.4 Analyser av data fra pasientregistreringen i en 14-dagersperiode høsten 2004

Opplysninger om dagpasienter innhentet ved pasienttellingen høsten 2004 gjør at vi i kapittel seks har forsøkt å:

Få en generell oversikt over typiske profiler av behandlingssinnhold innen samlebegrepet "dagbehandling"

Avdekke hvor ensartet denne behandlingsformen er – hvor stor innholdsmessig spredning det er i de tilbud som av behandlerne defineres som dagtilbud

Finne ut om det er mulig å identifisere distinkte behandlingssmessige skillelinjer mellom hva behandlerne anser som dagbehandling og poliklinisk behandling



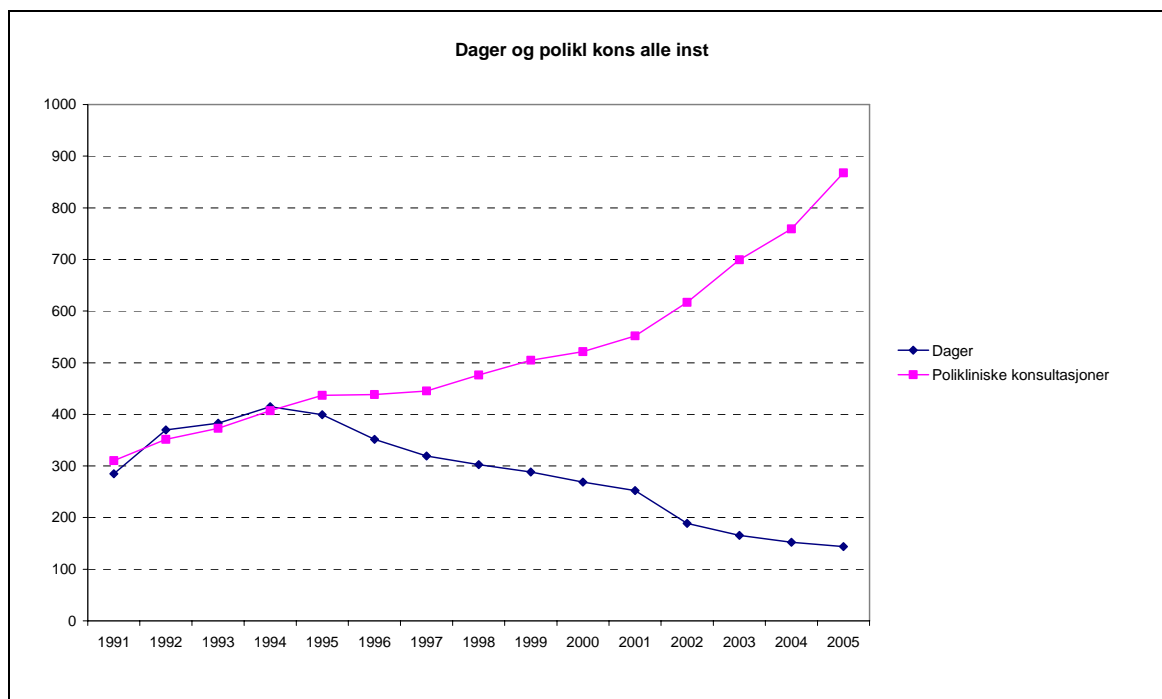


## 2 Hva viser offentlig statistikk om antall oppholdsdager for dagpasienter?

Offentlig statistikk om omfanget av dagbehandling i psykisk helsevern for voksne har fram til dags dato vært basert på data innhentet av SSB. Disse er innhentet ved at institusjonene angir *sum antall oppholdsdager for dagpasienter i løpet av året*. Disse opplysningene har i ingen/liten grad blitt kvalitetskontrollert av SINTEF Helse. Dette skyldes at disse data tidligere ikke har vært anvendt til styrings- eller utredningsformål.

Figuren under viser utviklingen av henholdsvis antall oppholdsdager for dagpasienter og antall polikliniske konsultasjoner i perioden 1991 til 2005. Opplysninger om polikliniske konsultasjoner er innsamlet av SSB, og har gjennomgått en viss grad av kvalitetskontroll ved SINTEF Helse.

Figur 2.1 Antall oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne i perioden 1991 til 2005.



Som det fremgår av tallmaterialet fra SSB, økte *både* antall registrerte oppholdsdager for dagpasienter *og* polikliniske konsultasjoner fram til 1994 – da de lå på omtrent samme nivå (om lag 410 000) Deretter har antall konsultasjoner fortsatt å

øke – med stadig økende veksttakt, mens antall oppholdsdager for dagpasienter er redusert *hvert år* i perioden 1994-2005, til 1/3 av nivået i 1994.

Det er interessant i denne sammenheng å avdekke hvorvidt/ i hvilken grad økningen i antall polikliniske konsultasjoner kan ha skjedd ved at dagbehandling er omdefinert til poliklinisk virksomhet. Dette blir nærmere belyst i dette kapitlet.

Målene i Opptrappingsplanen baserer seg på tallgrunnlag og dokumentasjon fra driftsåret 1996. Det er altså en tidsmessig forskjell på to år fra basisanalysene ble foretatt til Opptrappingsplanen ble iverksatt fra 1/1-1999. Vi vurderer i dette kapitlet status ved utgangen av driftsåret 2005. Dette er ni år etter beregningsgrunnlaget (1996), og sju år etter at den "offisielle" opptrappingsperioden startet (1999). Fordi tallmaterialet for de respektive år refererer seg til situasjonen *ved slutten av året*, er endringene i planperioden beregnet med utgangspunkt i data fra driftsåret 1998. Derved er det i realiteten endringer fra og med 1. januar 1999 som registreres.

## 2.1 Endringer i antall dagopphold på nasjonalt plan 1996-2005.

I Opptrappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen med 90 000 dagopphold i forhold til nivået i 1996. Veksten i dagbehandlingen skal skje ved DPS-ene, mens dagbehandlingen ved sykehusene forutsettes holdt omtrent på samme nivå som i 1996. Dagbehandlingen ved psykiatriske sykehjem forventes redusert.

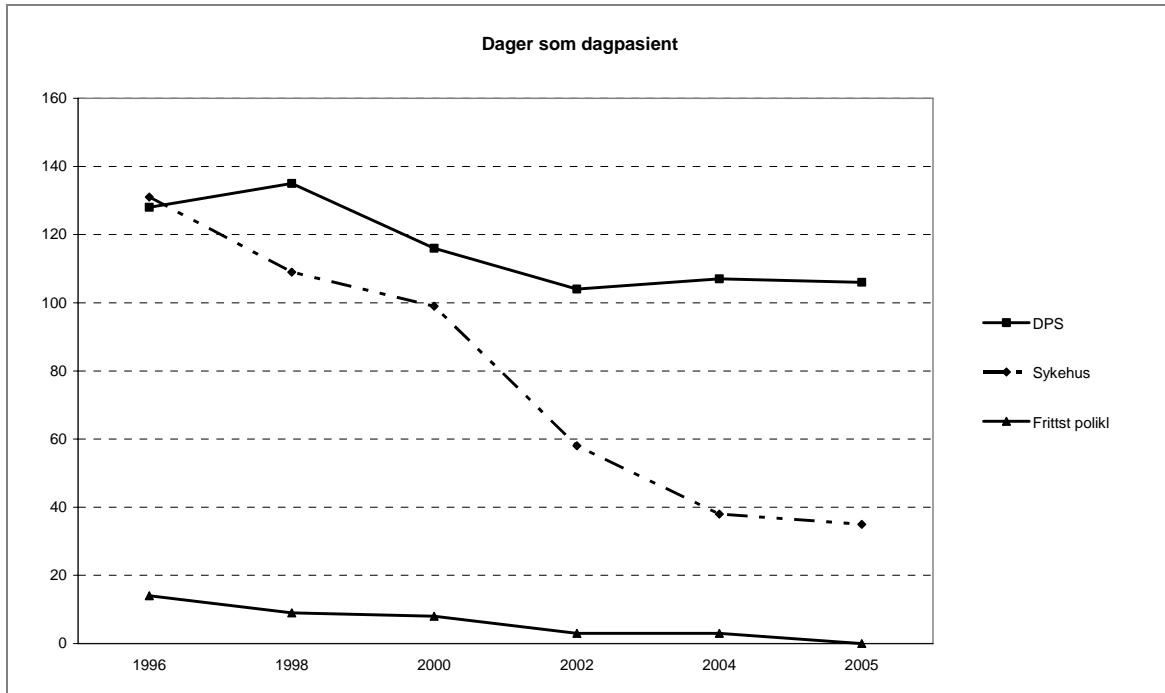
I henhold til statistikk innhentet av SSB er det totale volum av dagbehandling redusert med 235 000 dagopphold (62 prosent) fra 1996 til 2005, se tabell 2.1 og figur 2.2 og 2.3.

Tabell 2.1 Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne 1996-2005. Antall og prosent endring. Hele tusen. Kilde: SSB

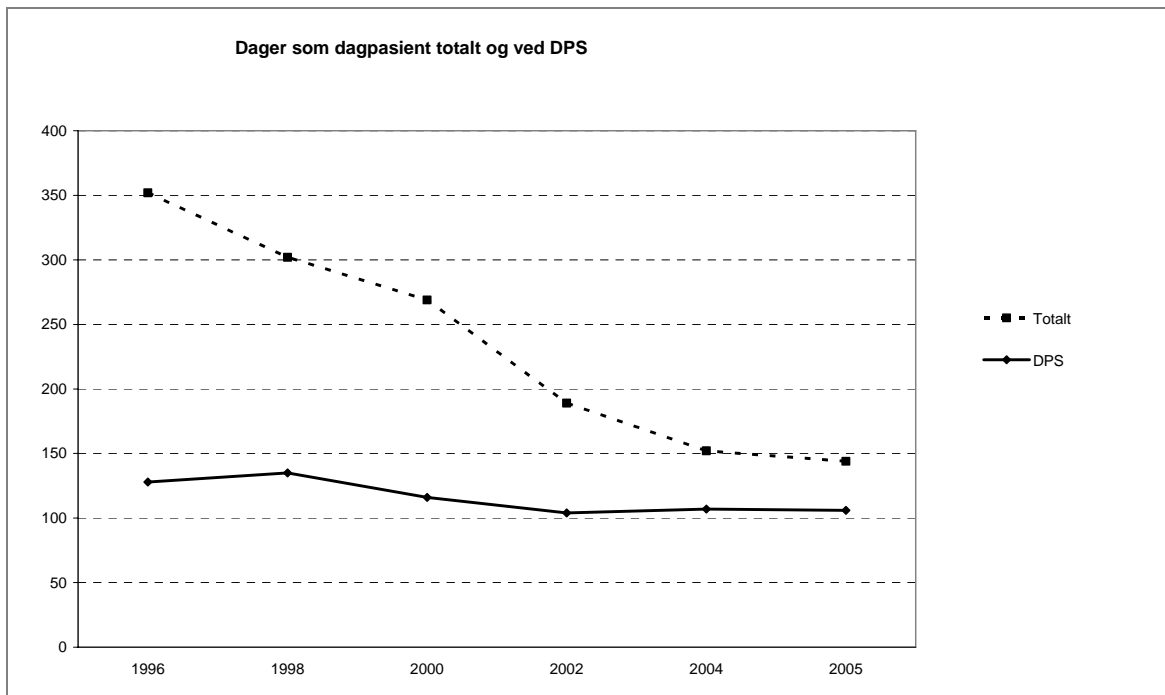
Antall oppholdsdager	1996	1998	2005	Reduksjon antall tusen 1996-2005	Reduksjon i prosent 1996-2005
Sykehusavdelinger	131	109	35	- 96	- 73
DPS	128	135	106	- 22	- 17
Frittstående poliklinikker	41	17	0	- 41	- 100
Sykehjem og andre døgninst	74	41	2	- 72	- 97
Daginstitusjoner	5	0	0	- 5	- 100
<b>Totalt</b>	<b>379</b>	<b>302</b>	<b>144</b>	<b>- 235</b>	<b>- 62</b>

Antall dagopphold for dagpasienter er redusert ved alle institusjonstyper i løpet av perioden 1996-2005. Den relative reduksjonen har vært markert størst ved sykehjem (som i hovedsak er nedlagt) og ved de frittstående poliklinikkene, som nå i all hovedsak er innlemmet i DPS. Dette er i tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen. At volumet av dagopphold er så markert redusert også ved sykehusene (til ¼ av nivået i 1996) og at det dessuten har funnet sted en viss reduksjon ved DPS (22 prosent reduksjon) er imidlertid i strid med intensjonene. Figur 2.2 og 2.3 illustrerer endringer i volum av dagbehandling i psykisk helsevern for voksne ved de ulike institusjonstyper i perioden 1996-2005.

Figur 2.2 Antall oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne 1996-2005. Etter institusjonstype. Hele tusen.



Figur 2.3 Antall oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne 1996-2005. Totalt og ved DPS. Hele tusen.



## 2.2 Dagbehandling og poliklinisk behandling i planperioden 1999-2005

Det er nærliggende å anta at kombinasjonen av diffuse faglige skillelinjer, samt desentralisering og samlokalisering ved DPS gjør at det både faglig og administrativt blir vanskelig eller upraktisk å skille de to typer tilbud. I dette underavsnittet belyses derfor sammenhengen i utviklingen av de to behandlingstilbud.

### Volum av tilbud uten døgnopphold utenfor DPS

For å kunne belyse utviklingen av de to typer tilbud uten døgnopphold ved DPS er det nødvendig å trekke inn volumendringene også ved institusjoner utenfor DPS, særlig ved sykehus og frittstående poliklinikker, som ved starten av planperioden hadde et betydelig omfang av slik virksomhet.

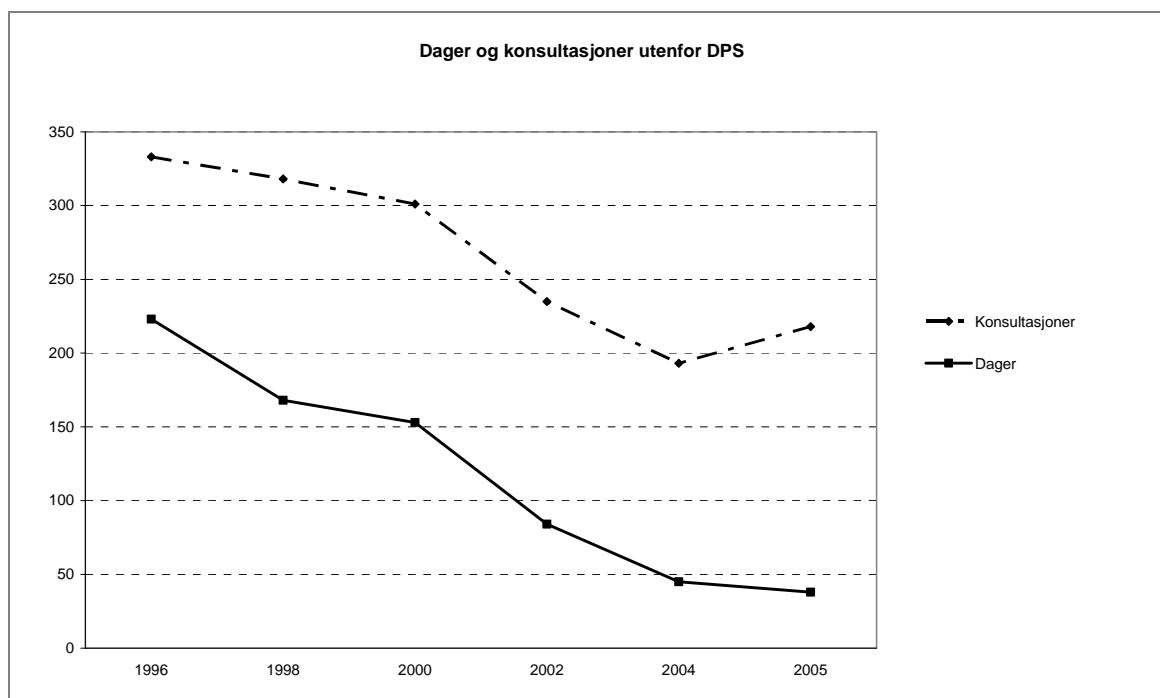
Ved institusjoner *utenfor* DPS er årlig volum av både dagbehandling og poliklinisk virksomhet redusert siden starten av planperioden – antall dagopphold er redusert med 130 tusen, mens antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 100 tusen siden driftsåret 1998, se tabell 2.2 og figur 2.4 under. I 2005 økte – for første gang i perioden – antall polikliniske konsultasjoner utenfor DPS. Økningen fant sted ved sykehus.

Når de to behandlingstilbud ses under ett, har det altså funnet sted en total reduksjon på 230 tusen behandlingsepisoder uten døgnopphold utenfor DPS så langt i planperioden for Opptappingsplanen. Sykehusene står for nær 60 prosent av denne reduksjonen, omtrent likt fordelt mellom reduksjonen i dagaktivitet (reduksjon på 74 tusen) og polikliniske konsultasjoner (reduksjon på 61 tusen), se tabell 2.2 og figur 2.4. Den reduserte polikliniske aktiviteten ved sykehusene skyldes i all hovedsak at deler av sykehusenes poliklinisk virksomhet organisatorisk er innlemmet i DPS. Slik omorganisering kan ikke anvendes for å forklare det reduserte volum av dagvirksomhet som årlig innrapporteres til SSB.

Tabell 2.2 Antall polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne eksklusive DPS. Sykehus og totalt 1998-2005. Hele tusen.

	1998		2005		Differanse	
	Sykehus	Totalt	Sykehus	Totalt	Sykehus	Totalt
Oppholdsdager	109	168	35	38	- 74	- 130
Polikliniske konsultasjoner	224	318	163	218	- 61	- 100
Totalt	333	486	198	256	- 135	- 230

Figur 2.4 Antall polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne eksklusive DPS. 1996-2005. Hele tusen.



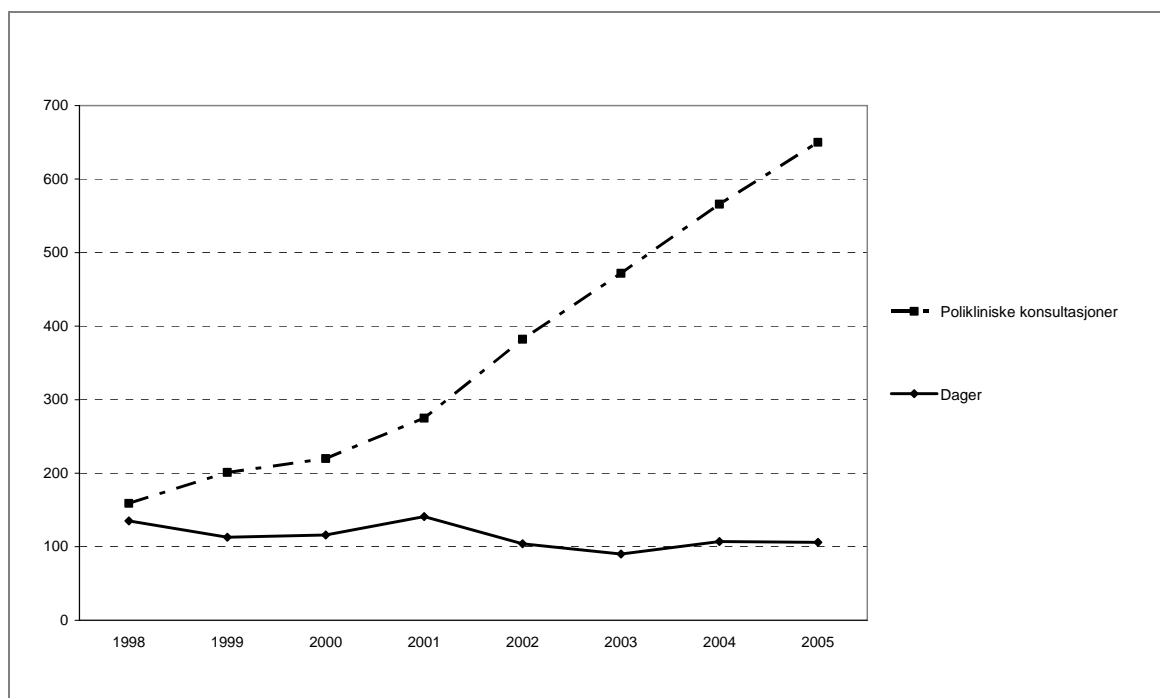
#### Tilbud uten døgnopphold ved DPS

Tabell 2.3 og figur 2.5 viser hvordan volumet av dagbehandling og poliklinisk virksomhet i henhold til SSB har utviklet seg ved DPS de første sju år av planperioden, dvs perioden 1998-2005.

Tabell 2.3 Antall oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner ved DPS. 1998-2005. Hele tusen.

	1998	2005	Differanse
Oppholdsdager	135	106	- 29
Polikliniske konsultasjoner	159	650	+ 491
<b>Totalt</b>	<b>294</b>	<b>756</b>	<b>+ 462</b>

Figur 2.5 Antall oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner ved DPS. 1996-2005. Hele tusen.



De første sju årene i planperioden for Opptappingsplanen er antall oppholdsdager ved DPS redusert med 29 tusen, mens antall polikliniske konsultasjoner har økt med 491 tusen. Sett under ett har volumet av disse tilbud uten døgnopphold ved DPS derved økt med 462 tusen dagopphold og/eller polikliniske konsultasjoner i løpet av perioden.

I den grad disse to typer tilbud ved DPS kan sidestilles i statistikk sammenheng, er dette om lag 150 tusen flere pasientbehandlinger per år ved DPS enn hva man la opp til ved planperiodens slutt. Den forserte økningen av poliklinisk aktivitet ved DPS har i så fall mer enn oppveid for at dagtilbudene synes å være redusert.

Deler av denne økningen kan tilskrives omorganisering av poliklinisk virksomhet ved andre institusjonstyper innen sektoren. Årlig antall polikliniske konsultasjoner ved sykehus og frittstående poliklinikker er redusert med nær 100 tusen i løpet av perioden. Gitt den forutsetning at slik virksomhet ikke er lagt ned, men overført til DPS, innebærer dette at om lag 20 prosent av den økte polikliniske virksomhet ved DPS skyldes omorganisering av poliklinisk virksomhet, hvorav 2/3 tidligere inngikk i driftsstatistikken som del av et sykehus, og 1/3 som del av frittstående poliklinikker.

Tabell 2.4 viser utviklingen i volum av de to behandlingsformer for alle institusjonstyper sett under ett.

Tabell 2.4 Antall polikliniske konsultasjoner og antall oppholdsdager for dagpasienter i psykisk helsevern for voksne. 1998-2005. Hele tusen.

	1998	2005	Differanse	
			Antall	Prosent
Oppholdsdager	302	144	- 158	- 52
Polikliniske konsultasjoner	476	867	+ 391	+ 82
<b>Totalt</b>	<b>778</b>	<b>1 011</b>	<b>+ 223</b>	<b>+ 29</b>

Antall dagopphold for dagpasienter er halvert, til 144 tusen i 2005, mens antall polikliniske konsultasjoner har økt med nær 400 tusen (82 prosent) i forhold til volumet i 1998. I lys av målene i Opptappingsplanen om å øke årlig antall polikliniske konsultasjoner med 220 tusen, og antall dagopphold for dagpasienter med 90 tusen, ligger man godt foran skjema når det gjelder den polikliniske aktiviteten. Med dagens veksttakt ligger man an til å fordoble målet om 220 tusen flere konsultasjoner per år. Når de to behandlingsformer ses under ett, har det funnet sted en økning på 223 tusen behandlingsepisoder de første sju årene av planperioden, dvs en veksttakt på 32 tusen flere behandlingsepisoder per år. Der- som veksttakten for de to behandlingsformer sett under ett fortsetter også de tre gjenstående årene av planperioden, vil man samlet sett nå de mål som er satt om volumøkning ved disse tilbud uten døgnopphold i psykisk helsevern for voksne.

Omfanget av dagbehandling ved DPS synes imidlertid ikke å være tilfredsstillende. Det er interessant i denne sammenheng å finne i hvilken grad det reduserte volum av dagbehandling, og den betydelige økningen i polikliniske konsultasjoner - har skjedd ved at dagbehandling ved DPS er omdefinert til poliklinisk virksomhet.

Det tilsynelatende paradoks at dagvirksomheten ved DPS etter alt å dømme er i vekst, mens offentlig statistikk tilsier at volumet av slik virksomhet er redusert hvert år siden 1994, er etter alt å dømme knyttet til en eller flere av de følgende forhold:

- Reell reduksjon i dagvirksomhet slik den registreres i dag
- Omdefinering av dagbehandling til poliklinisk virksomhet pga økt inntektsgrunnlag knyttet til refusjons- og årsverkstakster fra RTV.
- Begreper og kategorier som anvendes i dagens registreringsrutiner er ikke tilpasset de nye typer dagbehandling som faktisk finner sted ved dagens DPS-er, slik at art og volum av dagbasert virksomhet ikke fanges opp.
- Deler av det dagbaserte aktivitetstilbudet som tidligere ble tatt hånd om av spesialisthelsetjenesten er nå overført til kommunene.

Sannsynligvis er flere eller alle disse mulige årsakene virksomme i større eller mindre grad.<sup>1</sup>

1 Det reduserte omfang av registrert dagbehandling har uansett sammenheng med mangel på entydlig og konsistent registreringspraksis fordi det mangler klare definisjoner og avgrensninger for hva som er dagbehandling og hva som skal registreres innen en dagbehandlingsepisode. Omfang av dagvirksomhet registreres fremdeles ved at institusjonene angir "antall oppholdsdager for dagpasienter i løpet av året" til SSB. Pasientdata fra NPR (MBDS) er fremdeles for ukomplett til å bli anvendt som hovedkilde til opplysninger om dagaktivitet. I 2005 var for eksempel volumet av innrapporterte dagopphold bare halvparten av tilsvarende volum registrert av SSB.

Fra annet hold, blant annet resultater fra rapporten "Distriktpsykiatriske sentre i Norge 2003" (Ruud 2004) fremgår det at to av tre DPS-er hadde etablert en eller flere dagenheter i 2003, og at det har vært en viss økning de siste årene i antall nye dagenheter som etableres per år.

## 2.3 Registreringsmetoder

### 2.3.1 Registreringsmetode dagpasienter 1991-2005

Det første spørsmål som må avklares er om den registrerte reduksjonen i omfanget av dagbehandling (antall oppholdsdager) kan tilskrives *selve registreringsmetoden* som er anvendt. Disse data er gjennom hele perioden innhentet av SSB.

I registrerings skjema 44, kolonne 14, ber SSB institusjonene angi "*antall oppholdsdager i løpet av året for dagpasienter*". Opplysningene innhentes på avdelings- og institusjonsnivå, og for hhv døgnavdelinger og rene dagavdelinger.

I følge Tone Dyrhaug, som inntil nylig har hatt ansvar for dette feltet ved SSB, er skjemaet for innhenting av disse data ikke endret de siste år – i alle fall ikke siden 1990. Det har imidlertid vært enkelte endringer i veiledningen for utfylling av skjema. I veiledning fra 1992 står det:

*"Oppholdsdager i dagavdeling/-post: Opphold over 4 timer. Hvert opphold regnes som en dag."*

I løpet av perioden 1993-95 ble timeantall tatt ut av definisjonen av oppholdsdager i veiledningen. For 1996 står det:

*"Antall oppholdsdager ved institusjonen er antall ganger innskrevne dagpasienter møter opp ved institusjonen til behandling."*

I 1999 ble dette endret til:

*"Antall oppholdsdager skal forstås som antall dager pasienten var tilstede, og som ikke utløste polikliniske konsultasjoner. Hvis dette ikke lar seg oppgi presist, angi i nærmeste hundre."*

I 2002 ble dette endret til:

*"Antall oppholdsdager ved institusjonen er antall ganger innskrevne dagpasienter møtte opp ved institusjonen til behandling. Dersom dette ikke kan oppgis nøyaktig, vær vennlig å oppgi antall i nærmeste hundre."*

## 2.4 Kan resultatene være uttrykk for endret registreringspraksis?

Disse endringene i veiledningen for utfyllingen av skjemaet *kan* i teorien ha virket inn på det registrerte antall oppholdsdager i perioden. Det er imidlertid lite eller ingenting ved resultatene – illustrert i figur 2.1 - som tyder på det. Det er snarere slik at det i 1992, da en skulle forvente en viss reduksjon i antall oppholdsdager (fordi en da krevde en varighet på fire timer eller mer for å bli registrert), fant sted en markert økning i antall oppholdsdager.

I løpet av 1993-1996, da fire timers oppmøte ble fjernet som forutsetning for at et oppmøte skulle bli registrert som en oppholdsdag, skulle en kanskje forvente en viss *økning*, eller i det minste en mindre reduksjon i forhold til årene før. Slik er det ikke. Antall oppholdsdager, slik de er registrert og rapportert til SSB, viser en stabil



nedadgående trend, tilsynelatende uavhengig av endringene i veiledningen for utfylling. Heller ikke tidspunktene for de ulike revisjoner av takssystemet for poliklinikker, eller tidspunktet for oppstart Opptappingsplanen synes å ha noen effekt på den årlige reduksjonen i antall registrerte oppholdsdager – som har vært nærmest lineær siden 1995.

## 2.5 Hvordan kan resultatene ellers tolkes?

### 2.5.1 Endret innhold i begrepet dagbehandling, men samme registreringsmåte

Reduksjonen i antall oppholdsdager for dagpasienter kan ha sammenheng med at dagbehandling innen spesialisthelsetjenesten har endret karakter de senere år. Mens dagtilbud tidligere hovedsakelig var et tilbud om sysselsetting til ulike typer aktivitet, sosial trening og sosialt samvær, preges virksomheten i økende grad av strukturerte behandlingsopplegg for definerte pasientgrupper – og ved bruk av anerkjente terapeutiske metoder- ofte basert på gruppebehandling. Det mest synlige initiativ for å styrke kvaliteten i dagbehandling er etableringen av et eget Dagavdelingsnettverk i 1993. Nettverket er en sammenslutning av psykiatriske dagavdelinger, og besto i 2005 av 13 dagavdelinger ved ulike psykiatriske sykehus og DPS. Disse avdelingene har alle følgende kjennetegn:

Behandlingsopplegget er spesielt tilrettelagt for pasienter med personlighetsforstyrrelser

Behandlingen baseres på gruppeterapi.

Det foretas en grundig utredning før behandlingen starter

Dagavdelingsbehandlingen foregår 2-4 ganger i uken i 18 uker

På nettverkets nettsider (<http://www.med.uio.no/us/dn/>) finnes fyldestgjørende dokumentasjon og omtale av retningslinjer for behandlingsopplegg, kvalitetssikring etc.

Datagrunnlagene fra offentlig statistikk (SSB og NPR) gir få holdepunkter for å bedømme hvor langt landets øvrige dagavdelinger har kommet i å utvikle strukturerte behandlingsorienterte dagtilbud.

En nasjonal registrering av status for utvikling av ulike typer tilbud ved DPS-er, foretatt av SINTEF Helse sommeren 2003 (Ruud m fl 2004) viser imidlertid at to av tre DPS-er allerede da hadde etablert et dagtilbud. Av de den gang totalt 71 DPS-er rapporterte 46 om aktivitet ved i alt 51 dagavdelinger/enheter. Disse enhetene hadde enten allerede opprettet tilbud om spesialiserte terapiformer rettet mot definerte målgrupper, eller slike tilbud var i oppstartfasen. Dagtilbudene ved DPS-ene kunne sommeren 2003 deles i tre hovedgrupper:

- en som i hovedsak ga tilbud om gruppeterapi til pasienter med personlighetsforstyrrelser/ikke psykotiske lidelser,
- en som i hovedsak ga trenings/rehabiliteringstilbud til pasienter med psykoser, og
- en som var en blanding av de to første.

Rapporten fremhevet at det gjenstår å arbeide videre med utvikling av mer systematiske modeller for de dagtilbud DPS-ene skal gi til pasienter med alvorlige psykiske lidelser som psykoser, og med en klarere differensiering av hvordan dagtilbudet ved DPS skal være i forhold til dagtilbud i kommunene

Tilbudet ved dagavdelinger i psykisk helsevern for voksne synes altså å være i rask faglig utvikling. Dagavdelingene, som i utgangspunktet hovedsakelig ga aktivitets- og opptreningstilbud ved sentrale institusjoner, har de siste par tiår gradvis endret karakter – dels ved økt fokus på *behandling* og økende bruk av terapeutiske metoder, og dels ved at slike tilbud nå hovedsakelig desentraliseres – og legges til DPS-er (i 2005 sto DPS-ene for 70 prosent av de i alt 144 000 registrerte oppholdsdagene). Behandlingsopplegg ved dagavdelinger involverer et vidt spekter av tildels høyt spesialiserte og intensive terapiformer, ofte i grupper av pasienter med samme type psykiske lidelse, og altså oftest ved et DPS. Derved får dagbehandlingstilbudet stadig sterkere likhetstrekk med poliklinisk behandling. Dersom de to behandlingstilbud fortsatt skal utgjøre to ulike kategorier mht statistisk rapportering, blir det følgelig behov for mer distinkte kriterier og retningslinjer for å definere og avgrense personell, aktivitet etc.

I KITH's administrative definisjonskatalog for psykisk helsevern fra 2001 er ikke dagbehandling definert eller forsøkt avgrenset fra poliklinisk virksomhet, se under.

Tabell 2.5 Administrativ definisjonskatalog for psykisk helsevern 1. juli 2001.

Nr	Betegnelse	Definisjon av begrep, <i>eventuell merknad</i>	Kryssreferanse
16	Dagbehandling	Behandling under omsorgsepisode uten overnatting innebærer deltakelse i en aktivitet i tillegg til eventuell samtale.	Dagopphold
17	Dagopphold	Opphold hvor pasienten mottar dagbehandling ved dagpost eller døgnpost uten å overnatte	Dagbehandling
18	Dagoppholdsdager	Antall dager pasienten er tilstede ved den kliniske enheten som dagpasient i løpet av et dagopphold	Klinisk enhet

Det synes altså å være behov for å kunne skille mellom behandlingsintensive og strukturerte behandlingsopplegg ved spesialiserte dagavdelinger på den ene siden, og mer alminnelige dagbaserte aktivitetstilbud ved dagsentra eller døgnavdelinger på den annen. Dernest vil det være behov for en mer markert – og begrunnet – avgrensning mellom strukturerte behandlingsopplegg ved dagavdelinger på den ene siden, og (tilsvarende) polikliniske tilbud på den annen. Alternativet er å sidestille de to behandlingstilbud – i alle fall i statistikksammenheng.

Høsten 2006 ga Sosial- og helsedirektoratet ut en ny DPS-veileder (IS-1388, 9/2006). Veilederen anbefaler følgende definisjon av dagbehandling:

*"Direktoratet anbefaler at dagbehandling defineres som utvidede polikliniske behandlingsprogrammer, som både gir målrettede behandlingstilbud til ulike pasientgrupper og individuelt tilpassede behandlingsopplegg (til enkeltpersoner) som er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner."*

Ut fra ordlyden kan veilederens forslag til definisjon av dagbehandling tolkes på flere måter. Dersom vi tar for gitt at et behandlingsopplegg - enten det er dagbehandling eller poliklinisk behandling - uansett vil bestrebe seg på å gi individuelt tilpassede tilbud - og dessuten prøve å være mest mulig målrettet i

forhold til de enkelte pasientgrupper, står dette forslaget til definisjon av dagbehandling igjen med følgende formuleringer som formodentlig skal beskrive det spesifikke ved dagbehandling, og skille denne type behandling fra tilgrensende polikliniske tilbud:

*"dagbehandling defineres som utvidede polikliniske behandlingsprogram" (.....) "som er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner."*

En rimelig fortolkning av denne ordlyden er at dagbehandling skal bestå av vanlige polikliniske konsultasjoner, supplert med andre behandlingsformer (for eksempel treningsopplegg med mer). Med en slik forståelse, der polikliniske konsultasjoner eksplisitt inngår som en integrert del av dagbehandlingen, og dagbehandling i vid forstand anbefales å være et utvidet poliklinisk tilbud, blir det nåværende skillet mellom dagbehandling og poliklinisk behandling som to ulike "omsorgsnivå" vanskelig eller umulig å opprettholde. Det vil uansett bli en omstendelig prosess å skulle klassifisere og kvantifisere behandlingsvolum og ressursbruk for hvert av de to omsorgsnivå.

Forslaget er uansett for upresist som grunnlag for å danne operasjonelle kriterier som kan skille dagbehandling fra poliklinisk behandling. Det er særlig uklart hvordan uttrykkene "utvidede polikliniske behandlingsprogram", og "behandlingsopplegg som er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner" skal fortolkes.

Det kan oppsummeres at verken NPR, KITH, SSB eller Sosial- og helsedirektoratet har fremmet forslag som uten videre gjør det mulig å trekke ut operasjonelle kriterier som avgrenser dagbehandling fra poliklinisk behandling på en enkel, utvetydig og derved hensiktsmessig måte. De to typer tilbud er så fast innvevd i hverandre at det trolig kunne vært enklere å lage et annet skille mellom poliklinisk behandling og dagbehandling ved DPS:

1. Poliklinisk behandling og strukturert behandlingsorientert dagbehandling. Som vi skal vise, er det mye som tyder på at disse to behandlingsformer i praksis allerede er i ferd med å smelte sammen ved mange DPS-er. Argumentet mot en slik ny inndeling er at den vil bryte med den tilsvarende inndelingen i somatikken, noe som kan være en ulempe når det psykiske helsevernet for voksne skal bli innsatsstyrt på lik linje med somatiske institusjoner fra 2009.
2. Dagopphold ved DPS-ets døgnavdelinger. Dette er tilbud for pasienter med kroniske eller gjentatte psykotiske episoder. Dagopphold ved den døgnenhet hvor vedkommende er kjent og trygg kan være det mest givende dag- eller rehabiliteringstilbudet. Det er for øvrig svært mye som taler for at det hovedsakelig er oppholdsdager for dagpasienter ved døgnavdelinger som blir fanget opp av den årlige nasjonale statistikk fra SSB.

## 2.6 Omdefinering av dagbehandling til polikliniske tilbud ut fra faglige og/eller økonomiske incentiver

Aktiviteten ved mange dagavdelinger har, som beskrevet over, så mange faglige likhetstrekk med poliklinisk aktivitet at de to aktiviteter knapt lar seg skille ut fra faglige kriterier. Tallmateriale fra NPR for 2005 tyder på at det mange steder ikke ble skilt distinkt mellom de to behandlingstyper. En fjerdedel av dagbehandlingsseriene innrapportert til NPR for driftsåret 2005 ble rapportert å inneholde polikli-

niske konsultasjoner. I tråd med at skillelinjene mellom strukturert dagbehandling og poliklinisk behandling er i ferd med å viskes ut, har kategorien "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" oppstått som en registreringsteknisk samlebetegnelse for ulike typer pasientkontakter som ikke fyller kriteriene for å inngå verken som dagtilbud eller poliklinisk tilbud ved innrapportering til SSB. Slik virksomhet finansieres på samme måte som døgnopphold – og rapporteres til Helseforetaket som ledd i den interne fordelingen av om midlene fra den statlige rammefinansieringen. Statistikk over volum av slik virksomhet på nasjonalt nivå foreligger ikke. Denne kategorien av aktivitet er nærmere omtalt i kapittel 3,4 og 5.

Under gjeldende økonomiske rammebetingelser er det utvilsomt fristende for helseforetakene å få flest mulig ikke-døgntilbud definert som polikliniske tilbud pga årsverks- og konsultasjonstakster som da utløses.

De senere år er derfor mange dagenheter ved DPS omdefinert til poliklinikker ved at de organisatorisk innlemmes i eksisterende, godkjente poliklinikker ved samme DPS, uten at den tidligere dagenheten nødvendigvis er godkjent som offentlig poliklinikk. I den grad dette organisatoriske grep lykkes får personalet ved dagenheten et formelt ansettelsesforhold ved DPS-ens poliklinikk, og inntektsgrunnlaget endres ved at hvert behandlerårsverk utløser et fast årlig tilskudd uavhengig av aktivitetsnivå, samt at aktiviteten honoreres ved at hver pasientkonsultasjon utløser en refusjon fra RTV – man mottar altså et innslag av innsatsstyrt finansiering. Hvilke konsekvenser dette gir for DPS-ets økonomi vil avhenge av HF-et's interne budsjettprosesser.

Uten at verken art eller volum av virksomheten ved dagenheten endres, kan man på denne måten øke inntektsgrunnlaget for den DPS det gjelder, mens det i registreringssammenheng vil fremstå som at den faktiske dagbehandling er redusert, mens den polikliniske aktivitet har økt i løpet av kalenderåret, uten at verken art eller omfang av behandlingstilbudene nødvendigvis er endret – sett fra pasientens ståsted.

I Halsteinli, Hatling og Kalseth: "Aktivitetsbaserte poliklinikkstakster i psykisk helsevern – mellom visjon og virkelighet" (SINTEF Prosjektrapport STF78 A035001) gis en nærmere beskrivelse av forhold og avgrensning mellom de to behandlingsformer.

## 2.7 Endring fordi kommunale dagsentra tar hånd om dagsenter virksomhet som tidligere lå under psykisk helsevern.

Kommunene har bygd opp en betydelig dagsenterkapasitet for mennesker med psykiske lidelser de siste fem-seks årene, for eksempel i tilknytning til omsorgsboliger og lignende. I Sosial- og helsedirektoratets DPS veileder fra 2006 (9/2006) påpekes det at også tiltak av mer aktivitetsbasert karakter synes å ha blitt etablert rundt om i kommunene (Psykisk Helsearbeid for voksne i kommunene, IS-1332).

Det er grunn til å anta at mange av de brukergrupper som før fikk tilbud ved dagenheter i spesialisthelsetjenesten nå får tilbud ved kommunale dagsentra, og at det totale antall mennesker som får dagtilbud pga psykiske problemer således ikke nødvendigvis er redusert. Det foreligger ingen nasjonal oversikt over antall plasser eller brukere ved de tilbud som er etablert i kommunene.



## 3 Art og omfang av dagbehandling ved DPS belyst ved Minste Basis Datasett

### 3.1 Kapitlets mål

I den grad opplysninger om antall dagopphold anvendes i offentlig statistikk hentes disse fra SSB, som innhenter data ved å be institusjonene om å oppgi samletall for antall dagopphold for dagpasienter i løpet av året.

Pasientdata fra NPR om dagbehandling har aldri blitt anvendt til dette (eller andre) formål, og vedrører slik sett ikke temaet for denne rapporten, som er å avdekke årsaken til at volumet av dagbehandling ved DPS i henhold til offentlig statistikk fra SSB har blitt redusert hvert år hittil i planperioden for Opptrappingsplanen, mens det er skjellig grunn til å anta at dagbehandling ved DPS er i vekst – både kvantitativt og kvalitativt. Årsaken til at pasientdata fra NPR på Minste Basis Datasett (MBDS)-formatet underkastes nærmere ettersyn i denne rapporten, er at slike pasientdata inneholder en rekke opplysninger knyttet til de enkelte pasientforløp/registreringsepisoder. Disse vil kunne sette oss på sporet av lokale eller sentrale mekanismer som kan være relevante for innrapportering av data om dagbehandlingsvirksomheten ved DPS til SSB og NPR, for eksempel

- ulik registreringspraksis ved de enkelte DPS-er, dvs bruk av ulike kriterier for å definere og avgrense dagbehandling fra poliklinisk aktivitet
- forskjellig praksis hos systemleverandørene. Disse har ansvaret for programvaren som skal sikre at definisjon og avgrensning av de ulike aktiviteter skjer i henhold til gjeldende kravspesifikasjoner og klassifiseringskriterier ved avlevering av data til SSB og NPR. Ved avlevering av data til NPR har systemleverandørene ansvar for korrekt uttak av data på de ulike nivåer – og at data leveres i henhold til de mange begreper og (ofte sammenfallende) tidsintervaller som MBDS (senere NPR-meldingen) legger opp til.

Ved å avdekke systematiske feil eller svakheter i ulike deler av MBDS kan man også komme på sporet av mekanismer som også gjelder i forholdet mellom institusjon – systemleverandør – SSB, altså den statistikken vi er ute etter å finne svakheter ved.

Vi vet, som nevnt, at begrepet "oppholdsdag for dagpasienter" defineres, avgrenses, registreres og avrapporteres ulikt ved de enkelte DPS-er. Innen rammen av dette forprosjektet er gransking av uregelmessigheter og trender i MBDS den eneste muligheten vi har for å avdekke slik ulik praksis – og hvilke konsekvenser dette kan tenkes å ha for innrapportering av virksomhet til SSB.

Det er særlig håndtering av det tidligere kravet fra SSB om at et dagopphold må vare minst fire timer for å kunne klassifiseres som dagopphold (og derved avgrenses fra polikliniske konsultasjoner) som volder bry i denne sammenheng. Kravet om fire timer forsvant fra veiledningen for utfylling av skjema til SSB for over ti år siden. Ved mange DPS-er blir strukturerte dagbehandlingsopplegg, der hvert oppmøte er av mindre enn fire timers varighet, derfor ikke registrert som et dagopphold (varighet under fire timer). Definisjonen på fire timer for å avgrense dagopphold fra poliklinisk behandling synes å ha "satt seg" blant behandlerne ved DPS-ene. I den grad f eks strukturert dagbehandling ved DPS ikke blir registrert fordi man opprettholder "firetimersregelen", og man i stedet enten unnlater å registrere slik virksomhet overhode, eller definerer slik virksomhet inn under andre kategorier, er det lite man senere kan gjøre for å rette opp den førstehånds registreringsfeil som da allerede er begått.

Systemleverandører kan kun forholde seg til de forhåndsbestemte kategorier som er anvendt i det pasientadministrative systemet, altså de definisjoner, avgrensinger og kategorier som registreringen er basert på. I den grad dagbehandling i form av for eksempel strukturert gruppeterapi ikke finner sted ved en godkjent poliklinikk, og/eller at behandlingspersonalet ikke har et ansettelsesforhold ved DPS-ens poliklinikk, faller slike behandlingsopplegg mellom to stoler i registreringssammenheng. Statistikk over volum av slik virksomhet blir da *verken* avrapportert til SSB som dagopphold (varighet av hvert oppmøte er under fire timer), *eller* som poliklinisk aktivitet (enten fordi lokalene ikke er godkjent som poliklinikk – og/eller at behandlerne ikke har et ansettelsesforhold til poliklinikken. Når kravene til lokaliteter og bemanning/ ansettelsesforhold er fylt, og virksomheten følgelig kan defineres som poliklinisk, utløser virksomheten refusjonstakster fra RTV, som i sin tur er et kriterium fra SSB for at virksomheten skal avrapporteres dit, og derved inngå i offentlig statistikk.

Volum av slik virksomhet, som altså faller mellom to stoler i registreringssammenheng, registreres lokalt ved den enkelte DPS, og ved noen DPS-er rapporteres videre under betegnelsen "poliklinisk konsultasjon uten refusjon fra RTV". Slik virksomhet finansieres på samme måte som døgnopphold – og rapporteres til Helseforetaket som ledd i den interne fordelingen om midlene fra den statlige rammefinansieringen.

Mye tyder på at det nye flaggskipet i dagbehandlingen, de strukturerte gruppeterapeutiske behandlingsopplegg ved DPS, på denne måten bare i liten grad inngår i offentlig statistikk fra SSB om årlig omfang av dagbehandling. Som vi skal se, er det en av fem systemleverandører (DIPS) som innrapporterer slik virksomhet til NPR på MBDS-formatet, under kategorien "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV". Av samtlige registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS som ble innrapportert av DIPS til NPR, fant slik aktivitet sted i nær halvparten av episodene i 2004, men bare i 16 prosent av episodene i 2005. Bruk av denne kategorien – som altså omfatter aktivitet som ligger i grenseland mellom dag- og poliklinisk virksomhet, er altså kraftig redusert de siste to årene vi har data fra.

Den motsatte tendens gjelder for omfanget av registreringsepisoder for dagpasienter der "polikliniske konsultasjoner *med* refusjon fra RTV" inngår. Innslaget av slike konsultasjoner er nær tredoblet fra 2004 til 2005 (fra fem til 13 prosent). Innslaget av poliklinisk virksomhet med refusjon fra RTV som integrert del av dagbehandlingen synes altså å være raskt økende. I hvilken grad en slik utvikling er i tråd med hva som anbefales i Sosial- og helsedirektoratets veiledning for dagbehandling ved DPS, offentliggjort høsten 2006 (9/2006, IS-1388), er usikkert, fordi forslaget til definisjon av dagbehandling er så vidt rund i



formuleringene at den kan tolkes i flere ulike retninger (se avsnitt 2.5). Veilederen anbefaler følgende definisjon av dagbehandling:

*“Direktoratet anbefaler at dagbehandling defineres som utvidede polikliniske behandlingsprogrammer, som både gir målrettede behandlingstilbud til ulike pasientgrupper og individuelt tilpassede behandlingssopplegg (til enkeltpersoner) som er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner.”*

### 3.2 Registreringsmetode MBDS

Minste Basis Datasett (MBDS) er et forsøk på å bedre datagrunnlaget i psykisk helsevern for voksne, ved å samle inn data i en form som muliggjør innsikt og forskning om forhold knyttet til det enkelte behandlingsforløp uansett om det for eksempel ytes tjenester på flere ulike nivåer samtidig.

Pasientdata basert på MBDS-formatet er innhentet av Norsk pasientregister (NPR) fra og med driftsåret 2001. Det er de enkelte *registreringsepisoder* som er rapporterings- og skjemaenhet. En og samme registreringsepisode må være på samme omsorgsnivå (døgnoophold, dagbehandling eller poliklinisk behandling). Når institusjonene avgir opplysninger om pasienter og aktivitet, er disse altså knyttet til de enkelte registreringsepisoder. For å kunne avdekke og beskrive ulike typer behandlingsforløp, for eksempel helt eller delvis parallell behandling på ulike omsorgsnivå – er opplysninger om start – og sluttdato viktig basisinformasjon.

Dersom pasienten overføres fra et behandlingssopplegg ved en dagavdeling til feks poliklinisk behandling ved samme institusjon, blir det fylt ut et sluttskjema for den første registreringsepisoden – og et startskjema som definerer oppstart av ny registreringsepisode. Denne måten å innhente data på gir mange muligheter når alt fungerer optimalt, men metoden gir også betydelig rom for feiltolkning og sammenblanding av nøkkelbegreper som bl a vedrører parallelle tilbud og de tidsintervaller som skjemautfyllingen baseres på.

For at opplysningene, som altså er knyttet til hver enkelt *registreringsepisode*, skal kunne fungere også som basis for årlig driftsstatistikk, skal en del opplysninger om aktiviteten i registreringsepisoden avgis ved årets slutt - dersom registreringsepisoden ikke er avsluttet ved utgangen av året.

Datarecorden for MBDS inneholder følgende opplysninger om omfanget av dagbaserte tilbud:

- Antall registreringsepisoder (definert ved start – og sluttdato)
- Dager som dagpasient. Her summeres det samlede antall dager pasienten har vært til stede *i løpet av registreringsåret*. Det stilles ikke krav til varighet av oppmøtet for at behandlingen kan registreres som dagopphold.
- Totalt antall timer i dagbehandling. Her summeres varigheten av dagtilbudet målt ved antall timer *i løpet av registreringsepisoden*.

I tillegg bes institusjonene om å registrere *sted for behandling* (på/utenfor institusjon), og *type aktivitet* (individ/gruppe). Sistnevnte opplysning inngår ikke i datafila fra NPR, og omtales ikke i det videre.

I rettleddningen for MBDS foreligger ingen entydige kriterier for å skille dagvirksomhet fra poliklinisk aktivitet - man har basert seg på avgrensningen i

KITH's definisjonskatalog. I brukerveiledningen til MBDS defineres dagbehandling på følgende måte:

*"Behandling som gis av personale ved dagpost/avdeling eller døgnpast/avdeling uten at pasienten overnatter, og som oftest innebærer deltagelse i en annen aktivitet i tillegg til eventuell samtale".*

Poliklinisk behandling defineres slik:

*"Behandling som gies av personale uten at pasienten overnatter, og som oftest ikke innebærer deltagelse i annen aktivitet i tillegg til samtale".*

Som det fremgår, gir ikke brukerveiledningen til MBDS håndfaste holdepunkter for hvordan dagbehandling skal skilles fra poliklinisk virksomhet. Mye tyder på at en og samme aktivitet kan defineres lokalt på ulikt vis. Under viser vi veiledningen til registrering av dagbehandling i MBDS.

### Veiledning for utfylling av skjema til MBDS

Aktivitetsopplysninger for dagbehandling (skjemaside 7 på UT-skjema)

#### Dager som dagpasient

Her summeres det samlede antall dager med dagpasientstatus pasienten har vært til stede i registreringsepisoden, innenfor den aktuelle kliniske enheten, innenfor registreringsåret. Opplysningene hentes som sumtall fra aktivitetsregistreringene for dagbehandling.

#### Antall dagbehandlinger

Her ønskes antallet dagbehandlinger (oppmøter) (a 2 siffer) i registreringsepisoden, fordelt etter *stedet hvor dagbehandlingen foregikk*. Opplysningene hentes som sumtall fra aktivitetsregistreringene for dagbehandling. Her ønsker vi antall oppmøter innen hver av de 2 alternativene: *På institusjon, Utenfor institusjon*.

#### Totalt antall hele timer i dagbehandling

Her ønskes totalt *antall hele timer* for de samlede dagbehandlinger (oppmøte) i registreringsepisoden. Opplysningene hentes som sumtall fra aktivitetsregistreringene for dagbehandling.

#### Antall oppmøter utifra deltakere

Her ønskes antallet dagbehandlinger (oppmøter) i registreringsepisoden, fordelt etter *hvilken "konsultasjons" type dette var* (øvrige deltakere). Opplysningene hentes som sumtall fra dagaktivitetsregistreringene for dagbehandling. Her ønsker vi antall konsultasjoner innen hver av de 3 alternativene: *Individ (kun en pasient), Gruppe (flere pasienter), Annet*.

Både KITH's definisjonskatalog og brukerveiledningen til Minste Basis Datasett skiller seg ut fra definisjonene av dagpasient som anvendes som retningslinjer i ISF (Informasjonshefte Helse og Omsorgsdepartementet 2006: Innsatsstyrt finansiering 2006, side 24).

### 3.3 MBDS: Kompletthet – antall oppholdsdager ved DPS

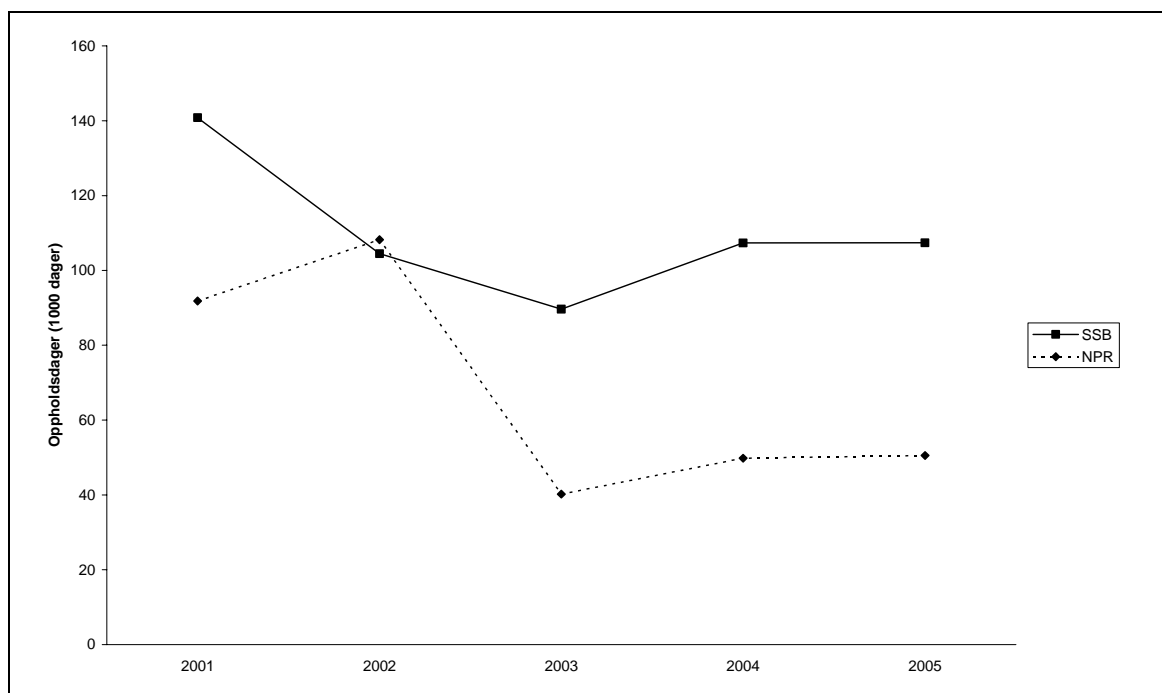
Antall dagopphold ved DPS innrapportert til SSB antas å være det beste tilgjengelige uttrykk for reelt volum av dagbehandling i psykisk helsevern for voksne, – både totalt og ved DPS. Når data innhentet av NPR/MBDS i dette kapitlet gjennomgående sammenholdes med tilsvarende volum innhentet av SSB, er målet følgelig å få en indikasjon på hvor stor andel av det reelle antall dagopphold ved DPS som fanges opp av MBDS (NPR-meldingen).

I løpet av de fem årene MBDS aktivt er tatt i bruk (f.o.m. 2001) har antall dagopphold ved DPS innrapportert til NPR via MBDS variert fra 45 til 104 prosent av volumet i den "offisielle" statistikken innhentet av SSB. I 2005 utgjorde antall innrapporterte oppholdsdager til NPR via MBDS halvparten av volumet rapportert inn til SSB. I forhold til volumet registrert av SSB, var antall innrapporterte oppholdsdager ved DPS til NPR relativt høyt de to første årene MBDS var operativt (2001 og 2002). I 2003 fant det sted en svært markert reduksjon i volumet i innrapporterte oppholdsdager ved DPS – både absolutt og relativt i forhold til SSB – det innrapporterte volum til NPR ble redusert til en tredjedel i forhold til året før, mens volumet rapportert inn til SSB ble redusert betydelig mindre (14 prosent). Tabell 3.1 og figur 3.1 viser antall dagopphold innrapportert til SSB og NPR fra DPS i perioden 2001-2005, og forholdet mellom de to registrene mht innrapportert volum hvert av årene.

Tabell 3.1 Innrapporterte oppholdsdager ved DPS til SSB og NPR (MBDS). Antall og prosentandel innrapportert til NPR i forhold til SSB. 2001- 2005

	Antall dagopphold ved DPS innrapportert til SSB	Antall dagopphold ved DPS innrapportert til NPR	Dagopphold NPR som prosent av SSB
2001	140 822	85 637	61
2002	104 458	108 197	104
2003	89 666	40 234	45
2004	107 330	49 830	46
2005	107 378	50 519	47

Figur 3.1 Antall innrapporterte oppholdsdager ved DPS til SSB og NPR (MBDS) 2001- 2005



Tabell 3.2 og tabell 3.3 gir en oversikt over innrapporterte dagopphold ved DPS i 2004 og 2005 til hhv SSB og NPR, angitt ved prosentandelen de innrapporterte dagopphold til NPR utgjør av innrapporterte dagopphold til SSB ("gullstandarden"). Tabellene skiller mellom de enkelte regionale helseforetak og type institusjon. Tallgrunnlagene, samt en mer detaljert oversikt over antall innrapporterte oppholdsdager på HF- og DPS-nivå inngår i vedlegget til rapporten.

Tabell 3.2 Oppholdsdager for dagpasienter ved DPS. Innrapporterte oppholdsdager til NPR (MBDS) i prosent av SSB. Etter helseregion. 2004 og 2005

	Oppholdsdager DPS		Endring 2004-2005
	2004	2005	
	I prosent av SSB	I prosent av SSB	
Helse Øst	48	46	-2
Helse Sør	97	72	-25
Helse Vest	28	24	-3
Helse Midt-Norge	0	104	104
Helse Nord	25	66	41
<b>Totalt</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>1</b>

Andel innrapporterte oppholdsdager ved DPS til NPR i prosent av innrapporterte opphold til SSB har endret seg lite fra 2004 til 2005 når vi ser på totaltallene. Det er imidlertid store endringer på regionnivå. Helse Midt-Norge rapporterte ingen dagvirksomhet til NPR i 2004, mens i 2005 er 100 prosent rapportert i pasientdata.

Dette skyldes at systemleverandøren (Capsy), som betjente St Olav Helseforetak i 2004, oppga null oppholdsdager for samtlige registreringsepisoder dette året. Helse Nord har hatt en økning på 41 prosent fra 2004 til 2005, mens i Helse Sør er andel oppholdsdager innrapportert til NPR redusert med 25 prosent.

Tabell 3.3 Oppholdsdager for dagpasienter ved sykehus og DPS. Innrapporterte oppholdsdager for dagpasienter til NPR (MBDS) som prosent av SSB. Etter institusjonstype. 2004 og 2005

	Oppholdsdager NPR 2004	Oppholdsdager NPR 2005
	I prosent av SSB	I prosent av SSB
Sykehus	26	55
DPS	46	47

I 2005 fant dagbehandling praktisk talt bare sted ved sykehus og DPS. Målt i prosent av innrapporterte dagopphold til SSB, fant det sted en vesentlig økning i andel dagopphold innrapportert til NPR fra sykehus for driftsåret 2005 – fra 26 til 55 prosent av nivået innrapportert til SSB. Andel dagopphold ved DPS i forhold til SSB var stabil begge år, og lå i 2005 på et litt lavere nivå enn ved sykehus, uten at forskjellene er markerte.

### 3.3 Systemleverandørene ved DPS: kompletthet og kvalitet

Programvaren bak de pasientadministrative system ved DPS leveres i all hovedsak av fem ulike "systemleverandører". Disse er ansvarlig for at registreringsprosessen skjer med færrest mulig feil: fra punsjegrunnlag – dvs at klassifisering av de ulike kategorier av aktiviteter er i samsvar med kravspesifikasjonene fra hhv SSB og NPR, og videre korrekt uttak og avlevering av data for de ulike tidsintervaller (registreringsepisode, tjenesteepisode, omsorgsperiode osv) på rett omsorgsnivå, samt avrapportering av aktivitetsvolum for de ulike typer av aktiviteter i løpet av kalenderåret, aggregert til DPS-nivå.

Tabell 3.4 under viser volum og kompletthet av data om dagbehandling ved DPS fra de fem systemleverandørene som leverte inn slike data til NPR på MBDS-formatet i 2005. DIPS er i særklasse største leverandør, med 63 prosent av samtlige oppholdsdager innrapportert til NPR. Dernest kommer Paps (20 prosent), Capsy og Infomedix (hver med åtte prosent). DPS som sorterer under systemleverandøren Ullevål leverte ikke data om dagbehandling overhode til NPR i 2005.

For alle systemleverandørene sett under ett var volum av oppholdsdager innrapportert til NPR 47 prosent av volumet til SSB i 2005. Når vi ser bort fra Ullevål, er det bare en leverandør som ligger under dette gjennomsnittet – Capsy, som med sine åtte prosent av alle dagopphold innrapportert til NPR, hadde en kompletthet på 39 prosent i forhold til SSB. Ved Paps er det nær 100 prosent samsvar i volum av oppholdsdager innrapportert til hhv NPR og SSB.

Tabell 3.4 Oppholdsdager ved DPS innrapportert til NPR og SSB etter systemleverandør. Andel dager innrapportert til NPR i prosent av antall oppholdsdager SSB. 2005.

	Oppholdsdager MBDS		Oppholdsdager SSB		Andel NPR/SSB
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Dips	31 899	63	67 038	62	48
Paps	10 245	20	10 314	10	99
Capsy	4 138	8	10 747	10	39
Infomedix	4 069	8	7 245	7	56
IMX Classic	166	0	143	0	116
HIS-90	2	0	0	0	
Ullevål	0	0	11 891	11	0
Total	50 519	100	107 378	100	47

Tabell 3.5 Antall DPS-er per systemleverandør totalt, prosentandel dager innrapportert til NPR i forhold til SSB, antall og andel oppholdsdager ved SSB som mangler pasientdata fra NPR, antall DPS innrapportert til SSB som mangler pasientopplysninger fra NPR (i forhold til innrapporterte oppholdsdager til SSB), antall dager innrapportert til NPR ved DPS som mangler data fra SSB og antall DPS ved NPR som mangler data om dagvirksomhet fra SSB. Per systemleverandør. 2005.

	Kompletthet alle institusjoner		DPS som mangler data om dagbehandling fra NPR		DPS som mangler data om dagbehandling fra SSB		
	Antall DPS	Prosent NPR/SSB	Antall dager	Prosent innrapporterte SSB-dager som ikke inngår hos NPR	Antall DPS	Innrapporterte NPR-dager som ikke inngår hos SSB	Antall DPS
Dips	39	48	1 414	2	2	1 099	12
Capsy	9	39	6 764	63	5	74	1
Infomedix	8	56	4 024	56	2	61	1
IMX Classic	3	116	0	0	0	31	1
HIS-90	3		0	0	0	2	1
Paps	3	99	0	0	0	0	0
Ullevål	2	0	11 891	100	2	0	0
Total	67	47	24 093	22	11	1 267	16

På nasjonalt nivå kan følgende hovedtrekk leses ut av tabellen:

1. Elleve DPS-er mangler pasientdata fra NPR. Disse genererer 22 prosent av alle oppholdsdager ved DPS innrapportert til SSB i 2005, om lag 24 000 oppholdsdager. Vi vet at disse DPS-ene faktisk hadde dagvirksomhet i 2005 ut fra opplysningene som er innrapportert til SSB.
2. I alt 16 DPS-er leverte inn pasientdata til NPR, men avrapporterte ingen virksomhet til SSB. Volumet av oppholdsdager som dette genererer er imidlertid svært lite, totalt i underkant av 1 300 oppholdsdager.

3. Ved å skille ut de 11 DPS-ene med til sammen 24 000 oppholdsdager som ble rapportert inn til SSB, men ikke til NPR, og de 16 DPS-ene med til sammen 1300 oppholdsdager der det foreligger opplysninger fra NPR, men ikke fra SSB, og på det grunnlag beregner antall dagopphold ved NPR i prosent av nivået ved SSB, *får man et uttrykk for kompletthet ved NPR basert på de DPS-er som inngår i begge databaser. Dette er 59 prosent.*

#### Om de enkelte systemleverandører

- o Fem av de ni DPS-ene som Capsy hadde ansvar for, unnlot å levere inn data om dagvirksomhet ved DPS til NPR overhode i 2005. Disse fem DPS-ene sto i henhold til statistikk fra SSB for 63 prosent av det totale antall dager ved de DPS som sorterte under Capsy i 2005.
- o DIPS er i særklasse største systemleverandør, og betjente 39 av de totalt 67 DPS-ene i 2005, som sto bak hhv 63 og 62 prosent av alle innrapporterte oppholdsdager til NPR og SSB i 2005. Målt som andel oppholdsdager i prosent av SSB, ligger DIPS ganske nøyaktig på gjennomsnittet for DP-er i landet som helhet (et gjennomsnitt de er sterkt med på å påvirke selv). I 2004 lå DIPS på et betydelig høyere nivå enn øvrige systemleverandører (når disse ses under ett) mht kompletthet av data innrapportert til NPR. I 2005 økte imidlertid komplettheten av data fra DPS-er som ble betjent av de øvrige systemleverandørene, samtidig som komplettheten av data fra DIPS ble redusert. I 2005 hadde således DPS-er med DIPS som systemansvarlig omtrent samme kompletthet av data som DPS-er med de øvrige systemansvarlige (sett under ett) - om lag halvparten av volumet innrapportert til SSB se også tabell 3.6.
- o DIPS har levert pasientdata til NPR for alle "sine" 39 DPS-er, med unntak av ett. 12 av DIPS' DPS-er har ikke levert data om dagbehandling til SSB. Disse har imidlertid levert data til NPR, der de utgjør 1.100 dagopphold, dvs to prosent av oppholdsdagene. Disse 1.100 dagoppholdene var spredt blant 12 DPS-er – et gjennomsnitt på om lag 90 dager per DPS i løpet av året. I 2004 lå DIPS på et betydelig høyere nivå enn øvrige systemleverandører (sett under ett) når det gjelder kompletthet av data innrapportert til NPR. I 2005 økte imidlertid komplettheten av data fra DPS-er som ble betjent av de øvrige systemleverandørene, samtidig som komplettheten av data fra DIPS ble redusert. I 2005 hadde således DPS-er med DIPS som systemansvarlig omtrent samme kompletthet av data som DPS-er med de øvrige systemansvarlige tabell 3.6.

Tabell 3.6 Volum av innrapporterte oppholdsdager ved DPS til NPR i prosent av volum SSB. Prosentpoeng endring 2004-2005 etter systemleverandør.

	2004	2005	Differanse 2004-2005
DIPS	53	48	- 5
Andre systemleverandører	38	46	8
Totalt	46	47	1

Tabell v4.2 i vedlegget til kapittel 4 viser at det er store forskjeller mellom de enkelte DPS-er når det gjelder komplettethet av innrapporterte oppholdsdager til NPR. Som det vil fremgå, er det en vesensforskjell mellom DIPS og de øvrige systemleverandørene når det gjelder hvilke kategorier som anvendes ved uttak av opplysninger om dagbehandling fra databasen. Dette kan skyldes at:

- systemleverandørene mange steder ikke har etablert gode nok rutiner for å tilpasse uttaksprogrammene til lokale definisjoner og avgrensninger av de ulike typer behandlingstilbud, (altså mangelfull synkronisering mellom systemleverandør og institusjon)
- uklarhet og ulik lokal praksis med hensyn til hvilke aktiviteter som skal inngå i de ulike kategoriene for ikke-døgnbaserte tilbud
- Manglende samsvar mellom de kategorier og klassifiseringskriterier som anvendes av institusjonen og i systemleverandørens uttaksprogram til MBDS på den ene side, og ved avlevering av det årlige samletallet over antall oppholdsdager i løpet av året til SSB på den annen.

Noen DPS-er har ikke rapportert dager til SSB i det hele tatt, selv om noe dagvirksomhet fremkommer i rapporteringen til NPR. Dette gjelder særlig DPS-er som sorterer under DIPS. Dagvirksomheten utgjør her et så lite volum at man trolig ikke tar seg bryet med innrapportering til SSB.

### 3.4 Parallell registrering av registreringsepisoder for dagbehandling og poliklinisk behandling ved DPS

En av tre registreringsepisoder ved DPS som ble innrapportert til NPR i 2005 ble også rapportert å inneholde poliklinisk aktivitet. Å avdekke hvorvidt slik poliklinisk aktivitet, som altså innrapporteres som del av behandlingstilbudet for dagpasienter, innebærer at pasienten faktisk mottok begge de to typer samtidig, eller om det skyldes dobbelregistrering av registreringstekniske årsaker, var en av dette forprosjektets opprinnelige mål.

Dette forutsetter presis kjennskap til tidspunkt for oppstart og avslutning av behandlingsforløpene på hvert av de to omsorgsnivåene (dagbehandling og poliklinisk behandling), samt opplysninger om dato for de enkelte dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Registreringsepisodene på MBDS-formatet (den nåværende NPR-meldingen) som rapporteres inn til NPR skal i prinsippet inneholde disse opplysningene, men våre analyser har vist at det er grunn til å stille spørsmål ved kvaliteten av disse data.

Vi viser under art og omfang av poliklinisk aktivitet ved DPS som i henhold til data fra MBDS for driftsåret 2005 inngår i registreringsepisoder for dagpasienter. Målet



er å finne holdepunkter for å beregne omfanget av dagbehandling som ikke innrapporteres til SSB fordi slik virksomhet av ulike grunner (lokale definisjoner og avgrensninger etc) verken defineres eller registreres som dagbehandling, eller blir definert som poliklinisk konsultasjoner med refusjon fra RTV i de pasientadministrative systemene. Tall for enkeltinstitusjoner inngår i vedlegget til kapittel 3 bakerst i rapporten.

### 3.5 Poliklinisk aktivitet som inngår i registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS

Som nevnt ble en av tre registreringsepisoder innrapportert fra DPS til NPR på MBDS-formatet i 2005 også rapportert å inkludere polikliniske konsultasjoner. I MBDS skilles det mellom to typer polikliniske konsultasjoner, hhv *med* og *uten* refusjonsrett fra RTV. Dette gir fire mulige kategorier:

1. Registreringsepisoder som også inkluderer polikliniske konsultasjoner (både) med og uten refusjonsrett fra RTV.
2. Registreringsepisoder som også inkluderer polikliniske konsultasjoner med refusjonsrett fra RTV, men ikke konsultasjoner uten refusjonsrett
3. Registreringsepisoder som også inkluderer polikliniske konsultasjoner uten refusjonsrett fra RTV, men ikke konsultasjoner med refusjonsrett
4. Registreringsepisoder som ikke inkluderer verken polikliniske konsultasjoner med eller uten refusjonsrett fra RTV

Tabellene i dette avsnittet tar utgangspunkt i disse fire kategorier for samtidig registrering av poliklinisk aktivitet og dagbehandling. Med unntak av IMX Classic, som sto for 0,5 prosent av de innrapporterte dagbehandlingsseriene, er det registrert poliklinisk aktivitet i registreringsepisoder bare hos DIPS, som sto for nesten 1/3 av registreringsepisodene og 63 prosent av dagoppholdene ved DPS innrapportert til NPR i 2005..

I dette avsnittet ser vi nærmere på registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS som er innrapportert til NPR av DIPS (som altså er eneste systemleverandør som fanger opp poliklinisk aktivitet knyttet til dagbehandlingsepisoder).

Vi ser ingen grunn til å anta at de 39 DPS-ene som anvender DIPS som systemleverandør skulle skille seg ut fra de øvrige 29 DPS-er som inngår i MBDS i 2005 på noen systematisk måte når det gjelder innslag av polikliniske konsultasjoner som ledd i dagbehandlingstilbudet. Resultatene som presenteres her antas derfor å være representativt for landets DPS-er som helhet.

Samtlige registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS levert av DIPS inneholder opplysninger om poliklinisk aktivitet. DIPS har altså ikke levert opplysninger om noen dagbehandlingsepisoder ved DPS som ene og alene inneholder opplysninger om dagvirksomhet. Totalt er 71 prosent av registreringsepisodene fra DIPS for 2005 opplyst å inneholde polikliniske konsultasjoner med refusjoner fra RTV, mens 56 prosent inneholdt polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV. Prosentandelene overskrider 100 fordi en drøy fjerdedel (27 prosent) av registreringsepisodene for dagpasienter ved DPS levert av DIPS inneholdt begge typer konsultasjoner.

Omfang av "polikliniske konsultasjoner uten refusjon" registreres lokalt ved den enkelte DPS, og anvendes for eksempel i forbindelse med intern fordeling innen

helseforetaket av rammetilskudd fra Staten. Denne kategorien blir imidlertid ikke/ i liten grad avrapportert videre til nasjonale registre, fordi dette ikke gir noen form for økonomisk uttelling for DPS-en. "Polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" er med andre ord en samlekategori for aktiviteter som på veien fra lokal registrering, uttak av data, videre klassifisering og/eller annen bearbeiding og avrapportering av data ikke antas å tilfredsstille kravene for å inngå i nasjonal statistikk fra SSB, verken som "dagopphold" eller "poliklinisk konsultasjon".

De 39 DPS-er som sorterer under systemleverandøren DIPS leverer altså likevel opplysninger om denne kategorien til NPR. Gitt forutsetningen om at forholdstallet mellom antall "polikliniske konsultasjoner uten refusjon" og "antall oppholdsdager for dagpasienter i løpet av året" er den samme ved de 39 DPS-ene som sorterer under DIPS som ved de øvrige 28 DPS-er som leverte opplysninger om dagvirksomhet til NPR i 2005, lar det seg gjøre å estimere volumet av denne kategorien i landets DPS-er sett under ett. Dette er gjort i kapittel fem, der estimatet tyder på et omfang i størrelsesorden 67 000 slike konsultasjoner ved DPS per år.

Tabell 3.7 og figur 3.2 viser antall og prosentandel poliklinisk aktivitet i registreringsepisoder for dagpasienter i 2004 og 2005. Tidserietall tilbake til 2001 lar seg ikke fremskaffe fordi en relativt stor andel DPS-er har skiftet systemleverandører siden den gang, noe som gjør at tallene ikke er sammenlignbare.

Tabell 3.7 Registreringsepisoder ved DPS kategorisert etter ulike former for samtidig registrering av poliklinisk aktivitet for pasientene. Systemleverandør DIPS. 2004 og 2005.

Type poliklinisk konsultasjon som er inkludert	Registreringsepisoder ved DPS			
	2004		2005	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Polikliniske konsultasjoner både med og uten refusjon fra RTV	983	49	596	27
Poliklinisk konsultasjoner med refusjon fra RTV	206	10	964	44
Polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV	824	41	624	29
Kun dager som dagpasient ble registrert	0	0	0	0
Totalt registrert	2 012	100	2 184	100
Verken konsultasjoner eller dager registrert	0		0	
Totalt	2 012		2 184	

De største endringene fra 2004 til 2005, målt ved prosentandel av registreringsepisodene som ble innrapportert av DIPS, og der poliklinisk aktivitet inngikk, kan oppsummeres slik:

Polikliniske konsultasjoner ved DPS uten refusjon fra RTV

1. I 2004 inngikk polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV i de fleste (90 prosent) av dagbehandlingsepisodene for dagpasienter ved DPS innrapportert av DIPS. Nær halvparten av disse, totalt ca 50 prosent, inngikk i behandlingsserier der både konsultasjoner med og uten refusjonsordning fra RTV var representert.

2. I løpet av kalenderåret 2005 sank andelen registreringsepisoder der slike konsultasjoner inngår til noe over halvparten (56 prosent). Polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV inngår altså ennå i over halvparten av registreringsepisodene for dagpasienter.

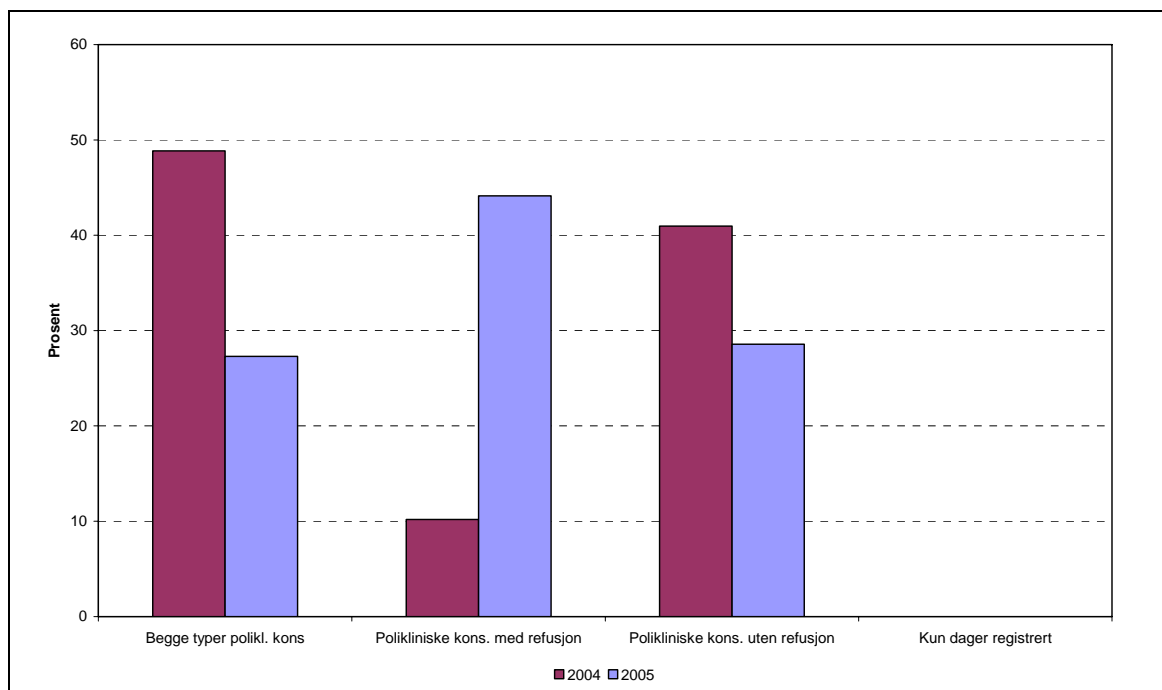
Polikliniske konsultasjoner ved DPS med refusjon fra RTV

3. I 2004 inngikk polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV i 11 prosent av dagbehandlingsepisodene innrapportert til NPR av DIPS. Denne andelen økte i løpet av kalenderåret 2005 til det firedobbelte, og inngikk da således i nær halvparten (48 prosent) av registreringsepisodene ved DPS (innrapportert av DIPS). Denne økningen fant i sin helhet sted i registreringsepisoder der slike konsultasjoner var eneste registrerte polikliniske konsultasjonsform.

Det kan oppsummeres at polikliniske konsultasjoner ved DPS med refusjon fra RTV ble firedoblet i løpet av kalenderåret 2005, og inngår i om lag halvparten av registreringsepisodene for dagpasienter innrapportert av DIPS. Til tross for en betydelig reduksjon i 2005, inngår også polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV i om lag halvparten av registreringsepisodene for dagpasienter ved DPS.

I den grad de 39 DPS-ene som anvender DIPS som systemleverandør er representative for de 28 DPS vi ikke har opplysninger om, innebærer disse endringene en betydelig endring i bruk av polikliniske konsultasjoner som registreringskategori, ved redusert bruk av ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner og betydelig økt bruk av konsultasjoner med refusjon fra RTV. Dette kan både skyldes endringer i DPS-enes reelle praksis med hensyn til anvendelse av de ulike former for polikliniske konsultasjoner som del av dagbehandlingen, og/eller endret registreringspraksis ved innrapportering av data til NPR. Figur 3.2 illustrerer endringene som fant sted fra 2004 til 2005.

Figur 3.2 Registreringsepisoder ved DPS kategorisert etter ulike former for samtidig registrering av poliklinisk aktivitet for pasientene. Systemleverandør DIPS. 2004 og 2005.



Polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV skal i prinsippet ikke registreres som del av dagbehandling ved rapportering til NPR/MBDS. I MBDS er dette definert som to ulike omsorgsnivå - med ulike rapporteringsrutiner. Når dette likevel finner sted, kan det enten skyldes:

1. At institusjonene på grunnlag av egne definisjoner og avgrensninger av virksomheten koder og registrerer data i en slik form
2. At poliklinisk behandling ved samme, eller annen enhet foregår parallelt med dagbehandlingen, slik at pasienten mottar poliklinisk behandling samtidig som pasienten er dagpasient ved dag/døgnavdeling, og at institusjonen ved utfylling av rapporteringsskjema ikke har skilt mellom de to omsorgsnivå.

Tabell 3.7 viser andelen av registreringsepisodene for dagpasienter avrapportert fra de ulike systemleverandørene som inneholder de to typer polikliniske konsultasjoner, og kombinasjoner av disse.

Tabell 3.7 Registreringsepisoder for dagpasienter ved DPS. Andel registreringsepisoder etter systemleverandør og hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av episoden. Samme pasient kan motta flere dagbehandlingsserier. 2005.

	Polikl. kons. både med og uten refusjon RTV	Polikl. kons. kun med refusjon RTV	Polikl. kons. kun uten refusjon RTV	Kun oppholdsdager inngår i registrerings- episoden	Totalt antall
Capsy	0	0	0	100	4 414
Dips	27	44	29	0	2 192
IMX Classic	0	64	0	36	36
Infomedix	0	0	0	100	945
HIS-90	0	0	0	100	2
Paps	0	0	0	100	317
Totalt	8	13	8	72	7 906

Som det fremgår, er den polikliniske aktiviteten som rapporteres å inngå i dagbehandlingen i sin helhet knyttet til en identifisert systemleverandør. Som vi skal komme tilbake til, er det mye som tyder på at klassifiseringskategoriene som anvendes av DIPS fanger opp virksomhet som ellers ikke ville blitt synliggjort i tallmaterialet fra SSB, der det kun spørres etter antall polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV. Når de fire øvrige systemleverandørene kun anvender kategorien oppholdsdager for dagpasienter, risikerer man åpenbart at poliklinisk aktivitet ved mange dagbehandlingsepisoder ved DPS usynliggjøres, i den forstand at aktiviteten ikke kvalifiserer verken til å inngå i kategorien oppholdsdag, eller poliklinisk konsultasjon med refusjon fra RTV, se kapittel fem.

Det interessante i denne sammenhengen er i hvilken grad rapportering av poliklinisk aktivitet som del av dagtilbudet ved levering av data til NPR også har sammenheng med, eller virker inn på avrapportering av dagvirksomheten til SSB – og på den måten virker inn på offentlig statistikk. Dette kommer vi tilbake til i kapittel fem.

## 4 Kvalitet og kompletthet i data fra MBDS om dagbehandling i psykisk helsevern for voksne

### 4.1 Datakvalitet

I kapittel tre presenterte vi analyser basert på data fra landets DPS-er. I dette kapitlet belyses kvalitet, innhold og kompletthet av data om dagbehandling i psykisk helsevern for voksne sett under ett.

Antall dager der dagpasienten var til stede, er den mest relevante opplysningen i forhold til annen statistikk om dagbehandling. De 11 784 registreringsepisodene for dagpasienter som ble innrapportert til NPR på MBDS-format i 2005 genererte 74 089 oppholdsdager i 2005. Dette er 51 prosent av antall dager for dagpasienter som ble innrapportert til SSB, og tilsier et gjennomsnitt på 6,3 oppholdsdager per registreringsepisode for dagpasienter.

Tabell 4.1 viser prosentandel av registreringsepisodene innrapportert til NPR for driftsåret 2005 der opplysninger om henholdsvis antall oppholdsdager, samlet antall timer i registreringsepisoden og samlet antall oppmøter i løpet av året enten er utelatt, har ugyldig verdi, eller er oppført med null.

Tabell 4.1 Antall registreringsepisoder for dagpasienter og prosentandel av episodene der opplysning om antall dager, samlet antall timer og antall oppmøter (etter sted for aktivitet) enten er utelatt, har ugyldige verdier, eller er oppført med null. 2005.

	Antall totalt	Antall og andel episoder der opplysningen er utelatt eller har ugyldig verdi		Antall og andel episoder der opplysningen er oppført med null	
		Antall	Prosent	Antall	Prosent
Registrerte episoder i 2005	11 784				
<i>Status for de enkelte opplysninger</i>					
Antall dager pasienten var til stede	74 089	0	0,0	406	3,4
Samlet antall timer oppmøte i episoden	182 374	1 259	10,7	504	4,3
Sted for aktivitet: antall oppmøter i inst.	51 609	22	0,2	709	6,0
Sted for aktivitet: antall oppmøter utenfor institusjon	1 879	974	8,3	10 643	90,3

Som det fremgår av tabellen ble antall oppmøtedager oppført som null i 3,4 prosent av registreringsepisodene i 2005. Ikke ved noen av registreringsepisodene sto

denne opplysningen ubesvart eller hadde ugyldig verdi. Dette er en markert forbedring i forhold til 2004, da 20,8 prosent av episodene sto oppført med null oppholdsdager, og opplysningen manglet eller hadde ugyldig verdi i 1,3 av episodene, se tabell 4.2.

Tabell 4.2 Antall registreringsepisoder for dagpasienter, prosentandel dager der pasienten var tilstede, timer der pasienten har vært tilstede og sted for aktivitet (antall oppmøter) i registreringsepisoden. 2004 og 2005.

	Prosentandel regist dagepisoder der opplysningen er utelatt eller har ugyldig verdi		Antall og andel episoder der opplysningen er oppført med null	
	2004	2005	2004	2005
Registrerte episoder	6 514	11 784	6 514	11 784
<i>Status for de enkelte opplysninger</i>				
Antall dager pasienten var til stede	1,3	0,0	20,8	3,4
Samlet antall timer oppmøte i episoden	44,7	10,7	1,4	4,3
Sted for aktivitet: antall oppmøter i inst.	1,9	0,2	36,8	6,0
Sted for aktivitet: antall oppmøter utenfor institusjon	20,8	8,3	67,4	90,3

Samlet antall timer oppmøte i episoden skal fremgå ved at institusjonene summerer tallene i kolonnen "lengde (i nærmeste ½ time)" i aktivitetsskjema. I 2005 mangler denne opplysningen for 10,7 prosent av registreringsepisodene, mens 4,3 prosent står oppført med null, altså til sammen 15 prosent ugyldige/manglende opplysninger om antall timer oppmøte i 2005. Dette er en svært markert forbedring i forhold til 2004, da 44,7 prosent av registreringsepisodene for dagpasienter manglet opplysning om antall timer oppmøte i løpet av episoden, mens 1,4 prosent av episodene sto oppført med null timer.

Opplysninger for driftsåret 2005 om "sted for aktivitet" (antall oppmøter i institusjonen) mangler for 0,2 prosent av registreringsepisodene, mens 6,0 prosent står oppført med null. Også dette er en markert forbedring i forhold til året før, da denne opplysningen sto oppført med null i 36,8 prosent av registreringsepisodene, og utelatt i 1,9 prosent av episodene.

I 2005 var opplysningen om "sted for aktivitet: antall oppmøter utenfor institusjonen" oppført med null i 90,3 prosent av de registrerte episodene, og utelatt eller med ugyldig verdi i 8,3 prosent av tilfellene. I 2004 sto denne opplysningen oppført med null for 67,4 prosent av registreringsepisodene, og var utelatt eller hadde ugyldig verdi i 20,8 prosent av episodene.

#### 4.2 Kvalitet på rapportering fra systemleverandørene

Tabell 4.3 viser prosentandel av innrapporterte registreringsepisoder for dagpasienter fra de ulike systemleverandører med hhv null registrerte oppholdsdager, null registrerte timer, ugyldige verdier eller der opplysning om antall timer er ubesvart.

Tabell 4.3 Registreringsepisoder for dagpasienter etter kvalitet på rapportering fra systemleverandørene. Prosentandel av registreringsepisodene der antall dager og antall timer ble registrert med null, ugyldige verdier eller er ubesvart. 2005. N=11 784.

	Antall og andel registreringsepisoder med null registrerte oppholdsdager			Antall og andel registreringsepisoder med null registrerte timer eller med ugyldige verdier	
	Antall	Andel oppført med null dager	Andel med negativ verdi	Andel oppført med null timer	Andel ikke-besvart
Capsy	6 815	4	0	4	0
Dips	2 999	0	2	3	0
IMX Classic	259	13	0	2	83
Infomedix	974	0	0	0	100
Ullevål	279	7	0	14	0
HIS-90	88	0	0	1	0
Paps	370	20	0	24	0
Totalt	11 784	3	1	4	10

Som det fremgår, har fire av sju systemleverandører avlevert data med null registrerte oppholdsdager. Andelen av registreringsepisodene med null oppholdsdager er relativt høy ved Paps, IMX Classic og Ullevål (henholdsvis 20, 13 og 7 prosent av dagseriene). Dette er små systemleverandører som utgjør et lite volum. Data avlevert av Capsy, der fire prosent av registreringsepisodene står registrert med null oppholdsdager for dagpasienter, står for det største antallet registreringsepisoder uten registrerte dagopphold rent volummessig. Registreringsepisodene for dagpasienter som i 2005 var oppført med null oppholdsdager utgjorde til sammen 401 episoder, dvs 3,4 prosent av samtlige. Problemet med å rapportere oppholdsdager i aktivitetsåret er trolig knyttet til registreringsepisoder der behandlingen er påbegynt før årsskiftet og episoder som ikke er avsluttet ved utgangen av aktivitetsåret.

Av de sju systemleverandørene som leverte data om dagvirksomhet til NPR i 2005 er det kun en som har angitt antall timer for samtlige registreringsepisoder. Hos de to store leverandørene (Capsy og Dips) står 3-4 prosent av episodene oppført med null timer.

### 4.3 Kompletthet

I tabell 4.4 og tabell 4.5 viser vi volum av oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV innhentet av henholdsvis NPR og SSB som absolutte tall for hvert av årene i perioden 2001-2005 ved sykehus, DPS og psykisk helsevern for voksne totalt. En slik komplett sammenstilling av disse data er ikke tidligere foretatt.

Tabell 4.4 Volum av oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner med refusjon RTV innrapportert til NPR på MBDS-format ved sykehus, DPS og psykisk helsevern totalt. 2001-2005.

NPR	Sykehus		DPS		Totalt	
	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner m/ref RTV	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner m/ref RTV	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner m/ ref RTV
2001	49 107	98 415	85 637	149 423	173 040	288 458
2002	35 583	165 722	108 197	248 248	155 136	445 066
2003	17 656	155 392	40 234	367 745	67 179	551 247
2004	10 103	162 433	49 830	441 407	65 187	640 038
2005	19 302	146 430	50 519	579 918	74 089	756 670

Tabell 4.5 Volum av oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner med refusjon RTV innrapportert til SSB i prosent av volum innrapportert til SSB ved sykehus, DPS og psykisk helsevern totalt. 2001-2005.

SSB	Sykehus		DPS		Totalt	
	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner m/ref RTV	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner m/ref RTV	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner m/ ref RTV
2001	69 925	181 210	140 822	274 980	252 205	551 965
2002	58 314	183 860	104 458	381 704	188 766	616 826
2003	51 218	169 970	89 666	471 880	165 556	699 221
2004	38 354	136 504	107 330	566 324	152 285	758 979
2005	34 955	162 762	107 378	649 739	143 888	867 390

Som nevnt anses dagopphold innrapportert til SSB som det beste tilgjengelige uttrykk for reelt volum av dagbehandling. I likhet med kapittel tre anslås derfor komplettheten av data i NPR/MBDS ved å beregne antall oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner innrapportert til NPR i prosent av tilsvarende volum innrapportert til SSB de respektive år og ved de enkelte institusjonstyper.

Tabell 4.6 viser prosent oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner innrapportert til NPR i prosent av tilsvarende volum innrapportert til SSB i årene 2001-2005 fra sykehus, DPS og psykisk helsevern for voksne totalt.

Tabell 4.6 Volum av oppholdsdager for dagpasienter og polikliniske konsultasjoner med refusjon RTV innrapportert til NPR i prosent av volum innrapportert til SSB ved sykehus, DPS og psykisk helsevern totalt. 2001-2005.

Prosent NPR/SSB	Sykehus		DPS		Totalt	
	Dag	Poli	Dag	Poli	Dag	Poli
2001	70	54	61	54	69	52
2002	61	90	104	65	82	72
2003	34	91	45	78	41	79
2004	26	119	46	78	43	84
2005	55	90	47	89	51	87



Det er her viktig å skille mellom endringer i absolutte tall, for eksempel økt poliklinisk virksomhet innrapportert til NPR, og økt kompletthet. Vi kan for eksempel tenke oss at poliklinisk virksomhet ved institusjonene i realiteten øker, og at denne veksten helt og fullt fanges opp av SSB, og i mindre grad av NPR. Tallmaterialet fra NPR vil da vise vekst i poliklinisk virksomhet i absolutte tall, mens komplettheten (målt ved NPR i prosent av SSB) reduseres.

Opplysningene om poliklinisk aktivitet innrapportert til NPR på MBDS-formatet har gradvis blitt mer komplette siden 2001. Både ved sykehus, DPS og ved psykisk helsevern for voksne totalt har volumet av innrapporterte konsultasjoner økt – både i absolutte tall og som prosentandel av volum registrert av SSB ("kompletthet"). Komplettheten - som var om lag 50 prosent i 2001 - har økt til om lag 90 prosent ved begge institusjonstyper fra 2001 til 2005. Det største spranget i kompletthet fant sted i 2002, med en økning på 20 prosentpoeng i forhold til tall fra SSB. Samtidig er komplettheten av antall registrerte oppholdsdager for dagpasienter redusert ved NPR.

#### 4.4 Polikliniske konsultasjoner som inngår i registreringsepisoder for dagpasienter

I likhet med avsnitt 3.5 i forrige kapittel tar dette underavsnittet utgangspunkt i de fire mulige kombinasjoner av dagbehandlingsserier og poliklinisk virksomhet. Fordi det bare er systemleverandøren DIPS som innhenter opplysninger om slik samtidig registrering av dagbehandling og poliklinisk virksomhet, baserer tallmaterialet i dette underkapitlet seg på de i alt 54 institusjoner som anvendte DIPS som dataleverandør til sitt pasientadministrative system i 2005. Disse behandlingseenhetene sto for 63 prosent av totalt antall oppholdsdager for dagpasienter ved DPS i 2005, og 44 prosent av alle oppholdsdager ved sykehus.

Tabell 4.7 og figur 4.1 viser antall og prosentandel poliklinisk aktivitet i registreringsepisoder for dagpasienter ved samtlige institusjoner som brukte DIPS i 2004 og 2005 sett under ett. Tidsserietall tilbake til 2001 lar seg ikke fremskaffe fordi mange institusjoner har skiftet systemleverandører i mellomtiden, noe som gjør at tallene ikke er sammenlignbare.

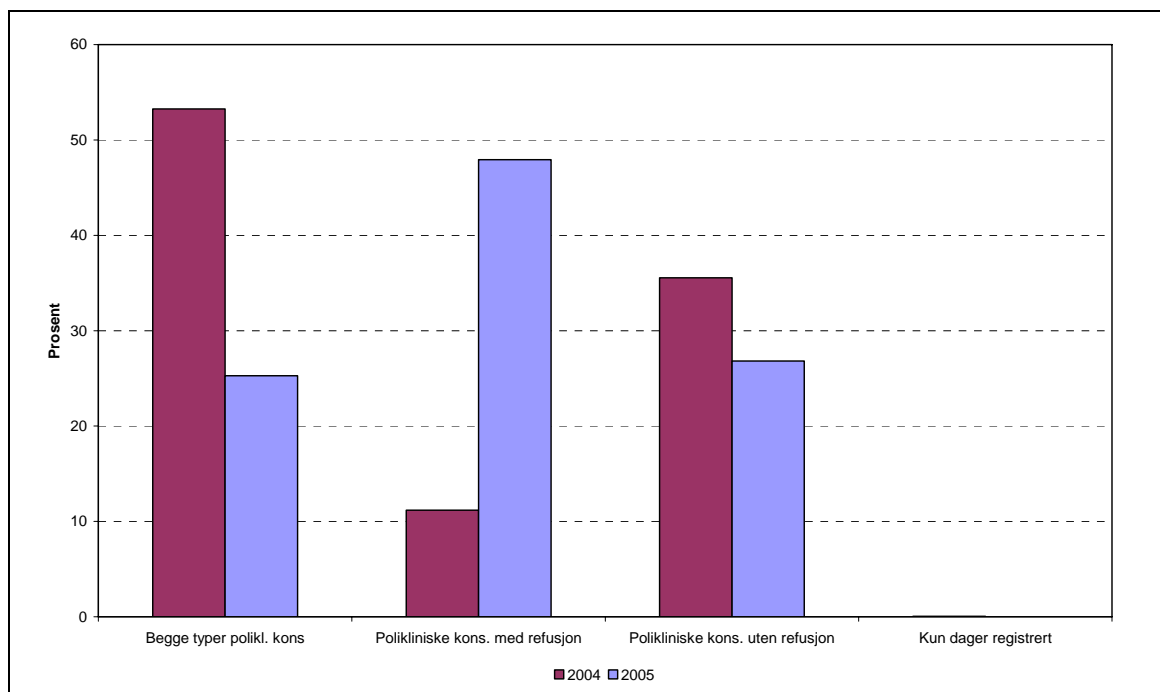
Tabell 4.7 Registreringsepisoder for dagpasienter kategorisert etter ulike former for samtidig registrering av poliklinisk aktivitet for pasientene. Systemleverandør DIPS. 2004 og 2005.

Type poliklinisk konsultasjon som er inkludert	Dagbehandlingsserier			
	2004		2005	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Polikliniske konsultasjoner både med og uten refusjon fra RTV	1 522	53	758	25
Poliklinisk konsultasjoner med refusjon fra RTV	319	11	1 437	48
Polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV	1 016	36	804	27
Kun dager som dagpasient ble registrert	0	0	0	0
Totalt registrert	2 858	100	2 999	100
Verken konsultasjoner eller dager registrert	273		0	
<b>Totalt</b>	<b>3 131</b>		<b>2 999</b>	

- Andelen av innrapporterte registreringsepisoder for dagpasienter der begge de to typer polikliniske konsultasjoner er rapportert å inngå er redusert fra 53 prosent i 2004 til 25 prosent i 2005, altså en halvering.
- Andel dagbehandlingsepisoder der polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV inngår er, samlet ett, redusert fra 89 til 52 prosent – altså 37 prosent. Andel episoder der det kun er registrert konsultasjoner uten refusjon er redusert med ni prosent. Det er altså ved registreringsepisoder der begge typer konsultasjoner var representert i 2004 at reduksjonen har vært størst.
- Det er bare i registreringsepisoder der det i 2004 kun ble registrert polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV at det har funnet sted økning i kalenderåret 2005 - andelen registreringsepisoder der slike konsultasjoner forekommer som eneste konsultasjonstype er mer enn firedoblet, og utgjorde i 2005 halvparten av alle registrerte dagbehandlingsepisoder.
- Det er kun i episoder der det bare var registrert polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV at den relative endringen har vært størst

Det kan oppsummeres at andelen polikliniske konsultasjoner med refusjonsordning RTV er firedoblet, mens andelen polikliniske konsultasjoner uten refusjonsordning er redusert til nær det halve. Dette innebærer en betydelig endring i praksis – enten når det gjelder DPS-enes reelle praksis med hensyn til å anvende polikliniske konsultasjoner som del av dagbehandlingen, eller ved deres registreringspraksis ved innrapportering av data til NPR.

Figur 4.1 Prosentandel av innrapporterte registreringsepisoder for dagpasienter kategorisert etter hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av serien. Systemleverandør DIPS. 2004 og 2005.



Tabell 4.8 Andel registreringsepisoder for dagpasienter etter systemleverandør og hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av episoden. Samme pasient kan motta flere dagbehandlingsserier. 2005.

	Polikl. kons. både med og uten refusjon RTV	Polikl. kons. kun med refusjon RTV	Polikl. kons. kun uten refusjon RTV	Kun som oppholdsdager	Totalt antall
Capsy	0	0	0	100	6 815
Dips	25	48	27	0	2 999
IMX Classic	0	9	8	83	259
Infomedix	0	0	0	100	974
Ullevål	0	0	0	100	279
HIS-90	0	0	0	100	88
Paps	0	0	0	100	370
Totalt	6	12	7	74	11 784

Med unntak av IMX Classic, som sto for to prosent av de innrapporterte dagbehandlingsseriene, er det registrert poliklinisk aktivitet i registreringsepisoder for dagpasienter hos kun en systemleverandør – DIPS, som sto for ¼ av alle innrapporterte dagserier. Halvparten av registreringsepisodene som ble innrapportert til NPR via DIPS for 2005 er også registrert å inneholde polikliniske konsultasjoner med refusjoner fra RTV. De øvrige registreringsepisodene for dagpasienter inneholdt enten polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV (om lag 1/4) – eller begge typer konsultasjoner (om lag 1/4). Registreringsepisodene

for dagpasienter levert av DIPS inneholder således ingen registreringsepisoder for dagpasienter uten at en av disse typer polikliniske tilbud også inngår.

Tabell 4.9 viser antall og andel registreringsepisoder for dagpasienter kategorisert etter institusjonstype og hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av episoden. Andel registreringsepisoder som inkluderer polikliniske konsultasjoner er gjennomgående noe høyere ved DPS enn ved sykehus, uten at forskjellene er markerte.

Tabell 4.9 Oppholdsdager for dagpasienter ved DPS. Andel dagbehandlingsserier kategorisert etter type institusjon og hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av serien. Samme pasient kan motta flere dagbehandlingsserier. 2005.

	Polikl. kons. både med og uten refusjon RTV	Polikl. kons. kun med refusjon RTV	Polikl. kons. kun uten refusjon RTV	Bare oppholds- dager	Totalt	Antall totalt
Sykehus	1	9	5	85	100	3 596
Distriktpsykiatriske tilbud	8	13	8	72	100	7 906
Poliklinikker for voksne	46	46	8	0	10	252
Sykehjem	0	0	0	100	100	9
Andre døgninstitusjoner	0	100	0	0	100	21
Totalt	6	12	7	74	100	11 784

## 5 Nasjonal statistikk om dagbehandling ved DPS - avsluttende betraktninger

I 2005 inneholdt 16 prosent av registreringsepisodene for dagpasienter som ble innrapportert til NPR kategorien "poliklinisk konsultasjon uten refusjon fra RTV" – en reduksjon fra 50 prosent året før. Dette er en samlekategori for behandlingsaktivitet som faller utenfor kriteriene som settes av SSB for at en pasientkontakt /pasientoppmøte skal defineres som "oppholdsdag for dagpasient" eller "poliklinisk konsultasjon". Derved faller aktivitet som klassifiseres i denne samlekategorien utenfor de to kategorier som anvendes ved nasjonal rapportering av ikke-døgntilbud ved DPS til SSB – og blir derved usynliggjort i nasjonal statistikk. Som vi skal komme tilbake til, skjer det ofte at institusjonene selv definerer ulike behandlingsaktiviteter i denne samlekategorien, basert på eget skjønn eller på rene misforståelser.

For at et oppmøte / pasientkontakt skal kunne klassifiseres og registreres som en oppholdsdag som dagpasient, setter DPS-ene vi har vært i kontakt med som kriterium at oppmøtet har en varighet på minst fire timer (noen akter å bruke fem timer som nedre grense fra 2007, under henvisning til reglene for innsatsstyrt finansiering gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i Hefte: "Informasjonshefte om Innsatsstyrt finansiering 2006, rundskriv fra Helse- og Omsorgsdepartementet I-3/2006"). IFS gjelder imidlertid ennå bare for somatikken. I dag er det i praksis formuleringene som anvendes av SSB ved innhenting av data fra institusjonene som skal definere og avgrense dagbehandling fra andre ikke-døgntilbud ved DPS. Til tross for at kravet om fire timers oppmøte ble fjernet av SSB for over 10 år siden, etter å ha vært i bruk bare 4-5 år midt på 90-tallet, anvendes fortsatt "firetimersregelen" som kriterium for å klassifisere et pasientoppmøte som dagopphold fremdeles ved mange DPS-er – og ved samtlige vi har hatt direkte kontakt med i løpet av prosjektperioden. Det angis ulike begrunnelser for dette. Noen antar at SSB fremdeles anvender "firetimersregelen" som kriterium for at et oppmøte skal registreres og avrapporteres som et dagopphold. Noen mener at siden "firetimersregelen" allerede er innarbeidet av både fagstab og merkantilt personell som et minimum tidsintervall for å definere et pasientoppmøte som et dagopphold, er dette tidsintervallet nå hensiktsmessig å benytte som (ett av flere) kriterier for å skille mellom strukturerte dagbehandlingstilbud på den ene side, og poliklinisk behandling på den annen, all den stund diffuse faglige skillelinjer, samt samlokalisering ved samme DPS, der de to typer aktiviteter ofte finner sted samtidig og i samme bygg gjør at det både faglig og administrativt blir vanskelig og/eller upraktisk å finne andre operasjonelle og enkle kriterier for å skille de to typer tilbud.

De strukturerte dagbaserte gruppe- eller individualterapeutiske behandlingsopplegg som er etablert ved et flertall av dagens DPS-er inngår derved ikke i nasjonal statistikk over antall oppholdsdager for dagpasienter som avrapporteres ved SSB, fordi varigheten av hvert oppmøte kun er 1-2 timer, og derved ikke tilfredsstillende "firetimersregelen" som praktiseres ved mange DPS-er. Slik virksomhet blir i

prinsippet heller ikke registrert og avrapportert til SSB som polikliniske konsultasjoner, fordi SSB kun etterspør polikliniske konsultasjoner som utløser refusjon fra RTV. Refusjon fra RTV betinger at:

- virksomheten finner sted i lokaler som er faglig godkjent av Helsetilsynet i fylket, og
- tilfredsstillende bemanning der behandlerne har et ansettelsesforhold ved poliklinikken

Noen steder tilfredsstillende heller ikke ambulant behandling de lokale kravene for å inngå i noen av de to aktivitetskategoriene som anvendes – ikke som "oppholdsdag for dagpasient" (for kort varighet) eller poliklinisk konsultasjon (trolig fordi aktiviteten enten utføres av personell som ikke har et ansettelsesforhold ved DPS-ets poliklinikk.

I takt med at skillelinjene mellom strukturert dagbehandling og poliklinisk behandling er i ferd med å viskes ut, er altså kategorien "*polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV*" en samlebetegnelse for ulike typer ikke-døgnbaserte pasientkontakter som av institusjonene ikke anses å fylle kriteriene for å avrapporteres til SSB, og derved inngå i den offentlige nasjonale statistikk fra SSB.

Det er ingen økonomiske incentiver knyttet til bruk av "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" som egen klassifiseringskategori. Virksomheten finansieres på samme måte som driften av døgnavdelinger og dagvirksomhet for øvrig via statlige rammetilskudd.

Vi har vært i skriftlig kontakt med representanter for fire DPS-er, hvorav tre under St. Olavs Hospital HF, og en i Buskerud. Vi har kommunisert – skriftlig og muntlig – om hvilke behandlingstilbud som blir gitt, og hvordan de ulike typer pasientkontakter blir registrert. Som hjelpemiddel ba vi DPS-ene fylle ut et skjema der det skulle fremgå hvordan de ulike typer ikke-døgntilbud ble registrert, kodet og avrapportert videre til systemleverandøren. Vedlegg v5.1 viser hvordan de tre DPS-ene under St Olav Hospital HF klassifiserte og registrerte sin virksomhet. Av de totalt åtte typer dagtilbud som DPS-ene ble bedt om å klassifisere, ble kategorien "poliklinisk konsultasjon uten refusjon fra RTV" valgt for seks av dem.

Dette var:

- strukturert gruppeterapi ved dagenheten
- annen strukturert terapi ved dagenheten
- poliklinisk konsultasjon ved døgnavdeling, eller ikke godkjent poliklinikk
- ambulant tilbud med hovedmål medisinerer
- ambulant tilbud med hovedmål samtale
- ambulante tilbud med andre hovedmål

Disse aktiviteter blir altså ikke registrert verken som dagopphold for dagpasienter eller polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV, hvilket innebærer at disse aktiviteter heller ikke fanges opp av virksomhetsstatistikken til SSB.

Capsy, som er systemleverandør for DPS-ene under St Olavs Hospital HF, anvender ikke kategorien "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" ved avlevering av data til NPR i det hele tatt, det innhentes kun opplysninger om antall oppholds dager for dagpasienter. Kategorien inngår heller ikke i de skjema som institusjonene fyller ut for SSB. Det synes altså som at disse ikke-døgntilbud ved DPS faller mellom to stoler i registrering på nasjonalt plan både til NPR og SSB,

fordi behandlingstilbudene ikke tilfredsstillter kriteriene for å inngå som oppholdsdager for dagpasienter (for kort varighet), eller polikliniske konsultasjoner (ikke refusjon fra RTV).

All informasjon vi har mottatt tyder på at kategorien "oppholdsdag for dagpasienter" hovedsakelig begrenser seg til dagopphold ved døgnavdelinger med mer enn fire timers varighet. Dette er dagtilbud tilrettelagt for dårlig fungerende langtidspasienter som bor hjemme, men som trenger hjelp til å kunne ta vare på seg selv i dagliglivet utenfor døgninstitusjon.

'En representant for DPS-ene ved St Olav Hospital HF formulerte sitt syn om registrering av dagpasienter slik:

*"Det er et betydelig behov for opprydning av både begreper, faglig innhold, krav til innhold i behandling, samt registrering. Det bør benyttes enhetlige begreper som både kan omfatte somatikk og psykiatri. Registreringen må gjenspeile det faktiske behandlingstilbudet som gis, og ikke hvilken administrativ organisering som velges". Det er åpenbart et problem å vite hva som menes med dagbehandling, og hvordan denne kvalitativt skiller seg fra andre typer behandling gitt behandlingsinstitusjoner (DPS-er) av vår type".*

Av de fem systemleverandørene som står for registreringsprosedyrer og uttaksprogram ved levering av data om dagbehandling til NPR på MBDS-format, er det kun en som knytter kategorien "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" til registreringsepisoder for dagpasienter – det er DIPS, som de siste årene har stått for om lag 60 prosent av alle oppholdsdager innrapportert til NPR.

Figur 5.1 viser omfanget av kategorien "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV", slik denne er innrapportert å inngå som del av registreringsepisoder for dagpasienter av DIPS i perioden 2001-2005. Figuren viser også endringen i bruk av kategorien "polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV". Volumet av polikliniske konsultasjoner hhv med og uten refusjon fra RTV er relatert til antall oppholdsdager - det er således antall polikliniske konsultasjoner hhv med og uten refusjon fra RTV per oppholdsdag som vises.

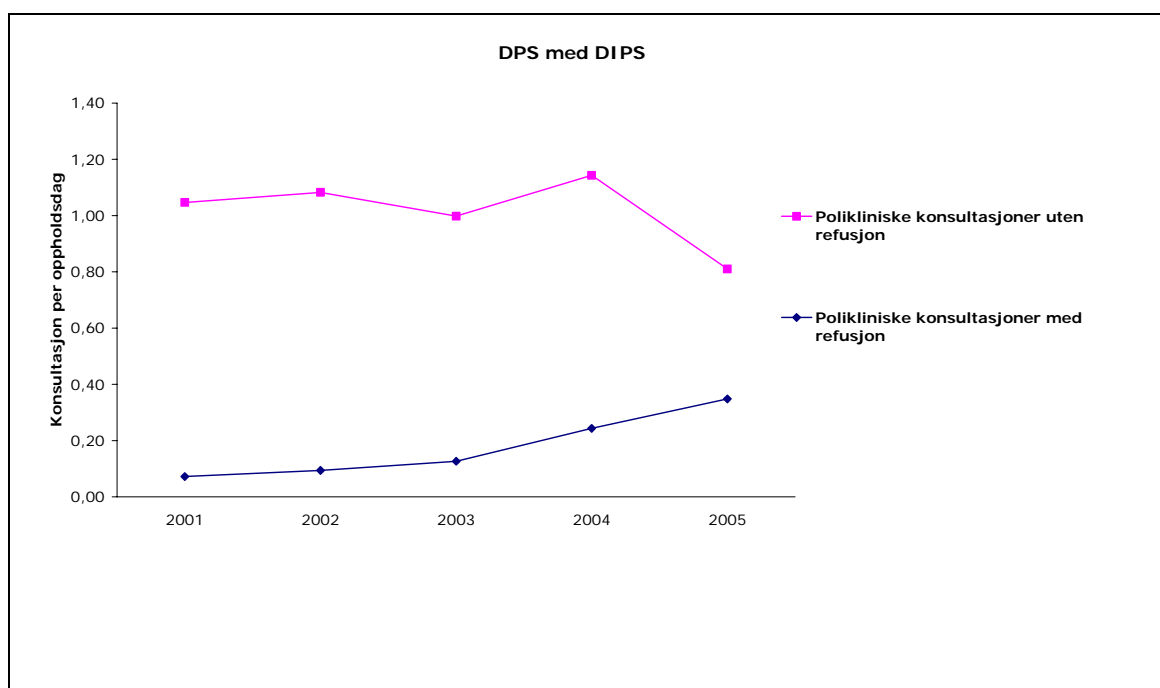
Figuren viser at bruk av kategorien "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV", som altså antas å bestå av aktiviteter som ligger i grenseland mellom dag- og poliklinisk behandling, men som ikke tilfredsstillter kravene for å bli klassifisert som noen av delene, økte fram til 2004, men ble meget betydelig redusert i 2005. Personell ved flere DPS som vi har snakket med, går inn for å avvikle bruk av denne kategorien i sin helhet i løpet av 2006, og sørge for at all behandlingsaktivitet i sin helhet blir definert som refusjonsberettigede konsultasjoner. Antall "polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV" har vist en jevn økning i hele perioden vi her viser tall for. Hvorfor disse inngår i de innrapporterte registreringsepisoder for dagpasienter har vi ikke faste holdepunkter for å uttale oss om. Det kan enten være konsultasjoner som utløser takst for førstegangskonsultasjon, som inngår – og registreres som del av dagbehandlingen, eller det kan være enkeltstående konsultasjoner som av ulike grunner – korrekte eller ei - er registrert som dagbehandling. Den jevne økningen år for år tyder imidlertid på at det også kan være dagbehandling som gradvis blir omdefinert. De pasientadministrative system sørger for at ett og samme tilbud ikke kan registreres som to tilbud samtidig.

De senere år er derfor mange dagenheter ved DPS omdefinert til poliklinikker ved at de organisatorisk innlemmes i eksisterende, godkjente poliklinikker ved samme DPS, uten at den tidligere dagenheten nødvendigvis er godkjent som offentlig poliklinikk. I den grad dette organisatoriske grep lykkes får personalet ved

dagenheten et formelt ansettelsesforhold ved DPS-ens poliklinikk, og inntektsgrunnlaget økes ved at hvert behandlerårsverk utløser et fast årlig tilskudd uavhengig av aktivitetsnivå, samt at aktiviteten honoreres ved at hver pasientkonsultasjon utløser en refusjon fra RTV. Hvilke konsekvenser dette gir for DPS-ets økonomi vil avhenge av HF-et's interne budsjettprosesser.

Uten at verken art eller volum av virksomheten ved dagenheten endres, kan man på denne måten øke inntektsgrunnlaget for den DPS det gjelder, mens det i registreringssammenheng vil fremstå som at den faktiske dagbehandling er redusert, mens den polikliniske aktivitet har økt i løpet av kalenderåret, uten at verken art eller omfang av behandlingstilbudene nødvendigvis er endret – sett fra pasientens ståsted.

Figur 5.1 Antall polikliniske konsultasjoner ved DPS som sorterer under DIPS hhv med- og uten refusjon fra RTV



Systemleverandøren DIPS, som betjente godt over halvparten av landets DPS-er i 2005 (39 av de 67 DPS-er som sendte inn opplysninger om dagvirksomhet til NPR) synes å fange opp behandlingsaktivitet der en pasientkontakt verken tilfredsstiller kriteriene for å bli definert som oppholdsdag (for kort varighet), eller poliklinisk konsultasjon (ikke godkjente lokaler og/eller bemanning) eller evt grunnet andre kriterier som måtte være definert av institusjonene. I 2005 fant det sted 0,81 polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV per oppholdsdag ved DPS som betjenes av DIPS. I den grad:

- "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" kan sidestilles med en oppholdsdag i statistikkammenheng, og
- at omfanget av slike konsultasjoner per oppholdsdag er like høyt også ved de øvrige 28 DPS-er som ikke anvender DIPS som systemleverandør,



kan antall oppholdsdager ved DPS i 2005, korrigeret for pasientkontakter som ikke inngår i nasjonal statistikk fra SSB (polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV) beregnes ved å multiplisere forholdstallet 0,81 med antall oppholdsdager ved DPS som er registrert av SSB i 2005. Resultatet av et slikt "korrigeret" anslag gir 107 378 oppholdsdager rapportert til SSB \* 1.81 = 194 355 oppholdsdager ved DPS i 2005.

I driftsåret 1996, som var basisåret for beregninger og måltall i Opptappingsplanen, fant det sted 128 000 dagopphold for dagpasienter ved DPS. Målet i planen var å øke dette tallet med 90 000 i løpet av planperioden, altså til 218 000. I henhold til det korrigerete anslaget presentert i forrige avsnitt fant det sted 194 tusen dagopphold/ pasientkontakter ved DPS i 2005. Dette er en økning på 66 000 pasientkontakter/ dagopphold ved DPS i forhold til volumet da tallgrunnlaget for Opptappingsplanen ble lagt i 1996, hvilket tilsier at  $\frac{3}{4}$  av målet er nådd. I gjennomsnitt har veksttakten de ni aktuelle årene (1996-2005) vært på om lag 7 300 flere dagopphold ved DPS per år. Med tre år igjen av planperioden må volum av dagopphold ved DPS økes med totalt 22 000 dagopphold/pasientoppmøter for at målet om 218 000 dagopphold /pasientoppmøter ved DPS per år skal nås innen planens utløp. Dersom den årlige veksttakt som er vist hittil opprettholdes også i de tre siste årene av planperioden, vil målet nås.

Dersom de DPS-er som anvendte DIPS tenderte til å rapportere inn "polikliniske konsultasjoner uten refusjon" i stedet for dagopphold til NPR, ville vi forvente å finne en negativ sammenheng på DPS-nivå mellom volum av slike konsultasjoner innrapportert til NPR, og kompletthet av innrapporterte oppholdsdager i forhold til SSB. Slik er det ikke. Det er ingen statistisk sammenheng på DPS-nivå mellom nivået av de to kategorier av aktiviteter. I den grad man kan spore noen tendens, er det at DPS-er som innrapporterer mange oppholdsdager til NPR, også rapporterer inn relativt mange polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV.

Kan man så si noe om hvordan estimert volum av dagbehandling ved DPS har endret seg i løpet av planperioden for Opptappingsplanen? Vi har data fra NPR fra og med 2001. På den bakgrunn har vi i tabell 5.1 estimert volum av dagbehandling ved DPS, korrigeret for aktiviteter som fanges opp gjennom lokal registrering, men som ikke avrapporteres videre til SSB. Tabell 5.1 viser estimert antall oppholdsdager ved DPS i perioden 2001-2005 etter korrigeret for volum av "polikliniske konsultasjoner uten refusjon RTV". Tabellen viser:

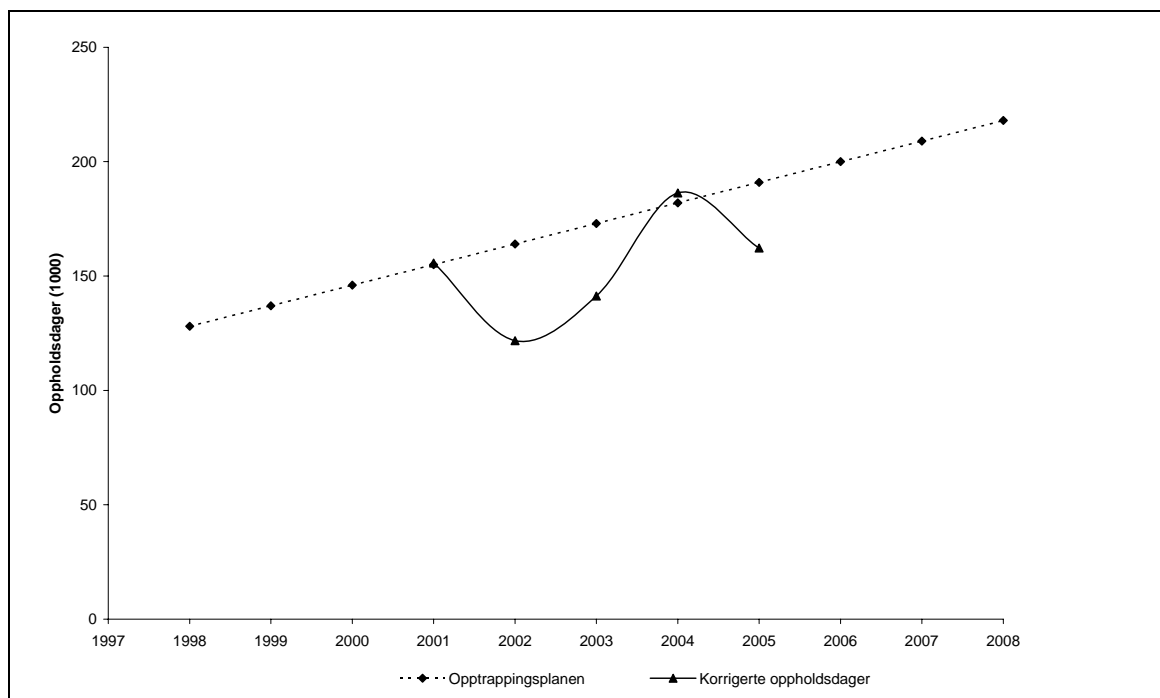
- a) totalt antall oppholdsdager innrapportert til SSB
- b) forholdstallet mellom antall "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" ("poluref") og antall oppholdsdager ved DPS innrapportert til NPR fra DIPS, målt som antall "poluref" per oppholdsdag ved disse DPS-ene.
- c) estimert antall pasientkontakter / oppmøter ved DPS basert på totalt antall oppholdsdager innrapportert til SSB (a), multiplisert med forholdstallet beregnet under punkt (b).
- d) Sum estimert antall oppholdsdager DPS etter korrigeret for "polikliniske konsultasjoner uten refusjon RTV" (sum kolonne (a) og (c)).

Tabell 5.1 Estimert antall oppholdsdager ved DPS i perioden 2001-2005.

	Sum oppholdsdager SSB	Forholdstall: antall "poluref" per oppholdsdag	Sum oppholdsdager SSB multiplisert med forholdstallet	Sum estimerte oppholdsdager etter korrigering for "poluref"
	(a)	(b)	(c)	(d)
2001	140 822	0,11	14 879	155 701
2002	104 458	0,17	17 300	121 758
2003	89 666	0,58	51 586	141 252
2004	107 330	0,74	79 039	186 369
2005	107 378	0,51	54 878	162 255

Figur 5.2 viser forholdet mellom det estimerte antall oppholdsdager ved DPS i perioden 2001-2005 (fra tabell 5.1 over) i forhold til nivået som forutsettes i Opptrappingsplanen dersom målet om 90 000 flere oppholdsdager ved DPS skal nås i løpet av planperioden – gitt en lineær utvikling med 9 000 flere oppholdsdager per år gjennom hele tiårsperioden.

Figur 5.2 Estimert antall oppholdsdager ved DPS i perioden 2001-2005, holdt opp mot antall oppholdsdager som forutsettes for at målet i Opptrappingsplanen om 90 000 flere oppholdsdager ved DPS skal innfris innen 2008, gitt en lineær årlig vekst på 9000 flere dagopphold ved DPS.



Figuren viser at volum av oppholdsdager i perioden 2001-2005 år om annet ligger over eller under det nivået som skal til for å nå målet i Opptrappingsplanen om 90 000 flere oppholdsdager ved DPS innen 2008, gitt forutsetningene om lineær utvikling i forhold til planen, - at "polikliniske konsultasjoner uten refusjon" fra RTV kan sidestilles med dagopphold som statistisk /kvantitativ enhet, og at forholdet

mellom antall "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" er den samme ved de 39 DPS-ene som sorterer under DIPS som ved landets øvrige 28 DPS-er.

Tallene for "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" er ustabile, og svinger en del fra år til år. Dette kan ha sammenheng med dårlig/ingen kvalitetskontroll av disse data – verken ved SSB eller NPR - og/eller nettopp det faktum at tallene uttrykker en diffus, vanskelig definerbar gråsoner mellom aktiviteter som helt eller delvis kan høre inn under både dag - og poliklinisk behandling, og defineres som dagbehandling et sted, og som poliklinisk behandling et annet. Det er grunn til å anta at omfanget av denne registreringskategorien gradvis vil reduseres, ved at stadig mer av aktiviteten som nå inngår i denne kategorien vil bli omdefinert – hovedsakelig til polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV – og at ikke-døgntilbud ved DPS derved vil gå i retning av større innslag av innsatsstyrt finansiering.

Det kan argumenteres for at pasientene, som har interesse av størst mulig tilgjengelighet til de ulike tjenester, er best tjent med et større innslag av aktivitetsbasert (innsatsstyrt) finansiering, slik man har i somatikken. Det forutsetter utarbeiding av et nytt forenklet og mer relevant takstsystem som beskriver pasientbehandlingen bedre enn i dagens taksthefte. Alternativet er å beholde dagens system, som hovedsakelig er basert på statlige rammetilskudd, med et element av innsatsstyrt finansiering for poliklinisk behandling (refusjonstakster) ved godkjente poliklinikker (åpningstidstakster gis uavhengig av aktivitetsnivået ved poliklinikkene). Det er da åpenbart nødvendig å synliggjøre aktiviteten ved å:

- a) definere grupper av aktivitet innen dagbehandling som er faglig meningsfulle, og som enkelt lar seg avgrense fra poliklinisk aktivitet
- b) fortløpende innhente opplysninger om hva som kjennetegner aktiviteten innen hver av disse faglig meningsfulle gruppene, for i neste omgang å kunne be institusjonene om å fylle ut skjema med svarkategorier som er oppdaterte og relevante i forhold til den dagvirksomhet som faktisk finner sted ved DPS-ene.
- c) sette fokus på de registreringsprosedyrer som anvendes av det nasjonale pasientregisteret NPR (som fra 1/1-2007 overtas av Staten ved Sosial- og helsedirektoratet) ved fortløpende videreutvikling av MBDS ("NPR-meldingen"), slik at dette individbaserte pasientregisteret settes i stand til å dokumentere art og volum av de nye desentraliserte, ikke-døgnbaserte behandlingsformer som vokser frem, og som etter hvert vil utgjøre hjørnesteiner i det psykiske helsevernet for voksne.

En gjennomgang av registreringspraksis ved tre DPS-er under St Olav Hospital HF sammen med en sentral økonomirådgiver, viste at enkelte typer pasientkontakter og direkte pasientrelaterte virksomheter registreres lokalt ifm fordeling av statlige rammetilskudd internt innad i helseforetaket, men avrapporteres ikke videre utover HF-nivå fordi det ikke gir noen økonomisk uttelling. Som eksempler på slike pasientrelaterte aktiviteter som ikke avrapporteres til nasjonale registre kan nevnes pasient- og pårørendeopplæring, andre opplæringstiltak, psykiatrisk tilsyn med pasienter innlagt ved somatiske institusjoner, pasientbehandling ved utekontor og veiledning ovenfor kommuner og primærhelsetjeneste. Disse aktiviteter registreres altså lokalt, men kommer ikke med i uttaket av data til NPR og SSB, blant annet fordi systemleverandøren (Capsy) ikke har denne kategorien med i uttaksprogrammet som henter ut data. Slik virksomhet etterspørres heller ikke av SSB, som i veilederen til hefte 44 etterspør "oppholdsdager for dagpasienter" og "polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV".

Alt tyder på at store deler av den ikke-døgnbaserte pasientrelaterte aktiviteten ved DPS ikke registreres i det hele tatt, eller registreres under kategorien "poliklinisk konsultasjoner uten refusjon fra RTV", som ved 28 av 67 DPS-er ikke inngår i systemleverandørenes uttaksprogram ved levering av data til NPR.

Vi får da følgende kategorier av ikke-døgntilbud ved DPS:

- 1 Aktivitet som ikke registreres overhode
- 2 Aktivitet som ikke uten videre inngår i noen av de to hovedkategoriene av ikke-døgntilbud ved DPS (dag- og poliklinisk behandling). Disse utgjør til sammen gruppen "polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra RTV" og består for eksempel av oppmøter til strukturerte dagbehandlingsopplegg av kortere varighet enn fire timer ved en dagenhet som ikke er godkjent som poliklinikk. Dette registreres lokalt som dokumentasjon i forbindelse med intern ressursflyt og fordeling av statlige rammetilskudd, men avrapporteres med ett unntak ikke videre til de to nasjonale registre SSB og NPR. Unntaket er opplysninger om konsultasjoner uten refusjon fra RTV levert til NPR av systemleveandøren DIPS, som i 2005 sto for 63 prosent av alle avrapporterte oppholdsdager.
- 3 Dagtilbud av mer enn fire (fem) timers varighet. Disse finner som regel sted ved døgnavdeling, og er tilrettelagt for dårlig fungerende langtidspasienter som bor hjemme, men som trenger hjelp for å kunne ta vare på seg selv i dagliglivet utenfor døgninstitusjon. Disse pasientene registreres som innlagte ved institusjonen, og det er antall oppholdsdager (hvis mer enn fire timer per dag) som avrapporteres. Slike tilbud ved døgninstitusjonene tar hånd om pasienter med dårligere funksjonsevne enn hva som er tilfelle med pasienter ved de kommunale dagtilbud,
4. Ambulant behandling.  
Slik oppsøkende virksomhet inngår ikke som egne kategorier i de to nasjonale registrene SSB og NPR.

"Dagtilbud" består altså av to kvalitativt sett ulike typer tilbud, tilrettelagt for helt ulike pasientgrupper. Disse tilbud - som altså begge inngår i samlebegrepet "dagbehandling" finansieres og avrapporteres forskjellig. På den ene side har man strukturerte behandlingsopplegg som både faglig og definisjonsmessig (varighet under fire timer) ikke lar seg skille fra poliklinisk virksomhet, men som likevel defineres og avrapporteres som dagbehandling – og ikke som polikliniske konsultasjoner dersom aktiviteten ikke skjer ved godkjent poliklinikk av godkjent poliklinisk personell. På den annen side har man dagtilbud for dårlig fungerende pasientgrupper med kroniske lidelser som bor hjemme, men som trenger praktisk og sosial hjelp i hverdagslivet. Det synes som at det bare er den siste type tilbud som inngår i den årlige avrapporteringen av dagvirksomhet til SSB.

I Sosial- og Helsedirektoratets veileder for DPS, utgitt høsten 2006 (9/2006) understrekes det at dagbehandling ved DPS skal utgjøre et kontinuum der enkle polikliniske konsultasjoner utgjør det ene ytterpunkt – og sammensatte behandlingsprogrammer hvor individuelle konsultasjoner kombinert med gruppeterapi og ferdighetstrening utgjør det andre. Veilederen anbefaler følgende definisjon av dagbehandling:

*“Direktoratet anbefaler at dagbehandling defineres som utvidede polikliniske behandlingsprogrammer, som både gir målrettede behandlingstilbud til ulike pasientgrupper og individuelt tilpassede behandlingsopplegg (til enkeltpersoner) som er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner.”*

Med slike retningslinjer gis det få, om noen, entydige, håndfaste og enkle operasjonelle holdepunkter for å skille mellom poliklinisk behandling og dagbehandling. I den grad individuell poliklinisk utredning og behandling inngår som en integrert del av dagbehandlingstilbudet, og dagbehandling i vid forstand anbefales å være et utvidet poliklinisk tilbud, blir det nåværende skillet mellom dagbehandling og poliklinisk behandling som to ulike “omsorgsnivå” vanskelig eller umulig å opprettholde – både av fornuftsmessige og registreringstekniske årsaker. I et pasientforløp (behandlingsforløp) der tilbud på de to omsorgsnivå inngår så tett i hverandre blir det uansett en vanskelig og omstendelig prosess å skulle klassifisere og kvantifisere behandlingsvolum og ressursbruk for hvert av de to omsorgsnivå. Dette gjelder både ved intern registrering innad i institusjonen og ved videre avrapportering til de to nasjonale registrene SSB og NPR.



## 6 Kjennetegn ved dagpasienter og polikliniske pasienter

### 6.1 Formålet med kapitlet

Kapitlets mål er å avdekke om det er påvisbare eller distinkte forskjeller mellom de pasientkategorier og de tilbud som behandlerne ved landets DPS-er anser å være dagpasienter og dagtilbud versus de som anses å være polikliniske pasienter og polikliniske tilbud. Dette gjøres ved å sammenholde pasienter og behandlingstilbud ved de to behandlingsformer med hensyn til:

- Hvilke befolkningsgrupper som tas inn til behandling. Her sammenholdes sosiodemografiske og sosioøkonomiske karakteristika ved pasientene som mottok hvert av de to behandlingstilbud ved DPS i løpet av en 14-dagersperiode i 2004.
- Hvilke psykiske vansker som prioriteres ved de to behandlingstilbud. Her avdekkes i hvilken grad de to behandlingsformer prioriterer ulike psykiske vansker (målt ved diagnose, tilleggssymptomer mm).
- Eventuelle forskjeller i klinisk praksis og behandlingsformer mellom de to behandlingstilbud.

### 6.2 Metode og gjennomføring

Siden 1979 er det med fem års mellomrom blitt gjennomført landsomfattende registreringer av voksne pasienter i døgninstitusjoner i psykisk helsevern. Fra og med 1989 ble det i tillegg gjennomført tilsvarende registrering av pasienter som mottok behandling ved poliklinikker og hos avtalespesialister. Alle er utført av SINTEF Helse på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet.

Registreringen som dette kapitlet baserer seg på er gjennomført ved at behandlerne fylte ut et skjema for hver voksen pasient som mottok dagbehandling, poliklinisk behandling eller ambulant behandling i psykisk helsevern for voksne i løpet av en 14-dagers periode i september 2004, uansett hvor slik behandling fant sted. Skjemaet inneholdt opplysninger om sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold, tidligere behandling, forhold vedrørende nåværende bo- og behandlingssituasjon, kliniske karakteristika samt vurdering av ønskelige bo- og behandlingstilbud. Metoden er lik tidligere undersøkelser utført av SINTEF Helse på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet. Svarprosenten antas å være tilnærmet 100.

### 6.3 Institusjonstype

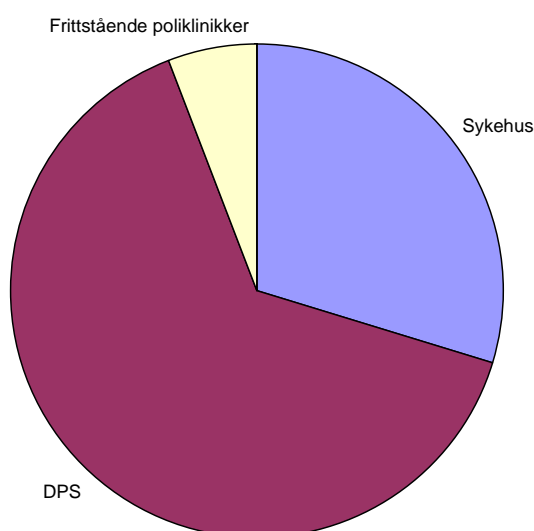
Gjennom pasientregistreringen ble det innhentet opplysninger om i alt 21 527 ulike pasienter ved ikke-døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern for voksne i løpet av en 14-dagers periode dager i september 2004. 14 dager antas å være et tilstrekkelig til å fange opp de aller fleste som mottar de aktuelle behandlingsformer. Tabell 6.1 og figur 6.1 viser hvordan pasientene fordelte seg etter type institusjon.

Tabell 6.1 Antall og prosentandel pasienter ved ikke-døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern for voksne etter institusjonstype. 2004.

	Antall	Prosent
Sykehus	6 218	30
DPS	13 576	65
Frittstående poliklinikker	1 190	6
Sykehjem	41	0
Totalt	21 025	100
Ubesvart	502	
Totalt antall	21 527	

Målt ved antall ulike individer som genererer ikke-døgnbaserte behandlingsepisoder i psykisk helsevern for voksne står sykehusene for nær 1/3 av det totale volum, mens DPS genererte nær 2/3. De frittstående poliklinikkene står for de resterende seks prosent av det totale volum av slik behandlingsevne, se også figur 4.1.

Figur 6.1 Prosentandel pasienter ved ikke-døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern for voksne etter institusjonstype. 2004. N=21 527





## 6.4 Type tilbud

### *Poliklinisk virksomhet ved DPS*

Økt poliklinisk aktivitet er et sentralt mål i Opptrappingsplanen. For de fleste pasienter som er i kontakt med et DPS vil det være aktuelt å få tilbud om vurdering og/eller poliklinisk behandling som del av behandlingstilbudet. I Sosial- og helsedirektoratets siste DPS veileder (9/2006: "Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen") fremheves det at DPS må bestrebe seg på å utvikle et bredest mulig spekter av polikliniske behandlingstilbud – foruten allmenne team er det også behov for rehabiliteringsteam, akutteam, rusteam og team for tidlig intervensjon ved psykoser.

### *Ambulant virksomhet ved DPS*

Selv om det ikke forelå noen definisjon av ambulant behandling i rettledningen for utfylling av registrerings skjema, kan man likevel si at ambulant behandling i liten grad benyttes ved norske poliklinikker. Denne typen virksomhet er formodentlig under oppbygging da Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt RHF-ene å etablere slike tilbud i alle DPS-områder innen 2006. Det har vært behov for å operasjonalisere hva ambulant behandling er, hvordan det kan implementeres, og ikke minst hvem som har mest nytte av slike tilbud. Helse og omsorgsdepartementet forutsetter i St.prp. nr. 1 (2004-2005) at ambulante tjenester ved DPS skal utgjøre et viktig ledd i et desentralisert tjenesteapparat.

I henhold til Sosial- og helsedirektoratets siste DPS veileder (9/2006) fremheves det at behandlingen er ambulant når den finner sted i pasientenes eget miljø, og at ambulant behandling ved DPS skal benyttes ved tidlig intervensjon ved psykisk lidelse, systematisk langtidsbehandling, rehabilitering av personer med rusavhengighet og/eller alvorlige psykiske lidelser og som tilbud til personer i akutte krisesituasjoner.

### *Dagbehandling ved DPS*

Det har tidligere blitt anbefalt at dagbehandling bør tilbys der det er behov for mer omfattende tilbud enn poliklinisk behandling. I DPS veilederen fra Statens Helsetilsyn utgitt i 2001 (Organisering og arbeidsområder ved DPS, 2001) beskrives dagbehandling som aktive behandlingsopplegg, individuelt tilrettelagte eller gruppebaserte. Veilederen understreket viktigheten av å ha en klar grenseoppgang mot kommunale, mer aktivitetsbaserte tiltak. Tydeligere forventninger til hva dagbehandling bør eller skal være har vært etterlyst.

I Sosial- og helsedirektoratets DPS veileder fra 2006 (9/2006) understrekes det at DPS skal gi veldokumenterte og tilpassede tilbud til pasienter innen hele spekteret av lidelser/plager. Målet er at (dagvirksomheten ved) DPS skal kunne gi tilbud innen hele spekteret av psykiske lidelser, og at behandlingstilbudet følgelig skal utgjøre et kontinuum der enkle polikliniske konsultasjoner utgjør det ene ytterpunkt – og sammensatte behandlingsprogrammer hvor individuelle konsultasjoner kombinert med gruppeterapi og ferdighetstrening utgjør det andre. DPS veilederen fra 2006 går inn for at dagtilbud også skal kunne gis ved DPS døgnenheter. Dette vil da særlig være et aktuelt tilbud for mennesker med kroniske eller gjentatte psykotiske episoder.

Veilederen anbefaler følgende definisjon av dagbehandling:

*”Direktoratet anbefaler at dagbehandling defineres som utvidede polikliniske behandlingsprogrammer, som både gir målrettede behandlingstilbud til ulike pasientgrupper og individuelt tilpassede behandlingsopplegg (til enkeltpersoner) som er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner.”*

Med en slik definisjon vil en ikke lenger kunne skille mellom poliklinisk behandling og dagbehandling med gjeldende rapporteringsrutiner i MBDS.

## 6.5 Tilbud utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern for voksne

Metoden som er anvendt i den foreliggende pasientregistrering gjør det mulig å skille mellom pasienter som mottok de tre typer ikke-døgnbaserte behandlingstilbud (poliklinisk behandling, dagbehandling og ambulant behandling). Registreringsskjemaet gjør det dessuten mulig å skille ut pasienter som mottok parallelle tilbud, for eksempel både poliklinisk behandling og dagtilbud på registreringstidspunktet.

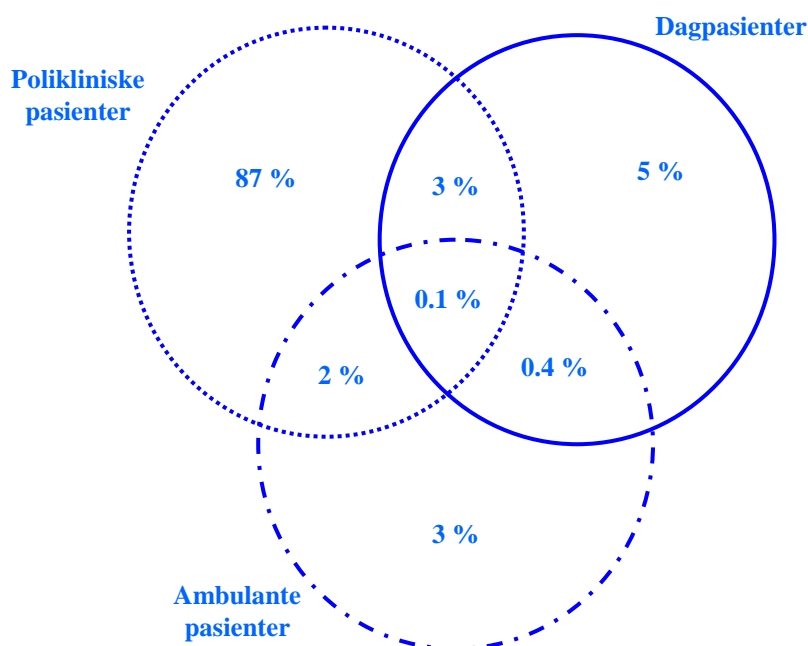
87 prosent av pasientene ved tilbud utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern for voksne mottok kun polikliniske tilbud. Denne andelen gjelder både ved sykehus, DPS-er og frittstående poliklinikker. Pasientene som kun mottar dagtilbud utgjør på sin side omlag fem prosent ved alle tre institusjonstyper, mens pasienter som kun mottar ambulant behandling utgjør om lag tre prosent uansett institusjonstype. Det relative volum av de tre behandlingsformer er altså like stort, uavhengig av behandlingstilbud. Mange pasienter mottok i følge behandlerne flere samtidige tilbud i løpet av vårt tidsvindu på 14 dager, se tabell 6.2 og venndiagrammet i figur 6.2.

Tabell 6.2 Antall og prosentandel pasienter ved de ulike hovedtyper ikke-døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern for voksne høsten 2004. N=21 527.

Type tilbud	Sykehus		DPS		Frittstående poliklinikker		Totalt <sup>1)</sup>	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Bare poliklinisk	5 252	86	11 660	87	1 013	87	18 350	87
Bare dagbehandling	344	6	640	5	47	4	1 062	5
Bare ambulant	191	3	267	2	43	4	545	3
Polikli og dagtilbud	144	2	360	3	30	3	553	3
Dag- og ambulant tilbud	16	0	47	0	8	1	78	0
Poliklinisk og ambulant	126	2	347	3	27	2	507	2
Alle tre tilbud	10	0	18	0	3	0	31	0
Antall	6 083	100	13 339	100	1 171	100	21 126	100
Ubesvart	135		237		19		401	
Antall totalt	6 218		13 576		1 190		21 527	

1) Sykehjem, med x antall pasienter, inngår i dette totaltallet

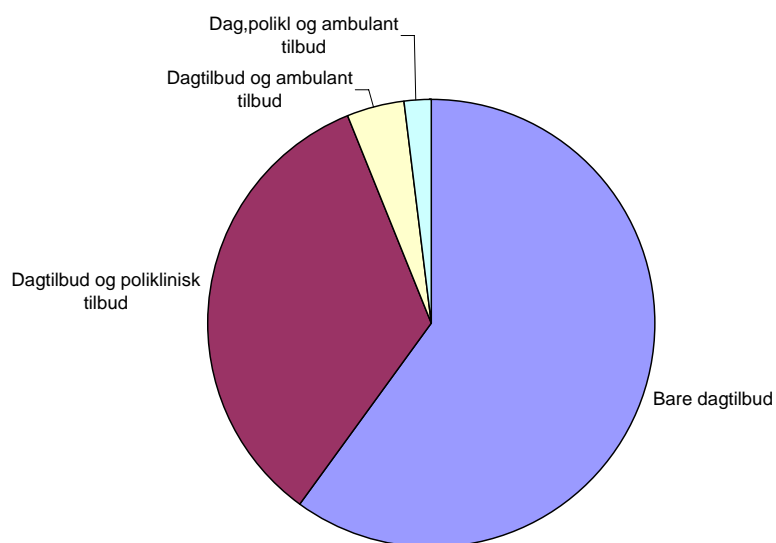
Figur 6.2 Prosentandel pasienter ved de ulike hovedtyper tilbud utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern for voksne høsten 2004. N= 21 527.



## 6.6 Tilbud utenfor døgninstitusjon ved DPS

Ved DPS-ene mottok 640 pasienter bare dagbehandling i løpet av perioden, mens 425 mottok dagbehandling supplert med poliklinisk eller ambulant behandling – totalt 1 065 dagpasienter. Av dagpasientene ved DPS mottok altså 40 prosent supplerende tilbud. Vi er i denne sammenheng ute etter å avdekke skillelinjer mellom dagpasienter og polikliniske pasienter ved DPS. For å sørge for at gruppene som sammenlignes er gjensidig utelukkende, med mest mulig entydige skillelinjer, er tabellene i dette kapitlet basert på pasienter som kun mottar ett av de tre tilbudene, samt den i denne sammenheng interessante kombinasjonen av poliklinisk behandling og dagbehandling. Figur 6.3 viser omfanget av dagpasientenes parallelle kombinasjoner av tilbud, mens figur 6.4 illustrerer grad av overlapp mellom de tre tilbud ved DPS.

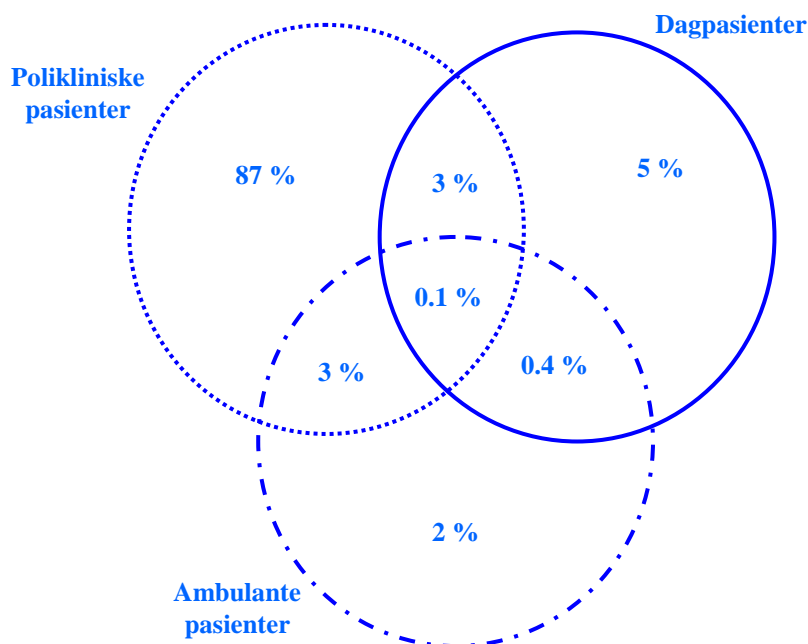
Figur 6.3 Prosentandel av dagpasientene ved DPS som mottok ulike kombinasjoner av parallelle ikke-døgntilbud i løpet av en 14-dagersperiode i september 2004. N=1 065.



Institusjonstype er ukjent for 237 pasienter. Disse er derfor trukket ut av analysene i dette kapitlet, som omhandler de resterende 13 339 pasientene (98,2 prosent) ved DPS i 14-dagersperioden høsten 2004.

Fordelingen av type tilbud utenfor døgninstitusjon ved DPS er nærmest identisk med det som var tilfelle da sykehus, DPS og frittstående poliklinikker ble sammenlignet (se figur 6.4).

Figur 6.4 Prosentandel pasienter ved tilbud utenfor døgninstitusjon ved DPS høsten 2004. N= 13 339.



Prosentandelen av pasientene som mottar de ulike tilbud og parallelle kombinasjoner av tilbud ved DPS er altså nærmest identisk ved hhv sykehus og DPS.

## 6.7 Sosiodemografiske kjennetegn ved dagpasienter og polikliniske pasienter ved DPS

De 13 339 pasientene ved DPS som inngår i denne registreringen utgjør 290 pasienter per 100 000 voksne innbyggere 18 år og eldre. I dette kapitlet ses det nærmere på hva som skiller dagpasienter ved DPS fra polikliniske pasienter ved DPS og dessuten pasienter som behandles ambulant med henblikk på demografiske og sosiodemografiske egenskaper.

### 6.7.1 Kjønn

Ved tidligere pasientregistreringer har det vært et markert overtall av kvinner ved de polikliniske behandlingstilbud. Dette er tilfelle også i 2004. Dette er ikke i samme grad tilfelle for dagpasientene, der kjønns sammensetningen er noe nærmere den vi finner i befolkningen.

Tabell 6.3 Kjønnfordeling ved DPS etter behandlingsform (prosent). N=13 276

Kjønn	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Mann	38	42	42	39	43	39
Kvinne	62	58	58	61	57	61
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	11 608	637	265	358	408	13 276
Ubesvarte	52	3	2	2	4	63
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

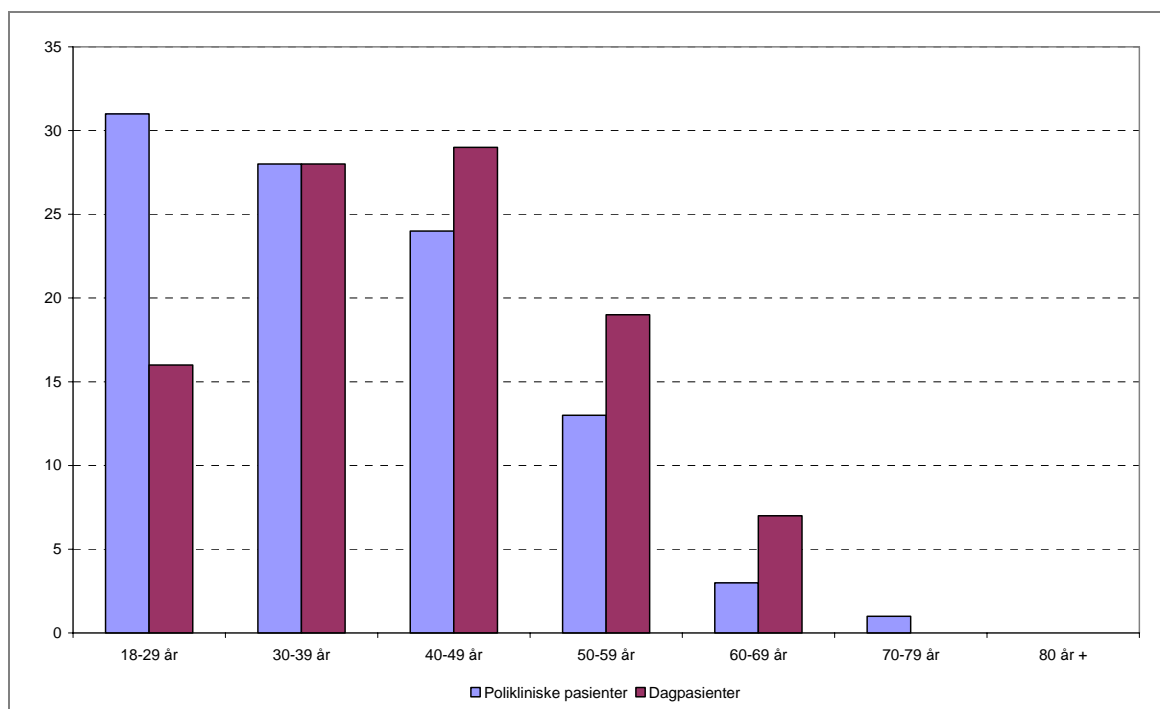
### 6.7.2 Alder

Tabell 6.4 Aldersfordeling ved DPS etter behandlingsform (prosent). N= 13 284

Alder	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS	Norges voksne bef 2004
18-29 år	31	16	23	27	25	30	17
30-39 år	28	28	23	31	27	28	21
40-49 år	24	29	28	29	24	24	19
50-59 år	13	19	13	11	17	13	18
60-69 år	3	7	6	1	4	4	11
70-79 år	1	0	3	1	1	1	9
80 år +	0	0	3	0	1	0	6
Sum prosent	100	100	100	100	100	100	100
Antall	11 619	633	265	360	407	13 284	
Ubesvarte	41	7	2	0	5	55	
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339	

Pasientene ved poliklinikkene er gjennomgående yngre enn hva som er tilfelle blant dagpasienter og ved de øvrige behandlingsformer som her sammenlignes. Gjennomsnittsalderen blant pasientene ved ikke-døgntilbud ved DPS sett under ett er 33,4 år – blant de polikliniske pasientene er den 33,0 år, blant dagpasientene 37 år og blant pasienter som mottar ambulant behandling 38 år. 83 prosent av de polikliniske pasientene er under 50 år, mot 73 prosent blant dagpasientene. Flertallet av dagpasientene ( $\frac{3}{4}$ ) er i alderen 30-60 år, mot 58 prosent i befolkningen. Dagpasientene er altså stort sett i yrkesaktiv alder, og er i flertall i forhold til "sin" andel av befolkningen i denne aldersgruppen. Flertallet av pasientene som behandles ambulant er unge –  $\frac{3}{4}$  er under 50 år. Gjennomsnittsalderen i denne gruppen trekkes opp av en relativt stor andel pasienter over 70 år.

Figur 6.5 Prosentvis aldersfordeling blant polikliniske pasienter og dagpasienter, 2004.



### 6.7.3 Sivilstatus

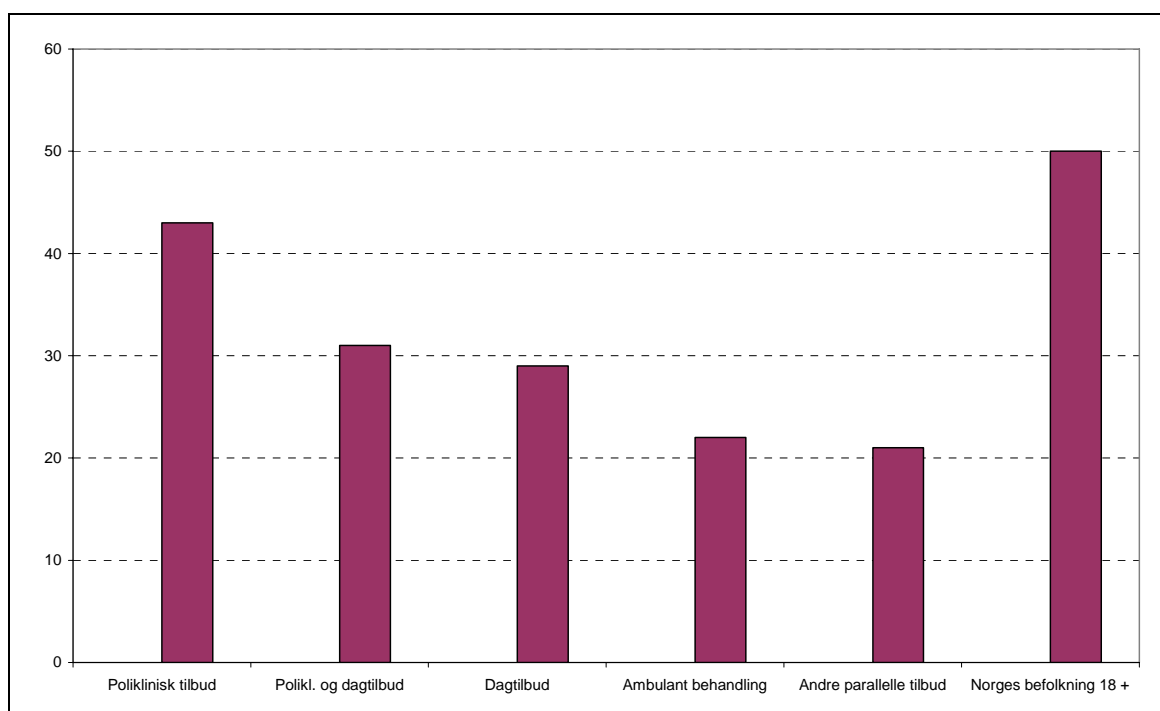
Pasientenes sivilstatus gir en indikasjon på eksistensen av etablerte sosiale relasjoner. Tabellen viser tre markerte trekk når pasientene fordeles etter sivilstatus og behandlingstilbud:

1. I Norges befolkning 18 år og eldre er 42 prosent ugifte eller separert/skilte. I forhold til befolkningen er alle pasientgruppene som her sammenlignes langt hyppigere ugifte og separert/skilte, og tilsvarende sjeldnere gifte.
2. Sivilstatus er svært ulik i pasientgruppene som sammenlignes. Andelen ugifte eller separert/skilte er lavest blant polikliniske pasienter (56 prosent), og øker til 69 prosent blant dagpasienter, til 71 prosent blant pasienter under ambulant behandling, og er høyest blant pasienter med parallelle behandlingstilbud hvor ambulant behandling inngår (77 prosent).
3. Andelen enker/enkemenn er betydelig lavere enn i befolkningen som helhet i alle pasientgrupper unntatt blant pasienter som mottar ambulant behandling. Dette skyldes aldersfordelingen (tabell 6.5).

Tabell 6.5 Sivilstatus ved DPS etter behandlingsform (prosent). N=13 289.

Sivilstatus	Polikliniske pasienter	Dag-pasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS	Norges voksne bef 2004
Ugift	41	50	53	52	61	43	31
Gift/samboende	43	29	22	31	21	40	50
Enke/mann	2	2	6	1	2	2	8
Separert/skilt	15	19	18	15	16	15	11
Sum prosent	100	100	100	100	100	100	100
Antall	11 619	635	266	357	412	13 289	
Ubesvart	41	5	1	3	0	50	
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339	

Figur 6.6 Prosentvis fordeling av gifte og samboende blant polikliniske pasienter og dagpasienter. 2004.





## 6.8 Sosioøkonomisk bakgrunn blant dagpasienter og polikliniske pasienter ved DPS

### 6.8.1 Viktigste kilde til livsopphold

Tabell 6.6 Viktigste kilde til livsopphold ved DPS (prosent). N=13 259

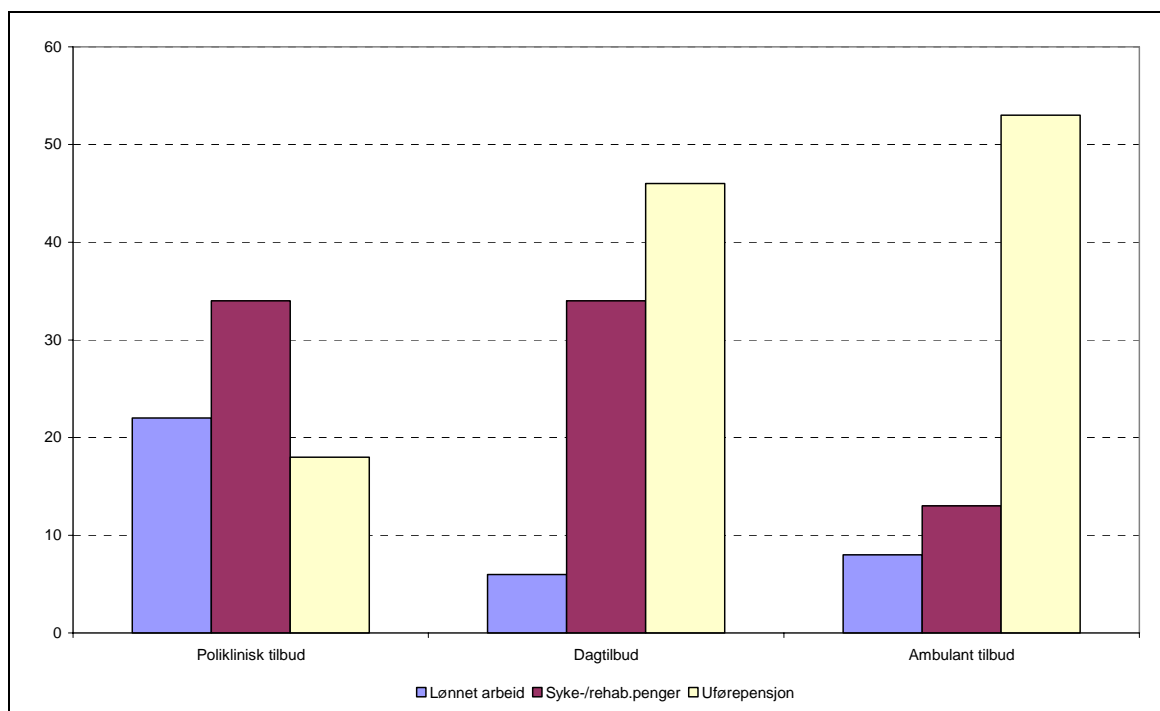
	Polikliniske pasienter	Dag-pasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Lønnet arbeid	22	6	8	10	8	20
Forsørget	3	1	2	2	2	3
Arbeidsledighetstrygd	2	1	0	1	0	1
Syke/rehab.penger	34	34	13	44	15	33
Attføringspenger	9	8	5	5	8	8
Uførepensjon	18	46	53	32	57	22
Alderspensjon	1	1	5	1	2	2
Sosialstønad	5	2	8	3	6	5
Annet	5	1	3	3	2	5
Ukjent	1	1	2	1	0	1
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	11 594	632	265	358	410	13 259
Ubesvart	66	8	2	2	2	80
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

\* Inklusive syke/rehabiliterings- og attføringspenger,

Sett under ett mottok de fleste pasientene (omlag 70 prosent) ulike former for trygd eller sosial stønad. Blant dagpasientene mottok de fleste (92 prosent) en eller annen form for sosial stønad, mens dette var tilfelle for 69 prosent av de polikliniske pasientene. Det er en annen viktig forskjell mellom polikliniske pasienter og dagpasienter ved at den førstnevnte gruppen hovedsakelig mottok midlertidige støtteordninger (syke- og rehabiliteringspenger), mens nær halvparten av dagpasientene hadde fått innvilget uførepensjon.

Blant pasienter under ambulant behandling, samt de som har ambulante tilbud kombinert med andre behandlingsformer, har over halvparten uførepensjon.

Figur 6.7 Viktigste kilde til livsopphold ved DPS (prosent). N=13 259



Omtrent 1/4 av de polikliniske pasientene, og sju prosent av dagpasientene mottok ordinær lønn, ble forsørget eller mottok annen form for inntekt. Det å ha en ordinær jobb må anses å være gunstig i rehabiliteringen av personer med psykiske lidelser. Rehabilitering av tidligere institusjonspasienter i hjemkommunene er et prioritert mål i Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen.

Det kan oppsummeres at ut fra perspektivet om «å greie seg selv» utgjør dagpasientene et betydelig tyngre klientell enn polikliniske pasienter. Dette kan tolkes på ulike måter: enten at dagtilbudene gjennomgående er siktet inn mot pasienter som fungerer dårligere i utgangspunktet, eller at pasientene som får poliklinisk behandling og oppfølging fungerer så vidt bra nettopp fordi de mottar et strukturert psykoterapeutisk tilbud, og at de ellers på sikt ville ha blitt uføretrygdet. Vi har ikke data som kan gi oss svar på dette spørsmålet.

### 6.8.2 Utdanningsbakgrunn

Ved poliklinikker er utdanningsnivået nesten på samme nivå som i den norske befolkning, mens det blant dagpasienter er en overrepresentasjon av pasienter med grunnskole som høyeste utdanning. Det laveste utdanningsnivået finner vi blant pasienter som behandles ambulant, og blant pasienter som mottar parallelle tilbud der ambulant behandling inngår.

Tabell 6.7 Utdanningsbakgrunn etter behandlingsform (prosent). DPS 2004. N=13 041.

Høyeste utdanning	Polikliniske pasienter	Dag-pasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS	Norges bef 16 år og eldre 1 okt 2003
Universitet/høyskole	21	16	14	15	13	20	24
Videregående skole	47	47	36	47	40	46	56
Grunnskole (7-10 år)	30	36	44	36	44	31	20
Ikke fullført grunnskole	2	2	7	1	4	2	(1)
Sum prosent	100	100	100	100	100	100	100
Antall	11 450	600	241	351	399	13 041	
Ubesvart	210	40	26	9	13	298	
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339	

1) Ikke angitt

## 6.9 Forhold knyttet til oppstart av behandlingen

### 6.9.1 Inntaksmåte

Dagtilbudene ved DPS mottar praktisk tatt ikke Ø-hjelp, mens sju prosent av de polikliniske pasientene, og 21 prosent av pasientene under ambulant behandling ved DPS ble tatt inn akutt.

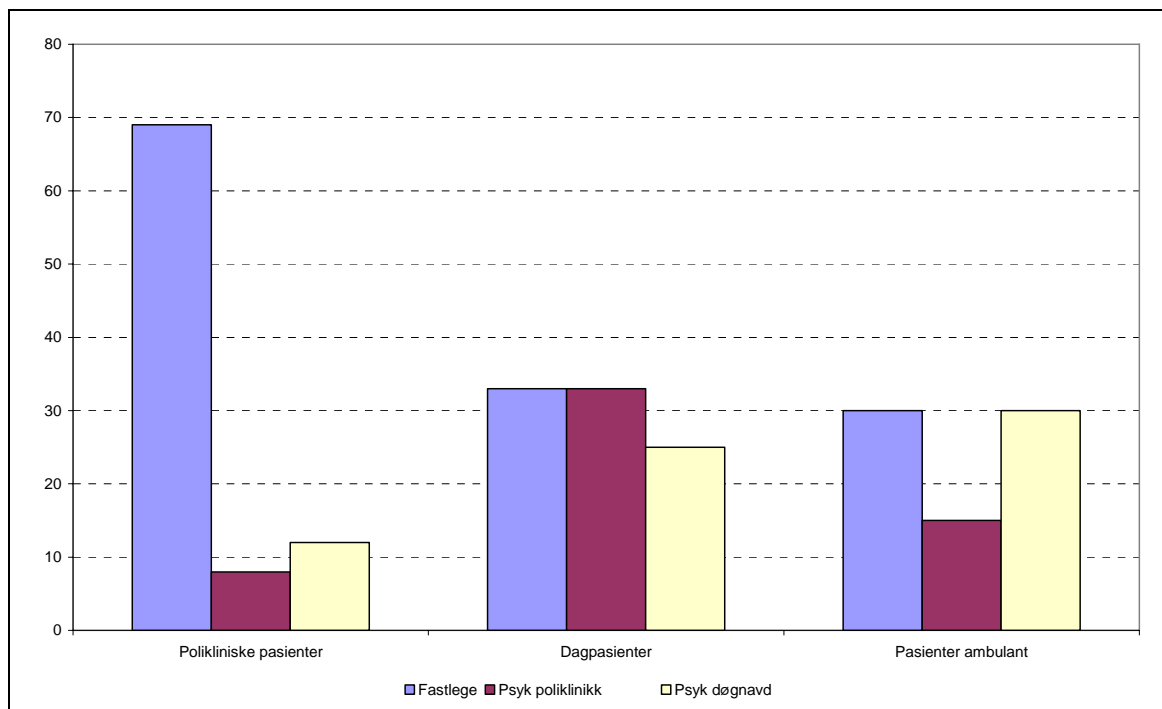
Tabell 6.8 Inntaksmåte etter behandlingsform (prosent). DPS 2004.

Inntaksmåte	Polikliniske pasienter	Dag-pasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Vanlig henvisning	93	98	79	93	90	93
Ø-hjelp	7	2	21	7	10	7
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	11 311	614	251	351	392	12 919
Ubesvarte	349	26	16	9	20	420
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

### 6.9.2 Henvisende instans

Flertallet av de polikliniske pasientene (nær 2/3) var henvist til behandling av fastlegen, mens dagpasientene i all hovedsak ble henvist enten av fastlegen (1/3), psykiatrisk poliklinikk (1/3) eller psykiatrisk døgnavdeling (1/5), se figur 4.8. Det er bare et lite mindretall som søker hjelp direkte, eller henvises av familien. Det gjelder begge de to handlingsformer.

Figur 6.8 Henvisende instans til DPS etter behandlingsform (prosent).



### 6.10 Pasientenes nåværende behandlingssituasjon

Tabell 6.9 Prosentandel av pasientene ved DPS som behandles av et tverrfaglig team. N=13 010.

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	49	83	69	74	75	53
Antall	11 381	624	258	348	399	13 010
Ubesvart	279	16	9	12	13	329
Totalt antall	11 660	640	267	360	412	13 339

Halvparten av de polikliniske pasientene behandles av tverrfaglige team. Slike team er langt vanligere blant dagpasientene, der åtte av ti pasienter tas hånd om av slike team. Dette kan tyde på at innslaget av systematiske terapeutiske behandlingsformer, for eksempel strukturert gruppeterapi, er mer utbredt blant dagpasientene enn blant pasienter som behandles poliklinisk. Dette er i så fall i tråd

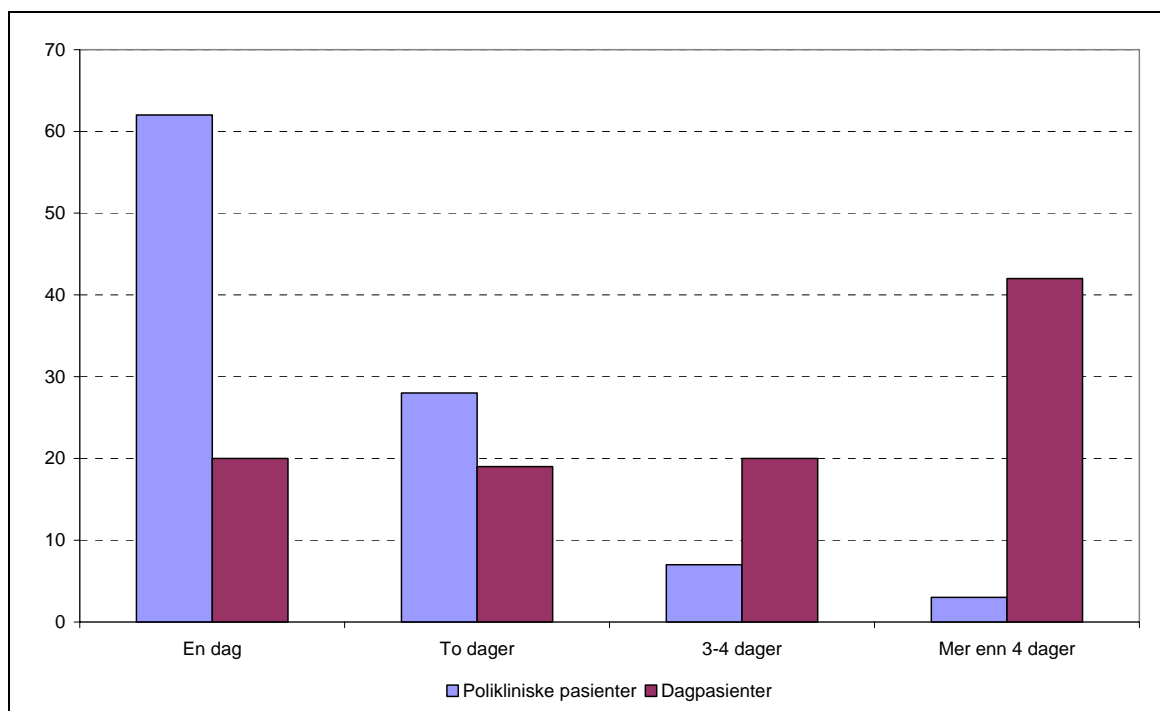
med de retningslinjer som skisseres i siste DPS-veileder fra Sosial- og helsedirektoratet (9/2006).

Tabell 6.10 Antall oppmøtedager ved DPS i løpet av registreringsperioden (14 dager). Prosent

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
En dag	62	20	47	44	51	59
To dager	28	19	35	18	28	28
3-4 dager	7	20	14	20	13	9
Mer enn 4 dager	3	42	4	18	9	5
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	10 977	481	237	316	373	12 384
Ubesvarte	683	159	30	44	39	955
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

Polikliniske pasienter hadde i gjennomsnitt 1,7 oppmøter/konsultasjoner i løpet av 14-dagersperioden, mens dagpasientene i gjennomsnitt hadde nær 7.

Figur 6.9 Antall oppmøtedager ved DPS i løpet av registreringsperioden (14 dager). Prosent.



Flertallet (62 prosent) av de polikliniske pasientene hadde ett oppmøte i løpet av 14 dager, mens en like stor andel dagpasientene hadde mer enn tre oppmøter. Nesten halvparten av dagpasientene (42 prosent) hadde mer enn fire oppmøter, dvs oppmøter per uke.

Om lag halvparten av pasientene ved alle de tre behandlingsformer har tidligere mottatt tilbud i primærhelsetjenesten i hjemkommunen. Dagpasientene har betydelig oftere enn polikliniske pasienter vært behandlet ved døgninstitusjon i psykisk helsevern.

## 6.11 Hoveddiagnose og tilleggssymptomer i pasientens nåværende behandlingssituasjon

### 6.11.1 Hoveddiagnose

Behandlerne ble bedt om å angi hoveddiagnose basert på diagnoseklassifiserings-systemet ICD-10. Den registrerte hoveddiagnosen vil for mange pasienter være en tentativ diagnose, spesielt for de som har vært svært kort tid i behandling. Registreringsskjema med flere hoveddiagnoser, eller der pasienten ble oppgitt å være under utredning, ble sammen med ubesvarte skjema tatt ut av analysene. Ved DPS utgjorde dette til sammen 2 058 skjema, slik at analysene omfatter 11 281 pasienter med gyldig hoveddiagnose (85 prosent av samtlige).

Tabell 6.11 Hoveddiagnose ved DPS. Prosent.

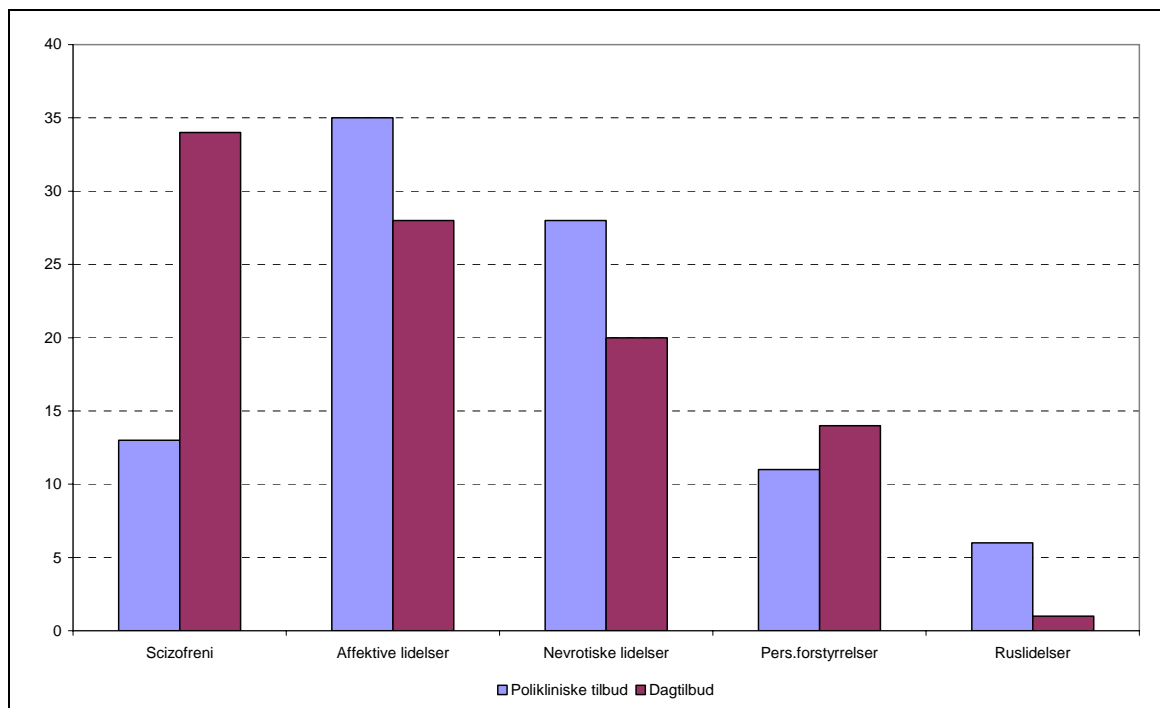
	Polikliniske pasienter	Dag-pasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Organiske psykiske Lidelser (F00-09)	1	0	3	0	0	1
Rusrelaterte lidelser (F10-19)	6	1	3	1	5	6
Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-29)	13	34	42	30	48	16
Stemnings/affektive Lidelser (F30-39)	35	28	26	27	18	34
Nevrotiske lidelser (F40-48)	28	20	11	24	9	26
Atferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-59)	3	0	2	1	0	2
Personlighetsforstyrrelser (F60-69)	11	14	11	16	18	12
Andre lidelser (F70-98)	3	3	4	2	3	3
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	9 908	550	198	301	324	11 281
Ubesvart	1 752	90	69	59	88	2 058
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

Det er betydelige forskjeller mellom polikliniske tilbud og dagtilbud hva diagnose angår. Likheten ved de to behandlingsformer er at ved begge behandlingstilbud

befinner hoveddelen av pasientene seg i diagnosekategoriene schizofrenier/paranoide lidelser, stemnings/affektive lidelser og nevrotiske lidelser.

Det er imidlertid store forskjeller mellom de to behandlingstilbud når det gjelder vektleggingen *innen* hver av disse tre diagnosekategoriene. Dagtilbud tar langt oftere enn poliklinikkene hånd om pasienter med schizofrene og paranoide lidelser (en av tre pasienter), mens poliklinikkene oftere tar hånd om de to øvrige diagnosekategoriene. Det er ambulante team og parallelle tilbud der ambulante team inngår som i størst grad tar hånd om pasienter med schizofrenidiagnoser (hhv 42 og 48 prosent av pasientene).

Figur 6.10 Hoveddiagnose ved DPS. Prosent.



Andelen pasienter med personlighetsforstyrrelser er i samme størrelsesorden ved alle de tre behandlingstilbud (om lag 12 prosent). Rusrelaterte lidelser tas oftest hånd om ved poliklinikkene (seks prosent av pasientene) og av kombinerte polikliniske og ambulante tilbud ved DPS (fem prosent). Ved dagtilbudene kan dette forklares av at strukturerte dagbehandlingsopplegg har eksklusjonskriterier der pasienter med rusproblematikk ofte inngår. Dette er blant annet tilfellet for dagavdelingene som deltar i DagbehandlingsNettverket.

1 januar 2004 startet en nasjonal rusreform som innebar at all spesialisert rusbehandling ble overført til helseforetakene. En skulle på den bakgrunn forvente en økning i antall og andel pasienter med rusdiagnoser ved DPS poliklinikker i perioden fram til september 2004, da denne foreliggende registreringen fant sted. Det har ikke vært tilfelle. Andelen pasienter med rusdiagnoser er nærmest uforandret i forhold til den forrige pasientregistreringen, som fant sted ved poliklinikkene 2000.

### 6.11.2 Suicidalproblemer/selvskadetendens siste år

Selvskadetendens, selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøk ble avkrysset dersom det hadde forekommet hos pasienten i løpet av det siste året før registreringstidspunktet.

Tabell 6.12 Suicidalproblemer/selvskadetendenser siste år etter behandlingsform (prosent).

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum tilbud utenfor døgnavdeling ved DPS
Nei	63	68	66	52	67	63
Selvskadetendens	4	4	8	7	4	4
Selvmordstanker	25	20	15	28	16	24
Suicidaltrusler	4	3	5	8	8	4
Suicidalforsøk	5	5	6	5	5	5
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	11 454	620	248	354	383	13 059
Ubesvart	206	20	19	6	29	280
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

37 prosent av pasientene var oppgitt å ha hatt en eller flere former for suicidalproblemer/selvskadetendens i løpet av det siste året. Av disse hadde de aller fleste hatt selvmordstanker (24 prosent). Fire prosent hadde hatt selvskadetendens, 4 prosent hadde hatt selvmordstanker og 5 prosent ble vurdert å ha forsøkt suicid.

Med unntak av noe hyppigere forekomst av selvmordstanker blant polikliniske pasienter, er det praktisk talt ingen forskjeller mellom polikliniske pasienter og dagpasienter hva angår selvmordsproblematikk.

### 6.11.3 Rusmiddelmissbruk

Registreringsskjemaet inneholdt egne spørsmål der behandlerne skulle klassifisere pasientenes misbruk av rusmidler (alkohol, narkotika og medikamenter) de siste ukene før behandlingsstart. Registreringsskjemaet inneholdt svarkategoriene *ingen, lite, middels, stort*. Det ble også spurt om behandlingssenheten hadde et behandlingsansvar for pasientene med ruslidelser.



Tabell 6.13 Rusmiddelmisbruk de siste ukene før behandlingsstart. Ikke-døgnbaserte tilbud ved DPS. Prosent.

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
<b>Alkohol</b>						
Ingen	67	66	65	65	62	67
Lite/middels	22	20	18	24	20	22
Stort	5	4	7	4	7	5
Vet ikke	6	10	10	7	11	6
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	11 284	624	250	353	369	12 880
Ubesvart						
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339
<b>Medikamenter</b>						
Ingen	82	80	73	80	68	81
Lite/middels	10	8	12	10	11	10
Stort	3	2	5	3	10	3
Vet ikke	5	10	10	7	11	6
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	10 896	591	246	345	373	12 451
Ubesvart						
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339
<b>Narkotika</b>						
Ingen	85	86	81	84	70	85
Lite/middels	7	3	4	6	9	6
Stort	3	1	6	2	11	4
Vet ikke	5	86	81	84	70	85
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	10 950	588	245	345	375	12 503
Ubesvart						
Antall totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

## Alkohol

5,0 prosent av pasientene ved ikke-døgntilbud ved DPS hadde et stort misbruk av alkohol. Dette tallet er lavest blant dagpasienter (4,3 prosent av pasientene) og pasienter med kombinert dagbehandling og poliklinisk behandling (4,2 prosent). Stort alkoholmisbruk finner vi i pasientgruppen som mottok parallelle tilbud der ambulante tilbud inngår (7,3 prosent). Det er altså relativt små forskjeller mellom de pasientgrupper som her sammenlignes når det gjelder stort alkoholmisbruk. Dersom vi lager en dikotom variabel ved å slå sammen kategoriene ingen/lite og middels/stort, finner vi at middels/stort alkoholmisbruk er hyppigst forekommende blant pasienter som behandles ambulant (20,5 prosent), og blant pasienter som mottar parallelle tilbud der ambulant behandling inngår (16,7 prosent). Det er liten spredning blant de øvrige pasientgruppene, der andelen av pasientene med middels/stort alkoholmisbruk alle ligger i intervallet 14,0 (polikliniske pasienter) og 15,3 (dagpasienter). Dagpasientene skiller seg altså ikke nevneverdig ut fra de øvrige pasientgruppene som her sammenlignes når det gjelder alkoholmisbruk.

## Medikamenter

3,0 prosent av pasientene ved ikke-døgntilbud ved DPS hadde et stort misbruk av medikamenter. Dette tallet er lavest blant dagpasienter (1,7 prosent), og særklasse høyest blant pasienter med parallelle tilbud der ambulant behandling inngår (8,6 prosent). Dernest følger pasienter som kun mottar ambulant behandling (4,5 prosent). Når vi også her lager en dikotom variabel ved å slå sammen kategoriene ingen/lite og middels/stort, finner vi at middels/stort medikamentmisbruk er i særklasse hyppigst blant pasienter som mottar parallelle tilbud der ambulant behandling inngår (15,7 prosent). Dernest følger pasienter som kun behandles ambulant (10,4 prosent). Blant de øvrige pasientgruppene ligger andelen av pasientene med middels/stort medikamentmisbruk i intervallet 6,4 (dagpasienter) og 9,0 prosent (pasienter med kombinert eller parallelt dagtilbud og poliklinisk tilbud). Dagpasientene skiller seg altså ut ved å ha mindre medikamentmisbruk enn noen annen pasientgruppe ved ikke-døgnbaserte tilbud ved DPS, mens pasienter under ambulant behandling skiller seg meget klart ut ved at misbruksproblematikk av denne typen forekommer mye hyppigere enn blant andre pasientgrupper ved ikke-døgntilbud ved DPS.

## Narkotika

Stort narkotikamisbruk er hyppigere enn stort medikamentmisbruk blant pasienter som behandles poliklinisk og ambulant, mens medikamentmisbruk er hyppigere enn narkotikamisbruk blant dagpasienter og pasienter som får kombinert dag- og poliklinisk behandling. 3,5 prosent av pasientene ved ikke-døgntilbud ved DPS hadde et stort misbruk av narkotika. Dette tallet er markert lavest blant dagpasienter (0,7 prosent) og pasienter som mottar parallelle polikliniske- og dagtilbud (1,7 prosent). Stort narkotikamisbruk er i særklasse hyppigst blant pasienter med parallelle tilbud der ambulant behandling inngår (11,2 prosent). Dernest følger pasienter som kun mottar ambulant behandling (6,1 prosent), og polikliniske pasienter (3,3 prosent). Når vi også her slår sammen kategoriene ingen/lite og middels/stort, finner vi at middels/stort narkotikamisbruk er i særklasse hyppigst blant pasienter som mottar parallelle tilbud der ambulant behandling inngår (17,4 prosent) og blant pasienter som kun behandles ambulant (10,4 prosent). Blant de øvrige pasientgruppene ligger andelen av pasientene med middels/stort medikamentmisbruk i intervallet 2,8 prosent (dagpasienter) og 7,7 prosent (polikliniske pasienter). Narkotikamisbruk er altså sjeldnere blant dagpasienter enn i noen av de andre pasientgruppene ved ikke-døgnbaserte tilbud ved DPS.

Det kan for det første konkluderes med at alle de tre typer rusmiddelmissbruk forekommer sjeldnere blant dagpasienter enn i noen av de andre pasientgruppene ved ikke-døgntilbud ved DPS. Dernest kan vi slutte at de tre typer rusmiddelbruk er i særklasse hyppigst blant pasienter som mottar parallelle tilbud der ambulant behandling inngår, og blant pasienter som kun mottar ambulant behandling. Dette mønsteret gjelder uavhengig av om vi baserer oss på de fire svarkategoriene i registreringsskjemaet, eller dikotomiserer kategoriene til en variabel med to verdier: "Ingen/lite" og "Middels/mye".

I enkelhet kan resultatene oppsummeres slik:

1. Pasientgrupper som skårer høyt/lavt på en type misbruk, skårer også høyt på de to andre typene
2. Pasienter under ambulant behandling – særlig når denne skjer parallelt med andre tilbud- ligger i en klasse for seg når det gjelder omfang av rusmiddelbruk
3. Rusmiddelmissbruk er minst vanlig blant dagpasienter
4. Polikliniske pasienter kommer i en mellomstilling, med betydelig mer rusmiddelproblematikk enn dagpasientene, men ikke på samme nivå som pasienter som behandles ambulant

Det ble også spurt om pasienter med ruslidelser ble behandlet av andre for dette eller av samme behandler. Dette er et viktig spørsmål, fordi rusreformen pålegger poliklinikkene ansvaret for å behandle pasienter med rusproblemer. Resultatene viste at kun halvparten av pasientene (53 prosent) som hadde en ruslidelse mottok behandling for denne ved samme behandlingsenhet. Denne andelen økte med graden av rusmisbruk.

Tabell 6.14 Hvis pasienten har en ruslidelse, har behandlingsenheten et behandlingsansvar for denne?

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	54	37	37	51	65	53
Nei	46	63	63	49	35	47
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	3 993	245	104	146	149	4 637

#### 6.11.4 Betydelige spiseforstyrrelser

Tabell 6.15 Prosentandel og antall pasienter ved DPS med anorexi etter behandlingsform.

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Prosent anorexi	3,3	3,3	3,3	4,4	2,6	3,3
Antall pasienter	362	20	8	15	9	415
Antall pas totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

Tabell 6.16 Prosentandel og antall pasienter ved DPS med bulimi etter behandlingsform.

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Prosent bulimi	4,0	3,0	1,3	5,4	2,5	3,9
Antall pasienter	437	18	3	18	9	488
Antall pas totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

## 6.12 Bruk av tvang og tvangsmidler

### 6.12.1 Tvuget psykisk helsevern uten døgnopphold i psykisk helsevern for voksne

Tabell 6.17 Prosentandel av pasientene som ved behandlingsstart var underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold.

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	2,2	4,0	8,5	7,1	18,3	3,1
Antall pasienter totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

Tabell 6.18 Prosentandel av pasientene som *på registreringstidspunktet* var underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold.

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	1,5	3,7	5,8	4,8	12,1	2,1
Antall pasienter totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

### 6.12.2 Tvuget psykisk helsevern uten døgnopphold: behandling med legemidler uten eget samtykke

Tabell 6.19 Prosentandel av pasientene som ble behandlet med legemidler uten eget samtykke ved behandlingsstart.

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	1,4	2,5	5,3	4,8	11,2	1,9
Antall pasienter totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

Tabell 6.20 Prosentandel av pasientene ved som ble behandlet med legemidler uten eget samtykke på registreringstidspunktet

	Polikliniske pasienter	Dag-pasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	0,7	1,3	2,5	3,4	7,2	1,1
Antall pasienter totalt	11 660	640	267	360	412	13 339

### 6.13 Individuell plan, samarbeid og koordinering

Individuell plan er en rettighet brukerne har gjennom helse- og sosiallovgivningen, og tjenestene er pålagt en planplikt for å sikre nødvendig samhandling (jfr pasientrettighetsloven § 2-5, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialhelsetjenesteloven §4-3a). Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Forskrift om individuell plan (med senere endringer) trådte i kraft 1.7.2001. Det er den delen av helsetjenesten som tjenestemottaker henvender seg til, som har plikt til å sørge for at arbeidet med å lage en individuell plan settes i gang.

I registrerings skjema ble det stilt spørsmål om pasientene har en slik plan og om behandlingseenheten har en spesifisert rolle i denne planen. Det fremgikk at 19 prosent av pasientene som mottok et tilbud utenfor døgningstidspunktet ved DPS på registreringstidspunktet ble oppgitt å ha en individuell plan.

Tabell 6.21 Har pasienten individuell plan?

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	17	27	47	32	49	19
Nei	83	73	53	68	51	81
Sum prosent	100	100	100	100	100	100
Antall	11 409	621	253	348	377	13 008
Ubesvart	251	19	14	12	35	331
Totalt antall	11 660	640	267	360	412	13 339

Andelen pasienter med individuell plan er markert høyest blant pasientene som har kombinerte eller parallelle tilbud, samt blant de som behandles ambulant, der det er utarbeidet individuelle planer for om lag halvparten av pasientene. Ved poliklinikkene er individuelle planer utarbeidet betydelig mer sjeldent enn ved de andre behandlingstilbud som her sammenlignes. Blant dagpasientene er det utarbeidet individuelle planer for 27 prosent av pasientene.

Tabell 6.22 Har behandlingsenheten eventuelt en spesifisert rolle i den?

	Polikliniske pasienter	Dagpasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallelle tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Ja	32	42	63	51	67	35
Nei	68	58	37	49	33	65
Totalt	100	100	100	100	100	100

Tabell 6.22 viser at dersom pasienter ved poliklinikker har en individuell plan, har poliklinikken relativt sjeldent en spesifisert rolle i den. Det er blant pasientene under ambulant behandling og blant de som mottar parallelle tilbud der ambulante tilbud inngår at behandlingsenhetene selv oftest har en spesifisert rolle i de individuelle planene som utarbeides. Blant dagpasientene har dagenheten en spesifisert rolle i 42 prosent av de planene som er blitt utarbeidet for/av pasienten.

#### 6.14 Bruk av behandlingsformer

Registreringskjemaet inneholdt spørsmål om hvilke typer behandlingsformer som brukes i psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon. Spørsmålet hadde sju svarkategorier:

- Behandling med medisiner
- Samtaler med en behandler
- Gruppebehandling
- Samtaler der pasientens nærmeste deltar
- Treningsopplegg
- Behandlingsopplegg for rusproblemer
- Annet

Fordi de aller fleste pasientene mottok flere enn ett tilbud, overskrider prosentandelene 100 prosent. De 640 dagpasientene ved DPS mottok totalt 1 675 tilbud, dvs et gjennomsnitt på 2,5 behandlingstilbud per pasient. Tabell 6.23 viser hvilke behandlingsformer utenfor døgninstitusjon ved DPS som preger de ulike behandlingstilbud.

Tabell 6.23 Prosentandel av pasientene ved DPS som mottar ulike behandlingstilbud. Etter behandlingsform.

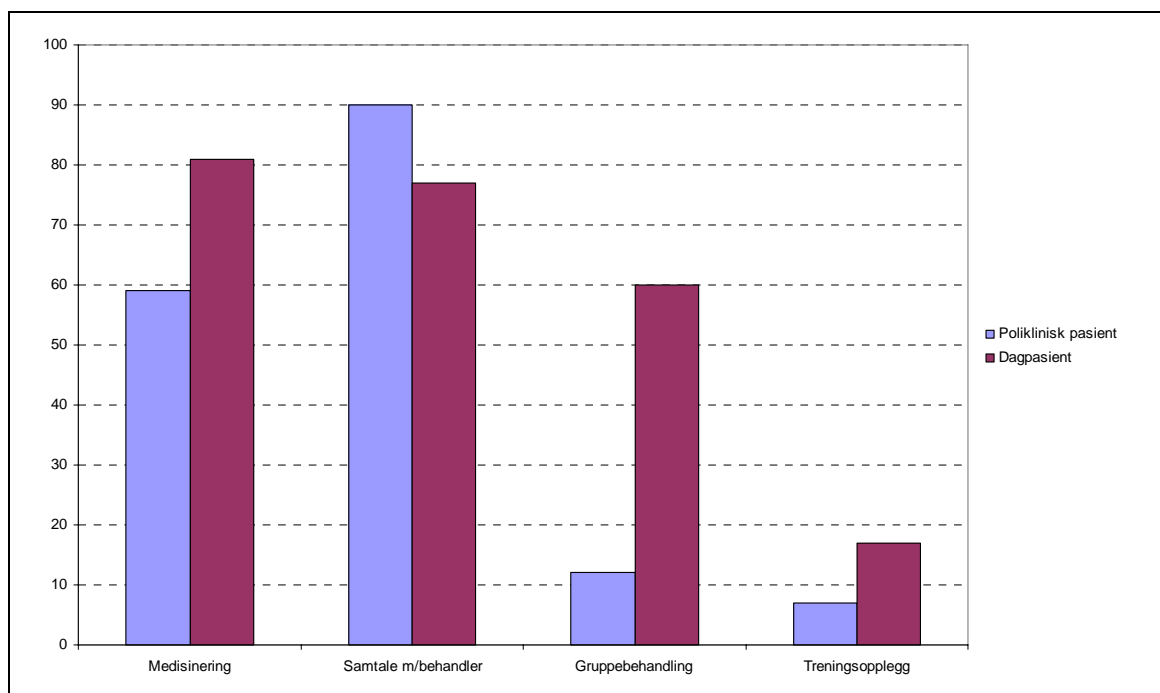
	Polikliniske pasienter	Dag-pasienter	Ambulant behandling	Poliklinisk tilbud og dagtilbud	Andre parallele tilbud	Sum ikke-døgntilbud ved DPS
Behandling med medisiner	59	81	79	79	76	62
Samtale med behandler	90	77	79	93	87	89
Gruppebehandling	12	60	9	53	10	16
Samtale der pasientens nærmeste deltar	12	15	27	17	25	13
Treningsopplegg	7	17	18	18	14	8
Behandlingsopplegg for rusproblem	6	3	10	6	11	6
Annet	8	9	12	14	12	8

### Dagpasienter

Blant dagpasienter er det tre behandlingsformer som dominerer:

- Behandling med medisiner som forekommer hyppigere blant dagpasienter (81 prosent av pasientene) enn blant pasientene ved noen andre behandlingstilbud som her sammenlignes.
- Samtale med behandler er den nest hyppigste behandlingsform blant dagpasienter, og gis til 77 prosent av disse. I hvilken grad det her er tale om individualterapi i form av polikliniske konsultasjoner har vi ikke kjennskap til med de foreliggende data. I kapittel tre i rapporten påpekte vi imidlertid at polikliniske konsultasjoner (med eller uten refusjon fra RTV), forekom i halvparten av dagbehandlingsepisodene som ble innrapportert til NPR i 2004 – altså samme år som data i dette kapitlet angjelder. Det er altså skjellig grunn til å anta at svarkategorien "samtale med behandler" bør kunne tolkes som individualterapi i form av polikliniske konsultasjoner.
- Gruppebehandling er den tredje hyppigste behandlingsform blant dagpasienter, og ble anvendt som terapiform for 60 prosent av dagpasientene, og 53 prosent av pasientene som mottok parallele dagtilbud og poliklinisk tilbud. Ved de øvrige behandlingstilbud forekommer gruppeterapi relativt sjeldent. Blant polikliniske pasienter, som tallmessig er helt dominerende blant pasienter utenfor døgninstitusjoner ved DPS (87 prosent av samtlige), anvendes til sammenligning gruppeterapi bare for 12 prosent av pasientene. Andel pasienter som mottar gruppeterapi er med andre ord fem ganger høyere ved dagtilbud enn blant pasienter ved polikliniske tilbud.

Figur 6.11 Prosentandel av pasientene ved DPS som mottar ulike behandlingstilbud.



I tillegg til gruppeterapi er det ellers særlig to behandlingsformer som skiller dagbehandling fra behandlingen som gis ved poliklinikkene. Det er treningsopplegg, som forekommer mer enn dobbelt så hyppig ved DPS-enes dagtilbud enn ved de polikliniske tilbud (hhv 17 og 7 prosent), og behandlingsopplegg for rusproblem, som forekommer dobbelt så ofte ved DPS-enes poliklinikker som ved dagbehandlingstilbudene (hhv 6 og 3 prosent).

Tabell 6.24 viser hvordan de ulike behandlingstilbud kombineres ved DPS – altså hvilke kombinasjoner av behandlingstilbud som f eks er mest vanlige – eller uvanlige - blant pasienter ved DPS. Hvis vi for eksempel tar for oss hvilke øvrige behandlingstilbud som gis til pasienter som mottar gruppebehandling, fremgår det av tabellen at av disse pasientene mottar 81 prosent også behandling med medisiner, samtale med behandler inngår også for 74 prosent, samtale der pasientens nærmeste deltar inngår for 17 prosent, behandlingsopplegg for ruslidelse inngår for fire prosent osv.

Tabellen skal altså leses vertikalt.



Tabell 6.24 Prosentandel av dagpasientene ved DPS som mottar kombinasjoner av ulike behandlingstilbud.

	Behandling med medisiner	Samtale med behandler	Gruppebehandling	Samtale der pasientens nærmeste deltar	Treningsopplegg	Behandling for rusproblem	Annet
Behandling med medisiner	<b>100</b>	16	81	93	89	95	82
Samtale med behandler	80	<b>100</b>	74	91	90	95	78
Gruppebehandling	60	58	<b>100</b>	69	63	79	48
Samtale der pasientens nærmeste deltar	17	18	17	<b>100</b>	68	21	15
Treningsopplegg	18	20	17	35	<b>100</b>	26	28
Behandlingsopplegg for rusproblem	4	4	4	4	5	<b>100</b>	93
Annet	10	10	8	9	16	21	<b>100</b>
Totalt antall pasienter	517	492	384	96	107	19	60



## Vedlegg til kapittel 3

Tabell V3.1 Gjennomgang av innrapporterte opplysninger om dagpasienter til NPR (pasientdata) basert på sammenligning med SSB tall og systemleverandør.

Helseforetak	System-leverandør	Kommentarer mhp innrapporterte pasientdata til NPR
Sykehuset Østfold HF	Dips	Dager som dagpasient ligger 31 prosent over SSB statistikken.  Alle dagpasientene har mottatt polikliniske konsultasjoner i løpet av dagbehandlingsserien.  58 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon  Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 1.04.
Akershus universitetssykehus HF	Dips	Dager som dagpasient er betydelig underrapportert til NPR, kun 4 prosent igjenfinnes i pasientdata.  I alt 88 prosent av seriene har kun polikliniske konsultasjoner med refusjon registrert i tillegg til dager.  Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.2.
Sykehuset Asker og Bærum HF	Dips	Dager som dagpasient er betydelig underrapportert til NPR, kun 18 prosent igjenfinnes i pasientdata.  I alt 92 prosent av seriene har kun polikliniske konsultasjoner med refusjon registrert i tillegg til dager.  Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.1.
Aker universitetssykehus HF	IMX Classic	I alt 84 prosent av dagene dagpasientene har generert i følge SSB tall, igjenfinnes i pasientdata.  11 prosent av dagseriene mangler opplysning om antall dager.  Kun 19 prosent av seriene har polikliniske konsultasjoner med eller uten refusjon registrert.  Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.03.
Ullevål universitetssykehus HF	PasDoc (eget system)	Kun 15 prosent av dagene dagpasientene har generert i følge SSB tall er rapportert til NPR.  7 prosent av dagseriene mangler opplysning om antall dager.  Ingen av seriene har polikliniske konsultasjoner registrert.  Pasientdata er levert på det nye IMX formatet.
Sykehuset Innlandet HF	Infomedix	Dager som dagpasient ligger 9 prosent over SSB statistikken.  Ingen av seriene har polikliniske konsultasjoner registrert.

Helseforetak	System-leverandør	Kommentarer mhp innrapporterte pasientdata til NPR
Direkte under Helse Øst RHF	Dips	I alt 79 prosent av dager som dagpasient er rapportert til NPR. Alle dagpasientene har mottatt polikliniske konsultasjoner i løpet av dagbehandlingsseriene. 64 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon. Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.8.
	IMX Classic	Kun en institusjon inngår (Grefsenlia Bob) og de få seriene som er rapportert mangler opplysning om antall dager dagpasienten har vært til stede.
Sykehuset i Buskerud HF		Pasientdata mangler
Ringerike sykehus HF	Dips	Mangler dager som dagpasient i SSB tallene for Modum bad 8 av 9 serier inneholder kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager
	Infomedix	Mangler dager som dagpasient fra SSB for Ringeriker psykiatriske senter Dagbesøk er ikke aggregert til dagbehandlingsserier ved innrapportering til NPR Ingen av seriene har polikliniske konsultasjoner registrert.
Blefjell sykehus HF	IMX Classic	I alt 94 prosent av dagene i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata Ingen av seriene har polikliniske konsultasjoner registrert
Psykiatrien i Vestfold HF	Paps	99 prosent av dagene i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata Ingen av seriene har polikliniske konsultasjoner registrert XML formatet er anvendt
Sykehuset i Telemark HF	IMX Classic	102 prosent av dagene i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata Få dagpasienter med mange dager Ingen av seriene har polikliniske konsultasjoner registrert.
Sørlandet sykehus HF	Dips	61 prosent av dagene i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata 80 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon i tillegg til dager Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.9.
Helse Stavanger HF	Dips	40 prosent av dagene i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata 67 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon 33 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon i tillegg til dager. Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.1.
Helse Fonna	Capsy	Dagseriene mangler opplysninger om dager og evt polikliniske konsultasjoner XML formatet er anvendt
Helse Bergen HF	Dips	Kun 24 prosent av dager i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata 33 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager

Helseforetak	System-leverandør	Kommentarer mhp innrapporterte pasientdata til NPR
		I alt 67 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 1.0.
Helse Førde HF	Dips	Dager som dagpasient i pasientdata ligger 271 prosent over SSB tallene 30 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon 70 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon i tillegg til dager. Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.8.
Direkte under Helse Vest RHF	Dips	Kun 32 prosent av dager i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata 13 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon 87 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon i tillegg til dager. Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.9.
Helse Sunnmøre HF		Pasientdata mangler
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HIS-90	Få dager i SSBtallene (25), litt mer i pasientdata (85). Dagbesøk er ikke aggregert til dagbehandlingsserier ved innrapportering til NPR Ingen polikliniske konsultasjoner registrert.
St. Olavs Hospital HF	Capsy	Dager som dagpasient i pasientdata ligger 15 prosent over SSB tallene Dagbesøk er ikke aggregert til dagbehandlingsserier ved innrapportering til NPR Ingen polikliniske konsultasjoner registrert.
Helse Nord-Trøndelag HF	HIS-90	Få dager i pasientdata (4). Dagbesøk er ikke aggregert til dagbehandlingsserier ved innrapportering til NPR Ingen polikliniske konsultasjoner registrert.
Helgelandssykehuset HF	Dips	Kun 10 prosent av dager i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata 92 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager I alt 8 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.1.
Nordlandssykehuset HF	Dips	Kun 38 prosent av dager i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata 63 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager I alt 37 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.9.

Helseforetak	System-leverandør	Kommentarer mhp innrapporterte pasientdata til NPR
Hålogalandssykehuset HF	Dips	<p>Kun 46 prosent av dager i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata</p> <p>84 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager</p> <p>I alt 16 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon</p> <p>Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.2.</p>
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Dips	<p>Kun 18 prosent av dager i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata</p> <p>94 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager</p> <p>I alt 6 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon</p> <p>Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.01.</p>
Helse Finnmark HF	Dips	<p>98 prosent av dager i SSB tallene igjenfinnes i pasientdata</p> <p>93 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager</p> <p>I alt 7 prosent av seriene er registrert med polikliniske konsultasjoner uten refusjon</p> <p>Forholdstallet mellom polikliniske konsultasjoner uten refusjon og dager er 0.04.</p>
Direkte under Helse Nord RHF	Dips	<p>Dager som dagpasient ikke rapportert til SSB</p> <p>100 prosent av seriene er registrert med kun polikliniske konsultasjoner med refusjon i tillegg til dager</p>

Forslag til hovedkategorier av ikke-døgntilbud ved DPS, og til kategorier som kan anvendes ved registrering og videre avrapportering av slik aktivitet ved DPS (sett kryss):

Ikke-døgntilbud ved DPS  Type tilbud	Hvordan registreres og avrapporteres aktiviteten lokalt?					
	Dager som dag-pasient	Poliklinisk konsultasjon med refusjon fra RTV	Poliklinisk konsultasjon uten refusjon fra RTV	Bruk av annen kategori	Ikke registrert lokalt, pga:	
					Dagopphold med varighet under definert minimum, (f eks fire timer)	Andre årsaker
Strukturert gruppeterapi ved dagenhet			X			
Annen strukturert terapi ved dagenhet			X			
Dagbehandling ved døgnavdeling, <i>spesifiser på ark 2</i>	X					
Dagbasert tilbud om aktivitet og daglig mestring, <i>spesifiser på ark 2.</i>	X					
Andre dagtilbud, <i>spesifiser på ark 2</i>						
Poliklinisk konsultasjon ved godkjent offentlig poliklinikk						
Poliklinisk konsultasjon ved døgnavdeling, eller ikke godkjent poliklinikk, <i>spesifiser på ark 2</i>			X			
Annen poliklinisk virksomhet, <i>spesifiser på ark 2.</i>						
9						
<b>AMBULANTE TILBUD:</b>						
Hovedmål: Medisinering			X			
Hovedmål: Samtale			X			
Andre hovedmål for ambulante tilbud: <i>spesifiser på ark 2</i>			X			

Tabell v3.3 Andel registreringsepisoder fordelt etter kategorier av episoder og systemleverandør . Registrerings-episodene er kategorisert etter hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av dagbehandlingsepisoden. Samme pasient kan motta flere dagbehandlingsepisoder. Etter HF, 2005.

	Polikliniske konsultasjoner både med og uten refusjon RTV	Polikliniske konsultasjoner kun <u>med</u> refusjon RTV	Polikliniske konsultasjoner kun <u>uten</u> ref RTV	Bare oppholds-dager registrert	System-leverandør
Sykehuset Østfold HF	17	42	41	0	Dips
Akershus universitetssykehus HF	7	88	5	0	Dips
Sykehuset Asker og Bærum HF	0	92	8	0	Dips
Aker universitetssykehus HF	0	10	9	81	IMX Classic
Ullevål universitetssykehus HF	0	0	0	100	Ullevål
Sykehuset Innlandet HF	0	0	0	100	Infomedix
Ringeriket sykehus HF	49	36	15	0	Dips
Direkte under Helse Øst RHF	0	0	0	100	
Blefnjell sykehus HF	0	0	0	100	IMX Classic
Psykiatrien i Vestfold HF	0	0	0	100	Paps
Sykehuset i Telemark HF	0	0	0	100	IMX Classic
Sørlandet sykehus HF	9	20	71	0	Dips
Helse Stavanger HF	18	67	15	0	Dips
Helse Fonna	0	0	0	100	Capsy
Helse Bergen HF	5	33	62	0	Dips
Helse Førde HF	9	30	61	0	Dips
Direkte under Helse Vest RHF	46	13	41	0	Dips
Helse Nordmøre og Romsdal HF	0	0	0	100	HIS-90
St. Olavs Hospital HF	0	0	0	100	Capsy
Helse Nord-Trøndelag HF	0	0	0	100	HIS-90
Helgelandssykehuset HF	8	92	0	0	Dips
Nordlandssykehuset HF	24	72	3	0	Dips
Hålogalandssykehuset HF	14	84	3	0	Dips
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3	94	3	0	Dips
Helse Finnmark HF	6	93	0	0	Dips
Direkte under staten	0	89	11	0	
<b>Totalt</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>74</b>	



Tabell v3.4 Andel registreringsepisoder fordelt etter kategorier av episoder og antall registreringsepisoder totalt. Registreringsepisodene er kategorisert etter hvorvidt polikliniske konsultasjoner også er mottatt i løpet av registreringsepisoden. Samme pasient kan motta flere registreringsepisoder som dagpasient. Etter institusjon og HF. Kun institusjoner som benytter DIPS. 2005.

		Polikliniske konsultasjoner både med og uten refusjon RTV	Polikliniske konsultasjoner kun <u>med</u> refusjon RTV	Polikliniske konsultasjoner kun <u>uten</u> ref RTV	Bare oppholds-dager registrert	Antall registrerings-episoder
Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold	4	9	87	0	46
	DPS Edwin Ruud	13	88	0	0	8
	DPS Fredrikstad	35	55	10	0	60
	DPS Halden	0	78	22	0	9
	DPS Moss	5	43	52	0	21
Akershus universitetssykehus HF	Akershus Universitetssykehus	0	100	0	0	1
	Grorud DPS	1	91	7	0	68
	Jessheimklinikken DPS	19	74	7	0	27
	Lillestrømklinikken DPS	9	91	0	0	32
Sykehuset Asker og Bærum HF	Blakstad sykehus	0	100	0	0	1
	Psykiatrisk senter Asker	0	93	7	0	14
	Psykiatrisk senter Bærum	0	90	10	0	10
Direkte under Helse Øst RHF	Diakonhjemmet sykehus Vindern	2	93	5	0	101
	Lovisenberg diakonale sykehus	0	60	40	0	5
	Oslo Hospital	0	100	0	0	1
	DPS Vinderen	0	67	33	0	132
	Tøyen DPS	71	15	14	0	554
	Lovisenberg DPS	46	44	9	0	205
Ringerike sykehus HF	Poliklinikken, Modum Bad	0	89	11	0	9
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehus Arendal	0	40	60	0	5
	Sørlandet sykehus Kristiansand	7	1	91	0	70
	DPS Aust-Agder	16	73	11	0	56
	DPS Lister	19	37	44	0	27
	DPS Lovisenlund	10	19	71	0	42
	DPS Mandal	0	0	100	0	12
Helse Stavanger HF	DPS Solvang	5	2	93	0	105
	Helse Stavanger, Spesialavdelingene	5	79	16	0	119
	Dalane DPS	10	52	38	0	21
	Ryfylket DPS	19	50	31	0	54

		Polikliniske konsultasjoner både med og uten refusjon RTV	Polikliniske konsultasjoner kun <u>med</u> refusjon RTV	Polikliniske konsultasjoner kun <u>uten</u> ref RTV	Bare oppholds-dager registrert	Antall registrerings-episoder
	Sandnes DPS	47	49	4	0	76
	Stavanger DPS	5	93	2	0	43
Helse Bergen HF	Haukeland universitetssykehus Bjørgvin DPS	0	93	7	0	27
	Fjell og Årstad DPS	9	22	69	0	91
	Voss DPS	2	25	73	0	64
Helse Førde HF	Helse Førde, Psykiatrisk klinikk	0	0	100	0	3
	Indre Sogn psykiatrisenter	13	82	6	0	71
	Nordfjord psykiatriske senter	60	27	13	0	15
Direkte under Helse Vest RHF	Olaviken behandlingssenter	2	4	94	0	140
	Solli Nervesanatorium	0	100	0	0	1
	Betanien DPS	49	11	40	0	45
	Jæren DPS	48	5	47	0	75
Helgelandssykehuset HF	Psykiatrisk klinikk Mo i Rana	29	57	14	0	14
	Psykiatrisk senter Mosjøen	25	75	0	0	8
	Psykiatrisk senter Sandnessjøen	0	100	0	0	5
Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset, Rønvik	0	100	0	0	11
	Røsvik bo- og behandlingssenter	0	75	25	0	8
	Psykiatrisk senter Lofoten	78	19	4	0	27
Hålogalandssykehuset HF	DPS Sør-Troms	8	83	8	0	12
	Ofoten psyk senter	18	80	2	0	65
	Vesterålen DPS	6	91	3	0	33
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Universitetssykehuset i Nord-Norge	0	100	0	0	11
	Senter for psyk helse, Midt-Troms	0	100	0	0	1
	Senter for psyk helse, Nord-Troms	0	100	0	0	4
	Senter for psyk helse, Tromsø/Karlsøy	5	89	5	0	19
Helse Finnmark HF	Senter for psyk helse, Midt-Finnmark	14	86	0	0	64
	Senter for psyk helse, Vest-Finnmark	7	92	2	0	61
	Senter for psyk helse, Øst-Finnmark	3	97	0	0	139
Direkte under Helse Nord RHF	Kløveråsen utredn. og komp.senter	0	100	0	0	21

## Vedlegg til kapittel 4

Tabell v4.1 Oppholdsdager dagpasienter. Antall oppholdsdager innrapportert til SSB og kompletthet målt ved andel oppholdsdager innrapportert til NPR. Etter helseforetak. 2004 og 2005.

Tabell	Antall oppholdsdager som dagpasient. NPR som prosent av SSB Psykisk helsevern for voksne 2004 og 2005			
	2004		2005	
	SSB	Andel innrapporterte dager til NPR	SSB	Andel innrapporterte dager til NPR
Sykehuset Østfold HF	3853	84	1145	131
Akershus universitetssykehus HF	9603	1	10178	4
Sykehuset Asker og Bærum HF	801	2	365	18
Aker universitetssykehus HF	6901	49	2317	84
Ullevål universitetssykehus HF	22093	1	18630	15
Sykehuset Innlandet HF	4831	114	5396	109
Direkte under Helse Øst RHF	25708	77	26776	78
Sykehuset i Buskerud HF	1833	0	3644	0
Ringerike sykehus HF	311	0	0	.
Blefjell sykehus HF	1123	40	143	94
Psykiatrien i Vestfold HF	12894	100	11724	99
Sykehuset i Telemark HF	245	112	459	102
Sørlandet sykehus HF	5698	124	8409	61
Helse Stavanger HF	13507	4	12653	40
Helse Fonna	7033	39	6356	0
Helse Bergen HF	9676	9	12345	24
Helse Førde HF	661	322	681	371
Direkte under Helse Vest RHF	6219	48	7861	32
Helse Nordmøre og Romsdal HF	0	.	25	340
St. Olavs Hospital HF	8245	0	5698	115
Helse Nord-Trøndelag HF	1060	0	1123	0
Helgelandssykehuset HF	560	68	381	10
Nordlandssykehuset HF	4934	31	3980	38
Hålogalandssykehuset HF	1894	37	1532	46
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1063	7	745	18
Helse Finnmark HF	1539	25	1322	98
Direkte under Helse Nord RHF	0	.	0	.
Total	152285	43	143888	51

Tabell v4.2 Kompletthet av data fra NPR. Antall oppholdsdager innrapportert til NPR i prosent av SSB etter region, type institusjon og institusjon. 2005.

Region	Type inst	Institusjon	Oppholdsdager dagpasienter SSB	Oppholdsdager innrapportert til NPR	Andel dager innrapportert til NPR i prosent av SSB
Region Øst	Sykehus	Aker universitetssykehus	1 909	1 908	100
		Akershus Universitetssykehus	27	1	4
		Blakstad sykehus	365	7	2
		Diakonhjemmet sykehus Vindern	1 660	1 347	81
		Lovisenberg diakonale sykehus	4 259	22	1
		Oslo Hospital		1	*
		Sykehuset Innlandet	1 629	1 883	116
		Sykehuset Østfold	1 145	1 017	89
		Ullevål universitetssykehus	6 739	2 731	41
		Total	17 733	8 917	50
	DPS med mer	Alna DPS		31	*
		Berger bo- og beh senter	0		*
		DPS Edwin Ruud	0	20	*
		DPS Fredrikstad		416	*
		DPS Halden	0	10	*
		DPS Kongsvinger	3 138	3 135	100
		DPS Lillehammer	83	873	1052
		DPS Moss	0	42	*
		DPS Vinderen	4 563	779	17
		Folloklinikken	408		0
		Furukollen psykiatriske senter	0		*
		Gjøvik DPS	546		0
		Grefsenlia alderspsyk BOB	432	0	0
		Grorud DPS	2 559	77	3
		Jessheimklinikken DPS	2 670	179	7
		Josefinegt DPS	2 759		0
		Lillestrømklinikken DPS	4 922	108	2
		Lovisenberg DPS		2 949	*
		Psykiatrisk senter Asker		32	*
		Psykiatrisk senter Bærum		26	*
		Solbu ettervernshjem	0		*
		Søndre Oslo DPS	9 132		0

Region	Type inst	Institusjon	Oppholdsdager dagpasienter SSB	Oppholdsdager innrapportert til NPR	Andel dager innrapportert til NPR i prosent av SSB
Region Sør	Sykehus	Tøyen DPS	15 862	15 667	99
		Total	47 074	24 344	52
	DPS med mer	Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	1 410	1 412	100
		Sykehuset Buskerud	166		0
		Sykehuset Telemark	459	466	102
		Sørlandet sykehus Arendal	908	17	2
		Sørlandet sykehus Kristiansand	748	704	94
		Total	3 691	2 599	70
		DPS Aust-Agder	1 276	1085	85
		DPS Lister	184	287	156
		DPS Lovisenlund	1 830	868	47
		DPS Mandal	349	114	33
		DPS Notodden/Seljord	143	135	94
		DPS Solvang	3 114	2 072	67
		Drammen psyk senter	3 478		0
		Kongsberg DPS	0		*
		Nordre Vestfold DPS	6 508	6 508	100
		Poliklinikken, Modum Bad		16	*
		Ringerike psyk senter		61	*
		Søndre Vestfold DPS	3 570	3 502	98
Tønsberg DPS	236	235	100		
Total	20 688	14 883	72		
Region Vest	Sykehus	ARP, Eikely	0		*
		Haugesund sjukehus	0		*
		Haukeland universitetssykehus	3 354	29	1
		Helse Førde, Psykiatrisk klinikk	0	564	*
		Helse Stavanger, Spesialavdelingene	1 177	3 115	265
		Olaviken behandlingssenter	0	1	*
		Solli Nervesanatorium	2 535	1 327	52
		Total	7 066	5 036	71
	DPS med mer	Askviknes voksenpsyk senter	1 207		0
		Betanien DPS	2 185	991	45
		Bjørgvin DPS	3 975	1 505	38
		Dalane DPS	2 157	63	3

Region	Type inst	Institusjon	Oppholdsdager dagpasienter SSB	Oppholdsdager innrapportert til NPR	Andel dager innrapportert til NPR i prosent av SSB
		Fjell og Årstad DPS	1 963	1 367	70
		Folgefonn DPS	2 017	0	0
		Haugaland DPS	535	0	0
		Indre Sogn psykiatrisenter	0	234	*
		Jæren DPS	2 934	162	6
		Karmøy DPS	1 536	0	0
		Nordfjord psykiatriske senter	681	1 730	254
		Ryfylke DPS	2 506	223	9
		Sandnes DPS	5 949	904	15
		Stavanger DPS	864	789	91
		Stord DPS	2 268	0	0
		Voss DPS	1 846	5	0
		Voss DPS, NKS Bjørkeli	207		0
		Total	32 830	7 973	24
Region Midt- Norge	Sykehus	Molde sjukehus, psyk avd.	25	83	332
		St Olavs hospital	1 715	2 411	141
		Sykehuset Levanger	0		*
		Sykehuset Namsos	0		*
		Total	1 740	2 494	143
	DPS med mer	Betania Malvik	733	709	97
		Betania psyk senter Sparbu	712		0
		Halsen psykiatriske senter	411	4	1
		Helse Nordmøre og Romsdal DPA	0	2	*
		Leistad DPS	2 114	2 238	106
		Orkdal DPS		74	*
		Tiller DPS	1 136	1 117	98
		Totalt	5 106	4 144	81
		Region Nord	Sykehus	Nordlandssykehuset, Rønvik	3980
Universitetssykehuset i Nord-Norge	745			31	4
Total	4725			256	5
DPS med mer	DPS Sør-Troms		1529	39	3
	Kløveråsen utredn. og komp.senter		0	21	*
	Ofoten psyk senter		3	456	15200
	Psyk poliklinikk Lofoten			1262	*

Region	Type inst	Institusjon	Oppholdsdager dagpasienter SSB	Oppholdsdager innrapportert til NPR	Andel dager innrapportert til NPR i prosent av SSB
		Psyk poliklinikk Mo i Rana	381	17	4
		Psyk poliklinikk Sandnessjøen		16	*
		Psykiatrisk senter Mosjøen	0	6	*
		Røsvik bo- og behandlingssenter		13	*
		Senter for psyk helse, Midt-Finnmark	445	430	97
		Senter for psyk helse, Midt-Troms		7	*
		Senter for psyk helse, Nord-Troms	0	12	*
		Senter for psyk helse, Tromsø/Karlsøy		86	*
		Senter for psyk helse, Vest-Finnmark	312	263	84
		Senter for psyk helse, Øst-Finnmark	565	607	107
		Vesterålen DPS	0	208	*
		Totalt	3235	3443	106





# Litteraturliste

- Halsteinli V., Hatling T, Kalseth J.  
2003 Aktivitetsbaserte poliklinikkakster I psykisk helsevern – mellom visjon og virkelighet. SINTEF Helse, Rapport STF78 A035001, 2003, Trondheim
- Helse- og omsorgsdepartementet  
2006 Informasjonshefte om Innsatsstyrt finansiering 2006, rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet I-3/2006.
- Helse- og omsorgsdepartementet  
2004 Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven 2004, 12-23 nr 1837, Oslo.
- Ruud T, Lidal E, Røhme K, Sitter M og Hagen H  
2004 Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003. SINTEF Helse rapport STF78 A045008, Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet  
2006 Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. 9/2006, 15-1388.
- Sosial- og helsedirektoratet  
Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. (15-1332).
- Statens Helsetilsyn  
2001 Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsmåter. Statens Helsetilsyns veiledningsserie 1-2001. IK2738, Oslo
- St.meld. nr. 25 (1996-97)  
Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. Sosial- og helsedepartementet, Oslo
- St.prp. nr. 1 (2004-2005)  
Statsbudsjettet for 2005, Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997-98)  
Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial og helsedepartementet, Oslo.